

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

**EVDE BAKIM HİZMETİ SUNULAN HASTALARDA
STRESİN ÖLÇÜLMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:

Songül KARABULUT

İstanbul, 2015

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

**EVDE BAKIM HİZMETİ SUNULAN HASTALARDA
STRESİN ÖLÇÜLMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan
Songül KARABULUT

Öğrenci No
140746045

Danışman
Doç. Dr. Hakan KİTAPÇI

İstanbul, 2015

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “**Evde Bakım Hizmeti Sunulan Hastalarda Stresin Ölçülmesi**” başlıklı bu çalışmanın bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım 06.11.2015

Songül KARABULUT



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

10/11/15....

Enstitümüz *İşletme Yönetimi* Anabilim dalı *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi* Programı yüksek lisans öğrencilerinden **140746045** numaralı **Songül KARABULUT'un** "*Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim - Öğretim Yönetmeliği*"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "*Evde Bakım Hizmeti Sunulan Hastalarda Stresin Ölçülmesi*" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 27.10.2015 tarih ve 2015/42 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 *oyçokluğu/oybirliği* ile *Kabul/Red veya Düzeltme* kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 4 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.


DANIŞMAN
Doç. Dr. Hakan KİTAPÇI
(Gebze Teknik Üniversitesi)


Yrd. Doç. Dr. Erkut ALTINDAĞ
(Beykent Üniversitesi)


ÜYE
Prof. Dr. Ramazan KAYNAK
(Gebze Teknik Üniversitesi)

Adı Soyadı : Songül KARABULUT
Danışmanı : Doç. Dr. Hakan KİTAPÇI
Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans, 2015
Alanı : Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi
Anahtar Kelimeler : Evde Bakım, Yaşlılarda Stres, Geriatri, Yaşlı Bireyler

ÖZ

EVDE BAKIM HİZMETİ SUNULAN HASTALARDA STRESİN ÖLÇÜLMESİ

Bir toplumun yaşlıları, özürlüleri, çocukları o toplumun en yardıma ve desteğe muhtaç olanıdır. Son yıllarda dünyada nüfus demografileri de hızla yaşlı ve bağımlı bireyler yönüne kaymaktadır.

Bu çalışmayla evde bakım ve sağlık hizmet alan 60 yaş ve üstü bakıma muhtaç olan bireylerin stres ve depresyon düzeyleri incelenerek sağlık hizmeti sunumundaki eksiklikler ve yapılması gerekenler için öneride bulunulmuştur.

Katılımcılara sekiz maddelik demografik sorular ve stres skalası uygulanmıştır. Bulgularda cinsiyet durumuna göre incelendiğinde kadın katılımcıların daha fazla olduğu gözlenmektedir. Araştırma grubunu oluşturan katılımcıların yaş grupları verilmiştir. Buna göre; katılımcıların 148 (%29, 8)'i 60-74 yaş grubu arasında, 188 (% 37, 9)'i 75-84 yaş grubunda, 160 (%32, 3)'ü 85 yaş ve üzeri olduğu görülmüştür. 75-84 yaş arası bireylerin sayısı daha fazladır. Bu da evde bakım hizmeti alan yaşlılar arasında en çok hizmet alan kişi grubudur. Uyku zorluğu çekme durumuna göre, %52. 4'ü uyku zorluğu çekmektedir. Katılımcıların çocuklarıyla beraber yaşama durumuna göre büyük bir çoğunluğun hâlen çocuklarıyla beraber yaşadığını ortaya koymaktadır. Sağlık profesyoneli dışındaki görüşme durumuna göre çoğunluğun diğer kişilerle de görüştüğü gözlemlenmiştir. Ağrı çekme ve depresyon düzeyleri ise çoğunluktadır.

Name and Surname : Songül KARABULUT
Supervisor : Assoc. Hakan KİTAPÇI
Degree and Date : Master, 2015
Major : Administration of Hospitals and Health Institutions
Key Words : Home Health Care, Elderly Stress, Geriatrics, Elderly Subjects

ABSTRACT

MEASUREMENT THE STRESS OF HOME CARE SERVICE OFFERED PATIENTS

Eldery people, with disabilities and children are the individuals in a society who have the highest need for assistance and hepl. Demographic studies in the recent years have mostly targeted the eldery and dependent population.

The study intended to determine the deficiencies present in the health service by measuring the stres and depression level of individuals over the age of 60, who are obtaining a care service, and to determine the points that need improvement in the care service system

When analyzed according to gender of the participants observed that more women participants. Research groups constituting the age group of participants were given. According to this; 148 participants (29. 8%) were among the 60-74 age group, 188 (37. 9%) were in the 75-84 age group, 160 (32. 3%) of them were found to be 85 years and older. The number of individuals aged 75 to 84 years more. This is the most services in the field of home care services among the elderly person group. According to the case difficulty sleeping, difficulty sleeping attracts 52. 4%. Participants suggest that living with children who still live according to a majority situation with their children. According to interviews with the majority of other people health status it has also been observed that outside professional opinion. Experience pain and depression are the majority.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

ÖZ

ABSTRACT

TABLolar LİSTESİ v

KISALTMALAR..... vi

1. GİRİŞ 1

2. SAĞLIK KAVRAMI ÜZERİNE TANIMLAR 3

2.1. Sağlık Sisteminin Tanımı 4

2.1.1 Türkiye’de Sağlık Sistemi..... 5

2.1.2. Sağlık Sisteminin Diğer Sistemler İle İlişkisi 6

2.2. Sağlık Hizmetleri 7

2.2.1. Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenme Biçimleri 9

2.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması 10

2.2.2.1. Sağlık Hizmetleri Sınıflandırılmasında Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri..... 11

2.2.2.2. Koruyucu Sağlık Hizmetleri 12

2.2.2.3. Rehabilite ve Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri 12

2.2.3. Evde Bakım ve Evde Sağlık Hizmetleri 13

2.2.3.1. Evde Bakım Hizmetlerinin Tanımı 13

2.2.3.2. Evde Bakım Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi 14

2.2.3.2.1. Türkiye, Avrupa ve Diğer Gelişmiş Ülkelerde Evde Bakım ve Tarihsel Gelişimi..... 15

2.2.3.2.2. Hastane Destekli Evde Bakımın Tarihçesi..... 17

2.2.3.3. Türkiye’de Evde Bakım Hizmetinin Gelişimi 19

2.2.3.4. Evde Bakım ve Evde Sağlığın olumlu Yönleri..... 19

2.2.3.5. Evde Bakım ve Evde Sağlığın Olumsuz Yönleri ve Sakıncaları..... 21

2.2.3.6. Türkiye’de Evde Bakım Hizmetlerin Sınıflandırılması 22

2.2.3.7. Türkiye’de Evde Bakım Hizmeti Sunumunda Yönergeler ve Uygulamalar 23

2.2.3.8. Türkiye’de Evde Bakım İhtiyacı ve Demografileri 25

3. TÜRKİYE’DE VE DÜNYADAKİ NÜFUS YAŞLANMASI VE SAĞLIK HİZMETLERİ SUNUMUNA ETKİLERİ.....	26
3.1. Yaşlı Nüfus ve Stres Faktörleri.....	28
3.1.1. Yaşlılığın Tanımı ve Sınıflandırılması	28
3.1.2. Yaşlılığın Demografik Özellikleri	29
3.3. Yaşlılığın Psikolojik Boyutu	30
3.4. Yaşlı Kişilerdeki Stres Faktörlerin Nedenleri.....	31
3.5. Yaşlı Kişilerde Stresin Önlenmesi Ve Refahın Sağlanması.....	35
3.6. Kapsamlı Geriatrik Değerlendirme Bileşenleri	38
3.7. Yaşlı Bireylerde Duygu Durumu ve Stres Faktörlerinin Değerlendirilmesi ...	39
4. ARAŞTIRMADA KULLANILAN YÖNTEM, UYGULAMA VE BULGULAR	41
4.1. Çalışmanın Amacı.....	41
4.2. Araştırmanın Modeli ve Hipotezleri	41
4.3. Anket Formunun Hazırlanması.....	42
4.4. Araştırmada Kullanılan Ölçekler	42
4.5. Araştırma Örnekleme.....	42
4.5.1. Veri Toplama Yöntemi ve Analizi	42
4. 5. 2. Örnekleme Ait Temel Karakteristik ve de Demografik Bulgular	43
4.5.3. T Testi ve F testi.....	48
SONUÇ	53
KAYNAKÇA	58
EKLER	63
Ek 1: Anket Formu.....	63

TABLÖLAR LİSTESİ

Sayfa No.

Tablo 1: Katılımcıların Cinsiyete Göre Dağılımı.....	43
Tablo 2: Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı.....	44
Tablo 3: Katılımcıların Uyku Sorunu Yaşama Durumlarına Göre Dağılımı.....	44
Tablo 4: Katılımcıların Ağrı Yaşama Durumlarına Göre Dağılımı	44
Tablo 5: Katılımcıların Çocuklarıyla Beraber Yaşama Durumlarına Göre Dağılımı	45
Tablo 6: Katılımcıların Evde Bakım Profesyoneli Dışındaki Görüşme Durumuna Göre Dağılımı.....	45
Tablo 7: Katılımcıların Kullandıkları Hap Sayısına Göre Dağılımı	46
Tablo 8: Katılımcıların Depresyon Düzeylerine Göre Dağılımı.....	46
Tablo 9: Katılımcıların Evde Bakım Hizmeti Alma Sürelerine Göre Frekans ve Yüzde Dağılımı	47
Tablo 10: Cinsiyet Değişkenine Göre Depresyon Düzeyiyle Bağlılık Farkının Arasındaki Anlamlı Farklılığa İlişkin t Testi ve Sonuçları.....	48
Tablo 11: Uyku Zorluk Durumu Değişkenine Göre Depresyon Düzeyiyle Bağlılık Farkının Arasındaki Anlamlı Farklılığa İlişkin t Testi ve Sonuçları.....	48
Tablo 12: Ağrı Çekme Durumu Değişkenine Göre Depresyon Düzeyiyle Bağlılık Farkının Arasındaki Anlamlı Farklılığa İlişkin t Testi ve Sonuçları.....	49
Tablo 13: Çocuklarıyla Beraber Yaşama Değişkenine Göre Depresyon Düzeyiyle Bağlılık Farkının Arasındaki Anlamlı Farklılığa İlişkin t Testi ve Sonuçları ..	49
Tablo 14: Diğer Kişilerle Görüşme Değişkenine Göre Depresyon Düzeyiyle Bağlılık Farkının Arasındaki Anlamlı Farklılığa İlişkin t Testi ve Sonuçları.....	50
Tablo 15: Yaş Değişkenine Göre Depresyon Düzeyiyle Bağlılık Farkının Arasındaki Anlamlı Farklılığa İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ve Sonuçları	50
Tablo 16: Hap Kullanımı Değişkenine Göre Depresyon Düzeyiyle Bağlılık Farkının Arasındaki Anlamlı Farklılığa İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ve Sonuçları	51

KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GSMH	: Gayri Safi Milli Hasıla
OECD	: (The Organization for Economic Co-operation and Development) Ekonomik Kalkınma ve İş Birliği Örgütü
SBTH	: Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri
SHSHK	: Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
UHK	: Umumi Hıfzıssıhha Kanunu
UN	: (United Nations) Birleşmiş Milletler
WHO	: (World Health Organization) Dünya Sağlık Örgütü
WPA	: (World Psychiatric Association) Dünya Psikiyatri İşbirliği

1. GİRİŞ

Sağlık, bireyin yaşamını devam ettirebilmesi için en temel ve öncelikli haktır. Bireylerin yaşamlarını etkin bir şekilde korunması ve desteklenmesi sağlık hizmetiyle ve sosyal hizmetlerin etkin hizmet vermesiyle mümkündür.

Gelecek yıllar içerisinde dünya nüfusunda ve ülkemizde sağlık gereksinimlerinde hızlı ve dikkate değer gelişmeler olacaktır. Bunların en önemlileri psikolojik rahatsızlıklar, kronik hastalıklar, kazalara bağlı ve diğer nedenlerle oluşan sakatlıklar olacaktır. Bu nedenden dolayı uzun süreli bakım ihtiyacına gereksinim duyulacaktır.

Bu değişimlere bağlı olarak sağlık hizmetleri ve sağlık politikaları geliştirilmesi gerekecektir. Sağlık hizmeti kullanımında maliyetin artması hastaları evde takip ve tedavi etme gerekliliğini ortaya koymuştur.

Gelişen teknoloji ve değişen nüfusla beraber sağlık alanında alternatif sağlık hizmeti sunumlarına ve desteklenmesine yönelik hizmet sunum arayışlarına geçilmiştir. Çeşitli ekonomik, sosyal, demografik ve epidemiyolojik faktörler sebebiyle aile bağlarında zayıflama olmaktadır. Aile içinde bakımı üstlenen bireyler de karmaşıklık yüzünde profesyonel bir danışmanlık hizmetine ihtiyaç duyarlar (WHO, 1999; WHO, 2000). Yaşam süresinin uzaması, mikroba bağlı hastalıkların artması, beşeri ilişkilerdeki değişim bireylerin sağlık ihtiyacının artmasına sebep olmuştur. Bireyselleşme ile beraber yaşlanan nüfus bu süreçten olumsuz etkilenmiştir. Önceden aile ile beraber yaşlanan bireyler değişen koşullarla beraber bu süreçte yalnız kalmıştır. Bu sosyal politik ve de sağlık sorunu olarak ortaya çıkmıştır.

Araştırmanın Amacı

Bu tezin amacı evde bakım hizmeti alan hastalarda stresin ölçülmesidir. Gelişmiş ülkelerde evde bakım ve sağlık uygulamaları hastanelerdeki yığılmaları önlemek ve özellikle sağlık harcamalarını düşürmek için sosyal güvenlik sistemi tarafından tercih sebebi olmaktadır. Ülkemizde önemi henüz kavranamamış ve yeterli gelişmeler ve çalışmalar henüz yapılamamıştır.

Sağlık harcamalarının artışı ve sağlık kurumlarındaki yatak sayılarının yetersizliği, yataklı hizmet veren kurumlardaki yığılmalar ve de uzun tedavi süreçleri evde bakım hizmetinin gelişmesine sebep olmuştur.

Evde bakım, çok yönlü bir kavram olmakla beraber destekleyici ve iyileştirme ve telkin edici, sağlık hizmetleri içinde yer alır. Sağlık hizmetinin bireyin kendi yaşam alanında sunulması şeklinde tanımlansa bile sosyal, sağlık ve diğer birçok hizmetlerini de kapsamaktadır. Evde bakım hizmetleri bakım yapılacak bireylerin gereksinimlerinin incelenmesini sağlık ve sosyal yönden ele alarak koordineli bir şekilde hizmet sunumunu geliştirmeyi hedef almaktadır.

Araştırmanın Önemi

Türkiye’de evde bakım hizmetlerinin sunumun da bu hizmeti sağlamaya katkıda bulunmak amacıyla bu çalışmanın yararlı olacağı temenni edilmektedir.

Araştırmanın ilk aşamasında sağlık ve sağlık hizmetleri ile ilgili temel kavramlar açıklanmış ve ülkemizdeki uygulamalarına kısaca yer verilmiştir.

Daha sonraki bölümde evde bakım hizmetinin tanımı, tarihçesi Avrupa, Amerika ve ülkemizdeki uygulamaları ve sunum şekilleri yönünden açıklanmış, dünyadaki ve ülkemizdeki demografik veriler ve buna bağlı yaşlanan nüfus ile ilgili sorunlar ve değişmelerden bahsedilmiştir.

Daha sonraki bölümlerde ise yaşlı nüfustaki en yaygın sağlık ve sosyal sorunlardan olan depresyon açıklanmış ve bu bireylere olan sosyal ekonomik ve de sağlık sunumundaki etkileri açıklanmıştır.

Araştırmada kullanılan yöntemler, bulgular, sonuçlar açıklanmıştır. Yapılan anket ve veri ile saha çalışması sonuçları incelenmiş ve bu demografik veriler ışığında sorun ortaya konmuştur.

2. SAĞLIK KAVRAMI ÜZERİNE TANIMLAR

Sağlık, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yapılan tanımında sadece hastalık ya da sağlığın var olması hali değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal refah durumudur. Bedenin ve ruhun tam iyilik halinde olması şeklinde de kısaca ifade edilebilir. Teknoloji ve tıbbın ilerlemesine bağlı olarak sağlığın bedensel boyutunun düzeltilmesinde kayda değer şekilde yol alınmış ve birçok hastalık tedavi edilerek yaşam süresinin artması sağlanmıştır. Fakat ruhsal boyutu bunun yanında göz ardı edilmiştir (Akdur, 2003).

Günümüzde ruhsal yönden sağlığın boyutu gittikçe daha çok önem kazanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü, sağlığı, birey haklarının, en temeli olan yaşam haklarından en önemlilerinden bir tanesi olarak görmektedir. Bu tanıma dayanarak bütün bireylerin, temel sağlık araçlarına ve kaynaklarına ulaşımı sağlanmalıdır. Geniş bir şekilde sağlık kavramı için, sosyal, iktisadi, şartları ve de fiziki çevreyi de idare eden bütün birimler ve yapılan eylemlerin kişi ve toplumun sağlığı ve de esenliği, üstündeki etkisine ait neticeleri göz önünde bulundurulmalıdır.

Sağlığın geliştirilmesi ya da devamlılığı bağlamında sağlık, soyut bir durumdan çok fonksiyonel kavramlarla izah edilen neticeye varmak, bireylerin kişisel, sosyal ve ekonomik olarak verimli bir şekilde yaşamının devam etmesine izin veren bir kaynak olarak da düşünülmektedir. Diğer taraftan toplumsal ve bireysel zenginlikleri ve de fiziki yeterliliği ortaya koyan bir kavramdır (Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Ottawa Sözleşmesi). Dünya Sağlık Örgütü, Cenevre’de, 1986 yılında Ottawa Sözleşmesindeki sağlık tanımını en esaslı birey haklarından biri ve en önemlisi olarak kabul etmiştir. Bu koşulları sağlamak için ise refah, yeteri düzeyde iktisadi gelir, yiyecek, barınma ve sürdürülebilir kaynak kullanımının istikrarlı bir şekilde kullanımını içine alan öncelikli koşulları vurgulamıştır. Koşulların uygulanabilmesi ve geçerliliği için, toplumların ve iktisadi şartlarının, fiziki yaşam biçimleri ve de aralarındaki göz ardı edilemez ilişkilerini vurgulamıştır.

Teknolojinin ilerlemesiyle sağlıklı yaşam biçiminin teşvik edilmesi ve kaliteli bir şekilde olması, bireylerin sağlıklarını kendi gözetimini arttırmalarını ve

sağlık yönünden gelişim gösterme süreci olarak da tanımlanabilir (Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Ottawa Sözleşmesi, DSÖ, Cenevre, 1986).

Zaman içinde değişen eko-sistem ve gelişen teknolojiyle beraber sağlık hizmetleri, sağlığın bütüncül ele alınması gerekliliğini, maliyet etkinliğini göz ardı etmemeyi, hastalığın tedavisinin yanında kişiyi etkileyen diğer tüm unsurları kişinin sağlığı ve hastalığına bakış açısını değerlendirilmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır (Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Ottawa Sözleşmesi, DSÖ, Cenevre, 1986).

