

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

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

Tezi Hazırlayan: **Pınar TAŞDELEN**

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
BELİRLENMESİ KONUSUNDA BİR ARAŞTIRMA**
(Yüksek Lisans Tezi)

Tezi Hazırlayan:
Pınar TAŞDELEN
Öğrenci no:
080746250

Danışman:
Doç. Dr. Metin Ateş

İSTANBUL, 2012

YEMİN METNİ

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Evde bakım hizmetlerine olan ihtiyacın belirlenmesi konusunda bir araştırma” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullandıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım. 07/02/2012

Pınar TAŞDELEN



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

1.3.16.3/2.01.7

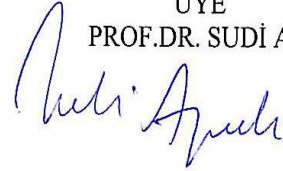
Enstitümüz *İşletme Yönetimi* Anabilim dalı *Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi* Bilim dalı yüksek lisans öğrencilerinden 080746250 numaralı *Pınar TAŞDELEN*'in "*Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim - Öğretim ve Sınav Yönetmeliği*"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "*EVDE BAKIM HİZMETLERİNE OLAN İHTİYACIN BELİRLENMESİ KONUSUNDA BİR ARAŞTIRMA*" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 28.02.2012 tarih ve 2012/07 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin (c) bendi gereğince (60) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında ~~oyaklılığı/oybirliği~~ ile ~~Kabul/Red veya Düzeltme~~ kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 3 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.

DANIŞMAN
DOÇ.DR. METİN ATEŞ



ÜYE
PROF.DR. SUDİ APAK



ÜYE
YRD.DOÇ.DR. KENAN GÖÇER



TEŞEKKÜR

Tez çalışmam süresince bilgi ve deneyimlerini paylaşarak, büyük katkılarını gördüğüm değerli danışman hocam Sayın Doç. Dr. Metin ATEŞ'e, araştırmamın istatistiklerini yaparken yardımlarını esirgemeyen değerli görüşleriyle önemli katkılarda bulunan Sayın Prof. Dr. Nurhan İNCE'ye, tez çalışmam sürecinde desteğini esirgemeyen Sayın Yrd. Doç. Dr. Sefer GÜMÜŞ'e ve Sayın Yrd. Doç. Dr. Kenan GÖÇER'e, katkılarından dolayı Dr. Haluk Özcan ve Dr. Çetin Geçmen'e, kaynak taramasında yardımına başvurduğum sevgili arkadaşım Arş. Gör. Selvinaz ALBAYRAK'a, moral ve destek veren can dostum Sevinç KAPLAN'a, araştırmamın yapılmasını sağlayan hastane yönetimine ve evde sağlık hizmetleri biriminde beraber çalıştığım ekip arkadaşlarıma, araştırmaya katılan tüm hasta ve yakınlarına, manevi destekleri için sevgili aileme, sabır ve özverisi için sevgili eşim Ali TAŞDELEN'e, varlığı ile hayatıma anlam katan biricik kızım Asya TAŞDELEN'e ve beni karşılıksız sevip, hep yanımda olan, hayatının tüm zorluklarına rağmen eğitimim için tek başına mücadele eden ve hakkını asla ödeyemeyeceğim çok kıymetli annem Zekiye MIZRAK'a sonsuz TEŞEKKÜRLERİMİ SUNARIM.

EVDE BAKIM HİZMETLERİNE OLAN İHTİYACIN BELİRLENMESİ KONUSUNDA BİR ARAŞTIRMA

Tezi Hazırlayan:Pınar TAŞDELEN

Özet

Bu araştırma evde bakım hizmetlerine olan ihtiyacın saptanarak, hastaların evde bakım gereksinimlerini ve evde primer bakım verenlerin bakım yükünü, yaşadıkları güçlükleri belirlemeye yönelik tanımlayıcı bir çalışmadır.

Araştırmanın örneklemini, 1 Nisan 2011 - 31 Aralık 2011 tarihleri arasında başvuran bir kamu hastanesinde evde sağlık birimine kayıtlı nöroloji tanısı konmuş 177 hasta ve 177 primer bakım veren hasta yakını oluşturmuştur. Veriler, araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu ile yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak elde edilmiştir. Verilerin istatistiksel olarak analizinde; sayı, yüzde, ortalama dağılımları, Student t testi, Varyans analizi, Korelasyon analizi, Man Whitney U ve Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan hastaların %63,8'i kadın, %59,3'ü 76 ve üstü yaş grubunda, %60,5'i bekâr, %49,2'si okuryazar olmayan, %57,6'sı ev hanımı, %92,1'i SGK olduğu, %63,3'ü 501-1000 TL arasında aylık aldığı ve %58,8'i maddi destek kaynağı olmayan,%74,6'sı kronik hastalığı olan, %72,9'u psiko-sosyal sorunlar yaşayan, %2,8'i tam bağımlı, %91,5'i yarı bağımlı, %5,6'sı bağımsızdır. Bakım verenlerin %83,6'sı kadın, %52,5'i 46 - 64 yaşlar arasında, %79,1'i evli, %47,5'i ilkokul mezunu, %63,3'ü ev hanımı, %81,9'u SGK olduğu ve %43,5'inin aylık geliri olmadığı saptanmıştır. Bakım verenlerin yükü envanteri değerlendirildiğinde en yüksek ortalama zaman bağımlılık yükü ve fiziksel yük değişkenleri de, en düşük ortalama puan ise duygusal yük değişkeninde hesaplanmıştır. BYE ve hastaların GYA'den aldıkları toplam puan ortalamaları hesaplanmış ve sosyo-demografik değişkenler arasındaki ilişki incelenmiştir. Sonucunda hastaların GYA katılma durumları arttıkça, zaman bağımlılık yükü, gelişimsel yük ve fiziksel yük azaldığı

bulunmuştur. Hastaların GYA'si toplam puan ortalaması ile bakım verenlerin BYE'den aldıkları toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($r = -0,041$; $p:0,588$, $p > 0,05$). Nedenin hasta kişilerin evdeki bakımının aile bireyleri tarafından karşılanması doğal bir bakım şekli olarak kabul edildiği düşünülmüştür.

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre, evde bakım hizmetleri çerçevesinde hem hasta hem de bakım verenlerin sorunlarının belirlenmesi, bakıma yönelik eğitimlerin verilmesi ve destek sistemlerinin oluşturulması gerekmektedir.

Anahtar kelimeler : Evde bakım hizmetleri, Evde Sağlık, Bakım Yükü

A STUDY ON THE DETERMINATION OF THE NEEDS OF HOME CARE SERVICES

Presented By: Pınar TAŞDELEN

Abstract

This study is a descriptive analysis of the need for home care services, home care needs of patients and their caregivers at home, and aims to identify difficulties they encounter.

Sample of the study is held between the dates of April 1, 2011 and December 31, 2011 and consists applicants enrolled in a public hospital home health unit, 177 of them diagnosed with neurological diseases, and nearly 177 primary caregivers of these patients. The data is collected through a questionnaire prepared by the researcher through face to face interviews. Following research methods were used in the statistical analysis: The distribution of the number and percentage, mean distributions, Student's t test, variance analysis, correlation analysis, Man-Whitney U and Kruskal Wallis tests.

63.8% of the patients included in the study were female, 59,3% were over 76, 60.5% were single, 49.2% were illiterate, 57.6% were housewives, 92.1% were insured through social security, 63.3% had a salary between 501-1000 TL and 58.8% were without any source of financial support, 74.6% had chronic disease, 72.9% had psycho-social problems, 2.8% were full care dependent, 91.5% were semi dependent, 5.6% were independent. 83.6% of caregivers were women, 52.5% were between 46-64, 79.1% were married, 47.5% were primary school graduates, 63.3% of them were housewives, 81,9% were insured with social security and 43.5% didn't have proper monthly income. When the caregiver's burden inventory was calculated, the results showed that the highest average is time dependence variable, and the lowest was emotional load variable. Caregiver burden inventory and the average sum points of the activities of daily living were calculated and the relationship between socio-

demographic variables was analyzed. As a result, as the patient's participation to ADL increased, the time dependency burden, developmental burden, and physical burden were decreased. There wasn't any significant relationship between patients' total score of ADL and caregivers' total score of CBI ($r = -0.041$; $p: 0.588$, $p > 0.05$). This is explained by the fact that patient's home care needs were met by family members and this being regarded as the normal path of care.

According to the results of the study, the problems of both the patients and caregivers within the framework of home care services need to be identified; care and support systems should be established.

Key words: Home care services, Home Health, Care Burden

İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

ÖZET	i
ABSTRACT	iii
TABLolar LİSTESİ	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ	xi
GRAFİK LİSTESİ	xii
KISALTMALAR	xiii
1. GİRİŞ	1
2. SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİ	4
2.1. Sağlık Kavramı.....	4
2.2 Sağlık Hakkı.....	6
2.3. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı.....	7
2.4. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	11
2.4.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	11
2.4.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	14
2.4.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri.....	16
3. EVDE BAKIM HİZMETLERİ	18
3.1. Evde Bakım Hizmetleri Kavramı.....	18
3.2. Evde Bakım Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi.....	22
3.3. Evde Bakım Hizmetlerinin Hedefi.....	26
3.4. Evde Bakım Hizmetlerinin Organizasyonu.....	29
3.5. Evde Bakım Hizmeti Sunan Kuruluş Tipleri.....	30
3.6. Evde Bakım Hizmetinin Finansmanı.....	32
3.7. Evde Bakım Kapsamında Sunulan Hizmetler.....	35
3.8. Evde Bakım Hizmetlerine Uygun Hasta Ve Hastalıklar.....	41
3.9. Evde Bakım Ekibi.....	42
3.9.1. Formal Bakım Veren Profesyonel Evde Bakım Ekibi.....	45
3.9.2. İnfomal Bakım Veren Paraprofesyonel Evde Bakım Ekibi.....	50
3.10. Evde Bakım Hizmetlerinin Olumlu Ve Olumsuz Yönleri.....	59
3.11. Dünyada Evde Bakım Hizmetleri.....	61
3.11.1. Amerika’da Evde Bakım Hizmetleri.....	66
3.11.2. Brezilya’da Evde Bakım Hizmetleri.....	76
3.11.3. İngiltere’de Evde Bakım Hizmetleri.....	81
3.11.4. Almanya’da Evde Bakım Hizmetleri.....	88
3.11.5. Türkiye’de Evde Bakım Hizmetleri.....	92

4.YÖNTEM.....	107
4.1. Araştırmanın Tipi.....	107
4.2. Araştırmanın Yeri	107
4.3. Araştırmanın Evreni Ve Örnekleme.....	107
4.4. Araştırmanın Alt Problemleri.....	108
4.5. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	108
4.6. Araştırmanın Değişkenleri.....	108
4.7. Araştırmanın Etik Yönü.....	109
4.8. Verilerin Toplanması.....	109
4.8.1. Veri Toplama Formlarının Hazırlanması.....	109
4.8.2. Veri Formunun Ön Uygulaması.....	113
4.8.3. Veri Toplama Formunun Uygulanması.....	113
4.8.4. Verilerin Değerlendirilmesi.....	113
5. BULGULAR.....	115
5.1. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Ve Bakım Verenlerin Tanıtıcı Bilgileri	115
5.1.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri.....	115
5.1.2. Bakım Verenlerin Sosyo-Demografik Özellikleri.....	121
5.2. Hastaların Günlük Yaşam Aktiviteleri Toplam Puan Ortalamaları İle Hasta Ve Bakım Verenlerin Özellikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	124
5.2.1. Hastaların GYA Toplam Puan Ortalamaları İle Bazı Özelliklerinin Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	124
5.2.2. Hastaların GYA Toplam Puan Ortalamaları İle Bakım Verenlerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	127
5.3. Bakım Verenlerin Yükü Envanteri Toplam Puan Ortalamaları İle Hasta Ve Bakım Verenlerin Özellikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	133
5.3.1. Bakım Verenlerin Yükü Envanteri Toplam Puan Ortalamaları İle Hastaların Bazı Özellikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	133
5.3.2. Bakım Verenlerin Yükü Envanteri Toplam Puan Ortalamaları İle Bakım Verenlerin Özellikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	135
5.4. Bakım Verenlerin Yükü Envanteri İle Hastaların Günlük Yaşam Aktiviteleri Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	140
6. TARTIŞMA.....	142
7.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	155
KAYNAKLAR.....	161
EKLER	
Ek-1: Hasta Tanıtım Formu	174
Ek-2: Günlük Yaşam Aktiviteleri	176
Ek-3: Bakım Veren Tanıtım Formu.....	177
Ek-4: Bakım Verenlerin Yükü Envanteri.....	179
Ek-5: Hastaların Yaşadığı Sorunları Değerlendirme Rehberi.....	181
Ek-6: Günlük Yaşam Aktiviteleri Değerlendirme Rehberi.....	182
Ek-7: Anket İzin Formları.....	184
ÖZGEÇMİŞ	

TABLolar LİSTESİ

	Sayfa No.
Tablo.1. Evde Bakım Hizmetlerinin ABD'deki Kronolojik Gelişimi.....	23
Tablo.2. Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Göstergeleri (2008)	71
Tablo.3. ABD'de Evde Bakım Kuruluşları ve Kriterleri.....	73
Tablo.4. ABD Evde Bakım Kuruluşları, Harcama ve İstihdam Trendleri.....	74
Tablo.5. ABD Evde Bakım Kuruluşlarının Çalışan Sayısına Göre Dağılımı.....	74
Tablo.6. ABD Endüstrisinin Diğer Ülkelerle Nispi Karşılaştırılması.....	75
Tablo.7. İngiltere Sağlık Göstergeleri (2008).....	76
Tablo.8. İngiltere Evde Bakım Kuruluşları, Harcama ve İstihdam Trendleri.....	79
Tablo.9. İngiltere Evde Bakım Kuruluşlarının Çalışan Sayısına Göre Dağılımı.....	80
Tablo.10. İngiltere Endüstrisinin Diğer Ülkelerle Nispi Karşılaştırılması.....	81
Tablo.11. Almanya Sağlık Göstergeleri (2008)	84
Tablo.12. Brezilya Sağlık Göstergeleri (2008)	85
Tablo.13. Brezilya Evde Bakım Kuruluşları, Harcama ve İstihdam Trendleri.....	86
Tablo.14. Brezilya Evde Bakım Kuruluşlarının Çalışan Sayısına Göre Dağılımı....	86
Tablo.15. Brezilya Endüstrisinin Diğer Ülkelerle Nispi Karşılaştırılması.....	91
Tablo.16. Türkiye Sağlık Göstergeleri	98
Tablo.17. Türkiye'de Evde Bakım Kuruluşları, Harcama ve İstihdam Trendleri...	103
Tablo.18. Türkiye Evde Bakım Kuruluşlarının Çalışan Sayısına Göre Dağılımı	104
Tablo.19. Türkiye Endüstrisinin Diğer Ülkelerle Nispi Karşılaştırılması.....	105
Tablo.20. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri.....	115
Tablo.21. Hastaların Konut Ve Bakıma İlişkin Özellikleri	116
Tablo.22. Hastaların Beraber Yaşadığı Kişilere İlişkin Özellikleri.....	117
Tablo.23. Hastaların Evde Kişisel Bakımını Karşılamanı Karşılamanı Karşılamanı Karşılamanı	117
Tablo.24. Yaşadığı Kişilerin İhtiyaçlarını Karşılama Durumu.....	117
Tablo.25. Hastaların Kronik Hastalığı Olma Durumu.....	118
Tablo.26. Hastaların Kronik Hastalık Türleri.....	118
Tablo.27. Hastaların Sürekli İlaç Kullanma Durumu.....	118
Tablo.28. Genel Olarak Yaşadığı Sorunlar.....	118
Tablo.29. Hastaların Günlük Yaşam Aktiviteleri.....	119

Tablo.30. Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerinde Bağımlılık Durumu.....	120
Tablo.31. Bakım Verenlerin Sosyo-Demografik Özellikleri	121
Tablo.32. Bakım Verenlerin Kronik Hastalığı Olma Durumu.....	122
Tablo.33. Bakım Verenlerin Kronik Hastalık Türleri.....	122
Tablo.34. Bakım Verenlerin Hasta Bakımındaki Özelliklerine Göre Dağılımı.....	122
Tablo.35. BYE'nin Alt Boyutları Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	123
Tablo.36. Hastaların GYA'si Toplam Puan Ortalamalarının Hastanın Cinsiyetine Göre Dağılımı.....	124
Tablo.37 . Hastaların GYA'si Toplam Puan Ortalamalarının Hastanın Yaş Grubuna Göre Dağılımı.....	125
Tablo.38. Hastaların GYA'si Toplam Puan Ortalamalarının Hastanın Medeni Duruma Göre Dağılımı.....	125
Tablo.39. Hastaların GYA'si Toplam Puan Ortalamalarının Hastanın Eğitim Durumuna Göre Dağılımı.....	125
Tablo.40. Hastaların GYA'si Toplam Puan Ortalamalarının Hastanın Meslek Durumuna Göre Dağılımı.....	126
Tablo.41. Hastaların GYA'si Toplam Puan Ortalamalarının Hastanın Yaşadığı Evin Tipine Göre Dağılımı.....	126
Tablo.42. Hastaların GYA'si Toplam Puan Ortalamalarının Hastanın Aylık Gelir Durumu Göre Dağılımı.....	126
Tablo.43. Hastaların GYA'si Toplam Puan Ortalamalarının Hastanın Kronik Hastalığı Olma Durumuna Göre Dağılımı.....	127
Tablo.44. Hastaların GYA'si Toplam Puan Ortalamalarının Bakım Verenlerin Cinsiyetine Göre Dağılımı.....	127
Tablo.45. Hastaların GYA'si Toplam Puan Ortalamalarının Bakım Verenlerin Yaş Grubuna Göre Dağılımı.....	127
Tablo.46. Hastaların GYA'si Toplam Puan Ortalamalarının Bakım Verenlerin Medeni Durumuna Göre Dağılımı.....	128
Tablo.47. Hastaların GYA'si Toplam Puan Ortalamalarının Bakım Verenlerin Eğitim Durumuna Göre Dağılımı.....	128
Tablo.48. Hastaların GYA'si Toplam Puan Ortalamalarının Bakım Verenlerin Meslek Durumuna Göre Dağılımı.....	128
Tablo.49. Hastaların GYA'si Toplam Puan Ortalamalarının Bakım Verenlerin Sosyal Güvence Duruma Göre Dağılımı.....	129

Tablo.50. Hastaların GYA'si Toplam Puan Ortalamalarının Bakım Verenlerin Aylık Gelir Durumu Göre Dağılımı.....	129
Tablo.51. Hastaların GYA'si Toplam Puan Ortalamalarının Bakım Verenlerin Kronik Hastalık Olma Durumu Göre Dağılımı.....	130
Tablo.52. Hastaların GYA'si Toplam Puan Ortalamalarının Bakım Verenlerin Hasta İle Yakınlık Derecesine Göre Dağılımı.....	130
Tablo.53. Hastaların GYA'si Toplam Puan Ortalamalarının Bakım Verenlerin Hastaya Bakma Süresine Göre Dağılımı.....	130
Tablo.54. Hastaların GYA'si Toplam Puan Ortalamalarının Bakım Verenlerin Hastaya Bakma Nedeni Göre Dağılımı.....	131
Tablo.55. Hastaların GYA'si Toplam Puan Ortalamalarının Bakım Verenlerin Hastaya Günde Bakım Verilen Süreye Göre Dağılımı.....	131
Tablo.56. Hastaların GYA'si Toplam Puan Ortalamalarının Bakım Verenlerin Hasta Bakımı Konusunda Deneyimine Göre Dağılımı.....	132
Tablo.57. Hastaların GYA'si Toplam Puan Ortalamalarının Bakım Verenlerin Hasta Bakımı Konusunda Eğitim İhtiyacı Olma Durumuna Göre Dağılımı.....	132
Tablo.58. Hastaların GYA'si Toplam Puan Ortalamalarının Bakım Verenlerin Evde Bakıma Gereklinimi Olan Başka Birey Olma Durumu Göre Dağılımı.....	132
Tablo.59. BYE Toplam Puan Ortalamalarının Hastaların Cinsiyetine Göre Dağılımı.....	133
Tablo.60. BYE Toplam Puan Ortalamalarının Hastaların Yaş Grubuna Göre Dağılımı.....	133
Tablo.61. BYE Toplam Puan Ortalamalarının Hastaların Medeni Durumuna Göre Dağılımı.....	133
Tablo.62. BYE Toplam Puan Ortalamalarının Hastaların Eğitim Durumuna Göre Dağılımı.....	134
Tablo.63. BYE Toplam Puan Ortalamalarının Hastaların Meslek Durumuna Göre Dağılımı.....	134
Tablo.64. BYE Toplam Puan Ortalamalarının Hastaların Aylık Gelir Durumuna Göre Dağılımı.....	134
Tablo.65. BYE Toplam Puan Ortalamalarının Hastaların Kronik Hastalık Olma Durumu Göre Dağılımı.....	135
Tablo.66. BYE Toplam Puan Ortalamalarının Bakım Verenlerin Cinsiyetine Göre Dağılımı.....	135

Tablo.67. BYE Toplam Puan Ortalamalarının Bakım Verenlerin Yaş Grubuna Göre Dağılımı.....	135
Tablo.68. BYE Toplam Puan Ortalamalarının Bakım Verenlerin Medeni Duruma Göre Dağılımı.....	136
Tablo.69. BYE Toplam Puan Ortalamalarının Bakım Verenlerin Eğitim Durumuna Göre Dağılımı.....	136
Tablo.70. BYE Toplam Puan Ortalamalarının Bakım Verenlerin Meslek Durumuna Göre Dağılımı.....	136
Tablo.71. BYE Toplam Puan Ortalamalarının Bakım Verenlerin Sosyal Güvence Durumuna Göre Dağılımı.....	137
Tablo.72. BYE Toplam Puan Ortalamalarının Bakım Verenlerin Aylık Gelir Durumuna Göre Dağılımı.....	137
Tablo.73. BYE Toplam Puan Ortalamalarının Bakım Verenlerin Kronik Hastalığı Olma Durumuna Göre Dağılımı.....	137
Tablo.74. BYE Toplam Puan Ortalamalarının Bakım Verenlerin Hasta İle Yakınlık Derecesine Göre Dağılımı.....	138
Tablo.75. BYE Toplam Puan Ortalamalarının Bakım Verenlerin Hastaya Bakma Süresine Göre Dağılımı.....	138
Tablo.76. BYE Toplam Puan Ortalamalarının Bakım Verenlerin Hastaya Bakma Nedenine Göre Dağılımı.....	139
Tablo.77. BYE Toplam Puan Ortalamalarının Bakım Verenlerin Hastaya Günde Bakım Verilen Süreye Göre Dağılımı.....	139
Tablo.78. BYE Toplam Puan Ortalamalarının Bakım Verenlerin Hasta Bakımı Konusunda Deneyimi Olma Durumuna Göre Dağılımı.....	139
Tablo.79. BYE Toplam Puan Ortalamalarının Bakım Verenlerin Hasta Bakımı Konusunda Eğitim İhtiyacı Olma Durumuna Göre Dağılımı.....	140
Tablo.80. BYE Toplam Puan Ortalamalarının Bakım Verenlerin Başka Bireye Bakım Verme Durumuna Göre Dağılımı.....	140
Tablo.81. BYE'nin Alt Boyutları Ve Hastaların Günlük Yaşam Aktivitesi Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin Dağılımı.....	140
Tablo.82. BYE Ve Hastaların Günlük Yaşam Aktivitesi Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin Dağılımı.....	141

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa No.

Şekil.1. Birinci, ikinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri.....	17
Şekil.2. Türkiye’de Evde Bakım Hizmetlerinin Kurumsallaştırılmasına İlişkin Önerilen Şema	25
Şekil.3. Evde bakımın hedefleri, içeriği ve sonuçları	28
Şekil.4. Bakım verici yük modelinin yapısal sek	57
Şekil.5. Nüfus Piramidi	102

GRAFİKLER LİSTESİ

Sayfa No.

Grafik.1. Yarar Düzeylerine Göre Evde Bakım Hizmetlerinde Görevli İnsan Kaynakları	44
Grafik.2. Bakım Verenlerin Yükü Envanteri'nin Alt Boyutları Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	124

KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AMA	: Amerikan Tabipler Birliği
AIDS	: Acquired Immune Deficiency Syndrome
ALS	: Amyotrofik Lateral Skleroz
ABY	: Akut Böbrek Yetmezliği
BYE	: Bakım Verenlerin Yüğü Envanteri
DSÖ	:Dünya Sağlık Örgütü
GSMH	: Gayri Safi Milli Hasıla
GYA	: Günlük Yaşam Aktiviteleri
ICF	:International Classification of Functioning, Disability, and Health
ILO	:Uluslararası Çalışma Örgütü
JCI	:Joint Commission International
JCOAH	: Joint Commission on Accreditation of Hospitals
JCAHO	:Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
KBY	: Kronik Böbrek Yetmezliği
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
NDPH	:National Department of Public Health
NHS	:Ulusal Sağlık Sistemi
SHSHK	: Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun
SHÇEK	:Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu
SPSS	:Statistical package for social science
TÜİK	:Türkiye İstatistik Kurumu
TNSA	:Türk Nüfus Sayımı Araştırması
TÜSİAD	:Türkiye Sanayici ve İşadamları Derneği
UHK	: Umumi Hıfzıssıhha Kanunu
WHO	: World Health Organization
WB	:World Bank

1. GİRİŞ

Sağlık, evrensel ve en temel insan hakları arasında, en öncelikli sırada kabul edilen bir haktır. Bireyin sağlıklı kalabilmesi, bireyin yaşam hakkı ve sağlık hakkının korunabilmesi ancak etkin sağlık hizmetleriyle mümkündür.

Tıbbi hizmetlerin, yapılanmanın ve teknolojinin son yıllarda hızla gelişmesi, sağlık hizmeti sunanların ev ortamının temel bir sağlık merkezi olduğunu unutmamasına neden olmuştur. Yüzyıllar boyunca doğumdan ölüme kadar evde sağlanan bakım, modern tıbbın gelişimiyle hastanelere ve diğer yataklı sağlık kuruluşlarına kaymıştır. Evde verilen sağlık bakımı kurumsallaşamamış, ilkel boyutlarda kalmıştır. Diğer yandan tıp ve teknoloji alanındaki gelişmeler ile yaşam standardının yükselmesi, erken tanı ve tedavi yöntemlerindeki gelişmeler hastalıklara bağlı ölümleri azaltmakta, doğuştan beklenen yaşam süresini uzatmaktadır. Doğuştan beklenen yaşam süresinin uzaması ile kronik hastalıkların görülme sıklığı artarak, yaşam boyu tedavi ve bakım gereksinimi devam eden birey sayısı da artmıştır. Dolayısıyla devlet destekli hastanelerdeki uzun listeler, özel hastanelerin yüksek fiyatları, hasta ve hasta yakınlarının evde kalma isteği, akut hastalığı olanların erken taburcu edilmesi hastaları ve ailelerini bilinçsizce evde tedaviye itmiş, sonuç olarak da sağlıksız bir topluma doğru kaymamıza neden olmuştur.

Nüfusun yaşlanması, özürlülük ve kronik hastalıklardaki artış, sağlık hizmetlerine olan talebin yükselmesine ve sağlık harcamalarının Gayri Safi Milli Hasıla (GSMH) içindeki payının büyümesi bakım gereksinimine olan talebin arttırmasına, maliyet açısından da yeni kaynakların ve yöntemlerin aranmasına neden olmuştur. Bununla birlikte; finansman sorunları yanında, mevcut yatak sayısının yetersizliği, hizmetin verimli bir şekilde sağlanmaması ve kalite güvenliği ile ilgili sorunlar kurumsal bakım hizmetlerine alternatif aramaya yöneltmektedir.

Evde bakım, sağlık hizmetlerinin bakım devamlılığı modelinin önemli bir parçasıdır. Sağlık hizmetinin hastanın evinde sunulması gibi temel bir tanımdan yola çıkılsa bile evde bakım çok geniş bir alanı kapsamaktadır. Evde bakım; yaşlı, özürlü, kronik hastalığı olan veya iyileşme sürecindeki bireyleri kendi ortamında destekleyerek, sosyal yaşama ayak uydurabilmelerini sağlamak, yaşamlarını mutlu

ve huzurlu bir biçimde sürdürerek toplumsal entegrasyonlarını gerçekleştirmek, bakıma gereksinim duyan bireyin aile üyeleri üzerindeki yükünü hafifletmek için birey ve aileye sunulan psiko-sosyal, fizyolojik ve tıbbi destek hizmetleri ile sosyal hizmetleri içeren bir bakım modelidir. Evde bakım hizmetleri sayesinde hastalar kendi tedavi alternatiflerini, bakımını üstlenecek kişiyi, tedavi görmek istedikleri mekanı ve tedaviyi verecek kişiyi seçme hakkına sahip olabileceklerdir.

Bakıma muhtaçlar, günlük hayatta her zaman yapılması gereken bazı basit bedeni hareketlerin yerine getirilmesinde sürekli olarak başkalarının fiziki yardımına ve desteğine ihtiyaç duyan kişilerdir. Bir sosyal risk türü olarak kabul edilen bakıma muhtaçlığın etkileri çok yönlüdür. Bu sorun sosyal ve ekonomik boyutlarıyla sadece bakıma muhtaç kişiyi değil, ailesini ve toplumu da etkilemektedir. Bakım verme süreci, hem bakım veren hem de bakılan kişi için oldukça zor ve sıkıntılı bir deneyimdir.

Dünyada ve ülkemizde giderek daha fazla sayıda kadınların çalışma yaşamına katılması, çekirdek aileye dönüşüm konutların küçülmesi ve ekonomik yetersizlikler gibi nedenler bakıma muhtaç bireylerin aile içinde bakımını güçlendirmektedir. Meydana çıkan bakım yükünü aile yerine, belirli bir ücret karşılığında bakım hizmetini veren bakıcılara bıraktığı görülmektedir. Bu nedenle aile bakımının güçlendirilmesini sağlayacak hizmetlerin oluşturulması çok önemlidir. Bu hizmetler bakım veren aile üyelerinin motivasyonunun devamını sağlar ve aileyi güçlendirir. Gelişmiş ülkeler bakım yükünün, ekonomik ve sosyal nedenlerle altından kalkamayacak boyutlara ulaştığını öngördüklerinden ailenin desteklenmesini hedef alan yasal düzenlemelere sosyal politikaları içinde yer vermeye başlamışlardır.

Bugün Türk toplumunda da bireylerin evinde ve saygın bir ölüm hakkı arayışı, aile ve toplumun destek ve dayanışmasından yararlanma hak ve talepleri, saygın ve güvenli bir bakım hakkı, sağlık ve yardım hizmetlerinden eşit yararlanma hakkı arayışlarının, kişisel ve özelleşmiş hizmet beklentilerinin yükselmekte olduğu görülmektedir.

Bu araştırma evde bakım hizmetlerine olan ihtiyacın saptanarak, hastaların evde bakım gereksinimlerini ve evde primer bakım verenlerin bakım yükünü, yaşadıkları güçlükleri belirleme amacıyla yapılmış bir çalışmadır.

Araştırmanın birinci bölümünde giriş kısmına yer verilmiştir. İkinci bölümünde sağlık ve sağlık hizmetleri kavramları üzerinde durularak, sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması yapılmıştır. Üçüncü bölümünde evde bakım hizmetlerinin tanıtılması, tarihsel gelişimi, hedefi, organizasyonu, finansmanı, uygun hastalıklar, sunulan hizmetler, ekibi, olumlu ve olumsuz yönleri anlatılmış, dünya ülkelerinden seçilmiş örnekler verilmiştir.

Dördüncü bölümde hastaların gereksinimleri, bakım verenlerin yaşadığı güçlükleri ve bakım yükünü belirlemek için yapılan saha çalışmasının, istatistiksel olarak elde edilen veriler değerlendirilmiştir. Çalışmanın sonuç bölümünde ise; ulaşılan sonuçlar yorumlanmış, evde bakım hizmetlerinin gerekliliği vurgulanarak, konu üzerine fikir ve önerilerde bulunulmuştur.

2. SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİ

2.1. Sağlık Kavramı

Sağlık; insanın doğumundan ölümüne kadar olan yaşam sürecinde en çok üzerinde durulan olgudur (Palank, 1991). Sağlık evrensel bir kavram olmasına karşın, herkesin farklı bir görüşü vardır.

Sağlık; kişinin iyi olma durumu, aktivitelerden aldığı doyum, dengeli beslenmesi, olumlu kişilerarası ilişkiler kurabilmesi, stresle başa çıkabilmesi ve bir yaşam amacının olması gibi sağlık davranışları ile açıklanır (Pender, Barkauskas, Hayman, Rice ve Anderson 1992).

Sağlık pek çok bileşenden etkilenmektedir. Bunlar genetik değişkenler, fizyolojik süreçler, psikolojik değişkenler, ruhsal özellikler, cinsiyet, sosyoekonomik durum, yaş, inanç ve bilgiler gibi daha fazla çoğaltılabilecek özelliklerdir (İnanç, Hatipoğlu, Yurt, Avcı, Akbayrak, Bekiroğlu ve Öztürk 1998). Bu nedenle sağlık kavramının fiziksel, sosyal, duygusal ve kültürel yönleri ele alınarak çok farklı tanımları yapılmaktadır.

“Sağlığın Gaspi” adlı eserinde, sanayi toplumlarının insanları önce hasta ederek çürüttüğünü, sonra da bunlara protez çözümler getirdiğini savunan Ivan Illich (1995) ise sağlığı şu şekilde tanımlamaktadır: Sağlık bir uyum sağlama meselesidir. Toplumca yaratılmış gerçekliklere karşı içgüdüsel değil, otonom ama yine de kültür tarafından şekillendirilmiş bir tepkidir. Sağlık, çevredeki değişimlere uyum sağlayabilme, büyüyebilme ve yaşlanabilme, zarara uğradığında iyileşebilme, acı çekebilme ve ölümü huzurlu bir şekilde bekleyebilme yeteneğidir. Sağlık, geleceği de kapsar ve bu nedenle, acıyı ve onunla birlikte yaşamak için gerekli tinsel gücü de içerir (s. 190).

Fuchs (1993) sağlığı çok y6nl6 bir kavram olarak g6rmekte ve sağlığı yaşam beklentisi, çalışma kapasitesi, sağlık bakım gereksinimi ya da kişisel ve sosyal fonksiyonları yerine getirebilme yeteneği gibi 6l6tler kullanarak tanımlanmaktadır (s. 28).

Bir başka tanım da ise: Sağlık; kişinin fiziksel ve toplumsal çevreye ilişkin olarak v6cut ve kafasının d6zenli bir biçimde çalışmasıdır (6zkara, 2006).

Sağlık kavramı, biyomedikal yaklaşımda, tıbbi açıdan çeşitli hastalıklara yakalanmama hali olarak tanımlanırken; fonksiyonel yaklaşımda sağlık, bireysel duygu ve yeteneklerin normal olması olarak ve k6lt6rel yaklaşımda ise, bireylerin toplumsal davranış bozukluğu g6stermemesi şeklinde tanımlanmaktadır (Batirel, 1986; Selby, 1974, s. 42–50).

Kişilere g6re sağlık ise, genellikle hastalık halinin olmaması olarak tanımlanır. Geçmiş yıllarda hastalık ve sakatlığın olmayışı olarak tanımlanırken g6n6m6zde sağlık kavramı daha geniş bir biçimde ele alınır. D6nya sağlık 6rg6t6n6n (WHO) anayasasında; sadece hastalık ve sakatlıkların olmayışı değil; bedensel, ruhsal ve sosyal bakımdan tam bir iyilik durumu olarak tanımlanmaktadır (WHO 1948). Benzer bir tanım, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki 224 Sayılı Kanun ile T6rk sağlık mevzuatına girmiştir. Bu Kanunun 2. maddesine g6re, sağlık, “yalnız hastalık ve maluliyetin yokluğu olmayıp beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyilik halidir.” Bu tanımlamalarda dikkati çeken husus, sağlığın sosyal bakımdan iyilik haliyle ilişkisidir. Bir başka deyişle; sağlık, hastalık, sakatlık gibi fiziksel rahatsızlık yanında, ruhsal ve toplumsal rahatsızlıkların da bulunmamasını gerektirir. Bu çerçevede, sağlığın yalnızca bireysel bir sorun olarak kabul edilemeyeceği toplumsal bakışın ve toplumdan kaynaklanan etkileşimin de dikkate alınması gereği açık biçimde saptanabilmektedir (Dağlı, 2006).

Hastalığın tedavisi ve sağlığın korunması gibi kavramlara artık bu tanımla birlikte sağlığın geliştirilmesi kavramı eklenmiş ve b6ylece sağlık hizmetlerinin dinamizmi daha da artmış olmaktadır (Doğan, 2006). Sağlığın geliştirilmesi konusunda 1986 yılında Kanada'nın Ottawa kentinde yapılan uluslararası bir konferansta, sağlık için zorunlu olan 6nkoşullar olarak; barış, barınma, eğitim, besin, gelir, iyi evre koşulları, yeterli kaynak, sosyal adalet ve hakkaniyet sıralanmıştır.

Sağlık için gereken başlıca faaliyet alanları ise: sağlıklı kamu politikalarının oluşturulması (karar vericilerin sonuçlar konusunda bilinçli ve sorumlu olması ve sağlık dışı sektörlerdeki engellerin saptanarak ortadan kaldırılması), destekleyici çevre koşullarının oluşturulması (ekolojik dengenin korunması, güvenli ve doyumlu iş ortamı sağlanması, olumlu yaşam biçimlerinin teşviki ve yeni teknolojilerin iyi incelenmesi ve sağlık üzerindeki olumsuz etkilerinin azaltılması), toplumun katılımının sağlanması (toplumun kendi önceliklerini belirlemesi, kendisine ilişkin kararlara katkıda bulunabilmesi ve iyi sağlık hizmeti için yapılan plan ve uygulamalarda yer alabilmesi), bireysel becerilerin geliştirilmesi (bireylerin sağlık konusunda bilgilendirilmesi, sağlık eğitimi verilmesi, sağlıklı yaşam becerilerinin geliştirilmesi ve bu yollarla bireylerin kendi sağlıklarının kontrolü ve gelişimi için daha fazla seçenek sunulması) ve sağlık hizmetlerinin yeniden yapılanması (bireylerin, toplumların, sağlık profesyonellerinin, sağlık kurumlarının ve hükümetlerin daha iyi sağlık için işbirliği yapması) olarak belirtilmiştir (WHO, 1986).

Sağlık, günlük hayatın kaynağıdır. “Sağlıklı olmak, temel bir ihtiyaçtır ve onsuz diğer mal ve hizmetlerin anlamı yoktur” (Witter,2002). Bu nedenle sağlık kavramının önemi tartışılmaz. Sağlığın vazgeçilmez bir servet olması temel özelliğidir. (WHO,1981).

2.2 Sağlık Hakkı

Sağlık, evrensel ve en temel insan hakları arasında, en öncelikli sırada kabul edilen bir haktır. Sağlık, topluluğun diğer canlılarını yakından ilgilendirdiği için, kişiye bırakılamayacak kadar önemli bir konudur. Hak ve yükümlülükler açısından bakıldığında da bir toplumsal müdahale alanı oluşturur (Fişek, 2001). Bu hak anayasamızda da dile getirilmiştir. Sağlık hakkı anayasal bir haktır. Anayasamızın 56.maddesinde sağlık hizmetleri ve çevrenin korunmasına ilişkin olarak şu açıklamalar yapılmıştır;

- Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yasama hakkına sahiptir.
- Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önleme devletin ve vatandaşların ödevidir.

- Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve 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 (T.c. anayasası m. 56).

Bu hakkın tüm dünyada mümkün olan en yüksek düzeyde verilmesinin sosyal bir amaç olarak görülmesi ve bunu gerçekleştirmek için sağlık sektörüne ek olarak diğer sosyal ve ekonomik sektörlerin de harekete geçmesinin sağlanması gerekmektedir (Doğan, 2006). Bireyin sağlıklı kalabilmesi, bireyin yaşam hakkı ve sağlık hakkının korunabilmesi ancak etkin sağlık hizmetleriyle mümkündür.

2.3. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı

05.01.1961 tarihli ve 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, sağlık hizmetlerini şöyle tanımlamıştır: Sağlık hizmetleri, insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların ise alıştırılması için yapılan tıbbi faaliyetlerdir.

Benzer bir tanım, Dünya Sağlık Örgütünün Ana Sözleşmesinde de yer almaktadır. Anılan sözleşmenin 2.maddesinin (c) fıkrasına göre “Sağlık Hizmetleri”: “İnsan sağlığına zarar veren değişik ve çok çeşitli etkenlerin yok edilebilmesi (*preventive medicine*), hastalıklara tanı konulması için hasta muayenesi ve gerektiğinde tedavi (*curative medicine*), bedensel, akılsal yeteneklerin yitme ve azalma durumunda bu yeteneklere yeniden kavuşturma konusunda tıbbi bakım (*rehabilitation, readaptation*) çalışmalarının tümüdür (Dağlı, 2006). Dünya Sağlık Örgütünün sağlık hizmetleri hakkındaki diğer bir tanımı ise; Belirli sağlık kuruluşlarında, değişik tip sağlık personelinden yararlanarak toplumun gereksinme 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 sistemdir (Öztürk, 1996).

Sağlık hizmetleri kişilerin sağlığının korunması, teşhis, tedavi ve bakım için kişisel ve kurumsal olarak kamu ya da özel şahısların vermiş olduğu hizmetler olarak tanımlanabilir. Bu tanımın özellikleri şu şekilde özetlenebilir:

- Sağlık hizmetleri faaliyetleri “ kişilerin sağlığının korunması” ve “teşhis, tedavi, bakım” olmak üzere, iki ana grupta toplanmaktadır. Sağlık hizmetleri kişisel olarak ya da kurumsal olarak sunulabilir.
- Gelişmiş ülkelerde üst düzeylerde kurumsallaşma söz konusu olduğundan, sağlık hizmetlerinin örgütler tarafından sunulması daha yaygındır. Özellikle sunulan son hizmetin bir ekip ile üretilmesi ve daha etkin sunulabilmesi kurumsal düşünmeyi ve uygulamayı zorunlu kılabilmektedir.
- Sağlık hizmeti kamu ya da özel şahısların sunmuş oldukları hizmetlerdir. Değişim (mübadele) sürecinin kar amacı taşıması ya da taşınamaması önemli değildir. Önemli olan, hizmet aracılığı ile ihtiyaçların doyuma ulaştırılmasıdır ki, bu da sağlık hizmetlerinin ana amaçlarından biridir. Bu yönüyle, sağlık hizmetleri sektöründe kar amaçlı ticari kuruluşlar olduğuna kadar, kar amacı gütmeyen kuruluşlar da yer almaktadır (Odabaşı ve Oyman, 1998).

Hizmet pazarlaması içerisinde yer alan sağlık hizmetleri, genel olarak sağlığın korunması ve hastalıkların tedavisi için yapılan çalışmalar olarak tanımlanabileceği gibi (Kavuncubaşı, 2000, s.24), Ertem (2007, s.111)’e göre; Bireylerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalık halinde iyileştirmek, iyileşmenin tam olarak sağlanamadığı koşullarda bireyin başkasının yardımına ihtiyaç duymadan mevcut durumu içerisinde en yüksek kalitede yaşamını sürdürebilmesi için yapılan planlı hizmetlerin tümü "sağlık hizmeti" olarak tanımlanır.

Sağlık; kişinin bireysel sermayesi olduğuna halde; sağlık hizmetleri, sağlık sermayesine yapılan yatırım unsurlarıdır (Özkara, 2006).

Bir ülkenin kalkınmasında ve refah düzeyinin yükseltilmesinde sağlık hizmetleri çok boyutlu ve karmaşık bir hizmetler zinciridir. Kamu harcamaları içerisinde cari ve yatırım harcamaları özelliği taşıyan bu hizmetler özel öneme sahiptir (Sayım ve Çıraklı, 2009). Toplumların refah düzeyleri yükseldikçe, sağlığa verilen önem de artmakta, kişiler daha fazla harcama yapmakta, ülkeler sağlık giderleri için bütçelerinden daha fazla kaynak ayırmaktadırlar (Tatarlı, 2007).

Sağlık hizmetleri, temiz içme suyu ve iyi beslenmeden başlayarak en ileri tıp teknolojisini gerektiren tanı-tedavi hizmetlerine kadar olan çok geniş bir faaliyet yelpazesini kapsar (Yeginboy, 1993, s. 3).

Sağlık hizmetlerinin, nispeten az sayıdaki özellikli müdahalelerden dünya yoksullarına yapılan yardımlara kadar olan geniş kapsamı her yıl milyonlarca hayatı kurtarabilir, yoksulluğu azaltabilir, ekonomik gelişmeyi kamçılatabilir ve dünya çapında güvenliğe katkıda bulunabilir (WHO, 2001).

Sağlıklı bir toplum, bireylerin hastalık halinin giderilmesi ve hastalanma olasılıklarının azaltılmasıyla kazanılabilir (Sayım ve Çıraklı, 2009). Bu nedenle sağlık hizmetlerinin herkese, eşit, ulaşılabilir ve memnuniyet sağlayacak bir düzeyde verilmesi gerekir. Ancak, bu hizmetlerin, hizmeti alması beklenen kişilerce kabul edilebilir ve kullanılabilir olmalıdır. Toplumun kültürüne, alışkanlıklarına ve beklentilerine uygun olmayan sağlık hizmetleri, toplum tarafından benimsenmez ve kullanılmaz. Başka bir ifade ile sağlık hizmetlerinin planlanmasında ve yürütülmesinde toplumun özelliklerinin ve beklentilerinin bilinmesi ve bunların dikkate alınması, sağlık hizmetlerinin kullanımını ve verimini artırır (Öztek,1996, s.37).

Eğitim ve sağlık sorunlarını çözen ülkelerin kalkınmış oldukları kabul edilmektedir. Toplumun sağlık sorunlarını en iyi şekilde çözmek, sistemlerin öncelikli bir politikaları olmalıdır. Bunun bilincinde olan toplumlar, yeterli, her kesime, eşit şekilde sağlık hizmeti sunabilmek için çeşitli önlemler almışlar ve uygulamaya başlamışlardır (Velioğlu, 1998, s.64). Günümüzde insanlar sağlıklı bir yaşam için sadece hastalıkların önlenmesine yönelik sağlığı koruma çabalarını yeterli görmemektedir. Bunun yanında, tükettikleri gıdanın sağlıklı olmasını ve piyasada yer alan ürünlerin güvenlik standartlarını karşılamasını, kendilerinin ve çocuklarının

sağlıklı bir çevrede yaşamlarını sürdürmelerini, işyerlerinde güvenlik ve hijyen koşullarının sağlanmasını ve hatta yolculuk ve geziler sırasında üst düzey bir sağlık yardımı almak ve danışma hizmetlerinden yararlanabilmeyi de istemektedirler (Sağlık Bakanlığı, 2001, s. 3). Dolayısıyla sağlık hizmetleri insanların istek ve gereksinimlere yanıt verebilecek düzeyde olmalıdır. Daha iyi ve daha sağlıklı bir ortamda yaşamak, çağımızın sürdürülebilir kalkınma anlayışı bağlamında, tüm insanların ortak beklentisidir. Bu beklentiye ulaşabilmek için, yaşam kalite ve standartlarının yükseltilmesi ve yükseltilmiş standartlara ulaşılabilirliğin artırılması gereklidir (Şener, 2005).

Sağlık hizmetlerinin gerektiği zaman, gereken nitelikle bulunabilmesi ve hizmetlerin finanse ediliş biçimi tüm toplumlardaki bireyleri değişik ölçülerde ilgilendiren bir konudur (Seçim, 1995, s. 271).Devletin görevi; vatandaşın sağlıklı bir ortamda yaşamasını sağlamak, ona sağlığını koruma bilinci vermek ve bunun için gerekli altyapıyı oluşturmaktır (Sağlık Bakanlığı,2001,s. 1). Dünya Sağlık Örgütünde de “Sağlık hizmetleri devletin iktisadi işlevinin en az seviyede olduğu ülkelerde bile, kamu işlevidir.” diye ifade edilmiştir (Tekin, 1987).

DSÖ’ nün, “2000 Yılında Herkese Sağlık” programı çerçevesinde, sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, hastalıkların ve hastalıkların olumsuz sonuçlarının azaltılması için iyileştirme önerileri dört başlık altında toplamaktadır. Bunlar; sağlıkta eşitlik (ülkelerarasındaki ve aynı ülkedeki nüfus gurupları arasındaki sağlık göstergelerindeki farklılıkların ortadan kaldırılması), sağlıklı bir hayat için insanların fiziksel ve zihinsel kapasitelerini tam olarak kullanmalarını sağlayarak yaşama anlam kazandırılması, insanların önemli hastalık ve sakatlıklar olmadan yaşadıkları yılların sayısını artırarak yaşama sağlık kazandırılması ve doğuştan beklenen yaşam süresinin yükseltilerek yaşamın uzatılmasıdır (Yıldırım, 1994, s. 11). Sağlık hizmetleri, insanın fiziksel, ruhsal ve toplumsal bakımdan sağlığının korunması, iyileştirilmesi ve bu durumun sürekliliğinin sağlanarak toplumun refah düzeyinin ve mutluluğunun geliştirilmesi amacı ile sunulan hizmetlerdir (Kitapçı, 1999). Sağlık hizmetleri, hayati öneme sahip hata kabul etmeyen, doğrudan insan hayatıyla ilgili bir hizmet alanıdır. Birçok kamu hizmetiyle karşılaştırıldığında sağlık hizmetlerinin üzerinde daha hassas durulması gerekmekte ve olabildiğince yüksek kalitede üretilmesi kaçınılmaz bir sorumluluk olmaktadır (Yüksel ve Sadaklıoğlu, 2007).

2.4. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri bireyin yaşam standartlarını ve kalitesini iyileştirmeyi ve yükseltmeyi amaçlayan temel hizmetlerin başında yer almaktadır (Günaydın, 2007). Birinci amacı, bireyleri hastalıklardan korumak ve onların yaşamlarını sağlıklı olarak sürdürmelerini sağlamak olsa da bazı durumlarda, her türlü çabaya karşın herkesi, her hastalıktan korumak mümkün olmaz ve o zaman sağlık hizmetlerinin ikinci amacı olan "hastaların tedavisi" söz konusu olur. Ayrıca bugünkü bilgilerimizle ve var olan yöntemlerle her hasta tam olarak tedavi edilemez; bazıları ölür bazıları sakat kalır. Böyle bir durumda da sağlık hizmetlerinin üçüncü amacı olan; sakatların başkalarına bağımlı olmadan, kendi kendilerine yeter biçimde yaşamalarını sağlamak yani rehabilite etmek devreye girer (Öztek, 2004, s.56)

Sağlık hizmetleri sunumu fonksiyonel olarak, belirtildiği şekilde sınıflandırılmaktadır:

- Koruyucu Sağlık Hizmetleri,
- Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri,
- Rehabilite Edici ve Esenleştirici Sağlık Hizmetleri (Kavuncubaşı,2000, s.34).

2.4.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Toplumunu oluşturan bireylerin öncelikle hasta olmalarını engellemek ya da mümkün olan en erken dönemde hastalıklarını teşhis etmek için yapılan çalışmalara koruyucu sağlık hizmetleri denmektedir (Günaydın, 2007). Koruyucu sağlık hizmetleri, bireyin ve toplumun sağlığının korunup geliştirilmesi için kişiye ve çevreye yönelik olarak alınacak tedbirlerin tamamını kapsamaktadır. Bu tür hizmetler, maliyeti düşük, etkileri yüksek olduğundan tipik birer kamu malı olarak kabul edilirler (Yıldırım,1994).

Toplumda hastalık ihtimali azaltılırsa, bütün toplum üyeleri bundan birbirine rakip olmaksızın yararlanırlar (Bulutoğlu, 1988, s. 297). Toplumun üyelerinden sadece biri için bu ihtimalin azaltılması, hepsi için azaltılması demektir (Özkar, 2006). Ancak bu hizmetler topluma götürülmediği takdirde ortaya çıkabilecek

olumsuz sonuçlardan tüm toplum etkilenir. Bu nedenle koruyucu sağlık hizmetleri, dışsal faydası en fazla olan sağlık hizmetidir (Tokalaş, 2006).

Gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkeler için en önemli sağlık hizmeti, koruyucu sağlık hizmetidir (Öztürk, 1992). Çünkü hükümetler için fiziksel planlama, konut, sanayi, tarım, ulaştırma, enerji ve çevrenin korunması gibi pek çok alanı kapsamaktadır. Bu hizmetlerin önemli bir yanı da sosyo-ekonomik kalkınma ile insan sağlığının korunması ve güçlendirilmesi yönünde bir yapının sağlanmasıdır (Çalışkan, 1999).

Koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetlerinin maliyetini düşürücü bir fonksiyon da taşır. Koruyucu Hekimlik (aile hekimliği) hizmetleri de ekonomik literatürde kamu ekonomisi (mal ve hizmetleri) üretimi kapsamına girer ve dolayısı ile bu tür hizmetler fiyatlandırılmaz (Bulutoğlu, 1981).

Sağlığı koruyucu önlemler başlıca üç düzeyde ele alınmaktadır;

-Birincil Koruma: Bireysel ya da toplumsal düzeyde sağlığı geliştirmek amacıyla, aşılama, dengeli beslenme, kötü yaşam alışkanlıklarının değiştirilmesi, çevrenin güvenli hale getirilmesi, fiziksel ve duygusal yönden iyi durumda olmak için gereken önlemlerin alınması.

-İkincil Koruma: Sağlığın bozulma olasılığı karşısında erken tanı ve tedavi önlemlerinin kişisel ve toplumsal düzeyde alınması.

-Üçüncül Koruma: Hastalığa bağlı olarak gelişebilecek sakatlık ve kalıcı bozuklukların en aza indirgenmesi, hastanın yeni duruma uyumu sağlanarak yaşam kalitesinin artırılması için alınması gereken önlemlerdir. Bir anlamda rehabilite edici ve esenleştirici hizmetlerin alanına girmektedir (Hayran ve Sur, 1997, s.17).

Koruyucu sağlık hizmetleri klasik olarak iki grupta incelenmektedir.

a) Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri;

Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin temel amacı, sağlıklı olma ve sağlığı korumanın öncelikle bireysel bir sorumluluk ve ihtiyaç olduğu düşüncesinin kazandırılması çabalarıdır. Sağlık evi, sağlık ocağı, ana-çocuk sağlığı merkezi, gezici sağlık birimi, dispanserler, revir ve hastanelerde hekim, ebe, hemşire gibi sağlık

meslekleri mensupları tarafından yürütülen hizmetlerdir Başlıca kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri şöyle sıralanabilir (Kavuncubaşı, 2000, s.36):

- Bağışıklama
- Erken tanı ve teşhis
- İlaçla koruma
- Kişisel temizlik ve bakım
- Yeterli ve dengeli beslenme
- Doğum kontrolü
- Sağlık eğitimi
- Ana çocuk sağlığı hizmetleri

b) Çevreye Yönelik Koruyucu Hizmetler:

Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin temel amacı ise; çevrede sağlığı olumsuz etkileyen biyolojik, fiziksel ve kimyasal etkenleri yok etmek veya kişileri etkilemelerini önlemektir. Çevre sağlığı birimi, halk sağlığı laboratuvarları, sağlık ocağı, okul sağlığı, gezici sağlık birimleri ve hastanelerde bu konuda özel eğitim görmüş mühendis, kimyager, veteriner, biyolog, çevre sağlığı teknisyeni vb. meslek mensupları tarafından yürütülen hizmetlerdir. Bu tür çevre sağlığı ile ilgili hizmetlerin bir kısmı şunlardır;

- Su kaynaklarının sağlanması ve denetimi
- Katı atıkların denetimi
- Zararlı canlılarla mücadele
- Besin sanitasyonu
- Hava kirliliğinin denetimi
- Gürültü kirliliğinin denetimi
- Radyolojik zararların denetimi
- İş sağlığı

- Gıda kaynakları kontrolü ve güvenliği
- Çevre risk unsurlarının denetimi (Günaydın, 2007).

2.4.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Hastalık belirtisi ortaya çıktıktan sonra, hastaların muayene ve tedavisini içeren hizmetlere ya da sağlık durumu bozulan kişilerin eski sağlık düzeylerine ulaşmalarını sağlamak üzere verilen hizmetlere "tedavi edici sağlık hizmetleri ya da tıbbi bakım hizmetleri" denilmektedir. Bu hizmetleri koruyucu sağlık hizmetlerinden ayıran en önemli özellik, kişilerin yararının ön planda olması ve temelde hekim sorumluluğunda diğer sağlık profesyonellerinin katkılarıyla sağlanmasıdır (Serin, 2004, s.11).

Ayakta tedavi, yatarak tedavi ve evde bakım hizmetleri olarak çeşitli şekillerde uygulanabilir. Koruyucu sağlık hizmetlerine göre tedavi edici sağlık hizmetleri daha pahalı bir sistemdir. Hizmetten faydalanan doğrudan bir özel fayda elde etmektedir. Dışsal fayda ise kişinin tedavi edilmesi sonucu toplumdaki diğer bireylere hastalık bulaştırma riskinin azaltılması ya da tedavi altına alınması ile topluma verebileceği zararların (psikiyatrik hastalar gibi) engellenmiş olması halinde ortaya çıkar. Tedavi edici sağlık hizmetleri sadece kamu sektörü tarafından sunulmaz. Piyasa ekonomisi içerisinde özel müteşebbisler tarafından da sunulur. (Tokalaş, 2006).

Tedavi hizmetlerinin genellikle bireylerin hissettikleri hastalık bulgularına dayanarak sağlık merkezlerine başvurmaları sonucu ortaya çıktığı söylenebilir. Fakat çoğu zaman bireyler hastalıkların farkında olmayabilirler ve bu nedenle de, bireyler eksik talepte bulunabilirler. Toplumda sağlık eğitiminin yetersizliği, bireylerin sağlıklı olma ya da sağlığına kavuşma çabalarının yetersizliğine yol açabilmektedir. Tedavi hizmetlerinde diğer bir sorun bireylerin tedavi merkezlerine ne derecede ulaşabildikleri ile ilgilidir. Hizmet sunumu, sağlık merkezleri, hastanelere ya da doktor muayenehanelerine ulaşım, uzun mesafeler, kötü ya da pahalı ulaşım türleri ve sağlık hizmetlerinin sunulduğu saatlerin uygun olmaması gibi nedenlerle güç olabilir. Sağlık hizmetlerinin ulaşabilirliğini ve kabul edilebilirliğini sınırlayan ekonomik, kültürel ve örgütlenme biçimi ile ilgili faktörlerde vardır. Örneğin, sosyal

güvenlik haklarının tüm ülkede gelişme göstermiş olmasına karşın, nüfusun tamamını kapsayan sağlık programları yetersiz olabilir (Çalışkan, 1999)

Tedavi edici sağlık hizmetleri çok boyutlu bir yapıdır. Ayakta tedavi birimlerinden en modern yataklı tedavi kurumlarına kadar uzanan sağlık kuruluşları yapısı ile tıbbi ve medikal cihaz ve malzeme sektörüne kadar uzanan geniş bir yelpazede yer almaktadır (Tokalaş, 2006) Bütün gelişmiş ülkelerde hâlihazırdaki harcama ve sermaye yatırımlarının her ikisinin de en büyük bölümünü hastane (yataklı tedavi kurumları) harcamaları oluşturmaktadır (Smith, 1994, s.34-35)

Tedavi edici sağlık hizmetleri hizmet kapsamı ve hizmet yoğunluğu ölçütü esas alınarak sınıflandırılmaktadır. Bu sınıflamaya göre tedavi edici sağlık hizmetleri (Kavuncubaşı, 2000, s.39);

- a) Birinci basamak tedavi hizmetleri
- b) İkinci basamak tedavi hizmetleri
- c) Üçüncü basamak tedavi hizmetleri olarak üç ana gruba ayrılmaktadır.

a) Birinci basamak tedavi hizmetleri

Sağlık hizmetleri içinde topluma en yakın olanı ve en çok kullanılanı birinci basamak sağlık hizmetleridir. Sağlık sisteminde basamaklar arasında ilişki olması gerekir. Pek çok ülkede, bireylerin önce birinci basamak sağlık hizmetlerini kullanması yönünde bir zorunluluk vardır. İkinci ve üçüncü basamakların kullanımı, birinci basamaktan geçerek ve birinci basamağın uygun, gerekli görmesi ile olanaklı olabilir (Belek,2001, s. 41). Temel sağlık hizmetleri de dediğimiz birinci basamak sağlık hizmetleri için ülkemizde de çeşitli dönemlerde hizmet sunum örgütlenme biçimi belirlenmiş olmasına rağmen tam manasıyla işlerlik kazanamamıştır (Sur, Gürses ve Aysel, 2001, s. 137).

