



**DENİZLİ HONAZ İLÇESİNDE YAŞAYAN TOPLUMUN EVDE  
BAKIM GEREKSİNİMİ, KARŞILANMA DÜZEYİ VE ETKİLEYEN  
FAKTÖRLER**

**Mukaddes Nüseybe SÖYLEMEZO**

**Haziran 2011  
DENİZLİ**



**DENİZLİ HONAZ İLÇESİNDE YAŞAYAN TOPLUMUN EVDE  
BAKIM GEREKSİNİMİ, KARŞILANMA DÜZEYİ VE  
ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

**Pamukkale Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Yüksek Lisans Tezi  
Halk Sağlığı Anabilim Dalı**

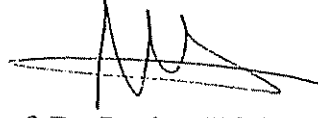
**Mukaddes Nüseybe SÖYLEMEZO**

**Danışman: Prof. Dr. Ali İhsan BOZKURT**

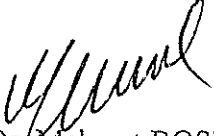
**Haziran, 2011  
DENİZLİ**

## YÜKSEK LİSANS TEZİ ONAY FORMU

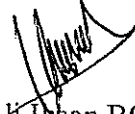
M. Nüseybe SÖYLEMEZO tarafından, Prof Dr Ali İhsan BOZKURT yönetiminde hazırlanan “Denizli Honaz İlçesinde Yaşayan Toplumun Evde Bakım Gereksinimi, Karşılama Düzeyi ve Etkileyen Faktörler” başlıklı tez tarafımızdan okunmuş kapsamı ve niteliği açısından bir Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir



Prof. Dr. Reyhan UÇKU  
Jüri Başkanı



Prof. Dr. Mehmet BOSTANCI  
Jüri Üyesi



Prof. Dr. Ali İhsan BOZKURT  
Jüri Üyesi(Danışman)

Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 6.18.11. tarih ve 11/11-2 sayılı kararıyla onaylanmıştır



Doç. Dr. A. Çevik TUFAN  
Müdür

Bu tezin tasarımı, hazırlanması, yürütülmesi, araştırılmalarının yapılması ve bulgularının analizlerinde bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle riayet edildiğini; bu çalışmanın doğrudan birincil ürünü olmayan bulguların, verilerin ve materyallerin bilimsel etiğe uygun olarak kaynak gösterildiğini ve alıntı yapılan çalışmalara atfedildiğini beyan ederim.

İmza :  
Öğrencinin Adı Soyadı: Mukaddes Nüseybe SÖYLEMEZO

## TEŞEKKÜR

Öncelikle tezin hazırlanmasında bilgi ve tecrübesi ile beni kılavuzlayan, desteğini hiç esirgemeyen tez danışmanım **Prof. Dr. Ali İhsan BOZKURT**'a sonsuz Őükranlarımı sunarım. Yüksek Lisans eğitimin boyunca göstermiş oldukları ilgi ve yardımlar ile dağarcığıma ekledikleri yeni bilgiler için, **Prof. Dr. Mehmet BOSTANCI**'ya, **Doç. Dr. Mehmet ZENCİR**'e, **Doç. Dr. Ahmet ERGİN**'e **Doç. Dr. Aysun ÖZŞAHİN**'e, **Yrd. Doç. Dr. Özgür SEVİNÇ**'e, tüm araştırma görevlilerimiz anabilimdalı sekreterimize Honaz Sağlık Grup Başkanı **Dr. Zeki APAYDIN**'a, Honaz TSM ve ASM sağlık çalışanlarına ve yardımlarını esirgemeyen değerli arkadaşım **Belkız Kılı**'ya teşekkür etmeyi bir borç bilirim.

Son olarak; Yüksek Lisans eğitimin boyunca yeterince zaman ayıramadığım ama hoşgörülerini ve özverilerini hep hissettiğim aileme minnetlerimi sunmak istiyorum.

## ÖZET

### DENİZLİ HONAZ İLÇESİNDE YAŞAYAN TOPLUMUN EVDE BAKIM GEREKSİNİMİ, KARŞILANMA DÜZEYİ ve ETKİLEYEN FAKTÖRLER

SÖYLEMEZO Mukaddes Nüseybe  
Yüksek Lisans Tezi, Halk Sağlığı ABD  
Tez Yöneticisi: Prof. Dr. Ali İhsan Bozkurt

Haziran 2011, 107 sayfa

**Amaç:** EBH ülkemizde henüz yeni yeni yapılanmaya, gelişmeye başlayan hizmetlerdir. Yaşlı nüfusun artışı ile daha da önem kazanacaktır. Bu alanda topluma dayalı çalışmalar son derece az sayıdadır. Bu çalışma ile araştırılan toplumda EBG boyutu ve karşılanma düzeyinin belirlenmesi hedeflenmiştir.

**Yöntem:** Kesitsel bir araştırmadır. Araştırmanın evreni Denizli İli Honaz İlçesi sınırları içinde yaşayanlardır. Honaz yaklaşık 30 bin nüfuslu Denizli'ye 18 km mesafede bir ilçedir. Eğitim araştırma bölgesi olma nedeniyle bu ilçe seçilmiştir. Araştırma evreni temsil edebilen bir örnekleme yapılmıştır.

Minimum örnekleme büyüklüğü ( $p=0,125$  (Türkiye nüfusunun özürsüz sıklığı %12,5 esas alınmıştır)  $q=0.875$  ve  $d= 0,02$  alınarak) 1036 kişi olarak bulunmuştur. Çalışma hane bazlı yapılması planlandığından 1036 rakamı ortalama hane halkı büyüklüğü olan 5'e bölünerek minimum örnekleme büyüklüğü 208 hane, optimum örnek büyüklüğü ise 416 hane olarak hesaplanmıştır.

Veriler haneler gidilerek araştırmacı tarafından birebir görüşme yöntemiyle ve anket aracılığıyla 10 Ağustos-15 Ekim 2010 tarihleri arasında toplanmıştır. Ankette sosyo demografik özellikler, sağlık hizmetlerinden yararlanmaya ait bilgilerin yanı sıra kişilerin Katz indeksi GYA, YGYA ve fonksiyonel sağlık örüntüsünü değerlendiren sorular bulunmaktadır.

Elde edilen veriler SPSS(ver.10.0) programıyla analiz edilmiştir. Sayısal verilerin değerlendirmesinde ki-kare testi, çoklu analizde lojistik regresyon analizi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Örnekleme çıkan 416 hanenin 406'sına (%98) ulaşılmıştır. Bu hanelerde 1465 kişi yaşamaktadır. Bu kişilerin %16'sının sağlık güvencesi bulunmamaktadır. Örnekleme grubunda 65 yaş üzeri nüfus %9, engelli birey %4.5, kronik hastalığı olan % 19.2, kanser tanısı olan %0,5 olarak bulunmuştur.

Çalışmamızda incelenen toplumda halen EBG olan 54 kişi saptanmıştır(%3,7). Saptanan EBG kadınlarda (%4,5) erkeklere (%2,9) göre daha yüksektir. EBG olan kişilerden sadece 7 kişi(%13) kurumsal EBH almıştır.

Saptanan EBG'nin yaklaşık 1/3'ü "Temel GYA'da", 2/3 ise sadece "yardımcı GYA de bağımlı " tarzındadır. Temel GYA'da bağımlılık kadınlarda %1,4 erkeklerde %1,2 oranındadır

Sonuç: Yaklaşık %3,7 oranında EBG vardır. Engelilik, kronik hastalığa sahip olma ve parçalanmış ailede olmanın bağımlılık üzerine etkili faktörlerdir.

Anahtar Kelimeler: Evde bakım, gereksinim, karşılanma düzeyi, günlük yaşam aktiviteleri, bağımlılık durumu



**ABSTRACT****HOME CARE NEEDS, THE LEVEL OF PROVIDING CARE AND  
AFFECTING FACTORS IN HONAZ POPULATION, DENİZLİ**

SÖYLEMEZO Mukaddes Nüseybe  
M. Sc. Thesis in Public Health  
Supervisor: Prof. Dr. Ali İhsan Bozkurt

June 2011, 107 pages

**Purpose:** Home care services (HCS) are recently structuring and developing in our country. It will gain more importance with the increase of elder population. Community-based studies in this area is extremely limited. With this study, it was aimed to assess the size and coverage ratio of home care requirements (HCR) in the investigated population.

**Method:** It is a cross-sectional study. The population of the study is the population living with in the Honaz county of Denizli city. The population of Honaz is about 30 thousand people in a town 18 km from Denizli. This district was choosen because of research in education . The study was made on a sample representing the population.

Minimum sample size was found to be 1036 people ( $p=0.13$  (the frequency of the disabled in Turkish population is taken 13%)  $q=0.87$  and  $d=0.02$ ). As the study is planned to be house based, 1036 is divided to 5 which is the mean household size to find the minimum sample size to be 208 houses and the optimum sample size was calculated as 416 houses.

The data was collected by the researcher with one-to-one interviews by visiting the houses between August 10<sup>th</sup> and October 15<sup>th</sup>, 2010 using the prepared questionnaire. The questionnaire consists of questions on information about socio-demographic properties and benefiting from heath services besides the questions on Katz index activities of daily live(ADL), assist activites of daily living (AADL) and functional health pattern.

The obtained results are evaluated by using SPSS (v10) software. Chi square test and Logistic regression analysis were used in the evaluation of the data.

**Results:** 406 (98%) of the 416 sample houses were reached. 1465 people live in these houses. 16% of these people have no health insurance. Population above age 65 is 9.0%. The rate of the disabled is 4.5%, rate of chronic diseased is 19.2% and cancer diagnosed is 0.5% in the sample group.

In the population investigated in our study, 54 (3.7%) people with home care requirement (HCR) were detected. The HCR is higher in females (4.5%) than in males (2.9%). Only 7 of the people with HCR received HCS(13.0%).

About 1/3 of the detected people with HCR is dependent on daily living activities while 2/3 of them is dependent on assis daily living activites .

The rate of dependent on daily living activities is 1.4% in females and 1.1% in males.

Conclusion: The rate of HCR is 3,7%. Disability, fragmented familiy life and with chronical disease are affected factors on dependent.

Keywords: Home care, requirement, coverage ratio, daily living activities, addiction status

## İÇİNDEKİLER

	Sayfa
TEZ ONAY SAYFASI .....	i
BİLİMSEL ETİK SAYFASI .....	ii
TEŞEKKÜR .....	iii
ÖZET .....	iv
ABSTRACT .....	vi
İÇİNDEKİLER .....	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ .....	xi
TABLolar DİZİNİ .....	xii
SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ .....	xiv
1. GİRİŞ .....	1
1.1. Bakıma Muhtaçlık:.....	3
1.2. Evde Bakım Hizmetleri Kavramı:.....	4
1.3. Tanımlar:.....	4
1.4. Evde Bakım Sunan Kuruluşlar:.....	6
1.4.1. Resmi Kuruluşlar.....	6
1.4.2. Gönüllü Kuruluşlar.....	6
1.4.3. Karma Kuruluşlar:.....	6
1.4.4.Hastane Destekli Kuruluşlar.....	6
1.4.5.Özel Kuruluşlar.....	7
1.5. Evde Bakım Hizmeti Ekibi .....	7
1.5.1.Mesul Müdür .....	7
1.5.2.Hekim .....	8
1.5.3.Hemşire veya Sağlık Memuru.....	9
1.5.4.Diğer Personel.....	10
1.6. Evde Bakım Hizmetinin Kapsamı.....	10
1.6.1.Evde Koruyucu Bakım.....	10
1.6.2.Evde Tedavi Edici Bakım:.....	10

1.6.3.Rehabilitate Edici Bakım.....	10
1.6.4.Evde Uzun Süreli Bakım.....	11
1.6.5.Evde Hospiz Bakım:.....	11
1.7.Evde Sağlık Hizmeti Sunumu.....	11
1.8.Yaşlılar Ve Özürlülerin Evde Bakım.....	11
1.9.Evde Bakımın Avantajları.....	12
1.10.Evde Bakımın Dezavantajları.....	13
1.11.Evde Bakımın Tarihçesi.....	14
1.12.Bakım Hizmetinin Finansmanı.....	16
1.13.Evde Bakım Hizmetinin Türkiye’deki Durumu.....	17
1.14. Araştırmanın Amacı.....	22
2. GEREÇ VE YÖNTEM.....	23
2.1.Araştırmanın Konusu .....	23
2.2. Araştırmanın Tipi.....	23
2.3. Araştırmanın Evreni.....	23
2.4. Araştırmanın Örneklemi.....	23
2.5.Araştırmanın Bağımlı ve Tanımlayıcı Değişkeni.....	24
2.6.Araştırma anketinin oluşturulması.....	26
2.6.1. Anketin Birinci Bölümü Hanelerin Sosyo-Demografik Özellikleri.....	26
2.6.2. Anketin İkinci Bölümü:Evde Tıbbi Bakım Gereksinimi.....	26
2.6.3.Anketin Üçüncü Bölümü: Temel Yaşam Aktivitelerinde Bağımlı Olduğu Saptanan Grubun Fonksiyonel Sağlık Örüntüsü Açısından Değerlendirildiği Bölüm.....	27
2.7. Araştırmanın Ön Denemeleri.....	29
2.8. Gerekli İnsan Gücünün Sağlanması ve Eğitilmesi:.....	29
2.9 Örneklemeye Giren Hanelerin belirlenmesi ve anket uygulaması.....	29
2.10 Araştırma Uygulamasında Karşılaşılan Güçlükler.....	30
2.11 Araştırmanın Kısıtlılıkları.....	31
2.12 Araştırmanın Destekleri.....	31
2.13 Araştırma İle İlgili İzinler .....	31
2.14 Verilerin Değerlendirilmesi.....	31

3.BULGULAR .....	32
4. TARTIŞMA .....	72
4.1 Temel GYA`de Tam Bağımlı Olan Kişiler .....	79
4.2 Temel ve Yardımcı GYA`de Bağımlılık Saptanan Kişiler.....	81
5. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	86
5.1 Sonuçlar.....	86
5.2 Öneriler .....	87
KAYNAKLAR.....	89
EKLER.....	94
Ek 1. Araştırmada Kullanılan Anket Formu.....	95
Ek2. GYA ve YGYA Değerlendirme Formu.....	103
Ek 3. Araştırma Örneklemine Seçilen 32 Adresin Dağılımı.....	104
Ek 4. Etik Kurul Onay Formu.....	106
ÖZGEÇMİŞ.....	107

## ŞEKİLLER DİZİNİ

	<u>Sayfa</u>
Şekil 2.1 Bakıma Gereksinimi Olan Kişilerin Belirlenmesinde Kullanılan Akış Şeması .....	28
Şekil 3.1 Cinsiyete Göre Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumu .....	37
Şekil 3.2 Engelli Olma Durumunun Cinsiyete Göre Dağılımı .....	38
Şekil 3.3 Bakıma Gereksinimi Olan Kişilerin Belirlenmesinde Kullanılan Akış Şeması .....	41
Şekil 3.4 Bakıma Gereksinimi Olan Kişilerin Belirlenmesinde Kullanılan Akış Şeması Sayısal değerleri.....	47
Şekil 3.5 Bağımlılık Saptananların Cinsiyete ve Bakım Gereksinim Tipine Göre Dağılımı.....	48

## TABLOLAR DİZİNİ

	<u>Sayfa</u>
Tablo 2.1 Özürlü Evde Bakım Hizmetinden Yararlanan Kişi Sayısı ve Harcama Tutarı	22
Tablo 3.1 Araştırmaya Alınan Hanelerin Bazı Özelliklere Göre Dağılımı	32
Tablo 3.2 Araştırmaya Katılan Hanelerde Yaşayan Bireylerin Yaş Grubu ve Medeni Durumlarına Göre Dağılımı	34
Tablo 3.3 Araştırmaya Katılan Hanelerde Yaşayan Bireylerin İş, Eğitim ve Sosyal Güvence Durumlarının Cinsiyete Göre Dağılımı	35
Tablo 3.4 Cinsiyete Göre Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumu	36
Tablo 3.5 Kronik Hastalıkların Cinsiyete Göre Dağılımı	37
Tablo 3.6 Engelli Olma ve Yardımcı Cihaz Kullanma Durumunun Cinsiyete Göre Dağılımı	39
Tablo 3.7 Araştırma Grubunda Son Bir Ay İçinde Herhangi Bir Sağlık Biriminden Yararlanma Durumu ve Bu Hizmetin “Evde Bakım Hizmeti”ne Gereksinim Durumu	42
Tablo 3.8 Araştırma Grubunda ve 65 Yaş Üzeri Grupta Bağımlılık Durumu	43
Tablo 3.9 Araştırmaya Alınan Kişilerde Son 3 Ayda Hastaneye Yatma Durumu ve Yatış Nedenlerinin Dağılımı	43
Tablo 3.10 Araştırmaya Alınan Kişilerde Kanserli Olma Durumu ve Kanserlerin Tipine Göre Dağılımı	44
Tablo 3.11 Kendi Beyanlarına Göre Hanelerde “Yatağa Bağımlı Kişi” ve “Bakım Gereksinimi Olan Kişi” Sayıları	45
Tablo 3.12 Araştırmaya Alınan Kişilerde Son Bir Ayda Kurumsal EBH Alma Durumu ve Nedenlerine Göre Dağılımı	46
Tablo.3.13 Bakım Gereksinimi Saptananların Cinsiyete ve Bakım Gereksinim Tipine Göre Dağılımı	48
Tablo 3.14 Bakım Gereksinimi Olan Kişiler İçin Evde Yapılan Düzenlemeler	49
Tablo 3.15 Bakım Gereksinimi Olan Kişilerin Bakımını Üstlenenler ve Bakım Verilme Süreleri	50
Tablo 3.16 Bakım Gereksinimi Olan Kişilerin Bakım Nedenlerine Göre Dağılımı	51
Tablo 3.17 Bakım İçin Kullanılan Malzemelerin Tipleri ve Temin Edilme Şekli	52
Tablo 3.18 Bakım İhtiyacı Olan Kişilerin Bakım Hizmeti Vermek Amacıyla Sağlık Personelleri Tarafından İzlenme Durumu	53

Tablo 3.19 Bakım Gereksinimi Olan Kişilerin Aldığı Tıbbi Hizmet Durumu	54
Tablo 3.20 Aile Hekimliği Üyelerinin Bakım Alan Kişilere Ziyaret Durumu	55
Tablo 3.21 Ailelerin İlde “Evde Bakım Hizmeti” Verildiğini Bilme Durumu	55
Tablo 3.22 Ailelerin Bakım İhtiyacı Olan Kişiler İçin İstedikleri Bakım Tipleri	56
Tablo 3.23 Zorluk Çekilen Bakım Hizmetleri	57
Tablo 3.24 Bağımlı Olan Kişilerde Temel ve Yardımcı Günlük Yaşam Fonksiyonlarının Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi	58
Tablo 3.25 Bağımlı Olan Kişilerde Temel GY Aktivitelerinin Değerlendirilmesi	60
Tablo 3.26 Bağımlı Olan Kişilerde Yardımcı GY Aktivitelerinin Değerlendirilmesi	60
Tablo 3.27 Temel GYA’de Tam Bağımlı Olan Kişilerde Bakım Nedenleri	61
Tablo 3.28 Temel GYA’de Bağımlı Olanlarda İlaç Kullanımı	62
Tablo 3.29 Temel GYA’de Bağımlı Olan Kişilerin Kullandığı Destekleyici Araçlar	62
Tablo 3.30 Temel GYA’de Bağımlı Olan Kişilerde Ağrı Durumunun Değerlendirilmesi	63
Tablo 3.31 Temel GYA’de Bağımlı Olan Kişilerde Nörolojik Durumun Değerlendirilmesi	64
Tablo 3.32 Temel GYA’de Bağımlı Olan Kişilerde Kardiyovasküler Durumun Değerlendirilmesi	65
Tablo 3.33 Temel GYA’de Bağımlı Olan Kişilerde Solunum Sisteminin Değerlendirilmesi	66
Tablo 3.34 Temel GYA’de Bağımlı Olan Kişilerde Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi	67
Tablo 3.35 Temel GYA’de Bağımlı Olan Kişilerde Boşaltım ve Üriner Sistem Sorunları	68
Tablo 3.36 Temel GYA’de Bağımlı Olanların Deri Bulguları	68
Tablo 3.37 Temel GYA’de Bağımlı Olan Kişilerde Uyku İle İlgili Sorunlar	68
Tablo 3.38 Temel GYA’de Bağımlı Olan Kişilerde İşitme, Görme, ve Konuşma Problemleri	69
Tablo 3.39 Temel GYA’de Bağımlı Olan Kişilerin Hastalıklarına Yaklaşımı	69
Tablo 3.40 Çeşitli Özelliklere Göre Bağımlılık Durumları	70
Tablo 3.41 Çoklu Analize Göre Bakım Gereksinimi Üzerine Etkili Faktörler	71



**SİMGE ve KISALTMALAR DİZİNİ**

<b>ASM</b>	Aile sağlığı merkezi
<b>DİE</b>	Devlet İstatistik Enstitüsü
<b>DSÖ</b>	Dünya Sağlık Örgütü
<b>EB</b>	Evde Bakım
<b>EBG</b>	Evde bakım gereksinimi
<b>EBH</b>	Evde bakım hizmeti
<b>GYA</b>	Günlük yaşam aktiviteleri
<b>HT</b>	Hipertansiyon
<b>ILO</b>	Ulusal Çalışma Örgütü
<b>IV</b>	İntravenöz
<b>KBY</b>	Kronik böbrek yetmezliği
<b>OECD</b>	Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
<b>SHÇEK</b>	Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu
<b>STK</b>	Sivil toplum kuruluşu
<b>TSM</b>	Toplum Sağlığı Merkezi

## 1. GİRİŞ

20.yüzyıl gelişimin ve değişimin yüzyılı olmuştur. Batı Avrupa ve Kuzey Amerika'dan esen küreselleşme fırtınası, tüm sektörleri ve ülkeleri yakından etkilemiştir. Değişim yalnızca ekonomi alanında değil, toplumsal, siyasal, kültürel tüm değerlerde, kurum ve kurullarda bir benzeşmeyi beraberinde getirmiştir. Değişen dünya ile birlikte sağlık hizmetlerinin sunumunda da farklılaşma kaçınılmaz olmuş ve evde bakım hizmetleri gibi sağlık hizmetleri ön plana çıkmaya başlamıştır(Çoban M, Esatoğlu A.E. 2004).

Değişimi tetikleyen faktörler içinde nüfusun yaşlanması önde gelmektedir. Nüfusun yaşlanması toplumda derin etkiler yapmaktadır. Etkileri aile yaşamından yaşam düzenlemelerine, istihdamdan sağlık hizmetlerine, emeklilik sistemlerinden ekonominin durumuna kadar çok geniş bir alana uzanacaktır ( Yin ve ark 2002).

Türkiye'de 2000 yılı itibari ile 65 yaş üstü nüfus %5,6'ya, 2008 yılında %7'e yükselmiş ve bu oranın 2023 yılına kadar %10'a yükselmesi beklenmektedir(TNSA 2008).

Gelişmiş ülkeler, yaşlanan toplumlar olarak bilinmesine rağmen bu insanların çoğu gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır. Genel bağımlılık oranına bakıldığında yaşlılardaki bağımlılık oranı artmaktadır (TÜİK 2009). Artan yaşlı nüfusa bakan genç nüfus oranı artışı daha az olacaktır. Önümüzdeki 25 yılda, 65 ve daha yukarı yaştaki nüfus % 88 oranında artarken çalışan nüfus sayısındaki artış % 45 olması beklenmektedir. Yine Avrupa Birliği 2006 Raporuna göre ;

2050 yılında AB,

- Çalışan kişi başına bakmakla yükümlü olunan yaşlı nüfus 1'e 4 oranından 1'e 2 oranına yükselmesi
- 15-64 yas grup 2004 yılına göre % 16 gerileyeceği ,
- 65 yas üstü grubun 2004 yılına göre % 77 artması, beklenmektedir.

(Avrupa Komisyonu Raporu, 2006).

Dünya genelinde bugün 60 yaş üzerinde 600 milyon insan yaşamaktadır. Bu rakamın 2025'e kadar ikiye katlanması beklenmektedir. Doğal olarak toplumdaki yaşlı oranı arttıkça kronik hastalık yükü de artmaktadır. 2000 yılında dünya genelinde total mortalitenin % 59'u kronik hastalıklardan kaynaklanmıştır(DSÖ 2000). Hastalık yükü Disability adjusted life year ölçeğine göre yapılmakta ve buna göre hastalıklar (Grup I: Bulaşıcı hastalıklar, maternal ve perinatal nedenler ve beslenme yetersizliğine bağlı ortaya çıkan hastalıklar Grup II: Bulaşıcı olmayan hastalıklar; Kalp Damar Sistemi Hastalıkları, Solunum Sistemi Hastalıkları, Sindirim Sistemi Hastalıkları, Endokrin, Nutrisyonel ve Metabolik Hastalıklar, Duyu Organ Bozuklukları, Genitoüriner Sistem Hastalıkları, Malign Neoplazmalar, Kas, İskelet Sistemi ve Nörolojik Bozukluklar, Nöropsikiyatrik Bozukluklar ve Ağız ve Diş Sağlığı bozuklukları Grup III: İstemli ve İstemsiz Yaralanmalar) olarak 3 gruba ayrılmıştır. En çok ölüme neden olan grup %79 oranı ile Grup II'dir.(Türküye Hastalık yükü çalışması 2006)

Hastalık yükünün % 46'sını da kronik hastalıklar oluşturmuştur. Bu yükün 2020'ye kadar %60'e çıkması beklenmektedir. Kayda değer olan başka şey de kronik hastalıkların artık gelişmekte olan ülkelerin de sorunu hale gelmiş olmasıdır. Örneğin, 1998 yılında sadece Çin ve Hindistan'da kalp hastalıklarına bağlı meydana gelen ölümler bütün gelişmiş ülkelerde aynı sorundan meydana gelen ölümlerden daha fazladır(DSÖ 2000).

Evde bakım kavramında bireyin bütüncül bakım hizmeti kapsamında değerlendirilmesi önem taşımaktadır. Burada temel yaklaşım bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan değerlendirilmesidir. Bu değerlendirmede bakım gereksinimi olan bireyin günlük yaşam aktivitelerinin ne kadarını bağımsız olarak yerine getirebildiği, ne ölçüde yardıma ihtiyacı olduğu belirlenir. Bakım gereksinimi olan bireyin fiziksel ve sosyal çevresinin de bakımı etkilediği unutulmamalıdır.

Evde bakım hizmetlerinde amaç, günlük yaşam aktivitelerini en az etkileyerek maksimum tedavi ve bakıma ulaşmak yolu ile hastalığın ve engelliliğin etkilerini en aza indirmek ve aynı zamanda yaşam ve yaşama koşullarının niteliğini yükseltmektir (Subaşı 2006).

Yakın zamana kadar işletilip şu an işletilmemekte olan ‘‘224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesiyle ilgili Kanun’da ve ilgili mevzuatlarında sağlık personelinin ev ziyaretlerinin olması da bazı alanlarda (ör post partum) bu ihtiyacı kısmen de olsa giderdiği düşünülebilir. Özellikle kırsal alanda sağlık ocaklarının evde verdiği tıbbi bakım hizmeti sistematik olmasada mevcuttur.

Günümüzde ise değişen toplumsal yapı, yaşlı nüfusun artışı ve buna bağlı engelli ve kronik hastalıklı bireyin artışı ve değişen sağlık sistemi nedeniyle evde bakım hizmetleri ihtiyaç durumuna gelmiştir. Bireylerin ihtiyaç durumu farklı olduğu için evde bakım hizmetlerinin gereksinime göre düzenlenmesi esas alınmalıdır.

Evde gereksinimi olan bireyin bakımının istendik şekilde sağlanabilmesi için, halk sağlığı hemşirelerinin bireyin ve aile üyelerinin yaşadıkları sıkıntıların farkında olması ve bu sorun alanlarına yönelik bireyleri desteklemesi çok önemlidir. Böylece, halk sağlığı hemşireleri bakımda, destek, eğitim ve danışmanlık rolleri kapsamında bakım gereksinimi olan bireye bakım veren bireylerin bu sorunlarla nasıl baş edebilecekleri, kendi fiziksel ve ruhsal sağlıklarını nasıl koruyabilecekleri ve sağlıklı yaşlanma için neler yapabilecekleri konularında destek olabileceklerdir

Denizli ili EBH’ de pilot illerdendir ve EB hizmetine yönelik çalışmalar başlatılmıştır. Honaz ilçesinde de bir EBH sunan birim kurulmuştur. Bu çalışma ile Honaz ilçesinde yaşayan toplumun bakım gereksinimini tespit etmek, bakım hizmetinden yararlanan bireylerin durumu, bakım verilen aile ve bireylerin yaşadıkları sorunları tespit etmek, hizmeti şekillenmesinde yol gösterici olacaktır.

### **1.1.Bakıma Muhtaçlık:**

Günlük yaşam aktiviteleri ve yardımcı yaşam aktivitelerinden en az birini yardımsız yerine getirememe durumudur (Feder, Komisar 2000, Joel 2002).

## 1.2.Evde Bakım Hizmetleri Kavramı:

Evde bakım, ev hastanesi, ev hospilitizasyonu, tıbbi evde bakım veya duvarsız hastane olarak bilinen, hastaya evinde sağlanan tıbbi hizmet anlamına gelmektedir (Bentur 2001). Evde bakım, profesyonel bir kişinin hastaya ve ailesine, hastanın evinde yardım sağlaması girişimidir. E.B. kavramı çeşitli ülkelerde farklı terimlerle ifade edilmektedir. İsrail’de ev hastanesi(hospital at home ), Amerika Birleşik Devletleri’nde evde bakım (home care ), ev hemşireliği (home nursing), Batı Avrupa’da ise evde sağlık bakımı (home health care) ve ev ziyareti (home visiting) sık kullanılan terimlerdir.

## 1.3.Tanımlar

Amerikan Tabipler Birliğinin (AMA), 1979’da yaptığı tanıma göre evde bakım kişinin konforunun ve sağlığının en üst düzeyinin yeniden kazanılması veya sürdürülmesi amacıyla gerekli ekipman ve hizmetlerin ev ortamında sunulmasıdır (JAMA. 1990;263:1241-1244).

Kanada Evde Bakım Kurumu’na göre “evde bakım” kısmen veya tamamen güçsüz hale gelmiş hastaların evlerinde yaşamasına olanak sağlayan hizmetlerin sıklıkla koruyucu, geciktirici, uzun süreli veya akut bakım alternatiflerinin yerini alacak şekilde düzenlenmesi olarak yer almaktadır(CHCA). Evde bakım hizmetleri; farklı meslek üyelerinin iş birliği ve eş güdümü ile koruyucu ve tedavi edici hizmetleri hasta ve ailesine kendi ev ortamlarında sunan bir hizmet modelidir (Akdemir 2001).

Japonya’nın EBH’leri akış şemasına bakıldığında (*Sakaguchi M. Bishop H. 2000*),

JAPONYANIN SAĞLIK VE UZUN DÖNEM BAKIM SERVİSLERİ başlığı altında, Medikal Bakım, Uzun dönem bakım, ve Sosyal destek yer almaktadır.

### **MEDİKAL BAKIM**

- HASTANELER
  - GENEL
  - PSİKİATRİK
- YATAKLI KLİNİKLER

### **EV SAĞLIĞI**

- AYAKTAN HASTALAR
- ZİYARETÇİ MEDİKAL BAKIM
- PSİKOTERAPİ-FIRSAT TERAPİSİ

**UZUN DÖNEM BAKIM**

- YAŞA ÖZEL EV HEMŞİRELİĞİ
- YAŞLILIK KOLAYLAŞTIRICI SAĞLIK BAKIMI
- UZUN DÖNEM HASTANE DESTEĞİ

**EV SAĞLIĞI**

- EV YARDIMI
- EV HEMŞİRELİĞİ
- EV REHABİLİTASYONU
- EV BANYOSU
- GÜNLÜK BAKIM
- KOLAYLAŞTIRICI BAKIM

**SOSYAL DESTEK**

- YAŞLIYA EV BAKIMI
- YAŞLILAR İÇİN ORTA ÜCRETLİ EV

DSÖ Çalışma Grubu'nun tanımına göre; uzun süreli evde bakım ve evde uzun süreli bakım, sağlık ve sosyal sistemlerin bir parçasıdır. Bakıma gereksinim duyan kişiye aile, komşular, akraba gibi meslek dışı bakıcılar tarafından, asıl mesleği evde bakım olan ve bakıma yardım eden kişiler gibi bakıcılar tarafından, geleneksel bakıcılar ve gönüllüler tarafından verilen bakım etkinlikleridir.(DSÖ 2000).

