

2018

Cilt | Volume 3

Sayı | Issue 2

ISSN 2458-8857

SAMSUN SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ

JOURNAL OF SAMSUN HEALTH SCIENCES

ALZHEİMERLİ HASTAYA BAKIM VERENLERİN BAKIM YÜKÜ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Birsen ALTAY*, Hatun ERKURAN**, İlknur AYDIN AVCI *

ÖZET

Amaç: Bu araştırma, Alzheimerlı hastaya bakım veren bireylerin bakım yükü ve bakım yükünü etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı özellikte olan bu çalışma, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Nöroloji Polikliniğinde Kasım 2013 ve Ocak 2014 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Çalışmanın evrenini, Alzheimer tanısı ile polikliniğe başvuran 110 hasta oluşturmuş olup, örnekleme iletişim kurabilen ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan 87 hastanın bakım vericisi oluşturmuştur. Veriler, 25 sorudan oluşan bakım verici bilgi formu ve Zarit Bakım Verici Yükü ölçeği ile toplanmıştır. Araştırmadan elde edilen veriler, araştırmacılar tarafından SPSS 21 paket programı ile değerlendirilmiş, verilerin istatistiksel analizinde ortalamalar, yüzdeler hesabı ve ki-kare testi kullanılmıştır.

Etik uygunluk: Araştırmaya başlamadan önce hastaneden yazılı izin, araştırmaya katılan bireylerden sözel izin alınmıştır.

Bulgular: Çalışmada Alzheimerlı hastaların bakım vericilerinin Zarit Bakım Verici yükü Ölçeği puanı, orta düzeyde (42.356 ± 20.26 min: 3, max: 88) bulunmuştur. Kadın bakım vericilerin bakım yükü puanının erkeklere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p=.000$). Çalışmayan bakım verenlerin bakım yükü, çalışan bakım verenlerin bakım yüküne göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p=.001$). Bakım verme süresi arttıkça, Bakım Verici Yükü Ölçeği puanlarının yüksek olduğu görülmektedir ($p=.421$).

Sonuç ve Öneriler: Bakım verme süresi uzadıkça bakım vericilerin bakım yükü artmaktadır. Bu nedenle bakım verici bireylerin yükünün aile içinde paylaşılmasının sağlanması ve bireylerin baş etme yöntemlerini geliştirmeleri oldukça önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Alzheimerlı hasta, bakım yükü, yaşlı

The Burden Of Caregivers Of Alzheimer Patients And The Factors Affecting The Burden

SUMMARY

Objective:The study was designed to determine the burden of caregivers of Alzheimer patients and the factors affecting the burden.

Materials & Methods: This study is the defining feature, Ondokuz Mayıs University Health Application and Research Center at Neurology Polyclinic was carried out between November 2013 January 2014 date .

Study universe, which consisted of patients who are admitted with the diagnosis of Alzheimer's disease, who can communicate and who volunteered to participate in the study sample consisted of 87 patients the care giver.

Data were collected using an introductory information form consisting of 25 questions and the zarit Caregiver Burden Inventory. The data obtained from this study, by researchers using SPSS 21 (Statistical Programme for Social Sciences) software program and evaluated by statistical analysis; Percentage calculations are performed using chi-square tests.

Ethics Compliance: Before starting the research, written permission from the hospital, verbal permission was obtained from the individuals who participated in the research.

Results:Zarit caregiver burden Scale score in the care of patients with Alzheimer's transmitter in the study, moderate (42.356 ± 20.26 min 3, max: 88) was found. Female caregivers burden of care score was significantly higher than in men ($P = .000$). Non-working caregivers care burden of working caregivers were significantly higher than the maintenance burden ($p = .001$). Maintenance As the deadline for submission is considered to be high maintenance Transmitter Burden Scale scores ($p = .421$).

Conclusions: Maintenance care burden of making time increases caregivers is increasing. Therefore, to ensure the sharing of the burden of family caregivers of individuals and develop their coping strategies are very important.

Key Words: The Alzheimer patient, Care burden, Elderly

Not: Bu çalışma 2nd World Congress on Nursing. November 2016, Abu Dhabi, (UAE) Oral Presentation olarak sunulmuştur.

*Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi

**Gümüşhane Üniversitesi, Kelkit SHMYO

Sorumlu Yazar: Birsen ALTAY, baltay@omu.edu.tr

GİRİŞ

Günümüzde dünyada doğuştan beklenen yaşam süresinin artmasına paralel olarak, yaşlı nüfus da giderek artmaktadır. Yaşam süresinin artması ile birlikte yaşlılıkta daha sık görülen demans gibi hastalıkların oranı da artış göstermektedir (Tekin, Dişçigil & Altunbaş, 2011; Alzheimer's Association, 2015; Gago ve ark., 2015). Alzheimer hastalığı en sık rastlanan demans tipi olup tüm demans vakalarının %50-70'ini oluşturmaktadır. Amerika'da 2015 yılında her yaşta tahminen 5.3 milyon Alzheimer hastası olduğu ve 65 yaş ve üzeri bireylerde bu sayının tahminen 5.1 milyon olduğu bildirilmiştir (Alzheimer's Association, 2015; Gago ve ark., 2015; Cogia & Rastogi, 2008).

Alzheimer hastalığı beyinde bazı bölgelerde özellikle bellekle ilgili beyin hücrelerinin geri dönüşsüz kaybına neden olan, başta unutkanlık olmak üzere, hatırlamayı, konuşmayı ve duyguları etkileyen çeşitli mental ve davranışsal bozukluklara yol açan ilerleyici bir beyin hastalığıdır (Edition & Gauthier, 2007)

Hastalığın seyri, bulguları başladıktan sonra yaklaşık 2-20 yıllık bir süreç izlemektedir, ancak çoğu hasta 8-10 yıl içinde hayatını yitirmektedir. Hastalığın seyri erken, orta ve ileri evre olmak üzere üç evrede gözlenmektedir. Alzheimer hastası bireylerin hastalık evreleri ilerledikçe günlük yaşam aktivitelerindeki kısıtlılıkları, bilişsel ve davranışsal bozuklukları belirginleşmekte ve hastalar fiziksel, emosyonel, ekonomik ve sosyal gereksinimlerini karşılamak için bir başkasının yardımına ihtiyaç duyar hale gelmektedirler (Altın, 2006; Evelyn & Kelly, 2008)

Hafıza kaybı ile başlayan hastalık zaman ve mekan algısında bozulma, kişilik ve davranış değişiklikleri ile ilerlemekte ve ileri evrede hastalar mental ve motor becerilerini kaybederek tam bağımlı hale gelmektedir (Altın, 2006; Moon, Kim, Choi & Han, 2014)

Alzheimer hastalığında en önemli risk faktörlerinden birisi yaşlıdır. İleri yaşlarda hastalığın daha fazla olduğu gözlenmiştir. Kadınlarda Alzheimer riskinin erkeklere oranla daha fazla olduğu, eğitim düzeyi düşük olanlarda daha fazla görüldüğü ve ailesinde özellikle birinci derecede yakınlarında Alzheimer hastalığı olanlarda demans gelişme riski ortalama dört kat fazla olduğu belirtilmiştir (Selekler & Alois, 2010) Alzheimer hastalığında tedavi semptomatiktir, Farmakolojik olmayan tedaviler hastanın depresyon dalgınlık uyku bozuklukları, ajitasyon ve saldırganlık gibi davranışsal belirtileri azaltan, hastanın bakımını destekleyici ve yaşam kalitesini artırıcı özelliktedir. Yaşlılığın doğal belirtisi olarak düşünülen unutkanlık demansın ve alzheimer hastalığının erken tanısını güçleştirmektedir. Erken tanı ve tedavi, hastalık sürecini yavaşlatarak hastanın daha uzun süre kendi bakımını sürdürebilmesini sağlamak ve bakım alma sürecini geciktirerek, hastanın yaşam kalitesini artırmaktadır. Bu durum hastaya bakım veren bireyler açısından da önemli olan ekonomik yükü de azaltmaktadır (Alzheimer's Association, 2015; Evelyn & Kelly, 2008; Selekler & Alois, 2010)

Bakım verme, bakımı sağlayan bireyler açısından çok yönlü olarak algılanan bir süreçtir. Çoğunlukla sevgi, saygı, güven duyma, birine yardım etmenin doyumunu sağlama, yakınlık duygusu, kişisel doyum alma, kendine

sosyal destek alma ve bakım verme becerisinin gelişmesi gibi pek çok olumlu yönlerinin yanında, bakım verme bakım verenler için bir yük, bir stres kaynağı olması ve bireylerin sağlıklarını olumsuz etkilemesi gibi birçok güçlüğünde beraberinde getirmektedir (Aşiret & Kapucu, 2012; Özer, 2010).

Yapılan bir çalışmada Alzheimer hastalarına bakım verenlerin 34.7'sinin sosyal yaşantıda, %13.9'unun iş yaşantısında, %12.5'inin dışarı çıkma, kendine zaman ayırma ve öz bakım yapma gibi konuların yanı sıra psikolojik boyutta, alışveriş yapma ve tatile çıkma ve aileye zaman ayırma gibi konularda da günlük yaşamının etkilendiği saptanmıştır (Akyar & Akdemir, 2009)

Bakım verme, bakım veren bireyler açısından tek bir yardım çeşidi ile sınırlı olmayıp, duygusal destek, fiziksel ya da maddi destek vermeyi kapsayan çok boyutlu olarak algılanan bir deneyimdir (Çetinkaya, 2008; İnci, 2006; Atagün ve ark., 2011) Ülkemizde bakım verme aile içi bir sorumluluk olarak görülmekte ve hasta bireyin bakımı çoğunlukla aile bireyleri tarafından verilmektedir. Ailenin bakım sorumluluğunun artması onun yaşamının zorlaştıracak, bunalıma sokabilecek ve dolayısıyla bakım yükünün atmasına neden olacaktır (Aşiret & Kapucu, 2012; Mollaoğlu, Tuncay & Fertelli, 2011)

Bakım verenlerin toplumdaki ve aile içindeki bu sorumluluklarını tanımlayan sosyal yük, kadın bakım verenlerde erkeklere oranla daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bakım verenlere sağlanan sosyal destek artıka bakım yükünün azaldığı bildirilmiştir (Doornbos, 2001). Türk toplumunun geleneksel yapısı, ve olanakları ve aile bağlarının daha güçlü olması nedeniyle hastaların evde aile bireylerinden birisi tarafından bakılması daha fazla istenen bir durumdur. Bu bilgiler doğrultusunda bakım verenin yaşadığı sorunların bilinmesi ve çözümlenmesinde profesyonel destek verilmesinin önemini ortaya koymaktadır (İşleri & Efendi, 2003)

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma, Alzheimerlı hastaya bakım veren bireylerde bakım yükü ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Çalışma Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Nöroloji polikliniğinde yapılmıştır. Tanımlayıcı kesitsel nitelikte olan bu çalışma, Kasım 2013 Ocak 2014 tarihleri arasında yapılmıştır. Çalışmanın evrenini, Alzheimer tanısı ile polikliniğe başvuran 110 hasta oluşturmuş olup, örnekleme iletişimi kurabilen ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan 87 hastanın bakım vericisi oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında Bakım Verici Bilgi Formu, Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği kullanılmıştır. Bakım Verici Bilgi Formu; araştırmacılar tarafından, ilgili literatür incelemesi yapılarak, bakım vericilerin sosyo-demografik ve bakım vermeye ilişkin özelliklerini sorgulamaya yönelik 25 sorudan oluşan bir formdur.

Araştırmadan elde edilen veriler, araştırmacılar tarafından SPSS 21 paket programı ile değerlendirilmiş, verilerin istatistiksel analizi ortalamalar, yüzdelik hesabı ve ki-kare testi kullanılarak yapılmıştır.

Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği: Zarit ve arkadaşları tarafından 1985 yılında geliştirilmiş, Özer ve arkadaşları tarafından 2006 yılında Türkçe geçerlik ve güvenilirlik

çalışması yapılmıştır (Özer, Yurttaş & Hacıoğlu,2006) Bakım vermenin bireyin yaşamı üzerine olan etkisini belirleyen 22 ifadeden oluşan ölçek asla, nadiren, bazen, hemen her zaman şeklinde dörtlü likert tipi değerlendirmeye sahiptir. Elde edilen puanlar; (0-20) az/hiç yük olmaması, (21-40) orta derecede yük, (41-60) ileri derecede yük ve (61-88) aşırı yük olması şeklinde derecelendirilerek değerlendirilmiştir. Ölçekle bakıcı hasta ilişkisi, bakıcının sağlık durumu, psikolojik rahatlığı, sosyal hayatı ve ekonomik yükü değerlendirilebilmektedir. Maddelerinin hepsinin düz ifade edildiği “Zarit Bakım Verme Yüğü” ölçeği'nin değerlendirilmesi toplam puan üzerinden yapılmaktadır. Ölçek puanının yüksek olması, yaşanan sıkıntının yüksek olduğunu, bakım yükünün arttığını göstermektedir. Ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.83'tür. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.88 olarak bulunmuştur.

Araştırmadan elde edilen veriler, araştırmacılar tarafından SPSS 21 (Statistical Programme for Social Sciences) paket programı ile değerlendirilmiş ve istatistiksel

analizi; yüzdellik hesabı ki-kare testleri kullanılarak yapılmıştır.

Etik uygunluk: Araştırmada Hastaneden yazılı, araştırmaya katılan işçilerden sözel izin alınmış, gönüllü katılım ilkesine bağlı kalınmıştır.

BULGULAR

Çalışmada Alzheimerlı hastaların bakım vericilerinin Zarit Bakım Verici yüğü Ölçeği puanı, orta düzeyde (42.35 ± 20.26 min: 3, max: 88) bulunmuştur.

Çalışmada bakım verenlerin % 64.4'ünün var olan bir sağlık sorunu mevcut değildir, %46'sı uyku kalitesini iyi olarak değerlendirmiştir, %59.8'i hastalarıyla iletişim sorunu yaşamadığını ifade etmiştir. Alzheimerlı hastaya bakım vermek; bakım verenlerin %60.9'unun yaşamını etkilediği, %43.7'si bakımda kendini kısmen yeterli gördüğü, %75.9'unun bakım alanı olarak bütün ihtiyaçlarını karşılama olarak ifade ettiği, %74.7'sinin bakımda destek alamadığını saptanmıştır .

Tablo 1. Bakım Verenin Tanıtıcı Bilgileri (n=87)

Tanıtıcı Özellikler	N	%
Yaş		
29 ve altı	9	10.3
30-39	24	27.6
40-49	32	36.8
50-59	14	16.1
60 yaş ve üstü	8	9.2
Cinsiyet		
Kadın	66	75.9
Erkek	21	24.1
Medeni Durum		
Evli	67	77.0
Dul	6	6.9
Bekar	14	16.1
Eğitim Durumu		
Okur-yazar değil	2	2.3
Okur-yazar, ilkokul	23	26.4
Ortaokul	17	19.5
Lise	23	26.4
Üniversite	22	25.3
Çalışma Durumu		
Çalışıyorum	32	36.8
Çalışmıyorum	55	63.2
Ekonomik Durum		
Gelirim giderden fazla	4	4.6
Gelirim gidere denk	46	52.9
Gelirim giderden az	37	42.5
Hastaya Yakınlık Derecesi		
Annem-babam	72	82.8
Eşim	14	16.1
Kardeşim	1	1.1
Bakım Verme Süresi		
0-1 yıl	29	33.3
1-3 yıl	29	33.3
3-5 yıl	11	12.6
5 yıl üstü	18	20.7
Hastaya Bakma Nedeni		
Ailevi sorumluluk	34	39.1
Sevdiğim için/aile bağı olduğu için	33	37.9
Bakacak başka kimse olmadığı için	15	17.2
Ekonomik katkısı olduğu için	5	5.7
Hastaya Bakmaktan Memnuniyet		
Evet	68	78.2
Hayır	19	21.8

Alzheimerlı hastalara bakım veren 87 hasta yakınına ait tanıtıcı özellikleri Tablo 1'de yer almaktadır. Bakım verenlerin %36.8' inin 40-49 yaş grubunda, %75.9'unun kadın, %77'sinin evli, %26.4'ünün okur-yazar, ilkokul mezunu, %63.2'sinin çalışmıyor olduğu ve %52.9'unun gelirinin giderine denk olduğu belirlenmiştir.

Araştırmamızda bakım verenlerin %82.8' inin anne-babasına bakım verdiği ve %33.3'ünün 0-1 yıl ve %33.3'ünün 1-3 yıl süre ile bakım verdiği, %39.1'inin ailevi sorumluluk sebebiyle bakım verdiği ve %78.2' sinin hastasına bakmaktan memnun olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Tablo 2. Bakım Vericilerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Bakım Yükü Puan Ortalamaları

Tanıtıcı özellikler	n	ZBVYÖ puan ortalaması	X ± Sd	İstatistik
Yaş				
29 ve altı	9	35.11±10.65		
30-39	24	38.70±19.98		F; 1.208
40-49	32	45.12±24.24		p; 0.230
50-59	14	49.00±18,91		
60 yaş ve üstü	8	38.75±15.48		
Cinsiyet				
Kadın	66	47.50±20.26		t; -4.591
Erkek	21	26.19±11.14		p; 0.000
Çalışma durumu				
Çalışıyor	32	32.65±15.98		t; 3.56
Çalışmıyor	55	48.00±20.96		p; 0.001
Bakım Verilen Hastaya Yakınlık Derecesi				
Anne Baba	72	42.84±21.16		t; -0.240
Eşi	14	39.35±18.41		p; 0.811
Kardeşi	1	49.00± 19.00		
Hastaya Bakım Verme Süresi				
0-1 yıl	29	37.72±17.10		F; 0.809
1-3 yıl	29	44.55±23.94		p; 0.421
3-5 yıl	11	51.63±23.67		
5 yıl üstü	18	40.61±16.80		
Hastanın Yaşı				
50 ve altı	5	16.60±9.86		t; 3.016
50 üstü	82	43.92±20.03		p;0.003
Hastaya Bakım Alanı				
Maddi Destek Sağlama	3	31.00±15.09		F; 0.305
Psikolojik Destek Sağlama	18	27.55±10.21		p;0.001
Bütün İhtiyaçlarını Karşılama	66	46.90±20.93		

Tablo 2’de Bakım vericilere ilişkin bazı tanıtıcı özelliklerle bakım verme yükü puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Tablodan da görüldüğü gibi 50-59 yaş grubu bireylerde bakım yükü puan ortalaması en yüksek, 29 yaş ve altı grubuna da en düşük bulunmuş olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p= 0.230).

Kadın bakım vericilerin bakım verici yükü ölçek puanının erkekler göre daha yüksek olduğu istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Çalışmayan bakım verenlerin bakım yükü puan ortalaması çalışan bakım verenlerin bakım yüküne göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p=.001). Bakım verme süresi arttıkça, bakım verici yükü ölçeği puanlarının yüksek olduğu görülmektedir. Bakım verilen hastaya yakınlık derecesinin ve hastaya bakım verme süresinin bakım yükü puan ortalamasını etkilemediği bulunmuştur (p<0.05). Bakım verilen hastanın yaşı ile bakım yükü arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0.003). Bakım vericilerin hastaya bakım alanları incelendiğinde, hastasının bütün ihtiyaçlarını karşıladığını bildiren bakım vericilerin bakım yükü puan ortalaması en yüksek (46.90±20.93), hastasına psikolojik destek sağladığını bildiren bakım vericilerin en düşük

(27.55±10.21) bulunmuş olup, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=.001).

TARTIŞMA

Bu araştırma Alzheimerlı hastaya bakım veren kişilerin bakım yüklerinin belirlenmesi, hasta bireye ya da bakım verene ait tanıtıcı özelliklerin bakım yüküne etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Bu amaçla elde edilen bulgular tartışılacaktır.

Bireylerin zihinsel, fiziksel yeteneklerine sınırlama getiren ilerleyici yaşlılık dönemi hastalıklardan biri olan Alzheimer hastalığında bireyler öz bakım işlevlerini yerine getiremezler ve günlük yaşam aktivitelerini sürdürmedikleri için bir başkasının yardımına ihtiyaç duyarlar. Bu durumda bakım veren bireylere sorumluluk ve bakım yükü getirmektedir. Hastasına bakım veren bireyin bakım yükünü azaltmak için öncelikli olarak bakım yükünü belirlemek gerekmektedir. Böylece bakım alan ve bakım verenlerin yaşam kalitesini artıracak ve bakıcı yükünü hafifletecektir (Küçükgülü, Esen & Yener,2009)

Alzheimer hastalarına bakım verenlerin bakım yükü ve etkileyen faktörleri belirlemeye yönelik yapılan bu

çalışmada, Alzheimerlı hastalara bakım vericilerin bakım yükünün orta düzeyde (42.35 ± 20.26 min: 3, max: 88) olduğu bulunmuştur. Mollaoğlu ve arkadaşlarının İnmeli hastaların bakım vericileri ile yaptıkları çalışmada bakım vericilerinin bakım yükünün orta düzeyde (33.02 ± 15.92) olduğu bulunmuştur (Mollaoğlu, Tuncay& Fertelli,2011). Çalışmada bakım vericilerin bakım yükünün orta düzeyde olmasını, geleneksel aile yapısının etkili olduğu türk toplumunda bakım işinin aile bireyleri tarafından karşılanmasının hasta bakımını bir yük olarak algılamak yerine aile bireylerinin birbirlerine karşı sorumluluğu, bir görev yada yardım etme olarak algılanmasından kaynaklanmış olabileceğini düşündürmüştür.

Çalışmada hastaya bakım verenlerin %75.9'unun kadın olduğu ve %36.8'inin 40-49 yaş grubunda olduğu bulunmuştur. Avrupa'da 11 ülkede yapılan ve Alzheimer hastaları ile birlikte yaşayan ve onlara bakım veren eşlerini inceleyen EUROCARE çalışmasında, 9 ülkede bakım verenlerin %50'den fazlasının kadın olduğu saptanmıştır (Schneider, Murray, Banerjee & Mann,1999) Yacı'nın yaptığı çalışmada da kadın bakım veren oranı %77.8 bulunmuştur (Yacı,2011). Ülkemizde yapılan çalışmalardan Dileköz'ün çalışmasında da bakım verenlerin %79.5'inin kadın olduğu görülmüştür (Dileköz,2003) (Akyar ve Akdemir çalışmalarında (2009) bakım verenlerin %86'sının kadın olduğu ve kadınların 70-90 yaş grubunda olduğu saptanmıştır (13). Yapılan pek çok çalışmanın sonuçları ile bizim çalışmamız paralellik göstermiştir (Akyar & Akdemir,2009; Bilgili,2000).

