



T.C.

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

EVDE İZLEMİ YAPILAN KRONİK KARDİYOPULMONER  
HASTALARIN EVDE BAKIM SÜRECİNDE TIBBİ GEREKSİNİM  
DÜZEYLERİNİN SAPTANMASI

UZMANLIK TEZİ

Arş. Gör. Dr. Ömer Serkan TURAN

ANKARA - ~~2008~~

Silinmiş: 2007



T.C.  
BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

EVDE İZLEMİ YAPILAN KRONİK KARDİYOPULMONER  
HASTALARIN EVDE BAKIM SÜRECİNDE TIBBİ GEREKSİNİM  
DÜZEYLERİNİN SAPTANMASI

UZMANLIK TEZİ

Arş. Gör. Dr. Ömer Serkan TURAN  
Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Altuğ KUT

ANKARA – 2008

Silinmiş: 2007

Biçimlendirilmiş: Sağ: 18 nk

## TEŞEKKÜR

Bizlere sağladığı çağdaş bilimsel ortam ve sunduğu imkanlarla gelişimimizde önemli katkısı olan Başkent Üniversitesi Rektörü Prof. Dr. Mehmet HABERAL'a, bu çalışmanın gerçekleşmesinde her türlü desteği sağlayan Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Rengin ERDAL'a, bilgisi ve engin sabrıyla çalışmanın her safhasında büyük katkıları olan, bu tez çalışmasının varoluşuna kültürel ve bilimsel duruşu ile esin kaynağı olan tez danışmanım Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim üyelerinden Yrd. Doç. Dr. Altuğ KUT'a, Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkan Yardımcısı Yrd. Doç. Dr. Cihangir ÖZCAN'a, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Seval AKGÜN'e, çalışmamıza yaptığı katkılar ve gösterdiği sıcak ilgi nedeniyle Fakülte Dekanımız, Dahili Bilimler Bölüm Başkanı ve Kardiyoloji Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Haldun MÜDERRİSOĞLU'na, Halk Sağlığı Uzmanı Yrd. Doç. Dr. İrem BUDAKOĞLU'na, Halk Sağlığı Uzmanı Dr. Coşkun BAKAR'a, tez çalışmama katkıları nedeniyle başta değerli dostum Uzm. Dr. Emin TÖRE olmak üzere tüm asistan arkadaşlarıma, eğitimim boyunca desteklerini esirgemeyen Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği, İç Hastalıkları, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Kardiyoloji, Genel Cerrahi ve Göğüs Hastalıkları Anabilim Dallarında görevli tüm meslektaşlarıma, psikiyatri rotasyonumu yaptığım Sağlık Bakanlığı Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde görevli değerli hocam Doc. Dr. Haluk ÖZBAY ve diğer meslektaşlarıma, tüm hayatım boyunca bana aklı, mantığı ve bilimi yol olarak gösteren annem Nermin TURAN ve babam Selahattin TURAN'a, değerli eşim Arife TURAN'a, tez çalışmalarına geceleri ağlamayarak (!) verdiği katkılarla yenidoğan kızım Defne TURAN'a, akılcılığın ve bilimin bu topraklarda yeşermesi için, demokratik, laik, sosyal hukuk devleti olan Türkiye Cumhuriyeti'ni kuran M. Kemal ATATÜRK'e teşekkürü bir borç bilirim.

## ÖZET

Bu çalışma, kronik hastalıklara sahip hastaların evde bakım gereksiniminin belirlenmesi için kullanılabilecek bir ölçeğin geliştirme çalışmasının pilot uygulaması olarak kabul edilmelidir. Tüm kronik hastalıklara yönelik soruları içinde barındıracak bir ölçeğin geliştirilmesi zor olduğundan, öncelikli olarak kardiyopulmoner kronik hastalıklara sahip hastaların bakım gereksinim düzeyinin belirlenmesine yönelik bir ölçek geliştirilmeye çalışılmıştır. Bu çalışmadan elde edilecek veri ve tecrübe, tüm kronik hastalıkları içinde barındıran daha kapsamlı bir ölçeğin geliştirilmesi sürecinde yardımcı olacaktır. Başka ülkelerde benzer çalışmalar bulunsa da, amacımız Türkçe için geçerliliğini ve güvenilirliğini gösterebileceğimiz bir ölçeği dilimize kazandırmaktır.

Klinik komorbiditeler, sosyal destek düzeyi, konut kalitesi, Katz günlük yaşam etkinlikleri indeksi gibi bakım kararında etkili olabilecek 35 maddelik bir form geliştirilmiş ve kardiyopulmoner kronik hastalığa sahip 213 hasta üzerinde uygulanmıştır. Tüm formdan hastaların elde ettiği puanlar “Bakım Skoru” olarak adlandırılmış ve altın standart olarak kabul ettiğimiz uzman görüşü ile kıyaslanmıştır. Ayrıca, bakım skorları, Katz indeksi ile de kıyaslanmıştır. Bakım skoru ve uzman görüşü arasında hesaplanan Pearson korelasyonu 0.803 olarak hesaplanırken, bakım skoru ile Katz puanları arasında hesaplanan Pearson korelasyonu 0.777 idi. İçsel tutarlılığı gösterebilmek için test re-test yöntemi kullandık ve iki uygulama arasında bakım skorlarının korelasyonu 0.982 olarak hesaplandı. Geçerliliği göstermek amacıyla hesapladığımız alpha Cronbach değeri 0.819 olarak bulundu.

İstatistiksel hesaplara göre geçerli ve güvenilir olduğunu gösterdiğimiz ölçeğimizin, diğer alanlarda yürütülmekte olan benzer çalışmaların tamamlanıp olası kronik durumları kapsayan komprime bir soru formu oluşturulmadan kullanımını önermemekteyiz.

## SUMMERY

Our study is a part of a big study which tries to develop a scale to determine the need of long term home care of the patients who have chronic diseases and must be considered as a preliminary investigation of this greater study. Since it is very difficult to include all chronic diseases into one scale, we decided to make a preliminary investigation to develop a scale to determine the need of long term care of patients who have chronic cardiopulmonary diseases. The data and the experience gained from this study will help us to develop a scale for all chronic neurological, muskuloskeletal, endocrin and metabolic diseases. Although there are similar well performed studies in other countries, we wanted to develop an index which is valid and reliabale in Turkish.

A 35 item scale which includes questions about clinical comorbidites, nutritional condition, social support, housing quality, and activities of daily living is developed and applied to 213 patients who have cardiopulmonary chronic diseases. Points given by a Family Practitioner which we named as “The Specialist Opinion” were accepted as the golden standart and were corraleted with the total points gained from our scale named as “The Care Index”. We also corraleted the points gained from Katz Index of activities of daily living with “The Care Index”. Pearson Correlations between The Care Index and The Specialist Opinion was 0.803 with a correlation coefficient of 0.747. Pearson Correlation between The Care Index and The Katz Index was 0.777 with a correlation coefficient of 0.698. We used the test-retest method to show the internal consistency and correlation between these two measures, which was found to be 0.982. We calculated the alpha Cronbach value for reliability as 0.819.

Although the scale is shown to be valid and reliable, we do not reccomend to use this scale, until studies measuring other chronic medical situations are developed and connected with our scale as a unified index of evaluation.

# İÇİNDEKİLER

	SAYFA
TEŞEKKÜR .....	<i>i</i>
ÖZET .....	<i>ii</i>
İNGİLİZCE ÖZET .....	<i>iii</i>
İÇİNDEKİLER DİZİNİ .....	<i>iv</i>
KISALTMALAR ve SİMGELER DİZİNİ .....	<i>vi</i>
ŞEKİLLER DİZİNİ .....	<i>vii</i>
TABLolar DİZİNİ .....	<i>viii</i>
<b>1. GİRİŞ VE AMAÇ .....</b>	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER .....</b>	<b>2</b>
2.1. Yaşlanan Dünya ve Kronik Hastalıklar .....	2
2.1.1. Demografik Değişim Süreci ve Getirdikleri .....	2
2.1.2. Evde Bakıma Aday Olarak Önemli Bir Toplum Sağlığı Sorunu: Kronik Hastalıklar .....	3
2.1.3. DALY .....	5
2.1.4. Kronik Hastalıklar ve Özürlülük .....	7
2.1.5. Özürlülük ve Bakım Gereksinim Düzeyinin Değerlendirilmesi .....	7
2.2. Evde Bakım .....	12
2.2.1. Evde Bakımın Önemi ve Bakım Gereksinimi .....	12
2.2.2. Evde Bakımın Tanımı .....	14
2.2.3. Evde Bakımın Sınıflandırılması .....	15
2.2.4. Evde Bakım Kapsamında Sunulan Hizmetler .....	16
2.2.5. Evde Bakımın Tarihçesi .....	17
2.2.6. Evde Bakımın Olumlu Yönleri .....	18
2.2.7. Evde Bakımın Olumsuz Yönleri .....	19
2.2.8. Evde Bakım Personeli .....	19
2.2.9. Dünya’da Evde Bakım Hizmetlerinin Durumu .....	20
2.2.9.1. ABD ve Kanada .....	21

2.2.9.2. Avrupa . . . . .	22
2.2.9.3. Hollanda . . . . .	23
2.2.9.4. İsveç . . . . .	23
2.2.9.5. Almanya . . . . .	25
2.2.9.6. İngiltere . . . . .	26
2.2.9.7. İsrail . . . . .	26
2.2.9.8. Avusturya . . . . .	27
2.2.9.9. Japonya . . . . .	28
2.2.10. Türkiye’de Evde Bakım Hizmetlerinin Tarihçesi ve Mevcut Durumu . . . . .	32
<b>3. YÖNTEM VE GEREÇLER . . . . .</b>	<b>38</b>
3.1. Araştırma Bölgesi . . . . .	38
3.2. Araştırma Evreni ve Örneklemi . . . . .	38
3.3. Araştırmaya Kabul ve Ret Kriterleri . . . . .	40
3.4. Araştırmanın Tipi . . . . .	40
3.5. Araştırmanın Veri Kaynakları ve Uygulama . . . . .	40
3.6. Tez Çalışmasında Kullanılan Ekipman . . . . .	43
3.7. Araştırmanın Planı . . . . .	43
3.8. Araştırma Verilerinin Düzenlenmesi ve Analizi . . . . .	43
<b>4. BULGULAR . . . . .</b>	<b>44</b>
<b>5. TARTIŞMA . . . . .</b>	<b>57</b>
<b>6. SONUÇ ve ÖNERİLER . . . . .</b>	<b>64</b>
<b>7. KAYNAKLAR . . . . .</b>	<b>65</b>
<b>8. EKLER . . . . .</b>	<b>69</b>
EK-1. Gönüllü Denek Bilgilendirme Formu . . . . .	69
EK-2. Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumundan Alınan Çalışma İzni	70
EK-3. Evde Bakım Hastası Takip Formu . . . . .	71

## KISALTMALAR ve SİMGELER

- ABD:** Amerika Birleşik Devletleri
- APACHE II:** Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II
- ASIM:** Aldre Simulering / Yaşlılık Simulasyonu
- DALY:** Disability Adjusted Life Years / Sakatlığa Ayarlanmış Yaşam Yılı
- DM:** Diabetes Mellitus
- DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü
- ICD-10:** International Classification of Disease-10 / Uluslararası Hastalık Sınıflaması
- ICF:** International Classification of Functioning / Uluslararası İşlevsellik Sınıflaması
- IDS:** Integrated Delivery System / Entegre Hizmet Sistemi
- JNC-VII:** The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure
- KOAH:** Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı
- LTCI:** Long Term Care Insurance / Evde Bakım Sigortası
- MI:** Myocardial Infarction
- MPM:** Mortality Probability Models
- MNA:** Mini Nutritional Assessment
- MS:** Multiple Sclerosis
- NGO:** Non-Governmental Organizations / Sivil Toplum Örgütleri
- SAPS:** New Simplified Acute Physiology Score
- SHÇEK:** Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu
- SVO:** Serebrovasküler Olay
- VKI:** Vücut Kitle İndeksi
- WHO:** World Health Organizations
- YLD:** Years of Life Disabled / Sakatlıkla Kaybedilen Yaşam Yılı
- YLL:** Years of Life Lost / Kaybedilen Yaşam Yılı



## ŞEKİL DİZİNİ

Şekil No	Şekil Adı	Sayfa No
4.1	Bakım Skoru Puan Ortalamalarının Yaş Aralığına Göre Dağılımı.....	48
4.2	Uzman Görüşü Puan Ortalamalarının Yaş Aralıklarına Göre Dağılımı.....	49
4.3	Aralıklandırılmış Katz Toplam Puanlarının Yaş Aralıklarına Göre Dağılımı.....	50
4.4	Test Re-test Uygulamasında İlk ve İkinci Uygulamalarda Bakım Skoru Verilenin Dağılımı.....	56

## TABLO DİZİNİ

Tablo No	Tablo Adı	Sayfa No
2.1.	Türkiye Ulusal Düzeyde YLD'ye Neden Olan İlk 10 Hastalığın 60 Yaş ve Üzeri Grupta Toplam ve Cinsiyete Göre % Dağılımı.....	4
2.2.	Türkiye'de Ulusal Düzeyde DALY'e neden olan ilk 20 hastalığın % Dağılımı.....	5
2.3.	Barthel İndeksi Bölümleri, Değerlendirme Esasları ve Puanlama.....	9
2.4.	Katz Günlük Yaşam Etkinlikleri İndeksi.....	10
2.5.	Beş Gelişmiş Ülkede 1999–2025 Yılları İtibarıyla Ebeveyn Destek Oranları.....	14
2.6.	Japonya Evde Bakım Gereksinim Düzeyleri.....	30
2.7.	Örnek Bakım Planı.....	31
2.8.	İllere Göre Gerçek Kişilere Ait Huzurevlerinin Sayısı ve Toplam Kapasiteleri.....	36
2.9.	İllerde Huzurevi Açan Belediyelerin Sayısı ve Toplam Kapasiteleri.....	37
3.1.	Araştırmanın Örneklem Büyüklüğü ve ICD-10 Kodlarına Göre Tabakalandırılması.....	39
3.2.	Araştırma Takvimi.....	43
4.1.	Katılımcıların Demografik Özellikleri.....	44
4.2.	Katılımcıların Eğitim, Sosyal Güvence, Sosyal Destek ve Konut Kalitesi Yönünden Dağılımları.....	44
4.3.	Katılımcıların Katz Puanlarının Dağılımları.....	46
4.4.	Katılımcıların Vücut Kitle İndekslerinin Dağılımları.....	47
4.5.	Katılımcıların Kan Basınçlarının Yaş Gruplarına ve Cinsiyete Göre Dağılımı.....	47
4.6.	Huzurevi Katılımcılarının Demografik Özellikleri.....	51
4.7.	Huzurevi Katılımcılarının Katz Puan Dağılımları.....	51
4.8.	Huzurevi Katılımcılarına verilen Uzman Görüşü Puanlarının Dağılımı.....	52
4.9.	Bakım Skoru ile Uzman Görüşü Puanları Çapraz Tablosu.....	53
4.10.	Bakım Skoru İle Katz Toplam Puan Aralıkları Çapraz Tablosu.....	54
4.11.	Bakım Skoru, Uzman Görüşü, Katz Puanları Arasındaki Korelasyonlar.....	55
4.12.	35 Maddelik Bakım Ölçeğinin Alfa Cronbach Değerleri.....	55
4.13.	Test Re-Test Bakım Skoru Korelasyonları.....	56

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Doğurganlık ve mortalite hızlarının düşmesi, bağışıklamada elde edilen başarılar, başta enfeksiyon hastalıkları olmak üzere hastalıklarla savaşta elde edilen başarılar, teknolojik gelişmeler ile çevresel şartların düzeltilmesi sonucu yaşlı nüfus hızla artmaktadır. Dünyada doğuşta beklenen yaşam süresi 1950–55 döneminde 46,5 yılken, 2002 yılına gelindiğinde 65,2 yıla ulaşmış olup, 2020 yılında 68,1 yıla ulaşması beklenmektedir<sup>(1)</sup>. Türkiye’de ise 2002 yılında 70 yıl olan doğumda beklenen yaşam süresinin, 2020 yılında 73,9 yıla ulaşması ve 2000 yılında 65 yaş ve üzeri nüfusun oranı % 5,6 iken 2020 yılında %7,7 ye yükselmesi beklenmektedir<sup>(2)</sup>.

Hızla yaşlanan dünya’da kronik hastalıkların öneminin artacağını tahmin etmek güç olmaz. Türkiye’de yaşayan yaşlıların %90’ının bir, %35’inin iki, %23’ünün üç, %15’inin dört veya daha fazla sayıda hastalığa sahip olduğu göz önünde bulundurulursa kronik hastalıkların yaşlı nüfus açısından önemi daha da iyi anlaşılabilir<sup>(1)</sup>. Kronik hastalıklar, yol açtıkları sonuçlar itibariyle yeti yitimine neden olan hastalıklardır. Kronik hastalıklar nedeniyle yeti yitimine uğrayan ve yaşamsal etkinlikleri açısından bağımlı hale gelen hastanın bakımı, önümüzdeki yıllarda sağlık sistemlerinin önemli bir sorunu olacaktır. Hastaneler ve benzeri kurum bakımı tercihi yerini, yatak kapasitelerindeki kısıtlılık ve yüksek maliyetler nedeniyle, hastanın kendisini daha huzurlu hissettiği evinde bakıma bırakmaktadır. Söz konusu olan evde bakım olduğunda, hastasını uzun zamandır takip eden ve tıbbi geçmişinden hastanın yaşadığı ortama kadar çeşitli değişkenlere hakim olan aile hekiminin, evde bakım kavramının odağında olması şaşırtıcı olmayacaktır.

Bu kavramlarla yola çıktığımız tez çalışmamızda, hastasını evinde takip eden aile hekiminin kullanabileceği bir “Evde Bakım Ölçeği” oluşturma amacını taşımaktayız. Her ne kadar başka ülkelerde benzer çalışmalar bulunsa da Türkçe geçerliliği ve güvenilirliği olan bir ölçeği dilimize kazandırmak istiyoruz. Böylece hekim, hastanın bakım gereksinimi olup olmadığını, bakım gereksinimi olan hastanın evinde takip edilip edilemeyeceğini, kurum bakımı almasının gerekip gerekmediğini nesnel verilere dayandırarak savunabilecektir. Bu ölçek, kronik hastalıklara sahip hastanın vital bulguları, günlük yaşam etkinliklerindeki bağımlılığını, tıbbi öyküsünü, sosyal destek durumunu, beslenme durumunu sorgulan 35 maddeden oluşmaktadır. Hastanın ölçekten aldığı toplam puanı “Bakım Skoru” olarak adlandırarak, altın standart olarak kabul ettiğimiz uzman görüşü ile karşılaştırarak geçerliliğini, alfa

← Biçimlendirilmiş: Sol: 100.8 nk, Sağ: 70.55 nk, Üst: 70.55 nk, Alt: 70.55 nk, Üstbilginin kenara uzaklığı: 35.3 nk, Altbilginin kenara uzaklığı: 35.3 nk

Biçimlendirilmiş: Sağ: 18 nk

Cronbach değerini göstererek güvenilirliğini ve test re-test yöntemi ile içsel tutarlığını göstermek istiyoruz.

Tüm kronik hastalıkların tek bir ölçekle değerlendirilebilmesi zorluklar içerebileceğinden, bu tez çalışmamızda pilot uygulama olarak sadece kardiyopulmoner hastalıklara yönelik bir ölçek oluşturmak istiyoruz. Bu çalışmadan elde ettiğimiz veriler ve tecrübe ile daha sonra tüm kronik hastalıkları barındıran tek bir ölçek geliştirmeyi amaçlıyoruz.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. YAŞLANAN DÜNYA VE KRONİK HASTALIKLAR

#### 2.1.1 Demografik Değişim Süreci ve Getirdikleri

Doğurganlık ve mortalite hızlarının düşmesi, bağışıklamada elde edilen başarılar, başta enfeksiyon hastalıkları olmak üzere hastalıklarla savaşta elde edilen başarılar, teknolojik gelişmeler ile çevresel şartların düzeltilmesi sonucu yaşlı nüfus hızla artmaktadır<sup>(1,2,3)</sup>. Dünyada doğuştan beklenen yaşam süresi 1950–55 döneminde 46,5 yılken, 2002 yılına gelindiğinde 65,2 yıla ulaşmış olup, 2020 yılında 68,1 yıla ulaşması beklenmektedir<sup>(1)</sup>. Türkiye’de ise 2002 yılında 70 yıl olan doğumda beklenen yaşam süresinin, 2020 yılında 73,9 yıla ulaşması ve 2000 yılında 65 yaş ve üzeri nüfusun oranı % 5,6 iken 2020 yılında %7,7 ye yükselmesi beklenmektedir<sup>(2)</sup>.

Yaşlanma, bireyde fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden gerilemeye neden olan doğal bir süreçtir. Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) tanımına göre 65 yaş ve üzeri yaş grubu yaşlı olarak tanımlanmaktadır<sup>(1)</sup>. Bu kronolojik tanım dışında yaşlılık, “fonksiyonel olarak günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmekte bağımlı olmak” olarak da tanımlanabilir<sup>(2)</sup>. Bu tanım zaman faktörünü içermediğinden, “Zamana bağlı olarak, kişinin değişen çevreye uyum sağlama yetisi ve organizmanın iç-dış etkenler arasında denge sağlama potansiyelinin azalması; böylece ölüm olasılığının yükselmesi” olarak da tanımlanabilir<sup>(3)</sup>.

Farklı özellikler taşıması nedeniyle 65 yaş ve üzerindeki dönem kendi içinde bölümlere ayrılır. Buna göre; 65-74 grubu “genç yaşlı”, 75-84 yaş arası “yaşlı” ve 85 yaş üstü ise “ileri yaşlı” olarak sınıflandırılır<sup>(1)</sup>.

Bireysel olarak insanların yaşlanması söz konusu olduğu kadar, toplumların da yaşlanması söz konusudur. Dünya toplumları yaş özellikleri açısından dört gruba ayrılır. Toplumun toplam nüfusunun %4’ten azının 65 yaş ve üzerinde olduğu genç toplumlar, %4-7 arasında olduğu erişkin toplumlar, %7-10 arasında olduğu yaşlı toplumlar, %10’un üzerinde olduğu çok yaşlı toplumlar<sup>(3)</sup>. Yaşlı toplumlara verilecek örnekler özellikle endüstrileşmiş ülkeler arasından olacaktır. Fransa’da 65 yaş üstü nüfusun toplam nüfusa oranı 2000 yılında % 15,9’dur. Japonya’da yine 2000 yılında %17,1 iken aynı yıl Almanya’da %16,4, Birleşik Devletlerde %12,5 olmuştur<sup>(4)</sup>. Türkiye ise, 2000 yılında %5,6 olan 65 yaş üstü nüfus oranı ile erişkin toplumlar sınıfına dahil olmaktadır<sup>(2)</sup>.

Artan yaşlı nüfusun, beraberinde, toplumda yaşlılıkla ilgili, özellikle kronik hastalıklara bağlı mortalite ve morbiditeyi arttıracığı ve sağlık harcamalarında önemli bir yer tutacağı düşünülebilir. Türkiye’de yaşayan yaşlıların %90’ının bir, %35’inin iki, %23’ünün üç, %15’inin dört veya daha fazla sayıda hastalığa sahip olduğu göz önünde bulundurulursa kronik hastalıkların yaşlı nüfus açısından önemi daha da iyi anlaşılabilir<sup>(1)</sup>.

### 2.1.2. Evde Bakıma Aday Olarak Önemli Bir Toplum Sağlığı Sorunu:

#### Kronik Hastalıklar

Kronik hastalıklar, Dünya Sağlık Örgütü tarafından kalıcı sekeller bırakan, geri dönüşümsüz patolojik değişimlerin sebep olduğu, hastanın rehabilitasyonu için özel hasta eğitimine gereksinim duyulan, uzun süreli takip ve bakım gerektiren süreğen hastalıklar olarak tanımlanmıştır<sup>(5,6)</sup>.

Bu hastalıklar, önemli bir mortalite ve morbidite kaynağı olup, sağlık harcamalarında önemli bir yer tutmaları nedeniyle Dünya ve Türkiye’de önemleri giderek artmaktadır. Bulaşıcı hastalıkların azalması, yaşam süresinin uzaması, sanayileşme, çevre kirliliği gibi çeşitli faktörler nedeniyle kronik hastalıkların sıklığı giderek artmaktadır. En sık görülen kronik hastalıklar arasında, kalp hastalıkları, kanser, serebrovasküler olay, pulmoner hastalıklar, diyabet, depresyon ve bilişsel durumu bozan demans ve Alzheimer hastalığı yer alır.

Hastaların büyük çoğunluğu ileri yaş grubundadır. Altmış beş yaş üstündeki her üç bireyin birinde kronik hastalık varlığı söz konusudur<sup>(7)</sup>. Bu konuda ülkemizde yürütülen ve Aralık 2004’te yayımlanan Ulusal Hastalık Yüku ve Maliyet Etkililik Çalışması Raporunda, ülkemizde ulusal düzeyde YLD’ye (Years Lost With Disability) neden olan ilk 10 hastalığın 60 yaş ve üzeri grupta toplam ve cinsiyete göre dağılımı araştırılmış ve tablo 2.1.’de sunulmuştur<sup>(8)</sup>.

**Tablo 2.1 Türkiye Ulusal Düzeyde YLD'ye Neden Olan İlk 10 Hastalığın 60 Yaş ve Üzeri Grupta Toplam ve Cinsiyete Göre % Dağılımı (UHY-ME Çalışması, 2000, Türkiye)**

Toplam	%	Erkekler	%	Kadınlar	%	
1	KOAH	9,6	Serebrovasküler hastalıklar	10,0	KOAH	9,7
2	Alzheimer ve diğer demanslar	9,4	Alzheimer ve diğer demanslar	9,7	Alzheimer ve diğer demanslar	9,2
3	Diabetes Mellitus	8,8	KOAH	9,5	Diabetes Mellitus	8,9
4	Serebrovasküler hastalıklar	8,6	Yetişkinlerde işitme kayıpları	9,1	Osteoartritler	8,5
5	Osteoartritler	8,2	Diabetes Mellitus	8,6	Demir eksikliği anemisi	8,1
6	Yetişkinlerde işitme kayıpları	8,0	Osteoartritler	7,8	Serebrovasküler hastalıklar	7,5
7	Demir eksikliği anemisi	4,8	İskemik kalp hastalığı	4,5	Yetişkinlerde işitme kayıpları	7,1
8	İskemik kalp hastalığı	4,1	İnflamatuvar kalp hastalığı	3,3	İskemik kalp hastalığı	3,9
9	Unipolar depresif hastalıklar	3,2	Unipolar depresif hastalıklar	2,8	Unipolar depresif hastalıklar	3,4
10	Hipertansif kalp hastalığı	2,9	Hipertansif kalp hastalığı	2,7	Hipertansif kalp hastalığı	3,0

Kronik hastalıklar, hem gelişmiş ülkeler hem de demografik değişim sürecindeki ülkeler için önemli bir hale gelmiştir. Türkiye Cumhuriyeti de demografik değişim sürecinde olan ülkelerden birisidir ve hem bulaşıcı hastalıkların hem de kronik hastalıkların çifte yükü altındadır. Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Projesi Raporunda, Türkiye’de DALY’e neden olan ilk 20 hastalığın yüzde dağılımı araştırılmış ve bu çifte yük tablo 2.2.’de gösterilmiştir<sup>(8)</sup>.

**Tablo 2.2. Türkiye’de Ulusal Düzeyde DALY’e neden olan ilk 20 hastalığın % dağılımı (UHY-ME Çalışması, 2000, Türkiye)**

DALY nedenleri	Toplam DALY’ler %
Perinatal nedenler	8,9
İskemik Kalp Hastalığı	8,0
Serebrovasküler hastalıklar	5,9
Unipolar depresif hastalıklar	3,9
Alt solunum yolu hastalıkları	3,8
Konjenital anomaliler	3,0
Osteoartritler	2,9
KOAH	2,8
Trafik kazaları	2,4
Demir eksikliği anemisi	2,1
İshalle seyreden hastalıklar	2,0
Diabetes mellitus	1,9
Yetişkinlerde görülen işitme kayıpları	1,7
Astım	1,2
Maternal nedenler	1,2
Trakea, bronş ve akciğer kanseri	1,2
Hipertansif kalp hastalıkları	1,1
Alkol kullanımına bağlı hastalıklar	1,1
İnflamatuvar kalp hastalıkları	1,0
Tüberküloz	1,0

Bu tabloda görüleceği üzere ülkemiz hem gelişmekte olan ülkelerin ana sorunu olan perinatal sorunların hem de gelişmiş ülkelerin sorunları olan iskemik kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar gibi kronik hastalıkların çifte yükü altındadır.

### **2.1.3 DALY (Disability Adjusted Life Years) (Sakatlığa Ayarlanmış Yaşam Yılı)**

Toplumların sağlık düzeyini karşılaştırmak için en basit yol, mortalite ölçütleridir. Ancak ölüm istatistikleri kronik hastalıkların toplum sağlığı üzerinde oluşturduğu yükü yeterince yansıtamayabilir. Sağlıkla ilgili ulusal ölçekte karar alma konumunda olan yöneticilerin, kaynakların doğru kullanımı için sağlıkta toplumsal öncelikleri belirlemesi, “Hastalık Yüğü” kavramının kullanımı ile mümkün olabilir.

