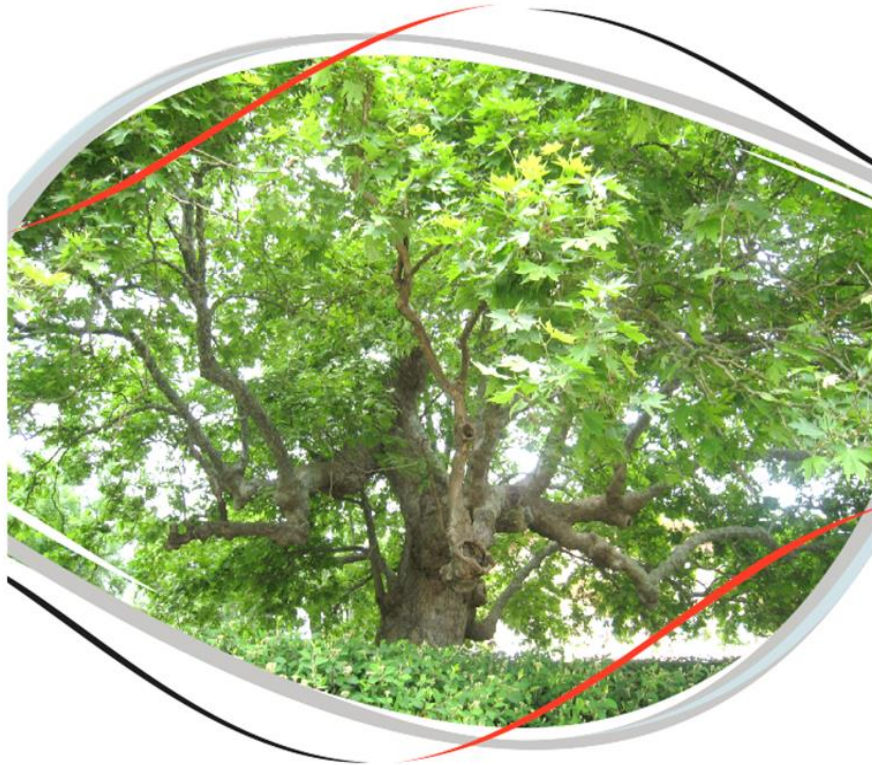


ALZHEİMER HASTALIĞI VE BAKIM HİZMETLERİ ÇALIŞTAYI

23-25 Nisan 2015
BURSA



ÇALIŞTAY RAPORU

Haziran 2015

ÇALIŞTAY SUNUMLARI VE SONUÇ

ALZHEİMER HASTALIĞI VE BAKIM HİZMETLERİ ÇALIŞTAYI

23-25 Nisan 2015

Crown Plaza-Bursa

ÇALIŞTAY SUNUMLARI VE SONUÇLAR

Haziran 2015

Bu raporda yer alan görüşler çalıştay katılımcılarının şahsı görüşleri olup, başta, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı olmak üzere ilgili kurum ve kuruluşları bağlayıcı nitelikte değildir.

Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Eskişehir Yolu Söğütözü Mahallesi 2177.Sokak No:10/A Çankaya/ANKARA Tel : +90 (312)
705 40 00 - Fax: +90 (312) 705 53
Bursa Büyükşehir Belediyesi
Tarihi Belediye Binası: Atatürk Cad. Uçak Sok. No 1, 16020 Bursa
Tel: 0(224) 444 16 00 / 234 40 00 / 153 Fax; (0224) 220 18 99
Alzheimer Vakfı
Yıldız Mah. Asariye Cad. Özlem Apt. No: 30 / 6 Çırağan/ Beşiktaş - İstanbul
Tel: 0 (212) 259 35 91 Fax: 0 (212) 296 51 41

ALZHEİMER HASTALIĞI VE BAKIM HİZMETLERİ ÇALIŞTAYI

23-25 Nisan 2015- BURSA

ÇALIŞTAY RAPORU

Haziran 2015

Çalıştay Düzenleme Kurulu

Prof. Dr. Bilgen TANELİ

Prof. Dr. Suna TANELİ

Coşgun GÜRBOĞA

Kezban DURDUBAŞ

Yasemin ŞAVŞATLI

Oturum Başkanları

İshak ÇİFTÇİ Onursal Başkan

Recep AKTEPE Onur Başkan

Prof. Dr. Engin EKER Onursal Başkan

Prof. Dr. Bilgen TANELİ

Prof. Dr. İsmail TUFAN

Coşgun GÜRBOĞA

Raportör

Kezban DURDUBAŞ

ÖNSÖZ

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Bursa Büyükşehir Belediyesi ve Alzheimer Vakfı işbirliği ile düzenlenen bu çalıştayın amacı, yaşlı bakımında çalışan bilim insanı, uzman ve uygulayıcıları bir araya getirmek, yaşlı ve Alzheimer hastalarının bakım sorunlarını tartışmak, çözüm önerileri üretmek, toplumsal bilincin yükseltilmesine katkı vermektir.

Ülkemizde yaşlı nüfus oranı TÜİK 2014 verilerine göre %8'dir. Yaşlı bakımının sosyal politikaların ana sorun alanları eksenine oturtulması gereğini istatistik veriler ve öngörüler ortaya koymaktadır.

Yaşlı bakımında kamu, yerel yönetimler, belediyeler çalışmalar yapmaktadır. Alzheimer hastalarının bakımındaki çalışmaların geçmişi çok eski olmamakla birlikte hizmetler mevcuttur. Ancak yaşlının sosyal bakımı, sosyal desteği, sağlık bakımının koordinasyonun ve entegrasyonun sağlanması sorunsalı devam etmektedir.

65 yaş üstü bireylerde görülen Alzheimer hastalığı, yaşla birlikte beyin hücrelerin erken yıkımı sonucu oluşan, en önemli bulgusu unutkanlık olan bir hastalıktır. Hastalığın değişmez risk faktörü olarak yaş bilinmektedir. Nüfusun yaşlanması ile gelecek dönemde görülme sıklığı daha da yükseleceği beklenmektedir. Bu bağlamda hastalığın toplum tarafından bilinirliğinin artırılması, önlem ve bakım sorununa ilişkin çözümlerin üretilmesi gerektiği inancındayız.

Dünya ülkelerinin uygulamakta olduğu yerinde yaşlanma olgusu ve evde bakım hizmetlerinin sunulmasına ilişkin politikalarının önceliğinde, yaşlı bireyin mümkün olduğunca bağımsız yaşam sürdürmesini sağlama, sosyal yaşama katılma, yaşam kalitesini artırma vb. konuları yer almaktadır. Ülkemizde benzer dönüşüm yaşanmaktadır.

23-25 Nisan 2015 tarihleri arasında Bursa'da düzenlenen Alzheimer Hastalığı ve Bakım Hizmetleri Çalıştayında katılımcılar; Alzheimer hastalının bilinirliğinin ve hastalık hakkında toplumsal bilincin oluşturulması ile evde bakım hizmetlerinin toplum desteğinin oluşturulması, hastaların özellikle erken evrede yaşadığı çevreden koparmadan bakım ve desteğin hasta, aile, bakım elamanı çizgisinde verilmesi ve ileri evrede gerektiğinde kurumsal bakımın sağlanması; iyi uygulama örneklerinin ülke geneline yaygınlaştırılması, sürdürülebilirliği için temel mevzuat düzenlemesi ihtiyacı konularında görüş birliğine varmıştır. Çalışmaların yaşlı ve Alzheimer hastalarının bakım hizmetlerinin geliştirilmesinde yol gösterici olmasını dilerim.

Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü

ÇALIŞTAY SUNUMLARI

BİLGELENDİRME OTURUMU ALZHEİMER HASTALIĞI VE BAKIM HİZMETLERİ

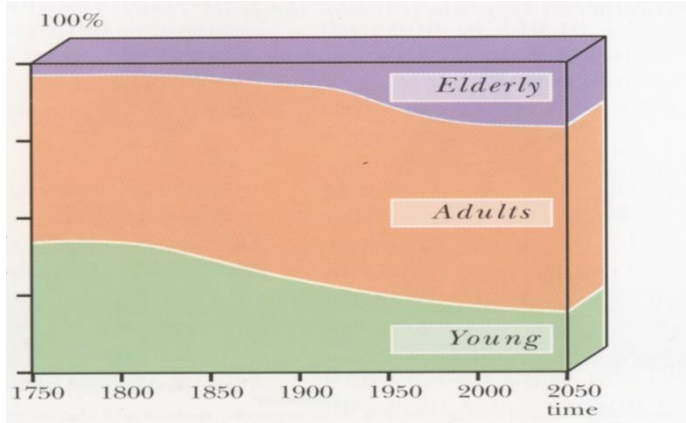
23 Nisan 2015
9:30-13:00

**Alzheimer Hastalığının Kısa Tarihi ve Başlangıç Belirtileri:
Prelinik Dönem, Hafif Kognitif Bozukluk, Erken Evre**

Prof. Dr. Bilgen TANELİ
Alzheimer Vakfı Yönetim Kurulu Üyesi

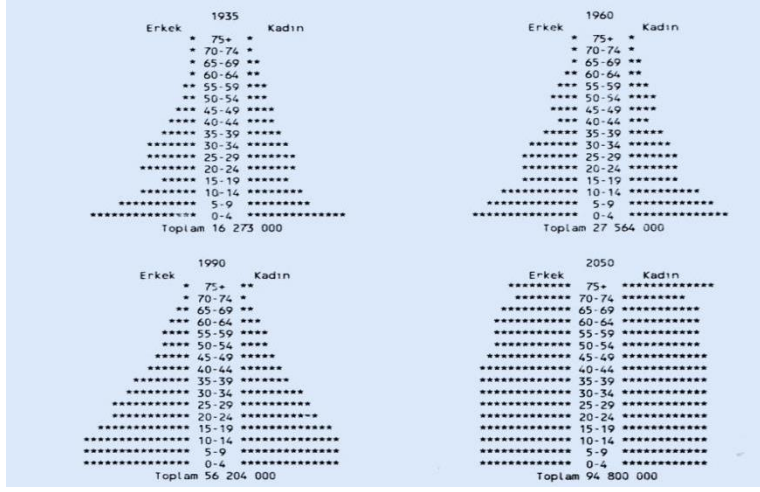
Dünya Nüfusu Hızla Yaşlanıyor

1800'lerin başında Dünya nüfusunun 1 milyar kişi olduğu varsayılmakta, 1960 yılında 3 milyar, 2000 yılında 6 milyar, 2012 yılı başlarında 7 milyar, 2050 yılında 10 milyar olacağı tahmin edilmektedir.



Yaşlıların artışı: 1750-2050 yılları arasında
Batı ülkelerinde başlıca üç yaş grubunun değişimi

Türkiye'de yaş piramitlerindeki değişiklik (1935, 1960, 1990, 2050 yılları): Yaşlılar giderek artıyor, gençler azalıyor.



Her canlının bir ömür süresi vardır. Sirke Sineği (*Drosophila*) 30 gün yaşamaktadır. **Galapagos Kaplumbağası**, boyu 180 cm, ağırlığı 400 kg. bulabilmekte ve 170 yıla kadar yaşayabilmektedir.

İnsanların yaşam sürelerine bakıldığında; Trabzon'da Havva Nine 130 yaşındadır. Bitlis doğumlu Zaro Ağa 157 yıl yaşamıştır. En uzun ömürlü insan Li Ching Yun olarak bilinmektedir. 1677 yılında doğan Yun, 257 yıl yaşamış ve 1933 yılında hayatını kaybetmiştir.

Yaratıcılık, gençlere mahsus değildir.

Üstatların büyük eserleri, sıklıkla ileri yaşların ürünüdür. **Mimar Sinan (1490-1588)**, 98 yaşına kadar üç Osmanlı Padişahına mimarlık etmiş ve Edirne'deki Selimiye Cami'sini 75 yaşında tamamlamıştır.

Michelangelo (1475-1564), 72 yaşında Roma'daki St. Petersdom katedrali kubbesi inşasına başlamıştır. **Kaşgarlı Mahmut (1008-1105)** Divânü Lügati'l-Türk adlı eserini 65 yaşında tamamlamıştır. **Lucas Cranach'ın**, 1546 Tarihli Tablosu Gençlik Havuzunu 73 yaşında yapmıştır

Tıp alanındaki gelişmeler

Tıp alanındaki gelişmeler, yaşamı tehdit eden hastalıkların sınırlandırılmasına, hatta yok olmasına imkan vermiştir. Aynı zamanda bu durum, insanların gittikçe yaşlanmalarına, yaşa bağlı hastalıkların ve kronik hastalıkların daha sık görülmesine yol açmıştır. Örneğin, Alzheimer Hastalığı ya da diğer demansiyel hastalıklar gibi.

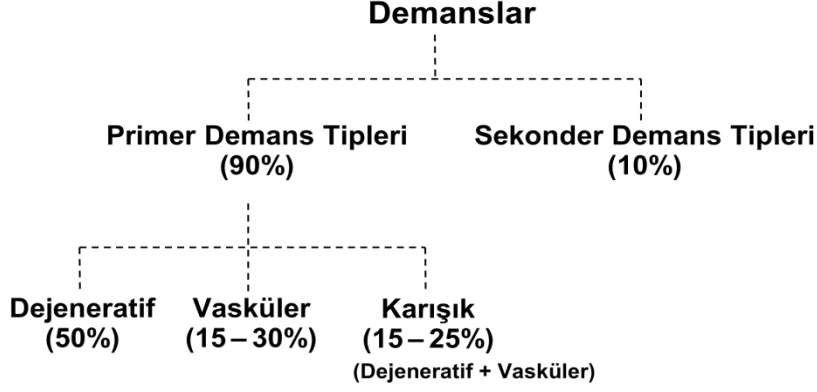
Demans:

Kognitif (bilişsel) yetiler, yargılama, muhakeme (akıl yürütme) ve içgörü kaybı ile karakterize, genel olarak yaşlı nüfusun hastalığı olan ve çok farklı nedenlerle ortaya çıkabilen bir sendromdur.

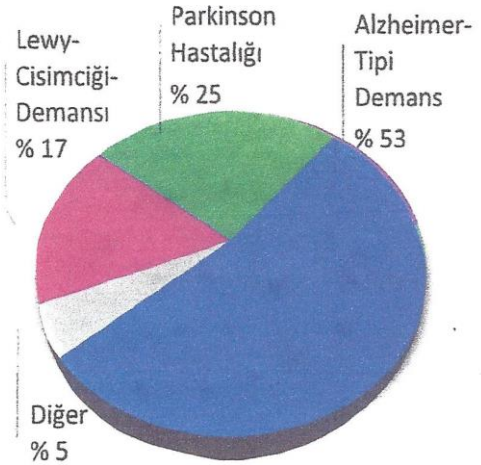
Kognitif (Bilişsel) Fonksiyonlar

Geniş anlamda; "dikkat, algı, hafıza, öğrenme ve düşünme"dir.

Demans Sınıflandırması – Genel



Dejeneratif Demanslar,



Ebert D, Psychiatrie systematisch. UNI-MED Verlag: Bremen 2. Edition, 97/98

Alzheimer Hastalığı

- Beyin dokusunun incelenmesiyle saptanabilen nörobiyolojik değişiklikleri olan,
- Kognitif işlevlerde bozulma ile kendini gösteren,
- Dejeneratif, ilerleyici ve geri dönüşümsüz bir DEMANS türüdür.
- Sinsi başlayan bellek kaybı ve
- Davranış bozuklukları
İle karakterizedir.

Prof. Dr. Alois ALZHEİMER

Prof. Dr. Alzheimer, 14 Haziran 1864 yılında, Almanya'da Würzburg şehrinin yakınlarındaki küçük bir kasabada, Markbreit'ta doğdu. Doğduğu ev, bugün müze olarak kullanılmaktadır. 1915 yılında, 51 yaşında, bugün için çok genç yaşta öldü. Würzburg Üniversitesi Psikiyatri Kliniğinde bir büstü bulunmaktadır.

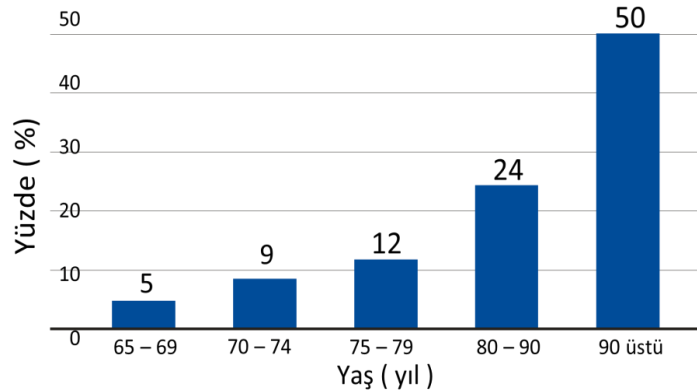
Alzheimer, tıp eğitimini Berlin, Würzburg ve Tübingen'de sürdürdü ve 1888 yılında tekrar Würzburg'a dönerek tamamladı. Aynı yıl Frankfurt'ta, akıl hastalarının ve epileptiklerin bulunduğu bir hastanede çalışmaya başladı. Hastası 51 yaşındaki Auguste D.'yi 1901 yılında bu hastanede tanıdı ve yıllarca izledi.

Alzheimer'ın birinci derecede ilgi alanı, insan beyni korteksi üzerinde araştırmalar yapmaktı. Mikroskop kullanarak psikiyatrik hastalara yardımcı olmak istiyordu. 51 yaşındaki kadın hasta Auguste D.'nin beyin korteksindeki bulgular böylece saptanmış oldu. 51 yaşındaki Auguste D.'nin ilk belirtisi, kocasını paranoid düzeyde aşırı kıskanmasıydı. Bu durum kısa sürede hızla ilerleyerek, bellek bozukluğu, zaman ve mekan desoriyantasyonu, birinin kendini öldüreceği ya da cinsel tacize uğrayacağı şüpheleri ve işitme hallüsinasyonları gelişti. Belleği ileri derecede bozulup yatalak oldu. İnkontinans gelişti. İyi bir bakıma rağmen dekubitus oluştu ve 4.5 yıl gibi kısa sürede öldü.

Dr. Alzheimer'ın hastası Auguste D.'nin 1906 Nisan ayında ölümünden sonra beyin korteksinde saptadığı bulgular:

- Kortikal nöronların dejenerasyonu sonucu gelişen nöronların içindeki yumaklar ve nöronların dışında oluşan plaklar.
- Dr. Alzheimer bu değişiklikleri ve hastasını 3 Kasım 1906'da Almanya-Tübingen'de bilimsel bir toplantıda ilk olarak sunuyor.
- Beklediği ilgiyi göremiyor.
- 1907 yılında da "Beyin kabuğunun kendine özgü bir hastalığı" adı altında "Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und Psychisch-Gerichtliche Medizin" dergisinde yayınlıyor.
- Münich Psikiyatri Kliniği Direktörü Prof. Emil Kraepelin 1910 yılında yayınladığı kitapta ilk olarak "Alzheimer Hastalığı" adını kullanıyor.
- Ünlü Alzheimer hastaları, Ronald Regan, Margaret Thatcher

65 yaş üzerinde prevalansı %10'dur. Her 10 kişiden birinin hastalığa yakalanma riski bulunmaktadır. **Prevalansı 65 yaşından sonra her 5 yılda bir ikiye katlanarak artış gösterir.**Dünyada 34 milyon, Türkiye'de 450 bin Alzheimer hastası bulunmaktadır.

Demanslı Hastaların Yaş Gruplarına Göre Yüzdeleri

A.O. Beske und F. Kern:
Entwicklung der Zahl von Demenzpatienten in Deutschland bis zum Jahr 2030. IGSF Kiel, 1999

Alzheimer Hastalığı'nda Klinik belirtiler

- En erken belirtisi bellek kaybıdır.
- Lisan,
- Görsel-mekansal beceriler,
- Soyut düşünce ve yargıda, bozulma
- Kişilik / davranış değişiklikleri
- Kendine bakım yetersizliği görülür.
- Son evrede fiziksel işlevler bozulur.

Davranış Bozuklukları (BEHAVE-AD Skalası)

- Paranoid ve diğer hezeyanlar
- Varsanımlar
- Aktivite bozuklukları
- Agresyon
- Diurnal ritm bozukluğu
- Affektif bozukluk
- Anksiyete ve fobiler

Alzheimer ile Vasküler Demansın Klinik Seyri

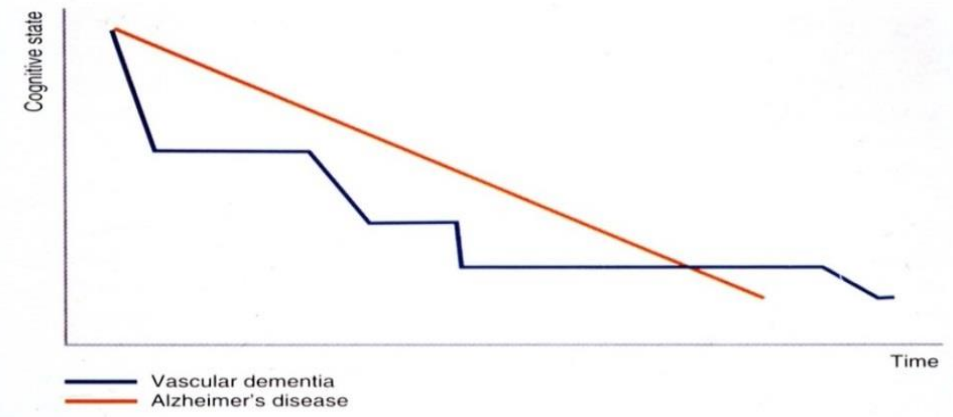
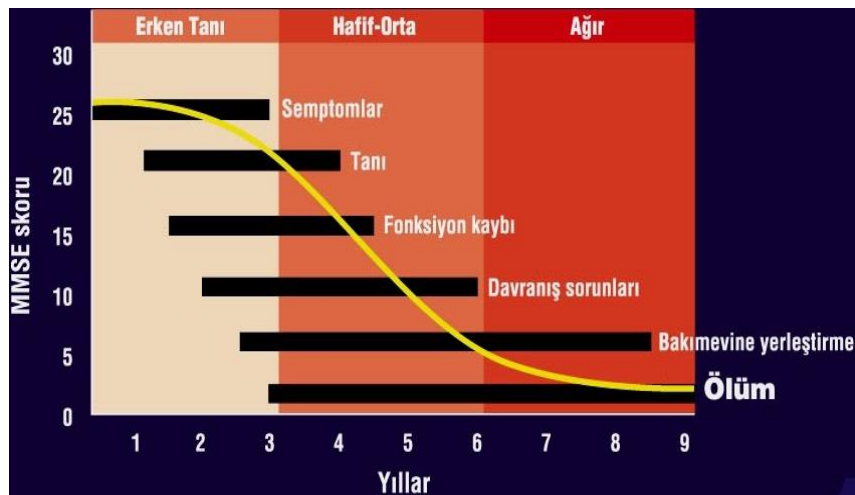
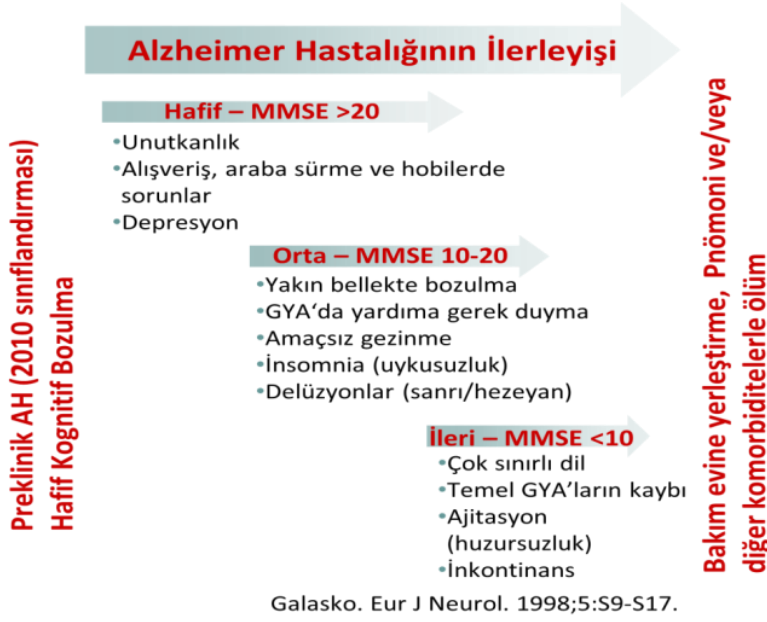


Figure 11
Clinical course of vascular dementia.

Hastalığın ilerleyişi





| YAKLAŞIK YAŞ | GELİŞİMDE YAKLAŞIK SÜRE | GELİŞİMDE EDİNİLEN /ALZHEİMER'DA KAYBEDİLEN BECERİLER | ALZHEİMER'DA YAKLAŞIK SÜRE | ALZHEİMER DERECEŚİ |
|--|-------------------------|--|----------------------------|--------------------|
| 12+ yaş | 7 yıl | Meslek edinme | 7 yıl | BAŞLANGIÇ |
| 8-12 yaş | 5 yıl | Basit bütçe hesabı | 2 yıl | HAFİF |
| 5-7 yaş | 2,5 yıl | Uygun kıyafet seçimi | 1,5 yıl | ORTA |
| 5 yaş 4 yaş 4 yaş 3-4,5 yaş 2-3 yaş | 4 yıl | Yardımsız giyinme Yardımsız yıkanma Yardımsız tuvalete gitme İdrarını tutma Büyük tuvaletini tutma | 2,5 yıl | ORTA-AĞIR |
| 15 ay 1 yaş 1 yaş 6-10 ay 2-4 ay 1-3 ay | 1,5 yıl | 5-6 kelime konuşma Bir kelime konuşma Yürüme Dik oturma Gülümseme Başını dik tutma | 7 yıl ya da daha fazla | AĞIR |

İşlevsel Basamakların Doğumdan İtibaren Normal Gelişimi ve Alzheimer Hastalığında Gerileyişi (Retrogenesis)

Reisberg, B., Franssen, EH, Souen LEM, Auer S., Kenowsky S. (1998) Progression of Alzheimer's disease: variability and consistency: ontogenic models, their applicability and relevance. *Journal of Neural Transmission, Suppl.* (Volume 54: 9-20)

Prelinik Alzheimer Hastalığı

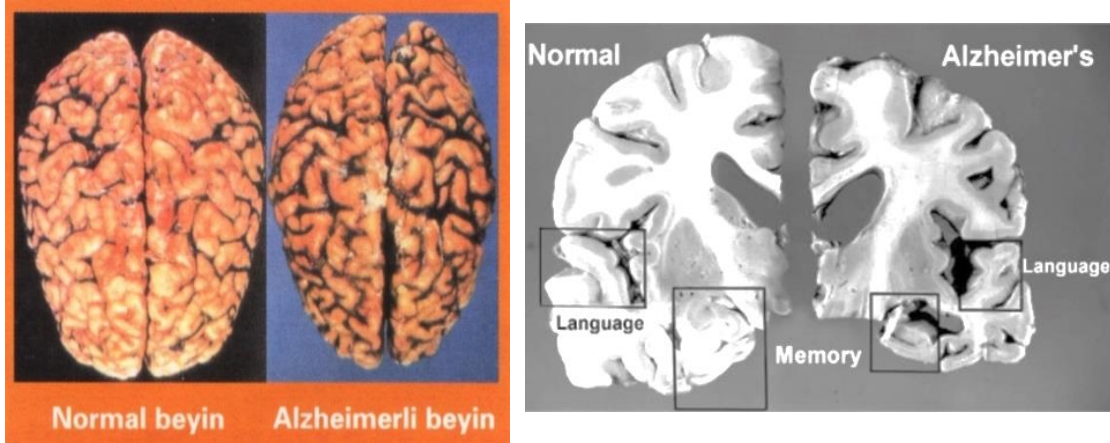
- 2010 yılında gündeme getirilen yeni demans kriterlerinden **Prelinik AH'da**:
- Asemptomatik AH'da, bellek bozukluğu ve diğer AH semptomları henüz yoktur. Fakat biyolojik markırlarda risk saptanı
- Presemptomatik AH'da; bellek bozukluğu, AH semptomları bulunmamakla beraber, genetik mutasyon vardır (Örneğin ApoE Genotipi).
- Hafif Kognitif (bilişsel) Bozuklukta, AH tanısı aldırarak düzeyde kognitif bozukluk yoktur. Bellek bozukluğu normal yaşlılık ile AH arasında bir geçiş düzeyindedir. Bir kısmı zaman içinde AH'na doğru gelişir. Kesin kara vermeden sistemik tıbbi nedenler araştırılmalıdır

Alzheimer Hastalığı ve Beyin

Plaklar ve Yumaklar, Alzheimer Hastalığı'nın Tanımlayıcı Özellikleridir. Bu iki anormal yapı Alzheimer hastalarının beyinlerinde çok miktarda bulunur.

Nörotik Plaklar (Beta-Amiloid Plaklar): Sinir hücrelerinin çevresinde biriken, protein ve hücre yapısından oluşan yoğun çökeltilerdir.

Nörofibriler yumaklar: Sinir hücresinin içinde biriken bükümlü liflerdir.

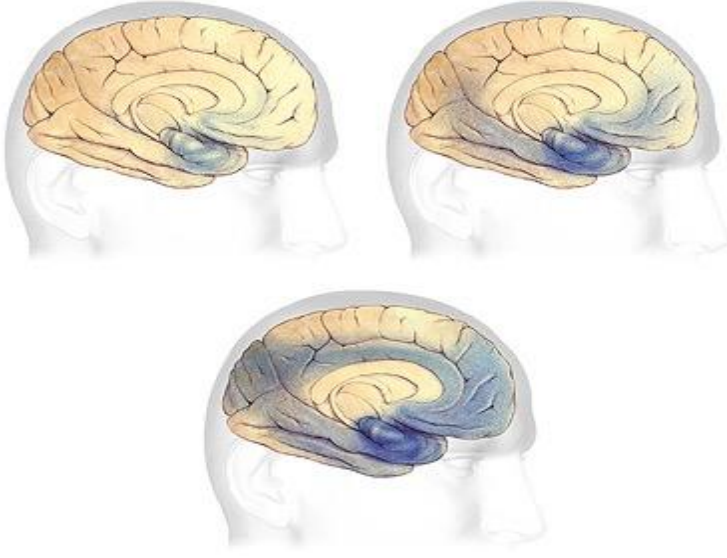


Alzheimer Hastalığı ilerledikçe amiloid plaklar ve nörofibriler yumaklar (mavi ile işaretlenmiş alanlar) kortekste bilindik bir biçimde yayılır. Hastalığın ilerleme hızı büyük ölçüde farklıdır. Alzheimer hastaları ortalama 8 yıl yaşarlar, ancak bazı kişilerin 20 yıla kadar yaşadığı da görülmüştür. Hastalığın seyri tanı anındaki yaşa ve kişinin sağlığını etkileyen başka durumların olup olmasına bağlıdır.

Erken Evre: Tanı konmasından 20 yıl hatta daha uzun bir süre önce beyinde farklılaşma başlamış olabilir.

Orta Evre: Genelde 2-10 yıl sürer.

Geç Evre: 1 - 5 yıl sürebilir



Erken Evre (MMSE: 21-23)

| Kognitif Yetiler | Fonksiyon | Davranışlar |
|---|---|---|
| Hatırlama / öğrenme Sözcük bulma Problem çözme Yargılama Hesaplama | Konuşulanların, okunanların ayrıntılarını unutma Karmaşık hobiler İş Araba sürme Para işleri Alışveriş İlaçlar Hatırlatıcılara, notlara gereksinim | Apati İçine Kapanma Anksiyete İrritabilite Depresyon |

Tanı Nasıl Konur? Alzheimer Hastalığında Ayırıcı Tanı

| | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Vasküler Demans • Fronto-Temporal Demans, Pick Hastalığı • Lewy-Body Demansı • Jakob-Creutzfeld Hastalığı | <ul style="list-style-type: none"> • Depresyon (Psödodemans) • Deliryum • İlaçlar ve Alkolik Demans • Görme ve/veya işitme Bozuklukları |
|--|---|

Tanı Koymada Kullanılan Yöntemler

- Ayrıntılı anamnez
- Fizik muayene
- Laboratuvar tetkikleri
- Klinik gözlem ve değerlendirme
- Nöropsikolojik testler
- Görüntüleme yöntemleri
- Kesin tanı: otopsi ve beyin biyopsisi

Laboratuvar Tetkikleri

- Tam kan sayımı: Anemi
- Eritrosit sedimentasyon hızı: İnflamasyon, malignite
- Elektrolitler (Na, K, Cl): Elektrolit dengesizliği
- Kan üre azotu (BUN): Böbrek yetmezliği
- Kan şekeri (glukoz): Diabetes mellitus
- Homositein: Fazlalığı
- Folik asit: Folat eksikliği
- Tiroid hormonları (T3, T4, TSH): Hipotiroidi
- Kalsiyum, fosfor: Paratiroid hastalığı
- B12 vitamini: B12 eksikliği - Pernisyöz anemi
- KC fonksiyon testleri (SGOT, SGPT): KC hastalığı
- VDRL: Sifiliz
- HIV antikoru: AIDS

Sık kullanılan testler

- Mini Mental Durum Değerlendirme Testi
- Saat Çizim Testi
- Kısa Sendrom Testi

Standardize Mini-Mental State Examination (MMSE)

1975 yılında Folstein ve ark. tarafından geliştirilmiştir. Daha sonra 1997 yılında Molloy ve Standish tarafından standardize edilmiştir. Bu test Engin Eker ve ark. tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Ayrıca eğitimsizler için de bir versiyonu geliştirilmiştir. En çok kullanılan testlerden biridir.

| | |
|-----------------------|-----------|
| Oryantasyon | (10 puan) |
| Kayıt Hafızası | (2 puan) |
| Dikkat ve Hesap Yapma | (5 puan) |
| Hatırlama (3 puan) | |
| Lisan, Yazı, Çizim | (9 puan) |
| Toplam | 30 puan |

Mini Mental Durum Muayenesi (MMSE)^{1,2,3,4}

Mini Mental Durum Muayenesi (MMSE), kognitif durumu ölçmek için en sık kullanılan testtir. Bu test, kognitif bozukluğunun şiddetini ölçmek ve kognitif durumda zaman içinde oluşan değişimi ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. MMSE yaklaşık 10 dakika içinde yapılabilir.