Evde sunulan yardım sosyal, duygusal, bilişsel ve tıbbi ihtiyaçlar üzerine odaklanmaktadır.

Evde Bakım, koruyucu ve tedavi edici sağlık bakımında sürekliliğin etkili bir biçimde sağlanması gereğinden hareketle tanımlanan, olağan sağlık hizmetlerini desteklemek güçlendirmek amacını güden bir sağlık sistemidir. Evde Bakım aynı zamanda sağlık ve sosyal hizmetlerin bireyin yaşadığı ortamda bütünleştirilerek entegre bir biçimde sunulmasıdır. Bu hizmet kapsamında kronik hastalıkların izlem ve tedavisi, terminal dönem sorunların azaltılması, fizik tedavi, konuşma ve solunum terapileri, bazı ilaç uygulamaları, total parenteral beslenme gibi sağlık hizmetleri ile sosyal hizmetler bulunmaktadır. Bu hizmetler ile hastalıkların oluşturduğu engelliliklerin en aza indirilmesi ve bireylerin bağımsızlık düzeylerinin yükseltilmesi amaçlanmaktadır. Evde bakım hizmetleri farklı meslek gruplarının eş güdümü ve işbirliği ile sürekli, kapsamlı ve organize bir biçimde sunulan koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetlerdir (Subaşı 2006).

#### **1.4.Evde Bakım Sunan Kuruluşlar:**

Evde bakım hizmetlerinin sunumunda;

1. Resmi kuruluşlar
2. Gönüllü kuruluşlar
3. Karma kuruluşlar
4. Hastane destekli kuruluşlar
5. Özel kuruluşlar

yer almaktadır.

##### **1.4.1.Resmi Kuruluşlar:**

Kar amacı gütmeyen vergi fonlarıyla finanse edilen devlet ve yerel yönetimlerin sağlık daireleri tarafından yönetilen kuruluşlardır.

##### **1.4.2.Gönüllü kuruluşlar:**

Kar amacı gütmeyen, kamuya yararlı kurumlar olup, hayır kurumları olduğu kadar sigorta kuruluşları, özel sigorta şirketleri ve hastaların yaptıkları ödemelerle finanse edilirler.

##### **1.4.3.Karma Kuruluşlar:**

Resmi ve gönüllü kuruluşların birleşip, maliyetleri düşürülmesi ve dublikasyonların önlenmesi amacıyla kurulan kuruluşlardır.

##### **1.4.4.Hastane Destekli Kuruluşlar:**

Hastaların kar marjlarını kısımaya yönelik baskıların artması kişilerin tedavi sürecinin tam anlamıyla tamamlanmadan taburcu olmasına neden olmuştur. Hastaya karşı artan sorumluluğun getirdiği riskler, daha iyi vaka yönetimi çabaları, ürün ve hizmet yelpazesindeki genişleme hastane yönetimlerini hastane destekli evde bakım kuruluşları kurmaya yöneltmiştir. Bu tip kuruluşlar hastane tarafından kontrol edildiği için diğer kuruluşlardan farklıdır.

#### **1.4.5.Özel Kuruluşlar:**

Kar amaçlı kuruluşlardır. Hizmetler özel sigorta şirketleri ve hastaların doğrudan yaptıkları ödemeler ile finanse edilirler(Subaşı N.2006).

#### **1.5.Evde Bakım Hizmeti Ekibi:**

Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik'te evde bakım hizmeti veren ekip ve görevleri aşağıda verilmiştir (Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik 2005).

##### **1.5.1.Mesul Müdür**

Merkezlerde hekim olan bir mesul müdür bulunur. Mesul müdürün bulunmadığı ve merkezin hizmet verdiği saatlerde yetki devri yaptığı bir hekim bulunur. Mesul müdür sadece bir merkezde mesul müdürlük görevini üstlenebilir. Mesul müdür, idari işlerden bizzat, tıbbi işlemlerden ise diğer hekimler ile birlikte sorumludur. Mesul müdürün idari işlerinden, merkezin işleyişinden ve sunulan sağlık hizmetinin gerektirdiği alt yapı olanaklarının sağlanmasından sağlık kuruluşunun sahipleri de bizzat sorumludurlar.

Mesul müdürün görevleri şunlardır:

- a) Açılış ve işleyiş ile ilgili her türlü izin işlemlerini yürütmek,
- b) İşleyişte tanımlanmış alt yapı ve hizmet kalite standartlarının korunması ve sürdürülmesini sağlamak,
- c) Merkezde görevine son verilen veya ayrılan sağlık personelinin çalışma izin belgelerini en geç bir hafta içerisinde Müdürlüğe iade etmek,
- d) Merkez adına ilgili belgeleri onaylamak,
- e) Tanımlanan düzenlemelerin ilgililer tarafından yerine getirilmesini sağlamak üzere gerekli iş tetkikleri yürütmek,
- f) Denetim sırasında yetkililere gereken bilgi ve belgeleri sunmak ve denetime yardımcı olmak,
- g) Çalışan personelin başta HIV, hepatit markerleri olmak üzere gerekli görülen tetkiklerini ve muayenelerini en az yılda bir defa periyodik olarak yaptırmak,



h) Sağlık mevzuatında belirtilen ve yetkililerce tanımlanacak diğer görevleri yerine getirmek.

Mesul müdür, merkezin kuruluşu, işleyişi ve denetimi ile ilgili her türlü işleminde Müdürlük ve Bakanlığın birinci derecede muhatabıdır.

Mesul müdür değişiklikleri en geç, yeni mesul müdürün göreve başlayacağı güne kadar Müdürlüğe bildirilir.

Birim sorumlusu, yukarıda belirtilen görevlerin yerine getirilmesinde, evde bakım biriminin bünyesinde bulunduğu sağlık kuruluşunun mesul müdürüne karşı sorumludur.

Evde bakım biriminin bünyesinde bulunduğu sağlık kuruluşunun mesul müdürü, aynı zamanda birim sorumlusu görevini de yapabilir.

### **1.5.2.Hekim**

Sağlık kuruluşunda mesul müdür veya birim sorumlusu haricinde en az iki hekim bulunur. Bu hekimlerden en az biri tam zamanlı görev yapmak zorundadır.

Hekim;

a) Hastanın kapsamlı olarak tıbbi değerlendirmesini yapmaktan,

b) Hastanın tanısını koyup ve tedavisini planlayan hekimi ile bağlantı kurarak, gerekli bilgi ve önerileri doğrultusunda tedavi planını hazırlamaktan,

c) Hastaları belli aralıklarla ziyaret ederek, hastaların durumuna ve bakımına ilişkin bilgi toplayarak, gereksinimlerini ve bakım sonuçlarını sürekli değerlendirerek gerektiğinde yeni gereksinim ve sorunlara yönelik hastanın tanısını koyup ve tedavisini planlayan hekimi ile görüşerek yeni tedavi planı düzenlemekten,

d) Hastaya evde bakım hizmeti veren sağlık personeli ile bağlantı kurarak hastanın durumuna göre bakım planındaki değişikliklere yönelik rapor hazırlama ve gerektiğinde hastanın tanısını koyup ve tedavisini planlayan diğer hekimlere bildirmekten,

e) Hasta bakım planları, hasta dosyası ve diğer kayıtların doğru, eksiksiz ve zamanında tutulmasını sağlamaktan,

f) Bakım hizmeti veren personele bilgi ve eğitim vermek, danışmanlık sağlamak, hizmetleri geliştirmeye yönelik kararlar almak ve sorunları tartışmak üzere toplantılar düzenlemekten,

g) Tüm uygulama ve işlemlerin etik kurallara uyularak, hasta hakları doğrultusunda yapılmasını sağlamaktan,

h) Tedavi sırasında kullanılacak ilaçların, tıbbi malzeme ve cihazların sağlanması, uygun koşullarda saklanması, yanlış kullanımının önlenmesi, tıbbi atıkların toplanması ve imhası, bulaşıcı hastalıklardan korunma, bildirim zorunlu hastalıklar ile adli vakaların bildirim konularında evde bakım ekibi üyeleri ile hasta ve hasta yakınlarını bilgilendirmekten,

ı) Evde bakım hizmeti verdikleri kişilere uyguladıkları tıbbi işlemlerden, yapılan işlemlerin hasta dosyalarına işlenmesinden, sağlık kuruluşunun işleyişinde, kendi çalışma alanı ile ilgili aksaklıklar öncelikli olmak üzere gördüğü bütün aksaklıkları mesul müdüre/birim sorumlusuna bildirmekten sorumludur.

Gece veya gündüz devamlı evde bakım hizmeti verilen hastalar, verilen hizmetlerin niteliğini denetlemek amacıyla hekim tarafından en az haftada bir kez ziyaret edilir ve denetim kayıt altına alınır.

### **1.5.3.Hemşire veya Sağlık Memuru**

Sağlık kuruluşunda kadrolu en az dört hemşire veya sağlık memuru görev yapar. İstenirse bu dört personelden biri ebe olabilir.

Hemşire ve sağlık memurunun sorumluluğu şunlardır:

a) Hekimin tedavi için yazılı ve imzalı istemini almak, hemşire formlarına kaydetmek ve uygulamak, uygulama sonuçlarını kaydetmek,

b) Hasta için gerekli özel işlemlerin uygulanmasında hekime ve diğer ekip üyelerine destek sağlamak,

c) Hasta bakım planındaki işleri yapmak, yaşamsal bulgularını değerlendirmek, kaydetmek, değişiklikleri hekime rapor etmek,

d) Tedavi planına göre hastaya oral, parenteral ve haricen verilecek ilaçlarını vermek ve kaydetmek, uygulanan ilaçların etki ve yan etkilerini gözlemek, kaydetmek,

e) Hizmetlerde gerekli olacak araç-gereç, malzemeler için istek yapmak, bunların yeterli ve çalışır şekilde bakımı için görüş bildirmek,

f) Araç-gereçleri kullandıktan sonra temizlemek, dezenfekte eder ve gerektiğinde sterilizasyon için hazırlamak,

g) Hasta ve ailesine, hastalık ile tedavi ve bakımına ilişkin, sınırları önceden hekimi ile birlikte belirlenmiş olarak bilgi vermek,

h) Hasta ve ailesine, gereksinimlerine göre, hastalığa özel, kendi kendine bakım ya da yardımla bakım teknikleri gibi konularda ve genel sağlık konularında eğitim yapmak,

ı) Tüm uygulama ve işlemlerini etik kurallarına uyarak, hasta hakları doğrultusunda uygulamaktır.

#### **1.5.4.Diğer Personel**

Evde bakım hizmeti veren merkez veya birimin hizmet sunacağı alanla ilgili olarak psikolog, fizyoterapist, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı gibi hekim dışı sağlık personeli bulunabilir. Ancak bunların görev ve sorumlulukları kendi mesleki mevzuatı ile sınırlıdır. Ayrıca bunlara yardımcı olmak üzere bakım destek personeli çalıştırılabilir.

### **1.6.Evde Bakım Sisteminin Kapsamı**

#### **1.6.1.Evde Koruyucu Bakım :**

Kişinin durumunun stabilize olmasından sonra, fonksiyonlarının en üst düzeyde tutulması, sakatlıkların önlenmesi sağlığın ve iyilik halinin sürdürülmesini sağlar.

Ör:1-Sık sık düşen kişiler,

2-Kronik hastalığı ve çevresiyle iletişimi zor olan hastalar,

3-İstismar edildiği düşünülen kişiler,

4-Sorunları ile baş etmede güçlük çeken, yeni eve bağımlı kişiler.

#### **1.6.2.Evde Tedavi Edici Bakım:**

Yoğun bakım ünitelerinden direk eve taburcu olan hastaların bakımınıdır.

Amaç hasta ve ailesinin günlük yaşamlarını devam ettirebilmeleridir.

#### **1.6.3.Rehabilite Edici Bakım:**

Amaç: bireyin bağımsızlığının sağlanması, sosyoekonomik yaşama dönmesi ve topluma katılımının sağlanması amaçlanmaktadır.

Ör: AIDS hastaları

#### 1.6.4.Evde Uzun Süreli Bakım:

Amaç: kronik hastaların ve sakat bireylerin ihtiyacı olan tıbbi ve destekleyici bakım hizmetlerinin, sahip olunan fonksiyonlarının maximum düzeyde tutulmasıdır.

#### 1.6.5.Evde Hospiz Bakım:

- Terminal dönem hastalara ve ailelerine yoğun bakım olanakları sağlayan, tedavi edici değil paliyatif bakımı esas alır.
- AIDS, Amfizem, multiple myeloma...(Doğan , Subaşı 2006)

#### 1.7.Evde Sağlık Hizmeti Sunumu (Sağlık personeli tarafından kısa süreli takip)

- Kişisel Acil Müdahale: 24 saat acil yardım hizmeti,
- Hastaneden taburcu sonrası takip (uzun süreli tedaviler, pansuman, enjeksiyon vb.)
- Kronik hastalıkların takibi (ileri düzey kalp yetmezliği, kanser kür tedavileri, diyabetik ayak bakımı vb.)
- Evde son dönem (siroz, kanser vb.) hastaların takibi
- Ruh sağlığı, ortopedi/ nöroloji, rehabilitasyon, infüzyon/onkoloji, kadında doğum, çocuk, yaşlı, kardiyopulmoner ve yara bakımı gibi sağlıkla ilgili uygulamalar.
- Değerlendirme, izlem, yeniden değerlendirme (Karahana ve Güven 2002, Aydın 2005, Oğlak 2007).

#### 1.8.Yaşlılar Ve Özürlülerin Evde Bakımı (Özel eğitim veya sertifika almış kişilerce uzun süreli bakım)

- Arkadaşlık: Haftalık olarak yaşlı ziyareti, ayak işlerini yapma, yazışma ve onlara arkadaş bulma
- Finansal danışmanlık
- Kişisel bakım (traş, banyo, tuvalet ihtiyacı, beslenme desteği, elbise bakımı, yatağın hazırlanması vb)

- Gezdirmeye, alışveriş yapma ve meşguliyet tedavisi
- Hastaneye götürülmesi ve resmi işlemlerin takibi
- Özürlülerin özel bakım ve eğitimi
- Ev işleri: çamaşır, temizlik, alışveriş vb işler.
- Özürlü ve yaşlı bireylerin gereksinimi karşılamak üzere ev ortamının sağlanması,
- Fiziksel aktivite olanaklarının sağlanması,
- Hasta ve yakınlarının eğitimi
- Temel ve özel gereksinimlerin sağlanması, ekipman ve ilaç desteğinin sağlanması,
- Danışmanlık hizmeti,
- Palyatif bakım, rehabilite edici bakım,
- Değerlendirme, izlem, yeniden değerlendirme (Karahan ve Güven 2002, Aydın 2005, Oğlak 2007).

### **1.9.Evde Bakımın Avantajları**

Evlerde sağlık bakımının yıllardır yurt dışında da görülen en önemli iki faydası, sağlık harcamalarında sağladığı düşüş ve kişinin kendi huzurlu ortamında, ailesi yanında bakımına olanak vermesidir. Bunların yanında bu hizmetin diğer yararlarını şöyle sıralayabiliriz:

1-Evde bakım hizmetleri hastalar için elde edebilecekleri özgürlüğün en yüksek düzeyine izin vermektedir (Spratt ve Arkadaşları 1997,38).

2- Hastaların çevreyle olan iletişimi, daha hızlı düzelmelerini sağlamaktadır (Tanlı 1996)

3-Evde bakım hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetlerinde erişebilirliği artırmaktadır. Evde bakım hizmetleri uygulamaları ile bağışıklama, gebe- bebek izlemi gibi iki temel hizmetin etkinliğini artırmaktadır. 1980 yılında Danimarka'daki 277 ilçeden 259'unda "ziyaretçi hemşire programı uygulanması" ile birlikte bebeklerin %88'inin bebek sağlığı konusunda uzman bir hemşire tarafından düzenli olarak görülmesi sağlanmıştır. Danimarka'da bazı bölgelerde yüksek risk altındaki bebekler okula başlayıncaya kadar takip edilmekte, toplumun yalnızca %2'sinden daha azı bu hizmeti kabul etmemektedir. Ebeler ve doktorlar kanunen tüm doğumları ev ziyaretçisine bildirmekle yükümlüdür(Dawson 1980).

4-Evde bakım hizmetleri uygunsuz hastane kullanımını azaltmaktadır (Landi ve Arkadaşları 2001). Landi ve arkadaşlarının İtalya'da yaptıkları bir çalışmada, evde bakım programlarının uygulanması ile birlikte hastaneye başvurularda, hastanede kalış süresinde ve hastane enfeksiyonlarında azalma olduğu saptanmıştır. Hastane enfeksiyonları, maliyetleri oldukça artırmaktadır (Özgen ve Arkadaşları 1995). Evde bakım hizmetleri organizasyonlarının gerçekleştirilmesi ve geliştirilmesi ile hastanede oluşabilecek enfeksiyonlardan da korunulmasını sağlamaktadır.

5-Sağlık servisine ulaşımı kolaylaştırır.

6-Kişiyeye özel bir bakım sağlar

7-Bakım alan aileyi bir arada tutar

8-İyileşmeyi hızlandırır

9-Teşhisten iyileşmeye kadar geçen süreçte kesintisiz kaliteli ve standart hizmet sağlar(Smeenck ve arkadaşları 1998).

10-Hastane hizmetlerinden daha etkili ve daha ekonomiktir.

### **1.10.Evde Bakımın Dezavantajları**

Tüm alternatif hizmetler gibi evde bakım hizmetlerinin de çekinceleri vardır. Evde bakım hizmetlerinin birçok ülke için yeni bir sektör olması yeni riskleri ve özellikle de denetim sorununu beraberinde getirmektedir.

1- Evde bakım hizmetleri, birçok dış etkene karşı açık, detaylı bir eğitim programı ve yakın bir kontrol mekanizması gerektiren güç organizasyonlardır.

2-Evde bakım hizmeti verecek bireyin normal bakım dışındaki bir ortamda bakım verecek olması verimliliği azaltabilir.

3-Sağlık personeli, hasta ve ailesi arasında etkili etkileşim kurulmayabilir. Bu problem hastanelerde de yaşanabilir, ancak evde bakım hizmetlerinde daha büyük önem arz etmektedir (JAMA. 1990).

4-Sağlık personelinin, sürekli hastanın yanında bulunamaması, evde bakım hizmetlerinin kısıtlılıkları arasında sayılabilir.

Evde bakım gerçekleştirecek sağlık personelinin güvenliğinin sağlanmasında problemler yaşanabilir. Sağlık iş görenlerinin güvenli bir ortamda, mesleki kararlarını özgürce vererek çalışma hakkı uygun planlanmamış ev ziyaretleri sırasında zedelenebilir.

### 1.11.Evde Bakımın Tarihçesi:

Evde sağlık hizmeti sunmanın tarihsel gelişimine bakıldığında yeni gündeme gelmiş olan bir gereksinim olmadığı ve buna yönelik birçok çalışmanın yapıldığı görülmektedir. Hititler ve sonrasında Romalılar döneminden başlatılmak üzere olabilir. Soranus, “ Gynaecology” başlıklı eserinde Roma’da doğumun genelde gebe kadının evinde gerçekleştirildiğinden ve doğum başladığında ebeğin gerekli alet ve malzemeyi yanında getirerek gebenin evine gittiğinden söz edilir(Erginöz 2002).

Ortaçağ Avrupa’sında Evde sağlık hizmeti uygulamaları, hastanın diğer hastalara hastalığı bulaştırmaması sağlamak amacı ile yapılmıştır ve sunulan hizmetin içeriği tıbbi boyuttan öte sosyal hizmetleri (özellikle barınma ve yemek taşıma gibi ) içermektedir(Sobel 2000).

Evde bakım hizmetleri 1700’ lerin sonunda dini gereklilik nedeniyle fakir hastalara ev ziyaretleri şeklinde başlamıştır.

Dünyada evde bakımın kurucusu olarak 19.yy başında ilk ABD’de ilk halk sağlığı hemşireliği fikrini de ortaya atan hayata geçiren kişi olan Lillian Wald görülmektedir. ABD’de ilk Boston dispensarının de bu hizmeti sunan ilk kuruluşlardan biri olduğu bilinmektedir. Bu dönemde hastalanan kişiler hastaneye başvurmayıp sağlık problemlerini evde çözmeye çalışmaktadırlar.

Ziyaretçi hemşirelik (1859) hizmetinin ilk adımları William Rathbone adlı bir İngiliz antropoloğun eşine evde bir hemşire tarafından verilen bakımdan etkilenmesiyle fakir hastalar için gönüllü ziyaretçi hemşire servisi oluşturmuştur. Mary Rabinson Liverpool’da evde hasta bakımı veren ilk ziyaretçi hemşire olup, sadece hasta bakımı yapmamış aynı zamanda, aile üyelerine evde hasta bakımını ve genel hijyen kurallarını da öğretmiştir. (Wasik 1990,Öztek 1995).

Nightingale’in önerileri üzerine, 1862 yılında Liverpool’da evlerde hasta bakımını gerçekleştirecek, ziyaretçi hemşire yetiştiren ve 1,5 yıllık eğitim veren ilkokul açılmıştır (Wasik 1990,Öztek 1995).

Birtakım koşullar 19. yüzyılın ortalarından itibaren bakım ihtiyacı olan bireylere yardım etmek için organize resmi girişimlerin oluşturulmasında ve bu girişimlerin hızlanmasında aktif rol oynamışlardır. Kentlerde yaşayan ve sayıları gittikçe artan fakir ve özellikle hasta kişiler, hastanelerdeki bakım için gerekli parayı bulamadıklarından 19.yüzyılın sonlarında evde tedavi edilmeye ve desteklenmeye gereksinim duymuşlardır. 20.yüzyıla girerken kentleşmedeki artış, şehirde yaşayan yoksul insan sayısında artış ve buna bağlı sosyal koşullardaki bozulmayı da beraberinde getirmiş, evde bakım ve desteğe olan ihtiyacı arttırmıştır. Ayrıca kronik hastalıklardaki artış da evde bakım hizmeti gereksinimini arttırmıştır. Bu durum başta ABD olmak üzere çeşitli ülkelerde organize evde bakım modelleri ortaya çıkmasını sağladı.

1940'lı yıllarda hastane yataklarının büyük bir kısmını uzun süre işgal eden kronik hastalıklı bireylerin giderek artması üzerine hastanelerin evde bakıma yoğun ilgi duymaya başladığı görülmektedir. Montefiore Hastanesi Evde Bakım Programı 1947'de tıbbi hemşirelik hizmetleri ve sosyal hizmetlerin birlikte sunulması amacıyla başlatılan ilk "hastane destekli evde bakım" olmuştur.

Evde bakım hizmetleri Medicare ve Medicaid sigorta sisteminin 1965'te ABD'de hayata geçişi ile birlikte yıl dönüm noktasına ulaşmıştır (Kennedy 2001, Gallagher 1985)

1978'de Alma-Ata'da gerçekleştirilen, tarihi konferans, 2000 Yılına Kadar Herkes İçin Sağlık hedefini koymuştur. Konferans, bu hedefi, "Dünyadaki tüm insanların 2000 yılına kadar, sosyal ve ekonomik anlamda üretken bir hayat sürmelerini sağlayacak bir sağlık düzeyine ulaşması" olarak tanımlanmıştır(DSÖ 1999 raporu). Bu kapsamda birçok ülke sağlık sistemini güçlendirme ve revize etme gereği duymuştur. Örneğin İsveç'te yerel yönetimler kendi bölgelerindeki sağlık hizmetlerinden sorumlu tutulmuştur. 1992 yılında evde hemşirelik hizmetleri sorumluluğu da il kurullarından belediyelere devredilmiştir.(Sağlıkta Strateji T.C. Sağlık Bakanlığı Proje Genel Koordinatörlüğü dergisi Aralık 1998). DSÖ'nün 10. Program toplantısında (1996-2000) sağlıkta eşitsizliklerin azaltılması, yükselen maliyetlerin kontrolü, seçilmiş enfeksiyonel hastalıkların eradikasyonu, kronik hastalıklara karşı mücadele ve sağlıklı davranış ile sağlıklı çevrenin geliştirilmesinde yoğunlaştırılmıştır(DSÖ 2004 raporu).



Kaynakların sınırlı olması nedeniyle bütün vatandaşlara yüksek düzeyde sağlık hizmeti götürmek mümkün değildir. Bu sebeple risk altındaki kişilere öncelik vermek gerekir (DSÖ 2004).

### **1.12.Bakım Hizmetinin Finansmanı**

Uzun süreli evde bakım hizmetlerinde, bakıma muhtaçlık derecesi esas alınmaktadır. Birçok ülkede de tek bir tip değerlendirme yapılmamaktadır. Bakım hizmetlerinden yararlanma da en az 6 ay devam eden bir bakım gereksinimi dikkate alınmaktadır. Kısa süren bakım hizmetleri, bakım sigortası kapsamına girmemektedir.

Bakım hizmetlerinden yaralanmada, bakıma muhtaç olunan saat esas alınmaktadır. Örneğin Almanya ve İsrail’de günde en fazla 2 saat hemşirelik hizmetleri karşılanırken, Hollanda da en fazla 3 saat olmaktadır. Almanya bakım sigortasında, en alt düzeyde sunulan bakım, gereksinim duyulan bakımın %37’sini oluştururken, en yoğun bakım gereksiniminde de bu sayı %44’ü olabilmektedir. İsrail’de 1.derecede bakım için, haftada 17,5 saat gerekmesine karşın yalnızca haftada 10 saat sunulmaktadır. Buna göre yaklaşık %57’si bakım sigortası tarafından karşılanmaktadır. Bu durum ülkelere göre değişmektedir.(Seyyar 1999)

Ayrıca bakım sigortası kapsamı içerisinde; hizmet sunumu, bakım parası ve evde bakım kolaylaştırıcı cihaz ve teknolojik hizmetlerden yararlanma durumu söz konusudur(Seyyar 1999).

Bakım sigortasının amacı, tümüyle ailenin yerini almak değil, ailenin bakım sorumluluğunu bir ölçüde de olsa azaltabilmektir. Bakım sigortasında çeşitli şekillerde sunulacak olan profesyonel bakım yanında ailenin bakımını destekleyen vergi indirimi, emeklilik ve ücret ödeme vb uygulamalar mevcuttur.

Bakım hizmeti sigortasının finansmanı tüm ülkeler için önemli bir konu olup devletin katkı düzeyi, özel sigortaların rolü ve sosyal sigorta prim ödemeleri ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Ülkeler bakım sigortasının finansman politikalarının oluşturulmasında beş temel soru üzerinde durmaktadır(Brodsky ve arkadaşları 2002).

1. Bakım hizmetlerinden kim yararlanacak?
2. Hizmetlerden yararlanma hakkı nasıl belirlenecek?
3. Finansman hangi kaynaklardan sağlanacak?
4. Bu hizmetler nasıl sunulacak (Hizmet sunum stratejileri ve yöntemleri )?
5. Bakım hizmetleri sistemleri içinde sağlık ve sosyal hizmetlerin entegrasyonu nasıl sağlanacak?

Ayrıca ülkelerin finansman kaynağı olarak aşağıdaki beş yaklaşımı da esas aldığı görülmektedir.

1. Vergiye dayalı (genel vergilerden finanse edilir)
2. Sosyal sigorta (primler yoluyla finanse edilmektedir ve gereksinime ve prim oranına göre bakım parası verilmektedir.)
3. Özel sigorta
4. Kamu destekli özel sigorta (devletin para yardımı, vergi teşvikleri)
5. Özel tasarruflar (cepten ödeme)

Uygulamada bir çok gelişmiş ülke, hem sosyal güvenlik, hem de özel sigorta finansmanına dayanmaktadır (Ikegami N, Campbell CJ. 2002)

### **1.13.Evde Bakım Hizmetinin Türkiye'deki Durumu:**

Bilir'e göre, bulaşıcı hastalıklarla mücadelede kazanılan başarılar ve yaşam koşullarının iyileşmesi sonucunda insanların yaşam süreleri uzamıştır(Bilir 2001). Türkiye'de nüfusun giderek yaşlanması geriatrik hizmetlerde düzenlemeye gidilmesi gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır(Önder 2001). Ülkemizin de yaşlı nüfusu artmakta, kronik hastalıklar daha sık görülmekte, kazalara bağlı engelli bireylerin sayısı çoğalmaktadır. Uzun süreli kurumsal bakım olanaklarının sınırlılığı nedeniyle hastanelerde amacı dışında uzun süreli yatışlar olmakta, hastane bakım olanağı olmayan bireylerde aileleri kendi imkânları ile bakmaya çalışmaktadır(Çoban 2004). Yapılan bir çalışmaya göre evde bakım verilen hane sayısı %8,7'dir(Subaşı 2006). Türkiye nüfusunun %6.9'u 65 yaş üstü nüfustur(TUIK 2005 ). 2025 yılında 65 yaş üstü nüfusun %10'a, 2050 de ise %19'a çıkacağı tahmin edilmektedir(Savaş 2002).

TUİK verilerine göre Türkiye’de nüfusun %12,3 özürdür ve %9,7’sinin özü kronik hastalıklardan kaynaklanmaktadır(TUİK 2005). Önder, artan yaşlı nüfus nedeniyle birinci basamak sağlık kurumlarında gerek koruyucu hizmetler, gerekse yaşlılarda görülen kronik hastalıkların takibi ve evde bakım hizmetleri programlarda yer alması ve yapılandırılması gerektiğini belirtmektedir(Önder 2001).

Ülkemizde kişi başına düşen yatak sayısının yanında hekim hemşire sayısının da OECD ülkeleri ortalamasının altında kalmasının yanı sıra, yatakların büyük bir bölümü de etkin ve verimli kullanılmamaktadır(TUİK 2005, OECD Health Data 2005). Ayrıca etkin taburculuk planlamasının yetersizliği ve evlerine gidilecek hastaların ve diğer bakıma muhtaç bireylerin bakımının evde devam edebilmesi olanaklarının yokluğu/yetersizliği, hastane kalış süresini uzatan faktörlerden birini oluşturmaktadır. Taburcu olduktan sonra bakımın sürdürülmesine ilişkin sistematik yaklaşımın olmaması ve hastane dışında bakım hizmetlerinin sağlık sigortası ya da kendi kişisel harcamalarıyla karşılamak zorunda kalmalarına neden olmaktadır(Tanlı 1996).

Türkiye’de evde bakım hizmetlerinin günün koşullarının bir gereği olduğu, Uluslar arası Çalışma Örgütü (ILO), Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ 2000), Sağlık Bakanlığı (Sağlık Bakanlığı 1992), Devlet Planlama Teşkilatı (2000), Türkiye Sanayici ve İşadamları Derneği (1996) gibi değişik kurumlara değin uzanan geniş bir kitle tarafından belirtilmektedir. Devlet Planlama Teşkilatı’nın, Birinci 5 Yıllık Kalkınma Planı, 2000 Yılı Kalkınma Programı ve Sekizinci 5 Yıllık Kalkınma Planı’nda evde bakım hizmetine yönelik bir modelden söz edilmekte; "ayakta teşhis ve tedavi merkezleri ve yataklı tedavi kurumları ile irtibatlı evde hasta bakımına yönelik bir hizmet modelinin geliştirileceği" belirtilmektedir. TUSİAD’ın "Türk Sosyal Güvenlik Sisteminin Sorunları ve Çözüm Önerileri 1996" adlı raporunda sağlığın geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması için gereken standartların içerisinde evde bakım hizmetleri de yer almaktadır.