Hastalık yükünün ortaya konabilmesi için uluslararası kıyaslamaların da yapılabileceği şekilde standardize edilen DALY (Disability Adjusted Life Years)



kavramı geliştirilmiştir. DALY kavramsal olarak içerisinde hem mortaliteyi hem de morbiditeyi barındırdığından toplum sağlığının genel bir özeti olmaktadır. Aynı zamanda özürli olarak geçirilen yılları da kapsadığından bir DALY, sağlıklı yaşamdan kaybedilmiş bir yıla eşittir<sup>(8, 9)</sup>. DALY, özürllülüğü ve mortaliteyi beraber içerdiğinden, aynı zamanda bu iki kavramın toplamına da eşittir:

$$DALY = YLL + YLD$$

(Disability Adjusted Life Years) = (Years of Life Lost) + (Years of Life Disabled)

YLL (Years of Life Lost)(Kaybedilen Yaşam Yılı), herhangi bir hastalıktan ötürü erken ölümleri içerir ve kaybedilen yaşam yıllarını tanımlar. Belirli bir hastalık nedeniyle gerçekleşen ölümlerin, ölümün gerçekleştiği yıla ilişkilendirilen beklenen yaşam süresine çarpılır. Böylece X yaşında ölen bir insanın, Y yaşına kadar yaşaması beklenirken, o hastalık yüzünden ne kadar erken öldüğünün bir ölçütü ortaya konmuş olur<sup>(8, 10)</sup>.

$$YLL = N \times L$$

N = Gerçekleşen ölümlerin sayısı  
L = Ölüm yaşında beklenen yaşam süresi

YLD (Years Lost to Disability)(Sakatlıkla Kaybedilen Yaşam Yılı), belirli bir nedenden ötürü belirli bir zaman aralığında gerçekleşen olguların, hastalığın ortalama süresi ve hastalığın ciddiyetini gösteren, sıfır (ölüm) ve bir (mutlak sağlıklılık) arasında değişen bir ağırlık faktörü ile çarpılması sonucu elde edilir<sup>(8,10)</sup>.

$$YLD = I \times DW \times L$$

I = Gerçekleşen olgu sayısı  
DW = Disability Weight (Sakatlık Ağırlığı)  
L = Ölüm veya iyileşmeye kadar olan ortalama hastalık süresi

Silinmiş: ¶

Biçimlendirilmiş: Sağ: 18

nk

#### 2.1.4. Kronik Hastalıklar ve Özürlülük

Kronik hastalıklara bağlı belirtilerin gelişimi sinsi olabilir, hasta ve hasta yakınları tarafından yanlışlıkla yaşlanmanın doğal bir parçası olarak algılanabilir. Bir çalışmaya göre yaşlıların %26'sı kendilerinde ortaya çıkan değişiklikleri, belirgin mortalite ve morbidite ile giden akut bir epizod görülene kadar, kendileri ile ilgilenen birinci basamak personeline bildirmemişlerdir<sup>(7)</sup>.

Bu yüzden kronik hastalıklar, özellikle geriatrik popülasyonda, ileri dönem komplikasyonlar ve özürlülükle karakterizedir. Yaşlı nüfusun hızla artması ile, “hayatta kalmak”tan öte, DSÖ’ nün sağlık tanımlamasında olduğu gibi “iyilik hali”nin ve özürlülüğün de araştırılması gerekmektedir. Bu ihtiyaçtan yola çıkarak DSÖ, hastalıkları sınıflandırdığı ICD (International Classification of Disease) sınıflamasını tamamlayıcı olarak ICF (International Classification of Functioning) sınıflamasını getirmiş ve özürlülük durumlarını sınıflandırmıştır<sup>(11)</sup>. International Classification of Impairment, Disability and Handicaps (ICIDH) olarak da bilinen ICF sınıflamasında dört temel düzey mevcuttur<sup>(9,12)</sup>.

- 1) **Patoloji:** Vücutta bir organda gelişen harabiyet. (Örn. Gözde retinopati)
- 2) **Bozukluk:** Patolojinin sonucu olan yeti kaybı (Örn. Görme kaybı)
- 3) **Özürlülük (Disability):** Bozukluğa bağlı olarak kişinin normal işlev ve davranışlarındaki kayıplardır. (Örn. Kitap okuyamama, yardımsız yürüyememe)
- 4) **Engellilik (Handicap):** Özürlülüğe bağlı olarak kişinin istediği sosyal rolleri toplumsal yaşamda yerine getirememesi.

#### 2.1.5. Özürlülük ve Bakım Gereksinim Düzeyinin Değerlendirilmesi

Kişinin fonksiyonel durumunun veya özürlülük düzeyinin değerlendirilmesi için çeşitli yöntemler geliştirilmiştir. Bu yöntemler temel olarak kişinin günlük etkinlikleri ne ölçüde becerebildiğini araştırmaktadır. Bu günlük etkinlikler temel etkinlikler ve yardımcı etkinlikler olarak ikiye ayrılır ve pek çok özürlülük değerlendirme ölçeğinde kullanılırlar.

Temel etkinlikler, banyo yapabilme, yemek yiyebilme, yatak ya da sandalyeden yer değiştirme, yürüyebilme, tuvalet kullanımı gibi temel yaşamsal etkinliklerdir.

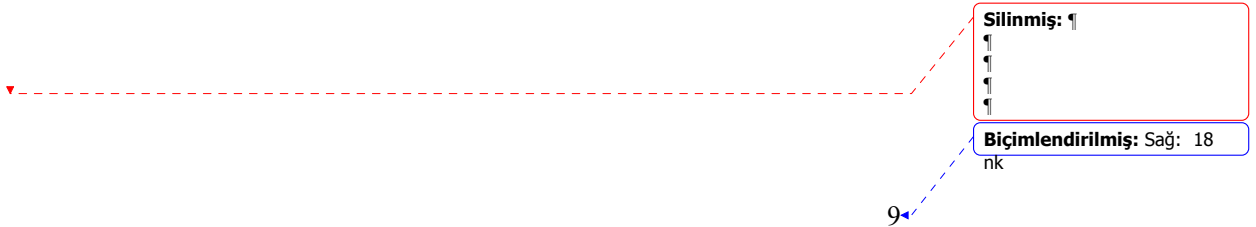
Yardımcı etkinlikler ise, Lawton ve ark. tanımına göre ev işleri, para idaresi, bakkaldan alışveriş gibi daha karmaşık etkinliklerdir. Yine, telefon kullanabilme, seyahat

edebilme, el işi yapabilme, kendi ilaçlarını kullanabilme gibi yardımcı etkinlikler de tanımlanmıştır<sup>(13)</sup>.

Bu etkinlikleri kullanarak geliştirilen ölçeklerden bir tanesi olan Disability Rating Scale (DRS), beyin hasarı olmuş gençlerde ve erişkinlerde özürllülük durumunu değerlendirebilmektedir. Bu ölçek altı bileşenden oluşur ve ilk üç bileşeni (Göz açma, iletişim yetisi, Motor yanıt) Glasgow Koma skalasının yeniden düzenlenmiş halidir. Dördüncü bileşen “Beslenme, tuvalet ve temizlik için bilişsel yeti”yi değerlendirir ve özürllülüğü (disability) ölçer. Beşinci bileşen (Level of Functioning), fonksiyonel düzeyi ölçer ve 1970 yılında Scranton ve ark. tarafından geliştirilen bir ölçegin yeniden düzenlenmiş halidir. Son bölüm (Employability), işgörüllük düzeyini saptar ve bireyin mesleki yaşamda yeterliliğini değerlendirir.

Hastalığa özgül skorlama sistemleri de bulunmaktadır. Multiple Sclerosis hastalığının evrelendirilmesinde kullanılan Kurtzke Expanded Disability Status Scale (EDSS) buna bir örnektir. Bu ölçek daha çok alt ekstremite kas kullanımını değerlendirir ve 10 üzerinden 5 ve daha az puan alan hasta 200 metre mesafeyi bağımsız olarak yürüyebilir durumdadır. 10 puan, MS’e bağlı ölümü tarifler<sup>(14)</sup>.

Hastaların günlük yaşam aktivitelerini ölçen ve çalışmalarda yaygın olarak kullanılan bir diğer ölçek Barthel indeksidir (Wade ve Collin 1988). Barthel indeksi 10 kısımdan oluşur. Bunlar, beslenme, yataktan koltuğa geçiş ve geri dönüş, özbakım, tuvalet kullanımı, banyo yapma, mobilite (aynı katta hareket), merdiven kullanımı, giyinme, mesane ve bağırsak işlevleri. Barthel indeksin yorumlanması tablo 2.3.’de gösterilmiştir.



**Tablo 2.3. Barthel indeksi bölümleri, değerlendirme esasları ve puanlama.**

<b>Etkinlik</b>	<b>Değerlendirme</b>	<b>Puan</b>
Beslenme	Tam bağımlı	0
	Ekmeğin kesilmesi, ekmeğe yağ sürülmesi vb yardıma ihtiyacı var	5
	Tam bağımsız	10
Banyo	Tam bağımlı	0
	Tam bağımsız	5
Özbakım	Öz bakım için yardım ihtiyacı var	0
	El yüz yıkama, tıraş olma, saç taramada vb tam bağımsız	5
Giyinme	Tam bağımlı	0
	Giyinirken yardıma ihtiyacı var	5
	Yardımsız giyinebilir (düğme ilikleme, fermuar çekme dahil)	10
Bağırsaklar	Tümüyle kontrolsüz veya lavman ihtiyacı var	0
	Nadiren kazalar olabilir	5
	Tümüyle kontrol altında	10
Mesane kontrolü	İdrar tutamıyor veya sondaya bağımlı	0
	Nadiren kazalar olabiliyor	5
	Tümüyle kontrol altında	10
Tuvalet kullanımı	Tam bağımlı	0
	Yardıma ihtiyacı var	5
	Tam bağımsız (soyunma, giyinme, temizlik)	10
Transfer (Yataktan koltuğa ve tersi)	Tam bağımlı oturamıyor	0
	Büyük oranda yardıma ihtiyacı var, oturabiliyor	5
	Hafif yardımla transfer olabiliyor	10
	Tam bağımsız	15
Mobilite (Aynı katta)	İmmobil veya 50 yardadan az hareket	0
	Tekerlekli sandalye ile hareket edebiliyor	5
	Sözlü veya fiziki yardım ile 50 yardadan fazla hareket edebiliyor	10
	Tam bağımsız (bastonla bile olsa 50 yardadan fazla hareket edebiliyor)	15
Merdivenler	Merdiven kullanamaz	0
	Yardımla merdiven kullanabilir	5
	Tam bağımsız olarak merdiven kullanabilir	10

Japonya’da yapılan bir çalışmada Barthel indeksi için cut-off değeri 60 puan olarak kabul edilmiş, 60’ın altında puan alan hastalar günlük yaşam aktiviteleri açısından bağımlı kabul edilmişlerdir. Söz konusu çalışmada, 2000 yılında Japonya’da yürürlüğe giren evde bakım sistemine dâhil olan 194 hasta incelenmiş ve hastanın bakım ihtiyacı düzeyini belirten en iyi göstergenin hangisi olduğu araştırılmıştır. Hastaların Barthel indeksleri, el kavrama kuvvetleri, baldır kas hacmi, Mini Mental Durum Ölçeği, Geriatrik Depresyon Skalası (GDS–15), serum albümin ve hemogloblin değerleri araştırılmış ve Barthel indeksine dayalı bağımlılığı en iyi öngören değişkenlerin cinsiyet, el kavrama gücü, depresyon varlığı ve baldır kas kuvveti olduğu gösterilmiştir. Yine aynı çalışmada, Rantanen ve ark. 1999’da yaptığı bir çalışmaya atıfta bulunarak el kavrama kuvvetinin sadece üst ekstremitte gücünü gösteren bir gösterge olmadığı, genel vücut kuvvetini yansıtan iyi bir gösterge olduğu belirtilmiştir<sup>(6)</sup>. Depresyon varlığı, kişinin iştahının azalması, kilo kaybı, sedanter yaşam ile kas kuvvetinde kayıp vb. sonuçlara yol açarak dolaylı olarak günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılığa yol açabilir. Söz konusu çalışmada, depresyonun varlığı özellikle merdiven kullanımı ve banyo yapma parametreleri ile ilişkili bulunmuştur<sup>(6)</sup>.

Hastalığa özgül olmayan ve geniş özürülük gruplarınca kullanılacak ölçekler arasında en iyi bilineni Katz Günlük Yaşam Etkinlikleri İndeksidir<sup>(15)</sup>. Bu indeks hastanın günlük yaşamında sıklıkla yapmak zorunda olduğu etkinlikleri yapabilme kapasitesini ölçer<sup>(16)</sup>. Hastanın söz konusu etkinliklerde başkalarına olan bağımlılığını belirler. İndeks, altı temel etkinliği sınar. Banyo yapma, giyinme, tuvalet yapma, transfer, kontinans ve beslenme.

**Tablo 2.4. Katz Günlük Yaşam Etkinlikleri İndeksi**

<b>Etkinlikler</b>	<b>Bağımsız (1 Puan)</b>	<b>Bağımlı (0 Puan)</b>
Banyo yapma	Kendi başına yıkanabiliyor veya vücudunun küçük bir parçasının yıkanması için yardım alıyor	Kendi başına yıkanamıyor veya vücudunun büyük bir kısmının yıkanmasında başkasına ihtiyaç duyuyor
Giyinme	Dolaptan kendi başına kıyafetlerini çıkarıp giyinebilir. Ayakkabısını bağlarken yardım alabilir.	Giyinirken yardım alıyor veya tamamen başkası tarafından giydiriliyor.
Tuvalet yapma	Tuvalete gitme, tuvaletini yapma, temizlenme, etkinliklerini kendi başına yapabiliyor	Tuvalete giderken yardım alıyor, tek başına temizlenme vb. etkinlikleri yapamıyor
Transfer	Yataktan kanepeye veya tersi etkinliği tek başına veya baston vb. cihaz ile yapabiliyor	Yataktan kanepeye veya tersi etkinliği bir başkası olmadan yapamıyor
Kontinans	Defekasyon ve mesane üzerine tam kontrolü mevcut	Kısmi veya tam mesane veya bağırsak inkontinansı mevcut
Beslenme	Yemeği tabaktan ağızına kendisi götürebiliyor	Bir başkası tarafından yediriliyor veya parenteral beslenmeye muhtaç

Hasta, bu etkinlikler açısından tam bağımlı ise sıfır puan, bağımsız ise bir puan alır. Altı puan tam fonksiyon kapasitesini belirtirken, dört puan orta derecede yetersizliği, iki puan ise ciddi fonksiyonel yetersizliği belirtmektedir. Katz indeksi, yaşamdaki oldukça temel etkinlikleri değerlendirmektedir. En önemli sınırlılıklarında bir tanesi daha karmaşık işlevlerin değerlendirme dışında kalmasıdır. Testin geliştiricisi olan Katz, telefon etme, alışveriş yapabilme, finansal yönetim ve ağır ev işi gibi yardımcı etkinliklerin de bulunduğu başka bir ölçek daha geliştirmiştir.

Benzer şekilde Katz'ın ölçeğini temel alan bazı çalışmalarda da farklı etkinliklerin katılarak testin modifiye edilebileceği gözlenmiştir. Örneğin ülkemizde yapılan bir çalışmada, tırnak kesme, merdiven çıkma, telefona bakabilme, alışveriş, namaz kılma (günde 5 vakit), egzersiz, beslenme, temizlik, yıkanma ve tuvalet etkinlikleri değerlendirilmiştir<sup>(17)</sup>. Bir başka çalışmada, Katz indeksinden alınan altı temel etkinliğin yanında, modifiye Rosow-Breslau Functional Health Scale'den faydalanılmış ve bu ölçekten merdiven çıkma, yarım mil yürüme, ev çevresinde ağır iş yapma gibi çeşitli etkinlikler alınarak çalışmaya eklenmiştir<sup>(18)</sup>. Neredeyse yarım

yüzyıllık geçmişine karşı Katz indeksi güncelliğini korumuş, pek çok araştırmada kullanılmış, bir o kadarına da temel oluşturmuştur. Tamura ve arkadaşları, Medicare hastalarının bakım maliyeti ile ilgili çalışmalarında değerlendirdikleri diğer ölçeklere nazaran, Katz indeksinin, hasta bakım maliyetinin tahmini için en iyi ölçek olduğunu belirtmişlerdir<sup>(19)</sup>. Bununla birlikte, orijinal hali ile Katz ölçeğinin, nüfusun genelini oluşturan minör yetersizliklere sahip hastalarda, değerlendirme gücünün yeterli olmadığına yönelik eleştiriler de bulunmaktadır<sup>(20)</sup>. Kronik hastaların bakım ihtiyacının belirlenmesi amacıyla tek başına Katz indeksinin kullanılması bu yüzden yeterli olmayabilir. Hastayı tıbbi durumuyla, sosyal destek durumuyla, beslenme düzeyi ile bir bütün olarak değerlendirebilecek bir indeks oluşturulabilmesi amacıyla yola çıktığımız bu tez çalışmasında, daha sonra materyal ve metod bölümünde de değinileceği gibi, oluşturduğumuz formun bir bölümünde modifiye Katz indeksinden yararlanılmıştır.

Kronik hastalıklara sahip olsun veya olmasın, bakım ihtiyacı düzeyinin belirlenmesi, özellikle evde bakımı sistematik hale getirmiş ülkelerde sistemin ve kaynakların doğru kullanılması açısından önemlidir. Örneğin Japonya’da, evde bakım için başvuran ihtiyaç sahibine 85 soruluk bir soru formu doldurtulmakta, yanıtlar bilgisayar tarafından değerlendirilerek kişi, 6 bakım ihtiyaç düzeyinden birine atanmaktadır. Sonuçlar, hastayı ziyaret eden bakım yöneticisi tarafından onaylanmakta, gerekirse yeniden değerlendirme yapılabilmekte ve son kararı ise bakım yöneticisi vermektedir. Japonya’daki evde bakım sistemine ilerleyen bölümlerde daha ayrıntılı olarak değinilecektir.

Avrupa’da evde bakım uygulamalarını ilk yerleştiren ülkelerden biri olan İsveç’te yapılan bir çalışmada, evde bakım almakta olan hastaların değerlendirilmesi ve takibi için uygulanabilecek bir sistem önerilmiştir<sup>(20)</sup>. Bu sistem, ASIM olarak adlandırılmış ve hastanın mevcut bakım ihtiyacını değerlendirebilmek için demans düzeyi, kişisel güvenlik algılaması, idrar inkontinansı, hareket kabiliyeti, sosyal destek durumu, konut kalitesi, konutun kullanılabilirliği ve hastanın işlevsel kapasitesi araştırılmıştır.

Hastanın işlevselliği değerlendirilirken, haftalık temizlik yapabilme, alışveriş yapabilme, posta ve banka işleri, yıkama, yiyecek alabilme, yatağı yapabilme, yemek pişirebilme, banyo yapabilme, tuvalet kullanımı, giyinme, tıraş olma ve el yüz yıkama, yatağa girip çıkabilme gibi günlük yaşam aktivitelerinin sorgulandığı bir form oluşturulmuştur. Hastaların ve sistemin işleyişini izlemek için önerilen bu modelde

evde bakım hizmeti almakta olan bireylerde klinik hastalıkların varlığı ve düzeyinin sorgulanmadığı görülmektedir.

## 2.2. EVDE BAKIM

### 2.2.1. Evde Bakımın Önemi ve Bakım Gereksinimi

Daha önce de bahsedildiği gibi Dünya’da ve Türkiye’de yaşlı nüfusun, toplam nüfusa oranının artması ile yaşlılığa özgü fiziksel, duygusal, bilişsel ve fonksiyonel sorunların artması, kronik hastalıkların toplum sağlığında öneminin artmasını da beraberinde getirmiştir. Kronik hastalıkların yarattığı özürülük durumu, ileri yaş grubu başta olmak üzere kronik hastalıklardan muzdarip tüm hastalarda bakım sorununu ortaya çıkarmıştır. Aile yapısının çekirdek aile yapısına dönüşerek küçülmesi ile aile fertleri tarafından evde verilen bakımın niceliksel ve niteliksel özelliklerinin olumsuz etkilendiği düşünülebilir.

Kültürümüzde huzurevleri ve benzeri yapılanmalarla ilgili olumsuz düşünceler bulunmaktadır. Kronik hastalıklı bireylerin evde bakım gereksinimine yönelik yapılan bir çalışmada, bakım hizmeti almak zorunda kalan bireylerin evde bakımı daha çok tercih ettiği saptanmıştır<sup>(21)</sup>. Buna göre çalışmaya katılan yaşlıların %62,9’unun evde bakım seçeneğini tercih ettiği, bunun nedeni olarak da yaşlıların %86,5’inin aile üyelerinin yanında bulunmayı gösterdiği belirlenmiştir. Yine başka bir çalışmada, yaşlı bireyin kurum ortamında değil, yaşadığı ortamda bakım almak istediği saptanmıştır<sup>(22)</sup>.

Bakım alan kadar, bakımı verenin durumu da araştırma konusu olmuştur. İsveç’te 2020 yılında 60 yaş üstü nüfusun oranı %27 olarak tahmin edilmiş ve yaşlı nüfus nedeniyle artan bakım ihtiyacının kurumsal çözümlerle karşılanamayacağı düşünüldükçe, aile fertlerince evde bakımın gerekliliği üzerinde durulmuştur<sup>(23)</sup>. İsveç’te evde bakım vermekte olan aile üyelerinin en çok izole olmaktan yakındıkları, eğitim veya diğer amaçlarla da olsa başka insanlarla bir araya gelme ihtiyacında oldukları, zaman zaman mola vermeye ihtiyaçları olduğu, en sık hissettikleri duyguların sorumluluğun verdiği ağırlık ve endişe olduğu gözlenmiştir<sup>(23)</sup>. ABD’de yapılan bir çalışmada, 4874 evle telefon görüşmesi yapılarak bakım verenlerin durumu saptanmaya çalışılmış, %36’sının kırılğan durumda olduğu, bakım vermekte zorlandıkları, yaklaşık yarısının 20 saat veya fazla bakım verdiği, üçte birinden fazlasının ise bakım vermeye başladıktan sonra fiziksel sağlıklarının bozulduğu saptanmıştır<sup>(24)</sup>.



Gerek bakım alan, gerekse bakım veren açısından yük getiren evde bakım süreci, özellikle profesyonel ellerde, ulusal düzeyde belirli bir sistem içerisinde yürütüldüğünde bakım süreci içindeki tüm taraflar için olumlu olacaktır. Yapılan bir çalışma, bu kanının doktorlar arasında da yaygın olabileceğini düşündürmektedir. Bu çalışmada, ülkemizdeki büyük bir tıbbi merkezde çalışmakta olan 200 doktor evde bakımla ilgili görüşleri açısından incelenmiş, %14'ü evde bakımın ülkemiz için uygun olmadığını düşünürken, %58'i hastanın, ailesinin yanında olmasının iyileşme sürecine olumlu etkisi olacağını düşündüğünü belirtmiştir<sub>(25)</sub>.

Evde bakımın önemini en iyi ortaya koyacak olan şey ona duyulan gereksinimdir. DSÖ'nün, Uluslararası Yetersizlik, Özürlülük ve Sakatlık Sınıflaması (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps - ICDH) kıstaslarına göre, 2000 yılı verilerine göre gelişmiş ülkelerdeki nüfusun %9,9'unun özürlü olduğu tahmin edilirken, yine gelişmiş ülkelerde 65 yaş ve üzeri bireylerin %20-25'inin herhangi bir düzeyde özürlü olduğu bildirilmektedir<sub>(26)</sub>. Bu veriler ışığında gelişmekte olan ülkelerde durumun daha zorlu olduğu, bakım ihtiyacının oldukça yaygın olduğu sanılmaktadır.

Daha önce de söz edildiği gibi evde bakım ihtiyacı olan bir bireyin varlığı diğer aile fertleri için maddi ya da manevi yük getirebilmektedir. Bunun düzeyinin ülkeler bazında ölçülmesi Ebeveyn Destek Oranı (Parent Support Ratio) adı verilen bir ölçütle mümkün olabilmektedir. Bu ölçüt, 80 yaş ve üzeri nüfusun 50-64 yaş arası nüfusa oranıdır ve aşağıdaki şekilde formüle edilmektedir.

$$\text{Ebeveyn Destek Oranı} = \frac{\text{80 yaş üzeri nüfus}}{\text{50-64 yaş arası nüfus}} \times 1000$$

Beş gelişmiş ülkede Ebeveyn Destek Oranları ile toplumun taşıdığı bakım sorumluluğu düzeyi tablo 2.5.'de görülebilir. Buna göre 1999 yılı itibariyle en yüksek sorumluluk İsrail'dedir. Yapılan öngörülere göre bu oran 2025 yılında Japonya'da %44 olacaktır. Türkiye'de ise ebeveyn destek oranı 1990 yılı için %7,8 iken 2000 yılı için %7,0'dır<sub>(26)</sub>.

**Tablo 2.5. Beş Gelişmiş Ülkede 1999–2025 Yılları İtibarıyla Ebeveyn Destek Oranları.**

Yıllar	Avusturya	Almanya	Hollanda	İsrail	Japonya
1999	19,2	18,2	18,4	20,1	17,1
2025	27,7	31,7	25,4	20,7	44,0

Türkiye’de evde bakım gereksiniminin düzeyi tam olarak bilinmemekle birlikte, 65 yaş üzeri nüfusun toplam nüfusa oranının %27,2 olduğu Ankara’nın Çankaya ilçesinde yapılan bir çalışmada, bu bölgede son bir ay içinde evde bakım verilen hane sıklığı %8,7 olarak bulunmuştur (27).

### 2.2.2 Evde Bakımın Tanımı

Günümüzde üzerinde uzlaşılan belirli bir evde bakım tanımı bulunmamakta ve çeşitli kaynaklarda zaman zaman farklı anlamları da taşıyan farklı terminolojiler gözlemlenmektedir. Sürekli bakım (continuing care), topluma dayalı uzun süreli bakım (community based long term care), evde uzun süreli bakım (home based long term care) bunlar arasındadır(26).

DSÖ Evde Uzun Süreli Bakım Çalışma Grubu’nun (Home-Based Long Term Care Study Group) hazırladığı Evde Uzun Süreli Bakım Teknik Raporunda, tanımlama şu şekilde yapılmıştır: Evde uzun süreli bakım, var olan sağlık ve sosyal sistemlerin bir parçasıdır ve bakıma gereksinim duyan kişiye aile, arkadaş, komşu gibi geleneksel bakıcılar ile asıl mesleği evde bakım vermek olan kişiler ve gönüllüler tarafından sağlanan bakım etkinlikleridir.(28).

Resmi Gazete’de 10.03.2005 tarih ve 25751 sayı ile yayınlanan Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik’te evde bakım hizmeti; hekimlerin önerileri doğrultusunda hasta kişilere, aileleri ile yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavi de dahil tıbbi ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sağlık ve bakım ile takip hizmetlerinin sunulması olarak tanımlanmıştır (29).

Toparlamak gerekirse evde bakım, bireyin sağlığını korumak, geliştirmek veya yeniden sağlığına kavuşturmak amacıyla sağlık ve sosyal hizmetlerin profesyonel düzeyde veya aile bireyleri tarafından bireyin kendi evinde veya yaşadığı ortamda sunulmasıdır. Bu anlamda, evde bakım, hem sağlık hizmetlerini hem de sosyal hizmetleri içinde barındırarak, kurum hizmetini geciktiren veya onun yerini alan hizmetlerdir (30).

Ulusal evde bakım sistemlerinin üç önemli bileşeni bulunmaktadır (31). Birincisi bakımın sunumu, ikincisi finansmanı, üçüncüsü ise gereksinim değerlendirmesidir. İlk olarak bakımı sunanlar arasında, aile, kamu sektörü, özel şirketler veya bunların çeşitli şekilde kombinasyonları olabilir. İkinci olarak finansman yöntemleri arasında vergiler, cepten ödeme, özel sigorta, sosyal sigorta veya kombinasyonları olabilir. Bakım için başvuru sahibinin bakım ihtiyacı açısından değerlendirilmesi olan üçüncü bileşen ise bakımı sunan veya finanse eden ilk iki bileşenden biri tarafından üstlenilebilir. Bu bileşenlerin çeşitli şekillerde kombinasyonları ile özellikle yaşlı nüfusu fazla olan gelişmiş ülkelerde evde bakım hizmetleri verilebilmektedir.

### 2.2.3 Evde Bakımın Sınıflandırılması

Evde bakım üç açıdan sınıflandırılabilir(30): Birincisi verilen hizmetin tıbbi veya sosyal hizmet olmasına göre sınıflandırılabilir. İkincisi süreye göre sınıflandırılabilir. Kısa süreli, sıklıkla 30 günün altında, hastaneden taburculuk sonrası evde nekahat döneminde verilen ve çoğunlukla tıbbi ağırlıklı olan bakım hizmeti veya uzun süreli evde bakım olabilir. Kısa süreli bakım tıbbi ağırlıklı iken, uzun süreli evde bakım ağırlıklı olarak sosyal hizmetleri içerir. Üçüncüsü ise, verilen bakımın kimler tarafından verildiğine göre sınıflandırılabilir. Aile bireylerinin veya bu konuda eğitim almamış olan çalışanların verdiği bakım “informal care” olarak adlandırılırken, yarı uzman veya uzman bireylerce verilen profesyonel bakım “formal care” adını almaktadır.

Verilen hizmetin amacına yönelik olarak ise şu şekilde sınıflandırılabilir (26):

- a) **Evde koruyucu bakım:** Bireyin mevcut hastalıklarına ikincil yeti yitimi gelişmeden önce yapılan müdahalelerle komplikasyon gelişmesinin önlenmesidir.
- b) **Evde tanı koyucu bakım:** Hastaneye gelemeyen, düşkün, tedaviye uyumu düşük, ruhsal sorunları olan vb hastaların muayene ve tanılarının ev ortamında yapılmasıdır.
- c) **Evde tedavi edici bakım:** (Hospital-at-home) Hastanede yatış sürelerini kısaltmak amaçlı yoğun bakımdan doğrudan eve göndermeye yönelik veya tıbbi durumu nedeniyle yoğun tedavi edici hizmetlere gereksinim duyan, fakat bunu ev ortamında almak isteyen kronik hastalara yönelik verilen hizmetlerdir. Tıbbi yaşam destek cihazları vb gibi donanımlar ileri teknoloji gerektirdiğinden hasta açısından maliyeti yüksek olabilir. Genellikle hastane

merkezlidir ve evde verilen hizmetler, taburcu eden hastane tarafından karşılanır.

- d) Evde rehabilite edici bakım:** Bireyin mevcut tıbbi durumu nedeniyle kaybettiği yaşamsal yetileri en kısa sürede yeniden kazanmasına yönelik girişimlerdir. Bu şekilde bireyin bağımsızlığı ve sosyo-ekonomik yaşama en kısa sürede dönmesi amaçlanır.
- e) Evde uzun süreli bakım:** Kronik hastalıkların ve sakat bireylerin özürnlük hali geliştikten sonra ihtiyaçları olan bakımın sağlanmasıdır. Tıbbi veya sosyal hizmet ağırlıklı olabilir. Sıklıkla günlük yaşam aktivitelerine yönelik sosyal desteği içerir.
- f) Evde hospis bakımı:** AIDS, kanser vb. hastalıklar nedeniyle yaşamlarının son dönemlerinde olan hastalar için evlerinde yaşam kalitelerini arttırmaya yönelik girişimlerdir. Tedavi edici olmaktan çok palyatif önlemlerdir. Hastanın sağlık sorunu sonucunda ortaya çıkan sorunları gidermeye yöneliktir.