Testin toplam puan 30'dur. Farklı sınır değerler kullanılmakla birlikte, genellikle 23 ya da daha düşük bir puan kognitif bozukluğun göstergesi olarak kabul edilir (hafif = 20-23; orta = 10-19; ağır = 0-9). Bununla birlikte, hastanın eğitim düzeyi ve kültürel altyapısı gibi faktörler dikkate alınmalıdır; yüksek eğitim almış demanslı bir hasta 27 ya da daha yüksek puan alabilir, demansı olmayan az eğitilmiş bir kişi de 24 gibi düşük puan alabilir. Testin sonuçları tek tanı aracı olarak kullanılamaz; klinik öykü ve muayene bulguları da göz önüne alınarak yorumlanmalıdır.

Maksimum Puan Alınan Puan

| Maksimum Puan | Alınan Puan | Soru |
|---------------|-------------|--|
| 5 | () | Oryantasyon Hangi yıldayız? Hangi mevsimdeyiz? Hangi aydayız? Bugün ayın kaç? Bugün günlerden ne? |
| 5 | () | Hangi ülkede yaşıyoruz? Hangi kentteyiz? Bulduğumuz semtin adı nedir? Bu hastanenin adı nedir? Kaçınıcı kattayız? <i>Her doğru yanıt için 1 puan verin.</i> |
| 3 | () | Bellek Üç kelime söyleyin (mavi, şahin, lale) ve herbiri için 1 saniye verin. Sonra hastanızdan bunları tekrar etmesini isteyin. Yanıt için 20 saniye tanıyın. Her doğru yanıt için 1 puan verin. Hasta üç kelimeyi de tekrar edemezse, öğrenene ya da 5 kereye kadar deneyin. |

Toplam Test Puanı Alınan Puan

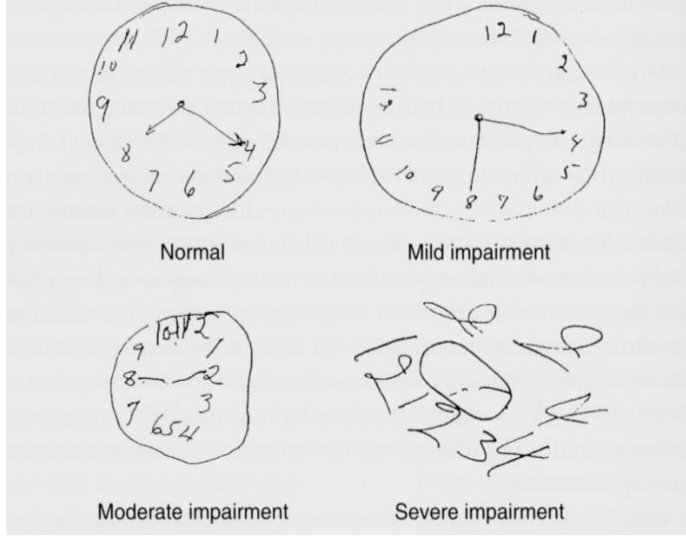
30 ()

Maksimum Puan Alınan Puan

| Maksimum Puan | Alınan Puan | Soru |
|---------------|-------------|--|
| 5 | () | Dikkat Yüzden geriye yedişer yedişer sayma. Hastanıza 100'den 7 çıkarsa kaç kaldığını sorun. Daha sonra 7 daha çıkarmasını isteyin, örneğin 93'ten 7 çıkarsa kaç kalır vb. Bunu beş kez tekrarlayın. Her doğru yanıt için 1 puan verin. Alternatif olarak, DÜNYA sözcüğünün harflerini tersten sırayla saymasını isteyin (AYNÜD = 5; bir harf eksik [örn. AYND, AYÜD] = 4; iki harf eksik [örn. AYN, NÜD] ya da yer değiştirmiş [örn. AYÜND, ANYÜD] = 3; üç harf eksik [örn. AY, ÜD] ya da yer değiştirmiş [örn. AÜNDY] = 2; dört harf yer değiştirmiş [örn. ANYDÜ, YANDÜ] = 1). |
| 3 | () | Hatırlama Hastanızdan daha önce söylemiş olduğunuz üç sözcüğü hatırlayarak söylemesini isteyin. Her doğru yanıt için 1 puan verin. |
| 2 | () | Dil Bir kalem ve bir kol saati göstererek bu nesnelere adlarını söylemesini isteyin. |
| 1 | () | "O gelmiş olsaydı, ben de giderdim" cümlesini söyleyerek bunu tekrarlamasını isteyin |
| 3 | () | Üç aşamalı bir komut verin: 1) Bu kağıdı sağ/sol elinize alın. 2) Ortadan ikiye katlayın. 3) Yere, ayaklarınızın yanına bırakın. Doğru uygulanan her komut için 1 puan verin. |
| 1 | () | Şu yazıyı okutun ve yazılmasını isteyin: GÖZLERİNİZİ KAPATIN. Yalnızca hasta gözlerini gerçekten kapatırsa puan verin. |
| 1 | () | Boş kağıda bir cümle yazmasını isteyin. Cümle mantıklıysa puan verin. Harf eksikliği gibi hataları ihmal edin. |

Referanslar

- Morgan CD, Bado LE. Neuropsychological testing and assessment scales for dementia of the Alzheimer's type. *Geriatric Psychiatry* 1997; 20(1): 25-43.
- Bouchard RW, Rossor MN. Typical clinical features. In: Gauthier S (ed.). *Clinical diagnosis and management of Alzheimer's disease* (Martin Dunitz, London, 1999): 57-71.
- Burns A, Lawlor B, Craig S. Assessment scales in old age psychiatry. Martin Dunitz, London, 1999.
- Alzheimer hastalığının tanı ve değerlendirme rehberi. Uluslararası Psikiyatri Derneği (IPA) tarafından, Kasım 1996 tarihinde Genevre'de düzenlenen olan "Alzheimer Hastalığı Uygulamalı Tanı ve Değerlendirme Konferansı"nda ele alınan konulardan geliştirilerek hazırlanmış ve Prof. Dr. Murat Emre tarafından uyarlanmıştır.
- Feldman H, Gracon S. Alzheimer's disease: symptomatic drugs under development. In: Gauthier S (ed.). *Clinical diagnosis and management of Alzheimer's disease* (Martin Dunitz, London, 1996): 239-259.

Saat Çizim Testi (Clock Drawing Test)

1994 yılında Freedman ve ark. ile 1995 yılında Tuokko ve ark. tarafından geliştirilmiştir. Pratik ve çabuk uygulanabilir bir test olması nedeniyle çok kullanılır.

- Helmut Erzigkeit tarafından geliştirilmiştir.
- Türkçe'ye uyarlaması Bilgen Taneli, Suna Taneli ve Neslim Güvenderer tarafından yapılmıştır.
- Daha sonra Taneli ve ark. tarafından normal yaşlılarda ve demanslı hastalarda uygulanmıştır.
- Bellek ve dikkat bozukluklarını değerlendirmek için kısa kognitif yetenek testidir.
- Kısa sürede uygulanabilir bir testtir.
- 9 aşamalı olup,
- 5 farklı versiyonu vardır.

Syndrom Kurz Test (SKT) (Short Cognitive Performance Test)

SKT : Syndrom Kurztest





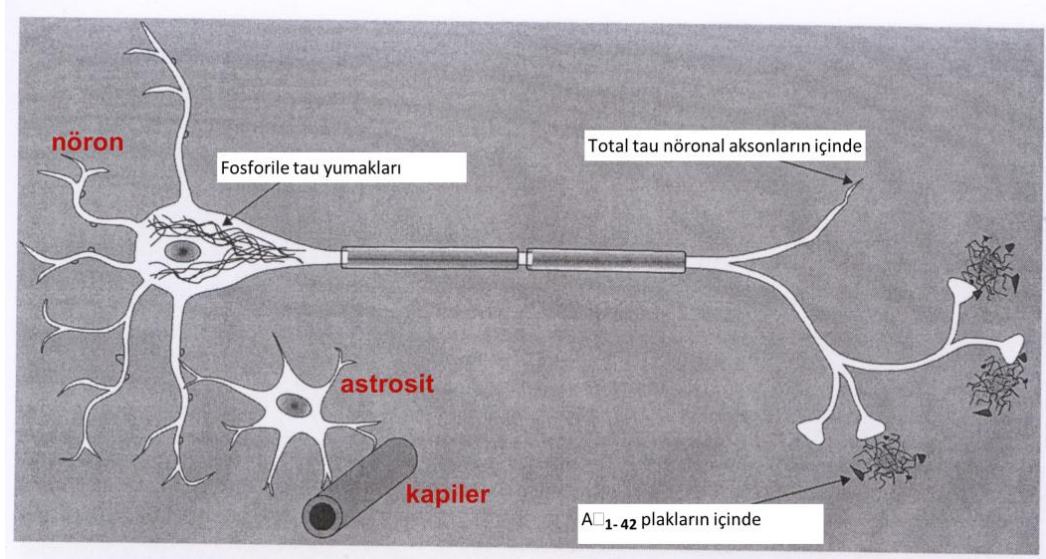
Görüntüleme Yöntemleri: Sık Kullanılan Yöntemler

- EEG: Elektroensefalografi
- CT/BT: Bilgisayarlı Tomografi
- MRI: Manyetik Rezonans Görüntüleme
- SPECT: Single Photon Emission Tomography
- PET: Positron-Emission Tomography

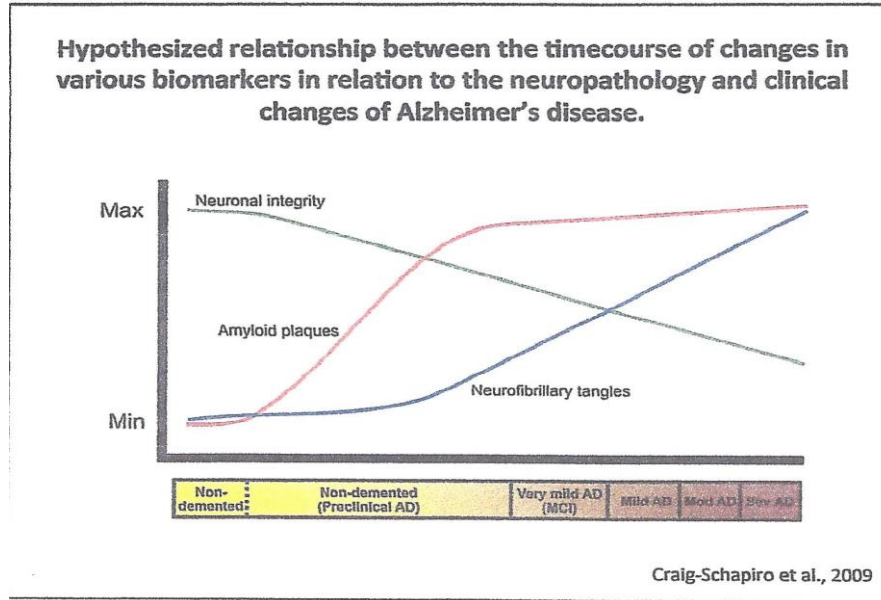
Sporadik AH'da Beyin-Omurilik Sıvısındaki (BOS) en önemli Biyomarker değişiklikleri:

- Amiloid Beta (1-42) azalır,
- Total tau artar,
- Fosfo-tau artar.
- Bu üç değişikliğin birlikte bulunması, sporadik AH'nın tanı değerini anlamlı ölçüde yükseltir (sensitivite: > %95, spesifisite: > %85).

(Kaynak: Mattson et al. 2012, Sarazin et al., 2012, Humpel, 2011, Blennow et al. 2010)

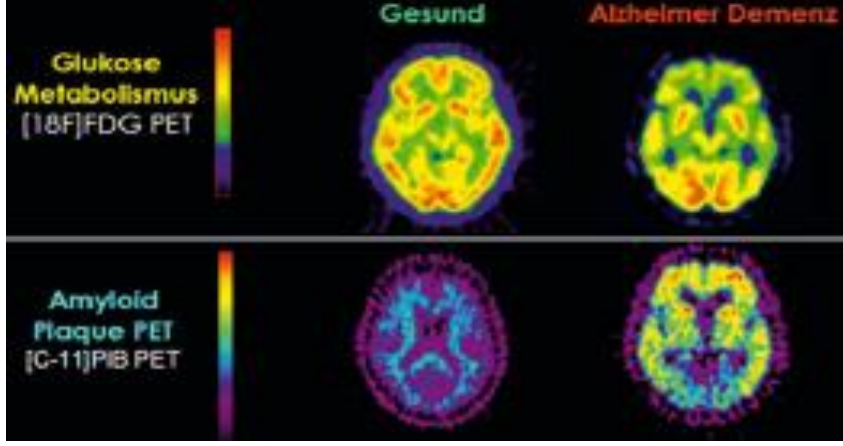


Şekilde **nöron** ile yanında **astroisit** ve **kapiler** görülmektedir. Alzheimer Hastalığı'nda patojenik süreç ve ilişkili **Biyomarkerlar** anlatılmaktadır. **Total Tau proteini konsantrasyonu**, nöronal ve aksonal dejenerasyonun markeridir. **A β ₁₋₄₂** konsantrasyonu, plak oluşumunun markeridir. **Fosforile tau**, tau fosforilasyonu ve yumak oluşumunun markeridir



Alzheimer hastalığının klinik olarak gelişmesiyle, hastalığın nöropatolojisi ile ilişkisi biyomarkerlarının (beyin, omirilik sıvısındaki miktarlarının) zaman içindeki değişimlerinin hipotetik ilişkisi.

Yeni tanısal yaklaşımlar
Positron-Emission-Tomography



Normal kişiler ile Alzheimer hastası olan kişilerin beyinlerindeki glikoz metabolizması ve Amiloid plakların Positron-Emission-Tomography (PET) yöntemi ile yapılan inceleme sonuçlarının karşılaştırılması (Jessen, 2008).

Alzheimer Hastalığında Orta-İleri Evre

Prof. Dr. Mustafa BAKAR
Alzheimer Derneği Bursa Şubesi

Alzheimer Hastalığının Epidemiyolojisi *Alzheimer Hastalığı Problemin Boyutları*



Dünyada, 2010 yılında yaklaşık 35 milyon kişi, Alzheimer hastasıydı. Her 7 saniyede bir vaka, eğer yeni bir tedavi bulunmazsa 20 yıl sonra bu rakam ikiye katlanacak.

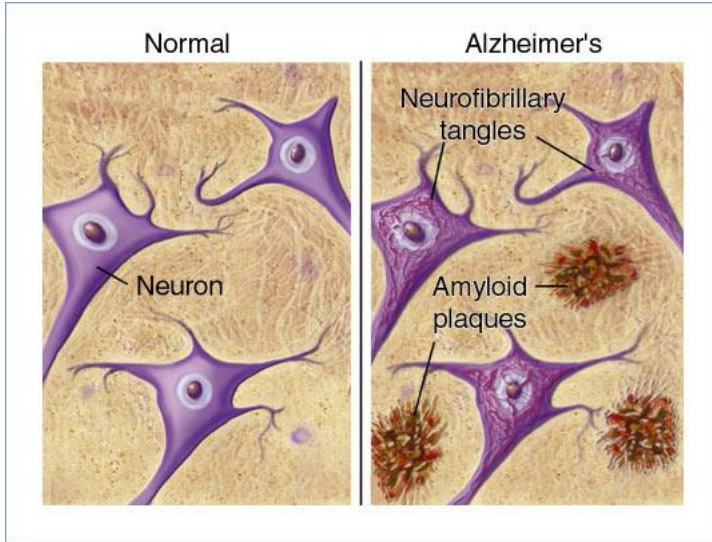
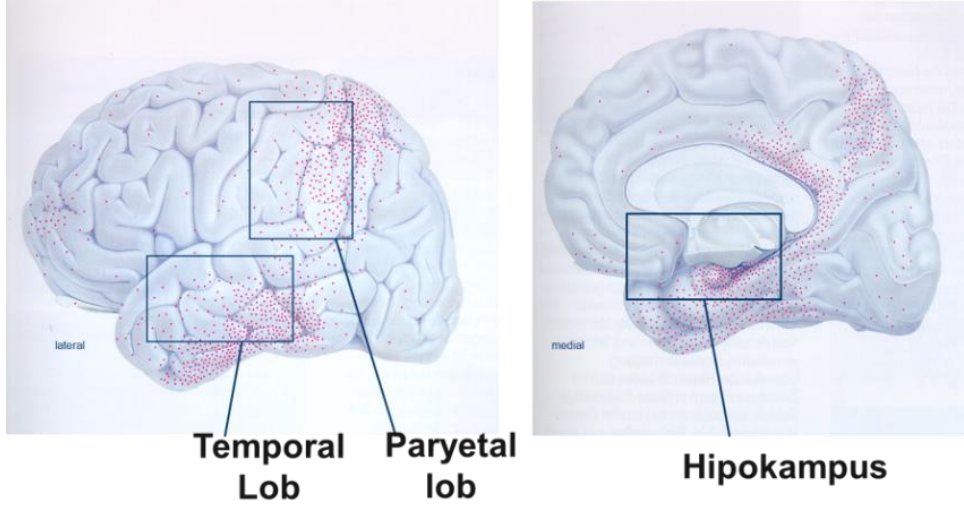
Alzheimer hastalığı

- Demans vakalarının yaklaşık %70'i
- Kanser ve kalp hastalığından sonra 3. en fazla maliyete neden olan hastalık
- Alzheimer hastalığının yıllık ekonomik maliyeti 315 milyar \$

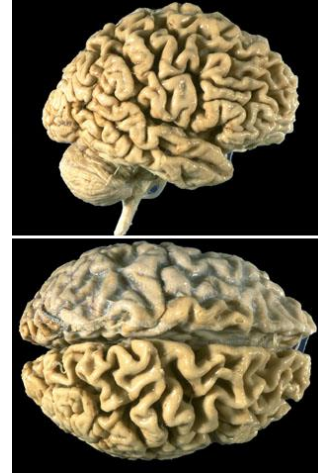
Alzheimer Hastalığının Ülkemizde Görülme Sıklığı

- Türkiye'de Alzheimer hastalığının görülme sıklığı batılı ülkeler ile benzer oranlardadır
- 70 yaş üzerinde Alzheimer hastalığı sıklığı %11
(Türkiye Alzheimer Prevalans Çalışması- Gürvit ve ark., 2008)
- Ülkemizde 65 yaş üstü nüfus 2008 yılı sayımlarına göre 4 milyon 893 bin (toplam nüfusun %7'si)
- Ülkemizde yaklaşık 450.000 üzerinde Alzheimer hastasının olduğu tahmin ediliyor

Alzheimer Hastalarında Tutulan Beyin Bölgeleri



Alzheimerli beyin



Normal beyin



Alzheimer Hastalığının Belirtileri

AH'li hastalarda günlük yaşam aktiviteleri, davranışlar kognitif fonksiyonlarda bozulma görülmektedir.



Kognitif fonksiyonlar

- Unutkanlık
- Dikkat azalması
- Lisan sorunları
- Görsel-uzaysal işlev bozukluğu
- Yargılama bozukluğu
- Hesaplama bozukluğu
- El becerilerinde kayıp

Günlük yaşam aktiviteleri

- Para kullanabilmek
- Yemek yapmak
- Hobiler
- Düzgün giyinme
- Yemek yeme
- Telefonu kullanabilme

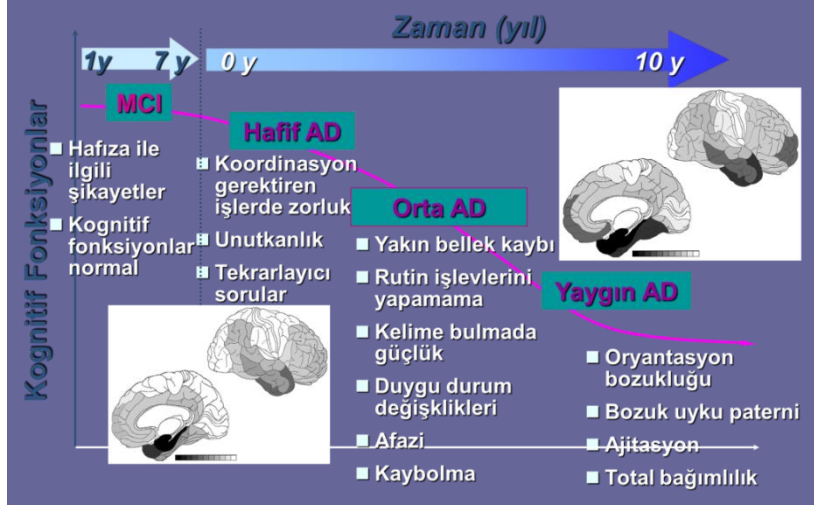
Davranış bozuklukları

- Sözel taciz
- Fiziksel taciz
- Sosyal açıdan uygunsuz davranışlar
- Bakımı ya da tedaviyi reddetme
- Amaçsız olarak gezinme, dışarıya çıkmak isteme, tekrar tekrar aynı davranışları yapma vb.

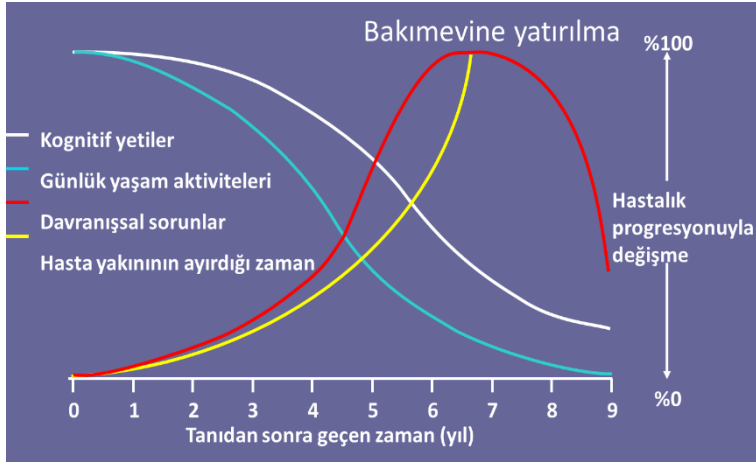
Psikiyatrik bozukluklar

- Depresyon
- Sanrılar (çalınma ,yoksulluk, kötülük görme, alınma, kayıp sanrıları)
- Varsanılar (sıklıkla görsel ve işitsel varsanılar)
- Anksiyete
- Uyku bozuklukları

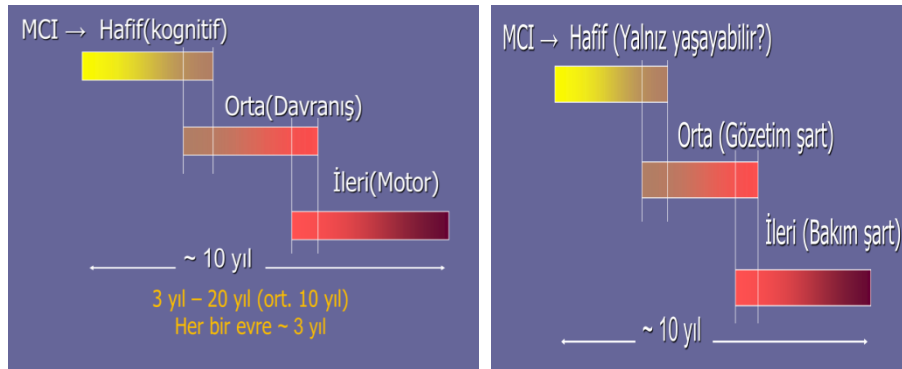
Demansın ilerlemesi



Kognisyon ve GYA Kötüleştikçe Davranış da Kötüleşir



Alzheimer Hastalarında seyir



Orta Evre

- Hasta ev dışındaki bağımsızlığını yitirir, yolunu bulamaz, evdeki odaları dahi karıştırabilir.
- Yeni bilgi öğrenme mümkün değildir, anlama, okuma ve yazma giderek bozulur;
- Birinci derece yakınları hakkındaki bilgiyi genellikle korusa da, torunlarının sayısı, isimleri, okulları gibi bilgileri karıştırmaktadır.
- Evdeki işlevselliği son derece yüzeyselleşmiştir.
- Giyinme sırasında mevsime ya da günün saatine uygun giysiyi seçmede zorlanma, giysilerin sırasını karıştırma başlar.
- Yemeği döküp saçarak yemeye başlar.
- Banyoda yardım gereksinimi ortaya çıkar.
- Sfinkter kontrolü seyrek gece kaçırımları dışında sorunsuzdur.
- Davranışsal belirtiler başlar. Hırsızlık, terkedilme ve sadakatsizlik hezeyanları olabilir. Yalnız kalmaktan ürker ve yakınına (eşi, çocuğu) sürekli gözünün önünde ister.
- Uyku-uyanıklık ritiminde bozulma olur. Gece sık uyanmalar ve gündüz sık uyuklama olur.
- El becerileri ve tanıma bozulur.

Alzheimer Hastalarında İleri Evre

- Yakınına (eşi, çocuğu) ana-babasıyla karıştırabilir, aynadaki kendi yüzünü tanıyamayabilir.
- Giyinmek, yıkanmak, yemek gibi temel GYA'larda artık tam bir gözetim gerekir.
- Evrenin sonlarında yutma gücünü de ortaya çıkar.
- Kelime hazinesi son derece fakirleşmiştir ve evrenin sonlarında tüm verbal yetenekler yitirilir.
- Televizyondaki kişileri ev içindeymiş gibi sanıp konuşmak, aynadaki kendi hayaliyle konuşabilir.
- Amaçsız dolaşma, istifçilik, amaçsız tekrarlayıcı hareketler izlenebilir.
- Hareket kabiliyeti giderek zorlaşır ve sonlara doğru giderek oturmak dahi mümkün olmaz.
- Tuvalet sonrası uygun biçimde temizlenme imkansızdır.
- Ağır evredeki hastaların nörolojik muayenesi son derece güçtür ve mümkün olamayabilir.

Hastalık sürecinde hasta yakınından kaynaklanan zorluklar

Hasta yakını yok (Fiilen veya manen)

- Hasta yalnız yaşıyor
- Hasta bakımevinde

Hasta yakını "tükenmiş"

Araya giren hastalıkların yarattığı zorluklar

- **Araya giren hastalıklar:** Progresyon hızlanması, ilaç kullanımı kontrendikasyonu

Demansın ilerlemesini hızlandıran durumlar

- Mekan değişikliği
 - Araya giren hastalıklar (aşıkâr/subklinik)
 - Operasyonlar
- Demansta ani/hızlı kötüleşme

Davranışsal sorunlar

- Davranışsal sorunlar
 - Hasta üstünde olumsuz etkiler
 - Hasta yakını üstünde olumsuz etkiler
 - Psikiyatrik ilaçların yan etkileri

Demans Tedavisinin Uzun Süreli Yönetimi

- Dejeneratif bir demans hastasını izleyen hekimin ana görevi,
- Bu değişken süreç boyunca hasta ve hasta yakınının yanında bulunmak,
- O ana özgü sorunun çözümü için tıbbi ve psikolojik destek vermek,
- Hasta yakınına yol göstermektir.

Duygusal Tükenme

- Kişinin duygusal kaynaklarının tükendiğini hissetmesiyle duygusal bir yorgunluk yaşaması
- Bakım verdiği kişiye geçmişte olduğu kadar verici ve sorumlu davranmadığını düşünmesi
- Bakım vermenin çok zor gelmeye başlaması, yaptığı işlerde yeterince verimli olamaması.

Bedensel belirtilerin eklenmesi

- Yorgunluk, bitkinlik, gerginlik
- Baş ağrıları, yaygın ağrılar
- Uyku düzensizliği
- Cinsel isteksizlik
- Alkol ve sigara tüketiminde artış

Tükenmişliğin nedenleri

- Rutin olarak aynı işi yapmak
- Takdir görememek
- Baskı altında olmak, işleri yetiştirme telaşı yaşamak
- Bakım vermek dışında başka sorumlulukların da üstlenilmesi
- Bakım verme işinin başkalarıyla paylaşamaması

Alzheimer Hastalarının direkt ve indirek maliyeti

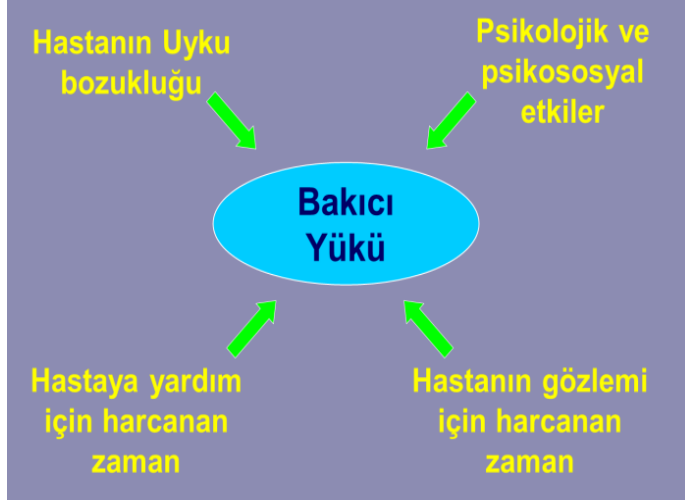
Direk masraflar:

- Bakıcı maliyeti
- Günlük bakım
- Hastane masrafları
- Diagnostik testler
- İlaç tedavisi
- Advers etkilerin takip ve tedavisi
- Poliklinik ziyaretleri
- Hasta ve yakınlarının öngörülme-yen bakım masrafları

İndirek masraflar:

- İşgücü kaybı (Üretkenlikte azalma)
- Ailenin zaman kaybı
- Erken ölüm
- Manevi hasarlar – Psikolojik etkileşimler

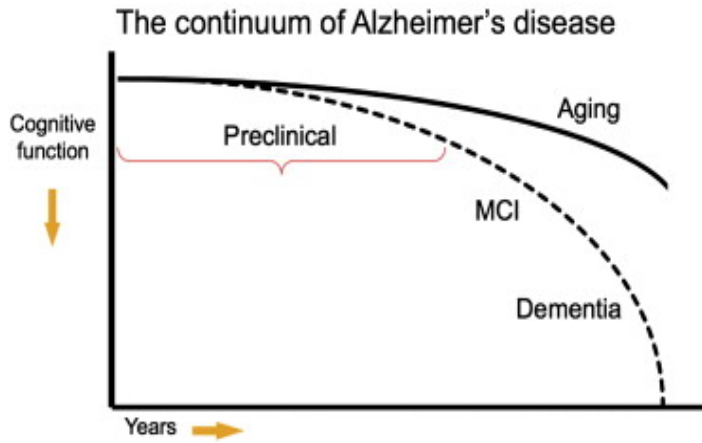
Alzheimer Hastalarında Bakımın Yükü



Aile-Destek tedavi

- Hasta ve hasta yakını bilgilendirme
- Hukuki süreçler
- Hobiler, sosyal ilişkiler
- Eğitim, egzersiz, konsültasyon
- Dinlenme servisleri-Günlük bakım
- Refakatçi desteği
- Bireysel öneriler
- Katılımcı destek grupları
-

Alzheimer Hastalarının patolojik klinik seyri için hipotetik model



Alzheimer Hastalığında rol oynayan faktörler

| Risk faktörleri | Koruyucu faktörler |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Yaş Cinsiyet Düşük eğitim Ailede demans öyküsü Genetik etkenler (APOE-e4 ve a2-MG) Kafa travması Down sendromu Majör depresyon öyküsü Vasküler olaylar Plazma homosistein düzeyi Küçük kafa çevresi Tiroid hastalığı Bazı toksik ve zararlı durumlara maruz kalma | <ul style="list-style-type: none"> Yüksek eğitim APOE-e2 Anti oksidan kullanımı Anti inflammatuar kullanımı Östrojen kullanımı Statin kullanımı |

Demans Tedavisinin Uzun Süreli Yönetimi

- Dejeneratif demanslar, yıllar içinde ilerleyen kronik hastalıklardır
- Tablo stabil değildir, zaman içinde değişir
- Hastanın ve hasta yakınının gereksinimleri değişir

Duyarsızlaşma

- Bakım verdikleri kişilere birer nesne gibi davranması, küçültücü sözler sarfetmesi, umursamaz, alaycı bir tutum sergilemesi
- Bu davranışların altında yabancılaşma duygusu yatmaktadır.

Kişisel Başarıda Düşme

- Kişinin kendisiyle ilgili değerlendirmelerinin olumsuz bir nitelik kazanması sonucu, çeşitli olaylar karşısında kendini yetersiz algılama ve başarısızlık duygusu baş gösterir.
- Böylece harcadığı çabanın boşa gitmesi ve suçluluk duygusu motivasyonunu düşürerek gerekli bakımı vermesini engeller.

