

**T.C.
ATILIM ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK KURUMLARI İŞLETMECİLİĞİ ANABİLİM DALI**

**PALYATİF BAKIM
HASTALARINA YÖNELİK BAKIM YERİ TERCİHİ
(HASTA YAKINI VE SAĞLIK ÇALIŞANI
ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA)**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Hazırlayan
Hurişah AKSAKAL**

Danışmanı: Prof. Dr. İsmail BİRCAN

Ankara, 2014

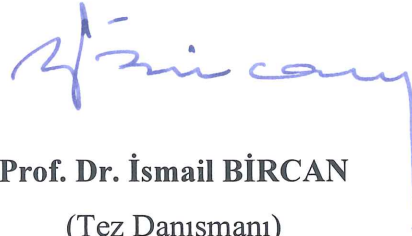
ATILIM ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Hurişah AKSAKAL tarafından hazırlanan “ *Palyatif Bakım Hastasına Yönelik Bakım Yeri Tercihi (Hasta Yakını Ve Sağlık Çalışanı Üzerine Bir inceleme*” başlıklı bu çalışma 21/04/2014 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda oybirliği ile başarılı bulunarak jürimiz tarafından Sağlık Kurumları İşletmeciliği Anabilim Dalında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.



Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU

(Başkan)



Prof. Dr. İsmail BİRCAN

(Tez Danışmanı)



Doç. Dr. A. Mete TÖRÜNER

(Üye)

ÖNSÖZ

Bu tez çalışmasının planlanmasından oluşumuna kadar yardımlarını, hoşgörüsünü, sabrını ve desteğini esirgemeyen, yönlendirme ve bilgilendirmeleriyle çalışmamı bilimsel temeller ışığında şekillendiren değerli danışmanım Prof.Dr. İsmail BİRCAN' a,

Engin bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, Doç. Dr. Afife Ayla KABALAK' a, hayatım boyunca maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen aileme,

Zaman ayırarak çalışmaya katılan hasta yakını ve sağlık çalışanlarına,

Çalışma süresince tüm desteği ile yanımda olan sevgili eşim Mümtaz AKSAKAL' a ve varlığıyla daima mutluluk veren kızım Ilgın AKSAKAL 'a

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.....

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	i
İÇİNDEKİLER	ii
KISALTMALAR	vi
TABLolar LİSTESİ.....	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xi
GRAFİKLER LİSTESİ.....	xii
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

PALYATİF BAKIM

1.1. PALYATİF BAKIM HİZMETLERİ KAVRAMI	4
1.2. PALYATİF BAKIMIN KAPSAMI.....	6
1.2.1. Palyatif Bakım Modeli	6
1.2.1.1. Akut Yoğun Bakım.....	9
1.2.1.2. Uzamış süreç yoğun bakım.....	9
1.2.1.3. Hospis Bakım	10
1.2.1.4. Palyatif Bakım	10
1.2.1.5. Evde Bakım	11
1.3. DÜNYA ÜLKELERİNİN PALYATİF BAKIM AKTİVİTELERİNE GÖRE SINIFLANDIRILMASI	12
1.3.1. Palyatif Bakım Aktiviteleri Gelişmiş Ülkeler	13
1.3.1.1. Avusturalya.....	13
1.3.1.2. ABD.....	14
1.3.1.3. İngiltere.....	14
1.3.1.4. Kanada	14
1.3.1.5. Almanya.....	15
1.3.1.6. Japonya	15
1.3.2. Worldwide Palliative Care Alliance (Wpca).....	15
1.3.2.1. Vizyonu.....	15
1.3.2.2. Hedefleri	16

1.3.3.Dünya’da Palyatif Bakım Gerektiren Hastalıklar	16
1.3.4. Palyatif bakım ekibi.....	17
1.4. DÜNYADAKİ PALYATİF BAKIM HİZMETLERİNİN TÜRKİYE’YE	
ENTEGRASYONU	18
1.4.1. Yataklı Tedavi Kurumları	19
1.4.1.1. Kapsamlı Palyatif Bakım Merkezi (KPBM, III. Basamak).....	19
1.4.1.2. Palyatif Bakım Merkezi(PBM, II. Basamak)	20
1.4.1.3. Palyatif Bakım Birimleri (PBB, I. Basamak)	20
1.4.2. Ev Bakım Programları (EBP, I. Basamak) Modeli	21
1.4.3.Aile hekimleri (AH, I. Basamak)	21
1.4.4. Hospis kuruluşları.....	21
1.5. TÜRKİYE’DE PALYATİF BAKIM HİZMETLERİ.....	22

İKİNCİ BÖLÜM

EVDE SAĞLIK VE BAKIM HİZMETLERİ

2.1. BAKIM HİZMETLERİNİN TANIMI VE İÇERİĞİ	29
2.2. SAĞLIK HİZMETİNİN TANIMI VE İÇERİĞİ.....	33
2.3. BAKIMA MUHTAÇLIK KAVRAMI	34
2.3.1. Engellilik Nedeniyle Bakıma Muhtaçlık.....	34
2.3.2. Kronik Hastalık Nedeniyle Bakıma Muhtaçlık.....	35
2.3.3. Yaşlılık Nedeniyle Bakıma Muhtaçlık	38
2.4. EVDE SAĞLIK VE BAKIM HİZMETİ KAVRAMI	40
2.4.1. Evde Bakım Hizmetlerinin Özellikleri.....	41
2.5. EVDE SAĞLIK VE BAKIM HİZMETLERİNİN TARİHÇESİ	51
2.6. DÜNYA’DA EVDE SAĞLIK VE BAKIM HİZMETİ SUNUMUNUN	
ÖZELLİKLERİ	53
2.6.1. Primli Modeli Benimseyen Ülkelerde Evde Sağlık ve Bakım Hizmetleri ..	54
2.6.1.1. Amerika Birleşik Devletleri’nde Evde Sağlık ve Bakım Hizmetleri... 55	
2.6.1.2. Hollanda’da Evde Sağlık ve Bakım Hizmetleri.....	57
2.6.1.3. İsrail’de Evde Sağlık ve Bakım Hizmetleri	59
2.6.1.4. Almanya’da Evde Sağlık ve Bakım Hizmetleri.....	61
2.6.1.5. Japonya’da Evde Sağlık ve Bakım Hizmetleri	63

2.6.2. Primsiz Modeli Benimseyen Ülkelerde Evde Sağlık ve Bakım Hizmetleri	66
2.6.2.1. İsveç'te Evde Sağlık ve Bakım Hizmetleri.....	66
2.6.2.2. İngiltere'de Evde Sağlık ve Bakım Hizmetleri.....	69
2.6.2.3. Kanada'da Evde Sağlık Ve Bakım Hizmetleri	72
2.6.3. Primli Ve Primsiz Modelin Birlikte Uygulandığı Karma Model	75
2.7. TÜRKİYE'DE EVDE SAĞLIK VE BAKIM HİZMETLERİNİN	
TARİHSEL GELİŞİMİ VE MEVCUT DURUMU	76

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	81
3.2. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI.....	82
3.3. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ	82
3.4. ARAŞTIRMANIN MODELİ	82
3.5. EVREN VE ÖRNEKLEM	83
3.6. VERİLERİN TOPLANMASI VE ANALİZİ	83
3.7. ARAŞTIRMA PROBLEMİ	84
3.8. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ.....	85
3.9. ARAŞTIRMANIN VARSAYIMLARI.....	86
3.10. ANKET BULGULARI VE YORUMLAMA	86
3.11. KATILIMCILARIN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ İLE İLGİLİ	
 BULGULAR.....	86
3.11.1. Hasta Yakınlarının Kişisel Özellikleri İle İlgili Bulgular	86
3.11.2. Sağlık Çalışanlarının Kişisel Özellikleri İle Bulgular	115
TARTIŞMA VE SONUÇLAR.....	136
ÖNERİLER	147
KAYNAKÇA	149
EKLER.....	157
Ek – 1:	157
Ek – 2:	174
Ek – 3:	178
ÖZET.....	181
ABSTRACT	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.

Ölüm
Bambaşka
Olabilir İnsanca Ve Onurlu!

(Cicely Saunders)

KISALTMALAR

AB	: Avrupa Birliği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ASAGEM	: Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü (Mülga)
C	: Cilt
HD	: Hemodiyaliz
ICIDH	: International Classify of Impairments Disabilities and Handicaps
ICF	: International Classification of Functioning, Disability and Health
ÖZİDA	: T.C. Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı (Mülga)
RG	: Resmi Gazete
S	: Sayfa
S.	: Sayı
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SHÇEK	: Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü
T	: Toplam
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü
WORLD WİDE PALLİATIVE CARE ALLİANCE (WPCA)	: Uluslararası Palyatif Derneği

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. 1: Palyatif bakım, yaşam sonu bakım ve destek bakımın başlangıç, hizmet alanı ve hizmet verenler yönünden karşılaştırılması (Kav, 2009; Johnson, 2008)	8
Tablo 1. 2: Palyatif bakım aktivitelerine göre ülkelerin sınıflandırılması	12
Tablo 1. 3: Ülkemizde Mevcut Palyatif Bakım Merkezleri ve Ağrı Üniteleri.....	25
Tablo 2. 1: Evde Sağlık ve Bakım ekibini oluşturan meslek grupları	48
Tablo 2. 2: Avrupa’da Evde Sağlık ve Personel Hizmetleri	75
Tablo 3. 1: Palyatif Bakımla İlgili Görüşlerin Verileri	91
Tablo 3. 2: Hasta Yakınlarının Refakatte Yaşadığı Fiziksel Sağlık Sorunları.....	93
Tablo 3. 3: Hasta Yakınlarının Refakatte Yaşadığı Psikolojik Sorunlar.....	94
Tablo 3. 4: Türkiye’de Evde Sağlık ve Bakım Hizmetlerinin Gelişimine Yönelik Görüşleri.....	95
Tablo 3. 5: Palyatif bakım hizmetinden yararlanan hasta gruplarının tanılarına ilişkin veriler	97
Tablo 3. 6: Tedavisi Mümkün Olmayan Bir Hastalık Durumunda Hastanede Bakılmak İstenme Durumu; (Eğitim Durumuna Göre).....	98
Tablo 3. 7: Ki-Kare Testi	98
Tablo 3. 8: Tedavisi Mümkün Olmayan Bir Hastalık Durumunda Hastanede Bakılmak İstenme Durumu; (Yerleşim Yerine Göre).....	99
Tablo 3. 9: Ki-Kare Testi	99
Tablo 3. 10: Bilgi Ve Becerileri Artısı İle Öz Güven Sağlandığında Bakım Hizmetini Evde Verme Tercihi (Cinsiyete Göre)	100
Tablo 3. 11: Hastanede Refakat Etmeden Dolayı Yaşanan Sorunların Dağılımı (Cinsiyete Göre)	102
Tablo 3. 12: Hastanede Refakat Etmeden Dolayı Yaşanan Sorunların Dağılımı (Yerleşim Yerine Göre).....	102
Tablo 3. 13: Gerekli Koşullar Sağlandığında Hasta Yakınının Hastasına Evde Bakma Tercihi (Meslek Durumuna Göre)	103
Tablo 3. 14: Ki-Kare Testi	103

Tablo 3. 15: Gerekli Koşullar Sağlandığında Hasta Yakının Hastasına Evde Bakma Tercihi (Cinsiyetine Göre)	104
Tablo 3. 16: Ki-Kare Testi	104
Tablo 3. 17: Gerekli Koşullar Sağlandığında Hasta Yakının Hastasına Evde Bakma Tercihi (Eğitim Durumuna Göre)	105
Tablo 3. 18: Ki-Kare Testi	105
Tablo 3. 19: Hasta Bakımında Ekonomik Durumun Önemi Verileri (Gelir Durumu).....	106
Tablo 3. 20: Katılımcılarda Palyatif Bakım Kavramı Bilinirliğinin Verileri (Eğitim Seviyelerine Göre)	107
Tablo 3. 21: Katılımcıların Palyatif Bakım Hizmeti Verilmesinde Mekân Tercihi Algıları (Eğitim Durumuna Göre)	108
Tablo 3. 22: Refakat Nedeniyle İş Yerinde Sorun Yaşama Durumu İle Tedavisi Mümkün Olmayan Bir Hastalık Durumunda Evde Bakılmak İstenme Durumu Arasındaki İlişki.....	109
Tablo 3. 23: Ki-Kare Testi	109
Tablo 3. 24: Refakat Etme Nedeniyle Aile Huzurunun Bozulması Durumu İle Tedavisi Mümkün Olmayan Bir Hastalık Olduğunda Evde Bakılmak İstenme Durumu Arasındaki İlişki	110
Tablo 3. 25: Ki-Kare Testi	110
Tablo 3. 26: Refakat Etme Nedeniyle Diğer Aile Üyeleri İle Sıkıntı Yaşama Durumu İle Tedavisi Mümkün Olmayan Bir Hastalık Olduğunda Evde Bakılmak İstenme Durumu Arasındaki İlişki	111
Tablo 3. 27: Ki-Kare Testi	111
Tablo 3. 28: Sürekli Hastanede Olmaktan Dolayı Yaşanan Psikolojik Sorunların Etkisi Nedeni İle Evde Bakılmak İstenme Durumu Arasındaki İlişki	112
Tablo 3. 29: Ki-Kare Testi	112
Tablo 3. 30: Hasta İçin Gerekli Koşullar Sağlandığında Evde Bakılmak İstenme Durumu İle Tedavisi Mümkün Olmayan Bir Hastalık Olduğunda Evde Bakılmak İstenme Durumu Arasındaki İlişki	113
Tablo 3. 31: Ki-Kare Testi	113

Tablo 3. 32: Bilgi Ve Becerilerin Artırılarak Hastanın Bakımını Üstlenecek Öz Güvenin Geliştirilmesi İle Hastaya Evde Bakmak İsteme Durumu İle Tedavisi Mümkün Olmayan Bir Hastalık Olduğunda Evde Bakılmak İstenme Arasında İlişki.....	114
Tablo 3. 33: Ki-Kare Testi	114
Tablo 3. 34: Palyatif Bakıma İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler	118
Tablo 3. 35: Sağlık Çalışanlarının Palyatif Bakım Gereksinimi Duyan Yakını İçin Bakım Yeri Tercihine İlişkin (Mesleklere Göre).....	121
Tablo 3. 36: Sağlık Çalışanlarının Palyatif Bakım Hizmetini Almak İstedığı Ortama İlişkin Görüşleri (Mesleklere Göre)	122
Tablo 3. 37: Sağlık Personelinin Palyatif Bakıma İlişkin Bilgi Kaynakları	123
Tablo 3. 38: Sağlık Çalışanlarının Bakım Yeri Tercihinin Ev Olmasına Hizmet Esnasında Yaşanan Sorunların Etkisine İlişkin Görüşleri(Mesleklere Göre).....	124
Tablo 3. 39: Sağlık Çalışanlarının Bakım Yeri Tercihinin Ev Olmasına Hizmet Esnasında Yaşanan Sorunların Etkisine İlişkin Görüşleri (Eğitim Düzeyine Göre)	125
Tablo 3. 40: Sağlık Çalışanlarının Bakım Yeri Tercihinin Ev Olmasına Hizmet Esnasında Yaşanan Sorunların Etkisine İlişkin Görüşleri (Cinsiyetine Göre).....	126
Tablo 3. 41: Sağlık Çalışanlarının Palyatif Bakım Gereksinimi Duyan Yakınına Gerekli Şartlar Evinde Sağlandığında Bakma Tercihi İle İlgili Görüşleri (Meslek Durumuna Göre)	126
Tablo 3. 42: Sağlık Çalışanlarının Palyatif Bakım Gereksinimi Duyan Yakınına Gerekli Şartlar Evinde Sağlandığında Bakma Tercihi İle İlgili Görüşleri Eğitim Durumuna Göre.....	127
Tablo 3. 43: Sağlık Çalışanlarının Palyatif Bakım Hastası İçin Kardiyopulmoner Resusitasyon Yapmama Hakkı Olmasına İlişkin Görüşleri (Meslek Durumuna Göre)	128
Tablo 3. 44: Sağlık Çalışanlarının Palyatif Bakım Gereksinimi Duyan Hastaların Yapılan Tedavi Ve Uygulamaları Reddetme Hakkı Olmasına İlişkin Görüşleri (Meslek Durumuna Göre)	129

Tablo 3. 45: Sağlık Çalışanlarının Palyatif Bakıma Muhtaç Hastası Olduğunda İş Yeri İle Sıkıntı Yaşamalarına İlişkin Görüşleri	129
Tablo 3. 46: Sağlık Çalışanlarının Ötenazinin Ülkemizde Yasal Olmasına Dair Görüşlerinin Dağılımı (Meslek Durumuna Göre).....	130
Tablo 3. 47: Ki-Kare Testi	130
Tablo 3. 48: Sağlık Çalışanlarının Ötenazinin Ülkemizde Yasal Olmasına Dair Görüşlerinin Dağılımı (Cinsiyetine Göre).....	131
Tablo 3. 49: Ki-Kare Testi	131
Tablo 3. 50: Sağlık Çalışanlarının Uzun Süreli Refakatten Kaynaklı Hasta Yakınlarının Sıkıntı Yaşamalarına İlişkin Görüşleri(Mesleklere Göre Durumu)	132
Tablo 3. 51: Ki-Kare Testi	132
Tablo 3. 52: Sağlık Çalışanlarının Palyatif Bakıma Muhtaç Yakını Olması Durumunda Evde Bakabileceğine İlişkin Görüşleri (Mesleklere Göre Durumu)	133
Tablo 3. 53: Ki-Kare Testi	133
Tablo 3. 54: Sağlık Çalışanlarının Palyatif Bakıma Muhtaç Yakınına Ağrı Ve Acı Veren Tıbbi Girişimlerin Yapılmasına Dair Görüşleri (Meslek Durumuna Göre)	134
Tablo 3. 55: Sağlık Çalışanlarının Palyatif Bakıma Muhtaç Yakınına Ağrı Ve Acı Veren Tıbbi Girişimlerin Yapılmasına Dair Görüşleri (Yaş Durumuna Göre).....	135

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. 1: Palyatif bakım modeli (The Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care, NCP, 2009).....	7
Şekil 1. 2: Palyatif bakım hizmetinin verilebildiği ortamlar	8
Şekil 1. 3: Palyatif bakım gerektiren hastalıklar.....	16
Şekil 1. 4: Palyatif bakımda palyatif bakım ekibinin rolü.....	17
Şekil 1. 5: Palyatif Bakımın Gelişmiş Ülkelerde Uygulamaları.....	18
Şekil 2. 1: Evde sağlık ve bakım hizmetlerinin hizmet verilme süresine göre nitelendirilmesi	42
Şekil 2. 2: Evde sağlık ve bakım hizmeti faaliyetleri	45
Şekil 2. 3: Evde sağlık ve bakım hizmeti alma aşamaları	46
Şekil 2. 4: Evde sağlık ve bakım hizmetlerinin finansmanını sağlayan kurumlar.....	47
Şekil 2. 5: Evde sağlık ve bakım gereksinimi duyan hasta grupları.....	49
Şekil 2. 6: Dünya’da Evde Sağlık Ve Bakım Hizmeti Finansmanını Sağlama Yolları	55
Şekil 2. 7: Joseph Rowntree Vakfı Reform Maddeleri.....	71
Şekil 2. 8: Sağlık Bakanlığı’nın Evde Sağlık Ve Bakım Hizmetleri Sunum Planı ...	77

GRAFİKLER LİSTESİ

Grafik 3. 1: Yaşa Göre Dağılım.....	87
Grafik 3. 2: Mesleklere Göre Dağılım	87
Grafik 3. 3: Cinsiyet Göre Dağılım	88
Grafik 3. 4: Gelir Durumuna Göre Dağılım	88
Grafik 3. 5: Eğitim Durumuna Göre Dağılım.....	89
Grafik 3. 6: Yerleşim Durumuna Göre Dağılım	89
Grafik 3.7: Medeni Duruma Göre Dağılım	90
Grafik 3. 8: Refakatte Yaşanan Fiziksel Şikâyetlerin Dağılımı	94
Grafik 3. 9: Refakatte Yaşanan Psikolojik Şikâyetlerin Dağılımı	95
Grafik 3. 10: Evde Sağlık ve Bakım Hizmetlerinin Gelişmesi İlişkin Gerekli Görüşler	96
Grafik 3. 11: Hastaların Tanıları.....	97
Grafik 3. 12: :Yaşa Göre Dağılım	115
Grafik 3. 13: Cinsiyete Göre Dağılım.....	115
Grafik 3. 14: Meslek Durumuna Göre Dağılım.....	116
Grafik 3. 15: Eğitim Durumuna Göre Dağılım.....	116
Grafik 3. 16: Gelir Durumuna Göre Dağılım	117
Grafik 3. 17: Çalışma Yılına Göre Dağılım.....	117
Grafik 3. 18: Mesleklere Göre Bilgi Kaynaklarının Dağılımı	124

GİRİŞ

Yaşamının herhangi bir sürecinde kendisi ya da ailesinde ilerleyici, tedavisi mümkün olmayan, ölümcül hastalıkla karşılaşan her insanın ağrısız, acısız ölmek istemesi ve bu süreçte kendisi ya da ailesi için sağlık hizmeti alması bir insanlık hakkı ve tüm dünyada sağlık standardının göstergesidir. (Akgül H,2007;Bruera E,2010,s- 55)

Genç, sağlığımız yerinde ve uzun yıllarda yaşayacağımıza inanıyorsak ölümün bize uzak bir olgu olduğunu düşünürüz. Ancak tedavisi mümkün olmayan bir hastalık nedeni ile yatağa bağımlı yatıyor, hastalığımızın semptomları ile mücadele ediyorsak ve aynı zamanda vücudumuzun kontrolünü de yavaş yavaş kaybetmeye başlamışsak ölümün bize yakın olduğunu düşünerek son anlarımızı hastanede geçirmeyi tercih ederiz. Bu tercih ölüm sürecini hastalık gibi algılamamıza sebep olurken bizi rahat ve bağımsız hissettiğimiz ev ortamından mahrum ederek, hastanede yalnız ve acı içinde ölmemize sebep olmaktadır.

Palyatif bakım hastalarının böyle bir sona terkedilmemesi, saygınlığının korunabilmesi için yaşamlarının son anlarındaki gerekli bakımı nerede, nasıl alacağını ve yaşamını nerede sonlandıracağını belirleme hakkı bulunmalıdır. Bu nedenle ilk önceleri yalnızca yaşamın son dönemlerindeki onkoloji hastalarının tedavisine yönelik kurulan palyatif bakım klinikleri; günümüzde hayatı zorlaştırıcı ve süregelen hastalığı olan bireylerin, ağrı ve acısının hafifletilmesini amaçlarken, hasta yakınlarının da yaşam kalitesini artırmaya odaklanmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre palyatif bakım; hastalar tarafından yaşanan fiziksel ve manevi semptomların giderilmesini, aynı zamanda ailenin desteklenmesini, acılarının hafifletilmesini amaçlar. Palyatif bakımda ölüm süreci ne hızlandırılır nede geciktirilir normal seyrine bırakılır. Amaç; kabullenilen ölümü ve onaylanan yaşamı normal sürecinde götürmek ve hasta ile yakınlarının gereksinimlerini karşılamaktır (WHO, 2002).

Tüm dünyada yaşam süresinin uzamasına bağlı olarak artan yaşlı nüfus popülasyonu ile beraber kronik hastalığı, kalıcı yetersizliği ve terminal hastalığı olan bireylerin sayısında da artış olacağı düşünülmektedir. Bu grup hastaların da mevcut

sağlık sistemini zorlayacağı ve artan sosyo-ekonomik sorunlara neden olacağı öngörülmektedir.

Günümüzde palyatif bakım hizmetlerine gereksinim duyan hastaların sayısının artması bu konuda sistemli bir yapılanmayı zorunlu hale getirmiştir. Doğru hastaya uygun bakımı götürme, hastanın gereksinimleri doğrultusunda hasta yakınlarını bilinçlendirme yolu ile hastanın sürekli kontrolü ve takibine ihtiyaç duyulmaktadır. Bir taraftan hastaların şikâyetleri giderilirken, diğer taraftan diğer kaygılar ve sorunlar topluca değerlendirilmekte ve çözüm üretilmeye çalışılmaktadır.

Dünyanın pek çok ülkesinde yaygınlaşarak tercih edilmeye başlayan evde sağlık ve bakım hizmeti, sağlığı korumanın ve yaşam kalitesini artırmanın en uygun yöntemlerinden birisidir. Bireye özgü, kişiselleştirilmiş bir bakım sistemi olan evde sağlık hizmetleri, teknoloji ve farmakolojik alanda meydana gelen ilerlemeler sayesinde hasta izleminin ve tedavisinin evde yapılabilmesi ile giderek önem kazanmaktadır. Bu gelişmeler doğrultusunda hasta konforunu artırmak, uzun dönem hasta yatışlarından kaynaklı hasta yakınlarının yaşadığı sıkıntıları çözümlene isteği, eldeki kaynakları daha etkin kullanma ve artan maliyetleri azaltma arayışları gibi birçok sebepten kurumsal hasta bakımının alternatifi olarak evde sağlık ve bakım hizmetleri tercih edilir olmaktadır.

Ülkemizde evde bakım hizmetlerinin gelişme göstermesine rağmen hedeflenen amaca ulaşılamadığı için, uzun süreli bakıma muhtaç hastaların bakım gereksinimleri büyük çoğunlukla aile bireyleri tarafından karşılanmaktadır. Ancak günümüzde genç bireylerin çalışma koşulları nedeniyle ailelerinden ayrı yaşamaları, kırsal kesimlerden şehirlere göçün başlamasıyla konut tipi evlerde yaşamaya başlanması ve bu evlerde oda sayısının az olması aile büyükleri ile yaşamı zorlaştırmaktadır. Kadınların çalışma hayatında yer almaya başlaması, genç aile bireylerinin meslekleri, eşleri ve kendi çocuklarına duydukları sorumluluklarla, kendi anne babalarına duydukları sorumlulukların çatışması bakıma gereksinim duyan bu bireylerin ihtiyaçlarının aile bireyleri tarafından karşılanamamasına neden olabilmektedir.

Bakım vericiler kişilerin hastalığına göre ilaç tedavilerini düzenleyebilseler de bu hastaların özellikle öz bakım ve temizlik gibi konularda daha fazla bakıma

ihtiyaçları olduğu ve bu ihtiyaçların daha profesyonel kişilerle karşılanması gerekliliği yapılan çalışmalarda ortaya konulmuştur.

Ayrıca palyatif bakım hastasının, ailesinin ve bu hastalara hizmet veren profesyonel ya da profesyonel olmayan bakım vericilerin fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan geliştirilmeleri ve korunmaları da evde sağlık hizmeti ile gerçekleştirilebilmektedir.

Bu araştırmanın amacı palyatif bakım kliniklerinde hastasına refakat eden hasta yakınlarının ve bakım hizmetini sunan sağlık çalışanlarının yaşadığı sıkıntıların, hasta yakını ve sağlık çalışanının bakım yeri tercihi üzerine etkilerini anket yoluyla analiz etmektir.

Bu çalışma ile palyatif bakım hastaları için evde sağlık ve bakım hizmetlerinin sağlık sistemimiz içinde ülkemizde daha etkin nasıl kullanılabileceği, kimler tarafından nasıl verilebileceği, finansmanının nereden sağlanacağı tartışılmıştır. Ayrıca hastalara bu hizmetlerin verilebilmesi için yeni sağlık politikalarının oluşturulması ve yeni yasal düzenlemelerin yapılıp, sorunun çözümüne dair planlamaların yapılmasının gerekliliğini ortaya koymak amaçlanmıştır.

Üç bölümden oluşan çalışmanın birinci bölümünde; palyatif bakımın tanımı ve kapsamı hakkında bilgi, palyatif bakımın tarihçesi, dünyadaki ve ülkemizdeki palyatif bakım klinikleri, Türkiye’de bir ilk olan kapsamlı palyatif bakım kliniğine sahip Ankara Ulus Devlet Hastanesinden bahsedilmiştir.

İkinci bölümde, sağlık ve bakım kavramlarından, bakımda muhtaçlıktan, evde sağlık ve bakım hizmetleri kavramının tanımından, kapsamından, Türkiye’deki ve dünyadaki evde sağlık ve bakım hizmetlerinden bahsedilmiştir.

Üçüncü bölümde ise, palyatif bakım hasta yakınının ve hizmeti sunan sağlık çalışanının kendi ve yakını için bakım yeri tercihi üzerine hastanelerde yapılan bir araştırmaya yer verilmiştir. Bu aşamada konu ile ilgili olarak hazırlanan ve uygulanan anket çalışmalarının sonuçları tablolar halinde sıralanarak gerekli analizler ve öneriler yapılmıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM

PALYATİF BAKIM

1.1. PALYATİF BAKIM HİZMETLERİ KAVRAMI

Literatürde palyatif bakım “ağrısız, dayanılabilir ölüm”, “rahat ölüm”, “iyi ölüm”, “huzurlu ölüm” gibi yaşam sonu bakım kavramlarıyla tanımlanmıştır (Harstade ve Andershed, 2004). Palyatif bakım kanserli hastaların tedavisine yönelik başladığı için ölüm bakımı diye anılmış daha sonra “terminal bakım” olarak nitelendirilmiştir. Günümüzde ise tıbbi literatürde “ hospis bakımı”, “bakımın sürekliliği”, “yaşam sonu bakım” ve “destek bakım” gibi kavramlarla ifade edilse de hiçbiri tam anlamıyla palyatif bakımın kapsamını yansıtmamaktadır (Pastrana ve dig, 2008).

Palyatif kelimesi Latince pallium (geniş, dikdörtgen şeklinde pelerin benzeri giysi) sözcüğünden köken alır. Palliare; “örtmek” anlamına gelir. "Palliative" ise İngilizce terminolojide hafifletici, yatıştırıcı, geçici çare anlamında kullanılır. Palyatif bakım Latince kökenli "Palliate (Palliare)" koruyucu ya da kapsayıcı anlamındadır (Pastrana ve dig,2008).

Palyatif bakımın en basit tanımı; hastalık veya tıbbi bakımın ortaya çıkardığı şikâyetleri azaltmaya, rahatlatmaya ve tedavisi mümkün olmayan ölümün kaçınılmaz olduğu hastalıklarda yaşamın niteliğini yükseltmeye odaklı bir tedavi şeklidir (Pastrana ve dig, 2008).

Hasta bireyler ve aileleri için acı ve sıkıntı verici olup onların yaşam kalitesini etkileyen çeşitli unsurlara yönelik iyileştirmelerin kanser bakımına entegre edilmesidir (Amerikan Klinik Onkoloji Derneği, 2008).

Türk Dil Kurumu sözlüğünde palyatif sözcüğünün yer alan tanımı “[1]Hastalığı tamamen iyileştirmeyen, yatıştırıcı olan, tesiri geçici olan ilaç veya

tedavi; [2] Geçici ve kısa süreli, kesin çözüm sağlamayan, esaslı olmayan” şeklindedir”(Türk Dil Kurumu, 2010).

Palyatif bakım; hastalığı iyi edici tedavilere cevap vermeyen, hastaların bütüncül, aktif bakımındır (World Health Organization,1990).

Yaşamın kalitesini düşürücü hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan semptomlarla karşılaşan hasta ve ailenin yaşam kalitesinin yükseltilmesi, ağrı ve acısının dindirilerek ruhsal ve psikososyal problemlerinin önceden tahmin edilerek tedavisinin sürdürülmesine yönelik uygulamaların yer aldığı bir bakım felsefedir (World Health Organization, 2002).

Dünya Sağlık Örgütü 2002 yılındaki tanımında kapsamı genişleterek hasta ailesinin de hastalık ve matem sürecinde manevi ve duygusal olarak desteklenmesinden bahsetmiştir (World Health Organization, 2002).

Palyatif bakım hem tedaviyle ilgili süreçlerden hem de biyopsikososyal modelden oluşan bir bütündür. Bu bütüne ise sürekli hizmet içi eğitimlerle desteklenen çeşitli meslek disiplinlerinden oluşan bir ekiple ancak ulaşılabilir (World Health Organization, 2002).

Palyatif bakım, hasta merkezli olup bireyin ve ailesinin ihtiyaçlarını ön planda tutar. Birey ve ailesi bakımın odağındadır, karar vericidir ve ekibin bir üyesidir (Meghani, 2004).

Palyatif bakım özellikle tedavi umudunun tükendiği, ilerleyici hastalıklarda hastanın bedensel, sosyal ve ruhsal gereksinimlerinin kapsamlı yönetimidir. Palyatif bakımın amacı bireyin alışkanlıklarına, inancına ve kültürel değerlerine duyarlı kalırken acı çekmeyi önleme, şikâyetleri kontrol etme, var olan kapasiteyi iyileştirme yoluyla olabilecek en iyi yaşam kalitesini sağlamaktır (American Hospiceand Palliative Medicine,1998).

1.2. PALYATİF BAKIMIN KAPSAMI

1.2.1. Palyatif Bakım Modeli

Palyatif bakım, tedavisi mümkün olmayan hastalığı olan bireylere sunulan özel tıbbi bir bakımdır. Bu hastalık ne olursa olsun, palyatif bakım ekibi hastanın öyküsünü alıp fiziksel muayenesini yaptıktan sonra rahatsızlık veren belirtilerin nereden kaynaklandığını araştırmadan ya da bu belirtilere sebep olan etkenleri tedavi etmeden, hastanın ağrısını dindirmeye, rahatlığını sağlamaya ve yaşam kalitesini artırmaya odaklanmaktadır.

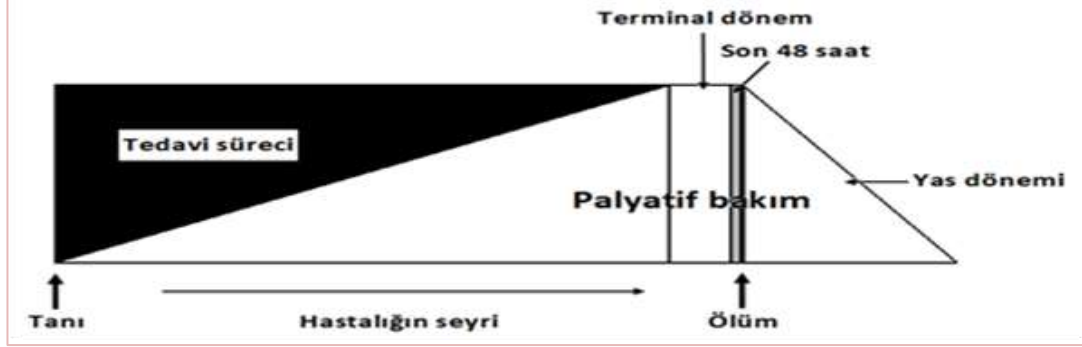
Hastanın fiziksel muayenesini yapmak hemen her durumda belirtilerin giderilmesine yetecek kadar bilgi sağlar, ayrıca başka testler yapılmasına gerek kalmamaktadır. Eğer yapılacak girişimsel işlemlerin sonuçları tedavi biçimini değiştirmeyecekse o işlemlerin yapılmasının etik olmadığı da düşünülmektedir.

Palyatif bakım primer tedavi yerine geçmez, bu nedenle palyatif bakım kliniklerinde sadece hastanın semptomlarına yönelik sağlık personeli tarafından farmakolojik, non-farmakolojik ve inançsal tedaviler uygulanırken temel hastalığa yönelik küratif tedaviler ise uygulanmamaktadır.

Palyatif bakımın temeli kür sağlamaksızın hastalığın şikâyetlerini önleme, dindirme, azaltma veya yatıştırma (Amerikan Tıp Enstitüsü, 2005)

Palyatif bakımın tıp alanındaki amacı; semptomun nedenini araştırmak değil, semptomun kendisini ele alıp iyileştirmektir (Erel, 2008).

Şekil 1. 1: Palyatif bakım modeli (The Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care, NCP, 2009)



Palyatif bakım; tıbben tedavi olanağı kalmamış hastalığı olan bireylerin tedavilerinin başladığı ilk andan, yaşamının son anına kadar ve ölüm sonrası yas döneminde hasta yakınlarının bedensel ve manevi ihtiyaçlarının giderilmesinde oldukça önemlidir (Çolak ve Özyılkan, 2006).

Palyatif bakım sadece yaşamının son anına gelmiş bireyleri değil hasta yakınlarının da duygusal, dinsel gereksinimlerini dikkate almaktadır (Palyatif Bakım Programı, 2009).

Palyatif bakım felsefesinde ölüm normal yaşamın bir parçası ve ölüm sürecinin birey ve aile için büyük bir deneyim olduğu kabul edilmektedir. Bu süreçte amaçlanan hastanın fonksiyonel durumunu artırmak, konforunu sağlamak ve aynı zamanda hasta ailesinin de yaşam kalitesinin artırmaktır. Yaşam kalitesinin artırılması için farklı meslek grupları tarafından oluşturulmuş bir ekiple hizmetin sunulması da temel hedeflerin içinde bulunmaktadır.

Palyatif tedavi, palyatif bakım ve destekleyici tedavi arasında sıkı bir ilişki olmasına rağmen, palyatif bakımda tedavi süresince bireyin hastalık önceki yaşamı dikkate alınarak bakım gereksinimleri planlanmaktadır.

Tablo 1. 1: Palyatif bakım, yaşam sonu bakım ve destek bakımın başlangıç, hizmet alanı ve hizmet verenler yönünden karşılaştırılması (Kav, 2009; Johnson, 2008)

HİZMET TÜRÜ	BAŞLANGICI	HİZMET ALANI	HİZMET VERENLER
YAŞAM SONU BAKIM	1960'larda hospis bakımın devamı olarak başlamıştır.	Evde veya hospisler de bakım gören yaşam sonu bakım hastalığı olan bireylerdir.	Yaşam sonu bakımda uzmanlaşmış multidisipliner ekip
PALYATİF BAKIM	1970'lerin ikinci yarısında hospis bakımının akut bakım ortamlarına geçişiyle gelişmeye başlamıştır	Kanser, kalp yetmezliği, KOAH gibi kronik hastalık nedeniyle tedavinin erken aşamalarında konsülde edilen hospis bakım kapsamında olan bireylerdir.	Genellikle sertifikalı bir klinisyen tarafından yönetilen palyatif bakım ekibi
DESTEK BAKIM	Yeni ve karmaşık kanser tedavisinin semptomlarını kontrol altına almak 1970 yılında yapılan çalışmaları kapsar.	Kanser tanısı ile tedavi alan ve kanserle yaşayan bireyler bakımının kapsamındadır.	Kanser tedavisinin semptomlarını tespit eden, destek bakımda uzman onkoloji ekip üyeleri

Palyatif bakım; yaşamının son aşamasındaki hasta ve yakınlarının rahatının sağlamak, psikososyal ve manevi gereksinimlerini karşılamak üzere akut ve uzamış süreç yoğun bakımlarda, palyatif bakım kliniklerinde, hospislerde ve evde dönüşümlü olarak verilmektedir.

Şekil 1. 2: Palyatif bakım hizmetinin verilebildiği ortamlar



Palyatif bakım felsefesini anlamak için temel bileşenlerinden de söz etmek gerekmektedir.

1.2.1.1. Akut Yoğun Bakım

Tıbbi tedavi ve hasta bakımı açısından diğer hastane hizmetlerinden ayrıcalık taşıyan, hayatı tehdit eden sorunların ortaya çıkmasını önlemek veya bu tür sorunları tedavi etmek amacıyla yerleşim biçimi özel olarak tasarlanmış, yüksek teknolojlili tıbbi cihazlar ve alanında uzman tıbbi personelle donatılmış bir bölümdür.

Akut yoğun bakımlarda; hasta yatağı sayısının azlığı, sınırlı kaynakların ve hizmetin dağıtılmasıyla ilgili problemlerin yaşanması triaja gidilmesini zorunlu kılmaktadır. Bu durumda artık yapılacak bir şey kalmadığı inancıyla, palyatif bakım hastalarının çoğu eve gönderilmektedir.

Etik açıdan bakıldığında ise var olan durum ikilem yaşanmasına neden olmakta, hasta eve gidince sağlık profesyonellerinin sorumluluğu bitiyor mu? sorusunun sorulmasını gerektirmektedir. Bu bağlamda palyatif bakım hastalarının insan onuruna yakışır bir şekilde bakım ve tedavi görebilmesi, bu süreci yaşayan hasta ve hasta yakınlarının gereksinimlerinin karşılanabilmesi için ülkemizde evde sağlık ve bakım hizmetlerinin gelişmesinin gerektiği düşünülmektedir.

1.2.1.2. Uzamış süreç yoğun bakım

Uzun süre medikal tedavi ve iyileştirme gerektiren, klinik olarak karmaşık, çoklu akut ve kronik durumları olan hastaların bakım gördüğü yoğun bakımlardır.

1.2.1.3. Hospis Bakım

Hastanelere yakın yerlere inşa edilen, ev ortamına benzer yaşam sonu bakım hastalarına ve yakınlarına sağlık ve bakım hizmeti sunan kurumlardır. Hospis bakım sadece yaşamın son döneminde evde, hastanede, özel donanımlı bakım evlerinde ve huzur evlerinde verilebilir. Sisteme bireyler aile hekimleri sayesinde kayıt olurlar ve hospis profesyonellerinden oluşan bir ekip tarafından denetlenirler. Hastanın hospis bakım programı planlı hemşire ziyaretleri üzerine temellendirilmiştir.

1.2.1.4. Palyatif Bakım

Hastanın tedavi olduğu kurumda doktor, hemşire ve diğer profesyonel sağlık ekibi tarafından verilmektedir. Palyatif bakım günümüzde evde uygulanabilir olsa da, çeşitli nedenlerden dolayı hastane, genişletilmiş bakım tesisi veya palyatif bakım ekibinin bulunduğu bakımevleri gibi kurumsal alanlarda verilmektedir.

Dünyada yaygın olan anlayış “Hospis Bakım” ve “Palyatif Bakım” hizmetlerinin benzer yaklaşımları içermekte olduğudur. Oysa hospis bakım palyatif bakım kapsamında, yaşamının son anına gelmiş bireylere belli bir süre dâhilinde verilen hizmetlerdir (Sepulveda, C, 2002:91-6; Bruera E, 2010:743-55; Puchalski Cm, 2003:7-13). Palyatif bakım semptomlara yönelik tedavi görmeye devam eden hastalar için uygulanan programı ifade ederken, hospis bakım artık tedavi görmesine gerek kalmayan, öleceği anlaşılmış hastalara uygulanmaktadır.

Hospis programlarının sigorta sisteminden yararlanabilmesi için terminal dönem bir hastalığın ya da ölümün altı ay içinde gerçekleşmesi gerekirken, palyatif bakımda zaman kısıtlama yoktur hastalığın herhangi bir aşamasında hastalar tarafından alınmaktadır.

Palyatif bakımda; yapılması uygun görülen işlemlere ve testlere devam edilmekte ve multidisipliner nadiren interdisipliner bir ekip tarafından her türlü işlem yürütülmektedir. Hospislerde bir test sadece, hastanın ağrı ve sıızılarının kontrol

altına alınması ya da tamamen ortadan kaldırılması için mutlaka yapılması gerekiyorsa, interdisipliner (hekim, hemşire, hastabakıcı, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, din adamı ve toplumla iletişimi sağlayan gönüllü kişilerde toplumun temsilcisi olarak bu ekipte yer alır) bir ekip tarafından yürütülmektedir(Cumhuriyet Tıp Dergisi 2013;35.143-151).

Palyatif bakım ünitesinden evde bakıma hastanın geçebilmesi multidisipliner tüm ekibin ortak ve açık iletişimine bağlıdır. Taburculuk planlamasında; hasta ve ailesinin tüm kararlara katılımı konusunda bilgilendirilmesi ve aydınlatılmış onamının alınması gerekmektedir.

Hastanın eve çıkabilmesi için semptomlarının kontrol altına alınması, akut medikal problemlerinin çözülmesi, hastaya ancak hastanede uygulanabilecek medikal girişimlerin komplikasyonsuz bir şekilde yapılması(trekeostomi açılması vb.) ve hastanın ya da çevresinin taburcu olmayı istemesi gerekmektedir. Taburculuğuna karar verilen hasta, epikriz ve bakım planıyla beraber Aile hekimine ve evde bakım birimine yönlendirilmektedir. Ev koşullarının hasta bakımına uygun olup olmadığının evde bakım birimi ya da sosyal incelemece tarafından değerlendirilmesi ve gerekli düzenlemelerin yapılması gerekmektedir.

1.2.1.5. Evde Bakım

Bireyin mevcut sağlığını korumak ve geliştirmek, taburculuk sonrası veya uzun süreli tıbbi bakıma ihtiyaç duyduğunda kurum ve kuruluşlar tarafından bireyin evinde aldığı sağlık (tanı, tedavi, rehabilitasyon) ve sosyal hizmetlerin bütünüdür (Ocakçı, 2006).

1.3. DÜNYA ÜLKELERİNİN PALYATİF BAKIM AKTİVİTELERİNE GÖRE SINIFLANDIRILMASI

Tablo 1. 2: Palyatif bakım aktivitelerine göre ülkelerin sınıflandırılması

Palyatif Bakımın Durumu	Ülkeler	Palyatif Bakım Etkinlikleri	Klinik Kapasite	Morfine Ulaşılabilirlik	Finansal Kaynak Sağlayıcıları
PALYATİF BAKIM AKTİVİTESİ HİÇ BİLİNMEYEN ÜLKELER	*Libya *Maldivler *Senegal *Somali *Suriye *ABD (Virgin Adaları) *Yemen				
PALYATİF BAKIM AKTİVİTESİ İÇİN YAPILANMA AŞAMASINA OLAN ÜLKELER	*Azerbaycan *Cezayir *İngiltere (Virgin Adaları) *Umman *Filistin	Palyatif bakım bilincinin geliştirilmesi için konferans, personel eğitimi ve politik lobi faaliyetlerinde bulunmaktadır.	Hizmet veren palyatif bakım klinikleri henüz yoktur, küçük çaplı başlangıç aşamasında olan klinikleri mevcuttur.		
ÜLKE GENELİNDE OLMAYIP LOKALİZE PALYATİF BAKIM YAPILANMA SI OLAN ÜLKELER	Lokalize palyatif bakım klinikleri olan ülkeler:	Palyatif bakım aktiviteleri iyi desteklenmemektedir.	Ülkede palyatif bakım hizmetleri büyük hastaneler yerine kapasiteleri sınırlı kliniklerde verilmektedir.	Morfine ulaşılabilirlik sınırlıdır.	Sağlık sisteminden bağımsız olarak kişisel bağışlardan sağlanmaktadır
	*İran, *Kuveyt *Lübnan, *Sudan *Rusya, *Suudi Arabistan				
	Sağlık sistemine bütünleşmiş palyatif bakım hizmeti veren ülkeler	Sınırlı eğitim faaliyetleri var		Morfine ulaşılabilirlik var.	Sağlık sisteminden bağımsız olarak kişisel bağışlardan genel sağlık sistemi, özel sağlık sigortası, yerel devlet kaynaklarından sağlanmaktadır.
	*Türkiye *Arjantin *Arnavutluk *Hırvatistan				

Tablo 1.2: (Devamı)

Palyatif Bakımın Durumu	Ülkeler	Palyatif Bakım Etkinlikleri	Klinik Kapasite	Morfine Ulaşılabilirlik	Finansal Kaynak Sağlayıcıları
PALYATİF BAKIM AKTİVİTELERİ TAM ANLAMI İLE GELİŞMİŞ ÜLKELER	*Sırbistan *Şili *Kosta Rika *Danimarka *Finlandiya *Macaristan *İsrail, *Kenya, *Malezya, *Çin, *Moğolistan *Hollanda, *Lüksemburg *Porto Riko	Palyatif bakım hizmetleri hakkında yerel toplumda ve sağlık personelinde gerekli bilinç düzeyi oluşmuş ve sınırlı düzeyde palyatif bakım politikaları oluşturulmuş ve ulusal palyatif bakım dernekleri vardır	Palyatif bakım hizmetleri çeşitli kurumlar tarafından verilmeye başlanmıştır.	Morfin ve güçlü ağrı kesicilere ulaşılabilirlik vardır.	
	*Avustralya, *Belçika *ABD, *Kanada *İngiltere *Fransa, *Almanya, *İzlanda, *İrlanda *İtalya, *Japonya *Norveç *Polonya *Romanya	Ülke geneline yayılmış etkin ve sürekli palyatif bakım politikaları vardır. Gelişmiş ve tanımlanmış palyatif bakım eğitim sistemleri vardır. Üniversitelerle akademik işbirliği söz konusudur ve Ulusal Palyatif bakım dernekleri vardır.	Ülke geneline yaygın palyatif bakım klinikleri mevcuttur, bu kliniklerde sağlık personeli ve lokal dernekler palyatif bakım hizmetini kapsamlı olarak sunmaktadır.	Morfin ve güçlü ağrı kesicilere ulaşılabilirlik vardır.	

1.3.1. Palyatif Bakım Aktiviteleri Gelişmiş Ülkeler

1.3.1.1. Avusturalya

1987'de Flinders Üniversitesinde dünyanın ilk palyatif bakım kürsüsü açılmıştır. Sağlık sistemleri ile entegre, ulusal palyatif bakım politikaları mevcuttur.2005 yılında palyatif bakım uzmanlık alanı olarak kabul edilmesi ile palyatif bakım bilinci gelişmiştir. Ülkede şu anda 320 kadar aktif olarak hizmet veren

palyatif bakım ünitesi bulunmaktadır. Yasal düzenlemelerle morfine ulaşılabilirlik söz konusu olmuştur.

1.3.1.2. ABD

1980' lerde Cleveland Kliniği ve Wisconsin Medikal Kolej gibi kurumlarda hastane tabanlı programlarla palyatif bakıma başladıkları ve şu anda 1400'den fazla palyatif bakım kliniğinin olduğu bilinmektedir. Tıp fakültelerinin %80'de palyatif bakım eğitim programı bulunmakta ve palyatif bakım uzmanlık alanı olarak kabul edilmektedir. Palyatif bakım bilincinin gelişmesi ile beraber morfine ulaşılabilirlik söz konusu olmuştur. Sigorta sistemleri Medicare ve Medicaid palyatif bakımı kapsamaktadır.

1.3.1.3. İngiltere

Dünyada palyatif bakım ile ilgili ilk çalışmalar Londra'da 1967 yılında Dr. Cicely Saunders'in, St. Christopher hospisini açmasıyla birlikte başlamıştır. Bu tarihten itibaren tedavisi mümkün olmayan hastalığı olan ve yaşamının son dönemlerini yaşayan hastalar için palyatif bakımın sunulduğu kurumların sayısında, İngiltere'de ve diğer Avrupa ülkelerinde artan bir gelişme kaydedilmiştir.1999 yılına gelindiğinde, İngiltere'de 236 tane palyatif bakım kurumu, 400 tane toplumsal palyatif bakım hizmet merkezi 138 tane hastane bakım destek hizmet birimi, 209 tane hastane palyatif bakım ve destek ekibi oluşturulmuştur. Palyatif bakım bilinci gelişmesi ile morfine ulaşılabilirlik söz konusu olmuştur. Finansman Ulusal Sağlık Hizmetleri Kurumu(NHS- National Health Service) tarafından sağlanmaktadır.

1.3.1.4. Kanada

1975' de Montreal ve Winnipeg hastanelerinde palyatif bakım klinikleri kurulmuştur. 1991'de Kanada Palyatif Bakım Derneği(CPCA) palyatif bakım programlarına ve hizmetlerine başlamıştır.1995'de bölgesel palyatif bakım hizmet stratejileri oluşturulup, sağlık sistemi toplum üzerinde yeniden yapılandırılmıştır.

1.3.1.5. Almanya

Almanya'da palyatif bakım bir uzmanlık dalı olarak olmasına rağmen istenilen gelişme sağlanamamıştır.1983 yılında Köln Üniversitesi cerrahi kliniğinde palyatif bakım kliniği kurulmuş ve 1990'da palyatif bakım etkinlikleri hız kazanmıştır. Alman Sağlık Bakanlığının 1991-1996 yılları arasında palyatif tedavi için çalışmalarına yeniden başlamasıyla palyatif bakım kliniklerinin sayısında artış olduğu bilinmektedir. Günümüzde ise Almanya'da 200 üstünde palyatif bakım hizmeti veren merkez vardır ve her geçen gün yenisi eklenmektedir. Tıp fakültelerinde palyatif bakım eğitimi verilmekte ve 4200 palyatif bakım uzmanının aktif olarak sahada çalıştığı bilinmektedir. Zorunlu devlet sağlık sigortası palyatif bakımı kapsamaktadır.

1.3.1.6. Japonya

1981'de ilk palyatif bakım kliniği açılmış ve 1990'da palyatif bakım hizmetleri sağlık sigorta fonu tarafından karşılanmaya başlamıştır. Palyatif Bakım standartları 1997' de belirlenmesi ile palyatif bakım eğitimi ülkedeki çoğu tıp fakültesi ve hemşirelik okulları müfredatında yer almıştır. Ülke çapında 213 tane palyatif bakım ünitesi hizmet vermektedir. Palyatif bakım bilinci gelişmiş ve morfine ulaşılabilirlik söz konusu olmuştur.

1.3.2. Worldwide Palliative Care Alliance (Wpca)

Dünya Palyatif Bakım birliği tüm dünyadaki ulusal ve bölgesel hospis ve palyatif bakım organizasyonlarını içine alan bir örgüttür.

1.3.2.1. Vizyonu

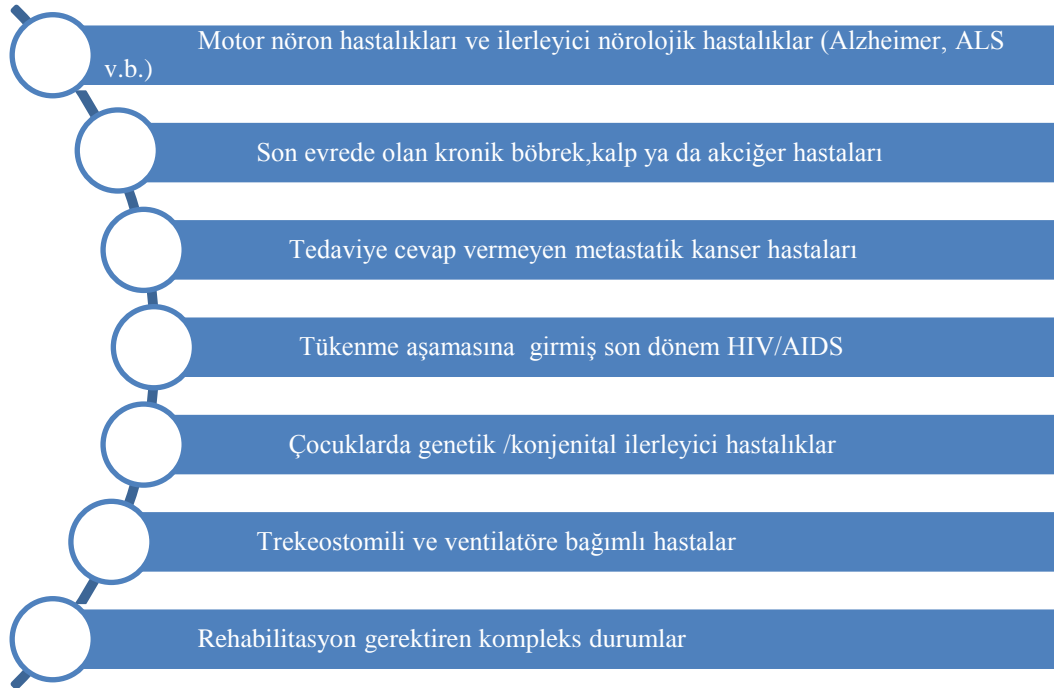
Evrensel, her bireye ulaşabilen, yüksek kalitede ve aynı zamanda uygun fiyatlı palyatif bakım hizmeti sunmaktır.

1.3.2.2. Hedefleri

- Palyatif bakım hizmetlerinin geliştirilip, yaygınlaştırılması,
- Palyatif bakım hizmetlerine gereksinim duyan her bireye ulaşılabilir olmak,
- Palyatif bakım hastalarının kolayca bu hizmetlere erişebilmesi için palyatif bakım merkezlerinin sayısını artırmaktır.

