

T.C
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI
YÖNETİMİ BİLİM DALI

**EVDE BAKIM HİZMETLERİNE OLAN İHTİYACIN
TESPİT EDİLMESİ KONUSUNDA BİR ARAŞTIRMA**

(Yüksek Lisans Tezi)

Tezi Hazırlayan: **Emel Eevli**

İstanbul,2012

T.C
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI
YÖNETİMİ BİLİM DALI

**EVDE BAKIM HİZMETLERİNE OLAN İHTİYACIN
TESPİT EDİLMESİ KONUSUNDA BİR ARAŞTIRMA**
(Yüksek Lisans Tezi)

Tezi Hazırlayan:

Emel Eevli

Öğrenci No:

070746360

Danışman:

Prof.Dr.Sedat Altın

İstanbul,2012

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “Evde Bakım Hizmetlerine Olan İhtiyacın Tespit Edilmesi Konusunda Bir Araştırma” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmanın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım./.../...

Aday: Emel Eevli

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

12.03.2012

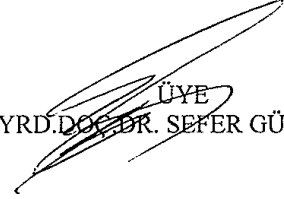
Enstitümüz *İşletme Yönetimi* Anabilim dalı *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi* Bilim dalı yüksek lisans öğrencilerinden 070746360 numaralı *Emel ELEVLI*'nin "*Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim - Öğretim ve Sınav Yönetmeliği*"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "*EVDE BAKIM HİZMETLERİNE OLAN İHTİYACIN TESPİT EDİLMESİ KONUSUNDA BİR ARAŞTIRMA*" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 19.01.2010 tarih ve 2010/02 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin (c) bendi gereğince 45 dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında ~~oyçokluğu/oybirliği~~ ile *Kabul/Red veya Düzeltme* kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 1 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.

DANIŞMAN
PROF. DR. SEDAT ALTIN



ÜYE
YRD. DOÇ. DR. SEFER GÜMÜŞ



ÜYE
PROF. DR. MEHMET FİKRİT GEZGİN



EVDE BAKIM HİZMETLERİNE OLAN İHTİYACIN TESPİT EDİLMESİ KONUSUNDA BİR ARAŞTIRMA

Tezi Hazırlayan: Emel ELEVLİ

Özet

Bu araştırmanın amacı kanser hastaları ve geriatri grubunun bağımlılık oranlarını ölçmek ve ihtiyaç tespiti yapmak suretiyle evde bakım hizmetine olan ihtiyacı belirlemektir. Araştırmada genel tarama modeli kullanılmıştır. Araştırmanın evrenini Özel bir firmada kişisel sağlık sistemine kayıtlı olan üyeler oluşturmuştur. Araştırmada veri toplama aracı olarak anket formu kullanılmıştır. Verilerin çözümlenmesi için istatistik programı,olaraktanımlayıcı istatistiksel metotlar (Sayı, Yüzde, Ortalama, Standart sapma) ve hipotez testleri kullanılmıştır. Araştırma 2 bölümden oluşmaktadır.

1. bölümde sağlık ve sağlık hizmetleri genel bir yaklaşımla ele alınmış, sağlık hizmetleri sınıflandırılarak, kategorize edilen bölümler genel hatlarıyla açıklanmaya çalışılmıştır. 2. bölümde sağlık bakım hizmetleri ele alınarak, evde bakım hizmetleri, yaşlanma ve yaşlılık sorunları, yaşlı nüfusta artış ve, yaşlı bakım hizmetleri incelenerek ayrıca terminal dönem bakım hizmetlerinden palyatif ve hospis bakım hizmetleri ele alınmıştır. Bakım hizmetleri, Türkiye’de ve dünyadaki örneklerle incelenerek ülkemizin bu hizmete olan ihtiyacı ve mevcut durumu tespit edilmeye çalışılmıştır.

Kanser hastaları ve geriatri grubun evde bakım hizmetine ihtiyaç duyduğu düşünülerek hizmet alanları belirlenmeye çalışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Bağımlılık oranlarının ölçümü, Evde Bakım Hizmetleri, Yaşlı Bakım Hizmetleri, Terminal Dönem Bakım Hizmetleri

HOME CARE SERVICES IN AN INVESTIGATION THAT DETERMINED YOU NEED

Presentedby: Emel ELEVLI

Abstract

The aim of this research is to quantify the addiction proportion of geriatrics group, and to specify the need of home care service by designating the needs assessment. General screening model has been used for this research. This research has been performed on members who are registered to a personal health system on a private company.

Questionnaire form has been used as data collection tool in this research. For the analysis of the data; statistical software, descriptive statistics methods like numbers, ratios, average, standard deviation and tests of hypothesis have been used.

This research consists of two parts. In the first part, health and health services are discussed in general, and classified health services are discussed after categorization.

In the second part of the research; home care services, aging and it's problems, population growth of aged people, nursing of aged people, and palliative and hospice care services which are related to terminal period are discussed. Care services, it's current situation and the needs are tried to be determined according to examples globally and in Turkey. It has been attempted to determine

Our country's need for care services and it's current state have been attempted to be determined by examining the examples in Turkey and the world.

By considering that cancer patients and geriatric group need home care service, the service area has been attempted to be specified.

KeyWords: Quantify The Addiction Proportion,Home Care Services, Elderly Care Services,Terminal-Term Care Services

İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

İÇİNDEKİLER.....	i
TABLOLAR LİSTESİ.....	vi
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	x
KISALTMALAR LİSTESİ.....	x
GİRİŞ	1

I. BÖLÜM

SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI

1. SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİ	4
1.1. Sağlık Tanımı	7
1.2. Sağlık Hizmetlerinin Temel Özellikleri.....	11
1.3. Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesi	12
1.4. Sağlık Hizmetleri Tüketimini Belirleyen Faktörler	13
1.4.1. Nüfus Yapısı	14
1.4.2. Sanayileşme ve Şehirleşme	15
1.4.3. Aile Yapısı.....	15
2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI	16
2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	16
2.1.1. Çevreye Yönelik Koruyucu Hizmetler	18
2.1.2. Kişiyeye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri	19
2.1.2.1. Bağışıklama	19
2.1.2.2. Beslenme	19
2.1.2.3. Erken tanı.....	20
2.1.2.4. Aile planlaması ve Ana -Çocuk Sağlığı	20
2.1.2.5. İlaçla Koruma	20
2.1.2.6. Kişisel Hijyen	20
2.1.2.7. Sağlığa Zararlı Alışkanlıklarla Mücadele ve Ruh Sağlığı.....	21
2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	22
2.2.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri	24

2.2.1.1.	Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri	25
2.2.1.2.	Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Yapısal Özellikleri	26
2.2.1.2.1.	Alt Yapı ve İnsan Gücü Dağılımı	26
2.2.1.2.2.	Finansman	27
2.2.1.2.3.	Birinci Basamak Hizmetini Sunan Sağlık çalışanı	27
2.2.2.	İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri	28
2.2.3.	Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri	28
2.3.	Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri	29
2.3.1.	Tıbbi Rehabilitasyon	29
2.3.2.	Sosyal Rehabilitasyon	30

II.BÖLÜM

SAĞLIK BAKIM,EVDE BAKIM VE TERMİNAL DÖNEM BAKIM HİZMETLERİ

1.	SAĞLIK BAKIM HİZMETLERİ	31
1.1.	Sağlık Bakımı Sunan Ortamlar.....	37
1.1.1.	Hastaneler.....	37
1.1.2.	Hekim Muayenehaneleri	38
1.1.3.	Ayaktan Bakım Merkezleri	38
1.1.4.	Yetişkin Gündüz Bakım Merkezleri	38
1.1.5.	Kısa Süreli Bakım	38
1.1.6.	Evde Sağlık Bakımı Sunan Bürolar	38
1.1.7.	Uzun Süreli Bakım Olanakları	39
1.1.8.	Uzmanlaşmış Bakım Hizmeti Olanakları.....	39
1.1.8.1.	Rehabilitasyon merkezleri	40
1.1.8.2.	Psikiyatrik Bakım Kaynakları.....	40
1.1.8.3.	Darülaceze	40
2.	EVDE BAKIM HİZMETLERİ	41
2.1.	Evde Bakım Hizmetlerinin Kapsamı	45
2.1.1.	Kısa Süreli Evde Bakım Hizmetleri.....	46
2.1.2.	Uzun Süreli Evde Bakım Hizmetleri	46
2.2.	Evde Bakımın Tarihçesi.....	47
2.3.	Evde Bakım Hizmet Sağlayıcıları	49
2.4.	Evde Bakım Hizmetlerinin Yararları.....	50

3.	YAŞLANMA.....	51
3.1.	Yaşlılık Dönemi Sorunları	55
3.2.	Yaşlılığın SosyoKültürel Yönleri	57
3.2.1.	Sosyo-Kültürel Sorunlar.....	58
3.2.2.	Ekonomik Sorunlar	59
3.2.3.	Psikolojik Değişikliğin Yarattığı Sorunlar	60
3.2.4.	Biyolojik Sistem Değişikliğinin Yarattığı Sorunlar.....	61
3.3.	Yaşlılık Sorunlarına Toplumsal Yaklaşım.....	61
3.4.	Nüfus Artışı ve Yaşlanma	63
3.5.	Türkiye'nin Değişen Demografik Yapısı ve Yaşlılık.....	66
3.6.	Yaşlılıkta Fiziksel ve Kronik Hastalıklar.....	69
4.	YAŞLININ EVDE BAKIMI	71
4.1.	Yaşlı Bakımında Aile Dışı İnsan Gücü Kullanımı	74
4.2.	Hollanda ve İngiltere'de Yaşlı Bakım Hizmetleri.....	76
4.3.	Almanya'da Yaşlı Bakım Hizmetleri	81
4.4.	Türkiye'de Yaşlı Bakım Hizmetlerinde Mevcut Durum	83
5.	TERMİNAL DÖNEM BAKIM HİZMETLERİ.....	88
5.1.	Palyatif Bakım Hizmetleri	89
5.1.1.	Palyatif Bakım	90
5.1.2.	Palyatif Bakım Hizmet Sunucuları ve Sunum Yerleri.....	94
5.1.3.	Palyatif Bakım Uzmanlarının Görev ve Sorumlulukları..	96
5.1.4.	Palyatif Bakım Organizasyon Modeli;.....	98
5.1.5.	Palyatif Bakımda Temel Mesajlar	101
5.2.	Palyatif Bakım İçin Öncelikler.....	101
5.2.1.	Birinci Basamakta Palyatif Bakım.....	103
5.2.2.	Palyatif Bakımda Semptom Yönetimi	104
5.2.3.	Palyatif Bakımda Etik ve Yasal Konular	105
5.3.	Hospis Bakım Hizmetleri.....	106
5.4.	Hospis Bakım Kapsamında Verilen Hizmetler	108
5.5.	Hospis Bakım Hizmetleri ve İlkeleri	109
5.6.	Hospis Bakım Yeri	111
5.6.1.	Rutin Ev Bakımı	111
5.6.2.	Genel Yataklı Bakım.....	111
5.6.3.	Sürekli Bakım	111
5.6.4.	Dinlenme Bakımı.....	112
5.7.	Evde Hospis Bakımı	112
5.8.	Hastanede Palyatif ve Hospis Bakımı.....	112

5.9.	Hospis Merkezinde Bakım.....	113
6.	HOSPİS VE PALYATİF BAKIM ALANINDA TÜRKİYE VE GELİŞMİŞ ÜLKE ÖRNEKLERİ.....	113
6.1.	Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetleri	113
6.2.	Amerika Birleşik Devletleri’nde Hospis Bakım	118
6.2.1.	ABD’de Bakım Yeri Konusunda Tercihler ve Yaş Dağılımı.....	119
6.2.2.	ABD’ de Organizasyon Yapılarına Göre Hospisler	120
6.2.3.	ABD’de Hospis Bakımda Ödeme Şekilleri.....	120
6.2.4.	ABD’de Hospis Bakım Hizmeti Sunum Şekilleri	120
6.2.4.1.	Ev merkezli Bakım.....	120
6.2.4.2.	Yataklı Merkezlerde Bakım.....	121
6.3.	Danimarka’da Hospis Hizmetleri	121
6.3.1.	Danimarka’da Evde Hospis Bakım.....	122
6.3.2.	Danimarka’da Hospis Merkezleri ve Diğer Gelişmiş Ülke Örnekleri.....	122

III.BÖLÜM

EVDE BAKIM HİZMETLERİNE OLAN İHTİYACIN TESPİT EDİLMESİ KONUSUNDA BİR ARAŞTIRMA

1.	ARAŞTIRMAYÖNTEMİ.....	125
1.1.	Araştırmanın Amacı ve Önemi.....	125
1.2.	Evren Örneklem.....	126
1.3.	Problem Tanımı ve Araştırmanın Sınırlılıkları.....	126
1.4.	Verilerin Toplanması	127
1.5.	Verilerin İstatistiksel Analizi.....	129
2.	BULGULAR.....	131
2.1.	Örneklem Grubunun Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	131
2.2.	Yaşlıların Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı.....	134
2.3.	Yaşlılar ve kanser hastalarının tanımlayıcı özelliklerinin dağılımları	135
2.4.	Geriatri ve Kanser Grubunun Bağımlılık Durumlarının Farklılaşmaları .	138
2.5.	Geriatri Grubunda AGYA ile GYA arasındaki ilişki	139
2.6.	Geriatri ve Kanser Grubunun Demografik Özelliklere Göre Bağımlılık Durumlarının Farklılaşmaları	139
2.6.1.	Geriatri Grubunun Demografik Özellikler ve Tanımlayıcı Özelliklere Göre Bağımlılık Durumlarının Farklılaşmaları.....	139

2.6.2. Kanser Grubunun Demografik Özellikler ve Tanımlayıcı
Özelliklere Göre Bağımlılık Durumlarının Farklılaşmaları.....152

SONUÇ ve ÖNERİLER.....157

KAYNAKLAR.....171

EKLER.....180

ÖZGEÇMİŞ.....184

TABLolar LİSTESİ

Sayfa No.

Tablo. 1. Birinci Basamak Hizmetlerinin Özellikleri	26
Tablo. 2. Doğurganlık Oranı ve Doğuşta Yaşam Beklentisi	64
Tablo. 3. Nüfusun Yaşa Göre Dağılımı	64
Tablo. 4. Küresel Düzeyde Doğuşta Yaşam Beklentisi	65
Tablo. 5. Yıllara Göre Nüfus Artış Tahmini	67
Tablo. 6. Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi	67
Tablo. 7. Türkiye’de Nüfusun Seçilmiş Yaş Gruplarına Göre Yüzde Dağılımı	67
Tablo. 8. Ülkemizde Mevcut Palyatif Bakım Merkezleri ve Ağrı Üniteleri	115
Tablo. 9. Cinsiyete Göre Grupların Dağılımı	131
Tablo. 10. Eğitim Seviyesine Göre Grupların Dağılımı	131
Tablo. 11. Yaşlara Göre Grupların Dağılımı	132
Tablo. 12. Sağlık Güvencelerine Göre Grupların Dağılımı	132
Tablo. 13. Medeni Duruma Göre Grupların Dağılımı	133
Tablo. 14. Kronik Hastalık Durumuna Göre Grupların Dağılımı	133
Tablo. 15. Yaşlıların Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı	134
Tablo. 16. Fizyoterapi hizmetine ihtiyaç duyma durumlarının dağılımı	135
Tablo. 17. Evinde yardımcı çalışan olma durumunun dağılımı	136
Tablo. 18. Evde hemşire -doktor ziyaretine ihtiyaç duyma durumunun dağılımı	136
Tablo. 19. Evde Bakıcı Desteğine İhtiyaç Duyma Durumunun Dağılımı	137
Tablo. 20. Eğitim ve takip hemşireliğine ihtiyaç duyma durumunun dağılımı	137
Tablo. 21. Psikolojik desteğe ihtiyaç duyma durumunun dağılımı	138
Tablo. 22. Geriatri ve Kanser Grubunun Bağımlılık Durumlarının Farklılaşması ...	138

Tablo. 23. Geriatri Grupta AGYA ile GYA arasındaki ilişki	139
Tablo. 24. Geriatri Grubunun Cinsiyete Göre Bağımlılık Durumlarının Farklılaşmaları	139
Tablo. 25. Geriatri Grubunun Eğitim Düzeyine Göre Bağımlılık Durumlarının Farklılaşmaları	140
Tablo. 26. Geriatri Grubunun Yaşlara Göre Bağımlılık Durumlarının Farklılaşmaları	141
Tablo. 27. Geriatri Grubunun Sağlık Güvencelerine Göre Bağımlılık Durumlarının Farklılaşmaları	142
Tablo. 28. Geriatri Grubunun Medeni Durumlarına Göre Bağımlılık Durumlarının Farklılaşmaları	142
Tablo. 29. Geriatri Grubunun Sağlık Sorunlarını Düzenli Takip Eden Doktorun Olup Olmama Durumu Değişkenine Göre Bağımlılık Durumlarının Farklılaşmaları	143
Tablo. 30. Geriatri Grubunun görme sorununun olup olmama durumu Değişkenine Göre Bağımlılık Durumlarının Farklılaşmaları	143
Tablo. 31. Geriatri Grubunun İşitme Kaybının Olma Durumuna Göre Bağımlılık Durumlarının Farklılaşmaları	144
Tablo. 32. Geriatri Grubunun İşitme Cihazı Kullanma Durumuna Göre Bağımlılık Durumlarının Farklılaşmaları	144
Tablo. 33. Geriatri Grubunun Yatağa Bağımlı Olma Durumuna Göre Bağımlılık Durumlarının Farklılaşmaları	145
Tablo. 34. Geriatri Grubunun Fizyoterapi Hizmetine İhtiyaç Duyma Durumuna Göre Bağımlılık Durumlarının Farklılaşmaları	145
Tablo. 35. Geriatri Grubunun Bakımla Uğraşan Kişinin İlk Yardım Eğitimi Alma Gerekliliğine Göre Bağımlılık Durumlarının Farklılaşmaları.....	146
Tablo. 36. Geriatri Grubunun yardımcı çalışanlarının olup olmama Durumuna Göre Bağımlılık Durumlarının Farklılaşmaları	146
Tablo. 37. Geriatri Grubunun Evde Hemşire -Doktor Ziyaretine İhtiyaç Duyup Duymama Durumuna Göre Bağımlılık Durumlarının Farklılaşmaları ...	147
Tablo. 38. Geriatri Grubunun Evde Bakıcı Desteğine İhtiyaç Duyup Duymama Durumuna Göre Bağımlılık Durumlarının Farklılaşmaları	148
Tablo. 39. Geriatri Grubunun Eğitim Ve Takip Hemşireliğine İhtiyaç Duyup Duymama Durumuna Göre Bağımlılık Durumlarının Farklılaşmaları ...	149

Tablo. 40. Geriatri Grubunun Psikolojik Desteğe İhtiyaç Duyup Duymama Durumuna Göre Bağımlılık Durumlarının Farklılaşmaları	150
Tablo. 41. Geriatri Grubunun bakım eğitimi Durumuna Göre Bağımlılık Durumlarının Farklılaşmaları	150
Tablo. 42. Geriatri Grubunun Gruba Yönelik Sosyal Etkinlik Programı Yapılıp Yapılmama Durumuna Göre Bağımlılık Durumlarının Farklılaşmaları	151
Tablo. 43. Geriatri Grubunun Merkezlerde Bu Gruba Yönelik Eğitim Programlanıp Programlanmama Gerekliliği Durumuna Göre Bağımlılık Durumlarının Farklılaşmaları	151
Tablo. 44. Kanser Grubunun Cinsiyete Göre Bağımlılık Durumlarının Farklılaşmaları	152
Tablo. 45. Kanser Grubunun Eğitim Düzeyine Göre Bağımlılık Durumlarının Farklılaşmaları	152
Tablo. 46. Kanser Grubunun Yaşlara Göre Bağımlılık Durumlarının Farklılaşmaları	153
Tablo. 47. Kanser Grubunun Sağlık Güvencesine Göre Bağımlılık Durumlarının Farklılaşmaları	153
Tablo. 48. Kanser Grubunun Medeni Duruma Göre Bağımlılık Durumlarının Farklılaşmaları	153
Tablo. 49. Kanser Grubunun Kronik Hastalıklarının Olup Olmama Durumuna Göre Bağımlılık Durumlarının Farklılaşmaları	154
Tablo. 50. Kanser Grubunun Fizyoterapi Hizmetine İhtiyaç Duyup Duymama Durumuna Göre Bağımlılık Durumlarının Farklılaşmaları	154
Tablo. 51. Kanser Grubunun Yardımcı Çalışanlarının Olup Olmama Durumuna Göre Bağımlılık Durumlarının Farklılaşmaları	154
Tablo. 52. Kanser Grubunun Evde Hemşire-Doktor Ziyaretine İhtiyaç Duyup Duymama Durumuna Göre Bağımlılık Durumlarının Farklılaşmaları ...	155
Tablo. 53. Kanser Grubunun Evde Bakıcı Desteğine İhtiyaç Duyup Duymama Durumuna Göre Bağımlılık Durumlarının Farklılaşmaları	155
Tablo. 54. Kanser Grubunun Eğitim Ve Takip Hemşireliğine İhtiyaç Duyup Duymama Durumuna Göre Bağımlılık Durumlarının Farklılaşmaları ...	155
Tablo. 55. Kanser Grubunun Psikolojik Desteğe İhtiyaç Duyup Duymama Durumuna Göre Bağımlılık Durumlarının Farklılaşmaları	156

ŞEKİLLER LİSTESİ

	<u>Sayfa No.</u>
Şekil. 1. Blum' a göre Alan Güçleri ve Sağlıklılık Hali	8
Şekil. 2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	16
Şekil. 3. Koruyucu Sağlık Hizmetleri İnsana Yatırım İlişkisi.....	22
Şekil. 4. Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Kurumlarının Sınıflandırılması	24
Şekil. 5. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Sunumu.....	29
Şekil. 6. Palyatif Bakım Multidisipliner Ekibin Sınıflandırılması	95
Şekil. 7. Palyatif Bakım Hizmetleri	96
Şekil. 8. Sağlık Bakımı Düzeylerine Göre Palyatif Bakım Ekibi Ağının Sınıflandırılması	103

KISALTMALAR LİSTESİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
a.g.e	:Adı Geçen Eser
AGYA	:Aletli Yaşam Aktiviteleri
BM	:Birleşmiş Milletler
b.t.	:Bilinmeyen Tarih
C.	:Cilt
DSÖ	:Dünya Sağlık Örgütü
DPT	:Devlet Planlama Teşkilatı
GATA	:Gülhane Askeri Tıp Akademisi
GYA	:Günlük Yaşam Aktiviteleri
GEBAM	:Geriatric Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi
GSMH	:Gayri Safi Milli Hasıla
HMD	:Sağlık İnsangücü Geliştirme
KETEM	:Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi
S.	:Sayfa
T.B.M.M	:Türkiye Büyük Millet Meclisi
TSK	:Türk Silahlı Kuvvetleri
YP	:Yayınlanmış Proje
YLT	:Yüksek Lisans Tezi
WHO	:Dünya Sağlık Örgütü

GİRİŞ

Ülkemizde evde bakım hizmetinin öneminin, henüz kavramsal algılanma aşamasında olduğu, daha çok sosyokültürel ve ekonomik düzeyi yüksek grupların bu hizmete erişebildiği düşünülürse bakım hizmetlerinin özel ve devlet sektörü tarafından öneminin anlaşılması, bu hizmete muhtaç kişilerin varlığı nedeniyle son derece önemlidir.

Günümüzde evde bakım hizmetleri yaygın olarak Özel sektör tarafından sağlanmakta olup devletin sınırlı ölçüde ve belli gruplara bu hizmeti sağladığı bilinen bir gerçekliktir. Oysa evde bakım hizmetleri toplumsal olarak tedavi maliyetlerini düşürmekte, sağlık düzeyini yükselterek, rehabilite etmektedir.

Bu nedenle hizmetin yaygınlaştırılarak karşılanabilen maliyetlerle verilebilmesi, bireysel ve dolayısıyla toplumsal sağlık düzeyindeki yükseliş ve refah düzeyinin gözler önüne serebilecektir.

Evde bakım hizmetlerinde ayrı bir uzmanlık konusu olan yaşlı bakım hizmetleri ve terminal dönem bakım hizmetleri, önemi henüz kavranmamış ve bu nedenle yaygınlaşmamış, toplumsal olarak henüz bilinç ve minimal eylem düzeyinde olan ancak gelişime açık bir sektör olma yolunda ilerlemektedir. Bu iki grupta sağlık sorunlarının niteliği dolayısıyla, evde bakım hizmetinin belirli alanlarda zorunluluk gerektirdiği, gözardı edilemeyecek bir gerçekliktir. Evde Bakım Hizmetlerinin maliyetinin yüksek olması nedeniyle kişilerin bu hizmete erişebilmeleri de sosyo-ekonomik düzeyleriyle direkt olarak ilişkilidir.

Bakımın evde verilmesi, toplumsal olarak sağladığı maliyet avantajlarının yanısıra, bireyin günlük yaşam aktivitelerinin profesyonel bir bakış açısıyla organize edilerek sağlık düzeyinin korunması, tedavi ve rehabilitasyon sürecindeki bağımlılık seviyesini minimum düzeye indirgeyerek yaşam kalitesinin artmasında büyük önem arz etmektedir.

Bakım ve tedavinin evde sürdürülmesi, yataklı tedavi kurumlarında oluşabilecek risklerin (enfeksiyon) minimize edilerek kişinin, sosyal çevre tarafından

psikolojik olarak desteklenmesini ve uygun bir bakım planıyla tedavi süresinin kısılmasını sağlar. Ayrıca Terminal dönemdeki hastaların kendi isteklerine göre tedavi süreçlerine devam etmelerine, bu süreçte hayat kalitelerinin artmasına ve evlerinde ölmelerine izin verme hakkı tanır.

Araştırma bu iki grubun bağımlılık oranlarını ve buna bağlı olarak evde bakım ihtiyaçlarını saptama, kendileri tarafından ihtiyaçlarının ifade edilmesi çevresel ve toplumsal farkındalık oluşturma ve hizmet önerisi geliştirebilme adına önem arz etmektedir. Bu araştırma ile özel sektörde kişisel sağlık sistemine kayıtlı olan kanser ve geriatri grup üyelerinin anket yoluyla ihtiyaçlarının saptanması amaçlanmıştır. Bu iki grup, evde bakım hizmetine erişim anlamında, ihtiyaçlarının ertelenemez ve öncelikli olması nedeniyle, hizmet sağlanması gereken öncelikli gruplar arasında yer almaktadır. Bu nedenle geriatri ve kanser grubunun öncelikli olarak evde bakım destek hizmeti alması hayati önem arz etmektedir.

Dünyada her geçen gün düşük doğum oranına bağlı olarak nüfus artış hızı giderek azalmakta ve bu durum nüfusun giderek yaşlanmasına neden olmaktadır. Yakın bir gelecekte, yaşlı nüfusun toplam nüfus içinde büyük bir oran oluşturacağı bilinmektedir. Yaşlanan popülasyonun gereksinimlerinin de yaşam sürelerinin uzamasına bağlı olarak giderek değişkenlik arz ettiği bilinmektedir. . Bu anlamda yapılan çalışmalar yaşlı popülasyonun, genç popülasyona göre sağlık hizmetlerini daha fazla kullandığını göstermekte olup, araştırmalar yaşlı bireylerin daha uzun süre hastanede kalma eğiliminde olduğunu göstermektedir. Bu süreçte yaşlılık sorunlarının multidisipliner bir anlayışla ele alınarak aynı anlayışla yapılacak multidisipliner bir çalışmaya gereksinim vardır. Ülkemiz de bu anlamda genç nüfus olma özelliğini zaman içinde kaybedecek ve buna karşılık 65 yaş ve üstü nüfusun payı büyük bir hızla artacaktır.

Sağlık, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Anayasasında; “Sağlık sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam iyilik halidir” olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca sağlıklılık halini tanımlayan, sosyal ve ekonomik olarak üretici bir yaşam sürebilme becerisi de pek çok değişken faktöre bağlıdır. Bu değişken faktörler arasında, hastalık ve bağımlılık halinin destek hizmet gerektiren

niteliği açıkça görülebilecektir.Kanser ve geriatri grubun mevcut durumu, onların bedenen, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olmalarına engel teşkil edebilecek niteliktedir. Ayrıca “iyilik hali”nin sağlanabilme kriterlerinden olan üretken bir yaşam sürebilme becerileri “sağlıklılık hali”,yaşam kalitesinin korunması ve sürdürülebilmesiyle mümkün olabilecektir. Çalışmada kanser ve geriatri gruptaki kişilerin bağımlılık oranları, evde bakım desteğine ihtiyaç duyup duymadığı saptanarak, ihtiyaç duydukları hizmetler belirlenecektir. Çalışma bu grubun ihtiyaçlarının ve bağımlılık oranlarının saptanması adına ayrıca önem arz etmektedir.

Çalışma, bahsedilen nedenlerle ve konuyla yapılan araştırmaların sayıca azlığı nedeniyle literatüre katkıda bulunma amacını da ayrıca taşımaktadır.

Araştırma, kişisel sağlık sistemine kayıtlı ve telefon yoluyla ulaşılan kanser ve geriatri grubuna ait 234 kişi den oluşmaktadır. Araştırmanın çalışma evrenini Özel bir firmada kişisel sağlık sistemine kayıtlı olan üyeler oluşturmuştur. Örnekleme de kişisel Sağlık Hizmeti veren bu firmadaki, 65 yaş ve üzeri kanser ve geriatri grubundan seçilen ve telefon yoluyla anket uygulaması yapılan 234 kişi oluşturmaktadır.

Bu gruplara ilişkin yapılan çalışma,toplumsal farkındalık ve duyarlılığın oluşma sürecinde ve gerek devlet gerekse özel sektörün konuyla ilgili yapacağı çalışmalardaalt yapı oluşumuna katkı amacı taşımaktadır.Evde bakım hizmetlerine devlet ve özel sektör tarafından gereken önemin verilerek, hizmetin yaygınlaşması ve ihtiyacı olan herkesin hizmete erişiminin sağlanması çalışmanın en büyük kazanımlarından olacaktır.

I. BÖLÜM

SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI

1. SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİ

Sağlık Hizmetleri, dünya sağlık örgütü tarafından(WHO), belirli sağlık kuruluşlarında değişik tip sağlık personelinden yararlanarak, toplumun gereksinim ve isteklerine göre değişen amaçları gerçekleştirmek ve böylece kişilerin ve toplumun sağlık bakımını, her türlü koruyucu ve tedavi edici etkinliklerle sağlamak üzere ülke çapında örgütlenmiş kalıcı bir sistem olarak tanımlanmaktadır. Başka bir ifade ile sağlık hizmetleri, hastalıkların teşhis tedavi ve rehabilitasyonu yanında, hastalıkların önlenmesi ve toplum ve bireyin sağlık düzeyinin geliştirilmesi ile ilgili faaliyetler bütünü anlamına gelmektedir¹.

“Sağlıkla ilgili temel yasalardan en önemlisi, 1961 yılında yürürlüğe giren ve 1963 yılında uygulanmaya başlanan 224 sayılı “Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkındaki kanundur. Bu kanuna göre sağlık hizmetleri, nüfus esasına ve aşağıdan yukarıya doğru, sağlık evi, sağlık ocağı, ikinci ve üçüncü basamak hastaneler şeklinde hiyerarşik bir sıra içinde verilir. Ancak kanunun yürürlüğe girmesinden sonra yapılan uygulamalar planlanan şekilde gerçekleştirilememiş sağlık sorunları hedeflenen ve makul sayılabilecek ölçüde çözülememiştir.

Sağlık hizmetleriyle ilgili diğer önemli bir kanunda 3359 sayılı “Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu”dur. Bu kanunda sağlık kurum ve kuruluşlarının yurt sathında eşit, kaliteli ve verimli hizmet sunacak şekilde planlanması, koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi, sağlık personelinin dengeli dağılımı, gerektiğinde hizmet satın alınarak kaliteli hizmet arzı ve verimliliği esas alınır denilmektedir”²

Kanunda sosyalleştirme terimi “sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi vatandaşların sağlık hizmetleri için ödedikleri primle her çeşit sağlık hizmetlerinde

¹Kavuncubaşı, Ş. , Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara, 2000, s. 34

²Korukluoğlu, S, -Üstü. Y, -Kasım. İ, -Doğusan. R, -Hacımamoğlu. A. , v.d.”Aile Hekimliği Türkiye Modeli”,(Ed:Aydın, S.) , Ankara, 2004, S. 10-12

ücretsiz veya harcamaların bir kısmını ödemek suretiyle hizmetten eşit şekilde faydalanmasıdır” olarak açıklanmaktadır.05.01.1961 tarihli ve 224 sayılı sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkındaki kanunda sağlık hizmetleri;”İnsan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması,hastaların tedavi edilmesi,bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması (rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetlerdir.”olaraktanımlanmıştır.³

Yine aynı kanun, Genel Hükümler, Kanunun gayesi, Madde 1 de;

“İnsan Hakları Evrensel Beyannameinde bir hak olarak tanınan sağlık hizmetlerinden faydalanmanın sosyal adalete uygun bir şekilde ifasını sağlamak maksadıyla tababet ve tababetle ilgili hizmetler bu kanun çerçevesinde hazırlanacak bir program dahilinde sosyalleştirilecektir “ olarak ifade edilmiştir. ⁴

Bu haklar yasayla güvence altına alınmış olsa da, toplumun ihtiyaçları ve değişimi göz önüne alındığında beklenen uygulama ve gelişimin henüz sağlanamadığı açıkça görülmektedir.Bununla birlikte değişen koşullar nedeniyle mevcut durum ve ihtiyaçlar güncellenerekrevize edilmekte ve sorunların giderilmesi adına çözüm önerilerinin geliştirilmesine devam edilmektedir.

Dünya sağlık teşkilatının “ 2000 yılında herkese sağlık “ programı çerçevesinde sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, hastalıkların olumsuz sonuçlarının azaltılması için mümkün gördüğü iyileştirme önerileri dört başlık altında toplanmaktadır.

Bunlar;

– Sağlıkta eşitlik, ülkeler arası ve aynı ülkedeki nüfus grupları arasında sağlık göstergelerindeki farklılıkların ortadan kaldırılması.

– Sağlıklı bir hayat için insanların fiziksel ve zihinsel kapasitelerini tam olarak kullanmalarını sağlayarak yaşama anlam kazandırılması.

³ Sağlık Propagandası ve Tıbbi İstatistik Genel Müdürlüğü,Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl,Ankara,1973, s.234

⁴ T. C. Resmi Gazete (1961)“Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında 224 Numaralı Kanun” Sayı:10705, <http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/1047.html> 05.06.2011

– İnsanların önemli hastalık ve sakatlıklar olmadan yaşadıkları yılların sayısını arttırarak “yaşama sağlık kazandırılması”.

– Doğuşta beklenen yaşam süresinin yükseltilerek hayatın uzatılmasıdır.⁵

Sağlık Hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ile “dar bölgede geniş tabanlı hizmet”modeli öngörülmüş, koruyucu sağlık hizmetlerine önem ve öncelik verilmiştir. Sağlık ocaklarında tam süre çalışan geniş bir ekip tarafından sunulan, toplumcu anlayış ile eşit, sürekli, parasız, entegre ve basamaklandırılmış sağlık hizmeti, sosyalleştirmenin temel ilkeleri olarak kabul edilmiştir.

Ülkemizde 1963 yılında Muş iliyle başlayan ilk uygulama 1981 yılına kadar 45 ile yayılabilmiş ve 1983 yılında diğer illerin de sosyalleştirildiği ilan edilmiştir. “Sosyalleştirmeden sonraki yıllarda yayımlanan” Alma Ata Bildirgesi”(1978), ”2000 Yılı Herkes için Sağlık Hedefleri”(1998) gibi uluslararası düzeyde halk sağlığı politikalarını belirleyen üç belgenin, sosyalleştirmenin temel ilkelerini içermesi de bu sağlık sisteminin doğruluğunun göstergesidir.

Sosyalleştirme daha hazırlıklarının yapıldığı günlerden itibaren çeşitli siyasal engellerle karşılaşmış ve hiçbir zaman tam olarak uygulanmamıştır. Merkezi hükümetler tarafından sosyalleştirme için gerekli bütçenin çıkarılmaması, sağlık ocaklarının yeterli donanım ve altyapıdan yoksun bırakılması, sosyalleştirmenin gereksindiği insangücü ve yönetici kadrosunun yetiştirilmemesi ve sevk sisteminin uygulanmaması sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesini engelleyen faktörlerin başında sayılabilir. Sosyalleştirmeye, eşitlikçi özünü ortaya çıkarması ve kapsayıcılığını geliştirmesi için gereken destek verilmemiştir. Ülkemizde 1961 yılında yasal olarak başlayan sosyalleştirme, ”Sağlıkta Dönüşüm Programıyla” 2003 yılında fiilen sona erdirilmiştir. Sosyalleştirmenin temel ilkeleri uluslararası düzeyde geçerliliğini korumakta olup, bu ilkelerin göz ardı edildiği, çağdaş sağlık hizmeti sunumunun olanağı bulunmamaktadır.⁶

⁵WHO, HealthForAll 2000 Geneva,s.5-6

⁶Şaşmaz,T.,Kurt,A.Ö.,”Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi:1961-2003”,
<http://lokmanhekim.mersin.edu.tr/index.php/lokmanHekim/article/view/115>(16. 10. 2011)

1.1.Sağlığın Tanımı

Kişi ve toplumun sağlığı çevresel, davranışsal ve tıbbi olmak üzere üç ana unsurla ilişkilendirilmektedir.

Sağlığın korunup geliştirilmesi, ekonomik, sosyal, biyolojik ve fiziksel çevre şartlarının insan sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerinin azaltılması, toplumun üyelerinin davranış ve hayat tarzında gerekli değişikliklerin yapılması ve son olarak gerekli tıbbi yöntemlerin uygulanması ile sağlanabilir.⁷

Sağlık, 1946 da Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Anayasasında şöyle tanımlanmıştır:

”Sağlık sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruha ve sosyal yönden tam iyilik halidir.” Bu tanım sağlıklı olmanın bütün alanlarını açıklarken yakın zamanda buna “sosyal ve ekonomik olarak üretici bir yaşam sürebilme” de eklenmiştir.

Örneğin:” sosyal yönden tam iyilik hali” açıklanması gereken bir kavramdır.

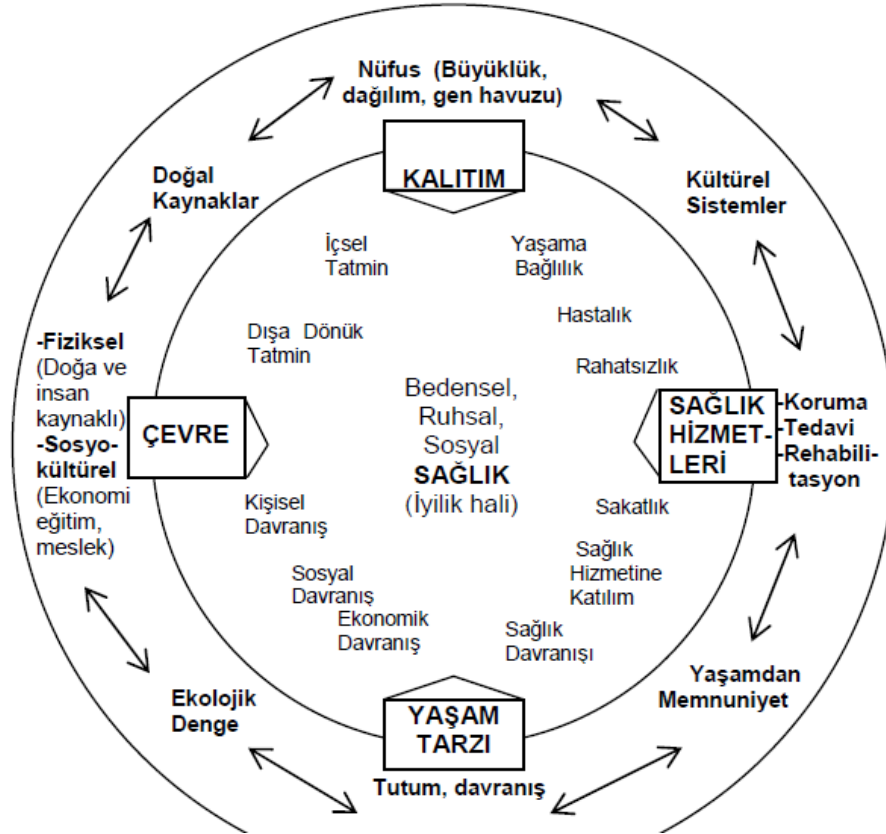
Bu kavramı açıklayabilmek için sağlığın sadece kişisel bir olgu olmadığını, toplumsal yönünün de bulunduğunu belirtmek gerekir. Kişinin sosyal yönden tam iyilik halinde olmasının ön koşulu sosyal yaşantısının sağlıklı olmasıdır. Çalışma ve yaşam güvenliğinin sağlanamadığı, iş bulma olasılığının bulunmadığı, gelir dağılım dengesizliğinin yarattığı sorunların giderilemediği toplumlarda, kişinin tam iyilik halinde olması olanaksızdır. Aslında tam bir iyilik halinin oluşması biyolojik açıdan da pek mümkün değildir, daha çok iyi olduğumuz anların bütününden, bir durum olarak, sağlamlık halinden bahsedilebilir.

İmmün sistemimizin bunu başardığı her an sağlam olduğumuzdan bahsedebiliriz ancak mükemmel bir iyilik hali söz konusu değildir. Vücudun hayatı da, karşıt güçler arasındaki bir an bile durmayan mücadeledir. O zaman sağlık “başa çıkmadır. Başa çıkma tanımı, tedavilerde, koruyucu tıpta bakış açısını etkileyen potansiyele sahiptir. Başa çıkma yaklaşımı, ismi konmasa da geliştirilen bir

⁷ WHO, HealthForAll 2000 Geneva, s. 5

çoktedavide kullanılmaktadır. Kronik bir hastalığı olsa da kişiler sağlıklı ve yaşam kalitesi yüksek düzeyde yaşayabilmektedirler.

“Başa çıkma “ yaklaşımı sağlığı korumak ve geliştirmek için sürekli bir desteğin gerekliliğini ortaya koymaktadır. Sağlık kavramını bir başa çıkma süreci olarak görmek, sağlık alanındaki araştırmaların ölçüm ve değerlendirme yöntemlerini de kökten değiştirecek bir yaklaşımdır .⁸



Şekil.1. Blum' a göre Alan Güçleri ve Sağlıklılık Hali

Kaynak:Toplumve Hekim Dergisi(1995) C.9, S.64-65, s.83

Blum'a göre “Alan Güçleri ve Sağlıklılık Hali” ni gösteren şemada sağlığı etkileyen unsurlar gösterilmiştir. Bu şemanın merkezinde yer alan ve “kişinin bedensel, ruhsal ve sosyal sağlıklılık (iyilik) hali” olarak adlandırılan olgulardan;

⁸ Kesgin, C; Topuzoğlu A, ”Sağlığın Tanımı:Başa Çıkma”, Journal of İstanbul Kültür University,C.3,İstanbul,2006, s. 47-49

İç dairede görülen ilk ve yakın ortamda yer alan grup “Bireysel Sağlıklılık” unsurları olarak değerlendirilmiştir. Dış dairede görülen ikinci ve daha uzak ortamda yer alan grup”Alan Güçleri”unsurları (paradigmaları) olarak tanımlanmaktadır.⁹

Şemada “Sağlıklılık Hali”bireyle başlayan, bireysel faktörlerle devam eden, kalıtım çevre, yaşam tarzı, sağlık hizmetleri koşullarına göre değişkenlik göstererek, dış faktörlerin şekillendirdiği bir sürece dönüşmektedir.

1978 Senesinde eylül ayının onikinci gününde, Alma Ata’da yapılan Temel Sağlık Hizmetleri konulu uluslararası konferans, dünyadaki tüm insanların sağlıklarını korumak ve daha iyi bir duruma getirmek için, tüm hükümetlerin, tüm sağlık ve kalkınmada görevli olanların ve dünya toplumlarının, en kısa bir zamanda, gerekli işlemlerin yapılmasına olan ihtiyacı belirleyen bir bildiri yayınlamıştır

Bu bildiri de şu noktalar önemlidir;

Konferans da; yalnızca hastalığın ve sakatlığın olmasından daha çok tüm bir bedensel, ruhsal ve sosyal dirliğin topluca oluşturdukları sağlığın, temel insan haklarından biri olduğu ve bunun da mümkün olan en iyi bir seviyede tutulmasının dünya çapında çok önemli sosyal bir amaç olduğu ve bu amacın gerçekleştirilebilmesi için de, sağlık sektörüne ek olarak diğer birçok sosyal ve ekonomik sektörlerin çabalarını gerektirdiği gerçeği bir defa daha vurgulanmıştır.

Konferans da ayrıca; “Tüm insanların hem bireysel hem de toplum olarak kendi sağlık hizmetlerinin planlama ve yürütülmesi işlerine katılmaları, hakları ve görevleridir”¹⁰ olarak ifade edilmiştir.

Bununla bir nevi, bireylerin ya da toplumların kendi kaderlerine yön verme ve tayin hakkının, ayrıcalıklı görevini yerine getirmeleri istenmiştir.

⁹Sargutan, A. E. , (2005)“Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı”Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, C.8, S.3, Ankara,2005, s. 411

¹⁰ Türk Tabipler Birliği, ”Temel Sağlık Hizmetleri uluslararası Konferansı Bildirisi(Alma Ata)”
http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&task=view&id=521&Itemid=36
(03.07.2011)

Alma Ata' dan otuz yıl önce, Birleşmiş Milletler tarafından 10 aralık 1948de ilan edilen İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nde de;

“Herkes; hiçbir yönden, özellikle ırk, renk, cinsiyet, dil, din, siyasalya da başka türden kanaat mülkiyet, doğuş veya başka türden statü gibi herhangi bir ayrım gözetilmeksizin, bu bildirgede belirtilen bütün hak ve özgürlüklere sahiptir”¹¹

Maddesine istinaden, Türkiye Cumhuriyeti Anayasasında da en yüksek düzeyde sağlık hizmetinden yararlanmanın vebunu sağlamanın bir devlet görevi olduğu vurgulanmıştır.

Sağlık hizmetleri ve çevrenin korunması; “Anayasanın 56. maddesinde şu şekilde ifade edilmiştir;

- Herkes Sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşam hakkına sahiptir.
- Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek devletin ve vatandaşların ödevidir.
- Devlet, herkesin hayatını beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak, insan ve madde gücünde tasarrufve verimi artırarak işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler.
- Devlet bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak onları denetleyerek yerine getirir.
- Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir.”¹²

Yukarıdaki satırlardan daanlaşılacağı üzere, Sağlık sosyal bir hak olarak Anayasa ile devletin teminatı altına alınmıştır.

¹¹BM,İnsan Hakları Komisyonu,“İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi”,
[http://www.ihd.org.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=156:insan-haklari-evrensel-beyannames&catid=37\(1de0. 10. 2011\)](http://www.ihd.org.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=156:insan-haklari-evrensel-beyannames&catid=37(1de0. 10. 2011))

¹²T.B.M.M.,“Türkiye Cumhuriyeti Anayasası”, http://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa_2011.pdf, (22. 06. 2011)

1.2.Sağlık Hizmetlerinin Temel Özellikleri

Sağlık hizmeti toplumsal bir özelliğe sahiptir ve tüm nüfusu ilgilendirmektedir.

Saltık'a göre;Sağlık hizmetleri taşıdığı özellikler nedeniyle ekonomide üretimi yapılan diğer mal ve hizmetlerden farklı bir kategoride ele alınmak zorundadır.

Sağlık Hizmetlerinin temel özelliklerini şu şekilde özetleyebiliriz;

- Sağlık Hizmetlerinin tüketimi tesadüfi bir şekilde ortaya çıkmaktadır. Yani nerede ne zaman ne ölçüde ve kimlerce isteneceği kolayca belirlenmemektedir.

Örneğin bulaşıcı hastalıkların ortaya çıkması aniden sağlık hizmeti talep ve tüketiminde bir artışa neden olurken, ekonomik kaynakların sınırlı olması bu istemi sınırlayan bir etken olabilir.

- Sağlık Hizmetinin diğer bir özelliği de sağlık alanında verilen hizmetlerin yerine başka bir hizmetin ikame edilememesidir. Örneğin bir kalp kapakçığı ameliyatının daha yüksek maliyetli olması nedeniyle bunun yerine, daha düşük bir maliyete sahip olan çürük dişlerin bakımı konarak ikame edilememektedir.

Buna sağlık hizmetlerinde “ikame edilemezlik” özelliği denmektedir.

- Sağlık hizmetlerinin ertelenmemesi gereği de sağlık hizmetinin diğer bir özelliğidir. Sağlık hizmetleri çoğu kez ortaya çıktığı anda karşılanmak durumundadır. Özellikle acil olarak kişiye ağrı ve acı veren ve sağlığını tehlikeye düşüren/düşürecek olan sağlık hizmetinin talebi ertelenmemektedir.

Sağlığın ihmali bireyin ölümü ile sonuçlanabilir.

- Sağlık hizmetinin kapsam ve boyutunu hizmeti kullanan değil de doktorsaptamaktadır. Sağlık malının tüketicisi ekonomik ödeme gücü nedeniyle doktorla verilecek hizmetin boyutunu tartışmamakta ve pazarlık edememektedir. Doktor, hastanede yatma ve verilecek ilacın süresini, dozunu ve içeriğini çoğu kez tek yanlı olarak tıbbi ölçütler içinde kendisi saptamaktadır. Bu durum sağlık hizmetinin tüketicisinin diğer mal ve hizmet tüketimlerinde olduğu gibi anlamlı bir

insiyatifini ortadan kaldırmaktadır. Bu bağlamda sağlık hizmetlerinden yararlanan bireylerin verilen hizmeti deneme şansları da bulunmamaktadır.¹³

Bununla birlikte, Sağlık hizmetlerinin, alanında uzmanlaşmış sunucular tarafından verilme zorunluluğu ve bu nedenden doğan bilgi eşitsizliği, hizmetisunan kişiye bağımlılık sorununu da beraberinde getirmektedir.

- Sağlık Hizmetlerinde çıktı ölçülememekte, hizmetin soyut olması nedeniyle somut bir çıktı elde edilememektedir. Bu durum, hizmete ilişkin kalite çalışmalarını zorlaştırmasının yanında maliyet hesaplamaları konusunda da engel oluşturmaktadır.¹⁴

Sağlık hizmetlerinin yeteri düzeyde sunumunun yapılması bireylerin ve toplumun sağlık düzeyini yükseltmektedir. Bunun anlamı bireylerin; çalışma verimlerinin yükselmesi, yaşam sürelerinin uzaması ve daha çok üretim yapma koşullarının bulunması demektir. Bireysel ve toplumsal sağlık olgusu; Sağlık alanına yapılan harcamalarla, korunan, geri kazanılan ya da düzeyi yükseltilerek geliştirilen doğrudan ve başlı başına bir yatırımdır.

Sağlık alanına dönük harcamaların çıktıları, ek bir çabaya gereksinim duyulmaksızın ekonomiye geri dönmektedir.¹⁵

1.3.Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesi

Sağlık örgütlenmesinin üç ana amacının olması gerekir, bunlar aşağıdaki gibi sıralanabilir;

- Toplumda yaşayan bireylerin tümüne,
- Gereksindikleri yerde ve ölçüde,
- Sağlanabilen en üst düzeyde ve en nitelikli hizmetin götürülmesi.

¹³ Aktan, C. C. , Işık A. K.; "Sağlık Hizmetleri Sunumu ve Alternatif Yöntemler", <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/sunum-alternatif.pdf>(01.06.2011)
'den Saltık, A., "Sağlık Ekonomisinde Yeni Kavramlar", Toplum ve Hekim, Temmuz-Ağustos, 1995, C.10, S.68

¹⁴ Ateş, M., Sağlık Sistemleri, İstanbul, 2011, s. 4

¹⁵ Aktan, C. C. , Işık A. K.; "Sağlık Hizmetleri Sunumu ve Alternatif Yöntemler"
<http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/sunum-alternatif.pdf>(01.05.2011)
)

Bu amaçların gerçekleştirilmesi için sağlık örgütlenme modelinin genel örgütlenme ve tabakalanma ile aynı paralellikte kurulması ve toplumun genel yasalarının bir parçası halinde yürütülmesi gerekir. Genel örgütlenme ve toplumun dinamiği ile bulunan bu uyum ve iç içelik sağlık örgütlenmesinin başarı şansını rastlantılardan uzaklaştırabilmekte, toplumsal yapı ve işleyişin olasılıkları ile özdeşleşebilmektedir.¹⁶

Oluşturulan sağlık sisteminin en önemli özelliklerinden birisi, yukarıda belirtildiği gibi, toplumun her kesimine sağlık hizmetinin ulaştırılmasıdır. Bireylerden herbirinin hizmetlerden eşit ölçüde yararlanması amaçlanmalı, kentsel yörelerden kırsal yörelerdeki çok küçük halk topluluklarına kadar hizmetin ulaştırılabileceği ilk basamak sağlık birimleri oluşturulmalı, ancak bireylerin herbirine hizmet götürülmesi soyut bir eşitlik anlayışına" neden olmamalıdır. Toplum içinde ayrıcalığı olan kesimler mutlaka belirlenmeli, çocuk sağlığı, işçi sağlığı gibi kavramlar özel önem taşımaktadır. Hizmetler bütünleştirilmiş bir şekilde sunulmalıdır. Bütünleştirmekten hizmetin sistem içindeki her halinde sürdürülmesi anlaşılmalıdır.¹⁷

Ne tür örgütlenme oluşturulursa oluşturulsun, Dünya Sağlık Örgütünün Önerisi, bu örgütlenmenin birincil sağlık hizmeti üzerine inşa edilmesi yönündedir.

Birincil sağlık hizmeti; toplumdaki birey ve ailelere, onların katılımı ve ülke ile toplumun kabullenebileceği değerler ve karşılayabileceği maliyetle, evrensel olarak ulaşılabilirliği sağlanan temel sağlık hizmetidir” Bu tanım hizmetin herkese, onların onayı ve katılımı ile, ülke koşullarına uygun ve temel hizmet olarak verilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.¹⁸

1.4.Sağlık Hizmetleri Tüketimini Belirleyen Faktörler

Sağlık hizmetleri ülkelerin uyguladıkları sağlık politikaları çerçevesinde şekillenmektedir. Hizmetlerin yaygınlığı, türleri, nitelikleri büyük ölçüde sağlık sisteminin temel tercihlerine bağlı olarak gelişmektedir. Bu açıdan bir ülkede sağlık

¹⁶ Aksakoğlu, G.(1978) , ”Sosyalist Ülkelerde Sağlık Örgütlenmesi”, Toplum ve Hekim Dergisi, Ankara, s. 7’den Ateş, M. , Sağlık Sistemleri, İstanbul, 2011, s. 23

¹⁷ WHO, Regional Office for Europe (1975) Health Services in. Europe, 2nd edn. Copenha.g.e.n:06. 01. 2011. test cp. euro. who. int/Document/E89814_Ch2. pdf. ’den Ateş, M. , a.g.e.; s. 23, 24

¹⁸Aksakoğlu, G. , ”Sağlık Örgütlenmesi ve Tıp Eğitim Modelleri”, Toplum ve Hekim Dergisi, 1986, Ankara

hizmetlerine olan talebin tüketim haline dönüştürülmesi sağlık sisteminin ve hükümet politikalarının etkisi altındadır. Ayrıca GSMH içinde sağlık harcamalarına ayrılabilen pay, insanların enflasyonist ortamlarda alım güçlerindeki değişimler gibi ekonomik faktörler, nüfusun yaş ve cinsiyet bakımından konfigürasyon başta olmak üzere demografik faktörler, hastanın ne tür hizmete ihtiyacı olduğu, bu hizmetin nerede sunulduğu ve hastanın bu imkanlara uzaklığı gibi sağlık hizmetlerine ulaşabilirlikle ilgili faktörler, çeşitli uzmanlık düzeylerindeki sağlık personeli bakımından insan kaynakları ile ilgili faktörler, sağlık hizmetleri tüketimini belirleyen ana faktörler olarak belirlenmektedir.”¹⁹

Bu faktörlerden bazıları aşağıda daha detaylı olarak ele alınmaktadır.

1.4.1. Nüfus Yapısı

Sağlık mal ve hizmetlerine olan talebi artıran en önemli faktör nüfus artışı ve demografik yapıdaki değişikliklerdir. Toplam nüfusun yanısıra, çocuk ve yaşlıların sayısı ve oranlarındaki artış da sağlık hizmetlerine olan talebi etkilemektedir. Gelişmiş ülkelerde ortalama hayat limitindeki artış ve doğum hızındaki düşmeye bağlı olarak genç nüfus oranının azalması nüfusun giderek yaşlanmasına neden olmakta, gelişmekte olan ülkelerde ise bebek ölümlerindeki düşüş genç nüfusu artırmaktadır.