2.1. Sağlık Sisteminin Tanımı

Sağlık sistemi, bireylere sağlık hizmeti sunumunda en önemli kavram olarak karşımıza çıkar. İyi yapılandırılmış bir sistem maliyeti azaltır verimliliği artırır, hedef guruba ulaşmada başarı sağlayabilir. Sağlık hizmetinin sunumunun yapılabilmesi ve uygulanabilmesi için yapılandırılmış olması ve belirli bir sistem içinde yürütülmesi gereklidir. Sistem, “ ortak amaca yönelmiş birbirleriyle ilişkili parçalar bütünü” şeklinde tanımlanabilir. Bu tanıma dayanarak toplum sağlığını korumak, hastalıkları ortadan kaldırmak ve devamlılığı sağlamak üzere hastane ve diğer sağlık kuruluşlarının, tıbbi alet üreticilerinin, ilaç firmalarının, sağlık cihaz malzemecilerinin, eğitim yönetim ve araştırma kuruluşlarının ve hizmet verenlerin oluşturduğu alt sistemler bütünü olarak tanımlanabilir.

Sağlık sistemi kavramını açıklarken birçok kavram kullanılabilir; kişilerin hastalıklardan korunması, tedavi ve iyileştirme hizmetleri sunulmasını sağlayan çok çeşitli hizmet götüren kuruluşlardan oluşmaktadır. Bu kadar geniş hizmet çeşidine sahip sağlık sektörü bir sistem meydana getirir.

Ayrıca sağlık sistemi; sağlık hizmetlerinin sunumu, finansmanı, yasaları ve mevzuatlarından oluşan bütünü ifade etmektedir (Ateş, 2013). Diğer farklı bir tanımla sağlık sistemi; sağlık çalışanları, kurum ve kuruluşları, kaynakları, araştırma ve geliştirme çalışmalarını, sağlığın korunmasını, hastalıklarla mücadele etmek üzere oluşturulan çabaların tümünü ifade etmektedir.

DSÖ (WHO) sağlık sistemlerini, öncelikli gayesi insan sağlığını korumak, iyileştirmek ve geliştirmek olan her türlü faaliyet içinde yer alan bir sistem olarak tanımlamaktadır. Sağlık hizmeti alan ve veren taraflar şunlardır;

- Toplum ve kişiler
- Hizmet sunumu sağlayan kurum ve kuruluşlar
- Mali kuruluşlar
- Devlet kuruluşları
- Devlet

Sağlık sistemlerinde genel düzenleyici koordine edici ve hizmet alanlarını belirleyici devlettir. Devletin sağlık sistemindeki görevi sadece yasal düzenlemeler yapmak ve denetleme yapmak dışında hizmet sunumunu ve finansman görevlerinde bulunmaktadır. Fakat sağlık sistemlerinin verimli ve sağlıklı çalışabilmesi için devletin düzenleyici ve denetleyici niteliği ve görevi özellikle önem arz etmektedir.

2.1.1. Türkiye’de Sağlık Sistemi

Ülkemizdeki sağlık sistemi karmaşık ve sürekli güncellenen bir yapısı vardır. Sektördeki kuruluşlar kamu, yarı-kamu, vakıflar ve de özel kurumlardır. 2003 de Türkiye Sağlık Sistemi farklı bir yapıya sahip olmuştur. Merkez teşkilat tüm hizmetlerin kamu ve özel alanını yönetmektedir. Ama yine de sağlık sisteminde o tarihten bu yana önemli gelişmeler kaydedilmiştir. Merkeziyetçi sağlık yönetimi kısmen azalmış ve kamu sağlığı adı altında her ile özel özerk bir yapı meydana gelmiştir. Bundan sonra ülkenin sağlık politikaları ve ilkeleri yeniden yapılandırılmıştır. “Sağlıkta dönüşüm” adı verilen bu programda sağlık hizmetlerinin verimli etkili, eşit bir şekilde, verilmesi, iktisadi kaynağının sağlanması ve hizmetin en kaliteli şekilde sunulması amaçlanmıştır.

Sağlıkta dönüşüm programında ana ve hedef ilkeler belirlenmiştir. Bunlar; insan merkezilik, sürdürülebilirlik, sürekli kalite gelişimi, katılımcılık, uzlaşmacılık,

gönüllülük, güçler ayrılığı, desantralizasyon ve hizmet rekabeti şeklinde belirtilmiş temel ilkelerdir.

Toplumun ve vatandaşının sağlık ihtiyacını karşılamak üzere kâr amacı gütmeyen kamu, özel kurum ve kuruluşlar sağlık sisteminin ana unsurlarıdır. Sağlık sistemi içinde kuruluşlar şu şekilde sıralanabilir. Sağlık merkezleri, poliklinikler, hastaneler, aile hekimliği, yaşlı bakım merkezleri, bakım merkezleri, evde bakım merkezleri vb. gibi merkezlerden başka ana-çocuk sağlığı merkezleri, veremle savaş, çevre sağlığı birimleri, gibi koruyucu sağlık hizmetleri veren kuruluşlardır. Bunun yanı sıra ruh ve sinir hastalıkları, fizik tedavi ve iyileştirme merkezleri, çocuk ve yaşlı bakım merkezleri gibi iyileştirme hizmeti sunan kuruluşlardan meydana gelmektedir (Kavuncubaşı, 2000).

2.1.2. Sağlık Sisteminin Diğer Sistemler İle İlişkisi

Toplumun sağlık düzeyi o toplumun gelişmişlik düzeyi ile ilgili ipuçları vermektedir. Aynı zamanda o topluma ait sosyal ve insani gelişmişlik düzeyinin ölçümüdür. Bunun nedeni sağlık açık bir sistem olması ve diğer sistemlerle karşılıklı bir ilişki içerisinde bulunmasıdır. Toplum, ekonomik, siyasal, tarihsel ve kültürel kurumlarıyla karşılıklı bir ilişki içerisinde bulunmaktadır. Sağlık düzeyine ilişkin ölçütler dolayısıyla bütün bu etkileşimlerin göstergesi ve sağlık politikalarının yeniden düzenlenmesi bilgi olarak kullanırken bu etkileşimler dikkate alınmalıdır. Sağlık düzeyinin artması eğitim düzeyinin artmasıyla doğru orantılıdır. Araştırma sonuçlarına göre de eğitim düzeyi yüksek kişiler ve aileleri arasında doğrudan bir ilişki saptanmıştır (William, 1999). Eğitim düzeyinin artmış olması aynı zamanda sağlık maliyetinin ve hizmetlerinin kullanılmasındaki verimliliğinde artmasına sebep olmaktadır.

Bunlar dışında tüketim ve davranış şekilleri de sağlık düzeyini belirleyici olabilmektedir. Yaşam tarzlarının gelişmiş olması uygun yaşam şekli işe yapılan alışkanlıklarda aslında sağlığa yapılmış olan bir yatırımdır denilebilir. Dinlenmek, tatil yapmak, sağlıklı beslenmek, vücut için zararlı alışkanlıklardan uzak durmak, hareketli bir yaşam şekli belirlemek sağlık hizmetlerine olan talebi azaltabilecek davranışlardır.

Sosyal ve iktisadi gelişmişlik, sağlık seviyesi yönünden sağlık hizmetinde büyük bir etkiye sahiptir. Geçmiş de salgın ve ölümcül, hastalıkların şimdilerde neredeyse yok denecek kadar azalması toplumsal gelişmişlikten kaynaklanmaktadır.

2.2. Sağlık Hizmetleri

Dünya Sağlık Örgütü kuruluş esasında yer alan tanımda, "Sağlık, sadece hastalık ve sakatlık halinin olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir (DSÖ, 2006). Sağlık sistemi denilince, bir ülkenin sağlığının geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi ve tıbbi bakım hizmetleri sunumunun da içinde barındırdığı tüm kaynaklar, topluluklar ve bunların aralarındaki ilişkileri anlaşılmaktadır (WHO, 2006; Kavuncubaşı, 2000). Tanımlanmış en genel şekliyle “sağlığın korunması ve hastalıkların tedavisi için yapılan çalışmaların bütünü şeklinde tanımlanabilir (Fişek, 1997). Ayrıca; hastalıkların teşhis, tedavi ve iyileştirmenin yanında hastalık yapıcı etkenlerin engellenmesi ve bireylerin sağlık düzeyinin yükseltgenmesi faaliyetlerinin tümünü kapsamaktadır. Sağlık durumunun korunması geliştirilmesi ve sürdürülebilirliği için sağlık hizmetleri ile birlikte diğer hizmetlere de ihtiyaç vardır. Tüm sektörlerin koordineli olması sağlık hizmetlerinde önemli bir önkoşuldur.

Sağlık hizmeti başka bir tanımla; Bireylerin sıhhatinin gözetilmesi, tanı, iyileştirme, iyileştirme ve de bakım hizmeti vererek şahıs ve resmi kurumlar vasıtasıyla yapılması olarak da tanımlanabilir.

Sağlık hizmeti sunumunda amaç kâr gözetmeksizin, sistem yer alan özel ve kamu kuruluşları bulunmaktadır. Sistemin dinamiğinde ve asıl büyük yeri oluşturup onun devam edilebilmesini sağlayan kar amacı gütmeyen kuruluşların yer aldığı asıl sağlık hizmetleri arz ve talep unsurlarının ortak amacı şunlar olarak sıralanabilir: Kişilerin sağlıklı olmasını sağlamak ve bunu koruyup geliştirmek yoluyla toplumu sağlıklı kılmaktır. Bu amaçla çevreye, topluma ve kişiye yönelik sağlık hizmetlerinin arzını ve talebini kapsar ve bu yolla ulaşılabacak son hedef sağlıklı dünyayı oluşturmaktır.

Sağlık sistemlerinin işlevsel ve duygusal amaçları beş önemli olumsuz yönleri aşağıdaki başlıkları şu şekilde sıralanmaktadır (Sargutan, 2005):

- Ölüm
- Hastalık
- Sakatlık
- Rahatsızlık
- Doyumsuzluk

Yukarıda belirtilen olumsuzluklara karşı kullanılan altı savunması da şu şekilde sıralanmaktadır (Sargutan, 2005):

- Koruma (önlem)
- Tanı, - Tedavi
- Rehabilitasyon
- İzlem (gözlem)
- Halkın Sağlık Eğitimi

Sağlık sisteminin görevini hizmet bekleyen talebine uygun kalitede ve biçimde uygulayabilmesi ve yerine getirebilmesi için gereken ön koşullar (Sargutan, 2005)

- Politik Düzenlemeler / Yönlendirmeler
- İktisadi Destek / Finansman
- Personel / Hizmet Sunumu

Bilgi, Teknik, Teknoloji ve benzerlerinden oluşan Yardımcı Unsurlar Sunumu olarak sayılmaktadır (Sargutan, 2005).

2.2.1. Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenme Biçimleri

Sağlık hizmetlerinin sunumunda iyi yapılandırılmış bir sağlık örgütlenmesi her açıdan yararlı olmaktadır ve de amaca hizmette en önemli ilkedir. Sağlık sistemlerinin ve örgütlenmesinin üç amaca hizmet etmesi gerekmektedir. Bunlar; toplum içinde yaşayan bireylerin tümüne ayırım gözetmeksizin, gerektiği yerde ve ölçüde hizmet götürmek, hizmet kalitesinin de en üst düzeyde olmasını sağlamak.

Bu amaçlara ulaşabilmek için sağlık örgütlenmesinin genel örgütlenme ve katmanlaşma ile aynı paralellikte kurulması ve toplumun genel yasalarının bir parçası şeklinde yürütülmesi gerekmektedir. Genel örgütlenme ve toplumun dinamiği ile bulunan bu ahenk ve bütünlük sağlık örgütlenmesinin başarı şansını arttırmaktadır (Aksakoğlu, 2006).

Sağlık sistemlerinin en önemli özelliklerinin biriside yukarıda belirtildiği şekilde toplumun her kesimine sağlık hizmeti götürülmesidir. Kişilerin her birinin bu hizmetten eşit şekilde yararlanması amaçlanmalı, büyük yerleşim alanlarında, en küçük ve kırsal alanlara kadar hizmeti götürebilecek ilk basamak sağlık birimleri oluşturulmalı, fakat kişilerin her birine hizmet götürülmesi soyut bir anlayışla olmamalıdır.

Fakat öncelikli ve pozitif ayrıcalığı olan birimlerde belirlenmelidir, ana çocuk sağlığı, işçi sağlığı, özürlüler gibi kavramlar farklı önem taşınmalıdır. Hizmetler birbirini tamamlamış biçimde sunulmalı. Bütünleşmekten, sistem içindeki her basamakta, koruyucu ve iyileştirici hizmetlerin, tıbbi ve sosyal hizmetlerin ortaklaşa ve koordineli şekilde sürdürülmesi anlaşılmalıdır (WHO, 2003).

Hangi tür örgütlenme olursa olsun DSÖ'nün önerisi bu örgütlenmenin birinci basamak sağlık hizmeti üzerine temellendirilmesi yönündedir. Birinci basamak sağlık hizmeti, toplumdaki bireyler ile ailelere, onların katılımı ve ülke ile toplumun kabullenebileceği değerler karşılayabileceği maliyetle, evrensel olarak ulaşılabilirliği sağlanan temel sağlık hizmetleridir. Bu tanıma dayanarak hizmetin herkese, onların onayı ve katılımı ile ülke koşullarına uygun temel hizmet olarak sunulması gereğini ortaya koymaktadır (Aksakoğlu, 1990).

Sağlık sisteminin sürdürülebilirliği için iyi bir örgütlenme modellemek önkoşuldur. Sağlık örgütlenmesinde göz önünde bulundurulması gereken temel ilkeler; sosyal eşitlik, birinci basamak sağlık hizmetleri, sürekli hizmet, bütünleştirilmiş sağlık hizmetleri, kademeli sevk sistemi, ekip hizmeti, ana çocuk sağlığına öncelik, koruyucu hizmetlere öncelik, toplum katılımı, denetim ve hizmet içi eğitim, esnek bir planlama, sektörler arası işbirliği gibi ilkelere (Aksakoğlu, 1990).

2.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Günümüzde dünyada birçok sağlık sistemi bulunmaktadır. Her kültürün ve ulusun kendine göre bir sağlık sistemi bulunmaktadır. Bu açıdan bakıldığında tüm sağlık sistemlerinin birbirinin benzeri olması imkânsızdır. Ülkeler kültürel, jeopolitik, iklimsel, ideolojik açılardan farklılık göstermektedir. Uluslararası beşeri ve finansal ilişkiler de ülkelerin sağlık sisteminde doğrudan bir etkiye sahiptir. Bundan daha ziyade çoğu zaman aynı ülkede birkaç tane sağlık örgütlenme yöntemi bulunmaktadır. Eyaletlere göre planlanmış ve değişen oranlarda özel ya da kamu ağırlıklı örgütlenme şekli mevcut olabilmektedir (Ateş, 2013).

Sağlık sistemlerinin birçok farklı türde sınıflandırılan çalışmalarından olan Milton I. Roemer sınıflandırması, en çok bilinen ve en yaygın başvurulardan biridir. Roemer, “National Health Systems of the World” adlı kapsamlı çalışmasında “Ekonomik Seviye Ve Sağlık Sistemi Politikalarına Göre Sınıflandırılmış Ulusal Sağlık Sistemi Tipleri” başlığı altında derecelendirmiştir (Sargutan, 2005).

Bunlar;

* Girişimci Ve Serbest sağlık sistemi politikaları grubu

* Refah Yönelimli sağlık sistemi politikaları grubu

* Genel Ve Kapsayıcı sağlık sistemi politikaları grubu

* Sosyalist ve Merkezden Planlanmış sağlık sistemi politikaları grubu olmak üzere sağlık sistemlerini dört başlıkta toplanmış, her grubu ayrıca Ekonomik Seviye (Kişi Başına GSMH) miktarına göre, bütün gruplar için birbirinin aynı olan dört alt grup oluşturmuştur (Roemer, 1993). Romer, milli sağlık sistemleri hakkında birçok çalışma yapmıştır. En son 1991 ile 1993 yılları arasında yapmış olduğu çalışmada yukarıdaki biçimde dört şekilde derecelendirmiştir.

Sağlık hizmetleri ise birçok farklı sınıflandırmalara ayrılmıştır. Hizmet türleri, büyüklükleri, çalışma alanları, yapıları gibi birçok açıdan sağlık işletmelerini sınıflandırmamız mümkündür. Sağlık işletmeleri kaynak oluşumu ve maliyet açısından ele almadan önce, verdikleri hizmet türlerine göre bir sınıflandırma yapmamız çok daha yarar sağlayacaktır. Sundukları hizmet türlerine göre sağlık işletmeleri ve kurumlarının sınıflandırılması Tablo 1’de gösterilmiştir.

2.2.2.1. Sağlık Hizmetleri Sınıflandırılmasında Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetleri temel özellikleri bakımından üçe ayrılır. Bunlar koruyucu, tedavi edici ve iyileştirici sağlık hizmetleridir. Evde bakım ya da evde sağlık konusunda tedavi edici ve iyileştirici sağlık hizmetleri arasında yer alan ve son zamanlarda hızla gelişen bir hizmet olmaktadır (Kavuncubaşı, 2000)

Tedavi edici sağlık hizmetleri kapsamında; hastalık, kaza ve yaralanma sonucu oluşan aksaklıklarda tanı ve tedavi, vücuttaki herhangi bir nedenle meydana gelen aksaklıklarda hekimlik hizmeti ve teknoloji kullanmak suretiyle verilen sağlık hizmetidir. Tedavi edici sağlık hizmetleri de üçe ayrılır;

Birinci basamak hizmetler; Hastalıkların evde ya da ayakta teşhis ve tedavisi için düzenlenmiş hizmetlerdir. Genellikle yataksız kuruluşlardır. Ülkemizdeki aile sağlığı merkezleri, poliklinikler gibi birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlardır.

İkinci Basamak Hizmetler; Hastalıkların teşhisiyle beraber yatırılarak tedavisi devam edilmesi için düzenlenmiş hizmetlerdir. Hastaneler, tam teşekküllü hastaneler, özel hastaneler ve yataklı tüm sağlık kurumları örnek verilebilir.

Üçüncü Basamak Hizmetler; Özel dal hastaneleri eğitim araştırma hastaneleri tarafından verilen sağlık hizmetlerini içine alır. Ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri, meslek hastalıkları hastaneleri, üniversite eğitim araştırma hastaneleri bu hizmet kuruluşlarına örnek olabilir.

Temel özellikleri bakımından sağlık hizmetleri üçe ayrılır. Bunlar; koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetleridir (Kavuncubaşı, 2000).

2.2.2.2. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Sağlığın korunması, hastalıkların önlenmesi ile ilgili sağlık hizmetleridir. Bu hizmetler; çevreye ve kişiye yönelik olarak ayrılmıştır (Akdur, 2003).

2.2.2.3. Rehabilite ve Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Hastaları tedavi ve rehabilite etmek amacıyla düzenlenmiş sağlık hizmetleridir. Üç aşamada incelenmiştir (Akdur, 2003).

Bedensel veya ruhsal yönden sakatlanmış olanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerine imkân sağlamak amacıyla yapılan bütün çalışmaları içine alır. Geçirdikleri rahatsızlıklar ya da kazalara bağlı olarak kısmen ve ya tamamıyla işgücünü yitiren bireylere tıbbi ve sosyal rehabilitasyonu kapsar. Evde bakım hizmetleri bu üç hizmet şeklini de kapsayan bir sağlık hizmeti şeklindedir.

2.2.3. Evde Bakım ve Evde Sağlık Hizmetleri

2.2.3.1. Evde Bakım Hizmetlerinin Tanımı

Evde bakım hizmetleri genel bir şekilde bireyin sağığını korumak, geliştirmek, yeniden sağığına kavuşturmak amacıyla sağık ve sosyal hizmetlerin profesyonel bir şekilde veya aile bireyleri tarafından yaşadığı ortamda sunulmasıdır. Bu hizmetler hem sağık hem de sosyal hizmetleri içine alan geniş yelpazede kişinin ihtiyaçlarını yaşam kalitesini ve toplumsal saygınlığını korumayı amaçlamaktadır. Bu manada evde bakım hizmetleri genel olarak, kurum bakımının yerini alan, kurumlarda uzun süre kalış gereksinimini indirgeyen hizmetler olarak ifade edilmektedir.