1.3.3.Dünya’da Palyatif Bakım Gerektiren Hastalıklar

Şekil 1. 3: Palyatif bakım gerektiren hastalıklar



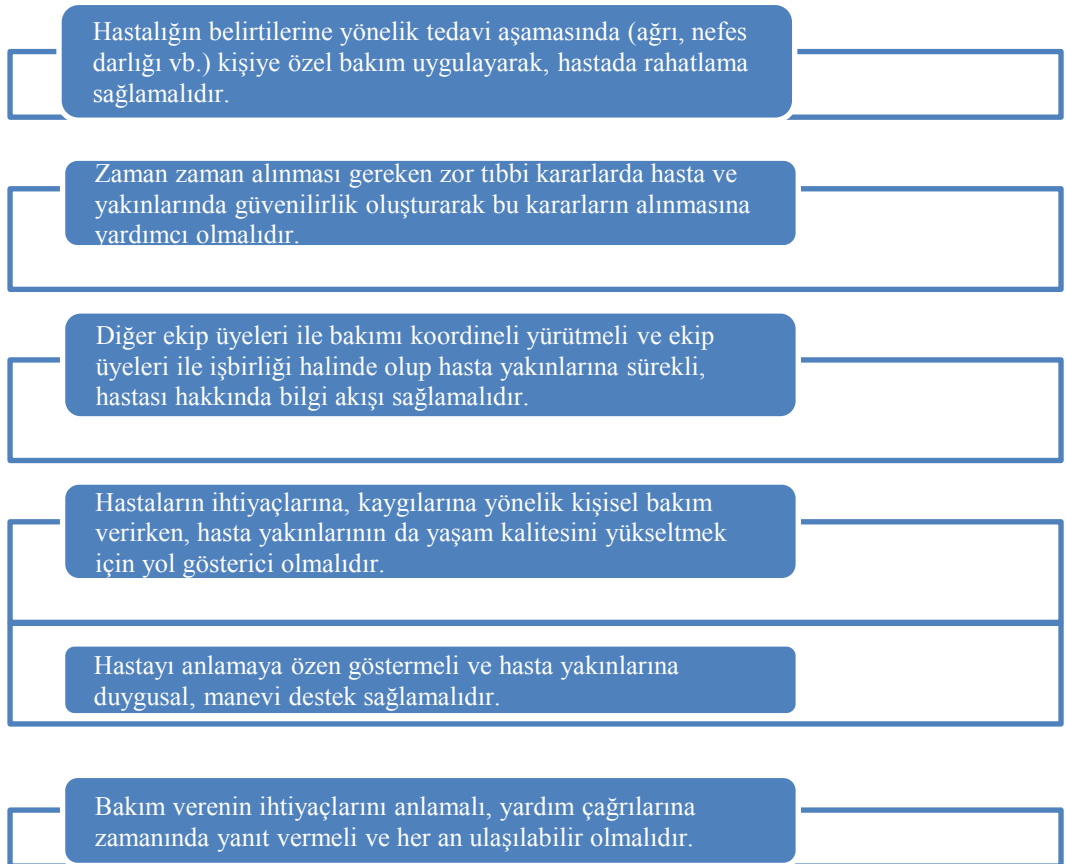
Daha sonra beyin travmaları ve serebral strok, kalp hastalıkları, Parkinson hastalığı, spinal kord yaralanmaları palyatif bakım gerektiren hastalıklar kapsamına alınmıştır. (Pastrana ve diğ, 2008).

1.3.4. Palyatif bakım ekibi

Palyatif bakım multidisipliner bir ekip yaklaşımıdır; hasta, ailesi ve profesyonel sağlık uzmanları ile profesyonel olmayan hizmet sunucuları arasında ciddi bir ortaklık gerektirmektedir. Doktor, hemşire, psikolog, eczacı, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı, din görevlisi ekibin çekirdek yapısını oluştururken, farklı bakım işlevleri ve özel rolleri olan bakım vericiler, aile üyeleri, gönüllüler ve sivil toplum kuruluşları da ekip içinde yer almaktadır. Ayrıca hastanın gereksinimlerine göre medikal onkolog, radyasyon onkologu, anestezi uzmanı, iç hastalıkları uzmanı, psikiyatri uzmanı, göğüs hastalıkları uzmanı, rehabilitasyon ekibi (fizik tedavi uzmanı, masaj terapisti), genel cerrahi uzmanları ekibe destek olabilirler, ekip lideri hastanın duruma göre değişiklik gösterebilmektedir.

Palyatif bakım ekibi;

Şekil 1. 4: Palyatif bakımda palyatif bakım ekibinin rolü



1.4. DÜNYADAKİ PALYATİF BAKIM HİZMETLERİNİN TÜRKİYE'YE ENTEGRASYONU

T.C. Sağlık Bakanlığında palyatif bakımın gelişmesi adına atılan ilk adım evde sağlık ve bakım hizmetlerinin uygulamaya konulmasıdır. Hastanede yatarak semptomlarının kontrol altına alınması ya da ayaktan takip ve tedavi edilmesi gereken hastalara yönelik uygulanacak palyatif bakım hizmetleri için ülkemizde gereksinimlere göre bir yönerge hazırlığına başlandığı bilinmektedir. Bu sisteme göre bakanlığa ve üniversitelere bağlı olarak hastanelerde açılacak palyatif bakım merkezleri ve birimlerinin; aile hekimliği ve evde bakım hizmetleri ile koordineli olarak çalışması planlanmaktadır. Yürütülecek bu hizmetlerle ülkemizin sağlık standardı yükselecek ve yaşamının son dönemindeki bireylere daha kaliteli bir yaşam hakkı sağlanmış olacaktır.

Şekil 1. 5: Palyatif Bakımın Gelişmiş Ülkelerde Uygulamaları

- 1.4.1.Yataklı tedavi kurumları
 - 1.4.1.1.Kapsamlı Palyatif Bakım Merkezi (KPSM, III. Basamak)
 - 1.4.1.2.Palyatif Bakım Merkezi (PBM, II. Basamak)
 - 1.4.1.3.Palyatif Bakım Birimi (PBB,I. Basamak)
- 1.4.2.Evde Bakım Programları (EBP,I. Basamak) Modeli
- 1.4.3.Aile Hekimleri (AH,I. Basamak)
- 1.4.4.Hospis kuruluşları

Palyatif bakımın gelişmiş ülkelerdeki uygulama örneklerinden yola çıkarak hazırlanan taslak yönergeye göre bu dört farklı model birlikte ihtiyaca göre dönüşümlü olarak hasta bakımında rol almaktadır.

1.4.1. Yataklı Tedavi Kurumları

Günümüzde tıp alanında önemli gelişmeler olmasına rağmen hala bazı hastalıkların tedavi süreci uzun sürmekte ve her türlü tıbbi tedaviye ve bakıma rağmen hastaların yaşamları son bulabilmektedir. Çoğu zaman bireylerin uzun süreli bakım ihtiyaçları aile üyeleri tarafından karşılanmakta, hasta ve ailesi psikolojik ve fizyolojik olarak bakım sürecinde zorlanabilmektedir (Peykerli, 2003).

Uzun süreli bakıma gereksinim duyan palyatif bakım hastasının bakım sürecinde fiziksel ve mental yeteneklerinin kaybolması olasılığı yüksektir. Hastanın yaşadığı bu çöküşlerde aileye yük olmayı istememesi, bu bireylere ailede bakacak kimsenin olmaması yâda bakım vericilerin bu çöküşlerle baş edememesi durumunda yataklı palyatif bakım kurumları devreye girmektedir (Biol, 2004).

1.4.1.1. Kapsamlı Palyatif Bakım Merkezi (KPBM, III. Basamak)

Temel sağlık hizmetlerinin nitelik ve niceliği düşünüldüğünde palyatif bakım hastasının terminal dönemdeki yaşam kalitesini artırabilmek için palyatif bakım kliniklerine, yeterli sayıda araç-gerece, ilaca ve sağlık personeline ihtiyaç duyulmaktadır.

Ülkemizde akut yoğun bakımların daha efektif çalışması, hasta/ aile/ bakımının kronik sürece ve bakım planına adaptasyonunun sağlanabilmesi için gerekli eğitimlerin verilmesi, uzman personelin gereksiz istihdamının önlenmesi ve tıbbi maliyetin daha düşük olması gibi sebeplerden dolayı palyatif bakım merkezlerine ihtiyacın arttığı görülmektedir.

Ankara Ulus Devlet Hastanesi bünyesinde bulunan ülkemizin ilk Kapsamlı Palyatif Bakım merkezi 01.01.2012'den itibaren palyatif bakım hastalarına hizmet vermektedir. Kapsamlı Palyatif bakım merkezinde hastanın semptomlarına yönelik farmakolojik tedavisi yapılırken aynı zamanda günlük yaşam içinde daha aktif ve

üretken olmalarını sağlamak amacı ile ilgi alanlarına, hobilerine yönelik faaliyetlerde bulunabilmelerine de olanak sağlanmaktadır.

Bu amaçla kapsamlı palyatif bakım merkezinin bünyesinde fizik tedavi ve algoloji polikliniğinin dışında, aktivite odası (iş-uğraş terapisi için), sosyal mekân (kış bahçesi, oturma salonu), inançlarına yönelik faaliyetlerde bulunmaları için ibadethane (her inanca özgü din adamı), eğitim salonu (hastanın evde bakıma adaptasyonunu sağlamak için hasta yakını ve bakıcısına planlı periyodik eğitimler verilmektedir) ve mutfak (yemeklerini yapabilmek için) bulunmaktadır. Palyatif bakım kliniğinde ayrıca hasta ve ailesini ölüm ve yas sürecine hazırlamak için psikososyal destek sunan psikologlar ve maneviyatı güçlendirmek için ilahiyatçılarda görev almaktadır.

1.4.1.2. Palyatif Bakım Merkezi(PBM, II. Basamak)

Günümüzde palyatif bakım hastasının evde ölmeyi istemesine rağmen hastanede hayatını kaybetmesi palyatif bakım merkezlerinin hastane içinde veya hastaneden bağımsız ek bir bina olarak kurulmasına neden olmuştur. Palyatif hastasının yaşadığı problemlerin çözümü için uzman bilgisi ve girişimine ihtiyaç duyulurken, hasta yakınının da gereksinimlerinin karşılanması gerekmektedir. Bu nedenle palyatif bakım merkezleri hastanelerin içinde inşa edilirler. Palyatif kliniklerindeki ekip, palyatif bakım alanında eğitim almış doktor, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, din görevlisi, psikolog ve gereksinime göre çeşitli terapistlerden ve gönüllü çalışanlardan oluşmaktadır.

1.4.1.3. Palyatif Bakım Birimleri (PBB, I. Basamak)

Evde sağlık ve bakım hizmetlerinin yetersiz kaldığı ve hastanın semptomları kontrol altına alınamadığında palyatif bakım birimlerine hastalar kabul edilir. Hastanın tedavisi sonlanınca yeniden alıştığı çevreye dönmesi için en kısa zamanda taburculuğu planlanır. Ancak semptomlar ortadan kaldırılamadığında hastanın yaşam

kalitesini artırmak için yaşamının son anına kadar palyatif bakım birimlerinde sağlık ve bakım hizmeti alması sağlanır. Palyatif bakım birimlerinde hastanın gereksinimine göre bakım, tedavi, psikososyal veya maneviyatla ilgili problemlerin öncelik sıralamalarında değişiklikler olmaktadır. Bu nedenle palyatif bakım birimlerinde ekip çalışmasına ve ekipte iletişime büyük bir önem verilmektedir.

Palyatif bakım birimleri hastanın aile hekimiyle ve aynı zamanda evde sağlık ve bakım birimi ile bağlantı halinde olmalıdır. Palyatif bakım birimlerinden sorumlu hekimin personelin hizmet içi eğitimlerini gerçekleştirebilecek nitelikte, birim sorumlusu ve serviste çalışan hemşirelerin ise tercihen 160 saatlik palyatif tedavi ve bakım ile ilgili hizmet içi eğitimi almış olması beklenilir.

1.4.2. Ev Bakım Programları (EBP, I. Basamak) Modeli

Evde sağlık ve bakım birimleri tarafından yaşam sonu bakım hastalarının tedavi ve takiplerin yapılmasına yönelik ev ziyaretlerini içermektedir.

1.4.3. Aile hekimleri (AH, I. Basamak)

Aile hekimi, palyatif hastasının semptomlarını takip ve tedavi etmede, hastalığın seyrine göre palyatif bakım birim ve merkezlerine yönlendirmede rol oynamaktadırlar.

1.4.4. Hospis kuruluşları

Kurumsal sağlık ve bakım hizmetinin verildiği hospisler, tedavisi mümkün olmayan bir hastalık nedeni ile yaşamlarını son altı ay veya daha kısa bir süresinde kaybedecekleri ön görülen hastalar için oluşturulmuş bir sağlık kurumudur. Bir hasta evde bakımı olası olmadığında veya hastanede mevcut tedavilerden yarar sağlamayacağı durumlarda hospise kabul edilir ve bireyin ömrünün geri kalan günlerini olabildiğince bilinçli olarak yüksek yaşam kalitesinde geçirmesi hedeflenir.

Bu kurumlarda mevcut ekibin dışında olanaklara bağılı olarak din görevlisi, psikolog, müzik ve iş terapisi uzmanı gibi diğere meslek çalışanların da ekipte yer alması beklenir. Ekibin temel görevi hastaya ölüm anına kadar eşlik etmektir.

Hospislerde çalışan birim sorumlusu hemşirenin devlet hemşirelik sınavında başarılı olmuş, ayrıca 160 saatlik palyatif tedavi ve bakım kursuyla birlikte 460 saatten oluşan yönetici kursunu da tamamlamış olması gerekmektedir. En az üç yıllık bir deneyimi, hastanenin herhangi bir servisinde veya hospis kuruluşunda kazanmış olma şartı da aranmaktadır.

1.5. TÜRKİYE’DE PALYATİF BAKIM HİZMETLERİ

Ülkemizde tedavisi mümkün olmayan bir hastalığa yakalanan aile büyüklerine her türlü bakım ve desteğin aile bireyleri tarafından veriliyor olmasının palyatif bakım hizmetlerinin gelişimini geciktiren en önemli unsur olduğu düşünülmektedir. Öte yandan konuya ilgi duyanların bilgi sahibi olabileceği Türkçe yayın kaynağının ve medikal onkoloji uzman sayısının sınırlı olması, palyatif bakım genel prensiplerinin temel tıp eğitiminde verilmemesi ve tıp alanında uzmanlık alanı olarak gösterilmemesi gereken farkındalığın oluşmasını geciktiren etkenlerden sadece birkaç tanesidir.

Türkiye’de Türk Onkoloji Vakfı’nın 1993-1997 yılları arasında İstanbul Yeşilköy’de kurduğu “Kanser Bakımevi” palyatif bakım hastalarına hizmet vermeye yönelik kurulmuş ilk kuruluştur. Kanser hastalarının tedavisi için kurulan bu kurumlarda yatan hastalara sosyal güvenlik sistemimiz tarafından ödeme yapılmaması, bağış kaynaklarının yetersiz olması, hasta ve yakınlarında palyatif bakım bilincinin tam anlamı ile oluşmamış olmasının kanser bakımevinin kapatılma sebeplerinden olduğu bilinmektedir.

1999 yılında Türk Onkoloji Grubu çatısı altında kurulan Destek Tedaviler Çalışma Grubu palyatif bakım konusunda eğitici ve standartları geliştirici toplantılar

ve çalışmalar düzenleyerek palyatif bakım bilincinin oluşması için katkı sağlamışlardır. Grubun 18 farklı merkezden, 40 kadar üyesi bulunmaktadır (Kömürcü, 2010).

2006 yılında kurulan Palyatif Bakım Derneği ise kanser hastalarına yaşamın son dönemde multidisipliner bakım sağlamayı hedeflemiştir. Vizyonu multidisipliner olma, misyonu hasta ve ailelerini yalnız ve desteksiz bırakmamaktır (Palyatif Bakım Derneği, 2009).

2006 yılında Hacettepe Onkoloji Enstitüsü tarafından 12 odalı bir Ankara evinin hospise dönüştürülmesi palyatif bakıma yönelik atılan ikinci adım olmuştur. “Hacettepe Umut Evi” adı altında kanserli hastaların tedavi sonrasında kısa süreli konaklamalarına olanak sağlayan bu ev yasal düzenlemelerin olmaması sebebiyle en asgari düzeyde hemşirelik hizmetlerinin verildiği bir kurum olarak kalmıştır (Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2007;2:6-156)

Ortadoğu Kanser Konsorsiyumu (Middle East Cancer Consortium) palyatif bakım raporunda 2005 yılı verilerine göre Türkiye’de 7 tane palyatif bakım ünitesi olduğunu belirtmişlerdir. Ülkemizde palyatif bakımla ilgili eğitim almış çeşitli uzmanlar palyatif bakım farkındalığı/bilinci ve eğitimini geliştirmeyi hedeflemektedir (Akgül, 2007).

Kasım 2006’da, Onkoloji bölümü bünyesinde kurulan Anadolu Sağlık Merkezi Palyatif Bakım Ünitesi, Avrupa Medikal Onkoloji Birliği Palyatif Bakım Grubu akreditasyonu almış tek ünedir. 23 personelin çalıştığı (1 yönetici, 1 konsültan, 2 onkolog, 1 dâhiliye uzmanı, 1 psikiyatrist, 1 algolog, 1 psikolog, 1 diyetisyen, 2 aile hekimi ve 10 hemşire) ünite 18 yatak kapasitesine sahiptir.(Anadolu Sağlık Merkezi, 2010).

Ege Üniversitesi bünyesinde, 2006 yılında kurulan Tülay Aktaş Palyatif Bakım Ünitesi kanser hastalarına yönelik semptomatik tedavi uygularken, aynı zamanda hasta ve yakınlarına psikolojik destek ve danışmanlık sağlayarak bütüncül

bir yaklaşımla hizmet vermektedir. Ekipte medikal onkolog, algolog, psikiyatrist, fizik tedavi uzmanı, cerrah, hemşire ve diyetisyen yer almaktadır. Hemşire vaka yöneticisi olarak ekibi koordine etmektedir (Uyar ve diğ, 2007).

Dr. Abdurrahman Yurt Arslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ağrı ve Palyatif Bakım Kliniği Temmuz 2007’de açılmış olup 18 yatak kapasitesine sahip olan üniteye 5 anestezi uzmanı, 2 anestezi fellowu, 9 hemşire, sosyal hizmet uzmanı, psikolog ve fizik tedavi uzmanı görev yapmaktadır (Tan ve diğ, 2009).

Sağlık Bakanlığı Kansere Savaş Dairesi Başkanlığı ve Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi arasında yapılan iki yıllık işbirliği anlaşmasına göre ‘‘Ulusal Kanser Kontrol Programı’nın önemli bir bileşeni olan palyatif bakım programı eylem planı, 2008-2009 yılları arasında düzenlenen üç çalıştay sonunda gerçekleştirilmiştir. Bu eylem planında ülkemiz koşulları ve öncelikleri doğrultusunda, üç pilot palyatif bakım merkezinin kurulması, palyatif bakım alanında eğitimli ve deneyimli uzman ekiplerin oluşturulması, opioid bulunabilirliğinin ve kullanılabilirliğinin kolaylaştırılması amaçlanmıştır (Palyatif Bakım Programı, 2009).

Gelişmiş ülkelerde kanserli hastaların aktif tedavilerinin bitiminde palyatif bakımlarının yapılabileceği çeşitli alternatif kurumlar bulunmaktadır. Hemşire Bakım Evleri, Yaşlı bakım evleri, Evde Bakım Servisleri, Rehabilitasyon Merkezleri bunların arasında sayılabilir. Türkiye’de hemşire bakım evleri henüz yoktur, yaşlı bakım evleri ile huzurevleri de önemli sağlık sorunu ve semptomları olan hastalara yönelik hizmet vermekten uzak olduğu gibi bu tür hastaları yaşlı dahi olsalar bu kurumlara kabul etmemektedirler.

Ayrıca ülkemizde palyatif bakım ağrı kontrolü olarak algılanmakta bu nedenle algoloji bölümlerinde palyatif bakım hizmetleri vermektedir.

Palyatif bakım merkezlerinin az sayıda ve yeni kurulmuş olması, mevcut palyatif bakım hizmet modelleriyle arasında sistemsel bir benzerliğin olmaması sistemin gelişimi açısından bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Ağrı

merkezlerinin de Ankara, İstanbul gibi büyük illerde bulunması hizmete erişilebilirlikte sorun yaratmaktadır. Bununla birlikte morfin kullanımı açısından ülkemiz; tüm dünyada tıbbi amaçlı kullanılan morfinin % 90'ından fazlasını ham madde olarak üretmesine rağmen, morfin kullanımı açısından Arap ülkelerinin bile gerisinde kalmaktadır (Gültekin M, Özgül N, Olcayto E, Tuncer M, 2010).

Tablo 1. 3: Ülkemizde Mevcut Palyatif Bakım Merkezleri ve Ağrı Üniteleri

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel
Palyatif Bakım Merkezi	2	7	1
Ağrı Merkezi	35	11	6

Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesince mevcut durum analizleri değerlendirilerek Palli-Türk adında bir proje hazırlanmıştır. Palyatif bakım 2010-2015 Ulusal Kanser Kontrol Programının en önemli yapıtaşlarından biri olarak kabul edilmiştir. Esas olarak Palli-Türk Aile Hekimliği üzerine kurulu, KETEM ve sivil toplum örgütleri ile desteklenen; primer olarak hemşire bakımı üzerine oturtulan bir sistem olup, ülkemizin mevcut sosyo-kültürel yapısına en uygun sistem gibi durmaktadır. Önümüzdeki yıllar içerisinde bu sistemin ülkemiz için getirileri ve uygulanabilirliği görülecektir. (Gültekin M, Özgül N, Olcayto E, Tuncer M, 2010)

Palyatif bakım hizmetlerinin; ülkemizde uygulanabilir olması, hasta hakları açısından da bir zorunluluk arz etmektedir. Hasta Hakları Yönetmeliği'nde bulunan iki madde palyatif bakım hizmetlerinin verilme gerekliliğini açıklar niteliktedir. Bu maddeler;

Madde 13-Ötenazi yasaktır;

“Tıbbi gereklerden bahisle veya her ne suretle olursa olsun hayat hakkından vazgeçilemez. Kendisinin veya bir başkasının talebi olsa dahi kimsenin hayatına son verilemez”(Hasta hakları yönetmeliği,1998)

Madde 14- Tıbbi Özen Gösterilmesi

“Personel hastanın durumunun gerektirdiği tıbbi özeni gösterir. Hastanın hayatını kurtarmak veya sağlığını korumak mümkün olmadığı takdirde dahi, ıstırabını azaltmaya veya dindirmeye çalışmak zorunludur”(Hasta hakları yönetmeliği, 1998)

Ülkemizde palyatif bakım hizmetleri üniversite hastaneleri tarafından sunulmaktadır ve bakım hastasının tedavi, ilaç giderlerinin tamamını ya da bir kısmını SGK veya özel sağlık sigorta sistemleri tarafından karşılanmaktadır. Düşük gelirli hastaların ise tedavi ve ilaçlar giderleri yeşil kart sahibi olduklarını belgeledikleri takdirde yine devlet tarafından finanse edilmektedir.

Palyatif bakım hastalarının ayaktan tedavi almaları halinde, ödeme hastalar ya da sağlık sigortaları tarafından yapılmaktadır. Ancak özel kurumlardan palyatif bakım hizmeti alanların tedavi giderleri devlet tarafından finanse edilmemektedir.

13.02.2012 tarihinde, Sağlık Bakanlığı “Palyatif Bakım Muayenesi Hayata Geçecek” haberinde duyurduğu üzere kanser başta olmak üzere tedavisi mümkün olmayan hastalıklarda tıbbi ve psiko-sosyal destek verilmesini öngören palyatif bakım projesini hayata geçirmeyi planlamıştır. Aynı zamanda kanser hastalarının ağrılarının dindirilmesine yönelik opoide ulaşımın kolaylaştırılması projenin en önemli maddesi olmuştur.

Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğüne palyatif bakım projesinin hasta yakınlarını kapsaması ve üç basamaklı bir yaklaşımı içermesi gerekliliğinden bahsedilmiştir. Birinci basamakta gerekli alt yapının kurulması, ikinci basamakta hastane sisteminin dâhil edilmesiyle projenin ülke geneline yaygınlaştırılması, üçüncü basamakta belirli merkezlerin çatısı altında hospislere benzer palyatif bakım birimlerinin kurulması ile uygulamanın pilot illerde başlatılması planlanmıştır. Mevzuat çalışmasının sonuçlanmak üzere olduğunun belirtildiği projede merkez ve yerel hastane alt yapılarının oluşturulması ve hizmet

verecek personelin eğitiminin tamamlanmasıyla sürecin başlayabileceği ifade edilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2013)

Kanserde palyatif bakım konuları onkoloji eğitimin tamamlayıcı bir parçası olmasına rağmen ülkemizde onkoloji eğitimi verilen merkezlerin sadece bir kısmında palyatif bakım eğitim programları vardır. Genellikle tıp fakültelerinde ve uzmanlık eğitiminde palyatif bakım programına yer verilmemektedir. Ayrıca Türkiye’de “palyatif bakım” bir uzmanlık alanı olarak kabul edilmemektedir (Kömürcü, 2010).

Türk Onkoloji Grubu Palyatif Tedaviler Alt Çalışma Grubunun bu konuya önemle eğilmesi, kurs ve seminerler düzenlenmesi onkoloji eğitimindeki bu eksikliğı tamamlamayı amaçlamaktadır. Palyatif bakım dersi üniversite düzeyinde sadece 2005 yılından itibaren Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik bölümü tarafından verilmektedir. Bu dersin amacı; hastalık, ölüm ve yas sürecinde bireyin ve ailenin desteklenip yaşam kalitesinin sürdürülmesi, hospis hizmetleri ve diğer organizasyonlar ile palyatif bakım ekibinin rol ve işlevlerinin tartışılmasıdır (Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, 2010).

İKİNCİ BÖLÜM

EVDE SAĞLIK VE BAKIM HİZMETLERİ

İnsanoğlu dünyaya geldiği ilk andan itibaren hayatta kalabilmek için bir başkasının bakımına ve desteğine ihtiyaç duymaktadır. Büyüyüp geliştikçe bağımlılık düzeyi azalmakta ve zamanla kendi kendine yetebilen bireyler olmaktadır. Ancak doğuştan ya da yaşamının herhangi bir aşamasında oluşabilecek kazalar, hastalıklar, savaşlar, doğal afetler ve yaşlanma gibi sebeplerden dolayı insanoğlu tekrar fizyolojik, psikolojik ve zihinsel sağlığını kaybedebilmektedir.

Bu durumda kişisel bakım aktivitelerinin yerine getirilmesinde (vücut temizliği, yemek yeme, soyunma, giyinme, tuvalet ihtiyacın giderme vb.) başka bir bireyin desteğine yeniden gereksinim duyabilmektedir. Hayatın idamesi için yapılması gereken faaliyetleri kişinin kendisinin gerçekleştirecek yeteneğe ve gücü sahip olmaması durumunda bireyin başka şahıslara gereksinim duyacağı bakıma muhtaçlık riski gelişir ve her birey için bu risk söz konusudur.

Teknolojide meydana gelen yenilikler sayesinde bulaşıcı hastalıklar sebebiyle meydana gelen sağlık problemleri ve toplu ölümler önlenmiş olsa da özürülük ve bakıma muhtaçlık riski ortadan kalkmamıştır. Tüm ülkelerde bakıma muhtaç bireylerin uzun süreli bakımı informal bakım vericiler tarafından ve özellikle de kadınlar tarafından karşılanmaktadır.

Ancak genel nüfus popölasyonunun giderek yaşlanması, kırsal ve kentsel alanda meydana gelen sosyal çevre değişimi, yaşlı veya hasta aile üyesine bakım verecek genç birey sayısının giderek azalması, kadınların çalışma hayatının içinde aktif olarak yer alması ile bakım verici rolden uzaklaşmaya başlaması kurumsal sağlık hizmeti alma eğiliminin ve buna bağlı olarak da maliyetlerin artmasına sebep olmuştur.

Tüm bu gelişmeler neticesinde evde sağlık ve bakım hizmeti verme gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Sosyal ve yasal alanda yapılacak bazı yapısal düzenlemeler ve yaklaşım tarzı değişiklikleri ile hayatı kolaylaştırmak mümkün hale gelirken, evde sağlık ve bakım hizmeti almaya gereksinim duyan hasta ve yakınlarının yaşam kalitesi de artmaktadır. Ayrıca ailede bakım verici rolü üstlenenlerin bu hizmeti yerine getirebilmeleri için ihtiyaç duydukları destek ve rehberlik hizmeti, evde sağlık ve bakım hizmeti sayesinde sağlanmış olmaktadır.

2.1. BAKIM HİZMETLERİNİN TANIMI VE İÇERİĞİ

Evde sağlık ve bakım hizmetlerine giriş yapmadan önce, sağlık ve bakım kavramlarının tartışılması daha doğru bir yaklaşım olmaktadır. Bakım kavramının tanıtımında ülkelerin kendi kültürel yapılarına göre farklılıklar olmasına rağmen bakım; hayatın devamlılığı için gerekli günlük yaşam aktivitelerinin ve yardımcı yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesinde bağımsızlığını kaybeden bireyin desteklenmesini amaçlayan faaliyetleri ifade etmektedir (Feder K, 2000;Joel, 2002).

Bakım; “Hayatın idamesi için, gereklilik arz eden fiziksel, ruhsal ve sosyal faaliyetlerin gerçekleştirilmesinde, tekrarının sağlanabilmesinde bakıma gereksinim duyan bireye destek olmaktır. Bakıma gereksinimi olan bireylerin yaşamlarını, kendi bağımsız ve rahat ortamlarında sürdürebilmeleri, sağlıklarını koruyabilmeleri amacıyla, profesyonel (sağlık elemanları, eğitilmiş bakıcılar) bakım vericiler veya profesyonel olmayan (aile, komşu, akraba, gönüllü vb.) bakıcılar tarafından sunulan bakım hizmetidir (Seyyar, 2007).

Türk Dil Kurumu “ Bakma işi”ni, “Var olan bir durumun iyi yönde gelişebilmesi ve bu gelişimin devamlılığının sürdürülebilmesi için gösterilen emek verme biçimi ve birinin yıkanma, hareket etme, beslenme, giyinme gibi ihtiyaçlarını karşılama işi” olarak tanımlamaktadır.

Alman Meslek Odası ise bakımı “ Bireyin yaşamının devamlılığının sağlanması için sunulan sosyal hizmetlerin bütünü ve yaşam yardımıdır. Sağlıklı ya da hasta tüm yaş grubunu ilgilendirmektedir” şeklinde tanımlamaktadır (Seyyar, 2004, s. 5).

Bakım, hayatın devamlılığı için süreklilik arz eden bedensel, ruhsal ve sosyal aktivitelerin yerine getirilmesinde, devamlılığının sağlanmasında ve uyumunda bireye yardımcı olmaktır.” (Seyyar, 2007, s. 44).

Dünya Sağlık Örgütü’ne göre ise ‘ Bakım’’ “Kendi kişisel bakımını yapabilme, sürdürebilme ve istenilen yaşam standardını sağlamada yetersiz olan bireylerin yaşamlarının idamesinin sağlanması esnasında tıbbi ve sosyal uzman desteği veya aile, akraba desteğine ihtiyaç hissedilen faaliyetlerdir” (Oğlak, 2007a, s. 3).

En geniş anlamıyla bakım hizmetleri; bakıma gereksinim duyan bireye evde veya kurumda verilen profesyonel destek hizmetleridir (III. Özürlüler Şurası, 2007, s.39).

Bakım hizmetinin kapsamı ve türü; bakımın süresine, bakım hizmeti verilen yere, amacına, hizmeti sunan kişilerin durumuna göre değişiklik arz etmektedir. Bakım hizmetlerinin amacı kaza, hastalık ve doğum sonrası, kısa süreli bakıma veya tıbbi tedaviyle düzelemeyecek bedensel, zihinsel ya da psikolojik bir engel sebebiyle uzun süreli bakıma ihtiyaç duyan bireylerin bağımsız olarak kendi kişisel yaşam aktivitelerini yerine getirebilmesini sağlamaktır.

Bu durumda bakım hizmetinin ev ortamında mı, yoksa kurumsal düzeyde mi sunulması gerektiği konusunda bireyin durumuna göre karar verilmesi gerekmektedir. Bakım hizmetlerinin kapsamı değişse bile değişmeyen iki boyutu bulunmaktadır: Bir tarafta hizmet sunumu ve hizmet sunan bakıcı vardır, diğer tarafta hizmetten yararlanan ve bakıma muhtaç birey bulunmaktadır.

Bakım hizmetleri informal (aile bireyleri, akrabalar ve komşular tarafından verilen tamamen gönüllülük ilişkisine dayalı, profesyonel olmayan kişilerce verilir) ve formal (belirli bir ücret karşılığında, bakımın kalitesini artırmak için profesyonel veya yarı uzman bakım vericiler tarafından verilir) bakım olmak üzere iki şekilde verilebilmektedir (Pijil, 1994). “Birçok Avrupa ülkesinde informal bakım %80-90 arasında değişiklik göstermektedir” (Hilman, 2002). Özellikle Yunanistan, İtalya ve İspanya gibi geleneksel aile yapısının korunduğu Akdeniz ülkelerinde informal bakım, kurumsal bakıma tercih edilmektedir (Jacobzone, 2000).

Ülkemizde ise kendi aile çevresinde bireye destek olacak bir yakınının bulunması, bakmaya istekli ve bakım verecek düzeyde olması halinde bakım hizmetinin evde sunulması mümkündür. Ancak bakım hizmetinin kesintisiz verilmesi gerektiği durumlarda profesyonel müdahale zorunlu olmaktadır. Bireylerin yaşamlarını kendilerini bağımsız ve rahat hissettikleri evlerinde sürdürme isteği, belirli bir ücret karşılığında bakım hizmetini veren, profesyonel bakım vericilerinin (formal) bu alanda yer almasına neden olmaktadır (Oğlak, 2008).

Bakım hizmetleri ile bireyin; kişisel bakım aktiviteleri (giyinme, yemek yeme), ev içi destek gereksinimleri (yemek tedariki, ev temizliği), ev dışı destek gereksinimleri (ev içi düzenlemeler, transfer ihtiyacı), sağlık ve yaşama katılım destek gereksinimleri (eğitim hizmetleri desteği, sosyal hayata katılım desteğini karşılanmaktadır.

Dünya nüfusunun hızla yaşlanmaya başlaması ile ülkeler artan bakıma muhtaçlık riski karşısında bireye yönelik ekonomik, sosyal, tıbbi ve psikolojik destek sağlayan ve sosyal güvenlik sistemi içinde bakım güvencesi veren yeni hizmet modelleri geliştirmek zorunda kalmışlardır. 1995 yılında Almanya’da kabul edilen Bakım Sigortası Yasası ile bakım hizmetlerinin sosyal güvence kapsamına alınması bu alandaki ilk uygulama olarak kabul edilmektedir. Ülkemizde ise Sosyal Güvenlik Kurumu çatısı altında henüz bakım sigortası uygulaması bulunmamaktadır (Dilik, 1999, ss. 4-17).

2.2. SAĞLIK HİZMETİNİN TANIMI VE İÇERİĞİ

Sağlık kavramı tanımlandığı döneme ve ülke kültürüne göre farklılık göstermektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlık ile ilgili beklentilerinin artması bu kavramı kişilerin, "yaşamlarını sürdürebilmelerinden", "hasta olmamalarına", "günlük aktivitelerini yerine getirebilme yeterliliklerine", "mutluluk duygusuna sahip olmalarına" ve "iyilik halinin sağlanmasına" varıncaya kadar farklı şekillerde tanımlamasına neden olmuştur (Larson, 1991). En sonunda da sağlığı, kişilerin neyi yapmaya ihtiyaç duyuyorlarsa onu yapabilme yeteneği olarak tanımlamışlardır (Larson, 1991).

Sağlıkta en belirleyici tanımlar, sağlık profesyonelleri tarafından yapılan resmi ve profesyonel olmayan kişilerin sağlıkla ilgili algılamalarından oluşan resmi olmayan tanımlardır. Kişilerin sağlıkla ilgili algılamaları tarihsel farklılık gösterdiği gibi, ülkelerin geleneksel farklılıklarından dolayı da değişiklik göstermektedir (Aggleton, 1990).

Robinson ve Elkan (1996) sağlığı hastalığın yokluğu biçiminde tanımlayarak negatif bir yaklaşımla ele almışlardır. Negatif tanımlamalarla ilgili olarak ortaya çıkan en önemli problem evrensel olarak nitelendirilecek ve bireyin hasta olarak kabul edilip edilmemesinde bir ölçüt olarak başvurulacak normların her zaman bulunmamasıdır. Bu türde bir tanımlama sağlığın ancak bozulduktan sonra tanımlanabilmesine olanak sağladığı için "öncelikle insanların hastalanmasını önleme" ilkesiyle bağdaşmamakta ve bu konu ile ilgili olarak yapılması düşünülen planlamalara ters düşmektedir (Aggleton, 1990).

Sağlığın pozitif tanımları ise, pozitif öğelerle beraber aynı zamanda negatif öğeleri (hastalığın yokluğu) de içermektedir. Sağlığın pozitif yönden tanımlanması ile ilgili olarak üzerinde fikir birliği edilmiş bir tanım bulunmamaktadır (Robinson ve Elkan, 1996). Sağlık ile ilgili "Belirli özelliklerin var olması, bulunması ya da diğer bir deyişle belirli özelliklere sahip olmaktır" şeklinde sınıflandırmalar yapılmıştır. Bu sınıflandırmalar, kişisel erk(güç), beceri ve potansiyel olarak sağlık, ideal bir

durum olarak sağlık, bedensel ve psikolojik uyum olarak sağlık, bir mal olarak sağlıktır (Seedhouse, 1996).

Sağlık yaygın olarak "fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik hali" şeklinde tanımlanmakta ve "günlük hayatın kaynağı" olarak görülmektedir (Slee ve diğ.,1996)

Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO) göre ise "Sağlık" " Herhangi bir hastalık ve güçsüzlük durumunun olmaması ve fiziksel, psikolojik ve sosyal bakımdan tam bir iyilik hali içinde olma durumudur"

2.3. BAKIMA MUHTAÇLIK KAVRAMI

Bakıma muhtaçlık; bireyin yaşamının idamesi için gereken yaşamsal fonksiyonları yerine getirmesinde başkasının bakım ve desteğine gereksinim duyması durumudur (Seyyar, 2004, ss. 8-9).

Fiziksel, zihinsel veya ruhsal yönden hasta veya engelli olma nedeni ile günlük yaşamın idamesine yönelik yaşamsal aktivitelerin yerine getirilmesinde (muhtemelen en az 6 ay ciddi veya üzeri) başkasının yardımına ihtiyaç duyan bireye bakıma muhtaç kişi denir (Almanya Sosyal Sigortalar Sistemi Bakım Sigortası Kanunu).

Bireyin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme esnasında başkasının bakım ve desteğine ihtiyaç duyması, bireyin özgüveni ve bağımsızlığı üzerinde önemli baskılar yaratmaktadır. Kişinin bu baskıya bağlı olarak ruhsal ve sosyal yönden olumsuz etkilenmesi sonucunda kısa veya uzun süreli bakım hizmetlerine gereksinim duyulmaktadır (Oğlak, 2007a, s. 6).

2.3.1. Engellilik Nedeniyle Bakıma Muhtaçlık

01.07.2005 tarih ve 5378 sayılı Özürlüler Kanunu'na göre “Engelli birey” “Doğuştan ya da sonradan hayatının herhangi bir aşamasında kaza ya da hastalık nedeniyle fiziksel, zihinsel, duygusal ve psikolojik yeteneklerini kaybetmesi nedeniyle günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesinde zorlukları olan ve bu nedenle sağlık, bakım, rehabilitasyon ve rehberlik hizmetlerine ihtiyaç duyan birey” olarak tanımlanmaktadır (ÖZİDA, 2004, s.10).

SHÇEK ise “Bakıma muhtaç Engelli” “Günlük hayatın idamesi için alışılmış ve tekrarlanması zorunlu olan aktiviteleri yerine getirememesi sebebiyle yaşamını başkasının desteği ve bakımı olmadan sağlayamayacak derecede düşük olan birey” olarak tanımlamaktadır (SHÇEK, 2006).

2002 yılında, Türkiye’de Özürlüler İdaresi Başkanlığı tarafından yapılan bir araştırmaya göre ‘ Türkiye’de engelli nüfus popülasyonunun, genel nüfus popülasyonuna oranı % 12.29’dur. Kronik hastalığı olanların oranı % 9,70’iken, ortopedik, işitme, zihinsel, görme, dil ve konuşma özürlülerin oranı % 2,58 tir” (ÖZİDA, 2004). Bakıma muhtaçlık olgusunda; özürden daha çok günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken bağımsız hareket edebilme durumu etken olmaktadır. Bu nedenle % 100 görme ya da işitme engelli bir birey hayatının idamesi için başkalarının desteğine gereksinim duymadan bağımsız bir şekilde yaşamını sürdürüyorsa bakım hizmeti almaya ihtiyaç duymamaktadır.

Zihinsel, fiziksel ve psikolojik yetersizliği nedeniyle bakıma gereksinim duyan engelliler için evde ve kurumsal bakım şeklinde iki temel bakım modeli uygulanmaktadır. Yaşadığımız sosyal ve fiziksel çevre sağlıklı insanlar için tasarlanmış olduğundan, engelli bireyin yardım almadan hayatını sürdürmesi zordur (Danış, 2008, s. 96).

2.3.2. Kronik Hastalık Nedeniyle Bakıma Muhtaçlık

Hastalık insanın günlük yaşamının idamesinde aksamalara yol açan, psikolojik durumunu ve sosyal ilişkilerini etkileyen, fizyolojik semptomlara neden olan bir var oluş krizidir. Ayrıca hastalık bireyin, hastalığının seyrine göre ölüm korkusu, vücudunun kontrolünü kaybetme korkusu, günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesinde bir başkasının yardımına kısmen ya da tamamen bağımlı olma korkusu, ayrılık kaygısı, suçluluk ve pişmanlık duygusu gibi değişimler yaşamasına neden olmaktadır’’ (Kayahan ve Sertbaş, 2007, s. 114).

Genel anlamda kronik hastalık, uzun süreli bakım ve tedavi gerektiren, bireyin çalışma hayatını ve fonksiyonlarını kısıtlanmasına neden olan, oluşmasında kişisel, kalıtsal ve sosyo-ekonomik etkenlerin rol aldığı non-enfeksiyöz türde hastalıklardır’’ (Tabak ve Bidar, 2006, s.15).

Kronik hastalıklarda kendi içinde farklı türlere ayrılmaktadır. Kronik böbrek yetmezliği, kanser, AIDS, hipertansiyon, koroner kalp yetmezliği, şeker hastalığı ve tüberküloz gibi tedavisi uzun süren hastalıklar bireyin yaşam aktivitelerini sınırlar ve tedaviye bağımlı hale getirir. Hastaların çoğunda gelecek kaygısı, ölüm korkusu, rol kaybı, çalışma yaşamı ve sosyal ilişkilerin bozulması nedeniyle stres ve depresyon belirtileri görülmeye başlar.

Süreğen hastalığı olan bireyler genel özürlü popülasyonu içinde en fazla orana sahiptirler. Ülkemizde kronik hastalığı olanların, toplam nüfus popülasyonu içindeki oranı % 9,70’dir. Kronik hastalık sebebiyle engelli olma durumunun yaş ilerledikçe arttığı görülmektedir (ÖZİDA, 2004, s. 5).

Nüfusun giderek yaşlanması ile beraber kronik hastalıklara yakalanma riski artmaktadır. Bedensel yetersizlikler, kalp hastalıkları, ağrılar, bilişsel bozukluklar, depresyon ve sosyal izolasyon yaş ilerledikçe sık görülmeye başlamaktadır (Teletar ve Özcebe, 2004, s. 163). Bahsedilen tüm bu sorunlar uzun süreli sağlık ve bakım hizmeti gerektirmektedir, bu durum hem sağlık sistemi için hem de hasta ve yakınları için önemli sorunlar yaratmaktadır.

Günümüzde kurumsal sağlık hizmetlerine olan talebin artması, hastaların daha erken ya da tam olarak iyileşmeden taburcu edilmelerine sebep olurken, sağlık harcamalarında maliyet artışına da neden olmaktadır. Evde sağlık ve bakım hizmeti tüm dünya ülkelerinde henüz ihtiyaç duyan kişilere istenilen şekilde sunulabilen bir hizmet değildir. Türkiye’de de, evde sağlık hizmetleri sağlık sistemi içine hastaların gereksinimleri doğrultusunda entegrasyonunu sağlayamamıştır. Oysa Türkiye nüfusunun %5,6’sı, 65 yaş üzerindedir, bu dağılımın 2025 yılında, %10’a, 2050’de ise, %19’a ulaşılacağı tahmin edilmektedir (ÖZİDA, 2004).

Sağlığın korunması, beslenme, barınma ve sosyal güvence gibi sorunlarla başa çıkmak zorunda kalan kronik hastalığa sahip bireyler başka bir bireyin desteğine ve yardımına ihtiyaç duymaktadırlar. Tıbbi tedavi konusunda profesyonel sağlık hizmetlerini hastane ortamında alan hastanın, taburcu olması sonrasında hastalığın seyrine göre evde bakım hizmetine gereksinimi ortaya çıkmaktadır. Kronik hastalığı olan bireyin altı aydan uzun süre bakım hizmetine ihtiyaç duyması halinde, uzun süreli evde sağlık ve bakım hizmeti kapsamında değerlendirilmelidir.

Tıbbi hatalar, eksik organize edilmiş ve sistematik olmayan yaklaşımlar, ideal yönetilemeyen tedavi, hastanın ve bakım veren ekibin etkin çalışmaması, öz bakım desteklerinin istenilen düzeyde olmaması kronik hastanın bakımını olumsuz etkilemektedir. Hastaların ancak % 27’sinin tedavi edilmekte olduğu, depresyonu olan hastaların ancak % 25’inin sorununun saptanabildiği ve taburcu olan kronik kalp yetmezliği hastalarının % 50’sinin yeniden hastaneye başvurdukları tespit edilmiştir. Görüldüğü gibi günümüzde tıbbi bakım sistemi akut durumlara odaklanmakta ve hastalığın yönetimi hastalık merkezli olarak yürütülmektedir (Fadıloğlu, 2004b, s. 24).

Ülkemizde ruh sağlığı bozuk hastaya bakım veren aile bireylerinin hastalığın ortaya çıktığı ilk andan sonra oluşan iyilik halini takiben, tedavi ve kontrollerin devamını sağlama konusunda gereken uyumu göstermemesi tekrar hastaneye yatışları gündeme getirmektedir.

Hastanın ve yakınlarının hastalık konusundaki ön yargıları, tedavi konusundaki isteksizlikleri, yanlış inanışları, sosyo-ekonomik yetersizlikleri, bilgisizlikleri gibi pek çok faktör nedeni ile hastanın yataklı tedavi kurumu ile bağlantısı sağlanamamaktadır. Bu nedenle Ülkemizde hastanelerle işbirliği içinde çalışacak multidisipliner mobil ekiplerin oluşturularak, hastaların evde takip edilmesi gerekmektedir (Arslantaş, 2009, s.92).

2.3.3. Yaşlılık Nedeniyle Bakıma Muhtaçlık

Yaşam sürecinin son evresi olan yaşlılık, her bireyin yaşayacağı kaçınılmaz bir evredir. Beklenen ortalama yaşam süresinin uzaması ile birlikte yaşlanma süreci ve beraberinde getirdiği problemler yaşlı bakımı ve rehabilitasyonu alanında ülkeleri yeni bakım modelleri arayışına sevk etmiştir. Yaşlılıkta yaşanan en önemli sorun hastalıkların artmasına bağlı olarak yaşanan bakım sorumluluğudur. Yaşlanma ile beraber meydana gelen insan vücudundaki deformasyon ve geriye gidiş, kişisel bakım aktivitelerinin yerine getirilmesinde destek ihtiyacını artırmaktadır (Karahan ve Güven, 2002, s. 156).

Yaşlılık olgusu, 65 yaş ve üzeri nüfusu ilgilendirse de, 60 yaşın üzeri yaşlanma evresinin başlangıcı olarak kabul edilmektedir. Avrupa nüfusunun % 25'i, 60 yaş üstündedir ve 2050'li yıllardan itibaren bu oranın % 35'e, yükseleceği tahmin edilmektedir (Korkut ve Berk, 2009, s.2).

2010 yılında TÜİK tarafından Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi verilerine göre ilan edilen rakamlar; Türkiye nüfusunun % 7,22'sinin 65 yaş ve üzerinde olduğunu göstermektedir. 2020 yılında bu oranın % 7,7'ye yükseleceği tahmin edilmektedir. Bu durum genç nüfusa sahip Türkiye'nin giderek yaşlanmaya başladığını göstermektedir (Ünalın ve Diğerleri, 2009, s. 19).

Bir taraftan nüfusun giderek yaşlanması, diğer taraftan aile yapısında meydana gelen değişimler yaşlı nüfusun bakım ihtiyacının nasıl karşılanacağı

konusunu gündeme getirmektedir. “Yaşlılık döneminde sağlığın korunması ve sürdürülmesi için sosyal çevre şartlarının ve kişisel yeterlilik düzeyinin yüksek olması diğer yaş evrelerine göre daha önemlidir. Bu nedenle yaşlılık döneminde verilen sağlık hizmetlerinin sosyal hizmetlerle entegre edilerek sunulması önem kazanmaktadır. Yaşlılık döneminde verilen sağlık ve sosyal hizmetlerin temel amacı bireyin yeti kaybını önlemek olmalıdır. Yeti kaybını önlemede erken tanı ve erken müdahale çok önemli bir yere sahiptir. Sonrasında ise yetersizlikler nedeniyle oluşacak yeti yitiminin ilerlemesi önlenmeli ve günlük yaşamda yaşanan sorunların hafifletilmesi sağlanmalıdır” (WHO, 1982).

Yaşlılık evresinde genç aile bireylerinin evlilik ya da iş nedeniyle aile büyüklerinin yanından ayrılması, emeklilik, akran arkadaşların ve yakınların kaybı, zihinsel ve bedensel fonksiyonların zayıflaması ve başka bireylerin desteğine ihtiyacın doğması psikolojik uyum sorunları yaşanmasına neden olmaktadır. Yaşlılıkla birlikte algılama ve üretkenlikte azalma, düşünme hızında yavaşlamanın görülmesi yaşlıda işe yaramazlık duygusu oluşturmaktadır. Yaşlanmaya bağlı olarak gelişen değişimlere uyum sağlanamadığında ve oluşan güçlüklerle başa çıkılamadığında yaşlılarda birtakım psikiyatrik bozukluklar gelişir. Özellikle kadınlarda depresyon, kişilik bozukları (%10-15'i nevrotiktir) ve anksiyete (yaşlıların %10-20'sinde) görülür (Bahar ve diğ, 2005, s. 228).

Şehirleşme ve endüstriyelleşme sebebiyle pasif durumda olan ve sosyal yaşamda izolasyon yaşayan yaşlılarımızı, insan onuruna yakışır bir şekilde toplumsal hayatın içinde bağımsız olarak var edebilecek hizmeti alabilmesi sosyal devletin en temel sorumluluğu olmalıdır.

Yaşlıların sosyal durumu ve mevcut kabiliyetlerindeki değişimler özel yaklaşımlar gerektirmektedir. Yaşlılıkta sağlığın korunabilmesi ve sürdürülmesi için üç hedef ele alınmaktadır. Bu hedefler; var olan kabiliyetlerin sürekliliğinin sağlanması ve geliştirilmesi, kişisel bakım aktivitelerinin yapılabilirliğinin sağlanması ve sosyal yaşama katılımının desteklenmesidir. Bu yüzden yaşlıların

sağlığı, içinde buldukları toplumun sağlığı, çevrenin niteliği ve yaşama koşulları ile yakından ilişkilidir (Dean ve Holstein, 1991).

Son yıllarda yaşlı nüfusun sağlık ve bakım giderlerinin sağlık ve sosyal hizmet maliyetlerini artırması gelişmiş ülkelerin kurumsal ve yataklı tedavi hizmetlerinden uzaklaşarak; hizmet alan memnuniyetine dayalı, kişiselleştirilmiş ve etkili, süreli ve düşük maliyetli sağlık ve bakım hizmetine yönelmelerine neden olmuştur. Kişiselleştirilmiş toplum temelli bakım olarak anılan yaklaşım; bakıma ihtiyaç duyan bireyin kişisel ihtiyaçlarını göz önünde tutarak, bireyin kendi kendine yetebilmesini sağlayıp, bağımsızlığının korunması için gerekli sosyal yaşam becerileri kazandırmaya odaklanmıştır (Danış, 2008, s. 94).

2009 yılında İzmir’de gerçekleştirilen Uluslararası Sosyal Bakım Sempozyumu’nun sonuç bildirgesinde; yaşlının aile (toplum) içinde üretken ve bağımsız bir yaşam sürdürmesinin önemi vurgulanmış ve yaşlılara sunulacak en yaygın hizmet türünün dışarıdan profesyonellerle desteklenen sağlık, sosyal ve bakım hizmetleri olduğu gerçeğinin altı çizilmiştir (İzmir SYDV, 2009, s. 3).

2.4. EVDE SAĞLIK VE BAKIM HİZMETİ KAVRAMI

Uluslararası düzeyde üzerinde uzlaşma sağlanmış evde sağlık ve bakım hizmeti tanımı ve standartları oluşturulmuş hizmet sunum listesi bulunmamaktadır. Bu sebepten her ülke kendi imkânları ve kültürel yapısına uygun olarak zaman zaman değişiklik yapabileceği sağlık ve bakım hizmeti sunum modeli oluşturmuştur. Ülkeler arası terminoloji farklılıkları olmasına rağmen bakım hizmetleri verildiği mekâna (evde bakım, kurumsal bakım) ve ihtiyaca göre (tıbbi bakım, sosyal bakım, manevi bakım) tanımlanmaktadır.

Evde bakımın en basit tanımı, sağlık düzeyini iyileştirmek ve yükseltmek için bireylere yaşadıkları ortamda tıbbi hizmetlerin verilmesidir. Evde sağlık ve bakım

“Profesyonel sağlık sunucuları ya da profesyonel olmayan bakım vericiler tarafından ev ortamında hasta bireylere sağlık ve bakım hizmetinin verilmesidir”(WHO)

Evde Uzun Süreli Bakım Çalışma Grubu “ Evde uzun süreli bakım, mevcut sağlık sistemin bir bölümüdür ve bakıma ihtiyaç duyan bireylere informal bakım vericiler (gönüllüler, arkadaşlar, komşu, aile vb.) ve asli işi evde bakım olan profesyonel sağlık sunucuları tarafından sağlanan bakım aktiviteleridir.” şeklinde tanımlamaktadır.

Evde sağlık ve bakım hizmetleri “Kronik bir hastalıktan dolayı uzun süreli bakıma ihtiyaç duyan bireyleri, 65 yaş üzerindeki yaşlıları, tüm engellileri, iyileşme sürecinde olan bireyleri ve çok yönlü bakıma gereksinim duyan bebek ve çocukları yaşadıkları ortamda desteklemektedir. Evde sağlık ve bakım hizmetlerinin birlikte sunulması ile bireylerin daha bağımsız ve huzurlu bir biçimde yaşamlarını sürdürmeleri sağlanmakta aynı zamanda aile üyeleri üzerindeki bakım yükü de hafifletilmektedir (SHÇEK, 2010).

Evde bakım genel olarak; bireyin sağlığını korumak, sağlığına kavuşturmak ve hastalık sebebi ile yataklı tedavi kurumlarına yatışın gerekmediği durumlarda, uygun şartlar oluşturulup hastaların erken dönemde taburcu edilerek, sağlık ve bakım hizmetlerinin, profesyonel düzeyde aile bireyleri tarafından ya da profesyonel sağlık sunucuları tarafından evde sunulmasıdır (Oğlak,2008).

