

T.C.
Maltepe Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

**YABANCI UYRUKLU ÇOCUK HASTALARIN HASTANEYE
YATIŞ SÜRECİNİ VE EBEVEYNLERİ ÜZERİNE ETKİSİNİN
İNCELENMESİ**

Fatma Büşra SELMANOĞLU

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İSTANBUL

2017

T.C.
Maltepe Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

**YABANCI UYRUKLU ÇOCUK HASTALARIN HASTANEYE
YATIŞ SÜRECİNİ VE EBEVEYNLERİ ÜZERİNE ETKİSİNİN
İNCELENMESİ**

Fatma Büşra SELMANOĞLU

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Yard. Doç. Dr. Behice EKİCİ

İSTANBUL

2017

T.C. Maltepe Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne,

05.10.2017 tarihinde tezinin savunmasını yapan Fatma Büşra SELMANOĞLU' na ait "Yabancı Uyruklu Çocuk Hastaların Hastaneye Yatış Sürecini ve Ebeveynlerine Etkisinin İncelenmesi" başlıklı çalışma, Jürimiz tarafından Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Tezli Yüksek Lisans Programında Yüksek Lisans Tezi Olarak Oy Birliği/Oy Çoğunluğu ile Kabul Edilmiştir.



Yrd. Doç. Dr. Behice EKİCİ
(Başkan)
(Danışman)



Prof. Dr. Sema KUĞUOĞLU
(Üye)



Yrd. Doç. Dr. Birsen MUTLU
(Üye)

YEMİN METNİ

01.11.2017

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum "Yabancı Uyruklu Çocuk Hastaların Hastaneye Yatış Sürecini ve Ebeveynlerine Etkisinin İncelenmesi" adlı çalışmanın, proje safhasından sonuçlanmasına kadar olan bütün süreçlerinde bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın tarafımda yazıldığını ve yararlandığım bütün eserlerin "Kaynakça" da gösterilenlerden oluştuğunu, "Kaynakça" da yer alan bu eserlerden metin içinde atıf yaparak yararlanmış olduğumu belirtir ve onurumla doğrularım.

131501101
FATMA BÜŞRA SELMANOĞLU
İmza



TEŐEKKÖRLER

Tez çalıőmam sűresince, her konuda bilgi ve tecrűbeleriyle beni yűnlendiren, desteęini hiçbir Őekilde esirgemeyen, deęerli hocam ve danıőmanım Yrd. Doç. Dr. Behice EKİCİ'ye,

Tezimin istatıksel değerlendirmelerinde katkıda bulunan Dr. Abdullah SARIÖZ'e

Hayatım boyunca maddi, manevi desteklerini esirgemeyip her zaman yanımda olan canım annem Farűnnisa SERBEST'e, canım babam Muzaffer SERBEST'e , çok sevdiğim kardeőim Mustafa Berk SERBEST'e, sevgisiyle yanımda olan tezimi yazarken her aőamada yardımını esirgemeyen sevgili eőim Mehmet İhsan SELMANOęLU'na

Teőekkűrlerimi Sunarım.

Fatma Bűőra SELMANOęLU

ÖZET

YABANCI UYRUKLU ÇOCUK HASTALARIN HASTANEYE YATIŞ SÜRECİNİ VE EBEVEYNLERİ ÜZERİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Bu araştırma, yabancı uyruklu çocuk hastaların hastaneye yatış sürecini ve ebeveynleri üzerine etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini, çocuğu hastanede yatan yabancı uyruklu 103 ebeveynden oluşmuştur. Araştırmanın verileri, Çocuk ve Aileyi Tanıtıcı Bilgi Formu, Yabancı Uyruklu Çocuk Hastaların Hastaneye Yatış Sürecini ve Ebeveynlere Etkisini Belirleme Formu kullanılarak toplanmıştır. Veriler; sayı, yüzde, Fisher'in kesin ,post-hoc, kıkare analizi ile incelenmiştir. İstatistiksel anlamlılık değeri $p<0,05$ kabul edilmiştir. Yabancı uyruklu çocukların tamamı konjenital kalp hastalığı tanısı ve ameliyatı nedeniyle araştırmanın yapıldığı hastanede yatmıştır. Çocukların ve ailelerinin çoğunluğunun Irak uyruklu (% 80,2) olduğu belirlenmiştir. Ebeveynlerin %71,8'nin bu hastaneyi tercih etme nedeninin ülkelerinde bu ameliyatı yapacak hastanenin olmamasıdır. Yabancı uyruklu ebeveynlerin yatış sürecinde; tanı tedavi (%100) kabul süreci (%100) sağlık ekibi ile iletişimde (%52,4) ve duygu-davranış (%100) sorunları yaşadığı belirlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda; medikal turizm kapsamında sunulan sağlık hizmetlerinin yabancı uyruklu çocuk hastaların ve ebeveynlerinin gereksinimlerine göre hemşirelik bakımlarının planlanması, yabancı uyruklu hasta çocukların ve ailesinin gereksinimlerini belirlemeye yönelik araştırma önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, çocuk hasta, hastaneye yatış, ebeveyn, yabancı uyruklu

ABSTRACT

ASSESSMENT OF HOSPITALIZING PROCESS OF FOREIGN NATIONAL PEDIATRIC PATIENTS AND ITS EFFECT ON THEIR PARENTS

The aim of this work is to investigate the hospitalizing process of the foreign national pediatric patients and the effect of this process on their parents. A cohort of 103 foreign national parents were included in this study. Data is collected using Patient and Parents Information Form, and Effect Evaluation Form. Statistical differences ($p < 0,05$) were tested using chi square, Fisher's test, post-hoc comparisons. Findings indicate that; majority of the population is composed of Iraqis subjects (80,2%); who underwent surgery after the congenital heart disease diagnosis; travelled by scheduled plane; parents accommodated at hospital; ASM were preferred since their country lacks the facilities for the surgical operation; encountered problems during identification, diagnosis and admission processes, with no financial problems; parents considered duration acceptable; they faced behavioral discrepancy with the healthcare workers; their basic needs were fulfilled; primary school graduates encountered more discrepancies when compared to the other groups; more educated families faced more behavioral problems with healthcare workers; there were more changes in the roles and the liabilities of the parents whose children were hospitalized between 1-15 days; the same parents employed to-cope-with methods more; working Libyan cohort with more length of hospital stay had more problems with healthcare workers than those with less number of children ($p < 0,05$). In the light of these findings; informing parents via translators and receiving feedback, involving care providers into the nurture processes, planning healthcare services provided within the scope of medical tourism, and supporting and contributing to the healthcare plans are suggested.

Keywords: Pediatric patients, hospitalization, foreign national parents

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER KISALTMA DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
TABLolar DİZİNİ	xi
GRAFİK DİZİNİ	xii
1. GİRİŞ	
1. 1. Kapsam	1
1. 2. Amaçlar	4
2. GENEL BİLGİLER	
2. 1. Sağlık Turizmi	6
2. 2. Medikal Turizm	11
2. 3. Çocuğun Hastalığının ve Hastaneye Yatışının Etkileri	16
2. 3.1. Hastaneye Yatışın Çocuklar Üzerine Etkisi	16
2.3.2. Hastaneye Yatışın Ebeveynler Üzerine Etkisi	23

3. GEREÇ VE YÖNTEM	
3. 1. Araştırmanın Tipi	28
3. 2. Araştırmanın Yeri ve Süresi	28
3. 3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	29
3. 4. Araştırma Verilerinin Toplanması	29
3. 4. 1. Veri Toplama Formlarının Hazırlanması	29
3. 4. 2. Veri Toplama Formlarının Ön Uygulaması	30
3. 4. 3. Veri Toplama Formlarının Uygulanması	30
3. 5. Verilerin Değerlendirilmesi	30
3. 6. Araştırmanın Sınırlılıkları	31
3. 7. Araştırmanın Güçlü Yönleri	31
3. 8. Araştırmanın Etik Yönü	31
3. 9. Araştırma Takvimi	31
4. BULGULAR	33
5. TARTIŞMA	52
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	
6. 1. Sonuçlar	61
6. 2. Öneriler	63
KAYNAKLAR	64
EKLER	
EK- 1: Çocuk ve Aileyi Tanıtıcı Bilgi Formu	
EK -2: Yabancı Uyruklu Çocuk Hastaların Hastaneye Yatış Sürecini ve Ebeveynlerine Etkisini Belirleme Formu	
EK -3: Anadolu Sağlık Merkezi Etik Kurul Onay Formu	

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

SPA (Selus Per Aqua): Sudan Gelen Sağlık

ASM: Anadolu Sağlık Merkezi

M.Ö: Milattan Önce

SB: Sağlık Bakanlığı

JCI: Joint Commission International

ESMO: Avrupa Tıbbi Onkoloji Derneği

ISO: International Standards of Organisations

KVCYB: Kalp Damar Cerrahisi Yoğun Bakım

SPSS (Statistical Package for Social Sciences): Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket

ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa No
Şekil 3.9.1. Araştırma Planı	32



TABLolar DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 4.1. Çocukların ve Ailelerinin Tanıtıcı Özellikleri	33
Tablo 4.2. Ebeveynlerin Tanıtıcı Özellikleri	34
Tablo 4.3. Çocukların Hastaneye Yatış Sürecine Ait Özellikler	35
Tablo 4.4. Çocukların Hastaneye Yattığı Süreçte Ebeveynlerin Yaşadığı Sorunlar	39
Tablo 4.5. Çocukların Hastaneye Yattığı Süreçte Ebeveynlerin Yaşadığı Sorunlarla Başetme Durumu	40
Tablo 4.6. Çocukların Hastaneye Yattığı Süreçte Ebeveynlerin Günlük Gereksinimlerini Karşılama Durumu	41
Tablo 4.7. Ebeveynlerin Tanıtıcı Özelliklerine, Yatış Gün Sayısına ve Konaklama Yerine Göre Maddi Sorun Yaşama Durumunun Karşılaştırılması	42
Tablo 4.8. Ebeveynlerin Tanıtıcı Özelliklerine, Yatış Gün Sayısına ve Konaklama Yerine Göre Ebeveynlerin Duygu/ Davranış Sorunlarını Yaşama Durumunun Karşılaştırılması	44
Tablo 4.9. Ebeveynlerin Tanıtıcı Özelliklerine, Yatış Gün Sayısına ve Konaklama Yerine Göre Ebeveynlerin Rol ve Sorumlulukları İle İlgili Sorun Yaşama Durumunun Karşılaştırılması	46
Tablo 4.10. Ebeveynlerin Tanıtıcı Özelliklerine, Yatış Gün Sayısına ve Konaklama Yerine Göre Ebeveynlerin Sağlık Ekibi İle İlgili İletişimde Sorun Yaşama Durumunun Karşılaştırılması	48
Tablo 4.11. Ebeveynlerin Tanıtıcı Özelliklerine, Yatış Gün Sayısına ve Konaklama Yerine Göre Ebeveynlerin Baş Etme Yöntemi Kullanma Durumunun Karşılaştırılması	50

GRAFİK DİZİNİ

	Sayfa No
Grafik 4.1. Çocukların ve Ailelerin Uyrugu	34
Grafik 4.2. Çocukların Hastaneye Yatış Deneyimi	36
Grafik 4.3. Çocukların Hastaneye Yatışında Rol Alan Bakım Vericisi	37
Grafik 4.4. Ebeveynlerin Bu Hastaneyi Tercih Etme Nedenleri	37
Grafik 4.5. Ebeveynlerin Daha Önce Başka Ülkede Sağlık Hizmeti Alma Durumu	38

1.GİRİŞ

1.1. Kapsam

Sağlık turizmi, sağlığı geliştirmek ve iyileştirmek amacıyla yapılan seyahatleri kapsamaktadır (1, 2). Sağlık turizmi sunulan hizmetin türüne göre, wellness- Selus Per Aqua (SPA), termal, medikal turizm olmak üzere üç grupta incelenmektedir (1, 2). Wellness- SPA turizmi; belirli bir hastalığı olmayan bireylerin yenilenme, fiziksel, zihinsel, sosyal yönlerden iyi olmak için sağlıklı aktivitelerden yararlanmayı içeren turizm şeklidir (1, 2, 3). Termal turizm; hasta ya da sağlıklı bireylerin termal sularından yararlanmak üzere yapılan seyahatleri içeren turizm türüdür (1, 2, 3). Medikal turizm ise; bireylerin medikal girişimler ile sağlıklarını iyileştirmek, yenilemek amacıyla yapılan seyahatleri içeren turizm türüdür (1, 2). Medikal turizm hastalığın iyileştirilmesi, tıbbi teşhis ve tedavi yöntemlerinden faydalanarak hizmet alınmasıdır (2).

Medikal turizm genel olarak cerrahi veya özel uzmanlık gerektiren tıbbi girişimleri içeren uygulamalara gereksinimi olan hastaların, sürekli yaşadığı yerden başka bir yere seyahat etmeleri nedeniyle, turistik bir aktivite olarak nitelenir (2,3). Medikal turizm kapsamındaki seyahatlerde hastalar, bir günden az, bir seneden fazla kalmamak koşuluyla, sağlıklarına kavuşmak, korumak, tedavi görmek amacıyla başka bir yere seyahat etmektedirler (3, 4, 5, 6). Hasta ya da sağlıklı bireylerin sağlık hizmeti almak amacıyla seyahat etmelerinin nedenleri;

- İleri donanım ve teknolojiye sahip, bilimsel yönden dünya çapında etkinliği fazla olan ülke/şehirlerde tedavi olma isteği,
- Tıbbi hizmetlerin pahalı olması ve aynı hizmeti başka yerde daha ucuza alabiliyor olması,
- Bireyin başka bir ülkede, kendi ülkesinde bulunan sağlık hizmetinden daha kaliteli bir hizmet alabilmesi,

- Bireyin sahip olduğu sağlık sigortasının başka yerdeki hizmeti önermesi,
- Kendi ülkesinde sağlık hizmeti alma süresinin uzun olması nedeniyle bu süreyi kısaltma isteğidir (3, 4, 5, 6).

Günümüzde bazı ülkeler, sundukları medikal turizm hizmetleri açısından yabancı ülke vatandaşları tarafından daha fazla tercih edilmektedirler (1, 2). Dünya Sağlık Örgütü 2014 verilerine göre, dünyada medikal hizmetleri almak amacıyla talep edilen ilk beş ülke; Panama, Brezilya, Malezya, Kosta Rica ve Hindistan'dır (4, 7, 8).

Medikal turizme hem gelişmiş hem de gelişmemiş ülke vatandaşları katılmaktadır (1, 2). Gelişmemiş ülke vatandaşları; sağlık hizmetlerinin yetersizliği, nitelikli personel azlığı/yokluğu, gelişmiş ülke vatandaşları ise; sağlık hizmetlerinin pahalı olması, hasta bekleme listelerinin uzun olması, yaşlı nüfusun fazla olması, bakım maliyetlerinin yüksek olması nedenleriyle yabancı ülkelere gitmektedirler (4, 9, 10, 11). Medikal turizm amacıyla için 2014 yılında yabancı ülkelere gidenlerin çoğunluğu Sudan, Somali, Afganistan, Libya, Pakistan, Irak, Suriye gibi gelişmemiş ülke vatandaşlarıdır (1, 2). Medikal turizm amaçlı seyahat eden gelişmiş ülkeler ise, Amerika, İngiltere, Fransa, Danimarka, gibi ülkelerdir (9, 10, 11).

Türkiye'de son yıllarda özellikle özel sektörün medikal turizm yatırımları ve bu yatırımların yurt dışındaki tanıtım çalışmaları artış göstermektedir (4, 8). Hastalıkların tedavisine, sağlığın geliştirilmesine yönelik hizmet kalitesi ve standartları yüksek olan hastanelerin ya da sağlık kuruluşlarının yatırımlarının artış göstermektedir (4, 8). Bu yatırımlarda hizmet kalitesi ve standartları yüksek olan hastanelerin ya da sağlık kuruluşlarının büyük payı bulunmaktadır (2). Medikal turizm amaçlı Türkiye'ye gelenler en fazla özel hastaneleri tercih etmektedirler (3, 5, 6). Türkiye'de yabancı uyruklu hastalara hizmet veren 1200'ün üstünde özel ve kamu hastanesi bulunmaktadır (5, 10). Bu hastanelerin 300'ü uluslararası sağlık merkezleri ile işbirliği yapmaktadırlar (3, 4, 5, 10).

Türkiye'ye medikal turizm amacıyla seyahat edenler; plastik ve estetik cerrahi, tüp bebek uygulamaları, kalp-damar cerrahisi, beyin cerrahisi, tümör ameliyatları ve tedavileri, göz-kulak-burun-boğaz ameliyatları, diyaliz, deri

hastalıkları, check-up hizmetlerini almak için gelmektedirler (3, 4, 5, 6, 10, 12). Ülkemize yurt dışından gelen çocuk hastalar ve aileleri göz, diş ameliyatları ve çoğunlukla açık kalp ameliyatları nedeniyle gelmekte; kısa ya da uzun süreli hastanede yatmakta, tedavi veya cerrahi ameliyat geçirmektedirler (3, 4, 5).

Hastaneye yatış çocuğun hastalığının derecesine bakılmaksızın kısa veya uzun süreli olsun çocuk ve ailesi için travmatik bir süreçtir (13, 14). Bu sürecin aileler üzerindeki etkisi ve tepkileri; şok, korku, aşırı kaygı, öfke, gerginlik, sinirlilik, acizlik hissi, umutsuzluk, kızgınlık, suçluluk, depresyondur (13, 15, 16, 17). Anne ve babalar suçluluk, kızgınlık, uyuşukluk, anlamsızlık, çaresizlik ve boyun eğme duyguları yaşarken; kendileri ve yaşamları açısından önemli olan birey ve olay üzerinde kontrolü kaybettiklerini düşünmektedirler (15, 18). Çocuğun yoğun bakım ünitesinde yatması durumunda ise, bu süreç daha da travmatik olmaktadır (3, 5, 12). Çocuğun hastalığının ve/veya ameliyatının ciddiyetine, yoğun bakım ünitesinde yatışına, süresine, yoğun bakım koşullarına, teknolojik donanıma ve yabancı bir çevre olmasına bağlı olarak çocuk ve ailesi üzerinde kalıcı etkilere neden olmaktadır (3, 5, 12). Korku ve kaygı hastalığın ciddiyetine ve tıbbi uygulamaların türüne bağlıyken anksiyete; çoğunlukla tıbbi uygulamalara, çocuğun uğradığı travmaya ve ağrıya bağlı olmaktadır (19). Hayal kırıklığı ise, genellikle tıbbi uygulamalar ve tedaviler hakkında bilgi eksikliğine, hastane kurallarını/düzenlemelerini bilmemeye, personele yabancılaşma ve soru sorma korkusunun varlığına bağlıdır (20). Ailelerin çocuklarını ziyaretlerinin sınırlı olması, kısa süreli/sınırlı iletişim kurabilmeleri aileler için ek stres kaynağı olmaktadır (14, 17). Çocuğun hastaneye/yoğun bakıma yatışı ailelerin günlük aktivitelerini, aile içindeki rollerini, bu rollerin getirdiği görev ve sorumluluklarını yapamamakta ve buna bağlı olarak çeşitli güçlükler yaşamalarına neden olmaktadır (21, 22). Bu güçlüklerin bazıları; maddi sorunlar, sağlık ekibi ile iletişim kuramama, kalacak yer ve konforu ile ilgili sorunlar, diğer aile üyeleri ve çocuklarından ayrı kalma, onların bakımlarını yapamama, iş ile ilgili sorunlar, yorgunluk, uykusuzluk ve beslenme sorunlarıdır (12, 19, 23, 24, 25, 26).

Yabancı uyruklu çocuk hastaların ebeveynleri de benzer zorlukları yaşamaktadır, yabancı uyruklu ebeveynin diğer aile bireylerinden uzakta olması ve yabancı bir dilin konuşulması ve farklı sosyal kültürel özelliklere sahip bir ülkede yaşamak zorunda kalınması çok daha travmatik olmaktadır (15, 27).

Ailelerin bu zorlu süreç ile baş edebilmesi oldukça zordur (28). Ailelerin bu süreçle baş etmek için çeşitli baş etme yöntemleri kullanmaktadırlar (14, 15, 29, 30). Ailelerin kullandığı olumlu baş etme yöntemleri; bilgi isteme, uyum gösterme, çocuğun bakımına katılma, endişelerini paylaşma, durum konuşma/yüzleşme, sorunu yeniden tanımlama, kendini teselli etme, alternatifleri/sonuçları gözden geçirme, nefes alıp verme, dini inançlara bağlanma, ağlama, gazete, dergi okuma, el işi yapma gibi oyalayıcı aktivitelerle uğraşmaktır (14, 31). Olumsuz baş etme yöntemleri ise; olanları unutmama, kendini soyutlama, bir kaçış yolu bulma, olanları baskılama inkar etme, herhangi birini suçlama, kınamadır (23, 30, 32, 33).

Yabancı uyruklu ebeveynler bu olumlu olumsuz baş etme yöntemleri yanında kendi sosyokültürel özelliklerini taşıyan yöntemlerle çocuklarına, güç vereceğine, iyileşeceğine inanmaktadırlar (34, 35). Bunların kendi ülkelerinden getirdikleri kutsal olduklarına inandıkları kumaş parçaları, hayvan figürleri, toprak ya da kutsal kitap gibi eşyalardır (34, 35). Bu eşya/ objeleri hasta çocuklarının yanında tutarak ondan güç aldığına inanmaktadırlar (34).

Dünya da medikal turizm hizmeti alan yabancı uyruklu yetişkin ve/ veya çocukların hastaneye yatışının ebeveynlerine etkisini inceleyen araştırmalara rastlanmamıştır. Bu araştırma, medikal turizm amacıyla ülkemize gelen yabancı uyruklu çocuk hastaların ebeveynlerinin yaşadığı sorunların, gereksinimlerinin ve sunulan sağlık hizmetlerinin yeterlilik düzeyinin istatistiksel verilerle açıklanmasını sağlayacaktır. Bu verilerin; medikal turizm kapsamında sunulan sağlık hizmetlerinin planlanmasına, sağlık çalışanlarının ve özellikle hemşirelerin, çocukların aile merkezli yaklaşımla hazırlayacakları bakım planlarını destekleyeceği veya katkıda bulunacağı umulmaktadır.

