

2016

Cilt | Volume 1

Sayı | Issue 2

ISSN 2458-8857

SAMSUN SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ

JOURNAL OF SAMSUN HEALTH SCIENCES

TÜRKİYE KALKINMA PLANLARI'NDA SAĞLIK SEKTÖRÜ

Elif DİKMETAŞ YARDAN* Birgül YABANA KİREMİT**

*Doç. Dr. Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi

**Arş. Gör. Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi

ÖZET

Türkiye’de 1960 yılında kurulan Devlet Planlama Teşkilatı ile birlikte 1963 yılından itibaren günümüze kadar 5 yıllık kalkınma planları uygulanmaya başlanmıştır. 1963 yılında, yetersiz personel sayısı, bulaşıcı hastalıkların yoğunluğu, sağlık hizmetlerine ayrılan payın düşüklüğü, hastane yatak sayısının düşüklüğü, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi kanunu programının devamı gibi konulardan bahsedilirken, günümüzde modern işletmecilik uygulamaları, kanıt ve veriye dayalı tıp, akılcı ilaç kullanımı, obezite ile savaş, yenilikçi tıp eğitimi, sağlık hizmet kalitesinin nasıl artırılması gerektiği, çalışanların yaşam kalitesi, sağlık hizmet birimlerinin akreditasyonu, uluslararası standartlara uygun sağlık veri tabanının oluşturulması gibi kavramlardan bahsedilmektedir. Kalkınma Planları sürecinde; sağlık dönüşüm programı ile tüm halk genel sağlık sigortası kapsamına alınmış, sağlığa ayrılan pay artırılmış, doğumdan beklenen yaşam süresi artırılmış, koruyucu tıp hizmetlerinin sürekliliği çalışmaları ile bulaşıcı hastalıklar engellenmiş, aile planlaması ve anaçocuk sağlığı hizmetleri etkinleştirilmiş, sağlık hizmeti sunan kurumların sayısı artırılmış, tam gün yasası uygulanır hale gelmiş, sağlık hizmet ve sunum organizasyonları birbirinden ayrılmış, sağlık insan gücünün nitelik olarak artırılması ve nicelik olarak geliştirilmesi desteklenmiş, sağlık insan gücü coğrafi dağılımı dengeli tutulmaya çalışılmış, etkili sevk zinciri için aile hekimliği uygulamaları başlatılmış, kamu ve özel sektör hizmet sunucularının yer aldığı karma sağlık sistemi modeli benimsenmiştir. Bu çalışmada Türkiye Kalkınma Planları'nda yer alan sağlık sektörüne ilişkin durum analizleri, amaç ve hedefler ve politikalar ayrıntılı olarak incelenmiştir. Türkiye Kalkınma Planları incelendiğinde; yıllar itibariyle sağlık sektöründe çok büyük ilerlemeler olduğu gözlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Türkiye Kalkınma Planları, Sağlık Sektörü, Türkiye.

ABSTRACT

HEALTH SECTOR IN TURKEY DEVELOPMENT PLANS

In Turkey, 5-year development plans have started to be applied since 1963 with the State Planning Organization which was established in 1960. While in 1963, it was mentioned about issues such as insufficient personnel numbers, density of contagious diseases, low share for healthcare services, low number of hospital beds and law on continuity of socialization of healthcare services, today it is mentioned about the concepts such as modern business administration practices, medicine based on proves and data, rational drug use, fight against obesity, innovative medical education, how to increase healthcare service quality, life quality of the personnel, accreditation of health service units and establishing health databases in accordance with international standards. Within the process of Development Plans; all people were taken into the scope of general health insurance, share of healthcare services was increased, length of life expected from birth was increased, contagious diseases were prevented with the continuous practices of preventive health services, family planning and maternal-infant healthcare services were activated, the number of establishments rendering health services was increased, full-time law was started to be applied, health service and health delivery organizations were separated from each other, increasing health manpower qualitatively and improving them quantitatively was supported, it was tried to stabilize geographical distribution of health manpower, family medicine practices were commenced for an efficient referral chain, mixed health service model was adopted in which public and private sector service providers took place. In this study; situational analyses, aims and objectives as well as policies were examined in detail regarding health sector taking place in Turkey’s Development Plans. When Turkey’s Development Plans were examined, it was observed that there had been spectacular advancements in health sector by years.

Keywords: Turkey Development Plans, Health Sector , Turkey

1. GİRİŞ

İktisadi kalkınma, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelere özgüdür. İktisadi kalkınma, üretimin ve kişilerin hayat standartları ile ekonomik, sosyal ve kültürel yapının değiştirilmesini içermektedir. Türkiye'de 30 Eylül 1960 tarihinde Devlet Planlama Teşkilatı kurulmuştur. 1963 yılından itibaren de beş yıllık kalkınma planları uygulanmaya başlanmıştır. Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'ndan başlayarak onuncu beş yıllık kalkınma planı (sadece dokuzuncu plan 7 yıllıktır) içinde, bölgelerarası gelişmişlik farklarını azaltmaya ilişkin sağlık sektörü de dahil birçok sektör için politikalara yer verilmiştir (Yardımcıoğlu vd., 2012). Yıllar itibariyle kalkınma planları aşağıdaki gibidir.

Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1963-1967)

İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968-1972)

Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1973-1977)

Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1979-1983)

Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1985-1989)

Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı (1990-1994)

Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-2000)

Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005)

Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı (2007-2013)

Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı (2014-2018) (<http://www.kalkinma.gov.tr/Pages/KalkinmaPlanlari.aspx/> 26.02.2015).

2. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmanın amacı; Türkiye Kalkınma Planları'nda yer alan sağlık sektörüne ilişkin durum analizleri, amaç ve hedefler ve politikaları ayrıntılı olarak incelemektir.

Çalışmanın yapılmasında birinci ve şu anda son olan onuncu kalkınma planı da dahil tüm kalkınma planları sağlık sektörü açısından ayrıntılı olarak değerlendirilmiştir.

3. BULGULAR VE TARTIşMA

Aşağıda her kalkınma planına ilişkin sağlık sektörüne ait durum analizi, amaç ve hedefler ve politikalar belirtilmiştir.

3.1.Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1963-1967)

3.1.1.Durum Analizi: En çok ölüme sebep olan hastalıklar kalp hastalıkları, çeşitli çocuk hastalıkları, tüberküloz ve çeşitli diğer bulaşıcı hastalıklardır. Halk sağlığı şartları ve hizmet seviyesi düşüktür. Hekim, diş hekimi, eczacı ve diğer yardımcı sağlık personel sayısı düşüktür. Toplam yatırımların % 2,3'ü sağlık hizmetleri yatırımlarıdır.

Sağlık kurumları arasında önemli bir yeri olan sağlık laboratuvarlarının niteliği ve sayısı yetersiz olmakla birlikte burada hizmet veren personel sayısı düşüktür.

1961 yılında askeri hastaneler de dahil yatak sayısı 62 bin civarında olup, 10 bin kişiye 21 yatak düşmektedir. Bunun yanında mevcut yatakların %30'u çeşitli sebeplerden dolayı kullanılmamış ve kullanılan yataklardan da tam olarak yararlanılamamıştır.

Sağlık personeli sayısına bakıldığında bu dönemde Türkiye'de sağlık personelinin yetersiz olduğu görölmektedir. Mevcut sağlık personelinin bölgeler arasında dengesiz dağılıma sahiptir ve tedavi hekimliği kadroları tam dolu iken koruyucu hekimlik kadrolarının %40'ı boştur. Çalışan hekimlerin yarısından çoğu mütehassıs veya eğitimleri

devam eden asistanlardır. Bu dönemde yardımcı sağlık personeli sayısı da yetersizdir. Sağlık Bakanlığı hastanelerinde bir hemşireye 37 yatak düşmektedir. Bu oran hastane hizmetlerinin gelişmiş olduğu ülkelerde hemşire başına 2,5 yataktır.

3.1.2.Amaç ve Hedefler: Türkiye'de sağlık seviyesini yükseltmek amacıyla çevre sağlığının iyileştirilmesi, halk sağlığı eğitimi, aile planlaması ve bulaşıcı hastalıkların ortadan kaldırılması gibi amaç ve hedefler oluşturulmuştur. 15 yıl içinde yüksek seviyede sağlık personeli sayısı 2,5 katına, yardımcı sağlık personeli sayısı ise 6 katına çıkarılması ve bu dönemde dağınık ve dar olan sosyal sigorta sistemi birleştirilip dereceli olarak genişletilerek yaygın bir sosyal güvenlik sistemi haline getirilmesi hedeflenmiştir.

Sağlık programlarının gerçekleştirilmesi için kişi başına sağlık harcamalarının 15 yıl içinde 2 katına çıkarılması hedefler arasında yer almıştır.

Bu dönemde mevcut sağlık, sağlık hizmetleri ve personel meselelerinin çözümlenmesi için yürütülecek programlar belirlenmiştir. Bunlar; personel yetiştirme programı, sağlık hizmetlerinin görülmesi ile ilgili program, bulaşıcı hastalıklarla savaş programları, ana-çocuk sağlığı programı, sağlık laboratuvarları programı, işçi sağlığı programı, depo-bakım ve onarım işleri programı ve yataklı tedavi kurumları programlarıdır.

3.1.3.Politikalar: Hizmetin görülmesinde yetki ve sorumluluk en alt basamaklara kadar yayılması ve sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ile ilgili yasaların uygulanması için çeşitli önlemler alınmasına yönelik politikalar belirlenmiştir

Kamuya ait sağlık hizmetlerinin, Milli Savunma Bakanlığı'nın özel nitelikteki bazı hizmetleri dışında, tek elden yürütülmesi, hizmetin sunumunda yetki ve sorumluluğun en alt basamaklara kadar yayılması, sağlık eğitiminin her kademesinde toplum hekimliğine daha geniş yer verilmesi, Hıfzıssıhha Okulunun, halk sağlığı ile ilgili eğitim ve araştırma yapan bir kurum haline getirilmesi, hizmetlerin tek elden yönetimi sağlanana kadar kamu

kuruluşları kendi hastanelerini yapmaya devam etmesi, ancak, yeni yapılacak yataklı tedavi kurumlarının bir sağlık sitesi halinde ve m¼mk¼n olan her yerde aynı arsa üzerinde yapılmasına çalışılması ve ¼zel sekt¼r¼n hastane kurma girişimleri teşvik edecek tedbirlerin alınması ve yerli ilaç sanayi teşvik edilmesi belirlenmiş diğer politikalar dır (T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 1963).

3.2.İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968-1972)

3.2.1.Durum Analizi: 1963-1966 d¼neminde sağlık teşkilatında gelişmeler yaşanmış, sosyalleştirilen b¼lgelerde sağlık ocakları, sağlık grup başkanlıkları kurulmuş, b¼lge laboratuvarları, b¼lge hastaneleri, depo ve tamirhanelerin yapımına başlanmıştır.

Sosyalleştirme programının uygulandığı b¼lgelerde sağlık personelindeki dağılım dengesizliği ortadan kaldırılmaya çalışıldığı halde hekimlerin b¼y¼k il merkezlerinde toplanması ¼nlenememiřtir. Bununla birlikte m¼tehassıs ve pratisyen hekim sayısında dengesizlik s¼z konusudur. Mevcut hekimlerin %60,3¼ m¼tehassıs, %39,7'si ise pratisyendir (Koruyucu sağlık hizmetlerinin y¼r¼t¼lmesi için bu sayı azdır). Hekimlerin yabancı ¼lkelere gidip yerleşmesi bu d¼nemde karşılaşılan sorunlardan biridir. Yardımcı sağlık personelinin az olması, bazı yerlerde hekimlerin yardımcı sağlık personelinin g¼revlerini ¼zerine almalarına yol açmıştır.

Birinci beş yıllık kalkınma planında kamuya ait sağlık hizmetlerinin, Milli Savunma Bakanlığı'nın ¼zel nitelikteki hizmetleri hariç, tek elden y¼r¼t¼lmesi ¼ng¼r¼lmesine rağmen bu durum gerçekleşememiştir. Farklı kuruluşlara bağlı sağlık kurumlarında değişik personel ve malzeme standartları ve farklı ¼cret politikaları uygulanmıştır.

Bu d¼nemde sağlık ocaklarının yapımında bazı sorunlarla karşılaşılmıştır. Bunlar; inşaatın kurulmasında arsa sıkıntılarını nedeniyle ocaklar k¼y dışına yapılmış, hizmet sunumu g¼leřmiřtir. Ocakların yapıldığı yerlerde alt yapı hizmetleri genelde sağlanamamıştır.

3.2.2.Amaç ve Hedefler: Sosyalleştirme programı her yıl 300 sağlık ocağı açılarak devam edilmesi ve 1972 yılında 10 bin kişiye 25 yatak sayısı düşecek şekilde kapasite artışı sağlanması hedeflenmiştir. Bulaşıcı hastalıklarla savaş konusunda çevre sağlığı şartlarının düzeltilmesi hedeflenmiştir.

3.2.3.Politikalar: Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı bünyesinde hizmetlerin yeterli yürütülebilmesi ve denetimi sağlamak amacıyla çevre sağlığı, laboratuvar hizmetleri, halk sağlığı eğitimi, ruh sağlığı hizmetlerinde sorumlu birimler kurulması ve sağlık hizmetlerinde özel sektörün desteklenmesi politika olarak belirlenmiştir.

Yardımcı sağlık personeline ve halka verilecek sağlık eğitiminin uygulama esasları tespit edilerek araştırma yapıp hizmet içi eğitim sağlayacak bir “Halk Sağlığı Eğitimi Enstitüsü” kurulması planlanmıştır.

Doğu illerinden başlayarak sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi uygulamasına devam edilmesi, hizmet seviyesi düşük olan illerin öncelikli olarak ele alınması ve bu programdaki hekimlere rotasyon imkanı sağlamak için her yıl yapılan sağlık ocaklarının %15’i Batı bölgelerine yapılarak programın uzatılması belirlenen diğer politikalar olmuştur (T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 1968).

3.3.Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1973-1977)

3.3.1.Durum Analizi: Sosyalleştirme programı sağlık personelinin gelişmiş illerde yoğunlaşmış kırsal kesime sağlık personeli sağlanmasında güçlüklerle karşılaşıldığından istenilen şekilde gelişmemiştir. Yataklı tedavi kurumları sayısı artmış fakat bu kurumların iller bazında dağılımında eşitsizlikler devam etmiştir. Toplam yatak kapasitesinin %44,6’sı İstanbul, Ankara ve İzmir gibi üç büyük şehirde yoğunlaşmıştır(T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 1973)

Personel ve kaynak yetersizliği, aynı yörede çeşitli kuruluşların ayrı ayrı hastaneler kurması ve hastane işletmeciliğinin gelişmemiş olmasından kaynaklı, mevcut yatak kapasitelerinden de tam olarak yararlanılamamış ve kamu kuruluşlarında ortalama yatak kullanımı %58 gibi düşük bir orana sahiptir(T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 1973).

Yetersiz ve dengesiz beslenme ile birlikte bazı bölgelerde halkın sağlık konusundaki eğitiminin yeterli olmayışı özellikle ana ve çocuk sağlığı yönünden sorun oluşturmuştur(T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 1973).

1962 yılında 9 bin olan doktor sayısı 1971 yılında 15,8 bine yükselerek bu yıllar arasında %75,5 oranında artış göstermiştir. Yardımcı sağlık personeli sayısı 1962 yılında 8,7 bin iken 1971 yılında 30 bin olmuş ve %244 oranında artış göstermiştir(T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 1973).

3.3.2.Amaç ve Hedefler: Sağlık hizmetlerini sosyalleştirme programı tüm yurt düzeyine yaygınlaştırılarak 1982 yılında 10 bin kişiye bir sağlık ocağı, 3 bin kişiye bir sağlık evi ve 10 bin kişiye 33 hasta yatağı standardına ulaşmak hedeflenmiştir(T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 1973)

3.3.3.Politikalar: Halkın sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanmasına yönelik politikalar belirlenmiştir (T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 1973).

3.4.Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1979-1983)

3.4.1.Durum Analizi: Sosyalleştirme programı ile değişik birimlerde bağımsız olarak yürütölen sağlık hizmetleri bütünleştirilmiştir. Sağlık kurumlarında yatak sayısında gelişmeler yaşanmakla birlikte tedavi hizmetleri çok sayıda kurum tarafından ve dağınık şekilde yürütölmüştür.

1977 yılının sonunda toplam yatak sayısı artmış olup on bin kişiye 25 yatak düşmektedir. Bunun yanında yatakların iller arasında dağılım dengesizliği devam etmiştir.

Nitelikli ilaç yapımının denetim altına alınamayışı ve denetimin yeterli nitelik ve nicelikte yapılmayışı ilaç denetimindeki başlıca sorunlardandır.

Nüfusun genç oluşu, yanlış ve eksik beslenmeden kaynaklı hastalıklar, bebek ölüm oranının yüksek olması, çevre sağlığı koşullarının istenilen düzeyde olmaması gibi nedenlerle ana-çocuk sağlığı hizmetlerinin etkin şekilde yürütülememesi, önemli bir sorun olmaya devam etmiştir.

Ulusal düzeyde bir işçi sağlığı ve işyeri güvenliği kurulması konusunda gereken hazırlıkların Çalışma Bakanlığı ile Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı eliyle yürütülmesini öngören tedbir gerçekleştirilememiştir.

Çeşitli kuruluşlar tarafından gerçekleştirilen ve benzer sağlık hizmeti veren kuruluşlar arasında belirli standart ve sınırlamalar bulunmamaktadır.

