

FİZYOTERAPİST VE HASTA İLETİŞİMİ

Editör
Prof. Dr. Uğur CAVLAK
Fizyoterapist

Terapatik
Dokunma
Bathe Tekniği
Çocuklarda İletişim
Rehabilitasyon
Sözsüz İletişim
Tek Duyulu Yöntem
Learn Modeli
Hasta Yakını
Malpraktis
İşaret Desteği Kullanılan İletişim
Fizyoterapist
Terminal Hastalara
Yardım
Gözlem
Vicdan
Yazılı İletişim
Hasta
Göz Teması
Dış Görünüş
Suda İletişim
Duyusal Zekâ
Etkili
Dinleme
Duyusal Gelişim
Sağlık İletişiminde Cinsiyet
Fizyoterapi
Suda İletişim
İşitme Engellilerle İletişim
Güvenilirlik
Ekip içi ve hasta ile İletişim
Vicdani ve Mesleki Tutum
Jest
Bağ Kurmak
Ses TONU
İşitsel Yaklaşım
Empati
Telerehabilitasyon



İstanbul
Tıp Kitabevleri

FİZYOTERAPİST VE HASTA İLETİŞİMİ

Editör

Prof. Dr. Uğur CAVLAK
Fizyoterapist

İSTANBUL TIP KİTABEVLERİ

©İstanbul Medikal Yayıncılık BİLİMSEL ESERLER dizisi
Fizyoterapist ve Hasta İletişimi
Editör: Prof. Dr. Uğur Cavlak

1. Baskı 2020

ISBN - 978-605-7607-61-4

2020 İstanbul Medikal Sağlık ve Yayıncılık Hiz. Tic. Ltd. Şti.
34104, Çapa-İstanbul-Türkiye
www.istanbultip.com.tr
e-mail: info@istanbultip.com.tr

Yasalar uyarınca, bu yapıtın yayın hakları
İstanbul Medikal Sağlık ve Yayıncılık Hiz. Tic. Ltd. Şti'ye aittir.
Yazılı izin alınmadan ve kaynak olarak gösterilmeden,
elektronik, mekanik ve diğer yöntemlerle kısmen veya tamamen kopya edilemez;
fotokopi, teksir, baskı ve diğer yollarla çoğaltılamaz.

MAĞAZALARIMIZ

ÇAPA/MERKEZ

Turgut Özal Caddesi
Börekci Veli Sokak
No: 4/A Çapa-İSTANBUL
Tel: 0212.584 20 58 (pbx)
Faks: 0212.587 94 45

KADIKÖY

Rasimpaşa Mahallesi Teyyareci
Sami Sokak No:13 Dükkan 11-
12 Derya İş Merkezi
Kadıköy-İSTANBUL
Tel: 0216.336 20 60

KONYA

İhsaniye Mahallesi
Tacülvezir Sokak No:1/A
Selçuklu-KONYA
Tel: 0332.351 32 53

EDİRNE

Kocasinan Mah.
Şevki Arman Caddesi No:12/B
Merkez-EDİRNE
Tel: 0284. 999 16 80

UYARI

Medikal bilgiler sürekli değişmekte ve yenilenmektedir. Standart güvenlik uygulamaları dikkate alınmalı, yeni araştırmalar ve klinik tecrübeler ışığında tedavilerde ve ilaç uygulamalarındaki değişikliklerin gerekli olabileceği bilinmelidir. Okuyuculara ilaçlar hakkında üretici firma tarafından sağlanan her ilaca ait en son ürün bilgilerini, dozaj ve uygulama şekillerini ve kontrendikasyonları kontrol etmeleri tavsiye edilir. Her hasta için en iyi tedavi şeklini ve en doğru ilaçları ve dozlarını belirlemek uygulamayı yapan hekimin sorumluluğundadır. Yayıncı ve editörler bu yayından dolayı meydana gelebilecek hastaya ve ekipmanlara ait herhangi bir zarar veya hasardan sorumlu değildir.



Yayına Hazırlayan: İstanbul Medikal Sağlık ve Yayıncılık Hiz. Tic. Ltd. Şti.

Yayıncı Sertifika No: 12643

Yayın Koordinatörü: Seda Şahin

İmy Adına Grafiker: Seda Nur Akbaş

Baskı ve Cilt: SAGE Yay.Rek.Mat.San.Tic.Ltd.Şti

Uğurlu İş Merkezi No:97/24 İskitler - Ankara

0 312 341 00 02 - 0312 341 00 05 Yayıncı Sertifika No: 14721



Online Alışveriş
istanbultip.com.tr



Satış Hattı
0506 866 97 04

*Sevgili babam, Ali Osman Cavlak'ın anısına.
Saygılarımla...*

ÖNSÖZ



Sağlığın her alanında olduğu gibi rehabilitasyon sürecinde de başarılı ve kaliteli bir yaklaşım sunabilmek için iyi ve etkili bir iletişime ihtiyaç vardır. İnsan ilişkilerinin çok yoğun olduğu rehabilitasyon sürecinde, hastayla kurulacak iletişimde fizyoterapistin hastayla ve diğer sağlık profesyonelleriyle olan bireysel tutum ve davranışları önemli rol oynar. Rehabilitasyon süreci için yönlendirilen hasta ve hasta yakınları, genellikle üzgün ve kırılğan olabilmekte ve bu nedenle iletişim problemleri yaşanabilmektedir. İşte bu noktada bu kitabın rehabilitasyon sürecinde etkili ve başarılı bir sonuç alabilmek adına hasta ve hasta yakınları ile olumlu ilişkiler kurulması aşamasında bilgiye sahip olmak isteyen öğrenciler, fizyoterapistler,

ergoterapistler ve rehabilitasyon sürecinde çalışan diğer tüm sağlık çalışanları için faydalı ve bu alana özel önemli bir kaynak olacağını düşünmekteyim.

Akademik yaşamı boyunca çalışmalarıyla fizyoterapi alanına yaptığı güzel katkılarından dolayı her zaman kendisiyle gurur duyduğum editör Prof. Dr. Uğur Cavlak başta olmak üzere kitapta emeği geçen tüm bölüm yazarlarını klinik ve akademik tecrübelerini kitaba yansıtmalarından dolayı tebrik ederim.

Prof. Dr. Hülya Arıkan

Atılım Üniversitesi, Ankara

YAZARLAR

Prof. Dr. Türkan AKBAYRAK
Hacettepe Üniversitesi, Ankara

Doç. Dr. Orçin Telli ATALAY
Pamukkale Üniversitesi, Denizli

Uzm. Emine BARAN
Hacettepe Üniversitesi, Ankara

Nuray BİLGİN
Görme Engelliler Sınıf Öğretmeni, Trabzon

Prof. Dr. Filiz CAN
Hacettepe Üniversitesi, Ankara

Prof. Dr. Uğur CAVLAK
Avrasya Üniversitesi, Trabzon

Dr. Öğr. Üyesi Arzu ERDEN
Karadeniz Teknik Üniversitesi, Trabzon

Prof. Dr. Mintaze KEREM GÜNEL
Hacettepe Üniversitesi, Ankara

Selda GÜRSOY
İşitme Engelliler Öğretmeni, Trabzon

Doç. Dr. Nursen İLÇİN
Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir

Prof. Dr. Didem KARADİBAK
Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir

Dr. Öğr. Üyesi Beliz Belgen KAYGISIZ
Lefke Avrupa Üniversitesi, KKTC

Dr. Fzt. Cemil ÖZAL
Hacettepe Üniversitesi, Ankara

Doç. Dr. Serap ÖZGÜL
Hacettepe Üniversitesi, Ankara

Prof. Dr. Fatma ÜNVER
Pamukkale Üniversitesi, Denizli

Doç. Dr. Bülent ŞEN
Avrasya Üniversitesi, Trabzon

Uzm. Harun TAŞKIN
Pamukkale Üniversitesi, Denizli

Doç. Dr. Fzt. Betül TAŞPINAR
Demokrasi Üniversitesi, İzmir

Doç. Dr. Fzt. Ferruh TAŞPINAR
Demokrasi Üniversitesi, İzmir

Doç. Dr. Fizyoterapist Hülya YÜCEL
İstanbul

İÇİNDEKİLER

FİZYOTERAPİST-HASTA İLETİŞİMİ: TEMEL İLKELER VE STRATEJİ BÖLÜMLERİ

Bölüm 1: Rehabilitasyon Sürecinde Etik Prensipler ve Hasta Hakları	1
<i>Prof. Dr. Uğur CAVLAK</i>	
Bölüm 2: Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Sürecinde Temel İletişim Stratejileri	23
<i>Prof. Dr. Uğur CAVLAK</i>	
Bölüm 3: Rehabilitasyon Sürecinde Duygusal Zekâ ve İletişim	35
<i>Doç. Dr. Bülent ŞEN</i>	
Bölüm 4: Sözlü ve Sözsüz İletişim	61
<i>Dr. Öğr. Üyesi Arzu ERDEN</i>	
Bölüm 5: Yazılı ve Görsel İletişim.....	91
<i>Doç. Dr. Betül TAŞPINAR • Doç. Dr. Ferruh TAŞPINAR</i>	
Bölüm 6: İletişim Becerilerinin Değerlendirilmesi.....	111
<i>Prof. Dr. Didem KARADİBAK • Doç. Dr. Nursen İLÇİN</i>	

FİZYOTERAPİST-HASTA İLETİŞİMİ: ÖZEL BÖLÜMLER

Bölüm 7: Çocuklarda Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Uygulamalarında İletişim	125
<i>Prof. Dr. Mintaze Kerem GÜNEL • Dr. Cemil ÖZAL</i>	
Bölüm 8: Yaşlılarla Çalışan Fizyoterapistler için İletişim Yöntemleri.....	153
<i>Prof. Dr. Filiz CAN</i>	
Bölüm 9: Sporcularla Çalışan Fizyoterapistler için İletişim Yöntemleri	175
<i>Prof. Dr. Fatma ÜNVER</i>	
Bölüm 10: Kadınla Çalışan Fizyoterapistler için İletişim Yöntemleri	197
<i>Prof. Dr. Türkan AKBAYRAK • Doç. Dr. Serap ÖZGÜL • Uzm. Emine BARAN</i>	
Bölüm 11: Yoğun Bakım Ortamında Hasta ile İletişim.....	233
<i>Doç. Dr. Orçin TELLİ ATALAY • Uzm. Harun TAŞKIN</i>	
Bölüm 12: Rehabilitasyon Sürecinde Uzaktan İletişim-Telerehabilitasyon	247
<i>Dr. Öğr. Üyesi Beliz Belgen KAYGISIZ</i>	
Bölüm 13: Havuzda İletişim.....	261
<i>Doç. Dr. Hülya YÜCEL</i>	
Bölüm 14: Görme ve İşitme Yetersizliği Olan Bireylerle İletişim.....	269
Bölüm 14.1: Görme Yetersizliği Olan Bireyler İle İletişim.....	271
<i>Nuray BİLGİN</i>	
Bölüm 14.2: İşitme Yetersizliği Olan Bireyler ile İletişim	285
<i>Selda GÜRSOY</i>	

FİZYOTERAPİST-HASTA İLETİŞİMİ: TEMEL İLKE VE STRATEJİ BÖLÜMLERİ

Prof. Dr. Uğur CAVLAK



1966 yılında Adana'da doğdu. Adana Karşıyaka Lisesini bitirdikten sonra, 1989 yılında Hacettepe Üniv. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon YO'dan fizyoterapist olarak mezun oldu. 1992'de Bilim Uzmanı, 1996'da Bilim Doktoru, 2001 yılında Doçent, 2008 yılında ise Profesör oldu. Hacettepe Üniv., Dokuz Eylül Üniv., Pamukkale Üniv. ve Lefke Avrupa Üniv.de görev yapmıştır. 2018 yılında emekli olmuştur. Ekim 2019 tarihi itibarıyla Avrasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü'nde göreve başlamıştır. Nörolojik rehab., Geriatrik rehab., iletişim teknikleri, fizyoterapide müfredat oluşturma ve etik prensipler ile ilgilenmektedir. Ayrıca kronik muskuloskeletal ağrıyla ilgili çok sayıda

araştırması ve bir kitabı bulunmaktadır. Uzun yıllar Pamukkale Üniv. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon YO. Erasmus+ koordinatörü olarak görev yapmış ve 2016 yılında Erasmus+ Bakanlık Ödülü almıştır. İleri derecede İngilizce bilmektedir.

REHABİLİTASYON SÜRECİNDE ETİK PRENSİPLER VE HASTA HAKLARI

Prof. Dr. Uğur CAVLAK



Özet: Bu bölümde hasta fizyoterapist iletişimi sırasında fizyoterapistin bilmesi gereken ve dikkat etmesi gereken temel kurallar ve rehabilitasyon ekibi tanıtılmıştır. Bunun yanı sıra ülkemiz, APTA ve WCPT etik kodları ile ilgili temel bilgiler ve örnek kodlar verilmiştir. Ayrıca etkili bir iletişimin temelini oluşturan hasta ve yakınlarının temel hakları üzerinde durulmuştur.



Şekil 1: Rehabilitasyon sürecinde ekip içi iletişim

Rehabilitasyon hasta odaklı çalışan ve bu konuda özel eğitim almış sağlık profesyonellerinden oluşan ekip tarafından yürütülen bir sistemdir. Rehabilitasyon hizmetinin kalitesi ekibin iletişim biçimine bağlıdır. Ekip üyelerinin kendi aralarındaki interdisipliner iletişim biçimi ve hasta ile iletişimin kalitesi fizyoterapi ve rehabilitasyon programının başarısını artırır (Şekil 1).

FİZYOTERAPİST KİMDİR?

Fizyoterapist, fizik tedavi ve rehabilitasyon ihtiyacı olan hasta, özür/engelli, yaşlı ve sağlıklı bireyleri fizyoterapi açısından değerlendiren, tedavi programını planlayan ve bizzat uygulayan sağlık elemanıdır. Fizyoterapistler üniversitelerin dört yıllık lisans düzeyinde eğitim veren fizyoterapi ve rehabilitasyon bölümlerinden mezun olurlar.

FİZYOTERAPİSTİN GÖREVLERİ?

Fizyoterapist sağlık sisteminde rehabilitasyonun esas elemanları olarak ekibin diğer üyeleri ile etkin ve sürekli bir iletişim içerisinde görevini yaparken hasta/hasta yakınları ve rehabilitasyon ekibinin diğer üyeleri ile iletişimini güçlü tutmak için özen gösterir.

ETİK

'Bilgiye dayalı etik düşünce'

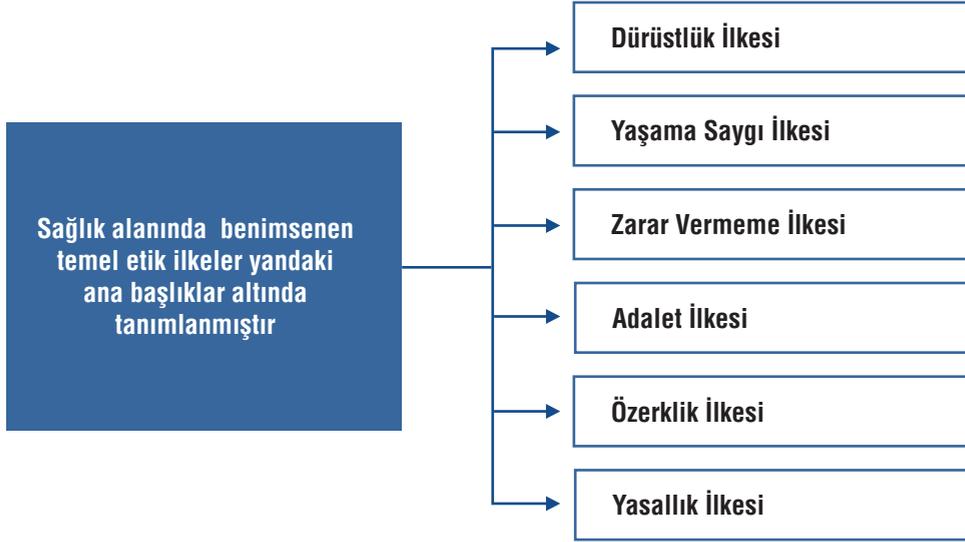
Socrates

Etik terimi Yunanca **ethos** yani "töre" sözcüğünden türetilmiştir. Etik veya en yalın tanımıyla "töre bilimi" anlamına gelir. Etik, felsefenin dört ana dalından biridir. Tıp etiği, tıbbın ve sağlık alanındaki bilimsel ve pratik çalışmaların etik yönden değerlendirilmesi ve ahlaki ikilemlere bir çözüm bulunmasını hedefleyen bir disiplindir. Etik ve ahlak farklı kavramlardır. Ahlak, varolan ilkeleri belirlerken, etik ise varolan ilkeler konusunda araştırma yapar. Ahlaki kurallar topluma, kültüre, etnik yapıya ve coğrafyaya göre değişkenlik gösterebilir. Ancak, etik kurallar bilimsel çalışmalara göre oluşturulmuş ve ortak değer yargıları olan evrensel boyuttadır. Etik, bir felsefe alanı olarak evrensel ilkelerden oluşur ve sağlık profesyonellerinin davranışlarındaki doğru ve yanlışları araştıran ve yorumlayan bir bilimdir. Sağlık profesyonellerinin hasta ile olan iletişimlerinde sırasında "**ne, neden, niçin, nasıl, ne zaman**" gibi etkenleri düşünerek uyum içinde çalışmalarını sağlar (Şekil 2) .



Şekil 2: Etik kuralların oluşturulmasında önemli rol oynayan dört temel ilke.

Sağlık alanında benimsenen temel etik ilkeler aşağıdaki ana başlıklar altında tanımlanmıştır: (Şekil 3)



Şekil 3: Sağlık alanında benimsenen temel etik ilkeler

Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Etiği

Fizyoterapi ve Rehabilitasyon etiği uygulama sırasında ekibin diğer üyeleri ve hasta ile olan ilişkilerinde oluşan değer sorunlarıyla ilgilenir (Şekil 4).



Şekil 4: Fizyoterapi ve rehabilitasyon sürecinde paydaşların iki yönlü etkileşimi.

REHABİLİTASYONDA ETİK PROBLEMLERİN OLUŞMA NEDENLERİ

- Fizyoterapi ve rehabilitasyon programının uzun bir süreç olması: Tedavi bazen günler, aylar, yıllarca devam edebilir.
- Farklı ortamda çok sayıda kişi tarafından verilen bir hizmet olması: Rehabilitasyon ekip tarafından verilen bir hizmet gerektirir.
- Hastanın ve ailesinin/bakım verenlerin aktif katılımını gerektirmesi: Hasta odaklı iletişim fizyoterapi programının başarısını artırır. Hastanın beklentileri ve hedefleri dikkate alınarak program yürütülmelidir. Bu nedenle hasta ve yakınlarının aktif katılımları önemlidir.
- Tedavinin son noktasının önceden belirlenememesi: Tedavi programının başarılı olabilmesi için kısa ve uzak hedeflerin oluşturulması gerekir. Bu bağlamda başarı için problem çözme ve klinik karar verme süreçlerinin devreye girmesi önemlidir. Bu süreç iyi yönetilirse iletişimin kalitesi artar. Hasta ve hasta yakınlarına programın hedefleri konusunda bilgi verilmelidir.

HASTA ALMADA GENEL ETİK KURALLAR

- Hastaya açıklama yapılmalıdır: Fizyoterapi programı hakkında bilgilendirme yapılmalıdır.
- Onay alınmalı: Değerlendirme ve uygulama için hastanın rıza göstermesi önemlidir.
- Hasta haklarına saygı duyulmalıdır.
- Hasta hastalığını bilmeli / rehabilitasyon süreci hakkında bilgi sahibi olmalıdır.

REHABİLİTASYON ETİĞİNİN ANA İLKELERİ

- Mesleğe saygı / otonomiye bağlı kalmak
- Hastaya yararlı olmak; zararsız uygulamalardan kaçınmak
- Eşit / demokratik bir anlayışla hizmet sunmak; kaliteli uygulama yapmak

DÜNYA FİZYOTERAPİ KONFEDERASYONU (WCPT) ETİK PRENSİPLER

WCPT tarafından oluşturulan ve tüm ülkelerin fizyoterapi dernekleri için önerilen etik kodlardan bazı örnekler:

World Confederation for Physical Therapy (WCPT)

- Etik Prensip 1:** Fzt. herkesin haklarına ve onuruna saygı duyar.
- Etik Prensip 2:** Fzt. çalıştığı ülkenin kanun ve yasal düzenlemelerine uyar.
- Etik Prensip 3:** Fzt. tedavi ve hasta sorumluluğunu alır.
- Etik Prensip 4:** Fzt. hastalarına güvenli, yeterli ve faydalı hizmet verir.
- Etik Prensip 5:** Fzt. ulusal derneğin tedavi standartlarına uyar ve sürekli eğitim programlarına katılarak kendini geliştirir.
- Etik Prensip 6:** Fzt. verdiği hizmetin karşılığını ülke koşullarına göre ayarlar ve vergisini öder.
- Etik Prensip 7:** Fzt. hastalarına, topluma ve diğer kuruluşlara fizyoterapi uygulamaları hakkında bilgi verir.
- Etik Prensip 8:** Fzt. toplumun sağlık ihtiyaçlarının karşılanması için servislerin planlanmasını yapar ve geliştirir.

Amerika Fizyoterapi Derneği APTA (American Physical Therapy Association)

Fizyoterapistlik mesleğine tabi olan herkes etik kurallara uymakla yükümlüdür. Bu kurallar APTA'ya üye olan herkese uygulanır. APTA tarafından oluşturulan etik kodlardan bazıları şu şekildedir:

- A. Etik 1: Fizyoterapist her insanın haklarına saygı duymalıdır.
- B. Etik 2: Fizyoterapist hükümetin fizik tedavi uygulamaları ile ilgili tüm yasalarına ve düzenlemelerine uymak zorundadır.
- C. Etik 3: Fizyoterapist yargıya karşı sorumludur.
- D. Etik 4: Fizyoterapist fizik tedavi uygulamalarını, eğitim ve araştırma standartlarını geliştirmeli ve yüksek standartlarda tutmak için uğraşmalıdır.
- E. Etik 5: Fizyoterapist sorumlu olduğu servisi geliştirmekle yükümlüdür.
- F. Etik 6: Fizyoterapist mesleğiyle ilgili hizmet alan bireyleri bilgilendirmek durumundadır.
- G. Etik 7: Fizyoterapist halkı korumak, etik ve yasal olmayan durumlardan sorumlu olmayı kabul eder. Kayıtsız kalamaz.
- H. Etik 8: Fizyoterapist toplumun sağlık gereksinimlerini gidermede, çözüm bulmada katkıda bulunmalı, çalışmalara katılmalıdır.

TÜRKİYE FİZYOTERAPİSTLER DERNEĞİ ETİK PRENSİPLERİ

Yukarıda verilen özet bilgiler doğrultusunda Türkiye Fizyoterapistler Derneği (TFD) etik prensip ilkeri oluşturmuş ve yayınlamıştır. Daha detaylı bilgilere <http://www.fizyoterapistler.org> adresinden ulaşılabilir.

BİRİNCİ BÖLÜM

Madde 1- Bu kuralların amacı, fizyoterapistlerin mesleklerinin gereklerini yerine getirirken uymaları zorunlu olan fizyoterapistlik mesleği etik kurallarını belirlemektir.

Madde 2- Türkiye'de fizyoterapistlik yapma hakkını kazanmış olanlar, mesleğini uygulayan tüm fizyoterapistler bu kurallar kapsamındadır.

Madde 3- Fizyoterapist; fizyoterapi alanında en az 4 yıllık lisans düzeyinde eğitim veren fakülte veya yüksekokullardan mezun sağlık meslek mensubudur.

İKİNCİ BÖLÜM

Sorumluluk Bilinci:

Madde 4- Fizyoterapistler, fizyoterapi ve rehabilitasyon uygulamalarına yönelik uygulanan program sırasında belirli aralıklarla hastalarını yeniden değerlendirerek planlanan programı değiştirebilir,

hasta hakkında detaylı bir veri dosyası tutar ve rapor hazırlar. Fizyoterapi programı sırasında, tıbbi bir problem olduğunda verebileceği öneriler ve yardımlar için hastasını ilgili tabibe yönlendirir.

Fizyoterapistin Yansızlığı:

Madde 5- Türkiye'de fizyoterapistler mesleklerini, ırk, din, renk, politik ve sosyal statü farkı gözetmeden uygularlar.

Fizyoterapistin Yasal Görev ve Sorumlulukları

Madde 6-

- a) Fizyoterapist; fizyoterapi alanında lisans eğitimi veren fakülte veya yüksekokullardan mezun sağlık meslek mensubudur.
- b) Fizyoterapist, hastalık durumları dışında, kişilerin fiziksel aktivitelerini düzenlemek ve hareket kabiliyetlerini arttırmak için mesleğiyle ilgili ölçüm ve testleri yaparak kanıtla dayalı koruyucu ve geliştirici protokolleri belirler, planlar ve uygular.
- c) Hastalık durumlarında ise fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzmanı tabibin veya uzmanlık eğitimleri sırasında fiziksel tıp ve rehabilitasyon rotasyonu yapmış veya uzmanlık sonrasında ilgili dalın rotasyon süresi kadar fiziksel tıp ve rehabilitasyon eğitimi almış uzman tabiplerin kendi uzmanlık alanları ile ilgili teşhisine ve tedavi için yönlendirmesine bağlı olarak hastaların hareket ve fiziksel fonksiyon bozukluklarının ortadan kaldırılması veya iyileştirilmesi amacıyla gerekli uygulamaları yapar. Hastaların tedavisi yönünden rehabilitasyon ekibinin diğer üyeleri ile işbirliği içinde çalışır ve tedavinin gidişi hakkında ilgili uzman tabibe bilgi verir.
- d) Fizyoterapi programında belirlenen hedeflere ulaşabilmek için hastanın rol ve görevlerini tanımlar.
- e) Fizyoterapi programı ve iyileşme süreci ile ilgili bilgileri kaydeder.
- f) Koruyucu ve destekleyici rehabilitasyon cihaz ve teknolojilerin kullanımını konusunda uzman tabip ile birlikte, uygun ölçü ve özellikleri belirler, öneri geliştirir, hasta ve aileye eğitim verir.
- g) Fizyoterapi sürecinde, uygulanan fizyoterapi programının hasta için uygun olmadığını veya programı sonlandırmak gerektiğini öngördüğü durumlarda ilgili tabibe görüşünü bildirir, tabibin programı uygulamasında ısrar etmesi durumunda söz konusu programı, durumu kayıt altına alarak uygular.
- h) Fizyoterapi programı için uygun olan teknolojik ekipmanı güvenli ve etkili bir şekilde kullanır, ortaya çıkabilecek istenmeyen etkileri ve komplikasyonları önlemek için gerekli önlemleri alır.
- i) Meslek uygulaması sırasında insan onurunu gözetmesi de fizyoterapistin öncelikli sorumluluğudur. Fizyoterapist, bu yükümlülüklerini yerine getirmek için gelişmeleri yakından izler.

Madde 7- Görevlerini yerine getirirken, fizyoterapistin uyması gereken evrensel tıbbi etik ilkeler yararlılık, zarar vermeme, adalet, eşitlik ve özerkliliktir. Fizyoterapistler hizmetlerini, toplum ihtiyaçları doğrultusunda planlar ve geliştirirler. Etik prensiplere uymayan meslektaşlarını Türkiye Fizyoterapistler Derneği'ne bildirmenin en uygun davranış olduğunun bilinci ile çalışırlar.

Vicdani ve Mesleki Kanı:

Madde 8- Fizyoterapist mesleğini uygularken vicdani ve mesleki bilimsel kanaatine göre hareket eder.

Madde 9- Fizyoterapist mesleğini uygularken reklam yapamaz, ticari reklamlara araç olamaz, çalışmalarına ticari bir görünüm veremez, insanları yanıltıcı, paniğe düşürücü, yanlış yönlendirici, meslekler arasında haksız rekabete yol açıcı davranışlarda bulunamaz. Fizyoterapistler mesleki uygulamaları sırasında Türkiye Fizyoterapistler Derneği'nin etik prensiplerini esas alarak çalışırlar. Kişisel ekonomik çıkarlarını ön plana çıkartmanın etik prensiplere uymadığının bilinci ile mesleklerini sürdürürler.

Madde 10- Fizyoterapist mesleğini yerine getirirken, bilimsel ve çağdaş değerlendirme ve tedavi yöntemleriyle koruyucu fizyoterapistlik ilkelerini göz önünde bulundurur. Hastanın değerlendirme ve tedavisinde bilimsel olmayan yöntemleri uygulayamaz. Fizyoterapist, gerekli bilimsel aşamalardan geçip ruhsatlandırılmamış kimyasal, farmakolojik, biyolojik maddeleri tedavi aracı olarak kullanmaz. Rehabilitasyon hizmeti için gereken yürüme yardımcıları, ekipmanı ve araç gereçleri hastaya önerebilirler.

Malpraktis

Madde 11- Bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizlik nedeniyle bir hastanın zarar görmesi yani "fizyoterapistin kötü ve hatalı uygulaması" anlamına gelir. Fizyoterapistler kendilerinin uygulaması gereken, özel beceri, bilgi birikimi ve karar yetkisi gerektiren hiçbir uygulamayı başka bir meslek üyesine yaptıramaz.

Madde 12- Fizyoterapistler endüstri kuruluşları ile hiçbir çıkar ilişkisi kuramazlar. Bilimsel araştırmalar ve eğitime yönelik ilişkilerde ise, şeffaf ve kurumsal olmalıdır. Fizyoterapist eğer fizyoterapiye yönelik ekipman, yardımcı araç- gereç satışı yapan bir firma veya kuruluş için çalışıyor ise veya sahibi ise reklam amacıyla Türkiye Fizyoterapistler Derneğinin adını kullanamaz.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM (Fizyoterapist-Hasta İlişkisi)

Hasta Haklarına Saygı

Madde 13- Fizyoterapistler mesleklerini uygularken hastaların hak ve menfaatlerini ön planda tutarlar. Fizyoterapistler, hastalar arasındaki kişisel farklılıkları dikkate alarak en uygun ve yeterli fizyoterapi- rehabilitasyon programını uygulamayı amaç edinirler.

Sır Saklama Yükümlülüğü

Madde 14- Fizyoterapist hastası ile ilgili açıklanması gereken kişisel ve özel bilgileri 3. şahıslara anlatamaz, gizli tutar, ancak hastanın menfaati söz konusu olduğunda ilgili kurum ve kişilere bilgi verebilir.

Tedavi Seçme Özgürlüğü

Madde 15- Fizyoterapistler, hastaların tedavileri için başka hastane veya fizyoterapi departmanlarını seçmesine saygı gösterirler.

Hasta Üzerindeki Etkinin Kullanımı

Madde 16- Fizyoterapist hasta üzerindeki etkisini tıbbi amaçlar dışında kullanamaz.

Tedaviyi Sonlandırma-Üstlenme

Madde 17- Fizyoterapist gözlemleri ve değerlendirmeleri ile yeterli rehabilitasyon hizmeti aldığına karar verdiğinde, hastanın programını bitirmek ve rehabilitasyon gereksinimi olan bir diğer hastayı programına almakla yükümlüdür. Fizyoterapist gerektiğinde hastayı kendisine gönderen tabip ile birlikte hastanın durumunu görüşmek ve onu bilgilendirmenin doğru olacağına bilinci ile çalışır.

Aydınlatılmış Onam

Madde 18- Fizyoterapist hastasını, hastanın sağlık durumu ve yapılan değerlendirme, önerilen tedavi yönteminin türü, başarı şansı ve süresi, tedavi yönteminin hastanın sağlığı için taşıdığı riskler, verilen tedavinin türü ve olası yan etkileri, hastanın önerilen tedaviyi kabul etmemesi durumunda hastalığın yaratacağı sonuçlar, olası tedavi seçenekleri ve riskleri konularında aydınlatır. Yapılacak aydınlatma hastanın kültürel, toplumsal ve ruhsal durumuna özen gösteren bir uygunlukta olmalıdır. Bilgiler hasta tarafından anlaşılabilir biçimde verilmelidir. Hastanın dışında bilgilendirilecek kişileri, hasta kendisi belirler. Sağlıkla ilgili her türlü girişim, kişinin özgür ve aydınlatılmış onamı ile yapılabilir. Alınan onam, baskı, tehdit, eksik aydınlatma ya da kandırma yoluyla alındıysa geçersizdir.

Fizyoterapist, hastanın reşit olmaması veya bilincinin kapalı olduğu ya da karar veremeyeceği durumlarda yasal temsilcisinin iznini alır. Fizyoterapist temsilcinin izin vermemesinin kötü niyete dayandığını düşünüyor ve bu durum hastanın yaşamını tehdit ediyorsa, durum adli mercilere bildirilerek izin alınmalıdır. Bunun mümkün olmaması durumunda, fizyoterapist başka bir meslektaşına danışmalıdır. Hasta vermiş olduğu aydınlatılmış onamı dilediği zaman geri alabilir.

Bilgilendirilmeme Hakkı

Madde 19- Hasta hastalığı konusunda bilgilendirilmek istemediğini belirtmişse, fizyoterapistin bilgi vermesi gerekmez. Ailenin haberdar edilmesi hastayla görüş birliğine varılarak yapılmalıdır. Bilinçsiz durumdaki hastalar için, yakınlarının bilgilendirilip bilgilendirilmemesine fizyoterapist karar verir.

Terminal Hastalara Yardım

Madde 20- Fizyoterapist terminal dönemdeki hastalara her türlü insani yardımı yapmaya, insan onuruna yaraşır koşulları sağlamaya ve çekilen acıyı olabildiğince azaltmaya çalışır.

Ücret

Madde 21- Hasta ücret konusunda önceden fizyoterapistten bilgi alabilir. Ücret uygulaması Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından çıkarılan Sağlık Uygulama Tebliği'ne paralel olarak düzenlenir. Sadece nedeni belli ve gerekli durumlarda hastaların rehabilitasyonu için ekonomik destek araştırılabilir ve bu konuda girişimlerde bulunabilir.

Gereksiz Harcama Yaptırma Yasası

Madde 22- Fizyoterapist hastasının parasal durumunu ne olursa olsun, kesin zorunluluk olmadıkça pahalı yöntemler öneremez, hastaya gereksiz harcamalar yaptıramaz ve yararı olmayacağını bildiği bir tedaviyi veremez. Fizyoterapistler daima kendi ekonomik çıkarlarından önce hastanın menfaatinin ön planda tutarak çalışırlar.

Hastayla İlgili Bilgilerin Hastaya Verilmesi ve Kullanımı

Madde 23- Hasta dosyalarındaki bilgilerin geniş bir özeti ile bilgi ve belgelerin örnekleri, isteği durumunda hastaya verilir. Fizyoterapist, yasal zorunluluk olmadıkça, bu bilgileri başkasına veremez. Fizyoterapist, hastanın kimlik bilgilerini saklı tutmak koşuluyla, bu bilgileri dosya üzerinden yapacağı araştırmalarda kullanabilir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM (Fizyoterapistler Arası İlişkiler)

Meslektaşlar Arasında Saygı

Madde 24- Fizyoterapistler uygulamaları sırasında meslektaşları ile iyi ilişkiler içinde çalışmaya ve onların haklarını korumaya özen gösterirler.

Mesleki Dayanışma

Madde 25- Kıdemli veya şef fizyoterapist, kendisinden sonra işe alınan fizyoterapiste süpervizörlük yapmak ve yeterlilik kazandırmak sorumluluğundadır.

BEŞİNCİ BÖLÜM (Fizyoterapist ve İnsan Hakları)

Uluslararası Sözleşmelere Uyuma Zorunluluğu

Madde 26- Her fizyoterapist, başta insan hakları evrensel bildirgesi olmak üzere tüm insan hakları belgelerine ve fizyoterapistlikle ilgili ortak kurallara uymakla yükümlüdür.

Tutuklu ve Hükümlülere Verilecek Tıbbi Yardım

Madde 27- Tutuklu ve hükümlülerin değerlendirmesi de öteki hastalarındaki gibi, kişilik haklarına saygılı, fizyoterapistlik sanatını uygulamaya elverişli koşullarda yapılır ve onların gizlilik hakları korunur. Fizyoterapistin, bu koşulların sağlanması için ilgililerden istekte bulunma hakkı ve sorumluluğu vardır.

Olağanüstü Durumlar ve Savaş

Madde 28- Fizyoterapist, olağanüstü durumlar ve savaşta, evrensel nitelikteki mesleki etik kurallarını yansızlıkla uygular.

Halk Sağlığı

Madde 29- Fizyoterapistler halk sağlığını korumayı amaçlar ve mesleklerinin etik prensipler göz ardı edilerek uygulanmasını engellemeye çalışırlar. Böyle bir durumda fizyoterapistler derneğini ve ilgili makamları bir rapor ile bilgilendirmeyi kendilerine bir görev sayarlar. Halk sağlığı için gerektiğinde her türlü mücadeleyi vererek, bu konuda görev almanın bilincini taşırlar.

ALTINCI BÖLÜM (Tıbbi Araştırmalar ve Yayın Etiği)

İnsan Üzerinde Araştırma

Madde 30- İnsan üzerinde yapılacak klinik, deneysel yada epidemiyolojik araştırmalar, hangi yöntem ve yaklaşım ile ilgili olursa olsun, bilimsel bilgi birikimine katkıda bulunabilmek amacıyla yerel etik kurallardan geçmek koşuluyla yapılır. İnsan üzerinde yapılan tüm araştırmalar, bilimsel ve mesleki yönden yeterli ve yetkin kişiler tarafından yürütülür. Araştırmanın sorumluluğu tümüyle araştırmacıya aittir. Tüm araştırmalar objektif olarak yapılmalıdır.

Deneğin Bilgilendirilmesi ve Aydınlatılmış Onamı

Madde 31- İnsan üzerinde yapılan araştırmalarda her deneğe araştırmacının amacı, yöntemleri, beklenen yarar ve olası yan etkileri hakkında, deneğin anlayabileceği dilde ve biçimde yeterli bilgi verilmesi zorunludur. Deneğe çalışma başladıktan sonra isterse araştırmaya katılmaktan vazgeçebileceği ve onamını geri alabileceği, ancak bu nedenle daha sonraki tedavisinin ve takibinin aksamayacağı anlatılır. Bilgilendirme sonrasında deneğin konuyu yeterince anlayıp anlamadığı değerlendirilir. Araştırma hakkında yeterli bilgilendirme sağlandıktan sonra, deneğin yazılı onamı alınır. Bu onam, deneğin özgür iradesine dayanmalıdır.

Reşit Bir Kişinin Koruması Altında Olan/Olmayanların Durumu

Madde 32- Reşit olan veya olmayan kişiler yönünden veli veya vasisinin aydınlatılmış onamı gerekir.

Deneğin Korunması

Madde 33- İnsan üzerinde yapılan tıbbi araştırmalarda deneğin yaşamı, bedensel ve zihinsel bütünlüğü ile sağlığı her zaman toplumsal veya bilimsel çıkarların üzerinde tutulur.

Deneğin özel yaşamına saygı gösterilmesi ve kişisel bilgilerin gizliliği sağlanır. Bilimsel araştırma ve yayınlar ile akademik-bilimsel amaçlı sunuşlarda deneğin kimliği gizli tutulur.

Bir tıbbi araştırmada, beklenen katkı ne olursa olsun, denek için ciddi bir tehlike şüphesi doğduğunda araştırma durdurulur. Araştırmacının giderleri deneğe, yakınlarına yada sosyal güvenlik kurumuna yansıtılamaz.

Yayın Etiği

Madde 34- Fizyoterapist araştırma verilerini değerlendirirken ve yayına hazırlarken bilimsel gerçekleri yansıtmalıdır. Çalışmaya fiilen katılmamış kişilerin adları o yayında yer alamaz. Kaynak göstermeden ve izin almadan başkalarına ait veriler, olgular ve yazılı eserler kullanılamaz.

Araştırma için saptanan etik ilkeler

- Zarar vermemek
- Haklara saygı
- Gizlilik (bilgileri gizli tutmak)
- Bilgilendirmeye dayalı onay
- Dürüstlük

Akademik Gelişimin Temel İlkeleri

Madde 35- Fizyoterapistler kendilerini eğitim yönünden devamlı yenilemek konusunda sorumluluk taşırlar. Fizyoterapistler hizmet içi eğitim, kongre, konferans ve diğer eğitim aktivitelerine katılarak temel bilgilerini güçlendirmek ve yenilikleri öğrenerek uygulama sorumluluğunu taşırlar.

Fizyoterapistler kendilerini ve verdiği hizmeti değerlendirmeli ve mesleki standartlarını korumak ve en yüksek düzeyde tutmanın gerektiğine önem vererek çalışmalıdırlar.

Fizyoterapistler uygulamaların sonuçlarını araştırmalar ile yayınlamak sorumluluğu taşırlar.

Fizyoterapistler, klinik eğitim sırasında denetledikleri fizyoterapi öğrencilerine destek olmalı, onlara değerlendirme program, planlama ve uygulama konusunda bilgi ve deneyimleri doğrultusunda eğitim vermelidirler.

Yaşam boyu eğitim sürdürülmeli gerekirse yabancı eğitimcilerden destek alınmalıdır.

Uzmanlık eğitimi fakülte, yüksekökol gibi kurumlarca desteklenmeli, lisansüstü eğitim teşvik edilmelidir. Uzman kişi doğru ve gelişmiş klinik bilginin mantıksal denetimini yapabilmeli ve ileri beceriye sahip olmalıdır. Bilgi ve beceri sergileme, araştırma yapma, bilgi ve beceriyi yayma, eleştirel anlayış sergileme, gelişmiş ahlaki bilince sahip olma, eğitim fırsatlarını organize etme, öğrenci denetimi, karar verme veya kılavuzluk etme gibi eğitimsel yollara sahiptir. Yüksek lisans eğitimi ve doktora hakkındaki temel trendleri belirler.

Araştırmaya katılmayı kabul eden (sözlü veya yazılı onam veren) katılımcılara verilmesi gereken bilgiler:

- Araştırmanın adı amaçla birlikte verilmeli
- Ne tür bir araştırma olduğu katılımcının anlayacağı şekilde tıbbi ifade kullanmaksızın açıklanmalı
- Nasıl ve kim tarafından ve hangi sürede (başlangıç-bitiş) uygulanacağı belirtilmeli
- Hangi yöntem(ler)in kullanılacağı anlatılmalı
- Ölçüm ve müdahale yöntem(leri)inin varsa yan etkileri, olası riskleri veya dezavantajları anlatılmalı
- Araştırmaya kaç katılımcının katıldığı ve katılacağı bilgisi aktarılmalı
- Hangi merkez(ler)de yapılacağı açıkça belirtilmeli
- Bilime katkısının ne olacağı anlatılmalı

Rehabilitasyon süreci sırasında oluşabilen etik ihlallere örnekler:

Örnek 1: Rehabilitasyon merkezinde çalışan bir fizyoterapistsiniz. İki yıl boyunca tedavi ettiğiniz bir paraplejik hastanız taburcu olurken tedaviden duyduğu memnuniyeti ve sizin emeklerinize saygısını göstermek için size 2.000 TL değerinde bir yüzük veya saat hediye etmek istedi!

Yorum: Rehabilitasyon bazı durumlarda uzun süren bir yolculuktur. Bu durumlarda fizyoterapist-hasta arasında bir arkadaşlık süreci başlar. İlişki uzun süreli bir dostluğa dönüşür... (risk !). Fizyoterapist maddi değeri bu kadar yüksek olan bir hediyeyi mesleki etik kurallara bağlılığını bildirerek kibarca reddedilmelidir.

Örnek 2: 40 yaşında bayan hasta fizyoterapi kliniğinden tedavi sonlandırma/taburcu edilme kriterlerini sağladığı için fizyoterapisti tarafından taburcu edilmek istenmiştir. Fakat hasta, kliniğin baş fizyoterapisti olarak size başvurur ve hastanede yatarak tedavi sürecinin daha fazla uzatılmasını ister ve hatta ısrar eder ve sizin bunu onaylamak zorunda olduğunuzu söyler. Baş fizyoterapist hastanenin gelirini arttırmak amacıyla hastanın bu isteğine göz yumar..... (çatışma!)

Yorum: Her hasta tedavi edilme hakkına ve serbest, özgür seçim hakkına saygı duyulmasını isteme hakkına sahip olsa da, tedavi endikasyonu olmayan hastanın bu isteği tedavi süresinin uzatılması için bir gerekçe olamaz. Baş fizyoterapist kararın gerekçesini hastanın anlayabileceği bir dille açıklamalı ve hastayı taburcu etmelidir. Böyle davranarak etik kuralları ihlal etmemiş olur.

Örnek 3: Taylan, 26 yaşında, bir kaplıca ve spa merkezinde fizyoterapist olarak çalışmaktadır. Bu merkezde hastalarına aqua-therapy uygulamakla görevlidir. Bu konuda özel eğitim almıştır. Havuzda su içinde hastalarını tedavi etmekten çok hoşlanmaktadır. Ancak tedavi seansları o kadar çok arttı ki, hastalarıyla birebir ilgilenecek zaman bulamıyor. Merkezin müdürü hastaları grup olarak almasını ve her birine ayrı fiyat yazmasını istemiş. Taylan hastalarını bu şekilde tedavi edip, fatura-landırma patronunun istediği gibi yapmıştır...(kural ihlali!)

Yorum: Taylan bu konuda patronunu uyarmalı ve hatayı düzeltmelidir. Etik ihlali engellenmelidir. Zira hastalar maddi zarara uğratılmıştır. Patron bunu kabul etmezse, Taylan ilgili yasal kurumlara haber vermeli ve gerekirse işyerinden ayrılmalıdır.

Hasta Hakları (WCPT Deklerasyonu)

1. Her hasta hiçbir ayırım gözetilmeksizin en uygun fizyoterapi yöntemleri ile tedavi edilme hakkına sahiptir.
2. Her hasta tedavi ile ilgili bilgilendirilme hakkına sahiptir.
3. Her hasta kendi tıbbi durumu, tedavi süreci ve içerikleri ile ilgili bilgilerin saklı tutulmasını isteme hakkına sahiptir.
4. Her hasta sağlık eğitimi alma hakkına sahiptir.

HASTA HAKLARININ AMAÇLARI

- Hastaları desteklemek ve toplumsal açıdan güçlendirmek
- Hastalara sağlık hizmetlerinden tam yararlanma konusunda yardım etmek
- Hasta-sağlık çalışanı ilişkilerini desteklemek ve geliştirmek
- Hasta eğitimini genel bir uygulama haline getirerek sağlık hizmeti etkinliğini arttırmak
- Sağlık hizmeti alan, sunan ve aracılık eden kişi ve kurumlar arasında işbirliği ve iletişim fırsatları yaratmak, var olanları güçlendirmek, böylelikle daha etkin ve güvenilir bir model oluşturmak
- Hasta haklarıyla ilgili başvuru mekanizmaları oluşturarak sağlık hizmeti ortamında iç kontrolü sağlamak

TÜRKİYE’DE HASTA HAKLARI İLE İLGİLİ MEVZUAT

Ülkemizdeki hasta haklarıyla ilgili yönetmelik T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanmıştır. (*Resmi Gazete Tarihi: 01.08.1998 Resmi Gazete Sayısı: 23420*)

Bu Yönetmelik; temel insan haklarının sağlık hizmetleri sahasındaki yansımaları olan ve başta Türkiye Cumhuriyeti Anayasası’nda, diğer mevzuatta ve milletlerarası hukuki metinlerde kabul edilen “hasta hakları”nı somut olarak göstermek ve sağlık hizmeti verilen bütün kurum ve kuruluşlarda ve sağlık kurum ve kuruluşları dışında sağlık hizmeti verilen hallerde, insan haysiyetine yakışır şekilde herkesin “hasta hakları”ndan faydalanabilmesine, hak ihlallerinden korunabilmesine ve gerektiğinde hukuki korunma yollarını fiilen kullanabilmesine dair usul ve esasları düzenlemek amacı ile hazırlanmıştır. Bu Yönetmelik; sağlık hizmeti verilen resmi ve özel bütün kurum ve kuruluşları, bu kurum ve kuruluşlarda veya bunların dışında hizmete katılan her kademedeki ve unvandaki ilgilileri ve hizmetten faydalanma hakkını haiz olan bütün fertleri kapsar. Bu Yönetmelik; 15/5/1987 tarihli ve 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa ve 11/10/2011 tarihli ve 663 Sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 8 nci ve 40 ncı maddelerine dayanılarak hazırlanmıştır.

HASTA VE HASTA YAKINI HAKLARI

Koruyucu tedbirlerin alınması hakkı

Her bir birey hastalıktan korunmak için uygun hizmet alma hakkına sahiptir. Bu amaca ulaşmak için sağlık hizmetlerinin görevi, sağlık hizmetlerinden ve bilimsel araştırma sonuçları ile teknolojik yeniliklerden herkesin yararlanmasını sağlamaktır.

Yararlanma hakkı

Her birey sağlık ihtiyaçlarının karşılanması için sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkına sahiptir. Sağlık hizmetleri herkese eşit olarak verilmeli ve hastalığın türü, zamanı, ikamet yeri veya mali kaynaklar konusunda ayırım yapılmamalıdır.

Bilgi hakkı

Her birey kendi sağlık durumu hakkında, mevcut sağlık hizmetleri ve onlardan nasıl yararlanabileceği konusunda ve tüm bilimsel araştırma ve teknolojik yenilikler ile ilgili bilgi alma hakkına sahiptir. Sağlık hizmetleri, sağlık hizmeti verenler, hastanın kolay ulaşabileceği ve anlayacağı dilde bilgi vermek zorundadır. Hastaların kendi dosyalarında ve kayıtlarında kendileri ve hastalıkları ile ilgili bulunan bilgileri alma, fotokopi ile çoğaltma, soru sorma ve hata varsa onların düzeltilmesini talep etme hakkı vardır.

Rıza (onay) hakkı

Kendi sağlığı ile ilgili kararlara iştirak edebilmesi için her birey ilgili bilgileri alma hakkına sahiptir. Bu bilgiler bilimsel araştırmalara katılım dahil olmak üzere herhangi bir işlem ve tedavi için şarttır. Sağlık hizmeti verenler gerçekte yapılacak herhangi bir ameliyat veya tedaviye ilişkin tüm bilgileri riskleri, sıkıntıları, yan etkileri ve alternatif durumları ile ilgili bilgiler dahil olmak üzere hastalara vermek zorundadır.

Özgür seçim hakkı

Yeterli bilgiye sahip her birey farklı tedavi yöntemleri ve tedaviyi verecek kişiler arasında seçim yapma hakkına sahiptir. Hasta, hangi teşhis ve tedavi yöntemin kullanılacağı ve doktor, uzman veya hastane seçimi konularında karar verme hakkına sahiptir. Sağlık hizmetleri, bu tedaviyi uygulayacak çeşitli sağlık kurumları ve doktorlar ile alınan sonuçlar hakkında bilgi vererek bu hakkın kullanılabilceğini temin etmelidirler. Bu hakkın kullanımını kısıtlayan tüm engeller kaldırılmalıdır.

Özel ve gizlilik hakkı

Her birey kişisel bilgilerinin; sağlık durumu, yapılan teşhis ve tedavi konularında bilginin yanı sıra teşhis ve tedavi yapılırken veya özel ziyaretlerinin gizliliğinin muhafazası hususunda, gizli tutulmasını talep etme hakkına sahiptir. Bir bireyin sağlık durumuna veya ona uygulanan tedaviye ilişkin bilgi ve veriler gizli olmalı ve muhafaza edilmelidir. Tıbbi müdahale sırasında bile kişisel gizliliğe saygı gösterilmeli, yani uygun ortamda yapılmalı ve gerçekten orada bulunması gerekli olan kişiler nezdinde yapılmalıdır.

Hastaların vaktine saygı

Her birey hızlı ve önceden belirtilen süre içerisinde gerekli tedaviyi alma hakkına sahiptir. Bu hak tedavinin her aşaması için geçerlidir. Belli bir süre içinde verilmesi gereken hizmetler dikkate alınarak bekleme sürelerinin belirlenmesi sağlık hizmetlerinin görevidir. Önceden belirlenen süre içerisinde sağlık hizmeti verilemezse aynı kalitede alternatif hizmetler kullanım ihtimali garanti edilmeli ve bundan kaynaklanan harcamalar makul bir süre içerisinde hastalara geri ödenmelidir. Doktorlar hastalarına bilgi verme süresi dahil olmak üzere yeterli zaman ayırmalıdır.

Saygınlık görme

Her bireyin, saygı, itina ve ihtimam gösterilerek, güler yüzlü, nazik, şefkatli ve hijyenik şartlar sağlanmış, güürültü ve rahatsız edici bütün etkenler bertaraf edilmiş bir ortamda sağlık hizmeti alma hakkı vardır.

Ziyaret ve refakatçi hakkı

Her bireyin, kurum tarafından belirlenen usul ve esaslara uygun olarak ziyaretçi kabul etme, mevzuat ve imkanlar ölçüsünde ve hekimin uygun görmesi durumunda refakatçi bulundurmaya isteme hakkı vardır.

Kalite standartları hakkı

Her birey yüksek kalitede sağlık hizmetinden yararlanma hakkına sahiptir. Kaliteli sağlık hizmeti hakkı, sağlık kurumları ve sağlık personelinin teknik performans, konfor ve insan ilişkileri açısından tatmin edici seviyelerde sunum yapmasını gerektirir.

Dini vecibeleri yerine getirme

Kuruluşun imkanları ölçüsünde ve idarece alınan tedbirler çerçevesinde, dini vecibelerini yerine getirme hakkı vardır.

Güvenlik

Kötü işleyen sağlık hizmetlerinden, tıbbi yanlışlık ve hatalardan meydana gelen zararlardan her bir bireyin korunma hakkı vardır ve yüksek güvenlik standartlarını karşılayan sağlık hizmetleri ve tedavilerinden de yararlanma hakkı vardır.

Yenilik hakkı

Her birey uluslararası standartlara göre, yeniliklerden teşhis prosedürleri dahil olmak üzere yararlanma hakkına sahiptir. Sağlık Hizmetlerinin görevi, özellikle az rastlanan hastalıkları dikkate alarak araştırmalar yapmak ve onları desteklemektir.

Gereksiz ağrı/acı ve sıkıntıdan sakınma hakkı

Her birey hastalığının her evresinde, mümkün olduğu ölçüde acı ve sıkıntıdan korunma hakkına sahiptir. Sağlık hizmetleri, bu amaçla hastanın tedavisinin kolay ve rahat geçmesi için gerekli tedbirleri almalıdır.

Kişisel tedavi hakkı

Her birey kendi kişisel ihtiyaçlarına göre teşhis ve tedavi programlarını yönlendirme hakkına sahiptir. Sağlık hizmetleri, bu amaçla tedavi hakkını her zaman ilk sırada tutan esnek programlar temin etmelidir.

Şikayet hakkı

Her bireyin bir zarar gördüğünde şikayette bulunma hakkı vardır. Sağlık hizmetleri, hastalara sahip oldukları haklar konusunda bilgi vermelidir. Şikayet, belli bir süre içerisinde sağlık hizmetleri yetkilileri tarafından yazılı olarak cevaplandırılmalıdır.

Tazminat hakkı

Sağlık tedavisi sırasında fiziksel veya manevi ve psikolojik zarar gören bireyin kısa bir sürede tazminat alma hakkı vardır. Sağlık hizmetleri, sorumluluğun gerçekte kimde olduğu tespit edilemese bile, zararın nedeni ve önemi ne olursa olsun tazminat hakkının her zaman var olduğunu temin etmelidir.

Konsültasyon (danışma, görüş alma) hakkı	Hastaların kendi talebi ve ilave ödemeyi kabul etmesi halinde, başka bir uzman ile konsültasyon yapılmasını isteme hakları vardır. Ancak, konsültasyon sonucunda önerilen tedavi, hastanın sorumlu hekimi ile görüş birliğine varıldığı takdirde, hastanın bulunduğu sağlık kuruluşu personeli tarafından yürütülür.
--	--

HASTA VE HASTA YAKINI SORUMLULUKLARI

- Hasta ve yakınlarının sağlık bilgilerinin değerlendirilmesi, tanı ve tedavinin sağlanmasında gerekli olduğundan, bu bilgileri hastanın tedavi ve bakımından doğrudan sorumlu olan kişilere tam ve doğru olarak aktarmak hasta ve yakınlarının sorumluluğundadır.
- Hasta ve yakınları tanı ve tedaviyle ilgili açıklamaları anlamakta güçlük çektiklerinde, bu durumu hastanın bakımından sorumlu kişilere bildirmeli ve akla gelen tüm soruları sormalıdır.
- Hasta ve yakınları, tedavi ve izlem sürecinde karşılaştıkları beklenmedik gelişmeleri hastanın bakımından sorumlu kişilere bildirmelidir.
- Hasta ve yakınları, hastanın tıbbi durumu hakkında bilgilendirildikten ve açıklamaları doğru anlayıp anlamadıklarından hastanın bakımından sorumlu kişilerle birlikte tekrar değerlendirdikten sonra, alınacak kararlara aktif olarak katılmalı, yapılan tedaviye onay verip vermediğini bildirmelidir.
- Hastanın sağlığıyla ilgisi olan ve gereksinim duyulan konularda, ilgili birimlere nasıl ulaşılabileceği ve buralardan nasıl yararlanılabileceği hakkındaki soru ve görüşlerini kurumun ilgili birimlerine iletmelidir. Ad, soyadı, adres, telefon, kayıt numarası gibi temel bilgilerin değişmesi durumunda kurumu bilgilendirmelidir.
- Hasta ve yakınları, randevu zamanına bağlı kalmalı, gecikme olduğu durumlarda diğer hastaların önce görülmelemlerini sağlayarak, kuruma yardımcı olmalıdır.
- Hasta ve yakınlarının aldıkları sağlık hizmetinin mali sorumluluğu ya da sağlık güvence sistemiyle ilgili konular hasta ve yakınlarına aittir.
- Hasta ve yakınları, diğer hastaların ve sağlık çalışanlarının haklarını göz önünde bulundurarak iletişim kurmalı ve rehabilitasyon programının hedeflerine uygun davranmalıdırlar.

KAYNAKLAR

1. <https://www.wcpt.org>
2. <https://www.apta.org>
3. <https://www.fizyoterapistler.org>
4. <https://www.saglik.gov.tr>

Prof. Dr. Uğur CAVLAK



1966 yılında Adana'da doğdu. Adana Karşıyaka Lisesini bitirdikten sonra, 1989 yılında Hacettepe Üniv. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon YO'dan fizyoterapist olarak mezun oldu. 1992'de Bilim Uzmanı, 1996'da Bilim Doktoru, 2001 yılında Doçent, 2008 yılında ise Profesör oldu. Hacettepe Üniv., Dokuz Eylül Üniv., Pamukkale Üniv. ve Lefke Avrupa Üniv.de görev yapmıştır. 2018 yılında emekli olmuştur. Ekim 2019 tarihi itibariyle Avrasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü'nde göreve başlamıştır. Nörolojik rehab., Geriatrik rehab., iletişim teknikleri, fizyoterapide müfredat oluşturma ve etik prensipler ile ilgilenmektedir. Ayrıca kronik muskuloskeletal ağrıyla ilgili çok sayıda

araştırması ve bir kitabı bulunmaktadır. Uzun yıllar Pamukkale Üniv. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon YO. Erasmus+ koordinatörü olarak görev yapmış ve 2016 yılında Erasmus+ Bakanlık Ödülü almıştır. İleri derecede İngilizce bilmektedir.

FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON SÜRECİNDE TEMEL İLETİŞİM STRATEJİLERİ

Prof. Dr. Uğur CAVLAK



Özet: Bu bölümde rehabilitasyon sürecinde etkili iletişimin temel yöntemleri ve stratejileri ile ilgili bilgiler verilmektedir. Saygı modeli, Bathe tekniği ve Learn modeli gibi temel strateji öğretileri üzerinde durulmuştur. Ayrıca empatinin önemi vurgulanmış ve tanımlaması yapılmıştır.

İLETİŞİM NEDİR?

Bilgi alışverişi, bilgi üretme ve anlamlandırma süreci” olarak tanımlanan iletişim, sağlık çalışanı ve hasta arasında kullanılabilen önemli bir araçtır. Uyumu ve anlaşmayı sağlar. Problem çözme aracıdır. Özellikle hastalık veya özürllülük nedeniyle pek çok problem yaşayan hastaları anlamamanın yolu etkili iletişimden geçer. İletişimin etkili olabilmesi için bilgi akışının iki yönlü olması gerekir. Bilgi akışının etkin ve yeterli olması için çeşitli iletişim tekniklerine ihtiyaç vardır (Şekil 1)

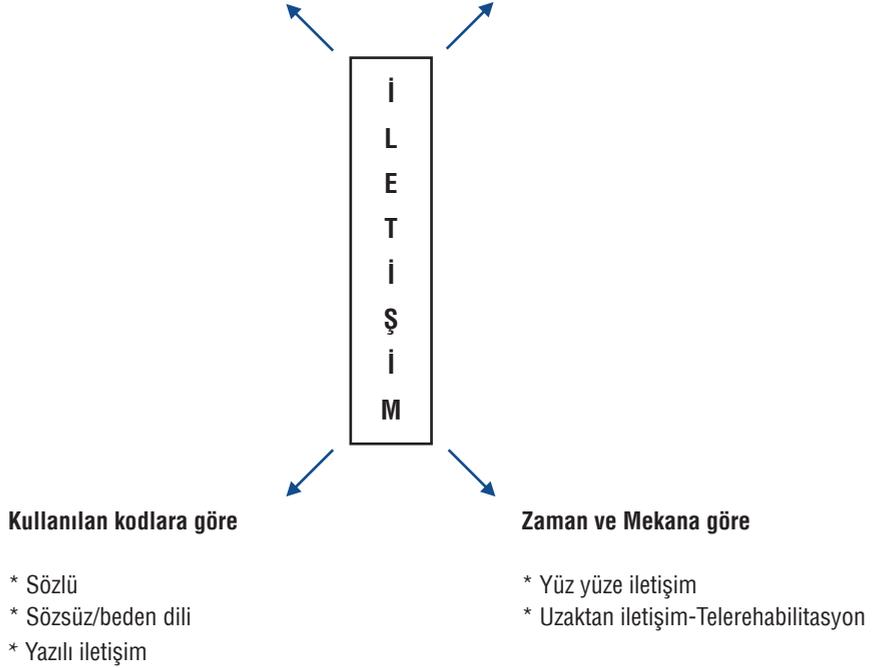


Toplumsal İletişim

- * Kişilerarası
- * Grup İletişimi
- * Kitlesel iletişim

Kullanılan araçlara ve kurallara göre

- * Görsel
- * İşitsel
- * Dokunma ile iletişim



Şekil 1: İletişim tekniklerinin sınıflandırılması

Kişilerarası iletişimin amaçları:

- Rahatlama sağlamak
- Problem çözmek
- Stresi/kaygıyı gidermek
- Bilgi vermek
- İlişkileri biçimlendirmek /sürdürmek
- Duyguları açıklamak
- İkna etmek
- Karar vermek

“Meslek sahiplerinin başarıları onların iletişim becerilerine bağlıdır”

Fizyoterapistlik mesleği insan ilişkisi içinde sürdürülen bir uygulama alanıdır. Kısacası fizyoterapistlik insan ilişkileri üzerine temellenmiş bir meslektir ve tedavi sürecinin etkinliği fizyoterapistin hasta ve diğer sağlık profesyonelleri ile etkin iletişim kurma yeteneği ile doğrudan ilişkilidir.

Rehabilitasyon hizmetinde “hasta odaklı” iletişim önemlidir.

Sağlık personelinin kullanabileceği teknolojik ve bilimsel tekniklere rağmen, iletişim hala hastalıkların tanı ve tedavisinde anahtar rol oynar. Sağlık personelinin hasta ve yakınları ile konuşma biçimleri, onlara iyi davranıp davranmamaları, hastaların onlarla ilişkilerinden sağladıkları doyumun derecesini belirler.

Hastaların sağlık personeli ile ilgili yakınmaları çok yaygındır. Nedenleri:

1. Hastanın hasta değil, gelir kapısı olarak görülmesi
2. Hastanın anlayamayacağı bilimsel sözcükler ve ifadelerin kullanılması
3. Hastaya yeterince bilgi verilmemesi
4. Hastanın düşünce ve tercihi değer verilmemesi

Hasta ile iletişimin 5 temel unsuru:

1. Pozitif bakış açısı ile yaklaşmak
2. Kendini tanıtmak
3. Süre tanımak/dinlemek
4. Açıklama yapmak ve hastanın anladığından emin olmak
5. Hastaya yaptığı işbirliği için teşekkür etmek



Hasta memnuniyetinin nedenleri

1. Sağlık personelinin hastaya sıcak ve kibar davranması
2. Sağlık personelinin hastanın beklenti ve kaygılarını ortaya çıkartacak biçimde cesaretlendirici ve empatik bir yaklaşımla sorgulanması/dinlenmesi
3. Sağlık personelinin değerlendirmeden ve tedaviden aldığı sonuçları açıklaması, özetlemesi ve hastanın anlayabileceği bir dille aktarması

Etkili İletişim Becerilerinin Yararları

- Sağlık personeli doğru bilgi toplar.
- Hastanın gerçek duygularını, problemlerini öğrenmemize yardımcı olur.
- Hastaların sağlık personeline güvenini arttırır.
- Hastaların tedaviye katılımlarını arttırır.
- Hastaların gerginlik ve korkularını giderir.
- Hastalar ve sağlık personeli arasındaki olumsuz iletileri azaltır.
- Sağlık personelinin (zor hastalar özellikle özür-lü, yaşlı ve ölüme yaklaşan hastalar, mental özür-lüler, çocuklar) kronik hastalığı olanlar ile iletişimini kolaylaştırır.
- Hastaların depresyona girme, birisine muhtaç olma ve çaresiz kalma olasılığını azaltır.
- Hastaların doktorlarını, fizyoterapistlerini ve hizmet aldıkları sağlık elemanını değiştirme gerekliliğini ortadan kaldırır.
- Hastaların daha erken taburcu olmalarını sağlar.
- Hastaların yaşama isteklerini arttırır.

HASTALARLA İDEAL İLETİŞİM İÇİN TEMEL STRATEJİLER

Fzt. hastası ile iletişim halindeyken izlemesi gereken yol başarıyı artırmak için önemlidir.

- Hastalığa odaklanma yerine hastaya odaklanmak: Hasta odaklı rehabilitasyon hasta odaklı iletişimi zorunlu kılar. Hastalıktan ziyade hastanın yaşadığı problemler ve hedefleri üzerinde odaklanmak önemlidir. Bu başarılı bir klinik problem sürecinin temelini ve garantisini oluşturur.
- Hastaya karşı sorumluluk duymak: Fzt. daima hastanın sorumluluğunu üstlenmeli ve ona karşı merhamet ve sorumluluk duymalıdır. Hastaya değer vermelidir.
- Otoriter davranma yerine, insanclı yaklaşım biçimini tercih etmek: Otorite hastanın iletişimde kendine güvenini azaltarak Fzt. ile işbirliği yapmayı engeller.
- Yatarak tedavi gören hastaya daha özenle yaklaşmak: Kendi çevresinden ve yakınlarından uzakta bir ortamda yatarak tedavi gören bir hastanın en büyük destekleyeni sağlık profesyonelleri olmalıdır. Yalnızlık hissi hastanın katılımını azaltır.
- Sağlık personeli merkezli iletişim yerine hasta odaklı iletişim kurmak: Sağlık profesyonelleri iletişim halinde iken ekibin merkezinde bulunan hastayı ihmal edemezler. Hasta katılımı önemle üzerinde durulması gereken hassas bir konudur.
- Tedaviyi itina ile yapmak: Fzt. her hastasını özenle tedavi etmeli ve hastasına kendi yakınıymış gibi itina ile davranmalıdır.
- Hastanın tedavi programına aktif katılımını sağlamak: Hasta odaklı rehabilitasyon sisteminin en önemli basamaklarından birisi de “hasta kalım ilkesi”dir. Her aşamada hastanın sözlü veya yazılı bilgilendirmeye dayalı onayı/rızası alınmalıdır. Ayrıca hedeflerin belirlenmesi, tedavinin planlanması ve içeriğinin belirlenmesinde hastanın fikir önerileri dikkate alınmalıdır. Fikir uyuşmazlığı durumunda Fzt. hastayı bilimsel kanıtlarıyla birlikte bilgilendirmeye dayalı ikna yoluna gidebilir. Diğer alternatifler koşunda bilgi verebilir.
- Hasta yakınlarının da tedaviye aktif katılımını sağlamak: Hastanın yakınları ve bakım verenleri rehabilitasyon ekibinin üyesidirler. Hastanın tedavi sürecindeki sorumlulukları ve katkıları ko-

nusunda Fzt. tarafından bilgilendirilmelidirler. Progmanın uygulanış biçimi hakkında onların da fikirleri alınmalıdır.

- Hastalara merhamet duymak/insan olarak görmek: Her hasta insan ve hasta hakları bağlamında değer görme hakkına sahiptir. Bu nedenle hastalara iletişim sırasında saygılı ve kibar davranmak gerekir. Hiçbir sağlık profesyoneli onları yok sayamaz veya aşağılayamaz veya utandıramaz.
- Hastaları daha çok dinlemek, zaman ayırmak: İletişim sürecinde ve tedavi sırasında hastayı dinlemek ve ona her aşamada zaman ayırmak programın kalitesini artırır.
- Öğretici ve yol gösterici olmak: Fzt. hastanın daima mentörü olmalıdır. Hastaya doğru yolu göstermesi ve bu konuda rol model olması önemlidir.



Unutmayın ki;
Bir şeyi söylemeniz karşınızdakinin duyduğu anlamına,
Duyması, anladığı anlamına,
Anlaması, doğru anladığı anlamına,
Doğru anlaması, kabul ediyor anlamına,
Ve kabul etmesi de yapacağı anlamına gelmemektedir.

Sağlık personelleri arasında iletişim becerilerini öğretmeye çalışanların deneyimlerine göre, pek çok ilişkide kullanılan geleneksel ataerkil modelde iki yönlü iletişime yer yoktur. Ana-babalar, öğretmenler, doktorlar, patronlar tek yönlü olarak kuralları koyar ve karşındaki bireyin bunlara uymasını beklerler. “Ben istediğim için bunu yapacaksın.” Bu ifade tek yönlü ve kişiyi aşağılayıcı bir iletişim biçimidir.

Örnek: “Tüm soruları ben sorarım” diyen bir Fzt. hasta merkezli iletişimi yok sayar. Ayrıca bu tutum katılım ilkesini de yok sayar.

EMPATİ

Empati veya eşduyum, bir başkasının duygularını, içinde bulunduğu durum ya da davranışlarındaki motivasyonu anlamak ve içselleştirmek demektir. Kendi duygularını başka nesnelere yansıtmak anlamında da kullanılır.

Rehabilitasyon sürecinde empati kurmak hastayı ve problemlerini daha iyi anlamak ve uygun çözümü bulmak için önemli bir süreçtir. Genellikle hastanın yerine kendini koyma ve bu şekilde anlama becerisi olarak tanımlanır. Ancak empati, hastanın sorunlarını ve hissettiklerini anlama, algılama ve tanımlama sürecidir. Farkına varmak ve hastanın yaşamakta olduğu sorunları görebilmek ve hissedebilmedir. Subjektif bir durumu objektif olarak görebilmek ve tanımlayabilmektir. Empati sağlıklı bir iletişim sürecinin olmazsa olmazlarından. Sağlıksız bir iletişim konusunda en büyük eksikliklerden biri empati kurmaktır. Karşınızdakine insancıl sağlık modeline göre değer verme destekleme süreci yoksa empati konusunda eksiklik var demektir.

Doğru ve sağlıklı bir empati sürecinden bahsedebilmek için 3 unsura dikkat etmemiz gerekmektedir:

1. Kendimizi empati kuracağımız kişinin yerine koymak
2. Empati kuracağımız kişinin hem duygularını hem de düşüncelerini doğru olarak anlamak
3. Empati kurarak kısa bir süreliğine rolüne büründüğümüz kişiye empatik anlayışımızı iletmemiz gerekmektedir. Diğer bir ifadeyle hissettiklerimizi karşımızdaki kişiye aktarmamız, empati sürecinin son aşamasını oluşturmaktadır.

HASTA KATILIMININ DEĞERİ

Rehabilitasyon sürecinde katılım ilkesinin dikkate alınması sürecin daha kolay ilerlemesine yardımcı olur. Fzt. hastasını tedavi programının içine dahil etmek ve onun fikirlerini veya önerileri dikkate almak ister. Fakat bazı durumlarda süreç arzu edildiği gibi yürümeyebilir. Fizyoterapistin hastanın direncini ve tepkisel tutumunu azaltmak için “Katılım İlkesi” ni uygulayacağı durumlar vardır: Örnek: Bir hastayı her gün yürütmekle görevli bir Fzt., hastaya “yürüyüş sırasında karşılaşılabileceğiniz sorunlarla ilgili bilginiz var mı?” ya da ona yürüyüş sırasında ne giymek, nerede ve günün hangi saatinde yürümek istediğini, her gün yürüyüş mesafesini artırmak isteyip istemediğini sorabilir.

Tablo 1: Hasta İle İletişimde Saygı Modeli (Respect Model)

Anlaşma/uyum	<ul style="list-style-type: none">• Aynı sosyal düzeyde iletişim kurmaya çalışın• Hastanın bakış açısını anlamaya çalışın• Ön yargıdan kurtulun• Üstüne alınmaktan kurtulun	Uyum sağla ve bilgiye dayalı ikna etme yolunu dene
Empati	<ul style="list-style-type: none">• Hastanın senden yardım istemeye geldiğini unutmayın• Hastanın hastalığına bakışını saygıyla karşılayın• Sözel olarak onaylayın• Hastanın duygularını paylaşın	Empati kurmaya çalış; hastayı anla ve bunu ona hissettir
Destek	<ul style="list-style-type: none">• Hastanın bakımı ile ilgili engelleri sorgulayın ve anlamaya çalışın• Mümkünse, aile bireylerini de dahil etmeye çalışın• Yardım için ne yapacağını hastaya anlatın• Esnek ol, gerektiğinde uzlaşmacı olun• Hastanın sağlık problemini gidermede hastaya yanında olacağını hissettir	Hastanın engelleri aşmasına yardımcı ol. Yanında ol ve onu destekle
Ortaklık	<ul style="list-style-type: none">• Esnek olun• Birlikte çalışmanın önemini vurgulayın	Ortak karar alma sürecini işletin
Açıklama	<ul style="list-style-type: none">• Hastanın anlayıp anlamadığını sık sık kontrol et• Sözlü iletişim tekniklerini kullan	Bilgilendir
Kültürel Yeterlilik	<ul style="list-style-type: none">• Hastanın kültürel inanışlarına saygı duy• Hastanın bu konudaki bakış açısını anlamaya çalış• Kültürel farklılıklara dikkat et sınırlarını tanımla	Kültürel düzeye uyum sağla
Güven	<ul style="list-style-type: none">• Bazı hastaların size güvenme konusunda zorlanacaklarını normal karşılayın• İletişimde her zaman güveni korumaya çalış	Hastaya güvenmek onu kazanmaktır

İyi bir iletişim için iyi bir başlangıç önemlidir!

“Tedavide ilk adım”

Hastayla karşılaşmadan önce kendinizi bu karşılaşma için hazırlayın ve odaklanın. İlk etki çok önemlidir. Dikkatinizi hastaya verin ve onun ihtiyaçlarına odaklanmaya çalışın:

- Hastanın tıbbi dosyasını önceden inceleyin.
- Dostça bir tavır takının ve gülümseyin.
- Hastaya ismiyle hitap edin. Örnek: Hasan Bey, Makbule Hanım gibi. Amca, teyze, halacım, ablacım, amcacım, canikom gibi ifadeler kullanmaktan kaçının. Hasta yakınlarını da selamlayın.
- Kendinizi tanıttin: Günaydın Hasan Bey; ben Fzt. Uğur Cavlak gibi.
- Yanınızda meslektaşınız veya stajyeriniz varsa onları da tanıttin
- Eğer ilk görüşme ise; hastanızı değerlendirmek için izin isteyin.
- Hasta ile göz teması kurun ve hastanın yüzüne bakın.
- Hastayla aynı seviyede oturun.
- Hastayı dinlerken veya sorularınıza yanıt alırken yüz mimiklerinizle veya vücut dilinizle onu takip edin.
- Değerlendirmeye ve tedaviye geçmeden önce tüm sorularınızı sorun ve hikaye alma işinizi tamamlayın.

Tablo 2: Bathe Tekniği

Hikaye al	Probleminizle ilgili neler anlatmak istersiniz?
Etkilenmeyi sor	Sizi en çok etkileyen durum nedir? veya: Bu durumunuz en çok hangi aktiviteleri yapmanızı engelliyor?
Başa Çıkmayı sorgula	Bundan nasıl kurtuluyorsunuz veya probleminizi çözmek için neler yapıyorsunuz?
Empati kur	Bu sizin için çok zor olmalı. Onu anladığınızı hissettirin

Tablo 3: Learn Modeli

Dinle	Hastanın probleminin nasıl algıladığını empatik bir yaklaşımla dinle. Örneğin hastaya probleminin neden kaynaklanabileceğini sor
Açıklama yap	Hastanın anlayacağı bir dille problemini anlat. Tanımlama yap
Hastanın yorumuna ve isteklerine dikkat et	Hastanın hedeflerine ve isteklerine kulak ver
Öneride bulun	Tedavi seçenekleri hakkında bilgi ver
Karşılıklı uyumu sağla ve birlikte ortak karar al	Uyumlu ol ve ortak kararlarla tedaviyi yönlendir

Soru sorun ve destek verin!

İlgilendiğinizi göstermek ve hastanın perspektifini tanımlamak için sorular sorun. Bu, problemi tanımlamak ve en uygun fizyoterapi ve rehabilitasyon programını oluşturmak için önemlidir.

Hastayı “Evet” ve “Hayır” yanıtlarından daha fazla bilgi verecek duruma getirebilmek için açık uçlu sorular sorun:

“Ağrınızı nasıl tanımlarsınız?”

“Ne kadar sıklıkla oluyor?”

“Ağrınız olduğunda gidermek için ne yapıyorsunuz?”

Kapalı uçlu sorulara ihtiyaç duyduğunuzda onları açık uçlu sorularla değiştirmeye çalışın:

“ Gece uyurken ağrınız olmuyor değil mi?

yerine;

“Gece uyurken ağrınız olur mu? diye sorun.

Hastanın tüm bilgilerini kontrol ettikten sonra, hastaya sorusu olup olmadığı veya herhangi bir şey söylemek isteyip istemediğini sorun:

“Sorunuz veya hastalığınızla ilgili olarak anlatmak istediğiniz başka bir şey var mı?”

Anlaşılmak için uygun cevaplar verin!

Hastalar kendi sağlık problemlerini daha iyi anlamak ve kendilerine uygulanacak tedavi hakkında detaylı bilgi almak isterler. Zira bu bir hasta hakkıdır. Bu nedenle hastanın anlayabileceği düzeyde kelimeler veya ifadeler seçin:

- Değerlendirmeler ve incelemeler sırasında neyi niçin yaptığınızı açıklayın.
- Hastanın duyabileceği şekilde söyleyin.
- Broşürler verin.
- Gerekirse resim çizin veya video izletin.
- Hastaya anlayıp anlamadığını sorun ve anlamadığı yerleri tekrar edin.

Etkili iletişim eğitimi tüm sağlık profesyonelleri için göz ardı edilmemesi gereken önemli bir konudur. İyi iletişim sağlık profesyonelinin hastayı daha iyi tanımasını (hikaye alma) ve en uygun tedavi yöntemini belirlemesine yardımcı olur. Etkili iletişim ayrıca hastanın “eğitilmiş hasta” olmasını sağlar. Bu da komplikasyonların azalmasına neden olur. Dolayısıyla etkili iletişim hasta-klinisyen arasında iyi bir diyalog kurar: Bu bir zorunluluktur!

İLETİŞİM ENGELLERİ

Hastaların konuşmalarını engelleyen ya da sınırlayan davranışlar:

1. Hastanın ilgisini azaltan teknik sözcüklerle dolu bir dil kullanmak
2. Saate veya bekleyen hasta listesine bakmak
3. Sağlık elemanının kendi kendine konuşması, mırıldanması

4. Hastanın sözünü kesmek
5. Hastanın sorularını duymazdan gelmek
6. Hastayı dinlerken göz teması kurmamak, yüzüne bakmamak

KAYNAKLAR

1. Metin Işık, Levent Biber, Ahmet Öztekin, Hülya Öztekin: (Ed.: Metin Işık) "Genel ve Teknik İletişim" Eğitim Akademi Yayınları, Konya, 2.Baskı (2008), ISBN: 975-8890-30-1.
2. Thomas Gordon, W.Sterling Edwards: "Doktor-Hasta İşbirliği", Sistem Yayıncılık, 2. Basım (2001), ISBN: 975-322-018-9.
3. Mutha S, Allen C, Welch M. Toward Culturally Competent Care: A Toolbox for Teaching Communication Strategies. 2002; San Francisco: Center for the Health Professions, University of California, San Francisco.
4. Stuart MR, Lieberman JA. The Fifteen Minute Hour: Applied psychotherapy for the Primary Care Physician. 1986; New York.
5. Mostow C, Crosson J, Gordon S, et al. Treating and precepting with RESPECT: a relational model addressing race, ethnicity, and culture in medical training [published correction appears in J Gen Intern Med. 2010 Nov;25(11):1257]. *J Gen Intern Med.* 2010;25 Suppl 2(Suppl 2):S146-S154. doi:10.1007/s11606-010-1274-4.
6. Mostow C, Crosson J, Gordon S, et al. R-E-S-P-E-C-T: physician-patient communication. *J Gen Intern Med.* 2014;29(8):1097. doi:10.1007/s11606-014-2870-5.
7. Frosch, D.L. & Tai-Seale, M. *J GEN INTERN MED* (2014) 29: 427. <https://doi.org/10.1007/s11606-013-2710-z>.
8. Lieberman JA 3rd, Stuart MR. The BATHE Method: Incorporating Counseling and Psychotherapy Into the Everyday Management of Patients. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry.* 1999;1(2):35-38. doi:10.4088/pcc.v01n0202.
9. Leiblum, Sandra Risa et al. "To BATHE or not to BATHE: patient satisfaction with visits to their family physician." *Family medicine* 40 6 (2008): 407-1.
10. Pace EJ, Somerville NJ, Enyioha C, Allen JP, Lemon LC, Allen CW. Effects of a Brief Psychosocial Intervention on Inpatient Satisfaction: A Randomized Controlled Trial. *Fam Med.* 2017;49(9):675-678.
11. Üstün Dökmen: İletişim çatışmaları ve empati. Sistem yayıncılık. 1994 istanbul.

Doç.Dr.Bülent ŞEN



1964 yılında Ankara'da doğdu. Sırasıyla; Pilotaj Eğitimi, Yönetim Organizasyon, Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik, Aile Danışmanlığı, Sosyal Hizmet alanlarında Yüksek Lisans ve sonrasında Sosyal Hizmet Doktorasını tamamlamıştır. 2019 yılında Doçentlik ünvanı almıştır.

TRT Radyo 1, TRT Kent Radyo Ankara, Meteorolojinin Sesi Radyosunda haftalık canlı programlar yapmıştır. TRT Okul ve diğer TV kanallarına uzman konuk olarak katılmıştır. "Evlilik Öncesi Çift Eğitimi", "Boşanma Arabuluculuğu", "Evleneceğim! Ama Kiminle?", "Metaforlarla Duygusal Zekâ", "Metaforlarla Öfke Yönetimi" ve "Metaforlarla Eş Seçimi"

isimli kitapları yazan Bülent Şen, Şen Eğitim ve Danışmanlık ile kurum ve kuruluşlara "Aile Yaşamı" ve "Örgüt Psikolojisi" konularında eğitim ve seminerler vermektedir. Kasım 2019 itibarı ile Avrasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü Öğretim üyesi olarak göreve başlamıştır. KKTC Lefke Avrupa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü Öğretim üyesi olarak görev yapmıştır. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Gelişim Bölümünde Aile Danışmanlığı dersini vermiştir. THK Üniversitesi Pilotaj Bölümünde Havacılık Psikolojisi dersini vermiştir.

REHABİLİTASYON SÜRECİNDE DUYGUSAL ZEKÂ VE İLETİŞİM

Doç. Dr. Bülent ŞEN



Özet: Fizyoterapi mesleğine ve müdahalelerine olan ihtiyaç 21. YY’da daha çok anlaşılmış ve hem mesleği seçme hem de hastaların talep etmesi boyutlarında deyim yerindeyse bir patlama yaşanmaktadır. Başarılı fizyoterapistlerin yetişmesi ve hasta memnuniyeti boyutlarında “Duygusal Zekânın” bir kuvvet çarpanı olduğu her geçen gün daha iyi anlaşılmaktadır. Duygusal Zekânın ana boyutları kişisel beceriler, duygusal denetim, kendini düzenleme, motivasyon, kişiler arası etkileşim, uyumluluk, stresle başa çıkma, genel ruh durumu, toplumsal yeterlilik, toplumsal ilişkileri yönetmek olarak belirlenmiştir. Duygusal zekânın Fizyoterapiye ve fizyoterapiste katkılarını daha iyi anlatabilmek için bölümün içeriğinde bu ana boyutların alt boyutları tek tek ele alınarak ve fizyoterapi mesleğinin özellikleri dikkate alınarak olası örneklerle anlatılmaya çalışılmıştır. Bu alt boyutların isimleri toplu olarak verilmiştir; duygusal kendinin farkındalık, dışavurum, öz saygı, kendini gerçekleştirme, bağımsızlık; empati, kişiler arası ilişkiler, sosyal sorumluluk; gerçeklik, esneklik, problem çözme; strese dayanıklılık, dürtü kontrol; duygusal bilinç, doğru öz değerlendirme, öz güven; özdenetim, güvenilirlik, vicdanlılık, uyumluluk, yenilikçilik; başarma dürtüsü, bağlılık ya da kendini adamak, girişimcilik ya da inisiyatif, iyimserlik; başkalarını geliştirme, hizmete yönelik olma, çeşitlilikten yararlanma, politik bilinç; etki, iletişim, çatışma yönetimi, liderlik, değişim katalizörlüğü, bağ kurmak, işbirliği, ekip yetileri; iyimserlik ve mutluluk. Bu boyutlarda kendini geliştiren fizyoterapist aynı zamanda “Olgun İnsan” olma yolunda da mesafe kat etmiş olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Duygu, Zekâ, Duygusal Zekâ, İletişim, Fizyoterapi, Fizyoterapist

Her geçen gün daha fazla oranda hız ve teknoloji dünyasında yaşıyoruz. İnsanın konforu artarken her geçen gün yaşamımız biraz daha karmaşıklaşıyor ve giderek vücudumuz ve ruhumuz bundan doğrudan ya da dolaylı yollarla olumsuz boyutta etkileniyor. Televizyon ve bilgisayar başında uzun süreli oturmalar ve neredeyse günün her saati mobil cihazlarla yapılan sosyal medya iletişimleri gerek kas-iskelet hastalıkları gerekse dolaşım bozukluklarına neden olurken obeziteye de davetiye çıkarıyor. Sadece bu boyutuyla bile bireyler uzun süre tedavi gerektiren fizik tedavi

ve rehabilitasyon hastanelerine ve kliniklerine başvuruyorlar. Fizik tedavi gerektiren hastalıkların tedavi ve rehabilitasyon sürecinin uzun süreli olması, seansların diğer tıbbi muayene ve tedavilerden daha uzun süreli olması doğal olarak hasta ile fizyoterapist ilişkisini öne çıkarmaktadır. Hastaların iş ve yaşam kalitelerini doğrudan etkileyen bu rahatsızlıkların biran önce ve tam olarak iyileşmesi beklentisi, tedavi ve rehabilitasyon sürecinin zorlukları ve masraflı oluşu, hastalığını ve tedaviyi kabullenme ve sabırla tedaviye devam etme motivasyonu ihtiyacı hasta ile fizyoterapist iletişiminin de ileri seviyede olmasını gerekli kılmaktadır. Ancak klasik anlamda yalnızca iletişim üzerine yoğunlaşmak tek başına hasta memnuniyetini artırmayacaktır. Konuya holistik-bütüncül boyutta bakmak gereklidir. Bu bağlamda iletişimi de içeren duygusal zekâ kavramından faydalanmanın hasta memnuniyeti ile fizyoterapistin meslek doyumuna ve kurum imajına önemli katkılarda bulunacağı değerlendirilmektedir.

Bir insan dünyaya geldiği andan itibaren önce anne ve babasıyla aynı anda da çevreyle sürekli iletişim, etkileşim içine girer. Bu iletişim ve etkileşimin sürekliliği ve kalitesiyle de bireylerin kişilikleri oluşur. Aile içinde, okulda ve gençlik yıllarında değerler, demokratik tutumlar ve güven duygusu içinde yetişen birey gerek kendi içinde gerekse dış dünya ile sağlıklı ve etkili iletişim içine girer. Öncelikle iletişim kurulan kişinin değerlerine, kültürel yapısına, ekonomik durumuna, eğitim durumuna, ırk ve cinsiyetine, yaşına vb. kendine özgü özelliklerine saygı duyulmalı ve bir insan bir birey olduğu için koşulsuz olarak ona değer verilmeli ve kabul edilmelidir. İletişim kuran kişiler kendi değer ve düşüncelerini saklamadan, kendileri gibi davranmalı, düşünce, duygu ve davranışları birbiri ile tutarlı olmalıdır. İletişim kuran kişilerin empati yeteneği olmalı ve karşısındaki kişinin o anki duygu, düşünce ve endişelerini anlayabilmek için onu etkili dinleme ile dinlemeli ve onu anladığını kendi ifadeleri ile karşısındakine iletebilmeli, onu doğru olarak anlayıp anlamadığını kontrol etmelidir.

Gerek günlük hayatta gerekse yapılan araştırmalarda duygusal zekâsı yüksek olan bireylerin daha etkili iletişim kurdukları ve hem iş yaşamlarında hem de sosyal yaşamlarında daha başarılı ve çevresi tarafından sevilen ve aranan kişiler oldukları görülmektedir.

1900'lü yılların başından 1990'lı yıllara kadar bireylerin iş başarısı için düşünen beyin, mantık ve bilişsel zekâ önemseniyordu. Ancak son 30 yıl boyunca yapılan araştırmalar, iyi bir eğitimin, bilişsel zekâ testlerinden alınan çok yüksek puanların dahi bazı bireyler için gerek iş yaşamı gerekse aile ve toplumsal yaşamlarında başarılı olmaları için yeterli olmadığını; diğer taraftan orta seviyede eğitim aldığı halde duyguları etkin olarak kullanan bireylerin yaşamın bütününde daha başarılı olduklarını göstermektedir.

En kısa şekliyle duygusal zekâyı, duyguların akıllıca kullanımı ve olgun insan olma yolculuğu olarak tanımlayabiliriz. Daha geniş bir tanımlama yapılmak istenirse, Bar-On'un duygusal zekâ tanımını kullanabiliriz; "kişinin hem kendi hem de başkalarının duygularını fark ederek onları doğru bir şekilde okuyabilmesinde, bu süreçten elde ettiği bilgiyi, düşünce ve davranışlarında kullanarak karşısındakilerle olumlu ilişkiler kurabilmesinde ve çevresinden gelen baskı ve taleplerle başarılı bir şekilde baş edebilmesinde kişiye yardımcı olan; kişisel, duygusal ve sosyal yeterlik ve beceriler dizisidir."

Duygusal zekâyı Goleman'ın iş yaşamını dikkate alarak yaptığı şekilde tanımlarsak; "kendini harekete geçirebilme, aksiliklere rağmen yoluna devam edebilme, dürtüleri kontrol ederek tatmini erteleyebilme, ruh hâlini düzenleyebilme, sıkıntıların düşünmeyi engellemesine izin vermeme, kendini başkasının yerine koyabilme ve umut besleme" olarak değerlendirebiliriz.

Duygusal zekânın ilk basamağında duygular ve onların tanınıp fark edilmesi vardır. İnsanın olduğu her yerde duygular da vardır. Hayatın %10'unun yaşanan gerçek olaylar, %90'ının ise bu olaylara ilişkin yorumlar ve duygusal etkileşimlerden oluştuğu düşünüldüğünde, duyguların çelişkili bir biçimde, yaşamda yönetilmesi gereken önemli bir gerçeklik olduğu ortaya çıkmaktadır. Bireyin kendisini duygularından soyutlaması mümkün değildir. Ancak, birey geliştireceği bazı beceriler sayesinde duygularını yöneterek yaşam kalitesini artırabilir.

Duygular, doğal ve insani gereksinimleri karşılanmadığı zaman bireyi uyarır ve harekete geçmesi için onu motive eder. Yaşamda yapılan neredeyse her davranış, her hareket duyguların eseridir. Duygular bireyi içinde bulunduğu duruma uygun olarak davranmaya yönlendirir. Duygular bireye, kendisi, diğer bireyler ve yaşanan durum ile ilgili çok değerli bilgiler de verebilir. Örneğin, bir fizyoterapist meslektaşına ya da hastasına karşı nedensiz bir şekilde öfkeleniyor ve bağırıyorsa, bu durumda fizyoterapistin gerçekleştirmesi çok zor bir iş yükünün altında kaldığı bilgisini kendisi ve amirleri fark edebilir. Örneğin, yeni mezun bir fizyoterapist endişe duygusunu yoğun olarak yaşıyorsa, eğer bu endişe duygusunun temelinde tecrübesizlik ya da hata yapma düşüncesi olduğunu fark ederse; danışmanından destek isteyerek ve ilgileneceği vaka üzerine daha çok inceleme yaparak hazırlanabilir. Böylece duyguların verdiği önemli bilgileri algılayabilme yetisi, bireyin çevresinde yaşanan durumları olumlu yönde etkileyecek tarzda düşünebilmesini sağlayabilmekte ve davranışlarını değiştirebilmeyi olanaklı kılabilmektedir.

Duygular her bireyde farklı düşünce ve tepkilerin, davranışların oluşmasına yol açabilir. Örneğin tedavisi sonuçlanan bir hasta sevincini coşkulu bir tarzda gösterirken, başkası farklı bir şekilde ya da ona kıyasla daha donuk bir şekilde sevincini gösterebilir. Örneğin bir hasta tedavi sürecinde hayal kırıklığını ve üzüntüsünü oldukça sert ve kırıcı bir şekilde ifade ederken, diğeri bu durumu serinkanlı bir şekilde karşılayabilir ve daha sakin ifade edebilir.

Siyah ve beyaz renkler gibi insanda evrensel olarak iki temel duygunun olduğu bazı araştırmacılar tarafından savunulmaktadır. Bu duyguların korku ve sevgi duygusu olduğu ve diğer duyguların bu iki duygudan çoğaldığı düşünülmektedir. Aynı şekilde beyin ile ilgili yapılan araştırmalarda da, beyinde özel yeri belirlenen duyguların korku ve haz duyguları olduğu ileri sürülmektedir. Benzer olarak, duygu üzerinde araştırma yapan diğer bilim adamları da gökkuşağını oluşturan sarı, kırmızı ve maviden oluşan üç temel renk gibi, bazı temel duyguların birbirleriyle karışarak diğer duyguları ortaya çıkardığını belirtmektedirler. Susanne Denham tarafından geliştirilen "Denham Duygu Anlama Testi" ile evrensel olduğuna inanılan temel duyguların mutluluk (zevk), üzüntü, öfke ve korku olduğu belirtilmektedir. Plutchik sekiz temel duygu olduğunu savunmaktadır. Kabul, sevinç, umut, hayret, üzüntü, korku, öfke ve tiksintiden oluşan sekiz duygu kategorisi duygu çemberi olarak adlandırılmıştır. Bu temel duyguların birleşmesi ya da karışmasıyla yeni duygular oluşabileceği savunulmaktadır. Örneğin, üzüntü ve hayret duygusu birleştiği zaman hayal kırıklığı duygusu yaşanabilir. Umut ve sevinç duygusunun bir araya gelmesiyle iyimserlik duygusu gelişebilir. Ayrıca bu duyguların şiddeti ve yaşandığı yoğunluğa bağlı olarak da duygu çeşitliliği artabilmektedir.

Plutchik'in duygu kümelerinin her birinin özünde, göle atılan bir taşın ilk düştüğü yer gibi temel bir duygusal çekirdek bulunur. Bu çekirdekten temel duyguya yakın olan duygular halkalar halinde çoğalarak yayılır. Dış halkalarda daha uzun süreli genel ruh halleri bulunmaktadır. Bütün gün öfkeli olmak pek mümkün değilken, hırçın ve sınırlı bir ruh hali içinde bulunmak mümkün olabilmektedir.

Bu ruh hali devam ederse yaşanan olumsuz olaylar esnasında bireyler daha çabuk öfkelenebilmektedirler. Ruh halinin daha dış halkalarında, bireyleri neşeli, girişken ya da çekingen yapan ve huy, mizaç diye isimlendirilen belli bir duygu ya da ruh halini uyandırma eğilimi vardır.

Olumlu duygular, bireyin çevresi ile ilgilenmesini sağlar. Düşünce dünyasını genişletir, yeni fikirler üretmesine yardımcı olur. Farklı olasılıkları düşünmesi için bireyi cesaretlendirirler. Olumsuz duyguların da, zaman zaman bireyin ruh hali ve düşünceleri üzerinde olumlu etkileri bulunabilmektedir. Olay ve durumlar karşısında daha fazla odaklanma, detayların daha çabuk fark edilmesi, daha dikkatli ve tedbirli olunabilmesi gibi faydalar sayılabilir.

Duygusal zekâsı yüksek bir fizyoterapist bilişsel zekâ ile duygular arasında bir denge kurarak, olumlu duyguların motive edici gücü ile arzu edilen amaç ve hedeflere ulaşmalı, olumsuz duyguları ise doğru ve etkin bir şekilde kontrol edebilmeli ve yönlendirebilmelidir.

Duygular, yaşama yönelik bakış açısı, moral ve performansı olumlu ya da olumsuz yönde etkilebildiklerinden, bir fizyoterapist için önemlidir. Fizyoterapist kendisini duygularından soyutlayamaz ve duyguları olmadan mesleki yaşantısında gelişemez ve ilerleyemez. Fizyoterapist, geliştireceği özel yeteneklerle duygularını yönetebilir ve yaşadığı duyguların amaçlarına ve hedeflerine hizmet etmesini sağlayabilir.

Yapılan araştırmalarda, duyguların insan psikolojisi üzerinde oldukça etkili olduğu ve kararların büyük çoğunluğunun bireylerin duygusal bir anında verdiği tespit edilmiştir. Böyle bir anda verilen karar ve yargı süreci, çok ciddi biçimde duygularımızın etkisinde kalır. Örneğin, fizyoterapistin öfkeli bir anında kendisinin bile tahmin edemeyeceği birisi gibi davranabildiği, davranışlarının sonuçlarının hiç tahmin edilemeyecek boyutlara ulaşabildiği, yaşanan olayın hukuksal zeminlere taşınabildiği ve fizyoterapistin bu durumdan derin pişmanlık duygusu yaşadığı ile ilgili örnekler görülebilmektedir.

Latince “zekâ” kavramının karşılığı “intellectus” sözcüğüdür. Bu sözcük; “algılama, tanıma, bilme, anlayış” anlamlarına gelmektedir. En geniş anlamıyla zekâ; “genel bir zihin gücü” olarak tanımlanabilir.

Gardner zekâyı; “değişen dünyada, yaşamak ve değişimlere uyum sağlamak amacıyla, her insanda kendine özgü bulunan yetenekler ve beceriler bütünü; bir kişinin bir veya birden fazla kültürde değer bulan bir ürün ortaya koyabilme kapasitesi, gerçek hayatta karşılaştığı problemlere etkili ve verimli çözümler üretebilme becerisi ve çözüme kavuşturulması gereken yeni ve karmaşık yapıları problemleri keşfetme yeteneği” olarak tanımlamıştır.

Öğrencilik yıllarında akademik düzeyde diğerlerine göre oldukça başarılı ve bilişsel zekâ (IQ) testlerinden yüksek puanlar alan bireylerin, gerek iş yaşamında gerekse özel yaşamlarında aynı seviyede başarılı ve mutlu olamamaları; bunun tersine akademik başarısı orta seviyelerde ve bilişsel zekâ testlerinden ortalamaya yakın puanlar alan bireylerin bir kısmının ise hem iş hem de özel yaşamında daha başarılı olmaları araştırmacıların dikkatini çekmiştir. Araştırmacılar, bireyin başarılı olmasına ve hayat kalitesine bilişsel zekâdan daha başka faktörlerin de etkili olduğunu düşünmeye başlamışlardır.

Hayatta kazanılan başarıların yalnızca mantıksal ve rasyonel düşünce ölçütleriyle açıklanmaya çalışılmasının yeterli olmadığı ve bu başarının ancak bir bölümünün bunlarla açıklanabildiği savunulmaktadır. Goleman'ın araştırmalarına göre bu oran yalnızca %20 olarak belirlenmiştir. Diğer

araştırmacılar da benzer bir şekilde, bilişsel zekâ (IQ) olarak ele alınan faktörlerin bir kişinin başarısına etkisinin diğer faktörlerin sadece beşte birini oluşturduğunu savunmaktadır.

Duygusal zekânın daha iyi anlaşılması, ancak duygusal zekâ yeterlikleri ve alt becerilerinin ayrıntılı olarak incelendiği duygusal zekâ modellerinin daha yakından incelenmesi ile mümkün olabilmektedir. John Mayer ve Peter Salovey'in Yetenek Modelinin yanında Reuven Bar-On duygusal ve sosyal zekâ modeli, Daniel Goleman duygusal yeterlilik modeli, Robert K. Cooper ve Ayman Sawaf dört köşe taşı modeli, Weisinger'in duygusal zekâ yaklaşımı, Dulewicz ve Higgs'in duygusal zekâ modeli, Six Second duygusal zekâ takımı, Steve Hein'in duygusal zekâ yaklaşımı modelleri de karma modeller arasında sayılabilir.

Bu modellerdeki duygusal zekâ yeterliliklerini fizyoterapi kliniklerine ve fizyoterapistlere uyarlayarak duygusal zekânın hem kuruma hem de fizyoterapist ve hastalara katkısını görmek faydalı bir çalışma olacaktır.

Duygusal Kendinin Farkındalık: Fizyoterapist hastasıyla ilgilenirken kendi hislerinin, duygularının farkına varmalı, bunları net olarak tanımlayabilmeli, aynı anda birden fazla yaşanan duygu olabileceğini ve bunların karışabileceğinin bilincinde olmalı; fark edilen ve tanımlanan duyguların nedenlerini ve muhtemel sonuçlarını düşünebilmelidir. Uç bir örnek olmasına rağmen duygusal zekânın bu boyutunun daha iyi anlaşılabilmesi için şu örnek verilebilir. Fizyoterapist eşine şiddet uygularken elini yaralayan ve inciten bir erkek hastaya karşı kendi içinde oluşan kızgınlık, öfke, nefret gibi duygularının oluştuğunu fark edebilmeli ve tıp etiği dışına çıkmamaya özen göstermelidir. Eğer bu konuda duygularının esiri olabileceğinden ve etik dışı bir uygulama yapabileceğinden endişe duyarsa hastayı bir başka meslektaşına yönlendirmeli ya da devretmelidir.



** Fizyoterapist: Bu özellik ile ilgili bugüne kadar yaşadığınız, şahit olduğunuz, duyduğunuz bir olayla ya da kendi kurgunuzla düşüncelerinizi anlatınız.....

.....
.....
.....

Dışavurum: Fizyoterapist hislerini, duygularını, düşüncelerini ve inançlarını gerek üst yönetime ve meslektaşlarına gerekse hastalarına karşı tam olarak dile getirebilmeli, bunların sonucu olarak yapılacak olası davranışların diğer insanlar üzerindeki etkilerini fark edebilmeli ve olası haklarını kırıcı olmayan şekilde savunabilme yeteneğine sahip olmalıdır. Örneğin kliniğe başvuran hastaların yoğun olması ve performans yöntemi gereği üst yönetim fizyoterapistte fazla hasta yönlendirmiş olabilir. Diğer tıbbi tedavilerden farklı olarak fizyoterapi seanslarının periyodik ve uzun süreli olması nedeniyle fizyoterapist hastalarına yeterli ilgiyi gösteremeyebileceği endişesini taşıyabilir ve mesleki inançları gereği bu hususu üst ve amirlerine iletmek isteyebilir. Bu durumda iletişimi çok aktif olarak kullanmalı ve iletişim kazalarına neden olmamalı, sorunu duygusal zekâ yöntemlerini kullanarak akıllıca çözülmesini ve gerekirse yeni tedbirler alınarak giderilmesini sağlamalıdır. Farklı bir yakla-

şımla, örneğin bu konudaki hislerini, duygularını, düşüncelerini ve inançlarını tam olarak iletmediği, bundan çekindiği durumlarda; fizyoterapist elinden geleni yapmaya çaba harcayarak zamanla yorulacak, dinlenemeyecek ve yıpranarak kendisini tükenmişlik sendromunu yaşarken bulabilecektir. Sonucunda, gerek fiziksel gerek ruhsal yorgunluk sonucu üst, amir, meslektaşlarıyla ve hastalarıyla tartışmalar yaşayabilecek ve zamanla mesleğinden zevk almayarak soğumaya başlayabilecektir.



** Fizyoterapist: Bu özellik ile ilgili bugüne kadar yaşadığınız, şahit olduğunuz, duyduğunuz bir olayla ya da kendi kurgunuzla düşüncelerinizi anlatınız.....
.....
.....
.....

Öz Saygı: Fizyoterapistin kendisinin farkında olması, kendisini kabullenmesi ve kendisine saygı duyması yeteneğidir. Fizyoterapistin kendisini kabul etmesi; sahip olduğu olumlu ve olumsuz, yeterli ve yetersiz yönlerini fark etmesi, limitlerini ve kapasitesini kabul etmesi anlamına gelir. Öz saygısı yüksek olan bir fizyoterapist kendisini başarılı ve doygun hissederken, öz saygısı düşük olduğu durumlarda ise kendisini başarısız ve yetersiz hissedebilir.

Özellikle yeni mezun ve meslek hayatının başındaki fizyoterapistler bu durumu bir zayıflık olarak görebilir, hata yapma ve sonrasında eleştiri alma endişesi ile kendilerine güven duymayarak geri planda kalmayı tercih edebilirler. Fizyoterapist bu durumun farkına varmalı, endişelerinin olduğunu kabul etmeli; yetersiz ve geliştirilmesi gereken yönlerini tespit etmeli ve bunların üzerine giderek kendisini geliştirmelidir. Aynı zamanda olumlu ve kuvvetli yönlerinin de farkında olmalıdır. Örneğin iletişim becerilerinin çok gelişmiş olması, empati yeteneğinin olması, yeni şeyleri öğrenme motivasyonunun ve hedeflerinin olması bu fizyoterapistin kuvvetli yönleri olabilir. Mesleki gelişiminde bu kuvvetli yönlerini kullanarak kendisini geliştirebilir. Bu fizyoterapistin amirleri, danışmanları ve meslektaşları da onun gelişmesi gereken yönlerinin farkında olmalı, limitlerini aşan işleri danışmanı olmadan ona vermemelidir. Bu fizyoterapist de limitlerini aşan konularda kendi başına çalışmamalı ve danışmanına bu durum hakkında bilgi vermelidir.



** Fizyoterapist: Bu özellik ile ilgili bugüne kadar yaşadığınız, şahit olduğunuz, duyduğunuz bir olayla ya da kendi kurgunuzla düşüncelerinizi anlatınız.....
.....
.....
.....

Kendini Gerçekleştirme: Fizyoterapist potansiyel kapasitesinin farkına varmalı ve geliştirebilmelidir. Fizyoterapist mesleğini sevmeli ve hedefleri olmalıdır. Mesleğini sevdiğçe var olan potansiyeli daha rahat ortaya çıkabilir.



** Fizyoterapist: Bu özellik ile ilgili bugüne kadar yaşadığınız, şahit olduğunuz, duyduğunuz bir olayla ya da kendi kurgunuzla düşüncelerinizi anlatınız.....

.....

.....

.....

Bağımsızlık: Kişinin düşünce ve hareketlerinde kendini yönetmesi, kontrol edebilmesi ve duygusal olarak kimseye bağımlı olmamasıdır. Bağımsız kişiler planlama ve önemli kararlar almada kendilerine güvenirlere. Bununla birlikte, başkalarından fikir almanın bağımlılık sayılmayacağına da bilincinde olarak, başkalarının fikirlerini de sorar ve dikkate alır.

Fizyoterapist, sürekli başkalarının uyarı ve yönlendirmeleriyle mesleğini yapmamalıdır. İşine sahip çıkmalı, günlük, haftalık ve aylık iş planlamalarını yapabilmeli ve bu planlamalara azami derecede uymalı, işleri zaman planlaması ve zamana dikkat ederek en iyi şekilde bitirmeye gayret etmelidir. Bu özelliğini bir prensip olarak içselleştirmeli ve bir meslek alışkanlığı haline getirmelidir. Bir olay ya da vaka karşısında iyiyi ve mükemmeli aramak adına kendisinden daha tecrübeli olanlara danışmanın da kendisini geliştireceği gerçeğini göz ardı etmeyecek kadar da duygusal zekâsına inanır. Bunu bir zavıflık işareti olarak algılamaz. Ancak bütün bunlardan sonra bir karar verdiği zaman kararına inanır, onu uygular ve kararının sonuçlarını da kabul eder ve üstlenir.



** Fizyoterapist: Bu özellik ile ilgili bugüne kadar yaşadığınız, şahit olduğunuz, duyduğunuz bir olayla ya da kendi kurgunuzla düşüncelerinizi anlatınız.....

.....

.....

.....

Empati: Fizyoterapistin gerek üst, amir ve meslektaşlarının gerekse hastalarının o andaki his ve duygularının farkında olması, onları anlaması ve değerlendirebilmesi önemli bir duygusal zekâ yeteneğidir. Başkalarını duygusal anlamda okuyabilen fizyoterapistler onları önemser ve onlara ilgi gösterir, onlar söylemeden onların hislerini sözel ifadelerinden ve beden dilinden anlayabilirler.

Fizyoterapist karşısındaki bir kimsenin belli bir anda yaşadığı duyguyu, o anda kendi duygularını ve ön yargılarını bir tarafa bırakarak ve kendisini onun yerine koyarak ne hissettiğini anlayabilmeli ve anladığını karşı tarafa hissettirebilmelidir. Duygusal zekânın en önemli yeteneklerinden biri olarak kabul edilen empati yeteneği fizyoterapisti meslek yaşantısında zirveye taşır.

Fizyoterapiye gelen bir hasta genellikle diğer hastalara göre daha uzun ve zahmetli bir tedavi alır. Gerek hastalığın hayat kalitesini etkilemiş olması gerekse çektiği sıkıntılar onun duygusal dünyasını da olumsuz olarak etkilemiş olabilir. Tutunacak bir dal arar. Korku, endişe ve umutla tedaviye gelir.

Fizyoterapist bu durumun farkında olmalı ve binlerce kez aynı tür hastalık ve hastayla karşılaşmış bile olsa onun tüm şikâyetlerini ve endişelerini sözünü kesmeden saygı ile dinlemelidir. Empatinin birinci basamağı etkili olarak dinleme becerisidir. Daha sonra hastasının şikâyet, endişe, korku ve beklentilerini anladığını hastasının sözlerini, fizyoterapist olarak kendi cümleleri ile ona özetlemelidir. Kendisinin anlaşıldığını hisseden hasta fizyoterapiste daha çabuk güvenebilecek ve tedavi süreci daha konforlu ve hızlı bir şekilde ilerleyebilecektir. Ancak burada fizyoterapistin dikkat etmesi gereken bir konuya da dikkati çekmek gerekir. Uzun süreli tedavilerde hasta fizyoterapist ilişkisinin sınırları belirsizleşerek her iki taraf da kendisini bir ailenin üyesi gibi görebilir. Hasta büyük beklentilere girebilir ve beklentilerinin tümünün karşılanacağını düşünüp fizyoterapisti diğer işlerini yapamayacak kadar meşgul edebilir. Fizyoterapist hastasına empati yaparak onu anladığını belirtirken beklentilerinin ne kadarının karşılanabileceğini onun moral ve motivasyonunu da bozmadan belirtmeli ve tedavi sürecindeki hasta fizyoterapist sınırları hakkında da onu kibarca bilgilendirmelidir. Hastanın işbirliği ve tedaviye katılımının sağlanması ile tedavinin başarı şansı daha da artacaktır.



** Fizyoterapist: Bu özellik ile ilgili bugüne kadar yaşadığınız, şahit olduğunuz, duyduğunuz bir olayla ya da kendi kurgunuzla düşüncelerinizi anlatınız.....
.....
.....
.....

Kişiler Arası İlişkiler: Fizyoterapist hastaları ve meslektaşları ile paylaşım üzerine kurulu, tarafların memnun olduğu, yakınlık içeren ilişkiler kurma ve bu ilişkileri devam ettirme becerisine sahip olmasıdır. Fizyoterapist hasta ve meslektaşlarına, amir ve üstlerine öncelikle bir insan oldukları için önem verip, onlarla cana yakın ilişkiler kurmalı, ilişki ve iletişim kurmada istekli olmalı, samimiyet, sevgi ve sıcaklığı hem onlardan almalı hem de onlara verebilmelidir.



** Fizyoterapist: Bu özellik ile ilgili bugüne kadar yaşadığınız, şahit olduğunuz, duyduğunuz bir olayla ya da kendi kurgunuzla düşüncelerinizi anlatınız.....
.....
.....
.....

Sosyal Sorumluluk: Fizyoterapist kliniğin bir üyesi olarak işbirlikçi ve katkı sağlayıcı yönünü ortaya koymalıdır. Takım çalışmasına uyumlu, meslektaşlarına daha onlar istemeden yardımcı olan, onların işlerini kolaylaştıracak şekilde kendi işlerini de düzenleyen, kliniğin yazılı ve yazılı olmayan kurallarından oluşan iklimini olumlu yönde destekleyen fizyoterapist hem işlerin düzenli olarak yapılma-

sına katkı sağlar hem de meslektaşları tarafından sevilen birisi olarak kabul edilir. Bu durum orta ve uzun vadede işyeri barışına ve verimliliğe katkıda bulunarak fizyoterapistin de işyeri huzurunu artırır.



** Fizyoterapist: Bu özellik ile ilgili bugüne kadar yaşadığınız, şahit olduğunuz, duyduğunuz bir olayla ya da kendi kurgunuzla düşüncelerinizi anlatınız.....
.....
.....
.....