1.2. Amaçlar

Bu araştırmanın amacı, medikal turizm kapsamında Türkiye'ye gelen yabancı uyruklu çocuk hastaların ailelerinin, hastaneye yatış sürecinde yaşadıkları sorunları ve hastaneye yatışın ebeveynleri üzerine etkisini belirlemektir.

Bu doğrultuda araştırmada incelenen sorular: Yabancı uyruklu çocuk hastaların hastaneye yattığı süreçte ebeveynlerinin;

- Tanı-tedavi sürecinde sorun yaşama durumu?
- Hastaneye kabul sürecinde sorun yaşama durumu?
- Ziyaret süresi-sıklığı ile ilgili sorun yaşama durumu?
- Maddi sorun yaşama durumu?
- Sağlık ekibi ile iletişimde sorun yaşama durumu?
- Duygu/davranış sorunları yaşama durumu?
- Rol ve sorumluluklarında sorun yaşama durumu?
- Baş etme yöntemleri kullanma durumu nedir?



2.GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Turizmi

Sağlık turizmi, genel anlamıyla yaşadığı yerden başka bir yere sağlık amacı ile seyahat eden bireylerin oluşturduğu turizmdir (36). Bireylerin sağlığı geliştirmek, korumak, iyileştirmek, rahatlamak, amacıyla yapılan 24 saati aşan seyahatleri kapsamaktadır (37).

Sağlık turizmi sunulan hizmetin türüne göre, wellness- SPA, termal ve medikal turizm olarak üç grupta incelenmektedir (1, 2).

Wellness- SPA turizm:

Wellness- SPA turizm doğal yaşamla uyumlu beden, ruh, zihinsel ve sosyal olarak iyiliğe ulaşmak için yapılan seyahatlerdir (1, 2). Bireyin sağlığını koruyucu, destekleyici ve motivasyonunu temel alan ilişkilerin ve etkileyicilerin tamamını kapsamaktadır (37, 38). Bu turizm türünde konaklama hizmetine ek olarak bir wellness otelde; fitness, SPA, vücut bakımı, sağlıklı beslenme, alışveriş, cilt bakımı, saunalar, ıslak alanlar, tesis dışı aktiviteler, beslenme, yaşam koçluğu, gevşeme, zihinsel uyarılma ve eğitimden oluşan hizmetler bulunmaktadır (39). Wellness, sağlık dengesini koruma ve arttırmayı amaçlamaktadır (2, 38). SPA ise, su ile gelen sağlık anlamına gelmektedir (38). Uluslar arası SPA birliğine göre SPA, klüp, kruvaziyer, günlük, destinasyon, medispa, mineral kaplıca ve Resort otel SPA olarak yedi bölümde incelenmektedir (1, 2). Klüp SPA; fitness gibi sağlık hizmetlerini sunan klüplerdir (40). Kruvaziyer SPA; kruvaziyer gemide wellness hizmetlerinin yanında SPA hizmetlerinin de sunulmasıdır (40). Günlük SPA; en yaygın SPA türü olup günlük hizmetlerin sunulduğu SPA türüdür (2). Destinasyon SPA; Fiziksel sağlık ve eğitim amaçlı profesyonelce yönetilen hizmet programları ile yerinde konaklama yapılması yoluyla sağlığın geliştirilmesi, iyileştirilmesine yönelik hizmetlerin sunulduğu SPA türüdür (1, 2). Medispa; geniş kapsamlı sağlık ve wellness bakımlarını, geleneksel SPA hizmetleri ve tamamlayıcı tedavilerin bütünleştirildiği bir ortamda sağlamak olup tıbbi SPA profesyonelleri tarafından

verilen uygulamaları da kapsayan SPA türüdür (1, 2). Mineral Kaplıca SPA; kaynağından alınarak kullanılan doğal mineral, termal veya deniz suyu ile yapılan wellness – SPA hizmetlerini ve hidroterapi uygulamalarını kapsayan SPA türüdür (1, 2). Resort otel SPA; tatil yeri veya otel içinde yerleşik şekilde profesyonelce yönetilen SPA hizmetlerinin, sağlık ve iyileştirme ünitelerinde SPA mutfağı menü seçeneklerinin günlük veya daha uzun süreli sunulması olup wellness ve fitness hizmetlerinin de sunulmasını kapsayan SPA türüdür (2).

Termal turizm

Termal turizm, mineralize termal sular ile çamurların, kaynağın yöresindeki çevre ve iklim faktörleri ile birleştirilerek, insan sağlığına olumlu katkı sağlamak üzere, uzman hekimin denetiminde; fizik tedavi, rehabilitasyon, egzersiz, psikoterapi, diyet gibi destek tedavilerle koordineli kür uygulamalarını içeren turizmdir (41, 42). Termal turizmin amacı; termal suyun tıbbi olarak belirlenmiş endikasyon özelliklerine göre uzman doktor denetiminde etkin ve uygun tedavinin yanında; dinlenme, rekreasyon, eğlence, spor gibi aktivitelerden yararlanılarak bireyin, sağlığını korumak ve geliştirmektir, doğal olarak belirli sıcaklığa sahip faydalı mineralleri içeren şifalı suların, çamurun ve buharın bulunduğu bölgenin iklim şartlarından yararlanmaktadır (1, 2). Termal turizm tesisleri ikiye ayrılır (2). Sıcak sular ve suların çıktığı yere kurulan tesislere ılıca, ılıcaların üzerine yapılan termal tesislere kaplıca denir (2, 42). Termal turizm tesislerinde, suyun ve çamurun endikasyonuna göre, deri ve cilt, kadın, kan dolaşım, karaciğer ve safra kesesi, kalp ve damar, solunum yolu hastalıkları olan bireyler yararlanmaktadır (1, 2).

Medikal turizm

Medikal turizm, genel olarak cerrahi veya özel uzmanlık gerektiren tıbbi girişimleri içeren uygulamalara gereksinimi olan hastaların, sürekli yaşadığı yerden başka bir yere seyahat etmeleri nedeniyle turistik bir aktivitedir (41). Medikal turizm kapsamındaki seyahatlerde hastalar bir günden az bir seneden fazla kalmamak koşuluyla, sağlıklarına kavuşmak, korumak, tedavi almak amacıyla başka bir yere seyahat etmektedirler (42). İkinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında tedavi amaçlı kardiyovasküler cerrahi, estetik cerrahi, radyoterapi, göz, diş, diyaliz, protez

takılması, kanser tedavisi, nöroşirurji, organ nakilleri ve nitelikli tıbbi müdahaleler ve tedaviler amacıyla yapılan seyahatlerdir (43, 44).

Tarihsel Sürec

Bireylerin daha sağlıklı olmak için, binlerce yıldır uzak mesafelere seyahat ettikleri bilinmektedir (1, 2). Medikal turizmin tarihçesi antik çağlara dayanmaktadır (45).

Antik çağda medeniyetler, mineral termal kaynaklar ve kutsal tapınakların tedavi edici etkilerinin farkına varmışlardır (45, 46). Sümerler yaklaşık M.Ö 4000 yılında kaplıcalar etrafında inşa edilen ilk sağlık kompleksini inşa etmiş; Tunç çağı (M.Ö 2000) tepe kabileleri, günümüzde St. Mortiz olarak bilinen, demir açısından zengin mineral kaynaklarından içme ve banyo yapma amacıyla yararlanmışlardır (1, 2). Yunanlılar, tıp tanrısı olan Asclepius'un onuruna, sağlık merkezi inşa etmişlerdir (3). Günümüzden 5000 yıl önce, medikal turistler ve ruhani öğrenciler Hindistan'a yoga gibi alternatif şifa yöntemleri için gitmişlerdir (46). Roma'da sıcak su kaynaklarından şifa ve tedavi edici özelliklerinin yanında ticari sosyal merkezler olarak da kullanmışlardır (45).

Japonlar orta çağda hayvanların içgüdüsel olarak acılarını gidermek için sürekli kabaran sulara gittiklerine, kaplıcaların iyileştirici etkilerini fark ettikleri ve onsen olarak adlandırdıkları bu kaynakları ağrıyı dindirmek, yaraları iyileştirmek için kullandıkları görülmektedir ().

Rönesans dönemi, sanat ve kültürün yanında sağlık turizminin geliştiği bir dönemdir (1, 2). Ville d'Eaux veya suların şehri olarak bilinen köy, demir açısından zengin su kaynaklarına sahip olan bu bölge, 1326 yılında sağlık turizmi amacıyla kullanılmıştır (2). SPA kavramı Romalılar tarafından ilk kez kullanılmış ve sudan gelen sağlık olarak tanımlanmıştır (2, 3).

Amerika ve Avrupa 1900'lu yılların başında sağlık turizmi alanında önemli merkezler haline gelmiştir, ancak sunduğu hizmetlerin pahalı olması nedeniyle, ancak gelir düzeyi yüksek olan kişilerin bu hizmetlerden yararlanabildiği belirtilmektedir (3). Küba, Kostarika, Tayland, Singapur, Kolombiya ve Malezya gibi ülkelere de 1900'lü yılların ortalarında sağlık turizmi amacıyla farklı gelir grubundaki bireylerin seyahat ettikleri görülmüştür (47). 2007 yılında yaklaşık

750.000 Amerikalı, Hindistan'a, Singapur'a, Tayland'a ve diğer bölgelere medikal işlemler için seyahat etmişlerdir (6, 47).

Yirmi birinci yüzyıldan itibaren bireyler, tanı, tedavi, ameliyatlar gibi sağlık hizmetlerini almak için sürekli yaşadıkları bölgeler dışına seyahat etmeye başlamışlardır (3, 4). Medikal turizm olarak tanımlanan bu turizm türü küresel olarak çeşitli hizmetleri ve mekânları birleştiren bir sağlık bakım hizmeti sunmaktadır (). Bugün modern medikal turizm, yüksek tıbbi bakım maliyetleri, uzak mesafeli seyahatlerin kolaylığı ve ileri bilgi teknolojileri nedeniyle yaygınlaşmıştır (4, 5).

Türkiye son yıllarda sunduğu medikal turizmi hizmetleri açısından tercih edilmeye başlanan bir ülke olmuştur (6).

Sağlık Bakanlığı'nın medikal turizme ilişkin 2013-2017 yılı stratejik planında sağlık turizmi ile ilgili belirli bir amaç ve hedef belirlenmiştir (43). Buna göre amaçları arasında "Türkiye'nin ekonomik ve sosyal kalkınmasına ve küresel sağlığa katkı aracı olarak sağlık sistemini geliştirmeye devam etmek" yer alırken hedeflerinden birisi ise, "Türkiye'de sağlık turizmini güçlendirmektir" olarak belirlenmiştir (43). Bu amaç ve hedefe ulaşabilmek için Sağlık Bakanlığı medikal turizm teşvik edici sağlık politikaları benimsemektedir (43).

Yabancı ülke vatandaşlarının %95'i sağlık hizmeti almak için özel sağlık kuruluşlarını tercih ederken, bunu devlet hastaneleri (%2) eğitim araştırma hastaneleri (%2) ve üniversite hastaneleri (%1) takip etmektedir (3, 5, 8). Sağlık hizmeti almak için ülkemize gelen yabancı uyruklu hastaların yıllara göre dağılımı incelendiğinde, 2008 yılında 74.093 kişi, 2009 yılında 91.961 kişi, 2010 yılında 109.678 kişi, 2011 yılında 156.176 kişi, 2012 yılında 270.000 kişi, 2013 yılında ise yaklaşık 320 bin kişi ülkemize gelmiştir (6, 7).

2012 yılında özel hastanelere başvuran medikal turistler en çok Libya, Almanya, Irak, Azerbaycan ve Rusya'dan gelmiştir (3, 5, 6). Uluslararası hastaların % 27,4'ü JCI tarafından akredite edilmiş olan hastanelere, % 72,6'sı ise akredite olmayan hastanelere başvurmuştur (43, 44). Uluslararası hastaların başvurduğu toplam hastane sayısı 899'dur, bu hastanelerden sadece 33'ü akredite hastane olup diğerleri uluslararası akreditasyon (JCI) belgesine sahip değildir (5). Akreditasyon belgesine sahip 33 hastaneye toplam 71679 uluslararası hasta başvurmuştur, bu durumda akredite hastane başına düşen ortalama uluslararası hasta sayısı 2172'dir

(6). Akredite olmayan hastaneler için aynı şekilde hesaplanan ortalama hasta sayısı ise 220'dir (6). Uluslararası akreditasyon belgesine sahip olan hastaneler, bu belgeye sahip olmayan hastanelere göre 10 kat fazla uluslararası hasta tercih etmiştir (6).

Türkiye'de medikal turizm'de hastaların başvurduğu ilk 10 özel hastane sırasıyla; ASM, Özel Alanya anadolu hastanesi, Özel Akdeniz hastanesi, Bahçelievler Medical Park hastanesi, Özel acıbadem fulya hastanesi, Özel Göztepe Medical park sağlık kompleksi, Özel bilgi hastanesi, Özel dünya göz hastanesi Ataköy, Özel Medicana International hastanesi, Özel bayındır hastanesidir (3, 5, 6). Kardiyovasküler cerrahi, cyberknife (robotik radyocerrahi sistemi), organ (böbrek, karaciğer) nakilleri, kısırlık tedavileri, plastik cerrahi, göz ameliyatları, diş tedavileri ve diyaliz amaçlı tedaviler yapılmaktadır (1, 2, 3, 5, 6).

2.2. Medikal Turizm

Medikal turizm bireylerin kendi ülkelerindeki yüksek tedavi giderleri nedeniyle tanı, tedavi, ameliyat gibi müdahaleleri içeren daha düşük maliyetlerle sağlık hizmeti sunan diğer ülkelere seyahat ettikleri turizm hareketi olarak tanımlanmaktadır (1, 2). Medikal turizm sağlık turistinin iyilileştirilip, iyilik halini sürdürmesi için tıbbi check-up, sağlık taraması, diş tedavisi, kalp ameliyatı, protez takılması, kanser tedavisi, nöroşirurji, organ nakilleri ve nitelikli tıbbi müdahaleleri kapsamaktadır (6, 47).

Medikal turizm kapsamında giden turistlere sağlık kuruluşlarında sağlık personeli tarafından planlı olarak yapılan uygulamaları içermektedir (2, 10, 47). Günümüzde gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin medikal turizm alanında yatırımlarının arttığı görülmektedir (47). Medikal turizm alanında önde gelen ülkeler sırasıyla Hindistan, Tayland, Singapur, Amerika Birleşik Devletleri ve Malezyadır (6, 47). Hindistan, Malezya, Singapur, İran, Tayland ortopedi ve kardiyak cerrahi, Merkez ve Güney Amerika'da plastik cerrahi, diş ve bariatrik işlemler, Slovenya'da infertilite tedavilerinde medikal turizm destinasyonu olarak gösterilmektedir (6, 47).

Medikal Turizm'in Ortaya Çıkış Nedenleri

Medikal turizm, bireylerin sağlık hizmeti almak amacıyla sürekli oturdukları yerden ileri teknoloji ve donanıma sahip merkezlerin tercih edilmesi, tedavi hizmetlerinin pahalı olması, daha kaliteli hizmet alma isteği, medikal turizm faaliyetlerinin sağlık sigortası kapsamına alınması, kendi ülkelerinde bekleme sürelerinin uzun olması nedeniyle seyahat etmeleridir (2, 21, 38, 48, 49, 50, 51).

İleri teknoloji ve donanıma sahip merkezlerin tercih edilmesi; sürekli oturdukları bölgedeki hastanelerin gelişmiş teknolojik cihazlara ve donanıma sahip farklı bölgedeki merkezleri tercih etmektedirler (48, 49, 50, 51). Yapılan bir çalışmada, medikal turistlerin %40'nın en ileri teknolojiye sahip sağlık merkezlerini tercih ettikleri belirlenmiştir (2, 38).

Tedavi hizmetlerinin pahalı olması; sürekli yaşadıkları bölgedeki sağlık merkezlerinde sunulan sağlık hizmetinin maliyeti yüksek olması nedeniyle tercih edilmeyerek, başka bir bölgede maliyeti daha düşük olan aynı hizmeti veren merkezler tercih edilmektedir (2, 3). Yapılan bir çalışmada medikal turistlerin fiyata

karşı duyarlı olduğunu ve bu nedenle başka ülkede sağlık hizmeti almak istediğini belirtmektedir (2, 3).

Kaliteli hizmet alma isteği: sağlık hizmeti almak isteyen kişiler kurumların kalite akreditasyonlarını dikkate alarak hizmet alacakları kurumları seçtikleri belirtilmektedir (48). Kendi bölgelerine göre daha fazla kalite belgesine sahip, akredite olmuş sağlık merkezlerine öncelik verilmektedir (5). Yaklaşık 50 bin kişi üzerinde yapılan bir çalışmada %32sinin kaliteye önem verdikleri saptanmıştır (2).

Medikal turizm faaliyetlerinin sağlık sigortası kapsamına alınması: özel sağlık sigorta şirketleri bireylere seçenek sunarak kişilere bilgilendirme yapmaktadırlar, Hastane arayışında olan kişilere yönlendirmelerde bulunarak sağlık hizmetini farklı ülkelerde almaları sağlanmaktadır (2, 38, 48). Sağlık poliçelerinin maliyetleri ve kapsamı kişilere hastane ve ülke seçimi sunmaktadır (21).

Kendi ülkelerinde bekleme sürelerinin uzun olması: bireyler sürekli oturduğu bölgede çoğu zaman sağlık hizmeti almak için uzun süre beklemek zorunda kalabilmektedir (2, 3). Bu durumda bekleme süresinin uzun olması diğer ülkelerden sağlık hizmeti alma ihtiyacını arttırmaktadır (2). Yaklaşık 50 bin kişi üzerinde yaptıkları araştırmada %15'inin tedavi için hızlı erişilebilirliğe önem verdikleri saptanmıştır (2).

Ayrıca bireylerin globelleşen dünya, kolay ulaşılabilirlik, internet erişimi, ulaşım kolaylığı gibi sebeplerde medikal turizmin ortaya çıkmasında rol oynamaktadır (5, 6).

Medikal Turizm Özellikleri

Medikal turizmin özellikleri; turizm ve tıp alanı ile ilgili olması, sunulan hizmetlerin farklılığı olması ve belirli bir hizmette etkin olunmasıdır (34, 53).

Turizm ve tıp alanı ile ilgili olması: medikal turizm alanındaki gelişmelerin, değişimlerin, hedef kitlelerin, etkileyen ve bu alandan etkilenen bütün faktörlerin medikal turizmde etkin rol oynamaktadır (34, 53). Medikal turizmi geleneksel bir turizm çeşidinden ayıran temel özellikler; mevsimsel değişimlerden etkilenmemesi ve özel ilgi turizmi olmasıdır (34, 77, 78). Özel ilgi turizmi: turistik mekanları ziyaret etmek, gezmek, görmek dışında özel bir amaçla seyahat eden turistleri betimlemek için kullanılan bir turizm çeşididir (2, 34).

Sunulan hizmetlerin farklılığı olması; medikal turizm sunduğu ve ihtiyaç duyulan hizmetlere göre tanısal medikal turizm, invaziv medikal turizm ve yaşam tarzına dayanan medikal turizmdir (2, 34).

- Tanısal medikal turizm; etkin tedaviyi alabilmek için kısa zamanda doğru tanıya ulaşmak adına sadece tanısal işlemlerin yapılması için tercih edilen merkezleri kapsamaktadır (2, 3, 53).
- İnvaziv medikal turizm; daha gelişmiş teknoloji ve uzmana ihtiyaç duyulan bir turizm çeşididir (2, 10, 54). Tanısal medikal turizmden farklı olarak önemli olan teşhis sonrası tedavidir (2, 10). Kemoterapi ve ameliyatlar bu tip medikal turizmi kapsamaktadır (2, 55).
- Yaşam tarzına dayanan medikal turizm; daha çok wellness turizmiyle ortak çalışmayı gerektirecek girişimleri içermektedir (36). Obezite ile mücadele sırasında uygulanabilecek medikal işlemlerin yanı sıra yaşam tarzına da müdahale etmek gerekmektedir (36). Bu ve benzeri bir turizm çeşidi hem medikal hem de wellness turizminin sunacağı hizmetlerden faydalanmaktadır (1, 36).

Belirli bir hizmette etkin olunması; bazı hizmetlerin isimlerin belli ülkelerle daha sık anılmasıdır (3, 5, 6). Medikal turizmde sunulan hizmetler, uygulanan tıbbi prosedürler, daha fazla turist çeken işlemler geçmişte ve günümüzde önde gelen ülkelerde çeşitlilik göstermektedir (3, 5, 6).

Medikal turizmde öncelikli amaç tedavi olmaktır, fakat onunla birlikte hastalar; konaklama, yiyecek- içecek, ulaşım, seyahat programları gibi turizm sektörünün sağladığı hizmetlerden yararlanmaktadırlar (1, 2). Medikal turizmin etkin bir şekilde uygulanabilmesi için; turizm sektörünü oluşturan işletmelerin; konaklama işletmeleri, yiyecek- içecek işletmeleri, ulaşım işletmeleri, seyahat işletmeleri sağlık sektörünü oluşturan işletmelerin; modern donanımlı hastaneler, yasal düzenlemeleri yapacak devlet kurumlarının hasta istek ve ihtiyaçlarını maksimum düzeyde tatmin edecek politikalar üretmelidir (2).

Medikal turizm teknik donanım ve iş gücü gerektiren bir turizm türüdür (1, 2). Medikal turizm’de hizmeti sunan sağlık kuruluşunun uluslararası standartlara uygun hizmet sunması önem taşımaktadır (2). Hizmeti sunan sağlık kuruluşunda, ortak yabancı dili bilen personelin mutlaka olması gerekmektedir (2, 56). Hasta ve

refakatçileri için farklı turizm türlerinin geliştirilmesini destekleyen, katma değeri yüksek bir turizm türüdür (2, 36, 56). Seçilmiş olan hedef kitleye yönelik devlet destekli, farklı dillerde, tanıtım ve pazarlama faaliyetleri gerekmektedir (36). Yapılan bu tanıtımlarda hedef olarak öncelikle hastaların yurt dışında hizmet almasını destekleyecek sigorta ve sağlık kuruluşları seçilmelidir (2).