Tıptaki gelişmelere paralel olarak ithal edilen teknolojinin çalıştırılması, bakımı ve onarımı için yeterli sayıda ve nitelikte personel bulunmadığından bu teknolojinin kullanımı sınırlı kalmıştır.

3.4.2.Amaç ve Hedefler: Sosyalleştirmenin bütün yurdu kapsamı ve toplumun genel sağlık düzeyini yükseltmek hedeflenmiştir.

Yataklı tedavi kurumlarındaki yatak kullanım oranının yükseltilmesi yoluyla az yatırımla daha çok yatak sunma ilkesinin gözetilmesi ve hizmetin yeterince götürülemediği bölgelere öncelik tanınması ve öncelikli olarak genel amaçlı hastane ve doğumevi yataklarının artırılması amaçlanmıştır.

IV. Plan d6nemindeki toplam sağlık yatırımlarının; koruyucu hizmetler 9.985 Milyon TL, iyileştirici hizmetler 9.900 Milyon TL ve sosyal hizmetlerin 1.615 Milyon TL olması hedeflenmiştir.

4.4.3.Politikalar: Sağlık hizmetlerinin standardını yükseltmek amacıyla gerekli finansmanı sağlamak için gerekli hukuki düzenlemeler yapılması ve devletin ilaç üzerindeki denetiminin artırılması politika olarak belirlenmiştir.

Diğer politikalar; çevre sağlığı hizmetlerinde etkinliği sağlamak için merkezi yönetimin kendi içinde ve yerel yönetimle uyumlu çalışabilmesi için örgütsel düzenlemelere gidilmesi, yeterli sayıda yönetici, uzman ve teknisyenin yetiştirilmesine ve halkın bu konudaki eğitimine ağırlık verilmesi, Devlet ilaç Kontrol Enstitüsü'nün yurt içinde üretilen ve ithal edilen ilaçların ve aktif maddelerin kontrollerini yapacak şekilde çalışmasının sağlanması ve teşhis ve tedavide kullanılan araç ve gereçlerin alınması, kullanılması ve sağlık sistemi içinde yaygınlaştırılmasında benzeri kuruluşlar arasında eşgüdümün sağlanarak standartlaşmaya gidilmesi, bu araç ve gereçlerin kamu tarafından yeterli sayıda ve uygun standartlarda üretiminin sağlanmasıdır (T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 1978).

3. 5.Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1985-1989)

3.5.1.Durum Analizi: 1984 yılı mart ayı itibariyle sosyalleştirme kapsamında olan 67 ilde 2754 sağlık ocağı (2227'sinin binası mevcut), 7452 sağlık evi (2241'inin binası mevcut) faaliyetini sürdürmüştür.

3.5.2.Amaç ve Hedefler: Sosyalleştirme uygulamasına ait mevzuatın günün şartlarına göre yeniden düzenlenmesi ve sosyalleştirme gereğince 1989 yılına kadar 720 sağlık ocağı ile 4215 sağlık evinin yapılması planlanmıştır. Ortalama 10 bin kişiye 26 yatak hedeflenmiştir.

3.5.3.Politikalar: Koruyucu sağlık hizmetlerinin yurt genelinde yaygınlaştırılması ve bunun için gerekli yapı, personel ve araç-gereç eksikliklerinin giderilmesi, sevk zincirinin uygulamaya konulması, bebek ve çocuk ölümlerinin azaltılması politika olarak belirlenmiştir.

Sağlık hizmetlerinin koordineli şekilde yürütülmesi için gerekli mevzuat düzenlemelerinin yapılması, sağlık kuruluşlarının hizmet verimliliğinin artırılması için işletmecilik yönünden ele alınması; Devlet, üniversite ve diğer hastaneler arasında işbirliğinin geliştirilmesi ve çalışmalarını karşılıklı dayanışma içerisinde yürütebilmeleri için gerekli politikalar uygulanması politikalar olarak belirlenmiştir.

Özel sağlık kuruluşları ve hastaneler teşvik edilerek bu kuruluşların sunduğu hizmet ücretlerinin serbest bırakılması, tıbbi cihaz tasarrufu sağlamak, bakım-onarım hizmetlerinin geliştirilmesi ve gerekli personelin yetiştirilmesinin sağlanması, bu konuda çeşitli dallarda orta kademe teknik okullar ile Yüksek Öğretim Kurumu (YÖK) programlarının başlatılması düşünülmüş diğer politikalar (T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 1985).

3.6.Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı (1990-1994)

3.6.1.Durum Analizi: 1989 yılı gerçekleşme tahminine göre yatak başına düşen nüfus 409, bir hekime düşen nüfus 1213, bir hemşire ya da ebe başına düşen nüfus 859'dur.

3.6.2.Amaç ve Hedefler: Plan dönemi sonunda; doğuştan beklenen yaşam süresinin 68 yıla yükseltilmesi, bebek ölüm oranının binde 50,0'ın altına düşürülmesi, sağlık hizmeti talebi için başvuruların çoğunluğunun birinci basamak sağlık ünitelerince karşılanması amaçlanmıştır.

3.6.3.Politikalar: Koruyucu sağlık hizmetlerine süreklilik kazandırılması, yaygınlaştırılması ve etkili sunuma öncelik verilmesi, birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ve etkili sevk zincirinin oluşturulması, sağlık sigorta kapsamının

genişletilmesi, aile planlaması ve ana-çocuk sağlığı hizmetlerinin etkinleştirilmesi, gıda kontrol hizmetleri, ilaç, aşı, serum ve kan ürünlerinin üretimi, kalite kontrolü, muhafazası, dağıtım ve kullanımını etkinleştirecek düzenlemeler yapılması politika olarak belirlenmiştir.

Sağlığın korunması ve geliştirilmesi konusunda birey ve toplumun sağlık bilincini geliştirecek eğitim faaliyetlerine ağırlık verilmesi, sağlık kuruluşları hizmet birimlerinin modern işletmecilik anlayışıyla yönetilmesi, etkin iletişim ve bilgi-kayıt sistemleri kurulmasına imkan veren düzenlemeler yapılması, etkin bir sağlık insan gücü planlamasının yapılarak sağlık personelinin ve sağlık kurumlarının yurt içinde dengeli dağılımının sağlanması politikaları belirlenmiştir (T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 1989).

3.7.Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-2000)

3.7.1.Durum Analizi: Sağlık hizmeti sunumunda kamunun ağırlığı devam etmiştir. Koruyucu sağlık hizmeti birimleri kamuya ait olup, çalışan sağlık personelinin büyük çoğunluğu kamuda istihdam edilmiştir. Kamu sağlık kuruluşlarında hizmet sunum ve finansmanının bir arada olması, hizmet planlama ve uygulamasında sorun oluşturarak denetim mekanizmasının etkili şletilmesini engellemektedir. Az kaynak kullanılarak sağlıklı bir toplum oluşturabilecek temel sağlık hizmetlerine yeterli öncelik verilmemiş, daha çok kaynak tüketen yataklı tedavi hizmetlerine yönelinmiştir.

VI. Plan döneminde, toplumun genel sağlık düzeyi iyileşmiş, 1989-1994 yılları arasında doğumda beklenen yaşam süresi 66 yıldan 67,7 yıla yükselmiştir. Aynı dönemde 0-1 yaş arası bebek ölüm hızı binde 62,2'den binde 46,8'e gerilemiştir.

Etkili sevk zincirinin kurulamaması, hizmet talebinin yanlış yerlere yönelmesine, hasta dolaşımının artmasına, özellikle kent merkezlerindeki büyük hastanelerde aşırı yığılmalara, sağlık insan gücünün büyük merkezlerde toplanmasına ve birim maliyetlerin gereksiz yere artmasına sebep olmuştur.

Maliyet muhasebesi tekniklerinden faydalanılmaması nedeniyle, sağlık hizmetinin bütün gider unsurları maliyetlere yansıtılamamıştır.

Özel sağlık sigortacılığı yaygınlaştırılamamıştır.

3.7.2.Amaç ve Hedefler: Sağlık hizmetlerinde etkin kaynak kullanımı, sürekli, yaygın ve kaliteli hizmet ile müşteri tatmininin sağlanması için sistemin yeniden yapılandırılması ve tüm sağlık hizmet kademelerinin kapsayan sevk zincirinin kurulması ve bu kapsamda hastanın hastane ve hekim seçebilme imkanının sağlanması amaçlanmıştır.

Ayrıca, sağlık politikalarına süreklilik kazandıracak yasaların süreklilik kazanması, yatırımların alt yapının düşük kapasite ile kullanıldığı bölgelere değil daha rasyonel çerçeveler kullanılarak yapılması ve sağlık hizmetinin her aşamasında toplumun katkı ve katılımının sağlanması hedeflenmiştir.

3.7.3.Politikalar: Sağlık hizmetlerinin sunumu, personel politikaları, toplum sağlığı gibi konuları kapsayacak yeni yasal düzenlemelerin yapılması, mevzuat güncellenmesi, rasyonel ilaç kullanımını düzenleyici politikalara öncelik verilmesi ve özel sağlık sektörü faaliyetlerinin özendirilmesi, sağlık alanında yapılacak bilimsel araştırma ve geliştirme faaliyetlerinin teşvik edilmesi politika olarak belirlenmiştir.

Sosyal güvencesi olmayan vatandaşların sigortalanması, uzun vadede sigorta kuruluşları arasında norm ve standart birliği sağlanarak genel sağlık sigortası kapsamına geçilmesi, ödeme gücü olmayan vatandaşların sigorta primlerinin bir kısmının ya da tamamının kamu kaynaklarında karşılanması ve bunun için gerekli yasal düzenlemeler yapılması politikaları da belirlenmiştir (T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 1995).

3.8.Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005)

3.8.1.Durum Analizi: 1995 yılında binde 43,1 olan bebek ölüm hızı 2000 yılında binde 35,3'e düşmüştür ve doğuşta beklenen yaşam süresi 68 yıldan 69,1 yıla yükselmiştir.

Temel sağlık hizmetleriyle birlikte yaygın, s¼rekli ve etkin koruyucu sağlık hizmeti sunumu sağlanamamıştır. Kamu hastanelerinde yarı zamanlı çalışma uygulaması hem tıp eğitimini olumsuz y¼nde hem de insan g¼c¼ imkanlarından yeterince yararlanılmamasına sebep olmuştur.

Sağlık kurumları arasında etkili sevk zinciri kurulamamış, sigorta kapsamındaki vatandaşlara hastane ve hekim seçme hakkı sağlanmamıştır(T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 2000).

1999 yılı sonunda toplam yatak sayısı içinde ¼zel sekt¼r¼n payı%6,8 olmuştur.

İnsan g¼c¼ ve alt yapı imkanlarından daha iyi yararlanabilmek için 13 ilde 23 Sağlık Bakanlığı hastanesinde vardiyalı çalışma uygulaması başlatılmıştır.

1994-1995 ¼đretim yılında 25 olan tıp fak¼ltesi sayısı 1998-1999 yıllarında 46'ya y¼kselmesine rağmen kontenjan sayısı azaltılarak bu d¼nemde kayıt olan ¼đrenci sayısında d¼ř¼ř olmuştur. Bu d¼ř¼ř¼n ¼n¼ne geçebilmek için yeni tıp fak¼ltesi kurulması yerine mevcut kontenjanların arttırılması, altyapının g¼lendirilmesi ve etkili bir insan g¼c¼ planlamasının yapılması ¼nem taşımıştır.

3.8.2.Amaç ve Hedefler: Sağlık hizmetleri eşitlik ve hakkaniyet içinde halkın ihtiyaç ve beklentileriyle uyumlu, kaliteli, ulaşılabilir, verimli ve hasta haklarına saygılı Şekilde sunulması hedeflenmiştir.

Sağlık hizmetlerinin planlanması, sunumu ve kaynak tahsisinde maliyet-etkili hizmetlere ¼ncelik verilmesi, toplum sağlığının korunması ve iyileştirilmesi amacıyla sekt¼rler arası işbirliği ve koordinasyonun sağlanması, sağlık hizmet sunumunun ve finansmanının birbirinden ayrılması, her vatandaşın sağlık sigortası kapsamına alınarak sağlık hizmetlerinden yararlanması, acil sağlık hizmetlerinin ¼lke bazında geliştirilip yaygınlaştırılması hedeflenmiştir.

Sağlık kurumlarının idari ve mali yönden özerkleştirilmesi, kentlerde aile hekimliği uygulamasına geçilmesi, kırsal kesimde ise mobil sağlık hizmeti uygulamasının geliştirilmesi hedefler arasında yer almıştır.

3.8.3.Politikalar: Özel sektörün sağlığa yapacağı yatırımlar ve gönüllü sağlık kuruluşlarının hizmetlerinin teşvik edilmesi, bilimsel kanıta dayalı tanı ve tedavi yöntemleri ve akılcı ilaç kullanımının yaygınlaştırılması, personelin tam gün çalışmasının özendirilmesi, aşı üretim kapasitesinin geliştirilmesi, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi aşı, ilaç, gıda ve çevreye yönelik laboratuvar ve kontrol hizmetleri bakımından ulusal referans kurumu haline getirilmesi politikaları belirlenmiştir.

Bununla birlikte; Sağlık Bakanlığı'nın görev ve organizasyon yapısının yeniden düzenlenmesi, koruyucu sağlık hizmetlerinin etkinleştirilmesi, sağlık kurumlarının özerk ve rekabet edilebilir işletmeler haline getirilmesi ve hemşireler ve ebelerle ilgili mevzuat düzenlemelerinin yapılması politikaları belirlenmiştir (T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 2000).

3.9.Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı (2007-2013)

3.9.1.Durum Analizi: Sekizinci plan döneminde; sağlık personeli sayısında, yatak sayısı ve yatak kullanım oranlarında, bebek ölüm hızı ve aşılama gibi göstergelerde yapılan iyileştirmelere rağmen yapılan bu iyileştirmeler istenilen düzeye ulaşamamıştır. Sağlık hizmetleri sunumunda kırsal ve bölgesel düzeydeki dengesizlik devam etmiştir. Sevk zincirinin iyi işlememesinden kaynaklanan hastanelerdeki yığılmalar hizmet kalitesini düşürmüştür.

2005 yılında hekim başına düşen hasta sayısında AB ortalaması 288 kişi iken, ülkemizde 715 kişidir. Toplam sağlık harcaması 2000-2005 yılları arasında GSYİH'nın %6,6' sından , %7,6'sına yükselmiştir.

Sekizinci plan döneminde Sağlıkta Dönüşüm Programı başlatılmış ve bu kapsamda daha etkili sevk zinciri için aile hekimliği pilot uygulamaları devam etmiştir.

Kamuya ait tüm hastaneler, hizmet sunum ve finansmanının birbirinden ayrılması amacıyla Sağlık Bakanlığı çatısı altında toplanmıştır. Performansa dayalı ek ödeme uygulaması ile personel motivasyonu artmış ve verimlilikte iyileşmeler sağlanmıştır(T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 2006: 41,42).

3.9.2.Amaç ve Hedefler: Sağlık hizmetlerine erişim olanaklarının iyileştirilmesi, sağlık sisteminin hasta odaklı olması, özel sektörün sağlık alanındaki yatırımlarının teşvik edilmesi ve uluslararası kriterlere uygun sağlık veri tabanının oluşturulması amaçlanmıştır.

Ayrıca bu plan döneminde hekim sayısı, hekim başına düşen nüfus sayısı, yatak sayısı, yatak başına düşen nüfus sayısı ve tıp fakültelerine kayıt sayısında iyileşmeler öngörülmüştür.

3.9.3.Politikalar: Sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştıracak genel sağlık sigortasının hayata geçirilmesi, hasta odaklı sağlık sisteminin oluşturularak tıbbi kötü uygulamaları önlemek için hukuki düzenlemelerin yapılması, hasta hakları konusunda sağlık personeli ve vatandaşların bilinçlendirilmesi, sağlık birimlerinin akreditasyonunun sağlanması, uluslararası standartlara uygun sağlık veri tabanının oluşturulması ve daha kaliteli bir sağlık hizmeti için hizmet sunumu ve personele ilişkin ulusal standartların belirlenmesine yönelik politikalar belirlenmiştir (T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 2006).

3.10.Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı (2014-2018)

3.10.1.Durum Analizi: Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde sağlıkta hizmet kalitesi ve sağlık hizmetlerine erişimde önemli ilerlemeler sağlanmıştır. Anne ve bebek ölüm oranları düşürülmüş ve doğumda beklenen yaşam süresi artmıştır. Hekime müracaat

eden kişi sayısı 2002 yılında 3,2 iken, 2011 yılında 8,2'ye, sağlık personeli sayısı 378000'den 670000'e ulaşmıştır. Sağlık hizmetlerinden duyulan memnuniyet oranı 2012 yılında %75 olarak gözlenmiştir. Kamu kaynaklarına ilave olarak sağlık yatırımlarının kamu özel işbirliği yöntemiyle de gerçekleştirilmesi için yasal düzenlemeler yapılmıştır. 2002 yılında % 3,8 olan kamu sağlık harcamalarının gayri safi yurtiçi hasılaya oranı 2012 yılında %4,2 olmuştur.

3.10.2.Amaç ve Hedefler: Bireylerin yaşam kalitesi ve süresinin yükseltilmesi ile ekonomik, sosyal ve kültürel hayata bilinçli, aktif ve sağlıklı şekilde katılımlarının sağlanması temel amaç olmuştur. Ayrıca 2013 yılında 26,7 olan 10 bin kişiye düşen yatak sayısının 2018 yılında 28,4, 100 bin kişiye düşen hekim sayısı'nın 2013 yılında 176 iken 2018 yılında 193'e yükseltilmesi, 2013 yılında binde 7,1 olan bebek ölüm hızının 2018 yılında 6,0'a düşürülmesi ve 100 bin canlı doğumda 14,5 olan anne ölüm hızının 2018 yılında 9,5'e düşürülmesi hedeflenmiştir.