Stres Yönetimi: Bir fizyoterapist iş yaşamında doğal olarak ortaya çıkan stresi yönetebilmeli ve zararlı etkilerini en az düzeye indirebilmelidir. İş yaşamında yaşadığı zor durumlarla umutsuzluğa kapılmadan, çaresizlik duygusunu yaşamadan ve kontrolünü kaybetmeden onlarla mücadele edebilmeli, stres toleransı ve dayanıklılığı yüksek olmalı ve zor durumlarda sorunlara hem uygun hem de etik çözümler üretebilmelidir. Stresi yönetme sürecinde fizyoterapist soğukkanlı olmalıdır. Düşünmeden, fevri davranışlarda bulunmamalı, baskı altında da verimli çalışabilmelidir.



** Fizyoterapist: Bu özellik ile ilgili bugüne kadar yaşadığınız, şahit olduğunuz, duyduğunuz bir olayla ya da kendi kurgunuzla düşüncelerinizi anlatınız.....
.....
.....
.....

Dürtü Kontrolü: Bir dürtünün engellenmesi veya ertelenmesi, dürtünün yönetilebilmesidir. Bir fizyoterapist bazı olumsuz duygusal taşkınlıkların; örneğin hüsrân, hiddet, kaygı ve panik duygusunun denetlenmediği takdirde çözüm bekleyen bir işe odaklanmayı zorlaştırabileceğinin farkında olmalıdır. Bu yetenek saldırgan olan bazı dürtülerin ve hoş olmayan davranışların önüne geçerek onları kontrol edebilmeyi sağlar. Dürtülerini kontrol edemeyen fizyoterapistler gerek iş yerinde meslektaşları, üst ve amirleri ve hastaları gerekse evde aile üyeleri ve sosyal çevresinde arkadaşları ile arasında ortaya çıkan gerilimlerle başa çıkamama, kızgınlığını kontrol edememe, kendini kontrol edememe, taşkın hareket etme gibi durumlar yaşayabilirler.



** Fizyoterapist: Bu özellik ile ilgili bugüne kadar yaşadığınız, şahit olduğunuz, duyduğunuz bir olayla ya da kendi kurgunuzla düşüncelerinizi anlatınız.....

.....
.....
.....

Uyum Yeteneği: Şartlara ve çevreye uyum, sorunlarla ve değişimlerle başa çıkabilme becerilerini öne çıkarır. Fizyoterapist karşısına çıkan güçlüklerle bir keresinde, tek bir adım atarak ve tepki göstermeden önce durup sorunu ilgili olarak düşünerek yaklaşmalıdır.

Fizyoterapist değişim ve zorluklarla başa çıkarken ve değişime tepki verirken esnek olabilmelidir. Bir fizyoterapist gerek sağlık sektöründeki gerekse klinik koşullarında ortaya çıkan yeni uygulamalara ve yoğunluklara öncelikle uyum sağlayarak kendisine verilen görevleri aksatmadan yerine getirmelidir. Birçok yeni uygulama aynı bir ilaç gibi başlangıçta öngörülemeyen bazı aksaklıkları ve zorlukları da beraberinde getirir. Uygulamalar başlayıp ortaya çıkan zorluk ve sakıncaları meslektaşlarını da yönlendirerek bir bir tespit eden fizyoterapist bunları bir rapor halinde amirlerine bildirmelidir. Böylece somut olarak tespit edilen sorunlara gerçekçi çözümler üretilmesine katkıda bulunabilir. Uyumlu fizyoterapistler yeni ve hızlı gelişen mesleki sorunlara da farklı pencerelerden bakarak farklı çözümler üretebilir ve esnek olarak davranabilirler. Böylece diğer meslektaşlarına da rol model olarak klinik ortamında olumlu bir iklim yaratabilirler.



** Fizyoterapist: Bu özellik ile ilgili bugüne kadar yaşadığınız, şahit olduğunuz, duyduğunuz bir olayla ya da kendi kurgunuzla düşüncelerinizi anlatınız.....

.....
.....
.....

Gerçeklik Ölçüsü: Fizyoterapistin daha önceki var olan deneyimleri ile objektif olarak şu anki olanlar arasındaki benzerliği değerlendirebilmesidir. Fizyoterapist ani olarak ortaya çıkan beklenmedik olaylara doğru pencereden bakarak, abartmadan, tarafsız bir şekilde onları değerlendirir. Değiştirebileceği şeylere müdahale ederek en iyiyi arar, değiştiremeyeceği şeyleri de fark ederek onlara çabuk uyum sağlayabilir.



** Fizyoterapist: Bu özellik ile ilgili bugüne kadar yaşadığınız, şahit olduğunuz, duyduğunuz bir olayla ya da kendi kurgunuzla düşüncelerinizi anlatınız.....

.....
.....

Esneklik: Fizyoterapist değişen durum ve pozisyonlara göre duygularını, düşüncelerini ve davranışlarını gözden geçirerek sağlıklı olanlarla yoluna devam etmelidir. Fizyoterapist olaylar karşısındaki duygu, düşünce ve davranışlarının yanlış olduğunu erkenden fark edebilmeli ve bunları ısrarla sürdürme hatasına düşmeden doğru olanları bulabilmeli ve rahatça yanlış olanları değiştirebilmelidir. Fizyoterapist gerek meslektaşlarından gerekse hastalarından gelebilecek farklı görüş ve düşüncelerin doğal olabileceğini kabul etmeli ve saygıyla karşılamalıdır. Fizyoterapist yeni fikirlerin üretilebilmesi için farklılıkların gerekli olduğunu bilir ve bunları olumlu anlamda değerlendirir.



** Fizyoterapist: Bu özellik ile ilgili bugüne kadar yaşadığınız, şahit olduğunuz, duyduğunuz bir olayla ya da kendi kurgunuzla düşüncelerinizi anlatınız.....

.....
.....
.....

Problem Çözme: Kişinin problemleri tanınması ve problemlere etkin çözümler bulmasıdır. Fizyoterapist karşılaştığı problemi fark ederek tanımlayabilmeli, bilinçli, disiplinli ve sistematik bir yöntemle bu problemlere etkili çözümler üretebilmeli, bunlardan faydası en çok, zararı en az olanları seçebilmeli ve bu çözümleri dikkat ve sabır ile uygulayabilmelidir.



** Fizyoterapist: Bu özellik ile ilgili bugüne kadar yaşadığınız, şahit olduğunuz, duyduğunuz bir olayla ya da kendi kurgunuzla düşüncelerinizi anlatınız.....

.....
.....
.....

Duygusal Bilinç (Öz Bilinç-Kendini Tanıma): Öz bilinci yüksek olan fizyoterapist o anda yaşadığı kendi duygularını ve bu duyguların etkilerini tanır. Örneğin gerek üst yönetim ya da meslektaşlar gerekse hastaları ile olumsuz bir olayla ya da sözle başlayan bir kızgınlık halinin kendi vücudunda uyandırdığı fiziksel etkileri ya da öfke duygusuna dönüşmeye başladığını çok erkenden fark edebilmelidir. Aynı zamanda karşısındaki kişinin de gerek sözel gerekse sözel olmayan iletişim dilinden onda da başlayan olumsuz duyguları fark edebilmelidir. İki tarafın da olumsuz duygularının olumsuz düşüncelere ve sonrasında geri dönülemez olumsuz söz ve davranışlara yol açabileceğini aynen bir filmin sonunu izliyormuş gibi görebilmeli ve bu olumsuz iletişimi en az zararlı sonlandırmak, mümkünse olumlu olarak sonlandırmak için gerekli tedbirleri alabilmelidir.

Örneğin kendisini rahatsız eden söz ya da davranışın kendi üzerindeki etkilerini karşısındaki kişiye “Ben Dili” ile ifade edebilmelidir. Akılda kalması ve kişinin bunu içselleştirebilmesi için “Ben

Dili”nin formülü matematiksel olarak da ifade edilebilir. Ben Dili = Olay + Duygu + Etki + Tepki. Konunun önemi düşünülerek bunun için üç örnek verilebilir. Bir üst ya da amirin adil olmayan bir kararı ya da söz-davranışından etkilenen bir fizyoterapist ben dilini şöyle kullanabilir. (Olay) Kliniğimizde fizyoterapist başına düşen ortalama hasta sayısı 55. Benim takip ettiğim hasta sayısı ise 96. (Duygu) Bu adil olmayan durum beni rahatsız ediyor. Kendimi amirlerim tarafından önemsenmiyormuş gibi hissediyorum. Bu durum devam ettikçe kendimi huzursuz, mutsuz ve sinirlenmiş hissediyorum. (Etki) Adil olmayan bu durum sonucu daha çok çalışıyor ve dinlenemiyorum. Sonucunda hastalarım gerekli bilgi, beceri ve ilgimi tam olarak veremiyorum. Bu durumdan kliniğimizde olumsuz olarak etkileniyor. (Tepki) Soruna acil bir çözüm bulunamadığı taktirde adaletsizlik, mesleğimi istediğim gibi yapacak ortamın olmaması sonucu tükenmişlik sendromu yaşayıp mesleğime karşı ilgimin azalacağından korkuyorum. Amirim olarak bu durumu sizinle paylaşmak istedim ve sorunu çözeceğinizden eminim.

Meslektaşlarının iş yerinde “Mobbing – Bezdiri -Yıldır ve Kaçır” faaliyetlerinden etkilenen bir fizyoterapist ben dilini şöyle kullanabilir. (Olay) Kliniğimizde fizyoterapist başına düşen ortalama hasta sayısı 55. Benim takip ettiğim hasta sayısı ise 96. (Duygu) Bu adil olmayan durum beni rahatsız ediyor. Kendimi meslektaşlarım tarafından kullanılıyor ve önemsenmiyormuş gibi hissediyorum. Bu durum devam ettikçe kendimi huzursuz, mutsuz ve sinirlenmiş hissediyorum. (Etki) Adil olmayan bu durum sonucu daha çok çalışıyor ve dinlenemiyorum. Sonucunda hastalarım gerekli bilgi, beceri ve ilgimi tam olarak veremiyorum. Bu durumdan kliniğimizde olumsuz olarak etkileniyor. (Tepki) Bu durum iş yerinde “Mobbing – Bezdiri -Yıldır ve Kaçır” faaliyetlerinden biri olarak literatürde belirtilmektedir ve kanunlarımızda bu suçu işleyenler hakkında maddi ve manevi tazminat cezaları bulunmaktadır. Soruna acil bir çözüm bulunamadığı taktirde Kanuni haklarımı sonuna kadar kullanacağımı şimdiden belirtmek isterim. Meslektaşlarım olarak bu durumu sizinle paylaşmak istedim ve sorunun çözüleceğinden eminim.

Tedaviye direnen ve ortak olmayan, uzlaşmadan uzak bir hastaya karşı bir fizyoterapist ben dilini şöyle kullanabilir. (Olay) Ahmet Bey sizin rahatsızlığınız uzun süreli ve zorlu bir tedaviye ihtiyaç duyuyor. Tam anlamıyla düzelme olasılığı da az. Sürekli şikâyetinde bulunmak, tedavi gününde ve zamanında gelmemek, tedavi ekibine karşı hırçın davranışlarda bulunmak tedavinin etkisini azaltıyor. (Duygu) Sizin durumunuzu ve duygularınızı çok iyi anlıyorum. Ancak bir fizyoterapist olarak mesleki bilgi, beceri ve tecrübemi sizin tedavinizde tam olarak kullanamıyor olmak da benim kendimi rahatsız ve mutsuz hissetmeme neden oluyor. (Etki) Sizin tedavinizin aksaması ve sonuçlanmaması nedeniyle diğer hastalarımıza da yeterince ilgi ve zaman ayıramayabiliyoruz. Bu durumdan kliniğimizde olumsuz olarak etkileniyor. (Tepki) Kliniğimiz ve fizyoterapistlerimiz alanının en iyisi ve sizin de tedaviye ortak olmanız durumunda rahatsızlığımızın en iyi tedavi edilebileceği yer olmasına rağmen, hasta hakları kapsamında kliniği ve fizyoterapistinizi değiştirme hakkınız olduğunu ve sizi başka bir kliniğe sevk edebileceğimizi bildirmek isterim.

İş yaşamında öz bilinç; hem birey olarak fizyoterapistler hem de yöneticilerin, kendi duygularının iş performanslarını nasıl etkilediklerini kavramaları ve kendi değerlerini ve kurum değerlerini karar verirken kullanabilme kabiliyeti olarak değerlendirilebilir. Bir fizyoterapist karşılaştığı hasta sorunlarına çare bulurken, örneğin tedavi masraflarını karşılayamayan ve sosyal güvencesi olmayan

bir hastaya kendi değer yargıları ile acıyarak ve gizli bir şekilde tedavisine devam ederek kurum değerleri ve kuralları ile çatışmış duruma gelebilir. Bu durumdan kendisi ve geleceği de etkilenebilir. Böyle bir durumda kendi değerlerini kurum değerleri ve kuralları ile uyumlu kılmalı ve durumu üstlerine bildirmelidir. Kurum kendi değer ve kuralları yönünde duruma bir çare üretebilir. Örneğin kurumun sosyal hizmet uzmanları devreye girebilir ve hastanın kaynaklarla buluşmasına destek olabilir ve tedaviye devam etmesini sağlayabilirler.

Duygusal bilince sahip olan fizyoterapistler buldukları anda hangi duyguları hissettiklerini ve bunların nedenlerini bilirler. Düşündükleri, yaptıkları ve söyledikleri şeylerle hisleri ve duyguları arasındaki bağların farkındadırlar. Hislerinin ve duygularının kendi performanslarını nasıl etkilediğini anlarlar. Örneğin iş yerinde diğer meslektaşlarının başarılarını sürekli kıskanan ancak kendi başarılarını artırmak için çaba harcamayan fizyoterapistin bu kıskançlığı giderek artacak ve hastalıklı bir hale gelebilecektir. Bir süre sonra küpün içindeki küpün dışına taşacak ve bu kıskançlık duygusu kıskançlık düşünceleri ve olumsuz davranışlarla iş yerinde görünür olacaktır. İş yeri huzuru bozulacak, arkadaşlıklar zarar görecektir ve kıskançlık duygularını kontrol edemeyen fizyoterapist yalnız kalabilecektir. Aslında fizyoterapist kıskançlık duygusunu başlangıçta fark edip onu yöneterek imrenme duygusu haline dönüştürebilse ve başarılı arkadaşlarını izleyerek başarılarının nedenlerini irdeleyerek kendisi de bu yolda çalışkanlığı ile gelişip başarılı olabilir.



** Fizyoterapist: Bu özellik ile ilgili bugüne kadar yaşadığınız, şahit olduğunuz, duyduğunuz bir olayla ya da kendi kurgunuzla düşüncelerinizi anlatınız.....

.....
.....
.....

Doğru Öz değerlendirme: Fizyoterapistin duyguları, güçlü yanları, sınırları, değerleri ve dürtüleri hakkında derin bir anlayışa sahip olarak kendi iç dünyasını tanıması ve bunları kullanarak kendi tercihlerini yapabilmesi olarak tanımlanabilir.

Duygusal zekâsı yüksek olan fizyoterapist güçlü ve geliştirilmesi gereken yanlarının farkındadır. Örneğin fizyoterapist hastalarına ve meslektaşlarına karşı güler yüzlü, sevecen, saygılı, sabırlı, empati kurabilen, iletişimi ve etkileşimi yüksek, mesleki bilgi-beceri ve değerleri gelişmiş, yaşam boyu gelişime inanmış biri olarak güçlü yönleri ile mesleğinde başarılı olabilir. Aynı zamanda öfke yönetimi konusunda grup çalışmalarına katılarak bu olumsuz yönünü geliştirebilir.

Duygusal zekâsı yüksek olan fizyoterapist sürekli kendisini gözlemler, hem kendisinin hem de başkalarının deneyimlerden ders alabilir. Gerek yaşamda gerekse iş yaşamında tamamen doğru işler yapılmaya çalışılsa da her zaman küçük ya da büyük hatalar oluşmaktadır. Fizyoterapist gerek kendi hatalarından gerekse çevresini gözlemleyerek diğer meslektaşlarının hatalarından dersler çıkarabilmelidir.

Doğru öz değerlendirme yapabilen fizyoterapistler gerek amir ve meslektaşlarından gerekse hastalarından gelen içten geribildirime, yeni bakış açlarına ve kendini geliştirmeye açıktırlar. Aynı zamanda hata yaptıklarında kendilerine de yönelik bir hoşgörü ve olumlu bakış açısı sergileyebilirler.



** Fizyoterapist: Bu özellik ile ilgili bugüne kadar yaşadığınız, şahit olduğunuz, duyduğunuz bir olayla ya da kendi kurgunuzla düşüncelerinizi anlatınız.....
.....
.....
.....

Özgüven: Fizyoterapist kendi değerini ve yeteneklerini güçlü bir şekilde duyumsar ve hedeflerinden emin bir şekilde meslek yaşamını sürdürür. Özgüvenli fizyoterapist kendini rahatça ifade edebilir ve doğru olduğuna inanıyorsa hoş karşılanmayacağını bildiği görüş ve fikirleri de amirleri, meslektaşları ve hastaları ile yüzleşmekten kaçınmayarak onlara söyleyebilir. Aynı zamanda fizyoterapist fırsatları beklemek yerine fırsat yaratır ve gerekirse makul sınırlar içinde kalarak kuralları esnetmekten de kaçınmaz. Ancak aşırı özgüven, özellikle kişi sosyal becerilerden yoksunsa, kibir gibi gözükebilmektedir. Ayrıca özgüveni küstahlıkla karıştırmamak gerekir.

Özgüveni yüksek bir fizyoterapist dik duruşuyla, özenli giyimi ve bakımıyla kendinden emin bir izlenim bırakır ve girdiği ortamlarda “varlığını” hissettirir. Özgüveni yüksek bir fizyoterapist belirsizliklere ve baskılara rağmen sağlıklı kararlara varabilir.



** Fizyoterapist: Bu özellik ile ilgili bugüne kadar yaşadığınız, şahit olduğunuz, duyduğunuz bir olayla ya da kendi kurgunuzla düşüncelerinizi anlatınız.....
.....
.....
.....

Özdenetim: Özdenetimi yüksek olan fizyoterapist zorlandığı anlarda bile, olumlu bir ruh durumunda ve sakin kalabilir ve soğukkanlı davranabilir. Fizik tedavi uzun süreli ve zahmetli bir tedavi olduğu için zaman zaman hasta ya da fizyoterapist üzerinde biriken olumsuz duygular sonucu bazı sıkıntılı durumlar ortaya çıkabilir. Fizyoterapistin iyi yönettiği bir etkileşim ve iletişim ile tedavi süreci aksamadan devam edebilir.

Özdenetimi iyi olan fizyoterapist zamanını en iyi şekilde planlar ve önemli işlere öncelik verir. Ayrıntı arasında kaybolmaz. Anlık istekleri ve dürtüleri kontrol altına alabilir ve bunları mesleki uygulamaları sonrasına erteleyebilir.



** Fizyoterapist: Bu özellik ile ilgili bugüne kadar yaşadığınız, şahit olduğunuz, duyduğunuz bir olayla ya da kendi kurgunuzla düşüncelerinizi anlatınız.....

.....

.....

.....

Güvenirlilik: Bir fizyoterapist mesleği ile ilgili doğruluk, etik ve dürüstlük standartlarını korur, açık, dürüst ve tutarlı davranır. Güvenilir bir fizyoterapist; görevini yaparken herkesin hoşuna gitmese de kararlı ve ilkeli bir tavır sergiler. Hem hastalarına hem de meslektaşlarına karşı içten davranır. Mesleki uygulamalarında kendi hatalarını kabullenir ve meslektaşlarının da hatalarıyla yüzleşmesine nezaket sınırlarında yardımcı olur. Mesleki uygulamalarda ortaya çıkan etik problemlerin göz ardı edilmesine izin vermez.



** Fizyoterapist: Bu özellik ile ilgili bugüne kadar yaşadığınız, şahit olduğunuz, duyduğunuz bir olayla ya da kendi kurgunuzla düşüncelerinizi anlatınız.....

.....

.....

.....

Vicdanlılık: Kişisel performansın sorumluluğunu üstlenmek, yükümlülüklerini yerine getireceğine güvenilen ve sorumlu biri olmak olarak tanımlanabilir. Kişinin olaylar karşısında ortaya çıkan sonuçlarla ilgili başkalarını suçlamadan önce içselleşmiş sorumluluk anlayışı ile kendini sorgulaması, sorumluluk üstlenmesi gerekir.

Vicdanlı bir fizyoterapist amirleri, üstleri ve meslektaşları görmese ve takip etmese bile mesaisine dakik, her zaman görevinin en küçük ayrıntısına kadar yapan ve yapacağına inanılan sorumluluk sahibi bir kimse olarak tanınır. Mesleki uygulamalarında yaptığı hataları kimseye yüklemeyen kabul eder ve sorunun çözümünde baş aktör olarak çabalar.

Toplum tarafından bilinen anlamıyla aşırı vicdanlı olmak da mesleki müdahaleler esnasında hem fizyoterapisti hem de kurumu zor duruma sokabilir. Fizik tedavi sürecinin diğer hastalıkların tedavisine göre daha uzun süreçli ve seansların daha uzun süreyi kapsaması ve genellikle aynı fizyoterapistin aynı hastayı tedavi etmesinden dolayı tanışıklık ve sosyal yakınlaşma daha fazla olabilmektedir. Hastanın yaşlı fizyoterapistin genç ve deneyimsiz olduğu durumlarda fizyoterapistin oğul, kız, torun gibi görülmesi ve hastane dışı özel işlerin bile fizyoterapiste yaptırılmaya çalışılması rastlanan örneklerden olabilmektedir. Fizyoterapist bu durumu vicdan sorunu yapmadan tedavi sürecinde hasta fizyoterapist sınırının konulmasından ve sağlıklı bir şekilde devamından sorumludur. Fizik tedavi süreci hastanın da tedaviye katılımını gerektiren disiplinli bir süreç olduğu için bu sınır gereklidir.



** Fizyoterapist: Bu özellik ile ilgili bugüne kadar yaşadığınız, şahit olduğunuz, duyduğunuz bir olayla ya da kendi kurgunuzla düşüncelerinizi anlatınız.....

.....
.....
.....

Yenilikçilik: Bir fizyoterapist yeni fikir, yaklaşım ve bilgilere açık olmalı ve bu süreçte rahat bir tutum içinde olmalıdır. Fizyoterapist mesleki uygulamalarını yaparken yeni bakış açıları ile düşünür, gerektiğinde risk almaktan çekinmeyerek yeni fikirler üretir, sorunlar için özgün çözümler bulur ve çevresindekileri de bu konuda becerilerini ortaya koymaları yönünde yüreklendirir.

Yenilikçi bakış açısına sahip bir fizyoterapist mesleki uygulamaları esnasında ortaya çıkan sorunlar karşısında sorunları çözebilecek yeni ve özgün fikirler arar. Alternatiflerin ilk anda görünenden fazla olabileceğini düşünür ve geniş kaynak çeşitliliğinden yeni fikirler arar. Başkalarının da fikirlerine önem verir ve onları bu konuda yüreklendirirler.



** Fizyoterapist: Bu özellik ile ilgili bugüne kadar yaşadığınız, şahit olduğunuz, duyduğunuz bir olayla ya da kendi kurgunuzla düşüncelerinizi anlatınız.....

.....
.....
.....

Başarma Dürtüsü: Fizyoterapist mesleki uygulamalarında bir mükemmellik standardını yakalama ve yükseltme arayışı içinde olmalıdır. Başarma dürtüsü ve motivasyonu yüksek olan fizyoterapist kendisini zorlayacak ve geliştirebilecek hedefler belirler ve hesaplı riskleri almaktan çekinmez.

Fizyoterapist kısa-orta-uzun vadede amaçlarına ulaşma yönünde kendini isteklendirebilmeli, sürekli gelişim çabası içinde olmalıdır. Fizyoterapist mesleki uygulamaları esnasında karşılaştığı zorluklar ve yenilgiler karşısında yılmayarak, ısrarla elinden gelenin en iyisini yapmaya gayret etmeli ve yaşam boyu kendini geliştirmeye çalışmalıdır. Bunun sonucunda fizyoterapist, Maslow'un "ihtiyaçlar hiyerarşisinin" en üst basamağında olan kendini gerçekleştirme boyutunda kişisel tatmin duygusunu yaşamaktadır.



** Fizyoterapist: Bu özellik ile ilgili bugüne kadar yaşadığınız, şahit olduğunuz, duyduğunuz bir olayla ya da kendi kurgunuzla düşüncelerinizi anlatınız.....

.....
.....
.....

Kendini Adamak (Bağlılık): Duygusal zekâsı yüksek olan fizyoterapist bağlı olduğu sağlık kuruluşu ve kliniğinin misyon, vizyon ve hedeflerini benimser ve onlarla uyumlu özverili bir şekilde mesleki uygulamalarını yapar.



** Fizyoterapist: Bu özellik ile ilgili bugüne kadar yaşadığınız, şahit olduğunuz, duyduğunuz bir olayla ya da kendi kurgunuzla düşüncelerinizi anlatınız.....

.....

.....

.....

Girişimcilik ya da İnisiyatif: İnisiyatif sahibi bir fizyoterapist, dış etkenler tarafından zorlanmadan ya da amirleri tarafından onlara görev verilmeden önce harekete geçebilmelidir. Fizyoterapist, sorunlar oluşmadan önce bunu görüp, proaktif olarak davranarak gereken önlemleri alabilmelidir. Mesleki uygulamaları esnasında kendini geliştirebilecek fırsatları sürekli olarak araştırarak onlardan yararlanabilmelidir. Ancak inisiyatifi kullanırken sağlık kurumunun ve kliniğin yazılı ve yazılı olmayan kural ve değerlerini de bozmamaya gayret edilmelidir.



** Fizyoterapist: Bu özellik ile ilgili bugüne kadar yaşadığınız, şahit olduğunuz, duyduğunuz bir olayla ya da kendi kurgunuzla düşüncelerinizi anlatınız.....

.....

.....

.....

İyimserlik: Fizyoterapist meslek uygulamaları esnasında karşılaştığı engeller ya da zorluklara, sorunlara rağmen amaç ve hedefleri doğrultusunda çaba harcamaya devam eder. Başarısızlık korkusu yerine başarı umudunu göz önünde tutar. İyimser bir tutum, zor durumlar karşısında fizyoterapisti kayıtsızlığa, umutsuzluğa karşı koruyan bir duygusal zekâ becerisidir.



** Fizyoterapist: Bu özellik ile ilgili bugüne kadar yaşadığınız, şahit olduğunuz, duyduğunuz bir olayla ya da kendi kurgunuzla düşüncelerinizi anlatınız.....

.....

.....

.....

Başkalarını Geliştirme: Özellikle yönetici konumunda olan fizyoterapistler kliniğin başarısı için diğer fizyoterapistlerin güçlü yönlerini ortaya çıkarır, yönlendirir ve başarılarını onaylayıp ödüllendirirler. Onlara yaptıkları işler için yararlı geribildirimler yapar ve onların gelişme ihtiyacını saptarlar. Onlara gerektiğinde koçluk ve danışmanlık yapar, programlı eğitimler almasına destek olurlar. Fizyoterapistlerin becerilerini ortaya çıkaran ve geliştiren görevler verirler.



** Fizyoterapist: Bu özellik ile ilgili bugüne kadar yaşadığınız, şahit olduğunuz, duyduğunuz bir olayla ya da kendi kurgunuzla düşüncelerinizi anlatınız.....

.....
.....
.....

Hizmete Yönelik Olma: Fizyoterapistin klinikteki amir, meslektaşları ve hastalarına yararlı olmaktan mutluluk duyması halidir. Fizyoterapist hastalarının gereksinimlerini fark eder, bu gereksinimleri karşılamak için elinden geleni yaparak, onları memnun etmekten mutluluk duyar. Hastaların klinik ve tedavi hakkında olumlu düşüncelere sahip olmasını önemser ve onların kliniği tercih etmeleri için çabalar. Klinik içinde olumlu bir iklim yaratmak için elinden gelen katkıda bulunur.



** Fizyoterapist: Bu özellik ile ilgili bugüne kadar yaşadığınız, şahit olduğunuz, duyduğunuz bir olayla ya da kendi kurgunuzla düşüncelerinizi anlatınız.....

.....
.....
.....

Çeşitlilikten Yararlanma: Farklı yetenek ve gruplardan insanlar aracılığıyla fırsatları görmek, yaratmak ve kullanmak olarak tanımlanabilir. Bu yeteneğe sahip fizyoterapist farklı altyapıları olan ve farklı birimlerde çalışan uzmanlara saygı duyar ve onlarla iyi ilişkiler kurar. Diğer hastalıklar ve kliniklerden farklı olarak genellikle fizik tedavi kliniklerine gelen hastalar daha uzun süreli tedavilere ihtiyaç duyarlar ve tam olarak iyileşemeyebilirler. Bu durum hastaların işlerini aksatıp hayat kalitelerinin düşmesine neden olabilir. Hastalar ve ailelerinin biyopsikososyal iyilik halleri bundan zarar görebilir. Sağlık kurumunun bünyesinde bulunan psikologlar hastaların ruh durumuna katkı sağlarken, sosyal hizmet uzmanları aile sorunlarının çözümü, iş yeri ile iletişim, yeni iş bulma ve gerekirse sosyal yardımlaşma vakfından ve diğer kaynaklardan hastaların ekonomik durumuna katkı sağlama ve tedavilerinin devam etmesine katkı sağlayabilirler.



** Fizyoterapist: Bu özellik ile ilgili bugüne kadar yaşadığınız, şahit olduğunuz, duyduğunuz bir olayla ya da kendi kurgunuzla düşüncelerinizi anlatınız.....

.....

.....

.....

Politik Bilinç: Bu yeterliliğe sahip olan fizyoterapistler ve yönetici konumunda olanlar; sağlık kurumuna ve kliniğe katkı sağlayabilecek kişi ve faktörleri araştırıp, iyi analiz ederler. Kurum ve kendileri için önem taşıyan sosyal ağları keşfederler ve onlarla düzenli ve sürekli bir iletişim içinde olurlar.



** Fizyoterapist: Bu özellik ile ilgili bugüne kadar yaşadığınız, şahit olduğunuz, duyduğunuz bir olayla ya da kendi kurgunuzla düşüncelerinizi anlatınız.....

.....

.....

.....

Etki: Etkili ikna taktiklerini kullanarak kişinin karşısındaki kişi veya ekipte belirli duyguların ve isteğin uyandırılıp, heyecan yaratılabilmesidir.

Bu yeterliliğe sahip olan fizyoterapist; amir, meslektaşları ve hastaları ile etkili iletişim kurarak onların gönlünü kazanmakta beceriklidir. Mesleki uygulamalar esnasında ortaya çıkan sorunlara etkili çözümler üretebilmek için etkili iletişim yöntemlerini kullanır. Topluluk önünde etkili konuşur ve iyi sunum yapar ve bu sayede çözümlerin kabul edilmesi ve uygulanmasında kamuoyu yaratır. Fikir birliği ve ortak bir dil oluşturmak için karmaşık stratejiler kullanabilir.



** Fizyoterapist: Bu özellik ile ilgili bugüne kadar yaşadığınız, şahit olduğunuz, duyduğunuz bir olayla ya da kendi kurgunuzla düşüncelerinizi anlatınız.....

.....

.....

.....

İletişim: İletişim yeteneği güçlü olan fizyoterapist kendi mesajlarının karşı tarafa iletildiği duygusal sinyalleri fark eder ve etkili mesaj alışverişi yapar. Zor durumlarda sakinliğini korur ve iletişimin olumsuz olarak etkilenmesine izin vermez. Zor meseleleri etkili iletişim ve dolambaçsız yoldan çözmeye çalışır. İletişim esnasında aktif dinlemeyi kullanır, karşılıklı anlayış arar ve iletişim esnasında konuyu dağıtmadan gerçek bilgi üzerinden iletişimi sürdürür. Açık iletişimi destekler ve kötü haberleri de hem sözel hem de beden dilini olumlu yönde kullanarak iyi haberler gibi karşılar.



** Fizyoterapist: Bu özellik ile ilgili bugüne kadar yaşadığınız, şahit olduğunuz, duyduğunuz bir olayla ya da kendi kurgunuzla düşüncelerinizi anlatınız.....

.....
.....
.....

Çatışma Yönetimi: Çatışmada taraflar anlaşmazlık, zıtlık ve uyumsuzluk içinde olup bir taraf diğer tarafa kendi istek, arzu, ihtiyaç ve fikirlerini kabul ettirme çabasındadır. Bu yeterliliğe sahip olan fizyoterapist; çatışmaların yönetilmesinde, üzerinde önemle durulması gereken konulardan birisinin de çatışmanın nedenleri ve yöntemleri olduğu kadar tarafların hissettiği ya da farkına varamadığı, tanımlayamadığı duygular olduğunun bilincindedir. Çünkü çatışmanın hissedilmesi, başlaması ve ortaya çıkmasında grup ya da kurum içindeki bireylerin duygularının fiziksel, sözel ya da diğer şekillerde dışa yansması ilk işaret olarak değerlendirilmektedir.

Klinikte ortaya çıkan çatışmayı yönetebilen fizyoterapist, zor insanları ve gergin durumları diplomasiyi de kullanarak ustalıklı idare edebilir. Çatışma olasılığını baştan fark eder, anlaşmazlıkların gerçek nedenlerini açığa çıkarır ve taraflar arasında gerginliğin azalmasına yardımcı olur. Tarafların çatışma yerine doğruyu bulmaları için karşılıklı ve açık tartışmaları teşvik eder ve gerekirse moderatörlük yapar. Taraf tutmaz ve herkesin kazandığını hissettiği çözümler için çaba harcar.



** Fizyoterapist: Bu özellik ile ilgili bugüne kadar yaşadığınız, şahit olduğunuz, duyduğunuz bir olayla ya da kendi kurgunuzla düşüncelerinizi anlatınız.....

.....
.....
.....

Liderlik: Klinik yöneticisi olan ya da klinikte çalışan her fizyoterapistin farklı boyutlarda da olsa liderlik yapması gereken durumlar olacaktır. Liderlik, bireyin kendini ve çevresini tanıması ve ihtiyaçların temini konusunda öncülük etme sürecidir.

Bu yeterliliğe sahip olan fizyoterapistler; liderlik ettikleri gruplarda kliniğe ait ortak bir misyon ve vizyon arzusunu dile getirir ve uyandırır. Buldukları ortamda konumları ne olursa olsun, gerektiğinde liderlik için öne çıkarlar. Herkesin bir sorumluluğu olduğunu hatırlatarak başkalarının faaliyetlerinde yol gösterirler. Lider kişilikleriyle diğerlerine örnek olurlar.



** Fizyoterapist: Bu özellik ile ilgili bugüne kadar yaşadığınız, şahit olduğunuz, duyduğunuz bir olayla ya da kendi kurgunuzla düşüncelerinizi anlatınız.....

.....
.....

Değişim Katalizörlüğü: Değişimi başlatmak, teşvik etmek ya da yönetmek olarak tanımlanabilir. Bu yeterliliğe sahip olan fizyoterapistler; klinikteki değişim gereksinimini fark eder ve değişimin önündeki engelleri kaldırır. Değişim gereksiniminin hem üst yönetimde hem de diğerleri tarafından anlaşılması ve tanınması için çaba harcarlar ve değişime direnç gösterenlerin farklı pencerelerden bakmalarını sağlarlar. Değişimin gerekliliğini savunur ve değişimin sürdürülebilmesi için herkesin yardımını talep ederler. Değişim için başkalarına örnek olurlar.



** Fizyoterapist: Bu özellik ile ilgili bugüne kadar yaşadığınız, şahit olduğunuz, duyduğunuz bir olayla ya da kendi kurgunuzla düşüncelerinizi anlatınız.....
.....
.....
.....

İşbirliği: Bu duygusal zekâ yeteneğine sahip olan fizyoterapistler ortak hedefler doğrultusunda başkalarıyla uyumlu olarak çalışırlar.



** Fizyoterapist: Bu özellik ile ilgili bugüne kadar yaşadığınız, şahit olduğunuz, duyduğunuz bir olayla ya da kendi kurgunuzla düşüncelerinizi anlatınız.....
.....
.....
.....

Ekip Yetileri: Ekip çalışması, kurumlardaki farklı disiplinlerin bilgi, yetenek ve deneyimlerini bir araya getirerek sinerji yaratır. Bu yeterliliğe sahip olan fizyoterapistler; Saygı, yardımseverlik ve işbirliği benzeri ekip niteliklerine örnek oluştururlar. Ekibin tüm üyelerini motive ederek görevler için etkin ve istekli bir katılım içine çekerler. Ekip kimliği, dayanışma ruhu ve ekip içinde bağlılık oluştururlar.



** Fizyoterapist: Bu özellik ile ilgili bugüne kadar yaşadığınız, şahit olduğunuz, duyduğunuz bir olayla ya da kendi kurgunuzla düşüncelerinizi anlatınız.....
.....
.....
.....

Bağ Kurmak: Amaca hizmet eden ilişkileri geliştirmek olarak tanımlanabilir. Bu yeterliliğe sahip olan fizyoterapistler; Herkesle iyi geçinir, yaygın gayri resmi ağlar oluşturup bunları sürdürürler. Kendileri ve kurumları için faydalı olabilecek ve karşılıklı yarar sağlayacak ilişkileri arayıp bulurlar. Dostça ilişkiler kurup onların desteğini alırlar.



** Fizyoterapist: Bu özellik ile ilgili bugüne kadar yaşadığınız, şahit olduğunuz, duyduğunuz bir olayla ya da kendi kurgunuzla düşüncelerinizi anlatınız.....

.....

.....

.....

Mutluluk: Fizyoterapist iş ve aile yaşamından tatmin duymalı, kendisinden ve diğer kişilerden hoşlanmalı, zaman zaman şakalar yapabilmeli ve hem kendisine hem de başkalarına karşı olumlu hislerini sık sık ifade edebilmelidir. Fizyoterapist mutluluğün her şeyin yolunda gitmesi demek olmadığını bilir. Sürekli yolunda gitmeyen şeyleri göz önüne getirip moral ve motivasyonunu bozamaz. Fizyoterapist bardağın dolu tarafını da görüp işlerine odaklanabilmeli ve hem sosyal hayata hem de eğlenceye zaman ayırabilmelidir.



** Fizyoterapist: Bu özellik ile ilgili bugüne kadar yaşadığınız, şahit olduğunuz, duyduğunuz bir olayla ya da kendi kurgunuzla düşüncelerinizi anlatınız.....

.....

.....

.....

İyimserlik: İyimser bir fizyoterapist yaşama mutluluk veren iyi tarafından bakabilmeli, sıkıntılı bir durumla karşılaşıldığında dahi olumlu düşünebilme ve davranış gösterebilmelidir. Duygusal zekâ açısından iyimser bir tutum, zor durumlar karşısında fizyoterapisti kayıtsızlığa, umutsuzluğa karşı koruyan bir tavırdır.

İyimser olmak aynı zamanda sağlıklı olmayı da beraberinde getirmektedir. Özellikle çağımızın salgın hastalıklarından biri olan depresyonun asıl kaynağı, alışkanlığa dönüşmüş olumsuz düşünce yapılarıdır.

İyimserlik havası ileriye yönelik beklentilerin olumlu olabileceği sinyalini de verir. Duygusal zekâsı yüksek olan fizyoterapistler, engeller karşısında yılmayıp, başarının mutlaka bir yolunun bulunacağına inanır ve her başarısızlığı yeni bir başarıya uzanan ya da daha da yakınlaştıran bir basamak olarak algırlar. İyimserlik meslektaşlar arasında yayılıp kliniği kapsadığı zaman daha huzurlu ve verimli bir çalışma ortamının oluşmasına katkıda bulunur.



** Fizyoterapist: Bu özellik ile ilgili bugüne kadar yaşadığınız, şahit olduğunuz, duyduğunuz bir olayla ya da kendi kurgunuzla düşüncelerinizi anlatınız.....

.....

.....

.....

Duygusal zekânın artırılması çalışmalarında göz önünde bulundurulması ve dikkat edilmesi gereken önemli bir gereksinim bulunmaktadır. Teknik becerileri ve bilişsel yetenekleri öğrenmeye yarayan düşünen beyin, öğrenilen veya edinilen bilgiyi çok çabuk kazanabilir; ancak duygusal beyin aynı hızda programlanamaz. Yeni bir davranışta ustalık kazanmak ve bu davranışın içselleştirilip yaşam boyu doğal olarak kullanılabilmesi için, duygusal merkezler tekrara ve alıştırmaya ihtiyaç duyarlar. Bir davranış dizisi ne kadar çok tekrar edilirse, altta yatan beyin devreleri de o kadar güçlenmektedir. Aile yaşamında, eğitimde ve iş yaşamında bu bilimsel gerçek göz önüne alınarak, duygusal zekâ eğitimlerinin uzun süreli olduğu ve sonuçlarının hemen alınamayacağı bilinmeli ve sabırla bu eğitimlere devam edilmelidir. Bu çalışmada da fizyoterapistin her bir yeterliliği öğrenmesi ve içselleştirebilmesi için açıklanan ve örneklerle desteklenen duygusal zekâ yeterliliği – özelliği – alt boyutu ile ilgili bugüne kadar yaşadığı, şahit olduğu, duyduğu bir olayla ya da kendi kurgusuyla düşüncelerini anlatması istenmiştir.

KAYNAKLAR

1. Bar-On, R. (1997). Emotional quotient inventory user's manuel. Toronto: MHS Inc.
2. Bar-On, R. (2006). The Bar-On model of emotional- social intelligence (ESI). *Psicothema*, 18, 13-25.
3. Bar-On, R. ve Parker, J.D.A. (2000). (Eds.) *The handbook of emotional intelligence: Theory, development, assessment, and application at home, school, and in the workplace*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
4. Carmeli, A. ve Josman, Z. E. (2006). The relationship among emotional intelligence, task performance, and organizational citizenship behaviors. *Human Performance*, 19(4), 403-419.
5. Caruso, D. R. ve Salovey, P. (2007). *Duygusal zekâ yöneticisi*. (Çev. S. Kaymak). İstanbul: Crea.
6. Caruso, D. R. ve Salovey, P. (2010). *Yönetimde Duygusal Zekâ*. (Çev. S. Kaymak). İstanbul: Crea Yayıncılık.
7. Cherniss, C. (2000). Emotional intelligence: What it is and why it matters. *The Annual Meeting of the Society for Industrial and Organizational Psychology*, New Orleans, s.1-25.
8. Cooper, R. K. ve Sawaf, A. (2010). *Liderlikte Duygusal Zekâ: Yönetim ve Organizasyonlarda Duygusal Zekâ*. (Çev. Z. B. Ayman ve B. Sancar). İstanbul: Sistem Yayıncılık.
9. Cüceloğlu, D. (1998). *İnsan ve davranış: Psikolojinin temel kavramları*. İstanbul: Remzi Kitabevi.
10. Dulewicz, V. ve Higgs, M. (2000). Emotional intelligence: A review and evaluation study. *Journal of Managerial Psychology*, 15(4), 341-368.
11. Gardner, H. (2004). *Zihin çerçeveleri: Çoklu zekâ kuramı*. (Çev. E. Kılıç). İstanbul: Alfa Basım Yayım.
12. Goleman, D. (2018). *Emotional intelligence*.
13. <http://www.danielgoleman.info/topics/emotional-intelligence/>
14. Goleman, D. (1998). *Working with emotional intelligence*, New York: Bantam Books.
15. Goleman, D. (1999). Emotional competence. *Executive Excellence*, 16(4), 19-21.
16. Goleman, D. (2001). Emotional intelligence: Issues in paradigm building. (Ed. C. Cherniss, D. Goleman). *The Emotionally Intelligence Workplace*, San Francisco: Jossey-Bass.
17. Goleman, D. (2001). *Emotionally intelligence: A theory of performance*. (Ed. C. Cherniss, D. Goleman). *The Emotionally Intelligence Workplace*, San Francisco: Jossey-Bass.
18. Goleman, D. (2016a). *Duygusal zekâ: EQ neden IQ'dan daha önemlidir?* 36. Baskı. İstanbul: Varlık Yayınları.
19. Goleman, D. (2016b). *İşbaşında duygusal zekâ*. 16. Baskı. İstanbul: Varlık Yayınları.
20. Goleman, D., Boyatzis, R. ve McKee, A. (2002). *Yeni Liderler*. (Çev. F. Nayır, O. Deniztekin), İstanbul: Varlık Yayınları.

21. King, L. A. ve Emmons, R. A. (1990). Conflict over emotional expression: Psychological and physical correlates. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(5), 864-877.
22. Konrad, S. ve Hendl, C. (2001). Duygularla güçlenmek / Duygusal zekâ sayesinde başarılı bir hayat. (Çev. M. Taştan). İstanbul: Hayat Yayıncılık.
23. Mayer, J.D. ve Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? Emotional development and emotional intelligence. New York: Basic Books.
24. Salovey, P. ve Mayer, J.D. (1990). Emotional Intelligence. NY: Baywood Publishing.
25. Smith, C. A. ve Lazarus, R. S. (1990). Emotion and adaptation: Handbook of personality. New York: The Guilford Press.
26. Stein, S. J. ve Book, H. E. (2003). Duygusal zekâ ve başarının sırrı. (Çev. M. Işık). Ankara: Özgür Yayınları.
27. Şen, B. (2017). Duygusal zekâ seviyesi genç yaşta artırılabilir: Üniversite öğrencileri ile yapılmış bir ön çalışma. *Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 20(37), 97-113
28. Weisinger, H. (1998). İş yaşamında duygusal zekâ. (Çev. N. Süleymangil). İstanbul: MNS Yayıncılık.

Dr. Öğr. Üyesi Arzu ERDEN



1984 yılında Trabzon'da doğdu. Orta ve lise öğrenimini Trabzon'da tamamladı. 2006 yılında Pamukkale Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulundan okul üçüncüsü olarak mezun oldu. Farklı devlet hastaneleri, özel klinikler ve özel üniversitelerde görev yaptı. 2009'da bilim uzmanı, 2015'te bilim doktoru oldu. Aynı yıl Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü'nde Bölüm Başkanlığı görevine atandı ve halen görevine devam etmektedir. Fizyoterapi Eğitimi, El Rehabilitasyonu, Ortopedik Rehabilitasyon, Pediatrik Rehabilitasyon, İletişim Teknikleri, Beden Farkındalık Tedavisi ve Ağrı yönetimi alanlarında çalışmaktadır.

SÖZLÜ VE SÖZSÜZ İLETİŞİM

Dr. Öğr. Üyesi Arzu ERDEN



Özet: Rehabilitasyon sürecinde hastalar beklenti ve şikayetlerini kullandıkları kelimelerle ve çoğu zaman kelimelerden ziyade duruşları, beden dilleri ve ses tonlarıyla sağlık profesyonellerine ulaştırırlar. Ulaştırdıkları bu mesajlar fizyoterapistler tarafından çok iyi analiz edilmelidir. Aksi halde, sunulan tedavi hizmetinin başarısı olumsuz yönde etkilenmektedir. Hastalarla sağlıklı bir bilgi alış-verişini sağlayabilmek fizyoterapide sözlü ve sözsüz iletişim kurabilmeyi gerektirir. Sözlü ve sözsüz iletişim hakkında yeterince bilgi sahibi olmakla sürecin devamı etkin bir şekilde yönetilebilmektedir. Kitabın bu bölümünde rehabilitasyon sürecinin, fizyoterapist ve hasta işbirliğiyle verimli bir şekilde sürdürülebilmesi için sözlü ve sözsüz iletişim teknikleri, klinikteki yerinin önemi ve gereklilikleri güncel rehberler, literatür ve klinik uzman tecrübeleri ışığında sunulmuştur.

Sözlü iletişim ile sözsüz iletişim birbirini tamamlayan komponentlerdir. Bu iki parametre çeliştiğinde hasta kendisine söylenene inanmamayı tercih eder. Her ne kadar sağlık hizmetlerinde iletişimin önemi yeterli miktarda tartışılmasa da tedavi sonuçlarına etkisi açıkça ortaya konmuştur. Mevcut veriler, etkili bir sözlü-sözsüz iletişim dengesiyle hastaların kendilerini daha güvende ve güçlü hissettiklerini göstermektedir. Bu durumu ortaya koyan alanlar: hasta kayıtları, ilaçlara karşı kazanılan inanç, tedavi rejimlerine bağlılığın iyileştirilmesi, verilen bilgilerin daha iyi anlaşıldığı ve artırılmış memnuniyet raporları ile kanıtlanmıştır.

Son zamanlarda, sağlık meslekleri arasında daha fazla hasta merkezli yaklaşımların klinik bakım üzerindeki etkilerinin incelenmesine ilgi artmıştır. Çalışmalarda güçlü bir terapötik iletişimin hasta ile fizyoterapist arasındaki iletişimin, diğer faktörlerden daha fazla etkin olduğunu ortaya koymaktadır. Fizyoterapi alanında, iletişimin önemi, özellikle de fizyoterapi-hasta ilişkisinin ilk aşamasında, rollerin netleştirilmesi ve standartların oluşturulması sırasında göz önünde bulundurulmuştur. Tıp alanında, hastaların şikayetlerinin % 80'inin, bu konunun önemini vurgulayan bir bulgu olarak ortaya çıktığı bildirilmiştir. Ayrıca, işleyişte tersliklerin zuhur ettiği durumlarda iletişim özel bir önem taşır. Tıbbi ihmal avukatları ile yasal işlemlerde olaydan sonra dava açılmasını engelleyebilecek etkili eylem "açıklama ve özür" olarak belirtilmektedir. Fizyoterapide hasta merkezli bakış açılarının ortaya çıkmasıyla iletişime dikkat edilmesi ihtiyacı artmıştır. Stenmar ve Nordholm, klinisyenlerin İsveç'teki fizyoterapistlerin başarılı tedavide en önemli faktörlere ilişkin algılarını araştırdıkları ça-

lişmalarında, çoğunluğunun hasta-terapist ilişkisinin tedavi başarısında tedavi kaynaklarından daha önemli olduğunu belirtmişlerdir.

İletişimin önemine rağmen, iletişimi ölçmek için altın standart bir araç yoktur ve sağlık alanında çeşitli yöntemler kullanılmaktadır. Sağlık çalışanlarının ve hastaların etkili bir etkileşimi neyin oluşturduğuna dair görüşlerini belirlemek için nitel yöntemler, ve nicel yöntemlerden oluşan bir dizi sınıflandırma programı ile sözlü ve sözsüz iletişim ölçülebilmektedir. Bu yöntemler her ne kadar iletişim tarzı hakkında daha fazla fikir sağlasa da sağlık hizmeti danışmalarının içeriği hakkında nispeten az şey bilinmektedir. Mevcut bilgiler daha çok doktor-hasta iletişimine odaklanmıştır. Diğer sağlık hizmetleriyle ilgili mesleklerde daha az yaygın olarak rapor edilmiştir. Bu bağlamda sözlü sözsüz iletişimin ölçülebilir verilerle değerlendirilmesi de önemli bir ihtiyaçtır.

SÖZLÜ İLETİŞİM

Sözlü iletişim adından da anlaşılacağı üzere sözcüklerle gerçekleştirilen bir iletişim türüdür. Burada hem kaynak hem de hedef kitle insandır. Bu bağlamda bireyler arasında gerçekleşen her türlü karşılıklı konuşmalar ve yazışmalar sözlü iletişim kapsamı içerisine girmektedir. Sözlü iletişimde dil sistemini oluşturan sözcükler ve harfler yardımıyla kişiler arasında karşılıklı mesaj ve bilgi alışverişi söz konusu olmaktadır. Dilin görevlerinin başında anlamlandırma sayılabilir. Anlamlandırma sonucunda nesne ya da kişiye bir kimlik ve ayırıcı bir nitelik kazandırılır. Böylece, toplumsal yaşamın bir anlatımı olan ve kendine özgü ayrı bir işaret hazineleri bulunan dil kuşaktan kuşağa geçer.

Bireyler ürettikleri mesajları dil yardımıyla birbirlerine aktararak anlamlandırır ve böylece iletişim kurarlar. Bu esnada ise ses tonu, sesin hızı, şiddeti ve hangi kelimelerin vurgulandığı gibi hususlar önem kazanmaktadır. Dolayısıyla sözlü iletişimde, mesajın içeriğinin yanı sıra iletiliş biçimi de önem taşımaktadır. İletişim esnasında kişinin ses tonu psikolojik durumunu yansıtmakta, kızgınlık ve sevinç duygularını da dile getirebilmektedir.

Nitekim bazı durumlarda bireyin ne söylediğinden ziyade, nasıl söylediği önem kazanmaktadır. Bir kahramanlık şiirini cılız bir şekilde kelimelerdeki vurgu ve tonlamaya dikkat etmeden okumak dinleyiciler üzerinde hiçbir etki oluşturmayacağı gibi tepkide çekebilmektedir. Aktif dinleme, empati, doğru soru seçimi de doğru bilgi toplama sürecinde oldukça önemli noktalar.

Örnek:

Bir hastaya her gün yürütme eğitimi veren bir fizyoterapist hastaya şu soruları sormalıdır:

Soru: Yürüyüş sırasında karşılaşılabileceğiniz sorunlarla ilgili bilginiz var mı?

Soru: Nerede ve günün hangi saatinde yürümek istersiniz?

Soru: Yürüyüş mesafesini arttırmak ister misiniz?

Hasta ile ilk tanışma anında fizyoterapist önce kendini yalın bir dille tanıtmalıdır. Hastaya ismiyle hitap edilmelidir. Hasta yakınlarını da selamlamak bir diğer önemli husustur. Fizyoterapist dostça bir tavır takınıp gülümsemelidir. Eğer ilk ziyaret ise; hastayı değerlendirmek için izin istenmelidir. Değerlendirmeye ve tedaviye geçmeden önce tüm sorular ve hikaye alma kısmı tamamlanmalıdır.

Reflektif Dinleme: Fizyoterapist sözsüz iletişimi tamamlayarak hastanın söylediklerini anladığını göstermek için kısa tekrarlar yapmalıdır. Böylelikle eşzamanlı empati yapılmış olur. Hastanın ifadelerindeki önemli kısımlar tekrar edilmelidir:

Örnek:

Hasta: Genellikle ağrım sol tarafımdan başlıyor.

Fizyoterapist: Hımm... sol tarafınızda demek.

Hasta: Boynumun ağrısı akşam saatlerinde artıyor ve bulaşık yıkarken şiddetleniyor.

Fizyoterapist: Evet, anladığım kadarıyla bütün gün iş yerinde yoruluyorsunuz; bu nedenle iş dönüşü eve geldiğinizde ağrınız artıyor ve bulaşık yıkamak ağrınızı daha çok artırıyor öyle mi?

Hasta: Evet. Aynen öyle.

Empatik Dinleme: “Sizi anlıyorum”

Empati yapmak hastayı daha iyi anlamayı sağlar. Hastaya sempatik ve destekleyici yanıtlar verilmezdir.

Fizyoterapist: Bu sizin için zor olmalı

Fizyoterapist: Etkilenmiş gibi görünüyorsunuz!

Fizyoterapist: Tüm bunlar sizi kaygılandırmış olmalı...

Fizyoterapist: Bu kolay değil, ama bir kez daha deneyebilirsiniz!” gibi ifadeler sözlü iletişimi kolaylaştırabilir.

Örnek

Hasta: Bacağımdaki cihaz nedeniyle ne işe ne de sinemaya gidebiliyorum...

Fizyoterapist: Sizi anlıyorum (başını sallar...)

Hasta: Bu hep böyle mi devam edecek?

Fizyoterapist: Evet. 6 hafta kadar işe gidemeyeceksiniz. Bu sizin için zor olmalı.

Hasta: Evet. Çok sıkıcı...

Fizyoterapist: Ama geçici bir süre olduğunu unutmayın (*başını sallar ve gülümser*)

Etkili Soru Sorma

Hastaya görüşme sırasında doğru ve etkin soru sorma fizyoterapist ve hastaya zaman kazandırarak en doğru bilginin toplanmasını sağlar.

Açık Uçlu Soru Örneği

“Bana bel ağrınız hakkında bilgi verir misiniz?”

“Bel ağrınız en çok hangi hareketleri yapmanızı etkiledi?”

Kapalı Uçlu Soru Örneği

“Bel ağrınız yürüyüşünüzü zorlaştırdı mı?”

“Geçirdiğiniz felç nedeniyle sosyal katılımınız azaldı mı?”

Dereceli Cevap Soruları Örneği

Hasta: Yürümeye başladığımda diz ağrım başlıyor.

Fizyoterapist: Diz ağrınız olmadan ne kadar yürüebilirsiniz?

Çok Seçenekli Sorular Örneği

Fizyoterapist: Bel ağrınızı artıran faktörleri sıralayabilir misiniz?

Hasta: Her şey.

Fizyoterapist: Yemek yapmak, merdiven çıkmak, oturmak, araba kullanmak. En çok hangisi arttırır?

Soru Sorarken Kullanılmaması Gereken İfadeler

“NEDEN” ile başlayan sorularla başlanmamalıdır. Soru içinde soru sorulmamalıdır. Cevabı almadan diğer soruya geçilmemelidir.

Örnek:

“Neden artık yürüyemiyorsunuz? bunun yerine; Yürüyüşünüzü zorlaştıran nedir?” sorusu sorulmalıdır.

“Neden artık araba kullanamıyorsunuz? bunun yerine; Araba kullanmanızı engelleyen nedir?” sorusu sorulmalıdır.

Sözlü İletişim Bariyerleri

Teknik sözcüklerle dolu bir dil kullanmak, kendi kendine konuşmak, mırıldanmak, hastanın sözünü kesmek, emir vermek, gözdağı vermek, ahlak dersi vermek, yargılamak, suçlamak, düşünceye saygısızlık etmek, aşırı övmek / fazla güven vermek, sözünü kesmek, konuyu saptırmak, alay etmek, sık sık öğüt vermek hastanın konuşmasını engelleyen yada sınırlandıran davranışlardır.

Emir verme örneği:

Hasta: Bu egzersizleri yapmaktan nefret ediyorum. Bana iyi geldiğine de inanmıyorum.

Fizyoterapist: Ben size dur diyene kadar devam edin. Bırakın buna ben karar vereyim.

Gözdağı verme örneği:

Hasta: Acaba bel ağrım geçecek mi?

Fizyoterapist: Umudunu yitirirsen hiç iyileşemezsin.

Hasta: Hiç mi?

Fizyoterapist: Hem de felç olursun!

Ahlak dersi verme örneği:

Hasta: Elektrik Stimülasyonu yaptırmak istemiyorum. Canım yanıyor!

Fizyoterapist: Kocanın hatırı için razı olmalısın!

Yargılamak/suçlamak örneği:

Hasta: Son zamanlarda biraz kilo aldım.

Fizyoterapist: Bunun için hiç kimseyi suçlayamasın.

Hasta: Elimden bir şey gelmiyor?

Fizyoterapist: Ben ye dedim mi? Ha!

Düşünceye saygısızlık örneği:

Hasta: Baston kullanmak istemiyorum. Herkes benim sakat olduğumu düşünecek.

Fizyoterapist: Saçmalama! Boş yere kaygılanıyorsun.

Söz kesme örneği:

Hasta: Yaşamım boyunca kendi kendime baktım. Şimdi başkalarına muhtaç olmak beni çok üzüyor. Fizyoterapist: Tamam Harun Bey, hadi şimdi ayakta durmaya çalışalım, yürüyün.

SÖZSÜZ İLETİŞİM

Sözsüz iletişim sözcüklerle değil, hareket ve davranışlarla gerçekleşen bir iletişim türüdür. Konuşma ile çözümlenmesi planlanan birçok durum günümüzde sözsüz iletişimle çözüme kavuşur. Bunun temel nedeni insanoğlunun konuşmayı öğrenmiş olmasına rağmen sözsüz iletişim kurmaya daha yatkın olmasıdır. Sözsüz iletişim, sözlü iletişimden daha az değinilen ancak daha etkili bir yöntemdir. Kaynak konumundaki kişi, yüz ve bedeninin yardımıyla akıcılığı yakalamaya çalışırken diğer yandan karşısındaki kişinin psikolojik durumunu da anlayabilmektedir. Birey kimi zaman o anki duygu ve düşüncelerini dile getirmek istemeyebilir ya da bunları ifade etme konusunda güçlük çekebilir. Bu gibi durumlarda kişinin yüz ifadelerine, jest ve mimiklerine, o anki fiziki mesafesine ve gıysilerine bakılarak önemli ipuçları elde edilebilir. Zira duygular sözcüklerden çok, bakış ve davranışlardan anlaşıldığından, düşünceler en iyi şekilde sözlü iletişim yoluyla, duygular ise sözsüz iletişimle ifade edilmektedir.

Fizyoterapide Sözsüz İletişim

Hastanın verdiği sözsüz mesajların tamamı sözsüz iletişimdir. Sözcükler iletişimin oldukça zayıf ve sınırlı bir bölümüdür. İletişimin % 55 ila % 97'sini sözsüz iletişim oluşturmaktadır. O halde kendimizi ifade etmek ve karşımızdakini anlamak aslında görünür bir durumdur. Sözsüz iletişimin sözlü iletişimle uyuşması karşılıklı güven ve inancın pekişmesine sebep olur. Bu durum fizyoterapist-hasta iletişimde duygu ve tavırları düzenleyerek sözlü iletişimi desteklemektedir.

Giriş

Her tedavi yönteminin iletişim gereklilikleri olduğu gibi fizyoterapi alanına özgü de iletişim yöntemleri bulunmaktadır. Bunların başında sözsüz iletişim gelmektedir. Fizyoterapistte olması gereken özelliklerden biri olarak da öne çıkmaktadır. Tedavi seanslarının sıklığı, hastayla geçirilen zamanın uzunluğu, hastadaki yansımaları gözlemlenmek, iletişimdeki problemleri tespit etmek, sorunları fırsata dönüştürmek bakımından önemlidir. Hasta ile iletişimin tek yolu sözlü diyalog olmamakla birlikte etkin bir sözsüz iletişim rehabilitasyonun önemli bir parçasıdır.

Fizyoterapide, sözsüz iletişim unsuru olarak hasta-fizyoterapist ilişkisi temel ögedir. Tedavi akışının belirleyicisi kimi zaman fizyoterapist davranışları, kimi zaman ise hasta davranışları olmakla birlikte genelde yönlendirici fizyoterapistlerdir. Hastanın fizyoterapistte inancı, güveni gibi olumlu kazanımları, tedavinin sürekliliği, iyileşme çabası ve rahatlamayı beraberinde getirmektedir. Tedavi seansına hazırlıklı gelen, hastası hakkında yeterli bilgiye sahip bir fizyoterapistin yüz ifadesi, baş hareketleri, jest ve mimikleri kullanışı ile hastası hakkında hiçbir bilgiye sahip olmayan fizyoterapistin iletişimi aynı değildir. Bu durum hastanın tedaviye katılım düzeyini etkilemektedir. Çünkü hastalar genel anlamda kendilerini çok açık ve net bir biçimde sözlü iletişim yoluyla ifade edemeyebilirler. Bununla birlikte birçok davranış ile ifade yoluna giderler. Fizyoterapist bu davranışları çok iyi değerlendirmelidir. Hastaların verdikleri ipuçlarından en önemlileri: yüz ifadelerindeki değişiklik, yere bakma, huzursuzluk, bazı el hareketlerini yapma ve tekrarlama ile birden bire suskunlaşmadır.

Fizyoterapistlerin ve hastaların en çok kullandıkları sözsüz iletişim yolları, tedavi seanslarının 40 saniyelik zaman aralıklarında gözlemlendiği bir çalışma ile ortaya konmuştur. Dokunma (%54) ve göz teması (%32) fizyoterapistlerin en fazla kullanmayı tercih ettiği yollar iken; hastaların en fazla kullanmayı tercih ettiği sözsüz iletişim yolu ise göz teması olarak belirtilmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. İlk 40 saniyede gözlenen sözsüz iletişim tipleri

Davranış	Tanımı
Göz hareketleri	Hastanın ya da fizyoterapistin direk karşısındakinin yüzüne bakması, karşı tarafa olan ilgisinin ifadesidir.
Baş sallama	Başı bir ya da birkaç kez yukarı-aşağı yönde sallama hareketi karşıdakine dikkat verdiğini veya onu onayladığını gösterir.
Gülümseme	Gülümsemek arkadaş canlısı olduğunu gösterir. Yüksek sesli gülme şaka sonucu ortaya çıkan sözsüz olmayan bir iletişimdir.
Yakın durmak	Fizyoterapi için gerektiği zaman hastaya doğru eğilme veya yakın oturma postürü olarak tanımlanır. Bu pozisyon, iletişim gerçekleşen kişiye katılımı ve yoğunlaşmayı ifade eder.
Dokunma	Hasta ya da fizyoterapistin birbirine olan fiziksel temasını ifade eder.

Exline, bu öğelerin çoğunu baskın olmayan ve baskın olan şeklinde iki ana gruba ayırır. Bunların her ikisi de terapötik bir ortamda görülebilir. Baskın olmayan davranışlar samimiyete bağlıdır, genellikle daha dişil olarak kabul edilir. Dokunma, yakınlık, gülümseme, dostça ses ve göz temasını içerir. Baskın davranışlar daha erkekse olduğu düşünülen güç ve etki ile ilgilidir ve yüksek sesle konuşmayı ve uzun süre göz temasını kesmeyi, göz temasından kaçınılmayı ve etkili olma girişimlerini içerir. Gallois, baskın olmayan davranışın başarılı tedavide daha etkili olduğunu bulmuştur. Dokunma ve yakınlık, genellikle bazı kültürel yapılarda toplumsal olarak kabul edilemeyebilir. Bununla birlikte, bu iki iletişim yöntemi fizyoterapinin tamamlanması için gerekli olan tekniklerdir.

Rehabilitasyon sürecinde sözsüz iletişim; Dokunma ve Yakınlık, Yüz ifadesi, Göz teması, Hareketler ve Duruş, Baş hareketleri, Jest ve mimikler, Giyim-kozmetik, Gözlem-Dinleme-Sessizliğin Kullanımı, Ses tonu, Ellerin kullanımını kapsamaktadır.

Fizyoterapide Sözsüz İletişim Teknikleri

Dokunma ve Yakınlık: İnsanlar arasında yakınlık ve sevgi duyguları dokunma davranışlarıyla dile gelir ve güçlenir. Dokunma duygusu yemek kadar önemlidir. 19. Yüzyılın sonlarında 20. Yüzyılın başlarında sağlık sistemi sadece beslenme ve hijyene önem vermekte fakat psikolojik ihtiyaçların üzerinde pek az durmakta idi. Yıllar sonra yapılan araştırmalar bebek ölümlerinin büyük bir kısmının gıda yoksunluğundan değil, bebeklerin kucağa alınıp sevilmemekten kaynaklanan çeşitli ruhsal kökenli hastalıklardan kaynaklandığını ortaya koydu. Günümüzde çocukların sık sık kucaklanması, sevilmesi ve konuşulması yöntemi uygulanmaktadır. Hastalar bebeklerle sınırlı değildir; her insan sevgiye

ve dokunulmaya ihtiyaç duyar. Öte yandan dokunma ve masajın en az bir hormon (oksitosin) ve en az bir opioid (endorfin) salınımı tetikleyebildiği bilinmektedir. Çoğu insan dirsekte en hassas nokta olan iç kısmına çarptığında hemen dirseğini ovalamaya başlar. Bu sürtünme, endorfin salınımını tetikler. Bu sürtme bir terapötik değere sahiptir. Endorfinler, bağımlılık yan etkisi olmaksızın morfinin etkilerini taklit eder.

Fizyoterapist tedavi sürecinde gerek müdahale esnasında gerekse güven duygusunu pekiştirmek amacıyla dokunma duygusunu en çok kullanan meslek üyesidir. Örneğin denge eğitimi esnasında fizyoterapist hastanın ayakta durma becerisini çok iyi öngörmeli ve vereceği destek miktarını çok iyi hesaplamalıdır. Arkasında duran fizyoterapist özellikle hareketli bir zeminde duran hastaya itme yönü ve gücünü uygun dokunuşlarla gerçekleştirmelidir. Bu durum hastada güven hissine ya da güvensizlik hissine yol açabilir. Sözlü iletişimi içeren önceden bilgilendirmenin en önemli tamamlayıcısı olan bu sözsüz iletişim yöntemi amacına uygun başarılı bir tedavi seansını beraberinde getirmektedir (Foto 1).



Foto1: Tedavi Sırasında Fizyoterapist-Hasta Pozisyonu Örneği

Bir çocuğun başını okşaması gibi bir yaşlı hastanın elini samimi bir şekilde tutması hasta ile olan yakınlığın tedavi başarısı üzerindeki etkisini ortaya koyabilmektedir. Bazen olumsuz etkiler de oluşturabilir. Hastasının omzuna elini koymak destek vermek anlamına gelebileceği gibi bir üstünlük belirtisi olarak da algılanabilir ve güven kaybına sebep olur. Distal bölgeden temas etmek sunulması istenen güven duygusunu kazandırmada daha etkin bir dokunma biçimidir. Bununla birlikte özellikle hastayla ilk görüşmede mümkün olduğunca tedavi gerekliliği dışında el teması kurmamak hastada oluşabilecek olumsuz düşünceleri en aza indirmek açısından önemli bir ayrıntıdır (Foto 2, Foto 3).

Kişinin bedensel gelişimiyle birlikte bu iletişim biçiminin kullanılması kültürel farklılıklara göre artan yaşlarda azalabilmektedir. Fizyoterapistin bir hastaya müdahalesi aralarındaki mesafe ortadan



Foto 2: Elin omuzda oluşu



Foto 3: Elin distalde oluşu

kaldırılmadan ve dokunmadan gerçekleştirilemez. Uygun tedavinin yapılabilmesi için eksiksiz ve doğru fizik muayene yapılmalıdır. Hastanın, fizyoterapistin duygularını algılaması, iyi veya kötü muamele ile değiştirilir. Dokunma, hastanın uyumluluk algısını güçlendiren teşvik ve desteğe işaret ederek terapötik süreç içinde de olabilir. Bir hastanın eşyalarına dokunmak ona bir kurtarıcı olduğumuz hissini de verebilir; elbiselerini bir yere dikkatsizce atmak veya ayakkabılarını bir ayağıyla dışarı doğru itmek, hastanın temelde karşı tarafın dikkatsizliğini algılamasına ve tedaviyi ret hissine de yol açabilir. Dokunmanın diğer bir yönü, benlik kavramının veya kendine has değer geliştirilmesidir. Örneğin, amputasyondan sonra hastanın benlik saygısı, bir ekstremitte kaybına uğradığından azalabilir. Fizyoterapistin, hastanın ampute ekstremitesine dokunurken yeterince ilgili olması, hastada onu koşulsuz tedavi ettiği hissi uyandırır. Perry (1974) tarafından “kabul” olarak adlandırılan bir dokunuş biçimi ise omurilik yaralanması olan bir hastanın tedavisinde ‘direk dokunmama’ olarak tanımlanmıştır. Dinamik duyu ve denge reaksiyonlarının tekerlekli sandalye kullanımı için yeterli olması gerekir. Değilse hastaya göre uyarlanması gerekir. Tekerlekli sandalye beklenmedik bir şekilde arkaya doğru hareket ettirilirse veya eğilirse hasta dengeyi sağlayamadığında ve bu durum hastanın fizyoterapistle karşı anksiyete geliştirmesine ve olası güven kaybına sebep olmaktadır.

Yüz ifadeleri

İnsan bedeninin en dikkat çeken yeri yüz, yüzde ise en dikkat çeken yeri gözleridir. İki insan arasındaki gerçek iletişim göz göze gelmek ile başladığından gözlerin ve bakışın büyük anlam ve önemi vardır. Bir kimse gözünüze bakıyorsa size ilgi duyuyor demektir. Karşısındaki insan ya da nesneye ilgi duyan kişinin göz bebekleri açılır (Foto 4, Foto 5).



Foto 4: Oturmada yüz ifadesinde gözler



Foto 5: Ayakta yüz ifadesinde gözler

Öte yandan gözünü gözünüzden kaçırın kişi sizden bir şey sakladığını ifade edebilir (Foto 6a,b,c). Yüz ifadesi çok sayıda anlam ifade eder ve özellikle de bir tedavi seansının başlangıcında hem hastayı hem de terapisti açıklamaktadır.

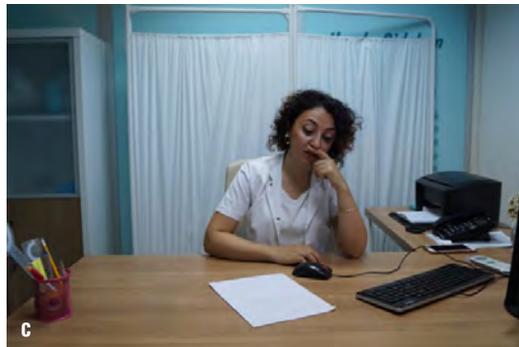


Foto 6 (a,b,c): Bir şey gizleme jestleri

Gülümseme ve hoş bir yüz ifadesine sahip olmanın faydaları açıktır (Foto 7). Hoş olmayan bir yüz ifadesi de pek çok örnek akla getirilebilir. Aynı durum fizyoterapistlerin karşı karşıya kaldıkları hastalar ile olan ilk buluşma anı için de geçerlidir (Foto 8,9).



Foto 7: Yüz ifadesi (Hastayı karşılamada gülümseme)



Foto 8: Yüz ifadesi (Somurtma)



Foto 9: Yüz ifadesi (Tiksinme)

Her Kaş kaldırma hareketi fizyoterapistin hastayı çok dikkatli dinlediği anlamına gelmez. Sözsüz iletişimin diğer komponentlerinden el hareketleriyle birlikte değerlendirildiğinde sinirlilik anlamına da gelebilir (Foto 10).



Foto 10: Yüz ifadesinin el hareketleriyle ifadesi (Sinirlenme)

Yüz ifadesinin incelenmesinde, özellikle Shapiro ve diğerleri (1968), Ekman ve Fnesen (1971) ve Dittman (1972), Weit (1974) Gallois ve diğerleri (1979) hasta üzerinde gülümsemenin etkin olduğunu, cinsiyet ayrımı yapmadan kadın fizyoterapistler ile erkek fizyoterapistlerin gülümseme eğilimleri arasında fark olmadığını öne sürmüşlerdir. Yüz ifadesi sözsüz iletişimin diğer unsurlarıyla bütünleştiğinde, hastaya iletilen gerçek ilginin ve endişenin yansıması değerlendirilebilir. Hasta fizyoterapistte uyum sağlayabilir ve böylece talimatlara ve tavsiyelere uyma konusunda motive olur. Durumla bağdaşmayan anlamsız gülümseme de hastanın motivasyonunu düşürür. Örneğin hasta bel ağrısı şikayetini anlatırken fizyoterapistin gülümsemesi durumla bağdaşmayan bir yüz ifadesini ifade eder. Fizyoterapistin onun problemiyle dalga geçtiği mesajını algılamasına neden olur (Foto 11,12).



Foto 11: Yüz ifadesi (Abartılı gülme)



Foto 12: Yüz ifadesi (Anlamsız gülümseme)

Göz Teması

Göz teması baskın bir iletişim yöntemi olup hakimiyet kurmak ya da ilgili olduğunu göstermek gibi yakınlığın bir göstergesi olarak kabul edilir (Foto 13). Bu nedenle mümkün olduğunca hastayla aynı seviyede göz teması kurmaya özen gösterilmelidir. Belirgin bir mesafede yukardan kurulan göz teması hastaya aşağılanmış hissi verebilir (Foto 14). Gallois ve diğerleri (1979) hakimiyeti ifade etme aracı olarak uzun bakışların kullanıldığı veya cinsiyet etkileşimlerinin bir işareti olarak kullanıldığını öne sürmüşlerdir. Bununla birlikte, göz teması ilgiyi ve hastaya saygıyı da öne çıkartan bir davranış olarak ve sözsüz iletişimin önemli bir komponentidir. İleri eğilip, kafayı başın önüne doğru sallayan, dikkatle dinleyen ve göz temasını sürdüren bir fizyoterapist sıcak bir iletişimi sağlamış olur ve hastanın kendisine uygun yanıt vermesini sağlar. Aksine hastadan uzakta durmak, belli belirsiz göz teması, ilgisizliği ve can sıkıntısı gösterebilir (Foto 15a,b).



Foto 13: Aynı seviyede göz teması (Hasta-Fizyoterapist oturur/ayakta)



Foto 14: Uygun olmayan seviyede göz teması (Hasta oturur-Fizyoterapist ayakta)



Foto 15 a: Göz teması kurmama

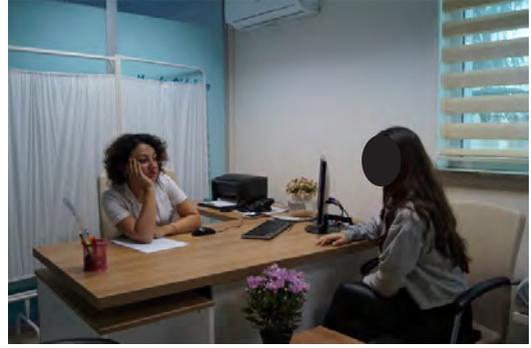


Foto 15 b: İlgisiz göz teması

Hareketler ve duruş

Konuşmadaki sözel ifadeleri güçlendiren veya değiştiren hareketlerdir. Özellikle yüz ifadesi ve sözel içerik birbiriyle uyumluysa hastanın istemsiz hareketleri hasta hakkında çok şey ortaya koyar. Bu iletişim tekniği iki sözsüz mesaj arasındaki uyumsuzluk olarak tanımlanabilir. Örneğin, fizyoterapistin yüz ifadesi güven uyandırabilir; ancak parmakların dokunuşu sinirli bir temas hissettirebilir. Postür gerginlik veya rahatlığı ifade eder. Hasta, fizyoterapist ile yüz yüze karşılıklı bir duruş ile çalışmaktan ziyade yan yana oturma anında kendini daha rahat hisseder. Yüz yüze duruş rekabet ya da tartışmayı çağrıştırdığı gibi yan yana duruş hastada işbirliğini çağrıştırmaktadır (Foto 16,17). Ancak bazı tedavi yöntemleri böyle bir pozisyonu gerektirir.



Foto 16: Yan yana duruş

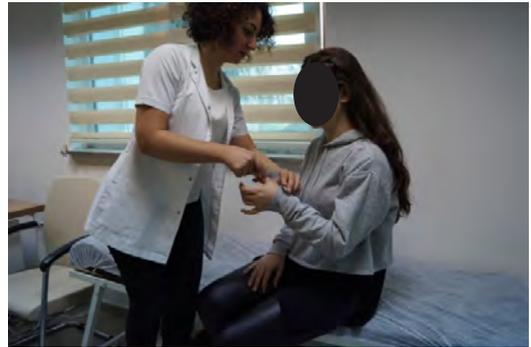


Foto17: Rekabeti çağrıştıran duruş

Baş hareketleri (Jestleri)

Başın yukarı ve yanlara olan hareketleridir. Kişi kendine yakın hissettiği ya da kendi görüşünü onaylayan kişilere doğru başıyla hafifçe yakınlaşır; kendine uzak bulduğu ya da farklı görüş belirten kişilerden başıyla hafifçe uzaklaşır. Bu küçük hareket insanın duygusunu ortaya koyması açısından büyük önem taşır. Başın bu anlatım jestlerinin bedeninin merkezinin duruşuyla birlikte değerlendirilmesi daha doğru bir değerlendirme sağlar. İnsanın şematik baş jestleri oldukça çeşitlidir. En çok kullanılan jestler “evet” ve “hayır” jestleridir. Başın yukarıdan aşağı yöndeki hareketi “evet”, sağa ve sola hareketi ise “hayır” anlamında algılanmaktadır. Diğer jestler küçük hareketlerle karşımızdaki insanı cesaretlendirici, destekleyici ya da reddedici mesajlar verebilmektedir. Bu kısa mesajlar insan ilişkilerinde büyük önem taşır. Örneğin karşımızdaki kişinin söylediklerini dinlerken başımızı hafifçe yukarı kaldırmamız konuşan kişide büyük rahatsızlık yaratır. Büyük bir olasılıkla söylediklerini tekrarlamaya veya sesini yükseltmeye başlar. Buna karşılık başımızı hafifçe öne doğru sallamamız karşımızdaki kişide “anlaşıyorum” duygusunu yaratır, rahatlık verir ve iletişimi kolaylaştırır. Fizyoterapistin hastasının sözü bitmeden başını yukarıya doğru kaldırması hastanın motivasyonunu düşürebilir. Söylemek istediğinden farklı şeyler söylemesine ya da tedaviden çekilmesine neden olabilir. Tedavi seansları hasta ile fizyoterapist arasında gerçekleşen hususi bir saha olduğundan iletişim kurmak için elverişli bir ortamdır. Fizyoterapist katılmasa bile hastasını dinleyebilmeli, çok uzayan hasta ifadelerini sıklıkla söz keser gibi değil konudan uzaklaşmamak adına yapılan özetleme olarak nazikçe ifade etmelidir.

Jestler

Duyguların ifade edilmesinde bireylerin el ve kol hareketleri, yani jestleri önemli bir yer tutmaktadır. El ve kol hareketlerine bakarak kişinin içinde bulunduğu ruhi durumu hakkında önemli ipuçları elde etmek mümkündür. Bu bağlamda bilinçli ya da bilinçsiz olarak yapılan el ve kol hareketleri insan ilişkileri ve iletişimde önemli bir bilgi kaynağı durumundadır. Kişinin kızgın ya da rahatsız olup olmadığını yanı sıra, konuşulanlardan ne oranda etkilendiği de jestler yoluyla anlaşılabilir. El ve kol hareketleri olarak ifade edilen jestler yardımıyla karşımızdaki kişiye doğrudan mesaj vermemiz mümkün olduğu gibi, konuşmamızı pekiştirmemizde mümkündür. Örneğin, konuşma esnasında sürekli olarak elleri ve parmaklarıyla oynayan bir kişinin sıkıldığını anlamak pek de zor değildir.

Beden dilini okurken ellerle ilgili mesajları da bilmek önemlidir. Beynin ağzı ellerdir, ellerin düzeni vücuda bağlıdır. Ellerin açık durması, kişinin zihinsel olarak rahat ve gevşek olduğunu gösterir (Foto 18). Ellerin kapalı olması ise kişinin stress altında olduğunu ya da bir düşünceye yoğunlaştığını işaret edebildiği gibi sözsüz iletişimin diğer komponenti olan yüz ifadesi ile birlikte değerlendirilmelidir. Yüz ifadesi rahat, sıcak ve gülümser durumda iken gövde önünde ellerin birleştirilmesi gerginlik ifade etmez (Foto 19).

Fizyoterapist hastasıyla iletişim halinde iken ellerini açık konumda tutarak huzurlu olduğunu göstermelidir. Sıkılmış yumruklar parmaklar yada çaprazlanmış eller hastada stress ve güvensizlik oluşturur (Foto 20, 24). El fizyoterapistin bedensel olarak var olma aracıdır. Düşüncesini elleri aracılığı ile ifade eder. Bazen hastaların iç dünyalarına elleriyle dokunur. Parmakların pozisyonu da ruh haliyle ilgili bilgiler içerir (Foto 21, 22, 23, 24). Örneğin başparmağın yukarı kaldırılması her şeyin yolunda olduğunu gösterir.



Foto 18: Ellerin açık durması



Foto 19: Ellerin gövde önünde bağlı durması

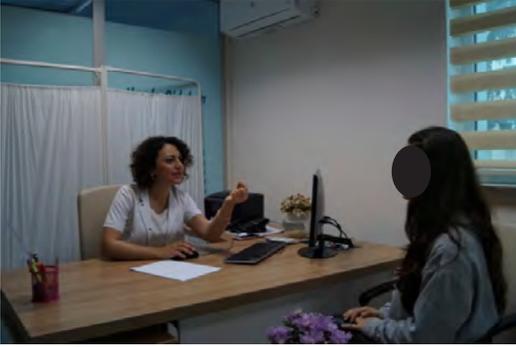


Foto 20: Parmakların gergin pozisyonu

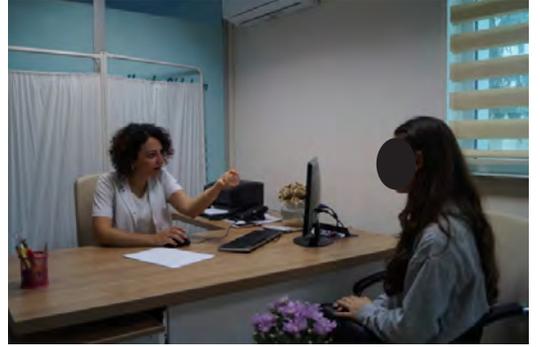


Foto 21: Ellerin gergin pozisyonu-1



Foto 22: Ellerin gergin pozisyonu-2



Foto 23: Ellerin gergin pozisyonu-3

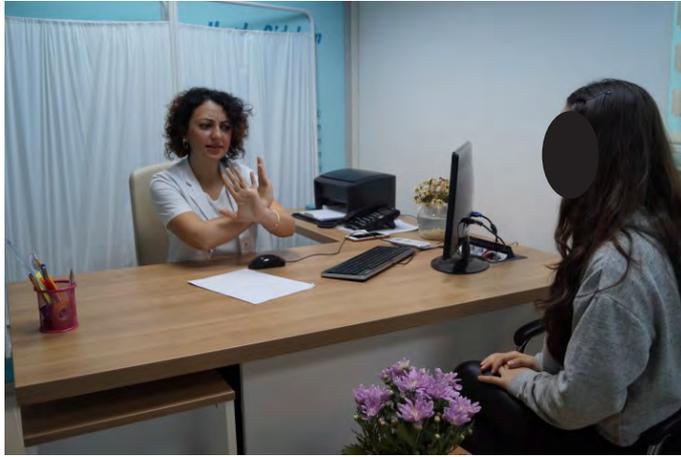


Foto 24: Çaprazlanmış eller

Giysiler

Giysiler, kişilerarası iletişimde özellikle mesajların algılanması ve hedefin ikna edilmesinde önem taşımaktadır. Kişinin kılık kıyafeti ve giyimi; mesleği, geliri ve sosyal statüsü hakkında önemli ipuçları vermektedir. Bazı durumlarda kılık kıyafetler davranışları etkileyebilmektedir. Bazı kültürlerde geçmişten kalma bir geleneğe göre cenaze evindekiler siyaha bürünmektedirler. Yas tuttuğu her halinden belli olan kişilerin yanında kahkaha atmak nasıl yanlış bir davranışsa, uygunsuz bir kıyafetle işe gitmek de, hastayla çalışmak da o oranda yanlış bir davranış olacaktır. İnsanlar genellikle ilk izlenimi onuncu saniyede edinirler. Kötü görünüm, azalan motivasyon, depresyon veya bunların bir kombinasyonunun göstergesidir. Jones-Barlock, elbisenin kişinin nasıl hissettiğinin önemli bir göstergesi olduğunu öne sürmüştür. Fzt. tedavi sürecinin her aşamasında hastane/klinik gibi ortamlara uygun temiz, tertipli, abartılı olmayan giysi ve aksesuar tercih etmelidir.

Beden dilini okuyarak empati kurmak:

Empati bir kişinin kendisini başkasının yerine koyarak, o kişinin duygularını ve düşüncelerini anlama, hissetme ve bu durumu ona aktarma sürecidir. Bu tanımla ilişkili olarak fizyoterapist kendisinin hastasının yerine koyabilmelidir. Hastasının duygu ve düşüncelerini tam olarak anlamış olsa bile anladığını ona ifade etmez ise empati süreci tamamlanmamış olur. Pek çok hasta tedavi seansları sırasında acı çekme, iyileşememe kaygısı ve tedavi sürecinin uzaması gibi birçok konuda endişe duyar. Fizyoterapistler hastaların beden dillerini okuyarak bu endişeleri azaltabilir ya da ortadan kaldıracırlar. Ardından hasta ile iş birliği yaparak hastanın tedavi sürecine odaklanmasını sağlayabilirler. Empati kurarken sözsüz iletişim boyutunda ses tonuna, konuşma hızına, jest ve mimiklerine ve duruşuna da dikkat etmek gerekir. Fizyoterapist hastalarda oluşan reaksiyonlara bağlı olarak kendi tavrını, sorumluluklarını yerine getirme boyutunda değiştirmemelidir. Örneğin hastanın çok üzgün ya da öfkeli oluşu durumlarında tesir altında kalmamalıdır. Aksi takdirde tedavi sürecini tamamlamaz. Empati sadece hastayı dinlemek değildir. Eleştirmek kadar tamamen sessiz kalmak da olumsuz bir davranıştır. Mevcut hastalığın fizyoterapist-hasta işbirliği ile çözümleneceği sinyali hastaya vermek temel hedef olmalıdır. Böylece hastanın karşısında değil yanında durarak onun güvenini kazanmış olur. Empatinin vücut bulmasında bir takım unsurlar vardır. Etkili dinleme şekli bunlardan biridir.

Gözlem, etkili dinleme ve sessiz kalma

Bu durumlarda, fizyoterapist gözlem ve dinleme becerilerine sahip olmalıdır. Hastanın duruşu mevcut halini ortaya koyar. Örneğin, sabit bir pozisyon hastanın durgunluğunu gösterebilirken, postürel kaymalar ajitasyon ve kaygıyı ortaya koyabilir. İpuçları etkili bir dinleme ile her zaman gözlemlenebilir ve sözsüz ipuçları yayan hastanın dilediği takdirde özgürce konuşmasını sağlayan fizyoterapistte çok şey gösterebilir. Tam anlamıyla dinleme, içeriğin yanı sıra duyguların anlaşılmasını gerektirir. Ona duyulan saygı, hastaya iletilir ve zarar görmüş duygularını düzeltmesine ve özür lülüğünün her şekilde kabul edilmesine yardımcı olur. Dinleme becerileri, sessiz kalabilme yeteneğiyle birleştirilmelidir. Kendisine yeterli zaman verildiğinde hasta kendisini daha iyi ifade edebilir. Kimi zaman fizyoterapist sessizliği bozmadan dinleyebilir; ancak üstesinden geldiği bu durumu sürdürürken farkında olmadan tedavi seansına son verebilir.

Etkili dinleme şekli:

- 1) Karşınızdaki insana bakın. Aynı anda başka birine bakarken karşınızdakini dinlemek mümkün değildir. Gerçekten dinlemek işini kenara bırakmayı gerektirir. Örneğin elinizde bir kalem var ise masanın üzerine bırakın. Bu hareketin vermiş olduğu mesaj: “İşim bekleyebilir siz daha önemlisiniz”dir. Bu davranış ile fizyoterapist hastasına öncelik verdiğini gösterir (Foto 25).
- 2) Kaşlarınızı kaldırın ve göz teması kurun. Karşınızdaki insanın yüzüne bakmamız ve kaşlarımızı kaldırmamız merakımızı uyandırır, ilgili bir yüz ifadesi oluşturur. Gözlerin başka yöne bakması ilginin başka yönde olduğunu gösterir.
- 3) Öne doğru hafifçe eğilin. Öne eğilmek ile şu mesajı vermiş olursunuz: “Sizin için buradayım” Bu davranış hastaların rahatlamasını sağlar.

Fazla ilgili/meraklı dinleme, tepeden bakma dinleme, aşağıdan bakarak dinleme, sıkılmış dinleme, ilgisiz dinleme hasta ile olan iletişimi olumsuz etkileyen sözsüz iletişim şekilleridir (Foto 26,27, 28, 29, 30, 31, 32, 33,34).



Foto 25: Etkili Dinleme şekli



Foto 26: Fazla ilgili/meraklı dinleme şekli



Foto 27: Tepeden bakma dinleme şekli



Foto 28: Aşağıdan bakarak dinleme şekli



Foto 29: Sıkılmış dinleme şekli



Foto 30: İlgisiz dinleme şekli 1



Foto 31: İlgisiz dinleme şekli 2



Foto 32: İlgisiz dinleme şekli 3



Foto 33: İlgisiz dinleme şekli 4



Foto 34: İlgisiz dinleme şekli 5

Hikaye almada beden dili:

İyi bir hasta hikayesi hastanın problemini iyi tanımlamak anlamına gelir. Fizyoterapist hastanın şikayetleri ile ilgilenmeli, hastanın sosyal bir varlık olduğunu göz önünde bulundurarak problemin psikososyal-sosyal yönlerini de sorgulamalıdır. Etkili bir görüşme için önce fizyoterapist hastasını iyi dinlemeli ve onunla uyum içinde olmak için çaba sarf etmelidir. Fizyoterapist hastasının rahat ve tedavi seansına hazır olduğundan emin olmalıdır. Hastayı anlamamanın en iyi yolu onu rahatlatmaktan geçer. Uyumlu olmak fizyoterapistin istekli olduğunu gösterir. Uyum insanlarla uzlaşma, anlayış ve karşılıklı güvene dayalı bir ilişki kurma faaliyetidir. Algılanan ve anlaşılan farklılıkların en aza indirilmesi ile gerçekleştirilir. Bedenimizi kullanma şeklimiz ruh halimizi ve düşünme şeklimizi de etkiler. Bedendeki uyum dans etmek gibidir. Dansçılar birbirlerini kopyalamaz; ancak bütünler. İnsanlar kendilerine benzeyen insanlardan hoşlanırlar ve onların yanında rahat ederler. Kendini rahat hissedene kişi de dış dünyaya olumlu izlenim bırakır. Bu nedenle fizyoterapist hastasıyla aynı tarafta olduğunu hissettirmelidir.

Ses tonu

Beden dilinin gizli aracıdır. Bazı kişiler söyleneni duymamaktan, fizyoterapistin alçak sesle konuşmasından, çok azı da tek düze ses tonu kullanmasından yakınırlar. Alçalan ve yükselen frekanslarda değişen ses tonları kullanılmalıdır. Genel olarak konuşmaya alçak ses tonuyla başlanmalı, aşamalı olarak ses tonu yükseltilmelidir. Ayrıca bir şeyi vurgulamak için mutlaka bağırarak gerekmez; normal akış içerisinde birden bire yaratılan sessizliğin ardından kısık ses tonuyla etkili vurgulamalar yapılabilir. Rosenthal tarafından yapılan bir çalışmaya katılan üniversite öğrencileri, tüm durumlarda aynı kelimeleri söyleyen bir resepsiyonist tarafından karşılandı. Vakaların yarısı talimatları monoton bir ses tonuyla verdi. Diğer yarısı da samimi ve sıcak bir ses tonu kullandılar. Sonuçta, katılımcıların samimi bir sesle karşıladıklarında, kendilerine yöneltilen talimatlarda üstün performans gösterdiklerini gösterdikleri görüldü. Rosenthal'ın bu çalışması, eski bir aforizma, "Kişinin söylediği şey değil, nasıl söylediği"ni desteklemektedir.

Fizyoterapistlerin rehabilitasyon sürecinde kullandığı diğer sözsüz iletişim yöntemleri

Vital özellikler (yaşamsal): Hastanın günlük takipleri ve tedavi sonrası önerilerin yapılabilirliğini değerlendirmek için kullanılan bir yöntemdir. Rehabilitasyon sürecinde günlük kayıt ile aktivite izlemi ve bunun hasta ile birlikte yapılması (hastanın kayıt tutması) sözlü ve sözsüz çelişkileri karşılaştırmak için bir fırsat oluşturabilir. Örneğin, kalp krizi sonrası iyileşmekte olan bir hasta kızının düğününü planlıyorsa ve büyük stres altındaysa, damadın annesi davetiye listesi hakkında üzülüyorsa, hastanın kalbi stresi yansıtabilir. Hasta stresi rapor etmezse, hastanın günlük kaydı (sözel) ile hastanın kalbi (sözel olmayan) performansı arasında büyük olasılıkla bir çelişki olacaktır. Egzersiz aynı zamanda birçok kardiyak rehabilitasyon programının bir parçasıdır. Bir fizyoterapist bir hastaya egzersiz rutini hakkında sorular sorabilir ve hasta "... her gün saat 8: 00'de koşu bandındayım" diyebilir. Fakat bu ifade, sözlü olmayan mesajlarla (kalp mönitörü) çelişki içinde olabilir. Buna ek olarak, günümüzde Wii, X-Box Kinect ve web kameraları ile terapistlerin sadece kalp parametrelerini değil aynı zamanda hasta egzersizlerini uzaktan izleyebilmesi mümkündür.

Fiziksel özellikler: Moore, hastaların daha düşük etkileyici görünüşe sahip bir hekime oranla daha yüksek fiziksel etkileyciliğe sahip bir hekime kişisel semptomlarını açıklamak ve tartışmak için daha istekli olduklarını bildirmiştir. Diğer taraftan hastanın fiziksel görünümünün, hekimin hastayla iletişimini etkilediği bulunmuştur. Hekim dışı sağlık personeline ve hastalarına genelleştirilmeleri belgelendirilmemiş olsa da, Moore tarafından alıntılanan hekim-hasta çalışmaları aynı algısal dinamiklerin diğer tedavi alanlarında da kullanılabileceğini düşündürmektedir.

Sanal Hareketler: Oyun ürün alanındaki girişimlerden öne çıkan Xbox Kinect'in sağlık hizmetleri alanındaki uygulamaları dikkat çekmektedir. Xbox Kinect, oyuncuların hareketlerini saptaması bakımından Wii'ye benzer, fakat Wii'den farkı hiçbir denetleyiciye (oyuncuların giymesi gereken eldiven gibi giysiler) gerek olmamasıdır. Konuşma tanıma özelliği etkinleştirilir ve yüz tanıma, mümkündür. Xbox Kinect'i kullanmanın bir örneği olarak, Niehaus, doktorların hastalardan uzak kaldığı durumlarda Xbox'ın sosyal ağ kapasitesi aracılığıyla hastalarla bağlantı kurabileceği bir esneklik programını tartışmıştır. Xbox'ın uygun şekilde programlanmış olması ile hastaya özel tedavi protokolleri yazabilir, değerlendirmeleri yapabilir ve hastalara geri bildirim verebilir. Benzer durum fizyoterapide de kullanılabilir.

Zamanın kullanımı (kronoloji): İletişimde zamanlama tedavi etkinliğini etkiler. Bazı araştırmalar, terapistlere güvendikleri takdirde, hastaların terapilerinde bazı kaba zamanları tolere edebileceğini göstermiştir.

İpuçları

Bir fizyoterapist her gün hasta ile sözsüz iletişimi ne kadar kullandığının farkında olmalıdır. Fizyoterapist, bazı durumlarda (örneğin, kötü kişisel hijyene, morbid obez bir hastaya tepki vermeye veya alışılmadık bir kişisel görünüme tepki verme) hastayla ilgili kendi önyargılarının beden dili ile yüz ifadesi yoluyla hastalara direkt sözel olarak iletilmesi" gibi yansiyabileceğinin farkında olmalıdır.

Fizyoterapist hastalardan edinilen sözsüz ipuçlarını kullanmalıdır. Hastalar ağrı düzeyleri hakkında genellikle kendilerini sıkımsam gibi, basınç veya hareketle ortaya çıkan sözlü olmayan bilgiler verirler. Fizyoterapist birçok yönden, özellikle de dil ve sözlü iletişim engelleri olan hastalar için değerlendirme ve tedavi sırasında bu ipuçlarını kullanmalıdır.

Hasta soğuk, sinirli veya rahatsız görünüyor mu? Hastaların her zaman konuşarak kendilerini rahat ya da güvenli hissettikleri düşünülmemelidir. Fizyoterapist hastaların sözsüz ipuçlarına tepki göstermeli ve onları düzenli olarak kontrol etmeyi unutmamalıdır.

Örnek Sözsüz İletişim Diyalogu:

Durum: Fizyoterapist gelir ve hasta ile göz teması kurmadan ya da hastayı selamlamadan hastanın hikayesini almaya başlar. Fizyoterapist saati kontrol eder ve farkında olmadan yüksek sesle bir iç çeker.

Hastada algılanan: "Fizyoterapist geldiğinde acelesi var gibiydi. Gerginim çünkü bu benim ilk ziyaretimdi. Selamlama veya bilgilendirme yapılmaksızın derhal değerlendirmeye başladı. Saatine bakıp iç geçirdiği zaman gelmemem gerektiğini, zamanını boşa harcadığımı hissettim."

Başarısız Bir Sözsüz İletişimin Sebep Olduğu Durumlar ve Çözümleri

Farklı iletişim biçimleri, içeriğin anlaşılmasında nedeniyle ya da bilmediğimiz veya rahatsız edici bir davranış biçimiyle yüzleştığımızde duyduğumuz duygusal rahatsızlık yüzünden karışıklığa ve hayal kırıklığına neden olabilir. Bu olumsuz yanıtların, iletişim tarzı açısından farklı beklentilere, değerlere veya kültürlere sahip hastalarla olan etkileşimler sırasında ortaya çıkması daha olasıdır. Fizyoterapist kendi davranışları hakkında daha fazla farkındalık geliştirir ve hasta ile zorluk yaşadığı durumlarda verdiği tepkilerin nedenleri üzerinde düşünürse, iletişimde kültürün de önemli rolü olduğunu daha iyi anlar ve sınırlanmaz veya hayal kırıklığına uğramaz. Hastanın kendi kültüründen farklı olabileceği unutulmamalıdır.

Örnek

Fizyoterapist: “Kalça ağrısı çeken bir hastaydı. Kendimden farklı bir kültürel yapıya sahiptir. Kısa bir hikaye aldıktan sonra fiziksel değerlendirmeye başladım, ona değerlendirme yapabilmem için önerdiğim kıyafeti giymesini istediğimde rahatsız oldu, bir sonraki randevu için geri gelmedi.”

Sözlü ifadelerin sözsüz davranışlar ile çeliştiği kavga, kargaşa gibi durumlarda sözlü ifadeler inandırıcılıktan uzaklaşır. Mizahi bir durum olmadığında gülümseme veya gülme sınırlılık belirtisi olabilir. Yumuşak bir el sıkışıp hemen bırakma, konuşurken çok yakın durma, gerekli bilgi sağlayamama sözsüz iletişimdeki başlıca zorluklardır.

Durumlar	Nedenler
Potansiyel tartışma nedenleri	<ul style="list-style-type: none">- Fizyoterapistin hedef ve beklentilerinden farklı olan hasta hedefleri ve beklentileri.- Profesyonel ve kişisel ilişkilerde sınır koyamama- Farklı kişilikler, stiller ve değer yargıları
Tartışma ortamı oluşmaması için	<ul style="list-style-type: none">- Fizyoterapist hedefleri ve beklentileri açıkça ortaya koymalı- Hastayı dikkatli dinlemeli ve saygılı olmalı- Hastanın potansiyelini belirleyebilmeli
Tartışmayı yönetebilme	<ul style="list-style-type: none">- Öfke, korku ya da savunmadaki duyguların hastayla konuşmaya başlamadan önce ortadan kaldırılmasına izin verecek uygun bir zaman ve yer bulmak- Sorunu nasıl çözeceğine ilişkin saygılı bir tartışmaya girmek için hasta veya durum hakkındaki önyargıları bir kenara koymak.- İletişim durumu uygun olduğunda, üzerinde anlaşmaya varılan belge, çözümleri ve / veya planlarını yeniden müzakere etmek.- Bir çözüme ulaşılmadığında, hastanın devam eden güvenli ve etkili tedaviye duyulan gereksinimden ödün verilmemesini sağlayan durumdan yumuşak bir geçiş yapmayı planlamak.
Dökümantasyon	Hastanın tedavisinin herhangi bir şekilde etkilendiği durumlarda, açık ve eksiksiz belgeleme gereklidir: durumun gerçekleri, sorunu çözmek için alınan önlemler ve çözümler veya ikili anlaşmalar.

Sözsüz iletişimde alan:

Hastane ya da klinik ortam özel bir alandır. Kimi zaman sadece hasta ile fizyoterapistin, kimi zaman da hasta yakınlarının da bulunduğu sözlü ve sözsüz iletişim öğelerinin kullanıldığı bir mekandır. Bu alanda tanışma, değerlendirme, tedavi, eğitim uygulanmaktadır. Hedeflenen hasta tedavisine yönelik planlamalar hastaya aktarılmaktadır. Hastada oluşan etkilere göre tedavinin yönü belirlenir. Geribildirimler değerlendirilir. Bu süreç sistemli olmak zorundadır. Ancak “Hastalık yoktur, hasta vardır” kavramına yönelik olarak sınırlar değişmektedir. Bu değişimde fizyoterapistin bilgi ve tecrübesinin aktarımı çok önemlidir. Fizyoterapi süreci beden temasından grup terapisine uzanan, fizyoterapistin hasta ile doğrudan iletişimde olduğu karşılıklı katılım gerektiren bir süreçtir. Her bireyin kendisi ile dış dünya arasında bir mesafe duvarı olduğu ve bu duvarı aşmaları için çok yakınlarına ve sevdiklerine izin verdikleri söylenebilir. Fizyoterapist bu mesafe duvarının her daim bilincinde olmalıdır. Beden imajı bozulmuş, psikolojik kökenli bir takım problemlere sahip olabilecekleri unutulmamalıdır. Hastaların kültürel ve inanç tercihleri gereği birtakım çekinceler yaşayabilecekleri de göz önünde bulundurulmalıdır. Tedavi yapılan odanın konforu ve boyutları da bu konuda etkindir. Çok sıcak, havasız ve kalabalık tedavi odalarındaki iletişim alanı bireye güven vermemekte, kendisini ifade etmesini engellemektedir. Stres ve kaygı düzeyini arttırmaktadır.

İnsanlar ilişkilerini 4 bölgede düzenlerler: çok yakın alan (mahrem alan), kişisel alan, sosyal alan ve genel alan.

Çok Yakın Alan:

Bu alan bireyin aile üyelerine, çok yakın arkadaşlarına ayırdığı en yakın alandır. Fizyoterapi seanslarında fizyoterapistin de bu alan içinde bulunduğu anlar çoğunluktadır. Beden temasının olduğu bu gibi durumlarda fizyoterapist bu alanda ne kadar kalacağını çok iyi organize etmelidir. Hastanın rızası olmadan çok yakın alanda herhangi bir müdahalede bulunmak hasta tarafından işgalcilik ve zorbalık olarak karşılanmakta ve verilen mesaj: “Sen bir varlık değilsin, var olmayansın, çok yakın alan hakkın olamaz. Fizyoterapistin olarak ben o alana özgürce girip çıkabilirim.” Hastasına mesafe olarak yakın durması nedeniyle onların ne hissettiğini anlayabilmek için bir takım işaretler yol gösterici olabilmektedir (Foto 35). Çok yakın alan işgallerinin iyi karşılanmadığına ilişkin işaretler, yerinde sallanma, ayakları sallama, elinin bulunduğu yere hafifçe parmak uçlarıyla darbeler vurmaktır. Bu “Çok yakınlaştın, rahatsız oluyorum” deme yoludur. Yaşı ya da hastalığı ne olursa olsun her hastanın kendi bedenini saran yakın alanını kontrol etme hakkı vardır. Duyarlı bir fizyoterapist hastalarını anlamsız alan işgali kaygılarından uzak tutacaktır. Dokunmanın veya yakın temasın tedavinin gerektirdiği gibi uygulandığına dair bilgi verilmelidir.



Foto 35: Fizyoterapide Çok Yakın Alan

Kişisel Alan:

45-50 cm'den başlayarak 120 cm'ye kadar uzanan alandır. Hastanın kişisel sorunlarını tartışmak için rahat olunan bir uzaklıktır (Foto 36). Bazı hastalar kişisel alanın dışında kalma eğiliminde olabilirler. Fizyoterapist yaklaşmak için hareket ettiğinde hasta geri çekilebilir. Fizyoterapist hastadan kişisel alanına girme konusunda izin verip vermediğine ilişkin ipuçları elde edebilir. Hastadan izin gelmedikçe kişisel alanda kalma konusunda ısrarcı olmamalı ve el hareketleriyle bu ısrarı pekiştirici tepkiler vermemelidir (Foto). Hasta fizyoterapistine güvendikçe onu sevdiğçe kendisine yaklaşmasına izin verecektir. Hastasında bu güveni oluşturmadan ona yaklaşmaya çalışmak huzursuzluk yaratır (Foto 37). Yakın mesafe iletişime girmek gerekmedikçe fizyoterapist hastasının kişisel alanı dışında kalmalıdır.



Foto 36: Fizyoterapide İdeal Kişisel Alan Mesafesi



Foto 37: Fizyoterapide Uygun olmayan Kişisel Alan Mesafesi

Sosyal Alan:

Arkadaşlar, tanıdıklar ve genelde sosyalleşme etkinlikleri için ayrılan alandır. 120 cm'den 350 cm'ye kadar ulaşan alandır. Kendi içinde yakın sosyal alan (120-220 cm) ve uzak sosyal alan (220- 350 cm) olarak ikiye ayrılır.

Yakın sosyal alan kişisel olmayan etkinlikleri kapsar. İki fizyoterapistin birbirleri arasına koyduğu, fizyoterapist ile hasta yakınlarının aralarına koydukları alan bu türdendir. Bir hasta yakını, yakın sosyal alan uzaklığında hastası ile ilgili özel bir soruyu fizyoterapistine sorduğunda, fizyoterapist sorunun kişiselliğini göz önünde bulundurarak hasta yakınının kişisel alanına doğru harekete geçer. Fizyoterapistin buradaki amacı ortamdaki diğer hasta ve hasta yakınlarının varlığı sebebiyle hastanın özel durumunu diğer kişilerle paylaşılmasını istememek hastanın kişiliğine saygı duymaktır.

Uzak sosyal alan en az iki kişinin ancak iletişim kurabileceği belli türden uygulamaları gerekli kılar. Örneğin kişiler birbirlerinin yüzlerini izlemelidirler. Bir kişinin sesini yükseltmediği takdirde 3 ya da 3,5 m'den duyurması zordur. Bu durumda dinleyici görsel işaretlere başvurur. Mesajı tümüyle alabilmek için işitsel ve görsel bilgileri birleştirmek üzere gözleri ve dudakları izler. Uzak sosyal alanda karşılıklı görüşmeyi sürdürme göz göze ilişkiyi gerekli kılar. Grup terapisi seanslarında fizyoterapistin hastalarla olan sözsüz iletişimi için çok sık kullandıkları bir yoldur (Foto 38).



Foto 38: Uzak sosyal alan

Genel Alan:

Bireyin makro alanının en dış bölgesi olan alan 3,5m. uzağından başlayıp yaklaşık 7,5 m'ye kadar olan kısmı yakın genel alanı; 7,5 m'den başlayıp dış uyaranların algılanabildiği sınıra kadar olan kısmı uzak genel alanı oluşturmaktadır. Yakın genel alan daha çok konferans ya da eğitim seminerleri şeklindeki fizyoterapi etkinlikleri için kullanılır (Foto 39). Daha formaldır. Sesinin tonu ile jest konumu sözlü iletişimi destekleyici nitelikte etkin kullanılmalıdır. Hasta ya da hasta yakınlarına erişim zorlukları oluşabilmektedir. Uzak genel alan hastanın günlük hayatına girip çıkan sayılamayacak



Foto 39: Fizyoterapide genel alan

kadar çok yabancı kimseler içindir. Bu yabancı kimseler bilinen ya da bilinmeyen biçimlerde bireyin yaşamının niteliğini ve kendisine daha yakın bulduğu kimselerle olan ilişkilerini etkiler. Hastasıyla gerçek anlamda kaynaşmayan bir fizyoterapist onun için bir yabancı kimse konumunda olacaktır. Fizyoterapistin bir yabancı olarak etkisi kısıtlıdır.

Sözsüz İletişimi Sözlü İletişimden Ayıran Yönler:

Sözsüz iletişim devamlı iken sözlü iletişim sürekli değildir. Bir iletişim kurucu, konuşmayı, yazmayı veya imzalamayı (ASLde olduğu gibi) daima durdurabilir; ancak sözsüz iletişimde iletişim sonlandırma durumu olamaz. Sözlü iletişimde kişilerin kullandıkları cümleler karşılıklı yanlış anlaşılmalara yol açabildiği için doğru kelime seçilmediğinde tartışma ortamı oluşması olağandır. Ancak sözsüz iletişimde sözcük kullanımı olmadığından hiçbir zaman yanlış anlaşılma durumu ortaya çıkmaz. Sözsüz iletişim, duygunun başlıca ifade edicisidir; sözlü iletişim ise bilginin temel ileticisidir. Korkunç bir olayın detaylarını veren bir TV muhabiri, tereddütlü bir ses, üzgün bir yüz ifadesi ve titreyen dudaklarla olayın içeriğini tam olarak aktarabilir. Olayın duygusal aktarımı sözlü iletişim yoluyla tamamen gerçekleştirilemez. Mehrabian bir mesajın etkisinin yalnızca % 7'sinin sözlü olarak aktarılabilceğini; sözsüz mesajın duygusal etkisinin ise olayı aktarmada belirleyici olduğunu belirtmiştir. Duygusal faktörünün mantıksal karar vermede de rolü kaçınılmazdır. Nörobilimci Damasio duyguların yokluğunda karar alamayacağımızı ifade etmiştir.

Sözsüz-Sözlü İletişimin Nörolojik Ayırımı:

Beynin sözel ve sözsüz olmak üzere nörolojik olarak ikiye bölündüğüne inanılmaktadır. Genel olarak dünyadaki insanların % 97'sinde konuşma, dil ve analitik düşünce için sol hemisfer hakimdir ve sağ hemispherde sözsüz işlemler (kişileri ve yüz ifadelerini algılama, zaman, melodileri algılama, ağırlık

algılama, duyguyu algılama ve kendini fark etme gibi) baskındır. Bu nörolojik bölünmeyi destekleyen kanıtlar kafa travması olgularından (felç, ateşli silah yaraları, baş yaralanmaları vb.) ve çeşitli beyin taramalarından elde edilmiştir. Beynin iki yarımküresi çeşitli noktalarda bağlıdır; Genellikle iki hemisfer arasındaki 300 milyon şeritli otoyol hattı olarak anılan en büyük bağlayıcı, korpus kallosumdur.

Sözlü ve Sözsüz Mesajların Çelişkili ve Tamamlayıcı Yönleri

Bazı durumlarda sözlü mesaj, sözsüz mesajla çelişkili olur. Bir şakayı duyduktan sonra “çok komik” diyen kişi sıkıcı bir sesle ve yumuşak bir yüz ifadesi kullandığında sözlü mesaj sözsüz mesaj ile çelişmektedir. Aynı şekilde “gergin değilim” diyen kişinin ancak kişinin elleri tekrarlı bir şekilde sallaması, çelişkili bir durumu ortaya koyar. Psikologlar ve psikiyatrlar sık sık hastalarını bu çelişkiler konusunda sorgularlar ve “Hangi mesaj daha inandırıcıdır? sorusuna yanıt ararlar. Çelişkili durum, aslında, birçok faaliyette önemli bir bileşendir. Yalan makinesi testlerinde, sözlü ve sözsüz arasındaki çelişkiler aranır. Görüşülen kişi, incelemecinin sorularına cevap verir; bu sözlü bir bileşendir. Aynı zamanda, muayene eden kişi, görüşülen kişinin galvanik cilt tepkisini, kan basıncını ve solunum hızını yalan makinesi aracılığıyla izlenmektedir; Bu da sözsüz bir bileşendir.