#### 2.2.4 Evde Bakım Kapsamında Sunulan Hizmetler

Profesyonellerce evde verilen bakım (formal care) şu hizmetlerden oluşmaktadır<sup>(26, 30)</sup>.

- a) Evde sağlık hizmeti sunumu:** Bireyin evine düzenli aralıklarla evde bakım üzerine eğitim almış bir hemşirenin ziyareti ile tıbbi bakım sağlanması, eve doktor ziyareti ile teşhis, tedavi ve danışmanlık hizmeti sunulmasıdır.
- b) Destek sağlık hizmetleri:** Psikoterapi, fizik tedavi, ayak bakımı, konuşma ve uğraşı tedavisi gibi bireyin günlük yaşam aktivitelerine destek olan ve bağımlılığını azaltmaya yönelik uygulamalardır.
- c) Kişisel bakım/Özbakım hizmetleri:** Günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olan bireyin giyinme, beslenme, yıkanma gibi etkinliklerine yardımcı olunmasıdır.
- d) Ev işleri hizmeti:** Evin temizlik, ütü, alışveriş ve tamir işlerinin düzenlenerek yapılmasıdır. Bireyin evi, mevcut durumu açısından en güvenli ve kullanışlı hale getirilmeye çalışılır. Yaşlı nüfus için önemli bir sorun olan evde düşmeler, olası ev kazaları açısından evde önlem alınır.
- e) Sosyal destek:** Bireyin randevularına ulaştırılması için yardım edilmesi, sağlık sistemi içinde savunucusu olarak, ilaçlarının temini, rutin

muayenelerinin yaptırılması, faturalarının ödenmesi gibi hizmetlerdir. Bazı şirketlerce hastanede yatan hastalar için refakatçilik hizmetleri de sunulabilmektedir.

- f) Gıda ve beslenme hizmetleri:** Yemek yapamayan birey için, diyetisyenin de gözetmenliğinde, yemek pişirilmesi, dağıtılması.
- g) Danışmanlık hizmetleri:** Bireyin hakları ve sorumlulukları ile ilgili öneri ve danışmanlık hizmeti.
- h) Bakıcılar için destek hizmetleri:** Bakım vermekte olan aile bireyelerine destek amaçlı hizmetlerdir. Aile bireyelerinin dinlendirilmesi amacıyla bakıma ihtiyacı olan bireyin geçici olarak para karşılığında hizmet sunan bireylerden veya kurumlardan bakım almasıdır (Respite care). Diğer bir çeşidi ise bakıcı destek kuruluşlarıdır ki bunlar bakım veren aileye eğitim, danışmanlık hizmeti vererek tıbbi veya bakıcı hakları gibi konularda destek sağlamaktadırlar.

### 2.2.5 Evde Bakımın Tarihçesi

Tarihsel olarak tıbbi bakımın evde başladığından söz edilebilir. Avrupa’da evde bakım, ortaçağda hastaların hastalıklarını başkalarına bulaştırmaması amacıyla yapılmaktaydı. Bu hizmetin amacı tedaviden çok hastanın tecrit edilmesi ve barınma, yemek, taşıma gibi hizmetleri içeriyordu (32).

İngiltere’de evde bakım hizmeti kilisenin önderliğinde gönüllü kuruluşlar tarafından uzun yıllar yürütülen bir hizmet şekli olmuş olsa da, dini gruplar dışında evde bakım hizmeti 1859 yılına kadar yapılmamıştır. İngiliz antropolog William Rathbone gerçek anlamda ilk ziyaretçi hemşirelik hizmeti servisini bu yılda oluşturmuştur (32).

Evde bakım hizmetlerinin tarihsel gelişim sürecinde önemli olan diğer bir isim Florence Nightingale’dir. Nightingale’in önerileri doğrultusunda 1862 yılında Liverpool’da evde bakım hizmeti verecek ziyaretçi hemşireleri 1,5 yıllık eğitim programı ile yetiştiren ilk okul açılmıştır (32).

On dokuzuncu yüzyıl ile birlikte tıbbın ilerlemesi ve araştırma olanaklarının artması kurumsallaşmayı gerektirmiştir. Hastalar, hastanelere başvurmaya, hastanelerde ameliyat olmaya, yatarak tedavi altına alınmaya başlamıştır. Bin dokuz yüz kırklı yıllarda, hastanelerin yataklarını işgal eden kronik hastalıklı bireylerin sayısının artması ile hastaneler taburculuk süresini kısaltmayı amaçlamaya başlamışlardır. Amerika

Birleşik Devletlerindeki Montefiore Hastanesi Evde Bakım Programı, 1947’de tıbbi hemşirelik hizmetleri ile sosyal hizmetlerin birlikte sunulduğu ilk hastane destekli evde bakım programı olmuştur<sub>(26)</sub>. ABD de evde bakım hizmetleri 1965’te Medicare ve Medicaid sigorta sistemlerinin hayata geçmesi ile hızla yaygınlaşmıştır. Bin dokuz yüz altmış beş yılında Medicare lisanslı evde bakım şirketlerinin sayısı 1753 iken, bu rakam 1993 Şubat ayında 6497’ye ulaşmıştır<sub>(32)</sub>. Amerikan Ulusal Evde Bakım Derneği kayıtlarına göre, 1995’te yaklaşık 15.000 evde bakım şirketi ve bu şirketlerde çalışan 700.000 sağlık çalışanı bulunmaktadır<sub>(32)</sub>.

### **2.2.6. Evde Bakımın Olumlu Yönleri**

- a) Kişinin kendi alıştığı ortamda bakılmasını sağlar. Bu özellikle çeşitli düzeyde demansa sahip hastaların, var olan tıbbi durumları nedeniyle yeni bir ortama uyum sağlama yeteneklerinde azalma olması nedeniyle önemlidir<sub>(26)</sub>. Hastaların çevreyle olan iletişimi daha hızlı iyileşmelerini sağlamaktadır. Evinden çıkarılıp hastaneye konan hastanın, hastanede hasta rolünü daha iyi oynadığı ve oynadığı hasta rolünün iyileşmeyi geciktirdiği düşünülmektedir<sub>(32)</sub>.
- b) Kişinin ait olduğu sosyal çevreden kopmasını engeller. Kişi, komşuluk, akrabalık ilişkilerine alışık olduğu şekilde devam eder. Yakınları ile birlikte kalan yaşlının ailesinden kopmasını önler<sub>(26)</sub>.
- c) Hasta yakınlarına destek olarak, onların dinlenmesini sağlar, bu şekilde hasta ve hasta yakınlarının yaşam kalitesine olumlu katkı yapar<sub>(26)</sub>.
- d) Nazokomiyal enfeksiyon, yatak yaraları, düşme gibi hastane ile ilişkili sorunlarda azalma gözlenir<sub>(33)</sub>. Uygunsuz hastane kullanımını azaltır, hastaneye başvurularda, hastanede kalış sürelerinde ve hastane enfeksiyonlarında azalma gözlenir<sub>(34)</sub>.
- e) Hastanede yatış süresi kısaltılarak, aynı yatak sayısı ile elektif ameliyat sayısı arttırılabilir, sıra bekleme süreleri kısaltılabilir<sub>(26, 33)</sub>.
- f) Kısa dönemde maliyeti hastane bakımına göre düşüktür<sub>(26)</sub>.
- g) Kişilere, tanıdan iyileşmeye kadar geçen sürede kesintisiz sağlık hizmeti sunulmasını sağlar<sub>(26)</sub>.
- h) Hastanın özerkliğini ve özgürlüğünü korur. Hastanede bulunan birey, hastanın iyiliğinden çok hastanenin işleyişini kolaylaştırmak için planlanmış olan bir dizi kurallara uymak zorunda kalır. Evde bakım, hastaların elde edebilecekleri en yüksek özgürlük düzeyine izin verir<sub>(32)</sub>.

Silinmiş: ¶

Biçimlendirilmiş: Sağ: 18  
nk

- i) Evde bakım veren personel, hastasıyla daha özel bir ilişki içinde olması ve hastane ortamında kısıtlanmamış olan hastanın daha az gergin olması durumundan dolayı olarak etkilenecek daha az stresli olabilir. Yapılan bir çalışmada, evde hemşirelik hizmeti veren hemşirelerin kızgınlık, işe karşı önleyici tutumlar gibi negatif stres faktörleri açısından hastane hemşirelerine göre daha iyi durumda olduğu bulunmuştur<sub>(35)</sub>.
- j) “Sadece yaşama yıllar değil yıllara yaşam katar”<sub>(36)</sub>. Kişinin özürsüz veya bağımlı olarak geçirdiği yıllarda yaşam kalitesini arttırmayı amaçlar. DSÖ’nün sağlık tanımında olduğu gibi tam bir iyilik hali yaratmaya çalışır.

### 2.2.7. Evde Bakımın Olumsuz Yönleri

- a) Destek sistemlerinin kişinin evinin içine girmesi ile bakım alan kişi, özel hayatına müdahale ediliyormuş hissine kapılabilir.
- b) Özellikle ağır klinik durumda olan hastalar, evlerinde çok sayıda tıbbi teknolojik cihazın varlığından rahatsız olabilir.
- c) Acil durumlarda hemen müdahale edecek profesyonelin bulunmaması kurum bakımına göre bir dezavantaj olabilir.
- d) Özellikle yüksek teknolojiye sahip cihazların kullanımı için personelin iyi eğitilmiş olması gerekmektedir. İyi eğitilmemiş personel var olan tıbbi sorunlara yenilerini ekleyebilir.
- e) Evde bakım hizmeti verilirken birbiri ile iç içe geçmiş farklı uygulamalar söz konusudur. Bunların birbiri ile uyumlu entegrasyonu, detaylı bir eğitim programını, yakın bir kontrol mekanizmasını gerektirir<sub>(32)</sub>.
- f) Evde bakım verecek personelin güvenliği sağlanamayabilir.
- g) Ev ortamında açığa çıkan tıbbi atıkların yok edilmesinde sorunlar yaşanabilir, ek önlemler alınması gerekebilir.

### 2.2.8. Evde Bakım Personeli

Evde bakım gereksinimi bulunan hastanın, büyük olasılıkla birden fazla bakım türü ile karşılaşacağı öngörülebilir. Pratikte uygulamalarda da evde bakım sürecinde karşılaşılan gereksinimlerin çeşitliliği nedeniyle multidisipliner bir yaklaşım gerektirdiği görülmektedir. Bu yüzden hekim, evde bakım sürecindeki tarihsel hâkim konumunu yavaş yavaş kaybetmektedir. Gereksinimlerin karşılanmasındaki kalite artışı beklentisi, her bakım bileşeninde ayrı eğitim almış personelin varlığını gerektirir.

Örneğin, diyetisyenin bakım sürecine katılması, beslenme ile ilgili kaliteyi arttıracaktır. Evde bakım, bir ekip çalışmasıdır ve hekim, fizyoterapist, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, uğraşı terapisti, konuşma terapisti, bakım hemşiresi, evde bakım yardımcıları bu ekibin doğal parçalarıdır.

Hekim, hâkim uygulayıcı konumdan çıkıp, bakım ihtiyaç türlerini belirleyip, bakım planını yapan düzenleyici bir rol almıştır. Uygulamaların denetleyicisi konumunda olmakla birlikte bazı ulusal sistemlerde bu rolünü de kaybetmiştir<sup>(6, 37)</sup>.

Bakım hemşiresi, hekimin düzenlediği bakım planına göre gerekli tıbbi girişimleri yapmakla yükümlüdür. Basınç yaralarının bakımı, tıbbi araçların dezenfeksiyonu, hastanın tıbbi durumunun, vital bulgularının takibini yapıp kaydını tutmak, görevleri arasındadır.

Sosyal hizmet uzmanı, kişinin iyilik haline etki eden sosyal ve çevresel etmenleri saptayarak gerekli girişimleri yapar, ödeme güclüğü olan hastalara gerekli kaynakların sağlanması için girişimlerde bulunur, hastanın sosyal sistem içinde savunuculuğunu üstlenir.

Fizyoterapist, kişinin kas kuvvetini korumayı, gerekirse arttırmayı amaçlayan aktif ve pasif kas egzersizlerini yaptırır. Mobilizasyonu arttırıcı, spastisiteyi azaltıcı önlemler alır.

Uğraşı terapisti, hastanın günlük yaşam etkinliklerini yapabilme becerilerini arttırmayı amaçlayan, özellikle üst ekstremitelere kullanımına yönelik egzersiz ve uygulamaların yapılmasından sorumludur.

Konuşma terapisti, konuşma, dil, işitme sorunları olan özel hasta grupları ile çalışarak, dil becerilerinin en üst düzeye çıkarılmasına çabalar.

Evde bakım yardımcıları, ekibin, giderek önem kazanan bir üyesidir, evde bakım uygulamalarının %70-80'lik bölümünü karşılamaktadırlar<sup>(26)</sup>. Günlük yaşam etkinliklerinde bağımlı olan hastanın, kişisel hijyenlerinin sağlanması, ev temizliğinin yapılması gibi hastanın yapamadığı etkinlikleri üstlenirler. Ev için gerekli alışverişleri, evi hasta için daha az tehlikeli hale getirecek düzenlemeleri yaparlar.

Pek çok ülke, maliyetleri düşürmek açısından, aile fertlerini olası en iyi personel olarak görmektedirler. Gerekli eğitimlerin verilmesinin ardından, uygun aile fertleri tarafından verilecek olan bakım, hem hasta için daha doyurucu, güvenilir bir bakım süreci yaratacak hem de bakım maliyetlerinde azalma sağlayacaktır. Fakat bu bakımın kimin tarafından verileceği önemli bir sosyal sorundur. Toplumsal olarak bu görevi genelde kadınlar üstlenmektedir ve bu durum kadının sosyal hayattan uzaklaşp eve



mahkûm olmasına neden olabilmektedir. Mevcut bakım yükü, ailenin tüm fertleri tarafından dönüşümlü ve eşit düzeyde üstlenilmeli, kadının eğitim ve çalışma hakkını engelleyecek biçimde planlanmamalıdır.

### 2.2.9. Dünya’da Evde Bakım Hizmetlerinin Durumu

Tüm dünyada evde bakım uygulamalarına rastlamak olasıdır. Ancak, evde bakım hizmetlerinin belirli bir sistem dahilinde verildiği, bu konuda eğitim almış personel tarafından yapıldığı, bu hizmetlerin sağlık hizmetleri kapsamına alındığı, hizmetin şekli ve içeriği ile ilgili kanuni düzenlemelerin yapıldığı, finansman kaynaklarının belirlenmesiyle finansman sorunlarının çözüldüğü, uygun ekipman ve malzemeye ulaşımın sağlanabildiği ülke sayısı kısıtlıdır. Bu ülkeler genelde yaşlı nüfusun fazla olduğu, özürlülük düzeyi yüksek gelişmiş ülkelerdir.

#### 2.2.9.1. ABD ve Kanada

Amerika Birleşik Devletleri’nde evde bakım hizmetlerinin %40’ını özel şirketler, %25’ini ise hastane destekli evde bakım kuruluşları karşılamaktadır<sub>(26)</sub>. Bakım için gerekli harcamaların büyük çoğunluğu Medicaid ve Medicare tarafından karşılanmaktadır ve özellikle kurum bakımını kapsamaktadır. Medicare federal hükümetin yürüttüğü, 65 yaş üstündeki bütün yaşlıların ve bazı özürlü gençlerin sağlık harcamalarını karşılayan bir sigorta sistemidir. Medicare finansmanı kısmen vergilerden sağlanmaktadır. Çalışanların ücretinin %2,9’u Medicare sigortasına ayrılmaktadır. Bunun %1,45’i işverenin hesabından, %1,45’i ise işçinin maaşından kesilmektedir. Buna karşın harcamalar büyük oranda sübvansede edilmek zorunda kalmıştır, 2002 yılında Amerikan hükümetinin yaptığı harcama 256,8 milyar dolar iken, primlerden elde edilen gelir 230,9 milyar dolar düzeyindedir<sub>(38)</sub>. Medicare hizmetlerinden yararlanabilmek için 65 yaş üstünde olmak ve 10 yıl çalışmış olmak gerekmektedir. Karşıladığı hizmetler genelde kısa süreli rehabilitatif hizmetler ve hastanede en az üç günlük yatıştan sonra yüz güne kadar verilen bakım hizmetleridir. Medicare ayrıca eve bağımlı kişilerin yarı zamanlı uzman bakımının, fizik tedavi hizmetlerinin ve evde sağlık bakım yardımcılarının verdiği kişisel bakım hizmetlerinin ödemesini de yapmaktadır. Medicaid ise düşük gelir düzeyine sahip bireyler ve aileler için oluşturulmuş sigorta sistemidir. Medicare harcamaları sadece federal hükümet

tarafından karşılanırken, Medicaid harcamaları hem federal hükümet hem de eyaletlerce karşılanmaktadır.

Medicaid hizmetleri eyaletler tarafından yürütülmektedir. Kimlerin Medicaid hizmetlerinden faydalanabileceğini her eyalet kendisi belirlemekte, bazı eyaletlerde hizmet alandan katkı payı da alınmaktadır<sub>(38)</sub>. Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) verilerine göre 2001 yılında 46 milyondan fazla insan Medicaid hizmetlerinden yararlanıyordu<sub>(38)</sub>.

Evde bakım hizmetleri sektörü 1990–1997 yılları arasında sağlık bakımı sektörünün en hızlı gelişen dalı, Amerika'nın en hızlı gelişen ikinci endüstri alanı olmuştur<sub>(36)</sub>. Buna karşın, uzun süreli bakım ihtiyacı olan her beş yetişkinden birinin evde bakım ihtiyacının karşılanmadığı bildirilmektedir<sub>(1)</sub>.

Medicare'in yasalaşmasının ardından evde bakım hizmetleri sunan şirket sayısı hızla artmış, bu da kalite sorununu getirmiş, kalitesiz hizmet sunan bazı kuruluşlar nedeniyle toplum tepkisi oluşmuştur. Bu nedenle 1985'te Medicare'den ödeme yapılacak kurumların kalitesini gösterici dökümanların incelenmesi kuralı getirilmiştir<sub>(36)</sub>.

Ulusal Evde Bakım Birliği 1982'de kurulmuş ve evde bakım ve hospis hastaları için bakım standartlarını geliştirme, sektörde çalışanların eğitimi ve haklarının savunulması gibi görevleri üstlenmiştir. Birlik toplumun evde bakımla ilgili eğitimini de üstlenmiş ve bilgilendirici kampanyalar yürütmüştür. Evde bakım hizmeti alacak bireylerin doktor kontrolünden geçirilmesi gerekliliğinin getirilmesi ile uygulamalar sağlığı koruyucu uygulamalar olmaktan daha çok sağlığı düzeltici uygulamalar haline dönüşmüştür. Diğer bir sorun da, evde bakım hizmeti sunan kuruluşların ülkenin tamamına homojen şekilde yayılmaması nedeniyle hizmetin kullanımının ülke içinde büyük farklılıklar göstermesidir.

Aynı sorun Kanada'da da görülmektedir. Kamu ve özel sektör oranı her eyalette farklılık göstermekte, verilen hizmetin içeriği de eyaletten eyalete değişebilmektedir. Evde bakım hizmetinin finansmanı Kanada Medicare Sigorta Sistemi tarafından karşılanmaktadır. Giderler, temel olarak her eyaletin kendi gelirlerinden karşılanırken, federal hükümetçe de desteklenir. Kanada sağlık sistemi vergi temelli bir sistem olarak kabul edilirse de bazı eyaletler ek ödemeler talep edebilmektedir. Örneğin Ontario'da ayda 20.000 \$ üzerinde geliri olanlar yıllık 300–900 \$ arası prim ödeyebilmektedir<sub>(39)</sub>. Kanada'da 1997 yılında yapılan sağlık harcamalarının %14,1'lik kısmının evde bakım

hizmetlerine harcadığı bilinmekle birlikte hizmet gereksinimi olan kişilerin büyük kısmının bu hizmeti alamadığı ortaya çıkmıştır.<sup>(26)</sup>.

### 2.2.9.2. Avrupa

Avrupa’da evde bakım hizmetleri nispeten yenidir ve çoğunlukla kamu hizmeti olup kamuya oranla daha az sayıda özel kuruluş vardır. Hizmetler ağırlıklı olarak ev işlerine yardım olarak örgütlenmiştir.

Avrupa birliği ülkeleri içinde en geniş evde bakım alt yapısı Danimarka, Hollanda ve İngiltere’dedir. Danimarka’da her beş hanenin birinde 65 yaş ve üzeri bir kişiye destek sağlanmaktadır. Bu ülkede bu sektörde istihdam edilenlerin sayısı 27 bin kişi olup 65 yaş üzeri her bin kişiye 35 kişi düşmektedir. 1987 yılında yasal düzenlemelerle kurumsal bakım yerine evde sosyal yardım hizmetlerine (housing for the elderly) anlayışına geçilmiştir. Sonrasında huzurevi ve bakım evi yapım harcamaları azalmış, ihtiyacı olana evde sosyal yardım yapılmış, evde bakım veren kişilere eğitim verilmiştir.<sup>(36)</sup>. Bin dokuz yüz seksen ikide 75 yaş ve üstünde olanların %16’sı huzurevi veya bakım yurdunda kalırken, 1999’da bu oran %9’a düşmüştür.<sup>(26)</sup>. Sosyal yardım hizmetleri büyük oranda ücretsizdir ve finansman vergilerden karşılanmaktadır.

### 2.2.9.3. Hollanda

Avrupa ülkeleri arasında en eski evde bakım yasası Hollanda ya aittir ve 1 Ocak 1968 den beri yürürlükte olup toplumun tümünü kapsamaktadır. Yasanın adı “Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten”dir. (The Exceptional Medical Expenses Act) Yürütülmesinden Sağlık Spor ve Sosyal Yardım Bakanlığı sorumludur. Bakım alabilmek için kişinin sağlık sorununun olması ve fonksiyonel olarak özrüünün bulunması yeterlidir.

Avrupa’da evde bakım hizmeti veren ülkeler arasında sadece Hollanda’da bakım alacak kişinin ailesinde bakım için uygunluk ve sağlanacak aile desteğinin boyutu göz önünde bulundurulmamaktadır. Ayrıca Hollanda’da psikososyal durum, evin ve çevresinin koşulları, sağlanacak formal bakımın tipi ve düzeyi de göz önüne alınmaktadır. Bakım alacak olanların bakım ihtiyacının belirlenmesinde Hollanda dışındaki tüm ülkelerde bakım saati esas alınmaktadır.

Örneğin Avusturya’da bir ay içinde gereksinim duyulan bakım süresi 50 saatten 180 saate kadar yedi düzeyde gruplandırılmaktadır<sup>(40)</sup>. Hollanda’da ise doğrudan bireyin gereksinimi olan bakım türü tespit edilmektedir ve bu yapılırken tüm ülkede tek bir protokol uygulanmaktadır. Oysa Almanya’da her eyalette bakım gereksiniminin tespitinde farklı formlar kullanılabilir. Hollanda’da bu protokol hekimler, hemşireler ve sosyal çalışmacılardan oluşan bir ekip tarafından yürütülmekte ve bakım gereksinimini “Bölgesel Değerlendirme Kurulu” (Regional Assesment Board) denen bu ekip belirlemektedir<sup>(40)</sup>. Bu ülkede evde hemşirelik hizmetleri, bakım veren aile üyelerine dinlenme olanağı sağlayan kısa süreli kurumsal bakım hizmeti (respite care) ve rehabilitasyon hizmetleri hizmet kapsamında yer almaktadır.

Hollanda’da kişiye direk para yardımı oldukça kısıtlı olup kişilerin anlaşmalı kurumlardan eşdeğer hizmet (in kind services) alması sağlanmaktadır. Giderler için hizmet alanlardan prim alındığı gibi, vergilerden de fona destek aktarılmakta ayrıca hizmet alanlardan da tüm hizmet türleri için ek ödeme istenmektedir. Sektörde 1997 yılında harcanan miktar 13 milyar dolar olurken, bu miktar milli gelirin %3,6’sına denk gelmekteydi <sup>(40)</sup>.

#### 2.2.9.4 İsveç

Avrupa’da evde bakım konusunda öncü olan bir diğer ülke İsveç’tir. Yaşlı ve düşkünler için 1960’larda başlayan sistematik evde bakım uygulamaları bulunmaktadır. Evde bakım hizmetlerininin yürütülmesinden belediyeler sorumludur. Hasta için gereken hizmetlerin saptanması belediyeler tarafından yapıldığı gibi, kaynak ve personel de belediyeler tarafından karşılanır<sup>(41)</sup>.

İsveç hükümeti düzenleyici bir rol oynar, standartları belirler ve belediyelerin evde bakım hizmetlerini vermesi için gerekli önlemleri alır. Sosyal hizmetler yasası (Social Service Act) belediyeleri, yaşlı ve düşkünlere araştırarak saptamak ve gerekli hizmetleri sağlamakla görevlendirmiştir. Kamunun bakım sektöründeki bu hakimiyetine karşın, son yıllarda, harcamalardaki aşırı artış ile İsveç, yavaş yavaş artan oranda özel şirketlerden hizmet almaya başlamıştır<sup>(31)</sup>.

Evde bakım uygulamalarında kamu sektörünün oranının en yüksek olduğu 1978 yılında 352.000 kişiye bakım sağlanmaktaydı<sup>(40)</sup>. Zamanla bu oran azaldı ve doksanlarda yaşanan ekonomik kriz ile en düşük seviyeye ulaştı. Sadece ileri derecede bakım ihtiyacı bulunan yaşlılara bakım hizmeti verildi. Hizmetlerdeki kamu oranı düştü. Özel şirketlerin çoğalması ile özellikle büyük nüfusa sahip bölgelerde, birden

fazla şirketin bulunabilmesi nedeniyle insanlar istedikleri şirketi seçebilme olanağı buldular.

Belediyeler, hizmeti hastanın seçtiği şirketten almaktadır. Hizmetlerin finansmanı ise belediyeye ödenen yerel gelir vergisinden sağlanmaktadır. Bölgeden bölgeye ve hizmete göre değişebilmekle birlikte ortalama %5 oranında cepten ödeme yapılmaktadır.

Merkezi hükümet, belediyelere ödemeler yaparak evde bakıma katkıda bulunmaktadır. Bu, genel gelirlerden pay verilmesi veya demografik özelliklere göre yapılan ek ödemeler şeklinde olabilir. Bu ödemelerde amaç, yaşlı nüfusu nispeten daha fazla olan belediyelerin daha fazla desteklenmesidir.

Toplamda, merkezi hükümet belediye gelirlerinin yaklaşık %14,5 kadarını destekleyebilmektedir<sub>(31)</sub>. Hizmetler karşılığında cepten yapılacak ödemelerin miktarı belediyeler tarafından belirlenir ve bunun için belirli bir formül de yoktur. Sadece bazı ilkeler getirilmiştir. Örneğin cepten yapılacak ödemeler için adil olması, hizmetin maliyetinden daha fazla ücret istenemeyeceği gibi ilkeler belirlenmiştir. Ancak neyin “adil” olduğuna dair kesin hesaplamalar getirilmemiştir.

Bin dokuz yüz doksan üç yılında ücret belirleme tamamen özgür bırakılmıştır. Sonrasında gelir düzeyine göre ödeme veya hizmet başına ücret uygulamaları bölgeden bölgeye değişen oranlarda kombine edilmiştir. Bu, ülke çapında alınan ücretlerde aşırı farklılaşmaya neden olmuş, sonunda bir üst sınır belirleme gereksinimi doğmuştur.

İstenebilecek ücrete 2002 yılında bir üst sınırlama getirilmiş ve aylık kişi başı 1516 SEK üstünde (£106) ücret istenemeyeceği kuralı konmuştur<sub>(31)</sub>. Ulusal ölçekte standart hizmetler getirilmediğinden hangi hizmetlerin verileceği belediyeler tarafından belirlenmekle birlikte ev işleri, günlük yaşam etkinliklerinde sosyal destek başlıca hizmet biçimidir. İhtiyaç sahipleri için bakım evleri ve diğer kurumsal bakım ve rehabilitasyon hizmetleri de bulunmaktadır.

### 2.2.9.5 Almanya

Almanya’da evde bakım sektöründe 22 bin kişi çalışmaktadır ve 65 yaş üzeri her bin kişiye 2,4 evde bakım çalışanı düşmektedir<sub>(26)</sub>. Evde bakımla ilgili yasa 1 Nisan 1995’te Almanya’da yürürlüğe girmiş, 1 Temmuz 1996’da kurumsal bakımı da içerecek şekilde genişletilmiştir. Toplumun tümü yasa kapsamındadır ve günlük yaşam aktivitelerinden iki veya daha fazlasında en az altı ay süreli bakımı gerektirecek özürsüzlük ve günde 1,5 saatten fazla destek gereksinimi olması gereği aranmaktadır. Bu

değerlendirme süreci hekimler ve hemşirelerden oluşan bir “Tıbbi Komite” (Medical Board) tarafından yürütülmektedir. Günlük bakım gereksinim düzeyi, 1,5 ile 5 saat arasında değişen üç gereksinim düzeyine göre sınıflandırılmaktadır. Hizmet kapsamında, kurumsal bakım, evde bakım, gündüz bakım hizmetleri, bakım veren aile üyelerinin dinlenmesini sağlayan kısa süreli kurumsal bakım (respite care), gece bakım veren gece merkezleri (night centers) ve bakımla ilgili destekleyici aletlerin sağlanması yer almaktadır.<sup>(26)</sup>

Bu hizmetler, kamu kuruluşlarından, sivil toplum örgütlerinden (NGO) ve kar amaçlı kuruluşlardan alınabilmektedir. Hizmet alan kişi, isterse bakım ihtiyacı düzeyine göre yönlendirildiği bu hizmetleri alabileceği gibi, bunların yerine nakit para almayı da tercih edebilir. Fakat nakit para alınması, eşdeğer hizmetlerin alınmasına kıyaslandığında %45–53 daha az yararlı olabilmektedir. Bin dokuz yüz doksan dokuz yılı itibariyle ihtiyaç düzeyine göre 375–1400\$ arasında değişen miktarlara eşdeğer hizmet alınabilmekteyken, hizmet alan kişi nakit para almayı tercih ettiğinde alacağı miktar 200–650\$ arasında değişmekteydi.<sup>(40)</sup>

Bakım giderlerinin finansmanı kişilerin ödediği primlerden karşılanmakta, vergilerden bu fona aktarım yapılmamakta, evde bakım için ek ödeme yapılmamakta fakat kurum bakımında ek ödeme yapılması gerekmektedir. Prim miktarı kişinin işveren, çalışan veya emekli olması durumuna göre değişmekte, geliri olmayanlar için primler başka bir fondan karşılanmaktadır. Bin dokuz yüz doksan dokuz yılı itibariyle yasa kapsamına 1,8 milyon kişi girmekteyken yine aynı yıl hizmet almakta olanların oranı toplam nüfusun %3,9’u olup, bu sayı 61 yaş üstü nüfusun %17’sine denk düşmekteydi. Bin dokuz yüz doksan sekiz yılı itibariyle uzun dönem bakım için harcanan miktar 15,5 milyar dolar olup, milli gelirin (Gross National Product) %0,9’uydu.<sup>(40)</sup>

### 2.2.9.6. İngiltere

İngiltere’de 2000 yılında 65 yaş üstü nüfus, toplam nüfusun %15,9’uydu.<sup>(42)</sup> Almanya’da bu oran 2000 yılında %17,3 gibi daha yüksek oranlarda olmasına karşın, evde bakım hizmetleri tüm nüfusu kapsıyordu. Oysa İngiltere’de çoğu bölgede gelir düzeyinin düşük olması gerekliliği aranmaktadır. Yine kişilerin bakım gereksinimleri ile ilgili bir standart yoktur. Bakım ihtiyacının saptanması bölgeden bölgeye değişir ve

genellikle ağır düzeyde özürlülük (disability) durumunda bakım hizmeti verilmektedir (42).