Burada özellikle hastanelerin akredite olup olması, personelin yabancı dil bilgisi, hastanenin bulunduğu bölgede direkt uçuşların olması, sigorta şirketleri ile pazarlama stratejisi geliştirilmesi, ülkece tanıtım ve kampanyalar yapılması kamu hastanelerinde medikal turizmin gelişmesine etki etmektedir (57, 58, 76).

Medikal turizm sektörü ile ilgili yaşanan sorunlar; dil ve İletişim problemleri, medikal turizmde nitelikli çalışan eksikliği, aracı kuruluşların eksik ve yetersiz olması, yasal düzenlemeler ve hukuki problemler, malpraktis ve tedavi sonrası bakım, telemedicine, fiyatlandırma, alt yapı ve teknik sorunlardır (21, 51).

Medikal Sağlık hizmetleri her yaştan birey tarafından alınmaktadır (3, 44). Çocuklar ciddi sağlık sorunları nedeniyle medikal ya da cerrahi tedavi amacıyla ebeveynleri ile birlikte ülkemize gelmekte ve sağlıklarını yeniden kazanıncaya kadar ülkemizde kalmaktadırlar (5). Çocukların tedavi ve bakımı ilgili ünitelerde sürerken ebeveynleri; iklimi, kültürü, yaşam şekli, alışkanlıkları, sağlık organizasyonu, dili yabancı bir ülkede yaşamlarını sürdürmeye diğer yandan da çocuklarının hastalığı ve hastaneye yatışının etkileri ile baş etmeye çalışmaktadırlar (59).

Medikal Turizm Hizmetlerinin Sunumu

Sağlık hizmeti sunan kurumların, medikal turistlerin tercih ettiği merkez olabilmesi için ulaşım, sağlık hizmeti, konaklama, yeme-içme, hijyen, dini-manevi ihtiyaçlar ve alışveriş gereksinimlerini karşılayacak nitelikte olması gerekmektedir (2, 60). Hastanelerin devletlerarası anlaşmalar vasıtasıyla, ileri donanıma ve teknolojiye sahip, bilimsel yönden dünya çapında etkinliği fazla olan ülke/şehirlerde tedavi olma isteği, tıbbi hizmetlerin pahalı olması ve aynı hizmeti başka yerde daha ucuza alabiliyor olması, bireyin başka bir ülkede, kendi ülkesinde bulunan sağlık hizmetinden daha kaliteli bir hizmet alabilmesi, bireyin sahip olduğu sağlık sigortasının başka yerdeki hizmeti önermesi, kendi ülkesinde sağlık hizmeti alma süresinin uzun olması gibi nedenlerle medikal turistlerin sağlık hizmeti almasını

planlarken öncelikle; hastanede çalışan tüm personelin eğitimlerinin verilerek medikal turistlerin ülkelerinin özelliklerinin tanıtılması, iletişim ile ilgili süreçte hangi simültane tercümanların yardımcı olacağıın bilgisi verilmektedir (1, 2). Medikal turistlerin ulaşımı, kimlerin karşılayacağı, otel ya da hastanede konaklama yerlerinin hazırlanması, uyku-dinlenme gereksinimlerini, yeme-içme gereksinimlerini, hijyen gereksinimlerini, alışveriş ve aktivite gereksinimlerinin karşılanması, anlaşma yapılan kurumun sorumluluğundadır (1, 2). Taburculuk durumunda, ülkelere ulaşımın sağlanması ve sağlık ile ilgili bir sorun olması halinde orda da ulaşabilecekleri doktora hasta hakkında bilgilendirilme yapılmaktadır (3). Vaka yönetimi modeli kullanan kurumlarda ise, belirli periyotlarda hastalarla iletişim haline geçerek sağlık durumları sorgulanmaktadır (6).

2.3. Çocuğun Hastalığının ve Hastaneye Yatışının Etkileri

Çocuğun hastalanması ve hastaneye yatırılması; hasta çocuğu, birincil bakım vericisini ve diğer aile üyelerini; fiziksel, duygusal, sosyal, zihinsel ve spiritüel yönlerden etkilemektedir (15, 16, 31). Çocuğun hastaneye yatışı, aile içi ilişkilerin bozulmasına, stresin artmasına ve maddi sorunlara neden olmaktadır (13).

2.3.1. Çocuğun Hastaneye Yatışının Çocuklar Üzerine Etkisi

Çocuk hastalıkları, kazanım şekillerine göre, doğuştan ve sonradan kazanılan hastalıklar olarak ikiye ayrılır (15, 16, 61, 62). Hastalığın kazanılma şekli ve zamanı çocuğun hastalık döneminde yaşayacağı fiziksel, bilişsel, duygusal ve sosyal değişiklikleri etkilemektedir (15, 16, 62). Doğuştan kazanılan hastalıklarda, çocuk doğduğunda hastalığı taşımakta ve doğumdan sonra hastalık belirtileri ortaya çıkmaktadır (23, 26, 30). Bu çocukların gelişimi hastalığına ve süresine bağlı olarak sağlıklı çocuklardan farklılık göstermektedir (59, 61). Örneğin, bazı çocuklar oturamaz ve yürüyemezken, bazı çocuklar gelişimsel olarak yaşıtları ile aynı düzeydedirler, ancak yaşamlarını sürdürebilmeleri için sürekli ilaç kullanma, düzenli aralıklarla hastanede yatarak tedavi olma, özel tıbbi ekipmanları kullanma gibi, özel tıbbi gereksinimleri vardır (59, 61). Doğuştan kazanılan hastalığı olan çocukların doktora gitmek veya ilaç kullanmak yaşamlarının bir parçası haline gelir (23, 26, 30, 59, 61). Çocuklar normal gelişim aşamalarını sırasıyla yaşarken, çeşitli kazalar veya hastalıklar nedeniyle sonradan bazı hastalıkları kazanabilirler (23, 26, 62). Yaşamları normal devam eden çocuklar, aniden kendilerini hiç tanımadıkları, bilmedikleri ve ağrılı işlemlerin olduğu bir ortamda bulurlar (15, 16, 62). Sonradan kazanılan hastalıklar belli bir dönemden sonra geçebilir ya da kronik hastalık haline dönüşebilmektedir (15, 16, 61, 62). Sonradan kazanılan hastalığa sahip olan çocuklar doğuştan hastalığa sahip olan çocuklara göre daha fazla sorunla karşı karşıya gelebilmektedir (15, 16, 30).

Çocuğun Hastalığını ve Hastaneye Yatışını Algılaması

Hastaneye yatma, çocuğun gelişimini olumsuz etkileyebilmektedir (16, 61). Çocuk için hastalık ve hastaneye yatma; korkutucu, onu rahatsız edici hoş olmayan bir deneyimdir (16, 62). Hastaneye yatan çocuklar, fiziksel yönden zarar görme,

ameliyat olma ve aileden ayrılma korkuları nedeniyle, değişik derecelerde stres yaşırlar (15, 16). Çocuk özellikle okul öncesi dönemde sıklıklı hastalığı kötü davranışları nedeniyle kendisine verilen bir ceza olarak algılar (61, 62). Okul çağındaki çocuklar ve adölesanlar, hastalığın gerçek nedenini anlayabilirler (61, 62).

Çocukların düşünceleri, duyguları ve hastanedeki deneyimleri algılamaları, kendilerine özgüdür (13, 24, 25, 26, 30). Çocukların yaşam deneyimleri, bilişsel gelişimleri ve kendilerini sözel olarak ifade etme becerileri yetersiz olduğundan, stres ile baş etme yöntemleri sınırlıdır (30, 63). Çocuklar için sağlığının bozulması, çevrenin değişmesi, aileden ayrılma ve rutinlerinin bozulması stres yaratır (30, 63). Her çocuk yaş dönemi ve hastalığı algılamasına yönelik farklı tepkiler vermektedir (15, 16, 61, 62). Hastaneye yatma nedenine ya da süresine bakmaksızın, tüm hastaneye yatışlarda ortak olan beş tehlike; travma (acı veren işlemler, ameliyat, ağrı) rutinlerinin bozulması (beslenme saati, bakım ihtiyaçları, uyku düzeni), akranlarından ve diğer önemli kişilerden ayrılma, bilinmeyen yabancı kişiler ve olaylar, kesin olmayan sınırlılıklar ve kontrol kaybıdır (15, 16, 61, 62). Hastalık ve hastaneye yatma nedeniyle stres ya da kriz yaşayan çocuk, önceden geliştirdiğı baş etme yöntemleri ile sorununu çözemez; kendini güçsüz ve çaresiz hisseder (15, 16, 61, 62).

Çocuğun Hastalığını ve Hastaneye Yatışını Algılamasını Etkileyen Faktörler

Çocuğun hastalığını ve hastaneye yatışını algılamasını etkileyen faktörler;

- Yaş,
- Hastalık ve hastaneye yatış deneyimi,
- Ağrı ve hareket kısıtlılığının miktarı,
- İnvaziv girişimler,
- Geçmişte yaşadığı stresler,
- Ebeveynleriyle ilişkisi,
- Ebeveynlerin anksiyete düzeyidir (15, 16, 61, 62).

Yaş :

Çocuklar her yaş döneminde hastaneye yatıştan farklı etkilenmekte ve tepkiler vermektedir (15, 16, 61, 62).

Bebeklik dönemi (0-1 yaş):

Bebekler, günlük rutinlerinde benzerlik, süreklilik ve tutarlılık yaşadıkları zaman, güven duygusu gelişir (15, 16, 33). Günlük rutinlerinin dışına çıkılması, ailesinden ayrılması; güven duygusunun gelişmesini olumsuz etkiler ve bebek bu durumu ağlayarak ifade eder (61). Ağlamak, özellikle yenidoğan için bir iletişim yöntemidir (62).

Oyun dönemi(1-3 yaş):

Çocuk, bağımsız davranışlar göstermekle birlikte, güvenliği yönünden ebeveynlere bağımlıdır (15, 16). Hayal güçleri hastanede yaşadıkları olayları yanlış yorumlamalarına neden olabilir (61, 62). Bu çocuklar, hastaneye yatmayı bir ceza olarak algılar (61). Çocuklar hastaneye yattıktan sonra hareketleri kısıtlanınca, bedenleri üzerindeki kontrolleri kaybettikleri için kendilerini engellenmiş hissederler (16, 62). Çocukta kısıtlamalara tepki olarak ağlama ve tedaviyi reddetme gibi davranışlar görülür (15, 16, 61). Bu yaş çocuğu, çok katı olsa bile hastane kurallarına uyar (61, 62).

Okul öncesi dönem (3-6 yaş):

Gelişimin bu aşamasında sosyal, enerjik ve aktif olan okul öncesi çocuğu, vücut fonksiyonları üzerinde büyük ölçüde kontrol kazanır (15, 16). Hastalık halinde çocuk, fiziksel kısıtlılıklar ve bağımsızlığını kaybetme korkusu ile karşılaşır (61, 62). Bu yaş döneminde hastalığa tepki olarak regresyon, içe kapanma, pasif ya da saldırgan davranışlar görülebilir (61, 62). Bu dönemde çocuk, ebeveynlerinden ayrılmayı, bir önceki döneme göre, daha iyi karşılar (15, 16). Hastanede içine kapanarak, agresif davranışlar göstererek, tedavi sırasında işbirliği yapmayarak ya da uysal ve her şeye boyun eğen bir tutum sergileyerek öfke ve engellenme duygularını

gösterebilirler (23, 30). Bu yaş döneminde çocuk, kendi bakımını üstlenerek çevresini bir miktar kontrol etmeye çalışır (16).

Okul dönemi (6-12 yaş):

Okul çocuğu hastaneye yatma ile daha kolay baş edebilir (16,30). Çocuklar, ailesinden çok arkadaşlarını ve sosyal aktivitelerini özlerler ama aileleri de yanlarında olsun isterler (16, 62, 30, 70). Okul çocuğu bağımlı görünmekten korktuklarından, ebeveynlerinin yanlarında kalmak istemelerinden rahatsız olabilirler (15, 30). Bağımsızlıklarının artması sebebiyle çocuklar hastanede bağımlı hale geldikleri için öfkeli ve küskün olabilirler (70). Çocuklar banyoda ya da hareket sırasında yardıma ihtiyacı varsa, kontrolün kendilerinde olmadığını düşünüp, olumsuz etkilenebilirler (30, 61). Hastaneye yatırılan bir çocuğun en büyük problemi gününü nasıl geçireceğidir (30, 61). Hastaneye yatmadan önce okul aktiviteleri, zamanının büyük bölümünü alırken; hastanede çocuklar için aktiviteler ve zaman geçirme araçları kısıtlıdır (62). Okul çağı ve adölesan dönemindeki çocuklarda gizlilik ve mahremiyet ön plandadır (70). Hastaneye yatma deneyimi olgunlaştırıcı olabilir (15, 16). Onlar, belirli işlemlerin nasıl yapılacağını, anatomi ve fizyolojiyi, hastane personelinin çalışma koşullarını öğrenebilirler (16).

Adölesan dönemi (13-18 yaş):

Bu yaş döneminde bağımsızlık çok önemlidir (15, 16). Hastaneye yatma süreci çocuğun kimlik arayışını tehdit eder, kontrol kaybı hisseder, içe kapanır ve çevresiyle işbirliği yapmaz (16, 61). Adölesan için fiziksel görünümünde değişiklik yapan ya da fonksiyon kaybına neden olan herhangi bir hastalık, son derece travmatiktir (15, 62). Bu dönemde yatağa ya da hastaneye bağımlı kalması, onun için engelleyicidir (16, 62). Adölesan, yaşamı üzerindeki kontrolünü kaybettiği için kendini engellenmiş hisseder ve öfke duyabilir (15, 30). Adölesanın arkadaşlarından ayrılması ailesinden ayrılmasından daha önemli olabilir; çünkü akran grubu onun için çok önemlidir (30, 61). Bu dönemde fiziksel görünüm önemli olduğu için, hastalığa bağlı vücutta meydana gelen değişiklikler, uyum sorunlarına yol açabilir (30, 62).

Hastalık ve hastaneye yatış deneyimi:

Çocuğun önceki hastalık ve hastaneye yatış deneyimleri, çocuğun hastalığını ve hastaneye yatışını algılamasını ve tepkilerini etkiler (13, 25). Ebeveynlerinin, arkadaşlarının ya da diğer aile bireylerinin; çocuğun yanında deneyimlerinden bahsetmesi, çocuğun onları gözlemlemesi, ya da hastaneye yattıktan sonra büyük aile bireylerinin vefatı, onların da hastaneye yattıktan sonra aynı olaylarla karşılaşacağını düşünmesine neden olabilmektedir (25, 26).

Ağrı ve hareket kısıtlılığın miktarı:

Çocuğun hareket kapasitesi ve enerjisi, ağrı ve hastalık nedeniyle azalabilir (13, 15). Bu durumda çocuk, hastaneye yatmaya daha güç uyum sağlar (13, 15). Hastaneye yattığında yapılacak işlemler sonrasında, hasta korku duyar ve ağrıya toleransı azalır (13, 26). Yapılan ya da yapılacak işlemler onların hareketlerinin kısıtlanmasına yol açar (13, 16). Çocukların istediği yere istediği zaman gidememesi, anksiyete düzeylerinin artmasına neden olur (25).

İnvaziv girişimler :

Tanı ya da tedavi amacıyla yapılan çeşitli işlemler özellikle okul öncesi dönemde, çocuklar için çok fazla travmatik olabilir (13, 61). Enjeksiyon uygulamaları, katater uygulamaları ve cerrahi işlemler sırasında duyulan ağrı çocukların tepkilerini etkilemektedir (13, 61).

Geçmişte yaşadığı stresler:

Eğer çocuk hastaneye yatmadan önce stres altında ise, iyileşmek için harcayacağı enerjisi daha az olacaktır (15, 16). Çocuğun geçmişte kullandığı stresle baş etme yöntemleri, yeni karşılaştığı stresli deneyimle baş etmesini, önemli ölçüde etkileyecektir (61). Bu deneyimler ebeveynleriyle ya da diğer kardeşleriyle hastanedeyken yaşadığı, oyuncaklarıyla başkalarının oynayacağı düşüncesi ya da okuldaki sırasına kimin oturacağı ya da en yakın arkadaşı ile kimin oyun oynadığı sayılabilir (62).

Ebeveynleriyle ilişkisi :

Çocuğun ebeveynleri ile güçlü ve güven duygusuna dayalı ilişkisi, hastane ortamında olumlu yönde destekler (16). Onlara bağımlılık düzeyi de hastane ortamına alışma sürecini etkiler (14). Çocuklar yalnız bırakılmaktan korktuğu için, ebeveynlerinin onları bırakmaması için birlikte olmak, kucağında kalmak, yatakta kalmamak, eve gitmek isteyebilirler (20).

Ebeveynlerin anksiyete düzeyi :

Ebeveynlerin anksiyetesi, çocuğa yansır ve onun anksiyete düzeyini yükseltir (14, 20). Çocuklar ebeveynlerinin korktuğunu ya da stresli olduklarını gördüklerinde; kendilerinin çok kötü olduklarını düşünerek, hastaneye yatmada uyum sağlamada güçlük yaşarlar (15, 16). Korku düzeyleri artar ve anksiyete yaşarlar (15).

Çocuğun Hastalığa ve Hastaneye Yatışa Verdiği Tepkilere Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları

Hemşireler; hastanede yatan çocuğun korku ve anksiyetesini azaltarak, alışmış olduğu rutinleri olabildiğince sürdürerek, ailenin bakıma katılımını destekleyerek ve her çocuğun gereksinimlerini dikkate alarak hastanede yatmanın çocuk için olumlu bir yaşantı olmasını sağlayabilir (13, 15). Bu nedenle hemşirenin, çocuğun hastanede kaldığı süre içinde; hastane deneyiminden beklentilerini, olaylara ilişkin, kişisel algılamalarını, geçmiş deneyimlerini, duygularını ve bilişsel düzeyini dikkate alması gerekir (16).

Çocuğun hastalığını ve hastaneye yatışını algılamasını etkileyen faktörlerden yaş, hastalık ve hastaneye yatış deneyiminin kötü olması, ağrı ve hareket kısıtlılığın fazla olması, invaziv girişimlerin travmatik etkileri, geçmişte yaşadığı stresler, ebeveynleriyle ilişkisi ve ebeveynlerin anksiyete düzeyine göre hemşirelik bakımı planlanmalıdır (61).

Hastalığın doğru algılanması için; yaş dönemlerine göre teröpotik oyun yöntemleri kullanılmalıdır (15, 16, 30, 61, 62). Onların korku ve endişelerini azaltmak için, daha önceden hastalıkları hakkında bilgilendirilmesi, hastane ortamının tanıtılması ve yatışa hazırlanması gerekir (16, 61). Onlara yaş dönemlerine

göre yapılacak işlemler hakkında bilgi verilmeli ve onayları alınmalıdır (61, 62). Çocuk hemşirelerinin bebeklik dönemindeki çocukları; kucakta beslemesi, yakın bir pozisyonda tutması beden temasını sağlaması, bakım verirken konuşması, şarkı söylemesi ve göz teması kurması bebeğin rahatlamasını sağlar (15, 16). Oyun ve okul öncesi dönemdeki çocukların, ebeveynlerinin yanında kalmasına, çocuğun evdeki rutinlerinin bozulmamasına dikkat edilmesi gerekir (15, 30). İşlem öncesi, çocuklara yaş dönemlerine uygun bilgilendirme yapılması gerekir (16). Okul öncesi dönemdeki çocukların, rutinlerinin bozulmaması, ebeveynleri ile birlikte olmalarına, çocukların yanlarında kesme, kanama gibi terimlerin kullanılmamasına özen gösterilmesi gerekir (16). Yapılan her invaziv girişim sonrasında, giriş yerlerinin mutlaka kapatılması gerekir (15, 16). Çocukların kan alınacak ya da katater takılacak bölgeyi, kendisi seçmesi, onların bakıma katılmalarını sağlamak, kendilerini daha da güvende hissetmelerini sağlayacaktır (13, 63, 64). Okul dönemindeki çocuklara, hastane kuralları hakkında bilgi verilerek güvende olmalarının sağlanması, oyun aracılığıyla hastanede yatma ve tıbbi müdahaleler ile ilgili ne bildiği öğrenilerek ona göre eğitimlerin verilmesi gerekir (13, 63). Akranları ile iletişimini sürdürmesine dikkat edilmeli, gizlilik gereksinimlerine saygı gösterilmeli ve kendi bakımını üstlenmesi için desteklenmesi gerekir (63).

Eğer çocuk hastaneye yatma olayına önceden hazırlanmışsa, anksiyete düzeyi daha düşük olacaktır (15, 16). Çocuğun rahatlığını ve gelişimini destekleyici bir ortam yaratılması, hastalık ve hastanede yatış deneyiminin travmatik etkisini azaltacaktır (16, 30). Çocuğun hastaneye yatma deneyimi ile baş etme yöntemleri, herhangi bir krizle nasıl baş ettiği, olayın algılanması, destek olan kişi varlığı ve önceki deneyimleridir (61, 62). Hastanede yatan çocuklar bilinmeyen ortam, bu ortamda bulunan tanımadıkları kişiler, bilinmeyen araç gereçler, korkutucu sesler ve kokular nedeniyle, farklı duygular yaşarlar (30). Hastaneye yatmanın içerdiği bu olası tehlikeleri önlemek için, çocuğun hastane deneyimine önceden hazırlanması gerekir (15, 16, 75).