Evde bakım hizmetleri, ev ziyaretleri ve aile bireylerine dayalı bir hizmet sunum şeklidir. Ev ziyaretleri hasta veya hizmet talep edeni ve aileyi belirlemek bu şekilde sunulacak hizmeti belirlemek gerekli hizmeti sunmak ve kontrol etmek için yapılmıştır (Dawson, 1980). Evde hizmet (home care service) kendi kendine yeterli olup destek ve yardımla yaşamını sürdürebilecek kurumda bakımı gerekmeksizin yaşadıkları ortamda gerekli hizmeti sosyal meslek elemanları tarafından ev ziyaretleri yapılmak amacıyla olan hizmet sunumu olarak tanımlanmıştır (Tomanbay, 1999).

Evde bakım kavramı ülkelere göre farklı ifade edilmektedir. ABD de evde bakım (home care), evde sağık bakımı (home healthy care) ev hemşireliğı (home nursing) gibi kavramlarla adlandırılmaktadır (Tomambay, 1999).

Evde bakım hizmetleri gelişmekte olan sağık bakım hizmetlerinin alt gurubudur. Evde bakım hizmetleri tanımında önemli bir belirleyici unsur olarak hasta ve ailenin bireylerinin ihtiyaçlarına göre sağık hizmeti planlamasının yapılması gerektiğini belirtmektedir. Bu yaklaşıma dayanarak sağık hizmetlerinde henüz yeni bir yaklaşım olan tamamlayıcı bakıma benzemektedir. Hollanda'da tamamlayıcı bakım hizmetlerinde ön plandadır. Bireyin tüm gereksinimlerini içine alan bakım, hastanın ihtiyaçlarına dayalı, sorumlulukların paylaşılmasına dayalı genel ve özel hizmet vericilerin eşgüdümde gerçekteştirilen bakımdır (Linden, 2001).

Henüz gelişmekte olan ve gelişmiş ülkelerde en çok uygulanan hastane destekli evde bakım hizmetidir. Hastane temelli kronik bakım isteyen yatalak ve ayakta tedavisi yapılan kişiler için alternatif olarak ortaya çıkmış ve hızla büyüyen bir bakım türü olarak evde bakımdan söz edebiliriz.

Tıbbın asıl amacı insanı hastalık, yaşlılık gibi özerkliği zayıflamış alanlarda onarmak ve desteklemektir. Demografik, epidemiyolojik sosyal ve kültürel gelişmeler geleneksel bakım modellerini değiştirmektedir. Nüfusun yaşlanmasıyla beraber kronik hastalıklar artacak ve gelecekte evde bakım ihtiyacı artacaktır (WHO, 2008).

Evde bakım insanların sağlık ve sosyal ihtiyaçlarında evlerinde uygun ve yüksek kalitede uzun dönemde ve sosyal servisler aracılığıyla formal ya da informal servis sağlayıcıları aracılığıyla bireylere ulaştırması olarak tanımlanmıştır (WHO, 2003).

Evde bakım hizmetlerinde sosyal hizmet uzmanı etkin bir rol oynamaktadır. Hizmet alan bireylerin sosyal, ruhsal ve çevresel olarak hasta bireylerin ve onların ailelerinin iyilik hallerini etki eden faktörlerin düzeltmek için çalışırlar. Sosyal çalışmacılar bireylerin toplumda uygulanmakta olan uygun hizmetlere birimlerine erişimi için destek ve yardımcı olurlar. Bununla birlikte problemleri hallerde eder, ödeme güçlüğü olan hastalar için gerekli malzeme temini için çaba harcarlar (WHO, 2003).

2.2.3.2. Evde Bakım Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi

Evde bakım tarihsel gelişimi uzun yıllara dayanmaktadır ve günümüze kadar değişen olgularda yeniden düzenlenerek ve geliştirilerek günümüze kadar uzanmaktadır.

2.2.3.2.1. Türkiye, Avrupa ve Diğer Gelişmiş Ülkelerde Evde Bakım ve Tarihsel Gelişimi

Evde bakım tarihinin Romalılara kadar dayandığı ifade edilmektedir. Ortaçağ da Avrupa’da evde sağlık hizmeti uygulamaları, hastanın hastalığını diğer insanlara bulaştırmasını önlemek için yapılmıştır. Burada tıbbi boyutundan öte sosyal hizmetler boyutu (barınma yemek vb.)öne çıkmaktaydı. Yirminci yüzyıla girerken kentleşmedeki hızlı artış, şehirlerdeki yoksulların sayısının artması buna bağlı sosyal koşullardaki bozulmalar evde bakım ve desteğe olan ihtiyacı arttırmıştır. İngiltere’de kilisenin önderliğinde birçok evde sağlık faaliyeti yapılmış ve kurumsal anlamda ise ilk defa 1859 yılında gerçek anlamda hemşirelik hizmeti Willam Rathbone adlı bir İngiliz antropolog oluşturmuştur. Bunun dışında Mary Robinson, Livorpool’da evde bakım hizmeti veren ilk hemşire olarak bilinmektedir. Robinson hemşirelik hizmeti dışında hasta bakım eğitimi ve temizlik eğitiminde vermiştir. Asıl evde bakım hizmetinin öncülerinden biride Florance Nightingal’dır. Nightingal’in öncülüğünde ilk hasta bakım veren okullar açılmıştır. Bu dönemde Amerika’da da birçok evde bakım üzerine gelişmeler olmuştur. Hemşire Lillian Wald bu konudaki ilklerdendir. Savaşlar, ekonomik krizler, endüstrileşme ve diğer sosyal bileşenler toplum sağlığı hemşireliğinin ve evde bakım hizmetlerinin gelişmesini hızlandırmıştır (Schulmerich, 1996). İkinci dünya savaşıyla beraber hastanede hemşire ve yatak sayısında azalmalar olmuş ve evde tedavilere devam edilmiştir.

1937 yılında Avrupa’da Danimarka da başlatılan ev ziyareti programı örnek bir model teşkil etmiştir. Danimarka’da yapılan ev ziyaretlerinde bebek ölüm oranının ve hastalıklarda büyük bir azalma olduğu gözlenmiş ve ev ziyaretlerinin önemi ve gelişmesi iyice artmıştır (Aksakoğlu, 2006).

Evde bakım hizmeti gelişmiş ülkelerde yıllardır uygulanan bir sağlık ve sosyal hizmettir. Hollanda, Amerika, İngiltere gibi ülkelerde hükümetler evde bakım hizmetinin sunulmasının yanında destekleyici ve kaliteli hizmet sunumunu sağlayacak şekilde programlar geliştirmektedir. İngiltere’ de sağlık hizmetlerinde 1980 ve 1990 yıllarında büyük değişim olmuştur. Evde bakımın etkisi 1983 ve 1999 yılları arasında ortaya çıkmıştır. Evde bakım İngiltere’de sağlık bakım sisteminde

hastanelerde büyük sorun olan uzun dönemli yatışlarda kısmen de olsa çözüm sağlamıştır (Aksakoğlu, 2006).

Hollanda’da ise gelişmiş ülkeler arasında evde bakım hizmetleri en düzenlenmiş ve de bütünleşmiş hizmet olmaktadır. Bu hizmet iki sınıfa ayrılmaktadır; medikal hemşirelik ve hastanın kişisel bakım ve sosyal desteğinin sağlanmasına yönelik hizmetler olarak Ayrıca Hollanda yaşlılık psikolojisi ve ruhsal rahatsızlıklar için 300 civarında evde bakım kuruluşu bulunmaktadır (Sargutan, 2005).

1918 ve 1980 yılları arasındaki gelişmelerden Amerika’da etkilenmiş ve evde bakım alanında birçok ilerleme olmuştur. Amerika’daki evde bakım sektörü yüz yıldan daha fazla bir süredir hizmet vermesine rağmen, ciddi ilerleme son yüzyılın son çeyreğinde ülkenin evde bakım hizmetini onamasından sonra gerçekleşmiştir (Ramsdell, 2010). Amerika’daki bu tür sektörlerin açılmasıyla beraber devlet bu firmaların açılmasına teşvik eder olmuştur. Yeni açılacak bir evde bakım şirketi, gerekli bir dizi hukuki ve yasal gereklilikleri yerine sağladıktan sonra devletin onayından geçerek hizmet sunum izin belgesi almaktadırlar. 1980’den itibaren ruhsat alan işletme sayısı 6000’e kadar ulaşmıştır. Evde bakım hizmet sunumu 1990’lardan itibaren senede yaklaşık on milyar dolarlık getirisiyle en başarılı sektörlerden birisidir. Bilhassa son on senede evde bakım en hızlı gelişen sağlık servis sağlama olmuştur. Bu şekildeki hızlı büyüme farklı nedenlere bağlanmıştır. Medicare ile hastanelerdeki uygulama başladığı zaman olay başına geri ödeme sistemiyle, hastanelerdeki daha kısa süreli ve az hasta yatışlarına katkı sağlayarak ve hastanelerdeki bakımı devam etmekte olan hastaları ise taburcu etme yoluna gidilmiştir. Bu şekildeki geri ödeme sistemi başlamasından itibaren hasta bireylere daha fazla rehabilitasyon ve hemşirelik hizmeti sunulmuş ve acil servise başvurularda artma, hastanede yeniden kalma, ölüm gibi olumsuz sonuçlara rastlanmamıştır (Tanlı, 1998).

ABD’de evde bakım kuruluşları örgütlü olarak çalışmışlar ve ya hastanelerle ortak çalışmışlardır. Bu kuruluşların hastaneyle ortak bir şekilde çalışmaları hastaneden erken taburcu olmaları arttırmıştır. Bu uygulamalar sayesinde bu hizmeti veren kuruluşlar artmıştır (Sargutan, 2005).

Çin de ise sağlık sisteminde evde bakım hizmeti daha çok yaşlılara yönelik olarak sunulmaktadır. Hizmet sunumunda aile ve uzman evde sağlık eğitimi almış kişiler yer almaktadır (Sargutan, 2005).

Evde bakım hizmetinin başlangıcından bu yana evde bakım hizmetlerinin sürekli arttığı ve bütün ülkelerde yaygınlaştığı görülmektedir. Bu yükselmenin ve artmanın asıl nedeni ekonomik ve nüfusta artmakta olan kronik hastalık ve uzun tedavi süreçleridir.

Gelişmekte olan ülkelerde ise devlete ait sağlık hizmetlerinde kaynak kısıtlanmasına bağlı olarak hizmet kalitesinde düşme olduğu özel sağlık hizmetlerinin ise ekonomik olarak ulaşılabilmesine imkân vermemesi üzerine uzun süreli bakımlarda ve yaşlı bakımlarında ailenin üzerine kaydığı belirtilmiştir (Sargutan, 2005)

2.2.3.2.2. Hastane Destekli Evde Bakımın Tarihçesi

Avrupa’da ve ABD gibi gelişmiş ülkelerde bağımsız hemşirelik hizmetlerinin esasında ortaya çıkmış olan evde bakım hizmetleri sektörü, 1920’den sonra birçok sağlık kuruluşu tarafından kabul görmüş ve desteklenmiştir. 1940’lara doğru hastaneler de evde bakım hizmeti sunmaya başlamışlardır. New York’ da 1948’lerde Montefiore Hastanesi’ geliştirdiği “duvarları olmayan hastane” felsefesine dayanan hastane programını geliştirerek ilk hastane destekli evde bakım hizmetini başlatmıştır. Bu hizmetler çok geniş kapsamlı ve ekip çalışmasını da içine almıştır. Bu tarihten sonra 1970’lere kadar evde bakım, halk sağlığı birimleri vasıtasıyla geliştirilmiştir. Halk sağlığı birimleri ve hastaneler bu süreçte devlete bağlı hizmet sunumu gerçekleştirmişlerdir (Tahmiscioğlu, 1994).

ABD’ de bu süreç hızlı bir şekilde gelişmiş ve evde bakım kurumsallaşmıştır. Evde bakım hizmeti sunumundaki bu hizmete gereksinim duyan insanların artması 1966 da Medicare adı ile 65 yaş ve üzeri fiziksel ve ekonomik yetersizliği olan yaşlı bireyler için Amerikan Federal Sağlık Sigortası yürürlüğe girmiştir. Sağlık sigortası, Amerika’daki evde sağlık bakımının gelişmesine de katkı sağlamıştır (Tahmiscioğlu, 1994).

Ülkemizde verilmekte olan evde sağlık hizmeti kurum bazında ve aile destekli uygulama şeklindedir henüz yeni ve hızla gelişen bir hizmet sektörüdür. Kronik hastalıkların ve bu hastalıklardan kaynaklanan tedavi masraflarının artması nedeniyle Türkiye’de de bu yönde politikalar gerçekleştirilmesi ve geliştirmeye zorunlu hale gelmiştir.

Türkiye de en yaygın ve en çok uygulanan evde bakım hizmeti hastane destekli evde bakım hizmetidir. Hastane destekli evde bakım uygulaması; veri işlemleri, muhasebe tıbbi kayıtlar risk faktörleri yönetimi, kalite, iltihap kontrolü, hemşirelik hizmetleri, sosyal hizmetler ve diğer hastane bölümlerinin finansal ve klinik yönden fayda sağlayabilir. Tecrübeli sağlık yöneticileri ve uzmanlar, hastanenin evde bakım programı geliştirmesini ve sürdürmesini destekleyebilirler (Lerman, 1993).

Ayrıca hastane destekli evde bakımda hastalar kendi hekimlerine kolay ulaşma imkânı bulabilirler. Hastane destekli ve de bakım hizmetleri sunumu için birçok şart bulunmaktadır. Ancak 1987 yılında Haddad tarafından tanımlanmış koşullar geçerliliğini devam ettirmektedir. Bu koşullar (Spratt, 1997).

- Tıbbi açıdan hasta istikrarlı olmalı yani hekim gözetimine gereksinim duymayan yada daha az duyan kişi olmalı.
- Ailenin bu hizmet için gönüllü ve istekli olması gerekmektedir. Evde bakım yapılan bireyin ihtiyaçlarını karşılaması açısından bu isteklilik önem arz etmektedir.
- Bireyin evde bakım hizmeti alacağı ortamı elverişli olmalıdır. Isıtma, güvenlik, beslenme, fiziki yapı, banyo ve diğer zaruri ihtiyaçları açısından uygun olmalı.
- Ekonomiklik ve kaynaklar. Evde bakım ihtiyacı bulunan bireyin ailesinin ekonomik yapısı dikkate alınmalıdır. Hastanın finansal durumu hastane destekli evde bakım için önem arz etmektedir.

2.2.3.3. Türkiye’de Evde Bakım Hizmetinin Gelişimi

Evde bakım hizmetleri Türkiye’de henüz gelişen ve yeni modellenen bir sağlık sistemidir.

Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğünün 16 Şubat 2006 tarihindeki raporuna göre Türkiye de 22 milyon kronik hastalıklı birey mevcuttur (Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2006). 2020 yılında dünyadaki ölüm oranlarının %75’i’nin kronik hastalıklardan olacağı öngörülmektedir. Ortalama yaşam süresinin artmasıyla beraber yaşlı nüfusun sağlık ve bakım gereksinimlerini karşılamak için evde bakım hizmetine ihtiyaç artmaktadır (Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2006).

2015 yılı şubat ayında resmi gazetede yayınlanan uygulama ile evde bakım hizmeti evde sağlık hizmeti şeklinde değiştirilmiş ve kapsamı genişletilmiştir. Resmi gazetede yayınlanmış olan evde sağlık hizmeti yeni yönetmeliği geliştirilmiş ve kapsamı genişletilmiştir. Sağlık bakanlığınca belirlenmiş hususlar resmi gazetede bu alanlar ve esasları belirtilmiştir. Bu hizmet hakkında birçok gelişme ve çalışma hala yapılmaktadır (Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2015).

2.2.3.4. Evde Bakım ve Evde Sağlığın olumlu Yönleri

Evde bakım ve sağlık hizmet sunum şekli yeni ve de kurumsal bakımdan farklı ve ona alternatif bir hizmet olması açısından birçok olumlu ve olumsuz yanlarını beraberinde getirmektedir. Olumlu ve olumsuz yanlarının önceden öngörülmesi, olumsuz etmenleri ortadan kaldırmak ve olumlu yönleri geliştirmek açısından önemlidir.

Evde sağlık ve bakım hizmetleri sağlık hizmetleri sisteminde içerisinde birçok olumlu ve de birçok avantajı bulunan bir hizmet sunum şeklidir. Uygulama esasları örgütlenme, eğitime ve ekonomik kaynağa ihtiyaç duysa da aşağıda belirtilen olumlu yönleri şu şekilde ifade edilebilir (Akdemir, 2001; Spratt, 1997; Tanlı, 1998) ;

- Kurumsal bakıma alternatif bir sağlık hizmeti sağlayarak hasta ve gereksinimi olan bireylere daha kendi özgürlük ve yaşam alanında hizmet sunma imkânı sağlar.
- Evde bakım hizmeti hasta için ailesiyle ve kendi çevresiyle beraber olması açısından daha olumlu ve güvenli hale gelir.
- Evde bakım yapılan bireyin aile içinde bulunması iletişimini güçlendirir ve daha fazla aktif olmasını sağlar. Aile içinde iyileşme sürecinde yaşama daha katılımcı ve ruhsal yönden kendini güvende hisseder.
- Hastanın beslenmesinde hastanın kendi için özel yemek hazırlanma şansı olabileceğinden yemeklerden yana şikâyeti olmayabilir.
- Hastanın içinde bulunduğu ortamda kendi kuralları geçerli olur. Kendi benliğini hastane ortamına göre daha net ifade edebilir.
- Hastanın mikrobik ve virüse bağlı rahatsızlıklara yakalanma riski daha az olur ve ya başka bir risk faktöründen korunmuş olur.
- Uzun dönemde evde bakım kolay olur ve ihtiyaç duydukları anda psikolojik yönden destek bulma şansları daha çok olur.
- Hastanın hastanede kalmaya göre evde bakım maliyetleri düşük olur bu da hem hasta açısından hem de kurumsal olarak daha az maliyet demektir.
- Evde sağlık bakım hizmetleri hastane hizmetlerine oranla daha güvenli bir alan oluşturmaktadır.
- Evde sağlık ve bakımda bireyin aile üyelerinin de stresi azalır.
- Evde sağlık bakım bireylerin yaşam kalitesini artırır.
- Kurumsal bakıma nazaran kötüye kullanma ve suiistimal olayları daha az olmaktadır. Evde sağlık ve bakım hastane hizmetlerine göre daha verimli ve güvenlidir.
- Koruyucu ve rehabilite edici sağlık hizmetlerine ulaşmayı evde bakım hizmetleri daha kolaylaştırır.
- Evde sağlık ve bakım gereksiz hastane kullanımı ve yığılmalarını azaltmaktadır. - Evde bakım hizmetleri, hastane hizmetlerine göre daha güvenilirdir,

- Evde bakım hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetlerine erişimde kolaylığı arttırmaktadır,
- Aile bireylerinin tükenmişlik yaşama riskini azalttığı belirtilmiştir.
- Ekiple beraber hasta, hasta kişinin aile bireyleriyle ortak hareket etmede daha iyi olmasını sağlar,
- İhtiyaçlarını kişinin kendisinin karşılamasına ve böylelikle kendi kendine yetme ve güven hissinin artması sağlanmaktadır.
- Hizmet alan bireyin fiziki ve ruhsal dengesinin tekrar 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, Kolf, 1997;Edmonds, 2001).