Dünya nüfusu açısından gelecekte beklenen en önemli sorunlardan birisini de genç nüfus bakımından gelişmiş ülkelerle, gelişmekte olan ülkeler arasındaki büyük uçurum oluşturacaktır. Müreffeh toplumlar giderek yaşlanmakta olan nüfusları için daha fazla kaynak tahsis etmeye çalışırken yeryüzünün geri kalan ulusları ise küçük çocuk ve bebek oranlarındaki artışlara paralel olarak ortaya çıkan ihtiyaçlarla ve yoksullukla başa çıkma mücadelesi vereceklerdir.²⁰

Sonuç olarak nüfus yapısı, sağlıkta, verilen hizmetin nitelik ve niceliğini belirleyici önemli bir unsurdur.

¹⁹George, D. Rountree, ”Özel Sağlık Kuruluşlarının Gelişmiş Ülkelerdeki Genel Görünümü”, Ülkemizdeki Sağlık Sorunlarının Çözümünde Özel Sağlık Kuruluşlarının Yeri ve önemi, İTO, yayın no. 1993-9, 1993, ss. 85-88. ‘den Kurtulmuş S. , ”Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Sistemleri Bakımından Hesaplama Birimi Olarak Aile”, T. C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı Yayınları, Ankara, 1998, s. 209

²⁰ Kennedy, P. , 21. Yüzyıla Hazırlanırken, (çev:FikretÜçcan), Ankara, T. İş Bankası, Yayın No:340, 1995, ss. 40-46

1.4.2. Sanayileşme ve Şehirleşme

Sanayileşme ile birlikte sağlıksız şehirleşme hızla artmış 1950 lerden bu yana kentlerde yaşayan insan sayısı 3 katına çıkmıştır. Gelişmekte olan ülkeler açısından kentleşme giderek hayati bir hale gelen kitlesel yoksulluğun sebeplerinden biri haline gelmektedir. 1985 yılında nüfuslarının % 32 si kentlerde yaşayan gelişmekte olan ülkelerde, bu oranların 2000 yılında % 40 a, 2025 de ise % 57 civarına yükselmesi beklenmektedir.

1.4.3. Aile Yapısı

Sağlık elemanlarının ve kurumlarının müdahalesine kadar geçen süre içinde insan sağlığının korunmasında ve geliştirilmesinde, hastalıkların erken teşhis ve tedavisinde aile hayatının önemli bir rolü vardır. 1995 Yılında ülkemizde yapılan hastane kullanım araştırmasına göre ülkemizde de çekirdek ailelerin sağlık hizmetlerine olan talebinin geniş ailelerin talebinden daha fazla olduğu ortaya konulmuştur.²¹

Sanayileşme ve şehirleşmeyle birlikte geleneksel aile yapılarında bir takım değişiklikler ortaya çıkmış, çekirdek ailelerin çoğalmakta oluşuna ilaveten annenin ev dışında çalışma hayatında yer alması, çocuklarla birlikte yaşlılar içinde, ev dışında bakım ihtiyacını ortaya çıkarmış, sağlık ve sosyal hizmetler alanlarında önemli değişiklikleri gündeme getirmiştir. Eskiden ailenin yerine getirdiği bazı sağlık hizmetleri de dahil bir takım fonksiyonlar, kurumlara aktarılmakta, böylece toplumun, sağlık ve sosyal hizmetlerin tüketimine olan talebi artmaktadır. Ancak ev dışındaki bakım maliyetlerinin giderek yükselmesi son yıllarda gelişmiş ülkeler başta olmak üzere çocukların ve yaşlıların bakımının evde yapılması için özendirici tedbirlerin alınmasını gündeme getirmektedir.

Örnek olarak, Almanya'da yürürlüğe giren sağlık reform yasası ile bakımamuhtaş aile fertlerinin bakımının evde sağlanması için özendirici tedbirlere yer verilmiş, bakıma muhtaç kişilere evde bakan ailelere sosyal güvenlik imkanı ve bir takım maddi yardımlar sağlanmıştır. Daha ileri bir adım olarak da, bakım

²¹Ministry of Health, a.g.r. , s. 108 'den Delican. M, -Çağlar. Ü, -Esen. A. , v.d.,a.g.e.,ss. 210-211, 212

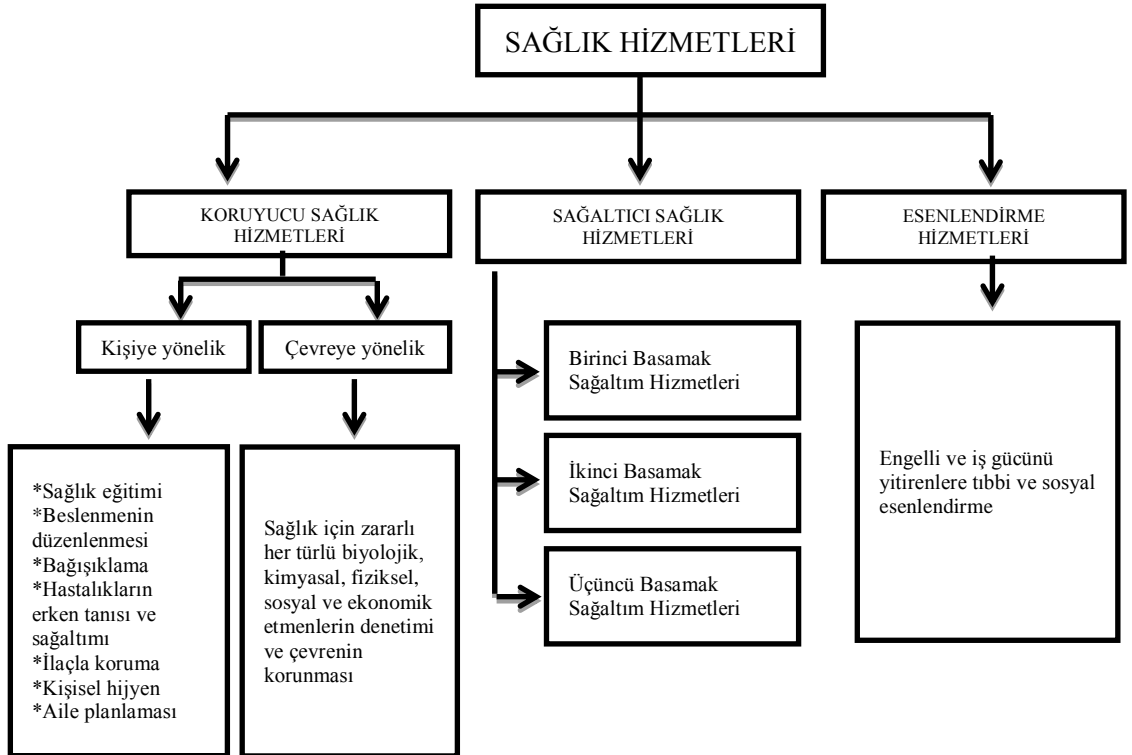
hizmetinin en az 12 ay sürmesi halinde yılda azami 4 hafta tatil hakkı ve bu sürede geçici bakım hizmeti için 1800 DM ‘ a kadar yardım yapılmaktadır. ²²

Sağlık sektöründe, Aile büyüklüğü ve yapısının, sağlık hizmetleri tüketimini etkileyen ve belirleyen önemli bir etken olduğu açık bir şekilde görülmektedir.

2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI

Sağlık hizmetleri, temel özellikleri bakımından üç’e ayrılmaktadır.

Bunlar koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetleri olarak sınıflandırılabilir.



Şekil. 2.Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Kaynak:Özden, M.,Ofset Ü., Sağlık Eğitimi, Ankara, 1988

2.1.Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu Sağlık Hizmetleri, koruyucu hekimlik sistemine dayanmakta olup, Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre koruyucu hekimlik;

²² Seyyar, A., Almanya' da Bakıma Muhtaç Kişilerin Sosyal Güvenliği, Yayınlanmış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 1997

“Bedensel ve ruhsal sakatlıkların oluşumunu ve gelişimini, toplumun organize edilmiş çabalarıyla önlemenin yanı sıra, bireylerin ve bunların ailelerinin sağlığından sorumlu olan iyi bir hekim tarafından bağışıklama, sağlık eğitimi ve benzeri çabalarla herkes tarafından, bir bütün olarak toplumun sağlığını daha iyiye götürmek için tüm olanaklar kullanılarak yapılan hekimliktir”²³ olarak tanımlanmaktadır.

Günümüzde yapılan araştırmalar tek tek hastaları tedavi etmekle toplumun sağlık düzeyini yükseltmenin mümkün olmadığını göstermektedir. Kişinin yaşadığı ortamla ilişkisi devam ettiği sürece hastalık yinelenmektedir. Dolayısıyla hastaların tedavisinin bu sürece katkısı olmamaktadır. Bu nedenle sağlık ve sağlık hizmetlerine bütüncül bir anlayışla yaklaşılması, koruyucu sağlık hizmetlerine önem ve öncelik verilmesi gerekmektedir.

Hastalıklar oluşmadan kişileri ve toplumu korumak için verilen hizmetlerin tamamı bu başlık altında toplanır. Bir toplumda hastalıkları önleme ve toplumun sağlık düzeyini yükseltebilmenin en kestirme ve en etkili yolu bu tür hizmetlerle sağlanır.²⁴

Koruyucu sağlık hizmetleri, hastalıkortaya çıkmadan alınan hertürlü önlem ve mücadeleyi içerir ve tüketimi sonucu ortaya çıkan fayda, onu tüketen dışında toplumun diğer üyelerine de fayda sağlar. Dolayısıyla sosyal faydası özel faydasından yüksek bir sağlık hizmetidir.²⁵

Sağlık Hizmetlerinin sunumunda koruyucu sağlık hizmetleri diğerlerine göre daha öncelikli bir konumdadır. Çünkü korumak tedavi etmekten çok daha az maliyetlidir. Özellikle ülkenin gelişmişlik seviyesine bağlı olarak bu hizmetlerin etkinliği de artmaktadır.²⁶

²³ Altay, A.,Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar Ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi, Sayıştay Dergisi, S.64, s. 34,Ankara,2007

²⁴Akdur, R.,Sağlık Sektörü Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliğinde Durum Ve Türkiye'nin Birliğe Uyumunu, Ankara, 2006, s. 13,18

²⁵ Aktan, C. C. , Işık. A. K. , ”Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Alternatif Yöntemler”
<http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/sunum-alternatif.pdf>(20.08.2011)

²⁶ Altay, A.,a.g.e.,s.34

Koruyucu hizmetlerin daha ayrıntılı sınıflandırılması için,“Kanada Tıp Birliği şu şemayı önermiştir:

- Sağlığın geliştirilmesi; danışmanlık ve bilgilendirme
- Risklerden kaçınma; düşük riskli bireylerin düşük riskli kalmalarını sağlama (Örn; Aşılama, kazalardan korunma)
- Risklerin azaltılması:hastalıklar için yüksek riskli bireylerin, risklerinin düşürülmesinin sağlanabilmesi için belirlenmesi
- Hastalıkların presemptomatik evrede erken tanısı (ikincil korumaya denktir)
- Oturmuş hastalığı olanlarda komplikasyonların azaltılması(üçüncül korumaya denktir)”²⁷

Koruyucu sağlık hizmetlerini kendi içinde iki şekilde sınıflandırabiliriz

2.1.1. Çevreye Yönelik Koruyucu Hizmetler

“Bu hizmetlerin amacı, çevre sağlığını olumsuz etkileyen biyolojik, fiziksel ve kimyasal etkileri yok ederek veya kişileri etkilemesini önleyerek çevreyi olumlu hale getirmektir. Bu hizmetler çevre sağlığı hizmetleri olarak adlandırılmaktadır.

Çevreye yönelik bu hizmetler bu konuda eğitim görmüş, mühendis, kimyager ve benzeri meslek grupları tarafından yürütülür”.

“Çevre sağlığı hizmetleri olarak değerlendirilecek hizmetler;

- Güvenilir su kaynaklarının sağlanması ve denetimi
- Katı atıkların denetimi
- Zararlı canlılarla mücadele
- Besin Sanitasyonu

²⁷ Öztürk, Şahin, Ö.,Edirne Şehir Merkezinde Halkın Sağlık Hizmeti Tercihlerine Etki Eden Faktörler Ve Kişiyeye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Edirne, 2001

- Hava kirliliğinin denetimi
- Radyolojik zararlıların denetimi
- İş sağlığı.²⁸olarak ayrıştırılabilmektedir”.

Az gelişmiş ülkelerde çevre sağlığı şartları bulaşıcı hastalıkların gelişmesine çok elverişlidir. Toplumun büyük bir kesimininyaşadığıçevrede, kanalizasyon, atıklar ve çöp toplama gibi genel hizmetlerin yetersiz oluşu nedeniylebulaşıcı hastalıkların ortaya çıkma ve yayılma ihtimali artmaktadır.

Bu nedenle çevre sağlığı tedbirleri az gelişmiş ülkelerin sağlık bütçelerinde önemli bir yer tutmaktadır.²⁹

2.1.2. Kişiyeye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Bu hizmetler hekim, ebe, hemşire gibi sağlık çalışanları tarafından yürütölen hizmetlerdir. Bu hizmetler; bağışıklama, beslenme, erken tanı, aile planlaması, ilaçla koruma, kişisel hijyen ve sağlık eğitimi, sağlığa zararlı alışkanlıklarla mücadele ve ruh sağlığı olmak üzere yedi grupta toplanmaktadır.

2.1.2.1.Bağışıklama

“Bağışıklama bulaşıcı hastalıklardan korunmanın en etkili yoludur. Aktif bağışıklık aşılama ile, pasifbağışıklık antikor içeren serumların sağlam kişilere verilmesi ile sağlanmaktadır.Bağışıklama hizmeti ile bireyler tek tek korundukları gibi bir toplumun% 85-90’ı bir hastalığa karşı bağışık duruma getirilirse o hastalık kontrol altına alınabilmektedir.”

2.1.2.2.Beslenme

Yetersiz ve kötü beslenme bir çok hastalığın nedeni veya hazırlayıcısıdır. Beslenme insanın bedensel ve ruhsal gelişimini belirleyen en önemli etkenlerden olup toplumsal verimliliği etkilemektedir.Geri kalmış ülkelerdemalnütrisyon, anemi, vitamin ve iyot yetersizlikleri, besinlerle geçen hastalıklar yaygın bir şekilde

²⁸ Ateş, M.,a.g.e.,s.10,11

²⁹ Kurtulmuş, S.,”Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Sistemleri Bakımından Hesaplama Birimi Olarak Aile”, T. C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı Yayınları, Ankara, 1998, s. 228

görülmektedir. Gelişmiş ülkelerde iserahat yaşam ve kötü beslenmeye bağlı ‘bolluk hastalıkları’ artmaya başlamıştır.

Her iki tablo, sağlık sorunlarına sebebiyet veren yanlış uygulamalardır.

2.1.2.3.Erken tanı

Hastalıkların erken dönemde saptanması, tedavilerinin de kolay, başarılı ve düşük maliyetli olmasını sağlamaktadır.Bu amaçla yapılan çalışmalar ihmalden ve korkudan kaynaklanan eksik talebin açığa çıkmasını da sağlamaktadır.Sağlık eğitimi ve periyodik muayeneler erken tanının alt yapısını oluşturur. Sağlığa zararlı işyerlerinde çalışanlar veya sağlık açısından yüksek risk altında olan gruplarda bu çalışmalar daha da büyük önem arz etmekte olup erken tanıyla tedavideki başarı oranı yüksek oranlarda artış göstermektedir.

2.1.2.4.Aile planlaması ve Ana -Çocuk Sağlığı

Doğum öncesi ve doğum sonrası sağlık personeli tarafından yapılan bakım ve müdahaleler hem anne hem de yenidoğan bebek ölümlerini önlemekteve ayrıca gebelikle ilgili hastalıkların ortaya çıkışını engellemektedir. Aşırı ve sık doğurganlığın ana-çocuk sağlığını olumsuz etkilediği bilinmektedir....Ailenin geçim koşulları ile doğru orantılı olarak çocuğa yönelik bakım, ilgi, beslenme, eğitim ve sağlık olanakları azalmakta, bu durum bireylerin bedensel ve ruhsal gelişimini olumsuz yönde etkilemektedir....Aile planlaması çalışmaları hükümetlerce bir kamu politikası olarak yürütülmektedir.

2.1.2.5.İlaçla Koruma

Bazı durumlarda kişilere koruyucu ilaç tedavisi uygulamak gerekli olmaktadır. Tüberküloz, menejit ve sıtma gibi bulaşıcı hastalıklarla temas olasılıklarında,tıbbi zorunluluk nedeniyle ve hastalıktan korunmak için kişilere ilaç verilmektedir.

2.1.2.6.Kişisel Hijyen

Sağlığı geliştirici eğitim ve kişisel hijyen, koruyucu hizmetler kapsamında yer almaktadır.Kişilerin sağlıklarını koruma ve sağlık hizmetlerini kullanımlarıyla ilgili

davranış ve tutumlarını değiştirmeye yönelik eğitimlerini sağlamak,hastalıkların önlenmesini ve verilen sağlık hizmetlerinin etkinliğinin artışı sağlamak,Kişisel hijyen ve ergonomi kurallarını öğrenmiş her birey daha sağlıklı ve verimli olmaktadır.

2.1.2.7.Sağlığa Zararlı Alışkanlıklarla Mücadele ve Ruh Sağlığı

Uyuşturucu, sigara, alkol veya diğer madde bağımlılıkları; insan bedeninde ve ruhunda geriye dönülmez hasarlar oluşturarak; insan sağlığını, verimliliğini ve yaşam kalitesini bozmakta ve çeşitli sosyal sorunları da ortaya çıkarmaktadır.

Bunların yol açtığı sağlık sorunları ve sosyal zararlarla baş etmeye çalışmak, tedavi edici yaklaşımla üstesinden gelmek hem genellikle başarısızdır hem de çok yüksek maliyetlidir. Asıl olan bu maliyetlerin ortaya çıkmasını önlemeye yönelik müdahalelerde bulunmaya yönelik olmalıdır.Bu alanlardaki çalışmalar, kamu ve gönüllü kuruluşların programı kapsamındadır.³⁰

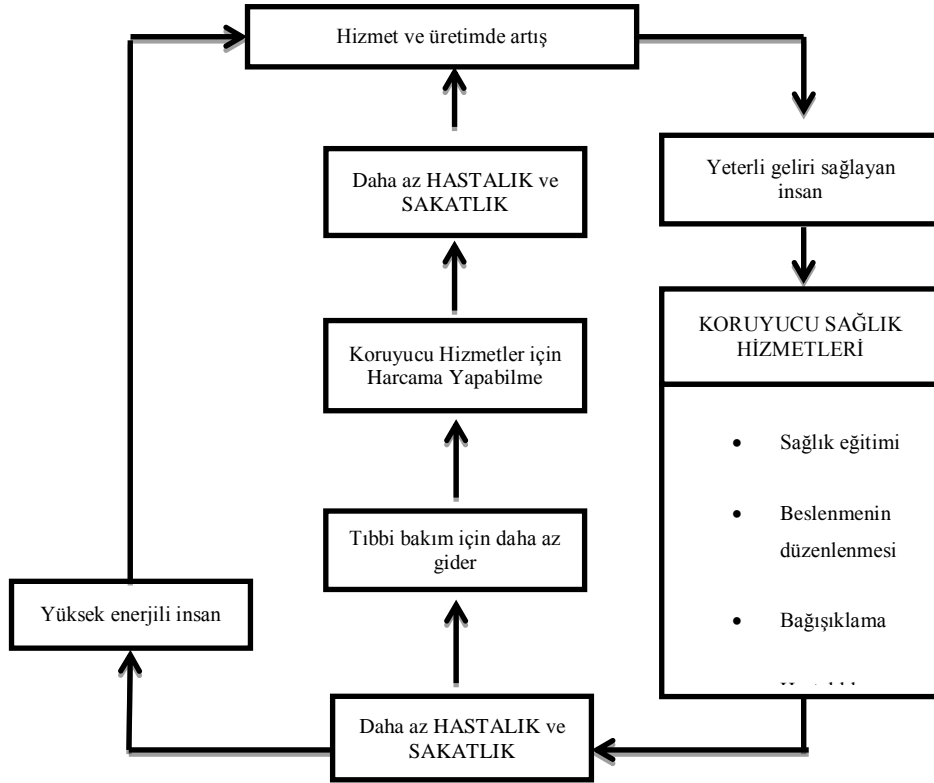
Günümüzde tedavi edici sağlık hizmetlerine önem verilmekte, koruyucu sağlık hizmetlerine daha az kaynak ayrılmaktadır. Ülkemizde de Sağlık Bakanlığı bütçesinin ancak % 2 lik kısmı koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılmıştır. Tedavi edici sağlık hizmetlerine aşırı yatırım yapılması, koruyucu sağlık hizmetlerinin nispi olarak ihmal edilmesine yol açmıştır. 2000 yılı ve sonrası için sosyal güvenlik alanında önleyici ve rehabilite edici hizmetlerin geliştirilmesinin öncelik kazanacağını söylemek mümkündür.³¹Bununla birlikte koruyucu sağlık hizmetlerinin, iktisaden gelişmiş ülkelerle gelişmekte veya az gelişmiş ülkeler açısından taşıdığı önem farklıdır. Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin, tedavi edici sağlık hizmetlerinin maliyetini düşürücü fonksiyonu göz önüne alınırsa, az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelere bu tür hizmetlerin etkinliğinin gelişmekte olan ülkelere göre daha fazla olacağı anlaşılmaktadır. Az gelişmiş ülkelerde bulaşıcı hastalıkların gelişme imkanının çok daha elverişli boyutlarda olması ve çevre sağlığı ile ilgili genel hizmetlerin yetersiz düzeyde oluşunun, bulaşıcı hastalıkların ortaya çıkma ihtimalini arttırdığı anlaşılmaktadır.³²

³⁰Ates, M., a.g.e.,s.10-13

³¹Laroque, P. , 21. Yüzyıla Doğru Sosyal Güvenlik, ILO, (çev:Yusuf Alper), Yayınlanmış Rapor, Bursa, 1988, s. 7

³² Kurtulmuş, S.,a.g.e.,s,228

Aşağıda, Koruyucu Sağlık Hizmetleri insana yatırım ilişki şemasında; yeterli düzeyde gelir sağlayan insan grubunun, koruyucu sağlık hizmetlerine yaptığı yatırımın daha az hastalık ve sakatlığa sebep olduğu, bunun sonucu olarak daha az yapılan tedavi harcamalarının, kişinin kendi sağlığına yatırım yapabilmesine olanak sağladığı görülmektedir. Bu yatırım, sağlıkla ilgili olası riskleri minimize ederek, yarattığı yüksek enerjili insan grubuyla, hizmet ve üretimde artışa sebep olmakta ve hem kişisel hem de toplumsal fayda artışına sebep olmaktadır.



Şekil. 3. Koruyucu Sağlık Hizmetleri insana yatırım ilişkisi

Kaynak: Ofset Ü. , Özden M. , Sağlık Eğitimi, Ankara, 1988

2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi Hizmetleri; hastalık, kaza ve yaralanmaya maruz kalan bireylerin tanısı, tedavisi, vücut arazlarının azaltılması ve ölümün önlenmesi için hekimlik yöntemleri ve uygun teknolojiler kullanılarak yapılan sağlık hizmetleridir.

“Tanımdan da anlaşılacağı üzere, hizmet birey üzerinde yoğunlaşır. Tedavi edici sağlık hizmetleri:

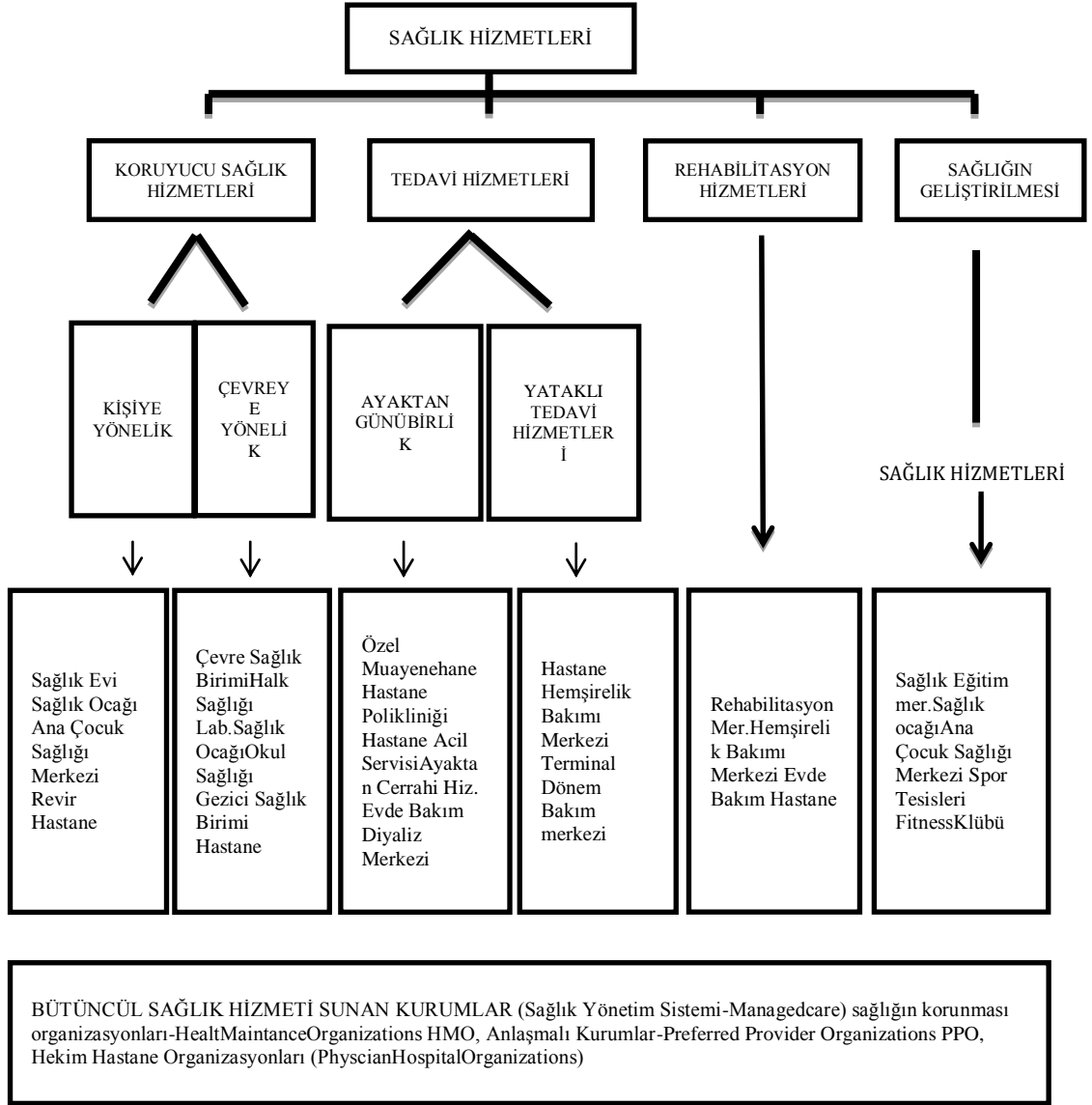
- Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

- İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri
- Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri³³ olarak üç basamakta incelenmektedir”.

Tedavi edici sağlık hizmetleri koruyucu sağlık hizmetlerine göre çok daha fazla maliyet ve organizasyon gerektiren hizmetlerdir. Yetişmiş personel ve fiziki imkanlarla yönetim ve finansman gibi çok önemli boyutları vardır. Kuşkusuz bu hizmetlerin sunumu da önemli toplumsal faydalara yol açar. Ancak sahip oldukları maliyet ve her türlü organizasyon ihtiyacı nedeni ile tüm dünyada yaygın ve öncelikli sağlık hizmeti sunumu “koruyucu sağlık hizmetleri”dir.³⁴

³³ Ates, M., a.g.e., s.13,14

³⁴ Altay, A., a.g.e., s.35



Şekil.4.Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Kurumlarının Sınıflandırılması

Kaynak: Kavuncubaşı,Ş.,(2000), Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, 2000, Ankara

Kavuncubaşı, sağlık hizmetlerini yukarıdaki şemada kategorize ederek bu hizmetlerin hangi kurumlarda verildiğini de ayrıca detaylandırmıştır.

2.2.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Toplum sağlığına yönelik hizmetler ile bireysel, koruyucu, tanı koyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetleridir. Ayrıca kişilerin sağlık sisteminden ilk hizmet alış noktasıdır. ³⁵

³⁵ Korukluoğlu,S.,-Üstü,Y,-Kasım,İ.,-Doğusan,R.,-Hacımamoğlu,A.,v.d., a.g.e., s. 43

Birinci basamak öncelikle insanların sağlık örgütlenmesi ile ilk karşılaştığı yer ve sistem içine giriş kapısıdır.³⁶

2.2.1.1.Birinci Basamak Sağlık HizmetlerininÖzellikleri

Birinci Basamak sağlık hizmetleri, kişilerin çeşitli sağlık sorunlarıyla ilgili başvurusu sonrası, kişiyi değerlendirmeye alan ve bu anlamda sağlık hizmeti üreten ilk sağlık kurumudur.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin özellikleri iki başlık altında toplanır.

- Birinci başlık ulusal düzeydeki politika öncelikleri ile bağlantılı olan ve ülkenin birinci basamak yönelimli olmasını destekleyen sistem özellikleri ya da bir diğer ifade ile yapısal özelliklerdir. Bu başlık altında yer alan özellikler birinci basamağın alt yapı ve insan gücü olanaklarının dağılımı, finansman tipi, hizmetlerin verildiği yer ve birinci basamak sağlık hizmetinden sorumlu olan sağlık çalışanı tipidir.

- İkinci başlık ise birinci basamağın bu sistem özellikleri üzerine kurulu olan işlevlerini tanımlar. Bunlar;

İlk başvuru, kapsayıcılık, süreklilik ve eşgüdüm olarak ifade edilir.

- İlk başvuru; birinci basamağın, bireylerin sağlık sistemine ilk giriş aşaması olması

- Kapsayıcılık; az rastlanan ve alışılmadık durumlar dışında herkese koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin sunulması

- Süreklilik; hasta ile uzun erimli bir ilişki içinde bulunulması

- Eşgüdüm; sistemin diğer aşamaları ile arasında bilgi aktarımı gerçekleşmesi olarak ifade edilir. (starfield, 1998, 2003)

³⁶Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı, Sosyal Güvenlik Kurumu, Sağlık Uygulama Tebliği, "Sağlık Hizmet sunucuları"
[http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=9.5.13891&sourceXmlSearch=&MevzuatIliski=0\(01.06.2011\)](http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=9.5.13891&sourceXmlSearch=&MevzuatIliski=0(01.06.2011))

Tablo. 1. Birinci Basamak Hizmetlerinin Özellikleri

Yapısal Özellikler
1. Alt yapı ve insan gücü dağılımı 2. Finansman 3. Birinci basamak hizmetini sunan sağlık çalışanı
Uygulama Özellikleri
1. İlk başvuru 2. Kapsayıcılık 3. Süreklilik 4. Eşgüdüm

Kaynak: Öcek, Z.,Soyer, A.,Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Birikimimiz:2000-2004 Türkiye Fotoğrafi, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 2007, Ankara, s.12

2.2.1.2.Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Yapısal Özellikleri

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin yapısal özellikleri aşağıdaki başlıklarla açıklanmaya çalışılacaktır.

- Alt yapı ve insan gücü dağılımı
- Finansman
- Birinci Basamak Hizmetini Sunan Sağlık çalışanı
- Birinci Basamak Hekiminin uzmanlığı ve Eğitimi

2.2.1.2.1. Alt Yapı ve İnsan Gücü Dağılımı

Sağlık sistemleri kaynak dağılımlarının düzenlenmesi açısından ikiye ayrılır. İlk grupta alt yapı, insan gücü ve tüm toplumdaki kaynakların eşit ve coğrafik olarak dengeli bir şekilde dağılımını amaçlayan politik olarak örgütlenmiş sağlık sistemleri yer almaktadır. Eşit kaynak dağılımları sağlık eşitliklerini geliştirirken, nüfus temelinde coğrafik olarak tanımlanmış örgütlenme, birinci basamak ekibinin toplumun sağlık sorunları hakkında daha bilgili olmasını ve dolayısıyla sorunların çözümü adına ekibin, topluma daha fazla katılımına olanak sağlamaktadır.³⁷

³⁷ Strafield.B.,(1998).primary care:Balancing Health Needs Services and Technology New York:Oxford University press'den Öcek, Z. , Soyer, A. , Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Birikimimiz:2000-2004 Türkiye Fotoğrafi, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 2007, Ankara, s. 11-13

2.2.1.2.2. Finansman

Birinci basamak hizmetiningüçlü bir yapıda olabilmesi için vergi ile finanse edilebilmesi ve cepten ödeme olmaması gerekmektedir.

Bugünsağlık reformu adı altında pek çok ülkede yapılsigorta-cepten ödeme uygulaması, harcama yükünü vatandaşlara aktarabilmek ve işverenin de bu anlamdaki yükünü azaltan bir seçenek olarak görülmektedir.

Bu bakımdan cepten ödeme paylaşımcı finansman ve yardımlaşma ilkelerine tamamen aykırıdır ve sosyal riskin bireyselleştirilmesi olarak görülmelidir.³⁸

Cepten ödemenin eşitlikçi yönü gibi gösterilen muafiyetaslında herkese sağlık hizmeti yerineçok sınırlı bir gruba verilen oldukça sınırlı bir kapsamdaki sağlık yardımından başka bir anlam taşımamaktadır.

2.2.1.2.3. Birinci Basamak Hizmetini Sunan Sağlık çalışanı

Birinci Basamak Hizmetlerinin sunumu ile ilgili iki temel model vardır. Birinci modelde, yanında istediği sayı ve nitelikte personel çalıştıran ve bağımsız olarak özel muayenehanesinde çalışan hekimler tarafından hizmet sunulmaktadır. Kamu ve özel sağlık sigortası sistemlerine özgü olan bu modelİtalya ve İngiltere’de de uygulanmaktadır.İkinci modelde ise kamu sağlık merkezlerinde maaş karşılığında kamu personeli olarak çalışan hekimler ve sağlık çalışanları tarafından hizmet sunulmaktadır.

İngiltere, İtalya, Hollanda, Fillandiya,İsveç, Norveç, İzlanda ve Yunanistan’ın dahil olduğu bir grup ülkede birinci basamak sağlık hizmetleri toplum sağlığı ile ilgili özel bir sorumluluk taşıyan, toplumun gereksinimlerine yönelik hizmet sunan, klinik kararlarını hastanın içinde yaşadığıtoplum ve çevre ile ilgili bilgileri kullanarak veren, hastalık yönelimli değil bütüncül ve sağlığa odaklı bir bakış açısına

³⁸Deppe, H.U. , (2005). Zur Sozialen Anatomiedes Gesundheit systems. Neoliberalismusund Gesundheitspolitik in Deutschland. 3. Aktualisierte Aufla.g.e. Verlagfür Akademische Schriften. Frankfurt ‘den Öcek, Z. , Soyer, A. , Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Birikimiz:2000-2004 Türkiye Fotoğrafı, Türk Tabibleri Birliği Yayınları, 2007, Ankara, s. 13-15

sahip olan bir hekim tipi gerektirir. Bu nedenle birinci basamak hekimlerinin eğitimi, birinci basamağa uygun içerikte planlanmalı ve birinci basamakta gerçekleşmelidir.³⁹

2.2.2. İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Kişilerin birinci basamakta teşhis veya tedavi edilemeyen hastalıkları nedeniyle, birinci basamaktan sevk edilerek sağlık sorunlarına çözüm getirmeyi amaçlayan, belli dallarda uzmanlaşmış hekimlerin görev yaptığı, teknik donanımı yüksek, yataklı veya yataksız sağlık tesislerinde verilen hizmeti ifade eder. 2. Basamak Sağlık Kuruluşları çoğunlukla birden fazla uzmanlık dalına hizmet verir, ancak Doğum Hastaneleri veya Çocuk Hastaneleri gibi hastalık türü, yaş veya cinsine göre hizmet veren sağlık kuruluşları da ikinci basamak sağlık kuruluşudur.

2.2.3. Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri

Ana dallar veya Yan dallar konusunda sağlık ve eğitim hizmetinin yürütüldüğü sağlık kuruluşlarında, genellikle ve hedef olarak, ikinci basamaktan sevk ile gelen hasta grubuna verilen hizmeti ifade eder.⁴⁰

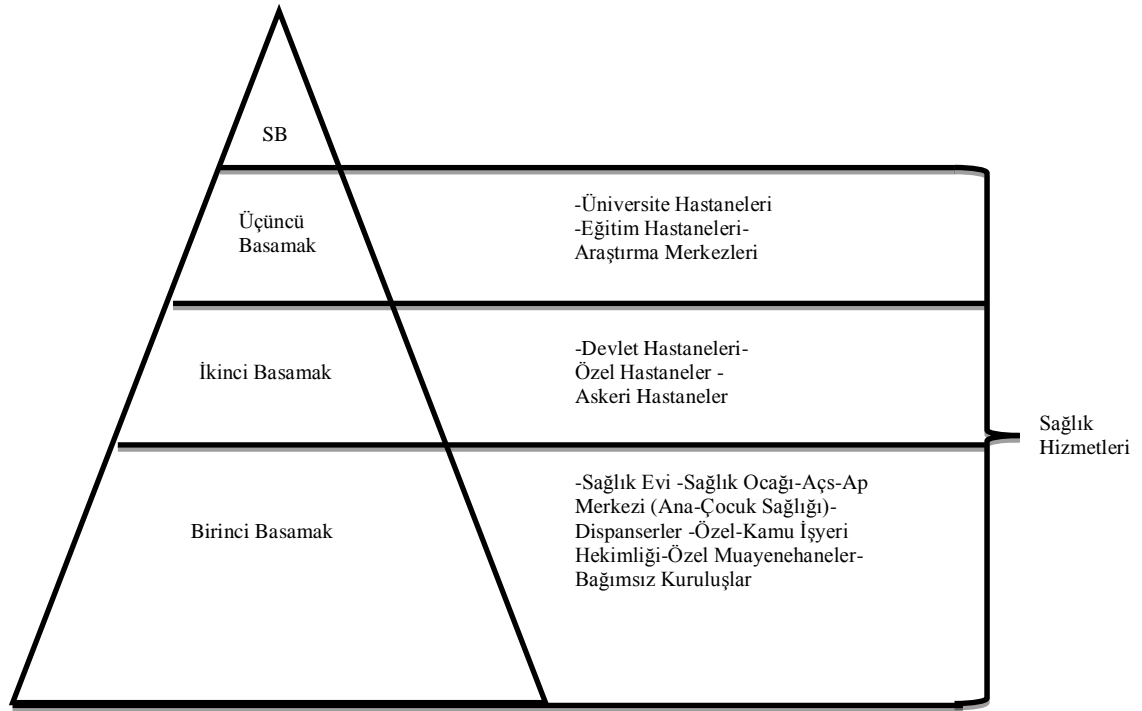
Üçüncü Basamak Sağlık hizmetleri, sağlık hizmetlerinin, eğitim, araştırma ve bilimsel kıstaslarda hizmet üretimini sağlayan birimlercesunulmaktadır.

Üniversite, eğitim hastaneleri ile araştırma merkezleri bu kapsamda yer almaktadır. Diğer basamak hizmetler ile karşılaştırıldığında maliyeti en yüksek basamak hizmetlerini oluşturmaktadırlar. Yetişmiş sağlık elemanı, yoğun teknoloji ve fon ihtiyacının en fazla olduğu sağlık hizmeti türüdür.⁴¹

³⁹Öcek, Z. , Soyer, A. , Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Birikimimiz:2000-2004 Türkiye Fotoğrafi, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 2007, Ankara, s. 14-15

⁴⁰ Korukluoğlu, S.,-Üstü, Y.,-Kasım, İ., v. d., a. g. e., s.46

⁴¹ Altay, A., Sağlık, a. g. e., s.46



Şekil. 5. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Kaynak:T.C. Sağlık Bakanlığı Bilgi İşlem Daire Başkanlığı, Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi Eylem Planı, Ocak 2004,Ankara

2.3.Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri

DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) ’nün tanımına göre rehabilitasyon, bireylerdeki engelliliğin etkilerinin ve engel koşullarının azaltılmasını amaçlayan, bu bireylerin sosyal entegrasyonunu sağlamaya yönelik bütün önlemler, olarak tanımlanmaktadır.⁴²Rehabilitasyon hizmetleri, tıbbi ve sosyal rehabilitasyon olarak ikiye ayrılmaktadır.

2.3.1. Tıbbi Rehabilitasyon

Hastanın fiziksel ve bilişsel fonksiyonlarını, bağımsızlığını, en üst düzeye çıkarmak verestore etmektir.⁴³Bu aşamada amaçlanan kişinin yaşam kalitesini olabilecek en üst seviyeye çıkararak refah düzeyinde yükselişi sağlamaktır.

⁴² Korur, Pan, A. , Adana İl Merkezinde Yaşayan Farklı Sosyokültürel Grupların Sağlık Hizmetlerini Kullanma Davranışlarının Değerlendirilmesi, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Adana, 2010

⁴³ Arasıl, T. , ”Türkiye’de ve Dünyada Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyonun Durumu”, Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi, C.54, Özel S.1, s. 1, 3,İstanbul, 2008

2.3.2. Sosyal Rehabilitasyon

Hastalık ve sakatlık nedeniyle yapmakta olduğu işi yapamayacak hale gelen kişiye yapabileceği bir iş bulma ve onu bu iş için eğitmektir.⁴⁴Kişinin mevcut durumuna uyum sağlaması adına çeşitli destek programları sunularak ayrıca desteklenmesi de sağlanabilmektedir. Kişinin topluma kazandırılması,mutlu ve üretken bir birey olma sürecinde sosyal rehabilitasyon hizmetleri bir kilometre taşı olma özelliğindedir.Sosyal rehabilitasyonun hedef kitlesi toplumda bu konumdaki bireyler olup bu bireylerin daha mutlu ve üretken hale gelmesi toplumsal refah düzeyinde ki artışı gözler önüne serebilecektir.

⁴⁴Fişek,N.,”Sağlık Hizmetleri ve İşçi Sağlığı Ailelerinin Sağlık Sorunları”,Modern Yönetim Semineri,No.144,1982,Ankara

II.BÖLÜM

SAĞLIK BAKIM, EVDE BAKIM VE TERMİNAL DÖNEM BAKIM HİZMETLERİ

1. SAĞLIK BAKIM HİZMETLERİ

Sağlık Bakım Sistemi; Sağlık bakımı, tıbbi tedavi, bakım, rehabilitasyon ve tüm destek hizmetlerinin tümünün topluma sunulması anlamında kullanılan bir terimdir.

Sağlık Sistemi ülke genelinde varolan toplumsal ve kamu sektörü kaynaklarına halkın katılımı ile bireye sağlıklı, mutlu, üretken ve nitelikli bir yaşam sağlamayı amaçlayan, sağlık sorunlarını en aza indirgeyecek, örgütsel, çoğulcu bir sistemin alt bölümüdür.

Toplumların politik, sosyal, ekonomik, kültürel etmenlere bağımlı olarak değişebilen sağlık sorunları, genelde karmaşık bir yapıya sahiptir.

Bu karmaşanın çözümü için; “sağlığı” ilgilendiren her bir disiplinin kendi alanına özgü, bilgi ve becerisi ile planlı, işbirlikçi, örgütlü bir sektörler arası katılımı sağlanmalıdır.

Birey ve toplumun sağlıklı, üretken ve anlamlı bir yaşam biçimine kavuşması bu şekilde gerçekleşebilmektedir. Ancak bu amaca yönelik ulusal çabalara, Dünya Sağlık Örgütü’nün ”2000 Yılında Herkese Sağlık” hedefleriyle uluslararası işbirliği de eklendiği halde gelişmekte olan ülkelerde henüz bu hedefe istenilen düzeylerde ulaşamamıştır.

Bunun en önemli nedeni sağlık hizmetinin daha çok hastalık ve tıbbi bakımda yoğunlaşmış olmasıdır. Oysa sağlık hizmetinin kapsamı toplumu, aileyi, bireyi istenilen sağlık düzeyine ulaştırmak ve bunu örgütlenmiş, planlanmış bir hizmet bütünlüğü ile sağlamak, sürdürmek ve geliştirmektir. Halihazırda sağlık hizmetinin üç aşamalı olarak bireye ve toplumun her kesimine ulaşması sağlanmaktadır.

19. Yüzyılda büyük bir atılımla endüstrinin gelişimi, sosyal gelişime ve teknolojinin toplumsal yaşamı etkilemesine neden olmuş, dolayısıyla bir çok bilimle

birlikte bilginin teknik kolaylıklarla insanların günlük yaşamına girmesini sağlamıştır.

Çok yönlü bu gelişmeler insanın eğitim düzeyini de etkilemiş, birçok konuda bilgi ve bilinç düzeylerinin artmasına sebep olmuştur.

Dolayısıyla kişilerin kendi sağlıklarına ilişkin bilinç düzeyleri geçmiş yüzyıldan günümüze farklılık göstermiş, insanın ilgi alanı yavaş yavaş hastalıktan sağlık alanına doğru yönelmiştir. ¹

Sağlık bakım hizmetlerini aşağıdaki gibi sınıflandırılabiliriz;

- Evde Bakım Hizmetleri
- Yaşlı Bakım Hizmetleri
- Terminal Dönem Bakım hizmetleri
 - Palyatif Bakım Hizmetleri
 - Hospis Bakım Hizmetleri

Evde Bakım hizmetlerine giriş yapmadan önce bakım ve bakım verme, bakıma muhtaçlık kavramları ve bu durumun sosyal risk yönü ele alınacaktır. Daha sonra Evde Bakım Hizmetleri, Yaşlı Bakım Hizmetleri, Terminal Dönem Bakım Hizmetlerinden, palyatif ve hospis bakım hizmetleri incelenerek detaylandırılacaktır

Türk Dil kurumu'na göre Bakım, "Bakma işi; "Bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek, emek verme biçimi, birinin, beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işi" olarak tanımlanmaktadır.²

Bakım kavramının tanımında, ülkeler arasında farklılıklar olmakla birlikte, genel olarak bakım; günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesinde zorlanan bireyin desteklenmesini amaçlayan etkinlikleri ifade etmektedir. ³

¹ E-Hemşire, "Sağlık Ekibi ve Sağlık Bakım Sistemi", <http://www.e-hemsire.com/saglik-ekibi-ve-saglik-bakim-sistemi.html> (31.08.2011)

²Türk Dil kurumu
http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.4f42c7789e1766.99379005 (01.06.2011)

³Vaarama, M., Planec-A European Project for Developing an Intelligent Decision Support System for The Care of The Eldery. http://www.ehto.org/ht_projects/planec/docs/planec.txt(31.08.2011)

Bakıma Muhtaç İnsan;bakımamuhtaç kişi tanımı, Almanya Sosyal Sigortalar Sistemi Bakım Sigortası kanununda “Bakıma muhtaçlar bedenlen, aklen veya ruhen hasta veya özürlü olmaları sebebiyle hayatın idamesine yönelik günlük, basit ve sürekli işlerin ifasında (muhtemelen en az 6 ay ciddi veya bundan daha ileri boyutta) başkalarının yardımına ihtiyaç duyan insanlardır”⁴olarak ifade edilmiştir.

Günlük hayatta her zaman yapılması gereken bazı basit bedeni hareketlerin yerine getirilmesinde (giyinme, yeme içme, beden temizliği, tuvalet ihtiyacın giderme, alışveriş vb.) başkalarının fiziki yardımına ve desteğine sürekli olarak ihtiyaç duyan insan, aciz insan olarak tanımlanmaktadır.Yanibu ifadeden hayatın idamesi için yapılması zaruri olan temel iş ve görevleri kendi kendine yapma kabiliyetine ve gücüne sahip olmayan insanın aciz insan olarak tanımlandığı anlaşılmaktadır.

Bakıma Muhtaçlık Riski; Kişinin özürlülük, yaşlılık,hastalıkveya malullük gibi sebeplerden dolayı başkalarının sürekli olarak fiziki bakımına muhtaç hale gelebileceğini gösteren sosyal bir tehlikedir.

Bakıma Muhtaçlık Derecesi; Değişik derecelerde başkalarının fiziki desteğine ihtiyaç duyma durumudur. Bakıma muhtaçlık derecesi yükseldikçe kişinin bakımı da o nispette zor olmaktadır.

Bu noktada bakıma muhtaçlık riski önlem alınmasını gerektiren sosyal bir tehlike,bakıma muhtaçlık derecesi ise,önlem alınmakta geç kalınmış,bakımve rehabilitasyon hizmeti gerektiren sosyal riskler grubunda tanımlanmaktadır.

Bir Sosyal Risk Türü olarak Bakıma Muhtaçlık tanımından yola çıkılarak; “Sosyal riskler üç ayrı başlıkta kategorize edilmektedir

- Mesleki Riskler: İş kazaları ve meslek hastalıkları
- Fizyolojik(fiziki) Riskler: Hastalık malullük, kazalar, sakatlık, analık, yaşlılık (bakıma muhtaçlık), ölüm.

⁴Seyyar,A.,Ali Seyyar’ın Makaleleri”Sosyal Bakım Hizmetleri ve Kalite ”,http://www.sosyalsiyaset.net/documents/sosyal_b_h_kalite.htm’den SGB (Sozialgesetzbuch: Sosyal Kanun Kitabı): XI; m. 14. 1.

- Sosyo-ekonomik Riskler: İşsizlik, aile yükleri, gelir yetersizliği”.⁵

Bazı sosyal riskler iradi (evlenme, çocuk sahibi olma vs.), bazıları da gayri iradi (kaza, sağlığını yitirme, yaşlanma, ölüm, tabii afetler veya terör sonucunda zarara uğramak gibi) olarak ortaya çıkmaktadır.

“İnsan hayatıyla doğrudan ilgili olan gayri iradi tehlikelerin meydana gelmesiyle kişi, riskin türü ve boyutuna göre sadece maddi zarar görmemekte, aynı zamanda başkalarına da bağımlı hale gelebilmektedir. Bu anlamıyla bakıma muhtaçlık riski yaşlanmaya bağlı bazı fizyolojik değişimlerin sonucunda, gayri ihtiyari olarak er veya geç ortaya çıkan bir sosyal risk türüdür. Gayri ihtiyari olarak bakıma muhtaçlık riski ciddi ve kalıcı bir kaza, sakatlanma veya hastalık sonunda da ortaya çıkabilmektedir.

Özrürlük, yaşlılık, hastalık veya malullük risklerinin ortaya çıkması ile her zaman bakıma muhtaçlık sorunu ortaya çıkmayabilir. Kaldı ki bakıma muhtaçlığa yol açabilecek herhangi bir riskin gerçekleşmesi halinde tıbbi tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri sayesinde fiziki-bedeni zararların veya rahatsızlıkların giderilmesi veya azaltılması da her zaman mümkündür”.⁶

“Bakım Hizmetleri, Değişik sebeplerden dolayı, bakıma muhtaç hale gelmiş insanlar için, üçüncü şahıslar tarafından uygulanan, uygulanması gereken psikososyal yardım ve fiziki desteklerinin bütünüdür. Bakım hizmetlerinin hedefi, kurumsallaşmış bakım sistemi oluşturarak, gerek bakım yurtlarında gerekse evde profesyonel bakıcı uzmanların ve bakımı kolaylaştıran teknolojik araç gereç yardımı ile bakım hizmetlerindeki kaliteyi artırmak ve aile fertlerinden oluşan bakıcıların yükünü hafifletmektir.

Eve yönelik bakım hizmetleri iki kısma ayrılmaktadır.

- İnfomal (Dahili) Bakım Hizmetleri: Evde yaşayan bakıcı aile fertleri tarafından yürütülen amatör bakım hizmetleri

⁵ Seyyar, A., Sosyal Siyaset Terimleri (Ansiklopedik Sözlük), İstanbul, 2002, s. 55

⁶ Seyyar, Ali., Yaşlılığa Bağlı Bakım Sorunlarına Çözüm Olarak Sosyal Politikalar, http://www.huzurevleri.org.tr/docs/yaslilik_bagli_bakim_sorunlarina_cozum_olarak_sosyal_politikalar.pdf (15.08.2011)

- Formal (Harici) Bakım Hizmetleri: Bakım kalitesini artırmak amacıyla dışarıdan gelen uzman bakıcıların sunduğu profesyonel bakım hizmetleri.

Bakım Kalitesi ise; Sosyal hizmetler alanında, gerek evde, gerekse bakım yurdunda yatan, bakıma muhtaç insanlara yönelik uygulanan bakım hizmetlerinin, örgütsel yapı, teşkilat sistemi ve yönetim işlevi çerçevesinde verilen hizmetle, memnuniyetin bir ifadesi olarak elde edilen üstün başarı ve etkinliktir. Bakım kalitesi bakım hizmetlerinin mevcut seviyesini ve yapısını, bir başka ifadeyle bakım hizmetlerinin verimli ve faydalı olarak özellikle bu maksatlar için geliştirilmiş standart bakım modelleri aracılığı ile nasıl ifa edilmesi gerektiğini gösteren bir uygulamadır”.⁷

Tüm bunlara istinaden batı dünyası tarafından yaşlı ve bakıma muhtaçlık sorununa, teorik ve akademik bir açılım getirilerek “sosyal bilimler alanı” ve “sosyal bakım” adı altında ayrı bir disiplin oluşturulmuştur.

“Sosyal bakımın özelliklerini dört ana grupta toplayabiliriz;

- Sosyal Bakım Temel ve Koruyucu (Rehabilitasyon) Bakım Hizmetleridir

Fiziki, psikolojik, akli ve (ya) ruhi yönden kendi kendine yeterli olamayan dolayısıyla sürekli olarak başkalarının yardımına ve desteğine ihtiyaç duyan aciz insanlara standart bakım planları çerçevesinde temel bakım hizmetlerinin verilmesi, sosyal bakım uygulamalarının ana işlevlerindedir. Kişiye yemek yedirmek, beden temizliği ve diş sağlığı ile ilgili girişimlerde bulunmak, tuvalet ihtiyacını giderebilmesi için kendisine yardımcı olmak, yatmasını ve kalkmasını sağlamak, evini temizlemek gibi faaliyetler, temel bakım hizmetleri kapsamında yapılması gereken hizmetlerdir. Bunun yanında tıbbi rehabilitasyon çalışmaları ile kişinin yeniden eski dinçliğine, sağlığına, bağımsızlığına kavuşturulması söz konusu değilse mevcut durumunu korumak ve (ya) durumunun daha da kötüye gitmesini önlemek için aktif, yani koruyucu rehabilitasyon hizmetleri de sunulmaktadır. Tıbbi tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin etkinliği yetersiz kaldığından dolayı gereksiz olsa da

⁷ Seyyar, A., “Ali Seyyar’ın Makaleleri, Bakıma Muhtaç Yoksulların Evde Bakımının Kurumlaştırılması” (Almanya Örneği), http://www.sosyalsiyaset.net/documents/yoksullarin_evde_bakimi.htm (15. 08. 2011)

bakıma muhtaç kişiye sürekli olarak psiko-sosyal ve manevi rehabilitasyon hizmetleri sunulmalıdır.

- Sosyal Bakım Hedefe Odaklı Hizmetlerdir

Sosyal bakım hizmetleri ile bakıma muhtaç kişinin hayat kalitesinin korunması veya artırılması amaçlanmaktadır. Aktif ve kaliteli bakım hizmetleri, kişinin hareket edebilirliği, fiziki bağımsızlığı, sağlığı, kendi kendine yeterli olması, güçlüklerini yenebilmesi, yalnızlıktan kurtulması, toplumsal hayata katılımı, özgüveninin artırılması, psikolojik ve sosyal olarak uyumlu olması, maddi ve manevi yönden tatmin edilmesi gibi alanlarda yoğunlaşmaktadır”.

- Sosyal Bakım Bireysel İlişkileri Geliştiren Hizmetlerdir.

Temel bakım hizmetleri ile birlikte uygulayıcı (uzman bakıcı) ile bu hizmetlere ihtiyaç duyan kişiler arasında iletişimin dışında, işin doğasının da gereği olarak şahsi ve samimi ilişkiler kurulabilmektedir. İletişim ve ilişkiler, paylaşım ve sosyal duyarlılıklarla pekiştirilmektedir. Bakımla uğraşan kişi, bakıma muhtaç kişiye, fiziki destek ve yardımın yanında yoğun ilgi, sevgi ve saygı göstermelidir ve paylaşımın olması adına maksimum gayret göstermelidir. Paylaşımın sağlanması ve etkin iletişimin kurulması adına; Kişiye yeterli zaman ayırmak, onu dinlemek, onu anlamaya çalışmak derdine ortak olmak, sosyal bakım uzmanının görevleri arasında olmalıdır.

- Sosyal Bakım Psiko-Sosyal Unsurlar Taşıyan Hizmetlerdir

Bakıma muhtaç kişilerde özel durumlarından kaynaklanan bir çok psiko sosyal sorun ortaya çıkabilmektedir. Bu sorunların çözümünün sadece temel bakım hizmetleri vermek suretiyle giderilmesi mümkün değildir. Uzman bakıcıların yeterlilikleri arasında; kişinin biyografisine, şahsi özelliklerine, kişilik yapısına, iç ve dış potansiyellerine (güç kaynaklarına), istek ve arzularına uygun bir şekilde psiko-sosyal oryantasyon, rehberlik, yardım ve destekte bulunabilmeleri ve kendi potansiyellerini geliştirebilme özellikleri de bulunmalıdır. Bakımla uğraşan kişilerin sosyal psikologlar, gerontologlar, sosyal hizmet uzmanları, sosyal pedagoglar ve sosyal çalışmacılar gibi çok yönlü bir disiplinin bir parçası olduğunu unutmamalıdır.