Sağlık sistemindeki basamaklandırılmış bu yapı, sistemin verimliliğini sağlar, kaynakların gereksiz kullanımı önler ve finansman yükünü azaltır. Hastalıkların evde ya da ayakta teşhis ve tedavisi için düzenlenen hizmetlerde birinci basamak tedavi hizmetleri içerisinde yer alır. Türkiye’de sağlık ocakları, muayenehaneler, poliklinikler, verem savaş dispanserleri, ana-çocuk sağlığı merkezleri birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlardır (Bıyıklı, 2007). Bu

kuruluşlar; yataklı tedavi kuruluşları yani hastanelerin önünde filtre görevi yapmaktadırlar (Günaydın, 2007).

b) İkinci basamak tedavi hizmetleri

Yoğun tıbbi bilgi ve teknoloji gerektirmeyen hastalıkların teşhis ve yatırılarak tedavisi için düzenlenen hizmetlerdir (Kavucubaşı, 2000, s. 39). Bunlar 50-100 yataklı 4 uzman hekimin çalıştığı hastaneler olabileceği gibi, tam teşekküllü hastaneler de olabilir. Ülkemizdeki tam teşekküllü devlet hastaneleri, özel hastaneler, yataklı sağlık merkezleri bu tür hizmet veren kuruluşların bazı örnekleridir (Karabağ, 2007).

c) Üçüncü basamak tedavi hizmetleri

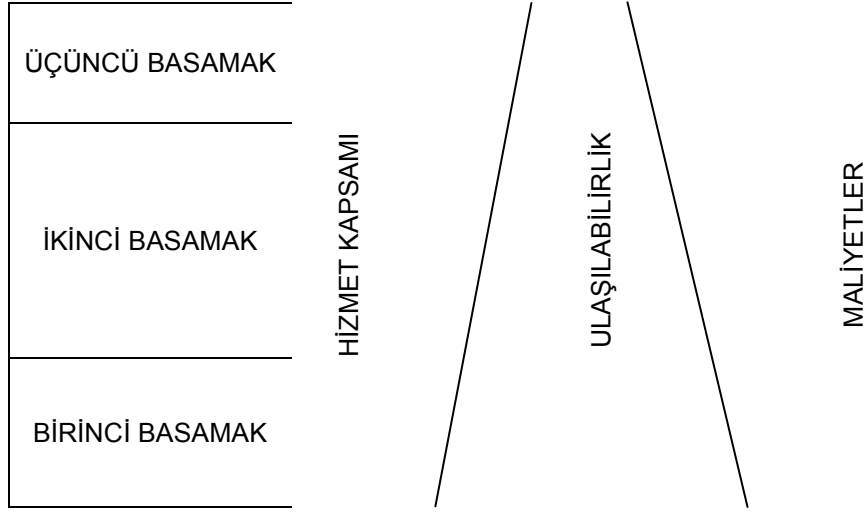
İleri tetkik ve özel tedavi gerektiren hastalıklar için düzenlenen sağlık hizmetleridir. Tıp teknik bilgisi, tıp teknolojisi ve meslekleşme düzeyi ileri düzeydedir. Türkiye’de ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri, kanser hastaneleri, meslek hastalıkları hastaneleri, üniversite hastaneleri, eğitim ve araştırma hastaneleri üçüncü basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlardır (Hayran ve Sur,1997, s. 18).

2.4.3. Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri

Hastalık ve kazalara bağlı olarak gelişen kalıcı bozukluklar ve sakatlıkların günlük hayatı etkilemesini engellemek ya da bu etkiyi en aza indirmek, kişinin bedensel ve ruhsal yönden başkalarına bağımlı olmadan yaşamalarını sağlamak amacıyla düzenlenen sağlık hizmetleridir. Rehabilitasyon hizmetleri ikiye ayrılmaktadır;

a) Tıbbi Rehabilitasyon: Bedensel kalıcı bozukluk ve sakatlıkların düzeltilmesi, yaşam kalitesinin artırılması amacıyla verilen hizmetlerin sağlık boyutuna tıbbi rehabilitasyon denir. Postür bozukluklarının düzeltilmesi, ekstremitte protezlerinin kullanılması, işitme, görme vb. kusurların en aza indirgenmesi çalışmaları bazı örneklerdir.

b) Sosyal Rehabilitasyon: Sakatlığı veya özrü olan kişilerin günlük hayata aktif olarak katılması, başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmesi amacıyla yapılan, ise uyum sağlama, yeni iş bulma ya da öğretme çalışmalarını kapsayan hizmetlerin toplumsal boyutuna da sosyal rehabilitasyon denir (Hayran ve Sur, 1998, s. 19).



Şekil.1. Birinci, ikinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Kaynak: Kavuncubaşı, Ş. (2000). Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara, Siyasal Kitapevi, s.69.

Birinci, ikinci ve üçüncü basamak tedavi hizmetleri ve kurumlarında verilen hizmetlerin kapsamı, ulaşılabilirlik düzeyi ve maliyetleri birbirinden farklılık göstermektedir. Öncelikle birinci basamak tedavi hizmetleri, ikinci ve üçüncü basamak tedavi hizmetlerine göre daha dar kapsamlı olup koruyucu sağlık hizmetlerinin yanında tedavisi yoğun bilgi ve tıbbi teknoloji gerektirmeyen hastalıklar ile ilgilenir. İkinci ve üçüncü basamak tedavi hizmetleri kurumları ise; büyük ölçüde tedavi hizmetleri sağlamaktadırlar. Birinci basamak tedavi hizmetlerinin ulaşılabilirlik düzeyi (toplumun gereksinme duyduğu anda bir hizmet kaynağına ulaşabilme kolaylığı) ikinci ve üçüncü basamaktan daha yüksektir. Ayrıca birinci basamak tedavi hizmetlerinin maliyeti, ikinci ve üçüncü basamakta verilen tedavi hizmetleri maliyetlerinden daha azdır; çünkü birinci basamak kapsamında verilen hizmetler daha az karmaşık olmaları yanında daha az yatırım ve işletme sermayesi gerektirmektedir (Kavuncubaşı, 2000, s. 69).

3. EVDE BAKIM HİZMETLERİ

3.1. Evde Bakım Hizmetleri Kavramı

Eskiden hastalar evde tedavi edilemeyecek kadar ağır ise hastaneye yatarlardı. Hasta tedavisinin bir ekip hizmeti olmaya başlaması, sağlık sigortalarının genellikle evde bakım ve ayaktan tedaviyi kapsamı ve hastanede hastaların sürekli gözlem altında olmasının sağladığı üstünlükler nedeniyle hasta tedavisinde hastaneler önem kazanmıştır (Fişek, 1997). Son yıllarda dramatik denilecek şekilde büyüyen sağlık harcamaları insanları evde bakım hizmetlerine yöneltmiştir. Özellikle uzun süreli hastalıklarda bu durum yaygınlaşmıştır önümüzdeki elli yılda da evde bakım hizmetlerine olan talebin artmaya devam edeceği düşünülmektedir (Engine, 2001). Bu nedenle evde bakım hizmetleri yeni ve hızlı gelişen en etkili ve verimli sağlık hizmeti modelidir.

Evde bakım ile ilgili literatür tarandığında, bu terminolojinin kullanımında değişik ülkelerde farklı birçok kavramlarla karşılaşılmıştır. Avrupa ülkeleri genellikle “evde bakım” (home care; heimpflege) olarak kullanmakta iken, Britanya Krallığı’nda yaygın olarak “topluma dayalı bakım”(community care) olarak kullanılmaktadır. ABD’ de bu kavram, ”topluma dayalı uzun süreli bakım” (community-based long-term care) olarak tanımlanmaktadır (Oğlak, 2007, s.14) İsrail’de ev hastanesi (hospital at home), Fransa’da ise evde bakım ve yaşam sonu desteği (home care - fin de vie) şeklinde kullanılmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü’ne (Knight ve Tjassing, 1994) göre; “Evde bakım, hizmeti alanlara kendi evlerinde sağlanan bir dizi sağlık ve sosyal destek hizmetleri”dir, diğer bir tanımına göre; evde bakım; formal ve informal bakım verenler tarafından ev ortamında bakım hizmeti sunulmasıdır (Subaşı ve Öztekin, 2006). Bu tanımdaki formal bakım; evde ya da kurumda hemşire, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı gibi meslek grupları tarafından verilen sağlık ve bakım hizmetleridir. İnformal bakım olarak nitelendirilen profesyonel olmayan bakım ise, ev ortamında herhangi bir ücret almadan, aile üyeleri, akrabaları, komşuları ya da arkadaşları tarafından yardım etme ya da bakım rolünün üstlenilmesidir (İnci, 2006) .

DSÖ Evde Uzun Süreli Bakım Çalışma Grubu’nun (Home-Based Long Term

Care Study Group) hazırladığı rapora göre ise, “Evde uzun süreli bakım, var olan sağlık ve sosyal sistemlerin bir parçasıdır ve bakıma gereksinim duyan kişiye aile, arkadaşlar ve komşular gibi geleneksel bakıcılar, gönüllüler ve asıl mesleği evde bakım olan kişiler ile bakıma yardımcı kişiler tarafından sağlanan bakım etkinlikleridir” (WHO, 2000).

Amerikan Tabipler Birliği'nin (AMA) 1979'da yaptığı tanıma göre evde bakım kişinin konforunun, fonksiyonlarının ve sağlığının en üst düzeyinin yeniden kazanılması ve sürdürülmesi amacıyla gerekli ekipman ve hizmetlerin ev ortamında sunulmasıdır.

Kanada Evde Bakım Kurumu'na göre evde bakım kısmen veya tamamen güçsüz hale gelmiş hastaların, evlerinde yaşamasına olanak sağlayan hizmetlerin sıklıkla koruyucu, geciktirici, uzun süreli veya akut bakım alternatiflerinin yerini alacak şekilde düzenlenmesi olarak tanımlanmaktadır. Evde Bakım Hizmetleri; farklı meslek üyelerinin işbirliği ve eşgüdümü ile koruyucu ve tedavi edici hizmetleri hasta ve ailesine kendi ev ortamlarında sunan bir hizmet modelidir (Akdemir, 2001).

Türkiye'de, Sağlık Bakanlığınca hazırlanan 10.03.2005 tarihli, 25751 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan 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 bakım ile takip hizmetlerinin sunulmasıdır. Bu tanımda, diğer evde bakım hizmetleri tanımlarından farklı olarak, hizmetlerin hekim odaklı olarak yürütülmesine önem verilmiştir. Bu yaklaşımda, Türk insanının sağlık hizmetlerinin sunumunda esas unsur olarak hekimi görmesi ve bu bağlamda paternalist bir yaklaşımın benimsenmesi etkili olabilir (Karadağ,2006).

Evde bakım kavramı, koruyucu, tedavi ve rehabilite edici bakımın sürekliliğinin etkili biçimde sağlanması gerekliliğinden hareketle tanımlanan, olağan sağlık hizmetlerini desteklemek ve güçlendirmek amacını güden bir bakım sistemini ifade eder (Aksayan ve Cimete, 1998,s.1).

24-26 Eylül 1998 tarihlerinde İstanbul Marmara Üniversitesi'nce düzenlenen 1. Ulusal Evde Bakım Kongresi sonuç raporuna göre evde bakım kavramı; koruyucu tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinde bedensel, ruhsal ve sosyal yönden gereksinimi olan birey ve ailelerine sürekliliğinin etkili biçimde sağlanması amacıyla güden, oluşturulacak standartlar çerçevesinde multidisipliner profesyonel hizmet organizasyonu ile taburculuğun planlanmasından başlayarak verilmesi gereken hizmetleri kapsar (s.17-19).

Sağlık sisteminde köklü değişiklikler yapılmasının hemen öncesinde, hem ülkemizde var olan önemli yasal ve alt yapısal birikimlerden yararlanmak hem de yapılacak iyileştirmelerde dikkate alınmasını sağlamak için “evde bakım” kavramının gerçek içeriğine kavuşması yararlı olacaktır (Aksayan ve Cimete ,1998,s.1).

Evde bakım, geniş bir çerçevede sağlık ve sosyal hizmetleri kapsayan bir kavramdır. Evde bakım hizmetleri; iyileşme döneminde, engelli, kronik veya terminal dönem hastaların günlük aktivitelerini sürdüreceği şekilde ihtiyaçları doğrultusunda medikal, hemşirelik, sosyal ve ya terapiye yönelik tedavinin ve/veya desteğin evlerinde sağlanmasıdır (Çakır, 2004).

Evde bakım, profesyonel bir kişinin, hastaya ve ailesine, hastanın evinde yardım sağlama girişimidir. Evde sunulan yardım sosyal, duygusal, bilişsel ve tıbbi gereksinimler üzerine odaklanmaktadır. Evde bakım, evde bulunan tüm bireylere, çocuklardan kronik hastalığı olan yaşlılara kadar herkese hizmet sunmak için kullanılmaktadır. Evde bakım hizmetleri uygulamaları sırasında özellikle de kronolojik hastalıkların bakımında, hastanın ve hasta yakınının bakım sırasında katılımcı olması beklenmektedir. Evde bakım hizmetlerinde ailenin katılımcı olması, amaca ulaşmada kolaylaştırıcı rol üstlenirken, hasta, hasta ailesi ve sağlık personeli arasındaki eşgüdümü de arttırmaktadır (Karabağ,2007).

Evde bakım hizmetlerinin özellikle tıbbi boyutunu vurgulayan bir diğer tanım da Tanlı (1996) tarafından yapılmıştır; Evde bakım hizmetleri sağlık hizmetlerinin bir parçası olup tıbbi kontrol altında hastalara ve ailelerine buldukları ve yaşadıkları ortamda gerekli sağlık hizmetlerinin götürülmesidir. Amaç günlük yaşam

şartlarını en az etkileyerek maksimum tedaviye ulaşmak yolu ile hastalığın ve yetersizliğin etkilerini en aza indirmek ve aynı zamanda yaşam ve yaşama şartlarını yükseltmektir. Sağlık düzeyini iyileştirmek ve yükseltmek için, ev ortamında sağlık hizmeti ve hizmet donanımını sağlamaktır (Kavuncubaşı, 2000, s. 41).

Erdoğan'a göre (2001,s.1), evde bakım hizmetleri, gelişmiş sağlık bakımının alt grubudur. Akut, kronik ya da kalıcı yetersizliği olan kişiler ve ailelerine kendi ortamlarında; bağımsızlıklarını en üst düzeyde tutan; hastalık ve yetersizlikleri en aza indiren; sağlığı koruyan, sürdüren ve rehabilite eden; hasta ve ailesinin gereksinimlerine göre planlanan bir hizmettir. Erdoğan, sağlık hizmetlerinin hasta ve ailesinin gereksinimlerine göre planlanmasına vurgu yapmaktadır. Bu yaklaşım sağlık hizmetlerinde yeni bir yaklaşım olan transmural bakım kavramını çağrıştırmaktadır. Hollanda'da evde bakım hizmetleri uygulamalarında transmural bakım kavramı ön plana çıkmaktadır. Transmural bakım, hastanın gereksinimlerine odaklanmış, sorumlulukların paylaşılmasına dayalı olarak genel ve özel bakıcıların da eşgüdümünde ve uyumunda sağlanan bakımdır (Karabağ, 2007).

Evde bakım diğer sağlık bakımı alanlarından sağlık personelinin hastanın evinde hizmet vermesi nedeniyle farklılık gösterir. Sağlık hizmetinin evde veriliyor olmasının gerektirmiş olduğu davranış farklılığının yanı sıra, gelişen tıbbın ve teknolojinin gereği olarak, evde hasta bakımı için özel olarak yetiştirilmiş sağlık personeli ve gelişmiş cihazlar gereklidir. Hastanın evde bakımında bu süreç içerisinde yer alan herkes birbirine destek olmalıdır. Hasta ailesi hastaya psikolojik destek, iyi bir gözlem, fiziksel yardım, tedavi planının takibi gerektiğinde yardım çağırmak gibi hastanın evde bakımında önemli bir takım faktörleri yerine getirebilirler. Evde bakım hizmetlerinde hasta ailesinin rolü kişilerin ev ortamında sağlık hizmetlerinin sunulması nedeniyle diğer sağlık merkezlerindeki tedavilere oranla daha büyük önem taşır (Çakır,2004).

Hastanın evde bakımında etkisi olan bir başka faktör ise hasta ve ailesinin toplum içindeki yerleridir. Ailenin hastanın sosyo-ekonomik düzeyleri ve sosyal sınıfları ulaşabilecekleri sağlık bakımının cinsinde ve kalitesinde etkilidir. Ailenin kültürel ve etnik geçmişi sağlık hizmetlerinden beklentileri de etkiler. Evde bakım hizmeti veren sağlık kurumlarının ve personellerinin bu olguları dikkate alması

gerekir. Sağlık personeli hasta bakımını hastanede vermek üzere yetiştiklerinden evde verilen bakım sırasında devamlı olarak farklı durumlarla karşılaşabilirler. Mevcut kuralların hasta evine uygulanması yerine, evde bakım profesyonelleri hasta ve ailesinin kural ve geleneklerini hasta bakımını etkilemeyecek şekilde kendilerine uyarlamalıdır (Harris, 1994,s.5-6).

Evde bakım hizmetleri genel olarak, hastaların evde bakımı, özürlülerin evde bakımı ve yaşlıların evde bakımı olmak üzere üç başlık altında toplanmaktadır. Bu gruplara sağlık hizmetleri, sosyal hizmetler ve rehabilitasyon hizmetleri verilmektedir (Varlık, 2008, s.43-53)

3.2. Evde Bakım Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi

Sağlık hizmetleri insanlık tarihi boyunca değişik formasyonlara sahip profesyoneller veya hayırseverler tarafından farklı ortamlarda verilmiştir. Bunun yanı sıra, yüzyıllardır hasta kişilerin evdeki bakımının aile bireyleri tarafından karşılanması doğal bir bakım şekli olarak kabul edilmiştir. Evde bakım hizmetlerinin tarihi gelişimi incelendiğinde hemşirelik hizmetleri şeklinde başladığı ve uzun yıllar bu şekilde yürütüldüğü görülmektedir (Cimete,1998, s.7-15).

Evde bakım hizmetlerinin kökleri 1700'lerde dini amaçlarla hasta ve fakirlere yapılan ziyaretlere dayanır. 1796' da Boston dispanseri ABD'de evde bakım hizmeti sunan ilk kuruluş olmuştur. Bu dispanserin felsefesi "hastalar evlerinden ayrılmadan kendi yuvalarında şifaya ulaşabilir" idi. Amerika'da ilk ziyaretçi hemşirelere "Bölge hemşireleri" denmiştir. Bunun en önemli temsilcisi Florence Nightingale'dir. 1800'lerin sonlarına doğru ev bakım hizmetleri bu konuda yetkili olmayan kişilere kalmıştır. Lisanslı olmayan hemşireler bakım vermiş, hasta ve ailesine temizlik ve ev bakım teknikleri öğretilmiştir. 1877'de ilk kez Newyork şehri kadınlar komisyonu evde bakım için bir mezun hemşireyi işe almıştır (Rice ve Smiley,1996; Stanhope,1996, s.805-825).

1940'lı yıllarda hastane yataklarının büyük kısmını uzun süre işgal eden kronik hastalıklı bireylerin giderek artması üzerine hastanelerin evde bakıma yoğun ilgi duymaya başladığı görülmektedir. Montefiore Hastanesi Evde Bakım Programı

1947’de tıbbi hemşirelik hizmetleri ve sosyal hizmetlerin sunulması amacıyla başlatılan ilk hastane destekli evde bakım programı olmuştur. Evde bakım hizmetleri Medicare ve Medicaid sigorta sisteminin 1965’te ABD’de hayata geçişi ile birlikte bir dönüm noktasına ulaşmıştır (Subaşı,2001). Tablo 1’de evde bakım hizmetlerinin ABD’deki gelişiminin kronolojik olarak bazı önemli noktaları gösterilmektedir.

Tablo.1. Evde Bakım Hizmetlerinin ABD’deki Kronolojik Gelişimi

1813	South Carolina’da Benevolent Society adlı ilk kadın örgütü fakir hastalara bakım için kurulur.
1832	Philadelphia Hemşirelik Örgütü fakirlere evlerinde bakım verir.
1877	New York Şehri Kilisesi eğitilmiş hemşireleri fakir hastaların evlerine gönderir.
1898	İlk belediye evde bakım hemşiresi fakir hastalara hizmet vermek üzere işe alınır
1901	Toplam 58 kurum 130 hemşireyle kamu sağlığı hizmeti verir.
1909	Visiting Nurse Quarterly, ilk meslek dergisi aylık basılmaya başlanır.
1909	Metropolitan Life sigorta şirketi sigortalılarına ilk kez evde bakım hizmeti sunar.
1916	1922 halk sağlığı kurumu 5150 hemşireyle hizmet verir.
1921	Evde prenatal ve yeni doğan bakımı hükümetçe kabul edilir.
1935	Devlet finansı ile sağlık müdürlüklerinin resmi evde bakım hizmetleri başlar.
1947	İlk organize evde bakım programı Montefiore Hastanesi’nde başlar (New York).
1950	Halk sağlığı hemşire sayısı 25100’e ulaşır.
1953	Yaşam sigortalıları evde hemşire bakımını poliçelerinden çıkarır.
1960	Yaşlılar için devlet tarafından ücretsiz evde bakım onaylanır.
1966	Medicare ve Medicaid evde bakım hizmetlerini kabul edip sunmaya başlar.
1982	Ulusal evde bakım organizasyonu kurulur.
1983	Devlet hastanelerinde kalış süresini azaltan ödeme planını uygulamaya koyar.
1993	Evde ve huzurevinde bakım dünya organizasyonu kurulur.

Kaynak: M.D. Harris, Handbook of Home Health Care Administration, Gaithersburg, Md. Aspen Publication, 1994.

19. yüzyılda ABD’de bu kadar gelişme yaşanırken, İngiltere’de de dullara ve çocuklarına evlerinde destek sağlanmamış bunun yerine, çocuklar ailelerinden alınarak binlerce çocuğun yaşadığı bakımevlerine yerleştirilmiştir. Bu girişimlere, “aileleri bir arada tutma yerine onları ayırmanın olumsuz etkilerini tanımlayan” güçlü eleştiriler yapılmıştır.

Avrupa’da 1937 yılında Danimarka’da başlatılan ev ziyareti programı, başarılı hizmet sunumu için örnek bir model olmuştur. Danimarka’daki ileri düzeyde

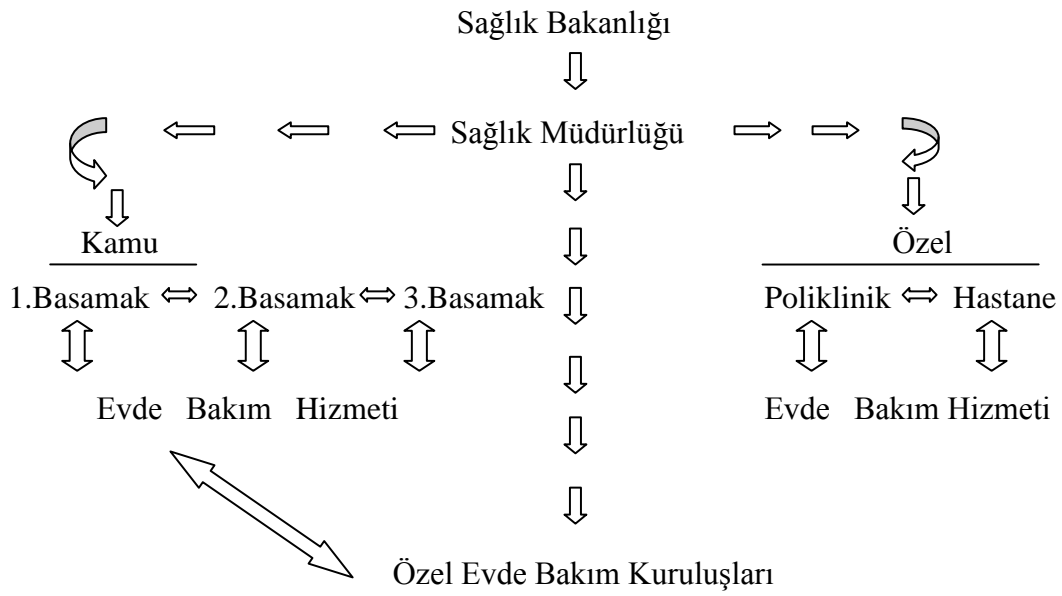
gelişmiş evde bakım sistemi, evli olmayan annelerin çocuklarının ve terk edilmiş ya da yetim-öksüz kalmış, sıklıkla kötü muamele gören çocukların, özel ailelere yerleştirilme uygulamasına dünya çapında bir ilginin uyandığı, 19. yüzyılın sonlarına dayanır. Danimarka’da, dört coğrafik bölgede uygulanan altı yıllık bir pilot çalışmanın olumlu sonuçları, ev ziyaretinin bebek ölüm hızını ve hastalanma oranını azalttığını göstermesi, evde bakım ve ev ziyaretlerinin öneminin artmasını büyük oranda hızlandırmıştır. Danimarka’da 6 yıl süren çalışmalar sonucunda, tüm ülkede çocuk haklarını savunan ve ev ziyaretleri gerçekleştirerek evde bakım sağlayan sivil toplum örgütlerinin oluşumunun desteklenmesi kararlaştırılmıştır. Çocuk haklarını savunan gruplar, “Çocuk ve Gençlik Komiteleri” (Child and Youth Committees) olarak adlandırılmıştır. Komitelerin görevi koruma, destekleme ve engellemedir. Komitelerde daha çok, sosyal hizmet çalışanları ve aile yardımcıları bulunmaktadır. Aile yardımcılarının yardımcı çalışan olarak kullanılmasının nedeni, gerekli hizmetleri sağlamada sosyal hizmet çalışanlarının sayısının yetersiz olmasından kaynaklanmaktadır. Danimarka’nın bazı bölgelerinde bir sosyal hizmet çalışanı, on ile yirmi aile yardımcısına rehberlik ve denetleme hizmeti vermiştir. Bir aile yardımcısı, aileyi ihtiyaçlarına göre günlük, haftalık veya ayda bir ziyaret etmekle görevlendirilmiştir. Burada öncelik, problemin aile bağlamı içerisinde çözülmesine verilmiştir (Karabağ,2007).

Evde bakım hizmetlerinin 20.yüzyıldaki gelişimi, büyük bir kısmının serbest piyasa kurallarına göre hizmet sunan kuruluşlarca sağlanması ve önemli ölçüde finansal nedenlerle ABD’de, dünyadaki diğer ülkelere göre daha hızlı olmuştur (Subaşı,2001). Günümüzde evde bakım hizmeti bulunmayan çok sayıda ülke vardır. Gelişmiş Avrupa ülkelerinin bir kısmında da hala bu hizmet sistemi emekleme döneminde dir.

Tarihte Osmanlılar döneminde 15. Yüzyılda Fatih Sultan Mehmet Han’ın 1470 tarihli Vakfiyesi’nde gezici hekimlik hizmetlerinin sunulduğu belirtilmektedir (Cingil, 2003). Türkiye’de evde bakımın geçmişi incelendiğinde hasta olan bireylere aile fertlerinin baktığı görülmektedir. Sonrasında küçük hemşirelik ajansları, özel hemşireler ve evde hasta bakan hasta bakıcılar ile evde bakım hizmetleri devam etmiştir. Toplumumuzun evde bakım hizmetlerine olan gereksinimine cevap vermek üzere özel evde bakım şirketleri kurulmuştur. Ancak bu şirketlerin finansmanı var

olan resmi sigorta sistemi içinde yer almadığı için toplumumuzun çoğunluğu bu hizmetleri alamazken, sosyo-ekonomik durumu yüksek düzeyde olan kişiler yararlanmıştır. Ülkemizde henüz tüm yapıları ile organize edilmiş bir evde bakım hizmetleri yokken, son 15-20 yıllık sürede yapılan kongre ve araştırmalar toplumumuzda evde bakım hizmetlerine olan gereksinimi açıkça yansıtılmıştır. Evde bakım hizmetinin kurumsallaştırılabilmesi için 24-26 Eylül 1998'de Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu ve Tıp Fakültesi tarafından düzenlenen 1.Ulusal Evde Bakım Kongresi Sonuç Raporu'nda aşağıda belirtilen önerilerde bulunulmuştur;

1. İlgili ve yetkili kurum ve kuruluşların harekete geçirecek toplantıların başlatılması, (Sağlık, Maliye, Milli Eğitim, İlgili Devlet Bakanlıkları, gönüllü kuruluşlar)
2. Basılı ve görsel yayın aracılığı ile kamuoyu oluşturulması,
3. Mevcut sağlık sistemindeki aksaklıkları düzenleyecek mevzuat çalışmalarının başlatılması,
4. Denetim sisteminin geliştirilmesi,
5. Standartların belirlenmesi,
6. Sevk zincirinin sağlanması,
7. Maliyet-etkinlik çalışmalarının yapılması ve sonuçlara yönelik pilot çalışmaların başlatılması (s.48-49)



Şekil.2. Türkiye'de Evde Bakım Hizmetlerinin Kurumsallaştırılmasına İlişkin Önerilen Şema

Kaynak: 24-26 Eylül 1998'de M.Ü. 1.Ulusal Evde Bakım Kongresi Sonuç Raporu

Sağlık Bakanlığı'nın evde bakım hizmetleri hakkında hazırladığı yönetmelik 10.03.2005'de kabul edilmesi ile resmi sigorta kapsamı içine alınmış olup, ülkemizde evde sağlık hizmetleri başlatılmıştır. Evde bakım hizmetlerinin tarihsel süreci incelenerek ev ziyaretinin başlangıcından bugünkü durumuna kadar bakıldığında, evde bakım hizmetlerinin değerinin sürekli yeniden keşfedilmekte olduğu görülmektedir. Evde bakım hizmetleri, en azından iki yüzyıldır sürmekte olan pek çok ülkede hastalara, özel topluluklara ve hem de genel nüfusa hizmet sunmada bir yöntem olarak benimsenmiştir (Karabağ, 2007)

3.3. Evde Bakım Hizmetlerinin Hedefi

Hedeflerin bir kısmı bakım alanların, bir kısmı da toplumun ve sağlık bakım sisteminin yararınadır. Evde bakım hizmetlerinin genel hedefi; bireyin sağlığını korumak, yükseltmek, yeniden sağlığına kavuşturmak, hastalığın etkilerini en aza indirerek hastanın bağımsızlığını en üst düzeye çıkarmak, sağlığı sürdürmek ve geliştirmek yaşam kalitesini artırmaktır.

Evde bakım, kronik hastalıkların izlem ve tedavisi, terminal dönem sorunları, fizik tedavi, konuşma ve solunum terapileri, ilaç uygulamaları, parenteral beslenme ve daha pek çok gerçek ya da olası sağlık problemlerine yönelik hizmet gereksinimlerinin karşılanmasını amaçlar (Aksayan ve Cimete 1998,s.1). Fiziksel, sosyal ve duygusal yönden gereksinimi olan birey ve ailelere koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin sürekli ve etkili bir biçimde sunumu da evde bakımın amaçları içerisindedir. Bu çok boyutlu amaçların gerçekleştirilmesi için disiplinler arası hizmet işbirliğine gereksinim vardır (Akdemir, Yurtsever ve Özer 2004; Kayıhan, 2008,s.40-46; Varlık, 2008,s.43-53).

Evde bakım hizmetlerinde ailenin katılımcı olması, amaca ulaşmada kolaylaştırıcı rol üstlenirken, hasta, hasta ailesi ve sağlık personeli arasındaki eşgüdümü de artırmaktadır (Karabağ, 2007).

Evde bakımın diğer bir boyutu; tıbbi hizmetlerin sosyal hizmetlerle bütünleştirilerek hastanın yaşam ortamında sunulması ve sağlık hizmetlerinin

insancıl niteliğinin güçlendirilmesi olanağını yaratmaktadır (Aksayan ve Cimete 1998,s.1).

Evde bakım, hastane bakımı ile karşılaştırıldığında, en etkili bakım türü olarak kabul edilmekte olup, evde kalmak, kendi içinde olumlu bir amaç olarak düşünülmektedir. Kronik hastalığı olanlar için evde bakımın hedefleri açıkça tanımlanmıştır. Ancak son dönemdeki hastalar için hedefler, terminal dönemin etkilerine rağmen, kalan yaşamı değerli kılmak, fiziksel ve zihinsel rahatlık sağlamak ve hastaların büyük bölümünün yeğlediği gibi ölümün ev ortamında gerçekleşmesini sağlamaktır (Karadağ, 2006). Evde bakımın diğer bir hedefi, hastanın günlük yaşam etkinliklerini yapabilmesine olanak sağlamaktır. Aşağıdaki şekil 3’de evde bakımın hedefi gösterilmiştir.

HEDEFLER

- *Yaşam kalitesini geliştirmek/devam ettirmek
- *İşlevsel sağlık durumunu iyileştirmek
- *Bağımsızlık

EVDE BAKIM

Önleyici Önlemler ve Değerlendirmeler

- *Önleyici değerlendirme
- *Öneriler

Bireysel Gereksinimlerle İlgili Bakım Hizmetleri

- *Fiziksel
- *Psikososyal
- *Sosyal
- *Bilişsel

Taburcu Sonrası Eylemler ve Değerlendirmeler

- *Değerlendirmeler
- *Planlama
- *Uygulama
- *İzlem

SONUÇLAR

Sağlık Durumundaki Önemli Gelişme

- *Günlük Yaşam Etkinlikleri (ADL)/Aletli Günlük Yaşam Etkinlikleri (IADL)
- *Sosyal Gelişme
- *Bilişsel Durum

Yaşam Kalitesini Geliştirmek ve Devam Ettirmek

- *İyi Olma Durumu
- *Yaşam Kalitesi

Şekil.3. Evde Bakımın Hedefleri, İçeriği ve Sonuçları

Kaynak: Thome, B. , Dykes, A-K. , Hallberg, R.I. (2003). “Home care with regard to definition, care recipients, content and outcome: systematic literature review”, Journal of Clinical Nursing 12, pp: 869

3.4. Evde Bakım Hizmetlerinin Organizasyonu

Evde bakım hizmetlerinin organizasyonu, ülkeden ülkeye farklı şekillerde sunulduğu görülmekle birlikte, genel olarak; hastaneye dayalı evde bakım ve topluma dayalı evde bakım hizmetleri şeklinde yapılandırılmıştır;

a) Hastaneye dayalı kısa süreli evde bakım hizmetleri: Hastaneye dayalı evde bakım hizmeti, hastanenin “evde bakım birimi” tarafından, günlük yaşam aktivitelerinde yardıma ihtiyaç duyan özürlü, kronik veya terminal hastalığı olan kişilere, kendi evlerinde tıbbi/terapötik tedavi, hemşirelik ve sosyal hizmetlerin sağlanmasıdır (JCOAH, 1987).

Son yıllarda hastane hizmetlerindeki maliyetlerin yükselmesi ve nüfus yapısının değişmesine paralel olarak artan harcamalarını kontrol altına almak amacıyla erken taburculuk sisteminin geliştirilmesi zorunlu olmuştur. Bu bağlamda, hastaneye kısa süreli evde bakım, hastanelerden erken taburculuk olanaklarını sağlayan ve en çok tercih edilen bir yöntem olarak kabul görmektedir (Oğlak,2007,s.34).

Avrupa ve ABD’de çeşitli evde bakım hizmeti örgütlenmelerinden baskın olan hastane temelli evde bakım hizmetleridir. Kronik bakım gerektiren yatan ve ayakta tedavisi yapılan hastalar için alternatif olarak doğmuş ve yayılan bir bakım türüdür (Karabağ, 2007). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı’na bağlı devlet hastanelerinin çoğunda evde bakım hizmeti birimleri mevcut bulunmaktadır.

Hastaneye dayalı kısa süreli evde bakım, hastanede multidisipliner sağlık ekibi tarafından yürütülmekte ve bakım hizmetleri hastanın evinde sağlanmaktadır. Hastaya teknik destek, kaynak ve personel hastane tarafından sağlanmaktadır. İşbirliği anlayışı içinde çalışarak, gerekirse hasta taburcu olmadan önce evinde bakımın devamında gereksinim duyulacak düzenlemeler yapılmakta ve taburculuk sonrası yerine getirilmektedir. Örneğin, ortopedik cerrahi sonrası hasta taburcu olduktan sonra hemşirelik ve diğer bakım hizmetlerini almaya devam etmektedir. Hastane ile bağlantılı olması, ekip üyelerinin diğer birimlerle eşgüdüm içerisinde ve

hastane olanaklarından hasta adına yaralanma kolaylığı, hizmetin sürekliliğinde ve kalitesinde olumlu etki yaratmaktadır (Oğlak, 2007, s.34-35).

b) Topluma dayalı uzun süreli evde sosyal bakım hizmetleri: Yaşlılığın artması ile birlikte kurum bakımı hizmeti veren kuruluşların bu gereksinime yanıt verememesi ve maliyeti yüksek olması, batı ülkelerinde bakım hizmetlerini bireyin yaşadığı yerde alma eğilimini artırmıştır. Sunum açısından bakıldığında da belirli bölgeyi ve toplumu içine alacak şekilde organize olan kuruluşların varlığı dikkati çekmektedir. Söz konusu hizmetler, bireyi bütün olarak ele almakta, sağlık ve sosyal yaşama destek sağlamaya yönelik hizmeti bireyin yaşadığı çevrede vermeye çalışmaktadırlar. Başka bir anlatımla, yalnızca belirli bir bölgede böyle bir gereksinimi duyan ve talep edenlere verilmektedir. Bu hizmetler çoğunlukla evde bakım kuruluşları tarafından sağlanmakla birlikte, kayıtlı ve bağımsız kuruluşlarca da sağlanmaktadır. Topluma dayalı evde bakım kuruluşları; evde sağlık bakım kuruluşları, hospizler, ev temizliği ve ev yardım kuruluşları, daha çok hemşirelik kuruluşları tarafından özel hemşirelik hizmetleri ve ev temizlik hizmetlerinin verildiği kuruluşlardan oluşmaktadır. Destek hizmetler; ev işleri, alışveriş, bireyin ev dışındaki etkinlikleri ve gezdirilmesi hizmetlerini içermektedir. Özellikle yaşlıların gereksinim duyduğu bu hizmetler sertifikalı özel kuruluşlar tarafından verilmektedir. Bunlar, devlet sağlık sigortası ya da sosyal yardım programları tarafından finanse edildiği gibi, bakım gereksinimi duyanlar bu hizmetlerin tümünü kendileri finanse edebilmektedirler (Oğlak, 2007,s.35-36).

3.5. Evde Bakım Hizmeti Sunan Kuruluş Tipleri

Sistemli evde bakım hizmetlerinin ortaya çıkışı ile birlikte çok sayıda değişik yapıda kuruluş bakım ihtiyacı olan kişilerin gereksinimlerini karşılamak üzere ortaya çıkmıştır. Evde bakım hizmetlerinin sunumunda yapısal ve yönetsel olarak birbirinden farklı özellikleri olan beş tip kuruluş vardır;

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

1. Resmi Kuruluşlar: Devlet veya yerel yönetimlerin sağlık daireleri tarafından yönetilirler. Esas olarak vergi fonları ile finanse edilir ve kar amacı gütmeyenler. Ancak bu kuruluşlar da diğerleri gibi evde bakım için ödeme yapan kuruluşlarla anlaşma yapabilir ve verdikleri hizmetlerin karşılığı olarak bu kurumlardan ödeme kabul edebilirler. Bu kuruluşlar sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi gibi amaçları da olması ve aynı zamanda bütçelerinin sıklıkla kamu kaynaklarınca karşılanması sebebiyle diğer kuruluşlara daha kapsamlı toplum sağlığı hizmetleri sunabilirler.

2. Gönüllü Kuruluşlar: Bu gruptaki kuruluşları kar amaçlı olmayan evde bakım kuruluşları olarak sınıflamak mümkündür. Gönüllü kuruluşları hayır kurumları olduğu kadar sigorta kuruluşları, özel sigorta şirketleri ve hastaların yaptıkları ödemelerde finanse edebilmektedir. Bu kuruluşlar genellikle kamuya yararlı kurumlar olarak sınıflandırılmaları sebebiyle vergiden muaf tutulurlar.

3. Karma Kuruluşlar: Bazı toplamlarda maliyetlerin düşürülmesi ve hizmetlerdeki duplikasyonların önlenmesi amacıyla yönelik olarak evde bakım hizmeti sunan resmi ve gönüllü kuruluşların bir çatı altında karma kuruluşlar olarak bir araya getirildiği görülmektedir.

4. Hastane Destekli Kuruluşlar: Hastaneler sağlık bakımı hizmetlerini sunan temel sağlık kurumları olarak değerlendirilirler. 1970'lerden itibaren akut hastane bakımı sonrasında da bakımın sürdürülmesi gereğiyle ve kurum bakımı maliyetlerindeki artışa bir yanıt olarak hastane destekli evde bakım kuruluşlarının ortaya çıkmaya başladığı görülmektedir. Hastanelerin kar marjlarını kısma yönelik baskıların artışı, kişilerin önceki yıllara göre daha hasta olarak taburcu edilmesine neden olmuştur. Hastaya karşı artan sorumluluğun getirdiği riskler, daha iyi vaka yönetimi çabaları, ürün ve hizmet yelpazesindeki genişleme hastane yönetimlerini hastane destekli evde bakım kuruluşları kurmaya yöneltmiştir. Bu tip kuruluşların hastane yönetimlerince kontrol edilmeleri onları diğer kuruluşlardan ayırmaktadır. Ayrıca bu kurumlar hastaneler için bir kazanç kaynağı da teşkil etmektedirler.

5. Özel Kuruluşlar: Kar amaçlı kuruluşlardır. Hizmetler özel sigorta şirketleri ve hastaların doğrudan yaptıkları ödemeler ile finanse edilirler. Evde bakım hizmetlerinin bir kamu hizmeti olarak değerlendirilmesi sebebiyle kar amacı güden bu kuruluşların sundukları hizmetlerin düşük kalitede olacağı kanısında olanlar da vardır (Subaşı,2001).

3.6. Evde Bakım Hizmetlerinin Finansmanı

Sağlık hizmetlerinin finansmanında dünyada ağırlıklı olarak üç ana mekanizma kullanılmaktadır. Bunlar; genel vergiler (bütçeden/Beveridge modeli),sosyal sağlık sigortası (primler yoluyla/Bismarck modeli), cepten yapılan harcamalar ya da özel sigortalardır. Evde bakım hizmetlerinin finansmanında ise, ülkeler farklı yöntemler benimsemişlerdir. Geri kalmış ülkeler kamu finansmanını artıracak hemen hemen hiçbir olanağa sahip değildir. Bu ülkelerde, evde uzun süreli bakım, tümüyle profesyonel olmayan bakıcılar tarafından sağlanmaktadır (Karadağ,2006)

WHO (2000, s. 23) tarafından evde uzun süreli bakımın finansmanı ile ilgili beş yaklaşıma yer verilmektedir;

- Genel vergilendirme,
- Sosyal ya da sağlık sigortası,
- Değişebilen oranlardaki hizmet içeriğine göre cepten veya hizmet değişimi şeklinde ödeme,
- Özel sigorta,
- Ücretsiz personel kullanımı (gönüllüler).

Uzun süreli bakım genel sağlık sigortasının kapsamında ya da uzun süreli bakımı sağlayan özgün bir sigorta programı kapsamında olabilir. Bu yaklaşımların bir birleşimi kullanılabilir ya da farklı uzun süreli bakım hizmetleri için farklı finansman yöntemleri geliştirilebilir (WHO, 2000,s. 23).

Birçok ülkede, evde bakım hizmetinin sosyal sigortalar fonundan karşılanmasını sağlamak için yasal girişimler vardır. Uygulamada, bu fonlar sağlık sigortasına bağlı olmaktan çok, özel hedef grupları için düzenlenmiş ve birincil ölçüt

olarak maluliyete odaklanmıştır. Aynı zamanda bu fonlar, her düzeyde istemin değerlendirildiği hizmet hakkının kapsamı konusunda çok sıkı bir şekilde tanımlanmış ölçütlere sahiptir (WHO, 2000b,s. 39, 44, 55, 64, 75).

Amerika’da evde bakım hizmet ve araçlarının en büyük finansman kaynağı Medicare’dir. Medicare: 64 yaş üstü bireyler, 65 yaş altı sakat bireyler ve son dönem böbrek yetmezliği olan hastaların sağlık bakımı ödemelerini gerçekleştirir. Medicare iki bölümden oluşur. A bölümü (hastane sigortası) hastane, hospis veya evde bakımı, hekim, hemşire hizmetlerini finanse eder ve sosyal güvenlik gelirlerini fon olarak kullanır. Bireyler çalıştıkları süre içerisinde sosyal güvenlik ödemeleri kurumlarınca yapıldığı için ayrıca bir prim ödemek zorunda değildirler. Bu tür ödemeleri olmayan kişilerin yine Medicare’in A bölümü ödeme hizmetlerinden yararlanabilmeleri için değişik kolaylıklar getirilmiştir. Medicare’in B bölümü (medikal sigorta) hastanede ayaktan bakımı, hekim hizmetlerini ve A bölümünde yer almayan bazı hizmetlerin (fizik, uğraşı, konuşma vb.) finansmanını içerir. B bölümü fonu, bireylerin aylık primlerinden sağlanır. Bu nedenle bireyler (2000 yılı itibariyle) aylık 50 dolar prim ödemekte olup, 65 yaş altı bireylerde bu miktar yükselebilmektedir (Cimete,1998,s.13).

Adams, Kramer ve Wilson (1995) tarafından yapılan bir çalışmada, evde bakım hizmeti maliyetinin Medicare tarafından karşılandığı bir grup ile, maliyetlerin hizmet başı ödeme formlarıyla karşılandığı başka bir grup karşılaştırılmış ve hizmet kalitesi açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Türkiye sağlık sisteminin finansman yapısı karma özellik göstermektedir. Bir taraftan belirli bir kesim için sosyal sigorta modeli (Bismarck Modeli) uygulanırken diğer taraftan kamu yardımı (Beveridge Modeli) modeli uygulanmaktadır. Vatandaşlar sağlık hizmetlerini kamu sağlık sunucularından alabildikleri gibi serbest piyasa ekonomisi içerisinde kar güdüsüyle faaliyette bulunan özel sağlık sunucularından da alabilmektedir. Dolayısıyla, sağlık hizmetleri gerek arzı gerekse hizmet talebi açısından çeşitlilik göstermektedir. Türkiye’de sağlık hizmetleri finansmanının üç temel kaynağı vardır (Ateş, 2011, s.136-138);

1) Devlet bütçesi: Türkiye’de sağlık hizmetlerinin temel finansman kaynağını devlet bütçesi oluşturmaktadır. Özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinin

karşılanmasında ve yoksullara yönelik sağlık hizmetleri sunumunda finansman kaynağı devlet bütçesidir. Finansman kaynağı olarak devlet bütçesinden yapılan ödemeler, toplam sağlık harcamalarının yaklaşık %40'ını oluştururken kamu sağlık sigortasının payı %35, özel kesim finansmanı ise %20 civarındadır. Devlet bütçesi kaynaklı vergi gelirleri, sağlık hizmeti sunan Sağlık Bakanlığı, Üniversite Hastaneleri, Savunma Bakanlığı ve diğer kamu kurumlarının temel finansman kaynağını oluşturur.

2) Sosyal güvenlik kurumları: Sağlık sigortası, sigortalı ile eşi ve çocuklarının tedavi masraflarını ve ailesinin geçimini sağlamaktadır. Sağlık sigortası ile kişiler, sağlıklı oldukları sürede verdikleri prim ve katkılarla hastalandıklarında ya da kazaya uğradıklarında kendileri için yapılacak sağlık hizmetlerinin satın alınması kolaylaşmakta ve kişiler yarın endişesinden uzak kalmaktadırlar. Ülkemizde SSK, Emekli Sandığı, Bağ-kur, vakıf statüsünde ve tamamlayıcı sosyal sigorta sandıkları sağlık sigortasını uygulayan sosyal güvenlik kuruluşlarıdır.

3) Özel Sağlık Finansman: Sağlık hizmetleri tüketiminin giderek artması, bu hizmetleri kaliteli ve yeterli düzeyde satın almak isteyen kesimlerin, finansmanının tamamına veya bir kısmına katlanarak donanımlı ve iyi yetişmiş personel ve teknoloji destekli sağlık hizmeti talebini artırmıştır. Bu da özel kesim finansman modellerinin gündeme gelmesine yol açmıştır. Sağlık harcamalarının finansmanına doğrudan ödemelerle ya da kamu sağlık sigortası dışında kendi iradesiyle özel sağlık sigortası yaptırarak katılabilir. Bilindiği gibi hastalık insanların yaşamını, gelir düzeyini, iş yaşantısını etkilemektedir. Özellikle gelir seviyesi yüksek olan kişiler muayene, teşhis, tedavi, ilaç vb. giderlerini doğrudan ödemektedirler. Bununla beraber kamu sağlık sigortası çok sayıda kişiye belli sayıda risklere karşı asgari güvence sağladığından daha fazlasını isteyen kişiler özel sağlık sigortası yaptırmaktadır. Özel sağlık sigortası, bir sosyal güvenlik kurumuna kayıtlı olsun ya da olmasın karşılaşılabilecek hastalık ve/veya kaza sonucu yaralanması halinde ihtiyaç duyacağı muayene, tedavi ve ilaç masraflarını karşılayan bir sigorta türüdür.

3.7. Evde Bakım Kapsamında Sunulan Hizmetler

Evde bakım hizmetleri, özelliği gereği üç açıdan sınıflandırılmaktadır. Birincisi; evde bakım, yalnızca tıbbi hizmetlerin verilmesi değil, aynı zamanda bireyin gereksinim duyabileceği sosyal hizmetleri de içine almaktadır. İkincisi; evde bakım, kısa süreli veya uzun süreli olarak sunulmaktadır ve hizmet kapsamı çoğu kez birbirinden oldukça farklılık gösterebilmektedir. Kısa süreli sunulan evde bakım hizmetleri, tıbbi hizmet ağırlıklıdır ve çoğunlukla hastane sonrası nekahat dönemi içinde verilmektedir. Bu süre, genel olarak 30 gün ile sınırlandırılmıştır. Uzun süreli evde bakım hizmetleri ise, hem sosyal bakım ağırlıklıdır ve 6 aydan daha fazla bakım gereksiniminin duyulması durumundaki verilen hizmetleri içine almaktadır. Üçüncüsü ise; farklı meslek alanlarındaki uzman ya da yarı uzman kişilerin verdikleri evde bakım (formal care) ile aile bireylerinin verdikleri evde bakımdır (informal care). Uzmanlık düzeyinde verilen evde bakım hizmetleri genel olarak şu hizmetlerden oluşmaktadır;

a) Hemşirelik hizmetleri: Bireyin evine düzenli veya belirli aralıklarla uzman hemşirelerin ziyaretleri ve evde hemşirelik hizmetleri

b) Destek sağlık hizmetleri: Psikoterapi, fizik tedavi, ayak bakımı, konuşma ve meşguliyet tedavisi bireyin hareketini ve evde birine muhtaç olmadan yaşamasına yardım edecek hizmetler

c) Gündüz/Gece bakımı: Gündüz/gece bakım merkezlerinde bakıma muhtaç bireye gereksinimine uygun hizmet

d) Kişisel bakım (öz bakım): Bakıma muhtaç bireyin banyo yaptırılması, giyinmesine yardım vs. gibi günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesine yardımcı olacak hizmetler

e) Ev işlerine yardım, ev düzeninin yeniden oluşturulması: Evin temizlik, ütü ve alışveriş gibi hizmetlerine yardım hizmetleri ile daha güvenli yaşamayı sağlayacak ev düzeni değişikliklerinin yapılmasıdır. Örneğin; kapı, kilit onarımı, çatı onarımı, çıkış rampaları oluşturmak, tekerlekli sandalyenin evde dolaşımındaki engelleri ortadan kaldırmak vb.

f) Sosyal destek: Bireyin alışverişine yardım, randevularına götürülmesi, faturalarının ödenmesi, sosyal etkinliklere ve arkadaş ziyaretlerine götürülmesini sağlayacak hizmetler

g) Gıda ve beslenme hizmetleri: Evinde yemek hazırlama ve pişirme işlevini yerine getiremeyenlere evlere yemek dağıtım hizmetleri, sağlık eğitimi vb.

h) Danışmanlık hizmetleri: Bireyin hakları ve sorumlulukları ile ilgili öneri ve danışmanlık hizmetleri ile bireyin istek ve şikâyetlerinin ele alındığı hizmetler

i) Bakıcılar için destek hizmetler: Evde bakımı üstlenen gerek aile bireyleri gerekse para karşılığında hizmet sunan bakıcılara sağlanacak hizmetleri kapsamaktadır. Bu hizmetler, iki şekilde verilmektedir. Birincisi; Geçici Bakım (Respite Care): bakıcıların belirli dönemlerde dinlendirilmesi ya da izinli sayılması durumunda, söz konusu hizmetlerin geçici bir süre için kurumlarda (bakımevi ve benzeri yerlerde) verilmesidir. İkincisi; Bakıcı Destek Kuruluşları: Bu kuruluşlar, bakıcıların daha iyi hizmet vermelerini sağlayacak eğitim, bilgi, danışmanlık ve bakıcı hakları gibi temel konularda bakıcıların desteklenmesini hedeflemektedir (Oğlak,2007).

Evde bakım derneğinin Nisan 2010'da yaptığı çalıştay sonuç raporundaki geliştirilen önerilere göre; Evde bakım hizmetleri bir sağlık hakkı olarak kabul edilerek sağlık ve sosyal hizmetler birbirleri ile koordineli şekilde yürütülmelidir. Evde bakım hizmetleri, birbirleri ile koordinasyon içinde sunulması gereken aşağıdaki hizmetleri kapsamalıdır:

- i.** Sağlık hizmetleri,
- ii.** Sosyal bakım Hizmetleri,
- iii.** Sosyal destek hizmetleri,
- iv.** Psikolojik hizmetler,
- v.** Cihaz-ekipman hizmetleri,
- vi.** Eğitim hizmetleri,
- vii.** Tıbbi ve sosyal rehabilitasyon hizmetleri,
- viii.** Beslenme takibi,
- ix.** Ulaşım desteği hizmetleridir.

Evde bakım hizmetleri kapsamında değerlendirilen ve üzerinde ilgili sektörlerin uzlaştığı bir çekirdek hizmet listesi yoktur. Hizmete duyulan gereksinim ve hizmetin sağlanabilmesi koşuluyla bu kapsamdaki hizmetler arttırılabilir veya azaltılabilir (Ateş, M.,2011). Evde bakım hizmetleri salt sağlık hizmet sunumu açısından incelenecek olursa, altı başlığa ayırmak mümkün olacaktır;

1. Evde koruyucu bakım
2. Evde tanı koyucu bakım
3. Evde tedavi edici bakım
4. Evde rehabilite edici bakım
5. Evde uzun süreli bakım
6. Evde hospiz bakımı

1. Evde koruyucu bakım: Evde koruyucu bakım kurumsal bakımının bir uzantısı olarak görülmelidir. Osteoporozlu bir hastada düşmelerin ve buna bağlı kırıkların önlenmesi; evde yataktan ve sandalyeden kalkarken kullanılacak sıralar ve tutunulacak barların yapılması; uygun aydınlatma, merdiven tırabzanları yapılması ve kayan halıların kaldırılması gibi konularla ilgili olarak sağlıklı çevre bilincinin geliştirilmesi amacıyla danışmanlık verilmesi ve hasta eğitimini; eklemleri koruyucu uygulamalar ile yaşamsal aktivitelere yardımcı gereçlerin kullanılmasını; eklem ve kasların güçlenmesi ve dengenin arttırılması amacıyla uygulanacak fizik tedavi programlarını kapsar. Hasta bakımında yükün büyük kısmının hasta kişinin kendisine ve aile üyelerine düşmesi sebebiyle aile içi dinamiklerin yakından izlenmesi, davranışsal bazı değişiklerin yapılması ve hasta eğitimi ve danışmanlık hizmetleri ile tıbbi tedavi planına uyumun sağlanması koruyucu evde bakımın en önemli parçasını oluşturmaktadır. Koruyucu evde bakım hizmetleri hastanın durumunun stabilize olmasından sonra fonksiyonlarının en üst düzeyde tutulmasını, sakatlıkların önlenmesini, sağlığın ve iyilik halinin sürdürülmesini sağlar (Subaşı,2001).

2. Evde tanı koyucu bakım: Mali baskılar ve teknolojinin sağladığı olanaklar tanı koydurucu hizmetleri hastanelerden muayenehane ve evlere taşımıştır. Ayrıca bazı hastalar için ev ziyareti uygun bir tanı koyma yolu olabilir. Bu hastalar

çok sayıda tıbbi problemi olan, yürüme güçlüğü çeken, çok sayıda tedavi uygulanan ve sıklıkla düşen kişilerdir. Tıbbi tedaviye cevabı zayıf hastalar, kronik hastalığı olanlar, iletişimi zayıf ve bakımlarını yeterli bulmayan hastalar, beslenmesi bakım verenler tarafından gerçekleştirilen özürlü hastalar, istismar edildiğinden şüphelenilen hastalar, muayeneye gelmeyi reddeden ve bilinen önemli bir sağlık problemi olan yaşlı hastalar, sorunları ile baş etme güçlüğü çeken, yeni eve bağımlı hale gelmiş hastalar evde tanı konulmaya uygun hastalardır. Evde tanı koyulurken Portnow ve Bernstein tarafından tanımlanan ve hastanelerde uygulanan alışılmış yöntemden farklı bir yöntem olan Basamak Yöntemi (Stepwise Method) kullanılır (Subaşı,2001).

3. Evde tedavi edici bakım: Bugün artık hastalar hastanelerin yoğun bakım ünitelerinden doğrudan eve gidebilmektedir. Bu nedenle tıbbi teknolojinin en çok gelişen alanlarından biri de evde tedavi edici hizmetler kapsamında kullanılan malzeme ve ekipmanın üretimidir. Bu hizmetlerde temel amaç hastanın ve ailesinin günlük yaşamlarına devam etmelerinin kendi kendilerine yeter hale getirilerek sağlanmasıdır (Subaşı,2001).

4. Evde rehabilite edici bakım: Bu hizmet ile; hastaneye yatışı takiben dikkatli bir biçimde hazırlanmış ev programı yardımıyla aile bireyleri ve hastanın da katılımı sağlanarak tedavi edici protokoller sürdürülürken bireyin bağımsızlığının sağlanması ve en kısa sürede sosyo-ekonomik yaşama dönmesi ve topluma katılımının yeniden sağlanması amaçlanmaktadır. Disiplinler arası işbirliği ile sakatlanmış bir çocuğun eğitimini sürdürmesi ve yetişkin olduğunda ise iş yaşamına katılması ve normal üretken birey olması amaçlanmaktadır. Yaşlının evde rehabilitasyonu ile fonksiyonel kapasitenin maksimuma çıkarılması, mobilizasyonu ve sosyal yaşama katılması ek bir maliyet getirirse bile amaçlanmaktadır. AIDS hastalarının evde rehabilitasyonu da giderek önem kazanmaktadır (Subaşı,2001).

5.Evde uzun süreli bakım: Uzun süreli bakım hizmetlerinin hedefi, bakım hizmetlerine sürekli olarak gereksinim duyan kronik hastalar, yaşlılar ve özürülerin sağlığını korumak; bakıma muhtaçlık derecelerinin daha da artmasını önlemek;

hastalık ve özür lülüğün ortadan kaldırılamadığı durumlarda olabildiğince bağımsız yaşamayı sağlayacak eğitim ve beceriler kazandırmak ve profesyonel anlamda kaliteli bakım hizmetlerini sunmaktır (Seyyar, 2005). Bakıma muhtaçlık; günlük yaşam aktiviteleri ve yardımcı yaşam aktivitelerinden en az birini yardımsız olarak yerine getirememesi durumudur. Günlük yaşam aktivitelerinin ve yardımcı yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesinde zorluk çekme ve bilişsel yetersizlik, zorunlu gözetim altında tutulma gereksinimi, bakım hizmetlerinden yararlanma koşulu olarak birçok ülkede kullanılmaktadır. Bazı ülkelerde yaşa bağlı oluşabilecek sağlık ve bakım sorunlarından dolayı bakıma muhtaç olanlar da kapsam içine alınmıştır(Oğlak, 2007, s.8). Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payının giderek artması nedeniyle özellikle 85 yaş üzeri yaşlıların evde bakım hizmet talebinin en büyük oranı oluşturduğu gözlenmektedir. Ancak uzun süreli bakım gereksinimi olan bireylerin gereksinim duyduğu hizmetlerin daha çok destekleyici hizmetler olduğu ve bunların %85'nin aile bireyleri ve arkadaşlarca sağlanabildiği, sadece %15'nin dışarıdan talep edilmesi gerektiği görülmüştür. Ancak bakım veren kişilerin mali, fiziksel, duygusal yükleri ağır olabilir. Bu nedenle informal destek sistemlerin güçlendirilmesi, bakım verenlerin dinlendirilmesi sağlanmalı ve danışmanlık hizmetleri verilmelidir (Subaşı,2001).