3.10.3.Politikalar: Sağlık hizmetlerinde iyileştirmeler için sektörler arası işbirliğine gidilmesi, akılcı ilaç kullanımı için halkın ve sağlık personelinin bilinçlendirilmesi konusunda çalışmalar yapılması, tıp eğitimi ve yenilikçi araştırmalar için yapısal reformların yapılması, sağlıkta insan gücünün nicelik ve nitelik olarak geliştirilmesi, tamamlayıcı tıp kapsamındaki tedavi, bitkisel ürün ve hizmet sunucularıyla ilgili kalite ve güvenliğin sağlanması için standartların belirlenmesi ve denetlenmesi, obezite ile savaş ve hayvansal ve su ürünlerinin kullanımının yaygınlaştırılması, veri ve kanıta dayalı sağlık politikaları için veri üretim kalitesinin artırılması politika olarak belirlenmiştir (T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2013).

4. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada Türkiye Kalkınma Planları'nda yer alan sağlık sektörüne ilişkin durum analizleri, amaç ve hedefler ve politikalar ayrıntılı olarak incelenmiştir.

Çalışmanın yapılmasında birinci ve şu anda son olan onuncu kalkınma planına kadar olan tüm kalkınma planları sağlık sektörü açısından incelenmiştir.

Ülkelerin kalkınmasında sağlık sektörü oldukça önem taşımaktadır. Türkiye Kalkınma Planları incelendiğinde; sağlık sektöründe çok büyük ilerlemeler olduğu gözlenmiştir. Kalkınma planlarında genel olarak sağlık hizmet sunumunun etkili, sürekli, ulaşılabilir, kaliteli ve müşteri memnuniyetini artırıcı nitelikte olması için çaba gösterilmiştir.

Bu çalışmada, Türkiye sağlık sektörü tarihsel olarak analiz edilmiştir. Bu çalışmanın diğer araştırmacılara Türkiye sağlık sektörü'nün gelişiminin incelenmesi açısından rehber nitelik taşıyacağı düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 1963, Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1963-1967), Ankara.

T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 1968, İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968-1972), Ankara.

T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 1973, Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1973-1977), Ankara.

T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 1979, Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1979-1983), Ankara.

T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 1985, Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1985-1989), Ankara.

T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 1989, Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı (1990-1994), Ankara.

T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 1995, Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-2000), Ankara.

T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 2000, Uzun Vadeli Strateji ve Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005), Ankara.

T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 2006, Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı (2007-2013), Ankara.

T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, 2013, Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı (2014-2018), Ankara.

Yardımcıoğlu, M., Kocamaz H. ve Sezal N., 2012, Türkiye’de Günümüze Kadar İzlenen Bölgesel Kalkınma Politikaları Ve Kalkınma, II. Bölgesel Sorunlar ve Türkiye Sempozyumu 1-2 Ekim 2012. <http://www.kalkinma.gov.tr/Pages /KalkinmaPlanlari.aspx/> 26.02.2015

Samsun Sağlık Yüksekokulu ğrencilerinin Beyin lm ve Organ Bağışına Yönelik Bilgi ve Tutumlarına Eğitimin Etkisi

The Effect of Education on Samsun Healty School Students' Knowledge and Attitude About Organ Donation

Aynur Arslan*, Seval Ağağdiken Alkan**, Afitap zdelikara***, Nuran Mumcu Boğa****

*Öğr. Gör. Dr.Samsun Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmetler Bölümü , Samsun

** Öğr. Gör. Dr. Samsun Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Samsun

*** Yrd. Doç. Dr.Samsun Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Samsun

**** Yrd. Doç. Dr Samsun Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, Samsun

zet

Amaç: Bu alışma, Samsun Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü son sınıf öğrencilerine beyin ölümü ve organ bağışına yönelik verilen eğitimin, öğrencilerin bilgi ve tutumlarına etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır. **Yöntem:** Tanımlayıcı tipteki çalışmanın evrenini; 2014- 2015 yılı Samsun Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü son sınıfta öğrenim görmekte olan 126 ğrenci oluşturmaktadır. Veriler, çalışmayı kabul eden 108 öğrenciye, araştırmacılar tarafından hazırlanan 18 soruluk anket formu uygulanarak toplanmıştır. Öğrencilere beyin ölümü ve organ bağışı konulu eğitim verilmiş, ön test ve son test uygulanarak eğitimin etkinliği değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzdelik hesaplamalar ve t McNemar testi kullanılmıştır. **Bulgular:** Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması 21.7 \pm 1.7' dir. Öğrencilerin %45.3' daha önce beyin ölümü ve organ bağışına yönelik özel bir eğitim almamışlardır. Eğitim ncesi beyin ölümünü doğu tanımlama oranı % 41,6 iken eğitim sonrası bu oran %93,6 olarak tespit edilmiştir. n test verilerinde öğrencilerin % 7,4'inin organ bağışında bulunmayı düşündüğü saptanırken bu oran eğitim sonrası % 68.5 tespit edilmiştir. **Sonuç:** ğrencilerin beyin ölümü ve organ bağışı konusunda bilgilerinin yetersiz ancak verilen eğitimin bu konudaki yetersizliği ortadan kaldırmakta etkin olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin tutum ve farkındalıklarını arttırmak amacıyla eğitim müfredatları içersinde bu konuya geniş yer verilmesi, mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimlerle desteklenmesi nerilmektedir. **Anahtar Kelimeler:** Organ Bağışı, Beyin lm, ğrenci Hemşire, Eğitim

Abstract

Aim: This study conducted to determine the effect of education about brain death and organ donation on students' knowledge and attitude. **Method:** The universe of this descriptive study was became from 126 last year nursing students. Data was gaired with a questionnaire that consist 18 question, was prepared by researchers and asked 108 volunteered students. An education program about brain death and organ transplantation was provided to students and the effectiveness of this education was evaluated with pretest and posttest method. Data was analysed with percentage, mean and McNemar test. **Result:** The age mean of students was 21.7 \pm 1.7. % 45.3 of students had no education about brain death and organ transplantation before. The rate of right description about brain death %41,6 in pretest while it was % 93,6 in posttest . The % 7.4 of student thought to donate their organs in pretest while the rate was % 68.5 in post test. **Conclusions:**Students' knowledge is not enough but the education was effective to make the knowledge better. It was suggested that to add wide topics about this subject in education contex and support students with education programs in pre- post graduation with the aim of to make students aware and to have positive attitude about this subject. **Key Words:** Organ donation, brain death, nursing student,education,

*Sorumlu Yazar e-mail adres: aynurarslan@gmail.com

1.GİRİŞ

Organ nakli, vücutta görevini yerine getiremeyen bir organın yerine canlı bir verici veya kadavradan alınan yeni, sağlam bir doku ya da organın cerrahi yöntemlerle nakledilmesi işlemidir. Ülkemizde kalp, akciğer, böbrek, karaciğer ve pankreas gibi organlar; kalp kapağı, kornea, kas ve kemik iliği gibi dokular başarıyla nakledilebilmektedir. (Tokaçer, 2001; Bora,2006;Döşemeci ve ark., 2001; Orçun ve Görkey, 2014; Yüçettin, 2001)

Organ canlı vericiden ya da kadavradan nakledilebilir. Mevzuata göre kadavra donör (ölu verici); "Beyin ölümlü gelişmiş ve "beyin ölümlü kurulu" tarafından onaylanmış sağlığında organ ve dokularını bağışlamış yada ailesinden organ bağışı için resmi izin alınmış, dolaşım ve solunumu ancak cihazlara bağılı olarak sürdürülebilen, "tıbbi olarak geri dönüşümü mümkün olmayan vaka" olarak kabul edilmektedir. (Bora,2006;Döşemeci ve ark., 2001; Orçun ve Görkey, 2014; Yüçettin, 2001) Beyin ölümlü kavramı tüm beyin, beyincik ve hayati merkezlerin yer aldığı beyin sapı denilen özel beyin bölgesinin fonksiyonlarının geri dönölmez şekilde kaybolduğı ve mutlak ölümlü sonuçlanan bir süreç olarak tanımlanmaktadır. Yoğun bakım ünitelerinde Glasgow Koma Skalası (GCS) 7 ve altında olan hastalar donör adayı olarak kabul edilir. Beyin ölümlü nöroloji, nöroşirürji, anestezi ve kardiyoloji uzmanından oluşturulmuş beyin ölümlü kurulu tarafından tanılanabilmektedir. (Tokaçer, 2001; Bora,2006;Döşemeci ve ark., 2001; Orçun ve Görkey, 2014; Yüçettin, 2001; www.saglik.gov.tr, 2016)

Organ bağışı ise bir kişinin hayattayken serbest iradesiyle tıbben yaşamı sona erdikten sonra doku ve organlarının başka hastaların tedavisine yönelik kullanılmasına izin vermesidir. (Tokaçer, 2001; Bora,2006;Döşemeci ve ark., 2001; Orçun ve Görkey, 2014; Yüçettin, 2001).

Ülkemizde organ bağışı ve nakli 2238 Sayılı "Organ Ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması Ve Nakli Hakkındaki Kanun" a göre değerlendirilmektedir. 2238 sayılı yasaya

göre on sekiz yaşından büyük ve akli dengesi yerinde olan herkes organlarının tamamını veya bir bölümünü bağışlayabilir. (www.saglik.gov.tr, 2016)

Sağlık kuruluşlarında organ bağışında bulunan bireyler “Ulusal Organ ve Doku Nakli Koordinasyon Sistemi’ne kayıt edilmekte ve kendilerine yanlarında taşımaları için “organ ve doku bağış kartı” verilmektedir. (www.saglik.gov.tr, 2016; www.asm.gov.tr/organbagisi.aspx) (şekil 1.)

Bağışlanan her organ yeni bir hayattır

ORGAN VE DOKU BAĞIş KARTI

Ölümünden sonra bir başkasının yaşamasına yardımcı olmak istiyorum

2238 sayılı kanuna uygundur.

Ölümünden sonra aşağıda işaretili organlarımı bir başkasının yaşamasına yardımcı olmak amacıyla bağışlıyorum.

Kalp / K.Kap. Karaciğer Böbrek Pankreas
 Akciğer Kornea Kemik Kas Dokusu
 Kikirdak Tendon İnce Barsak Yüz ve Saçlı Deri
 Ekstremiteler Üst Solunum Üst Sindirim Y. TAMAMI

Adı - Soyadı _____ Kan Grubu _____
D. Yeri - Tarihi _____ İmza _____
Adres _____
Ölümünden sonra ulaşılabilecek kişi
Adı - Soyadı _____ Tel _____
Kartın Verildiği Kurum _____ Sağlık Bakanlığı

şekil 1. Organ ve Doku Bağış Kartı

2238 Sayılı Yasa Madde 14 de- “Bir kimse sağlığında vücudunun tamamını veya dokularını, tedavi, teşhis ve bilimsel amaçlar için bıraktığını resmi veya yazılı bir vasiyetle belirtmemiş veya bu konudaki isteğini iki tanık huzurunda açıklamamış ise sırayla eşi, reşit çocukları, ana veya babası veya kardeşlerinden birisinin; bunlar yoksa yanında bulunan herhangi bir yakınının muvafakatiyle ölüden organ ve doku alınabilir. Aksine bir vasiyet ibraz edilmedikçe kornea gibi ceset üzerinde bir değişiklik yapmayan dokular alınabilir. Ölü, sağlığında kendisinden ölümünden sonra organ veya doku alınmasına karşı olduğunu belirtmişe organ ve doku alınmaz” ibaresi yer almaktadır. (www.saglik.gov.tr, 2016; <http://www.asm.gov.tr/organbagisi.aspx>)

Ülkemiz organ nakilleri konusunda Dünya’da ilk sıralarda yer almasına rağmen nakillerin canlı vericilerden gerçekteştirilmesi nedeniyle bu durum tam bir başarı olarak kabul

edilememektedir. Ülkemizde organ bağışının milyon nüfus başına göre 2000-3000 arasında olması hedeflenirken, bu sayı 300-400 civarında kalmaktadır. (www.saglik.gov.tr, 2016; www.asm.gov.tr/organbagisi.aspx) Organ nakli konusunda amaç beyin ölümü bildirimlerinin ve kadavra donör sayısının artırılması ve yüksek aile red oranlarının düşürülmesidir. (Tokaçer, 2001; Bora,2006;Döşemeci ve ark., 2001; Orçun ve Görkey, 2014; Yüçettin, 2001; www.saglik.gov.tr, 2016)

Organ nakli konusunda hedeflenen başarıya ulaşabilmek için organ bağışı konusunda toplumunda farkındalık oluşturulması gerekmektedir. Bu alanda başarının sağlanmasında sağlık personeli olarak hemşirelere önemli roller düşmektedir. Bu nedenle bu çalışma, Sağlık Yüksekokulu hemşirelik son sınıf öğrencilerine organ bağışı konusunda verilen eğitimin, öğrencilerin bilgi ve tutumlarına etkisini saptamak amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

2.GEREÇ VE YÖNTEM

Tanımlayıcı tipteki araştırmanın evrenini, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Samsun Sağlık Yüksekokulu 2014- 2015 Eğitim Öğretim yılı hemşirelik bölümü son sınıf 126 öğrenci oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş, araştırmanın yapıldığı tarihte devamsız olan ve araştırmayı kabul etmeyen öğrenciler araştırma kapsam dışında bırakılmıştır (n:108). Araştırma kapsamında öğrencilere “Organ Bağışı ve Beyin Ölümü” konulu eğitim verilmiştir. Veriler literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından geliştirilen 18 soruluk anket formu ön test ve son test uygulanarak toplanmış, eğitimin etkinliği değerlendirilmiştir. Ön test eğitimden hemen önce uygulanmış, eğitim sonrası gönüllü öğrenciler üniversitemiz organ koordinatörlüğü tarafından oluşturulan organ bağışı standına yönlendirilmiş ve daha sonra son test uygulaması yapılmıştır. Anket formu, öğrencilerin demografik özellikleri ile organ bağışı ve beyin ölümüne ilişkin bilgi ve tutumlarını içeren sorulardan oluşmaktadır.

Araştırma kapsamına alına öğrencilere çalışmanın amacı, anket formu ve ntest-sontest uygulama konusunda bilgi verilmiştir.

Çalışma öncesinde kurumdan yazılı izin, çalışmaya katılan öğrencilerin ise sözel onamları alınmıştır. Araştırma verileri SPSS 16 programında değerlendirilmiş sayı, yüzdelik ve ortalamalar hesaplanmış, McNemar test kullanılmıştır.

3.BULGULAR

Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması 21.7 ± 1.7 dir. Öğrencilerin % 83.3' (n:90) kadın , %16.6'sı (n: 18) erkektir. Öğrencilerin % 45.3'ünün organ bağışı ve beyin ölümü ile ilgili daha önce özel bir eğitim almadıkları, % 54.7'sinin ise konu ile ilgili daha önce eğitim aldıkları saptanmıştır. Öğrencilerin % 10.2'inin ailesinde ya da yakın çevresinde organ yetmezliği tanısı alan hasta bulunmakta iken, %89.8'inin ailesinde ya da çevresinde tanı alan hasta bulunmamaktadır. Öğrencilerin organ yetmezliği olan hastaların bulunduğu kliniklerde çalışma durumları % 41.66'dır. Öğrencilerin %27.8'inin organ yetmezliği tanısına yönelik hemşirelik bakımı uyguladığı, %72.2'sinin bu tanıya yönelik bakım uygulamadığı saptanmıştır. (Tablo 1.)

Tablo 1. Araştırmaya katılan öğrencilerin özellikleri

	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	90	83.3
Erkek	18	16.7
Organ bağıışı hakkında eğitim alma durumu		
Evet	49	45.3
Hayır	59	54.7
Aile yada yakın çevrede organ yetmezliğı tanısı alan hasta		
Var	11	10.2
Yok	97	89.8
Organ yetmezliğı olan hastaların bulunduğı kliniklerde çalışma		
Evet	45	41.7
Hayır	63	58.3
Organ yetmezliğı tanısı almış olan hastaya hemşirelik bakımı uygulama		
Evet	30	27.8
Hayır	78	72.2
Toplam	108	100

Öğrencilerin organ bağıışını önemli bulma durumları incelendiğinde; eğitim öncesi % 90.7 oranında organ bağıışını önemli bulurken, eğitim sonrası bu oran % 100'e yükselmiştir. Eğitim öncesi organ bağıışında bulunmayı düşünme durumu % 7.4 iken eğitim sonrası % 68.5 olarak tespit edilmiştir. Öğrencilerin organ bağıışında bulunma durumları incelendiğinde

eğitim öncesi %2.7 oranında iken, eğitim sonrası bu oran % 12.1 olarak yükseldiği belirlenmiştir. (Tablo 2.)