Türk toplumunda ev kadınlarının çalışan kadınlara ve erkeklere göre daha fazla olması ve geleneksel olarak bakım işinin ve ev işlerinin kadının sorumluluğu olarak algılanmasının bakım vericilerin kadın olmasında etkili olduğu düşünülmüştür. Kadınların erkeklere oranla daha fazla bakım yükü taşıyor olmaları değişik şekillerde açıklanabilmektedir. Kadınların daha fazla yük yaşamalarına neden olabilecek etmenlerden birisi kadın bakım verenlerin bakım verdikleri hastalara daha fazla güçlü hislerle bağlı olmaları ve hastaları için daha fazla endişelenmeleri olabileceği belirtilebilir. Erkek bakım verenlerin ise yaptıkları bakım aktivitelerini bir görev / iş olarak algılayıp hastalara karşı duygusal bağlanma açısından uzak durdukları belirtilebilir. Erkeklerin bakımı iş olarak görmeleri kadınlara göre daha az duygusal olmaları ile bakım vermede başarılı oldukları söylenebilir. Bunlara ek olarak erkeklerin yaşadıkları zorlukları göstermekten çekindikleri için güçsüz görünmek istemediklerinden genellikle gerçek duygularını gizliyor olabilirler. Literatürde bazı erkeklerin, bu yeni rol değişiminden; bakma, besleme duygularını tatmin etmelerine yardımcı olduğu için memnun olabildiği de bildirilmiştir (Mollaoğlu, Tuncay& Fertelli,2011)

Çalışmaya alınan bakım verenlerin %63.2'si ücretli olarak her hangi bir işte çalışmamaktadır. Çetinkaya çalışma durumunun bakım veren yükünü etkileyen etmenlerden birisi olduğunu belirtmiştir (Çetinkaya,2008). Yacı'nın yaptığı çalışmada çalışmayan bakım verenler bakım yükünü çalışanlara göre daha fazla algıladıklarını bildirmiştir (Yacı,2011). Bu çalışmamızda da çalışmayan bakım verenlerin bakım yükü çalışan bireylerin bakım yükünden anlamlı derecede farklı bulunmuştur ($p=0.001$, $t=3.56$) (Tablo 2).

Çalışmada Alzheimer hastalarına bakım verenlerin %82.8'nin hastanın çocuğu, %16.1'nin ise eşi olduğu

belirlenmiş olup, bakım verilen hastaya yakınlık derecesi ve hastaya bakım verme süresinin bakım yükünü etkilemediği bulunmuştur.

Tuna ve Olgun (2010)'nun çalışmasında Alzheimer hastalarına bakım verenlerin %31.8'inin hastanın çocuğu olduğu belirlenmişken, Altın (2006)'ın çalışmasında bu oran %88.9 olarak saptanmıştır (Tuna & Olgun ,2010; Altın,2006). Akyar ve Akdemir çalışmalarında (2009) Alzheimer hastalarına bakım verenlerin %86'sının kadın olduğu ve %66'sının hastanın kızı olduğu saptanmıştır (Akyar & Akdemir,2009)

Çalışmamıza benzer şekilde Rinaldi ve arkadaşları (2005)'nin çalışmalarında Alzheimer hastalarına bakım verenlerin ilk sırada hastaların çocukları ve ikinci sırada eşlerinin olduğu bulunmuştur (Rinaldi , Spazzafumo & Mastriforti,2005). Berger ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında ise bakım verenlerin büyük bir çoğunluğunun eşi olduğu saptanmıştır (Berger ,2005). Toplumumuzda kadının ailede geleneksel olarak bakım verici rolü üstlenmesinin, çalışma hayatına erkeklerden daha az girmiş olmasının bakım verenlerin kadın olmasında etkili olduğu düşünülmektedir.

Atagün ve arkadaşları (2011) yaptıkları çalışmanın sonucunda tüm bakım verenlerin %23'ü kadın, %13'ü ise erkek eşler olduğu bildirilmiştir (Atagün ve ark.,2011). Şahin (2014) bakım verenlerin %50.3'ünün hastanın çocukları (oğlu, kızı, gelini) olduğu, %45.6'sının 10-20 yıl arasında birlikte yaşadığı, %62.7'sinin 5 yıldan fazla zamandır bakım verdiği belirlenmiştir (Mollaoğlu ve arkadaşları (2011) tarafından yapılmış çalışmada, bakım verenlerin %68.5'i kadın olduğu ve %39.2'sinin hastaların çocukları olduğu belirtilmiştir.

Bakım verenlerin bakım verme süreleri ile bakım yükleri karşılaştırıldığında; bakım verme süresi arttıkça bakım verme yükü puan ortalamasının arttığı ancak istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0.421$, $t=0.809$) (Tablo2). Çalışmamız Aşiret'in (2011) çalışmasının sonuçları ile benzerlik göstermektedir (31). Alzheimer hastalığında hastalığın evresi ilerledikçe bireyin bakım verene daha bağımlı hale gelmesi nedeniyle bakıma ihtiyacın devam ettiğini düşünmekteyiz. Bu durum literatürle benzer olarak bizim çalışmamızda da bakım vermede süre arttıkça yaşanan bakım yükünün de arttığı belirlenmiştir.

Çalışmada bakım verilen hastanın yaşı arttıkça bakım verenlerin bakım yükü de anlamlı düzeyde artmaktadır. Bu durum yaş ilerledikçe bireylerin bakım ihtiyacının artması, daha bağımlı olması ile günlük yaşam aktivitelerinde ve kişisel bakım hizmetlerinde daha fazla bakım ihtiyacının olması, bakım vericinin yükünün artmasına neden olabileceği sonucuna varılmıştır. Çalışmamıza benzer bir araştırmaya rastlanmamıştır.

Çalışmada hastasının bütün ihtiyaçlarını karşıladığını bildiren bakım vericilerin bakım yükü hastasına maddi ve psikolojik destek sağladığını bildiren bakıcıların bakım yükü puanından daha yüksek bulunmuş olup, istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur. Şahin ve ark. (2009) çalışmalarında bakım verenlerin %39.3'ünün hastaya bakım alanının maddi destek sağlama olduğu bulunmuştur (32). (Şahin, Polat&, Ergüney,2009). Şahin (2014) bakım verenlerin %56.7'sinin hastanın bütün ihtiyaçlarını bakım vererek giderdiği saptanmıştır (Şahin,2014).

Akyar ve Akdemir (2009) alışmalarında bakım verenler ortalama 15.4 saatlerini hastalarının bakımı için ayırdıklarını ve en sıklıkla hastaların temizlik, boşaltımın sağlanması, tedavi, beslenme, hareket gibi işler ile ekonomik işlerini yaptıklarını bildirmişlerdir (Akyar & Akdemir, 2009).

Bakım verenlerin Alzheimer hastalarına bakım için günlük olarak ayırdıkları zamanın çokluğu kendilerine zaman ayıramamalarına ve günlük yaşamlarının etkilenmesine neden olmakta ve bunun sonucu olarak Alzheimer hastalarına bakım verenlerin bakım yükleri artmaktadır şeklinde açıklanabilir.

KAYNAKLAR

- Akyar İ, Akdemir N. Alzheimer Hastaların Bakım Verenlerin Yaşadıkları Güçlükler, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 2009; 32-49.
- Alzheimer's Association. 2015 Alzheimer's Disease Facts and Figures. Alzheimer's & Dementia 2015;11(3):332.
- Altın M. Alzheimer Tipi Demans Hastalarına Bakım Verenlerde Tükenmişlik ve Anksiyete, Uzmanlık Tezi, Tezi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul 2006.
- Aşiret G D, Kapucu S. İnmeli Hastalara Bakım Veren Hasta Yakınlarının Bakım Yüğü, Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 2012; 2: 73-80.
- Aşiret GD. İnmeli Hastalara Bakım Veren Hasta Yakınlarının Bakım Yüğü. Hacettepe Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enst. Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2011.
- Atağün Mİ, Balaban ÖD, Atağün Z, Elagöz M, Özpolat AY. Kronik Hastalıklarda Bakım Veren Yüğü, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2011; 3(3):513-552.
- Berger G, Bernhardt T, Weimer E et al. Longitudinal study on the relationship between symptomatology of dementia and levels of subjective burden and depression among family caregivers in memory clinic patients. Journal Geriatr Psychiatry Neurol. 2005;18(3):119-28.
- Bilgili N. Yaşlı Bireye Bakım Veren Ailelerin Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi. Hemşirelik Programı Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2000.
- Çetinkaya F. Demanslı Hastaya Bakım Verenlerin Bakım Yüğü'nün İncelenmesi, 2008, İzmir, Yüksek Lisans Tezi.
- Cogia PP, Rastogi N. Clinical Alzheimer Rehabilitation, NewYork 2008.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Alzheimerlı hastalara bakım vericilerin bakım yükünün orta düzeyde olduğu, bakım verme süresi uzadığça bakım vericilerin bakım yükünün arttığı bulunmuştur. Bu durumda bakım verici kişilerin yaşayabilecekleri sorunlar konusunda önceden bilgilendirilmeleri, baş etme yöntemlerini geliştirmeleri önemlidir.

- Daroff RB, Fenichel GM, Jankovi J, Mazziota JC. Bradley's Neurology in Clinical Practice, 2012.
- Doornbos, M. Professional Support for Family Caregivers of People with Serious and Persistent Mental Illnesses. Journal of Psychosocial Nursing, 2001, 39 (12), 39-45.
- Dileköz A. Alzheimer Hastalarına Bakım Veren Yakınlarının Tükenmişlik ve Stresle Başa ıkma Tarzlarının Karşılaştırılması. Psikiyatri Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara, 2003.
- Edition T. Editor by Gauthier S, Clinical Diagnosis and Management of Alzheimer's Disease, 2007.
- Evelyn B, Kelly PhD. Alzheimer's Disease, Chelsea House Publishers. Printed in the united states of America Newyork 2008.
- Gago MF, Fernandes Y, Ferreira J, Silva H, Rocha L, Bicho E, Sousa N. Postural Stability Analysis with Inertial Measurement Units in Alzheimer's Disease Dement. Geriatr Cogn Disord Extra 2014;4:22-30.
- İnci F H. Bakım Verme Yüğü Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması, Geçerlik ve Güvenirliği, Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Denizli, 2006.
- İşleri PK, Efendi H. Demanslı Hastaya Klinik Yaklaşım Ve Tedavi. STED 2003;12:458-61.
- Küçükgüçlü Ö, Esen A, Yener G. Bakım verenlerin yüğü envanterinin Türk toplumu için geçerlik ve güvenirliğinin incelenmesi. Journal of Neurological Sciences (Turkish) 2009; 26(1): 60-73.
- Mollaoğlu M, Tuncay FÖ, Fertelli TK. İnmeli Hasta Bakım Vericilerinde Bakım Yüğü ve Etkileyen Faktörler, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2011;4(3): 125-130.
- Moon Y, Kim H, Choi H, Han SH. Validity of the Korean Verdion of the Fear of Alzheimer's Disease Scale

for the Assessment of Anticipatory Dementia, J Korean Med Sci 2014;29:411-415.

Özer N, Yurttaş A, Hacıoğlu N. Bakım Yüğü Ölçeğinin Türkçe Versiyonunun Klinik Alanda Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. Ulusal Cerrahi Kongresi 24- 28 Mayıs Antalya, Bildiri Özetleri Kitabı 2006; 132-133.

Özer S. Kalp Yetersizliğinde Aile /Bakım Verici Yüğü, Türk Kardiyoloji Derneği, Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi, 2010; 1(1): 3-7.

Rinaldi P, Spazzafumo L, Mastriforti R. Study group on brain aging of the Italian society of gerontology and geriatrics. Predictors of high level of burden and distress in caregivers of demented patients: results of an Italian multicenter study. Int J Geriatr Psychiatry 2005; 20(2):168-74.

Schneider J, Murray J, Banerjee S, Mann A. EURO CARE: a cross-national study of co-resident spouse carers for people with Alzheimer's disease: Factors associated with carer burden. Int J Geriatr Psychiatry 1999; 14(8): 651-61.

Şahin ZA. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarına (KOA) Bakım Veren Bireylerin Bakım Yüğü ve Depresyon Düzeyleri. Tıp Araştırmaları Dergisi; 2014: 12(3):113-119.

Şahin ZA, Polat E, Ergüney S. Kemoterapi Alan Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Verme Yüğülerinin Belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2009; 12(2):1-9.

Selekler K. Alois Alzheimer Ve Alzheimer Hastalığı. Türk Geriatri Dergisi, 13 / Özel Sayı 3 / 2010 (9-14).

Tekin N, Dişçigil G, Altunbaş E. Demans Hastalarının Bakımı, Toplumsal Bakış Açısı, Davranış ve Bilgi Kaynakları, Turkish Journal of Geriatrics 2011; 14 (1):35-39.

Tuna M, Olgun N. İnmeli Hastalara Bakım Veren Hasta Yakınlarında Görülen Tükenmişlik Durumunda Algılanan Sosyal Desteğin Rolü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2010; 41-52.

Yacı Ö. Çeşitli Evrelerdeki Alzheimer Hastalarına Bakım Veren Yakınlarındaki Bakıcı Yüğü ve Depresyonun Karşılaştırılması. Psikiyatri Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul, 2011.

HEMŞİRELERİN MESLEKİ GELİŞİMİNDE SOSYAL MEDYA KULLANIM DURUMLARININ İNCELENMESİ

Hacer GÖK UĞUR¹, Nurten SEYİS², Seda ÖZÇELİK³, Feyza Nur TODUK⁴

ÖZET

Amaç: Bu çalışma hemşirelerin mesleki gelişiminde sosyal medya kullanım durumlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı olarak Şubat-Mart 2016 tarihlerinde yapılan çalışmanın evrenini bir Kamu Hastanesi'nde çalışan 112 hemşire oluşturmuştur. Araştırmada herhangi bir örnekleme yöntemine gidilmeyip evrenin tamamı örnekleme olarak alınmış ve araştırmaya katılmayı kabul eden 100 hemşire ile çalışma tamamlanmıştır. Araştırmanın verileri literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından hazırlanan "Veri Toplama Formu" kullanılarak, yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, t testi ve ki kare testi kullanılmıştır. Etik açıdan araştırmanın yürütüldüğü hastanenin bağlı olduğu Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğinden yazılı izin ve araştırmaya katılan hemşirelerden sözlü onam alınmıştır.

Bulgular: Araştırmada hemşirelerin % 96'sının sosyal medya kullandığı, %79'unun mesleki gelişimleri için sosyal medya ağlarını kullandığı ve %77'sinin hemşirelik mesleğinin gelişmesinde sosyal medyanın etkili olduğunu düőündüđu belirlenmiştir. Hemşirelerin mesleki gelişimleri için sosyal medya ağlarından Facebook, Twitter, Messenger, Whatsapp, Instagram ve Youtube kullandıkları bulunmuştur. Hemşirelerin mesleki gelişimleri için sosyal medyadan; %51'inin hemşirelikle ilgili bir gruba üye olduğu, %75'inin haberleri, %61'inin videoları, %78'inin yeni bilgileri ve araştırmaları, %59'unun projeleri, %71'inin yasal değişiklikleri, %73'ünün iyi uygulamaları, %39'unun mesleki derneklerle ilgili faaliyetleri takip ettiği ve %52'sinin mesleki paylaşımlar yaptığı belirlenmiştir. Hemşirelerin yaşı, çalışma yılı ve eğitim durumu ile sosyal medyayı mesleki gelişimleri için kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir (p<0.05).

Sonuçlar ve Öneriler: Araştırma kapsamındaki hemşirelerin çoğunun sosyal medyayı mesleki gelişimleri için kullandığı, sosyal medyada hemşirelikle ilgili bir gruba üye olduğu, sosyal medyada meslekle ilgili haberleri, videoları, yeni bilgileri, araştırmaları, projeleri, yasal değişiklikleri, iyi uygulamaları, mesleki dernek faaliyetlerini takip ettiği ve mesleki paylaşımlar yaptığı belirlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda; hemşirelerin mesleki gelişimleri için sosyal medya ağları üzerinden eğitim programlarının ve faaliyetlerin yapılması önerilir.

Anahtar kelimeler: Hemşire, Sosyal medya kullanımı, Sosyal medya ağları, Mesleki gelişim.

Analysis of Social Media Use States of Nurses in their Professional Development

ABSTRACT

Objective: This study was conducted to find out the social media use states of nurses in their professional development.

Method: The universe of this descriptive study conducted between February and March 2016 consists of 112 nurses working in a State Hospital. No sampling method was used in the study, the whole universe was taken as sample and the study was finalized with 100 nurses who agreed to participate in the study. The data were collected by using "Data Collection Form" prepared by the researchers in line with the literature through interview technique. Descriptive statistics, t test and chi-square test were used in the assessment of data. In terms of ethics, written permission was taken from State Hospitals Union general secretariat and oral consent was taken from the nurses who participated in the study.

Results: In the study, it was found that 96% of the nurses used social media, 77% thought social media was effective in the development of nursing profession and 79% used social media for their professional development. It was found that nurses used Facebook, Twitter, Messenger, Whatsapp, Instagram and Youtube social networking websites for their professional development. In terms of using social media for their professional development, it was found that 51% of the nurses were members of a group, 75% followed the news, 61% followed videos, 78% followed new information and researches, 59% followed projects, 71% followed legislative changes, 73% followed good practices, 39% followed activities related with professional associations and 52% shared professional posts on social media. Statistically significant association was found between nurses' age, working year, educational status and their state of using social media for professional development (p<0.05).

Conclusions: It was found that a great majority of the nurses in the study used social media for their professional development; they were members of a group related with nursing in social media; they followed news about the profession, videos, new information, projects, legislative changes, good practices and activities of professional associations and they also shared professional posts on social media. In line with these results, it is recommended to conduct training programs and activities through social networking websites for nurses' professional development.

Key Words: Nursing, Social media use, Social networking websites, Professional development.

¹ Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi, Hemşirelik Bölümü, ORDU

² Trabzon Kanuni Eğitim Araştırma Hastanesi, Yomra/TRABZON

³ Giresun Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi, GİRESUN

⁴ Türk Kızılayı Başakşehir Kan Bağış Merkezi, Başakşehir/İSTANBUL

*Çalışma T.C. Sağlık Bakanlığı - Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan hemşireler üzerinde yürütülmüştür. "Bu çalışma herhangi bir fon ya da kuruluş tarafından desteklenmemiőtir."

YAZAR NOTU: Bu çalışma, 15. Ulusal Hemşirelik Öğrenci Kongresi'nde (28-29 Nisan 2016, Eskişehir) poster bildiri olarak sunulmuştur.

Sorumlu Yazar: Hacer GÖK UĞUR, e-mail: hacer32@gmail.com

GİRİŞ

Gelişen teknoloji ve internet erişiminin kolaylaşması nedeniyle dünyada internet ve sosyal medya kullanımı hızla artmaktadır (Schroeder, 2017). Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu 2018 yılı verilerine göre; Dünya nüfusunun %53'ünü oluşturan 4 milyar 200 bin kişinin internet kullandığı, % 42'sinin 3 milyar 190 bin kişi ile sosyal medya kullanıcısı olduğu ve 2017 yılı sosyal medya istatistiklerinde 3 milyar 20 milyon olan sosyal medya kullanıcı sayısının 2018'de 3 milyar 200 milyona yükseldiği belirtilmektedir (Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu, 2018). Türkiye Dijital 2018 yılı verilerine göre ise, nüfusun %67'sini oluşturan 54.3 milyon kişinin internet kullanıcısı, %51'ini oluşturan 51 milyon kişinin aktif sosyal medya kullanıcısı, %54'ünü oluşturan 44 milyon kişinin aktif mobil sosyal medya kullanıcısı olduğu ve en aktif kullanılan sosyal medya ağlarının Youtube, Facebook, Instagram, Twitter ve Google+ olduğu belirtilmektedir (Türkiye Dijital, 2018).

Sosyal medya; kullanıcıların başkalarıyla bağlantı kurmasına, işbirliği yapmasına ve iletişim kurmasına yardımcı olan çeşitli internet tabanlı araçlar olarak tanımlanmaktadır (Ressler & Glazer, 2010). Sosyal medya, bilginin küresel bazda iletilmesini sağlayan önemli bir iletişim ağı olmakla birlikte pek çok mesleğin kariyer gelişiminde; bilimsel iletişim, bilgi toplama, paylaşma ve yayma yöntemi olarak kullanılmaktadır (Casella, Mills & Usher, 2014; Fraser, 2012; Java et al., 2007; Piscotty et al., 2013). İletişim teknolojisinin kullanımındaki artıştan dolayı sosyal medya sağlık çalışanları tarafından da kullanılmaktadır (Career Guts, 2012; Fox, 2011; Thomas, 2013). Sağlık sektöründe sosyal medyanın; güncel konularda bilgi edinme, bilgi alışverişi, araştırma bilgisine ulaşma, hasta ve aileleriyle iletişim kurma, eğitim, sağlık hizmetleri için yeni kitlelere ulaşma ve örgütsel başarıların yaygınlaştırılması gibi konularda kullanıldığı belirtilmektedir (Health Research Institute, 2018).

Sağlık profesyonelleri içerisinde hemşirelerin de sosyal medyayı çeşitli amaçlarla kişisel ve mesleki gelişimleri için kullandıkları ifade edilmektedir (American Nurses Association, 2011; Ferguson, 2013; Jackson, Fraser & Ash, 2014; Kung & Oh, 2014). Hemşireler sosyal medyayı mesleki gelişimlerinde; meslekle ilgili güncel olayları, eğitimleri, araştırmaları, tartışmaları, iyi uygulamaları, konferansları ve sağlık politikalarını takip etme, meslek üyeleri arasında iletişim kurma ve istihdam amacıyla kullanmaktadırlar (Çobaner & Işık, 2014; Fraser, 2012; Kung & Oh, 2014; Mesquita et al., 2017; Wilson et al., 2014). Bununla birlikte hemşireler için sosyal medya kullanımının oldukça faydalı olduğu, hemşirelerin bilgi ve beceri düzeylerini arttırmak ve iyi uygulamaları geliştirmek amacıyla sosyal medya kullanmaları gerektiği vurgulanmaktadır (Bassell, 2010). Amerikan Hemşireler Derneği (ANA-American Nurses Association) ise, hemşirelerin eğitim, araştırma, kanıta dayalı uygulamalar ve iletişim konusunda sosyal medya ağlarını kullanabileceklerini ifade etmiştir (American Nurses Association, 2011). Ayrıca dünyada ve ülkemizde hemşirelerin mesleki gelişimlerinde sosyal medya kullanımını nasıl uyguladıklarıyla ilgili yapılan çalışmaların oldukça yetersiz olduğu ve bu konuda ayrıntılı çalışmaların yapılması gerektiği belirtilmektedir (Asiri & Househ, 2016; Çobaner & Işık, 2014; Kung & Oh, 2014; Mohamed, 2018).

Bu nedenle çalışma hemşirelerin mesleki gelişiminde sosyal medya kullanım durumlarını incelemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırma Soruları

1. Hemşireler sosyal medyayı kullanıyorlar mı?
2. Hemşirelerin sosyal medya ile ilgili düşünceleri nelerdir?
3. Hemşireler mesleki gelişimlerinde sosyal medya kullanıyorlar mı?
4. Hemşirelerin mesleki gelişiminde sosyal medya kullanımını etkileyen faktörler nelerdir?

YÖNTEM

Çalışma tanımlayıcı olarak Şubat-Mart 2016 tarihleri arasında bir Kamu Hastanesi'nde çalışan hemşireler üzerinde yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini bir Kamu Hastanesi'nde çalışan 112 hemşire oluşturmuştur. Araştırmada herhangi bir örneklem yöntemine gidilmeyip evrenin tamamı örneklem olarak alınmış ve araştırmaya katılmayı kabul eden 100 hemşire ile çalışma tamamlanmıştır. Etik açıdan araştırmaya başlamadan önce araştırmanın yürütüldüğü hastanenin bağlı olduğu Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğinden yazılı izin ve araştırmaya katılan hemşirelerden sözel onam alınmıştır.