6. Evde hospiz bakımı: Terminal dönem hastalarının %50-70'i ölümlerine kadar olan süre içerisinde mümkün olduğu sürece evlerinde kalmak istemektedir. Ancak bu hastaların çok az bir kısmı (%23), sunulan hizmetlerdeki yetersizlikler nedeni ile evinde ölmektedir. Hospiz hareketi ölmekte olan kişinin bakımına humanistik yaklaşım olarak tanımlanmaktadır. ABD'de evde bakım alan her üç kişiden birinin tanısı kanserdir. Hospiz bu grubun sorunlarının çoğuna çözüm getiren bir bakım şekli olarak görülmektedir. Hospiz kavramı terminal dönem hastalar ile ailelerine yoğun bakım olanakları sağlayan bir yaklaşımdır. Ölen hastanın ölüm yerinden çok, ölüm için seçilen bir yol olarak görülebilir. Hospiz vakur bir biçimde ölmeyi seçen insanlara yardıma ve ailelerine destek olmaya odaklanmıştır. Ayrıca Hospiz hastalarda tedavi edici bakımı değil, palyatif bakımı esas almaktadır. Palyatif bakım kişinin hastalığına bağlı ortaya çıkan ve hastaya sıkıntı veren sağlık sorunlarının giderilmesini ve azaltılmasını amaçlar. Bu şekilde hastanın günlük yaşam kalitesi yükseltilmeye çalışılır. Evde hospiz bakımı kardiyomyopati, multiple skleroz, AIDS, kanser, amfizem ve böbrek yetmezliği gibi tanıları bulunan hastaların

terminal dönemde faydalı olabilen bir bakım şeklidir. Hospiz hareketi Cicely Saunders isimli hekim tarafından 1960'da İngiltere'de kurulan St Christopher's Hospice'i ile başlamıştır. Yaşlı nüfusunun artışı, yaşamı uzatan teknolojideki gelişmeler, toplumun kanserler hakkında artan bilgisi ve korkusu, öğrenim düzeyi artan hasta grubunun kendi bakımı konusunda daha çok söz sahibi olma istekleri son yıllarda dünyada bu hareketin ivme kazanmasına neden olmuştur. Ayrıca Hastanede kür odaklı yüksek teknolojlili tedavilerin ev ortamındaki bakımdan daha yüksek maliyetli ancak daha az konforlu olması da hareketin gelişmesinde etkili olmuştur.

Hospiz hareketinin amaçları; kişilerin tıbbi, duygusal ve manevi sorunları ile ilgilenmek, ailenin tümüne destek olmak, mümkün olduğunca uzun süre hastanın kendi evinde kalmasını sağlamak ve kalan yaşamını mümkün olduğu kadar rahat ve anlamlı geçmesine yardımcı olmak, gönüllülerin de desteğini alan sağlık personeli tarafından sunulan hizmetlerin sağlanması, ağrı ve diğer belirtilerin ortadan kaldırılmasıdır. 1990 sonrasında hospiz hizmetleri kurumlardan ev ortamına kaymıştır. ABD'de kişinin hospiz hizmetini alabilmesi için hekim tarafından terminal dönem hasta olduğunun (6 ay ve daha az yaşam süresi kalma durumu) belirlenmesi gerekmektedir. Kanada'dan Potter ise terminal dönemi genellikle yaşamın son 6 haftası olarak belirtmekte, hospiz bakımına başlangıcın hasta, ailesi, hekimin birlikte yapılacak tedavinin hastalığın gidişatı üzerinde etkisi olmadığına karar vermelerinden sonra olabileceğini yazmaktadır. Hasta ve ailesinin hospiz bakımı sırasında kardiyopulmoner resusitasyon gibi acil girişimlerin yapılmayacağını kabul etmesi gerekmektedir. Bu uygulamalar yerine ağrı kontrolü gibi yaşam kalitesini üst düzeyde sürdürmeyi amaçlayan tedaviler kullanılır. Hekim, hemşire, sosyal hizmet uzmanı gibi kişilerden oluşan multidisipliner ekip hospiz programını yürütür. Bazı durumlarda hasta ailesi yaşadıkları sürecin yüküne dayanamamakta ve kurumsal bakım istemektedir. Bu istekleri karşılayabilecek hospiz üniteleri, hastaneler veya diğer yataklı tedavi kurumları içinde ayrı üniteler olarak kurulmaktadır. Hospiz programlarında gönüllülerin hasta evlerine yapacakları düzenli ziyaretlere de yer verilmektedir. Gönüllüler rahatlatıcı bakım (respite care) konusunda ailelere destek sağlamaktadır. Terminal dönem hastalığı olan kişilerin eşleri veya diğer yakınları duygusal ve fiziksel yönden tükenmekte olabilirler. Rahatlatıcı bakım hasta bireyin bakımından birincil derecede sorumlu olan kişilere bir süre kendi başlarına, yalnız kalabilme olanağı sağlar. Hemşire veya eğitilmiş

gönüllü kişiler hastanın evine gelmekte, bakım veren kişi de bu sayede işlerini halledebilme olanağına kavuşmakta ve bir süre hastanın sorumluluğunu taşımaktan kurtulmaktadır. Rahatlatıcı bakım, bakım veren kişi ve ailenin diğer üyelerinin bakım işlevini sürdürebilmeleri için önemlidir (Subaşı,2001).

3.8. Evde Bakım Hizmetlerine Uygun Hasta ve Hastalıklar

Evde bakım için gereken tıbbi ekipman, malzeme ve personelin bulunması durumun da her türlü sağlık sorununa evde bakım verilebilir. Ancak evde bakım hizmeti verilebilmesi için sağlık sorunun yanı sıra hasta ve hasta ailesinin hastanın yaşadığı evin koşullarının evin bulunduğu çevrenin de uygun olması gerekir (Tanlı,1996). Evde Bakım Hizmetlerine uygun hasta ve hastalıklar şunlardır; (Kar,2003; Varlık, 2008, s.43-53)

- Bakım ihtiyacı olan yaşlılar ve özürülüler
- Ameliyat sonrası bakım ihtiyacı olanlar
- Ortopedi ve travmatoloji hastaları
- Kalp damar ve hipertansiyon hastaları
- Hemipleji (felçli) hastaları
- Onkoloji kanser hastaları
- Zihinsel yetersizliği bulunan hastalar
- Özel bakım ağır kontrolü ve psikolojik desteğe ihtiyaç duyan terminal dönemdeki hastalar
- Akciğer ve solunum hastaları
- Hastaneden taburcu edildikten sonra rehabilitasyonu gereken hastalar
- Diyabet hastaları
- Yaşam destek ünitelerine bağlı ve yaşamlarına özel bir bakımla devam edebilecek yetişkin ve çocuklar
- Nöroloji hastaları
- Oksijen tedavisine ihtiyacı olan diğer hastalar
- Yeni doğum yapan lohusa ve yeni doğanlar
- Yara bakımı, enjeksiyon, infüzyon ve diğer kısa süreli hemşirelik hizmetlerine ihtiyaç duyanlar

- Grip, hepatit B, zatürre gibi hastalıklardan korunmak için aşılınmak isteyenler
- Labarotuvuar tetkik ve test hizmetlerine ihtiyacı olanlar
- Evinde her türlü medikal ekipman ihtiyacı olanlar

Evde bakım derneğinin Nisan 2010 'da yaptığı çalıştay sonuç raporunda evde bakım hizmetine gereksinim duyan hasta grupları, tedavi, tıbbi ve sosyal rehabilitasyon açısından şu şekilde tanımlanmıştır;

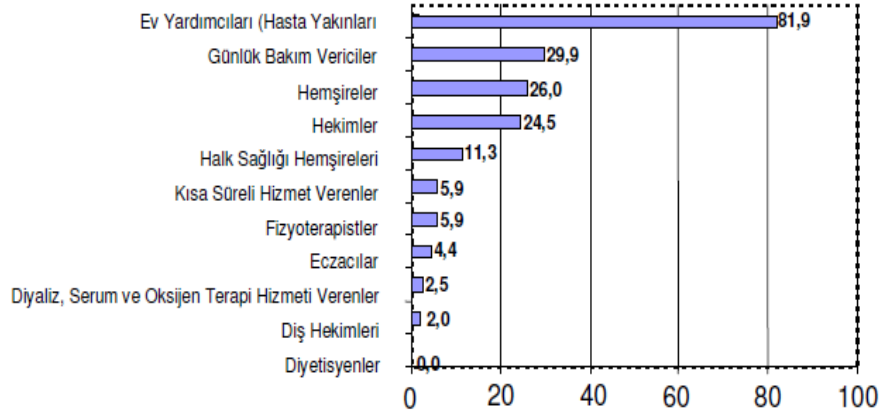
- i.** Yaşlılar (65 yaş üstü)
- ii.** ICF (International Classification of Functioning, Disability, and Health) kriterlerine göre engellilik düzeyi belirlenmiş kişiler
- iii.** Yaşam sonu bakıma ihtiyaç duyanlar
- iv.** Akut ya da kronik sağlık sorunları nedeniyle hizmet sunumuna ihtiyaç duyanlar
- v.** Kronik hastalığı olanlar (diyabet, hipertansiyon, KOAH vb.)
- vi.** Nöroloji hastaları (ALS, serebro-vasküler hastalık, vb.)
- vii.** Onkoloji hastaları
- viii.** Palyatif bakıma ihtiyaç duyan terminal dönemdeki hastalar
- ix.** Yeni doğan, lohusalar

3.9. Evde Bakım Ekibi

Dünya Sağlık Örgütü evde bakımı “profesyonel ve profesyonel olmayan bakım verenler tarafından ev ortamında verilen bakım hizmeti” olarak tanımlamaktadır. Bu tanıma göre evde bakım hizmetleri kapsamında hizmet sunanlar iki temel grupta toplanabilir dolayısıyla bakımın formal ve informal şekilde verildiği söylenebilir. Bunlar, profesyoneller ve profesyonel olmayanlardır. Profesyoneller, sağlık hizmetleri konusunda çeşitli kurumlar bünyesinde yer alan eğitim programlarında formal eğitim sürecinden geçmiş, hastanın ihtiyacı doğrultusunda

doktor, hemşire, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen, psikolog, ev ekonomistleri, eczacı ve konuşma terapisti gibi meslek gruplarından oluşurken, profesyonel olmayanlar ise, evde bakım hizmeti sunulacak hastanın yakınında yer alan ve genellikle bu hizmetler konusunda önceden eğitim almamış aile fertleridir (Karadağ, 2006). Evde bakım profesyonelleri hastanın bakım amaçlarını tam olarak gerçekleştirmek için birlikte en iyi şekilde çalışmalıdır. Ekip içi iletişimin başarısı bilgi, beceri ve tutumu içeren çok sayıda faktöre dayanır. En önemli özellik ekip üyelerinin kendi alanlarında yetkili/yetenekli uygulayıcılar olmasıdır (Stanhope, 1996,s.906-907; Sheldon,1994). Evde bakım hizmeti, birey ve ailenin fiziksel, duygusal, sosyal, ekonomik ve çevresel tüm boyutları ile dikkate alınması gerektirdiğinden multidisipliner ekip çalışmasını zorunlu kılmaktadır. Bakım vermek amacıyla ev ortamına giren profesyonellerinden hasta birey ile birlikte diğer aile üyeleri de sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi anlamında yararlanma olanağı bulacağından, evde bakım hizmetleri sağlıklı aile ve sağlıklı toplum amacına ulaşmada da bir araç olarak düşünülebilir (Aksayan ve Cimete,1998, s.5).

Onda (2004, s.132) tarafından Japonya’da yapılan bir çalışmada doktor ve hemşirelerin % 70’i, eczacıların evde bakım hizmetleri içinde yer alması gerektiğini belirtmiştir. Evde bakım hizmetlerine ait sorunların ve çözümlerin ardışık olması ve sunulan hizmetin çeşitliliği çok disiplinli bir yaklaşım gerektirmektedir. Onda’nın yaptığı çalışma sonucunda, evde bakım hizmetlerinde 11 farklı statüye sahip personelin gerekliliği saptanmıştır. Bunlar arasında yararlılık düzeyi en yüksek olanlar profesyonel olmayan bakıcılardır.



Grafik.1. Yarar Düzeylerine Göre Evde Bakım Hizmetlerinde Görevli İnsan Kaynakları

Kaynak: Onda, M. , (2004). "Inquiry into the ideal function in home care", Geriatrics and Gerontology International, s: 135

Belçika'da profesyonel olmayan bakıcı olarak özellikle aile bireyleri görev yapmakta olup, evde bakım profesyonelleri tarafından bu aile üyelerine hasta ile iletişim ve davranış biçimleri hakkında eğitim verilmektedir. Bu eğitim kapsamında aile bireyleri evde bakım hizmetleri hakkında da bilgilendirilmektedir (Roelands, Oost, Depoorter ve Verloo, 2005). Belçika'da yapılan bir araştırmada evde bakım profesyonellerinin, aile üyelerine verdikleri eğitimlerde, hastalık hakkında bilgi verme konusunda yetersiz kaldıkları saptanmıştır (Karadağ,2006).

Evde bakım hizmetleri evde bakımı gereken kişinin saptanması ile balar. Evde bakıma ihtiyaç olan kişi genellikle hastanelerde belirlenir. Evde bakıma gereksinim duyan kişilerin belirlenmesi birçok hastane taburcu planlama ve evde bakım koordinatörleri kullanır (Çakır,2004)

Evde bakım hizmeti verilirken hastaya özel bakım planlarının hazırlanması gereklidir. Her hastaya özel bakım planı hazırlanırken standart bakım planlarından yararlanılır. Standart bakım planları bazı belirlenmiş teşhis, problem ve koşullar için hazırlanmış olup genel olarak olması gereken hemşire bakımını içerir. Hasta bakım planı yapılmadan önce hastanın öncelikle tam bir değerlendirilmesi yapılır. İlk

ziyaret ile hasta ve ailesinin yanı sıra çevre şartları, hastalığın hastada yarattığı etki, hastalığın hastalık hakkındaki bilgisi ve gerekli yardımcı elemanlar değerlendirilir. Hasta bakım planında hastanın ve ailesinin aktif olarak katılımı sağlanır (Tanlı,1996; Çakır,2004). Sunulan hizmetler açısından evde bakım hizmetlerinde özel eğitime ve özenle seçilmiş sağlık iş görenlerine gereksinim duyulmaktadır.

Literatürdeki bu bilgiler doğrultusunda evde bakım ekibini; formal bakım veren profesyoneller ve informal bakım veren paraprofesyoneller şeklinde 2 kısma ayırmak mümkündür.

3.9.1. Formal Bakım Veren Profesyonel Evde Bakım Ekibi

Evde bakım hizmetini verecek profesyonel sağlık ekibi, hizmetin kapsamı ve içeriğine göre değişmekle birlikte, kurumsal tedavide görev yapan tüm sağlık personelinin kapsamaktadır (Karadağ,2006). Bireyin evde bakım gereksinimi, ekip üyelerinin kimlerden oluşacağını ve hizmet içeriği ile süresi belirler. JCI (Joint Commission International) evde bakım hizmeti sunan kuruluşlardaki personel için aşağıdaki genel standartları belirlemiştir;

- Kuruluşlar, hasta gereksinimlerini karşılamaya uygun sayıda ve yeterlilikte personel çalıştırır.
- Kuruluşlar, personelin oryantasyonunu, sürekli eğitimini gerçekleştirir.
- Kuruluşlar, personel gelişimini ve yeterliliğini değerlendirir (Cimete, 2008, s.88).

Evde bakım hizmeti multidisipliner bir hizmettir. Duruma göre ekipte yer alması gereken ekip üyeleri;

➤ Evde bakım hekimi

Hekimin evde bakımdaki rolü, hasta ile ilişkileri yürütme, hasta değerlendirme, bakım planının hazırlanması, ekibin seçilmesi ve yönlendirilmesi ve bakımın koordinasyonundan oluşan kilit bir roldür (Çakır, 2004)

Evde bakım programına alınan her hastanın bir hekimin kontrolü altında olması şarttır. Hekim, programa almadan önce hastanın tedavi planını onaylamalıdır.

Bu bakım planı değişikliklere gidilmesi veya aynen sürdürülmesi kararının verilmesi için 60 günde bir gözden geçirilmelidir. Tedavi planı; tanı, fonksiyonel kısıtlılıklar, beklenen bakım süresi, gereksinim duyulan hizmetlerin tipi ve sıklığı (hemşirelik bakımı, fizik tedavi, iş terapisi, konuşma terapisi, evde sağlık yardımcısı, tıbbi sosyal hizmet vb.), ilaç tedavisi, diyet, izin verilen fizik aktiviteler, ihtiyaç duyulan tıbbi malzeme ve aletler ile ilgili açıklamaları içermelidir (Clemene, Mcguire ve Eigsti,1998,s.630–663; Potter,1997, s.32–33). Hekim belirli aralıklarla hasta evini ziyaret ederek ilaç tedavisinin doğru uygulanıp uygulanmadığını kontrol eder ve sağlık personeline bakımın önemini anlatır (Çakır, 2004).

➤ **Evde bakım hemşiresi**

Sağlık profesyonellerinin içinde, en büyük görev hastaya verilen bütün hizmetleri koordine eden, hastanın bakımını planlayan, uygulayan, değerlendiren ve ekip içi iletişimi sağlayan hemşirelere düşmektedir (Stanhope, 1996,s.906-907).

Evde bakım hemşiresi: olumlu iletişim kurabilen, kapsamlı sağlık değerlendirmesi yapabilen, bütüncü bakış açısı olan, kritik düşünebilen, baş etmeyi destekleyebilen, sağlık eğitimi yapabilen, bakımı planlayabilen-uygulayabilen ve değerlendirebilen nitelikte olmalıdır. Altun (1998, s.71-78) yaptığı araştırmada, evde bakımı gereken hastaların hemşirelik bakımı planlanırken, aile bireylerinin de bu bakıma katılması gerektiği sonucuna varmıştır.

Evde bakım ekibi içerisinde önemli bir role sahip olan hemşirenin birincil görevlerinden biri hasta bakımını yapmak ve devamlılığını sağlamak ile hasta ve hasta ailesine eğitim vermektir. Hemşire, ev ortamında ailenin değer yargılarına ve alışkanlıklarına ters düşmeyecek şekilde iletişimini sürdürerek hastalık sürecine hastanın uyumunu sağlar (Çakır, 2004). Hasta ile doğrudan ilişkisi olmasa bile evde bakım ile ilgili danışmanlık yaparak dolaylı yoldan hizmet de verebilir. Evde bakım hemşireleri aynı zamanda evde hizmet veren sağlık bakım yardımcılarının denetiminden de sorumludur (Simpson ve Creehan, 2001, s. 446–667). Hasta ve yakınlarının sağlıkla ilgili olumlu davranışlar kazanması amacı ile rol modeli olarak yardımcı olur (Subaşı,2001).

Stanhope (1996, s.906-907) evde bakım hemşiresinin işlevlerini kısaca aşağıdaki şekilde sıralamışlardır;

- *Hastanın durumunu fiziksel ve emosyonel yönleriyle gözlemek ve değerlendirmek,
- *Hastanın tedavisinde ve rehabilitasyonunda yer almak,
- *İlaç uygulamaları, kateter takma, kolostomi irigasyonu ve yara bakımı gibi direkt hemşirelik bakımı sağlamak,
- *Pozitif sağlık davranışlarının gelişimi için hasta ve ailesine yardım etmek,
- *Tedavilerin ve ilaç uygulamalarının yan etkilerini hastaya ve aileye öğretmek,
- *Özel diyet uygulaması, tedavi ve bakım sırasında gelişebilecek tehlikeleri fark edilmesi ve evde bakıma kişisel hazırlık gibi uygulamalar için hasta ve ailesine yardım etmek,
- *Hastanın durumu ve tıbbi tedaviyle ilgili belirti ve bulguları hekime rapor etmek,
- *Optimal sağlık düzeyine ulaşmak için hastaya yararlı olan kaynakları tanımak, bu kaynaklara ulaşmak için hasta ve ailesine yol göstermek.

Evde bakım hemşiresinin uygulayıcı, yönetici, eğitici, araştırmacı ve konsültan rolleri bulunmaktadır. Amerika'daki evde bakım hemşireleri Amerikan Hemşireler Birliği (American Nurses Associated-ANA) ve Toplum Sağlığı Hemşireliği Konseyi tarafından geliştirilen "Evde Bakım Hemşireliği Uygulama Standartları"na göre hizmet verirler. Evde bakım ortamında hemşirelik sürecinin kullanımı hemşirelikle ilgili yasalar tarafından da belirlenmiştir (Benefield,1996; Carr,2002; Kirk ve Kranz,1992). Hemşireler bu rollerini, evde bakım hemşireliği, hemşirelik süpervizörlüğü, hemşirelik direktörlüğü ya da yöneticiliği yaparak gerçekleştirir (Kar,2003).

Daha önceki bölümlerde de belirtildiği gibi evde bakımı ilk başlatanlar hemşireler olmuşlardır. Hemşireler evde bakım hizmeti vermenin yanı sıra evde bakım kurumlarının yönetimini de yürütmüşlerdir. Yönetici hemşireler, kurumun misyonunu, felsefesini ve amaçlarını belirler, bunları yazılı hale getirir, toplumun ve bireylerin ihtiyacı olan hizmetleri planlar. Hizmetleri geliştirmek ve değerlendirmek için kalite güvence programları oluşturur, uygular, değerlendirir ve gerekli düzenlemeleri yapar. Evde bakımda yapılabilecek araştırmalar için fazla sayıda konu olmasına ve hemşirelerin hizmetin planlaması ve yürütülmesi için gerekli verileri toplamasına rağmen evde bakım hemşireleri araştırmacı rollerini tam olarak yerine

getirememektedir. Gelecekte hizmet kalitesi ve ücret etkinliğinin sürdürülmesi, evde bakımda verilen hizmetin değerlendirilmesi ve geliştirilmesi için de bazı araştırmaların yapılmasına ihtiyaç vardır. Evde bakım hemşireleri hem yasal düzenlemelerle hem de kurum yönetiminin desteği ile araştırma yapmaya cesaretlendirilmeli ve bu konuda desteklenmelidir. Sağlık bakımında işbirliği sağlamak ve hastaların evlerinde bakımı başarıyla sürdürmek için çok sayıda sağlık bakım ekibi üyesine ve bunların arasında olumlu ve etkili bir iletişime ihtiyaç vardır. Hemşire diğer sağlık profesyonelleri ve toplum temsilcileri ile tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirme aşamalarında iş birliği yapar. Bu yüzden evde bakımda diğer tüm ekip üyeleri içinde hemşire anahtar durumundadır (Benefield,1996; Carr,2002; Kirk ve Kranz,1992, Malloy ve Heartshorn,1989).

Rol ve sorumluluklarını gerçekleştiren evde bakım hemşireleri aynı zamanda birçok güçlük yaşamaktadır. Güçlükler şu şekilde sıralanabilir;

- *Hasta ve ailesinden kaynaklanan güçlükler; tedavileri kendi düşünceleri doğrultusunda değiştirmeleri, beslenme rejimlerine uymamaları.
- *Hasta ve ailesinin, sağlık personelinden beklentileri, sağlık personelinin rolü ile uyuşmayabilir (evde hemşirelerin ev ile ilgili işleri yapmalarını istemeleri gibi).
- *Evde bakım hemşiresi tarafından planlanan bakıma hasta ve ailesinin direnç göstermesi.
- *Hemşirelerden kaynaklanan güçlükler; hasta ve aile ile uygun profesyonel ilişki kuramama.
- *Multidisipliner ekip çalışmasının olmaması, hastaların hekimleriyle bağlantı kurulamaması ve tıbbi tedavinin düzenlenmesinde güçlük yaşanması.
- *Evde bakım hemşirelerinin iş güvencesinin olmaması.
- *Hemşirelerin hastanede çok kolay yardım alarak yaptıkları işleri yalnız yapmak zorunda kalması.
- *Şehir içerisinde bakım verilecek hastanın evine kolay ulaşılabilmesi ya da eve ulaşmak için yeterli ulaşım kaynaklarının olmaması.
- *Tanımadıkları kişilerin evlerinde zaman geçirmek zorunda olmaları.
- *Ev ortamında hastanın değerlendirilmesi ve tedavilerinin yürütülmesinde ev ortamının uygun olmaması, dikkat dağıtıcıların olması (ışık,ses,ziyaretçiler).

*Evde bakım hizmetlerine yol gösterecek yeteri kadar araştırma ve yayının bulunmaması.

*Evde bakım hizmetlerinin mali karşılığını alamamak (Bu hizmeti sunanların motivasyonunu azaltmaktadır).

*Evde bakım hizmetlerinin sunumunda yasal düzenlemelerin yetersiz olması.

*Evde kullanılan teknikler ve cihazlarla ilgili bilgi ve deneyim eksikliği.

*Hemşire tarafından sağlanan bilgilerin yanlış kullanımı, hasta ve ailesinin yaptığı hataların sorumluluğu gibi etik sorunlar.

*Evlerin sağlık koşullarının uygunsuzluğu (Kar, 2003).

➤ **Evde bakım hizmetlerinde psikolog**

Psikologlar, özellikle terminal dönem ve kronik hastalara ve ailelerine psikolojik destek sağlanmasında hekime ve ekibin diğer üyelerine destek olurlar (Çakır, 2004).

➤ **Evde bakım hizmetlerinde fizyoterapist**

Fizyoterapistler, evde bakım sırasında fizik tedavi ihtiyacı olan hastalara hizmet sunarlar (Çakır, 2004). Fizyoterapist evde hastalar için sürekli, koruyucu ve iyileştirici uygulamalar gerçekleştirir. Fizyoterapist doğrudan bakım kapsamında kasların güçlendirilmesi, mobilizasyonun sağlanması, spastisitenin kontrolü, yürüyüş eğitimi, aktif pasif mukavemet egzersizleri uygular. Tedavi uygulamaları iyileştirici egzersizleri, masajı, transkuten elektriksel sinir uyarımlarını, ısı, su, ultraviyole, ultrasound, postural drenaj ve solunum egzersizlerini içerir. Aynı zamanda fizyoterapist hasta ve ailesinin kendi kendine bakımın geliştirilmesi ve bu sorumluluğun kazanılması eğitimi vermekle de görevlidir. Dolaylı bakım olarak fizyoterapist personel ile konsültasyonlara, deneyim ve becerilerini paylaşacağı hasta bakımı toplantılarına katılır (Clemene, Mcguire ve Eigsti,1998,s.630–663; Potter,1997, s.32–33).

➤ **Evde bakım hizmetlerinde meşguliyet terapisti**

Meşguliyet terapisti hastalara evlerinde günlük yaşam aktivitelerini yapabileceğini becerilerini geliştirebilme ve sürdürülebilmeyi öğretmek fonksiyon göreme kapasitelerini en üst düzeye çıkarmalarına yardımcı olur. Meşguliyet terapistlerinin verdikleri eğitim daha çok üst ekstremitelerde kas kuvvetinin ve hareket kabiliyetinin yeniden kazanılmasına odaklıdır. Meşguliyet terapistlerinin hasta bakımına hastanın

kasların ve eklemlerin fonksiyon düzeylerini ve işlevlerini yerine getirebilme becerilerini değerlendirerek, kişisel bakım beceriler konusunda eğitim vererek, hastanın evinin güvenlik açısından değerlendirerek, ev içindeki engellerin kaldırılması ve gerekli olduğunda hastanın uyumunu arttırıcı malzemelerin teminini sağlayarak doğrudan katılırlar. Ayrıca hastanın kişisel bakım becerileri ve ev ortamının hastanın ihtiyaçlarına uygun şekle dönüştürülmesinde ise hasta bakımına katılmasa bile konsültan olarak rol alırlar (Clemene, Mcguire ve Eigsti,1998,s.630–663; Potter,1997, s.32–33).

➤ **Evde bakım hizmetlerinde konuşma terapisti**

Konuşma terapistleri konuşma, dil ve işitme konularında sorunu olan hastalarla çalışırlar. Konuşma terapisinin amacı konuşma ve dil becerilerinin en üst düzeye kadar geliştirilmesi ve bu düzeyin sürdürülmesidir. Konuşma terapistleri aynı zamanda yeme ve tutma güçlüğü olan hastalarla da çalışırlar (Clemene, Mcguire ve Eigsti,1998,s.630–663; Potter,1997, s.32–33).

➤ **Evde bakım hizmetlerinde sosyal hizmet uzmanı**

Sosyal hizmet uzmanları evde bakım hizmetleri içerisinde sosyal, duygusal ve çevresel olarak hastaların ve ailelerinin iyilik hallerini etkileyen faktörlerin düzeltilmesi için uğraş verirler. Sosyal hizmet uzmanları hastaların toplumda var olan uygun hizmetlere ulaşmaları için yardımcı olurlar. Ayrıca kriz durumlarında müdahale eder, ödeme güçlüğü olan hastalar için gerekli malzeme temini için çaba harcarlar (Clemene, Mcguire ve Eigsti,1998,s.630–663; Potter,1997, s.32–33).

3.9.2. İnfomal Bakım Veren Paraprofesyonel Evde Bakım Ekibi

Evde bakım hizmetlerinde paraprofesyoneller evde bakım ekibinin giderek daha fazla önem kazanan üyeleridir. Bakım verme birinin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işidir. Bakım verme; emosyonel destek, fiziksel ya da maddi destek vermeyi kapsamaktadır (Toseland, Smith ve McCallion, 2001,s. 149-152). Barer ve Johnson (1990) bakımı; bir defalık yardımdan, sürekli uzun dönem yardıma kadar geniş bir periyodu kapsayan, aile desteğinden profesyonel yardıma kadar uzanan çok yönlü bir kavram olarak tanımlamışlardır.

İnfomal ya da uzmanlık gerektirmeyen bakım verme; bakım verenin bir yakınına yardım etme rolünü üstlenmesidir. İnfomal bakım verenler ücret almayan,

evde bakım sağlayan aile üyeleri veya arkadaşlar ya da aile üyeleri dışında, para karşılığında bakım sunan çok değişik yardımcı bakım elemanı, evde bakım hizmetlerinde yer almaktadır. Bu kişiler bakım hizmeti karşılığında ücreti devlet tarafından karşılanan bakıcı (recognised carer), ücretinin aile bireyi tarafından ödendiği bakıcı (remunerated carer), gönüllü kuruluşlar tarafından sunulan ve tamamen ücretsiz çalışan bakıcı (organized carer) olarak tanımlanmaktadır. Profesyonel düzeyde kurumsallaşmış evde bakım hizmetlerinin giderek yaygınlaşmasına karşın evde bakım, günümüzde ülkemizde ve dünyanın birçok ülkesinde büyük çoğunlukla aile bireyleri tarafından sağlanmaktadır. Bu durum, yalnızca ekonomik nedenlerden değil, aynı zamanda sosyal ve kültürel nedenlerden kaynaklandığı ve bakıma muhtaçların bakımın “ailenin temel bir görevi” olarak görülmesiyle ilgili olmasıyla açıklanabilmektedir (Oğlak,2007, s.23-24)

Yunanistan, İtalya ve İspanya gibi Akdeniz ülkelerinde ise, aile bireyi bakımı daha öncelikli ve ağırlıklı olarak yer almakta, bireyin kurumlarda bakım hizmeti alma oranı düşük düzeyde olmaktadır. Nitekim anılan ülkelerde 65 yaş üstündeki yaşlıların kurum bakım hizmetleri alma oranı %1’den daha azdır (Jacobzone,2002).

Çalışma yaşamına kadınların katılmasıyla bakıma muhtaç bireylerin yerini, belirli bir ücret karşılığında bakım hizmetini veren bakıcılara bıraktığı görülmektedir. Gelişmiş ülkeler bakım yükünün, ekonomik ve sosyal nedenlerle altından kalkamayacak boyutlara ulaştığını öngördüklerinden ailenin desteklenmesini hedef alan yasal düzenlemelere sosyal politikaları içinde yer vermeye başlamışlardır. Bu anlamda, Almanya, Avusturya, Britanya Krallığı ve diğer bazı ülkelerde devletin bakıcı aile bireylerini destekleyen uygulamaları söz konusudur. Birçok ülkenin de, sosyal güvenlik ve mali düzenlemelerle bu grubun haklarını gözetecek, sosyal ve ekonomik avantajlar sağlayacak çabalar içinde oldukları görülmektedir (Oğlak,2007,s.23).

Günümüzde, Uluslararası Çalışma Örgütü(ILO), ister aile bireyi, ister resmi bir kurum tarafından ya da para karşılığında sağlansın, bakım verme işinin, ekonomik güvencesi, kabul görme ve toplumsal saygınlığı olan normal iş gibi kabul görülmesi gerektiğini savunmaktadır (WHO,2002a).

Bakım verenlerin özelliklerine baktığımızda, yapılan çalışmalar, dünya üzerinde hangi ülkede olursa olsun bakım sorumluluğunun sıklıkla kız, eş ya da gelin olmak üzere kadınların üzerinde olduğunu göstermektedir. Bunun nedeni ise, çocuk, hasta ve yaşlı bakımında kadının yapısında var olan, şefkat, acıma, yardım etme duygusu, erkeklere oranla bakım işini daha iyi yapabilmeleri ve ortaya çıkacak sorunlarla daha iyi başa çıkabileceklerinin düşünülmesidir. Genellikle, evli, ilköğretim mezunu ve 30-59 yaş arası kadınlar hastaya tek başına, yani primer olarak bakım vermektedir (Alpteker,2008).

Yapılan araştırmalarda bakım verme sorumluluğunun, aile üyeleri arasında nadir olarak eşit paylaşıldığını ve bakım veren kadınların çoğunun evinde 18 yaş altında çocuğu olduğu saptanmıştır. Amerika’da 18 milyon bakım verenden çoğunluğunun kadın olduğu tahmin edilmektedir. Bakım verenlerin özelliklerinin bilinmesi; güçlük yaşama yönünden risk altındaki grubun belirlenmesi, destek gruplarının bu özelliklere göre oluşturulması, götürülecek hizmetin planlamasında kaynakların saptanması, sağlık kurumlarının vereceği hizmetin geliştirilmesi ve sağlık politikalarının oluşturulması açısından önemlidir (Temizer,2009).

Bakım hizmetlerine yönelik politikadaki değişikliklerin, bireyin toplum içinde yaşamını sürdürmesi için gerekli desteğin verilmesi yönündeki yaklaşımların büyük kısmı bakım veren aile üyelerinin varlığına bağlıdır. Bireyin toplum içinde yaşamasının sağlanması ve bakım maliyetlerinin düşürülmesi şeklindeki ikili yaklaşımın sonucu olarak bakım veren aile üyelerine giderek önem verilmektedir. Çünkü uzun süreli bakım gereksinimi olan bireylerin destekleyici hizmetlerinin %85’nin aile bireyleri ve arkadaşlarca sağlanabildiği, sadece %15’nin dışarıdan talep edilmesi gerektiği görülmüştür (Clemene, Mcguire ve Eigsti,1998,s.630–663).

Bakım vericiler/aile üyeleri, günün 24 saati hasta bireyin bakımını gerçekleştirmekten sorumlu olduklarını hissedebilirler. Oysa aile üyeleri de hasta gibi keder süreci yaşamaktadır ve yeni duruma uyum yapmak çabası içindedirler. Bu nedenle, onların desteğe gereksinimleri vardır. Bakım vericiler, mevcut rollerine eklenen bakım verici rolünü nasıl gerçekleştirecekleri ve sağlıklarını nasıl sürdürebilecekleri konusunda endişe yaşarlar (Cimete, 2002, s.151–161). Çınar (2008, s.169) engelli çocuk ailelerinin öz bakım becerilerine yönelik desteğe

gereksinim duyduklarını saptamışlardır. Özellikle, çalışan bakım vericiler için, hastayı yalnız bırakıp işlerine geri dönebilmelerinin mümkün olup olmayacağı merak konusudur (Cimete, 2002, s.151–161). Top Üstüner (2008, s.170) yaptığı tekerlekli sandalyeye bağımlı bireylerin yaşam döngüleri içinde karşılaştıkları sorunların incelenmesi isimli çalışmasında; ulaşım ve fiziksel çevre konusunda verilen olanakların yeterli olmaması nedeni ile evden dışarı çıkamayanların oranlarının fazla olduğu ve bireylerin kendine güveninin düşük olduğunu saptamıştır. Araştırmada bu bireylere evde bakım hizmeti sunulmasının sosyal izolasyonlarını ve benlik saygısı düşüklüğünü azaltabileceği sonucuna varmıştır.

Bakım verenlerin yükü kavramı, ilk kez 1963 yılında Grand ve Saisbury tarafından ortaya atılmıştır (Chou,2000). Bakım verme sürecinin bakım veren kişiler üzerindeki olumsuz etkilerini ortaya koymaya çalışan araştırmacılar “yük” kavramını tanımlamıştır. Bakım verme esnasında bakım verende oluşan bedensel ve duygusal etkiler “yük” olarak tanımlanan durumun ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bakım verenlerin yükü, bir başkasının bakımına gereksinim duyan, yetersizliği olan bireye bakım verenlerin yakınlarının yaşadığı fiziksel, psikolojik, duygusal, sosyal ve ekonomik sorunlar olarak tanımlanabilir. Bakım verenler konusundaki çalışmalar 1950’ler ile 1970’ler arasında mental hastalıklarda ve bu kişilerin toplum içinde bakılma oranlarında artışa bağlı olarak, ilk zamanlar mental hastalığı olan bireylerin yakınları konularında yoğunlaşmıştır. 1970’lerden sonra yapılan bakım verenlerle ilgili çalışmalar, çeşitli psikiyatrik ve psikolojik sorunu olan hastaların yakınlarını kapsamaya başlamıştır. Bakım verenlerle ilgili çalışmaların amacı öncelikle bakım sorumluluğu üstlenen aile bireylerinin bu sorumluluklarını iyi yerine getirebilmelerine yönelik olmuştur (Küçükgüçlü, 2004). Bakım verme işinin belirgin bir şekilde psikolojik ve fizyolojik sorunların gelişimi ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Dunkin ve Cay,1998;Farcnik ve Persyko,2002). Bedard, Koivuranta ve Stuckey (2004) bilişsel fonksiyonlarında yetersizlik olan bireylere bakım veren kişilerin toplum normları ve kontrol grupları ile karşılaştırıldıklarında psikiyatrik ve fiziksel morbidite risklerinin daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Bakım verenin bakım verme işinin güçlükleriyle etkili bir şekilde baş edip edememesi bakım veren kişinin mental sağlığını etkileyen bir faktördür.

Larsen (1998), Bonnel (1996) bakım verenlerin bakım verme işi nedeniyle dolayı sağlıklarının bozulduğu vurgulamıştır. Larsen (1998) bakım verenleri gizli hastalar olarak tanımlamıştır. Bakım verenlerin %60'ı bakım verme görevleri nedeniyle kendilerine ayıracak zamanları olmadığını %78,79'u kendilerini yorgun hissettiklerini, %84.85'i hasta ile iletişimde güçlükler yaşadıklarını, %56,9'u ekonomik güçlükler yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

Bakım yükü genellikle objektif ve subjektif yük olarak değerlendirilir. Objektif ve subjektif yük arasındaki farkın belirlenmesi önemlidir. Özellikle evde bakımın sürdürülmesinde subjektif yük, önemli bir kriter olarak belirtilmektedir. Objektif yük somut olup, fiziksel işler ve bakımın ortaya çıkardığı güçlükler olarak tanımlanır. Bu, bakım vericinin tüm işleri (yardım, kontrol, ödemeler vb.), deneyimleri (aile ya da sosyal ilişkilerin bozulması) ve yapamadığı aktivitelerini (hobiler, kariyer, meslek) kapsamaktadır. Diğer bir deyişle objektif yük, bir bireyin diğer bireyin gereksinimlerini karşılamak için harcadığı zaman ve enerji olarak tanımlanmaktadır. Objektif yük boyutları; bakım verilen bireyin ekonomik bağımlılığı, aile rutinlerinin bozulması, davranışlarını yönetmeye çalışma, diğer aile üyelerinin gereksinimlerinin ihmal edilmesi, sosyal aktivitelerin yapılamaması, çalışma hayatıyla etkilenmesi, uygun bir bakım ortamı bulamama şeklinde sıralanmaktadır (Uğur, 2006). Subjektif yük ise, kişinin objektif yüküyle uğraşırken yaşadığı sıkıntılar olarak tanımlanmaktadır. Bazı araştırmacılar subjektif yükü, bakım vericinin içinde bulunduğu durum nedeniyle duygularında ortaya çıkan değişiklikler, bu duruma karşı tutumlar ve duygusal tepkiler olarak tanımlamıştır. Subjektif yük, bireyin bakıma kişisel yaklaşımıdır ve bakım verme işini yük olarak algılamasıdır. Genellikle hissedilen bu duygular keder, sıkıntı, utanma, suçluk duygusu şeklinde olabilir. Subjektif yükün göstergeleri olan kaygı, stres, suçluluk duygusu gibi tepkiler, bakım verme işinin sonucu olan depresyonun da göstergeleri olarak ifade edilebilir (Uğur, 2006; Küçükgüçlü, 2004). Objektif güçlük somut olması nedeni ile daha kolay belirlenmesine karşın, bireyin subjektif algılarının belirlenmesi kolay değildir. Bakım verenlerin hepsinin bakım verme güçlüğü yaşamadıkları gibi güçlük yaşayanların, güçlük yaşama düzeyleri birbirinden farklıdır. Bakım verme güçlüğüne etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bu faktörler;

- Bakım verenin kişisel özellikleri (cinsiyeti, yaşı, çalışma durumu, eğitim düzeyleri kendi sağlığına ilişkin algısı, dini inancı, etnik kökeni, bakım vermeye bakışı, kültürel düzeyi, sosyoekonomik durumu vb),
- Hasta ile olan önceki ve bakım verme sırasındaki ilişkisinin niteliği,
- Hasta ile aynı evi paylaşma durumu, bakım verme suresi,
- Ambivalans duygular yasaması,
- Hastanın bakımına karar verilirken fikirlerinin alınmaması,
- Bakım verenin sağlığının bozuk ya da yaşının ilerlemiş olması,
- Bakım verenin yaşlı bakımı dışında da sorumluluklarının olması,
- Sadece bir alanda değil, çok boyutlu bakım vermek zorunda olması (fiziksel, ekonomik, duygusal, ulaşım, sağlık hizmetlerinden yararlanamama, bakım konusunda yardım eden kimsenin olmaması vb.),
- Hasta bireyin, bakım verenin yaşantısına müdahale etmeye çalışması,
- Hafıza bozukluğu ve bağımlılığı olan hasta bireye bakım verme,
- Dar ve orta gelirli ailelerin ekonomik nedenlerle küçük konutlarda oturması ve hastaya ayırabilecekleri bir mekanın olmaması,
- Kentte değişen sosyal yaşam sonucu aile içi uyumsuzluklar,
- Ekonomik zorunluluklardan ya da eğitimleri gereği kadınların çalışması.

Bu nedenle hastaya bakacak ya da eşlik edecek evde bir kişinin bulunmaması, bakım verme güçlüğüne etkileyen faktörlerdendir (Erdem,2005; Akbayrak,2002, s.160-161; Lidell,2002; Redfern, McKeivitt, Rudd ve Wolfe, 2002).

Pierce, Steiner, Hicks ve Holzaepfel (2006), inmeli hastaların bakım verenleri ile yaptıkları bir çalışmada, bakım verenlerin %20'sinde depresyon ve anksiyete bozukluğu, %15'inde kronik hastalık, %6'sında ise uyku bozukluğu olduğunu saptamışlardır. Başka bir araştırmada bakım verenlerin %60'ında klinik depresyon semptomları olduğu ve genel popülasyona göre demanslı yaşlıların bakım verenlerinde, klinik depresyon düzeyinin de daha yüksek olduğu saptanmıştır Feldman, Waliser, Gould ve Levine 2002, s. 409–413).

Leppa (1995), Krause ve Haverkamp (1996), Cooney ve Di (1999), Feinberg (1999), Pavalko ve Woodbury (2000) ve Seyyar (2005) toplumda yaşlıların bakımından sorumlu olan kadınların bedensel, ruhsal, mental ve sosyal yönden etkilendiklerini ortaya koymaktadır. Yaşlı ve aile ilişkilerine ilişkin yapılan bir

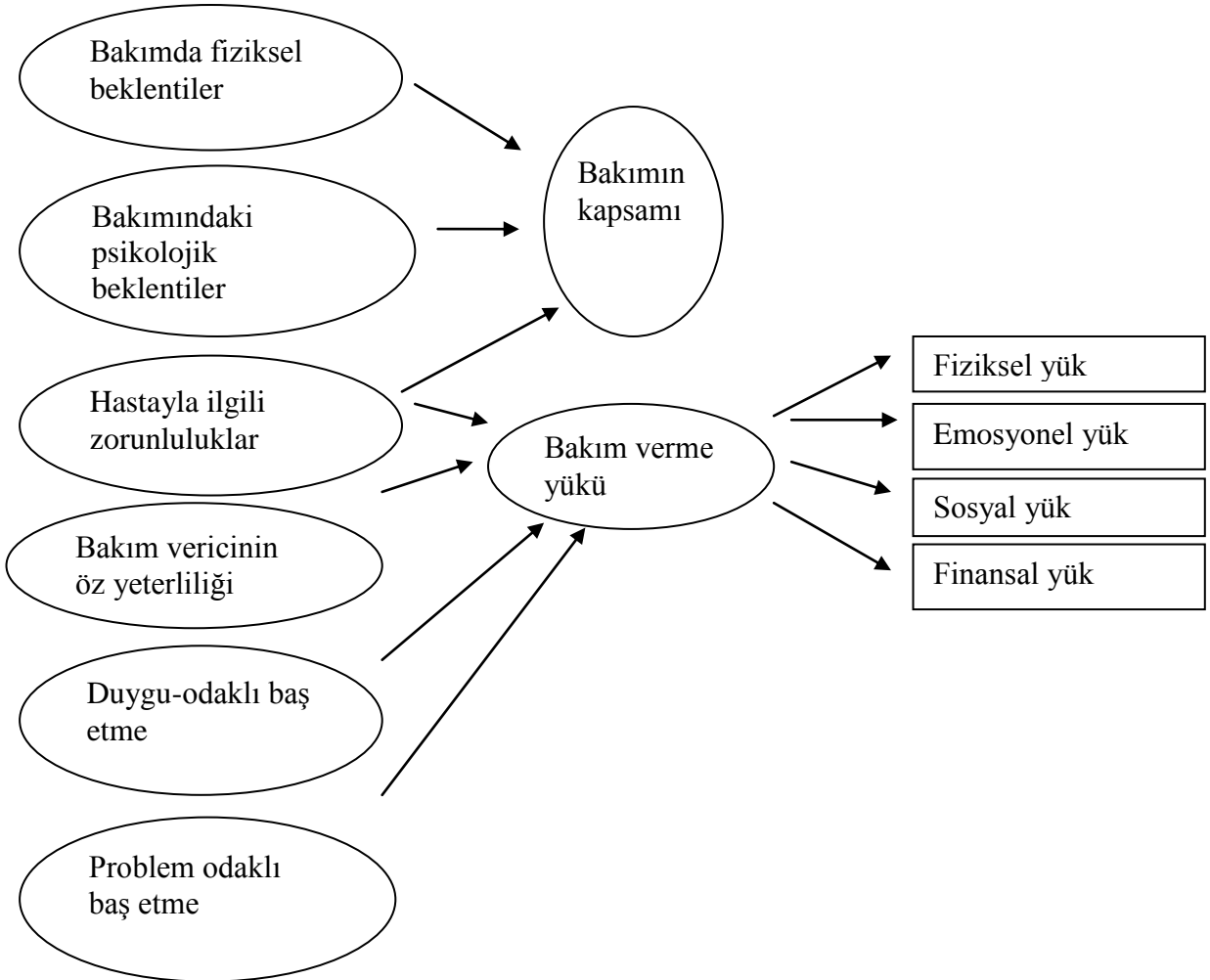
çalışmada (2008), yaşlıyla birlikte oturanların %31'i yaşamına her hangi bir kısıtlama getirmediğini, %19'u sosyal yaşantısının etkilendiğini, %12'isi yaşlıya bakmanın ekonomik açıdan "yük" getirdiğini ve %65'nin yaşlıyla birlikte yaşamaktan mutlu olduklarını bildirmişlerdir. Bilgili (2000), bakım verenlerin %51.6'sının yaşlıya bakmakla birlikte yaşantılarının kısıtlanarak pek çok aktivitelerini yapamadıklarını, %45'inin iş yüklerinin arttığını, %20'sinin iş yüklerinin çok arttığını ve yaşamlarının etkilendiğini ve bakım verenlerin yaklaşık yarısının sıkıntıları olduğunda danışmanlık alabilecekleri hizmetlere gereksinim duyduklarını bildirmektedir.

Kanada Aile Bakım Verenleri Ulusal Profili Sonuç Raporu'na göre (National Profile of Family Caregivers in Canada-2002: Final Report), bakım verenlerin de yaşlı olması gibi nedenlerle %10'nun günlük yaşam aktivitelerinden banyo, aletli günlük yaşam aktivitelerinden ev temizliği konusunda sıkıntı yaşadıkları, %54'ünün finansal, %50'sinin bedensel sağlık, %48'inin ise ruhsal sağlığa ilişkin sorunlarının olduğu belirlenmiştir. Aynı raporda, çalışan bakım verenlerin %66'sı bakım vermenin iş yaşamını zorlaştırdığını bildirmiştir.

Gopalan ve Brannon (2006) aile bakım vericilerinin bakım stresini belirlemeye yönelik yaptıkları bir çalışmada, bakım verenlerde hipertansiyon, bağışıklık sisteminin zayıflaması gibi durumların yanı sıra, depresyon ya da anksiyete ile bakımla ilişkili stresin olduğunu saptamışlardır. Kadın bakım verenlerde bu stresin altı kat fazla olduğu, sosyal izolasyon yaşadıkları ve aile içi rollerinin de etkilendiği bildirilmektedir.

Bakım verenlerin kendi gereksinimlerini ve sağlıklarını ihmal edebilecekleri dikkate alınarak, kişinin bir başkasına bakım verebilmesi, ihtiyaçlarını karşılayabilmesi için öncelikle kendi ihtiyaçlarının karşılanmış olmasının gerekli olduğu vurgulanmalıdır. Bakım verenler, alkol ve reçete edilmemiş ilaç kullanımı, üzüntü ve anksiyete, iştahsızlık ya da azalma, uyku düzeninde değişim, kaygı ve depresyon gibi tükenmişlik belirtileri açısından izlenmeli ve kendini bu yönde izlemesi sağlanmalıdır. Bakım verenin destek gruplarına üye olması, ara verdiği hobilerine devam etmesi; bakım verme gücüyle baş etmesine yardım edebilir. (Kasuya, Polgar ve Takeuchi,2000). Sosyal desteğin bilgi sağlama, dayanışma ve

normallik duygusunu destekleme gibi pek çok işlevi bulunmaktadır. Bireylerin yakın arkadaşlarından ve ailelerinden duygusal destek alması, kendilerine değer verildiğini hissettirerek bireyleri rahatlatmada çok önemlidir (Dileköz, 2003). Sosyal desteği fazla olan kişilerin daha az oranda psikolojik sıkıntı yaşadığı, stresli olaylar karşısında psikolojik ya da fiziksel sağlıklarının bozulma olasılığının düşük olduğu belirlenmiştir (Turvey, Willyard, Hickman, Klein ve Kukoyi, 2007). Aşağıdaki şekilde görüldüğü üzere bakımdaki fiziksel beklentiler ve psikolojik beklentiler bakımın kapsamını oluşturmaktadır. Bakım verme yükünü etkileyen faktörlere baktığımızda fiziksel yük, emosyonel yük, sosyal yük, finansal yük ile karşılaşmaktayız. Hasta ile ilgili zorluklar, bakım vericinin öz yeterliliği, duygu odaklı baş etme, problem odaklı baş etme mekanizmaları bakım verme yükünü etkilemektedir (Kasuya, Polgar ve Takeuchi,2000).



Şekil.4. Bakım Verici Yük Modelinin Yapısal Şekli

Kaynak : Kasuya RT, Polgar B, Takeuchi R. Caregiver burden and burnout. Postgrad Med 2000; 108, s.119-123.

Bazı kaynaklar paraprofesyonellerin satın alınan evde bakım hizmetlerinin %70-80'lik bölümünü sağladıklarını yazmaktadır. Evde sağlık bakımı yardımcılarının verecekleri hizmetler evde bakım hemşiresi ve ekibin diğer üyelerince hazırlanan plan doğrultusunda belirlenir. Bu kişilerin evde sağlık bakımına yardımcı olma konusunda mutlaka eğitilmiş ve deneyim kazanmış olmaları gerekmektedir. Evde bakım olgusunun gerçekleşmesi hastanın bu hizmeti almaya istekli olması ve yakınlarının da hastanın ihtiyaçlarını giderme konusunda rıza göstermesi gerekmektedir. Ayrıca evde bakım verilecek hastanın güçlü bir destek sisteminin de olması gerekir (Clemen, Mcguire ve Eigsti, 1998, s.630-663; Eustis, Kane ve Fischer, 1993, s. 64-73). Temelde bakım verecek kişiden üstlenilmesi beklenen işlevler şunlardır; (Subaşı, 2001)

- 1) Hastaya duygusal destek sağlamak
- 2) Hasta ile ilgili gözlem yapmak
- 3) Fiziksel destek sağlamak
- 4) Ev işlerinin yürütülmesini sağlamak
- 5) Tedavi planına katılmak
- 6) Yardım istemek.

Poor Family Care Quality Index'e göre hastanın yeterli miktarda ve zamanında beslenmesinin sağlanması, hastanın kişisel hijyenine (yıkama, giyinme, tarama) yeterli düzeyde yardımcı olunması, hastanın giysilerinin temiz ve düzenli olması, bakım veren aile üyesinin hastanın ilaçlarını düzenli olarak almasını sağlaması, hastanın deri bütünlüğünün korunması aile bakımının değerlendirilmesinde kullanılacak temel kriterlerdir. Aile üyelerinin sağladığı bakımın değerlendirilmesi sonrasında gereksinimlere uygun olarak devam edilmelidir (Gricco, 1991; Shyu, Lee ve Chen,1999).

3.10. Evde Bakım Hizmetlerinin Olumlu Ve Olumsuz Yönleri

Evde bakım hizmetleri yeni ve alternatif bir sağlık hizmeti olarak bir çok olumlu etkisinin yanı sıra olumsuz etkileri de beraberinde getirmektedir. Olumlu ve

olumsuz yönlerinin önceden bilinmesi, olumsuz etkileri ortadan kaldırmak ve olumlu yönlerini geliştirmek açısından önemlidir (Çakır, 2004).

➤ **Evde bakım hizmetlerinin olumlu yönleri**

Evde bakım hizmetlerindeki iletişim yüz yüze olduğu için bu yaklaşımın başarısı yüksektir. Bütüncül yaklaşımın (holistik görüş) ortaya koyduğu;

- İnsan hayatı bir bütündür, hastalık ve sağlık diye ayrılmaz
- İnsan çevresi ile bütündür, çevresi insanı insan da çevresini etkiler.

Görüşleri dikkate alındığında sağlık hizmetlerini sadece yataklı tedavi kurumlarında verilmesinin nedenli yetersiz olacağı daha iyi kavranmış olur (Temizer,2009). Evde bakım hizmetlerinin gerekliliğinin en güçlü açıklaması pek çok yararının olmasıdır. Bu olumlu yönler şu şekilde sıralanabilir;

- Aile bütünlüğünü korur,
- Bireyin kendi ortamında yaşamını sürdürmesine olanak tanır,
- İyileşmeyi hızlandırır.
- Kurumlara geri dönüşü azaltır,
- Bireyin toplumdan izole olmasını engeller,
- Bireyin alışık olduğu aktivite, hobi ve sosyal etkinliklerine olanak tanır,
- Bireye bağımsızlık ve özgürlük sağlayarak, bireyin hastalığı üzerindeki kontrolünü artırır,
- Bireyin yaşam kalitesini artırır,
- Hastane enfeksiyonlarından korur,
- Kişiye özel hizmet sağlayıp tedaviyi daha konforlu kılar,
- Hasta ve hasta yakınlarındaki stresi azaltır,
- Sağlık hizmetlerinin maliyetleri daha düşüktür,
- Hastanelerde erken taburcu edilmeler nedeniyle sirkülasyon hızlanır, daha az yatak ve personel ile daha çok hastaya hizmet sunulur,
- Hasta memnuniyetini artırır,
- Bireylere tanı konulmasından, iyileşme durumuna kadar kesintisiz bir sağlık hizmeti sunulmasını sağlar,
- Tüm aile bireylerinin eğitimini sağlar,
- Hasta memnuniyetini artırır,
- Evde bakım hizmetlerinde kötüye kullanma oranının düşük olmasını sağlar,
- Hastaya özel yemek hazırlanarak, “hastane yemeği” yakınmasını önler,

- Evde bakım hizmetleri, hastane hizmetlerine göre daha güvenilirdir,
- Evde bakım hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetlerine erişebilirliği artırır,
- Aile üyelerinin tükenmişlik yaşama riskini azaltır,
- Ekip, hasta, hasta ailesi işbirliğinin daha iyi olmasını sağlar,
- Gereksinimlerinin kendisinin karşılmasına ve böylece kendi kendine yetme ve güven duygusunun artmasını sağlar,
- Bireyin Fiziksel ve psikolojik dengesinin yeniden kazanmasını sağlar,
- Aile ve birey kendi yaşadığı ortamda sağlık sorunlarını daha rahat aktarır, sağlık sorunları daha kolaylıkla saptanır,
- Aile ve bireyler ile birlikte saptanan sağlık sorunlarının çözüm yolları, ailenin olanakları göz önüne alınarak yapıldığı için daha gerçekçi olur (Spratt, Hawley ve Kolf, 1997; Temizer,2009; Koç,2005; Spiegel, 1993; Subaşı, 2001; Todd ve Edmonds, 2000; Çiftçi,2006).

Evde bakım hizmetlerinin bu avantajlarına ek olarak tıp, teknoloji ve iletişim alanlarında ki gelişmeler, bu hizmete talebi hızla arttırmaktadır (Kar, 2003).

Aksayan ve Cimete (1998, s.79-90) bireylerin evde bakım gereksinimleri, olanakları ve tercihlerini araştırdıkları bir çalışmada; bireylerin %63.1'inin aile üyelerinin yanında olma, evin sakin, rahat, huzurlu ve bilinen ortam olması, hastane ortamını sevmeme, hastanenin zaman kaybettirmesi, evde bakım verecek bir bireyin bulunması gibi nedenlerle evde bakımı tercih ettikleri, %36.9'unun ise bakım ve tedavinin sürekliliği, sürekli doktor kontrolü, aile üyelerine yük olmama, güvenli ortam, araç gerecin bulunması gibi nedenlerle hastanede bakımı tercih ettikleri belirlenmiştir.

➤ **Evde bakım hizmetlerinin olumsuz yönleri**

Evde bakım hizmetlerinin birçok ülke için yeni bir sektör olması, yeni riskleri ve denetim sorununu beraberinde getirmektedir. Evde bakım hizmetleri, birçok dış etkene açık, ayrıntılı bir eğitim programı ve yakın bir denetim gerektiren bir örgütlenmedir. Evde bakım hizmeti verilirken birbirinin içine girmiş sağlık bakımı gerektirecek durumlarla karşılaşmaktadır (Schulmerich,1996, s.12-19).