İlk olarak, Ulusal Sağlık Hizmeti (National Health Service) kurumu, tıbbi bakım gerektiren kişilere hemşirelik hizmeti gibi hizmetleri ücretsiz olarak sağlamaktadır.

Hizmetlerin yürütülmesinden ise yerel sağlık otoriteleri sorumludur.

İkinci olarak, ulusal düzeyde standardize edilen üç ayrı miktarda nakit para ödemesi de yapılmaktadır. Nakit ödemelerden sorumlu kurum “National Department of Work and Pensions”dır.

Üçüncü olarak ise, kişisel bakım, ev işleri gibi sosyal yardımlar yerel yönetimlerce yürütülmekte olup, bölgeden bölgeye uygulamalar, kabul kriterleri farklılık göstermektedir.

Uygulamalar yerel yönetimlerin idaresinde olsa da, harcamalar aslen merkezi hükümet tarafından karşılanır. Uygulamaların yararlı olup olmadığı, olgu yöneticilerinin (case managers) bakım alan evleri düzenli ziyareti ile kontrol edilir.

Bakım evleri vb. kurumlar daha çok yerel yönetimlerce idare edilse de, kar amaçlı bakım merkezleri de bulunmaktadır. Olgu yöneticilerinin bakım gereksinimini saptamasından sonra, kişiye hangi hizmetlerin günde kaç saat verileceği listelenir ve yerel yönetimlerce bu hizmetler sağlanır. “Doğrudan Ödeme” (direct payment) isteyen hastalara eşdeğer miktarda para ödenir. Böylece hasta isterse bu hizmetleri kar amaçlı kuruluşlardan da alabilir. Bunun için bir mali durum araştırmasından (means test) da geçerek mali durumunun iyi olmadığını göstermek durumundadır. Sağlık Bakanlığı verilerine göre 2002 yılında 7882 kişi doğrudan ödeme alıyordu ve bunlardan sadece 1032’si 65 yaş ve üstündeydi (42). Geriye kalanları, zihinsel ve fiziksel engelliler oluşturuyordu.

#### 2.2.9.7. İsrail

İsrail’de evde bakım hizmetleri Ulusal Sigorta Enstitüsü tarafından yürütülür ve kurumsal bakım yasa kapsamına girmemektedir. Yasanın adı “Chok Bituach Styud” (Community Long Term Care Insurance Law) olup, günlük yaşam etkinliklerinde özürlülük gösteren, yalnız yaşayıp günde en az iki saat destek gereksinimi olan veya yalnız yaşamayan ancak günde en az 2,5 saat destek gereksinimi olan 60 yaş üzeri kadınlarla 65 yaş üzeri erkekleri kapsar (40). Yasa 1 Nisan 1988’den beri yürürlüktedir. Kişinin hizmetlerden tümüyle faydalanabilmesi için gelirinin ortalamasının üzerinde olmaması gerekmektedir aksi takdirde yapılan harcamalar için katkı payı alınmaktadır.

Bakım verilecek bir çift söz konusu olduğunda çiftin gelirinin ortalamanın 1,5 kat üzerinde olmaması şartı aranmakta aksi takdirde katkı payı alınmaktadır. Hizmet alabilirlik (eligibility) değerlendirmesinde kişinin yalnız yaşamasına artı puan verilmektedir. Bu değerlendirme hemşirelerden oluşan bölgesel komite tarafından yapılmaktadır. İki buçuk saatlik ve 6,5 saatlik olmak üzere iki bakım düzeyi mevcuttur.

Erişkin alt bezi sağlanması, çamaşırhane hizmetleri ve acil alarm sistemleri hizmet kapsamında yer almaktadır. Hizmetler sivil toplum kuruluşlarından ve kar amaçlı kurumlardan alınabilmektedir. Nakit para ödemesi sadece söz konusu hizmeti verecek kurum bölgede bulunmadığında, verilecek hizmetin karşılığı olan değerinin %80'inin ödenmesi şeklinde olmaktadır<sub>(40)</sub>.

Giderler kişilerin ödediği primlerden ve %20 oranında vergilerden karşılanmaktadır. Yasa kapsamına giren nüfus 1999 yılı itibariyle 88.000'ken 60 yaş üstü kadınlar ve 65 yaş üstü erkeklerin %12,07'si hizmet almaktaydı<sub>(40)</sub>. Harcanan miktar 1999 yılında 370 milyon dolar olup, milli gelirin %0,36'sına denk düşmekteydi<sub>(40)</sub>.

### 2.2.9.8. Avusturya

Avusturya'da evde bakım hizmeti Çalışma Sağlık ve Sosyal İşler Bakanlığı tarafından yürütülür ve sağlık sisteminden ayrı iki özel program mevcuttur. Bundespflege – Geldgesetz (Federal Long Term Care Allowance Act ve The Provincial Long Term Care Act) 01.01.1994'te yürürlüğe girmiştir<sub>(40)</sub>. Üç yaş üstündeki herkes, günlük yaşam aktivitelerinde ve yardımcı günlük yaşam aktivitelerinde en az altı ay süreyle bakım gerektirecek özürsüzlük olması durumunda ve ayda 50 saatten fazla bakım gereksinimi olması durumunda yasa kapsamına alınmaktadır. Ciddi düzeyde görme kaybı olanlar, sağır ve tekerlekli iskemleye bağımlı olanlar doğrudan yasa kapsamına girmektedir.

Uygunluk (eligibility) için, yapılandırılmış, ülke çapında bir örnek form kullanılır. Gereksinim duyulan bakım süresine göre 50 saatten 180 saate kadar değişen yedi bakım düzeyi bulunmaktadır<sub>(40)</sub>. Değerlendirmeden sorumlu olan kişi sigorta elemanı iken değerlendirmeyi yapan kişi doktordur. Değerlendirme sonunda kişiye gereksinim düzeyine göre nakit para verilir, kişi bu parayı hizmet almakta kullanır. 1998 yılında bu miktar 160\$ ile 1686\$ arasında değişmekteydi<sub>(40)</sub>.

Bu para ile hangi hizmetleri alacağına, hizmeti alacak olan kişi kendisi karar vermektedir. Hizmet sağlayıcıları arasında devlet kurumları olabileceği gibi kar amaçlı



kuruluşlardan da hizmet alınabilmektedir. Hizmet alan kişi bu hizmetler için hiçbir ek ücret ödememekte ve kaynak tamamıyla vergilerden karşılanmaktadır.

Evde bakım dışında kurumda yatarak bakım alanlar ise katkı payı ödemek zorundadırlar. 1998 yılında 324.000 kişi hizmet kapsamındayken, bundan yararlanmakta olanların oranı %3,9 olarak hesaplanmıştır; bu da 61 yaş üstü toplam nüfusun %17'sine denk gelmektedir. Harcanan para 1998 yılı itibariyle 1,7 milyar dolar olup, milli gelirin (Gross National Product) %0,9'udur<sub>(40)</sub>.

### 2.2.9.9. Japonya

Japonya'da yaşlı ve düşkünler için uzun dönem evde bakım sigortası yasası olan Kaigo Hoken (Long Term Care Insurance - LTCI) 1 Nisan 2000 yılında yürürlüğe girmiştir. Bu tarihe kadar yürürlükte olan sağlık sigortası Japonya'nın değişen nüfus yapısı karşısında yetersiz kalmış, bu yüzden mevcut yasanın üzerine bu evde bakım yasası geliştirilmiştir. Japonya'da 1970 yılında 65 yaş üstü nüfus toplam nüfusun %7'si iken, sadece 25 yılda, 1994'te bu oran %14 olmuştur<sub>(37)</sub>.

Aynı oranlara ulaşmak Fransa'nın 125 yılını ABD'nin 75 yılını alacaktır. Yine Japonya'da 2025 yılında tahmin edilen oran %25,8'dir. Bu hızlı değişim Japonya'nın, yüksek oranda yaşlı nüfusa çok kısa sürede hazırlıklı olmasını gerektirmiştir. Demografik değişime ek olarak, yeni bir sigorta yasasının çıkarılmasındaki ikinci neden, Japon kültüründe görülen değişim ile ilişkilidir.

Aile yapısı küçülmüş, kadınlar çalışma hayatında daha çok yer almış ve daha az çocuk sahibi olmuşlardır. Bu değişimler, yaşlının bakımında aile fertlerinin yerini devletin almasını gerektirmiştir. Üçüncü neden, sosyal sigorta fonunda yaşanan mali krizdir. Japonya'nın toplam tıbbi harcaması 1997 yılında 27 trilyon yen idi ve bunun %60'ı hastanelere yapılmaktaydı. Bu hastanelerde bakılan hastaların %46'sı 65 yaş üstündeydi ve yaşlıların %43'ü 6 aydan fazla hastanede kalmaktaydı<sub>(37)</sub>. Çünkü hastane dışında yaşlıların bakımını yapabilecek ekip ve tesis mevcut değildi. Tüm bu nedenlerle bütün sosyal sigorta sisteminde reform planlandı ve bunun ilk ayağını evde bakım sigortası (LTCI) oluşturdu.

Japon sağlık sistemini incelemeyen önce, Japonya'nın idari yapısı hakkında fikir sahibi olmak yararlı olacaktır. İdari sistem üç basamaklıdır. İlki merkezi hükümettir. İkinci olarak, tüm ülke 47 valiliğe (prefectures) ayrılmıştır. Üçüncü basamak ise her valilik bölgesi içinde yer alan belediyelerdir. Tüm ülkede toplam 3300 belediye (municipalities) bulunmaktadır.

Sağlık politikasından Çalışma, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı sorumludur. Yürütmeden yerel idareler, yani valilikler ve belediyeler sorumludur. Temel sağlık hizmetleri, ana çocuk sağlığı hizmetleri vb temel hizmetleri belediyeler yürütür. Valilikler, belediyeler arasındaki eş güdümü sağlar ve ek olarak, tüberküloz, AIDS ve akıl sağlığı gibi özgül toplum sağlığı sorunları ile ilgilenir. Valilik ve belediye için yerel halk tarafından seçilen idareciler atanır. Merkezi hükümetin başı olan başbakanın seçilmesi, halkın seçtiği Diet denen meclis tarafından gerçekleştirilir.

Nisan 2000 yılından önce, evde bakım hizmetlerinden faydalanmak isteyen yaşlı, belediyeye başvurmak ve gelir araştırmasından (means test) geçmek durumundaydı. Uygun görülenler, kendileri için belirlenen aylık ödemeleri yaparak bu hizmetleri alabilmekteydiler. Bu hizmetler arasında ev yardım hizmeti, banyo yaptıрма, kısa süreli kalım hizmeti (short stay service), eve yemek hizmeti (catering), evde bakım için gerekli bakım enstrümanlarının sağlanması ve bakım evlerinde kurumsal bakım yer almaktaydı.

Nisan 2000'den sonra, evde bakım için, sağlık sisteminden ayrı bir sigorta sistemi oluşturulmuştur. Bu sigortanın bütçesi %50 oranında genel vergilerden, %50'si ise primlerden gelmektedir. Sigortalılar, 40-64 yaş arası ve 65 yaş üstü olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. İlk grup olan 65 yaş üstü sigortalıların evde bakım primleri emekli aylıklarından kesilmekte veya böyle bir aylık olmaması durumunda doğrudan sigortalı tarafından ödenebilmektedir. Bu şekilde elde edilen gelir genel fon büyüklüğünün yaklaşık %17'sini oluşturmaktadır. İkinci sigortalı grubu olan 40-64 yaş arasındaki katılımcıların ödemek zorunda oldukları primler, ödedikleri sağlık sigortasına eklenmekte, beraber tahsil edilmektedir. Bu şekilde elde edilen gelir, genel fon büyüklüğünün yaklaşık %33'ünü oluşturmaktadır. Sigortalıların 2000 yılı itibariyle ödedikleri aylık ortalama prim 3000 yen (25 USD) civarındadır<sup>(37)</sup>.

Verilen hizmetler arasında, ev yardımı ve banyo yaptıрма gibi sosyal yardımlar, hemşire evlerinde kalma, eve hemşire hizmeti ve uzun dönem bakım hastanelerinde kurumsal bakımı kapsamaktadır.

Sigortalıların hizmet alabilmek için uygunlukları iki farklı yaş grubunda farklı değerlendirilmektedir. Altmışbeş yaş üstü sigortalıların günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılığa neden olan özel bir gerekçe aranmazken, 40-64 yaş arasında bunun için özel hastalıkların varlığı aranmaktadır. Bunlar, aralarında Alzheimer, inme gibi hastalıkların bulunduğu 15 değişik tanı bulunmaktadır.

Başvuru sahibi ilk olarak yerel yönetime, sıklıkla belediyelere başvurmalıdır. Başvuru sonrası iki aşamalı bir değerlendirme yapılır. İlk olarak 85 soruluk bir form doldurulur ve bu formda verilen yanıtlar bilgisayar tarafından özel bir program aracılığı ile değerlendirilir. Bilgisayar, bu forma verilen yanıtlara göre kişinin hizmet almasının gerekip gerekmediğini belirler ve başvuru sahiplerinin bakım gereksinimini 6 ayrı düzeyde sınıflandırır. En hafif düzey “Yardım gerektirir” (assistance required) düzeyidir. Diğer beş düzey “Bakım gerektirir” (Care Required) düzeyidir.

İkinci aşamada sağlık profesyonellerinden oluşan bir grup toplanarak, bilgisayarın başvuru sahibi hakkında verdiği sonucu değerlendirerek onaylar. Bu kurul son ve asıl karar mercidir dolayısıyla bilgisayarın verdiği hükmü değiştirebilir. Bunu yaparken, bizzat başvuru sahibinin evine giderek durumu değerlendiren doktorun raporundan faydalanır. Sonuç olarak, başvuru sahibi altı farklı bakım düzeyinden birisine atanır. Ancak başvuru sahibinin bu karara itiraz hakkı bulunmaktadır ve değerlendirmenin tekrar yapılmasını isteyebilir. Tablo 2.6.’da altı bakım düzeyi ve ilgili aylık harcama düzeyi görülmektedir.

İhtiyaç sahipleri bakım hizmetlerinden faydalanırken bu aylık miktar kadar harcama yapma hakkına sahiptirler. Belirlenen miktar doğrudan başvuru sahibine ödenmez, gereken hizmetler bakım yöneticisi tarafından satın alınır.

**Tablo 2.6. Japonya Evde Bakım Gereksinim Düzeyleri**

Bakım gereksinim düzeyi	Evde bakım için harcanabilecek aylık miktar (YEN)
Yardım gerekir	61_500 (512 USD)
Birinci düzey bakım gerektirir	165_800 (1382 USD)
İkinci düzey bakım gerektirir	194_800 (1623 USD)
Üçüncü düzey bakım gerektirir	267_500 (2229 USD)
Dördüncü düzey bakım gerektirir	306_000 (2550 USD)
Beşinci düzey bakım gerektirir	358_300 (2986 USD)

Kurumsal bakım gerektiren hastalar için yapılacak ödeme miktarı, belirlenen bakım gereksinimine denk düşen harcama miktarının 1,4 katıdır. Hizmeti alan kişi, aldığı hizmetin ücretinin %10’unu hizmeti aldığı anda katkı payı olarak öder. Teorik olarak kişinin, kendisine izin verilen harcama sınırları içinde her türlü hizmeti almaya hakkı vardır. Fakat kişinin hangi hizmetleri ne zaman, nasıl alacağını, bakım yöneticisi (care manager) hasta ile birlikte belirleyen asıl kişidir. Bakım yöneticisi haftalık bir

program hazırlayarak kişinin hangi hizmetleri ne zaman alacağını belirler ve hizmeti sağlayan birimler arasında eşgüdümü sağlar. Bakım yöneticisi hizmeti, tüm hizmetleri entegre veren tek bir şirketten alabileceği gibi, farklı hizmetleri farklı şirketlerden talep edebilir. Tablo 2.7.'de bir bakım yöneticisi tarafından hazırlanan örnek bir haftalık plan görülmektedir.

**Tablo 2.7. Örnek Bakım Planı**

Saatler	Pazartesi	Salı	Çarşamba	Perşembe	Cuma	Cumartesi	Pazar
4:00							
6:00							
8:00	Ev işleri	Ev işleri	Ev işleri	Ev işleri	Ev işleri	Ev işleri	Ev işleri
10:00	Hemşire Ziyareti			Hemşire Ziyareti			
12:00	Ev işleri	Ev işleri	Ev işleri	Ev işleri	Ev işleri	Ev işleri	Ev işleri
14:00							
16:00							
18:00	Ev işleri	Ev işleri	Ev işleri	Ev işleri	Ev işleri	Ev işleri	Ev işleri
20:00							

Tablo 2.7. de verilen örnekte bakım yöneticisi başvuru sahibi için her gün günde üç kez ev temizliği, yemek hazırlığı vb ev işleri yapılmasını planlamış, haftada iki kez de hemşire ziyareti öngörmüştür.

Başvuru sahiplerinin alabileceği hizmetler, banyo yaptırma, ev işleri, gezici rehabilitasyon hizmeti, gezici hemşire hizmeti gibi evde verilebilecek bakım hizmetleri ile günlük tıbbi bakım merkezleri, kısa süreli bakım merkezleri, gündüz bakım merkezleri (day care service) gibi respite care hizmetleri, rehabilitasyon merkezleri ve geriatrik merkezler gibi kurum bakım hizmetlerini kapsamaktadır.

Kurumsal bakım hizmetleri LTCI yasasından önce sağlık sigortasının bir parçası idi ve bu hizmetlerin LTCI kapsamına alınması ile harcamaların düşeceği öngörüsü yapılmıştı. Bununla birlikte bazı yazarlar bu düşmenin gerçekleşmeyeceğini savundular<sup>(43)</sup>. Gerçekten de beklenen azalma henüz gerçekleşmemiştir<sup>(37)</sup>.

Evde bakım sigorta sisteminin devreye girmesi ile evde bakım hizmetlerinde hekimin merkezi rolü yerini bakım yöneticisine bırakmıştır. Bakım yöneticisi tüm hizmetlerin seçilmesi, organizasyonu ve yürütülmesinden birinci derecede sorumludur. Bakım yöneticileri, bölge ofislerinde çalışmaya başlamadan önce, özel bir eğitimden geçerler ve bir sınavı başarı ile tamamlamak zorundadırlar. Hastalar, hizmeti hangi bakım yöneticisi ofisinden almak istediklerine kendileri karar verebilirler. Bunun için ofisin başvuru sahibi ile aynı bölgede olması yeterlidir. Yapılan bir çalışmada, Fukuoka bölgesindeki 76 ofisten yaklaşık yarısı hiçbir bakım planı yapmamışken, yapılan 4000 bakım planının %40'ı dört büyük ofis tarafından gerçekleştirilmiştir<sup>(37)</sup>.

Japonya'da evde bakım sigortasının devreye girmesi ile, akut tıbbi hizmet veren hastaneler, evde bakım verebilecek entegre bakım hizmeti sunan merkezlere dönüşmeye başlamıştır. Bu hastaneler evlere temizlik hizmeti, gezici hemşirelik hizmeti vb hizmetler için departmanlar oluşturmuşlardır. Böylece, evlere yemek dağıtımını vb tek bir hizmet sunan "mono-service" merkezlere karşı Entegre Hizmet Sistemi (Integrated Delivery System)(IDS) oluşmuştur. Tek bir hizmet sunan farklı farklı merkezlerden hizmet almaktansa, tek bir merkezden tüm hizmetlerin alınması hizmeti kullananlar arasında memnuniyeti arttırmıştır<sup>(37)</sup>. Bu durum, zamanla hizmet sektörü açısından IDS'ler lehine tekelleşme sorununu yaratabilecektir. Daha önce de bahsedildiği gibi, bakım planlarının %40'ı dört büyük bakım ofisi tarafından düzenlenmiştir ve bu ofisler de bölgedeki IDS'lere aittir. Sistemin yürürlüğe girmesi ile özel sektör bakım hizmetlerine yatırımı arttırmıştır. Tüm ülkede ev yardımı hizmeti sağlayan şirketlerin sayısı 2000 yılının Nisan ayından Aralık ayına 9185'ten 13349'a yükselmiştir<sup>(37)</sup>. Sistemin yürürlüğe girmesinin ardından açılan iş sahaları ile işsizlik, tarihi %5'lik düzeyine gerilemiştir<sup>(44)</sup>.

Evde bakım sigorta sisteminin Nisan 2000'de yürürlüğe girmesi ile sağlık harcamalarında azalma olması beklenmiştir. Bununla birlikte LTCI bağlı azalma oldukça sınırlı kalmış, toplam sağlık harcaması ise %0,3 artmıştır<sup>(37)</sup>. Bu artışta temel etken, kurumsal bakım hizmetlerinde görülen artıştır. LTCI ile kurumsal hizmetlere ulaşmak kolaylaşmıştır. İki bin beş yılında, 65 yaş üstü bireylerin %15'i hizmet almaya hak kazanmıştır. Bu oran, sistemin yürürlüğe girdiği 2000 yılında %10 idi. Harcamalar, 2000 yılında 3,7 milyar yenden, 2005 yılında 6,7 milyar yene çıkmıştır. Bu yüzden hükümet, 2005 yılında yeniden düzenlemeye gitmiş, özellikle kurumsal bakıma yapılan harcamalarda kısıntılar yapmıştır. Bununla birlikte hak ediş (eligibility) kriterlerinde veya aylık ödeme düzeylerinde değişiklik yapılmamıştır<sup>(44)</sup>.

### 2.2.10. Türkiye’de Evde Bakım Hizmetlerinin Tarihçesi ve Mevcut Durumu

Ülkemizde henüz organize olmuş bir evde bakım sistemi yoktur. Bununla birlikte evde bakım ile ilgili sağlık uygulamaları mevcut yasaların içine yerleştirilerek mevcut ihtiyaç karşılanmaya çalışılmıştır. Bu düzenlemeler, evde bakım tanımının geniş kapsamı düşünüldüğünde, yetersiz ve eksik olmakla birlikte, yasaların yürürlüğe girdiği dönemlerde ağırlıklı olan toplum sağlığı sorunları açısından önemli açılımlardır.

Cumhuriyetin ilk yıllarında ağırlıklı olan bulaşıcı hastalıklar ve ana çocuk sağlığı sorunları gölgesinde hazırlanan ve 1930 yılında yürürlüğe giren 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanununda, bulaşıcı hastalıkların evde tanısı ve tedavisi, hekimlerin evde hasta muayenesi, evde ana çocuk sağlığı hizmetlerinin verilmesi gibi hükümler konmuş, hekim ve hemşireler evlere ziyaret yapmıştır.

Bin dokuz yüz altmış bir yılında uygulama konan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun ve bunun yürütülmesini düzenleyen 154 sayılı yönerge kronik hastalıklı bireylerin evde izlenmesi görevini halk sağlığı hemşirelerine vermiştir<sup>(36)</sup>. Yine gebelerin evde izlenmesi, lohusa izlemi, 0-6 yaş çocukların evde izlenmesi görevi ebeler verilmiştir.

Bin dokuz yüz elli dört yılında kabul edilen 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu, mecburi hizmet yükümlülüğü olmayan hemşirelerin, sanatlarını serbestçe yapabileceklerini belirtmesi üzerine pek çok hemşire sağlık kabini olarak adlandırılan özel işyerleri açmışlar ve evlere sağlık hizmeti sunmuşlardır<sup>(36)</sup>.

Yine 2003 yılında başlayan “Sağlıkta Dönüşüm Programı”, aile hekimlerinin gezici sağlık hizmetleri kapsamında evlere ziyaretler düzenlemesini öngörmüştür.

Tüm bu yasal düzenlemeler dayanağını Anayasadan alır. Anayasamızın 41. maddesi ailenin korunmasına, 56. maddesi herkesin sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahip olduğuna, 60. maddesi herkesin sosyal güvenlik hakkı olduğuna, 61. maddesi sakat ve yaşlıların devletçe korunmasını hükmetmektedir.

Anayasal hak olan sosyal hizmetlerin yürütülmesi için 1963 yılında Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığına bağlı Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü kurulmuştur. Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kanununun 1983 yılında yürürlüğe girmesi ile kurum, bakıma ve yardıma muhtaç yaşlı, sakat, çocuk ve ailelere yardım götürme görevini üstlenmiştir.

Evde bakım hizmetini üstlenen diğer bir kurum belediyelerdir, 09.07.2004 tarih ve 5215 sayılı Belediyeler Kanununda yaşlı, düşkün, özürü ve dar gelirlilere sosyal

yardıml verilmesi zorunlu kılınmıştır. Uygulamada belediyeler genelde ücretsiz olarak ulaşım hizmetleri, evde sonda uygulama, kan alma, tansiyon takibi, serum takma, enjeksiyon, basınç ülseri bakımı gibi hemşirelik hizmetleri yanında sosyal hizmetler de verebilmekle birlikte, bu uygulamalı standardize edecek veya denetleyecek bir sistem yoktur. Belediyeler kendi uygun gördükleri hizmetleri kendi uygun gördükleri şekilde vermektedirler.

Ülkemizde evde bakım hizmetlerinin sunumuna ilişkin ilk düzenleme, özel evde bakım hizmetleri şirketlerine yönelik çıkarılmış olan 10.03.2005 tarih ve 25751 sayılı “Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik”tir. Bu yönetmelik, evde bakım hizmeti verecek sağlık kuruluşlarının açılması, çalışması ve denetlenmesi ile bu kurum ve kuruluşların uyması gereken usul ve esasları düzenlemek için çıkarılmıştır. Buna göre, evde bakım hizmeti sunacak kuruluşlar iki başlık altında toplanmıştır. Birincisi Bakım Merkezleridir ki bunlar; asgari donanım ve personel şartlarını yerine getirmiş olan müstakil kuruluşlardır. Bunların haricinde, daha önce ilgili mevzuat ile ruhsatlandırılmış hastane vb sağlık kuruluşlarının bünyesinde açılan ve asgari personel ve donanım şartlarını yerine getirmiş olan Evde Bakım Birimleridir.

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

Mesul müdürün görevleri şunlardır:

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

Silinmiş: 06

Silinmiş: 7

Silinmiş: 867

Biçimlendirilmiş: Sağ: 18

nk

- g) Çalışan personelin başta HIV, hepatit markerleri olmak üzere gerekli görülen tetkiklerini ve muayenelerini en az yılda bir defa periyodik olarak yaptırmak,
- h) Sağlık mevzuatında belirtilen ve yetkililerce tanımlanacak diğer görevleri yerine getirmek.

Mesul müdür dışında iki hekim daha bulunmalıdır. Bunlardan en az birisi tam zamanlı olarak merkezde çalışmalıdır. Devamlı evde bakım hizmeti verilen hastaların hafta bir kez hekim tarafından ziyareti ile bakım planının denetlenmesi öngörülmektedir. Merkezde, en az dört hemşire veya sağlık memuru bulunmalıdır. İstenirse bunlardan birisi ebe olabilir. Bulunması zorunlu olan bu temel personel dışında, ihtiyaç halinde diyetisyen, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı gibi personel bulundurulabilir. Evde bakım merkez veya birimleri, evde bakım hizmeti sunulan birey ile ilgili acil durumlarda, gerekli ambulans hizmetini vermek zorundadır. Kuruluş ambulans bulundurulabilir veya acil ambulans hizmeti sunan şirketlerle sözleşme yapabilirler. Başvuru sahibinin evine hekim ve hemşirenin yapacağı ziyaret ile hastanın durumu değerlendirilerek bir bakım planı oluşturulur. Bu plan çerçevesinde diğer personel hastanın evine ziyaretlerde bulunur.

Kurumsal bakımla ilgili olarak yapılan yasal düzenlemeler de mevcuttur. Bunların başında, 21.02.2001 tarih ve 24325 sayılı “Huzurevleri ve Yaşlı Bakım Yönetmeliği” gelir. Bu Yönetmeliğin amacı, Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezlerinde bakım görececek 60 yaş üzerindeki yaşlıların saptanması, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden yararlandırılması, verilecek hizmetin tür ve niteliği ile işleyiş esaslarını belirlemek, personelin görev, yetki ve sorumluluklarını düzenlemektir. Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğüne bağlı Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezlerini kapsar. Özel huzurevlerinin görev ve sorumluluklarını belirleyen yasal düzenleme ise, 03.09.1997 tarih ve 23099 sayılı Özel Huzurevleri ve Yaşlı Bakımevleri Yönetmeliği”dir. Bu yönetmelikte özel huzurevi ve yaşlı bakımevi açılması için gerekli şartlar, yapılması gerekenler, bulunması gereken personel vb konular açıklanır. Buna göre, özel kuruluşa 55 yaş üstünde yaşlılar başvurabilir. Elli beş yaş altı başvurularında, özel kuruluşun müdürünün teklifi ile sosyal çalışmacı tarafından bir rapor hazırlanarak İl Sosyal Hizmetler Müdürlüğünden uygunluk ve Valilikten onay alınması gerekir. Özel kuruluşun uygulayacağı ücret, Valinin (veya bir yardımcısının) başkanlığında, Sosyal Hizmetler İl Müdürü, Belediye Başkanı, Defterdarlık, Ticaret Müdürlüğü katılımı ile oluşan bir komisyon tarafından oluşturulur. Yılda bir kez toplanılarak günün ekonomik



koşullarına göre ücret yenilenir. Her özel kuruluş kapasitesinin %5' i kadar yaşlıya ücretsiz bakım vermekle yükümlüdür. Ücretsiz bakılacak yaşlılar İl Müdürlüğüne belirlenir.