2.4.1. Evde Bakım Hizmetlerinin Özellikleri

Bakıma gereksinim duyan bireylere; evde sağlık hizmetleri ile sosyal bakım hizmetlerinin beraber sunulması ile ancak hedeflenen amaca ulaşıla bilinir. Örneğin bu hizmetlerin birlikte sunulması ile sosyal yaşamdan yaşlılık, hastalık, engellilik nedeniyle kopmak zorunda kalan bireyler yeniden yaşamın içine katılmakta ve bağımsızlıklarını sağlayacak yetilerini tekrar kazanabilmektedirler. Ayrıca bu bireyleri sosyal bakım güvencesi altına almak suretiyle, her türlü sömürü ve

istismardan korumak, sosyal çevreleri ile birlikte mutlu olmalarını sağlamak evde sağlık ve bakım hizmetinin temel hedefi olmalıdır. Evde sağlık hizmetleri hem sosyal nitelik taşımakta, hem de sağlık psikolojisi, tıp, gerontoloji, geriatri gibi bölümlerle de sıkı bir dirsek temasında olduğu için, sosyal hizmetlerin üstünde multidisipliner konuma yükselmektedir.

Evde bakım; tedavisi evde devam edecek hastalar (kısa süreli bakım hizmetleri) ve evde bakıma muhtaç hastalar (uzun süreli bakım hizmetleri) olarak iki yönlü incelenmektedir. Her iki hizmet grubu da birbirinden farklı niteliktedir.

Şekil 2. 1: Evde sağlık ve bakım hizmetlerinin hizmet verilme süresine göre nitelendirilmesi

2.4.1.2.1.KISA SÜRELİ EVDE BAKIM: Kısa süreli evde bakım hizmetlerinde tıbbi hizmetler belirli bir gün sınırlaması dahilinde evde verilmektedir.Kısa süreli evde sağlık hizmetleri ile hastaneden yeni taburcu olmuş veya doğum sonrası kendi yetilerini henüz kazanamamış bireylere gerekli tedavi ve bakım geçici bir süreliğine bireyin evinde sağlanmaktadır.Kısa süreli evde bakım hizmetlerinin içeriğinde fizik tedavi, hemşirelik ve hekimlik hizmetleri, diyetisyen hizmeti, sosyal hizmetler ve meşguliyet terapisi vardır (Arno ve ark; 1994).

2.4.2.2.UZUN SÜRELİ EVDE BAKIM : Uzun süreli evde bakım hizmetleri; 6 aydan daha uzun bir süre tıbbi tedavi ve bakım gereksinimi duyan bireylere sunulmaktadır.Uzun süreli evde sağlık hizmetlerinin amacı yaşlıların, engelli ve hasta bireylerin kendi kendilerine yetebilmeleri için gerekli becerileri kazanmasını sağlamak için eğitimle desteklemek, bakıma muhtaçlık derecesinin artmasını önlemek ve yaşam standartını yükseltmektir. Evde uzun süreli bakımından yeni doğanlar, yaşlılar, yatağa bağımlılar, özürülüler, kronik hastalığı olan bireyler ve kanser hastaları yararlanmaktadır (Arno ve ark ;1994).

Evde sağlık ve bakım hizmetlerinin hedefi hastalığın ve engelliliğin etkilerini en aza indirmek, günlük yaşam aktivitelerini en az etkileyerek en iyi tedavi ve bakıma ulaşmak yolu ile yaşam koşullarının kalitesini yükseltmektir (Tanlı, 1996).

Evde sağlık ve bakım hizmetinin sürekliliğinin sağlanması, hasta memnuniyetini ve yaşamın niteliğini artırması, multidisipliner ekip arasında işbirliğini desteklemesi, kişilerin hastanede yatış süresini azaltması ve bakım vericilerdeki olumsuz psikolojik sorunları engellemesi gibi yararları vardır’’ (Cimete, 2007).

Kronik hastaya bakım veren aile bireyleri, bakım verdikleri zaman sürecinde bedensel, ruhsal, maddi ve sosyal yönden sıkıntılarla karşı karşıya kalmaktadırlar. Evde sağlık ve bakım hizmetleri, bakım vericilerin güçlenmesini ve ailenin motivasyonunu artırmakta, bu nedenle destek hizmetleri içinde önemli bir yer tutmaktadır (Akdemir, Yurtsever ve Özer, 2004).

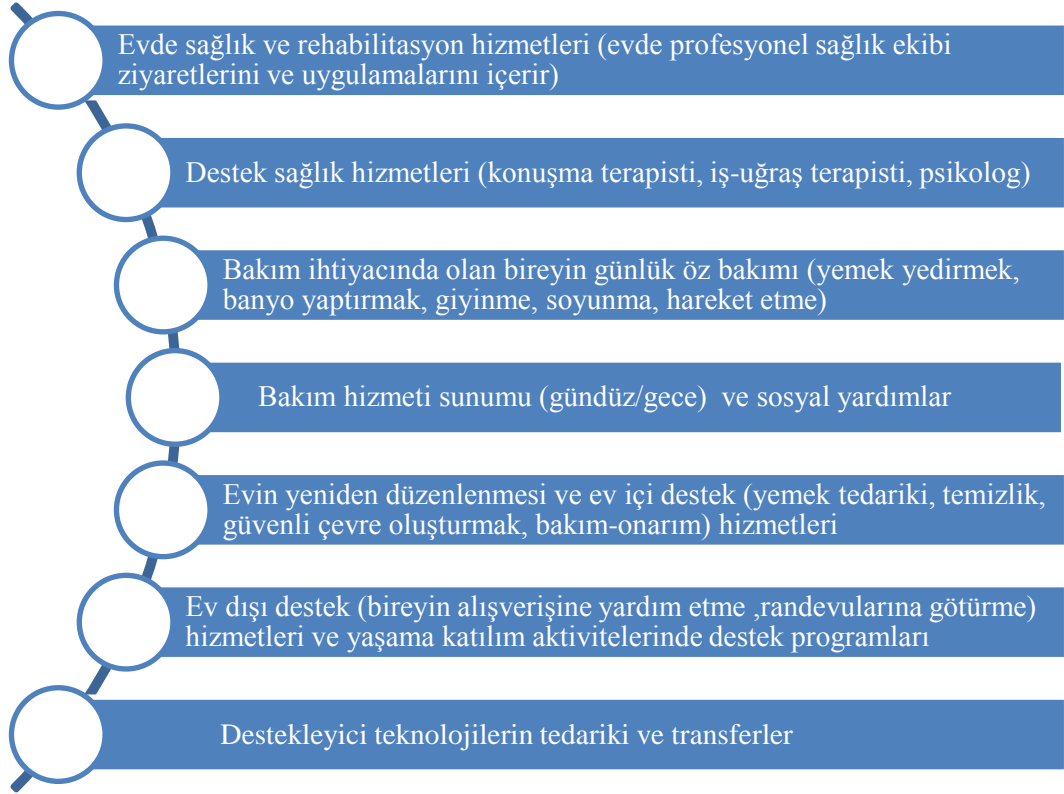
Çeşitli nedenlerden dolayı bakıma gereksinim duyan bireylere gerekli destek ve yardımların düzenli, sistemli ve planlı bir biçimde kurumda veya evde sunulması sosyal bakım hizmetlerinin kapsamındadır. Sosyal bakım hizmetlerinin amacı gerek bakım evlerinde, gerekse evde kurumsallaşmış çağdaş bakım sistemleri oluşturarak, bakımı kolaylaştıran teknolojik araç-gereç yardımı ile bakım hizmetlerindeki niteliği artırmak, profesyonel ve profesyonel olmayan (aile fertleri) bakıcıların yükünü hafifletmektir’’ (Seyyar, 2007).

Bu nedenledir ki evde sağlık ve bakım hizmetleri faaliyetleri sadece hastanın kendi evinde formal veya informal sağlık sunucuları tarafından sunulan sağlık ve bakım hizmeti olmaktan çıkmalıdır. Bakım hizmeti sunan bireyler üzerindeki yükü hafifletmek için birey ve aileye sunulan fizyolojik, psiko-sosyal ve tıbbi destek hizmetleri ile sosyal bakımı kapsamalı aynı zamanda toplumsal bütünleşmeyi sağlayıcı manevi hizmetleri de bünyesine almalıdır.

Evde sağlık ve bakım hizmetleri çok kapsamlı bir hizmet olduğundan farklı alanlarda, bireylerin ihtiyaçlarının karşılanmasına olanak sağlamaktadır (Karahana ve Güven, 2002).

Uzmanlık düzeyinde verilen evde sağlık ve bakım hizmetlerinin türleri genel olarak şu hizmetlerden oluşmaktadır.

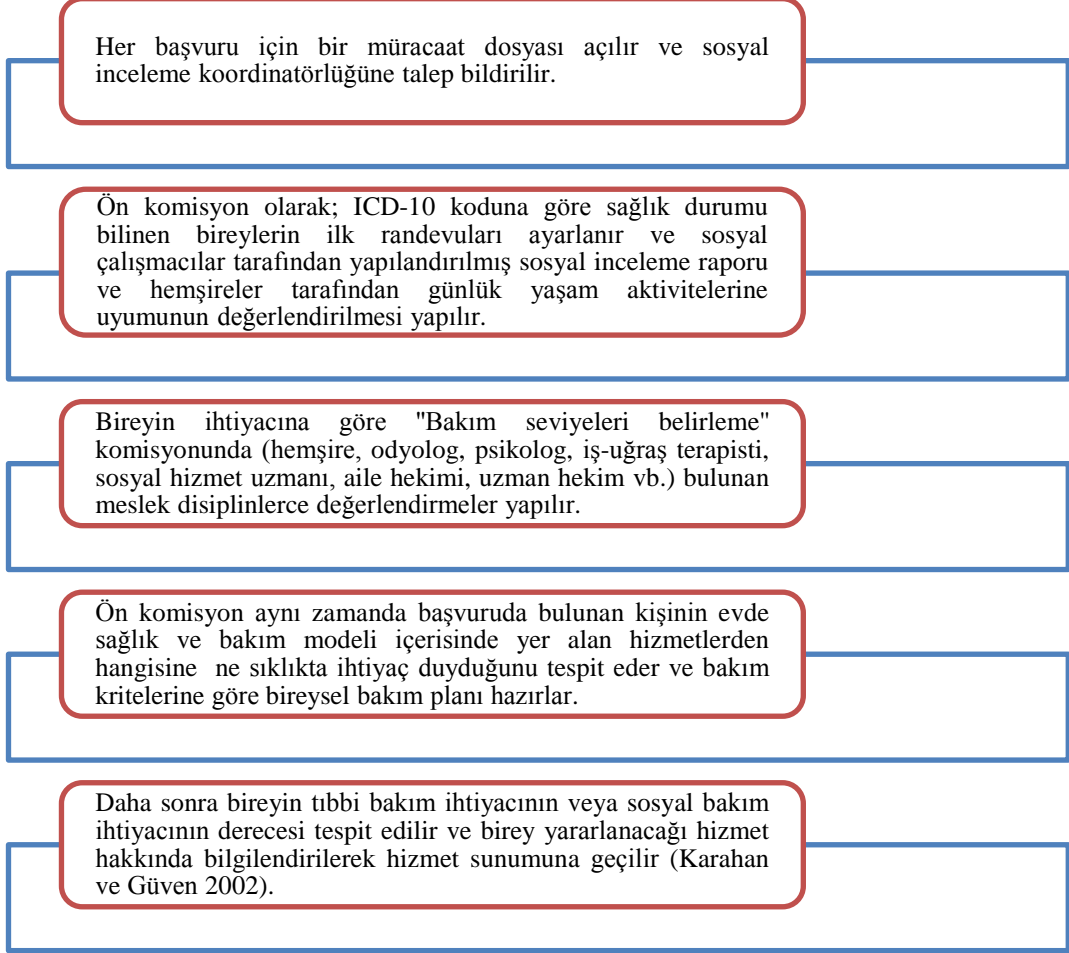
Şekil 2. 2: Evde sağlık ve bakım hizmeti faaliyetleri



Resmi gazetede Mart 2005 tarihli 25751 sayılı yayımlanan, Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumuna ait yönetmelik; “Evde bakım hizmetlerini” “Doktorların tekliflerine göre hasta bireye ve ailesine kendi evlerinde, profesyonel sağlık sunucuları tarafından fizik tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile psiko-sosyal tedavi dâhil tüm tıbbi bakım ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sağlık ve bakım hizmetlerinin birlikte verilmesidir” şeklinde tanımlamıştır.

Evde sağlık ve bakım hizmeti alma gereksinimi duyan bireyler öncelikle özel ya da kamusal sağlık hizmeti birimine başvuru yapar. Daha sonra;

Şekil 2. 3: Evde sağlık ve bakım hizmeti alma aşamaları



Hasta bireyler evde sağlık ve bakım hizmetini almaya başladığı ilk andan itibaren multidisipliner bir ekip tarafından takip edilmektedir. Disipliner ekip üyeleri kendi aralarında iş birliği yaparak çalışırlar ve hastanın durumunu değerlendirmek üzere haftada bir toplanarak, bireyin bakım gereksinimlerinin ne ölçüde giderildiğini tespit etmektedirler. Bireyin engellilik hastalık ve yetilerini kaybetme gibi nedenler ile kendi evinde yaşayamayacak duruma gelmesi halinde onun için en uygun bakım modelinin ne olduğuna karar verilmekte ve bakımının niteliğinin artacağı bir kurumuna sevk edilmektedir (Danış, 2006)

Evde sağlık ve bakım hizmetlerinin gelişmesi beraberinde yapısal ve yönetsel olarak birbirinden farklı özellikleri olan, değişik yapıdaki kurumların bakım gereksinimlerini karşılamak üzere ortaya çıkmasına sebep olmuştur. Bu kurumlar;

Şekil 2. 4: Evde sağlık ve bakım hizmetlerinin finansmanını sağlayan kurumlar



Evde bakım modeli kapsamında sunulan her bir hizmet türü disiplinler arası iş bölümünü ve dayanışmayı zorunlu kılmaktadır. Çok boyutlu amaçların gerçekleştirilmesi için meslekler arası ekip çalışmasını, işbirliğini ve eşgüdümünü gerektiren, kapsamlı ve organize şekilde sunulan koruyucu, destekleyici hizmetler bütününe ihtiyaç duyulmaktadır (Aksayan ve Cimete, 1998). Bu disiplinler arası ekip üyeleri, bireyin ihtiyacına göre doktor, hemşire, psikolog, fizik tedavi uzmanı, beslenme uzmanı, sosyal hizmet uzmanı, konuşma terapisti, ergonomist ve eczacıdan oluşmaktadır (Aksayan ve Cimete , 1998)

Evde Sağlık ve Bakım Hizmetini Sağlayan disiplinler ekip ;

Tablo 2. 1: Evde Sağlık ve Bakım ekibini oluşturan meslek grupları

Sosyal Hizmet Uzmanı: Ev ziyaretleri gerçekleştirip sosyal inceleme ve değerlendirme raporunu hazırlar, disiplinler ekip arasında iletişimi sağlar, psiko-sosyal destek ve danışmanlık hizmeti verir. Hizmet sürecinde gereksinim duyulan toplum kaynaklarının organize edilme sürecinde de aktif olarak rol almaktadır.

Doktor: Bireylere verilecek tıbbi hizmetin koordinasyonun sağlanması, tıbbi danışmanlık ve gerekli eğitimlerin planlanması, hastaların değerlendirilmesi ve sağlık durumlarının takip edilmesi, kullandığı ilaçların reçete edilmesi ve ihtiyaç halinde uzmanlık gerektiren başka bir tıp alanına sevk edilmesi durumunda aktif rol almaktadırlar.

Hemşire: Ev ziyaretleri gerçekleştirerek hastaların durumlarını değerlendirir, ilaçların doğru ve düzenli bir biçimde alınmasını sağlar ve eksikliğini gördüğü konularda hasta ve yakınına gerekli eğitimleri verirler. Pansuman, enjeksiyon, gerekli takip ve tedavilerinin yapılmasını sağlarlar. Sağlığının korunması ve geliştirilmesi için hasta ve ailesine eğitim planlanmasında ve uygulanmasında aktif rol almaktadırlar.

Fizyoterapist: Tanısı konan hastalara fizik tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin verilmesi, engellilik ve yaşlılık sebebiyle görülen yeti kayıplarında, eklem ve kas hastalıklarının tedavisinde ve rehabilitasyonunda destek sağlanması, sağlıklı bireylerin yetilerini kaybetmemesi için egzersiz programlarının hazırlanması ve düzenli olarak uygulanmasında aktif rol oynamaktadırlar.

Diyetisyen: Evde sağlık ve bakım hizmetinden yararlananlara kendi kişisel özelliklerine göre uygun diyet listesinin hazırlanması, bireylerin sağlıklı kalabilmesi için dengeli ve düzenli beslenmelerinin sağlanması, doktor orderına göre diyetlerin hazırlanmasının ve uygulanmasının sağlanması, hazır yemek servisi hizmeti ile ev ortamına götürülen münülerin kalitesinin kontrol edilmesi sürecinde aktif olarak rol almaktadır.

Psikolog: Bireylerin moral ve motivasyonunun artırılması, kaygı ve endişelerinin en aza indirgenmesi, geleceklere ait duydukları endişelerin azaltılması ve bu süreçte danışmanlık hizmeti verilmesi benzer sorunları yaşayanlarla bir araya getirilip duygusal boşalmalarının sağlanarak rahatlatılması sürecinde aktif olarak rol almaktadırlar.

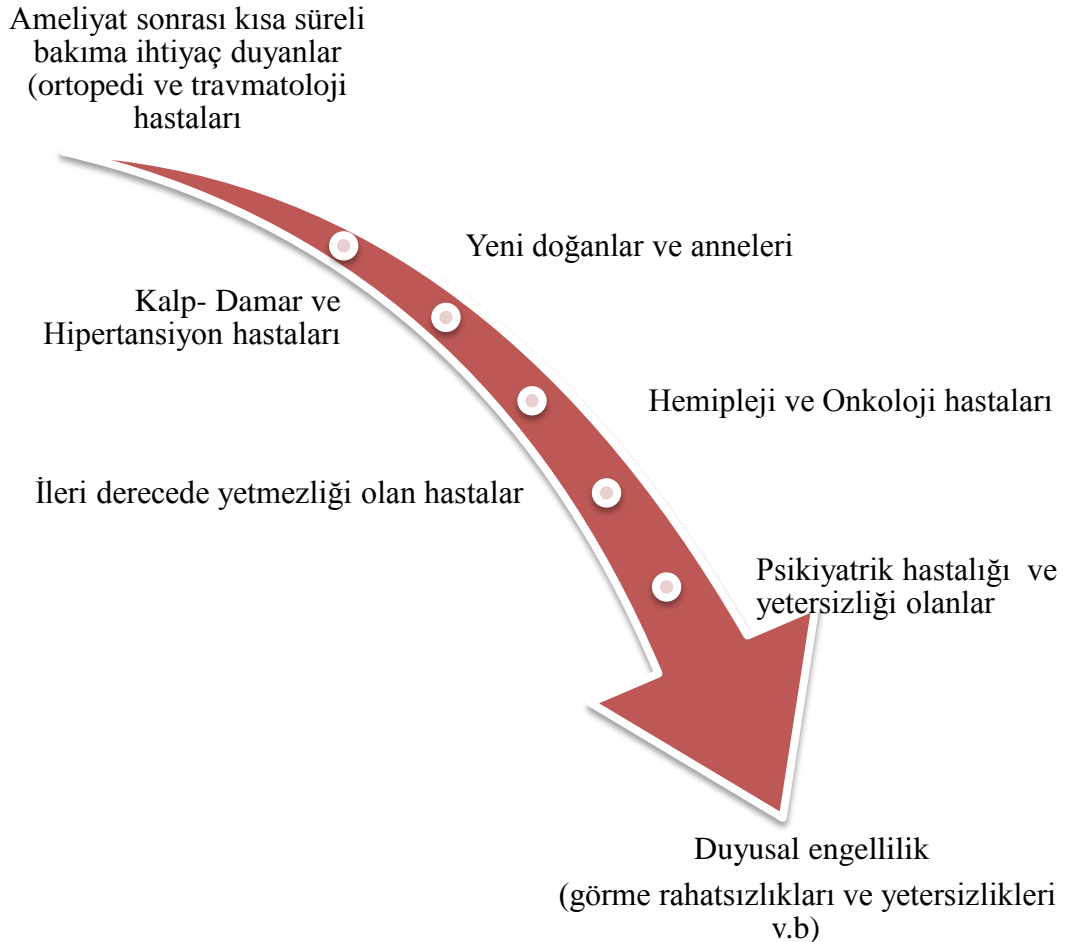
Ev Ekonomisti: Hizmetten yararlananların ekonomik düzeylerinin yükseltilmesi, yaşayışlarının iyileştirilmesi ve maddi kaynaklarının daha verimli kullanılmasının sağlanması amacıyla eğitimlerin verilmesinin sağlanması, ev ekonomisi ve gerekli bakım düzeyini sağlamak için ihtiyaç duyulan hizmetleri (dışarıdan yemek tedariki, ev içi düzenlemeler v.b) satın alma konularında gerekli yönlendirmelerin yapılması, ev aletlerinin, yiyecek ve giyeceklerin seçilmesi ve kullanılması hakkında önerilerde bulunulması sürecinde aktif olarak rol almaktadırlar.

Ergoterapist: Bireylerin günlük yaşam faaliyetlerini yerine getirebilmesi için gerekli aktivite performanslarının düzeltilmesi, güçlendirme ve artışının sağlanmasında rol alır. Aynı zamanda uyum ve üretkenlik için gerekli olan bilgi ve becerileri öğrenmelerine yardımcı olmaktadır.

Evde bakım sağlık ve bakım hizmetleri tarihsel süreç içerisinde pek çok değişikliğe uğramış ancak bazı hasta grupları için hastane hizmetlerine göre daha uygun olması durumu değişmeyen bir gerçek olarak kalmıştır. Evde sağlık ve bakım hizmeti kapsamında verilen hizmetler tıbbi, duyuşal ve bilişsel gereksinimlerle sosyal yardım üzerine odaklanmaktadır.

Evde sağlık ve bakım sisteminde, hasta ya da engelli bireyin bakımını gerçekleştiren bireylerden bakımda aktif rol alması beklenmektedir. Katılım istenilen hedefe ulaşmada kolaylaştırıcı rol oynarken hasta, yakını ve sağlık sunucuları arasındaki koordinasyonu da artırmaktadır (Kavuncubaşı, 2000). Evde Bakım Hizmetleri alanlar arasında büyük çoğunluğu oluşturan gruplar aşağıda sıralanmıştır.

Şekil 2. 5: Evde sağlık ve bakım gereksinimi duyan hasta grupları



Çağdaş sağlık sunum sisteminin evrelerinden biri olan Evde Sağlık Ve Bakım Hizmetleri hastane ile nekahat dönemi arasında önemli bir basamaktır. Evde sağlık hizmetlerinin hasta ve ailesi açısından birçok yararı bulunmaktadır. Bu yararlarından kısaca bahsedilecek olursa;

- Evde sağlık ve bakım hizmetleri, tüm sağlık harcamaları içinde maliyet-etkililik ve maliyet-yararlılık avantajları sağlamaktadır (Danış, 2004).
- Hastane sonrası nekahat dönemindeki bireyleri, kendilerini daha huzurlu ve bağımsız hissettikleri ev ortamında destekleyerek, tedavisinin ve bakımının devamlılığını sağlamaktadır (Danış, 2004).
- Cihazlara bağlı hayatlarını idame ettiren hastaların fonksiyonel potansiyellerini artırmaktadır.
- Aile üzerindeki bakım sorumluluğunun profesyonel sağlık elemanları (yaşlı bakım elemanı, hemşire vb.) tarafından paylaşılması ile aile sosyal izolasyondan kurtulmaktadır.
- Sağlık hizmetlerinin evde verilebilmesi ile tıbbi bakıma ihtiyaç duyan bireylerin günlük yaşam aktiviteleri profesyonel sağlık uzmanları tarafından değerlendirilebilmekte böylece var olan sağlık düzeyinin korunması sağlanmaktadır.
- Terminal dönemdeki hastaların evinde isteğine göre ölmesine olanak sağlamaktadır.

Evde sağlık ve bakım hizmetlerinin sunulması ile uzun süreli yatışlardan kaynaklanan hastane enfeksiyonu riski, sosyal hayattan kopma ve yataklı tedavi hizmetlerinden kaynaklanan maliyet artışı gibi sorunların oluşması önlenmektedir

2.5. EVDE SAĞLIK VE BAKIM HİZMETLERİNİN TARİHÇESİ

Evde sağlık ve bakım hizmetinin tarihsel sürecini, doğumun hastanede mi yoksa evde mi gerçekleşmesi gerektiği tartışmalarının yaşandığı Roma tarihinden başlayarak anlatmanın doğru olacağı düşünülmektedir. Roma’da doğumlar ebenin eşliğinde, hamile bireyin evinde gerçekleştirilirken bazı toplumlarda doğumun toplumun bütünü için kutsal sayılmasından ötürü, bireyin evi yerine özel mekânlarda gerçekleştirildiği bilinmektedir.

19.yüzyılın sonlarına, 20.yüzyılın başlarına doğru endüstrileşme ile başlayan kentleşme hareketi, şehirlerde yaşayan fakir ve hasta birey sayısında artışa neden olurken, sağlıksız yaşam koşullarını ve yaygın enfeksiyon hastalıklarını da beraberinde getirmiştir. Tüm bu gelişmeler doğrultusunda evde sağlık ve bakım hizmetlerine olan gereksinim artmıştır.

İngiltere’de eğitilmiş ev ziyaretçilerinin evde sağlık ve bakım hizmetlerini vermeye başlaması ile evde sağlık hizmetleri kurumsallaşmaya başlamış fakat dini kuruluşların evde bakım hizmeti vermesinin dışında önemli bir gelişme yaşanmamıştır. 1859 yılında, İngiliz antropolog William Rathbone evinde eşine hizmet veren bir hemşireden etkilenerek maddi durumu iyi olmayan hastalar için tamamen gönüllülük esasına dayalı ev ziyareti gerçekleştirecek hemşire servis hizmetini oluşturması ile evde sağlık ve bakım hizmetleri yeniden bir ivme kazanmıştır.

Evde bakım hizmetlerinin öncülerinden olan Florence Nightingale ise hasta bireylerin bakımında görev alacak bayanların özel olarak eğitilmesini önermiş ve bu bayanların hastanelerde, kentin değişik bölgelerinde ev ziyaretleri gerçekleştirecek özel hemşire olarak görevlendirilmeleriyle ilgili bir plan sunmuştur. Bu plan doğrultusunda Liverpool’da, 1862 yılında evde hasta bakımını gerçekleştirecek ev hemşiresi yetiştiren ve 1.5 yıllık eğitim veren okullar açılmıştır.

Yirminci yüzyılın başlarında ziyaretçi hemşirelerin görev alanının genişlemesi ile ev ziyaretlerine, öğretmenlerin ve sosyal görevlilerinde katılmaya başladığı görülmüştür. II. Dünya Savaşı sırasında hastanelerde görevli hemşire ve diğer sağlık çalışanlarının sayısının azalması ile birlikte daha önceleri hastanede tedavi gören hastaların, evden takiplerinin yapılması neticesinde, ev hizmetleri hemşireliği önem kazanmıştır.

Evde sağlık ve bakım hizmetlerine dair ilk detaylı ve kayıtlı dokümanlara ABD’de rastlanmıştır. Amerika’da evde sağlık ve bakım hizmeti sunmayı planlayan kurumlar ilk 1800’lü yılların başında oluşmaya başlamış ve 1876 yılında kurulan Boston Dispanseri ABD’de evde bakım hizmetini sunan ilk kuruluş olmuştur.1898’de Los Angeles Sağlık Departmanının yoksul hastaları evlerinde ziyaret edip bakımını gerçekleştiren eğitilmiş hemşirelere ücret ödemeye başlaması ile devletin ücretlendirdiği evde bakım hizmetinin temeli atılmıştır.

1924-1954 yılları arasında salgın hastalıkların yerini ölümle sonuçlanan kronik dejeneratif hastalıkların alması ile kurumsal sağlık hizmeti alma yaygınlaşmış ve bu durum 1950’lerin ortalarına kadar sürmüştür. 1950’lerin ikinci yarısında süregelen hastalıklar ve yaşlı nüfus popülasyonunun artmasına bağlı olarak kurumsal hasta bakımındaki maliyetin yükselmesi evde sağlık ve bakım hizmetlerinin gerekliliğinin tekrar gündeme gelmesine neden olmuş ve 1960’larda kapsamı genişletilerek evde sağlık hizmetlerinin sigorta teminatı altına alındığı bilinmektedir. 1960’lardan sonra tıp ve iletişim alanındaki gelişmeye paralel olarak evde sağlık ve bakım hizmetleri tüm dünyada gelişmeye başlamıştır.(WHO,2008).

1982 yılında amacı evde sağlık ve bakım hastaları için bakımın niteliğini artırmak, bakım vericilerin haklarını korumak ve onları temsil etmek ve sağlık bakımın merkezine evde bakımı yerleştirmek olan Ulusal Evde Bakım Birliği ABD’de kurulmuştur. 1990’lı yıllara gelindiğinde ise evde sağlık ve bakım hizmetinin kapsamının genişlediği, evde dış tedavi hizmetleri, laboratuvar test hizmetleri ile röntgen hizmetlerini sunan kuruluşların sayısının arttığı ve böylece çok sayıda hastaya ulaşıldığı görülmüştür.

2.6. DÜNYA'DA EVDE SAĞLIK VE BAKIM HİZMETİ SUNUMUNUN ÖZELLİKLERİ

Evde sağlık ve bakım hizmetinden kimlerin, hangi kriterlere göre nasıl yararlanacağı, ekonomik kaynağının nereden sağlanacağı, evde sağlık ve bakım hizmetlerinin sağlık sistemi içine nasıl adapte edileceği evde sağlık ve bakım hizmetleri finansman politikalarının oluşturulmasındaki temel sorunlardır. Ülkeler gelişmişlik düzeylerine göre evde sağlık ve bakım hizmetlerinin finansmanında farklı yöntemler benimsemektedirler. Az gelişmiş ülkeler kamu finansmanını artırıcı herhangi bir imkâna sahip değildirler, bu nedenle evde uzun süreli bakım hizmetleri aile bireyleri ya da profesyonel olmayan (informal) bakım vericiler tarafından verilmektedir.

Sosyal sigorta prim ödemeleri, devletin katkı payı düzeyi ve özel sağlık sigortalarının rolü ülkeden ülkeye değişiklik göstermektedir. Dünya ülkelerinde evde bakım hizmetleri primli model, primsiz model, primli ve primsiz modelin birlikte uygulandığı karma model olmak üzere üç şekilde uygulanmaktadır. Primli modeli benimseyen ülkeler sosyal sağlık sigorta (primler yoluyla/Bismarck modeli) sistemleri içerisinde bakım sigortası adı altında prim kesmektedirler. Primsiz modeli benimseyen ülkeler bakım hizmetlerinin finansmanını genel vergiler (bütçeden/Beveridge modeli), cepten yapılan harcamalardan ya da özel sigortalardan karşılamaktadırlar. Karma prim modeli hem sağlık ve bakım sigortası aracılığı ile hem de kamusal sosyal yardım aracılığı ile yürütülmektedir. “Sosyal sigorta kapsamı dışında kalan yoksul ya da başka sebeplerden dolayı primini ödeyemeyen bakıma muhtaç bireyler için primsiz bakımın sağlık güvence sistemine dâhil edilmesi gerekmektedir”(Seyyar, 2008c:31).

Evde sağlık hizmetlerinin hem sosyal boyutu hem de sağlık boyutu bulunmaktadır. ABD'ye oranla Avrupa ülkelerinde evde sağlık ve bakım hizmeti sunucuları bireylerin psikososyal sıkıntılarına ve sosyal hizmetler boyutuna daha fazla önem vermişlerdir. Örneğin İrlanda'da Evde sağlık ve bakım hizmeti programlarının tamamını devlet ödemektedir. Macaristan, İsveç, İzlanda'da evde

sunulan tıbbi hizmetlerin tamamını belediyeler geri ödeme yaparak karşılamaktadır. Hollanda’da ise evde sağlık ve bakım hizmetleri hemşirelik hizmetlerinden, doğum sonrası annenin bakımına kadar geniş bir yelpazeyi kapsamaktadır. Danimarka’da uygulanan ev ziyareti programı Avrupa’da başarılı bir hizmet sunum modeli olmuştur. Çin’deki evde bakım ve sağlık programlarının daha çok yaşlı bakımı kapsadığı görülmektedir, buna neden olan etken ekonomik yetersizliklerden daha çok sosyokültürel dinamiklerdir (Lethbridge,2005:7)

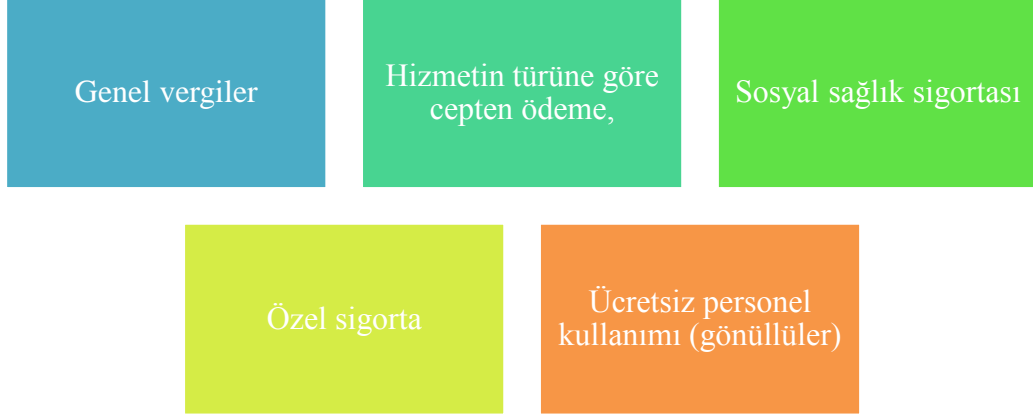
Ailenin bedensel, ruhsal ve finansal yükünü azaltıcı, niteliği yüksek evde sağlık ve bakım hizmeti sunum programlarının yürürlüğe konulmasının, kamu sorumluluğu açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

Evde sağlık ve bakım hizmetlerinin tarihsel gelişim süreci içinde ev ziyaretlerinin başlangıcından bugüne kadar ki durumuna bakıldığında, evde sağlık ve bakım hizmetlerinin değerinin yükselen bir ivme ile arttığı ve tüm ülkelerde hızla yaygınlaştığı görülmektedir. Evde sağlık ve bakım hizmetlerinin hospitalizasyona tercih edilmesinin sebebi kısmen duyulan gereksinim olmakla birlikte, gelişmiş ülkelerde artan maliyetleri azaltma arayışlarından kaynaklanmaktadır (Çoban, M, Esatoğlu A. E. ”Evde Bakım Hizmetlerine Genel Bir Bakış”. Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi 2004;12:2-12).

2.6.1. Primli Modeli Benimseyen Ülkelerde Evde Sağlık ve Bakım Hizmetleri

Primli modeli benimseyen ülkeler, sağlık ve bakım hizmetlerinin güvencesini sosyal sigortalar sistemleri içinden bakım sigortası tahsil ederek sağlamaktadırlar. Genelde sağlık sigorta sistemi içinde bakım hizmetini sunmak ya da ayrı bir bakım sigortası tahsil etmek şeklinde prim kesilmektedir ve bu hizmetlerin finansmanı genel vergilendirme üzerinden sağlanmaktadır (Seyyar, 2008c:30).Prim miktarı verilen hizmetin türüne ve süresine bağlı olarak değişmektedir. Dünya Sağlık Örgütü uzun süreli evde sağlık ve bakım hizmetlerinin finansmanının beş yolla sağlanabileceğinden bahsetmiştir. Bunlar;

Şekil 2. 6: Dünya’da Evde Sağlık Ve Bakım Hizmeti Finansmanını Sağlama Yolları



Primli modeli benimseyen ülkeler arasında Almanya, Japonya, İsrail, A.B.D ve Hollanda sayılmaktadır.

2.6.1.1. Amerika Birleşik Devletleri’nde Evde Sağlık ve Bakım Hizmetleri

Amerika Birleşik Devletleri’nde evde sağlık ve bakım hizmetlerinin, 1700’lü yılların sonlarında yoksul hastaların evlerine düzenlenen hemşire ziyaretleri ile başladığı, 1769 yılında Boston Dispanserinin açılması ile resmi kurumlarca devam ettirildiği bilinmektedir (Rice, 1996’ dan akt. Cimete, 1998: 7-8)

1900’lü yılların ortalarında A.B.D’ de kronik hastalıklı bireylerin, engellilerin ve yaşlı nüfusun artması ile evde sağlık ve bakım hizmetinin gerekliliği ortaya çıkmıştır. Bu gereklilik nedeniyle 1965 yılında Medicare ve Medicaid, evde sağlık ve bakım hizmetlerinin finansmanını sağlamak üzere yasalaşmıştır. Ayrıca özel sigorta, cepten ödeme, çalışanların desteği ve özel programlarla evde sağlık ve bakım için kaynak oluşturulmaya çalışılmıştır. (Rice, 1996 ; Cimete, 1998).

The Medicare Act sosyal sistemi 65 yaş ve üstü yaşlılar, engelliler, kronik hastalığı olan her yaş grubundaki bireyler için getirilen sağlık sigortasıdır (Özer Ö ve

ark, 2012). The Medicare Act'ta harcamalar Sosyal Güvenlik Sisteminden karşılanır ve faydalanabilmek için evden dışarı çıkamayacak kadar bakıma muhtaç olmak gerekmektedir. Medicare'da ayrı iki ödeme sistemini kapsamaktadır. Birinci ödeme planı hastanede yapılan masrafları karşılarken, ikinci ödeme planı hekim ve hemşirelik hizmetleri ile laboratuvar tetkiklerini ve ayaktan tedaviyi karşılamaktadır (Feder ve dig.,2000:04)

Medicare programı; Medicare A, Medicare B, Medicare C ve Medicare D olarak ayrı ayrı ödeme planından oluşmaktadır. Hastane sigortası (Medicare A) ;zorunlu hastalık sigortasıdır ve bireyler prim ödemek zorunda değildir, çünkü çalışanlar Medicare vergisi ödemektedirler. Kişiler çalıştığı süre boyunca Medicare primlerini ödememişse bu hizmetlerden sınırlı ölçüde yararlanabilmektedirler. Tıbbi sigorta (Medicare B); ise gönüllü ilave sağlık sigortasıdır ayaktan tedavi ve bakımı, bakımın verilebilmesi adına gerekli malzemeler ile bazı önleyici sağlık hizmetlerini kapsamaktadır. Kişiler Medicare B primini aylık gelir durumlarına göre ödeyerek bu sigorta kapsamına dâhil olabilmektedirler. Medicare C'de ise bireyler özel sigorta şirketleri tarafından sağlanan avantajlı kampanyalar ile sağlık planlarını seçerler. Medicare D ise uzun süreli evde sağlık ve bakımla ilgili tedavi giderlerini ve reçete edilebilen ilaçların ödemelerini kapsamaktadır. Ayrıca reçete edilebilen ilaçları yüksek maliyetlere karşı korumaya yardımcı olurken, ilaç maliyetlerini de düşürmektedir (Hartman ve dig.,2007:254)

A.B.D 'de sosyal güvenlik sistemi içinde evde sağlık ve bakım hizmetlerinde Medicare, uzun dönemli bakım hizmetlerinde Medicaid egemen olmaktadır. Medicaid, kazancı az olan vatandaşların uzun dönem bakım masraflarını karşılayan bir devlet programıdır. Toplumun yaklaşık %10'u bu uygulamanın kapsamı içindedir (Feder ve dig.,2000:44). Medicaid huzurevlerinde uzun süreli kalan bireylere sunulan hizmetleri; ayaktan ve yatarak yapılan tedavileri, evde sağlık ve bakım hizmetlerini, hekim ve hemşirelik hizmetlerini, aşılama ve laboratuvar hizmetlerini, aile planlaması hizmetlerini ve erken tanı ve teşhis hizmetlerini kapsamaktadır (Basset, 2007).

ABD’de 1970’lerin başından itibaren uzun süreli bakım sigortasının yürürlüğe konulması ile çok sayıda özel sağlık kuruluşu evde sağlık ve bakım hizmeti vermeye başlamıştır (Chen,2003:23). Ancak özel sağlık kuruluşlarının evde sağlık ve bakım hizmeti verebilmeleri için Medicare’den lisans almaları ve lisans belgesine sahip olabilmek içinde bazı özerk teftiş kuruluşlarının belirlediği kriterlere göre değerlendirmeden geçmeleri gerekmektedir. Bu teftiş kuruluşlarının başında Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations gelmektedir. Bu teftiş kuruluşlarının belirlediği el kılavuz kitapları, özel kuruluşların denetime hazırlanmasına yardımcı olmaktadır (Tanlı,1998:306). Özel sağlık sigorta sistemlerinin prim oranları evde bakım hizmetinin kapsamına, süresine ve kullanılan malzemelerin çeşitliliğine değişmektedir. ABD’de özel sağlık sigortası yaptırılanların sayısı her geçen gün artmaktadır (Cimete, 1998:14).

ABD’de bakıma gereksinim duyan bireyler, son derece çeşitli, karmaşık ve maddi yükü artıran bu programlardan memnuniyetsizliklerini dile getirmektedirler. Çeşitlilik arz eden evde sağlık ve bakım programlarının birleştirilmesinin hem kaliteyi hem de verimliliği arttıracığı öngörülmektedir (Feder ve dig, 2000:51).

Chen ise bireylerin memnuniyetsizliklerini ortadan kaldırmanın tek yolunun kamusal uzun dönemli bakım sigortasının uygulamaya konulmasının gerekliliğine vurgu yapmaktadır (Chen,2003:29-40).

2.6.1.2. Hollanda’da Evde Sağlık ve Bakım Hizmetleri

Hollanda Avrupa’nın en hızlı yaşlanan ülkelerinden birisidir, ortalama yaşam süresi erkekler için 78.57 iken, kadınlar için 82.47’dir (Statistics Netherlands,2010).

Hollanda’da tüm bireyler, 1968 tarihli kamusal uzun süreli bakım sigortası sistemi içinde yer alan ‘İstisnai Tıbbi Harcamalar Yasası’’ (AWBZ) ile sigorta kapsamındadırlar. Bu yasa kronik hastaları, yaşlıları, engellileri ve kronik psikiyatri

hastalarının bakımına yönelik evde sağlık ve bakım hizmetlerini kapsamaktadır (Mot,2010:9-12).

Hollanda’da uzun dönemli bakım hizmetleri, evde informal (aile bireyleri/komşular/gönüllüler tarafından sağlanan bakımı) bakım, evde formal bakım(profesyonel bakım vericiler tarafından sağlanan bakım) ve kurumda formal bakım şeklinde verilmektedir ve informal bakım daha az yaygındır. Hollanda’da egemen olan bakım kültürü ebeveynlerin, çocukların ve kendi bakımlarını üstlenmesi, yaşlıların bakımından da devletin sorumlu olması şeklindedir (Mot,2010:11).

Uzun dönemli evde sağlık ve bakım hizmetlerinde bütün sorumluluk devlete aittir ve merkezi yönetimler bakım hizmetinin ulaşılabilir, ekonomik ve kaliteli sunulmasından yetkili kılınmıştır. Formal bakımın verilemediği durumlarda informal bakım vericiler tarafından bakım hizmeti sunulmakta ve bu bakım hizmetini gerçekleştiren bireylere de Hollanda hükümeti tarafından bakım parası düzenli olarak ödenmektedir. Hollanda’da evde formal bakım; hemşire ziyaretlerini, kişisel bakımı, ev işleri yardımını, gündüz ve gece bakımını, geçici bakımı, refakat hizmetleri ve yardımcı cihazların teminini kapsamasına rağmen kurumsal bakım daha yaygındır (AARP,2006:20).

AWZB ‘İstisnai Tıbbi Harcamalar Yasası’ ev işleri yardımı hariç, evde bakıma ilişkin bütün hizmetleri kapsamaktadır, önceleri ev işleri yardımı hizmetleri de AWBZ’ nin çatısı altındayken, 2007’de ev işleri yardımı Sosyal Destek Yasası kapsamına alınmıştır. Sosyal destek yasası ile yerel yönetimler geniş yetkilere sahip olurken ev işlerinin yapılmasından da birincil derecede sorumlu tutulmuşlardır. Ev işleri yardımı; yemek hazırlama, ev içinde yapılması gereken düzenlemeleri ve ev içinde hareket sağlama gibi geniş kapsamlı olup belediyelerin kendi bütçe ve vergilerinden finanse edilmektedir (Mot, 2010:10).

2.6.1.3. İsrail’de Evde Sağlık ve Bakım Hizmetleri

İsrail'in genel nüfus popülasyonuna bakıldığında genç nüfusun şu an için çok yoğun olduğu, fakat nüfusun giderek yaşlanmaya başladığı dikkat çekmektedir. 1948 yılında İsrail devleti kurulduğunda, 65 yaş ve üzeri kişilerin toplam nüfus içindeki oranı % 3 iken, günümüzde % 10'lara ulaşmıştır (Borowski and Schmid, 2000). İsrail’de ortalama yaşam süresi kadınlar için 83 iken, erkekler için 79,1 dir (Central bureau of statistics, 2009:11).

İsrail’de evde sağlık ve bakım hizmetleri yaşlılara sağlanan sosyal bakım ve sosyal haklar üzerinden verilmeye ve gelişmeye devam etmiştir (Brodsky ve dig, 1995:2). İsrail’de yaşlılara yönelik hizmetler yerel yönetimler, kamu kurumları (Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal İşler Bakanlığı ve İsrail Sosyal Güvenlik Kurumu), gönüllü (İbrani İşçileri Genel Birliği Kupat Holim Hastalık Fonu, İsrail Yaşlı Hizmetleri Planlama ve Geliştirme Demeği (JDC-ESHEL) hizmet sağlayan organizasyonlar ve özel şirketler tarafından sunulmaktadır. Ayrıca ülke genelinde yaşlılara, gönüllü kuruluşlar ve yerel dernekler de bakım hizmeti sunmaktadır (Brodsky, 1995:4). Bu kurumlar arasındaki koordinasyon eksikliği hizmetlerin tekrarına ya da yetersiz uygulanmasına, hizmet alanların memnuniyetsizliğine ve kaynakların israfına neden olmaktadır.

Yaşlı bakım hizmetleri ile ilgili en büyük sorumluluk Çalışma ve Sosyal İşler Bakanlığı'na aittir. Çalışma ve Sosyal İşler Bakanlığı hem kurumsal hem de evde sağlık hizmetlerinin sunulmasından ve yerel yönetimler üzerinden gündüz bakım evlerinin denetiminden sorumludur. Tüm bu hizmetlerin finansmanını da İsrail Hükümetinin Bakanlığa aktardığı yerel sosyal hizmet ofisleri ağı aracılığıyla yerine getirmektedir. Ulusal Sigorta Enstitüsü ise yaşlılar için emeklilik sigortasını ve uzun dönemli bakım sigortasını yönetmekle görevlidir (Brodsky, 1995:4; Borowski and Schmid, 2000:53).

İsrail’de evde sağlık ve bakım hizmetleri 1970 yılında uygulanmaya başlamış fakat evde bakım hizmetlerinin yetersizliği, bireylerin günlük yaşam aktivitelerini

yerine getirmekte bağımlı hale gelmesi ve bakım verici rolde ailenin etkin olması bakım sigortasının çıkartılmasında etkili olmuştur (Schmid, 2010:4).

Uzun süreli bakım sigortası yasaının temel amacı; bakıma muhtaç hastalara ve bakım veren aile bireylerine ev içi destek programları ile yardımcı olarak kurumsal hasta bakım hizmetlerine olan talebi azaltmaktır (Borowski and Schmid, 2000:53; Schmid, 2005:194).

İsrail’de Bakım Sigortası’nın kapsamına girmek için kadınların en az 60, erkeklerin ise en az 65 yaşında olması, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme konusunda büyük oranda ya da tamamen başkasının yardımına bağımlı olmak (Schmid, 2005:192) gerekmektedir. Ayrıca daimi ikametgâhın İsrail Devleti olması da gerekmektedir (Schmid, 2010:2).

Bakım sigortası çok sınırlı durumlar hariç, ne nakit olarak ödeme yapma ne de nakit ödeme alma fırsatı sunmaktadır. Bunun yerine kişisel bakım, ev işlerine yardım, refakat, yatağa yatırma, kaldırma, oturmasına yardım etme, gündüz bakım merkezlerinde bakım alma, çamaşır hizmetleri, tek kullanımlık emici iç çamaşırları temini ve kişisel bakım birimleri hizmetleri gibi aynı nitelikli hizmetler sağlamaktadır (Borowski and Schmid, 2000:55).

Ulusal Sigorta Enstitüsü’nden bir kişi, bir sosyal hizmet uzmanı ve bir halk sağlığı hemşiresinden oluşan yerel meslek komitesi evde sağlık ve bakım hizmetlerini planlamakla yükümlüdür ve sunulan hizmetlerin finansmanı da Ulusal Sigorta Enstitüsü tarafından karşılanmaktadır (Schmid, 2010:4).

İsrail’de de bakım hizmetlerini daha çok kadın aile bireyleri vermektedirler. Fakat bakım sigortasının yasalaşması ile birlikte bakım veren aile bireylerinin yükü hafiflemiştir (Schmid, 2010:4).

Bakım Sigortasından önce İsraili aileler bakıma muhtaç yaşlılarına haftada ortalama 20-45 saat bakım hizmeti vermekteyken (Brodsky and Habib, 1997:151),

bakım sigortası ile birlikte haftada ortalama 10-15 saat evde bakım hizmeti sunmaya başlamışlardır (Borovvski and Schmid, 2000:55)

2.6.1.4. Almanya’da Evde Sağlık ve Bakım Hizmetleri

Dünya’da yaşlı nüfus yoğunluğu açısından ikinci ülke olan Almanya’da, 2008 verilerine göre 82 milyon 179 bin olan nüfusun % 20,1 ’ini 65 yaş üstü, % 4,7’sini ise 80 yaş üstü bireyler oluşturmaktadır. 65 yaş üstü nüfus oranının, 2035 yılına gelindiğinde % 30,2’ye, 2060 yılına gelindiğinde ise % 32,5’e yükseleceği tahmin edilmektedir (Eurostat, 2008). Dünya Sağlık Örgütü verilerine (WHO, 2006:1) göre; Almanya’da ortalama yaşam süresi kadınlar için 81,6, erkekler için ise 75,6 olup oldukça yüksektir. Bu veriler doğrultusunda Almanya’da bakım sorununun uzun yıllar güncelliğini koruyacağı düşünülmektedir.

Almanya’da 1883 yılında tüm ulusu kapsayan zorunlu sağlık sigortası, 01.01.1995 tarihinde de bakım sigortası yürürlüğe girmiştir (WHO, 2006:30). Alman bakım sigortasının finansal kaynağı işveren ve işçiden alınan primlerle sağlanır ve işçi ile işveren prim payı birbirine eşittir.

Bakım sigortası kapsamına giren çalışanların bakımından sorumlu oldukları aile bireyleri de prim ödeme şartı olmaksızın sigorta kapsamındadırlar (Seyyar, 2004:159). Bakım sigortasından faydalanabilmek için son on yıl içerisinde en az 5 yıl sigorta priminin ödenmiş olması gerekmektedir. Ancak bireyler prim ödeme gün sayısını yerine getirememişler ise yakınlarının da bakma gücü yok ise bakıma muhtaçlık geliştiğinde bu hizmetin finansmanını sağlamak Sosyal Yardım Kurumuna düşmektedir (Verein für Internationale Freundschaften e.V,2005:4)

Federal idareler, hizmetlerin ve bakım kurumlarının kaliteli ve etkin olduklarının güvencesini vererek verimli ve uygun maliyetli bir bakım altyapısı sağlamakla yükümlüdürler. Bakım desteğinde eşitsizlikleri önlemek ve Almanya’nın her bölgesinde uzun süreli bakım hizmetinin düzenli bir şekilde verilmesini sağlamak Federal Hükümetin, eyaletlerin ve yerel yönetimlerin ortak görevidir. (Amtz ve dig, 2007:3).

Alman Bakım Sigortası; yerel yönetimleri bakıma muhtaç bireylere ve ailelerine danışmanlık hizmeti vermelerini zorunlu kılmıştır. Bunun yanı sıra yerel yönetimlerin iki fonksiyonu daha bulunmaktadır: Bunlardan ilki; bakım sigortasını ve bakım hizmetlerini kişilere tanıtmaları, ikincisi ise kapasiteleri ölçüsünde bir sosyal güvenlik kurumu gibi hareket edip bakım hizmetini vermeleridir (Knüver ve Merfert, 2002:145-146). Almanya’da bakım sigortası kapsamında hem evde hem de kurumda sağlık ve bakım hizmeti verilmektedir. Fakat 1970’lerden itibaren sürekli artan hastane ve bakımevi maliyetleri, Bakım Sigortası Yasası ile evde bakıma öncelik verilmesini beraberinde getirmiştir (Ewers, 2002:309).

Alman yasalarına göre; bedensel, zihinsel ya da ruhsal hastalığı yada özürlü olanlar, günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesinde ve devamlılığının sağlanmasında bir başkasının sürekli yardımına ihtiyaç duyanlar bakıma muhtaç kişi sayılmaktadır (Verein für Internationale Freundschaften e.V, 2005:4).Yasa, bakıma muhtaç kişinin, başka birinin sürekli bakımına gereksinim duyması halini tahmini olarak en az altı ay şeklinde tanımlamıştır.

Evde sağlık ve bakım hizmetleri kapsamında, evde yaşamak isteyen bakıma muhtaç bireylere ve ailelerine düzenli olarak belirli aralıklarla uzman bakım vericiler tarafından daha sağlıklı bakım hizmeti verebilmek için harici bakım hizmetleri sunulmaktadır (Seyyar, 2004:159). Bu hizmetler; temel bakım olarak nitelendirilen vücut bakımı (duş, banyo, yıkama), beslenme (yemek hazırlama, yedirme, yardımcı olma), hareketlilik (ayakta durmasını sağlama, yürütme, kaldırma, yatırma) hizmetlerinin yanı sıra ev işleri idaresi olarak nitelendirilen alışveriş, yemek yapma, ev temizliği gibi hizmetleri kapsamaktadır (Duisburger Pflageam, 2005:6).

Bakım sigortası ayrıca çeşitli yardım olanakları da sunmaktadır. Bu yardımın temel amacı bakıma gereksinim duyan bireyin mümkün olduğu kadar uzun süre evinde kalabilmesini sağlamaktır. Yardım türünü bakıma muhtaç kişi kendisi seçebilmektedir. Buna ilişkin parasal yardım (bakım hizmetini sunan bireye bakım parası verilir), maddesel yardım (profesyonel bakıcılar ev ziyareti yapar), birleşik yardım (hem parasal yardımı, hem maddesel yardımı içerir) imkânları mevcuttur (Verein für Internationale Freundschaften e.V., 2005:5). Almanya’da evde sağlık ve

bakım hizmeti alan bireylerin %79'u nakdi, %11'i bileşik, %9'u sadece maddesel hizmet almayı tercih etmektedir (Schmid,2005:194)

Bakıma muhtaç bireylerin bakımını kolaylaştırmak, şikâyetlerini gidermek, kendi kendine yetebilmesine yardımcı olmak için bireye ve ailesine bakımı kolaylaştırıcı her türlü araç-gereç yardımının yapılmasının yanında, gerekli tadilat ve tamiratlar içinde nakdi destek sağlanması evde sağlık ve bakım hizmetlerinin kapsamındadır (Seyyar, 2004:165). Ayrıca bakım sigortası ile evde bakım hizmetinde bulunan bakım vericiler prim ödemelerine gerek kalmadan yasal kaza sigortası kapsamına dâhil etmekte ve haftada on dört saat bakım hizmetinde bulunan informal bakım vericiler sosyal güvenlik şemsiyesi altına alınmaktadır (Seyyar, 2000:15).