Tablo 2.Öğrencilerin organ bağışına yönelik eğitim öncesi ve sonrası tutumları

	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası	
	Sayı	%	Sayı	%
Organ bağışını önemli bulma durumu				
Evet	98	90.7	108	100
Hayır	10	9.3	-	-
Organ bağışında bulunmayı düşünme durumu				
Evet	8	7.4	74	68.5
Hayır	100	92.6	34	31.5
Organ bağışında bulunma durumu				
Evet	3	2.7	13	12.1
Hayır	105	97.3	95	87.9
Toplam	108	100	108	100

Öğrencilerin beyin ölümü ve organ bağışı konusunda eğitim öncesi ve sonrası bilgi düzeylerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular tablo 3 de gösterilmiştir. Öğrencilerin beyin ölümü tanımını doğru bilme durumları eğitim öncesi %41,6, eğitim sonrası %93.6 olarak saptanmıştır. “Beyin ölümü tanısı hangi koşullarda konulabilir ?” sorusuna öğrenciler eğitim öncesi %37 oranında doğru cevap verirken, eğitim sonrası bu oran % 92.6 olarak belirlenmiştir. Öğrencilerin yoğun bakımlarda donör adayı olarak kabul edilebilecek hasta kriterlerini doğru bilme durumları eğitim öncesi % 51 iken bu oran eğitim sonrası %94.4’e yükseldiği saptanmıştır. Öğrencilerin %60.2’si eğitim öncesi beyin ölümü tanılama sürecini

yanlış bilirken, bu oran eğitim sonrası %3.7'ye gerilemiştir. Öğrencilerin donör bakım amaçları ve bakımda dikkat edilmesi gereken parametreleri eğitim öncesi doğru bilme durumları sırasıyla %52.7, % 35.2 iken eğitim sonrası bu oranlar %97.2, % 90.7 olarak saptanmıştır. Öğrencilerin hastanelerde oluşturulan beyin ölümü kurulunu bilme durumları eğitim öncesi %31.5 iken eğitim sonrası %94.4 olarak saptanmıştır. Öğrencilerin organ dağıtımı ve organizasyon sürecinden sorumlu Ulusal Koordinasyon Merkezi kurumunu bilme durumu eğitim öncesi % 26, eğitim sonrası ise % 97.2 olarak belirlenmiştir.

Öğrencilere yönelik beyin ölümü ve organ bağıışı hakkında verilen eğitimin; beyin ölümü tanımını, koşulları, donör aday kriterleri, tanılama süreci, donör bakım amacı ve parametreleri, beyin ölümü kurulu ve organ dağıtımı organizasyonuna ilişkin bilgi düzeylerinin tamamında doğru bilme oranlarını arttırdığı ve farkın önemli olduğu saptanmıştır. ($p<0,005$) (Tablo 3.)

Tablo 3. Öğrencilerin beyin ölümü ve organ bağıışı konusunda eğitim öncesi ve sonrası bilgi düzeylerinin karşılaştırılması

	Eğitim Öncesi				Eğitim Sonrası				p*
	Doğru		Yanlış		Doğru		Yanlış		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Beyin ölümü tanımını bilme durumu	45	41.6	63	58.4	101	93.6	7	6.4	p<0,05
Beyin ölümü tanısı koşullarını bilme durumu	40	37	68	63	100	92.6	8	7.4	p<0,05
Yoğun bakımda donör aday olarak kabul edilen hasta kriterlerini bilme durumu	55	51	53	49	102	94.4	6	5.6	p<0,05

Beyin ölümü tanılama sürecini bilme durumu	43	39.8	65	60.2	104	96,3	4	3.7	p<0,05
Donör bakım amacını bilme durumu	57	52.7	51	47.3	105	97.2	3	2.8	p<0,05
Donör bakımında dikkat edilmesi gereken parametreleri bilme durumu	38	35.2	70	64.8	98	90.7	10	9.3	p<0,05
Beyin ölümü kurulunu bilme durumu	34	31.5	74	68.5	102	94.4	6	5.6	p<0,05
Organ dağıtımı ve organizasyon sürecinden sorumlu Ulusal Koordinasyon Merkezi kurumunu bilme durumu	28	26	80	74	105	97.2	3	2.8	p<0,05

p* McNemar test

4.TARTIŞMA

Hemşireler beyin ölümü tanısı, belirlenmesi, donör bakımı, eğitim, danışmanlık ve ailenin psikososyal desteklenmesi açısından önemli mesleki rollere sahiptir. Bu mesleki sürecin henüz başında kabul edilen, son sınıf öğrenci hemşirelere mezuniyet öncesi beyin ölümü ve organ bağışı konuda verilen eğitimin bilgi ve tutumlarına etkisini incelediğimiz çalışmamızda; öğrencilerin organ bağışını önemli bulma durumları eğitim öncesi % 90.7 iken eğitim sonrası bu oran % 100'e yükselmiştir. Vicdan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada öğrencilerin %98,8'i organ bağışını önemli bulmaktadır (Vicdan ve ark., 2011). Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin organ bağışı hakkındaki düşüncelerini inceleyen bir çalışma da

öğrencilerin % 78.9'unun organ bağışının gerekliliğine inandığı saptanmıştır. Aynı çalışmada öğrencilerin % 59.5'inin organ bağış konusunda bilgilerinin olduğu, % 59.6'sının organ bağışında bulunmak istediğı belirtilmiştir. (Bölükbaş ve ark. 2004)

Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin organ bağış ile ilgili tutumlarının belirlenmesi amacıyla yapılan bir çalışmada öğrencilerin %86,5'inin organ bağış hakkında bilgisi olduğu, %94, 7'sinin henüz organ bağış yapmadığı, %51,8'inin organlarını bağışlamayı düşündüğü saptanmıştır. (Vicdan ve ark., 2011) Üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada katılımcıların %91.1'i organlarını bağışlamak istediklerini, ancak %3.8'inin organ bağışında bulunduğu bildirilmiştir. (Kılıç ve ark. 2010)

Hemşirelik öğrencilerinin beyin ölümü ve organ bağışına ilişkin bilgi ve tutumlarının incelendiğı bir çalışmada öğrencilerin %65.3'ü öğrenimleri süresince derslerinde beyin ölümü ve organ nakline ilişkin bilgi almadıkları, %66.7'si doku ve organlarının tümünü bağışlamak istediğı, ancak %3.3'ü organ bağışında bulunduğu belirtilmiştir. (Aktaş ve Karabulut ,2012). Savaşer ve arkadaşlarının yaptığı hemşirelik son sınıf öğrencilerinin organ bağışına bakışlarını inceleyen bir çalışmada öğrencilerin % 97'sinin organ bağışına olumlu baktığı, % 57.8'inin ise eğitimleri sırasında yeterli bilgi verilmediğini, %48'i organ bağışında bulunmak istediğini belirttiğı saptanmıştır (Savaşer ve ark. 2012) Üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada öğrencilerin %47.8'inin organ bağışında bulunmayı düşündüğünü, buna karşılık öğrencilerin sadece %4.2'sinin organ bağışında bulunduğunu belirtmişlerdir. (Kavurmacı ve ark. 2014) Tıp fakültesi öğrencilerinin organ-doku nakli konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarının incelendiğı bir çalışmada öğrencilerin %2.9'unun organlarını bağışladığı belirtilmiştir. (Baykan ve ark. 2009) Özkan ve arkadaşlarının hasta yakınları üzerinde yaptığı çalışmada organ bağışında bulunmayı isteme oranı %75.4 olarak bildirilmiştir. (Özkan ve ark. 2009), Sağlık yüksekokulu öğrencilerinde yapılan bir çalışmada öğrencilerin % 66.9'u

daha önce organ bağışı konusunda eğitim almadığını, %36.1'i organlarını bağışlamayı düşündüğünü belirtilmiştir. (Özmen ve ark. 2008)

Üniversite öğrencilerinin organ nakli ve bağışı ile ilgili görüşlerinin incelendiği bir çalışmada sağlık, fen ve sosyal alanlarda bulunan öğrenciler arasında organ bağışında bulunma oranlarında fark olmadığı saptanmıştır. (Ercan ve ark. 2015) İngiltere'de hemşirelik ve tıp öğrencilerinde yapılan bir çalışmada, öğrencilerin büyük çoğunluğunun organ bağışı kartı taşıdıkları, hemşirelik öğrencilerinde bu oranın %74 ve tıp öğrencilerinde ise %43 olduğu belirtilmiştir. (Cantwell ve Clifford 2000). Naçar ve arkadaşlarının hekim adaylarının organ nakline bakış açılarını inceledikleri çalışmada öğrencilerin % 72.3 'ünün organını bağışlamayı düşündüğü, % 14.1'inin organ bağışı kartı olduğu bildirilmiştir. (Naçar ve ark. 2001)

Ülkemizde yapılan çalışmalarda organ bağışında bulunmaya yönelik tutum oranlarının yüksek ancak bağış oranlarının oldukça düşük olduğu görülmektedir. (Naçar ve ark., 2001; Özmen ve ark., 2008; Savaşer ve ark. 2012; Aktaş ve Karabulut ,2012; Baykan ve ark. 2009) Çalışmamızda eğitim öncesi organ bağışında bulunmayı düşünme durumu % 7.4 iken eğitim sonrası % 68.5 olarak tespit edilmiştir. Öğrencilerin organ bağışında bulunma durumları incelendiğinde eğitim öncesi %2.7 oranında iken, eğitim sonrası bu oranın % 12.1 olarak yükseldiği belirlenmiştir. Araştırma sonuçlarımız eğitim öncesi literatür bilgileri ile benzerlik gösterirken, eğitim sonrası bağış oranlarımızın arttığı tespit edilmiştir.

Çalışmamızda öğrencilerin % 54.7'sinin organ bağışı ve beyin ölümü ile ilgili daha eğitim almadıkları, % 45.3'ünün ise konu ile ilgili daha önce eğitim aldıkları saptanmıştır. Kore'de yapılan bir araştırmada hemşirelik öğrencilerin organ transplantasyonuna yönelik olarak bilgi düzeylerinin düşük olduğu belirtilmektedir. (Kim ve ark. 2006) Hekim adaylarının organ nakline bakış açılarının incelendiği çalışmada, öğrencilerin organ bağışına

yönelik, bilgilerinin yeterli olmadığı belirtilmektedir.(Naçar ve ark. 2001) Yaşar ve arkadaşlarının öğrenciler üzerinde yaptığı çalışmada öğrencilerin % 39,5'inin organ bağış konusundaki bilgi düzeylerini yetersiz olarak değerlendirdiği bildirilmiştir. (Yaşar ve ark. 2008) Akış ve arkadaşlarının üniversite personeli üzerinde yaptığı çalışmada organ-doku bağış ve nakli hakkında yeterli bilgi sahibi olmadıkları belirtilmiştir. (Akış ve ark. 2008)

Yapılan çalışmalarda öğrencilerin ve sağlık çalışanlarının organ nakli ve bağışına yönelik bilgilerinin yeterli olmadığı, verilen eğitim/kurslar sonunda bilgi düzeylerinin arttığı, kişilerin bağışçı olma isteklerini belirleyen önemli faktörlerden birisinin konuyla ilgili bilgi düzeyleri olduğu belirtilmiştir. (Dell'Olio ve ark. 2004, Peron ve ark 2004)

Lise son sınıf Öğrencilerine yönelik bilgilendirmenin Organ Nakli ve Bağışına Yönelik Bilgi Düzeyleri ve Tutumlarına Etkisinin incelendiği çalışmada %58,3'ü bilgilendirme öncesi organ bağış ve nakli hakkında bilgi sahibi olduğunu belirtirken, bilgilendirme sonrası bu oran %84'e yükseldiği belirtilmiştir bilgi düzeyi puan ortalamalarının anlamlı şekilde yükseldiği belirtilmiştir. (Tarhan ve ark. 2012)

Organ nakli/bağışına yönelik verilen eğitimin etkisini inceleyen bir araştırmada eğitim öncesi öğrencilerin %75,5'i organ bağış hakkında bilgisinin olduğunu ve %64,2'si bağış yapabileceğini ifade ederken, eğitim sonrası bu oranların sırasıyla %92,5 ve %71,7 olarak yükseldiği ve eğitimin öncesi ve sonrası ortalama farklarının anlamlı olduğu belirtilmiştir. (Özer ve ark. 2008)Türkiye'de organ ve doku nakli uygulamaları: sonuçları ve strateji önerileri konulu çalışmada öncelikli konular arasında "beyin ölümü tanımlaması" ilk sırada yer almaktadır. (Edirne 2004).

Yapılan araştırmalarda organ bağış konusunda toplum bilincinin oluşturulmasında eğitimin önemli bir faktör olduğu bildirilmiştir. (Yücettin, 2001; Özdağ ve Bal, 2001;Savaşer ve ark.,2015; Yaşar ve ark.,2008; Sönmez ve ark. 2010)

Çalışmamızda Öğrencilere yönelik beyin ölümü ve organ bağışı hakkında verilen eğitimin; beyin ölümü tanımını, koşulları, donör aday kriterleri, tanılama süreci, donör bakım amacı ve parametreleri, beyin ölümü kurulu ve organ dağıtımını organizasyonuna ilişkin bilgi düzeylerinin tamamında doğru bilme oranlarını arttırdığı ve farkın önemli olduğu saptanmıştır. ($p<0,005$) Bu bulgular, eğitimlerin öğrencilerin organ bağışı ile ilgili bilgi düzeylerini yükseltmede etkili olduğu şeklinde yorumlanmıştır. Çalışma grubumuzda elde ettiğimiz sonuçlar literatür bulguları ile benzerlik göstermektedir.

5.SONUÇ VE ÖNERİLER

Öğrencilerin beyin ölümü ve organ bağışı konusunda bilgilerinin yetersiz ancak verilen eğitimin bu konudaki yetersizliği ortadan kaldırmakta etkin olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin tutum ve farkındalıklarını arttırmak amacıyla eğitim müfredatları içerisinde bu konuya geniş yer verilmesi, mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimlerle desteklenmesi önerilmektedir.

Hemşireler beyin ölümü tanısı, belirlenmesi, donör bakımı ve ailenin psikososyal desteklenmesi açısından önemli mesleki rollere sahiptir. Ülkemizde organ nakillerini arttırmaya yönelik beyin ölümü tanılanması ve aile reddinin azaltılması amaçlarına hemşirelerin bu konuda yeterli eğitime sahip olması ile daha kolay ulaşılabilir. Hemşirelerin organ bağışı konusunda toplum farkındalığını artırma, eğitim ve danışmanlık yapabilmesi ve rol model olabilmesi için olumlu tutuma sahip olması önemlidir. Bu konudaki bütün rollerin öğrencilik sürecinden itibaren benimsetilmesi ve bu durumun organ bağışı ve nakli sonuçlarını pozitif yönde etkileyeceği düşünülmektedir. Bu konuda bilgi, tutum ve davranış geliştirmeye yönelik daha geniş ve farklı gruplarda araştırmalar yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Akış, M., Katırcı, E., Uludağ, H. Y., Küçükılıç, B., Gürbüz, T., Türker, Y., ... & Gül, H. (2008). Süleyman Demirel Üniversitesi personelinin organ-doku bağış ve nakli hakkındaki bilgi ve tutumları. *Medical Journal of Suleyman Demirel University*, 15(4).
- Aktaş, Y. Y., & Karabulut, N. (2012). Giresun Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesindeki hemşirelik öğrencilerinin beyin ölümü ve organ bağışına ilişkin bilgi ve tutumları. *Fırat Tıp Dergisi*, 17(3), 129-134.
- Baykan, Z., Naçar, M., Yamanel, R., Uzun, A. Ö., Dağlıtuncezdi, Ş., Davran, H., & Murt, G. (2009). Tıp Fakültesi birinci sınıf öğrencilerinin organ-doku nakli konusundaki bilgi, tutum ve davranışları. *Ulusal Cerrahi Dergisi*, 25(4), 137-141.
- Bora İ. (2006) Beyin Ölümü, Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri, Üroloji Dergisi,;2(21):13, Ankara.
- Bölükbaş, N., Eyüpoğlu, A., & Pınar, K. (2004). Organ bağış hakkında üniversite öğrencilerinin düşünceleri. *Journal of Experimental and Clinical Medicine*, 21(2).
- Cantwell, M., & Clifford, C. (2000). English nursing and medical students' attitudes towards organ donation. *Journal of advanced nursing*, 32(4), 961-968.
- Dell'Olio, R., Mezza, E., Rossetti, M., Soragna, G., Putaggio, S., Burdese, M., ... & Consiglio, V. (2004, November). Continuing education in medicine: A useful tool for nurses' empowerment in renal transplantation. In *Transplantation proceedings* (Vol. 36, No. 9, pp. 2553-2555).

- Döşemeci L., Yılmaz M., Ramazanoğlu A. (2001) Beyin ölümü Tanısının Konulması, Organ Nakli Koordinasyonu El kitabı, Nisan, ss: 48-60, Antalya.
- Edirne, T. (2004). Türkiye'de organ ve doku nakli uygulamaları: Sonuçları ve strateji önerileri. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 24(3), 261-266.
- Ercan, K., Sezek, F., Akman, Z., Erbil, B., Aslan, B., Özgen, R., & Keleş, Ö. (2015). Üniversite Öğrencilerinin Öğrenim Gördükleri Alanlara Göre Organ Nakli ve Bağışı ile İlgili Görüşleri. *Ekev Akademi Dergisi*, 62(62), 471-486.
- Kavurmacı, M., Karabulut, N., & Koç, A. (2014). Üniversite öğrencilerinin organ bağışı hakkındaki bilgi ve görüşleri. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*;11 (2): 15-21.
- Kılıç, S., Koçak, N., Türker, T., Gürpınar, H., & Gülerik, D. (2010). Attitudes of female university students about organ donation and factors affecting these attitudes. *Gulhane Medical Journal*, 52(1), 036-040.
- Kim, J. R. T., Fisher, M. J., & Elliott, D. (2006). Undergraduate nursing students' knowledge and attitudes towards organ donation in Korea: Implications for education. *Nurse education today*, 26(6), 465-474.
- Naçar M, Çetinkaya F, Kanyılmaz D, Tokgöz B, Utaş C. Hekim adaylarının organ nakline bakış açıları. *Türk Nefroloji ve Transplantasyon Dergisi*. 2001;10(2):123-128.
- Orçun, Ç. & Görkey, Ş. (2014). Beyin ölümü kriterlerinin tarihsel gelişimi ve kadavradan organ nakline etkisi. *Marmara Medical Journal*, 27(1), 69-74.
- Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği, 25748 sayılı resmi gazete, 07.03.2005. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-560/organ-ve-doku-nakli-hizmetleri-yonetmeligi.html> Erişim tarihi: 10.05.2016.