2.2.3.5. Evde Bakım ve Evde Sağlığın Olumsuz Yönleri ve Sakıncaları

Evde sağlık hizmeti sunumuna yönelik yapılan tüm araştırmalarda ve hizmet esaslarında evde bakım hizmetinde hastane ve diğer kurum hizmetlerine oranla hiçbir olumsuz yön görülmemiştir. Fakat hizmet sunumunda hizmet veren kişinin yeterli eğitim almamış olması etkin bir sosyal hizmet olmaması bireylerin takiplerindeki yetersizlik gibi bazı aksaklıklar olabileceği konuları üzerinde durulmuştur (Schulmerich, 1996).

Evde bakım hizmeti sunumlarının birçok ülke açısından yeni bir sektör olması sebebiyle, yeni çekince ve denetleme sorununu da beraberinde getirmektedir. Evde bakım hizmetleri, birçok açıdan dış etmene açık olan, dikkatli ve özenli gözlem isteyen, iyi bir eğitim süreci ve programlama yanında yakından kontrol gerektiren bir hizmet sektörüdür. Evde bakım sunumu sağlaması sırasında iç içe girmiş sağlık bakımı ihtiyaç durumları ile de karşılaşmaktadır (Schulmerich, 1996). Evde bakım hizmet sunumunda ortaya çıkan diğer olumsuzluklar da şunlardır;

- Evde sağlık profesyonelinin hizmet alan, kişinin kendisini daha fazla rahatsız ve hasta hissetmesine sebep olması,

- Bireyin kendine ait özel yaşantısına müdahale ediliyor duygusu yaşamasına sebep olması

- Yetersiz ve bilgisiz olunması sebebiyle ileri teknoloji araçların kullanılmasında bireyler sorun yaşayabilir. Ayrıca acil hallerde anında müdahale edebilecek profesyonel bulunamaması.

- Bireyin hastanede yatması kendisinde daha fazla güvencede hissi oluşturabilir. Aile bireyleri üstünde artan baskı ve yük, fiziki ve mali yönden baskı oluşturmaları,

- Evde bakım hizmetini verecek personelin aldığı eğitim hizmet dışı bir alanda olması sebebiyle verimli çalışmasına engel teşkil etmesi,

- Doktorun evde bakım hastasına bakım tarzlarında da bazı farklılıklar yapması hizmet sunumunu zora sokması,

- Sağlık profesyonelinin, hastayla ve hasta bireyin ailesi arasında etkili bir iletişim kurulamayabilir. Aile üyelerinin uzun süre bir hasta ile beraber olması sebebiyle gerginlik yaratması,

- Sağlık profesyonelinin daimi süreçte hastanın yanında bulunamıyor olması, evde bakım hizmetlerinin engellemeleri ve olumsuz yanları arasında belirtilmesi.

- Hasta birey ve yakınlarının sağlık hizmeti sunumundaki personeller üstünde baskı ve şiddet uygulanması durumunda güvenlik sorunu ortaya çıkarması.

- Evde bakım hizmetlerinde diğer önemli olumsuz unsurlardan biride tıbbi atık kontrolünün zorluğu (Karabağ, 2008).

2.2.3.6. Türkiye’de Evde Bakım Hizmetlerin Sınıflandırılması

Türkiye’de evde bakım ve evde sağlık hizmetleri özelliği gereği üç şekilde sınıflandırılmıştır. Bunlar;

Birincisi; tıbbi hizmetlerle beraber sosyal hizmetlerinde kapsamına girmesi ve beraber koordineli hareket edilmesi yönündedir. İkincisi; uzun dönemli ve kısa dönemli olarak sürekliliği açısından değerlendirilmesidir. Kısa sürelide tıbbi hizmetlere ağırlık verilir. Genellikle iyileşme ve taburcu sonrası sunulur ve otuz günle sınırlandırılmıştır. Uzun süreli evde bakım ise, tıbbi ve sosyal bakım hizmetleriyle beraber yürütülmesine karşın sosyal bakım hizmetlerinin ağırlıklı olduğu ve altı aydan uzun gereksinim duyulan hizmetleri içine alır. Üçüncüsü; farklı alanlarda uzmanlaşmış kişilerin verdikleri hizmettir. Bu kişiler uzman (formal care) veya yarı uzman (informal care) kişilerdir. İnformal care genellikle aile bireylerinden oluşmaktadır. Formal care ise bireylerin gereksinimlerine göre sınıflandırılmıştır (Tuncel, 2006).

Sınıflandırma şu şekildedir;

1. Hemşirelik hizmetleri; Evde ziyaret ve evde hemşirelik hizmetleri.
2. Destek sağlık hizmetleri: Psikoterapi, fizik tedavi ayak bakımı, hizmetler
3. Gündüz /Gece bakımı: Bakıma gereksinim duyan kişilerin ihtiyaçlarına göre belirlenen hizmetleri.
4. Öz bakıma yönelik hizmetler: Gereksinim duyan bireyin banyo yaptırılmasını, giydirilmesi gibi günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesine yardımcı olan hizmetler.
5. Ev işlerinde yardım ve ev düzeni oluşturulması için verilen hizmet: Ev temizliği günlük yaşamla ilgili ve güvenlikle ilgili hizmetler.
6. Sosyal destek: Bireyin ödemelerinin yapılması, alışveriş ve sosyal etkinliklere arkadaş ziyaretlerine katılmasının sağlanması ve bireyin sosyalleşmesine yönelik hizmetler.
7. Danışmanlık hizmetleri: Bireylerin kanuni hakları ve yükümlülükleri ile ilgili öneri ve danışmanlık hizmetleri.

2.2.3.7. Türkiye’de Evde Bakım Hizmeti Sunumunda Yönergeler ve Uygulamalar

Türkiye’de sağlık hizmetimi uygulamaları her geçen gün yapılan düzenlemelerle ihtiyaca göre şekillenmektedir. Fakat bu hizmet sunumunun yasal

çerçevesi üç evre şeklinde oluşmaktadır. Bu evreler, Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (UHK) bünyesinde yürütülmekte olan sağlık hizmet uygulamaları, Sağlık hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun (SHSHK) ve 1980' den sonra yürütülen evde sağlık hizmeti uygulamalarıdır (Sağlık Bakanlığı, 2014).

Umumi Hıfzıssıhha Kanunu çerçevesinde sunulmakta olan evde sağlık hizmetinde hastanın karantinaya alınmasını esas alan ve salgın bulaşıcı hastalıklarla mücadele çerçevesinde yürütülen hizmetlerin kapsamında yer almakta olan muayeneyi ve tedaviyi esas alan uygulamalardır. Tıbbi boyutunun yanında sosyal destek de sağlanması hedeflenmiştir.

SHSHK esasında ise en önemli hizmeti koruyucu sağlık hizmetleri yer almaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerinde bağışıklık sağlama, gebe ve çocuk takibi bunlar arasındadır.

1980 sonrası ise hastaların evde bakımını özel sağlık kuruluşları ve şahıslar tarafından hastane sonrası tedavilerinin yapılması ve bakım hizmetinin yürütülmesi olarak uygulama gerçekleşmiştir.

Evde sağlık bakımı sunumunun kanuni çerçeveleri yeniden düzenlenmekte ve oluşturulan bu kapsamda her geçen gün yeniden şekillenip gelişmelere göre sunulmaya çalışılmaktadır. Evde bakım hizmetleri hakkında hazırlanmış olan yönetmelikte; fertlerin ve toplumun sağlığını korumak amacıyla, evde bakım hizmeti veren sağlık kuruluşlarının açılması, hizmet sunumları ve denetlenmesi ile bunları işleten kurum ve kuruluşların, özel hukuk, tüzel ve de gerçek şahısların uyması gereken usul ve esaslar düzenlenmiştir. Ayrıca yönetmelikte özel merkezler yada hastane, tıp merkezi, poliklinik gibi özel sağlık kuruluşlarını da kapsamakta olan birimler tarafından da evde sağlık hizmeti sunulabileceği ifade edilmiştir.

Yönetmelikte evde bakım hizmeti hekimin önerileri çerçevesinde hasta ve yaşlı bireylere yaşadığı ortamda sağlık profesyoneli tarafından rehabilitasyon, fizik tedavi, psikolojik tedavisini de kapsamak üzere bireylerin tüm tıbbi gereksinimlerini karşılayacak şekilde sağlık ve bakımla takip hizmetlerinin verilmesi yönündedir (Sağlık Bakanlığı, 2014).

2.2.3.8. Türkiye’de Evde Bakım İhtiyacı ve Demografileri

Türkiye’de evde bakım ihtiyacı her geçen gün artmaktadır ve bununla ilgili çalışmalar yıllar öncesinde planlanmaya çalışılmıştır. Türkiye’de 1961 de “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi” hakkında yasa çıkartılmış ve 1978 de Alma-Ata Deklarasyonu ile güncellenmiş “Temel Sağlık Hizmetleri” anlayışıyla benimsenmiştir. Bu yasa, kişilerin aynı ve eşit şartlarda geniş olanaklarla sağlığını korumak, sağlık düzeyini arttırmak, doğuştan ve sonradan olan eksiklikleri gidermek ve sağlıklı bir yaşam sürmesini amaçla. Bu yasanın önemli prensiplerinden biri olan “kademeli hizmet ilkesi” evde sağlık hizmeti verilmesi açısından önemlidir. Hastaların ilk aşamada birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlara başvurması, evde, ayakta tanı ve tedavileri yapılamayacak durumda olanların ikinci basamak hastanelere sevk edilmeleri yönündedir. Bu sayede hastanelerdeki yığılmaların önlenmesi, hastane hizmetine gerçek gereksinimi olan bireylerin başvurusu hedeflenmiştir.

Türkiye’de evde bakım sunumunda önemi ve ihtiyacı gösteren diğer bir ilke “sürekli hizmet ilkesi” Türkiye’nin Ulusal Sağlık Politikası olmuş bu ilkeye göre, herkese, her daim, her yerde yerleşik planlı ve programlı bir sağlık politikası koyacaktır (Tuncel ve ark, 2006).

Türkiye’de ve dünyadaki yaşanan gelişmelere paralel olarak yaşlı nüfusun artışı evde bakım hizmetleri konusunda yeni arayışlara ve de yeni politikalara gereksinim sağlamaktadır. Değişen demografi ve aile şeklinin çekirdek aileye dönüşmesi, kadının iş hayatına girmesi, konutların küçülmesi gibi nedenler yaşlı bireylerin aile içinde bakımını zorlaştırmıştır. Bu nedenle ülkemizde öncelikle yaşlılara sunulacak bakım hizmetlerine ihtiyaç duyulmaktadır.

3. TÜRKİYE’DE VE DÜNYADAKİ NÜFUS YAŞLANMASI VE SAĞLIK HİZMETLERİ SUNUMUNA ETKİLERİ

Günümüzde ülkelerin gelişme seviyesine bağlı olarak, refah düzeyinin artmasıyla birlikte yaşlı nüfusun varlığı %5-10’nu oluşturduğu görülmektedir. Türkiye’de 1990 yılı nüfus sayımında 65 yaş üzerindekiiler oranı %4,3 iken; 1995’te %4,7’ye; 2000 yılında ise %5,6’ya yükselmiştir. Türkiye istatistik kurumu tarafından yapılan 2008 nüfus sayımı sonuçlarına göre ülke nüfusunun %6,8’i 65 ve üzeri yaş grubunda yer almaktadır (TUİK, 2008).

Dünya nüfusunun %60’ı gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır ve bu oranın 2030 yılı itibarıyla %71’i bulacağı öngörülmektedir (United Nations, Department of Economic and Affairs, 2013). Gelişmekte olan ve gelişmiş ülkelerde de bu oran hızla artmaktadır. 2050’de bu oranın çok daha fazla olacağı öngörülmektedir.

Yaşlanan nüfus 21. yüzyılda hızla ve giderek artan demografik bir problem olarak ortaya çıkmaktadır. Birleşmiş Milletlere göre 60 yaş üstü nüfusun nüfusa oranı 1950’lerden 2009’lara %3 oranında artmıştır. 1950’lerde bu oran %8 iken 2009 yılında %11 olarak saptanmış ve 2050’de ise bu oranda %22 gibi bir artış öngörülmektedir (TUİK, 2014).

Türkiye OECD ülkeleri arasında en hızlı yaşlanan ülke olarak yer almaktadır (Yaman ve ark, 2010). 2008 yıllarında 65 yaş üstü nüfus oranı %5,1 iken 2011 nüfus sayımında bu oran %7 olarak belirlenmiştir.

Yaşlılık yaşlanan bireylerde pek çok sorunun ortaya çıktığı bir dönemdir. Kronik hastalıklar artması, yaşam kalitesinin düşmesi ve yaşlanan bireylerin yaşamlarını sağlıklı devam ettirebilmeleri destek gereksinim ortaya çıkarır. Bunun yanında psikolojik sorunların da ve beklentilerin de artması gibi sosyal sorunlara da neden olmaktadır.

Nüfustaki bu hızlı demografik değişimler sağlık hizmetlerinde de değişiklikler yapılması gerektiğini ortaya koymuştur. Sorunlardan en önemlisi

yaşlanan nüfusun yaşam kalitesinin nasıl arttırılacağı yönündedir (Yaman ve ark., 2010).

Birleşmiş milletlerin tespitine göre Türkiye’de yapılan kurum bazındaki bakım yetersiz kalmaktadır ve hızla yaşlanan nüfusun gereksinimlerini karşılayamamaktadır. Bu gereksinimleri karşılamak amacıyla yeni politikalar ve yasal düzenlemeler yapılmaktadır. Sağlık Bakanlığının 26 Şubat 2015 de resmi gazetede yayınlanan, Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin sunulmasına yönelik maddede şu şekilde düzenlenmiştir.

2015’de hazırlanan ve yürürlüğe sokulan ilgili yasanın maddesinde; **“MADDE 1- (1) Bu 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 bireyelerine sosyal ve psikolojik destek hizmetlerinin bir bütün olarak birlikte verilmesi için Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurumları bünyesinde evde sağlık hizmetleri birimleri kurulması, bu birimlerin asgari fiziki donanımı ile araç, gereç ve personel standardının ve ilgili personelin görev yetki ve sorumluluklarının belirlenmesi, iletişim, uygulanacak randevu, kayıt ve takip sisteminin tanımlanması ve uygulamanın denetimine ilişkin usul ve esasların belirlenerek evde sağlık hizmetlerinin sosyal devlet anlayışı ile etkin ve ulaşılabilir bir şekilde uygulanmasını sağlamaktır. ”** (S.B, 7/5/1987 tarih ve 3359; 663 sayılı kanun).

Yapılan bu düzenlemeyle bireylerin sağlık sosyal ve de psikolojik olarak desteklenmesini ve sağlık hizmetlerine ulaşımının sağlanması hedeflenmiştir. Evde sağlık ve bakım hizmetlerini yöneldiği yaş grubu genellikle 65 yaş ve üzeri kronik ve uzun dönemli bakım gerektiren yaşlı hastalardan oluşmaktadır (SBTH).

İnsan yaşamını giderek uzaması, yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranının artması ve sosyal, demografik özelliklerin değişmesi evde bakım ihtiyacını etkilemektedir. Evde bakım genel olarak, bireyin sağlığını korumak, yükseltmek, yeniden sağlığına kavuşturmak amacıyla sağlık ve sosyal hizmetlerin profesyonel düzeyde veya aile bireyleri tarafından kendi evinde veya yaşadığı ortamda sunulmasıdır.

Hastanelerin evde bakım hizmetini sunmak istemelerinde dört önemli sebep vardır (Lerman, 1993). Bunlar;

1. Hastanın bakım ihtiyacını tatmin edilmesi,
2. Süreklilik ve maliyet, kalite yada hizmetlere ulaşılmasında koordinasyonu sağlanması
3. Hastanede kalış süresinin azaltılması
4. Gelir yaratıcı amaçlara katkı sağlanması

3.1. Yaşlı Nüfus ve Stres Faktörleri

Yaşlanma yapısal ve fonksiyonel anlamda değişikliklerin yaşandığı ve bu değişimle beraber korunma, bakım ve gözetim ihtiyacının arttığı dönemdir (Arioğlu, 2006). Bu dönemi DSÖ 60 yaş ve üzerini yaşlılık sınırı olarak kabul etmiştir. (WHO, 2006)

3.1.1. Yaşlılığın Tanımı ve Sınıflandırılması

WHO ve bilimi insanların açıkladıkları yaşlanmanın gerçek sınırlarını tanımlamasında yaşlanmanın ilmi manada sınıflandırılması şu şekilde sınıflandırmıştır (WHO, 2006);

a) Takvim yaşlılığı; takvim yılımıza göre yaşlılık sınırı; atmış yaşından başlar bitimi yetmiş yaşın başlamasıdır ve de seksen beş ve üzeri içinde ileri yaş yaşlılık evresi olarak adlandırılabilir. Yaşlılık üç dönem şeklinde vardır;

- 65-75 yaşları arası; Erken yaşlanma dönemi.
- 75-85 yaşları arası; Orta yaşlanma dönemi.
- 85 yaşı ve üstü; İleri yaşlanma.

b) Biyolojik yaşlılık; Hücrelerimizin değişimi anne karnına ki ilk yerleşildiği andan başlamaktadır. Yaşam tarzımız ve yaşam kalitemiz, hücrelerimizin yaşlanmasını yavaşlatabildiği gibi hızlanmasını sağlamaktadır.

c) Sosyal Yönden yaşlılık; Toplum içinde görünüşümüzle ve toplumdaki yerimizle gelişen süreçtir.

d) Ekonomik Yönden yaşlılık; Emekli olma ve iş gücünün azalması evresidir. Emekli olma yaşı, ülkelerin sosyal düzenlemelerine göre değişmektedir.

e) Fizyolojik Yönden yaşlılık; Vücudun fizyolojik olarak yeterliliğinin azalmasıdır. Bu dönemde, desteğe gereksinim duyulur.

f) Psikolojik yaşlılık; Geçmiş anma ve özlem, geçmiş duygulara takılma, geçmişten kopamama durumudur. Geleceğe güvensizlikten kaynaklanan korku, kaygı, üzüntü vb. duyguların tümü psikolojik çökme yaratmaktadır. Bu dönemde profesyonel anlamda destek alınmalıdır.

g) Toplumsal yaşlılık; Kişinin toplum içindeki yaşamında, çalışma ve sosyal ilişkilerinde azalma meydana gelen süreçtir. İçeride kapanıklık, kendini dış ortamdan soyutlama ve yalnızlık duygusu neden olur bütün bunlara ruhsal ve sosyal yönden desteğe ihtiyaç duyarlar.

3.1.2. Yaşlılığın Demografik Özellikleri

Nüfus yaşlanması günümüzde kaçınılmaz ve de artan büyük bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Nüfus yaşlanması demek; bir toplumun yaş potansiyelini değiştirmek yoluyla o nüfusun çocuk ve genç oranının toplam nüfus içindeki oranının azalması ve yaş ortalaması yüksek bireylerin (65 yaş ve üstü) oranının nüfus içinde göreceli bir şekilde artması olarak tanımlanabilir. İnsanın takvim yaşının artması, yaşlanmaları ve ya yaş almaları kaçınılmaz bir süreçtir. Biyolojik açıdan kaçınılması imkânsız olan bu sürecin sosyal, sağlık, iktisadi, kültürel ve de ruhsal boyutları vardır. Yaş özellikleri açısından topluluklar dört sınıflandırmaya ayrılmıştır.

Genç topluluklar; bu topluluk içinde 65 yaş ve üzeri %4 seviyelerindedir. Henüz gelişmemiş toplumlar bu özelliktedir.

Erişkin bireylere sahip topluluklar; 65 yaş ve üstü %4 ve %7 arasındadır.

Yaşlı topluluklar; yaşlı bireylerin oranı % 7 ve %10 arasındadır.

Aşırı yaşlı topluluklar ise yaşlı nüfusun diğer yaş aralığına oransal düzeyi %10 ve üstüdür. Bu toplumlarda doğurganlık çok düşüktür.