Diğer taraftan oluşumu ve sonuçları itibariyle bakıma muhtaçlık olgusu karmaşık bir konu olduğu için sosyal bakım bilimi, sosyal içerikli bir çok bilim dalı ve meslek gruplarıyla işbirliği yapmak mecburiyetindedir. İşin bu yönüyle sosyal bakım bilimi niteliği gereği, inter-disipliner ve multidisipliner özelliktedir.⁸

Bugün sağlık bakımının sunumunu etkileyen konular, refah, sağlığın geliştirilmesi hastalıkların önlenmesi, rehabilitasyon ve tüketicilik üzerine odaklanmıştır. Günümüz insanı sağlık konusunda çok daha deneyimli olup, kendi sağlığı üzerinde kontrolünün olmasını, kendi sağlığı hakkında karar vermeyi, sağlık bakımının planlanmasına ve uygulanmasına daha aktif bir şekilde katılmayı istemektedir.

1.1.Sağlık Bakımı Sunan Ortamlar

Sağlık Bakımı Sunan Çeşitli ortamları aşağıdaki şekilde sınıflandırabiliriz;

1.1.1. Hastaneler

Hastalar geleneksel olarak tedavileri tamamlanıncaya veya iyileşinceye kadar hastanede tutulmaktadırlar.Böyle uzun süreli yatışlar artık kabul görmemekte, hastanelerin akut ve ciddi hastaların tedavi göreceği ve aynı zamanda ayaktan tedavi ve destekleyici hizmetlerinde verileceği merkezler olması hedeflenmektedir. İyileşme süreci başlayınca,uzun süreli bakım göreceği bir ortam veya rehabilitasyona alınarak, tamamen iyileşinceye kadar da evde bakım programından yararlanması doğru bulunmaktadır

Hastanelerin çoğu,sağlık bakım sistemlerini geliştirmekte vedeğiştirmektedir; Eczaneler, laboratuvarlar, uzun süreli nitelikli bakım olanakları gibi hastane dışından insanların kullanabileceği hizmetlerle kar eden bazı üniteler oluşturmaya çalışmaktadır.

⁸ Seyyar, A., Yaşlılığa Bağlı Bakım Sorunlarına Çözüm Olarak Sosyal Politikalar,http://www.sosyalsiyaset.net/documents/yasligiga_bagli_bakim_s.htm(15.11.2011)

1.1.2. Hekim Muayenehaneleri

Bakımın devamlılığını ve kalitesini iyileştirmek veya rekabet sonucu, hekimlerin muayenehanelerinde verilen hizmetin içeriği genişlemiştir. Burada genellikle hastalığın tanı ve tedavi sürecinde birinci basamak hizmeti sunulmaktadır.

1.1.3. Ayaktan Bakım Merkezleri

Bu merkezlerin bir hastane ile bağlantıları olabildiği gibi, klinikler ve hekim bürolarında verilen hizmetlere benzer nitelikte hizmet de verebilmektedirler. Dahayeni tipleri Acil Bakım Merkezleri olarak da tanımlanmaktadır.

1.1.4. Yetişkin Gündüz Bakım Merkezleri

Yaşlılara, fiziksel veya mental sorunu olanlara hizmet veren merkezlerdir. Günlük yaşam faaliyetlerini yapmada yetersiz olanlar yalnız bırakılmamakla birlikte gündüz bakım merkezlerinin varoluş amacı yetersizliği olanların aile üyeleri isteyken bakım ihtiyacını karşılayarak aile yaşamından kopmamasını ve güvence altında olmasını sağlamaktır. Gündüz bakım merkezleri uzun süre bakım veren kuruluşlar ve hastaneler içinde de yer alabilmektedir. Hizmeti içeriğinde, yemek, rehabilitasyon, meşguliyet tedavisi, danışmanlık ve ilaç tedavi uygulaması gibi çeşitli hizmetler bulunmaktadır.

1.1.5. Kısa Süreli Bakım

Bazı kuruluşlar, özellikle bir bakımeviyle bağlantılı olanlar kısa süreli bakım hizmeti verirler. Amaçları aile üyelerini rahatlatıp desteklemek, evde bakılanlara, esas bakıcısının yerine geçerek evde kısa süreli bakım da verilmesini sağlamaktır.

1.1.6. Evde Sağlık Bakımı Sunan Bürolar

Kısa veya uzun süreli hizmet isteklerini karşılar. Toplum sağlığı hemşireliği evde sağlık bakımının bir şeklidir.

Hastaların sağlık bakımı gereksinimlerini karşılamak üzere evde sağlık bakımı hizmeti giderek yaygınlaşmaktadır.

1.1.7. Uzun Süreli Bakım Olanakları

Bakımevleri, fiziksel ve mental yetersizlikleri olan yaşlıların bakıldıkları, gittikçe yaygınlaşan olanaklardandır.

Bu merkezler 3 türlü bakım hizmeti vermeye yöneliktir;

- Bağımsız yaşama,
- Toplu bakım,
- Yatan hastalara nitelikli bakım.

Emeklilerin sürekli bakımı ve yaşam bakımı tarzındaki hizmetler, apartman veya benzeri bağımsız (müstakil) yaşam birimlerinde hastanın kendisine ait eşyalarla döşenmiş mekanlardaverilmektedir.

Bu merkezlerde ihtiyaç duyulan olağan, nitelikli hemşirelik bakımı ve acil bakım, ev idaresi, çamaşır ve beslenme hizmetleri, taşınma, sosyal faaliyetler ve giyinme, yeme, banyo, gezdirilme, günlük yaşam faaliyetlerine yardım gibi hizmetler de sağlanmaktadır. Bazı yaşam merkezlerinin, mali danışmanlık, güvenlik hizmetleri ile boş zamanları değerlendirme faaliyetlerini de düzenlediği bilinmektedir.

Diğer uzun süreli bakım olanakları, Bakım Evleri, Nekahat Merkezleri veya sınırsız bakım kolaylıklarıdır.

Bakım evlerinin hizmet kapsamında genellikle fizik tedavi ve iş terapi gibi rehabilitatif hizmetler ve ayrıca hekim tarafından periyodik sağlık kontrolleri de bulunmaktadır.

1.1.8. Uzmanlaşmış Bakım Hizmeti Olanakları

Bu merkezler Rehabilitasyon merkezleri, psikiyatrik bakım kaynakları ve Darülacezedir.

1.1.8.1.Rehabilitasyon merkezleri

Bireyi hastalanmadan önceki fonksiyon düzeyine döndürmeye ve mümkün olduğu kadar bağımsız olduğu şekilde işlevde bulunabilmesi için eğitmeye ve yetiştirmeye yöneliktir.

1.1.8.2.Psikiyatrik Bakım Kaynakları

Bu merkezlerin amacı kısa veya uzun sürede bireyi hastalık öncesi fonksiyonlarına ve esas potansiyeline ulaştırmaktır. Ayrıca kriz müdahale merkezlerine 24 saat açık olan telefon hattı aracılığıyla bir danışmanla bağlantı kurulabilmektedir. Bu merkezler ilkyardım, ilk destek ve ileri psikiyatrik bakımı için rehberlik sağlamaktadır.

1.1.8.3.Darülaceze

Darülaceze Nizamnamesine göre amacı: "İstanbul'da doğmuş ve yerleşmiş olup, malül, iş göremez durumda olan, geçinmesini temin edecek miktarda mala malik olmamakla beraber kazanabilme imkanlarından da aciz olduğu halde İstanbul'da ya da taşrada kanunen kendisine bakacak kudrette ve mükellefiyette bulunmayanlar ve sokakta bulunmuş olanlara " hizmet vermektedir.⁹

Ayrıca Terminal dönemdeki hastalara ve ailelerine, ağrının giderilmesini semptomların kontrol altına alınmasını ve diğer destek hizmetleri sağlayan resmi veya özel bir sağlık (bakımı) kuruluşudur. Bu ekipte, hemşire, hekim danışmanlar, terapistler ve birçok özel eğitim görmüş gönüllüler bulunur. Gönüllüler bakıma gereksinimi olanları dinleme, emasyonel destek verme, fiziki konfor sağlama, hasta ailesi ve sağlık personeli arasında bağlantı kurma; taşıma işleri, satış işleri, gerektiğinde ev idaresi işlerinde çalışma gibi konularda destek vermektedir. Hastaya bakan aile üyelerinden kısa süre için bakım nöbetini devralmaktadırlar. Darülaceze gönüllüleri, bu kuruluşun temel unsurlarıdır.¹⁰

⁹Darülaceze," Darülaceze Hakkında Genel Bilgiler",
<http://www.darulaceze.gov.tr/bpi.asp?caid=234&cid=47>, (12. 12. 2011)

¹⁰ Velioğlu, P., Oktay S., Sağlık Kurumları Yönetimi, Açıköğretim Fakültesi Yayınları No: 351, Eskişehir, 1999, s. 71, 72, 73, 74

2. EVDE BAKIM HİZMETLERİ

“Evde bakım, özürlü, yaşlı, süreğen hastalığı olan veya nekahat dönemindeki bireyleri buldukları ortamda destekleyerek sosyal yaşama ayak uydurabilmelerini sağlamak yaşamlarını mutlu ve huzurlu bir biçimde sürdürerek toplumsal entegrasyonlarını gerçekleştirmek, bakıma gereksinim duyan bireyin aile üyeleri ve özellikle de ailedeki kadın üzerindeki yükünü hafifletmek için birey ve aileye sunulan psiko-sosyal, fizyolojik ve tıbbi destek hizmetleri ile sosyal hizmetleri içeren bir bakım modelidir”.¹¹

Resmi gazetede yayınlanan, 10. 03. 2005 tarihli 25751 sayılı Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumu Yönetmeliği'ne göre ise evde bakım; “Hekimlerin önerileri doğrultusunda hasta kişilere, aileleri ile yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavi de dahil tıbbi ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sağlık ve bakım ile takip hizmetlerinin sunulması”¹²olarak tanımlanmaktadır.

Tıp teknolojisinin gelişmesiyle, hastalıkların tanı ve tedavisinde birçok yenilikler ile yaşam süresi uzatılmış, doğumda beklenen yaşam umudu yükselmiştir. Bu gelişmelerin paralelinde ortaya çıkan demografik değişimler sonucunda artan yaşlılık, özürlülük ve kronik hastalıkların oranı ve yaşam kalitesi yönündeki eğilimler bakım hizmetlerinde daha önce öngörülmeleyen taleplerin ortaya çıkmasına neden olmuştur. Dünya ve ülke düzeyinde ortaya çıkan sosyal değişimlerle birlikte değişen tüketici talepleri, sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması gereğini ortaya koymaktadır. Bu taleplerden biri olan evde bakım hizmetleri, son yıllarda artan oranda sağlık ve sosyal bakım sistemi içinde yer almaya başlamıştır.¹³

Son yıllarda oluşan teknolojik ve farmakolojik gelişmeler, sağlık politikalarındaki değişimler, evde bakım maliyetlerinin sağlık sigortalarınca karşılanmaya başlanması, hastaların ve yakınlarının tedavilerine veya bakımlarına evlerinde devam etme arzuları, akut ve kronik hastalarda bakımı büyük ölçüde değiştirmiştir. Evde verilen bakım hizmetlerinin gelişimi ile kronik hastalar daha

¹¹ Daniş, M. Z., ”Toplum Temelli Bakım Anlayışı”,
<http://www.ozida.gov.tr/ozveri/ov3/ov3ttrbakim.htm> (11.09.2011)

¹² T. C. Resmi Gazete (10.03.2005) ”Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik” S.25751, http://www.balikesir.saglik.gov.tr/evdesaglik/y_100305.pdf (23. 10. 2011)

¹³ Oğlak, S., Evde Bakım Hizmetleri ve Bakım Sigortası (Ülke Örnekleri ve Türkiye), İskenderun, 2007, s. 13, 14

uzun süre yaşar, akut hastalar hastaneden daha erken taburcu edilebilir hale gelmiştir ve maliyetler hastanedeki bakımla kıyaslandığında önemli ölçüde azalmıştır. Evde bakım hizmetlerinin yaygınlaşması ile sadece dirençli hastane enfeksiyonlarında sağlanan azalma bile maliyetlerin ciddi oranda düşmesine neden olabilmektedir. Artık evde bakım pek çok hasta için, hastane, acil servis, özel klinik ve bakımevlerine tercih edilir hale gelmiştir.

Bununla birlikte ülkemizde evde bakım hizmeti sunan kuruluşların sayıca son derece yetersiz olması, ülkede genel sağlık sistemine entegre bir evde bakım hizmetinin bulunmaması, evde bakım hizmetlerinin maliyetinin sağlık güvencesi sağlayan kurumlar tarafından karşılanmaması bakım gerektiren kişilerin hastane ya da rehabilitasyon merkezlerine gitmesine sebep olmaktadır. Ayrıca bakım verenlerin, bakım verme, bilgi ve becerilerindeki yetersizliğin bakılan kişilerin yaşam sürelerinde kısaltmaya neden olmuş olabileceği de ihtimaller arasındadır.

Evde bakımın gerektiği gibi verildiği durumlarda bakım ihtiyacı olan kişilerin hastaneye yatarak tedavi edilme sıklıkları azalmaktadır. Aynı şekilde bakıma ihtiyacı olan kişilerin bakımlarının gerektiği gibi yapılamaması nedeniyle sık sık hastaneye yatarak tedavi oldukları düşünülebilir.

Evde bakım alan kişilerin, koruyucu, tedavi ve rehabilite edici hizmetler yanında destekleyici nitelikteki hizmetlere de gereksinimi vardır. Bu gereksinimleri karşılayacak bir hizmet modeli geliştirilmeli, bu model geliştirilirken diğer ülkelerde denenmiş ve başarılı olmuş modeller örnek alınmalıdır. Ancak modeli uygularken ülkenin kendi gereksinimlerine göre düzenlemeler yapılmalıdır. Örneğin geleneksel Türk aile yapısı bakım gereksinimi olan aile üyelerine evde bakmayı destekler özellikler taşımaktadır. Bu özelliğin korunması ve desteklenmesi önemlidir. Hizmet sunumu için modelin belirlenmesi kadar gerekli insan gücü ve alt yapı planlamasının da yapılması gerekir. Bu hizmetin sadece özel kuruluşlarla karşılanamayacağı gerçeğinden hareketle genel sağlık sistemi içinde ve diğer sağlık hizmeti sunan kuruluşlarla bağlantılı bir kamu hizmeti olarak planlanması uygun olur. ¹⁴

¹⁴ N, Subaşı., Öztekin Z., "Türkiye'de karşılanamayan Bir Gereksinim: Evde Bakım Hizmeti", TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, C.5, S.1, Ankara, 2006, s. 27, 28, 29

Evde bakım; Tedavisi evde devam edecek hastalar ve evde bakıma muhtaç hastalar olarak iki yönlü incelenmelidir.¹⁵ Her iki hizmet grubu da birbirinden farklı nitelikte olup tedavisi evde devam edecek hasta grubu bir iyileşme dönemi ve destek tedaviyi, evde bakıma muhtaç hasta grubu da kronik ,devam eden sağlık sorunlarını ve tedavinin hastane koşullarında tamamlanmış olduğunu ifade etmektedir.

“Wasik ve arkadaşları (1990:48), evde bakım hizmetlerinin mantığını tanımlamak için güçlendirmek, kolaylaştırmak, yükseltmek terimlerinin öneminden söz etmişlerdir.

Güçlendirmek; Amaç, kişinin ya da ailenin, kendi hedeflerini tanımlamasını ve kendi kararlarını almasının sağlanmasıdır. Güçlendirme aile merkezli hizmetin kalbini ve ruhunu temsil eden bir terim olarak kabul görmektedir. Güçlendirme teriminde üç temel yeti önem kazanmaktadır. Bunlar;

- Gereksinim duyulan kaynaklara ulaşabilme ve onları kontrol edebilme,
- Karar verebilme ve problem çözme, kaynakları temin etme ve diğer kişilerle etkili iletişim kurabilmek için gerek duyulan davranışların kazanılmasıdır.

Güçlendirme aynı zamanda etiğin temel ilkelerinde “özerklik” ile yakından ilişkilidir. Tıbbın temel amacı insanı insan yapan temel unsurlardan biri olan özerkliği, hastalık, yaşlılık gibi durumlarda onarmak ve desteklemektir. Evde bakım hizmetleri bireyin hükümlanlık alanını koruyarak ve onun kendi alışkanlıklarının olabildiğince çok kısmını elinde tutmasına olanak vererek özerkliğin en üst düzeyde saygı görmesini sağlar.

Kolaylaştırma; Ailenin kendi kendisine faaliyette bulunmasını kolaylaştıracak kaynakları bulmasında ona yardımcı olmak anlamına gelir.

Yükseltmek; Hali hazırda mevcut bulunan güçlerin üzerinde yapılanmanın sağlanmasını ifade eder.”¹⁶

¹⁵ Ünal, N., Selvi, Can Ö., ”Evde Bakım ve Tedavi”, Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi, C.6, S.4, İstanbul, 2008, s.7

¹⁶ Karabağ, H., Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliğine İlişkin Hekimlerin Görüşleri Ve Kardiyoloji Hastaları İçin Hastane Destekli Evde Bakım Hizmetleri Model Önerisi, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, İşletme Anabilim Dalı, Ankara, 2007, s. 36

Toplum temelli koruyucu, önleyici, tedavi edici ve geliştirici bir sosyal hizmet modeli olan evde bakım; özürlü, hasta ve yaşlı bireylere, yaşadıkları ortamda verilen tıbbi ve kişisel bakım, psikososyal destek, hizmetlerinin yanı sıra ev ortamının dışında da ihtiyaç duydukları serbest zaman değerlendirme, tatil, ulaşım gibi aktiviteleri yerine getirebilmeleri için sağlanan yardım ve destek hizmetlerini içerir. Çok geniş bir uygulama alanı olan evde bakım, bu yönüyle doktor, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, diyetisyen, fizyoterapist, ev ekonomisti ve diğer sosyal hizmet elemanlarının aktif olarak yer aldığı ve disiplinlerarası ekip çalışmasını gerektiren bir hizmettir.¹⁷

Evde bakım hizmetlerinin organizasyonunda belirli bir sistematik içerisinde düzenli bir iş akışı söz konusudur. Buna göre; bakıma gereksinim duyan birey veya onun adına bir yakını evde bakım hizmetlerinden yararlanmak için özel veya kamusal evde bakım kuruluşuna şahsen ya da telefonla başvuruda bulunur. Her başvuru için bir müracaat dosyası açılır ve başvuru talepleri sosyal inceleme koordinatörlüğüne bildirilir. Sosyal hizmet uzmanı ilk ziyareti gerçekleştirmek için randevu ayarlayarak, bakıma gereksinim duyan birey ve ailesi ile görüşme yapar. Ardından da onunla ilgili gerekli bilgileri sosyal inceleme ve değerlendirme formuna geçirerek, bu formu evde bakım hizmeti veren kurumun ilgili departmanına sunar. Başvuru ile ilgili son değerlendirmeyi meslek elemanlarından oluşan değerlendirme kurulu yapar. Kurul aynı zamanda başvuruda bulunan kişinin evde bakım modeli içerisinde yer alan hizmetlerden hangilerine, hangi sıklıkta gereksinimi olduğunu tespit eder ve her başvuru sahibi için bireysel hizmet planı oluşturur. Bu aşamadan sonra bireye yararlanacağı hizmetlerin tür ve niteliği hakkında bilgiler verilir ve ardından da onunla evde bakım sözleşmesi yapılarak, hizmet sunumuna geçilir. Evde bakım hizmeti verilmeye başlandığı andan itibaren profesyonel meslek elemanlarının katılımıyla haftalık vaka değerlendirme toplantıları yapılır. Bu toplantılarda bireyin durumu takip edilir, başlangıçta belirlenen gereksinimlerin ne ölçüde giderildiği tespit edilir. Evde bakım hizmetinden yararlanan bireyin yakını varsa belirli aralıklarla bilgilendirilir. Birey güçsüzlük, kalıcı bir özür, kronik hastalık vb. nedenlerle kendi evinde yaşayamayacak duruma geldiğinde, onun için en uygun

¹⁷ Daniş, M. Z., Toplum Temelli Bakım Anlayışı, <http://www.ozida.gov.tr/ozveri/ov3/ov3ttrbakim.htm> (11.09.2011)

bakım modelinin ne olduğuna karar verilir ve daha korumalı bir bakım kurumuna havale edilir.

Görüldüğü üzere evde bakım modeli kapsamında sunulan her bir hizmet türü meslekler arası iş bölümü ve dayanışmayı zorunlu kılmaktadır.¹⁸

2.1.Evde Bakım Hizmetlerinin Kapsamı

Uluslararası düzeyde evde bakım hizmetlerinde anlaşmaya varılmış asgari veya temel bir hizmet listesi bulunmamaktadır. Bu nedenle her ülke, kendi olanakları ve sosyo kültürel dinamikleri açısından aralıklı olarak yenileyebileceği bir hizmet listesi oluşturmuştur...Evde bakım hizmetlerinin yöneldiği yaş grupları, ağırlıklı olarak 65 yaş ve üzerindeki kronik ve uzun süreli bakımı gereken yaşlı hastaların yanısıra, kronik hastalığı olan her yaş grubu, bebek ve çocuklarda çok yönlü bakım hizmetlerini güvenli ev koşullarında alabilmektedir. 1998 yılında ev hizmeti alanların Avusturya'da % 83'ünü, Almanya'da % 83'ünü, ABD'de % 63'ünü 65 yaş ve üzerindeki oluşturmuştur.¹⁹

Evde Bakım Hizmetleri özelliği gereği üç açıdan sınıflandırılmaktadır.

1. Evde bakım yalnızca tıbbi hizmetlerin verilmesi değil aynı zamanda bireyin gereksinim duyabileceği sosyal hizmetleri de içine almaktadır.

2. Evde bakım kısa süreli ya da uzun süreli olarak sunulmaktadır ve hizmet kapsamı çoğu kez birbirinden oldukça farklılık gösterebilmektedir. Kısa süreli sunulan evde bakım hizmetleri tıbbi hizmet ağırlıklıdır ve çoğunlukla gün ile sınırlandırılmıştır. Uzun süreli evde bakım hizmetleri ise hem tıbbi ağırlıklıdır ve 6 aydan daha fazla bakım gereksiniminin duyulması durumunda verilen hizmetleri içine almaktadır.

3. Farklı meslek alanlarındaki uzman ya da yarı uzman kişilerin verdikleri evde bakım (formalcare) ile aile bireylerinin verdikleri evde bakımdır (informalcare).

Uzmanlık düzeyinde verilen evde bakım hizmetleri genel olarak şu hizmetlerden oluşmaktadır.

¹⁸ Danış, M. Z; Yaşlıların Evde Bakım Gereksinimleri ve Evde Bakıma İlişkin Düşünceleri, Ankara, 2004, s. 227-229

¹⁹ Karahan, A., Güven, S., Yaşlılıkta Evde Bakım, Türk Geriatri Dergisi,C.5,Ankara,2002; s. 155-159

- Hemşirelik Hizmetleri: Bireyin evine düzenli ve belirli aralıklarla uzman hemşirelerin ziyaretleri ve evde hemşirelik hizmetleri
- Destek Sağlık Hizmetleri: Psikoterapi, fizik tedavi, ayak bakımı, konuşma ve meşguliyet tedavisi gibi bireyin hareketini ve evde birine muhtaç olmadan yaşamasına yardım edecek hizmetler
- Gündüz/Gece Bakımı: Bakıma muhtaç bireylerin gereksinimlerine uygun hizmet
- Kişisel Bakım(Özbakım): Günlük yaşam aktivitelerinin (banyo, giyinme vb.) yerine getirilmesine yardımcı olacak hizmetler
- Ev işlerine yardım, ev düzeninin yeniden oluşturulması: Temizlik, ütü, alışveriş hizmetlerine yardım ile daha güvenli yaşamayı sağlayacak ev düzeni değişikliklerinin yapılmasıdır(kapı, kilit, çatı onarımı vb.)
- Bireyin alışverişine yardım, randevularına götürülmesi, sosyal etkinlik ve arkadaş ziyaretlerine götürülmesi
- Gıda ve Beslenme Hizmetleri: Evlere yemek dağıtım hizmetleri, sağlık eğitimi vb.
- Danışmanlık Hizmetleri: Bireyin hakları ve sorumlulukları ile ilgili öneri ve danışmanlık hizmetleri ile bireyin istek ve şikayetlerinin ele alındığı hizmetler

2.1.1. Kısa Süreli Evde Bakım Hizmetleri

Bu hizmetlerin temel hedefi tıbbi bakım ve rehabilitasyon gibi bireyin en kısa sürede kendi kendine yetebilecek duruma gelmesini sağlayacak hizmetlerin bireyin evinde sağlanmasıdır. Kısa süreli evde bakım, hekimlik, hemşirelik hizmetleri, meşguliyet tedavisi, ayak bakımı, fizik tedavi, beslenme ve sosyal hizmetlerin verilmesini içermektedir.

2.1.2. Uzun Süreli Evde Bakım Hizmetleri

Uzun süreli evde bakım hizmetlerinin hedefi, bakım hizmetlerine sürekli olarak gereksinim duyan kronik hastalar, yaşlılar ve özürülülerin sağlığını korumak,

bakıma muhtaçlık derecesinin daha da artmasını önlemek, hastalık ve özürllüğün ortadan kaldırılamadığı durumlarda olabildiğince bağımsız yaşamayı sağlayacak eğitim ve beceriler kazandırmak ve profesyonel anlamda kaliteli bakım hizmetleri sunmaktır.²⁰

2.2.Evde Bakımın Tarihçesi

Evde sağlık hizmeti sunmanın tarihsel gelişimini bireye sunulan en ilkel sağlık hizmeti olan doğumun evde mi yoksa hastanede mi olması gerektiği tartışmalarının yaşandığı Roma'dan başlayarak anlatmak yerinde olabilir. Roma'da doğumlar alet ve edevatlarını yanında getiren ebenin eşliğinde gebenin evinde gerçekleştirilmekteyken bazı toplumlarda doğumun sadece aile içi değil, toplumun bütünü için kutsal ve önemli sayılmasından ötürü, doğumun günlük kullanımın olmadığı özel mekanlarda gerçekleştirildiği bilinmektedir. Kentlerde yaşayan fakir ve hasta kişiler, bakım için gerekli parayı bulamadıklarından 19. yüzyılın sonlarında evde tedavi edilmeye ve desteklenmeye ihtiyaç duymuşlardır. 20. yüzyıla girilirken kentleşmedeki hızlı artış şehirde yaşayan yoksul insan sayısındaki artışı ve buna bağlı sosyal koşullardaki bozulmayı beraberinde getirmiş, evde bakım ve desteğe olan ihtiyacı artırmıştır. Çocukların ve yaşlıların toplanıp, evlerinden ayrı oldukları halde birarada buldukları bakımevlerine yerleştirilmeleri gerçekleştirilmiştir. Bu durum bazı toplumlarda tepkilere neden olmuştur. Evde bakımla ilgili anlatılan felsefi değişiklikler yaşanırken, İngiltere'de eğitilmiş ev ziyaretçileri yoluyla evde bakım hizmeti verilmesi için kurumsallaşma çalışmaları başlamıştır. Evde hasta bakımı yolu benimsenmesine rağmen, dini kuruluşlar dışında evde hasta bakım hizmeti, gerçek anlamda 1859 yılına kadar yapılamamıştır. Bu tarihte gerçek anlamda hemşirelik hizmeti William Rathbone adlı bir İngiliz antropolog tarafından oluşturulmuştur.

Rathbone evinde eşine bir hemşire tarafından verilen hizmetten etkilenecek fakir hastalar için gönüllü bir hemşire servis hizmeti oluşturmuştur.

Evde bakım hizmetlerinin öncülerinden olan Florance Nigtingale hasta kişilerin bakımı ile görevlendirilecek olan kadınların özel olarak eğitilmesini önermiş ve eğitilmiş kadınların hastanelerde, bölgelerde ev ziyaretleri gerçekleştirecek özel

²⁰ Yılmaz, M., -Sametoğu. F., Akmeşe, G., v.d. , "Sağlık Hizmetinin Alternatif Bir Sunum Şekli olarak Evde Hasta Bakımı", İstanbul Tıp Dergisi , C.11,S.3,İstanbul, 2010, s. 127, 128

hemşire olarak görevlendirilmeleriyle ilgili bir plan sunmuştur. Nightingale' in önerileri üzerine 1862 yılında Liverpool'da evlerde hastabakımı gerçekleştirecek ziyaretçi hemşire yetiştiren ve 1. 5 yıllık eğitim veren ilk okul açılmıştır. Yirminci yüzyılın başlarında, ziyaretçi hemşirelerin, görevi genişlemeye başlamış ev ziyaretlerine, öğretmenler ve sosyal görevlilerde katılmaya başlamıştır. İkinci Dünya Savaşı sırasında da hastanelerdeki hemşire ve diğer sağlık çalışanlarının sayılarının azalması ile birlikte o zamana kadar hastanede tedavi gören hastalar evde tedavi edilmiş ve ev hemşireliği hizmetleri niceliksel ve niteliksel olarak artış göstermiştir. ABD de evde bakım şirketleri büyük sıçramayı 1990-1996 yılları arasında % 31. 4 lük bir artışla yapmıştır. Amerikan Ulusal Evde Bakım Derneği Kayıtlarına göre, 1995' de yaklaşık 1500 evde bakım şirketi ve 700 bin sağlık çalışanı olduğu tespit edilmiştir.

Evde bakım hizmetlerinin sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetler olmak üzere iki temel boyutu bulunmaktadır. Avrupa'da evde bakım hizmetleri programları bireylerin psikososyal sorunları ve sosyal hizmetler boyutuna ABD'ye oranla daha fazla önem vermişlerdir. Danimarka'da başlatılan Avrupa'daki en geniş ev ziyareti programı başarılı hizmet sunumu için bir örnek model olmuştur. Çin'deki sağlık sisteminde evde bakım hizmetleri yaşlılara hizmet sunumunda bir yöntem olarak kullanılmaktadır. Çin'deki evde bakım hizmetlerindeki gelişimde en önemli unsur ekonomik nedenlerden çok sosyokültürel dinamiklerdir. Hizmet sunumundaki esas kişiler, aile çevresinden, evde sağlık hizmeti sunumu için eğitilmiş kişilerdir.

Evde bakım hizmetlerinin tarihsel süreci içinde ev ziyaretlerinin başlangıcından bugüne kadar ki durumuna bakıldığında, evde bakım hizmetlerinin değerinin sürekli yeniden keşfedilmekte olduğu ve bütün ülkelerde hızla yaygınlaştığı saptanmıştır. Yaygınlaşma ve artışın nedeni kısmen artan ihtiyaç olmakla birlikte, gelişmiş ülkelerde ekonomik nedenlerden dolayı hastanede bakımdan evde ve toplum içinde bakıma doğru bir yönelme olmasından da kaynaklanmaktadır.²¹

²¹Çoban, M., Esatoğlu A. E., "Evde Bakım Hizmetlerine Genel Bir Bakış", Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi,C.12,S.2,Ankara,2004, s. 12

2.3.Evde Bakım Hizmet Sağlayıcıları

Aşağıda evde bakım hizmetinde yer alan meslek elemanları ve iş tanımları ana hatları ile aşağıdaki şekildedir;

Sosyal hizmet uzmanı: Meslek elemanları arasındaki koordinasyon ve eşgüdümün sağlanması, sosyal inceleme ve değerlendirme raporunun hazırlanması, vaka yöneticiliği ,ev ziyaretlerinin gerçekleştirilmesi, psiko-sosyal destek ve danışmanlık hizmeti,bireyin problem çözme kapasitesinin geliştirilmesine katkıda bulunma, hizmet sürecinde gereksinim duyulan toplum kaynaklarının organize edilme sürecinde aktif olarak rol almaktadır.

Doktor: Tıbbi koordinasyonu sağlama, hizmetten yararlananların sağlık durumlarını takip edilmesi, tıbbi danışmanlık ve eğitim, hizmetten yararlananların kullandıkları rutin ilaçların yazılması ve gerekirse onların uzmanlık gerektiren başka bir tıp alanına havale edilmesi sürecinde aktif olarak rol almaktadır.

Hemşire: Hizmetten yararlananların sağlık durumları hakkında doktora bilgi verilmesi, ilaçların doğru ve düzenli bir biçimde alınmasının sağlanması, ilaçların etki ve yan etkilerine ilişkin eğitim planlama ve uygulama, pansuman enjeksiyon, derece ve tansiyon ölçümü gibi temel düzeydeki sağlık hizmetlerinin ev ortamına götürülmesini sağlanması, bireyin sağlığının korunması ve geliştirilmesine ilişkin eğitimin planlanması ve uygulanması, bireyin birlikte yaşadığı kişilerin bütüncül bir yaklaşımla tüm uygulama ve eğitimlere dahil edilmesi sürecinde aktif olarak rol almaktadır.

Fizyoterapist: Doktor tarafından tanısı konan bireylerin fizyoterapi ve rehabilitasyon programlarını planlanması ve uygulanması, özrürlük ve yaşlanmaya bağlı olarak görülen yeti kayıpları ile eklem ve kas rahatsızlıklarının rehabilitasyonunda tıbbi tedaviye destek verilmesi, sağlıklı bireylerin özel egzersiz ve rehabilitasyon programları ile fiziksel uyumlarını arttırarak, olası hastalık ve sakatlıkların önlemeye çalışılması, verilen egzersizlerin kontrollü ve düzenli bir biçimde yapılmasını sağlanması ve yaptığı çalışmalar hakkında doktorun düzenli olarak bilgilendirilmesi sürecinde aktif olarak rol almaktadır.

Diyetisyen: Hizmetten yararlananların sağlık ve yaş durumlarının göz önünde bulundurularak düzenli, dengeli ve sağlıklı beslenebilmeleri için uygun yemek listesinin hazırlanması, doktor tarafından önerilen diyetlerin uygulanmasının sağlanması, hazır yemek servisi hizmeti ile ev ortamına götürülen mönülerin standardının kontrol edilmesi, sağlıklı ve ekonomik beslenme yöntemleri konusunda eğitimin planlama ve uygulamanın sağlanması sürecinde aktif olarak rol almaktadır.

Psikolog: Hizmetten yararlananların motivasyonunun yükseltilmesi, duygusal boşalmalarının sağlanması, endişe ve kaygılarının en aza indirilmesi, ihtiyaç duydukları konularda danışmanlık verilmesi, aynı sorunu paylaşan kişilerle tedavi, serbest zaman değerlendirme vb. gruplar oluşturulması sürecinde aktif olarak rol almaktadır.

Ev ekonomisti: Hizmetten yararlananların ekonomik düzeylerinin yükseltilmesi, yaşayışlarının iyileştirilmesi ve mevcut kaynaklarının (para-zaman vb.) daha verimli kullanılmasının sağlanması amacıyla eğitim planlama ve uygulamanın sağlanması, ev idaresi, mal ve hizmet satın alma konularında gerekli yönlendirmelerin yapılması, ev aletlerinin, yiyecek ve giyeceklerin seçilmesi ve kullanılması hakkında önerilerde bulunulması sürecinde aktif olarak rol almaktadır.

İş-uğraşı terapisti: Hizmetten yararlananların belirlenen aktivite ve görevlerde performanslarının düzeltilmesi, güçlendirme ve artışın sağlanması, adaptasyon ve üretkenlik için gerekli olan beceri ve fonksiyonların öğrenmelerine yardımcı olunması²² sürecinde aktif olarak rol almaktadır.

2.4.Evde Bakım Hizmetlerinin Yararları

“Modern sağlık bakımında evde bakım tedavi ve bakımın sürekliliğini sağlayan, hospitalizasyon ve iyileşme dönemleri arasında önemli bir basamaktır. Evde Bakımın hasta /birey ve ailesi açısından bir çok yararı bulunmaktadır. Bu yararlardan kısaca bahsedilecek olursa;

- Evde bakım hizmetleri tüm sağlık harcamaları ve sağlık hizmetleri üzerine olan, maliyet-etkililik ve maliyet-yararlılık avantajlarının yanı sıra hospitalizasyon

²² Danış, M. Z; a.g.e. , Ankara, 2004, s. 227-229

sonrası veya iyileşme sürecinde olan bireylerin, yaşadıkları gerçek ortamları olan evlerinde bakım almalarını sağlamaktadır.

- Aile bireyleri dışında bir sağlık bakım profesyoneli (hemşire, yaşlı birey bakım elemanı vb.) tarafından verilen bakım ile bakım sorumluluğunun tüm aile üyelerine yüklenmesi sonucu oluşan iş ve sosyal yaşantıların kısıtlanması zorunluluğunun ortadan kalkmasını sağlamaktadır.

- Bakımın evde verilmesi ile tıbbi bakım gereksinimi olan bireyin günlük yaşam aktivitelerinin profesyonel bir bakış açısıyla organize edilmesi, sağlık düzeyinin korunması, tedavi ve rehabilitasyon sürecinde bağımlı durumdan minimum seviyede etkilenmesi sağlanmaktadır.

- Bakım ve tedavinin evde sürdürülmesi ile bireyde hastanede uzun süre yatış sonucu görülen bir çok fiziksel (hastane enfeksiyonları riski), psikolojik (aile, eş, dost ve sosyal çevreden izole olma duygusu), sosyal ve mali (ilaç, doktor ve yatış hizmetlerinin maliyeti) sorunların oluşması önlenmektedir”.²³

Bunlara ilave olarak;

- Hastanın sağlık durumu ve yaşam kalitesinin artması sağlanır
- Terminal dönemdeki hastaların evlerinde kendi isteklerine göre ölmelerine izin verme hakkı tanır.
- İnfant ve çocukların optimal gelişimine imkan verir
- Aletlere bağlı hayatlarını idame ettiren hastaların fonksiyonel potansiyellerini artırır.²⁴

3. YAŞLANMA

“Yaşlanma ve yaşlılık birbirlerinden farklı kavramlardır. Yaşlanma doğumdan ölüme kadar her yaş döneminde bulunan bireyin karşılaştığı,

²³ Sayan, A., ”Günümüzde Evde Bakım”, Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, C.7, S. 3,Erzurum,2004, s. 92

²⁴ Ünal, N., Selvi Can, Ö., a.g.e. s. 7

organizmanın hücre yapısında ki değişimler ile meydana gelen bio-psiko-sosyal gelişim sürecidir.

Yaşlılık ise bireyin içinde bulunduğu bir yaş döneminin genel adı, diğer bir deyişle çocukluk, gençlik ve yetişkinlikten sonra gelen yaşam evrelerinin sonuncusudur.²⁵

“Zaman faktörüne bağlı olarak kişinin değişen çevreye uyum sağlama kudreti ile organizmanın iç ve dış etmenler arasında denge sağlama potansiyelinin azalması ve böylece yaşlanma ile ölüm olasılığının yükselmesidir. Bir başka tanımla yaşlılık nöral fizyolojik bir olgu olup kişilerin fiziki ve ruhi güçlerini bir daha yerine gelmeyecek şekilde yavaş yavaş kaybetme halidir.”²⁶

Yaşlanma her insanda farklı hızda seyreden bireysel bir süreçtir. Yaşlanma kişiden kişiye anlamı değişen bir sözcüktür. İnsanın yaşlanması biyolojik, ekonomik, sosyal ve psikolojik boyutlar içinde etkileşen karmaşık olayların toplamıdır. Genel olarak yaşlılık algılama, bellek ve yaratıcılık yeteneklerinin azalmasıyla kendini belli eden bir durumdur. Yaşlılığın değişik tanımları yapılmakta ise de ortak bir tanım bulunmamaktadır.

Koşar, “Sosyal Hizmetlerde Yaşlı Refahı Alanı” adlı eserinde “insan ömrünü on basamak olarak almakta olup bu eserde yaşa göre yapılan sınıflama şöyledir;

1. Bebeklikten 3 yaşa kadar ki dönem
2. Okul Çağı: 6-12 yaş dönemi
3. Gençlik: 13-17 yaş dönemi
4. Genç Yetişkinlik: 18-24 yaş dönemi
5. Olgun Yetişkinlik: 24-39 yaş dönemi
6. Orta yaş: 40-64 yaş dönemi
7. Erken Yaşlılık: 65-69 yaş dönemi

²⁵ Danış, M. Z.;a.g.e.,s. 3

²⁶ T. C. Başbakanlık (Mülga) Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu, “Yaşlılığa Genel Bakış”, <http://www.shcek.gov.tr/yaslilik-genel-bakis.aspx>(20. 10. 2011)

8. Orta Yaşlılık: 70-74 yaş dönemi
9. Yaşlılık: 75-84 yaş dönemi
10. Güçsüz yaşlılık: 85 - + yaş dönemi”

Yaşlılık biyolojik olarak da tanımlanabilmektedir. Bu tanıma göre biyolojik olarak belirli bir döneme gelen kişiler yaşlıdır.

Bunlara göre yaşlılık “kapasitesizleşme” süreci olarak tanımlanmaktadır.

Yaşlı; biyolojik, fizyolojik ve psikolojik yönden gerilemeler gösteren ve bu gerilemelere bağlı olarak profesyonel aktivitesini sürdürmeyecek duruma gelen bireye denir.²⁷

Dünya Sağlık Örgütü’ de Yaşlılığı; “Çevresel faktörlere uyum sağlayabilme yeteneğinin azalması “ olarak tanımlamaktadır. Yaşlanma sürecinde kuşkusuz kişilerin yitirdikleri bazı yetenekler vardır, fakat geçen zamana karşın kalıcı olan pek çok yeteneğin varlığı da yadsınmaz. Kalıcı olan bu yeteneklerin bazıları, bilgi, özellikle lisan bilgisi, plan yapabilmeyi kolaylaştıran hayalgücü, dikkat ve konsantrasyon sorunları karşısında pratik kararlar verebilme becerisi ve günlük yaşamdaki sorunların üstesinden gelebilme yeteneğidir. Yaşlanan insanda beş duyu başta olmak üzere bazı yetersizliklerin ortaya çıkması kaçınılmazdır. Buna karşın yıllar boyunca zamanın süzgecinden geçen değerli bir tortunun oluşması ve ilerlemiş yaşın en büyük avantajının kişide bazı kristalize yeteneklerin gelişmesine neden olması da yadsınamayacak bir kazanımdır. Bu yetenekler insanın yaşamı boyunca geliştirdiklerinin özüdür ve yaşlılık bu anlamda “Aktif ve bilinçli bir yaşamın başlangıcıdır.”²⁸

Yaşlılık dönemini bütün yönleriyle ele alıp inceleyen bilim dalı gerontolojidir.

Gerontolojistler yaşlanma sürecini biyolojik, psikolojik ve sosyal olmak üzere birbirleriyle ilişkili üç boyutta değerlendirirler. Bu boyutlardaki değişiklikler farklı düzeylerde ortaya çıktıklarından fiziksel olarak yaşlı olmasına rağmen zihinsel

²⁷ Okan, N., Okan K., Evimizdeki Yaşlı, Ankara, 2003, s. 4, 5, 6

²⁸ Kutsal, Y. G., ”Yaşlanan Dünyanın Yaşlanan İnsanları”, Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi, Gebam Bülteni, Ankara, 2007

bakımdan genç kalanlar ya da genç görünmelerine rağmen yaşlı gibi davrananlarda olabilmektedir.²⁹

Geriatri ise yaşlıların sağlık sorunlarıyla ilgilenen ve tedavi etmeye çalışan tıp dalıdır.

“Gerentologlar yaşlanmayı dört farklı sürece göre değerlendirmektedir:

- Kronolojik Yaşlanma: Yaşlanmanın tanımı bireyin doğum tarihi temelinde yapılmaktadır. Kronolojik yaş, bireyin fiziksel sağlığı zihinsel yeterliliği ve sosyal statüsü ile ilgili değildir.

- Biyolojik Yaşlanma: Organ sistemlerinin yeterliliğinin azalması ve fiziksel değişimler temelinde açıklanmaktadır. biyolojik yaşlanmanın ana nedeni kronolojik olarak yaşanan organizmada hücre yenilenme sayısının düşmesi ve belli tipteki hücrelerin yenilenmemesi nedeniyle hücre kaybı olmasıdır.

- Psikolojik Yaşlanma: Duyu organları ve algılama süreçlerinde hafıza, öğrenme, zeka gibi zihin fonksiyonlarında, kişilikte, güdüler ve dürtülerde kronolojik yaşın ilerlemesiyle görülen değişikliklerdir.³⁰

- Sosyal Yaşlanma: Bireyin sosyal yapı içinde aile ve arkadaşlarıyla, çalışma alanında, dini ve politik gruplar gibi örgütlenmeler içinde rollerinin ve ilişkilerinin değişmesini açıklamaktadır”.³¹.

“Bununla birlikte yaşlanmanın biyolojik sürecini açıklayan pek çok kuram vardır, fakat hiçbiri tümüyle kabul edilmiş değildir. Bu yaşlanma kuramları birincil yaşlanma süreçlerini tanımlayan kuramlardır. Birincil yaşlanma, bir türün bütün üyelerinde ortaya çıkan aşamalı, kaçınılmaz, yaşa bağlı değişimleri içerir. Birincil yaşlanmanın nedenleri konusunda çeşitli kuramlar vardır; bunlardan ilk üçü genetik denetimle ilgilidir.

²⁹ Ceylan, M. E, Göka E., Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiatri, Alkol Kullanım Bozuklukları, Yaşlılık Psikiyatrisi, Demans, İstanbul, 1998, C.2, S.87

³⁰ Danış, M. Z; a.g.e. s. 4, 5

³¹Canatan, Ayşe, ”Farklı sosyal, kültürel ve Ekonomik Statüdeki Yaşlıların Sosyal İlişkileri: Emek, Demetevler ve Şafaktepe Mahalleleri Örneğinde İncelenmesi” ,Yayınlanmış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyoloji Anabilim Dalı, Ankara, 1997

- Genetik programlama: Bu kurama göre düzenleyici genler gelişim sırasında harekete geçerler. Orta yaşlara yaklaşırken ya gençlik genleri durur ya da yaşlanma genleri harekete geçer. Şu halde bedenin bozulması ve ölümü genlerin önceden programlanmış olmasıyla düzenlenmektedir; başka bir deyişle, genler elden çıkarılabilecek bedenler üretmektedirler.

- Zaman Ayarlama: Bu kurama göre yaşlanma organların derece derece bozulması olarak görülebilir. Hipotalamusun içindeki biyolojik saat pitüiter(hipofiz) bezine gönderdiği sinyalleri azaltmaya başladığında bedenin hormon dengesi bozulmakta ve yaşlanma başlamaktadır.

- Bağışıklık Mekanizması: Bu kurama göre yaşlanma bağışıklık sisteminin olanaklarının azalmasıyla başlar. Yaşlanmayla birlikte bedenin doğal savunmaları normal hücrelere yönelmektedir; yani bağışıklık sistemi artık yabancı maddeleri ve anormal hücreleri tanımakta güçlük çekerek bedene saldırmaya başlamaktadır.

Henüz yaşlanmanın belirli bir nedene bağlı olarak açıklanması olanaklı görünmemektedir. Birden fazla gizil neden bir arada yaşlanmaya neden oluyor ya da sadece fizyolojik noksanların birikmesi yaşlanmayı yaratıyor olabilir. Dolayısıyla teknoloji yaşlanmanın nedenini bulmadan yaşam süresini uzatacağa benzemektedir”.³²

3.1.Yaşlılık Dönemi Sorunları

Normal yaşlanma sürecinde fonksiyonel bir düşüş olması kaçınılmaz bir olgudur. Bireyin beklentileri ve aktivitelerinin azalması sonucu fonksiyonel kayıp hızlanır ve birey, becerilerinde azalmaya adapte olur. Bu düşüşü belirleyen önemli faktörler genetik yapı ve şanstır ancak sosyal ve sağlık politikaları tedavi edilebilir durumların gözden kaçmasını engeller nitelikte olmalıdır.

Yaşlıda majör bir hastalık veya hastanede tedavi sonrası süreç oldukça kritiktir. Hasta genellikle tamamen iyileşmiş kabul edildiği ve izlenmediği durumlar olabilmektedir.Yaşlıda iyileşme daha yavaş olmakla birlikte, amaç hastanın önceki aktivite düzeyine dönmesinin sağlanması olmalıdır. Ayrıca sosyal hayattaki değişimlere karşı da yaşlılar oldukça hassastırlar. Uygulamalarda yaşlıdaki duyu

³² Onur, B.,a.g.e. , Ankara, 2000, s. 307, 308, 310

problemleri nedeni ile fonksiyonel durumun yeterince iyi değerlendirilememesi gibi sorunlarlakarşılaşılabilmektedir.Hiç bir teknik tamamen yeterli olmamakla birlikte, yetersizliklerine alışma durumu nedeniyle yaşlı bireyler bunu bir eksiklik olarak görmeyebilmektedirler.Bazı durumlarda da yetersizlikten çok aktivitenin gerçekleştirilmesi ile ilgili korkular (düşme ya da osteoporotik kemiklerin kırılma riskinden dolayı duyulan korku) ön plana çıkabilmektedir.

Son olarak; erken yetersizliklerde bireyin kendi bildirdiği fonksiyonların güvenilir olmayabileceği göz ardı edilmemelidir.³³

Yaşlanmanın içerdiği fiziksel ve psikolojik değişimlerin yanısıra yaşlıların ihtiyaçları da daha önceki yıllara göre değişmekte, değerleri, alışkanlıkları, rol ve davranışları farklılaşmaktadır. Bu dönemde sosyal ilişkiler, gelir, barınma, ulaşım, ev ve aile ile ilgili faaliyetlerin yürütülmesi, aile ilişkileri, zamanın kullanımı vb. alanlara ilişkin sorunlar ortaya çıkmaktadır.

Bu sorunların oluşmasında etken olan faktörler arasında;

- Endüstrileşme ve kentleşme sürecine bağlı olarak toplum ve aile yapısında hızlı ve köklü değişimler yaşanması sonucu ,çekirdek ailelerin sayısının artmasıyla azımsanmayacak oranda yaşlının bağımsız yaşaması, bu nedenle de akrabalar ve çocuklar tarafından yaşlıya sağlanan sosyal ve ekonomik desteğin azalması
- Yaşlının emekli olması ile gelirinin azalması ya da emekli olabileceği bir işinin olmaması, çoğu kez çalışamaz duruma gelmesi dolayısıyla temel ihtiyaçlarını bile güçlükle karşılayabileceği düşük gelir düzeyinde yaşaması
- Özellikle emeklilikle birlikte artan zamanı yaşam kalitesini yükseltecek şekilde kullanamaması
- Konut olanaklarının yaşlılık dönemi konut ihtiyacına uygun olmaması
- Yaşlıların toplumsal ve teknolojik değişimleri izlemede zorluk yaşaması.³⁴olarak özetlenebilir.

³³ Arslan, Ş., Kutsal, Y. G., a.g.e. , s. 30, 31

³⁴ Arpacı, F.,“Farklı Boyutlarıyla Yaşlılık, Ankara”Türkiye İşçi Emekçileri Derneği, Ankara,2005, s. 119, 120

3.2.Yaşlılığın Sosyo Kültürel Yönleri

Yaşlılıkta değişen, insanın yalnızca psikolojik ve fiziksel yönleri değildir, aynı zamanda aile ve toplumsal yaşamda önemli değişiklikler olmaktadır. Yaşlı bir insanı bekleyen en önemli toplumsal değişikliklerden birisi emekliliktir. Eğer eş çalışıyorsa aşağı yukarı aynı zamanlarda onun emekliliği de gündeme gelecektir. Emeklilik bir anlamda gelirden ve dolayısıyla yaşam düzeyinde düşüş demektir. Hastalık gibi durumlarda, bu olumsuz ekonomik tablo, daha da bozulmakta olup artık ebeveynler, çocuklarının akrabalarının desteğine gereksinim duyar hale gelmişlerdir. Batılı modern toplumlarda çok sıkça gündeme gelen bir konu olmasına rağmen, araştırmalar buralarda geniş aile ilişkilerinin tam anlamıyla sona ermediğini, yaşlılarla ilgilenen kurumsal yapıların ortaya çıkmasıyla ailenin rolünün bitmeyip yalnızca değişikliğe uğramış olduğunu göstermektedir. Ortalama yaşam süresinin ve yaşam beklentisinin artması, ailenin yaş kompozisyonunda da önemli değişimlere neden olmuştur. Genel olarak yaşlıların ve özel olarak gençlere bağımlı yaşlıların, sayısı artmaktadır. Ortalama yaşam süresinin uzamasının getirdiği bir başka sonuç da birçok ebeveynin kendi çocuklarıyla birlikte yaşlanmasıdır. Emekli olan ve kendi çocuklarını evlendiren ebeveynler şimdi de kendi ana babalarına bakmak durumundadır. Bu “orta yaş sıkışması” adı verilen bir tabloya yol açmaktadır. Orta yaşlı olanlar, hem çocuklarının hem ana babalarının istemleriyle yüz yüze kalmaktadır. Kadınların erkeklerden daha düşük ölüm oranları göstermeleri ve kendilerinden büyük erkeklerle evlenmeleri, onların dulluk oranlarını arttırmaktadır. Buna yaşlı erkeklerin kadınlara oranla 5 kat daha fazla evlendikleri olgusu da eklendiğinde 65 yaşın üstünde (ABD için) bekar kadınların erkeklere oranla 3 kat daha fazla olması gibi bir durum ortaya çıkmaktadır. Özellikle batılı modern toplumlardaki yaşlıların yaşam stillerinde belirgin değişiklikler mevcuttur. Artık bu toplumların yaşlıları, kendi çocuklarına bağımlı ve yük olarak yaşamaktansa kendi başlarının çaresine bakmayı ve bağımsızlığı yeğlemektedirler. ABD’nde 65 yaşını aştığı halde çocuklarının yanında kalan yaşlıların sayısı % 15’ lerin altına inmiştir ve zaten onlarında büyük bir kısmının kendilerine bakamayacak kadar hasta ve yoksul olduğu tespit edilmiştir.³⁵

³⁵ Ceylan, M. E, Göka E., Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiatri, Alkol Kullanım Bozuklukları, Yaşlılık Psikiyatrisi, Demans, İstanbul, 1998, C. 2, s. 99, 100

Yaşlıların belli başlı toplumsal sorunlarını belirlemeye çalışan çok yönlü inceleme ve araştırmalar, bu sorunların;

- Gelir
- Sağlık
- Bakımevi,
- Ulaşım
- Beslenme

olmak üzere beş kategoriye ayrılabilceğini söylemektedirler. Bunlara eğitim, iş, emeklilik sonrası roller, tinsel gereksinimler, güvenlik gibi diğer önemli sorun alanları da eklenmektedir. Bütün bu sorunların çözümü için atılacak adımlar, yaşlıların toplum içinde, topluma uyumlu, istek ve gereksinimleri yeterince karşılandığı için doyumlu kimseler olarak yaşamlarını sürdürebilmelerine hizmet edecektir.³⁶

3.2.1. Sosyo-Kültürel Sorunlar

Yaşlıların yaşadığı sosyo-kültürel sorunlar arasında, aile yapısında meydana gelen değişimler, barınma ve mekânsal sorunlar, kent yaşamına uyum sağlayamama, yalnızlık, rol ve statü kaybı, ağır işlerle uğraşma, kuşaklar arası çatışma, ulaşım gibi sorunlar yer almaktadır. Yaşlı kimselerin bireysel yaşamı için önemli olan değişimler aynı zamanda onların aile ve toplum yaşamını da etkilemektedir. Yaşlılar açısından aile başlıca psikolojik, toplumsal nitelikli birdestek sistemidir. Kentlerde gelir farklılıkları ,daha çok toplumsal hareketlilik aile üzerinde etkisini göstermekte, aile küçülmekte, ekonomik özelliği değişmektedir. Yaşlılar toplum içinde kendilerine gösterilen saygının azaldığını hissetmekte, bunu da kendilerinin yaşlandıkları için artık işe yaramaz duruma geldiklerine bağlamaktadırlar. Bu durum da aile ve çevre ilişkilerinin zayıflamasına ve kendilerini zayıf hissetmelerine neden olmaktadır.

Emekli olduktan sonra bireyin üretkenliğinin ortadan kalkması, kişiler arası ilişkilerin kısıtlanması ve maddi sorunlar, sosyal sorunları yaratmakta, fiziksel ve

³⁶ Onur, B., Gelişim Psikolojisi Yetişkinlik Yaşlılık Ölüm, Ankara, 2000, s 357

mental değişikliklerde sosyal sorunların artışına neden olmaktadır. Bu sorunlar aile desteği ve sosyal güvencesi olmayan yaşlılarda daha belirgindir. Ayrıca yaşlının kısıtlılıkları, evde bakım sorunları ve bağımlı olması, yaşlının işe yaramaz ve yük olarak algılanmasına neden olmaktadır. Bu durum da yaşlı bireyi mutsuzluğa ve depresyona itmektedir. Ayrıca fiziksel etkinliğin ve gelirin azalması, buna bağlı güvensizlik duyma, yaşlıların toplumsal yaşama daha az katılımlarına sebep olan belli başlı etmenlerdendir. Bu durum yaşlıların sosyal katılımlarını sınırlandırır. Yaşlıların toplumdan soyutlanması, işe yaramazlık duygusuna kapılmaları ya da onların belirli ahlaki ve manevi değerlerin eksikliği nedeniyle uygun davranışı görmemeleri en önemli sorunlar arasındadır. Sosyal sorunların çözümünün, bir eğitim konusu olduğu ve yaşamın her döneminde eğitimin süreklilik içinde devam etmesi gerektiği gözden kaçırılmamalıdır.