Kronik hastalıkların dışında özürülerin bakımı ile ilgili çıkarılan 26679 sayı ve 23.10.2007 tarihli “Bakıma Muhtaç Özürülerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik”, özürü sağık kurulu raporu ile özürülüğü tespit edilmiş olan ve başkasının yardımı olmadan hayatını idame ettiremeyecek düzeyde bakıma ihtiyacı olan özürünün bakımı ile ilgili esasları düzenlemektedir. Buna göre, gelirleri asgari ücretin 2/3 den fazla olmayan bireylere özürünün kurum bakımı, personel tarafından evde bakılması için aylık ücret ödemesi yapılması öngörülmektedir. Yatılı bakım merkezlerinden günde 24 saat süreyle bakım hizmeti alan özürüler için 2 aylık net asgari ücret tutarında, gündüzlü bakım merkezlerinden günde 8 saat süreyle tam gün hizmet alan özürülere bir aylık net asgari ücret tutarında, gündüzlü bakım merkezlerinden günde 4 saat süreyle yarım gün bakım hizmeti alan özürülere bir aylık net asgari ücretin yarısı tutarında, bakıcı personel tarafından evinde günde 3 saat süreyle bakılan özürülere bir aylık net asgari ücret tutarında ödeme yapılır. Yine bu yönetmeliğe göre akrabaları tarafından 24 saat bakılan özürülere de bir aylık net asgari ücret tutarında ödeme yapılır.

Günümüzde evde bakım hizmeti ağırlıklı olarak özel şirketler tarafından verilmektedir. Bu hizmetlerin finansmanı mevcut resmi sigorta sistemi tarafından karşılanmamakta, bu yüzden bu hizmetlerden toplumun geniş kesimleri yararlanamamaktadır. Özel sigorta şirketlerinin poliçelerinde evde bakımla ilgili hükümler bulunmakta fakat özel sigorta şirketleri genelde bu hizmetlerin finansmanını en fazla iki ay karşılamaktadır.

Hâlihazırda gerçek kişilere ait Özel Huzurevlerinin illere göre sayısı ve toplam kapasiteleri tablo 2.8.'de gösterilmiştir.

**Tablo 2.8. İllere Göre Gerçek Kişilere Ait Huzurevlerinin Sayısı ve Toplam Kapasiteleri**

<b>İl</b>	<b>Özel Huzurevi Sayısı</b>	<b>Toplam Kapasite</b>
ADANA	1	35
ANKARA	18	900
ANTALYA	5	158
AYDIN	2	96
BURSA	2	29
DENİZLİ	2	68
İSTANBUL	44	2119
İZMİR	26	728
MERSİN	6	191
NEVŞEHİR	1	22
SİVAS	1	87
UŞAK	1	40
<b>TOPLAM</b>	<b>109</b>	<b>4473</b>

İllerde yerel yönetimlere ait huzurevlerinin sayısı ve kapasiteleri tablo 2.9.'de verilmiştir.

**Tablo 2.9. İllerde Huzurevi Açan Belediyelerin Sayısı ve Toplam Kapasiteleri**

<b>İL</b>	<b>Huzurevi açan belediye sayısı</b>	<b>İldeki Toplam Kapasite</b>
ADİYAMAN	1	7
ANKARA	1	228
AYDIN	1	44
BALIKESİR	1	38
BURDUR	1	100
BURSA	2	392
ERZURUM	1	26
İSTANBUL	1	68
İZMİR	3	448
KAYSERİ	1	200
MANİSA	1	120
MUĞLA	1	47
SAMSUN	1	60
SİVAS	1	100
ŞANLIURFA	1	40
YOZGAT	1	72
<b>TOPLAM</b>	<b>19</b>	<b>1990</b>

Bunlara ek olarak, dernek ve vakıflara ait 34 huzurevinde toplam 2486 yatak, kamu kurum ve kuruluşlarına ait 6 huzurevinde toplam 2442 yatak, azınlıklara ait 7 huzurevinde toplam 991 yatak mevcut olup tüm ülkede SHÇEK dışındaki özel kuruluşlara ait toplam kapasite 12382'dir.

Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumuna ait huzurevlerinin sayısı 72 olup, 47 ilde toplam 7569 kapasiteye sahiptir. Ek olarak SHÇEK ait Ankara'da 2, Çanakkale, Eskişehir ve İzmir'de birer adet olmak üzere toplam 5 adet Yaşlı Dayanışma Merkezi mevcuttur. Bu merkezler, yatılı kurum bakımına gereksinim duymayan ve ekonomik-sosyal durumu ne olursa olsun ev ortamında yaşayan yaşlıların sosyal ve psikolojik gereksinimlerini karşılamak, onların izole olmalarını engellemek amacıyla yönelik olarak kurulmuştur<sup>(45)</sup>. Yaşlının günlük yaşam aktivitelerine yardım, sağlık vb konularda eğitim toplantıları, okuma vb boş zamanları değerlendirmeye yönelik ortamların yaratılması, tiyatro, sinema benzeri sosyal aktivitelerin düzenlenmesi, el beceri kursları gibi etkinlikler yürütülmektedir.

Ülkemizde evde bakım ihtiyacının düzeyi veya toplumda evde bakım hizmeti almakta olan kişilerin oranı bilinmemektedir. Küçük ölçekli yerel çalışmalar mevcuttur. Ankara Batıkent 1. sağlık ocağı bölgesinde yapılan bir araştırmada evde bakım verilme sıklığı %5, yine Ankara Çankaya bölgesinde yapılan bir çalışmada ise %8,7 bulunmuştur<sup>(27)</sup>. Ülkemizde 2000 yılında 65 yaş ve üzeri nüfusun oranının % 5,6'dan 2020 yılında %7,7 ye yükselmesi beklenmekteyken, önümüzdeki yıllarda yaşlı nüfusun bakım sorununun, özellikle evde bakımın önem kazanacağını tahmin etmek güç değildir.

### **3. GEREÇ VE YÖNTEMLER**

#### **3.1 Araştırma Bölgesi:**

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi 1994 yılında Bahçelievler semtinde kurulmuştur. Bahçelievler semtindeki merkez hastanemize tüm Ankara ili ve çevre ilçelerden gelen tüm hastalara hizmet sunmaktadır. Hastanemizin güncel uygulamasında, başvuran tüm hastalar ICD – 10 tanı kodlama sistemine göre kaydedilmektedir.

#### **3.2 Araştırma evreni ve örnekleme:**

Bu tez çalışması, evde bakıma aday olan kardiyak, pulmoner, nörolojik, metabolik, endokrin pek çok hastalığı kapsayabilecek daha ayrıntılı bir takip formu oluşturulması çalışmasının bir parçası olup, bu çatı altında yürütülen çalışmaların bir

alt kolu olarak tasarlanmıştır. Bu çalışmanın kapsamı kronik kardiyopulmoner hastalıklarla sınırlandırılmıştır. Bu yüzden çalışmaya alınan hastalık grupları tablo 3.1.'de tanımlanan ICD-10 hastalık kodları ile ilişkili hastalıklarla sınırlandırılmıştır.

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Ankara Hastanesinde tablo 3.1.'de sıralanan ICD – 10 kodları ile ilgili tanıları alan hastalar ve araştırma dönemi içerisinde, Ankara'da bulunan huzurevlerinde tablo 3.1.'de sıralanan ICD-10 kodları ile ilgili tanıları olanlar araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Huzurevleri ile ilgili olarak, Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğünden Ümitköy ve Seyranbağları Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezlerinden uygulama yapılabilmesi amacıyla resmi izin alınmıştır.

Oluşturduğumuz bakım takip formu ile yapılan değerlendirme sonucunda takip edilen hastanın bakıma ihtiyacı olup olmadığının saptanmasının ötesinde, hastanın evde takip edilip edilemeyeceği, kurum bakımı altına alınmasının gerekip gerekmediği de araştırılacağından, ilk olarak bir yatış hızı saptanmasına gereksinim duyulmuştur. İlgili ICD-10 kodları ile 01.01.2007 – 31.03.2007 tarihleri arasında hastanemizde yatan hasta sayıları çıkarılarak başvuru sayılarına oranlandı ve yatış hızları hesaplandı. Toplam hasta sayısı 12895 olup yatış hızı %10,7 olarak bulundu. Toplam 12895 hastadan, %10,7 yatış hızı ile %4 sapma oranı ve %95 güven aralığında örneklem büyüklüğü 213 hasta olarak hesaplandı. Toplam örneklem büyüklüğü, her ICD kod grubuna tabakalandırılarak, her ICD kod grubundan kaç hastanın örnekleme alınacağı belirlendi. Tabaka ağırlıkları ve her tabakadan çalışmaya alınacak hasta sayısı tablo 3.1.'de görülmektedir.

**Tablo 3.1. Araştırmanın Örneklem Büyüklüğü ve ICD-10 Kodlarına Göre Tabakalandırılması**

ICD KODU	Ayaktan Basvuru Sayısı	Yatış Sayısı	Toplam	Tabaka Ağırlığı	Örneklem Büyüklüğü	
I05	Romatoid Mitral Kapak Hastalığı	233	13	246	0,02	4
I06	Romatoid Aort Kapak Hastalığı	166	0	166	0,01	3
I07	Romatoid Trikuspid Kapak Hastalığı	7	3	10	0,00	0
I08	Çoklu Kapak Hastalığı	106	2	108	0,01	2
I09	Diğer Romatoid Kalp Hastalıkları	2	0	2	0,00	0
I10	Primer hipertansiyon	6630	477	7107	0,55	117
I23	Akut MI sonrası komplikasyonlar	2	0	2	0,00	0
I24	Diğer iskemik kalp hastalıkları	5	0	5	0,00	0
I25	Kronik iskemik kalp hastalığı	2522	624	3146	0,24	52
I44	Atriyoventriküler ve sol dal bloğu	10	13	23	0,00	0
I47	Paroksizmal taşikardi	76	29	105	0,01	2
I48	Atriyal fibrilasyon ve flutter	393	64	457	0,04	8
I50	Kalp Yetmezliği	233	66	299	0,02	5
J40	Bronşit, akut veya kronik tanımlanmamış	17	0	17	0,00	0
J41	Basit ve müköpürülan kronik bronşit	13	0	13	0,00	0
J42	Nonspesifik kronik bronşit	6	0	6	0,00	0
J43	Amfizem	17	1	18	0,00	0
J44	Diğer KOAH	436	67	503	0,04	8
J45	Astım	624	14	638	0,05	11
J47	Bronşiektazi	17	7	24	0,00	0
<b>TOPLAM</b>		<b>11515</b>	<b>1380</b>	<b>12895</b>	<b>1,00</b>	<b>213</b>

### 3.3. Araştırmaya Kabul ve Ret Kriterleri:

Araştırmaya kardiyak ve/veya pulmoner kronik hastalık tanıları ile izlenen yetişkin hastalar alınmıştır. Kardiyopulmoner kronik hastalıkların yanında diyabet, inme, demans gibi tanılarının olması, çalışmadan dışlanmayı gerektirmemiştir. Araştırma evrenindeki, kardiyak ve/veya pulmoner kronik hastalıkları bulunmayan, diabet, inme, demans, psikiyatrik ve kas iskelet sistemi ile ilgili kronik hastalıklarla takip edilen hastalar çalışmaya alınmamıştır. Onsekiz yaş altındaki hastalar da çalışmaya alınmamıştır

### 3.4. Araştırmanın Tipi:

Yapılan bu çalışma metodolojik bir araştırmadır. Formun geçerliliği için altın test olarak uzman görüşü kabul edilmiştir. Güvenilirliği için ise alfa Cronbach değeri hesaplanmış, test – retest yöntemi ile formun yapısal ve içsel tutarlılığı değerlendirilmiştir.

### 3.5. Araştırmanın Veri Kaynakları ve Uygulama:

Bu tez çalışması yapısı gereği multidisipliner yaklaşımı gerektirmiş, ilgili bölümlerden yardım istenmiş ve aile hekimliği, göğüs hastalıkları, kardiyoloji, halk sağlığı bölümlerinden temsilciler, yineleyen toplantılarla bir soru formu oluşturmuşlardır. Bu soru formuna “Evde Bakım Takip Formu” adı verilmiştir. Bu çalışmalar sırasında, Katz günlük yaşam etkinlikleri bağımsızlık ölçeği, mini nutrisyonel değerlendirme ölçeği (MNA), İsveç’te kullanılan ASIM sistemi, JNC – 7, New York Kalp Cemiyetinin kalp yetmezliği sınıflandırması, Kanada Kalp Cemiyetinin angina sınıflandırması, Goldman ve Detsky preoperatif risk değerlendirme sistemi, modifiye Lee preoperatif risk değerlendirme sistemi başta olmak üzere, yoğun bakımlarda prognoz tahmininde kullanılan, APACHE, MPM ve SAPS skorlama sistemlerinden faydalanılmıştır.

Ekte görülebilecek olan bu form, beş alt bölümden oluşmaktadır. Bu formu, hastayı evinde takip eden aile hekiminin doldurması öngörülmektedir. Hastayı düzenli olarak takip eden hekimin hasta hakkındaki izlenimleri ve saptamaları formun konusunu oluşturmaktadır. İlk bölümde hastanın ismi, yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, sosyal güvencesi gibi demografik bilgiler kaydedilmektedir. İkinci bölümde hastanın sosyal destek durumu belirlenmeye çalışılmaktadır. Hastanın ailesi tarafından bakılıp bakılmadığı, kurum bakımı alıp almadığı, yalnız yaşayıp yaşamadığı gibi sosyal destek

durumları sorgulanmaktadır. Yine sosyal durumun belirlenmesi açısından kişinin yaşadığı konutun durumu da tespit edilmeye çalışılmıştır. İsveç'te evde bakım hizmetlerinin durumunun araştırılması için kullanılması önerilen ve daha önce giriş ve genel bilgiler kısmında bahsedilmiş olan ASIM sisteminde kullanılan konut sorgulaması ülkemiz şartlarına yeniden uyarlanarak tek bir soru haline getirilmiştir<sup>(20)</sup>.

Formun üçüncü bölümü, Katz günlük yaşam etkinlikleri indeksinden uyarlanarak oluşturulmuştur. İndeksin bu hali, bir başka çalışmada da daha önce kullanılmıştır<sup>(12)</sup>. Hastanın bağımlılığının sorgulandığı etkinlikler, temizlik, alışveriş, ulaşım, yemek hazırlama, yıkanma, giyinme, tuvalet ihtiyacı, transfer, kontinans ve beslenme olarak düzenlenmiş ve hastalar her bir etkinlik için tam bağımsız, kısmen bağımlı ve tam bağımlı olarak sınıflandırılmıştır. Formun dördüncü bölümü hastanın beslenme durumunu araştırmayı amaçlamaktadır. Formumuzun hastayı takip eden aile hekimi tarafından hastanın evinde doldurulması planlandığından, hastanın beslenme durumunu kolay, kaliper vb ek aletlere ve kan tetkikine ihtiyaç olmadan uygulanabilecek parametreler tercih edilmiştir. Sorular Mini Nutritional Assessment (MNA) ölçeğinden faydalanarak oluşturulmuştur. Hastaların vücut kitle indeksi (VKI) hesaplanmış, MNA ölçeğinde ayrıntılandırıldığı biçimde sınıflandırılmıştır. İstatistiksel analiz amacıyla WHO önerileri doğrultusunda ek bir VKI sınıflandırması da yapılmıştır<sup>(46)</sup>. Formun beşinci ve son kısmı hastanın sahip olduğu kronik hastalıklar açısından ne düzeyde olduğunu belirlemeyi amaçlamaktadır.

Uygulamaya, hastanın vital bulgularının saptanmasıyla başlanmıştır. Kan basıncı düzeyleri, JNC-VII raporunda (The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure) öngörüldüğü şekilde optimal, prehipertansiyon, evre I hipertansiyon, evre II hipertansiyon şeklinde sınıflandırılmış, risk değerlendirilmesi açısından optimal ve prehipertansiyon birleştirilerek tek seçenek haline getirilmiştir<sup>(47)</sup>. Nabız ve solunum için hastanın bulgularının stabil olup olmadığı değerlendirilmiş, nabızın 100/dk üzerinde ve 40/dk'nın altında olması ve solunumun 24/dk'nın üzerinde ve 10/dk altında olması hastanın durumu açısından riskli kabul edilmiştir. Takip eden sorularda, diyabet, serebrovasküler olay, iskemik kalp hastalığı, kalp yetmezliği, astım ve kronik tıkalı akciğer hastalığı (KOAH) gibi kronik akciğer hastalıkları sorgulanarak komorbid durumlar belirlenmeye çalışılmıştır. Hastanın solunum işlevleri ile ilgili olarak solunumsal şikayetleri sorgulanmış, solunum sıkıntısının objektif tespiti için

gerektiğinde saturasyon ölçüm cihazı ile parmaktan kapiller oksijen saturasyonu tayini öngörülmüştür.

Preoperatif kardiyak risk değerlendirilmesinde kullanılan Goldman skorlama sistemi hastanın son 6 ay içinde bir kalp krizi geçirmiş olmasını risk faktörü olarak kabul etmektedir<sup>(48)</sup>. Bu yüzden bizim formumuzda da geçmiş Mİ varlığı sorgulanmış ve 6 aydan önce olup olmamasına göre risk sınıflandırılması yapılmıştır. Angina pektoris varlığı bir risk faktörü olarak değerlendirilmiş ve Kanada Kalp Cemiyetinin (Canadian Heart Association) önerdiği angina pektoris sınıflaması soru haline getirilerek forma eklenmiştir. Bakım ihtiyacının ortaya çıkışı kişinin günlük işlevselliği ile yakından ilgili olduğundan, kalp yetmezliği ile gelen işlevsellikteki kısıtlama önemli bir risk değerlendirmesi olacaktır. Bu yüzden New York Kalp Cemiyetinin (New York Heart Association) önerdiği kalp yetmezliği sınıflamasından faydalanarak oluşturulan bir soru, forma eklenmiştir. Hastanın, kullanımı özellik arzeden, doz atlanması ve yanlış kullanımı ile ciddi sıkıntılar doğurabilecek ilaçlar kullanıyor olması bakım kararı için önemli bir değişken olarak kabul edilmiştir. Bu yüzden hastanın digoksin ve insülin kullanım durumu da sorgulanmıştır. Son olarak, hastanın bir ritm bozukluğu olup olmadığı sorgulanmış, hastanın sahip olduğu hastalıktan ötürü yaşam kalitesinin ne düzeyde etkilendiğini ortaya koymaya yönelik bir soru oluşturulmuştur.

Bu uygulamaya, hastanın tansiyonunun ölçülmesi, parmaktan saturasyon bakılması, ağırlığının ve boyunun ölçülmesi, oskültasyon ile muayenesi dâhildir.

Her soru için hazırlanan cevap seçenekleri en az risk içeren seçenekten en fazla risk içeren seçeneğe doğru sıralanmış, en az risk içeren seçenek sıfır puan, en fazla risk içeren seçenek iki puan, ara risk sınıfı bir puan almıştır.

Sosyal hizmetler il müdürlüğüne bağlı Ümitköy huzurevinde ikamet eden, sağlık kayıtlarına göre kardiyopulmoner hastalığa sahip olan ve çalışmaya dâhil olmayı kabul eden katılımcılara söz konusu evde bakım takip formu uygulanmıştır. Hastanemiz bilgisayar kayıtlarında ilgili ICD-10 kodları ile hastalıkları tanımlanmış olan hastalarla görüşülerek gerekli iznin alınmasının ardından, hastanemize davet edilerek, gelemeyen hastaları ise evlerinde ziyaret ederek evde bakım takip formu doldurulmuş ve toplam 213 hasta sayısına ulaşılmıştır.

Evde bakım takip formu düzenlenen hastalar, daha sonra bir başka aile hekimi tarafından değerlendirilmiş ve hastaların evde takip formuna verdikleri cevaptan ve formdan aldıkları puandan habersiz olarak aşağıdaki seçeneklere göre sınıflandırılmışlardır:



- a) Bakıma ihtiyacı yoktur
- b) Günlük olmayan sosyal yardıma ihtiyacı vardır
- c) 24 saat düzenli olarak sosyal yardıma ihtiyacı vardır
- d) Düzenli olarak eve tıbbi bakım yapılmalıdır (Ayda 2-3 kez hemşire ziyareti, ayda bir kez doktor ziyareti vs)
- e) Hasta tıbbi durumu nedeniyle kurum bakımı altında olmalıdır

Çalışmanın sonunda uzman görüşü ile soru formunun ortaya koyduğu bakım ihtiyacı düzeyi arasındaki korelasyon değerlendirilmiştir.

### 3.6. Tez Çalışmasında Kullanılan Ekipman:

1. Evde Bakım Hastası Değerlendirme Formu
2. Steteskop
3. Manşonlu Sfigmomanometre
4. Pulse Oksimetre
5. Mezro
6. Baskül

### 3.7. Araştırma Planı :

01.01.2007 ve 01.05.2008 arasındadır.

**Tablo 3.2.** Araştırma Takvimi, Ankara - 2008

Etkinlikler	Ocak - Haziran 2007	Temmuz - Aralık 2007	Ocak 2008	Şubat 2008	Mart 2008	Nisan Mayıs 2008
Literatür taraması						
Araştırma formlarının hazırlanması						
Veri toplanması						
Verilerin bilgisayara girilmesi ve analizi						
Proje raporunun yazılması						

### 3.8. Araştırmanın Verilerinin Düzenlemesi ve Analizi:

Çalışma sonunda evde bakım takip formundaki sorulardan her hasta için alınan puanlar SPSS programına girilerek her hasta için ayrı ayrı toplam puanlar hesaplanmıştır. Ayrıca Katz toplam puanı, sosyal destek toplam puanı, beslenme toplam

Biçimlendirilmiş: Sağ: 18  
nk

puanı ve klinik toplam puanı gibi alt toplam puanlar hesaplanmıştır. Beş bakım ihtiyacı grubu, sıralı (ordinal) olarak belirlenmiş ve bunlara göre her hasta bir bakım ihtiyacı grubuna yerleştirilmiştir. Bu gruplar daha sonra uzman görüşüne göre yapılan gruplar ile karşılaştırılarak formun geçerliliği sınanmıştır. Tüm toplam puanlar beş eşit aralıkta kesikli hale getirilerek kendi aralarında çapraz tablolar oluşturulmuş ve ki kare testi uygulanmıştır. Testin güvenilirliği için alfa cronbach değeri hesaplanmış, içsel tutarlılığı test - retest yöntemi ile sınanmıştır.

#### 4. BULGULAR

Tez çalışmamıza katılan 213 hastanın yaş ortalaması  $66,2 \pm 11,1$  iken ortancası 66 idi. En genç hasta 35 yaşında, en yaşlı hasta 90 yaşındaydı. Katılımcıların yaş aralıklarını gösterir tablo 4.1. aşağıdadır.

Tablo 4.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri

Yaş Aralıkları	Frekans	Yüzde
65 Yaş Öncesi	93	43,7
Genç Yaşlı (65-74)	59	27,7
Yaşlı (75-84)	49	23
İleri Yaşlı (85+)	12	5,6
<b>Toplam</b>	<b>213</b>	<b>100,0</b>

Hastaların %56,3'ü kadın (n=120), %43,7'si erkekti (n=93). Kadın: Erkek oranı 1:0,77 olarak hesaplandı. Çalışmaya alınan hastaların eğitim, sosyal güvence, sosyal destek ve konut kalite durumlarını gösterir tablo 4.2. aşağıdadır.



Tablo 4.2. Katılımcıların Eğitim, Sosyal Güvence, Sosyal Destek ve Konut Kalitesi Yönünden Dağılımları

Parametre	Frekans	Yüzde
<b>Eğitim</b>		
Okuma Yazma Bilmiyor	14	6,6
Okuma Yazma Biliyor	12	5,6
İlköğretim Mezunu	78	36,6
Lise Mezunu	55	25,8
Yüksekokul Mezunu	27	12,7
Üniversite Mezunu	27	12,7
<b>Toplam</b>	<b>213</b>	<b>100,0</b>
<b>Güvence</b>		
Güvencesi Yok	8	3,8
SSK	35	16,4
Bağ-Kur	37	17,4
Emekli Sandığı	132	62,0
Özel Sigorta	1	0,5
<b>Toplam</b>	<b>213</b>	<b>100,0</b>
<b>Sosyal Destek</b>		
Aile fertleri ile birlikte aynı evde yaşıyor	169	79,3
Kurum Bakımı altında	31	14,6
Evde yalnız yaşıyor, sosyal desteği yok	13	6,1
<b>Toplam</b>	<b>213</b>	<b>100,0</b>
<b>Konut Kalitesi</b>		
İyi durumda	210	98,6
Orta düzeyde	3	1,4
Kötü durumda	0	0
<b>Toplam</b>	<b>213</b>	<b>100,0</b>

Eğitim durumu açısından ilköğretim mezunu olan hastalar ağırlıklı grubu oluştururken, hastaların %62'si (n=132) emekli sandığı mensubuydu. Katılımcılar büyük oranda aileleri ile birlikte yaşamakta iken sadece %6,1 (n=13) evde yalnız yaşamaktaydı. Sadece 3 hastanın (%1,4) konut kalitesi orta düzeyde olarak değerlendirilirken, kötü durumda olan konut saptanamadı.

Katz günlük yaşam etkinlikleri indeksine verilen tam bağımsız, kısmen bağımlı ve tam bağımlı şeklindeki üç aşamalı yanıtlar, yaş aralıkları ve daha sonra cinsiyet ile çapraz tablo haline getirilerek iki değişken arasında ki kare testi uygulandı. Ev temizliği etkinliğinde 65 yaş öncesi grubun %2,2'si tam bağımlı iken, 85 yaş üstü grupta tam bağımlılık oranı %75'e yükselmektedir. Yaş artışı ile ev temizliği etkinliğindeki

bağımlılık artışı istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p=0,000$ ). Ev temizliği etkinliği açısından erkeklerin %17'si tam bağımlı iken, tam bağımlılık oranı kadınlarda %26,7 idi. Kadınlara, ev temizliği açısından erkeklere oranla anlamlı olarak daha bağımlıydılar( $p=0,000$ ).

Alışveriş etkinliğinde, 65 yaş öncesi grubun %1,1'i tam bağımlı iken, 85 yaş üzeri grubun %50'si tam bağımlı idi. Yaş gruplarında artış ile alışveriş etkinliğindeki bağımlılık artışı istatistiksel olarak anlamlıydı( $p=0,000$ ). Yine aynı etkinlikte kadınların %18,3'ü ve erkeklerin %9,7'si tam bağımlı olarak saptanırken, iki cinsiyet arasındaki alışverişte bağımlılık açısından fark istatistiksel olarak anlamlıydı ( $p=0,014$ )

Silinmiş: anlamlı bir

Silinmiş: bulunamadı

Ulaşım etkinliğinde 65 yaş öncesi grubun %1,1'i tam bağımlı iken, 85 yaş üzeri grubun %66,7'si tam bağımlı idi. Yaş gruplarında ulaşım etkinliğindeki bağımlılık artışı istatistiksel olarak anlamlıydı( $P=0,000$ ). Her iki cinsiyet arasındaki fark anlamlı olmamakla birlikte ( $P=0,052$ ) erkeklerde bağımlılık daha az oranda görülmekteydi. Kadınlarda tam bağımlılık yüzdesi %19,2 iken erkeklerde %9,7 olarak hesaplandı.

Yemek hazırlama etkinliği açısından, 65 yaş öncesi grubun %1,1'i tam bağımlı iken, 85 yaş üzeri grubun %33,3 tam bağımlı idi. Yemek hazırlama konusunda yaş artışı ile bağımlılıktaki artış arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıydı( $P=0,000$ ). Bununla birlikte her iki cinsiyet arasında bağımlılık açısından anlamlı fark bulunamadı. ( $P=0,414$ )

Yıkama etkinliği açısından 65 yaş öncesi grupta tam bağımlı hiç hasta bulunmazken, tam bağımlılık yüzdeleri yaş gruplarında kademeli olarak artarak en yüksek düzeyine 85 yaş üzeri grupta (%33,3) ulaşmıştır. Yaş gruplarında artış ile bağımlılıktaki artış arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıydı( $P=0,000$ ). Cinsiyetler arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı. ( $P=0,074$ )

Giyinme etkinliği açısından 65 yaş öncesi grubun %1,1'i tam bağımlı iken, tam bağımlılık yüzdesi en yüksek %8,3 ile 85 yaş üstü grup olmuştur. Yaş gruplarında artış ile bağımlılıktaki artış arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıydı( $P=0,000$ ). Yine iki cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı. ( $P=0,664$ )

Tuvalet ihtiyacının bağımsız olarak giderilmesi açısından 213 hastadan sadece 3 tanesi tam bağımlı olarak tespit edildi ve yaş grupları arasında bağımlılık açısından anlamlı bir fark bulunmadı ( $P=0,015$ ). Her iki cinsiyet arasında anlamlı bir fark yoktu. ( $P=0,665$ )

Silinmiş: amadı

Silinmiş: Yine

Silinmiş: h

Yataktan kanepeye veya tersi yönde bağımsız olarak hareket edilebilirliğin sorgulandığı transfer etkinliğinde, 213 hastadan sadece 2 hasta tam bağımlıydı ve yaş

Biçimlendirilmiş: Sağ: 18  
nk

grupları arasında bağımlılık açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (P=0,014) Cinsiyetler arasındaki fark anlamlı değildi.(P=0,548)

Silinmiş: anlamlı bir

Silinmiş: amadı

Silinmiş: da

Kısmi veya tam inkontinansın sorgulandığı bölümde 65 yaş öncesi grubun %98,9'u tam bağımsız iken bu oran ileri yaş gruplarında azalarak 85 yaş üstü grupta %50'ye kadar düşmüştür. Yaş grupları ile inkontinans arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur(P=0,000). Kadın ve erkek arasındaki fark ise anlamlı bulunmamıştır.(P=0,925)

Kendi eli ile yemeğini ağzına götüremeyen bireylerin tam bağımlı kabul edildiği beslenme bölümünde 213 hastadan sadece bir kişi tam bağımlı olarak saptanmış, yapılan analizlerde yaş grupları ile bağımlılık arasında ilişki anlamlı bulunmamıştır.(P=0,344) Aynı şekilde cinsiyetler arasında da fark anlamlı değildir.(P=0,356)

Çalışmaya alınan tüm hastalarda tam bağımlılığın en fazla görüldüğü etkinlik %22,5 ile temizlik etkinliği olmuştur. Yine popülasyonun %35,7'si temizlik açısından kısmen bağımlı olarak tanımlanmıştır. Ev temizliğini, tam bağımlılık açısından ulaşım (%15) ve alışveriş etkinlikleri (%14,6) takip etmiştir.