Veri Toplama Aracı

Araştırmanın verileri araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda (Asiri & Househ, 2016; Bassell, 2010; Çobaner & Işık, 2014; Ergün & Keskin, 2017; Fraser, 2012; Korkmaz ve ark., 2015; Kung & Oh, 2014; Mesquita et al., 2017) hazırlanan "Veri Toplama Formu" kullanılarak, yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Veri toplama formu 3 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde; hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma, çalışma yılı, eğitim durumu ve çalışılan birim) içeren 7 soru yer almıştır. İkinci bölümde; hemşirelerin sosyal medya ile ilgili düşüncelerini belirleyen (sosyal medya kullanma, gün içinde geçirilen zaman, sosyal medyaya nerelerden bağlanıldığı, sosyal medyanın mesleğin gelişiminde etkili olduğunu düşünme, meslektaşlar arasında bilgi alışverişi sağladığını düşünme, hemşirelik mesleğiyle ilgili bilgi, araştırma, proje ve iyi uygulama örneklerinin yaygınlaştırılmasında etkili olduğunu düşünme ve mesleğin gelişiminde olumlu katkılar sunduğunu düşünme) 7 soru yer almıştır. Üçüncü bölümde ise; hemşirelerin sosyal medyayı mesleki gelişimleri için kullanma durumlarını belirleyen (mesleki gelişimde sosyal medya kullanma, kullanılan sosyal medya ağları, sosyal medyadan hemşirelikle ilgili herhangi bir gruba üye olma, sosyal medyadan meslekle ilgili haberleri, videoları, yeni bilgileri ve araştırmaları, projeleri, yasal değişiklikleri, iyi uygulamaları, mesleki derneklerle ilgili faaliyetleri takip etme ve mesleki paylaşımlar yapma) 11 soru yer almıştır. Veri toplama formu toplam 25 sorudan oluşmuştur.

Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler SPSS 20.0 paket programında tanımlayıcı istatistikler, t testi ve ki kare testi kullanılarak değerlendirilmiştir. Araştırmada anlamlılık düzeyi 0.05 olarak alınmıştır.

BULGULAR

Araştırma kapsamındaki hemşirelerin yaş ortalaması 34.01±9.82 (Min:20;Max:57) olup, %80'inin

kadın, %69'unun evli ve %61'inin çocuk sahibi olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin çalışma yılı ortalamasının 12.88±9.93 (Min:1;Max:39) olduğu, %49'unun lisans mezunu ve %36'sının dâhili birimlerde çalıştığı bulunmuştur (Tablo 1).

Tablo 1. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

		N	%
Yaş ortalaması		34.01±9.82 (Min:20;Max:57)	
Çalışma yılı		12.88±9.93 (Min:1;Max:39)	
Cinsiyet	Kadın	80	80.0
	Erkek	20	20.0
Medeni durum	Evli	69	69.0
	Bekâr	31	31.0
Çocuk sahibi olma	Evet	61	61.0
	Hayır	39	39.0
Eğitim durumu	Lise	24	24.0
	Ön lisans	25	25.0
	Lisans	49	49.0
	Lisansüstü	2	2.0
Çalışılan birim	Dâhili birim	36	36.0
	Cerrahi birim	30	30.0
	Yoğun bakım	6	6.0
	Acil servis	24	24.0
	İdari birimler	2	2.0
	Diğer	2	2.0
Toplam		100	100.0

Araştırmada hemşirelerin %96'sının sosyal medya kullandığı, %30.2'sinin gün içinde sosyal medyada 3-4 saat zaman geçirdiği ve %81.6'sının sosyal medyaya telefonla bağlandığı belirlenmiştir. Hemşirelerin %77'si sosyal medyanın hemşirelik mesleğinin gelişimde etkili olduğunu, %78'i sosyal medyanın meslektaşlar arasında bilgi alışverişi sağladığını, %82'si sosyal medyanın hemşirelik ve diğer sağlık alanlarıyla ilgili bilgi, araştırma, proje ve iyi uygulama örneklerinin yaygınlaştırılmasında etkili olduğunu ve %78'i sosyal medyanın hemşirelik mesleğinin gelişiminde olumlu katkıları olduğunu düşünmektedir (Tablo 2).

Hemşirelerin %79'unun mesleki gelişimleri için sosyal medya kullandığı ve %46.6'sının Facebook kullandığı belirlenmiştir. Hemşirelerin mesleki gelişimleri için sosyal medyada; %51'inin hemşirelikle ilgili bir gruba üye olduğu, %75'inin haberleri, %61'inin videoları, %78'inin yeni bilgileri ve araştırmaları, %59'unun projeleri, %71'inin yasal değişiklikleri, %73'ünün iyi uygulamaları, %39'unun mesleki derneklerle ilgili faaliyetleri takip ettiği ve %52'sinin hemşirelik mesleğiyle ilgili paylaşımlar yaptığı bulunmuştur (Tablo 3).

Hemşirelerin yaşı, çalışma yılı ve eğitim durumu ile mesleki gelişimleri için sosyal medya kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (p<0.05). Hemşirelerin cinsiyeti, medeni durumu ve çocuk sahibi olma durumu ile mesleki gelişimleri için sosyal medyayı kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir (p>0.05) (Tablo 4).

Tablo 2. Hemşirelerin Sosyal Medya İle İlgili Özelliklerinin Dağılımı

		N	%
Sosyal medya kullanma	Evet	96	96.0
	Hayır	4	4.0
Sosyal medyada gün içinde geçirilen zaman (n=96)	1 saatten az	32	33.3
	1-2 saat	28	29.2
	3-4 saat	29	30.2
	5-6 saat	7	7.3
Hemşirelerin sosyal medyaya nerelerden bağlandığı(n=96)*	Telefon	85	81.6
	Bilgisayar	36	34.6
	Tablet	16	15.4
Sosyal medyanın hemşirelik mesleğinin gelişiminde etkili olduğunu düşünme	Evet	77	77.0
	Hayır	23	23.0
Sosyal medyanın meslektaşlar arasında bilgi alışverişi sağladığını düşünme	Evet	78	78.0
	Hayır	22	22.0
Sosyal medyanın hemşirelik mesleğiyle ilgili bilgi, araştırma, proje ve iyi uygulama örneklerinin yaygınlaştırılmasında etkili olduğunu düşünme	Evet	82	82.0
	Hayır	18	18.0
Sosyal medyanın hemşirelik mesleğinin gelişiminde olumlu katkıları olduğunu düşünme	Evet	78	78.0
	Hayır	22	22.0
Toplam		100	100.0

*Birden fazla şık işaretlenmiştir.

Tablo 3. Hemşirelerin Sosyal Medyayı Mesleki Gelişimleri İçin Kullanma Durumlarıyla İlgili Özelliklerin Dağılımı

Mesleki gelişimde sosyal medyayı kullanma	Evet	79	79.0
	Hayır	21	21.0
Mesleki gelişimde kullanılan sosyal medya ağları (n=79)*	Facebook	59	46.6
	Twitter	16	12.6
	Messenger	10	7.9
	Whatsapp	43	34.0
	Instagram	8	6.3
	Youtube	17	13.4
	Diğer	2	1.6
Sosyal medyada hemşirelikle ilgili herhangi bir gruba üye olma	Evet	51	51.0
	Hayır	49	49.0
Sosyal medyada meslekle ilgili haberleri takip etme	Evet	75	75.0
	Hayır	25	25.0
Sosyal medyada meslekle ilgili videoları takip etme	Evet	61	61.0
	Hayır	39	39.0
Sosyal medyada meslekle ilgili yeni bilgileri ve araştırmaları takip etme	Evet	78	78.0
	Hayır	22	22.0
Sosyal medyada meslekle ilgili projeleri takip etme	Evet	59	59.0
	Hayır	41	41.0
Sosyal medyada meslekle ilgili yasal değişiklikleri takip etme	Evet	71	71.0
	Hayır	29	29.0
Sosyal medyada meslekle ilgili iyi uygulamaları takip etme	Evet	73	73.0
	Hayır	27	27.0
Sosyal medyada mesleki derneklerle ilgili faaliyetleri takip etme	Evet	39	39.0
	Hayır	61	61.0
Sosyal medyada mesleğiyle ilgili paylaşımlar yapma	Evet	52	52.0
	Hayır	48	48.0
	Toplam	100	100.0

*Birden fazla şık işaretlenmiştir.

Tablo 4. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri ile Mesleki Gelişimleri İçin Sosyal Medyayı Kullanma Durumlarının Karşılaştırılması

		Mesleki Gelişim İçin Sosyal Medya Kullanma			Test/P değeri
		Evet	Hayır	Toplam	
Yaş ortalaması			33.09±8.54	38.33±11.35	t=-2.327/ 0.022
Cinsiyet	Kadın	n	61	19	80
		%	76.2	23.8	100.0
	Erkek	n	18	2	80.0
		%	90.0	10.0	20
	Toplam	n	79	21	100
		%	79.0	21.0	100.0
					X ² =1.823/0.177
Medeni durum	Evli	n	51	18	69
		%	73.9	26.1	100.0
	Bekâr	n	28	3	31
		%	90.3	9.7	100.0
	Toplam	n	79	21	100
		%	79.0	21.0	100.0
					X ² =3.472/0.062
Çocuk sahibi olma	Evet	n	46	15	61
		%	75.4	24.6	100.0
	Hayır	n	33	6	39
		%	84.6	15.4	100.0
	Toplam	n	79	21	100
		%	79.0	21.0	100.0
					X ² =1.215/0.270
Çalışma yılı			11.62±9.14	17.60±11.49	t=-2.517/ 0.013
Eğitim Durumu	Lise	n	16	8	24
		%	66.7	33.3	100.0
	Ön lisans	n	18	7	25
		%	72.0	28.0	100.0
	Lisans	n	43	6	49
		%	87.8	12.2	100.0
	Lisansüstü	n	2	0	2
		%	100.0	0.0	100.0
	Toplam	n	79	21	100
		%	79.0	21.0	100.0
					X ² =5.735/ 0.020

TARTIŞMA

Hemşirelerin mesleki gelişiminde sosyal medya kullanım durumlarını belirlemek amacıyla yapılan çalışmanın bulguları bu bölümde; hemşirelerin mesleki gelişiminde sosyal medya kullanımı, sosyal medya kullanım alanları ve sosyal medya kullanımını etkileyen faktörler ele alınarak tartışılmıştır. Araştırmada hemşirelerin %96'sının sosyal medya kullandığı belirlenmiştir. Benzer şekilde Kung & Oh (2014) tarafından hemşirelerin sosyal medya kullanımlarıyla ilgili 410 hemşire üzerinde yapılan çalışmada hemşirelerin % 93.4'ünün çeşitli sosyal medya platformlarının aktif kullanıcıları oldukları bulunmuştur. Araştırmada hemşirelerin %30.2'sinin gün içinde sosyal medyada 3-4 saat zaman geçirdiği belirlenmiştir. Hemşireler üzerinde yapılan çalışmalar incelendiğinde; Kung & Oh (2014) hemşirelerin %49.6'sının gün içinde internette 1 ile 4 saat arasında zaman geçirdiğini ve Korkmaz ve ark. (2015) hemşirelerin % 13'ünün gün içinde 4 saatini sosyal medyada geçirdiğini belirlemiştir. Ergün & Keskin (2017) ise, sağlık yüksekokulu öğrencilerinin %42.1'inin internette günde 3-4 saat zaman geçirdiğini belirtmektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda gelişen ve değişen teknoloji ile birlikte

hemşirelerin de yüksek oranda sosyal medya kullandığı ve gün içinde sosyal medyada ortalama 4 saat zaman geçirdikleri söylenebilir.

Araştırmada hemşirelerin çoğunun sosyal medyanın hemşirelik mesleğinin gelişiminde etkili olduğunu düşündüğü, mesleki gelişimleri için sosyal medya kullandığı ve sosyal medya ağlarından daha çok Facebook kullandığı belirlenmiştir. Kanada'da 2012 yılında Ontario Hemşirelik Okulu tarafından farklı alanlarda çalışan 711 hemşirenin katılımıyla gerçekleştirilen bir çalışmada; hemşirelerin çoğunun sosyal medyayı mesleki ve kişisel gelişimleri için kullandığı ve aynı zamanda sosyal medya kullanan hemşirelerin çoğunun sosyal medyanın mesleki uygulamalar için önemli olduğunu düşündükleri bulunmuştur (College of Nurses of Ontario Survey, 2012). Wilson et al. (2014) ve Levati (2014) hemşirelerin sosyal ağları mesleki ve kişisel gelişimleri için kullandığını, Kaya ve ark. (2008) ise, 421 hemşire üzerinde yaptığı çalışmada hemşirelerin çoğunun mesleki konularla ilgili olarak internet kullanmayı tercih ettiğini ve Korkmaz ve ark. (2015) hemşirelerin sosyal medyayı mesleği için kullandığını ve çoğunun sosyal ağlardan Facebook kullandığını belirlemiştir. Bununla birlikte Mesquita et al. (2017) tarafından yapılan sistematik

derleme çalışmasında hemşirelerin sosyal ağlardan daha çok Facebook kullandığı belirlenmiştir. Diğer taraftan Ergün & Keskin (2017) sağlık yüksekokulu öğrencilerinin çoğunun sosyal medyanın mesleki gelişime katkı sağladığını düşündüğünü, internet kullanım amaçlarının mesleki konular olduğunu ve internette sosyal ağlardan en çok Facebook kullandıklarını bulmuştur. Literatürle benzer şekilde araştırmamızda hemşirelerin çoğunun mesleki gelişimleri için sosyal medya kullandığı ve hemşirelerin sosyal medya ağlarından daha çok Facebook kullandığı söylenebilir.

Araştırmada hemşirelerin mesleki gelişimleri için sosyal medyada; meslekle ilgili bir gruba üye olduğu, meslekle ilgili haberleri, videoları, yeni bilgileri, araştırmaları, projeleri, yasal değişiklikleri, iyi uygulamaları ve mesleki derneklerle ilgili faaliyetleri takip ettiği ve mesleki paylaşımlar yaptığı bulunmuştur. Mesquita et al. (2017) tarafından yapılan sistematik derleme çalışmasında; hemşirelerin çoğunun sosyal medyayı araştırma, akademik etkinliklerde öğrencilere yardımcı olmak ve internet üzerinden müdahaleleri yürütmek amacıyla kullandıkları belirlenmiştir. Çobaner & Işık (2014) hemşirelerin sosyal medyayı eğitim, araştırma, tartışmalar ve iyi uygulama örneklerinin yaygınlaştırılmasında kullandıklarını belirtmektedir. Kung & Oh (2014) ve Fraser (2012) ise, hemşirelerin sosyal medya ağlarını mesleki konularda bilgiye erişim, eğitim, sağlığın geliştirilmesi, vaka tartışmalarını ve iyi uygulamaları takip etmek ve istihdam ile ilgili bilgileri sosyal ağlarda paylaşmak amacıyla kullandıklarını bulmuştur. Wilson et al. (2014) hemşirelerin sosyal medyayı sağlık eğitimi, sağlığın geliştirilmesi, istihdam, sağlık politikaları ve meslek üyeleri arasında iletişimin sağlanması amacıyla kullanıldığını ifade etmiştir. Bununla birlikte Bassell (2010) hemşirelerin sosyal medyayı iyi uygulamaları geliştirmek amacıyla kullanabileceklerini ve Lee Ventola (2014) hemşirelik öğrencilerinin klinik uygulamalarını geliştirmek için sosyal medyada video izlediğini ifade etmiştir. Ayrıca Ergün & Keskin (2017) sosyal medyanın mesleki örgütlenmeyi kolaylaştıran ideal bir yol olduğunu, işyerinde mesleki örgütlenme için somut adımları atmakta zorlanan bireyin, internette mesleki örgüt ve organizasyonların yöneticilerine kolaylıkla ulaşabildiklerini belirtmiştir. Çobaner & Işık (2014) dünyada birçok ülkede hemşirelik meslek örgütlerinin sosyal medya kullanımı ile ilgili politikaları içeren rehberlerin oluşturulduğunu ve meslek örgütlerinin üyelerince paylaşıldığını ifade etmektedir. Araştırmamızda literatürle benzer şekilde hemşirelerin sosyal medyayı farklı şekillerde mesleki gelişimleri için kullandıkları söylenebilir.

Araştırmada hemşirelerin yaşı, çalışma yılı ve eğitim durumlarının mesleki gelişimleri için sosyal medya kullanma durumlarını etkilediği, ancak hemşirelerin cinsiyeti, medeni durumu ve çocuk sahibi olma durumlarının mesleki gelişimleri için sosyal medya kullanma durumlarını etkilemediği bulunmuştur. Benzer şekilde Kung & Oh (2014) tarafından hemşireler üzerinde yapılan çalışmada kadın ve erkeklerin internet kullanım durumlarının eşit olduğu bununla birlikte genç, çalışma yılı az olan ve eğitim düzeyi yüksek olan hemşirelerin daha çok sosyal medya kullandıkları belirlenmiştir. Korkmaz ve ark. (2015) tarafından hemşireler üzerinde yapılan çalışmada ise, hemşirelerin sosyal ağları mesleki iletişim amaçlı kullanma düşüncelerinin cinsiyetten etkilenmediği ve eğitim

durumundan etkilendiği belirlenmiştir. Araştırma bulgumuz literatürle benzerlik göstermekte olup genç, çalışma yılı az olan ve eğitim düzeyi yüksek olan hemşirelerin daha çok sosyal medya kullandıkları söylenebilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmada hemşirelerin çoğunun sosyal medyayı mesleki gelişimleri için kullandıkları ve hemşirelerin sosyal medyayı meslekle ilgili bir gruba üye olma, meslekle ilgili haberleri, videoları, yeni bilgileri, araştırmaları, projeleri, yasal değişiklikleri, iyi uygulamaları, mesleki derneklerle ilgili faaliyetleri takip etme ve mesleki paylaşımlar yapma şeklinde kullandıkları belirlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda; hemşirelerin mesleki gelişimleri için sosyal medya ağları üzerinden eğitim programlarının düzenlenmesi ve mesleki faaliyetlerin yapılması önerilir.

KAYNAKLAR

- American Nurses Association (2011). ANA's principles for social networking and the nurse guidance for registered nurses. Available from: www.Nursingworld.org.
- Asiri, H. & Househ, M. (2016). The impact of twitter and facebook on nursing practice and education: a systematic review of the literature. *Stud Health Technol Inform*, 226, 267-270.
- Bassell, K. (2010). Social media and the implications for nursing faculty mentoring: A review of the literature. *Teaching and Learning in Nursing*, 5, 143-148.
- Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (2018). Erişim adresi: <https://www.sabah.com.tr/teknoloji/2018/03/19/dunyada-3-milyar-190-bin-kisi-sosyal-medya-kullaniyor>
- Career Guts (2012). Nurses and social media: keys to gaining influences. Available from: <https://www.careerguts.com/social-media-and-nurses/>
- Casella, E., Mills, J., Usher, K. (2014). Social media and nursing practice: changing the balance between the social and technical aspects of work. *Collegian*, 21, 121-126.
- College of Nurses of Ontario Survey (2012). Nurses weigh in on social media. *The Standard*. Available from: www.cno.org/Global/pubs/mag/TSMVol37No2.pdf
- Çobaner, A.A. & Işık, T. (2014). Hemşireler arasında sosyal medya kullanımının yarar ve risklerinin tıp etiği bağlamında tartışılması. *Türkiye Biyoetik Dergisi*, 1, 137-148.
- Ergün, G. & Keskin, B. (2017). Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin mesleki örgütlenmede sosyal medya kullanım özelliklerinin belirlenmesi. *ACU Sağlık Bil Derg*, <https://doi.org/10.31067/0.2018.80>.
- Ferguson, C. (2013). It's time for the nursing profession to leverage social media. *Journal of Advanced Nursing*, 69, 745-747.
- Fox, S. (2011). The social life of health information. Pew Research Center. Available from: <http://www.pewinternet.org/2011/05/12/the-social-life-of-health-information-2011>

- Fraser, R. (2012). Overview and summary: social media and communication technology: new "friends" in healthcare. The Online Journal of Issues in Nursing, 17, Available from: [http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/Tableof](http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume17/July2012/01Fraser.pdf)
- Health Research Institute (2018). Social media "likes" healthcare: from marketing to social business Available from: <http://www.pwc.com/us/en/health-industries/publications/health-care-socialmedia.html>
- Jackson, J., Fraser, R., Ash, P. (2014). Social media and nurses: insights for promoting health for individual and professional use. The Online Journal of Issues in Nursing, 19, 131-142.
- Java, A., Song, X., Finin, T., Tseng, B. (2007). Why we Twitter: Understanding microblogging usage and communities. 9th WebKDD and 1st SNA-KDD workshop on Web mining and social network analysis, San Jose, CA: ACM.
- Kaya, N., Aştı, T., Kaya, H., Kaçar, G.Y. (2008). Hemşirelerin bilgisayar kullanımına ilişkin görüşlerinin belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 16, 83-89.
- Korkmaz, M., Kılıç, B., Demiray, E., Hablemitoğlu, Ş., Gürkan, A., Yücel, A.S., Kırık, A.M. (2015). Hemşirelerin sosyal medya kullanımı ve yaptıkları işe karşı algı düzeyinin uygulamalı bir örneği. Uluslararası Hakemli Beşeri ve Akademik Bilimler Dergisi, 4, 59-84.
- Kung, Y.M. & Oh, S. (2014). Characteristics of nurses who use social media. CIN: Computers Informatics Nursing, 32, 64-72.
- Lee Ventola, C. (2014). Social media and health care professionals: benefits, risks, and best practices. Pharmacy and Therapeutics, 39, 491-499.
- Levati, S. (2014). Professional conduct among registered nurses in the use of online social networking sites. J Adv Nurs., 70, 2284-2292.
- Mesquita, A.C., Zamarioli, C.M., Fulquini, F.L., Carvalho, E.C., Angerami, E.L.S. (2017). Social networks in nursing work processes: an integrative literature review. Rev Esc Enferm USP, 51:e03219. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016021603219>.
- Mohamed, S. (2018). The use of social media in the nursing profession. Laurea University of Applied Sciences. Nursing Degree Programme Bachelor's Thesis, p.35. Available from: <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/148243/Thesis%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Piscotty, R., Voepel-Lewis, T., Lee, H., Annis-Emoett, A., Lee, E., Kalisch, B. (2013). To tweet or not to tweet? Nurses, social media, and patient care. Nursing Management, 44, 52-53.
- Ressler, P. & Glazer, G. (2010). Legislative: nursing's engagement in health policy and healthcare through social media. Online J Issues Nurs, 16, 11.
- Schroeder, W. (2017). Leveraging social media in family nursing practice. Journal of Family Nursing, 23, 55-72.
- Thomas, B. (2013). The impact of social media in the healthcare context and its implications for the nursing profession. Florence Nightingale Foundation. 2013.
- Türkiye Dijital, (2018). Türkiye'de internet kullanım ve sosyal medya istatistikleri. Available from: <https://dijilopedi.com/2018-turkiye-internet-kullanim-ve-sosyal-medya-istatistikleri/>
- Wilson, R., Ranse, J., Cashin, A., McNamara, P. (2014). Nurses and Twitter: The good, the bad, and the reluctant. Collegian, 21, 111-119.

HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ SON SINIF ÖĞRENCİLERİNİN EŐİNSELLERE YÖNELİK TUTUMU Güven SONER*, Birsen ALTAY*

ÖZET

Amaç: Bu araştırmanın amacı Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü son sınıf öğrencilerinin eşcinsellere ilişkin tutumlarını incelemektir.

Yöntem: Bu kesitsel tipteki çalışma, Türkiye'nin Samsun şehrinde bulunan Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde eğitim gören 102 hemşirelik son sınıf öğrencisi ile yapılmıştır. Araştırma verileri Kasım 2016-Aralık 2016 tarihleri arasında toplanmıştır. Çalışmada araştırmacılar tarafından hazırlanan ve 19 maddeden oluşan anket ile Lezbiyen ve Geylere Yönelik Tutum (LGYT) Ölçeği- Kısa Versiyon kullanılmıştır. Veriler IBM SPSS Statistic 20 ile analiz edilmiştir. Analizde tanımlayıcı testler, t-testi ve kullanılmıştır.

Bulgular: Katılımcıların % 72.5'i kadından oluşmaktadır. Öğrencilerin % 84.3'ü eşcinsellik hakkında fikirlerinin olduğunu, % 15.7'si eşcinsellik hakkında bilgilerinin olmadığını belirtmiştir. Eşcinsellerin sağlığı hakkında katılımcıların % 49'u yeterli bilgi sahibi olmadığını yine katılımcıların % 31.4'ü lisans eğitimlerinde ilgili konuya değinilmediğini belirtmişlerdir. Erkek hemşirelik öğrencilerinin kadınlara göre eşcinsellere yönelik daha fazla olumsuz tutum besledikleri saptanmıştır.

Sonuç ve Öneriler: Araştırma sonucunda, Dünya'da dezavantajlı gruplar içinde gösterilen eşcinsellere yönelik hemşirelik öğrencilerinin bilgi seviyelerinin yeterli düzeyde olmadığı ve yanlış bilgilere sahip olduğu görülmektedir. Hemşirelik öğrencilerinin eşcinsel bireylere yönelik farkındalık kazanmaları ve olumlu bir tutum takınmaları için bu bireylere yönelik eğitimlerin verilmesi faydalı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Eşcinsellik, hemşirelik öğrencileri, tutum

Attitude Of Nursing Last Term Students Towards Homosexual Individuals

ABSTRACT

Objectives: This article aims to study the attitude of nursing last term student toward homosexual individuals in at Ondokuz Mayıs University.

Method: This cross-sectional of 102 nursing last term students at Ondokuz Mayıs University, Samsun, Turkey was conducted (November 2016- December 2016) through 19-item questionnaire and 'The Attitudes toward Lesbians and Gay Men Scale - The Revised Short Version'. IBM SPSS Statistics 20 was used for data analysis.

Results: 72.5% of the participants are women. 84.3% of the students stated that they had ideas about homosexuality and 15.7% did not know about homosexuality. 49% of participants said that they did not have enough knowledge about 'Homosexuality Health' and 31.4% said that LGBT health was not mentioned in undergraduate education. It has been found that male nursing students have more negative attitudes towards homosexuals than female nursing students.

Conclusion: As a result of the study, it is seen that the knowledge levels of nursing students towards homosexuals shown in disadvantaged groups in the world are not sufficient and they have the wrong information. It will be useful to provide nursing students with trainings for these individuals to gain awareness and to adopt a positive attitude towards homosexual individuals.

Keywords: Attitude, homosexuality, nursing students

*Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Samsun, Türkiye

*Sorumlu yazar: Güven SONER, mail: guven.soner@omu.edu.tr

GİRİŞ

Eşcinsellik, bireyin cinsel yöneliminin kendi cinsiyetinden kişilere olması durumudur. Erkek eşcinseller gey, kadın eşcinseller lezbiyen olarak adlandırılmaktadır. Eşcinsel bireyler hak arama mücadelelerini hak kaybına uğrayan diğer cinsel gruplarla birlikte verdikleri için sıklıkla LGBT kısaltması altında görünmektedirler. LGBT; lezbiyen, gey, biseksüel ve transseksüel kavramlarını temsil eden, ancak tüm cinsiyet ve cinsel azınlık bireyleri kapsayan bir şemsiye terim olarak kullanılan bir kısaltmadır (Orgel, 2017).

Eşcinseller dezavantajlı gruplar arasında yer almaktadırlar. Eşcinsel bireylere yönelik ayrımcılığın Avrupa'da etnik köken, yaş ve engelli ayrımcılığından sonra yaygınlıkta dördüncü sırada yer aldığı belirtilmektedir (Papadaki ve ark., 2015). Eşcinsel bireyler heteroseksüellere göre sigara içme, aşırı alkol kullanımı ve ruh sağlığı sorunları açısından daha fazla risk altındadır (Fredriksen-Goldsen ve ark., 2013a). Ayrıca yaşam boyu mağdur olma ve sağlık bakımının önündeki mali engeller eşcinsel bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlıklarını olumsuz etkilemektedir (Fredriksen-Goldsen ve ark., 2013b). Eşcinsel bireyler dünyanın birçok ülkesinde aile içinde, iş yerinde ve okulda önyargı ve ayrımcılığa maruz kalabilmektedirler (Unlu, Beduk ve Duyan, 2016). LGBT bireyler aileleri tarafından red edilme sorunları yaşayabilmekte ve bu durum da bu bireyler üzerinde psikolojik sorunların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (Puckett ve ark., 2015).

Eşcinsel bireylerin sağlık hizmetlerine erişiminde de engellerle karşılaşabilmektedirler (Albuquerque, da Silva Quirino, ve ark., 2016; Albuquerque, de Lima Garcia, ve ark., 2016; Graham ve ark., 2011). Sağlık sisteminde eşcinsel bireylere yönelik var olan olumsuz tutumlar bu bireyleri sağlık hakkını etkileyen önemli bir problemdir (Dinkel ve ark., 2007; Lim ve Hsu, 2016). Eşcinsel bireylerin sağlık hizmeti alırken yaşadığı olumsuz deneyimler, sağlık bakımına tekrar ihtiyaç duyabilecekleri zamanlardaki sağlık hizmeti algılarını etkilemekte ve bu bireylerin sağlık hizmeti almaktan kaçınmalarına neden olabilmektedir (Radix ve Maingi, 2018). Sağlık personelinin eşcinsel bireylerle ilgili daha az bilgi, hassasiyet ve duyarlılığa sahip olması, bu bireylere sundukları sağlık bakımını negatif etkilemektedir. Hasta odaklı bakım, eşcinsel bireyler için hayati öneme sahiptir; çünkü etiketleme ve dışlanma bakımı etkileyebilmektedir (Lim, Johnson, & Eliason, 2015). Ancak sağlık çalışanlarının olumsuz tutumlarını gösteren çalışmalar vardır (Sabin, Riskind ve Nosek, 2015). Amerika'da bazı eyaletlerde ve Avrupa'nın bazı ülkelerinde evlat edinen eşcinsel bireyler çocukları için sağlık hizmeti alma amacıyla gittikleri kurumlarda ayrımcılığa maruz kalabilmektedir (Bennett ve ark., 2017). Sağlık çalışanlarının homofobik tutumları olmasa dahi, eşcinseller ve sağlık gereksinimleri hakkında yeterli bilgiye sahip olmamaları sağlık bakımının niteliğini düşürebilir (Cunha ve ark., 2017).

Sağlık çalışanlarının eşcinsel bireylere kültürel olarak nitelikli hizmet vermekte etik yükümlülükleri vardır (Acker, 2017). Sağlık hizmeti sunucuları olarak, hemşirelerin marjinalize olmuş bireylerin sağlık bakım ihtiyaçları hakkında bilgi sahibi olmaları ve bunlara duyarlı olmaları gerekir (Cornelius ve Carrick, 2015). Hemşireler diğer sağlık personellerine göre hasta ile daha fazla etkileşim içinde olan bir meslektir. Tedavi görürken hastaların ilgi beklentilerinde, hemşireler sıklıkla ilk temas noktalarıdır ve bu yüzden kültürel farklılıklar konusunda deneyim ve bilgi sahibi olmaları gerekir (Mitchell ve ark., 2016). Ancak eşcinsel bireylere özgü sağlık konularının lisans ve lisansüstü hemşirelik müfredatına ne ölçüde dahil olduğu belirsizdir (Bonvicini, 2017).

Tıp fakültelerinde, halk sağlığı okullarında ve hemşirelik programlarında LGBT bireylerin sorunlarından çok az bahsedilmektedir (Cornelius ve Whitaker-Brown, 2017). Hemşirelik eğitiminde LGBT sağlığından gerektiği kadar bahsedilmemesi, hastaların bir kısmının eşcinsel olabileceği farkındalığının hemşirelerde gelişmemesine neden olabilmektedir (R. Carabez ve ark., 2015)

Dünya'da çoğu ülkede olduğu gibi Türkiye'de de LGBT bireyler diğer bireylere kıyasla dezavantajlı konumdadır (Bilgic, Daglar, Sabancıoğulları ve Özkan, 2018; Graham ve ark., 2011; Radix ve Maingi, 2018). Türkiye'de eşcinsellik bir tabu olmaya devam etmektedir ve hemşirelerin eşcinsellere yönelik tutumları toplumdaki diğer gruplardan farklı değildir (Bostancı Daştan, 2015). Türkiye'de hemşirelik öğrencileri ile yapılan çalışmalarda öğrencilerin eşcinsel bireylere yönelik tutumlarının olumlu bir düzeyde olmadığı gösterilmiştir (Bilgic, Daglar, Sabancıoğulları ve Özkan, 2018; Sadiç ve Beydağ, 2018; Gelbal ve Duyan, 2006; Gönenç ve Erenel, 2018 ; Unlu ve ark., 2016).

Bu araştırmanın amacı Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hemşirelik Bölümü son sınıf öğrencilerinin eşcinsellere ilişkin tutumlarını incelemektir.

YÖNTEM

Tanımlayıcı tipteki çalışma Kasım 2016 ve Aralık 2016 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde yapılmıştır. Çalışmanın katılımcılarını Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hemşirelik Bölümü son sınıf öğrencisi 102 birey (Erkek 28, Kadın 74) oluşturmuştur. Çalışmada örneklem seçimine gidilmemiş, örneklem grubu olarak toplam evrene (110 öğrenci) ulaşılmaya çalışılmıştır. Final sınavına katılmaya 8 öğrenciye ulaşılamadığı için çalışma verileri 102 kişiden elde edilmiştir. Çalışma için son sınıf öğrencilerinin seçilmesinin nedeni, mezuniyet aşamasında bulunan hemşirelik öğrencilerinin eşcinsellere yönelik farkındalık düzeylerini incelemektir. Çalışma öncesi bütün katılımcılar çalışmanın amacı hakkında bilgilendirilmişlerdir. Öğrenciler gönüllü olarak Lezbiyen ve Geyleme Yönelik Tutum (LGYT) Ölçeği- Kısa Versiyon ve araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formunu doldurmuşlardır. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlayan yazarlardan mail yolu ile kullanım

izni alınmıştır. Araştırma öncesi ilgili sınavların anabilim dalı başkanlarından sözlü izin ve çalışmaya katılan öğrencilerden ise onam alınarak yapılmıştır.

Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak kullanılan materyaller araştırmacıların hazırlamış olduğu anket formu ile Lezbiyen ve Geyleye Yönelik Tutum (LGYT) Ölçeği-Kısa Versiyon şeklinde-dir. Anket formu demografik bilgileri ile cinsel kimlik, cinsel yönelim ve eşcinsellik hakkında öğrencilerin bilgi sahibi olup olmama durumunu sorgulan, ilgili literatür doğrultusunda geliştirilen 19 maddeden oluşturulmuştur.

Tablo 1. Lezbiyen ve Geyleye Yönelik Tutum Ölçeği değerleri

N	M	M	Mea	S	Cron
	ax	in	n	D	bach
	.	.			's α
102	50	1	31.3	9.	0.82
		0		5	

Veri toplamada kullanılan aracın ikinci kısmını oluşturan Lezbiyen ve Geyleye Yönelik Tutum (LGYT) Ölçeği-Kısa Versiyon eşcinsellik hakkında bireylerin tutumunu ölçen 10 maddeden ibarettir. Ölçek Herek tarafından geliştirilmiştir (Herek, 2011). Ölçeğin Türkçe geçerliliği 2004 yılında 315 üniversite öğrenci üzerinde Duyan ve Gelbal tarafından yapılmıştır (Duyan ve Gelbal, 2004). Ölçeğin 5 maddesi geyleye ilişkin 5 maddesi ise lezbiyenlere ilişkin olmak üzere toplam 10 maddeden oluşmaktadır. Ölçek 5'li Likert tipte olup puanlaması "Tamamen katılıyorum" 5 puan, "Katılıyorum" 4 puan, "Kararsızım" 3 puan, "Katılmıyorum" 2 puan, "Hiç katılmıyorum" 1 puan şeklinde-dir. Ölçekten alınan toplam puanın yüksek olması eşcinsellere karşı olumsuz tutumu ifade ederken toplam puanın düşük olması eşcinsellere karşı olumsuz tutumu ifade etmektedir. Ölçekte 6 adet olumsuz 4 adet

ise olumlu madde bulunmaktadır. Ölçeğin 3., 5., 8. Ve 10. maddelerini ters puanlanmaya sahiptir. Duyan ve Gelbal (2004) yaptıkları çalışmada, ölçeğin toplamına ilişkin Cronbach Alpha katsayısını 0.91 olarak bulmuşlardır. Bu çalışmada ölçeğe ilişkin saptanan değerler Tablo 1'de gösterilmiştir. Öğrencilerin ölçek ortalama puanı 31,3 standart sapma değeri ise 9.5 bulunmuştur. Ölçeğin Cronbach Alpha değeri ise 0.82 olarak bulunmuştur.

Verilerin Toplanması

Öğrencilerin tamamına ulaşmak adına uygulama için iki farklı dersin final sınavı belirlenmiştir. Veri toplama süreci öncesinde katılımcılara konu hakkında kısa bir bilgilendirme yapılmıştır. Veri toplama süreci yaklaşık 30-35 dakika sürmüştür.

Verilerin Analizi

Verilerin değerlendirilmesi SPSS 20.0 paket programında, tanımlayıcı istatistikler, t testi ile yapılmıştır.

Sınırlılıklar

Çalışma Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü son sınıf öğrencileri ile sınırlıdır.

BULGULAR

Çalışma kapsamındaki öğrencilerin % 72.5'i kadın, % 27.5'i erkektir. Öğrencilerin en uzun süreli yaşadıkları yerleşim yeri % 42.2 ile ilçe, % 28.4 ile il, % 18.6 ile büyükşehir, % 10.8 ile köy şeklinde-dir. Öğrenciler kendilerini % 49.0 oranında 'Orta düzeyde geleneksel', % 24.5 oranında ise 'Biraz fazla geleneksel şeklinde tanımlamışlardır. Öğrencilerin güncel bilimsel yayınları takip etme durumu incelendiğinde % 60.0 oranında 'Takip etmiyor' yanıtı alınmıştır. Eşcinsel bir tanıdığa sahip olma durumuna ise öğrencilerin % 83.4'ü hayır yanıtını vermiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Hemşirelik öğrencilerinin özellikleri

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet (n=102)		
Kadın	74	27.5
Erkek	28	72.5
Yaşamın çoğunun geçtiği yer (n=102)		
İl	48	47.1
İlçe	54	52.9
Geleneksel olma durumu (n=102)		
Geleneksel	89	87.3
Geleneksel değil	13	12.7
Güncel bilimsel yayınları takip etme durumu (n=101)		
Takip ediyor	39	38.2
Takip etmiyor	62	60.0
Eşcinsel bir tanıdığa sahip olma durumu (n=102)		
Sahip	17	16.7
Sahip değil	85	83.4

Öğrencilerin % 84.3'ü eşcinsellik hakkında fikirlerinin olduğunu, % 15.7'si eşcinsellik hakkında bilgilerinin olmadığını belirtmiştir. 'Lisans eğitiminizde derslerinizde eşcinsellikten bahsedildi mi?' sorusuna öğrencilerin % 67.6'sı evet yanıtını verirken, öğrencilerin % 89.2'si eşcinsellik hakkında her hangi bir bilgilendirici

etkinliğe katılmadığını belirtmiştir. 'Eşcinsellik hakkında her hangi bir bilgilendirici makale okudunuz mu?' sorusuna 'hayır' yanıtını veren öğrencilerin oranı % 83.3 iken, 'eşcinsellik hakkında bilgilendirici eğitim almak ister miydiniz?' sorusuna 'hayır' cevabını veren öğrencilerin oranı % 54.9'dur (Tablo 3).

Tablo 3. Öğrencilerin eşcinsel bireylere yönelik farkındalıklarının dağılımı

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Eşcinsellik konusu hakkında bilgi sahibi olma durumu (n=102)		
Konu hakkında fikri var	86	84.3
Konu hakkında fikri yok	10	15.7
Lisans eğitiminde derslerinizde eşcinsellikten bahsedilme durumu (n=101)		
Evet	69	67.6
Hayır	32	31.6
Eşcinsellik hakkında her hangi bir bilgilendirici etkinliğe katılma durumu (n=102)		
Evet	11	10.8
Hayır	91	89.2
Eşcinsellik hakkında her hangi bir bilgilendirici makale okuma durumu (n=102)		
Evet	17	16.7
Hayır	85	83.3
Eşcinsellik hakkında bilgilendirici eğitim almak isteği (n=102)		
Evet	46	45.1
Hayır	56	54.9

'Lisans eğitiminiz eşcinselliğe bakışınızda değişiklik oluşturdu mu?' sorusuna öğrencilerin % 55.9'u 'evet' yanıtını vermiştir. 'Eşcinsel bir hasta ile iletişim kurmak ister misiniz?' sorusuna ise öğrencilerin

% 94.1'i olumlu görüş belirtmiştir. Ayrıca öğrencilerin % 76.5'i eşcinsel bir hastaya bakım vermek isteyip istemedikleri sorusuna bakım vermek istedikleri yönünde cevap vermişlerdir (Tablo 4).

Tablo 4. Öğrencilerin eşcinsel bireylere yönelik tutumlarının dağılımı

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Lisans eğitiminiz eşcinselliğe bakışınızda değişiklik oluşturdu mu? (n=101)		
Evet	57	55.9
Hayır	43	42.2
Kısmen	1	1.0
Eşcinsel bir hasta ile iletişim kurmak ister misiniz? (n=102)		
Evet	96	94.1
Hayır	6	5.9
Eşcinsellik bir hastaya bakım vermek ister misiniz? (n=102)		
Evet	78	76.5
Hayır	24	23.5

Tablo 5'te katılımcıların Lezbiyen ve Geylere Yönelik Tutum Ölçeği (LGYT) – Gözden Geçirilmiş Kısa Sürümü puan sonuçları görülmektedir. Erkeklerin ölçekten aldıkları ortalama puan 38.46 ± 6.51 iken, kadınlarda bu rakam 29.46 ± 9.84 şeklindedir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş ve erkek öğrencilerin kadın öğrencilere göre eşcinsellere yönelik daha olumsuz bir tutum sergilediği saptanmıştır ($p < 0.05$).

Bağımsız t testi sonucunda öğrencilerin yaşadıkları yer, geleneksel olma durumu, güncel yayınları takip etme durumu, eşcinsel bir yakına sahip olma durumu değişkenleri ile ölçek puanları sonuçları arasında istatistiksel olarak bir anlamlılık bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 5).

Tablo 5. Öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerine göre Lezbiyen ve Geylere Yönelik Tutum Ölçeği (LGYT) puan ortalamaları

	LGYT Toplam Puan		İstatistik	p değeri
	X±SD			
Cinsiyet			t	
Erkek	38.46±6.51		3.484	0.001
Kadın	29.46±9.84			
Yaşının çoğunun geçtiği yer			t	
İl	30.48±10.45		-0.900	0.370
İlçe	32.19±8.68			
Geleneksel olma durumu			t	
Geleneksel	32.80±3.83		1.469	0.045
Geleneksel değil	30.05±9.78			
Güncel bilimsel yayımları takip etme durumu			t	
Takip ediyor	30.21±8.26		-1.110	0.270
Takip etmiyor	32.41±10.09			
Eşcinsel bir tanıdığa sahip olma durumu			t	
Sahip	30.29±8.76		-0.499	0.619
Sahip değil	31.57±9.78			

Araştırma sonucunda eşcinsellik hakkında fikir sahibi olanların olmayanlara göre LGYT ölçeği puanının daha düşük olduğu saptanmıştır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Lisans derslerinde eşcinsellikten bahsedilmenin, eşcinsellik hakkında her hangi bir bilgilendirici etkinliğe katılma durumunun, eşcinsellik hakkında her hangi bir bilgilendirici makale okuma durumu ve eşcinsellik hakkında bilgilendirici eğitim almak isteği durumunun LGYT ölçeği puan sonucu ile istatistiksel olarak bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo6).

Tablo 6. Öğrencilerin eşcinsel bireylere yönelik tutumlarına göre Lezbiyen ve Geylere Yönelik Tutum Ölçeği puan ortalamaları

	LGYT Toplam Puan		İstatistik	p değeri
	X±SD			
Eşcinsellik konusu hakkında bilgi sahibi olma durumu			t	
Konu hakkında fikir sahibi	30.88±9.80		-1.226	0.223
Konu hakkında fikri yok	34.06±7.77			
Lisans eğitiminde derslerinizde eşcinsellikten bahsedilme durumu			t	
Evet	30.41±9.60		-1.354	0.179
Hayır	33.16±9.25			
Eşcinsellik hakkında her hangi bir bilgilendirici etkinliğe katılma durumu			t	
Evet	32.73±9.16		0.493	0.623
Hayır	31.22±9.63			
Eşcinsellik hakkında her hangi bir bilgilendirici makale okuma durumu			t	
Evet	28.06±9.73		-1.584	0.116
Hayır	32.05±9.43			
Eşcinsellik hakkında bilgilendirici eğitim almak isteği			t	
Evet	30.04±10.05			
Hayır	32.48±9.05		-1.228	0.201

TARTIŞMA

Bir üniversitesinin hemşirelik bölümü son sınıf öğrencilerinde gerçekleştirilen bu çalışmada 102 katılımcı arasında eşcinsellere yönelik tutum olumsuz bulunmuştur. Ng ve arkadaşları (2015) Malezya'da bir üniversitenin hemşirelik bölümünde eğitim gören öğrencilerle yaptıkları çalışmada öğrencilerin eşcinsellere yönelik tutumlarını negatif yönde bulmuşlardır ve negatif tutumun cinsiyet ile ilişkisini saptamamışlardır. (Ng ve ark., 2015). Bunun nedeni olarak da eşcinselliğin yasak olduğu Malezya'da dinin önemli bir etkiye sahip olmasını göstermişlerdir. Bizim çalışmamızda da öğrencilerin eşcinsellere olumsuz bir tutumda oldukları ve erkeklerin kadın katılımcılara göre eşcinsel bireylere daha olumsuz baktığı görülmüştür. Bu durumunun nedeninin eşcinselliğin Türkiye'de de bir tabu olmasından kaynaklandığı söylenebilir.