3.2.2. Ekonomik Sorunlar

Ekonomik duruma ait en önemli faktör olan gelir, yaşlanmaya etki eden etmenlerin başında gelmektedir. Yaşlanan bireyin gelirinde görülen belirgin azalma, yaşlanmaya bağlı olarak gelişen gider artışları, güçsüzlük, ruhsal ve bedensel yorgunluk, beslenme bozuklukları ve yaşlılık hastalıkları, ekonomik sorunlarla birleştinde bu durum yaşlı için daha da çekilmez hale gelebilmektedir.

Her yaşta yoksulluğun azaltılması için aktif yaşlanma politikalarının geniş alanda çeşitli etkileşimlere ihtiyacı bulunmaktadır. Hangi yaşta olursa olsun, fakirlerde sağlık sorunu ve sakatlık riski daha yüksektir, yaşlılar ise daha hassas bir grubu oluşturmaktadır. Geliri düşük olan yaşlılar içinde yaşlı kadınlar ve birikimi olmayan, geliri ve sosyal güvenliği bulunmayan erkekler hassas durumdadır. Özellikle çocuksuz ve kimsesizler gelecekte evsiz kalma vb. risklere açıktır. Yaşlı bireylerin emeklilik dönemlerinden hemen önceki yıllarda gelirleri en yüksek düzeye ulaşmakta, emeklilikten hemen sonra ise azalmaya başlamaktadır. Sağlık harcamaları ve barınma için ayrılan miktarın yüksekliği gelirlerinin beklenenden yetersiz kalmasına ve pek çok yaşlının kentlerde yoksulluk sınırının altında yaşamasına yol açmaktadır.³⁷

³⁷ Arpacı, F.,a.g.e., Ankara, 2005, s. 120, 121, 122

Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre 2007 yılında 4 milyon 465 bin 65 yaş ve üstü nüfusun, 927. 318'i, 2022 sayılı "65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkındaki Kanun Gereği" herhangi bir sosyal güvenceye ya da gelire sahip olmadığı için aylık 76. 63 tl olan yaşlılık ödeneğinden yararlanmaktadır. Bu kişilerin 592.326'sı kadındır. Bu da göstermektedir ki; Türkiye'deki yaşlıların dörtte birinin herhangi bir emeklilik güvencesi yoktur ve bunların büyük çoğunluğunu kadınlar oluşturmaktadır.

İleri yaşlarda artık çalışamayacak duruma gelen ve fiziksel yaşlanma sonucunda çeşitli hastalıklarla karşı karşıya kalan yaşlılar sosyal güvenceden yoksun oldukları durumlarda ciddi sorunlar yaşayabilmektedir. Bu sorunların başında gelen barınma ve evde bakım gereksinimini çözebilecek sistemler ve kurumlar oldukça sınırlıdır. Çağdaş anlamda kaliteli kurum bakımı hizmetleri ekonomik durumu iyi olan yaşlılara yöneliktir. Düşük gelirli ve sosyal güvenlik sistemi dışındaki yaşlılara yönelik bakım modelleri yaşlının bireyselliğini topluluğa indirgemekte ve yeme, içme barınma dışında yaşlının yaşam kalitesini yükseltmeye yönelik psiko-sosyal hizmetleri bünyesinde barındırmamaktadır. Özellikle kırdaki ve kentlerin varoşlarında yaşayan yaşlıların sosyal destek mekanizmaları ortadan kalkmış ve bu yaşlılar kendi koşullarıyla tek başına mücadele etmek durumunda bırakılmışlardır.

Ülkemizde tüm illeri ve bölgeleri içine alan ve nüfusun genelini yansıtan bir yoksulluk haritası henüz çıkarılamamış olduğu için mutlak ve göreceli yoksulluk sınırının altındaki yaşlılara ilişkin güncel istatistikler yoktur. Bu nedenle yoksullukla yüzyüze gelen yaşlıların önemli bir çoğunluğu kentlerin gölgesinde ve kırsal yaşamda büyük zorluklarla yaşamlarını devam ettirmek durumunda kalmaktadır.³⁸

3.2.3. Psikolojik Değişikliğin Yarattığı Sorunlar

Yaşlılıkta psikolojik değişiklikler genelde, eskiye aşırı bağlılık, yeni durumlara uyum sağlayamama ve yeniliklerden korkma ile egoizm başlıkları altında incelenebilmektedir. Bilinçtebulanıklık, Alzheimer hastalığı, depresyon, intihar, hastalık hastalığı, narsistik kişilik bozukluğu, nevroz, stres, uyku bozuklukları, yönelim bozuklukları, ölüm korkusu bunlardan bazılarıdır.

³⁸ Daniş, M. Z., "Yaşlılık, Yoksulluk ve Yalnızlık"
http://www.gebam.hacettepe.edu.tr/sosyal_boyut/yaslilik_yoksuluk_yanlizlik.pdf (20.11.2011)

Yaşlılarda ilerleyen fiziksel gerileme ile birlikte özellikle psikolojik bakımdan sosyal rollerine ve kendilerine olan güvenlerini ve otoritelerini kaybetme, yetersizlik ve çaresizlik duyguları, başkalarına muhtaç olma, yalnız kalma korkusu ve ölüm korkuları belirlemektedir.

3.2.4. Biyolojik Sistem Değişikliğinin Yarattığı Sorunlar

Yaşlılarda biyolojik sistem değişiklikleri kalp-damar sistemi değişiklikleri, böbrek ve idrar sistemi değişiklikleri, sinir sistemi değişiklikleri, kas ve iskelet sistemi değişiklikleri, endokrin sistemi değişiklikleri, üreme sistemi ve hormonal sistem değişiklikleridir. Emeklilerin hemen hemen yarısı kötü sağlık koşulları nedeni ile emekliye ayrılmış kişiler olup emekliye ayrılmalarında biyolojik etkenlerin önemli bir payı bulunmaktadır. İnsanın fiziksel sağlığı yaşlılıktaki doyumlarını, rollerini ve kendi algılayışını fazlasıyla etkilemekte ve sağlığın yitirilmesi veya hastaneye yatmanın emekliler için fazlasıyla stres yarattığı bilinmektedir.

Yaşlılık döneminde meydana gelen sorunların çözümlenmesinde danışmanlık hizmeti verebilecek yaşlılık ile ilgili projeler üretip uygulayabilecek yaşlılık ile ilgili politikaları belirlemede karar verici, planlayıcı, program yapıcı ve eğitici olabilecek araştırma yapabilecek özelliklere sahip kimselerin önemli rolleri bulunmaktadır.

Sağlıklı bir çevre oluşturulmasında, yaşlıların bireysel becerilerinin geliştirilmesinde, bakım verilmesinde, sorunların ve hastalıkların önlenmesinde ve yaşa bağlı fonksiyon kayıplarının en düşük düzeye indirilmesinde sorumlulukları bulunan kimselerin, bu işlevleri planlarken bütüncül yaklaşım doğrultusunda yaşlı bireylerin ve ailelerinin katılımlarını sağlamaları gerekmektedir.³⁹

3.3.Yaşlılık Sorunlarına Toplumsal Yaklaşım

Yaşlanma bireylerle ilgili bir özellik olmakla birlikte yaşlı nüfusun artması toplumsal bir konudur. Bu nedenle yaşlılık sorunlarının çözümü bakımından da konuya toplumsal olarak yaklaşılması ve toplumsal düzeyde çözüm üretilmesi gerekmektedir.

³⁹ Arpacı, F.,a.g.e.,s.123,124

Yaşlılık sorunlarının toplumsal çözümü için başlıca yaklaşımlar ve düzenlemeler şu şekilde sıralanabilir.

a. Yaşlı Nüfusun Sayısını Belirleme: Bir konuda doğru fikir üretme ve doğru planlama yapma bakımından hizmet verilecek olan grubun sayısının bilinmesi önemlidir. Toplumların gelişmişlik düzeyiyle bağlantılı olarak 65 yaş ve üzerindeki grup toplumda yüzde 4 ile 15 arasında pay alır. Ülkenin nüfusu da dikkate alınarak yaşlılara yönelik planlamalar bu sayıya göre yapılmalıdır.

b. Yaşlıların Sağlık Sorunlarını Belirleme: Yaşlıların sağlık sorunlarının saptanması ve önemli bir kısmının gözden kaçmaması bakımından önemli sayılan hastalıklara yönelik hasta bulma çalışmaları yapılmalıdır. Hastalar aktif veya pasif yaklaşımlarla saptanabilecek, bir plan çerçevesinde ve toplumda taramalar yapmak suretiyle aktif olarak hasta bulma çalışmaları yapılabilir. Öte yandan herhangi bir nedenle sağlık kuruluşlarına başvuran yaşlılarda, hipertansiyon, diyabet, kalp damar hastalığı gibi sağlık sorunları ve görme- işitme, hareket kısıtlılığı gibi fizyolojik değişiklikler yönünden değerlendirme yapılmak suretiyle de pasif olarak hasta bulma çalışması yapılabilir. Bu çalışmaların bazı durumlarda yaşlıların evlerine götürülmesi, yaşlıların muayenelerinin evlerinde yerine getirilmesi gerekebilir. Bu çalışmalar esas olarak birinci basamak sağlık kuruluşları tarafından yerine getirilmelidir ancak gerektiğinde kesin tanı bakımından ikinci ve üçüncü basamak kuruluşlarının desteği de sağlanmalıdır.

c. Yaşlıların Sosyal Sorunlarını Belirleme: Yaşlılarda belirgin bir hastalık biçiminde olmasa bile birtakım fizyolojik kısıtlılıklar yüzünden sosyal bakımdan da çeşitli sorunlar olabilir. Yalnızlık, kendine yeterlilik, yeteri kadar sosyal ilişki içine girmeme gibi konular bunlar arasında sayılabilmektedir.

d. Yaşlılara Yönelik Tedavi ve İzlem Programı Yapma: Yaşlıların sağlık sorunlarının saptanmasından sonra uygun bir tedavi programı da yapılmalıdır. Yaşlılarda görülen sağlık sorunları çoğunlukla kronik ve dejeneratif hastalıklar grubundan olduğundan, tedavi programı sıklıkla bazı diyet düzenlemeleri ve ilaçları içerir. Bu tedavi programının düzenli ve sürekli olarak uygulanması gereklidir. Bu açıdan iyi bir izleme programına gereksinim vardır. Tedavi izleminin başarılı olması için birinci basamak sağlık kuruluşlarının yeri ve rolü önemlidir. Bazı yaşlılar

evlerinden çıkmakta güçlük çekebileceği için bu kişiler için sağlık hizmetinin evde verilmesi gerekebilir.

e. Yaşlılara Yönelik Eğitim Programı Yapma: Bu eğitim çalışmalarında yaşlılığın özellikleri, yaşlanma ile birlikte ortaya çıkan fizyolojik değişimler ve sağlık sorunları ile bunlara yönelik çözüm yaklaşımları anlatılmalıdır. Eğitim programları yalnızca yaşlılara yönelik olmamalı, yaşlıların yakınları başta olmak üzere toplumdaki herkesin bu programlara katılımı ve etkileşimi sağlanmalıdır. Eğitim çalışmaları konferans, seminerler şeklinde olabileceği gibi poster ve broşürler hatta radyo, televizyon, gazete ve dergiler bu amaçla kullanılabilir.⁴⁰

3.4.Nüfus Artışı ve Yaşlanma

Birleşmiş Milletler 2006 verilerine göre dünyadaki genel demografik trendler şu şekilde özetlenmektedir:

- Dünya nüfusunun 2050 yılında 9.2milyara ulaşması beklenmektedir. Gelecekteki nüfus büyümesi büyük oranda doğurganlık hızına bağlıdır. Dünyada doğurganlık oranı kadın başına bugünkü 2.55 seviyesinde iken, 2050 yılında 2'nin biraz üzerinde seyretmesi beklenmektedir. Bu durum doğurganlık oranı hızında azalma olsa bile dünya nüfusunun 2050 yılına kadar artacağını göstermektedir.

- Gelişmiş ülkelerde nüfus artış hızının düşük olması ve bazı ülkelerde nüfusun azalmaya devam etmesi nedeniyle 2007 ve 2050 yılları arasında nüfus, 1. 2 milyar seviyesinde hemen hemen aynı kalacaktır. Buna karşılık 50 daha az gelişmiş ülkenin nüfusunun 2 katına çıkması beklenmektedir.

- Düşük doğum oranına bağlı olarak nüfus artış hızının azalması nüfusun yaşlanmasına neden olmaktadır. Yaşlı nüfus, toplam nüfusun büyük oranını oluşturacaktır. 65 yaş ve üstü nüfusun, çalışan nüfusa oranının (15-64 yaş grubu) özellikle Japonya ve Avrupa'da dramatik bir şekilde artarak 2030 yılında yüzde 40'ı, 2050 yılında yüzde elliye geçmesi beklenmektedir. ABD 'de bu artışın daha az olacağı tahmin edilmektedir Gelişmekte olan ülkelerde de yaşlanma süreci başlamak üzeredir.

⁴⁰ Bilir, N., "Yaşlanan Toplum" Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi, Gebam Bülteni, s. 12, 13, 14, Ankara, 2007

Merkez ve doğu Avrupa ülkelerinde bu sürecin 2015 yılı civarında hızlanması beklenmektedir. Yaşlanma sürecinin aynı dönemde Çin’le birlikte Asya ve Latin Amerika ülkelerinde de hızlanması beklenmektedir.

- Yakın bir gelecekte bütün ülkelerde yaşlanma sürecinin başlaması beklenmektedir. Doğum oranı yüksek olan ülkeler görece olarak genç nüfusa sahip olacaktır.

Tablo. 2. Doğurganlık Oranı ve Doğuşta Yaşam Beklentisi

	Kadın Başına Toplam Doğurganlık Oranı		
	1970-1975	2005-2010	2045-2050
Dünya	4.47	2.55	2.02
İleri Düzeyde Gelişmiş Ülkeler	3.13	1.60	1.79
Daha Az Gelişmiş Ülkeler	5.41	2.75	2.05
Afrika	6.72	4.67	2.46
Asya	5.04	2.34	1.90
Avrupa	2.16	1.45	1.76
Latin Amerika ve Karayip Ülkeleri	5.04	2.37	1.86
Kuzey Amerika	2.01	2.00	1.85

Kaynak: Bankacılar Dergisi, (BM 2007) “Küresel Demografik Değişim Süreci ve Finansal Sektör Üzerindeki Etkileri”, sayı: 62, 2007, s. 62

- Çalışan nüfus oranı gelişmiş ülkelerde düşecek ancak gelişmekte olan bir çok ülkede artacaktır. Japonya ve Avrupa Ülkelerinde bu düşüş süreci çoktan başlamıştır ve hızlanacağı tahmin edilmektedir.

Tablo. 3. Nüfusun Yaşa Göre Dağılımı

	2005 Yılında Yüzde Dağılımı				2050 Yılında Yüzde Dağılımı			
	0-14	15-59	60+	80+	0-14	15-59	60+	80+
Dünya	28.3	61.4	10.3	1.3	19.8	58.3	21.8	4.4
İleri Düzeyde Gelişmiş Ülkeler	17.0	62.9	20.1	3.7	15.2	52.2	32.6	9.4
Daha Az Gelişmiş Ülkeler	30.9	61.0	8.1	0.8	20.6	59.3	20.1	3.6
Afrika	41.4	53.4	5.2	0.4	28.0	61.7	10.4	1.1
Asya	28.0	62.7	9.2	1.0	18.0	58.3	23.7	4.5
Avrupa	15.9	63.5	20.6	3.5	14.6	50.9	34.5	9.6
Latin Amerika ve Karayip Ülkeleri	29.8	61.2	9.0	1.2	18.0	57.8	24.3	5.2
Kuzey Amerika	20.5	62.7	16.7	3.5	17.1	55.6	27.3	7.8

Kaynak: Bankacılar Dergisi (BM 2007) “Küresel Demografik Değişim Süreci ve Finansal Sektör Üzerindeki Etkileri”, S.62, 2007, s. 63

- Küresel düzeyde doğu yaşaam beklentisi 1970-1975 döneminde 58 yıl iken 2005-2010 döneminde 67 ye yükselmiştir. 2045-2050 döneminde ise 75 e yükselmesi beklenmektedir. Gelişmiş ülkelerde ise doğu yaşaam beklentisinin bugünkü 77 yıl seviyesinden 2050 de 82 yıla çıkması öngörülmektedir.

Tablo. 4. Küresel Düzeyde Doğuşta Yaşaaam Beklentisi

	Yaşaaam Beklentisi	
	2005-2010	2045-2050
Dünya	6. 72	75. 4
İleri Düzeyde Gelişmiş Ülkeler	76. 5	82. 4
Daha Az Gelişmiş Ülkeler	65. 4	74. 3
Afrika	52. 8	66. 1
Asya	69. 0	77. 4
Avrupa	74. 6	81. 0
Latin Amerika ve Karayip Ülkeleri	73. 3	79. 6
Kuzey Amerika	78. 5	83. 3

Kaynak : Bankacılar Dergisi (BM 2007) “Küresel Demografik Değişim Süreci ve Finansal Sektör Üzerindeki Etkileri”, S. 62, 2007, s. 63

Gelişmiş ülkelerde uluslararası göçün nüfus büyümesine katkısı doğum oranlarının ülkelere göç eden uluslararası göçmenlerin sayısının 103 milyon olacağı, aynı dönemde ölenlerin doğanlardan 74 milyon fazla olmasından kaynaklanan eksikliğin bu şekilde kapatılacağı tahmin edilmektedir.⁴¹

Sonuç olarak; Son yüzyıl içerisinde kaydedilen en önemli gelişmelerden birisi beklenen yaşaaam süresinde artış olmasıdır. 20. yüzyılda gelişmiş ülkelerde beklenen yaşaaam süresi ortalama 47 yıldan, 75 yılın üzerine çıkmıştır. Doğum hızındaki azalma, kronik hastalıkların tedavisinde kaydedilen gelişmeler ile birlikte bu artış toplumun demografik özelliklerinde önemli değişikliklere neden olmuştur.

1987 yılında toplanan “WHO ExpertCommittee On Health of Elderly(yaşlı Sağılığı Uzman Komitesi)” 2000 yılında dünyadaki 600 milyon yaşlı insanın (60 yaş ve üzeri bireylerin) yaklaşık 2/3 ünün gelişmekte olan ülkelerde yaşayacağını bildirmiştir. 1960 yılında bu oran % 50 olarak saptanmıştır. Yaşlı popülasyonundaki artışın özellikle Asya’da belirgin olması beklenmektedir. Çoğu gelişmekte olan ülkede 60 yaş ve üzeri popülasyon genel nüfusa göre daha hızlı artmaktadır. 1980-

⁴¹Bankacılar Dergisi, “Küresel Demografik Değişim Süreci ve Finansal Sektör Üzerindeki Etkileri”, S.62, İstanbul,2007, s. 61, 62, 63

2020 yılları arasında ülkelerde toplam nüfusun % 95 oranında artması beklenirken yaşlı popülasyonda bu artış oranı % 240 olarak hesaplanmıştır.

Yaşlanan popülasyonun gereksinimleri de değişmektedir. Çalışmalar yaşlı popülasyonun, genç popülasyona göre sağlık hizmetlerini daha fazla kullandığını göstermektedir. Yaşlı bireyler daha uzun süre hastanede kalma eğilimindedirler.

Kronik hastalıklar ve özürllükteki dramatik artışlar nedeni ile uzun dönem bakım hizmetlerine (huzurevleri, bakımevleri vb.) duyulan gereksinim artmıştır. Yaşlı bireylerin önceki yetilerini geri kazanmaları için uzun bir süreye ihtiyaçları vardır. Amerika Birleşik Devletleri'nde bakım evlerindeki yatak sayısı hastaneleri geçmiştir. Araştırmalara göre bakımevinde kalan her bireye karşılık, toplum içinde 2-3 birey, profesyonel olan ya da olmayan bireyler tarafından bakılmaktadır.

Kronik hastalıkların prevalansı yaşlabirlikte artmaktadır.

Üç temel hastalığın (kardiyovasküler sistem hastalıkları, kanser ve inme) tedavisindeki gelişmeler ile bu hastalıklar tam olarak iyileşme ile sonuçlanmasalar da yaşam süresi uzamıştır. Yine bazı hastalıklar (kronik pulmoner hastalık, Alzheimer Parkinson, duyu ve görme bozuklukları), bireyin yetisinde belirgin azalmalara neden olmaktadır. Bunlar yaşlılarda görülen sık hastalıklardır. Yaşam süresinin uzaması ile daha da sık görülür olacaklardır. Ayrıca mortalite istatistiklerinde yer almayan fakat önlenemeyen Alzheimer, Parkinson, osteoporoz, ve osteoartrit gibi hastalıklar ölüme neden olmasalar da ciddi özürllüğe neden olurlar. Tüm bu hastalıklarda amaç fonksiyonların iyileştirilemesi veya aynı düzeyde kalmalarıdır. Tedavinin amaçları arasında hayat kalitesinin yüksek tutulması da bulunmaktadır.

Yaşlıların ele alınmasında pek çok disiplinin katıldığı ortak bir çalışmaya gereksinim vardır.⁴²

3.5.Türkiye'nin Değişen Demografik Yapısı ve Yaşlılık

Türkiye'nin demografik yapısı büyük değişim geçirmektedir ve bu durumun gelecekte de devam etmesi beklenmektedir.

⁴² Arslan, Ş., Kutsal, Y. G., Yaşlılarda Özürllüğün Değerlendirmesine Yönelik Çok Merkezli Çalışma Raporu, Ankara, 2000. s. 7, 8

Türkiye'nin nüfusu 2000 yılı sayımına göre 67. 8 milyondur. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından yapılan tahminlere göre aşağıdaki şekildedir

Tablo. 5. Yıllara Göre Nüfus Artış Tahmini

YIL	NÜFUS SAYISI
2007 Ortaları	73. 8 Milyon Civarı
2025	88 Milyon'a
2050	96. 4 Milyon'a

Kaynak: Kumcu, E. (03. 12. 2006), "Nüfus Yapısı Türkiye'yi Zorlayacaktır", <http://hurarsiv.hurriyet.com.tr/goster/ShowNew.aspx?id=5544743> (01. 09. 2011) esinlenilmiştir

Tablo. 6. Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi

Yıl	Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi
1990	66
2007	71. 7
2050	74. 4

Kaynak:Bankacılar Dergisi (BM 2007), "Küresel Demografik Değişim Süreci ve Finansal Sektör Üzerindeki Etkileri", S.62, 2007, s. 64'den esinlenilmiştir

Türkiye'de nüfus artış hızı düşmektedir. 2000 yılında yıllık nüfus artışının yüzde 2'nin altında olduğu belirlenmiştir. Halihazırda yıllık nüfus artışının yüzde 15'in altında olduğu tahmin edilmektedir. Türkiye'de doğurganlık hızı da son 25 yıldır düşüş göstermektedir. 2007 itibariyle kadın başına çocuk sayısı 2. 17 iken bu oranın 2025 yılında 1. 97'ye düşmesi beklenmektedir. Türkiye'de 20 yaş altındaki nüfusun toplam nüfus içindeki payının sürekli düşmesi öngörülmektedir. Bir başka deyişle Türkiye genç nüfus olma özelliğini zaman içinde kaybedecektir. Buna karşılık 65 yaş ve üstü nüfusun payı büyük bir hızla artacaktır.⁴³

Tablo. 7. Türkiye'de Nüfusun Seçilmiş Yaş Gruplarına Göre Yüzde Dağılımı

	0-14	15-64	65+
1990	35. 0	60. 7	4. 3
2006	28. 1	66. 0	6. 0
2015	25. 3	68. 2	6. 6

Kaynak:Bankacılar Dergisi(TÜİK ve DPT verileri), "Küresel Demografik Değişim Süreci ve Finansal Sektör Üzerindeki Etkileri", S. 62, 2007, s. 64

⁴³ Bankacılar Dergisi, a.g.m.,s.64

15-64 yaş arası grup 1970' lere gelene kadar toplam nüfusun yüzde 54'ü civarındayken, şimdi bu oran yüzde 66'ya kadar yükselmiştir. 2025 yılında yüzde 69' a yükselip 2050 yılında yüzde 65 düzeyinde istikrara kavuşacağı tahmin edilmekte olup 2050 yılı tahminlerine göre 0-14 yaş grubunun göreceli önemi daha da azalıp 15-64 yaş grubunun önemi aynı kalacak ama 65 yaş üzeri grubun önemi 0-14 yaş grubu düzeyine gelecektir. ⁴⁴

Türkiye'de demografik yaşlanmanın geç farkına varılmıştır. Gerontolojik çalışmalar ancak 2005 yılından beri yapılmaya başlanmıştır. Bu anlamda tatmin edici bir literatürde mevcut değildir. Veri eksikliği nedeniyle belediyelerin yaşlı bakımı konusunda geleceğe dönük planlama yapabilmesi de güçleşmektedir. "Oysa yapılacak bir araştırmada en azından şu bilgilere sahip olmalıdır.

- Yaşlıların sosyal güvenliği
- Yaşlıların toplumdaki algılanışı
- Yaşlıların sağlık haritası
- Yaşlılıkta engellilik
- Yaşlılıkta bakıma muhtaçlık
- Yaşlılıkta en çok ortaya çıkan fiziksel veya psikolojik hastalıklar
- Yaşlı kadın veya erkeklerin özel sorunları
- Yaşlı insanların çocuk veya çevreleriyle yaşadıkları sorunlar vs."⁴⁵

"Tüm bunlarla birlikte, yaşlılar açısından genel anlamda " iyilik hali" 5 açıdan ele alınmaktadır. Bunlar;

- Fiziksel İyilik: Bilinçli ve düzgün beslenme alışkanlıkları geliştirmek, düzenli fiziksel aktivite yapmak ve zararlı alışkanlıklardan uzak durmaktır.

⁴⁴Kumcu,E.,(03.12.2006), "Nüfus Yapısı Türkiye'yi Zorlayacaktır", <http://hurarsiv.hurriyet.com.tr/goster/haber.aspx?id=5544755&yazarid=7> (01.9.2011)

⁴⁵ Devran, Y.,"Gelişmiş Ülkelerde Yaşlı Nüfusun Bakımına Yönelik Çağdaş ve Ekonomik Uygulamalar: Darülaceze Modelinin Rehabilitasyonu",Projem İstanbul Araştırma Projesi, İstanbul, 2007, s. 12, 13

- Manevi İyilik: Yaş ilerlemiş olsa da kişinin yaşamda bir amacının olması güçlü etik değerlere ve ahlaka sahip olmasıdır.
- Zihinsel İyilik: Zihnin sürekli öğrenmeyle uyarılması, problem çözebilme ve yaratıcılık süreçlerinin devam etmesidir.
- Sosyal İyilik: İyi ilişkilerle güzel iletişim kurulabilmesi, topluma ve çevreye pozitif katkıda bulunabilmek için çaba gösterilmesidir.
- Duygusal İyilik: Başkalarına ve kendisine karşı olan düşünceleri anlayabilme, duygusal açıdan dengede olabilmeyi başarmaktır. “

Yaşlılara yönelik olarak geliştirilecek politikalarda ileriye dönük çok yönlü planlamaların yapılması ve söz konusu parametrelerin göz önüne alınması gerekmektedir.⁴⁶

3.6.Yaşlılıkta Fiziksel ve Kronik Hastalıklar

Yaşlı bireyler de toplumun bir parçası olup, her toplum üyesi gibi; Sağlık, iş, sosyal servislerin kullanımı gibi alanlarda gereksinim duydukları desteği alabilmelidirler.

Yaşlılıkta ortaya çıkan özürllükten korunma; bireyin sosyal katılımını ve bağımsızlığını maksimuma ulaştırmayı ve fonksiyonel kapasitede düzelmeye sağlamayı hedefler. Ancak koruyucu önlemlerin planlanması ve yaşlılarda özürllük politikalarının belirlenmesi 2000’li yıllarda artması beklenen 60 yaş üzeri nüfusla ilgili projeksiyonların yapılabilmesi için toplumumuzda yaşlı bireylerle ilgili daha fazla bilgiye gereksinim vardır.

Yaşlı popülasyona sunulacak hizmetlerin planlanmasında bu bireylerdeki özürllük oranının ve eşlik eden kronik hastalıkların prevalansının bilinmesi önemli rol oynar.⁴⁷

55 ve 64 yaş grubundaki yaşlıların yarısında kronik hastalık vardır. 65-74 yaş grubunun yarısından fazlası kronik hastalıklı iken bu oran 75 yaş ve üstü grupta üçte

⁴⁶Kutsal, Gökçe. Y.,”Yaşlanan Dünyanın Yaşlanan İnsanları”, Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi , GEBAM Bülteni, Ankara, 2007

⁴⁷ Arslan, Ş., Kutsal, Y. G., a.g.e. , s. 12, 13

iki oranındadır. Kadın ile erkekler arasındaki orana bakıldığında kadınların erkeklere oranla daha fazla kronik hastalıklara sahip oldukları görülmüştür.

2000-2003 yıllarına bakıldığında yaşlı kronik hastaların sayısının 1997-1998 yıllarına oranla azaldığı görülmektedir. Kronik hastalıkların ana sebebi yaşama şekillerindeki değişikliklerdir. Diyabet, tansiyon ve eklem hastalıkları sıkça görülen kronik hastalık çeşitleridir. 80 yaş ve üstü grubundaki yaşlılar arasında genellikle dikkatsizlik ve düşme hastalıkları yaygındır. Bu grubun üyelerinin % 13 ü bu hastalıklara sahiptirler. 65 yaş ve üstü grubundaki yaşlıların % 30 u bağımsız olarak yaşarken geri kalan bölümü bakımevlerinde ya da huzurevlerinde yaşamaktadır.

Kronik hastalıkların çeşitliliğindeki artış yaşlıların hayatlarını çok fazla zorlaştırmaktadır. Bu hastalıklar; migren, baş ağrısı, tansiyon, sırt ağrıları, solunum zorluğu, kalp krizi, beyin travması, beyin enfarktüsü hastalıklarıdır. Aynı anda seyreden kronik hastalıklar yaşlılar arasında en sık görülen sorunlardandır. 65 ile 74 yaş grubunun üyelerinin % 15 i aynı anda birden fazla kronik hastalığa sahipken 75 yaş ve üstü grubunun üyelerinin ise 4'te 3'ü birden fazla kronik hastalığa sahiptir. Aynı anda seyreden kronik hastalıklar için de psikolojik hastalıklarda sıkça görülebilmektedir. Depresyon hastası yaşlıların % 30 u bunalım hastalığına da sahiptir. Bunalım hastası yaşlıların % 13' ü depresyon hastalığına sahip olabilmektedir. Birden fazla kronik hastalığa sahip yaşlılar tek kronik hastalığa sahip yaşlılardan daha fazla ilaç kullanmakta ve bundan dolayı bu yaşlıların taşıdıkları diğer kronik hastalıkların tanısı ve tedavisi zorlaşabilmektedir.⁴⁸

Günümüzde eskiye oranla daha uzun bir ömür sürme şansına sahip olmanın yaşam kalitesi artmadan bir anlamı olmayacağı ve sağlık beklentisinin yaşam beklentisinden çok daha önemli olduğu vurgulanmaktadır. Dolayısıyla genç popülasyonda tıbbın hedefi tedavi iken geriatrik popülasyonda esas hedef; yaşam kalitesinin korunmasıdır. İleri yaştaki bir hasta hem akut hem de kronik yani süregelen pek çok karmaşık psikososyal ve fiziksel patoloji, yani bozukluk nedeni ile hastanelere başvurabilir. Yaşlının özgül organ, sistem veya hastalık bazında değil işlevsellik bazında ve multidisipliner yani değişik uzmanlık dallarını bir araya getirecek bir anlayış ile değerlendirilmesi gerekmektedir. Geriatrik değerlendirme

⁴⁸ Devran, Y., a.g.e., İstanbul, 2007, s. 61, 62

yaşlılardaki değişik pek çok problemi kapsayan tanımlayıcı, açıklayıcı ve en önemlisi çözüm üretici bir tarz içinde yapılmalıdır.

Yaşlılarda sık görülen sağlık sorunları ingilizcedeki baş harfleri dikkate alınarak birinci basamakta yaşlı bireylerle ilgili en önemli sağlık sorunları; Kronik obstruktif (tıkayıcı) akciğer hastalığı, hipertansiyon, Kronik iskemik kalp hastalıkları, glokom, diyabetus mellitus, kronik böbrek hastalıkları, ruhsal bozukluklar, sağlıksız beslenmeden kaynaklanan hastalıklar (malnütrisyon, guatr, şişmanlık gibi) hareket bozuklukları olmaktadır.⁴⁹

Bu sağlık sorunlarını ortadan kaldırmak ve yaşam kalitesini düşürmesine engel olmak üzere standart, kanıta dayalı olarak hazırlanmış, birinci basamağa yönelik rehberlerin hazırlanması da önemli bir konudur. Yine bu sağlık sorunlarıyla baş etmede yapılacakların başında bu hastalıkların ortaya çıkmaması için birincil ve ikincil koruma önlemlerinin alınması gerekir.⁵⁰

4. YAŞLININ EVDE BAKIMI

Küreselleşme, bilim ve teknolojinin gelişmesi, anne, bebek ve çocuk ölümlerinin azalması, yeterli ve dengeli beslenme alışkanlığının kazanılması, eğitim düzeyinin yükselmesi, enfeksiyon hastalıklarının görülme sıklığının azalması ve sağlıklı yaşam alışkanlıklarının kazanılmasıyla bireylerin yaşam kalitesi artmaktadır. Bu durum doğuştan beklenen yaşam süresinin uzamasına ve toplumun yaşlanmasına yol açmaktadır.

Yaşlılık yaşam boyu devam eden bir süreç olup bireylerde yapı ve fonksiyonel bozukluklara yol açmaktadır. Ülkemizde 65 yaş ve üzeri grubun % 90'ında bir, % 35'inde iki, % 23 'ünde üç, %15'inde dört ve daha fazla kronik sağlık sorunu olduğu tahmin edilmektedir. Fonksiyonel bozukluk ve kronik hastalıklar nedeniyle çeşitli yaşamsal aktivitelerdeki kısıtlılık ve kaybın sonucu yetersizlik, yaşla birlikte giderek artmaktadır. Bu durum yaşlılarla ilgili sosyal, ekonomik, kültürel ve politik düzeylerde sorunlara neden olmaktadır. Yaşlılarla ilgili gelişen bu sorunların çözümlenmesi için yaşlı köyleri, yaşlı apartmanları, bakım evleri,

⁴⁹ Kutsal, Y. G., "Yaşlılık Döneminde Sık görülen Sağlık Sorunları", GEBAM Bülteni, Ankara, 2007, s. 16, 17

⁵⁰ Arulat, T., "Aile hekimlerinin Birinci Basamakta Yaşlı Hasta Değerlendirmedeki Sorunları", Akademik Geriatri 2009 Konuşma Metinleri, GEBAM Bülteni, Ankara, 2009, s. 18, 19

huzurevleri gibi değişik yaklaşımlarla yaşlılara hizmet götürölmektedir. Bu kurumlardan ekonomik ve sosyal nedenlerle sınırlı sayıda yaşlı birey yararlanmaktadır. Akut ve kronik sorunları olan yaşlı bireyler kurum hizmeti aldıktan sonra, yaşadıkları ortamda sorunları ile baş başa bırakılmaktadır.

Yalnız yaşayanlar ise tamamen kendi kaderlerine terk edilmektedir. Bu durum yaşlı ve ailesine kendi buldukları ev ortamında koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin birlikte sunulmasını ve hizmetin sürekliliğini sağlayan evde bakım hizmetlerini gündeme getirmiştir. Günümüzde evde bakım hizmetlerinin % 70-80 'i yaşlılar içindir.

Evde bakım hizmetleri, birey ve ailesine yaşadığı ortamda farklı meslek üyelerinin işbirliği ve eşgüdümü ile sürekli, kapsamlı ve organize bir şekilde sunulan koruyucu ve tedavi edici hizmetleri içerir.

Yaşlının evde bakım hizmetinde, hekim, hemşire, ev ekonomisti, eczacı, tıbbi sosyal çalışmacı, psikolog, fizyoterapist, diyetisyen, konuşma ve mesleki terapisti gibi farklı meslek üyeleri rol alır. Her ne kadar pek çok disiplin yaşlının evde bakımına katılıyorsa da evde bakım "hemşire" odaklıdır ve hemşireler bu hizmetin omurgasını oluşturur.⁵¹

Ülkemizde sağlık hizmetleri hem hizmet hem de mali açıdan akut tıbbi bakım ve kurumlarda verilen bakım üzerinde durmaktadır. Bu hizmetler iki grup yaşlıya yarar sağlamaktadır:

- Sadece belirli sürelerle akut bakıma gereksinimi olanlar
- Huzurevlerinde kalması gerekenler

Yaşlıların büyük çoğunluğunu, bu iki gruba da girmeyen, evlerinde aileleriyle birlikte ya da yalnız yaşayan ve uzun vadeli bakıma ihtiyaç duyan kişiler oluşturmaktadır. Yaşlı hizmetlerinin çeşitlendiği ölkelerin araştırmaları dikkate alındığında, kurum bakımı, yaşlıya evinde bakımın bir alternatifi değil sadece yaşlıların küçük bir yüzdesi için önerilen bir hizmet türü olmalıdır. Maliyetin yüksek

⁵¹ Erdil, F., Şenol Çelik, S., "Yaşlının Evde Bakımı", Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi, Halk Eğitimi Etkinlikleri ,GEBAM Bülteni,Ankara, 2007, s. 117, 118

olması, alışılan ve yaşanan ortamdan uzak kalma, yaşlı bireyi bedensel olduğu kadar ruhsal yönden de olumsuz etkileyecektir. Bu nedenle 65 yaş ve üzeri nüfusu % 10 un üstünde olan ve sağlık sorunlarını bir anlamda çözmüş ülkeler, yaşlılık bakımı için kurumsallaşmanın yerine Evde Bakım Hizmetlerine dair çalışmalar yapmaktadırlar.

Hem sosyo-ekonomik veriler, hem de kültürel yapı ve geleneklerimiz, Türkiye’de yaşlı kişilerin bakım hizmetlerini, huzurevleri ya da hastaneler ya da gelişmiş ülkeler gibi bakımevleri açarak çözümlemesinin olanaksız olduğunu göstermiştir. Evde Sağlık Hizmetleri uygulamaları Türkiye’de bu sorunlara bir çözüm olabilecektir. Ülkemizde yaşlı kişilere bakım verecek kuruluşlar sayısal olarak çok yetersiz olmakla birlikte bu kuruluşlardan yararlanabilecek ekonomik güce sahip yaşlı nüfus oranı çok azdır. Türkiye’de yaşlılara verilecek bakım hizmetlerinde “Evde Bakım” ve “Gündüz Hastaneleri” gibi örgütlenmelere öncelik verilmelidir.

Evde bakım hizmetlerinde temel yaklaşım yaşlı bireyin tam olarak değerlendirilmesine bağlıdır. Ev ziyaretlerinde ebe ve hemşirelerin eğitim vermeleri, koruyucu hekimlik hizmetlerinin etkin bir şekilde verilmesi, bedensel yapıları bozulan kişilerin fiziksel ve sosyal rehabilitasyonunun sağlanması gerekmektedir. Yapılacak değerlendirme yaşlının günlük yaşam aktivitelerinin ne kadarını bağımsız olarak yerine getirebildiğini, ne kadarında ve ne ölçüde yardıma gereksinim duyulduğunu belirleyerek bir planlama yapılmasını sağlayabilecektir.⁵²

Yaşlının evde bakım planını oluşturma aşamasında dikkat edilecek noktalar arasında, yaşlılara verilen sağlık hizmetlerinin temelinde, hastalıklardan korunma, yeti yitimini önleme veya geciktirme, bağımlı olmadan yaşama, tedavi hizmetlerinin verilmesi yanında yeti yetersizliği olan yaşlılara üretken ve kaliteli bir yaşam sağlanması olmalıdır. “Yaşlılar için oluşturulacak sağlık programları;

- Yalnızlıktan korunma
- Fiziksel aktivite ve egzersiz programları
- Beslenmenin düzeltilmesi

⁵² Özer, M., Huzurevinde ve Aile Ortamında Yaşayan Yaşlıların Öz Bakım Gücü ve Yaşam Doyumunun İncelenmesi, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2001

- Ağız ve Diş sağlığı
- Kişisel bakım ve temizlik
- Aşılama programları
- Kazalardan korunma
- Erken tanı
- Nörolojik sorunlarla mücadele
- Ruhsal sorunlarla mücadeleyi içermelidir.”⁵³

“1996’da Dünya Sağlık Örgütü önerilerinden adapte edilen sağlığın uygunluk düzeyine göre yaşlılar 3 temel grup altında toplanırlar.

- Fiziksel uygunluğu olan, hastalığı olmayan ve fonksiyonlarında bağımsız yaşlılar
- Fiziksel uygunluğu olmayan, kronik hastalığı olan ve fonksiyonlarında bağımsız yaşlılar
- Fiziksel uygunluğu olmayan, kronik hastalığı olan ve fonksiyonlarında bağımsız olmayan yaşlılardır.”

Fiziksel aktivitenin önemi, hastalığın önlenmesinden, engelin önlenmesine doğruyapılacak planlamada program ve ihtiyaç olarak farklılık gösterecektir. ⁵⁴

4.1.Yaşlı Bakımında Aile Dışı İnsan Gücü Kullanımı

Geleneksel geniş aileden çekirdek aileye dönüşüm sonucunda, konutların küçülmesi, yaşlılar için uygun ve yeterli olmaması, ailede yaşlıların bakımında rol oynayan kadınların çalışma yaşamına katılması veya katılmak istemesi, gençlerin yaşlılığa bakış açısı ve kuşaklar arası iletişim sorunu, yaşlıların ve ailelerinin ekonomik yetersizliği, yaşlılık hakkında yaşlının ve ailenin bilgi eksikliği,

⁵³Arulat, T.,a.g.m., s. 18

⁵⁴ Kırdı, N., ”Yaşlılıkta Yaşam Kalitesi”,Gebam Kongre Yayınları, Antalya, 2009,s. 121

başkalarına bağımlı olma gibi nedenlerden dolayı aile içinde bakım verici rolündeki kişilerin sayısının azalması yaşlının bakım sorununu daha da artırmaktadır.

Bu durum yaşlı bireylerin bakımında aile dışı insangücü kullanımını zorunlu hale getirmiştir.⁵⁵

Günümüzde özürllük, kronik hastalık, ve yaşlılık gibi, geçici veya sürekli bakıma gereksinim duyulan durumlarda bakım sorumluluğunun yalnızca aile bağları ile çözümlenemeyeceği gerçeği daha iyi anlaşılmiş ve bakım hizmetlerinin organizasyonunda aile kadar topluma da bir sorumluluk yüklenmiştir. Halk sağlığı hizmetlerinin yaygınlaştırılması, teknolojinin insan yaşamına getirdiği kolaylıklar, demokrasinin, insan haklarının ve sosyal adaletin gelişmesi; bakıma gereksinim duyan bireylerin psikolojik, sosyo-ekonomik ve fizyolojik gereksinimlerinin çağın gereklerine uygun bir biçimde karşılanması konusunu bir kez daha gün yüzüne çıkarmıştır. Bugün sosyal refah ülkelerinde bakım politikaları bireylerin yaşam kalitesini ve iyilik halini geliştirmeye odaklanmaktadır.

Bakım hizmetleri açısından gelişmiş ülkelerin bir hayli gerisinde olan ülkemizde ise hızlı bir dönüşüm süreci yaşanmaktadır. Giderek aileler küçülmekte, kadınlar ev dışında çalışmakta, akrabalar ve komşularla olan ilişkiler eski gücünü kaybetmektedir. Tüm bunlardan dolayı, bakıma muhtaçlık sorununu, kurum odaklı bakım hizmetleri ve aile desteğiyle çözebilmek her geçen gün daha da zorlaşmakta ve içinden çıkılması güç bir sorun haline dönüşmektedir.

Eve yönelik bakım hizmetlerinin kurumlaştırılması ve sistemleştirilmesi açısından ileri bir noktada bulunan Avrupa ülkelerinde bakıma muhtaç hale gelen bireyin yaşamını mümkün olduğunca kendi evinde ya da ailesinin yanında sürdürebilmesi amacıyla evde bakım devlet güvencesi altına alınmıştır. Avrupa Topluluğu'na dahil ülkelerde evde bakım, kamusal sosyal yardım ve sosyal güvenlik sistemi içerisinde yer almışken, Avrupa Topluluğu'na tam üyelik aşamasında olan ülkemizde evde bakım uygulamaları hala devlet güvencesine altına alınmadığı gibi, henüz gerçek anlamda başlatılmamıştır. Bakıma muhtaçlık durumunda sorumluluk yalnızca aile değil, aynı zamanda devlet ve toplum tarafından da paylaşılmalıdır. Öyleyse gerek yaşlı, gerekse özürllü ve hasta bakımı alanında kurum bakımı

⁵⁵ Karahan, A., Güven, S., a.g.m. , s. 158

modelinde bir örgütlenme içerisinde olan Türkiye’de formel sağlık ve sosyal hizmetler sistemi hızla revize edilmelidir. ⁵⁶

4.2.Hollanda ve İngiltere’de Yaşlı Bakım Hizmetleri

Hollanda da 1960’larda ve 1970’li yılların başında bakımevi genellikle hastaların fiziksel rehabilitasyon amacıyla kaldığı yer olarak bilinmekteydi. Bu kurumda kalan insanlar iyileştikten sonra evlerine dönebiliyordu. Hastalar hastanelerde uzun süre kalmaları çok maliyetli olduğu için bakımevlerinde daha ekonomik koşullarda hastalık süreçlerini geçirebilmekte ve bakımevleri hastane konseptinde inşa edilmekteydi. Ancak bu konseptler özel ve sosyal yaşam bağlamında yaşlıları tatmin etmekten uzak olup, günümüzde bu konsept, değişerek farklı bir boyut kazanmıştır. Günümüzde yaşlı insanların % 85 i yaşamlarının sonuna kadar kendi evlerinde ikamet etmektedir.

1975 de yaşı 65 den büyük olanların % 9. 3 ü bir yaşlı yurdunda, % 2 si ise bir bir bakımevinde kalmaktaydı. Yaşlı insanların böyle bir takım kurumlarda tecrit edilmiş olarak hayatlarını sürdürmelerine toplumda tepkiler yükselmiş buna istinaden Hollanda hükümeti 1975 ‘de, bir bölgedeki 65 yaşın üstündeki insanların % 7 ‘sinin yaşlı yurtlarında kalması şeklinde bir görüş kabul etmiştir. 1982’den sonraki politika daha az pahalı gözüken evde bakıma yönelme şeklinde olmuştur. Artan yaşlı nüfusa karşı, bakım kurumlarındaki yatak sayılarının azalması, yaşlı insanların, uygun bağımsız konutlara olan ihtiyacını ortaya çıkarmıştır. Yeni konut politikalarının geliştirilmesi zorunlu hale gelerek, yaşlı insanların evde bakımı için yeni örgütlenmeler ortaya çıkmıştır. Bunun yanında yaşlı insanların gruplar halinde yaşadıkları korunmuş iskan şekilleri de geliştirilerek, bu tür konutlara 55+ konutlar adı verilmiştir. ⁵⁷

Bütün arayışlar sonucunda Hollanda’da “ Yaşam Apartmanları “adlı bir sistem geliştirilerek, bu konutlar insanlara her türlü bakım hizmetlerinin verilmesine elverişli bir konsept olarak tasarlanmıştır. Uzun dönem yaşlı bakım, ameliyat sonrası kısa süreli bakım, kapsamlı bakım, gündüz bakımı, evde bakım vb. hizmetlerin, aynı çatı altında verilmesi böylelikle mümkün olabilmektedir. Bölgesel değerlendirme

⁵⁶ Danış, M. Z., ”Toplum Temelli Bakım Anlayışı”,
<http://www.ozida.gov.tr/ozveri/ov3/ov3ttrbakim.htm> 01.12.2011

⁵⁷ Sürmen, Ş., Yaşlılar ve Yaşlılık Üzerine Dağınık Notlar, İstanbul, 2000, s. 233, 236

kurumu kişinin ihtiyacı ve talebini değerlendirerek, ne tür bir hizmet alabileceği ya da alması gerektiğine karar vermektedir.

Hollanda, yaşlı bakım kalitesi konusunda dünyanın en önde gelen ülkelerinden biridir. Hollanda hükümetleri uzmanlardan oluşan çalışma grupları oluşturarak toplumdaki yaşlanma oranını gözlemlemeye ve yaşlanmanın olası etkilerini tespit etmeye başlamıştır.

“Bu gözlem ve incelemeler sonucunda yaşlanmanın olası sonuçlarının ve sorunlarının şu alanlarda olacağı tespit edilmiştir.

- Yaşlı insanların işgücüne katılım oranları
- Yaşlı insanlar için sağlanan sağlık harcamaları
- Yaşlı insanların gelir düzeyleri.”

Heyetlerin hazırladığı raporlarda yaşlı insanların sosyal konumları, gelirleri ve eğitim düzeylerinin daha da iyileşmesiyle birlikte yaşam sürelerinin daha da arttığına dikkat çekilmektedir.

Avrupa ülkelerinde 65 yaş ve üzeri insanların sayısı Hollanda’dan biraz daha fazladır. Bu oran Almanya’da %16.9, Fransa da % 16.2, İsveç’de %17.2 civarındadır.

Yaşlı nüfus ve bakımı Hollanda’da özellikle kendini 3 alanda hissettirmekte ve devlete önemli bir yük getirmektedir.

“Bunları aşağıdaki şekilde sınıflandırabiliriz.

- İşgücü piyasasına katılımı
- Emekli maaşları
- Yaşlı bakımı.”

Bu konuda alınan tedbirlerle; Avrupa seviyesinde ve Lizbon anlaşmasına göre yaşlı nüfusun işgücüne katılımında artış sağlanmıştır. Avrupa ülkeleri 55 ve 64 yaş arası nüfusun % 50 sinin 2010 yılına kadar ücretli olarak çalışması konusunda anlaşmış, emekli maaş sistemi disipline edilmiş, sağlık ve uzun vadeli bakım

konusunda belli bir plan hazırlanmıştır. Avrupa birliği bakanları Hollanda öncülüğünde 8-9 Kasım 2004'de yaşlı bakımını görüşmek üzere toplanmış toplantının sonucunda yaşlı insanların topluma daha fazla uyum sağlaması, kişisel ve ortak sorumluluklar alması ve işgücüne katılımı konusunda görüşler ortaya çıkmış, İsveç kişisel katılım konusunu önemserken, Hollanda'da, hükümetin sağlık harcamalarının, tasarruflu hale getirilmesine odaklanılmıştır. Buna bağlı olarak da yaşlı bakımını ve yaşlıların yakalandığı Parkinson ve Alzheimer gibi hastalıklar için daha fazla bilimsel araştırmanın yapılabilmesi için bütçe ayrılmıştır.

Hollanda hükümetlerinin ve yerel yönetimlerin yaşlılık bağlamında üzerinde durduğu temel konular şu şekilde özetlenebilir; Yaşlıların kendi kendisine yetebilmesi ve bakım yönetimi, Yaşlı bakımı, yaşam kalitesinin artırılması yalnız yaşamın ve toplumsal dışlanmanın önüne geçilmesi, yaşlanmanın beraberinde getirdiği ülkesel ve toplumsal sorunlar, Yaşlıların yasal hakları konusunda bilinçlendirilmesi ve resmi kurumlardan ihtiyaç duydukları yardımı kolaylıkla alabilmelerinin sağlanmasıdır.

Hollanda hükümeti 55 yaş üstü yaşlılar için birinci ve ikinci basamak kurumlar aracılığıyla hizmet vermektedir. Birincil kurumlar semt evleri bünyesinde yer alan enformasyon ve danışmanlık bürolarıdır ve belediyeler tarafından finanse ve organize edilmektedir. Yaşlıların günlük yaşamda karşılaştıkları sorunların hızlı bir şekilde çözülmesiyle ikincil kurumlarda yığılmalarının önüne geçilmesi hedeflenmektedir. İkincil derecedeki kurumlar ise huzurevleri, bakımevleri ve evde bakım (tedavi, bakım, refakat gibi) hizmeti veren kurumlardır.

Hollanda'da huzurevleri 147.000 kişilik bir kapasiteye sahiptir. 65 yaşın üstündeki nüfusun yaklaşık % 7'si huzurevlerinde kalmaktadır. Bakımevlerinde kalan yaşlıların sayısı ise 50.000 civarındadır. Ayrıca 5000 kişiye de haftada birkaç kez gündüz bakım hizmeti verilmektedir.

Hollanda'da yaşlıların % 92,8'i evlerinde yaşamaktadır. Nüfus ve ekonomi alanındaki değişim ve gelişmeler, bakım sisteminde ciddi anlamda değişikliklere yol açmakta, huzurevi konsepti giderek önemini yitirirken, bakımevleri de konsept ve hizmetlerini değiştirmektedir. Ayrıca bakımevleri hizmet alanlarını genişleterek gündüz bakımına önem vermeye başlamıştır. Bu nedenle yaşlı bakım kurumları hem

evde bakım hem de gündüz bakım şubeleri kurarak değişen bu trendi kendisi uyarlamaktadır. Bu konsept değişimi özellikle yaşlıların yaşamlarını kendi evlerinde ve çevreleriyle birlikte geçirmekten vazgeçmemelerinden kaynaklanmaktadır.⁵⁸

İngiltere, yaşlı ve yaşlılık sorunlarına oldukça erken zamanda eğilmesi ve kendi koşul ve olanakları içerisinde belirli sorunlara yaklaşımı ile incelenmesi gereken özel bir örnek grubu oluşturmaktadır. İngiltere’de yaşlılar nüfusun önemli bir bölümünü oluştururlar. Bunun nedenlerinden biri de bu ülkedeki yaşam beklentisinin (Life expectancy) göreceli yüksek olması ve her geçen yıl bir miktar artmasıdır. Bununla doğru orantılı olarak da yalnız yaşayan yaşlı nüfusta, her geçen yıl giderek artmaktadır. Örneğin 65-74 yaşlarındaki kadınların (1979)’da % 39 u yalnız yaşarken, 75-84 yaşlarındaki kadınların % 55 i yalnız yaşamaktadır.

Düşkün ve muhtaç yaşlılar için yüzyıllardır kullanılagelen “Alm House” lar (yaşlı-düşkünler evi) ve Workhouse”lar (Düşkünler evi) varlıklarını sürdürmektedir.

İngiltere’de son yıllarda izlenen politika, yaşlılara birçok çeşitli destek servisleri ve uygun konutlar sağlayarak onların toplum içinde mümkün olduğunca uzun bir süre bağımsız bir yaşantı sürmelerini sağlama yönündedir. Ayrıca yaşlı yurtlarındaki ve geriatrik hastanelerdeki bakım ise çok düşkün ve hasta yaşlıların bakımında önemli bir rol oynamaktadır. İngiltere’de yaşlılara sağlanan servisler önce iki ana başlık altında toplanmışlardır. Yaşlı yurtları ve geriatrik hastaneler bu grupta yer almakta olup kurumsal yapılardır ve gerektiğinde uzun süreli bakım ve tedavinin sağlandığı ünitelerdir. Bu hastaneler tıbbi sorunlarla ilgilidir ve tedavi sonunda yaşlının yaşadığı çevreye, evine dönmesi amaçlanmaktadır.

Yaşlı yurtlarıysa yaşlılara devamlı bakım ve ihtimamın gösterildiği ve devamlı yaşanılan kurumlardır. İngiltere’de yaşlı yurtları ya kısmen ya da günün 24 saati bakıma muhtaç yaşlılara hizmet vermektedir. Yaşlılar ancak toplum içinde, kendi evlerinde sağlanan tüm hizmetlere rağmen yaşayamıyorlarsa yaşlı yurtlarına gitmektedirler. İkinci ana grupta ise “kendi evlerinde yaşayanlara” imkan sağlanır.

⁵⁸ Devran, Y.,a.g.e. , s. 48, 51, 53, 55, 56

Birinci grup ve ikinci grup servis türleri arasındaki fark, birincisinde yaşlı, gerekli bakımı görmek için bu kurumlara gitmek zorundadır. İkincisinde ise yaşlı kendi evinde yaşamakta ve düzenli bakım ve yardım için çeşitli servislerden yararlanmaktadır. Bu hizmetlerden birçoğu eve götürülmekte, bazıları da belirli yerlerdeki günlük merkezlerde verilmektedir.

Konut içinde sağlanan servisler, kendi kendine bakamayacak kadar yaşlı veya güçsüz olan ve çoğu kez yalnız yaşayan yaşlıların ev işleriyle ya da sağlık ve kişisel bakım işleriyle ilgilidir. İhtiyacı olan yaşlılara; Ev işlerinde yardım, yemek dağıtımı yapılmaktadır.

Gerekli durumlarda konut içi sıhhileştirme ve adaptasyon ve çeşitli gereçler sağlanmaktadır. Sağlık ve kişisel bakım yönünden de gerektiğinde sağlık denetleyicisi veya gözlemcisi, bölge hemşiresi, banyo yapma yardımcısı ve semt doktoru, evde bakım ve yardım hizmeti vermektedirler.