Akdemir’ e göre de (2001), Avrupa Birliğine tam üyelik aşamasında olan Türkiye için yetkililerin ivedilikle, evde bakım hizmetlerinin devlet güvencesi altına alınması çalışmalarını başlatması gerekmektedir. "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönetmeliğin ” (1964) 1. maddesinde yer alan sağlık hizmetlerinin ana ilkesi ve temel prensipleri başlığı altında “Tedavi

hekimliği, halk sağlığı çalışmalarını tamamlayan bir unsur olarak, evde ve ayakta tedaviye öncelik verecektir” hkm yer almaktadır. Yine ilgili yönetmeliğin 6. Maddesinin I bendinde yer alan hastanedeki hizmetlerin yürütülmesi ile ilgili özel hükümlerden biri de “Mtehasıs tabipler, sağlık ocağı tabibinin daveti üzerine konsültasyon için eve hasta muayenesine giderler; bu muayeneler ücrete tabi değildir” hkmdr. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun gereğince Türkiye’de evlerde sağlık hizmeti uygulamalarının ebe, hemşire ve sağlık memurları tarafından gebe takibi ve bağışıklama hizmetleri çerçevesinde kısmen de olsa gerçekleştirildiği söylenebilir. Türkiye’de yürürlükteki bir diğer uygulama, Yürürlükteki Tedavi Yardımı ve Bütçe Uygulama Talimatı’nda sadece psikiyatri hastaları için sağlık personelinin yapacağı ziyaretler için czi miktarlı bir ödeme kaleminin ayrılmasıdır. Bu deme dışında evde sağlık hizmeti sunumu için herhangi bir ödeme kalemi bulunmamaktadır. Türkiye’nin, Uluslararası alışma rgt (ILO) ile yaptığı ‘Sosyal Güvenliğin Asgari Normları Hakkında 102 Sayılı’ sözleşmesinin (ILO 1998) 43 ilgili maddelerinde işçilere sağlanacak sağlık yardımının-bakımının sürekli liğinden ve verilen tedavinin sağlık kurumu tarafından gerektiğinde evde de devam ettirilmesi zorunluluğundan söz edilmektedir.

Türkiye’de son yıllarda özellikle büyük şehirlerde, özel sağlık kuruluşları tarafından verilen evde bakım hizmetlerine rastlanmakta ancak bu yapılanma hakkında sağlıklı istatistiksel verilere ulaşılamamaktadır. Verilen evde bakım hizmetlerinin yapıları incelendiğinde, çoğunlukla hastane destekli hizmet sunum modelinin kullanıldığı izlenmektedir. Ayrıca hastanelerden bağımsız bazı özel firmalar tarafından sağlanan ve yine finansmanı cepten ödemelerle karşılanan evde bakım hizmetleri sunumları da vardır.

Son yıllarda evde bakım hizmetlerine talebin artması, özel evde bakım kuruluşlarının sayısında artış meydana getirmiştir. Talebin artmasındaki sebeplerin içerisinde ticari amaçların ön plana çıkıp hastaların erken taburculuğu planlanması ya da bazı hasta gruplarının hastaneye kabulüyle ilgili sorunlar olabilir. Erken taburculuğa tek sebep ticari amaçların olmayıp kişilerin hastane enfeksiyonlarına daha az maruz kalması amacı da mevcuttur. . EBH sunumunda ve denetiminde eksiklik olması nedeniyle, Sağlık Bakanlığı tarafından sözü edilen kuruluşların açılma koşulları, çalışma şekli ve

denetlenmesi ile ilgili olarak 2005 yılında ‘‘Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik’’ yürürlüğe konulmuştur.

2 Şubat 2010 tarihinde Sağlık Bakanlığınca Evde Bakım Hizmetleri için yönerge yayınlanmıştır. Yönergede Evde Bakım kavramı yerine Evde Sağlık Hizmeti kavramı yer almaktadır. Kavram olarak belirli bir standardizasyonun olmadığı görülmektedir. Ayrıca yönerge de ve 2005 yılında çıkan yönetmelikte de hizmet alacak kişilerin kendilerinin başvurularından söz etmektedir. Fakat birçok kişi böyle bir hizmetin varlığından habersizdir. Ayrıca evde bakım sadece başvuranları değil, ihtiyacı olup ta başvurmayanları da kapsayan bir hizmettir. İhtiyacı olan kesime bu şekilde ulaşmak tam anlamıyla mümkün değildir. Aile hekimlerine kayıtlı olmayan kişiler yine ulaşılamayan grup içerisinde yer alacaktır.

Yönergede Aile hekimine kayıtlı kişilerden evde sağlık hizmetine ihtiyacı olanların hizmet seviyesini Aile hekiminin belirleyeceğinden söz etmekte fakat bu seviyenin nasıl belirleneceğine dair herhangi bir veri mevcut olmadığı görülmektedir.

Hastalara danışmanlık eğitimi için stoma-yara bakımı, diyabet alanında eğitim almış hemşirelerin hizmete katılabileceğinden söz etmektedir. Ülkemizde sağlık insan gücüne ihtiyaç varken bunu uygulamak zor olacaktır. Bunun yerine aile hekimi personeli adı altında çalışan hemşire –ebe –sağlık memuru kişilerin bu alanlarda topluca eğitilmesi ihtiyaç duyulduğunda hizmetin her yerde standart bir şekilde verilmesini sağlayabilir. Evde bakım hizmetleri yönetmeliğinde de söz ettiği gibi hemşirenin hastanın takibini yapıp bakım planı oluşturması sürecindeki planları arasında verilecek eğitimler yer alabilir. Evde bakım hizmetinde aile sağlığı personeli dediğimiz halk sağlığı hemşirelerinin bu görevi üstlenmeleri gerekebilir.

Sosyal güvenlik sisteminin tek çatı altında toplanması ve genel sağlık sigortası (GSS) gibi temel düzenlemeler yapılmış ve 31.05.2006 tarihinde 5510 sayılı, ‘‘Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası’’ olarak kabul edilmiştir. Yasada EBH’nin finansmanına yönelik bir kavram yer almamıştır.

Bakıma muhtaç özürllürlere ilgili, 01.07.2005 tarihli ve 5378 sayılı ‘‘Özürllürlere Yasası’’ ile ilk kez bakıma muhtaç özürllürlere evde bakım hizmeti olanağı sağlanmış,

30.07.2006 tarihli ve 26244 sayılı üç ayrı yönetmelikle de, bakım hizmetlerine, ücret ve ödemelerle ilgili usul ve esaslar belirlenmiştir. Bu düzenlemede; sosyal güvenlik kurumlarına tabi olmayan, ailesini kaybetmiş, ailesi ekonomik veya sosyal yoksulluk içerisinde bulunan bakıma muhtaç özürllüler evde ve kurumda ücretsiz olarak yararlanabilecek bir yapıya kavuşturulmuş, fakat sosyal sigortası olan bakıma muhtaç olan özürllüleri kapsamamaktadır.(Bakım Hizmetleri Eylem Planı 2011-2013 ). Mevcut durumda bakım hizmetlerinin önemli bir kısmını oluşturan evde bakım hizmetinden sadece ekonomik yoksunluk içindeki ağır özürllüler karşılıksız olarak yararlanabilmektedir. Ancak, bakıma muhtaçlık durumu ekonomik yoksunluk içinde bulunan ya da bulunmayan her bireyin karşılaşılabileceği bir risktir. Söz konusu riske karşı her bireyin güvence altına alınması ve bakıma muhtaçlığın sosyal sigorta sistemi içinde değerlendirilerek, bireylere bakıma muhtaçlık durumunda güvence sağlaması esas alınmalıdır.

Planda, engellilerin özellikle yaşla birlikte artan yardım ve bakım ihtiyacının sosyal devlet ilkesi temelinde öncelikle ele alınması gereken konulardan biri olduğu belirtildi. 2009 yılında 44 özel bakım merkezinde 2 bin 144 engelliye bakım hizmeti verildiği, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) tarafından özel bakım merkezlerine bu kapsamda ödenen tutarın da yaklaşık 16,9 milyon lira olduğu kaydedilen planda, SHÇEK verilerine göre, evde bakım hizmetlerinden yararlanan kişi sayısının 2007 yılında 28 bin 583 iken 2009 yılı sonunda bu rakamın 210 bin 320'ye yükselmiştir.

Plana göre, bütçeden engelli evde bakım hizmetlerine ayrılan pay yıllar itibarıyla önemli bir artış gösterirken, tutar SHÇEK bütçe büyüklüğünün yüzde 50'sinden fazlasına ulaştı. SHÇEK verilerine göre, evde bakım hizmetlerinden yararlanan kişi sayısı 2007 yılında 28.583 iken 2009 yılı sonunda bu rakam 210.320'ye yükselmiştir. Uygulamanın 2006 yılı sonunda başlamış olması ve yapılan başvuruların sırayla değerlendirmeye alınması dolayısıyla bu sayının önümüzdeki birkaç yıl boyunca yükselmeye devam edeceği tahmin edilmektedir. SHÇEK tarafından yapılan çalışmaya göre; özürllü evde bakım hizmetlerinden 2010 yılı sonunda 297.000 kişinin yararlanması öngörülmekte, bu rakamın 2014 yılı sonuna kadar 561.000 kişiye ulaşacağı ve 2014 yılı sonunda durağanlaşacağı tahmin edilmektedir. Buna göre 2010–2014 yıllarında özürllü evde bakım ödemesi yapılması tahmin edilen kişi sayısı ve ödeme tutarı aşağıdaki gibidir:

**Tablo 2.1 Özürlü Evde Bakım Hizmetinden Yararlanan Kişi Sayısı ve Harcama Tutarı**

Yıl	Kişi sayısı	Harcama Tutarı (Bin TL)
2006	8	3
2007	28.583	35.387
2008	113.000	417.603
2009	210.320	869.362
2010*	297.000	1.576.000
2011*	381.000	2.247.000
2012*	453.000	2.920.000
2013*	513.000	3.577.000
2014*	561.000	4.211.000

\* SHÇEK tarafından hesaplanan tahmini rakamlardır.

\*Kaynak(SHÇEK-,2011)

2011-2013 Eylem Planı evde bakım hizmetlerinin finansmanı konusunda adım atılmasını sağlayacağı düşünülebilir.

#### 1.14. Araştırmanın Amacı:

- 1)EBG sıklığını belirlemek
- 2)EBG tipini belirlemek
- 3)Bakım gereksinim düzeyini etkileyen faktörler
- 4)Karşılama düzeyini

## 2. GEREÇ VE YÖNTEM

### 2.1. Araştırmanın Konusu

Denizli Honaz ilçesinde yaşayan toplumun evde bakım ihtiyacının saptanması, karşılanma düzeyi ve etkileyen faktörlerdir.

### 2.2. Araştırmanın Tipi

Araştırma kesitsel bir araştırmadır.

### 2.3. Araştırmanın Evreni

Araştırma Denizli ilinin Honaz ilçesinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evreni olarak Denizli İli Honaz İlçesi sınırları içinde yaşayanlar alınmıştır. Araştırmanın bu evreni temsil edebilen bir örnekleme yapılması planlanmıştır.

Honaz ilçesi otuz bin nüfuslu bir ilçedir. Honaz ilçesi aynı zamanda Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD'nın sağlık eğitim araştırma bölgesidir. Bu ilçede Toplum Sağlığı merkezine bağlı evde bakım hizmeti veren bir ekip bulunmaktadır. Honaz ilçesinde, dördü Honaz'da diğer dördü 2 ayrı beldede (Kaklık ve Kocabaş) olmak üzere toplam 8 aile hekimliği birimi bulunmaktadır.

### 2.4. Araştırmanın Örnekleme

Minimum örneklem büyüklüğü  $p=0,125$  (Türkiye nüfusunun özürsüz sıklığı %12,5 esas alınmıştır)  $q=0,875$  ve  $d= 0,02$  alınarak  $(n)1036$  kişi olarak bulunmuştur. Çalışma hane bazlı yapılması planlandığından bölgedeki yaklaşık hane halkı büyüklüğü olan 5 rakamına bölünerek minimum örneklem büyüklüğü 208 hane bulunmuştur. Elde edilen rakam iki ile çarpılıp (optimum örnek büyüklüğüne ulaşmak için) örnekleme alınacak hane sayısı 416 olarak kabul edilmiştir.

Aile hekimliği kayıtlarından 416 hanenin seçimi iki aşamalı sistematik + küme örnekleme yöntemleri kullanılarak seçilmiştir. Örnekleme seçimin ayrıntısı bölüm 2,9'da ayrıntılı verilmiştir.



## 2.5. Araştırmanın Bağımlı ve Tanımlayıcı Değişkenleri

### Araştırmanın temel bağımlı değişkeni :

Evde bakım gereksinimi olan nüfus ve bu gereksinimin karşılanma düzeyidir.

Araştırmanın tanımlayıcı değişkeni: Araştırmanın bağımsız değişkenleri için literatür taranarak benzer nitelikte çalışmalar incelenmiştir(Akdemir 2001,Cingil 2003,Subaşı 2006, Akın ve Emir 2007 ). Bu çalışmalarda incelenmiş değişkenler dikkate alınarak “evde bakım gereksinimi” ve bu konuda hizmet alma üzerine etkili ya da ilişkili olabileceği düşünülen aşağıdaki değişkenlerin araştırılması kararlaştırılmıştır.

Bunlar:

- Yaş
- Cinsiyet
- Öğrenim durumu
- Medeni durumu
- Yaşanılan yer tipi
- Gelir durumu
- Aile tipi
- Kişinin sahip olduğu hastalıklar
- Kişinin sahip olduğu kronik hastalıklar
- Kişinin hastalığını algılayışı
- Geçirilen tıbbi müdahaleler
- Kaza anamnezi
- Özürlülük durumu
- Evde bakım hizmeti karşılığı harcanan para

### Araştırmada kullanılan terimleri sınıflandırma ve kriterler:

Evde Kurumsal Bakım : Bakıma gereksinim olan kişiye Honaz Evde Bakım Hizmetleri Birimince Verilen bakım

Evde Bakım : Bakıma ihtiyacı olan kişiye, aile, arkadaş, komşu, gibi meslek dışı bakıcılar, geleneksel bakıcılar veya herhangi bir sağlık birimi tarafından verilen bakım etkinliklerinin tümüdür.

Ekonomik Durum : Anketi cevaplayan kişilerin kendilerini ekonomik olarak nasıl algıladığını sorgulanarak elde edilmiştir. Çok zengin, zengin, orta, fakir, çok fakir olarak sorgulanmıştır.

Yaş gruplaması : Araştırmada bağımlı grupların belirlenmesi hedeflendiğinden özellikle genç ve yaşlı bağımlı nüfusları belirlemek amacıyla yaş gruplaması 0-4, 5-19, 20-44, 45-64, 65 ve üzeri olarak sınıflandırılmıştır.

Kronik Hastalık Durumu : Hastalık yüküne göre hastalık gruplarından evde bakım ihtiyacını en çok etkileyebilecek olan grup 2 'deki hastalıklar alınmıştır (Grup II: Bulaşıcı olmayan hastalıklar; Kalp Damar Sistemi Hastalıkları, Solunum Sistemi Hastalıkları, Sindirim Sistemi Hastalıkları, Endokrin, Nutrisyonel ve Metabolik Hastalıklar, Duyu Organ Bozuklukları, Genitoüriner Sistem Hastalıkları, Malign Neoplazmalar, Kas, İskelet Sistemi ve Nörolojik Bozukluklar, Nöropsikiyatrik Bozukluklar ve Ağız ve Diş Sağlığı bozuklukları) .

Engellilik Durumu : Sağlığın bozulması sonucu oluşan yetersizlikten dolayı herhangi bir yeteneğin normal olarak kabul edilen bir kişiye göre azalması veya kaybolması özürülük olarak kabul edilmiştir.(Subaşı 2000)

Bağımlılık Durumu : Katz indexinin günlük yaşam aktiviteleri ile yardımcı günlük yaşam aktiviteleri ile araştırma grubunun bağımlılık durumları belirlenmiştir.

Temel Aktivitelerde Bağımlılık: Bakıma muhtaçlığı olan yani günlük yaşam aktivitelerinden en az birisinde tam bağımlılığın olması durumudur.

Yardımcı Günlük Yaşam Aktivitelerinde Bağımlılık : Günlük yaşam aktivitelerinde bağımsız yada kısmen bağımlı olup yardımcı günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık durumudur.

Bağımsızlık : Günlük yaşam aktivitelerinde ve yardımcı günlük yaşam aktivitelerinde tam bağımlılık durumunun olmaması demektir.

Sosyal Destek : Sosyal hizmetlerce ve destekleyici hizmetlerce karşılanan destek.

## 2.6.Araştırma Anketinin Oluşturulması:

Araştırma öncesi proje amaçlarına uygun, benzer nitelikte çalışmalar taranmıştır(Cingil 2003, Subaşı 2006, Emir 2007). Evde bakım gereksinimi olan kişileri belirlemek üzere ülkemizde kullanılan standart bir ölçek, anket bulunamamıştır. Çoğu hizmet veren kuruluşlar “yürüyememe” gibi çok kaba ölçekler kullanmaktadır. Bunun üzerine mevcut çalışmalar incelenerek özellikle “evde bakım gereksinimini” saptayacak nitelikte bir anket oluşturulmuştur.

Hazırlanan anket üç ayrı bölümden oluşmaktadır(Ek-1).

- a) Sosyo-demografik özelliklerin sorgulandığı bölüm,
- b) Evde bakım gereksiniminin saptandığı ve çeşitli özelliklere göre değerlendirdiği bölüm
- c) Temel yaşam aktivitelerinde bağımlı olduğu saptanan grubun fonksiyonel sağlık örüntüsü açısından değerlendirildiği bölüm

### 2.6.1 Anketin Birinci Bölümü: Hanelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Saptanması

Araştırmada kullanılan soru formları 3 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde Honaz İlçesi Evde Bakım Durumu Araştırması Bilgi Formu oluşturulmuştur. Birinci bölümde ankete katılım için onay istenen bilgilendirme bölümü dışında hanelerin demografik özellikleri, sağlık hizmeti kullanımı ile ilgili özellikleri yer almaktadır. Ayrıca hane halkının kronik hastalık ve engellilik durumu ile ilgili bilgilerde bu bölümde sorgulanmıştır.

### 2.6.2 Anketin İkinci Bölümü: Evde Bakım Gereksiniminin Saptandığı ve Çeşitli Özelliklere Göre Değerlendirildiği Bölüm

Örnekleme çıkan ailelerde “EBİ'nin saptanması” araştırmanın öncelikli amaçlarından birisidir. Anketin ikinci bölümünde 9 farklı soru ile bakım gereksinimi olabilecek kişilerin belirlenmesine çalışılmıştır. Bu sorular şekil 2.1'de verilmiştir. Bunlar sırasıyla “son 1 ay içerisinde sağlık hizmetinden yararlanma”, “ailede yatağa bağımlı olan kişi varlığı”, “ailede bakım gereksinimi olan kişi varlığı”, “engellilik

durumu olan kişi varlığı”, “son 3 ay içerisinde hastanede yatıp taburcu olma”, “evde bakım hizmeti almış olma”, “ailede kanser tanılı kişi varlığı”, “altmış beş yaş üstü kişilerin varlığı”, “yardımcı cihaz kullanan kişi varlığı” durumlarıdır. Bu sorulardan “son 1 ay içerisinde sağlık hizmetinden yararlanma durumu” ile ilgili sorunun cevabında ilaç, muayene ve kontrol muayenesi gibi cevaplara evet diyenler risk grubu değerlendirilmesine alınmamıştır.

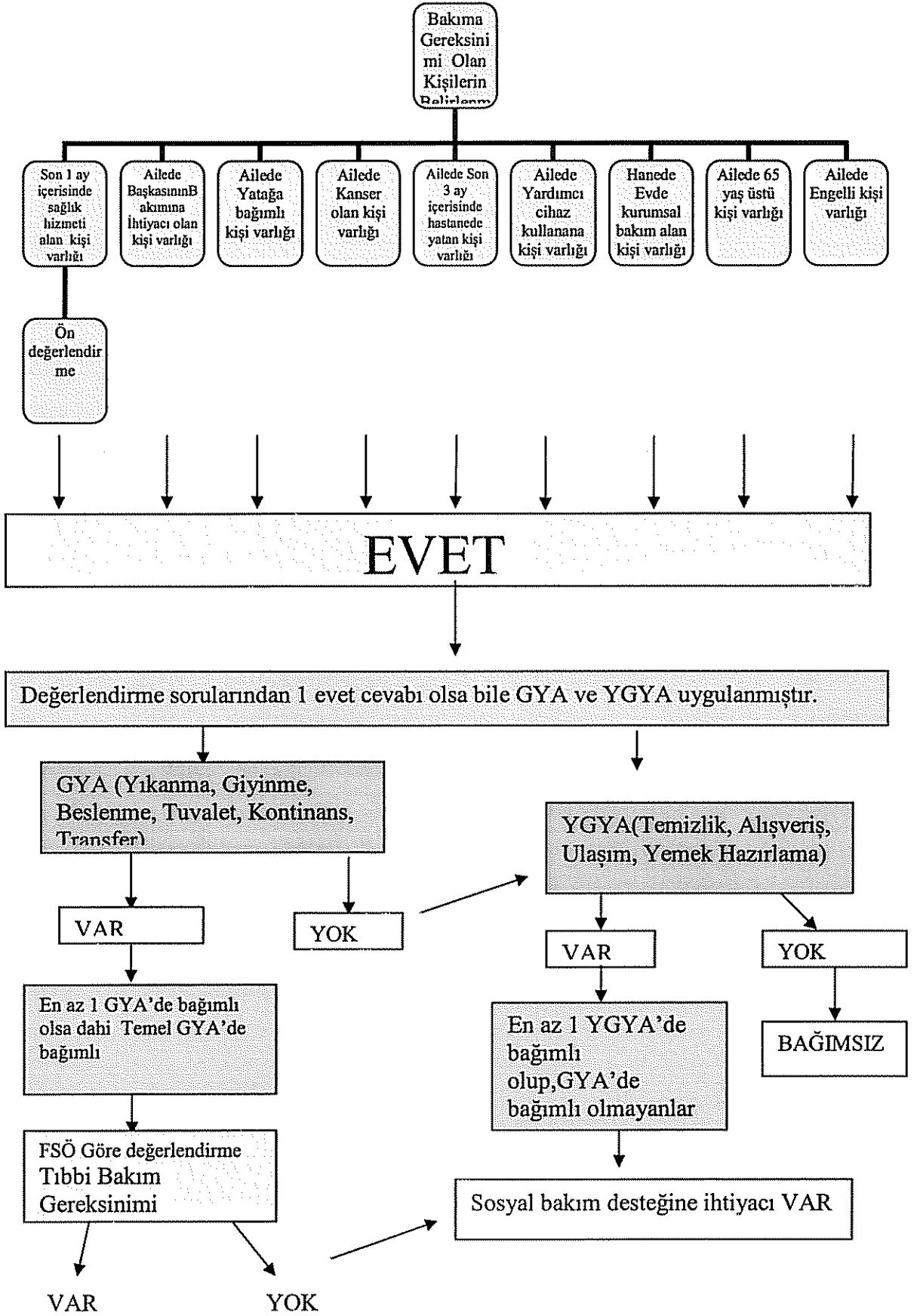
Bu dokuz sorudan en az birine “evet” yanıtı verilmişse bakım gereksinimi olabilecek kişi olarak değerlendirilmiş ve Katz İndeksi ve yardımcı günlük yaşam aktiviteleri uygulanarak kişinin bağımlılık durumu belirlenmiştir.

Katz indeksinde yer alan GYA'den en az birinde tam bağımlı olanlar “*temel aktivitelerde bağımlı*”, GYA'de bağımlı olmayıp ta YGYA'nin bir tanesinde bile bağımlı olan kişilere ise “*YGYA'de bağımlı grup*” olarak değerlendirilmiştir.

### **2.6.3 Anketin Üçüncü Bölümü: Temel Yaşam Aktivitelerinde Bağımlı Olduğu Saptanan Grubun Fonksiyonel Sağlık Örüntüsü Açısından Değerlendirildiği Bölüm**

Günlük yaşam aktiviteleri değerlendirilerek bakım gereksinimi saptanan ve bağımlı olan kişilerin fonksiyonel sağlık örüntüsü yardımıyla tıbbi bakım ihtiyaçları olup olmadığı saptanmıştır. Tespit edilen kişilerin sosyal destek anlamında mı tıbbi destek anlamında mı yoksa danışmanlık düzeyi alanında mı gereksinimi olduğu saptanmıştır.

Değerlendirme adımları Şekil 2.1 'de verilmiştir. Buradaki amaç; evde tıbbi bakımın düzenli ve planlı bir şekilde bakımın devamlılığını sağlamakta ki ilk adımı atmaktır.



Şekil 2.1 Bakıma Gereksinimi Olan Kişilerin Belirlenmesinde Kullanılan Akış Şeması

## 2.7. Araştırmanın Ön Denemeleri:

Çalışmanın ön denemeleri Honaz dışındaki bir bölgede, Denizli ili Üçler beldesinde yapılmıştır. Önce 4 haneye anket uygulanmış, soruların anlaşılabilirliğinde sorun çıkan bazı soruların formatı değiştirilip anket tekrar hazırlanmış ve ikinci seferde 6 farklı haneye (toplamda 10 haneye) uygulanmıştır. Ön denemelerde özellikle anketlerin işleyişi değerlendirildiğinden ön deneme için evde bakım gereksinimi olabilecek haneler (evde bakıma ihtiyacı olan hane, özürlü aile bireyi olan hane, kronik hastalığı olan hane, doğum yapmış bireye sahip haneler) seçilmiştir.

## 2.8. Gerekli İnsan Gücünün Sağlanması ve Eğitilmesi:

Araştırmanın sahada veri toplanması iki Halk Sağlığı yüksek lisans öğrencisi hemşire tarafından gerçekleştirilmiştir(birisi tez sahibi). Anketörlerden birisi tezin yardımcı araştırmacısıdır. Diğer anketöre çalışmanın amacı, anket formundaki soruların açıklaması vb konularda ön eğitimler yapılmış, anket ön denemeleri de bu iki kişi tarafından yapılmıştır.

Honaz TSM’ince “evde bakım hizmetlerinin” aracı ve şoförü çalışmada görevlendirilmiştir. Bu resmi destek hanelerin bulunmasını ve ulaşımı kolaylaştırmış, kişilerin çalışmaya katılımını olumlu yönde etkilemiştir.

## 2.9 Örneklem Giren Hanelerin Belirlenmesi ve Anket Uygulanması:

Çalışmanın yapıldığı Honaz ilçesinde kendilerine bağlı yaklaşık 3500-4000 nüfusu olan 8 aile hekimliği birimi vardır. Her aile hekimliği kayıtlı kişi listesi bir küme kabul edilmiş ve bu listelerden sistematik örnekleme yöntemine göre 4’er farklı nokta (kişi) seçilmiştir. Böylelikle toplamda 32 farklı adres elde edilmiştir. Bu adres listesi (Ek 3)de verilmiştir. Örneklem çıkaran adresten başlayarak aynı sokakta kapı numarasını takip eden toplam 13 hane araştırmaya alınmıştır. Adreslerin tümünün aile hekimliği listesinden seçilmemesinin nedeni sadece kayıtlı hanelerin örnekleme çıkmasının önüne geçmek ve kayıtlı olmayan hanelere örnekleme seçilme şansı verebilmektir.

Seçilen adresteki hanelere 10 Ağustos -15 Ekim tarihleri arasında gidilerek kabul eden ailelere anket uygulanmıştır. Öncelikle araştırmaya katılan kişilere araştırmanın adı, amacı açıklanmış, ayrıca toplanan bilgilerin araştırmanın dışında kullanılmayacağı, araştırmaya katılan kişilerin kimlikleri ve adresleri araştırmacı tarafından gizli tutulacağı belirtilmiştir. Katılmak istemeyen kişilere herhangi bir zorlamada bulunmamıştır.

Evde bulunamayan hanelere en az iki kez gidilerek evde bulunamama vb nedenlerle katılım kaybı en az düzeyde tutulması planlanmıştır. İkinci kez gidilmesine rağmen evde bulunamayanlar veya çalışmaya katılmayı red edenler çalışma dışı bırakılmıştır.

Araştırma kapsamında olan hanelerde daha çok evin hanımıyla görüşülmüştür (aile bireyleri ile ilgili en ayrıntılı bilgi alabileceğimizden). Bunun mümkün olmadığı durumda da ev halkından olup 18 yaşından büyük ve sorulara cevap verebilecek nitelikte kişilerle görüşme yapılmıştır.

Bakım gereksinimi olan (bağımlı ) kişilerin fonksiyonel sağlık örüntüsü anketi yapan anketör hemşireler tarafından değerlendirilmiştir.

## **2.10 Araştırma Uygulamasında Karşılaşılan Güçlükler:**

Araştırma sırasında örnekleme çıkan adreslere ulaşmada bazı güçlükler yaşanmıştır. Belediyelerin yaptığı numaralama sistemi nedeniyle adreslerde değişiklik olması, örnekleme çıkan adrese ulaşmayı güçleştirmiştir. Bazı adresler boş çıkmıştır, böyle olduğu durumda da bir sonraki numaralı hane araştırmaya alınmıştır. Ayrıca aynı numaradan birkaç hane ile de karşılaşmıştır. Örnekleme çıkan bazı hanelerin işyeri çıkması, sokak numarası verilip bazı yapılandırılmamış sokaklarla karşılaşılması da karşılaşılan diğer güçlüklerdendir.

Araştırmanın yaz dönemine denk gelmesi örnekleme çıkan hanelerdeki kişilerin tarlada olması nedeniyle bazı güçlükler yaşanmış, ikinci kez tekrar haberli gidilerek bu sorun aşılmıştır.

### **2.11 Araştırmanın Kısıtlılıkları:**

Araştırmada örnekleme çıkan hanelerin yıkılmış olması, ahır olması, mezarlık olması vb nedenlerle bulunamaması durumunda aynı sokakta (mahalledeki) bir sonraki hane numarasına geçilmiştir.

Veri toplama şeklinde veri alınan kişilerin 18 yaşından büyük soruları anlayabilecek kişilerin olmasına dikkat edildiği gibi veriler sadece evin hanımından değil bazıları da evin reisinden bilgi alınmıştır.

### **2.12 Araştırmanın Destekleri:**

Pamukkale Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projesi Birimi tarafından desteklenmiştir (2010 SBE003).

### **2.13 Araştırma İle İlgili İzinler:**

Honaz, PAÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.'nin sağlık eğitim araştırma bölgesidir. Bu bölgede sağlık alanında araştırma yapılması için ilgili protokol gereği zaten ek bir izin gerekmemektedir. Etik kurul izni (02.02.2011 tarih ve 22 sayılı yazısı) ve diğer yasal izinler alınmıştır(Ek 4).

### **2.14 Verilerin Değerlendirilmesi:**

Elde edilen veriler SPSS (ver.10.0) programıyla analiz edilmiştir. Sayısal verilerin istatistiksel değerlendirmesinde ki-kare testi ve çoklu regresyon analizi kullanılmıştır.



### 3.BULGULAR:

Örnekleme çıkan toplam 416 hanenin %98'ine (406 haneye) ulaşılmıştır. Ulaşılamayan 10 hanenin 5'ine iki defa gidilmesine rağmen evlerinde bulunamaması sebebi ile anket uygulanamamıştır, 5 hane ise araştırmaya katılmayı kabul etmemiştir. Toplamda 406 hane ve bu hanelerde yaşayan toplam 1465 kişi çalışmaya alınmıştır.

Araştırmaya katılan 406 hanenin çeşitli özelliklere göre dağılımı Tablo 3.1'de verilmiştir. Araştırmaya katılan hanelerin %64'ü köylerde, %36'sı ilçe merkezinde yaşamaktadır. Ailelerin %74,4'ü çekirdek ailedir. Ailenin ekonomik durumu "yanıtlayan kişinin kendi algılamasına göre değerlendirildiğinde" ailelerin %75,1'i orta ekonomik düzeyde, %20,2'si fakir, %0,2'si ise çok fakir düzeydedir. Yaşanılan ev mülkiyet açısından değerlendirildiğinde evin mülkiyetinin %66,5'i ailenin kendisine, %18,7'sinin anne babasına ait olduğunu belirtilmiştir. Evlerin oda sayılarına bakıldığında ise %26,'i tek ya da iki odalı, %39,2'si ise üç odalı evlerdir.