2.6.1.5. Japonya'da Evde Sağlık ve Bakım Hizmetleri

Batı ülkelerinde olduğu gibi coğrafya olarak farklı bir bölgede olan Japonya'da da ortalama yaşam süresinin uzamasına bağlı olarak yaşlı nüfus artmaktadır. Japon İstatistik Kurumu'nun yayınladığı 2008 yılı verilerine göre 127,69 milyon olan Japonya nüfusunun % 22,1 'ini 65 yaş ve üzeri bireyler oluşturmaktadır. 2030 yılına gelindiğinde bu oranın % 31,8'e, 2050 yılına gelindiğinde ise % 39,6'ya yükseleceği tahmin edilmektedir. Japonya'da ortalama ömür ise kadınlar için 86,1, erkekler için 79,3'tür (Japan Statistics Bureau, 2009:10-15).

Japon geleneklerine göre, yaşlıların bakımını aile bireyleri üstlenmekte ve bakım verici rolde aktif olarak kadınlar yer almaktadırlar. Bu nedenlerden dolayı profesyonel evde sağlık ve bakım hizmeti Japonya'da ancak, yaşlı nüfusun hızla artması, aileyle yaşayan genç birey sayısının hızla azalması, kadınların çalışma hayatında artan rolü ve kadın hakları konusunda bilinç sahibi olmaları ile gelişmeye başlamıştır (Campbell ve Ikegami, 2003:22). Ayrıca yaşlı nüfusun artışı ile birlikte kişi başına düşen sağlık harcamalarının hızla artması Japon sağlık sisteminin ciddi bir ekonomik krizle karşı karşıya kalmasına neden olmuştur (Murashima ve dig. 2002:94).

Japonya'da hastane maliyetlerinin çok yüksek olması, tedavi görenlerin büyük çoğunluğunu 65 yaş üzeri bireylerin oluşturması ve hastanede yatış sürelerinin uzun olması nedeni ile bakım sigortası ihdas edilmiştir (Campbell ve Ikegami 2003:22).

Bakım sigortasının yürürlüğü girmesinden önce sağlık ve bakım hizmetlerini belediyeler ve sivil toplum kuruluşlarının icra ettiği bilinmektedir (Talcott, 2002:94). 1970'lerin ikinci yarısından itibaren hemşireler belediyeler ile işbirliği yaparak, taburcu olan hastaların ve yatağa bağımlı yaşlı bireylerin sağlık ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla evlerinde ziyaret etmeye başlamışlardır. Ev ziyaretleri sırasında hastaların ihtiyaçları hakkında bilgi sahibi olmuşlar ve gereksinim duyulan bakım hizmetinin türü konusunda öngörü geliştirilmiştir. Hemşirelerin çabalarının sonucu olarak, 1983 yılında çıkarılan Yaşlılar için Sağlık ve Tıbbi Hizmetler Yasası ile hemşireler tarafından gerçekleştirilen ev ziyaretleri ücretlendirilerek, sağlık sigortası tarafından karşılanması hükme bağlanmıştır (Murashima ve dig.,2002:95)

Japonya'da evde sağlık ve bakım hizmetlerinin yönetimi belediyelere verilmiştir. 1990 yılında Altın Plan ile gündüz bakım hizmetlerinin, ev yardımcılarının ve geçici bakım hizmetlerinin altyapısı üzerinden evde bakımın önemine vurgu yapılmıştır. 1992 yılında ise 1983'te çıkarılan yasanın revize edilerek hastanın evinin sağlık hizmeti sunulacak en uygun yer olarak tanımlanması ile evde sağlık ve bakım hemşireliği yasal zemine oturtulmuştur. 1992'den itibaren evde hemşire bakımı hizmetleri; hastanede, belediyede veya özel şirkette çalışan hemşireler tarafından sağlanmıştır. 1994 yılına gelindiğinde ise uzun süreli bakım sigortası yasasının oluşturulması için gerekli çalışmalara başlanmıştır. Bu çalışmaların sonucunda Aralık 1997'de Uzun Süreli Bakım Sigortası yasalaşmış ve Nisan 2000'de yürürlüğe girmiştir (Murashima ve dig., 2002:95).

Japon Sağlık Çalışma ve Refah Bakanlığı'na göre uzun süreli bakım sigortasının ihdas edilmesinin iki sebebi bulunmaktadır: Birincisi, artan sigorta maliyetleri için devamlılığı olan bir fon sağlamak, ikincisi ise insanların gerekli refah ve sağlık hizmetlerini aldığı kullanıcı odaklı bir sistem oluşturmaktır (Ogawa, 2006:286).

Japon bakım sigortası; kurumsal bakım yerine evde bakımı teşvik etmektedir ve yaşlı nüfusun bağımsızlığını artırmak için tıbbi bakım hizmetleri ile sosyal bakım hizmetlerini bütünleştirmeyi planlamaktadır (Campbell ve Ikegami, 2000:31; Campbell ve Ikegami, 2003:21).

Japon Bakım Sigortası oluşturulurken demografik ve ekonomik nedenlerden ötürü Alman Bakım Sigortasını model olarak almıştır (Campbell, 2002). Ancak Japon Bakım Sigortası ile Alman Bakım Sigortası arasında bir takım farklılıklar bulunmaktadır. Bunlardan ilki; Japon Bakım Sigortası, Almanya'daki gibi hastalık sigortası sandığı çatısı altında değil, ayrı bir şekilde düzenlenmiştir. Bu düzenleme ile yaşlı ve genç nüfus arasındaki eşit olmayan sağlık harcamalarının hem kendi içindeki dağılımının daha adil hale getirilmesi, hem de sınırlandırılması amaçlanmıştır (Seyyar, 2006:144).

İkincisi, Japon Bakım Sigortası her yaş grubundaki engelliye sigorta kapsamına dâhil etmemiştir. Çünkü Campbell ve Ikegami (2003,24) Japonya için öncelikli ve acil çözümlenmesi gereken sorunun yaşlı bakımı olduğunu düşünmektedirler. Japon Bakım Sigortası, 40 yaş ve üzeri olup felç, Parkinson hastalığı, erken başlayan Alzheimer gibi hastalıklardan şikâyetçi olan hastalar ile en az 6 ay bakıma ihtiyaç duyan insanları ve 65 yaş üzerinde olup yine en az 6 ay bakıma muhtaç olan herkesi kapsamına almıştır. Dolayısıyla 40 yaş ve üstü herkes sisteme katkıda bulunmak mecburiyetindedir. Yine Alman Bakım Sigortası'ndan farklı olarak Japon Bakım Sigortası, bakım veren aile bireylerine bakım parası ödememektedir (Campbell ve Ikegami, 2000:27; Campbell ve Ikegami, 2003:409).

Japon Bakım Sigortası, hem evde bakım hem de kurumda bakım masraflarını karşılamaktadır. Sigortanın karşıladığı evde bakım hizmetleri; ev işlerine yardım, ziyaretçi hemşire, rehabilitasyon ve banyo gibi temel bakıma yönelik hizmetler ile gündüz bakımı, geçici bakım ve demanslı hastalar için grup bakımını içermektedir. Uzun süreli bakım sigortası ise bakım için gerekli ya da bakımı kolaylaştıracak olan ev içinde yapılması gereken tadilat ve düzenlemeleri de karşılamaktadır (Murashima ve dig., 2003:409).

Japon Bakım Sigortası'nın %50'si merkezi yönetimin ve yerel yönetimlerin topladığı genel vergilerden, %32'si (40 ile 64 yaş arasındaki) çalışanlardan, %18'i ise (65 yaş ve üstü) emeklilerden alınan katkı paylarıyla karşılanmaktadır (OECD, 2005:84). 40 ile 64 yaş arasındaki bireyler sağlık sigortası primlerine ek olarak % 0,9 bakım sigortası primi ödemektedirler ve bu prim oranı işveren ile paylaşılmaktadır. 65 yaş ve üstü kimselerin primleri ise emekli maaşlarından kesilmektedir (Campbell ve Ikegami, 2000:31,32).

Japonya'da bakım sigortasının yönetimi belediyelere verilmiştir. Belediyelerin, uzun dönemli bakım sigortası hizmetlerine ne kadar harcama yapacağını belirleme noktasında resmi sorumluluğu bulunmaktadır. Belediyeler, masraflarını karşılayacak oranda vergi belirleme yetkisine sahiptirler, fakat bunu yaparken kişilerin ekonomik durumunu göz önünde bulundururlar. Yüksek gelir grubundan daha yüksek, düşük gelir gruplarından daha düşük vergi toplar, çok düşük gelir grupları için ise sosyal yardım fonlarını kullanırlar (OECD, 2005:84).

2.6.2. Primsiz Modeli Benimseyen Ülkelerde Evde Sağlık ve Bakım Hizmetleri

Primsiz modelde, bakıma gereksinim duyan bireylerin güvencesi; genel vergilerden finanse edilerek sağlanan kamusal sosyal yardım ve devlet tarafından destek yöntemi ile karşılanmaktadır. Böylece tüm bireylere sağlık ve bakım güvencesi sağlanmış olmaktadır. Vergiye dayalı kamusal bakım güvence sisteminde kişinin bakıma gereksinim duyma derecesine ve ekonomisine göre ücretli, ücretsiz veya kısmi katılımlı bakım hizmetleri verilmektedir (Seyyar, 2008c:31; Seyyar, 2004:157). Bu modeli esas alarak uygulayan ülkeler arasında İsveç, Kanada ve İngiltere sayılabilmektedir.

2.6.2.1. İsveç'te Evde Sağlık ve Bakım Hizmetleri

İsveç İstatistik Kurumu'nun 2009-2060 yıllarını kapsayan nüfus projeksiyonu çalışmasına göre 9 milyon 256 bin olan İsveç nüfusunun % 18'ini oluşturan 65 yaş

ve üzeri kimselerin oranının 2030 yılında % 23'e, 2060 yılında ise % 25'e ulaşacağı tahmin edilmektedir. Yaşam süresinin uzadığı İsveç'te erkekler için 79 yıl olan ortalama ömrün 2060 yılında 85 yıla, kadınlar için 83 yıl olan ortalama ömrün ise 87 yıla yükseleceği öngörülmektedir (Statistics Sweden, 2009).

İsveç'te evde sağlık ve bakım hizmetleri;1918 yılında gönüllülerin yoksullara yardım uygulamaları ile başlamış ve 1950 yılında belediyelerin bakım sorumluluğunu üstlenmesi ile gelişme göstermiştir (Edebalk, 2008:2). İsveç'te yerel yönetimler ciddi imtiyazlara sahiptirler; sunacakları hizmetin kapsamını, toplayacakları vergilerin miktarını ve hizmetten faydalananların ödeyecekleri katılım bedellerini tespit etme hakkına sahiptirler (Trydegård, 2003:1). İsveç'te kişisel gelirin yaklaşık % 30'unu vergiler oluşturur ve bunun üçte birini tamamen sağlık hizmeti için kullanmaktadırlar (Andersson and Karlberg, 2000:1,2).

Ayrıca İsveç'te belediyeler sağlık hizmetinin yanı sıra sosyal hizmetlerin de verilmesinden sorumludur ve bu hizmetler kapsamında yaşlı, engelli ve kronik hastalığı olan bireylere gerekli bakımı gerek evde gerek kurumda sağlamaktadırlar. İsveç'te bakıma muhtaç bireyler sağlık ve bakım hizmetlerini özel bir şirketten, devletten ya da belediyeden alma konusunda özgürdür.

Belediyeler ev içinde bakıma muhtaç bireyin yaşamını kolaylaştıracak ev içi düzenlemeleri ve gerekli tadilatları yapmakta, ayrıca ulaşım hizmeti (taksi ya da özel olarak tasarlanmış araçları ile), güvenlik alarmı sistemi, alışveriş, ev temizliği, yemek, çamaşır yıkama, kişisel bakım hizmetleri de sunmaktadırlar (Sweden Ministry of Health and Social Affairs, 2007:4).

İsveç'te gerek evde gerekse de kurumda bakım hizmetleri; vergi gelirlerinden, hizmeti alanların ödedikleri katkı paylarından ve merkezi yönetimin desteklerinden finanse edilmektedir. Yerel gelir vergisi bakım hizmetleri için belediyelerin en temel gelir kaynağıdır. Hizmeti alanların ödedikleri katkı payları ise toplam bakım hizmeti maliyetinin % 5'ini oluşturmaktadır (Edebalk, 2008:2).

Belediyeler bakım veren aile üyelerine hem aynı (hizmet) hem de nakdi (bakım parası) destek vermektedirler. Merkezi hükümet, belediyelere bakım veren

aile üyelerini desteklemeleri için ayrıca kaynak aktarmaktadır (Sweden Ministry of Health and Social Affairs, 2007:4).

1990'ların başında meydana gelen kamu yönetimi yerelleşme reformu ile eğitim, çocuk ve yaşlı bakımı hizmetleri belediyelerin temel görevlerinden sayılmıştır (Edmark, 2007:7). 1992 yılında yaşlıların bakımına yönelik kapsamlı bir değişimi öngören toplum bakımı reformu (ÅDEL-reformu) uygulamaya konulmuştur. Reformun ilk amacı bütün kamusal yaşlı bakım hizmetlerini tek bir çatı altında toplamaktır. Bu bağlamda doktorlar tarafından yapılan ev ziyaretleri hariç tıbbi bakım hizmetlerinin tüm sorumluluğu il meclislerinden alınarak belediyelere verilmiştir. İkinci amaç, sosyal hizmet kültürünü güçlendirmek ve yaşlı bakımı hizmetlerini tıbbi bakımdan ziyade sosyal bakım hizmetlerine doğru yönlendirmektir. Üçüncü amaç ise taburcu sonrası evde sağlık ve bakım hizmetinin sunumunu yaygınlaştırılarak, hastaneden erken taburculuğu sağlamak böylece hastanede kalış sürelerini kısaltmak ve maliyetleri azaltmaktır (Andersson and Karlberg, 2000:2-4; Trydegård, 2003:3).

1998 yılında meclisten geçen “Yaşlı Bireylerin Bakımına Yönelik Ulusal Aksiyon Planı” ile yaşlıların bakımının devlete ait kamusal bir sorumluluk olduğu ilkesi vurgulanmıştır. Plan, yaşlı bakımı hizmetlerinin demokratik esaslara uygun bir şekilde organize edilmesini, finansmanının devlet tarafından sağlanmasını ve kişinin ödeme gücüne bakılmaksızın ihtiyaç duyan herkes için erişilebilir olmasının altını çizmiştir.

2001 yılında 1982 tarihli Sosyal Hizmetler Yasasının revize edilmesi ile yardım ve desteğe gereksinim duyan her birey kapsam altına alınmış ve yerel yönetimler bakıma muhtaç her bireye, tüm sağlık ve bakım hizmetlerini sunmakla yükümlü tutulmuştur.

Sosyal hizmetler yasası ile aynı zamanda bakıma gereksinim duyan bireylerin gerek insani gerek ekonomik nedenlerle kurumsal sağlık hizmetlerinden ziyade kendi evlerinde sağlık hizmeti almaları öncelikli ilke olarak belirlenmiştir (Trydegård, 2003:7-9). İsveç'te son yıllarda yapılan çalışmalar belediyelerin evde sağlık ve bakım hizmetlerinden yararlanan bireylerden aldıkları katılım paylarının çok yüksek

olduğunu, bu nedenle mali durumu iyi olmayan bireylerin mağdur olduklarını göstermektedir.

Ayrıca belediyelerin sundukları evde sağlık ve bakım hizmetlerinin kapsamı ile hizmet için aldıkları katkı payları ve hizmetten yararlanan kişi sayısı arasında çok büyük farklılıklar bulunduğu dikkat çekilmiştir. Tüm bu sorunları çözmek için merkezi hükümet, 2002 yılında belediyelerin katkı payı belirleme özgürlüklerini sınırlandırmış ve en yüksek katkı payını belirleyen ulusal bir karar çıkartarak belediyeler arasında standart sağlamayı amaçlamıştır (www.tsrbsb.org.tr).

2.6.2.2. İngiltere’de Evde Sağlık ve Bakım Hizmetleri

2008 yılı verilerine göre 61,4 milyon olan Büyük Britanya nüfusunun % 16’sını 65 yaş üzeri bireyler oluşturmaktadır (Office for National Statistics, 2009a). Nüfusu hızla yaşlanan Büyük Britanya’da, 2033 yılında 65 yaş ve üzeri bireylerin toplam nüfus popülasyonu içindeki oranının % 23 olacağı tahmin edilmektedir (Office for National Statistics, 2009b). En hızlı artan yaş grubunu 85 yaş ve üzeri bireylerin oluşturduğu Birleşik Krallık ’ta, diğer ülkelere paralel olarak doğumda beklenen yaşam süreleri artan bir eğilim göstermektedir. Erkekler için 77.2 yıl olan ortalama ömrün, kadınlar için 81.5 yıl olduğu tespit edilmiştir (Office for National Statistics, 2009c).

Büyük Britanya’da 1990’da kabul edilerek, 1993’te yürürlüğe giren Ulusal Sağlık Hizmetleri ve Toplum Temelli Bakım Yasası ile bakıma ihtiyaç duyan yaşlılara sağlık ve sosyal hizmetlerin beraber sunulmasını öngörülmüştür (Davey and Patsios, 1999:274). Ulusal Sağlık Hizmetleri (National Health Services) Yasası ile toplum temelli hemşirelik bakımı ve huzurevlerinin verdiği hizmetler bireylere ücretsiz bir şekilde sunulmakta ve sosyal hizmetler de ödeme güçlerine göre alınan makul bir katkı payı karşılığında yerel yönetimler tarafından sağlanmaktadır. Yerel yönetimlere Toplum Bakımı Yasası ile toplum temelli bakım hizmetlerinin sunulması için daha fazla yönetsel ve finansal sorumluluklar yüklenmiştir (Lewis, 2001:348). Sadece İskoçya’da ihtiyaç duyanlara ücretsiz evde kişisel sağlık ve bakım hizmetleri sunulmaktadır (AARP, 2006:25).

Yasaya göre toplum temelli bakımın; sağlık bakımı kısmı Ulusal Sağlık Hizmetleri'nin, sosyal bakım kısmı ise yerel yönetimlerin sorumluluğuna verilmiştir. Buna bağlı olarak, evde sağlık ve bakım hizmetlerini sunma sorumluluğu da sağlık ve sosyal hizmetler arasında bir ayırımı tabi tutularak belirlenmiştir. Buna göre; evde sağlık bakımı(ev ziyareti hemşireliği, fizyoterapi gibi tıbbi bakım) Ulusal Sağlık Sistemi tarafından karşılanmaktadır. Evde sosyal bakım(ayak terapisi, çamaşır yıkama, banyo) hizmetleri ise yerel yönetimler tarafından karşılanmaktadır (Davey and Patsios, 1999:274). Britanya Krallığı'nda kurumsal “geçici” bakım hizmetleri sadece İrlanda'da mevcuttur. İrlanda'da kurumsal geçici bakım hizmetleri çatısı altında öğle yemeği, banyo, fizik tedavi, mesleki terapi, ayak terapisi, çamaşır yıkama, kuaförlük hizmetleri gibi hizmetler verilmektedir (Lethbridge, 2005:51).

Büyük Britanya'da yerel yönetimler uzun süreli sağlık hizmetlerini koordine etmekten, hizmetlere erişimi sağlamaktan ve bakım hizmetlerini yönetmekten sorumludurlar. Hizmetler, kamu sektörü tarafından ya da yerel yönetimlerle sözleşme yapmış özel sektör firmaları tarafından sağlanmaktadır. Uzun süreli sağlık hizmetlerinin finansmanı öncelikle genel vergilerden, kısmen merkezi hükümet desteklerinden, kısmen de yerel vergilerden sağlanmaktadır (AARP, 2006:25).

1996'da yürürlüğe giren Toplum Temelli Bakım Yasasının çerçevesi içinde yer alan “doğrudan ödeme programı” bir uygulama ile kurallara uygun şekilde kendi sağlık ve bakım hizmetlerini yönetmeyi tercih eden bireyler için bakım parası ödenmesi mümkün hale getirilmiştir (MacAdam, 2004:400).

Fiziksel veya zihinsel engelleri yüzünden gündüz yada gece bakımına gereksinim duyan 65 yaş ve üzeri bireyler, bakıma gereksinim duyma durumlarının en az 6 ay sürmesi koşulu ile bakım parası alma hakkına sahiptirler. Bakım veren aile bireyleri ise, 16 yaşından büyük olmak, belli bir miktarın üzerinde ücret kazanmıyor olmak ve haftada en az 35 saat bakım vermek koşulu ile bakım parası almaya hak kazanmaktadırlar (Lethbridge, 2005:45).

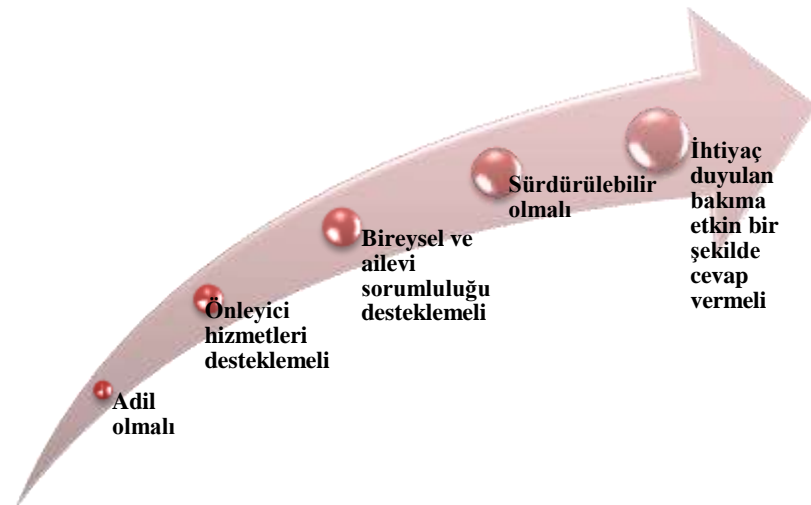
Britanya'da 2000 yılında Bakım Standartları Yasası çıkarılmıştır. Yasa, bakım evlerinde sunulan sağlık ve bakım hizmetlerinin standartlarını belirleyen düzenlemeler içermektedir. Yasadan sonra bazı küçük bakım evleri standartları

sağlayamadığından kapanmak zorunda kalmışlardır. Ayrıca evde sağlık ve bakım hizmetlerinin maliyeti daha düşük olduğundan yerel yönetimler tarafından teşvik edilmeye başlanmıştır. Bu da bakım evlerinin sayısının azalmasında etkili olmuştur (Lethbridge, 2005:22).

Birleşik Krallık 'ta sağlık ve bakım hizmeti harcamalarının % 75'i kurumsal sağlık hizmetlerine, % 25'i evde sağlık hizmetlerine aittir. (MacAdam, 2004:400). Ayrıca sağlık ve bakım hizmetleri hızla kamusal sektörden özel ya da kar amacı gütmeyen sektöre devredilmektedir. Özel sektör evde sağlık ve bakım hizmeti sunumundaki pazar payını hızla artırmaktadır. Yerel yönetimler özel sektörden ya da kar amacı gütmeyen sektörden artık kendi sundukları hizmetlerden çok daha fazla evde bakım hizmeti satın almaktadırlar. Yerel yönetimler tarafından finanse edilen evde sağlık ve bakım hizmetlerinin %66'sı özel sektör tarafından sunulmaktadır (Lethbridge, 2005:16-20).

Son yıllarda Britanya Krallığı'nda uzun süreli sağlık ve bakım sağlama sistemi hakkında reform tartışmaları yapılmaktadır. Birleşik krallık' ta oldukça itibarlı olan Joseph Rowntree Vakfı uzun süreli sağlık ve bakım finansman sisteminin çalışmadığı ifade ederek, altı temel ilkeye dayanan ulusal reform öngören bir öneri yayınlamıştır. Bu ilkelere göre sistem,

Şekil 2. 7: Joseph Rowntree Vakfı Reform Maddeleri



2.6.2.3. Kanada’da Evde Sağlık Ve Bakım Hizmetleri

Kanada nüfusu da giderek yaşlanmaktadır; 2009 yılı verilerine göre 33 milyon 739 bin 900 olan Kanada nüfusunun % 13,9’ unu 65 yaş ve üzeri bireyler oluşturmaktadır. 2031 yılında ise 65 yaş üzeri bireylerin toplam nüfus içindeki dağılımının % 23,4’e yükseleceği düşünülmektedir. Başka bir ifadeyle 2031 yılında Kanada’da yaşayan yaklaşık her dört bireyden biri 65 yaş ve üzerinde olacaktır. Kanada’da ortalama yaşam süresi erkekler için 77, kadınlar için 82’dir (Statistics Canada, 2009).

Kanada finansmanı tamamen kamu tarafından karşılanan, vatandaşlarının nerede, nasıl yaşadıklarına ve ödeme güçlerine bakılmaksızın gerekli sağlık ve bakım hizmetlerini sunan sağlık modeliyle dünyada ünlüdür (Sharkey ve dig., 2003:382). 1984’de yürürlüğe giren Kanada Sağlık Yasası; sağlık hizmetlerinin sunumuna dair ulusal bazda geniş bir yasal çerçeve çizmektedir (Duncan ve Reutter, 2006:243). Fakat yasa, evde sağlık ve bakım hizmetlerinin rolünün sınırlı olduğu bir zamanda çıkartıldığından, evde sağlık ve bakım hizmetleri ile ilgili herhangi bir hüküm içermemektedir. Kanada’da evde sağlık ve bakım hizmetlerinin Sağlık Yasası çatısı altında ya da yasaya bağlı paralel bir düzenleme ile yasalaşması tartışılırken, bakım artık topluma, işyerlerine, okullara ve evlere kadar taşınmıştır (Sharkey ve dig., 2003:382).

1970’li yıllarda evde sağlık ve bakım hizmetleri genel sağlık sistemi kapsamına alınmış ve ilk olarak Manitoba’da uygulamaya konulmasının ardından (Sharkey ve dig., 2003:382) tüm eyalet sakinleri kamusal evde sağlık ve bakım hizmeti almaya başlamıştır (Soročan, 1997:v).

Kanada’da yasal bir düzenleme olmaması nedeni ile evde sağlık ve bakım hizmetleri ülkenin her bölgesinde ve eyaletinde farklı şekillerde uygulanmaktadır. Sunulan hizmetler eyaletler ve eyaletler içindeki kentsel ve kırsal bölgeler arasında hizmeti alanların ödedikleri ücretler, kabul kriterleri, bölgeler arasındaki gelir ve nüfus dağılımı farklılıkları, başvuru kaynağı, hizmetin uzunluğu ve kapsamı gibi konularda uygulama farklılıkları göstermektedir (Soročan, 1997:v;Coyte, 2000:4).

1998 'de Mart ayında Kanada'da Ulusal Evde Bakım Konferansı yapılmıştır. Konferansta, Kanada'nın acil ulusal bazda geçerliliği olan evde sağlık ve bakım programına ihtiyacı olduğu konusunda görüş birliğine varılmıştır. 1999'da Şubat ayında Kanada Sağlık Bakanlığı tarafından düzenlenen ulusal evde sağlık ve toplum temelli bakım toplantısında, gelecek için öncelikler ve potansiyel stratejiler belirlenmeye çalışılmıştır. Ulusal evde sağlık ve bakım konferansının başarısı üzerine, 2002'de Nisan ayında Toronto'da Uluslararası Evde Bakım Konferansı düzenlenmiştir. Konferans ile global düzeyde ülke uygulamaları ve evde sağlık profesyonellerinin önerileri doğrultusunda Kanada'nın gereksinimlerine cevap verebilecek bir model tasarımı amaçlanmıştır (Sharkey ve dig., 2003:348).

Kanada ulusal evde sağlık ve bakım programının; hizmetlere erişilebilirlik, uygun teknoloji, kamu katılımı, sağlık tanıtımı ve sektörler arası işbirliği ilkeleri üzerinde şekillenmesi gerektiğine karar verilmiştir (Duncan ve Reutter, 2006:244).

Kanada'da evde sağlık ve bakım hizmetleri gereksinim duyan her bireye sunulmasına karşın, en çok talep 65 yaş ve üzeri bireylerden gelmektedir (Canadian Home Care Association, 2008:2). Ayrıca Kanada'da evde sağlık ve bakım hizmetleri, hastaneden taburcu olmuş lakin iyileşmek için kısa süreli yardıma gereksinimi olan, sosyal ya da işlevsel bozukluğu bulunup desteğe gereksinim duyan bireylere sunulmaktadır (Sorochan, 1997:vii)

Kanada'da evde sağlık ve bakım hizmetleri; ziyaretçi hemşire hizmetlerini, evde bakım destek elemanları tarafından sunulan hizmetleri (ev işlerine yardım, alışveriş yardımı, kişisel bakım yardımı), yüksek eğitilmiş klinik profesyoneller tarafından verilen hizmetleri (yaşam desteği, diyaliz, evde intravenöz tedavi, tüple besleme gibi yüksek teknolojili tıbbi bakım hizmetlerini) kapsamaktadır. Evde bakım destek elemanları tarafından sunulan (ev işlerine yardım, kişisel destek, temizlik, yemek yapma, yatağa yatırma, alet ve ekipman temini gibi tıbbi olmayan) hizmetler için hizmeti alanlar ücret ödemektedirler. Alınan ücretler, kişilerin gelirlerine göre değişmektedir. Yüksek eğitilmiş klinik profesyonelleri tarafından sunulan (hemşirelik, fizyoterapi, konuşma terapisi, danışmanlık ve vaka yönetimi gibi tıbbi içerikli hizmetler) evde sağlık ve bakım hizmetleri ise herhangi bir ücrete tabi değildir (Sorochan, 1997:vii).

Evde sağlık ve bakım hizmetlerinin % 85'ini eyalet yönetimleri, % 10'unu hizmeti alanlar, % 5'ini ise üçüncü kişiler finanse etmektedir. Fakat bu oranlar giderek kullanıcı katkı paylarının artışı yönünde bir eğilim göstermektedir. Ayrıca hastane tabanlı evde sağlık ve bakım programları, genellikle hastane bütçeleri içinden devlet tarafından finanse edilmektedir (Soročan, 1997:vii).

Her ne kadar eyaletler tarafından sunulan kamusal evde sağlık ve bakım hizmetleri mevcut olsa da, Kanada'da evde sağlık ve bakım hizmetlerinin % 80'nini bakım parası ya da herhangi bir ücret almayan aile bireyleri yerine getirmektedir. Bu informal bakıcılar tuvalet, banyo, giydirme, yemek hazırlama, alışveriş ve ev temizliği gibi sosyal bakım hizmetlerini tek başlarına yerine getirmektedirler (MacAdam, 2004:396).

Kanada'da yaşlı, akut bakıma ihtiyacı olan, uzun dönemli engelli ve kronik hastalığı olan bireylerin evde bakıma talebi hızla yükselmektedir. Bu nedenle Kanada'da profesyonel evde sağlık ve bakım hizmetleri giderek yaygınlaşmaya başlamıştır (Duncan ve Reutter, 2006).

Ayrıca yakın gelecekte Kanada'da evde sağlık ve bakım hizmetini sunabilecek insan kaynağına ihtiyacın artacağı tahmin edilmektedir. Kanada'da 32.300 ev destek çalışanı, 12.000 hemşire ve 2.600 fizyoterapist evde sağlık ve bakım alanında faaliyette bulunmaktadır ve çalışanların çoğunu 40 yaş ve üzeri bireyler oluşturmaktadır. Ayrıca Kanada'da bakıma gereksinim duyan yakınına bakım hizmeti sunan ve karşılığında bakım parası almayan 4-5 milyon civarında aile bireyi olduğu tahmin edilmektedir (Canadian Home Care Association,2008:4)

Kanada'da federal hükümetin, sağlık ve sosyal hizmetlerin sunumunu eyaletlere devretme eğilimi gösterdiği görülmektedir. Evde sağlık ve bakım hizmetleri de bu uygulama alanlarından birisini oluşturmaktadır (Sharkey ve dig, 2003:382).

2.6.3. Primli Ve Primsiz Modelin Birlikte Uygulandığı Karma Model

Karma prim modeli hem sağlık ve bakım sigortası aracılığı ile hem de kamusal sosyal yardım aracılığı ile yürütülmektedir.

Tablo 2. 2: Avrupa’da Evde Sağlık ve Personel Hizmetleri

EVDE BAKIM EKİPMANLARI	
EKİPMANLAR	PERSONEL
Oksijen	Hemşire
Ventilatör	Solunum terapisti
Cpap maske	
Monitör	
EPİZODİK(ARALIKLI) EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ	
HİZMETLER	PERSONEL
Tedavi Değerlendirme(IV,diğer)	Hemşire
Hasta eğitimi	Tıbbi Sosyal Hizmet Uzmanı
Semptom Yönetimi	Meslek Terapisti
Danışmanlık	Fizyoterapist
	Evde sağlık yardımcısı
HOSPİSLERDE EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ	
HİZMETLER	PERSONEL
Kişisel Bakım	Kayıtlı Hemşire
Rehberlik	Evde sağlık yardımcısı
Manevi Bakım	Ev kadını
Bakıcı Desteği	Tıbbi Sosyal Hizmet Uzmanı
Dinlendirme Bakımı	
Matem Hizmetleri	
Angarya Hizmetleri	
KRONİK EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ	
HİZMETLER	PERSONEL
Tedavi Değerlendirme	Özel görevli
İzleme	Tescilli veya lisanslı
Kişisel Bakım	Pratik Hemşire
	Angarya işçisi

2.7. TÜRKİYE'DE EVDE SAĞLIK VE BAKIM HİZMETLERİNİN TARİHSEL GELİŞİMİ VE MEVCUT DURUMU

Türkiye’de evde sağlık ve bakım hizmetlerine ait ilk faaliyetlerin 15. yüzyılda Fatih Sultan Mehmet döneminde başladığı görülmüştür. Doktorların yatağa bağımlı hastaları evlerinde ziyaret etmesi ile başlayan bu hizmetler daha sonra bir takım yasal düzenlemelerle gelişme göstermiştir (Vakıflar Genel Müdürlüğü, 2010).

20.yüzyılın başlarında enfeksiyon hastalıkları sebebi ile anne ve çocuk ölümlerindeki artış 24.04.1930 tarihli ve 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanununun çıkarılmasına neden olmuştur. Bu kanun çerçevesinde hastaların evleri karantina altına alınmış, annelerle, çocukların muayene ve takiplerinin evde yapılması sağlanarak bulaşıcı hastalıkların yayılması önlenmiştir (Aydın, 2005). Daha sonra 1954 yılında Hemşirelik Kanununun çıkarılmasının neticesinde birçok hemşire ‘sağlık kabini’ adı ile özel iş yeri açarak evde sağlık ve bakım hizmeti sunmaya başlamıştır (Aydın, 2005).

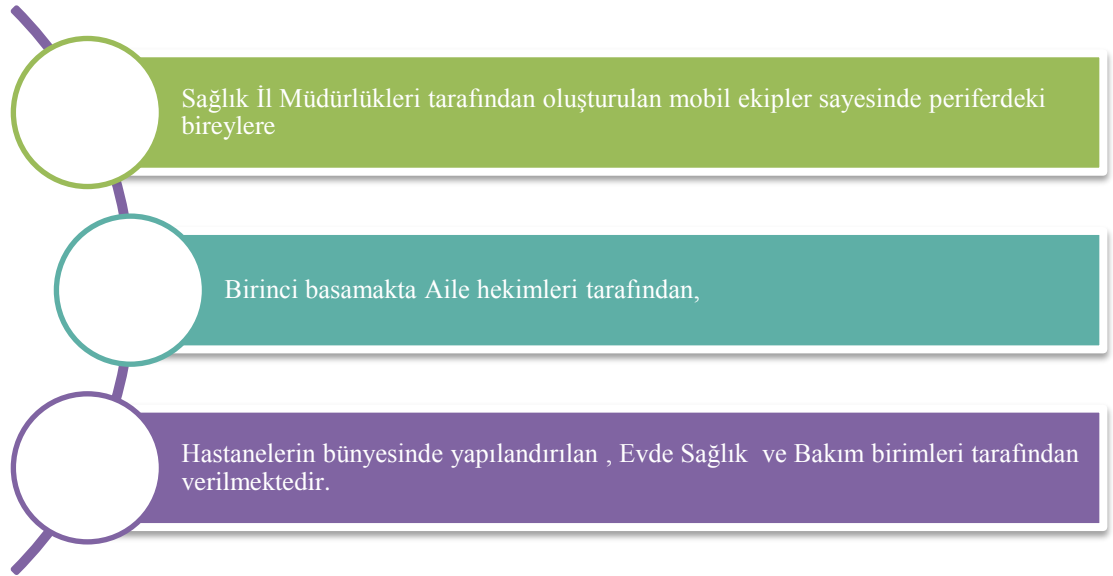
12.01.1961 tarihli Resmi Gazete’ de yayınlanarak yürürlüğe giren 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun ve 09.09.1964 tarihli Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin yürütülmesine dair yönetmelik ile evde ve ayakta tedaviye öncelik verilmesinden ve koruyucu sağlık hizmetlerinin öneminden bahsedilmiştir. Yönetmelikle köy ebeleri, ana çocuk sağlığı hizmetleri sunmakta ve ev ziyaretlerini gerçekleştirmekle yükümlü kılınmıştır (md.5/a). SHSHK çerçevesinde sunulan evde sağlık hizmeti uygulamaları bağışıklama, bebek ve hamile izlem çalışmalarından oluşmaktadır.

1980 yılından önce evde sağlık ve bakım hizmetleri; devlet tarafından yürütülen koruyucu sağlık hizmetleri üzerine odaklı bir hizmet iken, 1980 yılından sonra özel sağlık kuruluşlar ve kişiler tarafından, hastaların hastane sonrası tedavilerinin ve bakımının evde yürütülmesi olarak işlev kazanmıştır..

Devlet Planlama Teşkilatının son verilerine göre; 2025'te 65 yaş ve üstü nüfus yoğunluğunun, toplam nüfus yoğunluğu içindeki oranının % 10 yükseleceği düşünülmektedir. Bu nedenle yaşlanan nüfusla ilgili oluşacak sorunlara önlem alma gerekliliği ortaya çıkmıştır. Türkiye'de Evde Sağlık ve Bakım hizmetlerinin sunumunda ciddi dağınık bir görünüm sergilemektedir, oysaki bir toplumun sağlık hizmetlerini eşit ve dengeli sunması insana verdiği değerin, aynı zamanda sağlık hizmetlerinin kalitesinin göstergesidir.

Türkiye'de mevcut durumda evde sağlık ve bakım hizmetlerinin sosyal hizmet boyutunu; Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ile belediyeler yürütürken, Sağlık hizmeti boyutunu; Sağlık bakanlığına bağlı İl Sağlık Müdürlükleri, özel sektör ve gönüllü kuruluşlar vermeye çalışmaktadırlar. Sağlık Bakanlığı tarafından Evde Sağlık Ve Bakım hizmetleri sunum planı üç şekilde gerçekleştirilmektedir.

Şekil 2. 8: Sağlık Bakanlığı'nın Evde Sağlık Ve Bakım Hizmetleri Sunum Planı



Evde Sağlık Ve Bakım hizmetlerinin finansmanının kamu kurumlarının kaynaklarıyla karşılanması; sağlık harcamalarının denetlenmesi ve yataklı tedavi hizmet giderlerinin azaltılması açısından önemlidir. Evde sağlık ve bakım hizmetlerinin sosyal güvenlik sistemlerinin çatısı altında olmaması, ekonomik olarak

güçlü olmayan bireylerin bakım gereksinimlerini tam olarak karşılayamamasına sebep olmakla birlikte, sağlık hizmetlerinin sunumunda kişiler arasında eşitsizlikler ortaya çıkarmaktadır.

Evde sağlık ve bakımla ilgili proje uygulamalarına, 1993 yılında SHÇEK Genel Müdürlüğü'nce Ankara, Adana, İzmir ve İstanbul illerinde başlanılmıştır. Proje ile evlerinde yalnız yaşayan yaşlılara, hastalara, engellilere yardımcı olmak ve evde sağlık ve bakım hizmetinde yer alacak ara personelin yetiştirilmesi planlanırken, pilot uygulamalardan etkin sonuç alınmadığı için sürdürülememiştir. Türkiye'de insan gücü olarak yaşlı bakım elemanı yetiştiren herhangi bir eğitim kurumu yoktur. 1999 yılında yaşlı bakım hizmeti alanında görev yapacak nitelikli ara insan gücünün yetiştirilmesi amacıyla Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü, Milli Eğitim Bakanlığı Kız Teknik Öğretim Genel Müdürlüğü ve Milli Eğitim Sağlık Eğitimi Vakfının işbirliğiyle meslek liselerinde başlatılan eğitim faaliyetleri ile bu açığın giderilmesi planlanmıştır. Kız Meslek Liselerinde devam eden projenin süresi üç öğretim yılıdır.

Ankara Büyükşehir Belediyesi tarafından, 1994 yılında kurulan Yaşlılara Hizmet Merkezi, üyelerinin her türlü ev içi destek hizmetlerini gerçekleştirirken (dışarıdan yemek temini, ev temizliği, tamirat, marangozluk işleri, ev içi düzenlemeler)ilave olarak, yaşlıların faturalarının ödenmesi ve vergilerinin yatırılmasını da sağlamaktadır. Ayrıca 60 yaşın üzerinde olan tek ya da eşiyile beraber yaşayıp bakıma gereksinim duyan, aynı zamanda ekonomik durumu iyi olmayan yaşlılar “öncelikli hizmet kartı” ile Belediye'ye bağlı her merkezde (ASKİ, EGO) işlerini sıra beklemeden kolaylıkla yapabilmektedirler.

2001 yılında İstanbul Büyükşehir Belediyesi tarafından başlatılan Evde Bakım Hizmetleri Projesi kapsamında ise sosyal güvencesi olsun ya da olmasın bakıma muhtaç, yoksul, engelli ve yatağa bağımlı olan hastalar ile evde bakıma ihtiyaç duyan, fakat bakım hizmetini verecek kimsesi olmayıp ekonomik durumu iyi olmayan hastalara evde sağlık hizmeti sunulmaktadır(haber 06.bız.Yerelgudem.com) .

Büyük şehirlerde Evde Sağlık Ve Bakım Hizmetleri daha çok özel sağlık kuruluşları tarafından gerçekleştirilmektedir. 2008 yılı itibariyle Sağlık Bakanlığı'ndan ruhsatlı yirmi civarında Özel Evde Sağlık ve Bakım Merkezinin faaliyetlerini sürdürdüğü bilinmektedir. Ancak bu yapılanma hakkında sağlıklı istatistiksel verilere ulaşılamamaktadır.

Ülkemizde, Evde Sağlık Ve Bakım Hizmetlerinden ekonomik durumu iyi olmayan engelliler de yararlanabilmektedir. Engelliler için SHÇEK tarafından yürütülen Evde Sağlık Ve Bakım Hizmeti kapsamında, bakım hizmetini aldıkları özel kuruluşlara, her ay net olarak iki aylık asgari ücret tutarında ödeme yapılmaktadır. Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü tarafından 23.10. 2007 tarihinde çıkarılan ‘ Bakıma Muhtaç Özürlülerin Tespiti Ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik’ ile ağır özür ve bir başkasının himayesi ve bakımına muhtaç olduğunu sağlık kurulu raporuyla beyan etmiş bireylere bakım ücreti ödenmeye başlanmıştır.

Evde bakım ücretini engelli bireyle arasında kan bağı olan ve bakım hizmetini bireyle aynı evde yaşayarak sunan aile üyeleri almaktadır. Aynı zamanda verilen bakım ücreti desteğinden yönetmelikteki koşullara haiz olan yaşlılar da yararlanmaktadır. Bu saptamalar ülkemizde yaşlı ve özür ve kişiler bakımının toplum içinde yakınları tarafından sürdürüldüğünü ve sunulan evde sağlık ve bakım hizmetinin kamu ve özel sektörde birbirinden bağımsız birden fazla kuruluş tarafından verilmekte olduğunu göstermektedir.

10 Mart 2005 tarih ve 25751 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik ile özel sektör tarafından yürütülen evde sağlık ve bakım uygulamaları disipline edilirken, 01.02.2010 tarihli Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkındaki Yönerge ile Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarında evde sağlık hizmetlerinin verilmesine yönelik birimler oluşturulmuştur.

Günümüzde Türkiye’de evde sağlık ve bakım hizmeti sunan 556 sağlık birimi, 123 mobil birim (962 hizmet aracı bulunmaktadır), 83 ağız ve diş sağlığı birimi olmak üzere, toplam 762 birim bulunmaktadır. Ayrıca 222 uzman hekim, 547 pratisyen hekim, 136 diş hekimi, 99 diş protez teknisyeni, 1173 hemşire ve sağlık memuru, 41 acil tıp teknisyeni, 228 tıbbi sekreter, 754 şoför, 80 fizyoterapist, 69 diyetisyen, 87 psikolog, 89 sosyal çalışmacı olmak üzere toplam 4 bin 125 personel evde sağlık ve bakım hizmeti faaliyetlerini yürütmektedir (EVSAD, 2013).

2013 Haziran ayı verilerine göre Türkiye genelinde evde sağlık ve bakım hizmetine talebin daha çok batı illerinden (İstanbul 34 bin 255, Ankara 33 bin 256, İzmir 17 bin 291, Bursa 100 bin 571, Denizli 9 bin 71 kişi), en az talebin ise doğu ve güneydoğu illerinden (Ardahan 190 bin, Tunceli 308 bin, Hakkâri 357 bin, Şırnak 378 bin, Siirt 541bin) geldiği tespit edilmiştir. Bu dağılıma sebep olan nedenlerin ekonomik ve sosyal analizlerinin yapılması gerekliliğinin başka bir çalışmayı gerektirdiği düşünülmüştür. Ayrıca evde sağlık ve bakım hizmetlerine olan talebin il bazında değerlendirilmesinin neticesinde, en fazla başvurunun İstanbul’dan , en az başvurunun Ardahan’dan olduğu görülmektedir (EVSAD, 2013).

Bakıma muhtaç bireylerin muayene, tedavi ve kullanılacak malzemeye (serum, enjektör, spanç vb.) para ödememesi için bu hizmeti hastanelere bağlı evde sağlık birimlerinden alması gerekmektedir. Türkiye’de 1 Mart 2011 tarihinde Sağlık Uygulama Tebliği’nde yapılan değişiklikle, Sağlık Bakanlığı birimlerince verilen evde sağlık ve bakım hizmetleri faaliyetleri gününbirlik tedavi kapsamında SGK tarafından ödenmektedir.

Türkiye’de uzun vadede evde hasta, özürü ve yaşlı bakımı hizmetlerinin bir bütünlük içerisinde ele alınarak, kamu, özel sektör ve gönüllü kuruluşların iş bölümünü ve işbirliğini öngören temel bir yasanın çıkarılmasına ve bu hizmetlerin temel sağlık hizmetlerine entegre edilmesine gerek duyulmaktadır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışma palyatif bakım kliniğinde hastasına refakat eden hasta yakınının ve hizmeti sunan sağlık çalışanlarının yaşadıkları sorunların, yaşam sonu bakım yeri tercihlerine etkilerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın varsayımları şu şekilde belirlenmiştir.

H₁:Palyatif bakım kliniğinde hastasına refakat eden hasta yakınının yaşadığı sorunlar bakım yeri tercihinin ev olmasına neden olmaktadır.

H_{1.1}:Hasta yakınının refakat etme nedeni ile iş yeri ile yaşadığı sorunlar tercihin ev olmasına neden olmaktadır.

H_{1.2}:Hasta yakınının refakat etme nedeni ile kendi ailesi ile yaşadığı sorunlar bakım yeri tercihinin ev olmasına neden olmaktadır.

H_{1.3}:Hasta yakınının refakat etme nedeni ile diğer aile bireyleri ile yaşadığı sorunlar bakım yeri tercihinin ev olmasına neden olmaktadır.

H₂: Hasta yakınının sürekli hastanede olmaktan dolayı yaşadığı psikolojik sorunlar bakım yeri tercihinin ev olmasına neden olmaktadır.

H₃: Hastası için gerekli koşullar kendi ev ortamında oluşturulduğunda hasta yakınının bakım yeri tercihi ev olmaktadır.

H₄: Hasta yakınının bilgi ve becerisi artırılarak hastasının bakımını üstlenecek öz güveni geliştirildiğinde bakım yeri tercihi ev olmaktadır.

H₅: Sağlık çalışanlarının, palyatif bakım hastasına sağlık hizmeti sunarken yaşadığı sorunlardan dolayı bakım yeri tercihinin ev olması, demografik değişkenlere göre farklılık göstermemektedir.

3.2. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Çalışmadaki en önemli sınırlılık araştırmanın Ankara ilinde iki hastanede yapılması planlanırken bir hastane ile sınırlı kalmış olmasıdır. Dr. Abdurrahman Yurtsever Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi etik kurulunun araştırmaya izin vermemesi çalışmanın Ankara Ulus Devlet Hastanesi ile sınırlı kalmasına sebep olmuştur.

Araştırmanın evrenini oluşturan hasta yakınlarına, palyatif bakım kliniğinde yatışların uzun süreli olmasına bağlı olarak az sayıda hasta kabulünün olması hedeflenen örneklem sayısına ulaşılmasını engellemiştir.

Araştırmanın diğer bir sınırlılığı ise, araştırmaya sadece sağlık alanından örneklem seçilmiş olmasıdır.

3.3. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Araştırmanın bu bölümünde, araştırmada kullanılacak bilimsel modele, bu modele bağlı olarak belirlenecek evren ve örnekleme yer verilmiştir. Örneklem seçildikten sonra verilerin toplanması ve toplanan bu verilerin analiz edilerek sonuç ve yorumlara dönüştürülmesi açıklanmaktadır.

Araştırmada beş ana hipotez ve ilk hipoteze bağlı üç alt hipotez bulunmaktadır. Sonuçlar ve yorumlar kısmında araştırmanın bulgularına ait bilgiler yer almaktadır.

3.4. ARAŞTIRMANIN MODELİ

Araştırmada palyatif bakım hasta yakınının hastası ve sağlık çalışanının kendi ve yakını için bakım yeri tercihlerine etki eden faktörler incelenmiştir. Araştırmada betimsel araştırma ve ilişkisel tarama (survey) araştırma modeli kullanılmıştır.

Betimleyici araştırmada amaç var olan problemi, bu problemle ilgili durumları, değişkenleri ve değişkenler arasındaki ilişkileri tanımlamaktır. Ayrıca betimleyici araştırmalar var olan durumu ortaya çıkarmayı amaçlar. Tarama modelleri, geçmişte ya da hâlen var olan bir durumu olduğu şekliyle betimlemeyi amaçlayan araştırma yaklaşımıdır. Araştırmaya konu olan olay, birey ya da nesne, kendi koşulları içinde ve olduğu gibi tanımlanmaya çalışılır” (Karasar, 2003: 77). İlişkisel tarama modelinde “iki ya da daha çok değişken arasındaki ilişkinin herhangi bir şekilde bu değişkenlere müdahale edilmeden incelemesi” (Büyüköztürk vd., 2008:171) söz konusudur.

3.5. EVREN VE ÖRNEKLEM

Araştırmanın evreni Ankara ilindeki kamu hastaneleri, örneklemini ise yine Ankara ilinde faaliyet gösteren Ankara Ulus Devlet Hastanesi Palyatif bakım kliniğinde, 1 Ocak 2012 tarihinden itibaren yataklı tedavi hizmeti alan hastaların yakınları ile yine aynı hastanede sağlık hizmeti sunucularından rastgele örneklem seçimi yöntemi ile belirlenen 120 sağlık hizmet sunucusu ve yine rastgele örneklem seçimi yoluyla belirlenen 76 sağlık hizmeti alıcısı oluşturmaktadır. Ankara Ulus Devlet Hastanesinin araştırma için seçilmesinin temel nedeni kapsamlı palyatif bakım kliniğinin bulunmasıdır.

3.6. VERİLERİN TOPLANMASI VE ANALİZİ

Araştırmada veri toplama yöntemi olarak anket tekniği kullanılmıştır. Bu amaçla hasta yakınları ile sağlık çalışanlarının palyatif bakım, palyatif bakımda sunulan hizmetler, hizmetlerin sunumu aşamasında yaşanan sorunlar hakkındaki görüşlerini belirlemeye yönelik oluşturulan ölçekten yararlanılmıştır. Güvenirlik çalışmalarında bütün soruların birbiri ile ilişki düzeyi ($\text{Alpha } r \leq 0,8789$) belirlenmiştir. Cronbach’s Alpha kullanılarak ölçeğin iç tutarlılığı gösterilmiştir.

Anket formunda yer alan sorulara katılımcıların ne derecede katıldığını belirlemek için 5’li likert ölçeği kullanılmıştır. Buna göre ifadeler “Tamamen Katılıyorum (1) ”, “Büyük Oranda Katılıyorum (2) ”, “Kararsızım (3) ”, “Büyük Oranda Katılmıyorum (4) ”, “Hiç Katılmıyorum (5)” olarak sınırlandırılmıştır.

Hasta yakınları için veri toplama formu beş bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde hasta yakınlarının tanıtıcı özelliklerine ait 8 soru, ikinci bölümde palyatif bakım kavramı ile ilgili 3 soru, üçüncü bölümde hasta refakatinde yaşanan sorunları ölçmek için 16 soru, dördüncü bölümde evde sağlık hizmetlerinin gelişmesi için neler yapılması gerektiğine dair 1 soru, beşinci bölümde hasta ve hasta yakınına ait bilgi almak için 13 soru olmak üzere toplam 41 soru yer almaktadır. Sağlık çalışanlarına ait veri toplama formunun birinci bölümünde çalışanları tanımaya yönelik 6 soru, ikinci bölümünde palyatif bakıma ait 20 soru, üçüncü bölümde hasta ve hasta yakını hakkında bilgi almak için 3 soru olmak üzere toplam 29 soru bulunmaktadır.

Çalışmadan elde edilen verilerin değerlendirmelerin ve tabloların oluşturulması amacıyla SPSS 16.0 Windows paket programı kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin (cinsiyet, eğitim durumu vb.) sunumu için frekans, ortalama ve % değerler kullanılmıştır. Ölçeklerin güvenilirliklerini belirlemek amacıyla Cronbach Alfa katsayıları (hasta yakınları için $\alpha;0,85$, sağlık çalışanları için $\alpha;0,82$), bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla pearson korelasyon analizi yöntemi kullanılmıştır. Bütün istatistiksel analizlerde önemlilik seviyesi ölçek $p < 0,05$ değeri kabul edilmiştir.

3.7. ARAŞTIRMA PROBLEMİ

“Yaşam sonu bakım hastaları için en uygun bakım yeri neresidir?” sorusu sorularak yola çıkıldığında özellikle terminal dönem kanser hastalarının semptomatik tedavisinin yapılmasına yönelik kurulmuş palyatif bakım kliniklerinin, değişen palyatif bakım felsefesi nedeniyle yetersiz gelmeye başladığı görülmüştür. Yaşamın son anında aileye yük olmayı istememenin, hastalığa ait semptomlardan korkmanın,

kendini güvende ve rahat hissetmek istemenin sonucu olarak tercih edilen palyatif bakım klinikleri bugün gelişmiş tüm dünya ülkelerinde yaşamın niteliğini artıran, bireye daha rahat ve bağımsız hareket etme ayrıcalığı tanıyan evde sağlık ve bakım hizmetlerine yerini bırakmaya başlamıştır. Bir sosyal hizmet modeli olan evde sağlık ve bakım hizmetleri ile hasta, engelli ve yaşlı bireylere kendi ev ortamlarında psikososyal destek ile koruyucu, önleyici ve tedavi edici tıbbi bakım hizmetleri verilebildiği gibi ev içi destek bakım hizmetleride (banyo yaptırma, yemek yedirme, temizlik) verilebilmektedir. Ayrıca ev ortamı dışında da tatil, ulaşım imkânı sağlanmakta ve sanat/spor etkinlikleri ile iş yaşamına katılımları desteklenmektedir.

Araştırmanın problemi; palyatif bakım hasta yakınları ile hizmeti sunan sağlık çalışanlarının bakım yeri tercihinin etki eden faktörlerin neler olduğudur.

3.8. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Palyatif bakım hastalarının ölüme huzur ve saygınlık içinde ulaşma sürecinde hasta yakınlarının ve sağlık çalışanlarının kendi ve yakını için yapacağı ölüm yeri tercihi, ölüm zamanındaki yaşam kalitesini, hatta ölümün kalitesini geliştirmesi açısından önemlidir.