Tükenmişliğin Oluşum Aşamaları

- Duyusal Tükenme
- Duyarsızlaşma
- Düşük Kişisel Başarı Hissi

Alzheimer Hastalığında Davranış ve Psikiyatrik Semptomlar

Prof. Dr. Engin EKER
Alzheimer Vakfı Yönetim Kurulu Başkanı

Alzheimer hastalığının ana semptom Alanları



Alzheimer Hastalığında Davranış ve Psikolojik Semptomların Araştırılma Nedenleri

- Bu semptomlar hastalığın erken tanısında önemli ipuçları verebilir.
- Hastalıkta nöropatolojik ve nörokimyasal çalışmalardan elde edilen bilgilerle bu semptomlar arasında korelasyonlar kurulabilir.
- Bu semptomlar hastaya bakanlar üzerinde büyük bir yük oluştururlar. Bakıcılar için büyük stres oluştururlar. Hastanın sürekli kalacağı bir kuruma yerleştirilmesine neden olurlar. Tedavi edilmeleri gerekir.
- Alzheimer hastalığında bu psikiyatrik belirtiler kognitif yıkımın aksine mevcut tedavilere iyi cevap verirler.

Alzheimer Hastalığında Psikoz Kriterleri; Halusinasyonlar (görsel/işitsel), hezeyanlar

- AH başlangıcından itibaren sürekli olarak bulunmayacak
- En az bir ay bulunacak
- Hastanın ve/veya bakıcının işlevini bozacak
- Deliryum veya diğer tıbbi durum nedeniyle oluşmayacak (Jeste ve Finkel,2000)

Alzheimer Hastalığında Psikoz Tanımı

Hallusinasyonlar

- Sesler işitiyormuş gibi davranma
- Görülmeyen kişilerle konuşma
- Bir takım şeyler görüyormuş gibi davranma
- Bir takım kokular hissettiğini bildirmesi
- Deri altında sanki bir takım böcekler geziyormuş tanımlaması
- Aşık bir neden olmadan dilinde acayip bir takım tatların geldiğini tanımlaması

Hezeyanlar

- Bellek kaybına veya diğer bilişsel bozukluklara doğrudan doğruya atfedilmeyen yanlış inanışlar
- Tehlike içinde veya başkaları ona zarar vermek için plan yapıyor
- Eşinin bir ilişkisi olduğu
- Yabancıların evde bulunduğunu söyleme

Alzheimer Hastalığında Psikoz

Demansa bellek yıkımı ile oluşan hezeyanların tümü psikotik değildir:

- Birileri benim eşyalarımı çalıyor,
- İşe gitmem gerekiyor
- Bu ev benim evim değil

Alzheimer Hastalığında Hezeyanlar ve Halüsinasyonlar

| Hezeyanlar : | Halüsinasyonlar |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Genellikle basit içerikli(fonksiyonel hastalıklarda kompleks hezeyanlar) • Hızlı yıkımın habercisi olabilir | <ul style="list-style-type: none"> • En sık görsel(özellikle demansın ileri evresinde):Hızlı yıkımın habercisi • Basit, hoş görüntü; Tehdit edici • Koku, dokunma hal. Deliryuma bağlı olabilir. |

Psikoz Semptomlarının Etkisi

- Hastaların 1/3 bu semptomlardan rahatsız olurlar (Eker.2000)
- Görsel hallusinasyonların görülmesi kognitif fonksiyonların daha kısa zamanda yıkılacağına habercisi
- Psikoz semptomları agresyon ve ajitasyonla birlikte

Psikoz Semptomlarının Demansın Evresi ile Bağlantısı

- Hastalığın hafif döneminde görsel halusinasyonlar ve hezeyanlar seyrek görülür
- Hezeyanların prevalansı orta derecede demansta daha yüksek
- Görsel hallusinasyonlar ileri demansta daha yüksek
- AH'nın yarısında psikotik semptomlar başlangıç tanısından 3 yıl sonra görülürler,hastaların büyük bir kısmında 18 ay kadar devam ederler (Finkel,2004)
- Görme keskinliğinin azalması ile görsel halusinasyonlar arasında pozitif bir ilişki vardır

Alzheimer Hastalığında Hezeyanlar ve Halusinasyonları

- **Tipik hezeyanlar (Prevalens: % 10-73)**
 - Eşyaların çalındığına ait hezeyanlar.
 - Evin kendi evi olmadığına ait hezeyanlar.
 - Eşin (veya bakıcının) gerçek olmadığına ait hezeyanlar.
 - Terkedilme hezeyanları
 - Sadakatsizlik hezeyanları
- **Hallusinasyonlar (% 12-49)**
Görsel hallusinasyonlar (%30'unda) (Swearer 1994)
Lewy cisimciği demansta: % 80'e varacak kadar (Mc Keith ve ark. 1992)
İşitsel hallusinasyonlar (%10) (Sweaer 1994)

Alzheimer Hastalığında Yanlış İdentifikasyonlar

- Aynada kendi imajlarını tanıyamamaları
- Evde yabancıların olduğuna inanması
- Bildik kişileri tanıyamama
- TV'ki kişilerin gerçek olduğuna inanma

Alzheimer Hastalığında Depresyon

- Depresif semptomlar % 40-50 (Eker ve ark,2000)
- Depresif hastalık tablosu % 10
- Multiinfarkt demans vakalarında depresif semptomlar daha sık
- Demansta depresyon tanısı zordur (apati, dil-iletişim zorlukları, kilo kaybı, uyku bozuklukları).

Ajite Davranış Tipleri**Agressif Davranışlar.**

- Vurma, tekme atma, itme, tırmıklama, üstünü başını yırtmak, küfür, beddua etme, başkalarının eşyalarını zorla alma, ısırma, tükürme.
- Uygun olmayan, fiziksel nonagresif davranışlar.
- Bir aşağı bir yukarı dolaşma, çalma, elbiselerini çıkarma, tekrarlayıcı mannerizm, kaçma davranışı.
- Uygun olmayan, verbal ajite davranışlar.
- Sürekli şikayet etme, sürekli dikkati üstüne toplayıcı istekler, negativizm, çılglık atma.

Türk Alzheimer Hastalarında Davranışsal ve Psikolojik Semptomlar (Eker E; Ertan T; Engin F. 2000)

| | |
|----------------|--------------------|
| Çalışma | : 190 olgu |
| Grubu | erkek : %34 |
| | kadın : %66 |

Değerlendirme :

DSM-IV (APA, 1994) Türkçe versionu. MMSE (Güngen, Ertan, Eker, 1998) GDS (Reisberg et al. 1982) Behave-AD (Reisberg et al. 1987) Laboratuvar çalışmaları Nöroradyolojik çalışma (CT,MR) Genetik çalışmalar (Apo E4)

Türk Alzheimer Hastalarında En Sık Rastlanan Semptomlar

| | |
|--|------|
| Amaçsız aktivite | 45.3 |
| Eşyalarının çalındığına ait hezeyan | 44.7 |
| Sürekli dolaşma | 42.6 |
| Kolay ağlama | 41.1 |
| Yalnız kalma korkusu | 40.5 |
| Depresif duygu durumu | 38.9 |
| Uygunsuz eylem | 38.4 |
| Olacak olaylarla ilgili anksiyete (Godot send) | 37.4 |
| Sözel patlamalar | 36.3 |
| Gündüz/gece ritim bozuklukları | 34.7 |

Türk Alzheimer Hastalarında Davranış ve Psikolojik Semptomlar:**SONUÇLAR**

- Davranış ve psikolojik semptomlar
- Türk AH olgularında çok sıktır (% 91.5).
- Bu semptomların sıklığı AH'lığın evrelerine göre değişir.
- En sık semptomlar 5 ve 6. evrede görülmektedir.

- Paranoid veya hezeyanlı düşünce, hallüsinasyon, aktivite bozuklukları, agresyon demansın şiddeti ile artar.
- En sık rastlanan semptomlar: amaçsız aktivite, eşyaların çalındığına ait hezeyan, sürekli dolaşma, yalnız bırakılma korkusu

Alzheimer Hastalığında

Davranış ve Psikolojik Semptomlarla Başetme

Tedavi hedefleri

- Nedeni ortaya koyma. Tıbbi durumu ortaya koyma (Kabızlık, ağrı ilaçlar (ağrı kesiciler, sedatifler) enfeksiyon, kalp yetmezliği/hipoksi)
- Bekle ve gör?
- Hasta yakınlarının ve bakıcıların eğitilmesi
- Çevrenin değiştirilmesi
- Davranışsal yaklaşımlar
- İlaç tedavisi

Eğitim ve Destek Önemli

- Bakıcıların semptomları anlamalarına ve tolere etmelerine yardım edebilir. Dikkatin yaratıcılık içeren başka alanlara çekilmesine yardım edebilir

Alzheimer Hastalığında DPS Başedilmesi

- Aromaterapi • Multisensoryal uyarı • Müzik ve dansı tedavi amacı ile kullanma • Masaj

Alzheimer Hastalığında DPS Başedilmesi

YARARLI AKTİVİTELER

- Egzersiz • Bahçe işleri ile uğraşma • Müzik
- Sanat • Pet tedavisi • Yürüyüş
- Grup aktiviteleri örn. Şarkı söyleme veya el sanatları. • Rutini sürdürme.

Alzheimer Hastalarında Psikiyatrik Semptomlar ve Farmakoterapi

İyi yanıt

Depresyon hezeyanlar
Şüphencilik hallüsinasyonlar
Ajitasyon

Düşük yanıt

ajitasyon
aşırı aktivite
anksiyete, diüurnal
ritm bozukluğu

Yanıtsız

Sosyal geri çekilme hostilete
Kavgacılık
Negativizm

Nazilli Yaşlılık Araştırması“21 Nazilli’den Uzun Yaşama İlgili Cevaplar ve Bize Yönelttiği Yeni Sorular

Prof. Dr. İsmail TUFAN
Akdeniz Üniversitesi Gerontoloji Bölümü

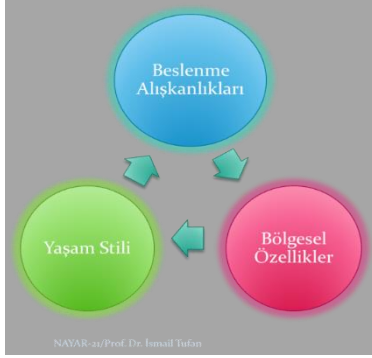
NAYAR”21 Projesi

- Nazilli’de uzun ve sağlıklı yaşlıların diğer bölgelere göre yaşlı nüfusta oranlarının daha fazla olmasına yol açan faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.
- En az üç kuşaktan beri Nazilli’de yaşayan, yaşı 60 ve üzeri bireyler incelenmiştir.
- Denek sayısı 10.000 kişidir.

Araştırmanın Sorusu

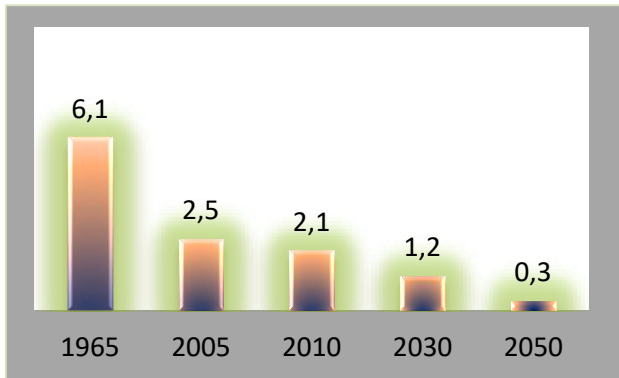
- Nazilli’de hangi faktörler uzun ve sağlıklı yaşlanmaya etki etmektedir?

Hipotez



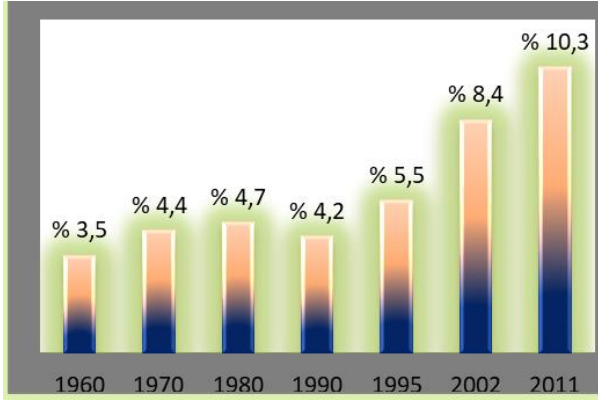
Türkiye’nin nüfusu nasıl yaşlanıyor?

Türkiye’de Doğurganlık Azalacak



Kaynak: TÜİK 1965, 2005, 2011 /
Öngörüler: 2030 ve 2050 yılları için Prof.
Dr. İsmail Tufan

Yıllara göre yaşı 15-45 arasındaki bir kadın başına canlı doğan ortalama çocuk sayısı.

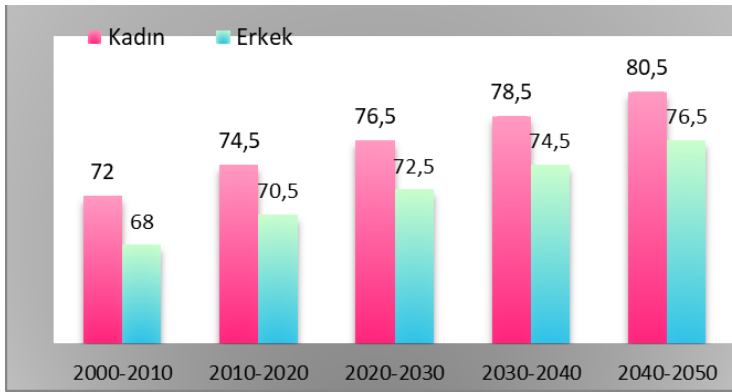


Kaynak: TÜİK 1960, 1970, 1980, 1990, 1995, 2002, 2010

Türkiye’de Yaşlılar Hızla Çoğalıyor

Yıllara göre yaş 60 ve üstü nüfusun toplam nüfustaki oranı

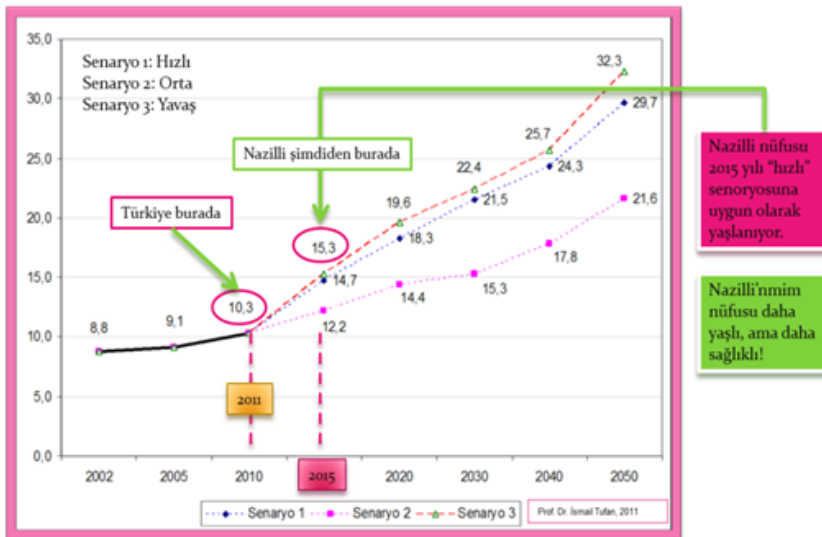
Türkiye’de Yaşam Süresi Uzunuyor



Kaynak: Oeppen, J. & Vaupel, J.W. (2002): Broken limits to life expectancy. *Science*, 296: 1029-1031

Yaşam süresi her 10 yılda ortalama 2,5 yıl uzamaktadır (Oeppen/Vaupel, 2002)

Türkiye’nin Demografik Yapısının Değişimi Üzerine Üç Senaryo



Nazilli nüfusu 2015 yılı "hızlı" senaryosuna uygun olarak yaşlanıyor.

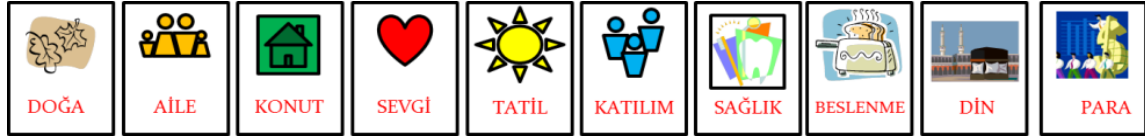
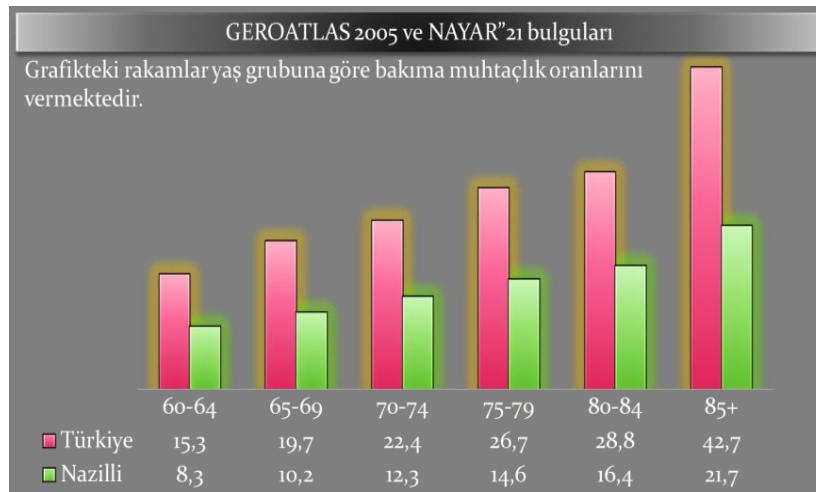
Nazilli'nin nüfusu daha yaşlı, ama daha sağlıklı!

Sağlık Herşeyden Önemli

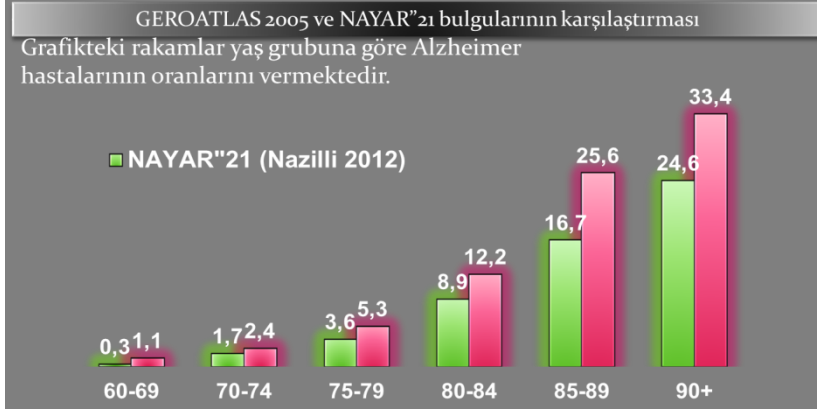
| Önemine Göre Sıralama | Erkek (%) | Kadın (%) | Toplam (%) |
|-----------------------|-----------|-----------|------------|
| 1. Sağlık | 91 | 92 | 96 |
| 2. Aile | 89 | 94 | 91 |
| 3. Din | 83 | 87 | 85 |
| 4. Konut | 74 | 77 | 75 |
| 5. Sevgi | 66 | 74 | 70 |

*Araştırmada katılımcıların öncelik sıralaması yapması istenmiştir. “Şimdi size üzerinde resim ve yazı bulunan 10 adet kart vereceğim. Kartların üzerindeki şekiller ve yazılar belli bir kavramı ifade ediyor.

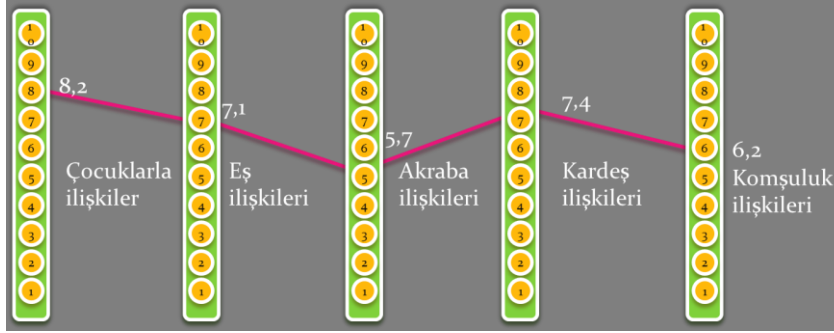
Kartların üzerindeki yazıları okumada zorluk çekiyorsanız, şekilleri size kısaca anlatabilirim. Sizden istediğim bunları önem sırasına göre dizmenizdir. Yani en üste en önemli kabul ettiğinizi, en alta en önemsiz kabul ettiğinizi koyunuz. Acele etmenize gerek yok. İstedığınız kadar zaman ayırabilirsiniz ve kartların anlamlarını unutursanız, sorabilirsiniz.”

**Türkiye-Nazilli Karşılaştırması Bakıma Muhtaçlık**

Türkiye’de ve Nazilli’de Alzheimer Hastalığı

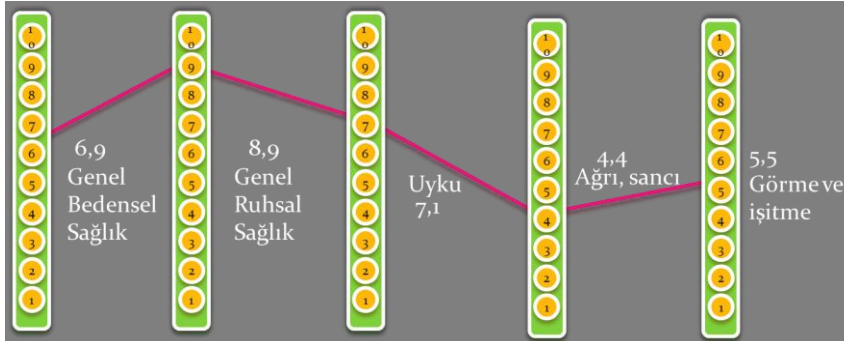


Sosyal İlişki Memnuniyeti



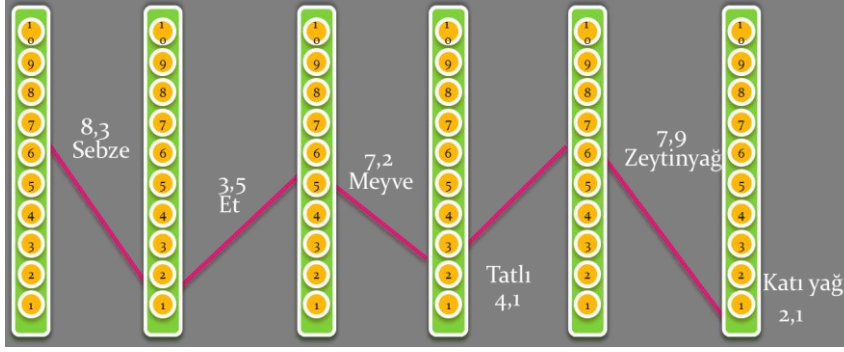
NAYAR-21 kapsamında yapılan memnuniyet araştırmalarından sosyal ilişki memnuniyeti araştırması “Size bazı kavramlar söyleyeceğim. Bunlarla ilgili MEMNUNİYETİNİZİ değerlendirmenizi istiyorum. Bunun için şu cetveli kullanacaksınız. Belirteceğim kavramlarla ilgili değerlendirmeniz ne kadar olumlu ise cetvelde o kadar yüksekte yer alan daireyi işaretlemeniz gerekiyor. En üstteki daire “en yüksek”, en alttaki daire “en düşük” değeri ifade ediyor. Her kavram için aynı işlemi yapmanız gerekiyor.” Şeklinde yapılmıştır.

Sübjektif Sağlık Memnuniyeti



NAYAR-21 kapsamındaki araştırma “Sağlık durumunuzla ilgili birkaç sorum olacak. Bunları yine bildiğiniz cetveli kullanarak MEMNUNİYETİNİZİ belirtiniz” yöntemi ile yapılmıştır.

Beslenme



Grafiklerde ortalama değerler verilmiştir.

Sosyal ilişki, topluma katılım

| | Erkek | Kadın |
|---|-----------|----------|
| Haftada ortalama kaç gün dışarı çıkıyor? | 5,3 gün | 4,2 gün |
| Ortalama aile dışından kaç kişiyle ilişkisi var | 13,2 kişi | 6,7 kişi |
| Düzenli olarak doktor kontrolü | %58 | %63 |
| Sıkça yürüyüşe çıkmak | %63 | %51 |
| Çocuklarından ayrı evde oturanlar | %78 | %73 |
| Çocuklarına sık görüşenler | %89 | %95 |
| Kardeşleriyle sıkça görüşenler | %61 | %67 |
| Komşularıyla sıkça görüşenler | %38 | %47 |
| Diğer akrabalarıyla sıkça görüşenler | %25 | %29 |

Vitamin B12 Eksikliği

Çiğneme Problemi

| Yaş grubu | Erkek (%) | Kadın (%) | Yaş grubu | Erkek (%) | Kadın (%) |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 60-70 | 54 | 52 | 60-70 | 67 | 72 |
| 80-90 | 59 | 64 | 80-90 | 79 | 85 |
| 90+ | 71 | 77 | 90+ | 91 | 96 |

Sağlık: Risklerden Sakınma

| | Genellikle (%) | Daima (%) | Toplam (%) |
|---------------------------------------|----------------|-----------|------------|
| Terliyenken soğuk su kesinlikle içmem | 56 | 17 | 73 |
| Hava durumuna göre giyinirim | 37 | 46 | 83 |
| Yeterince uyumaya dikkat ederim | 41 | 38 | 79 |
| Aşırı kilo almamaya çalışırım | 24 | 34 | 58 |
| Sık sık yürüyüşe çıkarım | 37 | 11 | 48 |
| Gıdama dikkat ederim | 45 | 31 | 76 |
| Kesinlikle tıkabasa yemem | 28 | 51 | 79 |

Sigara ve Alkol

| | Erkek (%) | Kadın (%) |
|------------------------|-----------|-----------|
| Sigara içiyor | 35 | 7 |
| Alkol içiyor | 11 | 1 |
| Sigarayı bırakma oranı | 72 | 4 |
| Alkolü bırakma oranı | 24 | - |

Sigarayı bırakma yaşı (ortalama): 52,4 yıl ($\pm 4,8$)
Alkolü bırakma yaşı (ortalama): 48,9 yıl ($\pm 6,2$)

Psikolojik Üretkenlik

- Manuel (Elişi uğraşları, dantel, örgü, yontma vs.)
 - Zihinsel (Bulmaca, dama, tavlâ, dantel, örgü)
 - Emosyonel (memnuniyet ve mutluluk)
 - Motivasyonel (hedefler, değerler ve başkalarına örnek olmak)
- Psikolojik üretkenlik:** Bireyin düşünce, davranış, tutum ve duygularıyla harekete geçirebildiği her türlü maddî, zihinsel, duygusal ve isteğe dayanan aktiviteleridir.

(Kaynak:Staudinger, U. & Sindler, I. (2002): Produktives Leben im Alter I: Aufgaben, Funktionen und Kompetenzen. R. Oerter & L. Montada (Eds.). Entwicklungspsychologie. Beltz Verlag.)

Memnuniyet endeksleri

| | Ortalama |
|-------------------------------|----------|
| • Sübjektif sağlık | 7,8 |
| • Yaşam memnuniyeti | 7,4 |
| • Aile ilişkileri memnuniyeti | 8,4 |
| • Eş ilişkileri memnuniyeti | 7,1 |
| • Sosyal birikim | 6,7 |
| • Maddî birikim | 4,3 |

(10 basamaklı ölçek (1 = en düşük, 10 = en yüksek))

Beslenme, Hareket ve Sağlık

| | Beslenme | Hareket |
|---------|----------|---------|
| Hareket | 0.56 | |
| Sağlık | 0.53 | 0.64 |

(Korelasyon katsayı değeri)

Beslenme, hareket ve sağlık arasında pozitif ilişki tespit edilmiştir. İyi beslenen ve yeterince hareket edenlerin subjektif sağlık durumu daha iyi. Fakat iyi beslendiği için mi sağlıklı, sağlıklı olduğu için mi iyi besleniyor; iyi beslendiği için mi hareketli, hareketli olduğu için mi iyi besleniyor veya hareket ettiği için mi sağlıklı, sağlıklı olduğu için mi hareketli? Bu sorulara cevap verilemez.

Psikolojik Üretkenlik, Sağlık, Hareketlilik

| Üretkenlik | Sübiektif Sağlık | Hareketlilik |
|--------------|------------------|--------------|
| Manuel | 0.62 | 0.44 |
| Zihinsel | 0.67 | 0.62 |
| Emosyonel | 0.58 | 0.35 |
| Motivasyonel | 0.66 | 0.51 |

(Korelasyon katsayı değerleri)

Psikolojik üretkenlik subjektif sağlık ve bedensel hareketlilikle pozitif ilişki gösteriyor. Fakat sağlık durumu mu psikolojik üretkenliği tetikliyor, yoksa sağlıklı olduğu için mi psikolojik üretkenlik yükseliyor, bu soruya cevap verilemez.

Psikolojik Üretkenlik ve Beslenme

| Üretkenlik | Beslenme | Beslenme ve psikolojik üretkenlik arasında pozitif ilişki mevcut. Fakat sağlıklı beslendiği için mi psikolojik üretkenlik artıyor, yoksa psikolojik üretkenlik yükseldikçe beslenmeye pozitif etki mi yapıyor, bu soruya cevap verilemez. |
|--------------|----------|---|
| Manuel | 0.49 | |
| Zihinsel | 0.43 | |
| Emosyonel | 0.52 | |
| Motivasyonel | 0.61 | |

(Korelasyon katsayı değerleri)

Psikolojik Üretkenlikler Arasındaki İlişki

| | Manuel | Zihinsel | Emosyonel |
|--------------|--------|----------|-----------|
| Zihinsel | 0,78 | | |
| Emosyonel | 0,23 | 0,31 | |
| Motivasyonel | 0,69 | 0,66 | 0,72 |

(Korelasyon katsayı değerleri)

- Manuel ve zihinsel üretkenlikler birbiriyle ilişkili
- Manuel ve motivasyonel üretkenlikler birbiriyle ilişkili
- Zihinsel ve motivasyonel üretkenlikler birbiriyle ilişkili
- Emosyonel ve motivasyonel üretkenlikler birbiriyle ilişkili
- Yaşlılığın koşullarına uyum sağlama yeterliliği yüksek.

Sosyal sistemin beklentilerine cevap verebiliyor ve bu yeteneklerini koruyabiliyor. Psikolojik üretkenliğin etki yönü hakkında bir şey söylenemez. Yani hangi üretkenlik türünün diğerini tetiklediği sorusuna bu bulgulardan hareket ederek cevap vermek imkansız.

İnançlı, Huzurlu, Mütevazı

| | | | |
|---------|-----------|--------|---|
| | Dayanışma | İlişki | Aile içi sosyal dayanışma yaşlımın sosyal ilişkileri ve topluma katılımı ile pozitif ilişki gösteriyor. Fakat ilişkileri dayanışmadan dolayı mı iyi, yoksa ilişkiler iyi olduğu için mi dayanışma var veya ilişkiler iyi olduğu için mi katılım var, katılımdan dolayı mı ilişkiler iyi? Bu sorulara cevap verilemez? |
| İlişki | 0,68 | | |
| Katılım | 0,54 | 0,62 | |

Stratejik Davranışlar

| | Ortalama |
|--|----------|
| • Var olan bedensel yeterliliklere konsantre | 6,7 |
| • Var olan ruhsal yeterliliklere konsantre | 8,4 |
| • Var olan sosyalbirikimler konsantre | 7,3 |

- *Bedensel, ruhsal ve sosyal kayıplardan doğan düzey azalmasına karşı yeni birikimlerini devreye sokma isteği*
- *90 yaşından sonra bedensel ve ruhsal kayıplar egemenlik kazanıyor ve böylece sosyal, maddi ve kültürel desteğe ihtiyaç artıyor.*

Sakin Yaşam

| | Ortalama |
|-----------------------------------|----------|
| • Stres az | 3,6 |
| • Yalnızlık duygusu yok | 3,2 |
| • Uyku sorunu yok | 4,1 |
| • Ölüm korkusu yok | 2,2 |
| • Ruhun ölümsüzlüğü inancı yaygın | 8,8 |

Psikolojik Üretkenlik ve Yaş

Psikolojik üretkenlik yaş ile negatif ilişki gösteriyor:

- Manuel –yaş - 0,77
- Zihinsel-yaş - 0,81
- Emosyonel - 0,33
- Motivasyonel- 0,66

Sınıflandırma

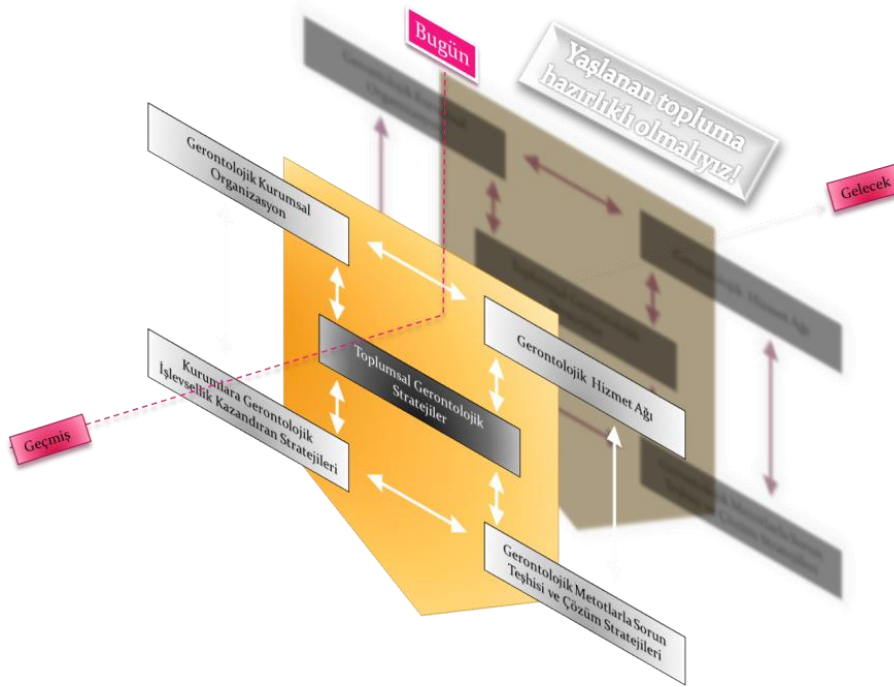
| | |
|-----------------------------|------|
| • Mutlu olma uğraşı veriyor | % 13 |
| • Mutlu değil | % 22 |
| • Bezgin ve yalnız | % 12 |
| • Hayattan zevk alıyor | % 38 |
| • Kabuğuna çekilmiş | % 15 |

Sonuç

- Pozitif Bulgular
 - Hayata pozitif bakıyorlar ve pozitif düşünüyorlar
 - Kurumsal destek alıyorlar
 - Dindarlar, mütevazılar ve
 - Ölümden sonra ebedi yaşam inancı yüksek ve
 - Ölüm korkusu düşük
 - Sağlıklı besleniyorlar
 - Bedensel aktifler
 - Sosyal aktifler ve
 - Psikolojik aktifler
- Negatif Bulgular
 - Vitamin B12 eksikliği (anlamı belli değil)
 - Çiğneme problemi (muhtemelen demansa yol açıyor)

Karar

- Nazilli’de uzun yaşam olanakları tartışmasız mevcutt bir durumdur.
- NAYAR’21, uzun yaşam olanaklarının Nazilli’de ülkemizin diğer bölgelerine oranla daha yoğun olduğunu bilimsel olarak kanıtlamıştır.
- Sıra şimdi bunları betimlemeye ve açıklamaya gelmiştir. Bunun için bilimler arası, etik ilkeleri ihlal etmeyen yeni çalışmalara ihtiyaç vardır.
- NAYAR’21 – II Etap- projesi kararı alınmıştır. Bu, biyopsikososyal içerikli bir araştırma olacaktır.
- NAYAR’21- II Etap- projesi İsmail Tufan yürütücülüğünde 12 Mayıs 2013’te başladı.