Teknolojik ve tıbbın gelişmesi yaşam süresinin artmasına ve yaşam standardının yükselmesine bu nedenden de yaşlı birey sayısında artmaya neden olmuştur. Yeterli beslenme, iltihap ve bulaşıcı hastalıkların azalması, anne ve bebek ölüm oranının düşmesi, eğitim seviyesinin yükselmesi, insanların yaşam beklentilerinin artmasına neden olmuştur.

Türkiye’de de değişen demografik değişimlere paralel olarak yaşlı nüfus artmaktadır. TÜİK 2008 verilerine dayanarak; Türkiye nüfusu artış hızı yıllık%1. 31 olarak belirlenmiştir. Ülkenin yaşlı nüfus oranı %6, 8 65 yaş ve üstü yaş aralığında kişilerden oluştuğu tespit edilmiştir. (TÜİK, 2008). Değişmekte olan yaş yapısıyla beraber yaşlı nüfusun demografik, sosyal ve iktisadi yönden Türkiye’de dikkate değer olması gerekmektedir.

3.3. Yaşlılığın Psikolojik Boyutu

Yaşlı bireyler yaşadığı yıllar içinde yaşadığı kayıplara bağlı olarak psikolojik ve ruhsal yönden olumsuz etkiler oluşmaktadır. Dışarıdan gözlemleyen biri ile kendi algısı arasında farklılıklar oluşmaya başlamaktadır. Toplumda yaşlı insanlara karşı oluşmuş önyargılar bulunmaktadır.

Yaşlıların göreceli olarak daha huzurlu ve dingin bir dönemde olduğu düşünülmüş olsa da aslında yaşlılar oldukça fazla stres yaşarlar. Yaşadıkları bu stresin yıkıcı ve kalıcı etkileri olmaktadır. Yaşlıların toplumsal önyargılardan etkilenecek yaşlılık psikolojisine girmediğinde üretken ve toplumsal yaşama katkılarının olduğu gözlemlenmiştir. Yaşlılarla ilgili önyargıların bazıları bilgisizlikle bazıları da yaşlılarla olan ilişkilerdeki zayıflıkla açıklanabilmektedir. İnsanları ırk, cinsiyet, din gibi ayrımcılıklara ayıran anlayış yaşlılara da aynı yönde bir bakış açısı geliştirmiş ve “yaşlı ayrımcılığı” kavramı ortaya çıkmaya başlamıştır. Yaşlı bireyleri toplumdan uzaklaştıran bir kavram olarak da toplumda artmaktadır.

3.4. Yaşlı Kişilerdeki Stres Faktörlerin Nedenleri

Geriatrik stres yaşlılarda görülen problemler arasında en sık olandır (Birrer ve Vemuri, 2004). Geriatrik stresi etkileyen birçok risk unsuru bulunmaktadır. Bu risk faktörleri arasında cinsiyet, yalnız yaşama, dini ve sosyal faaliyetlerin az olması sayılabilir (Heikkinen ve Kauppinen, 2004; Tiemeier, 2003). Bunlara ek olarak yalnızlık hissi yaşlı bireylerin yaşadığı ağır duygulardan bir tanesidir. Bireyin çevresine yabancılaştığı, etrafındakilerle iletişiminde azalmalar, anlaşılamadığı anlarda ortaya çıkar. Boşluk duygusuyla kendini gösterir. Kişinin yaşamla bağının zayıflaması ve içine kapanma eğilimine yol açabilir. Kişinin kendini soyutlaması şeklinde de ifade edilebilir. Yalnız kalma, çevreden ve toplumdan eksik olma durumuyken bilinçli bir tercih olabilir. Oysaki depresyon yaşayan insanın hissettiği yalnızlık başkadır. Kişi içine çekilir kendi tercihi olmaksızın. İç dünyasında yaşadığı bir çatışma sebebiyle yalnız kalmıştır. Yalnızlık hissetmenin altında eksiklik duygusu da bulunabilir.

Türkiye’de yaşlılarda geriatrik stres düzeylerin belirlenmesine ilişkin yapılan klinik çalışmalar son yıllarda yoğun olarak artmıştır. Konunun sosyal yönden değerlendirilmesi ise henüz yeni ve üzerinde çalışılan konular arasındadır. Kişilerde geratrik depresyon düzeyleri demografik özelliklerine göre de incelenmiştir (Bodur, 2009).

Yaşlılık psikolojik sosyal bunun yanında bazı sağlık sorunlarını beraberinde getiren fonksiyonel bir yeti azalmasıdır Yaşlı insanlar üzerinde yapılan çalışmalarda majör depresyon yaygınlığı yaşlının yaşadığı alana göre değişebilir. Toplum içinde yaşayanlarda bu oran %1-5 olarak bildirilmiş, yaşlı bakım evlerinde kalan (nursing home) bu oran %20-25 e kadar çıkmıştır (Koenig ve ark, 1992). Uzun süre evde bakım alan yaşlılarda %26-%44 stres etkileri belirlenmiştir (Bruce ark., 2002).

Geriatrik stres göstergesi sağlık hizmetlerine başvuran erken yaşlı hastalarda %30 kadınlarda %40 stres belirtileri saptanmıştır. Hastanede yatanlarda bu oran %10-45 olarak bildirilmiştir. Yaşlılarda sık görülen duygu durumu bozukluklarından biri olan stres kişinin yaşam kalitesini düşürmekte ve sağlık harcamalarının artmasına yol açmaktadır (Biliner, 2006). Yaşlı bireylerde saygınlığın olumsuz etkilenmesine

bağlı olarak fiziksel kısıtlama, otonomi ve bireysel yetkinlikteki azalmayla ilgili olarak korkular klinik depresyona zemin hazırlamaktadır. Ekonomik, sosyal ve de beşeri yönden güçsüzlük yaşlı insanlar arasında depresyonu arttıran sebepler olarak belirtilmiştir (Bilinir, 2006).

Geriatri hastalardaki fiziki, ruhsal, beşeri ilişkileri üzerine ve yerleşim alanlarıyla hakkında çalışmalar yapılmıştır. (Bodur , 2009). Toplum içinde bağımsız yaşayan yaşlılarda majör depresyonun düşük olduğu belirlenmiştir. Minör depresyon ve tıbbi nedenlerle gelişen diğer depresyon türleri yaşlılarda gençlere oranla daha yaygındır. Klinik destek oranı yaşlılar arasında (50-70 yaş aralığında) çok yüksektir olduğu belirlenmiştir.

Yaşlılarda yapılan çalışmalarda depresyonla ilgili görülme sıklığı birçok yönden araştırılmıştır. Yaşlılar bu süreçte depresyonu çeşitli şekilde gizleyebilirler. Yâdsıma, fobi savunma gibi ego savunmasına geçebilirler. Yalnız kalma ise bu süreçle baş etmek için kullanılan bir uyum sürecidir. İlişkilerden uzaklaşma diğer kişilerle duygusal bağlarının zayıflamasına sebep olur. Bu durum yaşlılar arasında stresi daha da arttırır ve sosyal yalnızlık oluşmasına sebep olur. (Eker ve Noyan, 2004). Yaşlı üretken bir hayat yaşamışsa bu dönemde doyum duygusuyla, üretken ve amaçlarına ulaşmadan bir hayat yaşamışsa duygusu umutsuzluk oluşur. İlişkilerdeki zayıflama, çevresel stres beden fonksiyonlarındaki azalma umutsuzluk duygusunu arttırmaktadır. Ayrıca sosyallikteki azalma yalnızlık duygusu ekonomik ve fiziksel yetersizlikler, cinsel açıdan verimlilikte azalma, öz saygıda azalma ve özgüven eksikliği günlük yaşam aktivitelerindeki kendine yetememe, eşlerden birinin kaybı, benlik ve özsaygıda azalma, birçok ilaç kullanımı strese ilişkin risk faktörleri arasındadır (Özmenler, 2005).

Uluslar ve öncü ülkelerde, yaşlı bireyler ve onların ruh halleri üzerine birçok çalışmalar yapmış ve muhtemel sorunları belirlenmeye çalışılmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Dünya Psikiyatri Birliği (WPA), (1997) birlikte yayınladığı bir raporda “Yaşlıların Ruh Sağlığı için Bakım ve Organizasyon İlkeleri” konularında görüş birliği belirtmiştir. Bu raporda, iyi sağlık hizmetleri ve iyi yaşam şekli bir yaşam gerçeği ve hakkı olarak yaşlılarında en temel hakkıdır. Tüm bireyler bu hizmetten yararlanma hakkına sahip olmalıdır. Politika yapıcılar yaşlıların psikolojik

sorunlarıyla, aileler, bakıcılar veya sivil toplum örgütleriyle ortak hareket ederek bu alanda sunulacak hizmetin daha verimli ve devamlılığının sağlanması, yerel ihtiyaçların saptanması sorumluluğunu üstlenmelidirler. Yaşlı bireylerin bakımı iyi kalitede olmalı, geniş kapsamlı, ulaşılması kolay, bireye özgü, uyumlu, kültürel değerler karşısında sorumlu iyi düzenlenmiş ve sistematik olmalıdır.

Yaşlı kişinin stres faktörlerini belirlemede erken tanı ve gözlem önemlidir. Psikiyatrik tanıyı da içine alan geniş kapsamlı sosyal ve tıbbi bir değerlendirme gereklidir. Bu değerlendirmeler hastanın yaşam alanında gerçekleşmelidir. Saptanan sorunlar tedavi yöntemleri ve diğer unsurlar hep beraber uygulanmalıdır (WHO ve WPA, 1997).

Yaşlanmayla beraber bireyler hem sağlık sorunları hem de toplumsal rollerindeki değişmelerle karşı karşıya kalmaktadır. Yaşlılıkta fiziksel özellikler, sosyal yaşantı, saygınlık, ekonomik güç önceki hayata göre azalır. Yaşlı birey giderek yalnızlaşır. Bu durum yaşlı kişilerin ruh sağlığında gözle görülür şekilde etkiler. Yaşlılıkta ruhsal durum değerlendirmesinde, ruhsal bozuklukları, psikolojik bozukluklar depresyon ve uyku bozuklukları özellikle üstünde durulması gereken durumlardır (Orhan, 2010).

Yaşlılık da stres yaygın görülen kişinin yaşam kalitesini önemli derecede düşüren bir hastalıktır. Bu yaş grubu insanlar ruhsal yönden sorun yaşadığında intihara çok meyilli olurlar. Dikkat ve ilgi kaybı, unutkanlık, bedensel ağrılar ve sıızlanmalar öne çıkan belirtiler olmaktadır (Akdeniz ve ark., 2010).

Yaşın ilerlemesiyle sağlık sorunlarının artması, yakınlarını kaybetmenin verdiği acı, bununla beraber ölüm korkusunun gelişmesi yalnızlık duygusu stres bozuklukları kaygı görülmeye başlar. Kadınlarda takıntı, agorafobi (OKB), erkeklerde fobi ve korkuya dayalı davranışlar ve OKB bu dönemde belirti olarak ortaya çıkar (Orhan, 2010).

Yaşlılık döneminde bazı psikolojik hastalıkların ortaya çıkması kişilik değişimleri oluşturabilir. Yaşlılık döneminde duygu durumunda bazı bozukluklar, varsanımlar, düşüncede bozulmalar ve kişilik değişiklikleri görülebilir. Genç

yaşlılıklarda; 60-70 yaş arası dönemde mevcut psikolojik durumlar alevlenebilir ya da yeni psikolojik durumlar ortaya çıkabilir. Bunama, ikilem duygu durum bozukluğu, geç başlangıçlı şizofreni yaşlılıkta psikolojik belirti veren hastalıklardan sayılabilmektedir.

Yaşlı bireylerin yaşam kaliteleri ve bunu sürdürmekte önemlidir. Bu dönemde yaşlı bireylerin yaşam kalitesini bozan diğer önemli bir unsurda uyku düzenindeki bozukluklardır. Yaşlı kişiler uyku sırasında uyanmaları sıklaşır ve aralıklarla uyku bölünmeleri yaşayarak uyanırlar ve uyku fizyolojileri bozulmaları yaşarlar. Gündüzleri de kısa aralıklarla uykuya dalmalar görülebilir. Genelde ve sıklıkla erken yatıp erken uyanma eğilimindedirler (Tuncel ve Orhan, 2010).

Dünya sağlık örgütü yaşam kalitesini; bireylerin yaşadıkları kültür içerisinde beklentileri, çabaları, standartları ve kaygıları doğrultusunda yaşamdaki durumlarını algılama biçimleri olarak tanımlamaktadır (Aslan, 2010).

Yaşlılık döneminde bazı hastalıkların varlığı yaşam kalitesini doğrudan etkilemektedir. Tıpta “komorbid” olarak adlandırılan bu hastalıklar bunlardan en önemlilerindendir. Tıpta, ”komorbidite” kişisel hastanın birincil hastalığından başka bununla beraber aklımıza gelebilecek tüm diğer hastalıkların etkisini ifade etmeye yönelik bir anlayışı açıklar (Tuncel, 2010).

Bunun yanında yaşlanmaya bağlı farklı türde ruhsal sorunlar da meydana gelebilir. Bu sorunlar sosyal ve de sağlık yönleriyle değerlendirilmektedir. Diğer ruhsal işlev bozukluklarında olduğu gibi kişilerde duygu durum bozukluklarında da sıklıkla tabloya başka organik ya da psikiyatrik hastalıkların eşlik ettiği görülmektedir. Eşlik eden bu klinik durumlar bir yandan ruh durumlarında bozukluk tanısı koymayı güçleştirmekte, diğer yandan izlenecek tedavi stratejilerini de etkilemektedir. Stres ve bu bozukluklara eşlik eden psikiyatrik tablolar içerisinde kaygı bozuklukları ilk sırada yer alır. Bunun yanında alkol ve madde kullanım bozuklukları, bunama, sara, kas erimesi ve sinir ucu iltihabı MS (múltipleks skleroz) ve titreme hastalığı gibi sinirsel hastalıklar, kalp damar hastalıkları, şeker hastalığı, guatr ve diğer iç sisteme ait hastalıklar depresyonla beraber gelişen organik bozukluklar arasındadır” (Beçene, 2007).

Yaşlılık, çevreyle ilgili sistemdeki iç ve dış çevrede meydana gelen değişikliklere bağlı olarak zaman içinde sisteme uyumun zayıfladığı süreçtir. Bu süreçte problemlerle başa çıkmak zorlaşır, hastalıklar artar birey yetisi azalmaya başlar. Bu süreçte amaç kişinin yaşlılığının engellenmesi değil, bulunduğu bu süreçte destekleme ve korumadır.

Geriatri; yaşlı bireylerin sağlığının korunması, gelişebilecek hastalıkların önlenmesi, yaşlanmakta olan toplumun işlevsel yetilerin desteklenmesi, tanı ve tedaviye de içine alan tıbbın alt dallarından biridir. Bu sebeple geriatri hem koruyucu hekimlik hem de uzmanlık gerektiren bir alandır. Geriatri; 60 yaş ve üstü hastaların sağlık sorunları, hastalıkları, sosyal ve fonksiyonel yaşamları, yaşam kaliteleri, koruyucu hekimlik uygulamaları ve toplum yaşlanması ile ilgilenen bilim dalı olup iç hastalıklarının bir yan dalıdır (Arıoğlu, 2006).

Tıbbi değerlendirme yaşlılarda bilişsel sorunlar, hareketsizlik, kendini öz kontrolünü sağlayamama, gibi tıbbi sorunlarla beraber değerlendirilmelidir (CGA). Kapsamlı bir şekilde değerlendirme için tıbbi ve sağlık sonuçlarını optimize etme, yaşam kalitesini ve fonksiyonelliğini arttırma, kurumsal sağlık bakım hizmetlerini azaltma, kurumsallaşma ve uzun süreli bakım hizmeti sunumu geliştirme, sağlığı geliştirmek için danışmanlık hizmeti verme, yaşlı bireylerin istismar edilmesini önleme, sosyal ve psikolojik sorunları araştırma gibi amaçlar değildir (Mann ve ark., 2004). Bu hedeflere varabilmek için geriatri değerlendirme tıbbi, fonksiyonellik, psikolojik, sosyal ve çevresel değerlendirmeler koordineli ve iyi bir biçimde yapılmalıdır.

3.5. Yaşlı Kişilerde Stresin Önlenmesi Ve Refahın Sağlanması

Yaşlı bireylerin sosyal ve sağlık yönünden refahının sağlanmasına yönelik ülkemizde ulusal ve uluslar arası belirlenmiş mevzuatlara göre hareket etmektedir. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı bu hususta dikkate aldığı ve uygulama çalıştığı eylem planlarından en önemlisi olan “ BM Madrid 2002 Yaşlanma Uluslararası Eylem Planı’dır. Bu plan içinde birçok konu vurgulanmaktadır. Sağlık, bireylerin yaşamında ne kadar önemliyse, toplum sağlığı da ekonomik gelişme ve kalkınma için o kadar önemlidir. (BM Madrid 2002 Yaşlanma Uluslararası Eylem Planı).

Kişilerin sıhhatli ve uzun süre yaşamasının yarattığı yararlar, en başta henüz gelişmekte olan ülkeler ve bu gibi toplumlarda, hala, yaş gruplarının tümünde yüksek ölüm ve sakatlık olması nedeniyle, henüz tüm dünya tarafından paylaşılamamaktadır. Yaşlı bireyler, iyileştirme hizmetleri ve cinsel sağlık da dahi olmak üzere, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerine ulaşma haklarına sahiptir.

Yaşlı bireylerin, önleyici sağlık hizmetlerini de kapsayan, yaşamları süresince hastalıkların önlenmesi ve sağlığın iyileştirilmesi, yaşam kalitelerinin artırılmasına yönelik aktivitelerin öneminin farkına vararak yarattığı sıhhat ve bakım hizmetlerine ulaşılabilirliğinin sağlanmasıdır.

Yaşlı bireylerin özgürce yaşamlarını idame ettirebilmeleri, hastalıklardan koruma ve önlemler alma yönünden, yeti kaybının tedavisi olduğu kadar yeti yetersizliğine sahip bireylerin yaşam kalitelerinin geliştirilmesi yönünde dikkat gerekmektedir. Sağlık ve bakım hizmetlerinde, personel hizmet kalitesinin ve eğitiminin yaşlı bireylerin gereksinimlerini karşılayacak düzenlemelere ihtiyaç bulunmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlıklı olmayı, sadece hastalık ve sakatlıkların olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik hali olarak tanımlamıştır. Sıhhatli ve refahlı bir şekilde yaşlanmak için, yaşam boyu kişisel gayret ve de bu gayretlerin netice vereceği uygun bir çevreye ihtiyaç vardır. Kişilerin sorumluluğu, sağlıklı bir yaşam tarzını devam ettirmektir. Politika yapıcıların sorumluluğu ise, sıhhatli ve refah içinde yaşlanmaya imkân sağlayan destekleyici bir düzen oluşturabilmektir (Günaydın, 2010).

İnsani olmasının yanında hem de ekonomik sebeplerle, yaşlı bireylerin, diğer yaş aralığındaki bireyler gibi koruyucu, tedavi edici ve iyileştirme hizmetlerine ulaşımının sağlanması gerekmektedir. Elverişli hallerde, yükseköğrenim müfredatına, sağlık ve bakım hizmetlerinde geriatri biliminin yer almasının yanında, yaşlı bireylerin gereksinimlerine yönelik planlanmış sağlık hizmetleri de bulunmalıdır.