Pinto ve Nogueira (2016) ayrımcılık ve önyargı ile ilgili hemşirelik öğrencileri ile yaptıkları araştırmada kırsal alanlarda yaşayan öğrencilerin lezbiyenlere karşı daha fazla negatif tutumlarının var olduğunu gösterilmiştir (Pinto ve Nogueira, 2016). Ayrıca katılımcıların sadece heteroseksüel yönelimin normal olduğu yönünde düşünceleri ile sağlık bakımı ayrımcılık seviyeleri arasında da pozitif ilişki bulunmuştur. Bizim çalışmamızda yaşamın çoğunun geçtiği yer ile katılımcıların eşcinsellere yönelik tutumu arasında ilişki bulunmamıştır. Daha fazla örneklem grubu ile farklı çalışma sonuçlarını bakılabilir.

Rowniak (2015) hemşirelik öğrencileri ile yaptıkları çalışmada eşcinsellere yönelik negatif tutumun dini inanç ile bağlantılı bulmuşlardır (Rowniak, 2015). Unlu ve arkadaşları (2016) Türkiye'nin Ankara şehrinde bulunan 5 üniversitenin hemşirelik bölümlerinde eğitim gören toplam 964 öğrenci ile Lezbiyen ve Geyleye Yönelik Tutum (LGYT) Ölçeği'ni kullanarak yaptıkları çalışmada muhafazakar aileye sahip olma durumunun eşcinsellere yönelik olumsuz tutumu etkilediğini bulmuştur (Unlu, Beduk ve Duyan, 2016). Bizim yaptığımız çalışmada öğrencilere ne kadar geleneksel oldukları sorusu yöneltilmiş ve cevaplar ile eşcinsellere yönelik olumsuz tutum arasında bir ilişki bulunmamıştır. Bunun yanı sıra çalışmamızda eşcinsellik hakkında bilgi sahibi olan öğrencilerin konu hakkında bilgi sahibi olmayanlara göre eşcinsellere göre daha olumlu bir tutuma sahip oldukları saptanmıştır. Eşcinsellik konusuna bilimsel yaklaşım ile yaklaşan öğrencilerin eşcinsellere yönelik daha olumlu bir tutuma sahip olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda öğrencilerin güncel bilimsel yayınları takip etme durumu ve eşcinsellik hakkında her hangi bir bilgilendirici makale okuma durumu ve eşcinselle ilgili her hangi bir etkinliğe katılma durumu ile eşcinsellere yönelik olumsuz

tutum arasında her hangi bir ilişki bulunmamıştır. Unlu ve arkadaşları (2016) düzenli kitap okumama, serbest zamana sahip olmama gibi faktörlerin eşcinsellere yönelik tutumu olumsuz etkilediğini göstermişlerdir (Unlu ve ark., 2016). Daha fazla örneklem grubu ile farklı çalışma sonuçlarını bakılabilir.

Rowniak (2015) hemşirelik öğrencileri ile yaptıkları çalışmada eşcinsellere yönelik negatif tutumun LGBT birey tanıdığı olup olmama durumu ile bağlantılı bulmuştur (Rowniak, 2015). Pinto ve Nogueira (2016) ayrımcılık ve önyargı ile ilgili hemşirelik öğrencileri ile yaptıkları araştırmada lezbiyen arkadaşı olmayan öğrencilerin lezbiyenlere karşı daha fazla negatif tutumlarının var olduğunu göstermiştir (Pinto ve Nogueira, 2016). Bizim çalışmamızda ise eşcinsel tanıdığı olma durumu ile eşcinsellere yönelik tutum arasında her hangi bir ilişki bulunmamıştır. Daha fazla örneklem grubu ile farklı çalışma sonuçlarını bakılabilir.

Çalışmamızda ayrıca lisans eğitiminde derslerinde eşcinsellikten bahsedilme durumu ve eşcinsellik hakkında bilgilendirici eğitim almak isteği ile eşcinsellere yönelik olumsuz tutum arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmamıştır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Hemşireler herkese eşit sunulması gereken sağlık hizmetinin sağlanmasında önemli bir rol oynamaktadırlar. Eşcinsel bireylerin sağlık hizmetine erişimlerinde herhangi bir engelle karşılaşmaması adına hemşirelerin eşcinsellere dair farkındalık sahibi olması ve eşcinsel bireylerin sağlık gereksinimlerini bilmeleri önemlidir. Eşcinseller konusunda doğru bir eğitim öğrencilerin eşcinselliğe bakışını bilimsel bir yöne çekebilir. Carabez ve arkadaşları (2015) konu okuması, LGBT sağlığı konusunda iki saatlik sunum, konu hakkında bilgi sahibi iki kişi ile röportaj ödevi gibi eğitim yöntemleriyle 122 öğrencinin eğitim öncesi ve eğitim sonrası eşcinsellik konusundaki farkındalıklarını incelemişlerdir (Carabez ve ark, 2015). Katılımcıların yüzde 74'ü cinsel yönelim ve cinsiyet kimliğine bakışta önemli oranda olumlu ilerleme göstermişlerdir. Strong ve Folse (2015) ise 58 hemşirelik öğrencisini dahil ettikleri çalışmalarında LGBT bireylerle ilgili bilgilendirici formlarından sonra öğrencilerin LGBT bireylere bakışlarında önemli bir oranda olumlu gelişme gösterdiğini kaydetmişlerdir (Strong ve Folse, 2014).

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hemşirelik Bölümü son sınıf öğrencilerinde yapılan bu çalışma bu farkındalığın ve bilginin yeterli düzeyde olmadığını göstermektedir. Hemşirelerin lisans eğitiminin eşcinsel bireylerle ilgili farkındalık açısından yeniden gözden geçirilmesi ve eğitim müfredatına bu bireylerin sağlık gereksinimleri

hakkında dersler eklenmesi faydalı olabilir. Benzer çalışmaların farklı ve daha geniş örneklem grupları ile yapılması yazarlar önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Acker, G. M. (2017). Transphobia among students majoring in the helping professions. *J Homosex*, 64(14), 2011-2029. doi:10.1080/00918369.2017.1293404
- Albuquerque, G. A., da Silva Quirino, G., dos Santos Figueiredo, F. W., da Silva Paiva, L., de Abreu, L. C., Valenti, V. E., Adami, F. (2016). Sexual diversity and homophobia in health care services: Perceptions of homosexual and bisexual population in the cross-cultural theory. *Open Journal of Nursing*, 6, 470-482.
- Albuquerque, G. A., de Lima Garcia, C., da Silva Quirino, G., Alves, M. J. H., Belém, J.M., dos Santos Figueiredo, F.W., Valenti, V.E. (2016). Access to health services by lesbian, gay, bisexual, and transgender persons: Systematic literature review. *BMC International Health and Human Rights*, 16 (2), 1-10. DOI 10.1186/s12914-015-0072-9
- Bennett, E., Berry, K., Emeto, T.I., Burmeister, O. K., Young, J., Shields, L. (2017). Attitudes to lesbian, gay, bisexual and transgender parents seeking health care for their children in two early parenting services in Australia. *Journal of Clinical Nursing*, 26(7-8), 1021-1030.
- Bilgic, D., Daglar, G., Sabanciogulları, S., Özkan, S. A. (2018). Attitudes of midwifery and nursing students in a turkish university toward lesbians and gay men and opinions about healthcare approaches. *Nurse Educ Pract*, 29, 179-184. doi:10.1016/j.nepr.2017.11.018
- Bonvicini, K. A. (2017). LGBT healthcare disparities: What progress have we made? *Patient education and counseling*, 100(12), 2357-2361.
- Bostanci Daştan, N. (2015). The attitudes of nursing students towards lesbians and gay males in Turkey. *International Journal of Nursing Practice*, 21(4), 376-382. doi:10.1111/ijn.12294
- Carabez, R., Pellegrini, M., Mankovitz, A., Eliason, M., Ciano, M., & Scott, M. (2015). "Never in All My Years... ": Nurses' Education About LGBT Health. *J Prof Nurs*, 31(4), 323-329. doi:10.1016/j.profnurs.2015.01.003
- Carabez, R., Pellegrini, M., Mankovitz, A., Eliason, M. J., & Dariotis, W. M. (2015). Nursing Students Perceptions of their Knowledge of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Issues: Effectiveness of a Multi-Purpose Assignment in a Public Health Nursing Class. *Journal of Nursing Education. J Nurs Educ*, 54 (1): 50-3. doi: 10.3928/01484834-20141228-03
- Cornelius, J. B., & Carrick, J. (2015). A survey of nursing students' knowledge of and attitudes toward LGBT health care concerns. *Nursing Education Perspectives*, 36(3), 176-178.
- Cornelius, J. B., & Whitaker-Brown, C. (2017). A Brief Learning Experience Designed to Increase Nursing Students' Knowledge of and Attitudes Toward LGBT Health Care. *GSTF Journal of Nursing and Health Care (JNHC)*, 2(1), 1-4.
- Cunha, M., Taveira, A., Ribeiro, D., Esteves, G., Soares, J., & Carvalho, T. (2017). Health Support directed at Lesbian, Gay and Bisexuals: Socio-demographic Context and Education. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 237, 261-267.
- Dinkel, S., Patzel, B., McGuire, M. J., Rolfs, E., & Purcell, K. (2007). Measures of homophobia among nursing students and faculty: a Midwestern perspective. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 4(1), 1-11.
- Duyan, V., & Gelbal, S. (2004). Lezbiyen ve geylere yönelik tutum (LGYT) ölçeği: Güvenirlik ve geçerlik çalışması. *HIV/AIDS Dergisi*, 7(3), 106-112.
- Sadıç, E., Beydağ, K.D. (2018). Hemşirelik Öğrencilerinin Lezbiyen Ve Geylere Yönelik Tutumları Ve Etkileyen Faktörler. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 1(2), 05-13.
- Fredriksen-Goldsen, K. I., Emler, C. A., Kim, H. J., Muraco, A., Erosheva, E. A., Goldsen, J., & Hoy-Ellis, C. P. (2013a). The physical and mental health of lesbian, gay male, and bisexual (LGB) older adults: the role of key health indicators and risk and protective factors. *Gerontologist*, 53(4), 664-675. doi:10.1093/geront/gns123
- Fredriksen-Goldsen, K. I., Kim, H. J., Barkan, S. E., Muraco, A., & Hoy-Ellis, C. P. (2013b). Health disparities among lesbian, gay, and bisexual older adults: results from a population-based study. *Am J Public Health*, 103(10), 1802-1809. doi:10.2105/ajph.2012.301110
- Gelbal, S., & Duyan, V. (2006). Attitudes of University Students toward Lesbians and Gay Men in Turkey. *Sex Roles*, 55(7), 573-579. doi:10.1007/s11199-006-9112-1
- Graham, R., Berkowitz, B., Blum, R., Bockting, W., Bradford, J., de Vries, B., & Makadon, H. (2011). The health of lesbian, gay,

- bisexual, and transgender people: Building a foundation for better understanding. Washington, DC: Institute of Medicine.
- Herek, G. M. (2011). Attitudes toward lesbians and gay men scale. *Handbook of sexuality-related measures*, 3, 392-394.
- Gönenç, I.M, Erenel A.Ş. (2018). Determining Homophobic Attitudes of Nursing Students in Turkey and the Factors Affecting Them. *Clin Exp Health Sci*. doi: DOI: 10.5152/clinexphealthsci.2018.XXXX
- Lim, F., Johnson, M., & Eliason, M. (2015). A National Survey of Faculty Knowledge, Experience, and Readiness for Teaching Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health in Baccalaureate Nursing Programs. *Nursing Education Perspectives*, 36(3), 144-152. doi:10.5480/14-1355
- Lim, F. A., & Hsu, R. (2016). Nursing Students' Attitudes Toward Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Persons: An Integrative Review. *Nursing Education Perspectives*, 37(3), 144-152. doi:10.1097/01.Nep.0000000000000004
- Mitchell, K. M., Lee, L., Green, A., & Skyes, J. (2016). The Gaps in Health Care of the LGBT Community: Perspectives of Nursing Students and Faculty. *Papers & Publications: Interdisciplinary Journal of Undergraduate Research*, 5(1), 5.
- Ng, C. G., Yee, A., Subramaniam, P., Loh, H. S., & Moreira, P. (2015). Attitudes toward homosexuality among nursing students in a public university in Malaysia: The religious factor. *Sexuality Research and Social Policy*, 12(3), 182-187.
- Orgel, H. (2017). Improving LGBT Cultural Competence in Nursing Students: An Integrative Review. *ABNF Journal*, 28(1), 14-18.
- Papadaki, V., Plotnikof, K., Gioumidou, M., Zisimou, V., & Papadaki, E. (2015). A comparison of attitudes toward lesbians and gay men among students of helping professions in Crete, Greece: the cases of social work, psychology, medicine, and nursing. *J Homosex*, 62(6), 735-762. doi:10.1080/00918369.2014.998956
- Pinto, D., & Nogueira, C. (2016). Portuguese nursing students' attitudes towards lesbians: from prejudice to recommendations for change. *Trends in Psychology / Temas em Psicologia*, 24 (3), 805-814.
- Puckett, J. A., Woodward, E. N., Mereish, E. H., & Pantalone, D. W. (2015). Parental rejection following sexual orientation disclosure: Impact on internalized homophobia, social support, and mental health. *LGBT health*, 2(3), 265-269.
- Radix, A., & Maingi, S. (2018). LGBT Cultural Competence and Interventions to Help Oncology Nurses and Other Health Care Providers. Paper presented at the Seminars in oncology nursing. *Semin Oncol Nurs*, 34(1):80-89.
- Rowniak, S. R. (2015). Factors related to homophobia among nursing students. *Journal of Homosexuality*, 62(9), 1228-1240.
- Sabin, J. A., Riskind, R. G., & Nosek, B. A. (2015). Health care providers' implicit and explicit attitudes toward lesbian women and gay men. *American Journal of Public Health*, 105(9), 1831-1841.
- Strong, K. L., & Folse, V. N. (2014). Assessing undergraduate nursing students' knowledge, attitudes, and cultural competence in caring for lesbian, gay, bisexual, and transgender patients. *Journal of Nursing Education*, 54(1), 45-49.
- Unlu, H., Beduk, T., & Duyan, V. (2016). The attitudes of the undergraduate nursing students towards lesbian women and gay men. *J Clin Nurs*, 25(23-24), 3697-3706. doi:10.1111/jocn.13347
- Unlu, H., Beduk, T., & Duyan, V. (2016). The attitudes of the undergraduate nursing students towards lesbian women and gay men. *Journal of Clinical Nursing*, 25(23-24), 3697-3706. doi:doi:10.1111/jocn.13347

KATASTROFİK SAĞLIK HARCAMALARI: DÜŞÜK GELİRLİ ÜLKE ÖRNEKLERİ Gülpembe OĞUZHAN*, Mustafa KURNAZ**

ÖZET

Cepten yapılan harcamalar, hastaların aldığı sağlık hizmeti için yapmış oldukları ödemelerdir. Cepten yapılan harcamaları herhangi bir kişi veya kurum hastaya geri ödememektedir. Cepten yapılan ödemeler informal veya formal olabilmektedir. Informal ödemeler; hastanın aldığı sağlık hizmetine yapmaması gereken kayıt dışı ödemeleri kapsamaktadır. Cepten harcamaların fazla olması katastrofik harcamaları ortaya çıkarabilmektedir. Katastrofik etki hanelerin yaptığı sağlık harcamalarının belli bir eşik değerini aşması ile oluşmaktadır. Genel olarak literatürde iki eşik değer kullanılmaktadır. Bu eşik değerler; hanehalkı toplam gelirinin %10'u ve gıda dışı harcamaların %40'dır (ödeme kapasitesi). Bu çalışmanın amacı; cepten yapılan sağlık harcamalarını ve katastrofik etkisini tanımlayıp, bu harcamaların özellikle düşük gelirli ülkeler üzerinde etkisini yapılan araştırmaları inceleyerek sunmaktır. Çalışma kapsamında incelenen ülkelerin katastrofik harcama oranlarının oldukça yüksek olduğu görülmüştür. Bunun temel nedeni bu ülkelerin düşük gelirli ülkeler olmasıdır.

Anahtar Kelimeler: *Cepten Yapılan Harcamalar; Informal Ödemeler; Katastrofik Sağlık Harcamaları; Düşük Gelirli Ülkeler*

Catastrophic Health Expenditures: Examples Of Low-Income Countries

ABSTRACT

Out-of-pocket expenditures are payments made by patients for getting their health care services. Out-of-pocket expenditures can not be refund by any person or foundation. Out-of-pocket payments can be informal or formal. Informal payments; includes unregistered payments that should not be made in return the health care service of the patient. Excessive out-of-pocket expenditures bring out catastrophic health care expenditures. Catastrophic effect caused by the expenditure that the households make on over a certain threshold value limit. There are generally two threshold values in the literature. These thresholds values are; 10% of total household income or 40% of non-food expenditures (payment capacity). Countries with high rates of catastrophic expenditures are generally Asian and African countries with low income. The aim of this study; describe out-of-pocket health expenditures and the catastrophic effect of these spending, examine the results of especially in low-income countries. The rates of catastrophic expenditures of the countries assessed in the study are found quite high. The main reason of this is that the selected countries are low income countries.

Key Words: *Out-of-Pocket Payments; Informal Payments; Catastrophic Health Care Payments; Low Income Countries*

* Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü

** Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Tezli Yüksek Lisans Öğrencisi

Sorumlu yazar: Gülpembe OĞUZHAN, gulpembeergin@hotmail.com

GİRİŞ

Sağlık sadece ağrı ve acıya sebep olmakla kalmaz, aynı zamanda hastalar ve aileleri için ekonomik açıdan zararlı olabilir (Kim & Yang, 2011). Bazı ülkelerde hastalıklar, hasta bireyler ve aileleri için cepten harcama yapmanın yanında, gelir üretimini engellemekte ve ekonomik refahı tehlikeye sokmaktadır (Yılmaz, 2005). Sağlık ekonomisinde öz sermaye üzerine uygulanan birçok çalışma sağlıkta gelirle ilgili eşitsizliklere odaklanmaktadır (Gerdtham, Johannesson, Lundberg & Isacson, 1999).

'Sağlıkta finansal koruma' her sağlık sistemi için giderek önemli bir politika hedefi olmaktadır (Abu-Zaineh, Romdhane, Ventelou, Moatti & Chokri, 2013; Aryeetey ve ark., 2016; Dorjdagva, Batbaatar, Svensson, Dorjsuren & Kauhanen, 2016; Giovanis & Özdamar, 2016). Bununla birlikte 2011 Dünya Sağlık İstatistiklerinde, birçok düşük ve orta gelirli ülkelerdeki sağlık harcamalarının, hane halklarının hizmet ödemelerinin büyük bir kısmını cepten ödemeler yoluyla finanse ettikleri görülmüştür (Abu-Zaineh ve ark., 2013). Örneğin çoğu Asya (Limwattananon, Tangcharoensathien & Prakongsai, 2007), Ortadoğu ve Kuzey Afrika bölgesindeki insanlarda dahil olmak üzere birçok gelişmekte olan ülkede sağlık, çoğunlukla hanehalklarının cepten harcamaları yoluyla finanse edilir (Giovanis & Özdamar, 2016).

Çoğu insan, kendi ekonomik güçlerini aşıya bile, hanehalkı üyelerini sağlığına kavuşturmak için, bazı durumlarda borç altına girmek bile koşuluyla, sağlık hizmeti sunucularının tarafından istenen parayı ödemek dışında başka seçeneğe sahip değildir (Yılmaz, 2005). Yeterli maddi koruma sağlanmayan haneler, hastalanmaları durumunda öngörülme büyük tıbbi harcamalara maruz kalma riskiyle karşı karşıyadır (Aryeetey ve ark., 2016) ve bu harcamaları cebinden karşılaması gerekirse hanehalkı maliyesi bu olaydan olumsuz yönde etkilenir (Fan, Karan & Mahal, 2012).

Katastrofik sağlık harcamaları, cepten yapılan ödemelerin ev sahiplerinin toplam veya gıda dışı harcamalarının belirli bir eşik payını aştığı duruma karşılık gelir (Arsenijevic, Pavlova, Rechel & Groot, 2016). Katastrofik sağlık harcamalarının en önemli özelliği yoksulluk yaratma olasılığının bulunmasıdır (Tokathioğlu & Tokathioğlu, 2014). Katastrofik sağlık harcamalarında bulunan hanehalkı yoksullukla karşı karşıya kalabilir ve bazı harcamalarından (yiyecek, eğitim vb.) tasarruf etmeleri gerekebilir veya bu durumla baş edebilmek için tasarruf veya borç alma yoluna gidebilirler (Arsenijevic ve ark., 2016; Dorjdagva ve ark., 2016; Kim & Yang, 2011).

Bu çalışmanın amacı; cepten yapılan sağlık harcamalarını ve katastrofik etkisini tanımlayıp, bu harcamaların özellikle düşük gelirli ülkelerde ortaya çıkardığı sonuçları incelemektir.

1. SAĞLIK FİNANSMAN SİSTEMLERİ

Vergilerle finansmanda bütün nüfus kapsanır ve hizmetlerden yararlanma, yasal olarak belirlenmiş katkı payları hariç, ücretsizdir. Kimlerin sağlık hizmetlerinden ücretsiz yararlanacağı, bireyin mali katkısına bakılmaksızın, vatandaşlık veya diğer hukuk kuralları ile tanımlanır. Vergilerle finansman, sağlık hizmetine ihtiyaç duyan kişi hangi hizmete, ne zaman ihtiyaç duyarsa alır görüşüne

dayanır. Gelir itibariyle tanımlanan bireyin ödeme gücü, sağlık hizmetlerinin finansmanı için kişisel katkısının belirlenmesine temel oluşturur, ancak sağlık hizmeti alma hakkına temel oluşturmaz (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008). Vatandaşlardan çeşitli adlar altında toplanan vergiler bir fonda biriktirilmekte ve daha sonra bu gelirler devletin politikaları ile çeşitli sektörler dağıtılmaktadır. Vatandaşlar sağlık hizmetleri ile ilgili ödedikleri vergiler yoluyla katkı payları dışında herhangi bir ödeme yapmamaktadır. Vergilerle finansman yöntemi Finlandiya, İsveç, Danimarka, İngiltere, İtalya, İspanya ve Portekiz gibi ülkelerde yaygın olarak uygulanmaktadır (Güvercin, Mil ve Tarım, 2016).

Sosyal sigortanın en önemli ilkesi sosyal dayanışma ilkesidir. Dayanışma, en genel anlamıyla "ortak bir amaç için herhangi bir hesap olmaksızın yapılan işbirliği" olarak tanımlanmaktadır (Tatar, 2011). Devlet oluşturacağı sosyal sigorta ağı ile sağlık hizmetlerinin finansmanı sürecine müdahale edebilmektedir. Özel sağlık sigortası uygulamasında katılımın arzu edilen ölçüde olmaması, bunda ötesinde özel kuruluşların vatandaşların sağlık haklarından yararlanmalarını sağlamak yerine hasta olma riskini ön plana çıkararak gelir dağılımını tahrip edici yönde davranmaları, sistemin verimsiz şekilde işleminin temelleri olarak gösterilmektedir. Bu nedenle, zorunlu sosyal sigorta sistemi, özel sağlık sigortası sisteminin oluşturduğu perspektifle 1883 yılında Otto Van Bismarck tarafından Almanya'da dizayn edilmiştir (Çelikay ve Gümüş, 2010). Bu sistemde devlet işsiz bireyler için katkı yapmaktadır. Sigortalı bireylerin ödeyeceği prim miktarı ise maaşı üzerinden belli olur ancak ödenen primin bireyin yaş, cinsiyet ve sağlık statüsü ile bir ilişkisi yoktur (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008).