**Tablo 3.1 Araştırmaya Alınan Hanelerin Bazı Özelliklere Göre Dağılımı**

ÖZELLİKLER		Sayı	%
Yaşanılan yer	İlçe	146	36,0
	Köy	260	64,0
Aile tipi	Çekirdek	306	74,4
	Geniş	66	16,3
	Yalnız Yaşıyor + Parçalanmış	34	8,4
	Zengin	18	4,4
Ekonomik durum	Orta	305	75,1
	Fakir	83	20,4

Devamı arkada

<b>Evin mülkiyeti</b>	<b>Kendilerine ait</b>	270	66,5
	<b>Anne- babaya ait</b>	76	18,7
	<b>Kira</b>	40	9,9
	<b>Diğer</b>	20	4,9
<b>Evdeki oda sayısı</b>	<b>1</b>	30	7,4
	<b>2</b>	74	18,7
	<b>3</b>	159	39,2
	<b>4</b>	117	28,8
	<b>5</b>	18	4,4
	<b>&gt;6</b>	6	1,5
	<b>Toplam</b>	<b>406</b>	<b>100,0</b>

Tablo 3.2 ve Tablo 3.3’de araştırmaya katılan hanelerde yaşayan bireylerin bazı sosyodemografik özelliklere göre dağılımı gösterilmiştir. Araştırmaya katılan 1465 kişinin %48,1’i kadın %51,9 ’u erkektir. Aile bireylerinin %8,3’ü 0-4 yaş grubu, %9,0’u ise yaşlı dediğimiz 65 yaş ve üzeri gruptur. 75 yaş üzeri grup ise 66 kişidir(%4,5). Bireylerin %50,4’ü evli, %6,6’u duldur. Onaltı yaş üzeri nüfusun %70,5’i evli, %21.7’si bekar, %8,8’i duldur

Aile bireylerinin çalışma durumu değerlendirildiğinde kadınların %85,4’ü ev hanımı ve %11,4’ü ise bir işte çalışmaktadır. Çalışan kadınlar içinde en büyük grubu işçiler (%8,2) oluşturmaktadır. Erkeklerin çalışma durumu değerlendirildiğinde ise en büyük grubu %46 ile işçiler, %11 ile çiftçiler oluşturmaktadır. Erkeklerin %14,4’ünü emekliler oluşturmaktadır. Dikkati çeken diğer bir bulgu ise erkeklerin %17,2’sinin işsiz olduğudur (Tablo 3.3).

**Tablo 3.2 Araştırmaya Katılan Hanelerde Yaşayan Bireylerin Yaş Grubu ve Medeni Durumlarına Göre Dağılımı**

		Kadın		Erkek		Toplam	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>Yaş Grubu</b>	0-4	55	7,9	65	8,6	120	8,3
	5-19	179	25,1	202	26,7	381	25,8
	20-44	258	36,3	295	39,1	553	37,8
	45-64	143	20,1	136	18,0	279	19,1
	65 ve üzeri	75	10,6	57	7,6	132	9,0
	<b>Toplam</b>		<b>710</b>	<b>100,0</b>	<b>755</b>	<b>100,0</b>	<b>1465</b>
<b>Medeni durumu*</b>	Evli	373	35,6	365	34,9	738	70,5
	Bekar	58	7,0	154	14,7	212	21,7
	Dul	77	7,4	20	1,9	97	8,8
	<b>Toplam</b>	<b>408</b>	<b>48,5</b>	<b>539</b>	<b>51,5</b>	<b>1047</b>	<b>100,0</b>

\* 16 yaş altı nüfus bebek ve çocuk grubu olarak alınmıştır, fakat bu yaş grubu birey evli ise evli grubuna alınmıştır.

Eğitim durumları incelendiğinde kadınların %19,6'sı, erkeklerin %3,7'si okuryazar değildir. Kadınların %7,3'ü, erkeklerin ise %12,7'si lise ve yüksek okul mezunudur.

Bireylerin sağlık güvence durumları değerlendirildiğinde, en büyük grubu %41 ile SSK'lılar, %19,4 ile Bağ-Kur'lular oluşturmaktadır. Yeşil kartlıların oranı %15,4'dür. Herhangi bir sosyal güvencesi olmayanlar ise %16 oranındadır. Ebeveynlerinin sigortası olmayan 72 çocuk (%4,9) devletin 18 yaş altı sağlık güvencesinden yararlanmaktadır.

**Tablo 3.3 Araştırmaya Katılan Hanelerde Yaşayan Bireylerin İş, Eğitim ve Sosyal Güvence Durumlarının Cinsiyete Göre Dağılımı**

	Kadın		Erkek		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
<b>İş Durumu*</b>	Ev hanımı	415	85,4	-	-	415	38,8
	İşçi	40	8,2	268	46,0	308	28,8
	Çiftçi	2	0,4	64	11,0	66	6,2
	Serbest meslek	6	1,2	34	5,8	40	3,7
	Kendi işi	1	0,2	25	4,3	26	2,4
	Memur	2	0,4	5	0,8	7	0,7
	Emekli	7	1,4	84	14,4	91	8,5
	Ücretsiz aile işçisi	5	1,0	2	0,3	7	0,7
	İşsiz	8	1,6	100	17,2	108	10,1
	<b>Toplam</b>	<b>486</b>	<b>100,0</b>	<b>582</b>	<b>100,0</b>	<b>1068</b>	<b>100,0</b>
<b>Eğitim Durumu**</b>	Okuryazar değil	125	19,6	24	3,7	149	11,4
	Okuryazar	35	5,5	39	5,8	74	5,1
	İlkokul	254	39,9	273	40,6	527	40,3
	İlköğretimde	110	17,3	116	17,3	226	17,3
	Ortaokul	66	10,4	128	19,0	194	14,8
	Lise	41	6,4	72	10,7	114	8,7
	Üniversite	6	0,9	20	3,0	26	1,8
	<b>Toplam</b>	<b>637</b>	<b>100,0</b>	<b>672</b>	<b>100,0</b>	<b>1309</b>	<b>100,0</b>
<b>Sağlık Güvence Durumu</b>	Yok	104	14,6	130	17,2	234	16,0
	SSK	282	39,7	319	42,3	601	41,0
	BağKur	147	20,7	137	18,1	284	19,4
	Emekli Sandığı	15	2,1	15	2,0	30	2,0
	Yeşil Kart	119	16,8	107	14,2	226	15,4
	18 yaş altı sigorta	32	4,5	40	5,3	72	4,9
	Diğer	11	1,5	7	0,9	18	1,2
	<b>Toplam</b>	<b>710</b>	<b>100,0</b>	<b>755</b>	<b>100,0</b>	<b>1465</b>	<b>100,0</b>

\* Öğrenci bebek ve çocuklar değerlendirilme dışı bırakılmıştır.

\*\* Bebek ve okul çağı öncesi çocuklar değerlendirilme dışı bırakılmıştır.

Araştırmaya alınan kişilerde EB gereksinimi açısından önemli olan “kronik hastalık varlığı” araştırılmış ve bulgular Tablo 3.4’de ve Tablo 3.5’de verilmiştir.

Araştırma grubunun %80,8’inde herhangi bir kronik hastalık bulunmamaktadır, %19,2’sinin ise en az bir kronik hastalığı bulunmaktadır.

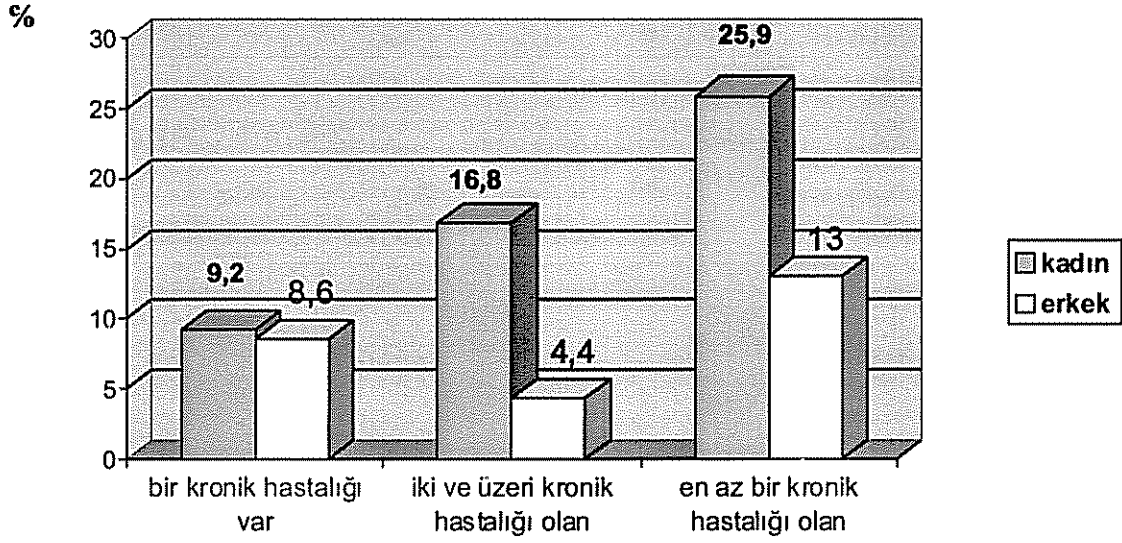
Cinsiyete göre değerlendirildiğinde kadınların %25,9’unda en az bir kronik hastalık bulunurken, erkeklerde bu oran %13’dür. Grubun %10,4’nün ise iki ve daha fazla kronik hastalığı vardır. Bu oran kadınlarda %16,8, erkeklerde ise %4,4’ dür. İki ve üzeri kronik hastalığı olma kadınlar da erkeklere göre istatistiksel olarak daha yüksek orandadır ( $P<0,001$ ), (Tablo 3.4), (Şekil 3.1).

Kadınlarda en sık görülen kronik hastalık %15,5 ile HT’dir. Bunu %5,2 ile diyabet ve %4,5 ile astım takip etmektedir. Erkeklerde ise en sık görülen kronik hastalık %4,2 ile diyabet, %4,0 ile HT ve %1,5 ile astımdır.

**Tablo 3.4 Cinsiyete Göre Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumu**

Kronik hastalık durumu	Kadın		Erkek		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kronik hastalığı yok	526	74,1	657	87,0	1183	80,8
Bir kronik hastalığı var	65	9,2	65	8,6	130	8,9
İki ve üzeri kr. hast var	119	<b>16,8</b>	33	4,4	152	10,4
<b>Toplam</b>	710	100,0	755	100,0	1465	100,0

$P<0,001$  ,  $X^2=61$



**Şekil 3.1 Cinsiyete Göre Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumu**

**Tablo 3.5 Kronik Hastalıkların Cinsiyete Göre Dağılımı**

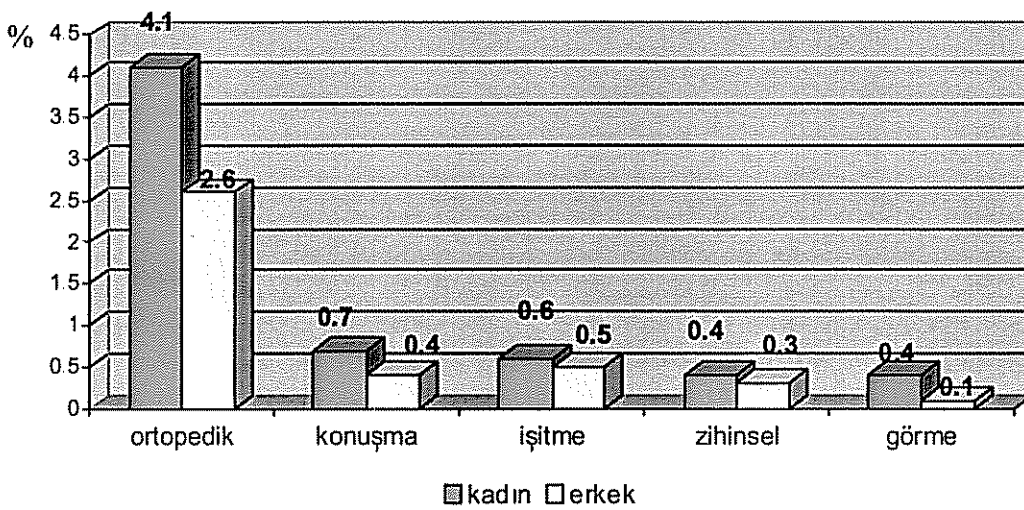
Kronik hastalık	Kadın		Erkek		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hipertansiyon	110	15,5	30	4,0	140	10,7
Diyabet	37	5,2	32	4,2	69	4,7
Astım	32	4,5	11	1,5	43	2,9
Romatizmal hastalıklar	22	2,9	3	0,4	25	1,7
Guatr	21	2,9	4	0,5	25	1,7
Kalp yetmezliği	20	2,8	15	1,9	35	2,3
Osteoporoz	18	2,5	0	0,0	18	1,3
Böbrek yetmezliği	6	0,8	1	0,1	7	0,5
Anemi	3	0,4	0	0,0	3	0,2
Epilepsi	1	0,1	5	0,7	6	0,4
Diğer	30	4,2	1	0,1	31	2,1
Yok	526	74,1	657	87,0	1183	80,8
<b>Toplam</b>	<b>710</b>	<b>100</b>	<b>755</b>	<b>100,0</b>	<b>1465</b>	<b>100,0</b>

Araştırmaya alınan kişilerde EB hizmetleri ve EB gereksinimi olan kişileri belirlemede önemli olan “engellilik durumu” ve “yardımcı cihaz kullanma durumu” araştırılmış ve bulgular Tablo 3.6’da verilmiştir.

Yardımcı cihaz kullanımı %4,1 oranında bulunmuştur. Bu oran kadınlarda %5,2, erkeklerde %3,0’dır ve kadınlarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ( $p<0,005$ ). Kullanılan yardımcı cihazın tipi incelendiğinde, ilk sırayı baston kullanımı almaktadır(%2,7). Kadınlarda baston, koltuk değneği tekerlekli sandalye, tripot gibi yürümeyle ilgili cihazların kullanımı(%4,2) erkeklere göre(%2,3) daha yüksek orandadır. Buhar cihazı/ oksijen tüpü en sık kullanılan diğer yardımcı cihazlardır. Oksijen tüpü-buhar cihazı kullanım sıklığı %0,4’dür.

Araştırma grubumuz engellilik yönünden de incelenmiştir. Toplamda 66 kişide (%4,5) engellilik durumu saptanmıştır. En az bir engeli olma kadınlarda %5,4, erkeklerde ise %3,7’dir. En fazla görülen engellilik durumu ortopedik engelliliktir (%3,3). Bu bulgu baston, koltuk değneği, tekerlekli sandalye ve tripot gibi yürümeyle ilgili cihazların en sık kullanılan yardımcı cihaz olması ile uyumludur.

Konuşma ve işitme engellilikleri ikinci sırayı (%0,6) almaktadır(Şekil 3.2). Konuşma engelliliği olan kişiler, zihinsel engelliliği nedeniyle konuşmayı öğrenememiş kişiler ve felç gibi nedenlerle konuşamayan kişilerden oluşmaktadır.



Şekil 3.2 Engelli Olma Durumunun Cinsiyete Göre Dağılımı

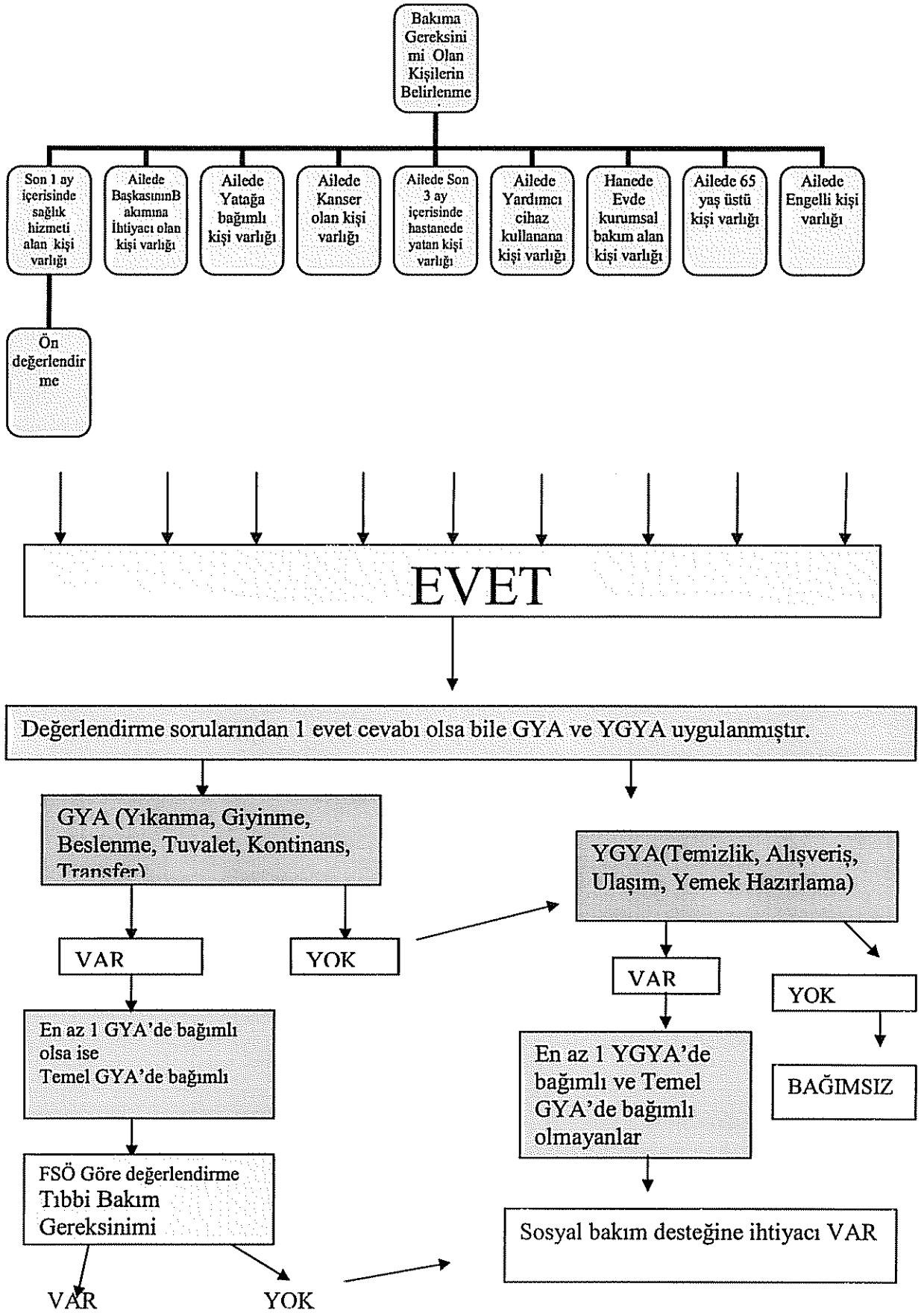
**Tablo 3.6 Engelli Olma ve Yardımcı Cihaz Kullanma Durumunun Cinsiyete Göre Dağılımı**

Engellilik bulunma durumu	Kadın		Erkek		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Engeli yok	672	94,7	727	96,3	1399	95,5
En az 1 engel var**	38	5,4	28	3,7	66	4,5
<i>Ortopedik engellilik</i>	29	4,1	20	2,6	49	3,3
<i>Komuşma</i>	5	0,7	3	0,4	8	0,6
<i>İşitme</i>	4	0,6	4	0,5	8	0,6
<i>Zihinsel</i>	3	0,4	2	0,3	5	0,4
<i>Görme*</i>	3	0,4	1	0,1	4	0,3
<b>Toplam</b>	<b>710</b>	<b>100</b>	<b>755</b>	<b>100,0</b>	<b>1465</b>	<b>100,0</b>
* Gözlük kullanımına rağmen kişilerin görme problemi olması						
**P>0,05 , X <sup>2</sup> :2,3						
<b>Yardımcı cihaz kullanım durumu</b>						
Yok	673	94,8	732	97,0	1405	95,9
En az 1 yard. cihaz kull.***	37	5,2	23	3,0	60	4,1
<i>Baston</i>	26	3,7	14	1,9	40	2,7
<i>Koltuk değneği</i>	3	0,4	0	0,0	3	0,2
<i>Buhar cih. + oksijen tüpü</i>	4	0,5	1	0,1	5	0,4
<i>Tekerlekli sandalye</i>	1	0,1	2	0,3	3	0,2
<i>İşitme</i>	1	0,1	2	0,3	3	0,2
<i>Tripot</i>	1	0,0	1	0,1	1	0,1
<i>Diğer</i>	1	0,1	1	0,1	2	0,1
<b>Toplam</b>	<b>710</b>	<b>100,0</b>	<b>755</b>	<b>100,0</b>	<b>1465</b>	<b>100,0</b>
*** P< 0,05 X <sup>2</sup> :4,4						



Örnekleme çıkan ailelerde “EBG’nin saptanması” araştırmanın öncelikli amaçlarından birisidir. EBG’nin saptanmasında gereç ve yöntem bölümünde de belirtilen ve Şekil 3.3’de verilmiş olan algoritma (akış şeması) uygulanmıştır.

EBG’nin saptanabilmesi amacıyla EBG oluşturabilecek dokuz farklı durumun varlığı anket ile sorgulanmıştır. Bunlar sırasıyla “son 1 ay içerisinde sağlık hizmetinden yararlanma”, “ailede yatağa bağımlı olan kişi varlığı”, “ailede bakım gereksinimi olan kişi varlığı”, “yardımcı cihaz kullanım durumu”, “son 3 ay içerisinde hastanede yatıp taburcu olma”, “evde bakım hizmeti almış olma”, “ailede kanser tanımlı kişi varlığı,” “altmışbeş yaş üstü kişi varlığı,” “engelli kişi varlığı” durumlarıdır. Bu dokuz sorudan en az birisine “evet” yanıtı verilmiş ise araştırmacı tarafından ayrıntılı sorgulama yapılarak incelenen hanedeki kişi/kişilerde bağımlı kişiler ve EBG olup olmadığı saptanmıştır.



Şekil 3.3 Bakıma Gereksinimi Olan Kişilerin Belirlenmesinde Kullanılan Akış Şeması

Araştırılan toplumda EBG varlığını saptamada kullanılan dokuz ayrı sorunun (konu başlığının) ayrı ayrı değerlendirilmesi aşağıda verilmiştir.

Çalışmada “ailenin son 1 ay içerisinde sağlık biriminden yararlanma” durumu sorgulanmıştır ve bu yararlanma durumunun “evde bakım hizmeti” gerektirip gerektirmediği anketör tarafından değerlendirilmiştir (Tablo 3.7). Evde bakım hizmeti gereksiniminin değerlendirilmesinde; hizmet alan kişinin varsa özürlülük, yatalak olma durumu, karşılaşılan sağlık probleminin nedeni, uygulanan tedavi vb faktörler ayrıntılı bir şekilde sorgulanmış ve değerlendirmede göz önünde bulundurulmuştur.

Son bir ayda araştırma grubumuzun %13,8’i (202 kişi) herhangi bir nedenle bir sağlık biriminden yararlanmıştır. Anketörce alınan kısa anamnez verileriyle hizmet alan kişiler ve alınan hizmet değerlendirilmiş ve sonrasında GYA’nin değerlendirilmesi ile bu kişilerin sadece **14’ünde (%1)** evde bakım hizmeti gerektiren durum tespit edilmiştir.

**Tablo 3.7 Araştırma Grubunda Son Bir Ay İçinde Herhangi Bir Sağlık Biriminden Yararlanma Durumu ve Bu Hizmetin “Evde Bakım Hizmeti”ne Gereksinim Durumu**

		Sayı	%
<b>Son 1 ay içerisinde herhangi bir sağlık biriminden yararlanma durumu</b>	<i>Var</i>	202	13,8
	<i>Yok</i>	1263	86,2
	<b>Toplam</b>	<b>1465</b>	<b>100,0</b>
<b>Son 1 ay içerisinde alınan bu hizmetin evde bakım gerektirme durumu</b>	<i>Gerektiriyor</i>	14	1,0
	<i>Gerektirmiyor</i>	1451	99,0
	<b>Toplam</b>	<b>1465</b>	<b>100,0</b>

Evde bakım gereksinimi açısından diğer bir grup yaşlılardır. Çalışmamızda 65 yaş üzeri 132 kişi bulunmuştur ve toplam nüfusun %9’unu oluşturmaktadır. Bu grup içerisinde 34 kişi GYA ve YGYA’ye göre bağımlı olarak belirlenmiştir. Altmışbeş yaş üzeri grup içerisinde bağımlı olanların oranı %25,7 iken 65 yaş altı grupta ise %1,5’dir ( $p < 0.001$ ), (Tablo 3.8).

**Tablo 3.8 Araştırma Grubunda ve 65 Yaş Üzeri Grupta Bağımlılık Durumu**

	Toplam Nüfus	Bağımlı Nüfus	%
65 yaş altı	1333	20	1,5
65 yaş üzeri nüfus	132	34	25,7
<b>Toplam</b>	<b>1465</b>	<b>54</b>	<b>3,7</b>

P< 0,000 X<sup>2</sup>:155

EB gereksinimi olabilecek bir diğer grup “hastaneye yatanlar”dır. Araştırmaya katılan ailelerdeki bireylerin son 3 ayda hastanede yatıp yatmadığı ve yatış nedenleri sorgulanmıştır. Araştırma grubunda toplam 40 kişi (%2,7) son 3 ayda hastaneye yatmış ve yatan kişilerde yatış nedenleri arasında %37,5 ile cerrahi işlemler ilk sırayı almaktadır(Tablo 3.9) Bu grup içerisinde 12 kişi GYA ve YGYA’e göre bağımlı olarak belirlenmiştir. Bu kişilerin beşi post op, ikisi astım, biri epilepsi, birisi doğum vakasıdır. Ancak bu 12 kişiden sadece ikisi EBH alabilmiştir.

**Tablo 3.9 Araştırmaya Alınan Kişilerde Son 3 Ayda Hastaneye Yatma Durumu ve Yatış Nedenlerinin Dağılımı**

		Sayı	%
<b>Son 3 ay içinde hastaneye yatma durumu</b>	Yok	1425	97,3
	Var*	40	2,7
	<b>Toplam</b>	<b>1465</b>	<b>100,0</b>
<b>Son 3 ay içerisinde hastaneye yatma nedenleri</b>	Cerrahi işlemler	15	37,5
	Normal doğum	4	10,0
	Soğuk algınlığı	4	10,0
	Astım	3	7,5
	Baygınlık	3	7,5
	Hipertansiyon	2	5,0
	Kalp yetmezliği	2	5,0
	Epilepsi	2	5,0
	Küçük travma	1	2,5
	Diğer	2	5,0
	<b>Toplam</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>

\*40 kişinin 12 sinde BG vardır

EBG açısından “kanser hastaları” çok önemli bir gruptur. Evde bakım hizmetine yönelik planlamalarda mutlaka dikkate alınmalıdır. Tablo 3.10’da araştırmaya katılan kişilerin “geçmişte kanser tanısı alma” durumları ve bu kişilerde saptanmış olan kanser tipleri verilmiştir. Toplam 7 kişide (%0,5) kanser tanısı öyküsü vardır. Bunların ikisi akciğer kanseridir. Bu vakalardan birisi akciğer kanseri + beyin metastazıdır. Kanserli grup içerisinde 4 kişi GYA ve YGYA’e göre bağımlı olarak belirlenmiştir.

**Tablo 3.10 Araştırmaya Alınan Kişilerde Kanserli Olma Durumu ve Kanserlerin Tipine Göre Dağılımı**

		Sayı	%
<b>Kanser olma durumu</b>	Var*	7	0,5
	Yok	1458	99,5
	<b>Toplam</b>	<b>1465</b>	<b>100.0</b>
<b>Kanser Tipi</b>	Akciğer	2	28,6
	Böbrek	1	14,3
	Rahim	1	14,3
	Cilt	1	14,3
	Pankreas	1	14,3
	Karaciğer	1	14,3
	<b>Toplam</b>	<b>7</b>	<b>100.0</b>

\*7 kanser hastasının 4’ünde BG vardır.

Araştırmada “hanede yatağa bağımlı kişi ve bakım gereksinimi olan kişi” varlığı sorgulanmıştır. Verilen yanıtlara göre 7 kişinin (%0,5) yatağa bağımlı olduğu, toplamda ise 46 kişinin (%3,1) bakım gereksinimi olduğu yanıtı alınmıştır (Tablo 3.11).

Yatağa bağımlı olduğu belirtilen 7 kişi 7 farklı ailede bulunmaktadır. Bu grup içerisinde yatağa bağımlı olarak belirtilen 7 kişinin tamamı GYA ve YGYA'e göre bağımlı olarak belirlenmiştir.

Bakım gereksinimi olan 46 kişi ise 44 ayrı ailededir. İki ailede bakım ihtiyacı olan ikişer kişi vardır. Bakım gereksinimi olduğu belirtilen 46 kişinin 44'ü GYA ve YGYA'e göre bağımlı olarak belirlenmiştir.

**Tablo 3.11 Kendi Beyanlarına Göre Hanelerde “Yatağa Bağımlı Kişi” ve “Bakım Gereksinimi Olan Kişi” Sayıları**

		<u>Sayı</u>	<u>%</u>
<b>Yatağa Bağımlı Kişi</b>	<b>Var*</b>	7	0,5
	<b>Yok</b>	1458	99,5
<b>Bakıma İhtiyacı Olan Kişi</b>	<b>Var**</b>	46	3,1
	<b>Yok</b>	1419	96,9
	<b>Toplam</b>	1465	100,0

\*Yatağa bağımlı 7 kişinin hepsinde BG vardır.

\*\*46 kişinin 44'ünde BG vardır.

Çalışmada kişilerin son bir ayda “kurumsal evde bakım hizmeti” alıp almadıkları sorgulanmıştır. Araştırmaya katılan kişilerden sadece 7'si (%0,5) Honaz EBH birimince verilen kurumsal evde bakım hizmeti aldığını belirtmiştir(Tablo 3.12).

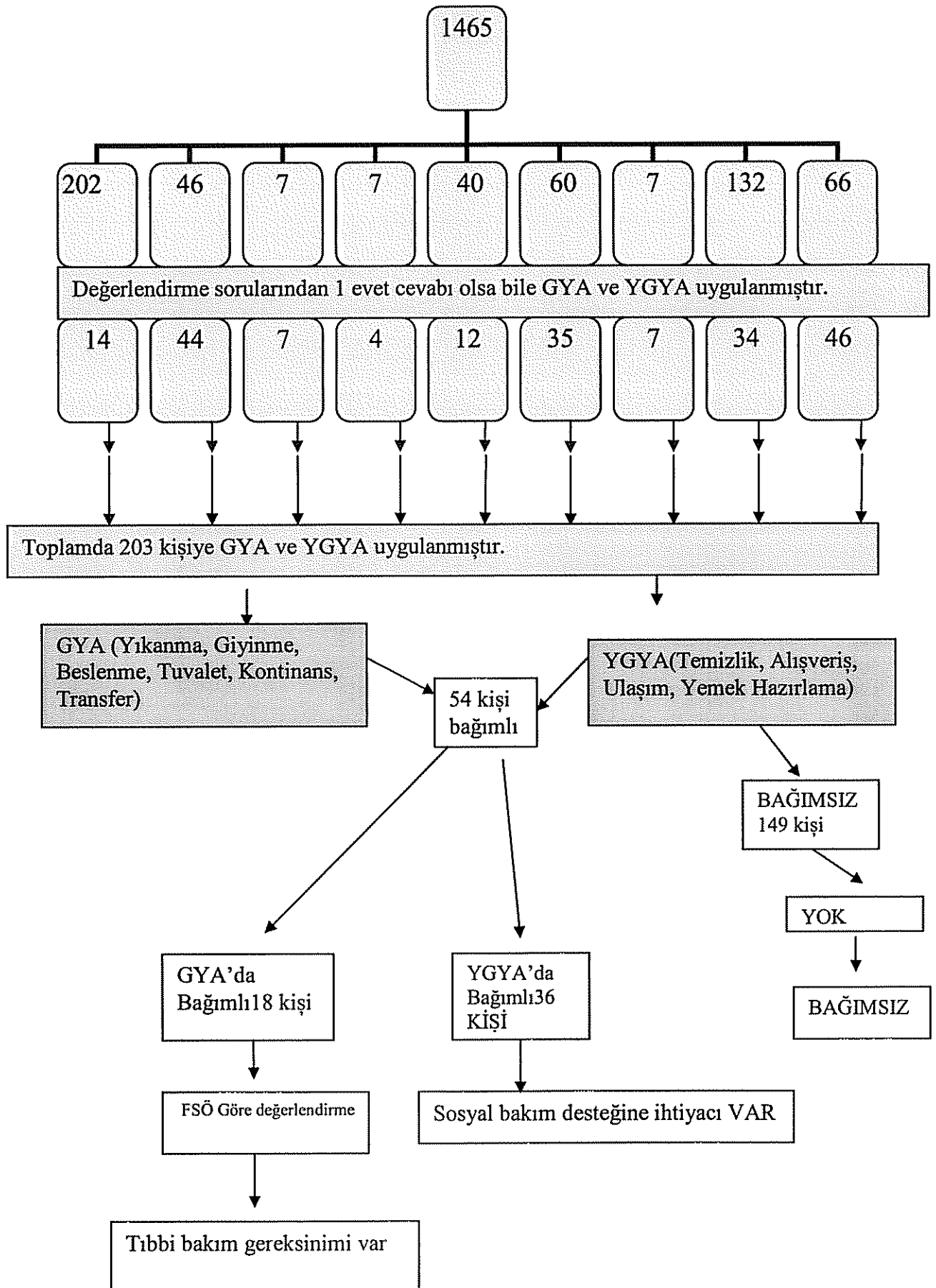
“Kurumsal evde bakım hizmeti” almış olan yedi kişinin üçü kanser hastası, ikisi ortopedik engelli, biri aşırı yaşlı, diğeri ise kronik böbrek yetmezliği hastasıdır. Verilen kurumsal EB hizmeti değerlendirildiğın de bu kişilerin kaydını yapma, yönlendirme ve kişiye rapor çıkartma konularında olduğu görülmüştür.