Evde bakım hizmetlerinin olumsuz yönleri ise şunlardır;

- Evde sağlık personelinden hizmet almak, bireyin kendisini daha fazla hasta hissetmesine neden olabilir,
- Birey kendi özel yaşantısına müdahale ediliyor duygusu yaşayabilir,

- Birey kendisini daha fazla sorumluluk altında hissedebilir,
- Birey, aldığı hizmet doğrultusunda evini çok sayıda insan, alet ve malzeme ile sarılmış hissedebilir,
- Yetersizlik ve bilgisizlik nedeniyle yüksek teknolojik araçların kullanımında sorun yaşanabilir,
- Acil durumlarda hemen müdahale edecek kişi bulunamayabilir,
- Birey hastanede kendisini daha fazla güvencede hissedebilir,
- Aile üzerinde artan emosyonel, fiziksel ve ekonomik baskı oluşabilir,
- Evde bakım hizmetlerini verecek personelin alışmış olduğu bir ortam dışında hizmet vermesi verimliliği azaltabilir,
- Hekimin hasta bakım tarzlarında bazı değişiklikler yapması gerekliliği hizmet sunumunu zorlaştırabilir,
- Sağlık personeli, hasta ve aile arasında etkili iletişim kurulamayabilir.
- Aile fertlerinin sürekli bir hasta ile birlikte olması gerginlik yaratabilir,
- Sağlık personelinin sürekli hastanın yanında bulunamaması, evde bakım hizmetlerinin kısıtlılıkları arasında sayılabilir,
- Evde infüzyon tedavisi sırasında komplikasyon riski oluşabilir,
- Hasta ve yakınlarının sağlık personeli üzerinde baskı ve şiddet uygulaması halinde güvenlik sorunu ortaya çıkabilir,
- Evde bakım hizmetlerinde kullanılan tıbbi atıkların kontrolünün zor olması (Koç,2005; Tanlı, 1996; Karabağ,2007).

3.11. Dünyada Evde Bakım Hizmetleri

Dünyada gelişmiş olsun gelişmekte olsun bütün ülkelerde evde bakım hizmeti verilmektedir. Ancak evde bakım hizmetlerine formal bakım komponentinin eklendiği, bu hizmetlerin sağlık hizmetleri kapsamına alındığı, sunumuna yönelik kanun ve düzenlemelerin yapıldığı, finansman sorunlarının çözüldüğü, hizmete özel personel yetiştirildiği ve uygun ekipman ve malzemeye erişimin mümkün olduğu ülke sayısı sınırlıdır. Bu ülkeler genellikle yaşlı nüfus özelliğindeki nüfusa sahip, kronik hastalıkların ve dolayısı ile özürlülük boyutunun yüksek olduğu gelişmiş ülkelerdir (Subaşı,2001).

Kanada’da sağlık hizmetleri için yapılan harcamalar kamu tarafından finanse edilen genel sağlık sigortası tarafından karşılanmaktadır. Kanada’da evde bakım

hizmetleri Kanada Medicare Sigorta Sistemi tarafından finanse edilir. Kanada'da da ABD'de olduğu gibi hizmetlerin ülke içinde homojen yayılmadığı, kamu/özel sektör oranının, yürütülen programların içerdiği hizmetlerin eyaletlere göre değişiklik gösterdiği bilinmektedir. Örneğin Saskatchewan'da evde bakım hizmetlerinin sunumunda özel sektörün rolü çok azdır. Kamu tarafından finanse edilen ve yürütülen evde sağlık hizmetleri kapsamında sunulan hizmetler: hemşirelik bakımı, ev işi hizmetleri, meşguliyet ve fizik tedavi hizmetleri iken, Ontario'da evde bakım hizmetlerinin eyalet içerisinde kamu ve özel sektör kuruluşlarının dağılımının çok değişiklik gösterdiği görülmektedir. Ontario'da evde bakım hizmetleri kapsamında sunulan hizmetler: eve yemek hizmetinden, evde bakım hemşireliği hizmetlerine kadar uzanmaktadır. Sağlık hizmetleri ile sosyal hizmetlerin farklı ellerden yürütüldüğü Kanada'da yaşlılar ve kronik özürlü kişiler için birçok eyalette iki hizmet alanı arasında bağlantı kurulduğu görülmektedir. Bu hizmetler için yapılan harcamalar 1997 yılında Kanada sağlık harcamalarının %14,1'lik kısmını oluşturmuştur. Ancak Kanada'da hizmet gereksinimi olan kişilerin büyük kısmının bu hizmeti alamadığı, hastaneye yatan kişilerin %60'ının ise yarar göreceği halde bu hizmetten faydalanamadığı ortaya çıkmıştır (Naylor,1999).

Avrupa topluluğu üyesi olan her ülkede evde bakım hizmetleri sunulmaktadır. Ancak Yunanistan ve Portekiz'de bölge hemşireliği ile kombine şekilde sunulmaktadır. Her ülkenin ekonomik, siyasal, sosyal ve kültürel bakımdan farklı olması evde bakım hizmeti sistemlerinin birbirinden farklı özellikler taşımasına neden olmaktadır. Avrupa Topluluğu ülkelerinin çoğunda evde bakım hizmetleri kamu hizmetidir. Çok az sayıda kar amaçlı kuruluş vardır. Ancak bütün üye ülkelerde informal ve formal bakım veren kişilerin sayısında giderek azalma görülmektedir. Danimarka'da her beş haneden birinde 65 yaş ve üzeri bir kişiye destek sağlanırken, Fransa'da 1/10, İrlanda'da 3/100, İspanya'da 1/100, Portekiz'de ise 1/200 hanede yaşlı kişi bakım gereksinimi vardır. Avrupa topluluğu ülkeleri içerisinde en geniş evde bakım alt yapısının Danimarka, Hollanda ve daha az olarak İngiltere'de bulunduğu görülmektedir. Örneğin Danimarka'da bu sektörde istihdam edilenler 27 bin kişidir. (35/1000 65 yaş üzeri kişi) Almanya'da ise sadece 22 bin kişi bu sektörde çalışmaktadır.(2.4/1000 65 yaş üzeri kişi) Büyüyen gereksinimlere karşılık sunulan hizmetlerin yetersizliği bakım açığı (care gap) olarak adlandırılmaktadır. Bu durum bakım verilen ve veren kişilerin tolere edilemez

boyutlarda stres yaşamalarına ve verdikleri bakım kendileri ayakta kalmakta güçlük çektikleri için sürdürülmesi olanaksız bir şekilde dönüşmektedir. Ayrıca hizmetlerin ülkeler içi dağılımındaki dengesizlikler de belirgin bir şekilde göze batmaktadır. Evde bakım hizmetleri ile diğer toplum sağlığı hizmetleri arasında koordinasyon bulunmadığı görülmektedir. Kamusal, özel ve gönüllü kuruluşların hizmetleri, sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetlerin birbirinden ayrı olduğu göze çarpmaktadır. Ayrıca bu ülkelerde sağlık hizmetlerinin finansmanı sosyal sigorta fonları ve genel vergilerden karşılanırken, sosyal hizmetlerin yönetimi ve finansmanı yerel yönetimler ve/veya gönüllü kuruluşlar tarafından sağlanmaktadır. Bu durum özellikle Belçika, Almanya, Hollanda ve İngiltere için büyük sorundur. İrlanda'da ise sağlık ve sosyal hizmetlerin yerel düzeyde aynı birim tarafından yönetilmesi nedeniyle sorun yaşanmadığı gözlenmektedir (Walker,1991; Brodsky, Habib ve Mizrahi,2000, s.1-14).

Hollanda, İsveç, Danimarka, İngiltere ve İskoçya gibi ülkelerde merkezi hükümetler evde sağlık bakım hizmetlerini sunarken bir yandan da kaliteli hizmetlerin verilmesini sağlayacak programları desteklemektedirler (Karabağ,2007).

Evde bakım hizmetlerini sağlık sistemlerini bütünleştirmiş ülkelerden biri olan Hollanda'da evde bakım hizmetleri medikal hemşirelik hizmetleri ve hastanın kişisel bakım ve sosyal desteğinin baskın olduğu hizmetler olmak üzere iki sınıfa ayrılır (Brodsky, Habib ve Mizrahi,2000, s.58). Hollanda'da yaşlılarda geropsikiyatrik ve psikomatik rahatsızlıklar için 300'den fazla evde bakım kuruluğu bulunmaktadır (Karabağ,2007).Ülkelerin evde bakım hizmetleri ile ilgili yasal düzenlemelerine bakıldığında genel olarak Avusturya, Almanya, İsrail, Japonya ve Hollanda gibi birkaç ülke kişilere uzun süreli bakım hakkı sağlayan yasaları yürürlüğe koymuştur. Evde bakım hizmetleri ile ilgili olarak Hollanda'da 1 Ocak 1968'den beri yürürlükte olan Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (The Exceptional Medical Expences Act) bu ülkeler arasındaki en eski yasal düzenlemedir. En yeni yasa ise 1 Nisan 2000'de Japonya'da kabul edilen Kaigo Hoken'dir. (Long-Term Care Insurances Programme veya The Care Insurance Law for the Elderly.) Bütün düzenlemeler sağlık ve sosyal hizmetlerin bir parçası olarak değil, özel programlar olarak yürütülmektedir. Sigorta güvencesi sağlayan birimin Avusturya'da Çalışma Bakanlığı, Sağlık ve Sosyal İşler Bakanlığı, Almanya'da

hastalık fonları ile bağlantılı bakım fonları, Hollanda'da Sağlık, Sosyal Yardım Bakanlığı, İsrail'de Ulusal Sigorta Enstitüsü, Japonya'da ise yerel yönetimler olduğu görülmektedir (Walker,1991; Brodsky, Habib ve Mizrahi,2000, s.1-14). Bu ülkeler, kişisel hakkın bütçe sınırlamaları ile kısıtlanmadığı yasal sigorta programları ile uzun süreli bakım hizmetlerinin temini için özel, ayrı programlar oluşturmuşlardır. Programların çoğu bütün yaş gruplarını kapsamakta ve toplum içerisinde ve kurumsal bakımı da içerecek şekilde kapsamlı hizmetler sağlamaktadır. Bununla birlikte bu ülkelerin uzun süreli bakım konusunda yasalarını hazırlarken hedef nüfusun seçimi, uygunluğun değerlendirilmesi işlemi ve değerlendirmeden sorumlu personel, verilecek hizmetin tipi, hizmetlerin nasıl ve kim tarafından sağlanacağı ve finansman mekanizmaları gibi konularda farklı yaklaşımlar benimsedikleri de dikkat çeken önemli bir noktadır (WHO, 2000a, s. 23).

Avusturya'da 3 ve üzeri yaştaki herkesin, Almanya ve Hollanda'da toplumun tümünün İsrail'de 60 yaş üzeri kadınların ve 65 yaş üzeri erkeklerin, Japonya'da ise 40 yaş üzeri kişilerin yasa kapsamına girdiği görülmektedir. Avusturya'da 3 ve üzeri yaştaki bireylerin hizmetten yararlanabilmesi için yapılan sağlık ve fonksiyonel durum değerlendirmesinde, günlük yaşam aktiviteleri ve yardımcı günlük yaşam aktivitelerindeki özürlülük esas alınmaktadır. Özgürlüğün en az 6 ay süreli bakımı gerektirmesi öngörülürken, 50 saat/ay destek ihtiyacı olması gereği aranmaktadır. Ancak körler/ağır görme kaybı olanlar, sağlıklar ve tekerlekli sandalyede oturanlar otomatik olarak yasa kapsamına girmektedir. Almanya'da iki veya daha fazla GYA'ni gerçekleştirmekte özürli olan kişiler yasa kapsamına girmektedir. Özürlülüğün en az 6 ay süreli bakımı gerektirmesi öngörülürken, 1.5 saat/gün destek ihtiyacı olması gereği aranmaktadır. Hollanda'da sağlık sorunu olması ve fonksiyonel olarak özrünün bulunması kişinin yasa kapsamına girmesini sağlamaktadır. İsrail'de günlük yaşam aktivitelerindeki özürlülük veya sürekli gözlem altında bulunma gereksinimi, günde en az 2 saat destek ihtiyacı olan 60 yaş üzeri kadınlar ile 65 yaş üzeri erkekler yasa kapsamına girmektedir. Japonya'da 40-64 yaş grubundaki kişilerden serebrovasküler hastalıklar veya senil demans gibi yaşa bağlı hastalıklar, 65 yaş üzeri grupta ise günlük yaşam aktivitelerini, kognitif ve duyuşal fonksiyonları gerçekleştirmede güçlük çekilmesi kişilerin yasa kapsamına girmesini sağlamaktadır. Bu sorunların en az altı ay bakım ihtiyacı gereği aranmaktadır. Ayrıca Japonya'da günlük yaşamında bağımsız olma ve bunu

sürdürebilme durumu olarak açıklanan özürlikte minimum düzeyde olan bireylere de bazı hizmetler sunulmaktadır. Bu hizmetler minimum özürli kişilerin var olan durumlarını sürdürmelerini ve altta yatan bazı nedenlerden dolayı kişilerin bu dengesinin bozulmasını önlemeyi amaçlamaktadır. Bu kapsamda evde bakım verenlere rehberlik amacını taşıyan periyodik ev ziyaretleri ve sağlık danışmanlığı hizmetleri vardır. Hollanda dışındaki diğer ülkelerde bakım ihtiyacı olan kişinin ailesinde bakım için uygunluk ve sağlanacak aile desteğinin boyutu göz önünde bulundurulmamaktadır. İsrail dışındaki diğer ülkelerde gelir ortalaması değerlendirmesi (means test) yapılmamaktadır. İsrail’de ise bireyin hizmetlerin tümüne erişebilmesi için gelirinin ortalamasının üzerinde olmaması gerekmektedir. Çiftler için ise bu değer ortalamasının 1.5 kat üzerinde olmaması gereği aranmaktadır. Bu ortalamanın üzerinde geliri olan kişiler, yapılan harcamalara geliri ölçüsünde katılmaktadırlar. Ayrıca Hollanda’da psikososyal durum, evin ve çevresinin koşulları sağlanacak formal bakımın tipi ve düzeyi de göz önüne alınmaktadır. İsrail’de ise yalnız yaşama uygunluk kriterinde artı olarak değerlendirilmektedir. Bireyin hizmeti almaya uygunluk durumunun değerlendirilmesi amacıyla Avusturya, İsrail, Japonya’da ülke çapında aynı ortak form kullanılırken, Almanya’da yapılandırılmış, bölgelere göre değişebilen bir form, Hollanda’da ülke çapında ortak kullanılan ayırt edici (discretionary) bir protokol kullanılmaktadır. Uygunluk düzeyinin belirlenmesinde (levels of eligibility) Hollanda dışındaki tüm ülkelerde gerek duyulan bakım süresini esas alan bir değerlendirme yapılmaktadır. Avusturya’da bir ay içerisinde gereksinim duyulan bakım süresi yedi düzeye göre gruplanmaktadır(50-180 saat/ay). Almanya’da bir gün içerisinde gereksinim duyulan bakım süresi üç düzeye göre gruplanmaktadır (1.5-5 saat/gün). İsrail’de bir gün içerisinde gereksinim duyulan bakım süresi 2 düzeye göre gruplanmaktadır (2.5-6.5 saat/gün). Japonya’da ise bir gün içerisinde gereksinim duyulan bakım süresi 6 düzeye göre gruplanmaktadır (25-110 dakika/gün). Hollanda’da ise belirli bir düzey belirlenmemekte, doğrudan bireyin ihtiyacı olan bakım düzeyi ortaya konulmaktadır. Uygunluk durumunun ve gereksinim duyulan bakımının düzeyinin belirlenmesi Avusturya’da Sigorta kuruluşu tarafından yapılırken, Almanya’da Medical Board, Hollanda’da Bölge Değerlendirme Board’u, İsrail’de Ulusal Sigorta Enstitüsü, Japonya’da ise vaka yöneticileri tarafından üstlenilmiştir. Bu kanunlar kapsamına giren hizmetlere bakılacak olursa Avusturya, Almanya ve Hollanda ve Japonya ‘da kurumsal bakım, evde bakım, gündüz bakımı hizmetleri bu kapsamdadır. İsrail’de

kurumsal bakım hizmetleri bu kanun kapsamına girmemektedir. Almanya’da ayrıca respite care, gece merkezleri (night centers), ve destekleyici aletlerin sağlanması bu kapsama girmektedir. Hollanda’da evde hemşirelik hizmetleri, respite care ve rehabilitasyon hizmetleri de bu kapsamdadır. İsrail’de erişkin alt bezi (absorbent undergarments) sağlanması, çamaşırhane hizmetleri ve acil alarm sistemleri bu kapsama girmektedir. Japonya’da respite care, hemşire ziyaretleri, destekleyici aletlerin sağlanması, rehabilitasyon hizmetleri, ev adaptasyonları ve tıbbi gözlem hizmetleri bu kapsamdadır. (Walker,1991; Brodsky, Habib ve Mizrahi,2000, s.1-14).

Bunların dışında Belçika, Lüksemburg, Portekiz, İrlanda, İtalya, Yunanistan, Endonezya, Tayvan ve Suudi Arabistan gibi pek çok ülkede de evde bakım hizmetleri yürütülmektedir (Akdemir, 2003).

Dünyada evde bakım hizmetlerinin sunumunda piyasa tipi sağlık sisteminden Amerika Birleşik Devletleri ve Brezilya, refah yönelimli sağlık sisteminden Almanya, kapsayıcı sağlık sisteminden İngiltere seçilmiş ülke örneği olarak ele alınacaktır. Sosyalist sistemin dağılmasından dolayı, bu sistemden örnek ülke yer almayacaktır.

3.11.1. Amerika’da Evde Bakım Hizmetleri

ABD’de evde bakım hizmetleri 1880’li yıllarda sektör olmaya başlamıştır. Önceden evlere giderek hastalara bakan hemşirelik organizasyonlarının odağı yaşlı ve fakir insanlardı. Hastalardan alınan az bir ücretle ve halkın yardımıyla bu organizasyonlar ayakta durabilmişlerdir. 20. Yüzyılın başlarında bölgesel sağlık idarelerinin oluşmasından sonra, bu idareler evde bakım hizmeti veren hemşireleri kadrolarına almışlardır. Yüzyılın ortalarında bu tür devlet kuruluşları ve bağışlarla işletilen hayır kurumu tarzı evde bakım hizmetleri birleştirilmiştir. Hastane temelli ilk evde bakım programı 1947 yılında New York, Bronx’un Montefiore hastanesinde başlamıştır. Bu programla evde bakım sadece hemşirelik bakımı olmaktan öteye gitmiş ve çok disiplinli olarak sunulan bir sağlık hizmet alternatifi halini almıştır. Montefiore modeliyle başlayan sağlık kuruluşlarının evde bakım hizmeti sunmaları sadece hastanelerle sınırlı kalmamıştır. Rehabilitasyon merkezleri ve hemşire bakım evleri de evde bakım programları sunmaktadırlar. 1966’da

medicare (65 yaşın üzerindekiilere ücretsiz bakım sağlayan devlet programı) evde bakımı programını kapsamına aldıktan sonra evde bakım hizmetlerinin büyüme hızı artmıştır. 1981’de evde bakımın kabulü için gerekli en az üç gün hastane yatış kuralı kaldırılmış ve 1983’de evde bakım firmalarının maliyetleri çerçevesinde belirlenen fiyatlardan sonra büyüme hızı bir kat daha artmıştır

ABD’nin gelişen endüstrileri arasındaki sağlık endüstrisi kısa bir zamanda çalışan kişi kapasitesi itibariyle üçüncü en büyük endüstri olmuştur. Bu endüstride çalışan yaklaşık sekiz milyon kişinin iki milyonu yüksek eğitimidir ve yaklaşık 200.000 kadar değişik türde sağlık kurumunda çalışmaktadır. ABD’nin sağlık sistemlerinin değişmesine etki eden ana güçleri değerlendirdiğimizde karşımıza hızla artan hekim sayısı, daha az hastane hizmetini kapsayan sigorta planlarının büyümesi, yeniden yapılanan sağlık sigorta poliçeleri (daha fazla poliklinik hizmeti kapsama), gelişen teknolojinin yarattığı daha az hastanede yatış günleri, artan özel sermaye payı, hekimler için yeni finansal ve organizasyonel yapılanma çıkar. Bu güçlerin etkileri sonucunda yaşlı nüfusun artmasına rağmen hastaneye yatış sayıları azalmış, hastanede kalış süreleri kısalmış, aile doktoru olmayan ailelerin sayıları azalmış, hastane dışı ayakta tedavi merkezlerinin sayıları artmış, hastane ve doktorlar arasında değişik yapıda iş ortaklıkları doğmuştur.

Amerika’da evde bakım firmaları yüzyıldan daha fazla bir süredir hizmet sunmalarına karşın, gerçek büyüme son 25 yılda devletin evde bakım hizmetlerini kabul etmesinden sonra olmuştur. Devlet bu tür firmalarının açılışını ve verdikleri hizmetleri denetler. Yeni açılacak bir evde bakım firması, gerekli bir dizi yasal yükümlülüğü yerine getirdikten sonra devletin onayından geçip hizmet verme lisansı alırlar. 1980 yılından beri devlet lisansı alan firmaların sayısı 5800’e kadar ulaşmıştır. Evde bakım hizmetleri 1990’larda yılda ortalama 10 milyar dolarlık cirosuyla en başarılı çağlarının birini yaşamaktadır. Özellikle son 10 yılda evde bakım en hızlı büyüyen sağlık hizmeti sektörü olmuştur. Bu hızlı gelişme farklı nedenlere bağlanabilir. Medicare’in hastanelere uygulamaya başladığı vaka başına ödeme sistemi, hastaneleri daha kısa süreli hastane kalışlarına ve hastanede bakımı hala devam edebilecek taburcu etmeye yöneltmiştir. Bu ödeme sisteminin başlamasından sonra hastalara daha fazla rehabilitasyon ve hemşirelik hizmeti

sunulmuş ve acil servise başvurularında artma, hastanede yeniden yatma, ölüm gibi olumsuz sonuçlara rastlanmamıştır (Tanlı,1998, s.304-306).

Büyümenin diğer bir nedeni de ABD’de artan yaşlı nüfustur. Yaşlı nüfus demografisi 1900’lerden günümüze önemli bir değişim geçirmiştir. 1900’de ABD’de sadece 3.1 milyon yaşlı insan varken, 1990’da bu rakam 31.1 milyona ulaşmıştır. 2050 yılında yaşlı nüfus sayısının 79 milyona yükseleceği ve her 5 Amerikalıdan birinin yaşlı olacağı tahmin edilmektedir. ABD’de de nüfusun en hızlı artan kesimini 85 yaş ve üzerindeki grup oluşturmaktadır (Craig, 1999). Bu günkü ABD nüfusunun %13’ü 65 yaş ve üstüdür. ABD sağlık bakım hizmetlerine 1.4 trilyon dolar harcamaktadır. Bunun %31’i yaşlılar için harcamasına rağmen ABD’de asıl sağlık harcama tüketicileri yatan hastalardır (Jayadevappa, Chhatre, Weiner ve Raziano, 2006).

ABD’de aileler evde tüm bakımının %80’ini sağlamakta, yaklaşık olarak 15-25 milyon yetişkin, ev ortamında (informal) bakım sunmakta ve 12.8 milyon Amerikalı uzun dönem bakım veren yardımcılarına gereksinim duymaktadır. Bu ülkede yaşlıların 2.4 milyonu bakım evlerinde kalmasına rağmen yaklaşık olarak %90’ı aile, arkadaş ve komşuları tarafından bakılmaktadır (Ateş, M.,2011). Evde bakım yaşlılara evde aile ve akrabalar yanındayken bağımsız olarak yaşama imkânı sağlamaktadır. Ayrıca kronik hastalıklı çocuk ve yetişkinlerin yaşama sürelerinin uzaması evde bakıma olan ilgiyi arttırmıştır. Evde bakım özellikleri nedeni ile kronik hastalıklı çocukların bakımında daha çok seçilir bir yöntem olmuştur (Tanlı,1998, s.306).

ABD’de 2008 yılında; terminal dönem hastalarının %68.8’i kendi evlerinde ya da bir bakım merkezinde ; %21’i yataklı hospis merkezlerinde ve %10.1’i hospis hizmeti olmayan herhangi bir hastanede ölmeyi tercih etmişlerdir. Genel olarak bayan ve 65 yaş üzeri hastaların ev dışı ortamlarda ölmeyi tercih ettikleri görülmüştür. Hastanın sosyoekonomik durumları, yaşları, cinsiyetleri ve aile bireyleriyle olan ilişkileri ölüm yeri tercihleri konusunda etkili olmaktadır (Ateş, M.,2011).

ABD’de evde bakım hizmetlerinin sunumuna bakıldığında bu hizmetleri yapısal özellikleri farklı birçok kuruluşun sunduğu görülmektedir. Bu kuruluşlar arasında hususi evde bakım kuruluşları hizmetin %40’nı hastane destekli evde bakım kuruluşları ise % 25’ni karşılamaktadır. Bu ülkede genel olarak sağlık hizmetlerinin özel sigorta ağırlıklı yapı taşıdığı bilinmektedir. 1990’lı yıllarda nüfusun %13.9’nun hiçbir sigorta kapsamına girmediği ABD’de sağlık hizmetlerinin finansmanın %33’ü özel sigortalar, %17’si Medicare, %11’i Medicaid, %5.9’u diğer özel fonlar, %0.3 savaş gazisi ve malulleri sigortası tarafından karşılandığı görülmektedir. ABD’de uzun süreli bakım hizmetleri harcamaları The Health Care Financing Administration (HCFA) tarafından karşılanmaktadır. Bu harcamaların büyük kısmı ise bu hizmetleri esas karşılayıcısı olan Medicaid tarafından kurumsal bakım için yapılmaktadır. Medicare federal hükümetin tüm yaşlıların ve bazı özürli genç grubunun sağlık harcamalarını finanse eden bir sağlık sigortası programıdır. Gelir düzeyi düşük ailelere sağlık sigortası sağlayan federal / eyalet programı olan Medicaid ise uzun süreli bakıma yönelik ulusal sağlık güvencesi ağıdır. 1998’de Medicaid ülke çapında uzun süreli bakım için yapılan, 150 milyar dolarlık harcamanın %40’lık bölümünü ve kurumsal bakım için yapılan harcamanın ise %44’lük kısmını karşılamıştır. Ancak toplum içinde yaşayan ve uzun süreli bakım ihtiyacı olan her 5 yetişkinden birinin duyduğu bakımı ihtiyacının karşılanmadığını bildirdiği görünmektedir. 1998’de evde bakım ve kurumsal bakım hizmetleri için yapılan harcamaların %40’nı Medicaid, cepten yapılan harcamalar ise %26’lık bölümünü karşılamıştır. Medicare, bakım konusunda uzman kurumların ve evde sağlık bakımı harcamaların bir kısmını karşılamaktadır. Karşılanan hizmetler genelde kısa süreli rehabilitatif bakım hizmetleridir. Hastanede en az üç günlük yatış sonrası yüz güne kadar verilen bakım hizmetleri Medicare tarafında karşılanmaktadır. Ayrıca Medicare evde bağımlı kişilerin part-time uzman bakım gereksinimlerini, fizik tedavi hizmetleri ve diğer tedavi edici hizmet gereksinimlerinin yanında, evde sağlık bakım yardımcıları tarafından gerçekleştirilen kişisel bakım hizmetlerini de ödemektedir (Subaşı,2001). 1998 yılında Medicare tarafından evde bakım hizmeti sağlanan hastalıklar sıralaması şöyledir;

1. Dolaşım sistemi hastalıkları
2. Kalp hastalıkları
3. Yaralanma ve zehirlenmeler

4. Bağ dokusu ve kas iskelet sistemi hastalıkları
5. Hormonal, beslenme ve metabolik hastalıklar ve bağışıklık bozuklukları
6. Őeker hastalığı
7. Kanser
8. Deri hastalıkları
9. Osteoartritler ve osteoartritle ilişkili bozukluklar
10. Esansiyel hipertansiyon
11. Sindirim sistemi hastalıkları
12. Üreme ve üriner sistem hastalıkları
13. Kan ve kan organları hastalıkları
14. Sinir ve duyu sistemi hastalıkları
15. Pnömoni
16. Akıl hastalıkları
17. Enfeksiyöz ve parazitik hastalıkları
18. Akciğer, bronş ve solunum yolu kötü huylu tümörleri (Çakır,2004).

Evde bakım hizmeti sunan kuruluşların ülkenin bütününe homojen şekilde yayılmaması (kentsel bölgelerde daha yoğun) nedeni ile hizmetin kullanımının ülke içinde büyük değişiklikler gösterdiği belirtilmektedir. Evde bakım hizmetlerinden yararlandırılması için uygun hasta seçiminde bazı kriterler gerekmektedir. ABD’de Medicare tarafından evde bakım hizmetinin finansmanının sağlanması için gerekli temel kriterler aşağıda belirtilmiştir (CMS, 2002,s.1);

- Hekim tarafından evde tedavinin gerektiğine karar verilmeli ve evde tedavi için plan yapılmalı,
- Hastalık aralıklı veya sürekli olarak profesyonel hemşirelik bakımı, fizik tedavi, konuşma terapisi gerektirmesi,
- Hastanın eve bağımlı olması, hastanın evden ayrılması için büyük bir enerji gerektirmesi, hastanın evinden çok kısa bir süre ayrılacak kadar gücü olması,
- Evde bakım hizmeti sunacak şirketin Medicare tarafından onaylanmış olması gerekmektedir.

WB ve WHO'dan alınan bazı sağlık göstergelerine ve yayınlanmış değerlerine göre, ABD bu grupta yer alan diğer ülkelere göre daha yüksek yaşam standardına, en yüksek kişi başı GSMH'ya, en yüksek kamu sağlık harcaması oranına, en yüksek kişi başı sağlık harcamasına, en yüksek 1000 nüfus başına düşen hekim ve hemşire sayısına ve en düşük aşılama oranına sahiptir. ABD'nin nüfusu Brezilya ve Çin' e göre daha yaşlıdır. Buna rağmen yıllık ölüm oranı yaklaşık aynı değerler civarında, doğurganlık oranı ise daha yüksektir.

Tablo.2. Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Göstergeleri (2008)

NO	GÖSTERGELER	ABD
1	Toplam nüfus	304.060
2	Nüfus artış oranı	0,9
3	65 yaş ve üzeri nüfus	12.6
4	Ölüm oranı	8,09
5	Toplam doğurganlık oranı	2.1
6	Doğumda yaşam beklentisi	78
7	Anne ölüm oranı	11
8	Bebek ölüm oranı	6.7
9	Dpt aşılama oranı,(%)	96
10	Kızamık aşılama (%)	92
11	Tüberküloz insidansı, (100.000 kişi)	4.76
12	Gayrisafi yurt içi hasıla (US\$)	14093,3
13	Kişi başı GSYİH (2007, US\$)	45488,9
14	Toplam sağlık harcamaları (2007,GSYİH %)	15.7
15	Kamu sağlık harcamaları (2007,%)	45,5
16	Kişi başı sağlık harcamaları (2007,US\$)	7285
17	1000 Nüfus başına düşen hekim sayısı	2,6 (2000)
18	1000 nüfus başına düşen hemşire sayısı	9,4 (2000)

Kaynak: The World Bank Data,, <http://data.worldbank.org/> ; World Health Organization, , <http://www.who.int/countries/en/>

Bu sektör günümüzde 12 milyon hizmet alıcısı ve 33 bin kadar hizmet sunucusu ile güçlenmektedir. 2009 yılı evde bakım hizmetleri harcamaları tek başına 72.2 milyar \$'ı bulmuştur.

Evde bakım sunucularından bahsedildiğinde evde bakım hizmetleri merkezleri, hospis hizmetleri ile evde bakım yardımcı örgütleri anlaşılmaktadır. Bu örgütlerin bazıları medicare akreditasyonuna sahiptir ve evde bakım hizmeti alan hastalar harcamalarını bu sigortadaki karar name ile yürürlüğe girmiş ve 1985 yılına geldiğinde 6 bine yakı hizmet sunucu akreditasyona hak kazanmıştır. 80'li yıllarda yaşanan bürokratik engeller ve sigorta ödemelerindeki gecikmeler akreditasyon alan örgüt sayısını azaltmıştır.

1987 yılında The National Association Home Care (NACHC) o zamanki Sağlık Hizmetleri Finans İdaresi'ne karşı dava açmış ve sonuçta medicare poliçelerinin kapsamının düzenlenmesinde söz hakkına sahip olmuştur. Bu döneme değin toplum destek hizmet merkezlerinin baskınlığı göze çarpmaktadır. Ödemeler ve akreditasyon sürecindeki bürokratik engellerin ortadan kalkmasıyla sunucu sayısı hızla 10 binlerin üzerine çıkmıştır. Artık akreditide örgütlerin dağılımında hastane destekli ve özel sektör sahipliğinde merkezler baskın hale geçmiştir. Günümüzdeki sektördeki sunucuların %62'si özel sektör ve %12'si hastane destekli faaliyet sürdürmektedir (Ateş, M.,2011).

ABD'de Sağlık Kuruluşları Akreditasyonu Üst Kurulu (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations; JCAHO) (1991) evde bakım kuruluşlarını dört temel sınıfa ayırarak bunları on bir farklı kriter açısından değerlendirmiştir (Tablo.3).

Tablo.3. ABD’de Evde Bakım Kuruluşları ve Kriterleri

Kriterler	Evde bakım hizmeti sağlayıcılar			
	Kişisel bakım ve hasta bakıcılığı hizmetleri	Evde tıbbi malzeme desteği hizmetleri	Evde infüzyon desteği hizmetleri	Hemşirelik hizmetleri
Hasta hakları ve sorumluluğu	X	X	X	X
Hasta bakımı	X	X	X	X
Güvenlik yönetimi	X	X	X	X
Enfeksiyon kontrolü	X	X	X	X
Evde bakım kayıtları	X	X	X	X
Kalite değerlendirme ve geliştirme	X	X	X	X
Yönetim yapısı	X	X	X	X
Evde sağlık hizmetleri	X	X	X	X
Farmakolojik hizmetler			X	
Kişisel bakım ve destek hizmetleri	X			X
Malzeme yönetimi		X	X	
Klinik solunum hizmetleri		X		

Kaynak: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (1991 edition), Accreditation Manual for Home Care.

Farmakolojik hizmetler yalnızca evde infüzyon desteği sağlayan evde bakım kuruluşlarında istenen bir özellik, malzeme yönetimi kriteri ise, evde medikal malzeme yönetimi sağlayabilen kuruluşlarda ve evde infüzyon desteği sağlayan kuruluşlardan beklenen bir kriterdir (Karabağ,2007).

Medicare & Medicaid Hizmetleri Merkezi’nin (The Centers For Medicare & Medicaid Services-CMS) verilerine göre, 2009 yılı sağlık hizmetleri harcaması 2,5

trilyon \$ (GSMH'nın %17.3'ü) dolayında gerçekleşmiştir. Bu meblağın sadece %4 kadarı özel evde bakım hizmetlerine yönelik harcanmıştır (Ateş, M.,2011).

Tablo.4. ABD Evde Bakım Kuruluşları, Harcama ve İstihdam Trendleri

Yıllar	2008	2009	2010	2011	2012
Kuruluşlar	25,029	24,524	25,019	25,231	26,473
Harcamalar (\$ millions)	47,329	46,098	49,423	52,698	58,909
İstihdam	1,002,790	982,700	1,002,423	1,010,939	1,060,568

Kaynak: C. Barnes & Co .(2011). Barnes Reports : Worldwide Home Health Care Services Industry (NAICS 62161). C. Barnes & Co, USA

ABD evde bakım hizmetlerinin sektöryel büyüklüğünün ve potansiyelinin anlaşılabilmesi için tablo 4'deki veriler irdelenmiştir. Buna göre 2008 yılında 25 bin kuruluş evde bakım hizmeti sektöründe faaliyet gösterirken, bu sayının 2012 yılında 26.500'e yükselmesi beklenmektedir. Harcamalar incelendiğinde ise 2008 yılında evde bakım hizmetleri için 47 M\$'lık bir harcama yapılmışken, 2012 yılında bu miktarın 59 M\$'a çıkması beklenmektedir. İstihdam açısından bakıldığında 2008 yılında evde bakım hizmetleri sektöründe 1 milyon çalışan bulunmaktayken, 2012 yılında istihdam edilen çalışan sayısının 58 bin artışla 1.060.000'a ulaşması beklenmektedir (Ateş, M.,2011).

Tablo.5. ABD Evde Bakım Kuruluşlarının Çalışan Sayısına Göre Dağılımı

Yıllar	Çalışan Sayısına Göre Kuruluşlar						
	1-9 Çalışan	10-49 Çalışan	50-99 Çalışan	100-249 Çalışan	250+ Çalışan	Belirsiz	Total
2010	9,540	9,304	2,963	1,762	551	900	25,019
2011	9,621	9,382	2,988	1,777	555	907	25,231
2012	10,095	9,844	3,135	1,865	583	952	26,473

Kaynak: C. Barnes & Co .(2011). Barnes Reports : Worldwide Home Health Care Services Industry (NAICS 62161). C. Barnes & Co, USA

Tablo 5’de evde bakım hizmeti sunan kuruluşların çalıştırdıkları personel sayısına göre sınıflandırma yapılmıştır. Buna göre faaliyet gösteren kuruluşların çoğunluğu 49 ve daha az personel çalıştırmaktadır. Sektör genelindeki bu eğilimin 2012 yılına gelindiğinde değişmeyeceği öngörülmüştür. Bu kapsamda sektörde kurumsallaşmaya gidişin hızlı olmadığı, kuruluşların yerel kalma eğiliminde oldukları düşünülebilir. (Ateş, M.,2011).

Tablo.6. ABD Endüstrisinin Diğer Ülkelerle Nispi Karşılaştırılması

Ülkeler	Toplam kuruluş sayısı	Toplam istihdam	Toplam harcama
Brezilya	164,20%	150,70%	768,30%
Çin	22,80%	20,90%	209,50%
Fransa	1135,40%	1041,90%	1077,40%
Almanya	815,50%	748,30%	775,40%
Hindistan	30,40%	27,90%	969,20%
Japonya	249,20%	228,60%	264,30%
Rusya	219,40%	201,30%	913,60%
İngiltere	1070,20%	982,10%	1234,90%
Amerika	100,00%	100,00%	100,00%

Kaynak: C. Barnes & Co .(2011). Barnes Reports : Worldwide Home Health Care Services Industry (NAICS 62161). C. Barnes & Co, USA

Tablo 6’da ise ABD evde bakım hizmetleri sektörünün büyüklüğü ile bazı dünya ülkelerinin evde bakım hizmeti sektörleri karşılaştırılmıştır. Ölçek bakımından Amerikan sektörü Çin ve Hindistan’ın önünde birinci sırada yer almaktadır. Bu farkın temelinde, Amerika’daki mevzuat gereği evde bakım hizmetlerinin Medicaid Medicare tarafından sigorta kapsamına alınması yatmaktadır. Ancak toplam kuruluş sayısı ve istihdam göz önüne alındığında üçüncü sıraya gerilemektedir. Avrupa ülkelerinin ise Amerika ile kıyaslandığında sektörel olarak emekleme aşamasında oldukları görülmektedir (Ateş, M.,2011).

3.11.2. Brezilya’da Evde Bakım Hizmetleri

Brezilya sağlık sistemi kamu ve özel sektör olmak üzere iki farklı hizmet sunucusundan oluşmaktadır. Kamu sektörü toplumun çeşitli düzeyinden insanlara yönelik, özellikle de fakirlik çekenlere, hizmet sunumundan sorumludur. Özel sektör ise, hizmetin karşılığını ödeyebilecek mali güce sahip kesime gerek hastanelerde ve gerekse evde ileri teknoloji ve ileri tıbbi hizmet sunumunu gerçekleştirmektedir (Ateş, M.,2011). WB ve WHO’dan alınan bazı sağlık göstergelerine ve yayınlanmış

değerlerine göre, genç bir nüfusa sahip olan Brezilya’da kişi başı sağlık harcamaları Çin’in yaklaşık altı katıdır. GSMH’ı Çin’den düşük olmasına rağmen, kişi başı GSMH’sı yüksektir. Sebebi, daha az nüfusa sahip olması ile açıklanabilir. Bu grupta yer alan ülkelere içinde en iyi aşılama oranlarına sahip ülkedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde, bulaşıcı hastalıkları önleme konusundaki başarısı diğer ülkelere göre daha iyi örgütlenmiş olduğunu düşündürmektedir. Fakat anne ve bebek ölümlerinin yüksekliği, anne ve bebek takiplerinin iyi yapılmadığı izlenimini vermektedir. Nüfus başına düşen hekim ve hemşire sayısı ABD’ye göre düşüktür (Ateş,2011, s.72-73).

Tablo.7. Brezilya Sağlık Göstergeleri (2008)

NO	GÖSTERGELER	BREZİLYA
1	Toplam nüfus	191.971
2	Nüfus artış oranı	1
3	65 yaş ve üzeri nüfus (%)	6,6
4	Ölüm oranı (%0)	6,38
5	Toplam doğurganlık oranı	1,88
6	Doğumda yaşam beklentisi	72
7	Anne ölüm oranı (%00)	110
8	Bebek ölüm oranı (%00)	18
9	Dpt aşılama oranı,(%)	97
10	Kızamık aşılama (%)	99
11	Tüberküloz insidansı, (%00)	46
12	Gayrisafi yurt içi hasıla (US\$)	1575,1
13	Kişi başı GSYİH (2007, US\$)	8 205
14	Toplam sağlık harcamaları (2007,GSYİH %)	4.0
15	Kamu sağlık harcamaları (2007 Toplam sağlık harcamalarındaki ,%)	41.6
16	Kişi başı sağlık harcamaları (2007,US\$)	606
17	1000 Nüfus başına düşen hekim sayısı	1,2
18	1000 nüfus başına düşen hemşire sayısı	3,8

Kaynak: The World Bank Data, 20.05.2010, <http://data.worldbank.org/> ; World Health Organization, 20.05.2010, <http://www.who.int/countries/en/>

Evde bakım hizmetleri 2000’li yılların başından beri Brezilya sağlık otoriteleri ve sigorta şirketlerinin desteği ve cesaretlendirmeleri ile hızla gelişmekte olan bir sektördür. Sao Paulo, Recife, Porto Alegre, Rio de Janeiro gibi büyük şehirlerde bilimsel çevreler, girişimciler ve kimi dernekler evde bakım hizmetlerine yönelik ciddi çalışmalar yürütmektedirler. Sektör yeni şekillenmeye başladığından kimi aksaklıklar göze çarpmaktadır özellikle eğitimli profesyonel hizmet sunucuların eksikliği, hizmet sunumunun yapılandırılmasındaki sorunlar ve finansman kaynaklarının yetersizliği gibi konular öne çıkmaktadır (Ateş, M.,2011).

Brezilya’da evde bakım hizmetleri kapsamında değerlendirilebilecek ilk girişimler yirminci yüzyıl başlarında ortaya çıkmıştır. Toplumu kırılma noktasına sürükleyen salgınlar kimi mali dar boğazlar bu girişimlerin tetikleyicileri olmuştur. Topluma yönelik bu baskılara yanıt olarak, Brezilya hükümeti hijyen koşullarını iyileştirecek ve gerekli sağlık profesyonellerinin yetiştirilmesi için düzenlemeler içeren “Ulusal Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği”ni yayınlamıştır. Sonuç olarak, dönemin tanınmış olan halk sağlığı uzmanlarından Dr. C. Chagas’ın liderliği ve Rockefeller Vakfı’nın desteği ile “Ulusal Halk Sağlığı Departmanı” (National Department of Public Health-NDPH) faaliyete geçirilmiştir. Faaliyetlerin odağının, güncel sorunların giderilmesine yönelik NDPH bünyesinde bir “Ulusal Hemşirelik Hizmetleri” bölümünün açılması oluşturulmuştur. Bu hedefe yönelik teknik bir heyet kurulmuştur. 1921-1931 yılları arasında faaliyet gösteren heyet, 31 hemşireden oluşturulmuş ve Amerikalı hemşire olan E.Parsons tarafından yönetilmiştir (Neves and Mauro,2000). Parsons, birincil önceliği hastalıkların kontrol altına alınması için pratikte uygulanan ziyaretçi hemşireliğin resmi bir mevzuata oturtulması ve bir hemşirelik okulunun açılmasına karar vermiştir. NDPH’den hemşirelerin gözetim ve kontrolündeki ziyaretçi hemşireler, çocuk bakımı, tüberküloz gibi, çeşitli halk sağlığı programlarında çalıştırılmıştır. Bu tip evde bakım hizmeti sunan programlarda ziyaretçi hemşirelerin çalıştırılmasının altında yatan, halk sağlığı uzmanı doktorların evde bakım hizmetlerinin zayıf bilimsel temellere oturduğu ve bu hizmetlerin kendi sosyal statülerine uymadığı yönündeki düşünceleri yatmaktadır. Aynı dönemde evde bakım hizmetleri de organize olamaya başlamaktadır bu çerçevede, Kuzey Amerika kökenli CL. Kieninger isimli hemşire NDPH bünyesinde bir hemşirelik okulunun kurulması çalışmalarını yürütmesi için görevlendirilmiştir. 1923’te resmi olarak faaliyete geçen okul, 1926’da Anna Nery Hemşirelik Okulu adını almıştır. 1937

yılında ise Brezilya Üniversitesi bünyesinde faaliyetlerini sürdürmüş ve sonraki 30 yıl boyunca kurulacak olan hemşirelik okulları için bir model teşkil etmiştir (Neves ve Mauro,2000).

Brezilya'da 1930'lu yıllarda ekonomi, tarımdan sanayi sektörüne bir kayma göstermiştir. Teknik heyetin çalışmaları meyvelerini vermeye başlamış ve genel hilyen parametrelerinde bir iyileşme göze çarpmaktadır. Sağlık sistemi politikası kolektif-önleyici yaklaşımda tedavi edici yaklaşıma kaymıştır. Dolayısıyla, hastaneler sağlık sisteminin merkezindeki yerlerini almıştır. Devlet hastanelere, sanayi işçileri ve ailelerine sağlık hizmeti sunma görevini vermiştir. Sağlık politikasındaki değişimin etki ile hemşirelik faaliyetleri de hastane hizmetine öncelik vermeye başlamıştır. Ancak 1960'lı yıllara kadar halk sağlığı faaliyetleri tıp fakülteleri ile hemşirelik okulları tarafından yürütülmüştür. Evde bakım hizmetleri ise tekrar ziyaretçi hemşirelerin gözetimine bırakılmıştır. Evde bakım hizmetlerine yönelik profesyonel ihtiyacı açığını kapatmak için 1926 da Sao Paulo üniversitesi halk sağlığı okulu açılmıştır. Okulda halk sağlığı eğiticilerinin yetiştirilmesi amacı ile programlar oluşturulmuştur. Halk sağlığı eğiticilerine, hastalara, hamile kadınlara, çocuklara ve bulaşıcı hastalığı olanlara evde bakım hizmeti sunma görevi yüklenmiştir. Bir diğer evde bakım hizmetleri girişimi, 1942 yılında faaliyete başlayan, özel bir sağlık hizmetleri kuruluşu olan Fundação Serviço Especial de Saude de Publica'dır. Asıl amacı Brezilya'nın bazı bölgelerindeki tropik hastalıklara yönelik halk sağlığı programlarının yürütülmesi olmuştur. 1960'lı yıllara kadar ilgili bölgelerdeki evde bakım hizmetleri namına ziyaretçi hemşirelerin diplomalı hemşireler gözetiminde eğitimi görevini de üstlenmiştir. 1940-1990 döneminde halk sağlığını ilgilendiren yeniden yapılanmalar, bireysel tedavi hizmetleri ve hastane odaklı sağlık hizmetlerine yönelim öne çıkmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın kurulmasıyla birlikte NDPH etkinliğini kaybetmiştir. Sendikalaşmanın getirdiği baskılarla Brezilya devleti sağlık hizmetlerine daha bireyselci yaklaşmış ve sağlık hizmetlerini hastanelerle sınırlandırmayı seçmiştir. Kaçınılmaz olarak hemşirelik okulu mezunları halk sağlığı faaliyetleri ile evde bakım hizmetlerinden uzaklaşmış ve önceliği hastanelere vermişlerdir. 1988 yılında yeni Brezilya anayasasının ilanı beraberinde özellikle sağlık hizmetleri sistemini ilgilendiren, büyük değişiklikler getirmiştir (Neves ve Lopes, 2003).

1990 yılında Bütünleşik Toplum Sağlık Hizmetleri Sistemi (Sistema Unificado de Saude- SUS) geliştirilmiş ve “Brezilya halkına sağlık hizmetlerine evrensel erişim hakkı “ uygulanmaya geçmiştir (Neves ve Mauro,2000). 1994 yılında ise Aile Sağlığı Programı (Programa de Saude da Familia) yürürlüğe girmiştir. Bu programla daha insancıl sağlık hizmeti sunumu ve hastayla gerek sağlık hizmeti kuruluşlarında (hastaneler, klinikler ve doktor muayenehaneleri) ve gerekse evde yakın ilişki kurarak hastane memnuniyeti yaratmak amaçlanmıştır. Aile sağlığı programının hedeflerinden bir diğeri ise yatan hasta miktarını yarıya düşürecek ve 17,5 milyon aileye evde bakım hizmeti sunulması olmuştur. Artık sağlık hizmetleri politikası birey odaklı yatarak hastanede tedavi hizmetlerinin maliyetini fark etmiş ve merkezinde ailenin olduğu toplumsal sağlık hizmetleri modeline kaymıştır (Neves ve Lopes,2003).

1996 yılına gelindiğinde ilk Özel Evde Bakım Hemşireliği Ortaklığı kurulmuştur. Bu ajans bir hemşire grubu, teknik hemşireler ve yardımcı hemşirelerden oluşan ve kar amaçlı bir kuruluştur. Hizmetlerini hastaneye yatırılması gerekmeyen ve evde hastane imkânlarına ihtiyaç duymayan müşterilerine hemşirelik hizmeti şeklinde sunmuşlardır. Faaliyetlerindeki başarı ülke çapında daha çok hemşire ortaklıklarının kurulmasına ön ayak olmuştur. Genellikle bu ortaklıklar multidisipliner takımlar halinde organize olmuşlardır. Geçirdiği bunca evrelerden sonra bile halen tam bir evde bakım hizmetleri mevzuatı ve standartları oluşturulamamıştır (Ateş, M.,2011).

Tablo.8. Brezilya Evde Bakım Kuruluşları, Harcama ve İstihdam Trendleri

Yıllar	2008	2009	2010	2011	2012
Kuruluşlar	14,885	14,648	15,089	15,363	16,445
Harcamalar (\$ millions)	5,915	5,773	6,231	6,859	7,732
İstihdam	649,845	639,648	658,780	670,787	717,905

Kaynak: C. Barnes & Co .(2011). Barnes Reports : Worldwide Home Health Care Services Industry (NAICS 62161). C. Barnes & Co, USA

Brezilya evde bakım hizmetlerinin sektöriyel büyüklüğünün ve potansiyelinin anlaşılabilmesi için tablo 8’deki veriler irdelenmiştir. Buna göre 2008 yılında 15 bin kadar kuruluş evde bakım hizmeti sektöründe faaliyet gösterirken, bu sayının 2012 yılında 16.500’e yükselmesinin beklendiği görülmektedir. Harcamalar incelendiğinde ise 2008 yılında evde bakım hizmetleri için 6 M\$’lık bir harcama yapılmışken, 2012 yılında bu miktarın 7,7 M\$’a çıkması beklenmektedir. İstihdam açısından bakıldığında 2008 yılında evde bakım hizmetleri sektöründe 650 bin çalışan bulunmaktayken, 2012 yılında istihdam edilen çalışan sayısının 58 bin artışla 750 bin civarına ulaşması beklenmektedir. İstihdam sayısındaki %8’lik artışın, Amerikan %0,6’lık istihdam artış düzeyinin üzerinde olduğu göze çarpmaktadır. Sektördeki büyümenin Brezilya’nın sağlık politikalarındaki değişiminden kaynaklandığı düşünülebilir (Ateş, M.,2011).

Tablo.9. Brezilya Evde Bakım Kuruluşlarının Çalışan Sayısına Göre Dağılımı

Yıllar	Çalışan Sayısına Göre Kuruluşlar						
	1-9 Çalışan	10-49 Çalışan	50-99 Çalışan	100-249 Çalışan	250+ Çalışan	Belirsiz	Total
2010	5753	5610	1787	1063	332	543	15.089
2011	5859	5712	1819	1082	338	552	15.363
2012	6271	6115	1947	1158	362	591	16.445

Kaynak: C. Barnes & Co .(2011). Barnes Reports : Worldwide Home Health Care Services Industry (NAICS 62161). C. Barnes & Co, USA

Tablo.9.’da Brezilya’da evde bakım hizmeti sunan kuruluşların çalıştırdıkları personel sayısına göre sınıflandırma yapılmıştır. Buna göre faaliyet gösteren kuruluşların çoğunluğu 49 ve daha az personel çalıştırmaktadır. Sektör genelindeki bu eğilimin 2012 yılına gelindiğinde değişmeyeceği öngörülmüştür. Bu kapsamda kurumsallaşmaya gidişin hızlı olmadığı, pazarın büyüme durumunda olduğu ve kuruluşların yerel kalma eğiliminde oldukları düşünülebilir (Ateş, M.,2011).

Tablo.10. Brezilya Endüstrisinin Diğer Ülkelerle Nispi Karşılaştırılması

Ülkeler	Toplam kuruluş sayısı	Toplam istihdam	Toplam harcama
Brezilya	100,00%	100,00%	100,00%
Çin	13.90%	13.9%	27.3%
Fransa	641.40%	641.4%	140.2%
Almanya	496.50%	496.5%	100.9%
Hindistan	18.50%	18.5%	126.2%
Japonya	151.70%	151.7%	34.4%
Rusya	133.60%	133.6%	118.9%
İngiltere	651.70%	651.7%	160.7%
Amerika	60.90%	66.4%	13.0%

Kaynak: C. Barnes & Co .(2011). Barnes Reports : Worldwide Home Health Care Services Industry (NAICS 62161). C. Barnes & Co, USA

Tablo10’da ise Brezilya evde bakım hizmetleri sektörünün büyüklüğü ile bazı dünya ülkelerinin evde bakım hizmeti sektörleri karşılaştırılmıştır. Genel olarak Brezilya sıralamada Çin, ABD, Hindistan’ın ardından ortalarda yer almaktadır. Avrupa ülkelerine oranladığında ise daha büyük bir sektör olduğu görülmektedir. (Ateş, M.,2011).

3.11.3. İngiltere’de Evde Bakım Hizmetleri

1990 yılında Ulusal Sağlık Sistemi (NHS) ve 1992 yılında da, Topluma Dayalı Bakım Yasası (Communiti Care Act) yürürlüğe girmiştir. Uygulamada bu yasa, yaşlılara hizmeti evlerinde ve gereksinimleri çerçevesinde verebilmeyi amaçlamaktadır. Yasa, hemşirelik ve gündüz bakım hizmetleri, yaşlı ve bellek yetersizliği olan bireyin yaşadığı yerde ücretsiz olarak sunulmasını içermektedir. Geçmiş yasal düzenlemeler, sağlık ve sosyal bakım hizmetlerinin birbirinden bağımsız ve hizmeti sunan kuruluşlar ile sağlık çalışanları arasında çatışmaların yaşanmasına neden oluyordu. 1999 yılında, bakıma muhtaçların bakımı ile ilgili Kraliyet Komisyonu Raporunda, yaşlı ve bakıma muhtaç bireylerin bakım harcamaları giderek yükseldiğine dikkat çekilmiştir. Standart değerlendirme kriterlerinin yetersiz olması nedeniyle, gerekmediği halde kurum bakım hizmeti alındığı ve bu durumun maliyetleri arttırdığına ilişkin kaygılar ve bakım hizmetlerinde modernizasyona gidilmesi gereğini ortaya çıkarmıştır. Hükümet, komisyonun, kişisel bakımın devlet tarafından karşılanması görüşü dışında, birçok öneriyi kabul etmiştir. Bu önerilere göre, hemşirelik bakımının, yerel yönetimler

tarafından ücretsiz olarak sağlanacağına karar verilmiştir. Hükümet, 2001’de yürürlüğe giren Sağlık ve Sosyal Bakım Yasası ile (Health And Social Care Act) hemşirelik bakımını, NHS kapsamında ücretsiz olarak yaşlıya hastanede ya da kendi evinde sağlanmasını, kurum bakımı gerektiğinde de, mal varlığı belirlenmiş ölçütün üstünde olanlara ücretli, altında olanlara ise, ücretsiz olarak sunulacağını kabul etmiştir. Bu bağlamda, yerel yönetimler, o bölgede yaşayanların sosyal bakım gereksinimlerini ve evde kişisel bakım hizmetlerinin sağlanmasından sorumlu tutulmuştur. Yerel yönetimler aynı zamanda, hastaların gereksiz hastaneye yatışı önleyecek önlemleri almak ve hastanın olabildiğince evinde kalabileceği desteği sağlamakla yükümlü kılmiştir (Oğlak,2007,s.143-144). İngiltere’deki sosyal sistem, ikinci basamakta yatırılan hastanın taburcu olduktan sonraki yaşam koşullarını da kapsayan ve şartların hastanın genel durumuna uygunluğunu sağlayan bir anlayışa dayanmaktadır. Örneğin, merdivenli bir evde oturup da merdiven çıkamayan bir hastanın taburcu işlemini merdiven tırabzanına asansör monte edilmeden veya asansörlü bir eve yerleştirilmeden gerçekleştirilmemektedir. Hasta alçak klozeti kullanmıyorsa veya ortopedik bir engeli varsa, engelli tuvaleti sağlanmadan taburcu işlemleri gerçekleştirilmemektedir (Bayram, 2009).

Yerel yönetimlerin bakıma muhtaçlar için bakım fonu; genel vergilerden, yerel yönetimlerin fonundan ve bireyin kendi katkısı olmak üzere üç kaynaktan oluşmaktadır. Bireyin hizmet karşılığında ne kadar ücret veya pirim katkı payı ödeyeceğine ve evde bakımın nasıl verileceği ile ilgili düzenlemelere yerel yönetimler karar vermektedir. Bakım hizmetlerinden yararlanma bakım gereksinimine bağlı olarak sunulmakta ve sosyal hizmetler birimleri tarafından organize edilmektedir. Evde bakım hizmetleri, bireyin fonksiyonlarına yardımcı olmak, olabildiğince bağımsız yaşamını devam ettirecek şekilde kendi evinde kişisel bakım, düzenli bakım veren bakıcıların desteklendiği geçici bakım hizmetleri, yemek dağıtımı, özürlü ekipmanları, ev tadilat ve onarımları, ulaşım-nakil gibi hizmetleri içermektedir. Son on yıldan bu yana evde bakıma yönelik hizmetler, kurum bakımına göre önemli bir gelişme ve büyüme göstermiştir. Bakım hizmetlerinin kabul edilebilmesi için, öncelikle yerel yönetim yetkilileri ve NHS hastayı değerlendirmektedir. Sağlık ve sosyal bakım gereksinimleri; hekim, hemşire, mesleki terapist, sosyal çalışmacıdan oluşan bir ekip tarafından değerlendirilmektedir. Bakım hizmeti alacak birey, bakıma muhtaçlık derecesine

göre; ciddi, önemli, orta ve düşük olmak üzere dört grup olarak belirlenmektedir. Bakım hizmetleri, bireye özgü sağlık ve sosyal gereksinimine uygun bir şekilde oluşturulmaktadır. Söz konusu program ya evinde, ya da kurum bakım evinde sunulmaktadır. Bakım yöneticisi, bakımın düzenlenmesi ve koordinasyonunu sağlamaktadır. Yerel yönetimler, sosyal bakım hizmetlerini hem kamu kuruluşlarından hem gönüllü, hem de özel kuruluşlardan satın almaktadır. Sağlık ve sosyal bakım hizmetlerinde ulusal ve yerel düzeyde gönüllülerin çalışmaları oldukça yaygın düzeydedir. Ulusal bakıcılar birliği (Carenational Association) gibi gönüllü kuruluşlar bakıcılar lehine önemli çalışmalar yapmaktadırlar. Bu hizmetler; resmi olarak sunulan hizmetlere destek olama, tamamlama veya ikame etme şeklinde olabildiği gibi, hospis bakım, danışma hizmetleri, öneri merkezleri ve bunun gibi vb. hizmetlerde olabilmektedir.

İngiltere de bakım hizmetlerinin %87'ni aile bireylerinin bakımını oluşturmakta ve önemli bir kaynak olarak değerlendirilmektedir ancak, gelecek yıllarda aile yapısının değişmesi, düşük doğum oranları, yaşlının yalnız yaşaması gibi faktörler, bakım konusunu daha önemli konuma getireceği düşünülmektedir. Hükümet, aile bireyi bakıcının iş hayatından kopmamaları ve çabalarını yöreklendirmek amacıyla, esnek çalışma kavramı ve izin verme gibi alternatifler sunmaktadır. Uygun olması durumunda ücretsiz izin verebilmektedir. Ancak hükümet, bakım işinin devamı veya sona ermesi durumunda çalışma hayatına geri dönmesine sağlamak ve çalışmalarını desteklemek amacı ile ulusal stratejiler kapsamında destek hizmetleri sunmaktadır. Öte yandan, aile bireyi bakıcılara, finansal açıdan desteğin artırılması ve emeklilik hakkı verilmesi, gelecekte yapılması düşünülen planlar içinde yer almaktadır (Oğlak,2007,s.145-148).