Özel sağlık sigortası kar amaçlı bir finansman yöntemidir (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008). Özel sağlık sigortası sistemi cepten yapılan ödemelerin olumsuz özelliklerini bir ölçüde giderebilen nitelikleri bünyesinde barındırmaktadır. Bu sistemde, hizmeti satın alan ile hizmeti sunan arasında aracı rolünü üstlenen özel sağlık sigortası kuruluşları bulunmaktadır. Özel sağlık sigortası kuruluşları potansiyel hizmet alıcısı pozisyonunda olan bireylerden prim toplamakta, olası bir sağlık problemiyle karşılaşılması durumunda ise bireylerin sağlık hizmeti sunucusundan aldıkları hizmetin bedelini ödemektedir. Bu nedenle özel sağlık sigortası kuruluşlarına "Üçüncü Taraf Ödeyici" denilmektedir (Çelikay ve Gümüş, 2010).

2. CEPTEN YAPILAN SAĞLIK HARCAMALARI

Ülkelerin gelişmişlik düzeyine bakılmaksızın, kaynakların kıt olduğu için sağlık hizmetlerine düşük pay ayırabilmektedirler. Bu sebeple ülkede oluşturulacak finansman sistemi, sağlık hizmetlerinin ortaya çıkaracağı maliyetleri karşılayabilmek için yeterli kaynak bulmalı ve insanların alması gereken sağlık hizmetlerinin finansal yüküne karşı koruma sağlamalıdır (Başara Bora & Şahin, 2008). İnsanların sağlık hizmetlerine ne zaman ihtiyaç duyacakları belirlenemez ve bireylerin hastalanmayacağı garanti edilemez (Amaya-Lara & Gomez, 2011). Cepten yapılan sağlık harcamaları gelişmekte olan ülkelerde eşitlikçi sağlık sistemini tehlikeye atan en başlıca faktördür (Limwattananon ve ark., 2007).

Cepten sağlık harcamaların bireylerin aldıkları sağlık hizmetine karşılık yaptıkları ödemeleri içerir (Çınaroğlu, 2015) ve bu harcamaların herhangi bir kişi veya kurum geri ödemez (Özgen, 2007). Dünya Sağlık Örgütü (2008), cepten sağlık harcamalarını “üçüncü taraf ödemeleri düşüldükten sonra hanehalklarının kendilerinin yapmış oldukları harcamalar” olarak tanımlamaktadır. Cepten sağlık harcamalarını iyi tanımlamak zordur. Laboratuvar hizmetleri, tanı testleri, alternatif tıp harcamaları (Ada, 2015), doktor muayene ücretleri, ilaç ve diğer hastane harcamaları cepten sağlık harcamalarının kapsamına girmektedir (Çınaroğlu, 2015). Cepten sağlık harcamaları, özel sağlık harcamalarının bir parçasıdır (Giovanis & Özdamar, 2016).

Cepten yapılan sağlık harcamalarının boyutunu tespit etmek hem sağlık sektörü finansmanını hem de bireyleri etkilediği için önem taşımaktadır (Kaya, 2012). Cepten yapılan sağlık harcamalarının fazlalığı, sosyal güvenlik kurumunun sunmuş olduğu mali korumanın eksikliğini gösterir (Amaya-Lara & Gomez, 2011).

Cepten harcamalar, formal ve informal olmak üzere iki farklı yöntemle gerçekleşmektedir. Doğrudan ödeme ve maliyet paylaşımı şeklinde gerçekleşen formal cepten harcamalar, ilgili yasalar veya düzenlemeler çerçevesinde bireyin sağlık hizmeti aldığı anda yapmak zorunda olduğu ödemelerdir (Özgen, 2007). Doğrudan ödemeler, alınan sağlık hizmetlerinin herhangi bir geri ödeme kurumu tarafından karşılanmadığı durumlarda hizmet bedelinin tamamı için yapılan ödemedir (Uğurluoğlu & Özgen, 2008).

Birey aldığı hizmet için resmi bir ödemede bulunuyorsa formal ödeme (Aarva, Ilchenko, Gorobets & Rogacheva, 2009) ancak sağlık hizmetini alabilmek veya daha kaliteli sağlık hizmeti alabilmek için yaptığı kayıt dışı ödemeler ve sağlık personeline verilen hediyeler informal ödeme olarak kabul edilir (Aarva ve ark., 2009; Özgen, Şahin, Belli, Tatar & Berman, 2010). İnformal ödemelerin belli bir sınırı yoktur; çikolata, çiçek, küçük meblağlardan büyük meblağlara kadar çıkabilmektedir. Bu ödemeler bahşış, şükran ödemeleri, zarf ödemeleri ve masa altı ödemeler olarak da adlandırılmaktadır (Gaal, Belli, McKee & Szocska, 2006).

Sağlık hizmetlerinde informal ödemeler, Orta ve Doğu Avrupa ülkeleri, Asya ve Afrika ülkeleri (Gaal ve ark., 2006), geçiş ekonomisi ülkeleri (Vian, Grybosk, Sinoimeri & Hall, 2006), Eski Sovyet ülkeleri, orta gelirli ve gelişmekte olan ülkelerde oldukça yaygındır (Tomini & Maarse, 2011).

Hastalar; sıra beklememek, daha fazla ilgi görmek ve daha kaliteli hizmet alabilmek için informal ödemeler yapabilirler. Hizmet sunucularda gelirlerini arttırabilmek için bu ödemeleri kabul edebilirler. İnformal ödemelerin nedenleri arasında; hediye verme kültürü, sağlık personelinin düşük maaşı, kaynak kıtlığı, hükümetin bu konudaki düzenleme yetersizlikleri vardır (Tomini & Maarse, 2011).

Kültürel model de; hastalar minnettarlıklarını hediye vererek gösterirler. Hediye kültürü, *hastaların kurumsallaşmamış davranışı* olarak da adlandırılmaktadır. Ekonomik model informal ödemelerin mali kaynak eksiliği sonucu ortaya çıktığını savunur. 1990’larda Orta ve Doğu Avrupa ülkeleri Eski Sovyet ülkelerinde devlet gelirlerinin düşmesi nedeniyle sağlık hizmetlerine ayrılan payda azalmış oldu. Ancak politik nedenlerden dolayı personel sayısı ve

yatak sayısı değişmeden kaldı. Bunun sonucu olarak; sağlık personelinin gelirleri düştü hatta bazı dönemler maaşlarını alamadılar (Tomini & Maarse, 2011).

Bazı ülkeler informal ödemelere olumlu tavırlar sergilemektedirler (Vian ve ark., 2006). Çünkü sağlık hizmetlerine ayrılan pay azalmıştı ve informal ödemeler, verimliliği olumsuz yönde etkilemeden (Gaal ve ark., 2006) sağlık personelinin moralini yükselterek, kamu sektöründen ayrılmamalarını sağlıyordu (Vian ve ark., 2006). Hatta informal ödemelerle doktorların gelirleri %200’e kadar artabilmekteydi (Gaal ve ark., 2006).

Eğer informal ödemeler gerçekten gönüllü olarak yapılırsa ve hekim ve diğer sağlık personelleri ödemeyi yapan hastalara ayrıcalıklı hizmet sunmazlarsa, informal ödemeler özel sağlık finansman sistemlerinin bir parçası olarak kabul edilebilirler. Bu iyi huylu olmayan ödemeler, şükran ödemesi olarak sağlık hizmeti alındıktan sonra; daha iyi hizmet almak için değil, hastanın iyileşmesinde doktorların katkısı olduğu için ödenir (Gaal ve ark., 2006). Hediye şeklinde gerçekleşen informal ödemeler sağlık hizmetleri için verilen çeşitli türdeki hediyeleri kapsamaktadır. Çiçek, çikolata, altın, gayrimenkul ve gıda maddeleri hediye örnekleridir. Hediye şeklinde gerçekleşen cepten ödemeler ile diğer informal ödeme türlerinin birbirlerinden ayrı tutulması gerektiği konusu informal ödeme literatüründe tartışılan konulardan biridir. Bunun nedeni, bu tür ödemelerin bazı ülkelerde kültürel açıdan bir “teşekkür” veya “minnettarlık” ifadesi olarak görülmesidir. Bu nedenle, hediye şeklinde yapılan ödemeler bazı ülkelerde (örneğin, Arnavutluk) informal ödeme kapsamı dışında tutulmaktadır. Ancak, hediye şeklinde yapılan ödemeler birçok uluslararası çalışmada informal kabul edilmektedir. Bunun temel gerekçesi ise, hediyelerin minnettarlığın dışında başka gerekçelerle veriliyor olmalarıdır (Özgen ve ark., 2010; Özgen & Tatar, 2008).

İNformal ödemelerin sağlık hizmetlerine erişimi kısıtladığı durumlar;

- ✓ Hastalar varlıklarında satış yapmamak için sağlık hizmeti almak istemeyebilirler (Vian ve ark., 2006)
- ✓ Yoksul hanelerin sağlık hizmetine erişiminde muafiyet tanımazlar
- ✓ Doktorlar informal ödeme almadığı için gerekli sağlık hizmetini sunmayabilir, benzer şekilde informal ödeme aldığı için de gereksiz sağlık hizmeti sunabilir (Gaal ve ark., 2006).

Sağlık sistemi büyük oranda informal ödemelerle finanse edildiği zaman hizmet sunucular daha cazip ve gereksiz hizmetleri sunmak isteyeceklerdir ve bu durum verimsizliği arttıracaktır (Özgen ve ark., 2010).

Ödemeler şu iki yolla yapılırsa informal ödeme olarak kabul edilir (Özgen ve ark., 2010);

1. İlk önce doktorun özel muayenesine hizmet ücretini ödedikten sonra, daha hızlı ve kaliteli bakım alabilmek için doktorun asıl çalıştığı kuruma poliklinikten giriş yapmak.
2. İlk önce doktorun çalıştığı kamu kurumuna gittikten sonra doktorun ayriyeten hastasını özel polikliniğine çağırıldığı durum.

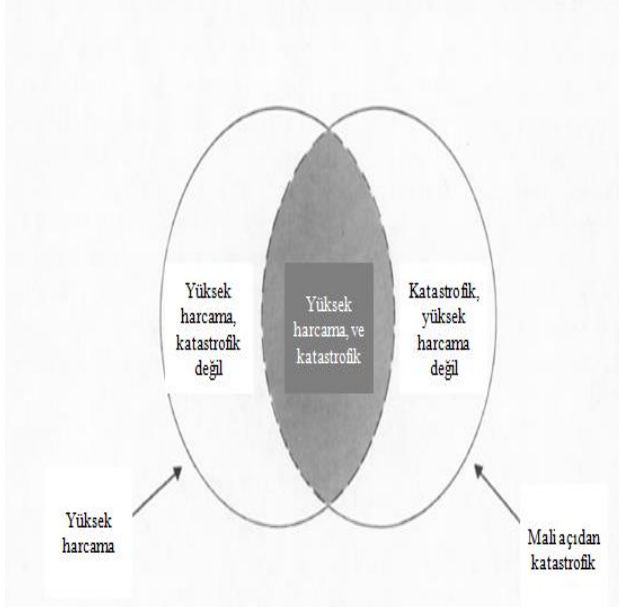
Ayrıca hastaneye bağış yapmak, doktora bıçak parası vermek, hemşire ve diğer sağlık çalışanlarına elden para/hediye vermekte informal ödeme olarak kabul edilmektedir (Özgen ve ark., 2010).

Türkiye’de yapılan bir çalışmada cepten yapılan harcamaların %94,7’si formal, %5,3’ü ise informal ödeme şeklinde gerçekleşmiştir. İnfomal ödemelerin içinde hediye şeklinde gerçekleşen ödemelerin oranı %2.6’dır (Şahin ve ark., 2013).

Cepten sağlık harcamaları yaygınlaşıp finansman sistemin ana kaynağı olursa sağlığa erişimde ve eşitlikte negatif etkiler oluşur. Cepten sağlık harcamalarını etkileyen başlıca etmenler gelir düzeyi, sağlık güvencesi durumu, yaş, sağlık durumu, ikamet edilen bölge, kişi sayısı, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durumdur (Başara Bora & Şahin, 2008).

3. KATASTROFİK SAĞLIK HARCAMALARI

Hane halkını katastrofik sağlık harcamalarından korumak, dünya çapında sağlık sistemlerinin arzuladığı bir hedeftir (Chuma & Maina, 2012). Günümüzde sayısı giderek artan gelişmekte olan ülkeler, hem nüfus gruplarına hem de hizmetlerine göre sağlık için mali koruma kapsamlarını genişletmeye çalışmaktadır (Abu-Zaineh ve ark., 2013). Birey sağlık güvencesi altında değilse (Fan ve ark., 2012) ve risk havuzu mekanizması yoksa (Limwattananon ve ark., 2007) sağlık hizmetlerinin öngörülmeleyen doğası katastrofik harcamalara dönüşebilir, hane halkının mali kaynaklarını azaltıp, yaşam standartlarını düşürebilir hatta yoksulluk sınırının altına bile indirebilir (Abu-Zaineh ve ark., 2013; Aryeetey ve ark., 2016; Giovanis & Özdamar, 2016). Sigorta, hanenin karşılaştığı tedavinin bedelini ve dolayısıyla cepten sağlık harcamalarını ve hastalığa bağlı yoksullaşma riskini düşürebilir. Ancak, sigortaya erişimi olan sağlık hizmetlerinin kullanımını artırabilir ve bazı koşullar altında cepten sağlık harcamalarını bile artırabilir (Fan ve ark., 2012).



Şekil 1. Yüksek Maliyet ve Finansal Katastrofi İlişkisi

Kaynak: Wyszewianski. 1986a

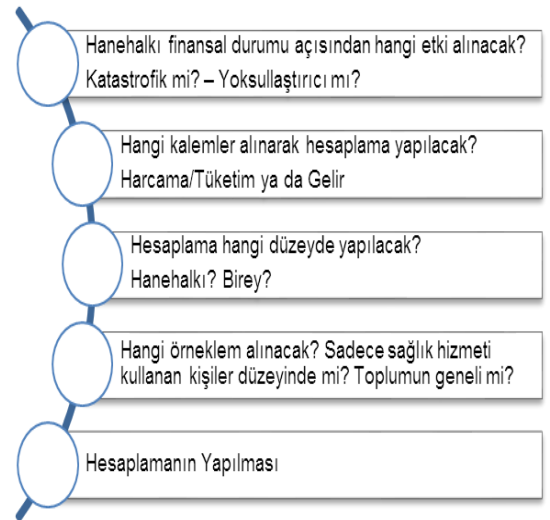
Katastrofik sağlık harcamaları, sağlık hizmeti için ödenen paranın miktarına bakılmaksızın ortaya çıkabilir. Zengin haneler olumsuz etki yaşamadan yüksek ücretli tıbbi faturalar ödeyebilirlerken, düşük gelirli hanelerde az

miktarda yapılan harcamalar bile geçimleri için ciddi finansal sorunlar ortaya çıkarabilir (Chuma & Maina, 2012).

Bazen tedavi için gerekli sağlık harcamaları büyük miktarlara ulaşp kişilerin temel gereksinimlerinden olan gıda, barınma gibi ihtiyaçlarını karşılanamaz hale getirebilir. Sağlık harcamalarının yoksulluk yaratma nedeni bu harcamaların cepten yapılıyor olmasıdır (Tokathioğlu & Tokathioğlu, 2014).

Katastrofik harcamanın tek bir tanımı yoktur. Bazı çalışmalar ödemeleri bütçe payı ile ilişkilendirirken, bazı çalışmalar katastrofik harcamaların ödeme kapasitesi ile ilişkilendirerek (Ör: gıda harcamalarından arındırılmış hane halkı harcamaları) ölçülmesi gerektiğini savunmaktadır (Chuma & Maina, 2012). Katastrofik sağlık harcaması, cepten yapılan sağlık harcamalarının belli bir oranı geçtiği zaman ortaya çıkan ve oranı arttıkça yoksullaştırıcı etkisi olan bir harcamadır (Çınaroğlu & Şahin, 2016) ve böylelikle ülkelerin büyüme ve gelişmesi üzerinde olumsuz bir etkisi vardır (Giovanis & Özdamar, 2016).

Eşik değer seçimi üzerinde kesin bir yöntem olmamakla birlikte, genellikle toplam tüketim harcamalarının %10-25 veya yemek dışı harcamaların %25-40 arası seçilir. Önceki çalışmalarda harcama, gelir, tüketim gibi farklı göstergeler kullanılmıştır. Hangi göstergenin en iyi gösterge olduğuna dair net bir görüş olmamakla beraber, büyük kısmı informal ödemelerle sağlayan ülkelerde harcama göstergesi en iyi göstergedir (Arsenijevic ve ark., 2016). Şekil 2’de katastrofik sağlık harcamaları ve yoksullaştırıcı etkinin belirlenmesi süreci yer almaktadır.



Şekil 2. Katastrofik Sağlık Harcaması ve Yoksullaştırıcı Etkinin Belirlenmesi Süreci

Kaynak: Arsenijevic ve ark. 2013

4. ÜLKE ÖRNEKLERİ

Dünya Bankası ülkeleri kişi başına düşen gayri safi milli hasıllarına göre sınıflandırmaktadır. Bu sınıflandırmaya göre ülkeler; düşük gelirli ülkeler, alt-orta gelirli ülkeler, üst-orta gelirli ülkeler ve yüksek gelirli ülkelerdir. Düşük gelirli ülkelerde kişi başına düşen gayri safi milli hasıla 995\$ ve altıdır. Dünya Bankasının sınıflandırmasına göre düşük gelirli 34 ülke vardır. Bu ülkeler; Afganistan, Benin, Burnika Faso, Burundi, Çad, Eritre, Etiyopya, Gambiya, Gine, Gine-Bissau, Güney Sudan, Haiti, Komorlar, Kongo Demokratik Cumhuriyeti, Kuzey Kore, Liberya, Madagaskar, Malavi, Mali,

Mozambik, Nepal, Nijer, Orta Afrika Cumhuriyeti, Ruanda, Senegal, Sierra Leone, Somali, Suriye Arap Cumhuriyeti, Tacikistan, Tanzania, Togo, Uganda, Yemen, Zimbabve'dir (Dünya Bankası).

Madagaskar'ın kuzey batısında bulunan Boeny bölgesinin Mahojango ilinde Ekim 2007-Ocak 2008 tarihleri arasında, devlet hastanelerinin acil doğum ve yeni doğan bakım maliyetlerinin karşılanabilirliğine ilişkin bir çalışma yapılmıştır. Çalışmanın verileri anket yöntemiyle toplanmıştır ve ankette toplanan bilgiler; hanehalkı ve bireyin demografik ve sosyo-ekonomik özellikleri, hastaneden alınan sağlık hizmetine ilişkin yapılan ödeme miktarıdır. Cepten harcama yapılan kalemler; hastane kayıt işlemleri, uzman muayenesi, hastane personeline hediye ve informal ödemeler, ameliyat işlemleri, x-ray ve laboratuvar testleri, hastane içinde kullanılan ilaçlar, hasta ve yakınlarının konaklama, ulaşım ve yemek maliyetleri şeklinde sıralanmıştır. Çalışma 103 anne ve 73 yeni doğan üzerinde yapılmıştır. Kadınların 70'i yüksek, 6'sı orta, 27'si düşük gelirli hanehalkı üyesidir. Yüksek gelirli kadınların ortalama harcaması 144\$, orta gelirli annelerin ortalama harcaması 126\$ ve düşük gelirli annelerin ortalama harcaması 129\$ olarak belirtilmiştir. Yeni doğanların 43'ü yüksek, 4'ü orta, 26'sı düşük gelirli hanehalkı üyesidir. Yüksek gelirli yeni doğan için ortalama 62\$, orta gelirli yeni doğan için ortalama 42\$ ve düşük gelirli yeni doğan için ortalama 58\$'lık bir harcama yapılmıştır. Annelerin ortalama yapmış oldukları cepten harcama miktarı 139\$, en çok harcama yapılan kalem ise 86\$ (%62) ilaç ve tıbbi cihazlardır. Yeni doğan için ortalama 59\$'lık bir harcama yapılırken, bu harcamanın 24'si (%40.3) ilaç ve tıbbi cihazlar için yapılmıştır. Eşik değer olarak gıda dışı harcamaların %40'ı alındığında; yüksek gelirli hanelerin katastrofik sağlık harcaması oranı %32.9, orta gelirli hanelerin katastrofik sağlık harcaması oranı %105.3 ve düşük gelirli hanelerin katastrofik sağlık harcaması oranı %109.1 olarak hesaplanmıştır. Sonuçlar alınan sağlık hizmetleri için ödenen miktarların orta ve düşük gelirli hanelerin ödeme kapasitelerini oldukça açtığını göstermektedir. (Honda, Randaoharison & Matsui, 2011).

Burkina Faso'da katastrofik harcamalarla ilgili bir çalışma yapılmıştır. Burkina Faso nüfusu 11 milyon olan ve nüfusunun %45.3'ü yoksulluk sınırının altında yaşayan bir Batı Afrika ülkesidir. Her biri 200,000-300,000 kişiyi kapsayan 53 sağlık bölgesi olmak üzere 11 idari sağlık bölgesine bölünmüştür. Nouna ilçesinde yapılan sağlık harcamalarının %50 sinden fazlasını cepten yapılan harcamalar oluşturmaktadır. Veri toplanan dönemde Nouna'da risk havuzlaması sistemi yoktu. Çalışma Haziran 2000-Haziran 2001 yılları arasında Nouna Sağlık Bölgesi Hanehalkı Araştırması anketiyle yapılmıştır. Çalışma için 320si kentsel, 480i kırsal bölgede yaşayan toplam 800 hanehalkı (çalışma popülasyonunun %10u) seçilmiştir. Verilerin toplandığı yıl taşınan ve bir yıl boyunca anketi doldurmayan hanehalkları çalışmadan çıkarılmıştır. Her aile ortalama 8 kişiden oluşmaktadır. Bir ailenin aylık ortalama harcaması 23\$'dır ve bu harcamanın %43'ünü gıda harcamaları oluşturmaktadır. Çalışmanın sonunda; gıda dışı harcamaların %40'ını sağlık harcamasına ayıran aile oranı %8.66 bulunmuştur. Bu oranın yüksek çıkmasında kronik hastalıkların yarattığı etki büyüktür (Su, Kouyaté ve Flessa, 2006).