Önerimiz:
Geleceği
Gerontolojik
Stratejilerle Hazır
lamak

ÇALIŞTAY OTURUM - II
Alzheimer Hastalarının Evde Bakımı:
Özelliklerin ve Örneklerin Sunumu
ORTAK FİKİR OLUŞTURMA
24 Nisan 2015
9:30-12:30

Demans Dostu Toplular

Doç.Dr.Sema OĞLAK
İstanbul Gelişim Üniversitesi
İktisadi, İdari ve Sosyal Bilimler Fakültesi

Demans

Demans, yalnızca yaşlının kendisini ilgilendiren bir durum olmayıp, ailesi ile birlikte toplumun da yükünü artıran, tıbbi boyutunun ötesinde sosyal boyutu ile öne çıkan bir halk sağlığı sorunudur. Bu nedenle, devletlerin ve kamunun daha fazla dikkatini çekmeye başlamıştır. Günümüzde tüm dünya'da 70 milyon olan demanslı sayısının, 2050 yılında **üç kattan daha fazla** artacağı öngörülmektedir

Dünyada demanslı hasta sayıları ve maliyetleri

Avustralya'da Demans hastası sayısı

| Yaş aralığı | 2012 | 20150 | Artış oranı 2011-2050 |
|----------------|----------------|----------------|--------------------------|
| 65-74 | 57.200 | 108.700 | %90 |
| 95 yaş ve üstü | 14.200 | 98.300 | % 592 |
| Toplam | 311.300 | 891.400 | %186 |

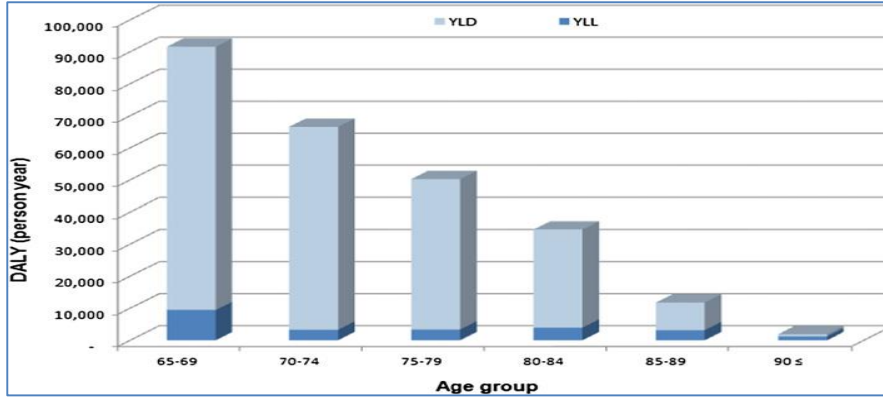
Demansın bakım yükü(Demans- Kore) (2008).

- 850.000 demans hastası (İngiltere-2015)
- Hastane yatağının %25'i demans hastası tarafından kullanılıyor.
- Bakımevlerinin %80'i demanslı hasta
- Demansın maliyeti, yıllık 23 milyar sterlin (UK-2012)
- Toplam ekonomik yükü -tahmini- Kanada örneğinde 2008 yılında 15 milyar dolar olduğu 2038 yılında 153 milyar dolara ulaşacağı tahmin edilmektedir.

Gelecek 30 yılda dünyadaki demans vakasının üçte ikisinin, düşük ve orta gelirli ülkelerde görüleceği tahmin edilmektedir

| Condition | Ortalama hastane maliyetleri |
|----------------|------------------------------|
| Demans | 19,302 \$ |
| Kalp hastalığı | 6,633 \$ |
| KOAH | 6,561 \$ |
| Femur Kırığı | 6,219 \$ |
| Tip 2 Diabet | 5,306 \$ |
| Hypertension | 3,419 \$ |
| Asthm | 2,470 \$ |

Kaynak: Estimated average cost of inpatient hospital services provided to the average patient (CIHI Cost Estimator for Ontario 2008-09)



Kaynak: World Health Organization: ; Park et al. BMC Public Health 2013, 13:293, Burden of disease due to dementia in the elderly population of Korea: present and future
World Health Report 2002 – Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Geneva: World Health Organization; 2002.

- Demans, yaşlılıkta, bireyi başkasının bakımına muhtaç kılan hastalıkların başında gelmektedir.
- Aile bireyleri, sağlık ve sosyal bakım sistemleri demanslı hastanın talebini, tekbaşına karşılayamazlar.
- Demans, sağlık, sosyal bakım ve aile desteğinin birlikte verilmesini gerekli kılan bir hastalıktır.

Neden Demans Dostu Toplular?

“Demans dostu toplular” WHO’nün yaşlı dostu şehirler ilkesinden esinlenmiştir.

Neden demans dostu toplular oluşturmamız?

- *Güvenli bir yaşam alanı oluşturmak
- *Kendilerini değerli hissettikleri bir yaşam
- *Yaşadığı yerde kendisini önemli hissettiren
- *Yalnız olmadığını hatırlatan
- *Elinden tutulduğunu gördüğü
- *Anlamlı bir yaşam sürdürebilen



Araştırma sonuçları-İngiltere Alzheimer Topluluğu -2012

- %53'ü, kendini toplumun bir parçası olarak hissetmiyor
- %42'si, Kendilerinin daha iyi yaşamasını sağlayacak çabaların gösterilmediğini düşünüyor
- %59'u, demanslıların topluma katılımının oldukça kötü ve zor olduğunu düşünüyor
- %35'i, haftada 1 kez , %10'u, ayda bir kez veya daha az dışarı çıkıyor
- %9' demanslı, daha önceki yaptığı tüm faaliyetleri/alışkanlıklarını bırakmak zorunda olduğunu söylüyor
- Demanslının düzenli alışkanlıklarından vazgeçtikleri belirtiliyor:
 - Alışveriş %23,
 - Egzersiz %22,
 - Ulaşım araçlarını kullanma (%16)
- Demanslı bireyler topluma katılımda psikolojik, duygusal ve fiziksel engellerle karşı karşıya kalmaktadırlar.
- En önemli engeller:
 - 1-Kendine güven sorunu (%69)
 - 2-Kafa karışıklığı yaşama kaygısı (%68)
 - 3-Kaybolma kaygısı (%60)
 - 4-Biryerden biryere gitme sorunu (%59)
 - 5-Fiziksel sağlık sorunu (%59)
 - 6-Diğerlerine yük olmak istememe (%44)
 - 7-Uygun ulaşım aracı yetersizliği (%33)
 - 8-Demanslı olmanın toplum tarafından utanılacak birşey olması duygusu (%65)
 - 9-Yeterli formal ve informal desteğin olmaması (bir aktiviteye katılmak istemesi durumunda) %57
 - 10-Demanslının yapabileceği uygun bir aktivite olmaması (%53)

“Demanslı bir hasta olmak çok zor, fakat; demansı dışlayan bir şehirde yaşamak gerçekten daha zor”.. Bart Deltour, Bruges

Toplumların “demans dostu” olabilmesi için odaklanmaları gereken temel alanlar

1. Demanslı bireyin katılımının sağlanması
2. Utancı ortadan kaldıran ve demansa karşı olumlu bir anlayışın inşa edilmesi
3. Erişilebilir toplumsal etkinlikler
4. Demanslının da toplum katabileceği birşey olabileceğini kabul etme
5. Erken teşhis olanaklarının sağlanması
6. Topluma katılımı sağlayacak uygun desteklerin sağlanması
7. Topluma dayalı çözümler (evde, uygun ev düzeni, kaliteli bakım)
8. Sürekli ve güvenli ulaşım seçeneklerinin sağlanması
9. Ulaşılabilir-erişilebilirliği kolay olan fiziksel çevrenin oluşturulması

10. Saygılı-hürmetli, anlayışlı, duyarlı işyerleri ve hizmetlerin olması

Demans dostu toplumun kriterleri

1. Kamusal farkındalık ve bilgiye ulaşım
2. Süreçlerin birlikte planlanması
3. Fiziksel çevre
4. Demanslı için eğlence vb. ve kamu hizmetlerine erişimi
5. Yerel düzeyde topluma dayalı yenilikçi hizmetler
6. ulaşım hizmetlerine erişim

1.Kamusal farkındalık ve bilgiye ulaşım

- Kamunun halkın demans konusunda dikkatini çekecek uygulamalar
- *Demansla ilgili filmler *TV kanalı *Haber programları
- *Gerçek öykülerin film olarak çekilmesi *Gazete yazıları
- **İngiltere’de** (sağlık ve sosyal bakım direktörlüğü desteği ile) “demans dostu nesil yaratılması” düşüncesi ile, öğrenci ve öğretmenler için bir program hazırlanmış.
- 2012-2013 de 22 okulda öğretmenler demans farkındalığı oluşturmak ve demans dostu nesiller yaratılması konusunda öncülük yapmışlardır.
- Müfredatlar, farkındalığı sağlayacak şekilde tüm alanda geliştirmiştir. Öğrenciler huzurevlerini ziyaret etmeleri sağlanmış, yaşlıların öyküsü yazılmış
- 2014, İskoçya Alzheimer Vakfı; isteyen herkesin ücretsiz katılabileceği demans hakkında bilgilendirme toplantıları düzenlemiştir
- “San Francisco demans bakımında mükemmel strateji projesi” ile demans teşhisi ile ilgili önemli bilgiler vermiş
- Tokyo-Japonya, kişiler, kurumlar arasında farkındalığı artırmak, yardımlaşmayı sağlayacak, demans hakkındaki olumsuz inanışı olumluya çevirecek kampanyalar düzenlemiştir.
- Almanya, e-learning kursları, TV spotları, posterler, kamu alanlarında demans hastalığı ve desteklerle ilgili özellikle çocuklar ve gençlerin bu hastalık konusunda bilgilendirilmesi ile ilgili kampanya başlatmıştır.

2. Süreçlerin birlikte planlanması

- İngiltere (DEEP projesi) ile, demanslı, bakım veren ve bu konuda politika oluşturanları bir araya getiren ve sorunların ortaya konulduğu bir proje.

3. Fiziksel çevre

- Ulaşılabilir-erişilebilir
- Kolaylıkla ayırtedilebilir-bulunabilir
- Benzer
- Okunaklı
- Güvenli
- Yürüme yolları
- yol işaretleri (kesintisiz) yerler
- Demanslının yaşadığı yerin, günlük aktivitesini rahatlıkla yapabileceği hale getirilmesi
- Alışveriş merkezi, restaurant, banka, otobüslerin saati

4. Yerel düzeyde topluma dayalı yenilikçi hizmetler

- Çeşitli sanatsal faaliyetlere katılım (demanslı ve ailesi ve bakım elemanının)
- Gerçek hikayeler programları
 - Müze ziyaretleri
 - Müzik terapisi
 - Demans korusu
 - Yürüyüş grupları
 - Futbol oyunu
 - Memory kafe
 - Eğitim programları-(bakıcılar ve ailesi için)
 - Otobüs şöförlerinin eğitimi
 - Taksicilere demans farkındalık eğitimlerinin verilmesi
 - Kiliselerin, din hizmeti veren yerlerin demansa yönelik hizmet sunmaları
 - Motherwell, İskoçya; şehrin itfaiyecileri demanslı kişilerle ilgili eğitim ve farkındalık eğitimine katılmaktadır

5.Bakım elemanının desteklenmesi

- Bakıcıların rahatlamasını sağlayacak destek hizmetler
- Memory kafe
- Bakıcı korusu
- Bakıcılara verilen eğitimler destekler
- Gündüz bakım merkezi
- Spor aktiviteleri

Özetle;

| strateji | Öncelikli yapılması gereken faaliyetler |
|--|--|
| Kamusal farkındalık | • Komşuluk ve toplumsal rollerin güçlendirilmesi |
| Erken teşhis ve tedavi | • Birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi |
| Bakıcı desteği ve öz yönetim | • Kapsamlı bakım elemanı eğitim ve istihdam stratejisinin geliştirilmesi • Bakıcı destek sistemlerinin geliştirilmesi |
| dolaşım-gezinme sistemi | • Elektronik hasta izleme sistemi |
| Birbiri ile ilişkili destek sistemleri | • Demansa özel akut bakım sistemlerinin artırılması • Demansa özel ev seçeneklerinin geliştirilmesi |

Demans dostu Şehirler

- Bradford, UK
- Debenham,
- Camelford,
- Plymouth,
- Doncaster,
- Thurrock,
- Tavistock,
- Falmouth

- Hampshire,
- Sheffield,
- Surrey,
- Leeds,
- York
- In Motherwell, North Lanarkshire – iskoçya
- Lübbeck-Almanya
- Rennes-Fransa
- Abbey-İrlanda
- Lizbon-Portekiz
- Voralberg-Avusturya
- Bruges, Belçika
- Minnesota , USA
- San Fransisco, USA
- California, USA
- In Port Macquarie, Australia,
- Kerala, Hindistan
- Iba –Japonya
- Tokyo, Japonya



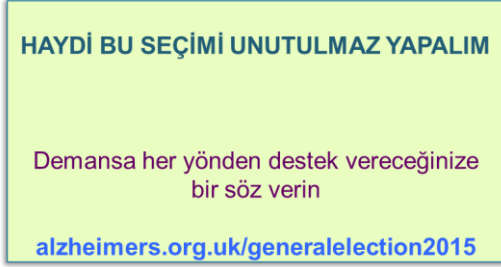
Demans dostu toplumlar: İNGİLTERE

- David Camaron: başbakan
- 2012 yılı “demansla mücadele” başlatıldı.
- Demans ulusal stratejisi oluşturuldu.
- Nüfus yaşlanmasının karşılaşılabilecek en önemli sorunlarından biri, demanstır.
- İngiltere’de nüfusun %42’sinin; ya yakın bir arkadaşı, ya da aile bireyleri demanslıdır. Demansın yaratacağı sorunlara yönelik 3 ana aktivite alanına odaklanılmıştır;
- *Sağlık ve sosyal bakım
- *Demans dostu toplumların yaratılması
- *Demansla ilgili araştırmaların artırılması

Demans dostu ve şampiyonlar

- Demans dostu şampiyon: çevresindeki kişileri kendi yaşadığı çevrede demans la yaşama konusunda olumlu fark yaratması konusunda cesaretlendiren gönüllü kişidir.
- Şampiyonlar, bu kişilere, demans ve demansın kişi üzerindeki etkisi ve onlara nasıl yardımcı olabilecekleri hakkında çeşitli bilgiler vererek yapmaktadır.
- Demans dostu: nerede çalışıyor olursa olsun, demansla ilgili aldıkları temel eğitimlerle yaşadığı çevrede demanslıyı tanıma, onlara yardımcı olma konusunda gönüllü olarak çalışırlar.

“Otobüse binmesine yardımcı olma”,
“doğru otobüsü bulmada, demanslıya yardımcı olma



İngiltere’de demanslı kişi sayısı: 850,000

- 2025 yılında 1 milyona ulaşacaktır. Demanslı birçok kişi hiçbir destek ve yardım almaksızın hayatını kaybetmektedir.

Bu seçim, bu durumları değiştirmek için en büyük fırsattır. Siyasi partilerin tümüne aşağıdaki yazılan 3 şartın yerine getireceklerine söz vermelerini istiyoruz:

| | | |
|--|--|--|
| 1. Demansla ilgili araştırmalar iki kat artırılacak | 2. Demanslı kişiye bakan bireyler demans danışmanlarına ulaşabileceklerini ve onlar yoluyla destek alacaklarından emin olacaklardır | 3. Her NHS ve sosyal bakım merkezleri demans dostu olması sağlanacaktır |
|--|--|--|

Demans Dostu Şehir: Bruges

- 2010 yılında başlatıldı.
- Demans farkındalığı eğitimleri:
Tüm işverenler, mağaza ve alışveriş dükkanları, gazete bayii.(90 dan fazla işyeri –demans dostu olarak tanımlandı)
Belediye ve yerel işverenler tarafından 7000 rehberlik yapan tanıtıcı broşürler, iletişim e yardımcı işaretler hazırlandı.
Demanslılarla en fazla karşılaşma durumunda olanlara 2 saatlik eğitimler veriliyor. Demanslı korosu oluşturuldu.

DEMANS DOSTU işyeri –kurum simgesi:Düğümlemiş kırmızı mendil



- **Polis merkezi**, yalnız başına dolaşan kişilerin takip edilmesine ilişkin veri tabanı oluşturmuş. Bu şekilde kaybolan kişileri daha kolaylıkla bulabiliyor ve derhal onlara gerekli yardım ve yönlendirmeyi yapıyorlar.
- Belediye başkanı (Bruges), Renaat Landuyt, bu proje ile;
 - Demanların topluma katılımı sağlandı
 - Demanslara karşı olumlu bir bakış açısı geliştirildi
 - Bu şekilde şehrimizde ve demanslı, ailesi-bakıcısı- arasında güçlü bir sinerji yaratıldı.

SAN FRANCISCO için demans bakımında mükemmel strateji

- San Francisco da demans bakımında önemli sorunlarla karşıkarşıya kalmıştır.
- San Francisco körfezinde, 85 yaş üstü her iki kişiden biri demanslı.
- Demans yönelik strateji geliştirmek üzere 11 yıllık plan hazırlanıyor (2009 to 2020)
- Planın amacı: birbiri ile koordineli, bütüncül formal ve informal destek sistemlerine ulaşmalarını sağlayacak bir sistem kurarak demanslı hastaların ve bakım verenlerin yaşam kalitesini yükseltmek

Hedefler

- Demans konusunda etkili ve verimli işgücünü artırmak
- Entegre hizmetler yoluyla hastanın ihtiyacı olan tüm hizmetlere erişimini sağlamak
- Demans konusunda kamui ve çalışanlar düzeyinde farkındalığın artırılması
- Erken tihisi sağlayacak yüksek kaliteli donanımların artırılması
- Demanslı ve bakım verenler için Kültüre duyarlı, kaliteli bilginin sağlanması
- Hizmetlere kolay erişebilirliğin sağlanması
- Aile bireylerinin etkili bakım verebilmesini sağlayacak etkili destek sistemleri sağlamak
- Hastane ve bakım evi hizmetlerinde kaliteyi yükseltmek
- Topluma dayalı bakım hizmetlerini artırmak ve yaygınlaştırmak
- Hospis ve palliative bakım hizmetlerine erişimi artırmak
- Kamusal farkındalığı ve sorumluluğu artırmak (demansla ilişkili önleyici hizmetler, eğitim, hizmet ve destekler)

Sonuçlar

- Hastaneye yatışlarda 40% azalma
- Demanslı hastaların tanımlanması
- Daha iyi bakım ve destekleyici hizmetler sağlanarak demanslıları kendi yaşadıkları ortamlarda kalmasını sağlayarak hastanede yatmalarını gerek kalmaması
- İletişim, koordinasyon ve işbirliği hayati bir konudur
- Demanslı hastanın evde bakımında ve bireylerin güçlendirilmesinde sosyal çalışmacılar eğitim sürecinin temel kilit ögesi olmuştur.

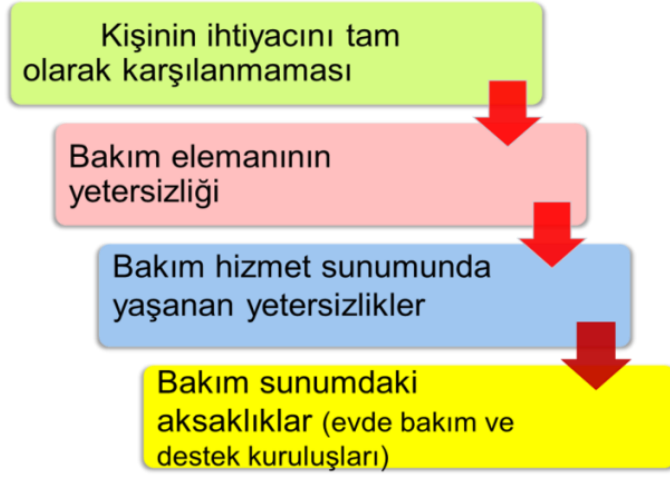
Yaşlının Evde Bakımında Geliştirilmiş Modeller

- Buurtzorg Evde Bakım Modeli (Hollanda)
- Skaevinge Modeli (Danimarka)
- Telecare Programı (İskoçya)

Buurtzorg Evde Bakım Modeli (Hollanda)

- 2007’de oluşturulmuş bir organizasyon
- Bağımsız ekip çalışma sistemi
- Her bir ekip, en fazla 12 hemşireden oluşuyor, Kendi bölgelerinde çalışıyorlar (5.000-10000 nüfus aralığında)
- ekip çalışması/işbirliği oluşturulması (Hemşireler, aile hekimi, bakım elemanı)

Ortaya çıkış gerekçesi



***Buurtzorg evde bakım modelinin amacı**

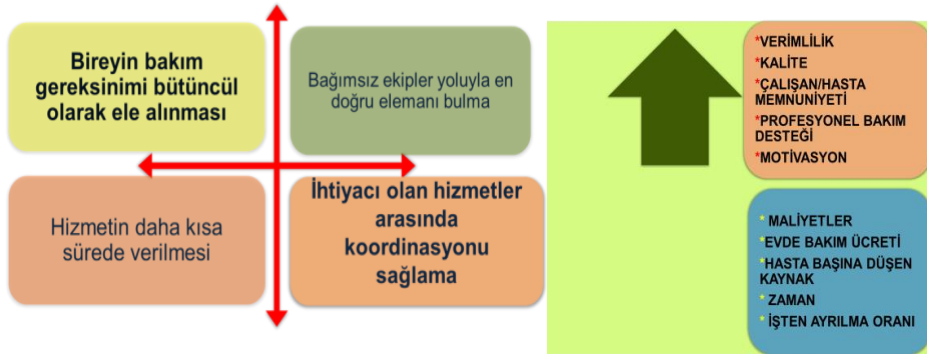
*Entegre evde bakım hizmetinin verilmesinde tüm paydaşları biraraya getiren bir sistemdir.

*(hemşire, sosyal hizmetler, bakım elemanı, aile hekimi ve diğer hizmet sağlayıcılar)

*Gereksiz bürokratik işleri azaltmak

*Bakım maliyetini azaltmak, Yaşam kalitesini yükseltmek

Neler yapıldı?



Sonuç ve etkisi

- Tüm evde bakım kuruluşları içinde 1 numara olmuştur, (hasta memnuniyeti, ulusal kalite ve bakım değerlendirmesi açısından)
- Evde bakım, formal ve informal bakımda ortaya çıkan sorunların çözümünde köprü görevini üstlenmiştir.
- 2011’de, Hollanda’nın “en iyi işveren” ödülünü kazanmıştır.(1000’den fazla çalışanıyla)
- Evde bakım ücretlerinde yaklaşık %50 azalma sağlanmıştır.
- Evde bakımda yeni bir standart getirmiştir.
- Her bölgede çok yaygın oldukları için hizmetten yararlanma kolaylaştırılmıştır.

Sonuçlar

- Jos de Blok, CEO ve kurucusu.
- 2007’de, 4 hemşire olarak başladı.
- 2014: 8,000 hemşire ve ekibi
- İsveç, Japonya, ABD’de uygulanıyor
- Her yıl 50.000 hastaya hizmet
- Ülkede 250 bölgede hizmet veriliyor
- Bu uygulama 2010 yılında, Hollanda Sağlık sisteminde %40 tasarruf sağlamıştır.

Skaevinge Modeli (Danimarka)

- Skaevinge; Kopenhag’ın kuzeyinde, (Danimarka)
- 5000 nüfuslu kırsal bir yerleşim alanı
- Yaşlıların, sağlığının korunması, geliştirilmesi ve sağlık ve sosyal bakım hizmetlerinin tek çatı altında sunulmasına yönelik “evde bakım” projesi (1994)

Modelin çıkış gerekçesi

- Yaşlı nüfusun artması
- Hizmet beklentisi ve çeşitliliğinin artması
- Huzurevine girmek için bekleme süresinin uzun olması
- Hastane yataklarının uzun süre meşgul edilmesi (yatılan gün sayısının uzunluğu)
- Yaşlının bakım gereksinimini karşılamada yaşanan zorluklar
- Sağlık harcamalarının artması
- Aile bireyi bakım hizmeti verme oranının düşük olması

Amaçları

- 24 saat hizmet verecek bir sistem kurmak
- Hastaneye yatışı önlemek
- Yaşam kalitesini yükseltmek
- Güçlü ve sorumlu bir ekip çalışması gerçekleştirmek
- Sağlık ve sosyal bakım hizmetlerde entegrasyonu sağlamak-bütüncül bakım

Neler yapıldı

- Huzurevleri, sağlık bakım merkezlerine dönüştürüldü
- Yaşlının evi ve yaşlı için yapılmış korumalı evler, 24 saat bakım verecek şekilde yeniden düzenlendi

- Daha önce birbirinden bağımsız çalışan bakım ekibi, bir çatı altında birleştirildi.
- Tedavi edici anlayıştan daha çok önleyici yaklaşım
- Para ve insan kaynaklarını ortak kullanım
- Hizmetin bütüncül verilmesi

SONUÇLAR (1985-1997)

Hizmet alanlar açısından

- Yaşam kalitesi
- Kişisel bakımını sağlama kapasitesi
- Sağlık düzeyi
- Günlük yaşam aktivitelerini bağımsız sağlama Yükseldi.

Sağlık Göstergeleri Açısından

Artış sağlandı

- Ayaktan tedavi görme oranında artış
- Yaşlıya özel konut sayısında artış (% 331)

Azalma sağlandı

- Hastanede kalış gün sayısında azalma (3 gün)
- Yatan hasta sayısında azalma (%30-40)
- Huzurevi yatak sayısında azalma
- Kurum bakım harcamalarının azalması

Kurumsal bakım oranı %20'den %9.1'e düşürülmüştür.

Yaşlının evde bakım oranı %19'dan %25'e yükselmiştir.

Skaevinge Modeli.

- Tüm diğer belediyeler için örnek oluşturmuştur.
- Diğer belediyelerin benzer uygulaması ile aynı sonuçlar elde edilmiştir.
- Danimarka'da uygulanan bu uygulama, sağlık bakım harcamalarının azaltılmasında çok önemli bir model olmuştur.

**Bursa İli Kamu Hastaneleri Birliği
Tıbbi Hizmetler Başkanlığı Evde Sağlık Hizmetleri**

Dr. Ramazan IŞIK
Bursa Kamu Hastaneleri Birliği

Evde Sağlık Hizmetleri

14.09.2010 tarihinde Valilik oluru ile İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı olarak kurulan Evde Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Merkezi ve Koordinasyon Merkezine bağlı 16 Toplum Sağlığı Merkezi, 16 Devlet Hastanesi ve 4 Entegre Hastane bünyesinde evde sağlık hizmetleri birimleri kurulmuştur.

10 Kasım 2011 tarihli itibari ile 1 Toplum Sağlığı Merkezi, 18 Devlet Hastanesi, 3 İlçe Hastanesi ve 3 ADSM olmak üzere toplam 25 birim ile hizmetine devam etmiştir.

Evde Sağlık Hizmetleri, 2 Kasım 2012 tarihinden itibaren BKHB Genel Sekreterliğimiz bünyesinde, **17 Hastanemiz** ve **3 Ağız Diş Sağlığı Merkezimizde** bulunan birimler tarafından hizmete devam etmektedir.

27.02.2015 tarih ve 29280 sayılı resmi gazetede yayınlanan yeni yönetmeliğe göre; Çeşitli hastalıklar nedeniyle evde sağlık hizmeti almaya ihtiyacı olan bireylere **evinde** ve **aile ortamında** sosyal ve psikolojik danışmanlık hizmetlerini de kapsayacak şekilde verilen muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım, takip ve rehabilitasyon hizmetlerini kapsar.

Türkiye’de evde bakım, evde sağlık hizmeti yok iken, 2010 yılında ilk Denizli’de evde bakım ve sağlık hizmetleri başlattık. Herhangi bir mevzuat düzenlemesi yoktu, neler yapabileceğimizi il müdürümüz ve valimiz ile toplantılar yaparak, hizmete başladık.

Bursa’da evde sağlık hizmetleri

Bursa’da evde sağlık hizmetleri 2010 yılında üçlü yapılanma olmadığı için sağlık il müdürlüğü çerçevesinde çalışmalarına başkadı. İl ve ilçeler dahil bütün hastanelerimizde6 ay gibi bir sürede önce ekip oluşturma, evde sağlık hizmeti birimi oluşturma ve evde sağlık hizmeti nedir, neler yapılır, yaklaşımlar konusunda hizmet içi eğitimler ile çalışmalar başladı. Bursa’ya özel evde sağlık hizmeti veren elemanlarımızın belli bir kıyafet şartnamesi oluşturduk. Bu kıyafet tüm Türkiye’de evde bakım hizmeti kıyafeti olarak yönetmelikte yer almıştır. Binek ve hasta nakil araçlarını oluşturduk.

Çalıştayda çok tartışılacak sadece sağlık değil, bakım hizmeti de vermekteyiz. Evde sağlık hizmetinde ulaştığımız hastaların %80 ninin evde sağlık hizmetini kendi ortamında verebiliyoruz. Kalan %20 sinin hastanemize naklederek ihtiyaçlarını gidermekteyiz.

Kurumlarla paylaşımımız çok yoktu ilk zamanlar Hem bakım hem sağlık hizmeti veriyorduk. Örneğin toplu sünnetler yapılması, bursa kuaförler, berberler odası ile çalışarak evde hizmet verilmesi, psikolog ve sosyal hizmet uzmanı desteği ile ihtiyaçlar kendi meslek alanına göre değerlendirilmesi çalışmalar yapılmaktadır. Hastaneden çıkan hastalarımızı ziyaret ederek sosyal etkinlikler de yapılmaktadır. Hemşirelerimiz evde sağlık hizmeti verdikten sonra hastaya ve yakınına sosyal destek de vermektedir.

27.02.2015/29280 Yönetmelik ile BESH Birimler üç tipe ayrılır:

- T Tipi Evde Sağlık Hizmet Birimleri: TSM’lere bağlı olarak kurulan birimlerdir

- H Tipi Evde Sağlık Hizmet Birimleri: Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı hastaneler bünyesinde kurulan birimlerdir. (17 HASTANE)
- D Tipi Evde Sağlık Hizmet Birimleri: Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı ADSM'ler bünyesinde kurulan birimlerdir. (3 ADSM)

Denetim ve sorumluluk

- Evde sağlık hizmetlerinin koordinasyonu Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından yerine getirilir. Ayrıca evde sağlık hizmetlerinin bu Yönetmelik hükümlerine uygun olarak etkin bir şekilde ve eksiksiz olarak yürütülmesinden Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ve Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu müştereken sorumludur.
- Birimlerin ve faaliyetlerinin bu Yönetmeliğe uygunluğu Halk Sağlığı Müdürlüğünce denetlenir.
- Daha önce ilgili dal uzmanı tabiplerce konulmuş olan tanı ve planlanan tedavi çerçevesinde ve kişinin bulunduğu ev ortamında;
- Tetkik, tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmetlerini verir.
- Tıbbi cihaz ve malzeme kullanımına ilişkin raporların çıkarılmasına yardımcı olur.
- Hastanın ve ailesinin evde bakım sürecinde üstlenebilecekleri görevler ve hastalık bakım süreçleri ile ilgili bilgilendirir.
- Hastalığı ile alakalı evde kullanımı gerekli tıbbi cihaz ve ekipmanların doğru ve uygun koşullarda kullanılması konusunda eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin verir.
- Lüzumu halinde ilgili dal uzmanlarının da görüşü alınarak gerekli konsültasyonunu sağlar.

Sağlık Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ve İçişleri Bakanlığı evde sağlık hizmeti protokolünü imzaladı.