**Tablo 4.3. Katılımcıların Katz Puanlarının Dağılımları**

Etkinlik	Tam Bağımsız	Kısmen Bağımlı	Tam Bağımlı	Toplam
Ev Temizliği	89 (%41,8)	76 (%35,7)	48 (%22,5)	213 (%100)
Alışveriş	147 (%69)	35 (%16,4)	31 (%14,6)	213 (%100)
Ulaşım	154 (%72,3)	27 (%12,7)	32 (%15)	213 (%100)
Yemek Hazırlama	174 (%81,7)	21 (%9,9)	18(%8,5)	213 (%100)
Yıkama	186 (%87,3)	15 (%7)	12 (%5,6)	213 (%100)
Giyinme	194 (%91,1)	13 (%6,1)	6 (%2,8)	213 (%100)
Tuvalet	203 (%95,3)	7 (%3,3)	3 (%1,4)	213 (%100)
Transfer	203 (%95,3)	8 (%3,8)	2 (%0,9)	213 (%100)
Kontinans	191 (%89,7)	19 (%8,9)	3 (%1,4)	213 (%100)
Beslenme	211 (%99,1)	1 (%0,5)	1 (%0,5)	213 (%100)

Tüm hastaların aldıkları Katz puanlarının ortalaması 2.52±3.893 olup ortancası 1.00 olarak hesaplanmıştır.

Evde bakım hastası takip formunun bir diğer bölümünde beslenme durumu tespit edilmeye çalışılmış, boy ve vücut ağırlıkları ölçülerek vücut kitle indeksleri hesaplanmıştır. Vücut kitle indekslerinin dağılımlarını gösterir tablo 4.4. aşağıdadır.

Biçimlendirilmiş: Sağ: 18

nk

**Tablo 4.4. Katılımcıların Vücut Kitle İndekslerinin Dağılımları**

Vücut Kitle İndeksi	Erkek	Kadın	Frekans	Yüzde
Normal (18,50–24,99)	29 (%31,2)	25 (%20,8)	54	25,4
Fazla Kilolu (25,00 – 29,99)	50 (%53,8)	58 (%48,3)	108	50,7
Obez (30,00-39,99)	14 (%15,1)	33 (%27,5)	47	22,1
Morbid Obez (40,00 +)	0	4 (%3,3)	4	1,9
<b>Toplam</b>	<b>93 (%100)</b>	<b>120 (%100)</b>	<b>213</b>	<b>%100</b>

Çalışmamızda fazla kilolu katılımcıların frekansı 108 (%50,7), obezite frekansı ise 47 (%22,1) olarak bulunmuştur. Morbid obez frekansı ise 4 (%1,9) olarak bulunmuştur.

Çalışma sırasında hastaların kan basınçları ölçülmüş ve JNC-7 raporunda belirtilen şekliyle sınıflandırılmıştır. Yaş grupları ve cinsiyete göre kan basınçları sınıflamasını gösterir tablo 4.5. aşağıda verilmiştir.

**Tablo 4.5. Katılımcıların Kan Basınçlarının Yaş Gruplarına ve Cinsiyete Göre Dağılımı**

Parametre	Optimal	Prehipertansiyon	Evre I HT	Evre II HT
<b>Yaş Grupları</b>				
65 yaş öncesi	12 (%38,7)	38 (%45,2)	28 (%44,4)	15 (%42,9)
Genç Yaşlı (65-74)	7 (%22,6)	25 (%29,8)	17 (%27)	10 (%28,6)
Yaşlı (75-84)	11 (%35,5)	18 (%21,4)	13 (%20,6)	7 (%20)
İleri Yaşlı (85+)	1 (%3,2)	3 (%3,6)	5 (%7,9)	3 (%8,6)
<b>Toplam</b>	<b>31 (%100)</b>	<b>84 (%100)</b>	<b>63 (%100)</b>	<b>35 (%100)</b>
<b>Cinsiyet</b>				
Erkek	13 (%41,9)	37 (%44)	32 (%50,8)	11 (%31,4)
Kadın	18 (%58,1)	47 (%56)	31 (%49,2)	24 (%68,6)
<b>Toplam</b>	<b>31 (%100)</b>	<b>84 (%100)</b>	<b>63 (%100)</b>	<b>35 (%100)</b>

Çalışmamızda prehipertansiyon frekansı 84 (%36,36), hipertansiyon frekansı ise 98 (%46) olarak bulunmuştur. Kan basıncı değerlerinin yaş aralıkları arasındaki dağılımı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.(P=0,813) Yine kan basıncı değerleri açısından her iki cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır(P=0,324)

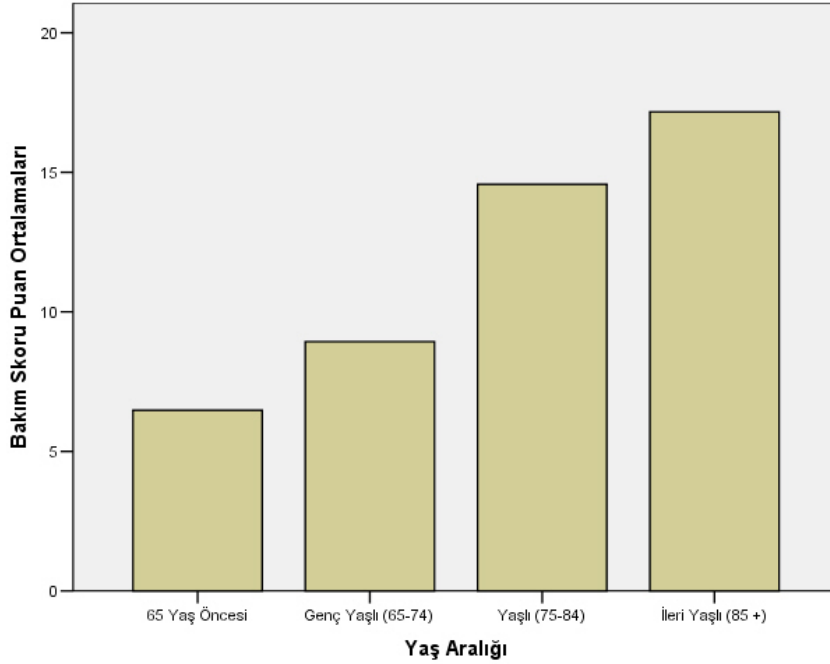
Çalışmaya katılan hastalarda serebrovasküler olay öyküsünün oranı %7,5 (n=16) olarak bulundu. Kronik Akciğer Hastalığı tanısı bulunan hastaların oranı %10,8 (n=23) olarak bulundu. İnhaler bronkodilatör kullanım oranının tüm hastalarda %7 (n=15) olduğu görüldü. Tip 2 Diabetes Mellitus tanısı bulunan hastaların oranı %20,2

(n=43) olarak hesaplandı. Tüm hastaların %5,6'sı (n=12) insülin kullanmaktaydı ve bu hastaların 3 tanesinde insülin kullanımını ile ilgili ciddi sorunlar tespit edildi. Tüm hastaların %6,6'sı (n=14) digoksin kullanmaktayken, sadece bir hastada (%0,5) digoksin kullanım uyumsuz sorunları gözlemlendi. Tüm hastaların %11,3'ünde (n=24) orta düzeyde, %0,9'unda (n=2) ciddi düzeyde demans düşünüldü. Sigara kullanan hastaların oranı %51,6 (n=110) iken sigara içenlerin %56,63'ünün (n=59) 20 paket yılından fazla sigara kullanım öyküsü vardı. En azından son bir yıldır hiç alkol almamış olanların oranı %83,6 iken, alkol kullanım öyküsü olan hastalardan 4 tanesinin (%1,9) alkol kötüye kullanım şüphesi mevcuttu.

Evde bakım takip formunda toplam 35 soru bulunmaktadır. Hastanın testte ilk iki sorudan aldığı puanların toplamı sosyal destek toplam puanı, sonraki 10 sorudan aldığı puanların toplamı Katz toplam puanı, beslenme ile ilgili beş sorudan aldığı puanların toplamı beslenme toplam puanı, geriye kalan sorulardan aldığı puanların toplamı klinik toplam puanı olarak adlandırılmıştır. Hastanın tüm testten aldığı toplam puan kardiyopulmoner bakım skoru olarak adlandırılmıştır.

Bakım skoru ortalamaları ile yaş grupları arasındaki ilişkiyi gösteren şekil y aşağıdadır. Şekil 4.1.'de görüldüğü üzere, yaş grupları arttıkça evde bakım takip formundan alınan bakım skorları da artmaktadır.

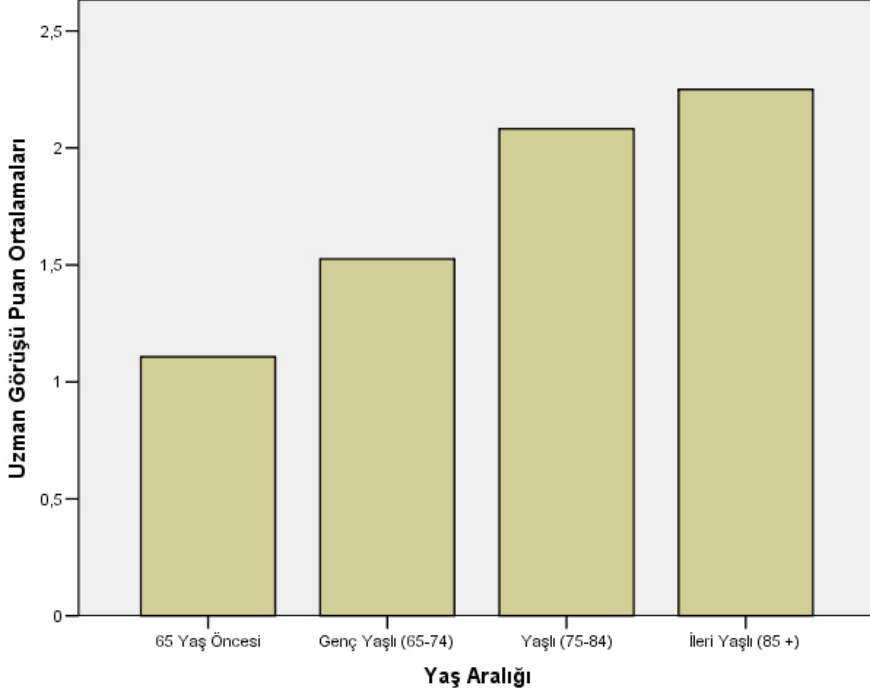
**Şekil 4.1. Bakım Skoru Puan Ortalamalarının Yaş Aralığına Göre Dağılımı**



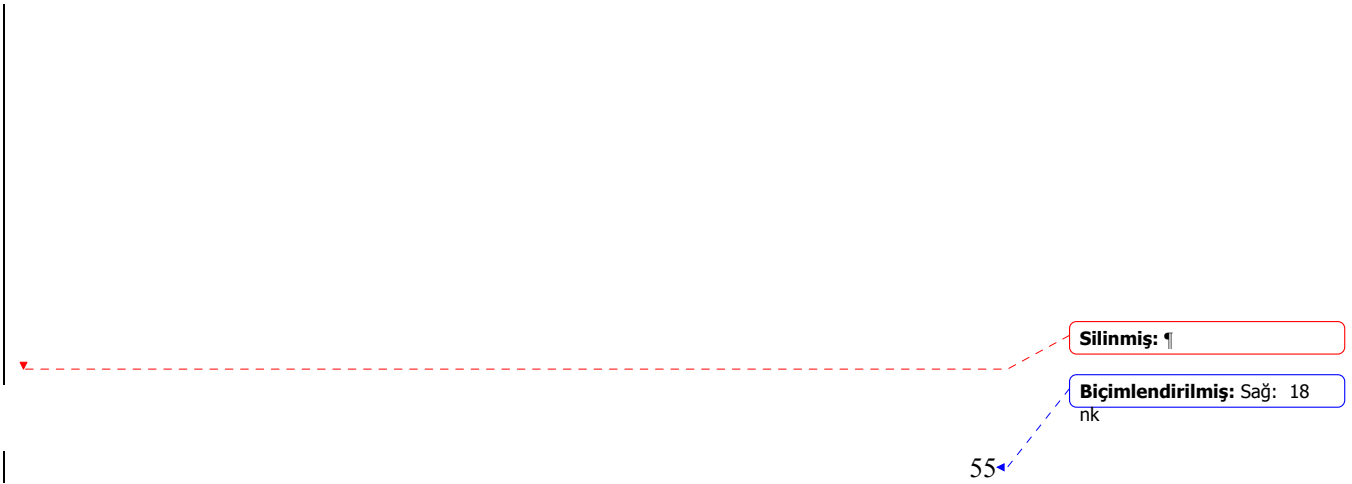


Yine hekimin hastalar için verdiği bakım düzeyi kararı ile yaş grupları arasındaki ilişki aşağıdaki şekil 4.2.'de görülmektedir. Şekilde de görüldüğü üzere yaş gruplarının artışı ile hekim daha üst düzey bakım kararı öngörmüştür.

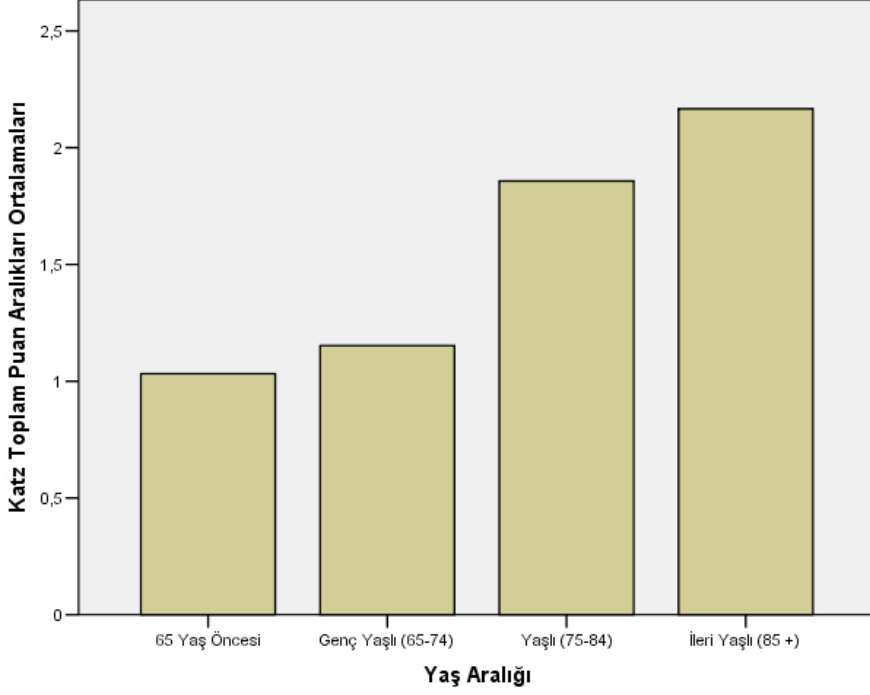
Şekil 4.2. Uzman Görüşü Puan Ortalamalarının Yaş Aralıklarına Göre Dağılımı



Yaş grupları ile ilişkisinin incelendiği bir diğer değişken de hastaların Katz sorularından aldıkları toplam puanlar olmuştur. Şekil 4.3.'de görüldüğü üzere, yaş gruplarında artış ile birlikte hastaların Katz sorularından aldıkları toplam puanların ortalamaları da daha yüksek olmuştur. Bu da, yaş arttıkça bakım ihtiyacı arttığına bir başka göstergesidir.



Şekil 4.3. Aralıklandırılmış Katz Toplam Puanlarının Yaş Aralıklarına Göre Dağılımı



Hasta gruplarımız arasında, Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğünün izniyle, Ümitköy Huzurevi sakinleri de yer almaktadır. Kurum kayıtlarına göre çalışmaya alınan ICD-10 kodlarındaki kardiyopulmoner hastalıklara sahip olan ve çalışmaya dahil olmayı kabul eden 31 huzurevi sakinine evde bakım takip formu uygulanmıştır. Bu hastaların yaş ortalamaları 79 olup, yaş aralığı 65 ile 90 arasında değişmekteydi. Kadın katılımcı sayısı 21, erkek katılımcı sayısı 10 idi. Huzurevinden çalışmaya katılanların demografik özellikleri tablo 4.6.'da görülmektedir.

**Tablo 4.6. Huzurevi Katılımcılarının Demografik Özellikleri**

Parametre	Frekans	Yüzde
<b>Eğitim</b>		
Okuma Yazma Bilmiyor	6	19.4
Okuma Yazma Biliyor	4	12.9
İlköğretim Mezunu	14	45.2
Lise Mezunu	4	12.9
Yüksekokul Mezunu	1	3.2
Üniversite Mezunu	2	6.5
<b>Toplam</b>	<b>31</b>	<b>100,0</b>
<b>Güvence</b>		
Güvencesi Yok	8	25.8
SSK	7	22.6
Bağ-Kur	2	6.5
Emekli Sandığı	14	45.2
Özel Sigorta	0	0,0
<b>Toplam</b>	<b>31</b>	<b>100,0</b>
<b>Yaş Aralıkları</b>		
65-74	4	12.9
75-84	18	58.1
85+	9	29.0
<b>Toplam</b>	<b>31</b>	<b>100,0</b>

Huzurevinde kalan katılımcıların ağırlıklı olarak ilkokul mezunu oldukları, %19,4'ünün (n=6) okuma yazma bilmediği görülmektedir. Hastaların büyük çoğunluğunun sosyal güvencesi olduğu görülürken, 8 katılımcının herhangi bir sosyal sigorta kurumuna mensup olmadığı görülmektedir. Tablo 4.7.'de huzurevinde kalan katılımcıların Katz günlük yaşam etkinlikleri indeksinden aldıkları puanlar görülebilir.

**Tablo 4.7. Huzurevi Katılımcılarının Katz Puan Dağılımları**

Etkinlik	Tam Bağımsız	Kısmen Bağımlı	Tam Bağımlı	Toplam
Ev Temizliği	9 (%29)	2 (%6.5)	20 (%64.5)	31 (%100)
Alışveriş	8 (%25.8)	6 (%19.4)	17 (%54.8)	31 (%100)
Ulaşım	5 (%16.1)	8 (%25.8)	18 (%58.1)	31 (%100)
Yemek Hazırlama	10 (%32.3)	10 (%32.3)	11(%35.5)	31 (%100)
Yıkama	16 (%51.6)	5 (%16.1)	10 (%32.3)	31 (%100)
Giyinme	20 (%64.5)	8 (%25.8)	3 (%9.7)	31 (%100)
Tuvalet	26 (%83.9)	4 (%12.9)	1 (%3.2)	31 (%100)
Transfer	26 (%83.9)	4 (%12.9)	1 (%3.2)	31 (%100)
Kontinans	13 (%41.9)	17 (%54.8)	1 (%3.2)	31 (%100)
Beslenme	30 (%96.8)	1 (%3.2)	0 (%0.0)	31 (%100)

Günlük yaşam etkinlikleri açısından huzurevinde kalan hastalar en çok ev temizliği, alışveriş ve ulaşım konularında bağımlılık tariflemişlerdir. Bakım gereksinimi üzerine uzman görüşünün hastalara dağılımını gösterir tablo 4.8. aşağıdadır.

**Tablo 4.8. Huzurevi Katılımcılarına verilen Uzman Görüşü Puanlarının Dağılımı**

Uzman Görüşü (Huzurevi)	Frekans	Yüzde
Bakım gereksinimi yoktur	8	25.8
Sosyal destek gereksinimi vardır.(Tüm gün değil)	16	51.6
Tam gün sosyal destek gereksinimi vardır	4	12.9
Evde tıbbi bakım gerekir	2	6.5
Kurum bakımı gerekir	1	3.2
<b>Toplam</b>	<b>31</b>	<b>%100</b>

Kurum bakımı altında olan hastalar arasında yapılan bu uygulamada, 8 hastanın bakıma ihtiyacı olmadığı, geri kalan hastaların çeşitli düzeyde sosyal ve tıbbi desteğe ihtiyaçları olduğu görülmektedir.

Her hasta için evde bakım takip formunun alt bölümlerinde yer alan sorulardan aldıkları puanlar toplanmış böylece tüm formun değerlendirilmesi ile alınan bakım skoru puanı ile birlikte Katz toplam puanı, sosyal destek toplam puanı, beslenme toplam puanı ve klinik toplam puanı her hasta için ayrı ayrı hesaplanmıştır.

Geçerliliği ve güvenilirliği daha önce gösterilmiş olan ve yıllardır pek çok çalışmada kullanılmış olan Katz günlük yaşam etkinlikleri indeksinin bizim çalışmamızda hesaplanan alfa cronbach değeri 0,8934 olarak bulunmuş ve indeks güvenilirliğini bir kez daha kanıtlamıştır.

Hastalar, soru formunu uygulayan aile hekiminin dışında bir başka aile hekimi tarafından değerlendirilerek, beş değişik bakım düzeyinden birisine yerleştirilmiştir. Böylece hastaların gereksinim duydukları bakım düzeyi ile ilgili beş basamaklı kesikli veri elde edilmiştir.

Hastaların kardiyopulmoner bakım skorlarının, aile hekimince atandıkları ilgili bakım düzeyi ile ilişkisini değerlendirmek amacıyla, aile hekiminin görüşü kesikli veri olduğundan, sürekli veri olan bakım skoru verileri kesikli veri haline getirilmiştir.

Hastaların aldıkları bakım skorlarından elde edilen veriler en düşük veriden en yüksek veriye doğru sıralanmış, en düşük bakım skorunun 2, en yüksek bakım skorunun 36 olduğu görülmüş ve veriler beş eşit aralığa dağıtılarak kesikli veri haline getirilmiştir.

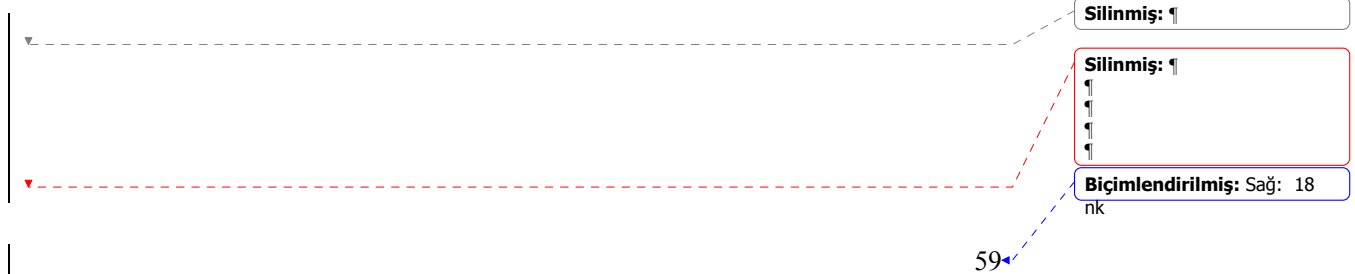
Hastaların bakım skorları, aile hekiminin görüşü ile çapraz tablo haline getirilerek ki kare değeri hesaplanmıştır.

Tablo 4.9. Bakım Skoru ile Uzman Görüşü Puanları Çapraz Tablosu

Uzman Görüşü	Bakım Skoruna Göre Hastaların Bakım Gereksinim Düzeyleri					Toplam
	Bakım gereksinimi yoktur	Sosyal destek gerekir	Tüm gün sosyal destek	Evde tıbbi bakım	Kurum bakımı	
Bakım gereksinimi yoktur	110 (%84.6)	18 (%13.8)	2 (%1.5)	0 (%)	0 (%)	<b>130</b> <b>(%100)</b>
Sosyal destek gerekir	13 (%19.7)	31 (%47.0)	20 (%30.3)	2 (%3.0)	0 (%)	<b>66</b> <b>(%100)</b>
Tüm gün sosyal destek	0	0	9 (%81.8)	2 (%18.2)	0	<b>11</b> <b>(%100)</b>
Evde tıbbi bakım	0	0	0	3 (%100)	0	<b>3</b> <b>(%100)</b>
Kurum bakımı	0	0	0	1 (%33.3)	2 (%66.7)	<b>3</b> <b>(%100)</b>
<b>Toplam</b>	<b>123</b>	<b>49</b>	<b>31</b>	<b>8</b>	<b>2</b>	<b>213</b>

Aile hekiminin değerlendirerek bakım ihtiyacı olmadığına kanaat getirdiği 130 hastadan 110 tanesinin bakım skorlarına göre de bakım ihtiyaçları yoktur. Hekimin günlük olmayan sosyal yardıma ihtiyaçları olduğunu belirttiği 66 hastadan 31 tanesinin bakım skorlarına göre de günlük olmayan bakım ihtiyaçları mevcuttur. Hekimin 24 saat bakım altında olmaları gerektiğini belirttiği 11 hastadan 9 tanesi testimiz açısından da 24 saat sosyal destek almalıdır. Tablodan da görüleceği üzere verilerde, her iki eksenin kesişme noktalarında yığılma olduğu gözlenebilir. Bu bize bu iki veri grubu arasında güçlü bir ilişki olduğunu belirtmektedir. Hesaplanan ki kare değeri de bu iki veri grubu arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermektedir.(P=0.000)

Benzer bir tablo, testimizin bir alt grubunu oluşturan Katz toplam puanları ile bakım skorları arasında da yapılabilir. Bunun için, sürekli veri olan Katz toplam puanları beş eşit aralıkta kesikli hale getirilerek bakım skorları ile çapraz tablosu yapılmıştır.



Tablo 4.10. Bakım Skoru İle Katz Toplam Puan Aralıkları Çapraz Tablosu

Bakım Skoru	Katz toplam puan aralıkları					Toplam
	1	2	3	4	5	
Bakım gereksinimi yoktur	123 (%100)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	123 (%100)
Sosyal destek gerekir	43 (%87.8)	6 (%12.2)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	49 (%100)
Tüm gün sosyal destek	8 (%25.8)	14 (%41.9)	8 (%25.8)	2 (%6.5)	0 (%0)	31 (%100)
Evde tıbbi bakım	0	1 (%12.5)	3 (%37.5)	3 (%37.5)	1 (%12.5)	8 (%100)
Kurum bakımı	0	0	0	1 (%50.0)	1 (%50.0)	2 (%100)
<b>Toplam</b>	<b>174</b>	<b>20</b>	<b>11</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>213</b>

Bakım skorlarına göre, “bakım ihtiyacı yoktur” grubunda bulunan 123 hastanın hepsi en düşük Katz toplam puanı aralığında yer almışlardır. Daha yüksek bakım düzeylerinde bu ilişki daha zayıf olmakla birlikte verilerin genel dağılımının iki eksenin kesişme noktalarında yığılma eğiliminde olduğu görülebilir. Yapılan ki kare testinde, Katz toplam puanlarındaki artış ile hastaların evde bakım takip formundan aldıkları bakım skorları arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu gözlenmiştir.(p=0.000)

Hastanın bakım ihtiyaç düzeyinin belirlenmesinde kullanılması planlanan ve hastanın tüm formdan aldığı toplam puan olan bakım skoru ile altın standart olarak kullandığımız uzman görüşü ve testimiz sırasında da güvenilirliği oldukça yüksek olduğu gözlenen Katz skoru arasındaki korelasyonları gösterir tablo aşağıdadır

Biçimlendirilmiş: Girinti: İlk satır: 0 nk

Silinmiş: .|

Biçimlendirilmiş: Sağ: 18 nk

60

**Tablo 4.11. Bakım Skoru, Uzman Görüşü, Katz Puanları Arasındaki Korelasyonlar**

Toplam Puanların Korelasyonları		Bakım skoru	Uzman Görüşü	Katz Puanı
Bakım skoru	Pearson Correlation	1,000	0.803	0.777
	P	,	0,000	0,000
	Correlation Coefficient	1	0.747	0.698
Uzman Görüşü	Pearson Correlation	0,803	1,000	0.763
	P	0,000	,	0,000
	Correlation Coefficient	0.747	1	0.671
Katz Puanı	Pearson Correlation	0.777	0.763	1,000
	P	0.000	0.000	,
	Correlation Coefficient	0.698	0.671	1

Altın standart olarak belirlediğimiz uzman görüşü ile en yüksek korelasyona sahip puan bakım skorları olarak gözlenmektedir. İkinci sırada ise Katz puanları yer almaktadır. Evde bakım takip formunun geçerliliği için uzman görüşü ile bakım skorları arasındaki korelasyon değerlendirilmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Evde bakım formunun güvenilirliğini değerlendirmek için testte bulunan 35 maddenin alfa cronbach değerleri hesaplanmış ve aşağıdaki tablo 4.12. elde edilmiştir.