Sıtma hastalığı dünya çapında önemli bir hastalık olduğu için Demokratik Kongo Cumhuriyeti'nde, bu hastalıkla katastrofik harcamaya etkilerini ölçmek için bir çalışma yapılmıştır. 2010 yılında dünya çapında 655.000 kişi sıtma hastalığından dolayı yaşamını yitirmiştir. Bu ölümlerin %86'sını 5 yaş altı çocuklar oluşturmaktadır. Sıtma hastalığından en çok Afrika ülkeleri zarar görmektedir. Çalışma Demokratik Kongo Cumhuriyeti'nin Kinshasa bölgesinde Ocak 2011-Kasım 2011 döneminde, 15 yaş altı çocuklara uygulanmıştır. Çalışmada eşik değer olarak hem toplam gelirin %10'u, hem de gıda dışı harcamaların %40'ı kullanılmıştır. Çalışma sonucunda; eşik değer toplam gelirin %10'u alındığında; fakir hanehalklarının %63.3'ü, orta gelirli hanehalklarının %40.9'u, iyi gelirli hanehalklarının %18.3'ü; eşik değer gıda dışı harcamaların %40'ı alındığında; fakir hanehalklarının %89.5'i, orta gelirli hanehalklarının %76.2'si, iyi gelirli hanehalklarının %72.2'sinin katastrofik sağlık harcaması yaptığı görülmüştür. Bu oranın bu kadar yüksek çıkmasında şu nedenler etkili olmuştur (Ilunga-Ilunga, Levêque, Laokri ve Dramaix, 2015);

- ✓ 1986 yılında devletin sağlık finansman sisteminden ayrılması
- ✓ Kamu hastanelerinin denetim mekanizmasının olmaması
- ✓ Halka hastalık riski hakkında bilgi verilmemesi
- ✓ Sağlık hizmetlerine direkt yapılan ödemeler
- ✓ Sağlık hizmeti alanların hali hazırda fakir hanehalklarından oluşması

Kuzey Kore Sağlık Paneli Anketiyle 2008 yılında 7006 hanehalkından toplanan verilerle kronik hastalığı olan insanların yaptıkları katastrofik sağlık harcamaları incelenmiştir. Çalışma sonuçlarına göre hanehalklarının %3.5'i katastrofik sağlık harcaması yapmaktadır. En yüksek oranda katastrofik sağlık harcaması yapan grup orta yaşlı kadınlardan oluşmaktadır. Katastrofik sağlık harcamasına en çok neden olan kronik hastalıklar; beyin damarları hastalıkları, diyabet ve kronik böbrek hastalığı olarak belirtilmiştir. Medical-Aid programı cepten harcamaları azaltan bir sistem olsa da düşük gelirli hanelerde yaşlı ve/veya kronik hastalığı olan bireyler yüksek oranda katastrofik sağlık harcamasına maruz kalmaktadır (Choi, Choi, Kim, Yoo ve Park, 2015).

Kuzey Kore'de yapılmış bir çalışmada engelli bireyleri barındıran hanehalkları arasında tıbbi güvenlik ve katastrofik sağlık harcamaları incelenmiştir. Çoğu engelli birey sağlık hizmetlerine ulaşabilseler de, bir kısım yoksul engelli birey Medical-Aid programının dışında kaldığından sağlık hizmetlerine erişim sağlayamamaktadır. Çalışmada Engelli Bireyler İstihdam Panelinin 2008-2014 yılları arasındaki verileri kullanılmıştır. Çalışmada bireyler iki gruba ayrılmıştır; Medical-Aid üyesi olan 1,259 kişi ve Medical-Aid üyesi olmayan düşük gelirli 1,751 kişi. Çalışmaya dahil edilen bireyler yoksulluk sınırında değildir. Çalışma sonuçlarına göre Medical-Aid üyesi olmayan düşük gelirli bireylerin katastrofik sağlık harcaması oranı %4.2, Medical-Aid üyesi olan bireylerin yapmış oldukları katastrofik sağlık oranı %2.6'dır. Çalışma sonuçları ayrıca kronik hastalığı olan engelli bireylerin, sağlık sigortası tarafından karşılanmayan harcamalarla birlikte daha çok katastrofik sağlık harcamasına maruz kaldığını göstermektedir (Choi ve ark., 2016).

Benin'de yapılan çalışmada tüberkülozun katastrofik sağlık harcamasına ve bu durumun yoksulluğa yol açıp açmadığı incelenmiştir. Çalışma Ağustos 2008-Şubat 2009 tarihleri arasında Güney Benin'de 6 sağlık bölgesinde 241 kişi üzerinde yapılmıştır. Çalışmada katastrofik sağlık harcamaları için eşik değer olarak toplam hanehalkı harcamasının %10'u alınmıştır. Çalışmaya katılanların ortalama aylık gelirleri 69,5\$'dır. 226 kişinin kendi geliri olmakla birlikte 152 kişi ulusal asgari yaşam standartlarının altında yaşamaktadır (65,6\$). Çalışmaya katılan kişiler %20'lik dilimlere bölünmüştür. 1. %20'lik dilim en fakirleri, 5. %20'lik dilim en yüksek gelirlilerden oluşmaktadır. 1. yüzdilik dilimde 47 kişi vardır ve %93.6'sı, 2. yüzdilik dilimde 44 kişi vardır ve %84.1'i, 3. yüzdilik dilimde 46 kişi vardır ve %76.1'i, 4. yüzdilik dilimde 54 kişi vardır ve %68.5'i, 5. yüzdilik dilimde 50 kişi vardır ve %38'i, sonuç olarak çalışmaya katılanları %71.8'i katastrofik sağlık harcaması yapmıştır. Katastrofik sağlık harcamasının bu denli yüksek olmasının nedeni, alınan sağlık hizmetlerinin devlet tarafından karşılanmaması olarak açıklanmıştır (Laokri, Dramaix-Wilmet, Kassa, Anagonou ve Dujardin, 2014).

Malavi'de yapılan bir çalışmada katastrofik sağlık harcamalarının yoksullaştırıcı etkisi incelenmiştir. Çalışmanın verileri Mart 2010 - Mart 2011 tarihlerini kapsayan 3. Malavi Hanehalkı Anketinden alınmıştır. Çalışmaya 12,271 hanehalkı dahil edilmiştir. Çalışmada eşik değer olarak gıda dışı harcamaların %10, %20, %30 ve %40'ı alınmıştır. Hanelerin %84.40'ı kırsal kesimde yaşamaktadır. Hanelerin %48.22'si 5 ve üstü kişiden oluşmaktadır. %78.17 hanehalkı işsizdir. Hanelerin en yakın sağlık merkezine ortalama uzaklığı 8.59 km'dir. Çalışmaya dahil edilenlerin %17.58'si çok fakir, %22.17'si fakir, %20.97'si orta gelirli, %21.57'si iyi gelirli ve %17.17'si yüksek gelirlidir. Eşik değer olarak gıda dışı harcamaların %10'u alındığında hanehalklarının %9.37'si, %20'si alındığında hanehalklarının %3.41'i, %30'u alındığında hanehalklarının %1.61'i ve %40'ı alındığında hanehalklarının %0.73'ünün katastrofik sağlık harcaması yaptığı ortaya çıkmıştır. Malavi'de devlet hastanelerinde alınan sağlık hizmeti ücretsizdir ama katastrofik sağlık harcamalarının olma nedeni bireylerin sağlık hizmetlerini özel hastanelerden almaları ve eczanelere ödenen ücretlerle açıklanmaktadır (Mchenga, Chirwa ve Chiwaula, 2017).

Nepal'in Katmandu ilinde Kasım 2011 - Ocak 2012 tarihleri arasında bireylerin hastalığa bağlı katastrofik harcama yapıp yapmadıkları incelenmiştir. Eşik değer olarak hane harcamalarının %10'u alınmıştır. Çalışmaya 1997 hane katılmıştır ve katılanların ortalama hanehalkı büyüklüğü 4.4 kişidir, evin reisinin ortalama yaşı 46.1'dir. Çalışmaya katılanların %13.8'i, ankete katılmadan önceki son 30 günde katastrofik sağlık harcaması yapmıştır. Katastrofik sağlık harcamasına en çok neden olan hastalıklar; hipertansiyon, soğuk algınlığı, diyabet ve astım olarak belirtilmiştir (Saito ve ark., 2014).

Tanzanya'da 7279'u yetişkin (18-59), 1018'i yaşlı (60+) bireyleri kapsayan toplam 8297 bireyden Tanzania Ulusal Panel Araştırmasının verileri kullanarak bireylerin son 30 gündeki sağlık harcamaları incelenmiştir. Eşik değer olarak gıda dışı harcamaların %40'ı alınmıştır. Çalışmaya katılanların %86'sı ilköğretim düzeyinde eğitime sahiptirler, hanelerin %35'inin temiz suya erişimi vardır ve ortalama hane büyüklüğü 5.1'dir. Yetişkin bireylerin son 30

gün içindeki ortalama sağlık harcaması 2.2\$ iken, yaşlı bireyler 0.7\$ harcamışlardır. En çok 0.8\$ ile sağlık profesyonellerine harcama yapılmıştır. Reçetesiz ilaçlara da ortalama 0.2\$ harcama yapılmıştır. Çalışma sonucunda katastrofik sağlık harcamasına maruz kalan hane oranı %18 olarak bulunmuştur. Katastrofik sağlık harcamalarını arttıran etmenler arasında, kronik hastalıklar, geleneksel tedavi ücretleri, hanehalkı büyüklüğü gösterilmektedir. Yüksek gelirli hanehalklarının katastrofik sağlık harcamasına maruz kalmadıkları belirtilmiştir (Brinda, Rodriguez ve Enemark, 2014).

SONUÇ

Cepten yapılan harcamaları, sağlık finansman sistemlerinin özel finansman bölümüne girmektedir. Ülkeler sınırlı kaynaklara sahip olduğu için sağlık hizmetlerinin tamamı ücretsiz sunulamamaktadır. Bu yüzden hastaların bazı durumlarda cepten harcama yapmaları gerekebilmektedir. Bu yaptıkları cepten harcamaları daha sonradan herhangi bir kişi veya kurum geri ödemediği için, birey almış olduğu sağlık hizmeti neticesinde finansal açıdan yıpranabilmektedir.

Hastalar ücretsiz olarak sağlık hizmetini alabilmek için informal ödemeler yapabilmektedirler. Bunun nedenleri arasında, doktor talebi, daha hızlı ve daha kaliteli hizmet alma düşüncesi yatmaktadır. Tüm bu cepten harcamalar ve informal ödemeler, hanehalkı gelirini belli bir eşik oranda geçtiği zaman ortaya katastrofik harcamalar çıkmaktadır. Literatürde genel kabul gören eşik değerler; hanehalkı toplam gelirinin %10'u ve gıda dışı harcamaların %40'ıdır (ödeme kapasitesi). Katastrofik harcamalar genel olarak hanelerin yoksullaşmasına neden olmaktadır. Bu yüzden bu konu sosyal politika, sağlık ekonomisi ve sağlık politikaları açısından oldukça önemlidir.

Her katastrofik harcama yoksullukla sonuçlanmaz. Örneğin, hanenin yaptığı harcamalar iki eşik değeri de aşıya bile, hanenin geliri yüksek olduğu için yoksulluğa düşmeyebilir. Aynı şekilde hanenin yaptığı harcamalar eşik değerine ulaşmasa bile hane yoksulluk sınırının altına düşebilir. Bunun nedeni de hanenin düşük gelire sahip olmasıdır.

Katastrofik harcamalar genel olarak orta ve düşük gelirli ülkelerde görülmektedir. Bunun en genel nedeni bu ülkelerde sağlam bir finansman sisteminin bulunmamasıdır. Bu çalışmada incelenmiş olan ülkelerden Moğolistan dışındaki ülkelerde katastrofik harcama oranları %2.8'den fazla bulunmuştur. Bu oranların bu kadar yüksek olmasının nedenleri aşağıdaki gibidir;

- ✓ Bireylerin gelirlerin düşük olması
- ✓ Ülkenin gelirinin düşük olması
- ✓ Sigorta sistemlerinin katastrofik harcamaları engelleyecek derecede geri ödeme mekanizmalarına sahip olmaması
- ✓ Sigortasız nüfus
- ✓ Ücretsiz olarak sunulan hizmetlere yapılan informal ödemeler
- ✓ Sigorta sistemlerinin yoksul hanelere muafiyet tanımaması
- ✓ Ülkenin sağlık hizmetlerine yeterince pay ayıramaması
- ✓ Özel sağlık kuruluşlarının oldukça yaygın olması.

Cepten yapılan sağlık harcamalarından katastrofik olarak etkilenmemek için alınabilecek başlica önlemler; tüm nüfusu kapsayan sağlık sigorta sistemleri kurulması, bu sigorta sistemleri için ödenen primlerin azaltılması, özellikle öğrenci ve yoksul hanelerden sigorta primi alınmaması, informal ödemeleri engelleyici sistemlerin kurulması, kamu sağlık kuruluşları sayısının ülke genelinde artırılması ve sağlık sistemini güçlendirici sağlık politikalarının oluşturulması olarak sıralanabilir.

KAYNAKLAR

Aarva, P., Ilchenko, I., Gorobets, P., Rogacheva, A. (2009). Formal and Informal Payments in Health Care Facilities in Two Russian Cities, Tyumen and Lipetsk. *Health Policy and Planning*, 24(5), 395-405.

Abu-Zaineh, M., Romdhane, H. B., Ventelou, B., Moatti, J. P., Chokri, A. (2013). Appraising Financial Protection in Health: The Case of Tunisia. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 13(1), 73-93.

Ada, D. (2015). *Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi'ne Akut Koroner Sendrom Nedeniyle Yatan Hastalarda Katastrofik Sağlık Harcamaları ve Buna Etki Eden Etkenler*. (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi/Tıp Fakültesi, İzmir.

Amaya-Lara, J. L., Gómez, F. R. (2011). Determining Factors of Catastrophic Health Spending in Bogota, Colombia. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 11(2), 83-100.

Arsenijevic, J., Pavlova, M., Groot, W. (2013). Measuring the Catastrophic and Impoverishment Effect of Household Health Care Spending in Serbia. *Social Science & Medicine*, 78, 17-25.

Arsenijevic, J., Pavlova, M., Rechel, B., Groot, W. (2016). Catastrophic Health Care Expenditure among Older People with Chronic Diseases in 15 European Countries. *Plos One*, 11(7), 1-18.

Aryeetey, G. C., Westeneng, J., Spaan, E., Jehu-Appiah, C., Agyepong, I. A., Baltussen, R. (2016). Can Health Insurance Protect Against Out-of-Pocket and Catastrophic Expenditures and Also Support Poverty Reduction? Evidence from Ghana's National Health Insurance Scheme. *International Journal for Equity in Health*, 15(1), 116.

Başara Bora, B., şahin, İ. (2008). Türkiye'de Sağlık Harcamalarını Etkileyen Etmenler. *Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 26(2), 319-340.

Brinda, E. M., Rodriguez, A. A., Enemark, U. (2014). Correlates of Out-of-Pocket and Catastrophic Health Expenditures in Tanzania: Results from a National Household Survey. *BMC International Health and Human Rights*, 14(1), 5.

Choi, J. W., Choi, J. W., Kim, J. H., Yoo, K. B., Park, E. C. (2015). Association Between Chronic Disease and Catastrophic Health Expenditure in Korea. *BMC Health Services Research*, 15(1), 26.

Choi, J. W., Shin, J. Y., Cho, K. H., Nam, J. Y., Kim, J. Y., Lee, S. G. (2016). Medical Security and Catastrophic Health Expenditures among Households Containing Persons with Disabilities in Korea: A Longitudinal Population-Based Study. *International Journal for Equity in Health*, 15(1), 119.

Chuma, J., Maina, T. (2012). Catastrophic Health Care Spending and Impoverishment in Kenya. *BMC Health Services Research*, 12(1), 413-421.

Çelikay, F., Gümüş, E. (2010). Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(1), 177-216.

Çınaroğlu, S. (2015). OECD'ye Üye Ülkelerde Cepten Sağlık Harcamalarının Hiyerarşık Kümeleme Analizi ile İncelenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 18(1), 47-60.

Çınaroğlu, S., şahin, B. (2016). Katastrofik Sağlık Harcaması ve Yoksullaştırıcı Etki. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 19(2), 73-86.

Dorjdagva, J., Batbaatar, E., Svensson, M., Dorjsuren, B., Kauhanen, J. (2016). Catastrophic Health Expenditure and Impoverishment in Mongolia. *International Journal for Equity in Health*, 15(1), 105.

Dünya Bankası.
<https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups> [Erişim Tarihi: 22.07.2018]

Fan, V. Y., Karan, A., Mahal, A. (2012). State Health Insurance and Out-of-Pocket Health Expenditures in Andhra Pradesh, India. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 12(3), 189-215.

Gaal, P., Belli, P. C., McKee, M., Szocska, M. (2006). Informal Payments for Health Care: Definitions, Distinctions and Dilemmas. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 31(2), 251-293.

Gerdtham, U. G., Johannesson, M., Lundberg, L., Isacson, D. (1999). A Note on Validating Wagstaff and van Doorslaer's Health Measure in the Analysis of Inequalities in Health. *Health Economics*, 18(1), 117-124.

Giovanis, E., Özdamar, Ö. (2016). Who Pays More: Public, Private, Both or None? The Effects of Health Insurance Schemes and Health Reforms on Out-of-Pocket and Catastrophic Health Expenditures in Turkey.

Güvercin, A. Mil, H. İ., Tarım, B. (2016). Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sosyal Güvenlik Kurumu. *Bartın Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*, 7(13), 80-94.

Honda, A., Randaoharison, P. G., Matsui, M. (2011). Affordability of Emergency Obstetric and Neonatal Care at Public Hospitals in Madagascar. *Reproductive Health Matters*, 19(37), 10-20.

Ilunga-Ilunga, F., Levêque, A., Laokri, S., Dramaix, M. (2015). Incidence of Catastrophic Health Expenditures for Households: An Example of Medical Attention for the Treatment of severe Childhood Malaria in Kinshasa Reference Hospitals, Democratic Republic of Congo. *Journal of Infection and Public Health* 8, 136-144

Kaya, Y. (2012). *Türkiye'de Hanehalkının Yaptığı Cepten Sağlık Harcamaları ve Bu Harcamaları Belirleyen Faktörler: 2000-2010 Dönemi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Gazi Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Kim, Y., Yang, B. (2011). Relationship Between Catastrophic Health Expenditures and Household

- Incomes and Expenditure Patterns in South Korea. *Health Policy*, 100(2), 239-246.
- Laokri, S., Dramaix-Wilmet, M., Kassa, F., Anagonou, S., Dujardin, B. (2014). Assessing the Economic Burden of Illness for Tuberculosis Patients in Benin: Determinants and Consequences of Catastrophic Health Expenditures and Inequities. *Tropical Medicine and International Health*, 19(10), 1249-1258.
- Limwattananon, S., Tangcharoensathien, V., Prakongsai, P. (2007). Catastrophic and Poverty Impacts of Health Payments: Results from National Household Surveys in Thailand. *Bulletin of the World Health Organization*, 85(8), 600-606.
- Mchenga, M., Chirwa, G. C., Chiwaula, L. S. (2017). Impoverishing Effects of Catastrophic Health Expenditures in Malawi. *International Journal for Equity in Health*, 16(1), 25.
- Özgen, H. (2007). Sağlık Hizmetleri Finansmanında Cepten Harcama: Nedir? Neden Önemlidir?. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 10(2), 201-228.
- Özgen, H., Şahin, B., Belli, P., Tatar, M., Berman, P. (2010). Predictors of Informal Health Payments: The Example from Turkey. *Journal of Medical Systems*, 34(3), 387-396.
- Özgen, H., Tatar, M. (2008). Sağlık Hizmetleri Finansmanında İnfomal Ödemeler. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11(1), 103-132.
- Saito, E., Gilmour, S., Rahman, M. M., Gautam, G. S., Shrestha, P. K., Shibuya, K. (2014). Catastrophic Household Expenditure on Health in Nepal: A Cross-Sectional Survey. *Bulletin of the World Health Organization*, 92, 760-767.
- Su, T. T., Kouyaté, B., Flessa, S. (2006). Catastrophic Household Expenditure for Health Care in a low-income Society - A Study from Nouna District, Burkina Faso. *Bulletin of the World Health Organization*, 84(1), 21-27.
- Şahin, B., Tatar, M., Karabulut, E., Oğuzhan, G., Çınaroğlu, S. (2013). Türkiye’de Hanehalkları Tarafından Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları Araştırması (Yayımlanmamış Nihai Rapor).
- Tatar, M. (2011). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 1(1), 103-133
- Tokatlıoğlu, İ., Tokatlıoğlu, Y. (2014). Türkiye’de 2002-2011 Yılları Arasında Katastrofik Sağlık Harcamalarının Yoksulluk Yaratma Kapasitesi. *Ekonomik Yaklaşım*, 24(87), 1-36.
- Tomini, S., Maarse, H. (2011). How do Patient Characteristics Influence Informal Payments for Inpatient and Outpatient Health Care in Albania: Results of Logit and OLS Models using Albanian LSMS 2005. *BMC Public Health*, 11(1), 375.
- Uğurluoğlu, E., Özgen, H. (2008). Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Hakkaniyet. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11(2), 133-159.
- Vian, T., Grybosk, K., Sinoimeri, Z., Hall, R. (2006). Informal Payments in Government Health Facilities in Albania: Results of a Qualitative Study. *Social Science & Medicine*, 62(4), 877-887.
- Wyszewianski, L. (1986). Financially Catastrophic and High-Cost Cases: Definitions, Distinctions, and Their Implications for Policy Formulation. *Inquiry*, 23(4), 382-394.
- Yılmaz, F. (2005). *Etimesgut İlçesinde Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfından Yardım Alan Hanelerin Sağlık Hizmeti Kullanımı ve Katastrofik Sağlık Harcamalarının Belirlenmesine Yönelik Saha Araştırması*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Başkent Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

NÜTRİSYONEL DESTEK EKİBİNDE HEMŞİRELİK

Sibel KARACA SİVRİKAYA*, Aslı ERYILMAZ**

ÖZET

Nütrisyon yaşamda ve tıpta önemli bir rol oynamaktadır. Günümüzdeki bilgi birikimi göstermektedir ki; hastanın nütrisyonel durumunun değerlendirilmesi ve nütrisyon desteğinin iyi planlanması, hasta tedavisinin bir parçası olarak görülmelidir. Hastalık, travma, rehabilitasyon ve yaşlı bakımında karşılaşılan güçlü zorluklarda baş edilmesi ve hastalıkların nütrisyonel açıdan önlenmesi konularında, kanıta dayalı ve sağlık profesyonelleri tarafından geniş çapta kabul görmüş profesyonel dilin ve standart terminolojinin kullanılması gerekmektedir. Bu nedenle, diyetisyenler, hemşireler, eczacılar, doktorlar ve bilim insanlarının yer aldığı nütrisyonel uygulama ve araştırma camiası ve bu alanda kabul görmüş bilimsel toplulukların, hem terminoloji ve nütrisyonel bozukluklar açısından hem de tarama, değerlendirme, tedavi ve izlem gibi temel nütrisyonel işlerde fikir birliğine varmaları önemlidir. Uygun terminolojinin birleştirilmesiyle nütrisyonel uygulamaların geçerlilik, güvenilirlik ve karşılaştırılabilirlikleri geliştirilebilecektir. Bu da klinik bakımın iyileştirilmesine ve klinik/ bilimsel nütrisyon alanlarının geliştirilmesine öncülük edebilecektir. Hastaların tedavi aşamasının her basamağında yer alan hemşireler, hastaların nütrisyonel değişikliklerinde iyi bir gözlemci olmalarından dolayı destek sürecinde ilk basamakta ve aktif rol almaktadırlar.