- 9 PİLOT İLDE BAŞLAYACAK
- Bu çalışma pilot olarak Aydın, Burdur, Çankırı, Edirne, Elazığ, Eskişehir, İstanbul, Iğdır ve Samsun'da yürütülecek.
- Bakanlığımız verilerine göre 543 bin 395 hasta evde sağlık hizmeti aldı. Bu hastaların 225 bin 801'i hizmet almaya devam ediyor.

444 38 33 (444 EV DE)

Sağlık dışında eve gittiğimiz hastanın birçok ihtiyacı bulunmaktadır.

- Badana ve boya ihtiyacı olan hasta evlerinin, badana ve boyalarının yaptırılması,
- Haşere(fare vs)bulunan hasta evlerinin haşerelere karşı ilaçlanması
- Hastaların banyoları ve kişisel bakımları konusuna destek alınması,
- İhtiyaç sahibi Evde sağlık hastalarına yemek dağıtımının sağlanması
- İhtiyacı olan hastaların mobilya ve mutfak malzemelerinin karşılanması,
- Hastaların banyoları ve kişisel bakımları konusuna destek alınması,
- İhtiyaç sahibi Evde sağlık hastalarına yemek dağıtımının sağlanması
- İhtiyaç sahibi hasta ve yakınlarına giyecek-yiyecek ve yakacak yardımı yapılması,
- Engelli çocuklarımız ve Evde Sağlık Hastalarımız için oyuncak yardımı,

| | |
|---|-----------------------------------|
| TOPLAM HİZMET VERİLEN HASTA SAYISI 22.04.2015 İTİBARIYLA | 15.768- (1934 Alz. tanılı) |
| AKTİF HİZMET VERİLEN HASTA SAYISI | 5538- (582 Alz. Tanılı) |
| ÖLÜM | 8973- (1328 Alz. Tanılı) |
| ŞİFA | 1039 |
| İKAMET DEĞİŞİKLİĞİ | 177- (19 Alz. Tanılı) |
| TEDAVİ RED | 41 |

| GENEL SEKRETERLİĞİMİZE BAĞLI EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ BAKANLIĞA GİRİLEN TOPLAM HASTA SAYISI (TSM) | | | | | | | | | | |
|---|---------------------------|-------------------------------|---------------------------------|--------------------|-------|--|-------------------------------|--------------------|------------------------------|--|
| AİT OLDUĞU AY : 01-31 | (NİSAN AYINDA BİLDİRİLEN) | | | | | | | | | |
| MART | 2015 | | | | | | | | | |
| HASTANE ADI : | İYİLEŞME | TEDAVİ RED/ SONLANDIRMA TALEP | SAĞLIK PERSONELİ GEREKTİRME DEN | İKAMET DEĞİŞİKLİĞİ | VEFAT | DİĞER EŞİT BİRİMLERİNE DEVİR EDİLEN HASTALAR | TOPLAM ÇIKARILAN HASTA SAYISI | AKTİF HASTA SAYISI | ULAŞILAN TOPLAM HASTA SAYISI | |
| 1 GEMLİK DEVLET | 112 | 7 | 0 | 53 | 507 | 0 | 679 | 272 | 951 | |
| 2 İNEGÖL DEVLET | 263 | 2 | 0 | 25 | 931 | 0 | 1221 | 416 | 1637 | |
| 3 İZNİK DEVLET | 50 | 0 | 0 | 3 | 248 | 0 | 301 | 144 | 445 | |
| 4 KARACABEY DEVLET | 59 | 7 | 0 | 7 | 380 | 0 | 453 | 186 | 639 | |
| 5 M.K.PAŞA DEVLET | 69 | 5 | 0 | 2 | 414 | 0 | 490 | 236 | 726 | |
| 6 MUDANYA DEVLET | 36 | 8 | 0 | 11 | 343 | 0 | 398 | 240 | 638 | |
| 7 DÖRTÇELİK ÇOCUK HAST | 8 | 1 | 0 | 3 | 47 | 0 | 59 | 257 | 316 | |
| 8 ORHANELİ DEVLET | 31 | 2 | 0 | 2 | 134 | 0 | 169 | 83 | 252 | |
| 9 ORHANGAZİ DEVLET | 37 | 0 | 0 | 0 | 327 | 0 | 364 | 192 | 556 | |
| 10 ONKOLOJİ HAST | 1 | 1 | 0 | 0 | 1150 | 0 | 1152 | 210 | 1362 | |
| 11 ÇEKİRGE DEVLET | 68 | 7 | 0 | 5 | 1019 | 0 | 1099 | 716 | 1815 | |
| 12 BURSA DEVLET | 67 | 2 | 0 | 7 | 1169 | 0 | 1245 | 785 | 2030 | |
| 13 AYTEN BOZKAYA SPASTİK | 1 | 2 | 0 | 5 | 31 | 0 | 39 | 261 | 300 | |
| 14 YENİŞEHİR DEVLET | 58 | 0 | 0 | 1 | 385 | 0 | 444 | 204 | 648 | |
| 15 GÖĞÜS HASTALIKLARI ŞEVKET YILMAZ DEVLET | 3 | 0 | 0 | 3 | 141 | 0 | 147 | 78 | 225 | |
| 16 YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM | 106 | 13 | 0 | 13 | 1262 | 0 | 1394 | 938 | 2332 | |
| 17 EĞİTİM | 9 | 1 | 0 | 0 | 115 | 0 | 125 | 80 | 205 | |
| TOPLAM | 978 | 58 | 0 | 140 | 8603 | 0 | 9779 | 5298 | 15077 | |



Yaşımız küçük, işimiz büyük

Alzheimer Hastasına Evde Bakım

Sevim TARIKULU
Türk Kızılay Bursa Şubesi

“Bir milletin yaşlı vatandaşlarına ve emeklilerine karşı tutumu, o milletin yaşama kudretinin en önemli kıstasıdır.mazide muktedirken bütün kuvvetiyle çalışmış olanlara karşı minnet hissi duymayan milletin istikbale güvenle bakmaya hakkı yoktur.”

K. ATATÜRK

Hepimiz, uzun yaşamak isteriz ama asla yaşlanmak istemeyiz. Yaşlılar, genç olamayacaklar, ama gençler mutlaka yaşlanacaklar. Yaşlılar, genç olamayacaklar, ama gençler mutlaka yaşlanacaklar.

Bakım nedir?

Bireyin bedensel, ruhsal ve sosyal yetersizliklerinin yarattığı sorunları en aza indirmeyi hedefleyerek, mevcut kapasitesini kullanarak, bağımsız yaşam aktivitelerini sürdürebilmeleri için, sunulan destekleyici hizmetlerin bütünüdür.

Yaşlılığın en büyük göstergesi fonksiyonel kapasite yetersizliğidir!

HEDEFİMİZ: Fonksiyonel kapasiteyi arttırarak yaşam kalitesini yükseltmektir !

Bakım Modelleri

- Huzurevleri,
- Özel Huzurevleri
- Kamu Kurum ve Kuruluşların Huzurevleri
- Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri,
- Yaşlı Dayanışma Merkezleri
- Gündüz Bakım Evleri
- Evde bakım

Evde bakım nedir?

Ülkemizde Evde Bakım eski bir kavram için kullanılan yeni bir terimdir. Tıbbi hizmetlerin, sosyal hizmetlerle bütünleşerek üyelerin işbirliği, sürekli, kapsamlı ve organize bir biçimde sunulan koruyucu, tedavi edici ve destekleyici hizmetlerdir.

Alzheimer Hastalarının Evde Bakımı

Aileyi bir bütün olarak algılayabilen multidisipliner bir ekip hizmetidir.

Neden evde bakım?

- Bireyin, kendi kültürünü yaşadığı, hakim olduğu, kendini güvende ve özgür hissettiği, anılarıyla beraber olduğu bir ortamdır.
- Kurumlarda bakım ise; toplum kültürümüze uymayan, yaşlının çevre denetimini göreceli olarak yitirdiği, farklı kültürlerden gelen insanlarla yaşamak zorunda olduğu yeni bir ortamdır.

- Evinde, alışık olduğu ortamda bakılan yaşlıların aktif ve sağlıklı yaşlanmaları ve yaşamaları,
- H/Y'nın evde sağlık hizmeti alabilmesi ile hastane enfeksiyonlarının önlenmesi ve hastanede kalma sürecinin kısılması.
- Yaşlıya özel bakım planıyla, yaşam kalitelerini yükselterek, yaşamdan doyum almaları,
- Yaşlıların karar verme sürecinin bütün aşamalarına katılabilmeleri ve otorite kullanabilmeleri
Yaşlılık döneminde, hastalık ve bağımlı kalma riskini arttıran faktörlerin etkilerin azaltılması,
- Yaşlının kendi potansiyelini harekete geçirerek, GYA devam ettirebilmesi, Yaşlılığa bağlı hastalıklardan korunabilmesi.
- Yaşlıların yalnızlık, korku ve güvensizlik duygularından arınması
- Evde bakımın daha ekonomik olması vb.

Evde Bakımda Sık Karşılaşılan Problemler

- Etkin iletişim kurulamaması
- Toplumumuzda bakım kültürünün olmaması
- Ailenin otorite kullanabilmesi
- Sosyo-kültürel çatışma,
- Bakım standartlarının belirlenmemiş olması,
- Ülke politikasının yetersiz olması,
- Alt yapının yetersiz olması ve bakıcıların eğitimsiz olması.
- Hastalık odaklı olunması vb.
- Hizmet sunucularının, yeterli bilgi ve becerilerinin olmaması.
- Bakıcıların iş disiplini olmaması,
- Bakıcıları sosyal güvence kapsamına alınamaması
- Kültürümüzde yakınları, yakınlarına bakar modelinin etkin olması
- Ailede ve bakıcıda tükenmişlik sendromunun erken başlaması ve çatışma yaşanması ve uyum sürecinin sıkıntılı olması (eğitim; kültür; ekonomi.....)

Evde Bakım Ekibi

- Kişinin ihtiyaçları doğrultusunda sunulan, evde bakım hizmeti profesyonel sağlık çalışanları ve/veya bakım destek personeli tarafından verilen bir ekip hizmetidir.

Ekip Üyeleri:

- Hekim, Hemşire, Fizyoterapist, Diyetisyen, Psikolog, Sosyal Hizmet Uzmanı, Sağlık Yöneticisi, Ev Ekonomisti, Sertifikalı Bakım Personeli.

Kaliteli bakım, başarılı iletişim ile mümkündür, iletişim empatik yaklaşımla gerçekleşir!

- KOŞULSUZ SEVGİ
- TAM BİR BAKIM PLANI
- DOĞRU YAKLAŞIM

Etkin İletişim**Anlamak ve Anlaşmak**

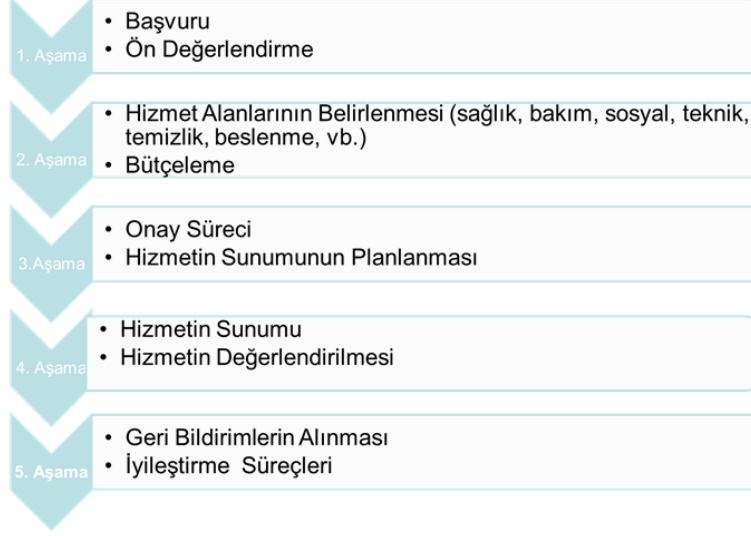
Sorunlarını anlama ve ifade etmede sıkıntıları olan yaşlıların “davranışlarını dinlemek” gereklidir.

İletişim:

- Hastalık onun hayattan zevk almasına engel değildir.
- Etkin iletişimle mutlu bir yaşam sunarak kendinize ve ona yardım etmiş olursunuz.

Örnek Model

Türk Kızılay’ı Evde Bakım Yönetmeliği 2008 yılında yürürlüğe girmiştir



Yardım edin!

Onun yerine siz yapmayın.

Yaşlı, çocuk gibi davranan bir yetişkindir;

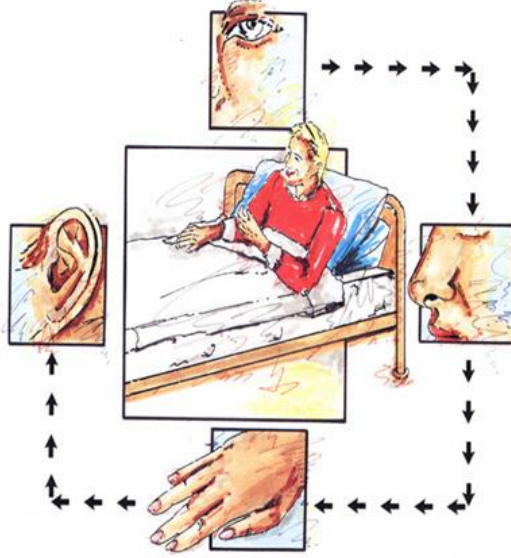
Çocuk değildir

Toplumun kalitesi ve dayanıklılığı yaşlılara gösterilen özen ve saygıyla ölçülür. Toynbee

İletişim

- Empatik yaklaşın,
- Sevgi dilini belirleyin,
- Göz teması kurun,
- Beden dilinizi kullanın,dokununuz,
- Saygılı davranın,
- Basit sözcükler kullanın,
- Ses tonunuz yavaş, sevecen ve güven verici olsun,
- Gülümseyin,
- Sevginizi yansıtın,
- İletişim konusundaki yaklaşımımız sabır, anlayış ve iyi bir dinleyici üçgeni içinde gelişmelidir,

- Alzheimerlı hastaların gerçeğine katılmalı, duygularını onaylamalı ve gereğinde onları meşgul edip, dikkatlerini başka yöne çekmeliyiz,
- Alışıldık kelimeler ve basit kavramlar kullanılmalıdır,
- Davranışlar onların kendini ifade ettiği en iyi yoldur. İyi gözlemlenmeli ve bu doğrultuda davranış geliştirilmelidir.
- Aynı kelimeleri veya soruları tekrarlamasına karşı sabırlı olun. Unutmayın sorduğu her tekrar soru onun için ilk sorudur, sizde ilk soru gibi cevap verin.
- Bağımsız karar almasını destekleyin,
- Davranışları kişiselleştirmeyin,
- Öfkesini dışa vurmasına izin verin fakat öfkeyi kişisel algılamayın,
- Bilinci kapalı bile olsa iletişim kurun,
- Yapılacak her bir işlemin, her bir basamağını açıklayın, konuşun, aileyi konuşturun, dokunun, sevin
- Önyargılı olmayın, enerjik olun, gülümseyin, kendinizi iyi hissedin ve iyi hissettirin,
- Kolaylaştırıcı olun, saygı duyun, yeteneklerinizi abartmayın,
- Problemin parçası değil, çözümün parçası olun
- Aynı hikayeyi size defalarca anlatmış olabilir önemli değil, önemli olan sizinle iletişim kurmak istemesidir, ilk dinliyormuş gibi dinleyin.



Genel Bilgiler Güvenlik için:

- Yerler kaygan olmamalı, halılar sabitlenmeli veya hiç olmamalı merdivenler alçak ve tırabzanlı olmalı, aydınlatma yeterli olmalı, mobilyalar düzenli yerleştirilmeli, tuvalet ve banyoda tutunma barları olmalı .
- Gaz kaçağı ve elektrik tesisat konusunda dikkatli olun.
- H/Y'nın yaşayacağı tüm alanlarda olası ev kazaları için detaylı tüm önlemler alınmalı,

Beslenme

- Beslenme Uzmanı rehberliğinde kaliteli beslenmesini sağlayın.
- Masadan fazla malzeme bulundurmayın,
- Gün içinde çok sayıda küçük öğünler halinde sunun,

- Yemek için, yeterli süre ayırın, acele etmekten kaçının,
- Kıvam, renk ve tat çeşitliği olan yemekler sunun,
- H/Y'nın kültürüne uygun yiyecekler hazırlayın,
- Yeterli sıvı almasına dikkat edin.
- Masayı farklı renkler ve örtüler kullanarak cazip sofraya düzeniyle sunun. Yemek yenen yerin ferahlığından ve aydınlığından emin olun,
- Hastanın dikkatini dağıtacak şeyleri azaltın,
- Çiğneme ve yutma güçlüğü varsa yiyecekleri mutfak robotundan geçirin,
- Yemek yemenin her bir basamağını kendiniz yaparak gösterin veya basit basamaklı emirler verin

Çok Fazla Yemeğe Karşı Önlemler

- Yiyecekleri yemek saatleri dışında gözden uzak tutun,
- Yemekleri tabaklara koyduktan sonra masaya getirin,
- Lokmaları küçük hazırlayın,
- Başkasının tabağından yiyorsa anlayış ve sabır gösterin.

Kişisel Bakım

- Mevcut potansiyelini kullanın, Mümkün olduğunca öz bakımını kendisine yaptırın.
- Her bir işe yeterli zaman ayırın, acele etmekten kaçının,
- Basit ve tek basamaklı komutlar vermeye çalışın, her bir adımı açıklayın,
- Sevgiyle yaklaşın, yumuşak, güven verici bir ses tonuyla konuşun

Banyo

- Bilgilendirin ve onayını alın,
- Gerekli malzemeyi önceden hazırlayın,
- Suyun sıcaklığına dikkat edin, Gölgeyi, döşemedeki delikleri farklı algılayabilir.
- Hastanızın mahremiyet ihtiyacına saygı gösterin,
- Aynalar rahatsız ediyorsa, üstlerini örtün veya kaldırın
- Banyoda, el tutamaklarını kullanın,
- Yapabileceği işleri kendisine yaptırın,
- Eğer banyo yapmayı reddediyorsa ısrar etmeyin, daha sonra tekrar deneyin,
- Gerekliyse özel duş sandalyesi ve diğer gereçleri kullanın,

Giyinme

- Mümkünse giysiyi kendisine seçtirin,
- Ancak ilerleyen evrelerde duruma uygun giysileri seçmek ve giymekte artan bir zorluk çekecektir. Bu dönemde giysi seçimini sınırlayın,
- Kullanılmayan veya mevsime uygun olmayan giysileri kaldırın,
- İnatlaşmayın, görünüşe değil rahatlığa önem verin,
- Düğmeler, fermuarlar vb. fazla uğraşmasına ve moral bozukluğuna neden olabilir, yetilerine uygun giysiler bulundurun,
- Dayanıklı, kolay temizlenen ve kullanılan, hijyenik giysiler seçin,
- Her gün aynı kıyafeti seçiyorsa yeterli sayıda bulundurun,
- Giysi değiştirmeyi sürekli reddediyorsa gece ve gündüz giyilebilecek (eşofman vb.) rahat giysiler seçin ve doğru yaklaşın.

Tuvalet

- İdrar ve dışkı tutamama sorunları olabilir, nedenini araştırın, doktorunuza başvurun,
- Yer veya duvarlara tuvaleti gösteren renkli ok veya şekiller koyun,
- Tuvaletin kapısına resim veya yazı asın,
- Gece tuvaletin ışığını açık bırakın,
- Tuvalet ihtiyacını sözlü iletmeyebilir, davranışlarını dinleyin,
- Sık sık tuvalet ihtiyacını sorun ve tuvalet alışkanlığını belirleyin.
- Odasını tuvalete yakın seçin,
- İhtiyaca göre yükseltilmiş klozet, tutunma barları ve diğer gereçleri kullanın,
- Akşam yemeğinden sonra bir bardaktan fazla sıvı vermeyin,
- Alt bağlama ve sondadan mümkün olduğunca kaçının,

Farklı Davranışlar

Amaçsız Gezinme

- Huzursuzluğunun nedenini bulmaya çalışın
- Geceleri gezinme olasılığına karşı güvenlik tedbirlerini alın,
- Evden çıkıp kaybolma ve kaza riskine karşı kapıları kilitli tutun,
- Uygun meşguliyet terapisini belirleyin

Saldırganlık

- Nedenin ALZHEIMER HASTALARININ EVDE BAKIMI değil, hastalık olduğunu unutmayın,
- Güven verici iletişim kurun (ses tonunuzla, bakışlarınızla, dokunuşlarınızla sevginizi yansıtın)
- Fiziksel saldırıda sakın olun, el ve kollarını tutmaya çalışmayın, ağır ve keskin nesnelere ortamdaki uzaklaştırın,
- Olayı tetikleyen nedeni bulmaya çalışın

Öfke ve Sinirlilik

- Empatik yaklaşın, tüm iletişim becerilerini kullanın
- Öfkesini dışarı vurmasına izin verin,
- Altında yatan nedeni bulun.

Kaygı (Anksiyete)

- Dinleyin, duygularını paylaşın, bu gün ve geçmişi karıştırdıkça eski sorumlulukları duyar ve kaygılanır, sevgiyle yaklaşın anladığınızı hissettirin.
- Uygun meşguliyet terapisini belirleyin,

Takıntı ve Şüpheler

- Takıntı ve şüphelerin hastalığından kaynaklandığını unutmayın,
- Olumsuz duyguların üstünde durmayın,
- Tartışmak yerine, duygularına katılın, unuttuğunu anladığında zihninde karmaşa yaşayacak, boşlukları doldurmak için farklı hikayeler anlatarak olup biteni kavramaya çalışacaktır.

Takıntı ve Şüpheler

- Gerçeklik yönetimi ve gerçekleştirme terapilerini kullanarak sağlıklı iletişim kurun.
- Saklama eğiliminde olduğu eşyaların yedeğini bulundurun,
- Aksini iddia etmeyin, yalanlamayın, güven verin, dikkatini başka yöne çevirin,

Halüsinasyon veya Yanlış Algılamalar

Halüsinasyon veya yanlış algılamalar; olmayan bir şeyi görmek veya duymaktır.

- Yansıyan şeyin, kişi için sahici olduğunu unutmayın,
- Empatik yaklaşın ve duygularını paylaşın,
- İrkiltmemeye ve korkutmamaya çalışın,
- Duruma göre rahatlatıcı yöntemler kullanın,
- Hoşlandığı bir aktiviteye yönlendirin,
- Bu durumdan rahatsız oluyorsa doktorunuza başvurun.

Farklı Davranışlar

- Uygunsuz Cinsel Davranış
- Hastalık ahlaki toplumsal baskıları kaldırdığından hoş olmayan davranışlar yapabilir.
- Uyku Bozukluğu
- İnatçılık ve İşbirliği Yapmama

Tükenmişlik sendromundan kendinizi koruyun

- Bir zamanlar siz ona bağımlıydınız, şimdi o size bağımlı rol değişimine yardımcı olun.
- Başa çıkabilmek İçin kendinize ödül Verin, Uyku düzeniniz beslenmeniz önemlidir,
- Bu hastalık sadece sizinle değil unutmayın.
- Öfke için kendinizi Suçlamayın!

Alzheimer Hastalarının Evde bakımı

Emel KILIÇ

Bursa Büyükşehir Belediyesi Evde Bakım Hizmetleri

Amaç

Bursa Büyükşehir Belediyesi sınırlarında tespit veya ihbar edilmiş olan sosyoekonomik yoksulluk ve yoksunluk içinde bulunan günlük yaşam faaliyetlerini tek başına sürdüremeyen hastalara; teşhis, tedavi, bakım, eğitim ve yönlendirme hizmetlerinin verilmesi amaçlanmaktadır. Bu hizmet kapsamında evde sağlık hizmetine ihtiyaç duyan hasta, yatalak, engelli ve yaşlılara ulaşılacak Evde Hasta Bakım ve Ambulansla Hasta Nakil Hizmeti sunumu yapılacaktır.

Evde Sağlık Hizmetlerinin Kapsamı

- Kişinin ev ortamında ilgili dal uzman tabiplerince konulmuş olan tanı ve planlanan tedavinin uygulanması,
- Muayene, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin verilmesi,
- Tıbbi cihaz ve malzeme kullanımına ilişkin raporların çıkarılmasında yardımcı olunması,
- Hastanın ve ailesinin hastalık ve bakım süreçleri ile ilgili bilgilendirilmesi,



- Evde cihaz ve ekipmanların doğru ve uygun koşullarda kullanılması konusunda eğitim ve danışmanlık gibi hizmetlerin verilmesini kapsar.

Bursa Büyükşehir Belediyesi**Evde Sağlık Hizmetleri ve Ambulansla Hasta Nakil Hizmetleri**

- 2015-2017 TARİHLERİ ARASINDA PLANLANAN HİZMET SAYILARI
- SOSYAL İNCELEME : 6.912
- DOKTOR MUAYNESİ : 20.736
- FTR HİZMETİ : 24.192
- HEMŞİRELİK HİZMETİ : 96.768
- BAKIMDESTEK HİZMETİ : 62.208
- PSİKOLOJİK DESTEK HİZMETİ : 10.368
- TOPLAMDA : 221.184 adet

Sosyal Sorumluluk Nedir?

Tüm bireylerin ve yönetimlerin, içinde yaşadıkları toplumun yaşam kalitesini iyileştirmek için, ekonomik, çevresel, kültürel ve sosyal gelişmeye destek verme sorumluluğudur. Yaşam kalitesinin söz konusu olduğu durumlarda öncelik sağlığı iyileştirmek ve korumakla başlamalıdır.

Dünya yaşılanıyor

- Gelişmiş ülkelerde yaşlı nüfusun %20 oranında olan payının 2050 yılında %33'e yükselmesi öngörülmektedir.
- Japonya ve Avrupada 65 yaş üstünün çalışan nüfusa oranı 2030'da %40 ve 2050'de %50 olması bekleniyor.
- Geleneksel toplumlarda yaşlı azınlık bilge iken, şimdiki toplumda yaşlılar yük olarak görülüyor
- Yaşlı bağımlılık oranı 2014 yılında %11,8 oldu Yaşlı bağımlılık oranı, çalışma çağındaki her 100 kişiye düşen yaşlı sayısıdır. Türkiye'de 2014 yılında 100 çalışanın bakması gereken yaşlı sayısı 12 iken bu sayının 2023 yılında 15 olması beklenmektedir.
- Alzheimer hastalığından hayatını kaybeden yaşlı nüfus oranı arttı.
- Ölüm nedeni verilerine göre, 2010 yılında Alzheimer hastalığından ölen yaşlı nüfus oranı %2,7 iken bu oran 2011 yılında %2,9, 2012 yılında ise %3,4'e yükseldi. (Tüik)

Artan yaşlı nüfusun ve buna bağlı olarak kronik hastalıkların artacağı göz önünde bulundurulursa, evde bakım hizmetlerine ihtiyacın artacağı ve önem kazanacağı aşikârdır

Evde bakım hizmetleri genel olarak; bireyin sağlığını korumak, yükseltmek, yeniden sağlığına kavuşturmak amacıyla sağlık hizmetlerinin ve sosyal hizmetlerin profesyonel düzeyde veya aile bireyleri tarafından bireyin kendi evinde veya yaşadığı ortamda verilmesidir.

Bireylere kendi yakınları tarafından bakım verilmesi fiziksel ve psikolojik olarak hastaların iyilik halini olumlu etkilemesine rağmen, yapılan çalışmalar bakım verenlerin bazı sorunlarla karşılaştıklarını göstermektedir.

Başvuru

- Hasta yakını direkt veya telefonla,
- Hasta kendisi telefonla ,
- Komşusu aracılığı ile direkt veya telefonla,
- Aile hekimi veya hekiminin yönlendirmesi,
- İle Çağrı merkezine başvuru gerçekleşir.

Evde bakım hizmeti süreci

- Esh randevu sistemi ile yürütülür.
- Ziyaret gün ve saatleri planlanır.
- plan hasta yakını veya hastaya bildirilir.

Plan

- Sosyal inceleme ziyareti ,
- Hekim ziyareti,
- Hemşire ziyareti,
- Bakım destek ziyareti,
- Psikolojik destek ziyareti,
- FTR Uzman Hekim ziyareti,
- Fizyoterapist ziyareti
- Ambulansla hasta nakil hizmeti

**Bakım verenlerin sorunları**

- Aile bireylerinin %66,2'sinin aile içi rollerinin değiştiği. (Aksayan ve Cimete'nin 1998)
- %66'sının yorgunluk, bunaltı, sosyal yaşantı değişikliği yaşadıkları ve bu sorunları çözmek için evde sağlık personeli istedikleri bildirilmiştir.
- Bakım verenlerin %36'sının bakım vermede yetersiz kaldıkları belirlenmiştir.(Feldman ve arkadaşlarının 2002 yılı çalışmaları)
- Bakım verenlerin %84'ünün evde hasta bakımına yönelik hiçbir eğitim veya bilgi almadıklarını belirlemişlerdir. Dramalı ve arkadaşları 1998 çalışmaları)
- Bakım verenlerin %74,2'sinin bir uzman yardımına gereksinim duydukları bildirilmiştir.(Altun'un 1998 çalışmasında.)
- Evde sağlık hizmeti ,sağlıklı ve temiz ortamda sunulmalı. (yaşam alanının hijyenik olmaması.)
- Hizmet üretildiği anda tüketilen ,kişilere göre memnuniyet kriterlerinde değişiklik gösteren bir alan olması.
- Yapıların uygunsuzluğu , (taşınması ve banyo)
- Evde bakım hizmetlerinde eğitimli personel azlığı.
- Suçlamalarla karşılaşma.(iftira,hırsızlık vb olaylarla)
- Tükenmişlik sendromu.(çalışan personelde)
- Güvenlik .
- Bursa Büyükşehir Belediyesi Evde Hasta Bakım Hizmetleri bünyesinde 1 Ocak- 22 Nisan 2015 tarihleri arasında kayıt altına alınmış olan 847 hastanın 164 ünde (%19.36) Alzheimer rahatsızlığı bulunmaktadır.
- Alzheimer hastası olan yaşlılarımıza verilen hizmet esnasında hasta tarafından dönem dönem agresif davranışlar, hırsızlık suçlamaları, tehdit, hizmeti istememesi,eşi veya çocuğu sanması gibi olgularla karşılaşmaktadır.
- Bu olgularla sağlık personeli tarafından kolaylıkla başa çıkılabilmektedir.

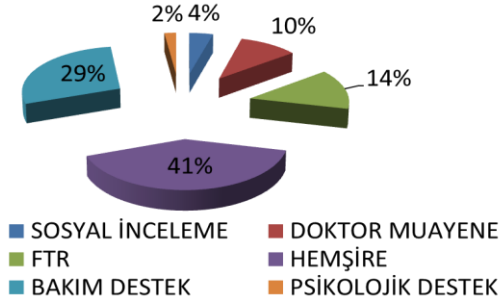


Bursa Büyükşehir Belediyesi Evde Hasta Bakım ve Nakil Hizmetleri

Yasemin ŞAVŞATLI
Bursa Büyükşehir Belediyesi

Evde Hasta Bakım Ve Nakil Hizmetleri

2014 YILI
49.876 ADET GERÇEKLEŞTİRİLEN
HİZMET DAĞILIMI



AMAÇ:

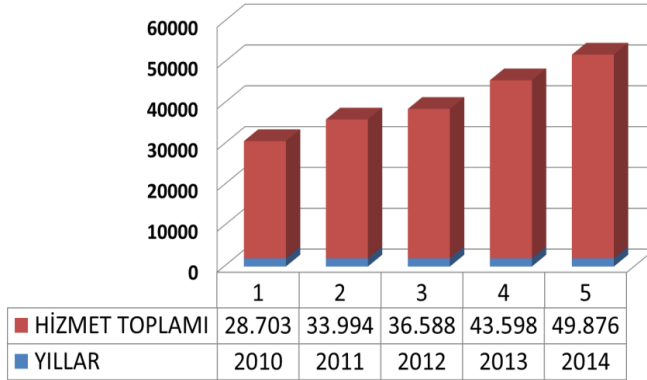
Evde sağlık hizmeti sunumuna ihtiyacı olan bireylerin muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyonlarının evinde ve aile ortamında sağlanması, bu kişilere ve aile bireylerine sosyal ve psikolojik destek hizmetlerinin bir bütün olarak birlikte verilmesidir.

2010 yılında Büyükşehir Belediyesi Sağlık ve Sosyal Hizmetler Dairesi bünyesinde Evde Hasta Bakım Hizmetlerini vermeye başlamıştır.

Pansumandan enjeksiyona, fizik tedaviden diğer sağlık sorunlarına kadar her türlü hizmet planlanmıştır.

2010-2014 4 yıl boyunca 7 merkez ilçede toplam 47 personel ve 16 araçla evde bakım hizmetlerini verilmiştir.

2010-2014



Yapılan Psiko-Sosyal İnceleme görüşmesi sonrasında ihtiyaç ve sosyal yardım öncelikleri değerlendirilerek gerekli hallerde hastaya ve aileye Belediyemiz ve diğer kamu kurumlarına olan rehberlik ve acil durumlarda yazılı bilgilendirme yapılmakta ve takip edilmektedir.

6360 sayılı Yasa gereği Büyükşehir konumundaki illerde İlin mülki sınırları Büyükşehir Belediyesinin sınırları olmuş ve Bursa 7 Merkez İlçeden 17 Merkez ilçeyi kapsayan hizmet sunumuna başlamıştır.