WB ve WHO'dan alınan bazı sağlık göstergelerine ve yayınlanmış değerlerine göre, İngiltere'de kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı %80'in üzerindedir. Aşılama oranları, bu grupta yer alan Norveç ve İtalya'ya göre düşük, tüberküloz insidansı ile anne ve bebek ölüm oranları ise yüksektir. Düşük nüfus artış oranına, yaşlı ve doğumda yaşam beklentisi yüksek bir nüfusa sahiptir. 1000 nüfusa düşen hekim sayısı Norveç ve İtalya'ya göre düşüktür (Ateş,2011,s.101).

Tablo.11. İngiltere Sağlık Göstergeleri (2008)

NO	GÖSTERGELER	İNGİLTERE
1	Toplam nüfus	61.414
2	Nüfus artış oranı	0,7
3	65 yaş ve üzeri nüfus	16,3
4	Ölüm oranı (%0)	9,44
5	Toplam doğurganlık oranı	1,94
6	Doğumda yaşam beklentisi	80
7	Anne ölüm oranı (%00)	8
8	Bebek ölüm oranı (%0)	4,9
9	Dpt aşılama oranı	92
10	Kızamık aşılama	86
11	Tüberküloz insidansı (%00)	12
12	Gayrisafi yurt içi hasıla (US\$)	2168,1
13	Kişi başı GSYİH (US\$)	43 541
14	Toplam sağlık harcamaları (2007,GSYİH %)	8,4
15	Kamu sağlık harcamaları (2007,%)	81,7
16	Kişi başı sağlık harcamaları (2007,US\$)	3 867
17	1000 Nüfus başına düşen hekim sayısı	2,3 (1997)
18	1000 nüfus başına düşen hemşire sayısı	12,8 (1997)

Kaynak: The World Bank Data, <http://data.worldbank.org/> ; World Health Organization, <http://www.who.int/countries/en/>

İngiliz hükümetleri 1992 yılından beri, özellikle yaşlı olan vatandaşlarını mümkün olduğunca evlerinde kendi hallerine bırakmak yerine toplum desteği temelinde evde bakım hizmetlerine yönlendirmiştir. Bunun sonucu olarak da evde bakım hizmetleri hızla büyüyen bir sektör olarak karşımıza çıkmaktadır. Büyümenin büyük kısmı özel sektör tarafında olmuştur. Yine 2001 yılındaki bir diğer politik yaklaşım ise toplumdaki yaşlılara yönelik hizmet yelpazesinin genişletilmesi yönündedir (Ateş, M.,2011).

İngiltere’de yaklaşık 340 bin kişi yerel yönetimlerden evde bakım hizmeti almaktadır. Evde bakım hizmeti sunan 5,526 kayıtlı merkez bulunmakta ve kişi başına ortalama 12,4 saatlik hizmet sunulmaktadır. Hizmet sunucularının faaliyetleri, 2008 yılında yürürlüğe giren Sağlık ve Sosyal Hizmetler Kanunu ile düzenlenmektedir. Kanun, Sosyal Hizmetler Denetleme Komisyonu’nun görevini devralan hizmet kalitesi komisyonu (Care quality commission) tarafından çıkartılmıştır (Care quality commission cqc, 2010).

Evde bakım hizmetlerinin temel alıcısı yerel yönetimler olup özel sektör tarafından sunulan hizmetin %80’ini satın almaktadırlar. 1990’lı yıllarda belediye meclisleri evde bakım hizmetlerinin en önemli sunucusu ve özel sektör sadece %2’lik paya sahipken, 2003 yılına gelindiğinde özel sektörün evde bakım hizmetleri sunumundaki payı %73’lere çıkmış, 2011 yılına gelindiğinde ise %80’lik oranla özel sektör en önemli sunucu olmuştur (CSCI, 2006) .

Tablo.12. İngiltere Evde Bakım Kuruluşları, Harcama ve İstihdam Trendleri

Yıllar	2008	2009	2010	2011	2012
Kuruluşlar	2,416	2,332	2,358	2,358	2,454
Harcamalar (\$ millions)	4,530	3,764	3,893	4,267	4,361
İstihdam	105,474	101,839	102,970	102,933	107,133

Kaynak: C. Barnes & Co .(2011). Barnes Reports : Worldwide Home Health Care Services Industry (NAICS 62161). C. Barnes & Co, USA

İngiltere evde bakım hizmetlerinin sektöriyel büyüklüğünün ve potansiyelinin anlaşılabilmesi için tablo 12’deki veriler irdelenmiştir. Buna göre 2008 yılında 2.500 kadar kuruluş evde bakım hizmeti sektöründe faaliyet gösterirken, bu sayının 2012 yılında ciddi bir artış göstermesi beklenmemektedir. Harcamalar incelendiğinde ise 2008 yılında evde bakım hizmetleri için 4.5 M\$’lık bir harcama yapılmışken, 2009 yılında evde bakım hizmetlerine yönelik harcamalarda bir düşüş göze çarpmaktadır. 2009-2012 yılları arasında harcama miktarının 4.3 M\$’a çıkması beklenmektedir. İstihdam açısından bakıldığında 2008 yılında evde bakım hizmetleri sektöründe 105

bin çalışan bulunmaktayken, 2009 yılında sektörde keskin bir daralma gözlenmektedir. 2009-2012 yılları arasında sektördeki istihdamın daraldığı görülmekte ancak 2012 yılına gelindiğinde çalışan sayısının 107 bin civarına ulaşması beklenmektedir (Ateş, M.,2011).

Tablo.13. İngiltere Evde Bakım Kuruluşlarının Çalışan Sayısına Göre Dağılımı

Yıllar	Çalışan Sayısına Göre Kuruluşlar						
	1-9 Çalışan	10-49 Çalışan	50-99 Çalışan	100-249 Çalışan	250+ Çalışan	Belirsiz	Total
2010	899	877	279	166	52	85	2,358
2011	899	876	279	166	52	85	2,358
2012	936	912	291	173	54	88	2,454

Kaynak: C. Barnes & Co .(2011). Barnes Reports : Worldwide Home Health Care Services Industry (NAICS 62161). C. Barnes & Co, USA

Tablo13’de İngiltere evde bakım hizmeti sunan kuruluşların çalıştırdıkları personel sayısına göre sınıflandırma yapılmıştır. Dünya genelinde olduğu gibi sektörde 49 ve daha az çalışanı bulunan küçük firmaların baskın oldukları görülmektedir (Ateş, M.,2011).

Tablo.14. İngiltere Endüstrisinin Diğer Ülkelerle Nispi Karşılaştırılması

Ülkeler	Toplam kuruluş sayısı	Toplam istihdam	Toplam harcama
Brezilya	15,30%	15,30%	62,20%
Çin	2,10%	2,10%	17,00%
Fransa	106,10%	106,10%	87,20%
Almanya	76,20%	76,20%	62,80%
Hindistan	2,80%	2,80%	78,50%
Japonya	23,30%	23,30%	21,40%
Rusya	20,50%	20,50%	74,00%
İngiltere	100,00%	100,00%	100,00%
Amerika	9,30%	10,20%	8,10%

Kaynak: C. Barnes & Co .(2011). Barnes Reports : Worldwide Home Health Care Services Industry (NAICS 62161). C. Barnes & Co, USA

Tablo 14’de ise İngiltere evde bakım hizmetleri sektörünün büyüklüğü ile bazı dünya ülkelerinin evde bakım hizmeti sektörleri karşılaştırılmıştır (Ateş, M.,2011).İngiltere’de yaşlıların %25’inde kötü beslenme sorunu olduğu ve özellikle evinde yaşayan yaşlıların %93’nde kötü beslenme bulgularına rastlandığı belirtilmektedir. Hastalıkla ilişkili kötü beslenmeye bağlı kamu harcamalarının sağlık ekonomisi üzerindeki etkisinin büyük olduğuna dikkat çekilmiş ve ulusal sağlık sistemi içinde; herkes için yüksek kaliteli bakım stratejisi geliştirilerek beslenme ve tedavinin önemine yönelik düzenlemelere yer verilmiştir (Oğlak,2011).

İngiltere’deki yaşlı sosyal politika alanlarındaki uygulamalardan biri de yaşlı köyleri uygulamasıdır. İngiltere’de yaşlılar için özel olarak oluşturulmuş olan ve “yaşlılar köyü” olarak isimlendirilen özel bölgeler bulunmaktadır. Buradaki yaşlılar, kurumsal anlamda kendileriyle ilişkide olan profesyonellerle daha yakın irtibattadırlar. Aynı zamanda, kendilerine ait kararları kendileri alabilecek durumdadırlar (Altan, 2006).

İngiltere’de yaşlıların ulusal sağlık hizmeti kapsamında korundukları bilinmektedir. Evde bakım hizmetlerinin yaygın olmasının yanında ev hemşirelik hizmetleri bölgesel sağlık birimleri tarafından sağlanmaktadır. Kurum bakımı ise bizzat yerel hükümet yani belediyeler tarafından karşılanmaktadır. Bunun dışında, kurumsal bakım ve sosyal refah hizmetleri çerçevesinde yaşlıların ev dışında yardım alabilecekleri yerler olan gündüz bakım evleri veya gündüz hastaneleri, basit tıbbi bakım, ilaç yardımı ve fizyoterapi hizmeti vermektedirler (Kural,2001).

İngiltere’de evde bakım hizmetleri için çıkarabileceğimiz sonuç şu şekildedir; pratik ve şahsi evde bakım hizmeti hazırlığı gereklidir. Nüfus yaşlandıkça ve bakıma muhtaçlık arttıkça bu hizmetin önemi artmaktadır. Şu anda devam eden ve iyileştirilmeye çalışılan bu hizmete yapılabilecek en büyük yardım yapılan ödeme ve hizmetli kadrolarına yüklenen statülerin bir an önce yeniden tanımlanmasına bağlıdır. İnsanlar artık olabildiğince evlerinde yaşlanmak istemektedir. Gelecek ise bu hizmete ihtiyaç duyan insanları hizmete götürmek değil, bu hizmeti onlara getirmekte yatmaktadır (Bell,2008,s.24-28).

3.11.4 Almanya’da Evde Bakım Hizmetleri

Almanya’da bakıma muhtaçların bakım sorumluluğu, çok eskilerden bu yana ailenin sorumluluğu olarak görülmekle birlikte, kadının iş yaşamına katılmasıyla bu anlayıştan giderek uzaklaşması, genel nüfus içinde bağımlı nüfusun yüksek orana ulaşması, nüfusun azalması gibi demografik değişimler, geleneksel bakış açısının değişimini zorlamıştır. Bununla birlikte, hastalık ve bakıma muhtaçlığın sağlık ve bakım hizmetleriyle birlikte değerlendirilmesi, birbirini tamamlaması ve bunların entegrasyonunun sağlanması için yeni sosyal politikalara ve yeni düzenlemelere gereksinimi doğurmuştur. Tüm bu değişimler sonucunda, ailenin yükünü azaltmada ve bakım sorumluluğunu paylaşmada sosyal devletin de sorumlu olması gerektiği uzun yıllardır tartışılan düşünce sisteminin sonucu olarak 01.01.1995 yılında hastalık sandığı çatısı altında “Bakım Sigortası Yasası” yürürlüğe konulmuştur.

Örgütlenmenin, hastalık sandığı çatısı altında olması benimsenmiş, hasta ve bakıma muhtaç ayrımı yapılmaksızın tüm sigortalılar sağlık, sosyal bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden koordineli bir şekilde yararlanmaya başlamıştır. Dolayısıyla, geçmişte yaşanmış olan sağlık ve sosyal bakım hizmetleri arasında tam anlamıyla bir entegrasyon sağlanması hedeflenmiştir. Sosyal sigorta sistemi içinde ve bunun dışında kalanlara yönelik olmak üzere iki ayrı bakım sigortası modeli oluşturulmuştur. Bunlardan biri, nüfusun %90’ı kapsayan ve hastalık sigortası ile bağlantılı “Sosyal Bakım Sigortası” diğeri ise, bağımsız çalışanlar, memur ve kamu görevlileri, belirli düzeyin üstünde gelire sahip olanlar ve milletvekillerinin dahil olduğu gruplar için “Özel Bakım Sigortası”dır. İki aşamada uygulamaya geçen bakım hizmetleri, evde bakım hizmetleri yanında, uzun süreli ve geçici süreli kurum bakım hizmetlerinden oluşmaktadır. Bununla birlikte, kurumlarda bakım hizmeti alanlar (huzurevi, bakım evleri vb. gibi) toplam harcamanın en az %25’ini kendileri ödemektedir. Bakım sigortası, yalnızca işçi ve işverenden eşit olarak alınan primler yoluyla finanse edilmektedir. Öte yandan, sistemin finansmanı için brüt maaşın %1,7’si zorunlu prim olarak toplanmaktadır. Bu katkı payı, hem işçi hem de işverenden eşit olarak alınmaktadır. Brüt ücretin belirli bir tavanın üzerinde bir gelire sahip olanlar ise, zorunlu Özel Bakım Sigortası kapsamı içinde değerlendirilmektedir. Dar gelirliler de, sabit ve asgari bir prim miktarı ödemekle yükümlüdürler. Emekliler, primin yarısını kendilerinden yarısı da, emeklilik

fonundan finanse edilmektedir. İşsizlerin primleri de, tümüyle işsizlik sigortasından finanse edilmektedir. Almanya'da bakım hizmetlerinden yararlanabilmek için, hastalık ve özür lülüğün en az 6 ay süreceği tahmin edilen, bağımsız bir şekilde günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesinde zorlanan bireylere verilen bakım hizmetlerini kapsamaktadır. Öte yandan, bakım hizmetlerinin derecesi, bireyin bakıma muhtaçlık durumuna göre değerlendirilmektedir. Bakıma muhtaçlık derecesinin belirlenmesinde, gelir ile aile bakımının varlığı veya düzeyi göz önünde bulundurulmaz. Derecelendirme, bakıma muhtaç bireyin başka birinin yardımına ne sıklıkta ve hangi yoğunlukta gereksinim duyduğuna göre yapılmaktadır. Yasa, bu kapsamdan yararlanacakları, bakıma muhtaçlık düzeylerine göre; ciddi, zor ve en zor olmak üzere üç basamaklı bir derecelendirmeye göre sınıflandırmaktadır. Bakıma muhtaçlık durumu ve derecesi, bakım sigortası ve hastalık sandığına bağlı, öncelikle hekim ve hemşireler olmak üzere sağlık çalışanları tarafından değerlendirilmektedir. Bakıma muhtaç bireyin durumuna göre değişik uzman tıp uzmanlarından da yararlanılmaktadır.

Bakım sigortası; hizmete yönelik, aynı ve bakım parası olmak üzere üç tür yardım sağlamaktadır. Hizmete yönelik bakımlar, temel bakım, ev işleri ve evin yönetimine ilişkin hizmetler yanında, kişisel bakım beslenme, gece ve gündüz bakımı, geçici kurum bakım hizmetlerini, aynı yardım ise; araç desteğinin sağlanması, evin bakıma muhtaç bireyin yaşam ergonomisine uygun hale getirilmesini içermektedir. Bakım parası da, bakıma muhtaç bireyin gereksinim derecesine göre isteğe bağlı olarak verilmektedir. Uzmanlık gerektiren profesyonel bakım hizmetleri, aile bakıcılarının yükünü hafifletmek ve daha sağlıklı bakım hizmetleri verilmesi amacıyla belirli bir program içinde sunulan hizmetlerdir. Bu hizmetler, bakım sandıkları ile sözleşmesi olan hemşireler, serbest çalışan bakım uzmanları, özel bakım kuruluşları ve sosyal kuruluşlar tarafından yerine getirilmektedir.

Bakım sigortası, merkezi yönetim mekanizmalarıyla bakımı sağlayan kuruluşlar arasında rekabetin oluşmasını amaçlamaktadır. Bu yüzden kar amaçlı olmayan kuruluşların tüm ayrıcalıkları ortadan kaldırılmış ve bakım sigortası yönetimi, her bir hizmet sağlayan kuruluşla sözleşme yapılmasına zorunluluk getirmiştir. 1999 verilerine göre, uzmanlık gerektiren evde bakım hizmetlerinin

%51'i kar amaçlı kuruluşlar, %47'si de kar amaçlı olmayan özel kuruluşlar tarafından sağlanırken, kamuya dayalı hizmet sunan kuruluş sayısı oldukça az sayıdadır. Bakım sağlayan kuruluşlar genel olarak, bakıma muhtaç olanların hastaneye yatışını önleyecek bakım hizmetleri ile hemşirelik bakımı yanında, ev yardım hizmetlerini de sunmaktadırlar. Bakıma muhtaç bireyin bakımını üstlenen bakıcının hasta olması veya izine çıkması durumunda da, bakım hizmetleri geçici bir süre için ya kurumda ya da başka bir bakıcının evde bakımının sağlanması ile ilgili düzenleme de mevcuttur ve bu hizmetler için yapılacak giderler, bakım sigortası tarafından karşılanmaktadır.

Bakım sigortasının temel amacı, sağlık bakım maliyetlerini kontrol altına almak ve bakım gereksinimi ile ilgili politikaları oluşturmak, bireyin gereksinimine uygun etkili bakım ve rehabilitasyon stratejileri oluşturmak, koruyucu önlemler almak ve yüksek kalitede hizmet sunumunu sağlamaktır. Almanya'nın bakım sigortası, özünde aile bireylerinin bakımını özendiren uygulamaları içermektedir. Bu yüzden bakıcının emeklilik hakkı gündeme getirilmiştir. Yeni düzenlemeyle yasa, evde bakımın geliştirilmesinde odaklanmakta ve profesyonel bakım hizmetleri, aile bakımını tamamlayıcı olması açısından geliştirilmektedir. Çünkü bu ülkede 2020 yılında, 80 yaş üstündeki yaş grubunun özellikle profesyonel bakım gereksiniminin daha da artacağı öngörülmektedir (Oğlak,2007,s.100-108).

WB ve WHO'dan alınan bazı sağlık göstergelerine ve yayınlanmış değerlerine göre, GSMH'sı, Fransa ve Belçika'ya göre yüksektir. Nüfus artış hızı yüksek olmasına rağmen yaşlı bir nüfusa sahiptir. Ülkede kamu sağlık harcamaları %75-80 civarındadır. Kişi başı GSMH'nın yüksek olması yaşam standardının yüksek olduğu izlenimini vermekte ve bu durumun da tüberküloz insidansının düşük olmasına neden olduğunu düşündürmektedir. Almanya'da aşılama oranlarının düşüklüğü, aşılamadan sorumlu YHS doktorlarının, bu konuda daha fazla özen göstermesi gerektiğini göstermektedir (Ateş,2011, s.83),(Tablo 15).

Tablo.15. Almanya Birleşik Devletleri Sağlık Göstergeleri (2008)

NO	GÖSTERGELER	ALMANYA
1	Toplam nüfus	82 110
2	Nüfus artış oranı (%)	-0,2
3	65 yaş ve üzeri nüfus (%)	20
4	Ölüm oranı (%0)	10
5	Toplam doğurganlık oranı	1,38
6	Doğumda yaşam beklentisi toplam	80
7	Anne ölüm oranı (%00)	4
8	Bebek ölüm oranı (%0)	3,7
9	Dpt aşılama oranı	90
10	Kızamık aşılama	95
11	Tüberküloz insidansı (%00)	5,12
12	Gayrisafi yurt içi hasıla (US\$)	3649,4
13	Kişi başı GSYİH (2007, US\$)	44 446
14	Toplam sağlık harcamaları (2007,GSYİH %)	10,4
15	Kamu sağlık harcamaları (2007,%)	76,9
16	Kişi başı sağlık harcamaları (2007,US\$)	4 209
17	1000 Nüfus başına düşen hekim sayısı (2006)	3,4
18	1000 nüfus başına düşen hemşire sayısı (2006)	8

Kaynak: The World Bank Data, <http://data.worldbank.org/> ; World Health Organization, <http://www.who.int/countries/en/>

3.11.5. Türkiye’de Evde Bakım

Ülkemizde evde sağlık hizmeti sunumu çok eski bir uygulama olduğu halde; evde bakım hizmetleri sunumu son yıllara kadar kurumsallaşmamıştır. Türkiye Cumhuriyeti’nin kurulması ile birlikte sağlık hizmetlerinde köklü bir değişim gerçekleşmiş; sağlık hizmetlerinin tüm yurttaşlara devlet tarafından sunulması hedeflenmiştir (Karadağ,2006). Evde sağlık hizmeti tarihsel uygulamaları üç dönemde incelenebilir:

1) Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (UHK) kapsamında yürütülen evde sağlık hizmeti uygulamaları: 1930 yılında çıkarılan ve halen yürürlükte olan 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu kapsamında yürütülen evde sağlık hizmetleri uygulamaları; bulaşıcı ve salgın hastalıklarla savaş için yürütülen hizmetler içinde bir hizmet sunum şekli olarak yer almakta, yapılan işlemler hastaların evlerinde tecrit ve muayenelerini esas almaktadır. UHK’de evde sağlık hizmeti uygulamalarının hem tıbbi, hem de sosyal boyutu ele alınmaktadır. UHK 67’nci maddesinden salgın hastalık durumunda, hekimin hastayı evinde ziyaret edeceği belirtilmekte ve 72’nci maddesinde de salgın hastalık durumunda hastaların evlerinde karantinaya alınabileceği belirtilmektedir. Karantinaya alınan hastaların evlerinde tedavileri ile ilgili düzenlemeler 73’ncü maddede açıklanmıştır. Evlerinde tecrit ve bakımı sağlanan hastaların gıda gereksinimlerinin karşılanması 83’ncü maddede düzenlenmiştir.

2) Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun (SHSHK) kapsamında yürütülen evde sağlık hizmeti uygulamaları: 1961 yılında uygulamaya konan 224 sayılı SHSHK gereğince evde sağlık hizmeti uygulamasının en belirgin özelliği, koruyucu sağlık hizmetlerini içermesidir. Bu hizmetler, bağışıklama, gebe ve çocuk izlemi çalışmalarıdır. Bu çalışmalar sağlık evi, sağlık ocağında yapıldığı gibi risk grubunun evinde de gerçekleştirilmektedir. SHSHK (Resmi Gazete, 1964) birinci maddesinde yer alan sağlık hizmetlerinin ana ilkesi ve temel prensipleri başlığı altında “Tedavi hekimliği, halk sağlığı çalışmalarını tamamlayan bir unsur olarak, evde ve ayakta tedaviye öncelik verecektir” hükmü yer almaktadır. Yine bu kanuna bağlı yönetmeliğin 6’ncı maddesinin I. bendinde yer alan hastanedeki hizmetlerin yürütülmesi ile ilgili özel hükümlerden biri de uzman hekimlerin, sağlık ocağı hekiminin daveti üzerine konsültasyon için eve hasta muayenesine gidebileceği ve bu muayenelerin ücrete tabi olmayacağıdır.

Ülkemizde toplum hareketliliğinin artması, geniş aileden çekirdek aileye dönüş, konutların küçülmesi, ekonomik yetersizlikler ve kadınların iş yaşamına daha fazla katılımı gibi nedenlere bağlı olarak evde bakım veren kişiler giderek azalmaktadır. Bu durum yaşlı, özürlü ve kronik hastalıklı bireylerin bakımında aile dışı insan gücü kullanımını zorunlu kılmaktadır. Hasta ve ailesinin de katılımıyla verilen evde bakım hizmeti Türk aile yapısına uygun bir sistem olmasına, sağlık

hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde hizmetin yürütülmesi hakkında 154 sayılı yönerge’de yer almasına karşın Türk sağlık hizmet sektöründe gelişmemiştir. Oysa Türk toplumunun gelenek göreneklerine göre yaşlılar saygı duyulan kişilerdir ve aileler yaşlı ebeveynleri ile ilişkilerini sevgi, saygı ve bakım gereksiniminin karşılanması bağlamında sürdürmektedir. Çocuklar anne ve babalarına bakmayı evlatlık görevi saymakta, bu görevin yerine getirilmesi ile manevi yönden tatmin olmaktadır. Yaşlı anne ve babanın huzurevinde olması toplum tarafından ayıplanan bir durumdur. Ayrıca aileler hastalarına bakmayı görev saymakta, hastanın gereksinimlerini karşılamak için çaba harcamaktadır (Subaşı,2001).

3) 1980 yılı sonrası evde sağlık hizmeti uygulamaları: Liberalizmin 1980’lerin sonlarına doğru canlandığı ve geliştiği, özelleştirme kavramının sık kullanılmaya başlandığı bir dönemdir. Evde sağlık hizmetleri; 1980 yılı öncesi dönemde koruyucu sağlık hizmetleri odaklı ve devlet tarafından yürütülen hizmetleri; 1980 sonrasında özel sağlık kuruluşları ve kişiler tarafından, hastaların hastane sonrası tedavilerinin ve bakımlarını kapsamıştır (Karadağ,2006). 01 Şubat 2003 tarihli Tedavi Yardımı Bütçe Uygulama Talimatı’nda hastaların tedavilerinin hastanede yapılmasını özendiren buna karşın evde ve ayakta tedaviyi doğrudan ya da dolaylı engelleyebilecek maddeler bulunmaktadır. Bu maddeler daha çok, tedavi işlemleri sırasında hastalardan katılım payı alınmasını ve çeşitli kısıtlamaları içermektedir. Örneğin ilgili tebliğin 16’ncı maddesinde; “Resmi sağlık kurum ve kuruluşlarında yatarak sağlanan tedaviler sonucu doğan ilaç bedellerinin tamamı hastanın kurumu tarafından ödenecektir. Ayakta veya evde yapılan tedavilerde kullanılan ilaç bedellerinden, eczane tarafından yapılan indirim düşüldükten sonra kalan tutar kurum tarafından ödenecektir” şeklinde bir hüküm bulunmaktadır (TC Resmi Gazete, 2003).

Türkiye’de evde bakım hizmetlerinin profesyonel bir hizmet olarak sunumu maalesef dünya örneklerine göre oldukça geç tarihlerde görülmektedir. İlk profesyonel hizmet sunumu örnekleri bundan 15 yıl önce özel sektörle başlamıştır (Onarcan,2010). Toplumun evde sağlık bakımı hizmeti gereksinimine cevap vermek üzere, özel evde bakım şirketleri kurulmuştur. Ancak bu şirketlerin hizmetlerinin finansmanı, mevcut resmi sigorta içinde yer almadığı için, toplumun çoğunluğu bu hizmetlerden yararlanamamaktadır. Özel sigorta şirketlerinden evde bakım poliçesi olan bireyler, yine özel evde bakım kuruluşlarının hizmetlerinden

yararlanabilmektedirler ancak finansman süresi genellikle iki ay ile sınırlı kalmaktadır. Özel evde bakım kuruluşlarının hizmetleri, çoğunlukla hemşirelik hizmetleriyle sınırlı kalmakta olup, son birkaç yıldır multidisipliner ekibi olan evde bakım kuruluşları kurulması yönündeki çabalar gözlenmektedir (Cimete,1998,s.15).

Türkiye’de evde bakımla ilgili ilk proje 1993 yılında Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü’nce Ankara, Adana, İzmir ve İstanbul illerinde uygulanmıştır. 1994 yılında Ankara Büyükşehir Belediyesi bünyesinde kurulan Yaşlılara Hizmet Merkezi ve İstanbul Büyükşehir Belediyesi’ne bağlı bir kuruluş olan İstanbul Sağlık A.Ş.’nin yaşlı hastalar için evde sağlık destek hizmetleri sunulmuştur (Ateş, M.,2011). Belediyeler Kanunu’nun ikinci fasıl 15. Maddesinin 34. Fıkrasından yola çıkarak 2001 yılından itibaren yerel yönetimlerin hizmetleri takip etmiştir. Bu alana yönelik ilk yasal düzenleme, hizmet sunumunun başlamasından yıllar sonra Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan ve 10 Mart 2005 tarihinde Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren 25751 sayılı Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumu Hakkında Yönetmelik’dir. Sağlık Bakanlığı dışında bu alana yönelik diğer bir dizi yasal düzenleme 1 Temmuz 2005’ten itibaren başlayarak Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu yasal düzenlemelerle “Bakım Muhtaç Özürlülere” kamu ya da özel bakım merkezleri tarafından kurumda ya da evde, bakım hizmeti sunulması mümkün hale gelmiştir. Ayrıca yine bir ilk olarak bakıma muhtaç özürsünün evde bakımını üstlenen, ekonomik ve sosyal yoksunluk içinde bulunan aile bireylerine, evde bakım aylığı ödemesi uygulamaya konmuştur. Takip eden tarihlerde yapılan bir ilave ile bakıma muhtaç yaşlıların da bu imkânlardan faydalanması sağlanmıştır. 2010 yılı sonu itibarıyla Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu’ndan evde bakım aylığı alan kişi sayısı 300 bini bulmuştur. Kamu hastaneleri tarafından sunulan evde sağlık hizmetlerinin ilk örnekleri ise 2004 yılından itibaren başlamış, takip eden 5-6 yıllık süre içinde 10 civarında ilde evde sağlık hizmetleri sunulmaya başlanmıştır (Onarcan,2010).

Şubat 2010’da yürürlüğe sokulan “Sağlık Bakanlığı’nca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” bu hizmetlerin ülke çapında yaygınlaştırılması için önemli bir adımdır. Yönergenin amacı; “evde sağlık hizmeti sunumuna ihtiyacı olan bireylerin muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyonlarının evinde ve aile ortamında sağlanması, bu kişilere ve aile

bireylerine sosyal ve psikolojik destek hizmetlerinin bir bütün olarak birlikte verilmesi için Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kurumları bünyesinde evde sağlık hizmetleri birimleri kurulması” olarak ifade edilmiştir. Ayrıca Yönergede “evde sağlık hizmetlerinin sosyal devlet anlayışı ile etkin ve ulaşılabilir bir şekilde uygulanmasını sağlamak” ifadesi ile Sağlık Bakanlığı, kamu hastaneleriyle bu hizmetleri sunma yaklaşımını ortaya koymaktadır. 2010 yılının son aylarından itibaren Sağlık Bakanlığı evde sağlık hizmetlerinin ülke çapına yaygınlaştırılması için kamu hastaneleri, aile hekimleri ve aile sağlığı merkezlerini hizmet sunumuna dahil etmek için çalışmalarını hızlandırmıştır. Kamu hastanelerinde oluşturulan evde bakım birimlerinin yanı sıra mevzuat gereği İl Sağlık Müdürlükleri bünyesinde Koordinasyon Merkezleri oluşturulmaktadır. Ülkemizde sağlık ve sosyal hizmetlere ayrıca sosyal güvence sistemine tam anlamıyla entegre olmuş bir evde bakım modeli var olmadığı için hizmet sunumunda da bir entegrasyondan ziyade birbirinden bağımsız uygulamalar söz konusudur (Onarcan,2010).

Yerel yönetimlerin hizmetleri çok daha geniş kitlelere hizmet götürebilmek ve bazı örneklerde sosyal destek hizmetlerini de kapsamı açısından önemlidir. Diğer yandan evde sağlık hizmetleri genellikle multidisipliner yaklaşım yönünden sınırlıdır. Bu hizmetlerin maliyeti tamamen yerel yönetimlerin kaynaklarından karşılanmakta olup bazı bölgelerde, dönemsel bütçelerin getirdiği sınırlamalar hizmette sürekliliğinin sağlanamamasına da neden olabilmektedir. Ortak bir model olmamasından dolayı hizmet kapsamı farklılık göstermekte, bazı yerel yönetimler sosyal desteğe ağırlık verirken, bazıları sağlık hizmetlerini ön plana çıkarmaktadır. Yerel yönetimlerin evde bakım uygulamaları daha çok büyük şehir belediyeleri ve bu şehirlerdeki büyük ilçelerle sınırlıdır. Kamu hastaneleri tarafından sunulan evde sağlık hizmetleri, hizmetin ülke geneline yaygınlaştırılması ve kamusal finansman ile sunumu açısından en önemli uygulamadır. Genelde yatağa bağımlı olup hastane hizmetlerine erişemeyen hastaların evlerine yapılan ziyaretlerle sağlık hizmeti sunumu gerçekleştirilmektedir. Sevindirici olan, bu birimlerin daha az nüfuslu olan şehirlerde de kurulmuş olmasıdır. Evde sağlık birimlerinin il ve ilçe devlet hastanelerinin yanı sıra eğitim ve araştırma hastanelerinde de oluşturulmasına başlanmıştır. Sağlık Bakanlığı'nın yaptığı açıklamalarda 2011 yılı sonuna kadar 100 bin hastaya evinde sağlık hizmeti götürülmesi hedeflenmektedir. Hizmetlerin aile hekimliği sistemine de entegre edilmesi amaçlanmakta ancak aile hekimliği

sisteminin evde sağlık ve bakım hizmetlerini tüm bölgelerde sunmak için henüz gerekli yapılanmaya sahip olmaması nedeniyle ülke genelinde bir entegrasyonun hemen gerçekleşmeyeceğini öngörmek yanlış olmayacaktır. Sivil toplum örgütlerinden, özellikle engellilere ve belli hastalık gruplarına yönelik çalışma yapan ve bu alanda duyarlı olan az sayıda dernek ve vakıf, hedef kitlelerinin bakım ihtiyaçlarına yönelik bazı projeler, hizmetler geliştirmektedir. Ancak sivil toplum örgütlerinin çok güçlü olmadığı ülkemizde evde bakım gibi kapsamlı hizmetlerin etkin ve sürekli bir şekilde sunumu için yeterli kaynak oluşturulamamakta, sivil toplum tarafından ihtiyaç sahipleri için kalıcı bir model yerleştirilmesi mümkün olamamaktadır. Aile bireyleri, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de evde bakım hizmetlerinin sunumunda en önemli insan kaynağını oluşturmaktadır. SHÇEK'in yasal düzenlemeleri ve uygulaması özürü ve yaşlıların bakımını üstlenen aile bireylerinin maddi açıdan desteklenmesi için önemli bir adımdır. Ayrıca sivil toplum örgütleri çeşitli engelli ve hasta gruplarının ailelerini desteklemek açısından örnek çalışmalar gerçekleştirmektedirler. Ancak tüm bunlara rağmen evde bakımda çok önemli rol üstlenen on binlerce aile, birçok ihtiyacı açısından destek bulamamakta, bu zorlu süreçte yalnız kalmaktadır. Ülkemiz için oluşturulacak evde bakım modelinde aile bireylerinin profesyonel hizmetlerle nasıl entegre olacağı ve nasıl desteklenecekleri de şekillendirilmelidir. Profesyonel olmayan kayıt dışı hizmet sunumu, gelişmiş evde bakım sistemlerine sahip olan ülkelerde dahi önemli ve üzerinde çalışılan bir sorundur. Ülkemizde henüz ulusal boyutta bir evde bakım modeli olmamasına rağmen özellikle son 10 yılda sunulan hizmetlerin kapsamı, nüfusun bu hizmetlere coğrafî ve ekonomik olarak erişim imkânı artmıştır. Bu ihtiyaç sahipleri açısından son derece olumlu bir gelişmedir ancak diğer taraftan standart dışı, profesyonel olmayan hizmet sunumu da maalesef hala yaygın olarak devam etmektedir. Bu alana yönelik olarak yapılan yasal düzenlemeler, profesyonel olmayan ve kayıt dışı hizmetlerin önünü kesmemiştir. Bir tarafta Evde Bakım Merkezleri ya da Özürü Bakım Merkezleri mevzuata uygun faaliyet göstermek için birçok koşul, yasal gereklilik ve ruhsatlandırma sürecini yerine getirirken, diğer yandan İstihdam Büroları yalnızca bir izin belgesi olarak, Sağlık Bakanlığı ve SHÇEK'in koyduğu yükümlülüklerden sıyrılarak evlerdeki hastalar, engelliler ve yaşlılar için hemşire ve bakım elemanı temin edebilmektedirler. Evde bakım alanında çalışanların çok önemli bir çoğunluğunu Türkiye'de oturma ve çalışma izni olmayan yabancı uyruklular oluşturmaktadır. Aileler herhangi bir denetim ve gözetim

olmaksızın bakım sürecini bu yolla buldukları elemanlar ile sürdürmeye çalışmakta ve birçok mağduriyet yaşayabilmektedirler (Onarcan,2010).

Mevcut durumda evde bakım hizmetleri açısından ülkemizdeki problemler;

- Alanla ilgili tanımlamalarda eksiklik, farklılık ve karışıklıklar
- Bilinç eksikliği, algı yanlışlığı
- Multidisipliner yaklaşım eksikliği
- Mevzuat eksikliği ve karışıklığı

- Hizmet verecek personel eksikliği

- Hizmet standartlarının olmayışı

- Eğitim standartlarının olmaması

- Eğitim eksikliği

- Denetim eksikliği

- Farklı bakım ihtiyaçlarını karşılayabilecek farklı modellerin oluşmamış olması

- Bakımla ilgili politikaları, mevzuat ve düzenlemeleri üreten kamu kurumları arası koordinasyon ve ortak çalışma eksikliği.

- Kayıt dışı, izinsiz hizmet sunumu ve kaçak çalışmanın yaygınlığı ve bunların sebep olduğu problemler

- Evde bakımda kamu ya da özel finansman sistemlerinin olmayışı, sınırlı olarak gerçekleşen kamu finansmanı uygulamalarındaki eksiklikler

- Bakım sürecine dahil olan aile bireylerinin yalnız kalması, eğitimsiz olmaları ve yeterince destek alamamaları (Onarcan,2010).

Türk toplumu demografik yönden dönüşüm yaşayan bir toplumdur. Sosyal, siyasal, ekonomik ve sağlıkla ilgili birçok faktörün oluşturduğu etki sonucunda nüfus ve toplumun yapısında derin değişimler oluşmaktadır. Bu dönüşüm toplumun sağlık sorunlarında da farklılaşmalara neden olmaktadır. Çocukluk çağı sorunları ve bulaşıcı hastalıklar gibi sağlık sorunlarının önemi azalırken, kronik hastalıklar öne çıkmaktadır. Bu nedenle tamamen genç nüfusun ve üreme çağındaki kadınların sağlık sorunlarına odaklı olan sağlık ve sosyal hizmet sistemlerinin gözden geçirilmesini gerekmektedir (Subaşı,2001). Son yıllarda Türk sağlık sistemi de değişim sürecinden geçmektedir. Bu sürecin sağlık sistemine etkilerine sağlık göstergelerinde de kendisini göstermiştir.

Tablo.16. Türkiye Sağlık Göstergeleri

NO	GÖSTERGELER	TÜRKİYE
1	Toplam nüfus (2009)	72.561.312
2	Nüfus artış oranı (2009)	11,3
3	65 yaş ve üzeri nüfus (%)(2009)	7,0
4	Toplam doğurganlık oranı	2,1
5	Doğumda yaşam beklentisi (yıl olarak/erkek)	72
6	Doğumda yaşam beklentisi (yıl olarak/kadın)	77
7	Anne ölüm oranı (100.000 canlı doğumda)	44
8	Beş yaş altı ölüm oranı	22
9	DaBT 1 aşılama oranı	97
10	DaBT 2, DaBT 3ve BCG	96
11	HBV-3 aşılama oranı	94
12	Kızamık aşılama oranı	97
13	GSYİH (2009, Milyon TL)	950.354
14	Kişi başına GSYİH (\$)	9.5
15	Kişi başına düşen GSYİH (\$)	13.359
16	Kamu sağlık harcamaları (GSYİH %)	3.4
17	1000 Nüfus başına düşen hekim sayısı	1,6
18	1000 nüfus başına düşen hemşire sayısı	2.1

Kaynak: 2009 World Bank Data Ve Human Development Reports.

Türkiye, bulaşıcı hastalıkların yanı sıra kronik hastalıkların da daha fazla görüldüğü “çifte yük” olarak tanımlanan sağlık sorunlarını yasayan ülkelerden biridir (Subaşı ve Öztekin,2006). Genç nüfusun toplam nüfus içindeki payı azalırken, beklenen yaşam süresinin artışına bağlı olarak yaşlı nüfusun payı artmaktadır. 2000 yılı itibariyle %5.3 olan 65 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfus içindeki payı 2025 yılında %10’a, 2050’de ise %19’a ulaşacaktır (Güler,1997,s.50-60). Toplumun yaşlanmasının bir diğer göstergesi de toplumun ortanca yaşıdır. Türkiye’de son 55 yılda toplumun ortanca yaş değeri 1 yaş artmıştır. Halen toplumumuzda yaşayan 3.5 milyon 65 yaş üzeri kişi vardır. Bu kişilerin %90’ında bir, %35’inde iki, %23’ünde üç, %15’inde dört ve daha fazla hastalık olduğu tahmin edilmektedir (Öztek ve

Kubilay,1997,s.124-136). İleri yaş döneminde çocukluk çağı hastalıklarından farklı olarak önlenmesi güç, süregelen karakterli ve tedavisi zor, uzun süreli bakımı gerektiren ve dolayısı ile maliyetli hastalıklar olan kronik ve dejeneratif hastalıklar görülmektedir. Türkiye’de bütün ölümlerin %40.6’sı kalp hastalıkları, %11.6’sı kanserler ve %6.8’i serebrovaskuler hastalıklara bağlı olarak meydana gelirken, 65 yaş ve üzeri grupta mide-bağırsak ve akciğer kanserleri serebrovaskuler hastalıklar, inmeler, iskemik kalp hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları ve kazalar en sık ölüm nedenleri olarak görülmektedir. 65 yaş ve üzeri grupta kazalara bağlı ölüm hızı toplam nüfusa göre üç kat artmıştır ve ölümlerle sonuçlanan 10 kazadan 6’sı ev içinde oluşan düşmelere bağlı olarak meydana gelmektedir. Ayrıca Türkiye’de 150 bin kişi kazalar ve hastalıklar nedeniyle sakat kalmakta veya sakat doğmaktadır (Aslan ve Üner,2001).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre Türkiye’de nüfusun % 12,3’ü özürdür ve % 9,7’sinin özürlü kronik hastalıklara bağlıdır (DİE,2005). Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi Çalışmasına göre diyabet prevalansı % 7,2, hipertansiyon prevalansı % 30,1’dir (Satman,2000). Aydın’da hipertansiyon prevalansı % 29,6’dır. Kayseri’de diyabet görülme sıklığı tanısı konmuş ve konmamış vakalar birlikte %6,8’dir. Türkiye’de astma, bronşit ve amfizem tanısı ile hastanelere yılda 75 bin kişi yatmakta ve bunların içinden bin kişisi muhtemel solunum yetmezliği ile ölmektedir (Subaşı,2001). Akdeniz Osteoporoz Çalışmasına göre Türkiye için kalça kırığı sıklığı 50 yaş üzeri nüfusta on binde 4,6’dır, sıklık 50 yaş üstü kadınlarda on binde 3.02, erkeklerde ise 3.2 olarak bulunmuştur (Subaşı ve Öztekin,2006). Kronik kan hastalıklarından talasemilerin sıklığı Türkiye’nin güney bölgelerinde %2-8 arasındadır (Subaşı,2001). Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışmasına göre, Türk toplumunda ruhsal sorun görülme sıklığı % 17’dir. Kronik gidişli ve uzun süreli bakım gereksinimi doğuran bu sağlık sorunlarını yaşayan kişiler ve yakınları, sağlık sisteminden düzenli bir bakım hizmeti ve sosyal destek alamadıkları için, yataklı sağlık kuruluşlarında yatmadıkları dönemlerde sağlık sorunları ile tek başlarına baş etmek durumunda kalmaktadır. Yaşanan sağlık sorunlarının kişinin günlük yaşamı, iş ve aile yaşamı üzerindeki olumsuz etkilerine bağlı olarak önemli sosyal, psikolojik ve ekonomik sorunlar da ortaya çıkmaktadır (Subaşı ve Öztekin,2006). Gerek akut, gerekse kronik hastalıklı bireylerin bakımı, evde bakım sistemi olmadığı için aile bireylerine yüklenmektedir. Bu durum hasta

için evde bakıcı probleminin yanı sıra, aile üyelerine zamanla tükenmişlik sendromuna yol açabilmektedir. Ayrıca gelişen tıbbi teknoloji, diyabette kan şekeri izlemi, ayaktan periton diyalizi gibi tedavilerin evde uygulanmasını mümkün kılmakta ve ülkemizde de bu tür uygulamalar yaygınlık kazanmaktadır. Bu uygulamaların istendik şekilde gerçekleştirilmesi de, çoğunlukla evde profesyonel sağlık ekibi desteğini gerekli kılmaktadır. Son 10-15 yıllık sürede gerçekleştirilen çok sayıda araştırma bulguları, toplumumuzda evde sağlık bakımı hizmetlerine olan gereksinimi açıkça yansıtmaktadır. (Cimete, 1998,s. 15).

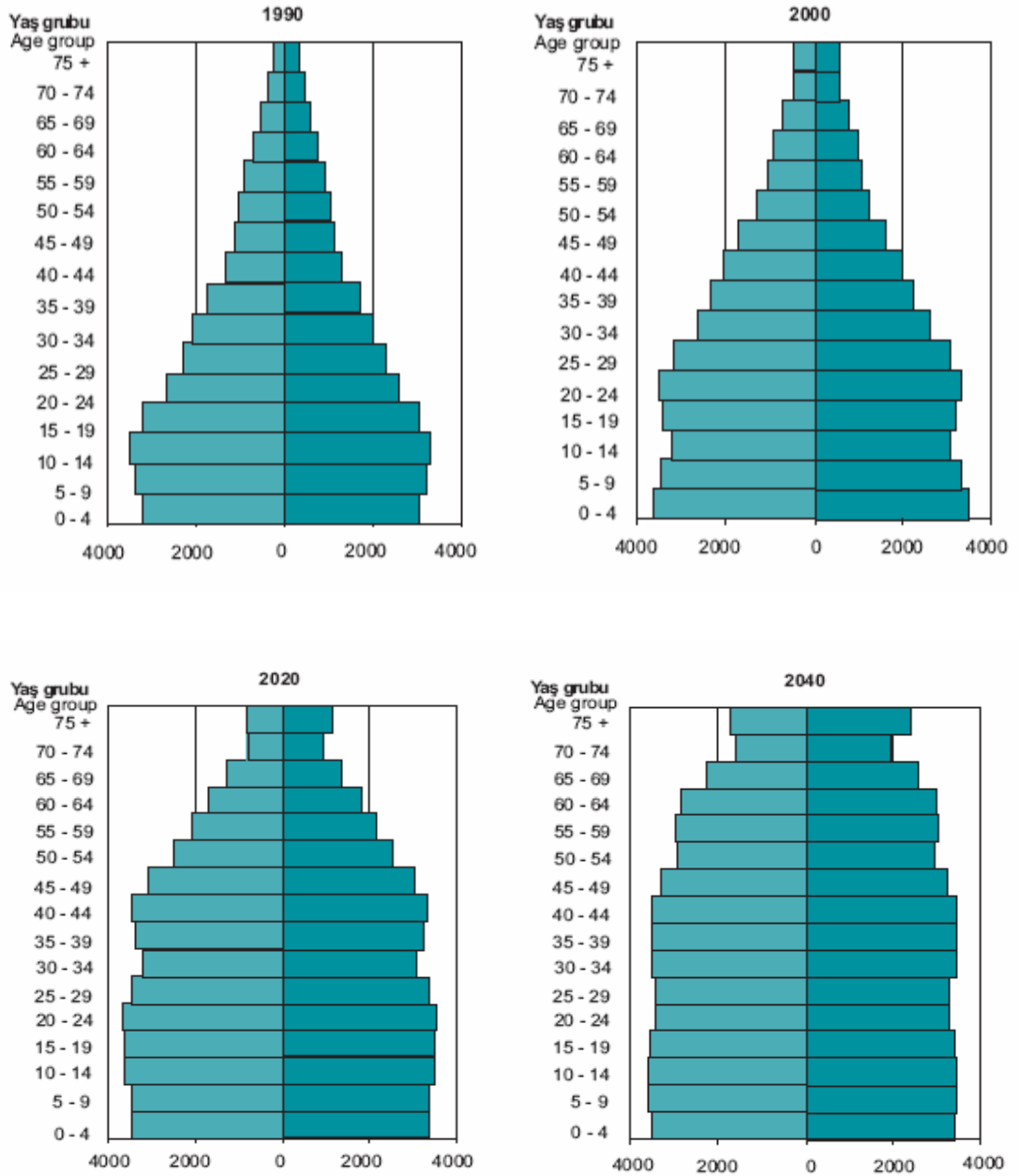
Türkiye’de nüfusun %65’i il ve ilçelerde yaşamaktadır (DİE, 1997). Kadınların iş yaşamına daha fazla katıldığı görülmektedir. 1998 TNSA’na göre kadınların %35’i çalışmaktadır. Türk aile yapısının çekirdek aile yapısına dönüştüğü görülmektedir. Türkiye’de ailelerin %79.7’sini çekirdek ailelerin oluşturduğu saptanmıştır. 1992 Türk Aile Yapısı Araştırması’na yaşlıların %36’sının çocukları ile yaşadığı, geri kalan %67’sinin ise ayrı yaşadığı saptanmıştır. Sahip olunan çocuk sayısının azaldığı, genç nüfusun öğrenim düzeyinin yükseldiği, kadınlar arasında okullaşma oranının arttığı görülmektedir. Bu durum bakım ihtiyacı olanların doğal bakım veren kişisi olarak görülen kadınların, giderek bu işlevlerini gerçekleştirmekten uzaklaştıklarını göstermektedir.

21.02.2011 tarihinde 24325 sayılı yasa ile yürürlüğe giren huzurevleri ile yaşlı bakım rehabilitasyon merkezleri yönetmeliği esasları çerçevesinde “60 yaş ve üzerindeki muhtaç yaşlıları korumak, bakmak, sosyal, psikolojik ve fiziksel gereksinimi duyanlara bakım rehabilitasyon hizmeti vermekle yükümlü” olarak Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü’nü göstermiştir. Bu yönetmelik yaşlılara yönelik sosyal hizmet görevlerini, sağlık hizmet görevlerini, fizyoterapi hizmeti ile ilgili görevlerini, beslenme hizmeti ile görevlerini içermektedir. Ayrıca huzurevleri ile ilgili bazı maddelerde bu yönetmelikte bulunmaktadır. Bu yönetmelik ile Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü’nün hedef kitlesinin muhtaç ve kimsesiz yaşlılar olduğu görülmektedir, diğer yaşlı kesim bu hizmet kapsamının dışında kalmaktadır. Topluma yönelik hizmetler kapsamında yaşlılara yönelik sadece 7 yaşlı dayanışma merkezi vardır. Türkiye’de yaşlılara sağlanan kurumsal bakım hizmetleri kapsamında Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu ve diğer bazı kuruluşların kurdukları 99 huzurevinin kişi kapasitesi 14788’dir. Buna göre 65 yaş ve üzeri yaklaşık her 300

yaşlıya bir yatak düşmektedir. Ayrıca 30 huzurevinin 1233 kişilik özel bakım bölümü, 5 huzurevinin ise 186 kişilik felçli yaşlı bölümü bulunmaktadır. Ayrıca özürlü bireylere yönelik Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu bünyesinde yer alan 18 yataklı kuruluş bulunmaktadır. Bu kurumlardan hizmet alan 1372 özürlü vardır. 1957 özürlüye hizmet veren 32 adet de gündüzlü kuruluş vardır. Buna göre her 2250 özürleden bir tanesine kurumsal bakım hizmeti verilebilmektedir. Bu saptamalar yaşlı ve özürlü kişilerin bakımının toplum içinde yakınları tarafından sürdürüldüğünü düşündürmektedir (Subaşı,2001).

Türkiye’de 1993’de 66,8 yıl olan kadınların ortalama yaşam süresi, 2003 yılında 73 yıla yükselmiştir. Erkeklerde ise 1993 yılında 64,6 yıl iken, 2003 yılında 68 yıla ulaşmıştır (Karadağ,2006). Türkiye İstatistik Kurumu 2004 Türkiye İstatistik Yıllığı’na göre 1990 ve 2000 yıllarına göre nüfusun cinsiyet ve yaşa göre dağılımı ile 2020 ve 2040 yılları için tahmin edilen yaşa ve cinsiyete özel nüfus piramitleri şekil 3’te yer almaktadır.

Şekil.5. Nüfus Piramidi



Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu (2004). Türkiye İstatistik Yıllığı. (12.03.2010), http://www.investinkonya.org.tr/pdf/yillik_2004.pdf

Buna göre, gelecek 15-35 yılda 65 yaş ve üzerinde önemli ölçüde artış beklenmektedir. Nüfusun bileşimindeki bu değişme, yaşlılıkta karşılaşılan kalp, damar, beyin, böbrek, akciğer, kan, kas ve kemik hastalıklarını da beraberinde getirecektir. Yaş ilerledikçe ortaya çıkan bu tür rahatsızlıklar, günlük yaşam etkinliklerinin sürdürülebilmesinde destek gereksinimini ortaya çıkaracaktır. Evde bakım hizmetlerinin en büyük orandaki kullanıcıları yaşlılar olacaktır. Bilir'e göre (2001), bulaşıcı hastalıklarla savaşta kazanılan başarılar ve yaşam koşullarının

iyileşmesi ile insanların doğuştan beklenen yaşam süreleri uzamıştır. Nüfusun giderek yaşlanması, geriatrik hizmetlerde düzenlemeye gidilmesini gerektirmektedir (Önder, 2001). Türkiye’de 65 yaş ve üzeri nüfus, genel nüfusun % 6,9’unu oluşturmakta ve 2015 yılında % 9’lara ulaşacağı tahmin edilmektedir (TİSK, 2000). Türkiye, yaşlı nüfusun artması ile birlikte, yeni demografik gerçeklere uygun politikalar üretmek zorundadır (Sayan, 2001). Artan yaşlı nüfus nedeniyle, birinci basamak sağlık kurumlarının programlarında gerek koruyucu, gerekse yaşlılarda görülen kronik hastalıkların izlenmesi ve evde bakım hizmetlerine yer verilmeli ve yeni bir yapılandırmaya gidilmelidir (Önder, 2001).

Türkiye’de ülke genelinde hastane yatak kullanım oranı %59’dur. İlçe hastanelerinde yatak kullanım oranının %25’lere kadar gerilediği görülmektedir. Bunun yanında büyük illerdeki hastanelere hasta akımı sürmekte, hastalar bu kurumlarda tedavi görebilmek için uzun süreler beklemektedir. Tüm dünyada olduğu gibi sağlık alanında yapılan harcamaların büyük kısmının yataklı tedavi kurumları tarafından yapıldığı görülmektedir. 1999 yılı itibarıyla Sağlık Bakanlığı Bütçesinin %37’sini Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü kullanmaktadır. Ayrıca toplam sağlık harcamalarının %24’ü yatarak yapılan tedavilerde harcanmaktadır (Subaşı,2001). Sosyal güvenlik kuruluşları, artan sağlık hizmetlerinin maliyetlerini karşılamada yetersiz kalmakta ve açıkları karşılamak için hazineden aktarmalar yapılmaktadır. Akhan (1998) tarafından yapılan bir araştırmada, hastaların hastanede kaldıkları günlerin % 60’ının uygun olmayan kalış günleri olduğu bulunmuştur. Günümüzde, hızlı artan yaşlı nüfus ve çeşitlenen hastalıkların bakımında, maliyet/etkililik çerçevesinde alternatif sağlık hizmetlerini oluşturmak gerekmektedir (Karadağ,2006).

Tablo.17. Türkiye’de Evde Bakım Kuruluşları, Harcama ve İstihdam Trendleri

Yıllar	2008	2009	2010	2011	2012
Kuruluşlar	5,268	5,178	5,285	5,332	5,631
Harcamalar (\$ millions)	2,391	2,056	2,191	2,387	2,538
İstihdam	229,999	226,092	230,740	232,810	245,836

Kaynak: C. Barnes & Co .(2011). Barnes Reports : Worldwide Home Health Care Services Industry (NAICS 62161). C. Barnes & Co, USA

Türkiye evde bakım hizmetleri sektörünün büyüklüğü, harcamalar ve istihdam trendleri tablo 17’de irdelenmiştir. Sektör genelinde 2009 yılında yaşanan sınırlı bir daralma gözlenmektedir. Kuruluş sayısı açısından incelenecek olursa, 2008 yılında faaliyet gösteren 5268 kuruluş bulunmaktayken, bu sayının 2012 yılında 5631’e yükselmesinin beklendiği görülmektedir. Harcamaların 2009 yılındaki daralmadan daha derin etkilendiği gözlenmektedir. 2008 yılı için 2,4 M\$’lık sektörün 2012 yılında 2.5M\$’lık büyüklüğe ulaşacağı tahmin edilmektedir. İstihdam açısından bakıldığında 2009 yılındaki daralmanın çalışan sayısında minimal bir düşüşe sebep verdiği ancak takip edilen yıllarda bu düşüşün artışa döndüğü görülmektedir. Veriler üzerinden ifade edilecek olursa 2008 yılında 230 bin dolaylarındaki kayıtlı istihdamın, 2012 yılında 246 bin düzeyine çıkacağı tahmin edilmektedir (Ateş, M.,2011).

Tablo.18. Türkiye Evde Bakım Kuruluşlarının Çalışan Sayısına Göre Dağılımı

Yıllar	Çalışan Sayısına Göre Kuruluşlar						
	1-9 Çalışan	10-49 Çalışan	50-99 Çalışan	100-249 Çalışan	250+ Çalışan	Belirsiz	Total
2010	2,016	1966	626	372	117	190	5,285
2011	2,033	1983	631	376	117	192	5,332
2012	2,147	2094	667	397	124	202	5,631

Kaynak: C. Barnes & Co .(2011). Barnes Reports : Worldwide Home Health Care Services Industry (NAICS 62161). C. Barnes & Co, USA

Tablo 18’de Türkiye’de evde bakım hizmeti sunan kuruluşların çalıştırdıkları personel sayısına göre sınıflandırma yapılmıştır. Buna göre faaliyet gösteren kuruluşların çoğunluğu 50 ve daha az personel çalıştırmaktadır. Sektör genelindeki bu eğilimin 2012 yılına gelindiğinde değişmeyeceği öngörülmüştür. Bu kapsamda sektörde kuruluşların yerel kalma eğiliminde oldukları düşünülebilir (Ateş, M.,2011).

Tablo.19. Türkiye Endüstrisinin Diğer Ülkelerle Nispi Karşılaştırılması

Ülkeler	Toplam kuruluş sayısı	Toplam istihdam	Toplam harcama
Brezilya	34.70%	34.70%	34.80%
Çin	4.80%	4.80%	9.50%
Fransa	240.00%	240.00%	48.80%
Almanya	172.30%	172.30%	35.10%
Hindistan	6.40%	6.40%	43.90%
Japonya	52.70%	52.70%	12.00%
Rusya	46.40%	46.40%	41.40%
İngiltere	226.20%	226.20%	55.90%
Amerika	21.10%	23.00%	4.50%
Türkiye	100,00%	100,00%	100,00%

Kaynak: C. Barnes & Co .(2011). Barnes Reports : Worldwide Home Health Care Services Industry (NAICS 62161). C. Barnes & Co, USA

Tablo 19’da ise Türkiye evde bakım hizmetleri sektörünün büyüklüğü ile bazı dünya ülkelerinin evde bakım hizmeti sektörleri karşılaştırılmıştır. Evde bakım hizmetlerinin günün koşullarının bir gereği olduğunu, Uluslar arası Çalışma Örgütü ve Dünya Sağlık Örgütü gibi uluslararası kuruluşlar, Sağlık Bakanlığı, Devlet Planlama Teşkilatı, Türkiye Sanayici ve İşadamları Derneği (TÜSİAD) belirtmektedir. Devlet Planlama Teşkilatı evde bakım hizmetlerine kalkınma planlarında yer vermekte ve Sekizinci 5 Yıllık Kalkınma Planı 2000 Yılı Kalkınma Programı’nda, evde bakım hizmetine yönelik bir modelden; “Ayakta teşhis ve tedavi merkezleri ve yataklı tedavi kurumları ile irtibatlı evde hasta bakımına yönelik bir hizmet modeli geliştirilecektir” diyerek söz etmektedir (DPT, 2000,s.87). TÜSİAD’ın “Türk Sosyal Güvenlik Sisteminin Sorunları ve Çözüm Önerileri 1996” adlı raporunda sağlığın geliştirilmesi ve hizmet sunumunun yaygınlaştırılması için gereken standartların içerisinde evde bakım hizmetleri de yer almaktadır (Karadağ,2006).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından, kişilerin nasıl ve nerede yaşadığının, gelir düzeylerinin, kadınların üretim ve hizmet sektöründeki rollerinin, profesyonel olmayan bakıcıların evde bakım hizmetlerine katılmasının, hasta evinin kalıcı veya geçici olmasının ya da hiç olmamasının, evin kentsel ya da kırsal bölgede olmasının, iklim ve coğrafyanın, yerel toplumun altyapısının, evde bakım hizmetinin içeriğini ve kapsamını etkilediği belirtilmektedir. Türkiye’de evde bakım hizmetleri

oluşturulurken, belirtilen bu değişkenler irdelenmelidir. Toplumsal destek sistemlerinin ve sağlık personelinin evde bakım ile ilgili görüşlerinin, sağlanacak hizmetin ya da oluşturulacak evde bakım modelinin, toplumsal işlevselliğinin ve içeriğinin değiştirilebilmesinde önemli belirleyiciler olduğu düşünülmektedir (WHO, 2000a: 7).