KAYNAKLAR

1. Aydın, B. O., & Şahin, E. (2016). Hastanede hasta ve hasta yakınları düzeyinde görülen iletişim problemlerinin çözümüne yönelik bir model önerisi. *Sosyal Bilimler Arastirmalari Dergisi*(15).
2. Caris-Verhallen, W. M., Kerkstra, A., & Bensing, J. M. (1999). Non-verbal behaviour in nurse-elderly patient communication. *Journal of advanced nursing*, 29(4), 808-818.
3. Communication in the Therapeutic Relationshi. (2012). Retrieved from <http://www.cptbc.org/pdf/MakingAConnection.pdf>
4. Cozolino, L. (2014). *The neuroscience of human relationships: Attachment and the developing social brain*: WW Norton & Company.
5. Çalışkan, N., & Karadağ, E. (2005). Dramada Beden Dilİ. *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi*, 6(2).
6. Çiftçioğlu, B. A., & Ordun, G. (2010). Hastaların hekimlerin kendileri ile kurdukları iletişiminden memnuniyet düzeylerinin ölçümüne yönelik bir araştırma-an empirical investigation for measuring patient's communication satisfaction with their physician. *Öneri Dergisi*, 9(34), 109-118.
7. Damasio, A. R., & Sutherland, S. (1994). Descartes' error: Emotion, reason and the human brain. *Nature*, 372(6503), 287-287.
8. Egolf, D. B. (2013). Nonverbal communication and telerehabilitation. In *Telerehabilitation* (pp. 41-54): Springer.
9. Ekman, P., & Friesen, W. V. (1974). Nonverbal leakage and clues to deception. *Nonverbal communication*, 269-290.
10. Enelow, A. J., Forde, D. L., & Brummel-Smith, K. (1996). *Interviewing and patient care*: Oxford University Press on Demand.
11. Ergin, A., Birol, C., (2005), Eğitimde İletişim, Sözsüz iletişim, Anı Yayınları, Ankara, 134-5.
12. Gallois, C., Bent, A., Best, M., Dwyer, J., Fitch, S., Jack, M., & Kalman, R. (1979). Non-verbal behaviour in same-sex and mixed-sex physiotherapist-patient interactions1. *Australian Journal of Physiotherapy*, 25(1), 5-9.

13. Hargreaves, S. (1982). The relevance of non-verbal skills in physiotherapy. *Australian Journal of Physiotherapy*, 28(4), 19-22.
14. LaCrosse, M. B. (1975). Nonverbal behavior and perceived counselor attractiveness and persuasiveness. *Journal of Counseling Psychology*, 22(6), 563.
15. Mehrabian, A. (2017). *Nonverbal communication*: Routledge.
16. Mutha, S., Allen, C., & Welch, M. (2002). *Toward culturally competent care: a toolbox for teaching communication strategies*: Center for the Health Professions, University of California.
17. O'connor, B. P., & Rigby, H. (1996). Perceptions of baby talk, frequency of receiving baby talk, and self-esteem among community and nursing home residents. *Psychology and aging*, 11(1), 147.
18. Özkan, Z. (2008). Doktor hasta iletişiminde beden dilinin gücü. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 39(2), 87-91.
19. Parry, R. H. (2004). Communication during goal-setting in physiotherapy treatment sessions. *Clinical rehabilitation*, 18(6), 668-682.
20. Roberts, L., & Bucksey, S. J. (2007). Communicating with patients: what happens in practice? *Physical therapy*, 87(5), 586-594.
21. Robinson, J. D. (2006). Nonverbal communication and physician-patient interaction. *The SAGE handbook of nonverbal communication*, 437-459.
22. Strongman, K. T. (1979). *Psychology for the Paramedical Professions*: Croom Helm.
23. Weitz, S. (1974). *Nonverbal communication: Readings with commentary*.
24. Şimşek, A. (2000), Eğitim İletişimi, Sözsüz iletişim, Ankara Üniversitesi Yayınları, Ankara, 66.

Doç. Dr. Fzt. Betül TAŞPINAR



1977 yılında Isparta'da doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini İzmir'de tamamladı. 1996 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Programından, 2001 yılında Dumlupınar Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümünden mezun oldu. Bir süre özel eğitimde Fizyoterapist olarak çalıştı. 2001 yılında Dumlupınar Üniversitesinde Araştırma Görevlisi kadrosuna atandı. 2004 yılında lisansüstü eğitim için 35. Madde ile Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı'na görevlendirildi. 2007'de yüksek lisans 2010'da doktora eğitimini tamamladı. 2010 yılında Dumlupınar Üniversitesinde Araştırma Görevlisi, 2011 yılında Yardımcı Doçent kadrosuna atandı. 2017 yılında Atatürk Üniversitesi, Açık öğretim Fakültesi, İş Sağlığı ve Güvenliği Uzmanlığı bölümünden mezun oldu. 2015 yılında Doçent unvanını aldı. 2018 yılında İzmir Demokrasi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü'nde Doçent olarak göreve başladı. İlgili alanları arasında kardiyopulmoner rehabilitasyon, mental sağlık, terapötik egzersizler, yoga ve pilates yer almaktadır. Evli ve 2 çocuk annesidir.

Doç. Dr. Fzt. Ferruh TAŞPINAR



1978 yılında Konya'da doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini Konya'da tamamladı. 2001 yılında Dumlupınar Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümünden mezun oldu. Bir süre özel eğitimde Fizyoterapist olarak çalıştı. 2002 yılında Diyarbakır Asker Hastanesinde vatani görevini yaptı. 2002 yılında Dumlupınar Üniversitesinde Araştırma Görevlisi kadrosuna atandı. 2004 yılında lisansüstü eğitim için Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı'na görevlendirildi. 2007'de yüksek lisans 2010'da doktora eğitimini tamamladı. 2010 yılında Dumlupınar Üniversitesinde Araştırma Görevlisi, 2012 yılında Yardımcı Doçent kadrosuna atandı. 2017 yılında Atatürk Üniversitesi, Açık öğretim Fakültesi, İş Sağlığı ve Güvenliği Uzmanlığı bölümünden mezun oldu. 2015 yılında Doçent unvanını aldı. 2018 yılında İzmir Demokrasi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü'nde Doçent olarak göreve başladı. İlgili alanları arasında ortopedik rehabilitasyon, manuel terapi, terapötik egzersizler ve ağrı yönetimi yer almaktadır. Evli ve 2 çocuk babasıdır.

YAZILI VE GÖRSEL İLETİŞİM

Doç. Dr. Fzt Betül TAŞPINAR
Doç. Dr. Fzt. Ferruh TAŞPINAR

Rehabilitasyon merkezleri, insan sağlığına sağlık hizmetlerinin sunulduğu kurumlardır. Bu hizmetler, hastalıkların önlenmesi ve toplumun sağlık statüsünün yükseltilmesi amacıyla yürütülen faaliyetlerin yanında, hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonunu sağlamak için sunulan hizmetlerin bütününe ifade etmektedir. Sağlığın korunması ve geliştirilmesi ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin yükseltilmesi gibi konuları kapsamaktadır. Diğer bir ifade ile, bireylerin sağlıkla ilgili beklentilerini karşılamak amacıyla rehabilitasyon ekibi tarafından yürütülen hizmetlerdir.

Rehabilitasyon genellikle kronik hastalıkları kapsar ve uzun tedavi süreci gerektirir. Bu nedenle hastalık sürecini açıklamak, tanımlamak, hasta ve hasta yakınlarını bilgilendirmek amacıyla anlaşılır bir dil tercih edilmelidir. Sağlık alanında yapılacak olan iletişim amacı, bireylerin hastalıkları ve sağlıkları hakkında bilinçli bir hasta konumuna getirilmeleri olmalıdır. Sağlık hizmetlerinin ana konusu insan yaşamı olup, sağlıkta iletişimin de etkili planlanması gerekir. Sağlık hizmetlerinde yapılan anlayışı ve sağlık hizmetlerinin kendine has özellikleri nedeniyle, hizmet sunumundan kaynaklanan eksikliklerin, insan yaşamını doğrudan ilgilendirmesi, sağlık hizmetlerinde iletişim kavramının önemini artırmaktadır.

Rehabilitasyon kliniklerine tanı ve tedavi için gelen bireyler genellikle kronik olarak tanımladığımız hastalıklara sahiptirler. Nörolojik Rehabilitasyon kliniklerinde inme, parkinson, multiple skleroz ve medulla spinalis yaralanması gibi kronik, sekel bırakabilen ve çok uzun rehabilitasyon süreçleri gerektiren hastalar yer alır. Bu bireyler günümüzde hastalıktan çok engelli olarak tanımlanmaktadır ve tedavileri uzun zaman almaktadır. Ortopedik rehabilitasyon kliniklerinde; kırık, bağ yaralanmaları, tendinit, osteoartrit, bel-boyun problemleri, sıkışma sendromları vb. patolojileri olan hastalar rehabilitasyon programına alınmaktadır. Nörolojik rehabilitasyona göre biraz erken taburculuk söz konusu olsa da kronik hastalığa sahip olan bireyler uzun tedavi süreçlerine girerler. Bunun yanında kardiyopulmoner rehabilitasyon, geriatrik rehabilitasyon, kadın sağlığında rehabilitasyon, sağlığın geliştirilmesi ve korunması gibi uygulamaları kapsayan tüm rehabilitasyon uygulamaları uzun bir süreç gerektirir. Hasta, hasta yakınları ve sağlık personelleri tarafından bıkmadan, usanmadan sabırlı bir şekilde yürütülmesi gereken bir süreçtir.

Rehabilitasyon ne kadar uzun olursa olsun hastanın, ailesinin ve hastane ekibinin multidisipliner katılımı ile en uygun tedavi sunulmalıdır. Bu aşamada hizmet almak isteyenlerin en iyi şekilde bilgi-

lendirilmesi ve katılımının sağlanması gerekmektedir. Hastalar yoğun tedavi programları içerisinde karmaşık iletişim süreçlerinden sıkılarak tedaviden uzaklaşmaktadırlar. Sağlık kurumları, sağlık hizmeti bakımından insan sağlığına katkıda bulunmak ve kaliteli bir yaşam sağlamak amacı ile bireylere anlaşılabilir iletişim yolları sunulmalıdır.

Rehabilitasyon, hastaların ev düzenlemesi, egzersizlerinin düzenlenmesi ve hasta yakınlarının bilinçlendirilmesi gibi birçok bilginin paylaşıldığı karmaşık bir süreçtir. Bu sırada yardıma gereksinim duyan taraf geniş bir bilgi sahibi olmak isterken, rehabilitasyon ekibi hızlı ve faydalı olmak istemektedir. Sözlü iletişimde bu denge kurulması oldukça zordur. Hızlı bir iletişim kurulmaya çalışılırken, söylenenlerin yanlış anlaşılması, kalıcı ve uzun süreli mesajların aktarılmasındaki eksiklik ve söylenenlerin zamanla kısmen veya tamamen unutulması veya değişikliğe uğraması gibi dezavantajları bulunmaktadır. Bunların önüne geçebilmek için iletişimde daha fazla kitleye kısa sürede ulaşmak ve rafine bilgi aktarabilmek üzere görsel ve yazılı iletişim tercih edilmektedir.

Hastalarla iyi bir iletişim kurabilmenin altında yatan en önemli etkenler empati yapabilmek ve yeterliliklerdir. Empati karşısındaki kişiyi anlama, saygı ve sevgi duymaktır. Yeterlilik, kişinin kişilerarası iletişimi etkin bir şekilde gerçekleştirmesi için gerekli olan kişilerarası yeterliliğini ifade etmektedir. Spitzberg ve Cupach (1989) bireylerin etkili bir iletişim kurmasının yeterliliğine bağlı olduğunu ifade etmektedir. Bireyler belirli bir konuda bilgi sahibi olduğu zaman iletişim yeterliliğine sahip olduğunu hisseder. Böylelikle daha etkili iletişim kurması mümkün olabilir.

Fizyoterapist ve hasta iletişiminde hasta, yardıma gereksinim duyan konumundadır. Aralarındaki iletişimde güven duygusu önem teşkil etmektedir. Hasta, sorunlarını rahat bir şekilde paylaşabilmelidir. Fizyoterapistin mesleki anlamda kendini sürekli geliştirmesi, bilgi düzeyini artırması iletişimde etkinliğini artırmaktadır. Hastanın fizyoterapistte sorduğu sorularda yeterli cevabı alması, tatmin olmasını sağlamakta, fizyoterapistin bilgi ve becerisine olan güven duygusunun artmasına sebep olmaktadır.

Son yıllarda teknolojiye yaşanan gelişmeler sonucunda, sağlıkta iletişim için elektronik aletler en önemli iletişim aracı olarak kullanılmaya başlanmıştır. Sanal medyadan ve televizyonlardan eğitim videoları ve görseller yayınlanmaktadır. Sağlık kuruluşlarına gelen hastaların bilgilendirilmesi için afişler asılmaktadır. Genel toplumun bilinçlendirilmesi için en çok kalabalığın bulunduğu sokak panoları, otobüs ve metro duraklarına asılan afişler bilgilendirme amaçlı kullanılmaktadır. Rehabilitasyonun etkisi ve gerekliliği açısından toplumun bilinçlendirilmesi için görsel ve yazılı iletişim araçları çok iyi kullanılmalı ve yaygınlaştırılmalıdır.

YAZILI İLETİŞİM

İletişim; fikir, bilgi ve mesajları belirli bir zaman ve yerde başkalarıyla paylaşma olarak tanımlanmaktadır. Ancak bu paylaşma süreci oldukça komplekstir ve birçok faktör rol oynamaktadır. Bu karmaşıklık, sadece doğal, biyolojik ve sembolik yapıları değil, aynı zamanda manipülasyonun alıcı tarafından yapıldığı geri bildirim sürecini de içerdiğinden, iletişimin doğasının bir sonucudur. Bu noktada alıcılar pasif değil aksine çok önemli role sahiptirler. Çünkü gönderenin mesajını inanç, tutum, yaş ve cinsiyet gibi faktörlerin etkisiyle manipüle ederek iletişim sürecini etkilerler. Böylece iletişimin etkinliği belirlenmiş olur. Bir başka deyişle; etkili bir iletişimde alıcı da gönderen de hayati öneme

sahiptir. Bunun yanında, gönderenin mesajı gönderdiği yol da mesajın anlaşılabilirliği açısından çok önemlidir. Chastain'e göre; alıcı mesajı kendi kişisel özellikleri, deneyimleri, göndericiye yönelik tutumlarına göre yeniden düzenler, bu nedenle iletişimde geribildirime dikkat edilmelidir.

Sağlıkta iletişime bakıldığında ise; sağlığa ihtiyaç duyan bireylerin, hangi düzeyde olursa olsun gerek kamusal sağlık politikasıyla, gerekse de sağlık profesyonelleri vasıtasıyla ihtiyaç duydukları her türden sağlıkla ilgili bilgileri bu ilgili kişi ve kurumlar ile paylaşabilmeleri ve bilgi asitmerisi engeline uğramadan, kendi sağlıklarıyla ilgili farkındalık ve bilgi düzeylerini pozitif yönlü etkileyen bir iletişim türü, sağlık iletişimidir.

Sağlık profesyonellerinin kaliteli ve etkili bir tedavi hizmeti verebilmeleri; kurumsal anlamdaki fiziksel faktörlerin yanısıra klinisyen-klinisyen, klinisyen-hasta, klinisyen-hasta yakınları gibi iletişim parametrelerinin etkin ve sağlıklı yürütülmesine bağlıdır. Bu süreçte gönderen ve alıcı rolü sürekli değişim göstermektedir. Örneğin; klinisyen gerek hastadan/hasta dosyasından gerek meslektaşları ya da diğer sağlık profesyonellerinden hasta ile ilgili bilgileri alırken alıcı, ancak bu verileri kendisi aktarıyorsa gönderen rolündedir. Bu nedenle bu süreçteki herhangi bir aksaklık iletişimin olumsuz etkilenmesine neden olur ve planlanan tedavi faaliyetleri amacına ulaşamaz. Temel hedeflerden olan zarar vermeme ilkesinden hareketle gönderen ya da alıcı konumunun önemi açıkça ortadadır.

İlaveten, iletişimin herhangi bir aşamasında bazı engellerle karşılaşılabilir. Bunlar; hiyerarşi kademeleri, otorite ve statü, uzmanlaşma ve bununla ilgili mesleki dil, kişisel engeller, dil güçlükleri, dinleme yetersizliğinden doğan güçlükler, ifade açıklığının bulunmamasından doğan engeller ve geri bildirimden doğan güçlükler olarak belirtilmiştir. Klinisyen-hasta iletişimi açısından değerlendirildiğinde ise iletişim engelleri; kullanılan mesleki dil, ifade açıklığı ve geribildirim sürecinin göz ardı edilmesi olarak söylenebilir. Böylece hasta ile iletişimde kullanılan terminolojiye çok dikkat edilmeli, hastanın kafasını karıştıracak latince kelimeler mümkün olduğunca azaltılmalı ya da hastanın anlayabileceği şekilde ifade edilmelidir ve cümleler net, anlaşılır ve kısa olmalıdır. Sonrasında geribildirim aşaması mutlaka yerine getirilmelidir. Çünkü klinisyenin aktardığı ile hastanın anladığı ve uyguladığının tedavinin etkinliği için mutlaka örtüşmesi gerekir.

Bu noktadan hareketle iletişimin temel unsurları arasında yer alan "kanal" kavramı öne çıkmaktadır. Mesajın kaynaktan alıcıya ulaşmasını sağlayan ortam, yöntem ve tekniklere kanal adı verilir, yani mesajın alıcıya sunuluş şeklidir.

İletişim sürecinde kullanılan kanallar ikiye ayrılır:

Doğal İletişim Kanalları: İnsandan çıkan sesler, hareketler, jest ve mimikler doğal iletişim kanallarına örnek verilebilmektedir. Ateşten çıkan duman, davula vurulan sopadan çıkan ses gibi öğeler de bu grupta yer almaktadır.

Yapay İletişim Kanalları: teknolojinin gelişmesi ile beraber insanlar tarafından geliştirilen iletişim araçları olarak kabul edilen araçlardır. Bu iletişim kanalları yazılı, görsel, işitsel ve teknolojik olmak üzere dörde ayrılır." Bu bölümde yazılı iletişim ele alınacaktır.

Mesajın kalıcı olması istenen durumlarda iletilecek bilginin geçerlik ve doğruluğu kaybolmadan iletmesini sağlamak için, yazılı iletişim araçları kullanılmaktadır. Bunlar; yazılı raporlar, işletme gazetesi, broşür ve el kitapları, afiş, ilan tahtası ve bültenler şeklinde sıralanmaktadır.

Yazılı iletişim; bireyler ve gruplar arasındaki iletişimden çok, örgütsel iletişimde büyük bir öneme sahiptir. Örgütsel iletişimde; bilgi alanındaki artan uzmanlaşma, faaliyetlerin her aşamasında araştırma faaliyetlerinin artan önemi, örgütsel yapılarda yaşanan büyük ölçekli gelişmeler, yönetimin profesyonel uğraş alanı olarak gelişme göstermesi, ekonomik yapı içerisinde bilgiye duyulan ihtiyacın giderek artış göstermesi gibi nedenler yazılı iletişimin önemini gittikçe artırmaktadır. Örneğin; sağlık profesyonelleri açısından bakıldığında yazılı iletişim çok önemli yere sahiptir. Çünkü hastayla ilgili tüm veriler yazılı olarak kayıt altına alınmaktadır. Ancak bu şekilde tüm sağlık personeli hasta hakkında bilgi sahibi olabilir ve uygun tedavi programını belirleyebilir. Bu nedenle tüm sağlık profesyonelleri öğrencilik yıllarından başlamak üzere doğru kayıt tutmanın önemi hakkında bilgilendirilmeli ve kayıt tutmayı alışkanlık haline getirmesi yönünde eğitilmelidir. Hastaların tedaviden görecekları yarar ya da zararın tutulan kayıtlara doğrudan bağlı olduğu unutulmamalıdır.

Hastalarla kurulacak yazılı iletişime bakıldığında ise öncelikle amacın belirlenmesi gerekmektedir. Bilgilendirme, eğitim, bakış açısı değiştirme, farkındalık oluşturma, ev programı verme gibi çeşitli amaçlarla yazılı iletişim araçlarından yararlanılabilir. Bu araçlar arasında; dilek kutuları, afişler, duyuru panoları, broşür ve el kitapları, bülten, dergi ve benzeri belgeler sayılabilir. Teknoloji desteği düşünüldüğünde ise telefon mesajları, internet aracılığıyla e-mail gönderimi de bu araçlar arasında söylenebilir. Tüm yazılı iletişim araçlarının ortak noktası yalın ve anlaşılır bir dille yazılmış olması, hastanın sosyokültürel düzeyine, yaşına uygun olması olarak sıralanabilir. Örneğin; yaşlı bir hasta için hazırlanan araçla çocuklar için hazırlanan araç aynı şekilde olmamalıdır. Resimde Sağlık Bakanlığı tarafından çocuklar için hazırlanan “Hareketli Yaşamın Önemi” bu konu için güzel bir örnektir. Şekilde çocukların ilgisini çekmesi açısından görsellere yer verilmiş olması ve yazılı kısımların farklı renklerde, kısa, sade, anlaşılır ve akılda kalıcı olması gibi özellikleri göze çarpmaktadır. O nedenle hazırlanan her araç her hastaya uygun olarak planlamalı ve bireyselleştirilmelidir.

Ayrıca hastaya açıkça yazılmış kanıta dayalı bilginin sunulması da çok önemlidir. Hastanın sunulan yazılı belgeyi okuması, herhangi bir sorusu ya da çelişkili olduğu kısımları not edip geri bildirimde bulunması sadece hasta için değil aynı zamanda karşılıklı adaptasyon sürecinin tamamlanması için de önemlidir. Bu uygulama hastaya tam olarak anlama ya da hatırlama olanağı tanır. Semptomların şiddetine göre ilaç ayarlaması ya da pulmoner rehabilitasyonu içeren astım yönetimi gibi hastanın elinde yazılı bir plan olduğunda hasta bu kronik hastalığını daha fazla kontrol altına alabilir. Bu etkileşim sona erdikten sonra klinisyen anlık olarak kayıt tutmalıdır, böylece sonraki seansta göz önünde tutulacak herhangi bir durumun olup olmadığı belirlenmiş olacaktır.

Bu durumlar;

- Yapılması gereken bir uygulamanın unutulduğu ya da farklı şekilde yapılması gerektiği yönünde bir düşünce var mı?
- Başlangıçta yanlış yapılan ancak sonradan doğru şekilde gerçekleştirilmiş uygulamalar var mı?
- Ara verilmesi ihtiyacı var mı? Değerlendirilir.

Bütün bu yönler dikkate alınmazsa bir sonraki değerlendirmede klinisyenin içindeki bu şüpheler problem oluşturacaktır. Bir lüks gibi görünse de bu öz-kontrol uygulaması ileri tedavilerde klinisyene çok zaman kazandıracaktır. Bu nedenle sağlık profesyonellerinin sürekli olarak hastaları hakkında



Resim 1. Hareketli Yaşamın Önemi

birbirleriyle iletişim kurmaları gerekmektedir. Yazılı ve sözlü iletişim hayati öneme sahip olmasının yanında klişe ve önyargıları aşmak için de bir araç olabilir. Başarılı bir iletişim çeşitli seviyelerde etkileşim gerektirir ve dinamik bir süreçtir. Yüz yüze, basılı materyallerle veya teknolojinin kullanımıyla gerçekleştirilebilir. Etkileşim, yanıt ve geribildirim için bir kanal sağlayan iki yönlü bir süreçtir.

Ameliyathane, servis, poliklinik, yoğun bakım gibi herhangi bir hastane ortamı ziyaret edildiğinde ilgili birimlerde tutulan kayıtlar dikkati çekmektedir. Geleneksel olarak tüm kayıtlar kâğıt veya kâğıt parçaları üzerine yapılmakta iken günümüzde teknolojinin ilerlemesiyle birlikte depo alanının artırması, klinik anlamda kolaylık sağlaması ve zaman kazandırması açısından otomasyon sistemlerinin kullanımı ön plana çıkmıştır. Buna rağmen kayıt tutma ve yazılı iletişimin önemli olduğu iki nokta bildirilmiştir;

- İnter ve interprofesyonel iletişim aracı olması
- Hangi tedavinin ne amaçla verildiği ile ilgili kronolojik bir kaynak olması

Tedavi hizmeti veren farklı profesyonellerin birbirleriyle günlük olarak iletişim kurması gerekir. Böyle bir iletişim yazılı kayıt mevcut tek bilgi kaynağı ise doğrudan ya da bir başkasına bilgi aktarırken veya diğer bilgilere ek olarak sunulduğunda dolaylı ve tamamlayıcı olabilir. Bu nedenle kayıt

tutma önemlidir. Dahası, pratik bir faaliyet olmaktan ziyade sadece bir ritüel ya da angarya olarak görülen iletişimin diğer yönleri gibi kayıt tutma önemli bir etik boyuta da sahiptir. Yazılı iletişimdeki problemler ve ortaya çıkan etik sorunlar nelerdir?

- Kayıtlar eksik olabilir
- Bilgilerin önemi anlaşılabilir.

Yazılı bilgi tek bilgi kaynağı ya da temel kaynak ise mümkün olduğu kadar kapsamlı olması önemlidir. Aksi takdirde bu kayıtlara dayanan kararlar etkilenebilir ve neticesinde hastanın tedavisi tehlikeye girebilir. Bu nedenle doğru, kapsamlı ve düzenli kayıt tutma sağlık profesyonellerinin temel uygulamaları arasında yer almalıdır. Örneğin bir fizyoterapist diyabetes mellitusu bulunan hastasını meslektaşına devrederken bu durumu meslektaşına yazılı bir şekilde aktarmadığında rehabilitasyon sürecinde kan şekeri ve ilaç uygulama saatine göre egzersiz planlaması yapılamayacağı için çok ciddi ve telafisi mümkün olmayan sorunlarla karşılaşılabilir. Başka bir örnek olarak, hastada total kalça protezi ya da pacemaker gibi bir cihaz bulunduğu kısa dalga diatermi gibi elektroterapi aletlerinin kullanılması sırasında yine benzer durumlarla karşılaşılabilir. Çünkü hep söylendiği gibi “söz uçar yazı kalır” felsefesinden hareketle özellikle böyle dikkatli olunması gereken durumlar yazılı olarak göze çarpacak şekilde ifade edilmelidir. Aksi takdirde bu durumdan oldukça olumsuz etkilenecek kişi hastadır. Bununla birlikte böyle bir durum meydana geldiğinde hastanın tedavisiyle ilgilenen diğer sağlık profesyonellerinin de bilgilendirilmesi ve kimin bilgilendirildiği, alınan önlemlerin de dikkatle belgelenmesi gerekmektedir. Çünkü bu durum adli boyuta taşındığında kanıt oluşturabileceği de göz önünde tutulmalıdır. Bu nedenle neyin neden kaydedilmesi gerektiğinin de anlaşılması önemlidir. Farklı meslek gruplarında da olduğu üzere tıbbi terminoloji, anlamayan bireyler için kafa karıştırıcı olsa da bu alanda çalışan sağlık profesyonelleri için aralarında etkili iletişim kurmasını sağlaması bakımından önemli bir işleve sahiptir. Bu ortak dil kısaltma kullanılan durumlarda da oldukça etkilidir. Diğer iletişim biçimlerinde olduğu gibi kayıt tutma, ilgili bilgi ulaşıldığında ve uygulandığında amacına ulaşmış olur.

Bir başka problem de bilgiyi toplayanların deneyimsiz olması veya toplanan bilgilerin amacına ve önemine dair çok az bilgiye sahip olmaları durumunda ortaya çıkar. Doğru ve tam bilgi anlaşılmazsa ve önemi benimsenmezse hastanın sağlığı riske atılmış olur ve önemli etik bir problem haline gelir. Örneğin; hastada egzersiz sırasında hemodinamik değişikliklerin patolojik düzeyde olması ya kaydedilmez ya da bu değişimlerin patolojik olduğu farkedilmezse hasta için oldukça tehlikeli sonuçlar doğurabileceği akıldan çıkarılmamalıdır.

Bu noktadan hareketle, iletişim alanında çalışan akademisyenler ve klinisyenlere göre de yazılı iletişim becerilerinin geliştirilmesi profesyoneller kadar öğrenciler için de önemlidir, çünkü profesyonel yetenek ve performans iletişim yetkinliği ile bağlantılıdır. Çok az yazılı iletişimi kullansa bile tüm meslekler için yazılı iletişim becerilerinin gerekliliği açıktır. Genel olarak yazma becerileri ve iş iletişimi becerileri; bu konuda hatırı sayılır miktarda zaman harcadıkları göz önünde tutulduğunda kurumlar, lisans ve lisansüstü öğrenciler için de çok önemlidir.

Sağlık profesyonellerinin sözlü ve yazılı olarak hastalarla ve diğer sağlık profesyonelleriyle iletişim kurma yeteneği temel bir beceri olarak kabul edilmektedir. Son yıllarda bu konu literatürde irdelenmiş ve eğitim programlarında üzerinde durulmuştur.

Hatalı bilgi ve belgelerin tutarsızlıklarının sağlanması da dahil grafik/tetkik yorumlanmasını içeren hatalar sadece sağlık hizmeti sonuçları üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olmakla kalmayıp malpraktis davalarında da önemli bir faktör olabilir. Ayrıca okunamayan tıbbi kayıtlar ek maliyetlere ve hastanın tedavi kalitesinde düşüklüğe yol açabilir. Progres notları, tıbbi geçmişi ve yapılan değerlendirmeyi belgelemek ve sonrasında uygun tedaviyi uygulamak amacıyla kullanıldığı için kaydedilen bilgilerin okunabilir, kapsamlı ve anlaşılabilir olması zorunludur. Bilgileri kayıt altına almak için birçok yol olsa da bilinen SOAP (Subjektif Değerlendirme, Objektif Değerlendirme, Analiz, Plan) formatının kullanımı hala geçerliliğini korumaktadır. Bu bilgiler hasta dosyası ya da bilgisayar aracılığıyla otomasyon sistemine kayıt edilebilir. Buna göre SOAP formatının gücü, kullanım kolaylığı ve birçok sağlık profesyoneli tarafından kabul görmesidir.

Klinik faaliyetlerin dokümantasyonu önemli olmakla birlikte tetkik sonuçlarının doğru değerlendirilmesi zor, zaman alıcı ve pahalı olabilir. Subjektif hasta şikayetlerinin tetkik sonuçlarıyla birleştirilerek yorumlanması ve ancak bu sayede doğru tedavinin planlanabileceği düşünüldüğünde deneyimli bir klinisyenin ne kadar önem arz ettiği ortaya çıkar. Bununla birlikte belli aralıklarla muayenelerin tekrarlanmaması durumunda da önceki değerlendirmelerin doğruluğu gösterilememiş olur. Bu nedenle tıbbi hikaye ve ilişkili fiziksel semptomlar belgelenmelidir ve tekrarlanmalıdır, ancak bu şekilde hatalı bilgi ya da uygulamalar kolayca belirlenebilir. Ayrıca, birden fazla kişi değerlendirildiğinde önemli puan/skor/tetkik sonuçlarının karşılaştırmaları yapılabilir. Yazılı iletişim becerilerinin sağlık uygulamalarında genel önemi ile birleştirilen bu faydalar, standartlaştırılmış değerlendirme yöntemlerinin geliştirilmesinin ve onaylanmasının şart olduğunu göstermektedir. Sağlık profesyonellerinin dokümantasyon becerilerinin değerlendirilmesine yönelik çalışmalar bulunmaktadır. Normalde bir klinisyen hastayla ilgili verileri toplar ve bu bulguları önceden hazırlanmış bir forma kaydeder ve içerik olarak gözden geçirir. Bu şekilde yazılı iletişim süreci başlamış olur. İlaveten mesleki yetkinlik kazanabilmek için bu içeriklerin uzman kişiler tarafından da değerlendirilmesi, puanlanması ve standardize edilmesi yazılı iletişim becerilerinin geliştirilmesi, alışkanlık haline getirilmesi ve hastaların değerlendirilmesi aşamasında herhangi bir bulgunun gözden kaçırılmaması için yararlı olacağı öngörülmektedir.

Yaklaşık 25 yıl önce yapılan bir sistematik derlemede çeşitli iletişim biçimlerinin hasta sağlığı üzerindeki etkilerini değerlendirmek ve mükemmel iletişimin özelliklerini tanımlamak amaçlanmıştır. Önceleri klinisyen-hasta iletişimde herhangi bir sorun olmadığı gözlenirse de sonrasında bu durum tersine dönmüştür. Bu iletişim problemlerinin hikâye alma sırasında veya hasta tedavisi hakkında tartışırken olabileceği, bazılarının hekim ya da hasta kaynaklı olabileceği bildirilmiştir. Genel anlamda, iletişim güçlükleri, teşhis problemlerine, hasta katılımının olmamasına veya hastaya yetersiz bilgi verilmesine bağlı olabilir. Çalışmalar, psikososyal ve psikolojik problemlerin %50'sinin gözden kaçırıldığını, klinisyenin hastaya problemini tanımlaması için 18sn süre verdiğini, hasta ve klinisyenlerin ziyaretlerin %50'sinde temel başvuru problemini kabul etmediğini ve hastalar klinisyenler tarafından verilen bilgilerden memnun olmadıklarını rapor etmiştir. Çoğunlukla hastadan klinisyene, klinisyenden hastaya bilgi akışındaki problemler sonucunda iletişim sorunlarının meydana geldiği üzerinde durulmuştur. Bununla birlikte, çalışmaların çoğu iletişimin boyutu olarak emosyonel desteğin önemi üzerinde durmuştur. Klinisyen-hasta iletişimde ortaya çıkan yaygın ve

karmaşık sorunlar için öncelikle bu problemlerin temel özellikleri tanımlanmalı sonrasında da çözüme yönelik hem hasta hem klinisyenler için eğitim programları oluşturulmalıdır. Çünkü günümüzde hala bu konuda çok çalışılması gerektiği düşünülmektedir.

GÖRSEL İLETİŞİM

Fontana (1994) ya göre, işaret ve semboller, somut ve soyut şeyleri ifade etmekte kullanılır. Sembollerin incelenmesi aslında insanın kendisini incelemesidir. Görsel iletişim, insan var olduğu zamandan bu yana vardır. Yazının bulunmasıyla iletişim gücünü kaybeden iletişim tipi son yıllarda sosyal yaşamın değişmesi ve teknolojinin gelişmesi ile birlikte tekrar popüler olmuş ve yaygınlaşmıştır. Günümüzde ise en etkili ve hızlı iletişim biçimidir.

Görsel iletişim, en basit anlamıyla görüntülü bilgilerin alışverişidir. Görsel iletişimde kullanılan belirteçlerin her birine işaret ya da sembol adı verilmektedir. İşaretler evrensel bir dil oluşturmak için kullanılır, resimsel bir dil kullanılarak hazırlanır ve farklı dilleri kullananlar arasında da iletişim kurmayı sağlar. Küçükken ve Olguntürk (2014), görsel iletişimin insanlara gönderilen mesajların görsel malzemeler aracılığıyla iletilmesi olduğunu, dolayısıyla, duygu veya düşüncelerin ya da bir kavramın kelimeler yerine semboller kullanılarak anlatılmasının görsel iletişim olduğunu vurgulamaktadırlar.

Görsel iletişim ilk olarak M.Ö. 36.500-32.000 yıllarına ait olduğu saptanmıştır. Verona kenti yakınında bulunan Fumane Mağarası'nda en eski görsel iletişim örnekleri yer almaktadır. Yazının bulunması konusunda bile görsel olarak kullanılan çizimler zamanla bir mana kazanmış ve simgeleşerek yazıya dönüşmüştür.

Sağlık alanında günümüzde görsel iletişim araçları içerisinde resimli görsel iletişim araçları yaygın olarak karşımıza çıkmaktadır. Bunlar afiş, mecmua veya hastalara yapacaklarını resimli olarak gösteren el broşürleri örnek olarak verilebilir. Bu resimli iletişim araçları olarak hazırlanan afişler hastanelere, toplum sağlığı merkezlerine ve ilan panolarına asılarak bilgilendirme amaçlı günümüzde yaygın olarak tercih edilmektedir. Bunların yanında hastalara bilgi vermek amaçlı hazırlanan etkili görsel sunumlar da görsel bir iletişim aracı olarak kullanılmaktadır. Görsellerde kullanılan resimler ayrıntılı olmalı ve anlaşılmalıdır. Hastalara ne yapacağı konusunda bilgilendirici ve yönlendirici olmalıdır. Yaşlılar için ve görme problemi olan bireyler için de okunabilecek şekilde büyük karakterler ile yazılmalı ve görseller flash etki yaratmalıdır.

Görsellerde ayrıca noktalama işaretleri ile vurgulama yapılmalıdır. Şekillerde yatay veya dikey çizgi ile yönlendirmeler yer almalıdır. Bu çizgiler görselin içerisinde bir denge oluşturur. Diagonal çizgiler ise görsel bir uyum ve çekicilik yaratır. Bu uyum kompozisyonu ilginçleştirir ve hareketi vurgular. Çizgilerin kalınlığı, keskinliği ya da silikliği farklı duygu durumu oluşturur. Derinlik görsellerde kullanılması gereken en önemli unsurlardan bir tanesidir. Tek göze sahip olsaydık derinlik kavramı da olmayacaktı. Ancak iki göze sahip olduğumuz için gözler görsellerde her zaman üç boyutlu görüntü arar. Ancak iki boyutlu oluşturulan görseller yanılmaya neden olabilir. Uzayda yer alan her form bir hacme sahiptir. İnsanoğlu bu görsellere alışkın olduğu için görmek istediği hacimli görsellerdir. Görsellere bir canlılık vermek için farklı renkler ve tonlar kullanılır. Sıcak renk olarak adlandırdığımız kırmızı ve tonları uyarı veya ikaz olarak kullanılırken, soğuk renkler dediğimiz yeşil

gibi renkler dinlendirici ve gevşetici özellikleri nedeni ile tercih edilirler. Aşağıda rehabilitasyon için en çok tercih edilen afiş, el broşürü ve kamu spotundan bahsedilmiştir.

Afiş: Afiş tasarımlarında genellikle grafik mizah tercih edilmektedir. Grafik mizah, iletinin özellikle çizgi, form, tipografi, şekil, illüstrasyon ve foto montaj gibi unsurlarla esprili bir dille görselleştirilmiş halidir. Espirili bir dille hastalara güzel bir afiş ile aktarılan bilgiler daha kalıcı olabilir. Grafik mizah, iki temel yaklaşım üzerine kurgulanır. Birincisinin, insanın yüz ve gövdesinde olağandışı büyütme ve küçültme ile oluşturulan çalışmalarlardır. Bu anlatıma örnek olarak portre karikatürü sayılabilir. İkinci yaklaşım “bir insan bir başka obje ile birleştirilerek” yapılabilir. Bahsedilen ikinci yöntemde farklı unsurların bir araya getirilmesiyle oluşturulan mizahtır.

Afiş çalışmasında hemşire, fizyoterapist, doktor, hasta ve hasta yakını gibi karakterler kullanılabilir gibi, bunlarla birlikte anlatılan ikinci yöntemle örneğin tekerlekli sandalye, koltuk değneği veya ortez gibi yardımcı cihazlar daha büyük ya da küçük sunularak dikkat çekici hale gelebilir. Bununla birlikte farklı renklerin kullanılması ve canlı renklerin tercih edilmesi çok önemlidir. Kullanılan görsel imajın ve aktarılan mesajın akılda kalıcı olması gereklidir. Espri içermelidir. Aktarılan kişide şok etkisi yaratmalıdır. Farklı teknikler ve fotoğraflar kullanılmalıdır. Farklı anlatım yollarına başvurulmalıdır. Afişlerde siyasetçi ya da sanatçı gibi bilinen yüzlerin tercih edilmesi ve bu yüzleri karikatür olarak düzenlemek daha ilgi çekici olabilir. Etkili bir slogan belirlenir. Slogan afişte görünür bir şekilde canlı ve koyu renklerle tercih edilerek akılda kalıcı bir iz bırakabilmelidir. Bu yönüyle de yazılı iletişim ile de birlikte tanımlanmaktadır.

Görsel iletişimde en yaygın iletişim aracı olarak kullanılan afişler, üzücü bir şekilde ülkemizde rehabilitasyon alanında yeteri kadar kullanılmadığı görülmektedir. Koruyucu rehabilitasyon için toplumu bilinçlendirme afişleri, sağlığın geliştirilmesi ve korunması amacıyla fiziksel aktiviteye özendirici afişler ya da engelli bireyleri rehabilitasyon programlarına katılımını artırmak amacıyla hazırlanan afişlerin artırılması ve sunulması önemlidir. Ülkemizde Fizyoterapi ve Rehabilitasyon gibi sağlığı geliştiren, koruyan ve tedavi edebilen bir anabilim dalı görsel iletişim araçlarını daha aktif olarak kullanmalıdır.

Hazırlanan afişlerin hastanelerde, toplum sağlığı merkezlerinde, rehabilitasyon merkezlerinde ve ilan panolarında sunulması rehabilitasyon ekibinin hızlı ve geniş bir hasta popülasyona ulaşmasını kolaylaştırır. Bu konuda rehabilitasyon ekibinin bilinçli olması ve sık sık bu afişleri kullanmaları gerekmektedir. Bu şekilde hasta ve hasta yakınlarının tek tek bilgilendirilmesi yerine geniş bir kitleye ulaşılması mümkün olabilir (Resim 2).

El broşürü: El broşürleri rehabilitasyon ekibi tarafından hızlı olması, kısa sürede sunulması, geniş kitlelere ulaşılması ve hastaların her zaman okuyarak bilgilenebileceği bir yöntem olduğu için yaygın olarak kullanılmaktadır. Klinisyene zaman tasarrufu sağlaması bakımından tercih edilmektedir. Ancak, avantajları olan bu yöntemin dezavantajları da oldukça fazladır. Dezavantajlarından birisi geribildirim olmamasıdır. Hastaların bu broşürler ile yeteri kadar bilgi sahibi olup olmadıkları hakkında geribildirim yoktur. Doğru ya da yanlış yaptıkları hakkında bir fikir sahibi de değildirler.

Bazı rehabilitasyon merkezlerinde sadece hız amaçlı yeterli değerlendirme yapılmadan ve hastaya uygun olup olmadığı yeteri kadar belirlenmeden, önceden hazırlanmış üzerinde birçok egzersiz resmi bulunan broşürler hastaya ev programı olarak verilmektedir. Ayrıca sanal ortamda bel fitiği veya

Hangi Yaşta Olursanız Olun Kemiklerinizi Koruyun

Kemik erimesi olarak da bilinen "Osteoporoz" kemiklerdeki kalsiyum kaybının artarak kolayca kırılabilir hale gelmesidir. Ülkemizde sık görülen bu hastalık, gerekli tedbirler alındığında önenebilir.

OSTEOPOROZDAN KORUNMAK İÇİN:

Yeterli ve Dengeli Beslenin

Her Gün En Az 2 Bardak Süt İçin

Düzenli Olarak Egzersiz Yapın

Güneş Işığından Yeterince Faydalanın



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ
GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ
GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

Düzenli Egzersiz Sağlığınızı Korur

Her Gün Düzenli Egzersiz Yapmanın;

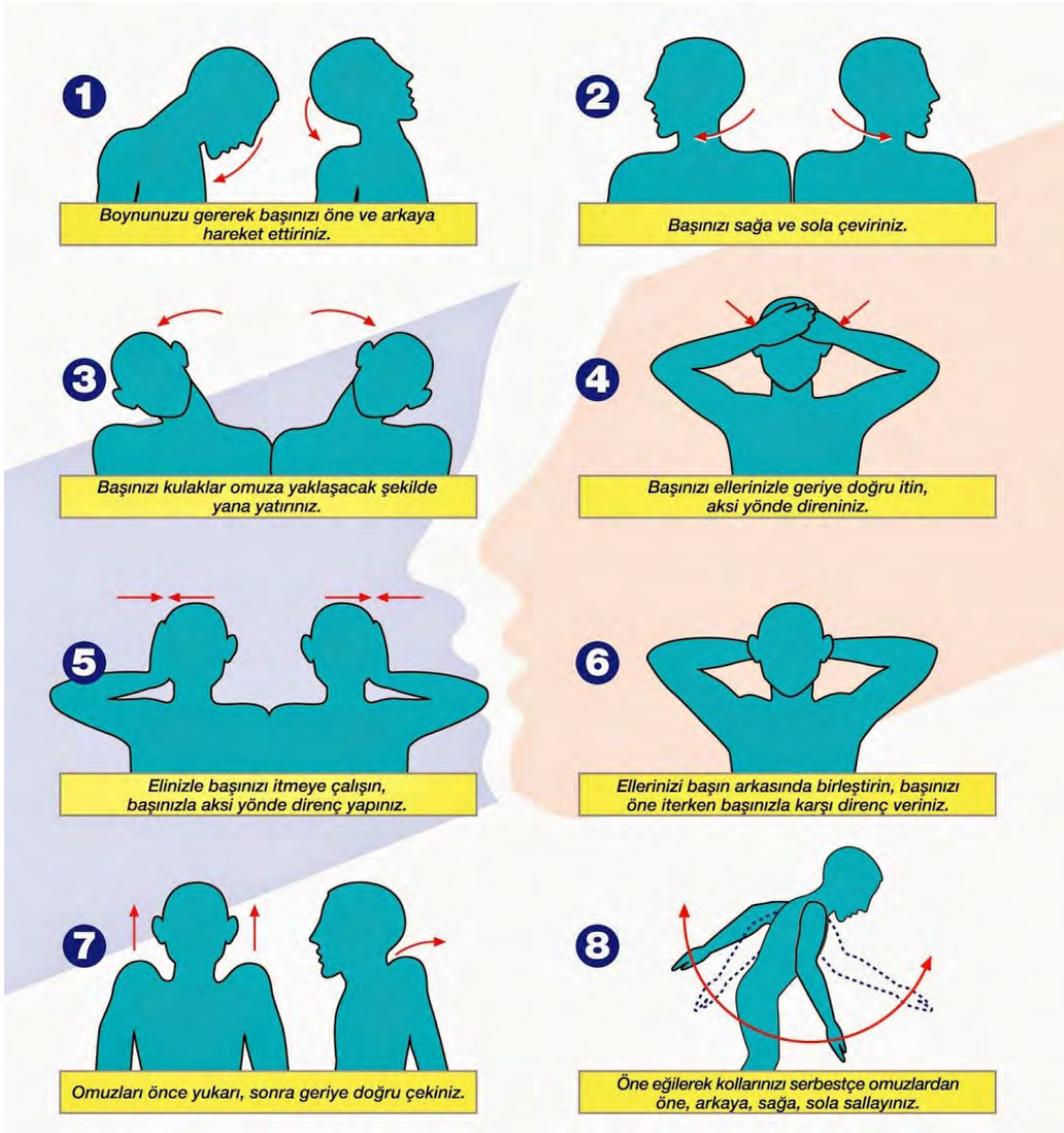
- Kemikleri ve kasları kuvvetlendirdiğini
- Bağışıklık sistemini güçlendirdiğini
- Kilo kontrolüne yardımcı olduğunu
- Beyin fonksiyonlarını geliştirdiğini

BİLİYOR MUYDUNUZ?



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ
GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

Resim 2: Sağlık Bakanlığının hazırladığı afiş örnekleri



Resim 3: Hastalara önerilen el broşürlerine örnek

boyun fitiği gibi patolojiler tanımlanıp egzersizler içeren el broşürleri yer almaktadır (Resim 3). Bu tip broşürler doğru uygulama ile faydalı olabileceken yanlış uygulama ile çok ağır sonuçlar doğurabilir. Bazı egzersizler görsel olarak iki boyutlu ve sadece şekil olarak sunulmaktadır. Ancak germe şiddeti, süresi, aktif ya da dirençli olması ve sayısı gibi birçok faktör açısından hastaya özel dizayn edilmemektedir. Aşağıdaki örnek, rehabilitasyon merkezlerinde en çok kullanılan kalça fleksiyonu germe egzersizi üzerinden açıklanmıştır. Bu şekilde hastanın broşüre bakarak yapabileceği yanlışlar üzerinde durulmuş ve fizyoterapistin dikkat etmesi gerekenlere örnekler verilerek açıklanmıştır.

Bu resim rehabilitasyon kliniklerinde en çok önerilen egzersizlerden bir tanesidir. Kalça ve lumbal bölge problemlerinde “kalça fleksiyonu” egzersizi olarak önerilmektedir. Birçok hasta bu egzersizin de içinde bulunduğu el broşürlerini resim şeklinde aldıktan sonra evde bu egzersizi yapmaya çalışmaktadır (Resim 4).



Resim 4: El broşürlerine örnek bir resim

Bu egzersizde hastanın yapabileceği bazı hatalar aşağıda kısaca açıklanmıştır.

1. Nefesini tutması: Hastaların yaptığı bütün egzersizlerde genellikle nefesin tutulmaması için sesli sayı sayma yöntemi tercih edilir. Hastalar bu egzersizi yaparken sesli bir şekilde sayı saymaları gerekir. Yeteri kadar açıklamak ve hastaya bu yolu öğretmek gerekir. Hastaya “hareketi gerçekleştiren 10 a kadar sesli bir şekilde sayın” komutu verilir. Nefesini tutan hastalarda “valsalva manevrası” gerçekleşeceği için başka problemlere neden olabilir. O nedenle hasta nefesini tutmamalıdır.
2. Servikal bölgedeki kaslarda kontraksiyon: Bazı hastalar hareketi çok iyi yapabilmek için gereğinden fazla efor sarfederek servikal bölgedeki kaslarında bir kontraksiyona neden olurlar. Bu gereğinden fazla yorgunluğa ve servikal bölge ağrısına neden olur. O nedenle servikal bölgede hiçbir kontraksiyon açığa çıkmamalıdır.
3. Düz kalması gereken bacağın fleksiyonu: Bu egzersizde hastanın yatak üzerinde kalması gereken bacağı hasta tarafından farkında olmadan fleksiyona gelmektedir. Bu şekilde lumbal bölge ve

kalça bölgesinde bir gerilme oluşmamaktadır. Hasta yatak üzerinde kalan dizini yatağa doğru basarken diğer bacağını kendine doğru çekmelidir.

4. Abdominal bölgede yağlanma: Böyle bir durumda hasta abdominal basıncın artmasına rağmen hareketi yapmaya zorlayabilir. Disk herniasyonu varsa abdominal basınç artışı hastanın semptomlarının artmasına neden olabilir. Egzersizin abdominal basıncı arttırmadan yapılması gerekir.

Bu fleksiyon hareketi için sadece 4 tane örnek verilmiştir. Bu egzersiz için bile örnekler arttırılabilir. Rehabilitasyon ekibi el broşürlerinin zararlı olabileceği hakkında bilgilendirilmelidir. Bu dikkat edilmesi gereken unsurlar hastalara ayrıntılı bir şekilde açıklanmalıdır. Hastalar her seansta egzersizleri yaparken izlenmeli ve en doğru uygulama yapılarına kadar seans devam ettirilmelidir.

Bir fizyoterapist her seansa başlamadan önce hastanın ev programı için önerdiği egzersizleri tekrarlatmalı doğru yapıp yapmadığı konusunda hastadan geribildirim almalıdır. Bu uygulama bir “sınav” olarak tanımlanabilir. Çünkü toplum bir sınava maruz kalmayı ciddi bir iş olarak algılamakta ve disiplinli bir şekilde yapmaktadır. Hastaya yaptığı her egzersize 10 üzerinden not verilmelidir. Bu şekilde hasta yaptığı egzersizin doğruluğu konusunda fikir sahibi olabilir. Yapılan egzersizlerde yanlışlar varsa düzeltilmelidir. Yeni egzersizler ekleyerek hasta sürekli kontrol altında tutulmalıdır. Ağrıyı arttıran hareketler belirlenmeli ve gerekirse egzersizler yeniden planlanmalıdır. El broşürlerinde yer alan resimler bu planlar doğrultusunda düzenlenmelidir.

İletişimde güven kazanmak çok önemlidir. Rehabilitasyon personeli hastaya önerdiği tüm egzersizlerin sayısından süresine kadar ne fazla ne de çok tam anlamıyla yapıldığından emin olmalıdır ve hastaya açıklayabilmelidir. Hasta eğer burada fazla yapıyorsa bunu kabul etmemeli ve söylediğinin dışına çıkmaması konusunda hastayı uyarmalıdır. Fazla yaptığı her hareket o an için bir rahatsızlık oluşturmasa bile ileride zararı olabileceğinden bahsetmeli ve fizyoterapistin önerdiği hiçbir uygulamanın dışına çıkmaması belirtilmelidir. Az yapılan hareketlerde ise faydalı olmayacağını ve eğer tedaviden yarar sağlamak istiyorsa tam olarak yapması söylenmelidir. Bu davranışlar güven kazandıracak ve hastaların verilen egzersizleri daha düzenli ve disiplinli bir şekilde yapmasını sağlayacaktır. Bu şekilde uygulanan ve takibi yapılan tedavi hastaya daha çok yararlı olacaktır. Ancak elden verilen broşürler hasta tarafından anlaşılması güç olan egzersizler içermekte ve hasta tarafından bir kenara atılarak uygulanmamaktadır. Görseller yeteri kadar anlaşılammaktadır.

Güzel görsellerle el broşürleri rehabilitasyon ekibi tarafından patolojilere özel olarak hazırlanabilir. Egzersiz sayısı, direnç gibi açıklamaların yazılabileceği uygun boşluk bırakılarak hastaya bir hatırlatma şeklinde verilmelidir. Bunların kendi başına bir tedavi olamayacağı ancak bir destek amaçlı yapabileceği ve kontrollere gelmesi konusunda bilgilendirilmelidir. Rehabilitasyona ait bir broşürün her zaman somut, güvenilir ve hastaya uygun olması gerektiği unutulmamalıdır. Hasta, sayfalara bakarak ne yapacağını anlamalıdır. Broşür hastanın dikkatini çekebilecek şekilde planlanmalıdır. Bir broşür, hastalar için iletişim stratejisinin ayrılmaz bir parçasıdır ancak anlaşılır olmalıdır ve her zaman takibinin yapılması gerekmektedir.

Kamu Spotu: Dünyada ve Türkiye’de “kamu spotu” tanımlarını incelediğimizde, bu tanımların ağırlıklı olarak radyo televizyon yayıncılığını düzenleyen kurumlar tarafından yapıldığını görmekteyiz. RTÜK kamu spotları yönergesinde yer alan kamu spotu tanımı: “Kamu kurum ve kuruluşları ile

dernek ve vakıf gibi sivil toplum kuruluşları tarafından hazırlanan veya hazırlatılan ve Üst Kurul tarafından yayınlanmasında kamu yararı olduğuna karar verilen bilgilendirici ve eğitici nitelikteki film ve sesler ile alt bantları” şeklindedir.

Son yıllarda teknolojinin de gelişmesi ile geniş kitlelere ulaşabilmek amacıyla her alanda kamu spotu tercih edilmektedir. Kamu spotu terimi yaygın olarak kullanılmakla birlikte, Türkiye’de bu kavramı niteleyen farklı kullanımlara da rastlanmaktadır. İngilizcede “public service announcement” (PSA) olarak anılan kavramın içerdiği “yarar”dan hareketle, Türkiye’de, 1980’li yıllardaki ilk uygulamalarda “kamu yararı spotu” olarak kullanılan terim, günümüzde “sosyal reklam”, “kamu eğitim kampanyası” sosyal pazarlama” olarak da nitelendirilmektedir. Son yıllarda radyo ve televizyonlarda sıklıkla karşılaşmaya başladığımız ‘kamu spotları’, ‘zorunlu kamu spotları’ (zorunlu yayın) uygulamasıyla birlikte halen devam etmektedir.

Sağlık Bakanlığı son yıllarda kamu spotu hazırlayarak görsel medyanın en çok izlenme zamanlarında verilmesini zorunlu kılmaktadır. Ergül’ün 2013 yılında etkili bir sağlık iletişimi konusunda yapmış olduğu bir saha araştırmasında televizyonun kolay erişilen bir iletişim aracı olduğunu ve çalışmaya katılanların %18’inin evlerinde iki televizyon bulunduğunu belirtmiştir. Sağlıkla ilgili bilgilere kişilerin en fazla televizyon vasıtasıyla eriştiklerini, basılı gazetelerin iletişim araçları arasında en az kullanılan sağlık bilgi kaynağı olduğunu göstermiştir. Katılımcıların %86’sının herhangi bir radyoya sahip olmadığını; düşük gelir seviyesine sahip bireylerin dahi cep telefonlarına sahip olduğunu göstermiştir. Katılımcıların çoğunun düzenli periyotlarla sosyal ağları kullandıklarını belirlemiştir.

Kamu spotları kalp hastalığını önlemek için egzersize başlamak, alkollü araba kullanmak şeklinde bir negatif davranışı azaltma ya da kanunlarla yasaklanmış yerlerde sigara içilmemesi şeklinde yasalara uyan bir davranışı teşvik etme amacıyla hazırlanıp yayınlanmaktadır. Türkiye’de televizyonda yayınlanan sağlık alanındaki ilk kamu yararı spotlarının bulunduğu filmlerde akraba evliliği, hamilelikte sigara içilmesi, bebeklik aşarının ihmal edilmesi ve ihmalkarlık sonucu oluşabilecek sakatlıkların engellenmesi, engellilerin sosyal ve meslek hayatında kabullenilmesi gibi konular işlenmiştir. Toplum bu konularda bilinçlendirilmeye çalışılmıştır. Tüm spot filmlerin son karesinde yer alan sloganlarla verilmek istenen mesajlar vurgulanmaktadır. 2011 yılı ve sonrasında çıkarılan farklı kanunlarla: Sağlık Bakanlığı; “halk sağlığının korunması ve geliştirilmesi, hastalık risklerinin azaltılması ve önlenmesi ile teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin daha verimli kullanılabilmesi için” kamu spotunu yaygınlaştırmıştır.

Belirlenen konularla ilgili program hazırlayacak ya da hazırlatabilecek bakanlık haricindeki kuruluşlar; ilgili kamu kurum ve kuruluşları, bilimsel kuruluşlar ve STK’lardır. Rehabilitasyon dernekleri, meslek dernekleri, meslek odaları ve topluluklar bu alanda yapılacak videoları yaygınlaştırarak sunmalıdır. Sosyal medya için rehabilitasyon konularında bilgilendirme amaçlı videolar oluşturulmalı ve sosyal medya ortamında paylaşılmalıdır. İnternetin çok yaygın olduğu günümüz koşullarında bile radyo ve televizyonun sağlık mesajlarını halka iletmede en büyük paya sahip olduğu görülmektedir. Son yıllarda sayıları her geçen gün artan sağlık programları sözel ve görsel olarak sağlık mesajlarını izleyicilerine büyük ölçekte aktarmaktadır. Geniş bir kitleye aynı anda ulaşabilmek ve kalıcı bir etki yaratabilmek için kısa ve anlaşılır videolar koruyucu rehabilitasyon, sağlığın korunması veya geliştirilmesi gibi konularda topluma ulaştırılmalıdır.

REHABİLİTASYON SALONLARININ GÖRSEL VE YAZILI UNSURLARLA DÜZENLENMESİ

Rehabilitasyon salonları hastalara farkındalık oluşturmak, rehabilitasyonun etkisini artırmak amacıyla görsel ve yazılı metinlerle uygun bir şekilde dizayn edilmelidir. Öncelikle zemin, duvar ve tavanda planlama yapılırken canlı ve farklı renkler tercih edilmelidir. Duvarı ve zemini birbirinden ayırt edebilecek şekilde renklendirilmelidir. Merdiven ve rampa gibi zeminler farklı şekilde renklendirilmeli ve hastanın algısını artırıcı nitelikte olmalıdır.

Renklerin insanlar üzerinde bıraktıkları bazı etkiler vardır. Örneğin mavi renk dinginliği, yalnızlığı ve depresyonu ifade eder. O nedenle psikologlar hiçbir zaman görüşmelerinde mavi rengi tercih etmezler. Parlak limon sarısı renk gözü en çok yoran renk olmasına rağmen metabolizmayı hızlandırır. Ancak sınırlı bir ruh haline neden olur. Yeşil renk ise doğayı temsil eder. Gücün, gençliğin, yenilenmenin rengidir. Sakinleştiricidir ve sinir sistemi üzerinde doğal bir etki yapar. Hastaların rahatlamasını ve gevşemesini sağladığı için hastanelerde de çok tercih edilen bir renktir. Beyaz saflığı ve temizliği simgelerken siyah, kader ve yas anlamına gelebilir. Renklerin gücü iyi bilinmeli ve pediatrik, erişkin, geriatik gibi yaşa uygun veya nörolojik, ortopedik, kardiyopulmoner gibi alana yönelik rehabilitasyon salonları uygun şekilde renklendirilmelidir.

Duvarlara hatırlatıcı yazılı ve görsel içerikli afişler asılmalı ve flash etkiden faydalanılmalıdır. Yazılı bir uyarı gerekiyorsa kırmızı ve tonu renkler tercih edilirken, öneri veya uyulması gereken kurallar için yeşil ve tonları seçilebilir. Görseller vizuel girdi oluşturmalı ve akılda kalıcı olmalıdır. İlgili çeken resimler, kısa duvar yazıları rehabilitasyon için hatırlatıcı olabilir.

Vestibuler rehabilitasyon için duvarlar vertikal, horizontal veya diagonal çizgiler ile şekillendirilmelidir. Aynı şekilde afişler üzerindeki görsellerde hastalara farklı yön duygusunu verebilecek şekilde çizgilerden yararlanılmalıdır. Rehabilitasyon salonlarında seçilen görseller ve yazılar uygun ve gerekli eksternal girdileri hastalara verebilmelidir. Çocuklar için çizgi film karakterleri içeren görseller ve karikatür ile esprili içerikli afişler tercih edilmelidir. Yaşlılar için görme problemi gözönünde tutularak daha büyük yazılar ve şekiller tercih edilmelidir.

Duvarlarda rehabilitasyon sırasında yapılması ve yapılmaması gerekenleri belirten hatırlatma yazıları asılmalıdır. Örneğin rehabilitasyon sırasında yapılması gereken durumlara “egzersizler sırasında nefesinizi tutmayın, egzersizleri düzenli yapın, hareket edin” gibi yazılar ve hatırlatıcı görseller eklenebilir ya da egzersizi bırakmanız gereken durumlar nelerdir “nefes darlığı, baş dönmesi, ağrı, bitkinlik, kulak çınlaması vb...” olduğu zaman egzersizi bırakın” gibi açıklama yazıları asılabilir.

KAYNAKLAR

1. Akbaş, B. (2008). Örgütsel İletişimin Örgütsel Bağlılığa Etkisi Üzerine Bir Araştırma (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Afyonkarahisar: Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
2. Akgöz, E., & Sezgin, M. (2009). Genel iletişim. Gazi Kitabevi.
3. Alper D., Psikolojik Danışmanlar ve Sınıf Öğretmenlerinin Duygusal Zeka Düzeyleri-İletişim ve Empati Becerilerinin Karşılaştırılması, DEÜ, EBE, YYLT, İzmir, 2007
4. Bayraktaroğlu G ve İter B (2007) Sosyal Pazarlama: Engeller ve Öneriler, Ege Akademik Bakış / Ege Academic Review 7(1), 117-132.
5. Becerikli SY. (2012) Sağlık İletişimi Çalışmalarında Alımlama Analizinin Kullanımı: Odak Grup Çalışması

- Yoluyla Kamu Kampanyaları ve Reklam Metinlerine İlişkin Çapraz Bir Okuma Pratiği, İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi, Sayı: 2002/II, 43, 163-177.
6. Boulet, J. R., Ben-David, M. F., Burdick, W., Ziv, A., Gary, N., & Hambleton, R. K. (1998). An investigation of the sources of measurement error in the post-encounter written scores from standardized patient examinations. *Advances in health sciences education*, 3(2), 89-100.
 7. Boulet, J. R., Rebbecca, T. A., Denton, E. C., McKinley, D. W., & Whelan, G. P. (2004). Assessing the written communication skills of medical school graduates. *Advances in Health Sciences Education*, 9(1), 47-60.
 8. Bozkurt Avcı İ. Sönmez M. F., "Sağlıkta İletişim Bağlamında Bireylerin Televizyonda Yayınlanan Sağlık Programlarını İzleme Alışkanlıkları ve Motivasyonları: Elazığ Örneği", Gümüşhane Üniversitesi, İletişim Fakültesi Dergisi, C. 2, S. 2, E-Dergi, Gümüşhane, 2013, ss. 123-124
 9. Buck, R., & VanLear, C. A. (2002). Verbal and nonverbal communication: Distinguishing symbolic, spontaneous, and pseudo-spontaneous nonverbal behavior. *Journal of communication*, 52(3), 522-541.
 10. Chastain, K. (1988). Developing second language skills. *Theory and practice*, 3, 23-29.
 11. Craddock, J., Young, A. S., & Sullivan, G. (2001). The accuracy of medical record documentation in schizophrenia. *The journal of behavioral health services & research*, 28(4), 456-465.
 12. Crossley, J. G. M., Howe, A., Newble, D., Jolly, B., & Davies, H. A. (2001). Sheffield Assessment Instrument for Letters (SAIL): performance assessment using outpatient letters. *Medical education*, 35(12), 1115-1124.
 13. Davis, B. D., Krapels, R. H., & Davis, B. D. (2003). Designation of "Communication Skills" in Position Listings. *Business Communication Quarterly*, 66(2), 90-96.
 14. Eren, E. (2001). Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi. İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş.
 15. Ergül H. "Etkili Bir Sağlık İletişimi: Azerbaycanda Bir Saha Araştırması", Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, C. 28, S. 2, Ankara, 2013, ss. 171-172
 16. Eroğlu E., Etkili İletişim Teknikleri (Ed. E. Eroğlu-A. H. Yüksel), Eskişehir, 2013
 17. Faris, K. A., Golen, S. P., & Lynch, D. H. (1999). Writing apprehension in beginning accounting majors. *Business Communication Quarterly*, 62(2), 9-22.
 18. Fontana D. (1994). *The Secret Language of Symbols*, San Francisco: Chronicle Books.
 19. Gölönü-Y. Karçı, "İletişim Meslek Lisesi Öğrencilerinin İletişim Beceri düzeylerinin İncelenmesi", GÜ, İletişim Fakültesi, İletişim Kuram ve Araştırma Dergisi, S.31, Ankara, 2010, s. 125
 20. Grace-Farfaglia, P., & Rosow, P. (1995). Automating clinical dietetics documentation. *Journal of the American Dietetic Association*, 95(6), 687-690.
 21. Güllülü U., Türk B. (2015) Kamu Spotlarının Sigara Bırakma/Azaltma Niyeti Üzerine Etkileri, Pazarlama ve Pazarlama Araştırmaları Dergisi, 16, 23-41.
 22. Howell, J., Chisholm, C., Clark, A., Spillane, L., & SAEM Graduate Medical Education Committee. (2000). Emergency medicine resident documentation: results of the 1999 American Board of Emergency Medicine in-training examination survey. *Academic Emergency*
 23. [https:// www.saglik.gov.tr](https://www.saglik.gov.tr) 22.11.2018
 24. <http://www.sggm.saglik.gov.tr/TR,26244/cocuklara-yonelik-brosurler.html>,02.12.2018
 25. <https://www.fitikhastaligi.com/bel-fitigi-egzersizleri.html>, 29.11.2018
 26. Işık, M., Biber, L., Öztekin, A., & Öztekin, H. (2006). Genel ve Teknik iletişim. Konya: Eğitim Kitabevi Yayınları.
 27. Küçükten, H. Olguntürk K, (2014), "Görsel İletişim Öğelerinin Yeni Bir Medya Dili Olarak Sinemada Yeniden Tasarım", International Conference on Communication, Media, Technology and Design (İstanbul-Turkey). 24-26 Nisan, <http://www.cmdconf.net/2014/pdf/52.pdf>, (05.01.2016)
 28. Larimore, W. L., & Jordan, E. V. (1995). SOAP to SNOCAMP: Improving the medical record format. *Journal of Family Practice*, 41(4), 393-399.
 29. Mahzun Doğan M. "Yeni Dünya Tasarımlarının Buluşturduğu İki Sanat: Karikatür ve Edebiyat", Varlık Dergisi, Varlık Yayınları, Sayı 1192, İstanbul Ocak 2007, s.4.
 30. Mascle, D. D. (2013). Writing self-efficacy and written communication skills. *Business Communication Quarterly*, 76(2), 216-225.

31. McEwen, A., & Kraszewski, S. (2010). *Communication skills for adult nurses*. McGraw-Hill Education (UK).
32. Megginson, L. C., Mosley, D. C., & Pietri, P. H. (2001). *Supervisory management: The art of empowering and developing people*. South-Western College Pub..
33. Mısırlı, İ. (2010). *Genel ve teknik iletişim: kavramlar, ilkeler, uygulamalar*. Detay Yayıncılık.
34. Okay, A., Sağlık iletişimi, İstanbul, 2009.
35. Rollnick, S., Kinnersley, P., & Butler, C. (2002). Context-bound communication skills training: development of a new method. *Medical education*, 36(4), 377-383.
36. RTÜK. (2014). 6112 Sayılı Radyo ve Televizyonların Kuruluş ve Yayın Hizmetleri Hakkında Kanun ve Yayın Hizmeti Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik, Ankara.
37. Russ, T. L. (2009). The status of the business communication course at US colleges and universities. *Business Communication Quarterly*, 72(4), 395-413.
38. Shapiro, J. (1999). Correlates of family-oriented physician communications. *Family practice*, 16(3), 294-300.
39. Sleszynski, S. L., Glonek, T., & Kuchera, W. A. (1999). Standardized medical record: a new outpatient osteopathic SOAP note form: validation of a standardized office form against physician's progress notes. *The Journal of the American Osteopathic Association*, 99(10), 516-529.
40. Stewart, M. A. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 152(9), 1423.
41. Tuncay, H. (2003). *ELT Dictionary*. İstanbul: Literatur Publications.
42. Tutar, H., & Yılmaz, M. K. (2005). *Genel iletişim: kavramlar ve modeller*. Seçkin Yayıncılık.
43. Van Dalen, J., Kerkhofs, E., Verwijnen, G. M., Van Knippenberg-van den Berg, B. W., van Den Hout, H. A., Scherpbier, A. J. J. A., & Van Der Vleuten, C. P. M. (2002). Predicting communication skills with a paper-and-pencil test. *Medical education*, 36(2), 148-153.
44. Vidal PG., Goodman AM., Colin A., Leddy JJ., & Grady MF. (2012). Rehabilitation strategies for prolonged recovery in pediatric and adolescent concussion. *Pediatric annals*, 41(9), e186-e191.
45. Weber, D. O. (2002). Charting a course toward legible medical records: Perfect paperwork can mean financial savings, better patient care.(*Medical Records*). *Physician executive*, 28(1), 8-14.
46. Yaman D., Göçkan İ. (2015) Kamu Spotu Reklamlarının Sigara Kullanıcıları Üzerindeki Etkisi: Afyonkarahisar İlinde Bir Uygulama, *Kafkas Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi KAÜ İİBF Dergisi*, 6(11), 53-66.

Prof.Dr. Didem KARADİBAK



Ankara Cumhuriyet Lisesi'nden, Hacettepe Üniversitesi Fizyoterapi Bölümü'nden mezun oldu. Yüksek Lisans ve Doktora derecelerini, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık bilimleri Enstitüsü, Fizyoterapi Bölümü'nden aldı. Halen Dokuz Eylül Üniversitesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu, Kardiyopulmoner Fizyoterapi Anabilim Dalı öğretim üyesidir ve aynı üniversitenin Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kardiyopulmoner Fizyoterapi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programının başkanlığını yürütmektedir. Prof. Dr. Karadibak, Kardiyopulmoner Fizyoterapi, Lenfödem, Onkoloji ve Palyatif bakım üzerine çalışmaktadır.

Doç. Dr. Nursen İLÇİN



İzmir Karataş Lisesi'nden, Dokuz Eylül Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu'ndan mezun oldu. Yüksek Lisans ve Doktora derecelerini, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık bilimleri Enstitüsü, Fizyoterapi bölümü'nden aldı. Halen Dokuz Eylül Üniversitesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu, Geriatrik Fizyoterapi Anabilim Dalı ve aynı üniversitenin Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Geriatrik Fizyoterapi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programının başkanlığını yürütmektedir.

İLETİŞİM BECERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Prof. Dr. Didem KARADİBAK
Doç. Dr. Nursen İLÇİN



Özet: Sağlık uzmanlarının, hastayı motive etmek, tedavi protokollerine uyumu teşvik etmek ve uygun ve düşük maliyetli sonuçlar sağlamak için etkili iletişim becerilerine sahip olmaları gerektiği son yıllarda giderek önem kazanmıştır. İletişim yoluyla sağlanan bilişsel ve duygusal bakım, tedavi planlarına bağlılık, öz-bakım, hasta bilgisi, hasta anlayışı, hastanın güçlendirilmesi, tıbbi kararların kalitesi ve duygusal öz-yönetim ve olumsuz sosyal etkiler gibi faktörlere aracılık ederek hasta sağlığını daha dolaylı olarak etkileyebilir.

Etkili iletişim temelleri önemli bir mesleki yeterliliklerdir ve fizyoterapistler için çok değerlidir. Bu nedenle son yıllarda çalışmalar diğer sağlık uzmanlarına göre daha uzun süre hasta ile temas halinde olan fizyoterapistlerin iletişim pratiklerini ve becerilerini tanımlamak, niçin kullanıldığı veya kullanılmadığını keşfetmek üzerine odaklanmıştır. Bu durum bu alanda değerlendirme yöntemlerinin geliştirilmesi gerekliliğini doğurmuştur.

Bu bölümde fizyoterapistin teknik yeterliliği, fizyoterapistte duyulan güven, fizyoterapistin davranış şekli, hastayı bilgilendirme düzeyi, kullandığı dil ve iletişim ile ilgili genel izlenimin; hastaların iyileşme veya tedaviye verdiği olumlu –olumsuz yanıtları üzerine etkilerini *ölçme yöntemlerinin* irdeelenmesi amaçlanmıştır.

GİRİŞ

İletişim, görsel, işitsel ve kinestetik kanallar aracılığıyla bilgi, duygu, mesaj ve düşüncelerin gönderilmesi ve alınmasıdır. Sosyal bir varlık olan insanın kendini ifade etmesi için zorunludur. Etkili iletişim becerileri, hem insan ilişkilerini hem de meslek alanındaki ilişkileri kolaylaştırmaktadır. Çalışmalarda, hasta ve sağlık profesyonelleri arasında yaşanan sorunların çoğunun etkili olmayan iletişimden kaynaklandığı vurgulandığından, sağlık alanında da iletişim becerilerinin önemi daha iyi anlaşılmaktadır.

Hasta ile fizyoterapist tedavinin başından sonuna kadar her zaman etkili ve sağlıklı bir iletişim kuramaya bilmektedir. Etkili ve sağlıklı iletişim, iletişimde bulunan bireylerin birbirlerini doğru olarak anlayıp bunu iletmeleri, birbirlerine saygılı davranmaları, anladıklarını ve anlaşıldıklarını hissetmeleri ile olasıdır. İletişim becerilerinin doğuştan ve sezgi yoluyla gerçekleştiğini düşünenler olsa da pek çok çalışma, iletişimin çoğu öğesinin öğrenilebilir ve öğretilebilir özelliklere sahip olduğunu göstermektedir.

Fizyoterapistler için hem iletişim becerilerini hem de iletişim beceri eğitimlerinin klinik uygulamaya geçişini değerlendirmek önemlidir. Bunun için yüz-yüze görüşme, telefonla bireysel görüşme veya kamera-video ile denetim yöntemleri en sık kullanılan değerlendirme araçları olarak belirtilmektedir. Ancak hasta-fizyoterapist arasındaki iletişimin değerlendirilmesinde iki temel soruna değinilmektedir. Bunlardan birincisi iyi iletişimin mümkün olduğunca objektif bir şekilde değerlendirilmesine olanak sağlayan gözlenebilir kriterlerin tanımlanmasında güçlük yaşanması ve diğeri değerlendirme araçlarının daha çok değerlendirmenin amacı, ortam, hedefler ve taleplere odaklanarak iletişimin farklı boyutlarını analiz edememesidir.

Etkili ve sağlıklı iletişimi etkileyen pek çok etmen bulunmaktadır. İletişim halindeki bireylerin kişilikleri, iletişimin gerçekleştiği fiziksel ve psikolojik ortam, iletişimin içeriği ve önemi, kültürel özellikler, iletişimle ilgili ilkelere uyup uymama ve etkili iletişim becerilerini kullanıp kullanmama bunlardan bazılarıdır.

DEĞERLENDİRİLME YAKLAŞIMLARI

Hasta ile fizyoterapist arasındaki iletişimin önemi büyük olmasına karşın bu iletişimin niteliği ve yeterliliğinin değerlendirilmesi oldukça zor bir konudur. İletişimde yetkinliklerin nasıl ve niçin değerlendirildiği konusunda farklı bakış açılarıyla çok sayıda çalışma yapılmıştır. Bu çalışmaların sonucunda en büyük çıkarım iletişim becerilerinin değerlendirilmesinin hem hasta hem de fizyoterapist üzerinde farkındalığı arttırmış olmasıdır. Değerlendirme öğrenmeyi yönlendirir ve klinik taleplerin karşılanabilmesi için yeterli becerileri kazanmaya teşvik eder. Değerlendirme araçlarının içeriği ve biçimi, fizyoterapistlerin davranışlarını, örtülü ve açık bir şekilde etkileyecektir. İletişim becerilerinin değerlendirilmesi iletişim becerilerinin önemli olduğu algısının yerleşmesi ve konunun içselleşmesi açısından değerlidir.

Değerlendirme her zaman neyin istenildiği ile neyin ulaşılabilir olduğu arasındaki bir uzlaşmadır. İletişim becerilerinin değerlendirilmesi ile ilgili birçok farklı yöntem tanımlanmıştır. Bu yöntemler seçilirken hedefe ve değerlendiricinin yetkinlik seviyesine uygun seçim yapılması gerekir. Bir değerlendirme stratejisi uygularken kullanılan yöntemin güvenilir (tekrarlanabilir ve tutarlı), geçerli(ölçmeyi hedeflediğimiz parametreleri değerlendiren), eğitici(klinik katkı) ve maliyet etkin olması göz önünde bulundurulmalıdır.

İletişim becerilerinin değerlendirilmesinde literatür de görülen örnekler şöyle özetlenebilir:

Yazılı değerlendirmeler:

Rehabilitasyon alanında iletişim ile ilgili temel ve uygulamalı bilgileri değerlendirmek için son yıllarda çok sayıda yazılı değerlendirme yöntemi geliştirilmiştir. Sorular açık uçlu veya çoktan seçmeli

(bir listeden seçimlerden mümkün olan en iyi cevabı seçerek), kâğıt kalem ya da bilgisayar tabanlı olabilir. Yazılı değerlendirme nispeten kısa bir sürede ve yüksek standardizasyonla uygulanabilir. Yazılı değerlendirme, farklı türde bilişsel yetenekleri test etmenize olanak tanır. Beceri performansını tahmin etse de becerileri test etmenize izin vermez. Bununla birlikte, özellikle iletişim becerileri ile ilgili eğitimin başlangıcında ve sonrasında yazılı değerlendirme yöntemleri sıkça kullanılmaktadır.

Klinik simülasyonlarda performans:

Oluşturulan standart klinik gerçek veya yarı-gerçek durumlarda uygulanan performansın değerlendirilmesi prensibine dayanır. Klinik simülasyonları kullanan en iyi bilinen değerlendirme metodu Objective Structured Clinical Examination (Nesnel yapılandırılmış klinik sınavlar) 'dir. Son yıllarda yaygın kullanımı ile dünya çapında bir başarı elde eden bu metod tıp eğitiminde klinik becerileri ölçmek için geliştirilmiştir. Öğrenciler, eğitilmiş standartlaştırılmış hastalarla bir dizi klinik durumun simüle edildiği istasyonları tamamlar. Hasta hikayesi alma, fizik muayene, klinik prosedürler vb. öğrencinin yapmak zorunda olduğu görevlerdendir. Eğitmciler öğrencilerin klinik ve iletişim becerilerini global derecelendirmeler yaparak değerlendirirler. Tamamlanan istasyon sayısı ve test süresi değerlendirilen parametrelerdendir. OSCE'lerin klinik becerilerin değerlendirilmesi için değerli bir yöntem olduğu kanıtlanmasına karşın, İletişim becerilerinin değerlendirilmesinde, kullanılan değerlendirme ölçeklerinin yeterliliği ile ilgili tartışmalar vardır. Puanlayıcılar arasındaki güvenirliliğin standardizasyonu da göz önünde bulundurulması gereken önemli hususlardandır.

Simülasyon uygulamalarının diğer örnekleri arasında simüle edilmiş hastalar, bilgisayar simülasyonları, mankenler ve maketler sayılabilir. Simülasyona dayalı eğitimin ve değerlendirmenin en önemli görevlerinden biri de geri bildirim sağlamaktır.

Klinik durumlarda performansın doğrudan gözlemlenmesi:

Gözlemciler, meslektaşlar veya diğer sağlık çalışanları tarafından yapılandırılmış ve yapılandırılmamış gözlemler, iletişim performanslarını hastalarla değerlendirmek için yaygın olarak kullanılmaktadır. Örneğin, the mini-clinical-evaluation exercise (mini klinik değerlendirme) tıp alanında lisanüstü eğitim için yapılandırılmış geribildirimi desteklemek için yararlı bir araçtır .

Hastalardan alınan geri bildirimler fizyoterapist - hasta iletişiminin kalitesinin bir göstergesi olarak hizmet edebilir. Ancak hasta ve fizyoterapist bakış açısı farklılıklar gösterebilir. Örneğin, hastalar ve fizyoterapistler etkileşimin kalitesi konusunda farklı hedeflere sahip olabilirler. Hasta memnuniyeti, yüksek kaliteli tıbbi bakım için yeterli bir gösterge olmayabilir. Memnun bir hasta ise hala yetersiz bir fizyoterapistte sahip olabilir.

Video temelli değerlendirmeler:

Hastalar ile iletişimi ve etkileşimi değerlendirmek için başka bir yaklaşım, videolu gerçek hayat veya simüle edilmiş klinik senaryoların değerlendirilmesidir. Bu tür materyaller fizyoterapistlerin kendi davranışlarını gözden geçirmelerine ve analiz etmelerine izin verir. Performans üçüncü bir kişi tarafından değerlendirilebilir.

Tutum ve değerlerin değerlendirilmesi:

Değerlendirilmesi en zor iletişim becerileri arasında fizyoterapist ve hastaya ait tutum, davranış ve değerler sayılabilir. Bu çok boyutlu yapılar bir bütün oluşturmak için birlikte çalıştığında empati kavramı karşımıza çıkar. Stepien ve Baernstein klinik empatinin dört boyutunu tanımlamaktadır:

- Duygusal boyut (hastaların duygularını ve bakış açılarını hayal etme yeteneği),
- Ahlaki boyut (hekimin empati için içsel motivasyonu),
- Bilişsel boyut (entelektüel),
- Hastaların duygularını ve bakış açılarını belirleme ve anlama yeteneği ve davranışsal boyut (bu duyguları ve bakış açılarını hastaya geri iletme yeteneği).

Akupunktur gibi teknik becerilere kıyasla çok boyutlu yapıların ölçülmesi çok daha zordur. Hemmerdinger, empati gibi kavramları ölçen araçları sınıflandırmayı önermektedir: öz değerlendirme (birinci şahıs değerlendirmesi), hasta derecelendirmeleri (ikinci kişi değerlendirmesi) ve gözlemci derecelendirmeleri (üçüncü kişi değerlendirmesi). Eğitim araştırması alanında birinci ve ikinci kişi araçları sıklıkla kullanılmaktadır. Üçüncü kişi araçları tipik olarak sözel veya sözel olmayan klinik empatinin gösterilmesi gibi davranışsal boyutlara odaklanır.

Bu kullanılan yöntemler ile iletişim için gerekli olan tüm özelliklerin tedavi süreci, tedavi sonucu gibi hastanın iyileşme düzeyini etkileyecek pek çok faktör incelenmektedir. Bu amaçla geliştirilmiş oldukça fazla yöntem ve klinik araç bulunmasına karşın başarılı iletişimin tam ve kesin olarak değerlendirilmesinin mümkün olup olmadığı literatürde halen tartışılmaktadır.

Bir fizyoterapistin hastası ile kurduğu iletişimin etkinliğinin değerlendirilmesi için pratik olarak şu sorulara yanıt aranabilir:

1. **Hastasının verdiği cevapları dinliyor mu?** Hasta söylenenleri anlamadığını söylüyorsa fizyoterapist bunu duymalıdır. Daha uzun zaman olsa dahi karşı tarafın söylediklerine önem vermeli ve söylediklerinin anlaşıldığından emin olmalıdır.
2. **Fizyoterapistin hastasına verdiği öneriler kabul görüyor mu?** Hastalar tarafından anlaşılacak tek başına yeterli değildir. İnsanlar inanılmaz miktarda şey anlarlar, ancak her zaman gördükleri ve duydukları ile aynı fikirde olmazlar. Başarılı bir iletişimde fikir ve düşüncelerin iletme şekli karşı tarafın ikna olmasını sağlayan en önemli etmenlerdendir. Bu nedenle sözlü ve sözsüz iletişim kanallarını başarıyla kullanan bir fizyoterapistin iletilerinin hastası tarafından kabul edilme olasılığı artar.
3. **Fizyoterapist hastası ile konuşurken net ve özlü mü?** Fizyoterapistin iletişim sırasında zihninin karışık olması ve kafasında birçok düşünce bulunması hastanın da kafasında karışıklık oluşmasına yol açacaktır. Hasta sinirli ve dikkati dağınıksa bu durum fizyoterapistin yanlış iletişiminin sonucu olabilir. Böyle bir durumda önerilen konuşmayı bırakıp düşünceleri toparlayarak iletileri sadeleştirmektir.
4. **Kullanılan dil anlaşılır mı?** Fizyoterapistin kullandığı kelimeler bozuksa, dil bilgisi zayıf, çok sesli veya çok yumuşak bir ses tonu ile konuşuyorsa, iletişim olumsuz yönde etkilenir. Bir kayıt cihazına okuma alıştırmaları yapmak bu konudaki sorunların çözülmesine yardımcı olabilir. Dil bilgisi ve sesbilgisi konusunda yardım sunan birçok çevrimiçi eğitim sitesi bulunmaktadır.

5. **Fizyoterapist konuşurken sakinliğini koruyor mu?** Konuşurken veya yazarken tedirgin hissetmek, düşüncelerin açıkça iletilmesini zorlaştırır. Fizyoterapistin hastası ile konuşurken sesinin yükselmesi ve titremesi, hastanın söylenenleri dikkate almasını güçleştirir. Konuşurken ses tonunun kontrol edilemediğinde bir an durup birkaç derin bir nefes alıp vermek rahatlatıcı olabilir.
6. **Hastasının bakış açısına saygı gösteriyor mu?** İyi bir iletişimci, başkalarının güçlü görüşlerini kabul etmeyi öğrenmelidir. Hastanın fizyoterapistin önerilerine karşı çıktığı durumlarda onu suçlayıcı ya da yargılayıcı bir tutuma girmeksizin dinlemek ve anlamaya çalışmak başarılı bir iletişim örneğinde fizyoterapistin görevidir.

FİZYOTERAPİDE DEĞERLENDİRME İLE İLGİLİ LİTERATÜR ÖRNEKLERİ

Dilin fizyoterapi etkileşiminin, tedavi ilişkisinin ve tedavi hedeflerinin ortak başarısının birlikte yapılandırılmasında kilit bir rol oynadığını savunan Josephene I. ve ark çalışmalarında Fizyoterapi uygulamasında kullanılan dilin tedaviye olan etkisini değerlendirmişlerdir. Çalışmada fizyoterapistlerin ve hastaların fizyoterapi konsültasyonlarında değerlendirmede kullandıkları yollar “değerlendirme teorisi” ile incelenmiştir. Hasta merkezli bakım modelini benimseyen fizyoterapistlerin hastaların kendi kendine yönetim stratejilerini desteklemesi son derece değerlidir. Bu yoldan çıkarak yazarlar değerlendirme teorisini hasta merkezli bakımın temel boyutları (biyopsikosozyal bir bakış açısı benimsemek; hastaya saygı gösterilmesi; bilgi paylaşımı, sorumluluk, güç ve karar verme; ve terapötik ilişki) üzerinden geliştirmişlerdir. Değerlendirme Teorisi, sistematik işlevsel dilbilim içinde incelemek ve geliştirmek için geliştirilen bir söylem analizi biçimidir. Konuşmacıların ve yazarların hem olumlu hem de olumsuz tutum ve duygular gibi tepkileri nasıl ifade ettiklerini açıklar. Halliday’ın sistemli işlevsel dilbilimci teorisinde, temel prensip, dilin üç ana tür anlamını oluşturmak için organize edilmiş bir anlam potansiyeli sistemi olarak görüldüğü bir seçimdir: deneyimsel anlamlar (temsil), metinsel anlamlar (içeriğin nasıl düzenlendiği), ve kişilerarası anlamlardan (roller ve ilişkiler) oluşur. Ayrıca hedefe göre değerlendirme teorisinde kullanılan kişilerarası anlamların modelini; duygu, tutum, davranış ve estetik açıdan yorumlamak için konuşmacıların kullandığı sözcük ve dil bilgisi genişletilerek detaylandırılabilir. Sistem, konuşmacı için tipik olarak belirli konularda kullanılan kelimelerin anlamlarını analiz eder. Alt boyutta ise duygulanım (duyguları ifade etmek için dil kaynakları), karar (davranışı değerlendirme) ve uygulama (süreçler ve nesnelere hakkında yargılarda bulunmak) örnekleri incelenmektedir. Bu yöntemi Josephene I. ve ark. farklı fizyoterapi yaklaşımların uygulandığı klinik ortamlardan elde edilen mevcut veriler üzerinden kullanmışlardır. İsveç verileri, bel ağrılı hastalar için tedaviye karar verme sürecini inceleyen bir doktora çalışmasından, diğerleri ise Avustralya’da eğitim hastanesindeki bir özel klinikte öğrenci ve hasta arasındaki iletişim konusunda fizyoterapistlerin öğrencilere geri bildirim verirken oluşturdukları tartışma verilerinden elde edilmiştir.

Bireylerin iletişim becerilerine ne derecede sahip olduklarının anlaşılması, sahip oldukları becerilerin daha da geliştirilmesi ile ilgilidir. Bunlardan birisi; Rees, Sheard ve Davies (2002) tarafından geliştirilen (The Communication Skills Attitude Scale) ve Harlak ve ark. (2008) tarafından tıp öğrencilerine yönelik olarak Türkçe’ye uyarlanan İletişim Becerileri Tutum Ölçeği’dir. Genel amaçlı olarak Korkut tarafından geliştirilen 25 maddelik tek boyutlu İletişim Becerilerini Değerlendirme Ölçeği

Tablo1: Analiz sırasında geliştirilen fizyoterapi etkileşimleri için Appraisal Kod-kitabı

Değerlendirme Kategorisi	Bağlamsal Yorumlama	Verilerden Örnekler
1.Duygulanım/his/duygu 2.İsteksizlik/İstek(korku,arzu) 3.Mutsuzluk/Mutluluk (İstirap,Neşe,ilgi) 4.Güvenli/ Güvensiz(Kaygı,endişe, şaşıрма, emin olma,güven) 5.Meuniyetsizlik/Memnuniyet (Bıkkınlık,öfke,haz,ilgi)	1.Koşul, refah, yaşam dünyası da dahil olmak üzere bütünsel bir perspektiften hastanın duyguları. 2.Tedavi, gelecek hakkında arzu / korku (Hedefe ulaşmak için tedavi için motivasyon). 3.Yetenek kaybı için mutsuzluk (Ağrı nedeniyle üzüntü). 4. Güvensiz/Güvenli.Hem değerlendirme hemde devam eden tedaviden emin olmak 5. Memnun/memnuniyetsiz (Tedaviden ve tedavi sonucundan).	1.(F) Nasıl hissediyorsunuz? (H) Bel ağrısı dışında iyi hissediyorum 2.(F) Hazırmısınız? (H) Tüm coşkuyla..(H) Bunu bilmek isterim. (H) Bir sonraki randevuya kadar ne yapmalıyım?(H) İyileşmek için ne yapmalıyım? Benim katkıların nedir? (H) Nasıl yapılacağı ve incinmeyeceği konusunda korkuyorum. 3.Keşke yeniden koşabilsem. 4.(F) Hazırmısınız? Tamam? 5.(H)Teşekkür ederim, istediğim buydu. (H) Yardımcı olmadı.
1. Yargı(Davranışlar) 2. Olağanlık(Ne kadar sıradışı) 3.Kabiliyet(Ne kadar yetenekli) 4.Kararlılık (Ne kadar kararlı) 5.Gerçekliil(Ne kadar doğru) 6.Uygunluk (Ne kadar etik	1 Terapist ve Hastalar reaksiyonları, bileşimleri, değerleri nesnelleştiriyor. Hastaların acıyı nesnelleştirdiği acı hikayeler gibi... 2. Hastanın fiziksel test performansına, tedavi veya test sonuçlarına, tedavinin kendisine, terapistin reaksiyonu 3. İçeriğin mantık çerçevesinde tanınması. Hastanın fiziksel muayene testine tepkisi. Terapistin sorunun ne olduğuna dair fikir belirtmesi.	1.(F) Bunu yapabilir misin?,(H) Bunu her sabah yaparım?,(F) Egzersiz yapıyor musunuz? (H) Evet,(F) Ne ve Ne kadar? 2. (F) Egzersizlerini yaptın mı? (H) Yapmam gereken kadar değil 3. (H) Dolturun önerisini takip ediyorum (F) Emin misin? (F) Dalga mı geçiyorsun? (H) Ah bu acıyor..(F) Acıttı mı? 4.(H) Bir nokta (mizah yoluyla anlatma.
1.Değerlendirmeler (yapı,objeler,olaylar) 2.Reaksiyon(Etki) 3.Kompozisyon (kalite,denge,karışıklık) 4.Değer biçme(değerli)	1.Terapist ve Hastalar, hastanın davranışını veya fiziksel performansını veya sağlık, güç gibi kapasitelerini klinik açıdan değerlendirir. Sağlık davranışları (egzersiz, sigara içme, vb.) ve hastanın egzersiz performansı özellikle çok önemli 2.Hastaların tedaviye devam etme azmi 3. Terapistlerin sorgulamaları ve hasta yanıtları, önceki bilgilerin doğrulanması 4.Hastanın yaptığı doğru şeyler	1.(F) 0 dan 10'a kadar olan bir ölçek üzerinde hissettiğiniz acınızın şiddeti ne kadar? (H) Gergin gibi. (F) Güzel! (F) Bu egzersizler oldukça önemli (F) Ne olduğu hakkında fikrim var,(H) Evet aynı acı

F: Fizyoterapist, H: Hasta

(İBDÖ) öğrencilerde ve yetişkinlerle kullanılabilir. Ersanlı ve Balcı (1998) tarafından geliştirilen İletişim Becerileri Envanteri (İBE) ise, 15'şer maddelik zihinsel, duygusal ve davranışsal olarak adlandırılan üç alt boyuttan toplam 45 maddeden oluşmakta olup tüm popülasyona uygulanabilmektedir. Korkut Owen F. ve ark (2014) üniversite öğrencilerinin iletişim becerilerini ölçmeye yönelik bir ölçek geliştirmişlerdir. İletişim beceri ölçeği (İBÖ) isimli ölçek 25 maddeli ve dört faktörlü bir yapı oluşturduğu belirlenmiştir. İlk faktörde yer alan maddeler “İnsanları oldukları gibi kabul edirim” gibi temel iletişim ilkelerini ya da “Başkaları konuşurken yanıt vermeden önce onların sözlerini bitirmelerini beklerim” gibi temel iletişim becerilerine işaret ettiği için, bu faktör İletişim İlkeleri ve Temel Becerileri olarak adlandırılmıştır. İkinci faktörde yer alan maddeler “Düşüncelerimi istediğim zaman anlaşılır biçimde ifade edebilirim” maddesindeki gibi kendini ifade etmeye yönelik olması nedeni ile Kendini İfade Etme olarak adlandırılmıştır. İletişimde tarafların duygu ve düşüncelerini doğru olarak aktarabilmeleri (Johnson, 1996) iletişimin etkili olmasında önemli bir yer tutmaktadır. Üçüncü faktörde yer alan maddelere “Birisini dinlerken söylenenlerin altında yatan duyguları anlayabilirim.” gibi sözel olmayan mesajları anlayabilme ya da aktif dinlemeye yönelik olduğu için Etkin Dinleme ve Sözel Olmayan İletişim olarak adlandırılmıştır. Son faktör “Diğer insanlarla kolaylıkla sohbet başlatabilirim” maddesindeki gibi diğer insanlarla kolayca iletişim başlatmaya, insanlara ilgi duymaya yönelik olduğu için İletişim Kurmaya İsteklilik olarak adlandırılmıştır.

Hasta özerkliği; hastaların kararları ve seçimleri ile ilgili karar verme kapasitelerini ifade eder. Etkin iletişimde son derece önemlidir ve hasta otonomisini ve adaptif hasta davranışını başarılı bir şekilde teşvik etmek birçok sağlık uzmanı için zorlayıcıdır. Öz yönetim ve hasta otonomisi üzerine fizyoterapistlerin iletişim becerilerini değerlendirmek üzere Murray A ve ark ölçek geliştirmişlerdir. Bu ölçek 18 maddeli CERT (Communication Evaluation in Rehabilitation Tool) klinisyenlerin hasta otonomisini ve SDT (Self-Determination Theory: öz belirleme teorisi) öz yönetimini içeren iletişim stratejilerini ne kadar iyi kullanabileceklerini gösteren teoriye dayalı bir rehabilitasyon aracıdır.

Fizyoterapistler semptom kontrol ve tedavisinde önemli rol oynarlar ve en zorlandıkları semptomlardan birisi ağrıdır. Flor H ve ark. biyopsikososyal ağrı modelini; Biyolojik faktörlerin fizyolojik değişimleri etkileyebileceğini ve psikolojik faktörlerin iç fizyolojik fenomenlerin değerlendirilmesinde ve algılanmasında yansiyabileceğini öne sürmüştür. Nitekim; Upshur C. C. ve ark. yaptıkları çalışmada kronik ağrısı olan bireylerin fizyoterapisti ile iletişimi bloklamasının en önemli sebeplerinin; depresyon, hastanın ağrısının hiç geçmeyeceği duygusu içinde olması, hasta ile fizyoterapist arasındaki çelişki güven kaybı ve memnuniyetsizlik olduğunu belirlemiştir.

Amouidi M. ve ark. Filistin rehabilitasyon merkezlerinde fizyoterapi seansları sırasında ortopedik hastalar arasında ağrıyı azaltmada olumlu iletişim becerilerinin etkisini değerlendirmişlerdir. Araştırmacılar hastanın olumlu iletişim becerilerinin etkilenme algısının fizyoterapi seansı üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla likert sistemine göre hazırlanmış üç bölümden oluşan bir enstrüman geliştirmişlerdir. Birinci bölüm: Yaş, Cinsiyet, adres, sosyal statü, eğitim durumu, ekonomik durum, meslek) ile ilgili kişisel soruları içermektedir. İkinci bölüm: teşhis, ağrının kalite, süre, bölgesi ve ağrının yoğunluğu vs... gibi ağrının özelliklerini açıklayan sorulardan oluşmaktadır. Üçüncü bölüm: Fizyoterapi seansları arasında, ve fizyoterapi seansları sırasında örneğin; “Eğer fizyoterapist söylediklerim hakkında endişe duyuyorsa ve seansta anlattığım detaylarla ilgileniyorsa, sağlığımın net

bir resmini elde etmek için herhangi bir bilgiyi toplamayı umduğum anlamına gelir”, “*Terapistin “Seni anlıyorum” dediği zaman kendimi iyi hissediyorum.*”, “*Seans sırasında fizyoterapist tarafından mizah kullanımı psikolojik yönümü geliştirir*” gibi hastanın ağrı şiddetini azaltmada hastanın motivasyonunu ve kooperasyonunu artırmak amacıyla kullanılan ifadelerin etkinliğini değerlendirmek için likert sisteminden oluşmuş soruları içermektedir. Ayrıca; Sözel mesajlar ses tonu, ses perdesi, ses seviyesi ve hız gibi paradoksal işaretler anketlere dahil edilmiştir. Yüz ifadesi, dokunma, gibi davranış içeren sözsüz mesajlar, mizahın ve destekleyici kelimelerin önemi bu ölçekte vurgulanmaktadır. Mevcut çalışmada sunulan sonuçlar, katılımcıların % 50’sinin, terapistin seans boyunca kullandığı olumlu iletişim becerilerinin, ağrı şiddetini hafifletme üzerinde yüksek etkiye sahip olduğunu göstermiştir. Aynı zamanda hastaların psikolojik durumu, aile üyelerinin tutumları ve hastanın endişelerinde etkin iletişimi kullanmada önemli olduğunu vurgulamıştır.

Vandelen J. Ve ark. İletişim becerilerinin kalitesini değerlendirmek üzere “MAAS-Global” isimli anketin yapı geçerliliğini araştırmışlardır. Bu listede 7 nokta ölçeği ile 13 vakadan bağımsız öge kullanılmıştır. İki tür madde ayırt edilebilir: danışma sürecinin belirli aşamalarında ihtiyaç duyulan iletişim becerilerine atıfta bulunan maddeler (örneğin: hastanın karşılaşma sebebinin araştırma, ya da: tarih alma sırasındaki soruları ifade etmek) ve tümünde ihtiyaç duyulan iletişimsel davranışlarla ilgili öğeler; (örneğin: bilgi edinme, veya: duygularla baş etme, vs. gibi). Ayrıca bu çalışmada, düzenli simüle edilmiş hasta karşılaşmalarının video kayıtları da (deneyi bilmeyen sağlık bölümü öğrencilerin doğal davranışları) kullanılmıştır.

Değerlendirme Kriteri olarak kullanılan dilin anlaşılabilir ve hastayla uyumlu olup olmadığı, Öğrencinin bir konu hakkında bilgi verip vermediği ve sonrasında takip edip etmediği, öğrencinin verdiği bilginin sınırları ve bilginin doğrudan hastaya ulaşip ulaşmadığı üzerinden yapılmıştır. Değerlendirme ölçütü öğrencilerin tutum ve davranışlarına göre 0 (yetersiz) ile 6 (mükemmel) puan arasında derecelendirilmiştir. Çalışmanın sonuçları sağlık bölümü öğrencilerin iletişim becerilerinin değerlendirilmesinde bu enstrümanın yapı geçerliliğinin uygun olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

İletişimin önemli bir ögesi de empati becerisidir. Empati; bir kişinin kendini karşısındakinin yerine koyarak, olaylara onun bakış açısı ile bakabilmesi ve o kişinin duygu ve düşünceleri doğru olarak anlaması ve anladıklarını iletme sürecidir. Empati destekleyici bir ilişkinin önemli bileşeni olarak kabul edilmektedir. Fizyoterapistlik mesleğinin doğası gereği, fizyoterapistler empati becerisine sahip olmalıdır. Fizyoterapist hastaya empatik bir tavırla yaklaştığında, hasta fiziksel yakınmalarını daha kolay ifade edebilmekte, ruhsal ve duygusal sıkıntılarını daha iyi dile getirebilmektedir. Hastanın söz ve davranışlarının arkasında yatan anlamın anlaşılması için fizyoterapistlerin ipuçlarına duyarlı olması ve hastanın dolaylı anlatımının açıklığa kavuşturulması gerekmektedir. Bu da fizyoterapistin iletişim ve empati becerilerine bağlıdır. Fizyoterapisti hastaya yardım etme konusunda harekete geçiren yalnızca mesleki sorumluluk değildir. Bununla birlikte fizyoterapistin sahip olduğu empatik eğilim ile empati yapma becerileri hastaya yardım etmede önemli rol oynar. Bu nedenle fizyoterapistlerin ayrıca empati düzeylerini değerlendirmek son derece önemlidir. Konsültasyon ve İlişkili Empati Ölçümü (Consultant and Relational Empathy Measure; CARE) Sağlık uzmanlarının hastaları tarafından algılandığı gibi, güçlü ve zayıf yönleri ile ilişkisel empati açısından doğrudan geri bildirim sağlamaları için sağlık uzmanlarına sunulduğu kısa bir hasta değerlendirmesidir. Bu değerlendirme ölçümü, Birleşik Krallık Fizyoterapi topluluğu tarafından fizyoterapistler için kullanılması tavsiye

Tablo 2: MAAS -Global

1. Açılış	0(yok)	1(kötü)	2(yetersiz)	3(şüpheli)	4(yeterli)	5(iyi)	6(mükemmel)
2. Hasta ile karşılaşma							
3. Hikaye alımı							
4. Fiziksel muayene							
5. Değerlendirme ve klinik tanılama							
6. Tedavi ve düzenleme							
7. Bilgi sağlama							
8. Emosyonel durumu							
9. Özetleme							
10. Yapılaşma							
11. Empati							

edilmektedir. CARE, Hastaların sağlık uzmanının empatisi hakkındaki görüşlerini (örn; “gerçekten dinlemek, pozitif olmak, vb) içeren 10 sorudan oluşmaktadır. Puanlama; bir ile beş arasındadır. Ölçek değerlendirme skoru en az 10 en fazla 50 puandan oluşur. Yüksek puanlar daha fazla empatiyi yansıtmaktadır. Her sorunun bir “uygulamama” yanıtı seçeneği de vardır ve bu işaretlendiğinde, bu soruya ilişkin veriler “kayıp” olarak girilir.

Sonuç olarak, son yıllarda sağlık alanında iyi iletişimin önemine dair oluşan farkındalığa paralel olarak geliştirilen öneri ve rehberler ve iletişim becerilerinin öğretilmesi üzerine araştırmalar odak alanlar haline gelmiştir.

Sağlıkla ilgili tüm disiplinlerde olduğu gibi fizyoterapi alanında da artmakta olan çalışmalar hasta merkezli iletişimin olumlu etkilerini tanımlamaktadır. Hastalar için bu olumlu etkiler; (a)bakımdan daha yüksek memnuniyet, (b)tedaviye daha fazla bağlılık, (c)kaygıyı azaltma, (d)daha fazla bilgi ve (e)daha iyi bir anlayışı içerir. Klinik ortamdaki başarılı iletişim fizyoterapistler için de (a)daha fazla iş tatmini, (b)daha iyi zaman yönetimi ve (c)daha düşük tükenmişlik seviyelerini içerir. Buna karşılık, daha “klinikisyen merkezli” bir iletişim(fizyoterapist, doktor, hemşire vb merkezli iletişim), psikolojik problemlerin yetersiz tespit edilmesine, hastaların bakımdan memnuniyetsizliğine ve daha zayıf uyuma neden olabilir. Bu nedenle lisans eğitiminden itibaren ve mezuniyet sonrası dönemde fizyoterapistlerin iletişim becerileri eğitimi ve değerlendirilmesi üstünde önemle durulması gereken bir kavramdır.

KAYNAKLAR

1. K. Radziej, J. Loechner, C. Engerer, M. Niglio de Figueiredo, et al. How to assess communication skills? Development of the rating scale ComOn Check, *Medical Education Online*, 2017;22:1, DOI: 10.1080/10872981.2017.1392823
2. Bradley P. The history of simulation in medical education and possible future directions. *Med Educ* 2006; 40: 254–262.
3. Boon H, Stewart M. Patient-physician communication assessment instruments: 1986 to 1996 in review. *Pat Educ Couns* 1998; 35: 161-76.
4. De Haes H, Bensing J. Endpoints in medical communication research, proposing a framework of functions and outcomes. *Patient Education and Counseling* 2009; 74:287–294.
5. van Dalen J, Kerkhofs E, Verwijnen GM, van Knippenberg-van den Berg BW, et al. Predicting communication skills with a paper-and-pencil test, *Med Educ*, 2002;36: 148-53.
6. Hulsman RL. The art of assessment of medical communication skills. *Pat Educ Couns* 2011;83:143-1444.
7. Hodges B, Hanson M, McNaughton N, Regehr G. Creating, monitoring, and improving a psychiatry OSCE: a guide for faculty, *Acad Psychiatry* 2002; 26:134-61.
8. Norcini JJ, Anderson B, Bollela V, Burch V, et al. Criteria for good assessment: consensus statement and recommendations from the Ottawa 2010 Conference. *Med Teach* 2011;33:206-214.
9. Kogan, JR, Holmboe ES, Hauer KE. Tools for direct observation and assessment of clinical skills of medical trainees: a systematic review, *JAMA* 2009; 302:1316-26.
10. Wass V, Van der Vleuten CPM, Shatzer J, Jones R. Assessment of clinical competence. *Lancet* 2001; 357:945-949.
11. Ishikawa H, Son D, Eto M, Kitamura K, Kiuchi T. Changes in patient-centered attitude and confidence in communicating with patients: a longitudinal study of resident physicians. *BMC Med Educ*. 2018 Jan 25;18(1):20. doi: 10.1186/s12909-018-1129-y.
12. Kiessling C, Tsimitsiou Z, Essers G, van Nuland M, Patient Educ Couns. General principles to consider when designing a clinical communication assessment program. 2017 Sep;100(9):1762-1768. doi: 10.1016/j.pec.2017.03.027. Epub 2017 Mar 27.
13. Aileen Murray, Amanda Hall, Geoffrey C Williams, Suzanne M McDonough, et al. Assessing physiotherapists' communication skills for promoting patient autonomy for selfmanagement: reliability and validity of the communication evaluation in rehabilitation tool, *Disability and Rehabilitation*, 2018; DOI: 10.1080/09638288.2018.1443159
14. Sliwa JA, Makoul G, Betts H: Rehabilitation-specific communication skills training: Improving the physician-patient relationship. *Am J Phys Med Rehabil* 2002;81:126–132.
15. Zayyan M. Objective Structured Clinical Examination: Te Assessment of Choice *Oman Medical Journal*. 2011; Vol. 26, No. 4: 219-222.
16. Van Dalen J, Prince CJ, Scherpbier AJ, Van Der Vleuten CP. Evaluating Communication Skills. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 1998;3(3):187-195.
17. Potter M, Gordon S, Hamer P. The physiotherapy experience in private practice: the patients' perspective. *Aust J Physiother*. 2003;49(3):195-202.
18. Hiller A. Towards relationship-centred care: patient-physiotherapist interaction in private practice. Melbourne school of health science, Doctor of philosophy ,2017, (<https://minerva-access.unibelb.edu.au/11343/129510>).

19. Gibson B, Nicholls D, Setchell J, Groven KS *Manipulating Practices : Critical Physiotherapy Reader* : (In); Hiller A, Delany C. Chapter 13: Communicatin in Physiotherapy: challenging established theoretical approaches. 2018, 308-333.(ISBN 978-82-02-55001-1).
20. Lonsdale C, Hall AM, Williams GC, McDonough SM.,et al. Communication style and exercise compliance in physiotherapy (CONNECT): a cluster randomized controlled trial to test a theory-based intervention to increase chronic low back pain patients' adherence to physiotherapists' recommendations: study rationale, design, and methods. *BMC Musculoskelet Disord*. 2012 Jun 15;13:104
21. Opsommer E, Schoeb V. Tell me about your troubles': description of patient-physiotherapist interaction during initial encounters. *Physiother Res Int*. 2014 Dec;19(4):205-21.
22. M. Amoudi , R. Anabtawi , A. Bzoor³, S. Keelani , et al. The Effectiveness of Positive Communication Skills in Reducing Pain during Physiotherapy Session: A Quantitative Result from Questionnaire Surveys of Palestinian Orthopaedic Patients. *Universal Journal of Public Health* 2017: Vol. 5(1), pp. 17 – 24.
23. H. Flor ,F. Andrasik D.C. Turk. An expanded view of psychological aspects in head pain: the biopsychosocial model. *Neurol Sci*. 2005; 26:S87–S91.
24. Josephson I, Woodward-Kron R, Delany C, Hiller A. Evaluative language in physiotherapy practice: How does it contribute to the therapeutic relationship? *Soc Sci Med*. 2015 Oct;143:128-3
25. Rees C¹, Sheard C, Davies S. The development of a scale to measure medical students' attitudes towards communication skills learning: the Communication Skills Attitude Scale (CSAS) *Med Educ*. 2002: Feb;36(2):141-7.
26. Harlak H,DereboyC, GemalmazA.Validation of a Turkish translation of the Communication Skills Attitude Scale with Turkish medical students. *Educ Health*. 2008 Mar;21(1):55
27. Korkut F, Bugay A. İletişim Becerileri Ölçeği'nin Geliştirilmesi: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2014;10(2); 51-64.
28. Ersanlı K., Balcı S. İletişim Becerileri Envanterinin Geliştirilmesi: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Türk Psikolojik Duruşma ve Rehberlik Dergisi*.1998;10(2);7-12.
29. Murray A, Hall A, Williams GC, McDonough SM. et al. Assessing physiotherapists' communication skills for promoting patient autonomy for self-management: reliability and validity of the communication evaluation in rehabilitation tool. *Disabil Rehabil*. 2018 Feb 27:1-7
30. Upshur CC, Bacigalupe G, Luckmann R. They Don't Want Anything to Do with You: Patient Views of Primary Care Management of Chronic Pain *Pain Medicine*, 2010: 11(12); 1791–1798.
31. Mercer SW, Maxwell M, Heaney D, Watt GC. The consultation and relational empathy (CARE) measure: development and preliminary validation and reliability of an empathy-based consultation process measure. *Fam Pract*. 2004 Dec;21(6):699-705.

FİZYOTERAPİST-HASTA İLETİŞİMİ: ÖZEL BÖLÜMLER

Prof.Dr. Mintaze KEREM GÜNEL



Prof. Dr. Mintaze Kerem Günel Ankara'da doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini Ankara'da tamamladı. 1989 yılında H.Ü. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu'ndan mezun oldu. Aynı yıl H.Ü. Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı'nda fizyoterapist olarak çalışmaya başladı. 1993 yılında H.Ü. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu'nda araştırma görevlisi oldu. 2003 yılında Doçent, 2009 yılında ise Profesör unvanını aldı. Halen Hacettepe Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Fakültesinde öğretim üyesi olarak görevine devam etmekte, Serebral Palsi ve Pediatrik Rehabilitasyon Ünitesinde klinik çalışmalarını sürdürmektedir. Yetişkin hemiplejik hastaların rehabilitasyonunda Bobath Yöntemi ve Proprioseptif Nöromuskuler Fasilitasyon (PNF) ve çocuklarda terapatik bantlama ile ilgili uluslararası sertifikalara sahiptir.