2015 -2016 yılında 24 ayda hedeflenen engelli, hasta ve evde bakım desteğine ihtiyaç duyan 7000 kişiden her bir hastaya Doktor Muayene-Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon-Hemşire Bakım ve Takip-Bakım destek ve refakat- Psikolojik Destek Hizmetlerinden en az birisinin 10 günde bir verilmesi düşünüldüğünde 260.000 hizmettir.

| | 2015 -2016 | BÖLGELERE GÖRE VERİLECEK HİZMET SAYILARI | | | | | | |
|----------------|----------------------------------|--|-----------------------------|------------------|-----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|--------------------|
| Bölge No | Bölgeye Ait İlçeler | Sosyal İnceleme Hizmeti Adet | Doktor Muayene Hizmeti Adet | FTR Hizmeti Adet | Hemşire Bak. ve Tak. Hizmeti Adet | Bakım Dest. ve Ref. Hizmeti Adet | Psikolojik Destek Hizmeti Adet | TOPLAM HİZMET ADET |
| 1.BÖLGE | Merkez | 4.838 | 14.515 | 16.934 | 67.738 | 43.546 | 7.258 | 154.529 |
| 2.BÖLGE | M.K.Paşa+Karacabey | 553 | 1.659 | 1.936 | 7.742 | 4.976 | 830 | 17.696 |
| 3.BÖLGE | İnegöl - Yenişehir | 622 | 1.866 | 2.177 | 8.709 | 5.598 | 933 | 19.905 |
| 4.BÖLGE | Orhangazi+İznik-Gemlik | 622 | 1.866 | 2.177 | 8.709 | 5.598 | 933 | 19.905 |
| 5.BÖLGE | Orhaneli-Keles-B.Orhan-Harmancık | 277 | 830 | 968 | 3.870 | 2.490 | 414 | 8.849 |
| TOPLAM | | 6.912 | 20.736 | 24.192 | 96.768 | 62.208 | 10.368 | 221.184 |

| 2015 | Unvan | Personel Sayısı |
|------|---------------------------------|-----------------|
| | Unvan | Personel Sayısı |
| 1 | P.SORUMLUSU | 1 |
| 2 | BİLGİ İŞLEM | 3 |
| 3 | SOSYAL İNCELEME | 2 |
| 4 | PSIKOLOG | 3 |
| 5 | DOKTOR | 2 |
| 6 | ATT | 10 |
| 7 | HEMŞİRE | 12 |
| 8 | FİZİK TEDAVİ UZM.DR (PART TIME) | 1 |
| 9 | FİZYOTERAPİST | 6 |
| 10 | SAĞLIK DESTEK ELEMANI | 34 |
| 11 | AMBULANS SÜRÜCÜ | 10 |
| 12 | BAKIM DESTEK | 18 |
| | Toplam | 102 Kişi |

- Verilen hizmetin memnuniyetini ve uygunluğunu ölçmek üzere kontrol grupları oluşturulmuş ve hizmetin verilmesi akabinde ev ziyaretleri ile yüz yüze anket uygulaması yapılmaktadır.
- Evde Hasta Bakım ve Nakil Hizmetleri Bilişim programı geliştirilerek daha ayrıntılı veri tabanı oluşturulması yönünde çalışmalar tamamlanmak üzeredir. Programın devreye girmesiyle her türlü istatistiksel döküme ulaşılabilecektir. Özellikle sağlık alanında Bursa ili için ciddi bir kaynak olacağı öngörülmektedir.
- İhtiyaçlar ve talepler dikkate alınarak sağlık ve sosyal hizmet alanında yeni stratejik planlar yapılmaktadır.

Görüş ve Öneriler

- Alzheimer Hasta ve Yakınlarına Evde Hasta Bakım hizmetleri desteği daha sıklıkla ve kapsamlı olarak verilmelidir.
- Hasta ile beraber hasta bakımını üstlenen kişilerde psikososyal ve ekonomik olarak desteklenmelidir.
- Kamu kurumları, yerel yönetimler ve özel sektör nezninde Gündüzlü Alzheimer Bakım Merkezleri açılması yönünde gerekli çalışmalar başlatılmalıdır.

Gündüzlü Alzheimer Bakım Merkezleri

- Hasta yakınlarını bakım konusunda bilgilendirmeyi
- Hasta yakınlarını uzmanlarla buluşturmayı
- Hasta yakınlarına bu zor görevi yaparken biraz zaman ve rahatlama temin etmeyi
- Hasta yakınları arasında dayanışmayı artırmayı
- Alzheimer hastalarımıza keyifli ve kaliteli zaman geçirtmeyi
- Hastalıklarının gerektirdiği rehabilitasyon hizmetleri ile hastalığın seyrini yavaşlatmayı
- Hasta ve hasta yakınların yaşam kalitesini artırmayı
- Hasta ve hasta yakınlarının ihtiyaç duyduğu desteği vermeyi

Yaşlı Rehabilitasyon hizmeti veren kurumlarda Alzheimer Rehabilitasyon hizmetleri yeniden yasal mevzuat düzenlemesi gözden geçirilmelidir

- Bina fiziki nitelik ve nicelik yeterlilikleri
- Özbakım hizmetlerinin yanında rehabilitasyon hizmet yeterlilikleri
- Personel mesleki yeterlilikleri ve hizmet tazminatları

OTURUM III
ALZHEİMER HASTALARININ EVDE BAKIMINDA MODEL
SORUNU HİZMETLERİN ENTEGRASYONU
SUNUMLAR
ORTAK FİKİR OLUŞTURMA
24 Nisan 2015
14:00-17:30

Alzheimer Hastalarının Bakımı

Coşgun GÜRBOĞA

Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Yaşlı Hizmetleri Dairesi Başkan V.

Evde bakım hizmetinin sağlık bakımı, sosyal bakımı ve destek mekanizmalarıyla birlikte değerlendirilmesi gerekir yoksa hizmetlerden etkin sonuç almak mümkün olmaz. Hizmetlerin sürekliliğini, kalitesini olumsuz etkilerken maliyeti artırır. Aynı eve farklı kurumlardan, farklı ekipler ile gidilmesi hizmet alana manevi külfet getirir ve güven duygusunu zedeler. Alzheimer hastalarına bakım veren içinde, hasta içinde zaman ve enerji kaybına neden olur. Birbirinden habersiz, bağlantısız hizmetlerin amacına ulaşmasını engeller.

Aynı şekilde kurumsal bakım alanında hastalık için bakımevleri düşünülürken, Alzheimer hastaları için özel bakımevi (huzurevi) olmalıdır. Yoksa Huzurevlerinde ayrı bölümlerde alzheimer hastalarının bakım hizmeti yapılmalıdır. Uygulamada huzurevlerine yerleşen yaşlılarımızın süreç içinde demans ve Alzheimer hastası olduğu ve bakım almaya devam ettiği gerçektir. Ayırtırmayı ne zaman, nasıl düşünmeliyiz. Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri içinde aynı durum söz konusudur. Ancak özellikle alzheimer hastaları için gündüzlü bakımevlerinin vazgeçilmez bir uygulama olduğunu kabul etmek gerekir. Evde bakım hizmeti düşünülürken yaşlı, demans hastası, Alzheimer hastası ve bu kişilere bakım verenler için önemli bir destek aracı olacaktır.

Sosyal bakım konusunda nasıl bir modeli ele alacağız, bu konulara cevap aramamız gerektiğini düşünüyorum. Bakım hizmetlerinde bütçe ve kaynak konusunda eskiye oranla bir sıkıntı bulunmamaktadır. Ancak bütçenin kaynağın kullanımı konusunda bir sistem oluşturulması gerekmektedir. Evde bakım konusunda bakım hizmetinin bedeli saatlik olarak mı ödenmeli, kişi başına aylık bir ödeme şeklinde mi olmalıdır. Örneğin, Üsküdar Belediyesi tarafından ve Ankara valiliği tarafından uygulanan çağrı merkezli bir sistem var. Çağrı merkezi, yaşlının butona basması ile, kişinin dosyasına ulaştığı, ihtiyacının telefonla alındığı, ambulans, temizlik evde bakım hizmetinin verildiği bir sistem bulunmaktadır. Hizmetler verilmektedir. Ancak bu hizmetlerin takibi, ilaç kullanımına ilişkin takipte çağrı merkezinin yapması gerekenler, hizmet verenlerin sürekli eğitimi gibi konularda sistemli çalışma yapılması gerekmektedir.

Alzheimer Hastalarında Bakıcı Sorunu, Hizmetlerin Entegrasyonu

Uzman Dr. Sevnaz ŞAHİN
Ege Üniversitesi Geriatri Bilim Dalı

İleri yaşta evde bakım, sağlık hizmetleri, sosyal hizmetler, sosyal politikalar, kültür ve sanat, mimari konularını içeren birçok disiplinin birlikte çalışmasını gerektiren bir sorun alanıdır.

Yaşlıya evde bakımı kimler veriyor?

ASPB İl Müdürlüğü,
Sağlık Bakanlığı İl Halk Sağlığı Müdürlüğü,
Yerel yönetim
Özel sektör.

Evde bakımda yaşlıya hangi kurum destek olabilir?

İleri derecede demanslı annesi olan bir çalışmamızın annesine evde bakım hizmeti konusunda bir çizelge oluşturularak kurumlara hangi hizmetleri verebileceği soruldu. Bu çizelgede evde bakım mı, evde sağlık mı konusu kurumlarca soruldu ve evde bakım, evde sağlık olarak ayrıma gidildi. Aynı zamanda bu bir panel şeklinde gerçekleştirilerek çeşitli sonuçlar elde edildi.

Evde bakım hizmetinde; yerel yönetimler hizmeti verdiğini belirtti, ASPB İl müdürlüğü evde bakım ücreti ve gündüzlü bakım hizmeti verdiğini, özel sektör ücreti ile tüm hizmetleri verdiğini belirtti. Evde sağlık hizmetini ise sadece Halk Sağlığı Müdürlüğü verdiğini belirtti.

İzmir ile sınırları içinde hizmetlere nasıl ulaşılabildiği konusu;

Yerel yönetimlere internette, hemşirelik iletişim hattından, İzmir Büyükşehir belediyesinin hastanesinden ulaşılabilmektedir. Halk sağlığı il müdürlüğüne, telefon ile koordinasyon merkezine ulaşılmakta, devlet hastanesi aracılığı ile randevu sisteminde hizmet verilmektedir. ASPB İl Müdürlüğü alan incelemeleri, sözlü yazılı ihbar veya bireysel başvurular kişinin ihtiyacı ve ilgili koordinasyon ile kişiye özel hizmet programı oluşturularak dosya açılmakta ve hizmet verilmektedir. Özel kurumlar direk başvuru ile hizmet sunmaktadır.

Çalışmada, annesi demans hastası olan çalışmamız (hemşire) benimde sosyal desteğe ihtiyacım var nasıl destek alabilirim sorusuna kurumlar;

ASPB İl müdürlüğü, yerel yönetimler böyle bir hizmeti bulunmadığını, Halk sağlığı il müdürlüğü, sosyal yöndem yardım ihtiyacını belirten hastalar için sosyal hizmet uzmanı görüşme yaparak gerekli kurumlarla iletişime geçilmektedir. Ancak bu yoldan kurum çalışanı hemşire hanım çok destek bulamadığını belirtti. Özel sektör ücretli aile ve danışma merkezlerine hizmet vermektedir.

İlaçları nasıl yazdırıp nasıl alabilir hangi kurumdan yardım alabilirim sorusunda kurumlar;

ASPB İl müdürlüğü ve özel sektör bu konu da hizmet verememektedir. Yerel yönetimler (izmir) hastanın ikametgahının bulunduğu kaymakamlığın sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakfı aracılığı ile, sağlık kurulu raporu ile hastane üzerinden bu konuda ilaç temini yapabileceğini belirtirler. Halk sağlık müdürlüğü evde sağlık hizmeti hastasının reçeteleri aile hekimleri tarafından yazıldığını belirtirler.

Hastanın tahlillerinin nasıl yaptırılacağı konusunda;

Halk sağlığı il müdürlüğü telefon ile aranırsa hastaneler toplum sağlığı merkezlerinde (evde değil) tahlillerin yapılabileceği (evde böyle bir hizmet bulunmuyor). Yerel yönetimler hastadan tetkikler için evinde kan almadıkları belirtmiştir. ASPB İl müdürlüğünde bu hizmet yok, özel sektör ücret karşılığı hizmet vermektedir.

Evde bakımda asıl sorun yatağa bağımlı hastanın tetkikleri için sağlık kuruluşuna götürülmesidir. Hastanın sağlık kuruluşuna nakil için yerel yönetimler, Halk Sağlığı il müdürlüğü hizmeti verebilmekte, özel sektör ücreti karşılığında verebilmekte iken ASP il müdürlüğünde bu hizmet bulunmamaktadır. Evde fizyoterapi desteğine ihtiyaç duyulması halinde özel sektör ve ASP İl müdürlüğü bu hizmeti veremediğini belirtirken, yerel yönetimler ancak (izmir) hastaneye yatışı ile mümkün olduğu belirtir. Halk sağlığı il müdürlüğü, verebileceğini belirtirler ancak Halk sağlığı il müdürlüğünde fizyoterapi ihtiyacını var ise hastanede verebileceklerini yönünde söylemleri bulunmaktadır.

Sağık kurulu raporu almak istenilirse;

Yasal haklar konusunda bilgi alınmak istenildiğinde hiçbir kurumun bu konuda evde hizmet vermediği görülmüştür. Her kuruluşun sadece kendi sınırları alanında bilgi sahibi olduğu görülmüştür. Yaşlıyı, hastayı, hasta yakınını çok da yönlendirici olmadığı görülmüştür.

Havali yatağa ihtiyacım var nasıl sağlayabilirim sorununa;

Halk Sağlığı Müdürlüğü ve yerel yönetimler bu konuda temin yoluna gidebildiklerini söylemişlerdir. Halk sağlığı müdürlüğü sağlık raporu ile karşılama yönünde iken, yerel yönetimler yatak ve hasta karyolosu gibi ihtiyaçları karşılayabilmektedirler. ASP İl müdürlüğü ve özel sektörün bu konuda hizmeti yoktur.

Tükenmişlik konusunda hangi kuruluştan hizmet alınabilir denildiğinde,

Yerel yönetimler, halk sağlığı müdürlüğü, ASP İl müdürlüğünün hizmeti yoktur. Özel sektör ücretli hizmet vermektedir.

Panel sonunda, evde bakım konusunda terminoloji konusunda sıkıntı olduğu görülmüştür. Evde bakım, evde sağlık bakımı, sosyal destek, teknik destek, vb. çeşitli kargaşa olduğu belirlendi. Aynı hizmeti iki kurum verebiliyor. Bir başka hizmeti hiçbir kurum vermeyebiliyor. Kurumlar arası işbirliğinin olmadığı görülmüştür. İdeal hizmet ekibinin de oluşturulmadığı, halk sağlık müdürlüğü ve ASP il müdürlüklerinin birlikte ekip çalışması yapması kaynakların etkin kullanımını da sağlayacağı düşünülmektedir. Bu konuda standart ve herkesin kendi meslek ve hizmet alanı dahilinde kullanabileceği veri tabanı bulunmamaktadır.

İzmir ili palyatif bakım hizmetleri işbirliği protokolü, İzmirde palyatif bakıma ihtiyacı olan hastalar için, palyatif bakım örgütlenmesinin geliştirilmesi, eğitim, araştırma ve işbirliği konusunda projelerin geliştirilmesi, eğitim tesislerinin konu kapsamında ortak kullanımı, örgütlenme modelinin yürütülmesi konularını içermektedir. Protokol çerçevesinde evde bakım hizmeti veren akrabalara yönelik, eğitim programı gerçekleştirildi.

Bilgi beceri ve tutum kazandırmak amaçlı 80 saat temel bakım ve 80 saatlik tamamlayıcı bakım eğitimleri verildi.

Evde bakım hizmeti veren akrabalara yönelik palyatif bakım kursunun içeriği; iletişim, psikolojik, sosyal destek, mevzuat, kişisel bakım, güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi, sağlıklı yaşam davranışları geliştirme, güvenli ilaç kullanımı ve tıbbi cihaz kullanımı, yatak yarası ve koruma yolları, temel yaşam desteği ve ilk yardım konularından oluşmaktadır. Standart eğitim sunumları oluşturularak halk eğitim merkezlerine teslimi yapıldı.

Halk eğitim merkezi öğretilerine yönelik, evde bakım hizmeti veren akrabalara yönelik temel ve tamamlayıcı bakım eğitici eğitimi proje kapsamında tamamladı. İzmir ili evde sağlık ve palyatif bakım teşkilatlanması kapsamında sağlık çalışanlarına yönelik evde sağlık ve palyatif bakım eğitim programı planlandı. Sağlık bakanlığının taşra teşkilatında tüm basamaklarda görev yapan ve özel kuruluşlarda vaka yönetimi yapan, yapacak olan sağlık personeline bilgi beceri ve tutum kazandırılması amaçlanmaktadır. 5 günlük temel bilgile modülü, 1 günlük temel yaşam desteği, 1 günlük çocuk hasta bakım modülü, 1 haftalık 2. Ve 3. Basamak hastanelerde klinik becerilerin uygulanmasını içeren rotasyonlar halinde eğitimler planlanmıştır.

Hizmetlerin koordinasyonu için standartların belirlenmesi, bakım için standartların belirtilmesi, kurumlar arası işbirliği için sistemin gerçekleştirilmesi bu konuda önemli olarak görmektedirim.

İdrak, İtibar ve İlgi Ekseninde Yaşlılığı Kavramak: Hizmetlerin Entegrasyonunda Yerel Yönetimlerin Rolü

Murat Baştürk

Yrd. Doç. Dr. İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi
Sosyoloji Bölümü

Toplumsal kodların/dinamiklerin anlaşılması karşımızda bulunan sosyal olguların ve sorunların daha gerçekçi bağlamlara oturtulmasını sağlayabilir. Bu yazıda/konuşmada¹ temel amacım, kendi deneyimlerim, doğrudan Alzheimer ile ilgili değil ama yaşlılıkla ve yaşlanmayla ilgili yaptığım araştırmalar ve okuduklarım/dinlediklerim ekseninde bazı hususlara dikkat çekmektir. Başlarken yaşlılığı ve yaşlanmayı anlamayı sağlayabilecek bazı kavramları hatırlatarak mevcut duruma ilişkin bazı değerlendirmeler yapmak gereklidir.

Alzheimer bir *idrak etme* sorunudur. TDK, *anlama yeteneği*, *anlayış*, *akıl erdirmeye* olarak tanımlıyor *idrak* kelimesini. Geçmişin unutulması, sorun çıkarmayabilir, ama zamanı ve mekânın idrak edilememesi insanı yaşamdan yavaşça koparır. Gündelik hayatta bunun izlerini görmek mümkün hâle gelir. Gündelik işlerin ritmi değişir, mekânlar giderek daralır, mekândan ve hayattan zorunlu bir geri çekilme yaşanır. Bir Alzheimer hastasının dünyayı nasıl *idrak ettiğini* ortaya çıkarmak gerekiyor. Alzheimer hastası dünyayı nasıl idrak ediyor ya da edemiyor? Örneğin, bilgileri algılamak ve muhafaza etmek konusunda yeteneklerini kaybetse de kendisi dışındakilerin duygularını görmek ve edinmek konusunda hâlâ mahir olabilir. Duyguları idrak edebiliyorsa –ki edebildiğine ilişkin gözlemlerin olduğunu söylemek mümkün– etrafındaki insanların bakışları, dokunuşları, konuşmaları anlamlı hâle gelebilir. Dolayısıyla Alzheimer hastalarında duyguların idraki belirli oranlarda ve bazı zamanlarda sürekliliğini koruyor denilebilir. Fakat idrakin hemen her yönüyle devam ettiği bir süreç olarak yaşlılık karşımızda durmaktadır. Diğer bir deyişle Alzheimer hastalarında idrak sorunu yaşansa da yaşlı bireylerin bu türden bir sorunla belirli ölçülerde muhatap olduğu söylenebilir. Bu yönüyle (idrak sorunu) daha çok bir yaşlılık dönemi hastalığı olan Alzheimer hastaları diğer yaşlı bireylerden ayrılmaktadır.

Yaşlanma sürecinde kişi, kendi dışında olan her şeyi idrak etmekte belirli güçlükler yaşayabilir. Ama bu idrakin ortadan kalktığı anlamına gelmemelidir. Yaşlanırken insan eskisinden daha az meseleye ilgi duyar, zira deneyimleri, dünyaya ve insana dair idraki, onu her meselenin peşinden koşmanın gereksizliğine götürebilir. Her yeni gün, bir önceki güne göre dünyaya, insana ve hayata dair idraklerimizin artması anlamına gelir. İdrak edilenlerin deneyimlerimize yeni eklemeler yaptığı, giderek hakikate ilişkin biriktirdiklerimizin değer kazandığı söylenebilir. Bu bağlamda önemli bir fizyolojik problem yaşanmadığı takdirde insan, her an idrak edebilmeyi sürdürmektedir. Bahsedildiği gibi, bilgilerin idrakinde sorun yaşansa da duygulara ilişkin idrak edebilme olanağı varlığını son ana kadar muhafaza edebilir. Yaşlı bireylerin *idrak etme* konusundaki kapasitelerinin farkında olmak gerekir. Bu bağlamda idrak etme konusunda yaşanan güçlüklerin ortadan kaldırırken, yaşlıların idrakten yoksun olduklarına ilişkin genel bakışı değiştirmek gerektiği açıktır.

Söz konusu bakış değişmediği müddetçe yaşlılığa ve yaşlanmaya ilişkin değerlendirmelerin de dönüşme ihtimali azalmaktadır. Yaşlanmayla birlikte gelen her şey öz olarak “*kötü*” olarak değerlendirilebilmekte, yaşlılıktan uzak durmak ve kaçmak bir hedef hâline getirilebilmektedir. Yaşlılık ve yaşlanma kendi başına “*kötü*” değildir. Kabul edilse de

edilmese de yaşlılıktan söz ederken genelde “olumsuz” içeriklerle birlikte düşünülmektedir. Sürekli yaşlılıktan, yaşlanmadan kötü bir olgu olarak bahsetmek meselenin anlamlandırılmasını zorlaştırmaktadır. Modernliğin bizi getirdiği noktadır bu: Gençliğe övgü, yaşlılığa yergiler söz konusudur. “Yaşasın gençlik, yaşlılara ölüm!” perspektifinden uzaklaşılmalıdır. Zira yaşlılık, yaşlı olmak *itibarlıdır*. Bu *itibarın* hatırlanması gerektiği açıktır. İnsan yaşlandıkça, sürekli sahip olduğu şeyleri kaybetmez, aynı zamanda bir sürü şey biriktirir heybesinde. Bir insanın heybesi boşa yakın bile olsa bizatihi uzun yıllar yaşamış olmanın kendisi değerlidir. Bu bağlamda yaşlanmak, yaş almak bir insan istese de istemese de ona birçok deneyim kazandırmaktadır. Dolayısıyla her yaşlı birey, kötü/olumsuz bir davranışta bulunmadığı sürece itibarlı kabul edilebilir. Bu çerçevede Alzheimer hastaları da *itibarlıdır*, itibarı hak etmektedir. Yaşam deneyimi, bizatihi hayata kattıkları değerler, ailesi, toplumu için yaptığı şeyler, bizatihi bir insan olarak varlığı *itibar* hak etmektedir.

Yaşlı bireyler giderek *itibarlarını* daha fazla kaybetmekte ve bu durum kendilerine bağlı, onlardan kaynaklı bir biçimde gelişmemektedir. Diğer bir deyişle bu *itibar kaybı*, yaşlı bireylerden bağımsız işleyen bir süreçtir. Sürece dahil olmamalarına rağmen yaşlı bireylerin bu *itibar kaybı*, aynı zamanda onları bir *ilgi* sorunuyla karşı karşıya bırakmaktadır. Kendisi dışındaki insanlara ilgi göstermek, onlar için kaygılanmak, onlara yardım etmek insanın varoluşsal özelliklerinden biridir. Her ne kadar modernlik, kendisi dışındakini ötekileştirme eğiliminde olsa da, insan bir diğer insana yardım ettiğinde daha çok özüne yaklaşır. Bu bağlamda yaşlı bireylerin ihtiyacı olduğu *ilginin* sadece gençler ya da yaşça küçük kuşaklar için değil, tüm insanların için geçerli olduğunu söylemek mümkündür. Yaşlı bireyler hastalandıktan sonra daha yoğun olarak bir *ilgi* sorunuyla karşılaşsalar da bahsedilen *itibar kaybı* onların her zaman bu sorunla muhatap olduklarını göstermektedir. *İlgi* bir zorunluluğun, acıma duygusunun sonucu olarak ortaya çıkmaz/çıkılmamalıdır, toplumsal bir varlık olan insanın temel gayelerinden biridir ve tabiidir.

Yaşlı bireylerin itibarlı oldukları ve *ilgi* sorununun en önemli muhatabı olmaları da idrak edilmelidir. Yaşlı bireylerin değil, onların dışındaki insanların bir idrak sorunu olduğu söylenebilir. Bu bağlamda toplumun yaşlılığa ve yaşlanma sürecine dair bir idrake sahip olması için çeşitli çalışmalar yapılması gerektiği görülmektedir. Bu çalışmaların çok sayıda aktörü ilgilendirdiği bilinmektedir. Ancak hem yaşlı bireylere hem de onlara yönelik idrak geliştirebilmesi için yapılacak hizmetlerin entegrasyonunda yerel yönetimlerin önemli bir rolü olabilir. Hizmetlerin entegrasyonu dışında da yerel yönetimler daha aktif bir rol alabilmeleri söz konusu ihtiyaçların giderilmesine önemli katkılar sağlayacaktır. Peki neden yerel yönetimler bu türden bir rolü üstlenmelidir ve/veya üstlenebilir?

Merkezi idare ve onun taşra teşkilatının hareket kabiliyetinin sınırlı olduğu, yereldeki insanların sorunlarına hızlı ve etkili çözümler üretmek konusunda zorlandığı bilinmektedir. *Sivil toplum kuruluşlarının ve üniversitelerin* bakım konusunda birikimleri olsa da maddi olanakları ve insan kaynakları sınırlıdır. *Özel sektörün* ise henüz bu konuda yeterli kapasiteye sahip olmadığı ve önemli bir alan olarak görmediği söylenebilir. Yaşlılığın ve yaşlanma sürecinin mekânla ve mekâna bağlı olarak gelişen toplumsal ilişkilerle olan yakınlığı, yerinde yaşlanmanın yaşlı bireylerin için önemli olması, mekânsal düzenlemelerin yaşlılar için önemi, yaşlı bireyin özelliklerinin ve hastalıklarının etrafındaki insanlar tarafından bilinmesi gibi pratik nedenler *Yerel Yönetimleri* hizmetlerin entegrasyonunda öne çıkarmaktadır.

Diğer taraftan yerel yönetimlerin demokratik süreçleri içinde barındırma kapasitesine sahiptir. Yöneticilerin seçiminde yerel unsurların daha fazla etkin olduğu, diğer aktörleri bir araya getirme ve belirli sorunlar etrafında çalışma konusunda yönlendirme kapasitesinin olduğu söylenebilir. Yerel yönetimler daha az siyaset daha fazla hizmet odaklıdır. Bununla birlikte hizmetlerin sürdürülebilir olması ve toplumun dinamiklerini harekete geçirebilmesi

(üniversiteler, üniversite öğrencileri, STK'lar vb.) açısından yerel yönetimlerin diğer aktörlere oranla daha fazla aracı ve imkânı bünyesinde barındırdığı söylenebilir. Bu potansiyelleri harekete geçirmek ve mevcut kapasiteyi genişletmek için yerel yönetimler bünyesinde yaşlılara yönelik çalışma yapacak sadece onlar için birimler oluşturulması gerekmektedir. Türkiye'de yaşlı nüfusun giderek artacağı dikkate alınırca yerel yönetimlerin muhtemel sorunları önlemek için şimdiden özel birimleri oluşturmaya ihtiyacı olduğu daha rahat görülebilecektir.

Yerel yönetimlerin hizmetlerin sağlanmasında ve sürdürülmesinde önemli bir rol üstlendiğinde, STK'larda özellikle sosyal dışlanmayı, ayrımcılığı önlemede ve/veya sosyal içermeyi sağlamak konusunda çalışma yapabileceklerdir. STK'ların ihtiyaçların tespit edilmesinde, yaşlı bireylerin ekonomik sorunlarının giderilmesinde, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesinde çalışmalar yapabilir. Bu ihtiyaçların devlet tarafından giderilmesi için lobi çalışmaları yaparken diğer taraftan yaşlı bireylerin sosyal alanlardaki ihtiyaçlarını da gidermeye yönelik faaliyetler/etkinlikler planlayabilir.

Aşırı ve hızlı kentleşmenin yarattığı birçok mekânsal sorun bulunmaktadır. Bu sorunların çözümü için kentteki yaşlı bireyleri alıp kent dışında onlara özel yaşam alanları oluşturmak yeterli olmamaktadır. Örneğin İstanbul Kadıköy'deki Moda'da yaşayan yaşlılar için kentin dışında yaşlı köyü oluşturmak problemi çözmemiş. Zira yaşlı bireyler yaşam koşullarının iyileştirilmesini arzu etmekle birlikte uzun yıllardır içinde yer aldıkları fiziksel, mekânsal ve toplumsal çevrenin korunmasını daha fazla önemsemektedirler. Bir taraftan yaşlı bireylerin koşullarını iyileştirme çabasında olan uygulamalar varken diğer taraftan bu uygulamaların yapılmasını zorunlu kılan başka politik müdahalelerinde olduğu söylenebilir.

Birçok politikanın birbiriyle ilişkide olduğunu görmek gerekiyor. Dolayısıyla sadece yaşlılara özel politikalar yerine konuyla ilişkili diğer politikaların da izlenmesine ve müdahale edilmesine ihtiyaç bulunmaktadır. Mekânsal politikalara sadece kaldırım düzeyinde değil, kentsel dönüşüm gibi makro politikalara da odaklanılmalıdır. Yaşlı bireylerin hayatını kolaylaştıran esnafın korunması, varlığını sürdürmesi için iktisadi politikalara bakılmalıdır. İlaç kullanımını azaltmak için sağlık sektörünün üzerimizdeki baskısını ortadan kaldıracak adımlar atılmalıdır. Ayrıca hastalıklara neden olan gıdaların engellenebilmesi için gıda politikalarına ihtiyaç vardır. Yaşlı bireyin toplumdaki yeri, aile, toplum arasındaki ilişki vb. konularda ilerleme sağlamak, toplumdaki her bireyin meseleye dair idrak geliştirebilmesi için eğitim politikalarının gözden geçirilmesine ve yeniden inşa edilmesine yönelik gereklilikler aşikârdır.

Diğer taraftan bahsedilen politik süreçlerin dışında toplumsal değişimlerin de farkında olunması gerekmektedir. Özellikle sosyolojik süreçlere önemli etkilerde bulunan iletişim teknolojisi ve bu teknolojinin hızlı değişimi dikkatlerden kaçırılmamalıdır. Yeni iletişim teknolojileri aile üyelerini birbirinden uzaklaşmasına, daha bireyci ve yalnız bireylerin sayılarının artmasına neden olabilmektedir. Örneğin teknoloji bağımlılığı, insanı, bireyi ve aileyi ve toplumsal ilişkileri doğrudan etkileyebilmektedir. Teknoloji bağımlılığının oluşturduğu yeni alışkanlıklar arasında yaşlı bireyler, gündelik hayat ritminin dışında kalmaktadır. Bu tür değişimlerin etkisinin azaltılabilmesinde ailenin önemli bir konumu olduğu söylenebilir. Yapısal olarak farklılaşsa da aile hâlâ önemli bir kapasiteye sahiptir. Bu bağlamda ailenin güçlendirilmesi gerekmektedir. Toplumun kendini yeniden üretebilmesi için ailenin ekonomik, toplumsal ve kültürel açıdan güçlendirilmesi gerekmektedir. Bu, sadece bakıma yönelik muhafazakar bakış açısını savunmak amacıyla önerilmemektedir. Toplumsal kurumların sorunlarına çözümler üretebilmesi iktisadi ve sosyal kazanımlar sağlamaktadır. Zira bakım meselesinde profesyonelleşmenin gerekliliği açıktır. Ancak bunun hangi aşamalarda ve ne kadar süre ile devreye gireceği önemlidir. Özellikle profesyonel meslek

sahibi olan kişilerin bakım yükünü kaldırmaları zordur. Örneğin bu kişiler bakım yükünü üstlendiklerinde, işten ayrılmak zorunda kalabilmekte, iş verimi düşebilmekte ve tükenmişlik sendromu yaşayabilmektedir. Dolayısıyla mesleğinden ya da başka zorluklardan dolayı profesyonel desteğe ihtiyacı olacak kişiler olacaktır. Bununla birlikte bakımda profesyonel destek sağlansa bile ailenin sosyal açıdan yaşlı bireylerle birlikte olması gerekliliği bulunmaktadır. Ailenin güçlendirilmesi bu bağlamda önemli hâle gelmektedir. Ailenin güçlendirilmesinin yanı sıra akrân dayanışmasının yaşlı bireyler arasında oluşmasına ve desteklenmesine ihtiyaç vardır. Bu noktada sadece gerek bakıcılara gerekse yaşlı bireylere yönelik sadece eğitici çalışmaların yeterli olmadığı, sonuç odaklı etkinliklerin/aktivitelerin üretilmesi gerektiği söylenebilir. Verimliliği sağlamak için yapılan tüm çalışmaların ise izleme, ölçme ve değerlendirme süreçlerinin yapılandırılması gerekmektedir. Unutulmaması gereken husus ise yaşlılık döneminin tamamen sorunsuzlaştırılması mümkün değildir. Modernist bir bakış açısıyla bu dönemin bütün sorunlardan arındırılmayı çalışılması birçok yeni soruna yol açabilmektedir. Her yaş döneminin olduğu gibi yaşlı bireylerin de çeşitli sorunları olabilir. Dolayısıyla tüm sorunları çözme uğraşı vermek yerine yaşlı bireylerin hakkı olan *itibar* ve *ilgiyi* göstermek başlangıç için yeterli olacaktır.