2.3.2. Çocuğun Hastalığının ve Hastaneye Yatışının Ebeveynleri Üzerine Etkisi

Çocuğun hastanede yatması, ebeveynleri fiziksel, duygusal, sosyal yönden etkiler (15, 17, 65, 66). Aile bireylerinin rolleri ve yaşantısı değişir (66). Çocuğu hastaneye yatan ebeveynlerin çocuğun; yabancı bir ortamda bulunma, çocuktan ayrı kalma, bilinmeyen durumlar, rollerinin değişmesi, çocuğun acı çekmesi, çocuğun enfeksiyonu varsa diğer aile bireyelerine de yayılması, maddi güçlükler ve evde kalan diğer aile bireyelerinin bakımı nedeniyle çocuğunun hastaneye yatmasından etkilenmektedirler (66, 67).

Yabancı bir ortamda bulunma:

Çocuğu hastaneye yatan ebeveynler, bu zamana kadar ki yaşadıkları yerden farklı bir yerde bulunmaları ve günlük rutinlerini yerine getirememesi nedeniyle etkilenmektedir (17).

Çocuktan ayrı kalma:

Çocuğu hastaneye yatan ebeveynler, hastane kuralları, çalışmak zorunda olması ve evde kalan aile üyelerine bakacak kimse olmaması gibi sebeplerle hasta çocuğundan ayrı kalması gerekebilir (67). Bu zamana kadar ki birincil bakım vericisinin kendisi olduğu, şunda ise çocuğuna sağlık ekibi üyeleri tarafından bakılıyor olması ebeveynleri olumsuz yönde etkilemektedir (66, 67, 72).

Bilinmeyen durumlar:

Çocuğu hastaneye yatan ebeveynler, hastanede yatış süresi belirsiz olduğunda, hastalık ciddi ve prognoz kötü olduğunda, tanı-tedavi süreci ile ilgili bilgilendirme yapılmadığında yaşadıkları belirsizliklerden olumsuz etkilenmektedir (33).

Rollerinin değişmesi:

Çocuğu hastaneye yatan ebeveynlerden biri, hastanede çocuğun yanında kaldığı zaman, diğer ebeveyn ya da diğer çocuklar ek sorumluluklar üstlenmek zorunda kalmaktadır (33, 67). Çocuğun hastalığı, kardeşlerin ve büyük anne/baba

rollerini de etkiler (68). Çocuğun hastanede yattığı süreçte; fiziksel ve psikolojik yönden aileye destek olabilen büyükanne/baba, torunlarının bakımına katılarak rollerin değişmesine neden olur (69).

Çocuğun acı çekmesi:

Çocuğu hastaneye yatan ebeveynler, çocuğunun hastalığına bağlı invaziv ve invaziv olmayan girişimler sırasında acı çekmesi karşısında çok fazla müdahale edemediğinden olumsuz etkilenmektedir (15, 66).

Çocuğun enfeksiyonu varsa diğer aile bireyelerine de yayılması:

Çocuğun hastalığına ve hastanede yatmasına bağlı olarak geçirdiği bir enfeksiyonun varlığı ebeveynin kendisini taşıyıcı olarak görerek evde kalan aile üyelerinin de sağlığını olumsuz etkilediğini düşünmesine ve bu hususta endişe duymasına neden olmaktadır (15, 62).

Maddi Güçlükler:

Ebeveynlerin her ikisi de çalışıyor ise birinin işten ayrılıp hasta çocuğa bakacak olması maddi açıdan problem yaşanmasına neden olmaktadır (68).

Evde kalan diğer aile bireyelerinin bakımı:

Evde kalan diğer aile bireyelerinin bakımını üstlenecek kişinin olmaması, hastanede hasta çocuğuyla kalan ebeveyni olumsuz yönde etkiler (67, 68).

Çocuğun Hastalığına ve Hastaneye Yatışına Ebeveynin Verdiği Tepkiler

Ebeveynler çocuğunun hastalığına ve hastaneye yatışına verdiği tepkiler; inkar, öfke, anksiyete-hayal kırıklığı, depresyon ve kabul etme olarak beş aşamada tanımlanmaktadır (15, 62, 68).

İnkâr etme:

Tanıyı öğrenen çocuk ve ebeveyn o zamana kadar hiç tanımadıkları, fakat çok uzun bir süre birlikte yaşamalarını ve mücadele etmelerini gerektirecek bir durumla karşı karşıya kalmışlardır (15, 62, 68, 69). Bu dönemde en sık kullanılan savunma mekanizması, “inkâr”dır (15, 23, 59). Çocuk ve aile tanının yanlış olduğunu ileri

sürebileceği gibi, hastalığı ve ciddiyetini anlamamış gibi de davranabilecektir (23). İnkâr davranışı ebeveynlerin gerçek tanının yanlış olduğu ümidiyle, ikinci bir yol arama ve dileklerin gerçekleşmesi hayali, avunma olarak adlandırılabilir (26). Tanıya inanmama, hiç kimse ile bu konuyu konuşmak istememe, tanı-tedavi ve prognozu hakkında hiç soru sormamayı içerir (14, 20). Bu ilk evre hastalığın kabullenilmesi ve hastalığın tanınması aşamasıdır ve tedavisi ile birlikte hastalığın gidişini önemli ölçüde etkileyecektir (16, 20).

Öfke:

İnkâr genellikle geçici bir tepkidir ve bunu öfke takip eder (15, 16). Ebeveynler bu hastalığın neden kendi çocuklarının başına geldiğini merak ederler (16, 61). Bu dönemde öfke, Tanrı'ya, doktora, aile üyelerine, hemşirelere ve diğer kişilere yöneltilebilir (16, 61). Bu evreyi kendini suçlu hissetme izler, “niçin ben?”, “niçin biz?” sorularının sorulduğu dönemdir (15, 16). Hastalığı kendilerine verilmiş bir ceza olarak algılayabilirler (15, 16). Hastalık, genetik geçişli ise, sorumluluk duygusu artar (15).

Anksiyete - Hayal kırıklığı:

Tanı tedavi sürecinde yaşananlar, sağlık personelinin yaklaşımları, tanıdık olmayan çevre, hastane kuralları, çocuğun bakımı konusunda ikinci planda olduğunu hissetmesi ve evde kalan diğer aile üyelerini düşünmesi ebeveynlerin anksiyete yaşamasına neden olmaktadır (28, 66). Bu dönemde sağlık personelinin ebeveyne karşı tutumu oldukça önemlidir, aksi takdirde ebeveynler hayal kırıklığı yaşamaktadır (66, 67).

Depresyon:

Umulan, beklenen iyileşmenin görülmediği durumlarda, umutsuzluk, çaresizlik düşüncelerinin egemen olduğu dönemdir (67).

Kabul etme;

Tüm bu dönemlerin sonunda “hastalığın kabulü” beklenir (15, 16, 62, 68). Bu kabul, tedavinin etkinliğini ve sürekliliğini olumlu yönde etkileyecektir (15, 16, 59). Çocuk ve ebeveyn, bu evreleri yaşarken çeşitli sebeplerle evrelerden birinde kalabilir ya da bir önceki evreye tekrar dönebilirler (59).

Ebeveynlerin Çocuğun Hastalığına ve Hastaneye Yatışına Verdiği Tepkilerle Baş etmelerine Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları

Çocuk hemşireliğinin özelliklerinden biri, aile merkezli bakımdır (15, 16). Ailenin tanı tedavi ve hemşirelik bakımının her aşamasına dâhil edilmesi; bu süreçte çocuk ile sevgiye dayalı güçlü-destekleyici ilişki kurulması; hemşirelik bakımının başarısını ve iyileşme sürecini olumlu yönde etkilemektedir (61, 62). Ancak bu süreç; tanımadığı, farklı bir ülkede sağlık hizmeti alan çocuk ve ailesi için daha karmaşık olabilmektedir (15, 16, 61, 62). Yabancı uyruklu aile üyelerinin gereksinimleri ve karşılaştıkları sorunlar farklı olduğundan, çocuk hemşiresi yabancı uyruklu çocuk ve ailesinin özel gereksinimlerini dikkate alarak hemşirelik bakımını planlamalıdır (15, 16).

Ebeveynlerin, çocuğun hastalığı ya da hastaneye yatması ile baş etmesine yardım etmeye yönelik hemşirelik aktiviteleri ;

- Hemşirelerle aralarındaki rol karmaşasını önleyebilmek için; ebeveynlere, hastanedeki rolleri ve kendilerinden ne beklendiği ile ilgili yeterli bilgi verilmesi,
- Ebeveynlerin; çocuğun hastalığı ve tedavisi hakkında ne bilgi durumlarının belirlenmesi ve eksik bilgilerine yönelik eğitim yapılması,
- Tedavi işlemleri sırasında yaşanan, anksiyeteyi azaltmak için, ebeveynlerin çocuklarla birlikte olmalarına izin verilmesi,
- Ebeveynlerin hastane ortamında kendilerini daha rahat hissetmelerini sağlamak için, onlara çocuğun tedavisinde kullanılan aletlerin ve neden olduklarının açıklanması,
- Ebeveynlere, çocuklarının iyileşmesine önemli ölçüde katkıda bulduklarının belirtilmesi,

- Ebeveynlerin, çocuğun ayrılık anksiyetesine ilişkin davranışları konusunda eğitilmesi ve çocuktan ayrılma anında onlara destek olunması,
- Ebeveynlere ziyaret saatleri ve hastanedeki diğer kurallar konusunda bilgi verilmesi,
- Eğer ebeveynlerin, çocuğun yanında kalmaları mümkünse, onlara seçme hakkı verilmesi ve bakıma katılmalarının desteklenmesi,
- Ebeveynlere, çocuğun büyüme ve gelişme özellikleri ve temel çocuk bakımı konusunda gereksinim duydukları bilgisinin verilmesini içermektedir (15, 16, 61, 62, 68).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, yabancı uyruklu çocuk hastaların hastaneye yatış sürecini ve ebeveynleri üzerine etkisini incelemek amacıyla yapılan tanımlayıcı bir tasarımıdır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Süresi

Araştırma, Kocaeli ili Gebze ilçesinde bulunan Anadolu Sağlık Merkezinde (ASM) yapılmıştır. Araştırma, Şubat – Haziran 2015 tarihleri arasında yapılmıştır.

Anadolu Sağlık Merkezi

ASM, John Hopkins Medicine ile stratejik işbirliği içinde çalışan bir sağlık merkezidir. ASM; Joint Commission International (JCI) akreditasyonu, Avrupa Tıbbi Onkoloji Derneği (ESMO), International Standards Organisations (ISO) (18001, 14001 ve 9001) sertifikasyonlarıyla, 201 yatak kapasitesi ile hizmet vermektedir.

Özel Anadolu Sağlık Merkezi'ne, başvuran hastalar içinde yabancı uyruklu hastalar önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Bu merkez ülkemizde medikal turizmde yabancı uyruklu hastalara hizmet veren, ilk 10 özel hastane içinde %30 hasta potansiyeli oranıyla ilk sırada yer almaktadır. Hizmet alan ve birimleri; onkoloji, çocuk ve yetişkin kardiyoloji, pediatri, nöroloji, nefroloji, cerrahi (genel cerrahi, beyin cerrahisi, kalp damar cerrahisi, ve çocuk cerrahisi), yoğun bakım (yenidoğan, kalp damar cerrahisi ve genel yoğun bakım), dâhili birimler, tıbbi genetik ve tanılama üniteleri yer almaktadır. Bu birim ve ünitelerde; 140 hekim, 329 hemşire, 4 eczacı 63 hasta bakım teknisyeni, 10 radyoloji teknikeri, 7 diyetisyen hasta bakımında aktif görev yapmaktadır. Yataklı tedavi ünitelerinin çalışma saatleri; 07.30-19.30 ve 19.30-07.30 olarak iki vardiya şeklinde çalışmaktadır. Diğer üniteler hafta içi; 08:00-17:30, hafta sonu ise, 08.30-15.30 saatleri arasında hizmet vermektedir. Araştırma izni alınan hastanede, medikal turizm kapsamında gelecek hastaların ülkeleriyle devletlerarası anlaşma doğrultusunda devletin atadığı hekim ile hastanenin uluslararası hasta hizmetleri birimi iletişime geçmektedir. Uluslararası hasta hizmetleri birimi, yabancı uyruklu ile karşılıklı ülke ziyaretleri yaparak ekibi,

hasta profilini, çevreyi tanıyarak karşılıklı güven ilişkisi kurmaktadır. Bunun karşılığında hastaların ve yakınlarının hastaneye ulaşım, kabul, yatış, tanı-tedavi, taburculuk süreci, konaklama, yeme- içme, hijyen, uyku- dinlenme ve beslenme gereksinimlerini karşılayacakları yerler belirlenerek, konaklama yerinin seçimi medikal turizm amacıyla gelen hastaların yakınlarına bırakılmaktadır. Yabancı uyruklu hastalar ve yakınları sözel iletişim tercüman aracılığı ile sağlanmaktadır.

3. 3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Şubat 2015 – Haziran 2015 tarihler arasında hastaneye yatan 110 yabancı uyruklu çocuk hastaların ebeveynleri oluşturmuştur. Araştırmada örneklem dışı bırakılma kriterleri;

- Hastaneye yatışın üzerinden 24 saat geçmeyen çocuklar (6 çocuk) ve
- Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen ebeveynler (1çocuk) dir.

Bu kriterlere uyan 103 yabancı uyruklu çocuk hastanın ebeveyni araştırma örneklemini oluşturmuştur.

3.4. Verilerin Toplanması

3.4.1. Veri Toplama Formlarının Hazırlanması

Araştırmada veri toplama aracı olarak literatür bilgisinden yararlanılarak araştırmacı ve danışman tarafından oluşturulan iki form kullanılmıştır.

Çocuk ve Aileyi Tanıtıcı Bilgi Formu:

Bu formda, aile- çocuğun uyruğu, sosyal güvencesi, çocuğun; yaşı, cinsiyeti, okula devam durumu, tıbbi tanısı, hastalık ve hastaneye yatış deneyimi, ülkeye hastaneye geliş şekli ebeveynlerin; yaşı, eğitim, çalışma durumu, mesleği, gelir düzeyi, çocuk sayısı ve Türkiye'yi tercih nedenlerine ilişkin 25 soru yer almaktadır (EK- 1).

Yabancı Uyruklu Çocuk Hastaların Hastaneye Yatış Sürecini ve Ebeveynlerine Etkisini Belirleme Formu:

Bu formda çocuğun; hastaneye kabulü ve yatışı, tanı-tedavi süreci, sağlık personeli ile iletişim, günlük gereksinimleri, duygu/ davranış, rol ve sorumluluklarını, ve bu konularda sorun yaşama ve baş etmelerine yönelik 25 soru bulunmaktadır (EK-2).

3.4.2. Veri Formlarının Ön uygulaması

Çocuk ve Aileyi Tanıtıcı Bilgi Formu ve Yabancı Uyruklu Çocuk Hastaların Hastaneye Yatış Sürecini ve Ebeveynlerine Etkisini Belirleme Formundaki; soruların uygunluğunu, anlaşılabilirliğini ve cevaplama süresini belirlemek için örneklem grubunu oluşturan ebeveynlerin %5'i (6 ebeveyn) ile 1-5 Şubat tarihleri arasında ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonrası formda değişiklik yapılmamıştır.

3.4.3. Veri Toplama Formlarının Uygulanması:

Araştırmada, ebeveynlerle iletişim hastane tarafından görevlendirilen 1 tercüman ile sağlanmıştır. Görevlendirilen tercüman ile tanışılarak, araştırma ve veri formları hakkında bilgi verilmiştir. Ebeveynlerin anlama düzeylerine göre araştırma hakkında bilgi verilmiş gönüllü onamları alınmıştır. Veri formunda yer alan her bir soru ebeveyn ile yüz yüze iken sorulmuş, tercüman soruyu ebeveynin kullandığı dile (Arapça ve Rusça) çevirerek aynı anda ebeveyne sormuştur. Ebeveynin verdiği cevap, anında Türkçeye çevrilerek araştırmacıya söylenmiş ve araştırmacı tarafından formlara kaydedilmiştir. Veri formlarının doldurulması yaklaşık 15-20 dakika sürmüştür.

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Çocuk ve Aileyi Tanıtıcı Bilgi Formu'nda ve Yabancı Uyruklu Çocuk Hastaların Hastaneye Yatış Sürecini ve Ebeveynlere Etkisini Belirleme Formu'nda yer alan;

Bağımsız değişkenler: Ebeveyn yaşı, eğitim durumu, uyruk, çalışma durumu, çocuk sayısı, konaklama yeri

Bağımlı değişkenler: Ebeveynlerin; maddi sorun yaşama durumu, duygu/davranış sorunları yaşama durumu, rol ve sorumlulukları ile ilgili sorun yaşama durumu, baş etme yöntemi kullanma durumu, sağlık ekibi ile iletişimde sorun yaşama durumudur.

Araştırmadan elde edilen verilerin analizi Sosyal Bilimler Statistical Package for Social Sciences,(SPSS), for Windows 20.0 istatistik paket programı kullanılarak değerlendirilmiş ve araştırmada, tanımlayıcı özellikler kategorik verilerde yüzde (%) ve sayı (n) değerleri, verilerin karşılaştırmasında Ki-kare testi ve Fisher'in kesin testinden uygun veriye uygun olan kullanılmıştır. Çok gözlü tabloların karşılaştırılmasında; anlamlılığın kaynağını bulmak için post-hoc ikili ki-kare testleri uygulanmıştır.

3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırmacının, ebeveynler ile aynı dili konuşmaması,
- Örneklem grubunda yer alan ebeveynlerin ağırlıklı olarak Irak, Libya uyruklu olması,
- Araştırmanın verilerinin simültane çeviri yöntemiyle verilerin toplanması ve soru sayısının fazla olmasıdır.

3.7. Araştırmanın Güçlü Yönleri

- Yabancı uyruklu çocuk hastalarda bütüncü ve aile merkezli yaklaşımla ebeveynlerin gereksinimlerini ve yaşadığı sorunları sorgulayan ilk çalışma olması,
- Ebeveynlerle yapılan tüm görüşmelerde aynı tercüman tarafından ebeveynin konuştuğu dile tercüme yapılmasıdır.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

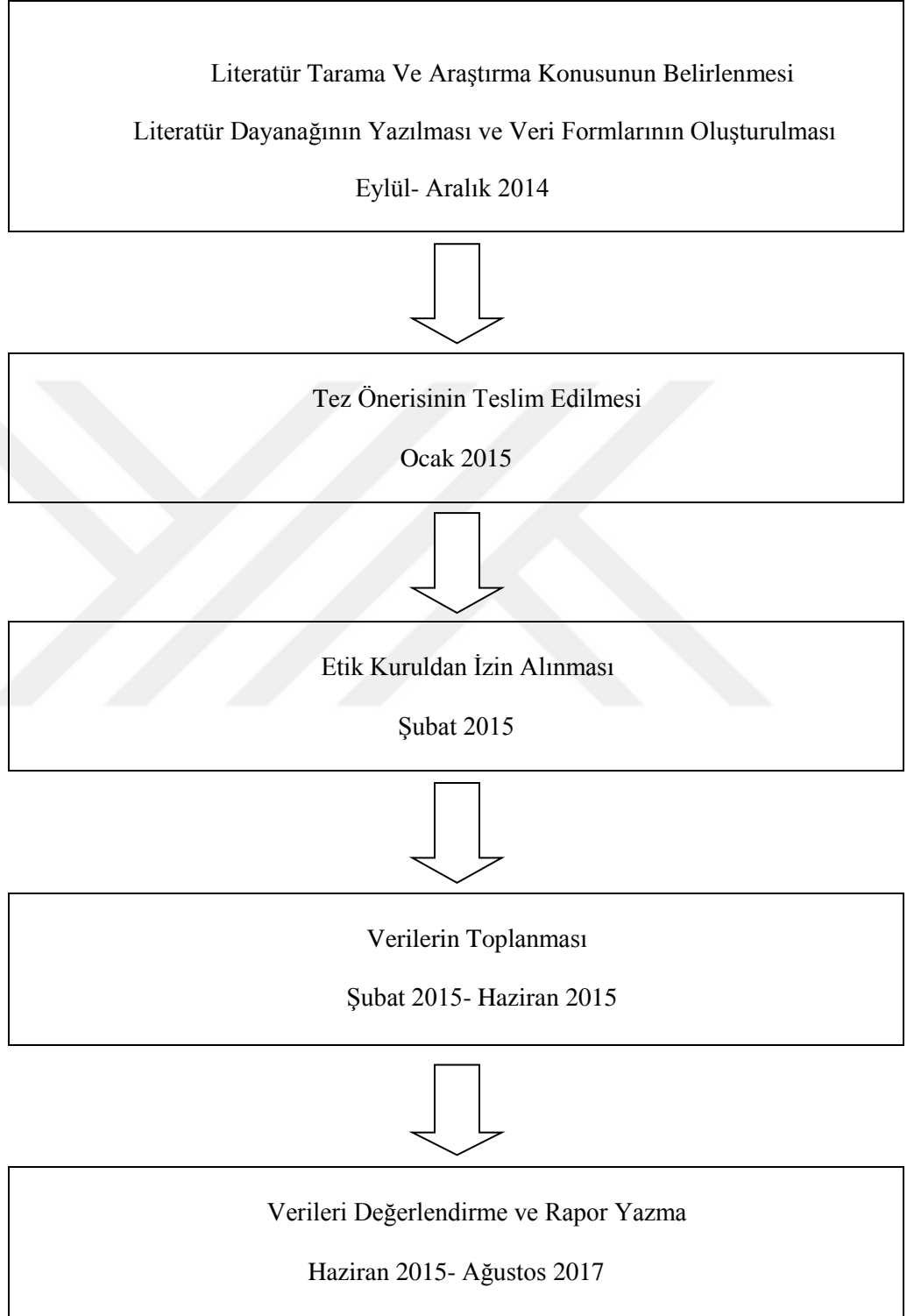
Araştırma etik yönden değerlendirilmesi amacıyla, ASM Etik kuruluna başvurulmuş ve Şubat 2015 tarihli etik kurul onayı alınmıştır (EK-3).

Araştırmaya katılmayı kabul eden ebeveynlerden gönüllü onam formu alınmıştır (EK-1-2).

3.9. Araştırma Takvimi

Araştırma sürecinin adımları ve zaman planı Şekil 3.9.1.'de gösterilmiştir.