Öte yandan bakımla ilgili bazı servisler ve sosyal amaçlı servisler de konut dışında sağlanmaktadır. Bu servislerin birçoğu daha çok yaşlıların sosyal bağlarını kuvvetlendirmek içindir. Bunlar yemek klüpleri, sosyal klüpler, günlük uğrak klüpleri, günlük sosyal merkezler ve yaşlılar için özel tasarlanmış grup konutlardaki toplantı merkezleridir.

Bütün bu servislerin yanında yaşlılar için özel olarak tasarlanmış konutlara da ağırlık verilmiştir. "Sheltered Housing" adı altında, kolay yaşanabilir, bakımı kolay, konforlu, yaşlıların özelliklerine göre donatısı uygun, yeterli büyüklükte konutlar yapılmıştır. Kendi evlerinde yaşayan bu yaşlıların gereksinimleri olan servislerin yaygınlaştırılması ve tespit edilen dört ana gereksinime yönelik farklı tür de servislerin yaygınlaştırılması konusu benimsenmiştir.

"Bu ana gereksinimler şu şekilde sıralanabilir;

- Sağlık Bakımı,
- Kişisel Bakım,
- Konut Bakımı ve işleri,

- Sosyal İletişim.”

Bu gereksinimi karşılamak için sağlanan servisler Sağlık ve Sosyal Yardım Birimleri arasında paylaşılarak hizmet verilmektedir.

Destek servislerinin bazıları Bölge Sağlık Bölümleri tarafından sağlanmıştır. Bu servisler sağlıkla ilgili bakımı kapsamakta olup, Sağlık Denetleyicisi ve Bölge Hemşiresi denilen kişiler tarafından, gerekli temel hemşirelik bakımı yaşlılara verilmektedir.

Diğer ilgili servislerde sosyal servis bölümleri tarafından sağlanmaktadır. Bunlar daha çok ev işlerine yardım, yemek dağıtımı, alışveriş, çamaşır vb. işlere yardımlar konularını kapsıyordu. Bu servislere ek olarak, ev dışında sağlanan sosyal klüp ve günlük merkezler ise yaşlıların arkadaşlık ve sosyal iletişim gereksinimlerini karşılamayı amaçlamaktadır.⁵⁹

4.3.Almanya’da Yaşlı Bakım Hizmetleri

Almanya’nın 1999 yılında nüfusu 82. 6 milyon ve bunun % 15. 9 u 65 yaş ve üstündedir. Yaşlı nüfusun 2010-2025 yılları arasında % 19. 8’den % 23, 4’ ulaşacağı öngörülmektedir.

Almanya’da bakıma muhtaçların bakım sorumluluğu çok eskiden bu yana ailenin sorumluluğu olarak görülmekle birlikte, kadının iş yaşamına katılmasıyla bu anlayıştan giderek uzaklaşması, genel nüfus içinde bağımlı nüfusun yüksek orana ulaşması, üretken nüfusun azalması gibi demografik değişimler, geleneksel bakış açısının değişimini zorlamıştır ve bununla birlikte yeni sosyal politikalara ve yeni düzenlemelere gereksinimi doğurmuştur. Bu yükü azaltma ve bakım sorumluluğunu paylaşmada sosyal devletin de sorumlu olması gerektiği düşüncesinden hareketle 01.01.1995’te Bakım Sigorta Yasası yürürlüğe girmiştir. Bu yasaya göre hasta ve bakıma muhtaç ayrımı yapılmaksızın tüm sigortalılar hastalık sandığı çatısı altında olarak benimsenmiştir. Böylelikle sağlık sosyal bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden koordineli bir şekilde yararlanılmaya başlanmıştır.

⁵⁹ Pakdil, O., Yaşlılık Sorunları ve Yaşlılara Sağlanan Servisler (İngiltere örneği), Yıldız Üniversitesi Mimarlık Fakültesi Yayınları, No: 233, İstanbul, 1992, s. 1, 2, 12, 13, 14, 15, 20

Sosyal sigorta sistemi içinde ve dışında kalanları kapsayacak şekilde 2 ayrı bakım sigorta modeli bulunmaktadır. Bunlardan biri nüfusun % 90 ını kapsayan, hastalığa bağlı Sosyal Bakım Sigortası, diğeri ise belirli bir gelirin üzerinde olanlar için oluşturulmuş olan Özel Bakım Sigortasıdır. Kurumlarda bakım hizmeti alanlarsa (huzuevi, bakım evi vb.) toplam harcamanın en az % 25'ini kendileri ödemektedir.

Almanya'da bakım hizmetleri; hastalık ve özürlülüğün en az 6 ay süreceği tahmin edilen, bağımsız bir şekilde günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesinde zorlanan bireylere verilen bakım hizmetlerini kapsamaktadır.⁶⁰

“Almanya’da yaşlılara götürülen hizmetler aşağıdaki gibi sıralanabilir;

- Yaşlı konutları
- Yaşlı yurtları
 - Yaşlılar pansiyonu
 - Yaşlılar yurdu
 - Yaşlılar için bakım yurdu
- Sıcak yemek ve ev ziyareti
- Huzurevleri ve yaşlı bakım evleri
- Geriatrik hizmetler
 - Geriatrik hastaneler
 - Psiko-geriatrik hastaneler
 - Gündüzlü geriatri klinikleri
 - Gündüzlü psiko-geriatri klinikleri.”

Almanya’da yaşlılara dönük sosyal politikalarda önemli durak noktalarından biri de sosyal güvenlik kapsamındaki emeklilik sistemidir. Tüm emekliler kamu emeklilik sistemi tarafından yönetilmekte olup tüm emeklilik gelirin % 85’i kamu

⁶⁰ Oğlak, S.,a.g.e., İskenderun, 2007, s. 100, 101, 102, 103

sektörü sistemiyle ilintili emeklilerden gelmektedir ve sisteme dahil olmak zorunluluk arz etmektedir. Emeklilik sistemine dahil olamayan kişi, muhtaçlığı onaylandıktan sonra sosyal yardım almaya hak kazanmaktadır.⁶¹

4.4.Türkiye’de Yaşlı Bakım Hizmetlerinde Mevcut Durum

Günümüzde Türkiye’de yaşlılara verilen hizmetler iki alanda yürütülmektedir.

Bunlar Sosyal Hizmetler ve sosyal güvenlik sistemi programlarıdır. Sosyal hizmetlerin çeşitli gönüllü kuruluşlar ve kamu kuruluşları tarafından dağıtık ve programsız yürütülmesi nedeniyle verilen hizmetlerin bir şemsiye altına alınması amacı ile 1983 tarihli ve 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu çıkarılmıştır.

2001 Sosyal Hizmetler ve Yardımlaşma Özel İhtisas Komisyonu raporuna göre Türkiye’de SHÇEK Genel Müdürlüğü’ne ait, kamu ve kurumlara ait, dernek ve vakıflara ait, azınlıklara ait ve özel kesime ait olmak üzere toplam 11. 839 yatak kapasitesine sahip 131 adet “huzurevi” ve bunlar dışında Ankara, İzmir ve Çanakkale’ de toplam 5 adet “Yaşlı Dayanışma Merkezi” bulunmaktadır.

Yaşlı Dayanışma merkezlerinde, Huzurevi bakımı gerektirmeyen, kendi evlerinde yalnız veya ailesi ile birlikte yaşayan, yaşlılığı nedeniyle giderek azalan çevre ilişkilerini güçlendirmek isteyen, yalnızlık duyan yaşlıların günde birkaç saat biraraya gelerek yaşlılarıyla birlikte olabilecekleri sosyal, kültürel ve sanatsal etkinliklere katılabilecekleri çeşitli hizmetler sunulmaktadır. Kurum bünyesindeki huzurevlerinde yaşlı halk oyunları ekibi, yaşlı korusu, yaşlı tiyatrosu, yaz tatili kampları vb. faaliyetler yaşlıyı yaşama bağlamakta, yaşamdan aldığı zevkide artırmakta ve gençlere de örnek oluşturmaktadır.

Ülkemizde yaşlılara yönelik hizmetlerden biri de sosyal güvenlik hizmetleridir. Belli bir süre çalışmış ve emekli aylığını almaya hak kazanmış kişilerin sosyal güvenliğinin sağlanması, yaşlıya yönelik hizmetlerin önemli bir bütünüdür. DPT (Devlet Planlama Teşkilatı) verilerine göre Türkiye’de 65 yaş ve üstü yaklaşık 4 milyon yaşlı olduğu belirtilirken, sosyal sigorta

⁶¹ Ateş, M., Sağlık Hizmetleri Yönetimi, İstanbul, 2011, s. 242, 243

kapsamındaki yaşlı nüfusun 1 milyon 107 bin civarında olduğu hesaplanmaktadır. Yani yaşlıların dörtte biri sosyal güvenlik kapsamının dışındadır.

1976 yılında kabul edilen, 2022 sayılı 65 yaşını doldurmuş, muhtaç, güçsüz ve kimsesiz türk vatandaşlarına aylık bağlanması hakkındaki kanun yaşlılara yardım sağlamada atılan bir adım olmuştur. Sosyal sigorta programını tamamlayıcı olarak uygulanan aynı kanun gereğince, yaşlılık, malullük ve sakatlık aylığı alanların sayısı 908. 619 kişidir. Bunlardan 672. 079'u yaşlılık aylığı almaktadır.

T. C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Sosyal Sigortalar Kurumu istatistiklerine göre, 2003 yılı aralık ayı itibariyle, malullük, yaşlılık ve ölüm aylığı ve sürekli iş göremezlik ve ölüm geliri alanların aylık ve gelir sınırlarına göre dağılımı incelendiğinde 2. 694. 834 kişinin yaşlılık aylığı aldığı görülmektedir.

– 1986'da çıkan 3294 sayılı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı teşvik kanunu'nun amacı, fakrû zaruret içinde muhtaç durumda bulunan vatandaşlara yardım etmek, sosyal adaleti pekiştirici tedbirler olarak gelir dağılımının adil bir şekilde olmasını sağlamak, sosyal yardımlaşma ve dayanışmayı teşvik etmektir. Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Ayni ve Nakdi Yardım yönetmeliği'nde muhtaç yaşlı tanımı yapılmış ve önceliğin muhtaç yaşlılara tanınacağı yönetmeliğin hükümleri arasında yer almıştır.

– Anayasanın “Sosyal Güvenlik Hakkı” başlığı altındaki 60. maddesinin özel olarak korunması gerekenler kısmında yaşlılarla ilgili olarak “Yaşlılar devletçe korunur, yaşlılara sağlanacak devlet yardımı ve diğer haklar ve kolaylıklar kanunla düzenlenir” ifadeleri yer almakta ve devletin bu amaçlarla gerekli teşkilat ve tesisleri kurmak ve kurdurmaktan sorumlu olduğu belirtilmektedir.

– 1580 sayılı belediyelere, yaşlıların korunması, barındırılması gibi ihtiyaçlarının karşılanması gibi görevler yükleyen, Belediyeler Kanunu;

– 25225 Sayılı SHÇEK Genel Müdürlüğünün kurulmasını sağlayan Ek Kanun

– 2022 Sayılı, muhtaç olan yaşlılara aylık bağlanması konusundaki kanun

- Ayrıca 1949 yılında yürürlüğe giren 5434 sayılı T. C. Emekli Sandığı Kanunu
- 1965 yılında yürürlüğe giren 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu
- 1971 yılında yürürlüğe giren Bağkur Kanunu
- 1985 yılında 3235 sayılı Ek Kanunla Sağlık Sigortası haline dönüştürülen Bağkur Kanunu

Yaşlıları da gözeten hükümler içeren kanunlar arasında sayılabilir.

Son şekli 01. 08. 1964 sayılı resmi gazetede yayımlanan 506 sayılı yasa ile yürürlüğe konulan Sosyal Sigortalar Kanununun amacı madde 1’de “iş kazaları ile meslek hastalıkları, hastalık, analık, malullük, yaşlılık ve ölüm hallerinde bu konuda yazılı şartlarla, sosyal sigorta yardımlarının “sağlanmakta olduğu belirtilmiştir. Buna göre

Sigortalılar yaşları ne olursa olsun en az 15 yıldan beri sigortalı bulunmak ve en az 3600 gün Malullük, Yaşlılık ve Ölüm Sigortaları primi ödemiş olmak koşulu ile yaşlılık aylığından yararlanabilir. Aynı kanuna göre yaşlı sigortalının kendisi ve çalışmayan aile üyeleri için sağlık bakımı ve ilaç tedavisinden yararlanması da güvence altına alınmıştır.

SHÇEK da yaşlılar için yaş sınırı 60 olarak belirtilmekteyken Sosyal Sigortalar Kanununda bir sınır belirtilmemiştir. Yaşlılar için öngörülen hizmetler SHÇEK’ inki kadar ayrıntılı ve açıklayıcı değildir. Kendi yaşlı sigortalıları için yaşlı bakım merkezleri kurması yolunda kanunlarda bir madde bulunmamaktadır. Bu kanunun yaşlılara götürülen hizmetler yönünden bir hayli eksik olduğu söylenebilir.

-Bağkur Kanunu esnaf ve sanatkarlar ile diğer bağımsız çalışanları kapsamına almaktadır. Sosyal Sigortalar Kurumu Kanununa ilişkili olarak, 14. 09. 1971’de Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren 1479 sayılı Bağkur Kanunu madde 24 ve 34 de malullük, yaşlılık ve ölüm hallerinde Sosyal Sigorta Yardımı sağlanmasının koşuluna göre; prim ve her türlü borçlarını ödemiş olması, kadın ise 58 erkekse 60 yaşını doldurmuş ve 25 yıl sigorta primi ödemiş olması şartı aranmaktadır.

Bu kanunda sosyal organizasyonlardan yoksun olup, yaşlılık aylığı ise günümüzün geçim koşullarına göre çok cüzi kalmaktadır.

Bugün genel olarak yoksulluk içindeki yaşlılar için uygulanan sosyal yardım sistemi büyük eksiklik içindedir. Yaşlılar bugün aktif ve sağlıklı yaşlanma için gerekli olan minimum koşullara dahi sahip değildir. Yaşlı Nüfusun % 63. 5 i okuma yazma bilmemekte, kent yaşamına uyum sağlayamamaktadır.⁶²

Öte yandan Huzurevleri “kurumsal Bakım Modeli” çerçevesinde, yaşlının barınmasının sağlanması, dinlenmesi ve birincil ihtiyaçlarının (yemek, ilaç alımı vb. zamanında karşılanması amacıyla kurulmuştur. Bugün teknolojik ve yönetsel gelişmeler doğrultusunda huzurevlerinde verilen hizmetlerin çeşitliliği ve kalitesi artmıştır. Bununla birlikte huzurevleri; yaşlılığın, sosyal izolasyonun ve yaklaşan sonun sürekli hatırlatıldığı ortamlardır. Literatürde önemli sayıda yaşlının birarada yaşamasının yaşlılar üzerinde olumsuz etkilerinin olduğu görüşü tartışılmaktadır. Bakım kurumunda kalan yaşlılarla yapılan bir çalışmada, ruh sağlığı bozuklukları oranı % 80 olarak bulunmuştur. Bu yaşlıların yaklaşık % 50 sinde demans, %33’ünde ise majör depresyon gözlenmiştir. Yatılı kurum bakımına gereksinim duymayan ve toplum içinde yaşamlarını sürdüren yaşlıların ise % 20 ‘si klinik tanı alabilecek düzeyde bir ruhsal bozukluk tanımlamaktadır. Dolayısıyla yaşlılar için kurulmuş bu tür kurumlardan giderek vazgeçilmektedir.

Kurumsal Bakım Modelinin alternatifi olarak; yaşlının onurunu ve saygınlığını koruyacak, toplumdaki izolasyonunu önleyecek ve yaşadığı ortamda ihtiyacı olan hizmetleri almasını sağlayacak modeller önerilmektedir. Dünyadaki uygulamalar bu bakış açısı çerçevesinde şekillendirilmektedir. Burada altı çizilmesi gereken nokta yaşlının yaşadığı ortamda hizmet almasıdır. Bu konu “Yaşadığı Ortamda Yaşlıya Hizmet modelini gündeme getirmektedir.

Yaşadığı ortam yaşlı için önemlidir. Birey için yaşanılan evin ve çevrenin önemi yaşlandıkça daha da artar Yaşlı için ev; sıcak bir yuva hatıraların canlandığı bir ortam, dinlenecek bir yer ve yakın çevreyle ilişkide bulunmayı sağlayan bir kaynaktır. Yaşadığı ortamda yeterli sosyal desteğe sahip yaşlıların kendilerini daha

⁶² Arpacı, F.,a.g.e., s. 126, 127, 128, 129, 130

az yaşlı hissettikleri, yaşlılıkla ilgili tutumlarının daha olumlu ve yaşam doyumlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.⁶³

“Yaşlı Bakım Hizmetinde Türkiye’de yaşanan problemleri aşağıdaki şekilde sınıflandırabiliriz;

- Yaşlı bakımı verecek personel ya da bireylerin nitelik ve nicelik açısından yetersiz olması
- Ulusal düzeyde bir danışma ve yürütme kurulunun olmaması
- Yaşlı bakım hizmetlerinin yürütülmesinde kurumlar arası koordinasyonun olmaması ve farklı yönetmelikler hazırlanması
- Ülke düzeyinde yaşlı bakım hizmetlerinde; Sağlık, sosyal ve ekonomik politikaların olmaması
- Evde bakım hizmetlerinin sosyal güvenlik kapsamında olmaması
- Bakım hizmetlerinden yararlanacak yaşlı bireylerin alacakları hizmetlerin sınıflandırılmalarında standardizasyon olmaması
- Kurumsal yaşlı bakımı yapılanması ve ruhsatlandırılmasında standartların olmaması
- Evde bakılan yaşlılar için aileyi destekleyici sistem bulunmaması
- Halen yaşlı hizmeti veren kurumların yetersiz olması
- Evde yaşlı bakım uygulamalarının kontrolsüz ve istismara açık olması; kendi evlerinde ticari amaçlı yaşlı bakımı veren yerlerin olması ve bunların denetimsiz olması
- Yaşlı bakım hizmetlerinin pahalı olması
- Sosyal Güvenlik şemsiyesinin tüm yaşlıların bakım gereksinimlerini kapsamaması ve bu yaşlıların bakım hizmetinden yeterince yararlanamaması

⁶³ T. C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı, Yayın No DPT: 2741, Ankara,2007, s. 91, 92

- Yaşlılıkla ilgili yönetmeliklerin multidisipliner yaklaşımlarla hazırlanmaması
- İkinci basamakta yeterli sayıda geriatri poliklinik ve kliniklerinin olmaması
- Yaşlı bakımı verenlerin sorunlarının ihmal edilmesi
- Sağlık alanında eğitim veren okulların eğitim programlarında, yaşlılık ve yaşlı bakımı ile ilgili konuların yetersiz olması
- Yaşlı bakımında ekip yaklaşımının benimsenmemiş olması
- Yaşlıların sağlık ve sosyal bakım gereksinimlerine yönelik alternati bakım seçeneklerinin olmaması (gündüz bakım evi, evde bakım, koruyucu aile modeli gibi)
- Yaşlı sağlık hizmetlerinin tek elden yürütülmemesi.”⁶⁴

5. TERMİNAL DÖNEM BAKIM HİZMETLERİ

20. yüzyılın ikinci yarısında bilim ve teknolojiye önemli gelişmeler olmuştur. Modern tıp hastalık ve ölüme karşı agresifçe savaşırken, tüm dikkat hastalığın tedavisi ve yaşam süresinin uzatılmasına verilmiştir. Bu dönemde özellikle yaşam sonu bakımda semptom yönetimi ile acı çekmenin önlenmesi ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi konuları gözardı edilmiştir. 1970’li yıllarda sözü edilen bu boşluğu doldurmak ve ölümcül hastalıklı hastaların bakımını sağlamak için İngiltere, Amerika ve Kanada’da hospis ve palyatif bakım hareketleri doğmuştur. Amerika’da hospis hizmetleri Medicare kapsamına alınmış ve yaşamın son 6 aylık dönemini yaşadığı kanıtlanan bireylerin bakım giderleri medicare aracılığı ile devlet tarafından ödenmeye başlamıştır. Yaşamı tehdit edici hastalık tanısı konulduğunda tedavi ağırlıklı bakıma yer verilip acı çekmenin önlenmesi arka planda tutulurken, yaşamın sonuna doğru acı çekmenin azaltılması (palyatif bakım) ağırlık kazanmaktadır.

Hastalar yaşamlarının sonuna yaklaşırken, bakım amaçları ve tedavi öncelikleri genellikle değişiklik göstermekte ve bazı amaçlar diğerlerine göre öncelik

⁶⁴Akbayrak, N., ”Yaşlı Bakımında Politikalar ve Çözüm Önerileri”, Akademik Geriatri 2009 (kongre) Antalya,2009, s. 128

kazanmaktadır. Hastanın prognozu ve sağlık durumu kötüleştikçe, koruma, tedavi etme ve ölümü engelleme, gerçekleşmesi güç bir amaç halini alıp, önemi de azalmaktadır. Bunun yerine hastanın fonksiyonelliğini desteklemek, acı çekmesini önlemek ve yaşam kalitesini en üst düzeye çıkarmak hedefi geçerlilik kazanmaktadır. Genelde bakımın odak noktasındaki değişim kademeli olarak gerçekleşmektedir. Tedavi edici bakımdan palyatif bakıma hızlı geçiş nadiren görülmektedir. Tedavi edici bakımın yerine palyatif bakımın tercih edilmesi, hastalığın düzeyi, hasta ve ailenin bakım amaçları ve sağlık personelinin hastalığa ilişkin görüşlerine temellenmektedir. Yapılan araştırmalar, yaşamı tehdit edici hastalığı olan hastalarla ailelerinin çok boyutlu sorunlar yaşadıklarını ve hastalık süresince psikolojik, sosyal, spirittüel ve bazı müdahalelere yönelik destek gereksinimlerinin olduğunu göstermektedir. Bu nedenle acı çekmeyi azaltıcı müdahalelerle (palyatif bakım), tedavi edici ve yaşamı uzatıcı müdahalelerin aynı zamanda gerçekleştirilebileceği, acı çekmeyi azaltmak için tedavinin işe yaramaz hale gelmesi ya da ailenin tükenmesini beklemenin anlamsız olduğu belirtilmektedir.⁶⁵

Sonuç olarak, bilim ve teknolojiye yaşanan bu gelişmeler, bakım amaçlarında da değişimi beraberinde getirmiş, ve bu uygulama, hastanın ihtiyaçları ve yaşam kalitesine yönelik olarak, çok yönlü bir sistemle işlerlik kazanmaya başlamıştır.

5.1.Palyatif Bakım Hizmetleri

Palyatif deyimi latince bir kökten gelir ve maske ya da pelerin anlamına gelen “pallium” kelimesini karşılamaktadır. Bu etimolojik yaklaşım aslında palyatif bakımın gerçekte ne olduğuna dair işaretler taşımaktadır. Küratif tıptan yararlanmayacak durumda olan hastalığın belirtilerini maskelemek ya da bu belirtilere maruz kalan hastalara pelerin olmak gibi⁶⁶olarak ifade edilmektedir.

Zamanın başlangıcından beri toplumlar, hasta ve ölen bireylerine yeterli seviyede bakım ve destek sunabilmek için çaba göstermektedir. Ancak son yüzyılın ortalarına kadar tıp bilimi, kanser hastalarının pek çok sorununa çözüm olmaktan uzak olarak değerlendirilmekteydi.1950’li yıllarda ilaç tedavilerindeki büyük

⁶⁵Cimete, G., Yaşam Sonu Bakım, Ölümçül Hastalarda Bütüncül Yaklaşım, İstanbul, 2002, s. 21, 22, 23

⁶⁶ Karaca, B., Uslu, R., ” Kanser Hastalığında Palyatif Bakım Hizmetlerinin Organizasyonu”, Kanser ve Palyatif Bakım, (Ed. M. Uyar, R. Uslu Y. Kuzeyli Yıldırım), İzmir, 2006, s. 405

ilerlemeler, hastaların psikososyal ihtiyaçlarının daha iyi anlaşılması ile birleşince, palyatif bakımda başarılı sonuçlar alınmaya başlanmıştır. Palyatif bakım, tüm bakım ortamlarında uygulanabilen bir bakım felsefesidir.⁶⁷

Gelişmiş ülkeler başta olmak üzere dünya nüfusunun giderek yaşlanması, 65 yaş üzeri nüfusu giderek artmasına sebep olmakta ve tıptaki gelişmeler sonucunda ölüm nedenleri de değişkenlik göstermektedir. Bu nedenle ileri yaş grubunda kronik hastalığa bağlı ölümler giderek artmaktadır. Dünyada her yıl milyonlarca insana kanser tanısı konulmakta olup, bu hastaların yarısından fazlası kanser nedeniyle kaybedilmektedir. Tıptaki tüm gelişmelere rağmen kanser, hasta ve hasta yakınları için tanı anından itibaren tedavi süresince ya da ölüm anına, sonrasında yas sürecine kadar uzanan fiziksel, psikososyal, ruhani, pek çok sorunları ve zorlukları içinde barındıran bir süreç olmaya devam etmektedir.

Tedavi edici yaklaşımların tükendiği hastalarda, bu süreçteki gereksinimlerinin karşılanmasında, palyatif bakımın önemi büyüktür. Son zamanlarda klasik tıp anlayışında meydana gelen değişimler sonucunda, hastalık ve ölümlerle mücadele temel hedefinin yanında “yaşam kalitesi” kavramı da giderek artan bir önem kazanmaktadır. Palyatif bakım kişiyi sadece fiziksel açıdan değil fiziksel, psikososyal ve ruhani açıdan ele alan kronik süreçteki hasta ve yakınları için total bir iyilik hali sağlanmasını hedefleyen bir yaklaşımdır.⁶⁸

5.1.1. Palyatif Bakım

Palyatif bakım ABD, İngiltere gibi gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetlerinde önemli yer tutmakta ve uluslararası kuruluş ve organizasyonlar tarafından desteklenmektedir. Bu organizasyonlar palyatif bakımı çeşitli şekillerde tanımlamışlardır. Amerikan Hospis ve Palyatif Tıp Akademisine göre, ”Palyatif bakım özellikle tedavi edilemeyen ilerleyici hastalıklarda hastanın fiziksel, sosyal, dinsel ve varoluş gereksinimlerinin kapsamlı yönetimidir. Palyatif bakımın amacı kişisel, kültürel ve dinsel değerlere, inanç ve alışkanlıklara duyarlı kalırken acı

⁶⁷ Karabulut B., Uslu R., ”kanserde Palyatif Bakım; Nerede, Ne Zaman ?”a.g.e. , s. 9, 10

⁶⁸ Çolak, D., Özyılkan, Ö., ”Kanser Hastalarında Palyatif Tedaviler”, Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi, C.2, S.10, Ankara, 2006

çekmeyi dindirme, semptomları kontrol etme, işlevsel kapasiteyi iyileştirme yoluyla olabilecek en iyi yaşam kalitesini başarmaktır. ”

Amerikan Tıp Enstitüsün’de, ”Palyatif bakımın odağı tedavi sağlamaksızın hastalığın semptomlarını önleme, dindirme, azaltma veya yatıştırma değildir. Bu geniş anlamda palyatif bakım, sadece ölmekte olanlarla sınırlı olmayıp, hastaların ve onlara yakın olanların duygusal, dinsel ve uygulamaya ait gereksinim ve hedeflerini de kapsar. ⁶⁹olarak ifade edilmektedir.

D.S.Ö. palyatif bakımı;”Ağrı ve fiziksel, psikososyal ve ruhsal sorunların erken tanı, detaylı değerlendirme ve tedavisi yoluyla acının önlenmesi veya azaltılmasını sağlayarak hayatı tehdit eden bir hastalıkla karşı karşıya gelen hasta ve yakınlarının hayat kalitesini arttıran bir yaklaşımdır.”⁷⁰olarak tanımlamaktadır.

Palyatif bakım; hastalık sürecinin her aşamasında verilen bir hizmet olmakla birlikte, özellikle kanserin ileri evresinde olan hasta ve ailelerinin bu hizmete olan gereksinimi daha da fazladır.

Palyatif bakımın amacı, hastaların ağrı ve diğer semptomların giderilmesi, beslenme desteği, psikolojik ve sosyal destek, hasta konforunun sağlanması ve bakımı, hasta ve ailesinin eğitimi ve hastanın fonksiyonel durumunun artırılmasına odaklı olup, farklı meslek grupları tarafından oluşturulmuş multidisipliner bir ekiple bu hizmetin sunulmasıdır. Bu süreçte hastaların ve ailelerinin yaşam kalitelerinin artırılması temel hedeftir. ⁷¹

Palyatif bakımda sadece hastanın fiziksel sıkıntılarının giderilmesini değil; hasta ve ailesi için fiziksel, psikolojik ve sosyal bir çok problemin giderilmesi de amaçlanmaktadır. palyatif bakım yeni tanı konmuş, tedavi edilmekte olan, yaygın hastalıklar ve terminal dönem hastaları için kullanılır. Multidisipliner yaklaşımla sağlanan bu hizmet de, ekibin merkezinde, hasta ve bakım verenler yer almaktadır. Bakımla ilgili kararlarda hasta ve ailesinin daha aktif ve etkili rol alabilmesi için sürekli eğitilmesi ve bilgilendirilmesi gerekmektedir. Palyatif bakım, hasta ve ailesi kadar hastanın bakımından sorumlu tedavi ekibini de desteklemeyi hedeflemektedir.

⁶⁹ Ateş, Metin.,a.g.e. , İstanbul, 2011, s. 171, 172

⁷⁰ Karabulut, B., Uslu, R., ”kanserde Palyatif Bakım; Nerede, Ne Zaman ?”, a.g.e. , s. 9

⁷¹Fadıloğlu, Ç., Özçelik H., Kanser Hastaları ve Aileleri için Palyatif Bakım, İzmir, 2010, s. X

Böylece sağlık ekibi üyelerinde görülen tükenmişliğin ortaya çıkması ve işgücü kayıpları önlenmiş olmaktadır.⁷²

“Palyatif bakım gerektiren sağlık sorunlarını şu şekilde başlıklandırabiliriz

- KOAH
- Motor Nöron Hastalıkları
- Evre 4 Kalp Yetersizliği
- Böbrek Hastalıkları
- Kronik Karaciğer Hastalıkları
- Kanserler
- HIV/AIDS”⁷³

Dünya Sağlık Örgütü’nce palyatif bakım hizmetlerinin temel prensipleri belirlenmiş olup palyatif bakım;

- Ağrı ve hastalığa ilişkin diğer semptomların giderilmesini sağlar.

Hastalıklar ve ölüm süreci insanoğlunun yaşam deneyiminde vazgeçilmez bir parçadır. Hastalık ortaya çıktığı andan itibaren onu ortadan kaldırmayı hedeflemek temel prensiptir. Ancak yaşam beklentisinin açıkça sınırlı olduğu durumlarda, palyatif bakım bağlamında, hastaya optimal seviyede ağrı ve semptom kontrolü hedeflenir. Bunun için her hastanın bireysel olarak ayrıntılı bir şekilde tıbbi açıdan değerlendirilmesi gerekmektedir.

- Yaşamı destekler ancak ölümü de normal bir süreç olarak değerlendirir.
- Hastanın psikolojik ve sosyal bakımını da sürece entegre eder.

Palyatif bakım yüksek kaliteli bir yaşamı desteklemekle beraber ölümü de doğal bir süreç olarak değerlendirir. Palyatif bakım ölümü ne hızlandırmayı ne de

⁷² Ateş Metin.,a.g.e. s. 170, 171

⁷³ Palyatif Bakım (b.t.). 01 .12.2011,

http://www.ailehek.org/dosyalar/PALYAT%C4%B0F_BAKIM_word.pdf .

geciktirmeyi hedefler. Tıbbi olanaklar, yaşamı doğal olmayacak ve kalitesiz şekilde uzatmak amacıyla kullanılmamalıdır. Bakımda amaç, insanı basit bir biyolojik varlığa indirgemeksizin, hasta bakımının psikolojik yönlerini de fiziksel bakıma entegre ederek hastanın ölüme kadar geçen süreçte olası en iyi yaşam kalitesine ulaşmasıdır.

- Ölüme kadar geçen süreçte hastanın mümkün olduğunca gündelik yaşantısına katılmasına yardım etmeyi hedefler.

Palyatif bakım hastalara ölüme kadar geçen süreçte mümkün olduğunca aktif bir yaşam sunmayı hedefler. Bu nedenle de oldukça iyi organize olmuş, yetkin ve yeterli donanıma sahip interdisipliner ve multi profesyonel bir ekip gereklidir. Zaman içinde hasta için yaşamdaki önceliklerin değişebileceği gerçeği mutlaka göz önünde bulundurulmalı ve bu bağlamda aktif yaşam hedefleri hasta tarafından seçilmelidir.

- Hasta ailesinin hastalık ve sonrasında yas süreci ile başa çıkabilmesi için gerekli destek sistemlerini sağlar.

Palyatif bakım hizmetleri hastanın ölümü öncesinde ve sonrasında ailenin gereksinimlerinin de dikkate alınmasını hedefler. Ölümün bir olasılık olmaktan çıkıp, öngörülebilir bir hal aldığı son dönemde, aile üyelerine destek olunup, sorunlarına çözüm aranmalıdır. Yas desteği için hastanın ölmesi beklenmemelidir.

- Yaşam kalitesini arttırmayı hedefler ve hastalık seyrini olumlu etkileyebilme olasılığı vardır

Palyatif bakım ilerleyici hastalığı olup küratif metotlarından yarar göremeyecek durumda olan bireylerin yaşam kalitesine odaklı bir tıbbi bakımdır. Hastalık için etkin ve tedavi edici yaklaşımların uygun olmadığı zamanda bile palyatif bakım iyi organize olmuş multidisipliner bir ekiple uygulandığında çok etkili bir bakım halini alabilir.

- Hastalığın erken döneminde de kemoterapi, radyoterapi gibi metotlarla uygulanabilir.

Palyatif bakım hastalığın erken dönemlerinde hastalığı iyileştirici diğer tedavi metotlarına ortak olarak kullanılabilir. Tarihsel olarak palyatif bakım, ölümün artık

kaçınılmaz ve yakın olduğu süreçte hastanın bakımını tanımlamaktaydı. Bugün artık bu bakım şekli terminal bakım olarak bilinmekte ve palyatif bakımın bir devamı ve parçası olma niteliği taşımaktadır.⁷⁴

Günümüzde palyatif bakım için iyi organize olmuş ülkelerde, palyatif bakım organizasyonlarının, hastanın kendi evi veya bakımevleri üzerine yoğunlaştığını görmekteyiz. Ancak aynı zamanda hastaneler içinde de palyatif bakım ünitelerini görmekteyiz. İdeal olanı hastanın tercih ettiği bakım alanında palyatif desteğin uygulanmasıdır ve bu konuda hastaya seçim şansı verilmelidir.⁷⁵

5.1.2. Palyatif Bakım Hizmet Sunucuları ve Sunum Yerleri

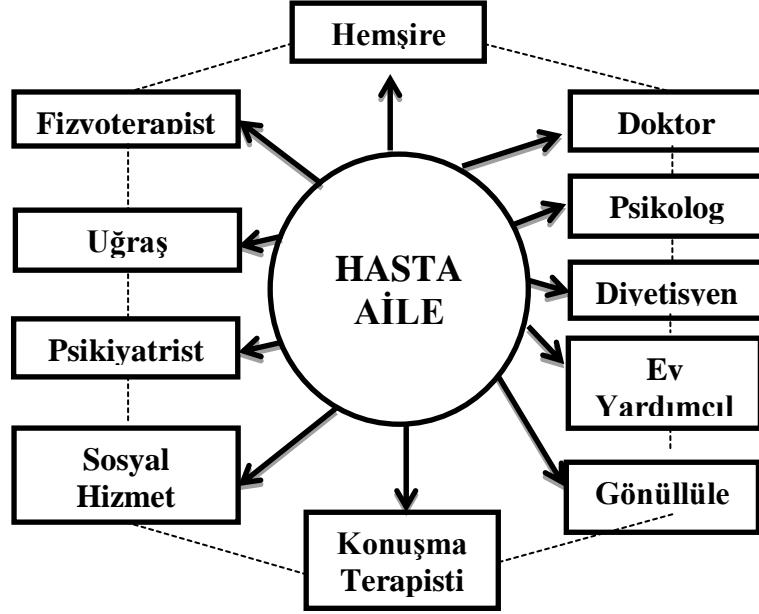
Palyatif bakım ekibi içerisinde farklı mesleklerden ekip üyeleri yer almaktadır. Bu ekibin içinde eğitilmiş meslekler dışında farklı bakım işlevleri ve özel rolleri olan bakım verici aile üyeleri, gönüllüler de yer almaktadır.

Genelde palyatif ekip üyeleri arasında;

- Doktorlar (palyatif bakım uzmanları, medikal onkologlar (radyasyon, medikal), algologlar,)
- Hemşireler (palyatif bakım uzman hemşireler, klinik hemşireler, radyasyon, onkoloji hemşiresi)
- Psikiyatristler ve psikologlar
- Sosyal hizmet uzmanları
- Bunun yanında hastanın gereksinimlerine göre rehabilitasyon ekibi (fizik tedavi uzmanı), cerrahlar ve anestezi uzmanları, eczacılar, diyetisyen, meşguliyet terapisti, ekibe destek olabilirler.

⁷⁴ Karaca, B., Uslu, R., "Kanser Hastalığında Palyatif Bakım Hizmetlerinin Organizasyonu", a.g.e. , s. 405, 406, 407

⁷⁵ Karabulut B., Uslu R., "kanserde Palyatif Bakım; Nerede, Ne Zaman ?"a.g.e. , s. 10



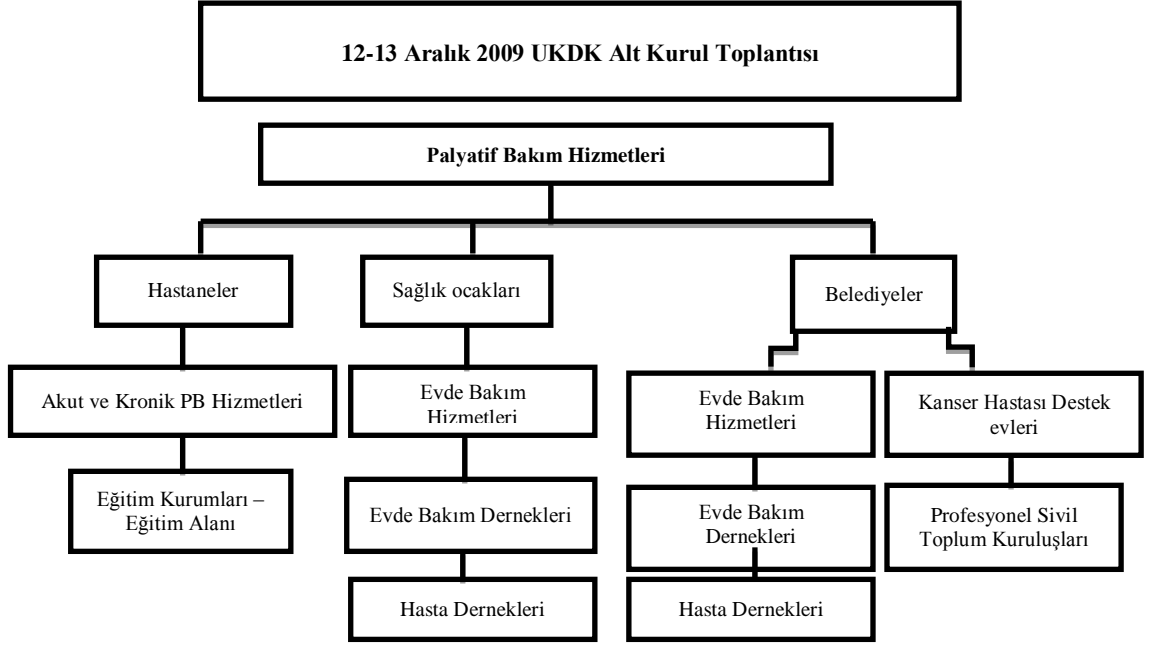
Şekil. 6. Palyatif Bakım Multidisipliner Ekip

Kaynak: Fadiloğlu, Ç. Özçelik H. (2010), "Kanser Hastasının Evde Bakımı", http://www.palyatifbakim.org/ppt/hanife_ozcelik.pdf (01.12.2011)

Palyatif bakım hizmetleri;

- Hastane ortamında
- Birinci basamak sağlık alanlarında/sağlık ocağı gibi
- Ev ortamında
- Son dönem bakım evleri/hospisler’de verilebilmektedir.

Ancak ülkemizde son dönem bakım evleri bulunmamakta ve evde bakım hizmetlerinin tam olarak yapılandırılmamış olması nedeniyle bu hizmet hastanelerde ve birinci basamak sağlık alanlarında/sağlık ocağında verilmeye çalışılmaktadır.



Şekil. 7. Palyatif Bakım Hizmetleri

Kaynak: Can, G. (2009). "Ulusal kanser Danışma Kurulunu'nun palyatif Bakıma Yaklaşımı" [http://www.amerikanhastanesi.org/ UserFiles/File/Bolumler/ulusal_kanser_dan%C4%B1sma_kurulunun_palyatif_bak%C4%B1ma_yaklas%C4%B1m%C4%B1.pdf](http://www.amerikanhastanesi.org/UserFiles/File/Bolumler/ulusal_kanser_dan%C4%B1sma_kurulunun_palyatif_bak%C4%B1ma_yaklas%C4%B1m%C4%B1.pdf) (25.10.2011)

5.1.3. Palyatif Bakım Uzmanlarının Görev ve Sorumlulukları

Palyatif Bakım organizasyonunda hedef kitle; ilerleyici kanser hastalarında spesifik tedaviye yanıt vermeyenler, multi faktöriyel, multipl semptomları olan sınırlı yaşam beklentisi olanlar, hastalık süresince aralıklı bakım ve desteğe ihtiyaç duyan hastalar ve hastaya bakım verenlerdir.

"Palyatif Bakım, bakım modelindeki uzmanların görev ve sorumluluk konu başlıkları şu şekildedir;

- Primer hastalığın kontrolü
- Fiziksel semptomlar
- Psikolojik/Psikiatrik sorunlar
- Manevi sorunlar
- Sosyal sorunlar

- Ekonomik sorunlar
- Yaşam sonu ihtiyaçların saptanması
- Yas dönemiyle baş etme⁷⁶
- Bakım Kalitesini Geliştirmek.

Primer Hastalığın Kontrolü /Fiziksel Semptomlar : Değerlendirme ve semptomların yönetimi, klinik tedavi faaliyetleri, hastanın diğer kliniklere gerekli durumlarda havale edilmesi.

- İstirabı hafifletmek: Palyatif bakımın temel hedefi hastalık ve tedaviye bağlı ortaya çıkan ıstırabı ve belirtileri(ağrı vb.) hafifletmek ya da ortaya çıkmasını engellemektir.

Psikolojik/Psikiatrik sorunlar: Duygusal destek, psikolojik ihtiyaçların değerlendirilmesi, danışmanlık (bireysel, aile, kayıp desteği), gerekli durumlarda uygun yönlendirmelerin diğer servislere yapılması.

Sosyal/Ekonomik Sorunlar: Ekonomik ihtiyaçların tespiti, yoksulluğun azaltılması, gıda güvenliği, öksüz veya yardıma muhtaç kalacakların sorunlarının tespiti ve çözümlenmesi, gerekli durumlarda diğer servislerden yararlanılması

- Yasal: Yasal gerekliliklerin tespiti, insan hakları konularının tespiti, uygun hukuki servislere yönlendirmenin yapılması.

Manevi Sorunlar: Manevi ihtiyaçların değerlendirilmesi, uygun manevi desteğin sağlanması, hastanın ihtiyaçları doğrultusunda uygun manevi bakımı sağlayıcılara yönlendirmenin yapılması

- İletişim Becerileri/ Kurumlar arasında bakımın sürekliliğini sağlamak: Etkili bir iletişimin sağlanması ve sürdürülmesi, uygun etkili bilgi paylaşımı, aktif dinleme, bakımın hedef ve seçeneklerinin belirlenmesi, tıbbi konularda karar verme sürecinde destek verilmesi, hasta, ailesi ve tüm ekip üyeleri ile etkili iletişim, palyatif bakımda olması gereken önemli becerilerdendir.

⁷⁶ Kömürcü, Ş.,Özyılkan, Ö., Çay Şenler, F., v. d.,(2009), "Palyatif Bakım Alt Kurulu Raporu"
http://ketem.org/pdf/alt_kurul_raporlari_2009/palyatif_bakim.pdf(05. 08. 2011)

Yaşam sonu ihtiyaçların saptanması/yas dönemiyle baş etme: Uzman ekip tarafından prognoz, ölümün belirti ve bulguları, terminal dönem sürecinde iletişim ve bakım becerisi, aileye, ölüm sonrası destek ve yas süreci konusunda bilgi verilmesi önemlidir. Hasta ve ailelerin endişeleri konuşulmalı, doktorlar tarafından hastalarına prognoz, olası semptomlar ve bunlarla nasıl başa çıkılabileceği konusunda bilgi verilmelidir. Bakım verenler hastanın nasıl rahatlatılacağı, ölümün yaklaşma belirtileri konusunda bilgilendirilmelidir. Palyatif bakımın son alanı aktif ölüm sürecini yönetmek ve aileyi ölümden sonra desteklemektir.

- Eşitlik: Tüm hasta gruplarına herhangi bir ayırım yapılmaksızın palyatif bakım hizmetinin ulaştırılması gerekir.⁷⁷

Bakım Kalitesini Geliştirmek: Bu kapsamda sunulan bakımın niteliği sistematik ve düzenli olarak değerlendirilmelidir. Kaliteyi artırmaya yönelik çalışmalarla, hasta ve aile merkezli, etkili, kanıta dayalı, ulaşılabilirliği ve eşitliği asıl olan, gereksinimlere zamanında yanıt veren bakımın verilmesi hedeflenmektedir.⁷⁸

“Bakım Sürecinde görev ve sorumluluklar şu başlıklarda sınıflandırılabilir;

- Semptomların değerlendirilmesi-saptanması
- Bilginin paylaşılması
- Bakımın hasta odaklı planlanması
- Bakım amaçlarının hasta ve ailesiyle paylaşılması
- Planlanan bakımın uygulanması
- Bakımın etkinliği sonuçlarının değerlendirilmesi”.

5.1.4 Palyatif Bakım Organizasyon Modeli;

Eğitimli, yetkin, multidisipliner bir ekip tarafından uygulanmaktadır. Bu ekip hastayı değerlendirerek, etik kurallara uygun olarak karar alma, izleme, değerlendirme, araştırma, eğitim, kalite geliştirme uygulamalarını yapabilecek

⁷⁷ Ateş, M.,a.g.e. , s. 173, 174, 175-176

⁷⁸Kalite için ulusal uzlaşma projesi Palyatif Bakım.(b.t.).19.01.2012<http://www.nationalconsensusproject.org/>

yetkinlikte olmalıdır. Uygulama bahsedildiği üzere hastane (yataklı servis), poliklinik (1.Basamak Sağlık Kuruluşu), ayaktan tedavi ünitelerinde, son dönem bakım evlerinde(hospis), ev ve vb. yerlerde yapılabilmektedir.⁷⁹

Multidisipliner bir yaklaşım içinde hasta ve ailesine bakım hizmeti sunan palyatif bakım ekibi, hastanın mevcut ve ileride öngörülen ihtiyaçlarına göre, bakım planını çeşitli bileşenleri içerecek şekilde planlamaktadır.

Bu bileşenler aşağıdaki şekilde sıralanmaktadır:

- Hasta Popülasyonu: Palyatif bakım, kronik hastalık ya da travma nedeniyle yaşam kalitesi olumsuz etkilenen ve bakıma muhtaç tüm yaş gruplarında yer alan hastalara hizmet vermektedir.

- Hasta ve aile merkezli bakım: Kapsamlı tanılama sonrası bakım planı; hasta ve ailesinin tercihleri, inanç, değer, gereksinim ve kültürel özellikleri dikkate alınarak, hasta ve ailesi bakımın merkezine alınarak yapılmaktadır. Karar verme sürecinde sağlık çalışanı tarafından gerekli destek ve rehberlik hizmeti de verilmektedir.

- Palyatif bakım zamanı: Palyatif bakım ideal olarak yaşamı tehdit eden hastalık, travma ya da bir durumun ortaya çıkmasıyla başlamakta, hastalık süresi boyunca devam etmekte ve ölüme kadar sürmektedir. Ölüm sonrası dönemde de aileyi destek süreci devam etmektedir.

- Bütüncül Bakım: Palyatif bakım, fiziksel, psikolojik, sosyal ve ruhsal sorunların belirlenmesi, kontrol altına alınması ya da ortaya çıkışının önlenmesi için çok boyutlu, sürekli tanılama ve bakımı gerektirmektedir.

- Multidisipliner Ekip: Palyatif bakım ekip üyelerinin, bakım verilecek hasta ve bakımıyla ilgili yeterli düzeyde bilgi ve uzmanlığa sahip olması gerekmektedir.⁸⁰

Hastanelerde palyatif bakım destek gruplarını örneklememiz gerekirse; İngiltere’de 20 den fazla hastane palyatif bakım destek grubuna sahiptir. Bunların

⁷⁹ Kömürcü, Ş.,Özyılkan, Ö., Çay Şenler, F., v. d.,(2009), ”Palyatif Bakım Alt Kurulu Raporuhttp://ketem.org/pdf/alt_kurul_raporlari_2009/palyatif_bakim.pdf (01.11.2011)

⁸⁰ Ateş, M.,a.g.e. , s. 173, 174

tümü onkoloji üniteleri olan ana merkezlerde olmayıp bazıları bölge hastanelerinde kurulmuştur. Palyatif bakım grubunun etkinliği, devraldığı grupla tedaviyi paylaşıp bu esas üzerinde çalışması sağlanarak artırılabilir.

Sağlık Ocakları; Sağlık merkezleri evdeki hastalar için de palyatif bakım odakları oluşturmalarıdır. Aynı şekilde terminal dönemdeki hastaların hastanedeki tedavisi, semptomların kontrolünü sağlayabilecek ve psikolojik destek sağlayarak, aynı şekilde sürdürebilecek düzeyde olmalıdır.

Toplum içindeki tedavinin temeli, sürekli denetime dayanmaktadır. Palyatif bakımdan sorumlu olan yalnız hekimler değil tüm sağlık personelidir. Hastalara yeterli bakımı sağlayabilmek için yakını olmayan kişilerden ve gönüllü yardımcılardan da (komşular) yararlanılabilmektedir. Bunun kadar önemli diğer bir konu ise ilerlemiş kanserli hastaların bazı ülkelerde parasal açıdan yardım sağlayan kuruluşlara başvurabilme olanağının sağlanmış olmasıdır.

Evde palyatif Bakım Destek Grupları; Evde palyatif bakım veren gruplar hastanedekilerin benzeridir. Ev destek grubu hemşire ağırlıklıdır. Sağlık personeline danışmanlık yapan ve yardımcı olan uzman personel ile tıbbi ve diğer mesleki desteği de kapsamaktadır. Destek grupları bir kanser ünitesi veya ana hastaneye bağlı olabilirler.

Hospisler ve palyatif Bakım Üniteleri; Hospis bakımında, hastanenin sağladığı olanaklarla birlikte evin sıcak atmosferini de içerecek tipte bir bakım verme arzusu temel amaçlar arasında kabul edilmiştir.

Hospis konusu ilerleyen bölümlerde ayrıntılı olarak incelenecektir.

Bazı hastanelerde palyatif bakım için özel servisler bulunmaktadır. Böyle bir ünitenin etkin olarak çalışması için sağlık ekibinin bu konuda özel olarak eğitim görmesi şarttır. Ünitelerin bu şekilde yerleşimi hastanede verilen tedavi standartlarının yükselmesine geniş ölçüde imkan vermektedir.

Günlük Bakım; Günlük bakım sağlayan palyatif bakım üniteleri ve hastanelerin sayısı hızla artmaktadır. Rekreatif terapi (hem yaratıcı hem de eğlendirici tipte) aktiviteler dikkatli bir şekilde programlanarak sunulmaktadır. Bu merkezler de ayrıca özürülüler için yapılmış banyo ve tuvaletler bulunmaktadır.

Ayrıca berber ve güzellik salonu da bulunabilmektedir. Günlük bakım merkezi büyük ölçüde eğitilmiş ve deneyimli gönüllülerle yürütülmektedir. Hastane ve palyatif bakım ünitelerine kabul edilebilecek kadar hasta olmayan, ayaktan izlenebilen ve pratisyen hekim desteğinden daha fazlasına gereksinimi olan hastalar için günlük bakım ayrı bir önem taşımaktadır. Hastalara daha az kısıtlanmış bir yaşam ve yakınlarına kendileri için ayıracak zaman sağlamaktadır. Günlük bakımın özellikle tek başına yaşayan veya yakınları gün boyu çalışan yaşlı hastalar için ayrı bir önemi bulunmaktadır.⁸¹

5.1.5 Palyatif Bakımda Temel Mesajlar

Palyatif bakımda temel mesajları aşağıdaki şekilde kategorize edebiliriz;

- Palyatif bakım tüm dünyada kanser veya diğer ölümcül kronik hastalıkları olan kişiler için zorunlu, insancıl bir gereksinimdir.
- İdeal olarak palyatif bakım hizmetleri yaşamı tehdit eden hastalığın tanısı ile başlamalıdır.
- Hasta terminal döneme ilerledikçe hastaların ve ailelerinin değişen gereksinimlerine uyarlanmalıdır.
- Hastanın ölümünden sonra da yas sürecindeki ailelere destek sağlanmalıdır.
- Etkin palyatif bakım hizmetleri özellikle toplumsal ve ev temelli bakımın her düzeyinde varolan sağlık sistemlerine entegre edilmelidir.

5.2.Palyatif Bakım İçin Öncelikler

Palyatif bakımda kaynaklar tüm sağlık gereksinimlerini karşılamaya yeterli olmadığından öncelikleri belirlemek önemlidir. Sınırlı olan kaynakların etkin bir şekilde kullanılabilmesi için, öncelikler bakım verecek ekip tarafından tartışılmalıdır.

⁸¹Dinçol, K., Eroğlu, L., Özkan, S., vd., Kanserde Palyatif Bakım, (Ed. S. Erdine), İstanbul, 1991, s. 286, 287, 288, 291, 292

Palyatif bakım için öncelikler;

- Palyatif bakıma gereksinimi olan hastanın tanımlanması ve değerlendirilmesi

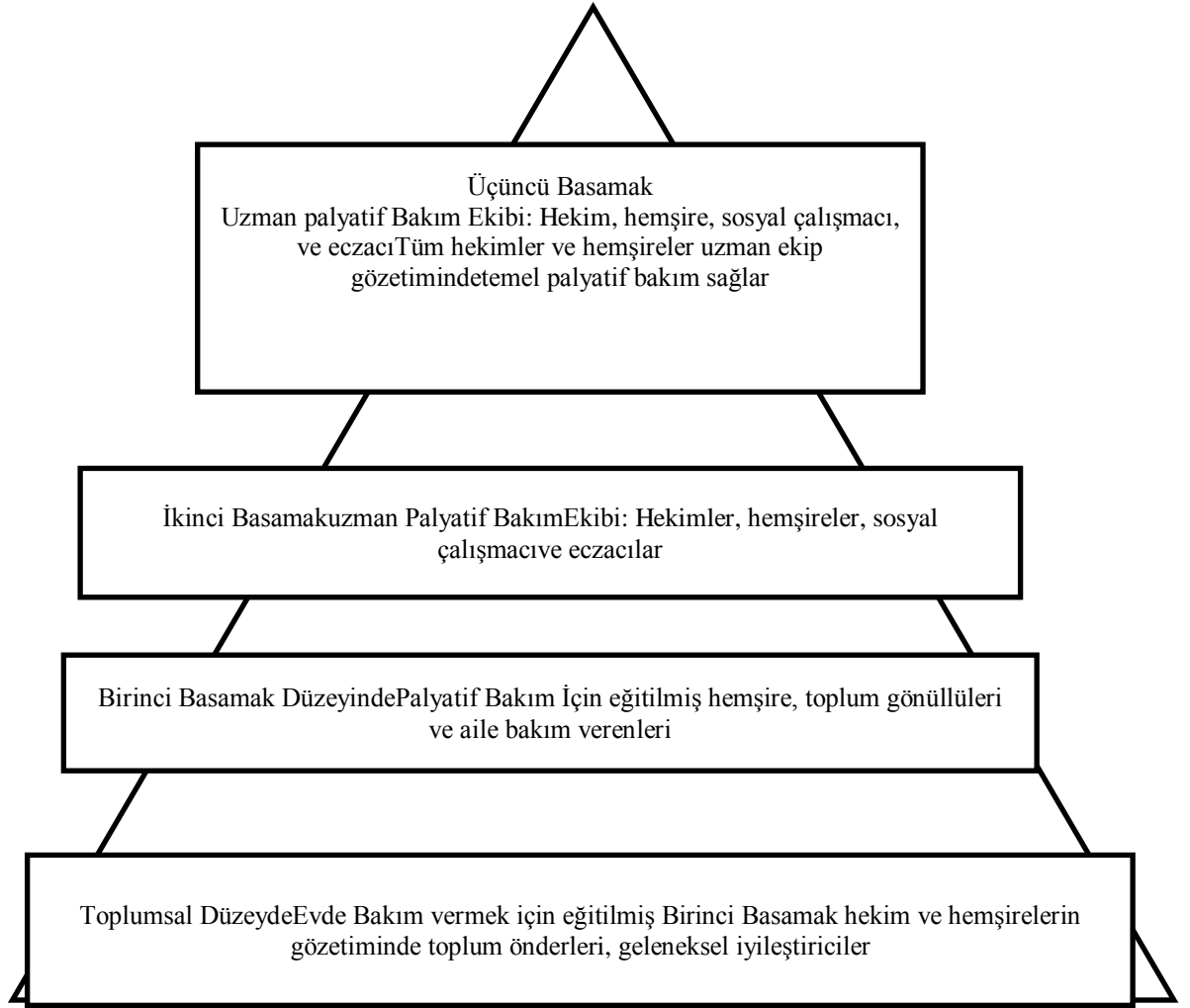
Mortalite ve morbidite ile ilgili olarak temsil ettikleri yük

İleri evredeki olguların oranı

Ağrıyı giderme, diğer semptomların kontrolü, sosyal destek gibi gereksinimlerin aciliyeti

Hastalığın sosyal etkisi (gelişmişlik düzeyi kısıtlı olan toplumlar ve bakım verenler, hastalığın çocuklar üzerindeki etkisi.)