**Tablo 3.12 Araştırmaya Alınan kişilerde Son Bir Ayda Kurumsal EBH Alma Durumu ve Nedenlerine Göre Dağılımı**

		<u>Sayı</u>	<u>%</u>
<b>Evde Bakım hizmeti alma durumu</b>	Almış*	7	0,5
	Almamış	1458	99,5
	<b>Toplam</b>	<b>1465</b>	<b>100,0</b>
<b>Evde bakım hizmeti alma nedenleri</b>	Kanser	3	43,0
	Fiziksel engellilik	2	29,0
	Aşırı yaşlılık	1	14,0
	KBY	1	14,0
	<b>Toplam</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>

\* 7 kişinin hepsinde BG vardır

Yukarıda ayrıntıları verilen dokuz sorunun yanıtları değerlendirilmiştir. Bu sorulara verilen yanıtlar değerlendirilerek “evet” yanıtı veren kişilerin “evde bakım hizmeti gereksinimi” olup olmadığı araştırılmıştır. Bu sorulardan en az birisine “evet” yanıtı verilmişse kişi ayrıntılı sorgulama ve Katz indexi GYA ve YGYA ile değerlendirilmeye alınmış ve gerçekten “evde bakım hizmeti gereksinimi” olup olmadığı araştırmacı tarafından belirlenmiştir. Şekil 3.3’te verilen akış şeması kullanılarak elde edilen rakamsal sonuçlar Şekil 3.4’te gösterilmektedir.



Şekil 3.4 Bakım Gereksinimi Olan Kişilerin Belirlenmesinde Kullanılan Akış Şeması Sayısal değerleri



En az bir soruya ‘‘Evet’’ yanıtı vererek ileri incelemeye alınan kişi sayısı 203’dür. Yapılan ayrıntılı sorgulama sonucu 54 kişide bağımlılık (EBG) olduğu (%3,7) saptanmıştır.

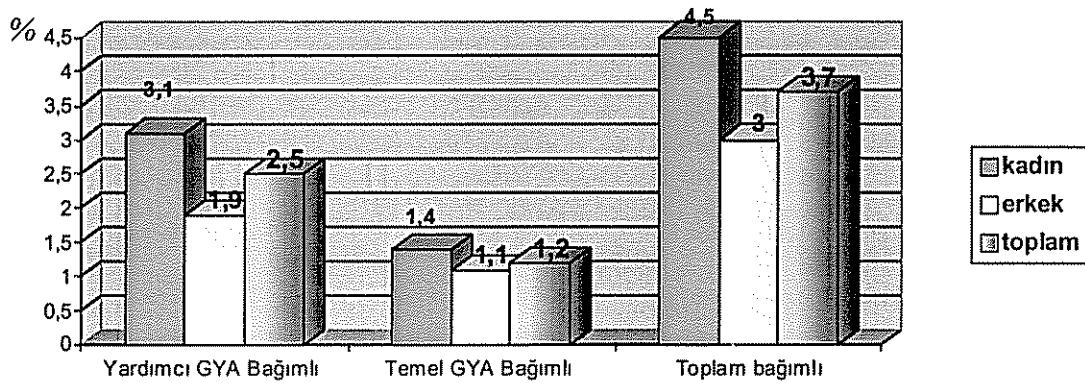
Bağımlılık tespit edilen kişilerde saptanan gereksinimlerin bakım tipine ve cinsiyete göre dağılımı Tablo 3.13 ve Şekil 3.5’de verilmiştir. Araştırılan grupta halen mevcut EBG erkeklerde %3,0 kadınlarda %4,5 toplamda ise %3,7 oranındadır. Bunun yaklaşık 2/3’ü YGYA’de bağımlılığa bağlı bakım gereksinimidir. Saptanan BG’nin yaklaşık 1/3’ü (%1,2’si) ise temel GYA’de bağımlılığa bağlı bakım gereksinimi içermektedir.

Temel GYA’de bağımlılık erkeklerde %1,1, kadınlarda %1,4 oranındadır. Hem temel GYA’de hemde YGYA’de bağımlı olma kadınlarda daha yüksek oranda olmakla beraber cinsiyete göre anlamlı farklılık yoktur ( $p>0,05$ ).

**Tablo.3.13 Bakım Gereksinimi Saptananların Cinsiyete ve Bakım Gereksinim Tipine Göre Dağılımı**

		Kadın		Erkek		Toplam	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>Bağımlılık Durumu</b>	<i>Yok</i>	678	95,5	733	97,0	1411	96,3
	<i>Var</i>	32	4,5	22	3,0	54	3,7
$X^2=2,6$ $P>0,05$							
Yardımcı GYA bağımlı olanlar		22	3,1	14	1,9	36	2,5
Temel GYA bağımlı olanlar		10	1,4	8	1,1	18	1,2
Toplam bağımlı olanlar		32	4,5	22	3,0	54	3,7

$P>0,05$ ,  $X^2=2,1$



**Şekil 3.5 Bağımlılık Saptananların Cinsiyete ve Bakım Gereksinim Tipine Göre Dağılımı**

Şu an bakım gereksinimi saptanmış olan kişiler için (54 kişi) yaşadığı evlerde bakıma yönelik ek düzenlemeler yapıp yapılmadığı araştırılmıştır. Bu kişilerin evlerinde yapılan düzenlemeler Tablo 3.14’de verilmiştir. Bakım gereksinimi olanlardan 12 kişi için (%22,2) evlerinde ek düzenlemeler (14 farklı) yapılmıştır. Yapılan bu düzenlemelerin %28,6’sı yatakların yerinin değiştirilmesi , %21,4’ü ranza konulması gibi düzenlemelerdir. Yapılan diğer düzenlemelere bakıldığında ailelerin kendi çaplarında küçük çözümler ürettiği görülmektedir (Tablo 3.14).

**Tablo 3.14 Bakım Gereksinimi Olan Kişiler İçin Evde Yapılan Düzenlemeler**

<b>Evde ek düzenleme yapılma durumu</b>		
Evet	12	22,2
Hayır	42	77,8
<b>Toplam</b>	<b>54</b>	<b>100,0</b>
<b>Evde yapılan düzenlemeler</b>		
Yatağın yeri değişmiş	4	28,6
Ranza konulmuş	3	21,4
Oturmalı tuvalet/ komod alınmış	2	14,2
İki yatak üst üste konulmuş	2	14,2
Tuvalet ,banyo yaptırılmış	2	14,2
Sandalye kırılıp tuvalet olarak kullanılmış	1	7,1
<b>Toplam</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>

Bakımı üstlenen kişiler incelendiğinde; bakım gereksinimi olan kişilerin bakımını üstlenenler genelde hane halkından bireylerdir. Bakan kişiler içinde ilk iki sırayı gelini (%22,2) ve anneleri(%22,2) almaktadır. Bunu kızı, eşi ve oğlu izlemektedir. Bakıcı tutulması sadece bir ailede vardır. Genelde bakan kişilere bakım için yine diğer aile üyeleri de yardımcı olmaktadır. Bakım süresi çok değişik olmakla beraber ortanca bakım süresi 2 yıldır. Bakılanların yaklaşık üçte biri 5 yıl ve üzeri süredir bakılmaktadır. Bakılma süreleri ve bakan kişiye göre dağılımı Tablo 3.15’de verilmiştir

**Tablo 3.15 Bakım Gereksinimi Olan Kişilerin Bakımını Üstlenenler ve Bakım Verilme Süreleri**

	Sayı	%
<b>Bakan kişi</b>		
Annesi	12	22,2
Eşi	9	16,7
Gelini	12	22,2
Kızı	10	18,5
Kendisi	6	11,1
Oğlu	4	7,4
Bakıcı	1	1,9
<b>Toplam</b>	<b>54</b>	<b>100,0</b>
<b>Bakılma süresi</b>		
<1 ay	11	20,4
1-6 ay	4	7,4
7-12 ay	8	14,8
2 yıl	5	9,2
3 yıl	2	3,8
4 yıl	5	9,2
5 yıl ve üstü	19	35,2
<b>Toplam</b>	<b>54</b>	<b>100,0</b>

Bakım gereksinimi olanlarda bakım alma nedenleri sorgulandığında “fiziksel veya zihinsel engeli nedeniyle 17 kişinin bakım aldığı saptanmıştır(%31,5). Bunu %27,8 ile aşırı yaşlılık ve %12,9 ile felç nedeniyle bakım alma izlemektedir(Tablo 3.16). Epileptik hastalar ile astım-nefesdarlığı olan hastalar diğer önemli bakım alma nedenleridir.

**Tablo 3.16 Bakım Gereksinimi Olan Kişilerin Bakım Nedenlerine Göre Dağılımı**

Bakım alma nedenleri	Sayı	%
Aşırı yaşlılık	15	27,8
Fiziksel engellilik	14	26,0
Zihinsel engellilik	3	5,5
Felç	7	12,9
Astım/nefes darlığı	4	7,4
Epileptik nöbet	4	7,4
Post-op dönem bakımı	3	5,5
Post-partum dönem	2	3,7
Alzheimer	1	1,9
Diğer	1	1,9
<b>Toplam</b>	<b>54</b>	<b>100,0</b>

Bakım verilen kişiler için bakım sırasında kullanılan malzemelerin neler olduğu ve nereden temin edildiği sorgulanmıştır (Tablo 3.17). Toplamda 24 kişide (%44,4) bakım için en az bir malzeme kullanılmıştır. En sık kullanılan malzeme hasta alt bezidir (%25,0). Tekerlekli sandalye %20,8 ile ikinci sırayı almakla beraber fiziksel engellilik durumlarında kullanılan tekerlekli sandalye, baston, tripot ve yürütec kullanımlarının toplamı değerlendirildiğinde %37,5 ile bu cihazlar ilk sırayı almaktadır. Oksijen tüpü ve nebulizatör kullanımı ise %20,8 ile üçüncü sıradadır.

Kullanılan malzemelerin %70,8' ni kişiler kendi imkanlarıyla ücret ödeyerek temin etmiştir. Raporla temin edilme sadece %8,3 oranındadır.

Tablo 3.17 Bakım İçin Kullanılan Malzemelerin Tipleri ve Temin Edilme Şekli

Kullanılan malzeme	Sayı	%
Hasta alt bezi	6	25,0
Tekerlekli sandalye	5	20,8
Tribot+ baston	2	8,3
Yürüteç	2	8,3
Nebulizatör+oksijen tüpü	5	20,8
Havalı yatak	2	8,3
Diğer	3	12,5
Oturmalı tuvalet/komod	2	8,3
Triflow	2	8,3
Aspirator	1	4,2
<b>Toplam</b>	<b>24</b>	<b>100,0</b>
<b>Kullanılan malzemenin temin şekli</b>		
Ücretli	17	70,8
Kendisi ücretsiz	3	12,5
Raporla	2	8,3
Yardım	2	8,3
<b>Toplam</b>	<b>24</b>	<b>100,0</b>

Bakım gereken kişilerin herhangi bir sağlık personeline evlerinde izlenip izlenmediği sorgulanmıştır (Tablo 3.18). Sadece 10 kişi (%13,4) bakım hizmeti vermek amacıyla sağlık personeline izlenmiştir. Yapılan izlemlerin 9'u kişinin evinde, biri ise aile hekimliği biriminde yapılmıştır. İzlemlerin 8'i EB Hizmetleri personeli, 2'si ise aile hekimi tarafından yapılmıştır. Yapılan EBH izleminde kayıt yapma, rapor çıkarma ve izlenen kişinin sağlık durumunun takibi yapılmıştır. EBG olan kişilerin yarısı sadece 1 kez izlenmiştir. Ayrıca izlenen kişilerden bir kişinin 4 kez izlendiği saptanmıştır.

**Tablo 3.18 Bakım İhtiyacı Olan Kişilerin Bakım Hizmeti Vermek Amacıyla Sağlık Personelleri Tarafından İzlenme Durumu**

		Sayı	%
Sağlık personelinin bakım hizmeti için izlenme durumu	Evet	10	18,5
	Hayır	44	81,5
	<b>Toplam</b>	<b>54</b>	<b>100,0</b>
<i>İzlemi yapan sağlık personeli</i>	<i>Doktor (Aile Hekimi)</i>	2	20,0
	<i>Evde bakım hizmetleri personeli</i>	8	80,0
<i>İzlemin yapıldığı yer</i>	<i>Evinde</i>	9	90,0
	<i>Aile hekimliğinde</i>	1	10,0
<i>İzlem sayısı</i>	1	5	50,0
	2	3	30,0
	3	1	10,0
	4	1	10,0
	<b>Toplam</b>	<b>10</b>	<b>100,0</b>

Bu kişilere verilen tedavi durumlarına bakıldığında ilk sırayı tansiyon ölçümü almaktadır. Daha sonra şeker ölçümü, ağızdan ilaç uygulama, enjeksiyon ve IV sıvı tedavisi almaktadır (Tablo 3.19). Bu tablo bize bakım gereksinimi olanlarda daha çok hangi tıbbi bakıma ihtiyacı olduğunu ve kim tarafından karşılandığını da göstermektedir. Tedavinin uygulandığı yer sorgulandığında ise uygulamaların en çok evde, ikinci sırada hastanede ve daha düşük düzeyde aile hekimliğinde yapıldığı gözlenmiştir. Tedaviyi uygulayan kişiler de uygulanan yere paralellik göstermektedir. Hastane personeli ve aile üyeleri ile ilk iki sırayı almaktadır. Aile hekiminin son sırayı alması ve evde ücretli sağlık personeline baktırmanında altında bir düzeyde olması tıbbi EB Hizmetlerinde aile hekimliğinin entegre olmadığını net bir göstergesidir.

**Tablo 3.19 Bakım Gereksinimi Olan Kişilerin Aldığı Tıbbi Hizmet Durumu**

<b>Tedavi türü</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Tansiyon ölçümü	13	24,1
Şeker ölçümü	12	22,2
Ağızdan ilaç uygulama	11	20,4
Enjeksiyon	9	16,7
IV sıvı tedavisi	7	13,0
Pansuman Bakımı	5	9,3
Oksijen tedavisi	5	9,3
Kemoterapi	3	5,6
İdrar sondası takılması	3	5,6
Fizik tedavi	1	1,9
Kolostomi /peg bakımı	1	1,9
Aspirasyon	1	1,9
Diğer	2	3,7
<b>Tedavi nerede uygulandı</b>		
Evde	39	72,2
Hastanede	27	50,0
Aile hekimliğinde	6	11,1
<b>Tedavi -kim tarafından uygulandı</b>		
Hastane sağlık personeli	23	42,6
Aile üyeleri	22	40,7
Evde ücretli sağlık personeli	14	25,9
Aile hekimi personeli	7	12,9
Kendisi	6	11,1
<b>Toplam</b>	<b>54*</b>	<b>100,0</b>

\* Kişiler birden fazla bakım almıştır.

Bakım alan kişilere aile hekimlerinin ve hemşiresinin ziyaret durumu sorgulandığında sadece iki kişiye aile hekimi, yine 2 kişiye ise aile hekimliği hemşiresi ziyaret etmiştir ve 11 kişide gittiği doktorlardan hastalığı ile ilgili bilgi almıştır.

**Tablo 3.20 Aile Hekimliği Üyelerinin Bakım Alan Kişilere Ziyaret Durumu**

	Sayı	%
<b>Aile hekimliği hemşiresi ziyaret etti mi?</b>		
Evet	2	3,7
Hayır	52	96,3
<b>Toplam</b>	<b>54</b>	<b>100,0</b>
<b>Aile hekimi ziyaret etti mi?</b>		
Evet	2	3,7
Hayır	52	96,3
<b>Toplam</b>	<b>54</b>	<b>100,0</b>
<b>Kişi hastalığı ile ilgili eğitim aldı mı?</b>		
Evet	11	20,4
Hayır	43	79,6
<b>Toplam</b>	<b>54</b>	<b>100,0</b>

Bağımlı olan grubun ilde evde bakım hizmeti verilir verilmediğini bilme durumu sorgulandığında sadece %26'sı bildiğini belirtmiştir.

**Tablo 3.21 Ailelerin İlde “Evde Bakım Hizmeti” Verildiğini Bilme Durumu**

İlde “evde bakım hizmeti” veriliyor mu?	Sayı	%
Evet	14	26,0
Hayır	38	70,2
Bilmiyor	2	3,8
<b>Toplam</b>	<b>54</b>	<b>100,0</b>



Çalışmada ailelerce hangi tip bakımın evde verilmesi istendiği incelendiğinde; ailelerin %14,8'i herhangi bir evde bakım yardımı istemediklerini beyan etmiştir, yaptıkları bakımın kendilerinin görevi olduğunu düşünmektedir. Araştırma grubunun %85,2'si evde bakım desteği istemektedir. Ailelerce en sık talep edilen tıbbi destek doktora götürülmesi (%18,5)'dir. Sıvı tedavisi(%7,4), ilaçların verilmesi (%7,4) ve enjeksiyonlarının yapılması(%7,4) bunları takip etmektedir. Diğer destek istenen konu ise kişilerin hastalığına yönelik bilgilendirme ihtiyacıdır.

Sosyal destek anlamında ise banyo yaptırmak, ev temizliği ve alışveriş yardım istedikleri ilk üç alandır(Tablo 3.22). Bakım kriterlerinin hepsinde yardım isteyen 9 aile (% 16,7) vardır.

**Tablo 3.22 Ailelerin Bakım İhtiyacı Olan Kişiler İçin İstedikleri Bakım Tipleri**

Bakım ihtiyacı olan bireylerin olduğu ailelerinin evlerinde verilmesini istedikleri bakım tipleri	Sayı	%
İstemiyor	8	14,8
İstiyor	44	85,2
Doktora götürmekte	10	18,5
Sıvı tedavisi	4	7,4
İlaçlarının verilmesi	4	7,4
Enjeksiyon uygulaması	3	5,6
Tansiyon ölçümü	3	5,6
Hastalığı ile ilgili bilgi	3	5,6
Kemoterapi tedavisinin	2	3,7
Fizik tedavi uygulamasını	1	1,8
Pansuman yapılması	1	1,8
Bakım kriterlerinin hepsi	9	16,7
Banyo yaptırmakta	3	5,6
Ev temizliği	3	5,6
Alışveriş	3	5,6
Giydirmekte	2	3,7
Yemek yapma	2	3,7
Beslenme	1	1,8
Tıraş etmekte	1	1,8
Özel eğitimin evde verilmesi ve saatlerin artırılması	1	1,8
Hastanede yapılan (hastalığı ile ilgili) uygulamaların hepsi	1	1,9
<b>Toplam</b>	<b>54</b>	<b>100,0</b>

Bakım gereksinimi olan bireylerin olduğu ailelerinin en çok hangi bakımı verirken zorlandıkları sorgulanmıştır. Ailelerin sadece %27,7'sinin bir yakınması yoktur. Ailelerin yaklaşık 1/3'ü (bazıları ataerkil yapının verdiği etkiyle) bakım bizim görevimiz diyerek sorun yaşamadıklarını belirtmiştir. Yaklaşık 2/3'ü bakım hizmeti verirken zorlanmaktadır.

Tablo 3.23'de yaşanan zorluklar verilmiştir. Zorluk yaşadıklarını dile getirenler içinde dile getirilen en büyük sorun bakım ihtiyacı olan kişinin doktora götürülmesidir. Aileler ilaçların düzenli kullanımında ve epilepsi nöbetiyle başa çıkmada zorluk çekmektedir. Sosyal açıdan bakıldığında ise bağımlı kişilerin yürümesinde, banyo ve temizliklerinde sorun yaşanmakta zorluk çekilmektedir. Bunun dışında bakan kişi çalışıyorsa bakım verici rolü nedeniyle çalışmaması belirtilen diğer önemli bir sorundur. Tablo 3.22 ve Tablo 3.23'ü birleştirerek değerlendirdiğimizde araştırılan Honaz ilçesinde toplumun ihtiyacı olan bakım tipinin tamamını verecektir.

**Tablo 3.23 Zorluk Çekilen Bakım Hizmetleri**

Zorluk çekilen bakım hizmetleri	Sayı	%
Doktora götürmekte	10	18,5
İlaçlarının düzenli kullanmakta	3	5,6
Epilepsi nöbetiyle başatmede	3	5,6
Enjeksiyon	1	1,9
Yürümekte	4	7,4
Banyo yaptırmakta	4	7,4
Temizlik yapmakta	3	5,6
Bakım nedeniyle çalışmakta	3	5,6
Alt temizliğinde	2	3,7
Kuşak çatışması*	2	3,7
Sürekli kucakta taşımakta	1	1,9
Maddi konuda	1	1,9
Bebek bakımında	1	1,9
Bir yerden bir yere taşımakta	1	1,9
Ulaşım	1	1,9
Zorluk Yaşamıyor	15	27,7
<b>Toplam</b>	<b>54**</b>	<b>100.0</b>

\* Kuşak çatışması bakım verilirken karşılaşılan ve zorluk çekilen bir durum olarak alınmıştır.

\*\* Bazı kişilerce birden fazla zorluk belirtilmiştir.

Tablo 3.24’de tüm nüfusta cinsiyete göre temel ve yardımcı yaşam fonksiyonları açısından bağımlılık durumu değerlendirilmiştir. En fazla bağımlılık yardımcı günlük yaşam aktivitelerinde gözlenmiştir. Nüfusun yaklaşık %3’ü en az bir yardımcı günlük yaşam aktivitesi açısından bağımlı bulunmuştur. En fazla alışverişte bağımlılık saptanmıştır(%3,3). Ayrıca kadınların tüm temel ve yardımcı günlük yaşam aktivitelerinin her birinde erkeklere göre daha fazla bağımlı oldukları gözlenmiştir. Yardımcı yaşam fonksiyonlarından alışveriş ve ulaşımda bağımlılık; temel yaşam fonksiyonlarından ise yıkanmada bağımlılık kadınlarda daha fazladır( $p<0,05$ ).

**Tablo 3.24 Bağımlı Olan Kişilerde Temel ve Yardımcı Günlük Yaşam Fonksiyonlarının Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi**

		Kadın		Erkek		Toplam		İstatistiksel analiz***
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
<b>Yıkanma*</b>	Bağımlı	8	1,1	7	0,9	15	1,0	<b>P:0,03</b> <b>X<sup>2</sup>:4,7</b>
	Kısmen	17	2,4	6	0,8	23	1,6	
	Bağımsız	685	96,4	742	98,3	1427	97,4	
<b>Giyinme*</b>	Bağımlı	6	0,8	4	0,5	10	0,7	P:0,1 X <sup>2</sup> :2,7
	Kısmen	13	1,8	7	0,9	20	1,3	
	Bağımsız	691	97,3	744	98,5	1435	98,0	
<b>Beslenme*</b>	Bağımlı	6	0,7	4	0,5	10	0,7	P:0,37 X <sup>2</sup> :0,8
	Kısmen	3	0,4	2	0,3	5	0,3	
	Bağımsız	701	98,7	749	99,2	1450	98,9	
<b>Tuvalet*</b>	Bağımlı	4	0,6	3	0,4	7	0,5	P:0,34 X <sup>2</sup> :0,9
	Kısmen	11	1,5	8	1,1	19	1,3	
	Bağımsız	695	97,9	744	98,5	1439	98,2	
<b>Kontinans*</b>	Bağımlı	8	1,1	4	0,5	12	0,8	P:0,16 X <sup>2</sup> :1,9
	Kısmen	7	1,0	5	0,7	12	0,8	
	Bağımsız	695	97,9	746	98,8	1441	98,3	

Devamı arka sayfada

<b>Transfer*</b>	Bağımlı	5	0,7	3	0,4	8	0,5	P:0,21 X <sup>2</sup> :1,6
	Kısmen	14	2,0	10	1,3	24	1,6	
	Bağımsız	691	97,3	742	98,3	1433	97,8	
<b>Temizlik**</b>	Bağımlı	20	2,8	13	1,8	33	2,3	P:0,11 X <sup>2</sup> :2,6
	Kısmen	6	0,8	4	0,5	10	0,7	
	Bağımsız	684	96,3	738	97,7	1425	97,3	
<b>Alışveriş **</b>	Bağımlı	28	3,9	14	1,8	42	2,9	<b>P:0,04</b> X <sup>2</sup> :3,9
	Kısmen	2	0,3	4	0,5	6	0,4	
	Bağımsız	680	95,8	737	97,6	1417	96,7	
<b>Ulaşım **</b>	Bağımlı	25	3,5	14	1,8	39	2,7	<b>P:0,04</b> X <sup>2</sup> :4,01
	Kısmen	4	0,6	3	0,4	7	0,5	
	Bağımsız	681	95,9	738	97,7	1419	96,9	
<b>Yemek hazırlama **</b>	Bağımlı	17	2,4	15	1,9	32	2,2	P:0,09 X <sup>2</sup> :2,9
	Kısmen	11	1,5	3	0,4	14	0,9	
	Bağımsız	682	96,0	737	97,6	1419	96,9	

\* Temel günlük yaşam aktiviteleri \*\* Yardımcı günlük yaşam aktiviteleri

\*\*\* Bağımlı ve kısmen bağımlı gruplar birleştirilerek analiz edilmiştir.

Tablo 3.25 ve Tablo 3.26’da şu an başkalarına bağımlı olan 54 kişinin temel ve yardımcı yaşam fonksiyonları açısından değerlendirilmesi verilmiştir. En fazla bağımlılık “yardımcı günlük yaşam aktivitelerinde” gözlenmiştir(%79,6-%88,9). Bu grubun yaklaşık %89’u alışverişte kısmen ya da tamamen bağımlıdır.

Temel GY Aktivitelerinde bağımlılık değerlendirildiğinde; bağımlı grubun %70,4’ü yıkanma açısından, %59,3’ü transfer açısından, %55,6’sı giyinme ve kontinans açısından kısmen ya da tam bağımlı olduğu görülmektedir. Temel GY aktivitelerinde en az bağımlılık beslenmede saptanmıştır(%27,8).

Tablo 3.25 Bağımlı Olan Kişilerde Temel GY Aktivitelerinin Değerlendirilmesi

		Sayı	%
<b>Yıkama</b>	Bağımsız	16	29.6
	Bağımlı+kısmen bağımlı	38	70.4
<b>Giyinme</b>	Bağımsız	24	44.4
	Bağımlı+kısmen bağımlı	30	55.6
<b>Beslenme</b>	Bağımsız	39	72.2
	Bağımlı+kısmen bağımlı	15	27.8
<b>Tuvalet</b>	Bağımsız	28	51.9
	Bağımlı+kısmen bağımlı	26	48.1
<b>Kontinans</b>	Bağımsız	30	44.4
	Bağımlı+kısmen bağımlı	24	55.6
<b>Transfer</b>	Bağımsız	22	40.7
	Bağımlı+kısmen bağımlı	32	59.3

Tablo 3.26 Bağımlı Olan Kişilerde Yardımcı GY Aktivitelerinin Değerlendirilmesi

		Sayı	%
<b>Temizlik</b>	Bağımsız	11	20,4
	Bağımlı+kısmen bağımlı	43	79.6
<b>Alışveriş</b>	Bağımsız	6	11.1
	Bağımlı+kısmen bağımlı	48	88,9
<b>Ulaşım</b>	Bağımsız	8	14,8
	Bağımlı+kısmen bağımlı	46	85.2
<b>Yemek Hazırlama</b>	Bağımsız	8	14,8
	Bağımlı+kısmen bağımlı	46	85.2
<b>Toplam</b>		<b>54</b>	<b>100,0</b>

Şu an bakım ihtiyacı olan 54 kişi “temel günlük yaşam aktivitelerine” göre değerlendirilmiştir. Temel GYA'nin bir tanesinde bile “tam bağımlı” olan kişi temel yaşam aktivitelerinde “bağımlı” olarak değerlendirilmiştir. Toplamda 18 kişide Temel GYA'nin bir tanesinde tam bağımlılık saptanmıştır.

Temel günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olan 18 kişinin kendi beyanlarına göre hastalıkları (bakım alma nedenleri) Tablo 3.27'de verilmiştir. Felç %27,8 ile ilk sırayı almaktadır. Ankilozonspondilit+kas zayıflığına bağlı rahatsızlıklar ikinci sırayı, kanserler ise üçüncü sırayı almaktadır.

**Tablo 3.27 Temel GYA'de Tam Bağımlı Olan Kişilerde Bakım Nedenleri**

Bakım Nedenleri	Sayı	%
Felç	5	27,8
Ankilozonspondilit + Kas zayıflığına bağlı rahatsızlık	4	22,2
Akciğer kanseri, Kranial Tümör, Pankreas kanseri	3	16,8
Yaşlılık	2	11,1
Eklemler romatizması	1	5,6
Fıtık	1	5,6
Kalp yetmezliği,bypass	1	5,6
Astım	1	5,6
<b>Toplam</b>	<b>18</b>	<b>100,0</b>

Temel günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olan kişilerde ilaç kullanımıyla ilgili bilgiler elde edilmiştir(Tablo 3.28).

İlaç kullanım şekli ve zamanlarının bilinmesi özellikle bakım verilenlerde ilaç intoksikasyonları açısından önemlidir. Temel günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olan 18 kişinin hepsinde sürekli ilaç kullanımı vardır. En fazla oral (%94,4) ikinci sırada IV ilaç kullanımı (%11,1) vardır. Toplam 5 kişide ise (%27,8) iki ve daha fazla sayıda ilacın sürekli kullanımı vardır.

İlaç kullanan kişilerin yarısı ilaç kullanım zamanlarını kısmen bilmekte ya da hiç bilmemektedir. Bu bulgu temel GYA' de tam bağımlı kişilerin %50'sinin ilaç intoksikasyonu ya da ilacın etkin kullanımını açısından risk altında olduğunu göstermektedir.

**Tablo 3.28 Temel GYA'de Bağımlı Olanlarda İlaç Kullanımı**

		<u>Sayı</u>	<u>%</u>
<b>İlaç kullanım şekli</b>	Oral	17	94,4
	IV	2	11,1
	Diğer(peg,inhaler)	3	16,7
	<b>Toplam</b>	<b>18</b>	<b>100</b>
<b>İlaç saatlerini bilme durumu</b>	Biliyor	9	50,0
	Kısmen	5	27,8
	Bilmiyor	4	22,2
	<b>Toplam</b>	<b>18</b>	<b>100,0</b>

Temel günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olan grubumuzda destekleyici araç kullanımı sorgulanmıştır. Bu kişilerin %61,1'inde destekleyici araç kullanımı vardır. Destekleyici araç kullanmayan grupta 2 kişi özellikle tekerlekli sandalyeye ihtiyacı olduğunu belirtilmiştir. Destekleyici araç kullanımı içerisinde ilk sırayı %33,3 ile baston, ikinci sırayı %16,6 ile lazımlık almaktadır. Toplamda 10 kişi (%55,6) yürümeye yardımcı araç kullanmaktadır.

**Tablo 3.29 Temel GYA'de Bağımlı Olan Kişilerin Kullandığı Destekleyici Araçlar**

		<u>Sayı</u>	<u>%</u>
<b>Kullanılan destekleyici araçlar</b>	Baston	6	33,3
	Lazımlık	3	16,6
	Koltuk değneği	2	11,1
	Tekerlekli sandalye	2	11,1
	Atel /korse	1	5,6
	Destekleyici araç kullanmıyor	7	38,9
	<b>Toplam</b>	<b>18</b>	<b>100,0</b>

Temel günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık saptanan 18 kişinin yapılan fizik muayene ve sorgulama ile fonksiyonel sağlık örüntüsü değerlendirilmiştir.