Şekil 3.9.1. Araştırma Planı



4. BULGULAR

Bu bölümde, çocukların, ailelerinin ve ebeveynlerinin tanıtıcı özellikleri; çocukların hastalık, hastane deneyimi ve yatış sürecine ait yaşadıkları; çocukların hastaneye yattığı süreçte ebeveynlerin yaşadığı sorunlar; ebeveynlerin tanıtıcı özelliklerine, yatış gün sayısına ve konaklama yerine göre hastaneye yattığı süreçte yaşadığı sorunlara ait bulgular olmak üzere dört başlık halinde incelenmiştir.

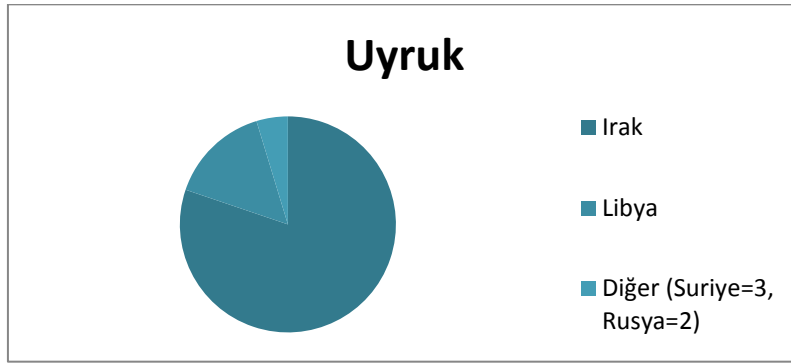
Çocukların, Ailelerinin ve Ebeveynlerinin Tanıtıcı Özelliklerine Ait Bulgular

Araştırma kapsamına alınan çocukların ve ailelerin tanıtıcı özellikleri Tablo 4.1’de verilmiştir.

Tablo 4.1. Çocukların ve Ailelerinin Tanıtıcı Özellikleri (N=103)

Özellikler		n	%
Yaş:	0-12 ay aralığı	47	45,7
	13 ay-3 yaş aralığı	34	33,0
	4 yaş-6 yaş aralığı	14	13,6
	7-14 yaş aralığı	8	7,8
Cinsiyet:	Kız	53	51,5
	Erkek	50	48,5
Okula gitme durumu:	Evet	15	14,6
	Hayır	88	85,4
Sosyal güvence:	Irak Sağlık Bakanlığı	82	79,6
	Libya Sağlık Bakanlığı	16	15,5
	Ücretli	5	4,9
Evde yaşayan kişi sayısı:	1-6 Kişi	63	61,2
	7-9 Kişi	40	38,8
Sürekli yaşanılan yerleşim yeri:	Kent- İlçe	11	10,7
	Köy-Kasaba	92	89,3
Toplam		103	100

Çocukların ve ailelerinin uyruğu olan uyruk Grafik 4.1’de verilmiştir.



Grafik 4.1. Çocukların ve Ailelerin Uyruğu

Çocukların %45,7’sinin yaşının 0-12 ay aralığında; %51,5’inin kız çocuk olduğu ve %85,4’ünün okula gitmediği belirlenmiştir. Ailelerin % 80,2’sinin Irak uyruklu ve; sosyal güvenceleri (%79,6) olduğu belirlenmiştir. Çocukların evinde yaşayan kişi sayısının 1-6 kişi (%61,2) olduğu ve %89,3’ünün ile köy-kasabada yaşadıkları belirlenmiştir.

Ebeveynlerin tanıtıcı özelliklerini gösteren bulgular Tablo 4.2 de verilmiştir.

Tablo 4.2. Ebeveynlerin Tanıtıcı Özellikleri (N=103)

Özellikler		n	%
Yaş:	15-19 yaş	51	49,4
	20-30 yaş	41	39,8
	31-50 yaş	11	10,6
Eğitim durumu:	Okur-Yazar Değil	15	14,6
	Okur-Yazar	72	69,9
	İlköğretim	11	10,7
	İlköğretim ve üstü	5	4,9
Çalışma durumu:	Evet	53	51,5
	Hayır	50	48,5
Çocuk sayısı:	1 çocuk	12	11,7
	2 çocuk	49	47,6
	3 çocuk ve üstü	42	40,8
Toplam		103	100

Ebeveynlerin %49,4'ünün 15-19 yaş aralığında; %69,9'unun okur-yazar; %51,5'inin çalıştığı; %47,6'sının 2 çocuğu olduğu belirlenmiştir.

Çocukların Hastalık, Hastane Deneyimi ve Yatış Sürecine Ait Bulguları

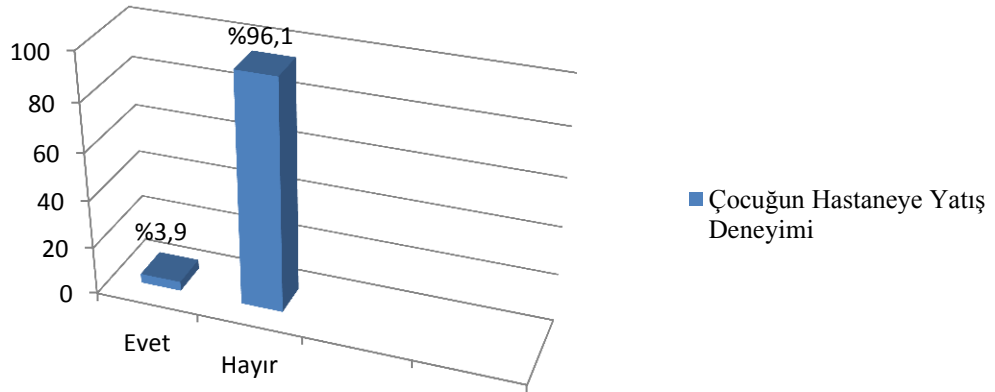
Çocukların hastaneye yatış sürecine ait özellikler Tablo 4.3'de verilmiştir.

Tablo 4.3. Çocukların Hastaneye Yatış Sürecine Ait Özellikler (N=103)

Özellikler		n	%
Hastaneye yatış şekli:	Direkt	103	100,0
Tıbbi tanısı:	Konjenital Kalp Hastalığı	103	100,0
Hastaneye yatış-başvuru nedeni:	Ameliyat	103	100,0
Şimdiki yatışında yoğun bakımda yatma durumu:	Evet	103	100,0
Yatış gün sayısı:	1-15 gün	63	61,2
	16-30 gün	29	28,2
	31 gün ve 6 ay	11	10,7
Hastaneye yatışının kaçınıcı günü:	1-10	87	84,5
	11-20	11	10,7
	21-31	5	4,9
Hastaneye ulaşım şekli:	Acil Helikopter	2	1,9
	Karayolu	1	1,0
	Tarifeli Yolcu Uçağı	100	97,1
Hastaneye geliş şekli:	Acil	3	2,9
	Nakil	1	1,0
	Randevulu	99	96,1
Hastaneye kabul şekli:	Yürüyerek	13	12,6
	Kucakta	85	82,5
	Sedye	5	4,9
Şu andaki konaklama yeri:	Hastane	75	72,9
	Otel	28	27,2

Çocukların %100'ünün konjenital kalp hastalığı tanısı ile yattığı; ameliyat olduğu; yoğun bakımda yattığı belirlenmiştir. Çocukların %100'ünün hastaneye yatışının direkt yapıldığı; %61,2'sinin 0-15 gün arasında hastanede kaldığı, %84,5'inin ile 1-10 gün arasında görüşüldüğü, %97,1'inin tarifeli yolcu uçağı ile geldiğı ve hastaneye randevulu (%96,1) kucakta geldiğı (%82,5) belirlenmiştir. Ebeveynlerin %72,9'unun hastanede konakladığı belirlenmiştir.

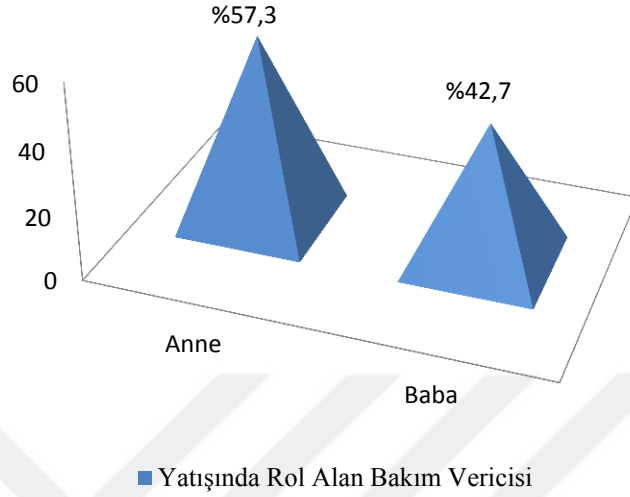
Çocukların hastaneye yatış deneyimi Grafik 4.2'de verilmiştir.



Grafik 4.2. Çocukların Hastaneye Yatış Deneyimi

Çocukların %96,1'inin daha önce hastaneye yatış deneyiminin olmadığı belirlenmiştir.

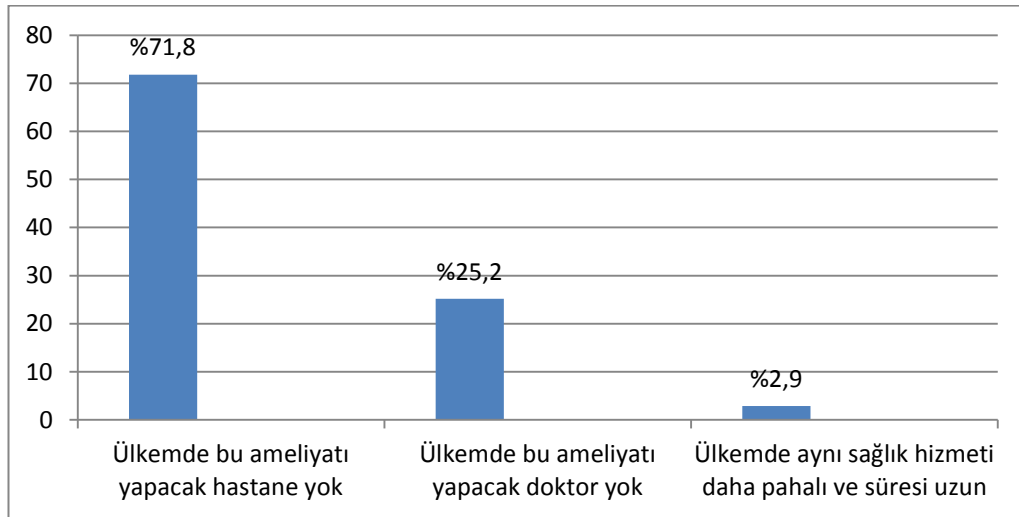
Çocukların hastaneye yatışında rol alan bakım vericisi Grafik 4.3’de verilmiştir.



Grafik 4.3. Çocukların Hastaneye Yatışında Rol Alan Bakım Vericisi

Çocukların %57,3’ünün bakım vericisinin annesi olduğu belirlenmiştir.

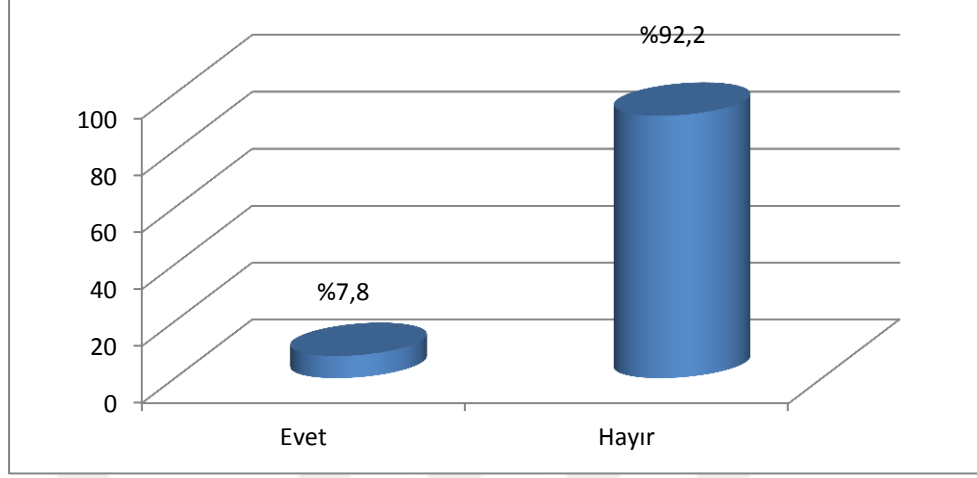
Ebeveynlerin bu hastaneyi tercih etme nedenleri Grafik 4.4’de verilmiştir.



Grafik 4.4. Ebeveynlerin Bu Hastaneyi Tercih Etme Nedenleri

Ebeveynlerin %71,8’inin ülkelerinde bu ameliyatı yapacak hastane olmadığı için ASM’yi tercih ettiği belirlenmiştir.

Ebeveynlerin daha önce başka ülkede sağlık hizmeti alma durumu Grafik 4.5’de verilmiştir.



Grafik 4.5. Ebeveynlerin Daha Önce Başka Ülkede Sağlık Hizmeti Alma Durumu

Ebeveynlerin %92,2’sinin daha önce başka bir ülkede sağlık hizmeti almadığı belirlenmiştir.

Çocukların Hastaneye Yattığı Süreçte Ebeveynlerin Yaşadığı Sorunlara Ait Bulgular

Çocukların Hastaneye Yattığı Süreçte Ebeveynlerin Yaşadığı Sorunlar Tablo 4.4’da verilmiştir.

Tablo 4.4. Çocukların Hastaneye Yattığı Süreçte Ebeveynlerin Yaşadığı Sorunlar (N=103)

Sorunlar		n	%
Tanı tedavi sürecinde sorun yaşama durumu:	Evet	103	100
Tanı tedavi sürecinde yaşadığı sorunlar:	Anlatılanları anlayamıyorum	8	7,8
	Anlatılan bilgiler yetersiz	3	2,9
	İşlemlere onay verirken emin olamıyorum	92	89,3
Hastaneye kabul sürecinde sorun yaşama durumu:	Evet	103	100
Hastaneye kabul sürecinde yaşadığımız sorunlar:	Anlatılanları anlayamıyorum	7	6,8
	Anlatılan bilgiler yetersiz	2	1,9
	Ne kadar yatacağımız belirsiz	93	90,3
	Bu sürece katılımım olmadı	1	1,0
Ziyaret süresi-sıklığı ile ilgili sorun yaşama durumu:	Evet	2	1,9
	Hayır	101	98,1
Maddi sorun yaşama durumu:	Evet	12	11,7
	Hayır	91	88,3
Sağlık ekibi ile iletişimde sorun yaşama durumu:	Evet	54	52,4
	Hayır	49	47,3
Sağlık ekibi ile iletişimde yaşanan sorunlar (n=54):	Doğru bilgi alamama, her an ulaşamama	5	9,2
	Soru sormama	4	7,4
	Duygu-düşüncelerimi anlamamaları, paylaşmamaları, güvensizlik	43	80,0
	Diğer (Anlamama)	2	3,7
Ebeveynlerin duygu/davranış sorunları yaşama durumu:	Evet	103	100
Ebeveynlerin duygu-davranış sorunları (n=103):*	Kendimi baskı altında hissediyorum	83	80,5
	Hiçbir şeyi beceremiyorum	57	55,3
	Çocuğumun geleceğiyle ilgili endişe yaşıyorum	69	66,9
	İyileşemeyeceğinden korkuyorum	20	19,4
	Çocuğumun hastalığı ile ilgili endişe yaşıyorum	43	41,7
	Herkese kızgınlık/öfke duyuyorum	7	6,7
	Kendimi üzgün hissediyorum	52	50,4
	Kendimi çaresiz hissediyorum	66	64
	Çocuğumu kaybedeceğimi düşünüyorum	12	11,6
	Yemek yemeyi unutuyorum	86	83,4
	Diğer (Sürekli uyuyorum)	3	2,9
Rol ve sorumluluklarında sorun yaşama durumu:	Evet	72	69,9
	Hayır	31	30,1
Rol ve sorumluluklarında yaşanan sorunlar(n=72):	İşimden ayrıldım	51	70,8
	Eşimden destek alamıyorum	21	29,2

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Ebeveynlerin tanı tedavi sürecinde %100'ünün sorun yaşadığı; %89,3'ünün "işlemlere onay verirken emin olamıyorum" seçeneğini işaretlediği; %100'ünün kabul sürecinde sorun yaşadığı ve %90,3'ünde "ne kadar yatacağımız belirsiz" seçeneğini işaretlediği; %98,1'inin ziyaret süresini uygun bulduğu; %88,3'ünün maddi sorunlar yaşamadığı, %52,4'ünün sağlık ekibi ile iletişim sorunu yaşadığı; ve sorun yaşayanlarında % 80,0'ni "kendilerini anlamamaları, paylaşmamaları ve güvensizlik" seçeneğini işaretlediği; ebeveynlerin %100'ünün olumsuz duygu/davranış yaşadığı; ve çoktan seçmeli seçeneklerden %83,4'ünün " yemek yemeyi unutuyorum" seçeneğini işaretlediği belirlenmiştir.

Çocukların hastaneye yattığı süreçte ebeveynlerin yaşadığı sorunlarla baş etme durumuna ait bulgular Tablo 4.5'de verilmiştir.

Tablo 4.5. Çocukların Hastaneye Yattığı Süreçte Ebeveynlerin Yaşadığı Sorunlarla Baş etme Durumu (N=103)

Özellikler		n	%
Baş etme yöntemleri kullanım durumu:	Evet	103	100
Baş etme yöntemleri (n=103):*	Ağlama	95	92,2
	İnkâr etme	14	13,5
	Dua etme	97	94,1
	Başka bir işle uğraşma	13	12,6
Türkiye'de destek aldığı kişilerin olma durumu:	Evet	7	6,8
	Hayır	96	93,2
Destek aldığı kişiler:	Arkadaşım	7	100
Onlarla görüşme durumu (n=7):	Evet	7	100
Evde ebeveynin bakımına ihtiyacı olan kişilerin olma durumu:	Evet	11	10,7
	Hayır	92	89,3
Evde kalan diğer aile üyelerinin ihtiyaçlarının kimin karşıladığı (n=11):	Eşim	3	27,3
	Annem-Babam	8	72,7

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Ebeveynlerin %100'ü karşılaştığı problemler karşısında baş etme yöntemi kullanıyorken, bunların %94,1'i dua etme yöntemini kullandığını; %93,2'sinin Türkiye'de tanıdığı/destek alacağı kimsesi olmadığı; olanlarında %100'ünün onlarla görüşüğünü belirtmişlerdir.

Çocukların hastaneye yattığı süreçte ebeveynlerin günlük gereksinimlerini karşılama durumuna ait özellikler Tablo 4.6'da verilmiştir.

Tablo 4.6. Çocukların Hastaneye Yattığı Süreçte Ebeveynlerin Günlük Gereksinimlerini Karşılama Durumu (N=103)

Günlük Gereksinimler		n	%
Konaklama yerinin gereksinimlerini karşılama durumu	Evet	103	100
Giyinme gereksinimlerini karşılama durumu	Evet	103	100
Beslenme gereksinimlerini karşılama durumu	Evet	102	99,0
	Hayır	1	1,0
Hijyen gereksinimlerini karşılama durumu	Evet	103	100
Günlük uyku/dinlenme gereksinimlerini karşılama durumu	Evet	95	92,2
	Hayır	8	7,8
Dini/manevi gereksinimlerini karşılama/sürdürme durumu	Evet	103	100
Alışveriş/gezme/eğlence gereksinimlerini karşılama durumu	Evet	94	91,3
	Hayır	9	8,7

Ebeveynlerinin %100'ünün konaklama, giyinme, hijyen ve dini/ manevi ihtiyaçlarını karşıladığı, %99,2'sinin beslenme gereksinimlerini karşıladığı; %92,2'sinin günlük uyku/dinlenme; %91,3'ünün alışveriş/gezme/eğlence gereksinimlerini karşıladığı belirlenmiştir.

Ebeveynlerin Tanıtıcı Özelliklerine, Yatış Gün Sayısına ve Konaklama Yeri Göre Ebeveynlerin Yaşadığı Sorunlara Ait Bulgular

Ebeveynlerin tanıtıcı özelliklerine, yatış gün sayısına ve konaklama yerine göre maddi sorun yaşama durumunun karşılaştırılması Tablo 4.7’de verilmiştir.

Tablo 4.7. Ebeveynlerin Tanıtıcı Özelliklerine, Yatış Gün Sayısına ve Konaklama Yeri Göre Maddi Sorun Yaşama Durumunun Karşılaştırılması (N=103)

Özellikler		Maddi Sorun Yaşama Durumu				Test Değerleri	p Değerleri
		Evet		Hayır			
		n	%	n	%		
Ebeveyn yaşı	15-19 yaş	6	11,8	45	88,2	1,806	0,405 ^a
	20-30 yaş	6	14,6	35	85,4		
	31-50 yaş	0	0	11	100		
Eğitim durumu	Okur-Yazar değil	2	13,3	13	86,7	17,074	0,001^a
	Okur-Yazar	4	5,6	68	94,4		
	İlköğretim	5	33,3	6	66,7		
	İlköğretim ve üstü	5	100	0	0		
Uyruk	Irak	11	13,4	71	86,6	2,696	0,260 ^b
	Libya	0	0	16	100		
	Diğer	1	20	4	80,0		
Çalışma durumu	Evet	0	0	53	100	14,397	0,000 ^b
	Hayır	12	24	38	76,0		
Çocuk sayısı	1 çocuk	1	8,3	11	91,7	0,148	0,929 ^a
	2 çocuk	6	12,2	43	87,8		
	3 çocuk ve üstü	5	11,9	37	88,1		
Yatış gün sayısı	1-15 gün	6	9,5	57	90,5	1,227	0,541 ^a
	16-30 gün	5	17,2	24	82,8		
	31 gün ve 6 ay	1	9,1	10	90,9		
Şuandaki konaklama yeri	Otel	4	14,3	24	85,7	0,259	0,611 ^a
	Hastane	8	10,7	67	89,3		

^a Kikare testidir ^b Fisher’in kesin testidir.