Gözden geçirme niteliğindeki bu çalışmanın ülkemizde hospis, evde bakım gibi yeni ve önemli hizmet modellerinin oluşturulması sürecinde sağlık politikacı ve uygulayıcılarına yol gösterici, hastanın yaşam kalitesini yükseltmeyi amaçlayan bakım planlarını hazırlayan palyatif bakım ekibine ve hasta yakınlarına katkı getireceği düşünülmektedir. Ayrıca bu çalışma ile farkındalık yaratıp palyatif bakım hastaları için evde sağlık ve bakım hizmetlerinin sağlık sistemimiz içinde ülkemizde daha etkin nasıl kullanabileceği, kimler tarafından nasıl verileceği, finansmanının nereden sağlanacağı tartışılmıştır.

Diğer taraftan da bu hizmetlerin verilebilmesi için yeni sağlık politikalarının oluşturulması ve yeni yasal düzenlemelerin yapılıp, sorun çözümüne dair planlamaların yapılmasının gerekliliğini ortaya koymak amaçlanmıştır.

3.9. ARAŞTIRMANIN VARSAYIMLARI

Araştırmaya katılan tüm hasta yakınlarının ve sağlık çalışanlarının anketi ciddiyele doldurdıkları ve araştırma sorularına ilişkin ifadelere cevap verebilecek yeterli bilgi düzeyine sahip oldukları varsayılmıŐtır.

3.10. BULGULAR

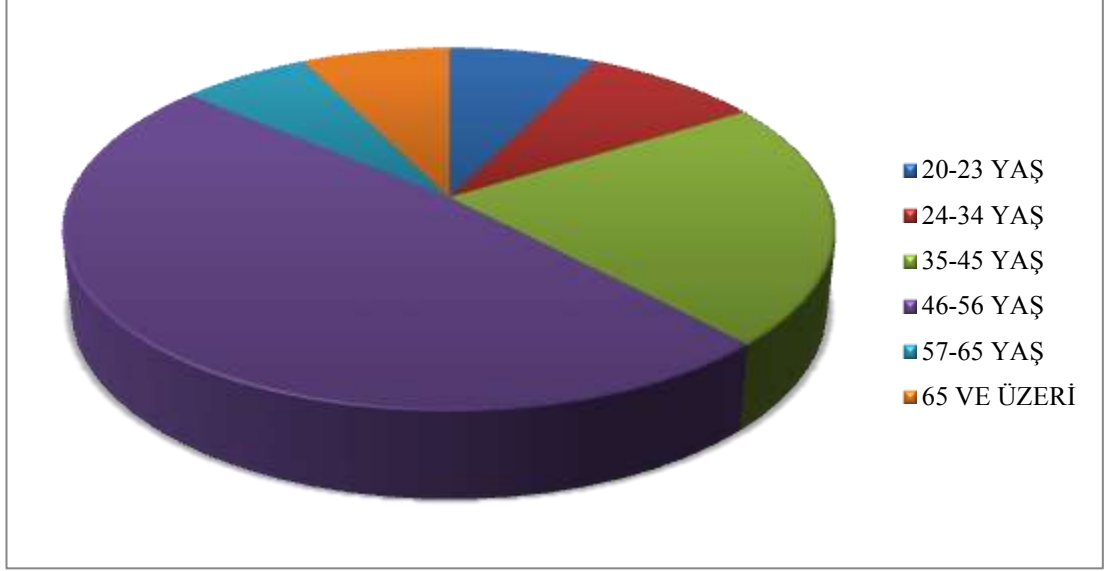
Bulgular iki bölümde incelenecektir. Birinci bölümde hasta yakınlarının tanıtıcı özellikleri ile hasta yakınlarına uygulanan anketin sonucundan elde edilen veriler analiz edilerek sunulmuŐtur.

İkinci bölümde ise sağlık çalışanlarının tanıtıcı özellikleri ile sağlık çalışanlarına uygulanan anketin sonucundan elde edilen veriler analiz edilerek sunulmuŐtur.

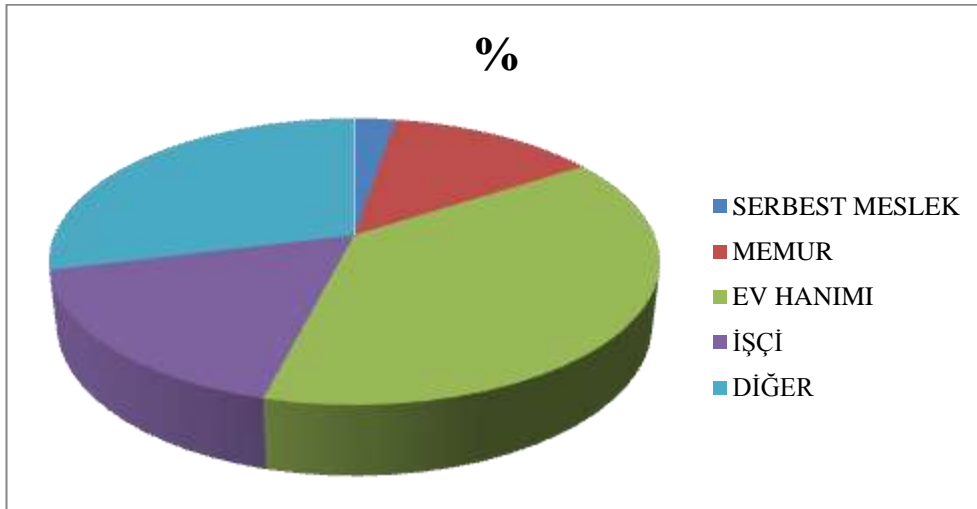
3.11. KATILIMCILARIN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ İLE İLGİLİ BULGULAR

3.11.1. Hasta Yakınlarının Kişisel zellikleri İle İlgili Bulgular

Bu bölümde araştırmaya katılan hasta yakınlarının demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, meslekleri, gelir seviyeleri), yerleşim durumları, eğitim düzeyleri, mensup oldukları din ve medeni durumları grafik Şeklinde verilmiştir.

Grafik 3. 1: Yaşa Göre Dağılım

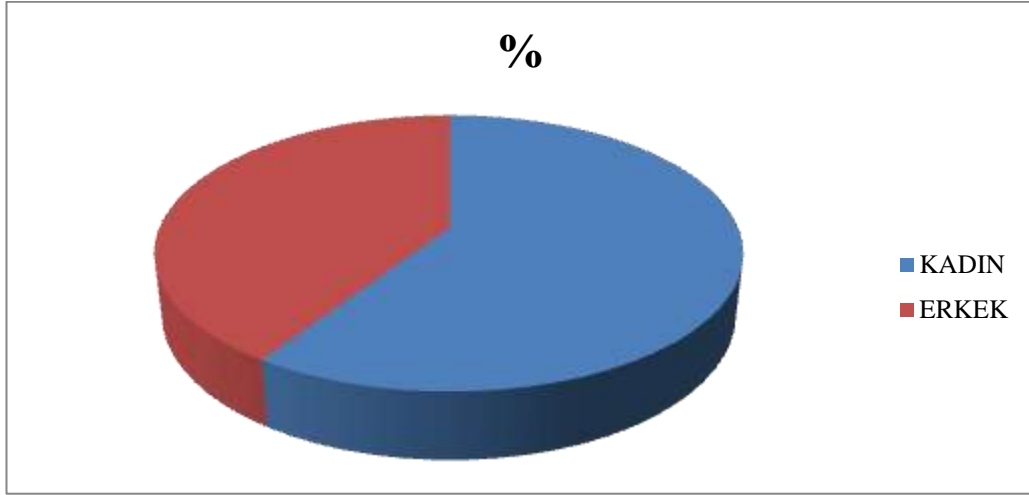
Grafik 3.1 incelendiğinde araştırmaya katılan hasta yakınlarının büyük çoğunluğunun 46-56 yaş aralığında olduğu belirlenmiştir(%43,4). Grafik 3.1 incelenmeye devam edildiğinde katılımcıların % 6,6'sının 20-23 yaş aralığında, %7,9'unun 24-34 yaş aralığında, %19,7'sinin 35-45 yaş aralığında, % 5,8'inin 57-65 yaş aralığında, %6,6'sının 65 yaş ve üzerinde olduğu tespit edilmiştir.

Grafik 3. 2: Mesleklere Göre Dağılım

Grafik 3.2 'ye göre katılımcıların meslekleri incelendiğinde %38,2'sinin ev hanımı, %17,1'nin işçi, %13,2'sinin memur, %2,6'sının serbest meslek sahibi olduğu

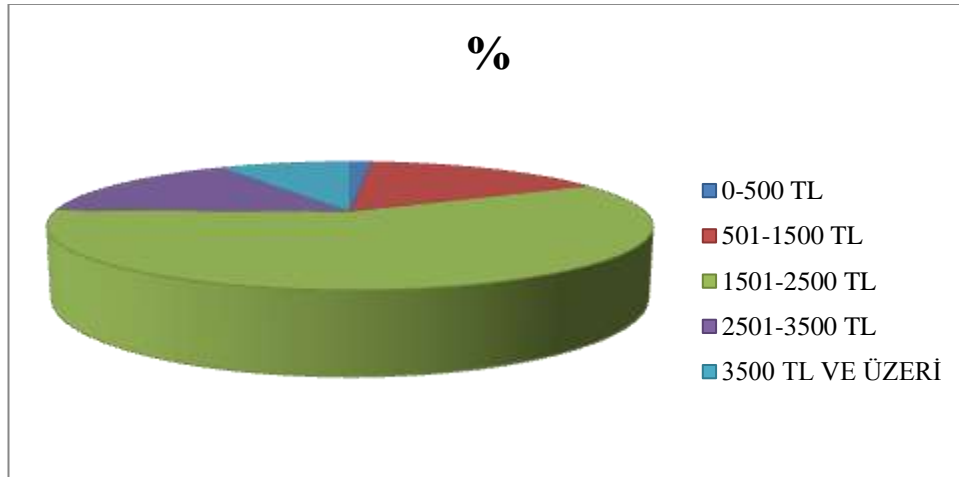
görülmüştür. Hasta yakınlarının %28,9'unun mesleki durumunu diğer olarak ifade ettiği tespit edilmiştir.

Grafik 3. 3: Cinsiyet Göre Dağılım



Grafik 3.3'e göre, araştırmaya dâhil olan hasta yakınlarının %59,2 kadın, %40,8 erkektir.

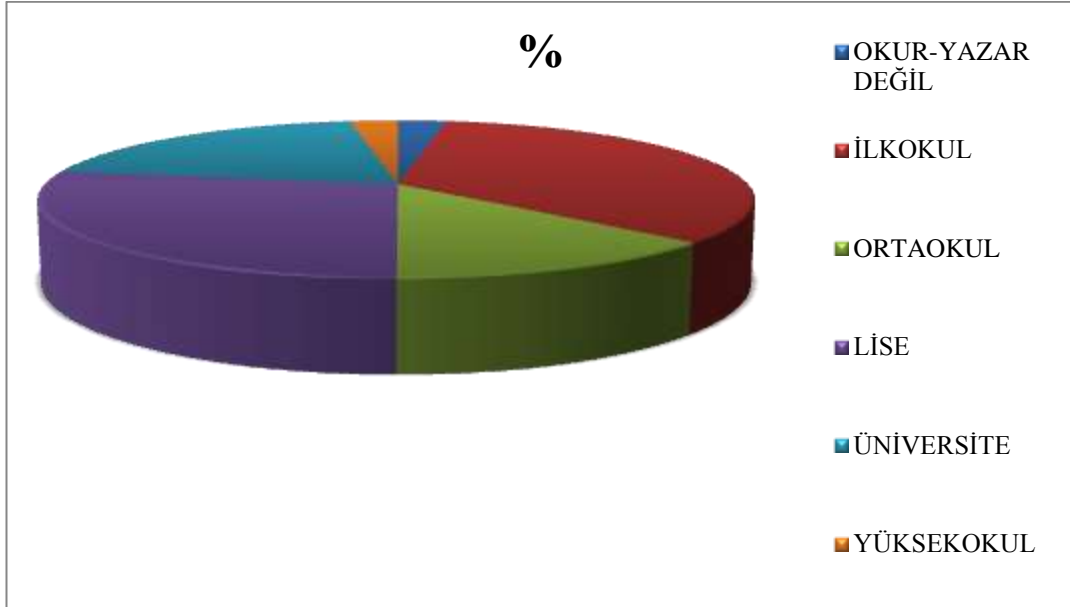
Grafik 3. 4: Gelir Durumuna Göre Dağılım



Grafik 3.4 'e göre hasta yakınlarının gelir durumu incelendiğinde %1,3 'ünün 500 TL' nin altında kazanca sahip olduğu görülmektedir. Katılımcıların %14,5'i 500-1500 TL arası kazanca sahipken, %52,6'sı 1500-2500 TL arası kazanca, %14,5'i 2500-3500 TL arası kazanca sahip olduğu görülmüştür.

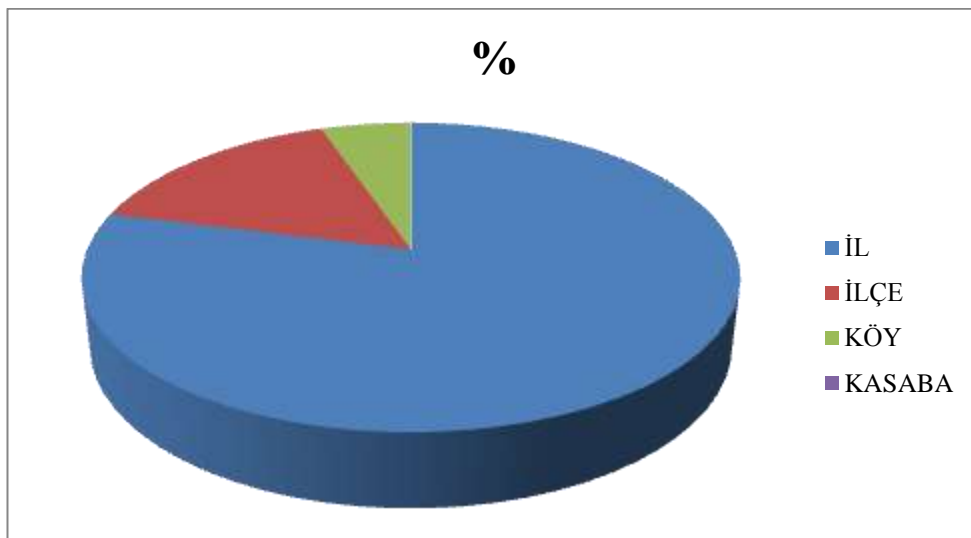
Grafik 3.4 incelenmeye devam edildiğinde hasta yakınlarından kazancını 3500 TL ve üzeri beyan edenlerin oranı %7,9 kalmıştır.

Grafik 3. 5: Eğitim Durumuna Göre Dağılım



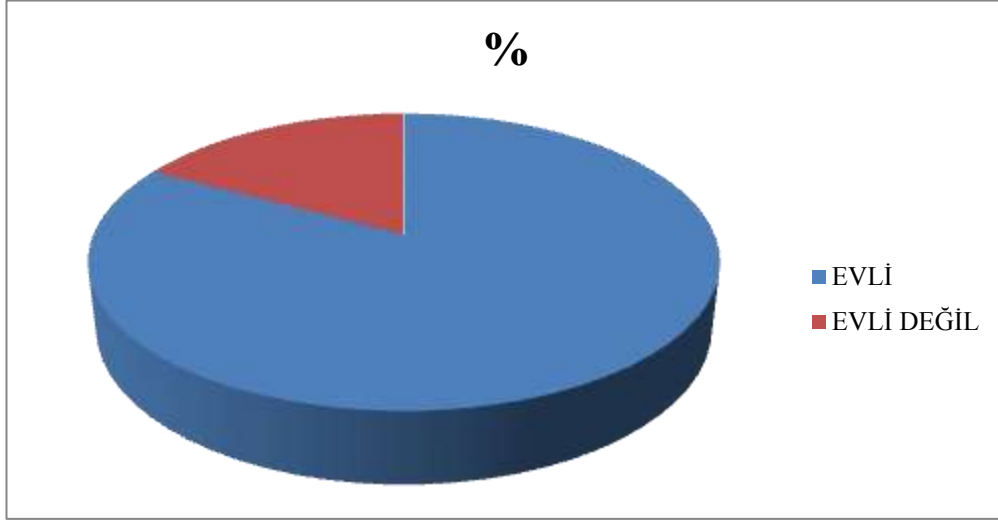
Grafik 3.5'e göre katılımcıların eğitim düzeyi incelendiğinde %34,2'sinin ilkokul, %27,6'sının ortaokul, %19,7'sinin lisans mezunu olduğu görülmektedir. Okur yazar olmayanlarla, lisans üstü eğitim seviyesine sahip olanların yüzdesel dağılımı birbirine eşittir ve bu oran %2,6' dır.

Grafik 3. 6: Yerleşim Durumuna Göre Dağılım



Grafik 3.6 'ya göre araştırmamıza katılan hasta yakınlarının %78,9'unun ilde, %15,8'inin ilçede, %5,3 köyde yaşadığı tespit edilmiştir. Ayrıca araştırmamıza katılan hasta yakınlarından kasabada yaşayan olmadığı görülmüştür.

Grafik 3.7: Medeni Duruma Göre Dağılım



Grafik 3.7 'ye göre araştırmaya katılan hasta yakınlarının %82,9'unun evli %17,1 'inin bekâr olduğu belirlenmiştir.

Ayrıca araştırmanın yapıldığı dönemde hastasına refakat eden hasta yakınlarının tamamının İslam dinine mensup bireyler olduğu belirlenmiştir.

Bilgili 'nin 2000 yılında yapmış olduğu "Yaşlı bireye bakım veren ailelerin yaşadıkları sorunların belirlenmesi" isimli doktora tezinde bakım verenlerin büyük çoğunluğunun (% 91,7) kadın, % 83,4'ünün evli, % 61,7'sinin ilkokul mezunu %86,6' sının ev hanımı, % 70'inin orta yaşta (30–59 yaş) olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada yaşlıya bakım verenlerin % 63,3' ünün yaşlı ile birlikte yaşamaya ilişkin düşüncelerinin olumsuz olduğu saptanmıştır .

Tablo 3. 1: Palyatif Bakımla İlgili Görüşlerin Verileri

	Tamamen Katılıyorum	Büyük Oranda Katılıyorum	Kararsızım	Büyük Oranda Katılmıyorum	Hiç Katılmıyorum	Toplam
	n %	n %	n %	n %	n %	n %
1.)Hastama hastanede refakat edebilme nedeniyle iş yerinde sorun yaşadım.	14 18,4	3 3,9	11 14,5	7 9,2	40 52,6	75 98,7
2.)Hastamın bakımı esnasında ekonomik olarak zorlandım.	27 35,5	15 19,7	16 21,1	5 6,6	13 17,1	76 100
3.)Bilgi ve becerilerim artırılarak bu hastaların bakımını üstlenecek öz güvenim geliştirilirse hastama evde bakmak isterim.	18 23,7	4 5,3	20 26,3	9 11,8	25 32,9	76 100
4.)Hastama hastanede refakat etme nedeniyle aile huzurum bozuldu.	8 10,5	9 11,8	15 19,7	11 14,5	33 43,4	76 100
5.)Hastama hastanede refakat etme nedeniyle diğer aile üyeleri ile sıkıntı yaşadım.	8 10,5	6 7,9	14 18,4	11 14,5	37 48,7	76 100
6.)Hastama hastanede yeterli bakımın sağlanabildiğini düşünmüyorum.	13 17,1	5 6,6	18 23,7	13 17,1	27 35,5	76 100
7.)Sürekli hastanede olmam psikolojimi olumsuz etkiledi.	27 35,5	10 13,2	23 30,3	7 9,2	9 11,8	76 100
8.)Hastamın bakımı esnasında zorlandım.	19 25,5	13 17,1	20 26,3	6 7,9	18 23,7	76 100
9.)Yaşam sonu bakıma ihtiyaç duyan bireylerin tedaviyi reddetme ve sonlandırma hakkı olmalıdır.	16 21,1	6 7,9	22 28,9	3 3,9	29 38,2	76 100
10.)Palyatif bakıma ihtiyaç duyan hastalara/yakınıma acı ve ağrı veren tıbbi girişimlerin yapılmasını doğru bulmuyorum.	17 22,4	6 7,9	21 27,6	10 13,2	22 28,9	76 100
11.)Hastam için gerekli koşullar sağlandığı takdirde kendi evimde bakmak isterim.	36 47,4	2 2,6	12 15,8	10 13,2	16 21,1	76 100
12.)Ekonomik nedenlerden dolayı hastamın evde bakılmasını isterim.	17 22,4	2 2,6	19 25,0	12 15,8	26 34,2	76 100
13.)Evde hasta bakıcıların hastamla yeterince ilgileneceğini düşünmüyorum.	24 31,6	12 15,8	21 27,6	3 3,9	16 21,1	76 100
14.)Hastama hastanede daha iyi bakılacağına inanıyorum.	53 69,7	13 17,1	6 7,9	1 1,3	3 3,9	76 100
15.)Tedavisi mümkün olmayan bir hastalığım olduğunda hastanede bakılmak isterim	47 61,8	10 13,2	12 15,8	2 2,6	5 6,6	76 100
16.)Tedavisi mümkün olmayan bir hastalığım olduğunda evde bakılmak isterim	11 14,5	-	17 22,4	7 9,2	41 53,9	76 100

Tablo 3.1 incelendiğinde; araştırmaya katılan hasta yakınlarının palyatif bakımla ilgili kavramlara verdiği yanıtların dağılımı yer almaktadır. **‘Hastama hastanede refakat edebilme nedeniyle iş yerinde sorun yaşadım’**, **‘Hastama hastanede refakat etme nedeni ile aile huzurum bozuldu’**, **‘Hastama hastanede refakat etme nedeniyle diğer aile üyeleri ile sıkıntı yaşadım’**, **‘Hastama hastanede yeterli bakımın sağlanabildiğini düşünmüyorum’** şeklindeki olumsuz ifadelerle **‘Hiç Katılmıyorum’** veya **‘Büyük Oranda Katılmıyorum’** cevabını verenlerin sayısının çoğunlukta olduğu görülmektedir. Buradan hareketle

katılımcıların palyatif bakım kliniğinde refakat esnasında aileleri ve iş yerleri ile sıkıntı yaşamadıkları, hastanede sunulan bakım hizmetinden memnun kaldıkları ve ekonomik olarak zorlansalar da evde hastasına bakmak istemediği görülmektedir.

“Hastamın bakımı esnasında ekonomik olarak zorlandım” “Sürekli hastanede olmam psikolojimi olumsuz etkiledi” “Hastamın bakımı esnasında zorlandım” “Evde hasta bakıcıların hastamla yeterince ilgileneyeceğini düşünmüyorum” şeklindeki olumsuz ifadelerle **“Tamamen Katılıyorum”** veya **“Büyük Oranda Katılıyorum”** ’cevabını verdikleri görülmektedir. Hasta yakınlarının sürekli hastanede bulunmadan dolayı psikolojilerinin olumsuz etkilendiğini ve hem ekonomik hem de bakım verme sürecinde zorlandıklarını ifade ettikleri görülmektedir. Aynı zamanda katılımcıların hasta bakıcıların evde hastalarına gerekli bakımı yeterince veremeyeceklerine dair algılarının yüksek olduğu tespit edilmiştir.

“Yaşam sonu bakıma ihtiyaç duyan bireylerin tedaviyi reddetme ve son verme hakkı olmalıdır.” ifadesine hasta yakınlarının %21,1’i **“Tamamen Katılıyorum”** cevabını verirken, %38,2’si ise **“Hiç Katılmıyorum”** cevabını vermiştir. **“Palyatif bakıma ihtiyaç duyan hastalara/yakınıma acı ve ağrı veren tıbbi girişimlerin yapılmasını doğru bulmuyorum”** ifadesine cevap veren katılımcıların %22,4’ü **“Tamamen Katılıyorum”**, %28,9’u ise **“Hiç Katılmıyorum”** cevabını verirken %27,6 ‘sının kararsız kaldığı görülmüştür. Dolayısıyla katılımcıların görüşleri belli bir seçenekte öne çıkmamaktadır.

“Hastamın hastanede daha iyi bakılacağına inanıyorum” ifadesine cevap veren katılımcıların %69,7’si **“Tamamen Katılıyorum”** cevabını verirken, **“Hastam için gerekli koşullar sağlandığı takdirde kendi evimde bakmak isterim”** ifadesine %47,4’ü Tamamen Katılıyorum cevabını vermiştir. Buradan hareket ile hasta yakınları hastanede verilen bakımdan memnun olsalar da gerekli şartlar sağlandığında hastalarına evde bakmayı tercih ettikleri tespit edilmiştir.

“Tedavisi mümkün olmayan bir hastalığım olduğunda hastanede bakılmak isterim” ifadesine %61,8’i **“Tamamen Katılıyorum”** cevabını verirken, **“Tedavisi mümkün olmayan bir hastalığım olduğunda evde bakılmak isterim”**

ifadesine %53,9'unun ‘‘Hiç Katılmıyorum’’ yanıtını verdiği ve %9,2'sinin kararsız kaldığı belirlenmiştir.

‘‘Bilgi ve becerilerim artırılarak bu hastanın bakımını üstlenecek öz güvenim geliştirilirse hastama evde bakmak isterim’’ ifadesine %29 katılıyorum derken, %44,7 katılmadığını ifade etmiş ve %26,3'ü gibi ciddi bir orana sahip katılımcının da kararsız kaldığı görülmektedir. Görüldüğü gibi hasta yakınlarının kendi buldukları konum, bakımı gerçekleştirecekleri evin durumu, sürekli bakımda karşılaşılabilecek sorunlar gibi nedenlerle farklı yanıtlar verebilmektedirler.

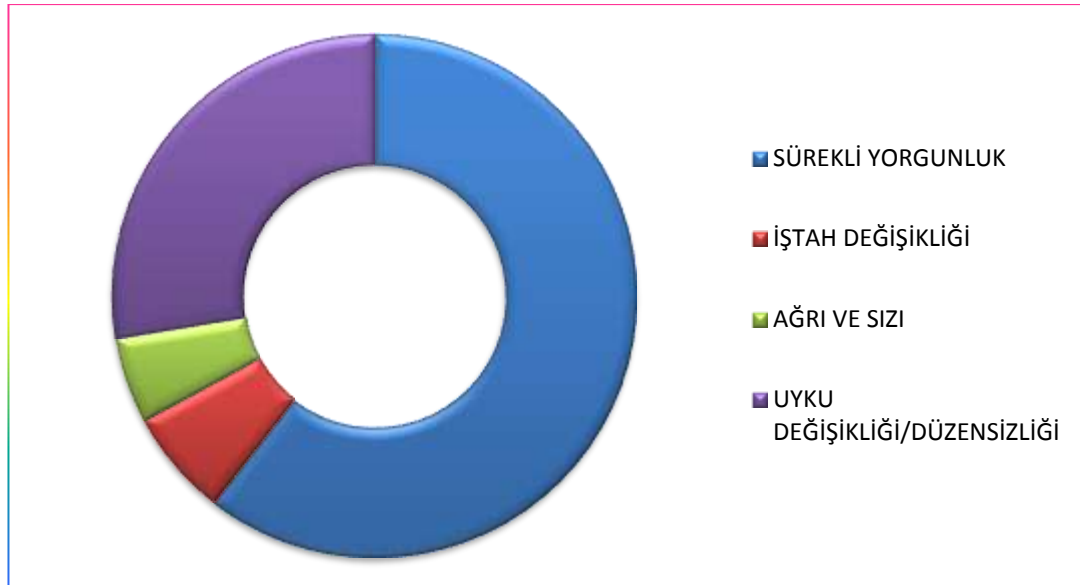
Refakat etme sürecinde hasta yakınlarının karşılaştıkları sağlık sorunlarına ilişkin veriler tablo 3.2. ve tablo 3.3' de verilmektedir.

Tablo 3. 2: Hasta Yakınlarının Refakatte Yaşadığı Fiziksel Sağlık Sorunları

FİZİKSEL ETKİLERİ	VAR		YOK		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%
Sürekli yorgunluk	46	60,5	30	40,5	76	100
İştah değişikliği	5	6,6	71	93,4	76	100
Ağrı ve sızı	4	5,3	72	94,7	76	100
Uyku değişikliği/düzensizlikleri	21	27,6	55	72,4	76	100

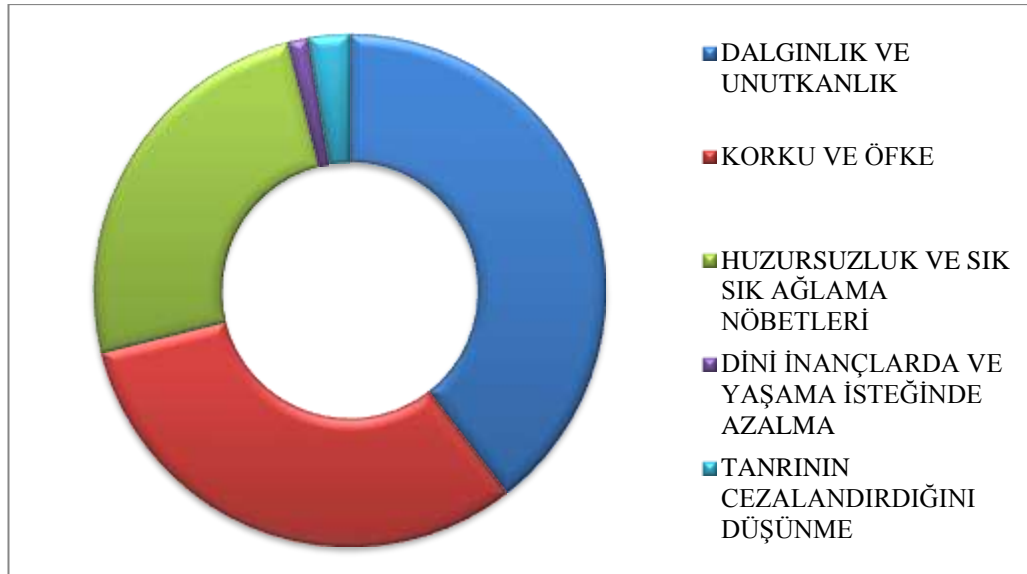
Tablo 3.2'de hasta yakınlarının refakat etmeden dolayı yaşadığı fiziksel sağlık sorunlarına ilişkin görüşler yer almaktadır. Hasta yakınlarının %60,5'i yorgunluk, %27,6'sı uyku düzensizliği, %5,3'ü ağrı ve sızı şikâyetlerinin olduğunu ifade etmişlerdir. Yorgunluk şikâyetinin hasta yakınlarının büyük çoğunluğunda ifade edilmesi, uzun süreli hasta refakatlerinden kaynaklandığı şeklinde yorumlanabilmektedir.

Yapılan araştırmalar sonucunda kronik hastalığa sahip bir yakınına bakım hizmeti veren aile bireylerinin sıklıkla dile getirdikleri yorgunluk, uykusuzluk, sosyal izolasyon gibi yakınmalardan, tükenmişlik duygusu yaşadıkları anlaşılmaktadır (Işıkhan, 2006,s. 8).

Grafik 3. 8: Refakatte Yaşanan Fiziksel Şikâyetlerin Dağılımı**Tablo 3. 3:** Hasta Yakınlarının Refakatte Yaşadığı Psikolojik Sorunlar

PSİKOLOJİK ETKİLERİ	VAR		YOK		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%
Dalgınlık ve unutkanlık	30	39,5	46	60,5	76	100
Korku ve öfke	24	31,6	52	68,4	76	100
Huzursuzluk, sık sık ağlama nöbetleri	19	25,0	57	75,0	76	100
Dini inançlarda ve yaşama isteğinizde azalma	1	1,3	75	98,7	76	100
Tanrının cezalandırdığını düşünme	2	2,6	74	97,4	76	100

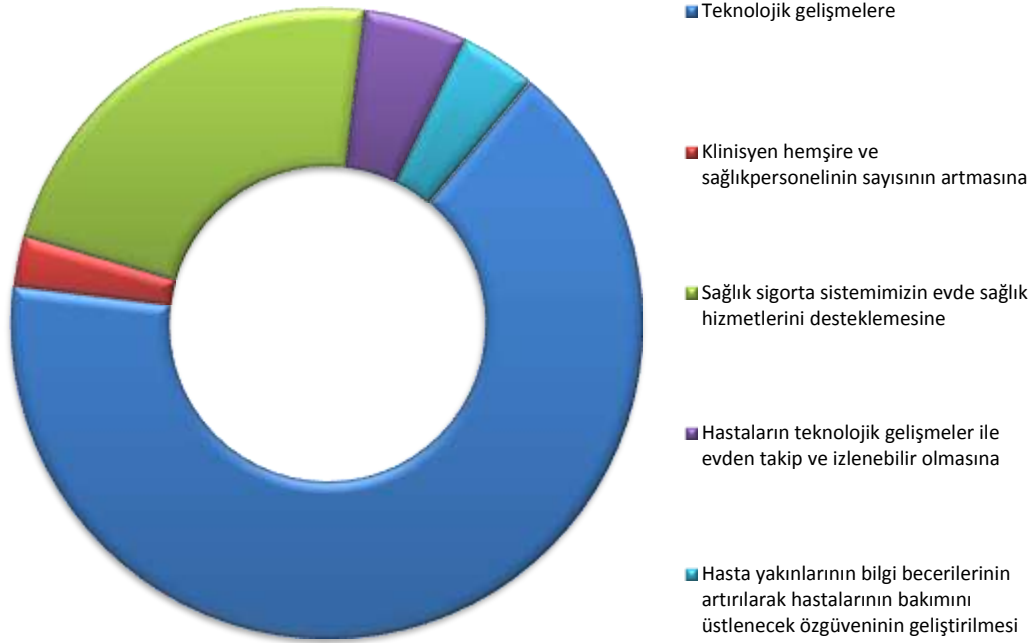
Tablo 3.3' de hasta yakınlarının psikolojik şikâyetlerle ilgili sorulara verdikleri yanıtlara göre en çok dalgınlık ve unutkanlık (%39,5'), en az dini inançlarda ve yaşama isteğinde azalma yaşadıkları(%1,3) tespit edilmiştir.. Refakatin uzun süreli olması refakat eden bireyde tükenmişlik duygusu ve stres oluşturmakta, bu nedenle refakatçilerin pek çoğu psikiyatrik yardım almaktadır. Ayrıca palyatif bakım kliniklerinde multidisipliner ekibin üyesi olarak görev alan din adamları hastaların maneviyatlarını güçlendirmektedir. Maneviyat insan sağlığını ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerden biridir Maneviyatı güçlendirmenin, depresyon riskini %25 azalttığı ve yaşama isteğini artırdığı bilinmektedir (Kelleci, 2005, s. 42).

Grafik 3. 9: Refakatte Yaşanan Psikolojik Şikâyetlerin Dağılımı**Tablo 3. 4:** Türkiye’de Evde Sağlık ve Bakım Hizmetlerinin Gelişimine Yönelik Görüşleri

Ülkemizde yapılması gerekenler	n	%
Klinisyen hemşire ve sağlık personeli sayısının artmasına	2	2,6
Teknolojik gelişmelere (ev tipi solunum cihazı, beslenme sistemi vb. olmalı)bağlıdır.	50	65,8
Sağlık sigorta sistemimizin evde sağlık hizmetlerini desteklemesi	17	22,4
Hastaların teknolojik gelişmelerle evden takip ve izlenebilir olmasına	4	5,3
Hasta yakınlarının bilgi ve becerileri artırılarak hastalarının bakımını üstlenecek özgüvenin geliştirilmesi	3	3,9
TOPLAM	76	100

Tablo 3.4’e göre ankete katılan hasta yakınlarının %65,8 ‘i ülkemizde evde sağlık ve bakım hizmetlerinin gelişiminin teknolojik yeniliklere bağlı olduğunu beyan etmişlerdir. Katılımcıların %22,4’ü genel sağlık sigorta sistemimizin evde sağlık ve bakım hizmetleri faaliyetlerini kapsamamasını gerektiğini ifade ederken, klinisyen hemşire ve sağlık personeli sayısının artması gerektiğini düşünenlerin sayısı %2,6 ile sınırlı kalmıştır.

Grafik 3. 10: Evde Sağlık ve Bakım Hizmetlerinin Gelişmesi İlişkin Gerekli Görüşler



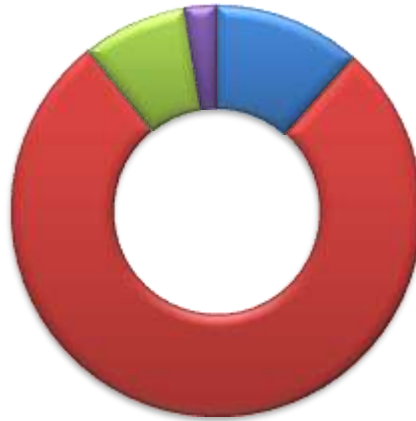
En az yüzdeler oranına sahip parametre olan klinisyen hemşire ve sağlık personeli sayısının artması aslında evde sağlık ve bakım hizmetlerinin ülkemizde gelişmesi adına çok önemlidir. Uzman evde sağlık personeli sayısının artması özellikle uzun süreli bakım ihtiyacı duyan yaşlıların, engellilerin evde takiplerinin düzenli olarak yapılabilmesi için gereklidir. Çünkü sağlık hizmetlerinde ve bakım sektöründe tartışılan konuların en önemlilerinden biri, insan kaynakları sorunlarıdır. Bu durum yalnızca nicel değil, bakım kalitesi ile de ilgilidir. Hiç şüphesiz, büyüyen talep karşısında palyatif hastasının bakım gereksinimlerinin karşılanmasında aile bireylerinin yetersiz kalması ile kurumsal hizmetlerdeki maliyetlerin hızla artması, bu alanda yetişmiş, bilgi ve beceriyle donatılmış eleman gereksinimini de artırmaktadır (Oğlak, 2008).

Tablo 3. 5. Palyatif bakım hizmetinden yararlanan hasta gruplarının tanılarına ilişkin veriler

HASTALIKLAR	n	%
Kanser	27	5,5
İnme-felç	28	36,8
Engelli	3	3,9
Kronik hastalıklar	15	19,7
İleri derece yaşlılık	3	3,9
Toplam	76	100

Tablo 3.5 incelendiğinde araştırmaya katılan hasta yakınlarının refakat ettikleri hastaların tanılarına göre dağılımları görülmektedir. Klinikte araştırmanın yapıldığı dönemde en çok inme-felç (%36,8) tanısı almış hasta yatarken, en az ileri derece yaşlılık (%3,9) tanısı almış hastanın yattığı tespit edilmiştir. Dolayısı ile yatağa bağımlı hastaların evde bakımının daha zor olacağı düşüncesi ile hasta yakınları hastalarının büyük oranda (1/3) klinikte refakati seçmektedir.

Grafik 3. 11: Hastaların Tanıları



■ KANSER ■ İNME/FELÇ ■ ENGELLİ ■ KRONİK HASTALIKLAR ■ YAŞLILIK

Tablo 3. 6: Tedavisi Mümkün Olmayan Bir Hastalık Durumunda Hastanede Bakılmak İstenme Durumu; (Eğitim Durumuna Göre)

Eğitim Durumu		Tamamen Katılıyorrum	Büyük Oranda Katılıyorrum	Kararsızım	Büyük Oranda Katılmıyorum	Hiç Katılmıyorum	Toplam
Okur Yazar Değil	n	2	0	0	0	0	2
	%	%100	%0	%0	%0	%0	%100
İlkokul	n	17	4	3	1	1	26
	%	%65,4	%15,4	%11,5	%3,8	%3,8	%100
Ortaokul	n	5	0	3	0	2	10
	%	%50,0	%0	%30	%0	%20,0	%100
Lise	n	11	6	4	0	0	21
	%	%52,4	%28,6	%19,0	%0	%0	%100
Üniversite	n	11	0	1	1	2	15
	%	%73,3	%0	%6,7	%6,7	%13,3	%100
Yüksek Lisans	n	1	0	1	0	0	2
	%	%50,0	%0	%50,0	%0	%0	%100
TOPLAM		47 %61,8	10 %13,2	12 %15,8	2 %2,6	5 %6,6	76 %100

Tablo 3. 7: Ki-Kare Testi

	Değer	Sd	P
Pearson Ki-Kare	21,145 ^a	20	,389
Bağımlılık Oranı	24,786	20	,210
Linear-By-Linear Association	,330	1	,565
N of Valid Cases	76		

Tablo 3.6 ve Tablo 3.7'e göre katılımcıların eğitim seviyelerine göre bakım yeri tercihleri mukayese edildiğinde okur-yazar olmayanların tamamı, lise mezunlarının %81'i hastanede bakılmak istediklerini beyan etmişlerdir. Üniversite mezunlarının %73,3'ü hastane derken, yüksek lisans mezunlarından tercihini hastane olarak beyan edenlerin dağılımı %50 'dir. Görüldüğü gibi tedavisi mümkün olmayan bir hastalığı olması durumunda hasta yakınlarının eğitim düzeyleri farklılık göstermesine rağmen bakım yeri tercihlerinin değişmediği ve hastanede bakılmayı tercih ettikleri belirlenmiştir.

Bu ise yaşam süresinin sonuna değin, her türlü teknik ve nitelikli personeli olan hastanelerin, son günlerimi en iyi bakılarak geçireyim düşüncesinin önemini vurgulamaktadır. Türkiye'de nüfusun giderek yaşlandığı dikkate alındığında yaşlı

nüfusla tedavisi mümkün olmayan hastanelerin hastanelere olan talepleri artabilecektir.

Tablo 3. 8: Tedavisi Mümkün Olmayan Bir Hastalık Durumunda Hastanede Bakılmak İstenme Durumu; (Yerleşim Yeri Göre)

Yerleşim Yeri		Tamamen Katılıyor	B. Oranda Katılıyor	Kararsız	B. Oranda Katılmıyor	Hiç Katılmıyor	Toplam
İl	n	37	6	10	2	5	60
	%	%61,7	%10	%16,7	%3,3	%8,3	%100
İlçe	n	8	2	2	0	0	12
	%	%66,7	%16,7	%16,7	%0	%0	%100
Köy	n	2	2	0	0	0	4
	%	%50	%50	%0	%0	%0	%100
TOPLAM		47 %61,8	10 %13,2	12 %15,8	2 %2,6	5 %6,6	76 %100

Tablo 3. 9: Ki-Kare Testi

	Değer	Sd	P
Pearson Ki-Kare	7,363^a	8	,498
Bağımlılık Oranı	7,741	8	,459
Linear-By-Linear Association	1,018	1	,313
N of Valid Cases	76		

Tablo 3.8 ve. Tablo 3.9'a göre katılımcıların yerleşim durumu ile bakım yeri tercihi arasında farklılık olup olmadığına bakıldığında köyde yaşayan katılımcıların tamamı hastanede bakımı tercih ederken, ilçede yaşayanların %83,4'ü, İl'de yaşayanların %71,7'si hastanede bakımı tercih etmişlerdir.

Tablo 3.9'dan anlaşıldığı üzere yaşanan yer ile bakım yeri tercihi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,498$, $p \geq 0,05$). Geleneklerimize göre kırsal kesimde bakıma muhtaç hastaların bakım gereksinimleri aile üyeleri ya da ayrı hanelerde otursalar da akrabalar arası dayanışma ve destekle karşılanmaktadır.

Ancak kentleşme, göç gibi nedenlerle aile yapısının küçülmesi ile yaşlıya bakımı gerçekleştiren genç birey sayısının azalması, kadının iş yaşamına katılımı ile bakım verici rolden uzaklaşması, bakım verenlerin tutumları ve bakım için gönüllülüğü, hasta bireylerin aile üyelerine yük olmayı istememesi gibi nedenlerden dolayı aile bireylerinin bakım verici rolden uzaklaşması ile beraber kurumsal hasta bakımının önem kazandığı görülmüştür (Karahan ve Güven,2002;Öztop ve diğ.,2004).

Tablo 3. 10: Bilgi Ve Becerileri Artısı İle Öz Güven Sağlandığında Bakım Hizmetini Evde Verme Tercihi (Cinsiyete Göre)

		T. Katılıyorum	B.Oranda Katılıyorum	Kararsızım	B.Oranda Katılmıyorum	Hiç Katılmıyorum	T
Kadın	n	9	3	11	5	17	45 %100
	%	%20,0	%6,7	%24,4	%11,1	%37,8	
Erkek	n	9	1	9	4	8	31 %100
	%	%29,9	%3,2	%29,9	%12,9	%25,8	
TOPLAM		18 %23,7	4 %5,3	20 %26,3	9 %11,8	25 %32,9	76 %100

Tablo 3.10' da bayan katılımcıların, erkek katılımcılara oranla evde bakıma daha fazla olumsuz yanıt verdiği görülmüştür.

Evde hasta bakımının %75' ini hastaların eşi, kızı, gelini yani kadınların gerçekleştirdiği bilinmektedir. Kadın aile bireyi bakıcılar erkeklere oranla daha yoğun ve kompleks bakımı gerçekleştirebilmektedirler.

Ancak zor ve stresli bir iş olan hasta bakımının yanı sıra evde ve ailede taşıdıkları diğer sorumluluklar nedeni ile aile bireyi olarak kadın bakıcılarda daha fazla tükenmişlik görülmektedir. Nitekim hasta bakımını üstlenen kadınlar üzerinde yapılan bir araştırmaya göre bakım veren kadınların ilişkilerinin ve özgürlüğünün kısıtlandığı, diğer rollerini gerçekleştirmenin engellendiği belirlenmiştir (Öztop ve diğ., 2004)

Tablo 3. 11: Hastanede Refakat Etmeden Dolayı Yaşanan Sorunların Dağılımı
(Cinsiyete Göre)

CİNSİYET	Kadın		Erkek		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Günlük işleri sürdürmede yetersizlik	25	%55,6	13	%41,9	38	%50
Sosyal etkileşimde değişim	4	%8,9	3	%9,7	7	%9,2
Eğlence faaliyetlerinde değişim	3	%6,7	2	%6,5	5	%6,6
Rol performansında değişim	0	%0	3	%9,7	3	%3,9
Sosyal izolasyon	0	%0	2	%6,5	2	%2,6
Bakım verici rolde azalma	13	%28,9	8	%25,8	21	%27,6
TOPLAM	45	%100,0	31	%100	76	%100

Tablo 3.11'e göre hastanede olmaktan dolayı yaşanan sıkıntılarla ilgili sorulara katılımcıların verdiği yanıtlar incelendiğinde hem kadınların %55,6'sı, erkeklerin %41,9'u günlük işleri sürdürmede yetersizlik yaşadığını ifade ederken, aynı zamanda erkeklerin %9,7'sinin rol performansında değişiklik olduğunu belirttiği görülmüştür.

2009 yılında Özdemir ve arkadaşlarının onkolojik hastalığa sahip çocuğu olan 82 anne üzerinde yaptığı araştırma verilerine göre; annelerin hasta çocuklarına bakım vermede zorlandığı, sosyal etkileşimde değişim ve izolasyon yaşadığı, günlük işlerini yapmada güçlük çektiği rol performansında değişime uğradığı ve bu nedenle stres altında oldukları tespit edilmiştir.

Tablo 3. 12. Hastanede Refakat Etmeden Dolayı Yaşanan Sorunların Dağılımı
(Yerleşim Yerine Göre)

YERLEŞİM YERİ	İl		İlçe		Köy		Toplam	
Günlük işleri sürdürmede yetersizlik	24	%40	11	%91,7	3	%75	38	%50
Sosyal etkileşimde değişim	7	%11,7	0	%0	0	%0	7	%9,2
Eğlence faaliyetlerinde değişim	4	%6,7	1	%8,3	0	%0	5	%6,6
Rol performansında değişim	3	%5	0	%0	0	%0	3	%3,9
Sosyal izolasyon	2	%3,3	0	%0	0	%0	2	%2,6
Bakım verici rolde azalma	20	%33,3	0	%0	1	%25	21	%27,6
TOPLAM	60	%100	12	%100	4	%100	76	%100

Tablo 3.12'de hasta yakınlarından ilçede yaşayanların %91,7'si, köyde yaşayanların %75'i, ilde yaşayanların %40'ı günlük işleri sürdürmede yetersizlik

yaşadığını ifade etmişlerdir. İlde yaşayanların % 3,3'ü en az sosyal izolasyon yaşadığını ifade ederken, ilçede yaşayanların %8,3'ü eğlence faaliyetlerinde değişim olduğunu, köyde yaşayanlarında %25 'de bakım verici rolde azalma olduğunu beyan etmişlerdir. Görüldüğü gibi ilde yaşayanlar, kentte daha fazla etkileşimde olduklarından sosyal izolasyon yaşamamaktadırlar.

Tablo 3. 13: Gerekli Koşullar Sağlandığında Hasta Yakınının Hastasına Evde Bakma Tercihi (Meslek Durumuna Göre)

MESLEK		Tamamen Katılıyorum	B. Oranda Katılıyorum	Kararsızım	B. Oranda Katılmıyorum	H. Katılmıyorum	Toplam
Serbest Meslek	n	0	0	0	1	1	2
	%	%0	%0	%0	%50,0	%50,0	%100
Memur	n	5	0	2	1	2	10
	%	%50,0	%0	%20,0	%10,0	%20,0	%100
Ev Hanımı	n	14	1	4	3	7	29
	%	%48,3	%3,4	%13,8	%10,3	%24,1	%100
İşçi	n	8	0	2	2	1	13
	%	%61,5	%0	%15,4	%15,4	%7,7	%100
Diğer	n	9	1	4	3	5	22
	%	%40,9	%4,5	%18,2	%13,6	%22,7	%100
TOPLAM		36	2	12	10	16	76

Tablo 3. 14: Ki-Kare Testi

	Değer	Sd	Anlamlılık(p)
Pearson Ki-Kare	7,762 ^a	16	,956
Bağımlılık Oranı	8,852	16	,919
Linear-by-Linear Association	,182	1	,669
N of Valid Cases	76		

Tablo 3.13 ve Tablo 3.14'e göre serbest meslek ile uğraşan katılımcıların tamamı gerekli koşullar sağlansa bile hastasına evde bakmak istemediğini ifade ederken, ev hanımlarının %51,7' si evde bakmayı tercih etmiş, %13,8'i kararsız kalmıştır. Memurların %50'si, işçilerin % 61,5'i ve diğer meslek gruplarının % 45,4'ü gerekli şartlar sağlandığında hastasına evde bakmak istediğini beyan ederken, diğer meslek gruplarını oluşturan çoğunluğun (%36,3) kararsız kaldığı görülmüştür.

2005 yılında Akça ve Taşçı'nın 65 yaş üstü yaşlılara bakım verenlerin yaşadıkları sorunları inceledikleri araştırmalarında; yaşlı bireye bakım sunan aile

bireylerinin tamamına yakınının kadın (% 96,9) ve ev hanımı (% 71,3) olduğunu, ayrıca zamanlarının neredeyse tamamını yaşlı bireylerle geçirdiklerini tespit ettiği görülmüştür.

Tablo 3. 15: Gerekli Koşullar Sağlandığında Hasta Yakınının Hastasına Evde Bakma Tercihi (Cinsiyetine Göre)

Cinsiyet	T. Katılıyorum		B.Oranda Katılıyorum		Kararsızım		B.Oranda Katılmıyorum		Hiç Katılmıyorum		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kadın	21	%46,7	1	%2,2	8	%17,8	5	%11,1	10	%22,2	45	%100
Erkek	15	%48,8	1	%3,2	4	%12,9	5	%16,1	6	%19,4	3	%100
TOPLAM	36	%47,6	2	%2,6	12	%15,8	10	%13,2	16	%21,1	7	%100

Tablo 3. 16: Ki-Kare Testi

	Değer	Sd	Anlamlılık(p)
Pearson Ki-Kare	,781 ^a	4	,941
Bağımlılık Oranı	,781	4	,941
Linear-by-Linear Association	,018	1	,894
N of Valid Cases	76		

Tablo 3.15 ve Tablo 3.16'ya göre çalışmaya katılan kadın katılımcıların % 48,9'unun gerekli koşullar hastası için evde oluşturulduğunda hastasına evde bakmayı ifade ettiği, erkek katılımcılarda bu oranın %52 olduğu tespit edilmiştir. Kadınların %17,8'i kararsızım, %11,1'i büyük oranda katılmıyorum ve %22,2'si hiç katılmıyorum cevabını vermişlerdir. Erkekler katılımcıların %12,9'u kararsızım cevabını vermişlerdir. Görüldüğü gibi hasta yakınlarının yarısı gerekli koşullar sağlandığında hastasına kendi evinde bakmayı tercih etmektedir.

Araştırmaya katılan hasta yakınlarının cinsiyeti ile gerekli şartlar oluşturulduğunda evde hastasına bakma tercihi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.(p=0,94>0,05)

Tablo 3. 17: Gerekli Koşullar Sağlandığında Hasta Yakınının Hastasına Evde Bakma Tercihi (Eğitim Durumuna Göre)

Eğitim Durumu		Tamamen Katılıyorum	B.Oranda Katılıyorum	Kararsızım	B.Oranda Katılmıyorum	Hiç Katılmıyorum	Toplam
Okur Yazar Değil	n	2	0	0	0	0	2
	%	%100	%,0	%,0	%,0	%,0	%100
İlkokul	n	11	0	4	4	7	26
	%	%42,3	%,0	%15,4	%15,4	%26,9	%100
Ortaokul	n	6	0	1	0	3	10
	%	%60	%,0	%10,0	%,0	%30	%100
Lise	n	7	1	4	4	5	21
	%	%33,3	%4,8	%19	%19	%23,8	%100
Üniversite	n	9	1	2	2	1	15
	%	%60	%6,7	%13,3	%13,3	%6,7	%100
Y. Lisans	n	1	0	1	0	0	2
	%	%50	%,0	%50	%,0	%,0	%100
TOPLAM		36 %47,4	2 %2,6	12 %15,8	10 %13,2	16 %21,1	76 %100

Tablo 3. 18: Ki-Kare Testi

	Değer	Sd	Anlamlılık (p)
Pearson Ki-Kare	13,275 ^a	20	,865
Bağımlılık Oranı	16,599	20	,679
Linear-by-Linear Association	,547	1	,460
N of Valid Cases	76		

Tablo 3.17 ve Tablo 3.18’de katılımcıların eğitim düzeylerine göre gerekli şartlar oluşturulduğunda hastama evimde bakmak isterim ifadesine verdiği cevaplar incelendiğinde okuryazar olmayanların %100’ü, üniversite mezunlarının %66,7’si olumlu yanıt verirken, lise mezunları %42,8 gerekli şartlar oluşturulsa da evde bakıma olumlu bakmadığını beyan etmektedirler. Yüksek lisans mezunlarının %50 si evde bakmak istediğini ifade ederken, %50’ sinin kararsız kaldığı görülmektedir.

Tablo 3. 19: Hasta Bakımında Ekonomik Durumun Önemi Verileri (Gelir Durumu)

GELİR DURUMU		Tamamen Katılıyor	B. Oranda Katılıyor	Kararsız	B.Oranda Katılmıyor	Hiç Katılmıyor	Toplam
0-500	n	5	2	3	1	0	11 %100
	%	%45,5	%18,2	%27,3	%9,1	%0	
501-1500	n	13	11	7	1	8	40 %100
	%	%32,5	%27,5	%17,5	%2,5	%20,0	
1501-2500	n	5	0	4	1	1	11 %100
	%	%45,5	%0	%36,4	%9,1	%9,1	
2501-3500	n	2	1	1	1	1	6 %100
	%	%33,3	%16,7	%16,7	%16,7	%16,7	
3500 ve üzeri	n	1	1	1	1	3	7 %100
	%	%14,3	%14,3	%14,3	%14,3	%42,9	
TOPLAM		27 %35,5	15 %19,7	16 %21,1	5 %6,6	13 %17,1	75 %100

Tablo 3.19 incelendiğinde gelir düzeyi yükseldikçe ekonomik olarak zorlanmanın azaldığı görülmüştür. %63,7 ile en çok 0-500 TL arası kazananlar zorlanırken, en az %28,6 ile 3500 ve üzeri kazanca sahip olanların zorlandığını ifade ettiği görülmüştür. Gelir seviyesi yükseldikçe hastaya daha kolaylıkla bakım hizmetleri verildiği ortaya çıkmaktadır.