Ülkemizdeki evde sağlık hizmeti kapsamındaki uygulamaların, bütüncül ve entegre sağlık hizmet anlayışını karşılamadığı görülmektedir. Genel evde bakım ve evde sağlık hizmeti politikaları olmadan, özel alanlarda sağlığın bütünselliğini bozan evde bakım hizmeti kurgusu, eksik bir yaklaşım anlamı da taşımaktadır. Bu nedenle devletin evde bakım hizmeti ile ilgili doğru politikalar üretmesi en temel gereksinimdir. İlgili mevzuattaki eksiklikler giderilerek hizmet ve kalite standartlarını belirlemelidir. Hizmet sunumunda kamu, özel sektör ve kar amacı gütmeyen kurum/kuruluşları evde bakım hizmeti vermeye teşvik etmelidir. Evde bakım hizmetinin izlem ve denetim mekanizmasının oluşturulması gerekmektedir. Sağlıklı denetlemelerle aksayan yönler süratle düzeltilmelidir. Yasalarda gerekli düzenlemeler hızla yapılmalı, bu doğrultuda ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nın hizmet sunumuna yönelik mevzuatı birleştirilmeli ve tek tip mevzuat olmalıdır. Bu mevzuat asgari gereksinime dayalı, organizasyon yapısını dikkate alan ve hizmet standartlarını içerecek şekilde oluşturulmalıdır. Bu mevzuatta farklı tipte evde bakım hizmet sunucuları tanımlanmalıdır. Kamu/özel hizmet sunumu için asgari standartlar ihtiyaca göre belirlenmelidir. Evde bakım hizmetlerinin etkin ve verimli yürütülmesi için yasal, finansal, istihdam ve etik konularında çalışmalarının bütünlüğünün sağlanması gerekmektedir (Ateş, M.,2011).

4. YÖNTEM

4.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, Beykoz devlet hastanesi evde sağlık birimine kayıtlı olan, nöroloji tanısı konmuş hastaların evde bakım gereksinimlerini ve evde bakım verenlerin bakım yükünü ve yaşadıkları güçlükleri belirlemeye yönelik tanımlayıcı bir çalışmadır.

4.2. Araştırmanın Yeri

Araştırma, İstanbul Beykoz Devlet Hastanesi evde sağlık birimine kayıtlı olan, nöroloji tanısı konmuş hasta ve primer bakım veren hasta yakınları üzerinde yapılmıştır. Beykoz Devlet Hastanesi 1962 yılında kurulmuş olup, İstanbul ilinin Anadolu yakasında bulunan Beykoz ilçesinde Sağlık Bakanlığı'na bağlı tek hastane olarak hizmet vermektedir. Beykoz ana binasında; 254 yatak, Tepeüstü ek hizmet biriminde; 56 yatak olmak üzere toplam 310 yatak ile 19 farklı klinik branşı, 130 doktor, 242 hemşire, 39 ebe kadrosu bulunmaktadır. Evde sağlık hizmetleri biriminde, 1 doktor, 1 sosyal hizmet uzmanı, 1 hemşire, 1 sağlık memuru, 1 tıbbi sekreter ve 1 şoför ile Beykoz ilçesinde ikamet eden hastalara evlerinde ve aile ortamında sağlık hizmeti sunmaktadır.

4.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Beykoz Devlet Hastanesi evde sağlık birimine 1 Nisan 2011 - 31 Aralık 2011 tarihleri arasında başvuran 260 kayıtlı hasta olup, dosyaların incelenmesi sonucu 210 hastanın nöroloji tanısı konduğu saptanmıştır. Araştırmanın evrenini 210 hasta ve hastaya primer bakım veren 210 hasta yakınları oluşturmuştur. Araştırmada her hangi bir örnekleme yöntemine gidilmemiştir ve evrenin tümü araştırma kapsamına alınarak örnekleme temsil etmiştir.

Araştırma sürecinde 26 hastanın vefat ettiği, 5 hastanın verilen adres de başkalarının oturduğu yani taşındığı için bulunamadığı, 2 hastanın görüşmek istemediği için anket uygulamasını red etmesi üzerine toplam 33 hasta ve 33 hasta

yakını araştırma kapsamına alınamamıştır. Araştırmanın örneklemini, 177 hasta ve 177 primer bakım veren hasta yakını oluşturmuştur.

4.4. Araştırmanın alt problemleri

1. Hastaların genel olarak yaşadıkları sorunlar nelerdir?
2. Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile GYA arasında ilişki var mıdır?
3. Bakım verenlerin sosyo-demografik özellikleri ile GYA arasında ilişki var mıdır?
4. Bakım verenlerin bakım yükü nedir?
5. Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile bakım yükü arasında ilişki var mıdır?
6. Bakım verenlerin sosyo-demografik özellikleri ile bakım yükü arasında ilişki var mıdır?
7. Bakım verenlerin yükünün azalması, hastaların GYA'ne katılmasını artırır mı?

4.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

1. Araştırmacının süre kısıtlılığı nedeniyle araştırma örnekleminin İstanbul Beykoz Devlet Hastanesi evde sağlık birimine kayıtlı olan, nöroloji tanısı konmuş hasta ve primer bakım verenleri,
2. Araştırmada örneklem grubuna alınması planlanan 210 hasta ve 210 hasta yakını yerine 177 hasta ve 177 hasta yakınına ulaşılması,
3. Hastaların Beykoz ilçesinde ikamet etmesi,
4. 18 yaş ve üzerinde bilişsel ve psikiyatrik sorunu olmayan bakım verenler olması ile sınırlandırılmıştır. Bakım vericisi olmayan hastalar araştırmaya dahil edilmemiştir.

4.6. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişkenler: BYE'nin toplam puanı, hastaların GYA'nin toplam puanı

Bağımsız değişkenler: Hastaların sosyo-demografik özellikleri, konut, kronik hastalık, bakım ve yaşadıkları sorunlara ilişkin değişkenler ve bakım verenlerin sosyo-demografik özellikleri, hastaya yakınlığı, kronik hastalık, bakım, deneyim ve eğitim ihtiyacına ilişkin değişkenler

4.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yürütülebilmesi için İl Sağlık Müdürlüğü'nden dolayısıyla Beykoz Devlet Hastanesi'nden gerekli yazılı izin alınmıştır.

Araştırmacı, çalışmaya başlamadan önce kendisini tanıtarak hastalara ve bakım verenlere araştırmanın amacı ve formların içeriği hakkında bilgi vermiş, araştırmaya katılımın gönüllü olduğu ve verdiği bilgilerin sadece araştırma için kullanılacağı, isimlerinin açıklanmayacağını belirterek sözlü izinleri alınmıştır.

Araştırmada kullanılan bakım verenlerin yükü envanteri ölçeğinin Türk toplumu için geçerlik ve güvenilirliğini yapan Özlem Küçükgülü tarafından izin alınmıştır.

4.8. Verilerin Toplanması

4.8.1. Veri Toplama Formlarının Hazırlanması:

Veri toplama formları, araştırmacı tarafından konuya ilişkin literatür incelenerek hazırlanmıştır. Veri toplama formu hasta tanıtım formu (EK-1) ve bakım veren tanıtım formu (EK-3) olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır.

Birinci bölümde: Hastaların sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim, gelir ve sosyal güvence durumu vb.), genel olarak yaşadıkları sorunlara ilişkin 15 soru ve hastaların evde bakım gereksinimlerini belirlemek amacıyla günlük yaşam aktiviteleri (EK-2) formu yer almaktadır.

Hasta tanıtım formunda bulunan 15. Sorunun hastalar tarafından daha iyi anlaşılabilmesi için "hastaların yaşadığı sorunları değerlendirme rehberi" (EK-5) ve günlük yaşam aktivitelerinin açıklayıcı olabilmesi için "günlük yaşam aktiviteleri değerlendirme rehberi" (EK-6) hazırlanmıştır.

İkinci bölümde: Bakım verenlerin sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim, gelir ve sosyal güvence durumu vb.), bakıma ilişkin 15 soru ve bakım verenlerin yükünü belirlemek amacıyla bakım verenlerin yükü envanteri (EK-4) formu yer almaktadır.

Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA) Formu

Hastaların evde bakım gerektiren gereksinimlerinin Roper, Logan ve Tierney'in Günlük Yaşam Aktiviteleri Modeli (1980-1981-1983), Katz'ın Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (1960) ve Lawton ve Brody'in Enstrümental Günlük

Yaşam Aktiviteleri İndeksi örnek alınıp geliştirilen bir formdur. Hastanın günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak gerçekleştirme yeteneğini ölçerek işlevsel durumunu tanımlamada kullanılan en uygun araçtır. 11 maddeden oluşan 1-3 arası puanlanan likert tipi bir formdur. Her bir madde için bağımsız, yarı bağımlı ve tam bağımlı seçeneklerinden birinin işaretlenmesi istenmiştir. Verilen yanıtlara 1 ile 3 arasında değişen puanlar verilmiştir. Puan aralığı 1-33'tür. 1-11 puan arası bağımlı, 12-22 puan arası yarı bağımlı, 23-33 puan arası bağımsız olarak değerlendirilir. Alınan toplam puanın yüksekliği, GYA'ne katılma düzeyini belirlemektedir.

Bakım verenlerin Yükü Envanteri

Bakım verenlerin yaşadığı güçlükleri ve bakım vermede zorlanma durumlarını belirlemek için kullanılmıştır. Bakım verenlerin yükü envanteri (Caregiver Burden Inventory), 1989 yılında Kanada'da, Novak ve Guest tarafından, bakım vermenin bakım veren hasta yakınlarının üzerine etkisini ölçmek amacıyla geliştirilmiş bir araçtır. Bu envanter literatürde bilişsel yetersizliği olan hastaların bakım verenlerinin yükünü ölçmeye yönelik olarak ilk geliştirilen ve en sık kullanılan araçlardan birisidir. Bilişsel bozukluğu olan hastaların yakınlarına spesifik geliştirilmiş olması demans hastalarının bakım verenleri için kullanımında üstünlük oluşturmaktadır. Ayrıca hem klinisyenler hem de araştırmacılar için kullanıma uygun bir araçtır. Bakım verenlerin Yükü Envanteri, yük kavramına çok boyutlu bir yaklaşım getirmiştir. Envanterinin çok boyutlu puanlaması yükün altında yatan nedenlerin belirlenmesini sağlayarak tek bir skorla maskelenen alt boyutların gözden kaçmasını engellemektedir ve bu da bakım verenler için uygun girişimlerin belirlenmesinin önemli bir adımını oluşturmaktadır. Bakım verenlerin yükü envanteri, göreceli olarak kısa olmakla birlikte hem klinik hem de araştırmalar için kullanıma uygun, yeterince kapsamlı bir araçtır.

Novak ve Guest, yükün çok boyutlu olduğu görüşünden yola çıkarak, yükü beş boyutuyla (zaman-bağımlılık, gelişimsel, fiziksel, sosyal ve duygusal) ölçen Bakım Verenlerin Yükü Envanteri'ni geliştirmişlerdir. Kısaca; zaman-bağımlılık yükü bakımın zaman gerektiren bir iş olması ve bakım verene yarattığı güçlüklerden, diğer taraftan gelişimsel yük bakım verenin yaşamının bu döneminde kendi gelişiminin akranlarına göre olması gereken noktada olmadığını düşünmelerinden, kaynaklanmaktadır. Fiziksel yük, bakım verme işleminin bakım verenin fiziksel

sağlık ve enerjisini olumsuz yönde etkilemesinden kaynaklanan bir yükür. Sosyal yük bakım verenin rol çatışması duygularından kaynaklanır, emosyonel yük ise bakım veren kişinin normal olmayan ve beklenmedik davranışlarından dolayı bakım verdiği kişiye karşı olan negatif duygularını içermektedir.

Envanter, 24 maddelik likert tipi (0-4) bir ölçektir. 16 maddesi Novak ve Guest'in daha önceki çalışmalarından alınırken, 8 madde de literatüre dayanarak ve bakım verenlerin yükünün çok boyutlu olmasına uygun olarak, oluşturulmuştur. Bütün faktörler beş maddeden, ancak üçüncü faktör olan fiziksel yük dört maddeden oluşmaktadır. Her faktör 0 ile 20 puan arasında puan alabilmektedir. Puanlama, hiç tanımlamıyor (0) puan, az tanımlıyor (1) puan, orta derecede tanımlıyor (2) puan, oldukça tanımlıyor (3) puan, çok tanımlıyor (4) puan şeklindedir. Dört maddeden oluşan fiziksel yükte, her bir maddeye verilen yanıtın puanı 1.25 ile çarpılarak puan hesaplaması yapılmakta ve bu faktörden de toplam 20 puan elde edilmektedir.

Her bir bireyin toplam puanı 0 ile 100 arasında değişmektedir. Yüksek puan yüksek derecedeki yükü, düşük puan ise düşük derecedeki yükü göstermektedir. Envanterin uygulanması yaklaşık 10-15 dakika almaktadır. Envanterin yapı geçerliği; faktör analizi ve hipotez sına yöntemini kullanılarak test edilmiştir. Faktör analizi (temel bileşenler analizi) sonucu yorumlanabilir beş faktör vardır: (a) zaman-bağımlılık yükü, (b) gelişimsel yük, (c) fiziksel yük, (d) sosyal yük ve (e) duygusal yük. Bu beş maddenin varyansı %66 dır ve her bir madde eşit önemdedir. Her bir maddenin varyansı %9-12 arasında değişmektedir. Maddelerin iç tutarlık güvenilirliği test edilmiştir. Faktör 1 'den 5'e kadar alfa değerleri sırasıyla 0.85, 0.85, 0.86, 0.73, 0.77 bulunmuştur (Küçükgüçlü,2004).

Bakım verenlerin yükü envanteri (BYE) Türk toplumu için geçerlik ve güvenilirliği Küçükgüçlü (2004) tarafından yapılmıştır. Envanterin toplam puan ortalaması ve standart sapması 43.01-22.99 olarak bulunmuştur. Envanterin tümü için elde edilen Cronbach alpa değeri 0.94, "Zaman- Bağımlılık Yükü" için 0.93, "Gelişimsel Yük" için 0.94, "Fiziksel Yük" için 0.94, "Sosyal Yük" için 0.82, "Duygusal Yük" için 0.94 olarak bulunmuştur. Yapılan madde analizi sonucunda envanterdeki maddelerin madde-toplam korelasyon kat sayısı 0.52-0.84 arasında saptanmıştır.

Faktörlerin Tanımı

Faktör 1: Zaman-Bağımlılık Yükü (Time-Dependence Burden)

Bu faktör bakım verenin zamanın kısıtlı olmasından kaynaklanan yükü tanımlar. Demanslı hastalar günlük yaşam aktivitelerini yapabilme yeteneklerini kaybettiği için bakım verenler bu kişilerin aktivitelerini yerine getirmelerine yardım ederek zaman ve enerji harcamaktadırlar. Ayrıca demanslı hastalar kendilerine zarar verebileceklerinden bakım verenlerin hastalık süresi boyunca uyanık olmaları gerekmektedir. Bu sürekli uyanık olma gerekliliği ve sorumluluk duygusu, bakım verenler üzerinde stres oluşturmaktadır. “Bakım verdiğim kişi bana bağımlı” ya da “bakım verme işlerimden dolayı hiç boş vaktim yok” ifadeleri bakım verenlerin bir yük altında olduğu duygularını yansıtmaktadır.

Faktör 2: Gelişimsel Yük (Developmental)

Bu faktör bakım veren kişilerin yaşamlarında akranları ile olması gereken yerde olmadığı duygusundan kaynaklanan yükü tanımlamaktadır. Bireylerin yaş dönemlerine göre kabul edilen ve beklenen süreçler vardır. Örneğin çok az kişi kendini yaşamının bir döneminde bakım vermeye hazırlar ve böyle bir şeyi bekler. Ayrıca bu sorumlulukla karşılaştıklarında da çok az kişi destek alır. Bakım verenler akranlarının yaşamlarının bundan sonraki günlerini umutla beklediklerini düşünürlerken, kendileri sonraki günleri düşündüklerinde stres ve anksiyete hissetmektedirler. Kendilerin “neden bunlar benim başıma geldi” şeklinde sorular sormakta, “Hayatım ellerimin arasından kayıp gidiyor”, hayatımın kaybolduğunu düşünüyorum”, hayatımın bu dönemde umduğum yaşam bu değildi” ...gibi ifadeler kullanmaktadırlar. Bu ifadeler bireylerin yükünü tanımlayan öz ifadelerdir.

Faktör 3: Fiziksel Yük (Physical Burden)

Bu maddeler bakım verenin kronik yorgunluk ve fiziksel sağlığında bozulma duygularını tanımlamaktadır. Çalışmalar bakım verenlerin bakım verme işlerinden dolayı fiziksel sağlıklarının yüksek oranda bozulma riski taşıdığını göstermiştir. “Yeterince uyuyamıyorum” ya da “bakım verme işi benim fiziksel sağlığımı bozdu” gibi ifadeler bakım verenin fiziksel yükünü yansıtan ifadelerdir.

Faktör 4: Sosyal Yük (Social Burden)

Bu maddeler bakım verenin rol çatışması duygularını tanımlar. Bakım veren kişi eşiyle ya da ailenin diğer üyeleri ile bakım verdiği kişinin bakımını nasıl yöneteceği konusunda tartışır. Bakım veren kişi ailenin diğer üyeleri tarafından ihmal edildiğini ve takdir edilmediğini düşünür. Ayrıca diğer kişilerle olan iletişimini ve mesleğini yapmak için de yeterli zaman ve enerji bulamadığını düşünebilir. “Ailenin diğer üyeleri ile eskiden olduğu kadar görüşemiyorum”, “İşimi eskisi kadar iyi yapamıyorum” gibi ifadeler kişilerin bu konudaki yükü yansıtan ifadelerdir.

Faktör 5: Duygusal Yük (Emotional Burden)

Bu maddeler bakım verenin bakım verdiği kişiye karşı negatif duygularını tanımlar. Bakım veren kişiler genellikle sosyal olarak kabul görmeyecek bu negatif duygularından dolayı suçluluk hissedebilir. “Bakım verdiğim kişiye kızıyorum”, “Bakım verdiğim kişiyle etkileşimin beni öfkeliyor” gibi ifadeler bakım veren kişinin bu konudaki yükünü gösteren ifadelerdir.

4.8.2. Veri Formunun Ön Uygulaması

Literatür taraması sonucunda hazırlanan soru formu ve ölçekler araştırmacı tarafından araştırma kapsamı dışında basit rastgele yöntemle seçilen Beykoz devlet hastanesi evde sağlık birimine kayıtlı olan, nöroloji tanısı konmuş 10 hasta ve 10 bakım verene uygulanarak ön test denemesi yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda gerekli düzeltmeler yapılarak anket formu son şeklini almıştır.

4.8.3. Veri Toplama Formunun Uygulanması

Araştırmacı tarafından her birey telefonla aranarak ev ziyareti planlanmış ve veriler evlere gidilerek hasta ve bakım veren kişiyle yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Her bir ev ziyareti ortalama 20 dk. sürmüştür.

4.8.4. Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen veriler araştırmacı tarafından bilgisayar ortamında kodlandıktan sonra SPSS 13.0 (Statistical package for social science) programında değerlendirilmiştir. Araştırma verilerinin istatistiksel olarak analizinde; sayı, yüzde,

ortalama dağılımları, Student t testi, Varyans analizi, Korelasyon analizi, Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır.

5. BULGULAR

Araştırmanın bulguları 4 başlık halinde gruplandırılmıştır;

1. Araştırma kapsamına alınan hastaların ve bakım verenlerin tanıtıcı bilgileri
2. Hastaların günlük yaşam aktiviteleri toplam puan ortalamaları ile hasta ve bakım verenlerin özellikleri arasındaki ilişkinin incelenmesi
3. Bakım verenlerin yükü envanteri toplam puan ortalamaları ile hasta ve bakım verenlerin özellikleri arasındaki ilişkinin incelenmesi
4. Bakım verenlerin yükü envanteri toplam puan ortalamaları ile hastaların günlük yaşam aktiviteleri toplam puan ortalamaları arasındaki ilişkinin incelenmesi

5.1. Araştırma kapsamına alınan hastaların ve bakım verenlerin tanıtıcı bilgileri

Bu başlık altında hastaların ve bakım verenlerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin veriler açıklanmıştır.

5.1.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri

Tablo.20. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri (n: 177)

Özellikler	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	113	63,8
Erkek	64	36,2
Yaş		
1-15	4	2,3
16-30	8	4,5
31-45	8	4,5
46-60	16	9,0
61-75	36	20,3
76 ve üstü	105	59,3
Medeni durum		
Evli	70	39,5
Bekar	107	60,5
Eğitim durumu		
Okur-yazar	21	11,9
İlkokul	53	29,9
Ortaokul	11	6,2
Lise	4	2,3
Yüksek öğrenim	1	0,6
Okur-yazar değil	87	49,2
Mesleğiniz		
Ev hanımı	102	57,6
İşçi	15	8,5
Memur	6	3,4
Serbest meslek	19	10,7
Diğer	35	19,8

Sosyal Güvenceniz		
SGK	163	92,1
Yeşil Kart	12	6,8
Yok	2	1,1
Özel sigorta	-	-
Aylık geliriniz		
500 ve altı	9	5,1
501-1000	112	63,3
1001-1500	10	5,6
1501-2000	2	1,1
2001 ve üstü	-	-
Yok	44	24,9
Maddi destek kaynaklarınız		
Kamu kuruluşları	32	18,1
Sivil toplum kuruluşları	1	0,6
Yakınlarım	37	20,9
Hiç kimse	104	58,8
Diğer	3	1,7
Toplam	177	100.0

Tablo 20’de araştırmaya katılan toplam 177 hastanın sosyo-demografik özelliklerine ilişkin verileri görülmektedir. Araştırma sonuçlarına göre; çoğunlukla %63,8’nin kadın, %59,3’ünün 76 ve üstü yaş grubunda, %60,5’inin bekâr, %49,2’sinin okuryazar olmadığı, %57,6’sının ev hanımı olduğu, %92,1’inin sağlık güvencesinin SGK olduğu, %63,3’ünün 501-1000 TL arasında aylık aldığı ve %58,8’inin maddi destek kaynağı olmadığı görülmektedir.

Tablo.21. Hastaların Konut Özellikleri (n:177)

Özellikler	Sayı	%
Yaşadığınız evin tipi		
Müstakil	102	57,6
Apartman	68	38,4
Diğer	7	4,0
Toplam	177	100.0

Tablo 21’de hastaların çoğunlukla %57,6’sının müstakil evde, %38,4’ünün apartmanda, %4’ünün diğer olarak ifade ettiği yerde yaşadığı görülmektedir.

Tablo.25. Hastaların Kronik Hastalığı Olma Durumu

Kronik bir hastalığı olma durumu	Sayı	%
Var	132	74,6
Yok	45	25,4
Toplam	177	100,0

Tablo 25’de hastaların %74,6’sının kronik hastalığı olduğu görülmektedir.

Tablo.26. Hastaların Kronik Hastalık türleri*

Kronik hastalık türleri	Sayı	%**
Hipertansiyon	87	49,2
Kalp yetmezliği	49	27,7
Diyabet	44	24,9
Diğer	29	16,4
KOAH	20	11,3
ABY\KBY	18	10,2

*Hastalar birden fazla seçenek işaretlemişlerdir.

**Değerler satır yüzdesidir.

Tablo 26’da hastalarda bulunan kronik hastalık türleri yer almaktadır. Bu verilere göre, hastalarda %49,2 hipertansiyon, %27,7 kalp yetmezliği, %24,9 diyabet, %16,4 diğer hastalıklar, %11,3 KOAH, %10,2 ABY\KBY mevcuttur.

Tablo.27. Hastaların sürekli ilaç kullanma durumu (n:177)

Sürekli ilaç kullanma durumu	Sayı	%
Var	167	94,4
Yok	10	5,6
Toplam	177	100,0

Tablo 27’de Hastaların %94,4’ünün sürekli ilaç kullanma durumu gösterilmektedir.

Tablo.28. Genel Olarak Yaşadığı Sorunlar*

Genel olarak yaşadığı sorunlar	Sayı	%**
Psiko-sosyal sorunlar	129	72,9
Uyku problemi	115	65,0
Ağrı	115	65,0
Egzersizle ilişkin sorunlar	99	55,9
Diğer	95	53,1
Sözel iletişim kuramama	89	50,3
Çevre ile ilgili sorunlar	71	40,1
Yatak yarası	66	37,3
Hijyenik bakıma ilişkin sorunlar	64	36,2
Enfeksiyon	30	16,9
Hastalığa ilişkin bilgi gereksinimi	17	9,6

*Hastalar birden fazla seçenek işaretlemişlerdir.

**Değerler satır yüzdesidir.

Tablo 28’de hastaların genel olarak yaşadığı sorunlar yer almaktadır. Bu verilere göre hastalar %72,9 psiko-sosyal sorunlar, % 65 uyku problemi, %65 ağrı, %55,9 egzersize ilişkin sorunlar, %53,1 diğer sorunlar, %51,3 sözel iletişim kuramama, %40,1 çevre ile ilgili sorunlar, %37,3 yatak yarası, %36,2 hijyenik bakıma ilişkin sorunlar, %16,9 enfeksiyon, %9,6 hastalığa ilişkin bilgi gereksinimi sorunları yaşamaktadırlar.

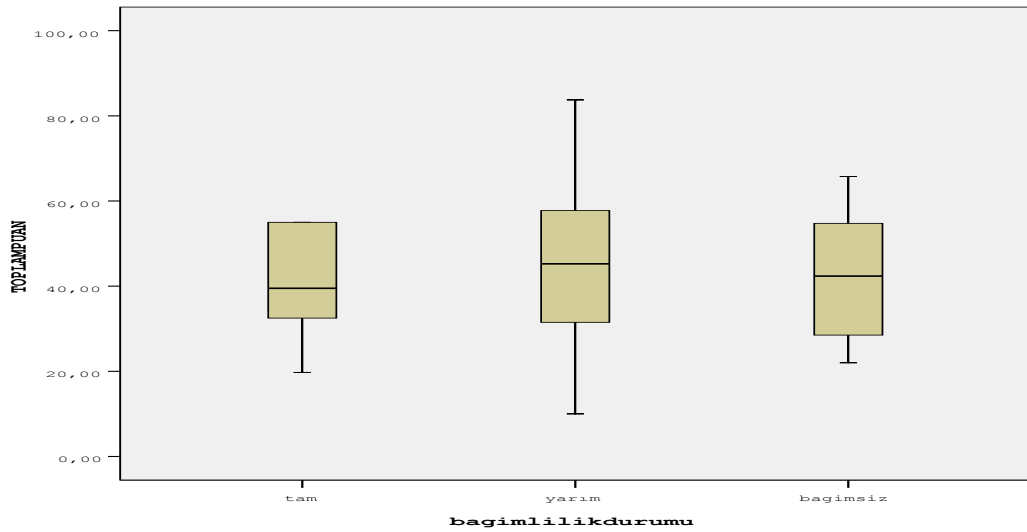
Tablo.29. Hastaların Günlük Yaşam Aktiviteleri

Günlük yaşam aktiviteleri	Tam bağımlı		Yarı bağımlı		Bağımsız		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Solunum	10	5,6	10	5,6	157	88,7	177	100,0
Beslenme	24	13,6	131	74,0	22	12,4	177	100,0
Boşaltım	63	35,6	102	57,6	12	6,8	177	100,0
Hareket etme	72	40,7	87	49,2	18	10,2	177	100,0
Öz bakımını yapma	147	83,1	27	15,3	3	1,7	177	100,0
Banyo yapma	151	85,3	24	13,6	2	1,1	177	100,0
Giyinme	145	81,9	28	15,8	4	2,3	177	100,0
Telefon kullanma	138	78,0	32	18,1	7	4,0	177	100,0
Alış-veriş yapma	171	96,6	4	2,3	2	1,1	177	100,0
Ev işlerini yapma	170	96,0	5	2,8	2	1,1	177	100,0
Kendi ilacını alma	128	72,3	44	24,9	5	2,8	177	100,0

Tablo 29’da görüldüğü üzere evde bakılan hastaların günlük yaşam aktivitelerinden her hangi birinde tam bağımlı, yarı bağımlı veya bağımsız olma durumlarına göre 177 kişinin bağımlılık durumu incelendiğinde, yaşamı devam ettirebilmek için her hangi bir destek ünitesine ihtiyaç duyulmadan alınan solunum aktivitesinde %5,6’sı tam bağımlı, %5,6’sı yarı bağımlı, %88,7’si bağımsızdır. Yeterli beslenme, yemek için gerekli olan araçları kullanabilmesi olarak açıklanan beslenme aktivitesinde %13,6’sı tam bağımlı, %74’ü yarı bağımlı, %12,4’ü

bağımsızdır. Tuvalete gitmek, mesane ve bağırsak boşalmasını kontrol etme aktivitesi olarak açıklanan boşaltım aktivitesinde %35,6'sı tam bağımlı, %57,6'sı yarı bağımlı, %6,8'i bağımsızdır. Oturup kalkma, yürüme, yatıp kalkma, merdiven inip çıkma vb. hareket etme aktivitelerini kendisinin yapabilmesinde %40,7'si tam bağımlı, %49,2'si yarı bağımlı, %10,2'si bağımsızdır. Saç tarama, diş fırçalama, tırnak kesme vb. öz bakımını yapma aktivitesinde %83,1'i tam bağımlı, %15,3'ü yarı bağımlı, %1,7'si bağımsızdır. Duş alma, küvette yıkanma şeklinde açıklanan banyo yapma aktivitesinde %85,3'ü tam bağımlı, %13,6'sı yarı bağımlı, %1,1'i bağımsızdır. Dolaptan ya da çekmecedan kıyafetleri alınması ve uygun bir şekilde giyilmesi olarak açıklanan giyinme aktivitesinde %81,9'u tam bağımlı, %15,8'i yarı bağımlı, %2,3'ü bağımsızdır. Telefon tuşlarına basmak, telefon açmak, iletişim kurabilme fonksiyonu aktivitesinde %78'i tam bağımlı, %18,1'i yarı bağımlı, %4'ü bağımsızdır. Mağazaya gitme, parayı kullanabilme, ihtiyaçlarını karşılama, aldıklarını taşıyabilme şeklinde açıklanan alışveriş yapma aktivitesinde %96,6'sı tam bağımlı, %2,3'ü yarı bağımlı, %1,1'i bağımsızdır. Çamaşır yıkama, temizlik yapma, yemek yapma vb. açıklanan ev işi yapma aktivitesinde %96'sı tam bağımlı, %2,8'i yarı bağımlı, %1,1'i bağımsızdır. Doğru zamanda, uygun ilacı alma, ilaçlarını tanıma şeklinde açıklanan ilaçlarını alma aktivitesinde %72,3'ü tam bağımlı, %24,9'u yarı bağımlı, %2,8'i bağımsız olduğu görülmektedir.

Tablo.30. Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerinde Bağımlılık Durumu



Tablo 30'da Hastaların günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık durumu görülmektedir. Hastaların %2,8'i tam bağımlı, %91,5'i yarı bağımlı, %5,6'sı bağımsızdır.

5.1.2. Bakım Verenlerin Sosyo-Demografik Özellikleri

Tablo.31. Bakım Verenlerin Sosyo-Demografik Özellikleri (n: 177)

Özellikler	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	148	83,6
Erkek	29	16,4
Yaş		
18-29	7	4,0
30-45	54	30,5
46-64	93	52,5
65 ve üstü	23	13,0
Medeni durum		
Evli	140	79,1
Bekar	37	20,9
Eğitim durumu		
Okur-yazar	12	6,8
İlkokul	84	47,5
Ortaokul	17	9,6
Lise	32	18,1
Yüksek öğrenim	15	8,5
Okur-yazar değil	17	9,6
Mesleğiniz		
Ev hanımı	112	63,3
İşçi	4	2,3
Memur	4	2,3
Serbest meslek	14	7,9
Diğer	43	24,3
Sosyal Güvenceniz		
SGK	145	81,9
Yeşil Kart	2	1,1
Özel sigorta	1	0,6
Yok	29	16,4
Aylık geliriniz		
500 ve altı	3	1,7
501-1000	67	37,9
1001-1500	19	10,7
1501-2000	4	2,3
2001 ve üstü	7	4,0
Yok	77	43,5
Toplam	177	100,0

Tablo 31’da araştırmaya katılan toplam 177 bakım verenin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin verileri görülmektedir. Araştırma sonuçlarına göre; çoğunlukla %83,6’sının kadın, %52,5’inin 46 - 64 yaşlar arasında, %79,1’inin evli, %47,5’inin

ilkokul mezunu olduğu, %63,3'ünün ev hanımı olduğu, %81,9'unun sağlık güvencesinin SGK olduğu ve %43,5'inin aylık geliri olmadığı görülmektedir.

Tablo.32. Bakım Verenlerin Kronik Hastalığı Olma Durumu

Kronik bir hastalığı olma durumu	Sayı	%
Var	86	48,6
Yok	91	51,4
Toplam	177	100,0

Tablo 32'de bakım verenlerin yarıya yaklaşık olarak %48,6'sının kronik hastalığı olduğu görülmektedir.

Tablo.33. Bakım Verenlerin Kronik Hastalık türleri*

Kronik hastalık türleri	Sayı	%**
Diğer	52	29,4
Hipertansiyon	37	20,9
Diyabet	22	12,4
Kalp yetmezliği	14	7,9
KOAH	6	3,4
ABY\KBY	2	1,1

*Hastalar birden fazla seçenek işaretlemişlerdir.

**Değerler satır yüzdesidir.

Tablo 33'de bakım verenlerde bulunan kronik hastalık türleri yer almaktadır. Bu verilere göre, hastalarda %29,4 diğer hastalıklar, %20,9 hipertansiyon, %12,4 diyabet, %7,9 kalp yetmezliği, %3,4 KOAH ve %1,1 ABY\KBY mevcuttur.

Tablo.34. Bakım verenlerin hasta bakımındaki özelliklerine göre dağılımı

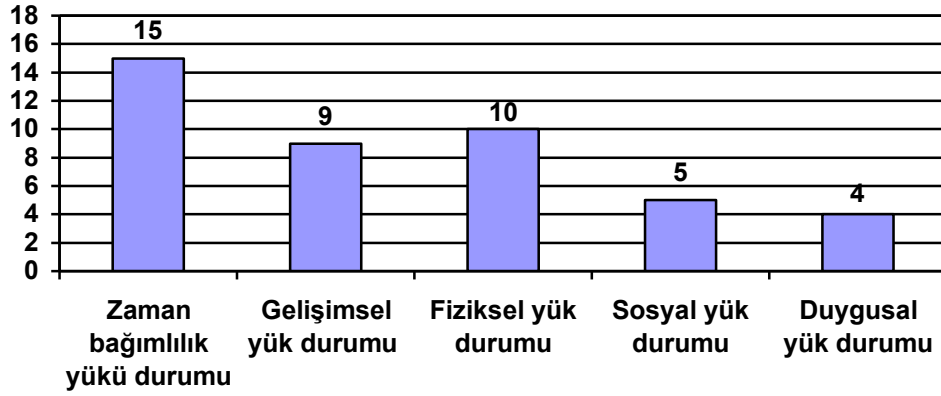
Özellikler	Sayı	%
Hasta ile yakınlık dereceniz		
Annesi	62	35,0
Diğer	31	17,5
Akrabası	30	16,9
Eşi	21	11,9
Çocuğu	17	9,6
Babası	16	9,0
Hastaya bakma süresi		
6 ay ve altı	34	19,2
7-12 ay	27	15,3
13-24 ay	29	16,4
25-37 ay	30	16,9
38 ay ve üzeri	57	32,2

Hastaya bakma nedeni		
Sevdiğim için/aile bağı olduğu için	79	44,6
Ailevi sorumluluk	59	33,3
Bakacak başka kimse olmadığı için	29	16,4
Ekonomik katkısı olduğu için	10	5,6
Evde Bakım hizmetleri olmadığı için	-	-
Diğer	-	-
Hastaya günde bakım verilen süre		
1- 6 saat	53	29,9
7-12 saat	51	28,8
13-18 saat	29	16,4
19-24 saat	44	24,9
Hasta bakımını konusunda deneyimi olma durumu		
Evet	28	15,8
Hayır	149	84,2
Hasta bakımı konusunda eğitim ihtiyacı		
Evet	58	32,8
Hayır	119	67,2
Evde bakıma gereksinimi olan başka birey olma durumu		
Evet	46	26,0
Hayır	131	74,0
Toplam	177	100,0

Tablo 34’de bakım verenlerin hasta bakımındaki özelliklerine göre dağılımı incelendiğinde, %35’i annesi olduğu, %19,2’si 6 ay ve altında süre ile baktığı, %44,6’sı sevdiğim için/aile bağı olması sebebi ile bakım verdiği, %29,9’unun günde 1 - 6 saat arasında bakım verdiği, %84,2’sinin bakım konusunda deneyimi olmadığı, %67,2’sinin bakım konusunda eğitime ihtiyacı olmadığı ve %74’nün hasta dışında bakıma gereksinimi olan bireyin olmadığı görülmektedir.

Tablo.35. Bakım Verenlerin Yükü Envanteri’nin Alt Boyutları Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı

Bakım Verenlerin Yükü Envanteri (n=177)	X	SS	Min.	Max.
Zaman bağımlılık yükü	15	3.5	5	22
Gelişimsel yük	9	5.9	0	20
Fiziksel yük	10	6.0	0	20
Sosyal yük	5	5.0	0	20
Duygusal yük	4	3.8	0	18
Genel toplam puan ortalaması	45	17.1	10	83



Grafik.2. Bakım Verenlerin Yükü Envanteri'nin Alt Boyutları Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tablo 35'de araştırmaya katılan bakım verenlerin BYE ölçeğinin tamamına ve alt boyutlarına verdikleri yanıtların en düşük, en yüksek değerleri, puan ortalamaları ve standart sapma değerleri görülmektedir. Buna göre genel toplam puan ortalaması dağılımı 45, standart sapma değeri 17,1 bulunmuştur.

5.2. Hastaların Günlük Yaşam Aktiviteleri Toplam Puan Ortalamaları İle Hasta Ve Bakım Verenlerin Özellikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

5.2.1. Hastaların GYA Toplam Puan Ortalamaları ile bazı özelliklerinin arasındaki ilişkinin incelenmesi

Tablo.36. Hastaların GYA'si Toplam Puan Ortalamalarının Hastanın Cinsiyetine Göre Dağılımı

Cinsiyet (n=177)	GYA Toplam Puan Ortalaması				
	N	X	SS	P değeri	Mann Whitney U
Kadın	113	16	2.8	0.460	3376
Erkek	64	16	3.8		

Tablo 36'de GYA toplam puan ortalamaları ile cinsiyet arasında fark olup olmadığını saptamak için yapılan Mann-Whitney U testine göre GYA toplam puan ortalamaları ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($p>0.05$)

Tablo.37 . Hastaların GYA'si Toplam Puan Ortalamalarının Hastanın Yaş Grubuna Göre Dağılımı

Yaş Grubu (n=177)	GYA Toplam Puan Ortalaması				
	N	X	SS	P değeri	Kruskal Wallis değeri
1-15	4	12	2.8	0.113	8.914
16-30	8	17	2.9		
31-45	8	16	4.7		
46-60	16	17	3.7		
61-75	36	17	4.2		
76 ve üstü	105	16	2.5		

Tablo 37'da GYA toplam puan ortalamaları ile yaş grubu arasında fark olup olmadığını saptamak için yapılan Kruskal Wallis testine göre GYA toplam puan ortalamaları ile yaş grubu durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($p>0.05$)

Tablo.38. Hastaların GYA'si Toplam Puan Ortalamalarının Hastanın Medeni Duruma Göre Dağılımı

Medeni Durum (n=177)	GYA Toplam Puan Ortalaması				
	N	X	SS	P değeri	Mann Whitney U
Evli	70	17	3.9	0.418	3478
Bekar	107	16	2.6		

Tablo 38'de GYA toplam puan ortalamaları ile medeni durum arasında fark olup olmadığını saptamak için yapılan Mann-Whitney U testine göre GYA toplam puan ortalamaları ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($p>0.05$)

Tablo.39. Hastaların GYA'si Toplam Puan Ortalamalarının Hastanın Eğitim Durumuna Göre Dağılımı

Eğitim Durumu* (n=177)	GYA Toplam Puan Ortalaması				
	N	X	SS	P değeri	Kruskal Wallis değeri
Okur-yazar	21	16	2.7	0.228	5.639
İlkokul	53	16	3.6		
Ortaokul	11	19	4.4		
Lise ve üstü	5	15	3.5		
Okur-yazar değil	87	16	2.7		

*Analiz izin vermediği için eğitim durumunda bulunan üniversite ve lise değişkeni lise ve üstü şeklinde yeniden gruplandırılmıştır.

Tablo 39’de GYA toplam puan ortalamaları ile eğitim durumu arasında fark olup olmadığını saptamak için yapılan Kruskall Wallis testine göre GYA toplam puan ortalamaları ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($p>0.05$)

Tablo.40. Hastaların GYA’si Toplam Puan Ortalamalarının Hastanın Meslek Durumuna Göre Dağılımı

Meslek Durumu (n=177)	GYA Toplam Puan Ortalaması				
	N	X	SS	P değeri	Kruskal Wallis değeri
Ev hanımı	102	16	2.7	0.688	2.258
İşçi	15	15	1.9		
Memur	6	18	4.2		
Serbest meslek	19	16	4.4		
Diğer	35	16	4.1		

Tablo 40’da GYA toplam puan ortalamaları ile meslek durumu arasında fark olup olmadığını saptamak için yapılan Kruskall Wallis testine göre GYA toplam puan ortalamaları ile meslek durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($p>0.05$)

Tablo.41. Hastaların GYA’si Toplam Puan Ortalamalarının Hastanın Yaşadığı Evin Tipine Göre Dağılımı

Yaşanan Evin Tipi (n=177)	GYA Toplam Puan Ortalaması				
	N	X	SS	P değeri	Kruskal Wallis değeri
Müstakil	102	15	2.4	0.120	4.248
Apartman	68	16	4.0		
Diğer	7	19	4.1		

Tablo 41’de GYA toplam puan ortalamaları ile yaşanan evin tipi arasında fark olup olmadığını saptamak için yapılan Kruskall Wallis testine göre GYA toplam puan ortalamaları ile yaşanan evin tipi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($p>0.05$)

Tablo.42. Hastaların GYA’si Toplam Puan Ortalamalarının Hastanın Aylık Gelir Durumuna Göre Dağılımı

Aylık Gelir Durumu* (n=177)	GYA Toplam Puan Ortalaması				
	N	X	SS	P değeri	Kruskal Wallis değeri
1000 ve altı	121	16	3.3	0.705	0.699
1001 ve üstü	12	17	4.1		
Yok	44	16	2.7		

*Analiz izin vermediği için aylık gelir durumu 1000 ve altı, 1001 ve üstü, yok şeklinde yeniden gruplandırılmıştır.

Tablo 42’de GYA toplam puan ortalamaları ile aylık gelir durumu arasında fark olup olmadığını saptamak için yapılan Kruskal Wallis testine göre GYA toplam puan ortalamaları ile aylık gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($p>0.05$)

Tablo.43. Hastaların GYA’si Toplam Puan Ortalamalarının Hastanın Kronik Hastalığı Olma Durumuna Göre Dağılımı

Kronik Hastalığı Olma Durumu (n=177)	GYA Toplam Puan Ortalaması				
	N	X	SS	P değeri	Mann Whitney U
Var	132	16	3.4	0.970	2959
Yok	45	16	2.7		

Tablo 43’de GYA toplam puan ortalamaları ile kronik hastalık olma durumu arasında fark olup olmadığını saptamak için yapılan Mann-Whitney U testine göre GYA toplam puan ortalamaları ile kronik hastalık olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($p>0.05$)

5.2.2. Hastaların GYA Toplam Puan Ortalamaları İle Bakım Verenlerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Tablo.44. Hastaların GYA’si Toplam Puan Ortalamalarının Bakım Verenlerin Cinsiyetine Göre Dağılımı

Cinsiyet(n=177)	GYA Toplam Puan Ortalaması				
	N	X	SS	P değeri	Mann Whitney U
Kadın	148	16	3.3	0.019	1560
Erkek	29	15	2.7		

Tablo 44’de GYA toplam puan ortalamaları ile cinsiyet arasında fark olup olmadığını saptamak için yapılan Mann-Whitney U testine göre GYA toplam puan ortalamaları ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Bu farkın kadınlardan kaynaklandığı bulunmuştur.

Tablo.45. Hastaların GYA’si Toplam Puan Ortalamalarının Bakım Verenlerin Yaş Grubuna Göre Dağılımı

Yaş Grubu(n=177)	GYA Toplam Puan Ortalaması				
	N	X	SS	P değeri	Kruskal Wallis değeri
18-29	7	18	3.8	0.275	3.875
30-45	54	15	3.0		
46-64	93	16	3.5		
65 ve üstü	23	16	2.0		

Tablo 45’de GYA toplam puan ortalamaları ile yaş grubu arasında fark olup olmadığını saptamak için yapılan Kruskal Wallis testine göre GYA toplam puan ortalamaları ile yaş grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo.46. Hastaların GYA’si Toplam Puan Ortalamalarının Bakım Verenlerin Medeni Durumuna Göre Dağılımı

Medeni Durum(n=177)	GYA Toplam Puan Ortalaması				
	N	X	SS	P değeri	Mann Whitney U
Evli	140	16	3.2	0.045	2039
Bekar	37	17	3.2		

Tablo 46’da GYA toplam puan ortalamaları ile medeni durum arasında fark olup olmadığını saptamak için yapılan Mann-Whitney U testine göre GYA toplam puan ortalamaları ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. ($p<0.05$) Bu farkın evli olanlardan kaynaklandığı bulunmuştur

Tablo.47. Hastaların GYA’si Toplam Puan Ortalamalarının Bakım Verenlerin Eğitim Durumuna Göre Dağılımı

Eğitim Durumu (n=177)	GYA Toplam Puan Ortalaması				
	N	X	SS	P değeri	Kruskal Wallis değeri
Okur-yazar	12	16	2.5	0.327	5.794
İlkokul	84	16	2.9		
Ortaokul	17	17	3.9		
Lise	32	15	2.3		
Yüksek öğrenim	15	16	3.0		
Okur-yazar değil	17	17	5.1		

Tablo 47’de GYA toplam puan ortalamaları ile eğitim durumu arasında fark olup olmadığını saptamak için yapılan Kruskal Wallis testine göre GYA toplam puan ortalamaları ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($p>0.05$)

Tablo.48. Hastaların GYA’si Toplam Puan Ortalamalarının Bakım Verenlerin Meslek Durumuna Göre Dağılımı

Meslek Durumu* (n=177)	GYA Toplam Puan Ortalaması				
	N	X	SS	P değeri	Mann-Whitney U
Çalışanlar	112	16	3.4	0.845	3576
Çalışmayanlar	65	16	3.0		

*Analiz izin vermediği için meslek durumu çalışanlar ve çalışmayanlar şeklinde gruplandırılarak t testi yapıldı. Çalışanlar grubuna işçi, memur, serbest meslek ve diğer değişkenleri, çalışmayanlar grubuna ise ev hanımları alınmıştır.

Tablo 48’de GYA toplam puan ortalamaları ile meslek durumu arasında fark olup olmadığını saptamak için yapılan Mann-Whitney U testine göre GYA toplam puan ortalamaları ile meslek durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($p>0.05$)

Tablo.49. Hastaların GYA’si Toplam Puan Ortalamalarının Bakım Verenlerin Sosyal Güvence Duruma Göre Dağılımı

Sosyal Güvence Durumu* (n=177)	GYA Toplam Puan Ortalaması				
	N	X	SS	P değeri	Mann Whitney U
Sosyal güvence var	148	16	3.3	0.879	2108
Sosyal güvence yok	29	16	2.8		

*Analiz izin vermediği için sosyal güvence durumu var ve yok şeklinde gruplandırılarak mann-whitney U testi yapıldı. Sosyal güvencesi var grubuna sgk, yeşil kart ve özel sigorta değişkenleri alınmıştır.

Tablo 49’da GYA toplam puan ortalamaları ile sosyal güvence durumu arasında fark olup olmadığını saptamak için yapılan Mann-Whitney U testine göre GYA toplam puan ortalamaları ile sosyal güvence durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($p>0.05$)

Tablo.50. Hastaların GYA’si Toplam Puan Ortalamalarının Bakım Verenlerin Aylık Gelir Durumu Göre Dağılımı

Aylık Gelir Durumu* (n=177)	GYA Toplam Puan Ortalaması				
	N	X	SS	P değeri	Kruskal Wallis değeri
1000 ve altı	70	17	3.7	0.267	2.643
1001 ve üstü	30	15	2.8		
Yok	77	16	2.9		

*Analiz izin vermediği için aylık gelir durumu 1000 ve altı, 1001 ve üstü, yok şeklinde yeniden gruplandırılmıştır.

Tablo 50’de GYA toplam puan ortalamaları ile aylık gelir durumu arasında fark olup olmadığını saptamak için yapılan Kruskal Wallis testine göre GYA toplam puan ortalamaları ile aylık gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($p>0.05$)

Tablo.51. Hastaların GYA'si Toplam Puan Ortalamalarının Bakım Verenlerin Kronik Hastalık Olma Durumu Göre Dağılımı

Kronik Hastalık Olma Durumu(n=177)	GYA Toplam Puan Ortalaması				
	N	X	SS	P değeri	Mann Whitney U
Var	86	16	3.3	0.872	3858
Yok	91	16	3.1		

Tablo 51’de GYA toplam puan ortalamaları ile kronik hastalık olma durumu arasında fark olup olmadığını saptamak için yapılan Mann-Whitney U testine göre GYA toplam puan ortalamaları ile kronik hastalık olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($p>0.05$)

Tablo.52. Hastaların GYA'si Toplam Puan Ortalamalarının Bakım Verenlerin Hasta İle Yakınlık Derecesine Göre Dağılımı

Hasta İle Yakınlık Derecesi (n=177)	GYA Toplam Puan Ortalaması				
	N	X	SS	P değeri	Kruskal Wallis değeri
Annesi	62	16	3.1	0.922	1.419
Babası	16	16	3.2		
Eşi	21	17	5.1		
Çocuğu	17	16	3.7		
Akrabası	30	15	2.0		
Diğer	31	16	2.5		

Tablo 52’de GYA toplam puan ortalamaları ile hasta ile yakınlık derecesi arasında fark olup olmadığını saptamak için yapılan Kruskal Wallis testine göre GYA toplam puan ortalamaları ile hasta ile yakınlık derecesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($p>0.05$)

Tablo.53. Hastaların GYA'si Toplam Puan Ortalamalarının Bakım Verenlerin Hastaya Bakma Süresine Göre Dağılımı

Hastaya Bakma Süresi (n=177)	GYA Toplam Puan Ortalaması				
	N	X	SS	P değeri	Kruskal Wallis değeri
6 ay ve altı	34	15	3.3	0.097	7.857
7-12 ay	27	16	3.3		
13-24 ay	29	16	2.7		
25-37 ay	30	17	4.0		
38 ay ve üzeri	57	16	2.9		

Tablo 53’de GYA toplam puan ortalamaları ile hastaya bakma süresi arasında fark olup olmadığını saptamak için yapılan Kruskall Wallis testine göre GYA toplam puan ortalamaları ile hastaya bakma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($p>0.05$)

Tablo.54. Hastaların GYA’si Toplam Puan Ortalamalarının Bakım Verenlerin Hastaya Bakma Nedeni Göre Dağılımı

Hastaya Bakma Nedeni (n=177)	BYE Toplam Puan Ortalaması				
	N	X	SS	P değeri	Kruskal Wallis değeri
Ailevi sorumluk	59	16	2.7	0.692	1.459
Sevdiğim için/aile bağı olduğu için	79	16	3.8		
Bakacak başka kimse olmadığı için	29	16	2.7		
Ekonomik katkısı olduğu için	10	16	2.9		
Evde Bakım hizmetleri olmadığı için	0	-	-		
Diğer	0	-	-		

Tablo 54’de GYA toplam puan ortalamaları ile hastaya bakma nedeni arasında fark olup olmadığını saptamak için yapılan Kruskall Wallis testine göre GYA toplam puan ortalamaları ile hastaya bakma nedeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($p>0.05$)

Tablo.55. Hastaların GYA’si Toplam Puan Ortalamalarının Bakım Verenlerin Hastaya Günde Bakım Verilen Süreye Göre Dağılımı

Hastaya Günde Bakım Verilen Süre (n=177)	GYA Toplam Puan Ortalaması				
	N	X	SS	P değeri	Kruskal Wallis değeri
1- 6 saat	53	17	3.3	0.015	10.473
7-12 saat	51	16	2.6		
13-18 saat	29	16	4.1		
19-24 saat	44	15	3.0		

Tablo 55’de GYA toplam puan ortalamaları ile hastaya günde bakım verilen süre arasında fark olup olmadığını saptamak için yapılan Kruskall Wallis testine göre GYA toplam puan ortalamaları ile hastaya günde bakım verilen süre arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). ileri varyans analizi (post hoc test) sonucuna göre, farkın 1-6 saat ile 19-24 saat arasındaki ilişki kaynaklandığı bulunmuştur.

Tablo.56. Hastaların GYA'si Toplam Puan Ortalamalarının Bakım Verenlerin Hasta Bakımı Konusunda Deneyimine göre Dağılımı

Hasta Bakımı Konusunda Deneyimi Olma Durumu(n=177)	GYA Toplam Puan Ortalaması				
	N	X	SS	P değeri	Mann Whitney U
Evet	28	16	2.5	0.396	1984
Hayır	149	16	3.3		

Tablo 56'de GYA toplam puan ortalamaları ile hasta bakımı konusunda deneyimi olma durumu arasında fark olup olmadığını saptamak için Mann Whitney U yapılan testine göre GYA toplam puan ortalamaları ile hasta bakımı konusunda deneyimi olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($p>0.05$)

Tablo.57. Hastaların GYA'si Toplam Puan Ortalamalarının Bakım Verenlerin Hasta Bakımı Konusunda Eğitim İhtiyacı Olma Durumuna Göre Dağılımı

Hasta Bakımı Konusunda Eğitim İhtiyacı Olma Durumu(n=177)	GYA Toplam Puan Ortalaması				
	N	X	SS	P değeri	Mann Whitney U
Evet	58	16	4.0	0.382	3316
Hayır	119	16	2.8		

Tablo 57'de GYA toplam puan ortalamaları ile hasta bakımı konusunda eğitim ihtiyacı olma durumu arasında fark olup olmadığını saptamak için Mann Whitney U yapılan testine göre GYA toplam puan ortalamaları ile hasta bakımı konusunda eğitim ihtiyacı olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($p>0.05$)

Tablo.58. Hastaların GYA'si Toplam Puan Ortalamalarının Bakım Verenlerin Evde Bakıma Gereklinimi Olan Başka Birey Olma Durumu Göre Dağılımı

Evde Bakıma Gereklinimi Olan Başka Birey Olma Durumu(n=177)	GYA Toplam Puan Ortalaması				
	N	X	SS	P değeri	Mann Whitney U
Evet	46	15	2.4	0.653	2956
Hayır	131	16	3.4		

Tablo 58'de GYA toplam puan ortalamaları ile evde bakıma gereklinimi olan başka birey olma durumu arasında fark olup olmadığını saptamak için Mann Whitney U yapılan testine göre GYA toplam puan ortalamaları ile evde bakıma gereklinimi olan başka birey olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($p>0.05$)

5.3. Bakım Verenlerin Yükü Envanteri Toplam Puan Ortalamaları İle Hasta Ve Bakım Verenlerin Özellikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

5.3.1. Bakım Verenlerin Yükü Envanteri Toplam Puan Ortalamaları İle Hastaların bazı Özellikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Tablo.59. BYE Toplam Puan Ortalamalarının Hastaların Cinsiyetine Göre Dağılımı

Cinsiyet (n=177)	BYE Toplam Puan Ortalaması			
	N	X	SS	P değeri
Kadın	113	44	16.7	t= - 0.343
Erkek	64	45	17.7	P= 0.732

Tablo 59’da BYE Toplam Puan Ortalamaların cinsiyete göre dağılımı verilmiştir. İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testine (t testi) göre BYE Toplam Puan Ortalamaları ile hastanın cinsiyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($p>0.05$)

Tablo.60. BYE Toplam Puan Ortalamalarının Hastaların Yaş Grubuna Göre Dağılımı

Yaş Grubu (n=177)	BYE Toplam Puan Ortalaması			
	N	X	SS	P değeri
1-15	4	51	15.0	F=0.956 P=0.447
16-30	8	45	17.8	
31-45	8	46	17.9	
46-60	16	51	19.1	
61-75	36	40	16.4	
76 ve üstü	105	45	16.9	

Tablo 60’da BYE Toplam Puan Ortalamaların yaş gruplarına göre dağılımı verilmiştir. Yapılan Anova testine göre BYE Toplam Puan Ortalamaları ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($p>0.05$)

Tablo.61. BYE Toplam Puan Ortalamalarının Hastaların Medeni Durumuna Göre Dağılımı

Medeni Durum (N=177)	BYE Toplam Puan Ortalaması			
	N	X	SS	P değeri
Evli	70	42	17.4	t= - 1.485
Bekar	107	46	16.7	P= 0.139

Tablo 61’da BYE toplam puan ortalamaların medeni duruma göre dağılımı verilmiştir. İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testine (t testi) göre BYE toplam puan ortalamaları ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($p>0.05$)

Tablo.62. BYE Toplam Puan Ortalamalarının Hastaların Eğitim Durumuna Göre Dağılımı

Eğitim Durumu* (N=177)	BYE Toplam Puan Ortalaması			
	N	X	SS	P değeri
Okur-yazar	21	43	17.6	F=0.588 P=0.672
İlkokul	53	46	17.3	
Ortaokul	11	50	19.1	
Lise ve üstü	5	46	16.6	
Okur-yazar değil	87	43	16.7	

*Analiz izin vermediği için eğitim durumunda bulunan üniversite ve lise değişkeni lise ve üstü şeklinde yeniden gruplandırılarak anova testi yapıldı

Tablo 62’de BYE toplam puan ortalamaları ile eğitim durumları arasında fark olup olmadığını saptamak için yapılan Anova testine göre BYE toplam puan ortalamaları ile eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($p>0.05$)

Tablo.63. BYE Toplam Puan Ortalamalarının Hastaların Meslek Durumuna Göre Dağılımı

Meslek Durumu (n=177)	BYE Toplam Puan Ortalaması			
	N	X	SS	P değeri
Ev hanımı	102	44	17.1	F=0.426 P=0.789
İşçi	15	47	21.9	
Memur	6	41	16.4	
Serbest meslek	19	48	16.4	
Diğer	35	43	15.8	

Tablo 63’de BYE toplam puan ortalamaları ile meslek durumları arasında fark olup olmadığını saptamak için yapılan Anova testine göre BYE toplam puan ortalamaları ile meslek durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($p>0.05$)

Tablo.64. BYE Toplam Puan Ortalamalarının Hastaların Aylık Gelir Durumuna Göre Dağılımı

Aylık Gelir Durumu (n=177)	BYE Toplam Puan Ortalaması				
	N	X	SS	P değeri	Kruskal Wallis değeri
1000 ve altı	121	44	17.6	0.265	2.656
1001 ve üstü	12	38	13.7		
Yok	44	47	16.1		

*Analiz izin vermediği için aylık gelir durumu 1000 ve altı, 1001 ve üstü, yok şeklinde yeniden gruplandırılmıştır.