Ebeveynin eğitim durumu ile maddi sorunlar yaşanması istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiştir ($p < 0,001$). Anlamlılığın kaynağı post hoc testler ile incelendiğinde; ilköğretim mezunu olan ebeveynlerin diğer eğitim düzeylerine göre daha fazla maddi sorun yaşadıkları görülmüştür. Ebeveynin yaşı, uyruğu, çalışma durumu, sahip olduğu çocuk sayısı, çocuğun hastanede yatış gün sayısı ve şu anda ailenin konakladığı yer ile madde sorunlar yaşanması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterilememiştir ($p > 0,05$).

Ebeveynlerin tanıtıcı özelliklerine, yatış gün sayısına ve konaklama yerine göre duygu-davranış sorunlarını yaşama durumunun karşılaştırılması Tablo 4.8'da verilmiştir.

Tablo 4.8. Ebeveynlerin Tanıtıcı Özelliklerine, Yatış Gün Sayısına ve Konaklama Yerine Göre Duygu/ Davranış Sorunlarını Yaşama Durumunun Karşılaştırılması (N=103)

Özellikler		Duygu-Davranış Sorunlarını Yaşama Durumu				Test Değerleri	p Değeri
		Evet		Hayır			
		n	%	n	%		
Ebeveyn yaşı	15-19 yaş	46	90,2	5	9,8	1,769	0,413 ^b
	20-30 yaş	39	95,1	2	4,9		
	31-50 yaş	11	100	0	0		
Eğitim Durumu	Okur-Yazar değil	13	86,7	2	13,3	17,574	0,001^b
	Okur-Yazar	70	97,2	2	2,8		
	İlköğretim	13	86,7	2	13,3		
	İlköğretim ve üstü	0	0	1	100		
Uyruk	Irak	76	92,7	6	7,3	2,578	0,276 ^b
	Libya	16	100	0	0		
	Diğer	4	80	1	20		
Çalışma durumu	Evet	53	100	0	0	7,961	0,005^b
	Hayır	43	86,0	7	14,0		
Çocuk sayısı	1 çocuk	11	91,7	1	8,3	0,464	0,793 ^b
	2 çocuk	45	91,8	4	8,2		
	3 çocuk ve üstü	40	95,2	2	4,8		
Yatış gün sayısı	1-15 gün	59	93,7	4	6,3	0,112	0,946 ^b
	16-30 gün	27	93,1	2	6,9		
	31 gün ve 6 ay	10	90,9	1	9,1		
Şuandaki konaklama yeri	Otel	25	89,3	3	10,7	0,932	0,334 ^b
	Hastane	71	94,7	4	5,3		

^b Fisher kesin testidir.

Ebeveynlerin eğitim durumlarına göre çocuğun hastaneye yattığı süreçte ebeveynin duygu-davranışlarında sorunlarını yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmiştir ($p<0,001$). Anlamlılığın kaynağını post hoc testler incelendiğinde; okuryazar olan ebeveynlerin diğer eğitim düzeylerindeki

ebeveynlerden daha fazla duygu- davranış sorunları yaşamalarından ileri geldiği belirlenmiştir (Tablo 4.8). Ebeveynlerin çalışma durumlarına göre duygu-davranış sorunları yaşama durumları, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiş ($p<0,005$). Anlamlılığın kaynağını belirlemek için post hoc testleri yapılmak istenmiş; ancak, çalışma durumu ikili gruplandırıldığı (evet, hayır) için post hoc uygulanamamıştır. Ebeveynin yaşı, uyuşu, sahip olduğu çocuk sayısı, çocuğun hastanede yatış gün sayısı ve şu anda ailenin konakladığı yer ile çocuğun hastaneye yatışında ebeveynin duygu-davranış sorunu yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir ($p>0,05$).

Ebeveynlerin tanıtıcı özelliklerine, yatış gün sayısına ve konaklama yerine göre rol ve sorumlulukları ile ilgili sorun yaşama durumunun karşılaştırılması Tablo 4.9'da verilmiştir.

Tablo 4.9. Ebeveynlerin Tanıtıcı Özelliklerine, Yatış Gün Sayısına ve Konaklama Yeri Göre Rol ve Sorumlulukları ile ilgili Sorun Yaşama Durumunun Karşılaştırılması (N=103)

Özellikler		Rol ve Sorumlulukları İle İlgili Sorun Yaşama Durumu				Test Değerleri	p Değeri
		Evet		Hayır			
		n	%	n	%		
Ebeveyn yaşı	15-19 yaş	43	84,3	8	15,7	2,518	0,284 ^a
	20-30 yaş	33	80,5	8	19,5		
	31-50 yaş	11	100	0	0		
Eğitim durumu	Okur Yazar Değil	15	100	0	0	3,837	0,280 ^b
	Okur-Yazar	58	80,6	14	19,4		
	İlköğretim	13	86,7	2	13,3		
	İlköğretim ve üstü	1	100	0	0		
Uyruk	Irak	67	81,7	15	18,3	2,446	0,294 ^b
	Libya	15	93,8	1	6,3		
	Diğer	5	100	0	0		
Çalışma durumu	Evet	44	83,0	9	17,0	0,174	0,676 ^a
	Hayır	43	86,0	7	14,0		
Çocuk sayısı	1 çocuk	7	58,3	5	41,7	10,260	0,006^a
	2 çocuk	40	81,6	9	18,4		
	3 çocuk ve üstü	40	95,2	2	4,8		
Yatış gün sayısı	1-15 gün	60	95,2	3	4,8	14,519	0,001^b
	16-30 gün	20	69,0	9	31,0		
	31 gün ve 6 ay	7	63,6	4	36,4		
Şuandaki konaklama yeri	Otel	21	75,0	7	25,0	2,626	0,105 ^a
	Hastane	66	88,0	9	12,0		

^a Kikare testidir ^b Fisher'in kesin testidir.

Ebeveynlerin sahip olduğu çocuk sayısı ve çocuğun hastanede yatış gün sayısına göre ebeveynlerin rol ve sorumlulukları ile ilgili sorun yaşama durumu, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiştir (p sırasıyla 0,006 ve 0,001). Araştırmada 3 ve daha fazla çocuğu olan ebeveynlerin rol ve sorumlulukları ile ilgili

daha fazla sorun yaşadığı istatistiksel açıdan anlamlı görülmüştür. Anlamlılığın kaynağı post hoc testler ile incelendiğinde; yatış gün sayısının 1-15 arasında olan ebeveynlerin görev ve sorumlukları ile ilgili daha fazla sorun yaşadığı görülmüştür. Ebeveynlerin yaşına, eğitim durumuna, uyruğuna, çalışma durumuna ve şu anda konakladığı yere göre ebeveynin rol ve sorumlulukları ile sorun yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterilememiştir ($p>0,05$).

Ebeveynlerin tanıtıcı özelliklerine, yatış gün sayısına ve konaklama yerine göre sağlık ekibi ile iletişimde sorun yaşama durumunun karşılaştırılması Tablo 4.10'da verilmiştir.

Tablo 4.10. Ebeveynlerin Tanıtıcı Özelliklerine, Yatış Gün Sayısına ve Konaklama Yerine Göre Sağlık Ekibi İle İletişimde Sorun Yaşama Durumunun Karşılaştırılması (N=103)

Özellikler		Sağlık Ekibi ile İletişimde Sorun Yaşamaması				Test Değerleri	p Değeri
		Evet		Hayır			
		n	%	n	%		
Ebeveyn yaşı	15-19 yaş	17	33,3	34	66,7	11,964	0,003^a
	20-30 yaş	28	68,3	13	31,7		
	31-50 yaş	7	63,6	4	36,4		
Eğitim durumu	Okur-Yazar değil	1	6,7	14	93,3	22,248	0,000^b
	Okur-Yazar	47	65,3	35	34,7		
	İlköğretim	4	26,7	11	73,3		
	İlköğretim ve üstü	0	0	1	100		
Uyruk	Irak	36	43,9	46	56,1	10,411	0,005^b
	Libya	14	87,5	2	12,5		
	Diğer	2	40	3	60		
Çalışma durumu	Evet	33	62,3	20	37,7	6,060	0,014 ^a
	Hayır	19	38,0	31	62,0		
Çocuk sayısı	1 çocuk	10	83,3	2	16,7	10,991	0,004^a
	2 çocuk	28	57,1	21	42,9		
	3 çocuk ve üstü	14	33,3	28	66,7		
Yatış gün sayısı	0-15 Gün	27	42,9	36	57,1	6,041	0,049 ^a
	16-30 Gün	16	55,2	13	44,8		
	31 gün ve 6 ay	9	81,8	2	18,2		
Şuandaki konaklama yeri	Otel	18	64,3	10	35,7	2,930	0,087 ^a
	Hastane	34	45,3	41	54,7		

^a Kikare testidir ^b Fisher'in kesin testidir.

Ebeveynlerin yaşına göre sağlık ekibiyle sorun yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiştir ($p:0,003$). Anlamlılığın kaynağı post hoc testler ile incelendiğinde, 20-30 yaş aralığında olan ebeveynlerin daha fazla sağlık ekibi ile sorun yaşadığını belirtmiştir. Ebeveynlerin eğitim durumuna göre sağlık ekibiyle sorun yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiştir ($p<0,000$). Anlamlılığın kaynağı post hoc testler ile incelendiğinde, sadece okuryazar olan ebeveynlerin diğer eğitim düzeylerine göre daha fazla sorun yaşadığı görülmüştür. Ebeveynin uyruğu ile sağlık ekibiyle sorun yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiştir ($p<0,005$). Anlamlılığın kaynağı post hoc testler ile incelendiğinde, Libya uyruklu ebeveynlerin Irak uyruklulara göre sağlık ekibi ile iletişimde daha fazla sorun yaşadığı görülmüştür.

Ebeveynlerin çalışma durumuna göre ile sağlık ekibiyle iletişimde sorun yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiştir ($p<0,014$). Anlamlılığın kaynağını belirlemek için post hoc testleri yapılmak istenmiş; ancak, çalışma durumu ikili gruplandırıldığı (evet, hayır) için post hoc uygulanamamıştır. Ebeveynlerin çocuk sayısına göre sağlık ekibiyle sorun yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiştir ($p<0,004$). Anlamlılığın kaynağı post hoc testler ile incelendiğinde, çocuk sayısı az olan ebeveynlerin sağlık ekibi ile iletişimde sorun yaşama durumu düşük göstermiştir. Ebeveynin çocuğun hastanede yatış gün sayısı ile sağlık ekibiyle sorun yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiştir ($p<0,049$). Anlamlılığın kaynağı post hoc testler ile incelendiğinde, çocuğun hastanede yatış gün sayısı arttıkça, ebeveynlerin sağlık ekibi ile iletişimde daha fazla sorun yaşama durumunun arttığı görülmüştür. Şu anda ailenin konakladığı yer ile ebeveynin sağlık ekibiyle iletişimde sorun yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir ($p>0,05$).

Ebeveynlerin tanıtıcı özelliklerine, yatış gün sayısına ve konaklama yerine göre sorunlarla baş etme de baş etme yöntemlerinin kullanımı durumunun Tablo 4.11'de verilmiştir.

Tablo 4.11. Ebeveynlerin Tanıtıcı Özelliklerine, Yatış Gün Sayısına ve Konaklama Yerine Göre Baş etme Yöntemi Kullanma Durumunun Karşılaştırılması (N=103)

Özellikler		Baş etme Yöntemlerinin Kullanım Durumu				Test Değerleri	P Değeri
		Evet		Hayır			
		n	%	n	%		
Ebeveyn yaşı	15-19 yaş	40	78,4	11	21,6	3,265	0,195 ^a
	20-30 yaş	31	75,6	10	24,4		
	31-50 yaş	11	100	0	0		
Eğitim durumu	Okur-Yazar değil	15	100	0	0	6,155	0,104 ^b
	Okur-Yazar	53	73,6	19	26,4		
	İlköğretim	13	86,7	2	13,3		
	İlköğretim ve üstü	1	100	0	0		
Uyruk	Irak	64	78,0	18	22,0	1,430	0,489 ^b
	Libya	13	81,3	3	18,8		
	Diğer	5	100	0	0		
Çalışma durumu	Evet	42	79,2	11	20,8	0,009	0,924 ^a
	Hayır	40	80,0	10	20,0		
Çocuk sayısı	1 çocuk	6	50,0	6	50,0	11,530	0,003^a
	2 çocuk	37	75,5	12	24,5		
	3 çocuk ve üstü	39	92,9	3	7,1		
Yatış gün sayısı	1-15 gün	58	92,1	5	7,9	17,474	0,000^a
	16-30 gün	19	65,5	10	34,5		
	31 gün ve 6 ay	5	45,5	6	54,5		
Şuandaki konaklama yeri	Otel	19	67,9	9	32,1	3,273	0,070 ^a
	Hastane	63	84,0	12	16,0		

^a Kikare testidir ^b Fisher'in kesin testidir.

Ebeveynlerin sahip olduğu çocuk sayısı ($p < 0,003$) ve çocuğun hastanede yatış gün sayısı ile ebeveynler sorunlarla baş etme yöntemlerini kullanma durumu istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiştir ($p < 0,001$). Yatış gün sayısının 1-15 arasında olanların ve daha fazla çocuğa sahip olanların baş etme yöntemlerini daha fazla kullandığı görülmüştür. Ebeveynlerin yaşı, eğitim durumu, uyruğu, çalışma durumu ve şu anda ailenin konakladığı yer ile çocuğun hastaneye yatışında ebeveynin sorunlarla baş etme yöntemlerini kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterilememiştir ($p > 0,05$)

Ebeveynlerin, Türkiye’de destek aldığı kişilerin olma durumu, evde ebeveynin bakımına ihtiyacı olan kişilerin olma durumu, ziyaret süresi sıklığı ile ilgili sorun yaşama durumlarının karşılaştırılması yapılmak istenmiş, ancak gözlere düşen (n) sayısı yeterli olmadığı için istatistiksel hesaplama yapılmamıştır.

5.TARTIŞMA

Bu bölümde, çocukların, ailelerinin ve ebeveynlerinin tanıtıcı özelliklerine ait bulguları; çocukların hastalık, hastane deneyimi ve yatış sürecine ait bulguları; çocukların hastaneye yattığı süreçte ebeveynlerin yaşadığı sorunlara ait bulguları; ebeveynlerin tanıtıcı özelliklerine, yatış gün sayısına ve konaklama yerine göre hastaneye yattığı süreçte yaşadığı sorunlara ait bulgular dört başlık halinde tartışılmıştır.

Çocukların, Ailelerinin ve Ebeveynlerinin Tanıtıcı Özelliklerine Ait Bulguların Tartışılması

Bu araştırmanın yapıldığı hastaneye yatan çocukların çoğunluğunun Irak ve Libya uyruklu olduğu ve kendi ülkelerinin sosyal güvencesini taşıdıkları belirlenmiştir (Tablo 4.1). Sağlık turizmi sektör raporu'nun 2013 verilerine göre medikal turizm amacıyla Singapur'a Malezya ve Endonezya'dan; Tayland'a ise Kamboçya ve Malezya gibi komşu ülkelere medikal turistler gelmektedir (3, 6). SB'nin 2008-2012 medikal turizm verilerine göre, Türkiye'ye medikal turizm amacıyla çoğunlukla Irak (%35,0) ve Libya (%25,0) uyruklu medikal turistlerin geldiği ve sağlık giderlerinin de kendi devletleri tarafından karşılandığı belirtilmektedir (6). SB'nin verileri bu araştırmaya katılan medikal turistlerin uyuşu açısından benzerlik göstermiş ancak, Irak uyruklu medikal turistlerin daha fazla olduğu görülmüştür. Irak uyruklu medikal turistlerin diğer uyruklardan daha fazla olması, devletlerarası ikili anlaşmalara ve Irak'ın Türkiye'nin sınır komşusu olmasına bağlanmıştır. Bu araştırma sonuçları dünyadaki ve ülkemizdeki medikal turizm verileri ile paralellik göstermektedir.

Çocukların Hastalık, Hastane Deneyimi ve Yatış Sürecine Ait Bulguların Tartışılması

Medikal turizm sıklıkla cerrahi ve uzmanlık gerektiren tıbbi girişimleri gereksinimi olan bireylerin katıldığı turistik bir aktivite olarak tanımlanmaktadır

(1, 2). Medikal turistlerin özellikle kardiyovasküler cerrahi uygulamalar nedeniyle seyahat ettikleri belirtilmektedir (2, 6).

Medikal turizm 2014 istatistik raporuna göre, medikal turistler, Brezilya'yı; plastik cerrahi ameliyatları, Macaristan'ı; ağız ve diş sağlığı, Hindistan'ı; kalp hastalıkları ve ortopedik tedaviler, Meksika'yı; obezite cerrahisi, Türkiye'yi; saç ektirme, göz ve kardiyovasküler ameliyatlar için tercih etmektedirler (1, 2, 6). SB.'nin 2008-2012 medikal turizm verilerine göre, tüm yaş gruplarında ülkemize medikal turistler, kardiyolojik (%47,1), inguinal bölge (%24,0), yenidoğan (%12,5), üriner sistem (%9,6), gastrointestinal sistem (%4,8), onkolojik (%2,0) hastalıkların tedavisi ve ameliyat olmak (%85,0) için gelmektedirler (3, 5, 6). Çocuk hastaların ise, daha fazla kardiyolojik (%58,4) ve üriner sistem (%21,5) hastalıkları nedeniyle ülkemize gelmektedirler (3). Bu çalışmada, çocukların tamamının konjenital kalp hastalığının olduğu ve ameliyat olmak için araştırmanın yapıldığı hastaneye geldikleri belirlenmiştir (Tablo 4.3). Araştırma sonucu diğer araştırmalar medikal turistlerin geliş amaçları açısından paralellik göstermektedir.

Literatürde, medikal turizm amacıyla yapılan seyahatin turizm olarak nitelendirilebilmesi için bir günden az ve bir seneden fazla kalınması gerektiği belirtilmektedir (1, 2, 70, 71). Bu çalışmada çocukların en az 1 gün hastanede yattığı belirlenmiştir (Tablo 4.4). Bu sonuçlara göre, çalışmada yer alan çocukları ve/veya ebeveynlerini medikal turist ve bu seyahatlerini de medikal turizm olarak nitelendirebiliriz.

Medikal turizm, özelliği nedeniyle planlı, kısa sürede veya randevulu şekilde hizmet alınacak ülke ve/veya bölgeye havayolu ile ulaşımı gerektirmektedir (1, 2). Medikal turizm 2014 istatistik raporuna göre, medikal turistlerin % 86,2'sinin havayolu ve randevulu olarak başvurduğu belirlenmiştir (1, 2, 6). Bu çalışmada benzer şekilde çocukların tarifeli yolcu uçağı (%97,1) ve randevulu (%96,1) olarak hastaneye geldikleri belirlenmiştir (Tablo 4.3).

Medikal turizm amacıyla diğer bir bölgeye seyahat eden çocuğun bakım vericisinin tedavi boyunca konaklayacağı yerin önceden planlanması gerekir (34). Yapılan bir çalışmada, medikal turizm amacıyla ülkemize gelen medikal turistlerin

tamamının hasta yakınları hastane yakınında farklı otellerde kaldığı belirlenmiştir (2). Bu araştırmada ebeveynlerin, çoğunluğunun (%72,9) kendi tercihlerine bağlı olarak hastanede bakım vericiler için hazırlanmış hasta odalarında konakladığı belirlenmiştir. Bu oranın yüksek olması ebeveynlerinin çocuklarından ayrı kalmak istememelerine bağlanmıştır.

Araştırmada çocukların sadece %3,9'unun yatış deneyimi olduğu belirlenmiştir (Grafik 4.2). SB 2012 verilerine göre 0-1 yaş aralığındaki çocukların % 2,0'mın; 2014 verilerine göre % 3,5'inin hastaneye yattığı belirtilmektedir (3, 6). Bu araştırma sonucu ile SB 2012- 2014 verilerinin benzer olduğu görülmüştür.

Yapılan bir çalışmada, hastaneye yatan çocukların bakım vericilerinin % 80,4'ünün (17); diğer bir çalışmada % 76,6'sının annesi olduğu belirlenmiştir (65). Bu araştırmada, çocukların %57,3'ünün bakım vericisinin annesi olduğu görülmüştür. Bu araştırmada oranın diğer araştırmalara göre düşük olması, çocuğun başka bir ülkedeki hastanede yatmasına, annelerin iki veya daha fazla çocuğunun olmasına ve onların bakımını üstlenecek başka kişilerin olmamasına bağlanmıştır.

Literatürde, medikal turizm amacıyla yapılan seyahatlerin nedenleri arasında ileri donanıma ve teknolojiye sahip bir ülke/ şehirde tedavi olma isteği, kendi ülkesinde o ameliyatı yapacak hastanenin ve/veya doktorun olmaması, aynı sağlık hizmetinin ülkesinde daha pahalı ve bekleme süresinin uzun olmasıdır (1, 2, 73, 74, 75). Bu araştırmada ebeveynlerin çoğu literatür paralelinde kendi ülkelerinde çocuklarının ameliyatını yapacak hastane olmamasını belirtmişlerdir (Grafik 4.4). bir çalışmada medikal turistlerin seyahat nedenleri içinde ilk sırada ileri donanıma ve teknolojiye sahip bir hizmet arayışının (%56,0) olduğu belirlenmiştir (2). Bu araştırma sonucu literatür bilgisi ve diğer araştırma ile paralellik göstermektedir.

Çocukların Hastaneye Yattığı Süreçte Ebeveynlerin Yaşadığı Sorunlara Ait Bulgularının Tartışılması

Çocuğu hastaneye yatan ebeveynler; tanı-tedavi, hastaneye kabul, ziyaret süresi sıklığı, maddi sorunlar, sağlık ekibi ile iletişimde sorunlar, rol ve sorumluluklarında değişim, yabancı bir ortamda bulunma, çocuktan ayrı kalma,

bilinmeyen durumlar, çocuğun acı çekmesi gibi duygu davranış sorunları yaşamaktadırlar (17, 28).