Tablo 3. 20: Katılımcılarda Palyatif Bakım Kavramı Bilinirliğinin Verileri (Eğitim Seviyelerine Göre)

Palyatif bakım nedir?	Eğitim Durumu	Fikrim yok/ Bilmiyorum	Kısmen Doğru	Tamamen Doğru	P
Hastaya hastanede verilen son bakımdır	Okur-Yazar Değil	0 %0	0 %0	2 %100	1,51
	İlkokul	7 %26,9	4 %15,4	15 %57,7	
	Ortaokul	7 %70,0	1 %10,0	2 %20	
	Lise	5 %23,8	2 %9,5	14 %66,7	
	Üniversite	3 %20,0	3 %20,0	9 %60,0	
	Y. Lisans	1 %50,0	1 %50,0	0 %0	
Hastaya son döneminde ağrı ve acı hissettirmemek için verilen bakımdır.	Okur-Yazar Değil	0 %0	1 %50,0	1 %50	0,419
	İlkokul	5 %19,2	8 %30,8	13 %50	
	Ortaokul	5 %50	1 %10,0	4 %40,0	
	Lise	5 %23,8	6 %28,6	10 %47,6	
	Üniversite	4 %26,7	1 %6,7	10 %66,7	
	Y. Lisans	1 %50,0	1 %50,0	0 %0	
Hasta ve ailenin yaşam kalitesini artırarak, ölüm sürecinde hastayı desteklemektir	Okur-Yazar Değil	2 %100	0 %0	0 %0	0,204
	İlkokul	3 %30,8	7 %26,9	11 %42,3	
	Ortaokul	6 %60,0	1 %10,0	3 %30,0	
	Lise	4 %19,0	3 %14,3	14 %66,7	
	Üniversite	3 %20,0	3 %20,0	9 %60,0	
	Y. Lisans	1 %50,0	0 %0	1 %50,0	
Hastaya son zamanlarında evde verilen bakımdır.	Okur-Yazar Değil	2%100	0 %0	0 %0	0,228
	İlkokul	15 %57,7	7 %26,9	4 %15,4	
	Ortaokul	8 %80,0	0 %0	2 %20,0	
	Lise	15 %71,4	6 %28,6	0 %0	
	Üniversite	12 %80,0	2 %13,3	1 %6,7	
	Y lisans	1 %50,0	0 %0	1 %10,5	

Tablo 3.20’de katılımcıların eğitim düzeyleri ile palyatif bakım bilinirliğinin farklılaşıp farklılaşmadığına bakılmıştır. Eğitim düzeylerine göre palyatif bakım nedir sorusuna verilen cevaplar incelendiğinde hastaya hastanede verilen son bakımdır ifadesine okuryazar olmayanların %100’ü, ilkokul mezunlarının %57,7’si, ortaokul mezunlarının %20’si, lise mezunlarının %66,7’si, üniversite mezunlarının %60’ş, yüksek lisans mezunlarının tamamı tamamen doğru cevabını vermişlerdir.

Palyatif bakım felsefesini tam anlamıyla yansıtan hasta ve ailesinin yaşam kalitesini artırarak, ölüm sürecinde hastayı desteklemektir ifadesine lise mezunları %66,7’si tamamen doğru derken, okur-yazar olmayanların fikrim yok dedikleri gözlemlenmiştir. Katılımcılar arasında lise mezunlarında palyatif bakım kavramının bilinirliğinin daha yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo 3. 21: Katılımcıların Palyatif Bakım Hizmeti Verilmesinde Mekân Tercihleri Algıları (Eğitim Durumuna Göre)

Palyatif bakım Hizmeti	Eğitim Durumu	Fikrim yok/ Bilmiyorum	Kısmen Doğru	Tamamen Doğru	P
Evde verilebilir	Okur-Yazar Değil	1 %50	1 %50	0 %0	,450
	İlkokul	20 %76,9	2 %7,7	4 %15,4	
	Ortaokul	6 %60	3 %30,0	1 %10	
	Lise	17 %81	1 %4,8	3 %14,3	
	Üniversite	10 %66,7	2 %13,3	3 %20,0	
	Y. Lisans	1 %50,0	1 %50,0	0 %0	
Hastanede verilebilir.	Okur-Yazar Değil	0 %0	0 %0	2 %100	,780
	İlkokul	7 %26,9	1 %3,8	18 %69,2	
	Ortaokul	1 %10,0	1 %10,0	8 %80,0	
	Lise	4 %19,0	1 %4,8	16 %76,2	
	Üniversite	1 %6,7	2 %13,3	12 %80,0	
	Y. Lisans	1 %50,0	0 %0,0	1 %50	
Hospislerde Verilebilir (Ev Tipi Hastanelerde Hemşire, Doktor Gözetiminde)	Okur-Yazar Değil	0 %0	1 %50,0	1 %50,0	0,674
	İlkokul	11 %42,3	3 %11,5	12 %46,2	
	Ortaokul	6 %60,6	1 %10,0	3 %30,0	
	Lise	10 %47,6	3 %14,3	8 %38,1	
	Üniversite	5 %33,3	4 %26,7	6 %40,0	
	Y lisans	1 %50,0	1 %50,0	0 %0	
Evde, Hastanede Ve Hospislerde Dönüşümlü Verilebilir.	Okur-Yazar Değil	1 %50,0	0 %0	1 %50	0,487
	İlkokul	11 %42,3	3 %11,5	12 %46,2	
	Ortaokul	6 %60,0	2 %20,0	2 %20	
	Lise	15 %71,4	4 %19,0	2 %9,5	
	Üniversite	7 %46,7	3 %20,0	5 %33,5	
	Y lisans	1 %50,0	0 %0	1 %50,0	

Tablo 3.21'e göre hasta yakınlarının eğitim durumları ile palyatif bakım nerede verilir ifadesine verdikleri cevaplar kıyaslandığında üniversite mezunlarının %20'si evde, ilkokul mezunlarının %69,2'si hastanede, ortaokul mezunlarının %30'u ev tipi hastane odasında yakınları ile beraber yanıtını verdiği görülmüştür. Palyatif bakımın ev, hastane ve hospisler de dönüşümlü olarak verilebilen bir bakım hizmeti olduğu ifadesine lise mezunlarının % 9,5'i katılıyorum derken, %71,4'ünün herhangi bir fikrim yok dediği görülmüştür.

H₁: Hastanede refakat esnasında yaşanan sorunlar tercihin ev olmasına neden olmaktadır.

Tablo 3. 22: Refakat Nedeniyle İş Yerinde Sorun Yaşama Durumu İle Tedavisi Mümkün Olmayan Bir Hastalık Durumunda Evde Bakılmak İstenme Durumu Arasındaki İlişki

		C16				T
		T. Katılıyorum	Kararsızım	B.Oranda Katılmıyorum	H. Katılmıyorum	T
C1	T. Katılıyorum	4 %28,6	2 %14,3	1 %7,1	7 %50,0	14 %100
	B. Oranda Katılıyorum	2 %66,7	0 %0	1 %33,3	0 %0,0	3 %100
	Kararsızım	0 %0	7 %63,6	1 %9,1	3 %27,3	11 %100
	B.Oranda Katılmıyorum	1 %14,3	1 %14,3	1 %14,3	4 %57,1	7 %100
	Hiç Katılmıyorum	4 %10,0	6 %15,0	3 %7,5	27 %67,5	40 %100
TOPLAM		11 %14,5	17 %22,4	7 %9,2	41 %53,9	75 %99

Tablo 3. 23: Ki-Kare Testi

	Değer	Sd	Anlamlılık (p)
Pearson Ki-Kare	30,583 ^a	15	,010
Bağımlılık Oranı	27,802	15	,023
Linear-By-Linear Association	5,428	1	,020
N of Valid Cases	76		

Tablo 3.22 ve Tablo 3.23 'de uzun süreli refakat esnasında iş yeri ile sorun yaşanması nedeniyle tedavisi mümkün olmayan bir hastalık olduğunda evde bakılmak istenme durumu arasında ($p=0,00$, $p<0,05$) istatistiksel olarak bir ilişkinin olup olmadığı araştırılmış, $0,05$ önem seviyesinde bir ilişki tespit edilmiştir. Bu durumda $H_{1,1}$ hipotezi kabul edilir. Bu tespit sonucunda hasta yakınlarının işverenleri ve çalışma arkadaşları ile refakat nedeni sorun yaşaması hastası için bakım yeri tercihinin ev olmasına neden olmaktadır.

Tablo 3. 24: Refakat Etme Nedeniyle Aile Huzurunun Bozulması Durumu İle Tedavisi Mümkün Olmayan Bir Hastalık Olduğunda Evde Bakılmak İstenme Durumu Arasındaki İlişki

		C16								
		T. Katılıyorum		Kararsızım		B.Oranda Katılmıyorum		H. Katılmıyorum	T	
C4	T. Katılıyorum	2	%25,0	0	%0	0	%0	6	%75,0	8
	B. Oranda Katılıyorum	3	%33,3	1	%11,1	1	%11,1	4	%44,4	9
	Kararsızım	1	%6,7	11	%73,3	1	%6,7	2	%13,3	15
	B. Oranda Katılmıyorum	1	%9,1	1	%9,1	4	%36,4	5	%45,5	11
	H. Katılıyorum	4	%12,1	4	%12,1	1	%3,0	24	%72,7	33
TOPLAM		11	%14,5	17	%22,4	7	%9,2	41	%53,9	76

Tablo 3. 25: Ki-Kare Testi

	Değer	sd	Anlamlılık (p)
Pearson Ki-Kare	44,686 ^a	12	,000
Bağımlılık Oranı	39,241	12	,000
Linear-By-Linear Association	2,755	1	,097
N of Valid Cases	76		

Tablo 3.24 ve Tablo 3.25 incelendiğinde refakat etme nedeniyle aile huzurunun bozulması ile tedavisi mümkün olmayan bir hastalık olduğunda evde bakılmak istenme durumu arasında istatistiksel bir ilişki araştırılmış olup 0,05 önem seviyesinde bir ilişki tespit edilmiştir ($p=0,00$, $p<0,05$). Bu durumda $H_{1,2}$ hipotezi kabul edilir. Hastanede refakat etme esnasında refakat edenin kendi ailesi(eşi, çocukları) ile yaşadığı sıkıntılar bakım yeri tercihinin ev olmasına neden olmaktadır.

Tablo 3. 26: Refakat Etme Nedeniyle Diğer Aile Üyeleri İle Sıkıntı Yaşama Durumu İle Tedavisi Mümkün Olmayan Bir Hastalık Olduğunda Evde Bakılmak İstenme Durumu Arasındaki İlişki

		C16				
		T. Katılıyorum	Kararsızım	B.Oranda Katılmıyorum	H. Katılmıyorum	T
C5	T. Katılıyorum	1 %12,5	0 %0	0 %0	7 %87,5	8 %100
	B. Oranda Katılıyorum	3 %50,0	0 %0	0 %0	3 %50,0	6 %100
	Kararsızım	2 %14,3	9 %64,3	1 %7,1	2 %14,3	14 %100
	B.Oranda Katılmıyorum	2 %18,2	1 %9,1	4 %36,4	4 %36,4	11 %100
	H. Katılıyorum	3 %8,1	7 %18,9	2 %5,4	25 %67,6	37 %100
TOPLAM		11 %14,5	17 %22,4	7 %9,2	41 %53,9	76 %100

Tablo 3. 27: Ki-Kare Testi

	Değer	sd	(p)
Pearson Ki-Kare	40,000^a	12	,000
Bağımlılık Oranı	36,831	12	,000
Linear-By-Linear Association	1,391	1	,238
N of Valid Cases	76		

Tablo 3.26 ve Tablo 3.27 incelendiğinde refakat etme nedeniyle diğer aile üyeleri ile sıkıntı yaşama ile tedavisi mümkün olmayan bir hastalık olduğunda evde bakılmak istenme durumu arasında istatistiksel bir ilişki araştırılmış olup 0,05 önem seviyesinde bir ilişki tespit edilmiştir ($p=0,00$, $p<0,05$). Bu durumda $H_{1,3}$ hipotezi kabul edilir. Palyatif bakım hastaları hastanede uzun süre tedavi görmektedir. Bu nedenle uzun süren yatışlarda aile bireyleri özellikle kardeşler arasında refakat etme nedeniyle sorunlar yaşandığı gözlenmektedir.

Tablo 3. 28: Sürekli Hastanede Olmaktan Dolayı Yaşanan Psikolojik Sorunların Etkisi Nedeni İle Evde Bakılmak İstenme Durumu Arasındaki İlişki

		C16				
		T. Katılıyorum	Kararsızım	B.Oranda Katılmıyorum	H. Katılmıyorum	T
C 7	T. Katılıyorum	3 %11,1	4 %14,8	1 %3,7	19 %70,4	27 %100
	B. Oranda Katılıyorum	3 %30,0	1 %10,0	0 %0,0	6 %60,0	1 %100
	Kararsızım	2 %8,7	11 %47,8	6 %26,1	4 %17,4	23 %100
	B.Oranda Katılmıyorum	2 %28,6	0 %0,0	0 %0,0	5 %71,4	7 %100
	H. Katılıyorum	1 %11,1	1 %11,1	0 %0,0	7 %77,8	9 %100
TOPLAM		11 %14,5	17 %22,4	7 %9,2	41 %53,9	76 %100

Tablo 3. 29: Ki-Kare Testi

	Değer	Sd	Anlamlılık (p)
Pearson Ki-Kare	32,406 ^a	12	,001
Bağımlılık Oranı	34,271	12	,001
Linear-By-Linear Association	,198	1	,656
N of Valid Cases	76		

Tablo 3.28 ve Tablo 3.29 incelendiğinde sürekli hastanede olmanın psikolojiyi olumsuz etkilemesi ile tedavisi mümkün olmayan bir hastalık olduğunda evde bakılmak istenme durumu arasında istatistiksel bir ilişki araştırılmış olup 0,05 önem seviyesinde bir ilişki tespit edilmiştir ($p=0,001$, $p<0,05$). Bu durumda H_2 hipotezi kabul edilir. Sürekli hastanede olmaktan dolayı yaşanan psikolojik sıkıntılar bakım yeri tercihinin ev olmasına neden olmaktadır. Hasta yakınları refakat esnasında dalgınlık, unutkanlık, kızgınlık, öfke gibi şikâyetleri sık sık yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

Bakım hizmeti sunumu uzun yıllar süren ve sabır gerektiren bir uğraştır. Ailede bakıma muhtaç bireyin olması, engeli ne olursa olsun birtakım özel güçlükleri de beraberinde getirmektedir. Aile içi bakım verenler kendi sağlıkları ve yaşamları

açısından bakıldığında fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik açıdan güçlükler ve sorunlar yaşamaktadır (Şahin ve Diğerleri, 2009, s. 2).

Tablo 3. 30: Hasta İçin Gerekli Koşullar Sağlandığında Evde Bakmak İsteme Durumu İle Tedavisi Mümkün Olmayan Bir Hastalık Olduğunda Evde Bakılmak İstenme Durumu Arasındaki İlişki

		C16				
		Tamamen Katılıyorum	Kararsızım	B. Oranda Katılmıyorum	Hiç Katılmıyorum	T
C11	T. Katılıyorum	7 %19,4	6 %16,7	1 %2,8	22 %61,0	36 %100
	B. Oranda Katılıyorum	0 %,0	0 %,0	0 %,0	2 %100	2 %100
	Kararsızım	2 %16,7	9 %75,0	0 %,0	1 %8,3	12 %100
	B. Oranda Katılmıyorum	1 %10,0	0 %,0	6 %60,0	3 %30,0	10 %100
	Hiç Katılmıyorum	1 %6,3	2 %12,5	0 %,0	13 %81,3	16 %100
TOPLAM		11 %14,5	17 %22,4	7 %9,2	41 %53,9	76 %100

Tablo 3. 31: Ki-Kare Testi

	Değer	Sd	Anlamlılık (p)
Pearson Ki-Kare	62,013 ^a	12	,000
Bağımlılık Oranı	49,634	12	,000
Linear-By-Linear Association	,951	1	,329
N of Valid Cases	76		

Tablo 3.30 ve Tablo 3.31 incelendiğinde hasta için gerekli koşullar sağlandığı evde bakmak isteme durumu ile tedavisi mümkün olmayan bir hastalık olduğunda evde bakılmak istenme durumu arasında istatistiksel bir ilişki araştırılmış olup 0,05 önem seviyesinde bir ilişki tespit edilmiştir ($p=0,00$, $p<0,05$). Bu durumda H_3 hipotezi kabul edilir. Hasta yakınları hastası için gerekli şartlar kendi ev ortamında oluşturulduğu takdirde hastasına evde bakmak istemektedir.

Tablo 3. 32: Bilgi Ve Becerilerin Artırılarak Hastanın Bakımını Üstlenecek Öz Güvenin Geliştirilmesi İle Hastaya Evde Bakmak İsteme Durumu İle Tedavisi Mümkün Olmayan Bir Hastalık Olduğunda Evde Bakılmak İstenme Arasında İlişki

		C16				
		Tamamen Katılıyorum	Kararsızım	B. Oranda Katılmıyorum	H. Katılmıyorum	T
C3	T. Katılıyorum	4 %22,2	3 %16,7	1 %5,6	10 %55,6	18 %100
	B. Oranda Katılıyorum	0 %,0	1 %25,0	0 0%0	3 %75,0	4 %100
	Kararsızım	3 %15,0	8 %40,0	1 %5,0	8 %40,0	20 %100
	B.Oranda Katılmıyorum	1 %11,1	1 %11,1	2 %22,2	5 %55,6	9 %100
	Hiç Katılmıyorum	3 %12,0	4 %16,0	3 %12,0	15 %60,0	25 %100
TOPLAM		11 %14,5	17 %22,4	7 %9,2	41 %53,9	76 %100

Tablo 3. 33: Ki-Kare Testi

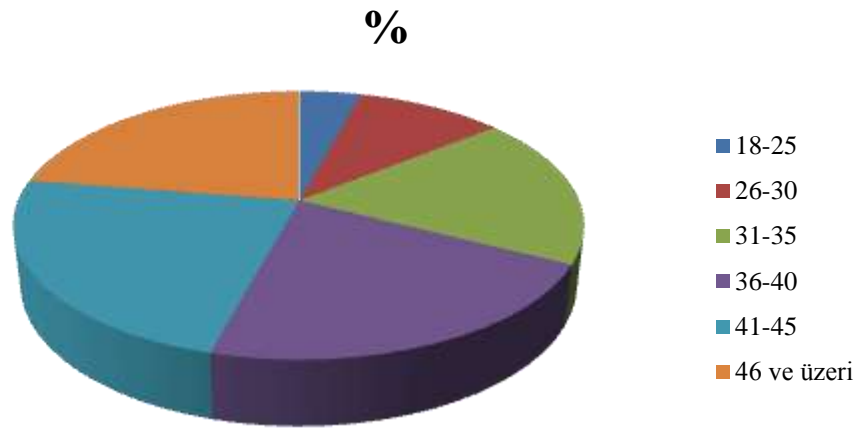
	Değer	Sd	P
Pearson Ki-Kare	9,635^a	12	,648
Bağımlılık Oranı	9,807	12	,633
Linear-By-Linear Association	,621	1	,431
N of Valid Cases	76		

Tablo 3.32 ve Tablo 3.33 incelendiğinde bilgi ve becerilerin artırılarak hastanın bakımını üstlenecek öz güvenin geliştirilmesi ile hastaya evde bakmak **isteme** durumu ile tedavisi mümkün olmayan bir hastalık olduğunda evde bakılmak **istenme** arasında istatistiksel bir ilişki araştırılmış olup 0,05 önem seviyesinde bir ilişki tespit edilememiştir ($p=0,648$, $p>0,05$). Bu durumda H_4 hipotezi red edilmiştir. Hasta yakınları bilgi ve becerileri artırılarak hastalarına bakacak öz güvenleri geliştirilse dahi evde bakımı istemediklerini beyan etmişlerdir.

3.11.2. Sağlık Çalışanlarının Kişisel Özellikleri İle Bulgular

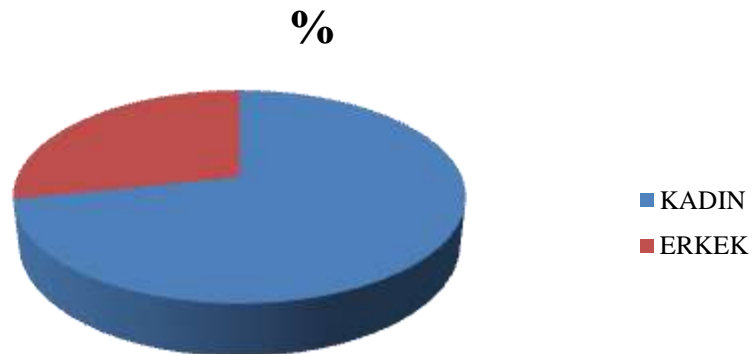
Bu bölümde araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının demografik özelliklerine (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, gelir seviyeleri), mesleklerine ve meslekteki çalışma sürelerine ait bilgilere yer verilmiştir.

Grafik 3. 12: :Yaşa Göre Dağılım

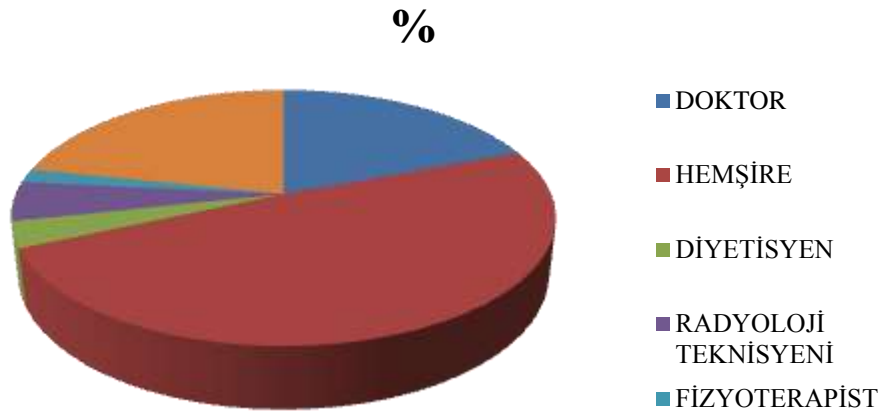


Grafik 3.12 'ye göre çalışanların büyük çoğunluğu 41-45 yaş arasındadır (%23,3). 46 yaş ve üzerinde olanların dağılımı % 22,5, 36-40 yaş aralığında olanların dağılımı %21,7, 31-35 yaş aralığında olanların dağılımları % 18,3, 26-30 yaş aralığında olanların dağılımları %14,2 ve 18-25 yaş aralığında olanların dağılımları % 4,2' dir. Bu tespitten Ankara Ulus Devlet Hastanesinde çalışan sağlık personelinin yaş ortalamasının yüksek olduğu görülmüştür.

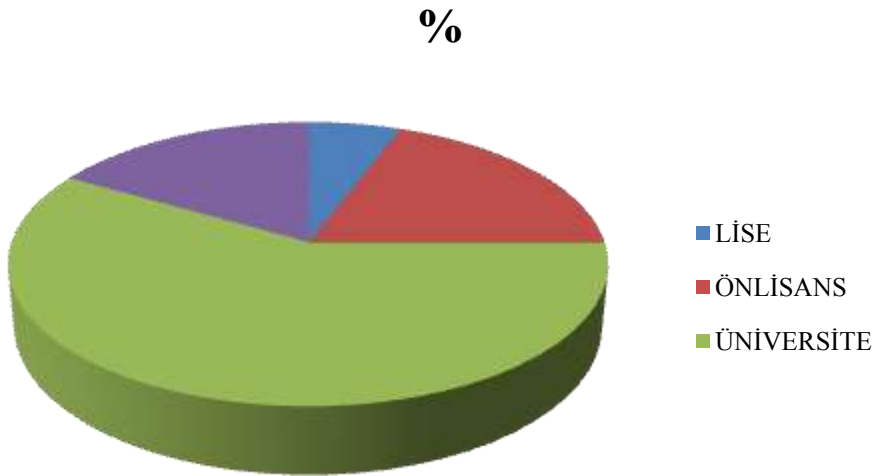
Grafik 3. 13: Cinsiyete Göre Dağılım



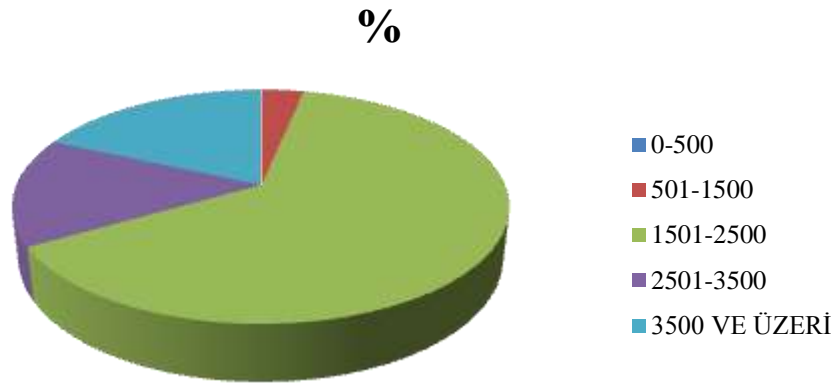
Grafik 3.13 'e göre, araştırmaya dâhil olan sağlık çalışanlarının %71,7'si kadın, %28,3'ü erkektir

Grafik 3. 14: Meslek Durumuna Göre Dağılım

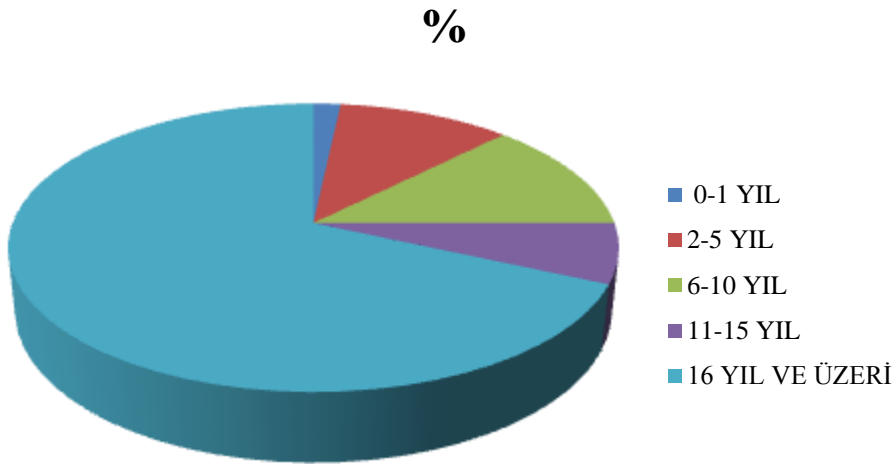
Grafik 3.14 'de sağlık çalışanlarının meslek durumlarına göre dağılımları yer almaktadır. Araştırmaya katılan sağlık personelinin %49,2'si hemşire, %19,2'si doktor, %5,3'ü radyoloji teknisyeni, %3,3'ü diyetisyen ve %1,7'si fizyoterapisttir. Meslek durumunu diğer olarak ifade edenlerin oranı %21,7'dir.

Grafik 3. 15: Eğitim Durumuna Göre Dağılım

Grafik 3.15'e göre katılımcıların eğitim düzeyleri incelendiğinde %58,3'ünün üniversite, %19,2'sinin ön lisans, %5,2'sinin lise mezunu olduğu tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %16,7'sinin yüksek lisans eğitimini tamamladığı görülmüştür.

Grafik 3. 16: Gelir Durumuna Göre Dağılım

Grafik 3.16 'ya göre sağlık çalışanlarının çoğunluğunun kazancının 1500-2500 TL arasında olduğu tespit edilmiştir. 2500-3500 TL arası kazanca sahip olanların oranı %15,0 iken, 500-1500 TL arası kazanca sahip olanların oranı %3,3 'dür. Grafik 3.16 incelenmeye devam edildiğinde sağlık çalışanlarının 500 TL'nin altında kazanca sahip olmadıkları görülmektedir.

Grafik 3. 17: Çalışma Yılına Göre Dağılım

Grafik 3.17 'ye göre sağlık çalışanlarının hizmet yılına göre dağılımları incelendiğinde 16 yıl ve üzeri hizmet yılı olanların büyük çoğunlukta olduğu görülmektedir (%68,3).

Ayrıca % 1,7'si 0-1 yıl arası, % 10,8'i 2-5 yıl arası, % 12,5'i 6-10 yıl arası, % 6,7'si 11-15 yıl arası hizmet süresine sahip olduğunu beyan etmiştir.

Bu bölümde palyatif bakıma ilişkin ifadelerin frekans ve yüzdesel dağılımına yer verilmiştir.

Tablo 3. 34: Palyatif Bakıma İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Palyatif Bakım ile ilgili ifadeler	T.Katılıyorum	B.üyük Oranda Katılıyorum	Kararsızım	B.Oranda Katılmıyorum	Hiç Katılmıyorum	Toplam
	n %	n %	n %	n %	n %	n %
1.)Palyatif Bakım terminal dönem kanser hastaları için sunulan hizmetleri kapsar.	36 30,0	65 54,2	10 8,3	5 4,2	4 3,3	120 100
2.)Palyatif bakımda hasta ve ailesi karar verici bir ekip üyesidir	54 45,0	44 36,7	14 11,7	6 5,0	2 1,7	120 100
3.)Palyatif bakım sadece ağrı ve acı kontrolünü içerir.	27 22,5	46 38,3	13 10,8	20 16,7	14 11,7	120 100
4.)Palyatif bakım merkezleri hastane temelli olmalıdır.	49 40,8	33 27,5	18 15	13 10,8	7 5,8	120 100
5.)Hasta için canlandırma yapmama hakkı olmalı ve yasal düzenlemeler yapılmalıdır.	56 46,7	24 20	22 18,3	6 5	12 10	120 100
6.)Palyatif bakım gereksinimi olduğunda, bu bakımın her bireye sağlanması devletin sorumluluğunda olmalıdır.	97 80	12 10	7 5,8	1 8	3 2,5	120 100
7.) Palyatif bakıma ihtiyaç duyan bir hastanın tedavisi sonlandırılmalıdır.	14 11,7	12 10	27 22,5	15 12,5	51 42,5	119 99,2
8.) Palyatif bakıma ihtiyaç duyan hastalara ağrı ve acı veren girişimsel işlemlere hastanede devam edilmelidir.	39 32,5	23 19,2	24 20	13 10,8	21 17,5	120 100
9.)Palyatif bakım hastalarının son dönemlerinde evde bakımı hem daha ekonomik hem de hasta yakınlarınınca uygun bir seçenektir.	34 28,3	36 30	32 26,7	8 6,7	10 8,3	120 100
10.)Palyatif bakıma ihtiyaç duyan hastaların yapılan tedavi ve uygulamaları reddetme hakları olmalıdır.	55 45,8	36 30	18 15	8 6,7	3 2,5	120 100
11)Palyatif bakım uzun sürelidir bu nedenle hasta yakınları refakat konusunda sıkıntı yaşamaktadır.	64 53,3	40 33,3	8 6,7	4 3,3	4 3,3	120 100
12.)Palyatif bakım konusunda bilgi sahibiyim.	34 28,3	50 41,7	22 18,3	5 4,2	9 7,5	120 100
13.)Çalıştığım kurumda yaşam sonu bakımla ilgili düzenlenen hizmet içi eğitim programları vardır.	52 43,3	34 28,3	14 11,7	6 5	14 11,7	120 100
14.)Palyatif bakıma ihtiyaç duyan yakınımın tıbbi tedavisinin sonlandırılmasını isterim.	12 10	11 9,2	47 39,2	15 12,5	35 29,2	120 100
15.)Palyatif bakıma ihtiyaç duyan yakınıma acı ve ağrı veren tıbbi girişimlerin yapılmasını doğru bulmuyorum.	30 25	22 18,3	36 30	11 9,2	21 17,5	120 100
16.)Palyatif bakıma ihtiyaç duyan bir yakınım olsa evde bakabileceğimi düşünüyorum.	29 24,2	20 16,7	42 35	19 15,8	10 8,3	120 100
17.)Palyatif bakım gerektiren hastamı evde bakmak zorunda olsam iş yerimle sıkıntı yaşarım.	61 50,8	34 28,3	14 11,7	7 5,8	4 3,3	120 100
18.)Palyatif bakım hastalarına hizmet verirken yaşanan sıkıntıları görüyor olmak tercihimin ev olmasında etkili oldu.	18 15,8	30 25	39 32,5	24 20	9 7,5	120 100
19.)Palyatif bakıma ihtiyaç duyan yakınıma gerekli şartlar sağlandığında evde bakmak isterim.	58 48,3	36 30	17 14,2	9 7,5	0 ,0	120 100
20.)Ülkemizde ötanazi yasal olsa hastamın ya da benim yaşamıma son verilmesini isterim.	30 25	6 5	34 28,3	5 4,2	45 37,5	120 100

Tablo 3.34'e göre; katılımcıların %84,2'si **palyatif bakımının kanser hastalarına sunulan hizmeti kapsadığını**, %60,8'de **sadece ağrı ve acı kontrolünü içerdiğini** beyan ettiği görülmektedir.

“Palyatif bakım gereksinimi olduğunda, bu bakımın herkese sağlanması devletin sorumluluğunda olmalıdır.” İfadesine çalışanların %80'ninin katılıyorum yanıtını verdiği görülmüştür. Tüm gelişmiş dünya ülkelerinde palyatif bakım devletin sorumluluğunda ve bireylerin gereksinimlerine göre sunulmaktadır.

Tablo 3.34'e göre **“Palyatif bakım merkezleri hastane temelli olmalıdır”** ifadesine sağlık çalışanlarının %40,8' si Tamamen Katılıyorum, %27,5' u Büyük Oranda Katılıyorum, %10,8'i Büyük Oranda Katılmıyorum, %5,8'i Hiç Katılmıyorum derken, %15'i kararsız kalmıştır. Oysaki palyatif bakım evde ve Hospislerde de verilebilmektedir.

Tablo 3.34'de sunulduğu üzere çalışanlar **“Yaşam sonu bakıma ihtiyaç duyan hastalara ağrı ve acı veren girişimsel işlemlere hastanede devam edilmelidir”** ifadesine %32,5'i Tamamen Katılıyorum, %19,2'si Büyük Oranda Katılıyorum yanıtını vermişlerdir.

"Palyatif bakıma ihtiyaç duyan hastanın tedavisi sonlandırılmalıdır" ifadesine çalışanların %12,5'i Büyük Oranda Katılmıyorum, %42,5'inin Hiç Katılmıyorum yanıtı verdikleri görülmüştür.

"Hasta için kardiyopulmoner resusitasyon yapmama hakkı olmalı ve yasal düzenlemeler yapılmalıdır" ifadesine %66,7'sinin Katılıyorum cevabını verdikleri gözlenmiştir.

Bu tespitler sonucunda sağlık çalışanları hastaların yaşamlarının son anına kadar her türlü bakım ve tedavisinin yapılmasını ve ölümün normal seyrine bırakılması gerektiğini ifade ederken, son ana gelindiğinde ise ölüm sürecine müdahale edilerek hastaların sıkıntıya, ıstıraba ve düşük kaliteli bir yaşama mahkûm edilmesini istemediklerini ifade etmişlerdir.

Sağlık çalışanına kendi ve yakını için bakım yeri tercihinin ne olacağını tespit etmek üzere aynı sorular yöneltildiğinde **“Palyatif bakıma ihtiyaç duyan yakınımın tıbbi tedavisinin sonlandırılmasını isterim”** ifadesine %41,7’si Katılmıyorum **“Palyatif bakıma ihtiyaç duyacak yakınıma acı ve ağrı veren tıbbi girişimlerin yapılmasını doğru bulmuyorum”** ifadesine %43,3 Katılıyorum cevabını vermiştir. Bu durumda çalışanlar yakınları için girişimsel işlemlerin yapılmamasını isterken, ölümü hızlandırıcı herhangi bir girişimde doğrudan yapılmasını istemediklerini beyan etmişlerdir.

“Palyatif bakıma ihtiyaç duyan hastaların yapılan tedavi ve uygulamaları reddetme hakkı olmalıdır” ifadesine %79,1 ile Katılıyorum diyerek hastaların kendi tedavileri ve uygulamalarını üzerine söz sahibi olmasını istedikleri gözlemlenmiştir, bu uygulamanın kabul görmesi palyatif hastalarının saygınlığı açısından da önemlidir.

Tablo 3.34 incelenmeye devam edildiğinde çalışanların **“Yaşam sonu bakım hastalarının son dönemlerinde evde bakımı hem daha ekonomik hem de hasta yakınlarınca uygun bir seçenektir”** ifadesine %58,3’ü Katılıyorum,

“Palyatif bakım hastaları hastanede uzun süre kalmaktadır, bu nedenle hasta yakınları refakat konusunda sıkıntı yaşamaktadır” ifadesine %86,6’sı Katılıyorum,

“Palyatif bakıma ihtiyaç duyan yakınıma gerekli şartlar sağlandığında evde bakmak isterim” ifadesine %78,3’ünün Katılıyorum yanıtını verdikleri tespit edilmiştir. Bu tespitler sonucunda hasta yakınının refakatte, bakım verici rolde ve ekonomik olarak zorlandığını görmesi sağlık çalışanının bakım yeri tercihinin ev olabileceğini göstermektedir. Anket sonuçları bunu desteklemektedir.

“Palyatif bakım hastalarına hizmet verirken yaşanan sıkıntıları görüyor olmak tercihimin ev olmasında etkili oldu” ifadesine katılımcıların %15,8’i Tamamen Katılıyorum, %25 Büyük Oranda Katılıyorum yanıtını verirken, %32,5’i kararsız kalmıştır.

"Palyatif bakıma ihtiyaç duyan yakınım olsa evde bakabileceğimi düşünüyorum" ifadesine çalışanların %24,2'si Tamamen Katılıyorum, %16,7 Büyük Oranda Katılıyorum yanıtını verirken, %35 'i kararsız kalmıştır.

"Ülkemizde ötanazi yasal olsa hastamın ya da benim yaşamıma son verilmesini isterim" ifadesine % 30'u Katılıyorum derken, %37,5'i Katılmıyorum cevabını vermiştir.

Tablo 3. 35: Sağlık Çalışanlarının Palyatif Bakım Gereksinimi Duyan Yakını İçin Bakım Yeri Tercihine İlişkin (Mesleklere Göre)

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ YAKINI İÇİN BAKIM YERİ TERCİHİ		MESLEK						TOPLAM %
		Doktor	Hemşire	Diyetisyen	Radyoloji Teknisyeni	Fizyoterapist	Diğer	
Hastanede	n	9	7	0	1	0	3	20
	%	39,1	1,9	0	16,7	,0	11,5	100
Evde	n	7	15	2	1	0	4	29
	%	30,4	25,4	50,0	16,7	,0	15,4	100
Doktor ve hemşire gözetiminde evde	n	4	18	1	1	1	6	31
	%	17,4	30,5	25,0	16,7	50	23,1	100
Ev tipi hastane odasında yakınları ile birlikte	n	3	19	1	3	1	13	40
	%	13,0	32,2	25,0	50,0	50	50	100
TOPLAM %		23	59	4	6	2	26	120
		100	100	100	100	100	100	100

Tablo 3.35 incelendiğinde katılımcıların %23'ünün doktor, %59'unun hemşire %6'sının radyoloji teknisyeni, %4'ünün diyetisyen, %2'sinin fizyoterapist, %26'sının diğer meslek gruplarından olduğu görülmüştür.

Hekim dışı sağlık çalışanları yakınları için bakım yeri tercihini daha çok ev tipi hastane odası veya doktor hemşire gözetiminde ev (hemşirelerin%32,2 ev tipi hastane odası ve %30,5 doktor hemşire gözetiminde ev, radyoloji teknisyenleri%50'si ev tipi hastane odası, fizyoterapistler %50'si ev tipi hastane odası ve %50 'si doktor hemşire gözetiminde ev, diğer meslek gruplarının %50'si ev

tipi hastane odası)olarak belirlerken, hekim grubunun tercihini hastane(%39,1) ve evden(%30,4) yana kullandığı görülmektedir.

Tablo 3. 36: Sağlık Çalışanlarının Palyatif Bakım Hizmetini Almak İsteddiği Ortama İlişkin Görüşleri (Mesleklere Göre)

SAĞLIK ÇALIŞANININ PALYATİF BAKIM YERİ TERCİHİ		Doktor	Hemşire	Diyetisyen	Radyoloji Teknisyeni	Fizyoterapist	Diğer	TOPLAM %
Hastanede	n	8	5	1	1	1	2	18
	%	34,8	8,5	25	16,7	50	7,7	15,0
Evde	n	8	16	1	1	0	7	33
	%	34,8	27,1	25	16,7	,0	26,9	27,5
Doktor ve hemşire gözetiminde evde	n	4	19	2	0	1	6	32
	%	17,4	32,2	50	,0	50	23,1	26,7
Ev tipi hastane odasında yakınları ile birlikte	n	3	19	0	4	0	11	37
	%	13,0	32,2	,0	66,7	,0	42,3	30,8
TOPLAM %		23	59	4	6	2	26	120
		100	100	100	100	100	100	100

Tablo 3.36'ya göre sağlık çalışanlarının meslek durumlarına göre palyatif bakım hizmetini hangi ortamda almak istediklerine ait görüşleri yer almaktadır. Doktorların %34,8 hastane, %34,8'de evde palyatif bakım hizmeti almak istediğini beyan etmişlerdir. Hemşirelerin %32,2'si doktor hemşire gözetiminde ve %32,2 'si ev tipi hastane odasında yakınları ile birlikte, diyetisyenler %50'si doktor hemşire gözetiminde evde, radyoloji teknisyenlerinin %66,7'si ev tipi hastane odasında yakınları ile beraber palyatif bakım hizmetini almayı tercih etmişlerdir.

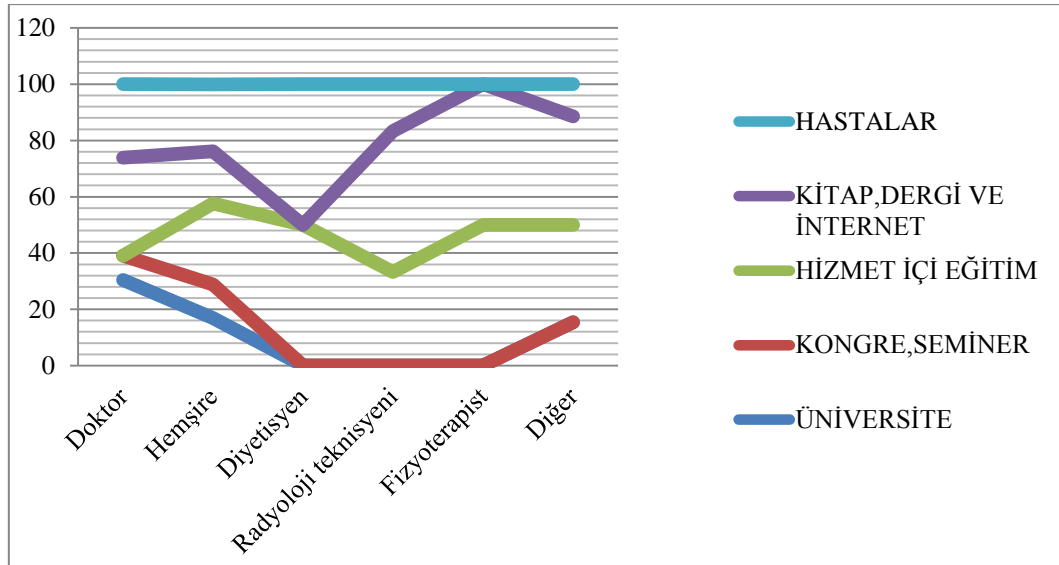
Diğer sağlık çalışanlarının da büyük çoğunluğunun bakım yeri tercihinin ev tipi hastane odasında yakınları ile birlikte olduğu görülmektedir (%42,3). Bu durumda hekimler dışındaki sağlık çalışanlarının palyatif bakım gereksinimi olduğu bu hizmeti almak istediği ortam palyatif bakım klinikleri ve profesyonel sağlık sunucuların gözetiminde evdir.

Tablo 3. 37: Sağlık Personelinin Palyatif Bakıma İlişkin Bilgi Kaynakları

PALYATİF BAKIM HAKKINDA BİLGİ ALDIKLARI YER		MESLEK						TOPLAM %
		Doktor	Hemşire	Diyetisyen	Radyoloji Teknisyeni	Fizyoterapist	Diğer	
Üniversite	n	7	10	0	0	0	4	21 17,5
	%	30,4	16,9	,0	,0	,0	15,4	
Kongre ve seminer	n	2	7	0	0	0	0	9 7,5
	%	8,7	11,9	,0	,0	,0	,0	
Hizmet içi Eğitim	n	0	17	2	2	1	9	32 5,8
	%	,0	28,8	50	33,3	50,0	%34,6	
Kitap, dergi ve internet	n	8	11	0	3	1	10	33 27,5
	%	34,8	18,6	,0	50	50	38,5	
Evde bakım ve palyatif hastaları	n	6	14	2	1	0	3	26 21,7
	%	26,1	23,7	50	16,7	,0	11,5	
TOPLAM %		23 100	59 100	4 100	6 100	2 100	26 100	120 100

Tablo 3.37’de sağlık personelinin bilgi alma kaynakları incelendiğinde hekimler daha çok kitap, dergi ve internetten(%34,8) bilgi sahibi olduklarını beyan ederken, hizmet içi eğitimlere de hiç katılmadıkları tespit edilmiştir. Hekim dışı sağlık personelinin ise büyük çoğunluğunun hizmet içi eğitimlerden (hemşirelerin %28,8’i, diyetisyenlerin %50’si) ve evde sağlık ve bakım hastaları ile palyatif bakım hastalarından faydalanarak bilgi sahibi oldukları görülmektedir.

Ayrıca giderek önem kazanmaya başlayan palyatif bakım hakkında, hemşire ve hekim dışındaki sağlık personeline üniversite düzeyinde hiç eğitim verilmediği belirlenmiştir.

Grafik 3. 18: Mesleklere Göre Bilgi Kaynaklarının Dağılımı**Tablo 3. 38:** Sağlık Çalışanlarının Bakım Yeri Tercihinin Ev Olmasına Hizmet Etnasında Yaşanan Sorunların Etkisine İlişkin Görüşleri (Mesleklere Göre)

MESLEK		Tamamen Katılıyorum	B. Oranda Katılıyorum	Kararsızım	B. Oranda Katılmıyorum	Hiç Katılmıyorum	TOPLAM %
		n	3	3	8	6	3
Doktor	%	13,0	13,0	34,8	26,1	13,0	
	n	11	18	15	11	4	59 100
Hemşire	%	18,6	30,5	25,4	18,6	6,8	
	n	1	0	2	1	0	4 100
Diyetisyen	%	25,0	,0	50,0	25,0	,0	
	n	0	1	3	2	0	6 100
Radyoloji Teknisyeni	%	,0	16,7	50,0	33,3	,0	
	n	0	1	0	1	0	2 100
Fizyoterapist	%	,0	50,0	,0	50,0	,0	
	n	3	7	11	3		26 100
Diğer	%	11,5	26,9	42,3	11,5	2 7,7	
	TOPLAM %	18 15,0	30 25	39 32,5	24 20	9 7,5	120 100

Tablo 3.38'e göre sağlık çalışanlarının palyatif bakım hasta ve hasta yakınının bakım esnasında yaşanan sorunları yerinde tespit ediyor olması bakım yeri tercihinin ev olmasını etkilemektedir. Yaşanan sıkıntılardan dolayı bakım yeri tercihim ev oldu ifadesine hemşirelerin %49,1'inin katılıyorum yanıtını verdiği, diyetisyenlerin ve radyoloji teknisyenlerinin büyük bir çoğunluğunun kararsız kaldığı tespit edilmiştir.

Hekimlerin ise %39,1'inin katılmıyorum yönünde cevap verdiği fizyoterapistlerin %50'sinin katılıyorum, %50'sinin katılmıyorum yanıtını verdiği görülmektedir. Hastalarla bakım esnasında birebir ilişkide olan hemşirelerin hasta ve yakınının yaşadığı sorunları daha çok gözleme imkânına sahiptirler.

Tablo 3. 39: Sağlık Çalışanlarının Bakım Yeri Tercihinin Ev Olmasına Hizmet Esnasında Yaşanan Sorunların Etkisine İlişkin Görüşleri (Eğitim Düzeyine Göre)

EĞİTİM DÜZEYİ		Tamamen Katılıyorum	B. Oranda Katılıyorum	Kararsızım	B. Oranda Katılmıyorum	Hiç Katılmıyorum	TOPLAM
Lise	n	2	1	4	0	0	7
	%	28,6	14,3	57,1	,0	,0	100
Ön lisans	n	3	3	12	4	1	23
	%	13,0	13,0	52,2	17,4	4,3	100
Üniversite	n	8	24	16	16	6	15
	%	11,4	34,3	22,9	22,9	8,6	100
Lisansüstü	n	5	2	7	4	2	20
	%	25,0	10,0	35,0	20,0	10,0	100
TOPLAM	18	%15	30 %25	39 %32,5	24 %20	9 %7,5	120 100

Tablo 3.39'da sağlık çalışanlarının eğitim düzeyine göre bakım verirken yaşanan sıkıntılardan dolayı tercihin ev olmasına ilişkin görüşleri yer almaktadır. Lise mezunlarının %42,9'u, ön lisans mezunlarının %26'sı, üniversite %35,7'si, lisansüstü mezunlarının %35'i yaşanan sıkıntıları görüyor olmaktan dolayı tercihinin ev olduğunu beyan etmişlerdir. Ayrıca lise mezunları (%57,1) ile ön lisans mezunlarının (%52,2) büyük çoğunluğunun kararsız kaldığı görülmektedir.

Tablo 3. 40: Sağlık Çalışanlarının Bakım Yeri Tercihinin Ev Olmasına Hizmet Esnasında Yaşanan Sorunların Etkisine İlişkin Görüşleri (Cinsiyetine Göre)

CİNSİYET		Tamamen Katılıyor	B. Oranda Katılıyor	Kararsız	B. Oranda Katılmıyorum	Hiç Katılmıyorum	TOPLAM
Kadın	n	15	23	27	15	6	86 100
	%	17,4	26,7	31,4	17,4	7,0	
Erkek	n	3	7	12	9	3	34 100
	%	8,8	20,6	35,3	26,5	8,8	
TOPLAM		18 %15	30 %25	39 %2,5	24 %20	9 %7,5	120 100

Tablo 3.40'a göre kadın sağlık çalışanlarının %44,1'i bakım esnasında yaşanan sıkıntıları görüyor olmasından dolayı tercihinin ev olduğunu ifade ederken, erkek sağlık çalışanlarında bu oranın %28,6'da kaldığı görülmektedir. Ayrıca hem kadın hem erkek katılımcıların büyük çoğunluğunun (kadınların%31,4'ü, erkeklerin %20,6'sı) kararsız kaldığı tespit edilmiştir.

Tablo 3. 41: Sağlık Çalışanlarının Palyatif Bakım Gereksinimi Duyan Yakınına Gerekli Şartlar Evinde Sağlandığında Bakma Tercihi İle İlgili Görüşleri (Meslek Durumuna Göre)

MESLEK		Tamamen Katılıyor	B. Oranda Katılıyor	Kararsız	B. Oranda Katılmıyorum	Hiç Katılmıyorum	TOPLAM
Doktor	n	12	8	2	1	0	23 100
	%	52,2	34,8	8,7	4,3	,0	
Hemşire	n	30	17	8	4	0	59 100
	%	50,8	28,8	13,6	6,8	,0	
Diyetisyen	n	2	1	1	0	0	4 100
	%	50,0	25,0	25,0	,0	,0	
Radyoloji Tek.	n	1	3	2	0	0	6 100
	%	16,7	50,0	33,3	,0	,0	
Fizyoterapist	n	1	0	0	1	0	2 100
	%	50,0	,0	,0	50,0	,0	
Diğer	n	12	7	4	3	0	26 100
	%	46,2	26,9	15,4	11,5	,0	
TOPLAM		58 %48,3	36 %30,0	7 %4,2	9 %7,5	0 %0	120 100

Tablo 3.41 'e göre doktorların % 87'si, hemşirelerin %79,6'sı, diyetisyenlerin %75'i, radyoloji teknisyenlerinin %66,7'si, diğer meslek gruplarının %73,1'i palyatif bakıma gereksinim duyan yakını olması durumunda, gerekli şartlar evinde oluşturulduğunda bakım yeri tercihinin yakını için ev olacağını beyan etmişlerdir.

Fizyoterapistlerin %50 katılmıyorum derken, %50'sinin katılıyorum yanıtını verdiği görülmektedir. Görüldüğü gibi sağlık çalışanları yakınları için gerekli şartlar oluşturulduğunda sağlık ve bakım hizmetlerini, bireylerin bağımsız, rahat ve huzurlu yaşamalarına olanak sağlaması nedeni ile evlerinde almak istediklerini beyan etmişlerdir (Bulut, 2001).

Tablo 3. 42: Sağlık Çalışanlarının Palyatif Bakım Gereksinimi Duyan Yakınına Gerekli Şartlar Evinde Sağlandığında Bakma Tercihi İle İlgili Görüşleri Eğitim Durumuna Göre

EĞİTİM DURUMU		Tamamen Katılıyorum	B. Oranda Katılıyorum	Kararsızım	B. Oranda Katılmıyorum	Hiç Katılmıyorum	TOPLAM
Lise	n	4	2	1	0	0	7
	%	57,1	2,6	14,3	,0	,0	100
Ön lisans	n	10	5	6	2	0	23
	%	43,5	21,7	26,1	8,7	,0	100
Üniversite	n	34	21	9	6	0	70
	%	48,6	30,0	12,9	8,6	,0	100
Lisansüstü	n	10	8	1	1	0	20
	%	50,0	40,0	5,0	5,0	,0	100
TOPLAM		58 %48,3	36 %30,0	17 %14,2	9 %7,5	0 %,0	120 100

Tablo 3.42'de sağlık çalışanlarına eğitim durumuna göre palyatif bakıma ihtiyaç duyan yakını için gerekli şartlar sağlandığında evde bakmak istemesi ile ilgili ifadeye ilişkin görüşleri yer almaktadır. Lisansüstü eğitim görenlerin %90'nı, üniversite mezunlarının %78,6'sı, lise mezunlarının %59,7'si gerekli şartlar palyatif bakım gereksinimi duyan yakını için evde oluşturulduğunda yakınına evde bakmak istediğini belirtmişlerdir.

Ön lisans mezunlarında kararsız kalan çoğunluğun yüksek olduğu görülmüştür(%26,1).Buradan da tespit edildiği üzere eğitim seviyesi yükseldikçe evde sağlık ve bakım hizmetlerine talep artmaktadır.

Tablo 3. 43: Sağlık Çalışanlarının Palyatif Bakım Hastası İçin Kardiyopulmoner Resusitasyon Yapmama Hakkı Olmasına İlişkin Görüşleri (Meslek Durumuna Göre)

MESLEK		Tamamen Katılıyorum	B.Oranda Katılıyorum	Kararsızım	B.Oranda Katılmıyorum	Hiç Katılmıyorum	TOPLAM
Doktor	n	13	7	2	1	0	23
	%	56,5	30,4	8,7	4,3	,0	%100
Hemşire	n	30	10	11	2	6	59
	%	50,8	16,9	18,6	3,4	10,2	%100
Diyetisyen	n	1	0	2	0	1	4
	%	25,0	,0	33,3	,0	25,0	%100
Radyoloji Teknisyeni	n	0	0	2	2	2	6
	%	,0	5,0	33,3	33,3	33,3	%100
Fizyoterapist	n	1	1	0	0	0	2
	%	50,0	50,0	,0	,0	,0	%100
Diğer	n	11	6	5	1	3	26
	%	42,3	23,1	19,2	3,8	11,5	%100
TOPLAM		56 %46,7	24 %20,0	22 %18,3	6 %5,0	12 %10,0	120 %100

Tablo 3.43'e göre sağlık çalışanları palyatif bakım hastaları için kardiyopulmoner resusitasyon yapmama hakkı olmalı ifadesini değerlendirmişler ve radyoloji teknisyenleri dışında tüm sağlık çalışanları (doktorların %86,7'si, hemşirelerin %67,7'si, diyetisyenlerin %25'i, fizyoterapistlerin%100) bu hakkın verilmesi gerekliliği yönünde görüş bildirmişlerdir.