Tablo 64’de BYE toplam puan ortalamaları ile aylık gelir durumu arasında fark olup olmadığını saptamak için yapılan Kruskal Wallis testine göre BYE toplam puan ortalamaları ile aylık gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($p>0.05$)

Tablo.65. BYE Toplam Puan Ortalamalarının Hastaların Kronik Hastalık Olma Durumu Göre Dağılımı

Kronik Hastalık Olma Durumu (n=177)	BYE Toplam Puan Ortalaması				
	N	X	SS	P değeri	Mann Whitney U
Var	132	44	17.1	0.332	2682
Yok	45	47	17.0		

Tablo 65’de BYE toplam puan ortalamaları ile kronik hastalık olma durumu arasında fark olup olmadığını saptamak için yapılan Mann-Whitney U testine göre BYE toplam puan ortalamaları ile kronik hastalık olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($p>0.05$)

5.3.2. Bakım Verenlerin Yükü Envanteri Toplam Puan Ortalamaları İle Bakım Verenlerin Özellikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Tablo.66. BYE Toplam Puan Ortalamalarının Bakım Verenlerin Cinsiyetine Göre Dağılımı

Cinsiyet(n:177)	BYE Toplam Puan Ortalaması			
	N	X	SS	P değeri
Kadın	113	44	16.8	t= - 0,343
Erkek	64	45	17.7	P= 0,732

Tablo 66’de BYE Toplam Puan Ortalamaların cinsiyete göre dağılımı verilmiştir. İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testine (t testi) göre BYE Toplam Puan Ortalamaları ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($p>0.05$)

Tablo.67. BYE Toplam Puan Ortalamalarının Bakım Verenlerin Yaş Grubuna Göre Dağılımı

Yaş Grubu (n:177)	BYE Toplam Puan Ortalaması			
	N	X	SS	P değeri
18-29	7	37	9.6	
30-45	54	48	17.1	F=1.246
46-64	93	44	17.5	P=0.295
65 ve üstü	23	43	16.4	

Tablo 67’da BYE Toplam Puan Ortalamaların yaş gruplarına göre dağılımı verilmiştir. Yapılan Anova testine göre BYE Toplam Puan Ortalamaları ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($p>0.05$)

Tablo.68. BYE Toplam Puan Ortalamalarının Bakım Verenlerin Medeni Duruma Göre Dağılımı

Medeni Durum (n=177)	BYE Toplam Puan Ortalaması			
	N	X	SS	P değeri
Evli	140	43.4	16.8	t= - 1.171
Bekar	37	49.2	17.6	P= 0.089

Tablo 68’de BYE toplam puan ortalamaların medeni duruma göre dağılımı verilmiştir. İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testine (t testi) göre BYE toplam puan ortalamaları ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($p>0.05$)

Tablo.69. BYE Toplam Puan Ortalamalarının Bakım Verenlerin Eğitim Durumuna Göre Dağılımı

Eğitim Durumu (n=177)	BYE Toplam Puan Ortalaması				
	N	X	SS	P değeri	Kruskall Wallis değeri
Okur-yazar	12	45	15.8	0.998	0.278
İlkokul	84	45	17.8		
Ortaokul	17	44	14.3		
Lise	32	43	17.0		
Yüksek öğrenim	15	43	20.1		
Okur-yazar değil	17	45	15.8		

Tablo 69’da BYE toplam puan ortalamaları ile eğitim durumları arasında fark olup olmadığını saptamak için yapılan Kruskall Wallis testine göre BYE toplam puan ortalamaları ile eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($p>0.05$)

Tablo.70. BYE Toplam Puan Ortalamalarının Bakım Verenlerin Meslek Durumuna Göre Dağılımı

Meslek Durumu* (n=177)	BYE Toplam Puan Ortalaması			
	N	X	SS	P değeri
Çalışanlar	65	44	16.2	t= - 0.618
Çalışmayanlar	112	46	18.5	P= 0.538

*Analiz izin vermediği için meslek durumu çalışanlar ve çalışmayanlar şeklinde gruplandırılarak t testi yapıldı. Çalışanlar grubuna işçi, memur, serbest meslek ve diğer değişkenleri, çalışmayanlar grubuna ise ev hanımları alınmıştır.

Tablo 70’de BYE toplam puan ortalamaların meslek duruma göre dağılımı verilmiştir. İki grup arasındaki farkın önemlilik testine (t testi) göre BYE toplam puan ortalamaları ile meslek durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($p>0.05$)

Tablo.71. BYE Toplam Puan Ortalamalarının Bakım Verenlerin Sosyal Güvence Durumuna Göre Dağılımı

Sosyal Güvence Durumu* (n=177)	BYE Toplam Puan Ortalaması				
	N	X	SS	P değeri	Mann Whitney U
Sosyal güvence var	148	44	16.8	0.375	1922
Sosyal güvence yok	29	48	18.3		

*Analiz izin vermediği için sosyal güvence durumu var ve yok şeklinde gruplandırılarak mann-whitney U testi yapıldı. Sosyal güvencesi var grubuna sgk, yeşil kart ve özel sigorta değişkenleri alınmıştır.

Tablo 71’de BYE toplam puan ortalamaları ile sosyal güvence durumları arasında fark olup olmadığını saptamak için yapılan mann-whitney U testine göre BYE toplam puan ortalamaları ile sosyal güvence durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($p>0.05$)

Tablo.72. BYE Toplam Puan Ortalamalarının Bakım Verenlerin Aylık Gelir Durumuna Göre Dağılımı

Aylık Gelir Durumu* (n=177)	BYE Toplam Puan Ortalaması			
	N	X	SS	P değeri
1000 ve altı	70	44	16.7	F=0.936
1001 ve üstü	30	41	18.1	P=0.394
Yok	77	46	17.1	

*Analiz izin vermediği için aylık gelir durumu 1000 ve altı, 1001 ve üstü, yok şeklinde yeniden gruplandırılarak anova testi yapıldı.

Tablo 72’de BYE toplam puan ortalamalarının aylık gelir durumuna göre dağılımı verilmiştir. Yapılan Anova testine göre BYE toplam puan ortalamaları ile aylık gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($p>0.05$)

Tablo.73. BYE Toplam Puan Ortalamalarının Bakım Verenlerin Kronik Hastalığı Olma Durumuna Göre Dağılımı

Kronik Hastalığı Olma Durumu (n=177)	BYE Toplam Puan Ortalaması			
	N	X	SS	P değeri
Var	86	46	16.7	t=1.317
Yok	91	43	17.3	P=0.189

Tablo 73’de BYE toplam puan ortalamaların kronik hastalık olma duruma göre dağılımı verilmiştir. İki grup arasındaki farkın önemlilik testine (t testi) göre BYE toplam puan ortalamaları ile kronik hastalık olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($p>0.05$)

Tablo.74. BYE Toplam Puan Ortalamalarının Bakım Verenlerin Hasta İle Yakınlık Derecesine Göre Dağılımı

Hasta İle Yakınlık Derecesi (n=177)	BYE Toplam Puan Ortalaması			
	N	X	SS	P değeri
Annesi	62	46	16.7	F=0.534 P=0.750
Diğer	16	44	16.3	
Akrabası	21	46	16.7	
Eşi	17	46	16.6	
Çocuğu	30	44	18.5	
Babası	31	40	17.9	

Tablo 74’de BYE toplam puan ortalamalarının hasta ile yakınlık derecesine göre dağılımı verilmiştir. Yapılan Anova testine göre BYE toplam puan ortalamaları ile hasta ile yakınlık derecesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($p>0.05$)

Tablo.75. BYE Toplam Puan Ortalamalarının Bakım Verenlerin Hastaya Bakma Süresi Göre Dağılımı

Hastaya Bakma Süresi (n=177)	BYE Toplam Puan Ortalaması			
	N	X	SS	P değeri
6 ay ve altı	34	45	19.4	F=0.684 P=0.604
7-12 ay	27	45	18.2	
13-24 ay	29	43	17.3	
25-37 ay	30	41	12.9	
38 ay ve üzeri	57	47	17.0	

Tablo 75’de BYE toplam puan ortalamalarının hastaya bakma süresine göre dağılımı verilmiştir. Yapılan Anova testine göre BYE toplam puan ortalamaları ile hastaya bakma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo.76. BYE Toplam Puan Ortalamalarının Bakım Verenlerin Hastaya Bakma Nedenine Göre Dağılımı

Hastaya Bakma Nedeni (n=177)	BYE Toplam Puan Ortalaması			
	N	X	SS	P değeri
Ailevi sorumluk	59	45	18.3	F=2.816 P=0.041
Sevdiğim için/aile bağı olduğu için	79	42	14.8	
Bakacak başka kimse olmadığı için	29	52	18.1	
Ekonomik katkısı olduğu için	10	40	18.5	
Evde Bakım hizmetleri olmadığı için	0	-	-	
Diğer	0	-	-	

Tablo 76’da BYE toplam puan ortalamalarının hastaya bakma nedenine göre dağılımı verilmiştir. Yapılan Anova testine göre BYE toplam puan ortalamaları ile hastaya bakma nedeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo.77. BYE Toplam Puan Ortalamalarının Bakım Verenlerin Hastaya Günde Bakım Verilen Süreye Göre Dağılımı

Hastaya Günde Bakım Verilen Süre (n=177)	BYE Toplam Puan Ortalaması			
	N	X	SS	P değeri
1- 6 saat	53	44	17.3	F=0.135 P=0.939
7-12 saat	51	44	18.4	
13-18 saat	29	46	16.2	
19-24 saat	44	44	16.2	

Tablo 77’de BYE toplam puan ortalamalarının hastaya günde bakım verilen süreye göre dağılımı verilmiştir. Yapılan anova testine göre BYE toplam puan ortalamaları ile hastaya günde bakım verilen süre arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo.78. BYE Toplam Puan Ortalamalarının Bakım Verenlerin Hasta Bakımı Konusunda Deneyimi Olma Durumuna göre Dağılımı

Hasta Bakımı Konusunda Deneyimi Olma Durumu (n=177)	BYE Toplam Puan Ortalaması			
	N	X	SS	P değeri
Evet	28	41	15.9	t= - 1.117
Hayır	149	45	17.2	P= 0.266

Tablo 78’de BYE toplam puan ortalamaların hasta bakımı konusunda deneyimi olma duruma göre dağılımı verilmiştir. İki grup arasındaki farkın önemlilik testine (t testi) göre BYE toplam puan ortalamaları ile hasta bakımı konusunda deneyimi olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($p>0.05$)

Tablo.79. BYE Toplam Puan Ortalamalarının Bakım Verenlerin Hasta Bakımı Konusunda Eğitim İhtiyacı Olma Durumuna göre Dağılımı

Hasta Bakımı Konusunda Eğitim İhtiyacı Olma Durumu (n=177)	BYE Toplam Puan Ortalaması			
	N	X	SS	P değeri
Evet	58	47	19.1	t=1.076
Hayır	119	44	15.9	P=0.283

Tablo 79’da BYE toplam puan ortalamaların hasta bakımı konusunda eğitim ihtiyacı olma duruma göre dağılımı verilmiştir. İki grup arasındaki farkın önemlilik testine (t testi) göre BYE toplam puan ortalamaları ile hasta bakımı konusunda eğitim ihtiyacı olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($p>0.05$)

Tablo.80. BYE Toplam Puan Ortalamalarının Bakım Verenlerin Başka Bireye Bakım verme Durumuna Göre Dağılımı

Evde Bakıma Gereklinimi Olan Başka Birey Olma Durumu (n=177)	BYE Toplam Puan Ortalaması			
	N	X	SS	P değeri
Evet	46	45	17.0	t=0.241
Hayır	131	44	17.1	P=0.810

Tablo 80’de BYE toplam puan ortalamaların evde bakıma gereksinimi olan başka birey olma duruma göre dağılımı verilmiştir. İki grup arasındaki farkın önemlilik testine (t testi) göre BYE toplam puan ortalamaları ile evde bakıma gereksinimi olan başka birey olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($p>0.05$)

5.4. Bakım Verenlerin Yükü Envanteri İle Hastaların Günlük Yaşam Aktiviteleri Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Tablo.81. Bakım verenlerin Yükü Envanterinin alt boyutları ve Hastaların Günlük Yaşam Aktivitesi Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin Dağılımı

Bakım Verenlerin Yükü Envanteri Toplam Puan Ortalaması (n=177)	Hastaların GYA Toplam Puan Ortalaması	
	r	p
Zaman bağımlılık yükü	- 0,234	0,002
Gelişimsel yük	-0,028	0,708
Fiziksel yük	-0.072	0.341
Sosyal yük	0.008	0.916
Duygusal yük	0.241	0.001

Tablo 81’de Bakım verenlerin BYE’den aldıkları toplam puan ortalamaları ve hastaların GYA’den aldıkları toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki incelenmiştir. Hastaların GYA toplam puan ortalamaları zaman bağımlılık yükleri ile ters yönde zayıf ama anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = -0,234$; $p:0,002$, $p < 0,01$). Hastaların GYA toplam puan ortalamaları duygusal yük ile aynı yönde zayıf ama anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = 0,241$; $p:0,001$, $p < 0,01$).

Tablo.82. Bakım verenlerin Yükü Envanteri ve Hastaların Günlük Yaşam Aktivitesi Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin Dağılımı

	Hastaların GYA Toplam Puan Ortalaması		
	n	r	p
Bakım Verenlerin Yükü Envanteri Toplam Puan Ortalaması	177	-0.041	0.588

Tablo 82’de hastaların GYA’si toplam puan ortalaması ile bakım verenlerin BYE’den aldıkları toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($r = -0,041$; $p:0,588$, $p > 0,05$).

6. TARTIŞMA

Ülkemizde evde bakım hizmetleri uzun zamandır tartışılan bir konu olmasına rağmen, bu konuda çok fazla çalışmaların olmaması, hizmetin var olduğu dünya ülkelerinde konu olmaktan öteye gitmiş, hizmetlerin geliştirilmesine yönelik çalışmalar, ülkemize göre yaklaşık 50 yıl önce yapılmıştır. Evde bakım hizmetlerine olan ihtiyacın belirlenmesi ile yapılan bu araştırmada elde edilen bulgular doğrultusunda, hastaların ve bakım verenlerin sosyo-demografik özellikleri, hastaların yaşadığı sorunlar, bakım verenlerin bakım yükü, hastaların günlük yaşam aktiviteleri toplam puan ortalamaları ile hasta ve bakım verenlerin özellikleri arasındaki bulgular, bakım verenlerin yükü envanteri toplam puan ortalamaları ile hasta ve bakım verenlerin özellikleri arasındaki bulgular, bakım verenlerin yükü envanteri toplam puan ortalamaları ile hasta ve bakım verenlerin özellikleri arasındaki bulgular literatür bilgileri doğrultusunda sınırlı oranda karşılaştırılarak tartışılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan hastaların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin verilerin sonuçlarına göre; çoğunlukla %63,8'nin kadın, %59,3'ünün 76 ve üstü yaş grubunda, %60,5'inin bekâr, %49,2'sinin okuryazar olmadığı, %57,6'sının ev hanımı olduğu, %92,1'inin sağlık güvencesinin SGK olduğu, %63,3'ünün 501-1000 TL arasında aylık aldığı ve %58,8'inin maddi destek kaynağı olmadığı görülmektedir (Tablo 20). Hastaların çoğunluğunun yaşlı grubunda olması, literatür de dünya sorunu olarak tanımlanan evde gereksinimi olan yaşlı bakımını destekler düzeydedir. Sivrikaya (2000) yaptığı çalışmasında hastaların %26,8'inin okuryazar olmadığını bulmuştur. Eğitim düzeyi Sivrikaya'nın çalışması ile karşılaştırıldığında paralellik göstermiş olup, araştırma sonucundaki oranın yüksek olmasının nedeni popülasyonun daha çok olmasıdır. Hastaların sosyal güvencesinin nerede ise tamamının olması, tedavi giderlerinin büyük bir bölümünün karşılanması açısından iyi bir sonuç olarak kabul edilebilir öte yandan maddi destek kaynağı olmayan hastaların çoğunlukta olması, bakım giderlerini karşılayamamasına ve ekonomik kayıplar yüzünden maddi sıkıntı çekip, stres yaşamasına ve hayat kalitesinin bozulmasına neden olabilmektedir. Hayat kalitesi Dünya Sağlık Örgütü tarafından insanların, hedefleri, beklentileri, standartları ve endişeleri bakımından hayattaki konumları olarak tanımlanmıştır. Bu, kişinin fiziksel sağlığını, psikolojik durumunu,

bağımsızlık seviyesini, sosyal ilişkilerini, kişisel inançlarını ve bunların çevrenin göze çarpan özellikleriyle ilişkisini de içeren geniş bir kavramdır (WHOQOL 1995). Bu yüzden, hayat kalitesi basit bir şekilde sağlık durumu, hayat stili, memnuniyet, mental durum, ya da sağlık durumuyla eşitlenemez; çünkü bu kişinin bunlar ve hayatın diğer yönlerini nasıl algıladığını da içeren çok boyutlu bir kavramdır (WHOQOL 1998).

Hastaların yaşadığı konut tipine ilişkin dağılımında %57,6'sının müstakil evde, %38,4'ünün apartmanda, %4'ünün diğer olarak ifade ettiği yerde yaşamaktadır (Tablo 21). Literatürde hastanın yaşadığı ortamın, hastaneden taburcu olmadan önce değerlendirilmesi gerekliliği vurgulanmaktadır. Hasta hastanede yatarken ev ortamına yapılan ziyaret ile değerlendirilmesinin yararları üzerinde durmaktadır ve yaşadığı konut özelliklerinin bilinmesinin iyileşme sürecini doğrudan etkileyebileceği ileri sürülmektedir.

Atalay ve arkadaşlarının 1992 yılında yaptığı Türk Aile Yapısı Araştırmasında, yaşlıların sadece %36'sı çocukları ile yaşamakta, beraber oturma nedenlerinin %38,1'i bakım ihtiyacıdır. Ayrıca Türk toplumunun yaşlıya bakışında hakim olan düşünce yaşlıların saygı duyulması gereken kişiler olduğu ve evlatlarının anne babalarına minnet duyguları hissetmesi gerektiği yönündedir. Bu inanişe göre huzurevi ve bakımevleri kimsesiz ve sahipsiz yaşlıların gideceği kurumlardır ve kişiler anne babalarının bu kurumlarda bakılmasından vicdanen rahatsızlık duymaktadırlar. Gerçekten de Türk aile yapısı araştırmasına göre yaşlıların çocukları ile yaşama sebebi çocukları tarafından %27,1 adet ve geleneklere bağlanmıştır. Bu araştırmada hastalar evde %32,8'i eşyle, %63,3 çocuklarıyla, %13'ü ailesiyle, %8,5'i bakıcısıyla, %2,8'i Yalnız, % 10,7'si diğer kişilerle yaşadığını bildirmiştir (Tablo 22). Bakımlarını %90,4'ünün ailesi tarafından karşılandığını ve ihtiyaçlarının %98'inin, yaşadığı kişiler tarafından karşılanabildiği görülmektedir (Tablo 23, Tablo 24). Bu bulgular Türk aile yapısı araştırması ile uyumlu olup, Türkiye dağılımına paralellik göstermektedir.

Hastaların sağlık durumlarına ilişkin özellikleri incelendiğinde; %74,6'sının kronik hastalığı olduğunu bildirmişlerdir (Tablo 25). Hastalarda %49,2 hipertansiyon, %27,7 kalp yetmezliği, %24,9 diyabet, %16,4 diğer hastalıklar, %11,3

KOAH, % 10,2 ABY\KBY mevcuttur (Tablo 26). Bayramova (2008) çalışmasında hastaların yarı yarıya kronik hastalığı olduğunu, bu hastalıkların %20 endokrin-metabolik hastalık, %16,7 kardiyovasküler, %13,3 solunum sistemi hastalığı olduğunu bulmuştur. İnci'nin (2006) çalışmasında yaşlıların %65,6'sının kronik hastalığının olduğu saptanmıştır. Bayık ve arkadaşlarının (2003) yaptığı çalışmada yaşlılarda en çok hipertansiyon (%50,7) ve osteoporoz (%38,4) hastalığı görüldüğü saptanmıştır. Altıparmak (2006) yaptığı çalışmada 65 yaş ve üzerindeki bireylerde hipertansiyon sıklığı %61,8 bulunmuştur. Kardiyovasküler hastalıklar tüm yaşlılarda hastalık yükünün %19,8'ini oluşturmaktadır (Akgün ve arkadaşları, 2004). Finlandiya'da yapılan çalışmada %10'nun kısmi felçli, %8'inde demans, %3'ünde kardiyovasküler hastalık bulunduğu belirtilmiştir. Bu hastalıklar genel olarak değerlendirildiğinde hepsinin kronik, dejeneratif ve ilerleyici hastalıklar olduğu fark edilmektedir. Bireyler yaşadığı sürece bakım verenlerin bakım yükünü daha da arttıracığı beklenebilir (Yaşar, 2009). Hastaların %94,4'ünün sürekli ilaç kullandığını saptamıştır (Tablo 27). Sivrikaya (2000) yaptığı çalışmasında hastaların %62,5'nin ilaç kullandığını saptamıştır.

Akdemir ve arkadaşlarının (1998) yatağa bağımlı hastaların evde yaşadıkları sağlık sorunlarına yönelik evde bakım hizmet gereksinimleri isimli araştırmasında hastaların çoğunluğunun %94,7 hijyenik bakımda yetersizlik yaşadığı görülmektedir. Hastaların kullandıkları ilaç, beslenme ve hijyene ilişkin bilgi gereksinimlerinin oldukça yüksek olduğu, hastaların % 57,9'unda egzersizi etkin yapamama ve egzersiz yapmak istememe gibi egzersize ilişkin sorunlar saptanmış olup, bu sorun nedeniyle de hastalarda kontraktür, deformite ve atrofi gelişmiştir. Hastalarda belirlenen %78,9 psiko sosyal sorunlar arasında üzüntü, öfke, çaresizlik, sürekli ağlama, ümitsizlik, endişe, içe kapanma aile ve iş yaşantısına ilişkin rol kaybı, öz güvende azalma, ölüm korkusu, kendine yetememe/bağımlı olma endişesi, depresif görüntü ve sosyal izolasyon yer almaktadır. Örnekleme oluşturan hastaların %63,2 sözel iletişim kuramama, %63,2 uykusuzluk ve %47,4 ağrı sorunlarını yaşadığı ağrılarının da sıklıkla, eklem ya da sırt ağrısı olduğu saptanmıştır. Hastaların çoğunluğunda yatağa bağımlı olmaları ve bakım aktivitelerinin yetersizliği nedeniyle %36,8 akciğer, perine, ağız, damar yolu, ayak, göz ve cilt enfeksiyonu belirlenmiştir. Hastalarda ayrıca yatağa bağımlılığın ve fiziksel kısıtlılığın neden olduğu %28,9 yatak yarası sorunu saptanmıştır.

Bu araştırmada hastaların genel olarak yaşadığı sorunların birinci sırada %72,9 psiko-sosyal sorunlar olarak tanımlanan üzüntü, öfke, çaresizlik, sürekli ağlama, ümitsizlik, endişe, içe kapanma aile ve iş yaşantısına ilişkin rol kaybı, öz güvende azalma, ölüm korkusu, kendine yetememe/bağımlı olma endişesi, depresif görüntü ve sosyal izolasyon yer almaktadır. % 65 uyku problemi, %65 ağrı, %55,9 egzersizi etkin yapamama, egzersiz yapmak istememe ve fizyoterapist ihtiyacının karşılanamaması gibi egzersize ilişkin sorunlar saptanmış olup, bu sorun nedeniyle hastalarda kontraktür, deformite ve atrofi gelişmiştir. %53,1 ilaç veya tıbbi malzemenin temin edilememesi, ulaşımın sağlanamaması, ekonomik yetersizlik, sosyal aktivitelere katılamama, sağlık personeli ihtiyacı ve tıbbi atıkların kontrol edilememesi olarak tanımlanan diğer sorunlar, %51,3 sözel iletişim kuramama, %40,1 çevre (kaldırım geçişleri vb.) düzenlemelerinin olmaması, kamuya açık binalara girememe(merdiven, dar kapı vb.),toplu taşıma araçlarına binememe, toplumun yardımcı olmaması, özürle ilgili araçların alınamaması, şehir mimarisinin uygun olmaması olarak tanımlanan çevre ile ilgili sorunlar, %37,3 yatak yarası, %36,2 hijyenik bakıma ilişkin sorunlar, %16,9 akciğer, perine, ağız, damar yolu, ayak, göz ve cilt enfeksiyonu belirlenmiştir. %9,6 hastalığa ilişkin bilgi gereksinimi sorunları yaşamaktadırlar (Tablo 28). Araştırmada Akdemir ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre, hastaların genel olarak yaşadığı sorunlarda sıralama farkı dışında benzerlik göstermektedir.

Hastalık ve yaşlanmayla birlikte bazı fizyolojik değişiklikler ve hastalıklar ortaya çıkmaktadır. Bireyler bu sağlık sorunlarının olumsuz etkileri nedeniyle günlük yaşam aktiviteleri (GYA) bağımlı hale gelerek başka birinin yardımına gereksinim duymaktadır. Günlük yaşam aktivitelerinde yetersizlik durumu; solunum, beslenme, boşaltım, hareket etme, öz bakımını yapma, banyo yapma, giyinme, telefonu kullanma, alış veriş yapma, ev işlerini yapma ve kendi ilacını alma gibi kriterlerle değerlendirilmektedir. Günlük yaşam aktivitelerinde güçlük yasayan ve fiziksel sınırlılıkları olan yaşlı ve hastaların bakımı, genellikle aileleri tarafından karşılanmaktadır. Kısaca bakım; bir kişinin başkası için yaptığı formal ya da informal yardım işlemleri olarak tanımlanabilir (Bilgili, 2000). informal aile bakımı, koruma, güvenlik, savunma, şefkat, iletişim, yemek hazırlama, giydirme, yıkama, alış-veriş, ulaşım vb. yardımları kapsamaktadır (Uğur, 2006). Tipik olarak ailenin yaşlı bakım sorumluluğu; banyo yaptıırma, bakılan kişiye pozisyon verme, bir yarayı

temizleme gibi bedensel işler ile ev temizliği, alış-veriş gibi günlük işler ve bakım verilen kişiyi acile-doktora götürme gibi sağlık bakımına ilişkin görevler olarak tanımlanmaktadır (Uğur, 2006). Bu bağlamda yaşın artmasıyla günlük yaşam aktivitelerinde azalmalara ve başkasına bağımlı olma durumunu gündeme getirerek bakım verenin yükünü artırabilmektedir.

Çalışmamızda hastaların GYA'de bağımlılık durumları incelendiğinde yaşamı devam ettirebilmek için her hangi bir destek ünitesine ihtiyaç duyulmadan alınan solunum aktivitesinde %88,7'si bağımsız, yeterli beslenme, yemek için gerekli olan araçları kullanabilmesi olarak açıklanan beslenme aktivitesinde %74'ü yarı bağımlı, tuvalete gitmek, mesane ve bağırsak boşalmasını kontrol etme aktivitesi olarak açıklanan boşaltım aktivitesinde %57,6'sı yarı bağımlı, oturup kalkma, yürüme, yatıp kalkma, merdiven inip çıkma vb. hareket etme aktivitelerini kendisinin yapabilmesinde %49,2'si yarı bağımlı, saç tarama, diş fırçalama, tırnak kesme vb. öz bakımını yapma aktivitesinde %83,1'i tam bağımlı, duş alma, küvette yıkanma şeklinde açıklanan banyo yapma aktivitesinde %85,3'ü tam bağımlı, dolaptan ya da çekmecedan kıyafetleri alınması ve uygun bir şekilde giyilmesi olarak açıklanan giyinme aktivitesinde %81,9'u tam bağımlı, telefon tuşlarına basmak, telefon açmak, iletişim kurabilme fonksiyonu aktivitesinde %78'i tam bağımlı, mağazaya gitme, parayı kullanabilme, ihtiyaçlarını karşılama, aldıklarını taşıyabilme şeklinde açıklanan alış veriş yapma aktivitesinde %96,6'sı, çamaşır yıkama, temizlik yapma, yemek yapma vb. açıklanan ev işi yapma aktivitesinde %96'sı tam bağımlı, doğru zamanda, uygun ilacı alma, ilaçlarını tanıma şeklinde açıklanan ilaçlarını alma aktivitesinde %72,3'ü tam bağımlı olduğu görülmektedir (Tablo 29). Dolayısıyla hastaların %2,8'i tam bağımlı, %91,5'i yarı bağımlı, %5,6'sı bağımsızdır (Tablo 30)

Almanya'daki yaşlıların %88'inin alış-veriş, %86'sının ulaşım araçlarına binememe, %84'ünün ev temizliği gibi GYA'de sıkıntı yaşadıkları belirtilmektedir (Seyyar, 2005). ABD'de yapılan bir çalışmada giyinme -soyunma, yemek yeme, banyo yapma, sokakta yardımsız yürüyebilme vb. etkinliklerde yardım gereksinimi 45 yaş altında %0,5 iken, 65 yaş ve üzeri grupta bu oranın %25, 85 yaş ve üzerinde ise %40 olduğu belirtilmiştir (Bilir, 2004b). Gökdoğan ve arkadaşlarının (2005) yaşlı sağlığı hizmetlerini geliştirmeye yönelik Bolu'da yaptıkları çalışmada, yaşlıların

%90,6'nın GYA'ni bağımsız olarak yerine getirdiği, yalnızca %5.7'nin orta derecede, %3.6'nın ise ciddi derecede bozulma yaşadıkları saptanmıştır. Tel ve arkadaşlarının (2006) evde ve kurumda yaşayan yaşlıların GYA ve yalnızlık yaşama durumları ile ilgili çalışmasında, evde yaşayan yaşlıların %42,9'u yarı bağımlı oldukları saptanmıştır. Alpteker (2008) yaptığı çalışmasında yaşlıların günlük yaşam aktivitelerinde %60 bağımsız; aletli günlük yaşam aktivitelerinde (AGYA) ise yarıdan fazlasının %59,2 yarı bağımlı oldukları belirlenmiştir. Yılmaz (2001) çalışmasında hastaların evde günlük yaşam aktivitelerini ve hastalığın gerektirdiği tedavilerini uygulama doğrultusunda yardıma gereksinimi olduğu belirlenmiştir. Araştırmamız literatürdeki bu bilgilere uyum sağlamaktadır. Yapılan çalışmaların da göstergesiyle hastaların ya da yaşlı bireylerin bakım gereksinimine ve destek olacak bakım verenlere ihtiyacı olduğu görülmektedir.

Hastalık sonrası evde yaşam güçlüklerle dolu bir süreçtir. Bakım verenlerin bu süreçte önemli rolleri, ihtiyaçları ve güçlükleri vardır. Kurum bakımının pahalı olması ve bakıma gereksinim duyan bireyi toplumsal hayattan soyutlaması gibi nedenler, günümüzde yakın çevre içerisinde bakıma olanak sağlayacak destek hizmetlerinin yaygınlaştırılmasını ve evde bakımı gerekli kılmaktadır (Danış, 2006). Ancak bakım verenlerin bakım verme konusundaki bilgilerinin yetersiz olması, evde bakılan kişilerin yaşam sürelerinde kısaltmaya neden olmaktadır (Subaşı ve Öztekin, 2006). Yapılan çalışmalar bakım verenlerin bazı sorunlarla karşılaştıklarını ve bakım veren olmanın stres dolu bir rol olduğunu göstermektedir (Karahana ve Güven, 2002). Aksayan ve Cimete'nin (1998, s.23-24) çalışmasında, aile bireylerinin %66,2'sinin aile içi rollerinin değiştiği, %66'sının yorgunluk, bunaltı, sosyal yaşantı değişikliği yaşadıkları ve bu sorunları çözmek için evde sağlık personeli istedikleri bildirilmiştir.

Bu araştırmada bakım verenlerin %83,6'sı kadındır (Tablo 31). Temizer (2009) çalışmasında, inmeli hastaya bakım verenlerin %83,6'sı, İnci'nin 2006 yılında 'bakım verme yükü ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirliği' isimli yüksek lisans tezinde bakım verenlerin çoğunluğu %75,5'i, Altın (2006) çalışmasında Alzheimer hastalarına bakım verenlerin %86'sının, depresyon hastalarına bakım verenlerin %75'inin, Sivrioğlu'nun Alzheimer hastalarına bakım verenlerde depresyon düzeyi üzerine yaptığı çalışmasında bakım verenlerin %70'inin, Dramalı, Demir ve Yavuz (1998) tarafından yapılan çalışmada evde

kronik hastaya bakım veren hasta yakınlarının %89'unun, Altun'un (1998) yaptığı çalışmada da bakım verenlerin %78.03 oranında kadın olduğu belirlenmiştir. Hackl, Holzner, Gunther ve Saltuari (1997) inmeli hastaların bakım verenleri üzerine yaptıkları deneysel çalışmada bakım verenlerin %65,6'sının kadın olduğu bulunmuştur. Bakım verenlerin kadın olması aile içi yük ve sorumlulukların artmasına neden olmaktadır. Ayrıca farklı toplumlarda bakım verenlerin büyük çoğunluğunun kadın olduğu söylenebilir. Dünyanın çeşitli ülkelerin farklı veriler mevcuttur. Avrupa çapında 11 ülkede yapılan ve Alzheimer hastaları ile birlikte yaşayıp bakım veren eşlerin tükenmişliklerini inceleyen EURO CARE (1999) çalışmasında; 9 ülkede bakım verenlerin %50'den fazlasının kadın olduğu bulunmuştur. Buna karşın 4 ülkede tam tersi bir sonuç bulunmuştur. İtalya'da Rinaldi, Spazzafumo ve Mastriforti (2005) yaptığı çok merkezli bir çalışmada Alzheimer hastalarına bakım verenlerin %75'nin kadın olduğu bulunmuştur. Pang ve arkadaşlarının (2002) Çin, Tayvan ve A.B.D'de yaptıkları çok merkezli bir çalışmada Tayvan ve A.B.D'de bakım verenlerin kadın/erkek oranı 2/1 iken, Çin'de 1/1 oranında bulunmuştur. Berger ve arkadaşlarının (2005) Almanya'da yaptıkları bir çalışmada ise bakım verenlerin %69'u kadın olarak bulunmuş. Finlandiya'da yapılan bir çalışmada bakım verenlerin üçte ikisinin kadın(%68) olduğu bulunmuştur (Yaşar, 2009)

Ülkeler arasında farklar olmasına karşın ülkemizde birçok dünya ülkesine benzer bir şekilde hastalarına daha çok kadınların baktıkları görülmektedir. Yaşlıların bakımında aile, tüm toplumlarda önemli role sahiptir. Doğu ve batı toplumlarında ailede yaşlının bakımından geleneksel olarak kadınlar sorumludur (Adak, 2003). Ülkemizde yaşlıların bakımı genellikle evde, aile ortamında yapılmasının yanı sıra, bir diğer temel özellikte bu bakımın çoğunlukla kadınlar tarafından yürütülmesidir. Aslında bakım denildiğinde, Ülkemizde toplumsal rol olarak bakım işi ve sorumluluğu kadına atfedilmesi nedeniyle çocuk, hasta ve yaşlı bakımında bakımı sağlayacak kişi olarak akla ilk kadın gelmektedir. Kadının eş, anne, bakım verme vb. toplumsal rolleri göz önüne alındığında, bakım yükü ve bakım stresi yaşamayı ve bu rolleri yerine getirirken zorlanması kaçınılmazdır. Pek çok rolü olan kadın, kendi gereksinimlerinden feragat ederken karşı tarafa ilgi gösterme görevlerini de üstlenir. Sıklıkla kızgınlık, acı çekme, çaresizlik, pişmanlık gibi duyguları deneyimler ve bunları genellikle baskılar (Alpteker, 2008).

Adak (2003), yaşlıların informal bakıcıları olarak kadınları görmekte ve yaşlıların bakım sorunlarının çözümünün genellikle kadın merkezli olduğunu, yaşlıların bakımından primer olarak eş, kız çocukları, gelinlerin sorumlu tutulduğunu ve böylece kadının üzerinde bulunan yüklerle bir yenisinin daha eklendiğini ifade etmektedir. Pek çok toplumda yaşlıların bakımından kadınların sorumlu olduğu ve bu durumdan kadınların sağlığının bedensel, ruhsal ve sosyal yönde olumsuz etkilendiği bildirilmektedir. Seyyar (2004), Türkiye'de çekirdek ailelerin arttığı ve daha fazla kadının iş hayatında yer aldığı, ücretli bir işte çalışan ve aynı zamanda evde eş ve anne olan kadınların pek çok rol ve sorumluluğu aynı anda yerine getirme zorunluluğu olduğunu ifade etmektedir. Ayrıca bu kadınların aynı zamanda hastaya da bakmasıyla "bakım yükü" ve "bakım stresi" yaşadıkları, kişisel gereksinim ve istekleriyle diğerlerinin sorumluluğunu dengelemek zorunda kaldıklarını belirtmektedir (Uğur, 2006).

Bu araştırmaya katılan bakım verenlerin %52,5'inin 46 - 64 yaşlar arasında, %79,1'inin evli, %47,5'inin ilkokul mezunu olduğu, %63,3'ünün ev hanımı olduğu, %81,9'unun sağlık güvencesinin SGK olduğu ve %43,5'inin aylık geliri olmadığı bulunmuştur (Tablo 31). Yaşar (2009) araştırmasında bakım veren bireylerin yarısına yakınının % 40'ı 40-49 yaş grubunda, % 84.5'i evli, %93.3'ü kadın, %48.3'ü ilkokul mezunudur. Akça'nın 2003 yılında "65 yaş üstü bireylere bakım verenlerin yaşadığı sorunların belirlenmesi" isimli yüksek lisans çalışmasında bakım verenlerin %96,9'unun kadın, %81,3'ünün evli, yarıdan fazlasının ilkokul mezunu (% 56.3), % 71.3'ünün ev hanımı olduğu saptanmıştır. İnci'nin (2006) araştırmasında yaş ortalamaları 36.95 ± 10.79 , % 40,5'inin ilkokul mezunu, % 52,7'sinin evli olduğu, Bilgili'nin 2000 yılında yapmış olduğu "Yaşlı bireye bakım veren ailelerin yaşadıkları sorunların belirlenmesi" isimli çalışmasında bakım verenlerin büyük çoğunluğunun %91,7 kadın, %83,4'ünün evli, %61,7'sinin ilkokul mezunu %86.6'sının ev hanımı, %70'inin orta yaşta (30-59 yaş), Aksu (2008) çalışmasında 22-46 yaş grubunda, %95.7 si evli, %82. 8 si ev hanımı, %37.9 u 500 tl ve altı geliri olduğu belirlenmiştir. Aksu çalışmasında ev hanımı olan bakım verenlerin herhangi bir işte çalışmaması ev ile ilgili sorumluluklarına, hastaya ve diğerlerinin bakımına daha fazla zaman ayırabileceğini, ancak kendilerine yeterli zamanı ayıramaması ve sosyal ilişkilerinin sınırlanması nedeniyle anksiyete düzeylerinin yükseltici bir rol oynadığı göz ardı edilmemesi gerektiğini vurgulamıştır. Ailedeki eğitim düzeyi

düşüklüğüyle birlikte gelir düzeyinin de az olması, bunların birbiriyle yakından ilişkili olduğunu düşünmüş olup, hastalığın ailenin ekonomik kaynaklarını zayıflatacağını, ailede gelir düzeyinin düşmesi bakım giderlerinin karşılanamamasına, geçinmek için yeter bütçe ayırlamamasına ve ailenin kaygı yaşamasına neden olabileceğini ifade etmiştir. Bu araştırma literatür bulgularıyla benzerlik göstermektedir.

Bakım verenlerin yarıya yaklaşık olarak %48,6'sının kronik hastalığı olduğu (Tablo 31) ve olgularda %29,4 diğer hastalıklar, %20,9 hipertansiyon, %12,4 diyabet, %7,9 kalp yetmezliği, %3,4 KOAH ve % 1,1 ABY\KBY bulunduğu saptanmıştır (Tablo 32.33). Ceylan (2007) hastalardan çok evde bakım veren aile üyelerinin kendilerinde kronik bir hastalık (şizofreni, KBY, hipertansiyon, diyabet) bulunduğunu tespit etmiştir. Bakım veren kişinin karşılaştığı güçlükler sosyal, fiziksel, ruhsal ve ekonomik açıdan çeşitli sorunlar yaşamasına yol açmaktadır. Evde bakım verenlerin özgürlüklerinin kısıtlandığı, ruhsal durumlarının olumsuz yönde etkilendiği; stres yaşadıkları ve depresyona girdikleri belirtilmektedir. Bakım vericilerinin bir bölümünün koruyucu sağlık davranışlarına daha az ağırlık verdikleri ve mortalite riskini arttırdıkları belirtilmektedir (Feldman, Waliser, Gould ve Levine, 2002). Bunun yanında bakım işine kendilerini adanmasıyla, kendi hastalık ve tedavilerini ihmal etmesi söz konusudur. Kronik hastalıkları ve yetersizlikleri nedeniyle bakım gereksinimlerinin olabileceğinin göz önünde bulundurulması gerektiği düşünülmektedir.

Bakım verenlerin yakınlık dereceleri ülkelere göre farklılık göstermektedir. Rinaldi vd. (2005) çalışmada bakım verenlerin çoğunluğunun hastaların çocukları olduğunu, ikinci sırada eşlerinin geldiğini bulmuşlardır. Pang vd. (2002) Tayvan'da hastalara daha çok eşlerinin, A.B.D ve Çin'de ise daha çok çocuklarının baktıklarını bulmuşlardır. Arai, Kumamoto, Washio, Ueda, Miura ve Kudo (2004) Japonya'da yaptığı çalışmada ise eş, kız ve gelinlerin birbirine yakın oranlarda bakım verdiklerini göstermişlerdir. Berger vd. (2005) yaptığı çalışmada ise bakım verenlerin büyük bir çoğunluğunun eşleri olduğunu göstermiştir. Altın (2006) çalışmasında %50'ye yakın oranda hastalara kız çocuklarının baktığını saptamıştır. Bu çalışmada %35'inin annesine bakan çocukların, özellikle de kız çocuklarının, %19,2 oranla 6 ay ve altında süre ile %29,9'unun günde 1 - 6 saat arasında bakım

verdiği bulunmuştur (Tablo 34). Türk töresinde büyüğe saygı, bağlılık, hastaya ve yaşlıya sahip çıkma ve bakma önde gelen istendik davranışlardır. Ataya bağlılık aile içindeki büyüğün otoritesi ile de ilişkilidir. Yaşlılık ve hastalık nedeni ile aile büyüğünün otoritesi azalsa da Türk aile yapısında büyüklerin sözünü dinleme, tecrübeye değer verme önemlidir (Alpteker, 2008). Bu sonuçlar da yaşlı ve hastaların bakım yüklerinin ülkemizde çok büyük oranda ailelerinin özellikle de kız çocuklarının üzerinde olduğunu göstermektedir.

Araştırmada bakım verenlerin bakma nedeni incelendiğinde; birinci sırada %44,6'sı sevdiğim için/aile bağı olması, ikinci sırada %33,3'lük oranla ailevi sorumluluk yer almaktadır (Tablo 34). Alpteker (2008) çalışmasında bakma nedeni olarak "ailevi sorumluluk" olarak nitelendirenlerde bakım yükü olanların yüzdesi (%55,1), olmayanlara göre daha yüksek bulmuş; ancak bakım yükü olmayanlarda sevdiği için (%30) bakım verdiği sonucunu bulmuştur. Ankara'da Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğüne yapılan bir çalışmada, bakım verenlerden düşük sosyo-ekonomik düzeyde olanların "bakacak kimse olmaması" nedeniyle birlikte oturdukları ve baktıkları belirlenmiştir. Türk aile yapısında hastayı sevdiği için bakmasının yanı sıra, toplumsal normlar, baskı vb. nedenlerle bakmasının "ailevi sorumluluk" olarak adlandırılabilmesi ya da ailevi sorumluluk olarak bakmaların daha fazla performans göstererek bakıma bağlı bakım yükünün artabileceği söylenebilir (Alpteker, 2008). Feldman, Waliser, Gould ve Levine (2002) yaptığı bir çalışmada, bireylere kendi yakınları tarafından bakım verilmesi, fiziksel ve psikolojik olarak kendilerini daha iyi hissetmelerini sağlamasına karşın, yapılan çalışmaların bakım verenlerin bazı sorunlarla karşılaştığını göstermektedir. Özellikle bakım vericilerin ileri yaşta olması, iş durumu ve sosyal destek azlığının bu riski arttırabileceği vurgulanmaktadır. Çalışmada bakım vericilerin %36'sının zorlandıkları ve kendini yetersiz hissettikleri bulunmuştur. Bu kişilerin haftada 20 saat ve üzerinde bakım verdikleri, bakım verirken güçlük yaşadıkları ve 4/5'nin yardım almadıkları belirtilmektedir.

Bu araştırmada %84,2'sinin bakım konusunda deneyimi olmadığı, %67,2'sinin bakım konusunda eğitime ihtiyacı olmadığı ve %74'nün hasta dışında bakıma gereksinimi olan bireyin olmadığı saptanmıştır (Tablo 34). Alpteker (2008) çalışmasında bakım verenlerin toplamda, yaklaşık dörtte üçünün (%72.5) bakıma

ilişkin herhangi bir bilgisinin olmadığı; bakım yükü olanların ise %75.5'nin bakımına ilişkin herhangi bir bilgisi olmadığını saptamıştır. Bakım verenlerin toplamda, yarıdan çoğunun (%55,1) ilkokul mezunu oldukları, tamamının (%100) bakıma ilişkin herhangi bir formal eğitim almadığı, bakım yükü olduğu belirlenen bakım verenlerin büyük çoğunluğunun (%81.6) bakım vermede kendini yeterli hissettiği, toplamda çoğunluğunun eğitim/ danışmanlık gereksinimi olmadığını (%81.2) bildirdiklerini saptamıştır. Eğitim/danışmanlık gereksinimi olduğunu bildirenlerin çoğunu da bakım yükü olanlar (%14,3) oluşturmuştur. Buna göre, bakım verenlerin eğitim düzeyinin düşük olması, herhangi bir formal eğitim almamış olmaları, kendilerini bakımda yeterli hissetmeleri ve eğitim/danışmanlık gereksinimi bildirmemeleri nedeniyle bakıma ilişkin eğitilmeleri noktasında farkındalık oluşturulması gerektiği; sağlık çalışanlarının ise topluma dayalı bakımda bakım verenlerin yük durumlarının farkında olmaları ve gereksinimler doğrultusunda eğitim/danışmanlık hizmeti ile bakım verenleri desteklenmeleri gerektiğini düşünmektedir. Onarcan (2008), bakım verenlerin ve gönüllülerin profesyonellerce gözlenmesi, eğitilmesi ve desteklenmesi gerektiğini vurgulamıştır. Ayrıca bakım verenin bilgisi artarsa, onu bekleyen ne olduğunu bileceği için stresinin azalacağını ve bakım isini daha iyi yapacağı vurgulanmaktadır (Uğur, 2006)

Bu araştırmaya katılan bakım verenlerin BYE ölçeğinin tamamına ve alt boyutlarına verdikleri yanıtların en düşük, en yüksek değerleri, puan ortalamaları ve standart sapma değerleri hesaplanmıştır. Buna göre genel toplam puan ortalaması dağılımı 45, standart sapma değeri 17,1 bulunmuştur. Bakım verenlerin yükü envanteri değerlendirildiğinde en yüksek ortalama zaman bağımlılık yükü ve fiziksel yük değişkenlerine bulunmuştur. En düşük ortalama puan duygusal yük değişkeninde hesaplanmıştır. BYE ölçeğinde, bakım verenlerin toplam puanlarının artışı, bakım yükünün arttığını göstermektedir. Araştırmada toplam puan minimum 10, maksimum 83 bulunmuştur (Tablo 35).

Hastaların GYA toplam puan ortalamaları ile hastaların cinsiyet, yaş grubu, medeni durum, eğitim durumu, meslek durumu, yaşanan evin tipi, aylık gelir, kronik hastalığı olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$), (Tablo 36,37,38,39,40,41,42,43).

Hastaların GYA toplam puan ortalamaları ile bakım verenlerin yaş grubu, eğitim durumu, meslek durumu, sosyal güvence, aylık gelir, kronik hastalık, yakınlık derecesi, hastaya bakma süresi, hastaya bakma nedeni, hasta bakımı konusunda deneyimi olma durumu, hasta bakımı konusunda eğitim ihtiyacı olma durumu, evde bakıma gereksinimi olan başka birey olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$), (Tablo 45 ,47, 48, 49, 50, 51,52, 53, 54, 56, 57, 58).

Hastaların GYA toplam puan ortalamaları ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Bu farkın kadınlardan kaynaklandığı bulunmuştur (Tablo 44).

Hastaların GYA toplam puan ortalamaları ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$) Bu farkın evli olanlardan kaynaklandığı bulunmuştur (Tablo 46).

Hastaların GYA toplam puan ortalamaları ile hastaya günde bakım verilen süre arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. ($p<0.05$) bu farkın 1-6 saat ile 19-24 saat değişkeninden kaynaklandığı bulunmuştur (Tablo 55).

BYE Toplam Puan Ortalamaları ile hastaların cinsiyet, yaş grupları, eğitim durumu, medeni durum, meslek durumu aylık gelir, kronik hastalık arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$), (Tablo 59,60, 61, 63, 64, 65).

BYE Toplam Puan Ortalamaları ile bakım verenlerin cinsiyet, yaş grubu, eğitim durumu, meslek durumu, medeni durum, sosyal güvence, aylık gelir, kronik hastalık, yakınlık derecesi, hastaya bakma süresi, bakma nedeni, hasta bakımı konusunda deneyimi olma durumu, hasta bakımı konusunda eğitim ihtiyacı olma durumu, evde bakıma gereksinimi olan başka birey olma durumu, hastaya günde bakım verilen süre arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$), (Tablo 66, 67, 68, 69, 70, 71,72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80).

Bakım verenlerin BYE'den aldıkları toplam puan ortalamaları ve hastaların GYA'den aldıkları toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki incelenmiştir. Hastaların GYA toplam puan ortalamaları zaman bağımlılık yükleri ile ters yönde zayıf ama anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = -0,234$; $p:0,002$, $p < 0,01$). Hastaların GYA toplam puan ortalamaları duygusal yük ile aynı yönde zayıf ama anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = 0,241$; $p:0,001$, $p < 0,01$). Araştırma sonucunda hastaların GYA katılma durumları arttıkça, zaman bağımlılık yükü, gelişimsel yük ve fiziksel yük azaldığı bulunmuştur (Tablo 81).

Küçükgüçlü (2007), bakım verenlerin demanslı yaşlıların günlük yaşam aktivitelerini sürdürmeye yardım etmek, gözlemek, sosyal destek vermek için çok büyük zaman ve enerji harcadıklarını vurgulamaktadır. Aynı zamanda, bakım verenlerin kendi yaşamının sorumlulukları ile birlikte yaşının artan demans semptomları ile mücadele ettiği ve psikolojik ve fizyolojik sağlık sorunlarına maruz kaldığı belirtilmektedir.

Hastaların GYA'si toplam puan ortalaması ile bakım verenlerin BYE'den aldıkları toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($r = -0,041$; $p:0,588$, $p > 0,05$). Araştırma sonucunun nedeni hasta kişilerin evdeki bakımının aile bireyleri tarafından karşılanması doğal bir bakım şekli olarak kabul edildiği düşünülebilir. Türk toplumunda aile içi ilişkilerin değer verildiği, geleneksel bir yapının olması ile hasta bakımının takdir edilen yüceltilen bakım verenler tarafından vicdanlarının rahat olmasıyla onur duyulan sosyal bir davranış biçimidir. Ülkemizde ailelerin hasta bakımını yük olarak görmekten çok, yerine getirilmesi gereken bir sorumluluk olarak görmektedir (Tablo 82).

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Evde bakım hizmetlerine olan ihtiyacın saptanarak, hastaların evde bakım gereksinimlerini ve evde primer bakım verenlerin bakım yükünü, yaşadıkları güçlükleri belirleme amacıyla yapılan ve araştırma kapsamına alınan hastaların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin verilerin sonuçlarına göre; çoğunlukla %63,8'nin kadın, %59,3'ünün 76 ve üstü yaş grubunda, %60,5'inin bekâr, %49,2'sinin okuryazar olmadığı, %57,6'sının ev hanımı olduğu, %92,1'inin sağlık güvencesinin SGK olduğu, %63,3'ünün 501-1000 TL arasında aylık aldığı ve %58,8'inin maddi destek kaynağı olmadığı saptanmıştır.

Hastaların yaşadığı konut tipine ilişkin dağılımında %57,6'sının müstakil evde, %38,4'ünün apartmanda, %4'ünün diğer olarak ifade ettiği yerde yaşamaktadır. Hastalar evde %32,8'i eşiyle, %63,3 çocuklarıyla, %13'ü ailesiyle, %8,5'i bakıcısıyla, %2,8'i Yalnız, %10,7'si diğer kişilerle yaşadığını bildirmiştir. Bakımlarını %90,4'ünün ailesi tarafından karşılandığını ve ihtiyaçlarının %98'inin, yaşadığı kişiler tarafından karşılanabildiği bulunmuştur.

Hastaların sağlık durumlarına ilişkin özellikleri incelendiğinde; %74,6'sının kronik hastalığı olduğunu bildirmişlerdir. Hastalarda %49,2 hipertansiyon, %27,7 kalp yetmezliği, %24,9 diyabet, %16,4 diğer hastalıklar, %11,3 KOAH, %10,2 ABY\KBY mevcuttur. Hastaların %94,4'ünün sürekli ilaç kullandığını saptamıştır.

Araştırmada hastaların genel olarak yaşadığı sorunların birinci sırada %72,9 psiko-sosyal sorunlar olarak tanımlanan üzüntü, öfke, çaresizlik, sürekli ağlama, ümitsizlik, endişe, içe kapanma aile ve iş yaşantısına ilişkin rol kaybı, öz güvende azalma, ölüm korkusu, kendine yetememe/bağımlı olma endişesi, depresif görüntü ve sosyal izolasyon yer almaktadır. %65 uyku problemi, %65 ağrı, %55,9 egzersiz etkin yapamama, egzersiz yapmak istememe ve fizyoterapist ihtiyacının karşılanamaması gibi egzersize ilişkin sorunlar saptanmış olup, bu sorun nedeniyle hastalarda kontraktür, deformite ve atrofi gelişmiştir. %53,1 ilaç veya tıbbi malzemenin temin edilememesi, ulaşımın sağlanamaması, ekonomik yetersizlik, sosyal aktivitelere katılamama, sağlık personeli ihtiyacı ve tıbbi atıkların kontrol edilememesi olarak tanımlanan diğer sorunlar, %51,3 sözel iletişim kuramama,

%40,1 çevre (kaldırım geçişleri vb.) düzenlemelerinin olmaması, kamuya açık binalara girememe(merdiven, dar kapı vb.),toplu taşıma araçlarına binememe, toplumun yardımcı olmaması, özürle ilgili araçların alınamaması, şehir mimarisinin uygun olmaması olarak tanımlanan çevre ile ilgili sorunlar, %37,3 yatak yararı, %36,2 hijyenik bakıma ilişkin sorunlar, %16,9 akciğer, perine, ağız, damar yolu, ayak, göz ve cilt enfeksiyonu belirlenmiştir. %9,6 hastalığa ilişkin bilgi gereksinimi sorunları yaşamaktadırlar.

Çalışmamızda hastaların GYA'de bağımlılık durumları incelendiğinde yaşamı devam ettirebilmek için her hangi bir destek ünitesine ihtiyaç duyulmadan alınan solunum aktivitesinde %88,7'si bağımsız, yeterli beslenme, yemek için gerekli olan araçları kullanabilmesi olarak açıklanan beslenme aktivitesinde %74'ü yarı bağımlı, tuvalete gitmek, mesane ve bağırsak boşalmasını kontrol etme aktivitesi olarak açıklanan boşaltım aktivitesinde %57,6'sı yarı bağımlı, oturup kalkma, yürüme, yatıp kalkma, merdiven inip çıkma vb. hareket etme aktivitelerini kendisinin yapabilmesinde %49,2'si yarı bağımlı, saç tarama, diş fırçalama, tırnak kesme vb. öz bakımını yapma aktivitesinde %83,1'i tam bağımlı, duş alma, küvette yıkanma şeklinde açıklanan banyo yapma aktivitesinde %85,3'ü tam bağımlı, dolaptan ya da çekmecedan kıyafetleri alınması ve uygun bir şekilde giyilmesi olarak açıklanan giyinme aktivitesinde %81,9'u tam bağımlı, telefon tuşlarına basmak, telefon açmak, iletişim kurabilme fonksiyonu aktivitesinde %78'i tam bağımlı, mağazaya gitme, parayı kullanabilme, ihtiyaçlarını karşılama, aldıklarını taşıyabilme şeklinde açıklanan alış veriş yapma aktivitesinde %96,6'sı, çamaşır yıkama, temizlik yapma, yemek yapma vb. açıklanan ev işi yapma aktivitesinde %96'sı tam bağımlı, doğru zamanda, uygun ilacı alma, ilaçlarını tanıma şeklinde açıklanan ilaçlarını alma aktivitesinde %72,3'ü tam bağımlı olduğu görülmektedir. Dolayısıyla hastaların %2,8'i tam bağımlı, %91,5'i yarı bağımlı, %5,6'sı bağımsızdır.

Araştırmada bakım verenlerin %83,6'sı kadın, %52,5'inin 46 - 64 yaşlar arasında, %79,1'inin evli, %47,5'inin ilkokul mezunu olduğu, %63,3'ünün ev hanımı olduğu, %81,9'unun sağlık güvencesinin SGK olduğu ve %43,5'inin aylık geliri olmadığı bulunmuştur. Bakım verenlerin yarıya yaklaşık olarak %48,6'sının kronik hastalığı olduğu ve olgularda %29,4 diğer hastalıklar, %20,9 hipertansiyon, %12,4

diyabet, %7,9 kalp yetmezliği, %3,4 KOAH ve % 1,1 ABY\KBY bulunduğu saptanmıştır.

Bakım verenlerin hasta bakımındaki özelliklerine göre dağılımı incelendiğinde, %35'i annesi olduğu, %19,2'si 6 ay ve altında süre ile baktığı, %44,6'sı sevdiğim için/aile bağı olması sebebi ile bakım verdiği, %29,9'unun günde 1 - 6 saat arasında bakım verdiği, %84,2'sinin bakım konusunda deneyimi olmadığı, %67,2'sinin bakım konusunda eğitime ihtiyacı olmadığı ve %74'nün hasta dışında bakıma gereksinimi olan bireyin olmadığı saptanmıştır.

BYE ölçeğinin tamamına ve alt boyutlarına verdikleri yanıtların en düşük, en yüksek değerleri, puan ortalamaları ve standart sapma değerleri hesaplanmıştır. Buna göre genel toplam puan ortalaması dağılımı 45, standart sapma değeri 17,1 bulunmuştur. Bakım verenlerin yükü envanteri değerlendirildiğinde en yüksek ortalama zaman bağımlılık yükü ve fiziksel yük değişkenlerine bulunmuştur. En düşük ortalama puan duygusal yük değişkeninde hesaplanmıştır. . BYE ölçeğinde, bakım verenlerin toplam puanlarının artışı, bakım yükünün arttığını göstermektedir. Araştırmada toplam puan minimum 10, maksimum 83 bulunmuştur.

Hastaların GYA toplam puan ortalamaları ile hastaların cinsiyet, yaş grubu, medeni durum eğitim durumu, meslek durumu, yaşanan evin tipi, aylık gelir, kronik hastalığı olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların GYA toplam puan ortalamaları ile bakım verenlerin yaş grubu, eğitim durumu, meslek durumu, sosyal güvence, aylık gelir, kronik hastalık, yakınlık derecesi, hastaya bakma süresi, hastaya bakma nedeni, hasta bakımı konusunda deneyimi olma durumu, hasta bakımı konusunda eğitim ihtiyacı olma durumu, evde bakıma gereksinimi olan başka birey olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların GYA toplam puan ortalamaları ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Bu farkın kadınlardan kaynaklandığı bulunmuştur. Bakım işinde kadınların, erkeklere göre daha becerikli, şefkatli ve sabırlı olması ile hastaların sağlıkları konusunda sorumluluk sahibi olduklarını göstermesi açısından önemlidir. Aynı zamanda hasta ve bakım verenlerin çoğunlukla

hem cins olması, utanma duygusunu azalttığını ve hastaların GYA'ne katıldıkları düşünülmüştür.

Hastaların GYA toplam puan ortalamaları ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$) Bu farkın evli olanlardan kaynaklandığı bulunmuştur. Ev ortamının kalabalık olması ve bakım verenin destek gruplarının olması (eş, çocuk vs.), hastaların motivasyonlarını arttırarak GYA'ne katılımının kolaylaşması ile bakım vereninde yükünün azalması açısından önemlidir.

Hastaların GYA toplam puan ortalamaları ile hastaya günde bakım verilen süre arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. ($p<0.05$) bu farkın 1-6 saat ile 19-24 saat değişkeninden kaynaklandığı bulunmuştur. Uzun süreli bakımın, hastaların iyileşme sürecini hızlandırabileceği düşünülmüştür.