Grubun %94,4'ünde ağrı şikayeti vardır. Ağrı bölgesi değerlendirildiğinde %61'ninde ağrı ekstremitelerdedir. Özellikle alt ekstremitte ağrılarının yaygın olduğu görülmektedir. Ağrıların %27,7'si sırt bölgesindedir.

**Tablo 3.30 Temel GYA'de Bağımlı Olan Kişilerde Ağrı Durumunun Değerlendirilmesi**

		<u>Sayı</u>	<u>%</u>
<b>Ağrı Durumu</b>	Var	17	94,4
	Yok	1	5,6
	<b>Toplam</b>	<b>18</b>	<b>100,0</b>
<b>Ağrı yeri</b>	Alt ekstremitte eklemleri	8	44,4
	Sırt bölgesi	5	27,7
	Üst ekstremitte eklemleri	3	16,6
	Tüm eklemler	2	11,8
	Batın bölgesi	2	11,8
	Peg bölgesi	1	5,9
	Göğüs	1	5,9
	Diğer	1	5,9
	<b>Toplam</b>	<b>17</b>	<b>100,0</b>

Temel günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olan kişilerin nörolojik durumunun değerlendirilmesi yapılmış ve sonuçlar Tablo 3.31'de verilmiştir. İncelenen 18 kişinin 14'ünün şuuru açık, 3 kişi konfüze, bir kişi de Alzheimer hastasıdır. Pupillalar değerlendirildiğinde 4 kişide anizokorik pupilla saptanmıştır. Kişilerin hemipleji, parapleji, paralizi, parapleji, kontraktür, kas gücü kaybı, denge ve kuvvetsizlik durumları da değerlendirilmiştir.

Toplam 5 kişide hemipleji, 2 kişide parapleji, bir kişide ise quadripleji saptanmıştır. Kas gücü kaybı grubumuzun yaklaşık %72'inde mevcuttur. Büyük oranda da tüm ekstremitelerde kas gücü kaybı vardır (%38,9). Kişilerin %72,2'sinin denge bozukluğu ve kuvvetsizliği mevcuttur. Bir kişide kontraktür, iki kişide paralizi saptanmıştır.



Tablo 3.31 Temel GYA'de Bağımlı Olan Kişilerde Nörolojik Durumun Değerlendirilmesi

<u>Nörolojik değerlendirme</u>		<u>Sayı</u>	<u>%</u>
<b>Şuur açıklığı</b>	Açık	14	77,8
	Konfüze	3	16,7
	Alzhemier	1	5,6
<b>Pupillalar</b>	İzokorik	14	77,8
	Anizokorik	4	22,2
<b>Kasgücü kaybı</b>	Yok	5	27,8
	Üst extremité sağ	5	27,8
	Alt extremité sol	1	5,6
	Hem alt hem üst extremité	7	38,9
<b>Denge bozukluğu, kuvvetsizlik</b>	Var	13	72,2
<b>Hemipleji</b>	Sağ(2)+Sol(3)	5	27,8
<b>Parapleji</b>	Var	2	11,1
<b>Quadripleji</b>	Var	1	5,6
<b>Paralizi</b>	Var	2	11,1
<b>Kontraktür</b>	Var	1	5,6

Temel günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olan kişilerin inspeksiyon ve palpasyonla kardiyovasküler durumu değerlendirilmiştir, %27,8'sinde yüksek tansiyon, %5,6' sında çarpıntı, siyanoz bulgusu saptanmıştır (Tablo 3.32).

Bu kişilerin %61,1'inde anormal periferik vasküler sistem bulgusu saptanmıştır, %44,4'inde ödem (özellikle alt extremitelerde), %27,5'ininde soluk deri rengi, iki kişide (%11,1) radial nabızda düzensiz atım mevcuttur.

**Tablo 3.32 Temel GYA'de Bağımlı Olan Kişilerde Kardiyovasküler Durumun Değerlendirilmesi**

		<u>Sayı</u>	<u>%</u>
<b>Kardiyovasküler durum</b>	Normal	11	61,1
	Yüksek tansiyon	5	27,8
	Siyanoz	1	5,6
	Çarpıntı	1	5,6
<b>Periferik vasküler sistemi</b>	Normal	7	38,9
	Ödem	8	44,4
	Deri soluk	5	27,5
	Düzensiz nabız	2	11,1
	Extremite soğuk	1	5,6
	Varis	1	5,6
	Uyuşukluk	1	5,6
	<b>Toplam</b>	<b>18</b>	<b>100,0</b>

Temel günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olan kişilerin solunum sistemi değerlendirilmiş ve solunumla ilgili saptanan bazı problemler Tablo 3.33'de verilmiştir. Yapılan gözlem ve anamnez sonucu bu kişilerin %44,5'inde solunum problemleri saptanmıştır. Balgam (%33,3),öksürük (%27,7),hırıltılı solunum (%27,7) en sık görülen solunum sistemi bulgularıdır. İki kişide taşipne (%11,1) vardır . İki kişide (%11,1) oksijen ihtiyacı vardır ve bu kişiler solunum destek cihazı kullanmaktadır. Göğüs deformitesi ya da trakeostomi saptanmamıştır.

**Tablo 3.33 Temel GYA'de Bağımlı Olan Kişilerde Solunum Sistemi Değerlendirilmesi**

<b>Solunum sistemi problemleri</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Yok (Normal)	10	55,5
Balgam	6	33,3
Öksürük	5	27,7
Hırıltılı solunum	5	27,7
Taşıpne	2	11,1
Oksijen gereksinimi	2	11,1
Solunum cihazı kullanımı	2	11,1
<b>Toplam</b>	<b>18</b>	<b>100,0</b>

Temel günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olan kişilerde beslenme durumu oldukça önemli olup, bakım sürecinde payı büyüktür. Tablo 3.34'de kişilerin beslenme ile ilgili bazı bulguları verilmiştir.

Temel günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olan kişilerin %55,6'sında iştah azalması, %22,2'sinde kaşektik vücut yapısı, %27,8'inin ise çeşitli tiplerde yutma güçlüğü vardır. Üç kişi yumuşak gıdaları dahi yutamamakta, bir kişi katı gıdaları yutmakta güçlük çekmektedir. Bir kişi ise hiç yutamamakta ve pegden beslenmektedir. Kişilerin %22,2'sinin verilmiş özel diyeti mevcuttur. Bir kişide (%5,6) kilo kaybı mevcuttur. Beş kişi (%27,8) tam protez dişe sahiptir.

**Tablo 3.34 Temel GYA'de Bağımlı Olan Kişilerde Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi**

		<u>Sayı</u>	<u>%</u>
<b>İştah durumu</b>	Normal	8	44,4
	Azalmış	10	55,6
<b>Vücut tipi</b>	Normal	14	77,8
	Kaşektik	4	22,2
<b>Yutma güçlüğü</b>	Yumuşak	3	16,7
	Katı	1	5,6
	Tam	1	5,6
	Yok	13	72,2
<b>Beslenme şekli</b>	Oral	14	77,8
	Oral ,Yardımla besleniyor	2	11,1
	NGS	1	5,6
	Peg	1	5,6
<b>Özel diyeti olma durumu</b>	Var	4	22,2
	Değişmemiş	17	94,4
<b>Son 6 ay içerisinde kilo değişimi</b>	Azalmış	1	5,6
	Tam	5	27,8
<b>Protez dişi olma durumu</b>	<i>Toplam</i>	<i>18</i>	<i>100,0</i>

Temel günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olan kişilerin boşaltım sistemi değerlendirildiğinde %38,9'unda kabızlık, %11,1'inde ishal sorunu olduğu, %61,1'in de ise evde bakım açısından önemli bir sorun olan inkontinans tesbit edilmiştir (Tablo 3.35). Temel günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olan kişilerin genital sistemleri değerlendirildiğinde herhangi bir genital sistem problemi saptanmamıştır.

**Tablo 3.35 Temel GYA’de Bağımlı Olan Kişilerde Boşaltım ve Üriner Sistem Sorunları**

		<u>Sayı</u>	<u>%</u>
<b>Boşaltım sistemi problemleri</b>	Normal	9	50,0
	Konstipasyon	7	38,9
	Diyare	2	11,1
<b>Üriner sistem durumu</b>	Normal	7	38,9
	Inkontinans	11	61,1
	<b>Toplam</b>	<b>18</b>	<b>100,0</b>

Temel günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olan kişiler cilt problemleri açısından değerlendirilmiştir. Bakıma gereksinimi olan kişilerin üçünün cildinin kuru olduğu, üç kişide ise bası ülseri olduğu saptanmıştır (Tablo 3.36). Temel günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olan kişilerde %16,7 oranında bası ülseri gelişmesinin bu kişilerde uygun bakım yapılmadığının bir göstergesidir.

**Tablo 3.36 Temel Günlük Yaşam Aktivitelerinde Bağımlı Olanların Deri Bulguları**

<b>Deri durumu</b>	<u>Sayı</u>	<u>%</u>
Normal	14	77,8
Kuruluk	3	16,7
Bası ülseri	3	16,7
Döküntü	1	5,6
<b>Toplam</b>	<b>18</b>	<b>100,0</b>

Temel GYA’de bağımlı olan kişilerin %72’inde uyku problemi vardır. Bu kişilerin %61’inde uykudan dinlenmeden kalkma, %11,1’inde ise erken uyanma problemi vardır.

**Tablo 3.37 Temel GYA’de Bağımlı Olan Kişilerde Uyku İle İlgili Sorunlar**

<b>Uyku problemi</b>	<u>Sayı</u>	<u>%</u>
Uykudan dinlenmemiş kalkma	11	61,1
Uykudan erken uyanma	2	11,1
<b>Toplam</b>	<b>18</b>	<b>100,0</b>

Temel günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olan kişilerin kendini ifade edebilmesi ve algılaması açısından önemli faktörlerden olan işitme, görme, konuşma durumu Tablo 3.38’de verilmiştir. Bu kişilerin %27,8’i az duyuyor, %16,7’si konuşamıyor, %11,1’i ise görmemektedir.

**Tablo 3.38 Temel GYA’de Bağımlı Olan Kişilerde İşitme, Görme ve Konuşma Problemleri**

		<u>Sayı</u>	<u>%</u>
<b>İşitme durumu</b>	Az duyuyor	5	27,8
	Peltek	1	5,6
<b>Konuşma durumu</b>	Bozuk	1	5,6
	Konuşamıyor	3	16,7
<b>Görme</b>	Uzağı göremiyor	1	5,6
	Görmüyor	2	11,1
	<b>Toplam</b>	<b>18</b>	<b>100,0</b>

Temel günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık saptanan kişilerde “hastalığını kabullenme” durumu sorgulanmış ve sonuçlar Tablo 3.39’da verilmiştir. Bu kişilerin büyük kısmı hastalıklarını kabullenmiş iken; %16,7’sinde hastalığını kabullenmeme veya içe kapanma vardır.

**Tablo 3.39 Temel GYA’de Bağımlı Olan Kişilerin Hastalıklarına Yaklaşımı**

<b>Kişinin Hastalığına yaklaşımı</b>	<u>Sayı</u>	<u>%</u>
Kabullenme	15	83,3
Reddetme	1	5,6
İçe kapanma	2	11,1
<b>Toplam</b>	<b>18</b>	<b>100,0</b>

Çeşitli özelliklere göre bağımlı kişi bulunma yüzdeleri Tablo 3.40'da verilmiştir. İkili analizlerde bağımlılık durumunu istatistiksel olarak etkilediği saptanan değişkenler; dul olma, ekonomik açıdan fakir olma, ilçe merkezinde yaşama, yalnız yaşama ya da parçalanmış ailede yaşama, 65 yaş üzeri olma, engelli olma ve kronik hastalığı bulunmadır.

**Tablo 3.40 Çeşitli Özelliklere Göre Bağımlılık Durumları**

		Bağımlılık Durumu					P
		Var	%	Yok	%	Toplam	
Medeni hali	Evli	17	2,3	721	97,7	738	P<0,000 X <sup>2</sup> :134
	Bekar	9	4,2	203	95,8	212	
	Dul	<b>24*</b>	24,7	73	75,3	92	
	Bebek-çocuk	4	1,0	414	99,0	418	
Ekonomik Durum	Zengin	5	10,0	45	90,0	50	P<0,004 X <sup>2</sup> :11
	Orta	31	2,8	1057	98,2	1088	
	Fakir	<b>18*</b>	5,5	309	94,5	326	
Yaşanılan Yer	İlçe merkezi	28	5,1	520	94,9	548	P<0,002 X <sup>2</sup> :5,0
	Köy	26	2,8	891	97,2	917	
Aile Tipi	Geniş	17	4,8	338	95,2	355	P<0,000 X <sup>2</sup> :166
	Çekirdek	22	2,0	1054	98	1076	
	Yalnız yaşıyor – parçalanmış aile	<b>15*</b>	45,5	19	54,5	33	
Yaş grubu	75+	<b>21*</b>	31,8	45	68,2	66	P<0,000 X <sup>2</sup> :209
	65 -74	<b>13*</b>	19,7	53	80,3	132	
	Diğer	20	1,5	1313	98,5	1333	
Engellilik Durumu	Var	<b>46*</b>	69,7	20	30,3	66	P<0,000 X <sup>2</sup> :848
	Yok	8	0,6	1391	99,4	1399	
Kronik hast. durumu	Var	<b>43*</b>	15,2	239	94,8	282	P<0,000 X <sup>2</sup> :131
	Yok	11	0,9	1172	99,1	1183	

Bu değişkenlerin birbiriyle olan etkileşimini ortadan kaldırmak amacıyla yapılan lojistik regresyon analizinin sonuçları Tablo 3.41’de verilmiştir. Bu çoklu analiz sonuçlarına göre bağımlı olmayı etkilediği saptanan faktörler şunlardır. Bağımlı olma üzerine en fazla etkili faktör kişinin engelli olmasıdır. Engeli olanlarda bağımlı olma 337 kat fazla bulunmuştur. Ayrıca parçalanmış aile üyesi olma/yalnız yaşama ve kronik hastalığı bulunma kişinin bağımlı olmasına istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttıran diğer iki faktördür. Parçalanmış aile bireylerinde/yalnız yaşayanlarda 60 kat, kronik hastalığı bulunma ise 5 kat bağımlı olma riskini arttırmaktadır(Tablo 3.41).

**Tablo 3.41 Çoklu Analize Göre Bakım Gereksinimi Üzerine Etkili Faktörler**

Bağımsız Değişkenler	Odds Ratio	P	%95 Güven Aralığı
<b>Engeli olma</b> (Engeli olmayana göre)	<b>337</b>	<b>&lt;0,001</b>	100,8-1128,7
<b>Aile tipi</b>		<b>&lt;0,001</b>	
Geniş Aile (Çekirdek aileye Göre)	2,1	0,19	0,7 - 6,0
Parçalanmış Aile (Çekirdek aileye Göre)	<b>59,9</b>	<b>&lt;0,001</b>	8,4 - 426,4
<b>Kanserli olanlar</b> (olmayanlara göre)	7,6	0,29	0,2 -301,6
<b>Cinsiyet</b> (Kadınlarda erkeklere göre)	0,9	0,82	0,3-2,4
<b>Kronik Hastalığı</b> olan (Olmayana göre)	<b>5,1</b>	<b>0,008</b>	1,5 - 16,9
<b>Ailenin ekonomik durumu</b>		0,62	
Zenginlerde (fakirlere göre)	1,2	0,84	0,2 – 8,3
Orta gelirlilerde (fakirlere göre)	0,6	0,40	0,2 – 1,8
<b>Medeni Durum</b> (Dullarda dul olmayanlara göre)	0,6	0,5	0,1 -2,6
<b>Yaş</b>		0,82	
45-64 yaş grupta (44 yaş altına göre)	0,7	0,71	0,2 – 3,3
65 yaş üstü grupta (44 yaş altına göre)	0,6	0,53	0,1 – 2,8
<b>Yaşanılan Yer</b>			
Köyde Yaşayanlarda (İlçe merkezine göre)	1,2	0,72	0,5 - 3,2



#### 4.TARTIŞMA

Evde bakım hizmetleri hızla artan yaşlı nüfus, engelli nüfus vb toplumun değişen yapısı nedeniyle gündemde olup sağlık hizmetleri içerisinde ve sağlık sigortalarında evde bakım hizmetleri başlığı altında yavaş yavaş yerini almaktadır.

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı, belediyeler, SHÇEK, özel kuruluşlar EBH için çalışmalar yürütmekte fakat hizmetin yaygınlığı, hâkimiyetinin kimde olması ve hangi alanlarda hizmet vermesi gerektiği konusunda olan tartışmalar sürmektedir. Çünkü evde bakım hizmetlerinin tıbbi yönü olduğu kadar hatta bundan daha fazla sosyal yönü bulunmaktadır.

Dokuzuncu Kalkınma Planı'nın "Sosyal Güvenlik Sisteminin Etkinliğinin Artırılması" başlıklı gelişme eksenini altında da sosyal güvenlik sisteminin; nüfusun tümünü kapsayan, toplumun değişen ihtiyaçlarını karşılayabilen, mali sürdürülebilirliği olan ve kaliteli hizmet sunan bir yapıya kavuşturulacağı ifade edilmiştir. Plan çerçevesinde hazırlanan yıllık programlarda da evde bakım hizmetlerinin desteklenmesi ve yeni hizmet modellerinin geliştirilmesi konularında tedbirler öngörülmüştür(Eylem planı 2011-2013. s.5).

Günümüzde sosyal nitelikli EBH genelde büyük oranda belediyeler ve bazı STK'lar tarafından yürütülmektedir. Tıbbi EBH ise yakın zamana kadar ağırlıklı olarak özel sektörün elindedir. Sağlık Bakanlığı yeni yeni bu işe el atmaktadır. Daha önceleri bazı evde bakım hizmetleri kısmen de olsa (özellikle post partum) sağlık ocaklarında yürütmekteydi. Şu anda bu alanda bazı hizmetler aile hekimlerinin görev tanımını içinde yer almaktadır(Aile Hekimliği Yönetmeliği 2010). Bu hizmetlerin dışında yakın zamana kadar EBH yapılanması hastane bazlı düşünüldüğü için yapılan çalışmalar kısıtlı bir gruba olmuştur. Bu alandaki uygulamalar ve yapılan çalışmalar genelde hastane bazında ve bazı özel hastalıklara yönelik çalışmalardır.

2005 yılında "Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik" çıkarılmıştır. Çıkarılmış olan yönetmeliğe bakıldığında multisektörel bir çalışma olduğundan söz edilmekte fakat verilen hizmetin bu şekilde olmadığı görülmektedir. Ayrıca hizmetin sunulacağı kişilerin belirlenmesinde kullanılacak tam olarak şekillenmiş bir kriter henüz oluşturulamamıştır. İllerin hizmeti karşılama konusunda da bir standardizasyonu mevcut

değildir. Ör; Bu hizmetler İzmit'in Kartepe ilçesinde belediyelerin elinde iken; İzmir'de bu işin öncüsü aile hekimleridir. Denizli'de ise tespit edilebilen ve başvuran kişilere Evde Bakım Birimince hizmet sağlanılmaya çalışılmaktadır

Honaz ilçesinde EB Hizmetleri yeni yapılanmaya başlamıştır ve evde bakım hizmeti sosyal hizmetler ve aile hekimliğince ortak yürütülmeye çalışılmaktadır. Genelde rapor çıkarma, pansuman yapma ya da ilgili birimlere yönlendirme gibi çalışmalar yapılmaktadır.

Konu ile ilgili yapılan bilimsel çalışmalar değerlendirildiğinde genelde serebrovasküler, inmeli, felçli hastalar ya da post op veya post partum hastalar üzerinedir. Halbuki EBH'i toplumsal bir hizmet olup sadece bu şekilde daraltılmayıp toplumsal bir bakış açısıyla planlanmalı ve sunulmalıdır. Tıbbi ve sosyal boyutu birlikte düşünülmeli ve planlanmalıdır.

Bunu planlamak ve yapabilmek için toplumsal düzeyde EBG boyutunu bilmek, özellikle bağımlı nüfusun boyutunu ve bağımlılığı etkileyen faktörleri, aile ve diğer aktörlerce bakım hizmetinin karşılanma oranları ve toplumun bu alandaki düşünce ve beklentilerinin ortaya konması ve bilimsel açıdan değerlendirilmesi gerekmektedir.

Ayrıca her bir toplumun EBH açısından gereksinimi, algısı, sağlık ve sosyal güvence yapılanması ve talepleri karşılayabilme gücü ile ilgili özellikleri birbirinden farklı olacağından standart bir EBH yapılanmasından söz etmek mümkün değildir. Bu nedenle bir ülkenin EBH yapılanmasını alıp bir başka ülkede uygulamak başarısızlıkla sonuçlanabilecektir.

Bu nedenle topluma dayalı ve durum tespiti yapan çalışmalar bu planlama öncesinde büyük önem taşımaktadır. Ülkemizde toplumda durum saptama niteliğinde çalışmalar yok denecek kadar azdır. Subaşı ve Öztekin tarafından yapılan bir çalışmada hanelerin %8,7'sinde bakım verildiği saptanmıştır (Subaşı ve Öztekin 2006).

Honaz çalışmasından elde edilen EBG ile ilgili veriler bu açıdan çok önemlidir ve Honaz örneğinde olduğu gibi ülkemizde küçük nüfuslu il ve ilçelerin EBH nin planlaması açısından örnek veriler içermektedir.

EBH ile ilgili elde edilen verilere değinmeden önce bu araştırmadan elde edilen bölgenin sosyo demografik yapısının EBH ile ilgili olabilecek bazı özelliklerinin değerlendirilmesinde

yarar vardır. Araştırma nüfusunun yaklaşık %9'unun 65 yaş üstü, %4,5'inin 75 yaş ve üstü nüfus olduğu, engelli birey yüzdesinin %4,5, en az bir kronik hastalığı olan birey yüzdesinin %19.2 olduğu, kanser tanılı bireyin %0,5 oranında olduğu, incelenen toplumda %4,1 oranında yardımcı cihaz kullanımı varlığı dikkati çekmektedir.

Bireylerin sağlık güvence durumları değerlendirildiğinde, en büyük grubu %41 ile SSK'lılar , %19,4 ile Bağ-Kur'lular oluşturmaktadır. Herhangi bir sosyal güvencesi olmayanlar ise %16 oranındadır. SSK'lıların ve Bağkur'luların fazla olması Honaz'ın bir organize sanayi bölgesi barındırması ve genelde tarımla uğraşan bir kesim olmasından kaynaklanmaktadır. Sağlık güvencesi varlığı EBG açısından değil, kurumsal bakım hizmetine ulaşım açısından önem taşımaktadır.

Bu çalışmanın önemli ayaklarından birisi de incelenen toplumun EBG saptayabilmek için bir akış şeması oluşturma çalışmasıdır. Bu alanda kullanılabilecek uygun nitelikte bir standart bulunamamıştır. Bu nedenle bir anket oluşturulmuş ve ön denemeleri yapılmıştır. Anketin oluşturulmasında Katz indeksi bağımlılık ölçütü GYA, YGYA, Fonksiyonel Sağlık Örüntüsünden (Çivi S.,Tanrıkulu M.P.2000) yararlanılmıştır.

Yaşamsal fonksiyonların değerlendirilmesinde günlük yaşam aktiviteleri (GYA) göz önünde bulundurulur. Burada amaç bu fonksiyonları bağımsız yapabilmenin derecelendirilmesidir (Stone –Celemen 1991). Temel GYA' ndeki bağımsızlığı saptamanın en önemli yolu olan 6 temel aktivitenin (banyo yapma, beslenme, elbisesini giyme-çıkarma, yatağa girme-çıkma (hareket), tuvalete oturma-kalkma, kontinans) durumu ve ek olarak Yardımcı GYA' den temizlik, ulaşım, alışveriş ve ulaşım durumları sorgulanmıştır.

Araştırmalarda ABD'de “banyo yapma” en sık yardım gerektiren günlük yaşam aktivitesi olarak bulunmuştur, ülkemizde yapılan çeşitli çalışmalarda ve Honaz çalışmasında da benzer sonuçlar saptanmıştır (Guralnik 1991, Uçku ve arkadaşları 1993 Çivi, Tanrıkulu 2000). Honaz'da bağımlı olduğu saptanan grubun %70.4'ü yıkanmada bağımlı-kısmen bağımlı bulunmuştur.

Subaşı'nın çalışmasında ve Honaz çalışmasında günlük yaşam aktivitelerinde kişilerin en bağımsız olduğu aktivite “beslenme” olarak bulunmuştur (Subaşı ve Öztekin 2006). Honaz

çalışmasında bağımlı olduğu belirlenen kişilerin %72,2'si kendisi bağımsız olarak beslenebilmektedir.

Subaşı'nın çalışmasında yardımcı günlük yaşam aktivitelerinde(yemek hazırlama, ulaşım, alışveriş, temizlik) kişilerin bağımsızlık oranı yüksek iken, bizim çalışmamızda ise farklı olarak bu aktivitelerde bağımlı olma çok daha yüksek bulunmuştur.

Jacopzone tarafından yapılan sınıflamaya göre, kişi günlük yaşam aktivitelerinden en az birinde tam bağımlı ise bu kişi "kurumsal bakım" için uygun kabul edilmektedir. Kişinin günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilmesi, ancak yardımcı günlük yaşam aktivitelerinde en az birinde bir başkasına bağımlı olması ise "orta düzey bağımlılık" (özürlülük) kabul edilmiştir. Bu kişiler kurumsal bakım almak zorunda değildir, evinde uygun olan bakım seçeneği olabilir (Jacopze 2000). Bizim çalışmamızda da yine günlük yaşam aktivitelerinden bir tanesinde bile bağımlı olan kişiler "kurumsal bakım ihtiyacı var" kabul edilmiş ve bu kişiler tıbbi bakım ve sosyal bakım ihtiyacı vardır diye tespit edilmiştir. Honaz çalışmasında bütün yaş grubu ele alınmıştır. Bebek-çocuk grubunun değerlendirilmesi yapılırken yaşına uygun aktiviteleri yapamayanlar bağımlı olarak alınmış ve bağımlılık saptananlar ileri derece özürlü çocuklardır. Yardımcı günlük yaşam aktivitelerinden bağımlı olan kişilere ise "yardımcı günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı" grup olarak sınıflandırma yapılmıştır.

Çalışma verileri incelendiğinde ana bulgumuz incelenen topluma %3,7 oranında bağımlı nüfus dolayısıyla da EBG olan kişi saptanmıştır. EBG olan bu kişilerin var olan gereksinimleri değerlendirildiğinde yaklaşık 2/3'ü yardımcı günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı grup, 1/3'ü ise temel günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı gruptan oluşmaktadır. Yani Honaz'da temel günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olup kurumsal bakım gereksinimi olanların %1,2; yardımcı günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olanlar %2,5 oranındadır. EB ile ilgili planlamalarda bu oranlar mutlaka dikkate alınmalıdır.

Çalışmada saptanan ikinci bir önemli nokta ise saptanan bu EBG'nin büyük oranda ailenin kendisince sağlanmaya çalışıldığına tespitidir. Özellikle 1/3 oranında belirlenen temel günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı grubun EBG'nin önemli bir kısmının yapılanmış kurumsal bir EBH ile verilmesi uygun olacaktır. Hâlbuki incelenen toplumda sadece yedi kişiye yönelik bir EBH kurumsal olarak verilmiştir(%38,9). Bu hizmetler ise daha çok gereksinimi olan kişiye rapor çıkartma, yönlendirme gibi danışmanlık hizmeti tarzında olup, gereksinimin

karşılanmadığını açıkça göstermektedir. Özetle kurumsal bakım hizmeti alması gereken 18 kişinin sadece 7'sine ulaşılabilmektedir. Verilen hizmet ise sınırlı olmuştur.

Evde bakım alanında yapılan birçok çalışmada kadınlarda bakım gereksinimi daha yüksek oranlarda bildirilmiştir. ABD'de evde bakım kuruluşları tarafından bakılan kişilerin %67'sini kadınlar oluşturmaktadır(CDC 1996). Honaz çalışmasında evde ailelerce kısa veya uzun vadeli bakım verilen kişilerin %59'unun kadın olduğu tespit edilmiştir. Bunun nedenleri incelendiğinde EB açısından risk oluşturan bazı durumların kadınlarda daha yüksek oranda bulunmasından kaynaklandığı görülmektedir. 65 yaş üzeri yaşlı nüfus (%10,6-%7,6), kronik hastalığı olan nüfus(%25,9-%13,0), dul kalma(%10,8-%2,7), engeli olma(%5,4-%3,7), kadınlarda erkeklere göre daha yüksek orandadır. Eker ve arkadaşlarının İstanbul'da huzurevlerinde yaptığı çalışmasına bakıldığında kadınların temizlik, alışveriş, ulaşım, yemek hazırlama, yıkanma aktivitelerinde daha bağımlı olduğu saptanmıştır (Eker 2010). Yine Ulusel ve arkadaşlarının çalışmasında ise günlük yaşam etkinliklerinde bağımlılık oranları, kadınlarda daha fazladır (Ulusel ve arkadaşları 2004). Honaz'da bakım gereksinimi olan kişi sayısı açısından cinsiyete göre anlamlı fark olmamakla beraber, alt grup karşılaştırmalarında yıkanma, ulaşım ve alışverişte kısmen yada tamamen bağımlı olma kadınlarda anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Çivi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise anlamlı bir fark bulunmamıştır (Çivi, Tanrıkulu 2000). Özetle kadın cinsiyette EBG daha fazla oranlarda gözükmeyle birlikte hem yapılan ikili analizlerde hem de yapılan çoklu analizde bakım gereksinimi üzerine cinsiyetin etkili olmadığı saptanmıştır( $p>0.05$ ).

EBH alacak kişiler arasında Türkiye'nin değişen nüfus yapısından dolayı artan yaşlılar, engelliler, kronik hastalığı olanlar, post op dönemde ve post partum dönemde olanlar ön planda yer almaktadır.

EBH'nin önemli bir ayağı hastane sonrası EB Hizmetleridir. Araştırmada 40 kişide son üç ayda hastaneden taburculuk öyküsü saptanmıştır. Bunların 12 sinde EB gereksinimi saptanmıştır. Bu vakaların beşi post op, ikisi astım biri epilepsi birisi doğum vakasıdır. Ancak bu 12 kişiden sadece 2 si EBH alabilmiştir. Post op 5 kişiden hastaneden taburcu olmuş ve EBH almış sadece 1 kişi vardır. Özetle son 3 ayda hastaneden taburcu olmuş ve EBG olan kişilerden sadece %16,7'si tıbbi EBHizmeti alabilmiştir. Hâlbuki mevcut verilerimiz bu grubun %35'ine taburculuk sonrası EBH verilebileceği düşünülmektedir. Verilebilecek bu EBH hem hastanenin gereksiz kullanımını azaltarak maliyeti azaltacak hem de tedavisinin bir

kısmını kendi çevresinde olmasını sağlayarak tedavi uyumunu arttıracaktır. Post-op vakaların sadece birinin tıbbi EB hizmeti alabilmiş olması hastane ile koordineli bir EBH sunum yapısının kurulması gerektiğini düşündürmektedir.

Bakım gereksinimine neden olan en önemli etken kişinin engeli olma durumudur. Türkiye Özürlüler Araştırması (2002) verilerine göre, %12,3 engelli nüfus bulunur iken bizim çalışmamız da bu oran %4,5, yardımcı cihaz kullanımı da %4.1 oranında bulunmuştur. Bu fark kullanılan kriterlerdeki bazı farklılıklardan kaynaklanmaktadır.

Honaz'da en fazla saptanan engellilik "fiziksel engellilik" ve en fazla saptanan yardımcı cihaz kullanımı da "baston vb yürüme ile ilgili cihazlar"dır. Kadınlarda hem engelli kişi yüzdesi hem de yardımcı cihaz kullanım yüzdesi erkeklere göre daha fazla olmakla beraber istatistiksel anlamlılık sadece yardımcı cihaz kullanımında saptanmıştır. Çivi ve arkadaşlarının çalışmasında baston kullanımı kadınlarda %12,9'u erkeklerde %8,3'dür (Çivi, Tanrikulu 2000). Çalışmamızda da yardımcı cihaz kullanımında ilk sırayı baston almaktadır. Tüm örneklem grubunda baston koltuk değneği vb yürüme ile ilgili yardımcı cihaz kullanımı yaklaşık %3 dolayındadır.