**Tablo 4.12. 35 Maddelik Bakım Ölçeğinin Alfa cronbach Değerleri**

Sorular	Soru Silindiğinde Alfa değeri	Sorular	Soru Silindiğinde Alfa değeri
Sosyal destek durumu	,816	Arteriel Tansiyon değeri	,829
Konut Kalitesi	,820	Nabız	,817
Temizlik	,797	Solunum	,819
Alış Veriş	,794	Demans değerlendirmesi	,811
Ulaşım	,794	SVO öyküsü	,811
Yemek Hazırlama	,799	DM öyküsü	,820
Yıkama	,803	Sigara öyküsü	,836
Giyinme	,806	Alkol öyküsü	,824
Tuvalet ihtiyacı	,812	KOAH öyküsü	,822
Transfer	,813	Inhale ilaç kullanımı	,819
Kontinans	,810	Solunum sıkıntısı varlığı	,817
Beslenme	,818	MI öyküsü	,816
Vücut kitle indeksi	,827	Koroner arter hastalığı öyküsü	,827
Kilo kaybı	,815	Göğüs ağrısı	,815
İştah kaybı	,813	Kalp yetmezliği	,817
Öğün sayısı	,821	Kardiyak intermittans	,808
Ritim Bozukluğu	,815	Digoksin kullanımı	,814
İnsülin Kullanımı	,818		

Tüm formun alfa cronbach değeri= 0.819

Tablodan da görüldüğü üzere formu oluşturan soruların alfa değerleri genelde birbirine yakın olmakla birlikte, özellikle sigara ve alkolle ilgili sorular silindiğinde testin güvenilirliğinin yükseleceği görülmektedir.

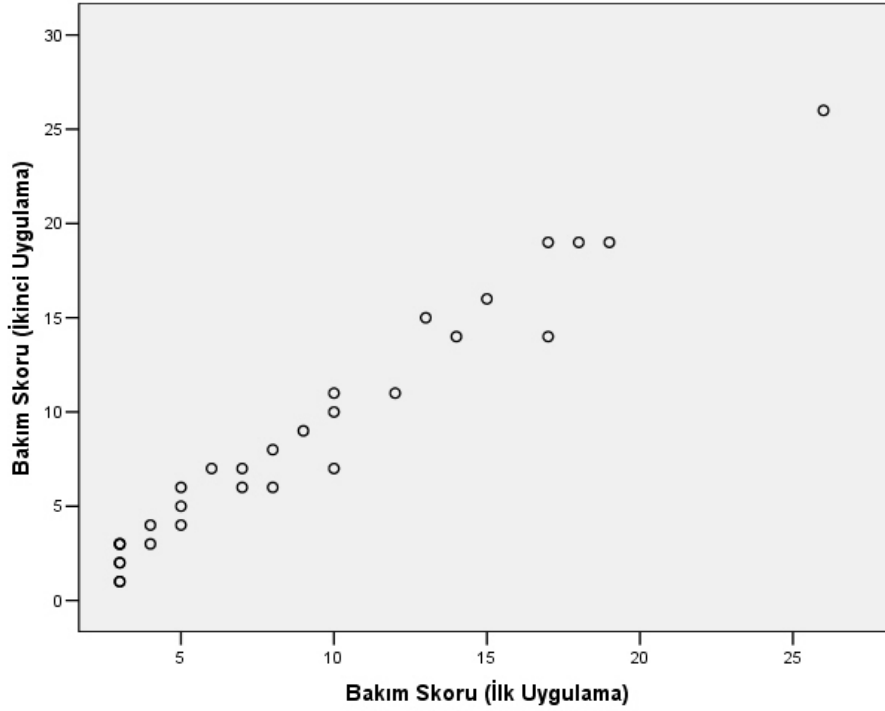
İçsel tutarlılığın değerlendirilmesi için 30 hastada yapılan test retest uygulamasının sonuçları tablo 4.13.'de sunulmuştur.

Tablo 4.13. Test Re-Test Bakım Skoru Korelasyonları

Test Re-Test Bakım Skoru Korelasyonları	Bakım Skoru (ikinci Uygulama)
Pearson Correlation	.982
P	.000
Correlation Coefficient	.976

Tablo 4.13.'den de görüldüğü üzere anlamlı olduğu görülen iki değişken arasındaki ilişkinin grafiksel dökümü aşağıdaki şekil 4.4.'de görülebilir.

Şekil 4.4. Test Re-test Uygulamasında İlk ve İkinci Uygulamalarda Bakım Skoru Verilenin Dağılımı





## 5. TARTIŞMA

Evde bakım başlığının en önemli konularından birisi, evde bakım açısından aday olan hastanın bakım ihtiyacının belirlenmesidir. Günümüzde bu süreç ağırlıklı olarak evde bakım konusunda eğitilmiş personel tarafından yürütülmektedir. Bu personel çoğu ülkede doktor ve hemşirelerden oluşan bir ekip iken, bazı ülkelerde tıbbi eğitimi olmayan fakat evde bakımla ilgili sertifikasyondan geçmiş özel personel olabilmektedir. Bu yüzden bu personelin yaptığı bakım ihtiyacı değerlendirmesinin tutarlı olması son derece önemlidir.

Değerlendirme sistemine objektif değerlendirmeyi katan en önemli ülke Japonya örneğidir. Avrupa ülkelerinde de evde bakım için başvuru sahibinin bir formla değerlendirildiği görülmekle birlikte bu ülkelerde amaç bakım düzeyinin belirlenmesinden çok kişinin uygunluğunun (eligibility) kayıt altına alınmasıdır. Japonya'da ise doldurulan formdan alınan cevaplarla hesaplanan puan başvuru sahibini altı bakım düzeyinden birisine yerleştirmektedir. Tabii ki nihai karar, yine bakım kararını verecek kişinin hasta ile birlikte aldığı karardır.

Bununla birlikte, karar alıcının doğru bir karar için en azından hangi parametreleri değerlendirmeye tabi tutması gerektiği, hangi parametreleri gözden kaçırmaması gerektiğinin bile ortaya konması ve standardize hale getirilmesi karar süreci için sağlıklı bir gelişme olacaktır. Bu yüzden kardiyak, pulmoner, metabolik, endokrin, nörolojik pek çok kronik hastalığın hangi parametrelerle değerlendirilmesi gerektiği sorusunun yanıtı oldukça önemlidir. Halen geliştirilme aşamasında olan ve nörolojik, metabolik ve endokrin tüm kronik hastalıkları içinde barındıran tek bir evde bakım takip formu oluşturma çabasının bir alt kolu olan tez [bu tez çalışması](#), öncelikli olarak bu daha büyük çaba için bir pilot çalışma olacak ve daha büyük bir çalışmada karşılaşılabilecek sorunları ve fırsatları önceden görmeyi sağlayacaktır. Bu tez çalışmasından elde edilecek veriler ve tecrübe ile yapılması planlanan daha büyük çalışmanın daha sağlıklı yürütülmesini sağlayacaktır. Bu yüzden bu tez çalışmasının amacı, evde bakım takip formunun geçerliliğini ve güvenilirliğini göstermek olmakla birlikte, bu formun, geçerli ve güvenilir olsa bile, mevcut eksikliği nedeniyle kullanımını önermek değildir.

Ülkemizde ulusal ölçekte evde bakımla ilgili çalışmalar bulunmamaktadır. Ankara Batıkent 1 no'lu sağlık ocağı bölgesinde yapılan bir çalışmada evde bakım

**Silinmiş:** çalışmamız

**Silinmiş:** mizi

**Silinmiş:** da

**Silinmiş:** miz

**Biçimlendirilmiş:** Sağ: 18  
nk

verilme sıklığı %5, yine Ankara Çankaya bölgesinde yapılan bir çalışmada ise %8,7 bulunmuştur<sup>(27)</sup>. Bu çalışmada uygulanan evde bakım takip formunun, hastanın sadece evde bakım gereksinimi olup olmadığını değerlendirmesi beklenmediğinden, örneklem tespitinde bu hızlar kullanılmamıştır. Formumuz aynı zamanda hastanın evde bakımının devamının mümkün olup olmadığını, hastanın bir kuruma sevki ile ilgili de yaklaşımı içerdiğinden, kronik hastalıklar nedeniyle yatış hızı bizim örneklem tespitimizde kullandığımız hız olmuştur. Bu amaçla, çalışmanın yürütülmesinin planlandığı hastanemizde ilgili ICD–10 kodları ile yatış alan hastalar aynı sürede aynı ICD–10 kodları ile hastanemize başvuran hasta sayısına oranlanarak yatış hızı hesaplanmış, %10,7 bulunmuştur.

Silinmiş: izim

Silinmiş: mız

Silinmiş: oluşturduğumuz

Bu çalışma, 18 yaş altını ve kronik kardiyopulmoner hastalar dışındaki özürülleri kapsamadığından, evde bakım frekansı araştırılması planlanmamıştır. Aksi takdirde, bulunan frekans toplumdaki gerçek frekansı yansıtmaktan uzak olacaktır. Yine, örneklem sayısı ve tabakalandırılması bir hastanenin yatış hızına dayanması nedeniyle, hastalarda tespit edilen sosyal durum ile hastaların aile hekimince uygun görüldüğü bakım düzeyi arasında ilişki değerlendirilmemiştir. Örneğin, huzurevinde kalan veya tam tersine ailesi ile birlikte yaşamakta olan hastaların ne kadarlık bir kısmının kurum bakımı alması gerektiğinin kıyaslanması yöntemiyle, toplumun evde bakımı mı yoksa kurum bakımını mı tercih ettiği yönünde bir genellemeye gitmenin, örneklemin toplumdaki seçilmemesi ve kardiyopulmoner hastalarla kısıtlı olması nedeniyle yanlış olduğu düşüncesindeyiz. Bu yüzden genel olarak bu çalışmada, evde bakımla ilgili genel frekans analizleri yapılmamış, yapılan analizler topluma genellenmemiştir.

Silinmiş: Çalışmamız

Silinmiş: duğumuz

Bir başka örnek, obezite frekanslarıdır. TEKHARF çalışmasında 2000 yılında obezite sıklığı %21,9 olarak bulunmuştur<sup>(49)</sup>. Bu çalışmada, VKI 30 üzerinde olanların oranı %24 olarak bulunmuştur. Keza, çalışmamızda hipertansiyon sıklığı %46 olarak bulunmuştur. Türk Hipertansiyon Prevelans Çalışması (PatenT) sonuçlarına göre ülkemizde 2004 yılında hipertansiyon prevalansı %31,8 olup, bu çalışmada elde ettiğimiz sonuç daha yüksektir<sup>(50)</sup>. Tahmin edilebileceği gibi bunun da sebebi yine hastaların sadece kardiyopulmoner hastalar arasından seçilmiş olmasıdır.

Silinmiş: bulduğumuz

Silinmiş: izim

Silinmiş: mızda

Silinmiş: amızda

Bilgisayar tarafından hastaların randomizasyonu sırasında sadece hastaların 18 yaş üstünde olması ve ilgili ICD–10 kodları ile tanı almış olması istenmiş, başka bir kısıtlama getirilmemiştir. Cinsiyetler arasında eşit dağılım olması gözletilmemiş, buna karşın kadın erkek oranı 1:0.77 olmuştur.

Biçimlendirilmiş: Sağ: 18

nk

Huzurevinde kalan katılımcıların ağırlıklı olarak ilkokul mezunu oldukları, %19,4'ünün okuma yazma bilmediği görülmektedir. Hastaların büyük çoğunluğunun sosyal güvencesi olduğu görülürken, 8 katılımcının her hangi bir sosyal sigorta kurumuna mensup olmadığı ve huzurevinde ücret karşılığı kaldığı görülmüştür.

Yaş grupları, yaşlılarda bağımlılıkla ilgili önemli dönüm noktalarının olduğu yaşlarda, WHO önerileri doğrultusunda oluşturulmuş<sup>(26)</sup> ve yapılan analizlerde yaş gruplarında artış ile bakım ihtiyacında artış olduğu gözlenmiştir. Bu gözlem, hem Katz puanlarındaki artıştan hem de aile hekiminin verdiği kararlardan yapılabilir.

Bu çalışmaya alınan hastaların büyük oranda emekli sandığı mensubu olduğu görülmektedir. Bunun en önemli sebebi, çalışmanın yapıldığı bölge itibariyle, hastanemize yapılan başvuruların ağırlıklı olarak Bahçelievler ve Emek semtlerinde ikamet eden hastalardan oluşması ve bu hastaların büyük oranda devlet hizmetinden emekli olmasıdır.

Silinmiş: Çalışmamıza

Yine çalışma bölgesi ile ilgili bir diğer özellik, konut kalitesinin büyük oranda iyi durumda olmasıdır. Sadece 3 hastanın konut kalitesi orta düzeyde iken, kötü düzeyde konutla karşılaşmamıştır. Konut kalitesine karar verirken değerlendirilen parametreler, minimal gereksinimler üzerinden düşünülmüştür ve İsveç ASIM sisteminden alınmıştır. Bizim yaptığımız çalışma için çok değerli olmayan bir veri olarak görünse bile, aynı çalışmanın sosyoekonomik koşulları daha kötü olan bir taşra kasabasında yapılması durumunda, bu verinin bakım kararında daha önemli hale geleceğini tahmin etmek güç değildir. Yine bu parametre, istatistiksel olarak değerli görünmese bile, biyopsikososyal yaklaşımdan oldukça önemli bir parametredir.

Hastaların Katz puanlarının ortalaması 2.52 olarak hesaplanmıştır. On soruluk Katz ölçeğinde 0 ile 20 puan arasında skorlama yapılabilmektedir. Bu ortalama, çalışmaya alınan hastaların günlük yaşam etkinlikleri açısından büyük oranda bağımsız olduğunu gösterir. Bizim hastalarımız arasında en yüksek bağımlılık oranı ev temizliği etkinliğinde görülmüştür (%22,5). Bu etkinliği, ulaşım (%15) ve alış veriş etkinlikleri (%14,6) takip etmiştir. Aynı skorlama ile yapılan 1944 hastalık bir başka çalışmada<sup>(12)</sup>, kadınlarda tam bağımlılığın ilk nedeni %29,9 ile alış veriş etkinliğidir. Erkeklerde tam bağımlılığın en sık nedeni %12,3 ile yemek hazırlama olarak belirlenmiştir. Bizim çalışmamızda alış veriş, ulaşım, yemek hazırlama, yıkanma, giyinme, tuvalet ihtiyacının giderilmesi, transfer, inkontinans, ulaşım ve beslenme etkinliklerinde iki cinsiyet arasında anlamlı fark bulunmamışken, ev temizliğinde kadınlar anlamlı olarak daha

Silinmiş: diğımız

Biçimlendirilmiş: Sağ: 18

nk

fazla bağımlı (%26,7) bulunmuştur. Erkeklerde ev temizliğinde tam bağımlılık oranı %17,2 olarak bulunmuştur.

Ev temizliği, yoğun kas kuvveti gerektiren ve pek çok kas grubunun çalışmasını gerektiren karmaşık bir etkinliktir. Bakım ihtiyacı düzeyi ile kas kuvveti arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir çalışmada özellikle el kavrama gücünün ve baldır kaslarının kuvvetinin öneminin altı çizilmiştir<sup>(6)</sup>. İki cinsiyet arasındaki farkı yaratan iki cinsiyet arasındaki kas kuvveti farkı olabilir.

Kronik hastalıklara sahip hastaların evde takibi, erken tanı ve müdahaleye olanak sağlaması nedeniyle önemlidir. Aralıklı olarak hastanın evde değerlendirilmesinin hastaneye yatışları azalttığı gösterilmiştir. Bunda, hastanın ev ortamında değerlendirilerek, onun yaşam kalitesine bulunduğu çevredeki hangi etmenlerin olumsuz veya olumlu etkilediğini görmek önemli rol oynamaktadır. Biyopsikososyal modele uyan terapotik davranış tarzı da budur.

Gelecekte aile hekiminin hastayı evinde değerlendirerek kronik hastalığın gidişatını değerlendirmede önemli merkezi rol oynayacağı tahmin edilebilir. Bu uygulamalar sırasında teknoloji kullanımı uygulamaların kalitesini arttırabilir. Kan şekeri düzensiz seyreden veya kronik obstrüktif akciğer hastalığı nedeniyle solunum sıkıntısı çekmekte olan hastaların vital bulgularını, oksijen saturasyonunu, hatta kan şekeri düzeyini hasta üzerine takılan telemetrik cihazlarla uzaktan izlemek mümkün olabilecektir<sup>(51)</sup>. Günümüzde bilim kurgu olarak görülen bu konsept, gerekli sosyoekonomik koşulların oturmasıyla sıradan bir uygulama olabilecek, hastanın evinden takip edilmesi anlayışını geliştirebilecektir.

Oluşturulan evde bakım takip formunun, hastayı takip eden doktoru tarafından doldurulması öngörülmektedir. İlk değerlendirmede hastanın genel bakım ihtiyacı ile ilgili bir bilgi verebilmekle birlikte, sonraki takiplerde de önceki duruma göre değişimi fark edebilmek açısından önemli bir kayıt yöntemi olacağı düşünülebilir. Bu çalışmada form, hastayı takip eden doktoru tarafından değil çalışmacı tarafından doldurulmuştur.

Uzun zamandır takip etmediği hastayı, hastanın ve hasta yakınlarının beyanına göre değerlendirmek zorunluluğu çalışmacıyı kısıtlayıcı önemli bir faktör olmuştur. Keza, demanslı hastaların evine yapılan değerlendirme ziyareti ile hastanede yapılan değerlendirme arasında yapılan bir karşılaştırmada, ev ortamı ile ilgili ciddi sonuçlar yaratabilecek problemlerin tespiti açısından hastanede yapılan değerlendirmenin yeterli olmadığı gösterilmiştir<sup>(52)</sup>.

**Silinmiş:** Bizim uygulamamızda

**Silinmiş:**

**Biçimlendirilmiş:** Sağ: 18

nk

Söz konusu evde bakım olunca, hasta ile onu takip eden hekimi arasında güven oluşması bakım sürecine katkı yapan bir durumdur. Bu çalışmada, tanımadığı bir hekim tarafından evinde ziyaret edilmek istenen hastalar, zaman zaman haklı güvenlik sebepleriyle evde değerlendirmeyi kabul etmemişlerdir. Bu yüzden öncelikli olarak hastalar aranmış, hastaneye davet edilmiş, gelemeyecek durumda olanların evine ziyaret teklif edilmiştir. Hastalara çalışmayı teyit amacıyla telefon numaraları verilmiş, hastalar isterlerse bu numaralardan çalışma hakkında bilgi alabilmişlerdir. Çoğu hasta hastaneye gelmeyi tercih etmiştir. Hastaların ev ortamlarında değil, hastane ortamında beyan usulü ile değerlendirilmesi çalışmacıyı kısıtlayıcı önemli bir etkidir.

Silinmiş: izim

Silinmiş: amız

Evde bakım takip formu çalışmacı tarafından doldurulan hastalar, daha sonra bir başka aile hekimi tarafından değerlendirilmiş ve hastaların evde takip formuna verdikleri cevaptan ve formdan aldıkları puandan habersiz olarak aşağıdaki seçeneklere göre sınıflandırılmışlardır:

- 1) Bakıma ihtiyacı yoktur
- 2) Günlük olmayan sosyal yardıma ihtiyacı vardır
- 3) 24 saat düzenli olarak sosyal yardıma ihtiyacı vardır
- 4) Düzenli olarak eve tıbbi bakım yapılmalıdır (Ayda 2-3 kez hemşire ziyareti, ayda bir kez doktor ziyareti vs)
- 5) Hasta tıbbi durumu nedeniyle kurum bakımı altında olmalıdır

Aile hekiminin hastayı beş bakım düzeyine yerleştirirken şunları göz önüne alması öngörülmüştür: Hastanın bakıma ihtiyacı var mıdır? Varsa, hastaya verilecek bakım tıbbi ağırlıklı mı olacaktır, ev temizliği, alış verişi gibi sosyal destek ağırlıklı mı? Bir diğer konu da hastanın yalnız kalıp kalamayacağıdır. Evinde yalnız yaşayabilecek olan ama tıbbi kısıtlılıklar nedeniyle, örneğin osteoartrit nedeniyle, ev temizliği yapamayacak olan hastalara birkaç günde bir temizlikçi ziyareti planlanabilir. Bu, ikinci düzey olan “günlük olmayan sosyal yardıma ihtiyacı vardır” sınıfına girmektedir. Evinde örneğin demans nedeniyle yalnız kalamayacak hastalar, tıbbi durumları stabilse üçüncü basamak bakım düzeyine örnek olabilir. Dördüncü bakım düzeyinde artık hastanın 24 saat bakım altında olması gerektiği kabul edilmiş, ek olarak herhangi bir sebepten ötürü eve tıbbi destek gerektiği varsayılmıştır. Yatağından kalkamayan hastanın, yatak yaraları nedeniyle eve hemşire ziyareti ile yara bakımı uygulaması bu düzeye bir örnek olabilir. Beşinci ve son düzeyde tıbbi durumları stabil olmaması nedeniyle kurum bakımı altına alınması gereken hastalar yer alır. Buna, az önceki hastanın yatak yaraları nedeniyle sepsise girmesi örnek olabilir. Bizim uygulamamızda

Biçimlendirilmiş: Sağ: 18

nk

kurum bakımı terimi, huzurevi veya yaşlı evleri, yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezlerini içermemektedir. Kurum bakımından kasıt, durumu stabil olmayan, evinde kalamayacak hastanın, tıbbi bakım alabileceği merkeze yönlendirilmesidir. Aile hekimi, 213 hastadan sadece 3 hastanın kurum bakımı alması gerektiğini belirlemiştir, bu hastalar da çalışmaya alındıklarında hospitalize olmuş olan hastalar arasındadırlar.

Huzurevinde yapılan uygulamada, hastaların hepsi kurum bakımı almakta olmalarına rağmen, aile hekimi değerlendirmesinde sadece bir hastanın kurum bakımı alması gerektiğini belirtmiş, 8 hastanın bakıma ihtiyacı olmadığına kanaat getirmiştir. Bu durum, huzurevlerinin toplum gözündeki “kendine bakamayacak olan hasta ve düşkünlerin kaldığı ve bakıldığı yer” olduğu yönündeki kanaate terstir. Zira Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumunun web sayfasında, yaşlıların huzurevlerine kabul koşulları arasında, “kendi gereksinimlerini karşılamasını engelleyici bir rahatsızlığı bulunmamak, yeme, içme, banyo, tuvalet ve bunun gibi günlük yaşam etkinliklerini bağımsız olarak yapabilecek durumda olmak” gibi maddeler yer almaktadır<sup>(45)</sup>.

Bakım ihtiyacı olanın bakım gereksinim düzeyi ile bunun nerede verileceği ayrı konulardır. Huzurevleri, evde bakımın üzerinde, daha üst bir bakım düzeyini temsil etmemektedir. İyi oluşturulmuş bir evde bakım sistemi ile bugün huzurevinde kalmakta olan çoğu kişinin kendi evinde de kalabileceği düşünülebilir. Hastanın sosyal veya tıbbi bakımının mümkün olduğunca hastanın kendi evinde yapılması gerektiği düşüncesiyle, huzurevlerinin, evinde bakılmadığı için değil de, kendine sosyal çevre sağlamak amacıyla yaşlıların tercih ettiği kurumlar olması umudunu taşımaktayız.

Huzurevlerine yönelik toplumdaki negatif izlenimin, basım ve yayın organlarında yayınlanan ve huzurevlerine yönelik negatif imajın desteklendiği görüntüler ve yine bu izlenimi güçlendiren sinema filmleri ile daha da desteklendiği görülmektedir. Bu kaygıların doruğa çıktığı 2007 yılının sonbaharında, özürülülerin evde bakımı ile ilgili bir yönetmelik çıkarılmıştır. Bu yönetmelikte, özürülülerin bakımı için, özürülü aileye maddi yardım yapılması öngörülmüştür. Buna göre, bir kurumda rehabilitasyon hizmeti alan özürülünün bu giderleri devlet tarafından karşılanacaktır. Aileye verilen para, özürülünün kurum bakımı yerine bir aile ferdi tarafından evinde bakılması durumunda da ödenecektir. Bu durumda giderek daha çok aile, özürülüsünün kurum bakımı yerine evinde ailesi tarafından bakılmasını tercih eder olmuştur. Bu şekliyle kuruma ödenecek para aileye kalabilmektedir. Bu yönetmeliğin olası sonuçları şöyle öngörülebilir: Ailelerde özürülü bakımı genellikle kadınların üzerindedir, ödenecek

miktar bir asgari ücret tutarında olacağı için kadın çalışmamayı, evinde özürsüne bakmayı tercih edecektir. Bu durum evinde özürsü olan kadınların sosyal izolasyonuna neden olabilir. Yine, eğitim çağındaki genç kızların aile tarafından bakıcı olarak atanması ile genç kızların eğitim olanağı elinden alınabilir. Gündüz kendisi çalışıp, özürsünü rehabilitasyon merkezine bırakmak yerine evinde bakmayı tercih eden aileler, özürsünün de sosyal izolasyonuna sebep olup, rehabilitasyon imkanını elinden alabilecektir. Özürsünün bakımı özellik arz eden bir durum olması nedeniyle bu konuda eğitim almış bir personel tarafından bakılması ve özürsünün ailesinin sosyal izolasyonunun engellenmesi yasa koyucunun önceliğı olmalıdır.

Evde bakım gereksinim düzeyinin belirlenmesi için kullanılması amacıyla yola çıktığımız evde bakım takip formunun, kardiyopulmoner kronik hastalıklar dışındaki kronik hastalıkları içermemesi nedeniyle henüz kullanılmamasını savunmaktayız. Bizim çalışmamızda geçerliliğı ve güvenilirliğini gösterdiğimiz bu formun, çalışmamızdakine benzer hasta gruplarında tekrarlanmasında yarar görmekteyiz. Bu çalışmanın özellikle Türkçe literatürde evde bakım gereksiniminin objektif tespitinde önemli bir başlangıç olduğunu düşünmekteyiz. Çünkü benzer çalışmalar başka ülkelerde yürütölüyor olmakla birlikte, her toplumun evde bakıma bakışının ve bakım tespiti sürecinde çevresel faktörlerin farklı olması nedeniyle ülkemizde yapılacak benzer çalışmalara ihtiyaç vardır. Özellikle ulusal düzeyde yapılacak bir evde bakım gereksinim çalışması, ileride geliştirilebilecek ulusal evde bakım sistemi ve ulusal evde bakım sigortası için önemli bir veri tabanı olacaktır.

Evde bakım süreci, her ne kadar bakım gereksinim düzeyinin belirlenmesi standardize edilmeye çalışılsa bile, oldukça kişiseldir. Olası bir testten aynı puanı alan iki insanın bakım gereksinim çeşitleri farklı olabilir. Bazı hastaların haftada iki kez yıkanması gerekirken, bazı hastaların evine her gün yemek götürmek gerekebilir. Bu farklılığa rağmen, gereksinim düzeylerinin basamaklandırılması ve hastalın sınıflandırılması, ulusal bakım sisteminin karar alıcılar tarafından ulusal düzeyde takibini ve planlamasını kolaylaştıracaktır. Bireysel düzeyde ise hastanın bakım kararı bu konuda eğitim almış, tercihen tıbbi nosyonu olan birisi tarafından hasta ile ortaklaşa alınmalıdır. Hastanın günlük yaşamında hangi konularda desteğe gereksinimi olduğu belirlenmeli ve bu noktaları desteklemek için kamu veya özel kuruluşlardan bakım hizmeti sağlanmalıdır.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Silinmiş: ¶

Biçimlendirilmiş: Sağ: 18

nk

1) Kronik hastalıklar nedeniyle yeti yitimine uğramış ve çeşitli düzeylerde bakıma gereksinimi olan hastanın, bakım gereksiniminin saptanması ve sınıflandırılması, evde bakım uygulamalarının kalitesini arttıracaktır. Hastayı bir bütün olarak değerlendirerek bakım ihtiyacı düzeyini belirleyecek objektif kriterlere gereksinim vardır. Bu kriterlerin bakım kararı üzerindeki etkilerini ölçen çalışmalara ihtiyaç vardır.

2) Bu çalışma, kardiyak, pulmoner, nörolojik, metabolik ve endokrin kronik hastalıkları içerecek bir takip formu hazırlanması sürecinin bir parçasıdır ve onun hazırlık aşamasını oluşturmaktadır. Takip formundan elde edilen bakım skorları ile hastanın bakım düzeyinin tespitini öngörmekteyiz. Bu tez çalışmasında, kardiyopulmoner hastalıklara yönelik hazırlanmış sorulardan oluşturulmuş bir form ile çalıştık. Altın standart olarak kabul edilen uzman görüşü ile bakım skorları arasındaki korelasyonu göstererek testin geçerli olduğunu, alfa cronbach değerini hesaplayarak güvenilir olduğunu savunuyoruz. Test re-test yönteminde iki uygulama arasındaki korelasyonu göstererek yapısal tutarlılığını ispatlamış oluyoruz.

**Silinmiş:** Çalışmamız

**Silinmiş:** mızda

**Silinmiş:** ttığımız

3) Geçerliliği ve güvenilirliği gösterilen bu testin, diğer kronik hastalıkları içermemesi nedeniyle hastanın bakım ihtiyacını bir bütün olarak gösteremeyeceğini savunuyoruz. Bu yüzden bu form, henüz evde bakım takiplerinde kullanılmamalıdır.

**Silinmiş:** ni

**Silinmiş:** ni

**Silinmiş:** diğimiz

4) Formun kullanılan hali dışında kalan diğer kronik hastalıklara yönelik sorular içeren alt bölümlerinin de tamamlanarak nihai bir form oluşturulması ve bir bütün olarak geçerliliği ve güvenilirliği çalışılması tamamlandıktan sonra kullanım için önerilmelidir.

**Silinmiş:** diğimiz

5) Ülkemizde ulusal ölçekte yapılacak bir evde bakım prevelans çalışmasına gereksinim vardır. Bu çalışmada bu teze konu olan ayrıntıların ve bu çalışmanın çıktılarının yol gösterici olacağına inanıyoruz.