Yapılan bir çalışmada; ebeveynlerin tanı-tedavi sürecinde ve çocuğun ameliyat olma kararını verirken zorlandıklarını belirlemişlerdir (17). Bu araştırmada ebeveynlerin tamamının, tanı-tedavi sürecinde sorun yaşadığı ve çoğunluğunun işlemlere onay verirken emin olamadıklarını (%89,3) belirtmişlerdir (Tablo 4.4). Bu sonuçlar çocuğun ve ailesinin hastaneye yatışa hazırlanmasının önemini tekrar ortaya koyması açısından değerli bulunmuştur.

Literatürde, hastaneye yatışta çocukların ve ebeveynlerinin yabancı bir ortamda bulunmaları ve yatış süresinin belirsizliği, prognoz, tanı-tedavi süreci ile ilgili bilinmeyen durumlara bağlı olarak çeşitli sorunlar yaşanmaktadır (15, 16). Yapılan bir çalışmada yenidoğan yoğun bakım ünitesine kabul sürecinde ebeveynlerin %36,7'si (33); diğer bir çalışmada çocuğu hastanede 15 gün ve daha fazla yatan ebeveynlerin % 56,8'sinin kabul sürecinde sorun yaşadığı (28) belirlenmiştir. Bu araştırmada, ebeveynlerin tamamı kabul sürecinde sorun yaşadıklarını ve bu sorununun nedenini ne kadar süre yatacaklarının belirsiz olması (%90,3) olduğunu göstermişlerdir (Tablo 4.4). Bu çalışmada ebeveynlerin kabul sürecinde sorun yaşaması; kardiyovasküler cerrahide, ameliyat, yoğun bakım ve servise transfer süreci öngörülemediği için ebeveynlere kabul sürecinde ne kadar yatacaklarının söylenmemesine bağlanmıştır.

Literatürde, ebeveynlerin çocuklarını sınırlı sayıda ziyaret etmeleri, ek stres kaynağı olarak gösterilmektedir (15, 16, 61). Yapılan araştırmalarda ziyaret süresinin kısa olması, ebeveynlerde anksiyete düzeyinin artmasına (%81,4), öfke/kızgınlık duymalarına (%46,4) neden olduğu belirlenmiştir (72). Bu araştırmada sadece iki ebeveynin ziyaret konusunda sıkıntı yaşadığını belirtmesi; ebeveynlerin hastanede ve hastaneye yakın bir otelde konaklamalarına ve istedikleri zaman ziyaret edebildiklerine bağlanmıştır (Tablo 4.4). Diğer iki araştırmada ebeveynlerin hastane ziyaret konusunda daha fazla sorun yaşamaları, o sağlık hizmetinin medikal turizm kapsamında verilen hizmet olmamasına bağlanmıştır.

Tıbbi hizmet alma, ameliyat ya da ciddi kronik hastalıklar, bireyler ve aileler için ek maliyet getirmesi, çalışan ebeveynlerinden birinin çocuğun bakımı için işten ayrılması gibi durumlar, ailelerin maddi sorun yaşamalarına neden olmaktadır (17, 64). Yapılan bir araştırmada, orta gelir grubundaki ebeveynlerden birinin çocuğun bakımı için işten ayrılmasının (%46,5), evde kalan aile bireylerinin bakımı için yardımcı alınmasının (%22,5) maddi sorun yaşamalarına neden olduğu belirtilmektedir (17). Bu araştırmada, sadece 12 ebeveynin maddi sorun yaşadığı (Tablo 4.4); bunun nedeninin ise, sadece 5 ebeveynin ücretli olarak hastanede yatmaları olduğu düşünülmüştür (Tablo 4.1).

Yapılan bir çalışmada, yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan ebeveynlerin %33,6'sının (31); diğer bir çalışmada çocuğu hastanede 15 gün ve daha fazla yatan ebeveynlerin % 41,4'ünün (28) sağlık ekibi ile sorun yaşadıkları belirlenmiştir. Bu araştırmada, ebeveynlerin yarısının sağlık ekibi ile iletişimde sorun yaşadıkları; bunun nedenlerinin ise, sağlık ekip üyelerinin duygu-düşüncelerini anlamamaları- paylaşmamaları ve güvensizlik duymaları olarak belirlenmiştir (Tablo 4.4). Bu durum, ebeveynlerle simültane tercüman aracılığıyla iletişim kurulmasına bağlanmıştır.

Çocuğun hastalığı ve hastaneye yatışı ebeveynlerde gerginlik, endişe, korku, öfke, çaresizlik, unutkanlık, hayal kırıklığı, depresyon gibi duygu ve davranış değişikliklerine neden olabilmektedir (15, 16, 61, 62). Bu araştırmada, ebeveynlerin tamamının literatürde belirtilen duygu-davranış sorunlarından bir veya daha fazlasını yaşadıkları belirlenmiştir (Tablo 4.4). Çocuk hemşireliğinde, çocuğun ve ailesinin hastaneye hazırlanması önemli bir yer tutmasına rağmen, yabancı uyruklu ebeveynlerin duygu-davranış sorunlarını yaşamalarının önlenemediği görülmüştür.

Çocuğu hastaneye yatan ebeveynlerin rol ve sorumluluklarında değişim olduğu ve özellikle hastanedeki bakım vericisinin, bu süreçte olağan rol ve sorumluluklarını yerine getiremediği belirtilmektedir (16, 61). Bu araştırmada ebeveynlerin çoğunluğunun (%69,9) rol ve sorumlulukları ile ilgili sorun yaşadıkları; işinden ayrıldıkları (%70,8) belirlenmiştir (Tablo 4.4). Yapılan çalışmalarda çocuğu hastanede yatan ebeveynlerin rol ve sorumlulukları ile ilgili sorun yaşadıkları belirlenmiştir (28, 31, 33). Bu araştırmadaki çocukların tamamının tanısının

konjenital kalp hastalığı olması ve yaşlarının çok küçük olması, ebeveynlerin rol ve sorumluluklarında önemli değişime neden olduğu düşünülmüştür.

Çocukları hastanede yatan ebeveynleri, hastaneye yatış sürecinde yaşadıkları sorunlarla baş etmek için; ağlama, inkar etme, dua etme, kutsal kitap, kutsal olduklarına inandıkları kumaş parçaları, hayvan figürlerini, ve toprak gibi eşyaları kullanmaktadırlar (23, 30, 32, 33, 34, 35). Bu araştırmada ebeveynlerin çoğunluğunun baş etmek için ağlama (%92,2) ve dua etme (%94,1) yöntemlerini kullandıkları belirlenmiştir (Tablo 4.5). Yapılan bir çalışmada, çocuğu yenidoğan yoğun bakımda yatan ebeveynlerin dua ettikleri (%88,9); Luxemburg'da yapılan bir çalışmada ise, nefes egzersizi (%71,4) yaptıkları görülmüştür (7). Bu sonuçlara göre ülkenin sosyokültürel özellikleri doğrultusunda ebeveynler farklı baş etme yöntemleri kullanmaktadırlar (15).

Çocuğu hastanede yatan ebeveynlerin yatış sürecinde, yabancı bir ortamda bulunmaları nedeniyle bazı gereksinimlerini karşılayamayabilmektedirler (67). Bu araştırmada; tamamının konaklama, giyinme, hijyen ve dini/ manevi ihtiyaçlarını; çoğunluğunun beslenme, günlük uyku dinlenme, alışveriş-gezme-eğlence gibi gereksinimlerini karşıladıkları görülmüştür (Tablo 4.6). Yapılan bir araştırmada çocuğu hastaneye yatan ebeveynler %67,7'sinin yeme-içme gereksinimlerinin karşılanmadığı görülmüştür (67). Bu araştırmada, ebeveynlerin gereksinimlerini karşılamada sorun yaşamamaları; araştırmanın yapıldığı hastanenin bireylerin tüm gereksinimlerini karşılayacak şekilde planlanan bir medikal turizm merkezi olmasına bağlanmıştır.

Ebeveynlerin Tanıtıcı Özelliklerine, Yatış Gün Sayısına ve Konaklama Yerine Göre Hastaneye Yattığı Süreçte Yaşadığı Sorunlara Ait Bulguların Tartışılması

Ebeveynlerin eğitim durumuna göre maddi sorun yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmiş ve bu farklılığın ilköğretim mezunu olanların daha fazla maddi sorun yaşamalarından kaynaklandığı belirlenmiştir (Tablo 4.7). Yapılan bir çalışmada eğitim düzeyi düşük olan ebeveynlerin (%64,3) yüksek olanlara göre daha fazla maddi sorun yaşadığı görülmüştür (68). İlköğretim mezunu olan 11 ebeveynin 5'inin hastaneye ücretli yatmaları nedeniyle maddi sorun

yaşamalarına bağlanmıştır. Bu araştırma sonucu, diğer araştırma ile paralellik göstermektedir.

Ebeveynlerin eğitim durumuna göre ebeveynlerin duygu-davranış sorunları yaşamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmüş ve bu farklılığın okur yazar olan ebeveynlerin, diğer eğitim düzeylerindeki ebeveynlerden daha fazla duygu- davranış sorunları yaşamalarından ileri geldiği belirlenmiştir (Tablo 4.8). Yapılan bir çalışmada eğitim düzeyi düşük olan ebeveynlerin (%44,3), yüksek olanlara göre daha fazla duygu-davranış sorunu yaşadığı görülmüştür (24). Literatürde bireylerin eğitim düzeyi yükseldikçe daha az duygusal davranış sorunları yaşama ya da yaşadıkları (14, 68); kültür farklılıkları nedeniyle, bireylerin sağlık sorunlarının, bu sorunları algılamalarının ve yardım beklentilerinin farklılık gösterdiği belirtilmektedir (34, 35). Eğitim seviyesi yüksek olan kişilerin sağlıklarına daha fazla önem verdiği görülmüş ve daha az duygu/davranış sorunu yaşadığı bildirilmiştir (68). Ebeveynlerin eğitim durumu ve çalışma durumu ile ebeveynin hastaneye yatış sürecinde duygu-davranış sorunları yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmiştir. Bu çalışma literatür bilgisi ile paralellik göstermektedir.

Ebeveynlerin sahip olduğu çocuk sayısı ve çocuğun hastanede yatış gün sayısına göre ebeveynlerin rol ve sorumlulukları ile ilgili sorun yaşama durumu, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiş, üç ve üstü çocuğu olan ve yatış gün sayısı 1-15 arasında olan ebeveynlerin rol ve sorumlulukları ile ilgili daha fazla sorun yaşadığı görülmüştür. Yapılan bir çalışmada, yatış gün sayısının artmasının çocuğun gereksinimlerini karşılayamamasına (%78,4), eşi ile görüşmemesine (%34,8) neden olduğu belirlenmiştir (17). Literatürde, tek ebeveynlilik hastanede yatış gün ve sahip oldukları çocuk sayılarının artmasının ebeveynlerin rol ve sorumluluklarında değişikliklere neden olduğu belirtilmektedir (15, 16). aile içinde rol ve sorumlulukları etkilemektedir (13). Bu araştırma sonuçları, literatür ve yapılan iki çalışma ile paralellik göstermektedir.

Ebeveynin yaşı ile sağlık ekibiyle sorun yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiş ($p<0,05$), ve 20-30 yaş aralığındaki ebeveynlerin daha fazla sağlık ekibi ile sorun yaşadığını görülmüştür. Yapılan bir

çalışmada 18-25 yaş arası annelerin sağlık ekibi ile daha fazla sorun yaşama durumlarının azaldığı görülmüş (17), yaşları arttıkça sağlık ekibi ile sorun yaşama durumlarının azaldığı belirtilmiştir (17).

Ebeveynlerin eğitim durumuna göre sağlık ekibiyle sorun yaşama durumu, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiş ve sadece okuryazar olan ebeveynlerin diğer eğitim düzeylerine göre daha fazla sorun yaşadığı görülmüştür ($p<0,00$). Yapılan bir çalışmada ilkokul mezunu ve ev hanımı olan annelerin sağlık ekibi ile daha fazla sorun yaşadığı ve eğitim seviyesi arttıkça sağlık ekibi ile sorun yaşama oranının azaldığı belirlenmiştir (68). Bu sonuçlara göre yaş almanın bireylerin sorun çözme becerilerini olumlu yönde etkilediği söylenebilir.

Ebeveynlerin çalışan durumuna göre sağlık ekibiyle iletişimde sorun yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiştir. Ebeveynlerin çocuk sayısı ile sağlık ekibiyle sorun yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiş ve çocuk sayısı az olan ebeveynlerin sağlık ekibi ile iletişimde sorun yaşama durumu düşük bulunmuştur. Literatürde, tek çocuklu ebeveynlerin çocuklarının eğitimi, gelişimi, hastalığı sırasında daha özenli olduğu bildirilmiştir (61).

Ebeveynlerin çocuğun hastanede yatış gün sayısına göre sağlık ekibiyle sorun yaşama durumu, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiş ve yatış gün sayısı arttıkça ebeveynlerin sağlık ekibi ile iletişimde sorun yaşama durumlarının arttığı görülmüştür. Literatürde yatış gün sayısı uzadıkça ebeveynlerin anksiyete düzeylerinin arttığı ve sağlık ekibi ile iletişimde daha fazla sorun yaşamaları belirtilmektedir (17, 68). Bu durumunun yatış gün sayısının artışına bağlı olarak bireylerde tükenmişliğe bağlı olarak iletişim sorunlarının yaşanmasına bağlanmıştır.

Ebeveynlerin sahip olduğu çocuk sayısı ve çocuğun hastanede yatış gün sayısına göre sorunlarla baş etme yöntemlerini kullanma durumu istatistiksel olarak anlamlı göstermiş ve yatış gün sayısı 1-15 arasında olanların çocuk sayısı fazla sahip olanların olanların baş etme yöntemlerini daha fazla kullandığı görülmüştür (Tablo 4.10). Ülkemizde yapılan bir çalışmada, hastanede yatış gün sayısı uzadıkça baş etme yöntemi kullanma durumunun (%78,4) arttığı görülmüş (17), Luxenburg'da yapılan

bir çalışmada ise değişiklik olmadığı görülmüştür (7). Bu araştırmada da elde edilen sonuçlar ile diğer araştırmada elde edilen sonuçlar benzerlik göstermektedir.



6.SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Yabancı uyruklu çocuk hastaların hastaneye yatış sürecini ve ebeveynleri üzerine etkisini incelemek amacıyla yapılan bu araştırmada, aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- Çocukların yarısının, 0-12 aylık (%45,7), kız (%51,5) ve Irak uyruklu (%80,2) olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1).
- Ebeveynlerin yarısının, 15-19 yaş aralığında (%49,4), okur- yazar olduğu (%66,9) ve bir işte çalıştığı (%51,5) belirlenmiştir (Tablo 4.2).
- Çocukların tamamının, tanısının konjenital kalp hastalığı olduğu, başvuru nedeninin ameliyat olmak olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3).
- Çocukların tamamının direkt hastaneye yattığı, yarısının yatış gün sayısının 1-15 gün arasında olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3).
- Ebeveynlerinin çoğunluğunun, bu hastaneyi tercih etme nedeninin ülkelerinde bu ameliyatı yapacak hastanenin bulunmaması (%71,8) olarak belirtmişlerdir (Grafik 4.4)
- Ebeveynlerin tamamının, tanı-tedavi sürecinde sorun yaşadıkları; yatış sürecinde duygu/davranışlarında değişiklikler olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.4)
- Ebeveynlerin tamamı; çocukların hastaneye yattığı süreçte konaklama yeri, giyinme ve hijyen gereksinimlerini giderme ile ilgili sorun yaşamadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.6)
- Ebeveynin eğitim durumuna göre maddi sorunlar yaşama durumu ($p<0,05$) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiş bu farkın okuryazar olan ebeveynlerin daha fazla sorun yaşamalarından kaynaklandığı görülmüştür (Tablo 4.7).
- Ebeveynlerin eğitim durumuna göre duygu-davranış sorunları yaşama durumu istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiş ($p<0,05$), bu farkın okuryazar olan ebeveynlerin daha fazla duygu- davranış sorun yaşamalarından kaynaklandığı belirlenmiştir. (Tablo 4.8).

- Ebeveynin sahip olduğu çocuk sayısına rol ve sorumluluklarında değişim olma durumu istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiş ($p<0,05$), bu farkın üç ve daha fazla çocuğa sahip olanların, rol ve sorumluluklarında daha fazla değişim olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir. Ebeveynin hastanede yatış gün sayısına göre rol ve sorumluluklarında değişim olma durumu istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiş ($p< 0,05$), bu farkın yatış gün sayısının 1-15 arasında olan ebeveynlerin rol ve sorumluluklarında daha fazla değişim olmasından ileri geldiği görülmüştür.(Tablo 4.9).
- Ebeveynlerin yaşına göre sağlık ekibiyle sorun yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmüş ($p<0,05$), bu farkın ve 20-30 yaş aralığında olan ebeveynlerin daha fazla sağlık ekibi ile sorun yaşamalarından kaynaklandığı görülmüştür. Ebeveynlerin eğitim durumuna göre sağlık ekibiyle sorun yaşama durumu istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiş ($p<0,000$), u farkın okuryazar olan ebeveynlerin diğer eğitim düzeylerine göre daha fazla sorun yaşamasından kaynaklandığı belirlenmiştir. Ebeveynlerin uyruğuna göre ile sağlık ekibiyle sorun yaşama durumu istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiş ($p<0,05$), bu farkın Libya uyruklu ebeveynlerin Irak uyruklulara göre sağlık ekibi ile iletişimde daha fazla sorun yaşamalarından kaynaklandığı belirlenmiştir. Ebeveynlerin çocuk sayısına göre sağlık ekibiyle sorun yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiş ($p<0,05$), bu farkın çocuk sayısı az olan ebeveynlerin sağlık ekibi ile iletişimde daha az sorun yaşamalarından kaynaklandığı belirlenmiştir. Ebeveynlerin çocuğun hastanede yatış gün sayısına göre sağlık ekibiyle sorun yaşama durumu istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiş, bu farkın çocuğun hastanede yatış gün sayısı fazla olan ebeveynlerin sağlık ekibi ile iletişimde daha fazla sorun yaşamalarından kaynaklandığı belirlenmiştir (Tablo 4.10).
- Ebeveynlerin sahip olduğu çocuk sayısına göre baş etme yöntemlerini kullanma durumu istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiş

($p < 0,005$), bu farkın çocuk sayısı fazla olanların baş etme yöntemlerini daha fazla kullanmalarından kaynaklandığı belirlenmiştir. Ebeveynlerin hastanede yatış gün sayısına göre baş etme yöntemlerini kullanma durumu istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiş ($p < 0,001$), bu farkın yatış gün sayısının 1-15 arasında olan ebeveynlerin daha fazla baş etme yöntemi kullanmalarından kaynaklandığı görülmüştür. (Tablo 4.11).

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Yabancı uyruklu çocuk hastaların ve ebeveynlerin tercüman aracılığı ile hastaneye kabul, yatış, tanı- tedavi sürecinde tüm işlemlerle ve günlük gereksinimlerini nasıl karşılayabilecekleri konularında bilgilendirilmesi,
- Yabancı uyruklu çocuk hastaların ebeveynlerinin yaşadığı sorunların, gereksinimlerinin ve sunulan sağlık hizmetlerinin yeterlilik düzeyinin istatistiksel verilerle açıklanması,
- Medikal turizm kapsamında sunulan sağlık hizmetlerinin planlanması, çocuk hemşirelerinin yabancı uyruklu çocuk hastaların ve ebeveynlerinin aile merkezli yaklaşımla gereksinimlerine göre hemşirelik bakımlarını planlaması ve uygulaması önerilebilir.
- Sağlık çalışanlarının ve özellikle hemşirelerin, çocukların aile merkezli yaklaşımla hazırlayacakları bakım planlarını desteklemesi veya katkıda bulunması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Temizkan, S. P. (2015). *Sağlık Turizmi*. Ankara: Detay Yayıncılık
2. Baltacı, F., Ekici R., Yirik, Ş. (2015) *Türkiye ve Dünyada Sağlık Turizmi*. Ankara: Detay Yayıncılık
3. Sağlık Turizmi. Erişim: 24 Kasım 2014.
<http://www.saglikturizmi.gov.tr/tr/turkiyede-medikal-turizm.php>
4. Bakırcı, M. (2002). Eko Turizm II. Turizm şurası bildirimleri, Turizm Bakanlığı Yayınları.
5. Sağlık Turizmi Hastanelerin Dağılımı,
Erişim:24.11.2014,http://www.saglikturizmi.org.tr/saglikturizmi-dosyalar/saglik_turizmi_yayinlari/turkiyede-medikal-arastirma-08052012.pdf
6. Sağlık Turizm Raporu, Erişim: 29.12.2014
http://www.tursab.org.tr/dosya/11430/saglikturizmiraporu_11430_3841225.pdf
7. Coheur, A.(2003). "Hospital Cooperation: In Border Regions in Europe Practical Experiences-Perspectives" Free Movement Cross-Border Cooperation in Europe: The Role of Hospital & Practical Experiences in Hospitals.Luxenburg: Entente Hospital Luxembourg.
8. Connell, J.(2006). Medical Tourism: Sea, Sun, Sand and Surgery. *Tourism Management*, 27(6):1093-1100.
9. Masoud, F.,Alireza, J., Mahmoud, K., Zahra, A. (2013). A systematic review of publications studies on medical tourism. *Journal of Education and Health promotion*, 2(1), 51.
10. Aydın D, Aypek N, Aydın C, Şahbaz P ve Arslan S. (2011). *Türkiye'de Medikal Turizm*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
11. Aymakuy, Y. (2003). *Kongre Turizmi ve Fuar Organizasyonları*, Ankara: Detay Yayıncılık.