Tablo 3. 44: Sağlık Çalışanlarının Palyatif Bakım Gereksinimi Duyan Hastaların Yapılan Tedavi Ve Uygulamaları Reddetme Hakkı Olmasına İlişkin Görüşleri (Meslek Durumuna Göre)

MESLEK		Tamamen Katılıyorum	B. Oranda Katılıyorum	Kararsızım	B. Oranda Katılmıyorum	Hiç Katılmıyorum	TOPLAM
Doktor	n	12	4	5	1	1	23
	%	52,2	17,4	21,7	4,3	4,3	100
Hemşire	n	30	18	9	1	1	59
	%	50,8	30,5	15,3	1,7	1,7	100
Diyetisyen	n	1	2	0	1	0	4
	%	25	50	,0	25	,0	100
Radyoloji Teknisyeni	n	0	6	0	0	0	6
	%	,0	100	,0	,0	,0	100
Fizyoterapist	n	1	0	1	0	0	2
	%	50	,0	50	0	0	100
Diğer	n	11	6	3	5	1	26
	%	42,3	23,1	11,5	19,2	3,8	100
TOPLAM		55%45,8	36%30,0	18%15	8 %6,7	3 %2,5	120 100

Tablo 3.44'e göre sağlık çalışanlarının (hekimlerin %69,6'sı, hemşirelerin %81,7'si, diyetisyenlerin%25'i, radyoloji teknisyenlerinin%100'ü, fizyoterapistlerin %60 ve diğer sağlık çalışanlarının %65,4) palyatif bakım hastasının kendisine uygulanan tedavi ve uygulamaları red etme hakkı olması gerektiği yönünde büyük çoğunluğunun görüş bildirdiği görülmektedir.

Tablo 3. 45: Sağlık Çalışanlarının Palyatif Bakıma Muhtaç Hastası Olduğunda İş Yeri İle Sıkıntı Yaşamalarına İlişkin Görüşleri

MESLEK		Tamamen Katılıyorum	B. Oranda Katılıyorum	Kararsızım	B. Oranda Katılmıyorum	Hiç Katılmıyorum	TOPLAM
Doktor	n	12	7	2	0	2	23
	%	52,2	30,4	8,7	,0	8,7	%100
Hemşire	n	26	18	8	5	2	59
	%	44,1	30,5	13,6	8,5	3,4	%100
Diyetisyen	n	3	1	0	0	0	4
	%	75,0	25,0	,0	,0	,0	%100
Radyoloji Teknisyeni	n	1	2	2	1	0	6
	%	16,7	33,3	33,3	16,7	,0	%100
Fizyoterapist	n	2	0	0	0	0	2
	%	100,0	,0	,0	,0	,0	%100
Diğer	n	17	6	2	1	0	26
	%	65,4	23,1	7,7	3,8	,0	%100
TOPLAM		61 %50,8	34 %28,3	14 %11,7	7 %5,8	4 %3,3	120%0

Tablo 3.45'e göre katılımcılardan diyetisyenler ve fizyoterapistlerin tamamı palyatif bakım gereksinimi duyan hastasına evde bakmak zorunda olsa iş yeri ile sıkıntı yaşayacağını beyan etmiştir.

Diğer sağlık çalışanlarının %79,3'ü, doktorların %82,6'sı ve hemşirelerin %74,6 'sı iş yeri ile sıkıntı yaşayacağını ifade ederken radyoloji teknisyenlerinin %33,3 kararsız kalmıştır.

Tablo 3. 46: Sağlık Çalışanlarının Ötenazinin Ülkemizde Yasal Olmasına Dair Görüşlerinin Dağılımı (Meslek Durumuna Göre)

MESLEK		Tamamen Katılıyor	B. Oranda Katılıyor	Kararsız	B. Oranda Katılmıyor	Hiç Katılmıyor	TOPLAM
Doktor	n	10	1	4	1	7	23 100
	%	43,5	4,3	17,4	4,3	30,4	
Hemşire	n	13	4	18	2	22	59 100
	%	22,0	6,8	30,5	3,4	37,4	
Diyetisyen	n	1	0	0	0	3	4 100
	%	25,0	,0	,0	,0	75,0	
Radyoloji Tek.	n	0	1	1	0	4	6 100
	%	,0	16,7	16,7	,0	66,7	
Fizyoterapist	n	1	0	1	0	0	2 100
	%	50,0	,0	50,0	,0	,0	
Diğer	n	5	0	10	2	9	26 100
	%	19,2	,0	38,5	7,7	34,6	
TOPLAM		30 %25,0	6 %5,0	34 %28,3	5 %4,2	45 %37,5	120100

Tablo 3. 47: Ki-Kare Testi

	Değer	Sd	Anlamlılık(p)
Pearson Ki-Kare	18,425^a	20	,559
Bağımlılık Oranı	21,918	20	,345
Linear-by-Linear Association	1,082	1	,298
N of Valid Cases	120		

Tablo 3.46 ve Tablo 3.47'ye göre araştırmaya katılan sağlık çalışanlarından hekimlerin %47,8' inin ötenaziye onayladığı görülürken, fizyoterapistlerin %75' i, diğer sağlık çalışanlarının %42,3'ü hemşirelerin %40,8'i ve radyoloji teknisyenlerinin %66,7'si ötenaziye onaylamadıklarını beyan etmişlerdir.

Fizyoterapistlerin %50'si ötenaziyi onaylarken, %50'sinin kararsız kaldığı görülmektedir.

Tablo 3. 48: Sağlık Çalışanlarının Ötenazinin Ülkemizde Yasal Olmasına Dair Görüşlerinin Dağılımı (Cinsiyetine Göre)

CİNSİYET		Tamamen Katılıyor	B. Oranda Katılıyor	Kararsız	B. Oranda Katılmıyor	Hiç Katılmıyor	TOPLAM
Kadın	n	19	4	27	3	33	86 100
	%	22,1	4,7	31,4	3,5	38,4	
Erkek	n	11	2	7	2	12	34 100
	%	32,4	5,9	20,6	5,9	35,3	
TOPLAM		30 %25,0	6 %5,0	34 %28,3	5 %4,2	45 %37,5	120 100

Tablo 3. 49: Ki-Kare Testi

	Değer	Sd	Anlamlılık(p)
Pearson Ki-Kare	2,501^a	4	,644
Bağımlılık Oranı	2,493	4	,646
Linear-by-Linear Association	,621	1	,431
N of Valid Cases	120		

Tablo 3.48 ve Tablo 3.49'a göre erkek çalışanların %41,2'si, bayan çalışanların %41,7'si ötenaziyi onaylamadıklarını beyan ederken, kadın sağlık çalışanlarının %31,4'ünün kararsız kaldığı görülmektedir.

Tablo 3. 50: Sağlık Çalışanlarının Uzun Süreli Refakatten Kaynaklı Hasta Yakınlarının Sıkıntı Yaşamalarına İlişkin Görüşleri(Mesleklere Göre Durumu)

Meslek		Tamamen Katılıyorrum	B. Oranda Katılıyorrum	Kararsızım	B. Oranda Katılmıyorum	Hiç Katılmıyorum	TOPLAM
Doktor	n	12	8	2	0	1	23 100
	%	52,2	34,8	8,7	,0	4,3	
Hemşire	n	34	19	4	2	0	59 100
	%	57,6	32,2	6,8	3,4	,0	
Diyetisyen	n	2	2	0	0	0	4 100
	%	50,0	50,0	,0	,0	,0	
Radyoloji Tek.	n	1	4	0	0	1	6 100
	%	16,7	66,7	,0	,0	16,7	
Fizyoterapist	n	2	0	0	0	0	2 100
	%	100	,0	,0	,0	,0	
Diğer	n	13	7	2	2	2	26 100
	%	50	26,9	7,7	7,7	7,7	
TOPLAM		64 %53,3	40 %33,3	8 %6,7	4 %3,3	4 %3,3	120 100

Tablo 3. 51: Ki-Kare Testi

	Değer	Sd	Anlamlılık(p)
Pearson Ki-Kare	16,512^a	20	,684
Bağımlılık Oranı	18,814	20	,534
Linear-by-Linear Association	2,370	1	,124
N of Valid Cases	120		

Tablo 3.50 ve Tablo 3.51'e göre sağlık çalışanlarının hasta yakınlarının uzun süreli refakatten dolayı sıkıntı yaşadığına ilişkin görüşleri yer almaktadır. Doktorların %52,2'si tamamen katılıyorrum derken, %34,8'inin büyük oranda katılıyorrum yanıtını verdiği tespit edilmiştir. Hemşirelerin %57,6'sı tamamen katılıyorrum ve %32,2'si büyük oranda katıldıklarının belirtmişlerdir. Radyoloji teknisyenlerinin % 16,7 si tamamen katılıyorrum derken, %66,7 büyük oranda katılıyorrum yanıtını vermişlerdir. Radyoloji teknisyenlerinin palyatif bakım kliniklerinde doktor ve hemşire gibi birebir hasta bakımında aktif rol almayışlarından dolayı yaşanan sıkıntıları gözlemleyemediklerinden dolayı net bir görüş bildirmedikleri görülmektedir.

Tablo 3. 52: Sağlık Çalışanlarının Palyatif Bakıma Muhtaç Yakını Olması Durumunda Evde Bakabileceğine İlişkin Görüşleri (Mesleklere Göre Durumu)

MESLEK		Tamamen Katılıyor	B. Oranda Katılıyor	Kararsız	B. Oranda Katılmıyor	H. Katılmıyor	TOPLAM
Doktor	n	6	5	6	4	2	23
	%	26,1	%21,7	%26,1	%17,4	%8,7	%100
Hemşire	n	16	11	20	8	4	59
	%	27,1	18,6	33,9	13,6	6,8	%100
Diyetisyen	n	1	0	2	1	0	4
	%	25	,0	50,0	25,0	,0	%100
Radyoloji Tek.	n	0	2	2	1	1	6
	%	0	33,3	33,3	16,7	16,7	%100
Fizyoterapist	n	0	1	0	0	1	2
	%	,0	50,0	,0	,0	50,0	%100
Diğer	n	6	1	12	5	2	26
	%	23,1	%3,8	46,2	19,2	7,7	%100
TOPLAM		29 %24,2	20 %16,7	42 %35,0	19 %15,8	10 %8,3	120%100

Tablo 3. 53: Ki-Kare Testi

	Değer	Sd	Anlamlılık(p)
Pearson Ki-Kare	16,818^a	20	,665
Bağımlılık Oranı	18,744	20	,539
Linear-by-Linear Association	1,528	1	,216
N of Valid Cases	120		

Tablo 3.52 ve Tablo 3.53 incelendiğinde sağlık çalışanlarının palyatif bakım gereksinimi duyan bir yakınına evde bakabileceğine dair görüşlerinin yer aldığı görülmektedir. Doktorların %47,8'i, hemşirelerin %45,7'si, diyetisyenlerin %25'i, radyoloji teknisyenlerinin %33,3'ü, fizyoterapistlerin %50'si ve diğer sağlık çalışanlarının % 26,9'u evde palyatif bakım gereksinimi duyan yakınına evde bakabileceğini beyan etmişlerdir. Doktorların %26,1'i, hemşirelerin %33,9'u, diyetisyenlerin %50'si, radyoloji teknisyenlerinin %33,3'ü ve diğer sağlık çalışanlarının % 46,2'sinin kararsız kaldığı tespit edilmiştir.

Tablo 3. 54: Sağlık Çalışanlarının Palyatif Bakıma Muhtaç Yakınına Ağrı Ve Acı Veren Tıbbi Girişimlerin Yapılmasına Dair Görüşleri (Meslek Durumuna Göre)

MESLEK		T. Katılıyor	B. Oranda Katılıyor	Kararsız	B. Oranda Katılmıyor	Hiç Katılmıyor	TOPLAM
Doktor	n	7	6	6	2	2	23
	%	%30,4	%26,1	%26,1	%8,7	%8,7	%100
Hemşire	n	15	9	19	6	10	59
	%	%25,4	%15,3	%32,2	%10,2	%16,9	%100
Diyetisyen	n	3	1	0	0	0	4
	%	%75,0	%25,0	%0	%0	%0	%100
Radyoloji Tek.	n	0	1	4	0	1	6
	%	%0	%16,7	%66,7	%0	%16,7	%100
Fizyoterapist	n	0	0	1	0	1	2
	%	%0	%0	%50,00	%0	%50,0	%100
Diğer	n	5	5	6	3	7	26
	%	%19,2	%19,2	%23,1	%11,5	%26,9	%100
TOPLAM		30 %25,0	22 %18,3	36 %30,0	11 %9,2	21 %17,5	120 %100

Tablo 3.54 incelendiğinde doktorların %56,5'i ve hemşirelerin %40,7'si palyatif bakım hastalarına ağrı ve acı veren işlemlerin yapılmasını doğru bulmadığını ifade ederken fizyoterapistlerin %50'si kararsız kalırken, %50'nin girişimsel işlemlerin yapılması yönünde görüş bildirdiği görülmektedir. Diğer sağlık gruplarının %38,4'ü yapılmamalı derken, %38,4'ü yapılmalı ve %38,4'ü kararsız kalmıştır. Radyoloji teknisyenlerinin %66,7'sinin ise kararsız kaldığı görülmüştür.

Tablo 3. 55: Sağlık Çalışanlarının Palyatif Bakıma Muhtaç Yakınına Ağrı Ve Acı Veren Tıbbi Girişimlerin Yapılmasına Dair Görüşleri (Yaş Durumuna Göre)

Yaş(Yıl)		T. Katılıyorum	B. Oranda Katılıyorum	Kararsızım	B. Oranda Katılmıyorum	Hiç Katılmıyorum	Toplam
18-25	n	0	1	3	0	1	5
	%	%0	%20,0	%60,0	%0	%20,0	100
26-30	n	2	3	4	1	2	12
	%	%6,7	%25,0	%33,3	%8,3	%16,7	100
31-35	n	3	2	8	3	6	22
	%	%13,6	%9,1	%36,4	%13,6	%27,3	100
36-40	n	6	8	4	3	5	26
	%	%23,1	%30,8	%15,4	%11,5	%19,2	100
41-45	n	10	4	9	2	3	28
	%	%35,7	%14,3	%32,1	%7,1	%10,7	100
46üzeri	n	9	4	8	2	4	27
	%	%33,3	%14,8	%29,6	%7,4	%14,8	100
TOPLAM		30	%25,0	22	%18,3	36	%30,0
		11	%9,2	21	%17,5	120	%100

Tablo 3.55' de sağlık çalışanlarının yaş dağılımlarına göre palyatif bakım gereksinimi duyan yakınına acı ve ağrı veren girişimsel işlemlerin yapılmasına dair görüşleri yer almaktadır. Sağlık çalışanlarından 36-40 yaş arası olanların %53,9'u, 41-45 yaş arasında olanların %50'si, 46 yaş ve üzeri olanların %48,1'i katılıyorum derken, 31-35 yaş arası olanların %40,9'unun katılmıyorum dediği ve 18-25 yaş arası olanların %60'ının kararsız kaldığı görülmektedir..

TARTIŞMA VE SONUÇLAR

Küreselleşme hareketi ülkelerin sadece ekonomisini değil, tüm sektörleri etkilemiş siyasal, kültürel, toplumsal tüm değerlerde, kurum ve kurallarda da benzerliği beraberinde getirmiştir (Sarp ve ark; 2001). Özellikle teknolojiye ve farmakolojik alanda meydana gelen yeni gelişmeler, hasta yakınlarının kurumsal hasta bakımında yaşadığı sıkıntılar, evde bakım maliyetlerinin sağlık sigorta sistemleri tarafından karşılanmaya başlanması, hasta ve yakınlarının evde kalma isteği oldukça kompleks ve daha düşük maliyetli olan evde sağlık ve bakım hizmetlerini ön plana çıkarmaya başlamıştır. Bu nedenle evde bakım hizmetleri sağlık sistemleri içerisindeki yerini ve önemini her geçen gün daha da artırmaktadır.

Dünya ve ülke düzeyinde ortaya çıkan demografik ve sosyal değişimlerle birlikte artan tüketici talepleri, sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması gerekliliğini ortaya koymaktadır. Bu taleplerden biri olan evde sağlık ve bakım, pek çok hasta için, hastane, acil servis, özel klinik ve bakımevlerine tercih edilir hale gelmektedir(Danış, 2006).

Evde sunulan sağlık ve bakım hizmetlerinin gelişmesi ile kronik hastalıklara sahip bireylerin yaşam süresi uzamakta, hastalar hastaneden daha erken taburcu edilebilmekte ve kurumsal hasta bakım maliyetleri ciddi oranda düşmektedir.

Ülkemizde evde sağlık ve bakım hizmeti sunan kurumların sayıca yetersiz olması, evde sağlık hizmetleri finansmanının genel sağlık sigorta sisteminden karşılanamaması, bakım verenlerin bilgi ve becerilerindeki yetersizlik nedeni ile bakıma muhtaç bireylerin gerekli bakımı alamaması bu bireylerin sık sık hastane ya da rehabilitasyon merkezlerine gitmesine sebep olmaktadır.

Gelişmiş ülkeler özellikle uzun iyileşme süreci gerektiren akut ve kronik hastalıklı bireylerin bakım sorununa ilişkin sağlık hizmetleri, sosyal bakım ve sosyal güvenlik açısından çözüm üretme yönünde büyük çaba harcamakta ve bu yönde ciddi adımlar atmaktadır. Bu adımlardan biri ekonomik kaynakların az olduğu gelişmekte

olan ülkeler için önemli bir seçenek olan evde sağlık ve bakım hizmetlerinin geliştirilmesidir.

Araştırmanın konusu olan palyatif bakım hastalarının bakım yeri tercihlerine dair herhangi bir literatür çalışması bulunamamıştır. Sadece hastaların hastanede ya da hospislerde ölme tercihleriyle ilgili 200 erişkin birey üzerinde yapılan ulusal bir çalışmanın sonuçlarına göre, araştırmaya katılanların %47'si evde, yakınlarının yanında ölmeyi tercih ederken, %54'ü daha iyi bakım alabileceklerini düşündükleri hastanelerde ölmeyi tercih ettikleri görülmüştür. Kentlerde meydana gelen ölümlerin %60'ından fazlasının hastanelerde olduğu görülmektedir'' (Işıkhani, 2008)

Araştırma sonucunda evde sağlık ve bakım hizmetlerinin gelişmiş dünya ülkelerinde olduğu gibi palyatif hastalarının bakım gereksinimlerini karşılamak üzere gelişmesi halinde sağlık çalışanının ve hasta yakınının, hastası ve kendi için bakım yeri tercihinin ev olacağı yönündedir. Araştırma sonucunda araştırma problemini destekleyen sonuçlar elde edilmiştir. Araştırma yapılan testler ve analizler sonucunda elde edilen bulgular aşağıda yorumlanmıştır.

1.Araştırmada palyatif bakım kliniğinde hastasına refakat eden hasta yakınlarının %59,2'sinin kadın ve %38,2'sinin ev hanımı olduğu, %34,2'sinin ilkökul mezunu ve %82,9'unun evli olduğu tespit edilmiştir.

2.Araştırmada, refakat etmenin hasta yakınları üzerindeki fiziksel ve psikolojik etkilerine yönelik parametreleri incelendiğinde sürekli yorgunluk, uyku değişikliği, dalgınlık ve unutkanlık şikâyetlerinin ön plana çıktığı görülmüştür. Işıkhani'nin (2005) yaptığı bir araştırmada engelli çocuğa sahip annelerin % 78,8'inin psikolojik sorunlar yaşadıklarını belirtmiştir.

3.Araştırmada ülkemizde evde sağlık ve bakım hizmetlerinin palyatif bakım hastalarının takibinde bir seçenek olabilmesi için hasta yakınlarının %65,8'i birincil önceliğin teknolojik gelişmeler olduğunu ifade ederken, %22,4 'ü sağlık sigorta sistemimizin evde sağlık hizmetlerini desteklemesi gerektiğini ifade ettiği

belirlenmiştir. Bu doğrultuda palyatif bakım hastaları için teknolojinin hem hastaların değerlendirilmesinde hem de tedavisinde kullanılabilir olması gerekmektedir.

Uzun süreli bakıma gereksinim duyan palyatif bakım hastalarını gelişmiş dünya ülkelerinde tele-tıp sayesinde sağlık çalışanları evden izleyebilmektedir. Böylece uzun süreli bakıma gereksinim duyan hastaların evden çıkmadan kontrolü sağlanmaktadır.

Genel sağlık sigorta sistemimizin evde verilen sağlık ve bakım hizmetlerini ödeme kapsamına alması gerekmektedir. Ülkeler kendi gereksinimleri doğrultusunda genel vergilerden, sosyal yada sağlık sigortası primlerinden, hizmet alıcılardan alınan katkı paylarından, özel sigorta yada gönüllü kullanımı gibi kaynaklardan evde bakım hizmetinin finansmanlarını sağlayabilmektedirler (Dünya Sağlık Örgütü,2000).

4.Araştırmada hasta yakınlarının eğitim seviyeleri ile tedavisi mümkün olmayan bir hastalık durumunda hastanede bakılmak isteme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=0,389$ $p>0,05$). Katılımcıların eğitim seviyeleri farklılık gösterse de tercihlerinde değişiklik olmadığı ve %85'inin hastane bakılmayı istediği görülmüştür

Oysaki evde sağlık ve bakım hizmetleri bireylerin kendi evlerinde bağımsız, rahat ve huzurlu yaşamalarına olanak sağlamaktadır (Bulut,2001)

5.Yaşanılan yer durumuna göre bakıldığında ilde yaşayanların %71,7, ilçede yaşayanların %83,4 ve köyde yaşayan katılımcıların tamamı tedavisi mümkün olmayan bir hastalığı olması durumunda hastanede bakılmak istediğini beyan etmiştir. Bu nedenle yaşanılan yer ile bakım yeri tercihi arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p=0,498$, $p\geq 0,005$) bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir

“Türk Aile Yapısını araştırmaya yönelik; 1992 yılında yapılan bir çalışmaya göre, bakıma muhtaç yaşlıların % 36'sının çocuklarıyla birlikte, % 1'inin ise

huzurevlerinde, % 63'ünün kendi evlerinde yaşadıkları belirlenmiştir'' (Atalay ve dig, 1992). Bu özelliğin korunması ve desteklenmesi önemlidir. Unutulmamalıdır ki, hastaların son dönemlerinde evde bakımı hem ekonomik hem de hasta ve yakınlarına daha uygun bir yaklaşımdır

6.Araştırmada hasta yakınlarının refakat etmeden dolayı yaşadığı sıkıntıların cinsiyet ve yerleşim yeri değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığına bakılmış, böyle bir farklılaşmanın olmadığı tespit edilmiştir. Hem kadınların hem erkeklerin günlük işleri sürdürmede ve bakım verici rolde azalma olduğunu beyan ettiği görülmüştür

Hastaya bakmanın bakım verenin yaşamını etkilediği bulgusu, literatürle de uyumludur. Bilgili (2000) bakım verenlerin %21.6'sının yaşantılarının etkilendiğini, yaklaşık yarısının yaşamlarının çok fazla etkilendiğini ve pek çok aktiviteyi artık yapamadıkları ya da azalttıklarını saptamıştır (8). Akça (2003), bakım verenlerin %25'i yaşlıya bakmanın günlük yaşamını etkilediğini bildirmektedir (13).

Çalışmamızda ayrıca başka bir tespitte erkeklerin %9,7 oranında rol performansında değişim olduğunu ifade etmesidir. Toplumumuzda kadınların doğal bakım veren kişi olarak görülmesi nedeni ile daha çok bakım verici rolü üstlenmesi gerekiyormuş fikri, erkek katılımcılarda refakat ederken rol performansının değiştiğini düşünmelerine neden olduğu görülmüştür.

7. Katılımcıların gerekli şartlar ev ortamında oluşturulduğunda hastasına evde bakmayı isteme durumu, eğitim seviyelerine göre incelendiğinde okur-yazar olmayanların tamamının tercihini ev olarak belirttiği görülmüştür. Üniversite mezunlarının %66,7'si evde bakmak istediklerini belirtirken, lise mezunları %42,8'i gerekli şartlar oluşturulursa dahi hastasına hastanede bakmayı tercih ettiğini belirtmiştir. Yüksek lisans mezunlarının %50' si evde bakmak istediğini ifade ederken, %50' sinin kararsız kaldığı görülmüştür.

8. Hasta yakınlarının eğitim düzeyi, meslek durumu, cinsiyet gibi sosyo-demografik özellikleri ile gerekli koşullar sağlandığında hasta yakının hastasına evde bakma tercihi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (Veriliş sırasına göre $p=0,865, p=0,956, p=0,941$ $p>0,05$).

Serbest meslek sahiplerinin tamamının gerekli koşullar hastası için evde oluşturulsa dahi hastanede, işçilerin ise %61,5'nin evde bakımı tercih ettiği görülmüştür. Okur-yazar olmayanların tamamının evde bakımı tercih ederken, üniversite mezunlarının %66,7'si evde bakılmak istediğini beyan etmişlerdir.

9.Çalışmada hasta yakınlarının eğitim düzeyi ile palyatif bakımın anlamının bilinirliği arasında istatistiksel olarak bir ilişki olup olmadığına bakılmıştır. Palyatif bakımın anlamını okur-yazar olmayanların tamamı ve lise mezunları “hastaya hastanede verilen son bakımdır”(%66,7), üniversite mezunları “hastaya son döneminde ağrı ve acı hissettirmemek için verilen son bakımdır” (%66,7), ortaokul mezunları “hastaya son dönemlerinde evde verilen bakımdır” (%20) şeklinde ifade etmişlerdir. Palyatif bakım hasta ve ailenin yaşam kalitesini artırarak, ölüm sürecinde hastayı desteklemektir(lise mezunları %66,7).Bu duruma göre palyatif bakım hakkında bilinç düzeyinin lise mezunlarında daha yüksek olduğu görülmüştür.

10.Araştırmada hasta yakınlarının eğitim durumlarına göre palyatif bakım hizmetlerinin hangi ortamda verilebileceğine ilişkin görüşleri sorulmuş ve üniversite mezunlarının %20'si evde, ilkokul mezunlarının %69,2'si hastanede, ortaokul mezunlarının %30'u ev tipi hastane odasında yakınları ile beraber yanıtını verdiği görülmüştür. Palyatif bakım hizmeti evde, hastanede ve hospislerde dönüşümlü olarak sunulan bir hizmettir(okur-yazar olmayanların %50'si,yüksek lisans mezunlarının %50'si).

11. Araştırmada hasta yakınlarının hastasına refakat etme esnasında iş yeri ile sorun yaşaması ile tedavisi mümkün olmayan bir hastalığı olduğunda evde bakılmak isteme arasında($p=0,010$, $p<0,05$) ilişki olup olmadığına bakılmış, böyle bir ilişkinin olduğu tespit edilmiştir. Dolayısıyla $H_{1,1}$ hipotezi desteklenmiştir.

12.Araştırmada hastanede hastasına refakat etme esnasında aile huzurunun bozulması durumu ile tedavisi mümkün olmayan bir hastalığı olduğunda evde bakılmak istenme durumu arasında ($P=0,000$, $p<0,05$) ilişki olup olmadığına bakılmış, böyle bir ilişkinin olduğu tespit edilmiştir. Hastanede refakat etme esnasında refakat edenin kendi ailesi ile yaşadığı sıkıntılar tercihin ev olmasını olumlu etkilemektedir. Bu nedenle $H_{1,2}$ hipotezi kabul edilir.

13.Hastaya hastanede refakat etme nedeniyle diğer aile üyeleri ile sıkıntı yaşanmasının, tedavisi mümkün olmayan bir hastalık olması durumunda evde bakılmak istenme durumu arasında istatistiksel($p=0,000$, $p<0,05$) olarak bir ilişki olup olmadığına bakılmış, böyle bir ilişkinin olduğu tespit edilmiştir. Hastanede refakat etme nedeniyle diğer aile bireyleri ile yaşanan sıkıntılar tercihin ev olmasına neden olmaktadır. Bu nedenle $H_{1,3}$ hipotezi kabul edilir.

14.Sürekli hastanede olmaktan dolayı psikolojinin olumsuz etkilenmesi ile tedavisi mümkün olmayan bir hastalığı olduğunda evde bakılmak istenme durumu arasında($p=0,001$, $p<0,05$) bir ilişki olup olmadığına bakılmış, böyle bir ilişkinin olduğu tespit edilmiştir. Sürekli hastanede olmaktan dolayı yaşanan psikolojik sıkıntıların tercihin ev olmasına neden olmaktadır. Bu nedenle H_2 hipotezi kabul edilir.

Tüm bu tespitler sonucunda palyatif bakım kliniğinde hasta yakınlarının refakatte yaşadığı sıkıntılar tercihin ev olmasını olumlu etkilemektedir hipotezi korelasyon analizine göre doğrulanmaktadır. Yaşanan sıkıntılarla tercihin ev olması arasında istatistiksel analizler sonucunda anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

15.Hasta için gerekli koşullar sağlandığında kendi evinde bakmak isteme ile tedavisi mümkün olmayan bir hastalığı olduğunda evde bakılmak istenme durumu arasında ($p =0,00$, $p<0,05$) bir ilişki olup olmadığına bakılmış ve böyle bir ilişkinin olduğu tespit edilmiştir. Katılımcılar gerekli şartlar hastaları için evde oluşturulduğunda bakım yeri tercihlerinin ev olacağı görülmüştür. Bu nedenle H_3 hipotezi kabul edilmiştir.

16. Bilgi ve becerilerin artırılarak hastanın bakımını üstlenecek öz güvenin geliştirilmesi ile hastaya evde bakmak isteme durumu ile tedavisi mümkün olmayan bir hastalık olduğunda evde bakılmak istenme arasında ($p=0,648$, $p>0,05$) ilişki olup olmadığına bakılmış, böyle bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir. Bilgi ve becerileri artırılarak hastalarına bakacak öz güvenleri geliştirilse dahi hasta yakınları evde bakıma olumlu bakmamaktadırlar bu nedenle **H₄** hipotezi kanıtlanamamıştır.

17.Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının %71,7'si kadın, %28,3 erkektir. Katılımcıların %19,2 doktor, %49,2 hemşire, %53,3 radyoloji teknisyeni, %5 diyetisyen, %1,7 fizyoterapist ,%21,7 diğer meslek gruplarındandır.

18. Katılımcılar kendilerine yöneltilen “Palyatif bakım terminal dönem kanser hastaları için sunulan hizmetleri kapsar” ve “Palyatif bakım sadece ağrı ve acı kontrolünü içerir” ifadelerine katılıyorum diyerek palyatif bakımın felsefesini tam olarak anlayamadıklarını beyan etmişlerdir.

İlk kuruluş amacı terminal dönem kanser hastalarının ağrı ve acısını dindirmek olan palyatif bakım merkezleri 2002 yılında Dünya Sağlık Örgütü'nün de açıkladığı gibi“ yaşamın kalitesini düşürücü hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan semptomlarla karşılaşan hasta ve ailenin yaşam kalitesinin yükseltilmesi, ağrı ve acısının dindirilerek ruhsal ve psikososyal problemlerinin önceden tahmin edilerek tedavisinin sürdürülmesine yönelik uygulamaların yer aldığı bir bakım felsefesidir” aynı zamanda“ Hasta ailesinin de hastalık ve matem sürecinde manevi ve duygusal olarak desteklenmesidir’ (World Health Organization, 2002).

19.Palyatif bakım merkezleri hastane temelli olmalıdır ifadesine katılımcıların (n=82,%68,3) katılıyorum yanıtını verdiği görülmüştür. Oysaki palyatif bakım hizmetleri sadece hastanelerle sınırlı değildir; hospis ile evde de verilebilmektedir (Sepulved, 2002)

20.Sağlık personelinin palyatif bakıma ilişkin bilgi alma durumuna ilişkin özellikleri mesleklerine göre incelendiğinde, hekimlerin daha çok kitap, dergi ve

internetten(%34,8) bilgi sahibi oldukları görülürken hizmet içi eğitimlere de hiç katılmadıkları tespit edilmiştir. Hekim dışı sağlık personelinin ise büyük çoğunluğunun hizmet içi eğitimlerden (hemşirelerin %28,8, diyetisyenlerin %50'si) evde sağlık ve bakım hastaları ile palyatif bakım hastalarından faydalanarak bilgi sahibi oldukları görülmüştür.

Ayrıca giderek önem kazanmaya başlayan palyatif bakım hakkında, hemşire ve hekim dışındaki sağlık personeline üniversite düzeyinde hiç eğitim verilmediği belirlenmiştir. Bu nedenle palyatif bakım hastasının bakımında multidisipliner ekibin üyesi olarak rol alçak sağlık çalışanlarının eğitim programlarında terminal bakım ve evde bakım ihtisas alanları oluşturulmalıdır. Ayrıca bu merkezlerin sorumluluğunu üstlenecek kişileri yetiştirecek eğitim programlarının oluşturulması ve sürekliliğinin sağlanması son derece önemlidir. Bu konuda gönüllülere, özel ve devlet kuruluşlarına önemli görevler düşmektedir.

21.Araştırmada sağlık çalışanlarının meslek durumu, eğitim durumu, cinsiyet farklılıklarına göre yapılan analizlerde yaşanan sıkıntılardan dolayı tercihin ev olması ile bu parametreler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir. Bu tespit sonucunda H_5 hipotezi doğrulanmıştır. Sağlık çalışanlarının yaşanan sıkıntıları görüyor olmasından dolayı bakım yeri tercihinin ev olması demografik özelliklere göre farklılık göstermemektedir.

22.Araştırmada sağlık çalışanlarının palyatif bakım gereksinimi duyan yakınına gerekli şartlar evinde sağlandığında evde bakma tercihine meslek, eğitim durumu gibi parametrelere göre farklılaşma olup olmadığına bakılmış olup, böyle bir farklılaşmanın olmadığı tespit edilmiştir. Doktorların %87'si, hemşirelerin %79,6'sı, diyetisyenlerin %75'i, diğer meslek gruplarının %73,1'i evde bakmak istediğini beyan etmişlerdir. Ayrıca lise mezunlarının %59,7'si, üniversite mezunlarının %78,6'sı, lisansüstü mezunların %90'ı evde bakabileceklerini belirtmişlerdir.

Sosyal hizmetin veriliş amaçlarından birisi olan kişiyi çevresi içinde değerlendirme anlayışı hasta, yaşlı ve engelli bireylerin buldukları sosyal çevrede

ihtiyaçlarının karşılanmasını ve sorunlarının çözülmesini öngörmektedir. Aile içinde rol ve statüsünü koruyan yaşlı, kimlik duygusunu ve benlik saygısını kaybetmeden yaşamını sürdürmektedir. Yaşlı bireyin ailedeki varlığı aile fertlerini bir arada tutan ailevi bağdır. O nedenle aile için yaşlının birlikte yaşanan hanenin dışına itilmesi, bir devrin yaşanmış hikâyelerinin gelecek nesillere aktarılmasının kesintiye uğratılması anlamına gelmektedir.

23.Hasta için kardiyopulmoner resusitasyon(canlandırma)yapmama hakkı olmalı ve bu amaçla yasal düzenlemeler yapılmalıdır (doktorların %86,9, hemşirelerin %67,7'si, fizyoterapistlerin tamamı, diğer sağlık çalışanlarının %65,4) ve yaşam sonu bakıma ihtiyaç duyan hastaların yapılan tedavi ve uygulamaları reddetme hakkı olmalıdır ifadelerine tüm meslek grupları katılıyorum demiştir. Ülkemizde ötanazi yasal olsa hastamın ya da benim yaşamıma son verilmesini isterim ifadesine hekimler dışında tüm sağlık çalışanları katılmıyorum demişlerdir

24. Yaşam sonu bakıma ihtiyaç duyacak yakınıma acı ve ağrı veren tıbbi girişimlerin yapılmasını doğru bulmuyorum" ifadesine meslek ve yaş değişkenine göre bakıldığında cevap katılıyorum olmuştur.

Sağlık Çalışanlarını Ötanazinin Yasal Olması Durumunda Hastası Ve Kendi İçin Yaşamına Son Verilmesini isteme durumuna kararsız kaldığı görülmüştür.

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

Madde 13-Ötenazi yasaktır; “Tıbbi gereklerden bahisle veya her ne suretle olursa olsun hayat hakkından vazgeçilemez. Kendisinin veya bir başkasının talebi olsa dahi kimsenin hayatına son verilemez”(Hasta Hakları Yönetmeliği,1998)

Madde 14- Tıbbi Özen Gösterilmesi “Personel hastanın durumunun gerektirdiği tıbbi özeni gösterir. Hastanın hayatını kurtarmak veya sağlığını korumak

mümkün olmadığı takdirde dahi, ıstırabını azaltmaya veya dindirmeye çalışmak zorunludur’’ (Hasta Hakları Yönetmeliği,1998)

25.Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarından doktorların %86,2’si, hemşirelerin %74,6’sı, diyetisyenlerin tamamı, radyoloji teknisyenlerinin %50’si, fizyoterapistlerin tamamı ve diğer sağlık çalışanlarının %86,6’sı palyatif bakıma gereksinim duyan hastasına refakat etme durumunda iş yeri ile sıkıntı yaşayacaklarını beyan etmişlerdir.

26.Araştırmada katılan hasta yakınları ve sağlık çalışanlarının bakım yeri tercihlerine, etken olduğu görülmüştür.



ÖNERİLER

1. Ülkemizde kişi başına düşen yatak sayısı sınırlıdır. Bu nedenle hastane şartlarını rahatlatmak, hastaların son zamanlarını en iyi şekilde geçirmelerini sağlamak ve hasta yakınlarına destek olabilmek için tele-tıp ülkemizde yaygınlaştırılmalıdır. Bunun için belediyeler, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, sivil toplum kuruluşları, dernek, valilik ve Sağlık Bakanlığı ile işbirliğine gidilmelidir.

2. Evde sağlık ve bakım hizmetlerinin koruyucu, tedavi ve rehabilite edici hizmetler yanında destekleyici nitelikteki hizmetleri de kapsamı gerekmektedir Bu nedenle sosyal hizmetler ile bütünleştirilip tek bir merkezden koordinasyonu sağlanarak doğru bireye doğru bakım hizmeti götürülebilmelidir.

3. Ülkemizde oluşturulan yasal mevzuat doğrultusunda evde sağlık ve bakım hizmetleri standartları geliştirilmeli, var olan hizmetler yaygınlaştırılmalı ve bu hizmetlerin devamlılığı sağlanmalıdır.

Evde sağlık ve bakım hizmetlerinin geliştirilmesinde aile hekimlerine ciddi yükümlülükler düşmektedir, bu nedenle birinci basamak sağlık hizmetlerinde evde sağlık ve bakım hizmetleri işlerlik kazanmalı, aile hekimleri ve hemşireler tarafından evde bakıma ihtiyaç duyan bireylere periyodik düzenli ziyaretler gerçekleştirilmelidir.

4.Evde sağlık ve bakım hizmetlerinin genel sağlık sistemi ile bütünleşebilmesi için gerekli yasal düzenlemelerin yapılması ve ulusal evde sağlık ve bakım programlarının hazırlanması için hekim ve sağlık çalışanları konu kapsamında bilinçlendirilmelidir.

5.Bakım verenlerin gereksinimleri, bakım yükleri ve diğer sorunlara ilişkin hemşireler ve toplum sağlığı, sağlık personelinde farkındalık oluşturulmalı; bakım verenlerin eğitim ve bilgi gereksinimlerini karşılanmalıdır. Öncelikle evde bakım

hizmeti sunan profesyonellerin (doktor, hemşire, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı, psikolog vb.) ve bakım elemanlarının görev tanımları, sorumlulukları, hizmet koşulları ve denetim standartları belirlenmeli ve bu alanda çalışacak ekip üyelerine bakıma muhtaç birey ve ailesine müdahale yaklaşımları konusunda eğitim verilmelidir.

6. Evde sağlık hizmetlerinin önemini ortaya koyan çalışmalar çok sınırlıdır. Bu nedenle evde sağlık hizmetlerinin önemimin ortaya çıkarmaya yönelik ulusal araştırmalar artırılmalıdır.

7.Evde sağlık ve bakım hizmetleri gelişmiş ülkelerde bir sosyal güvenlik modeli olarak uygulanmakta ve bireyin gereksinimine göre farklı destek ve hizmet modelleri sunmaktadır.

Bakıma muhtaç bireye sahip ailelere acil işleri çıktığında ya da dinlenmeye ihtiyaç duydukları dönemlerde ev içi destek (temizlik, refakat vb.) ve kısa süreli kurum bakım desteği sağlanmalıdır. Bu nedenle Sosyal Güvenlik Kurumu bünyesinde uzun süreli bakım sigortası uygulamasına ülkemizin gerçekleri doğrultusunda geçilmeli ve bakıma muhtaç bireyin ihtiyacına göre farklı hizmet modelleri üretilmelidir.

KAYNAKÇA

ADDİNGTON-HALL J, MCCARTHY M. (1995). **“Dying from cancer: results of a national population-based investigation.”** Palliat Med.,9(4):295-305.

AKSOY Ş, ÇEVİK E, EDİSAN Z. (2002). **“Yaşamın sonunda verilen kararlara ilişkin bir etik çalışma.”** T Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi., 10: 263-8.

AKSOY, S. (2003). **“Ethical considerations on end of life issues in Turkey.”** In: Song KY, Koo YM, Macer DRJ, editors. Bioethics in Asia in the 21 st century (Eubios Ethics Institute) ., p. 22-3.

ALGIER L. (2005). **“Çocuklarda palyatif bakım.”** Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası., 58: 132-5.

ANDERSON, BL. (1994). **“Surviving cancer.”** Cancer Supplement.,74:4, s-93.

ANKARAM PLATFORMU. (2012), **“Yaşlılar nasıl bir Ankara istiyor?”**
<http://www.mimarlarodasiankara.org/index.php?Did=1011>

ASLAN D, KANUNCU S, GÖKÇE–KUTSAL Y. (2009). **“Ankara Tabip Odasına Kayıtlı 65 Yaş ve Üzeri Hekimlerin Profili Araştırması.”** ATO Yayınları, Mattek Matbaacılık, Ankara,

BABAOĞLU E, ÖZ F. (2003). **“Terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin duygusal ve sosyal sorunları arasındaki ilişki.”** Hemşirelik Araştırma Geliştirme Dergisi ,2,s- 24-33.

BAHAR, A. (2007). **“Ölüm sürecinde olan hasta: Terminal bakım ve hospis.”** Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi., 2, 1-12.

- BAŞAR Z. (1973). **“Tarihte ve tıp tarihinde yemin.”** Atatürk Üniversitesi yayınları No: 218. Sevinç matbaası., s: 77-83.
- BİROL L. (2003). **“Terminal evredeki hasta bakımı.”** In: Akdemir N, Birol L, editors. İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı. İstanbul: Vehbi Koç Vakfı, SANERC., p. 207-11.
- BROWN M, COLTON T. (2001). **“Dying epistemologies: an analysis of home death and its critique.”** Environment and Planning., 33:799-821.
- BURİŞH, TG. REDD, WH. (1994). **“Symptom control in psychosocial oncology.”** Cancer;74:(4 Suppl),s.1438-44.
- BYOCK, I., MİLES SH. (2003) **“Hospice benefits and phase I cancer trials”**. Ann Intern Med1.,38(4):335-7.
- CANTWELL P, TURCO S, BENNEİS C, HANSON J, NEUMANN, C.M, BRUERA E. (2000). **“Predictors of home death in palliative care patients.”** Journal of Palliative Care.,16 (1): 23-28.
- CANTWELL P, TURCO S, BRENNEİS C, HANSON J, NEUMANN CM, BRUERA E. (2000). **“Predictors of home death in palliative care cancer patients.”** J Palliat Care.,16(1):23-8.
- CARTWRİGHT A. (1991). **“Changes in life and care in the year before death 1969-1987.”** J Public Health Med.,13(2):81-7.
- CİMETE G, KUĞUOĞLU S. (2002). **“Çocuklarını kanser nedeniyle kaybeden ailelerin, kayıp öncesi ve sonrası yaşadıkları keder süreci.”** Anadolu Psikiyatri Dergisi; 3: s-34-44.

- COSGROVE, JF., NESBITT, ID., BARTLEY, C.(2006). **“Futility and the critically ill adult patient: A framework. Current Anaesthesia”**. Critical Care, 17:62, s.255
- DANIŞ MZ. (2012). **“Yaşlılık, yoksulluk ve yalnızlık.”** http://www.gebam.hacettepe.edu.tr/sosyal_boyut/yaslilik_yoksuluk_yanlizlik.pdf.
- DEKKERS W. (1996). **“Neye ölüm deriz? Batı kültüründe yaşamın sonu hakkında bazı düşünceler.”** (Çeviri Editörü: Yasemin Oğuz) 3P Dergisi Ötanazi., 4(3):9-17.
- DOYLE D. (1998). **“Domiciliary palliative care.”** In: Doyle D, Hanks GWC, MacDonald N, editors. Oxford textbook of palliative medicine. 2nd ed., Oxford University Press., p. 957-73.
- DUDA, D. (1982). **“ Aguide to dying at home”**. New Mexico: John Mair Publishing., p. 58-71.
- DUNLOP,RJ., DAVIES, RJ., HOCKLEY, JM. (1989). **“Referred versus actual place of death: a hospice palliative care team experience.”** Palliative Medicine, 3,s.197-210.
- EDİSAN, Z., KADIOĞLU, F. (2009). Ekonomik ölüm: Etik açıdan eleştirel bir yaklaşım. . 21. Yüzyıl başında yaşama destek tedavileri ve etik hukuksal yönler 2. uluslar arası etiği ve hukuku kongresi kitabı. Ed: Demirhan Erdemir A, Erer S, Öncel Ö. Nobel yayıncılık Ankara, s: 445-51.
- ELBOL Z, ÖZKUL Z. (2011). **“Hospis ve palyatif bakıma dair Mart 2005 Kore bildirgesi.”** Derleyen Centel N. Hukuk ve etik boyutuyla ötanazi. İstanbul: Koç Üniversitesi Hukuk Fakültesi Disiplinlerarası Hukuk Çalışmaları Serisi., No.1; s: 389-97.

ERTEN İ. (1997). “**TMMOB Demokrasi Kurultayı. Yerel Demokrasi Kurultayı.**” Çanakkale.

EUROPEAN ASSOCIATION FOR PALLIATIVE CARE. (2013) “**Country by country reports.**”<http://www.eapc-taskforce-development.eu/country.php#>
Erişim tarihi: 18 Şubat

Federal Register / Vol. 73, No. 109 / Thursday, June 5, 2008 / Rules and Regulations
<http://edocket.access.gpo.gov/2008/pdf/08-1305.pdf> Erişim tarihi:
18.02.2013.

FLASKERUD JH, CARTER PA, LEE P. (2000). “**Distressing emotions in female caregivers of people with AIDS, age-related dementias, and advanced-stage cancers.**” *Perspect Psychiatr Care.*, 36: 121-30.

GAMPEL, E. (2006). “**Does Professional autonomy protect medical futility judgments?**” *Bioethics*, 20, 92-104.

GATRELL AC, HARMAN JC, FRANCIS BJ, THOMAS C, MORRIS SM, MCILLMURRAY M. (2003). Place of death: analysis of cancer deaths in part of North West England. *J Public Health Med*, 25(1):53-8.

GÜLTEKİN M, ÖZGÜL N. OLCAYTO E, TUNCER M. (2010) “Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetlerinin Mevcut Durumu.” *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, 13:1-6.

HİGGİNSON, IJ. (2000). “Sen-Gupta GJ. Place of care in advanced cancer: a qualitative systematic literature review of patient preferences.”, *J Palliat Med*, 3:3,s.287-300.

HİNTON J. (1994). “**Which patients with terminal cancer are admitted from home care?**” *Palliat Med.*, 8(3):197- 210.

IŞIKHAN V. (2008). “**Terminal dönemdeki kanser hastalarının Ölüm yeri tercihleri**” Türk Onkoloji Dergisi., 23: 34-44.

KÖKCÜ , AT. , (2009). “Palyatif bakım, Hospisler ve Türkiye’deki durumun değerlendirilmesi. Yüzyıl başında yaşama destek tedavileri ve etik hukuksal yönler” **2. Uluslar Arası Tıp Etiği Ve Hukuku Kongresi Kitabı**. Ed: Demirhan Erdemir Erer S, Öncel Ö. Ankara :Nobel yayıncılık, s: 437:8 .

LAMBA S, QUEST TE. (2011). “**Hospice care and the emergency department: Rules, regulations, and referrals.**” Ann Emerg Med., 57: 282-90.

LAWSON AD. (2004). “**Futility.**” Current Anaesthesia&Critical Care., 15: 219-3.

LITCHER, I. (1987). “**Communication in cancer care**”. New York: Churchill Living Stone., p. 133-68.

NAMAL A. (1998). “**Ölümü yaşayabilmek için bir seçenek: hospisler.**” Ed. Pelin Şahinoğlu S, Arda B, Özçelikay G, Özgür A, Şenler FÇ. III. Tıbbi Etik Sempozyumu Bildirileri. Ankara: Biyoetik Derneği Yayınları., s: 137-43.

NAMAL A. “**Terminal dönem hastalarına yaklaşıma eleştirel bir bakış ışığında hospis düşüncesi.**” Demirhan AE, Oğuz Y, Elçioğlu Ö, Doğan H. Klinik Etik. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi., 200; s: 595-616.

NAMAL, A. (2009). “Klinik Rutininde eksik bir boyut: Ölmekte olan hastaya yoldaşlık. 21. Yüzyıl başında yaşama destek tedavileri ve etik hukuksal yönler” **2. Uluslararası Tıp Etiği Ve Hukuku Kongresi Kitabı**. Ed: Demirhan Erdemir A, Erer S, Öncel Ö. Ankara: Nobel yayıncılık, ss: 37.

NASW.(2003). “**National Association of Social Workers.**” NASW Standards of social work practice in palliative and of end of life care [Brochure], Washington, DC., 1-3.

OĞUZ NY, MİLES SH, BUKEN N, CİVANER M. (2003). “**End-of-Life Care in Turkey.**” *Camb Q Healthc Ethics.*, 12: 279-84.

OĞUZ, NY., MİLES, SH., BUKEN, N., CİVANER. (2003). “**M. End-of-life care in Turkey.**” *Camb Q Healthc Ethics.*, 12(3):279-84.

OĞUZ, Y.(1998).“**Tıp etiği açısından yaşamın son döneminde karar verme süreçleri.**” *Tıbbi Etik.*, 3:11,s.125-32.

ÖRNEK BÜKEN , N. (2009). “Yaşamın son döneminde hekim-hasta ilişkisi ve etik karar verme süreci. 21. Yüzyıl başında yaşama destek tedavileri ve etik hukuksal yönler”. **2. Uluslar Arası Tıp Etiği Ve Hukuku Kongresi Kitabı.** Ed: Demirhan Erdemir A, Erer S, öncel Ö. Ankara: Nobel yayıncılık,, s: 60.:151

ÖZET, A., HATİCE., I. EBRU., E. (1999). “**Kanser hastalarına psikososyal destek.**” *Hematoloji-Onkoloji Güncel Derleme Dergisi*;1(2):101-6.

ÖZYILKAN Ö. (1999). “**Türkiye’de terminal dönem yaşantısı, olanakları ve yaşam kalitesini etkileyen sorunlar.**” *European School of Oncology (ESO). Onkoloji Hemşireliği Kursu Programı 5-7 Mayıs, Ankara.*, p. 22-29.

ROSS, EK. (1997). “**Ölüm ve ölmek üzerine,**” Çev: Abnu Büyükkal, İstanbul: Boyner Holding Yayınları.

SEALE C, ADDİNGTON-HALL J, MCCARTHY M. (1997). “**Awareness of dying: prevalence, causes and consequences.**” *Soc Sci Med.*,45(3):477-84.

SERT, G. (2004). “**Hasta hakları-Uluslararası bildirgeler ve tıp etiği çerçevesinde.**” İstanbul: Babil Yayınları., s.320.

SHYU, YI. (2000). ‘ ‘Patterns of caregiving when family caregivers face competing needs.’. *J Adv Nurs*; 31,s- 35-43.

- SPEİGEL, D. (1994) **“Psychosocial support for patients with cancer.”** Cancer Supplement., 74:4,s.1435-57.
- ŞAHİN N, ATICI E, ÜLKER H. (2009). **“Terminal dönemde bakım:”** Kanser hastaları ve yakınlarının görüşleri üzerine bir çalışma. 21. Yüzyıl başında yaşama destek tedavileri ve etik hukuksal yönler 2. uluslar arası tıp etiği ve hukuku kongresi kitabı. Ed: Demirhan Erdemir A, Erer S, öncel Ö. Nobel yayıncılık Ankara., s: 415-26.
- T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI (1998) **“Hasta Hakları Yönetmeliği.”** Resmi Gazete., 01.08.; Sayı: 23420.
- TANG ST. (1998). **“Comparison of quality of care for home and hospital terminal cancer patients.”** J Pain Symptom Manage.,15(4):32.
- TANG ST. (2000). **“Meanings of dying at home for Chinese patients in Taiwan with terminal cancer: a literature review.”** Cancer Nurs.,23(5):367-70.
- TAYLOR-BROWN S, MARY S. (2004). **“End of life care.”** Health & Social Work., 29(1):3-5.
- THOMAS, C., MORRIS, SM., CLARK D. (2004). **“Place of death preferences among cancer patients and their carers”**, Soc Sci Med.,58:12,s.2431-44.
- TOSCANİ, F. (1996). **“Classification and staging of terminal cancer patients: rationale and objectives of a multicentre cohort prospective study and methods used. The Italian Co-operative Research Group on Palliative Medicine.”** Support Care Cancer,4:1,s.56-60.
- TOWNSEND J, FRANK AO, FERMONT D, DYER S, KARRAN O, WALGROVE A, ET AL. (1990). **“Terminal cancer care and patients' preference for place of death: a prospective study.”** BMJ.,301(6749):415-7.

- TÜRK TABİPLER BİRLİĞİ. (2008). **“Etik bildirgeler çalıştay sonuç raporları.”**
Türk Tabipleri Birliği yayınları., Ankara; ss: 33.
- TÜRK TABİPLER BİRLİĞİ.(2010). **“Yaşamın sonuna ilişkin etik bildirge.”**
Türk Tabipler Birliği Etik Bildirgeleri. Ankara: Türk Tabipler Birliği
Yayınları,s. 27-30. <http://www.ttb.org.tr>, Erişim tarihi: 18.02.2013.
- VACHON ML, FITCH M, GREENBERG M, FRANSSSEN E. (1995). **“The needs of cancer patients and their families attending Toronto-Sunnybrook Regional Cancer Centre.”** Toronto., Canadian Cancer Society.
- VACHON, ML.(1998). **“Psychosocial needs of patients and families.”** J Palliat Care;14(3):49-56.
- Vedat,I. (2008).**“Terminal dönemdeki kanser hastalarının ölüm yeri tercihleri.”**
Türk Onkoloji Dergisi.,23:34-44.)
- VİNCİGUERRA V, DEGNAN TJ, SCIORTİNO A, O'CONNELL M, MOORE T, BRODY R, ET AL. (1986). **“A comparative assessment of home versus hospital comprehensive treatment for advanced cancer patients”.** J Clin Oncol., 4,10,1521-8.
- WALLSTON KA, BURGER C, SMİTH RA, BAUGHER RJ. (1988). **“Comparing the quality of death for hospice and nonhospice cancer patients.”** Med Care., 26(2):177-82.
- WEİSMAN, AD. (1972). **“ On Dying and denying: A psychiatric study of terminality”.** New York: Behavioral Publication., p. 1-12.
- WEST SR, HARRİS BJ, WARREN A, WOOD H, MONTGOMERY B, BELSHAM V. (1986). **“A retrospective study of patients with cancer in their terminal year.”** N Z Med J.,99(798):197-200.

EKLER

Ek – 1:

10 Mart 2005 tarih ve 25751 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik;

Sağlık Bakanlığından:

R.G. Tarihi:10.03.2005 R.G. Sayısı:25751

Evde Bakım Hizmetleri Sunumu

Hakkında Yönetmelik

BİRİNCİ BÖLÜM

Amaç, Kapsam, Dayanak ve Tanımlar

Amaç

Madde 1 — Bu Yönetmeliğin amacı; fertlerin ve toplumun sağlığını korumak maksadıyla, evde bakım hizmeti veren sağlık kuruluşlarının açılması, çalışması ve denetlenmesi ile bunları işleten kurum ve kuruluşların, özel hukuk tüzel kişilerinin ve gerçek kişilerin uyması gereken usul ve esasları düzenlemektir.