Sivil toplum kuruluşları ile birlikte ailelerde, yasa yapıcılarla birlikte, sağlıklı bir yaşam tarzının devam ettirilebilmesi için kişilere imkân sağlayıcı ve destekleyici bir sistem oluşturulmasında çalışan sosyal sorumluluk sahibi topluluklar da bulunmaktadır. Salgın hastalıklar yerini kronik hastalıklara ve de daha yaygın hastalıklara yerini bırakmıştır. Yaşlanmakta olan nüfusun bakım ve tedavi edici hizmetleri için gereksinim ve uygun politikalar gerekmektedir. Bu yasaların bulunmaması harcamaların artmasına sebep olabilir. Sağlığın geliştirilmesi ve hastalıklardan korunmada, gerekli olduğunda dünya çapında düzeyde hareket etmek gerekmektedir.

Yaşlı bireylerin ruh sağlığına yönelik hususlara değinilmiştir. Yaşlı bireylerin ruh sağlığı ihtiyacı gereksinim duyulacak haller bulunmaktadır. Tüm dünyada, ruh sağlığı sorunları, yeti azlığı ve yaşam kalitesinin yeterli düzeyde olmaması başta gelen sebeplerdir. Ruh sağlığı problemleri, yaşlanmanın bir neticesi değildir, fakat ruh sağlığı bozuk olan yaşlıların sayısındaki önem teşkil eden artmalar nüfusun yaşlanması sebebiyle öngörülebilir bir husustur. Bu soruna yaşlı bireylerin zaman içindeki kayıpları ve yaşam değişiklikleri çoğunlukla ruh sağlığı problemlerine neden olabilir. Yaşanan bu sorunlar uygun olarak tespit edilemezse, tam olarak tedavi ya da yetersiz tedavi sağlanmaması ya da klinik olarak gereksiz yere tedavi kuruluşuna kalması ile neticelenebilir. Bu ruhsal problemlerin üstesinden gelmek için stratejiler bazıları da derin düşünme, sosyal destek, algı ve idrak eğitim programları, bakımı üstlenen aile bireylerinin ve sağlık çalışanlarının eğitimi ve yatalak hastalar için özel yapılar bulunmalıdır (BM Madrid, 2002). Bunlar;

Yaşlı bireye bakım veren aile üyelerinin eğitimi diğer bakım sunan hizmet sunumlarının kalitesin yükseltilmesi, Uygun olan durumlarda, kalite değerlendirme seviyesinin belirlenmesi sağlık çalışanlarının ve bakım verenlerin bireylerin beklentilerini karşılamaya yönelik geniş ve düzenlenmiş temele dayalı tespitler yapılmalıdır (BM Madrid, 2002).

Ruhsal hastalıkları bulunan yaşlı bireylerin kendi yaşam alanlarında ve her türlü destekle yaşam kaliteleri arttırılmalı ve yeti yetersizliği desteklenmelidir. Bu amaca uygun programlar hazırlanmalıdır. Tüm ruhsal bozukluklar ve depresyonun

etkilerinin belirlenmeli ve değerlendirilerek bu konu hakkında konularında eğitilmiş sağlık çalışanlarına sürekli eğitim ve bilgi verilmelidir (BM Madrid, 2002).

Yaşlı bireyler ve de yeti yetersizliği azalmış bireylerle beraber çeşitli yeti yetersizliği durumunda olan kişi sayıları birçok nedenden dolayı artmaktadır. Yaşlı kadınların, cinsiyetlere göre yaşam sürecindeki kaygılar, hastalıklara karşı duyarlılık ve yaşamları süresince maruz kaldıkları cinsiyet ayrımcılığı sebebiyle yeti yetersizlikleri açısından risk altındadır. (BM Madrid 2002)

3.6. Kapsamlı Geriatrik Değerlendirme Bileşenleri

Kapsamlı geriatrik değerlendirme ve kişinin sağlık durumunun incelemek için bazı testler yapılmalı ve buna göre yaşlı bireyin ruhsal, bedensel, mental yönden değerlendirilmeli.

a) Tıbbi değerlendirme;

Öykü, sorun listesi, fizik muayene, laboratuvar, “komorbide” bir hastalığın vücudun diğer yerlerine etkisi durumları ve hastalığın şiddeti, idrarını tutamama, görme ve işitmenin değerlendirilmesi, ilaçların gözden geçirilmesi, beslenme durumunun değerlendirilmesi gibi alanları kapsar.

b) Fonksiyonelliğin değerlendirilmesi;

Temel günlük yaşam etkinlikleri (ADL), aletli günlük yaşam etkinlikleri (IADL), bedensel etkinlik durumu, yürüme ve denge vb. etkinlikler.

c) Psikolojik değerlendirme;

Mental durum, değerlendirmesi (bilişsel testler), duygu durum testleri (depresyon testleri), alkol ve madde istismarlarının araştırılması.

d) Sosyal değerlendirme;

Formal ve informal destek gereksinimleri ve var olan destekler (aile toplum destekleri), bakım kaynaklarının niteliği/finans durumu değerlendirme.

e) Çevresel değerlendirme

Ev güvenliği, ısınma, temizlik,, komşular, transport ve tele sağlık bunlardandır (Wieland ve Hirth, 2003).

3.7. Yaşlı Bireylerde Duygu Durumu ve Stres Faktörlerinin Değerlendirilmesi

Günümüzde birçok hastalığın ve sorunun kaynağı olarak stres faktörü gösterilmektedir. Kişiyi hem bedensel hem ruhsal olarak olumsuz etkileyen bir olgudur. Stres; birçok değişik şekilde tanımlanmıştır. Stres organizmanın bedensel ve ruhsal çizgilerini zorlaması ve zarara karşı oluşan tehlikelerin ortaya çıkardığı bir durumdur (Baltaş, 1987). Başka bir şekilde ise şöyle açıklanmaktadır; stres, organizmayı etkileyen herhangi bir şeye karşı organizma tarafından yapılan genel bir davranıştır. Stres birçok şekilde tanımlanmış olsa da tam bir tanımı yoktur. Sözlüklerde ise “ stres, bir nesne, duruma da sisteme uygulanan bir güç, basınç, tazyik” olarak tanımlanmaktadır (Baltaş, 1984).

Bu tanımlar açısından bakıldığında, stres yaratan etken bireyin karakterine bağlı olarak her bireyde bir takım duygusal tepkilere yol açacağı manası çıkartılabilir. Fakat aynı stres etkeni, her bireyde aynı duygusal tepkilere yol açmayabilir. Bazı bireyler bulunduğu durumdan şikâyetçiyken ve bu durum o bireyde stres faktörüken bir başka bireyde aynı algı oluşmayabilir. Stresi yaratan etkenin birey tarafından nasıl algılandığı önemlidir. Bireyin, yaşadığı stres derecesi, stres yaratan kaynağın ve etkenin algılayış biçimine bağlıdır. Bunlardan hareketle stres, algılandığı biçimiyle, organizmayı etkileyen herhangi bir şey karşısında organizmanın fizyolojik ve ruhsal sınırlarının zorlanması ve tehdit edilmesiyle ortaya çıkan bir durum, olarak tanımlana bilir. Stres bireyin yaşam kalitesini düşürür verimliliğini azaltan bir etmen olmakla beraber birçok sağlık sorununu da getirir (Baltaş, 1987).

Stres yaşayanlarda ve depresyon da uyku sorunu en çok yaşanan sorundur. Bulgularımızda yaşlı bireylerin uyku zorluğu yaşadığı ortaya çıkmıştır. Uyku

sorunları, uykuya dalmada zorluk, gece sık sık uyanma, sabah erken uyanma, sabahları dinlenmemiş bir şekilde uyanma ve ya fazla uyuma biçimindedir.

Uyku durumu bozukluğu yaşlılarda en yaygın görülen ve de en önde gelen problemlerden biridir. Birçok çalışmada yaşlıların yaklaşık %40'ının uyku kalitesinden hoşnut olmadığını ve kronik uyku problemi yaşadığını göstermiştir. Yaşlılık dönemindeki uyku durumunda, genç ve orta yaşlardan farklı bir şekilde olduğu hususunda bir fikir birliği bulunmaktadır. Artan yaşla beraber oluşan uyku değişiklikleri yaşlılarda uyku bozukluğu durumunu anlayabilmemize yardımcı olur (Vitiello, 1997). Uyku ölçekleriyle ölçümlendiği zaman yaşlılarda uykuyu pek çok faktör etkilemektedir. Bunlardan bazıları; eşlik eden bedensel ve psikiyatrik hastalıklar, kullanılan ilaçlar, kalpteki ritim değişiklikleri, yaşa bağlı uyku değişiklikleri ve birincil uyku bozukluklarıdır. Uykuda sıçrama nefes almada zorlanma ve nefessiz kalma gibi tablolarla seyreden uyku bozukluğu, huzursuz bacak sendromu, periyodik bacak hareketleri, REM uykusu davranış bozukluğu gibi birincil uyku bozukluklarının sıklığı yaşlılarda artar. Uyku bozukluklarından kaynaklanabilen uyku kaybı gündüz uykululuğuna, süregelen yorgunluğa, kaza ve düşme riskinde artmaya neden almaktadır. Uyku bozukluklarının yaşam kalitesi üzerine olumsuz bir etkisi bulunmaktadır. Yaşlılarda uyku şikayetinin değerlendirilmesinde dikkatli olunmalı hikaye ve bedensel incelemeye beraber uyku günlüğü eklenmesi gerekmektedir (Cricco ve ark., 2001).

Yaşlanma evrelerine göre depresyon düzeyinde de anlamlı farklılık ortaya çıkmıştır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre yaşlanma üç evreden oluşmaktadır. Bu evreler şunlardır;

- 60-75 yaşları arası; erken yaşlanma dönemi
- 75-85 yaşları arası; orta yaşlanma dönemi
- 85 yaşı ve üstü; ileri yaşlanma

4. ARAŞTIRMADA KULLANILAN YÖNTEM, UYGULAMA VE BULGULAR

4.1. Çalışmanın Amacı

Yaşlı bireylerin duygu durumları yaşam kalitelerinin düşmesine bağlı olarak, gelişen hastalıklar, sosyal açıdan değişimler, yeti azalmasına bağlı olarak gerilemeye ve stres faktörünün bireyde hastalık yapıcı etkisini ortaya koyduğu durum olması açısından önemlidir.

Bu nedenle bu duygu durum değerlendirmesine ihtiyaç duyulmaktadır. Sürekli değişen nüfus yapısı, yaşam süresindeki uzama, yaşam şeklinin değişmesi ve birçok değişimler bedensel sorunların yanında ruhsal sorunlarda beraberinde getirmiştir.

Yapılan bu çalışmada yaşlı bireylerin stres faktörleri ve sosyal, psikolojik ve değişen beşeri ilişkileri çerçevesinde incelenmiştir.

4.2. Araştırmanın Modeli ve Hipotezleri

Çalışmada kişilerin sahip olduğu demografik özelliklere göre stres düzeyleri modellenmiştir. Araştırmanın hipotezleri şu şekildedir;

H_{1a}: Cinsiyete göre depresyonda anlamlı farklılık vardır.

H_{1b}: Cinsiyete göre depresyonda anlamlı farklılık yoktur.

H_{2a}: Uyku zorluk durumuna göre depresyonda anlamlı farklılık vardır.

H_{2b}: Uyku zorluk durumuna göre depresyonda anlamlı farklılık yoktur.

H_{3a}: Ağrı çekme durumuna göre depresyonda anlamlı farklılık vardır.

H_{3b}: Ağrı çekme durumuna göre depresyonda anlamlı farklılık yoktur.

H_{4a}: Çocuklarıyla beraber yaşama durumuna göre depresyonda anlamlı farklılık vardır.

H_{4b}: Ağrı çekme durumuna göre depresyonda anlamlı farklılık yoktur.

H_{5a}: Diğer kişilerle görüşme durumuna göre depresyonda anlamlı farklılık vardır.

H_{5b}: Diğer kişilerle görüşme durumuna göre depresyonda anlamlı farklılık yoktur.

H_{6a}: Yaş gruplarına göre depresyonda anlamlı farklılık vardır.

H_{6b}: Yaş gruplarına göre depresyonda anlamlı farklılık yoktur.

H_{7a}: Hap kullanım miktarına göre depresyonda anlamlı farklılık vardır.

H_{7b}: Hap kullanım miktarına göre depresyonda anlamlı farklılık yoktur.

4.3. Anket Formunun Hazırlanması

Araştırmada kullanılan anket iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde ankete katılanların stres algılarını ölçen 15 soru, ikinci bölümde ise katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin 8 soru sorulmuştur. Anket çalışmasından önce evde bakım hizmeti veren uzman kişilerce ön bilgi verilmiş sonra sorular teker teker okunmak suretiyle alınan cevaplar uzman tarafından işaretlenmiştir.

4.4. Araştırmada Kullanılan Ölçekler

Yaşlı bireylerin duygu durumu değerlendirmesinde “Yesavage Geriatrik Depresyon Skalası” kullanılmıştır (Yesavage, J.A., Brink, T.L., Rose, 1983).

4.5. Araştırma Örneklemi

Kuzey Anadolu Kamu Hastanelerine bağlı olarak hizmet veren 14 hastaneye hastane destekli evde bakım hizmeti alan hastalardan kolayda örneklem yoluyla seçilen 496 kişiye uygulanmıştır.

4.5.1. Veri Toplama Yöntemi ve Analizi

Sorular bir sağlık profesyoneli aracılığıyla bizzat bireye sorgulanarak yapılmıştır. Toplanan veriler. SPSS’e girilmiştir.

Evde bakım hizmeti alan bireyleri yaşlarına, cinsiyetlerine, uyku durumlarına göre, çocuklarıyla yaşayıp yaşamadıklarına göre, evde bakım hizmeti veren kişi dışında diğer insanlarla görüşme durumlarına göre kullandıkları hap sayılarına göre ilişkin değerler aşağıda tablolarda verilmiştir. Genel tarama modelleri, çok sayıda elemandan oluşan bir evrende, evren hakkında genel bir

yargıya varmak amacıyla evrenin tümü ya da ondan alınacak bir grup, örnek ya da örneklem üzerinde yapılan tarama düzenlemeleridir (Karasar, 2004; 79).

Değişkenine göre anlamlılık farklılığı belirlemek için t testi ve kıdem değişkenine göre farklılığı belirlemek için de tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmış, farklılığın çıktığı durumlar için ise Tukey HSD testi uygulanmıştır. Sonuçlar bu çerçevede yorumlanmıştır. Cinsiyet, uyku zorluk durumu, ağrı çekme durumu, çocuklarıyla beraber yaşama, diğer kişilerle görüşme değişkenleri normal dağılımda olduğu için t testi kullanılmıştır. Yaş ve hap kullanım değişkenleri normal dağılımda olduğu için ANOVA kullanılmıştır. Frekans ve yüzdeler sırasıyla tablolarda gösterilmiştir.

Çalışmada yer alan hipotezlerin testinde *P* değeri 0. 05 olarak alınmıştır. Dolayısıyla çalışmadaki analiz sonuçları %95 güven seviyesinde yorumlanmıştır.

4.5 2. Örneklem Ait Temel Karakteristik ve de Demografik Bulgular

Çalışmanın bu bölümünde, nicel veri toplama yöntemleri ile elde edilen bulgular ve yorumları yer almaktadır. Bu kapsamda, öncelikle katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin bulgulara yer verilmiş, ardından araştırmanın amaçları doğrultusunda belirlenen başlıklar altında, bulgulara ilişkin analiz ve tablolar, yorumları ile birlikte sunulmuştur.

Tablo 1: Katılımcıların Cinsiyete Göre Dağılımı

Cinsiyet	Frekans	Yüzde
Kadın	284	57, 3
Erkek	212	42, 7
Toplam	496	100, 0

Tablo 1’de katılımcıların cinsiyetlere göre dağılımı görülmektedir. Buna göre; katılımcıların 284 (% 57, 3)’ü kadın, 212 (% 42, 7)’si ise erkektir.

Tabloya göre kadın katılımcıların daha fazla olduğu gözlenmektedir.

Tablo 2: Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Yaş	Frekans	Yüzde
60 - 74 yaş	148	29, 8
75 - 84 yaş	188	37, 9
85 ve üstü	160	32, 3
Toplam	496	100, 0

Tablo 2’de araştırma grubunu oluşturan katılımcıların yaş grupları verilmiştir. Buna göre; katılımcıların 148 (%29, 8)’i 60-74 yaş grubu arasında, 188 (% 37, 9)’i 75-84 yaş grubunda, 160 (%32, 3)’i 85 yaş ve üzeri olduğu görülmüştür.

Örneklem dağılımı arasında çok farklılıklar olmamasına karşın 75-84 yaş arası bireylerin sayısı daha fazladır. Bu da evde bakım hizmeti alan yaşlılar arasında en çok hizmet alan kişi grubudur.

Tablo 3: Katılımcıların Uyku Sorunu Yaşama Durumlarına Göre Dağılımı

Uyku zorluk durumu	Frekans	Yüzde
Boş	4	0, 8
Evet	260	52, 4
Hayır	232	46, 8
Toplam	496	100, 0

Tablo 3’de araştırma grubunu oluşturan katılımcıların uyku zorluğu durumuna göre değerlendirilip “evet”, “hayır” şeklindeki cevaplarına göre değerlendirilmiş kişi sayısı 4 (%0, 8) cevap vermemiş olup, 260 kişi (%52, 4) “evet” şeklinde, 232 kişi (%46, 8) ise “hayır” şeklinde cevaplamıştır. % 52. 4’ü uyku zorluğu çekmektedir.

Tablo 4: Katılımcıların Ağrı Çekme Durumlarına Göre Dağılımı

Ağrı çekme durumuna göre	Frekans	Yüzde
Evet	276	55, 6
Hayır	220	44, 4
Toplam	496	100, 0

Tablo 4’de araştırma grubunu oluşturan katılımcı bireylerin ağrı yaşıyıp yaşamadığı durumuna göre sorgulanmış “evet”, “hayır” şeklinde cevaplamıştır. Ağrı yaşayanların sayısı 276 (%55, 6) iken ağrı yaşamayanların sayısı 220 (%44, 4)

şeklinde dağılımda bulunmuştur. Bu dağılıma göre katılımcıların çoğunluğunun ağrı yaşadığı gözlemlenmiştir.

Tablo 5: Katılımcıların Çocuklarıyla Beraber Yaşama Durumlarına Göre Dağılımı

Çocuklarıyla beraber yaşama	Frekans	Yüzde
Evet	332	66, 9
Hayır	164	33, 1
Toplam	496	100, 0

Tablo 5’de evde bakım hizmeti alan yaşlı bireylerimize yöneltilen çocuklarıyla beraber yaşayıp yaşamadıklarına göre verdikleri cevaplarda “evet”, “hayır” şeklindeki yanıtlarında bulunanlardan 332 kişi (%66, 9) “evet”, diğer 164 kişi (%33, 1) ise “hayır” şeklinde cevaplamıştır. Bu dağılıma göre büyük bir çoğunluğun hala çocuklarıyla beraber yaşadığını ortaya koymaktadır.

Tablo 6: Katılımcıların Evde Bakım Profesyoneli Dışındaki Görüşme Durumuna Göre Dağılımı

Diğer kişilerle görüşme	Frekans	Yüzde
Evet	340	68, 5
Hayır	156	31, 5
Toplam	496	100, 0

Tablo 6’da evde bakım hizmeti alan bireylere yöneltilen hizmet veren evde bakım profesyoneli dışındaki başka bir kişiyle görüşüp görüşmediğine dair sorularda “evet”, “hayır” şeklinde cevaplanmış olup 340 kişi (%68, 5) “evet” şeklinde, 156 kişi (%31, 5) “hayır” şeklinde cevaplanmıştır. Evde bakım hizmeti alan bireylerden büyük bir çoğunluğunun sağlık profesyoneli dışındaki kişilerle de görüştüğü gözlemlenmiştir.