Fizyoterapi ve rehabilitasyon alanında diğer ilgi alanı Vücut Farkındalığı Tedavisidir. Bu konuda İsveç'te klinik uygulamalar yapmış, uluslararası kurslara katılmıştır ve halen bu tedavi yöntemlerini uygulayıcı ve lisans ders eğitmeni olarak yürütmektedir. Avrupa Bobath Merkezi (EBTA) tarafından düzenlenen Serebral Palsi'de Bobath uygulamalarına ilişkin uluslararası kursları bitirmiş ve EBTA Çocuklarda Bobath Kıdemli Eğitmeni unvanını almıştır. Türkiye'de EBTA'ya bağlı açılan Serebral palsi riski olan bebekler ve Serebral palsi'li çocuklarda Bobath uygulamalarında sertifikalı kurs eğitmenliği yapmaktadır. Son zamanlarda en çok, serebral palsili çocukların fizyoterapi yaklaşımları ve erken müdahale kapsamında erken fizyoterapi rehabilitasyon, ICF ve hedefe yönelik pediatrik rehabilitasyon alanında klinik ve akademik çalışmalar ile ilgilenmektedir. Avrupa Çocuk Özürleri Akademisi (EACD)'nin Türkiye temsilciliğini yürütmüştür. Uluslararası çocuk engelliliği akademileri birliği (IAACD) yönetim kurulu üyesidir. Çocuk Fizyoterapistleri Derneği ve Nörogelişimsel Tedavi Terapistleri Derneği yönetim kurulu başkanıdır. Evli ve iki çocuk annesidir.

Dr. Fzt. Cemil ÖZAL



Dr. Fzt. Cemil Özal, Hatay'da doğdu. İlk ve orta öğrenimini Hatay'da tamamladı. 2009 yılında Başkent Üniversitesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümünden mezun oldu. 2012 yılında bilim uzmanlığı, 2018 yılında doktora derecesi aldı. Halen Hacettepe Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Fakültesi, Serebral Palsi ve Pediatrik Rehabilitasyon Ünitesinde öğretim görevlisi olarak akademik ve klinik çalışmalarına devam etmektedir. Avrupa Bobath Eğitmenleri Derneği (EBTA) tarafından verilen Bobath kursunu tamamlamış ve EBTA Bobath eğitmeni unvanını almıştır. Avrupa Çocukluk Çağı Engelliliği Akademisi (EACD) Türkiye Ulusal Koordinatörüdür. Nörogelişimsel Tedavi Terapistleri Derneği yönetim kurulu üyesidir.

ÇOCUKLARDA FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON UYGULAMALARINDA İLETİŞİM

Prof. Dr. Mintaze KEREM GÜNEL
Dr. Fzt. Cemil ÖZAL



Özet: İletişim, sağlık çalışanlarını açısından önemli bir konu olarak, sağlık alanında temel bir gereklilik olarak tanımlanmakta ve çocukluk çağındaki fizyoterapi ve rehabilitasyon uygulamalarını oluşturan güncel biyo-psiko-sosyal ve aile ile çocuk merkezli yaklaşımlarda iletişimin önemli rolü vurgulanmaktadır. Gelişim düzeyine bağlı olarak, çocuklarda iletişim yetişkinlerden farklılık göstermekte ve iletişimi kolaylaştırmak için değişik modeller kullanılabilir. Bu modellere ek olarak, çocuklarla çalışan fizyoterapistler için çocuğun iyi gözlemi önemlidir ve bu nedenle iletişimin sözel olmayan yönleri temel faktör olarak ön plana çıkmaktadır. Çocuk gelişen bir varlıktır; iletişim becerileri de bu gelişime paralellik gösterir ve yeni doğan, erken çocukluk, okul dönemi ve ergenlikte iletişim yöntemleri farklılık göstermektedir.

Bilim, araştırma temeli üzerine kurulmuştur. Duygu, düşünce veya bilgilerin çeşitli yöntemlerle başkalarına aktarılması olarak, en genel anlamda tanımlanan *iletişim* ve *iletişimin ve rehabilitasyondaki rolü* son günlerde en çok araştırma yapılan konulardan biridir.

Sağlık alanı için iletişim, tüm sağlık ve bakım profesyonelleri için gerekli temel bir beceridir ve bu nedenle tüm sağlık bilimleri alanlarının müfredatlarında temel bileşenlerden biri haline gelmiştir. İletişim, sağlık çalışanlarının uzmanlaşması gereken önemli bir konu ve sağlık alanında temel bir gereklilik olarak tanımlanmıştır.

Etkili iletişim becerileri, sağlık profesyonellerinin hasta ile etkileşimlerinde bilgi edinmenin yanı sıra hastaların ihtiyaç ve endişelerini gidermek için doğru ve etkin bir şekilde toplanması için temelidir ve rehabilitasyon ortamlarında, hastaların bakımlarını anlamalarını sağlamak için iyi iletişim şarttır.

İletişim yoluyla etkileşim içerisine giren fizyoterapistler, hastaları eğitebilir, motive edebilir, güçlü ya da zayıf hissettirebilir, empati veya otorite sergileyebilir, ilgilerini yansıtabilir ve güven verebilirler. Hastayla iletişim süreciyle, fizyoterapistler, kişinin durumu, hastanın kapasitesini artıracak ya da baskılayacak durumlar hakkında bilgi edinmesini ve sağlıkları ile iyi olma hallerini nelerin etkilediğini yansıtmasını açısından da önem taşımaktadır.

Fizyoterapistler, hastalarını iyileştirmek için hastaları ve yakınlarını bakımlarına dahil etmeyi amaçlayan iletişim becerileri de geliştirmek zorundadır. Günümüzde, hasta ile fizyoterapist arasındaki iletişim sürecinin, hastanın tedavi yanıtına doğrudan etkide bulunabileceğinden, kendi başına terapatik bir etkisi olduğu belirtilmektedir. Farklı araştırmalar, motivasyonel görüşme ve danışmanlık gibi iletişim yöntemlerinin fizyoterapi sonuçları üzerine etkilerini değerlendirmiştir. Araştırmalar, ayrıca fizyoterapistin etkin iletişim kapasitesinin hastalar tarafından 'iyi fizyoterapistliğin' temel bileşeni olarak algılandığını belirtmektedir (Cooper 2008;). Yetersiz iletişim becerileri hasta güvenliği ve bakım kalitesi üzerinde olumsuz etki yaratırken, iyi iletişim hasta memnuniyetinde önemli bir faktördür.

Fizyoterapi ve rehabilitasyon uygulamalarında çocuklarla iletişimde aile-çocuk-fizyoterapist ve hatta rehabilitasyonun diğer elemanları ile iletişim ön plandadır. Fizyoterapist-çocuk-aile ilişkisinin başarısı için güven esastır ve terapiye uyumun, rehabilitasyona memnuniyetin ve rehabilitasyon sağlayan terapistin sürekliliğinin önemli olduğu kanıtlanmıştır. Rehabilitasyondaki çocuk-aile ve terapist ilişkisinin kalitesi ile ağrı, engellilik, fiziksel ve bilişsel sağlık ve terapide memnuniyet dahil olmak üzere terapi sonuçları arasında pozitif bir ilişki gösterilmektedir.

Çocuklara yönelik iletişim yaşa uygun ve çocuk dostu olmalıdır. Çocuğa uygun dil, karakterler, öyküler, müzik ve mizah kullanmak, olumlu etkileşim ve eleştirel düşünceyi teşvik etmek ve örneklemeleri uygun kullanabilmeyi gerektirir. Çocuğu bütüncül değerlendirilmelidir ve iletişime de bütüncül olarak yer verilmelidir. Çocuklarla iletişimde son yıllarda benimsenen en önemli yol; özgüveni inşa eden, olumlu örneklerle pekiştirilen ve çocukların ihtiyaçlarına uygun iletişimdir. İletişim de kültür ve geleneklerin olumlu yönlerini kullanmak günümüzün en çok konuşulan konularından biridir.

İLETİŞİMDE BİYO-PSİKO-SOSYAL VE ÇOCUK-AİLE MERKEZLİ TEORİK YAKLAŞIMLARIN TEMEL ÖZELLİKLERİ

Fizyoterapide, diğer profesyonel sağlık mesleklerinde olduğu gibi, çocuk merkezli ve biyopsikososyal yaklaşımların temel alınmaktadır ve çocuk ve ailesiyle nasıl iletişime geçileceği önemlidir. Sağlık bakımında biyopsikososyal yaklaşıma göre, yetersiz sağlık ya da fiziksel disfonksiyon, sadece çocuğun fiziksel sorunundan köken almayıp, aynı zamanda çocuğun ve ailesinin duygularından, sağlıkla ilişkili düşüncelerinden ve yaşamlarındaki olay ve durumlardan etkilenir.

Sağlık iletişiminde biyopsikososyal yaklaşım, fizyoterapistin değerlendirme, tedavi sağlama ve çocukla etkileşime girmede, biyolojik, sosyal ve psikolojik faktörleri bir arada ele almasını gerektirir. İletişimin birbiri ile yakından ilişkili bu üç bileşeni anlamlı biçimde dahil edilmeli ve klinik etkileşime entegre edilmelidir. Roter ve ark.ları (1997), biyopsikososyal iletişimi, psikososyal ve biyomedikal bileşenlerin bir denge içerisinde etkileşimleri olarak vurgulamaktadır. Smith ve ark. ları (2013) ise, biyopsikososyal iletişimin açık uçlu sorular aracılığı ile sağlanabileceğini öne sürmektedir. Araştırmalar, fizyoterapistlerin klinik iletişimsel uygulamalarına biyopsikososyal ve çocuk-aile merkezli yaklaşımları dahil etmeyi hedeflemelerini önermektedir.

Çocuk merkezli uygulamalar, "hizmet alan çocuk ve ailesine saygı ve iş birliği felsefesini içeren hizmet yaklaşımı" olarak tanımlanmaktadır. İletişimde çocuk merkezli yaklaşım, biyopsikososyal yaklaşım ile yakın ilişkilidir ve genel özellikleri, iletişimin açıkça bilgi ve sorumluluğu paylaşmak,

algılanan güç farklılıklarını azaltmak ve bireysel olarak hastaların ihtiyaçlarını ve bakış açılarını birleştirmek için kullanılmasıdır.

Çocuk merkezli yaklaşımda iletişim, her bir hastanın bilgi ve deneyimine saygı duymak ve bunları dahil etmek için kullanılır ve deneyimli fizyoterapistler, çocukların ve ailelerinin karar vermede aktif katılımcı oldukları bakım için çocuk merkezli bir yaklaşıma değer verir. Çocuk merkezli yaklaşım, hastanın anlatısını ve karşılaşmasını bilgilendirmek ve şekillendirmek için deneyimlerini ortaya çıkarmak ve dahil etmek için iletişimsel stratejilerin kullanılmasını gerektirir.

İLETİŞİMİN SÖZEL VE SÖZEL OLMAYAN YÖNLERİ

İletişim geleneksel olarak sözel ve sözel olmayan davranışları içerdiğinden, yalnızca ne söylendiğini değil, aynı zamanda nasıl iletildiğini de düşünmek önemlidir. Duruma ve kullanılan kelimelere bağlı olarak, bilgi ya da öğretimin aktarılmasında ve ilişki kurmak için empati kurmada sözlü iletişim kullanılabilir. Başka bir kişiye iletilen herhangi bir sözlü mesajın etkinliği, mesajı uygun bir şekilde dinleme, duyma ve özümseme yeteneğine dayanır. Sözsüz iletişim, sözlü dili kullanmadan mesajlar ileten tüm davranışları içerir. Sözel olmayan bileşenin tahminleriyle sözel ve sözel olmayan davranışların göreceli önemini ölçmek için girişimlerde bulunulmuştur. Bu değerlerdeki farklılıklara rağmen, iletişimin sözsüz yönlerinin sözel davranışlardan daha etkili olduğu düşünülmektedir. Waddell'e göre, sözsüz mesaj sözlü mesajla çakıştığında, bireyler muhtemelen söylenenlere inanmayacaklardır.

Hargreaves (1987), derlemesinde sözel olmayan davranışın çocuk ve terapist arasındaki etkileşimi anlamada temel faktör olduğunu vurgulamaktadır. Bu bağlamda, dokunma, alanı kullanma, yüz ifadesi ve göz teması, vücut hareketleri, postür, ses tonu, gözlem, dinleme ve sessiz kalma önemli iletişim yöntemleridir.

İletişimin Sözel Olmayan Yönleri

Beden dili olarak da bilinen sözsüz iletişim, sözlü olarak söylendikleri kadar önemli olabilir. Larsen ve Smith (1981), hasta görüşmesinde, sözel olmayan davranışının hasta memnuniyetini belirlemede önemli olduğu sonucuna varmıştır. Yaklaşık 500 hastayla yürütülen bir çalışmada, DiMatteo ve ark. (1980) vücut hareketine ve hasta duygularına göre duruş ipuçlarına daha duyarlı olan sağlık profesyonellerinin, "sunulan tıbbi hizmet" açısından hastalar tarafından daha yüksek puan aldığını bildirmişlerdir.

Sözsüz iletişim dört kategoriye ayrılabilir: kinesis, proksemikler, paralellikler ve otonomi.

Kinesis

Kinesis, yüz ifadeleri, jestler ve duruş gibi vücut hareketleri yoluyla iletişimi ifade eder. İnsanlar beden dili hakkında konuştuğunda genellikle sözel olmayan iletişimin en çok çalışılan kısmı olan kinesis atıfta bulunurlar.

Fizyoterapist, çocuğun kinetik işaretlerini aramalı ve yorumlamalıdır. Bu işaretlerin bazıları açıktır (sıkışık eller, çatık kaşlar, kolların bağdaş yapılması, ayak vurma, uzağa bakma) diğerleri daha farklıdır (örneğin, sinirlilik belirtisi olarak sıklıkla yutkunulur).



Fizyoterapistler, ayrıca kendi kinetik eylemlerini etkili iletişim için bir araç olarak kullanabilirler. Beden dilinizin telaşsız ve özenli olduğunuzu göstermesine izin verin. Mümkünse oturun, çocuk ve ebeveynine bakın. Hafifçe öne eğilmek, sık ama müdahaleci olmayan göz teması, açık, rahat bir vücut duruşu ve uygun, sakin, yüz ifadesi sağlayın. Hafif bir gülümseme genellikle çocuğu rahatlatmaya yardımcı olur.

Çocuğa dokunmak da kinetik bir davranış olarak kabul edilir. Çocukların çoğu yumuşak bir dokunuştan hoşlansa da bazen bir dokunuştan hoşlanmayabilir veya geri çekilir. Temel kural, çocuğun olumsuz yanıt vereceğini düşünüyorsanız dokunmayın.

Proksemik

Proksemikler, mesafe konusunu ve fiziksel engellerin varlığını ifade eder. Örneğin, çocukla aranızdaki bir masanın varlığı ayrılma hissini artırır ve takım olarak birlikte çalışma hissini azaltır. Dikey ve yatay mesafe hakkında da düşünmemiz gerekir. Küçük bir çocuğun üzerine yükselmek korkutucu olabilir. Çocuğun seviyesine inmek, örneğin yatak başında diz çökerek konuşmak, yararlı bir pediatrik beceridir.

Paralinguistik

Paralellik, sesin tonu, sesi ve vurgusu gibi özellikleridir. Örnekler arasında gizlilik için fısıltılı konuşma ve öfkeyle sesin yükselmesi bulunmaktadır. Çocuğun ses tonu ile eşleşmek genellikle yararlıdır .

Otonomi

Otonomi, genellikle istemli kontrolün ötesinde vücut reaksiyonlarıdır. Örnekler arasında utanmayla yüzün kızarması ve şok ya da korku solukluğu sayılabilir. Gözyaşları muhtemelen en yaygın otonomik reaksiyondur.

ÇOCUKLAR İLE İLETİŞİMİN İLKELERİ

1. Çocuklara yönelik iletişim yaşa uygun ve çocuk dostu olmalıdır ve şu önerilerle desteklenmektedir: Çocuğa uygun dil, karakterler, mizah kullanın; olumlu olarak kullanılmalıdır.
 - a. Çocuklar, iletişim onların yaşlarına bağlı gelişimlerine, ihtiyaçlarına ve ilgilerine göre oluşturulduğu zaman en iyi öğrenirler. İyi nitelikli ve verimli iletişim çocuk gelişiminin temellerini, bu gelişimi ve öğrenmeyi nasıl besleyeceğimizi anlamakla başlar.
 - b. Etkileşimi destekleyin ve model oluşturun: Etkileşimli iletişim, çocuklar daha fazla dikkat göstermek ve öykü ya da başka bir araca daha fazla katılımcı olmak için teşvik edildiklerinde ortaya çıkar. Katılımcı iletişim, katılımcı eğitim gibi, daha fazla çocuk-dostudur. Çocuklara ve ergenlere, bilhassa öğretici iletişim biçimleriyle kıyaslandığında, bilişsel, fiziksel ve duygusal olarak katılım fırsatını sağlar.
2. Çocuklara yönelik iletişim çocuğa bütünsel olarak yer vermelidir ve şu önerilerle desteklenmektedir: İletişime yönelik tek mesele değil birleşik yaklaşım kullanabilirsiniz.

Sağlık, beslenme, psikoloji, çocuk gelişimi ve antropoloji alanlarında yapılan araştırmalar çocuk gelişiminin bütün yönlerinin birbiriyle bağlantılı olduğunu teyit etmektedir. Fiziksel, sosyal, duygusal ve bilişsel gelişim birbirinden ayrılmaz biçimde bağlantılıdır. Gelişimsel ihtiyaçlarına tamamlayıcı ilgiyi gösteren iletişim, bebeklerden ergenlere, tüm çocuklara en iyi şekilde hizmet etmiş olur.

Çocuklar öğrenmeyi, tüm duyularını ve bilişsel süreçlerini kullanarak birleşik yöntemlerle işleme tabi tutar ve deneyimlerler. Onların duygusal, sosyal, bilişsel ve fiziksel ihtiyaçlarını eşzamanlı olarak karşılayan iletişimi geliştirmek bilimsel ve uygulamalı olarak anlamlıdır.

 - b. Yetişkinlere çocuklarla ilişkilerinde olumlu rol modelleri sunma:

Çocuklara yönelik iletişim, bakım verenler ve yetişkinlerin çocuklarla etkileşimlerinde olumlu model olmalıdır.
 - c. İletişimin bir parçası olarak “güven” oluşturma: “Güvenli sığınak” iletişimi, korunma ve güvenin iyi gelişim ve öğrenmenin kurucu öğeleri olmasından dolayı önemlidir. Küçük çocuklar hassas veya zor meseleler hakkında konuşmasalar da gelişimlerinin her boyutunda olumsuz etkiye sahip olan birçok duyguyu hissedebilirler. İletişim, insan etkileşimi veya özel tedavi yerine geçemese de çocukların, yalnız olmadıklarını anlamalarına yardımcı olur ve kendilerinin ve diğerlerinin nasıl başa çıktıklarına ve teselli bulduklarına dair örnekler sağlar.
3. Çocuklara yönelik iletişim olumlu ve güçlü yön temelli olmalıdır ve şu önerilerle desteklenmektedir:
 - Yetkinliği olduğu kadar özgüveni de inşa etme ve olumlu örnekleme kullanımı önemlidir.
 - Güçlü yön temelli iletişim, bir çocuğun yetersizlikleri veya sorunlarına odaklanmaktan ziyade güçlü yönlerini ve potansiyelini betimlemeye ve beslemeye odaklanır. Bu ilkenin amacı sadece öğretmek değil, dayanıklılığı ve başa çıkma kapasitesini geliştirmektir. Güçlü yön temelli iletişim, ülke veya duruma göre değişmeksizin, çocukları hayal etmeye veya şeyleri daha önce tecrübe etmedikleri şekilde görmeye yönlendiren; bugün yapabileceklerine veya gelecekte olabileceklerine dair olasılıklar hakkında heyecanlandıran ve enerjilerini olumlu düşünce ve

- eyleme sevk ettiren iletişimi geliştirmek demektir. Bu tarz bir iletişim, dönüştürücü olabilir.
- İletişim, özgüveni de inşa etmelidir. Özgüven, durumuna bakılmaksızın, her çocuğun başa çıkma becerilerini, çözüm bulmasını ve potansiyelini tam olarak kullanmasını teşvik eder.
 - Özgüven, beceriklilik, sabır, iyimserlik, kararlılık ve yaratıcılık gösteren dayanıklı bireylerde açığa çıkar.
 - İletişimde, olumlu örnekleme kullanılmalıdır. Korku veren durum veya görüntüleri betimleme yerine çocuklara korktukları zaman kendi kendine yetebilmeyi, başa çıkabilmeyi gösterilmesi önemlidir.
 - Zarar vermeyin: Çocuklara gerçeği doğru bir şekilde resmederek faydalı bilgileri öğretmek ve onları korumak ile çocuklara yanlışlıkla zarar verecek ve onları daha da travmaya sokacak derecede bazı durumların fazlaca aşikarane veya görsel içerikle paylaşılması arasında ince bir çizgi vardır.
4. Çocuklara yönelik iletişim, en çok korunmasız olanlar da içerilecek şekilde, tüm çocukların ihtiyaçlarına yer vermelidir” ve şu önerilerle desteklenmektedir: Her bir çocuğun ve yetişkinin değerini yansıtın; iletişimin klişelerden bağımsız olmasını sağlayın, yerel kültür ve geleneklerin olumlu yönlerini yansıtın ve besleyin.

FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYONDA ÇOCUĞUN İLETİŞİME DAHİL EDİLMESİ

Konuşmaya Başlamak: Girişler ve Açıliş

İlk ziyarette, odaya girmeden önce çocuğun tam adını bildiğinizden emin olun. Odaya girdikten sonra, çocuğa hangi adla seslenildiğini ve yetişkinlerin nasıl ele alınmasını istediğini kontrol edin. Her zaman çocuk ve aile üyelerine isimleriyle seslenin. Anneye “Annesi” veya “Anne” veya babaya “Babası” olarak hitap etmeyin . Ailenin rolüyle ebeveyne başvurmak ise uygundur. Örneğin, bir çocuğa şöyle diyebilirsiniz: “Annen, ağrın olduğundan bahsetti. Bana onlardan söz et.”

Çocukla konuşmaya başlarken fizyoterapistin kendini tanıtmayı önemlidir. Çocuk sözel olarak kendini ifade edebiliyorsa, önce kendisine hitap etmesi uygun olur. “Merhaba. Demek sen Ali’sin (onay için bekleyin). Tanıştığımıza memnun oldum. Ben fizyoterapistim ve (beraberindeki yetişkinlere bakarken) bugün seninle birlikte gelen kimler?”

Hastanız bir bebek veya çocuk ise, eşlik eden yetişkine hitap edeceksiniz. “Merhaba. Ben Fizyoterapist Cemil, peki ya siz?” Yanıt, sadece yetişkinin nasıl ele alınmasını istediği konusunda sizi ipucu olarak değil, aynı zamanda hastayla olan ilişkisini de doğrular. “Ben, Ayşe, Ali’nin annesiyim.” Eşlik eden yetişkin, çocuk ilişkisini açıklamazsa, sorulabilir.

Yapabiliyorsanız hem çocuğa hem de ebeveyne bakacak şekilde oturma düzenini ayarlayın (ya da oturacak yer yoksa nerede duracağımızı seçin). Çalışmalar, 6-12 yaşındaki bir çocuğun, ebeveyn ve sağlık profesyonelinin eşit mesafeli bir üçgen düzenlemeyle oturduğunda tartışmaya aktif olarak katılabileceğini göstermiştir. Oturarak konuşmak, diyaloga katılımı artırır.

Çocuğun dosyasını ya da bilgilerini okumak zorundaysanız, bunu açıklayın. “Dosyadaki bazı bilgileri kontrol etmem için bana biraz zaman verin, konuşalım.” Bilgisayar kullanıyorsanız, ekranına

sizinle birlikte bakması için çocuğu ve ebeveyni bile davet edebilirsiniz.

Bir miktar güncel sohbet veya bir ya da iki tıbbi olmayan soru, çocuğu ve beraberindeki yetişkinleri rahatlatmaya yardımcı olabilir. Daha sonra, bir çocuğa neden kliniğe/merkeze geldiğini veya neden hastaneye kabul edildiğini sormak, çoğu zaman yararlı bir başlangıç noktası olabilir. Beklentilerin anlaşılması ve yönetilmesi önemlidir, bu nedenle hem çocuk hem de ebeveynlere ziyaret veya fizyoterapi ve rehabilitasyondan beklentilerini sormak uygun olacaktır.

Sunumlar ve ilişki kurmanın ardından, fizyoterapistin çocuğun ve ebeveynin endişelerini ve nedenlerini karşılaması gerekir. Kaygı duymadan endişelerini dile getirmelerine izin vermek önemlidir. Fizyoterapist bir görüşmede tüm endişelerin ele alınamayacağını hissediyorsa, gündem belirlemek için çocuk ve ebeveyni ile birlikte çalışmalı ve bu sırada hangi meselelerin ele alınacağını ve hangisinin daha sonra ele alınacağını belirlemelidir.

Konuşma

Çocuklarla çalışan fizyoterapistlerin, yalnızca veri toplama aşaması değil, çocukların bakımlarının tüm aşamaları hakkında tartışmalara aktif olarak katılmaları için bilinçli bir çaba sarf etmeleri gerekir. Küçük çocuklar tedavi ile ilgili kararların çoğunu veremese de, bu kararlara katılabilir ve fırsat verilirse endişelerini, fikirlerini, tercihlerini dile getirebilirler ve tedavi hedefleri konusunda görüş ve beklentilerini sunabilirler.

Bir çocuğun, fizyoterapistin çocukla konuşmaya katılmayı deneyene sözel iletişim yeteneğine karar vermek zordur. Bir çocuğun büyüklüğü ve kronolojik yaşı her zaman gelişimsel yaşla veya sözlü becerilerle ilişkilendirilemeyebilir. Çocuğu konuşmaya anlamlı bir şekilde dahil etmek zor olabilir. Çocuklar açık uçlu sorular konusunda yetişkinlerden daha sık zorluk çekerler ve bir soruyu cevaplamak için yetişkinlerden daha fazla zamana ihtiyaç duyarlar. Çocuğa zaman verin ve düşüncelerinizi bir araya getirmek için zamanınızı ayırın, yanıt beklemede rahat olduğunuzu gösterin, sabırlı, bekleyen bir görünüm sergileyin (örneğin saatinize bakmayın).

Çocukların ebeveynlerinin söylediklerinden etkilenmesi olasıdır ve ebeveynlerinin veya fizyoterapistin istediğini düşündükleri yanıtları verme olasılıkları yüksektir. Bazen çocuğu kendi düşüncelerini dile getirmesi için cesaretlendirmelisiniz. “Bu annenin ve benim söylediklerime çok benziyor; katıldığına emin misin? Farklı ne söylemek istersin?”

Çocuğun özerklik arzusu (fizyoterapist veya ebeveyni tüm kararları almasına karşı) çocuğun yaşına, gelişim düzeyine ve bireysel kişiliğine bağlı olarak çocuktan çocuğa değişir. Fizyoterapist bu konuda çocuğun ve ebeveynlerin isteklerini tespit etmelidir.

Konuşmanın Bitirilmesi

Bir hastayla görüşmenin etkili bir şekilde sonlandırılmasının için üç önemli bileşen vardır:

a. Özetleme

Klinik bir görüşmenin sonunda özetlemek, öncelikle ailenin durumu nasıl gördüğünüzü anladığından emin olmak için bir tekniktir.

b. Planın Açıklanması

Tedaviyle ilgili planı açıklamak çocuğun durumla baş etmesine yardımcı olur. Çoğu insan belirsizlikle başa çıkmakta zorlanır ve ne olacağına dair düşünceler endişe vericidir. Plan ne kadar karmaşık-sa, çocuğun ya da ebeveynin gerçekten onu anladığından emin olmak zorlaşır. “Anlıyor musunuz?” sorusuna verilen evet yanıtı, güvenilir bir anlama göstergesi değildir. Birçok çocuk anlamadıklarını kabul etmekten utanır. “Açıklığa kavuşturmadığım ya da açıklamamı istediğim bir şey var mı?” Sorusu, çocuğun ya da ebeveynin açıklama istemesi için daha cesaret vericidir. Konuşabilen çocuk için, “Şimdi Murat, neden bugün ne yapacağımızı bize söylemiyorsun?” diye sormak hem sağlayıcı hem de ebeveyn için çok aydınlatıcı olabilir.

c. Sorular İsteme

Ayağa kalkarken ve kapıya doğru ilerlerken verilen tipik “Herhangi bir sorunuz var mı?” sorusu yerine “Ne gibi sorularınız var?” diye sormak, oturmaya devam etmek, anlamlı bir cevap vermeyi kolaylaştırır.

Uygun Kelime Seçimi

Çocuklarla iletişim kurma konusunda birçok yön olsa da düşüncelerimizi iletmek için kullandığımız kelimeler mesajın nasıl alındığı için çok önemlidir. Örneğin, sadece şu rahatla ifadesi rahatlamak için yeterli olmayabilir, çocuğun kişiliğine ve duygu durumuna göre başka ifadeler de bulmanız gerekebilir.

Platt ve Gordon (2004) ayrıca, belirli kelimelerin önemini kabul etmekte ve bir klinisyenin “Tamam” cevabındaki sorunlara dikkat çekmektedir. Bu kelime çok kesin değildir ve daha net bir açıklamayı gerektirir.

Diyalog İçinde İletişim

İletişimin iki yönlü (veya üç yönlü: çocuk, ebeveyn, fizyoterapist) olması gerekir. Bu bir monolog ya da soru-cevap alıştırmaları değildir. Protokol odaklı iletişime dikkat edilmelidir. Sert, önceden belirlenmiş soru serisi çocuğu bir birey olarak görmediğinizi gösterir. Doğrudan çocuğa bakmak ve aktif göz temasını sağlamak, güçlü iletişim araçlarıdır.

Klasik pediatrik üçlü görüşme için, tüm taraflar arasında eşit mesafeli üçgen oturma düzeni idealdir. Dört kişi katılırsa, en iyi düzenleme karedir. İdeal mesafe müdahaleci olmayan bir mesafedir ve fizyoterapistin öne eğilmesine ve çocuğa dokunmasına izin verir.

Konuşmanın büyük kısmı, özellikle çocuk merkezli olmakla birlikte, fizyoterapistin başka yaklaşımları kullanması gereken zamanlar vardır. Görüşmenin bilgi toplama aşamasının çoğu sorun veya hastalık odaklı olacak ve görüşmenin son kısmı hasta-problemlili ve fizyoterapist odaklı bir kombinasyon olacaktır.

Dinleme

Zaman, tüm sağlık hizmet sağlayıcıları için çok değerlidir ve çocuk ile görüşmesini kısaltarak zaman kazanmaya çalışmak cazip gelebilir. Bununla birlikte, bu çoğu zaman yanlış anlaşmaya ve aslında

hastaları çözmek için daha fazla zamana ihtiyaç duyabilecek hasta memnuniyetsizliğine neden olur.

Çocuk hastanızı veya ebeveyni size hikâyeyi anlatması için davet ederek başlayın. “Duru, bana kendinden ve seni bugün buraya getiren sorundan bahsedebilir misin” veya annesi için “Filiz hanım, bana Duru’nun sorununun ne olduğunu anlatabilir misiniz?”

“Sadece dinliyorum.” “Anlıyorum.” “Anladım. Lütfen devam edin.” ya da başını sallama, öne eğilme veya yumuşak bir “hımm” veya “hı hı” gibi sözsüz işaretler kullanın. Saatinize bakmayın. Ayrılmak için acele ettiğiniz izlenimi yaratacak bir şey yapmayın.

Açık uçlu soruları ve ardından gerektiğinde yönlendirilmiş ve daha spesifik soruları kullanın. Bazı hastalar diğerlerinden daha fazla yöne ihtiyaç duyarlar, ancak konuşma sırasında çok erken bir yön veya yönlendirme hastanın veya ebeveynin hikayesini anlatmasını engelleyebilir ve yanıltıcı olabilir.

Platt ve Gordon (2004), onaylamanın dinlemenin önemli bir parçası olduğuna işaret etmektedir. Bu, hastaya size ne söylediğini nasıl yorumladığınızı açıklamak ve hasta farklı bir şekilde görürse bu yorumlamayı değiştirmek anlamına gelir.

Hasta sorunları çözmeden konuşmaya devam ederse ne olur? Nguyen ve diğ. (2013) “Size belirli soruları sormak için araya girmem uygun olur mu?” Diye sormayı önerir.

Çocuğun Konuşmaya Dahil Edilmesi

Son yıllarda çocukla çalışan profesyoneller, giderek sohbete çocuğu dahil etmeye başlamıştır. Hollandalı araştırmacılar, 1970’lerden 1990’lara kadar arşivlenen pediatrik konsültasyonları gözden geçirdi ve bu yıllar boyunca yaklaşımın çocuk merkezli olduğunu, konuşmada daha fazla çocuk hastasının bulunduğunu belirtmektedir.

Çocukları sadece fiziksel semptomlarını tanımlayarak değil, aynı zamanda duygularını tartışarak ve karar vermeye katkıda bulunarak tartışmalara katılmaya davet etmemiz gerekir. Örneğin, fizyoterapist bir çocuğa şöyle diyebilir “Keremciğim senin nasıl hissettiğini merak ediyorum; yaklaşan ameliyatın hakkında ne düşündüğünü anlatmak ister misin?”

İletişimi Kolaylaştıran Teknikler

Fizyoterapistin diyalogu kolaylaştırmak için kullanabileceği birkaç teknik vardır. Bu tekniklerin başarılı bir şekilde kullanılması fizyoterapistin kendi önyargılarından haberdar olmasına bağlıdır. Önyargılar, önceki deneyimlerin veya bilgilerin düşüncemizi nasıl etkilediğine işaret eder. Hepimizin önyargısı vardır ve onların farkında olmamız gerekir. Bizi rahatsız eden şeyin ne olduğunu ve öfke veya küçülme gibi çeşitli duyguları neyin tetiklediğini anlamamız gerekir, böylece bu reaksiyonlar hastalarımıza sunduğumuz bakımı etkilemez.

a. Empati

Empati en iyi, bir hasta veya ebeveyn tarafından yaşanan duyguları tanıma ve bu kişiyi bu duyguyu tanıdığınızı ve takdir ettiğinizi gösterme kapasitesi olarak tanımlanır. Platt ve Gordon (2004) empatik bir cevabın, hastanın öfke, üzüntü ya da korku gibi güçlü duygularına en etkili cevap olduğunu

iddia eder. Myerscough ve Ford'a (1996) göre empatik bir yanıt profesyonelin hastanın nasıl hissettiğini anlamaya çalıştığını gösterir. Bu, fizyoterapistin çocuğun nasıl hissettiğini gerçekten bildiği ve ne hissettiğini hissettiği anlamına gelmez.

b. Yansıtma

Bu teknik, çocuğun söylediği önemli bir kelimeyi veya ifadeyi tekrarlamayı içerir. Bir çocuk duygularını konuştuğunda özellikle faydalıdır. Bir yorumlamadığınız için güvenli bir tekniktir; basitçe hastanın ne söylediğini duyduğunuz ve belki de onu üzerinde çalışmaya davet ettiğini yansıtır.

c. Aydınlatma

Netleştirmek yansıtmaktan daha yüksek bir beceri seviyesidir. Çocuğun ne söylediğini yeniden anlama veya tanımlama anlamına gelir. Netleştirme, çocuğun veya ebeveynlerin duygularını tanıma ve anlamalarına yardımcı olabilir.

d. Aynalama

Çocuğa veya ebeveynlere, onların duygularını algıladığınızı gösterir. Örneğin, "Kerem hakkında konuşurken çok üzgün görünüyorsun. Ağlamak istiyormuş gibi görünüyorsun." Bu, bireyi ifade etmeye hazır olmadığı duygularıyla başa çıkmaya teşvik edebilir. Ancak aynalama yaparken ailenin duygu durumuna dikkat edip bireysel yaklaşmak ve dikkat etmek gerekir.

e. Görüşme Boyunca Özetleme

Görüşme sırasında özetleme, çocuğu doğru anladığınızı doğrulamak için güçlü bir tekniktir. Ayrıca çocuğa da ekleme fırsatı sunar. Neden özetlediğini açıklamasını isteyebilirsiniz. "Duru, bana ne söylediğini anladığımdan emin olmak için söylediklerimi özetleyebilir misin?"

f. Sessizlik

Sessizlik iletişim için bir araç olabilir ve sağlık hizmetleri sağlayıcılar sessizlikten rahatsız olmamalıdır. Çocuğun sessizliğinin birçok nedeni olabilir. Öfke veya güven eksikliğini gösterebilir. Bunun nedeni, çocuğun duygularını kelimelere dökmek için uğraşıyor olması veya ortaya çıkarmak için tereddüt ettiği bir şey olduğu olabilir. Sessizliğin uygun şekilde kullanılması, çocuğa düşüncelerini toplamaları veya korkutucu ya da utanç verici olarak algılanan bir şey hakkında konuşma cesaretini toplamaları için zaman verir. Çocuğu acele etmediğinizi iletmek faydalı olacaktır: "Kerem, bu zor olabilir. Acele etme."

Bir çocuk sessizlik içinde devam ederse, devam etmek düşünülebilir: "Duru, bunun hakkında konuşmanın zor olduğunu görüyorum. Bunu daha sonra da konuşabiliriz, ne dersin?"

g. Uygun Dil

Sade bir dille ve çocuğun anlayış düzeyinde konuşun.

FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON İÇİN ÇOCUKLUK ÇAĞINDA İLETİŞİM MODELLERİ

1. Sağlık Bakımında Çocuk Geçiş İletişim Modeli

Aile temelli bakımı köken alan bu modelde, geçiş terimi, genel olarak toplum içindeki konumlandırılmalarının geçici ve sürekli değişen durumundan etkilenen, iletişim sürecinde yer alan çocukların geçici ve sürekli değişen durumlarını ifade eder. Model, iletişim sürecinde, pasif seyirciler veya aktif katılımcılar olarak, çocukların sağlık çalışanlarının konumlandırılması için gerekçeler olarak ortaya çıkmış olan birçok teorik açıklamaların bir vizyonunu sunmaktadır. Çocuk hastaların kendi bakış açıları temel alınarak geliştirilmiş bir modeldir. Bunu yaparken, bir çocuk kliniği ortamındaki çocuklar ile uzmanlar arasındaki iletişimin kişilerarası mikro bir düzeyde, makro düzeyde dış çevrede potansiyel olarak nasıl etkilendiğini ve bu iki iletişimin birbirine bağlı olduğunu inceler.

2. Dur-Bak-Dinle Modeli

İletişim için bu basit model uzun süredir kullanılmaktadır. Psikiyatrik literatürde ortaya çıkmış olsa da herhangi bir çocuk ile karşılaşmak için de geçerlidir. Özellikle zorlu konuşmalarda yardımcı olabilir.

Dur: Başka bir şey düşünmeyi bırak ve iletişim kurduğun kişilere konsantre ol. Kendi ruh halinin farkında ol; acele mi hissediyorsun, savunuyor mu yoksa kızgın mı?

Bak: Çevrenin ve odadaki herkesin farkında olun. Ortam yeterince gizlilik sağlıyor mu? Hangi dikkat dağıtıcı şeyler var? Çocuğun duygusal durumunu, yüz ifadelerinden ve beden dilinden ve sözlerinden anlamaya çalışın.

Dinle: Çocuğun sözlerini dinleyin ve arkasındaki duyguları anlamaya çalışın. Çocuk konuşurken ne söyleyeceğinizi düşünmeyin. Bir cevap formüle etmeden önce çocuk ile tekrar kontrol ederek anlayışınızı onaylayın.

3. Davet et – Dinle – Özetle Modeli

Platt ve Gordon (2004) ve Boyle (2005) tarafından geliştirilmiştir.

Davet et: Çocuktan hikayesini anlatmasını isteyin. “Bana kendinden bahset ve neden buradasın biliyor musun” gibi açık uçlu sorular kullanın.

Dinle: Çocuğa minimum kesinti ile konuşma şansı verin. Hem sözel hem de sözel olmayan yanıtları dinlediğinizi gösterin. Açık yönergelerle çocuğu yönlendirin, “Bana bundan daha fazla bahset.” veya açık sorular, “Bunun hakkında ne hissediyorsun?”, özel sorulara çok erken girmeyin.

Özetle: Durumu nasıl gördüğünüzü açıklayın. En önemli klinik bulguları ve bunları nasıl yorumladığınızı gözden geçirin. Çocuğa soru sorma, bilgi ekleme veya düzeltme önerme fırsatı verin. Bu modelde, özetleme sadece konuşma sonunda değil, konuşma sırasında da tekrar tekrar yapılır.

4. İletişimde Kapsamlı Model

Bu model, özellikle zor durumlarda kapsamlı bir kontrol listesi olarak kullanışlıdır.

Uyum: Bu madde, ilk karşılaşmada ortamı yumuşatmak için bazı sosyal konuşmacılarla başlayabilir, ancak gerçek ilişki daha fazlasını gerektirir. Çocuğun hikayesi ve bakış açısı ile ilgilendiğinizi gösterin.

Empati: Çocuğun duygularını ve duygularını anlamak, onları kabul etmek ve duygularını doğrulamaktır.

Destek: Çocuk ve aile için bakım ve yardım alma engellerini sorun. Onlar için orada olacağınıza dair güvence verin.

Ortaklık: Kontrol konularında esnek olun ve karar vermeyi paylaşmaya istekli olun. Birlikte çalışarak stresi azaltın.

Açıklamalar: Kısaltmalar ve tıbbi terimlerle konuşmaktan kaçının. Sözel açıklama teknikleri kullanın. Anlamak için kontrol edin.

Kültürel yetkinlik: Ailenin kültürüne saygı gösterin ve aynı zamanda kendi kültürel ve genel önyargılarınızdan haberdar olun. Bir çocuğun kültürünün duygularını veya davranışlarını nasıl etkileyebileceğini düşünün ve çocuğa sorarak anlamaya çalışın.

Güven: Bazı çocukların kendilerini ifade etmenin zor olabileceğini unutmayın. Olumsuz düşünce ve duygularını kabul edin. Dürüst ve şefkatli olun.

5. Bakım İletişim Modeli

Fizyoterapist- çocuk ilişkisinde kapsamlı bir kontrol listesi yerine kullanışlı hatırlatmalar içerir (Myerscough and Ford, 1996).

Rahatlık: Çocukları ve aileleri etkili bir şekilde rahatlatmak için, fizyoterapistin duygusal sorunları ve diğer zor konuları tartışmaya istekli olması gerekir. Fizyoterapist, çocuğa ve ebeveynlerine, cinsellik gibi hassas konulardan korkmadığını veya ertelediğini göstermelidir.

Kabul: Fizyoterapistin, çocuğun veya ebeveyninin hastalık ve terapi hakkındaki duygularını, bu duygular uygunsuz veya karşı-üretken olsa bile, tanıdığı, anladığı ve kabul ettiği anlamına gelir. Kabul, fizyoterapistin bu duyguları kabul ettiği anlamına gelmez, ancak fizyoterapistin öfkeyle yanıt verebileceği veya hastayı reddedeceği anlamına gelmez.

Duyarlılık: Dolaylı ve eksik mesajların yanı sıra doğrudan duygu ifadesine cevap vermeyi de içerir.

Empati: Empati ile cevap vermek genellikle bir çocuğun veya ebeveynin duygularıyla baş etmenin en etkili yoludur. Empatinin temeli, çocuğun veya ebeveynin bakış açısını anlamak ve bu bakış açısını kabul etmektir.

ÇOCUKLARDA YAŞA UYGUN İLETİŞİM VE GELİŞİMSEL KONULAR

İletişimin amaçlarını anlamak, fizyoterapistin çocuklarla ve aileleriyle iletişim kurmadaki başarısını artırır. Bu hedefler çocuğun yaşına göre değişmekle birlikte fizyoterapist için hedefler aşağıdakilerin bir kombinasyonunu içerir:

- Sıkıntıyı gidererek, endişeyi yatıştırma ve güvence verme
- Çocuk ve aile üyeleriyle ilişki kurma

- Çocuğun konuşma ve dil gelişimini değerlendirme
- Ebeveynler ve aile üyeleri için uygun iletişim stratejileri ve dil kullanımını modelleme
- Fiziksel değerlendirme ve tedavi için iş birliği yapma
- Doğru tedavi için gerekli bilgileri edinme
- Hasta ve ailenin tedaviye uyumunu artırma
- Hastaları ve aileleri sağlık koşulları hakkında eğitme
- Bireye saygı ve saygı gösterme

1. Yenidoğan

Anlama

Bebekler ve sosyal çevreleri arasındaki iletişim, doğum anından itibaren aktiftir ve çok hızlı bir şekilde ortaya çıktığı için doğuştan programlandığı düşünülmektedir. Bebekler insan sesine ve insan yüzüne ilgi gösterir ve insan etkileşimine cevap verir. Yaşamın 3 gününde, yeni doğan annesinin sesini diğerlerinden ayırabilir. Bir insan sesini dinlerken, bebek bakar veya gülümser. 4 aylıkken bebek farklı ses tonlarına cevap verir. 6 aylıkken, bebek net bir tonda “hayır” derken davranışını sonlandırır; bununla birlikte, bebek aynı keskin tonda söylenirse “evet” e aynı şekilde cevap verecektir. Bu, bebeğin kelimenin anlamını henüz anlamadığını ancak tonunu kavradığını gösterir.

Yetişkinler, bebekleri neredeyse yaşamın ilk gününden konuşmayı alıyormuş gibi davransalar da gerçek sözcük kavrayışının başlaması 8 ayı bulur. Bu, kavrama bağlamsal olarak çok sıkı bir şekilde bağlıdır. Bebek rutinlerle ilişkili olan tanıdık kelimelere cevap verecektir. Ebeveyn, “Hadi pasta yiyelim” dediğinde bebek alkışlayacaktır, ancak tek tek kelimelerin özel anlamlarını anlamayacaktır. 9 ila 12 ayda, bir anne “Fincanı anneye ver” dediğinde ve bebek öyle yaparsa, bebeğin bu sözlü emri anladığına inanabilir. Bununla birlikte, anne bardağa bakıp ardından bebeğe bakmıştır ve büyük olasılıkla da bardaktan içmeyi taklit eden jestleri kullanmıştır. Tipik olarak gelişen bebek, anne bunu yaptığı zaman bardağa bakar (ortak dikkat); bebek gördüğü davranışı taklit edecektir ve bebeğin davranış repertuarının göreceli olarak sınırlı olması nedeniyle, kupayı anneye vermesi, cesaretlendirmesi ve övgüsü kazanması muhtemeldir.

İletişim Stratejileri

Çocuğun diline bakılmaksızın, konuşma seslerinin edinilmesi belli bir genel kalıbı izler. Bir bebeğin iletişiminin temel şekli ağlamadır. Doğumdan sonraki haftalarda, farklı çığlıklar açlık veya acı gibi farklı duygusal durumları temsil ediyor gibi görünmektedir. Bu farklılıklar bebek tarafından kasıtlı değildir, ancak yetişkinler tarafından fark edilir ve yanıtlanır. Bunlar, hapşırma ve öksürükler gibi diğer sesler de yansıtıcıdır ancak yetişkinler tarafından kasıtlı olarak kabul edilir. Bu şekilde, bebekler seslerin iletişimsel olduğunu öğrenirler. 2 -5 ay arası, bebekler sosyal etkileşime yanıt vermeye başlarlar. Anatomik yapılar bu seslendirmelerin niteliğini belirler. Gülme, aynı zamanda gelişir ve sıklıkla sosyal bir gülümsemeyle birlikte olur. Erken çocuk formları (vokal oyunu) 4 -8 ayda ortaya çıkar. Bebekler bu oyuna, yalnız olduklarında ve aynı zamanda yetişkinlerle temasa geçmenin ya da onlarla temasa geçmenin bir aracı olarak katılmaktadırlar. Yaşamın ilk yılının ikinci yarısında, tekrarlayıcı gevezelik ortaya çıkar. “Ma-ma-ma-ma” veya “ba-ba-ba-ba” sesleri ortaya çıkmaya başlar. Yine, bu vokalizasyonun çoğu, bebek yalnız olduğunda ve bebek yetişkinlerle etkileşime girdiğinde

meydana gelir. Bu bebek sesleri 10 aylıkken üretilmezse, bebek bir dil bozukluğu gelişimi açısından önemli bir risk altındadır. Bebeklerde iletişimin diğer yönleri;

- Yaklaşık 1. ayda göz teması
- 4. ayda seslere cevap olarak seslendirme
- 4. ay boyunca sosyal etkileşimler için bakışın kullanılması
- İletişimin 8-10 ay arasında bir sonuç için bir araç olarak kullanılması. Sonuçlar, yetişkinlerin dikkatinden veya nesnelere edinilmesinden oluşur. Nesnelere tutmak ve işaret etmek, iletişim için yaygın olarak kullanılır.
- Ortak dikkat girişimlerine güvenilir bir şekilde yanıt verilir ve 12 ay içinde başlatılır. Ortak ilgi, göz teması kurarak, bir nesneye bakarak ve sonra göz teması kurarak başkasının dikkatini yönlendirmekten ibarettir. Nesne ile önceki kişi arasındaki bakışı değiştirmek, tekrar tekrar ortaya çıkabilir ve çoğu zaman seslendirmeye ve daha sonra sözlüleştirilmeye eşlik eder. Bu girişimler nesneyi elde etmek için değil, doğada tamamen sosyal olarak kabul edilir. Bu iletişim protodekülatif olarak sınıflandırılır ve referans konuşmanın öncülerinden oluşur.



Proto-operatif iletişim nesnelere veya eylemler için talepler veya dinleyicinin bir şeyler yapması veya bir şeyler yapmayı bırakması taleplerinden oluşur. Bu iletişim, sesler, jestleri taklit etmek, işaret etmek ve göstermek yoluyla gerçekleştirilir.

Bebeklerle iletişimin hedefleri;

Bebeğin sıkıntısını yatıştırma ve rahatlatma ve prelinguistik konuşma gelişimini ve sosyal gelişimini değerlendirme olarak sıralanabilir. Bebeklerde,

- Çocuğu rahatlatmak ve etkileşim için iletişimi kullanarak fiziksel değerlendirme kalitesini artırın
- Ebeveynleri, bebekleriyle uygun iletişim kurma ve teşvik etme konusunda eğitin.

2. Bebekler ve Okul öncesi Çocuklar

Karşılıklı konuşma

12-18 aylıkken, yürümeye başlayan çocuk rutin olmayan, bazı bağlamsal destekli, tek kelimeleri anlar. 15- 16 ayda, küçük çocuklar kendi vücut parçalarından birkaçını işaret edebilir. 18-24 ayda, görüş alanında olmayan nesnelere için tek kelimeleri ve bazı iki kelimeli kombinasyonları anlayabilirler (Amerikan Konuşma-Dil-İşitme Derneği, 2014; Paul, 2002). Bazı aksiyon fiilleri ancak 2. yaşta anlaşılabilir. Bağlam ve tecrübe anlamı belirler. Kelime hazinesi bu süre zarfında katlanarak büyür. Hızlı haritalama stratejileri uygulanmaktadır: geribildirimlere dayanarak, kelime bilgisini geliştirir (Paul ve Mills, 2002). Çocuk 4 yaşına geldiğinde, temel dilbilgisi kurallarını anlar; ancak karmaşık cümleler, belli bağlaçlar (“sürece”, “Rağmen”) ve edatlar (“boyunca” veya “hakkında”) ve anlamlarını etkiledikleri cümlelerin sırası henüz anlaşılmamıştır.

İletişim Stratejileri

İlk anlaşılabilir kelimeler 8-18 ay arasında söylenir. İfade edici jargonlama ikinci yıl boyunca meydana gelir. İlk kelimeler genellikle isimlerdir ve çocuğun iyi gördüğü ve iyi bildiği bir şeydir. Etkileyici kelime dağarcığı da büyür: 12 ayda 3 kelime; 15 ayda 10 kelime; 18 ayda 100 kelime; 2 yılda 300 kelime; 3 yılda 900 kelime; 4 yılda 1.500 kelime ve 5 yılda 2.100 kelime. 50 tek kelime edinildiği zaman, yürümeye başlayan çocuk, kelimeleri en önemli kelimeleri içeren ve sonları bırakarak, telgraf cümleleriyle birleştirir. Cümleler 36 ayda 3-4 kelime arasındadır. Bebek 2 veya 3 rengi tam olarak bilir, çoğu zamirleri bilir ve “ne” ve “nerede” sorularını kullanabilir. Tipik gelişen çocuk 4 yaşına kadar tamamen anlaşılırdır ve neredeyse her zaman konuşma seslerini doğru yapar. 5 yıl boyunca, düzenli geçmiş zaman fiilleri, olumsuz cümleler, sorular ve basit bağlaçlı karmaşık cümleler gibi “olmak” fiilleri öğrenilir.

İletişimin Öğrenilmesi

18-24 ay arasında, küçük çocuklar basit soruları güvenilir bir şekilde cevaplayabilirler. 2 yıla kadar bir konuşmada bir şey söyleme zorunluluğunu öğrenir (yani karşılık vermek). Konuşma konusuna bağlı kalmak, 3 yılda zamanın yaklaşık %50'sini oluşturur. 3 ila 5 yıl arasında, dilin istemek veya dikkat çekmek yerine daha fazla kullanımı, hızlı bir şekilde gelişir ve bilgi iletmeyi, geçmiş ve şimdiki olayları hatırlamayı, oyun oynama ve problem çözmeyi içerir. Sohbet devirmek, istendiğinde yorumları netleştirmek ve tabu sözcüklerden kaçınmak gibi pragmatik beceriler de ortaya çıkar.

Sosyal öğrenme, dil aracılığıyla gerçekleşir ve ebeveynler en önemli konuşma ortaklarıdır. Ebeveynler çocuklara ne yapacaklarını ve ne bekleyeceklerini ne anlama geldiklerini ve işlerin nasıl yürüdüğünü söyler. Bununla birlikte, 3-5 yaş arasında, çocuğun konuşma ortakları bölgesi büyük ölçüde genişler. Daha geniş okul topluluğunda faaliyet gösteren kreş, aile dışındaki yetişkinlerle ve akranlarıyla iletişim kurmayı içerir. İşbirlikçi oyun, taklit oyun, talimatlara uyma ve akademik öncesi öğrenme, ağırlıklı olarak sözlü iletişime dayanır. Dil sosyalleşmeye aracılık eder.

Erken Çocukluk ve Okul Öncesi İletişimin İşaretleri

- 5 yaşına göre birden> 2,000 kelimeye kadar üstel kelime artışı
- Alıcı dil ifade edici dilin önündedir
- Kavrama yetenekleri genellikle yetişkinler tarafından abartılır
- Temel dilbilgisi ve konuşma kuralları 5 yaş civarında gelişir.

Yeni yürümeye başlayan çocuklar ve okul öncesi çocuklar ile iletişimin amaçları

- Bebeklerle iletişim için tüm hedefleri dahil edin
- Mevcut semptomlar hakkında bilgi edinin

3. Okul Çağı Çocukları

Bilişsel Gelişim

Bilişsel gelişim ve dil gelişimi arasındaki ilişki genellikle vurgulanmamaktadır, ancak yürümeye başlayan çocukluktan sonra önemli bir rol oynamaktadır. Daha güçlü entelektüel kapasiteler tipik olarak daha güçlü iletişim yetenekleriyle pozitif yönde ilişkilidir ve bunun tersi de geçerlidir. Bununla birlikte, bu, zihinsel yeteneklerin ölçülme yöntemiyle karıştırılabilir. Tersine, soyut fikirler formüle edilinceye kadar soyut fikirler hakkında konuşamazsınız. Bilişsel ve dil gelişimi arasındaki ilişkinin niteliği iyi anlaşılmamıştır.

Aile Faktörleri

Aile faktörleri, çocuğun iletişim tarzını ve karmaşıklığını etkiler. Konuşmanın daha fazla olduğu ailelerde çocuklar daha fazla kelime dağarcığı ve kullanımı sergilerler. Dil gelişimini destekleyen diğer aile faktörleri şunlardır: kullanılan isimlerin ve değiştiricilerin çeşitliliği ve miktarında artış; Çocuklarla yapılan konuşmalarda olumlu geribildirim tonu; isteklere veya sorulara cevap verme; ve konuşmadaki detaylara vurgu yapmak.

Özel Bir Konu: Sorumluluğun Geliştirilmesi

Çocuklara sağlık hizmeti sağlamadaki önemli bir konu, çocuğun sağlığını korumaya, sağlık kararlarını vermeye ve sağlığı ve refahı etkileyen davranışların sorumluluğunu üstlenmeye aktif katılımının geliştirilmesidir. Sorumluluk ve birlikte gelen bağımsızlığın geliştirilmesi, çocukluktan erişkinliğe kadar süren devam eden bir süreçtir. Bilişsel gelişim önemli bir rol oynamasına rağmen, sosyo-kültürel faktörler bu gelişimsel yaydaki anahtar bileşenlerdir.

Sosyal ve Kültürel Faktörler

Sosyal ve kültürel konular, bir çocuğun başkalarıyla nasıl iletişim kurduğunu büyük ölçüde etkiler. Her kültür, her gelişim aşamasındaki çocukların rollerini tanımlar ve çocukların yetişkinlerle etkileşime girme ve onlarla iletişim kurmasının beklendiği, aile üyeleri, yaşlılar, öğretmenler ve sağlık hizmetleri sağlayıcıları da dahil olmak üzere otorite figürlerinden beklentileri vardır. Bazı kültürlerde, çocukların yalnızca yetişkinler hitap ettiklerinde konuşması beklenir. Ergenlik döneminde bile bir yetişkinle konuşmaya katılmaları beklenmemektedir. Kültürel veya sosyal nedenlerden dolayı, bazı

çocuklar açık uçlu soruların amacını veya beklenen yanıtı anlayamayabilir. Yetişkinlerle düşünceleri, duyguları, deneyimleri veya görüşleri hakkında konuşma konusunda deneyim sahibi olmayabilirler. İletişimin sözel olmayan yönleri de etkilenebilir. Örneğin, bazı kültürlerde, otorite içinde yetişkinlerle göz teması kurmadan saygı gösterebilir. Tabii ki, bu gelişimsel sorunlar daha genel kültürel iletişim zorlukları bağlamında ortaya çıkmaktadır. Örneğin, farklı kültürler yükseltilmiş bir ses tonuna farklı anlamlar verirler. Anlaşmazlığı ifade etme veya uygun açıklama seviyesiyle ilgili farklı tutumlar, kültürel bir grup içindeki her yaştan kişiyi etkileyebilir.

Okul Çağı Çocuk İletişimin İşaretleri;

- Figüratif dilin anlaşılması başlar ve gelişmeye devam eder
- Sözcük anlamadaki gelişmeler gelişir
- Zayıf okuma becerileri ve maruz kalma eksikliği iletişimin karmaşıklığını etkiler
- Fonolojik farkındalığın kazanılması okuryazarlık gelişiminin yordayıcısıdır
- Kelimelerin eş anlamlılarını veya kategorik terimleriyle tanımlayabilme yeteneği (işlev veya kişisel ilişkilendirme yerine) geliştirir

Okul Çağı Çocuklarla İletişimin Amaçları;

- Bebekler, küçük çocuklar ve okul öncesi çocuklarla iletişimin tüm hedeflerini dahil edilebilir.
- Doğru bir tanı ve değerlendirme yapmak için gerekli bilgileri edinme
- Tavsiyeler ve tedavilerle iş birliği ve uyum sağlamak
- Bakım için onay almak
- Sağlık koşulları hakkında eğitmek
- Bireye saygı ve saygı gösterin

4. Ergenlik Öncesi, Gizlilik ve Hassas Konular

Yaş, entelektüel işleyiş, deneyim, mizaç, aile dinamikleri, sosyal, ekonomik ve kültürel faktörler gençlerin gelişim evresini etkiler. Okul çağı ve ergenlik arasındaki keyfi bir ayrım çizgisi yetersiz görünmektedir. Çocuğun ailesi olmadan ne zaman görüleceğini, hassas konuların ne zaman ele alınacağını ve gizliliğin ne zaman sunulacağını belirlemek, bireysel olarak ve bağlamda göz önünde bulundurulmalıdır. Gizlilik konusunun ebeveyni ile ilgilenilmesi gerekir. Ebeveynler çocuklarının sağlık hizmetleri hakkında bilgi edinme hakkına sahiptir. Postür ile ilgili yapılan bir değerlendirme, depresyon veya inkontinans değerlendirilmesinden farklıdır. Gerektiğinde fizyoterapist, erken okul yıllarında çocukları yalnız görebilir. Rehabilitasyonun amaçlarına göre hasta ve ailenin ihtiyaçları dikkatlice değerlendirilmelidir.

Nörogelişimsel Bozukluğu Olan Çocuklarda İletişim

Nörogelişimsel bozukluklar uzun süreli rehabilitasyon süreçlerini gerektiren durumlar olarak ön plana çıkmaktadır ve bu durumların fizyoterapisi karmaşık iletişim ve etkileşim gerektirmektedir. Ek (1990), fizyoterapi uygulamaları ile iletişimin birbirinden ayrılmayacağını ve iki paralel süreç olduğunu ve hasta terapist ilişkisinin tedavi içeriğinden ayrılmaz bir bütün olduğunu belirtmektedir.

Ayrıca, sözlü ve sözsüz tüm iletişim, çocukların emosyonel deneyimlerine katkıda bulunur. Terapi süresince etkileşim, çocuk ile terapist arasında karşılıklı bir öğrenme sürecini de doğurmaktadır.

Thornquist (1998), çocuk ile terapist arasındaki etkileşimin, farklı terapi seanslarında çevre ve bağlamı temel olarak analiz edilmesinin önemini vurgulamaktadır. Ayrıca, çocuklar için klinik koşullarda terapistlerin sosyal ve kültürel farklılıkların da farkında olması gerekliliğini vurgulamaktadır.

Nörogelişimsel problemi olan çocukların fizyoterapi ve rehabilitasyon süreçlerindeki iletişimi değerlendirildiğinde “Farklı ve rekabet eden bakış açıları” ve “Güvensizlik ve karışıklık” olarak belirtilen iki farklı olumsuz model ve “Ortak zemini aktif olarak arama” ve “Karşılıklı diyalog” olarak etiketlenmiş iki olumlu olmak üzere dört ana iletişimsel model tanımlanmıştır.

“Farklı ve rekabet eden bakış açıları” modelinde, sıklıkla terapist ya da çocuktan birinin (temel olarak terapistin) bakış açısı egemen olmaktadır; ancak iletişimdeki diğer taraf kendi görüşlerini sözsüz ve sözlü yorumlarla, çocuklar ise çoğunlukla sözel olmayan sinyallerle iletişimi devam ettirmektedir.

Diğer bir ana olumsuz örüntü tipini temsil eden modelde, etkileşim sırasında, katılımcılar ne olup bittiği, nasıl davranacağı ve ilerleyeceği konusunda güvensiz olarak yorumlayabilir ve / veya kafaları karışabilir. İlk modelde olduğu gibi, güvensizlik ve karışıklık sözlü yorumlarla ve / veya sözsüz olarak iletilmektedir.

İletişimde “ortak zemini aktif olarak arama” modelinde, sık olarak, her iki katılımcı da ortak bir anlayış ve durumun koordineli bir yorumunu oluşturmak için çaba harcamaktadır. Bu arama, aynı zamanda tamamen sözsüz, (özellikle de çocuklar) ve katılımcıların çeşitli aktiviteler sırasındaki hareketlerinin önemli koordinasyonu ile karşılıklı koordinasyonu da yapılabilmektedir.

“Karşılıklı diyalog” modeli, kooperatif iletişimin zahmetsiz akışıyla karakterizedir. Katılımcılar birbirlerini sezgisel olarak anlayabilir ve olan bitenin deneyimini paylaşabilir. Diyalog çoğunlukla sözel değildir ve hareketler ve yüz ifadeleriyle ifade edilir.

Nörogelişimsel bozukluğu olan çocuklarda, seans sırasındaki görevlerin, durumların ya da sürecin karmaşıklığı ve motor performansa verilen dikkat ile hastanın durumundaki negatif değişiklikler ve kısa ya da uzun süreli negatif deneyimler iletişimi olumsuz etkilemektedir.

Çocuklarda iletişimin stabilizasyonu ve değişkenliği, farklı araştırmacılarca dinamik sistemler perspektifinde değerlendirilmektedir. Klinik karşılaşmaların karmaşıklığı bağlamsal ve dinamik bir iletişim çerçevesi gerektirir, klinik anlaşılmanın geliştirilmesi ve iç görüyü arttırmak için iletişime dinamik bir sistem yaklaşımını uygulanmasını destekler. Dinamik sistemler çerçevesinde, bir terapi süreci, zaman içinde sürekli gelişen ve değişen, etkileşime giren bileşenlerin açık bir sistemi olarak tanımlanabilir. Bu perspektiften, sistemler kendiliğinden organize olmuş ve sırayla ortaya çıkan etkili davranışları ortaya çıkaran anlar yaratmaktadır.



Nörogelişimsel problemlili çocukların terapisinde fizyoterapistler için iletişim önerileri,

A. Kişisel tutumların geliştirilmesi:

- Açıklık
- Saygı duyma
- Aile ile birlikte sabırlı olma
- Farklı durumları bütüncül olarak görebilme
- Yargılamama
- Esnek olma

B. Eylemler:

- Aktif bir dinleyici olma
- Hastanın ihtiyaçlarına göre konuşma dili seçimi
- Bilgilerin anlaşılabilmesi için yeterli zaman ayırma
- Güven geliştirme
- Karşılıklı iletişimi inşa etme
- Kültürel farkındalığı geliştirme
- Gerektiğinde farklı resim ya da medya kullanarak çocukların vücut ve aktiviteleri ile ilgili konuşma
- Aktiviteleri çekici ve eğlenceli hale getirme; olarak sıralanabilir .

Serebral palsili çocuklarda iletişimin fonksiyonel olarak sınıflamasını sağlayan bir sınıflama sistemi geliştirilmiştir. Bu sınıflama ile Serebral Palsili çocuklarda günlük iletişim performansını I-V seviyeler arasında sınıflandırmaktır. İletişim Fonksiyonları Sınıflandırma Sistemi (İFSS), Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından tanımlanmış fonksiyon, özür ve sağlığın uluslararası sınıflandırmasında tanımlanan aktivite ve katılım seviyelerine odaklanır. Kişinin iletişimini iyi bilen aile, bakıcı ve/veya profesyonel, iletişim performansı seviyesini seçer. Serebral Palsili çocuklar ve adölesanlar kendi iletişim performansını sınıflandırabilirler. İletişim performansının tüm etkisi, onların en iyi kapasiteleri yerine günlük yaşamda iletişim gerektiren durumlara genellikle nasıl katıldıklarını temel almalıdır. Bu günlük durumlar, ev, okul ve toplumda meydana gelebilir. Eğer performans birden fazla seviyeye meyilli ise, kimi iletişimi sınıflandırmak zor olabilir. Bu olgularda, çoğu ortamda çocuğun genel performansını en yakından tanımlayan seviye seçilir. Bir seviye seçilirken, çocuğun algılanan kapasitesi, kognitif ve/veya motivasyonu dikkate alınmaz. İletişim, bir verici bir mesaj ilettiğinde ve bir alıcı mesajı anladığında görülür. Etkili iletişim sağlayan bir serebral palsili çocuk, konuşma isteği, ortam içeriği (toplum, okul, iş, ev), konuşma partnerleri ve konular dikkate alınmadan bağımsız olarak sırayla bir verici ve alıcı olur. İletişim performansının tüm metotları, İFSS seviyesi tanımlanmasında dikkate alınır. Bunlar konuşma, mimikler, davranışlar, göz teması, yüz ifadesi, artıcı ve alternatif iletişimlerin kullanılmasını içerir (AAİ). AAİ sistemleri (fakat kısıtlamasız) el işaretini, resimleri, iletişim tablolarını, iletişim kitaplarını ve konuşma araçlarını --- bazen ses çıkışı iletişim yardımcıları (SÇİY) (veya konuşma üreten araçları (KÜA) içerir. Seviyeler arasındaki ayrımlar, gönderici ve alıcı

rollerinin performansını, iletişim akışını ve iletişim partneri tipini temel alır. Aşağıdaki tanımlamalar bu sınıflandırma sistemi kullanılırken akılda tutulmalıdır. Etkili vericiler ve alıcılar, mesajların iletilmesi ve anlaşılması arasında çabucak ve kolayca lafi çevirir. Yanlış anlamaları açıklamak veya düzeltmek için, etkili verici ve alıcı mesajı tekrarlama, başka kelimelerle ifade etme, basitleştirme ve/veya açıklama gibi stratejileri kullanabilir veya isteyebilir. Özellikle AAİ kullanılırken hızı arttırmak iletişimi bozar, etkili bir verici uygun bir şekilde gramer olarak daha az doğru mesajları tanıdık iletişim partnerleri ile kelimeleri kısaltarak veya atlayarak kullanımına karar verebilir. Rahat bir iletişim akışı, kişinin mesajları kolayca ve çabukça nasıl anlayabileceği ve iletebileceği ile adlandırılır. Rahat bir akış, iletişim dönüşleri arasında iletişimde biraz durmalar ve az bekleme zamanı ile ortaya çıkar. Yabancı iletişim partnerleri sadece arada sırada kişiyle iletişime geçen yabancılar veya tanıdıklardır. Akrabalar, bakıcılar ve arkadaşlar gibi. İyi tanıdık iletişim partnerleri önceki bilgi ve kişisel tecrübeler sebebiyle kişiyle daha etkili şekilde iletişim kurulabilen kişilerdir. Fizyoterapistler ve meslekten olmayan insanlar arasında ortak bir dil kullanarak fonksiyonel iletişim performansının tanımlanmasında, AAİ'nin de dahil olduğu tüm etkili iletişim yöntemlerinin kullanılmasının farkına varılmasında, farklı iletişim çevresi, partnerlerin ve/veya iletişim görevlerinin seçilen seviyeyi değiştirebileceğinin karşılaştırılmasında ve çocuğun iletişim etkinliğini geliştirilmesi için hedefler seçilmesinde bu sınıflama sistemi pratik olarak kullanılabilir.

Seviye 1, yani iletişimi çok iyi olan serebral palsili çocuklarda, çocuk bağımsız olarak, çoğu ortamda çoğu insan ile alıcı ve verici rolleri arasında değişir. İletişim kolayca gerçekleşir ve tanıdık ve yabancı iletişim partnerleri her ikisiyle de rahat bir akıştaadır. İletişim yanlış anlamaları hemen düzeltilir ve çocuğun iletişiminin tüm etkinliği ile karışmaz. Biraz daha sorunu olan çocuklarda ise, bağımsız olarak, çoğu ortamda çoğu insan ile alıcı ve verici rolleri arasında değişir fakat iletişim akışı yavaştır ve iletişim ilişkisi daha zor olabilir. Çocuğun mesajları üretmek, anlamak ve/veya yanlış anlamaları düzeltmek için ek zamana ihtiyacı olabilir. İletişim yanlış anlamaları sıklıkla düzeltilir ve tanıdık veya yabancı partnerlerin her ikisiyle de çocuğun iletişiminin olası etkisini engellemez. Orta derecede sorun yaşayan çocuklarda çocuğun bağımsız olarak, çoğu ortamda tanıdık iletişim partnerleri (fakat yabancılar ile değil) ile alıcı ve verici rolleri arasında değişir. İletişim sürekli olarak çoğu yabancı partnerler ile etkili değildir, fakat genellikle tanıdık partnerle ile etkilidir. Biraz daha şiddetli sorunu olan çocuklarda, çocuğun alıcı ve verici rolleri sürekli değişmez. Bu tip uyumsuzluk farklı tiplerde iletişimciler arasında görülebilir. Çok şiddetli iletişim sorunu olan çocuklarda ise; çocuk kısıtlı bir alıcı ve vericidir. Çocuğun iletişimi çoğu insanın anlaması için zordur. Çocuğun çoğu karşındaki mesajlarını anlamada kısıtlılığı vardır. İletişim tanıdık partnerler ile bile nadiren etkilidir.

Serebral palsili çocuklar gibi iletişim problemi olan nörogelişimsel problemi olan çocuklarda yüz ifadeleri, el-kol hareketleri, çıkardıkları seslere dikkat edilmeli ve aileleri devamlı fizyoterapistin yanında olmalı ve gerektiğinde onlardan yardım istenmelidir.

KAYNAKLAR

1. Adler RH. Engel's biopsychosocial model is still relevant today. *Journal of psychosomatic research*, 2009, 67.6: 607-611.
2. Afrell M, Rudebeck Ce. 'We got the whole story all at once': physiotherapists' use of key questions when meeting patients with long-standing pain. *Scandinavian journal of caring sciences*, 2010, 24.2: 281-289.
3. Ajjawi R, Higgs J. Core components of communication of clinical reasoning: a qualitative study with experienced Australian physiotherapists. *Advances in health sciences education*, 2012, 17.1: 107-119.
4. Amer A, Fischer H. "Don't Call Me 'Mom'": how parents want to be greeted by their pediatrician. *Clin Pediatr*. 2009; 48:720-22.
5. American Speech-Language-Hearing Association. How does your child hear and talk? <http://www.asha.org/public/speech/development/chart>
6. Aviezer H, Trope Y, Todorov A. Body cues, not facial expressions, discriminate between intensive positive and negative emotions. *Science*. 2012; 338:1225-29.
7. Bensing J et al. Communication: the royal pathway to patient-centered medicine. *Patient Education and Counseling*, 2000, 39: 1-3.
8. Boyle D, Dwinell B, Platt F. Invite, listen and summarize: a patient-centered communication technique. *Acad Med*. 2005; 80:29-32.
9. Branco A. Social development in cultural context: Cooperative and competitive interaction patterns in peer relations. In: Valsiner J, Connolly K, editors. *Handbook of developmental psychology*. London: Sage Publications Ltd; 2003. p. 238_56.
10. Cahill P, Papageorgiou A. Video analysis of communication in paediatric consultations in primary care. *Br J Gen Pract*. 2007; 57:866-71.
11. Cooper K, Smith Blair H, Hancock E. Patient-centredness in physiotherapy from the perspective of the chronic low back pain patient. *Physiotherapy*, 2008, 94.3: 244-252.
12. DiMatteo MR, Taranta A, Friedman HS, Prince LM. Predicting patient satisfaction from physicians' nonverbal communication skills. *Med Care*. 1980; 18:376-87.
13. DuPraw ME, Axner M. Working on Common Cross-cultural Communication Challenges. PBS. <http://www.pbs.org/ampu/crosscult.html>, 1997.
14. Ek KM. Physical therapy as communication: Microanalysis of treatment situations. Dissertation, Michigan State University;1990.
15. Ekenberg L. The meaning of physiotherapy: Experiences of parents of young adults with impairment. Doctoral thesis, No.35, Lulea° University of Thechnology; 2000.
16. Epstein M, Ward LM. Exploring parent-adolescent communication about gender: Results from adolescent and emerging adult samples. *Sex roles*, 2011, 65.1-2: 108-118.
17. Greenstein C, Lowell A, Thomas, D. Communication and context are important to Indigenous children with physical disability and their carers at a community-based physiotherapy service: a qualitative study. *Journal of Physiotherapy*, 2016, 62.1: 42-47.
18. Ha J, Longnecker N. Doctor-patient communication: a review. *Ochsner Journal*, 2010, 10.1: 38-43.
19. Hall Am et al. The influence of the therapist-patient relationship on treatment outcome in physical rehabilitation: a systematic review. *Physical therapy*, 2010, 90.8: 1099-1110.
20. Hargreaves S. The relevance of non-verbal skills in physiotherapy. *Physiotherapy*. 1987;/73:/685_8.
21. Hiller A. Joy Mr. Toward relationship-centred care: patient-physiotherapist interaction in private practice.

2017. PhD Thesis.
22. Hills LS. Reading and using body language in your medical practice: 25 research findings. *J Med Pract Manage.* 2011; 26:357-62.
 23. Ishikawa H, Hashimoto H, Kinoshita M, Fujimori S, Shimizu T, Yano E. Evaluating medical students' non-verbal communication during the objective structured clinical examination. *Med Educ.* 2006; 40:1180-7.
 24. Iversen S, Øien AM, Råheim M. Physiotherapy treatment of children with cerebral palsy: The complexity of communication within sessions and over time, *Advances in Physiotherapy*, 2008, 10:1, 41-52
 25. Jeffels K, Foster N. Can aspects of physiotherapist communication influence patients' pain experiences? A systematic review. *Physical therapy reviews*, 2003, 8.4: 197-210.
 26. Johnson RL, Sadosty AT, Weaver AL, Goyal DG. To sit or not to sit. *Ann Emerg Med.* 2008; 51:188-93.
 27. Kolucki B, Lemish D. *Communicating with Children Principles and Practices to Nurture, Inspire, Excite, Educate and Heal.* Unicef, 2011
 28. Lambert V, Glacken M, Mccarron M. Communication between children and health professionals in a child hospital setting: a Child Transitional Communication Model. *Journal of Advanced Nursing*, 2011, 67.3: 569-582.
 29. Larsen KM, Smith CK. Assessment of nonverbal communication in the patient-physician interview. *J Fam Pract.* 1981; 12:481-8.
 30. Lonsdale C et al. Communication style and exercise compliance in physiotherapy (CONNECT). A cluster randomized controlled trial to test a theory-based intervention to increase chronic low back pain patients' adherence to physiotherapists' recommendations: study rationale, design, and methods. *BMC musculoskeletal disorders*, 2012, 13.1: 104.
 31. Marvel MK, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB. Soliciting the patient's agenda. *JAMA.* 1999; 281:283-287.
 32. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social science & medicine*, 2000, 51.7: 1087-1110.
 33. Myerscough PR, Ford M. *Talking with Patients: keys to good communication.* Oxford, UK. Oxford University Press. 1996.
 34. Nguyen TV, Hong J, Prose NS. Compassionate care: enhancing physician-patient communication and education in dermatology. *J Am Acad Dermatol.* 2013; 68:353e1-e8.
 35. Ochs E, Izquierdo C. Responsibility in Childhood: Three Developmental Trajectories. *ETHOS.* 2009; 37:391-413
 36. Osmun WE, Brown JB, Stewart M, Graham S. Patients' attitudes to comforting touch in family practice. *Can Fam Physician.* 2000; 46:2411-6.
 37. Palazzi DL et al. *Communicating with Pediatric Patients and their Families: the Texas Children's Hospital Guide for Physicians, Nurses and other Healthcare Professionals*, 2015
 38. Paul R, Mills S. Development of Communication. In M. Lewis (Ed.), *Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Text (3rd ed.)*. Philadelphia. Lippincott, Williams and Wilkins. 2002.
 39. Pearson OBA, Hall P. Culture and Language. <http://www.education.com/reference/article/culture-language>
 40. Platt FW, Gordon GH. *Field Guide to the Difficult Patient Interview.* Second edition. Chapter 2. Listening. Philadelphia. Lippincott Williams and Wilkins. 2004.
 41. Redsell S, Hastings A. *Listening to Children and Young People in Healthcare Consultation.* Oxford, UK. Radcliff Publishing. 2010.
 42. Sanders T, et al. Biopsychosocial care and the physiotherapy encounter: physiotherapists' accounts of back pain consultations. *BMC musculoskeletal disorders*, 2013, 14.1: 65.

43. Smith RC et al. An evidence-based patient-centered method makes the biopsychosocial model scientific. *Patient Education and Counseling*, 2013, 91.3: 265-270.
44. Tates K, Meeuwesen L. Let Mum have her say: turntaking in doctor–parent–child communication. *Patient Educ Couns*. 2000; 40:151–62.
45. Thornquist E. Conceiving function. An investigation of epistemological preconditions, conceptualizations and methodologies in physiotherapy. Doctoral thesis, University of Oslo, Department of Family Medicine; 1998.
46. van Geert P. Dynamic systems approaches and modeling of developmental processes. In: Valsiner J, Connolly K, editors. *Handbook of developmental psychology*. London: Sage Publications Ltd; 2003. p. 640_72.
47. CFCS: http://cfcs.us/wp-content/uploads/2018/11/CFCS_Turkish.pdf.

Prof.Dr. Filiz CAN



1992 yılında Doçent, 2003 yılında Profesör ünvanlarını almıştır. 1987 yılından beri “Ortopedik Rehabilitasyon” alanında başladığı klinik ve akademik çalışmalarına ilave olarak 1998 yılından itibaren Türkiye’de “Geriatrik Rehabilitasyon” a öncülük eden fizyoterapistler içinde yer almıştır. 2003 yılında kurulan “Geriatri Fizyoterapistleri Derneği” nin kurucu üyesi ve genel sekreteri olmuştur. Ortopedik rehabilitasyon, spor yaralanmaları, geriatrik rehabilitasyon ve ortopedik geriatri ile ilgili ulusal ve uluslararası dergilerde basılmış çok sayıda yayınları ve kitap bölümleri vardır. Ayrıca çeşitli kongrelerde bildiri ve konferans sunumları, panel üyelikleri ve oturum başkanlıkları yapmıştır. Çeşitli ulusal ve uluslararası dergilerde hakemlikleri vardır. Şimdiye kadar ortopedik re-

habilitasyon, geriatrik rehabilitasyon veya manuel terapi konularında kendi tezleri dışında 29 master ve doktora tezine danışmanlık yapmıştır. Halen H.Ü. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Fakültesi’nde Ortopedik ve Geriatrik Rehabilitasyon Ünitelerinde ünite sorumlusu olarak çalışmakta ve Ortopedik Rehabilitasyon, Manuel Tedavi, Geriatrik Rehabilitasyon ve Evde Sağlık ile ilgili lisans ve lisansüstü derslerini yürütmektedir. H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü “Ortopedik Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Programı”nın koordinatörüdür. Ayrıca “Geriatri Fizyoterapistleri Derneği” ve “Ortopedi Fizyoterapistleri Derneği” nin kurucu üyesidir ve halen başkanlıklarını yapmaktadır. “Türkiye Fizyoterapistler Derneği”nde “Uluslararası İlişkiler Sorumlusu” olarak çalışmaktadır. 2018 yılında seçildiği “Dünya Fizyoterapi Konfederasyonu-Avrupa (ER-WCPT)” nin “Eğitim Alt Grubu” üyeliği görevine devam etmektedir. Bunun dışında “Dünya Fizyoterapi Konfederasyonu”nun alt grubu olan “Uluslararası Yaşlılarla Çalışan Fizyoterapistler Derneği” nin (IPTOP) “Araştırma Komisyon” üyesidir. Ulusal ve uluslararası birçok derneğe üyedir.

YAŞLILARLA ÇALIŞAN FİZYOTERAPİSTLER İÇİN İLETİŞİM YÖNTEMLERİ

Prof. Dr. Filiz CAN



Özet: Geriatrik fizyoterapi, rehabilitasyon sürecinin önemli bir alanıdır. Yaşlılık sürecinin etkilerini bilmek ve program sırasında bunları dikkate almak fizyoterapistin temel görevleri arasındadır. Bu bölümde geriatrik rehabilitasyon sırasında fizyoterapistin yaşlı bireylerle iletişimi sırasında dikkat etmesi gereken hususların detayları verilmiştir. Ayrıca iletişim sürecinde fizyoterapist ve yaşlıların kaliteli bir iletişim için uyması gereken kurallar ve stratejiler konusunda bilgiler sunulmuştur.

Sanayileşmiş ülkelerde en yüksek nüfus artışı 65 yaş üstü grupta olmaktadır. 65 yaş üstü bireylerin çoğu oldukça aktif, sağlıklı ve bağımsızdır. Ancak, yaş ilerledikçe bazı fiziksel, psikolojik ve sosyal değişiklikler ortaya çıkar ve bireylerin pek çok aktiviteyi yapabilme kapasitesi azalır. Yaşlanma ile birlikte bireylerin ortalama yaşam kalitesi ve sosyal aktivite düzeyi de düşer. Yaşlılarda yaşam kalitesi düştükçe, depresyon, hüznün, çaresizlik, yalnızlık ve endişe gibi duyguların yaşanma sıklığı da artar. Bu nedenle, ülkelerde yaşlanmayı olumlu bir deneyim olarak destekleyen mevcut sosyal tutum ve politikalar ile ilgili gelişmeler artarak devam etmektedir.

Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı'nda da (2007) belirtildiği gibi, günümüzde Türkiye'deki yaşlılıkla ilgili politika ve programlar da yaşlıların yaşam kalitesini ve genel sağlığını artırma üzerine odaklanmaktadır. Bireyler için fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden başarılı, üretken ve bağımsız bir yaşlanma hedeflenmektedir. Bireylerin başarılı bir biçimde yaşlanması, yalnızca bireysel olarak verilecek tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmetleri desteği ile değil, toplumsal açıdan kendilerine sağlanacak psikososyal ve ekonomik destek hizmetleri ile de yakından ilişkilidir.

Yaşam kalitesinin iyileştirilmesi, yaşlının refahında geniş kapsamlı bir yaklaşım olarak dikkat çekmektedir. Pek çok ülkede artması beklenen yaşlı nüfusun, aile ve toplum açısından sorun kaynağı olmak yerine, toplumla bütünleştirilerek üretime katkı sağlayabilmesi amacıyla yaşlıların fiziksel ve zihinsel sağlıklarının iyileştirilmesi üzerinde çalışılmaktadır. Bu nedenle Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) gündeme getirdiği “Aktif Yaşlanma” terimi, “ bireyin yaşamı boyunca, fiziksel, zihinsel ve sosyal iyilik hali için fırsatları en etkin biçimde kullanarak yaşam beklentisinin, üretkenliğin ve yaşam kalitesinin artırılması; bireylerin fiziksel, zihinsel ve sosyal potansiyellerini

gerçekleştirebilmeleri için gerekli olan bakımın, korumanın ve güvenliğin sağlanması” olarak tanımlanmaktadır. Bu da, yüksek kaliteli sağlık bakımı için gerekli bir durumdur (WHO, 2010).

Hastalarla iyi iletişim kurmak, yüksek kaliteli sağlık bakımının ayrılmaz bir parçasıdır. Hastalarla iyi iletişim kurmak ve onların saygınlığını korumak, Avrupa ülkelerinin çoğunda özellikle yaşlılarla ilgili “Sağlık ve Sosyal Bakım Strateji Belgeleri”nde yer alan önceliklerden biridir. Bu nedenle sağlık ve sosyal bakım profesyonellerinin iletişim becerilerinin geliştirmesi, özellikle yaşlı bireyler için oldukça önemlidir.

İLETİŞİM BECERİLERİNİN ÖNEMİ

İletişim becerileri, “Hasta Merkezli Bakım ve Rehabilitasyon Yaklaşımı”nın temel bir bileşenidir. Hasta merkezli bakım, yüksek kaliteli bakımın altı ana unsurundan biri olarak Tıp Enstitüsü (IOM) tarafından 2001 tarihli raporunda “ hastalara saygı duymak ve en iyi yanıtı vermek” şeklinde özetlenmiştir. Hasta merkezli bakım “hastaların isteklerine, gereksinimlerine ve tercihlerine saygı duyma ve bunlara saygı gösterme” şeklinde tanımlanır. Böylece hastalar, bakımlarında veya tedavilerinde kendi koşullarına en iyi uyan seçimleri yapabilirler.

“Hasta merkezli bakım”,

- Hastalar ile iletişimi ve ilişkileri sürekli iyileştirme,
- Hastalara güven ve duygusal destek verme,
- Duyguları ve anlayışı paylaşma,
- Hastayı etkinleştirme ve aktif hale getirme,
- Hastalara tedavi ve/ veya bakım seçenekleri konusunda bilgi verme ile karakterize bir bakım kavramıdır.
- Bununla ilgili altyapı da, hasta merkezli bakımın sunumunu kolaylaştırmaya yardımcı olur.
- Bu tür bakımın sağlanmasında temel olan, “hasta merkezli iletişim becerileri”nin geliştirilmesidir. Bu iletişim becerilerinin, hasta memnuniyeti, tedaviye bağlılık ve öz-yönetim üzerinde olumlu etkileri vardır.

Hasta merkezli iletişimin amacı, sağlık ve sosyal bakım hizmeti veren meslek profesyonellerinin, hastaların bireysel ihtiyaçlarını, bakış açılarını ve değerlerini anlamalarını arttırmak; hastaların tedavi veya bakımlarına katılmak için ihtiyaç duydukları bilgileri vermek; profesyoneller ile hastalar arasında güven ve anlayışı oluşturmaktır. Bu iletişim, hem sözel, hem de sözel olmayan davranışları kullanarak gerçekleştirilir. Literatürde kayda değer miktarda kanıt, hasta merkezli iletişimin, hasta memnuniyeti, önerilen tedavi veya bakıma uyum gösterme ve kronik hastalığın öz-yönetimi konusu da dahil olmak üzere, önemli sonuçlar üzerinde olumlu etkileri olduğunu göstermektedir.

Tam tersine iletişimdeki aksaklıklar veya eksikler, hastaların yanlış uygulamaları başlatma ihtimalini artırır. Hastaların en sık şikayet ettiği durumlar, sağlık profesyonellerinin onların şikayetlerini ve endişelerini dinlememeleri, sorunlarını önemsememeleri veya tedavileri hakkında yeterince bilgi vermemeleridir.

Son yıllarda birinci basamak sağlık hizmetlerine verilen önem ile hasta merkezli sağlık merkezlerine artan ilgi, hasta merkezli bakımın nasıl sağlanacağına olan ilgiyi de yoğunlaştırmıştır. Hasta

merkezli iletişim becerileri, her sağlık profesyonelinin eğitim programında ve meslek pratiğinde etkili bir şekilde öğretilir. Ancak iletişim becerileri konusunda doktorlar, hemşireler, fizyoterapistler ve diğer sağlık profesyonelleri çok sınırlı düzeyde eğitim almaktadır. Etkili hasta merkezli iletişimi geliştirmek için, hizmet içi eğitimlerden, ödeme teşviklerinden, sertifikasyon programlarından ve diğer mekanizmalardan yararlanılabilir.

Hastalar bakımları hakkındaki yorumlarda, sıklıkla sağlık profesyonelleri ile olan zayıf iletişime dikkat çekmektedir. Buna karşılık sağlık profesyonelleri de, yakınmaları dile getirmede, semptomları tartışmada ve tedavi veya bakım önerilerini anlamada güçlük çeken hastalarla ilgili zorluklar yaşamaktadır. Sonuç olarak sağlık profesyonelleri ile hastalar arasındaki zayıf iletişimin olumsuz sonuçları vardır.

Sağlık profesyonelleri ile hastalar arasındaki yetersiz iletişimin sonuçları:

- Hastaların tedavi veya bakım seçeneklerini anlamada zorluk,
- Hasta memnuniyetinde azalma,
- Hastalığın neden olduğu kaygı ile başa çıkmada ve hastalığın özyönetiminde yetersizlik,
- Sonraki tanı ve tedavi adımları hakkında seçim yapma yeteneklerinde azalma.

Sonuç olarak sağlık profesyonelleri ile iletişim, hastalar tarafından sıklıkla memnuniyetsizlik kaynağı olarak gösterilmektedir. Buna karşılık, sağlık profesyonelleri ile etkili veya iyi iletişimin oldukça yararlı olduğu kabul edilmektedir.

Sağlık profesyonelleri ile hastalar arasındaki iyi ve etkin iletişimin sonuçları:

Etkili fizyoterapist-hasta veya doktor-hasta iletişimi, hem psikolojik iyi oluşun artmasıyla, hem de hasta için daha iyi biyomedikal sonuçların sağlanması ile doğrudan ilişkilidir.

İyi iletişimin faydaları şunlardır:

- Hastaların hastalıklarını veya problemlerini anlama ve sağlık personelinin önerilerini hatırlama yeteneklerini artırır.
- Hastaların tedavileri ile ilgili memnuniyet düzeylerini olumlu yönde etkiler.
- Hastaları emosyonel ve duygusal yönden destekler; psikolojik iyi olma halini artırır
- Hastaların tedavi protokollerine olan motivasyonlarını ve uyumlarını artırır.
- Olumlu biyomedikal sağlık sonuçları elde etmeyi sağlar.
- Özellikle kronik hastalıklara sahip olan hastaların özyönetiminde olumlu etkiler yaratır.
- Tedavi veya bakım sürecindeki yanlış anlamaların önüne geçer.
- Gereksiz sağlık ve bakım harcamalarını önler.

Yapılan araştırmalar, hastalarla iyi iletişimin, diyabet, hipertansiyon ve kanser yönetimindeki klinik sonuçları da iyileştirdiğine dair güçlü kanıtlar sunmaktadır.

YAŞLI BİREYLERLE İLETİŞİM

Literatür, yaşlılar ile etkili iletişim ve bilgi sağlamanın kaliteli sağlık hizmetlerinin temel ilkeleri olduğunu kabul etmekte, ancak bu ilkelerin genellikle ihmal edildiğini vurgulamaktadır.

Yapılan bir çalışmada, kalp hastalığı olan yaşlılar için birinci basamakta verilen sağlık hizmetlerinde, hem hasta hem de sağlık profesyonelleri yönünden iletişimin yetersiz olduğu tespit edilmiştir. Bu nedenle birinci basamakta kalp hastalığı olan yaşlıların teşhis ve tedavisinde ve özellikle kronik kalp yetmezliği yönetiminde iletişim ile ilgili eğitim ihtiyacı olduğu belirlenmiş ve birinci basamakta çalışan sağlık çalışanlarının bu konuda iletişim becerilerini geliştirmeye yönelik özel bir eğitim programının geliştirilmesine ihtiyaç olduğu bildirilmiştir.

Benzer şekilde Baltes (1995), yaşlılara sağlanan bakımın genellikle bağımsızlığı değil, yaşlıların iyilik hali için olumsuz sonuçları olan bağımlılığı desteklediğini göstermiştir.

Bazı araştırmalar yaşlı bireylere yönelik iletişimin, yaşlı bireylere destek ve saygı eksikliği taşıdığını göstermiştir.

Yaşlılar ile iyi veya etkili iletişim becerilerini geliştirmek için öncelikle onur veya saygınlık kavramının iyi bilinmesi gerekir.

Onur nedir?

“Onur” kavramı karmaşıktır ve saygı, özerklik ve kontrol gibi terimlerle yakından ilişkilidir. “Onur & Yaşlı Avrupalılar” çalışmasında, en az 4 tür onurun tanımlanabileceğini ve onurun korunması için yaşlı bireylerle çalışan meslek profesyonelleri tarafından bu tür onurların göz önünde bulundurulması gerektiğini gösteren bir model geliştirilmiştir. Her bir saygınlık türü, kendine saygı veya başkalarına saygıyı vurgulamaktadır. Bu onur türleri şunlardır:

1. Liyakat onuru

Genelde haysiyet ve sosyal statü, insanlara toplumdaki rolleri veya toplumdaki konumlarından veya başarılarından dolayı atfedilen onur türüdür. Örneğin, belediye başkanı, üniversite öğretim üyesi veya hakim gibi mesleklere sahip bireylerin, başkaları tarafından tanınan ve saygı duyulan belirli bir statüleri vardır.

2. Ahlaki durum onuru

Bu tip onur, bireyin ahlaki özerkliğinin ya da bütünlüğünün, kişinin öz saygı duygusundaki önemini vurgular. Eğer birey kendi ahlaki ilkelerine göre yaşayabilirse, o kişi onurlu olma hissini yaşar.

3. Kişisel kimlik onuru

Yaşlılar bağlamında en alakalı onurun, bu tip onur olduğu bulunmuştur. Öz saygı ile ilgilidir ve bireyin kişi olarak bireysel kimliğini yansıtır. Bu tip onur, fiziksel müdahalelerin yanı sıra, aşağılanma gibi duygusal veya psikolojik hakaretler sonucunda da ihlal edilebilir. Bu kavramın temel unsurları;

- Bütünlük,
- Kalıcı bir benlik duygusu,
- Fiziksel kimlik,
- Birisinin hayatını, eylemlerini ve onunla ilişkili olayları anlama ve bunlara dahil olma yeteneğidir.

4. İnsanlık onuru

Bu onur tipi, insanın değişmez değerini gösterir. Onurun bu yönü, bireylerin sosyal, zihinsel veya fiziksel özelliklerine bakmaksızın, tüm insanlara saygı gösterme ahlaki gerekliliğini sağlar. Onurun yalnızca insanın ne hissettiği veya belirli bir toplumun ahlak kültürü tarafından neyi tanımladığı değil, bunun yerine insan olmanın temeline dayandığını kabul eder.

Bu tür yorumlara iki tür saygınlık yansır:

- Liyakat onuru,
- Kişisel kimlik onuru.

“Onur & Yaşlı Avrupalılar” modeli, sağlık ve sosyal bakım profesyonellerinin, bakım verdikleri kişilere saygı göstermelerini, onlara eşit davranmalarını ve ihtiyaç ve endişelerine tam olarak cevap vermelerini önerir. Bunu yapmak, bireylerin nasıl ele alınmak istendiklerini, bakımlarıyla ilgili kararlara katılmalarını, dinlenmelerini ve “nesnelere” yerine “birey” olarak muamele edilmelerini sağlama fırsatı verir.

İyi iletişim uygulamalarının farkında olmalarına rağmen, sağlık ve sosyal bakım profesyonellerinin bunları uygulamada sık sık başarısız oldukları görülmüştür. Sağlık ve sosyal bakım profesyonellerinin farkındalık ve çaba eksikliğinin nedeni olarak, zaman azlığı veya kısıtlı zaman, personel ve kaynak yetersizliği, yönetim ve bürokrasi ile ilgili uzun işlemler gibi faktörler gösterilmiştir.

YAŞLI BİREYLERLE İLETİŞİMDE ORTAYA ÇIKAN ENGELLER

Yaşlanmaya bağlı olarak bireylerde fiziksel, mental veya kognitif, duygusal, psikolojik ve sosyal değişimler meydana gelir. Yaşlılarda, özellikle kognitif yeteneklerde bozulma (örn. isimleri hatırlamada zorluk ve hafıza problemleri) ve bazı emosyonel veya duyuşsal değişiklikler iletişimi olumsuz yönde etkiler. Yaşlı bireyleri farklı düzeylerde etkileyen görme kaybı ve işitme keskinliğindeki azalma da iletişimi etkileyen faktörler arasında yer almaktadır.

Toplumlarda duyuşsal yetersizlik ve özürüllük bildiren yaşlı bireylerin sayısı giderek artmaktadır. Bu nedenle, yaşlı bireylerde görülen emosyonel değişiklikler konusunda tüm sağlık ve sosyal bakım elemanlarının bilgilerinin artırılması gerekir.

Yaşlılarda en sık görülen duyuşsal veya emosyonel problemler şunlardır:

- Kendini değersiz hissetme,
- İşe yaramadığını düşünme,
- Anlaşılmadığını düşünme,
- Çaresizlik hissi,
- Rol veya statü kaybı, sıradanlaştırılmış olma,
- Yalnız olma veya kendini yalnız hissetme,
- Beğenilmeme,
- Reddedilme,
- Aile/toplum dışına atılma, soyutlanma,
- Alınganlık,
- Depresyon,
- Motivasyon azlığı.

Yaşlılarda ortaya çıkan bu duyuşal değişiklikler ve kognitif bozuklukların da dahil olduğu fiziksel yaşlanma bulguları, yaşlı hastalarla sağlıklı veya etkili iletişime engel olur. Bu nedenle, sağlık profesyonelleri tarafından dikkatli ve ayrıntılı açıklamalara olan ihtiyacı da arttırır.

Nesiller arası farklılıklar da, hekim-hasta etkileşimini zorlaştırabilir. Örneğin, yaşlılar belki de saygısız davranma korkusundan dolayı, sağlık profesyonelleri ile olan iletişimlerinde, daha az iddialı ve daha fazla pasif olma eğilimindedirler.

Yaşlılar ile olan iletişimde, yaşlı bireylerde görülen “kalıplaşmış yaş modeli “ de önemlidir. Bu kalıplaşmış yaş modeli içinde bazı negatif ve pozitif yaş kalıpları vardır ve yaş işaretlelerinin tanınmasına yardımcı olur. “Negatif yaş kalıpları veya yaş işaretleri” iletişim için engel oluşturur.

Yaşlılarda görülen negatif yaş kalıpları (negatif yaş işaretleri):

- Şiddetli yetersizliği olan yaşlılarda görülen negatif yaş kalıpları (Zayıflık, yavaş düşünme, beceriksizlik, anlamsız konuşma, anlaşılmaz olma)
- Umutsuz yaşlılarda görülen negatif yaş kalıpları (Depresyon, üzgün olma, umutsuzluk, korku, ihmal edilmişlik duygusu, yalnızlık)
- Aksi yaşlılarda görülen negatif yaşlı kalıpları (Şikayetçi, önyargılı, talepkar, esnek olmayan, bencil, inatçı, kıskanç, meraklı)
- Münzevi yaşlılarda görülen negatif yaşlı kalıpları (Sessiz, çekingen, saf)

Yaşlanmadaki negatif model, yaş arttıkça ilerleme gösterir. Ayrıca, yaşlanmaya bağlı olarak ortaya çıkan kronik veya ilerleyici hastalıklar, kognitif bozukluklar, fonksiyon veya mobilite kayıpları ve fiziksel değişiklikler de negatif yaş kalıbını olumsuz yönde etkiler. Hatta yaşlanma ile, yüzde, kafatasında, saçlarda ve deride ortaya çıkan deformasyon veya bozulmaların bile, negatif yaş kalıbının ortaya çıkmasında etkili olduğu bilinir.

Buna karşılık, yaşlılarda konuşmadaki içtenlik veya samimiyet, hikaye veya herhangi bir konuyu anlatma becerisi gençlere göre daha iyidir ki, bunlar da “pozitif yaş kalıbı” olarak gösterilir.

Yaşlılarda konuşma veya iletişim sırasında ortaya çıkan bazı problemler görülür.

Yaşlılarda iletişim sırasında ortaya çıkan problemler:

Reseptif problemler:

- Gürültülü ortamlarda başkalarını anlamada zorluk,
- Konuşma sırasında konunun özünü veya konusunu kaybetmek,
- Konuşmada kimin ne dediğini kaybetmek veya unutmak

Ekspresif problemler:

- Sohbeta hükmetmek veya yönlendirmek,
- Sıkışık zamanda konuşmada zorluk çekmek,
- Zor kelime veya cümlelerin kullanımının azalması.

Yaşlı bireylerle iletişimin temel ilkeleri

İletişim becerileri, yaşlı bakım yaklaşımının temel bir bileşenidir. Hasta merkezli iletişimin, hasta memnuniyeti, önerilen tedaviye uyum ve kronik hastalığın öz-yönetimi veya kendi kendine yö-

netimi de dahil olmak üzere, önemli sonuçlar üzerinde olumlu etkileri olduğunu göstermektedir. Ek olarak, son araştırmalar, bu tür iletişimin diyabet, hipertansiyon ve kanser yönetimindeki klinik sonuçları iyileştirdiğine dair güçlü kanıtlar sunmaktadır.

Her yaş grubunda olduğu gibi yaşlı bireyler için de iletişim temel bir ihtiyaçtır. Sadece başka bireylerle birlikte olmak bile, yaşlı bireye kendini güvende hissettirir.

Yaşlı bireyler ile iyi iletişimi sağlamada uyulması gereken temel ilkeler şunlardır:

- Dinleme,
- Olduğu gibi kabul etme,
- Saygı duyma veya saygı gösterme,
- Empati yapma,
- Güven duyma ve güven verme,
- Mahremiyete özen göstermedir.

Yaşlı bireyler ile sağlıklı iletişim:

Yaşlıların iyilik hali için, yaşlılar ile sağlık ve sosyal bakım verenler arasındaki sağlıklı veya etkili iletişimin rolü oldukça önemlidir. Yaşlı bireyler ile sağlıklı iletişimin nasıl kurulacağını belirleyen 5 ana parametre vardır. Bunlar:

- Fiziksel iyilik,
- Mental veya kognitif iyilik,
- Duygusal / emosyonel iyilik (Psikolojik iyi olma hali)
- Sosyal iyilik,
- Manevi iyilik.

Bu parametrelerde görülen kayıp veya kayıplar ile kayıpların düzeyi, yaşlı bireylerle olan iletişimin biçimini etkiler.

Etkili fizyoterapist-hasta veya hekim-hasta iletişimi, hem psikolojik iyi oluşun artması ile, hem de hasta için daha iyi tıbbi veya biyomedikal sonuçlar ile ilişkilidir. Yaşlanan hastaya özgü fiziksel, kognitif ve psikolojik faktörler nedeniyle etkili iletişim, daha ileri yaştaki hastalar için özellikle önemlidir.

Gerek aile üyeleri, gerek sağlık profesyonelleri tarafından yaşlılara verilen bakım, tedavi veya rehabilitasyon hizmetleri sırasında yaşlı bireylerle olan ilişkinin düzeyi veya iletişim becerileri oldukça önemlidir.

Yapılan bir çalışmada, bakım verenler tarafından aşırı koruyucu iletişimin (örneğin, kapsamlı ve gereksiz yardım önerme), bakım alan yaşlı bireylerin fiziksel ve psikolojik sağlığını azalttığı gösterilmiştir.

Sağlık ve sosyal bakım verenlerin, bakım verme rolleriyle ilgili güçlü olumsuz duyguları varsa, iletişimde yaşlıya yönelik bir tür ihmal veya ret göstermeleri muhtemeldir. Bununla birlikte, yaşlıya hükmetme ve aktivitelerini kısıtlama şeklinde ortaya çıkan aşırı koruyucu bakım verme olasılıkları daha yüksektir.

Thompson ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmalarda, tedavi yapanların veya bakım verenlerin bakıma yönelik kırgınlık veya kızgınlık duygularının, yaşlıları aşırı koruyucu bakıma almaları ile ilişkili olduğu gösterilmiştir.

Sonuç olarak literatürde, yaşlılarla iletişim konusunda iki boyutta araştırma alanı vardır:

1. Aşırı koruyucu bakım:

Yaşlıyı bakım veya tedavi sırasında aşırı korumak, tedavi ve rehabilitasyon ile ilgili karar ve uygulamalar sırasında yaşlıyı pasif hale getirmek ve onunla işbirliğinden kaçınmak, fonksiyonlarını ve aktivitelerini limitlemek, günlük yaşam aktiviteleri ve diğer aktiviteler sırasında bağımsızlıklarını sağlayacak uygulamalardan kaçınmak veya onları bağımlı kılmak.

2. Koruyucu iletişim:

Aşırı ve gereksiz yardım önermek veya yardım vermek, bakım veya tedavi hakkında hiç bilgi vermemek, kendisi ile ilgili kararlarda tamamen pasif hale getirmek ve onun yerine tüm kararları vermek, bireysel özelliklerini gözönünde bulundurmadan genellemeler yapmak, duygusal ihtiyaçlarını gözardı etmek.

Bunların dışında yaşlılar ile sağlık ve sosyal bakım verenler arasındaki iletişim iki boyutta daha değerlendirilir:

1. Destek

2. Saygı.

Bazı araştırmalar, yaşlı insanlara yönelik iyi iletişimin, yaşlı bireyde görülen destek ve saygı eksikliğini iyileştirebileceğini göstermiştir.

İngiltere'de "Hasta Bakım Esasları" (Essence of Care) belgesi, çalışanlar ve hastalar arasında iyi iletişimin çok önemli olduğunu ve bunun bireysel özelliklere saygı göstererek yapılması gerektiğini belirtmektedir.

Yine İngiltere'de hemşirelerinin davranış kuralları ve iletişim ile ilgili işlerinden birinin, yaş, cinsiyet, ırk, mental durum ve yetenek, ekonomik durum, yaşam tarzı, kültür seviyesi, dini veya politik inançlara bakılmaksızın, hasta ve yaşlıların çıkarlarını ve saygınlığını korumak ve desteklemek olduğu bildirilmiştir.

Sağlık profesyonelleri ile iletişim sırasında yaşlıların kendine değer verme ve saygınlık duygusunu korumanın önemli yollarının aşağıdakiler olduğu bildirilmiştir:

- Dikkatli dinleme,
- Uygun hitap biçimlerinin kullanılması (örneğin sen yerine siz ile hitap etme)
- Aşırı samimi olmama,
- Yaşlılara kendi seçimlerini yapma hakkı tanıma,
- Gizlilik ve nezaket gereksinimlerine saygı gösterme,
- Kendilerini değerli hissetmelerini sağlamadır.

Avrupadaki 6 ülkeden 391 yaşlı birey ve 424 sağlık profesyoneli üzerinde yapılan bir çalışmada, sağlık profesyonelleri ve yaşlılar arasındaki farklı iletişim tarzlarının, yaşlılarda saygınlığı artırdığı veya tam tersine tehlikeye attığı ortaya konulmuştur. Yaşlılarla fazla samimi olmanın veya senli-benli olmanın ve yaşlıları ilk isimleri ile veya takma isimlerle çağırmanın, yaşlıların kendilerini çocuk gibi

hissetmelerine, yaşam boyu kazandıkları deneyimlerinin ve bilgeliklerinin görmezden gelinmesine neden olduğu için birçok yaşlıda sorun yarattığı bulunmuştur. Çalışmaya katılan tüm ülkelerdeki yaşlılar, kendileri ile nazik konuşmak veya onları resmi terimlerle tanıtmak gibi küçük yollarla saygı gösterildiğinde bile kendilerini çok olumlu hissettiklerini ve iyi hissettiklerini bildirmişlerdir.

Yaşlı bireylerle iletişim becerilerini artırmak için yapılması gerekenler

Yaşlıların refahı veya iyilik hali, sağlık ve sosyal bakım verenlerin iletişimi hakkındaki algılarıyla da ilgilidir. Yaşlı bireylerle olan iletişimin kalitesi, yaşlı bireylere yönelik tutum ve algılarla olumlu yönden ilişkilidir ve iletişim kalitesi, iletişimin sıklığından çok daha fazla önemlidir.

İletişim becerileri, literatürde çeşitli şekillerde sınıflandırılmıştır. En çok kabul gören “Hasta Merkezli İletişim Becerileri”dir. Yaşlılar ile hasta merkezli iletişim becerilerini artırmak için uygun iletişim stratejilerinin kullanılması gerekir. Bu nedenle yaşlılarla pozitif yaş kalıplarını artıracak şekilde ve kaliteli iletişim kurulmalıdır.

Bunun için, yaşlıya saygı ile ve normal konuşma şekli ile yaklaşılmalıdır. Ancak işitme kaybı veya kognitif problemleri olan yaşlılarla, yüksek sesle, karmaşık olmayan basit cümleler kurarak ve yavaş konuşulmalıdır; çünkü işitme kayıpları, kelimeleri hatırlama ve işlem dilindeki zorluklar gibi kognitif problemler bunu gerektirir. Yine de bu iletişim şekli, emir kipi içermeyen ve tepeden olmayan cümleler ile yapılmalıdır; çünkü yaşlılarla iletişimde bu tip adaptasyonların kullanımı, kalıplaşmış yaş klişelerine aşırı uyuma neden olabilir.

İletişimde yaş klişelerine olan aşırı uyum, çeşitli şekillerde tanımlanmıştır. Bunlar, “yaşlı konuşması”, “tepeden konuşma (=patronizing talk) veya “bağımlılığı destekleyici iletişim” gibi farklı terimler ile ifade edilir.

Yapılan bir çalışmada, yaşlılardaki düşük yaşam tatmininin, tepeden konuşma (=patronizing talk) kullanan meslek profesyonelleri ile ilişkili olduğu bulunmuştur.

Özellikle sağlıklı yaşlılar ile “tepeden konuşma” (=patronizing talk) veya emir kipi kullanarak yapılan konuşmanın, daha fazla bağımlı, daha az yetkin ve daha az tatmin edici bir iletişim biçimi olduğu bildirilmiştir. Aynı zamanda, yaşlılarda görülen negatif yaş kalıplarını da artırdığı ortaya konulmuştur. Ancak bu tip konuşma veya iletişim, hastalığının şiddeti yüksek, fonksiyonel yetersizliği veya kognitif problemleri oldukça fazla olan aşırı yaşlı bireyler için kullanılabilir.

Yapılan bir çalışmada, bakım verenlerin iletişimini “tepeden konuşma” veya “baskıcı” olarak algılayan yaşlı bireyler, ilişkilerdeki denge düzeyinin düşük ve çatışma düzeyinin yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Ayrıca, saygı eksikliği taşıyan iletişimin, yaşlıların refahı üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olduğu gösterilmiştir.

Sağlık ve sosyal bakım profesyonelleri ve yaşlılar arasındaki iletişimin bir dizi kilit fonksiyonu vardır. Her bir fonksiyon için de verimli bir konuşmayı mümkün kılan belirli beceriler vardır.

Bu fonksiyonlar:

- İyi ve etkili iletişimi güçlendirmek,
- Hastaların istediği ve ihtiyaç duyduğu konular hakkında bilgi alışverişinde bulunmak,
- Hastaların duygularına cevap vermek ve empati yapmak,

- Tedavi veya bakım ile ilgili bilgi ve işbirliğine dayalı karar alma sürecine girmek,
- Hastaların sağlığı ile ilgili kendi kendini yönetmesini veya öz-yönetimi sağlamaktır.

Bu konuların her biri, bir dizi özel iletişim becerisi gerektirir. Sağlık ve sosyal bakım profesyonelleri yaşlıların istek ve ihtiyaçlarını değerlendirmek için, onların kaygıları, öncelikleri ve değerleri hakkında sorular sormalıdır. Daha sonra, yaşlıların cevaplarını dikkatle dinlemeli ve cevapların açıklığa kavuşturulması için gerekirse takip soruları sormalıdır. Örneğin, bir hasta hastalığının tedavi edilmesi için “mümkün olan her şeyi” yapmak istediğini söyleyebilir. Tecrübeli bir klinisyen “mümkün olan her şeyi” yapmanın hasta için çok farklı anlamlara sahip olabileceğini ve bu hastanın ne istediğini doğru bir şekilde anlamının, hastalıkları ve olası tedavileri hakkındaki korkularının araştırılması gerektiğini bilir. Klinisyen, hastanın veya ailesinin ne elde etmeyi umduğunu araştırmak, gerçekçi olmayan beklentileri düzeltmek ve tedavinin hastanın ağrılarını artırma olasılığını araştırmak üzere daha fazla sorgulamaya da ihtiyaç duyulabilir. Bunun için, gerektiğinde aile bireyleri, bakım verenler ve diğer sağlık profesyonelleri ile de konuşabilir; onlardan bilgi veya yardım alabilir.