12. Yoğun bakımda çocuğu yatan ebeveynler Erişimi: 06.04.2014,
<http://edergi.atauni.edu.tr/ataunihem/article/viewFile/1025000482/1025000475>
13. Er D. (2006). Çocuk, hastalık, anne-babalar ve kardeşler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 49(1): 155-168.
14. Gürkan A.(2009). Bütüncül Yaklaşım: Yoğun Bakımda Hastası Olan Aile Üyeleri. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*;13(1):1-5.
15. Çavuşoğlu H.(2013) Çocuk Sağlığı Hemşireliği,Ankara,Sistem Ofset Yayınları, 22-36
16. Balbakkal, Z., Conk, Z., Bolışık, B., Yılmaz, H. (2013). *Pediatric Hemşireliği*. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi
17. Erdim L., Bozkurt G. ve İnal S.(2006). Annelerin Çocuklarının Hastaneye Yatışından Etkilenme Durumlarının Araştırılması. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(1):78-83
18. Çetin, T. (2011). Termal Turizm Potansiyeli Açısından Kozaklı (Nevşehir) Kaplıcaları. *Turkish Studies- International Periodical For The Languages, Terature and History of Turkish or Turkic*, 6(1): 899-924.
19. Hasanoğlu E. Düşünsel R. Bideci A. (2010) Türkiye Milli Pediatri Derneği Temel Pediatri. İstanbul. Güneş Kitabevi.
20. Kurnaz E.(2007). Bebeği Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Olan Annelerin Endişeleri ve Bakım Gereksinimleri. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.
21. Batı Akdeniz Kalkınma Ajansı. *Sağlık Turizmi Sektör Raporu*. (Şubat 2011) Erişim: 12 Nisan 2014
<http://www.baka.gov.tr/uploads/1303486601SAGLIK-KATALOG--TURKCE-.pdf>
22. Birch, D. W., Vu, L., Karmali, S., Stoklossa, C. J., & Sharma, A. M. (2010). Medical tourism in bariatric surgery. *The American Journal of Surgery*, 199 (5): 604-608.
23. Aykanat B. Ve Gözen D. (2014). Çocuk Sağlığı Hemşireliğinde Aile Merkezli Bakım Yaklaşımı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(1):24-33

24. Erdeve Ö., Atasay B., Arsan S. Ve Türmen T.(2008). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Yatış Deneyiminin Aile ve Prematüre Bebek Üzerine Etkileri. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 51(2.): 104-109
25. Karaböcüoğlu M., Köroğlu T.(2008). *Çocuk Yoğun Bakım Esaslar ve Uygulamalar*. İstanbul: Medikal Yayıncılık.
26. Kuzlu T., Kalıncı N. ve Topan A.(2011). Üniversite Hastanesinde Çocuklara Verilen Bakımın Aile Merkezli Bakım Yönünden İncelenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, Cilt:6, Sayı:16
27. Tengilimoğlu D. ve Kahraman O.(2013). Dünyada ve Türkiyede Medikal Turizm, Sağlık Turizmi. Ankara:Siyasal Kitapevi
28. Taşdelen B., Yiğit R., Yüzer S.(2006). Çocuğu Hastanede Yatan Annelerin Aldığı Sosyal Destek İle Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 9 (4): 54-62
29. Gill, H., Singh, N. (2011). Exploring the Factors that Affect the Choice of Destination for Medical Tourism, *Journal of Service Science and Management*, 4 (3): 315-324.
30. Oflaz F.,(2008). Hasta Çocuk ve Ebeveynlerinin Pediatrik Yoğun Bakım Deneyimi ve Travmatik Stres. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(1): 36-42
31. Çalışır H., Şeker S., Güler F., Anaç G. Ve Türkmen M.,(2008). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebeği Yatan Ebeveynlerin Gereksinimleri ve Kaygı Düzeyleri. *Cumhuriyet.Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(1):56-62
32. Ovacık N.,(2012). Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinde Çocuğu Yatan Ebeveynlerin Tanımladığı Gereksinimlerin Hemşire ve Hekimler Tarafından Algılanması. Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi, Mersin.
33. Unutkan A.(2012). Yenidoğan yoğun Bakım Ünitesinde Bebeği Yatan Annelerin Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi, Mersin.
34. Sağlık Bakanlığı (2011). *Medikal Turizm Araştırması*. Ankara: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.

35. Connell, J. (2013). Contemporary medical tourism: Conceptualisation, culture and commodification. *Tourism Management*, 34, 1-13.
36. Aydın, O. (2012). Türkiye’de Alternatif Bir Turizm; Sağlık Turizmi. *KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*. 14 (23): 91-96.
37. Gülmez Z. (2012). *Türkiye’de ve Dünya’da Sağlık Turizmi ve Çeşitleri: Turizmin Ülkemizdeki Mevcut Durumu ve Bazı Ülkelerle Kıyaslanması. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul*
38. Turizm Çeşitleri Erişim: 10.05.2014 ://www.kulturveturizmbakanligi.gov.tr
39. Jeevan R. & Armstrong A. (2008). Cosmetic tourism and the burden on the NHS. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 61 (12): 1423-1424
40. Loh, C. P. A. (2013). Health tourism on the rise? Evidence from the Balance of Payments Statistics. *The European Journal of Health Economics*, 15 (759): 1-8.
41. Aydın, D. ve Şeker, S. (2011). Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Uygulama Rehberi.
Erişim: 20.05.2014 <http://www.saglik.gov.tr/SaglikTurizmi/dosya/1-74694/h/rehber-uygulama.pdf>
42. Aydın D. ve Yılmaz, C. (2010). Medikal Turizm Araştırması. Ankara: Sağlık Bakanlığı Aydın, O. (2012). Türkiye’de Alternatif Bir Turizm; Sağlık Turizmi. *KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*. 14 (23): 91-96.
43. Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı (2012). *Stratejik Plan 2013-2017*. Erişim: 04.04.2014. <http://saglikturizmi.gov.tr/uploads/9931028-1232013-2017-stratejik-plan.pdf>
44. Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı. (Aralık 2013). *Türkiye Medikal Turizm Değerlendirme Raporu 2013*. (Rapor No:1) Erişim: 08 Mart 2014 http://www.saglikturizmi.org.tr/yonetim/templates/addons/ckfinder/userfiles/MTD_2013_raporu.pdf
45. Yıldırım H.H. ve Altunkaya Ü. (2006). *Türkiye’nin Sağlık Turizmi Potansiyeli ve Güçlükler*. Erişim: 08 Mart 2014 <http://docplayer.biz.tr/2154695-Turkiye-nin-saglik-turizmi-potansiyeli-ve-guclukler-turkiye-nin-saglik-turizmi-potansiyeli-ve-guclukler-dr-hasan-huseyin-yildirim-umran-altunkaya.html>

46. İçöz, O. (2009). Sağlık Turizmi Kapsamında Medikal (Tıbbi) Turizm Ve Türkiye'nin Olanakları. *Journal Of Yasar University*. 4(14): 2257-2279.
47. Adıgüzel O. ve Edinsel S. (2014). Türkiye'nin Sağlık Turizmi Açısından Son Beş Yıldaki Dünya Ülkeleri İçindeki Konumu ve Gelişmeleri. *Çankırı Karatekin Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 4(2): 167-190
48. Selvi, Murat, S. (2008) Sağlık Turizmi, Ankara: Nobel Yayın
49. Binler A. (2015). *Türkiye'nin Medikal Turizm Açısından Değerlendirilmesi ve Politika Önerileri*. Uzmanlık Tezi, Kalkınma Bakanlığı, Ankara
50. Boz, M. (2004). *Turizmin Gelişmesinde Alternatif Turizm Pazarlamasının Önemi*. Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul
51. Seyyar A, Orhan S. (2008). Sağlık Turizminde Yeni Küresel Eğilimler: 3. Balıkesir Turizm Kongresi, 17-19 Nisan 2008, Balıkesir. Kongre Bildiri Kitabı.
52. Gan, L. G, Frederick, J. R. (2011). Medical tourism facilitators: Patterns of service differentiation. *Journal of Vacation Marketing*, 17 (3): 165-183.
53. Özer Ö. ve Songur C. (2012). Türkiye'nin Dünya Sağlık Turizmindeki Yeri ve Ekonomik Boyutu. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 4 (2013): 69-81
54. Lunt, N., Green, S. T., Mannion, R. & Horsfall, D. (2012). Quality, safety and risk in medical tourism. *Contemporary Geographies of Leisure, Tourism and Mobility*, 33 (1), 31-46.
55. Masoud, F., Alireza, J., Mahmoud, K. & Zahra, A. (2013). A systematic review of publications studies on medical tourism. *Journal of Education and Health Promotion*, 2(1), 51.
56. Acar N. ve Turan A. (2016). Sağlık Çalışanlarının Sağlık Turizmi Farkındalığı Üzerine Bir Araştırma: Ahi Evran Üniversitesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Çalışanları Örneği. *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*. 17(1): 17-36
57. Heung, V. C., Kucukusta, D., & Song, H. (2010). A Conceptual model of medical tourism: Implications for future research. *Journal of Travel & Tourism Marketing*. 27 (3): 236-251.

58. Heung, V., Kucukusta, D., & Song, H. (2011). Medical tourism development in Hong Kong: An assessment of the barriers. *Tourism Management*, 32 (5): 995-1005.
59. Baran G. ve Gültekin G. (2005). Hastalık ve Çocuk. *Aile ve Toplum Dergisi* 2 (9)
60. Bookman, M. Z., & Bookman, K. R. (2007). Medical tourism in developing countries. New York: Palgrave Macmillan.
61. Büyükgönenç, L., Törüner E. (2012). *Çocuk Sağlığı, Temel Hemşirelik Yaklaşımları*. Amasya: Göktuğ Yayıncılık
62. Hockenberry M., Wilson D.,(2011). Wong's Nursing Care of Infants and Children.(9. Ed.)(p.965). London: Elsevier Mosby.
63. Aydın Ş., Bolat H., Köse M. R., Özbaş S., Tezel B. (2012). Türkiye'de Çocuk Sağlığının Durumu. *Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Dergisi*. 55: 71-76
64. Türkiye'de Çocuk Yoğun Bakım Hizmetleri- Pediatrik Yoğun Bakım Raporu (2006) Erişim: 06.Nisan.2014
http://web.deu.edu.tr/cocukyogunbakim/yayinlar/cocuk_yogun_bakim_raporu.pdf
65. Çırlak A. ve Erdemir F. (2013). Yenidoğan Ünitelerinde Yatan Bebeklerin Ebeveynlerinin Rahatlık Düzeyi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 16(2): 73-82
66. Bakıcı H., Bilban S., Dinçer Ş., Günel E., Şahin T. K., Yurtçu M. (2005). Meram Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Servisinde Yatan Hasta Yakınlarının Memnuniyetinin Araştırılması. *Genel Tıp Dergisi* 15(4): 137-142
67. Taşdelen M. (2006). *Hastaneye Yatan Çocukların Ebeveynlerinin İhtiyaçlarını Karşılama Düzeyinin Belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Afyon Karahisar Kocatepe Üniversitesi, Afyon
68. Bozkurt G., Erdim L., İnal S. (2006). Annelerin Çocuklarının Hastaneye Yatışından Etkilenme Durumlarının Araştırması. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 9 (3): 36-43
69. Aykin Ç.,(2013). Re animasyon Yoğun Bakım Ünitesinde Hasta Ailelerin Gereksinimleri. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, İstanbul.

70. York, D. (2008). Medical tourism: The trend toward outsourcing medical procedures to foreign countries. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*. 28(2): 99-102.
71. Mitka, M. (2009). Surgical tourism: Some US patients travel abroad for less costly surgery. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*. 302 (14): 1519-1519.
72. Taşdemir N. ve Özşaker E.,(2007). Yoğun Bakım Ünitesinde Ziyaret Uygulaması: Ziyaretin Hasta, Hasta Ailesi ve Hemşire Üzerine Etkileri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11 (1):121-124
73. Tengilimoğlu D. (2013). Sağlık Turizmi, Ankara: Siyasal Kitapevi.
74. Taşkın, E. ve Şener, H. Y. (2015). Sağlık Turizm Markası: Kütahya. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 36 (1): 253-260.
75. Unwto (2013). *Unwto Tourism Highlights 2013 Edition*. Erişim (01 Mart 2014). <http://www2.unwto.org/>
76. Yiğit V. (2016). Kamu Hastanelerinde Medikal Turizmin Gelişimini Etkileyen Faktörler. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*. 15 (7):.107-119.
77. Chen, L. H., & Wilson, M. E. (2013). The Globalization of Healthcare: Implications of Medical Tourism for the Infectious Disease Clinician. *Clinical Infectious Diseases*, 57 (12): 1752-1759.
78. Cohen, I. G. (2013). Transplant Tourism: The Ethics and Regulation of International Markets for Organs. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 41(1): 269-285.

EK-1

ÇOCUK VE AİLEYİ TANITICI BİLGİ FORMU

Sayın.....

Size verilen bu form Yüksek Lisans Tez çalışması için hazırlanmıştır. Bu formdaki bilgiler sadece araştırmacı tarafından kullanılacaktır. Çalışmanın amacı, Türkiye'ye gelen yabancı uyruklu çocuk hastaların hastaneye yatış sürecini ve ebeveynleri üzerine etkisini araştırmaktır. Çalışma sonuçlarının doğru olabilmesi sizi en iyi tanımlayan seçeneği veya ifadeyi belirtmeniz çok önemlidir.

No:.....

Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

1. Çocuğun uyruğu:.....
2. Sosyal güvencesi:.....
3. Çocuğun cinsiyeti:.....
4. Çocuğun yaşı:.....
5. Okula gitme durumu:.....
6. Hastaneye başvuru nedeni:.....
7. Tıbbi tanısı:.....
8. Direkt hastaneye yatış yapıldı mı?
 1. () Evet
 2. () Hayır:.....
9. Hastaneye yatış gün sayısı:.....
10. Hastaneye yatışının kaçınıcı günü:.....
11. Hastaneye ulaşım şekli:
12. Hastaneye geliş şekli:
13. Hastaneye kabul şekli:
14. Çocuğun hastalık/hastaneye yatış deneyimi:
 1. () Evet
 2. () Hayır
15. Cevabınız evet ise; Çocuğun geçmiş hastalık/hastaneye yatış nedeni:.....
16. Şimdiki yatışında yoğun bakım yatma durumu:
17. Çocuğun hastaneye yatış sürecinde birincil bakım vericisi/ vericiler :.....
18. Ebeveyn yaşı:.....
19. Ebeveyn eğitim durumu:.....
20. Ebeveynin baktığı çocuk sayısı:.....
21. Evde yaşayan kişi sayısı:.....
22. Sürekli yaşanılan/ikamet edilen yerleşim yeri:.....
23. Şuandaki konaklama yeri:.....
24. Bu hastaneyi tercih etme nedeniniz:
 - 1.() Ülkemde bu ameliyatı yapacak hastane yok
 - 2.() Ülkemde bu ameliyatı yapacak doktor yok
 - 3.() Ülkemde aynı sağlık hizmeti daha pahalı
 - 4.() Daha kaliteli sağlık hizmeti almak için
 - 5.() Ülkemde sağlık hizmet alma süresi daha uzun
 - 6.() Diğer:.....
25. Daha önce başka bir ülkede sağlık hizmeti aldınız mı?
 - 1.() Evet
 - 2.() Hayır

EK-2

YABANCI UYRUKLU ÇOCUK HASTALARIN HASTANEYE YATIŞ SÜRECİNİN VE EBEVEYNLERİNE ETKİSİNİ BELİRLEME FORMU

Sayın.....

Bu bölümdeki sorular, çocuğunuzun hastanede/yoğun bakımda yattığı süre içinde yaşadıklarınızı (belirsizlikler, olumlu/olumsuz düşünceler, duygu durumu, alışılmış gereksinimlerin karşılanması, roller ve görevlerin sürdürülmesi vb.) belirlemeye yönelik olarak hazırlanmıştır. Çocuğunuzun hastaneye yatışına karar verildiği zamandan itibaren yaşadıklarınızı düşünerek size uyan durumu belirtiniz. Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

1. Hastaneye kabulü- yatışı sürecinde sorun yaşadınız mı?
 - 1.() Evet
 - 2.() Hayır
2. Cevabınız evet ise; aşağıdaki sorunları yaşadınız mı?
 - 1.() Anlatılanları anlayamıyorum
 - 2.() Anlatılan bilgiler yetersiz
 - 3.() Ne kadar yatacağımız belirsiz
 - 4.() Diğer:.....
3. Tanı-tedavi işlemleri sürecinde sorun yaşadınız mı?
 - 1.() Evet
 - 2.() Hayır
4. Cevabınız evet ise; aşağıdaki sorunları yaşadınız mı?
 - 1.() Anlatılanları anlayamıyorum
 - 2.() Anlatılan bilgiler yetersiz
 - 3.() İşlemlere onay verirken emin olamıyorum
 - 4.() Diğer:.....
5. Hastaneye yatış sürecinde sağlık ekibi ile iletişimde sorun yaşadınız mı ?
 - 1.() Evet: Sorunlar...
 - 2.() Hayır
6. Cevabınız evet ise; hangi sorunları yaşadınız ?
 - 1.() Doğru bilgi alamama, her an ulaşamama
 - 2.() Soru soramama
 - 3.() Duygu/düşüncelerimi anlamamaları,paylaşamamaları,güvensizlik
 - 4.() Diğer:.....
7. Ziyaret süresi/sıklığı ile ilgili sorun yaşadınız mı?
 1. () Evet
 2. () Hayır
8. Çocuğunuz hastaneye yattığı için maddi sorunlar yaşıyor musunuz?
 1. () Evet
 2. () Hayır
9. Türkiye’de tanıdığımız ya da size destek olacak kimse var mı?
 1. () Evet ; Kimler:.....
 2. () Hayır
10. Cevabınız Evet ise; onlarla görüştünüz / destek aldınız mı?
 1. () Evet
 2. () Hayır
11. Evde ebeveynin bakımına ihtiyacı olan başka kişiler var mı?
 1. () Evet; Kimler:.....
 2. () Hayır
12. Cevabınız evet ise; kalan aile üyelerine bakacak/ilgilenecek kimse var mı?
 1. () Evet; Kimler;.....
 2. () Hayır
13. Çocuğunuz hastaneye yattığı süreçte duygu/davranış sorunları yaşadınız mı?
 1. () Evet
 2. () Hayır

14. Cevabınız evet ise; duygu/davranış sorunlarını belirtiniz?
- 1.() Kendimi baskı altında hissediyorum
 - 2.() Kendimi üzgün hissediyorum
 - 3.() Kendimi çaresiz hissediyorum
 - 4.() Çocuğumu kaybedeceğimi düşünüyorum
 - 5.() Hiçbir şeyi beceremiyorum
 - 6.() Çocuğumun geleceğiyle ilgili endişe (kaygı) yaşıyorum
 - 7.() Çocuğumun hastalığı ile ilgili endişe (kaygı) yaşıyorum
 - 8.() İyileşemeyeceğinden korkuyorum
 - 9.() Herkese kızgınlık/öfke duyuyorum
 - 10.() Yemek yemeyi unutuyorum
 - 11.() Diğer...
15. Hastaneye yattığı süreçte rol ve sorumluluklarınızda değişimler oldu mu?
1. () Evet
 2. () Hayır
16. Cevabınız evet ise; rol ve sorumluluklarınızda değişiklikleri belirtiniz?
- 1.() Diğer çocuklarıma bakacak/ilgilenecek kimse yok
 - 2.() İşimden ayrıldım
 - 3.() Eşimden destek alamıyorum
 - 4.() Diğer:.....
17. Hastaneye yattığı süreçte sorunlarla karşılaştığınız durumlarda baş etme yöntemleri kullanıyor musunuz?
1. () Evet
 2. () Hayır
18. Cevabınız evet ise; baş etmede hangi yöntemleri kullanıyorsunuz?
1. () Ağlama
 2. () İnkâr Etme
 - 3 () Dua Etme
 4. () Başka Bir İşle Uğraşma
 - 5.() Diğer:.....
- Aşağıdaki soruları(19-25) önceki yaşamınızı / hastaneye yatmadan önceki zamanı düşünerek cevaplayınız.
19. Konakladığınız yer (yatak,banyo,tuvalet vb.) gereksinimlerinizi karşılıyor mu?
- 1.() Evet
 - 2.() Hayır; Nedenleri:.....
20. Giyinme gereksiniminizi (yıkama-ütüleme, mevsime/sıcaklığa uygunluğu vb.) karşılayabiliyor musunuz?
1. () Evet
 2. () Hayır; Nedenleri:.....
21. Beslenme gereksiniminizi (alıştığınız besinleri bulma,miktar,lezzetvb.)karşılayabiliyorsunuz?
- 1.() Evet
 - 2.() Hayır; Nedenleri:.....
22. Hijyen gereksiniminizi (banyo, saç yıkama vb.)karşılayabiliyor musunuz?
1. () Evet
 2. () Hayır; Nedenleri:.....
23. Günlük uyku/dinlenme gereksiniminizi (süresi, alışkanlıklar....) karşılayabiliyor musunuz?
1. () Evet
 2. () Hayır; Nedenleri:.....
24. Dini/manevi gereksiniminizi sürdürabiliyor musunuz?
1. () Evet
 2. () Hayır; Nedenleri:.....
25. Alışveriş, gezme, eğlence gibi gereksinimlerinizi yapabiliyorsunuz?
1. () Evet
 2. () Hayır; Nedenleri:.....

ANADOLU[®]
In Affiliation with
JOHNS HOPKINS MEDICINE

08.09.2017

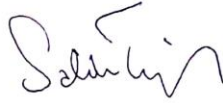
İlgili Makama,

“Yabancı Uyruklu Çocuk Hastaların Hastaneye Yatış Sürecinin ve Ebeveynlerine Etkisinin İncelenmesi” isimli (Yürütücü, Hemşire Fatma Büşra Serbest), proje/anket çalışmasının ASM’de gerçekleştirilmesi ASM Etik Kurulu’nun 28/01/2015 tarihli toplantısında ele alınmış ve uygun bulunmuştur*.

Bilginize sunulur

ASM Hastane Etik Kurulu Adına

Başkan



Prof Dr Salih Türkoğlu

* Bu yazı sayın Fatma Büşra Serbest’in isteği üzerine 08/09/2017 tarihinde tekrar yazılmıştır