**Biçimlendirilmiş:** Sağ: 18

nk



## 7. KAYNAKLAR

1. Bilir N, Subaşı NP. Yaşlılık Sorunları. Güler Ç, Akın L (Eds). Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Hacettepe Üniversitesi Yayınları 2006. Bölüm 19.
2. Akgün S, Bakar C, Budakoğlu İİ. Dünya’da ve Türkiye’de Yaşlı Nüfus Eğilimi, Sorunları ve İyileştirme Önerileri. Türk Geriatri Dergisi 7 (2): 105-110, 2004.
3. Güleç M., Tekbaş ÖF., The Health of Elderly. T Klin J Med Sci 1997, 17.
4. Population Aging: A Comparison Among Industrialized Countries. Anderson GF, Hussey PS. Erişim adresi: <http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/19/3/191.pdf>  
Erişim tarihi: 25.02.2008
5. Mills O. Dictionary of Health Services Management, 2d ed. National Health Pub., c1987.
6. Nishiwaki, T., Nakamura, K., Ueno, K., Fujino, K., Yamamoto, M. Health Characteristics of Elderly Japanese Requiring Care at Home. Tohoku J. Exp. Med., 2005, 205, 231-239
7. McClane KS. Screening instruments for use in a complete geriatric assessment. Clin Nurse Spec. 2006 Jul-Aug;20(4):201-7. Review
8. Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Projesi Final Raporu. Aralık 2004. Erişim adresi:  
[http://www.hm.saglik.gov.tr/index.php?option=com\\_content&task=blogcategory&id14&Itemid28](http://www.hm.saglik.gov.tr/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id14&Itemid28) Erişim tarihi: 05.05.2007
9. Bilir N, Subaşı NP. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kontrolü. Güler Ç, Akın L (Eds). Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Hacettepe Üniversitesi Yayınları 2006.
10. WHO. Disability Adjusted Life Years (DALY). Erişim adresi:  
<http://www.who.int/healthinfo/boddaly/en/index.html> Erişim tarihi: 10.06.2007
11. WHO. International Classification of Functioning, Disability and Health. Erişim adresi: [www.who.int/icidh/](http://www.who.int/icidh/) Erişim tarihi: 05.09.2007
12. Arslan Ş, Gökçe-Kutsal Y. Yaşlılarda Özürlülüğün Değerlendirmesine Yönelik Çok Merkezli Epidemiyolojik Çalışma. Türk Geriatri Dergisi, 1999, Cilt 2, Sayı 3, Sayfa(lar) 103-114.
13. Wilcox V., Mor V., Rakowski W., Hiris J. Functional Transitions Among the Elderly: Patterns, Predictors and Related Hospital Use. Am. J. Public Health 1994; 84: 1274-80.

14. Multiplesclerosis.com web site. Expanded Disability Status Scale. Erişim adresi: <http://www.multiplesclerosis.com/admin/templates/TestExams.aspx?articleid24&zoid36> Erişim tarihi: 06.09.2007
15. Katz SC, Ford AB, Moskowitz RW. Studies of the illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA 1963, 185:914-919.
16. Wallace M., Shelkey M. Katz Index of Independence in Activities of Daily Living. Try This: Best Practices in Nursing Care to Older Adults. Issue Number 2, Revised 2007
17. Akgün HS, Bakar C, Budakoğlu İİ. Başkent Üniversitesi Sağlık Kuruluşlarında Tedavi Görmüş 65 Yaş Üstü Hastaların Fiziksel ve Ruhsal Sorunları ile Günlük Yaşam Aktivite Durumlarının Değerlendirilmesi. Türk Geriatri Dergisi 2004; 7(3): 133-138
18. Laurel A et al. Analysis of Change in Self Reported Physical Function among Older Persons in Four Population Studies. American Journal of Epidemiology, 1996, Vol.143 No:8, 766-778
19. Tamura H, Lauer LW, Sanborn FA. Estimating "Reasonable Cost" of Medicaid Patient Care Using a Patient-Mix Index. Health Services Research April 1985, 20:1, 27-42.
20. ASIM: A System for Monitoring and Evaluating the Long Term Care of the Elderly and Disabled. Health Services Research, April 1993, 28:1.
21. Aksayan S, Cimete G. Kronik Hastalıklı Bireylerin Evde Bakım Gereksinimleri, Olanakları ve Tercihleri, I.Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı, Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu ve Tıp Fakültesi. 24-26 Eylül 1998. İstanbul, pp. 79.
22. Doğan H, Değer M. Nursing care of elderly people at home and ethical implications: an experience from Istanbul. Nurs Ethics. 2004 Nov;11(6):553-67.
23. Stoltz P, Udén G, Willman A. Support for family carers who care for an elderly person at home - a systematic literature review. Scand J Caring Sci. 2004 Jun;18(2):111-9. Review.
24. Navaie-Waliser M, Feldman PH, Gould DA, Levine C, Kuerbis AN, Donelan K. When the caregiver needs care: the plight of vulnerable caregivers. Am J Public Health. 2002 Mar;92(3):409-13.

25. Kısa A, Ersoy K. Physicians' Concerns About Home Health Care in Turkey: How Supportive Are They? Home Health Care Management & Practice, Vol. 17, No. 6, 448–455 (2005)
26. Doğan BG, Subaşı NP. Evde Bakım. Güler Ç, Akın L (Eds). Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Hacettepe Üniversitesi Yayınları 2006. Bölüm 27.
27. Subaşı, N. ve Öztekin, Z. (2006). "Türkiye'de Karşılanamayan Bir Gereksinim: Evde Bakım Hizmeti", TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 5(1); 19–31.
28. Home Based Long Term Care, WHO Technical Report Series, 898, World Health Organization, 2000. Erişim adresi:  
[http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_898.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_898.pdf) Erişim tarihi: 25.04.2007
29. Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik. Erişim adresi:  
[www.saglik.gov.tr](http://www.saglik.gov.tr) Erişim tarihi: 26.04.2007
30. Oğlak S. Uzun Süreli Evde Bakım Hizmetleri ve Bakım Sigortası. Türk Geriatri Dergisi, 2007, Cilt 10, Sayı 2, Sayfa(lar) 100-108
31. Karlsson M., Mayhew Les., Plumb R., Ben Rickaysen. An International Comparison of Long-Term Care Arrangements. 2004.
32. Çoban M, Esatoğlu AE. Home Care: An Overview. T Klin J Med Ethics, Law, History 2004, 12:109–120.
33. Corrado OJ. Hospital-at-home. Age and Aging, 2001; 30-S3; 11–14.
34. Landi F et al. A new model integrated home care for the elderly: impact on hospital use. Journal of Clinical Epidemiology, 2001;54: 968–70.
35. Simmons BL, Nelson DL, Neal LJ. A comparison of the positive and negative work attitudes of home health care and hospital nurses. Health Care Manage Rev. 2001 Summer;26(3):63–74.
36. Evde Bakım Hizmetleri. Dursun Aydın. Sağlıklı Nesiller Derneği Sağlık ve Eğitim Yayınları 1. Ankara, 2005.
37. Matsuda S., Yamamoto M. Long-Term Care Insurance and Integrated Care For The Aged in Japan. International Journal of Integrated Care. 2001;1:e28.
38. Medicaid. Wikipedia. Ulaşım adresi: <http://en.wikipedia.org/wiki/Medicaid> Ulaşım tarihi: 16.12.2007.
39. Medicare (Canada): Wikipedia, the free encyclopedia. Adres:  
[http://en.wikipedia.org/wiki/Medicare\\_%28Canada%29#User\\_premiums](http://en.wikipedia.org/wiki/Medicare_%28Canada%29#User_premiums). Erişim tarihi: 21.01.2008

40. Jenny Brodsky, Jack Habib, Ilana Mizrahi. Long Term Care Laws in Five Developed Countries: A Review. WHO Eylül 2000
41. Lagergren M. What happened to the care of older persons in Sweden? A retrospective analysis based upon simulation model calculations, 1985-2000. Health Policy 74 (2005) 314-324.
42. Wiener JM, Tilly J, Cuellar AE. Consumer Directed Home Care In The Netherlands, England and Germany. Ulaşım adresi: <http://www.aarp.org/research/housing-mobility/homecare/aresearch-import-573-2003-12.html> Ulaşım tarihi: 09.02.2008
43. Ikegami N. Public long-term care insurance in Japan. JAMA.1997 Oct 22-29;278(16):1310-4
44. [http://www.aarp.org/research/international/perspectives/sep\\_05\\_ltc\\_japan.html](http://www.aarp.org/research/international/perspectives/sep_05_ltc_japan.html) erişim tarihi 27.01.2008
45. SHÇEK web sayfası. Ulaşım adresi: [http://www.shcek.gov.tr/hizmetler/yasli/Yasli\\_Dayanisma\\_Merkezleri.asp](http://www.shcek.gov.tr/hizmetler/yasli/Yasli_Dayanisma_Merkezleri.asp) Ulaşım tarihi: 15.02.2008
46. WHO BMI Classification. Ulaşım adresi: [http://www.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro\\_3.html](http://www.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html) Ulaşım tarihi: 22.10.2007
47. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Ulaşım adresi: <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/> Ulaşım tarihi: 15.09.2007
48. Multifactorial index of cardiac risk in noncardiac surgical procedures Goldman L, Caldera DL, Nussbaum SR, Southwick FS, Krogstad D, Murray B, Burke DS, O'Malley TA, Goroll AH, Caplan CH, Nolan J, Carabello B, Slater EE. N.Engl.J.Med. (1977) 297:845
49. Yumuk VD. Prevalence of obesity in Turkey. Obesity Reviews, 2005, Feb;6(1);9-10
50. Türkiye Hipertansiyon Prevelans Çalışması, 2004. Ulaşım adresi: [www.turkhipertansiyon.org](http://www.turkhipertansiyon.org). Ulaşım tarihi: 10.05.2008.
51. Coughlin JF, Pope JE, Leedle BR. Old Age, New Technology, and Future Innovations in Disease Management and Home Health Care. Home Health Care Management & Practice / April 2006 / Volume 18, Number 3, 196-207

52. Ramsdell JW, Jackson J, Guy HJB, Renvall MJ. Comparison of Clinic-Based Home Assessment to a Home Visit in Demented Elderly Patients. Alzheimer Dis Assoc Disord Volume 18, Number 3, July–September 2004

## 8. EKLER

EK-1

### GÖNÜLLÜ DENEK BİLGİLENDİRME VE ONAY FORMU

Biçimlendirilmiş: Sağ: 18

nk

75

Araştırmanın konusu	:	Evde izlemi yapılan kronik kardiyopulmoner hastaların evde bakım sürecinde tıbbi gereksinim düzeylerinin saptanması.
Araştırmanın amacı	:	Evde izlemi yapılan kronik kardiyopulmoner hastaların tıbbi gereksinim düzeyini belirlemeye yönelik bir araç geliştirilmesi.
Araştırmaya katılma süresi	:	Bir ay
Araştırmaya katılacak yaklaşık gönüllü sayısı	:	250

Araştırmamız, evde izlemi yapılabilen, diyabet, hipertansiyon gibi kronik hastalıklara sahip hastaların evde bakım ihtiyacı düzeyini belirlemeye yönelik bir anket formu oluşturmayı amaçlamaktadır. Anket formunu oluşturan sorular, hastalıkların uzun dönemde hastaları ne kadar etkilediğini belirlemeye yöneliktir. Bunların yanında yaş, cinsiyet gibi demografik özellikleri, konut kalitesini, günlük yaşam aktivitesinin anlaşılmasını, beslenme düzeyini ortaya koyan sorular da geliştirilmiştir. Soruların yanı sıra, tansiyon ölçümü, parmak ucundan pulse oksimetre ile oksijen saturasyonu ölçümü, nabız sayımı, boy ve kilo ölçümü gibi uygulamalar da yapılacaktır. Sizden alınan veriler tamamen gizli tutulacaktır ve bu tetkikler için sizden ek bir ücret talep edilmeyecektir.

**Yukarıdaki, araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum. Bana, tanık huzurunda, aşağıda konusu belirtilen araştırmayla ilgili yazılı ve sözlü açıklama yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı ve katılmama hakkımın olduğunu, araştırma başladıktan sonra devam etmeyi istememe hakkına sahip olduğum gibi, kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, kendi rızam ile katılmayı kabul ediyorum.**

<b>GÖNÜLLÜ</b>	
Adı Soyadı:	Telefon : ( 0 )
Adresi:	Faks : ( 0 )
Bilgi verebilecek kişi:	<i>İmza</i>
<b>VELİ , VASİ VEYA VEKİL</b>	
Adı Soyadı:	Telefon : ( 0 )
Adresi:	Faks : ( 0 )
Yakınlığı:	<i>İmza</i>
<b>ARAŞTIRMACI</b>	
Adı Soyadı:	Telefon : ( 0 )
Adresi:	Faks : ( 0 )
<b>GEREKTİĞİNDE GÖNÜLLÜ VEYA YAKINININ BİLGİ İÇİN BAŞVURABİLECEĞİ KİŞİ</b>	
Adı Soyadı:	Telefon : ( 0 )
Adresi:	Faks : ( 0 )
<b>TANIK</b>	
Adı Soyadı:	Telefon : ( 0 )
Görevi:	Faks : ( 0 )
Adresi:	<i>İmza</i>
<b>TANIK</b>	
Adı Soyadı:	Telefon : ( 0 )
Görevi:	Faks : ( 0 )
Adresi:	<i>İmza</i>

EK-2

Biçimlendirilmiş: Sağ: 18

nk

T.C.  
BAŞBAKANLIK  
SOSYAL HİZMETLER VE ÇOCUK ESİRGEME KURUMU  
GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

**SAYI** : B.02.1.SÇE.0.72.00.01/605.01- 337  
**KONU** : Araştırma Talebi  
(Dr.Ömer Serkan TURAN)

12 TEMMUZ 2007

**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA**  
(Taşkent Cad.(1.Cad.) 16.Sok. No:11 06490 Bahçeli/ANKARA)

**İLGİ:** Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı'nın 20.06.2007 tarih ve 02580 sayılı yazısı.

İlgi yazı ile Aile Hekimliği Anabilim Dalı Araştırma Görevlilerinden Dr.Ömer Serkan TURAN tarafından yürütülecek olan "Evde İzlemi Yapılan Kronik Kardiyopulmoner Hastaların Evde Bakım Sürecinde Tıbbi Gereksinim Düzeylerinin Saptanması" konulu araştırması kapsamında Ümitköy ve Seyranbağları Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi'nde çalışma yapabilmeye talebi bildirilmiştir.

Makamın 12.07.2007 tarih ve 157 sayılı Onayı ile Başkent Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun 06.06.2007 tarih 07/107 karar sayısı ile de uygun görülen araştırmanın İl Müdürlüğünün koordinesinde, Kuruluş Müdürlüklerinin denetiminde Onay tarihinden itibaren 01.04.2008 tarihine kadar Ümitköy ve Seyranbağları Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi'nde çalışmaya katılmaya gönüllü yaşlılarımıza uygulanabilmesi ve araştırma tamamlandığında proje özeti Eğitim Merkezi Başkanlığımıza gönderilmesi uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

*D. Güneş*

Deniz GÜNEŞ  
Genel Müdür a.  
Eğitim Merkezi Başkan V.

**EK:** Onay Sureti

**DAĞITIM:**

**Gereği:**

-Ankara Valiliği İl Sos.Hiz.Müd.  
-Başkent Üniv.Tıp Fak.Dekanlığına  
(Taşkent Cad.(1.Cad.) 16.Sok. No:11  
06490 Bahçeli/ANKARA

**Bilgi:**

-YBHD Bşk.

Genel Müdürlük	
İş No	2007
Tarih	21.7.07
İş Adı	
İş Durumu	

Anafartalar Cad. 68/4 Ulus / ANKARA  
Telefon: (0 312) 311 31 30 / 1233  
e-posta: egitim@shcek.gov.tr

Ayrıntılı bilgi için irtibat : S.Ö.ÇETİN – Şb.Md.V.  
Faks: (0 312) 311 89 98  
Elektronik Ağ: www.shcek.gov.tr

EK-3 Evde Bakım Hastası Takip Formu

Silinmiş: 1

Biçimlendirilmiş: Sağ: 18

nk

<b>Ad, Soyad</b>	
<b>Adres</b>	_____
<b>Telefon</b>	Direkt : 0 □□□ / □□□□□□ GSM : 0 □□□ / □□□□□□□□
<b>Doğum Tarihi</b>	□□ / □□ / □□□□ (Ay, Gün, Yıl)
<b>Cinsiyet</b>	Erkek : <input type="checkbox"/> Kadın: <input type="checkbox"/>
<b>Eğitim Durumu</b>	<input type="checkbox"/> Okuma yazma bilmiyor <input type="checkbox"/> Yüksekokul mezunu <input type="checkbox"/> Okuma yazma biliyor <input type="checkbox"/> Üniversite Mezunu <input type="checkbox"/> İlköğretim mezunu <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> Lise mezunu
<b>Meslek</b>	_____ ILO Kodu: □□□
<b>Sosyal Güvence</b>	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Emekli Sandığı <input type="checkbox"/> Yeşil Kart <input type="checkbox"/> Özel Sigorta <input type="checkbox"/> SSK <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> Bağ-Kur

### 1) Sosyal Destek Durumu

- Aile fertleri ile birlikte yaşıyor veya bakıcısı var
- Kurum bakımı altında
- Evde yalnız yaşıyor, sosyal desteği yok

### 2) Konut Kalitesi

1. Şebeke suyu kullanımı	6. Elektrikli veya gazlı ocak varlığı
2. Tuvaletin evin içinde olması	7. Duş veya banyonun bulunması
3. Buzdolabı ve çamaşır makinesi varlığı	8. Kabul edilebilir iç mekan zemin malzemesi varlığı (parke, karo, halı, mozaik, v.s.)
4. Ailenin ulaşım için kullanabileceği motorlu taşıt mevcut mu?	9. Yatak odası başına düşen kişi sayısının en fazla iki olması
5. Kalorifer varlığı (Merkezi sistem veya kombi)	10. Bulaşık makinesi varlığı

- İyi durumda (Yukarıda sayılanların 7 ve daha fazlasının bulunması)
- Orta düzeyde (Yukarıda sayılan parametrelerin 4 – 6 adetinin bulunması)
- Kötü durumda (Yukarıda sayılanların 3 ve daha azının bulunması)

3 – 12 arasındaki soruları, verilen etkinliklerde hastanın bağımlılık durumunu göz önüne alarak derecelendiriniz.

### 3) Temizlik:

Biçimlendirilmiş: Sağ: 18

nk



<input type="checkbox"/> Tam Bağımsız	Birey kendi başına evini temizleyebiliyor yerleri süpürebiliyor ve yıkayabiliyor.
<input type="checkbox"/> Kısmen Bağımlı	Bu etkinlikleri yaparken nadiren yardım alıyor veya halıları dışarı çıkarırken yardım alıyor.
<input type="checkbox"/> Bağımlı	Bu etkinlikleri kendi başına yapamıyor, yaparken düzenli olarak yardım alıyor.

#### 4) Alışveriş:

<input type="checkbox"/> Tam Bağımsız	Kendi başına mağazaya gidebilir, bunun için gerekli merdivenleri çıkabilir, ihtiyaçlarını alıp parasını ödeyebilir, aldıklarını eve taşıyabilir.
<input type="checkbox"/> Kısmen Bağımlı	Sayılan etkinlikleri birisinin yardımı ile yapabilir.
<input type="checkbox"/> Bağımlı	Bu aktiviteleri yapamaz veya büyük oranda yardım almaktadır.

#### 5) Ulaşım:

<input type="checkbox"/> Tam Bağımsız	Toplu taşıma araçlarına ait duraklara gidebilir, otobüs, tren, dolmuş vb. binebilir.
<input type="checkbox"/> Kısmen Bağımlı	Bu etkinlikleri yanında birisi ile birlikte yapıyor.
<input type="checkbox"/> Bağımlı	Bu etkinlikleri yapamıyor.

#### 6) Yemek hazırlama:

<input type="checkbox"/> Tam Bağımsız	Kendi başına mutfağa gidebiliyor, yemek hazırlayabiliyor, fırın veya ocağı kullanabiliyor.
<input type="checkbox"/> Kısmen Bağımlı	Yemek hazırlayamıyor ama daha önceden hazırlanmış yemeği ısıtabiliyor.
<input type="checkbox"/> Bağımlı	Bu etkinlikleri yapamıyor.

#### 7) Yıkama:

<input type="checkbox"/> Tam Bağımsız	Kendi başına duş alma, küvette yıkama
<input type="checkbox"/> Kısmen Bağımlı	Vücudunun bir kısmı yıkanırken (sırt veya bacaklar gibi) yardım alıyor.
<input type="checkbox"/> Bağımlı	Kendi kendine yıkanamıyor veya vücudunun birden fazla kısmı yıkanırken yardım alıyor.

#### 8) Giyinme:

<input type="checkbox"/> Tam Bağımsız	Çekmece veya dolaptan uygun kıyafetleri alıp kendi başına giyinebilir.
<input type="checkbox"/> Kısmen Bağımlı	Ayakkabı bağlamak dışında giyeceklerini alabiliyor veya giyebilir.
<input type="checkbox"/> Bağımlı	Giyinme etkinliğinin büyük kısmında başkasından yardım alıyor.

#### 9) Tuvalet ihtiyacı:

<input type="checkbox"/> Tam Bağımsız	Kendi başına tuvalete gidebilir, ihtiyacını giderdikten sonra temizliğini yapıp kıyafetini düzeltebilir. (Baston, walker veya tekerlekli sandalye kullanabilir, gece sürgü veya ördek kullanıp sabah bunları temizleyebilir.)
<input type="checkbox"/> Kısmen Bağımlı	Yukarıda sayılan aktiviteleri yardımla gerçekleştirebilir.
<input type="checkbox"/> Bağımlı	Tuvalet ihtiyacı ile ilgili hiçbir aktiviteyi yardımsız yapamaz.

#### 10) Transfer:

<input type="checkbox"/> Tam Bağımsız	Kendi başına yatağına girip çıkabilir, sandalyeye oturup kalkabilir. (baston vb. kullanabilir.)
<input type="checkbox"/> Kısmen Bağımlı	Yukarıdaki etkinlikleri yardımla yapabilir.
<input type="checkbox"/> Bağımlı	Yataktan kalkamaz.

#### 11) Kontinans:

<input type="checkbox"/> Tam Bağımsız	Barsak ve mesane boşaltımı tamamen kontrol altındadır.
<input type="checkbox"/> Kısmen Bağımlı	Nadiren "kazalar" olabilir.
<input type="checkbox"/> Bağımlı	Tam inkontinans mevcut veya katater kullanıyor.

**12) Beslenme:**

<input type="checkbox"/> Tam Bağımsız	Yemeği kendi başına kaptan alıp ağzına götürebiliyor.
<input type="checkbox"/> Kısmen Bağımlı	Eti kesmek veya ekmeğe yağ sürmek dışında yardımsız beslenebiliyor.
<input type="checkbox"/> Bağımlı	Yardımsız beslenemiyor, tüple veya damar yolundan besleniyor.

(Hastanın boy ve ağırlık bilgilerini yazarak yanda görülen formülle Vücut Kitle İndeksini Hesaplayınız)

<b>Ağırlık</b> (Kg)		<b>VKI = Kg/m<sup>2</sup> =</b> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Boy</b> (cm)		

**13) Vücut kitle indeksini değerlendirin**

(Yukarıdaki Bilgiler ışığında hastanın Vücut Kitle İndeksinin hangi sınırlar içinde olduğunu işaretleyiniz.)

- 16 ve altı  
 16 – 18,49  
 18,50 – 24,99  
 25 – 39,99  
 40 ve üstü

**14) Son 3 ayda kilo kaybı oldu mu?** (Evde takip kayıtlarına göre)

- Kilo kaybı yok  
 1- 3 kg arası kilo kaybı oldu  
 3 kg fazla kilo kaybı oldu

**15) İştah kaybı var mı?**

- Kayıp yok  
 Orta düzeyde kayıp var  
 Ciddi düzeyde kayıp var

**16) Günde kaç öğün yemek yiyor?**

- 5 öğünden fazla yiyor  
 3 – 5 öğün yiyor  
 3 öğünün altında yemek yiyor

<b>Kan Basıncı</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg	<input type="checkbox"/> Optimal + Prehipertansiyon (Sistolik 120-139 , Diastolik 80-89 mmHg) <input type="checkbox"/> Evre I HT (Sistolik 140-159, Diastolik: 90-99 mmHg) <input type="checkbox"/> Evre II HT (Sistolik >160, Diastolik > 100)
<b>Nabız</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / dk	<input type="checkbox"/> 41-99 <input type="checkbox"/> <40 <input type="checkbox"/> >100
<b>Solunum</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / dk	<input type="checkbox"/> 10 – 24 /dk <input type="checkbox"/> <10 /dk <input type="checkbox"/> >24 /dk

**17) Demans varlığı ve düzeyi nedir?**

- Bilişsel fonksiyonları yerinde  
 Hafif düzeyde bunama mevcut, bazen konfuze oluyor  
 Tam bunama mevcut, koopere ve oryante değil

**18) Doktor tarafından konmuş serebrovasküler olay tanısı öyküsü var mı?** (sağlık raporu, sağlık kartesinde tanı bölümünde belirtilmesi veya hastanın mevcut medikasyonunu kontrol ediniz)

- Yok  
 Bilinmiyor  
 Var

Biçimlendirilmiş: Sağ: 18

nk

**19) Doktor tarafından konmuş DM tanısı var mı?** (sağlık raporu, sağlık karnesinde tanı bölümünde belirtilmesi veya hastanın mevcut medikasyonunu kontrol ediniz)

- Yok
- Bilinmiyor
- Var

**20) Sigara kullanımı durumu nedir?** paket yılı = [(paket/gün X yıl)]

- Hiç kullanmamış
- 20 paket yılından az
- 20 paket yılı ve üstü

22. Soruyu yanıtlarken lütfen bu paragraftaki bilgileri dikkate alınız. Son 12 aylık bir dönemde yineleyici alkol alımına bağlı olarak belirgin yeti yitimi bulgularının gelişmesi ve fiziksel, sosyal ya da yasal olarak yineleyici sorunların yaşanmasını alkol kötüye kullanımı olarak değerlendiriniz. Alkol bağımlılığı diyebilmek için bunlara ek olarak alkol almak konusunda güçlü bir istek duyulması ile birlikte aynı etki için dozun artırılması, alma davranışını denetleyememe, alkolü elde etme ve kullanma ile ilgili uğraşların diğer yaşamsal uğraşlara yer bırakmayacak denli artması ve fiziksel ve ruhsal sağlığının bozulmakta olduğuna dair açık işaretlere karşın içme davranışını sürdürme veya başarısız bırakma girişimlerinin varlığı gereklidir. Bunlar dışında kalan bağımlılık ya da kötüye kullanım belirtileri göstermeyen aralıklı alkol alım paternlerini sosyal içicilik olarak değerlendirebilirsiniz.

**21) Alkol kullanım durumu nedir?**

- Alkol Kullanmamış veya en az bir yıldır hiç kullanmıyor.
- Alkol kullanım öyküsü bulunmakta, ancak sosyal içicilik boyutu ile sınırlı
- Alkol kötüye kullanımı ya da kötüye kullanım şüphesi, alkol bağımlılığı veya bağımlılık şüphesi bulunmakta

**22) Doktor tarafından konmuş kronik akciğer hastalıkları (bronşektazi, interstisyel akciğer hastalıkları, KOAH, bronşial astım ve akciğer sekelleri) tanısı öyküsü var mı?** (Belgelenmiş solunum testi sonucu, sağlık raporu, sağlık karnesinde tanı bölümünde belirtilmesi veya hastanın mevcut medikasyonuna istinaden)

- Yok
- Bilinmiyor
- Var

**23) Kronik akciğer hastalıkları (bronşektazi, interstisyel akciğer hastalıkları, KOAH, bronşial astım ve akciğer sekelleri) yönelik ilaç kullanımı (inhaler veya p.o.)**

- Kullanmıyor
- 3 den az ilaç kullanıyor
- 3 ve daha fazla ilaç kullanıyor

**24) Solunum sıkıntısı varlığı**

- Solunum sıkıntısı yok
- Solunum sıkıntısı var ama pulse oksimetri 88 ve üstü
- Solunum sıkıntısı var ve pulse oksimetri <88

**25) Doktor tarafından konmuş MI tanısı öyküsü var mı?**

- Yok
- 6 aydan daha eski MI öyküsü var
- 6 ay içinde MI geçirmiş

**26) İskemik Kalp Hastalığı Öyküsü**

(Herhangi birisinin bulunması: MI öyküsü, pozitif egzersiz testi, miyokardial iskemi düşündürülen göğüs ağrısının varlığı, nitrat tedavisi alması, patolojik Q dalgası içeren EKG)

- Yok
- Bilinmiyor
- Var

**27) Göğüs ağrısı var mı?**

- Yok
- Günlük aktivite ile göğüs ağrısı yok, aşırı zorlanma veya uzamış egzersiz ile ağrı oluyor
- Günlük aktivitede belirgin kısıtlanma mevcut. Bir iki blok yürüme ile ve normal hızda bir kat çıkma ile ağrı oluyor.

**28) Hastada kalp yetmezliğini düşündürecek bulgular var mı?**

- Bedensel etkinliği kısıtlayacak kalp yetmezliği bulguları yok. Günlük bedensel etkinlik bitkinliğe, çarpıntıya ya da dispneye (nefes darlığı) neden olmuyor.
- Bulgular bedensel etkinliği hafif derecede sınırlıyor. Hasta istirahat sırasında rahat. Ancak, günlük bedensel etkinlikler bitkinlik, çarpıntı ve dispne (nefes darlığı) ile sonuçlanıyor.
- Rahatsızlanmadan hiçbir bedensel etkinlik gerçekleştiremiyor. İstirahat halinde bile kalp yetmezliği bulguları oluyor. Herhangi bedensel etkinlik gerçekleştirildiğinde rahatsızlık hissi artıyor.

**29) Tempolu yürüyüşle ortaya çıkan ve dinlenmekle geçen, hastanın durmasını gerektirecek düzeyde bacak ağrısı oluyor mu?**

- Hayır, olmuyor
- Bilmiyor
- Evet, oluyor

**30) Hastanın digoksin kullanımı ile ilgili hangisi doğrudur?**

- Hasta digoksin kullanmıyor
- Hasta digoksini doktorunun önerdiği dozda ve düzenli kullanıyor, uyumu tam
- Hasta zaman zaman dozunu almayı unutuyor veya fazla alıyor, uyumu zayıf

**31) Hastanın insülin kullanımı ile ilgili hangisi doğrudur?**

- Hasta insülin kullanmıyor
- Hasta insulini doktorunun önerdiği dozda ve düzenli kullanıyor, uyumu tam
- Hasta zaman zaman dozunu almayı unutuyor veya fazla alıyor, uyumu zayıf

**32) Hastada kalp ritim bozuklukları ile ilgili olarak hangisi doğrudur?**

- Kalp atımları düzenli, hasta asemptomatik
- Kalp atımlarında zaman zaman düzensizlik oluyor, çarpıntı hissi eşlik edebiliyor
- Kalbi sürekli olarak düzensiz atıyor, çarpıntı, başdönmesi, ve zaman zaman bilinç kaybı olabiliyor