Kapsam

Madde 2 — Bu Yönetmelik, bağımsız işyerleri şeklinde veya tıp merkezi, dal merkezi, poliklinik ve özel hastane bünyesinde evde bakım hizmeti sunmak amacıyla açılan sağlık kuruluşları ile bu sağlık kuruluşlarının sahip ve işletenlerini ve evde bakım hizmeti faaliyetlerini kapsar.

Dayanak

Madde 3 — Bu Yönetmelik; 11.4.1928 tarihli ve 1219 sayılı Tababet ve Şubâtı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, 5.7.1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun 9 uncu maddesinin (c) bendi ve 13.12.1983 tarihli ve 181 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 43 üncü maddesine dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar

Madde 4 — Bu Yönetmelikte geçen;

a) Bakanlık: Sağlık Bakanlığını,

- b) (Değişik 06.11.2007-26692 R.G.)Genel Müdürlük: Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğünü,
- c) Müdürlük: İl Sağlık Müdürlüğünü,
- d) 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 sunulmasını,
- e) Sağlık Kuruluşu: Evde bakım hizmeti sunmak üzere faaliyet gösteren merkez ve birimi,
- f) Merkez: Özel hukuk tüzel kişilerine veya gerçek kişilere ait olup; sadece evde bakım hizmeti sunmak üzere açılan ve faaliyet gösteren müstakil evde bakım merkezini,
- g) Birim: Evde bakım hizmeti vermek üzere hastane, tıp merkezi, özel dal merkezi, poliklinik gibi özel sağlık kuruluşları bünyesinde bulunan evde bakım birimini,
- h) Tedavi Planı Hastanın tıbbi olarak tedavisini üstlenen hekim tarafından hazırlanan tedavi planını,
- ı) Bakım Planı: Evde bakım merkezi/biriminde çalışan hekim dışı sağlık personeli tarafından hazırlanan ve evde bakım hekimi tarafından onaylanan, hastaya verilecek bakım içeriği ve sıklığını detaylı anlatan yazılı planı ifade eder.

İKİNCİ BÖLÜM

Sağlık Kuruluşlarının Türleri ve Açılması

Sağlık Kuruluşu Türleri

Madde 5 — Sağlık kuruluşları, faaliyet alanları, verilen hizmetin kapsamına göre altyapı özellikleri ile hizmet veren personelin niteliğine göre, merkez veya birim olarak açılabilirler.

Merkezler

Madde 6 — Merkezler, tabip sorumluluğunda ve gerekli asgari standart donanım ve personel desteği ile sadece evde bakım hizmetleri verilmek üzere müstakil olarak açılan kuruluşlardır.

Birimler

Madde 7 — Birimler, hastane, tıp merkezi, özel dal merkezi veya poliklinik olarak ilgili mevzuatına göre ruhsatlandırılmış özel sağlık kuruluşları bünyesinde, bir birim

olarak gerekli asgari standart donanım ve personel desteği ile evde bakım hizmetleri sunan kuruluşlardır.

Sağlık Kuruluşunun Açılması

Madde 8 — Merkezler, özel hukuk tüzel kişiler ve gerçek kişilerce müstakil olarak açılıp işletilebilirler.

Birimler ise, 9.3.2000 tarihli ve 23988 sayılı Resmî Gazete 'de yayımlanan Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik hükümlerine göre açılan merkezler, poliklinikler ile özel hastaneler mevzuatı uyarınca ruhsatlandırılan özel hastaneler bünyesinde açılabilir.

Mevzuatında halka sağlık hizmeti sunumu ile ilgili düzenleme yer alan kamu kurum ve kuruluşları ile kamu hastaneleri, bu Yönetmelik kapsamında evde bakım hizmeti verebilirler.

Başvuru İçin Gereken Belgeler

Madde 9 — Sağlık kuruluşu açacakların bizzat veya mesul müdürleri vasıtasıyla sağlık kuruluşunun unvanı, sahibi veya sahiplerini, faaliyet göstereceği adresi, merkez olarak açılacak ise mesul müdürün, birim olarak açılacak ise birim sorumlusunun ismi, unvanı, hizmet vereceği alanları ve sağlık kuruluşunun açılması ile ilgili işlemlerin başlatılmasını talep eden ve bir örneği Ek-1'de bulunan dilekçe ile Müdürlüğe başvurmaları gerekir.

Dilekçeye ekli olarak başvuru dosyasında bulunması gereken bilgi ve belgeler şunlardır:

- a) Sağlık kuruluşunun oda esasında bütün mekanlarının ne amaçla kullanılacağını gösterir en az 1/100 ölçekli onaylanmış plan örneği,
- b) Merkez olarak açılacak sağlık kuruluşu bir ticaret şirketi tarafından açılacak ise, şirket ortaklarını gösterir ticaret sicil gazetesinin aslı veya noter tasdikli örneği,
- c) Birim olarak faaliyet gösterilecek ise bünyesinde bulunduğu sağlık kuruluşunun uygunluk belgesi/ruhsatnamesinin Müdürlükçe onaylı örneği,
- d) Sağlık kuruluşunda çalışacak tüm personelin listesi ile diplomalarının Müdürlükçe onaylı örnekleri, nüfus cüzdanlarının fotokopisi ve ikişer adet vesikalık fotoğrafları,
- e) Sağlık kuruluşunda çalışacak bütün sağlık personelinin herhangi bir kamu kuruluşunda görev yapıp yapmadıklarını beyan eden dilekçeleri ile görev yaptıklarını beyan edenlerin dilekçe ekinde görev yaptıkları kamu kurum ve kuruluşlarında 2368

sayılı Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanunda öngörülen tazminatların, söz konusu sağlık personeli için düzenlenecek personel çalışma belgesinin tarihinin bildirilmesinden itibaren, maaşlarından kesilmeye başlanacağını bildirir belgeleri,

f) Sağlık kuruluşunda ve evde bakım hizmeti verecek personelin yanında bulundurulacak asgari araç-gereç ve cihazları gösterir ayrıntılı bir liste,

g) Hizmet alacak kişilerin bakımı ve tedavisi için gerekli olan malzeme ve tıbbi cihazların sağlık kuruluşu tarafından temin edileceğine dair mesul müdür ve sağlık kuruluşu sahipleri tarafından imzalı taahhütname (Ek-2),

h) Evde bakım hizmeti alan kişinin gerekli durumlarda herhangi bir gerekçe göstermeksizin ikinci basamak sağlık kuruluşuna nakledileceğine dair mesul müdür ve sağlık kuruluşu sahipleri tarafından imzalı taahhütname (Ek-3).

Açılma İzni

Madde 10 — Sağlık kuruluşu açılmak üzere 9 uncu maddeye göre yapılan başvuru, Müdürlük tarafından, başvuru tarihinden itibaren on beş iş günü içinde dosya üzerinde incelenerek, başvuru dosyasında eksikleri var ise sağlık kuruluşunu açmak isteyenlere bildirilir. Başvuru dosyasında eksiklik yok ise, Müdürlük tarafından sağlık kuruluşunun kuruluş ve faaliyetlerinin bu Yönetmeliğe uygun olup olmadığının incelenmesi ve denetlenmesi için en az bir hekim olmak üzere iki sağlık personeli ile ekip oluşturulur ve bu ekip tarafından sağlık kuruluşu yerinde incelenir. Bu inceleme sonucunda uygun görülenlere Müdürlük tarafından Ek-4'de yer alan "uygunluk belgesi", Ek-5'de yer alan "mesul müdürlük belgesi" düzenlenir. İlave olarak çalışanların her birine Ek-6'da yer alan "personel çalışma belgesinden ikişer nüsha düzenlenir. Düzenlenen bu belgeler ve başvuru dosyasının bir örneği Müdürlükte saklanıp diğer nüshaları sağlık kuruluşu mesul müdürüne imza karşılığında verilir.

Birim olarak faaliyet gösterecek olan sağlık kuruluşları için mesul müdürlük belgesi yerine "birim sorumlusu" belgesi düzenlenir.

Bu Yönetmelik kapsamındaki mevcut sağlık kuruluşunu açanlar ve işletenlerce, şube niteliğinde ikinci bir kuruluşun açılmak istenmesi durumunda, 9 uncu maddede belirtilen şekilde yeniden başvuru yapılır.

Sağlık kuruluşunun diğer şartlarının korunması kaydıyla sadece faaliyet gösterdiği adresin değişmesi durumunda, durumu belirtir dilekçe ve merkezler için 9 uncu maddenin (a) ve (g) bentlerinde, birimler için (a), (c) ve (g) bentlerinde istenilen belgelerle başvuru yapılır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

Personel Standartları

Mesul Müdür

Madde 11 — Merkezlerde hekim olan bir mesul müdür bulunur. Mesul müdürün bulunmadığı ve merkezin hizmet verdiği saatlerde yetki devri yaptığı bir hekim bulunur. Mesul müdür sadece bir merkezde mesul müdürlük görevini üstlenebilir. Mesul müdür, idari işlerden bizzat, tıbbi işlemlerden ise diğer hekimler ile birlikte sorumludur. Mesul müdürün idari işlerinden, merkezin işleyişinden ve sunulan sağlık hizmetinin gerektirdiği alt yapı olanaklarının sağlanmasından sağlık kuruluşunun sahipleri de bizzat sorumludurlar.

Mesul müdürün görevleri şunlardır:

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

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

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

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

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

Madde 12 — Sağlık kuruluşunda mesul müdür veya birim sorumlusu haricinde en az iki hekim bulunur. Bu hekimlerden en az biri tam zamanlı görev yapmak zorundadır.

Hekim;

- a) Hastanın kapsamlı olarak tıbbi değerlendirmesini yapmaktan,
- b) Hastanın tanısını koyup ve tedavisini planlayan hekimi ile bağlantı kurarak, gerekli bilgi ve önerileri doğrultusunda tedavi planını hazırlamaktan,
- c) Hastaları belli aralıklarla ziyaret ederek, hastaların durumuna ve bakımına ilişkin bilgi toplayarak, gereksinimlerini ve bakım sonuçlarını sürekli değerlendirerek gerektiğinde yeni gereksinim ve sorunlara yönelik hastanın tanısını koyup ve tedavisini planlayan hekimi ile görüşerek yeni tedavi planı düzenlemekten,
- d) Hastaya evde bakım hizmeti veren sağlık personeli ile bağlantı kurarak hastanın durumuna göre bakım planındaki değişikliklere yönelik rapor hazırlama ve gerektiğinde hastanın tanısını koyup ve tedavisini planlayan diğer hekimlere bildirmekten,
- e) Hasta bakım planları, hasta dosyası ve diğer kayıtların doğru, eksiksiz ve zamanında tutulmasını sağlamaktan,
- f) Bakım hizmeti veren personele bilgi ve eğitim vermek, danışmanlık sağlamak, hizmetleri geliştirmeye yönelik kararlar almak ve sorunları tartışmak üzere toplantılar düzenlemekten,
- g) Tüm uygulama ve işlemlerin etik kurallara uyularak, hasta hakları doğrultusunda yapılmasını sağlamaktan,
- h) Tedavi sırasında kullanılacak ilaçların, tıbbi malzeme ve cihazların sağlanması, uygun koşullarda saklanması, yanlış kullanımının önlenmesi, tıbbi atıkların toplanması ve imhası, bulaşıcı hastalıklardan korunma, bildirim zorunlu hastalıklar

ile adli vakaların bildiri mi konularında evde bakım ekibi üyeleri ile hasta ve hasta yakınlarını bilgilendirmekten,

ı) Evde bakım hizmeti verdikleri kişilere uyguladıkları tıbbi işlemlerden, yapılan işlemlerin hasta dosyalarına işlenmesinden, sağlık kuruluşunun işleyişinde, kendi çalışma alanı ile ilgili aksaklıklar öncelikli olmak üzere gördüğü bütün aksaklıkları mesul müdüre/birim sorumlusuna bildirmekten sorumludur. Gece veya gündüz devamlı evde bakım hizmeti verilen hastalar, verilen hizmetlerin niteliğini denetlemek amacıyla hekim tarafından en az haftada bir kez ziyaret edilir ve denetim kayıt altına alınır.

Hemşire veya Sağlık Memuru

Madde 13 — Sağlık kuruluşunda kadrolu en az dört hemşire veya sağlık memuru görev yapar. İstenirse bu dört personelden biri ebe olabilir.

Hemşire ve sağlık memurunun sorumluluğu şunlardır:

- a) Hekimin tedavi için yazılı ve imzalı istemini almak, hemşire formlarına kaydetmek ve uygulamak, uygulama sonuçlarını kaydetmek,
- b) Hasta için gerekli özel işlemlerin uygulanmasında hekime ve diğer ekip üyelerine destek sağlamak,
- c) Hasta bakım planındaki işleri yapmak, yaşamsal bulgularını değerlendirmek, kaydetmek, değişiklikleri hekime rapor etmek,
- d) Tedavi planına göre hastaya oral, parenteral ve haricen verilecek ilaçlarını vermek ve kaydetmek, uygulanan ilaçların etki ve yan etkilerini gözlemek, kaydetmek,
- e) Hizmetlerde gerekli olacak araç-gereç, malzemeler için istek yapmak, bunların yeterli ve çalışır şekilde bakımı için görüş bildirmek,
- f) Araç-gereçleri kullandıktan sonra temizlemek, dezenfekte eder ve gerektiğinde sterilizasyon için hazırlamak,
- g) Hasta ve ailesine, hastalık ile tedavi ve bakımına ilişkin sınırları önceden hekimi ile birlikte belirlenmiş olarak bilgi vermek,
- h) Hasta ve ailesine, gereksinimlerine göre, hastalığa özel, kendi kendine bakım ya da yardımla bakım teknikleri gibi konularda ve genel sağlık konularında eğitim yapmak,
- ı) Tüm uygulama ve işlemlerini etik kurallarına uyararak, hasta hakları doğrultusunda uygulamaktır.

Diğer Personel

Madde 14 — Evde bakım hizmeti veren merkez veya birimin hizmet sunacağı alanla ilgili olarak psikolog, fizyoterapist, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı gibi hekim dışı sağlık personeli bulanabilir. Ancak bunların görev ve sorumlulukları kendi mesleki mevzuatı ile sınırlıdır. Ayrıca bunlara yardımcı olmak üzere bakım destek personeli çalıştırılabilir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

Fiziki Alt Yapı Standardı ve Donanım

Binanın İç Mekân ve Fiziki Altyapı Durumu

Madde 15 — Merkezler betonarme binada veya ahşap ise müstakil bir binada kurulur. Bütün bölümler aynı bina içerisinde ve birbirlerine bitişik konumda olmak zorundadır. Binada ilgili mevzuat uyarınca yangına karşı güvenlik önlemleri bulunmalıdır.

Bölümler

Madde 16 — Sağlık kuruluşlarında, asgari olarak aşağıdaki bölümlerin bulunması zorunludur:

- a) Başvuru ve müşteri hizmetleri bölümü: En az 20 metrekare genişlikte ve hizmete uygun şekilde döşenmiş mekan olup burada; sağlık kuruluşuna ait uygunluk belgesinin aslı, mesul müdürlük belgesinin aslı, hizmet verilen alanların isimlerinin bulunduğu bir tabela, sağlık kuruluşu ile ilgili şikayetlerin yapılabileceği Müdürlüğün ve meslek odalarının belirlenmiş telefonlarının bulunduğu liste bulunur,
- b) Çağrı merkezi: Hasta isteklerini kabul eden çalışanların rahatlıkla hizmet verebileceği, iletişimi sağlayacak telefon, faks, yazıcı, internet bağlantısı ve bilgisayarını bulunan mekân,
- c) Muayene ve acil odası: Asgari 8 metrekare yüzölçümünde ve içerisinde asgari tıbbi malzemenin ve donanımın bulunduğu ayrı bir oda veya bölünmüş mekan,
- d) Malzeme odası: Usulüne uygun olarak tıbbi araç-gereç ve malzemelerin saklanabileceği ve gerekli donanımın bulunduğu bir mekân,
- e) Soyunma-giyinme odası: Personel için ayrılmış, rahatlıkla soyunma giyinme yapılabilecek ve kişisel eşyaların konabileceği dolaplar bulunan oda,
- f) Atık toplama bölümü: Kişilerin kullanım alanlarından izole edilmiş ve atıklar için kapalı bir konteynir veya kabın bulunduğu alan,

g) Arşiv bölümü: Kişilerin kullanım alanından izole edilmiş kapalı bir bölme veya oda,

Birim olarak açılacak evde bakım hizmeti verecek kuruluşlarda; çağrı merkezi dışındaki bölümler ortak bölüm olarak kullanılabilir.

Tıbbi Cihaz, Malzeme ve İlaçlar

Madde 17 — Sağlık kuruluşlarında bulundurulması zorunlu asgari tıbbi cihaz, araç gereç ve ilaçlar ile evde bakım hizmeti veren personelin yanında bulunması gereken malzeme ve ilaçlar Bakanlıkça çıkarılacak bir Genelge ile düzenlenir.

Tabelalar

Madde 18 — Sağlık kuruluşunun bütün oda ve birimlerine ait kapılarında 5 cm x 20 cm. Boyutlarında, oda veya birimin ne amaçla kullanıldığını bildirir tabela bulunur. Sağlık kuruluşunun dış tabelasında sadece uygunluk belgesinde belirtilen kuruluş ismi ve unvanı yazılır. Tabelalarda ve kullanılan basılı materyaldeki isimlendirmede, "Özel" ibaresini takiben sağlık kuruluşunun ismi ve bu ismi takiben ise bu Yönetmelik hükümlerine uygun olarak Müdürlükçe verilmiş "Evde Bakım Merkezi" unvanı yer alır. Başka bir tabela ile sağlık kuruluşunda hizmet verilen alanların ve çalışan personelin isimleri, unvanları ve kuruluşun açık olduğu saatler gösterilebilir. Hizmet alanları tabelada uygunluk belgesinde yer alması şartı ile ve sadece uygunluk belgesinde belirtilen şekli ile yer alabilir.

BEŞİNCİ BÖLÜM

Çalışma Usul ve Esasları

Hizmet Sunumu

Madde 19 — Evde bakım hizmetinde devamlılık esastır. Bu devamlılık, hastanın talebi ve hizmetin gereklerine göre gece ve gündüz, hafta sonu ve tatil günleri dahil olmak üzere gerektiğinde 24 saat kesintisiz hizmet verilebilecek şekilde olmalıdır. İhtiyaç durumunda belirli saatlerde evde bakım hizmeti verilebilir.

Evde bakım hizmeti almak isteyen kişi, sağlık kuruluşuna bizzat veya telefon ile müracaat edebilir. Çağrı merkezi görevlisi personel hizmet talep eden kişi ile görüşme yapar, gerekli bilgileri verir. İlk görüşmeyi takiben hekim veya hemşire tarafından görüşme yapılır. Hizmet alacak kişinin durumu ve sunulacak hizmet belirlenir. Bakım hizmeti alacak kişi hekim ve hemşire tarafından evde ziyaret edilir, kişinin bakım ihtiyaçları, ev şartları belirlenir. Hekim tarafından evde bakım hizmeti

alacak kişinin varsa tanısını koyup ve tedavisini planlayan diğer hekimler ile bağlantı kurulur, tedavi planı alınır ve son olarak da evde bakım planı ve tedavi planı oluşturulur. Hastanın tanısını koyup ve tedavisini planlayan diğer hekimler bulunmuyor veya bağlantı kurulamıyorsa hizmet alacak kişinin sağlık durumuna göre sağlık kuruluşunun hekimi tarafından muayene edilerek, tanı ve tedavi planı hazırlanır. Hemşire tarafından da bakım planı hazırlanarak hekimin onayına sunulur varsa gerekli değişiklikler yapılarak uygulanacak bakım planı hazırlanır. Gerekli durumlarda ilgili uzmanlık alanlarındaki uzman hekimlerle hasta konsültasyonu sağlanır.

Evde bakım planına göre hekim dışı sağlık personelinin görev saatleri ve uygulayacakları işlemler belirlenir ve görev dağılımı yapılır.

Sağlık kuruluşu, evde tedavi veya bakımını yapabileceği kişi sayısı ve mevcut personel durumunu dikkate alarak uygun sayıda kişi ile bakım sözleşmesi yapabilir.

Laboratuvar ve Radyolojik Görüntüleme Hizmetleri

Madde 20 — Sağlık kuruluşları isterse tıbbi tahlil laboratuvar hizmetlerini 19.3.1927 tarihli ve 992 sayılı Seriri Taharriyat ve Tahlilat Yapılan ve Masli Teamüller Aranılan Umuma Mahsus Bakteriyoloji ve Kimya Laboratuvarları Kanun hükümlerine uygun olarak Bakanlık tarafından ruhsat verilmiş laboratuvar hizmeti sunan özel tıbbi tahlil laboratuvarları; radyolojik görüntüleme hizmetlerini ise 19/4/1937 tarihli ve 3153 sayılı Radyoloji, Radyom ve Elektrikle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanun hükümlerine uygun olarak Bakanlık tarafından ruhsat verilmiş radyoloji laboratuvarları ile sözleşme yaparak sunabilirler.

Birimler, varsa bünyesinde bulunduğu sağlık kuruluşunda faaliyet gösteren ruhsatlı tıbbi tahlil ve/veya radyoloji laboratuvarından hizmet alabilir.

Acil Hizmetler

Madde 21 — Sağlık kuruluşları evde bakım hizmeti sundukları kişilerin acil durumlarında ambulans ile en uygun bir sağlık kuruluşuna naklini yapmak/yaptırmak ile yükümlüdür. Evde bakım merkezi bünyesinde ambulans bulundurabilir veya her türlü acil durumlarda başvurulması için bir ambulans şirketi ile sözleşme yapabilir.

Tıbbi Cihaz Hizmetleri

Madde 22 — Merkez veya birimler, evde bakım hizmeti verdikleri sırada gerekli olabilecek oksijen, oksijen konsantretörü, pulse oksimetre, her türlü solunum

araçları, ortopedik malzemeler, havalı yatak, hasta karyolası, tekerlekli sandalye gibi cihazları sağladıkları takdirde bu cihazların kalibrasyon, temizlik ve kontrollerinden de sorumludur. Bu hizmeti, tescilli distribütör veya üreticilerden sağladığı takdirde bu firmalarla yaptığı sözleşmeleri belgelemekle yükümlüdür.

Kıyafet

Madde 23 — Evde bakım hizmeti veren sağlık personeli, ev ziyaretlerinde mesleğine ve hizmetlerine uygun önlük veya üniforma giymek ve adını, soyadını, unvanını veya mesleğini belirten fotoğraflı ve mesul müdürün imzasını taşıyan bir yaka kartı takmak zorundadır.

ALTINCI BÖLÜM

Kayıt ve Bildirim Sistemi

Kayıtlar

Madde 24 — Sağlık kuruluşundan hizmet alan her kişinin bir dosyası bulunur.

Açılacak dosyanın içerisinde hastanın tanısını koyup ve tedavisini planlayan hekim veya hekimlerin istekleri, tanıları, evde bakım hizmeti veren sağlık ekibinin takip notları, görüşleri, laboratuvar ve görüntüleme tetkik sonuçları ve diğer tıbbi bilgiler olacaktır. Bu dosya hastanın tedavi ve tıbbi durumunu ve gelişimini devamlı kaydetmek amacıyla kullanılacaktır.

Hasta, dosyasındaki bilgileri görmeyi istediği herhangi bir zamanda talep edebilir. Hastanın hakları ve sorumluluklarıyla ilgili bilgiler bir dosya halinde hastaya sunulacaktır.

Evde tedavi ve bakım süresince hastanın yanında tutulan hasta dosyaları hizmet tamamlanınca sağlık kuruluşunun arşivine kaldırılır.

Hastalara Verilecek Belgeler

Madde 25 — Sağlık kuruluşları, hastalarca istenirse aşağıdaki belgeleri ücretsiz olarak vermek zorundadırlar:

- a) Hasta için kullanılıp bedeli hastadan alınan pansuman malzemesinin tür ve miktarını gösterir liste,
- b) Röntgen filmleri ve bunlara ait raporları (Adli olaylara ait olanların asılları verilmez),

c) Hastaların klinik ve laboratuvar bulguları, hastalığın tanısı ve seyri, yapılan inceleme, tedaviye ve sonucuna ilişkin olarak düzenlenen ve hekim tarafından imzalanan bir sonuç özeti.

YEDİNCİ BÖLÜM

Hastanın Evde Bakıma Kabulü ve Evde Bakımdan Taburcu Edilmesi

Hastanın Evde Bakıma Kabulü

Madde 26 — Aşağıdaki durumlara uyan hastalara evde bakım hizmeti verilebilir:

- a) Sağlık kuruluşunda, hastanın veya hastanın tıbbi durumu onay vermeye elverişli değilse kanuni temsilcilerinin bilgilendirilmiş onay formu ile rızası alındıktan sonra işlem yapılır.
- b) Evde bakım hizmeti için kabul edilen hastalar, mevzuat tarafından belirlenen hakları korunacak şekilde, hasta hakları ve yükümlülükleri ve hizmet içeriği konusunda bilgilendirilir. Hastanın kendisi veya kendisi karar verme yetisine sahip değilse kanuni temsilcisi, sunulacak hizmetin varsa riskleri konusunda her türlü bilgiyi almaya ve değerlendirme yaptıktan sonra hizmeti kabul etmeme hakkına sahiptir.
- c) Evde bakım hizmeti almak isteyen hasta kendi hekimi tarafından takip altında olmalıdır. Kendisini takip eden bir hekimi olmayan hastalar, sağlık kuruluşunun evde bakım hizmeti sunan hekimleri tarafından ve gerekirse konsültan hekimler tarafından değerlendirilir ve bir hekim atanır.
- d) Evde bakım hizmeti için, hasta ve/veya hasta ailesi tarafından istem yapılabilir. Bu durumda evde bakıma uygunluğu ve tedavi sorumluluğu açısından hastanın durumu tanısını koyup ve tedavisini planlayan hekim veya evde bakım hekimi tarafından değerlendirilir. Planlamada yapılacak değişiklikler ya da ileri düzey yeni hizmet seçenekleri için hekim onayı alınır.
- e) Hasta evindeki fiziksel ortam ve ekipman, güvenli ve etkin bakım vermeye uygun olmalıdır.
- f) Hastanın ırkı, rengi, inancı, cinsiyeti, doğum yeri, etnik kökeni, yaşı, zihinsel ya da bedensel engeli ve iletişim rahatsızlığı, kabul açısından hiçbir şekilde olumsuz etken olarak değerlendirilemez.
- g) Hasta bakımı açısından sağlık kuruluşu tarafından önerilen tedavi planının kabul edilmemesi durumunda, bu tedavi planının uygulanmamasının yol açabileceği riskler anlatılarak hizmetin kabul edilmediğine ilişkin yazılı beyan istenir.

Hastaya Verilen Evde Bakım Hizmetinin Sonlandırılması

Madde 27 — Aşağıdaki durumlarda, evde bakım hizmeti sonlandırılır veya hasta yataklı tedavi kurumlarına transfer edilir:

- a) Evde bakım hizmeti sunulan hastanın uygulanan tedavi ile iyileşerek tedavi gerekliliğinin ortadan kalkması,
- b) Hastaya özgü hazırlanan bakım planlarında belirlenen amaçlara ulaşılması,
- c) Evde bakım hizmeti sunulan hasta için uygulanacak ilaç, bakım ve tedavinin, belli bir aşamadan sonra sağlık personeli gerektirmeden uygulanabilecek hale gelmesi,
- d) Evde bakım hizmeti için tıbbi açıdan gerekli ekipman veya eğitimli sağlık personelinin tam olarak sağlanamaması,
- e) Evde bakım hizmeti sunulan hastanın, hastaneye yatırılma endikasyonunun ortaya çıkması,
- f) Hasta veya temsilcilerinin hizmeti sonlandırmak istemesi.

Evde Bakım Hizmeti Verilemeyecek Durumlar

Madde 28 — Aşağıdaki durumlarda hastalar evde bakım hizmetine kabul edilemezler:

- a) Talep edilen tedavinin, sağlık personeli eşliğinde uygulanacak olsa bile, ev ortamında yapılabilmesi açısından sağlık kuruluşu hekimi tarafından tıbbi kontrendikasyon bulunması,
- b) Hasta ve hastalık grubunun evde tedavisi için tıbbi açıdan gerekli ekipman veya eğitimli sağlık personelinin sağlık kuruluşu tarafından sağlanamaması,
- c) Akıl ya da ruh hastalığından veya madde bağımlılığından dolayı mahkemelerce hastanelerde tıbbi gözlem ve/veya tedavi altına alınmasına karar verilmesi.

Hastanın veya ailesinin tedavi/bakım planına ve çalışma şartlarına uymaması, kendi sorumluluklarını yerine getirmemesi ya da evde bakım hizmeti sunan personeline karşı uygunsuz ya da suç teşkil edecek davranışta bulunması durumunda sağlık kuruluşu tek taraflı olarak hizmeti durdurabilir ve hizmet sözleşmesini sona erdirebilir.

SEKİZİNCİ BÖLÜM

Çeşitli ve Son Hükümler

Denetim

Madde 29 — Sağlık kuruluşlarının denetimi; Müdürlük tarafından oluşturulan bir hekim, bir hemşire olmak üzere en az iki sağlık personeli tarafından gerçekleştirilir.

Olağan denetimler, şikayet, soruşturma ve Bakanlık merkez teşkilatının veya Müdürlüğün talebi üzerine yapılacak olağan dışı denetimler hariç olmak üzere, en az altı ayda bir yapılır. Denetimlerde Ek-7'de yer alan Denetleme Formu kullanılır. Denetim ile ilgili bulgular ve sonuçlar Müdürlüğe ait teftiş ve denetim defterine yazılır.

Olağan denetimler, düzenli aralıklarla gerçekleştirilir. Bu denetimlerde tespit edilen eksiklikler için, denetim formunda eksikliğin giderilmesi için verilecek süre sütununda belirlenen süreler verilir. Bu süre içerisinde, belirlenen eksikliğini gidermediği tespit edilen sağlık kuruluşuna, denetim formunda eksikliğin devamında verilecek faaliyet durdurma süresinde belirlenen süre boyunca faaliyet durdurması uygulanır. Bu şekilde faaliyeti geçici olarak durdurulan sağlık kuruluşu, verilen süre sonunda; süresiz durdurulan ise üç ay içerisinde eksikliklerini gidermediği takdirde sağlık kuruluşunun uygunluk belgesi iptal edilip geri alınır.

Denetimlerde, Denetim Formundaki birden çok eksikliğin aynı anda tespit edildiği durumlarda, eksikliklerin giderilmesi için tanınacak süre veya eksiklikler giderilmediğinde uygulanacak faaliyeti durdurma süresi, Formda belirlenen en uzun süredir.

Sağlık kuruluşunun görevlendirdiği hekim dışı sağlık personeli tarafından hastaya verilen evde bakım hizmetleri; Müdürlük tarafından görevlendirilecek bir sağlık personeli başkanlığında; tabip odası temsilcisi ile hekim dışı sağlık personelini temsil eden derneklerden bir temsilciden oluşturulacak bir ekip ile denetlenir. Denetim, şikayet, soruşturma ve Bakanlık merkez teşkilatının veya Müdürlüğün talebi üzerine yapılacak olağan dışı denetimler hariç olmak üzere en az üç ayda bir, her bir sağlık kuruluşu tarafından en az iki hastaya verilen hizmet yerinde denetlenir. Denetim sonucu bir rapor hazırlanarak Müdürlüğe sunulur. Rapor Müdürlük tarafından değerlendirilerek sağlık kuruluşu hakkında mevzuat doğrultusunda gerekli işlemler uygulanır.

Denetim formunda belirtilen geçici süreli kapatmalarda, sağlık kuruluşunun hizmet verdiği hastalar bilgilendirilir. Hastaların talep etmeleri halinde, sağlık kuruluşunun teklif edeceği ve Müdürlük tarafından uygun görülen bir özel sağlık kuruluşunun gözetiminde hastaya geçici olarak hizmet vermeye devam edilir. Bu hizmet ile ilgili olarak sağlık kuruluşu tarafından hastadan ek bir ücret talep edilemez ve

yapılacak tüm harcamalar geçici süreli kapatılan sağlık kuruluşu tarafından karşılanır.

Tanıtım ve Bilgilendirme

Madde 30 — Sağlık kuruluşları, insanları yanıltıcı, paniğe sevk edici, yanlış yönlendirici, benzer nitelikteki kuruluşlar ve çalışanları arasında haksız rekabete yol açıcı davranışlarda bulunamazlar.

Ancak, sadece sağlık kuruluşundan evde bakım hizmeti talep eden kişilerin kullanımına yönelik olarak, temel olarak sağlığı geliştirici ve koruyucu nitelikte, faaliyet gösterdiği alan ile ilgili sağlık sorunları, bu sorunlardan korunma veya sağlık sorunlarının kişide meydana getirdiği olumsuzlukların şahsi tedbirler aracılığı ile giderilmesi veya azaltılması hakkında bilgiler içeren eğitim materyalleri hazırlayabilirler.

Sağlık kuruluşları ve çalışanları, yukarıda açıklanan hususlara riayet etmek şartıyla tanıtım ve bilgilendirme niteliğindeki her türlü faaliyetleri için Müdürlükten izin almak zorundadır.

Yasaklar

Madde 31 — Sağlık kuruluşları ile personeli aşağıdaki hususlara uymak zorundadır.

- a) Sağlık kuruluşları uygunluk belgesi almadan faaliyette bulunamaz.
- b) Müdürlükçe adlarına personel çalışma belgesi düzenlenmemiş personel, her ne surette olursa olsun, sağlık kuruluşunda çalıştırılmaz.
- c) Sağlık kuruluşunda çalışan hekim ve diğer sağlık personeli başka bir özel sağlık kuruluşunda çalışamaz ve çalıştırılmaz.
- d) Sağlık kuruluşu bir şirket ise, şirketin faaliyetine giren genel sağlık hizmetleri dışındaki diğer işler sağlık kuruluşunda yapılamaz.
- e) Birimlerde görevli asgari personel, birimin bünyesinde bulunduğu sağlık kuruluşunun başka bir bölümünde geçici de olsa görevlendirilemezler.
- f) Sağlık kuruluşları vatandaşın yanlış algılamasının ve haksız rekabetin önlenmesi amacıyla; resmi sağlık kuruluşlarınca kullanılan isimleri ticari isim olarak kullanamaz ve tabelalarında belirtmezler.
- g) Sağlık kuruluşları tıbbi ve etik gerekleri yerine getiremeyeceği sayıda hasta ile sözleşme yapamaz, bakımını ve tedavisini üstlenemez.

h) Hasta ile ilgili sonuçlar, hastanın yakınları, rızayı verenler; teftiş ve mahkeme istekleri hariç olmak üzere hiçbir şekilde üçüncü kişilere bildirilemez.

Ek Düzenlemeler

Madde 32 — Bu Yönetmelikte belirtilen asgari araç-gereç, tıbbi malzeme ve donanım, her türlü kayıt defterleri, hasta dosyasında bulunması gerekli formlar, sağlık kuruluşlarının bildirimleri ve bu Yönetmelikte belirtilmeyen işleyiş ile ilgili diğer usul ve esaslar, bu Yönetmeliğin yayımı tarihinden itibaren en geç iki ay içinde Bakanlıkça çıkarılacak bir Tebliğ ile düzenlenir.

Müeyyideler

Madde 33 — Bu Yönetmelikte belirlenen usul ve esaslara uymayanlar ile yasalara aykırı hareket edenlere bu Yönetmelikte öngörülen müeyyideler uygulanır; bunlar, cezai ve hukuki sorumlulukları bakımından genel hükümlere tabidir.

Geçici Madde 1 — Bu Yönetmeliğin yürürlüğe girmesinden önce faaliyete geçmiş olan sağlık kuruluşları, bu Yönetmeliğin yürürlüğe girdiği tarihten itibaren en geç üç ay içerisinde, bu Yönetmelik hükümlerine uygun hale getirilir. Yapılan denetimler sonucunda uygunluğu sağlamamış olduğu anlaşılan sağlık kuruluşlarının faaliyetleri, eksiklikleri veya aykırılıkları giderilinceye kadar Müdürlükçe durdurulur.

Yürürlük

Madde 34 — Bu Yönetmelik yayımı tarihinde yürürlüğe girer.

Yürütme

Madde 35 — Bu Yönetmelik hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür.

Ek – 2:

**SAĞLIK ÇALIŞANLARININ KENDİSİ VE YAKINLARI İÇİN PALYATİF
(YAŞAM SONU) BAKIM YERİ TERCİHLERİNE DAİR ANKET FORMU**

Değerli katılımcı,

Palyatif bakım gerektiren hastaların bakım yeri tercihlerinin belirlenmesine yönelik yapacağım yüksek lisans tez çalışması, anket formuna vereceğiniz bilgiler sayesinde gerçekleşecektir. Bu anketin amacına ulaşabilmesi ve gerçekçi sonuçlar verebilmesi sizlerin anketi doğru ve eksiksiz doldurmasına bağlıdır. Gösterdiğiniz ilgi ve sağlamış olduğunuz katkı için teşekkür ederim.

Hurişah AKSAKAL

Atılım Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü

Yüksek Lisans Öğrencisi

A) TANIMLAYICI BİLGİLER (Lütfen size uygun olan seçeneği işaretleyiniz)

Yaşınız	<input type="checkbox"/> 20-23 <input type="checkbox"/> 24-34 <input type="checkbox"/> 35-45 <input type="checkbox"/> 36-40 <input type="checkbox"/> 46-56 <input type="checkbox"/> 57-65 <input type="checkbox"/> 65 üzeri	Mesleğiniz	<input type="checkbox"/> Serbest Meslek <input type="checkbox"/> Memur <input type="checkbox"/> Ev Hanımı <input type="checkbox"/> İşçi <input type="checkbox"/> Diğer
Cinsiyetiniz	<input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> Erkek	Gelir Seviyeniz	<input type="checkbox"/> 0-500 <input type="checkbox"/> 501-1500 <input type="checkbox"/> 1501-2500 <input type="checkbox"/> 2501-3500 <input type="checkbox"/> 3500 üzeri
Eğitim Durumu	<input type="checkbox"/> Okur-yazar değil <input type="checkbox"/> İlkokul <input type="checkbox"/> Ortaokul <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Üniversite <input type="checkbox"/> Yüksekokul	Yerleşim Yeriniz	<input type="checkbox"/> İl <input type="checkbox"/> İlçe <input type="checkbox"/> Köy <input type="checkbox"/> Kasaba
Medeni Durumunuz	<input type="checkbox"/> Evli <input type="checkbox"/> Evli değil	Hangi Dine Mensupsunuz	<input type="checkbox"/> İslam <input type="checkbox"/> Yahudi <input type="checkbox"/> Hristiyan <input type="checkbox"/> Diğer

B) FONKSİYONEL BİLGİLER (Lütfen aşağıdaki ifadelere ne ölçüde katıldığınızı belirtiniz) 2-Tamamen doğru 1-Kısmen doğru 0-Fikrim yok/Bilmiyorum	
1.	Palyatif bakım,
	(...) Hastaya hastanede verilen son bakımdır. (...) Hastaya son döneminde ağrı ve acı hissettirmemek için verilen bakımdır. (...) Hasta ve ailesinin yaşam kalitesinin artırarak, ölüm sürecinde hastayı desteklemektir. (...) Hastaya son zamanlarında evde verilen bakımdır. (...) Terminal dönem kanser hastaları için verilen bakımdır
2.	Palyatif bakımın amacı,
	(...) Kanser hastalarının kemoterapi ilişkili bulantı gibi iyileştirici tedavilerini yapmak ve yan etkilerini azaltmaktır. (...) Hastaların yaşam sonu bakım kalitelerinin artırılmasıdır. (...) Hasta ve yakınlarına verilen bütünsel bir sağlık ve bakım hizmetidir. (...) Hastaların ağrı ve acılarını dindirmek.
3.	Palyatif bakım hizmetleri
	(...) Evde verilebilir. (...) Hastanede verilebilir. (...) Hospislerde verilebilir.(Ev tipi hastanelerde hemşire bakım gözetiminde) (...) Evde, hastanede ve hospislerde verilen dönüşümlü bir bakım sistemidir.

C) FONKSİYONEL BİLGİLER (Lütfen aşağıdaki ifadelere ne ölçüde katıldığınızı belirtiniz) 1-Tamamen Katılıyorum 2-B. Oranda Katılıyorum 3-Kararsızım 4-Büyük Oranda Katılmıyorum 5-Hiç Katılmıyorum.					
1.	Hastama hastanede refakat edebilme nedeniyle iş yerinde sorun yaşadım.	()	()	()	()
2.	Hastamın bakımı esnasında ekonomik olarak zorlandım.	()	()	()	()
3.	Bilgi ve becerilerim artırılarak bu hastaların bakımını üstlenecek öz güvenim geliştirilirse hastama evde bakmak isterim.	()	()	()	()
4.	Hastama hastanede refakat etme nedeniyle aile huzurum bozuldu.	()	()	()	()
5.	Hastama hastanede refakat etme nedeniyle diğer aile üyeleri ile sıkıntı yaşadım.	()	()	()	()
6.	Hastama hastanede yeterli bakımın sağlanabildiğini düşünmüyorum.	()	()	()	()
7.	Sürekli hastanede olmam psikolojimi olumsuz etkiledi.	()	()	()	()
8.	Hastamın bakımı esnasında zorlandım.	()	()	()	()
9.	Yaşam sonu bakıma ihtiyaç duyan bir hastanın veya hasta yakınının tedaviyi reddetme ve sonlandırma hakkı olmalıdır.	()	()	()	()
10.	Palyatif bakıma ihtiyaç duyan hastalara/yakınıma acı ve ağrı veren tıbbi girişimlerin yapılmasını doğru bulmuyorum.	()	()	()	()
11.	Hastamın gerekli koşullar sağlandığı takdirde kendi evimde bakılmasını isterim.	()	()	()	()
12.	Ekonomik nedenlerden dolayı hastamın evde bakılmasını isterim.	()	()	()	()
13.	Evde hasta bakıcıların hastamla yeterince ilgileceğini düşünmüyorum.	()	()	()	()
14.	Hastamın hastanede daha iyi bakılacağına inanıyorum.	()	()	()	()
15.	Tedavisi mümkün olmayan bir hastalığım olduğunda hastanede bakılmak isterim.	()	()	()	()

16.	Tedavisi mümkün olmayan bir hastalığım olduğunda evde bakılmak isterim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----	---	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

D) FONKSİYONEL BİLGİLER

1.	Evde sağlık ve bakım hizmetlerinin ülkemizde geliştirilebilmesi adına ülkemizde yapılması gereken öncelikli olarak hangisidir?
	<p>(...) Klinisyen hemşire ve sağlık personelin sayısının artması</p> <p>(...) Teknolojik gelişmelere(ev tipi mekanik ventilasyon (solunum cihazı), nütrisyon (beslenme) sistemi vb.</p> <p>(...) Sağlık sigorta sistemimizin evde sağlık hizmetlerini desteklemesi</p> <p>(...) Hastaların teknolojik gelişmelerle evden takip ve izlenebilir olması</p> <p>(...) Hasta ve hasta yakınlarının bilgi ve becerileri artırılarak bu hastaların bakımını üstlenecek özgüvenin geliştirilmesine bağlıdır.</p>

E.Aşağıda hastanızla ve sizinle ilgili sorular sorulmaktadır. Size uygun olan seçeneği işaretleyiniz?

<p>1.Hastanızın tanısına ait bilginiz var mı?</p> <p><input type="radio"/> Evet</p> <p><input type="radio"/> Hayır</p> <p>2.Hastanıza hastalık tanısı ne zaman kondu?</p> <p><input type="radio"/> 1-6 ay</p> <p><input type="radio"/> 7-12 ay</p> <p><input type="radio"/> 13-24 ay</p> <p><input type="radio"/> 25-36 ay</p> <p><input type="radio"/> 37 ay-üzeri</p> <p>3-Hastanızın tanısı nedir?</p> <p><input type="radio"/> Kanser</p> <p><input type="radio"/> İnme-Felç</p> <p><input type="radio"/> Engelli</p> <p><input type="radio"/> Kronik hastalıklar</p> <p><input type="radio"/> İleri derece yaşlılık</p> <p>1.Hastanızın tanısına ait bilginiz var mı?</p> <p><input type="radio"/> Evet</p> <p><input type="radio"/> Hayır</p> <p>2.Hastanıza hastalık tanısı ne zaman kondu?</p> <p><input type="radio"/> 1-6 ay</p> <p><input type="radio"/> 7-12 ay</p> <p><input type="radio"/> 13-24 ay</p> <p><input type="radio"/> 25-36 ay</p> <p><input type="radio"/> 37 ay-üzeri</p> <p>3-Hastanızın tanısı nedir?</p> <p><input type="radio"/> Kanser</p> <p><input type="radio"/> İnme-Felç</p> <p><input type="radio"/> Engelli</p> <p><input type="radio"/> Kronik hastalıklar</p> <p><input type="radio"/> İleri derece yaşlılık</p> <p>12.Hastanede olmak diğer sorumluluklarınızı etkiliyor mu//etkiledi mi?</p> <p><input type="radio"/> Hayır</p>
--

Kısmen

Evet

13.Hastanede olmak aşağıda belirtilen sorunlardan hangilerini yaşamanıza sebep oldu?/oluyor?

Günlük işleri sürdürmede yetersizlik

Sosyal etkileşimde değişim,

Eğlence faaliyetlerinde değişim

Rol performansında değişim

Sosyal izolasyon

Bakım verici rolde zorlanma

Teşekkürler

Ek – 3:**SAĞLIK ÇALIŞANLARININ KENDİSİ VE YAKINLARI İÇİN PALYATİF (YAŞAM SONU) BAKIM YERİ TERCİHLERİNE DAİR ANKET FORMU****Değerli katılımcı,**

Palyatif bakım gerektiren hastaların bakım yeri tercihlerinin belirlenmesine yönelik yapacağım yüksek lisans tez çalışması, anket formuna vereceğiniz bilgiler sayesinde gerçekleşecektir. Bu anketin amacına ulaşabilmesi ve gerçekçi sonuçlar verebilmesi sizlerin anketi doğru ve eksiksiz doldurmasına bağlıdır. Gösterdiğiniz ilgi ve sağlamış olduğunuz katkı için teşekkür ederim.

Hurişah AKSAKAL

Atılım Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü

Yüksek Lisans Öğrencisi

A.)TANIMLAYICI BİLGİLER (Lütfen size uygun olan seçeneği işaretleyiniz)

Yaşınız	<input type="checkbox"/> 18-25 <input type="checkbox"/> 26-30 <input type="checkbox"/> 31-35 <input type="checkbox"/> 36-40	En Son Mezun Olduğunuz Okul	<input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Ön lisans <input type="checkbox"/> Üniversite <input type="checkbox"/> Lisansüstü
Cinsiyetiniz	<input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> Erkek	Gelir Seviyeniz (TL)	<input type="checkbox"/> 0-500 <input type="checkbox"/> 501-1500 <input type="checkbox"/> 1501-2500 <input type="checkbox"/> 2501-3500 <input type="checkbox"/> 3500 üzeri
Mesleğiniz	<input type="checkbox"/> Doktor <input type="checkbox"/> Hemşire <input type="checkbox"/> Diyetisyen <input type="checkbox"/> Radyoloji Tek. <input type="checkbox"/> Fizyoterapist <input type="checkbox"/> Diğer	Meslekteki Deneyiminiz	<input type="checkbox"/> 1 yıldan az <input type="checkbox"/> 1-5 yıl arası <input type="checkbox"/> 6-10 yıl arası <input type="checkbox"/> 11-15 yıl arası <input type="checkbox"/> 15 yıl üzeri

B) FONKSİYONEL BİLGİLER (Lütfen aşağıdaki ifadelere ne ölçüde katıldığınızı belirtiniz)					
1-Tamamen Katılıyorum 2-Büyük Oranda Katılıyorum 3-Kararsızım 4-Büyük Oranda Katılmıyorum 5-Hiç Katılmıyorum					
1.	Palyatif bakım terminal dönem kanser hastaları için sunulan hizmetleri kapsar.	()	()	()	()
2.	Palyatif bakımda hasta ve ailesi karar verici bir ekip üyesidir.	()	()	()	()
3.	Palyatif bakım sadece ağrı ve acı kontrolünü içerir.	()	()	()	()
4.	Palyatif bakım merkezleri hastane temelli olmalıdır.	()	()	()	()
5.	Hasta için kardiyopulmoner resüsitasyon yapmama hakkı olmalı ve yasal düzenlemeler yapılmalıdır.	()	()	()	()
6.	Yaşam sonu (palyatif) bakım gereksinimi olduğunda, bu bakımın herkese sağlanması devletin sorumluluğunda olmalıdır.	()	()	()	()
7.	Yaşam sonu (palyatif) bakıma ihtiyaç duyan bir hastanın tedavisi sonlandırılmalıdır.	()	()	()	()
8.	Yaşam sonu bakıma ihtiyaç duyan hastalara ağrı ve acı veren girişimsel işlemlere hastanede devam edilmelidir.	()	()	()	()
9.	Yaşam sonu bakım hastalarının son dönemlerinde evde bakımı hem daha ekonomik hem de hasta yakınlarınca uygun bir seçenektir.	()	()	()	()
10.	Yaşam sonu (palyatif) bakıma ihtiyaç duyan hastaların yapılan tedavi ve uygulamaları reddetme hakları olmalıdır.	()	()	()	()
11.	Yaşam sonu (palyatif) bakım hastaları hastanede uzun süre kalmaktadır, bu nedenle hasta yakınları refakat konusunda sıkıntı yaşamaktadır.	()	()	()	()
12.	Yaşam sonu bakım konusunda bilgi sahibiyim.	()	()	()	()
13.	Çalıştığım kurumda yaşam sonu bakımla ilgili düzenlenen hizmet içi eğitim programları vardır.	()	()	()	()
14.	Palyatif bakıma ihtiyaç duyan yakınımın tıbbi tedavisinin sonlandırılmasını isterim.	()	()	()	()
15.	Palyatif bakıma ihtiyaç duyacak yakınıma acı ve ağrı veren tıbbi girişimlerin yapılmasını doğru bulmuyorum.	()	()	()	()
16.	Palyatif bakıma ihtiyaç duyan yakınım olsa evde bakabileceğimi düşünüyorum.	()	()	()	()
17.	Palyatif bakım gerektiren hastamı evde bakmak zorunda olsam iş yerimle sıkıntı yaşarım.	()	()	()	()
18.	Yaşam sonu (palyatif) bakım tercihlerine karar verirken, bu hastalara hizmet esnasında yaşanan sıkıntıları görüyor olmak, tercihimin ev olmasında etkili oldu.	()	()	()	()
19.	Palyatif bakıma ihtiyaç duyan yakınımın gerekli şartlar sağlandığında evde bakılmasını isterim.	()	()	()	()
20.	Ülkemizde ötanazi yasal olsa hastamın ya da benim yaşamıma son verilmesini isterim.	()	()	()	()

C. Aşağıda hastanızla ve sizinle ilgili sorular sorulmaktadır. Size uygun olan seçeneği işaretleyiniz?

1.	Yaşam sonu bakım hakkında bilgi sahibi iseniz bu bilgiyi nerden aldığınıza dair aşağıdaki seçenekleri işaretleyiniz.
	<p>(...) Üniversite eğitimi sırasında aldım.</p> <p>(...) Kongre ve seminerlerden aldım.</p> <p>(...) Hizmet içi eğitimlerden aldım.</p> <p>(...) Kitap, dergiler ve internetten aldım.</p> <p>(...) Evde bakım ve palyatif hastalarından aldım.</p>
2.	Yaşam sonu bakıma ihtiyaç duyan bir yakınınız olsa, nerede bakılmasını istersiniz?
	<p>(...) Hastanede bakılmasını isterim.</p> <p>(...) Evde bakılmasını isterim.</p> <p>(...) Hemşire ve doktor gözetiminde evde bakılmasını isterim.</p> <p>(...) Ev tipi hastane odasında yakınları ile birlikte bakılmasını isterim.</p>
3.	Tedavisi mümkün olmayan bir hastalığınız olsa, nerede bakılmanızı istersiniz?
	<p>(...) Hastanede bakılmak isterim.</p> <p>(...) Evde bakılmak isterim.</p> <p>(...) Hemşire ve doktor gözetiminde evde bakılmak isterim.</p> <p>(...) Ev tipi hastane odasında yakınlarım ile birlikte bakılmak isterim.</p>

Teşekkürler.

ÖZET

AKSAKAL Hurişah, Palyatif Bakım Hastaları İçin Bakım Yeri Tercihleri, Sağlık Çalışanları ve Hasta Yakınları Üzerine Bir Çalışma, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2014

Palyatif bakım hizmetlerinin ülkemizde gelişmesi ve uygulanabilir olması, hasta hakları açısından bir zorunluluk aynı zamanda son dönem hastaları için sağlık hizmetinin kalitesinin arttığı bir göstergesidir. Hastaların ağrı ve acılarını azaltmaya veya tamamen dindirmeye çalışmak uzman disiplinler arası bir ekip çalışmasını gerektirmektedir. Doğumla beklenen yaşam süresinin uzaması insanoğlunun en önemli başarılarından biridir. Bu aşamada hedef yaşamın niteliğinin artırılmasıdır.

Yaşamın niteliğini artırma çalışmaları bakım süreleri uzun süreç alan yaşlı, engelli ve kronik hastalıkları olan bireylerde yoğunlaşmaktadır. Bu uzun bakım sürecinin kurumsal merkezlerde karşılanmaya çalışılması hasta ve yakını, kurumsal merkez ve aynı zamanda o ülkenin ekonomisi açısından ciddi sorunlar ortaya çıkarmaktadır. Bu nedenle hastanın tüm gereksinimlerinin kendi ev ortamında karşılanabilir olması için gerekli yasal düzenlemelerin, sağlık sigorta sistemimizin revizyonunun ve en önemlisi bu hasta gruplarının evde takip ve izlenebilir olması için gerekli teknolojik alt yapının sağlanmasının gerektiği düşünülmektedir.

Araştırma Ankara Ulus Devlet Hastanesi sağlık çalışanları ile palyatif bakım kliniğinde bakım hizmeti alan hasta yakınlarına gerekli tüm izinler alınarak Temmuz 2013' de yapılmıştır. Çalışma 120 sağlık çalışanı ve 76 hasta yakını ile anket tekniği uygulanarak gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın sonucunda sağlık çalışanları hastası ve kendisi için bakım yeri tercihini ev yönünde kullanırken, hasta yakınları gerekli koşullar ev ortamında oluşturulduğu takdirde hastası ve kendisi için bakım yeri tercihinin ev olabileceğini ifade etmişlerdir.

Anahtar Kelimeler:

1. Evde Sağlık ve Bakım Hizmetleri
2. Palyatif Bakım
3. Tercihler
4. Hasta Yakını
5. Sağlık Çalışanı

ABSTRACT

AKSAKAL, Hurişah, The Maintenance Location on Health Care Workers and Relatives of Patients, Master's Thesis, 2014

The development and application of palliative care services in our country is on obligation in terms of patient rights. At the same time it is a sign of increasing the quality of health care service or reduce suffering of patients completely requires an interdisciplinary team of work. Prolongation of human life with birth is one of the most important success of human beings.

At this stage, the target is to increase the quality of life. The studies of increasing the quality of life focus on people who have obstacles, chronic illnesses or who are old. However, there are serious problems emerge both on the center enterprise, economy of the country when the long care process is tried to do on corporate centers. For that reason, all the constitutional arrangements, which is necessary for a sick person's requirements to be looked after in his/her own home, have to be done. In addition, all the technological underwork and the revision of assurance system have to be arranged urgently.

The survey has been held on July 2013 with all the permissions required from the relatives of the ill people taking care in palliative clinic and medical workers. It is a questionnaire, which is created with the participation of 120 medical workers on 76 patients' relatives.

As a result of the study; health workers to care for themselves and their patients choose while using the direction of the house, patients' relatives preferred place of care for patients and the house itself could be expressed if created the conditions necessary.

Key Words:

1. Health and Care Works at Home
2. Palliative Care
3. Preferences
4. Patients Relatives
5. Medical Workers