Sağlık profesyonelleri, yaşlılarla iletişimlerinde sırasında çoklu iletişim görevleri gerçekleştirmelidir. Bu görevler, mekanik olarak herhangi bir iletişim becerisini uygulayarak gerçekleştirilemez. Aksine, sağlık profesyoneli olarak yaşlılar ile empati kurmayı ve gerçek bir kişisel ve duygusal katılımı gerektirir. Bir hastanın veya yaşlının duygusal sıkıntısı için bir sempati ifadesi, bunun için doğru kelimeleri kullanmanın yanı sıra, içtenlikle endişe duymayı da gerektirir. Bu duygusal emek, sağlık profesyonelinin rolünün ve sorumluluğunun bir parçasıdır.

Sağlık profesyonellerinin hastaların sorunlarına olan kişisel tepkileri, iletişimi olumlu ya da olumsuz yönden etkiler. Dolayısıyla, iletişim becerilerinin öğretilmesi, sadece yaşlıların söz konusu fiziksel, duygusal ve kognitif problemlerinin anlaşılmasına değil, sağlık profesyonellerinin duygusal tepkilerinin kontrol edilmesine de hizmet eder. Bu nedenle iletişim programlarının çoğu, sağlık profesyonellerinin kendi duygusal tepkilerini incelemelerini ve hastalarla olan ilişkileri veya iletişimlerini üzerindeki etkilerini nasıl düzenleyeceklerini öğrenmelerini sağlar.

Sonuç olarak iletişim sırasında yaşlıların kendine değer verme ve saygınlık duygusunu korumalarının önemli yolları şunlardır:

- Kendini tanıtmak,
- Yapılacak uygulamalar hakkında önceden bilgi verme ve izin isteme,
- Dikkatli dinleme,
- Uygun hitap biçimlerinin kullanılması (örneğin sen yerine siz ile hitap etme),
- Aşırı samimi olmama,
- Yaşlılara kendi seçimlerini yapma hakkı tanıma,
- Gizlilik ve nezaket gereksinimlerine saygı gösterme,
- Kendilerini değerli hissetmelerini sağlamaktır.

Yaşlılar ile sağlıklı ilişkiler kurmak için aşağıdakiler önerilir:

- Öncelikle yaşlıya kendini ve mesleğini tanıtmak; ona nasıl yardımcı olacağını anlatmak,
- Yaşlıdan ve/veya yakınlarından yakınmasını ve kısa hikayesini anlatmasını istemek ve onu dikkatle dinlemek,

- Yaşlının görebileceği, duyabileceği ve hatta dokunabileceği bir mesafede olmak (ancak dokunma veya fazla yakınlaşma kültürel özelliklere göre değişebilir)
- Aceleci olmayan ve ona zaman tanıyan bir tavır içinde olmak,
- Yaşlıya saygı duyduğunu ve önemsedğini, onu anladığını veya onayladığını gösteren ifade ve jestler kullanmak,
- Yaşlının konuşmasını sık sık bölmemek,
- Kısa ve basit cümleler kurmak,
- Anlatılanların yaşlı birey tarafından duyulmuş ve anlaşılmış olduğundan emin olmak için konu ile ilgili bir mesaj vermek veya soru sormak,
- Anlatılanların basit tekrarlarını yapmak veya özetlemek,
- Rol değişimleri konusundaki duyarlılığını önemsemek, ona uygun bir tavır içerisinde olmak,
- Olumlu iletişimi teşvik edecek ve devamlılığını sağlayacak bir ifade ve ses tonu kullanmak,
- İletişimi bozacak tutum ve davranışlardan kaçınmak (alay etmek veya alaycı bir ses tonu ile konuşmak, suçlamak, eleştirmek, yargılamak, emir vermek, üstten veya tepeden konuşmak, herşeyi şakaya vurmak gibi)
- İletişimi bozacak veya kesecek sözel ve sözel olmayan sıkıntılı ifadelerden kaçınmak (oflamak, sıkıntılı bir yüz ifadesi kullanmak, başka bir şey ile ilgilenmek)
- Yaşlı ile iletişimi engelleyecek veya bozacak ve aşırı samimi veya onun istemediği hitaplar kullanmamak (örn. teyze, amca, dayı, dede, nine, ihtiyar, moruk, bunak, geveze, baş belası, canlı cenaze, bir ayağı çukurdaki yaşlı gibi)
- Yaşlıyı ve onun bulunduğu durumu veya koşulları anlamaya çalışmak ve empati yapmak,
- Yaşlının bulunduğu durumu olduğu gibi kabullenen, duygularının ifadesine izin veren bir tutum içerisinde olmak,
- Yaşlının ihtiyaçlarını ve sorunlarını önemsemek,
- Yaşlının her türlü sorun ve şikayetlerini yalnızca yaşlılığa bağlayan tutum ve davranışlardan kaçınmak (örn. ağrısı olduğunu söyleyen yaşlıya bunun tamamen yaşlılıktan kaynaklandığını söylemekten kaçınmak gibi)
- Yaşlının, fiziksel, mental ve sosyokültürel özelliklerini dikkate alan tutum ve davranışlar sergilemek ve onlara uygun paylaşım alanları yaratmak,
- Öğüt vermek yerine, akran gruplarıyla birlikte olmasını sağlamak ve onlarla paylaşım yaparak yaşamakta olduğu durumun veya sorunun sadece kendisine ait olmadığını görmesini sağlamak,
- Mahremiyete özen göstermek,
- Yaşlının karar ve tercihlerine saygı göstermek,
- Özellikle geçmişle olan hesaplaşmalarına izin veren bir tavır sergilemek,
- Varsa hobilerini desteklemek, yoksa yeni hobiler edinmesini sağlamak,
- Geçmişten getirdiği sosyal ilişkiler ağını korumasını sağlamak, yeni sosyal ilişkiler kurmasını veya yeniden sosyalleşmesini sağlamak.

Yaşlılarla iletişimde kullanılmaması gereken ifadeler şunlardır:

- Önemli değil, yaşlılıktandır!
- Yaşlısın, olacak tabii!

- Bu yaşa kadar yaşamışsın, daha mı olmasın?
- Bu yaşta daha ne istiyorsun?
- Bu yaştan sonra yaşasan ne olur!
- Bu haline şükret!
- Bu dünyaya çivi mi çakacaksın!
- Bu yaştan sonra ne işine yarayacak!
- Gençler gibi her şeye özeniyorsun!
- Genç misin ki o kadar gezmek istiyorsun/ Bu yaştan sonra gezsene ne olacak?
- Bu yaştan sonra bunu yapsan neye yarar ki?
- Bu yaştan sonra alsan ne olacak, mezara mı götüreceksin?
- Sen yapamazsın, yaşlısın!
- Sen yaşlısın ne anlarsın?
- Ne beceriksizsin!
- Hiçbir işe yaramıyorsun!
- Biraz önce söyledim/ anlattım, yine mi unuttun!
- Sen bunadın artık!
- Her şeyi unutuyorsun!
- Kaç kez söylüyorum yine de anlamıyorsun!
- Hep aynı şeyleri soruyorsun/söylüyorsun!
- Ne çok konuşuyorsun, ne gevezesin!
- Vaktin kalmadı, üç gün sonra öleceksin!
- Bir ayağın çukurda zaten!
- Gözün toprağa bakıyor!
- Benim seninle uğraşacak halim yok!
- Senin yerine genç hasta ile uğraşırım, niye sana vakit harcamayım?
- Bu tedavi yaşlılarda hiçbir işe yaramaz veya hiç faydası olmaz zaten!
- Tedavin için boşa para harcamaya/ emek vermeye değmez!
- Yaşlılar için böyle bir tedaviye gerek yok, zaten az zamanları var!
- Hastanede/ rehabilitasyon merkezinde sizin gibi yaşlı hastalar için yer/ yatak yok!
- Yatak işgal etmeyin; sizin yerinize genç hastalar gelecek!

Fizyoterapistin İletişimdeki Rolü

Fizyoterapistler, diğer sağlık profesyonellerine göre yaşlılar ile daha fazla zaman harcamaktadırlar. Yaşlılar ile daha sık ilişki kurdukları için de doğru değerlendirme yapabilme ve bu değerlendirme ışığında en uygun uygun tedavi programı planlayabilme becerileri vardır.

Fizyoterapistler, yaşlı bireyleri birçok yönden değerlendirir. Genel olarak bu değerlendirmeler şunları içerir:

- Fiziksel veya kas-iskelet sistem değerlendirmesi,
- Nörolojik değerlendirme,
- Fiziksel performans ve kardiyopulmoner kapasitenin değerlendirilmesi,
- Kognitif fonksiyonlar veya mental değerlendirme.
- Fonksiyonel düzey ve günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi.

Fizyoterapistlerin yaşlılarla sağlıklı iletişim için kurabilmeleri için, yaşlıların fiziksel, mental ve sosyal durumları kadar, duygusal veya emosyonel durumları hakkında da iyi bilgi sahibi olmaları gerekir. Yaşlılarda görülen duygusal değişikliklerin fizyoterapistler tarafından iyi bilinmesi, yaşlıların daha iyi değerlendirilmesine, fizyoterapi ve rehabilitasyon programlarının daha iyi planlanmasına, rehabilitasyonun daha sürdürülebilir olmasına ve rehabilitasyon sonuçlarının daha başarılı olmasını sağlar. Ayrıca yaşlılar ile daha yüksek güven ilişkisine dayalı, iyi bir iletişim modelinin geliştirilmesine yardımcı olur.

Yaşlılar ile ilgili psikososyal çevre ve bu çevredeki diğer streslerin ve stres kaynaklarının bilinmesi de, yaşlı bireylerin tedavi veya rehabilitasyon sonuçlarında anlamlı farklılıklar yaratabilir. Birçok fizyoterapist, depresif yaşlıların fizyoterapiye daha az motive olduklarını ve yapılan uygulamalara daha az cevap verdiklerini bilir. Yaşlıların fonksiyonel defisitlerinin psikolojik ve sosyal sonuçlarını ve bu sonuçları etkileyen psikolojik faktörleri saptayabilme, fizyoterapistin klinikte daha verimli ve başarılı olmasını sağlar.

Fizyoterapistlerin meslekteki birçok özelleşme alanında yaşlı bireylerle çalışması, yaşlılığa ve yaşlılara karşı yaklaşımlarının pozitif olmasını ve iyi iletişim becerilerine sahip olmalarını gerektirir. İyi ve etkili iletişim becerileri, fizyoterapistlerin meslekteki başarıları için de hayati öneme sahiptir. Böylelikle, yaşlı bireylerin fizyoterapi ve rehabilitasyonunda optimum başarı sağlanır. Hasta-fizyoterapist arasındaki ilişkinin kalitesi ve hastanın uyumlu bir şekilde rehabilitasyonu, her iki tarafın rehabilitasyon amaçlarının uyuşmasına ve her birinin tamamlayıcı olarak benimsemiş olduğu rollere veya bir başka deyişle, uygun iletişimin benimsenmesine dayanmaktadır.

Fizyoterapistlerin rehabilitasyonun uzman planlayıcıları olarak yaşlıların rehabilitasyonunda, tedavi yapma, koruma ve önleme, sağlıklı ve aktif yaşlanma için önerilerde bulunma ve eğitim verme gibi konularda aktif rol üstlenmeleri gerekir. Ancak bu, planlama sürecinde hastaların tamamen pasif olmaları veya planın uygulanmasında fizyoterapistlerin tamamen pasif olmaları gerektiği anlamına gelmez. "Güven" kelimesi, hastanın rolünü açıklamada oldukça önemlidir. "Güven", hastanın fizyoterapisti tanıma fırsatı bulduktan sonra bir sağlık profesyoneli olarak onun kararlarını kabul etmesine veya onaylamasına yardımcı olur. Bu nedenle bu durum, ezici bir güce karşı hastanın pasif bir cevabı değil, daha çok saygın bir otoriteyi takip etmeye istekli bir gönderme olur.

Fizyoterapistlerin yüz ifadelerinin (yani gülümsemek, başını sallamak, kaş çatmak), yaşlı hastaların kabulden taburcu olana kadar günlük yaşam aktivitelerindeki iyileşme ve kafa karışıklığında azalma ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu durum, fizyoterapistlerin veya diğer bakım verenlerin sözsüz iletişiminin, özellikle yüz ifadelerinin ve jestlerin, yaşlıların iyileşmesinin yanı sıra, yaşlıların iletişimde bakım verelere yönelik algıları ile ilişkili olduğunu göstermektedir.

Hastanın değerleri ve tercihleri netleştirildikten sonra fizyoterapist ve hasta, hastanın yararına olan gerçekten işbirlikçi kararlar alabilir. Kanıtlar, bu tür tartışmalardan sonra, ölümcül hastalıkları olan yaşlıların yaşamın son haftasında daha az yoğun uygulamalar aldığını, daha düşük sağlık hizmeti harcaması yaptığını ve - aileleriyle birlikte - son günlerinde daha iyi yaşam kalitesi rapor ettiklerini göstermektedir.

Fizyoterapistlerin veya fizyoterapi öğrencilerinin profesyonel anlamda yaşlı bireylerle büyük ölçüde ilişkili olmalarına rağmen, yaşlılara yönelik inanç ve tutumları literatürde yetersiz temsil edilmektedir.

Duthie ve Donaghy'nın fizyoterapi öğrencileri üzerinde yaptıkları bir çalışmada, fizyoterapi öğrencilerinin yaşlılara yönelik tutumlarının temelde tarafsız veya olumlu olduğu bulunmuştur. Bununla birlikte, bazı öğrencilerde ve bazı boyutlarda daha olumsuz tutumların olduğu yolunda kanıtlar da mevcuttur.

Fizyoterapi öğrencilerinin yaşlı bireyler hakkındaki bilgisizliklerinin ve genellemelerinin, yaşlı bireylerle çalışma kararlarını olumsuz yönde etkilediği gösterilmiştir.

Fizyoterapi öğrencilerinin yaşlı insanlarla çalışma konusundaki beklentilerine ilişkin algıları, yaşlı bakımında çalışmak konusunda etkili birer öngörü olduğu ortaya konulmuştur.

Yapılan bir çalışmada, fizyoterapi öğrencilerinin çoğunlukla büyükanne ve büyükbabaları ile ilgili hem olumlu, hem de olumsuz geçmiş deneyimlere sahip olduğu tespit edilmiş; klinik deneyimlerin fizyoterapi öğrencilerinin yaşlı yetişkin rehabilitasyonu hakkındaki algılarını açıkça etkilediği ortaya konulmuştur. Buna karşılık, fizyoterapistler ve hemşireler arasındaki etkili ilişkinin, yaşlıya fayda sağlayacağı gösterilmiş ve başarılı multidisipliner çalışma ve etkili iletişim ile rehabilitasyonun başarısının artacağı sonucuna varılmıştır.

Ayrıca fizyoterapi öğrencilerinin rehabilitasyon deneyimlerinden, yaşlı bireylerin rehabilitasyonunu olumsuz yönde etkileyen bazı kilit konular belirlenmiştir. Bu kilit konuların, fizyoterapi öğrencileri, yaşlı hastalar ve onların aileleri arasındaki ilişkiyi ve sonuç olarak fizyoterapi- rehabilitasyonun verimini doğrudan etkilediği görülmüştür.

Belirlenmiş olan bu kilit konular şunlardır:

- Servislerdeki organizasyon eksikliği veya yönetim zayıflığı,
- Sağlık profesyonellerinin arasındaki uyumsuzluk ve iletişim eksikliği,
- Kaynak eksikliği,
- Servislerdeki motivasyon ve aktivite eksikliği,
- Hem hasta bakımını, hem de öğrencilerin deneyimlerini etkileyen basmakalıp tutumlar,
- Sağlık profesyonellerinin ve bakım verenlerin yaşlılara olan olumsuz davranışları ve zayıf ilişkileri.

Bu çalışma ile, yaşlılarla yapılan klinik deneyimlerin, fizyoterapi öğrencilerinin yaşlı erişkin rehabilitasyonu hakkındaki algılarını açıkça etkilediğini ortaya koymaktadır. Olumlu klinik deneyimlerin, öğrencilerin yaşlı bireyler ve onların rehabilitasyonları hakkındaki algılarını olumlu yönde arttırdığı görülürken; olumsuz klinik deneyimlerin bu algıları olumsuz yönde etkileme potansiyeline sahip olduğu görülmektedir.

Simpson, Revell ve Dyer'e (1993) göre, fizyoterapi eğitimi sırasında ayrımcı davranışların yanı sıra yaşlılarla çalışmaya yönelik yetersiz eğitimin, yaşlı hastaların genç hastalara göre daha düşük bir fizyoterapi hizmeti almalarına yol açabilir. Bu nedenle, fizyoterapi eğitimi sırasında öğrencilerin yaşlılara yönelik inanç ve tutumları dikkate alınmalı ve iletişim becerilerinin geliştirilmesine önem verilmelidir.

Yaşlılarla iletişimi geliştirmek için kullanılan programlar

Tüm ülkelerde yaşlanan nüfusun önemli oranda artması nedeni ile bu alanda yer alan sağlık profesyonellerinin veya bakım verenlerin yaşlı bireyler ile nasıl iletişim sağlayabileceklerini veya çalışılabileceklerini bilmeleri gerekir.

Sağlık profesyonellerinin hasta merkezli iletişimini geliştirmek için uygulamaların etkilerini değerlendirmek üzere çok sayıda çalışma tasarlanmıştır. Çoğu, uygulamaların hasta davranışlarından ziyade iletişim davranışları üzerindeki etkilerini ölçmeye odaklanmıştır.

İngiltere'de "Hasta Bakım Esasları" (Essence of Care) belgesi, çalışanlar ve hastalar arasında iyi iletişimin çok önemli olduğunu ve bunun bireysel özelliklere saygı göstererek yapılması gerektiğini belirtmektedir. Yine İngiltere'de hemşirelerinin davranış kuralları ve iletişimleri ile ilgili işlerinden birinin, yaş, cinsiyet, ırk, mental durum ve yetenek, ekonomik durum, yaşam tarzı, kültür seviyesi, dini veya politik inançlara bakılmaksızın, hasta ve yaşlıların çıkarlarını ve saygınlığını korumak ve desteklemek olduğu bildirilmiştir.

Sağlık profesyonellerinin ve bakım verenlerin yaşlılarla iletişim becerilerini geliştirmek ve kendi kendini yansıtma yeteneklerini geliştirmek için uzun süreli eğitim programları geliştirilmiştir. Bu eğitim sürecinde bilinçli bir şekilde uygulanan yapıcı öğrenme teorisi ve yansıtıcı öğrenme modelinden yararlanılmış; hedeflere ulaşmak için modernleştirici öğrenme yöntemleri kullanılmıştır.

İletişim becerilerini geliştirme ile ilgili tipik programlar,

- Yapılan teorik derslerin, iletişim becerileri veya hasta ile görüşme becerileri ile birleştirilmesini,
- Deneysel öğrenme tekniklerini,
- Kişiselleştirilmiş geri bildirimleri,
- Katılımcının kendi kendine performans değerlendirmesini içerir.

Bunun için sağlık profesyonellerinin iletişim becerilerini geliştirmek üzere bir değişim programı hazırlamak ve yansıtıcı uygulama yoluyla öğrenmeyi teşvik etmek önerilir.

Yaşlılar ile sosyal etkileşim ve grup çalışmaları, yaşlıların sağlık ve sosyal bakımında önemli bir role sahiptir.

Yaşlı grup toplantıları, yaşlı bireylerin egzersiz grupları gibi tedavi ve rehabilitasyon hedeflerine bağlılıklarını teşvik etmek için de kullanılır.

Yaşlıların büyük bir kısmı yalnızlıktan yakınır. Yalnızlık, yaşam kalitesinin azalmasına, kognitif bozuklukların artmasına, sağlık hizmetlerine ve kalıcı kurumsal bakıma olan ihtiyacın artmasına ve sağlığının bozulmasına yol açabilecek bir durumdur. Bu nedenle yaşlılar veya bakım verenler arasında iletişimin artırılmasına yönelik çalışmalar vardır. Yaşlı grup çalışmaları, yaşlıların akranlarıyla sosyal faaliyetlerde bulunma ve kayıplarla baş etme gibi durumlarda yaşlılara yardım etmek ve özellikle demans hastalarına bakım verenleri desteklemek için kullanılır.

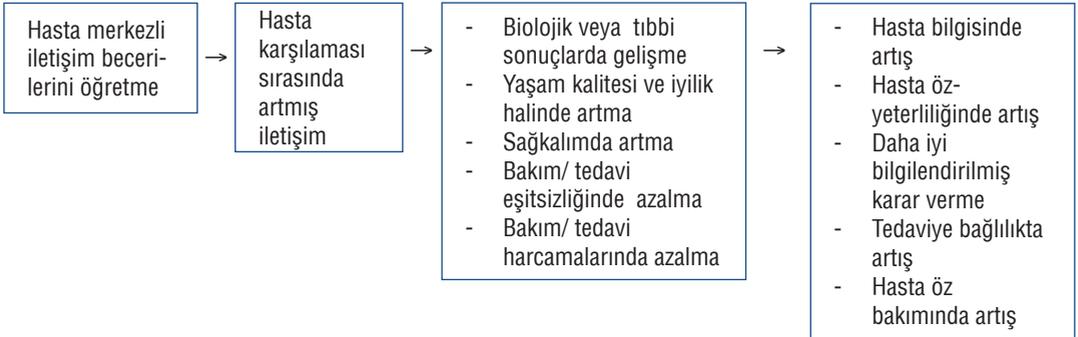
Grup çalışmaları, grup yönetimi becerilerini ve yaşlı insanların yalnızlık duyguları hakkındaki bilgilerini geliştirdiği gibi, kursiyerlerin yansıtma ve düşünme becerilerini de geliştirir. Kendini yansıtma, kursiyerlerin kendilerini ve kendi eylemlerini tanımalarını sağlayan bir beceridir. Kendini yansıtma, bireylerin kendilerine dışarıdan birinin gözleriyle uzaktan bakmalarını ve böylece çevre dünyayla ilgili olarak kendi değerlerini, duygularını ve dürtülerini incelemelerini mümkün kılar.

Fizyoterapistler için iletişim becerilerini artırmaya yönelik eğitim önerileri

Yazarın fizyoterapistler ve fizyoterapi öğrencilerine yaşlılarla iletişim becerilerini artırmaya yönelik önerileri şunlar olabilir:

- Mesleki eğitimde eğitimde yaşlı bireylerin rehabilitasyonu alanında teorik ve pratik bilgi arasında güçlü bir bağlantı sağlanmasına önem vermek ve yaşlıya bütüncül bakmayı öğretmek,

- Lisans ve lisansüstü öğrenim sırasında öğrencilere yaşlılar ile iletişim becerilerini artırmak için uygulamaya dayalı eğitim vermek,
- Öğrencilere veya mezunlara klinik ortamlarda ve sahada hasta ve sağlıklı yaşlılar ile uygulamalı olarak iletişimi artıracak pratikler yaptırmak,
- Yaşlılarla çalışan tecrübeli meslektaşlar veya akademisyenler ile deneyimlerin paylaşılacağı veya önerilerin alınacağı toplantılar veya söyleşiler yapmak,
- Mezunların meslektaşları veya öğrencilerin sınıf arkadaşları ile birlikte kendilerinin yaşlılara yönelik tutum ve davranışlarını değerlendiren ve analiz eden grup çalışmaları yapmak,
- Diğer meslek grupları ile iletişimi artırmaya yönelik grup toplantıları veya hizmetiçi eğitimler yapmak,
- Yaşlılık ve yaşlılarla ilgili kişisel veya klinik olumsuz deneyimlerin farkına varılmasını ve bu olumsuz duyguların olumluya çevrilmesini sağlamak üzere yaşlılar ile birlikte grup çalışmaları yapmak ve yaşlıların beklentilerinin daha iyi anlaşılmasını sağlamak.



Şekil 1. Hasta merkezli iletişim becerilerini öğretme ve çeşitli sonuçlar arasındaki bağlantı

KAYNAKLAR

1. Türkiye'de Yaşlılık Dönemine Ait Beklentiler. T.C. Aile ve Sosyal Politiklar Bakanlığı, Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayınları, 1. Basım, KRY Yayıncılık Ltd, Şti, Ankara 2011.
2. Edwards H, Noller P. Factors Influencing Caregiver- Care Receiver Communication and Its Impact on the Well-Being Older Care Receivers, *Health Communication*, 10:4, 317-341; 1998. DOI: 10.1207/s15327027hc1004_2.)
3. Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı (2007)
4. Bahar G, Bahar A, Savaş H. Yaşlılık ve Yaşlılara Sunulan Sosyal Hizmetler. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 4 (12): 85-98; 2009.
5. WHO Raporu, 2010.
6. Woolhead G et al. "Tu" or "Vous?" A European qualitative study of dignity and communication with older people in health and social care settings. *Patient Education and Counseling* 61: 363–371; 2006.
7. Epstein RM, Street RL. *Patient-centered communication in cancer care: promoting healing and reducing suffering*. Bethesda (MD): National Cancer Institute; 2007.
8. Arora NK. Interacting with cancer patients: the significance of physicians' communication behavior. *Soc Sci Med*. 57(5):791–806; 2003.
9. Epstein RM, Franks P, Fiscella K, Shields CG, Meldrum SC, Kravitz RL, et al. Measuring patient-centered communication in patient-physician consultations: theoretical and practical issues. *Soc Sci Med*. 61(7):1516–28; 2005.
10. Levinson W, Lesser CS, Epstein RM. Developing Physician Communication Skills For Patient-Centered Care. *Health Affairs* 29 (7): 1310–1318; July 2010
doi: 10.1377/hlthaff.2009.0450 .
11. Zandbelt LC, Smets EM, Oort FJ, Godfried MH, de Haes HC. Patient participation in the medical specialist encounter: does physicians' patient-centered communication matter? *Patient Educ Couns*. 2007;65:396–406.
12. Bartlett EE, Grayson M, Barker R, Levine DM, Golden A, Libber S. The effects of physician communications skills on patient satisfaction, recall, and adherence. *J Chron Dis* 37:755–64; 1984.
13. Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Med Care* 27-29; 1989.
14. Stewart M. What is a successful doctor-patient interview? A study of interactions and outcomes. *Soc Sci Med* 19: 167–75; 1984.
15. Ruusuvaari J. Looking means listening: coordinating displays of engagement in doctor-patient interaction. *Soc Sci Med* 52:1093–8; 2001.
16. Kaplan SH, Greenfield S, Gandek B, Rogers WH, Ware JE. Characteristics of physicians with participatory decision-making styles. *Ann Intern Med*;124:497–504; 1996.
17. Ruiz-Moral R, Pérez Rodríguez E, Pérula de Torres LA, de la Torre J. Physician-patient communication: A study on the observed behaviours of specialty physicians and the way their patients perceive them. *Patient Educ Couns*. 2006; 64:242–8.
18. Hanratty B, Hibbert D, Mair F. et al. Doctors' perceptions of palliative care for heart failure: focus group study. *BMJ*. 2002 Sep 14; 325(7364): 581–585. doi: 10.1136/bmj.325.7364.581.
19. Dutta-Bergman MJ. The relation between health-orientation, provider-patient communication, and satisfaction: an individual-difference approach. *Health Commun*. 2005;8: 291–303.
20. Kerse N, Buetow S, Mainous AG, Young G, Coster G, Arroll B. Physician-patient relationship and medication compliance: a primary care investigation. *Ann Fam Med*. 2004;2:455–61.
21. Ong LML, DeHaes JCJM, Hoos AM, Lammes FB. Doctor-patient communication: a review of reviews. *Soc Sci Med* 1995;40:903–18.

22. Bredart A, Bouleuc C, Dolbeault S. Doctor-patient communication and satisfaction with care in oncology. *Curr Opin Oncol.* 2005;17(4):351–4).
23. Lothian K, Philp I. Maintaining the dignity and autonomy of older people in the healthcare setting. *BMJ* 322: 668-670; 17 March 2001.
24. Barnes S, Gott M, Payne S ve ark (2006). Communication in heart failure: perspectives from older people and primary care professionals. *Health and Social Care in the Community*, 14 (6), 482–490, doi: 10.1111/j.1365-2524.2006.00636.x).
25. Baltes MM. (1995). Dependency in old age: Gains and losses. *Current Directions in Psychological Science*, 4, 14-19.
26. Giles H, Fox W, Smith E. (1993). Patronizing the elderly: Intergenerational evaluations. *Research in Language & Social Interactions*, 26, 129-149.
27. Ryan EB, Bourhis R, Knops U. Evaluative perceptions of patronizing speech addressed to elders. *Psychology and Aging*, 6 :442-450; 1991.
28. Heine C, Browning CJ Communication and psychosocial consequences of sensory loss in older adults: overview and rehabilitation directions, *Disability and Rehabilitation*, 24:15, 763-773; 2002. DOI: 10.1080/09638280210129162.
29. Azizoğlu S. Yaşlı Bakım sürecinde iletişim. Kuşaklararası Dayanışma ve Aktif Yaşlanma Sempozyumu Bildiri Kitabı, 18-24 Mart, 2012, Grafer Tasarım Baskı, Ankara, s. 175-179.
30. Beisecker AE, Beisecker TD. Patient Information-Seeking Behaviors When Communicating with Doctors. *Medical Care* 28 (1): 19-28, Jan 1990.
31. Beisecker AE. Patient Power in Doctor-Patient Communication: What Do We Know? *Journal Health Communication* 2 (2): 105-122; 1990.
32. Hummert ML, Gartska TA, Ryan EB, Bonnesen JL. The Role of Age Stereotypes in Interpersonal Communication. (in) John F Nussbaum, Justine Coupland (eds). *Handbook of Communication and Aging Reserach*. Lawrence Erlbaum Assoc Publisher, London 2004. S: 91-110.
33. Thompson SC, Sobolew-Shubin A. (1993b). Perceptions of overprotection in ill adults. *Journal of Applied Social Psychology*, 23, 85-97.
34. Thompson SC, Sobolew-Shubin A. (1993a). Overprotective relationships: A nonsupportive side of social networks. *Basic and Applied Social Psychology*, 14: 363-383.
35. Ryan EB, Meredith SD, Shantz GD. Evaluative perceptions of patronizing speech addressed to institutionalised elders in contrasting conversational contexts. *Canadian Journal on Aging*, 13: 236-248; 1994.
36. Ryan E B., Hummert M L., Boich LH. Communication predicaments of aging: Patronizing behavior toward older adults. *Journal of Language and Social Psychology*, 14, 144-166; 1995.
37. Department of Health. The essence of care patient-focused benchmarking for health care practitioners. 2001.
38. Nursing and Midwifery Council. Code of Professional Conduct. 2002. London, Nursing and Midwifery Council.
39. Giles H, Fox S, Smith E. Patronizing the elderly: Intergenerational evaluations. *Journal Research on Language and Social Interaction* 26 (2): 129-149; 1993.
40. Solomon K. Psychosocial Dysfunction in the Aged: Assessment and Intervention (In) Jackson O (ed), *Physical Therapy of the Geriatric Patient*. 2. Ed., Churchill Livingstone, New York, 1989, s.95-129.
41. French, S. Ageism. *Physiotherapy*, 93(3), 178–182; 1990.
42. Ambady N, Koo J, Rosenthal R, Winograd CH. Physical Therapists' Nonverbal Communication Predicts Geriatric Patients' Health Outcomes. *Psychology and Aging* 17 (3): 443–452; 2002.
43. Duthie J, Donaghy M. The beliefs and attitudes of physiotherapy students in scotland toward older people. *Physical & Occupational Therapy In Geriatrics*, 27:3, 245-266; 2009. DOI: 10.1080/02703180802430328).
44. Noose LJ and Wilson M. Geriatric and student physical therapists' attitudes toward elderly individuals. *Issues on Aging* 17: 13–15; 1994.

45. Dunkle SE and Hyde RS. Predictors and subsequent decisions of physical therapy and nursing students to work with geriatric clients: An application of the theory of reasoned action. *Physical Therapy* 75: 614–620; 1995.
46. Wong R. Impact of previous nursing home work experience on student physical therapists' employment interests. *Journal of Physical Therapy Education* 5: 56–59; 1991.
47. Taylor LF, Tovin MM. Student physical therapy attitudes toward working with elderly patients. *Physical and Occupational Therapy in Geriatrics* 18: 21–37; 2000.
48. Hobbs C, Dean CM, Higgs J, Adamson B. Physiotherapy students' attitudes towards and knowledge of older people. *Australian Journal of Physiotherapy* 52: 115–119; 2006.
49. Watkins C, Waterfield J. An exploration of physiotherapy students' perceptions of older adult rehabilitation, *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 28:3, 271-279; 2010. DOI: 10.3109/02703181.2010.512410.
50. Simpson JM, Revell G, Dyer J. Rehabilitation of elderly people: What should physiotherapy students learn on placements? *Physiotherapy*, 79, 628–632; 1993.
51. Kaisu H, Pitkala, L, Blomquist, P, Routasalo, M, Saarenheimo. *Educational Gerontology*, 30: 821–833, 2004.
52. Lord SR, Castell S, Corcoran J, Dayhew J, Matters B, Shan A, Williams P. The effect of group exercise on physical functioning and falls in frail older people living in retirement villages: A randomized, controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51, 1685–1692; 2003.
53. Routasalo P, Pitkala K. Loneliness among older people. *Reviews Clin Gerontol*, 13 (4): 303-311; November 2003. DOI: <https://doi.org/10.1017/S095925980400111X>.
54. Hakala P. Learning By Caring, A Follow-Up Study of Participants in a Specialized Training Program in Pastoral Care and Counseling (Academic dissertation) The Faculty of Theology of the University of Helsinki, Helsinki, 2000.

Prof. Dr. Fatma ÜNVER



Fatma Ünver 1994 yılında Hacettepe Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulundan Lisans, 1998 yılında Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bilim Dalından Yüksek Lisans, 2004 yılında ise Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Spor Fizyoterapistliği programından Doktora derecesini, 2012 yılında ise doçent ünvanını aldı. 1995-2006 yılları arasında Ankara Üniversitesi Spor Hekimliği Anabilim Dalında spor fizyoterapisti, 2006-2015 yılları arasında Pamukkale Üniversitesi Spor Fakültesi'nde müdür ve dekan yardımcılığı görevlerinde bulundu. 2015 yılından bu yana Pamukkale Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon YO'da görevini sürdürerek, 2019 yılında profesör ünvanı aldı. Türkiye Bayan Hentbol Milli Takım fizyoterapistliği, Türkiye Bayan ve

Erkek (U19) Futbol Milli Takım fizyoterapistliği, Tekerlekli Sandalye Basketbol A Milli Takım fizyoterapistliği ve kalsifikasyonu görevlerinde bulundu. Türkiye Bedensel Engelliler Spor Federasyonu Sağlık Kurulu Üyesi yaptı. Türkiye Fizyoterapistler Derneği, Türkiye Spor Fizyoterapistleri Derneği, Ankara Spor Hekimliği Geliştirme Derneği, International Council for Health, Physical Education, Recreation, Sport, and Dance (ICHPER•SD) Coaching üyesidir. Ulusal ve uluslararası pek çok dergide hakemlik görevleri bulunmaktadır. Prof.Dr. Fatma ÜNVER sportif rehabilitasyon, sportif performans, sporcularda yaralanma riski belirleme, egzersiz ve hemorolojik parametreler, pilates alanlarında bilimsel ve akademik çalışmalar yapmaktadır.

SPORCULARLA ÇALIŞAN FİZYOTERAPİSTLER İÇİN İLETİŞİM YÖNTEMLERİ

Prof. Dr. Fatma ÜNVER



Özet: İletişim, insanlığın yaşadığı gerçeği anlama ve dönüştürme biçiminin temel bir boyutudur. İletişim kurmak, bilgi alışverişinde bulunan iki veya daha fazla kişiyi içeren, hızlı ve sezgisel kararların yol gösterdiği ustaca davranışlara benzer. Spor ortamında iletişim birçok özelliği bakımından sosyal bir nitelik taşır. Sporcu, antrenör, hakem, doktor, fizyoterapist, taraftar, güvenlik ve diğer görevliler arasında karşılıklı iletişimi gerektirir. Spor yaralanmaları, akut bir travma veya sportif aktivitelerle ilişkili tekrarlayan streslerden (overuse) kaynaklanır. Yaralanma sonrası spora dönüş uzun ve zor bir süreçtir. Sportif rehabilitasyon; fiziksel aktivite/sporla ilgili yaralanmalar meydana geldiği andan itibaren, sporcu, en iyi performans seviyesine geri dönene kadar, özel uygulama ve antrenman alanlarında multidisipliner bir ekiple yapılır. Yaralanmış sporcu genellikle doktor, atletik eğitmen, fizyoterapist, psikolog, masör ve güç ve kondisyon uzmanları dahil olmak üzere spor sağlık ekibinden destek alırlar. Bu ekibin en önemli parçası olan spor fizyoterapistleri sporla ilgili yaralanmaları değerlendirmek için klinik akıl yürütme ve terapötik beceriler kullanırlar. Rehabilitasyon süreci; sporcu ve spor sağlık ekibi arasında duyarlı bir iletişim gerektirir. Ne yazık ki, sporcular genellikle spora geri dönüş için yetersiz koordine edilmiş iyileşme planları için bedel öderler. Sportif rehabilitasyonda iletişim hayati önem taşır. Bu iletişimdeki eksiklik, sporcuların maksimum kapasiteye geri dönmelerini yavaşlatıp engelleyebilir ve yeni yaralanma riskini, hatta daha ciddi yeniden yaralanmaları artırabilir. Özellikle spor fizyoterapistleri, sporcunun hem fiziksel hem de psikolojik rehabilitasyonunda önemli bir rol oynarlar. Fiziksel rehabilitasyon boyutu tam olarak tamamlanırken psikolojik boyut çoğu zaman net anlaşılabilir iletişim eksikliğine neden olabilmekte ve tedavi sonuçlarını etkilemektedir. Bu bölümde rehabilitasyon sürecinde, sporcu ve fizyoterapist arasındaki iletişimin önemi, nasıl olması gerektiği hakkında deneyim ve literatüre dayanan bilgiler verilmektedir.

SPOR YARALANMALARI

Spora katılım sıklıkla kas iskelet sisteminde yaralanma ile sonuçlanır. Spor, egzersiz ve fiziksel aktivitelere düzenli katılım arttıkça, spor ilişkili yaralanma miktarı ve insidansı da artmıştır. Yaralanmış sporcunun spor ve çalışma hayatına katılım süresinin kaybı uzun süreli yaralanma riski ve bunun sonucu olarak yaşam kalitesinin düşmesi ile ilgili maliyetler, önemli bir halk sağlığı sorunu olarak ortaya çıkmıştır. Spor yaralanması, “spor ya da egzersizin sonucu olarak vücudun dokularının hasarı” olarak tanımlanır. Başka bir deyişle, akut travma veya sportif aktivitelerle ilişkili tekrarlayan streslerden kaynaklanır. Spor yaralanmaları kemik veya yumuşak dokuları (bağlar, kaslar, tendonlar) etkileyebilir. Spor yaralanmaları sporcular için kritik ve zorlu problemlerdir. Yaralanmalar sadece sportif performansında azalmaya yol açmaz, aynı zamanda sporcuların bağımsız işlevlerini de uzun süreli veya kalıcı sınırlamalar getirebilir. Yaralanan sporculara genellikle iyileşene kadar faaliyetlerini sınırlamaları tavsiye edilir. Hekim/fizyoterapist, birkaç yaralanması olan sporcular için özel egzersiz veya davranış modifikasyonları önerebilir. Ağır şekilde yaralanan sporcuların tamamen spor yapmayı bırakmaları yada farklı bir spor branşında yeni bir kariyer yapması tavsiye edilebilir.

Spor yaralanmaları, dokunun yaralanma şekline (akut, overuse-aşırı kullanım), etkilenen doku tipine (kas, kemik, eklem, kıkırdak, tendon, bağ vb.), yaralanmanın ciddiyetine (0-7 gün hafif, 8-2 gün orta, 28 günden fazla -antrenman kaybı-ciddi) ve kişinin yaralandığı zamana (akut, kronik) bağlı olarak sınıflandırılabilir. Yaralanmanın sınıflandırılması yapılacak rehabilitasyonun içeriğini, süresini değiştirebileceği gibi sporcunun yaralanma sonrası sahaya dönüş zamanına karar vermede en büyük etkendir. Ayrıca yaralanmanın şiddeti sporcunun yaralanmaya karşı verdiği reaksiyonları da değiştirir. Bir spor yaralanması, ağrı ve fiziksel bozukluklara neden olurken, aynı zamanda sporcu üzerinde psikolojik bir etkiye de sahiptir. Spor yaralanmasında ortak bir psikolojik tepki ise tekrar yaralanma korkusudur. Örneğin ayak bileği burkulması sonucu birinci derece ligament yaralanması olan bir sporcu en fazla bir hafta sonra sahaya dönerken, üçüncü derece bir ligament hasarı olduğunda sahaya dönüş ortalama 3-4 hafta hatta burkulmaya kırık eşlik ediyorsa aylar sürebilmektedir. Her iki durumun bilgisi sporcuya verildiğinde; sporcunun psikolojisi, rehabilitasyon sürecine uyumu ve motivasyonu oldukça farklılık gösterir. Dize gelen direk travmayla ön çapraz bağı kopan sporcu ameliyat olması gerektiği için ortalama altı ile on iki ay sahalardan uzak kalacaktır. Bu durum, sporcunun kendi kariyeri ve oynadığı spor kulübünün planlamasında değişiklik yapılmasını zorunlu kılacak bir durumla sonlanabilmektedir.

SPOR YARALANMALARININ GÖRÜLME İNSİDANSI

Spora katılımın artışıyla birlikte yaralanma sorunununda belirgin bir durum olması üzerine çeşitli ülkelerde önlem konusunun ele alındığı izlenmektedir. Ülkemizde yaralanma sıklığına ilişkin kapsamlı araştırmalar bulunmamaktadır. Birleşik Krallık'ta, spor ve egzersiz tek başına önde gelen yaralanma kaynağıdır ve yaralanmaların yaklaşık % 33'ünü oluşturur. ABD'de spora ve rekreasyonel aktivitelere katılan çocuk ve yetişkin arasında yılda yaklaşık 3-17 milyon kişi yaralanma yaşamaktadır. 17 Avustralyalı'dan 1'inin her yıl bir takım spor yaralanmalarına uğradığını ve bunun sonucunda topluluğa yıllık olarak 1 milyar dolara mal olduğu tahmin edilmektedir. Kolejli sporcuların yaklaşık

% 40 ile % 50'si, tıbbi bakım gerektiren veya atletik kariyerleri sırasında 1 gün veya daha fazla (ya da her ikisi) katılımı kısıtlayan en az 1 yaralanma yaşamaktadır.

Yapılan bir araştırmada ABD'de spor yaralanması sonucu acil servislere her yıl 5-24 yaş arası 2,6 milyon başvuru olduğu bildirilmiştir. Tüm yaş grupları arasında spor yaralanması sonucu acil servise başvurular 5-24 yaş aralığında pik yapmakta ve yaş ilerledikçe sıklık azalmaktadır. Bu başvurular içerisinde 5-12 yaş okul çocuklarında sıklık en fazla iken, 13-18 yaş arası adolesanlar ve 18-24 yaş arası genç erişkinler sırasıyla bunu izlemektedir.

En popüler branş futbolda ise yaralanma insidansı, kulüp başına 17.1 yeni yaralanmadan (her 1000 saatte 14.3), 24.3 yeni yaralanmaya (her 1000 saatte 20,2) kadar değişmektedir. Başka bir çalışmada, maçtaki yaralanma insidansının (1000 saatte 76.6 yaralanma), antrenmandaki yaralanma görülme sıklığından (1000 saatte 3.8 yaralanma) daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Vücut teması (tüm yaralanmaların % 67.3'ü) ve "başka bir oyuncuyla çarpışma" (tüm yaralanmaların % 29.3'ü), % 67.7 ile % 72.2 arasında değişen yaralanma mekanizmalarının başında geliyordu.

SPOR YARALANMALARINDA SPORCU NASIL ETKİLENİYOR?

Sporcular yaralandıklarında, dikkatleri otomatikman ve mantıklı olarak yaralanan bölgeye odaklanırlar. Ne yazıkki, odak genellikle sadece fiziksel olarak kalır, bu da sakatlığın psikolojik deneyimini ve bir sakatlıkla ilişkili çok sayıda duygu, düşünce ve davranışları görmezden gelebilirler. Hem nicel hem de nitel araştırmalar, yaralanmaların sporcular üzerinde derin bir psikolojik etkiye sahip olabileceğini göstermiştir. Profesyonel sporcularla çalışan spor fizyoterapistleri, bu problemleri tanımlamak için en iyi konumdadır ve çoğu zaman yaralı sporculara duygusal destek sağlamada en etkili kişiler olabilirler. Birçok çalışma, fizyoterapistlerin ve atletik eğitmenlerin sporcuların yaralanmasının olumsuz psikolojik etkisinin farkında olduklarını teyit etmiştir. Avustralya, Yeni Zelanda ve Kanada'daki fizyoterapistlerin yaralı sporcular arasında olumsuz duygusal tepkiler görüldüğünü ve sporcunun rehabilitasyon programına uyumunda sorun yarattığını bildirmişlerdir.

Sportif rehabilitasyon ekibinin (spor fizyoterapisti, psikoterapist, atletik eğitmen, antrenör, spor hekimi, masör vb.) özellikle spor fizyoterapistlerinin sporcuyla zaman geçirme yeteneği ve kurulan iletişimin doğası rehabilitasyon süreci için gereklidir ve tutarlılık göstermelidir.

Spor yaralanmaları, sporcuların planlandığı gibi iyileşmesini engelleyen bazı psikolojik sapmaları ortaya çıkarabilir. Bu tür olumsuz duyuşsal cevaplar, küresel olma eğilimindedir. Söz konusu olan durumlar, genel ağrı, stres/endişe, egzersize bağımlılık, öfke, tedaviye uyumsuzluk, kaygı, hayal kırıklığı, gerginlik, azalmış benlik saygısı ve depresyon gibi psikolojik durumları ve tepkileri içerebilir. Korku, yaralanmış sporcularda başka bir yaygın tepkidir: yani, iyileşememe, pozisyonlarını, iş, gelir veya aile ve arkadaş desteğini kaybetme korkusudur. Diğer yaygın bir reaksiyon ise bir yaralanmanın meydana geldiğine inanmamaktır. Spor hekimlerinin yakın zaman önce yaptığı bir çalışmada, bir sporcunun yaralanmadan önceki psikolojik durumunun, sporcunun yaralanmalara nasıl tepki verdiğini etkileyebileceğini göstermiştir. Örneğin, sportif alanda öfkeli olan sporcular, yaralanma sonrası öfkelerini gerçekleştirememeleri nedeniyle hayal kırıklığına uğrama ve depresyona daha eğilimli olmuşlardır.

Ek olarak; sporcuların psikolojik özellikleri, algı ve yaralanmaya tepkisiyle ilgili olarak, benlik saygısı, kaygı özelliği, kontrol odağı, öz-yeterlik ve motivasyon düzeyleri gibi alanlarda değişim

meydana getirebilir. Yaralanmanın niteliği ve kapsamı, sporun türü, yaralanmanın meydana geldiği mevsimde geçen süre ve yaralanma durumunun şartlarını algılama gibi çeşitli durumsal faktörler, bir sporunun yaralanmaya olumlu cevabına aracılık eder ve etkileyebilir. Dahası, bazı sporcuların öz-saygıları ve öz-değerlikleri genellikle bedenlerine ve bedenleri ile ortaya çıkardıkları performans yeteneklerine sarılıdır. Kimliğinin tamamı spora sarılmış bir sporcu için yaralanma ile vücutta ortaya çıkan hasar ve performans kaybı önemli bir sorun olabilir.

Spor yaralanmasına gösterilen ortak bir psikolojik tepki de yeniden yaralanma korkusudur. Sporcular her zaman olumsuz duygulara sahip olmazlar. Bu psikolojik tepkiler; genellikle spor yaralanmasından hemen sonra en yoğun halini alır ve rehabilitasyon sürecinde azalır. Özellikle yaralanmada iyileşme varsa sporcular iyimser olma eğilimindedirler. Sporcuların rehabilitasyon başarısı hakkındaki algıları duygusal durumları üzerinde belirgin bir etkiye sahiptir, o nedenle fizyoterapistler süreçteki en küçük ilerlemeyi bile vurgulamalıdır. Hedef belirleme stratejisi burada yardımcı olabilir: Yaralanmanın çözümü ve spora tam katılımın geri dönüşü uzun vadeli bir amaç olacaktır, ancak yararlı olacaktır. Bununla birlikte, psikolojik tepkiler genellikle spora geri dönüş aşamasında tekrar artışa geçmektedir. Sporunun psikolojik tepkilerine müdahale edilmez ve çözümlenemezse, rehabilitasyonun ilerlemesini yavaşlatabilir ve spora geri dönüşü geciktirebilir. Sporcularda yeniden yaralanma korkusu; korku-kaçınma modelinde birincil psikososyal bir yapı olan kinesiofobi olarak da adlandırılan hareket/yaralanma korkusuna benzer. Bununla birlikte, sporcularda yükselen kinesiofobinin altta yatan nedeni ağrıya bağlı olmayabilir çünkü ağrı düzeyleri genellikle spora dönerken düşüktür.

Yeniden yaralanma kaygısı ile yeniden yaralanma korkusu arasındaki ayrım, kaygının olumsuz bir düşünceden ya da yaralanmanın sonuçlarından (örneğin, ek cerrahi ve rehabilitasyonda daha fazla zaman harcama) endişe duyması, yeniden yaralanma korkusu ise yaralanmanın kendisinden korkmaktır. Şartlar ve tekrar yaralanma riskinin derecesi hakkında kesinlik bulunmadığından, sporcular olasılıkla yeniden yaralanma korkusuna karşı daha fazla yeniden yaralanma kaygısına sahiptir veya her ikisi de birlikte olabilir. Yeniden yaralanma kaygısının etkisi hakkında daha az şey bilinirken, yeniden yaralanma korkusu, hem fizyolojik (kas koruma gibi) hem de rehabilitasyon sonuçlarını etkileyebilecek psikolojik değişimler (örneğin, yaralı alandaki dikkat dağınıklığı ve güvensizlik) ile sonuçlanabilir.

Çoğu spor fizyoterapisti, yaralanmadan başarı sağlamanın fiziksel bir başarı kadar zihinsel bir başarı olduğunu bilir. Bu bağlamda, yaralı sporcuların zihinsel durumlarını ve duygusal ihtiyaçlarını, sağlık ve fiziksel aktiviteye etkin bir şekilde geri döndürmeleri için dikkatli tahminler yapmalıdır. Eğer bu tahminler yapılamazsa, etkili yaralanma yönetim stratejileri gecikebilir. Bu amaçla, fizyoterapist, spor yaralanması ile ilgili zihinsel sapmalara özgü uyarı işaretleri ve müdahaleler ile ilgili psikolojik yöntemler hakkında bilgi sahibi olmalıdır.

Rehabilitasyon sırasında psikolojik sıkıntının, iyileşmeyi engelleyebilecek kalıcı fiziksel ve psikolojik problemlere katkıda bulunduğu bulunmuştur. Çeşitli müdahaleler ve stratejiler, psikolojik becerilerin geliştirilmesi için sporculara yaralanmaların iyileşmesi sürecinde yardımcı olmak için kullanılmalıdır. Yaralanmış sporcuları tedavi eden fizyoterapistler ve doktorlar çeşitli psikolojik teknikler (örn., korkuyu azaltan iletişim, yaralanma hakkında ilgili bilgilerin sağlanması ve kaygıyı azaltan rehabilitasyon sürecini) kullandıklarını bildirmişlerdir.

Önemli bir konuda, hastanın antrenman ve müsabakaya geri dönmek için gerekli güveni olup olmadığını. Sporcuların anksiyete yaşamaları ve kendilerine “Daha önce yaptığım gibi devam edebilecek miyim?” diye sormasına sıklıkla tanık oluruz. Hatta bu soruyu bütün fonksiyonel testlerin yapıldığı sonuçlarının iyi olduğu antrenmana dönüş için hazır olduğunu bildirdiğimizde bile karşılaştığımız olmuştur. Bir diğer önemli soru “Yeniden yaralanır mıyım?” Bu noktada, sporcunun bir spor psikologu ile spora dönüş hakkındaki düşüncelerini ve duygularını tartışabilmesi önemlidir. Sporcunun spora dönmeye hazır olma düzeyini sistematik olarak değerlendirmek şarttır. Bu adımda, yaşanabilecek herhangi bir korkuyu hafifletmek önemlidir. Fakat spor kulübünün psikoloğu yoksa yada sporcu görüşme için ikna edilememişse hem klinik uygulamalarda hem de bazı araştırmalarda, tedavi sırasında sporcularla düzenli temas halinde olan fizyoterapistlerin hem psikososyal hem de fiziksel yaralanma süreçlerini bilgilendirmek, eğitmek ve yardımcı olmak için ideal bir konumda oldukları görülmektedir. Gerçekten de, fizyoterapistlerin yaralanmadan hemen sonra ortaya çıkan, sporcunun yaşadığı acı ve kafa karışıklıklarının en kötü olduğu zamanda ihtiyaçlarını karşılayan ilk kişiler olduğunu görüyoruz.

Spor fizyoterapisti; yaralanmaların olası psikolojik sonuçlarını dikkate almalı ve kendilerini tanımladıklarında, psikolojik sonuçların ele alabilecekleri uygun tarafları belirlemeli ya da uygun yönlendirmeler için kendilerini konumlandırmalıdır. Yaralanma sonrası yaşanan hayal kırıklığının nedenine bağlı olarak, uygulamada en yararlı psikososyal strateji değişebilir; bu nedenle iletişim hatları daima açık olmalıdır.

SPOR YARALANMALARININ REHABİLİTASYON SÜRECİ

Spor yaralanmalarının rehabilitasyonunda amaç, yaralı sporcuları mümkün olduğunca güvenli ve hızlı bir şekilde yaralanma öncesi performansına yani spora geri döndürmektir. Tipik olarak, spor fizyoterapistleri, yaralanmaların psikososyal yönlerine çok az (veya hiç) vurgu yapmaksızın, yaralanmanın fiziksel yönlerini tedavi etmek için eğitilmiştir. Bununla birlikte, mevcut literatür, başarılı spor yaralanması rehabilitasyonunun, sıklıkla hem pozitif hem de negatif yönleriyle biyopsikososyal bir süreç olduğunu öne sürmektedir. Sporcunun bilişsel algılarına bağlı olan deneyimleri, yaralanma sonrasında rehabilitasyon programına olan duygusal ve davranışsal tepkilerini etkileyebilir.

Rehabilitasyonda iyileşme sürecinin bir noktasında, sporcular güç ve kondisyon programlarına geri dönerler ve spora geri dönmeye hazırlanırken spora özel aktivitelere devam ederler. Bu geçiş birkaç nedenden dolayı önemlidir. Birincisi, sporcu sağlığı açısından iyileşmiş olsa da (örneğin, esneklik, hareket aralığı, fonksiyonel güç, ağrı, nöromüsküler kontrol, inflamasyon), rekabete hazırlık için gerekli güç, hız, çeviklik ve dayanıklılık parametrelerini sporda sergilenen seviyelerde yeniden tesis etmesi gerekmektedir. Sporla ilgili bu tür bir eğitim, sporcunun rekabet kabiliyetini yeniden kazanmak için yaralı sporcuların ek çalışmalara katılmasını gerektiren bir süreçtir. Fizyoterapistler, rehabilitasyon uygulamaları ve sahaya dönüş için egzersiz programları konusunda oldukça donanımlıdır. Fakat yaralanmanın psikolojik boyutu ve rehabilitasyonda oluşan iletişim yetersizlikleri, sportif performans için gerekli bütün bu parametrelere ulaşılsa da rehabilitasyon sürecinde ve sahaya dönüşte çok büyük problemlere yol açabilmektedir.

Sporcuların spor yaralanmalarından sonra sahaya dönüşünde, atletik antrenörler ve spor fizyoterapistleri kilit rol oynamaktadır. Yaralanmaya karşı olumsuz psikolojik tepkiler, sıklıkla sporcuyla genel rehabilitasyon sürecini iyileştirmek için ek stratejiler aramaya teşvik ederken, gecikmiş toparlanma oranları ve/veya rehabilitasyona uyum eksikliği ile sonuçlanır. Sporcuların; rehabilitasyona uyum sağlamaları, iyileşme hızını arttırmaları, kaygı düzeylerini kontrol altına almaları ve kendine güveni arttırmaları için spor yaralanmalarının rehabilitasyonu sırasında psikolojik beceriler kullanılmalıdır. Ayrıca fizyoterapistler toparlanmanın artırılması için psikolojik müdahalelerin kullanımı konusunda sporcuları eğitmek için en iyi konumdadırlar.

Yaralanmış sporcular, tedavisinin bir parçası olarak doktor veya fizyoterapistinden reçete rehabilitasyon programları alırlar. Bu programlar, sporcuların uyumunu gerektiren çeşitli davranışlara yol açar. Buna, fiziksel aktivitenin kısıtlanması, ev ve klinik temelli rehabilitasyon egzersizleri ve kriyoterapi dahildir. Etkili bir rehabilitasyona, uyumu etkileyebilecek 200'den fazla değişken olduğu gerçeği şaşırtıcıdır. Elbette bu değişkenlerin bazıları sertifikalı spor fizyoterapistlerinin yetkinliği (örneğin yaralanmaların anatomik anlayışı ve uygun tedavilerin seçimi) başlığı altında toplanmaktadır. Bununla birlikte, yaralanmalar hakkında bilgi ve rehabilitasyon, uygulamaları hastanın katılımındaki yetersiz verim nedeniyle kolayca zayıflatılabilmektedir. Hem fizyoterapistlerin hem de yaralanan sporcuların sosyal destek, fizyoterapist-sporcu uyumu ve birlikte hedef belirleme gibi psikososyal faktörler reçete edilen rehabilitasyonun başarısını etkilemektedir.

Rehabilitasyona uyum, spor sağlık ekibinin ve sporcuların işbirliği yaptığı bir ortaklığı gerektirmektedir. Bazen sporcular bilişsel sorunları (örneğin; sporcuların yaralanmaların doğasını, tedavi için öngörülen tedavinin hedefleri ve iyileşmenin prognozunu), duygusal sorunları (örneğin; sporcuların duygusal problemlerle başa çıkmak zorunda olduklarını- kaygı, suçlama, suçluluk, öfke) ve / veya davranış sorunları (örneğin sporcuların durumları hakkında bir şeyler yapmaları gerekir) nedeniyle reçete edilen tedavilere uymakta zorlanabilirler. Hekim ve fizyoterapistler, başarı potansiyellerine ve tedavi konusundaki endişelerine cevap vermenin yanı sıra onların rehabilitasyonlarını uygulama becerilerini de sahip olmalıdırlar.

Sporcuların, rehabilitasyon davranışlarına uyum oranı tahmini olarak ortalama % 40±91'dir. Bu uyum ile rehabilitasyonun sonucu arasında doğrudan bir bağ olduğu düşünülmektedir. Fizyoterapistler, rehabilitasyona uyum oranlarını artırmak için psikolojik stratejilerin dahil edilmesi gerekliliğini fark etse de genellikle bunu yapmak için yeterli bilgiye sahip olmadıklarını düşünmektedirler. Gordon ve ark. (1991), yaptıkları çalışmada ankete katılan spor fizyoterapistlerinin %84'ünün yaralanmanın psikolojik yönündeki eğitimlerinin yetersiz olduğunu düşündüklerini bildirmiştir. Atletik trainerlar da yapılan araştırmalar benzer bulguları bildirmiştir (Wiese ve diğerleri 1991). Yaralanmış sporcunun davranışını etkileyen çeşitli psikososyal faktörler anlaşılırsa, fizyoterapistler rehabilitasyon stratejilerini tasarlarlarken ve uygularken daha etkili olabilirler. Rehabilitasyona uyum için önemli görülen faktörler: (a) fizyoterapistler ve yaralanmış sporcular arasında iyi bir uyum ve iletişim, (b) fizyoterapistler ve antrenörler arasındaki iletişim, (c) sporcuların öz motivasyonu, ve (d) rehabilitasyonun tesisi ve rehabilitasyon personelinin rahatlığı, erişilebilirliği ve esnekliğidir. Sporcuların ve fizyoterapistlerin uyumundaki en büyük sapmalar, öz motivasyon, ağrı toleransı, yaralanma ve rehabilitasyon egzersizleri eğitimi ve gerçekçi geri bildirim derecesi gibi konularda olmaktadır. Fiz-

yoterapistlere sorulan açık uçlu soru cevaplarının analizinde, en güçlü bulgular; uyum, iletişim ve rehabilitasyona olan bağlılığın çok önemli olduğu sonucunu ortaya çıkarmıştır. Ayrıca, sporcuların tehdit ve korkutma taktikleri için dezavantajları oldukları açıkça belirtilmiştir.

Tuhaf bir şekilde, uyum ve motivasyonu artırma ve kaygıyı azaltma gibi diğer alanlardaki iletişimi iyileştirme için tipik olarak kullanılan psikolojik becerilerin fizyoterapistler ve sporcular tarafından rehabilitasyon sürecinde optimalin altında ya da daha az önemli olduğu rapor edilmiştir. Bununla birlikte, araştırmalar psikolojik becerilerin yaralanmış sporcuların rehabilitasyonu sırasında sadece önemli olmadığını aynı zamanda gerekli olduğunu bildirmektedir. Örneğin imgeleme, performans kaygısını azaltmada etkilidir. Böylece, spor yaralanmalarının rehabilitasyonunda kaygı azaltma teknikleri olarak imgeleme ve diğer psikolojik beceriler paralel bir role sahip olabilir, özellikle yaralanmadan hemen sonra, sporcular müsabakaya geri dönmek için baskı hissettiğinde.

Spor yaralanması rehabilitasyonuna uyumla ilgili üç teorik yaklaşım uygulanmıştır. Bunlar: (a) koruma motivasyon teorisi, (b) kişisel yatırım teorisi ve (c) bilişsel değerlendirme modelleri.

- a) Motivasyon koruma teorisi uyum davranışını göz önünde bulundurur. Belirli bir spor yaralanmasının tedavisine uyum, sporcuların sağlık tehdidini (ve tehdiye karşı duyarlılıklarını), rehabilitasyon programının etkili olacağını ve rehabilitasyon programını tamamlayabileceklerini algıladıklarında en yüksek seviyede olacaktır. Bununla birlikte, bu teori sporcuların alışkanlık davranışlarını hesaba katmaz ve sosyal ve çevresel faktörler için bir rol oynar.
- b) Kişisel yatırım teorisi, yaralanmanın rehabilitasyon sürecindeki anlamının, bireysel özellikler ve durumsal faktörler tarafından belirlendiğini varsayar. Bu, kişisel yatırımı ve dolayısıyla kişinin davranışlarını etkileyen anlamın öznel olduğu yorumunu yapar. Başka bir deyişle, sporcu için yaralanma rehabilitasyon sürecinin anlamı, sporcunun bir rehabilitasyon programına uymayı seçip seçmeyeceğini etkileyebilir.
- (c) Bilişsel değerlendirme modelleri, sporcuların yaralanmalarını yorumlanmasını ve rehabilitasyonlarına uyumunu belirlemede merkezi bir role sahiptir. Hem bilişsel hem de davranışsal faktörlerin, yaralı sporcuların yaralanmalarını ve rehabilitasyon sürecini nasıl değerlendirdikleri üzerinde doğrudan bir etkiye sahip oldukları öne sürülmektedir. Dolayısıyla bu faktörler, bir yaralanma rehabilitasyon programına uyum gibi davranışsal tepkilerle ilişkilidir.

Bu nedenle fizyoterapistler, her bir hasta için bireysel özelliklerine bağlı olarak rehabilitasyon programları tasarlamalıdır. Rehabilitasyonun ilerlemesi, yaralanan sporcuya yapılan tüm gelişmelere dikkat edilerek izlenmeli ve sporcunun anlayabileceği bir dille anlatılmalıdır. Örneğin, sporcular kaslardaki herhangi bir artış hakkında bilgilendirilebilir. İzokinetik testin basılı sonuçlarını onlara göstererek sağlanan güç gelişimi ve bu gelişimin rehabilitasyonda nasıl bir değişikliğe neden olacağını anlatılması. Bu sonuçlar sporcular için somut ve görünürdür ve koruma motivasyonu ve kişisel yatırım teorileri ile onları motive etmeye yardımcı olabilir. Örneğin, bir sporcu fazladan çaba harcıyorsa ve ağrı toleransı yüksekse, rehabilitasyon programı yoğunluğun artmasıyla daha karmaşık hale getirilebilir. Bu durumda, fizyoterapistler, bir sporcunun programı tamamlama konusundaki özgüvenini ve öz yeterliliğini eş zamanlı olarak arttırmaya çalışmalıdır. Aksi halde, programın yoğunluğunun yavaş yavaş ve kademeli olarak artması gerekebilir.

Yaralanmış sporcuların, özel koşullarıyla ilgili olarak eğitilmesi rehabilitasyon sürecinde önemli

bir adım olarak görülmektedir. Rehabilitasyona başlamadan önce yaralanmış sporcu ile tartışılması gereken önemli alanlar: yaralanmanın doğası, yapılacak uygulamaların gerekçesi, gerçekçi beklentiler ve spor becerilerine benzer egzersizlerden oluşan bir programla yaralanma yönetiminin kavranmasını anlatan doğru, anlaşılır ve net bir açıklamayı içermektedir. Bu alanlar sporcuyla karşılıklı tartışıldıktan sonra, fizyoterapistler sporcuların rehabilitasyon programının özel ayrıntılarını karışlamak için düzenleme yapabilirler. Sporcunun durumunu, o andaki koşullarını ve rehabilitasyon programını anlayıp anlamadığının değerlendirilmesi gerekir. Fakat sporcunun anlayışına ilişkin herhangi bir varsayım yapılmamalıdır.

Spor-yaralanma ve rehabilitasyon sürecine bütüncül bir psikolojik tepki modelinde, kişisel ve durumsal faktörlerin etkilerini psikolojik yanıtlar ve rehabilitasyon süreçleri üzerinde sürekli olarak geliştirmeleri önerilmektedir. Bu modele dayanarak, kişisel ve sosyal desteğin, rehabilitasyon süreci boyunca yaralanan sporcuların düşüncelerini, duygularını ve davranışlarını tahmin etmede önemli bir faktör olduğu düşünülmektedir.

Kognitif Değerlendirme Modellerinde spor yaralanmasındaki modellerin, sporcunun düşüncelerinin yaralanmaya verdiği duygusal tepkileri (örneğin öfke ve depresyon) etkilediğini, fakat rehabilitasyona bağlılık gibi davranışsal tepkileri etkilemediği öne sürülmektedir. Bu modele dayanarak, diz cerrahisini takiben rehabilitasyona giren sporcular incelenmiş; yaralanmaları hakkında olumsuz bilişsel değerlendirmeye sahip olanların, daha olumlu bir bilişsel değerlendirmeye sahip olanlardan daha fazla duygusal rahatsızlık yaşadıklarını bulunmuştur. Ayrıca, rehabilitasyon seanslarına katılımla duygusal rahatsızlık arasında negatif yönde bir ilişkili bulunmuş ancak rehabilitasyon seanslarına uyumda herhangi bir ilişki bulunamamıştır. Bu ölçümlerin her biri için düşük korelasyonlar, bilişsel değerlendirme modeli için sadece kısmi desteğin elde edildiğini göstermektedir.

Son kuramsal açıklama, Acı Tepki Modeli, yaygın olarak yaralanma rehabilitasyon psikolojisine uygulanmıştır. Gözlemlenebilir davranışsal belirtiler ve reaksiyonlarda kendini gösteren bu yanıt, şok, öfke, inkar, depresyon, suçluluk veya yorgunluk semptomlarını içerebilir. Bilişsel Değerlendirme Modeli'nde olduğu gibi, duygudurum bozuklukları, düşünceler ve davranışlar işlevsiz olabilir ve rehabilitasyonun potansiyel zorluklarını (örneğin, uyum) şiddetlendirebilir. Bununla birlikte, bu alandaki çalışmaların çoğu, küçük ampirik veriler olduğundan, varsayım üzerine kurulmuştur.

Ayrıca, rehabilitasyon sürecinde bir diğer önemli faktörde motivasyonun devam etmesidir. Pek çok araştırmacı motivasyondan yoksun sporcuların tedavi programlarına uyma olasılığının daha düşük olduğunu ve sorunlu rehabilitasyon yaşama olasılıklarının daha yüksek olduğunu öne sürmüşlerdir. Spor fizyoterapistlerinin, yaralanmalarda etkili psikolojik adaptasyon için kişisel özellikleri ve potansiyel duygusal sorunları önceden tahmin edip tanımlayabilmeleri önemlidir. Fizyoterapistler daha sonra bu tür problemleri daha hızlı bir şekilde ele almak için rehabilitasyonun yönlerini koordine edebilirler. Örneğin, bir rehabilitasyon programını yaralı bir sporcuya açıklarken, fizyoterapist sporcuda daha içsel bir kontrol odağı oluşturarak hastanın motivasyon düzeyini arttırabilir (yani, sporcuya sakatlığın sonucunu kontrol etme yeteneğine sahip olduğu duygusunun aşılması).

Rehabilitasyon periyodunda verilen sosyal desteğin, yaralanma sonrası psikolojik olarak iyileşme çabasında olan sporcular için önemli bir başa çıkma kaynağı olarak gösterilmektedir. Sosyal destek, yaralı sporcu üzerindeki stresin etkisini "körleştirebilir" ve dolaylı olarak duygusal iyi olma hali-

ni etkileyebilir. Başka bir deyişle, sosyal destek, öncelikle yaralı bir sporcunun, yaralanma olayını yorumlamasına yardımcı olduğu gibi, yaralanmadan sonraki üzüntünün azaltmasına da yardımcı olur. Sosyal destek yaralanan bir sporcunun yaralanma ile başa çıkmasına ve rehabilitasyon sırasında motivasyonunun artırmasına yardımcı olabilir. Artan kanıtlar ayrıca empati, sevgi, güven ve bakım ifadeleri olarak tanımlanan duygusal sosyal desteğin, yaralı kolejli sporcuların rehabilitasyon sürecinde ve spora dönüş için çok önemli olabileceği, enstrümantal destek (yani maddi yardım ve hizmetlerin sağlanması) ve bilgi desteği (yani tavsiye, öneri ve yaralanma-rehabilitasyon-spora dönüş hakkında gerçekçi bilgi sağlama) dahil olmak üzere diğer sosyal destek türleri, yaralanan sporculara sunulabilir.

Sporcuları birey olarak tanımak, rehabilitasyon süreci boyunca iletişimi temel alan ortak bir zemin oluşturacaktır. Sporcuların spora katılımı için motivasyonu ve psikolojisi, yaralı sporcularla çalışan fizyoterapistler tarafından da anlaşılmalıdır. Ayrıca, sporcuların kendi tedavileri boyunca çeşitli psikolojik makyajları olduğunu ve strese karşı bireysel tepki biçimlerindeki farklılıkları anlamaları gerekir. Sporcuyla yaklaşım ve iletişim bu özelliklere göre değişiklik gösterecektir.

SPOR YARALANMALARININ REHABİLİTASYON SÜRECİNDE İLETİŞİM BECERİLERİ

Yaralanma sonrası kariyerinin sonlanması kaygısını yaşamak için profesyonel bir sporcu olmak gerekmez. Rekreasyonel olarak spor yapan sporculara da geçici bir yasak da olsa en sevdikleri sporu daha fazla yapamayacakları söylendiğinde baş etmede güçlük çekebilirler. İyi bir iletişim, sporcunun hikayesini dinleyerek ve güven kazanarak başlar. Ancak dinleme görünüşte kolay değildir. Sporcular, vücutlarında aşırı antrenmandan kaynaklanan bir yorgunluk veya yaralanma sonrası çok zorlayan bir ağrı olduğunu söyleyerek size gelebilirler. Değerlendirmeden önce bile, sporcunun vücudu, vücut dili yoluyla sizin sporcuyla söyledikleriniz de şeyler anlatır. Beden dili etkili iletişimi geliştirir yada kısıtlar. Bunun için fizyoterapist tarafından; hastanın beden dili gözlenmelidir. Eğer genç sporcular duyduklarını beğenmezse; aşağıya, dışarıya bakarak veya wolkmanlerine dönerek sizi bilgilendirirler. Mesajları ileten ve hastanın memnuniyetsizliğini kabul edersek, iletişimi açık tutmak için boşuna çabalayamayız. Ayrıca kendi beden dilinizi gözlemleyin. “Odaya geldiğinizde, zaten hastaya bir şeyler söylüyorsunuz”, kilolu fizyoterapistler, güvenilirliğini kaybedebilir. Buna ek olarak, iyi göz teması kurmaya devam edin, aceleci görünmemeye çalışın ve kapıda herhangi bir tutumunu kontrol edin.

Yaralanmış sporcu ile bir tedavi planı yapın. Sporcu, çözüm bulmak için çaba gösterdiğinizizi hissederse sizi daha çok dinleyebilir”. “Ne kadar önemsiz olursa olsun tüm şikayetleri kabul edin”, bazı oyuncular maço bir görüntü sağlamaya çalışıyor. “Belirttikleri şeyleri önemsiz kılmamak için dikkatli olmalısınız”, hastalar semptomları en aza indirir veya fazla önemserler. İyileşmenin zaman ve sabır alacağı gerçeğini ortaya koyuyor. Hasta tarafından doldurulan bir günlük, iletişimin devam etmesinde yardımcı olabilir. Bu günlüklerde, ilaçları, egzersiz reaksiyonları ve diğer endişeleri yer alabilir. Hikaye çok önemlidir, hatta bazı durumlarda, fizik muayeneden bile çok daha açıklayıcı olabilir. Hastanın, özellikle de genç sporcuların amaç ve beklentilerini öğrenilmelidir. Hasta 6 ay dinlenmek mi, yoksa bir an önce sahaya dönmek istiyor ve bunun için alternatif egzersiz formlarını kabul etmek mi istiyor? Yaralanma olduğu sırada hastanızın, spor sezonunun hangi bölümünde olduğu da önemlidir. Örneğin, sakatlanan futbol oyuncusu futbol sezonunun başında sonuna kadar oturmayı kabul

edebilir ya da sezon arasına kadar toparlayıp takımla antrenmanlara çıkmak isteyebilir. Hastanın durumunu kavramasını sağlamak için kendi spor tecrübenizden veya aynı yaralanmayı geçirmiş ve şuan aktif spor yapan ünlü bir sporcunuzun tecrübelerinden bahsedebiliriz. Örneğin; hastalar, yeni bir yaralanmaya rağmen çok mükemmel bir performans gösteren yıldız sporcunun durumu hakkında şaşkın olabilir. Hastanın sonraki dört aylık rehabilitasyonda sürecini inanılmaz derecede bir acıyla geçirdiğini duymak zorunda değillerdir.

Bazı sporcuların basit yaralanmaları bile sporu bırakmak için bir bahane olarak kullanabileceklerini unutulmamalıdır. Fakat sorun sadece bir ayakkabı değişikliği ile çözülebilecek kadar basit olabilir.

Sporcunun olası en iyi iletişimi, fizyoterapistini ne kadar iyi tanımladığına bağlı olarak değişebilir. Fizyoterapistin spor yapması da iletişime yardımcı olur, ancak iletişimi kolaylaştırmak için fizyoterapistin illaki üç saatlik bir maratona katılmasına gerek yoktur. Uzmanlar, ortak spor hikayesinin fizyoterapistin, hastanın sporla olan bağlantısı ile uyuşan bir tedavi yaklaşımı göstermesi açısından önemli olduğunu ifade ediyorlar. Yaralanma olduğunda hissedilenleri yaşayan, neler olduğunu bilen bir spor fizyoterapisti hastaya daha fazla empati duyuyor ve insancıl yaklaşım gösteriyor, bu da hasta fizyoterapist arasındaki uyumu ve iletişimi geliştiriyor. Fizyoterapist sporcuyla antrenmanda tutmaya çalışması gerektiğini biliyor. “Fizyoterapist sporcuyla spor yapmaya cesaretlendirerek, örneğin çapraz eğitim (cross-training) yoluyla gelecekte yaralanmaları önlemek için de sorumluluk taşıyor”. Yaralanmış sporcu, fizyoterapistin spor yapma ya da tedavi bağlantısını algıladığı takdirde fizyoterapistle iletişimi artacak ve rehabilitasyona iyi cevap verecektir. Spor yapma hikayesiyle kurulan hasta fizyoterapist bağlantısı ilişkisi güçlendirebilmektedir. Bazı sporcular olağanüstü bir motivasyona sahip olabilirler fakat fizyoterapist de yoğun şekilde motiveyse, iletişimin karşılıklı hissedilmesi fizyoterapistin ne kadar fizyoterapist olmak ve işini yapmak istediğinin bir yansımasıdır. Sporcu olmayan fizyoterapistlerin bile, yaralanmaları idare etme konusundaki mesleki sorumluluğunu vurgulayarak karşılıklı hissi oluşturulabileceğini ileri sürüyor.

Hastayı Okuma: Tıbbi kulak olmak için, hikayeyi doğru yönlendirmelerle almak ve duyabilmek için doğru bir şekilde eğitilmelidir – sonuçta; tıbbi hikaye kısa bir hikayedir, içindeki önemli ayrıntıları görebilmek yorumlayabilmek çok önemlidir. Sporcularla iletişim kurmak için küçük bir hile, hasta öyküsünü anlattığında fizyoterapistin uygun tepkiyi verebilmesidir. Fizyoterapistin asıl macerası bu hikayeleri yaşıyor gibi dinleyebilmesi ve başka bir insan olarak onlara yanıt vermeye çalışmasıdır.

Sporcular ile fizyoterapistler arasındaki etkili iletişim ve uyum rehabilitasyon sürecinin önemli bir unsuru olarak kabul edilmektedir. Yaralanmalarını tedavi eden sağlık profesyonellerinin dürüst olduklarını, kendilerinin refahı ile gerçekten ilgilendiklerini ve yaralanmaları ile ilgili herhangi bir psikolojik bulgunun farkında olduklarını düşünen sporcular, rehabilitasyon programlarına uymaları konusunda daha motive olabilecekleri ileri sürülmektedir. Bu pratik öneriye rağmen, bu ilişkiyi inceleyen yeterli çalışma bulunmamaktadır.

Fizyoterapistler ve sporcular arasındaki bu iletişim, uyum sağlamak için önemlidir. Fizyoterapistler, yaralanmış sporcunun rehabilitasyon egzersizlerini tamamlayabileceği bir rehabilitasyon arka-
daşı bulmalarına da yardımcı olabilir. Sporcunun eş modellerle etkileşime girmesi istenebilir çünkü benzer bir yaralanma geçirmiş ve başarılı bir şekilde rehabilite edilmiş başka sporcularla çalışmak

rehabilitasyon sürecine uyumu kolaylaştırır ve spora dönüş için motivasyon sağlar. Ayrıca, akran modelleri, yaralanma sonrası rehabilitasyon hakkında pratik öneri ve bilgi için ek bir kaynak oluşturabilir. Son olarak, fizyoterapistler, belirli bir rehabilitasyon seansına katılan yaralanmış sporcunun parasal olmayan bir ödüle (örneğin, eğlenceli bir alternatif rehabilitasyon aktivitesi seçme hakkı) ulaştığı bir ödül sistemi de kurabilirler.

Daha spesifik olarak, fizyoterapistler motivasyon, etkili iletişim ve gerçekçi hedefler belirlemek için rehabilitasyon programında çeşitlilik yaratmalıdırlar. Yeterli iletişim becerileri olmadan, en iyi eğitimli ve en yüksek etkili fizyoterapistler olamayabilirler. Wiese ve Weiss'e göre, iyi iletişim yeteneği, fizyoterapistlerin yaralanmış sporcularıyla ilişki kurabilmeleri olasılığını artırıyor.

Kişilerarası yeterlilik, iletişim hakkında uygun seçimler yapılmasını içerir. Kişilerarası yeterlilik, ne zaman konuşulacağı ve ne zaman dinleneceği, hangi tür iletişimin kullanılacağı (yazılı veya sözlü) ve kişinin hedeflere ulaşmayı en üst düzeye çıkarmasına olanak tanıyan bir uluslararasılık duygusu olduğu konusunda bir zamanlama duygusu çağırır. İletişim becerilerini geliştirmek için, genç sporcuların duygularını nasıl tanımlayacaklarını ve ifade edeceklerini öğrenmeleri gerekir. Bu özellikle yaralı genç sporcular için geçerlidir. Sporcu ve onun sosyal destek ağı arasındaki açık ve dürüst iletişim, rehabilitasyonda gerçekten dezavantaja neden olan şeyleri keşfetmenin en iyi yoludur. Verimli ilişkiler kuramayan yaralanmış bir sporcu kontrol edilemeyen bir miktar kaygı yaşayabilir, Sosyal izolasyon ve geri çekilmeye yol açabilir. Gelişmiş bir kişilerarası iletişim duygusu olmadan, yaralanan bir genç-sporcu kafa karıştırıcı duygularını, ne hissettiğini söyleyemeden içselleştirebilir. Anahtar, sporcunun stresin çekirdeğine odaklanmasını sağlamaktır. Fizyoterapistlerin tedavi egzersizlerinden biri olan gevşeme tekniklerinin (örneğin, aktif kas kasılması ve gevşemesi) öğretilmesi stresi azaltmaya ve kontrol etmeye yardımcı olabilir, böylece bir sporcunun odağını daraltabilir ve içten gelen endişeleri ve hayal kırıklıklarını iletme yeteneğini geliştirebilir.

Sporcu ve fizyoterapist arasındaki ilişkinin kalitesini etkileyen bir dizi faktör tanımlanmıştır. Başarılı tedavinin sporcu ile etkili iletişim, sporcu tarafından tedavi ve rehabilitasyon çalışmalarına uyum ve fizyoterapistin sporcunun güvenini kazanma yeteneğine dayanmaktadır. Özellikle, fizyoterapistin bir sporcunun "izlenim yönetimi"ni örtbas edip etmediğini veya duygusal tepkilerinde dürüst olup olmadığını belirleme kabiliyeti esastır. Sporcuların yaralanmalara yönelik psikolojik ve duygusal tepkilerinin bireysel analizi, fizyoterapistin tedavi ve rehabilitasyondaki sonraki basamaklarına rehberlik eder.

Kolaylaştırıcı iletişim, hastanın yaralanmasının niteliği, şiddeti ve muhtemel rehabilitasyon programına dair bir anlayışa ulaşmasıyla sağlanır. Fizyoterapistin tarafından hastaya bu bilgilerin iletimi net ve kolay anlaşılır olmalıdır. Yani, hasta yaralanmanın doğasını ve ciddiyetini tam olarak anlayabilmelidir. Tedavi modalitelerinin mantığı, uygulama şekli, süresi, amacı da anlaşılmalıdır. Önemli olan, hastanın en önemli sorusu olan "Şimdi ne var?" ile ilgili korku ve belirsizliği hafifletmektir.

Sporcular, sıklıkla yaralanma sonrasında basitçe istirahat etmelerinin söylendiği ve daha fazla tavsiye verilmediğinden şikayet ederler. Öte yandan, fizyoterapistler de, sporcuların onlar için en iyi olanı değil duymak istedikleri cevapları almak için birden fazla görüş talep ettiklerinden şikayet edebilirler. Terapist, yaralanmanın doğasını açıklayarak ve sporcunun güç ve kondisyonu korumak için ne yapması gerektiğini vurgulayarak iletişimdeki bozukluğu önleyebilir. Rehabilitasyona yönelik

olumlu bir tutum her iki taraf tarafından da kabul edilmelidir. Rehabilitasyonda uygulanan fizyoterapi ajanlarının hiçbiri, fizyoterapistler tarafından aktif “elle” yapılan uygulamaların yerini tutamazlar. Sporcuyla değerlendiren fizyoterapistler kendi değerlendirme yöntemleriyle hekime teşhis koymada yardımcı olabilirler. Fakat bunun içinde fizyoterapistler ile doktorlar arasındaki yakın çalışma ilişkileri ve iyi bir iletişim olmalıdır.

Çünkü spor sağlık ekibi yaralanma sonrası çoğunlukla “ön-hat” danışmanlarıdır. Duyarlı bir dinleyici olmak için iyi geliştirilmiş kişilerarası iletişim becerilerine ihtiyaç duyarlar. Bu beceriler, sporcular için önemli bir psikolojik “bandaj” sağlayabilir. Örneğin, Ernest Wilson Avustralyalı Netball Takımı Kaptanı’ndan ACL rekonstrüktif cerrahiden geri dönüşünü tartışan O’Rourke (1996) ‘dan alıntılanan aşağıdaki alıntı, rehabilitasyon sırasında açık, öz ve kolay anlaşılır iletişiminin önemini vurgulamaktadır.

“Doğrudan yaklaşımı seviyorum. Spor tıbbi olduğu için çok şanslıyım. Benim tedavimi yapanlar gerçekten olumlular, asla işi yokuşa sürmezler. Yön ve rehberlikten hoşlanıyorum ve ne yapabileceğimi, yapamayacağımı söylüyorum. Doktorlar ve fizyoterapistler tüm bilgiye sahipler, fakat bilgiyi basitleştirmek zorundalar, böylece vücudunuza neler olduğu net anlaşılır”

Fizyoterapistlerin ve sporcuların rehabilitasyon için psikolojik becerilere ilişkin görüşlerini inceleyen bir çalışmada Francis ve ark. (2000), hem sporcular hem de uygulayıcılar tarafından en yüksek ilişkili yapı olarak iyi iletişim becerilerini buldu. Bununla birlikte Francis ve ark. (2000), sporcu ve fizyoterapist arasındaki etkileşimin aksine, özellikle iletişim yöntemlerine odaklanmıştır.

Sözlü iletişim: Sözcüklerle gerçekleştirilen bir iletişimdir. En etkili iletişim biçimi sözlü ve yüz yüze olandır. Çünkü alıcı söyleneni sadece duymayıp, kaynağı görebilmesi ve beden dilini algılaması ve iletilen mesajlar hakkında sorular sorabilme imkanına sahiptir. Benzer şekilde kaynaktan alıcının söyleneni anlama düzeyini verdiği reaksiyonlardan anlayabilir. Ancak sözlü iletişimde iletilen kelimenin, yazılı iletişime oranla yanlış ve eksik anlaşılma ihtimali daha yüksektir. Sözlü iletilerin zamanla değişme ve unutulabilme riski mevcuttur. Bu iletişim türünün en etkili aracı ise dildir. Dil çok sayıda işaret ve sembollerden oluşur.

İletişimde sözlü iletişim, dil ve dil ötesi olmak üzere ikiye ayrılır.

Dil: Sözlü iletişim gerekir, yüz yüze ya da teknolojik iletişim araçları ile gerçekleşen konuşmaları içerir. Bu iletişimde sporcunun yaralanma hikayesi, tanının açıklanması, tedavi seçeneklerinin anlatılması, tahmini spora dönüş süresi gibi bilgiler aktarılır. Yanlış hatırlama ve unutma ihtimaline karşı bütün bu bilgilerin not edilip sporcuya verilmesi ile yazılı iletişimden de faydalanılabilir.

Dil ötesi: Dil ötesinde kişilerin ne söyledikleri yanında nasıl söyledikleri de önemlidir. Mesajın doğru iletilmesi seçilen kelimelere bağlı iken, doğru algılanması dil ötesine bağlıdır. Dilin soyut unsurları dışında, bu sözcüklerin tonlamalar, duraklamalar, sesin hızı, şiddeti ve vurgulamaları ile nasıl kullanıldığı önem kazanır. Mesajın aktarılmasında sözcükler, beden dili ve sesiletilim becerilerinin tümünü oluşturur. İletişimle ilgili yapılan çalışmalarda kelimelerin %10, ses tonu %30, beden dilinin ise %60 etkili olduğu görülmüştür.

Sözsüz iletişim: Beden dili, jestler (konuşmalar sırasında kullanılan el-kol ve bacak hareketleri), mimikler, gözler, kişiler arası mesafe ve temas gibi iletişim unsurlarından oluşur. Fizyoterapistlerin sportif rehabilitasyonda en fazla kullandığı iletişim biçimi sözsüz iletişimdir. Ağrı, eklem hareket kısıtlılığın tedavi etmek için uygulanan fizyoterapi ajanlarının uygulanmasından, ele yapılan manuel

terapi uygulamaları, yapılacak egzersizlerin gösterilmesi, egzersizi yapan sporcunun hatalı vücut parçalarının düzeltilmesi gibi bir çok uygulamada sözsüz iletişim unsurları kullanılmaktadır.

Sporcu ve fizyoterapist arasındaki ilişkinin kalitesini etkileyen bir dizi faktör tanımlanmıştır. Başarılı tedavinin, sporcu ile etkin iletişim, sporcu tarafından tedavi ve rehabilitasyon çalışmalarına bağlılığı ve fizyoterapistin sporcuya güvenme kabiliyetine dayandığını bildirilmiştir. Özellikle yetenekli bir sporcunun "izlenim yönetimi" ni kullanarak duygusal tepkilerinde dürüst olup olmadığını ya da örtbas edip etmediğini belirlemek için fizyoterapist gözleminin gerekli olduğu vurgulanmıştır. Çünkü sporcuyu tanıyan, yaralanmaya karşı reaksiyonlarını, iyileşme periyodundaki tepkilerini ve neleri yapabildiğini onunla birebir çalışarak gören kişi sporcunun fizyoterapistidir.

Araştırmacılar; sporcular, spor fizyoterapistleri ve spor psikologlarının etkili iletişimin rehabilitasyonda önemli olduğunu kabul ettiklerini göstermektedir. Çoğunlukla iletişim modellerini anlama konusunda rehberlik edilmesi ve etkili sözlü ve sözsüz iletişim becerileri geliştirilmesi önerilmektedir.

Yaralanmış sporcuların başarılı rehabilitasyonuna katkıda bulunan bilgi ve beceriler üzerine yapılan araştırmalarda, sporcuların dinlemeye istekli (iletişime açık) olması gerektiğini; olumlu tutumu ve içsel olarak motive olmasını ve yaralanma ve rehabilitasyon tekniklerini öğrenmeye istekli olmalarının gerekliliği vurgulanmaktadır. Bu gereklilikleri sağlama çabası da, sporcuya uzun süre birlikte zaman geçiren fizyoterapistlere kalmaktadır. İyi iletişim becerilerine sahip fizyoterapistlerin, sporcuları biraz zorlayarak, ekipleri ve antrenörleri ile birlikte etkili bir iletişim ağı kurmak için ekstra çaba harcaması gerekmektedir. Sporcuya ve antrenman ekibiyle iyi iletişim kurmak, tam iyileşme için gerçekçi bir zaman çizelgesi sağlamak ve sporcunun rehabilitasyon stratejisini anladığından emin olmak, başarılı rehabilitasyonu kolaylaştırmak için en etkili psikolojik stratejilerden biridir.

Sporcular nadiren kişisel beklentilerini, duygularını ve endişelerini spor sağlık ekibiyle tartışmaktadırlar, fakat tüm sporcular açık ve dürüst iletişimin iyileşme için hayati olduğuna inanmaktadırlar. Bu iletişim daha çok, ağrıyla ilgili ve belirli bir rehabilitasyon tekniğinin sporcuya ne kadar zarar verip vermediği ile ilgili paylaşımlardan oluşuyor. Fizyoterapist ile sporcu arasında oluşturulacak samimiyet, güven ve işbirliğine dayalı bir iletişimle sporcunun duygu ve endişelerini paylaşması sağlanırsa rehabilitasyonda etkili ve hızlı bir yol alınabilir ve spora dönüş için doğru kararlar alınabilir. Çünkü fiziksel performans parametreleri sayısal olarak ölçülebilir ve eksiklikler giderilebilirken psikolojik faktörleri anlamak için sporcunun duygu durumunu, endişe ve beklentilerini fizyoterapisti ile açık bir şekilde konuşması ve gerekirse sorunu aşamıyorlarsa spor sağlık ekibindeki spor psikoloğundan destek alınmalıdır.

Kişilerarası etkileşim, bireylerin kendi kendini yönetme kapasitesini etkileyebilir. Bu nedenle fizyoterapistler, sportif rehabilitasyonu devam eden sporcuya rehabilitasyon sürecinde ve spora dönüş kararı için sporcunun kendinden şüphe duymasına neden olmayan ya da hayal kırıklığı seviyesini arttırmayan bir iletişim modeli oluşturmalıdır. Sporcular, herhangi bir egzersizin çok acı verici olup olmadığı gibi rehabilitasyonun fiziksel yönleriyle ilgili olarak yaşadıkları herhangi bir kaygı veya mutsuzluk konusunda fizyoterapistleriyle açıkça konuşmaktadır. Fakat spora geri dönme zamanı hakkında kaygıları, hazır olup olmadıkları, hazır oldukları halde isteksizlikleri hakkında paylaşımında bulunmaktan kaçınabilmektedirler. Fizyoterapistler, hastanın rehabilitasyon sürecini baltalayabilecek bilişsel ve duygusal tepkileri ve engelleri gibi olası psikososyal süreçlerine uyum sağlarken, fiziksel yaralanma ile ilgili diyaloglara aktif olarak dahil olarak sporcuyu rahatlatacak bir yaklaşımı

ele almalıdır. Hasta ve terapist arasındaki işbirliği, sıcaklık ve destek duygusu oluşturmaldır. Bunun için; hedefler üzerinde hasta-terapist anlaşması, yapılacak uygulamalar hakkında hasta-terapistin anlaşması ve hasta ve terapist arasında etik sınırlarda duygusal bağ oluşturması gerekmektedir.

Fizyoterapi tedavisinden hasta memnuniyeti üzerine yapılan birçok çalışmada araştırmacılar, hastaların olumlu deneyimlerinin genellikle terapistlerin etkili iletişim tarzlarıyla ve olumsuz deneyimlerin de sıklıkla zayıf iletişim tarzlarıyla ilişkili olduğunu bildirmiştir. Kişiyi iyi fizyoterapist yapan nedir sorusunun cevabı; fizyoterapistlerin iletişim kurma yeteneklerinin tedavide en önemli faktörlerden biri olarak yer almaktadır. Hastalar, fizyoterapistlerin kişilerarası becerilerini (örneğin, dinleme, hastalar ile güven inşa etme, empati kurma, olumlu beden dili gösterme gibi), genel biçimde (örneğin, destekleyici, güler yüzlü, yargısız) ve açıkça sorunları açıklama (örn. görsel yardımlar kullanma) konusunda yeterliliklerine değer vermektedirler.

Araştırmacılar ve araştırmaya katılan sporcu-fizyoterapistlerden oluşan yorumcular sözel olmayan davranışların, fizyoterapist-hasta etkileşimlerinin en büyük bileşenini oluşturduğunu ve fizyoterapistlerin iletişimsel iklimi, kendi ikili ilişkileri içinde kurmaktan sorumlu olduğunu göstermektedir. Bu nedenle, spor fizyoterapistlerinin rehabilitasyonda çok önemli bir yere sahip olan sözel olmayan becerilerin geliştirilmesi konusunda çaba harcamaları vurgulanmıştır. Fizyoterapistlerin göz teması, yüz ifadeleri, dokunma, jestleri etkili bir şekilde yönetmeleri ve tedavilerde sessizlik ve fiziksel alan kullanımına dikkat edilmelidir. Fizyoterapistlerin, sözel olmayan becerilerini şekillendirmek için alandaki deneyimlerine güvenmek yerine, kaliteli ilişkilerini ve tedavilerini kolaylaştıracak bu yetkinlikleri aktif olarak öğrenmeleri ve geliştirmeleri gerekmektedir. Hastalar, fizyoterapistlerin tarzı (dostça, sevecen, kibar), profesyonelliği (bilgili, becerikli), yeterlilik (yaratıcı güveni) ve etkili iletişim becerileri (özellikle terapistlerin koşulları ve kendi kendine yönetim hakkında hastaları açık bir şekilde açıklamak ve eğitmek için yetenekleri) gibi birçok özelliklerini önemli bulmuşlardır.

Fizyoterapistin empatik bir yaklaşımı (ortak spor geçmişine sahip olmak gibi), hastanın korkularını ve endişelerini dindirmesine yardımcı olabilir ve terapistin onu gerektiğinde (örneğin sosyal hizmetlerde) diğer profesyonellere yönlendirmesini sağlar. Net olarak yapılan bir açıklama (örneğin, egzersizler, yapılacaklar ve ilk günlerde ve haftalarda yapılmaması gerekenler) hastanın terapistin tavsiyelerinin nedenlerini anlamasına, tedavi önerilerine bağlılığına ve daha iyi bir moral seviyesine sahip olmasını teşvik ederek, artıracaktır. Böylece sporcunun iyileşmesi en üst düzeye çıkarılabilir. İyi iletişim becerileri, hastaların tedaviden memnuniyeti üzerinde önemli bir etkiye sahip olmaktadır (Ley 1988). Empati ve uygun bilgi verme, hastalara sağlık sorunları ile başa çıkmak için ek yollar sağlayabilir. Tersine, zayıf iletişim kaçınılmaz olarak yaşamları daha önceden hastalık veya yaralanma ile değiştirilmiş olan sporcularda (ve ailelerinde) daha fazla stres oluşturmaktadır.

Spor yaralanmalarının rehabilitasyonunda hangi psikolojik prensiplerin uygulandığını belirlemek için, Wiese ve ark. (1991) atletik eğitimcilerin görüşlerini incelemiş, atletik antrenörlerin, en başarılı şekilde yaralanma ile başa çıkmış sporcuları dinlemeye istekli olmaları, olumlu tutum, içsel motivasyon ve yaralanma ve rehabilitasyon teknikleri hakkında bilgi edinme istekliliğine sahip olduklarını ortaya çıkarmıştır. Yaralanmanın iyileşmesini kolaylaştıran en başarılı psikolojik teknikler, iyi kişilerarası iletişim becerileri, olumlu güçlendirme, antrenör desteği ve sporcuyla birlikte tutmak olarak bulunmuştur. Son olarak, atletik eğitimciler, olumlu bir iletişim tarzı kullanmanın,

gerçekçi hedefler belirleme stratejilerine sahip olma, olumlu öz düşünceleri teşvik etme yöntemlerini bilme ve bireysel motivasyon anlayışına sahip olma konularında bilgi sahibi olmanın önemli olduğuna inancını vurgulamışlardır.

Açık iletişim, spor psikologlarının ve atletik antrenörlerin yaralanma ve ilk müdahale işlemlerini takiben ilk sorumluluklarından biridir. İletişimin içeriği, fiziksel yaralanma ve rehabilitasyon ile ilgili olup, yetkili ve nitelikli spor hekimleri ve fizyoterapistleri bilgileri ileten kişiler olmalıdır. Sporcuların yaralanmalarının gerçek niteliğini anlamalarını ve şiddet konusunda dürüst olmalarını sağlamak çok önemlidir. Doktor veya spor fizyoterapisti, kolayca anlaşılabilen dilde tanıyı açıklamalı ve sporculara tedavinin sağlanmasının gerekçesi verilmelidir. Bu ilk iletişimin anahtarı, sporcunun “Şimdi ne?” sorusuyla ilgili korku ve belirsizliği hafifletmektir. İlk iletişimden sonra, uygulamalı tedavi ve rehabilitasyon programını, programın nedenleri de dahil sporcuya açıklamalar yapılmalıdır. Sporculara ağrı, hareketlilik ve iyileşmede neler beklemeleri gerektiği söylenmelidir. Fizyoterapist, sporcularla birlikte hem fiziksel hem de psikolojik olarak ortaya çıkabilecek doğal gerilemeler ve rehabilitasyon için gerçekçi beklentileri tartışmalıdırlar.

ÇOCUK SPORCU

Fizyoterapistler, çocuklarla ve ebeveynleri ile yaralı sporcu çocuk hakkında bilgi almak ve vermek için onlarla iletişim kurmanın antrenörlerin sorumluluğunda olduğunu düşünmektedirler. Antrenörler ise spor sağlık ekibinin, özellikle de fizyoterapistlerin, çocuk veya ergen ile nasıl başa çıkılacağına dair bilgi ve öneri almak için onlarla iletişime geçmelerini beklemektedirler. Bu beklenti hem rehabilitasyon sürecinde hem de her şeyden önce spora geri dönüşle ilgilidir. Fakat uygulamada bazı fizyoterapistler hiç bir antrenörle konuşmadıklarını bildirmektedir. Antrenörler de, kendileriyle asla temas kurmayan doktorlarla iletişime geçmenin kesinlikle imkansız olduğunu düşünmektedirler.

Bu durum daha çok sportif rehabilitasyon merkezleri için geçerlidir. Eğer doktor ve fizyoterapist bir kulübün spor sağlık ekibinde çalışıyorlarsa; çocuk, ergen ve profesyonel sporcuların yaralanmalardan korunma, rehabilitasyon ve performans gelişimi için iletişime geçmekte hatta spora dönüş kararını birlikte alabilmektedirler.

Sportif rehabilitasyon eğitimlerine (futbol profesyonel liginde bu eğitime katılmak zorunlu) katılan fizyoterapisti olan kulüpler için bu süreç daha kolay olmaktadır. Kulüp fizyoterapisti antrenörle oturup konuşarak sporcu için uygun egzersizleri tartışabilmekte ve spora dönüş kararını spor hekimine de dahil ederek birlikte alabilmektedirler. Sonuç olarak, antrenörler sporcu hakkında karar verirken; daha sakin ve güvenli hissederek, bu sakinliği çocuklara da yansıtıyorlar. Bu durum antrenörlerin sporcuyu mümkün olan en kısa sürede spora döndürebilmek için sporcuları tedavi eden ekiple direkt iletişimin önemli olduğunu göstermektedir. Yapılan görüşmelerde bazı fizyoterapistler antrenörleri arayarak vakit geçirmek için para almıyoruz ifadesini kullanarak bu konunun önemini anlayamadıklarını göstermişlerdir. Fakat başka bir çalışmada, antrenör, ebeveyn ve fizyoterapistlerin bir spor yaralanmasıyla bağlantılı olarak çocuk ve ergen sporcunun psikososyal desteği hakkında görüşleri istendiğinde; her üç grup da iletişim eksikliği olduğunu kabul etmişlerdir. Kimse koordinator olarak hareket etmediklerini belirtmişdir. Antrenörün, antrenman ve zaman eksikliğinden, ebeveynlerin tıbbi bakımdaki hayal kırıklığından ve yaralanmayla bağlantılı olarak çocuklarındaki

kişilik değişikliklerini anlayamadıkları için koordinatörlükten kaçınmışlardır. Fizyoterapistler ise, çocuk ve ergen sporcular için önemli bir sosyal ve sağlık destek kaynağı olduklarını düşünmüşlerdir.

Antrenörlerin bilgi, beceri ve zamanlarını etkili kullanabilmelerinin bir yolu da etkili iletişimdir. Etkin olmayan bir iletişimin kaybettirdiği zaman ve prestij, yetersiz planlama ve antrenmanın kaybettirdiklerinden daha fazlasıdır. Bu nedenle iletişimdeki etkinliğin sağlanması gereklidir. Ayrıca sporcunun kariyerinde önemli bir yer tutan antrenörler ve terapistlerin arasında daha iyi bir çalışma ilişkisi olduğunda, sporcular ve fizyoterapistleri rehabilitasyon ve spora dönüşte yaşanan anlaşmazlıkların daha etkili bir şekilde ele alındığını ve çatışmaların azalmaktadır. Saygı aynı takımındaki sporcularla çalışan farklı profesyoneller arasında da etkili iletişimin önemli unsurlarından biri olarak görülmüştür. Fizyoterapistler, iyi kişilerarası iletişim becerilerini, pozitif takviyeyi, antrenör desteğini, sporcuyla takımında tutarak ve sporcunun rehabilitasyonuna katkı sağlayacak en iyi psikolojik stratejileri kullanarak tam iyileşme için gerçekçi zaman çizelgeleri oluşturmalıdır. Dahası, fizyoterapistlerle yapılan görüşmelerde, yaralanmış sporcularla çalışırken; pozitif ve samimi bir iletişim tarzını nasıl kullanacaklarını, gerçekçi hedeflerin nasıl belirleneceğini, olumlu düşünceleri nasıl özendireceklerini, bireysel motivasyonu anlamayı ve özgüvenin nasıl geliştirileceğini bilmenin kendileri için önemli olduğunu vurgulamaktadırlar. Ülkemizde bu konuda yapılmış herhangi bir araştırma bulunmaktadır. Lisans ve yüksek lisans eğitimlerde de daha çok yaralanan sporcunun fiziksel kayıplarının restorasyonu ve eski performansına ulaştırmaya yönelik yöntemler öğretilmektedir. Spor fizyoterapistleri kendi klinik deneyimleri ile birazda yaşayarak sporcu ile iletişim becerileri kurmakta ve geliştirmektedir.

Günümüzde spor kulüpleri gelir kalemlerini artırabilmek, büyük taraftar kitlesine sahip olmak için çağdaş yönetim ilkelerine uygun bir yapılanma içerisinde faaliyet göstermektedirler. Kulüp yönetimlerinin hem kendisi, hem de çalışanları (sporcu, antrenör, idari personel, doktor, fizyoterapist.. vb) arasında etkili bir iletişim ağına sahip olması, kulübün büyümesi, gelişmesi ve başarılar elde etmesi açısından önemlidir. Bu hiyerarjik yapı içinde sağlık personelinin yaralanmış sporcu ile ilgili etik kuralları bazen sorun olabilmektedir.

Sağlık bilgilerinin gizliliği, doktor ve fizyoterapistler tarafından dile getirilen en yaygın etik sorunu oluşturmaktadır. Sağlık hizmetlerinin her alanında mahremiyet sorunlu olmasına rağmen, spor alanında antrenör, kulüp yönetimi, medya ve taraftarların sporcu/hasta hakkındaki kişisel sağlık bilgisine olan talepleri çok daha sık görülmekte ve bu sorun daha da artmaktadır. Sporcu sağlığına özgü olarak tanımlanan en sık görülen sorun, bir oyuncunun/hastanın uzun süreli iyiliği ile bir oyuncuyu oyuna geri döndürme konusundaki zamansal talep arasındaki gerilimdir. Bu endişe, spor fizyoterapistleri ve doktorları için bir sorun olarak ortaya çıkmaktadır. Bu konuda muhtemelen spor sağlık ekibinin spor yapısındaki yeri (kulüple yapılan sözleşme ve beklentileri), spor hiyerarşisi ve takımın talepleri ile ilgili bir ilişki (antrenöre ve yöneticiye sporcunun sağlık durumu konusunda bilgi verme zorunluluğu) nedeniyle taviz vermek durumunda kalabilmektedirler. Bu ilişki önemli etik kaygıların kaynağının bir analizini gerektirir; spor sağlık ekibinin, geleneksel gizlilik, mahremiyet veya hastanın uzun vadeli iyiliği kavramlarına aynı şekilde sahip olmayan bir spor yönetimi hiyerarşisindeki rolü gibi.

Sporla etik sorunlarla ilgili bir çalışmada, yöneticilerin sporcunun yaralanma derecesi hakkında

oyunculardan bilgi almayı istemekte ve doktor/fizyoterapistleri de aynı şekilde zorlayabilmektedirler. Bu tür durumlar, doktor/fizyoterapist ile hasta-oyuncu arasındaki ilişki açısından ciddi etik sorunları açıkça ortaya koymaktadır. Tam tersine sporda başarı kriterine ulaşmak için sporcular zaman zaman tıp etiği ihlallerine maruz kalabilmektedirler- örneğin yaralanmaları hakkındaki bilgi kasıtlı olarak onlardan saklandığında. Bu problem sadece İngiliz futboluna özgü değildir; Amerika Birleşik Devletleri'nde, spor tıbbi alanında bilgilendirilmiş onam ile ilgili olarak, çoğu durumda, ihmal ya da kasıtlı olarak sporcuların yaralanmalarının gerçek doğası hakkındaki bilgilerinin saklı kalması nedeniyle dava açılmaktadır. Böylece sporcunun, oyuna geri dönme konusundaki uygunluğu hakkında bilinçli bir seçim yapması engellenmektedir. Fakat bunun kanıtı söz konusu değildir, çünkü genelde nerede olursa olsun, elit sporcular, kendileri normal olarak daha fazla yaralanma riski altında bile olsalar, acı ve yaralanma riskine rağmen maça çıkıp oynamaya çalışmaktadırlar. Tam spora dönüş aşamasına gelmeden önce oyuncuya, takımın kazanma şansını artırmak amacıyla baskı yapılır, ancak bu süreçte, sporcunun uzun süreli sağlığı genellikle pek dikkate alınmaz.

Diğer taraftan, yaralanmayla ilgili olarak; doktorun, antrenöre veya takım yönetimini bilgilendireceği korkusuyla oyuncuların, her zaman dürüst olmadıkları görülmektedir. Potansiyel olarak oyuncu arzu edilenden daha erken sahaya geri dönmek isteyebilir – Bu durumda doktor ve fizyoterapist oyuncuyu test ederek, takım arkadaşları ve diğer takım paydaşlarına karşı yükümlülüklerini ihşaret ederek, genellikle oyuncuyu beklemek için ikna etmeye çabalar ve işler yoluna girebilir. Ayrıca sporcular, genellikle yaralanmayı gizlemeye heveslidirler, özellikle eğer doktor/fizyoterapistin koşarak yönetime ya da antrenöre gidip yaralanma ile ilgili bilgileri anlatacağından ve yönetime, kendisi ve ekibiyle ilgili her şeyi riske attığından bahsedeceğinizden korkuyorsa, size tamamen güvenmeyebilir, bu nedenle ciddi yaralanmalarını, kişisel kaygılarını, ağrılarını sizden gizleyebilir. Fizyoterapistler, sorumluluklarınızı her durumda dikkatli bir şekilde dengelemek ve sporcunun güvenliğini zedelememek zorundadır. Sporcunun uzun vadeli sağlığı ön planda tutulmalıdır.

Bir yaralanmanın şiddeti ve tıbbi ve cerrahi bakımın karmaşıklığı, iyileşme oranını ve bazı durumlarda rehabilitasyonun sürecini etkiler. Her koşulda, rehabilitasyon sürecine katılan her bir kişinin, net ve açık iletişim sergilemesi gerekmektedir. Spora geri dönmek için tam tıbbi izin sağlanana ve sporcu psikolojik olarak oynamaya hazır hale gelene kadar, yaralanan sporcu rehabilitasyon sürecinin her bir bileşenini kimin geliştirip denetlediğine bakılmaksızın bir hasta olarak kalır. Performans değerlendirmeleri, iyileşmenin ya da ilerleme eksikliğinin göstergesi olan güvenilir, zamana dayalı değişimleri gösterebilen nesnel ve ölçülebilir bilgiler verir. Sonuçta, başarılı bir rehabilitasyon güvene bağlıdır. Sporcu, tedavi ve rehabilitasyon sürecine katılan herkesin önce sporcunun refahını sağladığına güvenmelidir.