Tablo 7: Katılımcıların Kullandıkları Hap Sayısına Göre Dağılımı

Kullanılan ilaç sayısı	Frekans	Yüzde
3 ve altı miktarda	116	23, 4
4-5 adet	196	39, 5
6 ve üzeri miktarda	184	37, 1
Toplam	496	100, 0

Tablo 7’de örnekleme katılan bireylerin kullandıkları hap sayılarına göre dağılımlarında 116 kişi (%23, 4) 3 ve bunun altında sayıda ilaç kullanmaktadır. 196 kişi ise (%39, 5) 4-5 adet ilaç kullanımı belirtmiştir. Diğer geri kalan (%37, 1) grup 184 kişi ise 6 ve üstü ilaç kullanımı belirtmiştir. En çok 4-5 adet kullanılmaktadır.

Tablo 8: Katılımcıların Depresyon Düzeylerine Göre Dağılımı

Depresyon düzeyleri	Frekans	Yüzde
Minör depresyon	188	37, 9
Orta depresyon	176	35, 5
Majör depresyon	132	26, 6
Toplam	496	100, 0

Tablo 8’de araştırma grubunu oluşturan katılımcı bireylerin depresyon düzeylerine göre Geriatri Depresyon Skalası’nın 15 soruluk kısa formu kullanılmıştır. Bu ölçeğe göre 1-5 arası minör depresyon, 6- 10 arası ılımlı ya da orta depresyon, 10 ve 15 arası ise majör depresyon olarak gruplandırılmıştır. Çıkan sonuçta 188 kişi (%37, 9) minör depresyon düzeyinde, 176 kişi (%35, 5) orta ya da ılımlı depresyon düzeyinde, 132 kişi (%26, 6) ise majör depresyon olarak görülmüştür. Toplam sayı 496’dır. Bu dağılıma göre evde bakım hizmeti alan bireylerde depresyon oranlarında minör ve orta düzeyli depresyon birbirine yakındır denilebilir.

Tablo 9: Katılımcıların Evde Bakım Hizmeti Alma Sürelerine Göre Frekans ve Yüzde Dağılımı

Bakım aldığı süre (ay)		Frekans	Yüzde
AY	1, 00	16	3, 2
	2, 00	32	6, 5
	3, 00	16	3, 2
	4, 00	20	4, 0
	5, 00	16	3, 2
	6, 00	20	4, 0
	7, 00	12	2, 4
	8, 00	36	7, 3
	9, 00	20	4, 0
	10, 00	8	1, 6
	11, 00	8	1, 6
	12, 00	60	12, 1
	15, 00	4	, 8
	18, 00	20	4, 0
	21, 00	4	, 8
	24, 00	72	14, 5
	25, 00	4	, 8
	26, 00	4	, 8
	27, 00	4	, 8
	28, 00	4	, 8
	29, 00	12	2, 4
	30, 00	4	, 8
	36, 00	4	, 8
	48, 00	20	4, 0
	52, 00	8	1, 6
	54, 00	4	, 8
	55, 00	8	1, 6
	60, 00	4	, 8
	72, 00	32	6, 5
	73, 00	4	, 8
	74, 00	4	, 8
	75, 00	8	1, 6
	240, 00	4	, 8
	Toplam	496	100, 0

Tablo 9’da araştırmayı oluşturan bireylerin hizmet aldıkları süreye göre ortalaması 24 ay ve frekans dağılımı 29 ay üzerinden hesaplanmıştır. 24 aydır bakım hizmeti %14, 5 olarak en fazla düzeydedir. En az süredir hizmet alan ise %0, 8 ile değişik sürelerdeki dağılımdır.

4.5.3. T Testi ve F testi

Değişkenine göre anlamlılık farklılığı belirlemek için t testi ve kідem değişkenine göre farklılığı belirlemek için de tek yönlü varyans analizi yapılmıştır, farklılığın çıktığı durumlar için ise Tukey HSD testi uygulanmıştır. Sonuçlar bu çerçevede yorumlanmıştır. Cinsiyet, uyku zorluk durumu, ağrı çekme durumu, çocuklarıyla beraber yaşama, diğer kişilerle görüşme değişkenleri normal dağılımda olduğu için t testi kullanılmıştır. Yaş ve hap kullanım değişkenleri normal dağılımda ANOVA kullanılmıştır.

Tablo 10: Cinsiyet Değişkenine Göre Depresyon Düzeyiyle Bağlılık Farkının Arasındaki Anlamlı Farklılığa İlişkin t Testi ve Sonuçları

<i>Değişken</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>P</i>	<i>%95 CI</i>		<i>Cohen's d</i>
					<i>LL</i>	<i>UL</i>	
Cinsiyet							
Erkek (n=284)	8, 19	8, 19	2, 393	, 017	, 14	1, 49	0, 2
Kadın (n=212)	7, 37	3, 62					

* $P < 0.05$, $df=494$

Cinsiyet değişkenine göre depresyon düzeyi değişkeni normal dağıldığına göre t testi istatistiği kullanılmıştır. $P= 0,017$ ve $0,05$ den az olduğuna göre cinsiyet değişkenine göre kadın ve erkek depresyon düzeyi arasında anlamlı farklılık vardır. Farklılığa erkeklerin depresyon düzeyi neden olmuştur.

Tablo 11: Uyku Zorluk Durumu Değişkenine Göre Depresyon Düzeyiyle Bağlılık Farkının Arasındaki Anlamlı Farklılığa İlişkin t Testi ve Sonuçları

<i>Değişken</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>P</i>	<i>%95 CI</i>		<i>Cohen's d</i>
					<i>LL</i>	<i>UL</i>	
Uyku zorluk durumu							
Evet (n=260)	8, 53	3, 79	4, 462	, 000	, 84	2, 16	0, 4
Hayır (n=232)	7, 03	3, 66					

* $P < 0.05$, $df=494$

Uyku zorluk durumu değişkenine göre depresyon düzeyi değişkeni normal dağıldığına göre t testi istatistiği kullanılmıştır. $P < 0,001$ ve $0,05$ den az olduğuna göre uyku zorluk durumu değişkenine göre depresyon düzeyi arasında anlamlı

farklılık vardır. Farklılığa uykuda zorluk çekenlerin depresyon düzeyi neden olmuştur.

Tablo 12: Ağrı Çekme Durumu Değişkenine Göre Depresyon Düzeyiyle Bağlılık Farkının Arasındaki Anlamlı Farklılığa İlişkin t Testi ve Sonuçları

<i>Değişken</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>P</i>	%95 <i>CI</i>		<i>Cohen's d</i>
					<i>LL</i>	<i>UL</i>	
Ağrı çekme durumu							
Evet (n=276)	8, 37	3, 96	3, 526	, 000	, 52	1, 86	0, 3
Hayır (n=220)	7, 18	3, 45					

* $P < 0.05$, $df=494$

Ağrı çekme durumu değişkenine göre depresyon düzeyi değişkeni normal dağıldığına göre t testi istatistiği kullanılmıştır. $P < 0,001$ ve 0.05 den az olduğuna göre ağrı çekme durumu değişkenine göre depresyon düzeyi arasında anlamlı farklılık vardır. Farklılığa ağrı çekenlerin depresyon düzeyi neden olmuştur.

Tablo 13: Çocuklarıyla Beraber Yaşama Değişkenine Göre Depresyon Düzeyiyle Bağlılık Farkının Arasındaki Anlamlı Farklılığa İlişkin t Testi ve Sonuçları

<i>Değişken</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>P</i>	%95 <i>CI</i>		<i>Cohen's d</i>
					<i>LL</i>	<i>UL</i>	
Çocuklarıyla beraber yaşama	7, 91	3, 66	0, 575	0,565	-, 50	, 92	0, 3
Evet (n=332)	7, 70	4, 03					
Hayır (n=164)							

* $P < 0.05$, $df=494$

Çocuklarıyla beraber yaşama değişkenine göre depresyon düzeyi değişkeni normal dağıldığına göre t testi istatistiği kullanılmıştır. $P=0,565$ ve 0,05 den fazla olduğuna göre çocuklarıyla beraber yaşama değişkenine göre depresyon düzeyi arasında anlamlı farklılık yoktur. Çocuklarıyla beraber yaşayanların depresyon düzeyini göre farklılıkları bulunmamaktadır.

Tablo 14: Diğer Kişilerle Görüşme Değişkenine Göre Depresyon Düzeyiyle Bağlılık Farkının Arasındaki Anlamlı Farklılığa İlişkin t Testi ve Sonuçları

Değişken	M	SD	t	P	%95 CI		Cohen's d
					LL	UL	
Diğer kişilerle görüşme	7, 63	3, 98	-1, 838	, 045	-1, 39	, 046	0, 2
Evet (n=340)	8, 30	3, 30					
Hayır (n=156)							

* $P < 0,05$, $df=494$

Diğer kişilerle görüşme değişkenine göre depresyon düzeyi değişkeni normal dağıldığına göre t testi istatistiği kullanılmıştır. $P= 0,045$ ve $0,05$ den az olduğuna göre diğer kişilerle görüşme değişkenine göre depresyon düzeyi arasında anlamlı farklılık vardır. Farklılığa diğer kişilerle görüşmeyenlerin depresyon düzeyi neden olmuştur.

Tablo 15: Yaş Değişkenine Göre Depresyon Düzeyiyle Bağlılık Farkının Arasındaki Anlamlı Farklılığa İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ve Sonuçları

	Kareler Topamları	Serbestlik Dereceleri	Kareler Ortalamaları	F	p
Gruplar arası	624, 089	2	312, 044	23, 681	, 000**
Gruplar içi	6496, 266	4	13, 177		
Toplam	7120, 355	95			

** $P < 0,001$

Çoklu karşılaştırma

Bağımlı değişken: DEP
Tukey HSD

(I) YAŞ	(J) YAŞ	Ortalama fark (I-J)	Standart sapma	Anlam lılı	95% güven aralığı	
					Üst sınır	Alt sınır
60-74 yaş	75-84 yaş	-1, 52099 (*)	, 39890	, 000	-2, 4587	-, 5832
	85 ve üstü	-2, 84865 (*)	, 41399	, 000	-3, 8219	-1, 8754
75-84 yaş	60-74 yaş	1, 52099 (*)	, 39890	, 000	, 5832	2, 4587
	85 ve üstü	-1, 32766 (*)	, 39044	, 002	-2, 2455	-, 4098
85 ve üstü	60-74 yaş	2, 84865 (*)	, 41399	, 000	1, 8754	3, 8219
	75-84 yaş	1, 32766 (*)	, 39044	, 002	, 4098	2, 2455

* $P < 0,05$

Yaş değişkenine göre, depresyon düzeyiyle bağıllık farkının arasındaki anlamlı farklılığa ilişkin gruplar arası ve gruplar içi arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($P<0,001$). Farkın kaynağını belirlemek için Tukey HSD testi yapılmış, buna göre, 60 - 74 yaş ve 75 - 84 yaş arasında ve 60 - 74 yaş ve 85 ve üstü arasında yapılan karşılaştırmalarda p değerleri $P<0,001$ olarak bulunduğu için iki grup arasında depresyona göre farklılık vardır. 75 - 84 yaş ve 85 ve üstü arasında yapılan karşılaştırmada $P=0,002$ olarak bulunduğu için iki grup arasında depresyona göre farklılık vardır.

Tablo 16: Hap Kullanımı Miktarına Göre Depresyon Düzeyiyle Bağlılık Farkının Arasındaki Anlamlı Farklılığa İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ve Sonuçları

	Kareler Topamları	Serbestlik Dereceleri	Kareler Ortalamaları	F	p
Gruplar arası	273, 321	2	136, 660	9, 840	, 000**
Gruplar içi	6847, 034	49	13, 889		
Toplam	7120, 355	49			

** $P<0,001$

Çoklu karşılaştırma

Bağımlı değişken: DEPRESYON
Tukey HSD

(I) HAP	(J) HAP	Ortalama fark (I-J)	Standart sapma	Anlamlılı k.	95% Güven aralığı	
					Üst sınır	Alt sınır
3 ve altında	4-5 adet	, 26460	, 43656	, 817	-, 7617	1, 2909
	6 ve üzeri	-1, 35607 (*)	, 44183	, 006	-2, 3947	-, 3174
4-5 adet	3 ve altında	-, 26460	, 43656	, 817	-1, 2909	, 7617
	6 ve üzeri	-1, 62067 (*)	, 38255	, 000	-2, 5200	-, 7214
6 ve üzeri	3 ve altında	1, 35607 (*)	, 44183	, 006	, 3174	2, 3947
	4-5 adet	1, 62067 (*)	, 38255	, 000	, 7214	2, 5200

* $P<0.05$

Hap kullanımı değişkenine göre, depresyon düzeyiyle bağlılık farkının arasındaki anlamlı farklılığa ilişkin gruplar arası ve gruplar içi arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($P<0.001$). Farkın kaynağını belirlemek için Tukey HSD testi yapılmış, buna göre, 3 ve altında miktarda ile 6 ve üzeri miktarda arasında yapılan karşılaştırmada $P= 0, 006$ olarak bulunduğu için iki grup arasında depresyona göre farklılık vardır. 4-5 adet ile 6 ve üzeri miktarda arasında yapılan karşılaştırmada $P<0,001$ olarak bulunduğu için iki grup arasında depresyona göre farklılık vardır. 3 ve altı miktarda ile 4-5 adet arasında istatistiksel olarak fark yoktur ve $p=0, 817$ olarak bulunmuştur.

Yukarıdaki değerlendirmeler işığında hipotezlerimizin kabul ret durumları şu şekilde oluşmuştur;

H_{1A}: Cinsiyete göre depresyonda anlamlı farklılık vardır.

H_{2A}: Uyku zorluk durumuna göre depresyonda anlamlı farklılık vardır.

H_{3A}: Ağrı ekme durumuna göre depresyonda anlamlı farklılık vardır.

H_{4B}: Çocuklarıyla beraber yaşama durumuna göre depresyonda anlamlı farklılık yoktur.

H_{5A}: Diğer kişilerle görüşme durumuna göre depresyonda anlamlı farklılık vardır.

H_{6A}: Yaş gruplarına göre depresyonda anlamlı farklılık vardır.

H_{7A}: Hap kullanım miktarına göre depresyonda anlamlı farklılık vardır

SONUÇ

Dünyada ve Türkiye’de demografik yapı hızlı bir şekilde değişmekte ve nüfusun yaşa aralığına göre dağılımı hızla yaşlı nüfus yönüne kaymaktadır. Yaşlı bireylerden oluşmakta olan nüfus (65 ve daha üstü) Türkiye’ de 2014 yılında 6 milyon 192 bin 962 kişi olup yaşlı nüfusun toplam nüfus arasındaki oranı %8 olduğu belirlenmiştir (TÜİK, 2014). Yaşlı nüfus içindeki cinsiyete göre dağılımda TÜİK tarafından alınan verilerde %43, 6’sı erkek nüfus, %56, 4’ünü kadın nüfus oluşturduğu belirlenmiştir. Nüfus yansımaya göre yaşlı nüfus oranının 2023 yılında %10, 2, 2050 yılında %20, 8, 2075 yılında ise %27, 7’ye çıkacağı tahmin edilmektedir (TÜİK, 2014). Dünya nüfusunun ise 2014 yılında %8, 3’ünü yaşlı nüfus oluşturdu. En yüksek yaşlı nüfus oranına sahip ilk üç ülkelerin bazıları %29, 5 ile Monako, %25, 8 ile Japonya ve %21, 1 ile Almanya oldu. Türkiye bu sıralamanın içinde 228 ülke arasından 94. sırada yer almaktadır. Türkiye’nin yaşlı nüfusunun toplamı, Avrupa’nın bazı ülkelerinden; Danimarka (5 569 077 kişi), Slovakya (5 492 677 kişi), Finlandiya (5 268 799 kişi), Norveç (5 147 792 kişi), İrlanda (4 832 765 kişi) ve Bosna Hersek (3 871 643 kişi) ülke nüfuslarından fazla olabileceği tahmin edilmektedir.

Bu veriler dikkate alındığında yaptığımız çalışmada yaşlı bireylerin sadece sağlık değil, sosyal yönden de ne kadar üzerinde durulması gereken konu olduğunu anlamamız açısından anlamlı bir çalışma olacaktır. Yaşlı bireylerin hayatta kalmasını güvenliğini sağlığını korumanın yanında sosyal ve psikolojik açıdan ne kadar yalnızlaştıklarını ve bu konunun büyüyen bir tehlike olması açısından araştırmanın amacı önemlidir.

Bu araştırmayla 2015 yılı İstanbul Kuzey Anadolu Kamu Hastanelerine bağlı olarak hizmet veren hastane destekli evde bakım hizmeti alan 60 yaş ve üzeri bireylerin stres düzeyleri, demografik verilerle ortaya konulmaya çalışılmış, çoklu regresyon analizi kullanılarak depresyon düzeyleri, hap kullanım durumları, uyku durumları sosyallikleri ve aile ilişkileri irdelenmiştir.

Araştırmamızın ortalamalara yönelik sosyal yönden ve psikolojik yönden yapılmış araştırmaları destekler niteliktedir. Ancak yaşlı bireylerin çocuklarıyla

yaşama durumlarında depresyon düzeyinin yüksek çıkması anlamlıdır. Değişen dünya, gelişen teknoloji ve sosyal etkileşim araçları yaşlı bireylerimizi de olumsuz etkilemiştir. Toplumdan daha soyutlanmışlar ve yalnızlaşmışlardır. Bu sorun da tüm sosyal çevrenin ve ülkenin sorunudur.

Yapılan çalışmada aile çocuklarıyla yaşayan yaşlı bireylerdeki depresyon oranı düşük çıkmıştır. Yaşamlarının tek mutluluk kaynakları çocukları olduğu bilinen bu kişilerde bu sonuç çıkması beklenen ve muhtemel bir sonuçtur. Değişmekte olan birçok değişkene göre aile bağlarının kişide olumlu ve yapıcı etkisi bulunmaktadır. Genç nesiller aşağıda sayılabilen birçok nedenden dolayı, yaşlanan anne veya babalarının bakımını üzerine almakta zorluk çekmekte; onların huzurevi veya benzeri bir kurumsal bir yaşam alanında yaşamalarına razı olmak durumunda kalmaktadır. Fakat böyle bir karardan dolayı da birçoğu kendini kötü hissetmektedirler(Demirkan, 2009. Aileleri böyle bir karar almaya iten nedenlerin bazılarını şu şekilde sıralayabiliriz;

a) Türkiye'deki ailelerin büyük çoğunluğunun çekirdek aile olması ve çalışan veya iş hayatına katılan kadın sayısının her geçen gün artmasıyla, evlerde yaşlıya bakacak kimsenin kalmaması,

b) Apartman yaşamının yaygınlaşıp, evlerin küçülmesi; apartman dairelerindeki oda sayısının yetersiz görülmesi,

c) Bireylerin ekonomik bağımsızlığının artması; küresel etkileşim nedeniyle yaşam standartlarının yükselmesi; hayat beklentilerinin artması,

d) Hızlı kentleşme ve kültürel değişimler nedeniyle kuşaklar arası anlaşmazlık ve sürtüşmelerin artması gibi bazı nedenler.

Fakat bu olumsuzluklara rağmen bile bireylerin en büyük mutluluk ve umut kaynağı aileleridir. Ailesiyle yaşayan birey kendini daha güvende, huzurlu ve yalnızlık hissi hissetmeden yaşar.

Yaşlı nüfus içindeki cinsiyete göre dağılımda TÜİK tarafından alınan verilerde %43, 6'sı erkek nüfus, %56, 4'ünü kadın nüfus oluşturduğu belirlenmiştir.