Yaşlılığa ve Yaşlı Bakımına Bakış
Gülsüm SARIDAŞ
Bursa Müftülüğü

Nereden gelip, nereye gidiyorum. Ne yapıyoruz. Herkesi saygıyla selamlıyorum. Her geçen gün yaşılanıyoruz. Kaçınılmaz bir sona doğru yaşılanıyoruz. Şimdiye kadar söylenenler konunun maddi boyutunu iyileştirme adına oldu. Fiziki mekan, gündüzlü bakımevleri, mevzuat, personel istihdamı vb. ihtiyaç odaklı çözüm arayışları önelidir. Zira bunlar insanın/yaşlının hasta yakınının hayatını kolaylaştıracak huzurlu yaşama zemin hazırlamaktadır.

Yaşlılar için huzurevleri, müzmin yaşlılar için rehabilitasyon merkezleri kadın konuk evleri, sevgi evleri gibi mekanlar devletin merhamet elidir. Belediyelerin vakıf ve derneklerin sivil toplum girişimcilerinin bu konuda sahadaki çabaları, yaşam kalitelerini artırma adına daha neler yapılabilir ve gelecekte bizleri neler bekliyor sancısını bugünden hissetmek, bu konuyla dertlenmek takdire şayandır.

Ben bu ortamda bu güzellikleri paylaşırken konunun bir aygının eksik kaldığını söylemek istiyorum.

Malum, insan salt bir maddeden ibaret değildir. Beden ver ruh bütünlüğüyle huzuru-mutluğu yakalar, yaşar. Maddi ayağı iyileştirirken manevi ayağı eksik bırakıldı mı, istenilen sonuca ulaşamaz diye düşünüyorum. Bu bağlamda dinimizin bakıma muhtaç hasta yakınlarına bakışından çok kısa söz etmek istiyorum. Kültürlerin temelinde dinin inkar edilemez bayı vardır. Yardımlaşma, paylaşma değerlilik, yetime sahip çıkma, yüklerle saygı, hasta ziyareti, anne babaya hürmet gibi. Bizim kültürümüzde inancımızdan gelen güzel davranış modellerimiz var. Dinimiz derki; her insan değerlidir, her can kıymetlidir.

Başta negelirse gelsin bizi denemek için der. Dün hasta yakını hanımefendinin sorusu neden ben? Neden benim annem ve neden kanser değil, Alzheimer?

Rabbimiz sizi imtihan olarak iyi ile de kötü ile de deniyoruz. Ancak bize döndürüleceksiniz (enbiya 35) bir sıkıntı ile karşılaştığımızda bir hastalık gibi bardağın dolu tarafını görme, olaya pozitif, olumlu bakabilmek, ancak bunun imtihan olduğu bilinciyle. Her sıkıntı bir adım ötesinde hayatımız için bize mesajlar ve buz bu mesajları hayatımıza geçirerek olgunlaştırıyoruz.

Alzheimer hastalığı için söyleyecek olursak, akıl sağlığı ne büyük nimet. Dün ismali tufan hocamız nazilli örneğinde söylediği gibi orada yaşayan insanların haline razı olmaları, şükür etmeleri. Bu mesaj nimeti görme ve teşekkür etme. Sıkıntı ikrama dönüşür. Sıkıntıyı fırsata çevirmek. Toplumun dezavantajlı gruplarından Alzheimer hastaları özelde ailenin genelde büyük aile toplumun emanetleridir.

Ve dinimiz bunlara karşı sorumluluğu görevlerimize ibadettir der. Yani şuan biz ibadetin içindeyiz.

Kul hakkı , mahremiyet meselesi, Maide 32;”...ve kim sirini (tedavi ederek, bakara, hayatını kurtararak) yaşatırsa sanki, bütün insanları yaşatmış gibi olur” yaşatmak için yaşamak.

Dinizde her iyilik ibadettir. Başta anne-babalarımıza olmak üzere. Hastaya bakımın karşılığ maddi ve manevi ödüdür. İki dünyülü insanlar isek. Peygamber Efendimiz kim kardeşinin bir hitiyacını karşılarsa Allah da onun bir hitiyacını karşılar buyurmaktadır. Hastaya bakacak olan en yakını bile olsa merhametli, sabırlı fedakarlı merkeze yerleştirir. Peygamber efendimizin söylediği gibi; “(Buhari) insanlara merhamet

etmeyene Allah'da merhamet etmez. Tolstoy'6a bir insan acı duyabilirsa canlıdır.bir insan başkasının acısını duyabiliyorsa insandır demektedir.

Buradaki merhamet salt bir acıma duygusu değil, acıyı ve yükü hafifletme adına harekete geçmedir. Merhamet tostoyun ifadesi ile insan olmak.

Din psikolojisinde yaşlı ve hasta psikolojisi üzerine uzmanlaşmış kişilerin istihdam. Tükenmişlik sendromu olgusu bir hakikat. Bu aşamaya gelmeden çözü öneretbilmek. Dinin etkin bir şekilde yer alması. Engelli yaşlı yakınlarına veya bakıcılarına merhamet eksenli eğitim sürecinden geçirmek. Bugün buna daha farklı ihtiyacımız var. Dünyevileşme, sekülerizm artık hemimizi kuşattı. Bencil bir nesil geliyor akamızdan. İşimiz zor. Sırf kendisi için yaşayan.

Yaşlılara hizmet veren tesisleri için mahalle muhtarlığına olması gibi yaşlının geçmişinden bağını koparmayacağı yakınlarının ziyaret edeceği bakım evleri (mahallelerde) olabilir. Bu şekilde deneyimli personel ile ihtiyacı giderilebilir. Bakım hizmetlerinde dini boyutu da yerleştirebilirsek toplum olarak inanın biz bundan karlı çıkacağız. Buradan maddi bakımımız ile birlikte manevi bakımımızı da gelecek nesillere emanet edecek bir sonuç çıkmasını umut ediyorum.

Evde Sağlık Bakımı Mevzuatı

Dr. Ela TÜMAY
Şube Müdürü
Bursa İl Sağlık Müdürlüğü

İl Sağlık Müdürlüğü'nün mevzat çerçevesinde iş ve işlemlerini aktararak, eksikliklerimizi görebileceğimiz düşünerek, yaptığımız işleri aktaracağım.

Sağlık Bakanlığı teşkilatı il bazında üçe bölündü. Halk Sağlığı Müdürlüğü, kamu hastaneleri birliği ve il sağlık müdürlüğü. Üçlü yapı kendi yönetmelikleri kapsamında kendi iş ve görevlerini yürütmektedir. Kamu hastaneleri birliği ve halk sağlığı müdürlüğü evde sağlık hizmetlerini kendi mevzuatı çerçevesinde yürütmektedir. İl sağlık müdürlüğü uolarak, başında özel yazan tn sağlık kuruluşlarının ruhsatlandırma işlemleri yaplaktayız. Eczaneler, tıp merkezleri, hastaneler poliklinikler ve diğer tüm özel sağlık kuruluşlarını içermektedir. Burada evde bakım hizmeti veren sağlık kuruluşlarının ruhsatlandırma işlemi yapılmaktadır.

10.03.2005 tarihli 25751 sayılı resmi gazete de yayımlanarak yürürlüğe giren evde bakım hizmetlerinin sunumu hakkında yönetmelik kapsamında iş ve işlemler yürütülmektedir.

Yönetmeliğin Amacı:

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.

Sağlık kuruluşları merkez yada birim şeklinde açılabilir. Merkez ile Özel hukuk tüzel kişilerine veya gerçek kişilere ait olup; sadece evde bakım hizmeti sunmak üzere açılan ve faaliyet gösteren müstakil evde bakım merkezi, Birim ile Evde bakım hizmeti vermek üzere hastane, tıp merkezi, özel dal merkezi, poliklinik gibi özel sağlık kuruluşları bünyesinde bulunan evde bakım birimi kast edilmektedir.

Bursa'da şuan için evde bakım hizmeti vermek üzere ruhsatlandırılmış bir sağlık kuruluşu bulunmamaktadır. Sadece bursa büyükşehir belediyesi bünyesinde kurulan evde bakım birimi ruhsatlandırılmış merkez olarak hizmet vermektedir.

Bu kuruluşlarda 1 mesul müdür ve en az iki hekim hekinlerden bir tanesinin tam zamanlı çalışması gerekir. En az 4 hemşire/sağlık memurlu istenirse birtanesi ebe olabilir. İstenirse psikolog, fizyoterapist, diyetisyen sosyal hizmet uzmanı görev alabilir.

Hekim;

Hastanın kapsamlı olarak tıbbi değerlendirmesini yaptıktan, Hastanın tanısını koyup ve tedavisini planlayan hekimi ile bağlantı kurarak, gerekli bilgi ve önerileri doğrultusunda tedavi planını hazırlamaktan,

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,

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, Hasta bakım planları, hasta dosyası ve diğer kayıtların doğru, eksiksiz ve zamanında tutulmasını

sağlamaktan, Bakım hizmeti veren personele bilgi ve eğitim vermek, danışmanlık sağlamak, hizmetleri geliştirmeye yönelik kararlar almak ve sorunları tartışmak üzere toplantılar düzenlemekten,

Tüm uygulama ve işlemlerin etik kurallara uyularak, hasta hakları doğrultusunda yapılmasını sağlamaktan,

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 bildirim konularında evde bakım ekibi üyeleri ile hasta ve hasta yakınlarını bilgilendirmekten,

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.

Hemşire/sağlık memurunun görevleri,

Hekimin tedavi için yazılı ve imzalı istemini almak, hemşire formlarına kaydetmek ve uygulamak, uygulama sonuçlarını kaydetmek,

Hasta için gerekli özel işlemlerin uygulanmasında hekime ve diğer ekip üyelerine destek sağlamak,

Hasta bakım planındaki işleri yapmak, yaşamsal bulgularını değerlendirmek, kaydetmek, değişiklikleri hekime rapor etmek,

Tedavi planına göre hastaya oral, parenteral ve haricen verilecek ilaçlarını vermek ve kaydetmek, uygulanan ilaçların etki ve yan etkilerini gözlemek, kaydetmek,

Hizmetlerde gerekli olacak araç-gereç, malzemeler için istek yapmak, bunların yeterli ve çalışır şekilde bakımı için görüş bildirmek,

Araç-gereçleri kullandıktan sonra temizlemek, dezenfekte eder ve gerektiğinde sterilizasyon için hazırlamak,

Hasta ve ailesine, hastalık ile tedavi ve bakımına ilişkin, sınırları önceden hekimi ile birlikte belirlenmiş olarak bilgi vermek,

Hasta ve ailesine, gereksinimlerine göre, hastalığa özel, kendi kendine bakım ya da yardımla bakım teknikleri gibi konularda ve genel sağlık konularında eğitim yapmak,

Tüm uygulama ve işlemlerini etik kurallarına uyarak, hasta hakları doğrultusunda uygulamaktır.

Sağlık kuruluşlarında;

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,

Çağrı merkezi: Hasta isteklerini kabul eden çalışanların rahatlıkla hizmet verebileceği, iletişimi sağlayacak telefon, faks, yazıcı, internet bağlantısı ve bilgisayar bulunan mekan,

Muayene ve acil odası: Asgari 8 metrekare yüzölçümünde ve içerisinde asgari tıbbi malzemenin ve donanımın bulunduğu ayrı bir oda veya bölünmüş mekan,

Malzeme odası: Usulüne uygun olarak tıbbi araç-gereç ve malzemelerin saklanabileceği ve gerekli donanımın bulunduğu bir mekan,

Soyunma-giyinme odası: Personel için ayrılmış, rahatlıkla soyunma giyinme yapılabilecek ve kişisel eşyaların konabileceği dolaplar bulunan oda,

Atık toplama bölümü: Kişilerin kullanım alanlarından izole edilmiş ve atıklar için kapalı bir konteynır veya kabın bulunduğu alan, Arşiv bölümü olmalıdır.

Hizmet sunumu;

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 olduğu durumlarda ilgili uzmanlık alanlarındaki uzman hekimlerle hasta konsültasyonu sağlanır.

Acil; 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.

Denetim; . 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

Müdürlük tarafından görevlendirilecek bir sağlık personeli başkanlığında; tabip odası temsilcisi ile hekim dışı sağlık personeli 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. Yine bu kuruluşlar 3 ay ara ile belirlenmiş istatistik verileri il müdürlüklerine bildirmektedir.

Alzheimer Hastalığı ve Beslenme

Yrd. Doç. Dr. Esin ŞEKER
T.C. İstanbul Okan Üniversitesi

Giriş

İlk olarak 1906 yılında Alman nöropatolog Alois Alzheimer tarafından tanımlanan Alzheimer hastalığı (AH), nöral yapılarda ilerleyici hücre kaybıyla karakterize, ilerleyici bir hafıza kaybı tablosudur (1). Hastalığın erken dönemdeki başlıca klinik belirtisi bellek bozukluğudur. İlerleyen dönemlerde bilişsel, davranışsal ve motor fonksiyonlarda azalmayla beraber bireyin yaşam kalitesi düşer ve hasta günlük yaşamında temel ihtiyaçlarını idame ettiremeyecek hale gelir (2). Hastalığın dünya genelinde yaklaşık 24 milyon kişiyi etkilediği ve yaşam süresinin uzamasına bağlı olarak bu sayının 2040 yılında 80 milyona ulaşacağı düşünülmektedir (3). Amerika Birleşik Devletleri'nde 65 yaş üzerindeki bireylerin %13'ünde, 85 yaş üzerindeki bireylerin ise %43'ünde AH olduğu rapor edilmiştir (1). AH prevalansının, 65-85 yaşları arasında her beş senede bir yaklaşık iki katına çıktığı bildirilmektedir (4). Türkiye Alzheimer Hastalığı Prevalans Çalışması'nda ise 70 yaş üzerindeki bireylerde AH prevalansının %11 olduğu saptanmıştır. Bu veriye göre ülkemizde 250-300 bin AH'li birey olduğu öngörülmektedir (5). Epidemiyolojik çalışmalar AH'nin tek bir faktöre bağlı olmadığına işaret etmektedir. Hastalığın oluşmasında yaşlanmaya bağlı olarak ortaya çıkan nöronal ve santral vasküler bozukluklar çok önemli bir role sahiptir (6). AH'da bilinen en önemli risk faktörü yaşın ilerlemiş olmasıdır. Epidemiyolojik araştırmalarda düşük eğitim seviyesi, ve apolipoprotein E'nin AH gelişmesini artıran önemli risk faktörleri olarak belirtilmektedir (7,8). Ayrıca kardiyovasküler hastalıkların risk faktörlerinden olan obezite, hipertansiyon, hiperkolesterolemi, diyabet, alkol ve sigara kullanımı ile düşük fiziksel aktivitenin de AH ve demans riskini artırdığı ifade edilmektedir (8).

Tüm Alzheimer olgularının %1'inden azının kalıtsal olma (basit Mendelien otozomal dominant geçiş) özelliği taşıdığı ve otozomal dominant AH'nin tipik olarak erken yani 65 yaştan önce başladığı ancak başlangıç yaşının 20'li yaş- lara kadar inebildiği bildirilmektedir (9). En sık görülen nörodejeneratif bozukluk olan Alzheimer hastalığı (AH), nöral yapılarda hücre kaybını takiben gelişen hafıza kaybıyla kendini göstermektedir. Etiyolojik mekanizmaları açık olmamakla birlikte medikal, sosyal, psikolojik, çevresel, yaşam tarzı, beslenme alışkanlıkları ve genetik faktörler gibi birçok risk faktörü hastalığın başlamasında ve ilerlemesinde rol almaktadır. Beslenme alış- kanlıklarında yapılacak değişiklikler hastalıktan korunmada ve hastalığın ilerlemesinin yavaşlatılmasında fayda sağlayabilmektedir. Omega-3 yağ asidi içeriğinden dolayı balık tüketimi, zengin antioksidan içeriğinden dolayı sebze, meyve tüketimi ve Akdeniz tipi beslenme AH başlamasında ve ilerlemesinde geciktirici olabilmektedir.

Alzheimer Hastalığı ve Beslenme

Kadınlarda AH riski erkeklere göre daha yüksektir.

Bunun, apolipoprotein E'nin e4 alelinin varlığı, hormonal durum, eğitim ve yaşam stili gibi cinsiyete bağımlı farklı faktörlerin karma etkisinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir (10). Beden kütle indeksinin düşüklüğünün demans için risk faktörü olduğu uzun zamandır bilinmektedir (11). Son zamanlardaki prospektif çalışmalarda ise hem düşük hem de yüksek vücut ağırlığının yaşa bağımlı olarak AH riskini artırdığı ortaya çıkmıştır (12,13). Profenno ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada beden kütle indeksi 30 kg/m²

üzerinde olan bireylerde demans riskinin normal vücut ağırlığına sahip bireylere kıyasla %35 daha fazla olduğu görülmüştür. Bu sonuç obezite prevalansındaki artışın AH insidansını arttıracakını düşündürmüştür (14).

Beslenme Durumunun Alzheimer Hastalığına Etkisi

Yapılan çalışmalarda AH ve beslenme arasındaki ilişki koroner kalp hastalıkları ve beslenme arasındaki ilişki ile benzer bulunmuştur (15,16).

- Doymuş yağ asitleri, yüksek enerjili diyet, fazla alkol tüketimi AH ve demans riskini artırmakta, antioksidantlar ve omega-3 yağ asitleri ise AH'ya karşı koruyucu etki sağlamaktadır (16). Yağlar Günlük beslenmede hidrojene edilmiş yağ ile doymuş yağ tüketiminin düşük düzeyde, bitkisel kaynaklardan alınan çoklu doymamış yağ asitlerinin ve balıktan alınan omega-3 çoklu doymamış yağ asitlerinin ise yüksek düzeyde tutulmasının demans riskini azalttığı bildirilmektedir (8).
- AH gelişim riskinin doymuş yağ tüketimi fazla olan bireylerde düşük olanlara kıyasla daha yüksek olduğu yapılan epidemiyolojik çalışmalarla da gösterilmiştir (6,17).
- Ayrıca yapılan araştırmalarda orta yaşlarda kolesterol düzeyindeki yüksekliğin ileri yaşlardaki AH riskini artırdığı da görülmüştür (18,19).
- Balık, sebze ve meyvelerde yüksek oranda bulunan ve antioksidan özellik taşıyan uzun zincirli doymamış yağ asidi alımının AH riskini, hafif kognitif yıkımı ve yaşla ilişkili kognitif etkilenmeyi azalttığı belirtilmiştir (20).
- ABD'de yapılan bir çalışmada ise fazla miktarda yağ ve özellikle doymuş yağ tüketiminin AH riskini artırdığı ancak yüksek miktarda uzun zincirli doymamış yağ asidi alımının AH riskiyle ilişkilendirilmediği ifade edilmiştir. (21). Beyinde en fazla bulunan yağ asidi olan dokozahexaenoik asidin (DHA) sinaptik plastisitede, sinirsel ve görsel beyin işlevlerinde önemli rol oynadığı bilinmektedir.
- Alzheimerlı hastaların plazma ve beyindeki omega-3 yağ asidi düzeylerinin sağlıklı bireylere göre anlamlı derecede düşük olduğu hatta besinlerle DHA alımının artmasıyla genel nüfusta AH riskini azaldığı bildirilmektedir (22,23). DHA'nın en iyi kaynağı deniz balıkları ve yosundur. Yapılan birçok epidemiyolojik çalışmada balık tüketimi ve omega-3 yağ asitlerinin AH'dan koruyucu olduğu gösterilmiştir (24–28). Morris ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, haftada en az 1 kez balık tüketenler ile sıfır veya nadir balık tüketenler karşılaştırılmış ve haftada en az 1 kez balık tüketiminin AH gelişim riskini %60 oranında azalttığı bulunmuştur (17).
- Vitaminler Antioksidanların beyni oksidatif ve inflamatuvar hasardan koruduğu ve besinlerle alınan E ve C vitaminlerinin AH riskini azalttığı bildirilmektedir (28,29). Yaşlıların günlük beslenmesine folat, beta karoten, E, C vitaminlerinin ilave edilmesinin daha iyi kognitif kapasite sağladığı da ileri sürülmektedir (28).
- Koreli yaşlı erkek bireyler üzerinde yapılan bir çalışmada, günlük 80 mg'ın üzerinde C vitamini alanların bilişsel performansları kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (30).

Ortega ve arkadaşlarının erkek ve kadın bireyler üzerinde yaptığı çalışmada da 130 mg/gün üzerinde C vitamini alan bireylerin bilişsel performans skorları kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek çıkmıştır (31). Yapılan diğer bir prospektif çalışmada yaşları 55 ve üzerinde olan 5935 sağlıklı birey 10 yıl takip edilmiştir. Katılımcıların besin tüketimleri sorgulanarak majör antioksidan alımları ile AH ve demans arasındaki ilişki incelenmiştir. E vitamini yüksek düzeyde tüketenlerde AH ve demans riski orta ve az düzeyde tüketenlerden istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunurken, C vitamini, beta-karoten ve flavonoidlerin tüketimleri ile AH ve demans riski arasında ilişki bulunmamıştır (32).

Ayrıca B12 vitamini ve folik asit eksikliğinde plazma homosistein konsantrasyonları yükselmekte ve bu durum nöral hücreler için toksik etki yaratmaktadır. Bu nedenle AH'lı bireyler B12 ve folik asit alımlarına da dikkat etmelidir (33).

Polifenoller Polifenoller meyve, sebze, çiçek ve otların içeriğinde bulunmaktadır. En zengin kaynakları çay, meyve suyu ve şaraptır. Çay polifenollerini serbest radikallerin iyi bir temizleyicisi olarak bilinmektedir (16). Yapılan bir çalışmada yeşil çayın içinde bulunan polifenollerden epigallocateşin gallatın antioksidan ve antiinflamatuvar nörokimyasal etkileri gözlenmiştir (34). Beş yıllık takibe dayalı bir çalışmada yüksek flavonoid tüketiminin demans riskini azalttığı bulunmuştur (35). Diğer bir çalışmada polifenollerin zengin kaynağı olan meyve ve sebzelerin haftada 2-3 kez tüketilmesinin haftada 1-2 kez tüketilmesine göre AH riskini anlamlı olarak azalttığı ve hastalığın başlangıcını geciktirebileceği bildirilmiştir (36).

Diyet İçeriği Birçok çalışmada Akdeniz diyetinin ve Alzheimer hastalığından koruyucu etkisi vurgulanmıştır (37-39).

Akdeniz beslenme tarzında; yüksek miktarda bitkisel besinler (meyve, sebze, kurubaklagiller ve tahıllar vb.), balık, zeytinyağı, düşük düzeyde kırmızı et ve tavuk ile şarap yer almaktadır (40). ABD' de 65 yaş ve üzeri demansı olmayan 2258 katılımcının 4 yıl takip edildiği bir araştırmada, Akdeniz diyetine uyumlu olanlarda AH insidansı anlamlı olarak düşük bulunmuştur (37). Bir başka çalışmada da Akdeniz diyetine uyumun AH riski ile ters yönlü ilişki gösterdiği saptanmıştır (38). Yapılan diğer bir prospektif çalışmada fiziksel aktivite düzeyi ve Akdeniz diyetine uyumları düşük olanlarda AH görülme riski % 21 iken uyumları yüksek olanlarda bu oranın % 9 olduğu görülmüştür (39).

Zengin sebze, meyve, az yağlı süt ürünleri ile az miktarda doymuş yağ, toplam yağ ve kolesterol tüketimini içeren DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) diyetinin etkilerinin incelendiği çalışmada kan basıncı yüksek, sedanter, fazla kilolu ve obez 124 bireye DASH diyeti uygulanmış ve nörokognitif test sonuçları değerlendirilmiştir. DASH diyeti uygulayanların nörokognitif fonksiyonlarında anlamlı bir gelişme sağlandığı tespit edilmiştir (41).

Sonuç ve Öneriler

Günümüzde nüfus artışı, yaşam süresinin uzaması ve yaşlı popülasyonun artmasına paralel olarak demans ve demansın en sık görülen tipi olan AH insidansının da artması kaçınılmazdır. Bu nedenle yaşlanma süreci başta olmak üzere yaşam boyunca beden kütle indeksinin normal aralıkta tutulması ve sağlıklı beslenmenin yaşam tarzına dönüştürülmesi AH riskinin azaltılmasında büyük önem taşımaktadır. Yaşlı bireyler başta olmak üzere AH'den korunmak isteyen bireylerin günlük beslenmelerinde omega-3 yağ asitlerini, polifenol içeren besinleri ve antioksidan vitaminler başta olmak üzere vitamin alımlarını artırmaları gerekmektedir. Akdeniz tipi beslenme modelinin uygulanması da AH'den korunmaya yardımcı olmasının yanı sıra AH olan bireylerde belirtilerin azalması ve hastalığın ilerlemesinin yavaşlaması açısından önem taşımaktadır.

Kaynaklar :

1. Norfray JF, Provenzale JM. Alzheimer's disease: neuropathologic findings and recent advances in imaging. AJR Am J Roentgenol 2004;182:3-13.
2. Geldmacher DS, Whitehouse PJ. Evaluation of dementia. N Engl J Med 1996;335:330-6.
3. Feri CP, Prince M, Brayne C, et al. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. Lancet 2005;366:212-17.
4. Saka M, Karataş E. Alzheimer hastalığı ve beslenme. Besl Diyet Derg 2012; 40:163-9.
5. Gurvit H, Emre M, Tinaz S, et al. The prevalence of dementia in an urban Turkish population. Am J Alzheimer Dis Other Dement 2008; 23:67-76.

6. Morris MC, Evans DA, Bienias JL, et al. Dietary fats and the risk of incident Alzheimer disease. *Arch Neurol* 2003;60:194-200.
7. Goedert M, Spillantini MG. A century of Alzheimer's disease. *Science* 2006;314:777-81.
8. Morris MC. The role of nutrition in Alzheimer's disease: epidemiological evidence. *Eur J Neurol* 2009;16:1-7.
9. Öztürk GB, Karan MA. Alzheimer hastalığının fizyopatolojisi. *Klinik Gelişim* 2009;22:32-46.
10. Karşıdağ S. Alzheimer hastalığında risk faktörleri ve koruyucu faktörler. *Türkiye Klinikleri J Neurol-Special Topics* 2012;5:18-23
11. Grundman M, Corey-Bloom J, Jernigan T, et al. Low body weight in Alzheimer's disease is associated with mesial temporal cortex atrophy. *Neurology* 1996;46:1585-91.
12. Razay G, Vreugdenhil A. Obesity in middle age and future risk of dementia: midlife obesity increases risk of future dementia. *BMJ* 2005;331:455.
13. Stewart R, Masaki K, Xue QL, et al. A 32-year prospective study of change in body weight and incident dementia: the Honolulu-Asia Aging Study. *Arch Neurol* 2005;62:55-60.
14. Profenno LA, Porsteinsson AP, Faraone Sv. Meta-analysis of Alzheimer's disease risk with obesity, diabetes, and related disorders. *Biol Psychiatry* 2010;67:505-12.
15. Özer E. Alzheimer hastalığında beslenme sorunlarına yaklaşım. *Türkiye Klinikleri J Neurol-Special Topics* 2012;5:79-83
16. Ramesh BN, Rao TSS, Prakasam A, Sambamurti K, Rao KSJ. Neuronutrition and Alzheimer disease. *J Alzheimers Dis* 2010;19: 1123-39
17. Morris MC, Evans DA, Bienias JL, et al. Consumption of fish and n-3 fatty acids and risk of incident Alzheimer disease. *Arch Neurol* 2003;60:940-6.
18. Mielke MM, Zandi PP, Ögren M, et al. High total cholesterol levels in late life associated with a reduced risk of dementia. *Neurology* 2005;64:689-95.
19. Reiss AB. Cholesterol, and apolipoprotein E in Alzheimer's disease. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 2005;20:91-6.
20. Solfrizzi V, Colacicco AM, D'Introno A, et al. Dietary intake of unsaturated fatty acids and age-related cognitive decline: a 8.5-year follow-up of the Italian Longitudinal Study on Aging. *Neurobiol Aging* 2006;27:1694-704.
21. Luchsinger JA, Tang MX, Shea S, Mayeux R. Caloric intake and the risk of Alzheimer disease. *Arch Neurol*. 2002; 59: 1258-63.
22. Kamphuisaun PJ, Wurtman RJ. Nutrition and Alzheimer's disease: Pre-clinical concepts. *Eur J Neurol* 2009;16:12-18.
23. Itua I, Naderali EK. Omega-3 and memory function: to eat or not to eat. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 2010;25:479-82
24. Barberger-Gateau P, Letenneur L, Deschamps V, et al. Fish, meat, and risk of dementia: cohort study. *BMJ* 2002;325:932-33.
25. Kalmijn S, Launer LJ, Ott A, et al. Dietary fat intake and the risk of incident dementia in the Rotterdam study. *Ann Neurol* 1997;42:776-82.
26. Barberger-Gateau P, Raffaitin C, Letenneur L, et al. Dietary patterns and risk of dementia: the Three-City cohort study. *Neurology* 2007;69:1921-30.
27. van de Rest O, Geleijnse JM, Kok FJ, et al. Effect of fish oil on cognitive performance in older subjects: a randomized, controlled trial. *Neurology* 2008;71:430-38.
28. Engelhart MJ, Geerlings MI, Ruitenberg A, et al. Dietary intake of antioxidants and risk of Alzheimer disease. *JAMA* 2002;287:3223-9.
29. Kontush K, Schekatolina S. Vitamin E in neurodegenerative disorders: Alzheimer's disease. *Ann N Y Acad Sci* 2004;1031:249-62.
30. Lee L, Kang SA, Lee HO, et al. Relationships between dietary intake and cognitive function level in Korean elderly people. *Public Health* 2001;115:133-8.
31. Ortega RM, Requejo AM, Andres P, et al. Dietary intake and cognitive function in a group of elderly people. *Am J Clin Nutr* 1997;66:803-9.
32. Devore EE, Grodstein F, van Rooij FJA, et al. Dietary antioxidants and long-term risk of dementia. *Arch Neurol* 2010;67:819-25.
33. Şen S, Durat G, Atasoy I. Vitamin B12 ve folik asit eksikliğinin psikiyatrik ve nörolojik bozukluklarla ilişkisi. *Türk Klinik Biyokimya Derg* 2009;7:31-6

34. Mandel S, Amit T, Bar O, Youdim MB. Iron dydregulation in Alzheimers disease: multimodal brain permeable iron chelating drugs possessing neuroprotective -neurorescue and ammyloid precursor protein-processing regulatory activities as therapeutic agents. *Prog Neurobiol* 2007;82:348–60.
35. Commenges D, Scotet V, Renaud S, et al. Intake of flavonoids and risk of dementia. *Eur J Epidemiol* 2000;16:357–63.
36. Dai Q, Borenstein AR, Wu Y, et al. Fruit and vegetable juices and Alzheimer's disease: The Kame Project. *Am J Med* 2006;119:751-9.
37. Scarmeas N, Stern Y, Mayeux R, Luchsinger JA. Mediterranean diet, Alzheimer disease, and vascular mediation. *Arch Neurol* 2006;63:1709-17.
38. Scarmeas N, Stern Y, Mayeux R, et al. Mediterranean diet and mild cognitive impairment. *Arch Neurol* 2009;66:216–25.
39. Scarmeas N, Luchsinger JA, Schupf N, et al. Physical activity, diet, and risk of Alzheimer disease. *JAMA* 2009;302:627–37.
40. Roman B, Carta L, Martinez-Gonzalez MA, Serra-Majem L. Effectiveness of the Mediterranean diet in the elderly. *Clin Interv Aging* 2008;3:97–109.
41. Smith PJ, Blumenthal JA, Babyak MA, et al. Effects of the dietary approaches to stop hypertension diet, exercise, and caloric restriction on neurocognition in overweight adults with high blood pressure. *Hypertension* 2010;55:1331–38.

Obezite - Alzheimer/Parkinson ilişkisi

Yaşlılarda yüksek kilolu olunması demansın çeşitli formları ve beyin yapısında Alzheimer'dakine benzer değişikliklerle ilişkilendirilmiştir (7). Yetişkin ve çocukluk çağı obezitesinin artması ve bu durumlarda görülen bilişsel hasar demansın erken gelişimine zemin hazırlayabilir (6). Beyin otopsilerinin yapıldığı araştırmalarda morbid obezlerde hipokampal bölgede Alzheimer benzeri nörolojik değişiklikler gözlenmiştir. BKİ değerleri 45 kg/m²'den büyük 65 yaş üstü bireylerde yüksek amiloid- β (A β) protein ve amiloid- β PP protein seviyeleri gözlenmiştir (18). Lipidler de Alzheimer hastalığı ile ilişkilidir. Yüksek kolesterol ve seramid seviyelerinin A β üretimini arttırdığı düşünülmektedir. Serbest kolesterol, kolesterol esterlerine çevrilir. Artan serbest kolesterol esterleri ise hücrelerde A β salınımına neden olur. Ayrıca kolesterol ve oksidasyon ürünleri A β 'nın sitotoksik etkisini arttırıcı özelliğindedir (37). Bu nedenle hiperkolestrolemi, Alzheimer için risk faktörüdür. Ayrıca lipit metabolizmasında yer alan ApoE4 geni A β taşıyıcısı ve temizleyicisidir. Leptin ise A β 'nın ApoE4 tarafından alınmasını kolaylaştırır ve A β sekresyonunu azaltır. Leptin yararlılığının azalması ise Alzheimer riski ve düşük bilişsel kapasiteyle ilişkilidir (22,38). Ayrıca obezite ve Parkinson'da görülen beyin lezyonları arasında da ilişki kurulmuştur (7).