Araştırma grubumuzda engeli olan ve olmayanlarda bağımlılık durumu karşılaştırılmıştır. Hem ikili analizlerde hem de yapılan çoklu analizde bağımlı olma üzerine en etkili faktör "kişinin engeli olması" bulunmuştur. Yapılan lojistik regresyon analizine göre kişinin herhangi bir engeli bulunması bağımlı olma olasılığını 333 kat arttırmaktadır. Bu nedenle bir bölgede evde bakım hizmetlerini planlarken o toplumdaki engelli bireylerin tam olarak belirlenmesi ve kayıt altına alınması çok önemlidir. Engellilik açısından ikinci bir önemli nokta ise birden fazla temel yaşam aktivitelerinde bağımlılığın engellilerde daha yüksek oranlarda olmasıdır. Tüm bu nedenlerden dolayı engelli popülasyonu sayısının, tipinin bilinmesi EBH organizasyonu açısından büyük önem taşımaktadır.

Tüm dünyada bakım gereksinimi olan kişilerin büyük bir bölümünü yaşlılar oluşturmaktadır. ABD'de uzun süreli bakım ihtiyacı olan kişilerin %57'si 65 yaş üzeri kişilerdir ve bu kişilerin %80'inden fazlası evde bakılmaktadır (Stone- Celemen 1991). Honaz ilçesine baktığımızda yaptığımız çalışmada 65 yaş üzeri dediğimiz yaşlı nüfus oranı %9,01'dir. Bu sonuç Honaz ilçesinin bu anlamda ülkemiz ortalamasının üzerinde gelişmiş ülkelere yakın bir yaşlı yapısının olduğunu göstermektedir.

Türkiye’de yapılan çalışmalardan Subaşı’nın çalışmasına baktığımızda 65 yaş üzeri bakım alan kişilerin oranı %42,3 ile Honaz çalışmasında %25,8 olarak saptanmış ve daha düşüktür.

75 yaş ve üzeri yaşlarda kişilerin bakıma olan ihtiyacı artması, günlük yaşam aktivitelerindeki yetersizliğin yaşla birlikte artması nedeniyle bağımsızlıktan bağımlılığa geçiş dönemi olarak kabul edilmektedir (Dawson ve Hendershot 1988, Çivi ve Tanrıku 2000). Çalışmamızda 75 yaş üzeri nüfus oldukça düşüktür(%4,5). Bu yaş grubunun önemli bir bölümünde (%31,8) bakım gereksinimi saptanmıştır.

Çalışmamızda yaşa göre bağımlılık durumu değerlendirilmesinde ileri yaş gruplarına bakıldığında GYA’ de yetersizlik ve bağımlılık artmaktadır. İkili analizlerde 65 yaş altı ve üstü gruplar karşılaştırıldığında 65 yaş üstü olma bağımlı olmayı etkileyen bir etken olarak gözükmekle birlikte yapılan çoklu analizde bu etkinin kaybolduğu saptanmıştır. Veriler bağımlı olma üzerine asıl etkinin yaşın yüksekliği değil, yaşlılığın yanı sıra engellilik ya da kronik hastalık gibi ek bir sorunun eklenmesinin olduğunu göstermektedir. Tüm bu bulgular sağlıklı yaşlanmanın sağlanmasının önemini bir kez daha göz önüne sermektedir. Ulusel ve arkadaşlarınca yaşlılarda yapılan bir çalışmada 75 yaş üzerinde olma Temel GYA’de bağımlı olmayı arttırdığı saptanmıştır(Ulusel ve ark,2004)

Çalışma grubumuzun %74,4’ü çekirdek, %16,3’ü geniş, %8,4’ü yalnız ve parçalanmış ailelerden oluşmaktadır. Burada özellikle yalnız yaşayanlar ve parçalanmış aileler, dullar bağımlılık ve bakım hizmetleri açısından önemli gruplardandır. Yapılan ikili analizlerde yalnız yaşayan, parçalanmış ailelerde “bakım gereksinimi” anlamlı düzeyde daha yüksek oranlarda bulunmuştur. Yapılan çoklu analizde de benzer sonuçlar elde edilmiştir. Çekirdek aileye göre parçalanmış aile fertlerinde bakım gereksinimi yaklaşık 60 kat fazladır. ABD’de yalnız yaşayan ve bakım gereksinimi olan kişilerin koşullarının diğer kişilerden kötü olduğu belirtilmiştir(Feder, Komisar, Niefeld 2000). Bizim yaptığımız çalışmada da her anlamda bağımlılığı olan kişilerden dul olanların oranı %44,4 çıkmıştır. Ayrıca kadınlarda şu an var olan bakım gereksinimi erkeklerden neredeyse 2 kat daha fazladır. Bu farkın nedenlerinden birisinin kadınlarda dul olanların oranının erkeklere göre daha yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Kronik hastalıklar hem tıbbi bakım gereksinimi hem de bağımlılık oluşturma açısından önemlidir. Araştırma grubunda kişinin kendi beyanına göre “doktor tanımlı kronik hastalık

bulunma” sıklığı %19,2 oranında saptanmıştır. Erkeklerde %13 olan bu oran kadınlarda %25,9’a yükselmektedir. Kadınlar aleyhine diğer bir bulgu da iki ve üzeri sayıda kronik hastalığı olma kadınlarda %16.8 oranında bulunmuştur ve erkeklere göre (%4.4) anlamlı düzeyde yüksektir. Bu nedenle kronik hastalığı olan kadınlar EBH için dikkate alınması gereken önemli bir gruptur. Ulusel ve arkadaşlarınca yaşlılarda yapılan bir çalışmada da benzer olarak kronik hastalıklar kadınlarda daha yüksek oranda bildirilmiştir(Ulusel ve ark,2004).

Kadınlarda kronik hastalığın sıklığı kadar profili de farklılık göstermektedir. Kadınlarda hipertansiyon erkeklerde ise diabet en sık görülen kronik hastalıklardır. Bağımlılık saptanan grupta en çok yapılan işlemler arasında ilk iki sırada tansiyon ölçümü ve kan şekeri ölçümü olması da bu durumu doğrular niteliktedir. Diğer kronik hastalıklara bakıldığında astım, guatr ve osteoporoz ilk sıralarda yer almaktadır. Osteoporozun da sık görülen hastalıklar arasında yer alması DSÖ’nün belirttiği “dünyadaki kadınların %30’u postmenopozal dönemde osteoporoz olduğu” bulgusunu desteklemektedir. Araştırma grubunun tamamında buhar cihazı ve oksijen tüpü kullanımının ikinci sırayı alması ve kadınlarda daha yüksek oranda olması; astım hastalığının toplumdaki yaygınlığı ve kadınlarda daha sık görülmesi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Nitekim Bozkurt ve arkadaşlarınca Denizli il merkezinde yapılan bir çalışmada astım sıklığı kadınlarda daha yüksek bulunmuştur (Bozkurt 2008) . Yapılan ikili analizlerde kronik hastalık varlığı ve bağımlılık durumu arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Çoklu analizde de benzer bir durum gözlenmektedir. Kronik hastalığı olanlarda olmayanlara göre bağımlı olma 5.1 kat fazla bulunmuştur( $p<0.00$ ). Ulusel ve arkadaşlarınca yaşlılarda yapılan bir çalışmada da benzer olarak üç ve üzeri kronik hastalığı olma Temel GYA’de bağımlı olmayı arttırdığı saptanmıştır(Ulusel ve ark,2004).

#### 4.1. Temel GYA’de Tam Bağımlı Olan Kişiler

Araştırmada halen temel GYA’de bağımlı ( tıbbi+sosyal BG) olan 18 kişi saptanmıştır. Temel GYA’de tam bağımlılık saptanan bu 18 kişinin sağlıkla ilgili bulguları araştırılmıştır.

Araştırmada temel günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı tespit edilen kişilerin bakım nedenleri belirlenmiştir. Felç %27,8 gibi büyük bir payla bakım nedenleri arasında ilk sırayı alırken, kas ve eklem hastalıkları ikinci sıradadır. Felçler beklendiği üzere temel GYA’de tam bağımlı olan ve özellikle tıbbi ve sosyal bakım gerektiren hastalıkların başında gelmektedir.



Bakım gereksinimi nedenleri arasında üçüncü sırayı ise kanserler almaktadır. Kanserler EBH ve özellikle de tıbbi EBH açısından çok önemli diğer bir gruptur. Honaz'da örneklem grubunda 7 kanser tanılı kişi vardır ve bu kişilerin 4'ü temel GYA'de tam bağımlıdır. Ancak yapılan çoklu analizde kanserin bağımlılık üzerine etkisi anlamlı düzeyde bulunamamıştır(Odds Ratio:7.6,  $p>0,05$ ). Bunun araştırma grubumuzun küçük olması ve kanser vakalarının az sayıda olmasından kaynaklandığı düşüncesindeyiz. Her ne kadar istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etki saptanamamış olsa bile kanser vakaları uzun süreli ve yoğun EBH gerektirebildiğinden EBH içinde mutlaka dikkate alınması gereken öncelikli gruplardandır. Araştırmamızda tıbbi bakım ihtiyacı olan nüfusun %11,1'ni de aşırı yaşlılık oluşturmaktadır.

Temel GYA'de tam bağımlılık saptanan bu 18 kişide çeşitli muayene bulguları araştırılmıştır. Temel günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olanlarda konstipasyon- diyare %50,0, kontraktür %5,6, dekübütüs durumu %16,7 bulunmuştur. Akdemir'in serebro vasküler hastalık geçiren hastalarda yaptığı çalışmasında konstipasyon- diyare %78,9, dekübütüs %28,9, kontraktür deformite %26,3 oranındadır. Farkın Honaz çalışmasında sadece serebro vasküler hastalık değil tüm bakım ihtiyacı olan ve farklı yaş grubundan bakım ihtiyacı olanları kapsamasından kaynaklanabileceği söylenebilir.

Cingil'in yaptığı araştırmada, bağımlı yaşlıların % 56,3'ünde bası ülseri, ödem, kaşıntı gibi deride değişimleri gösteren bulgular ortaya çıkmıştır, % 54,2'inde bulantı, kusma, iştahsızlık gibi belirtiler saptanmıştır. % 89,5'inin kabızlık, ishal, sık idrara çıkma gibi şikayetleri bulunmaktadır (Cingil 2003). Honaz çalışmasında ise bulantısı olan %55,6, diyare ve konstipasyonu olanlar %50, inkontinansı olanlar %61,1 bulunmuştur. Bası ülseri ise nispeten daha düşük orandadır(%16,7). Ancak temel günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olan kişilerde %16,7 oranında bası ülseri gelişmiş olması bu kişilerde uygun bakım yapılmadığının bir göstergesidir. İki çalışma arasındaki fark çalışma grubumuzdaki bağımlı grubunun sadece yaşlılardan oluşmamasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Honaz çalışmasında bakım gereksinimi olan kişilerin hepsi en az bir ilacı sürekli kullanmaktadır. Bu kişilerin %27,8'inde sürekli olarak iki ve üzeri ilaç kullanımı vardır. İlaç kullanan kişilerin yarısı ilaç kullanım zamanlarını kısmen bilmekte ya da hiç bilmemektedir. Bu bulgu temel GYA' de tam bağımlı kişilerin %50'sinin herhangi biri tarafından bakımının desteklenmediği durumlarda ilaç intoksikasyonu ya da ilacın etkin kullanımı açısından risk

altında olduğunu göstermektedir. Cingil'in yaptığı çalışmada yaşlıların % 72,9'unun sürekli kullandığı ilacının olduğu ve ilaçlarını düzenli aldığı tespit edilmiştir.

Ayrıca temel günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı kişilerin %94' ünde ağrı varlığı mevcuttur. Ağrı en yaygın semptom olarak göze çarpmaktadır. Cingil'in yaptığı çalışmada yaşlıların % 77,1'inin herhangi bir ağrısının olduğu tespit edilmiştir.

Temel günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olanların %27,8'i az duyuyor, %16,7'si konuşmıyor, %11,1'i ise görmemektedir. Bu faktörler kişinin kendini ifade etmede sıkıntıya düşürebileceği ve durumunu kabullenme sürecini uzatacağını göstermektedir. Bu durum evde bakım hizmetinde farklı sağlık personellerinin (diyetisyen ,psikolojik danışmanlık, fiziktedavi...vs) birlikte çalışması gerektiğinin göstermektedir.

Araştırma bulgularımız temel yaşam aktivitelerinde bağımlılık saptanan grubun fonksiyonel sağlık örüntüsünün değerlendirilmesi sonucu bu kişiler uygun bakım desteği alamazlarsa aşağıdaki belirtilen bir takım sağlık sorunlarıyla karşılaşılma riski olabileceğini işaret etmektedir.

- İlaç saatlerini bilmemeye bağlı *İntoksikasyon riski*
- Denge ve kuvvetsizliğe bağlı *Düşme riski, aktivite intoleransı*
- Sekresyonlarını atamamağa bağlı *Enfeksiyon riski,*
- Sürekli yatmağa bağlı *Bası ülseri oluşması riski,*
- Bilinç bulanıklılığına bağlı *Kendine zarar verme riski,*
- Yetersiz ve dengesiz beslenmeye bağlı *Kilo kaybı riski,*
- Yutma güçlüğüne bağlı *Aspirasyon riski,*
- İnkontinansa bağlı *Enfeksiyon riski,*
- Hareketsizliğe bağlı *Konstipasyon ,*
- Hastalığına yönelik *Bilgi elsikliği,*

#### 4.2.Temel ve Yardımcı GYA'de Bağımlılık Saptanan Kişiler

Honaz ilçesinde Temel ve Yardımcı GYA'de bağımlı kişilerde bakım nedenlerine baktığımızda ilk üç sırayı engellilik, aşırı yaşlılık, felç almaktadır. Bağımlılık saptananlarda "fiziksel veya zihinsel engeli nedeniyle bakım alma ilk sıradadır(%31,5). Bunu %27,8 ile aşırı

yaşlılık ve %12,9 ile felç nedeniyle bakım alma izlemektedir. Epileptik hastalar ile astım- nefesdarlığı olan hastalar diğer önemli bakım alma nedenleridir. Yaşlı olanlar çoğunlukla aynı zamanda fiziksel engelliliği olan kişilerdir. Subaşı'nın çalışmasında ise ilk 5 sırayı ameliyat sonrası bakım, inme, serebrovasküler olay, neoplaziler ve diyabet ve kardiyolojik rahatsızlıklar oluşturmaktadır. ABD de evde bakım kuruluşları tarafından bakım verilen kişilerin tanılarına bakıldığında en önemli bakım nedeni kardiyovasküler sorunlar olduğu, hospiz bakımı alanlarda ise neoplaziler ilk sırayı almaktadır (CDC 1996). Çalışmamızda hospiz bakıma yönelik ek bir bilgi yoktur.

Literatürdeki araştırmalarda genelde veriler evde bakım kuruluşlarından alındığı için postpartum dönemde bakım, evde pediatri bakımına yönelik veri yoktur, bizim çalışmamıza baktığımızda ise postpartum dönemde destek alan kişi sayısı 2, epileptik nöbet sonrası bakım ihtiyacı olup destek alan kişi sayısı 4'dür. Ameliyat sonrası bakım alanlar içinde sezeryan doğum yapanlarda mevcuttur. Yine tespit ettiğimiz bu kişiler akut evde bakım ihtiyacı olan kişilerin sayısını vermektedir. Bu gruba evde grip nedeniyle bakılan kişiler dahil edilmemiştir.

Bağımlı grupların evlerinde izlemleri önemlidir. Subaşı'nın çalışmasında 82 kişiden sadece 1 kişi düzenli olarak 1 sağlık personeli tarafından izlenmektedir. Bizim çalışmamızda ise bağımlı gruptan (54 kişiden) sadece 10 kişi herhangi bir sağlık personeli tarafından en az 1 kere ziyaret edilmiştir. Bunlardan sekiz kişiyi evde bakım hizmetleri ziyaret etmiş olup 2 kişiyi de aile hekimi ziyaret etmiştir. Evde bakım hizmetleri kurumunun verdiği hizmet, ziyaretlerinde kişiyi tespit edip kaydını yapmak, gerekli yönlendirmeler yapmak ve bazı kişileri de rapor çıkartmak için doktora götürmek için olmuştur. İzlenen kişilerden 2 kişi temel günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olmasına rağmen aile sağlığı merkezinde takip edilmiştir.

EB ihtiyacı olan kişilerin ne kadar süredir bakıldığı incelendiğinde ortalama 2 yıl bulunmuştur. %31,7'si ise 5 yıldan daha uzun süredir bakılmaktadır. 54 kişilik bağımlı bulunan grupta sadece 10 kişiye ve toplamda sadece 18 izlem yapılmış olması EBH'nin yetersizliğini açıkça göstermektedir.

Evde Sağlık Hizmetinin Sunumu Hakkında Yönetmelik hastanın kabulünde; "Evde bakım hizmeti almak isteyen hasta kendi hekimi tarafından takip altında olmalıdır, kendisini takip eden bir hekimi olmayan hastalar, sağlık kuruluşunun evde bakım hizmeti sunan hekimleri

tarafından ve gerekirse konsültan hekimler tarafından değerlendirilir ve bir hekim atanır” demektedir.

Aile hekimliği yönetmeliğinde ise; aile hekiminin görevi; “Evde takibi zorunlu olan özür, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kendisine kayıtlı kişilere evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini verir” demektedir. (Aile Hekimi Yönetmeliği 2010).

Hastanın kabulünde hasta kendi hekimi tarafından yani aile hekimi tarafından takip edilmesi gerektiği söz etmektedir. Fakat bizim çalışmamıza baktığımızda temel günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olarak belirlediğimiz 54 kişinin sadece 7 tanesi EBH’ den yararlanmış ve bunların 2 tanesini aile hekimi 2 tanesini aile hekimi hemşiresi izlemiştir. Aile hekimliğince izlemlerin çok düşük oranda kalması ayrıca bağımlı birey bulunan ailelerinin %70’inin kurumsal EBHden haberdar olmaması EBH’nin aile hekimliğine entegrasyonunun yeterince gerçekleşmediğini göstermektedir.

Türkiye’nin ata erkil bir yapıya sahip olması ve EBH’nin henüz yapılanmamış olması nedeniyle bakıma ihtiyacı olan kişilerin herhangi bir kuruma bağlı kalmadan bakımlarının çoğunlukla ailelerince sağlandığı görülmektedir. Oysaki Japonya’nın Evde Bakım Hizmetlerinin akış şemasında bile uzun dönem bakımında “home nursing” kavramı yer almaktadır. Çalışmamızda bakım verenlerin çoğu bakılan kişilerin gelini veya annesidir(%20.4). Kızı ve eşi bunları izlemektedir. Subaşı’nın çalışmasında ise bakım verenlerin %29,1’ i eşi, %23,3’ ü ise annesidir. Bu nedenle evde bakım hizmetleri şekillendirilirken

EBH planlanırken ve özellikle yaygınlığı ve kapsamı planlanırken eksik görülen insan gücü yetiştirilmelidir. Tüm bakım verici rolünü üstlenen kişilere bakım ihtiyacı olan kişilerin bakımına yönelik uygulamalı kurslar düzenlenebilir. Görev tanımları ise ; Uluslararası Çalışma Örgütü’nün (International Labour Office-ILO) hazırladığı meslek tanımlamalarına göre yapılandırılmalıdır. Ara insan gücü yetiştirilirken ILO’nun standartları rehber alınmalıdır(International Labour Office- ILO, 2008).

Bakım verilen kişilerin evlerinde bakımın tipine uygun düzenlemeler yapılmaktadır. Honaz çalışmasında ise değişiklik yapılan kişilerin oranı %22,2'dir. En çok yapılan değişiklik ise yatağın değiştirilmesine yönelik değişikliklerdir. Subaşı'nın çalışmasında bakım verilen kişiler için %19,1 oranında herhangi bir düzenleme yapılmıştır. En fazla yapılan değişiklik oda değiştirilmesidir(Subaşı ve Öztekin 2006).

Subaşı'nın çalışmasında bakım verenlerin %75,6'sı bakım verdikleri kişilerin bakımı ile ilgili bilgi almışlardır. Bizim çalışmamızda buna yönelik sağlıklı veri olmadığı için değerlendirilememiştir. Ayrıca çalışma yaptığımız alanda belediye bakım vericilere kronik hastalığı olup hasta bakan kişiler için özel kurs açmayı planlamaktadır. Bu da bakım verilen kişilerin ileride daha sağlıklı ve bilerek bakım verilmesini sağlayacaktır.

Honaz çalışmasında bakım verilen kişilere verilen tedavi uygulamaları sorgulandığında ilk sırayı tansiyon ölçümü almaktadır. Daha sonra sırasıyla şeker ölçümü, ağızdan ilaç uygulama, enjeksiyon, IV sıvı tedavisi, pansuman ve oksijen tedavisi almaktadır. Tedavinin uygulandığı yer sorgulandığında ise uygulamaların en çok evde, ikinci sırada hastanede ve daha düşük düzeyde aile hekimliğinde yapıldığı gözlenmiştir. Tedaviyi uygulayan kişiler uygulanan yere paralellik göstermektedir. Hastane personeli ve aile üyeleri ile ilk iki sırayı almaktadır. Bu uygulamaların önemli bir kısmı evde ve aile üyeleri tarafından uygulanmaktadır. Yani bakım veren kişiler bu tür işlemler için bakım verdikleri kişileri sağlık birimine götürmek zorunda kaldığı görülmektedir. Aile hekiminin son sırayı alması ve evde ücretli sağlık personeline baktırmanın da altında bir düzeyde olması tıbbi EB Hizmetlerinde aile hekimliğinin entegre olamadığının net bir göstergesidir.

Araştırma grubunun EBH gibi bir hizmetin varlığını bilme durumu araştırılmış ve bakıma muhtaç bireye sahip ailelerin %26'sı evde bakım hizmeti verildiğini biliyor, %74'ü de bilmediğini belirtmiştir. Honaz ilçesinde pilot uygulama ile evde bakım hizmeti verilmesine rağmen bu oran oldukça yüksektir.

Çalışmamızda bakım veren ailelere nasıl bir bakım istedikleri sorgulandığında 8 kişi (%14,8) herhangi bir isteğimiz yok diye cevaplamıştır. Bu cevabı verenlerin birçoğu bakım verdikleri kişilere bakmanın kendilerinin bir görevi olduğunu düşünmektedir. Bağımlı kişi bulunan ailelerin %70'inin kurumsal evde bakım hizmetlerinden habersiz olması nedeniyle bir hizmet beklentisi olmadığı düşünülebilir. Bakım veren ailelerin zorlandığı konular içinde

ilk sırayı kişinin doktora götürülmesi yer almaktadır Evde bakım hizmeti veren kişilerin yasal mevzuat gereği sadece rapor çıkartmak için bu kişileri doktora götürebilmektedir. Bu sebeple EB hizmet içeriğinin tekrar gözden geçirilmesi gerektiği düşünülebilir. Bakım gereksinimi saptananlarda gerektiğinde hekime/sağlık kuruluşuna ulaşmaya yardımcı olmak ana hedeflerden birisi olmalıdır. Cevaplayan kişiler arasında en çok zorlandıkları durumlar sorgulandığında diğer önemli bir konu bakım veren kişilerin çalışmakta zorlanmaları, bakım verici görevi nedeniyle evin gelirini kazanamamaları, kendilerine ait rutin işlerini yapamamalarıdır.

Ayrıca bakım vericiler özellikle pansuman yapılması, tansiyon ölçülmesi, enjeksiyon uygulamaları, IV sıvı tedavileri gibi birçok alanda da evlerine hizmet istemektedir. Bakım verilen kişilerin doktora götürülmesi de sorun oluşturduğu için bakım verilen kişilerin evde muayene yapılması istenmektedir. Bakım vericilerin kişilerin hastalığına yönelik bilgi istemeleri de bakım verme görevini bilinçsizce yapmaktan rahatsızlık duyduğunu göstermekte ve bakım verdikleri kişiler için endişelendiklerini göstermektedir. Bakım verirken zorlandıkları alanlar ile desteklenmesini istedikleri bakım uygulamaları birbirine paraleldir.

Brown ve Johnson (1998)'in çalışması Williams ve Cooper (1993) ve Malnory (1997) çalışmalarından çıkabilecek ortak sonuç doğum yapan annelerin taburcu edildikten sonra ilk 24 saat içinde mutlaka değerlendirmeleri ve ilk 72 saat içinde evde ziyaret edilmeleri gerektiği olabilir. Nitekim doğum sonu 3. gün, beslenme problemlerinin, hiperbilirubineminin, yeni doğan dehidratasyonunun ve postpartum blueya ait belirtilerin ortaya çıkabileceği kritik bir gündür. Bu sebeple doğumdan sonraki ilk 72 saat içinde yapılan ev ziyaretleri erken tanı ve tedavi açısından önemlidir. Çalışmamızda buna yönelik bir bulgu yoktur, fakat sezaryan ya da normal doğum yapan anneler doğum sonrası çocuğumuza bakmakta zorlandıklarını buna yönelik bilgi verilirse iyi olur diye ifade etmişlerdir. Yani evde bakım verici rolünü üstlenen kişilerin danışmanlık hizmeti verebileceği düşünülebilir.

## 5.SONUÇ VE ÖNERİLER

### 5.1 Sonuçlar :

Toplam 406 hanede 1465 kişide yapılan bu çalışmada EBH ile ilgili saptanan ana bulgularımız şunlardır:

I. Öncelikle toplumda EBG ve hizmet sunumunu etkileyebilecek bazı özellikler aşağıda sıralanmıştır.

a- Araştırma nüfusunun yaklaşık %9'u 65 yaş ve üzeri nüfustur. Kadınların %10,6'sı, erkeklerin %7,6'sı yaşlı nüfus olarak adlandırılan 65 yaş üzeri nüfustur.

b- Araştırma grubunda doktor tanıli kronik hastalık bulunma sıklığı %19,2 oranında saptanmıştır. Erkeklerde %13 olan bu oran kadınlarda %25,9'a yükselmektedir.

c- Engelli nüfus çalışmamız da %4,5 bulunmuştur. Ayrıca %4,1 oranında yardımcı cihaz kullanımı varlığı dikkati çekmektedir. En fazla saptanan engellilik fiziksel engellilik ve en fazla saptanan yardımcı cihaz kullanımı da baston vb yürüme ile ilgili cihazlardır. Kadınlarda hem engelli kişi yüzdesi hem de yardımcı cihaz kullanım yüzdesi erkekler göre daha fazladır.

d- Kanser tanıli birey %0,5 oranındadır (7 kişi).

e- Araştırmaya katılanların %16'nın herhangi bir sağlık güvencesi olmayıp, %15,4'ü de yeşil kartlıdır.

II- Şu an var olan bakım gereksinimi %3,7 oranındadır (kadınlarda %4,5, erkeklerde %3,0). Saptanan bakım gereksinimi tipine göre değerlendirildiğinde;

a- 2/3'ünü yardımcı günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı grubun bakım gereksinimi oluşturmaktadır (Tüm grubun %2,5'i).

b- Temel günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olanlar EBG'nin yaklaşık 1/3'ünü oluşturmaktadır(Tüm grubun %1,2'si).

c- Temel günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olanlar kadınlarda daha fazla oranlardadır.

III- Temel günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olarak saptanan 18 kişi vardır bu kişilerden sadece 7'si kurumsal EBH alabilmiştir. Denizli ili ve Honaz ilçesinde evde bakım hizmetleri kurumsal olarak hizmet sunmasına rağmen araştırma grubundan sadece 7 kişi bu hizmetten yararlanmış ve verilen hizmet danışmanlık alma, rapor çıkartma tarzında olmuştur.

IV- Bağımlı kişi bulunan ailelerin sadece %26'sı illerinde "evde bakım hizmeti" verildiğinden haberdardır.

IV- Bağımlı kişilerin bakım gereksiniminin büyük çoğunluğu aileler tarafından karşılanmaktadır.

V - Bakım gereksinimi olan birey bulunan ailelerinin yaklaşık %14,8'inin bir yakınması yoktur ve bakımda sorun yaşamadıklarını belirtmiştir. Yaklaşık %85'i ise bakım hizmeti verirken zorlanmaktadır. En büyük sorun bakım ihtiyacı olan kişinin doktora götürülmesidir. Bunun dışında banyo yaptırma, bakan kişi çalışıyorsa bakım verici rolü nedeniyle çalışmaması, alt temizliği en fazla belirtilen sorunlardır.

VI- Kişinin bağımlı olması üzerine en etkili faktör kişinin herhangi bir engeli bulunmasıdır. Kronik hastalığı bulunma ve parçalanmış aile üyesi olma bağımlı olma üzerine anlamlı düzeyde etkili diğer faktörlerdir.

## 5.2. Öneriler:

1. Öncelikle özellikle toplumda (hem de sağlık personelinde) *evde bakım hizmetleri konusunda farkındalık artışı sağlanmalıdır*.

2. Yapılan çalışmalar dikkate alınarak EBH'nin sunumunda ve değerlendirilmesinde yeni bir düzenleme yapılmasında yarar vardır.

3. *EBH nin özellikle de evde tıbbi bakımın yapılandırması yeniden gözden geçirilmelidir*. Bu alanda ilk yapılacak işlerden birisi engelli ve kronik hastalıklı olan kişi veri tabanının oluşturulmasıdır. Bugün için TSM'lerde kayıt altına alınmaya çalışılmakta ancak sayısal olarak çok düşük oranlardadır. Hâlbuki bu verilerden özellikle kronik hastalıklar ve engelliler hastanelerin kayıtlarından kolaylıkla aktarılabilir. Bu gruba riskli olarak bulunan yalnız



yaşayan-parçalanmış aileler ve hastaneden post-op taburcu olanlar düzenli olarak eklenmelidir. Böylelikle hizmet gereksinimi olabilecek ve desteklenmesi gerekebilecek hedef nüfus belli olacaktır.

4. Evde tıbbi bakım hizmetlerini sunacak ekibin netleşmesi ve görev tanımının belirlenmesidir. Evde tıbbi bakım hizmetlerinin sağlık insan gücü planlamasında diğer dikkat edilmesi gereken nokta birinci basamak sağlık hizmetleri sunan aile hekimliği sistemi içerisine EB hizmetlerinin entegrasyonunun sağlanmasıdır. Şu an ciddi bir eksiklik vardır. Aile hekimlerine EBH'ni cazip hale getirmek için, maaş performans hesaplamalarında verdikleri EBH dikkate alınmalıdır.

## KAYNAKÇA

- Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, ( 2010 ).**Resmi Gazete** Sayı :2791
- Akın B .,Emirooğlu O.N. (2007). Rıvearmead Mobilite İndeksi (RMI) Türkçe Formunun Yaşlılarda Geçerlilik ve Güvenirliği .*Turkish Journal of Geriatrics* 10 (3): 124-130.
- Akdemir N.(2001).“Sağlık Hizmetlerinde Süreklilik,Evde Bakım Hizmetleri”,**Yeni Türkiye Dergisi**,s.926-934/39.
- Akdemir N. Bostanoğlu H.,Yurtsever S., Kutlutürkan S.,Kapucu S.,Özer Z.,(2011),Yatağa Bağımlı Hastaların Evde yaşadıkları Sorunlara Yönelik Evde Bakım Hizmet Gereksinimleri,**Dicle Tıp Dergisi**,Vol 38,No1.
- Arslan Ş, Gökçe-Kutsal Y. Yaşlılarda özür lülüğün değerlendirilmesine yönelik çok merkezli epidemiyolojik çalışma. **Geriatrı** 1999; 2(3):103-114.
- Aydın D .(2005). Evde bakım hizmetleri. **Sağlıklı Nesiller Derneği Sağlık ve Eğitim Yayınları**, Ankara.
- Benjamin A.E.(1988).“An Historical Perspective On Home Care Policy” ,**The Milbank Quarterly** Vol.66,No 2, s.309-388
- Bentur N, “Hospital at home: What is its place in the health system”,**Health Policy**,2001;55:71-9
- Bilir N. (2001) “Kronik Hastalıklar ve Kalp Hastalıkları”, **Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı**,1:953-61
- Bozkurt A.İ.,Bozkurt N. Taş E.,Çatak B., (2006),Denizli İl Merkezinde 15 Yaş ve Üzeri Nüfuzta Atım Prevelansı,**Türk Toraks Dergisi** , cilt 7,sayı 1,s;005-0010.
- Brodsky J. (2002).HabibJ,Hirschfeld M ,Siegel B.Care of the frail elderly in developed ende developing countries:**The experience and challenges.Aging Clinical and Experimantal Research**..14:279-286
- Canada Home Care Association , <http://www.CHCA.com>.
- Gölbaşı Z.(2003).C.Ü. “Postpartum dönemde erken taburculuk, evde bakım hizmetleri ve hemşirelik”, **Hemşirelik Y.O. Dergisi**,7,(2).
- Cingil D. (2003) Aile İçi Bakım Vericileri Eğitmenin Bağımlı Yaşlıların Evde Bakım Kalitesine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, **Konya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Konya ,s:4
- Council on Scientific Affairs: ‘Home Care in the 1990s’,**Jama** 263:s1241- 1244.