Organ Bağışı kartı,<http://www.asm.gov.tr/organbagisi.aspx> Erişim Tarihi:10.05.2016.

Ozdog, N., & Bal, C. (2001). The nurses knowledge, awareness and acceptance of tissue-organ donation. EDTNA-ERCA Journal, 27(4), 201-206.

Özer, F. G., Karamanoğlu, A. Y., Beydağ, K. D., Fidancıoğlu, H., Akıncı, E., şanlı, İ., ... & Urak, S. (2008). Sağlık Yüksekokulunda öğrenim gören bir grup öğrencinin organ nakli/bağışına yönelik görüşleri ve bilgi düzeylerine eğitimin etkisi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 7(1), 39-46.

Özkan, Ö., & YILMAZ, E. (2009). Hasta yakınlarının organ bağışı ile ilgili bilgi ve tutumları. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi, 17(17).

Özmen, D., Çetinkaya, A. Ç., Sarızeybek, B., & Zeybek, A. (2008). Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin organ bağışına ilişkin bilgi ve görüşleri. Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences, 28(3), 311-318.

Peron, A. L., Rodrigues, A. B., Leite, D. A., Lopes, J. L., Ceschim, P. C., Alter, R., ... & Schirmer, J. (2004, May). Organ donation and transplantation in Brazil: university students' awareness and opinions. In Transplantation proceedings(Vol. 36, No. 4, pp. 811-813).

Sağlık Bakanlığı Organ ve Doku Alınması, Saklanması ve Nakli Hakkında 2238 sayılı kanun, 29.05.1979. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-445/tarihi29051979--sayisi2238--rg-tarihi03061979--rg-sayis-html> Erişim Tarihi: 10.05.2016.

Savaşer, S., Mutlu, B., Çağlar, S., Doğan, Z., & Canbulat, N. (2012). Hemşirelik son sınıf öğrencilerinin organ bağışına bakışları. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 20(1), 1-9.

Savaser, S., Sahiner, N. C., Dogan, Z., Caglar, S., & Mutlu, B. (2015). The Effect of Nursing Education on the Opinion of Students Regarding Organ Donation. *Int J Nurs Clin Pract*, 2(124), 2.

Tarhan, M., Dalar, L., Yıldırımoglu, H., Sayar, A., & Altın, S. (2012). Zeytinburnu İlçesi'nde Lise Son Sınıfta Öğrenim Gören Öğrencilerin Organ Nakli ve Bağışına Yönelik Bilgi Düzeyleri ve Tutumlarına Bilgilendirmenin Etkisi. *Turkish Journal of Medical & Surgical Intensive Care Medicine/Dahili ve Cerrahi Bilimler Yogun Bakim Dergisi*, (2).

Tokçaeer A.B. (2001) *Beyin Ölümü : Tanım Ve Klinik Tanı Ölçütleri, Böbrek Transplantasyonu El Kitabı , Bilimsel Tıp Yayınevi, ss:46, Ankara.*

Vicdan, K. A., Peker, S., & Üçer, B. (2011). Akşehir Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin organ bağışı ile ilgili tutumlarının belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 10(2), 175-180.

Yaşar, M., Oğur, R., Uçar, M., Göçgeldi, E., Yaren, H., Tekbaş, Ö. F., & Korkmaz, A. (2008). Bir Sağlık Meslek Yüksekokulu son sınıf öğrencilerinin organ bağışı konusundaki tutumları ve tutumlarına etki eden faktörler. *Genel Tıp Dergisi*, 18(1), 33-37.

Yücettin L. (ed.) *Organ Nakli Koordinasyonu El Kitabı. Eczacıbaşı İlaç Pazarlama, 2001; 5-7.*

Sönmez Y, Zengin E, Ongel K, Kişioğlu N, Öztürk M. (2010) Attitude and Behavior Related to Organ Donation and Affecting Factors: A Study of Last-Term Students at a University. *Transplant Proc*;42:1449-52.

ALTMİŐBEŐ YAŞ VE ÜZERİ BİREYLERE BAKIM VEREN HASTA YAKINLARININ BAKIM VERME YÜKÜ İLE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

Zeynep SAĞLAM*, Zeliha KOÇ**, Tuğba ÇINARLI***, Mehmet KORKMAZ***

*Öđr. Gör., Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi, Samsun

**Doç.Dr. Zeliha Koç, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi, Samsun

***AraÇ.Gör., Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Samsun

Özet

Amaç: Bu çalışma 65 yaş ve üzeri bireylere bakım veren hasta yakınlarının bakım verme yükü ile etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Metod: 20.09.2011-30.05.2012 tarihleri arasında bir hastanenin bazı dahili ve cerrahi kliniklerinde yatarak tedavi görmekte olan, araştırmaya katılmaya istekli ve bizimle iletişim kurabilen 240 yaşlı birey ve yakını araştırma kapsamına alınmıştır. Veriler hasta ve yakınlarının sosyo-demografik ve klinik özelliklerini belirlemeye yönelik 30 soruluk bir anket formu ile Bakım Verme Yükü Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Bakım Verme Yükü Ölçeği, Zarit ve arkadaşları (1980) tarafından geliŐtirilmiŐ, geçerlilik ve güvenilirliği İnci ve Erdem (2008) tarafından yapılmıştır. Bu ölçek 22 ifadeden oluşan, 0'dan 4'e kadar deđiŐen likert tipi bir ölçektir. Bakım Verme Yükü Ölçeğinden alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 88'dir. Ölçekte yer alan maddeler genellikle sosyal ve duygusal alana yönelik olup, ölçek puanının yüksek olması, yaŐanılan sıkıntının da yüksek olduğunu göstermektedir. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdeler hesaplaması, one-way ANOVA, student t testi, Tukey testi kullanılmıştır.

Bulgular: Yaşlıların %57.1'ini kadınların, %42.9'unu erkeklerin oluşturduğu, %99.6'sının kronik bir hastalığa sahip olduğu; bakım verenlerin %64.2'sini kadınların, %35.8'ini erkeklerin oluşturduğu, %31.7'sinin ilkokul mezunu olduğu belirlenmiş olup, yaşlıların yaş ortalaması 70.5±4.4, bakım verenlerin yaş ortalaması 43.3±12.5'dir. Yaşlıların %19.6'sının en çok hareket ve yürüme aktivitesi yönünden başkalarına bağımlı olduğu, bakım verenlerin %64.2'sinin en çok fiziksel bakım yönünden hastasına destek olduğu, %49.6'sının yaşlı bireyin bakımı konusunda başka bireylerden destek aldığı belirlendi. Bakım verenlerin Bakım Verme Yükü Ölçek puan ortalaması 30.7±13.6 olup, %40.4'ünün hafif bakım yüküne, %25.4'ünün orta bakım yüküne sahip olduğu belirlendi.

Sonuçlar: Elde edilen bulgular doğrultusunda bakım verenlerin sosyal ve duygusal yönden hafif ve orta düzeyde sıkıntı yaşadıkları belirlendi. **Klinik Katkı:** Sağlık bakım profesyonellerinin, bakım verenlerin bakım yükleri, yaşadıkları sorunlar ve gereksinimlerini göz önünde bulundurarak uygun yaklaŐımda bulunmalarını, bakım verenlerin bakım yükünü azaltabilmek için gündüz bakımevleri gibi bakım merkezlerinin açılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Bakım, bakım yükü, hemşirelik, yaşlılık.

Abstract

Determination Of Factors Affecting Care Giving Load And Affecting Factors Of People Providing Care To Individuals Aged 65 And Higher

Objective: This study was conducted descriptively in order to determine the care giving load and affecting factors of people providing care to individuals aged 65 and higher.

Method: 240 old individuals and their relatives, who received treatment in internal medicine and surgical clinics of a hospital between 20.09.2011 and 30.05.2012, who were volunteers and who could communicate with us, were taken under the scope of the research. Data was collected by a survey form consisting of 30 questions aiming to determine the socio-demographic and clinic properties of patients and relatives and care giving load scale. Care giving load scale was developed by Zarit et al. (1980), its reliability and validity were made by İnci and Erdem (2008). This is a likert type scale consisting of 22 expressions which varies from 0 to 4. Lowest score to be obtained from care giving load scale is 0 while highest score is 88. The items in the scale are generally related with social and emotional fields and high score means that the faced problem is big. In evaluation of data, percentage calculation, one-way ANOVA, student t test and Tukey test were used. **Results:** It was determined that 57.1% of the old people consisted of women and 42.9% consisted of men, 99.6% of them had a chronic disease, 64.2% of care givers consisted of women and 35.8% consisted of men, 31.7% of them were graduated from primary school, age average of old people were 70.5±4.4, age average of care givers were 43.3±12.5. It was determined that 19.6% of the old people were dependent to others mostly due to movement and walking activity, that 64.2% of care givers supported their patient in terms of physical care and 49.6% of them received support from others related with care giving to old individual. The average care giving score of care givers is 30.7 ±13.6 while it was determined that 40.4% of them have light care load and 25.4% of them have medium care load. **Conclusions:** In line with the obtained findings it was determined that care givers face light and medium level of social and emotional problems.

Clinical contributions: It is suggested that health care professionals should demonstrate suitable approach by taking the care giving load of care givers, the problems they face and their requirements into consideration, care centers such as day care centers should be established in order to relieve the care giving load of care givers. **Key words:** Care, care load, nursery, elderly.

Bu araştırma 27-29 Eylül 2013 tarihlerinde İstanbul'da düzenlenmiŐ olan Uluslararası Katılımlı 2. Temel Hemşirelik Bakımı Kongresinde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

*Sorumlu Yazar e-mail adres: zelihaceren@hotmail.com

1.GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü, gelişmekte olan ülkelerde 65 yaş ve üzeri insan sayısının 2010 yılında 524 milyon olduğunu; 2050 yılında bu sayının 1.5 milyara ulaşacağını ve yaşlı nüfusun en çok gelişmekte olan ülkelerde artış göstereceğini bildirmektedir (World Health Organization Global Health and Ageing, 2011). Türkiye gelişmekte olan ülkeler arasında yer alan ve yaşlanma sürecinin hızlı olduğu ülkelerden biridir. Türkiye İstatistik Kurumunun 2013 yılı kayıtlarına göre Türkiye nüfusu 76.481.847 olmakla birlikte, 5.875.603 kişi 65 ve üzeri yaş grubunda yer almaktadır (Türkiye İstatistik Kurumu, 2013). Bununla birlikte Türkiye’de 65 yaş üzeri nüfusun 2030 yılında toplam nüfusun %10.8’ini, 2040 yılında %13.6’sını ve 2050 yılında ise %17.3’ünü oluşturması beklenmektedir (Akın, 2012).

Yaşlanma süreciyle birlikte yaşlılarda biyolojik, psikolojik, fizyolojik olarak gerilemeler meydana gelmekte, fonksiyonlarda gözle görülür yetersizlikler ortaya çıkmakta, günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili zorluklar yaşanmaktadır. Yaşlılarda meydana gelen bu fizyolojik ve fiziksel değişimler, bireylerin günlük yaşam aktivitelerini sınırlayarak yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir (Tajvar ve ark., 2008). Yaşlanma, bireylerin genetik özellikleri, yaşadıkları sosyal çevre, psikolojik durum ve yaşam biçimlerinden etkilenmektedir. Yaşlanma süreci bireysel farklılıklar göstermesine karşın, yaşlı bireylerde bilişsel sorunlar, hareket etme ve denge sorunları, üriner-fekal inkontinans, kronik hastalıklara bağlı sorunlar ve düşmelere bağlı yaralanma ve kırıklar oldukça sık görülmektedir (Dişçigil , 2009). Yaşlı bakımında amaç, hastalıkların tedavisi kadar yaşlının fiziksel, mental ve ruhsal olarak fonksiyonel kapasitesini en üst düzeyde tutarak yaşam kalitesini arttırmak, bakım yönünden başka

bireylere bağımlı olmaksızın m¼mk¼n olduğu kadar sağlıklı ve bağımsız olmasını sağlamaktır (Erdem ve Emel, 2004; Yıldırım ve Karadakovan, 2004).

Literat¼rde “bakım vermenin sevgi sonucu yapılan bir davranış olduğu, bakım verenlerin becerikli, duygusal açıdan g¼l¼ veya istenen bakım t¼r¼n¼ vermeye en uygun birey oldukları için değil, genellikle duygusal ve ekonomik nedenlerle yaşlı bakım sorumluluğunu ¼stlendikleri” bildirilmiştir (Erdem, 2005). Bakım, “insanın temel ihtiyaı olan, karşılıklı ilişki ve g¼vene dayanan, duyuşsal ¼zellikleri ve ahlaki boyutu olan, bilimsel bilgi temelini ve ¼zelleřmiř psikomotor becerileri gerektiren” bir kavramdır (Din, 2010). Bakım y¼k¼ ise, bakım vermenin bir sonucu olarak ortaya çıkan, bakım verici tarafından son derece stresli olarak algılanan ¼znel bir deneyim olarak tanımlanabilir (Schebring, 2002). Bakım y¼k¼ aynı zamanda bakım vericilerin fiziksel ve psikolojik iyilik hali, kişisel ve sosyal ilişkilerini etkileyen bir durumdur (Girgis ve ark., 2013). ¼zer ve ark.’ın (2006) bu konuda yapmış oldukları bir çalışmada hastaların bakım veren yakınlarını; yordukları, sağlıklarının bozulmasından endişe duydukları, ekonomik sıkıntı verdikleri ve g¼nl¼k planlarını bozdukları d¼ř¼ncesiyle kendilerini bakım veren yakınlarına “y¼k” olarak g¼rd¼klerini belirlemişlerdir.

¼lkemizde değişen toplumsal yapıya karşın destekleyici aile ilişkileri hala varlığını s¼rd¼rmekte ve yaşlı bireyin bakıma ihtiyaç duyması durumunda, bakım sorumluluğunun yaklaşık % 60-80’i aileler tarafından karşılanmaktadır (Erdem, 2005). Yaş, cinsiyet, k¼lt¼rel ¼zellikler, etnisite, sosyoekonomik durum, eğitim d¼zeyi, sağlık durumu, aile dinamikleri (Tamayo ve ark., 2010), hastaya olan yakınlığı, bakım vermeye g¼n¼ll¼ olup olmaması, hastalığının olup olmaması, baş etme becerileri, inancı, sosyal destek varlığı gibi birçok fakt¼r bakım vericilerin bakım rol¼n¼

etkileyebilmekte (Atagün ve ark., 2011), özellikle hasta yakınlarının bakım yüküne bağlı olarak yaşam kalitelerini azaltabilmektedir (Tanrıverdi ve ark., 2016).

Literatürde yaşlı bireylere bakım veren hasta yakınlarının, yaşlı bireyin bakım ihtiyaçlarını karşılamada, kronik hastalıklarına bağlı olarak ortaya çıkan yakınmaları yönetmede ve hastalarına duygusal olarak destek sağlamada güçlükler yaşadıkları bildirilmektedir (Atagün ve ark., 2011). Hasta yakınlarının yaşadıkları bu güçlüklerin; yaşlı bireyin sosyodemografik ve klinik özellikleri ile birlikte bakım vericinin yaşı, kadın ya da erkek oluşu, hastaya olan yakınlık derecesi, eğitim düzeyi ve yakınlarından destek alma durumu gibi bakım verene ait özelliklerden etkilenebileceği bildirilmektedir (Atagün ve ark., 2011; Tamayo ve ark., 2010). Tanımlayıcı olarak planlanan bu araştırma sonrasında elde edilecek veriler doğrultusunda 65 yaş üzeri yaşlılara bakım veren hasta yakınlarının bakım verme yükü ile etkileyen faktörler belirlenecek ve uygun stratejiler geliştirilecektir.

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma 65 yaş üzeri bireylere bakım veren hasta yakınlarının bakım verme yükü ile etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla kesitsel olarak planlanmıştır. Bu araştırmada yanıtlanması beklenen sorular şunlardır:

1. Yaşlı bireylerin ve hasta yakınlarının sosyo-demografik ve klinik özellikleri nelerdir?
2. Yaşlı bireylerin bakımından sorumlu hasta yakınlarının bakım yükleri hangi düzeydedir?

3. Yaşlı bireylerin bakımından sorumlu hasta yakınlarının bakım yüklerini etkileyen faktörler nelerdir?

2. MATERYAL VE METOD

2.1. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, 20.09.2011-30.05.2012 tarihleri arasında Samsun ilinde bir hastanenin bazı dahili ve cerrahi kliniklerinde yatarak tedavi görmekte olan yaşlı bireylerin bakımından sorumlu hasta yakınlarının bakım verme yüklerini belirlemek amacıyla yürütülmüştür.