Nüfus yansımasına göre yaşlı nüfus örneklem deki dağılımda evde bakım hizmeti alan kadın sayısının fazla olması genel Türkiye ortalamalarında kadın nüfusun fazla olması ve kadınların yaşam sürelerinin daha uzun olmasıyla ilişkilidir. Herhangi bir zaman diliminde toplum içinde yapılan kontrollerde her 100 erkekten üçünde (%3), her 100 kadından altısında (%6) depresyon görülüyor. Kadınlar erkeklerden iki kat daha fazla depresyona yakalanıyor ya da depresyon için yardım istemektedir (Ackermann ve ark., 2005). Fakat yapılan çalışmada çıkan sonuçta erkeklerin depresyon düzeyi kadınlara göre anlamlı ve yüksektir.

İleri seviyedeki ülkelerde olduğu gibi, Türkiye’de de yaşlı birey sayısında da hızlı artış belirlenmektedir (TUİK, 2014). Yaşlı bireylerin karşılaşmakta olduğu birçok ve de çeşitli sorunlar çözülmeyi beklediği gibi, bu sorunların çok yakın bir zamanda hem sayıca, hem de tür olarak katlanarak artacağı göz önüne alınarak bazı tedbirler almamız ve hazırlıklar yapmamız gerekmektedir.

Yapılan çalışmada evde bakım hizmeti veren profesyonel dışında başka bireylerle görüşen ve sosyalleşen yaşlı bireylerde depresyon görüşmeyenlere göre daha düşüktür. Yaş almayla beraber, sosyal çevre sınırlanmakta, beşeri ilişkilerdeki iletişim azalmaktadır. Bunun önlenmesi için, daha önce yürütülmekte olan yaşlı bireylerin faaliyetlerinin devam ettirilmesi sağlanmalı ve toplumdan soyutlanması engellenmelidir. Bununla beraber yaşlı bireylerin sosyal faaliyetlerinin sayısı ve çeşidi mümkün olduğunca arttırılmalı, toplumla iletişimi ve etkileşimi geliştirilebilecek dernek, sosyal alanlar, kulüpler dost ve arkadaşlarıyla bir araya gelebilecekleri yemek, eğlence gibi faaliyetler düzenlenmesi yaşlı bireylere yarar sağlayacaktır. Tiyatro, sinema, sergiler, spor faaliyetleri, dans ve eğlencelere katılmalarını sağlamak, geziler düzenlemek de sosyal açıdan iletişimi ve etkileşimi dolayısıyla da sosyalleşmeyi arttıracaktır.

Ağrı çekmeleri durumu bakımından araştırmada, kronik ağrı yaşayan kişilerde %20-80 gibi değişen oranlarda depresif belirtilere rastlanmaktadır. Bu değişebilen oran, hasta seçimine, yaşa ve birçok değişkene göre, çalışmanın yapıldığı hasta grubu ve kullanılmakta olan araştırma araçlarıyla alakalı olabilmektedir. . Örnek vermek gerekirse, ağrı ve onkoloji kliniklerinde tedavi gören hastalarda bedensel yıkım ve iş gücü kaybıyla daha ağrı olduğundan bu gruplarla yapılan

araştırmalarda depresyon oranları, aile hekimlerine başvuranlarda yapılan araştırmalardakinden daha yüksek bulunacaktır (Edmondson, 2001). Yaşlı bireylerde yaşa ve fizyolojik etmenlere ve yaşlanmaya bağlı olarak vücutta meydana gelen yıkımlarda ağrı düzeyi artmaktadır. Depresyon düzeyiyle ağrı düzeyi de artmaktadır.

Yapmış olduğumuz çalışmada 60- 75 yaş arası dönemde depresyon düzeyi daha düşük 75-85 yaş ve 85 yaş ş ileri yaş yaşlılarda depresyon oranı yüksek bulunmuştur.

Hap kullanımına ilişkin yapılan değerlendirmede çoklu hap kullanımı ağrı ve diğer hisleri baskıladığı için 6 ve ş sayıda hap kullanımında depresyon oranı düşük ve anlamlı bulunmuştur.

Yukarıdaki bulgu ve sonuçlardan hareketle evde sağlık hizmeti alan yaşlı bireyler açısından sadece sağlık hizmeti değil sosyal olarak da yapılması gereken çalışmalar ve alınması gereken önlemler bulunmaktadır. Nüfusun yaşlanma yönüne kayması, hastalıkların artması göz önüne alınarak, bakım hizmetlerinde sosyal devlet olma anlayışı çerçevesinde “topluma dayalı bakım hizmetleri” benimsenmeli. Yaşlı bireylere evde sağlık ve bakım hizmeti genişletilmiş şekilde sunulmalıdır.

Evde bakım hizmetinde sağlık alanında yapılabilecek konularda şunlardır;

- Evde bakımda bulunan personelin geliştirilmesi ve eğitimler verilmek suretiyle donanımının arttırılması,
- Evde bakım hizmeti yapıldıktan sonra kullanılan tıbbi atık kontrolünün sağlanması,
- Evde bakım ve sağlık hizmeti veren personelin eğitimi ve de motivasyonunun sağlanması (evde takip süresince mesai fazlası veya prim avantajı sağlanması),
- Ev ziyaretlerinde kişilere takip kartı oluşturularak takipli kişilerin verilerinin sisteme anında girilerek geçmiş durumunun izlenebilmesi,
- Hastaneden taburcu olmadan önce hastane destekli evde bakım profesyonelinin eğitim vermesi ve takibinin yapılması,

- Koruyucu hekimliğin aktif bir şekilde evlere de hizmet vermesi suretiyle hastaneye gelmeden sorunun bireyin yaşadığı yerden tedavisinin ve takibinin sağlanması
- Gerekli teknolojik görüntüleme ve etkin bir otomasyon ağı oluşturarak izlenilebilirliğin artırılması,

Kamu sektörü ve yerel yönetimler işbirliği yapmak suretiyle gereksinimi olan bireylerin sorunlarına çözümler bulmalıdır. Bu alanda da sosyal açıdan da yapılabilecek öneriler aşağıda belirtilmiştir. Bunun yanında etkili bir sağlık takibi ve sağlık sistemlerinin diğer sistemlerle koordineli bir şekilde çalışması da mutlaka gerekmektedir. Bu çerçevede yapılabilecekler şunlardır;

1. Yaşlı bireylere toplumda yer açmak ve sosyalleşmesini sağlamak. Yeni sosyal alanlar oluşturmak, dernekler, sosyal evler, eğlence ve spor merkezleri gibi faaliyet alanları oluşturmak,
2. Toplumda yaşlanma ve yaşlılık bilincini oluşturarak tüm kesimlerde farkındalık yaratmak,
3. Sağlık sisteminde sağlık takibi açısından daha koordineli ve sosyal sisteme yaşlıları entegre etmek,
4. Evde bakım hizmeti alan yaşlı bireylere sosyal destek sistemini artırıcı hizmetler ve araştırmalar yapma,
5. Evde sağlık takibi ve bakımını geliştirerek yaşlı bireylere günlük hayatlarını kolaylaştıracak diğer hizmetleri de beraber sunmak,

Araştırmaya hastane destekli evde bakım hizmeti alan 60 yaş ve üstü bireyler seçilmiştir. Çalışma Türkiye'nin sadece bir şehrinin, bir bölgesinde uygulanmıştır. Araştırma daha geniş kapsamlı ve tüm Türkiye şehirlerinde yapılabilir.

Araştırmada Türkiye'nin genel temsil düzeyini elde edecek veriler oluşturulmalı ve standart izlem formları geliştirilebilmelidir. Daha geniş kapsamlı örneklem grubuna daha kapsamlı ve daha uzun süreli takip sonucunda bir çalışma yapılması önerilebilir.

KAYNAKÇA

- Ackermann, R.T., Rosenman, M.B., Downs, S.M., (2005) Telephonic case-finding of major depression in a Medicaid chronic disease management program for diabetes and heart failure. *Gen Hosp Psychiatry*, 27 (5):338-343.
- Akdemir, N., (2001). Sağlık Hizmetlerinde Süreklilik, Evde Bakım Hizmetleri. *Yeni Türkiye Dergisi*, 39, s. 926-934.
- Akdeniz, M., Yaman, A., Howe, J., Kavukcu, E., Yaman, H., (2010), Birinci basamakta yaşlılarda depresyonun rehberlere göre yönetimi. *Gero Fam*, 1 (3):1-24
- Akdur, R., (2003). Halk Sağlığı, Antıp Tıp Kitapları ve Bilimsel Yayınlar, Yayın No:26, Ankara.
- Aksakoğlu G., (2006) “Evde Sağlık Hizmeti”. II. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Özet Kitabı. İ. Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yayını, İstanbul, 22-25 Mayıs
- Arioğlu, S., (2006). Geriatri ve geriontoloji, s;15-30 c:3, Medikal ve Nobel Yayıncılık, Ankara.
- Aslan, D., (2010). “Yaşlılık Döneminde Önemli Bir Kavram: Yaşam Kalitesi”.18-22 Ekim, 3. Ulusal Kongresi. İzmir. S;60-62
- Ateş, M., (2013). Sağlık Sistemleri (1. Baskı), Beta Yayıncılık, İstanbul.
- Baltaş, A., (1987). “Stresle Başa Çıkma programları ve Tekniklerinin uygulama değerleri”. 13-15 Eylül, 3. Ulusal Psikoloji Kongresi bilimsel çalışmaları. Psikologlar Derneği Yayınları, Boğaziçi Üniversitesi, İstanbul.
- Beçene, M., (2007). Aktüel Psikoloji internet sayfası. [www. aktuelpsikoji. Com](http://www.aktuelpsikoji.com). Erişim tarihi: 15. 10. 2015
- Bilindir, N., (2006). Türkiye’de ve dünyada yaşlılarda demografik özellikler. Arioğlu S, editör. Geriatri ve Gerontoloji. M.N. Medikal ve Nobel Yayıncılık. Ankara.
- Birrer, R.B., ve Vemuri, (2004). Boston University School of Public Health Medicine and Public Health. St. Joseph’sHealthcareSystem, Inc.,Paterson, NewJersey.

- Bodur, S., (2009). Evaluate quality of life among Turkish elders in different residential environts JNHA (The Jornal of Nutrition, Health an Aging); 13 (7):652-656.
- Blazer Dan, G., (1992). Social Support and Mortality in an Elderly Community Population. American Journal of Epidemiology. 115:684–94
- Bruce, M.L., McAway, G.J., Raue, P.J., Brown, E.L., Meyers, B.S., Kehane D., (2002). Major Depression in Eldery Home Healty Care Patiens, American Journal Psyhiatri, 159(8), 950-1280.
- Cricco, M., Simonsick, E.M., Foley D.J., (2001). The impact of insomnia on cognitive functioning in older adults. American Journal Geriatr, 49 (9), 1185-89.
- Demirkan, T., (2009). Kent Yaşamı ve Yaşlılık, Dün, Bugün ve Yarın Yaşlılık, der. N. Kırdı, İ. Akyar, N. Doğan, M. E. Tangören, Yaşlılık Platformu Yayınları, Ankara; 63–81.
- Edmondson, J.C., (2001). Chronic Pain and the Placebo Effect. Comprehensive Textbook of Psychiatry, Sadock B, Sadock (Ed), 7. baskı, Lippincott Williams and Wilkins, s. 1981-2001.
- Eker, E., ve Noyan, A., (2004). Klinik Psikiyatri Dergisi, s18; 78-97 Ekim,2004.
- Fişek, N., (1997). Sağlık Yönetiminde Modern Eğilimler, Prof. Dr. Nusret Fişek’ in Kitaplaşmamış Yazıları Sağlık Yönetimi, Rahmi Dirican, Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyi, Ankara.
- Günaydın, R., (2010). Yaşlılarda Yaşam Kalitesi-Değerlendirme ve Ölçekler, Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi Ege Üniversitesi, Atatürk Kültür Merkezi; İzmir 25-27, Mart 2010; s:26-261.
- Heikkinen, R. L., Kauppinen, M., (2004). Depressive Symptoms in Late Life: A 10-Year Follow-Up. Archives of Gerontology and Geriatrics. 38:239–50.
- Henning Tiemeier ve ark., (2003). Late-Life Depression is Associated with Arterial Stiffness: A Population-Based Study JAGS, the American Geriatrics Society, 51:1105–1110.

- Karabağ, H., (2008). 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.
- S:79. Karasar, N., (2004). Bilimsel Araştırma Yöntemi. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım,
- Kavuncubaşı, Ş., (2000). Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara: Siyasal Kitabevi, 23-24-28.
- Koenig, H.G., Cohen, H.J., Blazer, D.G., Pieper, C., Meador, K.G., Shelp, F., Goli, V., DiPasquale, B., (1992). Religious coping and depression among elderly, hospitalized medically ill men. Am J Psychiatry. Dec, 149 (12), 1693-700.
- Lerman, D. ve Linne, E. B., (1993), Hospital Home Care: Strategic Management for Integrated Care Delivery, American Hospital Publishing, Inc, AHA, USA.
- Linden, W. J., (2001). Computerized test construction. In N. J. Smelser & P. B. Baltes, Vol. 4, ss. 2477-2480. Oxford: Elsevier Science Ltd.
- Mann, E., Koller, M., Mann, C., Cammen, T. and Steurer, J., (2004). Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) in general practice: Results from a pilot study in Vorarlberg. Austria. B.M.C. Geriatrics.
- Orhan, F.Ö., (2010). Yaşlılarda Psikiyatrik Sorunlar. Gero Fam 2010, 1 (2), 18-54.
- Özmenler, K., (2005). Yaşlılık Çağı Depresyonları. Duygu durum dizisi, Yüksel N yaşlılık çağı depresyonları . Geriatri,1 (1) cilt:1 sayı:1
- Ramsdell, Joe W., (2004). Medical Management of the Home Care patient. American Medical Association-American Academy of Home Care Physicians, 4th edition, 2004. Roemer, J.E., (1993). “National Health Systems of the World”, Vol I, Countries , Vol. II, The Issues, Oxford University Press.
- Sargutan, A. E., (2005). Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, cilt:8, sayı:3.
- Schulmerich, S.C., (1996). Home Healty Care Administration. Delmar Pub May 24-27, Rilegato.
- Spratt, S.J., Hawley, L.R., ve Kolf, J., (1997). Home Health Care : A Physician’s Perspective, Editors, Spratt, S. J., Hawley, L. R., Hoye, E. R., Home Health Care, Gr/ St. Luice Press, Florida, s. 1- 16.

- Tarricone, R., ve Tsouros, A.D., (2008). Home Care in Europe, World Healty Organization, Copenhagen.
- Tahmiscioğlu, B., (1994), “Osteoporozlu Hastalara Sunulan Evde Bakım Hizmetleri/Yaklaşımları”, Yüksek lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- 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.
- Özmenler, E., Yüksel, E.G., Deveci. A. Depresyonlu hastaların depresyona yönelik tutumları Türkiye’de Psikiyatri, 2005; 7 (2):44-53
- T.C. Sağlık Bakanlığı 3359 ve 663 sayılı kanun
- Tobambay, İ., (1999), Sabem Dergisi, Sosyal Hizmetler Araştırma, Belgeleme, Eğitim Vakfı Yayını, S. 23, Mayıs 1999, s. 6a
- Tuncel, D., ve Orhan. F.Ö., (2010), Geriatrik sorunlar, GeroFam, 1-24
- Tuncel, N., Şanlı, T., ve Perk, N., (2006), Halk Sağlığı Hemşireliği, Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları, Eskişehir, Ekim, Turkish Journal of Geriatrics, 9 (4): 226-233.
- Vitiello, M.V., (1997). Sleep disorders and aging: understanding the causes. J Gerontol 1997; 52A (4): M189-91.
- United Nations, (2013) Department of Economic and Social Affairs Population Division, population facts, No:2013/8, December, New York, US.
- WHO, (1978) “Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care: Alma-Ata, 6–12 September 1978 Available from: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf.
- WHO, (2000) Technical Report Series 89. Long Term Care Laws in Five Developed Countries: A Review. Available from: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/ltc_laws_5developed_countries.pdf
- WHO, (2003). Regional Office for Europe Health Services inWieland D, Hirth V. Comprehensive Geriatric Assessment. Cancer Control; 10 (6):454-62)
- WHO, (2008). Home Care in Europe. www.homecareeurope.com. Erişim tarihi :25.08.2015

- WHO, (2003). Defination of an older or elder person. Erişim tarihi 12. 08. 2015.
<http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/index.html>
- William, J., (1999). Principles of Health Economics for Developing Countries, The World bank institute development studies, Washington.
- Yaman, H., Akdeniz, M., Howe, J., (2010). Yaşlılık ağı depresyonları. Gero fam dergisi; 1(1) s:5-14
- Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey MB, Leirer VO: Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. Journal of Psychiatric Research 17: 37-49, 1983.

EKLER

Ek 1: Anket Formu

Geriatrı depresyon skalası anket sorularıdır. 15 soruluk kısa form kullanılmıştır. Diğer 8 soru demografik veriler ve bireylerin yaşam durumuna göre yaşam alanları ilaç durumları ve depresyonla ilişkilendirilen ilaç uyku ve ağrı düzeyleri ile ilgili sorulardır.

Genel olarak hayatınızdan memnun musunuz?	Evet	Hayır (1)
Hayatınızda yaptığınız yada ilgilendiğiniz şeyleri bıraktınız mı?	Evet (1)	Hayır
Hayatınızın boşa geçtiğini düşünüyor musunuz?	Evet (1)	Hayır
Hayatınızdan bıktınız mı?	Evet (1)	Hayır
Çoğu zaman ruh haliniz iyi mi?	Evet	Hayır (1)
Başıma kötü bir şeyler gelecek endişeniz var mı?	Evet (1)	Hayır
Genelde kendinizi mutlu hissediyor musunuz?	Evet	Hayır (1)
Sık sık yardıma muhtaç olduğunuzu düşünür müsünüz?	Evet (1)	Hayır
Dışarda bir şeyler yapmaktansa çoğu zaman evde mi kalırsınız?	Evet (1)	Hayır
Unutkanlık var mı?	Evet (1)	Hayır
Hayatın yaşamaya değer olduğunu düşünüyor musunuz?	Evet	Hayır (1)
Kendinizi değersiz hissediyor musunuz?	Evet (1)	Hayır
Enerji dolu olduğunuzu hissediyor musunuz?	Evet	Hayır (1)
Durumunuz umutsuz mu?	Evet (1)	Hayır
Arkadaşlarınızın durumunun sizden daha mı iyi?	Evet (1)	Hayır

1. Yaş

[a] 60-74 [b] 75-84 [c] 85 ve zeri

2. Cinsiyet

[a] Kadın [b] Erkek

3. Uyku zorluğu var mı?

[a] Evet [b] Hayır

4. Ağrı var mı?

[a] Evet [b] Hayır

5. Çocukların yanın yaşıyor mu?

[a] Evet [b] Hayır

6. Ne zamandan beri evde bakımı hizmeti yapılıyor (AY):

7. Evde bakım hemşirelerinin dışında başka insanlarla görüşüyor musunuz?

[a] Evet [b] Hayır

8. Günde Kullandığınız hap sayısı

[a] 3 ve altı [b] 4-5 [c] 6 ve zeri

ÖZGEÇMİŞ

24 Ocak 1978 tarihi, Balıkesir ili Bigâdiç ilçesi doğumluyum. İlköğrenimimi Balıkesir ili Bandırma ilçesinde, ortaöğrenimimi Çanakkale ve lise İzmir’de tamamladıktan sonra Anadolu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Kamu Yönetimi Bölümü’ne kaydoldum. Liseyi bitirdikten sonra Balıkesir ilindeki hastanelerde çalıştım. 2006 da İstanbul Kartal Koşuyolu Eğitim Araştırma Hastanesi’ne tayin oldum ve hâlâ bu hastanede görevimi sürdürmekteyim. 2014 yılında da Beykent Üniversitesi, İşletme Anabilim Dalında yüksek lisans eğitimine başladım.

İlgi alanlarım sağlık yönetimi, yaşlı sağlığı, sağlık işletmeleri, insan kaynaklarıdır.

Yabancı dilim İngilizcedir.