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı(1998). ILO Anayasası ve Türkiye Cumhuriyeti Tarafından Onaylanan ILO Sözleşmeleri, **Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı**, Yayın No 286, Ankara.

Çivi S,Tanrıkulu M.Z.(2000) . Yaşlılarda Bağımlılık ve Fiziksel Yetersizlik Düzeyleri ile kronik Hastalıkların Prevalansını Saptamaya Yönelik Epidemiyolojik Çalışma, **Geriatrı** 3 (3): 85-90.

Çoban M,Esatoğlu A.E.(2004), “Evde Bakım Hizmetlerine Genel Bir Bakış”,**T Klin Tıp Etiği – Hukuku –Tarihi**,12:109-120

Dawson D, Hendershot G.(1988), Aging in the eighties, functional limitations of individuals age 65 years and over. ; **Advancedata**, p 133.

Dawson P.(1980), ‘Home visiting in Europe’, **Conferance Exploring the Use of Home Visitors to Improve the Delivery of Preventive Services to Mothers With Young Chidren, American Academy of Pediatrics**, Washington: 272-274.

Devlet İstatistik Enstitüsü,[www.die.gov.tr/yillik/05\\_saglik.pdf](http://www.die.gov.tr/yillik/05_saglik.pdf).

Devlet Planlama Teskilatı, Sekizinci Bes Yıllık Kalkınma Planı, DPT Yayınları, Ankara, 2000.

Doğan B.G.,Subaşı N.(2006),Halk Sağlığı Temel Bilgiler, **Hacettepe Üniversitesi Yayınları**.

Dr. BERBEROĞLU U. , Dr. GÜL H., Dr. ESKİOCAK M., Dr. EKUKLU G., Dr. SALTİK A.(2002), Edirne Huzurevi’nde Kalan Yaşlıların Kimi Sosyo-Demografik Özellikleri Ve Katz İndeksine Göre Günlük Yaşam Etkinlikleri **Geriatrı** 5 (4): 144-149, 2002 **Turkish Journal of Geriatrics**

Eker H.Hüseyin, Lülecioğlu E, Taşdemir M.(2010) İstanbul’da Huzurevlerinde Yaşayan Yaşlıların Günlük Yaşam Aktivitelerinin ve Yaşam Kalitelerinin Belirlenmesi, **Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongre Bildiri ve Sunum Kitabı**.

Erginöz SG (2002). “İlk Çağlarda Akdeniz Havzasında ve Anadolu’da Dogum ve Dogum Yardımı”, **Düşünen Siyaset**;;16 :148-60.

**Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik** R.G. Tarihi:10.03.2005 R.G. Sayısı:25751

Feder J,Komisar L,H Niefeld M.(2000),Long-term Care in the United States;An Overview.**Health Affairs**;;19(3):40-56

Feder J,Komisar HL.,Niefeld M.(2000),“Long-Term Care In The;United State:an Overview”**Health Affairs Volume** , 19. Number 3 , s.40-4

- Guralnik JM, Lacroix AZ, Branch LG, Kasl SU and Wallage RB(1991), Morbidity and disability in older person in the years prior to death. *AM J of Public Health* : 81 (4).
- Gordon M. (2001), Nursing Nomenclature an classification system development. ANA Continuing Education, Kasım 30
- “Home Based Long Term Care”(2000),Who Tecnical Report Series, 898 , **World Health Organization**,s.1-37.
- Home and Hospice Care Survey,National Health Static(1996), CDC, <http://www.cdc.com>.
- Ikegami N, Campbell CJ. Choices, policy logics and problems in the design of long term care systems. *Social Policy and Administration*, 2002;36(7):719-739
- Jacopze S.(2000), “Coping With Aging: International Challenges”, **Health Affairs**, s.213-225, May –June.
- Joel ME(2002),Dufour-KS.Financing systems of care for older persons in Europe ,**Aging Clinical and Experimental Research**.;14:293-299
- Karahan S, Güven S (2002) Yaşlılıkta evde bakım **Turkish Journal of Geriatrics** 5, 155-159.
- Kennedy P.(2001), Büyük Güçlerin Yükseliş ve Çöküşleri, Çev.:Birtane Bardakçı, **Türkiye İş Bankası Yayınları**, İstanbul, Genel Yayın No: 306.
- Landi F, Onder G, Russo A, Tabaccanti S, Rollo R, Feredici S,(2001), et al. “A new model of integrated home care for the elderly: impact on hospital use”, **Journal of Clinical Epidemiology**, ;54: 968-70.
- OECD Health Data, Erişim:10.09.2005,[www.oecd.org](http://www.oecd.org).
- Oğlak S (2007) Uzun süreli evde bakım hizmetleri ve bakım sigortası. **Turkish Journal of Geriatrics** 10, 100-108
- Ömer K. S. (2006), Avrupa Birliğindeki Genel Dönüşümün Türkiye'nin Avrupa Birliğine Üyeliği Çerçevesinde İş Gücü Piyasalarına Yansıması, **T.C. Merkez Bankası Dış İlişkiler Genel Müdürlüğü, Ankara**, Uzmanlık Tezi, Kasım
- Önder ÖR .(2001) “Türkiye’de sağlık Hizmetleri Sorunlarına Bir Bakış ve Sağlık Yönetimi”,**Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı** ;2:1271-5.
- Özgen H, Çelik Y, Tezcan S(1995). "Hacettepe Üniversitesi Uygulama Hastanesi Beyin Cerrahi Dahiliye ve Genel Cerrahi Yogun Bakım Ünitelerinde Hastane Enfeksiyonunun Hastaya Olan Ek Maliyeyi Konulu Tanımlayıcı Bir Arastırma", **Toplum ve Hekim**;10:131-41.

Öztek Z, Kubilay G. (1995),Toplum Sağlığı ve Hemsireliği, Ankara: **Somgür Yayıncılık**.

Özürülüler Kanunu,Kanun No: 5378, Kabul Tarihi :01.07.2005,[www.ozida.gov.tr](http://www.ozida.gov.tr)  
**Resmi Gazete Yayın Tarihi:** 09.9.1964,: 11802

Sağlık Bakanlığı, Birinci Ulusal Sağlık Kongresi, **S.B.Yayımları**, Ankara, 1992.

Savaş B.(2002),Serdar at al.Health Care System in Transition :Turkey In :Thomson S. Mossialos E (eds).**European Observatory on Health Care Systems**, Copenhagen ;4(4)

Seyyar A.Bakıma muhtaçların sosyal güvenliği, **Sakarya Üniversitesi Basımevi**.Yayın No:35.Adapazarı,1999.OECD 40.

Smeenk FWJM, Witte PL, Haastregt J, Schipper MR, Gubbels MAC, Crebolder FJM.( 1998 )"Care process and satisfaction analysis of a transmural home care program" , **Internation Journal of Nursing Studies**; 35: 146-154

Sobel D.(2000), Galileo'nun Kızı, Çev: Bahadır Sina Sener, **Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları**, İstanbul.

Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü ; Özürülüler Kanunu ,Bakıma Muhtaç Özürülülerin Tesbiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik ,Bakıma Muhtaç Özürülülere Yönelik Resmî Kurum ve Kuruluşlar Bakım Merkezleri Yönetmeliği, Bakıma Muhtaç Özürülülere Yönelik Özel Bakım Merkezleri Yönetmeliği ;[www.ozida.gov.tr](http://www.ozida.gov.tr).

Spratt SJ(1997), Hawley LR, Kolf J. "Home Health Care:A Physician's Perspective", Home Health Care, Ed.: Spratt, S.J., Hawley, L.R., Hoye, E.R., Florida: **GR/St. Luice Press**, 1-16.

Stone Clemen S. Mcguire L : S. Eigsti Gerber D.(1991), "Comprehensive Community Health Nursing" içinde s. 806-817,**Third Edition Mosby Year Book**, Saint Louise .

Subaşı N. Öztek Z. (2006) "TÜRKİYE'DE KARŞILANAMAYAN BİR GEREKSİNİM: EVDE BAKIM HİZMETİ"Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, **Ankara TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni**, 5s

*Sakaguchi Mr Chikara, The Hon Bronwyn Bishop MP (2000), a Comparison for Aged Care In Australia and Japan,s. 15, Kasım*

Tanlı S, (1996)."Evde Bakım Hizmetlerinin Firmalastırılması: Bir İşletme Planı Önerisi" İ.Ü. **Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, İstanbul, pp 40)

Türkiye Sanayici ve İşadamları Derneği,(1996) **Türk Sosyal Güvenlik Sisteminin Sorunları ve Çözüm Önerileri**, İstanbul.

Uçku R, Ergin S. Erbay P.(1993), Yaşlılarda fiziksel fonksiyonlar hızla değişiyor. **Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Derg ; (1):20-23.**

Ulusel B, Soyer A, Uçku R.(2004). Toplum içinde yaşayan yaşlılarda günlük yaşam etkinliklerinde bağımlılık düzeyi ve etkileyen risk etmenleri. **Türk Geriatri Dergisi ; 7(4):199-205**

Wasik BH, Brayant DM, Lyons MC. Home Visiting, London: Sage Publications, 1990. Gallagher MB. "Nursing Role In Home Health Care",**In:Community Health Nursing: Keeping The Public Healthy**, Ed: Linda L, Jarvis MS, Davis Company, USA.1985:327-50.

WHO,(2000) "Home-Based Long-Term Care" **WHO** Technical Report Series 898, Geneva.

[www.ozida.gov.tr](http://www.ozida.gov.tr) (2002)

Yin T, Zhou Q, Bashford C (2002) Burden on Family Members "Caring for Frail Elderly: A Meta-Analysis of Interventions", **Nursing Research**, 51(3),199-208.

**EKLER**

Ek 1. Araştırmada Uygulanan Anket Formu

Ek 2. GYA ve YGYA Soru Formu

Ek 3. Araştırma Örneğine Seçilen 32 Adresin Dağılımı

Ek 4. Etik Kurul Onay Formu

EK I :ANKET

Sayın Aile Üyesi;

‘ **Denizli İli Honaz İlçesinde Yaşayan Toplumun Evde Bakım Gereksinimi,Karşılama Düzeyi ve Etkileyen Faktörler** ’ adlı araştırma kapsamında size bu anket uygulanacaktır . Araştırmada kullanılan veriler bu çalışma dışında hiçbir yerde kullanılmayacaktır. Anketi cevaplamayı kabul ettiğiniz ve zaman ayırdığınız için teşekkür ederim.

Hemş.M.Nüseybe SÖYLEMEZO  
P.A.Ü.Halk Sağlığı Yüksek Lisans Öğrencisi  
Tel:0536.....

1)Yaşanılan Yer :

Hane No :

2)Telefon no: .....

3)Sokağı.....

4)Anketi yanıtlayan kişinin adı soyadı .....

5)Aile reisine yakınlığı .....

6) Aile Tipi:

1)Geniş 2)Çekirdek 3)Parçalanmış 4)Yalnız yaşıyor 5)Diğer (Açıklayınız)...

7)Siz ekonomik yönden kendinizi hangi grupta hissediyorsunuz?

1)Çok Zengin 2)Zengin 3)Orta 4)Fakir 5)Çok Fakir

8)Oturduğunuz ev kime ait?

1) Kendimize 2) Kira 3)Anne-babama 4)Diğer

9) Evinizde kaç oda var?.....

10)Ailenizin bağlı olduğu aile hekimleri 1 ) Var ( isim)..... 2) Yok 3)Bilmiyor

11)Ailenizin sağlık sorunu olduğunda en sık yararlandığı sağlık birimi neresidir?

1)Aile Hekimi 2) Özel Doktor 3) Üniversite Hastanesi 4) Devlet Hastanesi

5) Diğer.....

12)Aile Bilgileri:

Sizden aile bilgileriniz hakkında bilgi alacağım.



Aile bireyinin Adı -Soyadı	Aile Reisine Yakınlığı	Cinsiyeti	Yaşı	Medeni hali	İş	Eğitimi	Sosyal güvencesi	Kronik Hastalığı	Yardımcı Cihaz kullanımı	Engellilik durumu *
*Gözlük kullanımına rağmen görme problemi olanlara görme engeli var kabul edilecektir.										

13) Aileniz son 1 ay içerisinde sağlık ile ilgili bir hizmet aldı/yararlandı mı ?  
EVET (açıklayınız) HAYIR

**Not: Anketörce bu hizmet evde bakım gerektiren bir durum mudur?**

EVET (açıklayınız) HAYIR

**14)Ailede yatağa bağımlı kişi var mı?**

EVET(açıklayınız) HAYIR

**15)Ailede başkasının bakımına ihtiyacı olan kişi var mı?**

(Bebekler hariç tutulacak)

EVET(açıklayınız) ..... HAYIR

**16)Son 1 yıl içerisinde ameliyat olan oldu mu? Oldu ise ameliyat sonrası evde herhangi bir sağlık bakımı aldı mı ?**

EVET (açıklayınız) ..... HAYIR

**18)Hastanede yatıp taburcu olan oldu mu?(Son 3 ay itibariyle)**

EVET (açıklayınız) ..... HAYIR

**19)Ailede kanser hastalığı olan var mı?**

EVET (açıklayınız) ..... HAYIR

**20)Ailenizde son 1 ayda içerisinde evde sağlık bakım hizmeti alan oldu mu?**

EVET (açıklayınız) ..... HAYIR

NOT: Değerlendirme sorularından 1 evet cevabı olsa dahi bu kişiler için aşağıdaki tablo uygulanacaktır.Yoksa Evde Bakım Alan kişilerin değerlendirmesi ile ilgili anket formu uygulanacaktır .

**21)Son bir ay boyunca sağlık sorunları bu kişileri aşağıdaki uğraşlarda engel oldu mu ?**

AKTİVİTELER	Bağımlı	Kısmen Bağımlı	Bağımsız
Yıkama			
Giyinme			
Beslenme			
Tuvalet			
Kontinans			
Transfer			
Temizlik			
Alışveriş			
Ulaşım			
Yemek Hazırlama			

Not: Bu ölçek ile aile bireylerinin tıbbi bakıma mı yoksa sosyal bakıma mı ihtiyacı olup olmadığını değerlendiriniz.

Ad Soyad	Evde Bakım İhtiyacı olan	Evde Tıbbi Bakım İhtiyacı olan	Evde Sosyal Bakım İhtiyacı olan

Not:Bu ölçekte 1 alanda bağımlılığı olup tıbbi bakıma ihtiyacı olan kişiye bireysel tıbbi bakım ihtiyacı saptamayla ilgili anket uygulanacaktır.

## BİREYLERİN EVDE TIBBİ BAKIM HİZMETİ GEREKSİNİMİ SAPTAMA

- 1)Ad Soyad:  
2)Tanısı:.....  
3)Bakım Nedeni:.....

### SAĞLIĞI ALGILAMA- SAĞLIĞIN YÖNETİMİ ÖRÜNTÜSÜ

- 5)Sigara kullanıyor mu?  Evet ise Sıklık/gün Kaç yıldır kullandığı  
 Bıraktı ise Ne zaman:  
 Hayır
- 6)Alkol Kullanıyor mu?  Evet ise Sıklık/gün Kaç yıldır kullandığı  
 Bıraktı ise Ne zaman:  
 Hayır
- 7) Sürekli kullandığınız ilaç var mı?  
 Yok  Ağızdan  Damardan  İğne şeklinde  Diğer.....
8. İlaçları günde kaç kez, hangi saatlerde içiyorsunuz?  
 Biliyor  Bilmiyor  Kısmen biliyor
- 9)Alerji :  
 Var ise( Açıklayınız..... )  Yok

### 10)Destekleyici araçlar:

- Yok  Koltuk değneği Lazımlık (oturarak) Baston  
Atel /korse Tekerlekli Sandalye Diğer

### 11)Fiziksel Değerlendirme:

Range of motion (ROM): Tam ..... Diğer.....

- Ağrı :  
Yeri :  
Hemipleji : Sağ  Sol  
Parapleji  Quadripleji  Felç  Dengesizlik, Kuwetsizlik  
Paralizi  
Kas Gücü:  Üst Ekstremité Sol  Sağ  
 Alt Ekstremité  Sol  Sağ  
Kontraktür

### 12)Nörolojik Değerlendirme : Normal

- Şuur: Açık  Oryante  Konfüze Kapalı  
Pupillalar  Dilate  İzokorik  Anizokorik

### 13)Kardiyovasküler Sistemi Değerlendirme:

- Normal  Siyanoz  Hipertansiyon  Göğüs ağrısı  Senkop Çarpıntı  Varis  
Kalp pili  Kalp kapakçığı

Nabız:.....  Güçlü....  Zayıf..... Düzenli  Düzensiz

**14)Solunum Sistemi :**

Normal  Öksürük  Siyanoz  Dispne  Taşipne  Hırıltılı

Balgam : Rengi :.....

O2 ihtiyacı :  Var  Yok

Göğüs Deformitesi :

Solunum Destek Cihazı :

Trakesostomi

**15)Beslenme örüntüsü:**

İştah : Normal  Azalmış  Artmış  Bulantı Kusma

Hematemez

Regürjitasyon :  Asit  İştahsızlık Gastrostomi

Yutma Güçlüğü : Katı Yumuşak  Sıvı  TamKarın ağrısı

Beslenme Şekli : Oral  NG  Peg  Ostomi

Yardımla Besleniyor  Kendi Kendine Besleniyor

Vücut Tipi : Normal  Obez Kaşektik

Özel Diyet : Var Yok

Son 6 ayda kilo değişimleri: Artmış/ Azalmış .....gram

Dişler/protezler: Üst  Alt

Deri /iyileşme problemleri : Yok  Anormal İyileşme Kuruluk

Döküntü  Aşırı Terleme

**16)Boşaltım Sistemi Değerlendirme:**

Barsak alışkanlıkları :----/gün

Ostomi tipi -----Kullanılan araç Öz bakım Evet Hayır

Konstipasyon  Diyare  İnkontinans

Mesane Alışkanlıkları:

Normal  Anüri  İnkontinans  Hematüri  Noktüri  Dizüri

Pollaküri Poliüri  Retansiyon Üriner Kateteri Hasta Alt Bezi

**17)Periferik Vasküler Sistem :**

Ekstremitte sıcak kapiller dolum 3 sn altında periferik nabız palpabl ve eşit ödem ,uyuşukluk yok deri rengi normal

Normal değil ise  Ödem var  Deri Soluk  Extremitte soğuk  Nabız

alınmıyor Uyuşukluk Var

**18)Cilt Bütünlüğü**

Yanık  Diyabetik Ayak  Operasyon bölgesi

Bası Ülseri  Var Derecesi .... Yeri .....  Yok

**19)Uyku Dinlenme örüntüsü:**

Uykudan sonra dinlenmiş hissetme:  Evet Hayır

Problemler :  Yok Erkenden uyanma Uykusuzluk Diğer

**20)İşitme/Konuşma :** Normal Konuşabiliyor Peltek Bozuk  Konuşamıyor Diğer..... Duyuyor  Duymuyor  Az duyuyor  İşitme CihazıVertigo : Evet  Hayır**21)Görme:** Normal Görmüyor : Tam  Uzağı  YakınıGörüyor Kızarıklık Akıntı  Şaşılık Enfeksiyon YaşarmaLens  Gözlük Protez Göz Diğer....**22)Hastalığına Yaklaşımı:**Kabullenme Reddetme  İçe Kapanma**Genital Sistem :** Normal Uygun Değil Erkek**23)Adet Görüyor mu?**  Evet  Hayır  Gebe**24)Üretra Vajinal Akıntı :** Rengi .....Kanama  Kaşıntı  Dismonere  Adet DüzensizliğiVarsa Yapılan doğum Şekli : Normal  SezeryanGebelik Sayısı ..... Doğum Sayısı ..... Düşük /Kürtaj sayısı .....**26)Doğum kontrol Yöntemi :** KullanmıyorRia  Oral Kontraseptif  Enjeksiyon  Emzirme  Geri çekme  Takvim

**HONAZ İLÇESİNDE EVDE BAKIM ALAN KİŞİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ  
ANKET FORMU**

Hane No:

Kişi No :

1)Anketi cevaplayan kişinin evde bakım ihtiyacı olan kişiye yakınlığı nedir?  
.....

2) Evde bakım verdiğiniz kişinin kendisine ait bir odası var mı/idi?

1)Evet 2)Hayır

3) Evde bakım verilen bu kişiye evde özel bir düzenleme yapıldı mı?

1)Evet 2) Hayır

4)Yapılan bu düzenlemeler nelerdir/nelerdi?

5)Bu kişiye evde kim/kimler bakıyor/baktı?

6) Bu kişiye evde ne kadar süredir bakılıyor/bakıldı?.....

7) Evde bakım ihtiyacı olan kişinin bakım nedeni nedir/ne idi?

8)Evde bakım sürecinde hangi malzemeleri kullanıyorsunuz/ kullandığınız malzemeleri nereden temin ediyorsunuz/Ücretli mi?

9)Bu kişiye nasıl bir bakım verildi?.....

10) Evde bakımı süresince bu kişiye her hangi bir sağlık personeli izledi mi /izliyor mu?

1)Evet 2 ) Hayır(14soruya geçiniz)

11)Hangi sağlık personeli tarafından izlendi / izleniyor?.....

12)Sağlık personeli bu kişiye ne kadar sıklıkta izledi / izliyor?

13)Sağlık personeli bu kişiye nerede baktı /bakıyor ?

**14) Bakım verilen kişiye hastalığı sırasında hangi hizmetler/kim tarafından verildi ?**

Tedavi Türü	Evet	Nerede	Kim
İlaç ile kanser tedavisi (kemoterapi)			
Damardan sıvı tedavisi,serum takılması (IV sıvı uygulaması )			
Oksijen verilmesi			
Enjeksiyon, iğne			
Pansuman yara bakımı			
Ağızdan ilaç tedavisi			
Lavman uygulanması			
İdrar sondasının takılması			
Kolostomi bakımı (kalın bağırsağın karından dışarı doğru açılması ,dışkılamanın bu yolla yapılması)			
Dializ			
Fizik tedavi			
Ruh sağlığı veya psikolog tarafından psikolojik tedavi uygulaması			
Kan şekeri ölçümü			
Tansiyon ölçümü			
Diğer			

Tedavi uygulanan yer kodları:

- 1) Evde
- 2) Hastanede
- 3) Aile hekimliğinde
- 4) Huzurevinde

Tedaviyi uygulayan kişi kodları:

- 1)Bakıcı
- 2)Aile Hekimi
- 3)Hemşire/Ebe
- 4)Ücretli tutulmuş sağlık memuru
- 5)Çocukları
- 6)Annesi
- 7)Babası
- 8)Kardeşi
- 9)Huzur evi personeli

**16)Evde bakım ihtiyacı olan kişiye aile hekimi veya hemşiresi bu nedenle ziyaret etti mi?**

- 1)Evet                      2)Hayır

**17)Evde bakımı üstlenen kişiler bu konuda eğitim aldı mı?**

- 1)Evet                      2) Hayır    3)Bilmiyor

**18)İlimizde evde bakım hizmeti veriliyor mu ?**

- 1)Evet                      2) Hayır    3)Bilmiyor

**20)Hastamızın hastalığı ile ilgili hangi bakımın evinde verilmesini isterdiniz?**

**21)En çok hangi bakım hizmetinde zorlanıyorsunuz/zorlandınız?**

## EK II. Bağımlılık Düzeyi Formu

<b>Temizlik</b>	<i>birey evini temizleyebiliyor, yerleri yıkayabiliyor, yerleri süpürebiliyor</i>
bağımsız	gerekli olduğunda temizlik ile ilgili aktiviteleri yerine getirebiliyor
kısmen bağımlı	nadiren bu aktiviteyi yaparken yardıma ihtiyaç duyuyor veya halılara dışarı çıkarken yardım alıyor
bağımlı	bu aktiviteyi yapamıyor veya düzenli olarak aktivitenin bir kısmında yardım alıyor
<b>Alışveriş</b>	<i>mağaza gitmek, bunun için gerekli merdivenleri çıkabilmek, ihtiyaçlarını almak, parasını ödemek ve aldıklarını eve taşımak anlamında kullanılmıştır</i>
bağımsız	gerekli olduğunda ilgili aktiviteleri yerine getirebiliyor
kısmen bağımlı	ilgili aktiviteleri bir başkası ile yapabiliyor
bağımlı	bu aktiviteyi yapamıyor veya aktivitenin bir kısmında yardım alıyor
<b>Ulaşım</b>	<i>toplu taşıma araçlarına ait duraklara gidebilmek, otobüs, tren, dolmuş vb' ne binebilmek</i>
bağımsız	gerektiğinde aktiviteyi yapabiliyor
kısmen bağımlı	ilgili aktiviteleri bir başka birey ile yapabiliyor
bağımlı	bu aktiviteyi yapamıyor
<b>Yemek hazırlama</b>	<i>mutfağa gitmek, yemeği hazırlamak, fırın veya ocağı kullanabilmek</i>
bağımsız	gerektiğinde aktiviteyi yapabiliyor
kısmen bağımlı	yemeği hazırlamıyor, ancak daha önceden hazırlanmış olan yemeği ısıtıyor
bağımlı	bu aktiviteyi yapamıyor
<b>Yıkama</b>	<i>duş alma, küvette yıkama</i>
bağımsız	yardım almaksızın yıkanabiliyor (küvette girip çıkarken, duş alırken)
kısmen bağımlı	vücudun bir kısmını yıkarken (sırt, bacaklar gibi) yardım alıyor
bağımlı	kendi kendine yıkamıyor veya vücudun birden fazla kısmını yıkarken yardım alıyor
<b>Giyinme</b>	<i>çekmece veya dolaptan gerekli tüm giyecekleri almak ve bunları uygun şekilde giyebilmek</i>
bağımsız	yardımsız ilgili aktiviteleri yapabiliyor
kısmen bağımlı	ayakkabı bağlamak dışında giyeceklerini alabiliyor ve giyebiliyor
bağımlı	giyeceklerini almak ve giyinmek için yardım alıyor veya kısmen veya tam olmayarak giyinebiliyor
<b>Tuvalet ihtiyacı</b>	<i>tuvalete gitmek, ihtiyacı giderdikten sonra temizliğini yapabilmek ve kıyafetini düzeltebilmek</i>
bağımsız	yardım almaksızın tuvalete gidebiliyor, kendi temizliğini yapabiliyor ve kıyafetlerini düzeltebiliyor (baston, walker veya tekerlekli sandalye kullanabilir, gece sürgü veya ördek kullanıp sabah bunları temizleyebilir)
kısmen bağımlı	Yukarıdaki aktiviteleri yardımla gerçekleştirebilir
bağımlı	tuvalete gidemez
<b>Transfer</b>	<i>yatağa girmek ve çıkmak, sandalyeye oturmak-kalkmak</i>
bağımsız	yardım almaksızın yatağa girip çıkabilir, sandalyeye oturup kalkabilir (destek almak için baston vs kullanılabilir)
kısmen bağımlı	yardımla yatağa girip çıkar ve sandalyeye oturup kalkar
bağımlı	yataktan kalkamaz



**EK 3:****Araştırma örnekleme seçilen 32 adresin dağılımı**

Örnekleme Çıkan Adresler (mahalle/köyler)	Aile hekimi no	Yer. Yeri tipi	Hedeflenen hane
Honaz Merkez Cumhuriyet Mah.Höyük Cad.	1	İlçe merkezi	13
Honaz Merkez Cumhuriyet Mah.Karaçalı Sok	1	İlçe merkezi	13
Honaz Merkez Cumhuriyet Mah. Hoca Ahmet Yesevi Sok	1	İlçe merkezi	13
Karaçay Beldesi	1	Belde	13
Honaz Merkez Haydar Mah .	2	İlçe merkezi	13
Honaz Merkez .Hafız Ahmet Mah.	2	İlçe merkezi	13
Karateke Köyü	2	Merkez köy	13
Karateke Köyü	2	Merkez köy	13
Honaz Merkez Yeni Mah.	3	İlçe merkezi	13
Honaz Merkez Yeni Mah.	3	İlçe merkezi	13
Honaz Merkez Hisar Mah.	3	İlçe merkezi	13
Honaz Merkez Afşın Bey Mah.TOKİ Evleri	3	İlçe merkezi	13
Kızılyer Kasabası	4	Belde	13
Honaz Merkez Hürriyet Mak .Zafer Sok.	4	İlçe merkezi	13
Honaz Merkez Hürriyet Mah.Fevzi Çakmak Sok.	4	İlçe merkezi	13
Honaz Merkez Hürriyet Mah .Höyük Cad.	4	İlçe merkezi	13
Kocabaş-Gürlek Köyü Tepe Mah.	5	Köy	13
Kocabaş –Cumhuriyet Mah.Fatih Cad.	5	Köy	13
Kocabaş-Demokrasi Mah..	5	Köy	13
Kocabaş –Gürlek Köyü Yukarı Mah.	5	Köy	13
Kocabaş- Akbaş Köyü	6	Köy	13
Kocabaş-Demokrasi Mah.Hacıbektaş Veli Cad.	6	Köy	13
Kocabaş-Demokrasi Mah.Hacıbektaş Veli Cad.	6	Köy	13

Kocabaş-Dereçiftlik Köyü	6	Köy	13
Kaklık- İstiklal Mah.	7	Köy	13
Kaklık –Alikurt Köy	7	Köy	13
Kaklık –Erol Demirtaş Cad.	7	Köy	13
Kaklık-İstasyon Mah.	7	Köy	13
Kaklık –Akbaş Köyü	8	Köy	13
Kaklık –Aşağıdağdere Köyü	8	Köy	13
Kaklık-Hürriyet Mah.Göçmen Tepesi	8	Köy	13
Kaklık-Kazım Karabekir Cad.	8	Köy	13
Toplam			416

T.C.  
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KOMİSYONU

Sayı : B.30.2.PAÜ.0.20.05.09/22  
Konu :

02.02.2011

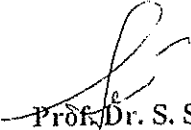
Sayın;  
Prof. Dr. Ali İhsan BOZKURT  
Halk Sağlığı Anabilim Dalı  
Öğretim Üyesi

İlgi: 07.10.2010 tarihli dilekçeniz.

“Denizli Honaz İlçesinde Yaşayan Toplumun Evde Bakım Gereksinimi, Karşılama Düzeyi ve Etkileyen Faktörler” konulu çalışmanıza ilişkin yapmış olduğunuz, istenilen düzeltmeleriniz 25.01.2011 tarih ve 02 sayılı kurul toplantımızda görüşülmüş olup,

Yapılan görüşmelerden sonra, söz konusu çalışmanın yapılmasında ETİK AÇIDAN SAKINCA OLMADIĞINA, altı ayda bir çalışma hakkında Komisyona bilgi verilmesine oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim

  
Prof. Dr. S. Simin ROTA  
Başkan

### ÖZGEÇMİŞ

01.08.1983 tarihinde Tavas/Denizli'de doğdu. İlköğretimini Ulukent Şehit Öğretmen İlköğretim Okulunda, lise öğrenimini Denizli (yabancı dil ağırlıklı) Lisesinde, yüksek öğrenimini ise Hacettepe Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik bölümünde 2007 yılında tamamladı. 2007-2008 yılları arasında Gebze'de Özel bir hastanede kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım hemşiresi,2008-2010 yılları arasında Denizli'de Özel bir hastanede Eğitim ve Enfeksiyon Hemşiresi, 2010 yılından bu yana da hala kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım hemşiresi olarak görev yapmaktadır.