2.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini bir hastanenin dahili ve cerrahi kliniklerinde yatarak tedavi görmekte olan yaşlı bireylerin bakımından sorumlu hasta ve yakınları oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini çalışmaya katılmaya istekli, on sekiz yaşını doldurmuş, okuma yazma bilen, soruları anlayabilecek ve cevaplayabilecek yeterlilikte olan ve yaşlı bireylerin bakımından birinci derece sorumlu olan hasta yakınları oluşturmuştur. Araştırmanın yürütüldüğü tarihler arasında ilgili servislere 356 yaşlı birey başvurmuştur. Araştırmanın yürütüldüğü kliniklerde tedavi görmekte olan yaşlı hasta yakınlarının tümü araştırma kapsamına dahil edilmek istenmiş ancak araştırmaya katılmayı kabul etmeyen hasta yakınları (n=116) kapsam dışı bırakılarak, çalışma 240 yaşlı birey ve yakınının katılımıyla gerçekleştirilmiştir (%67.4).

2.3. Verilerin Toplanması

Veriler araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda (Atagün ve ark., 2011; Erdem ve Emel, 2004; Özer ve ark., 2006; Tajvar ve ark., 2008; Uysal, 2002) geliştirilen yaşlı bireyin sosyo-demografik ve klinik özellikleri ile hasta yakınlarının sosyo-demografik özelliklerini belirlemeye yönelik bir anket formu ile Bakım Verme

Yükü Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Anket formu 10 kişilik bir grupta ön uygulama yapılarak test edilmiş, anlaşılmayan ya da eksik olan sorular belirlenip düzeltilmiş pilot çalışma sonrasında taslağa son şekli verilerek araştırma grubuna uygulanmıştır. Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin bakımından sorumlu hasta ve yakınlarına, çalışma hakkında bilgi verilip bilgilendirilmiş onamları alındıktan sonra hastayı ve bakım veren bireyi tanıtıcı anket formu ve ölçek uygulanmıştır. Yaklaşık olarak veri toplama süresi 10-12 dakika sürmüştür.

2.4. Veri Toplama Araçları

2.4.1. Hasta ve Yakınlarını Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan yaşlı bireyi tanıtıcı bilgi formu hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerini içeren 10 soru (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, kronik bir hastalığa sahip olma durumu, günlük yaşam aktivitelerinde başka bir bireye bağımlı olma durumu, bağımlı olduğu günlük yaşam aktiviteleri, yardımcı bir araca ihtiyaç duyma durumu, kullandığı yardımcı araçlar vb), bakım veren bireyin sosyodemografik bilgilerini içeren 10 soru (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, mesleği, medeni durumu, çalışma durumu, çocuk sahibi olma durumu, sosyal güvencesi bulunma durumu, yaşadığı yerleşim yeri ve gelir durumu), bakım verme durumlarına ilişkin 10 soru (hastayla olan yakınlık derecesi, bakım verme sürecinde başka bir bireyden destek alma durumu, bakım sürecinde kimlerden destek aldığı, hastanın gün içerisinde hangi zaman diliminde daha çok bakıma ihtiyaç duyduğu, bakım sürecinde en fazla hangi yönden hastasına destek olduğu vb) olmak üzere toplam 30 sorudan oluşmaktadır.

2.4.2. Bakım Verme Yüğü Ölçeği

Bakım Verme Yüğü Ölçeği Zarit, Reeve ve Bach Peterson tarafından 1980 yılında geliştirilmiştir (Zarit ve ark., 1980). Bakım gereksinimi olan bireye bakım verenlerin yaşadığı stresi değerlendirmek amacıyla kullanılan bir ölçektir. Bakım vericilerin kendisi ya da araştırmacı tarafından sorularak doldurulabilen ölçek bakım vermenin bireyin yaşamı üzerine olan etkisini belirleyen 22 ifadeden oluşmaktadır. Ölçek (0) “Hiçbir Zaman”, (1) “Nadiren”, (2) “Bazen”, (3) “Oldukça Sık”, (4) “Hemen Her Zaman” şeklinde 0’den 4’e kadar değişen Likert tipi değerlendirmeye sahiptir. Ölçekten en az 0, en fazla 88 puan alınabilmektedir (Zarit ve ark., 1980). Ölçekte yer alan maddeler genellikle sosyal ve duygusal alana yönelik olup, ölçek puanının yüksek olması yaşanan sıkıntının da yüksek olduğunu göstermektedir. Puanlamada 0-20 puan “bakım yüğü yok”, 21-40 puan “hafif bakım yüğü”, 41-60 puan “orta düzeyde bakım yüğü” ve 61-88 puan ise “ağır bakım yükünü” göstermektedir (İnci ve Erdem, 2008; Zarit ve ark., 1980). Bakım Verme Yüğü Ölçeği’nin Türk toplumuna uyarlanması geçerlilik ve güvenilirlik çalışması İnci (2006) tarafından yapılmıştır. İnci ölçeğin iç tutarlılık katsayısının 0.87 ile 0.94 arasında değiştiğini, test-tekrar test güvenilirliğinin 0.71 ve iç tutarlılık katsayısının da 0.95 olduğunu bildirmiştir (İnci, 2006). Bu araştırmada Bakım Verme Yüğü Ölçeği Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.86 olarak bulunmuştur.

2.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma kapsamına alınan yaşlı bireylerin bakımından sorumlu hasta yakınlarına ilişkin verilerin istatistiksel analizi, bilgisayar ortamında SPSS 15.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler ile

birlikte grupların karşılaştırıldığı analizlerde One-way ANOVA, student t testi ve Tukey testi kullanılmıştır.

2.6. Araştırmanın Etik Boyutu

Bu çalışma, Helsinki Deklarasyonu ilkelerine bağlı olarak gerçekleştirilmiştir (Helsinki Bildirgesi WMA, 2008). Verileri toplamak amacıyla çalışmanın yapılacağı hastane yönetiminden yazılı ve araştırma kapsamına alınan hasta ve yakınlarından da bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Yaşlı bireylerin bakımından sorumlu hasta yakınlarına araştırmaya katılıp katılmama konusundaki kararın tamamen kendilerine ait olduğu, anket formuna isimlerinin yazılmayacağı ve bu çalışmadan toplanacak verilerin sadece araştırma kapsamında kullanılacağı belirtilmiştir.

3.BULGULAR

Bu çalışmada hasta yakınlarının %64.2'ini kadınların, %35.8'ini erkeklerin oluşturduğu, %77.9'unun evli, %31.7'sinin ilkokul mezunu olduğu, %32.9'unun çalıştığı, %45.8'inin ev hanımı ve %75.8'inin çocuk sahibi olduğu, %50.4'ünün il merkezinde yaşadığı, %52.1'inin gelirlerinin giderlerinden az olduğu ve %49.6'sının hastalarına bakım verme konusunda diğer aile üyelerinden destek aldığı belirlenmiş olup yaş ortalamaları 43.3 ± 12.5 'dir. Bununla birlikte yaşlı bireylere bakım veren hasta yakınlarının %29.6'sının hastanın kızı ve %20.8'inin hastanın oğlu olduğu, bakım vericilerin %64.2'sinin hastasının en çok fiziksel bakımına yardımcı olduğu, bakım rolüne bağlı olarak hasta yakınlarının %20.4'ünün aile ve iş ortamındaki rollerinin bu durumdan olumsuz yönde etkilendiği saptandı (Tablo 1).

Tablo 1. Hasta Yakınlarının Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımları

ÖZELLİKLER		n	%
Yaş ortalaması		43.3±12.5	
Cinsiyet	Kadın	154	64.2
	Erkek	86	35.8
Eğitim durumu	Okuryazar	28	11.7
	İlkokul	76	31.7
	Ortaokul	24	10.0
	Lise	66	27.5
	Üniversite	46	19.1
Medeni durum	Evli	187	77.9
	Bekar	53	22.1
Çocuk sahibi olma durumu	Var	182	75.8
	Yok	58	24.2
Çalışma durumu	Evet	79	32.9
	Hayır	161	67.1
Meslek	Ev hanımı	110	45.8
	İşçi	9	3.8
	Memur	34	14.2
	Serbest meslek	31	12.9
	İşsiz	6	2.5
	Emekli	40	16.7
	Öğrenci	10	4.1
Yaşadığı yerleşim birimi	İl	121	50.4
	İlçe	70	29.2
	Köy	49	20.4

Sosyoekonomik durum	Gelir giderden az	125	52.1
	Gelir gidere eşit	96	40.0
	Gelir giderden fazla	19	7.9
Sosyal güvencesi bulunma durumu	Evet	200	83.3
	Hayır	40	16.7
Bakım verdiği kişi ile yakınlık derecesi	Oğlu	50	20.8
	Kızı	71	29.6
	Gelini	55	22.9
	Torunu	24	10.0
	Kardeşi	15	6.3
	Eşi	25	10.4
	Bakım konusunda destek aldığı başka bir birey bulunma durumu	Evet	119
	Hayır	121	50.4
Cevabı evet ise bakım konusunda destek alınan bireyler* (n=119)	Oğlu	38	31.9
	Kızı	51	42.9
	Gelini	12	10.1
	Eşi	28	23.5
	Kardeşi	24	20.2
	Annesi	6	5.0
	Torunları	3	2.5
Hastasına bakım verme sürecinde en fazla hangi yönden destek olduğu*	Psikolojik/duygusal destek	86	35.8
	Fiziksel bakımına yardım	154	64.2
	Ekonomik yardım	17	7.1
Bakım verici rolü nedeniyle aile ve iş yaşamının bu durumdan olumsuz etkilenme durumu	Evet	49	20.4
	Hayır	191	79.6

*Birden fazla cevap verilmiştir.

Tablo 2’de görüldüğü üzere yaşlıların %57.1’ini kadınların, %42.9’unu erkeklerin oluşturduğu, %47.9’unun evli, %36.3’ünün okuryazar olmadığı, %99.6’sının kronik bir hastalığa sahip olduğu, %56.3’üne diyabetes mellitus, %46.7’sine hipertansiyon, %29.6’sına kronik renal yetmezlik, %15.4’üne KOAH ve %12.9’una kalp yetmezliği tanısı konulduğu belirlenmiş olup yaş ortalamaları 70.5 ± 4.4 ’dür (Tablo 2).

Tablo 2. Hastanın Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Dağılımı

		n	%
Yaş grupları 70,5±4,4	65-70 yaş	151	62.9
	71-76 yaş	54	22.5
	77-81 yaş	35	14.6
Cinsiyet	Kadın	137	57.1
	Erkek	103	42.9
Eğitim durumu	Okur yazar değil	87	36.3
	Okur yazar	43	17.9
	İlkokul	85	35.4
	Ortaokul	17	7.1
	Lise	8	3.3
Medeni durum	Evli	115	47.9
	Bekar	125	52.1
Kronik bir hastalığa sahip olma durumu	Evet	239	99.6
	Hayır	1	0.4
Cevabı evet ise sahip olduğu kronik hastalıklar (n=239)*	Diyabetes Mellitus	135	56.3
	Kronik Renal Yetmezlik	71	29.6
	Hipertansiyon	112	46.7
	KOAH	37	15.4
	Kalp Yetmezliği	31	12.9

Siroz	11	4.6
Gastrit	4	1.7
Parkinson	6	2.5
Alzheimer	4	1.7
Diğer	2	2.0

*Birden fazla cevap verilmiştir.

Tablo 3’de görüldüğü üzere yaşlıların %19.6’sının hareket/yürüme, %18.7’sinin iletişim, %17.5’inin boşaltım ve %15’inin kişisel temizlik ve giyinme aktivitesi yönünden başka bir bireyin bakım ve yardımına ihtiyaç duyduğu belirlendi. Tablo 4’de görüldüğü üzere hasta yakınlarının Bakım Yükü Ölçeği toplam puan ortalaması 30.7 ± 13.6 ’dır. Bakım Yükü Ölçeğinden elde edilen puanlar doğrultusunda hasta yakınlarının %40.4’ünün hafif bakım yüküne, %25.4’ünün orta bakım yüküne ve %1.7’sinin ağır bakım yüküne sahip oldukları ortaya çıkarıldı.

Tablo 3. Yaşlı Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerinde Bağımlılık Durumlarının Dağılımı

	Bağımsız		Kısmen Bağımlı		Bağımlı	
	n	%	n	%	n	%
İletişim	166	69.2	29	12.1	45	18.7
Solunum	171	71.3	41	17.1	28	11.6
Yeme içme	137	57.1	68	28.3	35	14.6
Boşaltım	119	49.6	79	32.9	42	17.5
Kişisel temizlik ve giyim	89	37.1	115	47.9	36	15.0
Hareket/yürüme	57	23.8	136	56.6	47	19.6

Tablo 4. Hasta Yakınlarının Bakım Yüğü Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Puan dağılımı	n	%
0-20 puan bakım yüğü yok	78	32.5
21-40 hafif bakım yüğü	97	40.4
41-60 orta bakım yüğü	61	25.4
61-88 ağır bakım yüğü	4	1.7
Bakım yüğü ölçeği toplam puan ortalaması	30.7 ±13.6	
Cronbach α güvenilirlik katsayısı	0.89	

Hasta yakınlarının Bakım Verme Yüğü Ölçeği puanının yaşlıların bazı günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı yada kısmen bağımlı olma durumuna göre farklılık gösterdiği belirlendi. Elde edilen bulgular doğrultusunda diğer gruplarla karşılaştırıldığında iletişim yönünden bağımlı ($F=3.478$, $p=0.032$), hareket/yürüme ($F=5.027$, $p=0.007$), kişisel temizlik ve giyim ($F=8.790$, $p< 0.001$), yeme-içme ($F=3.808$, $p=0.024$) ve boşaltım ($F=9.177$, $p< 0.001$) günlük yaşam aktiviteleri yönünden kısmen bağımlı olan yaşlı bakım vericilerinin, bakım yüklerinin daha yüksek olduğu belirlendi. Bununla birlikte aile ve iş yaşamı da bakım verici rolünden etkilenen hasta yakınlarının bakım yükünün daha yüksek olduğu ortaya çıkarıldı (t=7.631, $p< 0.001$).

4.TARTIŞMA

Altmış beş yaş üstü bireylere bakım veren hasta yakınlarının bakım verme yükünü etkileyen faktörleri belirlemek üzere yapılan bu çalışmadan elde edilen bulgular doğrultusunda bakım veren hasta yakınlarının üçte ikisini orta yaş grubunda yer alan kadınların oluşturduğu, yaşlı bireyin bakım gereksiniminin genellikle yaşlı bireyin çocukları kızı, oğlu, gelini tarafından karşılandığı belirlendi. Araştırma bulgularıyla uyumlu olarak Arpacı'nın (2009) yaşlı bireylere bakım veren kadınların bakım yüklerini

belirlemek üzere yapmış oldukları çalışma sonrasında, bakım yükü olan kadınların orta yaş grubunda yer alan, yarısı ücretli çalışan, evli kadınlardan oluştuğu, büyük çoğunluğunun yaşının gelini veya kızı olduğu bildirilmiştir.

Bu konuda yapılan diğer bir çalışmada yaşlıların bakım sorununun çözümünün genellikle kadın merkezli olduğu, yaşlıların bakımından birincil olarak eşler, kız çocukları, gelinlerin sorumlu tutulduğu, böylece kadınların aile içerisindeki mevcut sorumluluklarına bir yenisinin daha eklendiği, kadınların fiziksel, psikolojik ve sosyolojik sağlıklarının bu durumdan olumsuz yönde etkilendiği bildirilmiştir (Adak, 2003). Bu doğrultuda bakım yükü ve stresin neden olabileceği problemleri önlemek için, kadınların üzerindeki bakım yükünün azaltılmasının ve diğer aile üyeleri arasında paylaştırılmasının son derece önemli olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada hasta yakınlarının yalnızca yarısının bakım verme konusunda diğer aile üyelerinden destek aldığı, bu durumun hasta yakınlarının bakım verme yüklerini arttırdığı, bakım vericilerin yaşlı bireylerin en çok fiziksel bakımına yardımcı olduğu, aile ve iş yaşamı ile ilgili sorumluluklarının bakım rollerinden olumsuz yönde etkilendiği belirlendi. Akça ve Taşçı'nın (2005) 65 yaş üstü bireylere bakım verenlerin yaşadıkları sorunları belirlemek üzere yapmış oldukları çalışma sonrasında, yaşlı bireye bakım veren hasta yakınlarının %25'inin günlük yaşantısının bakım verici rollerinden etkilendiği, bu duruma bağlı olarak baş ağrısı, mide şikayetleri, halsizlik, çabuk öfkelenme, ev içinde bulunmaktan rahatsızlık hissi duyma gibi problemler yaşadıkları bildirilmiştir. Bu konuda yapılan diğer bir çalışmada da bakım verme yükünün, bakım veren bireyin sağlığını ve iyilik durumunu olumsuz yönde etkilediği, durumluk-sürekli kaygıları üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğu, sürekli bakım vermenin bakım verenin sağlığının kötüleşmesiyle birlikte özellikle depresyon ve anksiyeteye yol açtığı

bildirilmiştir (Özyeşil ve ark., 2014). Yaşlı bireyin bakımını yüklenen aile üyeleri fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik pek çok sorun yaşayabilmektedir. Bakım veren bireylerin bakım yükünü azaltabilmek, günlük yaşantılarının bu durumdan olumsuz etkilenmesini önleyebilmek ve sosyal yaşantılarını sürdürebilmelerini desteklemek için, bakım vericilerin gündüzleri yakınlarını bırakabilecekleri, bakım giderlerinin devlet tarafından karşılandığı gündüz bakım evlerinin açılmasının son derece önemli olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada yaşlıların %99.6'sının kronik bir hastalığa sahip olduğu belirlendi. Yaşlılık dönemi bireylerde bağımlılık ve kaza riskinin arttığı, pek çok kronik hastalığın yaşandığı bir dönem olmakla birlikte (Uysal, 2002), sağlığın bozulması, kronik hastalıklar, bağımsız fonksiyonlardaki azalma yaşlıların bakım gereksinimini artıran önemli faktörlerdir (Erdem, 2004). Yaşlılık döneminde bireylerin santral sinir sistemi, solunum sistemi, endokrin sistem, kardiyovasküler sistem, gastrointestinal sistem ve boşaltım sisteminde fizyolojik değişiklikler meydana gelmekte, bu durumun bir sonucu olarak da pnömoni, KOAH, hipotroidi, diabetes mellitus, hipertansiyon, konjestif kalp yetmezliği, üriner enfeksiyon ve prostat hipertrofisi gibi sağlık problemleri oldukça sık görülebilmektedir (Atagün ve ark., 2011). Bununla birlikte yaşlı bireyin uzun yıllar devam eden kronik bir rahatsızlığının olması, hastanede yatış süresini uzatarak, hem yaşlı bireyin hem de ona bakım veren aile üyelerinin bakım yüklerini arttırarak yoğun stres yaşamalarına neden olabilmektedir. Bu doğrultuda yaşlı bireylere ve onları bakımını üstlenen bakım vericilere bu konuda gerekli psikolojik rehberlik ve danışmanlık hizmeti sunulması son derece önemlidir.