Sportif rehabilitasyonda birliği güçlendiren iletişim becerileri, iletişimin kalitesini artırmak ve hastaların kaygılarını açıklığa kavuşturmak için eğitim verilerek klinisyenlerin bu konudaki yetkinliği artırılabilir. Bununla birlikte, hali hazırda var olan olumlu bir terapötik ittifakı kurmak için mevcut olması gereken iletişim faktörleri konusunda bir farkındalık oluşturulmalıdır. Klinisyenler tarafından kullanılan etkileşim stilleri, sözlü ve sözsüz iletişim faktörleri, işbirliği, duygusal bağ, sözleşme, güven veya empati gibi terapötik ittifakın altında yatan yapılarıyla bağlantılı olarak daha fazla bilgi sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Adams J, Kirkby R.,(1997), Exercise dependence: a problem for sports physiotherapists, *Australian Physiotherapy*, 43(19);53-57.
2. Arvinen-Barrow M, Massey WV, Hemmings B., (2014), Role of Sport Medicine Professionals in Addressing Psychosocial Aspects of Sport-Injury Rehabilitation: Professional Athletes' Views, *Journal of Athletic Training*, 49(6):764-772.
3. Arvinen-Barrow M, Clement D., (2017), Preliminary investigation into sport and exercise psychology consultants' views and experiences of an interprofessional care team approach to sport injury rehabilitation, *Journal of Interprofessional Care*,31(1); 66-74.
4. Bulley C, Donaghy M., (2005), Sports physiotherapy standards: A minimum threshold of performance, *Physical Therapy in Sport*, 6:201-207.
5. Christakou A, Lavalley D., (2005), Rehabilitation from sports injuries: from theory to practice. *Perspectives in Public Health*, May Vol 129 No 3:120-126
6. Christopher G, Little D., (2015), Client-practitioner relationships in sport injury rehabilitation. Doctor of Philosophy. College Of Sport And Exercise Science Victoria University
7. Clement D, Granquist MD, Arvinen-Barrow MM., (2013), Psychosocial Aspects of Athletic Injuries as Perceived by Athletic Trainers. *Journal of Athletic Training*, 48(4):512-521.
8. Collins D, Moore P, Mitchell D, Alpress F., (1999), Role conflict and confidentiality in multidisciplinary athlete support programmes. *British Journal of Sports Medicine*, 33:208-211.
9. Crossman J., (1997), Psychological Rehabilitation from Sports Injuries. *Sports Medicine*, May: 23 (5): 333-339
10. Francis SR, Andersen MB, Maley P., (2003), Physiotherapists' and Male Professional Athletes' Views on Psychological Skills for Rehabilitation. *Journal of Science and Medicine in Sport*. 3(1):17-29.
11. Fisher AC, Mullins SA, Frye PA. (1993)Athletic Trainers' Attitudes and Judgments of Injured Athletes' Rehabilitation Adherence. *Journal of Athletic Training*, 28(1);43-47.
12. Fisher AC, Scriber KC, Matheny ML, AldermanMH, Bitting LA., (1993), Enhancing Athletic Injury Rehabilitation Adherence, *Journal of Athletic Training*, 28(4);321-318.
13. Gilbourne D, Taylor AH., (1998), From theory to practice: The integration of goal perspective theory and life development approaches within an injury-specific goal-setting program, *Journal of Applied Sport Psychology*,10, 124-139.
14. Gordon S, Milios D, Grove J R, (1991), Psychological aspects of the recovery process from sport injury: the perspective of sports physiotherapists. *Australian Journal of Science and Medicine in Sport*, 23, 53-60.
15. Hackney RG., (1994), Nature, prevention, and management of injury in sport. *British Journal of Sports Medicine*, Vol 308,1356-1359.
16. Hall AM, Ferreira PH, Maher CG, Latimer J, Ferreira ML., (2010), The Influence of the Therapist-Patient Relationship on Treatment Outcome in Physical Rehabilitation: A Systematic Review, *Physical Therapy*,90(8);1099-1110.
17. Hallquist C, Fitzgerald UT, Alricsson M., (2016), Responsibility for child and adolescent's psychosocial support associated with severe sports injuries, *Journal of Exercise Rehabilitation*, 12(6):589-597.
18. Hamson-Utley JJ, Martin S, Walters J., (2008), Athletic Trainers' and Physical Therapists' Perceptions of the Effectiveness of Psychological Skills Within Sport Injury Rehabilitation Programs, *Journal of Athletic Training*, 43(3):258-264
19. Harris LL., (2003), Integrating and Analyzing Psychosocial and Stage Theories to Challenge the Develop-

- ment of the Injured Collegiate Athlete, *Journal of Athletic Training*, 38(1):75–82.
20. Hayward C, Willcock S., (2015), General practitioner and physiotherapist communication: how to improve this vital interaction, *Primary Health Care Research & Development*, 16: 304–308
 21. Hemmings B, Povey L., (2002), Views of chartered physiotherapists on the psychological content of their practice: a preliminary study in the United Kingdom. *British Journal of Sports Medicine*, 36: 61-64.
 22. Hsu CJ, Meierbachtol A, George SZ, Chmielewski TL., (2017), Fear of Reinjury in Athletes: Implications for Rehabilitation, *Physical Therapy*, 9(2);162-167.
 23. <https://uskudar.edu.tr/tr/icerik/2215/milli-basketbolcu-semih-erden-fizyoterapist-ile-kurulan-diyalog-iy-ilesme-surecini-hizlandiriyor>
 24. Jevona SM, Johnston LH., (2003), The perceived knowledge and attitudes of governing body chartered physiotherapists towards the psychological aspects of rehabilitation, *Physical Therapy in Sport* ,4;74–81.
 25. Lathleana TJH, Gastinb PB, Newsteda SV, Finch CF. The incidence, prevalence, severity, mechanism and body region of injury in elite junior Australian football players: A prospective cohort study over one season. *Journal of Science and Medicine in Sport* xxx (2018) xxx–xxx <https://doi.org/10.1016/j.jsams.2018.03.002>
 26. Lu FJH, Hsu Y., (2013), Injured Athletes' Rehabilitation Beliefs and Subjective Well-Being: The Contribution of Hope and Social Support. *Journal of Athletic Training*, 48(1):92–98
 27. Marshall A, Donovan-Hall M, Ryall S., (2012), An Exploration of Athletes' Views on Their Adherence to Physiotherapy Rehabilitation After Sport Injury, *Journal of Sport Rehabilitation*, 21;18-25.
 28. McKnight CM, Juillerat S., (2011), Perceptions of Clinical Athletic Trainers on the Spiritual Care of Injured Athletes, *Journal of Athletic Training*, 46(3):303-311.
 29. Mitten M, Mitten R., (1995), Legal Considerations in Treating Athlete, *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy* ,21(1);38-44.
 30. Murphy P, Waddington I., (2007), Are Elite Athletes Exploited? *Sport in Society Cultures, Commerce, Media, Politics*, 10(2);239-255.
 31. NinedekA, Kolt GS., (2000), Sport Physiotherapists' Perceptions of Psychological Strategies in Sport Injury Rehabilitation. *Journal of Sport Rehabilitation*, 9:191-206.0
 32. O'Keefe M, Cullinane P, Hurley J, Leahy I, Bunzli S, O'Sullivan PB, O'Sullivan K., (2016), What Influences Patient-Therapist Interactions in Musculoskeletal Physical Therapy? Qualitative Systematic Review and Meta-Synthesis, *Physical Therapy*,96(5);609-622.
 33. Ordon S, Potter M, Ford IW., (1998), Toward a Psychoeducational Curriculum for Training Sport-Injury Rehabilitation Personnel. *Journal Of Applied Sport Psychology*,10;140-156.
 34. Pat Samples., (1990), How To Communicate With Injured Athletes. *The Physician and sports medicine*, Vol 18 • No. 7 125-129.
 35. Pearson L, Jones G., (1992), Emotional Effects of Sports Injuries: Implications for Physiotherapists. *Physiotherapy*, October 178:(10);76770.
 36. Riendeau C, Parent-Houle V, Lebel-Gabriel ME, Gauvin P, Liu LY, Pearson I, Hunt MR., (2015), An Investigation of How University Sports Team Athletic Therapists and Physical Therapists Experience Ethical Issues, *Journal Of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 45(3);198-206.
 37. Roberts L, Bucksey SJ., (2015), Communicating With Patients: What Happens in Practice? *Physical Therapy*, 87(5);586-598.
 38. Russell H, Tracey J., (2011), What Do Injured Athletes Want From Their Health Care Professionals? *International Journal of Athletic Therapy & Training*, 16(5);18-21.
 39. Safai P., (2003), Healing the Body in the "Culture of Risk": Examining the Negotiation of Treatment Between Sport Medicine Clinicians and Injured Athletes in Canadian Intercollegiate Sport. *Sociology of Sport*

Journal, 20, 127-146.

40. Scott A, Malcolm D., (2015), 'Involved in every step': how working practices shape the influence of physiotherapists in elite sport. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 7(4);539-556.
41. Spetch LA, Kolt GS., (2001), Adherence to sport injury rehabilitation: implications for sports medicine providers and researchers. *Physical Therapy In Sport*, 2;80-90.
42. Taylor AH. May S., (1995), Development of a Sports Injury Clinic Athlete Satisfaction Scale for auditing patient perceptions. *Physiotherapy theory and practice*, 11. 231-238
43. Tracey J., (2003), The Emotional Response to the Injury and Rehabilitation Process. *Journal Of Applied Sport Psychology*, 15;279-293.
44. Wagman D, Khelifa M., (1996), Psychological Issues in Sport Injury Rehabilitation: Current Knowledge and Practice. *Journal of Athletic Training*, 31(3);257-261.
45. Wiese DM, Weiss MR., (1987), Psychological Rehabilitation and Physical Injury: Implications for the Sports medicine Team, *The Sport Psychologist*, 1, 318-330
46. Wiese D M, Weiss M R, Yukelson D P, (1991), Sport psychology in the training room: a survey of athletic trainers. *The Sport Psychologist*, 5;15-24.
47. Yang J, Schaefer JT, Zhang N, Covassin T, Ding K, Heiden E., (2014), Social Support From the Athletic Trainer and Symptoms of Depression and Anxiety at Return to Play, *Journal of Athletic Training*, 49(6):773-779.

Prof. Dr. Türkan AKBAYRAK



1968 yılında Rize’de doğmuştur. Hacettepe Üniversitesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu’ndan 1989 yılında bölüm birinciliği ile mezun olmuştur. 1993 yılında “Yüksek Lisans”, 1997 yılında “Doktora” derecesini almıştır. Aynı yıl yardımcı docent, 2003 yılında docent, 2009 yılında profesör ünvanı almıştır. Halen aynı fakültenin Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü Kadın&Erkek Sağlığı’nda Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Ünitesi’nde sorumlu öğretim üyesi olarak klinik ve akademik çalışmalarını sürdürmektedir. Ürojenekolojik fizyoterapi ve rehabilitasyon, obstetrik fizyoterapi ve rehabilitasyon, lenfödem,

mobilizasyon ve manipülasyon, baş ağrıları, fibromiyalji, kronik venöz yetmezlik, konstipasyon gibi fizyoterapi ve rehabilitasyonun çeşitli alanlarında bilimsel ve akademik çalışmalar yapmaktadır. Evli ve iki çocuk annesidir.

Doç. Dr. Serap ÖZGÜL



1983 yılında Ankara’da doğmuştur. Hacettepe Üniversitesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu’ndan 2005 yılında bölüm birinciliği ile mezun olmuştur. 2008 yılında “Yüksek Lisans”, 2013 yılında “Doktora” derecesini almıştır. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü’nde 2015 yılında “Yardımcı Doçent” kadrosuna atanmış, 2017 yılı Mart ayında “Doçentlik” ünvanını almıştır ve 2006 yılından bu yana Kadın&Erkek Sağlığı’nda Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Ünitesi’nde klinik ve akademik çalışmalarını sürdürmektedir. Evli ve iki çocuk annesidir.

Uzm. Fzt. Emine BARAN



1984 yılında Ankara’da doğmuştur. Hacettepe Üniversitesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu’ndan 2007 yılında mezun olmuştur. 2016 yılında Yüksek Lisans derecesini almıştır. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalında Dpktora eğitimine devam etmektedir. Ürojenekolojik fizyoterapi ve rehabilitasyon, obstetrik fizyoterapi ve rehabilitasyon, lenfödem, mobilizasyon ve manipülasyon, baş ağrıları, fibromiyalji, kronik venöz yetmezlik, konstipasyon gibi fizyoterapi ve rehabilitasyonun çeşitli alanlarında bilimsel ve akademik çalışmalar yapmaktadır. Evli ve iki çocuk annesidir.

KADINLA ÇALIŞAN FİZYOTERAPİSTLER İÇİN İLETİŞİM YÖNTEMLERİ

Prof. Dr. Türkan AKBAYRAK
Doç. Dr. Serap ÖZGÜL
Uzm. Fzt. Emine BARAN



Özet: Etkin ve doğru bir iletişim, iyi bir ilişkinin en önemli öğelerinden biridir. Başarılı bir fizyoterapistin en temel özelliklerinden birisi de hasta ile etkin iletişim kurabilmesidir. Sağlık çalışanlarının hasta ile etkili iletişimi malpraktisleri önlemede ve tedavi başarısını artırmada çok önemli bir faktördür. Kadın ve erkek arasındaki iletişim farklılıklarını ve kadının hayatının çeşitli dönemlerindeki iletişim özelliklerini bilmek, fizyoterapiste hasta ile daha iyi iletişim kurma ve tedavi başarısını artırma olanağı sunar. Bu bölümde hasta ve sağlık çalışanı cinsiyetinin iletişime etkisi ve kadın hastalarla iletişimle ilgili çeşitli öneriler sunulmaktadır. Ayrıca, kadının gelişim evreleri olan; çocuklukta ve adölesan dönemde cinsiyetin iletişime etkisi, gebelik, doğum ve postnatal dönem ile postmenopozal dönemde ve kadınlarda ilerleyen yaşla iletişimin genel hatları ele alınmaktadır.

1. SAĞLIK BAKIMINDA İLETİŞİM

Sağlık profesyoneli ile hasta arasındaki iletişim insanlık tarihi boyunca çok çeşitli biçimlerde karşımıza çıkmaktadır. Eski dönemlerde, sağlık profesyoneli ile hasta arasındaki ilişkide, hasta, bütünüyle edilgen ve sağlık profesyoneli, hasta ile ilişkisini tek başına belirleyip yönlendirmekteydi. Hastalar ise kendilerine verilen önerilere uyarak gerekenleri yerine getirmekteydi. Günümüzde bu algı değişerek, her iki tarafın da duygu ve düşüncelerinin göz önünde bulundurulması, hastanın kendi tıbbi süreciyle ilgili aktif rol alması ve fikirlerini açıkça beyan etmesi gerektiğini benimseyen bir yaklaşım kabul görmektedir.

Bir ilişkiyi yöneten en önemli sistem iletişimdir. “İletişim”, en basit haliyle kaynağın iletmek istediği mesajı en açık ve anlaşılır biçimde hedefe iletmesi olarak tanımlanmaktadır. Cüceloğlu da, iletişimi, her duyu organının bir iletişim kanalı işlevi gördüğü çok kanallı bir süreç olarak tanımlamaktadır. Yani her duyu organı bir iletişim aracı işlevi görür. Bu nedenle, etkili bir iletişim için birçok iletişim aracı kullanmak gerekmektedir. Sağlık profesyoneli-hasta iletişiminin %55’ini oluşturabilen sözsüz iletişimin etkin kullanılmasının hem tıbbi başarı hem de hasta memnuniyeti konusunda anahtar konumda olduğu ileri sürülmektedir. Başarılı bir fizyoterapist, hasta ile etkin iletişim kurabilmelidir. Fizyoterapistin hastayla nasıl iletişim kurulması gerektiğini biliyor olması oldukça

önemlidir. Bu bağlamda; fizyoterapist hastasıyla, duygusal, kültürel ve entelektüel olmak üzere 3 seviyede iletişim kurabilmelidir.

1. **Duygusal düzeyde iletişim:** Fizyoterapist, hasta ve hasta yakınlarını sempatik bir tavırla dinlemelidir.
2. **Kültürel düzeyde iletişim:** Fizyoterapist, hastasının ve kendisinin içinde bulunduğu toplumun sosyal ve kültürel kurallarının farkında olmalıdır.
3. **Entelektüel düzeyde iletişim:** Fizyoterapist ile hasta arasında entelektüel bir aralık varsa, fizyoterapist bu mesafeyi kapatıp hastanın güvenini kazanmalıdır.

Fizyoterapist-hasta iletişiminin önemli bir başka bileşeni ise “mizah”tır. Çünkü, korkmuş ve endişe içindeki bir hasta ile aradaki buzları kırabilecek en iyi şey mizahtır. Fizyoterapist-hasta ilişkisinde altın kural ‘hastalık yoktur hasta vardır’ sözü ile ifade edilebilir. Bu bağlamda her hasta için aynı ilişki modelinin kurulması yerine, hastaya göre ilişki türünün belirlenmesi gerekmektedir. Gelişen teknoloji ve değişen sağlık sistemleri sağlık profesyoneli-hasta iletişiminde olumsuz yönde etkilemektedir. Sağlık profesyoneli-hasta ilişkisinin insani vasfı daha geri planda kalmakta; hasta tetkik ve tahlil edilecek, teknik ve tıbbi bilgiler ışığında, bozulan kısmı onarılacak bir nesne konumuna indirgenilmektedir. Oysa, sağlık profesyoneli, hasta ile ilişkisinde, karşısındakinin sadece organlardan ibaret bir beden olmadığını dikkate aldığı ve duygularını, düşüncelerini göz ardı etmediği sürece onu beden ve zihnen sağlığına kavuşturabilecektir.

Sağlık profesyoneli-hasta ilişkisi sadece iki tarafı değil, aynı zamanda toplumu genel olarak ilgilendiren bir süreçtir. Bu ilişkinin sağlam bir temele dayanmasıyla, sağlık profesyoneli-hasta iletişimi güçlenir, sağlık profesyonelinin hastaya bilgi transferi kolaylaşır ve aynı zamanda sağlık profesyonelinin mesleki tatmini, sağlık kuruluşunun maddi kazanımı ve toplum sağlığı gibi konularla ilgili de birçok fayda sağlanabilir. Sağlık profesyoneli-hasta ilişkisini etkileyen birçok faktör olmakla birlikte, bu ilişkiyi etkileyen bir takım etmenleri şu şekilde sıralamak mümkündür;

1. İlişkinin gerçekleştiği uzmanlık dalı
2. Belli bir toplumda, belli bir zaman diliminde ilişki içinde bulunan sağlık profesyoneli ve hastanın benimsediği ‘hastalık kavramı’
3. Sağlık profesyoneli-hasta ilişkisinin gerçekleştiği koşullar (zaman, coğrafya vb.) içinde söz konusu tıbbın yapısı ve tedavi biçimleri
4. Sağlık profesyonelinin ve hastanın eğitiminin kişilerde meydana getirdiği bilgi, inanç ve tutumlar
5. Sağlık profesyonelinin ve hastanın ruhsal yapıları ve ilişkiden beklentileri
6. Tarafların iletişim becerileri
7. Sağlık profesyoneli ile hasta arasındaki maddi ilişki
8. Sağlık profesyoneli-hasta ilişkisinin gerçekleştiği fiziksel mekan
9. Sağlık profesyonelinin bakmakla yükümlü olduğu kişi başına düşen hasta sayısı
10. Toplumun sağlık profesyoneli-hasta ilişkisine bakışı

Sağlık profesyoneli-hasta arasındaki etkili ve doğru iletişim tarzını anlayabilmek için kısaca iletişimin teorik içeriğinden bahsetmek yararlı olacaktır. Birçok alanda insan davranışını anlamak için iletişimin teorisinin önemi vurgulanmaktadır. ‘Barnlund’un İletişimle İlgili İşlemsel Modeli’, iletişimin özelliklerini aşağıdaki gibi belirtmektedir:

- Sürekli (iletişim statik bir etkinlik değildir)
- Dinamik (iletişim sürekli değişir)

- Dairesel (çevrimsel bir diyalog hakimdir)
- Tekrar edilemez (her iletişim olayı benzersizdir)
- Geri dönüşümsüz (mesaj bir kez gönderildiğinde veya alındığında silinemez)
- Kompleks (iletişim dil, kültür, güç gibi faktörlerden etkilenir)

Dolayısıyla sağlık profesyoneli; iletişimin bir devamlılığı olduğunu, sürekli değişen bir yapıda olduğunu, yalnızca karşısındaki hastayı değil hasta ve hasta yakınlarını da etkileyeceğini, hastayla kurduğu/kuracağı iletişimin tekrarı olmayacağını ve söylediği bir sözü geri alamayacağını, geri dönüşümsüz bir özelliği olduğunu, hastanın ve kendisinin sosyokültürel düzeyi gibi birçok faktörden etkileneceğini bilmelidir.

Ferlie ve Shortel ise, sağlık alanında sağlık profesyoneli-hasta iletişimini aşağıdaki dört modele ayırmıştır:

1. Hasta
2. Profesyonel bakım verenler
3. Sağlık bakımını sağlayan kuruluşlar (örneğin; hastane)
4. Hastanın da içinde bulunduğu daha geniş sağlık sistemi (örneğin; ödeme kuruluşları).

İletişim birçok faktörden etkilenir. Sağlık profesyoneli-hasta ilişkisi temelde iki kişi arasındaki etkileşim/iletişim vasıtasıyla şekillenir. Bununla birlikte hasta ve sağlık profesyoneli arasındaki iletişimde hasta ve hasta yakınlarının yaşı, cinsiyeti, mesleği, eğitim durumu, hastanın ve doktorun iletişim becerisi, çalışılan kurumdaki iş baskısı, hastane kuralları, prosedürleri, tıbbi ekipman ve çalışma ortamı gibi kişisel ve çevresel etmenler rol oynamaktadır.

Sağlık Profesyoneli-Hasta Arasında Etkili İletişim

Başarılı bir iletişim, tedavi sonuçlarını olumlu yönde etkileyen bir unsurdur. Açık bir iletişimi destekleyen sağlık profesyoneli, hasta hakkında daha fazla ve daha doğru bilgiye ulaşabilir, daha doğru bir tanı koyabilir ve tedaviyi daha iyi yönlendirebilir. Böyle bir 'ortak iletişim modeli' hastanın tedaviye katılımını artırır. Bu ortak iletişim modelinde sağlık çalışanı ve hasta eşit söz hakkına sahiptir. Ortak iletişim modeli; hasta bakımını iyileştiren, hastanın beklentilerini karşılayan, tanı ve tedavi sürecini etkileyen ve günümüzde yaygın olarak kullanılan bir modeldir.

"Studer Grup" tarafından hasta iletişiminde 5 temel ilke bildirilmiştir. Bu bildirilen beş temel ilke, ilkelerin ilk harfi dikkate alınarak "AIDET" olarak kısaltılmaktadır ve aşağıdaki maddeleri içermektedir;

- Hasta kabulü (Acknowledge): Hastaya nazik davranın ve hastayı pozitif bir şekilde selamlayın.
- Kendinizi tanıtır (Introduce): Adınızı, rolünüzü ve yeteneklerinizi tanıtır.
- Süre (Duration): Hastaya değerlendirme, testler ve tedavi için net bir zaman verin. Verdiğiniz zamana uyamadığınızda hastayı bilgilendirerek randevuyu tekrar gözden geçirin.
- Açıklama (Explanation): Hastanın yeterince bilgilendiğinden emin olun.
- Teşekkür (Thank you): Hastaya gösterdiği iş birliği için teşekkür edin.

Sağlık Profesyoneli-Hasta İletişiminde, Hastanın Rolünü Etkileyen Etmenler

- Yaş
- Meslek
- Eğitim başarısı
- Cinsiyet: Kadın ve erkek hastaların iletişim tarzları farklıdır. Ayrıca, alana özgü olmakla birlikte sağlık profesyoneli-hasta iletişimi kuşkusuz cinsiyete göre değişir. Sağlık iletişiminde hastanın cinsiyeti hem hastanın hem de sağlık profesyonelinin iletişim tarzını etkilemektedir. Bu nedenle sağlık bakımında cinsiyet faktörünü ayrıntılı olarak hem sağlık profesyoneli hem de hasta cinsiyeti açısından ele almak uygun olacaktır.

SAĞLIK İLETİŞİMİNDE CİNSİYET

Cinsiyet sürekli olarak göz ardı edilmekle birlikte, sağlık profesyoneli-hasta iletişiminde önemli bir parametredir. Araştırmalar, tıbbi konularda iletişim ve içeriğin sağlık profesyoneli ve hastanın cinsiyetine göre değişebileceğini göstermektedir. Cinsiyete duyarlı iletişim, tıp ve sağlık bilimlerinde geliştirilmesi gereken alanlardandır. Bir sağlık profesyoneli adayı, cinsiyete duyarlı iletişimi kavramalı, pratiğe dökmeli ve toplumsal cinsiyete duyarlı davranışın nasıl değerlendirileceğini bilmelidir.

Eğitimcilerin toplumsal cinsiyet ilkeleri hakkındaki eksiklikleri, bir başka deyişle 'cinsel körlük', cinsiyetle ilişkili becerilerin gelişimini etkilemektedir. Cinsiyete dayalı iletişim becerilerini veya deneyimlerini tanımak, rahatsız edici etkileşimlerin oluşumunu engelleyebilir.

Geçmişten Günümüze Sağlık Profesyoneli-Hasta İletişiminde Cinsiyet

Aletta Jacobs, ilk Hollandalı feminist kadın hekimdir ve Hollanda'da kadın hekimler 1980'den beri kadın sağlığı sorunlarına yönelmiş olarak hizmet vermektedir. 1985'te ise "Aletta" isimli kadın sağlığı hizmeti sunulan bir uygulama merkezi kurulmuştur. Uygulamayı yürüten hekimler yalnızca kadın sorunları için değil, tüm sağlık sorunları açısından kalifiye durumdaydılar. 1970'lerin başlarındaki feminist hareketten gelişmiş olan kadın sağlığı ilkelerine uygun hareket etmektedirler. Özellikle kadın sorunları ile ilgili rehber ve standartlar geliştirmişlerdir. Bu yolla hastalarını halen aynı ilkeler doğrultusunda tedavi etmeye çalışmaktadırlar. Aletta uygulaması, Hollanda ve diğer batı ülkelerinde belirtilen bu hizmetleri sağlaması açısından bilinen tek kadın sağlığı uygulamasıdır. Bu uygulama merkezinin ilkeleri şöyle özetlenebilir:

- Hastanın cinsel kimliği ve cinsiyet rolleri
- Hastanın kişisel ve sosyal durumunun göz önüne alınması
- Hastaya saygı
- Hastanın sorumluluk bilincinin ve kaderini tayin hakkının teşvik edilmesi
- Demedikalizasyon (örneğin, günlük problemlerini medikal problemler gibi etiketlemesinin önlenmesi).

Araştırmalar, tıbbi konularda iletişim içeriğinin sağlık profesyonelinin ve hastanın cinsiyetine göre değişebileceğini göstermektedir. Bu bağlamda hasta ve sağlık profesyonelinin cinsiyetinin iletişimde ne gibi farklılıklar oluşturduğunu daha ayrıntılı anlatmak gerekmektedir.

Hasta Cinsiyetinin İletişime Etkisi

Kadınlar ve erkekler aynı dili farklı şekillerde kullanır ve farklı amaçlarla iletişim kurabilirler. Bu farklılıklar, kadınlar ile erkekler ya da sağlık profesyonelleri ile hastalar arasındaki ilişki bağlamında fark yaratabilir. Kadın ve erkek iletişim tarzı arasında literatürde bildirilen farklılıkları şu şekilde sıralamak mümkündür;

- Çalışmalar kadın hastaların iletişim kurarken daha fazla bilgi aldıklarını göstermektedir. Birçok çalışmada kadın hastaların daha çok soru sorduğu, daha fazla olumlu iletişim geliştirdikleri bildirilmektedir.
- Deborah Tannen, kadınların genellikle yakın iletişim sağlamak, uyum yakalamak için konuştuğunu, erkeklerin denetim sağlamak, statü kurmak ve bağımsızlık elde etmek için konuştuğunu bildirmiştir.
- Kadınların dili daha estetik kaliteye sahip niteliktedir.
- Sözsüz iletişimde kadınlar erkeklerden daha etkilidir ve karşısındaki kişinin duygularını anlama konusunda daha başarılıdır.
- Kadınların iletişim dinamiği erkeklerinkinden daha düşüktür.
- Kadınlar muayene sırasında daha çok kişisel hikayelerinden bahsetme eğilimindedir ve semptomları ile ilgili daha çok bilgi verirler.
- Kadınlar karşısındaki kişinin gelir düzeyi ve sosyo-ekonomik düzeyi ile daha az ilgilidir.
- Literatürde, düşük gelir düzeyine sahip kadın hastaların sağlık açısından sınırlı bilgiye sahip oldukları, doktorların reçetelerini alamadıkları, bu nedenle utangaç ve tereddütlü oldukları bildirilmektedir. Buna karşın erkeklerin yaşam için birincil kazanç sağlayan kişiler olarak doktorların öneri ve yönlendirmelerini takip etmeye istekli, para harcama konusunda daha fazla karar verme yetilerine sahip oldukları için cesur ve açık olduğundan bahsedilmektedir.
- Kadınlar duygusal ve psikososyal konular hakkında daha rahat konuşabilmektedir.
- Gülümsemek kadınlar için bir etkileşim ifadesi iken, erkekler için duygusal bir ifadedir.
- Erkekler davranışlarını ifade etmek için daha baskın işaretler kullanırken, kadınlar genellikle belirsizlik veya tereddüt içeren el hareketlerini kullanırlar.
- Kadınlar yandan gelen fiziksel yaklaşıma, erkekler önden gelen fiziksel yaklaşıma daha çok müsamaha gösterir.
- Dil ve iletişim kadınlar için daha önemlidir.
- Kadınlar sözel olarak daha yeteneklidir.
- Dilin kullanımında erkeklerin amacı bir şey elde etmektir; oysa kadınlar diğer insanlarla bağlantı kurmak eğilimindedir.
- Erkekler, somut şeyler ve gerçekler hakkında daha fazla konuşurken, kadınlar insanlar, ilişkiler ve duygular hakkında daha fazla konuşur.
- Erkek hastalar kadınlara göre cinsiyet, inançlar ve cinsel konular hakkında konuşma yapmaya daha az yatkındırlar.

Bu farklılıklar rutin olarak cinsiyetler arası iletişim problemlerine yol açmakta ve her cinsiyet diğerinin düşüncesini yanlış yorumlamaktadır. Alana özgü olmakla birlikte sağlık profesyoneli-hasta iletişimi kuşkusuz cinsiyete göre değişir.

Sağlık Profesyoneli Cinsiyetinin İletişime Etkisi

Sağlık profesyonelinin iletişim tarzlarındaki cinsiyet farklılıkları, kişinin kimliği, sosyalleşme deneyimleri, taşıdığı inanç ve değerlerle ilişkilidir. Bir sağlık uzmanının iletişim tarzı önemlidir. Hem klinisyenler hem de hastalar genel olarak sağlık profesyonelinin iletişimde aktif ve hatta kontrolü üstlenmesi gerektiğini düşünmektedir. Sağlık çalışanlarının hastalarla etkileşim şekilleri açısından cinsiyete göre farklılıklar olduğuna dair kanıtlar mevcuttur.

Kadın ve erkek sağlık profesyonelinin hasta ile iletişimde gösterdiği farklılıkları aşağıdaki gibi sıralayabiliriz;

- Kadın sağlık çalışanının daha çok hasta odaklı davranış sergilediği ve psikosozal sağlık konularında erkeklerden daha ilgili oldukları bilinmektedir.
- Kadın sağlık çalışanları iletişim konusunda erkekler kadar rijit değildir, bu nedenle hasta tarafından daha fazla yönlendirilme eğilimindedir.
- Erkekler, sağlık yönetimine daha bireysel bir yaklaşım getirebilir. Yani hasta ile ilgili bir karar verilmesi gerektiğinde, bunu daha çok kendi düşünceleri doğrultusunda yaparlar.
- Hastalar, kadın sağlık çalışanlarının erkek sağlık çalışanlarına göre saldırgan iletişim stratejilerini (örneğin; komutları, yönergeleri, olumsuz düşünceleri, davranışları kontrol etme) daha az kullandıklarını düşünmektedir. Bu da kadın sağlık profesyonelinin, sağlığın duygusal ve ilişkisel yönlerine daha fazla ilgi duydukları varsayımıyla açıklanabilir. Daha az saldırgan olan sağlık çalışanıyla iletişimde olan hastaların ise daha fazla konuşma eğilimi gösterdiği, daha fazla psikolojik bilgi verdikleri, daha fazla soru sordukları literatürde bildirilmiştir.
- Kadın sağlık çalışanlarının daha insani ve hasta ile ilgilenme değerlerinin daha yüksek olduğu çalışmalarda bildirilmiştir. Hastalarıyla daha uzun istişarede bulunurlar ve psikosozal sorunları daha iyi yönetirler.
- Kadın sağlık çalışanları daha eşitlikçidir ve katılımı teşvik eden konuşma yaklaşımlarını benimser.
- Kadın sağlık çalışanları daha sabırlı, daha interaktif ve daha hasta odaklıdır.
- Kadın sağlık çalışanları, kadınlara özgü problemlerde koruyucu bakım ile daha fazla ilgilidir. Bu nedenle kadın hastaların daha çok kadın sağlık çalışanlarını tercih ettiği çalışmalarda bildirilmiştir.
- Kadın sağlık çalışanları, erkek doktorlardan daha fazla olumlu yaklaşım ve ifade üretir, hastasından daha fazla bilgi ister, ayrıca daha fazla empati kurma eğilimindedir.
- Kadın sağlık çalışanları, hasta merkezli iletişime daha yatkındır. Hasta merkezli iletişim, kaliteli bakımın merkezi bir bileşeni olarak yaygın olarak kabul görmektedir.
- Kadın sağlık çalışanı daha duygusal davranışlar gösterirken, erkek sağlık çalışanları daha objektif (yalnızca bilgi vermekle yetinmek gibi) ve daha baskın iletişim yaklaşımında bulunmaktadır.
- Kadın sağlık çalışanının daha az baskın yaklaşımı, hasta ile iletişimin daha iyi kurulmasına ve dolayısıyla bu iletişimin daha olumlu şekilde sonuçlanmasına katkıda bulunur.
- Kadın ve erkek sağlık çalışanlarının sözlü ve sözsüz iletişim tarzları farklıdır. Kadın sağlık profesyonelleri daha çeşitli ve duyarlı kelime seçme eğilimindedir. Örneğin; senkop söz konusu olduğunda kadın sağlık çalışanı kendinden geçmiş tabirini kullanabilirken, erkek doktor sızmış diyebilir, kadınlar nahoş bir baş ağrısı tariflerken, erkekler kötü bir baş ağrısı ifadesini kullanabilir.

- Çalışmalar, herhangi bir görüşme sırasında erkeklerin kadınlardan daha fazla iletişime müdahalede bulunduğunu göstermektedir. Karşısındakinin sözünü kesme eylemi, başkası konuşurken yalnızca sözel ifadelerde bulunmaktan çok, çeşitli sözsüz iletişim yolları ile de yapılabilmektedir. Çalışmalar, erkek sağlık çalışanlarının hastasının sözünü sözlü, sözsüz iletişim yolları ile, çeşitli tavır ve davranışlar ile kestiğini göstermiştir. Bu da erkeklerin daha çok hakimiyet kurma ve kontrolü ellerinde bulundurma isteklerinden kaynaklanmaktadır. Kadın hastasının sözünü kesen erkek sağlık çalışanının iletişime bir yarışma olarak baktığını söyleyen çalışmalar da mevcuttur. Bu şekildeki bir davranış, sağlık profesyonelinin hastayı dinleme konusundaki isteksizliğini ifade eder. Sağlık çalışanlarının özellikle kadın hastalarla iletişimlerinde sırasında, hastayı bölmek zorunda kaldıklarında sağlıklı bir iletişim için bunu hassasiyetle yapmaları gerekmektedir. Bu davranış biçimi erkek çalışan ve kadın hasta arasında gerçekleşiyorsa daha da önemlidir.
- Erkek sağlık profesyoneli kadın hastalarla daha doğrudan göz teması kurma eğilimi gösterirken, erkek hastalarıyla daha az ilgilidir. Kadın sağlık profesyoneli ise kadın hastalarıyla doğrudan göz teması kurar.
- Kadın sağlık profesyoneli anlayış sunmaktan hoşlanırken, erkek sağlık çalışanı daha çok tavsiyelerde bulunmayı tercih eder.
- Kadın sağlık profesyoneli erkek meslektaşlarından daha rahatlatıcı ve cesaretlendiricidir.

Toplumsal cinsiyete dayalı ön yargı sağlık bakımında yaygın bir sorun olmasa bile, benzer hastalık göstergelerine sahip bazı kadın ve erkek hastaların farklı teşhis ve tedavi tavsiyeleri aldığı bilinmektedir. Bu durumun kadınlar ve erkekler hakkındaki inanç nedeniyle mi yoksa erkeklerin ve kadınların iletişimin algılanış biçimindeki farklılığından mı kaynaklandığı gelecek araştırmaların konusu olmalıdır.

Peki biz fizyoterapistler olarak karşı cins hastalarla iletişim kurarken farklı bir iletişim yolu kullanıyor muyuz? Erkeklerin ve kadınların hem sağlık çalışanı rolünde hem de hasta rolünde farklı iletişim kurduğunu gösteren kanıtlar mevcuttur. Sağlık profesyoneli ya da hasta cinsiyeti, hastanın değerlendirme veya tedavi sonuçlarıyla ilgili düşüncelerini etkileyebilmektedir. Cinsiyet, hasta memnuniyeti, tedavi uyumu, sağlık sonuçları ve iyileşme süreci gibi parametrelerde de etkili bir faktör olabilmektedir.

Kadın sağlık çalışanının daha uzun konsültasyon yapması, örneğin hasta hikayesinde daha çok ayrıntı yakalaması bir avantajken, erkek sağlık çalışanları kadar katı olmamaları nedeniyle hasta tarafından daha fazla yönlendirilmeye maruz kalmaları bir dezavantaj olabilmektedir. Fizyoterapistler için her iki cinsiyetin de kendine göre avantaj-dezavantajları olabilir. Yapılması gereken, hasta iletişiminde belli normlar, yöntemler, teknikler geliştirmek, sağlık çalışanlarını bu gibi eğitimler kapsamında yeterli kılmak ve hasta değerlendirme ve tedavi sürecini bu ilkeler doğrultusunda yönlendirebilmektir.

Cinsiyetin Hasta Memnuniyetine Etkisi

Sağlık profesyoneli cinsiyetinin hasta memnuniyetine etkisini araştıran az sayıda çalışma vardır. Bu çalışmalardan bazılarında hastaların kadın sağlık profesyonelleri ile ilgili memnuniyetleri yüksek iken, bazılarında erkek sağlık profesyonelleri ile ilgili memnuniyetleri yüksektir. Ancak bunların

içinde en çok memnuniyet sağlanan grup olarak kadın hastaların kadın doktorlarla olan konsültasyonları gösterilmektedir. Yapılan çalışmalarda kadın doktorların daha insancıl yaklaşımda olduğu, hastalara daha destekleyici yaklaştığı ve muayene için daha uzun süre harcadığı bildirilmektedir. Hastaların memnuniyeti ise genel olarak bu parametrelere bağlıdır. Bu nedenle kadınları psikososyal yönden en iyi anlayan ve tanıyan grup hemcinsleri olunca, hasta memnuniyetinin bu grupta en yüksek olması beklenen bir sonuçtur. Ancak tıp mesleğinin geleneksel olarak bazı toplumlarda erkeklerle eşleştirilmesi nedeniyle, hastaların erkek doktorlardan daha memnun kalacağı varsayımları da yanlış olmayacaktır. Erkek hastaların genellikle erkek doktorları tercih ettiğini gösteren çalışmalar da mevcuttur. Bu gibi eşleşmelerde de hastaların memnuniyet düzeyi genel olarak yüksek olabilmektedir. Kısaca hasta memnuniyeti, hem sağlık profesyoneli hem de hasta cinsiyetinin ortak bir sonucu olabilir.

Öte yandan bazı araştırmalar şaşırtıcı derecede çelişkili bulgular bildirmiştir. Örneğin Roter ve ark. kadın doktorların hastalar için daha az zaman harcadıklarını, daha az iletişim kurduklarını ve erkek doktorlara göre hasta sağlığı konusunda daha az endişe duyduklarını gözlemlemişlerdir. Benzer şekilde beklentilerin aksine, Huston ve ark. da erkek doktorların kadın hastalarla hormon replasman tedavisini, kadın doktorlara göre daha sık görüştüğünü bildirmişlerdir. Bu gibi çelişkili bulgular, iletişim, memnuniyet ve cinsiyet üzerine yapılan araştırmaların oldukça karmaşık olduğunu bizlere göstermektedir.

Bazı hastalar, sağlık profesyoneli cinsiyeti için güçlü tercihlerde bulunabilir. Örneğin; bir kadın, jinekolojik bir muayene esnasında, belirli derecede giysilerini çıkarmış iken erkek bir doktor tarafından muayene edilmekten rahatsızlık duyarken, bir erkek hasta, kadın doktor önünde kişisel sorunlarını yeterince açık bir biçimde ifade edemeyebilir. Bu gibi durumlar da hastaların doktor tercihlerini etkileyebilir. Hasta memnuniyetinin kadın hastaların erkek doktorlarla, erkek hastaların kadın doktorlarla, aynı cins doktorla arttığını bildiren çalışmalar vardır. Hasta memnuniyetini artırmak adına, bazı araştırmacılar doktor ve hastanın aynı cinsiyette olmasını önerirken, bazı araştırmacılar bu konu hakkında kesin bir öneride bulunamamaktadır. Dolayısıyla, mevcut araştırmalarda net bir model bulunmadığını söylemek yanlış olmayacaktır.

Hasta ile birebir çalışan biz fizyoterapistlere yönelik iletişim modelleri birden fazla yöntem içermelidir. Bu yöntemler hastaya verilecek talimatlar, değerlendirme ve tedavi sürecinde rol oynama, hastanın sağlık durumuyla ilgili geri bildirim, grup seanslarını yönetme, grup tartışması ve tedavi programını uygulama gibi alanlarda yol gösterici olmalıdır. Sağlık çalışanları ve hastaların iletişim tarzları, tutum, davranış ve algıları iyi tasarlanmış bir iletişim beceri eğitim programlarıyla değiştirilebilir. Bu yolla sağlık çalışanlarının iletişim alışkanlıkları ve inançları daha sağlam olabilir.

Kadın Hastalarla İletişim Önerileri

Kadın hastalarla olan etkileşimleri geliştirmeye ve artırmaya çalışırken dikkate alınması gereken önemli bazı faktörler şu şekilde sıralanabilir;

1. Kadınlar için bağlılık duygusu önemlidir. Bu nedenle, ilk karşılaşmadan sonra hasta ile ilişki kurmak gereklidir. Hasta ile ilk tanışmada göz teması kurarak 'Merhaba, ben fizyoterapistiniz ..., tanış-

tığımızı memnun oldum. Fizyoterapi ve rehabilitasyon sürecinde size değerlendirme ve tedavi süreciniz boyunca ben yardımcı olacağım.’ gibi bir diyalogla başlanabilir. İletişimde kişisel bağlantının olabildiğince erken kurulması çok önemlidir. Bu nedenle diyalog ve ilişki ileriye doğru serbestçe akabilir. İyi bir fizyoterapist-hasta iletişimi, güven tesis etmeye yardımcı olur, hastaları dürüst olmaya teşvik eder ve daha fazla bilgi edinilmesini sağlar. Hastanın beklentilerini ve sonuçlarını yönetmede ve yönlendirmede yardımcı olur.

2. Anlayışlı olun. Kadınlar, fizyoterapistleri ile iletişimleri sayesinde kendilerini daha güçlü hissedebilirler. Fizyoterapistin ilgili yaklaşımı, kadın hastanın değerlendirme ve tedavi aşamasında rahat olmasına katkıda bulunacaktır. Düşünülenin aksine, kadın hastalar tüm sorunlarının çözülmesi ya da kendileriyle her konuda konuşulması gibi bir beklenti içerisinde değildir. Asıl istedikleri önyargısız dinlenmek ve anlayıştır. Hastaların inançlarını, korkularını ve sosyokültürel geçmişlerini anlamak hasta ile iletişimde en önemli parametrelerdendir. Fizyoterapistin hemen analitik problem çözme moduna geçmemesi, öncelikle hastanın gerçek amacının ne olduğunu anlaması gerekmektedir. Hastanın gerçek amaç ve beklentilerini anlamadıysanız; ‘Gayet makul bazı sorularınız var gibi geliyor’ diyebilirsiniz. Bu tarz bir iletişimle hastayı rahatsız etmeden, doğru bir iletişim yaklaşımıyla hastaya ve fizyoterapist kendisine ulaşılabilir hedefler belirleyebilir. Daha sonra ise hastaya tedavi yaklaşımıyla ilgili önceliklerden ve önceliklerle ilgili önerilerden bahsetmek yararlı olacaktır.

3. İletişim iki yönlü bir süreçtir. Erkekler ve kadınlar birçok alanda olduğu gibi iletişim sürecinde de birbirlerinden farklı oldukları için, erkeklerin ve kadınların karşı cinsiyete sahip hastalarla farklı bir şekilde iletişim kurmaları doğaldır. Hatta çoğu zaman iletişimimizde bu tarz farklılıkların olduğunun farkına bile varamayabiliriz. 1970 yılında Pennsylvania Üniversitesi’ndeki Kinesics’in (beden dili olarak da bilinir) kurucusu Dr. Ray Birdwhistell tarafından yapılan bir araştırma, insan iletişiminin %93’ünün sözsüz olarak gerçekleştiği sonucuna varmıştır. Örneğin, kadınlar iletişim sırasında daha çok gülümseme eğilimi gösterirken, erkekler gülümserken bile daha temkinli olma eğilimindedir ve erkekler bunu duygusal (ya da kadınsı) bir ifade olarak düşünürler. Alfa erkeklerinin, kadınlardan daha baskın bir rolü olduğu da bilinmektedir. Ellerimizi açmak, hazır ve hareket etmeye istekli olduğumuz anlamına gelirken; ellerimizi kapatmak bir isteksizlik göstergesidir. Bu gibi sözsüz iletişim yolları gün içerisinde farkında olmadan sıklıkla kullanılmaktadır Kuşkusuz, fizyoterapist-hasta iletişimi, bilinçaltı olsa bile cinsiyete göre değişecektir. Washington DC’de bulunan Georgetown Üniversitesi’nden dünyaca ünlü dil bilgisi profesörü Deborah Tannen’in, en çok satan “Sadece Anlamıyorsunuz: Konuşma Yaparken Kadınlar ve Erkekler” kitabında, erkeklerle kadınlar arasındaki farklılıkları yayınlamıştır. Tannen kitabında «Kadınlar için samimiyet, ilişkilerin bir kumaşdır ve konuşma, dokumanın yapıldığı iplikten ibarettir. Küçük kızlar sıraları paylaşarak arkadaşlıklar kurar ve sürdürürler. Benzer şekilde, kadınlar konuşmayı dostluğun temel taşı olarak görüyorlar.” diyerek kadınların iletişimde ne denli hassas olduğuna vurgu yapmıştır. Aynı şekilde kadın fizyoterapist, iletişimdeki bu estetik yaklaşımı kadın hastası ile kurduğunda, kadın hastaların iletişim ihtiyaçlarına daha iyi cevap verebilir. Çünkü kadınlar için önemli olan, tartışılan bireysel konular değil, düşüncelerini ve izlenimlerini paylaştığı zaman ortaya çıkan yakınlık hissidir.

4. Beden diline dikkat edin ve göz teması kurun. Sözlü olmayan ipuçlarına dikkat etmek önemlidir. Sözsüz iletişim kişinin yansıttığı güçlü bir ifadedir. Hasta ile konuşurken aynı zamanda vücut dilimiz de konuşur ve tabii ki bu evrenseldir ve cinsiyete sınırlı değildir. Hasta ile etkileşimler sırasında göz temasını olabildiğince korumak ve özenli davranmak gerekmektedir. Profesyonel fakat samimi bir şekilde konuşmak hasta tarafından iyi karşılanacaktır. Hasta konuşurken hiç dikkat dağıtmamak, telefona, bilgisayara vb. bakmadan iletişimi sürdürmek son derece önemlidir. Bu gibi sözsüz ifadeler hastada önemsizlik ve değersizlik hissi oluşturabilir. Çünkü, bu tür davranışlar, hastanın ciddiye alınmadığına dair hastada soru işaretleri oluşturabilir. Hasta ile iletişim kurarken acil olarak dikkatin başka bir noktaya aktarılmasına neden olacak bir durum söz konusu olmadığı sürece, saate veya akıllı telefona asla bakmamak, hastanın yanından ayrılmamak gerekir. Bazı kadın hastalar, özellikle 50'li yaşlar ve üzerindeki kadınlar, beyaz bir önlük giymiş olsa ve “doktor” olarak adlandırılrsa bile, bir adamın önünde soyunmaktan rahatsızlık duyabilir. Kadın hastaların rahat hissetmesini sağlamak için, kadın hastanın mahremiyetine saygılı olmak sağlık alanında olmazsa olmaz altın kurallardan biridir. Fizyoterapist bu noktada empatik olmalı, sözlü ve sözsüz iletişimde hastayı rahatsız edecek tavır ve davranışlardan kaçınılmalıdır. Herhangi olumsuz bir durumda tepkileri kontrol etmek, hastayı mahcup edecek davranışlardan kaçınmak gereklidir.

5. Ayrıntılı bir açıklama yapmaktan kaçınmayın. Örneğin, bir hasta bir kelimenin ne anlama geldiğini sorarsa, açıklamanın gerektiğince ayrıntılı bir şekilde yapılması, ayrıca açıklamalar sırasında kullanılan ses tonunun da farkında olunması gerekmektedir. Hastaya, sorduğu soru ne denli basit olursa olsun, kendisini bilgisiz hissettirmeden, gerektiği şekilde cevap verilmelidir. Oldukça karmaşık bir kelime veya deyim kullanılması gerekiyorsa, anlamının açık olup olmadığı hastaya sorulmalıdır. Ses tonu gerektiğince sakin ve anlayışlı olmalıdır. Tüm hastalar, ne kadar çok ve detaylı olursa olsun, tüm sorularının olabildiğince açık ve anlaşılır şekilde cevaplanmasını ister.

6. Aktif bir dinleyici olun. Hastaları konuşmaya yönlendiren açık uçlu sorular sormak aktif bir dinleyici olmanın göstergelerindedir. Kadın hastalar, çoğu zaman doktorların, durumlarıyla ilgili düşüncüklerini veya hissettiklerini tam olarak açıklamasına izin vermediğinden şikayet eder. Bu nedenle hastayı dinliyormuş gibi görünmeyip, gerçekten dinlemek gerekir. Ancak gerektiğinde sorularla asıl almak istenen hikayeye doğru hastaları yönlendirmekte bir sakınca yoktur. Hastanın hikayesini yargılamadan dinlemek önemlidir. Psikolojik ciddi problemlerin belirlendiği durumlarda ilgili uzman yardımı mutlaka alınmalıdır.

ÇOCUKLARDA CİNSİYET VE İLETİŞİM

Bebekler, doğdukları andan itibaren çevreleriyle iletişim kurmaya başlarlar. Cinsiyete özgü iletişim farklılığının çok küçük yaşlardan itibaren görüldüğünü bildiren çalışmalar mevcuttur. Toivainen ve ark, 2-3-4 yaşında kızların sözlü ve sözsüz iletişimlerde erkeklerden daha iyi olduklarını bildirmişlerdir. 7-9 yaşlarında sözlü ve sözsüz iletişimde fark bulunmazken, 10-12 yaşlarında erkeklerin sözlü iletişimde daha iyi olduğu belirtilmiştir. Bu cinsiyete özgü iletişim farklılıklarının prepubertal dönemde kognitif fonksiyonlar açısından kızlar için avantaj olduğu belirtilmektedir.

Yenidoğan kız bebekler, erkek bebeklere kıyasla, işitsel ve sosyal uyarılara daha çok cevap verir, göz temasını daha uzun süre sürdürürler. “Yenidoğan Davranış Değerlendirme Ölçeği”nin kullanıldığı çalışmalarda kız bebeklerin erkek bebeklerden daha çok gülümsediği bildirilmiştir. Literatürde cinsiyete özgü iletişim farklılıkları konusunda, neonatal dönemden sonra 1 yaşına kadar, çelişkili sonuçlar bildirilmektedir. Bazı çalışmalar 3-9 ay arasında fark bulmazken, bazı çalışmalar bu dönemde kızların iletişime daha açık olduklarını bildirmektedir. 8-12 aylık kız bebeklerin annelerin yüzündeki mimiklerden duygusal olarak daha çok etkilendiğini belirten çalışmalar da mevcuttur.

Pediyatrik Hastalar ve Aileleri İle İletişimin Genel Prensipleri

Çalışmalar, hasta odaklı, empatik iletişim modellerinin hasta memnuniyetini artırdığını göstermiştir. Ayrıca, iyi iletişimin hastada iyileşme istekliliği oluşturduğu ve daha iyi klinik sonuçlara yol açtığına dair kanıtlar vardır. Bununla birlikte, etkili ve doğru iletişimle tedavi maliyetinin ve malpraktisin azaldığını gösteren çalışmalar mevcuttur. Pediyatrik hastalar ve aileleri ile iletişim kuran sağlık çalışanlarının dikkat etmesi gereken genel prensipleri şu şekilde sıralayabiliriz;

- Çocuğu iletişime dahil et. Çocukların fiziksel semptomlarının yanı sıra duygusal hassasiyetleri dinlenmeli ve durumu ile ilgili kendisiyle tartışarak tedavi sürecine karar verilmelidir. Örneğin, bir fizyoterapist bir çocuğa ‘Ayşe, neler olduğunu, nasıl hissettiğini merak ediyorum. Egzersizlerini neden yapmak istemediğini, neler hissettiğini bana söyler misin?’ diye sorabilir. Çocuğun tedaviye katılımının bilinçli olması gerekir. Çocuk tedavisi ile ilgili, aile ve fizyoterapist arasındaki iletişime dahil edilirse ve kendisine yapması gerekenler ikna edici bir şekilde anlatılırsa tedaviye başarı da artacaktır.
- **Konuşmayı başlatma.** Çocuğu ilk ziyarette, çocuğun yanına gelmeden önce, adının bilindiğinden emin olunmalıdır. Çocuğun yanına gittikten sonra, çocuğun kendisine nasıl hitap edilmesini istediği sorulmalıdır. Bunu yapmak daha hassas olan kız çocuklarının hoşuna gidecektir ve önemsendiklerinin farkına varmaları sağlanacaktır. Hasta yanında refakat eden aile üleriyle daima adıyla hitap edilerek konuşulmalıdır. ‘Annesi’, ‘babası’ gibi ifadeler kullanılmamalıdır.
- **Kendinizi tanıtırın.** Hasta bir çocuk ya da ergen ise ilk olarak hastaya hitap etmek daha uygun olacaktır. ‘Merhaba, ben fizyoterapistiniz ...’ Hastadan da onay bekleyerek ‘Tanıştığımıza memnun oldum. Bugün sizinle kim geldi?’ diye sorarak yanındaki yetişkini hastadan tanıtmayı beklenmeli, hasta bir bebek ise yanındaki yetişkine hitap edilmelidir.
- **Konuşma.** Hastayı konuşmaya dahil etmeye çalışmak gerekir. Otururken hem hasta hem de ebeveynle yüz yüze gelecek şekilde oturulmalıdır. Hasta, ebeveyn ve sağlık çalışanının bu üçlü düzenleme ile oturma şeklinde, video kaydı alınarak yapılan çalışmalarda, hastanın tartışmaya aktif olarak katılma olasılığının en yüksek olduğu ortaya konulmuştur.
- **Konuşmayı sonlandırma.** a. Özetleyin: Klinik konsültasyonun sonunda terapistin anladıklarını özetlemesi, özellikle ailenin durumu terapistin nasıl gördüğünü anlaması için bir yoldur. b. Planı açıklayın: Daha sonra ne olacağını açıklamak, hastanın hastalıkla baş etmesine yardımcı olur. Çoğu hasta belirsizliklerle mücadele etmekte güçlük çeker. c. Soru sorun: Ayakta yürürken herhangi bir soru sormak etkili bir teşvik değildir. Hasta karşısında otururken ‘Bana sormak istediğiniz herhangi bir soru var mı?’ gibi bir ifade ile hasta soru sormaya teşvik edilebilir.

İletişimi Fasilite Eden Teknikler

Empati: Empati, bir hasta ya da ebeveyn tarafından deneyimlenen duyguları tanıma ve bu duyguyu karşınızdaki kişiye gösterme kapasitesi olarak tanımlanır. Empatik bir yanıt, sağlık çalışanının hastanın hislerini anlamaya çalışmasıdır.

Yansıma (Reflection): Bu teknik hastanın az önce söylediği önemli bir sözcüğü veya cümleyi tekrar etmeyi içerir. Hastanın söylediklerini terapistin duyduğunu ve onu anladığını hastaya gösterme yoludur. Örneğin hasta; 'Bazen nefes almakta zorlandığım için geceleri uyuyamıyorum.' derse ona 'Nefes almakta zorlanıyor bu nedenle gece uyuyamıyorsunuz' gibi bir ifade kullanılırsa hasta anlaşıldığı için memnun olacaktır.

Açıklık Kazandırma (Clarification): Açıklık kazandırma yansıtmadan daha yüksek bir beceri seviyesidir. Hastanın söylediklerini yeniden yazmak veya tanımlamak demektir. Açıklık kazandırma, hastaların veya ebeveynlerin duygularını tanımalarına ve anlamalarına yardımcı olabilir. Ebeveyn; 'Çok öfkeliyim, çığlık atmak istiyorum, bazen çok kızıyorum ve sadece onu durdurmak istiyorum. Çok kontrolsüzüm.' dediğinde, doktor; 'Durumu kontrol edemeyeceğinizi düşünüyorsunuz, bu nedenle öfkeleniyorsunuz ve yapabileceğiniz bir şey olmadığı için çığlık atarak tepkinizi göstermek istiyorsunuz.' gibi durumu açıklayıcı bir cevap verirse, hasta/ebeveyn kendisini daha iyi tanıyıp anlayabilir.

Yansıtma (Mirroring): Hasta ya da ebeveyni anladıkça duygularını daha iyi anlama ve bunu karşındakine yansıtma olarak ifade edilebilir. Örneğin; 'Ayşe hakkında konuştuğunuzda çok üzgün görünüyorsunuz. Sanki ağlamak istermiş gibi duruyorsunuz.' diye cevap verirseniz, bu bireyi ifade etmeye hazır olmadığı duygularla karşılaştırabilir.

Özetleme: Görüşme sırasında durumu özetlemek, hastayı doğru anladığınızı test etmek için güçlü bir tekniktir. Aynı zamanda, anlatması gereken eksik bir ayrıntı varsa anlatması için bir fırsat verir. Hastaya durumu niçin özetlediğinizi açıklamayı ihmal etmeyin. 'Bana anlattıklarınızı anladığımdan emin olmak için özetleyebilir miyim?' gibi bir ifade kullanılabilir.

Sessizlik: Sessizlik iletişim için bir araç olabilir. Bir hastanın sessiz kalması için birçok sebep olabilir. Öfke veya güven eksikliği ya da bireyin duygularını kelimelerle ifade etmeye çalıştığı veya tereddüt ettiği bir durum bunun nedeni olabilir. Sessizliğin uygun kullanımı, hastalara düşüncelerini toplamaları için zaman verir veya korkutucu-utanç verici olarak algılanan bir şey hakkında konuşmak için hastaların cesaretini toplamalarına olanak verir. Özellikle kadın hastalarla çalışırken, terapistin hastaya kendisini acele ettirmeye çalışmadığını belirtmesinde yarar vardır. Bunun için 'Bu zor olabilir, acele etmeyin' gibi bir ifade kullanılabilir. Eğer sessizlik uzun sürüyorsa, hasta o an düşüncelerini gerçekten anlatmak istemiyorsa, 'Bu konuda konuşmanızın zor olduğunu görüyorum, daha sonra devam etmek ister misiniz?' diye sorarak hastaya bir seçenek sunabilir.

Uygun Dil: Düz bir dilde ve hastanın anlayış düzeyinde konuşulmalıdır. Kısaltmalar ve tıbbi ifadelerden kaçınılmalıdır.

İletişimin Sözsüz Yönleri

Kinesis: Kinesis, yüz ifadeleri, hareketler ve duruş gibi vücut hareketleri yoluyla iletişim anlamına gelir. Sağlık çalışanı hastadaki kinetik işaretleri anlamalı ve yorumlamalıdır. Bu işaretlerden bazıları

açıktır; örneğin, kenetlenmiş eller, çatılmış kaş, katlanmış kollar, uzakta durma gibi, bazıları ise daha ayrıntılıdır; örneğin, sinirlilik durumunda sık sık yutkunma gibi.

Proksemikler: Proksemikler, mesafe ve fiziksel engeller varlığına değinmektedir. Örneğin terapist ve hasta arasında bulunun bir masa, hastayla araya mesafe koyabilir, ekip olarak birlikte çalışma hissini azaltabilir. Terapist çocuklarla çalışırken yatay ve dikey mesafelere dikkat etmelidir. Küçük bir çocuğa tepeden bakarak soru sormak, çocuk açısından korkutucu olabilir. Çocuğun seviyesine inilmeli, gerekirse çömelerek konuşmalıdır.

Güzel Konuşma Bilgisi: Ses, vurgu gibi etmenler sesin özelliklerini oluşturur. Genellikle hastanın ses tonuna uygun cevap vermek yerinde olur, ancak hasta bağırıyorsa, hastaya bağırarak cevap verilmemelidir.

Otonomiks: Otonomi, genellikle kontrol dışındaki vücut reaksiyonları demektir. Utanınca kızarma, duygulanınca göz yaşı gibi.

Çocuğu İletişime Dahil Etmek

Çocuk hastalarla çalışan fizyoterapistlerin çocuğu iletişime dahil etmesi gerekir. Özellikle kız çocuklar bu konuda daha hassastır. Çocuk hastayı iletişime dahil etmek, özellikle duygusal yönü ağır basan kız çocuklarının özgüvenlerini pekiştirir, fizyoterapistte güven duymasını kolaylaştırır, bağlılık duygusunu ve tedavi olma istekliliğini artırır. Ebeveyn çocuğa yöneltilen soruları sürekli kendi cevaplamaya çalışıyorsa, fizyoterapist; 'Aslı'dan bana biraz şikayetlerini anlatmasını bekliyorum.' gibi bir yanıtla ebeveyni bu konuda uyarabilir. İsrarla ebeveyn çocuğun konuşmasına izin vermiyorsa, fizyoterapist bu kez; 'Neden Aslı'nın bana şikayetlerini kendisinin anlatmasına izin vermiyorsunuz?' veya 'Neden Aslı'nın kendisi için konuşmasına izin vermiyorsunuz?' diyerek soru gibi görünen bir emirle daha kesin olarak aileyi uyarabilir.

Yaşa Uygun İletişim

Sezgisel olarak herkes bebeklerle nasıl iletişim kurulacağını bilir. İnsanlar bir bebekle iletişim kurarken anlamlı-anlamsız, uzun-kısa, farklı ifadelerle, ses tonu değiştirilerek şarkılar söyler, hareketler yapar. Yüz ifadeleri abartılıdır ve bebeğin yüzüne daha yakın durulur. Bebekler insanların yüzünden etkilenir, çıkarılan sesler dikkatlerini çeker. Bu iletişim biçimi bebeklerin dil öğrenimini geliştirir. Bebeğin ayına göre iletişim şu şekilde ilerler;

- Yaklaşık 1 ayda göz teması
- 4 ayda seslere yanıt olarak sesler çıkarma
- 4 ayda göz teması ile sosyal etkileşimin olması
- 8-10 ay civarında nesnelere tutmak, işaret etmek iletişim için kapsamlı bir şekilde kullanılır.
- 12 ay göz temasını sürdürmek, bir nesneye bakmak, bir başkasının dikkatini çekmeye çalışmak gibi girişimlerde bulunma, ilerisinde seslendirme ve bazen sözlü ifadelerin yer alması.

Kız Çocukları İle Doğru İletişim Yolları

Kız çocukları ile iletişimde empati becerilerini geliştirmek sağlık çalışanının edinmesi gereken birinci hedef olmalıdır. Teşhis/tedavi amacıyla hastaneye getirilen çocuk ilk olarak duygusal olarak rahatlatılmalıdır. Sağlık çalışanları çocuğun hastalık nedeniyle duygusal tepkiler vermesini kolaylaştırmalı ve onaylamalıdır. Empati, sempati ve güven duygusunu beraberinde getirir. Hastane korkusu olan bir çocuğa 'Gerçekten endişeli görünüyorsun' gibi kısa empatik yorumlar yapmak ve 'Bazı çocuklar hastaneye gitmekten korkuyor, ancak sonra buranın pek de korkutucu olmadığını, hatta bazen eğlenceli olduğunu bile söylüyorlar' gibi üçüncü kişilerin dahil edildiği diyaloglar anlatmak çocuğun daha iyi yanıt vermesini sağlayabilir. Bununla birlikte kız çocuğuna göz temasını sürdürerek, rahatlatıcı ses tonunu kullanarak, yeri geldiğinde beden dili ile kendisini evinde gibi hissetmesini sağlayarak ilgi ve şefkat göstermek sağlık çalışanı ile çocuk arasındaki iletişimi geliştirecektir. Bu konuda Back ve ark. NURSE model ile duyguları ele alır. NURSE modelde çocukla iletişim kurarken izlenecek yol basitçe ele alınır. NURSE modelin açılımı ve açıklaması Tablo 1'de gösterildiği şekildedir;

Kız çocuklarında genital muayene yapılması gerekiyorsa, muayene öncesi sözlü olarak çocuktan izin almak gerekmektedir. Özellikle 9-10 yaş altı çocuklarda, 'Şimdi bu özel bölgeni incelemem ve her şeyin yolunda olduğundan emin olmam lazım' diyerek dolaylı yoldan izin alınması uygun olacaktır. Çocuğun itiraz etmemesi durumunda girişime devam edilir. Küçük bir kız veya erkek çocuğuna bu bölgenin özel bölge olduğu ve yalnızca bir ebeveynin veya sağlık çalışanının bakabileceği veya dokunabileceğini söylemek gerekmektedir. Muayene boyunca çocuk ile konuşmak, yapılan uygulamayı çocuğun anlayacağı dilden anlatmak çocuğun kaygılarını azaltacaktır.

Tablo 1: NURSE model, anlamı ve açıklaması

N	Naming	Adlandırma	Duyguyu adlandır. Örneğin; 'endişeli görünüyorsun'
U	Understanding	Anlama	Duyguyu anla. Örneğin; 'bu durumda olmanın rahatsızlığını anlayabiliyorum. Çoğu kişi olurdu'
R	Respecting	Saygı duyma	Duyguya saygı duy. Örneğin 'çok becerikli davrandın, bu harika'
S	Supporting	Destekleme	Hastayı destekle. Örneğin 'Ben elimden geldiğince sana yardım etmek için buradayım'
E	Explore	Keşfetme	Duyguyu keşfet. Örneğin 'bana seni neyin endişelendirdiğini anlat'

ADÖLESANLARDA CİNSİYET VE İLETİŞİM

Adölesan dönem, erken adölesan dönem (10-13 yaşlar), orta adölesan dönem (14-17 yaşlar), geç adölesan dönem (18-21 yaşlar) olarak 3 döneme ayrılır. Her dönemin kendine özgü özellikleri vardır. 10-13 yaşlarında ergen, çocukluktan getirdiği özellikleri sürdürme eğilimi gösterir. Geç adölesan dönemde ise ergenliğe dair özellikleri devam ettirmesi söz konusu olabilir. Adölesan dönemlerdeki davranışlar sıklıkla içselleştirici bozukluklar (depresyon, kaygı, anksiyete, yeme bozuklukları gibi) ve dışsallaştırıcı bozukluklar (saldırganlık, karşı gelme, suç işleme ve okul problemleri gibi) olarak iki zıt gruba ayrılır. Çocuk ve ergen psikopatolojisinde kız ve erkekler arasında çok sayıda farklılık bildirilmiştir. Kızlarda içselleştirici, erkeklerde dışsallaştırıcı semptomların daha sık görüldüğü literatürde belirtilmektedir. Prepubertal dönemde genel olarak erkeklerin psikolojik sorunlarının ve davranış bozukluklarının kızlardan yüksek olduğu, dışsallaştırıcı bozukluk görülme oranının kızlardan 2-5 kat fazla olduğu bildirilmiştir. Adölesan dönemde ise erkeklerde dışsallaştırıcı sorunların üstünlüğü devam eder, kızlarda ise içselleştirici sorunlar erkeklerden daha yüksek oranda görülmeye başlar. Farklılıklar ortaya çıktığı zaman, gelişimsel ilerleme ve etiyoloji gibi klinik sorunlar için cinsiyet farklılıklarının spesifik yönleri konusunda fikir birliği bulunmamasına rağmen, psikopatolojide pediatrik cinsiyet farklılıklarının bulguları belirgindir ve yaygındır.

Kızlar erkeklerden daha empatik iletişim becerilerine sahiptir. Çalışmalarda adölesan dönemdeki kızların bu dönemdeki erkeklerden daha fazla empatik endişe ve bakış açısı geliştirdikleri bildirilmiştir. Annelerle olan iletişim kızlarda erkeklerden daha yüksektir. Erkekler ise babaları ile daha iyi iletişim kurarlar. Literatürde benlik saygı düzeyi yüksek olan ergenlerin düşük olan ergenlere göre daha hoşgörülü davrandıkları ve daha çoğulcu iletişim becerilerine sahip oldukları belirlenmiştir. İletişim becerisi iyi olan çocukların duygusal zekalarının da daha yüksek düzeyde olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bütün bunlara karşın aile içi iletişimde ortaya çıkan aksaklıklar çocuğun gelişiminde de sorunlar yaşanmasına neden olabilmektedir.

Adölesanlarda erkeklerin benlik saygısının kızlardan yüksek olduğu bildirilmektedir. Bu da kızların kişisel olarak kendilerini ifade etme becerilerini düşürebilir. Kızların stres seviyelerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Bazı çalışmalar ergen kızların stresli olaylara karşı erkeklerden daha fazla olumsuz duygusal tepkiler gösterdiğini bildirmektedir. Kızların adölesan dönemde anksiyete bozukluğuna yakalanma ihtimalinin ise erkeklerden 6 kat fazla olduğu bildirilmiştir. Kızlar bu dönemde daha pasif ve destek bekleyici şekilde stresle başa çıkma yolları arar. Problemlerle başa çıkmakta zorlandıklarında ise alkol, sigara ve uyuşturucu madde kullanma eğilimleri artabilir. Bu dönemdeki erkekler yaşları ilerledikçe problemlerle başa çıkmada pasif davranma ve destek bekleme eğilimlerini azaltırlar.

Adölesanların psikopatolojisinde toplumsal cinsiyet farklılıklarına vurgu yapılmasına rağmen, bakımevlerinde bulunan gençler için cinsiyet farklılıkları konusunda az sayıda çalışma vardır. Bu tür konut dışı bakım (aileden uzakta) yerlerinde kalan adölesan dönemdeki kızlar hem aileleriyle yaşayan hemcinslerinden hem de benzer yerlerde yaşayan erkeklerden daha fazla davranışsal ve duygusal problem yaşarlar, daha fazla psikiyatrik sorunla mücadele ederler, buna paralel olarak da iletişim kurma istekleri ve yetenekleri düşmektedir. Adölesan dönemdeki bu kızlarda içselleştirici sorunlar daha fazladır, depresyona, intihar düşüncesine ve girişimine, kendini yaralama eğilimine daha fazla

yatkındırlar. Cinsel istismara maruziyet, yeme bozukluğu, anksiyete daha yüksek oranda görülür. Yine bu kızlarda dışsallaştırıcı sorunlar aileleriyle evlerinde yaşayan hemcinslerinden daha yüksek oranda görülebilmektedir. Bu tür bakım yerlerinde yaşayan erkekler ise daha agresif, antisosyal, suç işlemeye meyilli ve dışsallaştırıcı sorunları yüksektir. Bütün bu problemler sağlık çalışanının adölesan ile iletişimde sorunlar yaratabilir.

Ergenler ile diyaloglarda ebeveynin yapacağı konuşmada, konuyu açıkça belirlemesinin hatta bir başlık koymasının ve açık gönüllülükle konuşmasının önemli olduğu sonucuna varılmıştır. Etkili bir iletişim için kontrolcü bir tavır yerine rahatlatıcı ve iletişim şeklinin sevgi dolu olması gerekliliği vurgulanmıştır. Ergenlerin aile içi iletişimleriyle duygusal sağlıkları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi çalışmasında ailelere verilen aile içi iletişim eğitimi ergenlerin duygusal sağlığının geliştirilmesinde önemli bir etmendir.

Sağlık İletişiminde Adölesan ve Cinsiyet

Bazı araştırmacılar adölesanların sağlıkla ilgili konuları sağlık çalışanlarına iletmelerindeki zorlukları tanımlamıştır. İletişimdeki bu zorluklar kişisel ve yapısal engeller ile ilgilidir. Örneğin, gençler gizlilikle ilgili endişe duydukları için sağlık çalışanlarına güvensizlikleri nedeniyle sıklıkla sağlık sorunlarını açıklamaya ve kişisel sağlık önerileri talep etmeye isteksizdirler. Medikal konsültasyonun kendi yapısı (konsültasyonların yeterli uzunlukta olmaması, muhatap olunan sağlık profesyonelinin sürekli değişimi gibi), açık ve sürekli etkileşime girmek için potansiyel bir engel oluşturmaktadır. Ergenlik döneminde görülen fiziksel, duygusal ve sosyal değişimlerden kaynaklanan iletişim problemleri, adölesanların sağlık sorunları nedeniyle sağlık profesyonellerinden destek talep etmesini engelleyebilmektedir. Aslında birçok genç sorunlarını bir sağlık profesyoneliyle görüşmek ister, ancak yeterince rahat ve güven dolu hissedemezse sorunlarını paylaşamaz. Adölesanlar, sağlık çalışanlarına sorunlarını iletmezlerse, sorunlarını aile, arkadaş gibi çevresine de iletmekte güçlük çeker. Bu nedenle, gençlerle sağlık alanında iletişim kurabilmek için alana özgü telefon hatları, online servisler ve email ile iletişim yollarının olduğu bilinmelidir. Bu sayede adölesanlarla daha etkili bir sağlık iletişimi geliştirilmeye çalışılmaktadır.

Bazen ebeveynler, çocuklarına sağlık çalışanının teşhisini söylemesini istemez. Örneğin 15 yaşındaki bir kızın ebeveynleri, kıza kanser olduğunu söylenmesini istemiyor olabilir. Bu durumda aile ile konu hakkında konuşmak gerekir. Sağlık çalışanı:

- ‘Bunun hakkında konuşalım, bana kanser olduğunu kızınıza neden söylemememiz gerektiğini anlatabilir misiniz?’
- ‘Bu durumun aileniz için ne kadar zor olduğunu anlıyorum. “....’ın hastalığını bilmek istemediğinden nasıl emin olabiliriz?’
- ‘Acaba, radyoterapi veya kemoterapi alması gerekirse bunu “...’e nasıl açıklamayı düşünüyorsunuz? Buna benzer sorunlardan bazılarını düşündünüz mü? Ayrıca, kanser olduğunu bilen diğer çocukların olduğu hastaneye gidiyor, bunu onlardan duyma ihtimalini göz önüne aldınız mı?’
- ‘Neredeyse her zaman bu gibi durumlar çocuklara uygun bir dille açıklanıyor. “...’e hastalığını söylememekle, ona duygularını ve korkularını paylaşma fırsatı vermemiş olacaksınız.’

Sağlık çalışanı, bu gibi sorularla ebeveynlere içinde buldukları durumla ilgili yol gösterici yak-

laşımınla iletişim kurmalıdır. Ebeveyn yine de ikna olmuyorsa, 'Ona söylemek zorundayız.' diyerek bazı durumlarda zorunlu bir yaklaşım içerisine girebilir. Bu son duruma tepki olarak ebeveynler çatışmacı bir tepki verebilir veya bu önermeyi tamamen reddedebilir.

Yaş, cinsiyet, entelektüel işlev, deneyim, mizaç, aile dinamikleri, sosyokültürel ve ekonomik faktörler bir gencin iletişim becerilerini etkileyebilir. Ebeveynlerin çocuklarının sağlık hizmetleri hakkında bilgi sahibi olma hakları vardır. Grip gibi bir hastalığı teşhis ve tedavi etmek konusunda gizlilik gerekmezken, depresyon ya da kontraseptiflerle ilgili bir konuyu konuşmak için ergen ailesinden ayrı sağlık çalışanı ile görüşmek isteyebilir. Bu gibi durumlarda ergenin gizlilik isteğine sağlık çalışanı destek olmalı, aileden izin alarak ergeni gizliliğine saygı duyacak şekilde dinlemelidir. Çünkü, çoğu zaman aileleriyle birlikte konsültasyona gelen ergenler yeterince açık konuşamazlar, sağlık çalışanı da istediği doğru bilgiye ulaşamaz. Özellikle kız ergenler aile ve toplum baskısı nedeniyle daha içe kapanık olabilirler. Bir vaka üzerinden ergenle ve ailesi ile iletişim kurulurken izlenecek etik davranışları yorumlayalım.

Annesi eşliğinde 13 yaşındaki bir kız spor öncesi genel muayene ve yaşına göre tavsiye edilen rutin aşıları almak için hastaneye gidiyor. Anne kızı için 'meningokok' ve 'tetanoz' aşılarını yaptırmak istediğini söylüyor, ancak 'HPV' aşısı ile ilgili bir istek belirtmiyor. Doktor HPV aşısını da öneriyor. Çocuklar için tavsiye edilen koruyucu bakımla ilgili olarak etik kurallar vardır. Bu kurallara göre çocuğun sağlık standartlarının en iyi şekilde korunması gerekmektedir. Ancak çocuğun hayatını veya sağlığını (örneğin HPV aşısı) derhal korumak için koruyucu önlem gerekli değilse, yasa bu tür kararlarda ailelere takdir yetkisi verir. Böyle bir vakada uygulama önerisi nasıl olmalıdır? Sağlık çalışanları, aşının risk ve yararlarını ebeveynlere anlatmalıdır. Ebeveynlerin önerilen aşılamaı reddetme nedenlerini (örneğin güvenlik endişeleri) keşfetmek gereklidir. Aşının yararları konusunda aileye kanıt sunulmalıdır. Ebeveynler ayrıca, çocuğun gelecekteki cinsel etkinliği açısından potansiyel etkileri nedeniyle isteksiz olabilir. Ebeveynlerin değerleri ve tutumları hakkında açık ve yargısız konuşma yapmak, aşının uzun vadeli faydaları hakkında bilgilendirme yapmak doğru bir yaklaşım olacaktır. Ebeveyn hala ikna olmazsa, aşı etkinliği ve güvenliği konusunda ek bilgi verilmelidir. Ebeveynlere dilerse düşünmesi için biraz süre verilebilir, bir başka randevuda konu tekrar tartışılabilir.

Cinsel organın (her iki cinsiyette de) ve memelerin (kızlarda) muayene edilmesi, çocuk ya da ergen için tedirgin edici bir eylemdir. Bir sağlık çalışanı tarafından yapılan genital muayenenin hastada oluşturduğu duygusal etkilenimlere bakan az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bir çalışmada, cinsel istismara uğrayan kız ve erkek çocuklarda bu eylemin orta şiddette kaygı oluşturduğu, kız ve erkeklerin kaygı düzeyleri arasında fark olmadığı belirtilmektedir. Buna karşın, Almanya'da 800 lise öğrencisi üzerinde yapılan bir araştırma, %60 öğrencinin ilk jinekolojik muayene sırasında anksiyetesi olduğunu göstermektedir. Vajinal muayene yapılması gerekiyorsa ergenlik dönemindeki gençlerden doğrudan izin alınmalıdır. 'Şimdi genital bölgenizi incelemeliyim ve her şeyin normal olduğundan emin olmalıyım. Sizin için uygun mu?' gibi bir soru doğrudan ergene yöneltilmelidir. Muayene sırasında, hasta ile konuşulmalı ve yapılan uygulama açıklanmalıdır. Güven verici ve dürüst olunmalıdır. 'Sadece kaslarınızın kasılma yeteneğini kontrol edeceğim. Acı verecek bir şeyle karşılaşmayacaksınız.' veya 'Bu rahatsız edici olabilir ama gerçekten çok incitici olmayacak.' ya da acı verecek bir girişimse 'Bu durum muhtemelen biraz acı verecek, ancak elimden geldiğince dikkatli ve nazık olacağım' gibi

ifadelerle hastaların endişeleri giderilmeye çalışılmalıdır.

Adölesan Kadın Sağlığı Federal Sağlık Fonu Araştırması, ergenlerin tartışmak istediği konular ile gerçekte sağlık çalışanı ile görüştüğü konular arasında kayda değer bir uyumsuzluk olduğunu bildirmiştir. Ergen kızlar, içki, uyuşturucu, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve yeme bozuklukları gibi konular hakkında daha fazla bilgi istemektedir. Ancak, istedikleri konu hakkında sağlık çalışanı ile konuşabilen ergenlerin sayısı oldukça azdır. Ankete katılan kız ve erkek ergenlerin %39'u doktorların fiziksel ya da cinsel istismar konusunda kendileriyle konuşması gerektiğine inanmaktadır. Ancak, doktorlarla olan konsültasyon sonrası doktorların %10'u şiddet ve istismarla ilgili olarak ergenlerle konuşmuştur. Sağlık çalışanları, yeme alışkanlıkları ve egzersizin önemi gibi konuları daha güvenli bulmakta ve tartışmak için daha olası görmektedir.

Ergenlerle iyi iletişim kurmanın bir yolu, ebeveynlerin onları rahat hissettikleri sağlık çalışanı ile baş başa konsültasyon yapması için yalnız bırakmasıdır. Ancak, bu konuda aileler çoğunlukla bu isteğe boyun eğmemeye ya da isteksizce ergenin talebine uymaya kendini zorlamaktadır. Sağlık alanında ergenlerin isteklerini sorgulayan bir anket çalışmasında, ankete katılan kız ve erkek ergenlerin daha çok kadın hekimleri tercih ettikleri ve aileleri olmadan özel olarak hekimle konuşmak istedikleri sonucu bulunmuştur. Ankete katılan kızların %51'i kadın doktora gitmeyi tercih ettiklerini bildirmiştir. Kızlar, cinsellik, menstruasyon, dismenore, bedenlerindeki değişiklikler, fiziksel veya cinsel istismar, doğum kontrolü, gebelik ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar gibi konular ile ilgili olarak sağlık çalışanları ile konuşmakta sıkıntı çektiklerini bildirmişlerdir. Cinsel istismara uğrayan kızların sadece %20'si doktorlarının genel olarak kötüye kullanım hakkında görüşme yaptıklarını söylemiştir. Kızların %11'i ise doktorlarının güvenlik, şiddet veya ensest hakkında görüştüğünü bildirmiştir. İstismara uğrayan kızların ise sadece %7'si doktorlarıyla gerçek tacizi tartışabilmiştir. Bu gibi hassas konularda günümüzde halen tabular bulunmaktadır. Bu tabularsa sağlık çalışanının iletişime dayalı iyi bir eğitim almasıyla aşılabilecektir.

Ergen iletişiminin genel hatları nasıl olmalı dersek, bunun için aşağıda sayılan maddelere göz atmakta fayda vardır;

- Ergenlik döneminin sonuna gelindiğinde, ergen bilişsel ve dil yeteneği geniş ve kapsamlı konular hakkında derinlemesine sohbetler sağlar
- Mahremiyetin korunması, özellikle kız çocuklar için, ergenlerin değerlendirilmesi ve bakımı için çok önemlidir
- Aktif ve saygılı dinleme bir ergen ile iletişimde çok önemli bir unsurdur

Ergenlerle iletişim hedeflerinde ise, çocuklar için belirtilen hedefleri uygulamak ve yetişkinliğe geçişte hastalara hizmet edecek sağlık çalışanı-hasta ilişkisini geliştirmek gerekmektedir.

Fizyoterapist, adölesan dönemdeki kızın psikolojik sorunlarının farkında olarak hastaya yaklaşmalıdır. Ciddi psikolojik/psikiyatrik sorunların varlığında mutlaka psikolog/psikiyatrist ile işbirliği içerisinde adölesanla iletişimini ve tedavisini sürdürmelidir. Fizyoterapistin, fizyoterapi ve rehabilitasyon uygulamaları boyunca adölesanlarla iletişimde dikkat etmesi gereken noktaları şu şekilde sıralayabiliriz;

- Ergenin tüm duyguları olduğu gibi kabul edilmeli, kendini olumlu bir varlık olarak kabul edebilmesi için çevresinden kendilik değerini destekleyici tavırlar görebilmesi,

- Sınırlarına o izin vermedikçe girilmemesi, sınırlarına girilecekse izin alınması,
- Tercihlerine saygı gösterilmesi
- Eleştirmek yerine dinlenmesi
- Bedeni üzerindeki haklarına saygı gösterilmesi
- Başarısızlıklarından çok başarılarına odaklanması
- İstenmeyen bir davranışta bulunduğu kişiliğinin değil davranışının eleştirilmesi gibi öğelere dikkat edilmelidir.

Fizyoterapist, adölesanlarla iletişim kurarken dürüst olmalı, karşısındakinin problemini etkin dinlemeli; böylece karşısındakine saygı gösterdiğini hissettirmelidir. Sağlıkla ilgili konulardan bahsederken karşısındakinin anlayacağı türden sözcükler seçmelidir. Uygun mesafeden, göz teması kurarak, beden dilini etkin bir şekilde kullanarak, ses tonunu ayarlayarak dikkat çekici şekilde konuşmalıdır. Bununla birlikte, ergenin anlayacağı türden bir dil yeteneğine sahip olmak iletişimde en can alıcı nokta olacaktır. Ergenle ortak ilgi alanları bulmak ve teknolojiyi takip etmek iletişimi geliştirecek etmenlerdendir.

GEBELİK, DOĞUM VE DOĞUM SONRASI DÖNEMDE İLETİŞİM

Hem Türkiye’de hem de dünyada tıbbi uygulama hatalarının en sık yaşandığı birimlerden biri kadın hastalıkları ve doğum alanıdır. Bu alandaki davaların çoğu belirgin şekilde göze çarpmaktadır. Özellikle istenmeyen obstetrik bir komplikasyon önlenemez bir nedenle meydana gelmişse, bu durumda karşılaşılabilecek yasal süreç, aile ve sağlık çalışanları için oldukça yıpratıcı olabilmektedir. Tıbbi hataların asıl nedenini belirlemeye yönelik olarak yapılan çalışmalarda, iletişim eksikliğinin büyük oranda tıbbi hataların kaynağı olduğu bildirilmektedir. İletişim zayıflığı gebelikte, hasta güvenliğini tehdit eden bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü de anne ve çocuk ölümlerini azaltmak için antenatal ve postnatal dönemde sağlık profesyonelinin iletişim becerilerinin güçlendirilmesine vurgu yapmaktadır. Bu nedenle iletişimin bu alanda güçlendirilmesi oldukça önem arz etmektedir.

Sağlık Kuruluşları Akreditasyon Birleşik Komisyonu tarafından 1 Ocak 2006’da hasta güvenliği hedeflerinden biri olarak etkin iletişimin geliştirilmesi kararlaştırılmıştır. Etkin iletişimin sağlanabilmesi için; soru sorma ve cevaplama fırsatlarını içeren profesyonel iletişim teknikleri geliştirilmiştir. Bu teknikler hastaların bir sağlık çalışanından diğerine devredilmesinde kullanılan, devralan çalışana en gerekli ve en çok ihtiyaç duyulan bilgilerin aktarıldığı verileri içermektedir. Özellikle perinatoloji alanında kullanımı oldukça önemlidir. İhtiyaç doğrultusunda gebeyi fizyoterapistle yönlendirecek hekim, hastayla ilgili gerekli tüm bilgileri de iletmelidir. Aksi taktirde yeterli ve gerekli bilgileri almayan fizyoterapist, gebe ile ilgili fizyoterapi ve rehabilitasyon sürecinde riskli durumların oluşmasına neden olabilir. Bu amaçla, literatürde hastanın bir sağlık çalışanından diğerine devredilmesinde en sık kullanılan profesyonel iletişim tekniklerinden bazıları şunlardır;

- SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation) İletişim Tekniği (Tablo 2)
- I PASS the BATON (Tablo 3)
- 5 P’s (Tablo 4)
- HANDOFFS (Tablo 5)

Tablo 2. 'SBAR' İletişim Tekniği

	İNGİLİZCE	TÜRKÇE	AÇIKLAMA
S	Situation	Durum	Hastayla ilgili mevcut durum nedir? (Hastanın yaşı, cinsiyeti, tanısı, şikayeti, hayati bulguları, durumunun stabil olup olmadığı, tedavi planı, istekleri ve ihtiyaçları)
B	Background	Tıbbi öykü	Klinik geçmiş veya geliş nedeni nedir? (Hastanın hastaneye yatış nedeni, yapılan tetkikleri, alerjisi olup olmadığı vb.)
A	Assessment	Değerlendirme	Ben asıl probleminin ne olduğunu düşünüyorum? (Hastanın tedavisi ve tedaviye verdiği cevabın değerlendirilmesi, risk açısından hastanın değerlendirilmesi)
R	Recommendation	Öneri	Ben ne öneriyorum? (Hastayı teslim eden sağlık profesyonelinin hasta hakkında önerilerini belirttiği bölümdür)

Tablo 3. 'I PASS the BATON' İletişim Tekniği

	İNGİLİZCE	TÜRKÇE	AÇIKLAMA
I	Introduction	Tanıtma	Hastayı teslim eden kişinin kendini tanıtmayı
P	Patient	Hasta	Adı, yaşı, cinsiyeti
A	Assessment	Değerlendirme	Mevcut şikayet, yaşam bulguları, semptomlar, tanı
S	Situation	Durum	Hastanın tedavisi ve tedaviye verdiği yanıt, intravenöz girişim, kod durumu, sıvı alımı, hastanın son durumu
S	Safety concerns	Güvenlik kaygıları	Düşme riski, kritik laboratuvar değerleri ve raporlar, alerji, izolasyon gerektiren durumlarının belirlenmesi
B	Background	Tıbbi özgeçmiş	Daha önceden geçirmiş olduğu hastalıklar/ameliyatlar, kullandığı ilaçlar ve aile öyküsü
A	Actions	İşlemler	Hastaya yapılan işlemler ve gerekçesinin anlatılması (Nazogastrik sonda, üriner katerizasyon, v.b.)
T	Timing	Zamanlama	Aciliyet düzeyi, hastaya uygulanacak girişimlerin öncelik sırasının belirlenmesi
O	Ownership	Sorumluluk	Hasta ve ailenin de sorumlulukları dahil olmak üzere hemşire, ebe ve hekimin sorumluluklarının belirlenmesi
N	Next	Sonraki	Hastanın teslim edildiği birimde hastaya uygulanacak tedavi planının belirlenmesi

Tablo 4. 5 P's İletişim Tekniği

	İNGİLİZCE	TÜRKÇE	AÇIKLAMA
1P	Patient	Hastanın tanıtılması	Hastanın yaşı, cinsiyeti, şu anki şikayeti, tanısı
2P	Plan	Bakım planı	Hastanın aldığı-çıkardığı sıvı, intravenöz girişimi gibi ayrıntılı bakım durumu
3P	Purpose	Amaç	Hastanın klinik bulguları sonucunda belirlediğimiz amaç
4P	Problems	Sorunlar	Anormal bulgular, ağrı skalası, yaşam bulguları, değerlendirme
5P	Precautions	Önlemler	Alerji durumu, düşme riski, izolasyon durumu

Tablo 5. Handoffs İletişim Tekniği

	İNGİLİZCE	TÜRKÇE	AÇIKLAMA
H	Hello	Merhaba	Merhaba deyin. Sağlık ekibi kendilerini birbirlerine ve hastaya tanıtır ve görevlerinin ne olduğunu (çalıştığı birim, branşı v.b.) ve hastadan sorumlu olduğunu belirtir.
A	Assessment	Değerlendirme	Hastanın Değerlendirilmesi. Mevcut şikayeti, ağrı düzeyi, yaşam bulguları, semptomlar, tanısı ve aynı zamanda her türlü normal olmayan bulgular rapor edilmelidir.
N	Necessary Patient Information	Gerekli hasta bilgileri	Adı, yaşı, cinsiyeti, yeri/ bölümü, sosyal güvenlik numarası ve gerekli tüm diğer tanımlayıcılar gibi genel hasta bilgileri
D	Danger or Risks	Tehlike veya riskler	Hastanın izolasyona ihtiyacı olup olmadığı ve alerjileri olup olmadığı gibi tehlike veya riskler. Ayrıca, her türlü kritik laboratuvar değerleri de kaydedilmeli ve düşme tedbirleri değerlendirilmelidir.
O	Occurrence	Vaka	Vaka ya da hastanın koşulları/durumu, hastanın aciliyet seviyesi, son durumu, tedavide kullanılan ilaçlar, kod durumu, sıvı alımı, intravenöz girişim ve tedaviye verdiği yanıt.
F	Framework	Hasta öyküsü	Hastalık geçmişi, önceki tedaviler, önceki sorunlar, halihazırda kullandığı ilaçlar ve tıbbi aile soy geçmişi kapsayan hasta öyküsü.
F	Future Recommendations	Geleceğe yönelik tavsiyeler	Bunlar hastanın gelecekteki tedavileri için önerilen her türlü tavsiyelerdir.
S	Seek Questions	Sorular	Sorular için zaman ayırın. Sağlık çalışanlarının birbirlerine soru sorduğu bölümdür

Gebelerle İletişim

Sağlıklı iletişimin temelini oluşturan öğelerden olan karşısındaki insanı dinleme, anlama ve geri bildirimde bulunma, sağlık profesyoneli ve hasta arasındaki iletişimin vazgeçilmez bir özelliğidir. Hastaların duygularını ifade etmesini kolaylaştırmak ve anlamak için fizyoterapistlerin empatik iletişim becerilerini geliştirmeleri gerekir. Gebelerle iletişimde de empatik iletişim becerilerinin oldukça önemli bir yeri vardır.

Sağlık göstergeleri, kadının en önemli sağlık sorunlarının üreme sağlığı ile ilgili olduğunu ortaya koymaktadır. Özellikle doğum süreci, empati ve yardıma en çok gereksinimin duyulduğu, kadının hayatındaki en hassas dönemlerden biridir. Gebelikteki her trimester, kendine özgü psikolojik kaygılar ve beklentiler doğurur. Özellikle son trimesterde doğuma ilişkin korkular, bebeğin sağlığıyla ilgili sürekli endişe duyma, kısıtlanmışlık duygusu gebenin kaygı düzeyinde artışa, duygusal dalgalanmalara sebep olabileceğinden, bu gibi hassas noktalar fizyoterapi seansı süresince dikkate alınmalıdır. Gebe, yapılan ve yapılacak olan fizyoterapi uygulamalarının kendisi ve bebeği için hiçbir risk içermediğini bilmeli, bu konuda yeterince aydınlatılmalıdır. Böylece, gebe seans süresince fizyoterapistine ve fizyoterapi uygulamalarına güvenebilir ve kendini rahatça terapistine tedavi programını yönlendirmesi için bırakabilir.

Hong Kong'da antenatal derslere katılan gebeler, ebe eğitimciler tarafından bireysel kaygılarını yönetme konusunda eğitime tabi tutulmuşlar, ancak gebeler bu eğitimin kişisel kaygılarını yönetmekten çok genel söylemler olduğunu ve söylenenleri anlamakta ve hatırlamakta güçlük çektikleri için kaygılarının bu eğitim sonunda arttığını bildirmişlerdir. U.K. National Perinatal Epidemiology Unit yakın zamanda yayınladığı raporunda, sağlık çalışanlarının gebelerle, gebelikleri süresince, gebelerin anlayacakları bir dilde konuşmadıklarını bildirmiştir. Bu bağlamda prenatal dönemde gebenin ihtiyaç duyduğu ve anladığı bir ifade şekliyle, gebenin kültürel ve yaşam tarzına aykırı olmayan bir tarzda iletişim kurmak gereklidir.

Çalışmalar, gebe eğitiminde DVD, CD-ROM, broşür, poster gibi görsel imgelemelerin kullanılmasının son yıllarda arttığını ve gebelerin bu gibi materyallerle eğitim almayı tercih ettiklerini göstermektedir. Hong Kong'da gebe eğitimi veren ebeler Çinli olmasına rağmen, eğitimciler daha çok Batı'yı tasvir eden eğitimler vermişlerdir. Ancak, gebeler bu eğitim yaklaşımına karşı çıkmış, gebelikleri ve doğum süreçleri boyunca kendi sosyo-kültürel perspektifleri açısından ihtiyaçlarını karşılayan eğitime tabi tutulma gereksinimleri duyduklarını ifade etmişlerdir. Bu bağlamda gebelere kültürel açıdan duyarlı eğitim verme gerekliliği biz fizyoterapistlerin farkında olması gereken bir özelliktir.

Stamler, kadın hastaların hastane personelinin kendilerinden ne beklediğini bilmek istediklerini rapor etmiştir. Stamler, antenatal sınıflarda kadınların doğum sırasında nasıl davranması gerektiğine dair bilgilere ihtiyaç duyduklarını vurgulamaktadır. Çünkü, kadınlar bu deneyimlerden özellikle ilk gebeliklerinde uzaktır. Bilmedikleri bir denizde yüzmek, kadınları doğum eylemi sırasında doğumdan uzaklaştırabilmektedir. Ancak, iyi bir doğum eğitimi ile, ne zaman ne ile karşılaşacaklarını bilmek, kadınların yönlerini daha kolay bulmalarını sağlayacak, doğum eylemi sırasında rahatlamalarına ve doğumda daha kolay ilerleyebilmelerine olanak verecektir.

Stamler, antenatal derslere katılan kadınların sorular sormak ve sorularına cevap almak ihtiyacı olduğunu belirtmektedir. Ancak, araştırmacılar, çok fazla katılımcının olduğu eğitimlerde, gebelere

verilen eğitimi sorgulama ve tartışmanın, kişisel sorunlarını çözmeye çalışmanın ve uygun geri bildirimler edinmenin imkansız olduğunu tespit etmişlerdir. Yazarlar az sayıda katılımcının olduğu gruplarda dramalarla problem çözme aktivitelerinin ve deneyim paylaşma etkinliklerinin interaksyonu teşvik edeceğini belirtmektedir. Literatürde birçok araştırmacı yetişkin eğitiminde 12-20 arasında katılımcının olduğu grupların insanlar arasındaki etkileşimi geliştirebileceği, insanların güven duyabileceği ve başkalarıyla öğrenebileceği bir ortam oluşmasına katkıda bulunacağını bildirmiştir. Bu sonuç, gebelerin yaşamlarının en samimi ve güçlü deneyimlerinden birini öğreneceği eğitim gruplarının sayısının belirlenmesi için de kullanılabilir. Bu tür gruplar kadınların en önemli ihtiyaçlarından olan sosyalizasyon için de iyi bir fırsat yaratmaktadır. Böylece biyopsikososyal bir varlık olan gebenin sosyal yönü de desteklenmiş olacaktır.

Özetle; çalışmalar gebelerin sağlık çalışanları tarafından ayrıntılı bir eğitim almalarının duygusal yönlerini de geliştirdiğini ve iyileştirdiğini vurgulamaktadır. Az sayıda katılımcı ile oluşturulan gebe sınıfları ile gebeler, gebelik, doğum, annelik konularını öğrenmek, tartışmak, birbirlerine destek olmak ve pratik becerilerini geliştirmek istemektedir. Antenatal sınıflar, gebelerin hastane personeli ile etkili bir şekilde iletişim kurmalarını öğrenmeleri için ideal bir fırsat sunar. Böylece, gebeler kendilerine dayatılan hastane politikalarına, protokollerine uymak yerine kendi tercihlerini yapabilmektedirler. Gebelere kendi istedikleri şekilde seçim yapmasını sağlayacak bir şekilde bilgi vermek, eğitimcilerin ve fizyoterapistlerin gebe eğitiminde dikkate alması gereken önemli bir husustur.

Gebelerle iletişimde dikkat edilmesi gereken hususları şu şekilde özetleyebiliriz;

1. Empati kurun. Gebelerle iletişimde empati kurabilme becerisinin yeri büyüktür.
2. Rahatlatın. Gebeler, gebelikleri süresince bebekleri ile ilgili korku, endişe ve kaygı duyarlar. Bu süreçte uygulayacağınız fizyoterapi yaklaşımlarının (egzersiz gibi) anne ve bebeğine yönelik herhangi bir zararı olmadığı, bunun aksine hem anne hem fetus için sağlık açısından oldukça yararlı olduğu konusunda gebe yeterince bilgilendirilmelidir. Böylece anne adayının korku, endişe ve kaygıları giderilmiş olacaktır.
3. Yeterince bilgilendirin. Gebe ancak yeterince bilgilendirilirse ve gebelikle ilgili yaptığı yanlışlar hakkında mantıklı açıklamalarla donatılırsa, yanlışlarından vazgeçmeye, terapistine yardımcı olmaya başlar.
4. Gebelik ve doğuma hazırlık eğitimi şarttır. Bu eğitim sözlü ve sözsüz iletişim tekniklerini, dramalarla olayların canlandırılmasını, çeşitli bedensel temasları, uygun mekan ile gebenin kendini rahatça sürece dahil edebildiği önemli basamakları içermelidir. Gebe bu eğitim sürecinde interaktif rol almalı, aklındaki tüm soruları sorabilmeli ve eğitim sonunda kendini yeterince bilgilenmiş hissetmelidir.
5. CD, DVD, poster gibi görsel imgelemelerle terapist ifade etmek istediklerini desteklemelidir.
6. Gebenin soru sormasına fırsat verilmelidir.
7. Antenatal sınıflarda grup eğitimi gebelerle iletişimde etkili bir seçenektir

Doğum Sırasında İletişim

Doğumda stres ve korkuların artması, bilinmezlik duygusu, çaresizlik ve yalnız bırakılma; kadının katekolamin salgısını artırır. Katekolaminlerin artmasıyla uterusu ve plesentaya giden kan akımı

azalır, oksitosin hormonu baskılanarak uterin kontraksiyonlar inhibe edilir ve bunun sonucunda doğumun birinci evresinde uzama olur. Doğumun uzaması, kadınlarda duygusal distres/distosi yaratır. Duygusal distoside anne adayları; başkalarının sözlerini daha çok olumsuz ve kötümser algılar, birinin güven ve desteğine daha çok ihtiyaç duyar. Fizyoterapist/doğum destekçisi doğumda kadının distresini erken dönemde belirleyip, ona empatik anlayışa dayalı güven (örn: bilgilendirme) ve cesaret (örn: sen ıkmayı yapabilirsin ifadesi) vererek, doğum desteği sağlamalıdır. Sağlanan bu destek, distresin zararlı etkilerine karşı anne ve fetus sağlığını korumaya katkı sağlayacaktır. Çoşar ve Demirci çalışmasında, lamaze felsefesi doğrultusunda empatik anlayışla destek sağlanan annelerde; doğum korkusunun daha az ve doğuma uyumun daha yüksek düzeyde olduğunu saptamıştır.

Gebeliği süresince iyi bir doğum eğitimi almış gebe, doğumda bilinmezliklerin arasında kaybolmaz, ne yapması gerektiğini bilir, bilinçli bir şekilde kararlar verebilir. Bu nedenle, fizyoterapistin gebelik sürecinde anneye, etkili iletişim teknikleri ile doğumu anlatması ve gebenin yapması gerekenlerle ilgili anneyi yönlendirmesi gerekmektedir. Doğumda da, daha önce tanışmış olduğu fizyoterapistine güvenen anne adayları, fizyoterapistin doğum destekçiliği rehberinde ihtiyaç duyduğu güven ve cesareti almaya devam ederse, doğum sürecini başarılı bir şekilde atlatabilir. Doğumda anne ile fizyoterapistin etkili iletişimi birçok faydayı beraberinde getirir. Bunlardan bir kısmını şu şekilde sayabiliriz;

1. Kadının doğum anksiyetesi, stresi ve korkuları azalır.
2. Anne adayının doğum kasılmaları ile baş etme ve doğumu kontrol etme gücü artar.
3. Doğuma tıbbi müdahale oranı azalır.
4. Doğum sırasında anne adayının cesaretlendirilmesi ile anne adayının doğuma aktif katılımı artar.
5. Doğumla ilgili annenin beklentileri karşılanır, böylece kadının memnuniyet düzeyi artar.

Postnatal Dönemde İletişim

Postnatal dönem, anne, bebek ve aile açısından uyum sağlanılmaya çalışılan yeni ve karmaşık bir dönemdir. Bu dönemde, anne bir yandan bebek bakımını öğrenir, bebek için güvenli bir ortam oluşturmaya çalışır, bebekle iletişim ve duygusal bir bağ kurarken, öte yandan kadınlık ve annelik arasındaki bu süreçte duygusal değişimlere adapte olmaya çalışır. Bu nedenle, bu dönem aile için çok olumlu, doyum sağlayan, aile bağlarının güçlendiği bir dönem olarak yaşanabileceği gibi, annenin bu süreçte sıkışıp kaldığını hissettiği, duygusal ve psikolojik sorunlarının açığa çıktığı bir dönem de olabilir.

Postnatal dönemde ortaya çıkan duygusal sorunlar, annelik hüznü (maternity blues), postpartum depresyon ve postpartum psikoz olmak üzere 3 grupta toplanmaktadır. Annelik hüznü, normal bir postpartum değişiklik olarak kabul edilmektedir ve annelerin %50-80'inde görülmektedir. Genellikle doğum sonrası 2-4. günlerde ortaya çıkan, uyku bozukluğu, ağlama, yorgunluk, sıkıntı, endişe gibi belirtilerin görüldüğü bir durumdur. Postpartum depresyon, başlangıç aşamasında genellikle belirti vermez ve annelerin %80'inde ilk 6 hafta içinde başlar. Zamanla yavaş bir şekilde artar. Nedeniz ağlama, uyku problemleri, bir işe yoğunlaşamama, irritabilite, umutsuzluk duygusu gibi belirtiler görülür. Annenin düşük benlik saygısı, destek sistemlerinin olmayışı, evlilik problemleri, doğumdan sonra devam eden yorgunluğu kendi ve bebeği için bakım yetersizliklerine neden olabilmektedir.

Hastaneden taburcu olmasıyla annenin, yaşadığı fizyolojik ve psikolojik değişikliklere uyum sağlaması, annelik rolü, bebeğini kabullenmesi ve kendine ve bebeğine bakabilmesi beklenmektedir. Bu süreçte anneler, bir taraftan kendi bakımlarıyla ve yaşadıkları problemlerle baş etmeye çalışırken, diğer yandan da bebeğin ihtiyaçlarını karşılamak için günlük aktivitelerini sürdürmek ve yeni duruma uyum sağlamak durumundadırlar.

Postnatal dönemdeki anne sağlığı, annelerin duygusal destek gereksinimlerinin karşılanması ile yakından ilişkilidir. Bu dönemde gerekirse anne, sağlık uzmanlarından profesyonel destek almalıdır. Bunun dışında, postnatal dönemdeki kadınlarla çalışan fizyoterapistler, postnatal dönemdeki kadınlarla iletişimde dikkat etmesi gereken noktaları bilmelidir. Postnatal dönemdeki sağlık iletişiminin hasta memnuniyeti düzeylerini etkilediği çalışmalarda gösterilmiştir. Sağlık profesyonelinin anneye özel ilgisi, annenin problemlerinin çözümünde yeterli zaman ayırması, doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası anne ile etkili ve doğru iletişimi annenin memnuniyet düzeyi ile yakından ilgilidir.

Postnatal dönemde annelere fizyoterapistler nasıl yardımcı olabilir? Bu dönemdeki kadınlarla iletişimde dikkat edilmesi gereken hususlar nelerdir? Bunların bazılarını şu şekilde sıralayabiliriz;

- Postnatal depresyonun belirtileri çok iyi anlaşılmalıdır, bu konuda her bulgu ve belirti için dikkatli olunmalıdır. Anne herhangi bir nedenle fizyoterapi programına yönlendirilmişse, fizyoterapist bu dönemde annedeki değişiklikleri gözlemlemeli, ihtiyaç görüyorsa anneyi psikolojik destek almak konusunda yönlendirmelidir.
- Postnatal dönemdeki kadının problemini dinlemek, ona kulak vermek, bebekle ilgili destek ihtiyacını anlamak çok önemlidir. Çünkü, kadınlar sorunları çözüme kavuşturulmasa dahi, bazen sadece sorunlarını anlatarak bile rahatlayabilir. Bu hassas dönemde fizyoterapist seansı süresince kadına biyopsikosozyal olarak yaklaşmalı, fiziksel sorunları ile baş ederken psikolojik ve sosyal sorunları göz ardı edilmemelidir.
- Fizyoterapist postnatal dönemdeki anne ile iletişimde, empatik iletişim becerisine sahip olmalıdır. Böylece anne, kendisini anlayan birilerinin varlığı nedeniyle postnatal psikolojik hastalıklara karşı daha dirençli olabilir.
- Sağlık profesyoneli-postnatal kadın arasındaki etkili iletişim ana-çocuk sağlığı göstergelerinin daha iyi olmasını sağlar.
- Sağlık profesyoneli-postnatal kadın arasındaki doğru iletişim anne-bebek bağlanmasını artırır.

POSTMENOPUZAL DÖNEMDE İLETİŞİM

Menopozla ilişkilendirilen sorunlar, genellikle toplumun yaşlılığa ve menopoza yüklediği olumsuz anlamların ve yargıların bir sonucudur. Menopoz hem aynı kültüre sahip insanlar tarafından hem de farklı kültürlerdeki insanlar tarafından farklı algılanmaktadır. Toplumun menopoza yüklediği biyolojik, ruhsal, kültürel ve sosyal anlamlar çok çeşitlidir. Menopoz toplum tarafından genellikle olumsuz olarak algılansa da, her kadın aynı şekilde bir algıya sahip değildir.

Menopozal dönemde kadında östrojen eksikliğine bağlı olarak fiziksel ve ruhsal pek çok değişiklik meydana gelmektedir. Kadın ömrünün 1/3'lük dilimi postmenopozal dönemde geçer. Gençliğe aşırı önem veren toplumlarda kadınlar menopoza yaklaşırken bu durumu üretkenliğinin, kadınlığının ve cinsel çekiciliğinin sonu olarak görüp bu durumu ceza olarak algılayabilmektedir. Hint,

Arap toplumu ve ülkemizde kırsal alanda yaşayan kadınlar ise menopozu statü farklılaşması, gebe kalma tehlikesinin ortadan kalkması gibi nedenlerle ödül olarak algılanmaktadır. Bu gibi toplumlar da menopoz döneminde fiziksel ve psikolojik sorunlara daha az rastlandığı bildirilmiştir. Özetle, menopoz kültür, inançlar ve değerlere bağlı olarak kadınlar tarafından olumlu veya olumsuz olarak algılanabilmektedir.

Menopoz bir hastalık değildir, ancak genellikle böyle algılanır. Menopoz ile ilgili belirsizlik nedeniyle menopoz genellikle kadınlar tarafından olumsuz algılanır. Bilgi eksikliği ya da yanlış bilginin yayılması nedeniyle toplum ve kadınlar menopozal sürece önyargılı yaklaşırlar. Menopozla ilgili sağlık çalışanları ve kadınlar arasındaki iletişim eksikliği, kadınların menopozal süreci yanlış anlamalarına sebep olmuştur. İletişim, kadınların menopozla ilgili aldığı bilgilerin kalitesini ve miktarını belirleyen temel unsurdur. Tarihsel olarak ideal kadın kavramları, gençliğe ve algılanan yaşam biçimlerine bağlıydı. Fizyolojik üreme yeteneği sona erdiğinde, menopoz 'başarısız üreme fonksiyonları' veya 'kadınlığın sonu' gibi çağrışımlarla anılmaya başlandı. Bu nedenle menopoz, tüm kadınların maruz kaldığı bir süreç değil, semptomları olan bir hastalık olarak görülmüştür. Kadınlar menarş, gebelik ve doğum gibi üreme ile ilgili bilgilerle donatılsa da, menopozal döneme pek dikkat edilmemekte, menopoz 'sessiz geçiş' olarak varsayıldığından, kadınlar sağlık çalışanlarından menopozla ilgili bilgi, destek ve tavsiye alamamaktadır.

Yapılan bir çalışmada, kadınların menopozla ilgili öğrendikleri sorulmuştur. Bu çalışmada 39 yaşındaki bir kadın şu ifadelerle yer vermiştir; 'Okul döneminde, tüm bayanların bedeninin aynı olduğunu ve menstruasyon görüldüğünde her kızın ped kullanması gerektiğini söylediler. Daha sonra 50 yaş civarında ped kullanmayı bırakacağımızı, çeşitli fiziksel rahatsızlıklar yaşayacağımızı ve gerçekten hasta hissedeceğimizi söylediler.' Erkeklere cinsel organlarından gurur duymaları, övünmeleri öğretilirken, kadınlara cinsel organlarının çirkin, kirli veya kaçınması gereken bir konu olduğu fikri aşılanmaktadır. Çalışmaya katılan 47 yaşında bir kadın menstruasyon deneyimleri ile ilgili şu ifadelerden bahsetmiştir; 'Kendime ait genital organların tam olarak nerede olduğunu bile bilmiyordum. Üretra nerede, vajina nerede ayırt edemiyordum. Aşağıda bir delik var sanıyordum. İlk defa tampon kullanmaya çalıştığımda, neredeyse kendimi öldürmek üzereydim.' Bu ifadeler bize kadınların, kadınlığa, menopoza ve cinsel organlarına nasıl olumsuz yaklaştıklarını göstermektedir. Bütün bunlar yanlış bilgilerin yayılması ve sağlık çalışanının kadınları bu konu hakkında yeterince bilgilendirmemesi, sağlık çalışanı-hasta arasındaki iletişim problemlerinden kaynaklanmaktadır. Yanlış, eksik bilgi edinen kızlar ileride bilgi, tutum ve inançları yanlış biçimlendirilmiş kadınlara dönüşür. Bilgi güçtür. Kadınların menopozla ilgili sağlık çalışanlarından aldıkları tavsiye ve bilgiler, kadınların sosyal, duygusal, ruhsal rollerini etkiler. Bilgi yanlış ya da sınırlı olduğunda, durum belirsiz olduğunda, kadınların kendi gerçeklerini anlamaya yönelik yetenekleri engellenmiş olur. Çalışmaya katılan bir kadın; '33 yaşındaydım ve sıcak basmaları yaşıyordum. Doktorumla bunu konuşmak istedim ancak herhangi bir bilgi alamadım. Kız kardeşlerimin hepsi histerektomi olduğu için onlardan da bu konuda bir şey öğrenemedim.' demiştir. Talep ettiği halde menopozla ilgili doktoruyla iletişime geçemeyen bu gibi çok hasta vardır. Bu nedenle de çevrelerinden duydukları bilgi kirliliği içinde çoğu zaman kadınlar kaybolmaktadır. Bu konuda sağlık çalışanlarının daha hassas olması, hem bilgi talep eden hem de etmeyen hastalara gerekli bilgiler verilmelidir.

Menopozal dönemde kadında östrojen eksikliğine bağlı olarak fiziksel ve ruhsal bir takım değişiklikler meydana gelir. Menopozda görülen değişiklikleri şu şekilde sıralayabiliriz;

- Uykusuzluk,
- Kas-eklem ağrısı,
- Yorgunluk,
- Sıcak basması,
- Saç dökülmesi,
- Baş ağrısı,
- Cinsel istekte azalma,
- Sık idrara çıkma,
- Vajinal kuruluk,
- İdrar kaçırma,
- Sinirlilik,
- Kendine olan güvende azalma,
- Depresyon,
- Karar vermede zorluk çekme,
- Anksiyete,
- Unutkanlık,
- Dikkat toplamada güçlük çekme,
- Kendini değersiz hissetme,
- Baş dönmesi,
- İrritabilite,
- Kişilik değişikliği,
- Motivasyon yokluğu

Bu gibi belirtiler menopozda karşılaşılan sorunlardandır. Postmenopozal kadınların çalışmalarında daha depresif ruh haline sahip olduğu bildirilmektedir. Juang ve ark. da sıcak basması olan pre ve postmenopozal kadınların yer aldığı Doğu Asya popülasyonunda depresyon ve anksiyetenin de görüldüğünü bildirmiştir. Yapılan bir çalışmada, postmenopozal dönemde kadınların %91'inde sinirlilik, %86'sında depresyon, %82'sinde konsantrasyon kaybı, %81'inde kişilik değişikliği, %77'sinde uyku bozukluğu, %77'sinde motivasyon yokluğu, %75'inde hafıza kusuru, %37'sinde sıcak basması, %19'unda baş ağrısı ve %18'inde aşırı terlemenin görüldüğü bildirilmiştir. Yaşlanma süreci psikolojik sorunları da beraberinde getirir. Kadınların yaşlanma sürecine olan toplumsal yargılar, kadınların davranışlarını, algılarını ve kadınlarla olan iletişimini etkilemektedir. Postmenopozal kadınlarla çalışan fizyoterapistler, yaşlanma ve menopozun kaygı oluşturmaması gerektiğini, bunun doğal bir yaşam süreci olduğunu hastaya hissettirebilmelidir.

Kadınların iletişim ihtiyaçlarına odaklanan fizyoterapistler, menopozla ilişkili kadının edindiği yanlış bilgilerin kökenine inmeli ve yanlış bilginin yanlış yönünü öğrettikten sonra doğru bilgi ile kadını aydınlatmaya çalışmalıdır. Mevcut literatür, sağlık çalışanlarının hastalarına destek olucu bir iletişim ortamı oluşturmak için daha somut ve gerçekçi örneklere ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Kadınların menopozal süreç ile ilgili doğru bilgileri edinmeleri ile sağlık çalışanları ve hastalar ara-

sında iyi bir iletişim sağlanmış olur.