BYE Toplam Puan Ortalamaları ile hastaların cinsiyet, yaş grupları, eğitim durumu, medeni durum, meslek durumu aylık gelir, kronik hastalık arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

BYE Toplam Puan Ortalamaları ile bakım verenlerin cinsiyet, yaş grubu, eğitim durumu, meslek durumu, medeni durum, sosyal güvence, aylık gelir, kronik hastalık, yakınlık derecesi, hastaya bakma süresi, bakma nedeni, hasta bakımı konusunda deneyimi olma durumu, hasta bakımı konusunda eğitim ihtiyacı olma durumu, evde bakıma gereksinimi olan başka birey olma durumu, hastaya günde bakım verilen süre arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). BYE Toplam Puan Ortalamaları ile hastaların ve bakım verenlerin bazı sosyo-demografik özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmaması, genel olarak benzer sosyoekonomik düzeylerden gelmiş olmalarından kaynaklandığı düşünülebilir.

Bakım verenlerin BYE'den aldıkları toplam puan ortalamaları ve hastaların GYA'den aldıkları toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki incelenmiştir. Hastaların GYA toplam puan ortalamaları zaman bağımlılık yükleri ile ters yönde zayıf ama anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = -0,234$; $p:0,002$, $p<0,01$). Hastaların GYA toplam puan ortalamaları duygusal yük ile aynı yönde zayıf ama anlamlı bir

ilişki bulunmuştur ($r= 0,241$; $p:0,001$, $p<0,01$). Araştırma sonucunda hastaların GYA katılma durumları arttıkça, zaman bağımlılık yükü, gelişimsel yük ve fiziksel yük azaldığı bulunmuştur.

Hastaların GYA'si toplam puan ortalaması ile bakım verenlerin BYE'den aldıkları toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($r= -0,041$; $p:0,588$, $p>0,05$). Araştırma sonucunun nedeni hasta kişilerin evdeki bakımının aile bireyleri tarafından karşılanması doğal bir bakım şekli olarak kabul edildiği düşünülebilir. Türk toplumunda aile içi ilişkilerin değer verildiği, geleneksel bir yapının olması ile hasta bakımının takdir edilen, yüceltilen, bakım verenler tarafından vicdanlarının rahat olmasıyla onur duyulan sosyal bir davranış biçimidir. Ülkemizde aileler hasta bakımını yük olarak görmekten çok, yerine getirilmesi gereken bir sorumluluk olarak görmektedir.

Araştırmadan elde edilen bu sonuçlar doğrultusunda;

- ✓ Nüfusun yaşlanması ve hastalıkların artışı göz önüne alındığında; bakımında sosyal devlet anlayışı çerçevesinde “toplum temelli bakım” anlayışının benimsenerek hastalara evde bakım hizmeti verilmesi ve destek hizmetlerinin genişletilerek sunulması,
- ✓ Hasta ve ailelerin koruyucu sağlık davranışlarını kazanabilmeleri için evde bakım hizmetlerinde yer alan sağlık personelinin daha çok eğitim ve danışmanlık hizmetlerine önem vermesi,
- ✓ Bakım yükü olan bakım verenler ile primer bakım verenlerin desteklemesi, bakım verenlerin genellikle kadın olması durumunda aile içinde bakım sorumluluğunun eşler (erkek) ve hastanın diğer çocukları, yakınları ile eşit paylaşımı ve diğer konularda destek gruplarının oluşturulması,
- ✓ Hastaların taburcu olmadan önce planlı eğitimlerinin yapılması ve taburculuk eğitiminin rutin hale hale getirilerek, hastanın ev ortamının değerlendirilmesi,
- ✓ Ev ziyaretlerinin özellikle eğitim düzeyi düşük ailelerde daha sık yapılması,
- ✓ Hastaların ekonomik koşulları dikkate alınmalı, tıbbi materyallerin sağlık güvencesi kapsamında olması ve malzeme teminindeki prosedürlerin kolaylaştırılması,

- ✓ Kamu ve yerel yönetimlerin işbirliği içinde çalışarak, gereksinimi olan bireylerin çevreye yönelik sorunlarının çözümlenmesi ve ulaşım hizmetlerinin sağlanması,
- ✓ Evde kullanılan tıbbi atıkların kontrolü için; hastaların adreslerinin tespit edilip gerekli önlemlerin alınması,
- ✓ Evde bakımda bulunan sağlık personelinin donanımının artırılması ve özel eğitimler verilmesi,
- ✓ Evde bakımda bulunan sağlık personelinin çalışma şartları göz önüne alınarak; verimliliğinin ve motivasyonunun artması için dolayısıyla kesintisiz olarak hastalara kaliteli hizmet verebilmesi için, evde bakım hizmetleri dışındaki ek görevlerinin (nöbet, mesai vb.) kaldırılarak iş yükünün azaltılması sağlanmalı,
- ✓ Araştırmanın Türkiye genelini temsil edecek verilere ulaşılabilmesi ve standart izlem formlarının geliştirilebilmesi için daha geniş bir örneklem grubunda bir ekip tarafından daha uzun süreli yapılması önerilebilir.

KAYNAKÇA

Adams, E.C., Kramer, S. ve Wilson, M. (1995). Home Health Quality Outcomes-Fee For Service Versus Health Maintenance Organization Enrollees. *The Journal Of Nursing Administration*, 25(11), s. 39- 45.

Adak, N. (2003). Yaşlıların Gayri Resmi Bakıcıları: Kadınlar, Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü Aile ve Toplum Dergisi,6(2), s.74-82.

Akbayrak, N.(2002). Bakım Verenlerin Sorunları. I. Ulusal Geriatri Kongresi Kitabı. Ankara: Bilimsel Araştırmalar Yayın ve Tanıtım Ltd. Şti.

Akdemir, N. (2001). Sağlık Hizmetlerinde Süreklilik, Evde Bakım Hizmetleri. *Yeni Türkiye Dergisi*, 39, s.926-934.

Akdemir, N. (2003). Evde Bakım. II. Ulusal Geriatri Kongresi Kitabı, Türk Geriatri Vakfı Yayını, Antalya.

Akdemir, N., Bostanoğlu, H., Yurtsever, S., Kutlutürkan, S., Kapucu, S., Özer, Z.C. (1998). Yatağa Bağımlı Hastaların Evde Yaşadıkları Sağlık Sorunlarına Yönelik Evde Bakım Hizmet Gereksinimleri. *Dicle Tıp Dergisi*, 38 (1): 57-65

Akdemir, N., Yurtsever S. ve Özer, Z. (2004). Evde Bakım Gereksinimi Olan Hastalara Bakım Verenlerin Karşılaştıkları Güçlükler. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 3, s.272-281.

Akgün S. , BAKAR C. , ve Ark. (2004). Dünya’da Ve Türkiye’de Yaşlı Nüfus Eğilimi, Sorunları Ve İyileştirme Önerileri, *Turkish Journal Of Geriatrics*, 7(2), 105-110.

Aksayan, S. ve Cimete, G. (1998). Evde Bakım Kavramı. I. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı, M.Ü. Döner Sermaye İşletmesi Teknik Eğitim Fakültesi Matbaa Birimi, İstanbul.

Aksayan, S. ve Cimete, G .(1998). Kronik Hastalıklı Bireylerin Evde Bakım Gereksinimleri, Olanakları ve Tercihleri. I. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı, M.Ü. Döner Sermaye İşletmesi Teknik Eğitim Fakültesi Matbaa Birimi, İstanbul.

Akça, N. (2003). 65 Yaş Üstü Bireylerde Bakım Verenlerin Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi.

Aksu, M. T. (2008). Kronik Hastalığı Olan Çocukların Annelerinin Sosyodemografik Özellikleri Depresyon, Anksiyete, Problem Çözme Yeteneği ve Yaşam Kaliteleri Açısından Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi İstanbul

Altan, Ö. (2006). Sosyal Politik. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.

Alpteker, H. (2008). 65 Yaş ve Üstü Bireylere Evde Bakım Verenlerin Yaşadıkları Güçlüklerin Belirlenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi

Altın, M. , (2006). Alzheimer Tipi Demans Hastalarına Bakım Verenlerde Tükenmişlik Ve Anksiyete. Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul.

Altınparmak S., Karadeniz G., ve Ark.(2006). Yaşlılarda Hipertansiyon Prevalansı: Manisa Örneği , Turkish Journal Of Geriatrics, 9(4), 197-201.

Altun, İ.(1998). Hasta Yakınlarının Bakım Verme Rolünde Zorlanma Durumları. 1. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı, M.Ü. Döner Sermaye İşletmesi Teknik Eğitim Fakültesi Matbaa Birimi, İstanbul.

Arai Y, Kumamoto K, Washio M, Ueda T, Miura H, Kudo K(2004). Factors related to feelings of burden among caregivers looking after impaired elderly in Japan under the Long-Term Care insurance system. Psychiatry Clin Neurosci. ;58(4):396–402

Aslan,D. ve Üner, S. (2001). Türkiye'nin Sağlık Durumu 2001. Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı.

Atalay, B. , Konaş, Y.M. , Beyazıt, S. , Madencioğlu, K. (1992) Türk Aile Yapısı Araştırması. Devlet Planlama Teşkilatı. Yayın No: DPT 2313, Ankara.

Ateş, M.(2011).Sağlık Sistemleri (1. Baskı). İstanbul: Beta Yayıncılık.

Ateş, M. (Ed.) (2011).Sağlık Hizmetleri Yönetimi (1. Baskı). İstanbul:Beta Yayıncılık.

Barer, M.B. ve Jonson, L.C. (1990).Critique of The Care Giving Literature. The Gerontologist,30(1).

Batirel Ö. F. (1986). Sağlık Hizmetleri ve Politikası, Marmara Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi,3(3), 171-180.

Bayık A., Uysal A. ve ark. (2003). Aile Ortamında Yaşayan Yaşlıların Sağlık Sorunları, Bakım Gereksinimleri ve Kendileri İçin Hazırlanacak Toplum Hizmetlerine Yönelik Beklentileri. 2. Ulusal Yaşlılık Kongresi, Denizli. 152-166.

Bayram, L. (2009). İngiltere'de aile hekimliği uygulamasına genel bakış. <http://www.ailehekimligi.com.tr>

Bayramova, N. (2008). Amiyotrofik Lateral Skleroz'lu Hastaların Evde Bakım Gereksinimleri ve Bakım Verenlerin Bakım Yükünün Belirlenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi.

Bedard, M., Koivuranta, A. ve Stuckey, A. (2004). Health Impact On Caregivers Of Providing İnformal Care To A Cognitively İmpaired Older Adult:Rural Versus Urban Settings, Cana Dian Journal Of Rural Medicine,9(1), s.15-23.

Belek, İ. (2001). Sosyal Devletin Çöküşü ve Sağlık Ekonomisi Politikası. İstanbul: Sorun Yayınları.

Bell, L. (2008). Evde Bakım Sistemi Ülke Örnekleri, Home Care Country Models, Home Care England. 2. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı, İstanbul.

Benefield, L.E. (1996). Making The Transition To Home Care Nursing. *Ajn*, October,96(10), S.47-49.

Berger G, Bernhardt T, Weimer E ve arkadaşları (2005) Longitudinal study on the relationship between symptomatology of dementia and levels of subjective burden and depression among family caregivers in memory clinic patients. *J Geriatr Psychiatry Neurol.*;18(3):119–28.

Bilgili, N. (2000). Yaşlı Bireylere Bakım Veren Ailelerin Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi.
Bilgili, N. (2006). Yaşlı Bireye Bakım Verenlerin Evde Yaşadıkları Sorunlar, 5. Ulusal Geriatri Kongresi Kitabı, sf: 87-91.

Bilir, N. (2001). Kronik Hastalıklar ve Kalp Hastalıkları. Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı, 1, Ankara, s. 953- 961.

Bilir, N. (2004 b). Yaşlanan Toplum, Sağlıklı ve Başarılı Yaşlanma, GEBAM Yayınları, s. 1-9.

1.Ulusal Evde Bakım Kongresi Sonuç Raporu (1998). I. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı, M.Ü. Döner Sermaye İşletmesi Teknik Eğitim Fakültesi Matbaa Birimi, İstanbul.

1489 Sayılı Resmi Gazete (06.05.1930). 1593 Kanun Numaralı 24.04.1930'da Kabul Edilen Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (UHK)

1997 Genel Nüfus Sayımı Sonuçları, DİE Yayınları.

Bıyıklı, H. (2007). Sağlık İşletmelerinin Kurumsal Birleşmelerinin Müşteri Memnuniyeti Üzerine Etkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi.

Bonnel,W.B. (1996). Not Gone And Not Forgotten: A Spouse's Experience Of Late Stege Alzheimer Disease. *Journal Of Psychosocial Nursing*,34(8), s.23-27.

Brodsky, J.,Habib,J. ve Mizrahi,I. (2000). Long Term Care Laws In Five Developed Countries A Review. s.1-14. WHO/NMH/CCL/00.2WHO.

Bulutoğlu, K. (1981). Kamu Ekonomisine Giriş, (3. Baskı). İstanbul: Filiz Kitabevi.
Bulutoğlu K. (1988). Kamu Ekonomisine Giriş: Devletin Ekonomik Kuramı. İstanbul: Filiz Kitabevi.

Canada Home Care Association (b.t.). 16.06.2011, <http://www.CHCA.com>.

C. Barnes & Co .(2011). Barnes Reports : Worldwide Home Health Care Services Industry (NAICS 62161). C. Barnes & Co, USA

Carr, P. (2002). Rules Of Home Care Nursing. *Home Health Care Nurse*, June,20(6), S.358

Ceylan, B. (2007). Şizofreni ve Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarına Evde Bakım Veren Aile Üyeleri ve Bakım Rolü Olmayan Bireylerde Suçluluk ve Utanç Düzeylerinin Karşılaştırılması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi.

Chou, k. (2000). Caregiver burden: a concept analysis, journal pediatric nursing, 15(6), s.398-407.

Cimete, G. (1998). Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi ve Evde Bakımda Hemşirelerin Yeri. I. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı, M.Ü. Döner Sermaye İşletmesi Teknik Eğitim Fakültesi Matbaa Birimi, İstanbul.

Cimete, G.(2002). Yaşam Sonu Bakım. Nobel Tıp Kitabevi: İstanbul.

Cimete, G. (2008). Evde Bakım Personeli Eğitim Standartları. 2. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı, İstanbul.

Centers for Medicare & Medicaid Services (2002). Medicare and Home Health Care, Department of Health&Human Services, Publication No. CMS-10969, Baltimore, USA.

Cingil, D.D. (2003). Aile İçi Bakım Vericileri Eğitimcinin Bağımlı Yaşlıların Evde Bakım Kalitesine Etkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi.

Clemen, S.S., Mcguire, L. ve Eigsti G.D. (1998). Comprehensive Community Health Nursing. Third Edition, Mosby Year Book, Saint Louise.

Commission For Social Care Inspection, (2006). Time To Care. Commission For Social Care Inspection

Council On Scientific Affairs: Home Care İn The 1990s. JAMA 263,s.1241-1244

Cooney, R. ve Di, J. (1999). Primary Family Caregivers of empiared Elderly in Shanghai, China, Research on Aging. Beverly Hills; Nov, s.739-761.

Craig, G.J. (1999). Human Development. New Jersey, Prentice Hall.

Cqc. (2010). Market Profile, Quality Of Provision And Commissioning Of Adult Social Care Services.18.06.2011,
http://www.cqc.org.uk/_db/_documents/adult_social_care_market_briefing.pdf

Çakır, Ö. (2004). Müşteri İlişkileri Yönetimi ve Evde Bakım Hizmetlerinde Uygulanmasına İlişkin Bir Organizasyon Modeli. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi.

Çalışkan, Z. (1999). Ulusal Sağlık Sisteminin Finansal Kaynakları Yönünden Türkiye’de Uygulanabilirliği. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi.

Çiftçi, E.S. (2006). Açık Kalp Ameliyatı Geçirmiş Bireylerin Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine Göre Evde Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi.Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi.

Çınar, N., Alvir, M., Kuşuoğlu Ş., S. ve Topsever P. (2008). Engelli Çocukların Annelerinin Öz Bakım Gücü Ve Öz Bakım Gücü İle İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi. II. Ulusal Evde Bakım Kongre Kitabı: İstanbul, s.169.

Dağlı, G. H. (2006). Türkiye’de Sağlık Sektörünün Yapısı. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi.

Danış, M. Z. (2006). Toplum Temelli Bakım Anlayışı. Özveri Dergisi, 3, 44–47.

Devlet Planlama Teşkilatı (2000). Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, DPT Yayınları: Ankara.

Dileköz, A.Y. (2003). Alzheimer Hastalarına Bakım Veren Yakınlarının Tükenmişlik ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Karşılaştırılması. Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi.

Doğan, S. Y. (2006). Dokuzuncu Kalkınma Planı Sağlık Sektörü Hedeflerinin Ankara’daki Hastane Yöneticilerince İrdelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi.

Dramalı, A., Demir, F. ve Yavuz, M. (1998).Evde Kronik Hastaya Bakım Veren HastaYakınlarının Karşılaştıkları Sorunlar. I.Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı, M.Ü. Döner Sermaye İşletmesi Teknik Eğitim Fakültesi Matbaa Birimi,İstanbul.

Dunkin, J.J. ve Cay, A.H. (1998). Dementia Caregiver Burden:A Review Of The Literatura And Guidelines For Assesment And İnterventions, Neurology,51(3),s.53-60.

Erdem, M. (2005). Yaşlıya Bakım Verme. Atatürk Üniversitesi HYO Dergisi,8, s.101–106.

Erdoğan, S. (2001). Evde Bakım Süreci. İ.Ü. Florance Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Evde Bakım Hemşireliği Eğitim Programı, İstanbul.

Ertem, Ü. T. (2007). Temel Hemşirelik Kavramlar, ilkeler, Uygulamalar. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık Ltd.Şti.

Eustis, N., Kane, R. ve Fischer, L.R. (1993). Home Care Quality And Home Care Worker: Beyond Quality Assurance As Usual. The Gerontologist,33(1), s.64-73.

Evde Bakım Derneği, (8-9 Nisan 2010). Ülkemiz İçin Evde Bakım Modeli Oluşturma Çalıştayı Sonuç Raporu. 11.06.2011, www.evdebakim.org.tr.

Farcnik,K. ve Persyko, M.S. (2002). Assesment Measures And Approaches To Easing Caregiver Burden İn Alzheimer Disease. Duds And Aging,19(3), s.203-215.

Feldman, F. H., Waliser, M. N., Gould, D. A. ve Levine, C. (2002). When the Caregiver Needs Care: The Plight Of Vulnerable Caregivers. American Journal Of Publich Health, s. 409-413.

Fişek, N. (1997). Sağlık Yönetiminde Modern Eğilimler, Prof. Dr. Nusret Fişek' in Kitaplaşmamış Yazıları Sağlık Yönetimi, Rahmi Dirican, Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyi Ankara s. 26.

Fişek, A.G. (2001). Sosyal Barışıklığın Tutkalı: Sağlık. Yeni Türkiye, 39, Mayıs-Haziran, 312-321.

Fuchs, V.R. (1993). The Future of Health Policy. London: Harvard University Press.

Güler, Ç. (1997). Toplum Sağlığı Sorunu Olarak Yaşlılık. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Grieco, A.J. (1991). Physician's Guide To Managing Home Care Of Older Patients. Geriatrics, 46(5), s.49-60.

Gopalan, N. Ve Brannon, L. (2006). Increasing Family Member's Appreciation of Family Caregiving Stres. The Journal of Psychology, 140(2), s.85-94.

Gökdoğan, F. Kır, E. Alpteker, H. Can, S. (2005). Bolu Valiliği Yaşlı Sağlığı Hizmetlerini Geliştirme Projesi Raporu, s. 72-73.

Günaydın, A. (2007). Aile Hekimlerinin 5510 Sayılı Genel Sağlık Sigortası Kanununu Değerlendirmeleri. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi.

Harris, M. D. (1994). Handbook of Home Health Care Administration, Gaithersburg: An Apsen Publication.

Hayran, O. ve Sur, H. (1997). Hastane Yöneticiliği. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi.

Hayran, O. ve Sur, H. (1997). Sağlık Hizmetleri El Kitabı. İstanbul: Yüce Yayın.

Hackl M, Holzner B, Gunther V, Saltuari L. Care of stroke patients by relatives social support and coping strategies. Dtsch Med 1997;122:669-75.

224 sayılı ve 05.01.1961 kabul tarihli "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun" , Resmi Gazete: 12.01.1961 tarih ve 10705 sayı.

Illich, I. (1995). Sağlıkın Gaspı. İstanbul: Ayrıntı Yayınları.

İnanç,N., Hatipoğlu,S., Yurt, V., Avcı, E., Akbayrak, N., Bekiroğlu, M. ve Öztürk, E. (1998). Hemşirelik Esasları, GATA Hemşirelik Yüksekokulu Yayınları, Yayın no:5, Ankara.

İnci F. H, (2006). Bakım Verme Yükü Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlanması, Geçerlilik ve Güvenilirliği. Yayınlanmamış Yüksek lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi.

Jacobzone, S. (2002).Ageing And Health Care Costs. International Politics And Society. Oxley Howard, s.1-11.

- JCOAH (1987). Home Care Service Standarts. Accreditation Manual for Hospital,
- JCOAH (1991). Home Care Service Standarts. Accreditation Manual for Hospital.
- Jayadevappa, R., Chhatre, S., Weiner, M. ve Raziano, D. (2006). Health Resourch Utilization And Medical Care Cost Of Acute Care Elderly Unit Patients. Value İn Health, 9(3).
- Kar, G. (2003). Evde Bakım Hizmeti Veren Hemşirelerin Hizmetlerde Yaşadıkları Güçler ve İş Doyumu Düzeyleri. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi.
- Karabağ, H. (2007). Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliğine İlişkin Hekimlerin Görüşleri ve Kardiyoloji Hastaları İçin Hastane Destekli Evde Bakım Hizmetleri Model Önerisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi.
- Karadağ, M. (2006). Türk Silahlı Kuvvetlerinde Görevli Hekim Öğretim Üyelerinin Evde Bakım Hizmetleri Konusundaki Görüşleri. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi.
- Karahan, A. ve Güven, S. (2002). Yaşlılıkta Evde Bakım. Türk Geriatri dergisi, 5(4), s.155–159.
- Kasuya, R.T., Polgar, B. ve Takeuchi, R. (2000). Caregiver burden and burnout. Postgrad Med, 108, s.119-123.
- Kavuncubaşı, Ş.(2000). Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara: Siyasal Kitapevi.
- Kayıhan, H. (2008). Engelliler İçin Evde Bakım Hizmetleri. Engelli Dostu Belediye Sempozyum Kitabı, Ankara.
- Kirk, R. ve Kranz, D. (1992). Developing Home Care Standarts. JONA, October,22, S.10
- Kitapçı, M. (1999). ISO, Akreditasyon, Toplam Kalite Yönetimi ve Beklentiler, Gazi Kalite Günleri II. Sempozyum Kitabı.
- Knight, S. ve Tjassing, H. (1994). Health Care Moves To The Home. World Health, 4, s. 413-444.
- Koç, G. (2005). Doğum Sonu Erken Dönemde Taburcu Edilen Anneler İçin Geliştirilen Evde Bakım Hizmet Modelinin Etkinliğinin İncelenmesi. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi.
- Krause, A. M.ve Haverkamp, B. E. (1996). Attachment in adult child-older parent relationship: Research, theory, and Practise. Journal of Counseling, 75,s.83-92.

Kural, F. (2001). Türkiye’de Müşteri İlişkilerinin Huzurevi İşletmeciliğine Etkisi ve Huzurevlerine Dair Örnekler. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi.

Küçükgüçlü, Ö. (2004) Bakım Verenlerin Yükü Envanterinin Türk Toplumunu İçin Geçerlilik ve Güvenirliğinin İncelenmesi. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ege Üniversitesi.

Küçükgüçlü, Ö. (2007b) Demanslı Hastaya Bakım Verenlerin Yükü, 9. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi Kitabı, S.337-340.

Larsen, L.S. (1998). Effectiveness Of Acounseling İntervention To Asist Family Caregivers Of Chronically İll Relatives. Journal Of Psychosocial Nursing, 36(8), s.26-32.

Leppa, C.J. (1995). Women as Health Care Providers, Catherine Ingram Woods ve Nancy Fugate Woods (Edit by), Women's Health Care, Sage Pub. London, s. 23-31.

Lidell, E. (2002). Family Support-A Burden To Patient And Caregiver. E J Cardiovascular Nurse, 1, s. 149-152.

Malloy, C. ve Heartshorn, J. (1989). Acute Care Nursing In The Home A Holistic Approach.

Mulatilo M., Taupau T., ve Ark. (2000). Teaching Families to be Caregivers for the Elderly. Nursing and Health Sciences, 2, 51-58.

National Profile of Family Caregivers in Canada, (2002). Final Report, s. 1-38.

Naylor, C.D. (1999). Health Care İn Canada: Incrementalism Under Fiscal Duress. Health Affairs, May/June, s.9-26.

Neves, E.P. ve Lopes, G.T. (2003). Home Care And Family Health Care Programs: A Reality İn The Brazilian Health Care System. Home Health Care Management Practice, 15(5).

Neves, E.P. Ve Mouro, M.Y.C. (2000). Nursing İn Brazil: Trajectory, Conquests And Challenges. Journal Of İssues İn Nursing, 5.

Odabaşı Y. ve Oyman M. (1998). Sağlık Hizmetleri Pazarlanması. Eskişehir; Anadolu Üniversitesi Yayınları; Yayın No:409.

Oğlak, S. (2007). Evde Bakım Hizmetleri ve Bakım Sigortası, (Ülke Örnekleriyle Türkiye). İskenderun :İskenderun Belediyesi Kültür Yayınları.

Oğlak, S. (2007). Uzun Süreli Evde Bakım Hizmetleri ve Bakım Sigortası. Turkish Journal of Geriatrics, 10(2), s.100-108.

Oğlak, S. (2011). Türkiye’de Yaşlı Bireylerin Bakım Gereksinimlerine Yönelik Yaşadığı Ortamda Sunulacak Bakım Modelleri <http://www.isguc.org/?p=article&id=468&vol=13&num=4&year=2011>

Onarcan, M. (2008). Yaşlı Bakımında Püf Noktalar.11.05.2010, <http://www.yaslilikrehberi.org.tr>

Onarcan, M.(2010). Türkiye’de Evde Bakım Hizmetleri Ve Ülke Modeli İçin Öneriler. (17.11.2010), <http://www.evdebakim.org>

Onda, M. (2004). Inquiry Into The İdeal Function Of The Pharmacy İn Home Care. Geriatrics And Gerontology International, 4, s. 132-140.

Önder, Ö.R. (2001). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Sorunlarına Bir Bakış ve Sağlık Yönetimi. Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı 2, Ankara, s. 1271- 1275.

Özkara, Y. (2006). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetinin Sağlık Ekonomisindeki Yeri ve Önemi: Bir Uygulama. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi.

Öztek, Z. (1996). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı, Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Sempozyumu. Ankara: Haberal Eğitim Vakfı Yayınları.

Öztek Z. (2004). Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Sağlık Ocağı Yönetimi, Ankara: Palme Yayıncılık.

Öztek, Z. ve Kubilay, G. (1997). Toplum Sağlığı Hemşireliği. Ankara: Somgür Yayıncılık

Öztürk, A. (1996). Sağlık Sektöründe Özelleştirme: Devlet Hastaneleri Açısından Bir Değerlendirme. MPM Verimlilik Dergisi, 3, 42-54.

Öztürk, S. (1992). Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesinin 1985 Ve 1990 Yılı İstatistikleri. Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi, Atatürk Üniversitesi.

Palank C.L. (1991). Determinants of Health–Promotive Behaviour: A Review of Currentresearch. Nursing Clinic North of America, 26(4), 815-832.

Pang FC, Chow TW, Cummings JL ve arkadaşları (2002) Effect of neuropsychiatric symptoms of Alzheimer’s disease on Chinese and American caregivers. Int J Geriatr Psychiatry.;17(1):29-34.

Pender N.J., Barkauskas V.H., Hayman L.,Rice V.H. ve Anderson E.T. (1992). Health Promotion and Disease Prevention: Toward Excellence in Nursing Practice and Education. Nursing Outlook, 40(3), 106-112.

Pierce, L. L., Steiner, V., Hicks, B. ve Holzaepfel, A. L. (2006). Problems of New Caregivers of Persons With Stroke. Rehabilitasyon Nursing, Jully-August, 31(4), s.166-173.

Potter, P. (1997). Fundamentals Of Nursing. Fourth Edition,Mosby Year Book Inc.

Pavalko, E. ve Woodbury, S .(2000). Social Roles as Process: Caregiving Careers and Women's Health. *Journal of Health and Social Behavior*,s. 91-105.(22.07.2011) <http://proquest.umi.Com/pqdweb>

Redfern, J., Mckevitt, C., Rudd, A.G. ve Wolfe C.(2002). Health Care Follow-Up After Stroke: Opportunities For Secondary Prevention. *Family Practice*,19:, s.378–382.

Rice,R. ve Smiley,D.V. (1996). Historical Perspectives “Home Health Nursing Practice”,Previous Edition Copyrighted,s.1-17.

Rinaldi P, Spazzafumo L, Mastroforti R, (2005) Study Group on Brain Aging of the Italian Society of Gerontology and Geriatrics. Predictors of high level of burden and distress in caregivers of demented patients: results of an Italian multicenter study. *Int J Geriatr Psychiatry*.;20(2):168–74.

Reolands M., Oost V.P., Depoorter A. ve Verloo H. (2005). Knowing The Diagnosis And Counselling The Relatives Of A Person With Dementia: Tte Perspective Of Home Nurses And Home Care Workers in Belgium. *Health And Social Care İn The Community*, 13(2),s.112-124.

Sağlık Bakanlığı (2001). Herkese Sağlık: Türkiye'nin Hedef ve Stratejileri. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayını.

Sağlık Bakanlığı (10.03.2005).Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik. 25751 Sayılı Resmi Gazete

Satman, İ.(2000). Diyabet, Yüksek Tansiyon ve Şişmanlık Haritası. *Diyabetle Yaşam*,12, s.56-59.

Sayan, S. (2001). Demografik Gelişmeler ve Türkiye Ekonomisi. *Doğu Batı*,17, s. 227 -245

Sayım, F. ve Çıraklı, Z. (2009). “Hastanelerdeki Sağlık Hizmetlerinde Yönetim Sistemlerinin Maliyet Fayda, Maliyet Etkililik Analizi Göstergelerinin İncelenmesi. 09.10.2011, <http://www.yalova.edu.tr/ylv2137.aspx>

Schulmerich, S.C. (1996). General Information. Editör: Schulmerich,S.,C., Timothy, J., RJordan, Jr., Davis, Home Health Care Administration, Delmar Publishers, New York. s. 12- 19.

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

Seçim, H. (1995). Hastane İşletmeciliği. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.

Selby, P. (1974). Health in 1980-1990: A Predictive Study Based On and International Inquiry, München: Thür AG Offsetdruck.

Spiegel,A.D. (1993). Doing Right For The Reason. NY State J Med.,93,s.190-193.

Serin, İ. (2004). Genel Sağlık Sigortası ve Türkiye’de Uygulanabilirliği. İstanbul: Kazancı Kitapevi.

Seyyar, A. (2005). Dünyada ve Türkiye’de Yaşlılığa Bağlı Bakım Sorununa Karşı Güvence Sistemleri, Öz veri Dergisi, 2 (1), s. 377-503.

Sheldon, P. (1994). High Technology İn Home Care. Nursing Clinics Of North America, 29, s.3.

Simpson, RK. ve Creehan, PA. (2001). Perinatal Nursing. 2nd Edition, Lippincott Company, Philadelphia.

Sivrikaya, S. K. (2000). Tüberkülozlu Hastaların Evde Bakım Gereksinimlerinin Saptanması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi.

Seyyar, A. (2004). Teorik ve Pratik Boyutuyla Sosyal Bakım. T.C. Başbakanlık Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü Yayın No:44,Ankara.

Seyyar, A. (2005). Dünyada ve Türkiye’de Yaşlılığa Bağlı Bakım Sorununa Karşı Güvence Sistemleri. Öz veri Dergisi, 2 (1), s. 377-503.

Shyu, Y.L., Lee,H. ve Chen,M. (1999). Development And Testing Of The Family Caregiving Consequences Inventory For Home Nursing Assesment İn Taiwan. Journal Of Advanced Nursing, 30(3), s.646-654.

Smith, G. T. (1994). Public Health in Europa,1. Health Planning and Organization of Medical Care, WHO,Copenhagen

Spratt, S.J., Hawley, L.R. ve Kolf, J. (1997). Home Health Care : A Physician’s Perspective, Editörs, Spratt, S.J., Hawley, L.R., Hoye, E.R., Home Health Care, Gr/ St. Luice Press, Florida, s. 1- 16.

Stanhope, M.(1996). Community Health İn Home Helath And Hospice Care. Ed: M.Stanhope And J.Lancester, St. Louis, Baltimore, Chicago, Newyork, Philedelphia, Portland, London, Madrid, Tokyo, Mosby Year Book.

Subaşı, N. (2001). Ankara İli Çankaya İlçesinde Evde Bakım Durumu Araştırması. Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi.

Subaşı, N. ve Öztekin, Z. (2006). Türkiye’de Karşılanamayan Bir Gereksinim: Evde Bakım Hizmeti. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 5(1),s. 19-31.

Sur, H., Gürses, H. ve Aysel, F. (2001). Hastanelerde Poliklinik Yüküne Alternatif; Sağlık Ocakları, Gelibolu Devlet Hastanesi ve Sağlık Ocakları Örneği. 4. Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, İstanbul:Marmara Üniversitesi Yayınları.

Şener, O. (2005). Türkiye’de 1980 Sonrası Sağlık Politikaları. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Todaie, Ankara.

Tanlı, S.(1996).Evde Bakım Hizmetlerinin Firmalaştırılması: Bir İşletme Planı Önerisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi.

Tanlı, S.(1998). ABD’de Evde Bakım Hizmetleri. I. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı, M.Ü. Döner Sermaye İşletmesi Teknik Eğitim Fakültesi Matbaa Birimi, İstanbul.

Tatarlı, N. (2007). Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatminini Etkileyen Unsurlar Ve Sağlık Sektöründe Bir Uygulama. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi.

Tekin, F. (1987). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı. Anadolu Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi, 5(1), s.263.

Tel H1, Tel H2, Sabancıoğulları, S. (2006). Evde ve Kurumda Yasayan 60 Yaş ve Üzeri Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerini Sürdürme ve Yalnızlık Yaşama Durumları, Türk Geriatri Dergisi, Cilt: 9(1), sf: 34-45.

Temizer, H. (2009). İnmeli Hastalara Evde Bakan Aile Üyelerine Verilen Hemşirelik Girişimlerinin Bilgi Düzeylerine ve Bakım Yükünü Algılamalarına Etkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi.

The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. Soc Sci Med. 1998;46:1569–1585. doi: 10.1016/S0277- 9536(98)00009- 4.

The WHOQOL Group: WHOQOL User Manual, and annexes (WHO/MSA/MHP/98.3). World Health Organization; 1998.

Türkiye İşveren Sendikaları Konfederasyonu (Kasım 2000). Avrupa Birliği’ne Üyelik Sürecinde AB Ülkeleri ve Diğer Aday Ülkeler Karşısında Türkiye’nin Durumu. TİSK Yayınları Yayın No:202 .

Türkiye İstatistik Kurumu (2004). Türkiye İstatistik Yıllığı. (12.03.2010), http://www.investinkonya.org.tr/pdf/yillik_2004.pdf

Thome, B., Dykes, A.K. ve Hallberg, R.I. (2003). Home Care With Regard To Definition, Care Recipients, Content And Outcome: Systematic Literature Review. Journal Of Clinical Nursing, 12, s. 860-872.

Todd, J. ve Edmonds, P. (2000). Caring For Patients Wanting Home Death. The Practitioner,244, s.580-586.

Tokalaş, S. (2006). Kamu Sağlık Hizmetlerinin Satın Alınması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi.

Top Üstüner F. (2008). Tekerlekli Sandalyeye Bağımlı Bireylerin Yaşam Döngüleri İçinde Karşılaştıkları Sorunların İncelenmesi. 2. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı: İstanbul.

Toseland, R.W. Smith, G. ve McCallion, P. (2001). Family Caregivers of The Frail Elderly. Handbook of Social Work Practice with Vulnerable and Resilient Populations. (Gitterman A. Editor) Columbia University Press.

Turvey, C.L., Willyard, D., Hickman, D.H., Klein, D.M. ve Kukoyi, O.(2007). Telehealth screen for depression in a chronic illness care management programme. Telemed J E Health, 13, s.51–56.

T.C.Anayasa, Madde 56. (20 Kasım 2010) <http://www.tbmm.gov.tr/Anayasa.htm>

TC. Resmi gazete (10.03.2005). Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumu Yönetmeliği. Sayı: 25751, Başbakanlık Basımevi, Ankara.

Uğur, Ö. (2006). Onkoloji Hastasına Evde Bakım Verenlerin Bakım Yükünün Belirlenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi.

Varlık, M. (2008). Evde Bakım Hizmetlerinin Sağlık ve Sosyal Sistemimize Entegrasyonu için Stratejiler. 2. Ulusal Evde Bakım Kongre Kitabı, İstanbul.

Velioglu, P. (1998). Sağlık Kurumları Yönetimi. Eskişehir : Anadolu Üniversitesi Yayınları.

Walker, A. (1991). Home Care In Europe: Current Trends And Future Prospects. European Association Of Organizations For Home Care And Help At Home.

WHO,(1948).OfficialRecord.10.09.2011,
http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/constitution.pdf.

WHO, (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. 10.09.2011
Available:http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf

WHO,(1981). Global Strategy for Health for All By The Year 2000. Geneva, s.19-29.

WHO (2000a). Home Based Long-Term Care, Technical Report Series 898, s. 1-37.

WHO, (2000b). Long Term Care Laws in Five Developed Countries A Review.

WHO, (2001). Macroeconomic and Health, Investing in Health For Economic Development Report Of The Comission Macroeconomic And Health. 10.10.2011,
<http://whqlibdoc.who.int/publications/2001/924154550x.pdf>

The World Bank Data, 08.06.2011, <http://data.worldbank.org>
World Health Organization, 08.06.2011, <http://www.who.int/countries/en/>

Witter, S. (2002), "Briefing Paper for Oxfam GB, Health Financing in Developing and Transitional Countries " *Centre For Health Economics* University of York, January, s. 4.

Xan edu research engine, 2001. Selling good health vol 37 , issue 7 jul 2001 p. 10-12

Yaşar, E. K. (2009). Yaşlıya Evde Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Yükü Ve Etkileyen Faktörler. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi.

Yeğınboy E. Y. (1993). Ulusal Düzeyde Sağlık işletmelerinin Değerlendirilmesi. İzmir: Sağlık Hizmetleri Ve İşletmeleri Serisi 1, Doğruluk Matbaacılık San. Ve Tic. Ltd. Şti.

Yıldırım, S. (1994). Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi. Ankara: DPT Yayınları.

Yılmaz, M.Ç. (2001). Miyokard Enfarktüsü Tanısı Konan Hastaların Taburculuk Planlaması ve Evde Bakım Gereksinimleri Yönünden İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi.

Yüksel, F., Sadaklıoğlu, H. (2007). "Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Yerel Yönetimler", Uluslararası Sağlık ve Hastane Yönetimi Kongresi, 01-03 Haziran 2007 Yakın Doğu Üniversitesi Lefkoşa Kıbrıs.

EK-1

Sayın katılımcı,

“Evde bakım hizmetlerine olan ihtiyacın belirlenmesi konusunda bir araştırma” isimli bu çalışma, hasta ve hastaya bakım verenlerin gereksinimlerinin tespit edilerek, sizlerin yaşam kalitenizi arttırmak ve evde bakım hizmetleri alanındaki bilimsel literatüre katkıda bulunması amacıyla hazırlanmıştır.

Araştırmanın amacına ulaşması açısından ankete vereceğiniz cevaplardaki samimiyet büyük önem taşımaktadır. Çalışmaya gönüllü katılımınızdan ve yapacağınız katkılardan dolayı teşekkür ederim.

PINAR TAŞDELEN

HASTA TANITIM FORMU

anket no:

1.Cinsiyetiniz

- 1) Kadın
- 2) Erkek

2. Kaç yaşındasınız?.....

3. Medeni durumunuz nedir?

- 1) Evli
- 2) Bekar

4. Eğitim durumunuz nedir?

- 1) Okur-yazar
- 2) İlkokul
- 3) Ortaokul
- 4) Lise
- 5) Yüksek öğrenim
- 6) Okur-yazar değil

5. Mesleğiniz nedir?

- 1) Ev hanımı
- 2) İşçi
- 3) Memur
- 4) Serbest meslek
- 5) Diğer

6. Sosyal Güvenceniz var mı?

- 1) SGK
- 2) Yeşil Kart
- 3) Özel sigorta
- 4) Yok

7. Yaşadığınız evin tipi nedir?

- 1) Müstakil
- 2) Apartman
- 3) Diğer

8. Aylık geliriniz ne kadardır?

- 1) 500 ve altı
- 2) 501-1000
- 3) 1001-1500
- 4) 1501-2000
- 5) 2001 ve üstü
- 6) Yok

9. Maddi destek kaynaklarınız kimlerdir?

- 1) Kaymakamlık, belediye gibi kamu kuruluşları
- 2) Sivil toplum kuruluşları(dernekler/vakıflar)
- 3) Yakınlarım
- 4) Hiç kimse
- 5) Diğer

10. Beraber yaşadığınız kişiler kimdir?

- Eş ile
- Çocuklar ile
- Ailem ile (Anne,baba,kardeş)
- Bakıcım ile
- Yalnız
- Diğer

11. Evde kişisel bakımınızı kimler karşılıyor?

- Kendim
- Ailem
- Bakıcım
- Yakınlarım
- Diğer

12. Yaşadığınız kişiler sizin ihtiyaçlarınızı tam olarak karşılıya biliyorlar mı ?

- 1) Evet
- 2) Hayır

13. Kronik bir hastalığınız var mı?

- Diyabet
- Hipertansiyon
- ABY\KBY
- KOAH
- Kalp yetmezliği
- Yok
- Diğer

14. Sürekli kullandığınız ilaç var mı?

- 1) Var
- 2) Yok

15. Genel olarak yaşadığınız sorunları işaretleyiniz.(Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

- Hijyenik bakıma ilişkin sorunlar
- Hastalığa ilişkin bilgi gereksinimi
- Psiko-sosyal sorunlar
- Uyku problemi
- Sözel iletişim kuramama
- Egzersize ilişkin sorunlar
- Ağrı
- Enfeksiyon
- Yatak yarası
- Çevre ile ilgili sorunlar
- Diğer

EK-2 HASTALARIN GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ SKALASI

Günlük yaşam aktiviteleri	Tam bağımlı 1 puan	Yarı bağımlı 2 puan	Bağımsız 3 puan
Solunum			
Beslenme			
Boşaltım			
Hareket etme			
Öz bakımını yapma			
Banyo yapma			
Giyinme			
Telefon kullanma			
Alış-veriş yapma			
Ev işlerini yapma			
Kendi ilacını alma			
Toplam puan			

0-11 puan :Tam bağımlı

12-22 puan: Yarı bağımlı

23-33 puan: Bağımsız

EK-3BAKIM VERENİ TANITIM FORMU

Anket no:

1. Cinsiyetiniz

- 1) Kadın
- 2) Erkek

2. Kaç yaşındasınız?.....

3. Medeni durumunuz nedir?

- 1) Evli
- 2) Bekar

4. Eğitim durumunuz nedir?

- 1) Okur-yazar
- 2) İlkokul
- 3) Ortaokul
- 4) Lise
- 5) Yüksek öğrenim
- 6) Okur-yazar değil

5. Mesleğiniz nedir?

- 1) Ev hanımı
- 2) İşçi
- 3) Memur
- 4) Serbest meslek
- 5) Diğer

6. Sosyal Güvenceniz var mı?

- 1) SGK
- 2) Yeşil Kart
- 3) Özel sigorta
- 4) Yok

7. Aylık geliriniz ne kadardır?

- 1) 500 ve altı
- 2) 501-1000
- 3) 1001-1500
- 4) 1501-2000
- 5) 2000 ve üstü
- 6) Yok

8. Kronik bir hastalığınız var mı?

- Diyabet
 Hipertansiyon
 ABY\KBY
 KOAH
 Kalp yetmezliği
 Yok
 Diğer

9. Hasta ile yakınlık dereceniz nedir?

- 1) Annesi
- 2) Babası
- 3) Eşi
- 4) Çocuğu
- 5) Akrabası
- 6) Diğer

10. Hastaya ne kadar süredir bakıyorsunuz?

- 1) 6 ay ve altı
- 2) 7-12 ay
- 3) 13-24 ay
- 4) 25-37 ay
- 5) 38 ay ve üzeri

11. Hastaya bakma nedeniniz nedir?

- 1) Ailevi sorumluk
- 2) Sevdiğim için/aile bağı olduğu için
- 3) Bakacak başka kimse olmadığı için
- 4) Evde Bakım hizmetleri olmadığı için
- 5) Ekonomik katkısı olduğu için
- 6) Diğer

12. Hastanıza günde kaç saat bakım veriyorsunuz?

- 1) 1- 6 saat
- 2) 7-12 saat
- 3) 13-18 saat
- 4) 19-24 saat

13. Hasta bakımını konusunda deneyiminiz var mı?

- 1) Evet
- 2) Hayır

14. Hasta bakımı konusunda eğitime ihtiyacınız var mı?

- 1) Evet
- 2) Hayır

15. Evde bakıma gereksinimi olan başka birey var mı?

- 1) Evet
- 2) Hayır

EK-4**BAKIM VERENLERİN YÜKÜ ENVANTERİ**

<p>Aşağıda insanların bakım verirken hissettiklerini yansıtan ifadeler vardır. Bu ifadelerin doğru ya da yanlış cevabı yoktur. Lütfen her sorunun önüne sizin durumunuzu tanımlayan puanı yazınız.</p> <p>0 PUAN: Hiç tanımlamıyor. 1 PUAN: Az tanımlıyor. 2 PUAN: Orta derecede tanımlıyor. 3 PUAN: Oldukça tanımlıyor. 4 PUAN: Çok tanımlıyor.</p>	
1. Bakım verdiğim kişi günlük işlerinin çoğunu (telefon etme, alış-veriş yapma, yemek hazırlama, ulaşım araçlarına binme vb.) yapabilmek için benim yardımına ihtiyaç duyuyor.	
2. Bakım verdiğim kişi bana bağımlı.	
3. Bakım verdiğim kişiyi sürekli izlemek zorundayım.	
4. Bakım verdiğim kişi birçok temel fonksiyonunu (beslenme, banyo yapma, giyinme vb.) yapabilmek için benim yardımına ihtiyaç duyuyor.	
5. Bakım verme işinden dolayı bir dakika bile boş vaktim yok.	
	puan
6. Yaşamda bazı şeyleri kaçırdığımı hissediyorum.	
7. Bu durumdan kaçıp kurtulmayı isterdim.	
8. Sosyal yaşamım olumsuz etkilendi.	
9. Bakım verdiğim kişiye bakmaktan dolayı kendimi tükenmiş hissediyorum.	
10. Hayatımın bu noktasında bazı şeylerin farklı olacağını ummuştum.	
	puan
11. Yeterli uyku uyuyamıyorum.	
12. Sağlığım olumsuz etkilendi.	
13. Bakım verme beni fiziksel olarak hasta etti.	
14. Fiziksel olarak yorgunum.	
	puan
15. Ailenin diğer üyeleri ile eskisi gibi geçinemiyorum.	
16. Verdiğim bakım ailenin diğer üyeleri tarafından takdir edilmiyor.	
17. Bakım verme işinden dolayı evliliğimde problemler yaşıyorum.	
18. Mesleğimi eskisi gibi yapamıyorum.	
19. Bakım verme işinde yardım edebileceği halde etmeyen diğer yakınlarıma kızgınım.	
	puan
20. Bakım verdiğim kişinin davranışlarından dolayı zor durumda kalıyorum.	
21. Bakım verdiğim kişiden utanıyorum.	
22. Bakım verdiğim kişiye kızıyorum.	
23. Yanımda arkadaşlarım olduğunda bakım verdiğim kişiden rahatsız oluyorum.	
24. Bakım verdiğim kişiyle etkileşime girdiğimde öfke hissediyorum.	
	puan
	TOPLAM PUAN

THE CAREGIVER BURDEN INVENTORY

Now we'd like to know how you see your experience as a caregiver and what your feelings are about giving care.

Think of your experiences as a family caregiver. How well does each of the following statements describe your experience in care for your carereceiver in the past month?

0	1	2	3	4
Not at all descriptive	Slightly	Moderately descriptive	Quite	Very Descriptive

1. My carereceiver needs my help to perform many daily tasks.
2. My carereceiver is dependent on me.
3. I have to watch my carereceiver constantly
4. I have to help my carereceiver with many basic functions.
5. I don't have a minute's break from my caregiving chores.

[FACTOR 1 BURDEN SCORE (TOTAL OF ALL FACTOR 1 ITEM SCORES.)]

6. I feel that I am missing out on life.
7. I wish I could escape from this situation.
8. My social life has suffered.
9. I feel emotionally drained due to caring for my carereceiver.
10. I expected that thing would be different at this point in my life

[FACTOR 2 BURDEN SCORE (TOTAL OF ALL FACTOR 2 ITEM SCORES.)]

11. I'm not getting enough sleep.
12. My health has suffered.
13. Caregiving has made me physically sick.
14. I'm physically tired.

[FACTOR 3 BURDEN SCORE (TOTAL OF ALL FACTOR 3 ITEM SCORES.)]

15. I don't get along with other family members as well as I used to
16. My caregiving efforts aren't appreciated by other in my family
17. I've had problem with my marriage
18. I don't do as good a job at work as I used to
19. I feel resentful of other relatives who could but do not help.

[FACTOR 4 BURDEN SCORE (TOTAL OF ALL FACTOR 3 ITEM SCORES.)]

20. I feel embarrassed over my carereceiver's behavior.
21. I feel ashamed of my carereceiver.
22. I resent my carereceiver
23. I feel uncomfortable when I have friends over.
24. I feel angry about my interactions with my carereceiver.

[FACTOR 5 BURDEN SCORE (TOTAL OF ALL FACTOR 5 ITEM SCORES.)]

[TOTAL BURDEN SCORE (SUM OF ALL INDIVIDUAL ITEMS.)]

EK-5 HASTALARIN YAŞADIĞI SORUNLARI DEĞERLENDİRME REHBERİ

Hijyenik bakıma ilişkin sorunlar: Hijyenik bakımda isteksizlik, yardım gereksinimi, bilgi yetersizliği
Hastalığa ilişkin bilgi gereksinimi: Hastalığın tanısı, tedavisi, ilaç, tetkik ve tıbbi terimler hakkında bilgi gereksinimi
Psiko-sosyal sorunlar: Üzüntü, öfke, çaresizlik, sürekli ağlama, endişe, utanma, içe kapanma, rol kaybı, öz güvende azalma, ölüm korkusu, kendine yetememe, depresif görüntü, sosyal izolasyon, yatakta olma isteği
Uyku problemi: Uykusuzluk, aşırı uyuma isteği, kaliteli uyuyamama
Sözel iletişim kuramama : Konuşmak istememe, konuşma güçlüğü, kendini ifade edememe
Egzersize ilişkin sorunlar: Etkin egzersiz yapamama, egzersiz yapmak istememe, fizyoterapist ihtiyacının karşılanamaması, hareket kısıtlılığına bağlı kontraktür, deformite ve atrofi
Ağrı: Sürekli ağrı hissi, genel vücut ağrısı, bölgesel ağrı
Enfeksiyon: Akciğer ,ağız,perine,damar,ayak,insizyon,göz,cilt enfeksiyonu,gözlerde çapaklanma,koltuk altı enfeksiyonu
Yatak yarası: Yaraların oluşması, pansuman yapılamaması,yara bakımında bilgisizlik
Çevre ile ilgili sorunlar: Çevre (kaldırım geçişleri vb.) düzenlemelerinin olmaması, kamuya açık binalara girememe(merdiven, dar kapı vb.),toplu taşıma araçlarına binememe, toplumun yardımcı olmaması, özürle ilgili araçların alınamaması,şehir mimarisinin uygun olmaması
Diğer: İlaç veya tıbbi malzemenin temin edilememesi, ulaşımın sağlanamaması, ekonomik yetersizlik, sosyal aktivitelere katılamama, sağlık personeli ihtiyacı ve tıbbi atıkların kontrol edilememesi

EK- 6 GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ DEĞERLENDİRME REHBERİ

SOLUNUM:	Yaşamı devam ettirebilmek için fiziksel olarak soluk alıp verme.
Bağımsız :	Kendi kendine gerçekleştiriyor.
Yarı bağımlı:	Nadiren solunum desteğine ihtiyacı oluyor.
Bağımlı :	Tamamen solunum destek ünitesine bağlı.

BESLENME:	Her öğünde gerektiği kadar besini alabilmesi. Yemek için gerekli olan araçları kullanabilmesi.
Bağımsız :	Yardım almaksızın beslenmesini gerçekleştiriyor.
Yarı bağımlı:	Beslenebilmek için başkasının yardımına ihtiyaç duyuyor.
Bağımlı :	Ağızdan yemek yiyemiyor, beslenme tüpüyle beslenebiliyor.

BOŞALTIM:	Tuvalete gitmeyi başarabilmesi, mesane ve bağırsak boşalmasını kontrol edebilme fonksiyonu.
Bağımsız :	Kendi kendine tuvalete gidebilir, idrar ve dışkı kontrolü vardır.
Yarı bağımlı:	Yardımla tuvalete gider, Nadiren idrar ve dışkıyı kaçırabilir, sürgü veya ördek kullanır.
Bağımlı :	Mesane ve bağırsak kontrolü tamamen yoktur, katater kullanır.

HAREKET ETME:	Oturup kalkma, yürüme, yatıp kalkma, merdiven inip çıkma vb. aktiviteleri kendisinin yapabilmesi.
Bağımsız :	Kendisi hareket edebilir, yardıma ihtiyacı yoktur.
Yarı bağımlı:	Kısmen yardıma ihtiyacı vardır, taşınma araçları kullanabilir.
Bağımlı :	Hareket kısıtlılığı tamdır, başkaları taşır.

ÖZ BAKIMINI YAPMA:	Saç tarama, diş fırçalama ,tırnak kesme vb. aktiviteleri kendisinin yapabilmesi
Bağımsız :	Kendi kendine bakımını yapabilir.
Yarı bağımlı:	Kısmen başkasının yardımına ihtiyacı vardır.
Bağımlı :	Bakımını başkaları yapar.

BANYO YAPMA:	Duş alma,küvette yıkanma.
Bağımsız :	Kendi kendine yardım almaksızın yıkanabilir.
Yarı bağımlı:	Vücudunun bir kısmı yıkanırken (sırt,bacak vb.)yardım alıyor.
Bağımlı :	Kendi kendine yıkanamıyor,başkasının yardımına gereksinimi vardır.



GİYİNME :	Dolaptan ya da çekmecedan kıyafetleri alınması ve uygun bir şekilde giyilmesi.
Bağımsız :	Kendi kendine giyinip,soyunabilir.
Yarı bağımlı:	Kısmen başkasının yardımına ihtiyacı vardır.
Bağımlı :	Tamamen yardıma gereksinimi vardır.

TELEFON KULLANMA:	Telefon tuşlarına basmak,telefon açmak,iletişim kurabilme fonksiyonu.
Bağımsız :	Kendi kendine telefon açabilir,konuşabilir.
Yarı bağımlı:	Kısmen başkasının yardımına ihtiyacı vardır.
Bağımlı :	Telefon kullanma fonksiyonu gerçekleştiremez.

ALIŞ VERİŞ YAPMA:	Mağazaya gitme,parayı kullanabilme,ihtiyaçlarını karşılama, aldıklarını taşıyabilme.
Bağımsız :	Gerektiğinde aktiviteyi yapabilir.
Yarı bağımlı:	Aktiviteyi başkası ile yapar.
Bağımlı :	Aktiviteyi yapamaz.

EVİŐLERİNİ YAPMA:	Çamaşır yıkama ,temizlik yapma, yemek yapma vb.
Bağımsız :	Ev işlerini kendi kendine idare edebilir.
Yarı bağımlı:	Kısmen başkasının yardımına ihtiyacı vardır.
Bağımlı :	Ev işlerinin hiç birini yapamaz.

KENDİ İLACINI ALMA:	Doğru zamanda ,uygun ilacı alma,ilaçlarını tanıma.
Bağımsız :	Kendi kendine tedavisini yapabilir.
Yarı bağımlı:	Tedavisini kısmen başkası uygular.

	T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI İstanbul Beykoz Devlet Hastanesi Baştabipliği	
---	--	---

Sayı : B.10.4.İSM.4.34.35.05.605.99/
Konu : Araştırma İzni Hk.(Pınar TAŞDELEN)

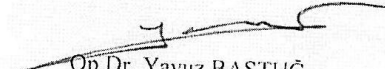
T.C. Sağlık Bakanlığı
Beykoz Devlet Hastanesi
Sıden Evrak
09-41-29
18388
Kayıt Tarihi 26.12.2011 PERSONEL

İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

İlgi:19.12.2011 tarih, 352595 sayılı yazınız;

Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans öğrencisi Pınar TAŞDELEN' in "Evde Bakım Hizmetlerine olan ihtiyacın belirlenmesi konusunda bir araştırma" konulu araştırmasını hastanemizde yapması Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim


Op.Dr. Yavuz BAŞTUĞ
Baştabip

23.12.2011 Düzenleyen : B.DEMIRKTRAN
23.12.2011 Şef ve Görev Yet. : E.EKİCİ
23.12.2011 Hast.Md. Yrd. : M.CAN
23.12.2011 Hast.Md. : N.TERLEMEZ

Posta : Sahip Molla Caddesi Kısayol Sokak No:1 Paşabahçe/ Beykoz/ İSTANBUL
Tel : (216) 322 22 10
Fax : (216) 413 79 58
Web : www.beykozdh.gov.tr
e-mail : istanbuldhs4@saglik.gov.tr

RE: BAKIM VERENLERİN YÜKÜ ENVANTERİ ÖLÇEĞİ HAKKINDA İZİN

Konu: Özlem KÜÇÜKGÜÇLÜ (ozlem.kguclu@deu.edu.tr)

Tarih: 20 Aralık 2011 Salı 14:57:21

Konu: 'pınar taşdelen' (spring.pinar@hotmail.com)

1 ek

Sayın Pınar Taşdelen.

Türkiye'de geçerlik güvenirliğini çalışmış olduğum "Bakımverenlerin Yükü Envanteri" ni araştırmanızda kullanabilirsiniz. Çalışmalarınızda kolaylıklar diliyorum. Ölçek ile ilgili daha ayrıntılı bilgiyi ekte bulabilirsiniz. Bir sorunuz olduğunda da çekinmeden sorabilirsiniz.

Yrd. Doç. Dr. Özlem Küçükğüçlü

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

From: pınar taşdelen [mailto:spring.pinar@hotmail.com]

Sent: Tuesday, December 20, 2011 2:47 PM

To: ozlem.kguclu@deu.edu.tr

Subject: FW: BAKIM VERENLERİN YÜKÜ ENVANTERİ ÖLÇEĞİ HAKKINDA İZİN

Sayın Yard.Doç.Dr. Özlem KÜÇÜKGÜÇLÜ ,
Beykent üniversitesi sosyal bilimler enstitüsünde "Evde bakım hizmetlerine olan ihtiyacın belirlenmesi konusunda bir araştırma" adlı tez hazırlıyorum.Eğer müsade ederseniz türkçe uyarlamasını yaptığınız bakım verenlerin yükü envanteri ölçeğini araştırmamda kullanmak istiyorum. Bu konuda bana yardımcı olup izin hakkında mail atarsanız çok sevinirim.Saygılarımla

PINAR TAŞDELEN

ÖZGEÇMİŞ

1980 Aydın doğumlu olan araştırmacı, ilk ve orta öğrenimini Aydın'da tamamladı. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu'ndan 2004 yılında mezun oldu. Mezuniyet sonrası, 2004-2007 tarihleri arasında Amerikan Hastanesi'nde servis hemşiresi ve doğum öncesi programında eğitim hemşiresi olarak çalıştı. 2007 Temmuz ayında Paşabahçe Devlet Hastanesi'ne atandı. Halen evde sağlık hizmetleri biriminde görevini sürdürmektedir. Evli ve bir çocukludur.

Pınar TAŞDELEN