Yaşlanma sürecine bağlı meydana gelen fizyolojik değişimler ve kronik bir hastalığa sahip olma durumunun, yaşlı bireylerin günlük yaşam aktivitelerinde başka bireylere bağımlı olma durumlarını etkileyen önemli faktörler olduğu düşünülmektedir. Bu araştırmada yaşlı bireylerin hareket ve yürüme, iletişim, boşaltım, kişisel temizlik ve giyim yönünden başka bir bireyin bakım ve yardımına ihtiyaç duydukları belirlenmiş olmakla birlikte, araştırma bulgularıyla uyumlu olarak Işık ve Erci'nin (2013) yapmış olduğu çalışmada da yaşlıların %43.1'inin banyo yaparken, %40.0'nin giyinirken, %40.6'sının tuvalete giderken, %39.4'ünün hareket durumunda, % 40.0'nin kontinans ve %31.9'unun beslenme durumlarında bakım veren aile üyelerine tam bağımlı oldukları bildirilmiştir. Alpteker ve Gökdoğan'ın (2008) yapmış olduğu diğer bir araştırmada ise bakım yükleri açısından yaşlıların bağımlı ve bağımsızlık yüzdelerinin benzer bulunduğu, çoğunlukla bakım verdikleri yaşlıların günlük yaşam aktivitelerinde bağımsız, enstrümental günlük yaşam aktivitelerinin ise yarıdan fazlasının yarı bağımlı oldukları bildirilmiştir.

Bu çalışmada hasta yakınlarının Bakım Yüğü Ölçeği toplam puan ortalamasının 30.7 ± 13.6 olduğu, %40.4'ünün hafif bakım yüküne, %25.4'ünün orta bakım yüküne ve %1.7'sinin ağır bakım yüküne sahip oldukları ortaya çıkarıldı. Işık ve Erci'nin (2013) yapmış olduğu çalışmada ise Bakım Yüğü ölçeği puan ortalaması 46.45 ± 15.40 , olarak bildirilmiştir. Alpteker ve Gökdoğan'ın (2008) yapmış olduğu diğer bir çalışmada, bakım verenlerin %50.8'inin "hafif bakım yüküne, %18.8'inin "orta düzey bakım yüküne" ve %1.4'ünün ise ağır bakım yüküne sahip oldukları saptanmıştır. Ayrıca bu araştırmada hasta yakınlarının Bakım Verme Yüğü Ölçeği puanının yaşlıların bazı günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı yada kısmen bağımlı olma durumuna göre farklılık gösterdiği belirlendi. Işık ve Erci'nin (2013) yapmış olduğu çalışmada cinsiyet,

sosyal güvenceye sahip olma, gelir durumu, kronik hastalığın olma, bakımdan memnuniyet, yaşlıya bakma nedeni ile yaşlı bireyin günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık durumunun bakım yükünü etkilediği buna karşın yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu ve ocuk sahibi olma durumunun, bakım verirken yardım almanın bakım yükü üzerinde etkili olmadığı bildirilmiştir. Yaşlı bireylerin bakımından sorumlu hasta yakınlarının Bakım Yükü leği puan ortalaması ile bakım verme yükünü etkileyen faktörler yapılan araştırmalara göre farklılık göstermekle birlikte, bu farklılığın yaşlı bireylerin klinik özelliklerinden ve bakım vericilerin sosyodemografik özelliklerinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada yaşlı bireylerin bakımından sorumlu hasta yakınlarının orta ve hafif düzey bakım yüküne sahip oldukları ortaya çıkarılmıştır. Elde edilen bulgular doğrultusunda yaşlı bireylerin yakınlarının bakım yüklerini azaltma amacına yönelik olarak, sağlık bakım profesyonellerinin periyodik aralıklarla bakım yükü tanılması ve değerlendirmesi yapmaları önerilmektedir. Yaşlı hasta yakınlarında bakım yükünün iş ve özel yaşantılarını olumsuz yönde etkilediği ve yaşam kalitelerini önemli ölçüde azalttığı göz önünde bulundurularak bu konuda gerekli önlemlerin alınması son derece önemlidir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmadan elde edilen bulgular doğrultusunda bakım veren hasta yakınlarının sosyal ve duygusal yönden hafif ve orta düzeyde sıkıntı yaşadıkları belirlendi. Elde edilen bulgular doğrultusunda:

- Sağlık profesyonellerinin hasta yakınlarının hangi alanda desteğe ihtiyaç duyduklarını belirlemeleri,

- Bakım vericilerin duygu ve düşüncelerini rahatlıkla ifade edebilecekleri bir güven ortamı oluşturmaları,
- Bakım vericilerin baş etme stratejilerini geliştirmeleri konusunda yardımcı olmaları,
- Hasta ve yakınlarının fiziksel, psikolojik, sosyal iyilik durumlarının olumsuz etkilenmemesi için uygun çözüm önerileri üretmeleri önerilmektedir.
- Bununla birlikte bakım verenlerin bakım yükünü azaltabilmek için bakım vericilerin gündüzleri yakınlarını bırakabilecekleri, bakım giderlerinin devlet tarafından karşılandığı gündüz bakım evlerinin açılmasının da son derece önemli olduğu düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

- Adak, N., 2003. Yaşlıların gayri resmi bakıcıları: kadınlar. *Aile ve Toplum*, 2,1-9.
- Akça, N.K., Taşcı, S., 2005. 65 yaş üstü bireylere bakım verenlerin yaşadıkları sorunların belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14, 30-36.
- Akın, A., 2012. Toplumsal Cinsiyet ve Yaşlılık, in: Aslan, D., Ertem, M. (Eds.), *Yaşlı Sağlığı: Sorunlar ve Çözümler*, 1. Baskı. Palme Yayıncılık, 17-25.
- Alpteker, H., Gökdoğan, F., 2008. *65 Yaş Ve Üstü Bireylere Evde Bakım Verenlerin Yaşadıkları Güçlüklerin Belirlenmesi* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bolu.
- Arpacı, F., 2009. Yaşlıya bakan kadınların bakım yüklerinin incelenmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 1, 61-72.
- Atagün, M.İ., Balaban, Ö.D., Atagün, Z., Elagöz, M., Özpolat, A.Y., 2011. Kronik hastalıklarda bakım verme yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 3,513-552.

- Dişcigil, G., 2009. Geriatriide sık karşılaşılan sorunlar. *Sağlıklı Yaşam Tarzı Dergisi*, 3, 7-13.
- Dinç, L., 2010. Bakım kavramı ve ahlaki boyutu. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi Hemşirelik Dergisi*,74-82.
- Erdem, M., 2004. Yaşlıya bakım verme. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*,3, 1001-106.
- Erdem, M., Emel, F.H., 2004. Yaşlılarda mobilite düzeyi ve düşme korkusunun belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7, 1-10.
- Girgis, A., Lambert, S., Johnson, C., Waller, A., Currow, D., 2013. Physical, psychosocial, relationship, and economic burden of caring for people with cancer: a review. *J Oncol Pract*, 9,197-202.
- Işık, K., Erci, B., 2013. *Yaşlı Hastaya Evde Bakım Verenlerin Yaşam Doyumları İle Bakım Yükleri Arasındaki İlişi Ve Etkileyen Faktörler* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya.
- İnci, F.H., Erdem, M., 2008. Bakım Verme Yüğü Ölçeği' nin Türkçe'ye uyarlanması geçerlilik ve güvenilirliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 11, 85-95.
- İnci, F.H., 2006. *Bakım Verme Yüğü Ölçeği' nin Türkçe' ye Uyarlanması. Geçerlilik ve Güvenilirliği* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Denizli.
- Özer, N., Hacıalıoğlu, N., Akyıl, R.Ç., Akpınar, R., 2006. Hastaların kendilerini bakım veren yakınlarına yük olarak hissetme durumları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9, 31-37.
- Özyeşil, Z., Oluk, A., Çakmak, D., 2014. Yaşlı hastalara bakım verme yükünün

- durumluk-sürekli kaygıyı yordama düzeyi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 15,39-44.
- Schebring, M., 2002. Effect of caregiver perception of preparedness on burden in an oncology population. *Oncol Nurs Forum*, 29, 70-76.
- Tajvar, M., Arab, M., Montazeri, A., 2008. Determinants of health-related quality of life in elderly in Tehran, Iran. *BMC Public Health*, 8, 323.
- Tamayo, G.J., Broxson, A., Munsell, M., Cohen, M.Z., 2010. Caring for the caregiver. *Oncol Nurs Forum*. 2010;37(1):E50-57.
- Tanrıverdi, O., Yavuzsen, T., Turhal, S., Kılıç, D., Yalçın, S., Ozkan, A., et al., 2016. Depression and socio-economical burden are more common in primary caregivers of patients who are not aware of their cancer: TURQUOISE Study by the Palliative Care Working Committee of the Turkish Oncology Group (TOG). *Eur J Cancer Care*.25, 502–515.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TUIK), 2013. <http://www.tuik.gov.tr>. Erişim 20 Eylül 2016.
- Uysal, A., 2002. Dünyada Yaygın Bir Sorun: Yaşlı İstismarı ve İhmali. *Aile ve Toplum Eğitim-Kültür ve Araştırma Dergisi*, 2, 44.
- World Health Organization Global Health and Ageing, 2011. National institute on aging, National Institute of Health. NIH Publication: No. 11-7737.
- World Medical Association., 2008. WMA declaration of Helsinki:Ethical principles for medical research involving human sub-jects. Seoul, Korea: World Medical Association.
- Yıldırım, Y.K., Karadakovan, A., 2004. Yaşlı Bireylerde Düşme Korkusu ile Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki.*Turkish Journal of Geriatrics*, 7,78-83.

Zarit, S.H., Reever, K.E., Bach-Peterson, J., 1980. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist*, 20, 649-655.

GÖÇMEN HASTALAR İLE AİLE HEKİMLİĞİ PERSONELİ ARASINDAKİ İLETİŞİM

*Doç.Dr.Elif DİKMETAŞ YARDAN, **Uz.Nurcan COŞKUN US, ***Doç.Dr.Türker YARDAN

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

** Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Bölümü,
Doktora Mezunu

*** Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp ABD., Samsun.

ÖZET

Amaç: Türkiye, son yıllarda oldukça fazla göç almıştır. Bu çalışmada göçmen hastalar ile aile hekimliği personeli arasındaki iletişim durumu ve iletişim problemleri incelenmektedir.

Materyal ve metod: Çalışma'da anket yöntemi uygulanmıştır. Çalışma, bir il merkezinde ulaşılabilen aile hekimliği personeline Temmuz ve Ağustos 2015 tarihleri arasında yapılmıştır.

Bulgular: Çalışmada toplam 48 aile hekimliği personeline (doktor, hemşire ve ebe, diğer aile hekimliği elemanı) ulaşılmıştır. Çalışmaya katılanların % 97,9' u göçmen hastalarla iletişim problemi yaşadığını ifade etmiştir. Göçmen hasta ve aile hekimliği personeli arasındaki iletişim incelendiğinde; aile hekimliği çalışanları, göçmen hastalar ile olan sağlık iletişimini orta düzeyde $2,74 \pm 1,28$ bulmaktadır. Çalışanlar, göçmen hastalarla yeterince iletişim kuramadıklarını $2,31 \pm 1,42$ düşünmektedir.

Sonuçlar: Yaşanan iletişim sorunlarının giderilmesi için göçmen hastaların sağlık personeli ile rahatlıkla iletişim sağlayabileceği, dil bilen sağlık personelinin çalıştığı her il ve ilçede aile hekimliği merkezi seçilmesi önerilmektedir. Böylelikle göçmen hastalar ve sağlık personeli arasındaki iletişim kolaylaştırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Göçmen Hasta, Aile Hekimliği, Sağlık İletişimi

ABSTRACT

Objectives: Turkey has taken a lot of immigration in recent years. In this study, communication status and communication problems examined among immigrant patients and family medicine staff.

Method: In this study, survey method was used. The study was conducted between July and August 2015, family medicine staff in a city center.

Results: In this study, a total of 48 family medicine personnel (doctors, nurses and midwives, other members of the family medicine) has been reached. 97.9% of the study participants' stated being communication problems with immigrant patients. Considering the communication between immigrant patients and family medicine staff; family medicine workers finds immigrant patients communication moderate 2.74 ± 1.28 . Employees think do not enough communicate with immigrant patients 2.31 ± 1.42 .

Conclusions: It recommended family medicine center that bilingual interpreters in each city. Thus it should be facilitated communication between patients and health personnel.

Keywords: Immigrant Patients, Family Medicine, Health Communication

****Bu çalışma, Anadolu Üniversitesi, Sağlık İletişimi Sempozyumu'nda 5-6 Kasım 2015 tarihleri arasında sözlü bildiri olarak sunulmuştur. Sorumlu yazar: elifdikmetas@hotmail.com

GİRİŞ

Göç, insanlık tarihinin değişmez unsuru olup hep daha iyi bir yer arayışı içinde olma anlayışı ile devam etmektedir (Keeley, 2009: 2). İnsanların ekonomik, sosyal, siyasal ve kültürel gibi çeşitli nedenlerden dolayı buldukları yaşam alanlarını terk edip başka yaşam alanlarına geçmeleri göç olgusu olarak karşımıza çıkmaktadır (Güreşçi, 2011: 127; Koçak ve Terzi, 2012: 164; Yaşar Ekici, 2014: 216). Göç, nüfusun sürekli olarak yaşamış olduğu bölgelerdeki bireyler, aileler veya gruplar halinde terk edip, geçici veya sürekli yaşamak amacıyla başka bir yere hareket etmesi şeklinde tanımlansa da göç tanımlarının ortak yönünü, insanın yaptığı yer değişimi oluşturmaktadır (Aker vd., 2002 :98; Topçu ve Beşer, 2006: 37). Göç insanın fiziksel çevresindeki istemli veya zorunlu, geçici veya kalıcı bir değişim olmakla birlikte sosyal, kültürel, ekonomik ve politik bazı değişikliklere yol açabileceği gibi aynı zamanda bu tür değişikliklerden de kaynak alabilir (Aker vd., 2002 :98).

Göç olgusu; mekân açısından; iç ve dış göç, zaman açısından; uzun dönemli ve mevsimlik geçici göç, göç kararının verilmesi açısından; istemli ve zorunlu göç olmak üzere sınıflandırılmaktadır. İç göç, bir ülkenin kendi sınırları içerisinde belirli bir bölgeden diğer bölgeye gerçekleştirilen hareket iken dış göç, bir ülkeden başka ülkeye yapılan göç olarak ifade edilmektedir (Sağlam, 2006: 34). Uzun zamanlı göçler, geri dönmek üzere yapılan göçlerdir. Mevsimlik göçler, geçici olarak yapılır ve zaman kısadır (Koçak ve Terzi, 2012: 170, 171). Göç kararının iradi bir şekilde olması durumunda istemli göç gerçekleşirken, istemeden gerçekleşen göç zorunlu göçtür. İçsel gereksinimlerden dolayı gerçekleşen nüfus hareketlerini iradi göçler sağlamaktadır (Tüfekçi, 2002: 6).

Türkiye’ de göçün nedenleri genel olarak kırsal iticiliği, kentin çekiciliği sonucunda gerçekleşmektedir (Çelik ve Murat, 2014: 47, 48). Türkiye’de 1950’ li

yıllarda iç göç olgusu, ivme kazanmıştır (Tezcan ve Eryurt, 2006-07: 15). Türkiye’de meydana gelen hızlı iç göç, kıır-kent nüfus oranında çarpıcı farklılaşmalar oluşturarak 1950 yılında nüfusun ancak % 19’ u kentsel alanlarda yaşarken 1970 yılında % 36’ sı ve 1990 yılında % 56’ sı şeklinde değişiklik göstermiştir. Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerindeki siyasal ve toplumsal olaylardan dolayı 1980’li 1990’lı yıllarda ise zorunlu ya da dolaylı zorunlu göçler gündeme gelmiştir ve bu göçler bölgedeki kent merkezlerinin sosyo-kültürel yapısında önemli değişikliklere neden olmuştur. Sosyal, kültürel ve ekonomik değişmelere ek olarak, sağlık, eğitim, kentleşme, sosyal güvenlik ve benzeri sorunlar ortaya çıkmıştır (Tuzcu ve Bademli, 2014: 58). Türkiye 1980 yılı nüfus sayım sonuçlarına göre 38.395.730 olan nüfus, 2012 yılı Aralık ayı itibariyle 75.627.384’ e ulaşmıştır. 1975-1980 döneminde yaklaşık 2,7 milyon kişi, 1980-1985 döneminde 2,8 milyon kişi, 1985-1990 döneminde yaklaşık 4 milyon kişi, 1995-2000 döneminde ise 4.7 milyon kişi göç etmiştir (TÜİK, http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?alt_id=1067, Erişim Tarihi: 01.04.2015).