Fizyoterapistler, birçok fizyolojik, psikolojik ve bedensel değişimlerin gerçekleştiği postmenopozal dönemde kadınlarla ilişkilerinde aşağıda sayılan hususlara dikkat etmelidir;

- Postmenopozal dönemde kadınlara destekleyici bir iletişim sunulmalıdır.
- İletişimde empatik yaklaşımlar uygulanmalıdır.
- Güven verici bir yaklaşım sergilenmelidir.
- Kadınların sahip olduğu endişeler giderilmeye çalışılmalıdır.
- İlgili davranılmalıdır.
- Kadınlara, menopoza yönelik şikayetleri ile başa çıkma stratejileri öğretilmelidir.
- Kadınların menopozla ilgili deneyimlerini paylaşmasına fırsat verilmelidir.
- Kadının ailesi ve çevresi tedavi sürecine dahil edilmelidir, sosyal destek alması sağlanmalıdır.
- Kadınlarla iletişimde, onlara hayatları boyunca ergenlik, menopozal dönem gibi döngülerin olduğu ve menopozun doğal bir süreç olduğu, her sürecin kendine has özellikleri olduğu, olumsuz olarak algılanmaması gerektiği özellikle vurgulanmalıdır.

Kadının sorunu ne olursa olsun, fizyoterapistlerin postmenopozal dönemdeki yaklaşımları için kadının sorunlarını bilmesi ve anlaması ve bunu kadına hissettirmesi temel bir noktadır. Bir fizyoterapist, hormonal değişimlere maruz kalan kadının iletişim ihtiyacına gerekli cevabı verebilmelidir. Sıradan bir tepki postmenopozal dönemdeki kadın tarafından olumsuz olarak algılanabilir. Kadının içinde bulunduğu süreç, kadını daha sinirli, kızgın, endişeli, iletişime kapalı ve depresif bir hale getirebilir ve kadınların motivasyonunu azaltabilir. Fizyoterapist, kadının normal yaşam döngüsünün bu evresinde, kadının menopozal dönemine dair olan özelliklerini bilerek, anlayarak empatik ve destekleyici yaklaşımlarla kadınıla iletişim kurmalıdır.

YAŞLI KADIN POPULASYONU İLE İLETİŞİM

Araştırmalar, yaşlı hastalarda klinik iletişimin, daha uzun zaman aldığı, daha fazla bilgi alış-verişi gerektirdiği, daha uzun temas ve daha fazla formaliteye sahip olduğunu göstermiştir. Çalışmalar, hasta memnuniyetinin kadınlar için yaşla birlikte azaldığını, erkekler için değişmediğini bildirmektedir. Literatür, yaşın, iletişimde dikkate alınması gereken önemli bir değişken olabileceğine dair kanıtlar sunmasına rağmen, araştırmalarda bu konu üzerine yeterince durulmamıştır.

İletişim süreci genel olarak karmaşıktır ve yaşla birlikte daha da komplike hale gelebilir. Yaşlı hastalar gençlere oranla bilgileri hatırlama konusunda daha zayıftır. Sağlık çalışanlarının yaşlı insanlarla uğraşırken karşılaştıkları en büyük sorunlardan biri de, yaşlı hastaların gençlerden daha heterojen olmalarıdır. Yaşam deneyimleri ve kültürel geçmişleri, genellikle hastalık algısı, tıbbi rejimlere uyma isteği ve sağlık profesyonelleriyle etkili iletişim kurma yeteneğini etkiler. İletişim, normal yaşlanma süreci tarafından da engellenebilir. Duyusal kayıp, bellekte azalma, bilginin yavaş işlenmesi, kendi yaşamları ile ilgili güç ve etkilerinin azalması, emeklilik, aile ve arkadaşlardan ayrılma gibi durumlar yaşlılarda iletişimi etkileyen faktörlerdendir.

Yaşlı kadın hastalarla çalışan fizyoterapist, hastası için günün erken saatlerini ayırmalıdır. Hastası geldiğinde ona güven duygusu verebilmek için, samimi bir şekilde karşılamalı, kendisini tanıtmalı ve görevini anlatmalıdır. Görüşmenin daha verimli geçebilmesi için hastasını rahat, sakin bir ortamda

oturtmalıdır. Seans sonunda hastayı uğurlamak, hastanın önemsendiği hissini sağlamak açısından önemlidir. Sağlık çalışanlarının yaşlı kadın hastalarla iletişim kurarken dikkat etmesi gereken etmenleri daha ayrıntılı olarak şu şekilde özetlemek mümkündür:

1. *Yaşlı kadın hastalar için ekstra zaman ayırın.* Çalışmalar, ileri yaştaki hastaların sağlık profesyonellerinden daha fazla zaman ve bilgi istediklerini göstermektedir. Yaşla birlikte iletişim gücü azaldığı, sinirlilik ve odaklanamama gibi faktörler eklenebildiği için yaşlı hastalar ek süreye ihtiyaç duyabilmektedir. Bu gibi faktörler değerlendirme ve tedavi planı yapılırken göz önünde bulundurulmalıdır. Yaşlı hastalar ile seans sırasında aceleci olunmamalı, ilgisiz görünülmemelidir.
2. *Dikkat dağıtmaktan kaçının.* Hastalar onlarla birlikte zaman geçirdiğinizi ve önemli olduklarını düşünmek isterler. Araştırmacılar, hastalara ilk 60 saniye bölünmez bir dikkat gösterilirse, onlarla anlamlı bir zaman harcadığına dair izlenim yaratılabileceğini belirtmektedir. Elbette, tüm seans süresince hastalara dikkat vermek hedeflenmelidir. Mümkün olduğunca arka plan gürültüsü, görsel ve işitsel dikkat dağıtıcı nesnelere azaltılmalıdır.
3. *Yüz yüze oturun.* Bazı yaşlı hastalarda görme ve/veya işitme kaybı vardır. Karşılıklı oturmak dudak okumaya imkan vereceği için bilgiyi daha doğru bir şekilde alabilmelerine olanak sağlar. Yaşlı kadın hastaların terapisti ile karşılıklı oturmaları dikkatlerini toplamalarına yardımcı olur. Araştırmalar, hastalıkla ilgili bilgi verirken, hekimin hastayla yüz yüze görüştüğü buluşmaların, hastanın tedavi tavsiyesine uymasında daha etkili olduğunu göstermektedir.
4. *Göz temasını koruyun.* Göz teması, sözsüz iletişimin en doğrudan ve en güçlü biçimlerinden biridir. Göz teması, hastalara, onlarla ilgilenildiği ve terapistine güvenebileceklerini ifade eder. Göz teması, hasta paylaşımının artması ve ek bilgi sağlanması açısından daha pozitif ve rahat bir ortam yaratır.
5. *Dinleyin.* Hastaların en çok şikayet ettikleri konu dinlenmemektir. İyi iletişim dinlenmeye bağlıdır ve bu nedenle terapist, yaşlı hastaların söylediklerini gerçekten dinlediğini, duyduğunu ve anladığını hissettirmelidir. Araştırmalar, hekimlerin hastaların sözünü ortalama 18 saniye kesmeden dinlediklerini, bu nedenle de hastaların anlatmaya çalıştığı bilgiyi kaçırdıklarını göstermektedir.
6. *Yavaş, net ve yüksek sesle konuşun.* Yaşlı birinin öğrenme hızı genç birinden çoğunlukla daha yavaştır. Bu hastalara talimatlar verirken acele edilmemelidir ve terapist ses tonunu hastasının duyacağı kadar yüksek sesle konuşacak şekilde ayarlamalıdır, ancak bağırmmamalıdır.
7. *Kısa, basit kelime ve cümleler kullanın.* Konuşmayı basitleştirmek, hastaların terapistin önerilerine uymasını sağlamanın en iyi yollarından biridir. Anlaşılması zor tıbbi terimler kullanılmamalıdır. Buna ek olarak, hastaların temel tıbbi terminolojiyi bile anlayacağı düşünülmemelidir. Hastaların anladıkları kelimelerin kullanıldığından emin olunmalıdır.
8. *Belli bir zamanda belli bir konuya odaklanın.* Aşırı bilgi yüklemesi, hastanın verilen bilgileri karıştırmasına neden olabilir. Bunu önlemek için, hastaya uzun, ayrıntılı bir açıklama sağlamak yerine, bilgileri belli bir ana hat üzerinden anlatmak daha doğru olacaktır. Bu şekilde, önemli bilgiler belli adımlarla açıklanabilir. Örneğin, önce kalp hakkında konuşun, sonra tansiyon ve ardından egzersizin kan basıncı üzerine tedavi edici etkisinden bahsedin.
9. *Talimatlarınızı basitleştirin ve yazın.* Hastaya verilen talimatlar karmaşık veya kafa karıştırıcı ol-

mamalıdır. Bunun yerine, talimatlar basit, takip edilmesi kolay bir biçimde yazılabilir. Yazma, konuşmadan daha kalıcı bir iletişim şeklidir ve hastanın daha stresli bir ortamda söylediklerini daha sonra gözden geçirme olanağı sağlar. Hastaneden ayrıldıktan sonra, hastanın evde yapması gereken uygulamaları gün içerisinde belli bir sıralamaya sokması önerilebilir. Örneğin, sabah kalkın, kahvaltıdan önce verilen egzersizleri yapın. Bunu size verdiğimiz çizelgeye işaretleyin. Çizelgeyi ise buzdolabı gibi sürekli görebileceğiniz bir yere asın. Gün içerisinde her öğünden önce bu talimatları uygulayın. Bu gibi yaklaşımlar, verilen önerilerin hastanın zihninde canlı kalmasına yardımcı olabilir.

10. Çizelgeler, modeller ve resimler kullanın. Görsel yardımlar, hastaların durumlarını ve tedavilerini daha iyi anlamalarına yardımcı olur. Hastaların tedavi süreciyle ilgili evde kullanabileceği çizelge, resim veya modeller edinmesi sağlanmalıdır.
11. *En önemli noktaları sıkça özetleyin.* Hastalarla birlikte en önemli noktalar tartışılırken, hastadan talimatları tekrarlaması istenebilir.
12. *Hastalara soru sorma fırsatı verin.* Tedaviyi açıkladıktan ve gerekli bilgileri verdikten sonra, terapist hastalarına soru sorma fırsatı vermemelidir. Böylece, hastaların sahip oldukları herhangi bir endişeyi ifade etmeleri sağlanmış olacak ve sorularıyla, verilen bilgi ve önerileri anlayıp anlamadıkları belirlenebilecektir.

SONUÇ

Cinsiyet, sağlık alanında sürekli olarak göz ardı edilmesine rağmen, sağlık profesyoneli-hasta iletişimini etkileyen önemli bir etmendir. İletişim, cinsiyete özgü farklılıklar gösterebildiği gibi, kadının hayatı boyunca da değişime uğrayabilir. Cinsiyete duyarlı iletişim, tüm sağlık alanlarında olduğu gibi fizyoterapi ve rehabilitasyon alanında da hastanın değerlendirme ve tedavi aşamalarını etkileyebilecek bir parametredir. Bu nedenle bir fizyoterapistin, cinsiyete duyarlı iletişimi kavraması, pratiğe dökmesi mesleki olarak edinmesi gereken altın standarttır.

KAYNAKLAR

1. Aktaş, S. And T. Pasinlioğlu (2016). "Ebenin Empatik İletişim Becerisinin Doğum Eylemine Ve Doğum Sonrası Döneme Etkisi." Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences 19.
2. Atıcı, E. (2007). "Hasta-hekim ilişkisi kavramı."
3. Atilla, G., A. Oksay and R. Erdem (2012). "Hekim-Hasta İletişimi Üzerine Nitel Bir Ön Çalışma." İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi| İstanbul University Faculty of Communication Journal(43): 23-37.
4. Back, A. L., W. G. Anderson, L. Bunch, L. A. Marr, J. A. Wallace, H. B. Yang and R. M. Arnold (2008). "Communication about cancer near the end of life." Cancer 113(S7): 1897-1910.
5. Baker, S. (2004). "Thirty ways to make your practice more patient-friendly." Communication for Doctors: How to Improve Patient Care and Minimize Legal Risk. Oxford: Radcliffe.
6. Barnlund, D. C. (1970). "A transactional model of communication." Language behavior: A book of readings in communication: 43-61.
7. Bashar, M., K. Ahmed, M. S. Uddin, F. Ahmed, A. A. Emran and A. Chakraborty (2017). "Depression and Quality of Life among Postmenopausal Women in Bangladesh: A Cross-sectional Study." J Menopausal Med 23(3): 172-181.
8. Bernzweig, J., J. I. Takayama, C. Phibbs, C. Lewis and R. H. Pantell (1997). "Gender differences in physi-

- an-patient communication: evidence from pediatric visits.” *Archives of pediatrics & adolescent medicine* 151(6): 586-591.
9. Bertakis, K., E. Callahan, L. Helms, R. Azari and J. Robbins (1993). “The effect of patient health status on physician practice style.” *Family Medicine* 25(8): 530-535.
 10. Beydağ, K. D. (2007). “Doğum sonu dönemde anneliğe uyum ve hemşirenin rolü.” *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 6(6): 479-484.
 11. Brannon, L. (2016). *Gender: psychological perspectives*, Taylor & Francis.
 12. Breisch, S. (2001). “Elderly patients need special connection.” *Am Acad Orthop Surg Bull* 49(1).
 13. Buchanan, M. C., M. M. Villagran and S. L. Ragan (2002). “Women, menopause, and (Ms.)information: communication about the climacteric.” *Health Commun* 14(1): 99-119.
 14. Buck, R. (1975). “Nonverbal communication of affect in children.” *Journal of Personality and Social Psychology* 31(4): 644.
 15. Burgoon, J. K., C. R. Berger and V. R. Waldron (2000). “Mindfulness and interpersonal communication.” *Journal of Social Issues* 56(1): 105-127.
 16. Bylund, C. L. and G. Makoul (2002). “Empathic communication and gender in the physician-patient encounter.” *Patient Education and Counseling* 48(3): 207-216.
 17. Charbonneau, A. M., A. H. Mezulis and J. S. Hyde (2009). “Stress and emotional reactivity as explanations for gender differences in adolescents’ depressive symptoms.” *Journal of youth and adolescence* 38(8): 1050-1058.
 18. Cüceloğlu, D. and Y. İnsana (2002). “İletişim Donanımları, Remzi Kitabevi, İstanbul.” *İnsan ve Davranışı, Psikolojinin Temel Kavramları, Remzi Kitabevi, İstanbul.*
 19. Çakmakçı, M. and H. E. Akalın (2011). «Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya.» *Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara.*
 20. Çelik, A. S. And T. Pasinlioğlu (2013). «Klimakterik Dönemde Yaşanan Semptomlar Ve Hemşirenin Rolü.» *Erü Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 1(1): 50-56.
 21. Çetinkaya, Z. (2011). «Türkçe Öğretmen Adaylarının İletişim Becerilerine İlişkin Görüşlerinin Belirlenmesi.»
 22. Dearborn, J. L., V. P. Panzer, J. A. Burlison, F. E. Hornung, H. Waite and F. H. Into (2006). “Effect of gender on communication of health information to older adults.” *Journal of the American Geriatrics Society* 54(4): 637-641.
 23. Demir, S. and N. Hotun Şahin (2014). “Perinatal hasta güvenliğinde hasta teslimi: kullanılan iletişim teknikleri.” *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi (HEAD)* 11(3): 32-37.
 24. Demir, S. and N. H. Sahin (2014). “Patient handoff in perinatal patient safety: communication techniques used/Perinatal hasta güvenliğinde hasta teslimi: kullanılan iletişim teknikleri.” *Journal of Education and Research in Nursing* 11(3): 32-38.
 25. Dielissen, P., B. Bottema, P. Verdonk and T. Lagro-Janssen (2011). “Attention to gender in communication skills assessment instruments in medical education: a review.” *Medical education* 45(3): 239-248.
 26. Dreher, B. (2001). *Communication skills for working with elders*, Springer Publishing Company.
 27. Elçioğlu, N. K. (2005). “Gebelik ve Doğum Sürecinde Sözsüz İletişimin Bize Anlattıkları.” *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History* 13(1): 6-13.
 28. Elderkin-Thompson, V. and H. Waitzkin (1999). “Differences in clinical communication by gender.” *Journal of General Internal Medicine* 14(2): 112-121.
 29. Emmers-Sommer, T. M., S. Nebel, M.-L. Allison, M. L. Cannella, D. Cartmill, S. Ewing, D. Horvath, J. K. Osborne and B. Wojtaszek (2009). “Patient-provider communication about sexual health: the relationship with gender, age, gender-stereotypical beliefs, and perceptions of communication inappropriateness.” *Sex roles* 60(9-10): 669-681.
 30. Erdoğan, S., A. G. D. H. Ş. Bekir And A. S. E. Aras (2005). “Alt Sosyoekonomik Bölgelerde Ana Sınıfına Devam Eden 5 6 Yaş Grubundaki Çocukların Dil Gelişim Düzeylerine Bazı Faktörlerin Etkisinin İncelenmesi.”

Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 14(1).

31. Ferlie, E. B. and S. M. Shortell (2001). "Improving the quality of health care in the United Kingdom and the United States: a framework for change." *The Milbank Quarterly* 79(2): 281-315.
32. Gezergün, A., B. Şahin, D. Tengilimoğlu, C. Demir and E. Bayer (2006). "Hastaların Bakış Açısıyla Hekim-Hasta İlişkisi Ve İletişimi; Bir Eğitim Hastanesi Örneği."
33. Govender, V. and L. Penn-Kekana (2008). "Gender biases and discrimination: a review of health care interpersonal interactions." *Global public health* 3(S1): 90-103.
34. Hall, J. A., J. T. Irish, D. L. Roter, C. M. Ehrlich and L. H. Miller (1994). "Gender in medical encounters: an analysis of physician and patient communication in a primary care setting." *Health Psychology* 13(5): 384.
35. Hall, J. A., J. T. Irish, D. L. Roter, C. M. Ehrlich and L. H. Miller. (1994). "Satisfaction, gender, and communication in medical visits." *Medical Care*.
36. Hall, J. A. and D. L. Roter (1998). "Medical communication and gender: a summary of research." *The journal of gender-specific medicine: JGSM: the official journal of the Partnership for Women's Health at Columbia* 1(2): 39-42.
37. Handwerk, M. L., K. Clopton, J. C. Huefner, G. L. Smith, K. E. Hoff and C. P. Lucas (2006). "Gender differences in adolescents in residential treatment." *American Journal of Orthopsychiatry* 76(3): 312.
38. Harvey, K., D. Churchill, P. Crawford, B. Brown, L. Mullany, A. Macfarlane and A. McPherson (2008). "Health communication and adolescents: what do their emails tell us?" *Family Practice* 25(4): 304-311.
39. Haug, M. R. and M. G. Ory (1987). "Issues in elderly patient-provider interactions." *Research on Aging* 9(1): 3-44.
40. Heller, S. R., L. C. Robinson, C. S. Henry and S. W. Plunkett (2006). "Gender differences in adolescent perceptions of parent-adolescent openness in communication and adolescent empathy." *Marriage & Family Review* 40(4): 103-122.
41. Henzel, Z. O. (2009). "Hastayı Algılama ve Hasta Kavramı Oluşturma Bağlamında Türk ve Fransız Hekimlerin Karşılaştırılması." Çukurova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Deontoloji ve Tıp Tarihi Anabilim Dalı, Adana: Dissertation Paper.
42. <http://www.dynamicchiropractic.com/mpacms/dc/article.php?id=41195>
43. Huston, S., B. Sleath and R. H. Rubin (2001). "Physician gender and hormone replacement therapy discussion." *Journal of women's health & gender-based medicine* 10(3): 279-287.
44. Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in, A. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington (DC), National Academies Press (US)
45. Copyright 2001 by the National Academy of Sciences. All rights reserved.
46. James, D., A. Jukkala, A. Azuero, P. Aautrey, L. Vining and R. Miltner (2013). "Development of the Medical Intensive Care Unit Shift Report Communication Scale as a measure of nurses' perception of communication." *Nursing: Research and Review* 3: 59-65.
47. Kapikiran, N. A., A. B. İvrendi And A. Adak (2006). "Okul Öncesi Çocuklarında Sosyal Beceri: Durum Saptaması." Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 19(19): 19-27.
48. Kattel, S. (2013). "Doctor patient communication in health care service delivery: A case of Tribhuvan University Teaching Hospital, Kathmandu." Master in public policy and governance program thesis, North South University Bangladesh.
49. Knox, M., J. Funk, R. Elliott and E. G. Bush (2000). "Gender differences in adolescents' possible selves." *Youth & Society* 31(3): 287-309.
50. König, G. (1992). "Dil ve cins: Kadın ve erkeklerin dil kullanımı." *Dilbilim Araştırmaları*: 25-36.
51. Leadbeater, B. J., G. P. Kuperminc, S. J. Blatt and C. Hertzog (1999). "A multivariate model of gender differences in adolescents' internalizing and externalizing problems." *Developmental psychology* 35(5): 1268.
52. Lewinsohn, P. M., I. H. Gotlib, M. Lewinsohn, J. R. Seeley and N. B. Allen (1998). "Gender differences in anxiety disorders and anxiety symptoms in adolescents." *Journal of abnormal psychology* 107(1): 109.
53. Lewis, W. from <https://aestheticsjournal.com/feature/what-women-want-6-ways-to-reach-female-patients>.

54. Ley, P. (1976). "Towards better doctor-patient communications." *Communication between doctors and patients*: 77-98.
55. Luxen, M. F. (2005). "Gender differences in dominance and affiliation during a demanding interaction." *The Journal of Psychology* 139(4): 331-347.
56. Maccoby, E. E. and C. N. Jacklin (1978). *The psychology of sex differences*, Stanford University Press.
57. Mahmud, A. (2009). "Doctor-patient relationship." *Pulse* 3(1): 12-14.
58. Makoul, G. (2001). "Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement." *Academic Medicine* 76(4): 390-393.
59. Mast, M. S. (2004). "Dominance and gender in the physician-patient interaction." *The journal of men's health & gender* 1(4): 354-358.
60. McLellan, J. and A. Laidlaw (2013). "Perceptions of postnatal care: factors associated with primiparous mothers perceptions of postnatal communication and care." *BMC pregnancy and childbirth* 13(1): 227.
61. Meeuwesen, L., J. Bensing and A. van den Brink-Muinen (2002). "Communicating fatigue in general practice and the role of gender." *Patient Education and Counseling* 48(3): 233-242.
62. Meeuwesen, L., C. Schaap and C. Van Der Staak (1991). "Verbal analysis of doctor-patient communication." *Social science & medicine* 32(10): 1143-1150.
63. Meryn, S. (1998). "Improving doctor-patient communication: not an option, but a necessity." *BMJ: British Medical Journal* 316(7149): 1922.
64. Mulac, A. and T. L. Lundell (1980). "Differences in perceptions created by syntactic-semantic productions of male and female speakers." *Communications Monographs* 47(2): 111-118.
65. Mutha, S., C. Allen and M. Welch (2002). *Toward culturally competent care: a toolbox for teaching communication strategies*, Center for the Health Professions, University of California.
66. Nelson, A. M. (2003). "Transition to motherhood." *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 32(4): 465-477.
67. Nolan, M. L. (2009). "Information giving and education in pregnancy: a review of qualitative studies." *The Journal of perinatal education* 18(4): 21.
68. Obstetricians, G. (2014). "Effective Patient-Physician Communication."
69. Oğuz, N. Y. (1995). "Klinik uygulamada hekim-hasta ilişkisi." *Tıbbi Etik Derg* 3(2-3): 59-65.
70. Önder, A. and A. Kar (2003). *Ailede iletişim, Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Morpa Kültür Yayınları*.
71. ÖZÇAKIR, A. (2004). «Hekim-Hasta İlişkisi: Karar Verme Sürecinde Hastanın Yeri.» *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences* 24(4): 411-415.
72. Parrott, R. L. and C. M. Condit (1996). *Evaluating women's health messages*, Sage.
73. Piko, B. (2001). "Gender differences and similarities in adolescents' ways of coping." *The Psychological Record* 51(2): 223-235.
74. Pitkin Derose, K., R. D. Hays, D. F. McCaffrey and D. W. Baker (2001). "Does physician gender affect satisfaction of men and women visiting the emergency department?" *Journal of General Internal Medicine* 16(4): 218-226.
75. Riesenber, L. A., J. Leitzsch and B. W. Little (2009). "Systematic review of handoff mnemonics literature." *American Journal of Medical Quality* 24(3): 196-204.
76. Robinson, T. E., G. White Jr and J. C. Houchins (2006). "Improving communication with older patients: tips from the literature." *Family practice management* 13(8): 73.
77. Ross, C. E., J. Mirowsky and R. S. Duff (1982). "Physician status characteristics and client satisfaction in two types of medical practice." *Journal of Health and Social Behavior*: 317-329.
78. Roter, D., M. Lipkin Jr and A. Korskgaard (1991). "Sex differences in patients' and physicians' communication during primary care medical visits." *Medical care*: 1083-1093.
79. Roter, D. L., G. Geller, B. A. Bernhardt, S. M. Larson and T. Doksum (1999). "Effects of obstetrician gender on communication and patient satisfaction." *Obstetrics & Gynecology* 93(5): 635-641.
80. Roter, D. L. and J. A. Hall (1998). "Why physician gender matters in shaping the physician-patient relations-

- hip.” *Journal of Women’s Health* 7(9): 1093-1097.
81. Roter, D. L. and J. A. Hall (2001). How physician gender shapes the communication and evaluation of medical care. *Mayo Clinic Proceedings*, Elsevier.
 82. Roter, D. L., J. A. Hall and Y. Aoki (2002). “Physician gender effects in medical communication: a meta-analytic review.” *Jama* 288(6): 756-764.
 83. Schmittiel, J., K. Grumbach, J. V. Selby and C. P. Quesenberry (2000). “Effect of physician and patient gender concordance on patient satisfaction and preventive care practices.” *Journal Of General Internal Medicine* 15(11): 761-769.
 84. Sezgin, D. (2015). “Toplumsal Cinsiyet Perspektifinde Sağlık Ve Tibbileştirme.” *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi* 18(1).
 85. Spiby, H., B. Henderson, P. Slade, D. Escott and R. B. Fraser (1999). “Strategies for coping with labour: does antenatal education translate into practice?” *Journal of advanced nursing* 29: 388-394.
 86. Stamler, L. L. (1998). “The participants’ views of childbirth education: is there congruency with an enablement framework for patient education?” *Journal of Advanced Nursing* 28(5): 939-947.
 87. Street, R. L. (2002). “Gender differences in health care provider-patient communication: are they due to style, stereotypes, or accommodation?” *Patient education and counseling* 48(3): 201-206.
 88. Şahin, S. and N. Aral (2012). «Aile içi iletişim, communication within the family.» *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi* 1(3): 56-66.
 89. Tannen, D. (1990). “Gender differences in topical coherence: Creating involvement in best friends’ talk.” *Discourse Processes* 13(1): 73-90.
 90. Tannen, D. (1993). *Gender and conversational interaction*, Oxford University Press.
 91. Toivainen, T., K. A. Papageorgiou, M. G. Tosto and Y. Kovas (2017). “Sex differences in non-verbal and verbal abilities in childhood and adolescence.” *Intelligence* 64: 81-88.
 92. Van den Brink-Muinen, A., J. M. Bensing and J. J. Kerssens (1998). “Gender and communication style in general practice: differences between women’s health care and regular health care.” *Medical Care* 36(1): 100-106.
 93. Verbrugge, L. M. (1980). “Sex differences in complaints and diagnoses.” *Journal of Behavioral Medicine* 3(4): 327-355.
 94. Von Fragstein, M., J. Silverman, A. Cushing, S. Quilligan, H. Salisbury and C. Wiskin (2008). “UK consensus statement on the content of communication curricula in undergraduate medical education.” *Medical education* 42(11): 1100-1107.
 95. Weinberg, M. K., E. Z. Tronick, J. F. Cohn and K. L. Olson (1999). “Gender differences in emotional expressivity and self-regulation during early infancy.” *Dev Psychol* 35(1): 175-188.
 96. Wilson, I. B. and S. Kaplan (2000). “Physician-patient communication in HIV disease: the importance of patient, physician, and visit characteristics.” *Journal of acquired immune deficiency syndromes* (1999) 25(5): 417-425.
 97. Yeh, J. and K. DeName (2009). “Patient handoffs in obstetrics and gynecology: a vital link in patient safety.” *Clinical medicine. Women’s health* 2: CMWH. S3140.
 98. Yılmaz, İ. and Z. Çimen (2008). “Beden Eğitimi Öğretmen Adaylarının İletişim Beceri Düzeyleri.” *Journal of Physical Education and Sport Sciences* 10(3).
 99. Zaharias, G., L. Piterman and M. Liddell (2004). “Doctors and patients: gender interaction in the consultation.” *Academic Medicine* 79(2): 148-155.

Doç. Dr. Orçin TELLİ ATALAY



1980 yılında Zonguldak'ta doğdu. 2001 yılında Pamukkale Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon YO'dan fizyoterapist olarak mezun oldu. 2004 yılında Bilim Uzmanı, 2009 yılında Bilim Doktoru, 2017 yılında Doçent oldu. 2001 yılından itibaren Pamukkale Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon YO'da görev yapmaktadır. Kardiyo-pulmoner rehabilitasyon, sağlıklı yaşam ve egzersiz ve lenfödem rehabilitasyonu alanlarında çalışmalar yapmaktadır. Evli ve bir çocuk annesidir.

Uzm. Fzt. Harun TAŞKIN



1989 yılında Gaziantep'te doğdu. 2011 yılında Pamukkale Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon YO'dan fizyoterapist olarak mezun oldu. 2015 yılında Bilim Uzmanı oldu. Doktora eğitimine devam etmektedir. 2012 yılından itibaren Pamukkale Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon YO'da görev yapmaktadır. Kardiyo-pulmoner rehabilitasyon alanında çalışmalar yapmaktadır. Evli ve bir çocuk babasıdır.

YOĞUN BAKIM ORTAMINDA HASTA İLE İLETİŞİM

Doç. Dr. Orçin TELLİ ATALAY
Uzm. Fzt. Harun TAŞKIN



Özet: Sağlık profesyonelleri olarak bizler hastalarımıza talimatlar veriyor, güven veriyor, teselli veriyor, cesaretlendiriyor, bilgi alıyor ve yorumluyoruz. Bu nedenle, daha etkili ve verimli bir şekilde iletişim kurmak, sağlık hizmeti rolümüzü yerine getirme konusunda daha başarılı olmamızı sağlar. Yoğun bakımda yatan hastalara, çoğunun solunum fonksiyonlarının bozulması nedeniyle, entübasyon ve/veya trakeostomi yoluyla mekanik ventilasyona bağlanarak solunum desteği gerekmektedir. Bu durumlar hastanın sözel iletişimine engel olur. Etkili iletişim teknikleri yoğun bakım hastalarının sağlık sonuçlarını uzun süreli iyileştirme potansiyeline sahiptir ancak uygulamada zorluklar vardır. Yoğun bakım ortamında kullanılan iletişim teknikleri hastaların istek ve ihtiyaçlarını ifade etmelerine, duygularını iletmelerine veya düşündüklerini ifade etmelerine yardımcı olmak için kullanılır. Bu bölümde yoğun bakım hastalarındaki iletişim problemlerinin nedenleri, etkili iletişimin önemi ve kullanılan teknikler anlatılmakta, kritik hastada önemli bir iletişim yolu olan terapatik dokunma hakkında bilgi sunulmaktadır. Ayrıca yoğun bakım ekibini oluşturan profesyoneller arasındaki iletişime de kısaca yer verilmiştir.

HASTAYLA İLETİŞİM

İletişim çok önemli bir değere ve kurumsal bir medikal etkinliğe sahip kültürel bir kaynaktır. İletişim bir bilgi alışverişi olmakla beraber ilgili bireyler arasındaki ve onların çevresi arasındaki ilişkilerin bütünüdür. İletişim hem sözel hem de sözel olmayan olarak ifade edilebilir. Sözel olmayan iletişim insan iletişiminin %65'ine kadarını temsil eder. Sözel olmayan iletişim resimlerden, jestlerden ve duruşlardan paylaşmak istediğimizden daha fazlasını iletebilir.

Bilgilendirilmiş onam sürecinin başlamasıyla sağlık sisteminde 'iletişim' önemli hale gelmiştir. Çünkü iletişim bireysel hakları ve yaşam kalitesi beklentisini içerir. Yoğun bakım ünitesindeki hastaların invaziv tedavilerle ilgili isteklerini ifade edememesi gerçeği bu sürece bir eklemektir. Hastanın bilinci kapalı olduğunda ya da işbirliği yapamadığı durumlarda doğrudan iletişim imkansız olduğundan, hayati kararlarla ilgili istek ve görüşler doktor ve ailelerin ortak kararıyla alınabilir. Bu yaklaşım aileyi, herhangi bir kararın anlamı ve sonuçları hakkında bilgilendirmeyi gerektirir ve herkes hastanın isteklerini yerine getirme ve saygı duyma bilincine sahip olmalıdır.

Bir yanda hasta yakınları ile diğer yanda hekim ve sağlık çalışanları arasındaki diyalog hastanın isteklerini yansıtan kararlar almayı gerçekleştirmelidir. Bu durum da ancak iletişim verimli olduğunda yani herşey aileye kapsamlı bir şekilde iletildiğinde ve alınan bilgilerin daha ayrıntılı hazırlama imkanı oluştuğunda sağlanabilir. Bilgiyi ileten açık ve anlaşılır olmalı ve dinleyen (akrabası) geri bildirimde bulunmalıdır. Geri bildirim olmadan etkili iletişim olamaz. Başarısız iletişimin çeşitli nedenleri olabilir. Yoğun bakımda yatan hastaların ailelerinin konuştuğu dil, kültürel eşitsizlik, uygun olmayan ortam ve şiddetli stres bu nedenlerdendir.

Yoğun bakımda yatan hastalara çoğunun solunum fonksiyonlarının bozulmasıyla entübasyon ve/veya trakeostomi yoluyla mekanik ventilasyona bağlanarak solunum desteği gerekmektedir. Bu durumlar hastanın sözel iletişimine engel olur. Yoğun bakım ünitesindeki hasta popülasyonu bozulmuş kognisyon, nöromüsküler zayıflık, kafa travması, kardiyovasküler hastalık veya ciddi medikal durumlar nedeniyle iletişimde zorluk yaşayabilir.

Yoğun bakım ortamında hastaların endotrakeal entübasyon ve invaziv monitör ekipman kullanımının neden olduğu stres ve anksiyetelerini azaltmak için kullanılan sedatifler normal iletişim yollarını genellikle kısıtlar. Sedasyon ventilasyonu kolaylaştırmak ve hasta güvenliğini korumak için gereklidir. Ancak böyle bir tedavi hastanın genellikle konuşmasını ya da vücut dilini kullanmasını engeller.

Etkili iletişimi engelleyen problemler korku, kızdırıp, panik, gürültü, ağrı, uykusuzluk veya büyük psikolojik etkiye sahip halüsinasyon gibi çok yönlüdür.

YOĞUN BAKIMDA HASTAYLA İLETİŞİMDE KULLANILAN YÖNTEMLER

Etkili iletişim teknikleri yoğun bakım hastalarının sağlık sonuçlarını uzun süreli iyileştirme potansiyeline sahiptir ancak uygulama da zorluklar vardır. İletişim yazılı veya sözlü olmayan yollarla olsa bile ki nadiren zamanında gerçekleşir yine de iyileşmeye katkı sağlar.

Amerikan Konuşma-Dil-İşitme Derneği sözlü iletişimin gerçekleştirilemediği durumlarda iletişim aracı olarak kullanılan herhangi bir yöntemi destekleyici ve alternatif iletişim olarak tanımlar. Bu iletişim teknikleri hastaların istek ve ihtiyaçlarını ifade etmelerine, duygularını iletmelerine veya düşündüklerini ifade etmelerine yardımcı olmak için kullanılır. Destekleyici ve alternatif iletişim teknikleri yardımcı ya da yardımcı olarak sınıflandırılır. Yardımlı alternatif iletişim sistemleri birtakım ekipmanlar desteği ile hastanın mesajını iletir. Yardımlı alternatif iletişime örnekler; kalem ve kağıt kullanımı, sembol çizelgesi, görüntü değişim iletişim sistemi, konuşmaya çeviren cihaz veya diğer elektronik ekipman gibi sistemler. Yardımsız iletişim sistemlerinde, vücudun fiziksel işleyişi iletişim aracı olarak kullanılır. Bu fiziksel işleyişler; işareti, el hareketini, işaret dili veya beden dilini içerebilir.

Destekleyici ve alternatif iletişim stratejileri iletişimsel zorlukları çözmek için kullanılan teknolojiler ve /veya yaklaşımlardan oluşan birtakım araçları tanımlar. Bu stratejiler konuşamayan hastalar için iletişim zorluklarına potansiyel bir çözüm sağlar. Destekleyici ve alternatif iletişim genellikle nörolojik veya nöromüsküler durumlar nedeniyle konuşamayan hastalar tarafından kullanılsa da yoğun bakımlarda entübe edilen hastalarda iletişimi sağlamak için de kullanılabilir.

Destekleyici ve Alternatif İletişim Yöntemleri Örnekleri

Düşük Teknolojili

1. Konuşma/resim panoları veya kitapları
2. Alfabe çizelgeleri
3. Sembol çizelgeleri
4. Kağıt ve kalem



Resim 1. Sembol çizelgeleri

Yüksek teknolojili

1. Konuşma oluşturuvcu cihazlar örn: DynaMyte ve MessageMate
2. Uygulamaları kullanan mobil teknolojiler
3. Göz kontrollü yardımcı teknoloji
4. Göz izleyiciye ve dokunmatik ekran cihazına entegre standart PC'de çalışma Grid2 AAC paketi
5. LifeVoice bilgisayar iletişim sistemi



Resim 2. DynaMyte iletişim cihazı

Terapatik Dokunma

İletişim Sistemi Olarak Dokunmanın Gelişimi

Dokunmanın, kişilerarası iletişim aracı olarak oynadığı rol, birçok farklı hayvan türünde gelişmiştir yani dokunma birçok hayvan için önemli bir iletişim şeklidir. Hayvanların dünyasında , dokunma rahatlığı sağlamak, hakimiyet kurmak ve bağ kurmak için kullanılır. Dokunma, “sosyal hayvanlar” olarak tanımlanabilen türlerde daha da önemli görünmektedir. Örneğin, yunuslar arasında “flipper-ovalama” adı verilen dokunsal bedensel temasın, agresif etkileşimleri takiben bozulmuş ilişkileri onardığı veya grup içindeki gerilimi azalttığı bildirilmiştir. Bu gözlemlerden sonra, insanlarda da bir iletişimi modalitesi olarak dokunmanın çok önemli bir rol oynadığı ortaya çıkmıştır. Dokunma, rahimde gelişen ilk duydur ve diğer duydulardan önce, olgunluğa ulaşır. Kişilerarası dokunuş, insanlığın en erken iletişim biçiminden biri olarak kabul edilebilir ve insanların farklı isteklerle uyumluluğunu değiştirebilecek önemli bir yoldur.

Sağlık profesyonelleri olarak bizler hastalarımıza talimatlar veriyor, güven veriyor, teselli veriyor, cesaretlendiriyor, bilgi alıyor ve yorumluyoruz. Bu nedenle, daha etkili ve verimli bir şekilde iletişim kurmak, sağlık hizmeti rolümüzü yerine getirme konusunda daha başarılı olmamızı sağlar. Hastaların stres ve endişesini azaltmak için kullanılan sakinleştiriciler nedeniyle normal iletişim kanalları genellikle bozulduğu için yoğun bakım ortamlarında iletişim büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle, bu ortamda, iletişimi analiz etmek, entübe edilmiş, ventilatöre bağlı ve sedasyonlu hastalarla iletişim kurmanın bir yolu olarak dokunmanın önemine odaklanmak önemlidir.

Kritik hastalık, psikolojik olduğu kadar fizyolojik olan aşırı stres durumudur. Nöroendokrin ve metabolik düzensizlikler nedeniyle oluşan akut organizma stresi dışında, kritik hasta kişilerde olumsuz duygulardan farklı olarak endişe ve korkudan dehşet ve panik düzeyine kadar olabilen ağır psikolojik stres mevcut olabilmektedir. Stres tepkileri stresör tipine özgü değildir. Psikolojik ve fizyolojik uyarılar hipotalamik-hipofiz-adrenal (HPA) eksenini ve subkortikal ve kortikal merkezleri eşit olarak aktive eder ve bu nedenle bedensel tepkiler benzer şekilde ortaya çıkabilir. Strese hücrenel ve organizma tepkileri kritik hastalıkların sonuçlarını etkileyen temel faktörlerdir. Kompansedilmemiş stres, çoklu organ disfonksiyonu ve ölümün patofizyolojik sürecini hızlandırabilir. Yoğun bakım birimlerinde görev yapan sağlık profesyonellerinin stresi hafifletmek için uyguladıkları en yaygın yaklaşımlardan biri dokunmadır.

Dokunma fizyoterapistlik mesleğinin olmazsa olmaz bir parçasıdır. Çoğu fizyoterapi prosedürü dokunmayı gerektirmekle birlikte, dokunma bir iletişim aracı olarak, varlık ve empati iletmek ve acıyı hafifletmek için de etkili bir şekilde kullanılabilir. Dokunma duydusu, insan duydularını ortaya çıkarmak ve modüle etmek için güçlü bir kanaldır. Araştırmalar, kişilerarası dokunmanın duydusal iyi olma halinde önemli bir rol oynadığını ve nöroendokrin etkiler, vagal uyarım, stres, ağrı ve depresyonun azaltılması ve bağışıklığın arttırılması dahil olmak üzere spesifik fizyolojik tepkileri ortaya çıkardığını göstermiştir.

Dokunma Tanımları:

Rahatlatıcı dokunma: Hastanın duydularının ve duydusal ihtiyaçlarının empati ya da duydusal farkındalığını içeren, hastalık ve hastalıkla ilgili stres faktörleriyle baş etmesine yardımcı olmak için hastaya dokunulmasıdır.

Görev odaklı dokunma: Fizyoterapist tedavi edici amaçlarla ve tedavinin bir prosedürü olarak hastaya dokunduğunda görev odaklı dokunma oluşur ve bu fizyoterapi ve rehabilitasyon tedavileri açısından yoğun bakımda terapötik dokunmanın çoğunluğunu oluşturur.

Şefkatli dokunma: Bir kişiden diğerine dokunsal iletişimidir; temel amaç, kritik hastalığı olan kişilerin artan bir ihtiyacı olabilen tanıma, kabul, koruma ve bakım kaygısının iletilmesi ve alınmasıdır.

Taktil dokunma: Vücut boyunca(yüz,sırt,torakal bölge, kollar, bacaklar, el ve ayaklar) yapılan öfloraj ve strokingleri ifade eder ve amacı, bedenin ve zihnin iyilik halini sağlamaktır. Yoğun bakım hastalarına taktil dokunma tedavisi vermenin amacı, vücut ve zihnin optimal iyi oluşunu sağlamaktır. Stres hormonlarının seviyelerinin azaltılması, artan uyku, azalan kaygı ile beden üzerinde daha iyi kontrol elde etmek hedeflenir. Yoğun bakım ünitesinin son derece teknolojik dünyası hastalar için oldukça streslidir ve taktil dokunma, yoğun bakımdaki stresli ortamın olumsuz etkisini sınırlayabilir.

Dokunma duygusu, basınç, sıcaklık, ağrı, eklem pozisyonu, kas hissi ve harekete tepki veren bir dizi farklı duyuşal reseptör sınıfından ibaret olduğu için, dokunmanın nörolojik kontrolü oldukça karmaşıktır. Dokunsal uyarılar sağ orbitofrontal kortekste kodlanmaktadır. Bununla birlikte, etkili ve etkili olmayan dokunuş algısında karmaşık nöral devreler yer alır. Hızlı ileten miyelinli sinir lifleri tarafından taşınan ayırt edici dokunma unsurlarının aksine, pozitif etkili dokunma duygusu, miyeliniz C lifleri ile iletilir. Affektif dokunuş sadece orbitofrontal kortekste değil, aynı zamanda singulat korteks ve insular kortekste de temsil edilir. İnsular korteks alanları duygu ve empati algısıyla yakından ilişkilidir. Hoş olmayan veya olumsuz uyarılar, orbitofrontal korteksin bir bölümünü, limbik ve otonomik sistemlerle ilişkili olarak uyarır, dolayısıyla, stres tepkileri kolayca ortaya çıkar. Pozitif sözel ifadelerle birlikte dokunma, orbitofrontal korteksin aktivasyonunu arttırır ve dokunma sırasında hoşluk hissini arttırır. Dokunma duygusu, derinin belirli bölgelerinde daha iyi taşınmaktadır, örneğin, ön kol, avuç içi,el vs. İlginç bir şekilde terapötik dokunma ile dokunan kişinin duyuşal durumu hakkında dokunulan kişiye yüz ifadesine benzer bir bilgi sağlanmaktadır. Kişilerarası dokunuş, en az altı farklı duygu türünü ifade edebilir: sevgi, şükran, sempati, öfke, korku ve iğrenme.

Yoğun bakım hastalarında dokunmanın fizyolojik etkilerine dair kanıtlar yetersizdir. Yapılan az sayıdaki çalışma sonuçlarında düşük sistolik ve diastolik kan basıncı ve solunum sayısı, uykuda iyileşme ve ağrı değerlerinde azalma gibi önemli etkiler bildirilmiştir. Yapılan bir çalışmada araştırmacılar terapötik dokunuşun oksitosin seviyelerini arttıracığını öne sürmüş ancak randomize kontrollü çalışmalarında müdahale grubunda 1. günden 6. güne kadar ortalama oksitosin seviyelerinde anlamlı bir değişiklik olmadığını bulmuşlardır. Kontrol grubunda ise, 1. Günden 6. Güne kadar oksitosin düzeylerinde anlamlı bir azalma olduğu bildirilmiştir. Bulgular hipotezi doğrulamamasına rağmen, kontrol grubundaki 6 günlük süre boyunca oksitosin düzeylerindeki düşüş, oksitosin düzeylerini korumak için terapötik dokunuşun etkisini gösterebilir. Terapötik dokunuşun etkileri üzerine çalışan araştırmacılar dokunmanın etkileriyle ilgili çeşitli fizyolojik mekanizmalar öne sürmüştür. Ağrı algısında azalma ve bağıışıklığın artması ile stresin azaltılması en önemli hipotezlerden biridir. Daha spesifik olarak, dokunmanın antinöreseptif etkileri ile ilgili kas gevşemesi, enkefalin salınımı ve kapı kontrol teorisi açıklayıcı mekanizmalardır. Bununla birlikte oksitosin salınımı ve opioid peptiderjik sistemle etkileşimi içeren fizyolojik mekanizmaların daha fazla destekleyici kanıtı bulunmaktadır.

ENTÜBE HASTALAR TARAFINDAN BİLDİRİLEN İLETİŞİM ZORLUKLARI

Mekanik ventilatöre bağlı hastaların rahatsızlığı kısmen personel ve aile ile konuşamama ve iletişim kuramama ile ilişkilidir. Buna ek olarak, iletişim güçlükleri hüsrana, kaygı ve olası deliryum ile sonuçlanan güçsüzlük ve kırılabilirlik duyguları ile ilgilidir. Yapılan çalışmalarda mekanik ventilatöre bağlı hastaların söylediklerinin yakınları ve sağlık çalışanları tarafından anlaşılmasında sinir ve öfke duygularının ortaya çıktığı gösterilmiştir. Yapılan başka bir çalışmada iletişim zorluklarının yalnızlık, kızgınlık, korku, kırılabilirlik, ajitasyon, öfke, deliryum ve şiddet duygularına yol açabileceği bildirilmiştir. Yoğun bakımda yatan mekanik ventilatöre bağlı hastaların taburculuk sonrası yapılan görüşmelerde bildirdikleri zorluklar:

Hapsedilme hissi

Yapılan bir görüşmedeki hasta boğazındaki entübasyon borusunun şok edici olduğunu ve hala o boru sanki boğazındaymış gibi hissettiğini belirtmiştir. Yine aynı hasta konuşamadığını, hareket edemediğini ve elleri bağlı olduğu için mahkum gibi hissettiğini bildirmiştir.

Hapsedilmek hastaların bildikleri çevreden çıkmalarını ve izole edilmelerini ve yoğun bakımdaki uyanık oldukları kritik dönemlerde kendilerini ifade edememe ya da ifade etmede yetersizliklerini vurgular. Entübasyon borusu nedeniyle ses çıkaramadıkları ve konuşamadıkları için hastalar konuşamamaya ya da hareket edememeyi hapsedilmek olarak ifade ediyor. Sıklıkla fiziksel olarak yatağa bağlandıkları için ve ilaçların etkisiyle yazı yoluyla da iletişim kuramamışlar. Deneyimlerini korkutucu olarak ifade etmişler.

Sessiz kalmak

Sessiz kalmak başkalarından izole olmak ile ilişkilidir. Hastalar iletişim kuramadıkları için sinirlendiklerini ve rahatsız olduklarını belirtmişler. Bazı hastalar onları kurtaran yoğun bakım ekibinin merhametinde olduklarını düşünmüşler ve konuşabilmek için tüpü çekmekten korkmuşlar.

Sıkışık kalmak

Sıkışık kalmak hastalar tarafından yoğun bakım sonrası kendilerinin engelli olması deneyimini temsil eder ve önceki benliklerini yeniden kazanma mücadelesidir. Kimlikleri olan sesleri olmayınca kendilerine ve diğerlerine göre ayrıldıklarını ve koptuklarını hissetmişler.

Tanıdık ve güvenilir bir ses bekleme

Tanıdık ve güvenilir sesin beklenmesi, hastaların güvenemedikleri ve tanımadıkları bir sesle yaşama deneyimini gösterir. Çoğu hastalar için yoğun bakımda kaldıkları süre boyunca tanıdık sesler azalır. Hastalar hastanede normal ve güvenilir ses beklentilerinin ne zaman sona ereceğini bilemediklerini belirtmişler.

İletişim Zorluklarının Sonuçları

Yoğun bakım ortamından kaynaklanan psikolojik etkilenime ilaveten hastaların kendilerini ifade etmede yaşadıkları zorluklar şu şekilde sıralanabilir;

- Saldırıcılık
- Ümitsizlik hissi

- Kontrol kaybı
- Belirsizlik hissi
- Öfke
- Korku
- Yükselmiş ölüm hissi
- Yalnızlık
- Hüsrân
- Nesnelleştirilmiş hissetmek

HASTA YAKINLARIYLA İLETİŞİM

Yoğun bakımda yatan hastaların yakınları genellikle mekanik ventilasyon ve entübasyon nedeniyle konuşamayan hastaların isteklerini iletmek için iletişim partnerleri ve sözcüleri olarak belirtilmektedir. Hasta yakınlarıyla olan destekleyici kişiler arası etkileşim, yoğun bakım hastaları ve yakınları iletişim zorluklarının üstesinden geldiklerinde, yoğun bakıma yatış sırasında ve sonrasında bazı hasta yakınlarının yaşadığı stres ve travmayı iyileştirebilir ve konuşamayan yoğun bakım hastaları için tedavi edici olabilir. Hasta yakınları yoğun bakım hastalarının ses kaybı ile birlikte genellikle hastayı kaybetme, huzursuzluk ve hayal kırıklığı duygularını belirtirler. Yapılan çalışmalar yoğun bakım hastaları ve yakınları arasındaki mevcut iletişim türlerinin yetersiz ve tatmin edici olmadığını göstermektedir.

Vekil tayini hastanın isteklerini sunma potansiyeline sahiptir ve hastanın tıbbi yönetimi ile ilgili seçeneklerde karar verme konusunda başarılı aile katılımını teşvik etme potansiyeline sahiptir. Son yıllarda yoğun bakım ünitesi hekimleri ve sağlık çalışanları, aile üyeleri ile yeterli ve yetkili iletişimin, karar verme merkezi olmasıyla hasta otonomisinin korunmasına temel sağlayan, aile merkezli bakımları desteklemiştir. Yoğun bakım ünitesinde aile-hekim ilişkisine yönelik iki aşamalı model, aileye erken ve etkili bilgi sağlamanın yanında aile katılımının karar verme sürecine dahil edilmesinin ve ölmekte olan hastaların yakınlarının özel gereksinimlerini de tanımlamaktadır. Yoğun bakım ünitesinde aile-sağlık çalışanı ilişkisinin daha fazla araştırılması için bir araştırma gündemi belirtilmiş. Bu gündem,

- a. Sağlık çalışanları için iletişim becerilerinin geliştirilmesi,
- b. Bilgi ve iletişim alanında araştırma yapmak,
- c. Yoğun bakım ünitelerinde, tıp mesleğinin tüm üyelerine iletişim becerilerini öğretme programlarını teşvik etmek için yapılan uygulamalar,
- d. Tıbbi en iyi uygulama ve etik arasındaki potansiyel çatışma üzerine araştırmalar ve
- e. Medyada ve diğer ses getiren alanlarda tartışma ile güçlendirilen ileriye yönelik bakım planlaması ve vekil atamalarında toplumun ilgisi ve uyumunu geliştirmek için tanıtımları içermektedir.

Bu çalışmalar hem ailelere hem de yoğun bakım çalışanlarına odaklanmalıdır. Hasta yakınları için uygulama sonrası sonuçların değerlendirilmesiyle aile odaklı bakımın aile beklentileriyle ne kadar iyi eşleştiği ve sadece yoğun bakımda kalış süresinde değil aynı zamanda takip eden hafta ve aylarda aileleri zor durumdan koruduğu da ortaya çıkacaktır.

SAĞLIK ÇALIŞANLARI ARASI İLETİŞİM

Sağlık çalışanları arasında açık takım iletişimi ihtiyacı çok önemlidir. İletişim eksiklikleri hastanın zarar görmesine, hastanede kalış süresinin uzamasına ve bakıcı memnuniyetsizliğine ve kaynak kullanımının artmasına yol açmaktadır. Yoğun bakım ünitesinde sağlık çalışanları arasında etkili iletişim özellikle zorunludur.

Hastaların yoğun bakım veya hastanede toparlanması için, hasta ve ailelerin yardımı ile, tıbbi ekip belirli görevleri yerine getirir, çalışmalarını yapar, tetkikler yapar, tanı koyar, tedavileri uygular, tüpleri ve kateterleri çıkarır komplikasyonları önler ve ağrıyı yönetir. Bunların hepsini gerçekleştirebilmek için bakım ekibi, gerçekleştirilecek görevleri, bakım planını ve iletişim planını içeren bakım hedeflerini net olarak anlamalıdır.

Yapılan bir çalışmada sağlık çalışanları arası iletişimi güçlendirmek için planlanan günlük hedef formu:

- Hastanın yoğun bakım ünitesinden taburcu olması için ne yapılmalı?
- Bu hastanın en büyük güvenlik riski nedir? Bu risk nasıl azaltılabilir?
- Ağrı yönetimi/Sedasyon
- Kardiyak/hacim durumları
- Pulmoner/ventilatör (plato basınç, yatak başı elevasyonu)
- Mobilizasyon
- Kimlik, kültür, ilaç seviyeleri
- Gastrointestinal/Nutrisyon
- İlaç değişikliği (herhangi biri kesilebilir mi?)
- Testler/Prosedürler
- Planlanmış laboratuvar tetkiklerinin gözden geçirilmesi, sabah tetkikleri ve göğüs grafisi
- Konsültasyonlar
- Primer servis ile iletişim
- Aile İletişimi
- Kateter/tüp çıkarılabilir mi?
- Hasta derin ven trombozu/peptik ülser hastalığı profilaksisi alıyor mu?

Oluşturdukları bu form sayesinde yoğun bakımda yatış %50 oranında azalmış. Ayrıca günlük hedef form kullanımı kateterle ilişkili bakteriyemi gibi komplikasyonları ve yatağın başını kaldırarak ventilatör ilişkili pnömoniyi engellemiş olabilir ve ekstübasyona hazır olmalarını değerlendirme açısından katkı sağlamış olabilir.

Etkili ekip iletişimi ve koordinasyonu, yoğun bakım ünitesi gibi akut medikal ortamlarda kalitenin ve güvenliğin artırılmasında çok önemli olarak kabul edilmektedir. Tıbbi ekiplerde iletişim başarısızlığı çalışmaları, hiyerarşik ve sosyal faktörlerin, genç sağlık personelinin davranışları üzerindeki etkisini göstermiştir. İletişim başarısızlıkları; genç takım üyelerinden beceriksiz görünme, reddedilme, utanma veya azarlanma korkusu nedeniyle üst düzey ekip üyeleriyle açıkça iletişim kurmak konusunda isteksiz davranmasıyla ortaya çıkmaktadır. Yapılan araştırmalar yoğun bakım ekip üyelerinin iletişim davranışları konusunda farklı algılara sahip olduklarını, sağlık çalışanlarının doktorlarla hasta bakımı ile ilgili sorunlar hakkında konuşmada zorluklar bildirdiğini ve sağlık

çalışanları ile doktorlar arasında iyi koordine edilmiş ekip işinin çok az olduğu bildirilmiştir. Bu faktörler sadece tıbbi hataların meydana gelme olasılığını arttırmakla kalmaz, aynı zamanda yoğun bakım ünitesindeki iletişimin ne ölçüde anlaşılır olduğunu, hasta bakım görevlerinin ne ölçüde anlaşıldığını da etkileyebilir. Ekip rollerini belirten iletişimi teşvik eden uygulamalar aracılığıyla (günlük hedef formları gibi) iletişimin daha kapsayıcı ve açık hale getirilmesi sağlanır, ekip üyelerinin yoğun bakım ünitesindeki hasta bakım planlarını anlamalarını artırır. Yapılan bir çalışma farklı profesyonel alanlardaki yoğun bakım üyelerinin yoğun bakımda farklı algılara sahip olduğunu göstermiştir. İletişimin açık olmasının, ekip üyelerinin hasta bakım hedeflerini anlama düzeylerini etkilediğini de belirtmiştir. Ekip üyelerinin, hastalara verilen bakım kalitesiyle ilgili herhangi bir güvenlik endişesi veya sorunu varsa, karşılık verme ya da utanma korkusu olmadan açıkça konuşabileceklerini hissettikleri güvenli bir ortam sağlamanın gerekliliğini ortaya koymuştur.

KAYNAKLAR

1. Adameova, A., Abdellatif, Y., & Dhalla, N. S. (2009). Role of the excessive amounts of circulating catecholamines and glucocorticoids in stress-induced heart disease. *Canadian Journal of Physiology and Pharmacology*, 87, 493–514.
2. Albert, N. M., Gillinov, A. M., Lytle, B. W., Feng, J., Cwynar, R., & Blackstone, E. H. (2009). A randomized trial of massage therapy after heart surgery. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 38, 480–490.
3. Azoulay, É., & Sprung, C. L. (2004). Family-physician interactions in the intensive care unit. *Critical care medicine*, 32(11), 2323–2328.
4. Bello, D., White-Traut, R., Schwertz, D., Pournajafi-Nazarloo, H., & Carter, C. S. (2008). An exploratory study of neurohormonal responses of healthy men to massage. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 14, 387–394.
5. Billhult, A., Lindholm, C., Gunnarsson, R., & Stener-Victorin, E. (2009). The effect of massage on immune function and stress in women with breast cancer—A randomized controlled trial. *Autonomic Neuroscience*, 150, 111–115.
6. Bjorbækmo, W. S., & Mengshoel, A. M. (2016). “A touch of physiotherapy”—the significance and meaning of touch in the practice of physiotherapy. *Physiotherapy theory and practice*, 32(1), 10–19.
7. Broyles, L. M., Tate, J. A., & Happ, M. B. (2012). Use of augmentative and alternative communication strategies by family members in the intensive care unit. *American Journal of Critical Care*, 21(2), e21–e32.
8. Carruthers, H., Astin, F., & Munro, W. (2017). Which alternative communication methods are effective for voiceless patients in Intensive Care Units? A systematic review. *Intensive and Critical Care Nursing*, 42, 88–96.
9. Chang, S. O. (2001). The conceptual structure of physical touch in caring. *Journal of Advanced Nursing*, 33, 820–827.
10. Connor, A., & Howett, M. (2009). A conceptual model of intentional comfort touch. *Journal of Holistic Nursing*, 27, 127–135.
11. Diaz-Rodriguez, L., Arroyo-Morales, M., Fernandez-de-Las-Penas, C., Garcia-Lafuente, F., Garcia-Royo, C., & Tomas-Rojas, I. (2011). Immediate effects of reiki on heart rate variability, cortisol levels, and body temperature in health care professionals with burnout. *Biological Research for Nursing*, 13, 376–382.
12. Diego, M. A., & Field, T. (2009). Moderate pressure massage elicits a parasympathetic nervous system response. *International Journal of Neuroscience*, 119, 630–638.
13. Diego, M. A., Field, T., Hernandez-Reif, M., Deeds, O., Ascencio, A., & Begert, G. (2007). Preterm infant massage elicits consistent increases in vagal activity and gastric motility that are associated with greater weight gain. *Acta Paediatrica*, 96, 1588–1591.

14. Diego, M. A., Field, T., Hernandez-Reif, M., Shaw, K., Friedman, L., & Ironson, G. (2001). HIV adolescents show improved immune function following massage therapy. *International Journal of Neuroscience*, 106, 35–45.
15. Donoyama, N., & Shibasaki, M. (2010). Differences in practitioners' proficiency affect the effectiveness of massage therapy on physical and psychological states. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 14, 239–244.
16. Dunbar, R. I. (2010). The social role of touch in humans and primates: Behavioural function and neurobiological mechanisms. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 34, 260–268.
17. Dunser, M. W., & Hasibeder, W. R. (2009). Sympathetic overstimulation during critical illness: Adverse effects of adrenergic stress. *Journal of Intensive Care Medicine*, 24, 293–316.
18. Field, T., Ironson, G., Scafidi, F., Nawrocki, T., Goncalves, A., Burman, I., & Kuhn, C. (1996). Massage therapy reduces anxiety and enhances EEG pattern of alertness and math computations. *International Journal of Neuroscience*, 86, 197–205.
19. Field, T. (2010). Touch for socioemotional and physical well-being: A review. *Developmental review*, 30(4), 367–383.
20. Gallace, A., & Spence, C. (2010). The science of interpersonal touch: An overview. *Neuroscience and Biobehavioral Review*, 34, 246–259.
21. Guzzetta, A., Baldini, S., Bancale, A., Baroncelli, L., Ciucci, F., Ghirri, P., & Maffei, L. (2009). Massage accelerates brain development and the maturation of visual function. *Journal of Neuroscience*, 29, 6042–6051.
22. Hatayama, T., Kitamura, S., Tamura, C., Nagano, M., & Ohnuki, K. (2008). The facial massage reduced anxiety and negative mood status, and increased sympathetic nervous activity. *Biomedical Research*, 29, 317–320.
23. Henricson, M., Berglund, A. L., Määttä, S., Ekman, R., & Segesten, K. (2008). The outcome of tactile touch on oxytocin in intensive care patients: A randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2624–2633.
24. Henricson, M., Ersson, A., Määttä, S., Segesten, K., & Berglund, A. L. (2008). The outcome of tactile touch on stress parameters in intensive care: A randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 14, 244–254.
25. Hernandez-Reif, M., Field, T., Ironson, G., Beutler, J., Vera, Y., Hurley, J., & Fraser, M. (2005). Natural killer cells and lymphocytes increase in women with breast cancer following massage therapy. *International Journal of Neuroscience*, 115, 495–510.
26. Hertenstein, M. J., Keltner, D., App, B., Bulleit, B. A., & Jaskolka, A. R. (2006). Touch communicates distinct emotions. *Emotion*, 6, 528–533.
27. Ingham, A. (1989). A review of the literature relating to touch and its use in intensive care. *Intensive Care Nursing*, 5, 65–75.
28. Ironson, G., Field, T., Scafidi, F., Hashimoto, M., Kumar, M., Kumar, A., & Fletcher, M. A. (1996). Massage therapy is associated with enhancement of the immune system's cytotoxic capacity. *International Journal of Neuroscience*, 84, 205–217.
29. Kaada, B., & Torsteinbo, O. (1989). Increase of plasma betaendorphins in connective tissue massage. *General Pharmacology*, 20, 487–489.
30. Krohn, M., Listing, M., Tjahjono, G., Reissbauer, A., Peters, E., Klapp, B. F., & Rauchfuss, M. (2011). Depression, mood, stress, and Th1/Th2 immune balance in primary breast cancer patients undergoing classical massage therapy. *Supportive Care in Cancer*, 19, 1303–1311.
31. Kutner, J. S., Smith, M. C., Corbin, L., Hemphill, L., Benton, K., Mellis, B. K., & Fairclough, D. L. (2008). Massage therapy versus simple touch to improve pain and mood in patients with advanced cancer: A randomized trial. *Annals of Internal Medicine*, 149, 369–379.
32. Lindgren, L., Rundgren, S., Winso, O., Lehtipalo, S., Wiklund, U., Karlsson, M., & Brulin, C. (2010). Physiological responses to touch massage in healthy volunteers. *Autonomic Neuroscience*, 158, 105–110.
33. Lund, I., Ge, Y., Yu, L. C., Uvnas-Moberg, K., Wang, J., Yu, C., & Lundeberg, T. (2002). Repeated massage-

- like stimulation induces long-term effects on nociception: Contribution of oxytocinergic mechanisms. *European Journal of Neuroscience*, 16, 330–338.
34. McCabe, C., Rolls, E. T., Bilderbeck, A., & McGlone, F. (2008). Cognitive influences on the affective representation of touch and the sight of touch in the human brain. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 3, 97–108.
 35. McEwen, B. S., & Gianaros, P. J. (2010). Central role of the brain in stress and adaptation: Links to socioeconomic status, health, and disease. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1186, 190–222.
 36. McGlone, F., Vallbo, A. B., Olausson, H., Loken, L., & Wessberg, J. (2007). Discriminative touch and emotional touch. *Canadian Journal of Experimental Psychology*, 61, 173–183.
 37. McRee, L. D., Noble, S., & Pasvogel, A. (2003). Using massage and music therapy to improve postoperative outcomes. *AORN Journal*, 78, 433–447.
 38. Moyer, C. A., Dryden, T., & Shipwright, S. (2009). Directions and dilemmas in massage therapy research: a workshop report from the 2009 north american research conference on complementary and integrative medicine. *International Journal of Therapeutic Massage & Bodywork*, 2(2), 15–27.
 39. Moyer, C. A., Rounds, J., & Hannum, J.W. (2004). A meta-analysis of massage therapy research. *Psychological Bulletin*, 130, 3–18.
 40. Moyer, C. A., Seefeldt, L., Mann, E. S., & Jackley, L. M. (2011). Does massage therapy reduce cortisol? A comprehensive quantitative review. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 15, 3–14.
 41. Noto, Y., Kudo, M., & Hirota, K. (2010). Back massage therapy promotes psychological relaxation and an increase in salivary chromogranin A release. *Journal of Anesthesia*, 24, 955–958.
 42. Papatthanassoglou, E. D. E., Giannakopoulou, M., Mpouzika, M., Bozas, E., & Karabinis, A. (2010). Potential effects of stress in critical illness through the role of stress neuropeptides. *Nursing in Critical Care*, 15, 204–216.
 43. Pavlov, V. A., & Tracey, K. J. (2004). Neural regulators of innate immune responses and inflammation. *Cellular and Molecular Life Sciences*, 61, 2322–2331.
 44. Rapaport, M. H., Schettler, P., & Bresee, C. (2010). A preliminary study of the effects of a single session of Swedish massage on hypothalamic-pituitary-adrenal and immune function in normal individuals. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 16, 1079–1088.
 45. Roger, J., Darfour, D., Dham, A., Hickman, O., Shaubach, L., & Shepard, K. (2002). Physiotherapists' use of touch in inpatient settings. *Physiotherapy Research International*, 7(3), 170–186.
 46. Shechter, R., Baruch, K., Schwartz, M., & Rolls, A. (2011). Touch gives new life: mechanosensation modulates spinal cord adult neurogenesis. *Molecular Psychiatry*, 16, 342–352.
 47. Sizemore, J. T. (2014). Augmentative and alternative communication in the intensive care unit.
 48. Taylor, W. E. A. (1991). *The principles and practice of physical therapy* (3rd ed.). Chapter 22: The Role of Massage in Stress Management, Cheltenham, England: Nelson Thornes, 185-192.
 49. Tembo, A. C., Higgins, I., & Parker, V. (2015). The experience of communication difficulties in critically ill patients in and beyond intensive care: Findings from a larger phenomenological study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 31(3), 171–178.
 50. Terathongkum, S., & Pickler, R. H. (2004). Relationships among heart rate variability, hypertension, and relaxation techniques. *Journal of Vascular Nursing*, 22, 78–82.
 51. Uhlig, T., & Kallus, K. W. (2004). Stress and stress disorders during and after intensive care. *Current Opinion in Anaesthesiology*, 17, 131–135.
 52. Verity, S. (1996). Communicating with sedated ventilated patients in intensive care: focusing on the use of touch. *Intensive and Critical Care Nursing*, 12(6), 354–358.
 53. Vickers, A., & Zollman, C. (1999). ABC of complementary medicine. Massage therapies. *British Medical Journal*, 319, 1254–1257.
 54. Wessberg, J., Olausson, H., Fernstrom, K.W., & Vallbo, A. B. (2003). Receptive field properties of unmyelinated tactile afferents in the human skin. *Journal of Neurophysiology*, 89, 1567–1575
 55. www.vidatak.com/icuboard.html
 56. www.augcominc.com/whatsnew/ncs5.html

Dr. Öğr. Üyesi Beliz Belgen KAYGISIZ



1979 yılında Lefkoşa' da doğdu. 2000 yılında İstanbul Üniversitesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümünden mezun olduktan sonra yüksek lisans eğitimini 2004 yılında Boston'da Massachusetts General Hospital' e bağlı Institute of Health Professions' da tamamladı. 2011 yılında Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü' nde doktora eğitimini tamamladı. 2012 yılından bu yana Lefke Avrupa Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü'nde öğretim üyesi olarak görev yapmaktadır. Nörolojik rehabilitasyon, koruyucu rehabilitasyon ve fiziksel aktivite alanlarında çalışmalar yapmaktadır. Kıbrıs Türk Fizyoterapistler

Birliği ve Kıbrıs Türk Ortopedik Özürlüler Derneği gibi sivil toplum örgütlerinde sırasıyla Başkanlık ve Asbaşkanlık görevlerini yürüttü. Şu anda Kıbrıs Türk Fiziksel Aktivite Derneği Başkanlığı görevini yürütmektedir. İleri düzeyde İngilizce bilmektedir. Evli ve bir kız çocuğu annesidir.

REHABİLİTASYON SÜRECİNDE UZAKTAN İLETİŞİM - TELEREHABİLİTASYON

Dr. Öğr. Üyesi Beliz Belgen KAYGISIZ



Özet: Rehabilitasyon hizmetlerinde teknoloji kullanımı son yıllarda gittikçe artmakta ve bu da uzaktan iletişimle Rehabilitasyon - telerehabilitasyonun gelişmesine zemin hazırlamaktadır. Telerehabilitasyon, iki farklı yer arasında elektronik iletişimi kullanarak rehabilitasyon hizmeti sunmak olarak tanımlanır. Seksenli yıllardan beridir “Telerehabilitasyon” terimi kapsamında sunulan hizmetler ölçme, değerlendirme, izleme, önleme, müdahale, denetim, eğitim ve danışma gibi birçok alanı kapsamaktadır. Bu alandaki gelişmeler yaşam kalitesini desteklemek yanında sağlık giderlerinin azaltılmasına da katkıda bulunmaktadır.

Uzaktan iletişimle sunulan rehabilitasyon modellerinin belirlenmiş bir yapısı yoktur. Veri alışverişi; telefon, mesajlaşma, e-posta, video konferans, sanal terapistler ve web tabanlı platformlar gibi sayısız biçimde gerçekleştirilebilir. Hasta merkezli ekip yaklaşımı içeren bu modeller, coğrafi, sosyal ve finansal engellerin üstesinden gelmek için çözümlerin belirlenmesine olanak sağlamaktadır.

Telerehabilitasyonun, hastalar ve onların çevresindeki kişilerin bilgilerini artırarak, bilgi alışverişi sağlayarak ve eğitimi kolaylaştırarak, ortak hedef belirleme ve eylem planlaması oluşturma yolu ile hasta-sağlayıcı bağlantısını güçlendirdiği gösterilmiştir. Nörolojik, ortopedik, kardiyak rehabilitasyon başta olmak üzere birçok alanda telerehabilitasyon uygulamaları fizyoterapistler tarafından kullanılmaktadır. Yatan hasta ortamında hem hastanede kalış süresini kısaltmak için hem tedaviyi desteklemek için, ayaktan hastalarda ise gerek klinikte gerekse evde tedavi sürecini desteklemek için bu yöntem kullanılmaktadır. Bu bölümde günümüze kadar yapılan telerehabilitasyon çalışmaları hakkında bilgiler paylaşılmış, ayrıca hastalık özelinde yapılan çalışmalar aktarılmıştır.

TARİHÇE / GİRİŞ

Bilgi ve iletişim teknolojisinin sağlık alanında kullanılması yeni değildir. Uzaktan sağlık uygulamaları - tele-sağlık uygulamalarının ilk kayıtlı kullanımının 1959 yılında olduğu belirlenmiş ve günümüze kadar gelişimini sürdürerek gelmiştir. Teknolojinin rehabilitasyon alanında uygulanması için ilk çalışmalar seksenli yıllarda başlamıştır. İlk çalışmalar, özellikle merkezlerden uzak ortamlarda yaşayan hastalar için seyahat sayısı azaltmaya yönelik projeler üretmeyi hedeflemiştir. Terapist ve hasta arasındaki uzak iletişimi simüle etmek için kapalı devre televizyon sistemlerinin kullanımını denemiş ve geleneksel yüz yüze terapilere benzer sonuçlar vermiştir. Son yıllarda, ortaya çıkan ihtiyaçların gittikçe artması ve heyecan verici yeni iletişim ve bilgisayar teknolojilerinin gelişmesi nedeniyle konu hakkındaki çalışmalar artmıştır. Günümüzde, farklı fiziksel ve bilişsel hastalıkların tedavisi için çözümler bulunmaya başlanmıştır. Hastalıkların çeşitliliği nedeniyle, her hastanın problemine uygun genel bir çözüm geliştirmek zordur. Brennan ve Barker'a (2008) göre, telerehabilitasyonda yaş, eğitim ve teknoloji konusundaki tecrübe gibi diğer faktörler de dikkate alınmalıdır. Özel terapiler yaratmada terapisti destekleyen araçların mevcudiyeti, faktörlerin çeşitliliği tarafından ortaya çıkan sorunlara bir çözüm olabilir. Bu özelleştirilmiş tedaviler, kullanıcı motivasyonu ve katılım gibi bazı faktörleri olumlu yönde etkileyebilir.

Telerehabilitasyon sisteminin geliştirilmesinde iyi bir sonuç elde etmek için disiplinlerarası işbirliği kaçınılmazdır. Sistemin tasarlanması, modellenmesi ve uygulanması için yazılım ve bilgisayar mühendislerine ek olarak, doktor ve fizyoterapist gibi rehabilitasyon alanındaki uzmanların varlığı önemlidir. Bu teknolojilerin gerçek aktif katılımcılar tarafından kullanılabilirliği de yeni teknolojilerin tasarlanması, test edilmesi ve kullanılması sürecinde göz önünde bulundurulmalıdır. Bu anlamda, bir telerehabilitasyon sisteminin faydalı olarak değerlendirilebilmesi için fizyoterapistin aşağıdaki görevleri yerine getirmesine yardımcı olabileceğine inanılmaktadır: 1- hastalar için uygun tedavileri seçme; 2- hastalar tarafından gerçekleştirilen tedavileri değerlendirmek ve 3- bu tedavileri uzaktan yönetmek. Telerehabilitasyon sistemi, hastaları tedavilerini takip etmeleri için motive ederek, onları terk etmemek için güçlendirmeli, ayrıca hastalara rehabilitasyon seansları sırasında fizyoterapistin doğrudan müdahalesi olmadan özerk bir değerlendirmeye izin veren geribildirimler sağlayarak desteklemelidir.

TEKNİK BİLGİ / DONANIM

İki farklı yer arasında elektronik iletişimi kullanarak rehabilitasyon hizmeti sunmak olarak tanımlanan telerehabilitasyon sisteminde fizyoterapistin hastayla iletişim kurabileceği birçok değişik metod vardır. Videokonferans gibi hastayla konuşarak onu izlemeyi içeren temel sistemler olabileceği gibi hastanın hareketlerini kaydedebilen sensörler içeren daha karmaşık sistemler de mevcuttur. Genel olarak telerehabilitasyonda kullanılan sistemleri üç ana grupta toplayabiliriz.

İlk grup, kullanıcıların cihazları üzerlerine giymelerini veya taşımalarını gerektiren sistemlerdir. Llorens ve arkadaşlarının önderdiği görev odaklı oyun sisteminde, bilişsel problem olan kişilerin önceden tanımlanmış yerlere ulaşip ulaşamayacağını değerlendirilmiştir. Spina ve arkadaşları ise hasta üzerinde taşınan sensörlü akıllı telefon ile egzersiz uygulamalarının takibini yapmanın ve ayrıca

telefondan verilen akustik sesler ile egzersiz performansı ve uygulama hataları ile ilgili geribildirim sağlanmasının olumlu etkilerini bildirmişlerdir. İnmeli hastalarda yapılan bir çalışmada ise üst ekstremité ile ilgili bir dizi egzersizi değerlendirmek için hastalar tarafından giyilen sensörlü giysiler ve sensörlerden faydalanılmasının olumlu etkileri sunulmuştur.

İkinci grupta, kullanıcıların cihazları giymelerine gerek yoktur. Bu grup Nintendo Wii Remote, Leap Motion veya Kinect gibi düşük maliyetli müdahaleci olmayan izleme cihazlarını kullanan sistemleri içerir. Örneğin, Martin-Morena J ve arkadaşlarının sunduğu Nintendo Wii Remote tabanlı sistem, üst ekstremité rehabilitasyon egzersizlerini takip ederek üç boyutlu olarak kaydetmek için bir aksele metre kullanıyor. Lockery D ve arkadaşlarının sunduğu sistemde ise parmak ve el hareketlerini izlemek için bir web kamerası ve uyarlamalı oyun kullanıyor. İzleme sensörleri bazı nesnelere bağlanıyor ve bir web kamerası hastanın el hareketlerinin kalitesini, fonksiyonun etkinliğini ve el becerisi hakkında bilgi sağlayan bazı metrikler oluşturuyor.

Son olarak, üçüncü grupta, telerehabilitasyon robotik uygulamalarla birlikte sunuluyor. Bu sistemler klinik temelli tedaviye kıyasla düşük maliyetli alternatifler olarak kabul edilmekte, ancak yine de, daha yaygın kabul görmesi için bazı engellerin aşılması gerekmektedir. Özellikle, akut / subakut veya kronik inmeler gibi bazı patolojilerde teknolojik kayıp fonksiyonların geri kazanılması için bu tür robot destekli sistemler önerilmektedir. Gerek değerlendirme gerekse tedavi aşamasında, MOTORE, HOMEREHAB veya WAM gibi farklı robot sistemleri üst ekstremité ve alt ekstremitédeki hareket kaybını desteklemek için, bazen sanal rehabilitasyonla kombine edilerek önerilmektedir.

NÖROLOJİK TELEREHABİLİTASYON

İnme

İnme rehabilitasyonu hastanın motor fonksiyonunu, sağlıkla ilgili yaşam kalitesini ve psikolojik iyilik halini iyileştirmeyi hedef alır. Patolojinin ağırlığı ve rehabilitasyon ekibinin başarısı yanında, aileler ve hastalarla olan kooperasyon başarılı rehabilitasyonun sağlanmasında önemlidir. Özellikle inmenin meydana gelmesinden hemen sonraki haftalarda gerektiği kadar rehabilitasyon hizmeti alınması gereklidir. Ancak birtakım hastalar limitli bölgesel ve lojistik nedenlerle bu hizmetleri almakta zorlanmaktadır. Geçtiğimiz on yılda yapılan birçok randomize kontrollü çalışma inme sonrası uzaktan rehabilitasyon modelinin klinikte yapılan çalışmalara kıyasla yararlarını incelemiş ve çoğu çalışmada telerehabilitasyon modelinin merkezlerdeki rehabilitasyonla aynı yararı ya da daha fazla yararı sağladığı belirlenmiştir.

Dodakian ve arkadaşları (2007) inme sonrası 3 ile 24 ay arasında olan toplam 12 hastanın 28 gün boyunca aldıkları telerehabilitasyonun etkisini araştırdıkları çalışmada hastaların her gün bir saat özel egzersiz yapmasını, inme konusunda eğitim almasını ve ayrıca hergün bir saat de serbest aktivite yapmasını sağlamışlardır. Bu çalışmada Fugl-meyer ile değerlendirilen üst ekstremité motor skorunda anlamlı bir iyileşme kaydedilmiştir. Tcherov ve arkadaşlarının (2018) yayınladıkları sistematik derleme ve meta analizde inmeli hastalarda telerehabilitasyonun etkisini ve merkezde yapılan rehabilitasyonla farkını araştıran 12 çalışma incelemişlerdir. Barthel İndeksi, Berg Denge Skalası, Fugl Meyer Üst Ekstremité Değerlendirmesi ve İnme Etki Ölçeğinin kullanıldığı bu çalışmalarda gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ayrıca, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ve hasta memnuniyeti

açısından da merkezlerde yapılan rehabilitasyon uygulamaları ve telerehabilitasyon uygulamalarında guruplararası fark bulunmamıştır. Bir çalışmada telerehabilitasyon alan gurupta depresyon semptomlarının anlamlı olarak daha azaldığı belirlenmiştir.

Bir Cochrane incelemesi, tek başına veya standart terapiyle kombinasyon halinde verilen bakıcı aracılı egzersizlerin günlük yaşamın temel aktiviteleri üzerinde önemli bir etkisi olmadığını göstermiştir. Bununla birlikte, ambulasyon seviyesindeki hastalarda bakıcı aracılı egzersizlerin denge ve yaşam kalitesinde olumlu etkileri olduğu belirlenmiştir. Ayrıca bu çalışma, telerehabilitasyon müdahalelerinin, motor yetersizliklerde iyileşme, kortikal disfonksiyon ve depresyonda anlamlı düzelmeye ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Kullanılan yöntemler arasında telsiz denetimi, sanal gerçeklik, oyun tabanlı sanal gerçeklik ve etkileşimli cep telefonu uygulamaları vardı.

İnme geçiren tüm insanların yaklaşık üçte biri, daha fazla sağlık hizmeti kullanan ve artan maliyetlerle depresif semptomlarından muzdariptir. Ayrıca, depresyonun varlığı, inme sonrası kötü fonksiyonel sonuçlarla ilişkilidir. Telerehabilitasyon, İnme Darbe Ölçeği ile ölçülen, ev-temelli robot destekli rehabilitasyonun sadece ev-temelli egzersiz ile birleştiği bir programla etkilerini karşılaştıran bir çalışmada, İnme Etki Ölçeği ile ölçülen motor ve motor olmayan semptomlarda başarıyla uygulanmıştır. Araştırmacılar, yaşam kalitesi ve depresyon sonuçlarındaki gelişmenin katılımcılar ve terapistler arasındaki haftalık etkileşimden de etkilendiğini belirtmişlerdir.

Omurilik Yaralanmaları

Spinal kord yaralanması (SKY) olan bireyler önemli fiziksel, psikolojik ve sosyal zorluklar yaşayan ve uzman kişilerle disiplinlerarası bir bakım gerektiren hasta gurubudur. Bu hasta popülasyonu için özel bakım sağlamak ve eğitim-öğretim sağlamak için çeşitli telerehabilitasyon yöntemleri önerilmiştir. Bugüne kadar bu konuda yapılan sınırlı sayıda randomize kontrollü çalışma olsa da, yapılan çalışmalar yüksek hasta memnuniyeti ve katılımını göstermiştir.

Lia ve arkadaşları tarafından yapılan bir pilot çalışmada fizyolojik parametreleri kaydetmek için bir ev izleme sistemi, özel ev egzersiz programını yapmak için bir el ergometresi ve video eğitimini yürütmek için bir tablet kullanıldı. Terapi seansları uzaktan yönetildi. Sonuç olarak katılımcıların ev egzersiz programına tam bağlılık gösterdiği, aerobik kapasitede, fiziksel aktivitede ve yaşam memnuniyetinde artış gösterdiği belirlenmiştir. Katılımcılar, uzaktan sağlanan motivasyon ve fonksiyonel limitasyonlar ilgili bilgilendirmenin çok değerli olduğunu vurgulamışlardır. Ayrıca, elektronik sağlık teknolojisi ile iletişim kurarken bir sağlık hizmeti uzmanının ve tüketicinin karmaşık etkileşimini hesaba katan bu çalışmanın önemi belirtilmiştir.

Van Straaten ve arkadaşları, 12 hafta boyunca skapula stabilizasyonu ve rotator kaf kasını güçlendirme içeren ve uzaktan yürütülen ev egzersiz programının ağrı ve fonksiyon üzerindeki etkinliğini incelemişlerdir. Sonuçlar, uzun zamandır devam eden omuz ağrısı belirtileri olan bireylerin bile şikayetlerinin azaldığı belirlenmiştir. Ancak bu çalışmada katılımcı sayısının az olması ve kontrol gurubu bulunmaması gibi limitasyonlar belirlenmiştir.

Son yıllarda yapılan ve videokonferansın SKY' daki etkisini araştıran bir çalışmada iPad kullanılmıştır. Bu pilot çalışma, video konferansın klinik olarak uygulanabilir ve etkili bir araç olduğunu göstermiştir. Bu çalışmada klinisyenler ve katılımcılar arasındaki etkileşimin türü, geliştirilmiş

hastane takibi, SKY birinci basamak bakımı, ilaçlar hakkında özel sorular ve ekipteki diğer sağlık çalışanlarıyla koordinasyonu içermektedir. Günümüzde bu videokonferans modelinin hastalar ve bakıcılar tarafından kabul gördüğü ve hastanede yatış oranını ve toplam kalış süresini azalttığı belirlenmiştir.

Multiple Skleroz (MS)

Multipl sklerozlu (MS) bireyler uzun süreli engelli olmaya karşı risk altındadır. Rehabilitasyon, bu engelli olma etkisini azaltmak ve fonksiyonu geliştirmek için olmazsa olmazdır. Ancak, bu hizmetlere erişim sınırlı mobilite, yorgunluk ve buna bağlı oluşan sorunlar nedeniyle kısıtlanmaktadır. Bu sorunu çözmeye yönelik olarak, MS'li bireylerin telerehabilitasyon hizmetleri almaya istekli oldukları gösterilmiştir. Bazı çalışmalarda orta veya şiddetli bilişsel fonksiyon bozukluğu nedeniyle teknik zorluklar yaşanabileceği de belirtilmiştir.

Khan ve meslektaşları 2015 yılında, MS'li bireylerde telerehabilitasyonun etkisini ve güvenliğini belirlemek, kullanılan uygulama yöntemlerinin ve değerlendirme metodlarının uygunluğunu tesbit etmek amacıyla sistematik bir derleme yapmıştır. Değerlendirilen 9 randomize kontrollü çalışma, bazıları karmaşık olan birden fazla rehabilitasyon bileşenine sahip ve fiziksel aktivite, eğitim, davranış ve semptom yönetim gibi programları içermiştir. Metodolojinin heterojen olması nedeniyle ile MS'li erişkinlerde fonksiyonel aktivitelerin, yorgunluğun ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesinde telerehabilitasyonun etkinliği konusunda sınırlı kanıt olduğu sonucuna varılmıştır. Çalışmalardaki MS'li bireylerde fiziksel fonksiyon, yaşam kalitesi ve psikolojik sonuçlar yönünden telerehabilitasyonda olumlu sonuçlar gösterilememiştir.

Ancak 2018 yılında Conroy ve arkadaşları ve Rimmer ve arkadaşları tarafından yapılan iki farklı çalışma MS hastalarında telerehabilitasyon uygulamalarının yürüyüş kalitesinin ve diğer bazı parametrelerin iyileştirilmesinde teknik olarak uygulanabilir, arzu edilen ve etkili olduğuna dair daha yüksek kalitede kanıtlar sunmuştur. Conroy ve arkadaşları, egzersiz programını desteklemek için web tabanlı bir sistem kullandılar. 24 hastalar altı aylık bir süre boyunca rutin ev rehabilitasyonu veya telerehabilitasyon sistemine randomize edildi. Sonuç olarak telerehabilitasyon müdahalesi ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. Her iki grupta da yürüme parametrelerinde gelişme görüldü. Egzersize uyum ile yüksek engellilik derecesi ve yürüme kabiliyeti pozitif olarak ilişkiliydi. Rimmer ve arkadaşlarının 2018 yılında başlattığı ve halen devam eden bir çalışma, tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamalarının evde, kırsal kesimde ve düşük gelirli bireylerle telerehabilitasyonla uygulanmasının, bir terapist tarafından klinikte uygulanan aynı müdahaleye karşı farkını değerlendirmektedir. Bariyerlere yenmeye yönelik başlatılan ve toplam 820 hastayı hedef alan bu çalışmanın sonuçları heyecanla beklenmektedir.

Travmatik Beyin Yaralanması

Travmatik beyin yaralanması (TBY) olan birçok kişinin hafıza, dikkat, problem çözme ve günlük yaşam aktivitelerinde karşılaştıkları sorunlara yardımcı olmak için telerehabilitasyon hizmetleri ile ilgilendikleri gösterilmiştir. Ayrıca, bakıcılara destek sağlama konusunda etkili modellerin önerildiği

bu hasta gurubunda, hem hasta, hem aile bireyi ve bakıcılar için kaygı ve depresyon riskinin azaltılmasına yönelik çalışmalar artarak devam etmektedir. .

Rietdijk ve arkadaşları, TBY' li yetişkin ve bakıcıları içeren, teknolojinin kullanımıyla uzaktan yapılan müdahaleleri araştıran sistematik bir inceleme yaptılar. Telehealth'in, kırsal kesimdeki aileler için hizmetlere erişimi arttırmak, aile üyelerini eğitmek için kullanılabilceği sonucuna vardılar. TBY sonrası iyileşmeyi kolaylaştırmak, evde ortaya çıkan sorunlara uygun ve zamanında müdahale sağlamak veya genel destek için bir forum oluşturmak için bu yöntemin kullanılabileceği belirtilmiştir. Ayrıca, bireyin bilişsel işleyişinin yanı sıra bakım verenlerin psikolojik durum, destek becerileri ve yükü knusunda olumlu sonuçlar da gösterilmiştir. Birçok çalışma, katılımcıların eğitimin programın tamamlanmasından sonra da uzun vadede yararın devam ettiğini bildirdiğini ve sonuçlardaki iyileşmelerin zaman içinde sürdürüldüğünü göstermiştir.

Owensort ve arkadaşları tarafından yapılan yeni bir sistematik derleme, telerehabilitasyon müdahalelerinin normal bakım, alternatif müdahalelere göre sonuçları iyileştirmede etkili olup olmadığını belirlemeyi amaçlayan 13 çalışma değerlendirilmiştir. Daha çok telefon ve internet temelli müdahalelerin kullanıldığı, Web tabanlı platformlar, muhtemelen TBY ile ilgili bozukluklar ve bakıcı yardımına bağımlılık nedeniyle diğer nörolojik durumlarla karşılaştırıldığında nadiren kullanıldığı belirlenmiştir. Sonuç olarak, özellikle telefon temelli müdahalelerin, normal bakıma göre hafif ve orta-şiddetli TBY'si olan kişiler için fonksiyonu, travma sonrası semptomları, uyku kalitesini ve depresif semptomları iyileştirdiği bulunmuştur, ancak bu etkilerin dayanıklılığı gösterilmemiştir veya incelenmemiştir.

Ortopedik Telerehabilitasyon

Osteoartrit eğilimli yaşlanan bir popülasyonun olması telerehabilitasyonun kullanılmasına zemin sağlamıştır. Kas-iskelet sistemini içeren telerehabilitasyon prosedürleri Amerika Birleşik Devletleri'nde en yaygın kullanılan ve araştırılan modeldir. Bu müdahaleler, fonksiyonel durumu en üst düzeye çıkarmayı amaçlayan bir rehabilitasyon programı ile eşleştirilmektedir.

Yeni bir sistematik derlemede yazarlar, total diz artroplastisi, total kalça artroplastisi, üst ekstremitte ve el ameliyatları sonrası cerrahi sonrası telerehabilitasyon programlarının uygulandığı çeşitli çalışmaları incelemiştir. Uygulama yöntemleri arasında gerçek zamanlı video konferans, telefon ile izleme ve etkileşimli sanal sistemler yer almaktadır. Araştırmacılar total diz ve kalça artroplastisi sonrası hastalarda telerehabilitasyon lehine güçlü kanıtlar bulmuş, ancak üst ekstremitte girişimlerinde sınırlı kanıt sağlamıştır. Cottrell ve meslektaşları tarafından yapılan bir başka derleme, kas-iskelet sistemi problemlerinin tedavisi için gerçek zamanlı rehabilitasyon kullanımına yönelik kanıtları analiz etmiştir. Araştırmacılar, kas-iskelet sistemi koşullarının gerçek zamanlı telerehabilitasyon yoluyla yönetilmesinin fiziksel fonksiyon yetersizliği ve ağrının iyileştirilmesinde etkili olduğuna dair güçlü kanıtlar bulmuştur.

Russell ve arkadaşları 2011 yılında yaptıkları randomize kontrollü çalışmada, yüksek kaliteli rehabilitasyon hizmetlerine erişimin, özellikle kırsal veya uzak bölgelerde yaşayanlar için her zaman mümkün olmadığından yola çıkarak, total diz artroplastisi uygulanan hastalarda, internete dayalı bir telerehabilitasyon programının konvansiyonel ayaktan tedavi yöntemine eşdeğerliğini değerlendir-

mişlerdir. 65 katılımcı, ya geleneksel bir şekilde ya da internet tabanlı bir telerehabilitasyon programı aracılığıyla altı haftalık bir ayakta tedavi programı almak üzere randomize edildi. Başlangıçta ve altıncı hafta sonunda Western Ontario, McMaster Üniversiteleri Osteoartrit İndeksi, Hastaya Özel Fonksiyonel Ölçeği kullanıldı ve ayrıca ağrı yoğunluğu, diz fleksiyonu ve ekstansiyonu, kuadriseps kas kuvveti, uzuv çevresi ölçümleri ve yürüyüş değerlendirildi. Gruplar arasındaki temel özellikler benzerdi ve altı haftalık bir müdahalenin ardından, tüm katılımcıların sonuç ölçümlerinde anlamlı iyileşme sağladı. Telerehabilitasyon grubunda, yürüyüş, WOMAC skorları, Hastalara Özgü Fonksiyonel Skala ve WOMAC'ın sertlik alt ölçeği için daha iyi sonuçlar bulundu. Ayrıca, katılımcıların bu yeni teknolojiye yüksek düzeyde memnuniyet duyduğu belirtilmiştir.

KRONİK AĞRIDA TELEREHABİLİTASYON

Kronik ağrı, nüfus yaşlandıkça artması beklenen bir halk sağlığı sorunudur. Fiziksel eğitimin ağrıyı azalttığını ve fonksiyon bozukluğunu azalttığı kanıtlanmıştır ve bu nedenle “kronik ağrı” rehabilitasyon programlarında önemli bir rol oynamaktadır. Omurgada oluşan birçok ağrı ve özellikle de kronik bel ağrısındaki iyileşmeler uzun vadede olmaktadır. Bu anlamda telerehabilitasyon, hizmetlerin sürekliliğinin ve sürdürülebilirliğinin sağlanması için bir fırsat sunmaktadır. Kronik ağrısı olan hastalar, yüz yüze danışmanlık ve egzersiz programı ile birlikte geri bildirim ve izleme teknolojisi sunan telerehabilitasyon programına uygundur.

Telerehabilitasyon müdahalelerinin, cep telefonu uygulamaları ve video konferans aracılığıyla verilen destek oturumları ile, bel ağrısındaki iyileşmeyi sürdürmesi ve yıpranmayı azaltması için faydalı olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir. Kronik diz ağrısı olan hastalar için, fizyoterapist tarafından internet yardımıyla sunulan, evde egzersiz ve ağrı ile mücadele becerileri eğitimi, ağrı ve fonksiyonda klinik olarak anlamlı ve sürekli iyileşmeler sağlamıştır.

Adamse ve meslektaşları, kronik ağrılı hastalarda egzersiz tabanlı telerehabilitasyon modelinin sistematik bir incelemesini yaptılar. Bu çalışmaya 2000-2015 yılları arasında yapılan 16 çalışma dahil edildi. Çalışma sonunda fiziksel aktivite, günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesi parametreleri olağan bakım ile karşılaştırıldığında hiçbir fark bulamazken, telerehabilitasyon ile hiç tedavi almama arasında ağrıyı azaltmada anlamlı fark bulunmuştur. Araştırmacılar hızla büyüyen bu modelle ilgili çok daha fazla randomize kontrollü çalışma yapılması gerektiğini belirtmiştir.

KARDİYAK TELEREHABİLİTASYON

Koroner Arter Hastalığı

Kardiyak rehabilitasyonun koroner arter hastalığı (KAH) olan hastalarda morbidite ve mortalite üzerinde olumlu etkileri vardır. Ancak kardiyak rehabilitasyona başvuran hasta sayısı azdır ve kısa süreli iyileşmeler sıklıkla sürdürülememektedir. Bazı randomize kontrollü çalışmalarda geleneksel hastanelere kıyasla telerehabilitasyonun olumlu sonuçlar verdiğini göstermiştir.

Frederix ve arkadaşlarının yaptığı iki ayrı çalışma telerehabilitasyonun kardiyak rehabilitasyondaki etkinliğini araştırmıştır. Bu çalışmalar, hem eğitim yoğunluğu hem de fiziksel aktivite konusunda uygunluk ve bireysel olarak uyarlanmış programlara yönelik iletişim teknolojilerini (internet,

video-danışma) kullanılmaktadır. Araştırmacılar konvansiyonel kardiyak rehabilitasyona ek olarak internet tabanlı kapsamlı telerehabilitasyon programının maliyet açısından etkili olduğunu ve kardiyovasküler rekonsitalizasyonu azaltabildiğini belirtmişlerdir.

Konjestif Kalp Yetmezliği

Hwang ve meslektaşları tarafından yapılan bir çalışmada, stabil konjestif kalp yetmezliği olan hastalar, 12 haftalık geleneksel bir hastane polikliniği programına karşı çevrimiçi video konferans yazılımı kullanılarak gerçek zamanlı egzersiz ve eğitim müdahalesine randomize edildi. Grup temelli video telerehabilitasyon programına katılım, ayaktan rehabilitasyon programına göre daha düşüktü Ancak, telerehabilitasyon daha az yan etki yaratarak daha fazla sürdürülebilir oldu. Bu bulgular, telerehabilitasyonun güvenli bir bakım sağlama yöntemi olduğu konusundaki çalışmalarını doğruladı.

Nouryan ve meslektaşları randomize kontrollü bir çalışmada, taburcu olduktan 6 ay boyunca sonra kalp yetmezliği olan hastaları incelediler. Tele-sağlık müdahalesi haftalık televizyonlardan ve spesifik işaretlerinin izlenmesinden oluşuyordu. Sonuçlar tele-sağlık müdahale programının acil servis kullanımını, hastanede kalış süresini ve yaşam kalitesini iyileştirdiğini göstermiştir. Tele-sağlık müdahale grubunda maliyet tasarrufu yönünde bir eğilim rapor edilmesine karşın istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı görülmüştür.

ROMATOLOJİK TELEREHABİLİTASYON

Yapılan çalışmalar, telerehabilitasyon uygulamasının romatoloji alanına uzaktan danışma, tedavi stratejilerinin izlenmesi ve internet destekli kendini yönetim programları şeklinde uygulandığını göstermektedir. Müdahale türleri arasında uzaktan hastalık aktivitesi değerlendirmesi, tedavi stratejilerinin uzaktan izlenmesi ve bilgi iletişim teknolojisinin sunduğu öz-yönetim programları yer almaktadır.

Tele-konsültasyon uygulamasının, romatolojik hastalarda tanısal kesinlikte olmamakla birlikte, yüksek hasta memnuniyetine yol açtığı belirlenmiştir. İnternette sunulan programlar yüksek fizibilite ve memnuniyet oranlarını ortaya çıkarmasına rağmen, veriler henüz homojenlikten yoksundur. Maliyet kontrolü, tedavinin kontrolü ve hedef yaklaşımlarında hastalarda kabul oranları değerlendirilmelidir. Pani ve meslektaşları tarafından yapılan yeni bir çalışmada hastalar, uzaktan rehabilitasyon platformunu kullanırken motivasyonlarını arttırmış ve tıbbi personelin tedavilerine daha fazla katılım gösterdiğini bildirtmişlerdir. Araştırmacılar resmi bir maliyet analizi yapmamasına rağmen, önerilen çözümün yüz yüze terapi seanslarına kıyasla maliyet-etkin görüldüğü sonucuna varmışlardır.

SONUÇ

Günümüze kadar yapılan çalışmaların çoğu, telerehabilitasyonun gerek yalnız gerekse başka bir tedavi yöntemiyle birlikte uygulanmasının olumlu sonuçları olduğunu göstermiştir. Ayrıca, coğrafi, sosyal ve finansal engelleri aşmada önemli bir basamak olan bu modelin, gerek aile gerekse bakım verenler için de avantajlı olduğu sıklıkla belirtilmektedir. Ancak, hızla gelişen telerehabilitasyon ala-

nındada, mevcut araştırmalar uygulama veya teknolojiadaki en son gelişmeleri yansıtmayabilir. Çalışmalarında kullanılan yaklaşımların metodolojik titizliği ve çeşitliliğinin bulunmaması, tele-sağlık hizmetlerinin rehabilitasyonun sunumunda daha geniş biçimde kullanılabileceği ve kullanılması gerektiği sonucuna varmasını engellemektedir. Kesin kanıtlar sağlamak ve akut ve kronik hastalıkların tedavisinde telerehabilitasyon kullanımının endikasyonlarını ve sınırlarını belirlemek için hala geniş kapsamlı, çok kültürlü randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

1. Adamse C., Dekker-Van Weering MG., van Etten-Jamaludin FS., Stuijver MM., 2018, The effectiveness of exercise-based telemedicine on pain, physical activity and quality of life in the treatment of chronic pain: A systematic review. *J Telemed Telecare*.doi: 10.1177/1357633X17716576.
2. Anton D., Berges I., Bermudez J. ve ark. 2018, A Telerehabilitation System for the Selection, Evaluation and Remote Management of Therapies. *Sensors*. doi: 10.3390/s18051459.
3. Bai J., Song A., Xu B. ve ark., 2017, A Novel Human-Robot Cooperative Method for Upper Extremity Rehabilitation *International Journal of Social Robotics* .9(2), pp 265–275
4. Brennan DM., Mawson S., Brownsell S. 2009, Telerehabilitation: enabling the remote delivery of healthcare, rehabilitation, and self management. *Stud. Health Technol. Inform.* doi: 10.3233/978-1-60750-018-6-231.
5. Chirra M, Wattle L, Keeling E. ve ark., 2018, Telemedicine in Neurological Disorders: Opportunities and Challenges. doi: 10.1089/tmj.2018.0101
6. Conroy SS., Zhan M., Culpepper WJ., ve ark., 2018, Self-directed exercise in multiple sclerosis: Evaluation of a home automated tele-management system. *J Telemed Telecare*. doi: 10.1177/1357633X17702757.
7. Cottrell MA., Galea OA., O'leary SP. ve ark., 2017, Real-time telerehabilitation for the treatment of musculoskeletal conditions effective and comparable to standard practice: a systematic review and meta-analysis. *Clin Rehabil*. 31(5): 625-638.
8. Covert LT., Slevin JT., Hatterman J., 2018, The Effect of Telerehabilitation on Missed Appointment Rates.. *Int J Telereh*. doi: 10.5195/ijtl.2018.6258
9. Cowper-Ripley DC., Jia H., Wang X., ve ark. 2019, Trends in VA Telerehabilitation Patients and Encounters Over Time and by Rurality. *Federal Practitioner*.
10. Cranen K., Groothuis-Oudshoorn CGM., Vollenbroek-Hutten MMR., IJzerman MJ., 2017, Toward Patient-Centered Telerehabilitation Design: Understanding Chronic Pain Patients' Preferences for Web-Based Exercise Telerehabilitation Using a Discrete Choice Experiment *J Med Internet Res*. doi: 10.2196/jmir.5951
11. Díaz I., Catalan JM., Badesa FJ., ve ark., 2018, Development of a robotic device for post-stroke home tele-rehabilitation. *Adv. Mech. Eng*. doi.org/10.1177/1687814017752302
12. Dodakian L., McKenzie AL., Le V., ve ark., 2017, A Home-Based Telerehabilitation Program for Patients With Stroke. *Neurorehabil Neural Repair*. 2017 doi: 10.1177/1545968317733818.
13. Frederix I., Solmi F, Piepoli MF, Dendale P., 2017, Cardiac telerehabilitation: A novel cost-efficient care delivery strategy that can induce long-term health benefits. *Eur J Prev Cardiol*. doi: 10.1177/2047487317732274.
14. Frederix I., Vandijck D., Hens N., ve ark., 2018, Economic and social impact of increased cardiac rehabilitation uptake and cardiac telerehabilitation in Belgium - a cost-benefit analysis. *Acta Cardiol*. doi: 10.1080/00015385.2017.1361892.
15. Galea MD., 2019, Telemedicine in Rehabilitation.. *Phys Med. Rehabil Clin N Am*. doi.org/10.1016/j.pmr.2018.12.002
16. Holden MK., Dyar TA., Dayan-Cimadoro L., 2007, Telerehabilitation using a virtual environment improves upper extremity function in patients with stroke. *IEEE Trans Neural Syst Rehabil Eng*.15(1):36-42.
17. Hwang R., Bruning J., Morris NR., ve ark.. 2017, Home-based telerehabilitation is not inferior to a centre-based program in patients with chronic heart failure: a randomised trial. *J Physiother*. doi: 10.1016/j.

jphys.2017.02.017.

18. Kairy D., Lehoux P., Vincent C., Visintin M., 2009, A systematic review of clinical outcomes, clinical process, healthcare utilization and costs associated with telerehabilitation. *Disabil Rehabil.* doi: 10.1080/09638280802062553.
19. Khan F., Amatya B., Kesselring J., Galea M., 2015 Telerehabilitation for persons with multiple sclerosis. *Cochrane Database Syst Rev.* doi: 10.1002/14651858.CD010508.pub2.
20. Lai B., Rimmer J., Barstow B., ve ark., 2016, Teleexercise for Persons With Spinal Cord Injury: A Mixed-Methods Feasibility Case Series. *JMIR Rehabil Assist Technol.* 14;3(2):e8. doi: 10.2196/rehab.5524.
21. Lloréns R., Gil-Gómez J., Mesa-Gresa P., ve ark. 2011, BioTrak: a comprehensive overview. In proceedings of the 2011 International Conference on Virtual Rehabilitation (ICVR), Zurich, Switzerland, 27-29 June 2011; pp.1-6
22. Moffet H., Tousignant M., Nadeau S., ve ark., 2017, Satisfaction with In-Home Telerehabilitation After Total Knee Arthroplasty: Results from a Randomized Controlled Trial. *Telemed J E Health.* doi: 10.1089/tmj.2016.0060.
23. Mohr DC., Cuijpers P., Lehman K., 2011, Supportive Accountability: A Model for Providing Human Support to Enhance Adherence to eHealth Interventions. *JIMIR.* (13)1: Jan-Mar
24. Navarro E., Gonzalez P., Lopez-Jaquero V. ve ark., 2018, Adaptive, Multisensorial, Physiological and Social: The Next Generation of Telerehabilitation Systems. *Frontiers in Neuroinformatics.* doi: 10.3389/fninf.2018.00043.
25. Nouryan CN., Morahan S., Pecinka K., ve ark., 2019, Home Telemonitoring of Community-Dwelling Heart Failure Patients After Home Care Discharge. *Telemed J E Health.* doi: 10.1089/tmj.2018.0099.
26. Ownsworth T., Arnautovska U., Beadle E., ve ark., 2018, Efficacy of Telerehabilitation for Adults With Traumatic Brain Injury: A Systematic Review. *J Head Trauma Rehabil.* doi: 10.1097/HTR.0000000000000350.
27. Pani D., Piga M. ve ark., 2017, Home tele-rehabilitation for rheumatic patients: impact and satisfaction of care analysis. *Journal of telemedicine and telecare.* doi: 10.1177/1357633X16632950
28. Pastora-Bernal JM., Martín-Valero R., Barón-López FJ., ve ark., 2017, Evidence of Benefit of Telerehabilitation After Orthopedic Surgery: A Systematic Review. *J Med Internet Res.* doi: 10.2196/jmir.6836.
29. Peretti A., Amenta F, Tayebati SK ve ark., 2017, Telerehabilitation: Review of the State-of-the-Art and Areas of Application. *JMIR Rehabil Assist Technol.* 4(2): 1-9. doi: 10.2196/rehab.7511
30. Peterson S. , 2018, Telerehabilitation booster sessions and remote patient monitoring in the management of chronic low back pain: A case series. *Physiother Theory Pract.* doi: 10.1080/09593985.2017.1401190.
31. Piga M., Cangemi I., Mathieu A., Cauli A., 2017, Telemedicine for patients with rheumatic diseases: Systematic review and proposal for research agenda. *Semin Arthritis Rheum.* doi: 10.1016/j.semarthrit.2017.03.014.
32. Piotrowicz E., Baranowski R., Bilinska M., ve ark., 2010, A new model of home-based telemonitored cardiac rehabilitation in patients with heart failure: effectiveness, quality of life, and adherence. *Eur J Heart Fail.* doi: 10.1093/eurjhf/hfp181.
33. Piotrowicz E., Zieliński T., Bodalski R., ve ark., 2015, Home-based telemonitored Nordic walking training is well accepted, safe, effective and has high adherence among heart failure patients, including those with cardiovascular implantable electronic devices: a randomised controlled study. *Eur J Prev Cardiol.* doi: 10.1177/2047487314551537.
34. Rietdijk R., Togher L., Power E., 2012, Supporting family members of people with traumatic brain injury using telehealth: a systematic review. *J Rehabil Med.* doi: 10.2340/16501977-1058.
35. Rimmer JH., Thirumalai M., Young HJ., ve ark., 2018, Rationale and design of the tele-exercise and multiple sclerosis (TEAMS) study: A comparative effectiveness trial between a clinic- and home-based telerehabilitation intervention for adults with multiple sclerosis (MS) living in the deep south. *Contemp Clin Trials.* doi: 10.1016/j.cct.2018.05.016.
36. Rogante M., Grigioni M., Cordella D., ve ark. 2010, Ten years of telerehabilitation: a literature overview of technologies and clinical applications. *Neurorehabilitation.* doi: 10.3233/NRE-2010-0612.

37. Russell TG1, Buttrum P, Wootton R, Jull GA, 2011, Internet-based outpatient telerehabilitation for patients following total knee arthroplasty: a randomized controlled trial. *J Bone Joint Surg Am.* doi: 10.2106/JBJS.I.01375.
38. Shem K., Sechrist SJ., Loomis E., Isaac L., 2017 SCiPad: Effective implementation of telemedicine using iPads with individuals with spinal cord injuries, a case series. *Front. Med.* doi.org/10.3389/fmed.2017.00058
39. Spina G., Huang G., Vaes A., ve ark.COPDTrainer: A Smartphone-based motion rehabilitation training system with real-time acoustic feedback. *UbiComp'13*, September 8–12, 2013, Zurich, Switzerland.
40. Tchero H., Teguo MT., Lannuzel A., Rusch E., 2018, Telerehabilitation for stroke survivors: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Med Internet Res.* 20(10) e10867
41. Van Straaten MG., Cloud BA., Morrow MM., ve ark. 2014 Effectiveness of home exercise on pain, function, and strength of manual wheelchair users with spinal cord injury: A high-dose shoulder program with tele-rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil.* 95(10): 1810–1817.e2.
42. Van Tulder M., Malmivaara A., Esmail R., Koes B., 2000, Exercise therapy for low back pain: a systematic review within the framework of the cochrane collaboration back review group. *Spine (Phila Pa 1976).* 1;25(21):2784-96.

Doç. Dr. Hülya YÜCEL



Hacettepe Üniversitesi'nden 1998 yılında fizyoterapist ünvanı ile mezun oldu. Aynı üniversitede yüksek lisans ve doktora eğitimi tamamladı. 2016 yılı Nisan ayında Doçent ünvanını aldı. 2008 yılında İsviçre, Klinik Valens'de akuatik terapi kursuna katıldı. Yaklaşık 20 yıldır düzenlenen, dünyanın dört bir yanından katılımcıların olduğu bu kursa Türkiye'den katılan ilk kişi oldu. Aynı yıl Dünya Fizyoterapi Konfederasyonu Uluslararası Akuatik Terapi Türkiye Temsilciliği görevinde bulundu. Bunu 2010 yılında İspanya, Jerez De La Frontera'daki çocuklara özel su içi rehabilitasyon kursu, Amerika Birleşik Devletleri, San Diego'daki pratik uygulamalar ve 2015 yılında Birleşik Arap Emirlikleri Abu Dhabi'deki terapitik akuatik egzersiz kursu takip etti. Yücel,

Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde ilk akuaterapi kursunun düzenlenmesine öncülük etti. Sağlık Turizmi Konseyinin su içi rehabilitasyon uzman danışmanlığını yürüttü. Aynı zamanda Ada'nın ilk su içi rehabilitasyon sempozyumunu düzenledi.

H. Yücel, konu ile ilgili yurt içi ve yurt dışı pek çok kongrede konuşmacı ve katılımcı oldu. Huzurevi ve rehabilitasyon merkezlerinde gözlemlerde bulundu, pratik çalışmalar yaptı. Belediye ve özel eğitim merkezleri ile işbirliği içerisinde eğitimler verdi. Eskişehir'de 2008 yılında düzenlenen Fizyoterapide Gelişmeler Sempozyumu'nda "Su içi egzersiz teknikleri"; 2010 yılında İstanbul'da Pediatrik Rehabilitasyon Kongresi'nde "Çocuklarda su içi egzersiz uygulamaları"; 2013 yılında Denizli'de Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Kongresi'nde "Stresle başetmede akuatik terapi"; 2017 yılında İstanbul'da Nörolojik Fizyoterapi Sempozyumu'nda "Parkinson'da Akuaterapi"; 2018'de Ankara'da Jeoloji Kurultayı'nda "Hidroterapi-Su İçi Rehabilitasyon", Lefkoşa'da Su İçi Rehabilitasyon Sempozyumu'nda "Suyun Özellikleri ve Tedavide Kullanım Amaçları" ve 2019'da Antalya'da Su ve Sağlık Kongresi'nde "Su İçi Rehabilitasyon" konulu konferanslar verdi. 2014 yılında İtalya Università Degli Studi di Foggia'da bel ve boyun sağlığı ile ilgili, 2016 yılında ise Litvanya Kauno Kolegija'da akuatik terapi ile ilgili konuşmalar yaptı. Pek çok üniversitenin kariyer planlama günlerine akuaterapiyi anlatmak üzere konuk oldu.