Anahtar Kelimeler: Nütrisyon; Nütrisyonel Destek; Nütrisyonel Değerlendirme; Hemşirelik

Nutritional Supplement in The Team Nursing

ABSTRACT

Nutrition plays an important role both life and medicine. Nowadays ,accumulation of knowledge shows that evaluating patient's nutritional condition and planning nutritional support well are considered as a part of patient's treatment. Usage of standard terminology and professional language that is evidence- based and widely accepted by health professional is required for dealing with serious difficulties that are faced in disease, trauma, rehabilitation and elderly care and preventing diseases regarding nutritional. For this reason, it is important that nutritional application and research community and well accepted scientific community in this field in which nutritionist, nurses, pharmacist, doctors and scientists took place reach a consensus both in terms of terminology and nutrition disorders and on basis nutritional occupations like scanning, evaluating, treatment and monitoring with incorporating of proper terminology, validity, credibility and comparability of nutritional applications can be developed. Therefore, it can lead improving of clinical treatment and developing of clinical- scientific nutritional fields. Nurses who take place in each stage of sequence of treatment are in the first stage of supporting process and play an active role because of being a good observer for nutritional changing of patients. Nurses have created an awareness on the following of practical training that they did for the treatment of malnutrition and preventing malnutrition; and of clinical effects and results of the care that they attended.

Keywords: Nutrition; Nutritional supplement; Nutritional Evaluating; Nursing

*Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Balıkesir

**Balıkesir Devlet Hastanesi Nütrisyon Destek Birimi, Balıkesir

Sorumlu Yazar: Sibel KARACA SİVRİKAYA, email: skaracakaya35@hotmail.com

GİRİŞ

Nütrisyon, insan yaşamında ve tıp biliminde önemli rol oynamaktadır. Birçok organ sistemindeki akut ve kronik hastalıkların, besin alımı ve metabolizması (katabolizmada artış şeklinde) üzerine etkisi, nütrisyon ile ilişkili morbidite ve mortalitede artışa neden olmaktadır. Diğer taraftan kronik hastalıkların oluşmasının geciktirilmesi veya önlenmesinde yaşamsal önemi olan uzun dönemde sağlığı etkileyen kontrol edilebilir başlıca belirleyici faktördür (Yılmaz vd., 2017: 139- 143).

Organizmanın işlevlerini ve yaşamsal fonksiyonlarını sürdürebilmesi enerji gerektiren bir olaydır. İnsan vücudunda doku yıkımı ve yapımı aynı anda gerçekleşebilen ve dengeli bir biçimde sürdürülebilir bir süreçtir. Bu mekanizmaların işlemlerini sağlayan enerji temin eden protein ve vitamin gibi bazı substratlar vardır. Sağlıklı olma durumunda bu enerji gereksinimi doğal yollardan beslenmeyle sağlanır. Sağlanmadığı durumlarda ise nütrisyonel destek gerekmektedir. Günümüzde nütrisyon desteği tedavinin ayrılmaz parçası haline gelmiştir (Yılmaz vd., 2016: 59- 62; Gündoğdu, 2008: 5- 21; Gürkan vd., 2013: 116- 122).

Hastalıkların ve sağlık problemlerinin büyük bölümü dengesiz ve yetersiz beslenmeden kaynaklanmaktadır. Besin maddelerinin gerekenden daha az alınması ya da bunlardan az yararlanılması durumu “Yetersiz Beslenme”; besin elementleri arasındaki dengenin bozulması “Dengesiz Beslenme” ve besin elementlerinin gereksinimden daha çok vücuda alınması ve zarar vermesi durumu ise “Aşırı Beslenme” olarak tanımlanmaktadır. Yetersiz ve dengesiz beslenme bozuklukları malnütrisyon kavramı içinde yer almaktadır (Yılmaz vd., 2016: 59- 62; Baz vd., 2016: 147-153; Bell et al., 2015: 17-23).

Beslenme yetersizliği olarak adlandırılan malnütrisyon; yara iyileşmesinde gecikmeye, bağışıklık sisteminin baskılanmasına, kas kütlelerinde ve fonksiyonlarında azalmaya, barsak mukozasında atrofiye, yaygın ödem gelişimine, zihinsel/ bilişsel yetersizliklere ve genel olarak multipl organ disfonksiyonuna neden olmaktadır. Tüm bu olumsuz durumlar nedeniyle sağlık çalışanlarının nütrisyon konusunda yeterli bilgi, donanım ve uygulamaya sahip olması gereklidir. Hastaların günlük takipleriyle birebir ilgilendiklerinden dolayı besin alımının azalması ya da nedensiz kilo verme nedeniyle malnütrisyon riski altındaki hastaların saptanmasında, nütrisyon desteği sağlamada ve bu hastaların takibinde hemşireler tarafından verilen bakım önemlidir. Bu nedenle hemşirelerin nütrisyon bilgisinin, eğitiminin ve bu alandaki donanım ve becerisinin yeterli olması, hastalarda malnütrisyonun saptanmasını, tedavisini ve hastalık seyrinin iyi yönde ilerlemesini hızlandırır. (Yılmaz vd., 2017: 139- 143; Mete vd., 2017: 92- 99; Ertem, 2008: 56- 63; Mowe et al., 2008: 196- 202; Diker vd., 2009: 90- 93).

İhtiyacı olan hastalara zamanında ve yeterli miktarda nütrisyon desteği sağlanırsa hastaların immün sistemi desteklenerek hastanın prognozunun iyileşmesi hızlanır. Bu nedenle hastaları nütrisyonel açıdan değerlendirme, destek ve takibi sürecindeki amaç hasta için gerekli olan ve hastadan hastaya değişiklik gösteren

beslenme desteğinin yeterli düzeyde sağlanmasıdır (Yılmaz vd., 2017: 139- 143; Yılmaz vd., 2016: 59- 62; Gürkan vd., 2013: 116- 122).

1. NÜTRİSYON DESTEĞİ

Nütrisyon desteği kronik ya da akut gelişen hastalığı iyileştirebilmek, var olan malnütrisyonu dur demek, oluşabilme ihtimali olan malnütrisyonu önlemek ve malnütrisyonu bağlı komplikasyonları ortadan kaldırabilmek için hastaların yeterli ve dengeli beslenmeleri için yapılmalıdır. Nütrisyon desteğinde ortak hedefler belirlenmeli ve bunlara uygun çalışılmalıdır. Ortak hedefler:

- Var olan ya da oluşabilecek malnütrisyonun önlenmesi
- İmmün sistemin güçlendirilerek kas kütlelerinin artırılması
- Yara iyileştirilmesinin hızlandırılması
- Katabolizma etkilerinin en aza indirilerek önlenmesi
- Mortalite, komplikasyon ve enfeksiyon oranlarını azaltmak olarak belirtilebilir (Gündoğdu, 2008:5- 21; Çekmen vd., 2014:188-197; Bauer et al., 2015:740-747).

1. 1. Nütrisyon Durumunun Değerlendirilmesi

Nütrisyon durumunun değerlendirmesine öncelikli olarak detaylı bir fizik muayene ve hasta öyküsü ile başlamalıdır. Hastanın öyküsünde kronik hastalıkları, beslenme alışkanlıkları, kilo değişikliği, kullandığı ilaçlar detaylı sorgulanır. Hemşirelere bu aşamada büyük rol düşmektedir. Çünkü hastane yatışında ilk anamnezi alan hemşirelerdir. Fizik muayenede ise antropometrik ölçümlerden faydalanılır. Bu ölçümler; boy, kilo, kol omzundaki üç başlı kasın deri kıvrım kalınlığı, vücut ağırlığı, kreatinin-boy oranı ve kreatinin- total kol uzunluk oranıdır.

Bunların yanı sıra laboratuvar ortamında ölçüm yapılabilen biyokimyasal parametreler hastanın nütrisyon durumunu değerlendirmede kullanılan objektif ölçütlerdir. Serum albümin düzeyinin bakılması basit ve güvenilir bir ölçümdür. Nütrisyon durumunun değerlendirilmesinde kullanılan bu ölçümlerde amaç beslenmenin yeterli olup olmadığını belirleyerek ve buna bağlı beslenme desteğini belirlemektir (Yılmaz vd., 2017: 139- 143; Mete vd., 2017: 92- 99; Ertem, 2008: 56- 63; Kalender vd., 2015: 10- 19).

1. 2. Nütrisyonel Bakım ve Bakım Planı

Nütrisyonel bakım; önleyici, koruyucu ve klinik nütrisyon konularında, nütrisyon ile ilgili oluşan komplikasyonları tedavi etmek veya gerekli olan beslenme ve eğitim sistemini tanımlamak için kapsamlı bir terim olarak kullanılmaktadır (Pearson et al., 2003: 40- 47).

Nütrisyonel değerlendirme sonuçlarına göre nütrisyon tedavisi için bir hazırlık ‘Nütrisyon Bakım Planı’ olarak adlandırılmaktadır. Bu plan, hasta merkezli tedavi hedeflerine ulaşmak için hasta ve hasta bakımına katılan kişi ile birlikte disiplinli bir şekilde hekim, diyetisyen, hemşire, eczacı tarafından oluşturulmalıdır. Nütrisyonel destek sağlayan hemşire, bakımı uygulamalı olarak anlatma ve öğretme anlamında en donanımlı olması gereken sağlık profesyonellerindedir. Kapsamlı bir nütrisyonel bakım planı nütrisyon tedavisinin gereğini sunarak, planın

verimliliğini ve nütrisyon durumunu tekrar değerlendirmesini sağlar (Mete vd., 2017: 92-99; Bahçecioğlu vd., 2016:149- 154).

Nütrisyonel bakım planında Őunlar bulunur:

- Enerji, besin maddesi ve sıvı gereksinimleri
- Olçlebilir beslenme hedefleri
- Belirlenmiş nütrisyon tedavisinin uygulanmasına ilişkin talimatlar
- En uygun uygulama yolu ve nütrisyon yöntemi
- ngrlen tedavi süresinin belirlenmesi ve takip edilmesi
- İzleme ve değerlendirme parametreleri
- Hastane yatış süresince takip ve eğitim
- Taburculuk planlaması ve evde eğitim (Mete vd., 2017: 92- 99; Yentür, 2011: 1-4)

1. 3. Nütrisyon Tedavisi

Nütrisyon tedavisi, nütrisyon ile ilgili tüm oluŐmuŐ ya da oluşabilecek komplikasyonları tedavi etmek için besinlerin sağlanma yolunu açıklar. Malnütrisyonu önlemek ya da tedavi etmek için nütrisyon desteği, oral (düzenli diyet, terapötik diyet, örn. güçlendirilmiŐ gıda, oral beslenme takviyeleri), enteral tp ya da parenteral yol ile sağlanabilir (Mete vd., 2017: 92- 99; Boateng et al., 2010: 156- 167).

1. 3. 1. Medikal Nütrisyon Tedavisi

Medikal nütrisyon tedavisi oral nütrisyon suplemanları, enteral tüple beslenme (enteral nütrisyon) ve parenteral ntrisyonu kapsayan bir terimdir.

Avrupa Birliği mevzuatında, ağız yoluyla ya da tüple gastrointestinal sisteme ulaŐan nütrisyon ürünleri ‘‘zel medikal amaçlı gıdalar’’ olarak tanımlanmıŐtır (Boateng et al., 2010: 156- 167).

1. 3. 1. 1. Oral Nütrisyon Tedavisi

Oral nütrisyon tedavisi ‘‘zel medikal amaçlı gıdalar’’ olarak tanımlanan oral nütrisyon suplemanlarının (ONS) oral yoldan normal gıdaların yerine geçmeden verilmesidir. Oral nütrisyon suplemanları enerji sağlamak için geliştirilmiş, besin içeriği yoğun solüsyonlardır. İilmeye hazır solüsyonlar ya da içecekler veya yiyecekler eklenen toz halindeki besin takviyeleridir (Bahçecioğlu vd., 2016: 149- 154; Akıncı, 2011: 20- 25; Buxton et al., 2013: 355- 360).

1. 3. 1. 2. Enteral Tüple Beslenme

Enteral tüple beslenme, ağız boŐluđunun distalindeki bağırsak yoluna bir tüp ya da stoma yoluyla yapılan nütrisyon tedavisidir. Enteral rnler ‘‘zel medikal amaçlı gıdalar’’ olarak adlandırılır.

Nütrisyon tedavisi gereken gastrointestinal sistemi fonksiyonel her hasta ilk olarak enteral nütrisyon açısından değerlendirilmelidir. Enteral nütrisyon intestinal fonksiyonlar normalse tercih edilmelidir. Bağırsağın tam obstrüksiyonu, emilim bozukluğu, batında ŐiŐlik/ gerginlik, tedaviye dirençli kusma ve ağır diyare durumlarında tercih edilmemelidir (Diker vd., 2009: 90- 93; Bauer et al., 2015: 740-747; Gündoğdu, 2010: 257- 267).

1. 3. 1. 3. Parenteral Nütrisyon (PN) Tedavisi

Parenteral nütrisyon amino asit, glukoz, lipid, elektrolit, vitamin ve eser elementler gibi besin öğelerinin intravenöz yolla verildiği bir nütrisyon tedavisidir. Parenteral nütrisyon santral venöz yoldan ya da periferik intravenöz bir yol aracılığıyla periferden verilebilir (Boateng

et al., 2010: 156- 167; Akıncı, 2011: 20- 25; Druml 2016: 545- 556).

2. NÜTRİSYON DESTEĞİ VE HEMŞİRELİK

Nütrisyon desteği için nütrisyon destek ekibinin hekimi ve diyetisyeni ile birlikte, hastaların nütrisyonel değerlendirmesinde, tedaviye baŐlama, sürdürme ve sonlandırma sürecinde hemşire görev alır. Nütrisyon Destek Tedavisi’nde hemşirelik giriŐimlerinin uygulanmasını sağlar. Hasta için belirlenmiş olan nütrisyonel destek planının doğru yöntemle, doğru dozda, doğru Şekilde ve uygun pozisyonda uygulanmasını takip eder (Yentür, 2011: 1-4; Gündoğdu, 2010: 257- 267).

Hemşireler, hastaneye yatırılan hastaların yatışında hasta anamnezini alan ilk kişi olduğu için ve bu hastalara günlük bakım yaptıklarından dolayı nütrisyonel değerlendirmede ideal konumdadırlar (Yılmaz vd., 2017: 139- 143).

Nütrisyon desteğinde tedavi devam ederken mekanik, metabolik ve enfeksiyöz komplikasyonlarını ekiple birlikte izleyen ve hastaya uygun bakımı veren hemşire tüm nütrisyonel komplikasyonların önlenmesinde ve tedavi edilmesinde birincil basamaktır (Cichero et al., 2013: 280- 291).

Hastaların tedavisinde, iyileşme sürecinde ve ek sorunları engellemede hemşire ve diğer sağlık profesyonelleri hayati öneme sahip olup, multidisipliner çalışma ile hasta tedavisinde başarılı sonuçlara ulaŐılmıŐtır (Boateng et al., 2010: 156- 167; Akıncı, 2011: 20- 25; Cichero et al., 2013: 280-291).

Nütrisyonel destek sağlanmasında hemşirelerin görevleri Őunlardır:

- Nütrisyon ekibinin doktoru ve diyetisyeni ile birlikte, hastaların nütrisyonel değerlendirmesinde, tedaviye baŐlama, sürdürme ve sonlandırma sürecinde görev alır.
- Nütrisyon ekibinde ki hemşirelik hizmetlerinin etkin bir Şekilde yerine getirilmesini sağlar.
- Nütrisyon Destek Tedavisi’nde hemşirelik giriŐimleri konusunda belirlenmiş olan standartların uygulanmasını sağlar.
- Ekibin doktoru ve diyetisyeni ile birlikte düzenli aralıklarla hasta viziti yapar. Hasta için belirlenmiş olan nütrisyonel destek planının doğru yöntemle, doğru dozda, doğru Şekilde ve uygun pozisyonda uygulanmasını takip eder.
- Nütrisyon Destek Tedavisi’nde kullanılan araç- gereç ve ekipmanların temini, kullanımı ve hastaya uygulanmasında ekip ile birlikte görev alır.
- Enteral beslenme tüplerini tıkanma, kırılma, çatlama, bükülme, yerinden çıkma, ciltte irritasyon, enfeksiyon gibi komplikasyonlar açısından takip eder ve önlenmesi için gerekli hemşirelik giriŐimlerinde bulunur.
- Beslenme rnlerinin saklama koŐulları, uygulama Őekli ve uygulama süresi konusunda ekibin bir yesi olarak, klinik çalıŐanlarını, hasta ve hasta yakınlarını bilgilendirir.
- Nütrisyon hemŐiresi Nütrisyon Destek Biriminde tam zamanlı olarak görev alır, tüm görev ve sorumluluklarını ekip ile birlikte yerine getirir.

- Klinik hemşirelerine eğitim ve danışmanlık verir
- Klinik nütrisyon konusunda bilimsel ve güncel yayınları takip eder, seminer, toplantı, kongre ve benzeri etkinliklere katılır. Bilimsel araştırmalara ekiple birlikte katılır, planlar ve yürütür.
- Tüm uygulamaları etik kurallar doğrultusunda yapar.

SONUÇ

Günümüzde yapılan çalışmalar göstermektedir ki; hastanın nütrisyonel durumu hastalığının seyrini önemli ölçüde etkilemektedir. Bu nedenle tedavisinin başlamasından itibaren hastanın nütrisyonel durumunun değerlendirilmesi ve nütrisyon desteğinin iyi planlanması tedavinin bir parçası olarak görülmelidir. Hastaya gerekli nütrisyon desteğinin sağlanması hastalığa bağlı komplikasyonları azaltarak morbidite ve mortaliteyi önlemektedir.

Hastaya zamanında nütrisyon desteği sağlanmadığı takdirde hasta prognozunda olumsuz sonuçlar ortaya çıkar. Bunlar;

KAYNAKLAR

- Akinci B, (2011). Enteral Nütrisyon Uygulama Yöntemleri. Klinik Gelişim, 24: 20- 25
- Bahçecioğlu H, (2016). Enteral ve Parenteral Beslenme Klinik Yaklaşım. Güncel Gastroloji, 14(3):149- 154
- Bauer JM, Verlaan S, Bautmans I, Brandt K, Donini LM, Maggio M, et al., (2015). Effects of a vitamin D and leucine-enriched whey protein nutritional supplement on measures of sarcopenia in older adults, the PROVIDE study: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. J Am Med Dir Assoc, 16: 740- 747
- Baz S, Ardahan B, (2016). Yaşlılarda Malnütrisyon ve Hemşirelik Yaklaşımları. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, 5(3): 147-153
- Bell CL, Less AS, Tamura BK, (2015). Malnutrition in the Nursing Home. Curr Opin Clin Nutr Metab Care, 18 (1): 17- 23
- Boateng AA, Sriram K, Meguid MM, Crook M, (2010). Refeeding syndrome: treatment considerations based on collective analysis of literature case reports. Nutrition, 26: 156- 167.
- Buxton C, Davies A, (2013). Nutritional knowledge levels of nursing students in a tertiary institution: Lessons for curriculum planning. Nurse Education in Practice, 13: 355- 360
- Cichero JA, Steele C, Duivesteyn J, Clave P, Chen J, Kayashita J, et al, (2013). The need for international terminology and definitions for texture-modified foods and thickened liquids used in dysphagia management: foundations of a global initiative. Curr Phys Med Rehabil Rep, 1: 280- 291
- Çekmen N, Dikmen E, (2014). Yoğun Bakım Hastalarında Enteral ve Parenteral Nütrisyon. Türk Toraks Dergisi, 10: 188-197
- Diker T, Öntürk K, Badır A, Aslan E, (2009). Yoğun Bakım Hastalarında Beslenme Gereksinimi. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 13: 90- 93

- Yağ ve kas doku kaybı
- Bağışıklık sisteminin bozulmasıyla birlikte artan enfeksiyonlar
- Yara iyileşmesinde gecikme
- Kardiyovasküler, respiratuar ve gastrointestinal bozukluklar
- İyileşme ve hastanede yatış süresinin uzamasıdır.

Hastaların tedavisinde ayrılmaz bir bütün olan nütrisyon durumunun değerlendirilmesinde hemşirelerin, hastalarda meydana gelebilecek nütrisyonel değişikliklerini erken fark edebilme potansiyellerine sahip olmaları nedeniyle bu destek sürecinde aktif rol alabileceklerdir. Hemşirelerin malnütrisyonun önlenmesinde yapabilecekleri eğitim ve bakımların klinik etki ve sonuçların takibinde farkındalık oluşturması açısından oldukça önemlidir. Nütrisyon ile ilgili yapılacak olan çalışmalar malnütrisyonun erken dönemde tanınmasının tedavi sürecini hızlandırdığı yönünden kanıtlarımızı artıracaktır.

- Druml C, Ballmer PE, Druml W, Oehmichen F, Shenkin A, Singer P, et al, (2016). ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration. Clin Nutr, 35: 545- 556
- Ertem G, (2008). Kanser Hastalarında Beslenme ve Hemşirelik Yaklaşımları. Dirim Tıp Gazetesi, 83: 56- 63
- ESPEN' in Klinik Nütrisyonunda Tanımlar ve Terminoloji Rehberi, 2017. kepan.org.tr/userfiles/ESPEN_Ceviri_tumu.pdf. Erişim Tarihi: 10.05.2018
- Gündoğdu H, (2008). Yoğun Bakım Hastasında Nütrisyon Destek Tedavisinin İlkeleri. Yoğun Bakım Dergisi, 8: 5- 21
- Gündoğdu H, (2010). Evde Nütrisyon Desteği. İç Hastalıkları Dergisi, 17: 257- 267
- Gürkan A, Gülseren B, (2013). Enteral Beslenme: Bakımda Güncel Yaklaşımlar. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 16: 116- 122
- Kalender N, Tosun N, Kılıç S, (2015). Bir Eğitim Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Total Parenteral Nütrisyon İlişkin Bilgi Düzeylerinin Saptanması. Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi, 7: 10- 19
- Mete R, Emeksiz K, (2017). Nütrisyon. Namık Kemal Tıp Dergisi, 5: 92- 99
- Mowe M, Bosaeus I, Rasmussen HH, (2008). Insufficient nutritional knowledge among health care workers? Clinical Nutrition, 27: 196- 202.
- Nütrisyon Destek Ekibi Hemşire Görev, Yetki Ve Sorumlulukları. http://www.kepan.org.tr/files/file/Hemshire_gorev_t_animlari.pdf Erişim Tarihi: 17. 05. 2018
- Özel nütrisyonel kullanımlar için gıda maddelerine yönelik yönerge 2009/39/EC- 2013/609/EC (Addition of substances for specific nutritional purposes,2009)

- Pearson A, Fitzgerald M, Nay R, (2003). Mealtimes in NursingHomes: The Role of NursingStaff. Journal of Gerontological Nursing, 29(6): 40- 47
- Yentür E, (2011). Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi. Klinik Gelişim, 24: 1-4
- Yılmaz F, Kılıç E, Gürsel S, Tiryaki N, (2016). Nütrisyon Timi Yoğun Bakımda Neleri Değerıştirir? Türk Yoğun Bakım Dergisi, 14: 59- 62

- Yılmaz KD, Sarkut P, Düzgün F, Kuzu C, Kılıçturgay S, (2017). Yatan Hastaların Nütrisyonel Değerlendirme ve Desteğine Yönelik Hemşirelerin Görüşleri. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 14(5): 139- 143