Türkiye son yıllarda gittikçe artan oranda göçmenin transit geçiş yaptığı önemli bir merkezi ülke konumuna sahiptir (Karadağ ve Altıntaş, 2010: 58). Özellikle son birkaç yıldır Suriye’deki iç savaş nedeniyle Türkiye’ye çok fazla göçmen gelmiştir. Yoksullukla mücadele eden bu insanlar göç öncesi, göçler sırasında ve göçle geldikleri ortamlarda sağlıksız yaşam koşulları nedeniyle önemli sağlık riskleriyle karşı karşıya kalmaktadırlar (Çiçek Korkmaz, 2014: 40). Gelen göçmenler, sağlık problemleri ya da çocuklarının aşı ve sağlık kontrolü nedeniyle aile hekimliklerine başvurmaktadır. Ancak, aynı dili konuşamama (Karlberg and Ringsberg, 2006: 124), kültürel farklılıklar (Wiking, Sundquist and Saleh-Stattin, 2013: 2), hastanın tıbbi geçmişine erişememe (Priebe et al., 2011: 7) gibi nedenlerden dolayı iletişim problemleri yaşanmaktadır.

Materyal ve Metod

Çalışmanın amacı, göçmen hastalar ile aile hekimliği personeli arasındaki iletişim durumu ve iletişim problemlerini incelemektir.

Çalışma, bir il merkezinde ulaşılabilen aile hekimliği personeline Temmuz ve Ağustos 2015 tarihleri arasında anket aracılığı ile yapılmıştır. Anketin oluşturulmasında uzman kişilerle görüşülmüş, aynı zamanda da Semra Şengün' ün 2014 yılında yaptığı 'Sağlık Alanında İletişim, Hasta ve Sağlık Personeli İletişiminde Sorunlar Üzerine Bayındır Devlet Hastanesinde Bir Uygulama' adlı yüksek lisans tezinden faydalanılmıştır. Ankette "hiç katılmıyorum (1) - tamamen katılıyorum (5)"a doğru 5'li likert yöntemi uygulanmıştır. Toplam 48 aile hekimliği personeline (doktor, hemşire ve ebe, diğer aile hekimliği elemanı) ulaşılmıştır. Çalışmanın Cronbach Alpha katsayısı 0,819 olarak bulunmuştur.

Bulgular

Aşağıda çalışmaya katılanların tanımlayıcı bulguları yer almaktadır.

Tablo 1. Tanımlayıcı Bulgular

Bağımsız Değişkenler		Sayı (n)	Yüzde(%)
Cinsiyet	Kadın	33	70.2
	Erkek	14	29.8
	Toplam	47	100
Medeni durum	Bekar	5	10.9
	Evli	41	89.1
	Toplam	46	100
Yaş	>41	18	42.9
	≤41	24	57.1
	Toplam	42	100
Eğitim durumu	Lise mezunu olanlar	4	8.3
	Ön lisans mezunu olanlar	8	16.7
	Lisans mezunu olanlar	25	52.1
	Yüksek lisans mezunu olanlar	11	22.9
	Toplam	48	100
Mesleği	Aile Hekimi	24	50
	Hemşire, Ebe	19	39.6
	Diğer personel	5	10.4
	Toplam	48	100
Göçmen Hastalar Kurumunuza Geldi mi?	Evet	48	100
	Hayır	0	0
	Toplam	48	100
Göçmen Hastalarla İletişim Problemi Yaşıyor musunuz	Evet	47	97.9
	Hayır	1	2.1
	Toplam	48	100

Çalışmaya katıların % 70,2' si (n=33) kadın, % 89,1' i (n=41) evli, % 57,1' i (n=24) 41 yaş ve daha az, % 8,3'ü (n=4) lise, % 16,7' si (n=8) önlisans, % 52,1' i (n=25) lisans, % 22,9'u (n=11) yüksek lisans mezunu, % 50' si (n=24) aile hekimi, % 39,6' sı (n=19) hemşire ve ebe, % 10,4' ü (n=5) diğer personel olarak çalışmaktadır. Çalışmaya katılan personelin tamamı, göçmen hastalar ile karşılaşmıştır. Çalışmaya katılanların % 97,9' u göçmen hastalarla iletişim problemi yaşamıştır.

Tablo 2. Göçmen Hasta ve Aile Hekimliği Personeli Arasındaki İletişim Durumu

No	Maddeler	n	ort.	s.s.
----	----------	---	------	------

1	Göçmen hastalarla yeterince iletişim kurduğuma inanıyorum.	48	2,31	1,42
2	Göçmen hastalara hoşgörülü davrandığımı düşünürüm.	47	3,79	1,18
3	Göçmen hasta ve yakınlarıyla iletişim kurarken olumsuzlukla karşılaşacağımı düşünürüm.	47	3,11	1,24
4	Göçmen hasta ve yakınlarıyla iletişim kurarken içinde bulunduğu durumu anlayabilirim.	45	3,16	1,30
5	Göçmen hasta ile sağlık personeli iletişiminde oluşan sorunlarda; sağlık personelinin de katkısı olduğuna inanırım.	47	2,36	1,29
6	Göçmen hasta ile sağlık personeli iletişiminde oluşan sorunlarda; sağlık kurumundaki çalışma ortamının da katkısı olduğuna inanırım.	46	2,57	1,33
7	İletişim kurduğumuz göçmen hastanın sosyo-ekonomik ve eğitim durumunun aramızdaki iletişimi etkilediğine inanırım.	47	3,13	1,42
8	Bazı zamanlar göçmen hasta ve yakınları tarafından haksız yere suçlandığımı düşünürüm.	45	2,51	1,34
9	Bazen göçmen hasta yakınlarıyla iletişim kurmak zorunda kalmamızın işimizi yapmanızı geciktirdiğini düşünürüm.	46	3,78	1,33
10	Sağlık personelinin empati yapması gerektiğine inanırım.	45	3,96	1,07
11	Göçmen hastanın cinsiyeti onlarla olan iletişimimi etkilemez.	47	3,85	1,41
12	Sunulan sağlık hizmetinin göçmen hasta ve yakınları tarafından takdirle karşılanması motivasyonumu olumlu etkilediğini düşünürüm.	46	3,63	1,20
13	Sağlık kuruluşumuzun işleyişini sağlayan hukuki düzenlemeler (reçete, sevk işlemleri vs.) personel ile göçmen hasta ilişkisini etkiler.	46	3,72	1,28
14	Yönetim yaşanan problemlere yeterince etkili çözümler bulabiliyor.	45	1,89	1,15
15	Sağlık kuruluşumuzda iletişimle ilgili seminer, konferans vb. etkinlikler düzenleniyor.	47	1,98	1,28
16	Özel hayatımızdaki problemlerin göçmen hasta ile olan iletişimimize yansımadağını düşünürüm.	47	3,51	1,60
17	Bazı zamanlar yönetimden kaynaklanan iletişim problemleri yaşıyoruz.	45	3,02	1,23
18	Genel olarak göçmen hasta ve yakınlarının içinde bulunduğu ruh halinden dolayı, sağlık personeline karşı olan olumsuz tepkilerini anlayışla karşıyorum.	46	2,83	1,22
19	Sağlık kuruluşumuzda uygulanan sağlık iletişimini yeterli buluyorum.	47	2,74	1,28

Göçmen hasta ve aile hekimliği personeli arasındaki iletişim incelendiğinde; aile hekimliği çalışanları, göçmen hastalar ile olan sağlık iletişimini orta düzey $2,74 \pm 1,28$ bulmaktadır. Göçmen hastalarla yeterince iletişim kuramadıklarını $2,31 \pm 1,42$ düşünmektedir. Personel, henüz hasta ile karşılaşmadan göçmen hasta ve yakınlarıyla iletişim kurarken olumsuzlukla karşılaşacağını $3,11 \pm 1,24$ düşünmektedir. Personel, kendilerinin empati yapması gerektiğine $3,96 \pm 1,07$ inanmaktadır. Ancak, bazen göçmen hasta yakınlarıyla iletişim kurmak zorunda kalmalarının işlerini yapmayı geciktirdiğini düşünmektedir $3,78 \pm 1,33$. Personel, yönetimin yaşanan problemlere yeterince etkili çözüm bulamadığını $1,89 \pm 1,15$ düşünmektedir.

Göçmen hastalarla karşılaşan aile hekimliği personelinin tamamı (%100), sağlık problemi olarak öncelikle dil ve kültür farklılığı olduğunu ifade etmiştir.

Tartışma

Karadağ ve Altıntaş göçmenlerin sağlık hizmetine ulaşmada yaşadığı temel sorunlar olarak dil ve iletişim sorunları, kültürel farklılıkları ifade etmiştir (2010: 56). Bu çalışmada ise tüm personel, kültürel farklılıklar da etkili olsa dahi temel sorunun dil probleminden kaynaklandığını belirtmiştir.

Yeşilyurt Gündüz' ün Almanya' da yaptığı çalışmasında iletişim kurmakta sorun yaşayan göçmenlerin sağlık hizmetini yararlanmalarının önünde engel olduğunu ve göçmenler sağlık hizmetini sunucuları tarafından sıkça “problemlili hastalar”-“Problem-Patienten” olarak tanımlanabildiğini ifade etmiştir. Böylece ayrımcı, dışlayıcı muameleyle, duygusal olarak çok mesafeli ve soğuk davranışlarla, hastalıklarına ve hassasiyetlerine duyarsız tutumlarla karşı karşıya kalmaları söz konusu olmaktadır. Örneğin; göçmen asıllı hastaların sıkça hastane ortamlarında aynı odalara yerleştirilmesidir (2011: 99). Aksine bu çalışmada sağlık personelinin büyük çoğunluğunun, göçmen hastalar konusunda empati $3,96 \pm 1,07$ yaptığı bulunmuştur.

Sohng, Sohng ve Yeom' in yaptığı çalışmada ise göçmenlerin sağlık hizmetlerinden yeterince faydalanamamasının nedenleri; sağlık güvencesine sahip olmama, ekonomik koşullar, yerel hizmetlerin gereksinimlere karşılılık vermemesi, ekonomik sebepler, ulaşım, yasalar, dil engeli olarak bulunmuştur (2002: 298).

İldam Çalık, Kavlak ve Sevil de göçmenlerin dil engeli nedeniyle kendilerini ifade etmede zorluk yaşadıklarını, anlaşılama, yanlış anlama gibi bir çok nedenle yeterli ve kaliteli sağlık hizmetinden faydalanamadıklarını çalışmalarında dile getirmişlerdir (2012: 17). Yapılan bu çalışmada, sağlık personeli "bazen göçmen hasta

yakınlarıyla iletişim kurmak zorunda kalmasının işlerini yapmayı geciktirdiğini $3,78\pm 1,33$ " ve "bazı zamanlar göçmen hasta ve yakınları tarafından haksız yere suçlandığını $2,51\pm 1,34$ " düşünmektedir. Ancak, sağlık personelinin çoğu, yine de "göçmen hasta ve yakınlarıyla iletişim kurarken içinde bulunduğu durumu anladığını $3,16\pm 1,30$ " ifade etmektedir. Çalışmada sağlık personelinin, "genel olarak göçmen hasta ve yakınlarının içinde bulunduğu ruh halinden dolayı, sağlık personeline karşı olan olumsuz tepkilerini anlayışla karşıladığı $2,83\pm 1,22$ " bulunmuştur.

Sonuç ve Öneriler

Çalışmada, göçmen hastalarla aile hekimliği personeli arasındaki iletişim durumu ve problemleri incelenmiştir. Çalışmada aile hekimliği personelinin tamamı göçmen hasta ile karşılaşmıştır ve göçmen hastalar ile aile hekimliği personeli arasında iletişim problemi yaşandığı bulunmuştur. Aile hekimliği personelinin çoğu, göçmen hastaların içinde bulunduğu durumu empati yapmakta ve anlamaktadır. Ancak göçmen hastalar tarafından bazen yanlış anlaşıldıklarını düşünmektedir. Göçmen hastalar ile iletişim kurarken yönetimden kaynaklanan iletişim problemleri yaşadıklarını düşünmektedir.

Aile hekimliği personeli göçmen hastalar ile iletişim kurarken sorunu, bazen internet üzerinden arama motorları aracılığıyla, dil bilen tercümanlarla, sözlük ve el yüz işaretleri ile çözmeye çalışmaktadır.

Yaşanan iletişim sorunlarının giderilmesi, göçmen hastaların her ilde takibini kolaylaştırmak ve veri kaydını tutabilmek için göçmen hastaların sağlık personeli ile rahatlıkla iletişim sağlayabileceği, dil bilen sağlık personelinin olduğu, her il ve ilçede aile hekimliği merkezi seçilmelidir. Göçmen hastaların birinci basamak tedavileri bu

merkezlerde gerçekleştirilmeli, hasta takipleri kolaylaştırılmalı, sağlık personeli ve göçmen hastalar arasında rahat iletişim sağlanımalıdır.

KAYNAKLAR

Aker T., Ayata B., zeren M., Buran B. ve Bay A., 2002, Zorunlu İ G: Ruhsal ve Toplumsal Sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3: 97-103.

elik N. ve Murat G., 2014. Türkiye' de İ G Sorununa Yeni Bir Yaklaşım: Stratejik İ G Yönetimi. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi İşletme İktisadi Enstitüsü Yönetim Dergisi*. 76: 45-61.

iek Korkmaz A., 2014. Sığınmacıların Sağlık ve Hemşirelik Hizmetlerine Yarattığı Sorunlar. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*. 1(1): 37-42.

Greşi E., 2011. Türkiye' de Köyden Kente G ve Düşündürdükleri. *Sosyoekonomi, zel Sayı*. 125-135.

İldam alım S., Kavlak O. ve Sevil ., 2012. Evrensel Bir Sorun: Göç Eden Kadınların Sağlığı ve Sağlık Hizmetlerinde Yaşanan Dil Engeli. *Sağlık ve Toplum*. 22(2): 11-19.

Karadağ . ve Altıntaş K.H., 2010. Mlteçiler ve Sağlık. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 9(1): 55-62.

Karlberg G.L. and Ringsberg K.C., 2006. Experiences of Oral Health Care Among Immigrants from Iran and Iraq Living in Sweden, *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. 1: 120-127.

Keeley B., 2009. Internal Migration: The Human Face of Globalisation. *OECD*. 7.

Koçak Y. ve Terzi E., 2012. Türkiye' de G Olgusu, G Edenlerin Kentlere Olan Etkileri ve zm nerileri. Kafkas Üniversitesi. *İktisadi ve İdari Bilimler Fakltesi Dergisi*. 3(3): 163-184.

Priebe S., Sandhu S., Dias S., Gaddini A., Greacen T., Ioannidis E., Kluge U., Krasnik A., Lamkaddem M., Lorant V., PuigpinsıRiera R., Sarvary A., Soares J., Stankunas M., Straşmayr C., Wahlbeck K., Welbel M. and Bogic M., 2011. Goodpractice in healthcareformigrants: viewsandexperiences of careprofessionals in 16 European countries, *BMC Public Health* 11:187: 1-12.

Sağlam S., 2006. Türkiye' de İ G Olgusu ve Kentleşme, *Hacettepe Üniversitesi Türkiyat Araştırmaları Enstitüsü*, 5: 33-44.

Sohng K.Y., Sohng S. and Yeom H., 2002. Health-Promoting Behaviors of Elderly Korean Immigrants in the United States, *Public Health Nursing*, 19(4), pp. 294-300.

Tezcan S. ve Eryurt M.A., 2006-07. Türkiye' de İ G ve ocuk Sağlığı. *Nüfus Bilim Dergisi*. 28-29: 15-28.

Topçu S. ve Beşer A., 2006. G ve Sağlık. *C.. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 10(3): 37-42.

Tuzcu A. ve Bademli K., 2014. Göçün Psikososyal Boyutu. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 6(1): 56-66.

Tüfekçi S., 2002. Kırsal Kesimlerden Büyükşehirlere Göç ve Göçün Aile Yapısında Meydana Getirdiği Değişiklikler (İstanbul Örneği), Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Anabilim Dalı. Isparta, 155.

TÜİK, Tarihsel Gelişim, http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?alt_id=1067, Erişim Tarihi: 01.04.2015.

Wiking E., Sundquist J. and Saleh-Statinn N., 2013. Consultations Between Immigrant Patients, Their Interpreters, and Their General Practitioners: Are They Real Meetings or Just Encounters? A Qualitative Study in Primary Health Care, *Hindawi Publishing Corporation International Journal of Family Medicine*, Volume 2013: 1-10.

Yaşar Ekici F., 2014. Türk Aile Yapısının Değişim ve Dönüşümü Ve Bu Değişim ve Dönüşüme Etki Eden Unsurların Değerlendirilmesi, *The Journal of Academic Social Science Studies*. 30: 209-224.

Yeşilyurt Gündüz Z., 2011. Onlar Bizim Hemşehrimiz Uluslar arası Göç ve Hizmetlerin Kültürlerarası Açılımı Ed: Erol Esen-Zeliha Yazıcı İçinde, Almanya' daki Türkiye Kökenli Göçmenlerin Sağlık Durumları: "Göç Hasta Eder"den "Göç Hastalığa İyi Gelir" e Geçiş İçin Öneriler. Siyasal Kitabevi. 85-107.