H.Yücel'in "Su İçi Rehabilitasyon" isimli bir kitabı bulunmaktadır. Ayrıca farklı kitaplarda "Kadın Sağlığında Akuaterapi" ve "Gebelikte ve Gebelik Sonrası Su İçi Fiziksel Aktivite ve Egzersiz" başlıklı kitap bölümleri yazdı. Aynı zamanda çeşitli dergi ve gazetelerde konu ile ilgili yazı ve haberleri yayımlandı.

HAVUZDA İLETİŞİM

Doç. Dr. Hülya YÜCEL



Özet: Akuaterapi tekniklerini etkili uygulayabilmek için akuaterapi başarısını etkileyen havuzun özellikleri ve eğitim almış kişiler tarafından uygulanan teknikler kadar iletişim faktörü de önemlidir. Akuaterapinin yapılacağı havuza uygun kıyafetle girilmesi ve havuz hijyenine dikkat edilmesi gibi konularda karşılıklı anlayış içerisinde olunmalı ve toplumdaki farklı kültürlere sahip bireylerin haklarına saygı duyulmalıdır. İletişimde hasta/hasta yakınlarının kendi aralarında, terapistler ve diğer çalışanlar ile olan iletişimlerinden söz edilir. Akuaterapi farklı disiplinlerin birbirleriyle fikir alışverişi içerisinde çalışmalarını gerektirir. Sağlık meslek elemanları her zaman hasta odaklı çalışarak hastaya daha iyi bir hizmet sunabilmek için birbirleriyle etkili iletişim halinde olmalıdırlar. Bireyler izin vermediği sürece terapistler onların özeline girmemeli; tedavi programına yön vermeyecekse kendi meraklarından dolayı özel sorular sormamalıdırlar. Gereksiz fiziksel temas ve dokunuşlardan kaçınılmalıdır. Terapistler her hastanın biricik olduğu bilinci ile hastaların kendileri ile paylaştıkları özel durumlarını, onların mahremiyetini etik/ahlaki davranışlar çerçevesinde başkaları ile paylaşmamaya özen göstermeli ve tedavi ortamı dışına taşımamalıdır. Terapistin öncelikle biyopsikososyal bir varlık olan bireye zarar vermeme ilkesine bağlı kalarak içtenliğe ve güvene dayanan sağlıklı bir terapist-hasta ilişkisi kurması beklenir. Hastaların hizmet almak için kendileriyle bu ortamda buldukları hatırlanmalıdır. Hastalara hassasiyetlerinde anlayışlı olunmalı, onların suya ve tedaviye mental uyum sürecine izin verilmelidir. Havuzda terapi hastaların karadaki normal günlük yaşantılarına erken adaptasyonlarını sağlar. Akuaterapiden keyif alınmaya bakılmalıdır. Bunun için de temel insan haklarına saygı duyarak iletişime dayalı bir programın yürütülmesi gerektiği her zaman hatırlanmalıdır.

Akuaterapi (Su içi rehabilitasyon) suda yapılan hareketler vasıtası ile oluşan mekanik ve termal etki-lerden faydalanarak sağlık problemlerini **çözmeyi** ya da **önlemeyi** hedefleyen sistemik bir yaklaşımdır. Hastalık ve yaralanmalara karşı koruyucu olduğu gibi nörolojik, kardiyopulmoner, romatizmal ya da kas-iskelet yapısını ilgilendiren patolojilerde hem erken hem de uzun vadede etki ederek hastalıkların üstesinden gelebilmeye fayda sağlar. Ülkemizde akuaterapinin uygulanması biz terapistler ve hastalar için her ne kadar yeni bir yöntem gibi gözükse de aslında tarihte uzun bir geçmişe sahiptir. Suda yapılan egzersizler karada yapılan egzersizlere göre çok daha hızlı sonuçlar vermektedir.

Nasıl ki bir ata binmenin ayağını atma, kendini yukarı itme ve dengeyi sağlama gibi esasları varsa akuaterapi tekniklerini uygulamak için de esaslar vardır. Akuaterapinin yapılabilmesi için ergonomik bir havuz ortamı sağlanmalıdır. Su içi rehabilitasyon tekniklerini iyi uygulayabilmek için havuzun bazı özelliklere sahip olması gerekir.

İDEAL REHABİLİTASYON HAVUZUNUN ÖZELLİKLERİ

1. Rehabilitasyon havuzları sıgdan derine doğru olmalıdır ki terapist kendisine uygun su seviyesinde hastasını rahat manipüle edebilmelidir.
2. Havuz içinde rahatça hareket edilebilecek geniş bir alan olmalıdır.
3. Hastaların havuza transferleri için kaldıraç, havuz girişine merdiven ve rampa gerekir.
4. Aydınlatmalar, havuz işaretlemeleri, ısıtma, soğutma, havalandırma, akım devir daim sistemleri, filtreler ve ısıtıcılar özenle yerleştirilmiş ve kontrolleri yapılmış olmalıdır.
5. Ses sistemleri önemlidir. Havuz akustik olmadığı taktirde havuz içerisinde hastaya komut verirken sesler patlar ve hasta net duyamadığından terapistinin verdiği komutları algılayamaz. Havuzda çevresel faktörlerden kaynaklanan bu tür iletişim hataları en aza indirgenmelidir.
6. Terapistler kullanımı en uygun ürünleri, kimyasalları ve havuz içinde hasta ile kullanacağı materyalleri iyi bilmelidir. Tüm yüzme yardımcılarının kullanım amacı suyun özelliklerinden maksimum yararlanmaktır.

Rehabilitasyonda kullanılacak havuzun bu özellikleri iyi bilinerek hareket edilmelidir.

Havuz kullanıcıları havuzun hijyenik kullanımı konusunda eğitilmelidir. Havuza girmeden hemen önce yemek yenilmemeli ve mutlaka duş alınmalıdır. Havuza uygun kıyafetle girilmelidir. Terlik, mayo ve havlu gibi eşyalar bireysel kullanımlık olmalıdır. Su içi egzersizlerine alınacak obez hastaların çektikleri en büyük sıkıntı uygun giysi bulamama konusundadır. Obezlerin çoğu mayo giymekten çekinir ve büyük beden mayoları nereden bulacaklarını bilemezler, bu nedenle iç göstermeyen temiz kıyafetler, örneğin, renkli tişört, uzun şort ve koşu taytları önerilebilir. Toplumdaki farklı kültürlere sahip hastaların haklarına saygı duyulmalıdır. Örneğin dini inancı gereği havuza haşema ya da şortla girmek isteyen hasta bikini ya da slip mayo giymeye zorlanmamalıdır. Diğer yandan iç çamaşırları ya da bone amaçlı saça yerleştirilen şapkalar havuzda kullanmak için uygun değildir.

Akuaterapi başarısını etkileyen havuz özellikleri ve uygulanan teknikler kadar iletişim faktörü de önemlidir. Örneğin suda egzersizlerin temeli olan Halliwick tekniği, hastanın pasif kaldığı, terapistin çalıştığı değil; terapistin düşündüğü hastanın ise uyguladığı bir yöntemdir. Teknikleri doğru açığa çıkartabilmek için iletişim önemlidir (Foto 1). İletişim hasta/hasta yakınlarının kendi aralarında,



Foto 1. Bir Akuaterapi Seansı

terapistler ve diğer çalışanlar ile olmak üzere 3 şekilde ele alınabilir. Akuaterapi farklı disiplinler arası çalışmayı gerektiren sofistike bir alandır. Pek çok farklı meslek profesyoneli akuaterapide rol alır ve kendilerini ilgilendiren kısımlarını icra edebilirler. Hatta son yıllarda akuatik fizyoterapi, akuatik ergoterapi ve akuatik konuşma terapisi gibi özel tanımlamalar da yapılmaktadır. Bu ekip işi akuaterapiye önemli katkılar sağlar. Sağlık meslek elemanları her zaman hasta odaklı çalışarak hastaya daha iyi bir hizmet sunabilmek için birbirleriyle etkili iletişim halinde olmalıdırlar.

Hizmetten yararlanan kişinin terapistine güvenmesi, onun yaptığı tedavi programını benimsemesi, terapistine rahatlıkla soru sorabilmesi ve meraklarının giderilmesi, programa düzenli ve ilgili devam etmesinin sağlanması açısından önemlidir (Foto 2).



Foto 2. Havuzda Hasta ile Birebir İletişim

Hastalar ve terapistler diğere hastaların tanı, tedavi süreci ve hassasiyet gerektiren maddi, medeni durum gibi kişisel konularında iç dünyalarına meraklı olmamalıdır. İncitici olabileceğinden bireyler izin vermediği sürece onların özeline girilmemelidir. Tedavi programına yön vermeyecekse özel meraktan dolayı sorular sorulmamalıdır. Diğere yandan benzeri tanı ve tedavi sürecinde olan hasta ve yakınlarının fikir alışverişi yapmalarının ve grup terapilerinin süreci daha kabullenilir hale getirmek için etkili olabileceği de unutulmamalıdır. Terapistler her hastanın biricik olduğu bilinci ile hastaların kendileri ile paylaştıkları özel durumlarını, onların mahremiyetini etik/ahlaki davranışlar çerçevesinde başkaları ile paylaşmamaya özen göstermeli ve tedavi ortamı dışına taşımamalıdır.

İletişimde terapistin hastalarına açık ve net olması tedavi sürecine olumlu katkı sağlar. Terapistin öncelikle biyopsikososyal bir varlık olan bireye zarar vermeme ilkesine bağlı kalarak içtenliğe ve güvene dayanan sağlıklı bir terapist-hasta ilişkisi kurması beklenir. Terapist sağlığını koruma ve güçlendirme için hastasını eğitirken bilgi ve deneyimiyle öne çıkabilir, ancak hastasıyla karşılıklı ilişkide eşit konumda olmalıdır. Terapist hastanın özerkliği ve karar verme özgürlüğü temelinde hastasını eğitmeli, kendi sağlığı ile ilgili sorumluluk almada desteklemeli ve tedaviye motive etmelidir. Havuz seanslarına hastalara suda hareket etmenin avantajları ve uygulanacak yöntemler hakkında kısaca onların anlayacağı düzeyde bilgilendirme yaparak başlamalıdır. Tedavinin başında beklentilerini ve nasıl çalışıldığında verimli olunabileceğini söylemeli; tedavi sırasında ise belirli aralıklarla hastaya geri bildirimler vererek onu motive etmelidir. Seans sırası ya da hemen akabinde yapılan egzersizlerin hangi amaca yönelik çalıştırıldığı bireye söylenmelidir. Tedavi seansları bittikten sonra da kontrol ve ev programları ile hasta takibi yapılmalıdır. Hastaların ihtiyaç duyduklarında daha sonra da rahatlıkla kendilerine ulaşabilecekleri güvenini vermelidirler. Bir fizyoterapist meslektaşım hastalarıyla yaşadığı en büyük sorunlardan bir tanesini tarif ederken şu ifadeleri kullanmıştı: “Bazen her ne kadar ailelere anlatmaya çalışsam da iletişim sorunları yaşıyorum, maalesef ailelerimiz konuşurken başka şeylerle ilgilenip beni dinlemiyorlar.” Terapi seansları sırasında ve sürecinde hastalara empati ve sempati ile davranılmalı, ses yükseltmeden, “kaldır, tut, yürü” gibi kısa ve net komutlar verilmelidir. Siz-biz iletişim dilini kaybetmeden, ihtiyaç duyulduğunda tekrar ederek, gülyüz ve anlayışla hitabedilmelidir. Hastaların hizmet almak için onlarla bu ortamda buldukları hatırlanmalıdır. Kesinlikle maddi çıkarlarla hareket edilmemelidir.

Diğere yandan bir fizyoterapist tedavi odaklı program sunarken ailenin beklentisi çocuğunun yüzme öğrenmesi olabilir. Bu durumda fizyoterapistin yüzme hocası olmadığı ancak çocuğun örneğinin Halliwick yönteminin tüm basamaklarını tamamlarsa yüzmeyi öğrenebileceği aileye söylenirse hızlı ve verimli sonuçlar alınacaktır (Foto 3).

Hastalarda iletişim onların bireysel farklılıklarına, yaş ve biliş düzeylerine göre değişir. Kooperasyonun sağlandığı yetişkin bireyler ile direkt iletişimin sağlanması bir avantajdır. Yetişkin hastalar ile kurulan sağlıklı iletişim erken dönemde terapistin güveni sağlar. Sağlık sorunu dolayısıyla konuşamayan yetişkin bir hasta ile onun yakını vasıtasıyla iletişim kurulabilir. Hastanın sevdiği konulardan bahsederek tedavi programı iletilir. Hastanın konuşmaya çabalaması ya da başını sallayarak beden dili ile iletişimi sağlaması başarıdır. Yakını da iletişimin içerisinde tutulduğundan hem hasta-terapist ilişkisi hem de hasta ve yakını arasındaki ilişki anlam bulur. Diğere yandan sekonder komplikasyonlu ileri derecede serebral palsy tanılı göz teması yeni başlamış bir bebek hastaya şarkı söyleyerek



Foto 3. Çocuğun Su İçi Beceri Kazanması

kurulan iletişim onun ufacak bir tebessümü ile cevap bulur. Bebeğin hoşlandığı şarkı mırıldanırken bebek sese tepki verir. Terapist te aldığı olumlu geri dönüşlerden beslenir. Çocuklarla iletişim onların dünyasında oyun tarzında aktiviteler ile sağlanmalıdır. Çocuk hastaların aile/bakıcıları ile de iletişim kurulması gerekir. Çocuğunun ağlaması veya zorlanmasına karşı aşırı hassasiyet gösteren aileler olabilir. Bu tür durumlarda öncelikle havuzda çalışmanın çocuklarına getireceği faydalardan bahsedilir ve havuzda çalışmanın neredeyse yok denecek hiç zararının olmadığı anlatılır. Aileler zaman zaman aynı soruları tekrar ve tekrar sorabilirler. Çocuğun ağlaması değişen duruma mental adaptasyonun doğal bir sürecidir ve çocuk zamanla terapistte, ortama ve suya alışacaktır, ancak aileler hala kaygılı olabilirler. Belirli bir süre sonra mental adaptasyonun sağlandığını gördüklerinde ailelerin güveni kazanılır ve aileler terapistle aynı dili konuşmaya başlarlar.

Suyun tedavi amaçlı kullanımı için, belli bir program çerçevesinde, uygulamanın yapılacağı ortamın suda terapiye uygun olarak düzenlenmesi, özel nitelikli materyallerin bulunması ve uygulayıcıların eğitimli uzmanlar olmaları gerekir. Seansta kullanılacak gerekli yardımcı araç ve gereçler seans öncesi hazır edilmelidir, kullanıldıktan sonra da uygun şekilde temizlenip katlanarak yerlerine yerleştirilmelidir. Yüzme yardımcılarını ortak kullanılan malzemeler olduğu için diğer terapistlerin kullanımını engelleyecek şekilde düzensizlik ve dağınıklığa izin verilmemelidir. Aksi durumda kaybolan/ yerinde olmayan/ düzensiz bırakılmış ekipmanlar çalışanlar arasında ciddi iletişim sorunları çıkartabileceği gibi zamanı verimli kullanarak üretken olmayı ve iyi iş çıkartmayı da engelleyebilir; dolayısıyla su ile yapılan uygulamalar beklenen neticeyi vermez.

Hastalar havuzu hizmet alacakları farklı bir çevre olarak hemen kabullenemeyebilirler. Water Shiatsu (Watsu) gibi bazı akuaterapi tekniklerinde hastalar dokunsal temastan rahatsızlık duyabi-

lirler. Gereksiz dokunuşlardan kaçınılmalıdır. Örneğin sırtüstü yatan bir hasta düzgün durması için sacrumdan desteklenecekse terapist avuç içi yerine el ve önkolunun tersini kullanmalıdır. Hastalara hassasiyetlerinde anlayışlı olunmalı, onların suya ve tedaviye mental uyum sürecine izin verilmelidir.

Havuz içerisinde terapisti karaya göre daha rahat bir ortam bekler. Özellikle çocukların ilk dakikalarda serbest bırakılıp neler yapabilecekleri gözlemlenir. Bu rahat dönem su içi rahat ve eğlenceli bir ortam olduğu için herhangi bir sorun teşkil etmez. Terapist bu mental adaptasyon sürecinde yine amaca yönelik çalışarak suyun iyileştirici etkisini kullanır, hastaların gülümsemesiyle daha mutlu olur. Havuzda terapi hastaların karadaki normal günlük yaşantılarına erken adaptasyonlarını sağlar. Akuaterapi için hasta olmak gerekmez, dinlenip rahatlamak ve mutlu olmak için de suda aktiviteler yapılır. Akuaterapiden keyif alınmaya bakılmalıdır. Bunun için de temel insan haklarına saygı duyarak iletişime dayalı bir programın yürütülmesi gerektiği her zaman hatırlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Hülya Yücel (2015), Su İçi Rehabilitasyon, İstanbul Tıp Kitabevi
2. Howick, J., Steinkopf L., Ulyte A., Roberts N. and Meissner K. (2017), How empathic is your healthcare practitioner? A systematic review and meta-analysis of patient surveys BMC Medical Education 17:136
3. Bruce E. Becker, Andrew J. Cole. Comprehensive Aquatic Therapy, 3. Baskı. Washington State University Publishing, Amerika Birleşik Devletleri, 2011
4. Akuatik Terapi Kursu. Johan Lambeck, Urs Gamper (Eğitmenler). Valens, İsviçre, 16-30 Mayıs 2008.
5. Hülya Yücel. Su İçi Egzersiz Teknikleri (Konferans). 12. Fizyoterapide Gelişmeler Sempozyumu, Eskişehir, 5-9 Kasım 2008. Fizyoterapi Rehabilitasyon, 19(3): 195, Aralık 2008.
6. Pediatri ve Nörolojide Halliwick-Akuatik Terapi Kursu. Johan Lambeck (Eğitmen). Jerez de la Frontera, İspanya, 28 Ağustos-1 Eylül 2010.
7. Hülya Yücel. Çocuklarda Su İçi Egzersiz Uygulamaları (Konferans). 2. Pediatrik Rehabilitasyon Kongresi, İstanbul, 6-8 Ekim 2011.
8. Hülya Yücel. Stresle Başetmede Akuatik Terapi (Konferans). 4. Ulusal Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Kongresi, Denizli, 9-11 Mayıs 2013.
9. WST-Halliwick: Çoklu Şiddetli Bozuklukları Olanlara Terapatik Akuatik Egzersiz Kursu. Johan Lambeck (Eğitmen). El Ein, Abu Dhabi, BAE, 15-17 Eylül 2015.
10. Hülya Yücel, Akuaterapi Semineri 1: Halliwick Yöntemi, ELA Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi, Kıbrıs, 6-8 Ekim 2016.
11. Hülya Yücel, Akuaterapi Semineri 2: Derin Su Koşusu, Ai Chi ve WATSU, ELA Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi, Kıbrıs, 19-20 Kasım 2016.
12. Akuaterapi Kursu, Aqua T-Relax & Neuroprotective exercise. Johan Lambeck (Eğitmen), Kıbrıs, 16-18 Aralık 2016.

GÖRME VE İŞİTME YETERSİZLİĞİ OLAN BİREYLERLE İLETİŞİM

BÖLÜM 14

14.1 GÖRME YETERSİZLİĞİ OLAN BİREYLER İLE İLETİŞİM

Nuray BİLGİN

14.2 İŞİTME YETERSİZLİĞİ OLAN BİREYLER İLE İLETİŞİM

Selda GÜRİSOY

Nuray BİLGİN



1984 yılında Trabzon'un Sürmene ilçesinde doğdu. Ortaokul ve Liseyi Sürmene İmam Hatip lisesinde tamamladı. 2008 yılında, Gazi Üniversitesi Eğitim Fakültesi Özel Eğitim Bölümü Görme Engelliler Sınıf Öğretmenliği ana bilim dalından mezun oldu. 2008 yılında İstanbul Bayrampaşa RAM'da göreve başladı. 2010-2014 yılları arasında Bakırköy RAM'da, 2014-2017 yılları arasında Trabzon Karadeniz Özel Eğitim Mesleki Eğitim Merkezi'nde görev yaptı. 2017 yılından beri Trabzon'un Of ilçesindeki RAM'da görev yapmaktadır.

Selda GÜR SOY



1999 yılında Hacettepe Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Odyometri Bölümü'nü bitirdi. Özel sektör (İşitme Testi - İşitme Cihazları Uygulama Merkezleri) ve Devlet Hastanesi'nde toplam Odyometrist olarak 16 yıl çalıştı. 2015 yılında Karadeniz Teknik Üniversitesi İşitme Engelliler Öğretmenliği'ni Onur Öğrencisi olarak bitirdi. 2 yıl Rehberlik Araştırma Merkezi'nde Özel Eğitim Hizmetleri Bölüm Başkanlığı, Özel Eğitim Değerlendirme Kurul Başkanlığı yaptı. Özel Eğitim Meslek Okulu'nda görev yapmaktadır. Erzurum Atatürk Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Sağlık Yönetimi eğitimine devam etmektedir.

GÖRME YETERSİZLİĞİ OLAN BİREYLER İLE İLETİŞİM

BÖLÜM 14.1

Nuray BİLGİN



Özet: Dil öğrenilen bir özelliktir. İşitsel olması nedeniyle görme güçlüğü olanların dil gelişimlerine olumsuz etkisi yok denecek kadar azdır. Görme yetersizliği olan çocukların dil gelişimi gören çocuklardan anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Çocuğun iletişimi için en önemli kanal işitmesi olduğundan dili kullanma isteği gören çocuklardan çok daha fazladır. Sözel anlatıma düşkünlüdür. Ancak, görme yetersizliği olan çocuk göz teması kuramaz, mimik ve jestlerle kendini ifade edemez. Yetişkinlerin dikkatini çekmek için stratejilere sahip değildir. Bu nedenlerden ötürü doğru anlaşıl-maya ihtiyaçları vardır.

Görme olmadığında birey dünyayı öğrenmek için kendi incelemelerine ve başka insanların anlatımlarına güvenmek zorunda kalır. Görmeden, kendi kendine inceleme küçük bir çocuğun bulabileceği bilgi miktarıyla sınırlıdır. Çevredeki birçok nesne küçük çocuğun dokunarak veya işitme yoluyla inceleyebilmesi için çok büyük ya da çok küçük ve çok soyuttur. Sözel tanımlar ise, tanımlı yapının bakış açısına bağlıdır ve eksiktir. Bu nedenle görme yetersizliği olan çocuklar çevredeki olayları ve nesnelere bütünüyle anlayamazlar. Görme yetersizliği olan çocukların çevrelerini tanıyıp öğrenmeleri için özel ilgi ve doğru desteğe ihtiyaçları vardır.

GÖRME YETERSİZLİĞİ

Görme Yetersizliği: Görme gücünün kısmen ya da tamamen yetersizliğinden dolayı, bireyin eğitim performansının ve sosyal uyumunun olumsuz yönde etkilenmesi durumudur.

Yasal Tanım:

Görme yetersizliğinin yasal tanımı, görmenin ve görme alanının ölçümüne bağlıdır. Yasal tanım, tıp alanında çalışanlar ve diğer ilgililer tarafından kullanılmaktadır. Bu tanıma göre; “tüm düzeltme-

lerle birlikte, gören gözün olağan görme gücünün onda birine yani **20/200**'lük görme keskinliğine ya da daha azına sahip olan ya da görme açısı 20 dereceyi aşmayan bireylere "**kör**" denilmektedir. 20/200'ün anlamı; görme yetersizliğinden etkilenen bireyin 60 cm'den görebildiğini, normal görme gücüne sahip olan bireyin 6 m.' den görebilmesidir. Görme açısının dar olmasının anlamı ise, normal görme keskinliği olmasına rağmen, görmenin sadece merkezdekilerle, 20 dereceyle sınırlı olma, 20 derecenin dışında kalan nesnelere görememidir.

Yasal-tıbbi- tanımlama sistemine göre "**az gören**" tanımı ise; görme keskinliği **20/70 ile 20/200** arasında olan bireylerdir. Anlamı ise, normal gören bireyin 6 m.' den gördüğünü, az gören birey 2 m. ile 60 cm. arasındaki mesafeden görebilmektedir.

Eğitsel Tanım:

Görme yetersizliğinin eğitsel tanımına göre "**kör**"; görme yetersizliğinden çok ağır derecede etkilenen, eğitimde dokunsal ve işitsel materyallere ihtiyaç duyan bireylerdir. Bu bireyler görme duyusunu öğrenme amacıyla kullanamaz. Okumada mutlaka kabartma alfabe (Braille alfabesi) ya da konuşan kitapların kullanılmasına ihtiyaç duyarlar.

Eğitsel açıdan "**az gören**" ise; görme duyusunu öğrenme amacıyla kullanabilen kişidir. Az gören bireyler görme potansiyellerini en üst düzeyde kullanabilmek için gözlük, büyüteç gibi araç gereç-

Görme yetersizliği olan Birey: Görme yetersizliğinden çok ağır derecede etkilenen, mutlaka kabartma alfabe (Braille) ya da konuşan kitapların kullanılmasına ihtiyaç duyan bireylerdir.

Az Gören: Büyütücü araçlar yardımıyla ya da büyük puntolu yazılı materyali okuyabilen bireylerdir.

lerle, büyük puntolu yazı, aydınlatma, zıtlık gibi materyal ve çevre düzenlemelerine gerek duyarlar.

Görme yetersizliği olan bireylerin özellikleri:

- İnsanların dış dünyadan aldıkları bilgilerin %90'ını görme kanalıyla aldığı tahmin edilmektedir. Ancak bu, görme yetersizliği olan çocukların görenlerden %90 daha az bilgi alacağı anlamın gelmez. Görme yetersizliği olan çocukların diğer duyu organlarını da bilgi edinme amacıyla kullanacağı anlamına gelir.
- Diğer duyu organları daha fazla gelişmiştir. Böylece dikkat, yoğunlaşma, ayrıntıları fark etme yeteneği geliştirmişlerdir. Görme yetersizliği olanlar, dikkatlerini yoğunlaştırarak daha iyi ayrım yaptıklarından dolayı işitme ve dokunma duyularını daha iyi kullanmaktadırlar.
- Zihinsel ve fiziksel gelişimlerinde bir gerilik ya da farklılık yoktur.
- Görme yetersizliği olan bireyler oldukça sosyaldirler ve sosyal faaliyetlere, özellikle de müziğe karşı ilgileri yükündür.
- Bağımsız hareket etmekte güçlük çekerler.
- Bilişsel yeteneklerde ve ya kavramsal gelişimde gecikme gözlenir.
- Kavramsal gelişimleri, normal çocuklara oranla daha geridir. Özellikle soyut kavramlarda, soyut

düşünmede başarı düşüktür. Bunun nedeni ise uygun öğrenme yaşantılarının olmayışdır.

- Görme yetersizliği olan çocukların en fazla sıkıntı çektikleri bir konu da alan kavramıdır. Çünkü diğer duyularını kullanarak öğrenme çabası göstermekte alana ilişkin bilgilerde diğer duyuları sınırlı kalmaktadır. Alan kavramına ilişkin bilgileri daha çok dokunma duyusu aracılığıyla elde ederler.
- Görme problemi olan çocuklar ilgisini çekebilecek bir eşyayı fark edememe, nesneyi gözleriyle takip edememe, renkleri ayırt edememe, sık sık eşyalara çarpma, sık sık düşme ya da sağa sola amaçsız uzanma gibi sorunlarla karşılaşabilirler.
- Tutma, bırakma, yemek yeme, giyinme ve benzeri birçok motor beceri yetişkinlerin gözlenip taklit edinmesi sonucu öğrenilir. Görme yetersizliğinden etkilenen özellikle de hiç görmeyen çocuklar yetişkinleri gözlemleyemediklerinden, taklit etmede güçlük yaşamaktadırlar.
- Görme yetersizliği olan çocuklarda yetersizliğinden dolayı el-göz koordinasyonu yoktur. Eğitimlerinde ağırlıklı olarak kulak - el işbirliğini geliştirmeye çalışılmalıdır.
- Bilişsel gelişim duyuların kullanılmasını gerektirir. Çünkü zihinde bulunan her şey önce duyular aracılığıyla algılanır. Bir çocuğun dokundukları, işittikleri, gördükleri, tattıkları ve kokladıkları çevreye karşılık gelen bir model olarak içselleştirip depolar. Görme yetersizliği olan çocukların görme duyusu yoksunluğu çoğu bilgilerden yoksun kalmalarına neden olur. Bunun için görme yetersizliği olan çocuğa, dokunma duyusunu aktif kullanabileceği uyaranlar sunulmalıdır.
- Görme yetersizliği olan çocuk göz teması kuramaz, mimik ve jestlerle kendini ifade edemez. Yetişkinlerin dikkatini çekmek için stratejilere sahip değildir. Bu nedenle öfke nöbetleri geçirebilir huysuz olabilir. Bu yolla çevrenin dikkatini çekebildiğini keşfettiğinde sözlü iletişim yerine ağlama ve mızıklamayı seçebilir.
- İşitsel olması nedeniyle görme güçlüğü olanların dil gelişimlerine olumsuz etkisi yok denecek kadar azdır.
- Konuşmaya yeni başlayan görme yetersizliği olan çocukların konuşmalarında ekolali (sözcüklerin anlamsız şekilde tekrarı) denen bir özellik gözlenebilir. Bunun nedeni çocuğu iletişim anlamı taşımayan dil yaşantılarına maruz kalmasıdır. Ortada işitsel girdi var ancak anlamlı işitsel girdi olmadığı için anlamsız sözcük tekrarları yapmaktadırlar.

GÖRME YETERSİZLİĞİNİN DİL, KONUŞMA VE İLETİŞİM BECERİLERİ ÜZERİNDE Kİ ETKİSİ

Gören çocuklarda görme, altı ay civarında çevre hakkında temel bilgi kaynağı haline gelir. Görme duyusu küçük çocuğa dünyayı bütünleştirmiş bir biçimde sunar. Çocuğa yakın çevresi dışındaki nesnelere ve kişiler hakkında da bilgi sağlar. Görme olmadığında birey dünyayı öğrenmek için kendi incelemelerine ve başka insanların anlatımlarına güvenmek zorunda kalır. Görmeden, kendi kendine inceleme küçük bir çocuğun bulabileceği bilgi miktarıyla sınırlıdır. Çevredeki birçok nesne küçük çocuğun dokunarak veya işitme yoluyla inceleyebilmesi için çok büyük ya da çok küçük ve çok so-yuttur. Sözel tanımlar ise, tanımı yapanın bakış açısına bağlıdır ve eksiktir. Bu nedenle kör çocuklar

çevredeki olayları ve nesnelere bütünüyle anlayamazlar. Kör çocukların çevrelerini tanıyıp öğrenmeleri için özel ilgi ve doğru desteğe ihtiyaçları vardır.

DİL GELİŞİMİ

Görme yetersizliği olan çocukların dil yetenekleri dilin gelişimine ve kazanılmış dile bakıldığında gören çocuklardan anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Çocuğun iletişimi için en önemli kanal işitmesi olduğundan dili kullanma isteği gören çocuklardan çok daha fazladır. Sözel anlatıma düşkünlüdürler. Bazen uygun olmayan şekilde çok soru sormakta, o andaki olayla hiç ilgisi olmayan dayanıksız ifadeler kullanabilmektedirler.

Görme yetersizliği olan çocuklarla gören çocukların dil gelişimleri karşılaştırıldığında aşağıdaki farklılıklar gözlenmektedir;

- Görmeyenlerde ses değişikliği daha az görülmektedir.
- Monoton bir sesle konuşmaktadırlar.
- Görmeyenler, görenlere oranla daha yüksek sesle konuşurlar.
- Görmeyenlerin konuşma hızı daha düşük olabilir.
- Jest ve vücut hareketlerini, anlatımda kullanırken yetersizlik gösterirler.
- Görmeyenler ses üretiminde dudak hareketlerini daha az kullanırlar.

Konuşma becerisinde en büyük sorunlar doğuştan görme yetersizliği olan ya da beş yaşından önce görme yetisini yitirmiş öğrencilerde karşımıza çıkmaktadır. Çünkü bebek sadece işittiğini taklit etmek zorunda kalmakta, diğer insanların sesleri nasıl çıkardığını ise görememektedir. Bu nedenle doğuştan görme yetersizliği olan çocuklarda dil ediniminde ve dili kullanmada sorunlar oluşmaktadır.

Bireyin dili öğrenmede görsel unsurlardan yararlanamaması konuşma becerisinde önemli bir yeri olan jest ve mimiklerin kullanımında eksikliklere neden olmaktadır. Özellikle doğuştan görme yetersizliği olan, körlük tikleri adı verilen bazı tepkilere rastlanır.

Bunların başlıcaları;

- Yüzünü yukarı kaldırıp başını iki yana sallamak,
- Baş eğik durmak,
- Ellerini gözleri önünde sallamak,
- Yumruğuyla gözlerini ovuşturmak,
- İleri geri sallanmak, kendi etrafında dönmektir.

Bu tip özelliklerinin olması öğrencinin jest ve mimiklerini etkili kullanmasını engellemektedir. Gören çocuklar anne babalarıyla göz kontağı kurabilirler. Onların yüzüne bakar ve gülümserler. Bu, anne babanın bebekle etkileşimini pekiştirir. Gören bebekler nasıl dikkat çekeceklerini bu dönemde öğrenirler. Anne babalar, çocuğun ilgisini çeken nesnelere arayıp bulur, onlar hakkında konuşurlar. Gören bebek göz teması, işaret etme, mimikler gibi konuşma öncesi iletişim örüntülerini bol miktarda kullanır ve karşılığını alır. Görmeyen bebekler ise; anne babalarını göremediklerinden onlara karşı genellikle **gülmezler. Anne babalar bunu yanlış yorumlayarak bebeğin kendilerine**

fazla bağlanmadığını düşünebilirler. Bu durum, bebekle iletişime girme çabalarında bir azalmaya neden olur. Görmeyen çocuk göz teması kuramaz, mimik ve jestlerle kendini ifade edemez. Yetişkinlerin dikkatini çekmek için stratejilere sahip değildir. Bu nedenler öfke nöbetleri geçirebilir. Huysuz olabilir. Bu yolla çevrenin dikkatini çekebildiğini keşfettiğinde sözlü iletişim yerine ağlama ve mızıklamayı seçebilir.

Görme yetersizliğine sahip çocukların konuşmayı öğrenmesi, hem onlar hem de aileleri için büyük bir gelişim olarak kabul edilir. Görme yetersizliğine sahip çocuk ailesinin dikkatini çevrede oluşan bir olay üzerine gören bir çocukta olduğu gibi çekemez. Çocuk sesleri dinler, dokuları ve kokuları hisseder; fakat bunlarla ilgili her hangi bir dilekte bulunamaz. Bir diğer zorluk da ailelerin ve öğretmenlerin yaklaşımlarından gelebilir.

Örneğin; Bir uçak geçtiğinde gören bir çocuğun ailesi “*Bak uçak geçiyor. ” derken diğer durumda “ Duyuyor musun? Uçak geçiyor. ” dediğinde çocuk için daha anlamlı bir mesaj iletmış olur.*

Bir başka örnekte ise “*Oyuncağımı şuraya koy ” cümlesi görme yetersizliği olan bir çocuk için yeterince anlamlı değildir. “Oyuncağımı masanın üzerine koy ” dediğinde yerle ilgili ipucu da verilmiş olur.*

Görme yetersizliğine sahip çocuk konuşmaya başladığında, karşılaşacağı bir başka sorunda konuşacak konu sınırlılığdır. Çevresine olan biten her şeyin farkında değildir. Gören bir çocuk “ Bu Nedir? ” sorusunu daha önce sorduğundan çevre ile ilişki daha geniş bir kavram çerçevesine sahiptir. Görme yetersizliğine sahip çocuk bir objeyi isterken, gören çocuklara göre bu beceriyi daha geç edinir. Bununla birlikte çocuğun, konuşmasının ona istediği şeyleri sağlayabildiğini fark ettiğinde, konuşma becerileri ve kelime hazinesi olağanüstü bir hızla gelişmeye başlar. Kelime hazinesi yaklaşık 50’ye ulaştığında kelimeleri yan yana getirmeye başlar. Gören çocuktan farklı olarak bu kelimeler topluluğu kullanışı, kendi hareketleri ile ilişkili olarak kısıtlı kalır. Diğer çocuklar ise insanların aktiviteleri, gözünün önünde olan olaylar, istediği şeyler ve bunların nerede olduğuna ilişkin varsayımlardan bulunmak gibi geniş bir yelpazede dili kullanır.

Konuşmaya yeni başlayan görme yetersizliği olan çocukların konuşmalarında **ekolali** denen bir özellik gözlenebilir. Ekolali, birtakım cümlelerin anlamsız şekilde tekrar edilmesidir. Bunun nedeni, çocuğun iletişim anlamı taşımayan dil yaşantılarına maruz bırakılmasıdır. Örneğin; çocuğun televizyonun karşısında saatlerce oturması. Burada bir işitsel uyaran vardır, ancak çocuk için anlamlı işitsel girdi yoktur. Bunun yerine az sayıda da olsa çocukla etkileşim içindeyken ona dil girdisi vermek dil gelişimi açısından daha yararlıdır.

Görme yetersizliği olan birey, dil becerileri geliştikçe birtakım problemler yaşayabilirler.

Örneğin; görme yetersizliğine sahip çocuklar kendi cümlelerini oluşturmaktansa ailelerinin daha önceden kullandığı cümlelerden yararlanmayı tercih ederler. “Ben”, “sen” zamirlerini kullanırken sıklıkla karıştırabilirler. Zaminin kime yönlendiği ile ilgili problem yaşayabilirler.

Anne “Ağzım nerede” diye sorduğunda, çocuk kendi ağzını işaret edebilir.

Görme yetersizliğine sahip çocuklar “sözcülükten” etkilenmiş olabilirler. Kelimelerin anlamlarını gören çocuklardan farklı olarak, kavramların içeriklerine tam olarak dayanmadan kullanabilirler.

Örneğin; Bulut kadar hafif, limon sarısı, yakamoz gibi görme ağırlıklı kelime ya da kelime gruplarından bahsederken içerdikleri anlamlara tam olarak sahip olmayabilirler.

Ayrıca kelimeleri gören çocuklardan daha farklı yorumlayabilirler. Örneğin; Landau ve

Gleitman'ın 1985'te yaptıkları araştırmada, üç yaşındaki gören ve görmeyen çocuklarla çalışırken, onlardan yukarı bakmalarını istediklerinde gören çocuk başını yukarı kaldırırken, görmeyenin kollarını başının üzerine kaldırdığını gözlemişlerdir. Gözleri bağlı olan gören çocuklarsa başlarını geriye doğru atmışlardır. Tüm bunlardan çıkarılacak sonuç; dil öğreniminde ailenin ve öğretmenin, çocuğun dünyasını ne derece anladığı, önemli bir faktör oluşturmaktadır. Ailenin ve öğretmenlerin; çocuğun çevresini deneyimine nasıl kattığının farkındalığına sahip olması dil becerilerinin kazanımına olumlu bir etmendir.

Görme yetersizliği olan çocuklarda dil gelişimini desteklemek için şunlar önerilebilir:

- Fiziksel temas, çocuğun gülümsemesine ve babıldamasına yardımcı olabilir.
- Çocuğun istek ve ihtiyaçlarını tahmin etmek yerine onun ifade etmesini beklemek,
- Çocuğa dokunduğu nesnelere isimlerini söylemek, bunlarla ilgili konuşmak, çocuğun yaptığı hareketleri betimlemek,
- Kavramları anlatmak yerine doğrudan yaşantı sağlamak gerekir.

Dilsel İfadenin Gelişimi İçin Yapılabilecekler

- Hangi sesin kime ait olduğunu kazandırmak için konuşanın kim olduğunu söylememiz yeterli olacaktır.
- Trafiğin, rüzgarın, ateşin yanması ve suyun akması gibi diğer sesleri dinlemesine dikkatini çekiniz ve bu sesleri ve özelliklerini açıklayınız. Böylece çocuğun çevresini tanımaya yardım etmiş olursunuz.
- Çocuk nesnelere göremediğinden, onların adlarını kolayca öğrenemez. Bu nedenle bazı sözcükleri bilse bile, anlamlarını bilemeye bilir. Nesnelere eleriyle dokunarak, yoklayarak, koklayarak ya da seslerini işiterek tanıttığında, kelimelerin anlam kazanmasına yardımcı olunabilir.
- Görme güçlüğü olan çocukla konuşurken, adını söylerseniz, kendisiyle konuşulduğunu anlayabilir.
- Görme güçlüğü olan çocuktan dileklerinizi “şunu bana ver”, “işte orada” gibi görmeye dayalı cümlelerle ifade etmek yerine, “sağ ayağımın yanında duran küpü bul” ve “masanın sağ üst köşesinde duruyor” gibi cümlelerle ifade ederseniz, çocuğun dilinin gelişmesine ve bağımsız bir şekilde nesnelere bulmasına yardım etmiş olursunuz.
- Çocuğun dikkatli olması gerektiğinde, tehlike durumunda ve mutlu olduğunuzda, sesinizi farklı biçimlerde kullanın. Daha sonra ise çocuk ses tonlarına dikkat ederek bu ortamları ayırabileceklerdir.
- Tamamen görmeyen çocuğun konuşması, görsel yaşantıların olmaması nedeniyle uyarılmıyor olabilir. Eğer nesne görülmeyecek olursa, onu arzulamaya, isimlendirmeye ve istemeye gerek kalmaz.
- Her kelimeyi canlandırmak olası olmayabilir. Bu durumlarda özel açıklamalar yeterli olmayabilir. El sallama ve onaylama gibi durumların açıklanması sırasında, elle kafayla yapılan harekete ek olarak vücudun pozisyonuyla uyum olmasına da dikkat edilmelidir.
- Görme güçlüğü olan çocuklarla görenler arasında yaşamlarını bir arada sürdürmeleri nedeniyle

dokunurken, “görebiliyorum” ve “görme”, “görünüm” gibi kelimeleri kullanmaları engellenmemelidir. Göremiyor bile olsa renklerin adlarını ve çimenin yeşil, gökyüzünün mavi olduğunu öğrenmesinin bir sakıncası yoktur.

- Tüm çocuklar öykü okunmasını ve anlatılmasını severler. Öykü gurubunda olduğu zamanlar, görme yetersizliği olan çocuğun çok hoşuna gideceği gibi, dilinin gelişmesine katkısı olur. Eğer çocuk anlatılanı anlamaz ve size sorular sorar ise hiç kızmadan sabırlı bir şekilde açıklayınız ve sorularını cevaplayınız. Öyküde geçen nesne, hayvan ve şekiller hakkında; dokunsal ya da işitsel materyallerle destekleyerek bilgi veriniz. Az gören ise, resim ve şekilleri görmesine imkan vererek tanıttınız.

DUYUSAL GELİŞİM

Duyusal gelişim, bütün duyu organlarımızla (görme, işitme, koklama, tatma, dokunma) almış olduğumuz bilgileri birleştirerek kullanmayı öğrenmeyi kapsar. Duyusal gelişim daima birbirinden ayrı gelişim alanları değildir. Bilişsel gelişimin bir parçası olarak ele alınır. Çünkü duyarımızın gelişimi ancak onlarla sağladığımız bilgileri kullanım biçimimize dayanır. Buna bağlı olarak tüm duyu kanallarıyla sağladığımız öğrenmelerin önemi ortaya çıkmaktadır. Bunun doğal sonucu olarak görme gücü zedelenmiş olan bir çocuğun tüm gelişim alanlarında engellenme söz konusu olacaktır. Erken gelişim evresindeki tüm öğrenmelerin %90'nın görmeyle sağlandığını belirleyen araştırmalar bulunmaktadır. Ancak görme yetersizliği olan bir çocuğun öğrenmesinde böyle bir avantaj söz konusu değildir. Çocuk, işitme, koklama, tatma ve dokunma duyarlarından sağlanan bilgilere dayanmak zorundadır. Bu oldukça güç bir iştir. Görme yetersizliği olan çocuk çevresinde bulunan kişiler ve nesnelere hakkında bilgileri duyarlararası işbirliğine dayalı olarak öğrenir. Duyulararası işbirliği; bir duyu kanalından elde edilen bilgiyi bir başka duyu sistemi için kullanma sürecidir.

SOSYAL GELİŞİM

Diğer insanlarla ilişki kurmanın genel olarak ilk basamağını göz kontağı kurma oluşturur. Gören insanlar arasında iletişim ve tepkiler yüzdeki ifadeler ile algılanabilmektedir. Gülümseme, esneme, kaşlarını çatma gibi mimikler gören bireylere karşısındakinin dikkat, ilgi ve anlayışı hakkında ipucu verir. Ek olarak vücut duruşları da gören çocuklara pek çok ipucu sağlar. Görme yetersizliğine sahip çocuğun yüzü genellikle ifadesiz ve donuk olabilir. Ayrıca aileyle göz kontağı kuramaması çocuk ve aile arasındaki ilişkide belli bir soğukluğu getirdiğinden, ailenin stres altına girmesine neden olabilmektedir.

Görmeyen bir bebekle ilişki kurma, gören bebekten oldukça farklıdır. Göz kontağı ve yüz ifadesindeki eksiklik ve çevre hakkındaki kısıtlı anlayışından dolayı çocuğun ilişki kurmak için daha az istekli olduğu ön yargısının gelişmesine yardımcı olmaktadır. Aslında bu durum aldatıcıdır. Gerçekte çocuk kendi yoluyla ilişki kurmaya çalışmaktadır. Aileler çocuğun seçtiği yöntemin farkına vararak ona yardımcı olduklarında sıcak ilişkiler için ilk adım atılmış olur.

Görme yetersizliği olan bireylerin yaşamak zorunda olduğu dünya, hareket özgürlüğünün yaratıldığı sorunlarda düşünülürse oldukça sınırlıdır. Ayrıca anne-babanın ve çevresindeki kişilerin çocuğa

Görme yetersizliği olan bireylerin, dış dünya ile ilişkileri diğer duyu organlarına bağlı kalmıştır. Gözün işlevini yapamaması çocuğun içe dönük, etrafına karşı ilgisiz olmasına neden olabilmektedir.

karşı gösterdikleri aşırı koruma, acıma, dışlama, ihmal gibi tavırlar bu çocuklarda iletişim bozukluklarına yol açarak sosyal çevreye uyumu zorlaştırmaktadır.

İLETİŞİM BECERİLERİNİN GELİŞİMİ

İletişim becerileri sadece konuşmayı kapsamaz. Jestler, beden dili, okuma yazma, ağlama hatta homurdanma iletişim becerileri içindedir. Sesleri ve sözleri taklit etmede görme yetersizliği olan çocukların bir sorunu bulunmamaktadır. Çok hızlı biçimde sözlü oyunları, şarkıları ve çocuk tekerlemelerini öğrenirler. Bazı durumlarda çocuğun göz kontağı kuramaması ailesini kendinden uzaklaştırabilir. Bu sürecin uzun sürmesi durumunda iletişim tehlikeye girer.

İletişim görsel ipuçlarına bağımlı olarak gerçekleşir. Görme yetersizliğine sahip bir çocuk, bu ipuçlarından mahrum kalarak iletişimde belli problemlerle karşı karşıya kalır. Özetle, gören çocuk hareket eden bir şey gördüğünde onu işaret edebilir. Ailesine bakarak nesne ile ilişkili ses çıkarabilir. Görme yetersizliğine sahip çocuklarda ise, ses çıkarma işlemi onların dinleme işlem süreçleriyle çakışacağından, gören çocuklarda işleyen sistem yetersiz kalır. Görme ağırlıklı sözel olmayan iletişimde ise, jest ve mimiklerden mahrum kalarak ailesinin ona nasıl dokunduğu ve ses tonuna dayalı farklı bir tür bilgi alma mekanizmasından yararlanır. Bazı durumlarda ise gerçek bilgiye ulaşmakta zorluk yaşayabilir. Örneğin; ailesinin kızgın bir şekilde konuşmasını, o anda var olan yüzlerindeki gülümsemeyi göremediğinden yanlış yorumlayabilir. Konuşmayı öğrendikten sonra ise, bu zorluklar atlatılmış olur.

Bazı aileler görme yetersizliğine sahip çocuklarıyla ne konuşacaklarını bilemediklerinden ya hiç konuşmazlar ya da hiç susmamacasına konuşurlar. Gören çocukların aileleri ise konuşma konusu olarak ortak paylaşılan görsel bir deneyim üzerine iletişimi kurduklarından zorluk yaşamazlar. Görsel duyu diğer duylara baskın gelir. Diğer duylarla ilgili ortak paylaşılan bir şey olsa da görsel olanlar her zaman ağırlıklı olarak tercih edilir. Gören bir çocuk, bir şeyi hareket ederken görebilir, onu işaret edebilir, ailesine doğru bakabilir, kendi başına ses çıkarabilir; böylelikle ilk sözel olmayan iletişimi kurabilir. Görme yetersizliğine sahip çocuk ise, dinlemekle birlikte böyle bir iletişime ya da istediği noktaya ailesinin dikkatini çekmeyi sağlayamaz. Daha çok ailesinin ona dokunuşları üzerinde yoğunlaşır. Bir süre sonra ses tonundan bir şeyler çıkarmaya başlar; fakat aynı anda ailesinin yüzünü göremediğinden bunu başarmakta da ilk başlarda oldukça zorlanır.

Görme yetersizliği olan bireyler, insanların yüzlerini ve eşyaların görünümünü canlandırma-dıkları için onlarla iletişimlerinde pasif ve anlamsız bir yüz ifadesine sahiptirler. Gören bireylerle konuşurken çoğu zaman duyarsız, ilgisizmiş gibi görünürler. İletişim kurarken yüz ifadesini değiştirmede güçlükleri olabilir.

Tüm bunların üstesinden çocuk konuşmayı öğrendiğinde gelinmiş olur. Dil onun çevresindeki dünyayı keşfedişinde yeni ufuklar açar. Görme yetersizliğine sahip erişkinler, gören bireylerle çok başarılı bir şekilde iletişime girebilmektedirler.

Görme yetersizliği olan bireyler bilgilerin çoğunu dinleme yoluyla elde ettiği için dinleme becerilerinin gelişmesi gerekmektedir.

Dinleme Becerileri: Görme yetersizliği olan bireyler önemli oranda bilgiyi dinleme yoluyla edinirler. Bu bireyler iyi dinleme becerilerine otomatik olarak sahip olmazlar. Bu nedenle, dinleme becerilerinin geliştirilmesi eğitim programının önemli bir unsurudur. Dinleme, seslerin farkında olma, sesleri ayırt etme, sesleri anlamlandırma gibi becerileri içerir. İyi dinleme becerisine sahip olmak, çocuğun sözcük dağarcığını, konuşma, okuduğunu anlama ve yazma becerisi üzerinde olumlu etkileri vardır.

GÖRME YETERSİZLİĞİ OLAN BİREYLERDE YAZILI İLETİŞİMİN ÖNEMİ



Görme yetersizliği olan bireyler okuma yazmayı Braille Alfabeti ile öğrenirler. Diğer insanlar için yazı ne kadar önemliyse görme yetersizliği olan bireyler için de yazı o kadar önemlidir. 1830 yılına kadar görme yetersizliği olan bireyler kendilerinin okuyup yazabileceği bir yazı sistemine sahip değillerdi. Yazılı bilgi kaynaklarından yararlanma olanakları yoktu. Eğitim almakta güçlüklerle karşılaşıyorlardı. İşitme yoluyla sürdürülmeye çalışılan eğitimlerde görme yetersizliği olan bireyler çok sınırlı konularda ve sınırlı düzeylerde yetiştirilebiliyordu.

1830 yılında, 6 yaşında tamamen görme yeteneğini kaybeden **Fransız eğitimci Louis Braille**, görme yetersizliği olan bireylerin şu anda kullanmakta olduğu 6 noktadan meydana gelen yazı sistemini buldu ve Braille Alfabetini oluşturdu. Louis Braille'in görme yetersizliği olan bireyler için icat etmiş olduğu bu yazı sisteminin okullar tarafından kabul edilmesi ise kısa sürede mümkün olmadı. Örneğin; 1854 yılında Fransa'da, 1860'da Amerika Birleşik Devletlerinde, 1868'de İngiltere'de ki okullarda kullanılması kabul edilebilmiştir. Böylelikle, Braille yazı sayesinde görme yetersizliği olan bireylerin önündeki engellerden önemli birisi ortadan kaldırılmış ve onlar için yeni ufuklar açılmış oldu. Okul, kütüphane, gazete, kitap gibi kavramlar onlar için de somut ve işlevsel kavramlar haline gelmişti.

BRAİLLE ALFABESİ

Görme yetersizliği olan bireyler için evrensel bir yazı sistemi olarak günümüzde kullanılan bu alfabe; iki kolon taşıyan dikdörtgen düzen üzerine dizilmiş 6 kabartılmış noktadan oluşur. Her iki kolonda üçer nokta bulunur. Noktalardan her biri 64 farklı kombinasyondan birini oluşturması için farklı şekillerde dizilir (Şekil 1).

a	b	c	ç	d	e	f	g	ğ	h	ı	i	j	k	l	m

n	o	ö	p	q	r	s	ş	t	u	ü	v	w	x	y	z

Şekil 1. Braille Alfabesi

Bu yazıyı yazmak üzere 6 noktalı yuvalardan oluşan şablon biçiminde tablet adı verilen yazma araçları geliştirilmiştir. Kalınca karton arası açılan tabletin arasına konur ve ince, sivri uçlu kalemle tabletin bir kanadındaki boşlukların içinde belli nokta yerlerine basılarak kağıdın alt tarafına kabartılar halinde noktaların çıkması sağlanır. Bu araçlarla yazı tersten yazılır ve kağıt çıkarıldığında ters çevrilerek yazının düz şekliyle okunması sağlanır. Braille Yazı, her dilin kendi alfabesine göre uygulanmaktadır.

BRAİLLE YAZININ SOSYAL HAYATTAKİ ÖNEMİ VE YERİ

Yazının kişisel, toplumsal, ulusal ve evrensel düzeyde gördüğü önemli işlevleri vardır. Görme engelli olmayan insanlar için yazı ne kadar önemli ise, görme engelliler için de o düzeyde önemlidir. Braille yazı sisteminin olmadığı önceki yıllarda görmeyen insanlar, kendilerinin kullanabilecek bir yazı sistemine sahip olmamaları nedeniyle karanlık bir dünyada yaşıyorlardı. Çünkü o döneme kadar diğer insanlar gibi, okuma - yazma ve yazılı kaynaklardan yararlanma olanağına sahip değillerdi. O günlerde teknolojik gelişme düzeyinin sonucu olarak bu eksikliği bir ölçüde telafi edebilecek sesli materyaller de bulunmuyordu. Görme engellilerin bir yazı sistemi olmadığı için eğitim ve iş gibi temel haklardan neredeyse faydalanılamamaktaydı. Kulak yoluyla sürdürülmeye çalışılan eğitim çok sınırlı kalıp bilgiler unutulup sabit kalamıyordu.

Yazı öncesi görmeyenlerin toplum yaşamında ki yerleri ve buna bağlı olarak da yapabildikleri işler oldukça sınırlıydı. Oysa şimdi Braille yazı görmeyen bireylerin diğer insanlarla eşit şartlarda iletişim kurabilmesini, kültürel mirası tanıyıp anlayabilmesini ve en önemlisi yeni düşünüş biçimleri geliştirerek geniş bir yaşam utkuna sahip olmasını sağlıyor. Tıpkı diğer insanlar gibi okuyup yazabiliyor, akademik eğitim alabiliyor, toplumu daha iyi ve yakından tanıyıp kendilerini de daha iyi tanıtarak sürekli gelişip değişen dünya koşullarına uyum sağlayabiliyorlar.

Hayata bir eksik duyuyula katılan görmeyen birey için yazı; dünya ile bütünleşme, kendini ve çevresini daha iyi bilme ve hayatta bir birey olarak var olabilmesinin en önemli ön koşullarından biridir. Braille Yazı, görmeyen bireylerin sosyal hayattaki özgürlüğünü artırarak, okul ve diğer sosyal alanlarda uyum sürecini kolaylaştırmaktadır. Görme engelli bir birey, okula başlayıp, Braille yazıyı

öğrendikten sonra en büyük özgürlüğüne kavuşur. Böylelikle; kendisini ifade etmek, taleplerini dile getirmek, ulaşmak istediği mercilere ulaşabilmek için hayatında yazıyı önemli bir yere koymuş olur.

Teknolojinin gelişmesiyle Braille Yazı önemini daha da artırmış, her alanda kullanılmaya başlanmıştır. Bilgisayar teknolojisinin de gelişmesiyle Braille ekranlar, telefonlar, braille yazıcılar geliştirilmiştir ve ekran okuyucu programların yardımıyla Braille yazıdan daha da çok faydalanma imkanı doğmuştur.

Teknolojinin gelişmesiyle cep telefonları, bilgisayarlar vb. erişimde zamanı kısaltmıştır. Ne var ki bu yollara ulaşmak, bu teknolojiyi edinmek herkes için pek de kolay değildir. Ayrıca ulaşılsa bile bu teknolojik aletler görmeyen bireylerde bir takım eksikliklere neden olmaktadır. Gören bir insan, baktığı bir yazıyı göz sayesinde, direk beyine gönderebiliyor ve dolayısıyla algılama gücü yüksek ve kalıcı olabiliyor. Görme engelli bireyin için de Braille yazıyla aynı şey mümkün. Ancak, teknolojinin sağladığı araçlar, kulağa hitap ettiği için, başta dikkat dağınıklığı, bir anlık dalgınlık gibi nedenlerle beyne gönderilen bilgilerde bir kopukluk ve eksikliklerin olması olası.

Dinlemek ile okumak birbirinden çok farklıdır. Okurken her sözcüğü, her cümleyi üzerinde durarak değerlendirmek mümkünken, dinleme sırasında böyle bir şey mümkün değildir. Okurken bir konuyu kavramak, dinlerken kavramaktan daha kolaydır. Ses kayıt cihazlarına, Cd'lere kaydedilmiş kitapları dinlemek, yazıyı bilmeyenler için veya aranan materyallerin yazılı olarak bulunamadığı durumlarda bir zorunluluk olarak kabul edilebilir. Ancak; Sesli kitaplar, birinci derecede tercih edilen bir öğrenme ve bilgi alma yöntemi değildir. Ayrıca; görmeyen bir bireyin yapacağı bir konuşmayı yazılı olarak hazırlaması, bilimsel bir konu üzerinde kütüphanedeki braille yazılı kaynaklardan araştırma yapması, bir müzik aletinde çalacağı eserin notalarını Braille kaynaklardan bulup ezberlemesi braille yazının ne kadar önemli olduğunu ve bu yazıyı bilen görme engelli bireyler için ne büyük mutluluk verici olay olduğunu gösteren olanaklardır. Dünyaca tanınan Amerikan Körler Federasyonu Başkanı Jernigan Braille yazının önemini belirtmek için şu ifadeleri kullanıyor: "Braille yazıyı okuyan görme özürlü kişi kendisini bir konser salonundaymış gibi hisseder. Kağıt üzerinde parmaklarına dokunan harfler ve sözcükler sanki bir orkestranın enstrümanları gibidir."

Braille Yazı sadece iş ve eğitim alanlarında değil, günlük yaşamda da bir takım kolaylıklar sağlamaktadır. Başkalarına bağımlılığı azaltmaktadır. Örneğin, adres, telefon ve not alma, alış- veriş listesi düzenleme, bütün cd ve kasetlerin üzerlerinin Braille Yazı ile etiketlenmesi, asansör düğmelerinin üzerinin yazılması, ilaç kutularının etiketlenmesi, ev kadınlarının aradığı baharatları kolayca bulmaları için üzerinin Braille Yazı ile etiketlenmesi gibi hayatı kolay kılan birçok şey yapılabilir.

Bütün bu unsurlar bir arada düşünüldüğünde Braille yazı ve buna bağlı olarak alınan eğitimin görmeyenlerin sosyal yaşama daha etkin katılıp; gelişen çalışma sahalarına, insanlığa da daha fazla katkı sunduğu gerçeğini yadsınamaz bir biçimde gözler önüne seriyor.

GÖRME YETERSİZLİĞİ OLAN BİR BİREYLE İLETİŞİM KURARKEN DİKKAT EDİLMESİ GEREKEN HUSUSLAR

- Görme yetersizliği olan bir kişiyle karşılaştığınızda nazik bir dille öncelikle yardım isteyip istemediğini sorun. İhtiyacı varsa yardım edin, yoksa ısrarcı olmayın. Bağımsız hareket becerisine sahip görme yetersizliği olan birey, sokakta kendi başına **rahatlıkla hareket edebilir**.
- Görme yetersizliği olan bireylerin yardıma en fazla ihtiyaç duyduğu yerlerden biri de trafiğin yoğun olduğu caddelerde karşıdan karşıya geçmektir. Uzaktan seslenerek “*Şimdi karşıya geçebilirsiniz*” demek bir görme yetersizliği olan bireye yardımcı olmak değildir ve çok tehlikelidir. Bu nedenle ona refakat ederek birlikte karşıya geçmesine yardımcı olunmalıdır.
- Görme yetersizliği olan biriyle konuşacağınız zaman öncelikle kendinizi tanıttin ve orada bulunan diğer kişiler varsa onları da takdim edin.
- Görme yetersizliği olan bireyle yüksek sesle konuşmanın tekrar edilen bir hata olduğu gözlemlenmiştir. Görme yetersizliği olan ile konuşurken normal bir ses tonu kullanın.
- Görme yetersizliği olan bir kişiyi yabancı olduğu bir alanda yalnız bırakmayın. Konuşma esnasında, kişiye ismi ile hitap edin. Yanından ayrılmanız gerektiğinde ona mutlaka bildirin. Hiç ses çıkarmadan ayrıldığınız takdirde sizi hala yanındaymış gibi düşünerek konuşmasını sürdürebilir.
- Görme yetersizliği olan bireyle birlikte yürürken onun, sizin kolunuzu ya da dirseğinizi tutmasına ve bir adım geriden sizi takip etmesine izin verin. İniş çıkışlarda her defasında “*İniyoruz, çıkıyoruz*” denilmesine gerek yoktur. İniş ve çıkışlara bir adım kala yavaşlamak yeterlidir. Bu şekilde iniş veya çıkışa geldiğini kolayca hissedebilir. Yol boyunca önüne **çıkan** engeller hakkında bilgi verin.
- Görme yetersizliği olan bireye rehberlik eden bir köpek varsa, köpeği severek ilgi dağıtmayın.
- Bir şeyi tarif ederken, görsel ipuçları içeren yönlendirmeler kullanmayın.
- Yönerge verirken açık ve net olunmalı. “*Sağ – sol*” kelimelerini kullanabilirsiniz ama “*orada*” - “*ileride*” gibi ifadeler kullanmayın. Çoğu kimse sağı-solu, karşıyından gelene göre değil kendi konumuna göre düşünerek yanlış tarif etmektedir. Görme yetersizliği olan kişinin daha çok şaşırmasına neden olan bu hususa dikkat edilmelidir.
- Herhangi bir nesnenin yerini tarif ederken, onun bulunduğu yere göre, “*sağ tarafta koltuğun yanındaki konsolun üzerinde*” gibi tanımlayıcı bilgiler verin.
- Eğer görme yetersizliği, ciddi bir tehlikeyle yüz yüze değilse, uzaktan komutlarla “*Sağa git, sola git, düz git*” şeklinde ona yardımcı olmaya çalışılmamalıdır. Çünkü bu tür ifadeler üst üste tekrarlandığında can sıkıcı hale gelir. Yardımcı olmak isteniyorsa, kolunu tutarak yol gösterilmelidir.
- Görme yetersizliği olan kişi bulunduğu odayı tanıttin. Odanın sağından başlayarak odadaki mobilyaları, duruş yerlerini, birbirlerine karşı konumlarını, görme yetersizliği olan bireyin dokunmasını sağlayarak tanıttin.
- Odada yalnız bırakmayın, uygun bir koltuğa oturmasına yardım edin.
- Görme yetersizliği olan kişiye oturacağı bir yeri gösteriyorsanız “*Şuraya oturun, buraya oturun*” şeklinde tarif etmeyin. Mümkünse elinden tutarak oturacağı sandalyenin arka kısmına dokunmasını sağlayın. Böylelikle kendisi sandalyeye kolaylıkla oturabilecektir.

- Görme yetersizliği olan birey okula gidiyorsa, ders yılı başında okul binası ve bu öğrenci için önemli bölümleri (tuvalet, kantin, yemekhane, kütüphane vb.) ve bu bölümlerin okul içindeki yerleşimleri öğrenciye tanıtılmalıdır. Aynı zamanda okul çevresi de (park, bahçe) öğrenciye tanıtılmalıdır.
- Evde, ofiste ya da sınıfta herhangi bir değişiklik yapıldı ise bu mutlaka görme yetersizliği olan bireye söylenmelidir. Eşyaların yeni yerleri tanıtılmalıdır.
- Görenler ile görme yetersizliği olan çocuklar arasında sosyal ilişkiler cesaretlendirilmelidir. Bunun için sınıfta oyun parkında etkinlikler düzenlenmeli, birlikte etkinlik yapmaları sosyal iletişim becerilerini artıracaktır.
- Görme yetersizliği olan bireylere yönelik etkinlikler hazırlanırken dokunma ve işitme duyularını hedef alan, doğrudan yaşantılar sağlayan, sözel iletişimi destekleyen etkinliklere yer verilmelidir.
- Anadili etkinliklerinde uygulanan şiir, bilmece, tekerleme, hikâye dinleme, anlatma ve drama çalışmaları, görme yetersizliği olan çocukların sözel ve dil alanının gelişiminde çok önemlidir. Ayrıca sosyal gelişimini ve grup içindeki iletişim becerisini geliştirecektir. Öz güven gelişimini desteklemenin yanı sıra duygu ve düşüncelerini ifade ederek duygusal yönden rahatlamasını sağlayacaktır.
- Görme yetersizliği olan birey birçok bilgiyi işitsel elde edebilmektedir. Öğretmen; yaptığı etkinlik hakkında bilgiyi, görme yetersizliği olan çocuğa sözlü olarak ifade etmeye dikkat etmelidir.
- Çocuğa tutabileceği nesnelere veriniz. Bu sırada tutmakta olduğu nesnenin ne olduğu, neye benzediğini ve nasıl kullanıldığını açıklayınız.
- Çocuğun çevresinde bulunan eşyaları iyi tanıyabilmesi için bu eşyaların özelliklerini ayrıntılı olarak anlatılması gerekir. Eğer, görsel uyaranların yerine işitsel ve dokunsal uyaranlar sağlanırsa, çocuğun gelişiminde gerilemelerin önüne geçilebilir.
- Görme güçlüğü olan çocuk için bir başka güçlük de, nesne hakkında pek çok şeyi bilmesine rağmen hiç elinde tutmamış olmasıdır. Okula başlamakta olan çocuklar, isimlendirdikleri nesnelere şekli ve yapısı hakkında hiçbir fikir sahibi olmayabilir. Bu durum daha çok nesnelere öğrenirken, o nesnelere öğrenirken elleriyle yoklamamasından kaynaklanmaktadır. Dille ilgili yaşantılar somut nesnelere birleştirilerek sunulmalıdır. Kavramların bilgilerin becerilerin kazanılmasında, dokunma, işitme, koklama ve tatma duygularından birlikte yararlandırılmalıdır.
- Görme yetersizliği olan bireye herhangi bir içecek ikram ederken eliyle çarpıp dökmemesi için “*çayımı veriyorum, suyunuzu veriyorum*” şeklinde önceden söylenmeli. Mümkün ise fincanı eline geçirerek kendisinin alması sağlanmalıdır.
- Bir arabaya binmesinde yardımcı olurken aracın ön veya arka kapı olduğunu belirtmeniz yeterli olacaktır.
- Görme yetersizliği olan bir kişinin elbisesi üzerinde bir leke varsa onu kendisine uygun bir ortamda uygun bir dille söylemekten çekinilmemeli, parmağını o lekenin üzerine koyarak leke olan yer gösterilmelidir.
- Konuşma becerisinin geliştirilebilmesinin temelinde çocuğun teşvik edilmesi bulunmaktadır. Çocuk; konuşmaya, düşüncelerini ifade etmeye teşvik edilmeli, bu konuda çocuğa gerekli dönütler verilmelidir. Bu durumda çocuğun hem konuşma ve kendini ifade etme becerisi hem de sosyal becerileri gelişecektir.

- Günlük konuŖmanın bir parçası olan “*Bak!*”, “*Gördün mü?*”, “*GrŖrz*” gibi ifadelerin kullanılması gayet normaldir. Bu sözcükleri görme yetersizliği olan bireylerde kullanır.

KAYNAKLAR

1. İŖitme, KonuŖma ve Görme Sorunları Olan ğrencilerin Eğitimi, Anadolu Üniversitesi Açık ğretim Fakültesi Okul ncesi ğretmenliği 3. Baskı Yayın No: 803 (EskiŖehir / 2005)
2. ATAMAN AyŖegl, zel Gereksinimli ocuklar ve zel Eğitime GiriŖ, 2. Baskı, Gündüz Eğitim ve Yayıncılık, (Ankara/ 2005)
3. T.C. Milli Eğitim Bakanlığı ocuk GeliŖimi ve Eğitimi Görme Engelliler (Ankara / 2013)
4. Görme Engelli Bireyler Destek Eğitim Programı (2008/ 4).
5. www.tbmm.gov.tr/yayinlar/broŖrler/engellilerle/doğru/iletisim
6. www.turkcearastirmalari.gazi.edu.tr/dergi/yil-3/sayi-4/01-azizoglu-nahide.pdf Nahide İrem AZİZOğLU “Görme Engellilere Türkçe ğretiminin Sorunları” (makale2013)
7. Hüseyin KSELER. <http://www.altinokta.org.tr>
8. M.Emin DEMİRCİ. Braille Yazıyla Gelen Renkli YaŖam ykleri. <http://www.korlerfederasyonu.org.tr>

Selda GÜRİSOY



Özet: İletişim, dil ve konuşma birbirinden farklı; ancak birbirini tamamlayan bileşenlerdir. İletişim, dil ve konuşmayı içeren bir terimdir. Dil, bu iletişimi sağlayan araç, konuşma ise aracı iletme yoludur. Duyuların işlevinde, bilişsel işlevlerde ya da motor becerilerdeki hasar sonucu oluşan sorunlar dil gelişimini olumsuz yönde etkilemektedir. Dolayısıyla bu durumda iletişim de etkilenmektedir. İşitme kaybının dil gelişimi üzerinde son derece sınırlayıcı etkileri bulunmaktadır. İşitme kaybının türü ve derecesi iletişimin hangi yöntemlerle yapılması gerektiğine ışık tutmaktadır. İletişimde; Çok hafif, hafif ve orta derecede işitme kaybı olanlar, ileri ve çok ileri derecede işitme kaybı ve total işitme kaybı olanlara göre, iletim, mikst tipi işitme kaybı olanlar da sensoryneural işitme kaybı olanlara göre daha az sorun yaşamaktadır.

İşitme yetersizliği olan bireylerin zihinsel becerilerinin işitenlerden farklı olmadığı bilinmektedir. İşitme yetersizliği olan bireylerin Piaget'in erken gelişim dönemlerinden de işiten çocuklarla aynı zamanlarda geçtikleri bulunmuştur. Ancak, daha ileri yaşlarda Piaget'nin formal işlemler döneminde, soyut düşünme ve/veya üst düzey, gelişmiş düşünce becerilerinde bazı farklılıklar gözlenmektedir. Bu farklılık yahut gecikmeler, çevrelerinde konuşulan dil ile etkileşimlerinin yetersizliğine bağlanabilir.

İşitme yetersizliği, sözel dil gelişimini önemli ölçüde etkileyen duyuşsal bir bozukluktur. İşitme cihazı kullanarak varolan işitme kalıntısından yararlananlar, doğal işitsel sözel yöntemi kullanmakta, doğal dil girdisinden yoksun olan işitme yetersizliği olan çocukların bir kısmı sözel dili öğrenme çabasını hiç gösterememekte, doğrudan işaret dili kullanmaya yönelmektedirler. İşitme yetersizliği olan bireylerin günlük hayatlarında anlama boyutunda ve ifade etme boyutunda kullandıkları iletişim yöntemleri çeşitlilik göstermektedir. Kitabın bu bölümünde işitme yetersizliği olan bireylerin iletişim sürecinin sağlıklı, sürekli ve verimli tamamlanabilmesi için iletişim yöntemleri, güncel rehberler, literatür ve uzmanlar ışığında sunulmuştur.

DİL VE KONUŞMA İLİŞKİSİ

İnsanlar arasında geçerli olan geleneksel iletişim biçimi, dilin simgelerinin sözel ifadeler ile seslendirildiği motor eylem olan konuşmadır.

Konuşma; düşüncelerimizi ifade etme aracı olarak kullandığımız sembolik bir araç olan sözel dilin akciğerlerden gelen havanın boğaz, ağız ve burun yolunda şekillenmesi sonucunda oluşan seslere dönüştürülerek karşımızdaki insanların kulakları tarafından alabilecekleri bir biçime dönüştürülmesi işlemidir, eylemidir. İşitme yetersizliği olan bireylerin karşılaştıkları en büyük engel dil ve konuşma becerilerine ilişkindir.

Konuşma ile düşünme son derece ilişkilidir. Konuşmaya başlamak için beynimizdeki işlemler bilişsel düzlemde harekete geçer. Düşüncelerimiz belirli seslere göre dizilir ve örgütlenir. Bu dizim bebeklikten itibaren kazandığımız belleğimizde sakladığımız dile ait bilgilerden çağrılır. Konuşma eylemi bir yandan düşüncenin açıklanmasının bir aracı olması nedeniyle düşünceyle özel bir ilişki içinde bulunurken, bir yandan da konuşan kişi dil dizgesinin öngördüğü biçimleri kullandığı için de dille ilişkilidir.

Çocuklarda konuşmanın gelişim hızı, zamanı ve özelliklerinde çeşitli farklılıklar vardır. 2 yaşın sonunda, özellikle erkek çocuklarında, konuşmanın başlamasında gecikme görülebilmektedir. Dil gelişiminin ilerleyişini konuşma organlarının çalışma kapasitesi kadar, görsel ve işitsel dikkat, işitsel hafıza, işitme ve dokunma ile ilgili kontrolün geri bildirim mekanizmaları da etkilemektedir.

Bir sunma ve anlatma aracı olan konuşmanın görme ve işitme ile ilgisi göz ardı edilemez. Konuşmanın olması için işitme yeteneğinin olması gerektiği gibi, sesli ve sessiz okumaya bağlılığı nedeniyle görme becerisinin de konuşma ile doğrudan ilgisi bulunmaktadır.

Çocukların dil kazanım süreçleri incelendiğinde dili anlama ve konuşmada belli aşamaları geçirdiği görülmektedir. Normal gelişim gösteren bütün çocuklarda dil kazanımı aynı aşamaları takip etmekte ve basitten karmaşığa doğru bir yol izlemektedir. Bütün çocuklarda dil kazanım süreci ilk önce bireysel seslerle başlar, sırayla heceler, tek sözcüklü tümce, iki sözcüklü tümce, üç ve daha fazla sözcüklü tümce ve son olarak da karmaşık tümceler gelişmektedir. Çocuğun gelişimsel olarak dili kazanabilmesi, dilin yapısını oluşturan temel sistemlere bağlıdır.

İŞİTME YETERSİZLİĞİ OLAN BİREYLERİN DİL EĞİTİMİ

İşitme yetersizliği olan çocukların eğitiminde en önemli dört faktörün; erken tanı, teknolojik gelişmeler, aile eğitimi ve okul eğitimi olduğu bildirilmiştir. Bu çocukların almış oldukları tanı, odyolojik hizmetler, aile eğitimi ve okul eğitimleri, dil gelişimlerini dolayısıyla insanlarla olan iletişimlerini pozitif yönde etkileyebilmektedir.

Odyolojik hizmetler; işitme cihazı ve cochlear implant olarak sonuçlanabilir. İşitme cihazı, işitme kayıplı çocuklar için işitsel girdi sağlayan önemli bir araçtır. Cochlear implant, iç kulakta meydana gelen sorunları gidermeye yarayan tıbbi bir cihazdır. Kulak içi, Kanal içi, Kulak arkası, Gözlük tipi, Konka Tipi İşitme cihazları işitme kaybının derecesine, türüne ve estetik taleplere göre kullanılabilir. Her iki kulakta ileri ya da çok ileri işitme kaybı olduğu ve işitme cihazından fayda görülemediği durumlarda kullanılması uygun görülmüştür.

Sağlık Bakanlığı'nın Ulusal Yenidoğan İşitme Tarama Testleri ile işitme kayıpları erkenden teşhis edilmektedir.

İşitme kaybının kesin teşhisinden sonra 6 aydan önce cihazlandırılabilen ve akranlarıyla aynı dil gelişim aşamalarından geçebilmektedir. Teknolojik gelişmeler işitme cihazları ve cochlear implantlar üzerinde de olumlu sonuçlar doğurmuştur. Eskisine oranla işitme cihazlarından doğala yakın duyma elde edilmiştir. İşitme cihazının kulağa ilettiği mekanik sesler büyük oranda azaltılmıştır bu sayede hastaların işitme cihazına olan olumsuz tepkileri azalmıştır.

İşitme engeli tanındığı andan itibaren ailenin yaşadığı şok evresinin hızlıca atılması, bildikleri bir durum karşısında bocalamalarının engellenmesi gerçekçi ve faydalı bir yol izleyebilmeleri için verilen aile eğitimleri çok ciddi önem taşımaktadır.

Millî Eğitim Bakanlığına bağlı faaliyet gösteren özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerinde Dil ve Konuşma Güçlüğü Destek Eğitim Programı ve İşitme Engelliler Destek Eğitim Programı ile günlük iletişimde ihtiyaçlarını karşılayacak eğitimler Dil Konuşma Terapistleri ve Özel Eğitim Öğretmenleri tarafından verilmektedir.

Uygun cihazlandırma yapıldığında işitme ve anlama problemi ortadan kaldırılabilir. Fakat ileri ve çok ileri derecede işitme kaybı olanlar cihazlandırıldıktan sonra işitme problemi ortadan kaldırılsın bile anlama problemi devam edebilir. Anlama probleminin azaltılması için zamana ihtiyaç vardır, kulak sesleri duydukça hatırlar ve beyin anlamlandırır. İşitme cihazının düzenli kullanılması şarttır.

İŞİTME YETERSİZLİĞİ OLAN BİREYLERİN BİREYLERİN GELİŞİMLERİ

Dil gelişimi, işitme kayıplı çocukların, en çok etkilendiği gelişim alanlarından birisidir. İşiten çocukta dil kazanımı, birbirine bağlı aşamalardan meydana gelir. Buna göre; sesleri işitemeyen ve sözel uyarıları algılayamayan çocuğun dil kazanımı tam olarak gerçekleşemez. Konuşma becerisi çok erken yaşlarda kazanılmaya başlamaktadır. Konuşmanın kazanılması sürecinde, dile ait kuralların tümünün öğrenilmesi gerekmektedir. Çocuk dünyaya geldiği andan itibaren bu öğrenme süreci başlamış demektir. Ancak yine işitme yetersizliği gibi çeşitli durumlar, hastalıklar ya da çevresel yoksunluk yüzünden dil öğreniminde zorluklar yaşanabilir.

Bilişsel gelişim sürecinde dil, önemli bir yer tutar. İşitme yetersizliği olan çocukların, dil becerilerindeki ve kavram gelişimindeki yetersizlik, işitsel girdinin az olması, bilişsel gelişim sürecini de olumsuz olarak etkiler. Bu durum çocuğun eğitim ve yaşantı eksikliğinden kaynaklanmaktadır. Çocuk, düşüncelerini ifade etmede ve başkalarının düşüncelerini anlamada engellerle karşılaşır. Buna rağmen işitme kayıplı çocuklar normal işiten akranlarından bilişsel becerilerde çok fazla geri kalmış değillerdir. Erken tanındıklarında ve erken eğitime alındıklarında, birçok çocuk, yetersizliğine rağmen, akranlarını yalnızca birkaç yıl geriden takip eder .

İşitme kayıplıların sosyal etkileşimleri incelendiğinde, işiten akranlarına göre, sosyal beceri düzeylerinin düşük olduğu ve çevreleriyle yeterince iletişim kuramadıkları ve bu nedenle uyum ve davranış sorunları gösterdikleri belirtilmektedir. Genel olarak işitme yetersizliği olan bireyler, iletişim becerileri yetersiz olduğundan, sosyal olarak gelişmemiş ya da sosyal olarak geri olarak tanımlanmaktadırlar. İşitme kayıplıların sosyal becerilerindeki yetersizlikler nedeniyle aileleri ile etkileşimleri de sınırlı kalmaktadır.

Aşağıdaki tabloda işitme kaybının derecesine göre konuşmada ve dilde meydana gelen sorunlar ve bu sorunlar için uygulanması gereken eğitim yöntemleri belirtilmiştir.

Tablo 1: İşitme Kaybı Dereceleri, Ortaya Çıkan Sorunlar ve Eğitim Yöntemleri

İşitme kaybının derecesi	İşitme Kaybı Nedeni	Konuşma ve Dilde Yaşanan Sorunlar	Eğitim Ortamında Yaşanan Sorunlar	Uygulanan Terapi Yöntemleri
Çok Hafif Derece İşitme Kaybı (16-25 dB)	Serözotit, yırtılmış kulak zarı, sensörinöral işitme kaybı.	Mesafeli veya zayıf konuşmayı anlamada problem vardır.	İşitsel öğrenme güçlüğü konuşmada bozukluklara neden olur.	Sınıf içinde tercihli oturma düzeni sağlanmalıdır.
Hafif Derece İşitme Kaybı (26 – 40 dB)	Serözotit, yırtılmış kulak zarı, sensörinöral işitme kaybı, timpanoskleroz	Karşılıklı konuşmada zorluk. Kısıtlı sözcük hazinesi, konuşma Bozukluğu.	Sınıf içi tartışmaların %50'sini kaçıırır. İşitsel öğrenme bozukluğu vardır.	Özel eğitim gerekebilir. İşitme cihazı, uygun sınıf ortamı, dudaktan okuma ve konuşma terapisi gerekir.
Orta Derece İşitme Kaybı (41- 65 dB)	Sık tekrarlayan orta kulak enfeksiyonu, orta kulakta anormallik, sensörinöral işitme kaybı.	Konuşmanın anlaşılabilmesi için ses şiddetinin yüksek olması gerekir. Yetersiz dil ve anlama becerisi vardır	Öğrenme bozukluğu. Grup tartışmalarında sıkıntı. İşitsel yorumlama bozukluğu. Kısıtlı sözcük hazinesi vardır.	Özel eğitim veya özel sınıf. Konuşma ve dil desteği. İşitme cihazı + dudaktan okuma ve konuşma terapisi gerekir.
İleri Derece İşitme Kaybı (66 - 95 dB)	Sensörinöral kayıp, orta kulak enfeksiyonu	Sadece şiddetli sesi duyar. Çevre seslerinin tanınması ve konuşma, dilde sıkıntı. Eğer, işitme kaybı 1 yaşından önce oluşmuş ise, konuşma ve dil kendiliğinden gelişmez.	Eğitime başlanmasında gecikme, belirgin öğrenme güçlüğü, kısıtlı sözcük hazinesi vardır.	Tam gün özel eğitim. İşitme cihazı kullanma, dudaktan okuma ve konuşma terapisi. İşitsel eğitim ve danışmanlık gerekir.
Çok İleri Derece İşitme Kaybı (95 dB ve üstü)	Sensörinöral veya mikst (karışık) tip işitme kaybı	İşitmeden çok görmeyi kullanır. Konuşma ve dil bozukluğu. Eğer, işitme kaybı 1 yaşından önce oluşmuş ise, konuşma ve dil kendiliğinden gelişmez.	Konuşmayı anlamamaya bağlı olarak öğrenme bozukluğu vardır.	Özel eğitim, işitme cihazı, sözel-ışaret eğitimi ve danışmanlık gerekir.

SÖZEL İLETİŞİM BECERİSİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Sözel iletişim günlük yaşamda işiten bireylerde olduğu gibi, işitme yetersizliği olan bireylerin de iletişimde önemli bir güce sahiptir. Sözel iletişimin temel öğeleri işitme ve konuşmadır. Konuşmanın öğrenilmesi ise bireyin aynı dili konuşan bireylerle iletişim kurmasını gerektirmektedir. İşitmenin olmaması durumunda ise konuşma becerisinin kazanılmasında engeller ortaya çıkmaktadır.

İşitme yetersizliği olan bireyler, sözel iletişim becerilerini etkileyen etmenlere sahip olma derecelerine göre konuşmanın kazanılmasında her yaşta farklı özellikler gösterebilmektedirler. Her yaşın kendine özgü bir konuşma doğası olmakla birlikte işitme yetersizliği olan bireylerin sözel iletişimi yani konuşma becerisini kazanabilmeleri için işitme kaybının ortaya çıktığı andan başlayarak temel koşulların karşılanması gerekmektedir. Bu koşulların karşılanmaması durumunda pek çok işitme yetersizliği olan bireylerin yetişkin sosyal ortamlarda ve günlük yaşamlarında sözel iletişimlerinin sınırlı olması nedeniyle işareti kullanmayı tercih etmek durumunda kalmaktadırlar. Bu durum karşısında konuşanların dünyasındaki işitme yetersizliği olan bireylerin bir yetişkin sözel iletişimindeki yetersizliğinden dolayı kendini toplumdan çoğu zaman soyutlanmış hissetmekte, bir grubun üyesi olamamakta arkadaş çevresi giderek daralmakta ve sonuçta iletişim sürecine işaretlerle açıklandığında ya da ona tercümanlık yapan biri olduğunda ancak katılabilmektedir.

İletişimde, işitme yetersizliği olan bireylerin sahip olduğu sözel iletişim düzeyi önemli olmakla birlikte; iletişim ortamı ve katılımcıların özellikleri de büyük önem taşımaktadır. Günlük yaşamda işitme yetersizliği olan bireyler tıpkı işitenler gibi evde, işte, restoranda, alışveriş merkezlerinde, sokakta, toplu taşıma araçlarında bulunmakta ve bu ortamlarda iletişim kurma, özellikle de sözel iletişim kurma gereksinimi içinde bulunmakta, dolayısıyla da çeşitli güçlükler yaşamaktadırlar.

Bireylerin içinde buldukları iletişim ortamlarındaki ses, gürültü, müzik, kalabalık, uzaklık (mesafe) onların kişiler arası iletişimlerinde etkili olmaktadır. Gürültü kelimeleri anlamayı zorlaştırır. Gürültülü ortamda kişiler arası iletişimde sesin iletilmesi ve alıcı tarafından duyulup algılanması, sessiz bir ortama oranla daha güç olmaktadır. Gürültü kişiye gelen sınırlı bilgiyi engeller, işitme yetersizliği olan kişinin konuşulanları anlamasını zorlaştırır.

İŞİTME KAYBI DERECELERİ VE İLETİŞİM ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ

İleri ve Çok İleri Derecede İşitme Kaybı olanlar işitme cihazı kullansalar dahi dudak okumaya ihtiyaç duyabilirler. Konuşulanların daha kolay anlaşılabilmesi için işitme kayıplı bireyle yüzyüze konuşmak son derece önemlidir. Tablo 2'de görüldüğü gibi işitme yetersizliğinin dereceleri ve bunun sonucu olarak iletişimi etkileme düzeyleri açık bir şekilde belirtilmiştir.

Tablo 2:İşitme Kaybı İletişim Üzerindeki Etkisi

Normal	-10-15dB	Normal işitme olup iletişim üzerinde olumsuz bir etkisi yoktur.
Çok Hafif	16-25dB	Sessiz ortamlarda, birey konuşmayı duyar, fakat gürültülü ortamlarda yavaş sesle yapılan konuşmayı anlamakta güçlük çeker. Çocuklarda konuşma gelişimi gecikebilir.
Hafif	26-40dB	Sonradan olan kayıplarda yetişkin, sessiz ortamlarda sohbet türü yapılan konuşmaların konusu biliniyor ve kullanılan sözcük dağarcığı sınırlı ise, iletişim kurmakta güçlük çekmeyebilir. Ortam sessiz olsa dahi, hafif sesle yapılan konuşmayı ya da uzakta konuşulanları işitmekte güçlük çeker, sınıf içinde yapılan grup tartışmalarını izlemekte zorlanabilir. Çocuklarda dil gelişimi ve konuşma gecikir. İşitme cihazları yardımı ile konuşma seslerini işitir.
Orta	41-55dB	Sonradan olan kayıplarda yetişkin, sohbet türü konuşmayı ancak yakın mesafede ise izleyebilir. Sınıf içi tartışmaları gibi grup etkinlikleri iletişim güçlükleri yaratabilir. Çocuklarda dil edinimi ve konuşma engellenir. İşitme cihazları ile konuşma seslerini işitir.
Orta İleri	56-70dB	Sonradan olan kayıplarda birey, yalnızca yüksek sesle ve tane tane söylenen konuşmaları işitebilir ve grup ortamlarında çok zorlanır. Çoğu zaman bireyin kendi konuşması anlaşılır olabilir. Anlaşılabilirlik, normal konuşmadan farklıdır. Çocukluktaki kayıplarda ise, dil gelişimi önemli derecede gecikmiştir. İşitme cihazları ile konuşma seslerini işitir.
İleri	71-90dB	Sonradan olan kayıplarda birey, sohbet türü konuşmayı çok yüksek sesle yapılmadıkça işitemez ve işitse dahi pek çok sözcüğü tanıyamaz. Çevre seslerinden bazılarını işitse dahi, hepsini tanıyamaz. Çocuklarda ise, ancak işitme cihazları yardımı ve özel eğitim desteği ile dili gelişebilir. Konuşması işitme kaybı arttıkça anlaşılır olmaktan uzaklaşmıştır.
Çok İleri	91dB ve yukarısı	Birey çok yüksek sesleri işitebilir; fakat konuşma seslerini cihaz olmadan işitemez. Sözlü iletişim dudak okuma yardımı ile yürütür. Çocuğun konuşma dili ancak işitme cihazları kullanımı ve özel eğitim yardımı ile gelişebilir. Ancak dili gelişmiş olsa dahi, anlaşılması güçtür ve çeşitli faktörlere bağlıdır.

İŞİTME YETERSİZLİĞİ OLAN BİREYLERİN KULLANDIĞI İLETİŞİM ŞEKİLLERİ

İşitme yetersizliği olan bireylerin eğitiminde dil ve konuşma becerilerini kazandıran yöntemlerin olma zorunluluğu kaçınılmazdır. İşitme yetersizliği olan bireylerin eğitiminde kullanılacak bu iletişim yöntemlerinin hangisinin doğru ve işitme yetersizliği olan bireyler için yararlı olacağını doğru bir yanıtı yoktur. İletişim becerilerinin kazandırılmasında çeşitli yöntemler vardır. Bunlar Sözel Dil Kullanılan İletişim Yöntemleri, İşaret Desteği Kullanılan İletişim Yöntemleri, Tüm(Total) İletişim Yöntemleri, Bilingual İletişim Yöntemleri'dir.

Sözel Dil Kullanılan İletişim Yöntemleri

Bu yöntemin dayandığı temel ilke, işitme yetersizliği olan kişinin işitenlerin dünyasında yaşamını sürdürebilmesi için, en yaygın iletişim biçimi olan sözel dili öğrenmesi gerektirir.

Yapısal Sözel – Oral Yöntem

Bu yöntemde, öğretilenileceği ve öğretilmesi gerektiği düşüncesi ile yapılandırılmış dil, belli kalıplar ile ve belli bir sıra ile çocuklara öğretilmektedir. Bu yapılandırma, konuşma eğitimi, eklemleme çalışmaları, işitme eğitimi, dudak okuma eğitimi, dil ve okuma eğitimi başlıkları altında çeşitli çalışmaların tümünü kapsamaktadır. Çalışmalar, dilin öğretilmesi gerektiği düşüncesine göre yürütülür.

Bu yöntemde işitme eğitimi, dudaktan okuma ve konuşma öğretimine ağırlık verilir. Dudak okuma, aslında konuşma okuma olarak adlandırılmalıdır. Çünkü işitme yetersizliği olan çocuklar kendilerine söylenenleri anlayabilmek için görsel ipuçları da kullanırlar. Yalnızca dudakların hareketlerini izlemezler, ayrıca yüzdeki, hatta bedendeki tüm ipuçlarını da izler, mesajı anlamak için bu bilgilerden yararlanırlar.

İşitme yetersizliği olan bireyi, ana dilini konuşabilir ve konuşulanı anlayabilir hale getirmeyi amaçlayan bir yöntemdir. İşitme duyusu, bu yöntemde dil edinimi için temel duyu olarak kullanılır. Bu yöntemde işitme yetersizliği olan çocukların gecikmeli de olsa işiten çocuklarla aynı dil edinim süreçlerini izleyeceği kabul edilir. İşitme yetersizliği olan çocukların yakın çevrelerindekiyle anlamlı etkileşime girerek dillerini geliştirebileceklerine inanılır.

Doğal İşitsel-Sözel Yöntem

Sözel iletişim yönteminin bir türüdür ve işitme yetersizliği olan bireylerde konuşmanın geliştirilmesi, bu yöntemin temel hedeflerinden biridir. Doğal işitsel sözel yöntem, çocukların var olan işitme kalıntılarından yararlanarak, işitme kaybına uygun cihazların kullanılmasıyla, doğal ve etkileşimli ortamlarda konuşma ve dil gelişimini sağlamayı amaçlar. Ancak bu yöntemde erken teşhis, erken cihazlandırma, işitme kaybına uygun cihaz kullanımı, cihaz kullanımında sürekliliği sağlama ve erken eğitim büyük önem taşımaktadır. Dilin öğretilmeyeceği, doğal ortamlarda kazanılabileceği savunulur.

Ayrıca bu yöntemde ailenin eğitime doğrudan katılımı ve ailenin bilinçlendirilmesi vazgeçilmez bir unsurdur. Aile fertlerinden, çocukla iletişimde bulunurken basit, sade, anlaşılır, tane tane, bağırmadan, ilk etapta çok sık kullanılmayan kelimeleri telaffuz , etmeden arkasını dönmeden, yüzüne bakarak konuşması istenir. Aile içerisinde iletişim kolaylaşan çocuk kendine güvenmeye başlar, kelime ayırt etme becerisi gelişir, dil gelişimi daha hızlı ilerler.

Bu yöntem işaret yöntemini kullanmayı, abartılı görsel ipuçlarını içeren jest ve mimiklerini reddeder. Ancak normal konuşma akışı içinde doğallıkla kullanılan jest ve mimikler, vücut dili ve dudaktan okuma gibi görsel ipuçlarını destekler. Bu yöntemde dinleme becerisinin kazandırılması ve sesin algılanması çok önemlidir. Sesi fark etme, yerini belirleme, sesin ayırt edilmesi, seslerin sınıflandırılması ve aralarında bağlantılar kurulması ise, dinleme becerisinin gelişiminde önemlidir.

Total işitme kaybı olan çocukların oranı oldukça düşüktür ve çok ileri derecede işitme kaybı olan

çocukların bile kullanılabilir işitme kalıntıları vardır. Bu işitme kalıntısından en iyi şekilde yararlanabilmek için çocuğun işitme kaybına en çok hitap eden dijital işitme cihazları, işitme testine uygun şekilde ayarlanarak takılmalı gerekirse birkaç ay ayar güncellemesi yapılmalıdır. Cihazı her ortamda kullanması istenerek kulağın ihtiyacı olan en doğal en kuvvetli ses bulunmalıdır.

İşitsel Yaklaşım/Tek Duyulu Yöntem

Sözel iletişim eğitiminin yalnız işitme ile başarılacağını savunan bu yöntemin amacı, işitmeyi erken yaşlarda işitme yetersizliği olan çocuğun kişiliği ile bütünleştirmektir. Bunun için işitme kaybı çok küçük yaştan tanınmalı ve derhal çocuk cihazlandırılmalıdır. Doğal İşitsel/Sözel Yaklaşımdan en önemli farkı, eğitimde dudak okumaya yer vermemesi ve yalnızca cihazlandırılmış olan işitme duyusunu hedef almasıdır.

Sağlık Bakanlığı Ulusal Yenidoğan İşitme Tarama Testleri ile her yenidoğan bebeğe testi yaptırmayı zorunlu kılarak erken tanı ve erken cihazlandırma yapılmasına olanak sağlamıştır. Erken tanınan ,cihazlandırılan, eğitimine başlananlar akranları ile aynı zamanda konuşma gelişimi gösterebilmekte doğal işitsel sözel yöntemden üst düzeyde faydalanabilmektedir.

İşaret Desteği Kullanılan İletişim Yöntemleri

Duygu ve düşünceler, nesnelere, belli bir dilin harfleri veya konuşma sesleri, beden hareketlerinden oluşturulan ve görsel olarak algılanan işaretlere benzetilmeye çalışılarak iletişim sağlanır. Özellikle çok ileri derecede işitme kaybı olanlar tarafından kullanılan bir iletişim şeklidir.Bu yöntemle ilgili iki teknik bulunmaktadır. İşaret dili ve parmakla heceleme.

İşaret Dili

Dünya çapında 117'yi aşkın farklı işaret dili bulunmaktadır.İşaret dilinin ilden ile okuldan okula, sınıftan sınıfa ve hatta öğretmenden öğretmene farklılık gösteriyor olması ve kullanılan işaret sisteminde belli bir standardın olmayışı, bu yöntemle ilgili olarak yaşanan bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır.

Totale yakın ve total işitme kaybı olanların daha çok ihtiyaç duyduğu işaret dilinde, bilgiyi iletmek için el hareketlerinden olduğu gibi, vücut ve kafa hareketlerinden de yararlanır. İşaret dili görsel bir dildir ve işaretlerin basit bir bileşimi olmaktan çok, aynı sözlü diller gibi karmaşık gramer yapısına sahiptir ve her ülke için farklıdır. İşaret dillerinin çevresinde konuşulan sözlü dille benzerlik göstermesi gerekmez ama etkileri görülebilir. İşaret dili tüm diller gibi duygu, düşünce ve bilgilerin aktarılması için kullanılan, belirlenmiş standart semboller kullanan, bir sistematığı olan aynı kültürü paylaşan kişilerce normal gelişim süreci içinde şayet kullanan kişiler var ise öğrenilen tam ve kapsayıcı bir dildir.İşaret dilini anadil olarak öğrenen işitme yetersizliği olan bireylerin, daha sonra konuşma dilini ikinci bir dil olarak, yabancı dil gibi algıladıkları ve bu sebeple konuşma güçlükleri çektikleri belirtilmektedir.

İşitme yetersizliği olan bireylerin arasında ,farklı bölgelerimizde işaret dilinde var olan farklı kullanımların ortadan kaldırılması ,bu alanda ülkemiz genelinde belirli bir standart sağlanması ve ortak

bir dil kullanılması için 2015 yılında Milli Eğitim Bakanlığı Özel Eğitim Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından okullarda okutulmak üzere 2462 kelime ve deyimden oluşan Türk İşaret Dili Sözlüğü yayımlanmıştır.

Örnekte “Ben İşaret dili biliyorum” cümlesi işaret dili ile gösterilmektedir.



BEN: Sağ el işaret parmağı kendini gösterecek şekilde göğüs üzerine konur.



İŞARET DİLİ: Eller ovalanır gibi, dairesel şekilde birbirine sürülür.



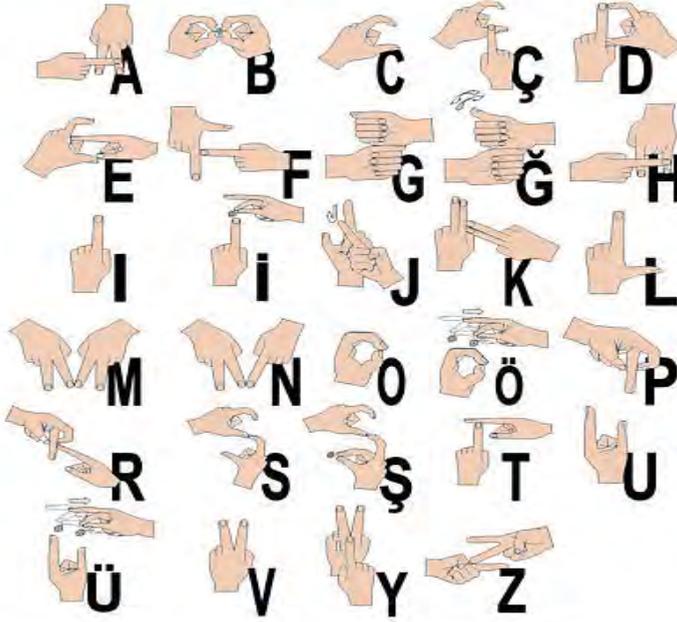
BİLMEK: Sağ el başparmağı çene-ye değecek şekilde, diğer parmaklar açık şekilde konur.

PARMAK ALFABESİ

Parmak ABC'si olarak adlandırılan bu sistem, alfabedeki her harf karşılığı parmakların değişik pozisyonlar alması ile sözcüklerin ve cümlelerin ifade edilmesi olarak tanımlanabilir. Normal konuşmaya ayak uyduracak kadar hızlı ifade edilmesi mümkün olsa da hem göndericinin hem de alıcının çok fazlaca konsantre olmasını gerektirmektedir . Bu yöntem işitme yetersizliği olan bireyler okumayı öğrenene kadar kullanımı sınırlıdır.

TİD parmak alfabesindeki harflerin işaretleri iki el birden kullanılarak yapılır. Özellikle işaret dilini yeni öğrenmeye başlayanlar ve tüm kelimelerin işaretlerini henüz bilmeyenler için parmak alfabesi oldukça kolaylaştırıcı bir araçtır.

TÜRK İŞARET DİLİ ALFABESİ



TÜM (TOTAL) İLETİŞİM YÖNTEMİ

İşitme yetersizliği olan bireylerin kendi aralarında ve diğer insanlarla en etkili iletişimi kurabilmelerinde işitsel, sözel ve işaret yöntemi gibi toplumda geçerli tüm iletişim biçimlerinin birleşiminden yararlanmasını amaçlayan bir yöntemdir. Tüm(total) iletişim, sözel, işitsel, yazılı ve işarete dayalı tüm dilsel ve işitsel yöntemleri kullanmaya dayanan bir yöntem olmakla birlikte işaret dili kullanımı ağırlıklıdır.

Bu yöntemi savunanlar, ileri ve çok ileri derecede işitme kaybı olan bireylerin görme duyusu ile işaretler, dudak okuma, yazı gibi yöntemler ile desteklenmesi gerektiğini düşünerek, işitme yetersizliği olan bireylerin eğitiminde tüm yöntemlerin bir arada kullanılması gerektiğini öne sürmüştür. Bu yöntemin başarılı olabilmesi için çocuğun yakın çevresi ve eğitimcileri iyi düzeyde işaret dili konuşabilmelidir .

Bu yöntemin temelini, yöntemin bir araç olduğu ve aracın amaçlarla uyum içinde olması gerektiği düşüncesi oluşturmaktadır. Burada belli bir çocuğa hangi yöntemin daha uygun olduğunu belirlemedeki hedefin, çocuğun ihtiyaçlarını en uygun biçimde karşılamak olduğu belirtilmektedir. Yani bu yöntem bireysel farkların ve bireysel ihtiyaçların önemini vurgulamaktadır. Ancak, yöntemin uygulanmasında belli bir standardın olmayışı iletişimde sorunlara sebep olmaktadır. İşitsel, sözel ve işaret yöntemlerinin kim tarafından, nasıl uygulandığı sorularına verilecek net cevaplar, belli bir standardın oluşması açısından önemlidir.

Normal işiten bir çocuk ortalama 12. ayda konuşulanların büyük bölümünü anlar; 3. yaşta ise lisan gelişiminin %80'i tamamlanır. Sözel iletişim yöntemini savunanlar, işitme yetersizliği olan çocuklarda beynin konuşma ve lisan kapasitesinin puberteye kadar uzandığını belirtmektedirler. Bu çocuklarda yaşamın ilk yıllarında lisan gelişimi için 'kritik bir dönem' olduğunu ve bu dönemde iletişim becerileri arttırılmaz ise, bunun hiçbir zaman kazanılmayacağını iddia etmektedirler. Bu nedenle işaret yolu ile iletişim sağlandığında çocuğun konuşma yeteneğinin gelişmesinin engellendiğini savunmakta ve bu yöntemi kesinlikle önermemektedirler. Total yöntemin, gelinen süreçte, etkililiği sorgulanmaktadır ve yöntem birçok eğitim kurumunda terk edilmeye başlanmıştır. Ancak, bu yöntemin hiç kullanılmadığı ya da savunulmadığı anlamına gelmemelidir.

İki Dil Yöntemi

İki dil yöntemi, işitme yetersizliği olan bireylerin eğitiminde yeni sayılabilecek bir yöntemdir. Genel olarak erken yaşlarda, iki dilin eşzamanlı olarak öğrenilmesine dayanır. İşitme yetersizliği olan bireylerin eğitimi açısından bakıldığında işaret dilinin ilk dil, sözel dilin ikinci dil olarak öğrenilmesi şeklinde tanımlanabilir. Burada herhangi bir dilin, diğerine üstünlüğü söz konusu değildir.

Yöntemin çıkış noktalarından biri, işitme kaybından kaynaklı "işitme yetersizliği olan bireylerin" engelli olmadıkları, kendilerine ait ayrı dilleri ve kimlikleri olan bir alt grup olduklarına yönelik düşüncelerdir. İşaret dilinin işitme yetersizliği olan bireyin iletişim ve ihtiyaçlarını karşılayacak bir anadili olduğu ve işitme yetersizliği olan bireylerin tarafından tercih edildiği savunulmaktadır. İşitme yetersizliği olan bireylerin sözel dili de öğrenmeleri gerektiği çünkü günümüz dünyasında birçok bilginin yazılı biçimde sunulduğu ve okuma yazma bilmemenin kişinin toplumda engelli olarak nitelendirilmesi ile sonuçlanabileceği ileri sürülmektedir. İşaret dili yetkin bir şekilde konuşulmaya başladıktan sonra, sözel dilin, özellikle de okuma yazma boyutunun öğretilmesi gerekmektedir. Bu yaklaşımda, çocuğun (1 yaş gibi) erken bir yaşta işaret dilini öğrenerek, iletişim boyutundaki tüm sorunlarının çözümlenerek akademik bilgilere hazır bir hale gelmiş olacağı düşünülür.

İki-dilciler sözel dilin ikinci dil olması gerektiğini ve sözel dilin ancak ilk dil olan işaret Dili'nin yeterli bir biçimde kazanılmasından sonra, okuma - yazmanın temel alınarak öğretilmesini savunmaktadırlar.

Yaklaşım hem total yöntem hem de doğal işitsel-sözel yönetime bir tepki olarak ortaya çıkmıştır denilebilir. Doğal işitsel-sözel yöntemin çok ileri derecede işitme kaybı olan çocukların dil ve iletişim ihtiyaçlarını karşılayamadığı yönündeki eleştiriler açısından iki-dil yöntemi total yöntem ile aynı görüşleri paylaşmaktadır. Ancak, yöntemin taraftarları, aynı zamanda, literatürde total yönetime yönelik gerek teorik gerekse de pratik anlamda gelen eleştirilere de katılmaktadırlar.

ÖNERİLER

Kişilerin kullandıkları dil ve iletişim yöntemleri de iletişim kurulmasını, kalitesini, sürekliliğini etkilemektedir. İşitme kaybı olan kişi her ne kadar cihaz kullanıyor olsa da iletişime geçtiği kişinin yüzünü görmek ister, dudak okumayı alışkanlık haline getirmemiş olsa bile konuşulanı anlama bütünlüğü hisseder. Çok hızlı, çok yavaş, çok kısık sesle, bağırarak, abartarak, yöresel ağızla ya da yuvarlayarak yapılan konuşmalar konuşmanın anlaşılmasını ve iletişimi olumsuz etkilemektedir. Konuşmaya başlamadan önce göz teması kurmaya, tane tane konuşmaya özen gösterilmelidir. Günlük

hayatta sıklıkla kullanılmayan kelimeler tercih edilmemelidir. Söylenen kelimeyi anlamamışsa, aynı kelime ısrar etmek yerine başka kelimelerle anlatılmaya çalışılmalıdır. Konuşurken ağız bölgesi kapatılmamalıdır. İşitme kaybı olan bireyin kurduğu cümle anlaşılır değilse iletişimden hemen vazgeçilmemeli tekrar etmesi istenmelidir.

Ülkemizde işitme yetersizliği olan bireylerin eğitiminde sözel iletişim yöntemi kullanılmakla birlikte, bu yöntemin başarılı olması için gerekli koşullar arasında yer alan erken eğitim, aile eğitimi, erken yaşta cihaz kullanımı ve çok yönlü destekleyici özel eğitim hizmeti gibi koşulların çoğu zaman karşılanamadığı ve bu durumda da sözel iletişim yönteminin kazanılmasında engellerin ortaya çıktığı görülmektedir. Bu durum işitme yetersizliği olan bireyleri eğitim ortamları da dahil olmak üzere işarete başvurmaya itmektedir. İşitme yetersizliği olan bireylerin eğitiminde eğitsel düzenlemelere gidebilmek ve yetişkin işitme yetersizliği olan bireyin topluma katılımını artırmak, yaşam kalitesini yükseltmek için işitme yetersizliği olan yetişkinlerin kullandıkları iletişim biçimlerinin incelenmesi gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. AKFIRAT, F. Ö. (2004). Yaratıcı dramının işitme engellilerin sosyal becerilerinin gelişimine etkisi. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi*, 5(01).
2. İşitme Engelli Çocuklar Aile Eğitim Rehberi T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü(2014) Ankara.
3. Akçamete, G., & Gürgür, H. (2009). İşitme Yetersizliği Olan Çocukların Eğitimi, Akçamete, G. Genel Eğitim Okullarında Özel Gereksinimi Olan Öğrenciler ve Özel Eğitim.
4. Can, E. (2009). *İşitme kayıplı Türk çocuklarda alıcı ve ifade edici dil becerilerinin gelişimi* (Doctoraldissertation, DEÜ Sosyal Bilimleri Enstitüsü).
5. Clark, M (1989) Language through living: for hearingİhpaired children. London Hodder and Stoughton
6. Ergenç, İ. (2002). Konuşma Dili ve Türkçe'nin Söyleyiş Sözlüğü, İstanbul: Multilingual Yabancı Dil Yayınları.
7. Ciyiltepe, M., & Türkbay, T. (2004). Speech Concepts and Evaluation of the Child with Speech Delay: A Review. *TurkishJournal of Child and AdolescentMental Health*, 11(2), 89-97.
8. Davis, J. M., & Hardrick, J. M. (1981). Rehabilitative audiology for children and adults. John Willy&Sonsine. 175-183.
9. Girgin, M. Cem (2003). İşitme engelli çocukların eğitimine giriş. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları
10. Konrot, A. (2005). İletişim, Dil ve Konuşma Bozuklukları. Dil ve Kavram Gelişimi. (ss. 190-211). Derleyen Seyhun Topbaş. Ankara: Kök Yayıncılık
11. Katamba, F. (1997). An Introduction to Phonology. London and NewYork: Longman.
12. Meadow-Orlans, K P (1987) An analysis oi effectiveness of early intervention programmes for hearing-impaired children M J Guarlnick and F C Bennett (Eds), The effectiveness of early intervention for at risk and handicapped children (48-61) Orlando, FL Aca demic Press
13. Lynas W (1994) Communication options in the education of deaf cihldren. London Whurr Publications
14. Lenneberg, E. H. (1967). The biological foundations of language. *Hospital Practice*, 2(12), 59-67.
15. Owens, E., & Ragrigo, M. (1987). The UCSF tracking procedure for evaluation and training of speech reception by hearing-impaired adults. *Journal of Speech And Hearing Disorders*, 52, 120-128.
16. Pektaş, Ş. (1994). 6-8 yaş işitme engelli çocuklarda alıcı ve ifade edici dile yönelik sözel ifadelerin incelenmesi ve normal işiten yaşlıları ile karşılaştırılması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

17. ÇAKIR, H., ÇETİN, Ş., & Abidin, B. A. Ş. (2013). İşitme engellilere yönelik dinamik web sayfasının geliştirilmesi. *Bilişim Teknolojileri Dergisi*, 6(2), 1.
18. Çeliker, Z. P., & Pınar, E. G. E. (2005). İşitme Engelli Çocukların Konuşmalarının Anlaşılabilirliğini Etkileyen Faktörler. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi*, 6(01).
19. GÜRBOĞA, Ç., & KARGIN, T. (2003). İŞİTME ENGELLİ YETİŞKİNLERİN FARKLI ORTAMLARDA KULANDIKLARI İLETİŞİM YÖNTEMLERİNİN/BECERİLERİNİN İNCELENMESİ. *Ankara University, Journal of Faculty of Educational Sciences*, 36(1-2).
20. Kemaloğlu, Y. (2014). Engellilik, Kulak Burun Boğaz (KBB) hekimliği ve işaret dili. *Bozok Tıp Dergisi*, 1(1), 38-53.
21. Özbay, R., & Çeliker, Z. P. (2003). İşitme Engellilerin Eğitiminde Öğretmen El Kitabı. Ankara: Milli Eğitim Yayınları.
22. Pınar, E. G. E. (2006). Farklı engel gruplarının iletişim özellikleri ve öğretmenlere öneriler. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi*, 7(02).
23. Polat, F. (1995). İŞİTME ENGELLİLERİN EĞİTİMİNDE KULLANILAN YÖNTEMLER. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi*, 2(01).
24. Timur, A. İ. (2016). İşitme engelli bireylerde dil kullanımı ile depresyon arasındaki ilişkide saldırganlık eğiliminin etkisi: bir yapısal eşitlik modellemesi çalışması. *İstanbul Arel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul*.
25. Raimondo, D., & Maxwell, M. (1987) The modes of communication used in junior and senior high school classrooms by hearing-impaired students and their teachers and peers. *Volta Review*, Oct/Nov, 263-265.
26. Topbaş, S. (2003). Dil gelişiminin sosyal temelleri. S. Topbaş. *Çocukta dil ve kavram gelişimi*, 75-92.
27. T. Demirhan, Bilişim Teknolojilerinin İşitme Engellilerin Eğitimine Etkisinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, 2008.
28. Tüfekçioğlu, Ümran. (2003). İşitme engelliler. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yay.
29. Ulutaşdemir, N. (2007). Engelli çocuklarda iletişim ve oyunun önemi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(5), 36-51.
30. Tüfekçioğlu, U. (1998b). İÇEM'de uygulandığı şekli ile doğal işitsel-sözel yaklaşım nedir? *Anadolu Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 8(1-2), 113-123.
31. Yalçın, A. (2002). Türkçe Öğretim Yöntemleri, Yeni Yaklaşımlar. Ankara: Akçağ Yayımcılık