- Palyatif bakımın tipinin maliyet etkinliği, kabul edilebilirlik, süreklilik, politik çekiciliğe göre seçilmesi



Şekil. 8.Sağlık Bakımı Düzeylerine Göre palyatif Bakım Ekibi Ağı

Kaynak: Palyatif Bakım.(b.t.),05.08.2011,http://www.ailehek.org/dosyalar/PALYAT%C4%B0F_BAKIM_word.pdf

5.2.1. Birinci Basamakta Palyatif Bakım

Birinci basamak hekimleri rutin sağlık bakımı sürecinde ağrı ve semptom değerlendirilmesi ve yönetimi, bakım planı yapma gibi palyatif bakımın temel elementlerini sağlayabilir ve gerektiğinde multidisipliner ekiple işbirliği içerisinde çalışabilirler. Nüfus yaşlanma hızı arttıkça Birinci basamak hekimleri daha fazla ölmek üzere olan hastayla karşılaşacaklardır.⁸²

⁸² Palyatif Bakım(b.t.),05.08.2011
http://www.ailehek.org/dosyalar/PALYAT%C4%B0F_BAKIM_word.pdf

5.2.2. Palyatif Bakımda Semptom Yönetimi

Semptomlar hastaların sağlık bakımına gereksinim duydukları en önemli nedenler arasında yer almaktadır. Semptomlar bir hastalık veya duruma işaret eden, objektif, değerlendirilmesi kolay, sıklıkla hekimin klinik tedavisine hedeflenmiş normal dışı durumlardır. Semptom yönetimi modeli “California San Francisco” Üniversitesi hemşire araştırmacılar tarafından geliştirilmiştir. Semptomlar kanser hastalarının fonksiyonel kapasitelerini ve yaşam kalitelerini etkilemesi nedeniyle palyatif bakımın en önemli unsurlarından biridir.⁸³

Semptom yönetimi modeli aşağıdaki şekilde açıklanabilmektedir.

- “Bir semptomu belirlemenin en doğru yolu bireyin semptomu kendisinin rapor etmesidir.
- Bir semptom için hasta büyük risk taşıyorsa semptom açığa çıkmadan girişimler düzenlenebilir ve semptomönlenebilir.
- Bireyler iletişim kuramaları sözlü olarak ifade etmeseler de semptomu deneyimleyebilirler.
- Semptom yönetimi bireyi aileleri ve çevreyi doğrudan etkileyebilir.
- Sonuçlar, etkiler semptom yönetim sürecinin dinamik, değişebilen yapısı ve semptom deneyimleri ile modifiye edilebilir.”⁸⁴

Semptom yönetiminde en önemli basamaklardan biri, hastada varolan semptomların çok kapsamlı ölçeklerle değerlendirilmesidir. Günümüzde kanser hastalarına yönelik çok boyutları semptom değerlendirmesi ölçekleri veya listeleri mevcuttur. Bunlardan bazıları; Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS), MD Anderson Symptom Inventory (MDASI), Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS)’dir.⁸⁵

⁸³Şenuzun, F., ”Semptom Yönetimi”, Kanser ve Palyatif Bakım, (Ed. M. Uyar, R. Uslu, Y. Kuzeyli Yıldırım), İzmir, 2006, s. 133

⁸⁴Dodd ve ark., Advancing the Science of Symptom Management, Journal of Advanced Nursing 2001; 33(5): 668-679’den Şenuzun, F., ”Semptom Yönetimi” Kanser ve Palyatif Bakım, (Ed. M. Uyar, R. Uslu, Y. Kuzeyli Yıldırım), İzmir, 2006, s. 133

⁸⁵Şenuzun, F., a.g.e. , İzmir, 2006, s. 135

Yaşamın sonuna yaklaşan hastalar için ölümü geciktirmektense yaşam kalitesini en üst düzeye çıkarmak, bakımda birinci öncelikli konu olmalıdır. Bu bağlamda rahatlığı bozan ve acı çekmeye neden olan semptomlar tıbbi yönden acil durumlar olarak görülmeli, sürekli değerlendirmeler ve uygun tedavilerle kontrol altında tutulmaya çalışılmalıdır. Mümkünse bu semptomların nedenleri belirlenip ortadan kaldırılmalı, değilse direkt semptomun verdiği rahatsızlığı azaltıcı farmakolojik tedaviler ve diğer yaklaşımlar uygulanmalıdır. Genellikle yaşam sonu bakımda ağrı yönetimine önem verilirken diğer semptomlar gözardı edilmektedir. Oysa bu semptomlar hasta ve ailesi için, zaman zaman ağrıdan daha çok sıkıntı yaratıcı olabilmektedir. Bunlardan en sık görülenleri; yorgunluk-halsizlik, bulantı-kusma, iştahsızlık-anoreksiya, dispnekonstüpsiyon, anksiyete, depresyon, delirium-ajitasyondur. Söz konusu semptomlar kontrol altına alınmadığında, psikolojik, sosyal, spiritüel acı çekmenin azaltılması ya da yaşam kalitesinin yükseltilmesi sağlanamamaktadır. Semptomlardan çoğunluğunun saptanması çok kolay olmasına rağmen, hastalık kontrol altına alındığında bunların ortadan kalkacağı varsayılarak müdahale etme gereksinimi duyulmamaktadır. Hekimler genellikle tüm çabalarını hastalığı kontrol altına almaya ya da tedavi etmeye harcadıkları için, daha çok acı veren semptomları gözardı etme eğilimi göstermektedirler. Semptomların nedenleri ve uygun müdahale yaklaşımları çok değişik olabildiği için, semptom yönetimi derinlemesine düşünülmeden gerçekleştirilmemelidir.

Hasta ve ailenin bilgilendirilmesi ve onlarla işbirliği yapılması, semptom yönetiminde başarıya ulaşmanın anahtarıdır. Hastanın hekimi semptom yönetimini gerçekleştiremediğinde, palyatif bakım uzmanlarından yardım alınmalıdır.⁸⁶

5.2.3. Palyatif Bakımda Etik ve Yasal Konular

Palyatif bakımda etik ve yasal konular aşağıdaki şekilde kategorize edilebilmektedir;

- “Palyatif bakıma uygun insan ve finans kaynaklarının tahsisi
- Yüksek kaliteli bakım sağlamak için küratif ve palyatif bakımın birleştirilmesi

⁸⁶Cimete, G.,a.g.e. , s. 57, 58

- Bakım koşullarına göre sosyal, bireysel ve profesyonel yükümlülük ve sorumluluklar
- Farklı kültürel koşullarda anlayış ve tutumların farklılığı
- Hasta ve ailesinin karar almada otonomisi ve aydınlanmış onamı
- Özellikle opioid kullanımında palyatif bakıma erişimde yasal ve kültürel bariyerler.⁸⁷

5.3.Hospis Bakım Hizmetleri

Yirminci yüzyılda gerçekleşen bilimsel ve tıbbi ilerlemeler, yaşamı uzatıp kolaylaşmasını sağlarken ölümü güçleştirmiştir. Biyomedikal ve klinik tıptaki ilerlemeler, bir çok hastalığın önlenmesini ya da tedavisini mümkünhale getirmiştir. Rehabilitasyon hizmetlerindeki gelişmeler ise hastalık ya da sakatlık nedeniyle bağımlı yaşam sürdüren bireylerin, bağımsızlaşmasına ve üretken olmasına zemin hazırlamıştır. Öte yandan hastalıkların önlenmesi ya da tedavisi ve yaşam kalitesinin yükselmesi ile artan yaşam süresi bireylerde kalp hastalıkları, hipertansiyon, kanser, dejeneratif hastalıklar sorununu gündeme getirmiştir. Bu sorunlara değişik kanser türleri ve AIDS gibi hastalıklarda eklenmiştir. Tedavi yöntemlerindeki gelişmeler bu hastalıklardaki yaşam sürelerinin uzamasını sağlamıştır. Ancak toplum ve klinisyenlerin ölümden koruma yolu olarak gördükleri tedaviler, bazen hasta ve aileleri tarafından kurtulmak istedikleri bir işkence halini alabilmektedir. Hastalar bir yandan acı çekmelerine neden olan tedavilerin uygulanmasını istemezken bir yandan yaşam sürelerinin uzatılmasını ister bir duruma gelmiştir.

Bu aşamada; toplumun sağlık elemanlarından beklentisi insanların acı çekmesinin önlenmesini sağlamaktır. Bir çok hasta ağrı/acı yaşayarak ölme, kontrolünü ve saygınlığını kaybetme, izole olma, ailesi için sıkıntı kaynağı olma korkusu yaşamaktadır. Sağlık elemanlarınca sunulacak destekleyici bakımla tüm bu endişe ve korkular azaltılabilmektedir.

⁸⁷ Palyatif Bakım.(b.t.).05.08.2011
http://www.ailehek.org/dosyalar/PALYAT%C4%B0F_BAKIM_word.pdf

İnsanlar hayatları boyunca boyuncauzun ve memnun kaldıkları kaliteli bir yaşam sürdürmeyi isterler. Yaşam kalitesi, fiziksel, mental, sosyal, duygusal yönden bireyin algıladığı iyi olma halidir.

Bu aşamada söz konusu olan kaliteli ölüm kavramı ise, terminal hastalığı olan ya da yakında ölmesi beklenen bireylerin yaşam deneyimlerine odaklanmaktadır. Bu bireyler için fiziksel yönden tam olarak iyileşmek mümkün olmadığından, spiritüel iyilik hali, dostlukları ve değerli olduğunu hissetmek daha anlamlı olabilmektedir.⁸⁸

Hospis göç ya da seyahat edenlerin geçici olarak kalacakları han ya da yer anlamına gelmektedir.⁸⁹

Hospis kökenini latince “Hospitium” kelimesinden almaktadır. Hospitium kelimesi “misafir evi” anlamına gelmektedir. Hospis kelimesi ilk kez zayıf ve hasta düşmüş hacdan dönen kişilere sığınak olan, bakım ve tedavilerinin yapıldığı yer anlamında kullanılmıştır.⁹⁰

Hospis bakımı 4. Yüzyılda Roma döneminde Fabiola isimli kadının mal varlığını ve kişisel çabalarını ölmekte olan hastalar için kullanması ile başlamıştır. Fabiola, soylu, Katolik sınıfa mensup, tanınmış yardımsever bir kişidir. Birkaç yüzyıl içerisinde, Katolik kilisesi, Özellikle de haçlı savaşıdan dönen askerler, fakir ve hasta insanlar için verilen bu bakım hizmetini geliştirmiştir. Hospis kelimesi ilk defa 1842 yılında Fransa’da Jeanne Gamier tarafından kurulan, ölmekte olan insanlara bakım yapan bir merkez için kullanılmıştır. Burada kronik hastalığı olan ve ölmekte olan insanlara hizmet verilmiştir. 1885 yılında İngiltere’de çeşitli öncü girişimler olmuştur.

Modern anlamda ilk hospis, 1967’de İngiliz doktor Dame Cicely Saunders tarafından Londra’da St. Christopher Hospice ‘i kurması ile olmuştur. Burada tedavisi mümkün olmayan kişilerin barınma ve bakım ihtiyaçları karşılanmıştır. Bu girişim artık aktif tedavilerden faydalanamayacak ve hastalığın son aşamasına gelmiş hastaların ağrı başta olmak üzere, diğer semptomlarının kontrol altına alınabildiği,

⁸⁸Cimete, G., a.g.e. , s. 1, 4, 5

⁸⁹Dinçol, K., Eroğlu, L., Özkan S., v.d. , a.g.e. , s. 288

⁹⁰Karagöl, Ç., Sağlık Yönetimi Bakış Açısıyla Terminal Bakım, Uzun Dönem Bakım Hizmetlerinin Yönetimi: Bir Proje Örneği, Yayınlanmış Proje, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hastane Sağlık Kurumları Yönetimi, İstanbul, 2011

hayat kalitesinin arttırıldığı, insanca ve ev ortamına yakın yaşayabileceği kuruluşların başlangıcı olmuştur.

İngiliz Help the Hospice ve Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Hospis ve Palyatif Bakım Organizasyonu, 2006 yılında dünya genelinde Hospis ve Palyatif Bakım açısından ülkelerin durumunu ortaya koyan ayrıntılı bir çalışma yayınlamıştır. Bu anlamda dünya ülkeleri “hospis ve palyatif bakım hizmetleri açısından 4 gruba ayrılmıştır;

1-Hospis ve palyatif bakım konusunda henüz bilinç oluşmamış ve bilinen bir hospis veya palyatif bakım hizmeti verilmeyen ülkeler

2-Hospis ve palyatif bakım konusunda bilinçli olan ancak henüz bilinen bir uzmanlaşmış hospis veya palyatif bakım merkezi olmayan ülkeler

3-Hospis veya palyatif bakım konusunda bilinçli olan ,uzmanlaşmış hospis veya palyatif bakım hizmetini bölgesel olarak vermeye başlamış ancak geliştirememiş ülkeler,

4-Hospis veya palyatif bakım konusunda bilinçli olan hospis veya palyatif bakım hizmetini tüm ülke genelinde sağlık sistemine entegre ederek uygulamaya başlamış ülkeler”.

Türkiye ,bu çalışmada 2 grupta, hospis ve palyatif bakım konusunda bilinçli olan ancak henüz bilinen bir uzmanlaşmış hospis veya palyatif bakım merkezi olmayan ülkeler arasında gösterilmiştir.⁹¹

5.4.Hospis Bakım Kapsamında Verilen Hizmetler

Hospislerde, multidisipliner bir ekip görev almakta, hasta ve ailesinin ihtiyaç ve istekleri doğrultusunda hizmet sunmaktadır. Bu hizmet alanları aşağıdaki gibidir;

Genel cerrahi: Nutrisyon desteği ve danışma, oral ürünler, tüple beslenme, TPN, farmakolojik ajanlar.

⁹¹Wright, M., Wood, J., Lynch, T., Clark, D., Mapping Levels of Palliative Care Development: a Global View. 2006, https://www.eolc-observatory.net/global/pdf/world_map.pdf den Karagöl, Ç., a. g. e., İstanbul, 2011

Psikiyatri: Konsültasyon istenen hastanın uzman tarafından değerlendirilmesi, destek görüşmeler, gerekli görüldüğünde düzenli aralıklarla izlem, broşür, video gibi yazılı ve görsel materyal hazırlanması.

Hemşirelik: Hasta eğitim programının oluşturulması ve uygulanması, klinik hemşirelerinin hasta bakımına yönelik eğitilmesi, eğitimin sürekliliğinin sağlanması, hasta/aile ve hemşirelerin problem alanlarına ilişkin (kemoterapi ve radyoterapiye, semptom kontrolü, ağrı, palyatif bakım, egzersiz vb.) broşür, kitapçık gibi, eğitim materyallerinin hazırlanması.

Sosyal Hizmetler: Hasta ve ailesinin finansal ihtiyaçlarının belirlenmesi, yoksulluğun azaltılması, gıda güvenliği, bakıma ihtiyacı olan öksüz ve yetimlerin tespiti ve bakımın planlanması, gerekli yönlendirmelerin yapılması.

Yasal Konular: Yasal yükümlülüklerin tanımlanması, kişinin haklarının belirlenmesi, hukuksal konularda danışmanlık sağlanması

Manevi Danışmanlık: Dini ve manevi konularda danışmanlık ve kişinin isteği doğrultusunda dini ihtiyaçlarının karşılanması için destek sağlanması.

Hospisler kapsamında; sağlık çalışanları tarafından ailelerin, hastanın sağlık sorunu konusunda eğitilmesi,

İlaç verme, acil tıbbi gözetim isteyen semptomları fark etme gibi bakıma dair konularda öneri sunulması,

Ev destek sistemleri, taşıma, alışveriş, yemek hazırlama gibi konularda destek sağlanarak, hastaya bakan aile yakınlarına “Dinlenme Bakımı Uygulaması” ile dinlenme zamanı verilmesi olarak tanımlanabilecektir.⁹²

5.5.Hospis Bakım Hizmetleri ve İlkeleri

Palyatif bakım, hem bir bakım felsefesi hem de organize, üst düzeyde yapılandırılmış bakım verme sistemi olarak ifade edilmişti. Modern palyatif bakım kavramının kökleri hospis hareketine dayanmaktadır. Hospis bakımı yaşam sonuna

⁹² Ateş, M., Sağlık Hizmetleri Yönetimi , İstanbul, 2011,s. 179, 181, 182

çok az ay kala verilen bir palyatif bakım formudur. Hasta ve ailesi hastalığın son günlerinde desteklenmektedirler.

Hospis bakımın hedefi, hastanın ve ailenin istemleri ve klinik, kültürel, etik standartlarla tutarlı bir mantıkla, ağrı ve acı çekmeksizin ölüm olarak adlandırılan “iyi ölümü” kolaylaştırmaktır. Girişimler semptomların yönetimini, anlamlı etkileşimler geliştirmeyi, yaşam kalitesini korumayı, barışçıl, saygın ölümü kolaylaştırmayı amaçlar. Palyatif bakım-yaşam sonu bakımı ile büyük oranda örtüşür. Palyatif bakım hastanelerde semptomatik bakım ile evde bakımı içerir ve hospis bakımının bağımsız evde bakım programları ile sunulabilir.⁹³

Son 20 yıl içerisinde palyatif bakım konusundaki en önemli gelişmelerden birisi hospislerin kurulması ve hastaların yaşamlarının son dönemlerini evde geçirme olanaklarının sağlanması olmuştur.

Hospisi hastanelerden ayıran başlıca özellikler şunlardır;

- Hastaneler, hastaların akut tıbbi sorunlarının ele alındığı ve yine kısa sürelerle tedavi imkanlarının sağlandığı tıbbi kurumlardır. Hastanelerde hastaların yalnızca tıbbi sorunlarıyla ilgilenilmekte, özellikle aktivitesini yitiren hastaların psikososyal sorunlarıyla ilgilenilmemektedir. Hastane koşulları ve örgütlenmesi bu sorunların çözümüne yönelik olmayıp bir takım semptomların geçici olarak ele alınabildiği yerlerdir.

- Hospisler, hastanın kronik şikayetleriyle ilgilenen hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan psikolojik, emosyonel ve diğer tüm semptomların ele alındığı, hasta için gerekli her türlü maddi ve manevi koşulun sağlanmaya çalışıldığı yer anlamına gelmektedir.

- Hospis ekibinde hekimlerin yanısıra hemşirelik hizmetleri de önemlidir. Hospis ekibinde hekimlerle birlikte, hemşireler, psikologlar, sosyal görevliler, diyetisyenler, oküpyasyonel (konuşma) terapistleri ve gönüllülerden oluşan bir ekip görev almaktadır.

⁹³Palyatif Bakım.(b.t.).01.12.2011,
http://www.ailehek.org/dosyalar/PALYAT%C4%B0F_BAKIM_word.pdf

“Hospis bakımının on ana ilkesi vardır:

1. Hospiste yatan hastaların daha sonra evlerinde de takiplerinin sürdürülmesi;
2. Semptomların kontrolünün (fiziksel, sosyolojik, psikolojik) sağlanması;
3. Hekim tarafından kontrolün (tıbbi semptomların denetimi) sağlanması;
4. Multidisipliner ekip bakımı yapılması;
5. Haftanın yedi günü, 24 saat servis hizmeti verilmesi;
6. Hasta ve ailesinin ekibin bir parçası olarak kabul edilmesi;
7. Ölüm sırasında ve ölüm sonrasında hasta yakınlarının desteklenmesi;
8. Multidisipliner ekibin bir parçası olarak gönüllülerin kullanılması;
9. İletişim sistemlerinin kurulması;
10. Hospisin sigorta sistemi içine alınmasıdır.”⁹⁴

5.6.Hospis Bakım Yeri

Hospis bir yer değildir, bir bakım konseptidir. Bu bakım farklı şekillerde ve yerlerde uygulanabilmektedir. Bunlar;

5.6.1. Rutin Ev Bakımı

Kişinin kendi evinde ya da yaşadığı herhangi bir yerde olabilir.

5.6.2. Genel Yataklı Bakım

24 saat profesyonel hemşirelik hizmetlerinin verildiği bakım merkezleri, hastaneler, süre sınırı olmayan yataklı hospis merkezleri

5.6.3. Sürekli Bakım

Uzmanlar tarafından belirlenen uygun yer ve zamanda sunulan bakım

⁹⁴Dinçol K., Eroğlu L., Özkan S., v.d. , a.g.e. , s. 288, 289

5.6.4. Dinlenme Bakımı

En fazla beş gün için, hastaya bakım veren yakınlarını dinlendirmek ve rahatlatmak için verilen bakımdır.

Hangi bakımın hasta için uygun olduğuna hasta ve ailesi, multidisipliner ekip ile birlikte karar vermelidir. Hasta ve ailesinin sosyo-kültürel durumları ve istekleri bu kararda etkili olmaktadır.

5.7.Evde Hospis Bakımı

Hospislerin temel amacı, hastanenin sağlayamadığı olanakların sağlanması olup, gerekli ortam sağlanmasına rağmen hasta evinde ölmek isteyebilir. Bu durumda hastanın evde bakımı gündeme gelecektir. Hastanın evde bakımı, ölüme terkedilmesi olmayıp hospiste verilen hizmetin bu kez ekipler aracılığıyla evde verilmesi söz konusu olacaktır.

Evde bakım belirli bir örgütlenme gerektiren önemli bir sorundur. Bu süreçte temel görev hemşirelere düşmekte olup, hastanın 24 saat süresince çeşitli iletişim araçlarıyla takibinin sağlanması gerekmektedir. Bu nedenle evde bakım hizmetini yürüten hemşirenin eğitimi çok önemlidir. Evde bakım hizmetini yürütecek olan hemşire yoğunbakım hemşiresi olarak eğitilmeli ve hastanın her türlü acil gereksinimini karşılayacak donanıma sahip olmalıdır. Hasta ailesi ve diğer yakınlarının da eğitilmesi, hastanın doğabilecek acil gereksinimlerinin giderilmesi adına son derece önemlidir.

Sonuç olarak hospis hem yeni bir felsefe hem de yaşamın son dönemindeki hasta için yeni bir yaklaşım biçimidir.

5.8.Hastanede Palyatif ve Hospis Bakımı

Bu üniteler, yalnızca terminal dönemdeki kanserli hastalara yönelik olmayıp, aynı zamanda hastalığın erken döneminde olan ve semptomların kontrolünde yardım bekleyen hastalara hitap eden, tüm tedavi şekillerinin uygulanabildiği bilgi düzeyinde ve yeterlilikte olmalıdır.⁹⁵

⁹⁵Dinçol, K., Eroğlu L., Özkan S., v.d. , a.g.e. , s. 290, 291

5.9.Hospis Merkezinde Bakım

Terminal dönemdeki hastaların aktif tedavi uygulanmayan ve bakım konusunda bir tedavi aramaktan çok bakım ve rahatlık sağlayan, rahatsız edici semptomların kontrol edildiği ve yaşam kalitesinin mümkün olan en iyi seviyede tutulduğu hospislerde yaşamlarını sonlandırmaları gerektiği savunulmaktadır.

Hospis hizmeti ev ortamı ve koşullarının sağlanabildiği kurumlarda terminal dönem hastalarına sağlanan hizmetlerdir. Hospislerde hastaya, hastaneye benzemeyen, ölmekte olan kişi için ev ortamının sağladığı olanakların yer aldığı, kendisi için önemli ve anlamlı olan şeylerin bulunduğu, ailesi ve arkadaşlarıyla birlikte olabileceği imkanlar sunulmaktadır.

Hospis, evde bakım anlamından çok bu hastaların ölene kadar bakıldığı fiziksel binayı ifade etmektedir. Hospis bakımı, kronik hastalığı olan bireylere ölümün gerçekleşebileceği alternatifler (nerede, hangi şartlar altında, kimlerle beraberken, hangi bilinç düzeyi ve hangi yaşam desteği ile) üzerinde karar hakkı sunmaktadır.⁹⁶

6. HOSPİS VE PALYATİF BAKIM ALANINDA TÜRKİYE VE GELİŞMİŞ ÜLKE ÖRNEKLERİ

6.1.Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetleri

Ülkemizde palyatif bakım hizmetleri ne yazık ki yıllarca ihmal edilmiştir. Bunun en önemli nedeni olarak Türk aile yapısı gösterilmektedir. Kültürümüzde aile büyükleri, özellikle de kanser hastaları yalnız bırakılmamakta, her türlü bakım ve destek bizzat hastaların ailelerince yapılmaktadır. Bu nedenle palyatif bakım zaten yüzyıllardır kendi kültürümüz içinde bulunmaktadır. Öte yandan palyatif bakımın ülkemizde önemsenmemesi, insangücünde yaşadığımız sorunlardan da kaynaklanabilmektedir. Özellikle medikal onkoloji uzmanı sayımızın yetersiz olması bu konuda profesyonelleşmemizin önündeki engellerden biri olarak değerlendirilmektedir. Ayrıca palyatif bakımın öneminin ve genel prensiplerinin

⁹⁶ Işıkhani, V., "Terminal Dönemdeki Kanser Hastalarının Ölüm Yeri Tercihleri", Türk Onkoloji Dergisi,C.23,S.1,s.38,34-44, Ankara, 2008

temel tıp eğitiminde ve uzmanlık alanında olmaması, bu konuda yeterli farkındalığın oluşmaması da önemli nedenler arasında sayılmaktadır.⁹⁷

Türkiye’de kanserli hastalara uzun süre palyatif bakım verebilecek hospis kavramına yakın ilk kuruluş, Türk Onkoloji Vakfı’nın İstanbul Yeşilköy’de “Kanser Bakımevi” adı ile 1993-1997 yıllarında hizmete girmiştir. Sosyal güvenlik sistemlerimizde bu kurumlarda yatan hastalara ödeme yapılmaması, bağış kaynaklarının yetersizliği, hasta ve yakınlarınca hospis kavramının yeterince anlaşılması bu kuruluşun kapanmasına sebep olmuştur.

Hacetepe Onkoloji Enstitüsü tarafından 2. Hospis girişimi 2006 yılında sonuçlandırılmış, Hacetepe Onkoloji Hastanesine yakın bir Ankara evi 12 odalı bir hospise dönüştürülmüştür. Bu kuruluşta yasal düzenlemelerin olmaması sebebiyle bu ev “Hacetepe Umut Evi” adı altında kanserli hastaların tedavi ve sonrasında kısa süreli konaklamalarını (birkaç hafta) ve minimal hemşirelik hizmetlerini verebilen bir kurum olması öngörülmüştür.

Ülkemizde onkoloji eğitimi veren merkezlerin pek azında kanserli hastaların palyatif bakımları eğitim programlarında yer almaktadır. Oysa ki kanserde palyatif bakım konuları onkoloji eğitim programlarının tamamlayıcı bir parçası olmalıdır. Palyatif bakım üniteleri ise hiç bulunmamaktadır. Türk Onkoloji Grubu Palyatif Tedaviler Alt Çalışma Grubunun bu konuya önemle eğilmesi, kurs ve seminerler düzenlenmesi onkoloji eğitimindeki bu eksikliği tamamlamayı amaçlamaktadır. Gelişmiş ülkelerde kanserli hastaların aktif tedavilerinin bitiminde palyatif bakımlarının yapılabileceği çeşitli alternatifler bulunmaktadır. Hemşire Bakım Evleri, Evde Bakım Servisleri, Rehabilitasyon Merkezleri bunların başlıcalarını oluşturmaktadır. Bu hizmetlerin sağlık sigortaları ve devletin sosyal güvenlik sistemlerince (Medicare, Medicaid) karşılanıyor olması büyük önem arz etmektedir. Ülkemizde hospis kavramı yeni yeni anlaşılmakta olup bu tür kuruluşların işleyişi ve yapısı hakkında yasal bir düzenleme bulunmamaktadır. Sağlık bakanlığının 2005 yılında yayınlamış olduğu “Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik”de evde bakım hizmetlerinin bir sağlık kuruluşu olan hospis içinde verilebilmesini sağlayacak maddeler içermemektedir.

⁹⁷ Gültekin, M., Özgül, N., Olcayto, E., v.d. , ”Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetlerinin Mevcut Durumu”, Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi, C. 1,Ankara,2010, s. 1-6

Türkiye’de hemşire bakım evleri henüz oluşturulmamıştır. Yaşlı bakım evleri, huzurevleri, önemli sağlık sorunu ve semptomları olan hastalara yönelik hizmet vermekten uzak olduğu gibi bu tür hastalar yaşlı da olsalar bu kuruluşlara kabul edilmemektedirler.

Hasta bakım evleri ise büyük illerimizde özel sektörce kurulan ve genel sağlık sorunlarına dair hasta bakımına yönelik olup kanserli hastaların multidisiplinerpalyatif bakım taleplerine cevap verecek düzeyde değildir.⁹⁸

Mevcut durum itibariyle, Türkiye’de 2009 sonu itibari ile hizmet veren 10 adet palyatif bakım merkezimiz bulunmaktadır. Bu merkezlerin büyük bir bölümü üniversite hastanelerinde yerleşik olup, uluslararası akredite olan sadece bir palyatif bakım merkezimiz bulunmaktadır.

Ülkemizde palyatif bakım konusunda daha ağırlıklı olarak hizmet veren birimler ağrı üniteleridir. 33 ilde hizmet veren toplam 72 adet ağrı bölümümüz vardır. Bu merkezlerin 35’i devlet hastanelerinde, 31’i üniversite hastanelerinde ve kalan 6’sı da özel sektör içerisinde hizmet vermektedir. Tüm bu merkezlerde toplam çalışan personel sayısı 334 olup, 254’ü (%76) tıp doktorudur. Yirmisekiz merkez (%38. 9) Ankara ve İstanbulda, diğer elli altı merkez Batı ve Orta Anadolu’da yerleşiktir.

Tablo. 8. Ülkemizde Mevcut Palyatif Bakım Merkezleri ve Ağrı Üniteleri

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel
Palyatif Bakım Merkezi	2	7	1
Ağrı Merkezi	35	31	6

Kaynak: Gültekin, M., Özgül, N., Olcayto E., v. d., ”Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetlerinin Mevcut Durumu” Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi,S.1,s.2,1-6,Ankara,2010

⁹⁸ Akgül, H., ”Türkiye’de Kanser Hastaları İçin Palyatif Bakım”, <http://www.medimagazin.com.tr/authors/hikmet-akgul/tr-turkiye8217de-kanser-hastalari-icin-palyatif-bakim-72-3-984.html> (01.11.2011)

Ülkemizde palyatif bakım merkezlerinin az sayıda ve büyük şehirlerde olması, yeni kurulmuş olması, mevcut palyatif bakım hizmet ve modelleriyle arasında sistemsal bir benzerliğin olmaması, sistemin gelişimi açısından bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Ağrı merkezlerinin de Ankara, İstanbul gibi büyük illerde bulunması ve tüm Anadolu'da yaygın olmaması hizmete erişimde önemli engeller arasındadır. Ayrıca palyatif bakım, sadece ağrı bakımı olmayıp, mevcut ağrı merkezlerinin, palyatif bakım ihtiyacını karşılayamayacağı net olarak görülmektedir. Bununla birlikte morfin kullanımı açısından ülkemiz; tüm dünyada tıbbi amaçlı kullanılan morfinin % 90'ından fazlasını ham madde olarak üretmesine rağmen, morfin kullanımı açısından Arap ülkelerinin bile gerisinde kalmaktadır.

Sağlık Bakanlığı kanserle Savaş Dairesince mevcut durum analizleri değerlendirilerek, Palli-Turk adında bir proje hazırlanmıştır. Palyatif bakım 2010-2015 Ulusal Kanser Kontrol Programının en önemli yapıtaşlarından biri olarak kabul edilmiştir. Esas olarak Palli-Turk Aile Hekimliği üzerine kurulu ve KETEM'ler ve sivil toplum örgütleri ile desteklenen; primer olarak hemşire bakımı üzerine oturtulan bir sistem olup, ülkemizin mevcut sosyo-kültürel yapısına en uygun sistem gibi durmaktadır. Önümüzdeki yıllar içerisinde bu sistemin ülkemiz için getirilerini ve uygulanabilirliği görülecektir.⁹⁹

Hasta Hakları Yönetmeliği'nde bulunan 2 madde palyatif bakım hizmetlerinin verilme gerekliliğini açıklar niteliktedir. Bu maddeler;

“Ötenazi Yasağı

Madde 13-Ötenazi yasaktır

Tıbbi gereklerden bahisle veya her ne suretle olursa olsun, hayat hakkından vazgeçilemez. Kendisinin veya bir başkasının talebi olsa dahil, kimsenin hayatına son verilemez.

⁹⁹ Gültekin, M., Özgül, N., Olcayto, E., v.d. , a.g.e. , s. 1-6

Tıbbi Özen Gösterilmesi

Madde 14-Personel hastanın durumunun gerektirdiği tıbbi özeni gösterir. Hastanın hayatını kurtarmak veya sağlığını korumak mümkün olmadığı takdirde dahi, ıstırabını azaltmaya veya dindirmeye çalışmak zorunludur”.¹⁰⁰

Yukarıdaki maddelerde, palyatif bakım hizmetlerinin hasta hakları açısından da bir zorunluluk arzettiği ifade edilmektedir. Hastanın ıstırabını azaltmaya ve dindirmeye çalışmak olarak bahsi geçen uygulama ,multidisipliner organizasyonu gerektiren çok yönlü bir disiplindir.

Ülkemizde palyatif bakım hizmetleri büyük oranda hükümet tarafından finanse edilen üniversite hastanelerinde sağlanmaktadır. Üniversite hastanelerindeki hastaların tedavi ve ilaçlarının tamamı ya da bir kısmı kendileri, özel sigortalar, SGK ya da yeşil kart uygulamasında olduğu gibi diğer kamu kurumlarınca karşılanmaktadır. Düşük gelirli hastaların, yataklı tedavi ve ilaçları yeşil kart ile belgelendikleri takdirde devlet tarafından karşılanmaktadır. Ayakta tedavi durumlarında, ödeme hastalar ya da sağlık sigortaları tarafından yapılmaktadır. Sigortalı olmaları durumunda yatmakta olan hastaların terminal dönem bakım giderleri ücretsiz olarak karşılanmaktadır. Ancak palyatif bakımı özel kurumlarda sağlayanlar, devlet sigortası kapsamına henüz alınmadığı için bunların ödemesi devlet tarafından karşılanmamaktadır.

Öte yandan palyatif bakım konusunda gönüllü faaliyetlerle ilgili bir rapor bulunmamaktadır. Ülkemizde “evde bakım hizmetleri” de, sosyal güvenlik sistemi ve özel sağlık sigortalarının kapsamına alınmamış olduğundan, ihtiyacı olan hastalara bazı dernekler tarafından kaynak yaratılmaya çalışılmaktadır. Maliyeti yüksek olan bu hizmetlerden hastaların yararlanabilme oranı bu nedenle çok düşüktür. Oysa ABD gibi gelişmiş ülkelerde hospis bakım faaliyetleri ve evde bakım hizmetleri devlet ve özel sigortaların kapsamı altındadır.¹⁰¹

¹⁰⁰Başbakanlık Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü. (01.08.1998).Resmi Gazete. Hasta Hakları Yönetmeliği (23420) ,1998,Ankara

¹⁰¹ Ateş, M.,a.g.e. , s. 192, 193

“Palyatif Bakım Muayenesi Hayata Gececek.”(13.02.2012) haberinde duyurulduğu üzere;Sağlık Bakanlığı, kanser başta olmak üzere tedavi seçeneği tükenmiş hastalıklarda tıbbi ve psiko-sosyal destek verilmesini öngören palyatif bakım projesini hayata geçirmeyi planladığını belirtmiştir.Kanser hastalarının ağrılarının dindirilmesine yönelik ve en önemli sorunlardan olan opioid (güçlü ağrı kesici) ilaçlara ulaşımın kolaylaştırıldığı bir planlamanın projenin ana eksenini oluşturduğu belirtilmektedir.Ayrıca palyatif bakımın daha çok tedavi şansı kalmayan kanser hastaları için gündeme geldiğini ancak felç ve Alzheimer hastaları için de palyatif bakımın söz konusu olacağı ifade edilmiştir.

Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğünce, projenin hasta yakınlarını da kapsamı gerektiği,palyatif bakım projesinin üç basamaklı bir yaklaşımı içerdiği,birinci basamakta gerekli alt yapının kurulmuş olduğu ikinci ve üçüncü basamak hastane sisteminin dahil edilmesiyle projenin ülke genelinde yaygınlaşabileceği ifade edilmiştir.Üçüncü basamakta belirli merkezlerin çatısı altında Hospislere benzer palyatif bakım birimlerinin kurulacağı ,uygulamanın pilot illerde başlayarak sonraki süreçte yaygınlaştırılabileceği belirtilmiştir.Mevzuat çalışmasının sonuçlanmak üzere olduğunun belirtildiği projede merkez ve yerel hastane alt yapılarının oluşturulması ve hizmet verecek personelin eğitiminin tamamlanmasıyla sürecin başlayabileceği ifade edilmiştir.¹⁰²

Mevcut durum itibariyle palyatif bakım hizmetlerinin bilinç düzeyinden eyleme geçiş sürecinde , alt yapı çalışmalarının tamamlanması,tümaşamaların sistemsal olarak planlanması ,eğitilmiş bir ekip ve disiplinler arası işbirliğiyle uygulamaya geçilmesi ve mevcut eksikliklerin tespit edilebilmesi uzun vadeli bir çalışma sürecini gerektirecektir.Ancak gecikmeye rağmen gelişmeler bu hizmete ihtiyaç duyan grup adına son derece olumlu ve sevindirici niteliktedir.

6.2.Amerika Birleşik Devletleri’nde Hospis Bakım

Yaşamı sınırlayan hastalıklarla karşı karşıya kalan insanların ihtiyaçları ABD de hospis bakım kapsamında karşılanmakta, hastanın hem kendisine hem de aile ve sevdiklerine bu hizmet sağlanmaktadır. Hospis bakım; hastaneler, hospis merkezleri,

¹⁰² Palyatif Bakım Muayenesi Hayata Gececek, (13.02.2012),<http://www.medimagazin.com.tr/medimagazin/tr-palyatif-bakim-projesi-hayata-gececek-676-573-11194.html> (15.02.2012)

bakımevleri ve uzun dönem bakım veren tesislerde sunulmaktadır. Bu hizmet her yaş, inanç ve ırktaki son dönem hastalarını kapsamaktadır.

ABD’de aile bireyleri genellikle bakımı yapan asıl kişilerdir. Farklı bir servis ya da bakıma olan ihtiyacı belirlemek için hospis personeli düzenli ziyaretlerde bulunmaktadırlar. Hospisler hasta ve yakınları tarafından 7/24 aranabilmekte ve herhangi bir konuda yardım istenilebilmektedir. Hospis ekibi her hastaya özel ağrı yönetimi ve semptom kontrolünü içeren bir bakım planı geliştirmektedir. Bu multidisipliner ekip; genellikle hastanın kendi doktoru, hospis doktoru, medikal direktör, hemşire, ev bakım yardımcıları, sosyal hizmet uzmanları, yakınına kaybedenlere destek sağlayan danışman, rahipler ya da din adamları, eğitimli gönüllüler, ihtiyaç durumunda konuşma terapisti, fizyoterapist ve iş-uğraşı terapistinden oluşmaktadır.

Amerika’da hastalıklara bağlı ölümlerin, hospis merkezlerindeki ölümlere oranı 2008 yılı için % 38. 5 olarak tahmin edilmektedir.

- 2008 yılı içerisinde 963. 000 kişi hospis bakım altında hayatını kaybetmiştir
- 2008 yılı sonunda 276. 000 kişinin hospislerde bulunduğu tespit edilmiştir.
- 212. 000 kişi hospislerde yaşarken, farklı gelişen prognozlar, farklı tedavi beklentileri ve çeşitli nedenlerle ayrılmışlardır.

6.2.1. ABD’de Bakım Yeri Konusunda Tercihler ve Yaş Dağılımı

2008 yılında hastaların % 68. 8 i evde bakımı tercih etmişlerdir. Hospis bakımı yataklı kuruluştaki tercih edenlerin sayısı %19. 2’den % 21 ‘e yükselmiştir. Sadece % 10. 1’lik bir kısım hospis ekibi olmayan hastanelerde bu bakımı almayı tercih etmişlerdir

2008 yılında hospis hastalarının % 82. 1 i 65 yaş ve üzeri, hastaların üçte biri 85 yaş ve üzeridir. % 1 den daha az bir oranda pediatrik ve genç yetişkinler bulunmaktadır.

6.2.2. ABD’ de Organizasyon Yapılarına Göre Hospisler

“Amerika’da hospisler üç farklı şekilde organize edilmektedir.

1. Kar amacı olmayan gönüllü organizasyonlar (%49. 6)
2. Kar amaçlı, kişi ya da kuruluşlara ait organizasyonlar (46. 2)
3. Hükümet ya da yerel yönetimler tarafından finanse edilen hükümete ait organizasyonlar (% 5 den daha az)”.

Kar amacı olan medicare sertifikalı kuruluşların sayıları son yıllarda artış göstermektedir.

6.2.3. ABD’de Hospis Bakımda Ödeme Şekilleri

Hospis bakım medicare, medicaid ve bir çok özel sağlık sigortasının kapsamı altındadır ve ödemede yaşanabilecek zorluklara rağmen hastalar bu hizmetten yararlanabilmektedirler.

1982’de hükümet tarafından, ödemeler açısından hospis merkezleri ile medicare arasında bir anlaşma sağlanmıştır. 2008 yılında hospis hastalarının ödemelerinin % 84. 3 ü Medicare’dan gelmektedir. Bununla birlikte hospis kuruluşlarının büyük bir çoğunluğu medicare ya da medicaid servisleri tarafından sigortalanmıştır(% 93. 5) ve sundukları hizmet medicare tarafından karşılanmaktadır.

6.2.4. ABD’de Hospis Bakım Hizmeti Sunum Şekilleri

Amerika’da hospis bakım hizmetleri aşağıdaki şekilde sınıflandırılabilir

6.2.4.1.Ev merkezli Bakım

- Rutin Evde Bakım: Hospis bakımı hastaların kendi yaşadıkları yerde, belirli aralıklarla ve ihtiyaç duyduklarında sağlanmaktadır.
- Sürekli Evde Bakım: Hastalar evde lisanslı olarak çalışan hizmet grubundan sürekli olarak hizmet almaktadırlar.

6.2.4.2.Yataklı Merkezlerde Bakım

- Genel Yataklı Bakım: Ağrı kontrolü, akut ya da kompleks semptomların giderilmesinde, farklı bir yerde üstesinden gelinemeyecek durumlarda hastalar yataklı tesislerde bakımı tercih etmektedirler.

- Süreli Yataklı Bakım: Hastalar bakımlarını üstlenmiş olan aile ve yakınlarına dinlenme imkanı sağlamak için kısa dönem kalınabilecek tesisleri tercih ederler.

İlk hospis girişimleri Amerika'da gönüllüler tarafından başlatılmış olup 2008 yılında 550. 000 hospis gönüllüsü 25 milyon saat görev yapmışlardır. Gönüllüler 3 ana alanda hizmet vermektedirler: Hasta ve ailesiyle zaman geçirmek (direkt hasta bakımı % 61. 2), büroda, hasta bakımını destekleyen diğer servisler ve klinik hizmetlerde çalışmak (klinik destek % 28. 3), yardım toplanmasına ve/veya idareye yardımcı olmak (genel destek % 16. 8). 2008 yılında hizmet saatlerinin % 6 sı gönüllüler tarafından karşılanmıştır. Ortalama bir hospis gönüllüsü yılda 46. 8 saat görev yapar ve yirmi hospis hastasına ziyarette bulunur.

Kayıp sonrası verilen destek hizmetinde, kayıptan sonraki 1 yıl boyunca telefon görüşmeleri, ziyaretler ve mail yoluyla destek hizmeti verilmeye devam edilmektedir.

6.3.Danimarka'da Hospis Hizmetleri

Her yıl 60. 000 kişinin yaşamını yitirdiği Danimarka'da, 16. 000 kişi kanser nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Bu hastalardan üçte ikisi hastanede, % 24'ü evde ve %12'si diğer merkezlerde hayatını kaybetmektedir. Ulusal sağlık hizmetleri kapsamında doktorlar, hemşireler, hastaneler ve bakım merkezleri palyatif bakım için çalışmakta ve hastanedeki bakım ve destek hizmetleri sosyal güvenlik tarafından karşılanmaktadır.

Danimarka'da sağlık sistemi giderleri vergilerden elde edilmekte olup, sağlık sistemi yönetsel olarak, eyalet, iller ve belediyeler olarak üçe ayrılmaktadır.

Danimarka'da tedavi uygulamasına artık gerek görülmediğinde, hastaneler her türlü semptom kontrolü, hemşirelik hizmetleri ve bakım için açık bulunmaktadır.

Evdeki bakım yetersiz olduğunda, ağrı, bulantı, kusma gibi semptomları kontrol etmek zorlaştığında hastaneler kullanılmaktadır. Herhangibir hekimden onay almadan hastaların hastanelere geri dönüşü kabul edilmekte ve gerekli durumlarda hastayı tanıyan ekip tarafından acil olarak tedavisi başlatılabilmektedir.

6.3.1. Danimarka’da Evde Hospis Bakım

Hastalar hastaneden ayrılış aşamasında sorumlu hekimlerine bu isteklerini iletirler. Doktorlar bu karar aşamasına dahil olmak, daha sonraki süreçte ev aramaları yapmak için sosyal güvenlikle olan anlaşmaya göre ödeme almaktadırlar. Hemşire bakım ve diğer yardımcılarının katılımı (kişisel hijyen, temizlik, alışveriş ve yemek pişirme konusunda eğitimli kişiler) hastanın isteğine bağlıdır. Her hasta istediği saatte bölge hemşiresiyle bağlantıya geçerek ev ziyareti isteyebilmektedir.

Hastanın hastaneden ayrılmasından sonra destek ekibi ve bölge hemşiresi bir destek programı düzenlemektedirler. Hastalar sosyal güvenlik hizmeti kapsamında ve küçük bir ücret karşılığında psikolojik destek hizmeti alabilmekte, ücretsiz olarak da evde ya da hastanede bir din görevlisiyle konuşabilmektedirler. Ayrıca kanser derneği tarafından da ülkenin bir çok yerinde ücretsiz danışmanlık hizmetinin verildiği merkezler bulunmaktadır.

6.3.2. Danimarka’da Hospis Merkezleri

Danimarka’da ilk hospis 1992 yılında Kopenhag’da 10 yataklı bir kuruluş olarak kurulmuştur. 1995’de ikinci hospis 12 yataklı olarak, 1996’da üçüncü hospis 10 yataklı olarak kişisel kaynaklarla başlamıştır.

Danimarka’da hospis bakımının verildiği yer sayısı yaklaşık 20’dir. Terminal dönem hastalarının ölüm yeri tercihleriyle;

- Ev
- Hastane
- Diğer

Sağlık kuruluşları şeklinde sıralanmaktadır. Kurumlara dair en büyük eksiklikse hastanın kaybindan sonra verilen danışmanlık hizmetinin yeterli düzeyde olmamasıdır.

Bunun dışında; büyük hastanelerin bünyesinde bulunan ağrı klinikleri oldukça sık kullanılmaktadır. Bu hastanelerde ulusal düzeyde palyatif bakım modelleri planlanarak multidisipliner ekiple koordineli evde bakım hizmeti sağlanmaktadır. Bu hizmetler bakımın planlanmasını, hastanın taburculuğu aşamasında gerekli görüşmelerin yapılmasını, hekimler tarafından düzenli ziyaretleri, bakımla ilgilenen hemşirelerin raporlarını, ağrı ve semptom kontrolünü içermektedir.¹⁰³

Danimarka'da yaklaşık 15. 000 doktor bulunmaktadır ve bunlardan yaklaşık 20 tanesi palyatif bakım konusunda uzmanlaşmıştır. Uzmanlık alanları aile hekimliği, anestezi, geriatri ya da onkoloji şeklindedir. 2001 yılından itibaren de palyatif bakım konusunda hemşire, doktor ve diğer çalışanları eğitmek için düzenli olarak kurslar yapılmaktadır.¹⁰⁴

Almanya'da İlk hospis merkezi 1986 yılında açılmıştır. Alman Palyatif Tıp Derneği'nin açıklamasına göre 2004 yılında Almanya'da yatarak hizmet veren 112 hospis merkezi bulunmaktadır. Bu sayı 1996 yılındaki verilerle kıyaslandığında % 237 artış olduğu anlamına gelmektedir. 2004 yılında 1 milyon kişiye düşen 11 hospis yatak sayısının aslında 1 milyon kişiye 20 yatak olması gerektiği bildirilmektedir.

Terminal dönem kanser hastaları, terminal dönem AIDS hastaları, progresif paralizisi ile seyreden sinir sistemi hastalıkları, ileri evre kronik böbrek hastalığı, kalp veya akciğer hastalığı olan hastalar Almanya'da bu merkezlerden hizmet almaktadır. Bu merkezlerin yataklı ünitelerinde kalış süresi ortalama 27 gün olup 2002 yılında 8500 kişinin (tüm ölümlerin % 1) yataklı hospis merkezinde hayatını

¹⁰³Cayak, Sezen., Palyatif ve Hospis Bakım, Dünyadaki ve Türkiye'deki uygulamalar, Türkiye için Öneriler, Yayınlanmış proje (YP), Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2010

¹⁰⁴Vejlgaard T., J.M., Addington, "Attitudes Of Danish Doctors and Nurses to Palliative and Terminal Care", <http://pmj.sagepub.com/content/19/2/119.abstract> (01.01.2012)

kaybettiği,35000'ünün (tüm ölümlerin % 4'ü) ise yataklı servis dışı hospis bakımı alırken hayatını kaybettiği belirlenmiştir.¹⁰⁵

Fransa'da 1970'lerde palyatif bakım ve hospis hizmetleri kurumsallaşmaya başlayarak palyatif bakım merkezlerinin bir araya gelerek oluşturduğu "Associations de Soins Palliatifs" derneği kurulmuştur.1986'da sağlık sigorta sistemi palyatif bakım ödeme kapsamına alınmıştır.1999 yılında Fransa kanunlarına,yaşam sonlanırken verilen palyatif bakım hizmetinin insan hakkı olduğunu belirten bir madde konulmuştur.¹⁰⁶

Sonuç olarak gelişmiş ülkelerdeki uygulamalar bilinç ve uygulama düzeyinden,gelişim düzeyine geçerek bu uygulamanın başlangıcında olan ülkelere rehber olma yolunda ilerlemektedir.

¹⁰⁵GermanNational Ethics Council.elf-determination and care at the and of the.Nationaler Ethikrat 2006,p 41-42, http://www.ethikrat.org/files/opinion_end-of-life_care.pdf 'denKaragöl,Ç.,a.g.e.,İstanbul,2011

¹⁰⁶Wright, M.,Wood, J.,Lynch,T.,Clark,D.,Mapping Levels of Palliative Care Development:a Global View.2006,https://www.eolc-observatory.net/global/pdf/world_map.pdf den Karagöl,Ç.,a.g.e.,İstanbul,2011

III.BÖLÜM

EVDE BAKIM HİZMETLERİNE OLAN İHTİYACIN TESPİT EDİLMESİ KONUSUNDA BİR ARAŞTIRMA

1. ARAŞTIRMA YÖNTEMİ

1.1.Araştırmanın Amacı ve Önemi

Ülkemizde evde bakım hizmetinin öneminin, henüz kavramsal algılanma aşamasında olduğu, daha çok sosyokültürel ve ekonomik düzeyi yüksek grupların bu hizmete erişebildiği düşünülürse bakım hizmetlerinin özel ve devlet sektörü tarafından öneminin anlaşılması, bu hizmetemühtaç kişilerin varlığı nedeniyle son derece önemlidir.

Günümüzde evde bakım hizmetleri yaygın olarak Özel sektör tarafından sağlanmakta olup devletin sınırlı ölçüde ve belli gruplara bu hizmeti sağladığı bilinen bir gerçekliktir. Oysa evde bakım hizmetleri toplumsal olarak tedavi maliyetlerini düşürmekte, sağlığı yükselterek rehabilite etmektedir. Bu nedenle hizmetin yaygınlaştırılarak karşılanabilen maliyetlerle verilebilmesi, bireysel ve dolayısıyla toplumsal sağlık düzeyinde yükselişe ve dolayısıyla sağlıkta refah düzeyinin artışına sebep olacaktır.

Evde bakım hizmetlerinde ayrı bir uzmanlık konusu olan yaşlı bakım hizmetleri ve terminal dönem bakım hizmetlerinin önemi toplumsal olarak yeterince kavranmamış nitelikte olup bu grubun varlığı ve mevcut sorunlar nedeniyle gelişime açık bir sektör olma yolunda ilerlemektedir.

Kanser hastaları ve geriatri grubu, sağlık sorunlarının özelliği nedeniyle evde bakım hizmetinin belirli alanlarda zorunluluk gerektirdiği nitelikte olup, bu gruba ait kişilerin evde bakım hizmetine erişebilmeleri de sosyo-ekonomik düzeyleriyle direkt olarak ilişkilidir.

Araştırma bu iki grubun evde bakım ihtiyaçlarını, bağımlılık oranlarını ve mevcut sorunlarını saptama, hizmet önerisi geliştirebilme ve çevresel farkındalık oluşturma anlamında önem arz etmektedir. Bu araştırma ile özel sektörde kişisel sağlık sistemine kayıtlı olan kanser ve geriatri grup üyelerinin anket yoluyla

ihtiyaçlarının saptanması amaçlanmıştır.Bu iki grup evde bakım hizmetine erişim anlamında,ihtiyaçlarınınertelenemez ve öncelikli olması nedeniyle hizmet sağlanması gereken öncelikli grup olma özelliğindedir.

Ayrıca 65 ve üzeri yaş grubunun, dünyada nüfusun yaşlanma hızı nedeniyle giderek artan skalada potansiyel bir bakım ihtiyacının doğacak olması çalışma açısından ayrıca bir önem arz etmektedir. Bununla birlikte İnsanın yaşam süresinin uzaması beraberinde farklı sağlık sorunlarını da getireceğinden evde bakım hizmetinin, ihtiyacı olan kişi ya da gruplara sağlanmasının ilerleyen yıllarda bireysel ve toplumsal açıdan zorunluluk gerektiren hizmet olma özelliğinde olduğu anlaşılacaktır.

1.2.Evren Örneklem

Araştırmanın çalışma evrenini Özel bir firmada kişisel sağlık sistemine kayıtlı olan üyeler oluşturmuştur.Örnekleme de kişisel Sağlık Hizmeti veren bu firmadaki, 65 ve üzeri yaş , kanser ve geriatri grubundan seçilen ve telefon yoluyla anket uygulaması yapılan 234 kişi oluşturmaktadır.

1.3.Problem Tanımı ve Araştırmanın Sınırlılıkları

Sağlık Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Anayasasında; “Sağlık sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam iyilik halidir” olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca sağlıklılık halini tanımlayan, “sosyal ve ekonomik olarak üretici bir yaşam sürebilme becerisi” de pek çok değişken faktöre bağlıdır. Bu değişken faktörler arasında, hastalık ve bağımlılık halinin destek hizmet gerektiren niteliği açıkça görülebilecektir. Zira bu grubun içinde buldukları durum, beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olmalarına engel teşkil edecek niteliktedir. Ayrıca “iyilik hali”nin sağlanabilme kriterlerinden olan üretici bir yaşam sürebilme becerileri “sağlıklılık” halinin oluşturulması ve korunabilmesiyle mümkün olabilecektir.

Bu çalışma da, Kanser ve geriatri grubun evde bakım hizmetine ihtiyacı olduğu düşünülmektedir.Bu anlamda geriatri grup ve kanser hastalarının evde bakım hizmetine ne düzeyde ihtiyaç duyduğu araştırılacaktır.

Çalışmada bu gruptaki kişilerin bağımlılık oranları ölçülerek, evde bakım desteğine ihtiyaç duyup duymadıkları saptanacak ve ihtiyaç duydukları hizmetler belirlenecektir.Çalışmayı bu anlamda iki ayrı açıdan ele almak faydalı olacaktır Birincisiher iki grupta ölçek yardımıyla bağımlılık oranların ölçümü ve evde bakım hizmetine olan ihtiyacın saptanması,ikinci olarak da evde bakım hizmet ihtiyacının yaş ve hastalık grubuna yönelik hazırlanmış sorularla tespit edilmeye çalışılması olacaktır.

Araştırma, kişisel sağlık sistemine kayıtlı ve telefon yoluyla ulaşılan kanser ve geriatri grubuna ait 234 kişi den oluşmaktadır.

Anketlerin uygulama öncesi aşamasında, kişilerin kayıtlı sağlık verilerine ve sağlık arşivlerine hakim olma gerekliliği, bir hazırlık safhasını gerektirdiğinden, planlananın dışında bir zamanlama sorunu yaratmıştır.

Anket uygulanan grubun 65-85 yaş grubunda olması nedeniyle, sağlık sorunlarından kaynaklı iletişim problemleri yaşanmıştır (işitme sorunu, yatağa bağımlılık, şüphencilik)

Bu nedenle bu kişilerin yakınlarıyla ya da bakımıyla uğraşan kişilerle görüşülmesi gerekmiştir

Kanser hastalarına yapılan ankette, etik ve sağlık açısından ,kişinin hastalık tanısını bilip bilmediğinin algılanma zorunluluğu doğmuş ve sistemdeki mevcut verilerle bu bilgiye erişilemediği her durumda yakınlarıyla görüşülmüştür.

Görüşülebilen kanser hastalarının, terminal dönem hasta grubunda olması ise sistemkayıtlı verilerle ilişkili olduğundan ,sistemdeki veriler doğrultusunda ,kişisel sağlık sistemine üye olan kanser hastalarıyla görüşülebilmıştır.

1.4.Verilerin Toplanması

Araştırma verileri;literatür taraması, üye kişilerin sistemlerindeki bilgilere ulaşılması ve bu bilgilerin ayrıştırılması suretiyle yapılan anket uygulaması (Anket formunun örneği ek-1, 2, 3,4' te sunulmuştur) olarak 2 yolla elde edilmiştir.

Literatür tarama çalışması sonucunda elde edilen bilgiler amacına uygun olarak birleştirilerek çalışmanın kuramsal kısmı oluşturulmuştur.

Araştırmada veri toplama aracı olarak,kanser hastaları ve geriatri grubun evde bakım ihtiyacını belirlemeye yönelik araştırmacı tarafından geliştirilen kapalı uçlu anket soruları,ayrıca yaşam aktivitesi ve bununla ilgili bağımlılık oranlarını ölçen literatürde Günlük Yaşam Aktivite(GYA) ve Aletli Günlük Yaşam Aktivite(AGYA) si olarak geçen,buna yönelik soruları içeren anket uygulaması yapılmıştır.

GYA için Katz'ın "Activities of Daily LivingScale;ADL";günlük yaşam aktiviteleri ölçeği, AGYA için Lawton'un "InstrumentalActivities of Daily LivingScale;IADL";aletli günlük yaşam aktiviteleri ölçeği kullanılmıştır.

AGYA ve GYA ölçekleri ile bireyin temel ve yardımcı yani aletli günlük yaşam aktiviteleri değerlendirilmektedir.

Bu ölçeklerden GYA'da, Banyo, giyinme, öz bakım, ulaşım, kontinans, beslenme işlevleri, AGYA'da ise telefon kullanma, yemek hazırlama, alışveriş, çamaşır yıkama, seyahat, ev işi, tamir işi, seyahat, ilaçlarını kullanma, para kullanma becerileri değerlendirilerek bağımlılık durumları ölçülebilmektedir.

Verilerin değerlendirme aşamasında AGYA ve GYA da her ölçek için standart değerlendirme yapılmış olup, GYA'da 0 puan aktivitelerde bağımlı, 1 puan bağımsız olma durumunu ifade etmektedir. Bu ölçekte toplam 6 puan üzerinden değerlendirme yapılmakta olup puanın azalması bağımlılığı, çoğalması ise bağımsız olma durumunu ifade etmektedir. Bu anlamda 0 puan kişinin çok bağımlı olduğunu,6 puansa bağımsız hareket edebileceğini göstermektedir.

AGYA'da ise 1 puan bağımlı, 2 puan kısmen bağımlı, 3 puan bağımsız olma durumunu ifade etmektedir. Toplam 27 puan üzerinden değerlendirme yapılmış olup puanın artması bağımsız olma durumunu ifade etmektedir.

AGYA ölçeğinde, 0-8 Puan :Bağımlı olma durumunu, 9-16 puan yarı bağımlı olma durumunu, 17-24 arası ve üzeri puanlama da bağımsız olma durumunu ifade etmektedir.Her iki ölçekte de puan artışı bağımsızlık durumuyla direkt ilişkilidir.

Araştırmacı tarafından oluşturulan sorularda Geriatri grubun, demografik özellikleri,kronik hastalık, evde yaşayan kişi sayısı, sağlık sorunlarının düzenli takip edilip edilmediği, görme ve işitme sorunu, işitme cihaz kullanımı, yatağa bağımlı olma durumu, yardımcı çalışan varlığı sorulmuştur. Ayrıca bakımla uğraşan kişinin ilkyardım eğitimi alma gerekliliği, evde hemşire doktor ziyaretine ihtiyaç durumları, evde bakıcı desteğine ihtiyaç durumları, eğitim ve takip hemşireliğine ihtiyaç durumları, psikolojik desteğe ihtiyaç durumları, bakımla uğraşan kişilerin bakım eğitimi alma gerekliliği, sosyal organizasyon ihtiyaçları, merkezlerde bu gruba yönelik eğitim programlanmasının gerekliliği araştırılmıştır.

Kanser grupta ise yine araştırmacı tarafından oluşturulduğu şekliyle, demografik özellikler,kronik hastalık, evde yaşayan kişi sayısı sorulmuş olup geriatri grubunun sorularıyla ortak sorulardır. Ayrıca yardımcı çalışan varlığı, evde hemşire doktor ziyaretine ihtiyaç durumları, evde bakıcı desteğine ihtiyaç durumları, eğitim ve takip hemşireliğine ihtiyaç durumları, psikolojik desteğe ihtiyaç durumları,fizyoterapi hizmetine olan ihtiyaç duyma durumları araştırılmıştır.

Her iki grubun soruları 65 veüzeri , evde bakım hizmetine diğer yaş gruplarına nazaran daha fazla ihtiyaç duyan,aynı ve yakın yaş gruplarında veyaşa bağlı benzer nitelikteki sorunların mevcudiyeti nedeniyle ortaklık içermektedir.

Kanser grubunda görüşülen kişilerin kişisel özellikleri ve sosyoekonomik düzeyleriyle de ilişkili olarak AGYA (Aletli yaşam aktivitesi) ölçeğinin anlamlı olmadığı uygulamada görülmüş ve hastalıklarının aktif döneminde günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık oranlarını ölçmek için GYA(Günlük Yaşam Aktiviteleri) ölçeği ve araştırmacı tarafından geliştirilen kapalı uçlu anket soruları uygulanmıştır.

1.5.Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical PackageforSocialSciences) for Windows 17.0 (istatistik) programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (Sayı, Yüzde, Ortalama, Standart sapma) kullanılmıştır. Hipotez testleri olarak Non-Parametrik testlerden Kruskal

Wallis H-Testi, Mann Whitney U testi, Ki-Kare ve korelasyon analizleri yapılmıştır. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında 0,05 anlamlılık düzeyinde yorumlanmıştır.

2. BULGULAR

Bu bölümde, araştırma probleminin çözümü için, araştırmaya katılan yaşlı ve kanser hastalarından ölçekler yoluyla toplanan verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgular yer almaktadır. Elde edilen bulgulara dayalı olarak açıklama ve yorumlar yapılmıştır.

2.1.Örnekleme Grubunun Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo. 9. Cinsiyete Göre Grupların Dağılımı

		GRUP		
cinsiyet		Geriatrı	Kanser Hastası	Toplam
Kadın	Sayı	108	58	166
	Yüzde	74,0 %	65,9 %	70,9 %
Erkek	Sayı	38	30	68
	Yüzde	26,0 %	34,1 %	29,1 %
Toplam	Sayı	146	88	234
	Yüzde	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Araştırmaya katılan yaşlıların 108'i (%74,0) kadın, 38'i (%26,0) erkektir.

Araştırmaya katılan kanser hastalarının 58'i (%65,9) kadın, 30'u (%34,1) erkektir.

Tablo. 10. Eğitim Seviyesine Göre Grupların Dağılımı

		GRUP		
eğitim seviyesi		Geriatrı	Kanser Hastası	Toplam
İlkokul	Sayı	56	10	66
	Yüzde	38,4 %	11,4 %	28,2 %
Ortaokul	Sayı	20	10	30
	Yüzde	13,7 %	11,4 %	12,8 %
Lise	Sayı	38	34	72
	Yüzde	26,0 %	38,6 %	30,8 %
Üniversite	Sayı	24	34	58
	Yüzde	16,4 %	38,6 %	24,8 %
Y.lisans	Sayı	8	0	8
	Yüzde	5,5 %	0,0 %	3,4 %
Toplam	Sayı	146	88	234
	Yüzde	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Araştırmaya katılan yaşlıların 56'sı (%38,4) ilkokul, 20'si (%13,7) ortaokul, 38'i (%26,0) lise, 24'ü (%16,4) üniversite, 8'i (%5,5) yüksek lisans eğitim seviyesine sahiptir.

Araştırmaya katılan kanser hastalarının 10'u (%11,4) ilkokul, 10'u (%11,4) ortaokul, 34'ü (%38,6) lise, 34'ü (%38,6) üniversite, 0'ı (%0,0) yüksek lisans eğitim seviyesine sahiptir.

Tablo.11. Yaşlara Göre Grupların Dağılımı

Yaş		GRUP		Toplam
		Geriatrı	Kanser Hastası	
65-70 yaş	Sayı	6	50	56
	Yüzde	4,1 %	56,8 %	23,9 %
71-76 yaş	Sayı	14	24	38
	Yüzde	9,6 %	27,3 %	16,2 %
77-82 yaş	Sayı	42	14	56
	Yüzde	28,8 %	15,9 %	23,9 %
83-88 yaş	Sayı	56	0	56
	Yüzde	38,4 %	0,0 %	23,9 %
89 yaş ve üstü	Sayı	28	0	28
	Yüzde	19,2 %	0,0 %	12,0 %
Toplam	Sayı	146	88	234
	Yüzde	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Araştırmaya katılan yaşlıların 6'sı (%4,1) 65-70 yaş, 14'ü (%9,6) 71-76 yaş, 42'si (%28,8) 77-82 yaş, 56'sı (%38,4) 83-88 yaş, 28'i (%19,2) 89 yaş ve üstü yaş aralığındadır.

Araştırmaya katılan kanser hastalarının 50'si (%56,8) 65-70 yaş, 24'ü (%27,3) 71-76 yaş, 14'ü (%15,9) 77-82 yaş aralığındadır.

Tablo.12. Sağlık Güvencelerine Göre Grupların Dağılımı

sağlık güvencesi		GRUP		Toplam
		Geriatrı	Kanser Hastası	
EMS	Sayı	62	38	100
	Yüzde	42,5 %	43,2 %	42,7 %
SGK	Sayı	44	34	78
	Yüzde	30,1 %	38,6 %	33,3 %
Bağkur	Sayı	40	8	48
	Yüzde	27,4 %	9,1 %	20,5 %
Özel	Sayı	0	8	8
	Yüzde	0,0 %	9,1 %	3,4 %
Toplam	Sayı	146	88	234
	Yüzde	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Araştırmaya katılan yaşlıların 62'sinin (%42,5) EMS, 44'ünün (%30,1) SGK, 40'ının (%27,4) Bağkur sağlık güvencesinin olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan kanser hastalarının 38'inin (%43,2) EMS, 34'ünün (%38,6) SGK, 8'inin (%9,1) Bağkur, 8'inin (%9,1) özel sağlık güvencesinin olduğu görülmektedir.

Tablo.13. Medeni Duruma Göre Grupların Dağılımı

medeni durumu		GRUP		Toplam
		Geriatrid	Kanser Hastası	
Evli	Sayı	56	60	116
	Yüzde	38,4 %	68,2 %	49,6 %
Bekar	Sayı	0	4	4
	Yüzde	0,0 %	4,5 %	1,7 %
Diğer	Sayı	90	24	114
	Yüzde	61,6 %	27,3 %	48,7 %
Toplam	Sayı	146	88	234
	Yüzde	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Araştırmaya katılan yaşlıların 56'sının (%38,4) evli, 90'ının (%61,6) diğer medeni durumu olduğu görülmektedir. Diğer tanımı bir zamanlar evli olup ölüm ya da boşanma nedeniyle eşini kaybetmiş kişileri tanımlama adına kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan kanser hastalarının 60'ının (%68,2) evli, 4'ünün (%4,5) bekar, 24'ünün (%27,3) diğer medeni durumu olduğu görülmektedir.

Tablo.14. Kronik Hastalık Durumuna Göre Grupların Dağılımı

kronik hastalıklar		GRUP		Toplam
		Geriatrid	Kanser Hastası	
Var	Sayı	146	80	226
	Yüzde	100,0 %	90,9 %	96,6 %
Yok	Sayı	0	8	8
	Yüzde	0,0 %	9,1 %	3,4 %
Toplam	Sayı	146	88	234
	Yüzde	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Araştırmaya katılan yaşlıların 146'sının (%100,0) kronik hastalığının olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan kanser hastalarının 80'inin (%90,9) kronik hastalığının olduğu, 8'inin (%9,1) kronik hastalığının olmadığı görülmektedir.

2.2.Yaşlıların Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı

Tablo.15. Yaşlıların Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı

Tablolar	Değişkenler	Frekans	Yüzde (%)
Sağlık sorunlarını düzenli takip eden doktorunuz var mı?	Evet	62	42,5
	Hayır	84	57,5
Görme sorunu mevcut mu?	Evet	98	67,1
	Hayır	48	32,9
İşitme kaybı var mı?	Evet	94	64,4
	Hayır	52	35,6
İşitme cihazı kullanıyor musunuz?	Evet	22	15,1
	Hayır	124	84,9
Yatağa bağımlı olma durumu?	Evet	28	19,2
	Hayır	118	80,8
Bakımla uğraşan kişi ilkyardım eğitimi almalı mıdır?	Evet	136	93,2
	Hayır	10	6,8
Bakımla uğraşan kişi bakım eğitimi almalı mıdır?	Evet	130	89,0
	Hayır	16	11,0
Gruba yönelik sosyal etkinlik programı yapılmalı mıdır?	Evet	70	47,9
	Hayır	76	52,1
Merkezlerde bu gruba yönelik eğitim programlanmalı mıdır?	Evet	118	80,8
	Hayır	28	19,2
Toplam		146	100,0

Araştırmaya katılanların 62'sinin (% 42,5) sağlık sorunlarını düzenli takip eden doktorunun olduğu, 84'ünün (% 57,5) sağlık sorunlarını düzenli takip eden doktorunun olmadığı görülmektedir.

Araştırmaya katılanların 98'inin (% 67,1) görme sorununun olduğu, 48'inin (% 32,9) görme sorununun olmadığı görülmektedir.

Araştırmaya katılanların 94'ünün (% 64,4) işitme kaybının olduğu, 52'sinin (% 35,6) işitme kaybının olmadığı görülmektedir.

Araştırmaya katılanların 22'sinin (% 15,1) işitme cihazı kullandığı, 124'ünün (% 84,9) işitme cihazı kullanmadığı görülmektedir.

Araştırmaya katılanların 28'inin (% 19,2) yatağa bağımlı olduğu, 118'inin (% 80,8) yatağa bağımlı olmadığı görülmektedir.

Araştırmaya katılanların 136'sının (% 93,2) bakımla uğraşan kişinin ilkyardım eğitimini alması gerektiğini, 10'unun (% 6,8) bakımla uğraşan kişinin ilkyardım eğitimini almaması gerektiğini düşündüğü görülmektedir.

Araştırmaya katılanların 130'unun (% 89,0) bakımla uğraşan kişinin bakım eğitimini alması gerektiğini, 16'sının (% 11,0) bakımla uğraşan kişinin bakım eğitimini almaması gerektiğini düşündüğü görülmektedir.

Araştırmaya katılanların 70'inin (% 47,9) gruba yönelik sosyal etkinlik programı yapılması gerektiğini, 76'sının (% 52,1) gruba yönelik sosyal etkinlik programı yapılmaması gerektiğini düşündüğü görülmektedir.

Araştırmaya katılanların 118'inin (% 80,8) merkezlerde bu gruba yönelik eğitim programlanması, 28'inin (% 19,2) merkezlerde bu gruba yönelik eğitim programlanmaması gerektiğini düşündüğü görülmektedir.

2.3.Yaşlılar ve kanser hastalarının tanımlayıcı özelliklerinin dağılımları

Tablo.16. Fizyoterapi hizmetine ihtiyaç duyma durumlarının dağılımı

Fizyoterapi hizmetine ihtiyaç duyuyor musunuz?		GRUP		Toplam
		Geriatri	Kanser Hastası	
Evet	Sayı	114	26	140
	Yüzde	78,1 %	29,5 %	59,8 %
Hayır	Sayı	32	62	94
	Yüzde	21,9 %	70,5 %	40,2 %
Toplam	Sayı	146	88	234
	Yüzde	100,0 %	100,0 %	100,0 %

($X^2=53,819$; $p=0,000$)

Araştırmaya katılan yaşlıların 114'ünün (%78,1) fizyoterapi hizmetine ihtiyaç duyduğu, 32'sinin (%21,9) fizyoterapi hizmetine ihtiyaç duymadığı görülmektedir.

Araştırmaya katılan kanser hastalarının 26'sının (%29,5) fizyoterapi hizmetine ihtiyaç duyduğu, 62'sinin (%70,5) fizyoterapi hizmetine ihtiyaç duymadığı görülmektedir.

Araştırmaya katılan yaşlıların ve kanser hastaları grupları ile fizyoterapi hizmetine ihtiyaç duyup duymama durumları arasında anlamlı bir ilişki vardır.($p=0,000<0,05$)

Tablo.17. Evinde yardımcı çalışan olma durumunun dağılımı

Yardımcı çalışan mevcut mu?		GRUP		Toplam
		Geriatri	Kanser Hastası	
Evet	Sayı	62	4	66
	Yüzde	42,5 %	4,5 %	28,2 %
Hayır	Sayı	84	84	168
	Yüzde	57,5 %	95,5 %	71,8 %
Toplam	Sayı	146	88	234
	Yüzde	100,0 %	100,0 %	100,0 %

($X^2=38,989$; $p=0,000$)

Araştırmaya katılan yaşlıların 62'sinin (%42,5) yardımcı çalışanın olduğu, 84'ünün (%57,5) yardımcı çalışanın olmadığı görülmektedir.

Araştırmaya katılan kanser hastalarının 4'ünün (%4,5) yardımcı çalışanın olduğu, 84'ünün (%95,5) yardımcı çalışanın olmadığı görülmektedir.

Araştırmaya katılan yaşlıların ve kanser hastaları grupları ile yardımcı çalışanın olup olmama durumları arasında anlamlı bir ilişki vardır.($p=0,000<0,05$)

Tablo.18. Evde hemşire -doktor ziyaretine ihtiyaç duyma durumunun dağılımı

Evde hemşire -doktor ziyaretine ihtiyaç duyuyor musunuz?		GRUP		Toplam
		Geriatri	Kanser Hastası	
Evet	Sayı	138	60	198
	Yüzde	94,5 %	68,2 %	84,6 %
Hayır	Sayı	8	28	36
	Yüzde	5,5 %	31,8 %	15,4 %
Toplam	Sayı	146	88	234
	Yüzde	100,0 %	100,0 %	100,0 %

($X^2=29,260$; $p=0,000$)

Araştırmaya katılan yaşlıların 138'inin (%94,5) evde hemşire -doktor ziyaretine ihtiyaç duyduğu, 8'inin (%5,5) evde hemşire -doktor ziyaretine ihtiyaç duymadığı görülmektedir.

Araştırmaya katılan kanser hastalarının 60'ının (%68,2) evde hemşire -doktor ziyaretine ihtiyaç duyduğu, 28'inin (%31,8) evde hemşire -doktor ziyaretine ihtiyaç duymadığı görülmektedir.

Araştırmaya katılan yaşlıların ve kanser hastaları grupları ile evde hemşire -doktor ziyaretine ihtiyaç duyup duymama durumları arasında anlamlı bir ilişki vardır.($p=0,000<0,05$)

Tablo.19. Evde Bakıcı Desteğine İhtiyaç Duyma Durumunun Dağılımı

Evde bakıcı desteğine ihtiyaç duyuyor musunuz?		GRUP		
		Geriatrı	Kanser Hastası	Toplam
Evet	Sayı	96	36	132
	Yüzde	65,8 %	40,9 %	56,4 %
Hayır	Sayı	50	52	102
	Yüzde	34,2 %	59,1 %	43,6 %
Toplam	Sayı	146	88	234
	Yüzde	100,0 %	100,0 %	100,0 %

($X^2=13,783$; $p=0,000$)

Araştırmaya katılan yaşlıların 96'sının (%65,8) evde bakıcı desteğine ihtiyaç duyduğu, 50'sinin (%34,2) evde bakıcı desteğine ihtiyaç duymadığı görülmektedir.

Araştırmaya katılan kanser hastalarının 36'sının (%40,9) evde bakıcı desteğine ihtiyaç duyduğu, 52'sinin (%59,1) evde bakıcı desteğine ihtiyaç duymadığı görülmektedir.

Araştırmaya katılan yaşlıların ve kanser hastaları grupları ile evde bakıcı desteğine ihtiyaç duyup duymama durumları arasında anlamlı bir ilişki vardır.($p=0,000<0,05$)

Tablo.20. Eğitim ve takip hemşireliğine ihtiyaç duyma durumunun dağılımı

Eğitim ve takip hemşireliğine ihtiyaç duyuyor musunuz?		GRUP		
		Geriatrı	Kanser Hastası	Toplam
Evet	Sayı	116	60	176
	Yüzde	79,5 %	68,2 %	75,2 %
Hayır	Sayı	30	28	58
	Yüzde	20,5 %	31,8 %	24,8 %
Toplam	Sayı	146	88	234
	Yüzde	100,0 %	100,0 %	100,0 %

($X^2=3,741$; $p=0,053$)

Araştırmaya katılan yaşlıların 116'sının (%79,5) eğitim ve takip hemşireliğine ihtiyaç duyduğu, 30'unun (%20,5) eğitim ve takip hemşireliğine ihtiyaç duymadığı görülmektedir.

Araştırmaya katılan kanser hastalarının 60'nın (%68,2) eğitim ve takip hemşireliğine ihtiyaç duyduğu, 28'inin (%31,8) eğitim ve takip hemşireliğine ihtiyaç duymadığı görülmektedir.

Araştırmaya katılan yaşlıların ve kanser hastaları grupları ile eğitim ve takip hemşireliğine ihtiyaç duyup duymama durumları arasında anlamlı bir ilişki yoktur.($p=0,053>0,05$)

Tablo.21. Psikolojik desteğe ihtiyaç duyma durumunun dağılımı

Psikolojik desteğe ihtiyaç duyuyor musunuz?		GRUP		Toplam
		Geriatrı	Kanser Hastası	
Evet	Sayı	60	40	100
	Yüzde	41,1 %	45,5 %	42,7 %
Hayır	Sayı	86	48	134
	Yüzde	58,9 %	54,5 %	57,3 %
Toplam	Sayı	146	88	234
	Yüzde	100,0 %	100,0 %	100,0 %

($X^2=0,426$; $p=0,514$)

Araştırmaya katılan yaşlıların 60'ının (%41,1) psikolojik desteğe ihtiyaç duyduğu, 86'sının (%58,9) psikolojik desteğe ihtiyaç duymadığı görülmektedir.

Araştırmaya katılan kanser hastalarının 40'ının (%45,5) psikolojik desteğe ihtiyaç duyduğu, 48'inin (%54,5) psikolojik desteğe ihtiyaç duymadığı görülmektedir.

Araştırmaya katılan yaşlıların ve kanser hastaları grupları ile psikolojik desteğe ihtiyaç duyup duymama durumları arasında anlamlı bir ilişki yoktur.($p=0,514>0,05$)

2.4.Geriatrı ve Kanser Grubunun Bağımlılık Durumlarının Farklılaşmaları

Tablo.22. Geriatrı ve Kanser Grubunun Bağımlılık Durumlarının Farklılaşması

Gruplar	Geriatrı		Kanser Hastası		MW	P
	Ort	Ss	Ort	Ss		
GYA puanı	3,274	2,154	4,864	1,432	3544,000	0,000

Araştırmaya katılan yaşlı ve kanser hastalarının GYA ölçeği ortalamalarının grup değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. (Mann Whitney U=3544,00; $p=0,000<0,05$). Kanser Hastasının GYA puanı puanları ($x=4,864$), Geriatrının GYA puanı puanlarından ($x=3,274$) yüksek bulunmuştur. Dolayısıyla kanser hastalarının

Günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık oranlarının yaşlılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

2.5.Geriatri Grubunda AGYA ile GYA arasındaki ilişki

Tablo.23. Geriatri Grupta AGYA ile GYA arasındaki ilişki

		GYA puanı
AGYA puanı	R	0,776
	P	0,000
	N	146

Geriatri grupta GYA puanı ile AGYA puanı arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %77,6 düzeyinde pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ($r=0,776$; $p=0,000<0,05$). Buna göre GYA puanı arttıkça AGYA puanı da artmaktadır.

2.6.Geriatri ve Kanser Grubunun Demografik Özelliklere Göre Bağımlılık Durumlarının Farklılaşmaları

2.6.1. Geriatri Grubunun Demografik Özellikler ve Tanımlayıcı Özelliklere Göre Bağımlılık Durumlarının Farklılaşmaları

Tablo.24. Geriatri Grubunun Cinsiyete Göre Bağımlılık Durumlarının Farklılaşmaları

	Grup	N	Ort	Ss	MW	P
AGYA puanı	Kadın	108	12,574	4,549	1794,000	0,241
	Erkek	38	13,474	4,367		
GYA puanı	Kadın	108	3,204	2,191	1926,000	0,568
	Erkek	38	3,474	2,063		

Araştırmaya katılan yaşlıların AGYA puanı ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (Mann Whitney U=1794,000; $p=0,241>0,05$).

Araştırmaya katılan yaşlıların GYA puanı ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (Mann Whitney U=1926,000; $p=0,568>0,05$).

Tablo.25. Geriatri Grubunun Eğitim Düzeyine Göre Bağımlılık Durumlarının Farklılaşmaları

	Grup	N	Ort	Ss	KW	P
AGYA puanı	İlkokul	56	11,536	4,059	14,015	0,007
	Ortaokul	20	11,800	3,942		
	Lise	38	14,895	4,683		
	Üniversite	24	12,833	4,715		
	Y.lisans	8	14,250	4,234		
GYA puanı	İlkokul	56	2,500	2,248	18,487	0,001
	Ortaokul	20	3,200	1,936		
	Lise	38	4,053	1,845		
	Üniversite	24	3,333	2,140		
	Y.lisans	8	5,000	1,309		

Araştırmaya katılan yaşlıların AGYA puanı ortalamalarının eğitim seviyesi değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (KW=14,015; $p=0,007<0,05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; eğitim seviyesi lise olan yaşlıların AGYA puanı, eğitim seviyesi ilkokul olan yaşlıların AGYA puanından yüksektir (Mann Whitney U=622,000; $p=0,000<0,05$). Eğitim seviyesi lise olan yaşlıların AGYA puanı, eğitim seviyesi ortaokul olan yaşlıların AGYA puanından yüksektir (Mann Whitney U=230,000; $p=0,013<0,05$). Eğitim seviyesi yüksek lisans olan yaşlıların AGYA puanı, eğitim seviyesi ortaokul olan yaşlıların AGYA puanından yüksektir (Mann Whitney U=42,000; $p=0,049<0,05$).

Araştırmaya katılan yaşlıların GYA puanı ortalamalarının eğitim seviyesi değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (KW=18,487; $p=0,001<0,05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; eğitim seviyesi lise olan yaşlıların GYA puanı, eğitim seviyesi ilkokul olan yaşlıların GYA puanından yüksektir (Mann Whitney U=620,000; $p=0,001<0,05$). Eğitim seviyesi yüksek lisans olan yaşlıların GYA puanı, eğitim seviyesi ilkokul olan yaşlıların GYA puanından yüksektir (Mann Whitney U=82,000; $p=0,003<0,05$). Eğitim seviyesi yüksek lisans olan yaşlıların GYA puanı, eğitim seviyesi ortaokul olan yaşlıların GYA puanından yüksektir (Mann Whitney U=32,000; $p=0,012<0,05$).

Eğitim seviyesi yüksek lisans olan yaşlıların GYA puanı, eğitim seviyesi niversite olan yaşlıların GYA puanından yüksektir (Mann Whitney U=50,000; p=0,041<0,05).

Tablo.26. Geriatri Grubunun Yaşlara Göre Bağımlılık Durumlarının Farklılaşmaları

	Grup	N	Ort	Ss	KW	P
AGYA puanı	65-70 yaş	6	19,000	2,366	14,030	0,007
	71-76 yaş	14	12,714	5,889		
	77-82 yaş	42	13,476	4,186		
	83-88 yaş	56	11,750	4,175		
	89 yaş ve st	28	12,643	4,192		
GYA puanı	65-70 yaş	6	4,667	1,366	4,019	0,403
	71-76 yaş	14	2,429	2,928		
	77-82 yaş	42	3,143	2,079		
	83-88 yaş	56	3,286	2,222		
	89 yaş ve st	28	3,571	1,709		

Araştırmaya katılan yaşlıların AGYA puanı ortalamalarının yaş değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (KW=14,030; p=0,007<0,05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; 65-70 yaş aralığındaki yaşlıların AGYA puanı, 71-76 yaş aralığındaki yaşlıların AGYA puanından yüksektir (Mann Whitney U=18,000; p=0,040<0,05). 65-70 yaş aralığındaki yaşlıların AGYA puanı, 77-82 yaş aralığındaki yaşlıların AGYA puanından yüksektir (Mann Whitney U=34,000; p=0,004<0,05). 65-70 yaş aralığındaki yaşlıların AGYA puanı, 83-88 yaş aralığındaki yaşlıların AGYA puanından yüksektir (Mann Whitney U=26,000; p=0,001<0,05). 65-70 yaş aralığındaki yaşlıların AGYA puanı, 89 ve üstü yaş aralığındaki yaşlıların AGYA puanından yüksektir (Mann Whitney U=16,000; p=0,002<0,05). 77-82 yaş aralığındaki yaşlıların AGYA puanı, 83-88 yaş aralığındaki yaşlıların AGYA puanından yüksektir (Mann Whitney U=908,000; p=0,050<0,05).

Araştırmaya katılan yaşlıların GYA puanı ortalamalarının yaş değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (KW=4,019; p=0,403>0,05).

Tablo.27. Geriatri Grubunun Sağlık Güvencelerine Göre Bağımlılık Durumlarının Farklılaşmaları

	Grup	N	Ort	Ss	KW	P
AGYA puanı	EMS	62	12,613	4,252	2,222	0,329
	SGK	44	13,545	4,810		
	Bağkur	40	12,300	4,553		
GYA puanı	EMS	62	3,710	2,003	5,416	0,067
	SGK	44	3,227	2,261		
	Bağkur	40	2,650	2,155		

Araştırmaya katılan yaşlıların AGYA puanı ortalamalarının sağlık güvencesi değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (KW=2,222; p=0,329>0,05).

Araştırmaya katılan yaşlıların GYA puanı ortalamalarının sağlık güvencesi değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (KW=5,416; p=0,067>0,05).

Tablo.28. Geriatri Grubunun Medeni Durumlarına Göre Bağımlılık Durumlarının Farklılaşmaları

	Grup	N	Ort	Ss	MW	P
AGYA puanı	Evli	56	14,679	4,609	1562,000	0,000
	Diğer	90	11,644	4,046		
GYA puanı	Evli	56	4,036	2,115	1616,000	0,000
	Diğer	90	2,800	2,051		

Araştırmaya katılan yaşlıların AGYA puanı ortalamalarının medeni durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney U=1562,00; p=0,000<0,05). Ortalamalar arasındaki farka göre, evli yaşlıların AGYA puanı, diğer medeni durumdaki yaşlıların AGYA puanından yüksektir.

Araştırmaya katılan yaşlıların GYA puanı ortalamalarının medeni durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney U=1616,00; p=0,000<0,05). Ortalamalar arasındaki farka göre, evli yaşlıların GYA puanı, diğer medeni durumdaki yaşlıların GYA puanından yüksektir.

Tablo.29. Geriatri Grubunun Sağlık Sorunlarını Düzenli Takip Eden Doktorun Olup Olmama Durumu Değişkenine Göre Bağımlılık Durumlarının Farklılaşmaları

	Grup	N	Ort	Ss	MW	P
AGYA puanı	Evet	62	12,032	4,250	2174,000	0,083
	Hayır	84	13,381	4,626		
GYA puanı	Evet	62	3,032	2,150	2306,000	0,230
	Hayır	84	3,452	2,153		

Araştırmaya katılan yaşlıların AGYA puanı ortalamalarının sağlık sorunlarını düzenli takip eden doktorun olup olmama durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (Mann Whitney U=2174,000; p=0,083>0,05).

Araştırmaya katılan yaşlıların GYA puanı ortalamalarının sağlık sorunlarını düzenli takip eden doktorun olup olmama durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (Mann Whitney U=2306,000; p=0,230>0,05).

Tablo.30. Geriatri Grubunun görme sorununun olup olmama durumu Değişkenine Göre Bağımlılık Durumlarının Farklılaşmaları

	Grup	N	Ort	Ss	MW	P
AGYA puanı	Evet	98	12,776	4,569	2348,000	0,986
	Hayır	48	12,875	4,418		
GYA puanı	Evet	98	3,306	2,053	2344,000	0,973
	Hayır	48	3,208	2,370		

Araştırmaya katılan yaşlıların AGYA puanı ortalamalarının görme sorununun olup olmama durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (Mann Whitney U=2348,000; p=0,986>0,05).

Araştırmaya katılan yaşlıların GYA puanı ortalamalarının görme sorununun olup olmama durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (Mann Whitney U=2344,000; p=0,973>0,05).

Tablo.31. Geriatri Grubunun İşitme Kaybının Olma Durumuna Göre Bağımlılık Durumlarının Farklılaşmaları

	Grup	N	Ort	Ss	MW	P
AGYA puanı	Evet	94	13,000	4,059	2194,000	0,298
	Hayır	52	12,462	5,241		
GYA puanı	Evet	94	3,851	1,843	1462,000	0,000
	Hayır	52	2,231	2,298		

Araştırmaya katılan yaşlıların AGYA puanı ortalamalarının işitme kaybının olup olmama durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (Mann Whitney U=2194,000; p=0,298>0,05).

Araştırmaya katılan yaşlıların GYA puanı ortalamalarının işitme kaybının olup olmama durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney U=1462,00; p=0,000<0,05). Ortalamalar arasındaki farka göre, işitme kaybı olan yaşlıların GYA puanı, işitme kaybı olmayan yaşlıların GYA puanından yüksektir.

Tablo.32. Geriatri Grubunun İşitme Cihazı Kullanma Durumuna Göre Bağımlılık Durumlarının Farklılaşmaları

	Grup	N	Ort	Ss	MW	P
AGYA puanı	Evet	22	12,273	3,411	1300,000	0,721
	Hayır	124	12,903	4,677		
GYA puanı	Evet	22	3,545	1,819	1290,000	0,681
	Hayır	124	3,226	2,212		

Araştırmaya katılan yaşlıların AGYA puanı ortalamalarının işitme cihazı kullanıp kullanmama durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (Mann Whitney U=1300,000; p=0,721>0,05).

Araştırmaya katılan yaşlıların GYA puanı ortalamalarının işitme cihazı kullanıp kullanmama durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (Mann Whitney U=1290,000; p=0,681>0,05).

Tablo.33. Geriatri Grubunun Yatağa Bağımlı Olma Durumuna Göre Bağımlılık Durumlarının Farklılaşmaları

	Grup	N	Ort	Ss	MW	p
AGYA puanı	Evet	28	8,000	0,000	392,000	0,000
	Hayır	118	13,949	4,278		
GYA puanı	Evet	28	0,571	1,574	346,000	0,000
	Hayır	118	3,915	1,737		

Araştırmaya katılan yaşlıların AGYA puanı ortalamalarının yatağa bağımlı olup olmama durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney U=392,00; p=0,000<0,05). Ortalamalar arasındaki farka göre, yatağa bağımlı olmayan yaşlıların AGYA puanı, yatağa bağımlı olan yaşlıların AGYA puanından yüksektir.

Araştırmaya katılan yaşlıların GYA puanı ortalamalarının yatağa bağımlı olup olmama durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney U=346,00; p=0,000<0,05). Ortalamalar arasındaki farka göre, yatağa bağımlı olmayan yaşlıların GYA puanı, yatağa bağımlı olan yaşlıların GYA puanından yüksektir.

Tablo.34. Geriatri Grubunun Fizyoterapi Hizmetine İhtiyaç Duyma Durumuna Göre Bağımlılık Durumlarının Farklılaşmaları

	Grup	N	Ort	Ss	MW	p
AGYA puanı	Evet	114	12,035	4,396	996,000	0,000
	Hayır	32	15,563	3,801		
GYA puanı	Evet	114	2,825	2,146	812,000	0,000
	Hayır	32	4,875	1,238		

Araştırmaya katılan yaşlıların AGYA puanı ortalamalarının fizyoterapi hizmetine ihtiyaç duyup duymama durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney U=996,00; p=0,000<0,05). Ortalamalar arasındaki farka göre, fizyoterapi hizmetine ihtiyaç duymayan yaşlıların AGYA puanı, fizyoterapi hizmetine ihtiyaç duyan yaşlıların AGYA puanından yüksektir. Dolayısıyla fizyoterapi hizmetine İhtiyaç duymayanlar aletli günlük yaşam aktivitelerini daha bağımsız olarak yapabilmektedir.

Araştırmaya katılan yaşlıların GYA puanı ortalamalarının fizyoterapi hizmetine ihtiyaç duyup duymama durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney U=812,00; p=0,000<0,05). Ortalamalar arasındaki farka göre, fizyoterapi hizmetine ihtiyaç duymayan yaşlıların GYA puanı, fizyoterapi hizmetine ihtiyaç duyan yaşlıların GYA puanından yüksektir. Dolayısıyla fizyoterapi hizmetine İhtiyaç duymayanlar günlük yaşam aktivitelerini daha bağımsız olarak yapabilmektedirler.

Tablo.35. Geriatri Grubunun Bakımla Uğraşan Kişinin İlyardıml Eğitimi Alma Gerekliliğine Göre Bağımlılık Durumlarının Farklılaşmaları

	Grup	N	Ort	Ss	MW	p
AGYA puanı	Evet	136	12,882	4,582	598,000	0,517
	Hayır	10	11,800	3,293		
GYA puanı	Evet	136	3,279	2,149	680,000	1,000
	Hayır	10	3,200	2,348		

Araştırmaya katılan yaşlıların AGYA puanı ortalamalarının bakımla uğraşan kişinin ilkyardıml eğitimi alıp almaması gerekliliği değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (Mann Whitney U=598,000; p=0,517>0,05).

Araştırmaya katılan yaşlıların GYA puanı ortalamalarının bakımla uğraşan kişinin ilkyardıml eğitimi alıp almaması gerekliliği değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (Mann Whitney U=680,000; p=1,000>0,05).

Tablo.36. Geriatri Grubunun yardımcı çalışanlarının olup olmama Durumuna Göre Bağımlılık Durumlarının Farklılaşmaları

	Grup	N	Ort	Ss	MW	p
AGYA puanı	Evet	62	11,323	3,589	1820,000	0,002
	Hayır	84	13,905	4,809		
GYA puanı	Evet	62	2,581	2,139	1772,000	0,001
	Hayır	84	3,786	2,030		

Araştırmaya katılan yaşlıların AGYA puanı ortalamalarının yardımcı çalışanlarının olup olmama durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip

göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney U=1820,00; p=0,002<0,05). Ortalamalar arasındaki farka göre, yardımcı çalışanları olmayan yaşlıların AGYA puanı, yardımcı çalışanları olan yaşlıların AGYA puanından yüksektir.

Araştırmaya katılan yaşlıların GYA puanı ortalamalarının yardımcı çalışanlarının olup olmama durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney U=1772,00; p=0,001<0,05). Ortalamalar arasındaki farka göre, yardımcı çalışanları olmayan yaşlıların GYA puanı, yardımcı çalışanları olan yaşlıların GYA puanından yüksektir.

Tablo.37. Geriatri Grubunun Evde Hemşire -Doktor Ziyaretine İhtiyaç Duyup Duymama Durumuna Göre Bağımlılık Durumlarının Farklılaşmaları

	Grup	N	Ort	Ss	MW	p
AGYA puanı	Evet	138	12,681	4,464	392,000	0,161
	Hayır	8	15,000	4,957		
GYA puanı	Evet	138	3,188	2,163	322,000	0,044
	Hayır	8	4,750	1,389		

Araştırmaya katılan yaşlıların AGYA puanı ortalamalarının evde hemşire - doktor ziyaretine ihtiyaç duyup duymama durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (Mann Whitney U=392,000; p=0,161>0,05).

Dolayısıyla Aletli Günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilme puanlamasıyla evde hemşire doktor ziyaretine ihtiyaç duyup duymama arasında bir ilişki bulunamamıştır.

Araştırmaya katılan yaşlıların GYA puanı ortalamalarının evde hemşire - doktor ziyaretine ihtiyaç duyup duymama durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney U=322,00; p=0,044<0,05). Ortalamalar arasındaki farka göre, evde

hemşire -doktor ziyaretine ihtiyaç duymayan yaşlıların GYA puanı, evde hemşire -doktor ziyaretine ihtiyaç duyan yaşlıların GYA puanından yüksektir.

Dolayısıyla evde hemşire -doktor ziyaretine ihtiyaç duymayan yaşlılar günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilme konusunda bu hizmete ihtiyaç duyanlara göre daha bağımsızdırlar.

Tablo.38. Geriatri Grubunun Evde Bakıcı Desteğine İhtiyaç Duyup Duymama Durumuna Göre Bağımlılık Durumlarının Farklılaşmaları

	Grup	N	Ort	Ss	MW	p
AGYA puanı	Evet	96	11,063	3,724	912,000	0,000
	Hayır	50	16,160	3,966		
GYA puanı	Evet	96	2,479	2,122	928,000	0,000
	Hayır	50	4,800	1,178		

Araştırmaya katılan yaşlıların AGYA puanı ortalamalarının evde bakıcı desteğine ihtiyaç duyup duymama durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney U=912,00; p=0,000<0,05). Ortalamalar arasındaki farka göre, evde bakıcı desteğine ihtiyaç duymayan yaşlıların AGYA puanı, evde bakıcı desteğine ihtiyaç duyan yaşlıların AGYA puanından yüksektir.

Dolayısıyla bu hizmete ihtiyaç duymayanlar aletli günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilen ve evde bakıcı desteğine ihtiyaç duymayan bağımsızlık ortalaması daha yüksek kişilerden oluşmaktadır.

Araştırmaya katılan yaşlıların GYA puanı ortalamalarının evde bakıcı desteğine ihtiyaç duyup duymama durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney U=928,00; p=0,000<0,05). Ortalamalar arasındaki farka göre, evde bakıcı desteğine ihtiyaç duymayan yaşlıların GYA puanı, evde bakıcı desteğine ihtiyaç duyan yaşlıların GYA puanından yüksektir. Dolayısıyla bu hizmete ihtiyaç duymayanlar günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilen ve evde bakıcı desteğine ihtiyaç duymayan bağımsızlık ortalaması daha yüksek kişilerden oluşmaktadır.

Tablo.39. Geriatri Grubunun Eğitim Ve Takip Hemşireliğine İhtiyaç Duyup Duymama Durumuna Göre Bağımlılık Durumlarının Farklılaşmaları

	Grup	N	Ort	Ss	MW	p
AGYA puanı	Evet	116	12,207	4,313	1098,000	0,002
	Hayır	30	15,133	4,547		
GYA puanı	Evet	116	2,948	2,186	1006,000	0,000
	Hayır	30	4,533	1,479		

Araştırmaya katılan yaşlıların AGYA puanı ortalamalarının eğitim ve takip hemşireliğine ihtiyaç duyup duymama durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney U=1098,00; p=0,002<0,05). Ortalamalar arasındaki farka göre, eğitim ve takip hemşireliğine ihtiyaç duymayan yaşlıların AGYA puanı, eğitim ve takip hemşireliğine ihtiyaç duyan yaşlıların AGYA puanından yüksektir. Sonuç olarak aletli günlük yaşam puan ortalaması daha düşük ve daha bağımlı olan geriatri grubun eğitim ve takip hemşireliği hizmetine ihtiyaç duyduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ancak bu hizmete ihtiyaç duyan ve duymayan her iki grubunda bağımsızlık oranı artış göstermekle birlikte “yarı bağımlı” puan ortalamasına sahip olduğu görülmüştür.

Araştırmaya katılan yaşlıların GYA puanı ortalamalarının eğitim ve takip hemşireliğine ihtiyaç duyup duymama durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney U=1006,00; p=0,000<0,05). Ortalamalar arasındaki farka göre, eğitim ve takip hemşireliğine ihtiyaç duymayan yaşlıların GYA puanı, eğitim ve takip hemşireliğine ihtiyaç duyan yaşlıların GYA puanından yüksektir. Sonuç olarak günlük yaşam aktivite puan ortalaması daha düşük ve daha bağımlı olan geriatri grubun eğitim ve takip hemşireliği hizmetine ihtiyaç duyduğu sonucuna ulaşılmıştır. Hizmette ihtiyaç duymayan geriatri grubun puan ortalaması bağımsız yakın , hizmete ihtiyaç duyan geriatri grubunun ise “yarı bağımlı “skalada puan ortalamasına sahip olduğu tespit edilmiştir.

Tablo.40. Geriatri Grubunun Psikolojik Desteğe İhtiyaç Duyup Duymama Durumuna Göre Bağımlılık Durumlarının Farklılaşmaları

	Grup	N	Ort	Ss	MW	p
AGYA puanı	Evet	60	11,167	3,701	1742,000	0,001
	Hayır	86	13,953	4,678		
GYA puanı	Evet	60	2,600	2,109	1798,000	0,002
	Hayır	86	3,744	2,070		

Araştırmaya katılan yaşlıların AGYA puanı ortalamalarının psikolojik desteğe ihtiyaç duyup duymama durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney U=1742,00; p=0,001<0,05). Ortalamalar arasındaki farka göre, psikolojik desteğe ihtiyaç duymayan yaşlıların AGYA puanı, psikolojik desteğe ihtiyaç duyan yaşlıların AGYA puanından yüksektir.

Araştırmaya katılan yaşlıların GYA puanı ortalamalarının psikolojik desteğe ihtiyaç duyup duymama durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney U=1798,00; p=0,002<0,05). Ortalamalar arasındaki farka göre, psikolojik desteğe ihtiyaç duymayan yaşlıların GYA puanı, psikolojik desteğe ihtiyaç duyan yaşlıların GYA puanından yüksektir.

Tablo.41. Geriatri Grubunun bakım eğitimi Durumuna Göre Bağımlılık Durumlarının Farklılaşmaları

	Grup	N	Ort	Ss	MW	p
AGYA puanı	Evet	130	12,615	4,571	786,000	0,105
	Hayır	16	14,375	3,686		
GYA puanı	Evet	130	3,154	2,222	796,000	0,120
	Hayır	16	4,250	1,125		

Araştırmaya katılan yaşlıların AGYA puanı ortalamalarının bakımla uğraşan kişi bakım eğitimi alıp almaması gerekliliği değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (Mann Whitney U=786,000; p=0,105>0,05).

Araştırmaya katılan yaşlıların GYA puanı ortalamalarının bakımla uğraşan kişi bakım eğitimi alıp almaması gerekliliği değişkenine göre anlamlı bir farklılık

gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (Mann Whitney U=796,000; p=0,120>0,05).

Tablo.42. Geriatri Grubunun Gruba Yönelik Sosyal Etkinlik Programı Yapılıp Yapılmama Durumuna Göre Bağımlılık Durumlarının Farklılaşmaları

	Grup	N	Ort	Ss	MW	P
AGYA puanı	Evet	70	13,686	4,477	2086,000	0,022
	Hayır	76	12,000	4,406		
GYA puanı	Evet	70	3,657	2,098	2154,000	0,044
	Hayır	76	2,921	2,159		

Araştırmaya katılan yaşlıların AGYA puanı ortalamalarının gruba yönelik sosyal etkinlik programı yapılıp yapılmama gerekliliği değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney U=2086,00; p=0,022<0,05). Ortalamalar arasındaki farka göre, gruba yönelik sosyal etkinlik programı yapılmalı diye düşünen yaşlıların AGYA puanı, gruba yönelik sosyal etkinlik programı yapılmamalı diye düşünen yaşlıların AGYA puanından yüksektir.

Araştırmaya katılan yaşlıların GYA puanı ortalamalarının gruba yönelik sosyal etkinlik programı yapılıp yapılmama gerekliliği değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney U=2154,00; p=0,044<0,05). Ortalamalar arasındaki farka göre, gruba yönelik sosyal etkinlik programı yapılmalı diye düşünen yaşlıların GYA puanı, gruba yönelik sosyal etkinlik programı yapılmamalı diye düşünen yaşlıların GYA puanından yüksektir.

Tablo.43. Geriatri Grubunun Merkezlerde Bu Gruba Yönelik Eğitim Programlanıp Programlanmama Gerekliliği Durumuna Göre Bağımlılık Durumlarının Farklılaşmaları

	Grup	N	Ort	Ss	MW	P
AGYA puanı	Evet	118	12,695	4,337	1556,000	0,627
	Hayır	28	13,286	5,213		
GYA puanı	Evet	118	3,169	2,150	1390,000	0,185
	Hayır	28	3,714	2,158		

Araştırmaya katılan yaşlıların AGYA puanı ortalamalarının merkezlerde bu gruba yönelik eğitim programlanıp programlanmama gerekliliği değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (Mann Whitney U=1556,000; p=0,627>0,05).

Araştırmaya katılan yaşlıların GYA puanı ortalamalarının merkezlerde bu gruba yönelik eğitim programlanıp programlanmama gerekliliği değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (Mann Whitney U=1390,000; p=0,185>0,05).

2.6.2. Kanser Grubunun Demografik Özellikler ve Tanımlayıcı Özelliklere Göre Bağımlılık Durumlarının Farklılaşmaları

Tablo.44. Kanser Grubunun Cinsiyete Göre Bağımlılık Durumlarının Farklılaşmaları

	Grup	N	Ort	Ss	MW	P
GYA puanı	Kadın	58	4,862	1,538	810,000	0,574
	Erkek	30	4,867	1,224		

Araştırmaya katılan kanser hastalarının GYA puanı ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (Mann Whitney U=810,000; p=0,574>0,05).

Tablo.45. Kanser Grubunun Eğitim Düzeyine Göre Bağımlılık Durumlarının Farklılaşmaları

	Grup	N	Ort	Ss	KW	P
GYA puanı	İlkokul	10	4,000	1,886	6,671	0,083
	Ortaokul	10	4,400	1,430		
	Lise	34	5,000	1,435		
	Üniversite	34	5,118	1,200		

Araştırmaya katılan kanser hastalarının GYA puanı ortalamalarının eğitim seviyesi değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (KW=6,671; p=0,083>0,05).

Tablo.46. Kanser Grubunun Yaşlara Göre Bağımlılık Durumlarının Farklılaşmaları

	Grup	N	Ort	Ss	KW	P
GYA puanı	65-70 yaş	50	5,320	1,096	17,232	0,000
	71-76 yaş	24	4,750	1,189		
	77-82 yaş	14	3,429	1,910		

Araştırmaya katılan kanser hastalarının GYA puanı ortalamalarının yaş değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (KW=17,232; p=0,000<0,05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; 65-70 yaş aralığındaki kanser hastalarının GYA puanı, 71-76 yaş aralığındaki kanser hastalarının GYA puanından yüksektir (Mann Whitney U=394,000; p=0,010<0,05). 65-70 yaş aralığındaki kanser hastalarının GYA puanı, 77-82 yaş aralığındaki kanser hastalarının GYA puanından yüksektir (Mann Whitney U=136,000; p=0,000<0,05). 71-76 yaş aralığındaki kanser hastalarının GYA puanı, 77-82 yaş aralığındaki kanser hastalarının GYA puanından yüksektir (Mann Whitney U=102,000; p=0,036<0,05).

Tablo.47. Kanser Grubunun Sağlık Güvencesine Göre Bağımlılık Durumlarının Farklılaşmaları

	Grup	N	Ort	Ss	KW	P
GYA puanı	EMS	38	4,737	1,267	1,078	0,583
	SGK	34	4,824	1,642		
	Bağkur	8	4,500	1,604		
	Özel	8	6,000	0,000		

Araştırmaya katılan kanser hastalarının GYA puanı ortalamalarının sağlık güvencesi değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (KW=1,078; p=0,583>0,05).

Tablo.48. Kanser Grubunun Medeni Duruma Göre Bağımlılık Durumlarının Farklılaşmaları

	Grup	N	Ort	Ss	KW	P
GYA puanı	Evli	60	5,000	1,135	4,975	0,083
	Bekar	4	6,000	0,000		
	Diğer	24	4,333	1,971		

Araştırmaya katılan kanser hastalarının GYA puanı ortalamalarının medeni durumu değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek

amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (KW=4,975; p=0,083>0,05).

Tablo.49. Kanser Grubunun Kronik Hastalıklarının Olup Olmama Durumuna Göre Bağımlılık Durumlarının Farklılaşmaları

	Grup	N	Ort	Ss	KW	P
GYA puanı	Var	80	4,875	1,409	0,004	0,951
	Yok	8	4,750	1,753		

Araştırmaya katılan kanser hastalarının GYA puanı ortalamalarının kronik hastalıklarının olup olmama durumu değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (KW=0,004; p=0,951>0,05).

Tablo.50. Kanser Grubunun Fizyoterapi Hizmetine İhtiyaç Duyup Duymama Durumuna Göre Bağımlılık Durumlarının Farklılaşmaları

	Grup	N	Ort	Ss	MW	P
GYA puanı	Evet	26	4,462	1,860	690,000	0,259
	Hayır	62	5,032	1,187		

Araştırmaya katılan kanser hastalarının GYA puanı ortalamalarının fizyoterapi hizmetine ihtiyaç duyup duymama durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (Mann Whitney U=690,000; p=0,259>0,05).

Tablo.51. Kanser Grubunun Yardımcı Çalışanlarının Olup Olmama Durumuna Göre Bağımlılık Durumlarının Farklılaşmaları

	Grup	N	Ort	Ss	MW	P
GYA puanı	Evet	4	4,500	1,732	152,000	0,733
	Hayır	84	4,881	1,426		

Araştırmaya katılan kanser hastalarının GYA puanı ortalamalarının yardımcı çalışanlarının olup olmama durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (Mann Whitney U=152,000; p=0,733>0,05).

Tablo.52. Kanser Grubunun Evde Hemşire-Doktor Ziyaretine İhtiyaç Duyup Duymama Durumuna Göre Bağımlılık Durumlarının Farklılaşmaları

	Grup	N	Ort	Ss	MW	P
GYA puanı	Evet	60	4,600	1,554	568,000	0,010
	Hayır	28	5,429	0,920		

Araştırmaya katılan kanser hastalarının GYA puanı ortalamalarının evde hemşire-doktor ziyaretine ihtiyaç duyup duymama durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney U=568,00; p=0,010<0,05). Ortalamalar arasındaki farka göre, evde hemşire-doktor ziyaretine ihtiyaç duymayan kanser hastalarının GYA puanı, evde hemşire-doktor ziyaretine ihtiyaç duyan kanser hastalarının GYA puanından yüksektir.

Tablo.53. Kanser Grubunun Evde Bakıcı Desteğine İhtiyaç Duyup Duymama Durumuna Göre Bağımlılık Durumlarının Farklılaşmaları

	Grup	N	Ort	Ss	MW	P
GYA puanı	Evet	36	4,611	1,661	832,000	0,348
	Hayır	52	5,038	1,236		

Araştırmaya katılan kanser hastalarının GYA puanı ortalamalarının evde bakıcı desteğine ihtiyaç duyup duymama durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (Mann Whitney U=832,000; p=0,348>0,05).

Tablo.54. Kanser Grubunun Eğitim Ve Takip Hemşireliğine İhtiyaç Duyup Duymama Durumuna Göre Bağımlılık Durumlarının Farklılaşmaları

	Grup	N	Ort	Ss	MW	P
GYA puanı	Evet	60	4,800	1,363	684,000	0,137
	Hayır	28	5,000	1,587		

Araştırmaya katılan kanser hastalarının GYA puanı ortalamalarının eğitim ve takip hemşireliğine ihtiyaç duyup duymama durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (Mann Whitney U=684,000; p=0,137>0,05).

Tablo.55. Kanser Grubunun Psikolojik Desteğe İhtiyaç Duyup Duymama Durumuna Göre Bağımlılık Durumlarının Farklılaşmaları

	Grup	N	Ort	Ss	MW	P
GYA puanı	Evet	40	4,550	1,679	796,000	0,144
	Hayır	48	5,125	1,142		

Araştırmaya katılan kanser hastalarının GYA puanı ortalamalarının psikolojik desteğe ihtiyaç duyup duymama durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (Mann Whitney U=796,000; p=0,144>0,05).

SONUÇ ve ÖNERİLER

Geriatri ve Kanser hastası grubunda AGYA VE GYA kriterlerine bağlı olarak yapılan ölçek çalışmaları ve kapalı uçlu sorularla, Bağımlılık oranı ve evde bakım hizmet ihtiyacını saptamaya yönelik çalışmamızdan elde edilen Geriatri gruba yönelik sonuçlar şu şekildedir

1- Araştırmaya katılan yaşlıların 108'i (%74, 0) kadın, 38'i (%26, 0) erkektir. Erkek yaşlı ve kanser grubun kadın gruba göre daha az sayıda olduğu görülmektedir

2- Araştırmaya katılan yaşlıların %38, 4'ü ilkokul, %13, 7'si ortaokul, %26, 0 lise, %16, 4'ü üniversite, %5, 5'i yüksek lisans eğitim seviyesine sahiptir. Yaşlı örneklemimizde çoğunluğun ilkokul mezunu olduğu saptanmıştır. Bu araştırmada bağımlılık oranlarının saptanması adına önemli bir kriter olacaktır.

3- Araştırmaya katılan yaşlıların % 28. 8'inin 77- 82 yaş aralığında, % 38. 4'ünün 83- 88 yaş aralığında en büyük oranı teşkil ettiği saptanmıştır.

4- Araştırmaya katılan yaşlıların %38, 4'ünün evli, %61, 6'sının diğer medeni durumu olduğu görülmektedir. "Diğer"le anlatılmak istenen, özellikle bu yaş grubunda eşini kaybetmiş ve bir nedenle sonradan yalnız kalmış kişilerin tespitini yapabilmektir. Oranın yüksekliği göze çarpar niteliktedir.

5- Araştırmaya katılan yaşlıların %100, 'ünün kronik hastalığının olduğu görülmektedir.

6- Araştırmaya katılan yaşlıların %8,2'inin evinde 1 kişi, %47, 9'unun evinde 2 kişi, %26'sının evinde 3 kişi, %11, 'inin evinde 4 kişi, %6, 8'inin evinde 5 kişi ve üstü bireyin yaşadığı görülmektedir.

Araştırmacı tarafından Geriatri grup için hazırlanan kapalı uçları soruların yanıtları şu şekildedir;

7- Araştırmaya katılanların % 42, 5'inin sağlık sorunlarını dzenli takip eden doktorunun olduğu, % 57, 5'inin sağlık sorunlarını dzenli takip eden doktorunun olmadığı görülmektedir.

8- Araştırmaya katılan geriatri grubun % 67, 1'inin görme sorununun olduğu, % 32, 9'unun görme sorununun olmadığı görülmektedir.

9- Araştırmaya katılan geriatri grubun % 64, 4'ünün işitme kaybının olduğu, % 35, 6'sının işitme kaybının olmadığı görülmektedir.

10- Araştırmaya katılanların % 15, 1'inin işitme cihazı kullandığı, % 84, 9'unun işitme cihazı kullanmadığı görülmektedir.

11- Araştırmaya katılan geriatri grubun % 19, 2 yatağa bağımlı olduğu, % 80, 8'inin yatağa bağımlı olmadığı görülmektedir. Yatağa bağımlılık oranı birinci dereceden evde bakım hizmet ihtiyacını tespit eder niteliktedir.

12- Araştırmaya katılan geriatri grubun % 93, 2'si bakımla uğraşan kişinin ilkyardımlarını alması gerektiğini, % 6, 8'i bakımla uğraşan kişinin ilkyardımlarını almaması gerektiğini düşündüğü görülmektedir.

13- Araştırmaya katılan geriatri grubun % 89'unun bakımla uğraşan kişinin bakım eğitimini alması gerektiğini, % 11'inin bakımla uğraşan kişinin bakım eğitimini almaması gerektiğini düşündüğü görülmektedir.

14- Araştırmaya katılan geriatri grubun % 47, 9'u bu gruba yönelik sosyal etkinlik programı yapılması gerektiğini, % 52, 1'i gruba yönelik sosyal etkinlik programı yapılmaması gerektiğini düşündüğü görülmektedir.

15- Araştırmaya katılan geriatri grubun % 80, 8 'inin merkezlerde bu gruba yönelik eğitim programlanması, % 19, 2'sinin merkezlerde bu gruba yönelik eğitim programlanmaması gerektiğini düşündüğü görülmektedir.

16- Ortak bir soru olan geriatri ve kanser hastalarının Fizyoterapi hizmetine ihtiyaç duyup duymadıkları konusundaki sonuçlar Araştırmaya katılan geriatri

grubun %78, . 1'inin fizyoterapi hizmetine ihtiyaç duyduğu, %21, 9'unun fizyoterapi hizmetine ihtiyaç duymadığı görülmektedir. Araştırmaya katılan kanser hastalarının %29, 5'inin fizyoterapi hizmetine ihtiyaç duyduğu, %70, 5'inin fizyoterapi hizmetine ihtiyaç duymadığı görülmektedir.

17- Araştırmaya katılan yaşlıların %42, 5'inin yardımcı çalışanın olduğu, %57, 5'inin yardımcı çalışanın olmadığı görülmektedir.

18- Geriatri ve Kanser grupta ortak sorulmuş olan soru da; araştırmaya katılan yaşlıların ve kanser hastaları grupları ile yardımcı çalışanın olup olmama durumları arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Yaşlı kişiler günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesinde kanser gruptan daha fazla destek ihtiyacı duymaktadırlar.

19- Araştırmaya katılan geriatri grubun %94, 5'inin evde hemşire - doktor ziyaretine ihtiyaç duyduğu, %5, 5'inin evde hemşire - doktor ziyaretine ihtiyaç duymadığı görülmektedir. Kanser ve geriatri gruba ortak olarak sorulmuş olan bu soruda her iki gruptaki oransal yükseklik göze çarpar niteliktedir

Araştırmaya katılan yaşlıların 96'sının % (65.8) evde bakıcı desteğine ihtiyaç duyduğu, 50'sinin (%34.2) evde bakıcı desteğine ihtiyaç duymadığı görülmektedir. Araştırmaya katılan kanser hastalarının 36'sının (%40.9) evde bakıcı desteğine ihtiyaç duyduğu, 52'sinin (% 59.1) evde bakıcı desteğine ihtiyaç duymadığı görülmektedir. Araştırmaya katılan yaşlıların ve kanser hastaları grupları ile evde bakıcı desteğine ihtiyaç duyup duymama durumları arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p=0,000<0,05$). Oransal olarak Geriatri grubun kanser gruba oranla evde bakıcı desteğine daha çok ihtiyaç duyduğu sonucuna ulaşılmıştır.

20- Araştırmaya katılan yaşlıların %79, 5'inin eğitim ve takip hemşireliğine ihtiyaç duyduğu, %20, 5'inin eğitim ve takip hemşireliğine ihtiyaç duymadığı görülmektedir.

21- Araştırmaya katılan yaşlıların %41, 1'inin psikolojik desteğe ihtiyaç duyduğu, %58, 9'unun psikolojik desteğe ihtiyaç duymadığı görülmektedir.

22- Araştırmaya katılan kanser hastalarının 58'i (%65, 9) kadın, 30'u(%34, 1) erkektir.

23- Araştırmaya katılan kanser hastalarının 10'u (%11, 4) ilkokul, 10'u (%11, 4) ortaokul, 34'ü (%38, 6) lise, 34'ü (%38, 6) üniversite, 0'ı (%0, 0) yüksek lisans eğitim seviyesine sahiptir. Kanser hastalarında lise ve üniversite mezunu kişi oranının eşit ve yüksek skalada olduğu göze çarpmaktadır.

24- Araştırmaya katılan kanser hastalarının en yüksek yaş skalası (%56, 8) 65- 70 yaş, 24'ü (%27, 3) 71- 76 yaş, aralığındadır.

25- Araştırmaya katılan kanser hastalarının %68, 2'sinin evli, %27, 3 'ünün diğer medeni durumu olduğu görülmektedir. Evli kişi oranının yüksekliği hastalıkla mücadele de önemli hale gelebilmektedir.

26- Araştırmaya katılan kanser hastalarının %90, 9'unun kronik hastalığının olduğu, görülmektedir

27- Araştırmaya katılan kanser hastalarının %15, 9 evinde 1 kişi, %40, 9'unun evinde 2 kişi, %34, 1'ünün evinde 3 kişi, %4, 5'ünün evinde 4 kişi, %4, 5'inin evinde 5 kişi ve üstü bireyin yaşadığı görülmektedir.

28- Araştırmaya katılan yaşlıların ve kanser hastaları grupları ile fizyoterapi hizmetine ihtiyaç duyup duymama durumları arasında anlamlı bir ilişki saptanmış olup geriatri grubun kronik hastalık oranına da bağlı olarak fizyoterapi hizmetine daha fazla ihtiyaç duyduğu tespit edilmiştir.

29- Araştırmaya katılan kanser hastalarının %4, 5'inin yardımcı çalışanın olduğu, %95, 5'inin yardımcı çalışanın olmadığı görülmektedir. Kanser grupta sadece Günlük yaşam aktivite ölçeği uygulanmış olup yaşamsal aktivitelerini yerine getirmede evde yardımcı eleman niteliğinde 2. bir kişiye ihtiyaç duymadıkları sonucuna ulaşılmıştır.

30- Geriatri ve Kanser grupta ortak ölçek uygulaması olan soru da; araştırmaya katılan yaşlıların ve kanser hastaları grupları ile yardımcı çalışanın olup olmama durumları arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Yaşlı kişiler günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesinde kanser gruptan daha fazla destek ihtiyacı duymaktadır.

31- Araştırmaya katılan kanser hastalarının %68, 2'sinin evde hemşire - doktor ziyaretine ihtiyaç duyduğu, %31, 8'inin evde hemşire - doktor ziyaretine ihtiyaç duymadığı görülmektedir.

Kanser ve geriatri gruba ortak olarak sorulmuş olan bu soruda her iki gruptaki oransal yükseklik göze çarpar niteliktedir

32- Araştırmaya katılan kanser hastalarının %68, 2'sinin eğitim ve takip hemşireliğine ihtiyaç duyduğu, %31, 8'inin eğitim ve takip hemşireliğine ihtiyaç duymadığı görülmektedir. Geriatri ve kanser gruba ortak olarak sorulmuş olan bu soruda her iki grupta oransal yükseklik dikkat çeken niteliktedir.

33- Araştırmaya katılan kanser hastalarının %45, 5'inin psikolojik desteğe ihtiyaç duyduğu, %54, 5'inin psikolojik desteğe ihtiyaç duymadığı görülmektedir. Geriatri ve kanser gruba ortak olarak sorulmuş bu soruda ihtiyaç duyma düzeyi oransal olarak birbirine yakın değerlerdedir.

Araştırmaya katılan yaşlıların AGYA puanı ortalamalarının yaş değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Test sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur, Buna göre; 65- 70 yaş aralığındaki yaşlıların AGYA puanı, 71- 76 yaş aralığındaki yaşlıların AGYA puanından yüksektir. 65- 70 yaş aralığındaki yaşlıların AGYA puanı, 77- 82 yaş aralığındaki yaşlıların AGYA puanından yüksektir 65- 70 yaş aralığındaki yaşlıların AGYA puanı, 83- 88 yaş aralığındaki yaşlıların AGYA puanından yüksektir 65- 70 yaş aralığındaki yaşlıların AGYA puanı, 89 ve üstü yaş aralığındaki yaşlıların AGYA puanından yüksektir. 77- 82 yaş aralığındaki yaşlıların AGYA puanı, 83- 88 yaş aralığındaki yaşlıların AGYA puanından yüksektir. Sonuç olarak AGYA (9- 16=Kısmen bağımlı) skoruna göre yaş artışıyla bağımlılık oranının artış gösterdiği saptanmıştır.

GYA Ölçeğine göre geriatri ve kanser hastalarının günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyini ölçen ölçeğin sonucuna göre

Araştırmaya katılan yaşlı ve kanser hastalarının GYA ölçeği ortalamalarının grup değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan testde grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı

bulunmuştur. Kanser Hastasının GYA puanı puanları ($x=4, 864$), Geriatriinin GYA puanı puanlarından ($x=3, 274$) yüksek bulunmuştur. Dolayısıyla kanser hastalarının günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılıklarının yaşlılara göre düşük olduğu görülmektedir. Kanser grup bu skalada 6 puan üzerinden değerlendirilmekte olup puanın artışı bağımsızlık düzeyinin arttığı anlamına gelmektedir. Bu açıdan kanser hasta grubunun günlük yaşam aktivitelerinde kısmen bağımlı sonuç ortalamasının üzerinde ve bağımsız puanlamasının altında , bağımsıza yakın bir puanlamada olduğu tespit edilmiştir.

Geriatri gruptaki puanlamada, Kısmen bağımlı puan skoru olan 3'ün biraz üzerinde ve bu nedenle kısmen bağımlı yani günlük yaşam aktivite kriterlerinin bir bölümünü gerçekleştirebilen ve kalan kısmında destek ihtiyacı duyan bir grup olduğu saptanmıştır.

Geriatri grupta GYA puanı ile AGYA puanı arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %77, 6 düzeyinde pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Buna göre GYA puanı arttıkça AGYA puanı da artmaktadır. Bununla ilgili olarak da günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmekte bağımsız olan bu gruptaki kişilerin, aletli yaşam aktivitelerini yerine getirmede de bağımsızlık düzeyinin artacağı sonucuna ulaşılmıştır. Aynı şekilde Aletli günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmekte bağımsız olan kişilerin günlük yaşam aktivitelerini de yerine getirme de bağımsız olacağı sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırmaya katılan geriatri grubun AGYA puanı ortalamalarının eğitim seviyesi değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Test sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur Buna göre; eğitim seviyesi lise olan yaşlıların AGYA puanı, eğitim seviyesi ilkokul olan yaşlıların AGYA puanından yüksektir. Eğitim seviyesi lise olan yaşlıların AGYA puanı, eğitim seviyesi ortaokul olan yaşlıların AGYA puanından yüksektir. Eğitim seviyesi yüksek lisans olan yaşlıların AGYA puanı, eğitim seviyesi ortaokul olan yaşlıların AGYA puanından yüksektir. Eğitim seviyesi arttıkça aletli yaşam aktivitelerini yerine getirmede bağımsızlık oranının arttığı açıkça görülebilecektir.

Araştırmaya katılan geriatri grubun GYA puanı ortalamalarının eğitim seviyesi değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan testin sonuçlarına göre; eğitim seviyesi lise olan yaşlıların GYA puanı, eğitim seviyesi ilkokul olan yaşlıların GYA puanından yüksek olduğu, Eğitim seviyesi yüksek lisans olan yaşlıların GYA puanı, eğitim seviyesi ilkokul olan yaşlıların GYA puanından yüksek olduğu tespit edilmiştir. Eğitim seviyesi yüksek lisans olan yaşlıların GYA puanı, eğitim seviyesi ortaokul olan yaşlıların GYA puanından yüksektir. Eğitim seviyesi yüksek lisans olan yaşlıların GYA puanı, eğitim seviyesi üniversite olan yaşlıların GYA puanından yüksektir. Dolayısıyla eğitim düzeyi arttıkça günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmedeki bağımsızlık oranının artış gösterdiği saptanmıştır

Araştırmaya katılan yaşlıların AGYA puanı ortalamalarının yaş değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan test sonucuna göre yaş oranı arttıkça. AGYA Bağımlılık oranının da artış gösterdiği saptanmış olup geriatri grupta GYA puanı ortalamalarının yaş değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Test sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır

Araştırmaya katılan yaşlıların AGYA puanı ortalamalarının medeni durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan test sonucunda, evli yaşlıların AGYA puanını, diğer medeni durumdaki yaşlıların AGYA puanından yüksek olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya katılan yaşlıların GYA puanı ortalamalarının medeni durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan test sonucunda evli yaşlıların GYA puanı, diğer medeni durumdaki yaşlıların GYA puanından yüksektir.

Araştırmaya katılan yaşlıların GYA puanı ortalamalarının işitme kaybının olup olmama durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan testte işitme kaybı olan yaşlıların GYA puanı, işitme kaybı olmayan yaşlıların GYA puanından yüksek olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya katılan yaşlıların AGYA puanı ortalamalarının fizyoterapi hizmetine ihtiyaç duyup duymama durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık

gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan test sonucuna göre fizyoterapi hizmetine ihtiyaç duymayan yaşlıların AGYA puanı, fizyoterapi hizmetine ihtiyaç duyan yaşlıların AGYA puanından yüksektir. Dolayısıyla İhtiyaç duymayanların bağımsızlık düzeylerinin daha fazla olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan yaşlıların GYA puanı ortalamalarının fizyoterapi hizmetine ihtiyaç duyup duymama durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan testin sonucunda fizyoterapi hizmetine ihtiyaç duymayan yaşlıların GYA puanı, fizyoterapi hizmetine ihtiyaç duyan yaşlıların GYA puanından yüksektir. Dolayısıyla fizyoterapiye ihtiyaç duymayan geriatri grubun Günlük Yaşam Aktivitelerinde bağımsızlık düzeyi, fizyoterapiye ihtiyaç duyanlara göre daha fazladır.

Araştırmaya katılan yaşlıların AGYA puanı ortalamalarının yardımcı çalışanlarının olup olmama durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan testi sonucuna göre yardımcı çalışanları olmayan yaşlıların AGYA puanı, yardımcı çalışanları olan yaşlıların AGYA puanından yüksektir. Dolayısıyla yardımcı çalışanları olmayan kişilerin Aletli günlük yaşam aktivitelerini sağlama gerekliliği, onların bağımsızlık düzeyinin, yardımcı çalışanları olan gruptan daha yüksek olmasına neden olmaktadır.

Araştırmaya katılan yaşlıların GYA puanı ortalamalarının yardımcı çalışanlarının olup olmama durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan test sonucunda yardımcı çalışanları olmayan yaşlıların GYA puanı, yardımcı çalışanları olan yaşlıların GYA puanından yüksektir. AGYA kriterleriyle benzerlik gösteren bu sonuç yardımcı çalışanları olmayan kişilerin Günlük yaşam aktivitelerini sağlama gerekliliği nedeniyle, bağımsızlık oranının, yardımcı çalışanları olan gruptan daha yüksek ve bağımsız olmasına neden olmaktadır.

Araştırmaya katılan yaşlıların AGYA puanı ortalamalarının evde bakıcı desteğine ihtiyaç duyup duymama durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan test sonucunda evde bakıcı desteğine ihtiyaç duymayan yaşlıların AGYA puanı, evde bakıcı desteğine ihtiyaç duyan yaşlıların AGYA puanından yüksektir. Dolayısıyla Aletli Günlük Yaşam

aktivitelerini yerine getirebilen bu grup bağımsız olması nedeniyle evde bakıcı desteğine ihtiyaç duymayacaktır.

Araştırmaya katılan yaşlıların GYA puanı ortalamalarının evde bakıcı desteğine ihtiyaç duyup duymama durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan test sonucunda evde bakıcı desteğine ihtiyaç duymayan yaşlıların GYA puanı, evde bakıcı desteğine ihtiyaç duyan yaşlıların GYA puanından yüksektir. Dolayısıyla bakım desteğine ihtiyaç duyma durumlarının AGYA VE GYA Kriterleriyle direkt olarak bağlantılı olduğu saptanmış, bakım desteğine ihtiyacı olan grubun AGYA VE GYA puanlarının ihtiyaç duymayan gruba göre düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır

Araştırmaya katılan yaşlıların AGYA puanı ortalamalarının eğitim ve takip hemşireliğine ihtiyaç duyup duymama durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan test sonucunda, eğitim ve takip hemşireliğine ihtiyaç duymayan yaşlıların AGYA puanı, eğitim ve takip hemşireliğine ihtiyaç duyan yaşlıların AGYA puanından yüksektir. Dolayısıyla bu hizmete ihtiyaç duyan grubun aletli yaşam aktivite puanlarının, ihtiyaç duymayan gruba göre daha düşük olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya katılan yaşlıların GYA puanı ortalamalarının eğitim ve takip hemşireliğine ihtiyaç duyup duymama durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan test sonucunda eğitim ve takip hemşireliğine ihtiyaç duymayan yaşlıların GYA puanı, eğitim ve takip hemşireliğine ihtiyaç duyan yaşlıların GYA puanından yüksektir. Dolayısıyla bu hizmete ihtiyaç duyan grubun günlük yaşam aktivite puanlarının, ihtiyaç duymayan gruba göre daha düşük olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya katılan yaşlıların AGYA puanı ortalamalarının psikolojik desteğe ihtiyaç duyup duymama durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan test sonucunda grup psikolojik desteğe ihtiyaç duymayan yaşlıların AGYA puanı, psikolojik desteğe ihtiyaç duyan yaşlıların AGYA puanından yüksektir. Dolayısıyla psikolojik destek hizmetine ihtiyaç duyan grubun Aletli yaşam aktivite puanlarının, ihtiyaç duymayan gruba göre daha düşük olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya katılan yaşlıların GYA puanı ortalamalarının psikolojik desteğe ihtiyaç duyup duymama durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan test sonucunda psikolojik desteğe ihtiyaç duymayan yaşlıların GYA puanı, psikolojik desteğe ihtiyaç duyan yaşlıların GYA puanından yüksektir. Aynı şekilde psikolojik destek hizmetine ihtiyaç duyan grubun günlük yaşam aktivite puanlarının, ihtiyaç duymayan gruba göre daha düşük olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya katılan yaşlıların AGYA puanı ortalamalarının gruba yönelik sosyal etkinlik programı yapılıp yapılmama gerekliliği değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan test sonucunda gruba yönelik sosyal etkinlik programı yapılmalı diye düşünen yaşlıların AGYA puanı, gruba yönelik sosyal etkinlik programı yapılmamalı diye düşünen yaşlıların AGYA puanından yüksektir. Dolayısıyla sosyal etkinlik programı yapılmasını isteyen kişilerin Aletli günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilen bağımsız kişiler olduğu tespit edilmiştir. Dolayısıyla grubun dışarı çıkabilme ve sosyal faaliyetlerde bulunabilmesi için bağımsız bir grup olması gereklilik arz etmektedir.

Sonuç olarak bu puanlamayla Aletli Günlük yaşam aktivite puanı yüksek olan bağımsız grubun sosyal etkinlik programlarının yapılmasını istediği sonucuna ulaşılmıştır.

Aynı şekilde gruba yönelik sosyal etkinlik programı yapılmalı diye düşünen yaşlıların GYA puanı, gruba yönelik sosyal etkinlik programı yapılmamalı diye düşünen yaşlıların GYA puanından yüksektir. bu puanlamayla Günlük yaşam aktivite puanı yüksek olan bağımsız grubun sosyal etkinlik programlarının yapılmasını istediği sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırmaya katılan kanser hastalarının GYA puanı ortalamalarının yaş değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Testin sonuçlarına göre; 65- 70 yaş aralığındaki kanser hastalarının GYA puanı, 71- 76 yaş aralığındaki kanser hastalarının GYA puanından yüksektir. 65- 70 yaş aralığındaki kanser hastalarının GYA puanı, 77- 82 yaş aralığındaki kanser hastalarının GYA puanından yüksektir. 71- 76 yaş aralığındaki kanser hastalarının GYA puanı, 77- 82 yaş aralığındaki kanser hastalarının GYA puanından yüksektir.

Sonuç olarak kanser hastalarının günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmedeki bağımlılık oranının yaşa bağlı olarak artış gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırmaya katılan kanser hastalarının GYA puanı ortalamalarının evde hemşire- doktor ziyaretine ihtiyaç duyup duymama durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla testin sonucunda evde hemşire- doktor ziyaretine ihtiyaç duymayan kanser hastalarının GYA puanı, evde hemşire- doktor ziyaretine ihtiyaç duyan kanser hastalarının GYA puanından yüksektir. Sonuç olarak evde hemşire doktor ziyaretine ihtiyaç duyan grubun, ihtiyaç duymayan gruba göre, Günlük yaşam aktivite puanının daha düşük olduğu saptanmıştır.

Yapılan araştırma varsayımımızı doğrular niteliktedir.65 yaş ve üzeri grupta(yatağa bağımlı olmayan kişilerin) AGYA skorunun kısmen bağımlı ve niteliğine göre bağımlıya yakın bir puanlamada olması beklenmektedir. Araştırmamızda yaş artışıyla birlikte bağımlılık oranlarında da artış görüldüğü tespit edilmiştir. Aynı şekilde geriatri grupta yapılan AGYA VE GYA bağımlılık oranlarının da birbirleriyle ilişkili olduğu sonucuna istinaden bu grubun genel olarak "Günlük yaşam ve aletli yaşam aktivitelerinde" kısmen Bağımlı" olması yaş ölçeğinde varsayımımızı doğrular niteliktedir. Bu grubun araştırmada belirtilen konu başlıklarında evde bakım ve destek ihtiyacı olduğu sonucuna ulaşılmıştır.Hizmet desteğinin araştırmadaki kapalı uçlu sorulara alınan yanıtlarla sadece evde verilecek hizmetlerle sınırlı olmadığı açıkça görülebilecektir.Yaşlı Bakımda destek hizmeti çok yönlü bir işlevsellikle ve multidisipliner bir anlayışla ele alınarak hizmet sınırlarının yaşanılan alanın dışına çıkması gereklilik arz etmektedir.Bununla ilgili olarak da bağımlılık düzeylerinin tespitiyle hizmet kapsamı belirlenebilecektir.

Kanser Hastalarında Günlük Yaşamdaki destek ihtiyacının, kısmen bağımlı tanımının biraz üzerinde ve geriatri gruba göre daha az düzeyde olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu grubun Günlük yaşam aktivitelerinde hangi konu başlığında evde bakım hizmetine ihtiyaç duyacağı ayrı bir çalışma konusu olabilir .Ayrıca mevcut sağlık düzeyi ve hastalık safhasına göre seçilecek ayrı bir kanser gruba yapılacak çalışmayla ,hizmetin,stabıl olmayan ve ihtiyaca göre değişen düzeyi konu başlıklarıyla birlikte tespit edilebilecektir.Kanser grupta yaş ve mevcut sağlık düzeyine göre ihtiyaç duydukları hizmet başlıkları belirtilmiştir.Bu hizmet

başlıklarının, bağımlılık ve bağımsızlık oranlarıyla da ilişkisi incelenmiş olup, ayrıca bu oranlardan bağımsız olarak da hizmet ihtiyaçları tespit edilmiştir.

Dünyada doğum hızının düşmesi nedeniyle yaşlı nüfusun artışı ve yaşam sürelerinin uzaması bir takım sorunları da beraberinde getirmektedir. Bu süreçte 65 yaş ve üzeri grubunun yaşam refah düzeyinin yükselmesi bu grubun sorunlarının multidisipliner bir anlayışla ele alınarak çözülebilmesine bağlıdır. Öncelikle tüm birinci basamak sağlık hizmetleri ve özel sağlık kuruluşlarında bağımlılık oranlarının ölçülmesi mevcut sorunların tespit edilmesi ve çözülebilmesi adına önemli bir adım olacaktır.

65 yaş ve üzeri grubuna sağlık taramalarının yapılması ve belirlenmiş kriterler üzerinden yola çıkılması olası sorunlara öncelikli bir yaklaşım planlamasını sağlayacaktır. Ayrıca bu grubun kronik hastalıkları nedeniyle tedavi planlamasının yine multidisipliner bir anlayışla ele alınması sorunlara bütüncül bir yaklaşımla ve koordinasyon içinde ilerlenmesini sağlayacaktır. Bu grubun sağlık sorunlarına bütüncül olarak yaklaşılması kişi, aile ve toplum basamağındaki mevcut sorunların daha kolay çözümlenmesini sağlayacaktır. Tıp alanındaki geriatri uzmanlığı yaygınlaştırılarak sağlık sorunlarının koordinasyonu bu alanın kontrolü altında olmalıdır. Henüz geriatri alanında yeterli sayıda uzman ve bölümün olmadığı düşünülürse gerekli alt yapı çalışmalarının öncelikli olarak yapılması bütüncül yaklaşım anlamında faydalı olacaktır. Yine rutin olarak yapılacak Sağlık taramalarında, göz muayenesi, işitme testi, Fizik tedavi muayenesi ve psikolog desteğinin sağlanması alanda en çok görülen sorunlar olması nedeniyle faydalı olacaktır.

Ayrıca bu grupların sorunları konusunda farkındalık ve bilgi düzeyinin düşük olması nedeniyle toplumsal olarak yapılacak eğitim çalışmalarına gereksinim vardır. Bu alanda yaşlı kişiler, aile ve toplum düzenli olarak yapılacak eğitimler ve belirlenecek konu başlıklarıyla bilgi seviyeleri artırılarak sorunlara yaklaşım biçimleri değiştirilebilecektir. Bu grupların yakınlarına verilecek olan ilkyardım ve bakım eğitimi, tüm basamaklarda sağlık refah düzeyini artırarak ,daha koordinasyonlu, hizmetin beklemeden ilk elden verildiği sonuç odaklı bir yaklaşım ve çözümü beraberinde getirecektir. Bilgi çağımızın en önemli konusu olup bilgiye

erişim grup bazında tüm toplumsal katmanlarda kolaylaştırılmalı ve uzmanlarca bu grup ve ailelerinin eğitim alması öncelikli olarak sağlanmalıdır.

Evde Bakım Hizmeti kapsamında bağımlılık oranlarının saptanmasıyla evde bakıcı hizmet desteğine ihtiyaç duyduğu saptanan geriatri grubunun, ihtiyacın niteliğine göre yarı ya da tam zamanlı olarak evde bakıcı destek hizmeti alması sağlanmalıdır. Bakım desteği verecek olan bu kişilerin bakım eğitimi adı altında temel bilgileri almış olarak profesyonel düzeyde nitelikli hizmet vermesi, bakımda kalitenin artması, kişi ve aile fertlerine psikolojik destek sağlanması, tıbbi hataların önüne geçilmesi anlamında kişi aile ve toplumun “iyilik hali”ne katkıda bulunacaktır. 65 ve üzeri yaş grubunda eşini kaybetmiş ,yalnız yaşayan kişilerin aynı yaş grubundaki kişilere göre bağımlılık oranları daha fazla olduğundan bakım ve takip anlamında destek hizmeti sağlanması bu grupta ayrıca önem arz etmektedir.

Bu grubun sağlık sorunlarının düzenli olarak takip edilmesinin kendi çabalarıyla mümkün olduğu görülmüştür. Bu konu ise yaşlı bireyin iradesine bırakılmaması gereken ve koordinasyonun zorunlu olduğu bir takip sistemini gerekli kılmaktadır. Yapılacak tedavi planlamasından sonra bu grubun evde yapılacak düzenli ziyaretlerde tedavi planını uygulayıp uygulamadığı kontrol edilerek genel durum takibi yapılabilecektir. Bu grup yaşadığı evde gözlemlenerek mevcut sorunları saptanabilecek ayrıca ev ortamında da eğitim desteği sağlanabilecektir. Pek çok kronik hastalığı olan 65 ve üzeri yaş grubunda sağlık takibi ayrıca önem arz etmektedir. Bağımlılık düzeylerinin tespitiyle kişilerin evde sağlık takibinin düzenli olarak yapılması mümkün olabilecektir. Düzenli hemşire ziyaretleri ve doktor ziyaretlerinin düzenlenmesi I. Basamakta yapılması gereken sağlık hizmetinin evde verilmesi anlamına gelmektedir. Daha ileri düzeydeki sağlık sorunlarında, bağımlılık düzeyine göre evde ya da hastanede uzman muayenesi ve hemen sonrasında takip devamlılığının sağlanması bütüncül yaklaşımla sağlık sorunlarının azaltılması ya da rehabilite edilmesine hizmet edecektir.

Sağlığın tanımında da yer alan “bedence, ruhça ve sosyal yönden tam iyilik hali, sosyal ve ekonomik olarak üretici bir yaşam sürebilme becerisi “ayrıca üzerinde durulması gereken önemli konulardandır. Bu grubun üretici yaşamdan tüketici bir yaşama geçtiği algısı değişmesi gereken bir algılama biçimidir. Bu gruba düzenlenecek sosyal organizasyonlar ve paylaşım ortamı yaratılması yalnız

olmadıkları düşüncesini pekiştirerek daha aktif ve mutlu bir şekilde yaşamalarına destek teşkil edecektir. Ayrıca bir uğraş geliştirebilmelerinde de bir adım atılmasını sağlayacaktır. Ruhsal Sağlığa dair sorunların tespit edilerek çözümlenmesi fiziksel sağlığın da bu anlamda desteklenerek “tam iyilik halinin “ yaratılmaya sürecine katkıda bulunacaktır. Bu anlamda psikolog/psikiatri muayenesi bu yaş grubunda rutin ve hastalık hali olmadan sağlanması gereken hizmetlerden olmalıdır.

Günümüzde, bilimsel çalışmaların ışığında sorunların ele alınarak çözülmeye çalışılması somut adımlar atılması anlamında son derece önemli hale gelmiştir. Bu anlamda bu gruba dair bağımlılık düzeylerinin ölçülerek alınacak sonuçlara göre planlamaların yapılması başlangıç için önemli bir adım olacaktır.

KAYNAKLAR

- Aksakoğlu, G., "Sağlık Örgütlenmesi ve Tıp Eğitim Modelleri", Toplum ve Hekim Dergisi Yayınları, Ankara, 1986
- Akdur , R. , Sağlık Sektörü Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliğinde Durum Ve Türkiye'nin Birliğe Uyumunu,Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara, 2006
- Akbayrak,N., "Yaşlı Bakımında Politikalar ve Çözüm Önerileri", Akademik Geriatri 2009 (kongre), Hacettepe Üniversite Hastaneleri Basımevi, Antalya, 2009
- Altay, A., Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar Ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi, Sayıştay Dergi Yayınları, Sayı:64, Ankara, 2007
- Arasıl ,T., "Türkiye'de ve Dünyada Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyonun Durumu", Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi, C.54, Özel S.1, Galenos Yayınevi, İstanbul, 2008
- Arpacı, F., Farklı Boyutlarıyla Yaşlılık, Türkiye İşçi Emeklileri Derneği Eğitim ve Kültür Yayınları, Ankara, 2005
- Arslan , Ş., Kutsal, Y.G., Yaşlılarda Özürlülüğün Değerlendirimine Yönelik Çok Merkezli Çalışma Raporu, Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı ve Türk Tabipler Birliği Ortak Yayınları, Yayın no:003/2000, Ankara, 2000
- Arulat, T., "Aile hekimlerinin Birinci Basamakta Yaşlı Hasta Değerlendirmedeki Sorunları", Akademik Geriatri 2009 Konuşma Metinleri, Gebam Bülteni, Hacettepe Üniversite Hastaneleri Basımevi, Ankara, 2009
- Ateş, M., Sağlık Sistemleri, Gerekli Kitap Yayıncılık, İstanbul, 2011
- Ateş, M., Sağlık Hizmetleri Yönetimi, Beta Basım, İstanbul, 2011
- Bankacılar Dergisi, "Küresel Demografik Değişim Süreci ve Finansal Sektör Üzerindeki Etkileri", Graphis Matbaa, S.62, İstanbul, 2007

- Başbakanlık Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü. (01.08.1998).Resmi Gazete. Hasta Hakları Yönetmeliği(23420),Ankara:Başbakanlık Basımevi
- Bilir, N., "Yaşlanan Toplum" Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi,Gebam Bülteni, Hacettepe Üniversite Hastaneleri Basımevi,Ankara, 2007
- Cayak,S.,Palyatif ve Hospis Bakım,Dünyada'kive Türkiye'deki Uygulamalar, Türkiye için Öneriler,Yayınlanmış Proje,Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,2010
- Canatan.A., "Farklı sosyal, kültürel ve Ekonomik Statüdeki Yaşlıların Sosyal İlişkileri:Emek, Demetevler ve Şafaktepe Mahalleleri Örneğinde İncelenmesi", Yayınlanmış Doktora Tezi, Ankara, 1997
- Ceylan , M.E, Göka E., Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiatri, Alkol Kullanım Bozuklukları, Yaşlılık Psikiyatrisi, Demans, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 1998
- Cimete, G., Yaşam Sonu Bakım, Ölümcul Hastalarda Bütüncül Yaklaşım, Nobel Matbaacılık, İstanbul, 2002
- Çoban , M., Esatoğlu A.E., "Evde Bakım Hizmetlerine Genel Bir Bakış", Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi,Ortadoğu Reklam ve Yayıncılık A.Ş., C.12, S.2, Ankara, 2004
- Çolak, D.,Özyılkan, Ö., "Kanser Hastalarında Palyatif Tedaviler",Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi,Ortadoğu Reklam ve Yayıncılık A.Ş.,C:2,S.10, Ankara , 2006
- Danış, M.Z; Yaşlıların Evde Bakım Gereksinimleri ve Evde Bakıma İlişkin Düşünceleri, Güç-Vak Yayınları, Ankara, 2004
- Devran, Y.,"Gelişmiş Ülkelerde Yaşlı Nüfusun Bakımına Yönelik Çağdaş ve Ekonomik Uygulamalar:Darülaceze Modelinin Rehabilitasyonu", Proje İstanbul Araştırma Projesi,İstanbul Büyükşehir Belediye Yayınları, İstanbul, 2007

- Deppe, H.U., Zur Sozialen Anatomiedes Gesundheit systems.Neoliberalismusund Gesundheits politik in Deutschland. 3. Aktualisierte Auflage. Verlagfür Akademische Schriften.Frankfurt, 2005
- Dinçol, K., Eroğlu, L., Özkan , S., vd., Kanserde Palyatif Bakım, Sandoz Ürünleri,İstanbul,1991
- Erdil, F., Şenol Çelik, S., "Yaşlının Evde Bakımı", Gebam Bülteni,Hacettepe Üniversite Hastaneleri Basımevi, Ankara, 2007
- Fadıloğlu, Ç., Özçelik H., Kanser Hastaları ve Aileleri için Palyatif Bakım, İzmir, 2010, s.X
- Fişek,N.,"Prof.Dr.Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları-I,SağlıkYönetimi,"Sağlık Hizmetleri ve İşçi Sağlığı Ailelerinin Sağlık Sorunları"Modern Yönetim Semineri,Türk İş Yayınları,No:144,1982,Ankara
- Gülten, M., Özgül, N., Olcayto, E., v.d., "Türkiye'de Palyatif Bakım Hizmetlerinin Mevcut Durumu", Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi,Yayın No:1301-8841,Güneş Tıp KitabeviSayı:1,s.1-6,Ankara,2010
- Işıkhan, V., "Terminal Dönemdeki Kanser Hastalarının Ölüm Yeri Tercihleri",Türk Onkoloji Dergisi, Yayın No:1300-7467,Türk Onkoloji Dergi Yayınları,C.23,S.1,Ankara,2008
- Hasta Hakları Yönetmeliği(01.08.1998), Resmi Gazete,S.23420
- Karahan , A.,"Yaşlılıkta Evde Bakım",Türk Geriatri Dergisi,Gebam Yayınları, C:5, Ankara, 2002
- Karabağ, H., Evde Sağlık Bakım HizmetlerininTürkiye'de Uygulanabilirliğineİlişkin Hekimlerin Görüşleri Ve Kardiyoloji Hastaları İçin Hastane Destekli Evde Bakım Hizmetleri Model Önerisi, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2007
- Karagöl,Ç.,Sağlık Yönetimi Bakış Açısıyla Terminal Bakım,Uzun Dönem Bakım Hizmetlerinin Yönetimi: Bir Proje Örneği, Yayınlanmış Proje ,İstanbul,2011

- Kavuncubaşı, Ş., Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Siyasal Kitabevi, Ankara, 2000
- Kennedy, P., 21.Yüzyıla Hazırlanırken, (çev:FikretÜçcan), T.İşBankası, Yayın No:340, Ankara, 1995
- Kesgin, C;Topuzoğlu A., "Sağlığın Tanımı:BaşaÇıkma"İstanbul Kültür Üniversite Yayınları, C.3, İstanbul, 2006
- Kırdı, N., "Yaşlılıkta Yaşam Kalitesi", Gebam Kongre Yayınları , Hacettepe Üniversite Hastaneleri Basımevi, Antalya,2009
- Korukluoğlu,S.,-Üstü,Y.,-Kasım,İ,-Doğusan,R.,,v.d,(Ed.Aydın,S.)"Aile Hekimliği Türkiye Modeli",T.C.Sağlık Bakanlığı Yayınları,Ankara,2004
- Korur , Pan, A., Adana İl Merkezinde Yaşayan Farklı Sosyokültürel Grupların Sağlık Hizmetlerini Kullanma Davranışlarının Değerlendirilmesi, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi , Adana, 2010
- Koşar,N.G.,Sosyal Hizmetlerde Yaşlı Refahı Alanı,Şafak Matbaacılık,Ankara,1996
- Kurtulmuş S., "Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Sistemleri Bakımından Hesaplama Birimi Olarak Aile", T.C.Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı Yayınları, Ankara, 1998
- Kutsal , Y.G., "Yaşlanan Dünyanın Yaşlanan İnsanları", Gebam Bülteni, HacettepeÜniversite Hastaneleri Basımevi,Ankara, 2007
- Kutsal, Y.G., "Yaşlılık Döneminde Sık görülen Sağlık Sorunları", Gebam Bülteni,Hacettepe Üniversite Hastaneleri Basımevi, Ankara, 2007
- Laroque, P., 21.Yüzyıla Doğru Sosyal Güvenlik, ILO, (çev:Yusuf Alper), Yayınlanmış Rapor, Bursa, 1988
- Oğlak, S., Evde Bakım Hizmetleri ve Bakım Sigortası, Color Ofset Matbaacılık, İskenderun, 2007
- Uyar,M.,Uslu,R.,KuzeyliYıldırım,Y., Kanser ve Palyatif Bakım, Meta Basım , İzmir, 2006

- Okan, N., Okan K., Evimizdeki Yaşlı, Karatepe Yayınları, Ankara, 2003
- Onur, B., Gelişim Psikolojisi Yetişkinlik Yaşlılık Ölüm, İmge Kitabevi, Ankara, 2000
- Özer, M., Huzurevinde ve Aile Ortamında Yaşayan Yaşlıların Öz Bakım Gücü ve Yaşam Doyumunun İncelenmesi, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2001
- Öcek, Z., Soyer, A., Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Birikimimiz:2000-2004 Türkiye Fotoğrafi, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara,2007
- Öztürk, Şahin, Ö., Edirne Şehir Merkezinde Halkın Sağlık Hizmeti Tercihlerine Etki Eden Faktörler Ve Kişiyeye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Edirne, 2001
- Pakdil, O., Yaşlılık Sorunları ve Yaşlılara Sağlanan Servisler (İngiltere örneği), Yıldız Teknik Üniversitesi Mimarlık Fakültesi Yayınları, Yayın No:233, İstanbul, 1992
- Sargutan , A.E., "Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı"Hacettepe Sağlık İdaresi Dergi Yayınları, C.8, S.3, Ankara, 2005
- Sayan , A., "Günümüzde Evde Bakım", Atatürk Üniv.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Hemşirelik Yayınları,C.7, S.3, Erzurum,2004
- Seyyar, A., Almanya' da Bakıma Muhtaç Kişilerin Sosyal Güvenliği, Yayınlanmış Doktora Tezi, İstanbul, 1997
- Seyyar, A., Sosyal Siyaset Terimleri (Ansiklopedik Sözlük), Beta Yayınları, İstanbul, 2002
- Subaşı,N.,Öztek,Z.,"Türkiye'de karşılanamayan Bir Gereksinim:Evde Bakım Hizmeti,Gata Basımevi,C.5,S.1,Ankara,2006
- Sürmen, Ş., Yaşlılar ve Yaşlılık Üzerine Dağınık Notlar, Nüans Arma Yayınları, İstanbul, 2000

T.C .Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı, Yayın No DPT:2741, Devlet Planlama Teşkilatı Yayınları, Ankara,2007

Ünal, N., Selvi, Can Ö., ”Evde Bakım ve Tedavi”, Türk YoğunBakım DerneğiDergisi,Galenos Yayınevi, C.6, S.4, İstanbul, 2008

Velioğlu, P., Oktay S., Sağlık Kurumları Yönetimi, Açıköğretim Fakültesi Yayınları No:351, Eskişehir, 1999

Yılmaz, M., -Sametoğlu.F., Akmeşe.G., v.d., ”Sağlık Hizmetinin Alternatif Bir Sunum Şekli olarak Evde Hasta Bakımı”, İstanbul Tıp Dergisi, Kare Yayıncılık,C.11, S.3, İstanbul, 2010

WHO, HealthForAll 2000 Geneva

Sağlık Propagandası ve Tıbbi İstatistik Genel Müdürlüğü,Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl,Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Yayınları,Yayın No:422,Ankara,1973

Akgül, H., ”Türkiye’de Kanser Hastaları İçin Palyatif Bakım”,
<http://www.medimagazin.com.tr/authors/hikmet-akgul/tr-turkiye8217de-kanser-hastalari-icin-palyatif-bakim-72-3-984.html>(01.11.2011)

Aktan, C.C.,Işık.A.K., ”Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Alternatif Yöntemler”,
<http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/sunum-alternatif.pdf>(01.05.2011)

Can, G. (2009). ”Ulusal kanser Danışma Kurulunu ’nunpalyatif Bakıma Yaklaşımı”
http://www.amerikanhastanesi.org/UserFiles/File/Bolumler/ulusal_kanser_dan%C4%B1sma_kurulusunun_palyatif_bak%C4%B1ma_yaklas%C4%B1m%C4%B1.pdf(25.10.2011)

Danış, M.Z., ”Toplum Temelli Bakım Anlayışı”,<http://www.ozida.gov.tr/ozveri/ov3/ov3ttrbakim.htm>(01.09.2011)

Danış, M.Z., ”Yaşlılık, Yoksulluk ve Yalnızlık”
http://www.gebam.hacettepe.edu.tr/sosyal_boyut/yaslilik_yoksuluk_yanlizlik.pdf (20.11.2011)

- Darülaceze,” Darülaceze Hakkında Genel Bilgiler”,
<http://www.darulaceze.gov.tr/bpi.asp?caid=234&cid=47> (12.12.2011)
- E-Hemşire, Sağlık Ekibi ve Sağlık Bakım Sistemi, <http://www.e-hemsire.com/saglik-ekibi-ve-saglik-bakim-sistemi.html>(31.08.2011)
- Fadıloğlu, Ç., Özçelik, H. (2010), ”Kanser Hastasının Evde Bakımı”,
http://www.palyatifbakim.org/ppt/hanife_ozcelik.pdf(01.12.2011)
- BM İnsan Hakları Komisyonu, “İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi”,http://www.ihd.org.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=156:insan-haklari-evrensel-beyannames&catid=37(10.10.2011)
- Kömürcü, Ş., Özyılkan, Ö., Çay Şenler., F.v.d,(2009), ”Palyatif Bakım Alt Kurulu Raporu”,
http://ketem.org/pdf/alt_kurul_raporlari_2009/palyatif_bakim.pdf(05.08.2011)
- Kumcu, E.(03.12.2006), ”Nüfus Yapısı Türkiye’yi Zorlayacaktır”,
<http://hurarsiv.hurriyet.com.tr/goster/haber.aspx?id=5544755&yazarid=7>(01.09.2011)
- Şaşmaz, T., Kurt A.Ö., ”Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi:1961-2003”,
<http://lokmanhekim.mersin.edu.tr/index.php/lokmanHekim/article/view/115>(16.10.2011)
- Seyyar, A., ”Ali Seyyar’ın Makaleleri, Bakıma Muhtaç Yoksulların Evde Bakımının Kurumlaştırılması” (Almanya Örneği),
http://www.sosyalsiyaset.net/documents/yoksullarin_evde_bakimi.htm
(15.08.2011)
- Seyyar,A.,Ali Seyyar’ın Makaleleri”Sosyal Bakım Hizmetleri ve Kalite”,http://www.sosyalsiyaset.net/documents/sosyal_b_h_kalite.htm(16.08.2011)

Seyyar, A., Yaşlılığa Bağlı Bakım Sorunlarına Çözüm Olarak Sosyal Politikalar,
http://www.sosyalsiyaset.net/documents/yaslilik_bagli_bakim_s.htm(15.11.2011)

Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı,SosyalGüvenlik Kurumu Sağlık Uygulama
Tebliği, ”Sağlık Hizmet Sunucuları”,
<http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=9.5.13891&sourceXmlSearch=&MevzuatIliski=0>(01.06.2011)

Strafield,B.,(2003).Primary Care equity and health in an international context.A
work-in-progress Seminar on health and healthcare in changing
environments:the Malaysian experience,<http://pcdom.org.my/> (12.01.2005)

T.B.M.M.,”Türkiye Cumhuriyeti Anayasası”,
http://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa_2011.pdf(22.06.2011)

T.C.Başbakanlık (Mülga) Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu, “Yaşlılığa
Genel Bakış”, <http://www.shcek.gov.tr/yaslilik-genel-bakis.aspx>
(20.10.2011)

T.C.Resmi Gazete(10.03.2005) ”Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında
Yönetmelik” Sayı:25751,
http://www.balikesir.saglik.gov.tr/evdesaglik/y_100305.pdf (23.08.2011)

T.C. Resmi Gazete (1961)“Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında 224
Numaralı Kanun”
Sayı:10705,<http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/1047.html>(05.06.2011)

Türk Tabipler Birliği, ”Temel Sağlık Hizmetleri uluslararası
KonferansıBildirisi(Alma Ata)”
http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&task=view&id=521&Itemid=36(03.07.2011)

Türk Dil Kurumu,”Bakım ve Bakım Verme”,
http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.4f42c7789e1766.99379005(01.06.2011)

Vaarama, M.,Planec-A European Project forDeveloping an

IntelligentDecisionSupportSystemforTheCare of TheEldery.

http://www.ehto.org/ht_projects/planec/docs/planec.txt (31.08.2011)

Vejlgaard, T.,J.M.,Addington, ”Attitudes Of DanishDoctorsandNursestoPalliativeand

Terminal Care”, <http://pmj.sagepub.com/content/19/2/119.abstract>(01.01.2012)

Palyatif Bakım”.(b.t.).01.12.2011

http://www.ailehek.org/dosyalar/PALYAT%C4%B0F_BAKIM_word.pdf

Palyatif Bakım Muayenesi Hayata

Geçecek,(13.02.2012),[http://www.medimagazin.com.tr/medimagazin/tr-](http://www.medimagazin.com.tr/medimagazin/tr-palyatif-bakim-projesi-hayata-gececek-676-573-11194.html)

[palyatif-bakim-projesi-hayata-gececek-676-573-11194.html](http://www.medimagazin.com.tr/medimagazin/tr-palyatif-bakim-projesi-hayata-gececek-676-573-11194.html) 15.02.2012

Kalite için ulusal uzlaşma projesi Palyatif Bakım.(b.t.). 19.01.2012,

<http://www.nationalconsensusproject.org/>

EKLER

Ek-1:Aletli Günlük Yaşam Aktiviteler Skalası

LAWTON-BRODY ALETLİ GÜNLÜK YASAM AKTİVİTELERSKALASI(self-ratedversion)			
AD SOYAD :			
YAŞ :			
AGYA	Bağımsız (3)	Yarı Bağımlı (2)	Bağımlı (1)
Telefon Kullanma			
Yemek Hazırlama			
Alışveriş Yapma			
G.Ev işlerini Yapma			
Çamaşır Yıkama			
Temizlik/ Tamir İşi			
Ulaşım/AracaBinme			
İlaçlarını Kullanma			
Para Kullanma			
Toplam puan			

0-8 Puan :Bağımlı,9-16:Yarı Bağımlı,17-24 Bağımsız

Ek-2: Günlük Yaşam Aktivitelerinde Bağımsızlık İndeksi (KATZ)

ADSOYAD :		
AKTİVİTELER (PUAN 1 YA DA 0)	BAĞIMSIZ (1 PUAN) Yardıma, Yönlendirmeye ve Bakıma Gereksinimi yok	BAĞIMLI (0PUAN) Yardıma Ynlendirilmeye ve tam bir bakım gereksinimi var
Banyo Yapma		
Giyinme Soyunma		
Tuvalet İhtiyacı/z Bakım		
Transfer/Taşınma		
Kontinans (İdrar ve dışkısını tutma)		
Beslenme		
Toplam Puan		

6 PUAN :YÜKSEK (Hasta Bağımsız hareket edebilir)

0 PUAN:DÜŞÜK(Hasta ok Bağımlı)

Ek-3: Geriatri Grup Anket Soruları

AD-SOYAD:		
CİNSİYET:		
YAŞ:		
EVLİ/BEKAR/DİĞER:		
SOSYAL GÜVENCE:		
EĞİTİM DÜZEYİ:		
GÖRÜŞÜLEN KİŞİ VE AD-SOYAD/yakınlık Derecesi:		
EĞİTİM DÜZEYİ:		
KRONİK HASTALIKLARI:		
EVDE YAŞAYAN KİŞİ SAYISI		
	EVET	HAYIR
1. SAĞLIK SORUNLARINIZI DÜZENLİ TAKİP EDEN DOKTORUNUZ VAR MI ?		
2. GÖRME SORUNUNUZ MEVCUT MU ?		
3. İŞİTME KAYBI VAR MI ?		
4. İŞİTME CİHAZI KULLANIYOR MUSUNUZ ?		
5. YATAĞA BAĞIMLI OLMA DURUMU ?		
6. YARDIMCI ÇALIŞANINIZ MEVCUT MU ?		
7. FİZYOTERAPİ HİZMETİNE İHTİYAÇ DUYUYOR MUSUNUZ ?		
8. BAKIMLA UĞRAŞAN KİŞİ İLK YARDIM EĞİTİMİ ALMALI MIDIR ?		
9. EVDE HEMŞİRE -DOKTOR ZİYARETİNE İHTİYAÇ DUYUYORMUSUNUZ?		
10. EVDE, BAKICI DESTEĞİNE İHTİYAÇ DUYUYOR MUSUNUZ ?		
11. EĞİTİM VE TAKİP HEMŞİRELİĞİNE İHTİYAÇ DUYUYOR MUSUNUZ ?		
12. PSİKOLOJİK DESTEĞE İHTİYAÇ DUYUYOR MUSUNUZ ?		
13. BAKIMLA UĞRAŞAN KİŞİ BAKIM EĞİTİMİ ALMALI MIDIR ?		
14. GRUBA YÖNELİK SOSYAL ETKİNLİK PROGRAMI YAPILMALI MIDIR ?		
15. MERKEZLERDE BU GRUBA YÖNELİK EĞİTİM PROGRAMLANMALI MIDIR		

Ek-4: Kanser Grubu Anket Soruları

AD-SOYAD:		
CİNSİYET:		
YAŞ:		
EVLİ/BEKAR/DİĞER:		
SOSYAL GÜVENCE:		
EĞİTİM DÜZEYİ:		
GÖRÜŞÜLEN KİŞİ VE AD-SOYAD/yakınlık Derecesi:		
EĞİTİM DÜZEYİ:		
KRONİK HASTALIKLARI:		
EVDE YAŞAYAN KİŞİ SAYISI		
YATAĞA BAĞIMLI OLMA DURUMU		
	EVET	HAYIR
1.YARDIMCI ÇALIŞANINIZ MEVCUT MU ?		
2.FİZYOTERAPİ HİZMETİNE İHTİYAÇ DUYUYOR MUSUNUZ ?		
3.EVDE HEMŞİRE -DOKTOR ZİYARETİNE İHTİYAÇ DUYUYOR MUSUNUZ ?		
4. EVDE, BAKICI,DESTEĞİNE İHTİYAÇ DUYUYOR MUSUNUZ ?		
5.EĞİTİM VE TAKİP HEMŞİRELİĞİNE İHTİYAÇ DUYUYOR MUSUNUZ ?		
6.PSİKOLOJİK DESTEĞE İHTİYAÇ DUYUYOR MUSUNUZ ?		

ÖZGEÇMİŞ

17.10.1976 yılında Eskişehirde doğdum. İlk-Ortaokul ve Sağlık Koleji eğitimimi Eskişehir’de tamamladıktan sonra Eskişehir SSK ve Kadın Hastalıkları Hastanesinde çalışmaya başladım. 1996 Yılında Anadolu Üniversitesi Devlet Konservatuvarı Tiyatro Bölümünü kazanarak 4 yıllık Üniversite eğitimimi Eskişehir’de tamamladım ve bu sürede SSK hastanesindeki görevime devam ettim. 2000 yılında Ankara Sanat Tiyatrosu, 2001 Ankara Devlet Tiyatrosu ve 2002 de İstanbul çevre Tiyatrosu ve sonrasında bu yöndeki özel çalışmalarına devam ettim. 2006 yılında Kişisel Sağlık sistemi üzerine kurulmuş özel bir firmada çalışmaya başladım. 2008 yılında bölüm yöneticisi olarak görev aldım ve aynı yıl Beykent Üniversitesinde Yüksek Lisans Eğitimime başladım. Çalıştığım firmada 2010 yılında pozisyonum değişmiş olup yöneticilik görevime devam etmekteyim.

Aday: Emel ELEVLİ