7. Cosgrove RG, Arroyo C, Warren JC, Zhang J. Impaired cognitive functioning in overweight children and adolescents. *AgroFood industry hi-tech*. 2009; 20: 1.

OTURUM -IV
**ALZHEİMER HASTALARININ KURUMSAL BAKIMI (HUZUREVİ,
GÜNDÜZ BAKİMEVİ): ÖZELLİKLERİNİN VE ÖRNEKLERİNİN
SUNUMU**

ORTAK FİKİR OLUŞTURMA

25 Nisan 2015

9:30-12:30

Adana Huzurevi, Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi

Nurdan AVCI
ASPB Adana Huzurevi Müdürü

Kuruluş

Adana Huzurevi 1974 yılında 70 kapasiteyle hizmet vermeye başlamıştır. 1984 yılında ek bina yapılmış, 1997 yılında küçük evler projesi ile 288 kapasite ile hizmet veren Huzurevi ve Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezine dönüşmüştür.

Huzurevi üç bölümden oluşmaktadır. Tek kişilik, iki kişilik ve dört kişilik odalarda günlük yaşamlarını bağımsız sürdürebilen yaşlılarımız kalmaktadır. Huzurevinde demans, Alzheimer ve yatağa bağımlı yaşlıların kaldığı bölüm de bulunmaktadır. Üçüncü bölümde nar çiçeği, ay çiçeği limon ve portakal çiçeği adı verilen dört sokaktan oluşan 52 küçük evde 77 yaşlımız hizmet almaktadır.

Küçük ev projesinde site görünümündeki sistemde yaşlılara yemek, temizlik, sağlık, bakım güvenlik verilmekte, yaşlılar sosyal aktivitelere katılmaktadır. Komşuluk ilişkileri, bahçe işleri ile uğraşma, misafir kabul etme, özel hayat ve mahremiyetlerini korumaktadırlar. Projenin amacı yaşlıya huzurevinde değil de evinde yaşıyor duygusunu verebilmektir.

Küçük Evler Projesi

Küçük Evler ise, 42 metrekare oturumlu, açık mutfaklı bir salonu, yatak odası, ıslak zemini olan, önünde ise küçük bir balkonu ve bahçesi bulunan evlerdir. Projenin fikir annesi huzurevi sakini Müzeyyen Gürtürk'tür. İlk evi kendisi yaptırmış, diğer evler Adanalı hayırseverler tarafından yaptırılarak döşenmiştir.

Yapılan Çalışmalar

Yapılan çalışmalarını aktarmak istiyorum. Başarılı yaşlanmanın en temel unsurlarından biri yaşamla ilgiyi kaybetmemektedir. Kuruluşumuzda sosyal aktivitelerin yaşlıların sağlık sorunlarının çözümünü olumlu yönde etkilerini gördük. Yaşlı bireylerin sosyal ilişkilerini canlı tutmanın yaşam kalitelerini artırdığına şahit olduk. Yaşlılığın sadece biyolojik açıdan

incelenmesi, yaşlılığın doğasına aykırı olup, yaşlılığın etkin olmayan edilgen insan imajından çıkarılıp bilgi ve deneyiminden faydalanılacak bilgi ve yaşama aktif katılan insanlar algısına dönüştürülmesi kanısındayım. Yaşamı anlamlı kılanın yollarından biride bir işe yaramaktır. Huzurevindeki yaşlıların geçmişteki yaşamlarını, mesleklerini, hobilerini öğrenerek onları bu yönde etkileyip yönlendiriyoruz. Örneğin eşini kaybettikten sonra ağır bir depresyona giren ve huzurevine yerleşen bir sakinin oyuncak Koleksiyonu olduğunu öğrendiğimizde onu zorlukla ikna ederek sergiler açması ile depresyondan çıkarak hayata bağlarını güçlendirdik. Yine emekli eczacı bir sakinimiz depresyonun resim yaparak sergi açarak üstesinden geldi.

Sakinlerimiz, sanat müziği korosu, tiyatro, halk oyunları çalışmaları el işi çalışmaları, bilgisayar maket uçak yapımı gibi kurslara katılımları yaşlıların psiko-sosyal sorunlarının başında gelen benlik saygısının zedelenmesi olgusunu olumlu yönde onarmaktadır.

Yaptığımız örgü, yemek, tavla yarışmaları anı ve şiir yarışmaları konuşmacı olarak katıldıkları, konferans ve paneller ürettikleri eserlerden oluşan sergiler onlar için bir amaç olmakta yaşamda var oldukları hissetmektedirler. Bu aktivitelerle toplumun değerli bir unsuru olduğunu hissetmekte, aile ve çevreleri dahil herkese bunu hissettirmektedirler. Başarmış olmanın mutluluğunu, sevincini çocuksu coşku ile kutladıklarını gördük. Tüm bu aktiviteler yaşlıların yaşam kalitelerini artırmakta, zihinsel gerilemelerini yavaşlattığı kanısındayım. Tıp doktoru değilim ama 20 yıldır yaşlılar ve alzheimerli hastalar ile çalışıyorum. Onlarla çalışan yaşlı bakım elemanları ve gerontologlar haricinde başka mesleklerde uzmanlaşma yoktur. Ne hemşireyiz, ne doktorumuz ne psikoloğumuz, ne sosyal hizmet uzmanımız yaşlılık alanında uzman personel değil. Yaşlılık alanında uzmanlaşmaya mesleki eğitim alınırken başlanması gerektiğini düşünüyorum. Genel olarak aldığımız eğitimi bu alandaki hizmet içi eğitimler, kişisel çabamız ve edindiğimiz tecrübeleri ekleyerek geliştiriyoruz. Bu alanda çalışanların, kongre, konferans çalıştaylara katılımını önemli buluyorum.

Kuruluşumuzda kurum hekimi ile yaptığımız bir değerlendirmeden bahsetmek istiyorum. Kuruluşumuzda hizmet almakta olan 69 alzheimer hastamız var. Hastaların 60'ı ana binada özel bakım bölümünde hizmet almaktadır. 9 küçük evlerde yaşlı özel yardımcısı eşliğinde kalmaktadır. Küçük evlerdeki bir evli çiftimiz alzheimer üç evli çiftimizin eşlerinden biri Alzheimer hastasıdır. Daha öncede bu şekilde kalan yaşlılarımız oldu.

Küçük evlerdeki alzheimerli hastalarımızın yaşam kalitelerinin yüksek olduğu beslenme problemlerinin az görüldüğü sürekli eğitilmiş yaşlı bakım elemanı yanında kalmalarının ana binadaki Alzheimer hastası yaşlılara göre deoryantasyon problemlerinin hırçınlık, saldırganlık gibi tepkilerinin az olduğunu gözlemledik. Küçük ev sisteminde bakıcı eşliğinde adeta, ev ortamında, evli ise eşi ile birlikte kalması durumunda hastalığının daha iyi yönetilebildiğini gördük. Tabii sadece bunlar gözlemlerimiz.

Projelerimiz

Anada Rotary Kulübü tarafından gerçekleştirilecek Alzheimer bahçesi projesiyle bu bölümde kalan yaşlıların etrafı estetik çiftlerle çevrili tabanı tartan pist ağaçlı kendi kendilerine yürüyüş yapıp güneşlenip hava alacakları bir ortam oluşturulacak. Bu ortamda sürekli hafif müzik verilerek fısıkiyeli su sesi olan küçük havuz oluşturulması da proje kapsamındadır.

İkinci projemiz ise Çukurova Kalkınma Ajansı ile yaptığımız 680 bin TL hibe aldığımız Alzheimer gündüz bakımevi projesidir. Projenin amacı ailenin yanında yaşayan alzheimer hastası yaşlının çeşitli (sanat, spor, meşguliyet hobi bahçesi vb.) etkinliklerle aktif hale getirilerek yaşlıda oluşacak ajitasyonun azaltılması, günlük yaşam aktivitelerinin sürdürülebilirliğine katkı sağlaması Alzheimer hasta yakınlarının kaygılarının azaltılması

tükenmişlik ve yıpranmışlık duygularının onarılması sahip olduğu yaşsıyı gündüzlü bakım merkezine bırakarak ekonomik ve sosyal yaşamlarının sürdürülmesine katkı sağlanmasıdır.

Projede Alzheimer hastasının güvenliğine ve hareket kabiliyetlerini artırmak amacıyla takip sistemi kullanılacak ve davranış normları kazandırmak üzere eğitimler verilecektir. Projenin ihalesi tamamlanmış inşaatın başlaması için yer teslimi yapılacaktır.

Esasen alzheimer hastalarının özellikle kurum bakımı ihtiyacının ihtisaslaşmış huzurevleri kapsamında değerlendirilmesi gerekmektedir. Aynı kurumda hem sağlıklı yaşlıya hem de demanslı Alzheimer ve yatağa bağımlı yaşlıya hizmet verilmesi hizmette kaliteyi düşürmekte ve hizmet alan yaşlının psikolojisini olumsuz etkilemektedir. Demanslı hastanın ifade etmeye çalıştığı ihtiyaçları kendisine bakım veren tarafından doğru anlaşılabilirdiği takdirde duygusal ve davranışsal problemlerin önüne geçilebilecektir. Bu da eğitimli ve hasta ile bire bir ilgilenen davranışın altındaki gerçek nedeni bilen bakım elamanları ile mümkündür. Destekleyici tedavi uygulamalarını etkileyen en önemli unsur hastaya hizmet veren çalışan ile hasta arasındaki iletişimdir. Bu iletişimin kalitesi bakıcının eğitim düzeyi ve kişilik özellikleri ile yakından ilgilidir.

Alzheimer Hastalarının Kurumsal Bakımı

Doç. Dr. Nil Tekin
Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı
Narlıdere Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi

Sunumun içeriği

- Yaşlanan Dünya, Yaşlanan Türkiye
- Bakımevinde Yaşam Dünyada ve Türkiye de...
- Türkiye Değişiyor, Yaşam Alanları Değişiyor
- Huzurevi, Bakımevi ve Yeni Kavramlar
- Nasıl Bir Bakımevi?
- Yeni Modeller: Yaşlı Yaşam Evleri, Gündüzlü Bakım, Kısa Süreli Bakım
- Hospis: Destekevi
- Sonuç ve Öneriler

Yaşlanan dünya

- Dünya nüfusu giderek yaşlanmaktadır. Avrupa ülkelerinde 65 yaş ve üzeri nüfus %15,4 iken, 1990 ile 2025 yılları içinde yaşlı nüfusun %62'lik artış göstereceği**, ABD 'de gelecek otuz yıl içinde yaşlı nüfusun iki katına çıkacağı, elli yılda 75 yaş ve üzerindeki toplumun %30'unu oluşturacağı öngörülmektedir **.Türkiye İstatistik Kurumunun son verilerine göre 65 yaş üstü nüfusun % 8,1'e ulaştığı görülmektedir***. 2023 de çok yaşlı nüfus özelliğinde olacağı belirtiliyor. Yaşlı nüfusun giderek artması, yaşlılara yönelik sağlık ve sosyal hizmet sunum talebini de arttırmaktadır.

*Smith T. European health challenges. BMJ 1991; 303; 1395-1397.

**Akgün S, Bakar C, Budakoğlu İ. Dünyada ve Türkiye'de yaşlı nüfus eğilimi, sorunları ve iyileştirme önerileri. Türk Geriatri Dergisi 2004; 7(2):105-110.

***http://report.tuik.gov.tr/reports/rwservlet?adnks=&report=turkiye_yasgr.RDF&desformat=html&ENVID=adnksEnv.

Yaşlılara nerede bakalım? Evde bakalım. Hangi evde yaşıyoruz?

Türkiye Değişiyor, Yaşlıların Yaşam Alanları Değişiyor

- Yaşlılar kırsal alanda halen aileleri ile birlikte kalırken, artan sanayileşme ve kentleşmeyle birlikte aile yapısı değişmiş, yalnız yaşayan yaşlı sayısında da artma gözlenmiştir*. Herkesin birbirini tanıdığı mahalleler, kentsel alanda yerini sosyal iletişimin azaldığı büyük apartmanlara bırakmaktadır.

Durgun B, Tümerdem Y. Kentleşme ve yaşlılara sunulan hizmetler. Turkish Journal of Geriatrics 1999; 2(3): 115-20.

- Kolay ulaşılabilir sağlık hizmeti ve sosyal gereksinimlerin de yaşlıların yaşam alanı tercihlerinde etkili olabileceği düşünülmektedir.

Bunu nerede sağlayabiliriz? Evde bakalım?? Evde Bakım. Hangi Evlerden Bahsediyoruz?

- Mahalle bakkalı, kasabı onu tanıyor. Muhtar resmi işlerine yardımcı oluyor. Komşusu yemeği var mı soruyor. Torunlar her gün ziyarete geliyor. Eş dost akraba arıyor. Mahalle bakkalı, kasabı onu tanıyor...
- Bakkal, kasap? Hipermarketler, AVM ler var artık. Muhtar resmi işlerine yardımcı oluyor. Çok meşguller, çoğu onları tanımıyor.
- Komşusu yemeği var mı soruyor.....Apartmanda karşı komşuyla bile zor selamlaşamıyor. Torunlar her gün ziyarete geliyor. Dershaneler, özel dersler sınavlar vakit yok ki.. Çocuklar, dost, akraba arıyor....Herkes o kadar yoğun ki, ancak facebook, mail, twit atılabilir. Yaşlı okuyamaz mı?

Kurumsal Bakım?

Yaşlılık Algısı ve Yaşam Alanı Tercihleri

- Türkler İsveçlilerden daha az kurumsal yaşam alanlarını tercih etmekte, ancak yaşın ilerlemesi ve kentsel alanda yaşamaya bağlı olarak bu tercih oranları artmaktadır. Türklerin İsveçlilerden farklı olarak yaşlılıkla ilişkili düşüncelerinin daha olumsuz olduğu, kurumsal yaşam alanlarını ancak yaşamlarının sonunda, sosyal iletişimlerinin tamamen zayıfladığı ve yalnız hissettikleri dönemde tercih ettikleri görülmüştür*.

* *Imamoglu EO, Imamoglu V. Life situations and attitudes of Turkish elderly toward institutional living within a cross-cultural perspective. Journal of Gerontology 1992; 47(2): 102-8.*

- Yaşlılar kırsal alanda halen aileleri ile birlikte kalırken, artan sanayileşme ve kentleşmeyle birlikte aile yapısı değişmiş, yalnız yaşayan yaşlı sayısında da artma gözlenmiştir*. Herkesin birbirini tanıdığı mahalleler, kentsel alanda yerini sosyal iletişimin azaldığı büyük apartmanlara bırakmaktadır.

* *Durgun B, Tümerdem Y. Kentleşme ve yaşlılara sunulan hizmetler. Turkish Journal of Geriatrics 1999; 2(3): 115-20.*

- Kurumsal bakımın ülkemizde daha çok yalnız, bakıma muhtaç ve yoksul yaşlılara yönelik olduğu kanısının geçmiş yıllarda oldukça hakim olduğu bilinmektedir. Bakımevleri ise önemli bir hizmet alanı olmasına rağmen yine ailesi tarafından bakılamayan yaşlıların bırakıldıkları, hatta terk edildikleri, zaman zaman da zor şartlarda yaşanan, ölümün beklendiği yerler algısının ötesine geçmekte zorluk çekmişlerdir*.

* *Tekin N, Şahin HA. Birinci basamak hekimlerinin geriatrik hasta izlemindeki yeri: Geriatrik bakım merkezi örnekleri. Sendrom Dergisi 2006; 18(11): 61-4.*

UNFPA -TUBA Yaşlılık Çalışması 2003

- Bu çalışmanın bulguları aile ilişkilerinin oldukça güçlü gözükmesine rağmen aslında bu ilişkilerin karmaşık yapısı olduğunu göstermektedir.
- Yakın aile ilişkilerinin yaşandığı ailelerin yanı sıra kimi ailelerde bu ilişkilerin pamuk ipliğine bağlı olduğu görülmüştür.
- Burada önemli olan konu aile ilişkilerinin güçlü olması ya da zayıf olmasının 'geleneksellik' ve 'modernlik' bağlamlarından bağımsız düşünülmesi gerektiğidir.
- Bu anlamda güçlü veya zayıf aile bağları her iki kesimde de görülebilmektedir.

Aile ve Toplumsal Yaşam Değişiklikleri

| Nerede yaşamak istersiniz | Yaşlılıkta nerede yaşamak istersiniz? (erişkinlere) |
|--|--|
| Kendi evimde %63 (Yalnız başıma, kırsal alanda % 5, kentsel alanda %70) Çocuklarımla birlikte %36 Kurumda yaşamak istiyorum %1 *Turkish Family Structure. State Planing Organization 1993 | %55 çocuklarımla %17,8 kendi evimde %9,3 kurumlarda **Turkish Family Structure. Turkish Statistical Institute 2006. http://www.aile.gov.tr/dosya/?Id=123 |

Dünyada ve Türkiye’de Yaşlanma Hızı

| ÜLKELER | %7 Oranına Ulaşılan Yıl | %14 Oranına Ulaşılan Yıl | Geçiş Süresi (Yıl) |
|----------------|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------|
| Fransa | 1865 | 1980 | 115 |
| Almanya | 1930 | 1975 | 45 |
| İsveç | 1890 | 1975 | 85 |
| İngiltere | 1930 | 1975 | 45 |
| ABD | 1945 | 2020 | 75 |
| Türkiye | 2012 | 2039 | 27 |

65 yaş ve üstü nüfusun 0-64 yaş arasındaki nüfusa oranının %7’den %14’e geçiş süresi

Kaynak: T. C. Başbakanlık (2005), Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma 9- Sosyal Güvenlik Reformu: Sorunlar ve Çözüm Önerileri, Ankara, Başbakanlık Basımevi, s. 35.

Bakım Alanları Tercihleri

- Demans hastalarına kimler bakım vermeli?
%74,6 hemşireler ve eğitimli yaşlı bakıcılar
%28 aile bireyleri.
%45,8 demans hastasına bakım vermişti, %68,5’i kadındı.
- Demanslı hastanız olsa nerede bakım almasını istersiniz?
%45,8 bakımevinde, %43,2 ise evde.

*Tekin N, Dişçiğil G, Altunbaş E. Demans hastalarının bakımı, toplumsal bakış açısı, davranış ve bilgi kaynakları. Turkish Journal of Geriatrics 2011; 14(1): 35-39.

Bakımevlerinde yaşam

- Yaşlı bakımevleri ile ilgili sorunlar yalnızca ülkemizde değil, dünyada da tam olarak çözülememiştir. Örneğin İngiltere’de bakımevlerindeki yaşlıların tüm tıbbi bakımlarının yapılamadığı, tedavi yönetimlerinin ise yetersiz kalabildiği bildirilmiştir.

Bu durum yaşlılar için kullanılan birçok yüklü fona rağmen artan bakımevi sayısı ile birlikte finansal desteğin yetersiz kalmasına bağlanmıştır

Nasıl ve Nerede Yaşamak İstiyorlar? Modern bir yaşlı yaşam alanına yapılan başvuruların değerlendirilmesi

- Başvuru nedenlerini %43,5'i yalnızlık, %40,1'i gelecek endişesi, %32'si başkasına yük olmama olarak belirtirken %17,7'si sağlık, %16,3'sü sosyal faaliyetlerini arttırmak olarak belirtmişti.
- Tesiste en çok yapılmak istenenler olarak %67,4'ü gezilere katılmak, %50,3'ü yeni arkadaşlar edinmek, %38,1'i sağlıklı yaşam egzersizleri yapmak olarak ifade etmişti.

Tekin, N., Okka, H., "Nasıl ve nerede yaşamak istiyorlar? Modern bir yaşlı yaşam alanına yapılan başvuruların değerlendirilmesi". Ulusal Yaşlı Sağlığı Kongresi, Turkish Journal of Geriatrics, 13(1): Suppl.1, 18 pp., İzmir, Nisan 2010.

- Bu hizmeti sunabilecek yaşlı bakımevlerinin günümüzde ailesi tarafından bakılmayan yaşlıların gittiği yerler olduğu ön yargısının ötesinde, etkin sağlık ve sosyal hizmet ile rehabilitasyon olanakları sunan ve yaşam kalitesini arttıran merkezler olması beklenmektedir*

**Tekin N, Şahin HA. Birinci basamak hekimlerinin geriatrik hasta izlemindeki yeri: Geriatrik bakım merkezi örnekleri. Sendrom Dergisi 2006; 18(11): 61-64.*

Huzurevi ve Bakımevi

- Huzurevlerinde sosyal hizmet sunumu ağırlıklı
- Bakımevleri sağlık hizmet sunumu ağırlıklı
- Bakım gereksinimleri yaşam alanları seçiminde önemli
- Yeni kavramlar, yeni yaşam alanları...
- Destekli Yaşam Alanları
- Palyatif Bakım
- Hospis, Destekevleri, Destek Yaşam Merkezleri.

Yaşlı Hastanın İzlemi

- Yaşam sonu dönemdeki hastalar için ayrı odalar, bu hastalara ve yakınlarına bu zor dönem için profesyonel destek sağlanması,
- Demanslı hastaların güvenliğinin sağlanması, düşmelerin önlenmesi, yaşlı ve yakınları ile iletişim,
- Yaşlı bakıcıların uygulamalı hizmet içi eğitim ile sertifikasyonu,
- Yaşlı izlemi ile bakıma yönelik uygulamalar, sürekli ve düzenli kayıt altına alınması.

Bakımevlerinde yaşam

- Bakım merkezlerinin temel işlevi yatağa bağımlı, yaşamını sürdürmede sürekli destek gereksinimi olan genel olarak 'bağımlı' yaşlılara uzun süreli bakım hizmetinin sunulmasıdır*,**.

**Tekin N, Dişçigil G. A Novel model of comprehensive geriatric care center in Turkey. Middle East Journal of Age and Aging 2007; 4(1): 24-25.*

***Tekin N, Şahin HA. Birinci basamak hekimlerinin geriatrik hasta izlemindeki yeri: Geriatrik bakım merkezi örnekleri. Sendrom Dergisi 2006; 18(11): 61-4.*

Bakımevinde Kronik Hastalıklar

En sık görülen hastalıklar*:

- % 66,6 hipertansiyon, %56,2 demans, % 22,8 Tip 2 DM, % 21,0 serebrovasculer hastalık,% 17,9 koroner arter hastalığı

*Tekin N, Başkan M, Yunus A, Aybar Ö. Evaluation of Geriatric Patients in Narlıdere-İzmir Geriatric Care Center. Poster presentation, Geriatrics 2006, İstanbul.

Hastanın Özellikleri

- Hastanın fiziksel durumu, Hastanın ruhsal durumu, Hastanın bakımevinde kalış süresi, Hastanın beslenme alışkanlıkları, beslenme durumunun gözlenmesi, Kronik hastalıklar, akut hastalıklar, sıvı elektrolit bozuklukları...
- Gelişmiş Bir Bakımevi Modeli
- Birinci basamak sağlık kuruluşu olarak değerlendirilmesine karşın, birinci basamak sağlık hizmetlerinde yer almayan, 24 saat hemşire gözlemi, yatan hasta izlemi ve bazı özel tedavilere olanak tanınması ile ikinci basamak sağlık hizmeti özelliklerini de taşımaktadır*.

Tekin N, Dişçigil G. A Novel model of comprehensive geriatric care center in Turkey. Middle East Journal of Age and Aging 2007; 4(1): 24-25.

Bakımevinin Özellikleri

- Bakımevinde temel özellik *sürekli hasta bakımı*
'Bizim yaşlılarımız bir yere taburcu olmaz'
- Kurum hekimliği statüsünde "Birinci basamak sağlık hizmetleri sunum alanı" İkinci basamak özellikleri mevcut
- Uygulamada kurumsal farklılıklar
- Fiziksel şartların farklılığı: Laboratuvar, liftler...Geriatrik bakım merkezi Hemşirelik hizmetleri
- Enteral beslenme, PEG,NG,İdrar kateteri bakımı, Trakeostomi bakımı, Yara bakımı, Pozisyon değişikliği, Postural drenaj,Solunum egzersizleri, Oksijen tedavisi,Aspirasyon , Genel vücut bakım,Post-op bakımı,Ağrı kontrolü,Tetkik takibi , Hastaneye sevk ve randevu takibi,Hastane yatışlarında takip ve ziyaret,Hastane taburculuğunu gerçekleştirmek,Hastane sonrası bakım

Rehabilitasyon ve Diğer Hizmet Sunumları

- Hareket güçlüğü olan sakinlerin desteği sağlanarak tesis içinde mobilizasyonu sağlanır, Rehabilitasyon edici hizmetler, Diyetisyen tarafından sakinlerin uygun beslenme yöntemleri saptanır, Sakin ve sakin yakınlarına eğitim ve danışmanlık hizmeti verilir.

Alzheimer hastaları

- Evrelerine Göre Yaşam Alanları Belirleme, Bitmeyen koridorlar, İş Uğraş Terapileri, Güvenlik

Yaşlı bakıcılar

- Yaşlı bakıcılar, çoğunlukla orta öğrenimi bitirmiş, insanlarla ilgilenmekten hoşlanan kişiler
- İşlerini zevkli fakat yorucu olarak görmekteler.
- Çoğunluğu mesleki eğitimlerin iş olanaklarını arttıracak düşüncesini taşımakta ve gerekli bulmaktadır.
- Ancak doktor ve hemşire dışında, yaşlı sağlığı ve rehabilitasyonu hizmetinde yer alan diğer çalışanların da eğitici olmasını gerekli görmektelerdir.

Tekin N, Tinaztepe E, Türker E. Yaşlı Bakıcıların İş ve Mesleki Eğitime Bakışının Değerlendirilmesi. 5. Ulusal Geriatri Kongresi, Poster Sunumu 6-10 Eylül 2006, Antalya.

Ekibin özellikleri ve gerçekler

- Bakım hizmetinin sunumu; deneyim, süreklilik, kurumsal bağlılık
- Ekibin oluşturulması tüm dünyada ciddi bir sorun.
- Yaşlı bakıcılara soruldu: Aynı çalışma koşullarında başka bir alanda iş bulsanız yapar mısınız? Yaşlı bakıcılar % 57;3 evet demiştir*.
- Ekibin diğer basamaklardaki üyelerinin de tamamlanması önemli
- Devamlılıkla ilgili uygulama alanlarında sorunlar mevcut.

*Tekin, N., Koç, E., Türker, E., "Yaşlı bakıcılarının işe ve mesleki eğitime bakışının değerlendirilmesi", e-Journal of New World Sciences Academy, 6(2): 26-32, (2011).

Bakım asistanı

- Bakımdan meslekler çekilmiş. Çok konuşuluyor, çok az kişi bakabiliyor. Bakan bilir, damdan düşeni getirin...Yaşlı Bakım Teknikerleri de bakımdan çekilirse ilkokul mezunları kalır. Mesleklere ilerleme imkanı oluşturma tartışmalı.Bakım verenler potansiyel suçlu olarak görünüyor. Avrupa Birliği Projesine katılan bakım asistanımız Almanya ya iltica etmiştir. Gürcüler evde bakım elemanı yetiştirip ihraç ediyor, kültürel hususlar değerlendirilmelidir.

Bakanların Gözünden Alzheimer

Annemizin Hastalanışı

- Alzheimer hastası annemle evde geçen 10 yıl. Her şey 1998'de babamın vefatıyla başladı. Annemde büyük bir boşluk ve üzüntü gelişti. Ve sonraları.... babamın geldiğini gördüğünü zannetmeye başladı.

Hastalığın ilerleyişi

- Gerçeklerden koptu, artık günlük hayat ile ilgili hiçbir şey hatırlamıyordu. Aynada yüzünü tanıyamıyor, banyoda ne yapacağını bilmiyor, tarağın ne işe yaradığını bilemiyor, acıktığını algılamıyor, yemek yapamıyor, giysilerini nasıl üzerine giyeceğini bilemiyor, tuvalete gidemiyor, yatağının yerini kaybediyor, uyuyamıyor ve hep boşluğa bakıyordu.....

Doktorlarımız ve biz

- Hemen nörolog doktor ve psikiyatr desteğine başvurduk. MR ve çeşitli zihin testleri yapılmaya başlandı. Yanıtları karışık, anlamsızdı. Alzheimer teşhisi kondu. Kendisi 73 yaşındaydı, beden sağlığı çok iyiydi. İlerleyen zaman içinde her şey değişecekti. Özetle annemin bakımında neler yaşadık? Beş yıl içinde birkaç kez akciğer rahatsızlığı oldu. Sık sık doktor ve hastaneye gittik, bilinci açılmıyordu. Sonra nazogastrik beslenme bitti. Artık tekrar yutabilmeye başlamıştı. Zaman zaman ellerini kullanabilse de çoğunlukla yardımla yemek yedi. Daha sonra ağzının yerini unuttu, yutma unutuldu, midede PEG açıldı.

Ve altında cilt kanseri yarası başladı Annem bakım merkezine gidiyor

- İlerleyen zaman yutma zorluğu, yoğun bakım, NG ile beslenmeye giden uzun bir süreci barındırıyordu. Yardımcılarımız ile beraber büyük bir uğraşının içindeydik.Bası yaralarının tedavisi sağlandı. Kalçası kırıldı, yatağa bağımlı oldu. Yatakta geçen günlerde, hayattaki olaylarla bağlantısı yoktu, yakınlarını ve bizleri unutmuştu. Ama büyük bir ihtimam, sevgi ve ilgiyle bakılıyordu.

Annemizin bakımı

- Annemin evi bir işletmeye dönüştü. Annemin bakımı, evin bakımı, giderleri, yardımcı, doktor, havalı yatak, tekerlekli sandalye, sağlık memuru ve ilaçların giderleri= Küçük İşletme İlgisi ve şefkati unutmamalıyım. Gıdalara dikkat ettik... Kahve, dondurma, kolayı çok seviyordu. Yeni durum, alnında büyüyen yara. Eve gelen cilt doktorumuz deri kanseri dedi. Deri nakli yapılması zor, her gün pansuman yapıldı. Yeni durum, evi zemin kata taşıdık. Sandalye asansöre sığmıyor, sedyeyle taşımak zor oluyordu. Sanki daha huzurluyduk... Hayatımız annem üzerine kuruluydu. Sürekli problem çıkıyor, biri bitiyor, diğeri başlıyordu. Tükürüğünü yutmakta zorluk çekiyor, devamlı doktorumuz aspirasyon için eve geliyordu. Çaresiz kaldığımız günler oldu. Ayda bir kez sondası değiştiriliyor, tahlilleri rutin olarak yapılıyordu. Devamlı ilgi ve sevgiyle annemize baktık, ta ki..

Narlıdere Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi'nden mektup gelene kadar.

- Yıllar önce komadayken müracaat etmiştik. Burayı istedik..Annem yaşlandı, ama biz de yaşlanıyorduk. Sevindik ve de hüznüldük. Bakım Merkezinden ekip eve geldi. Bize kurumla ilgili bilgi verildi. Sorular, hazır mıyız... Bir ay sonra bakım merkezine annemizi yatırdık. Biz, elimizden geleni ve doğru olanı yaptık. 'Huzurluyuz ve vicdanımız çok rahat' Halen PEG ile besleniyor, yatağa bağımlı, ama genel olarak sağlığı çok iyi. Bizim sesimize tepki veriyor. Şu an, Narlıdere Geriatrik Bakım Merkezinde büyük bir ilgi, şefkat ve dikkatle bakılıyor.

Narlıdere Huzurevi YBRM İşbirlikleri

- İzmir Katip Çelebi Üniversitesi
- Yaşlı Bakımı ve Sağlığı Araştırma ve Uygulama Merkezi
- Yaşlı Bakım Teknikerliği
- Uzman Konsültasyon Desteği
- Palyatif Bakım Ünitelerine Yatış Desteği

Müftülük: Din Görevlisi tama zamanlı atandı. Deneyimlerimizi oluşturuyoruz

Yeni yaşam alanları: Dinç Bloklar, Geriatrik Bakım Merkezi, Destekli Yaşam, Gündüzlü Bakım Merkezi, Yaşlı Yaşam Evleri, Kısa Süreli Bakım, Hospis: Destekevi

Destekli yaşam alanları: Asisted Living Area- Ara geçiş alanları Kısmi destek gerektiren yaşlılar Banyo desteği, ilaç desteği, Yemek Hizmetleri Sürekli bakım asistanı desteği

Narlıdere Huzurevi Yaşlı Bakım Ve Rehabilitasyon Merkezi Yaşlı Yaşam Evleri Hizmet Modeli

Zekeriya Alan, Nil Tekin*, Metin Kurşun***

** Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Narlıdere Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi ** Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı İzmir İl Müdürlüğü*

Yaşlı yaşam evleri

TANIM:Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün Yaşlı Yaşam Evleri projesi ile, Huzurevlerinde bakım görececek 60 yaş ve üzerindeki yaşlıların bakım hizmetlerinden yararlandırılması, sosyal çevreden soyutlanmadan yaşam standartlarının yükseltilmesi ve ev ortamında bakımlarının sağlanması amacı ile yaşlı yaşam evlerinin açılması hedeflenmiştir,

Kuruluşumuzun ek ünitesi olarak 24.06.2013 tarihinden itibaren üçü Narlıdere, ikisi Bayındır ilçelerinde olmak üzere toplam beş yaşlı yaşam evi açılmıştır. Narlıdere ilçesinde açılmış olan yaşlı yaşam evlerinden biri erkek yaşlılar için olup üç adet tek kişilik oda bulunmaktadır.

Narlıdere ilçesinde açılmış olan diğer iki yaşlı yaşam evi ise kadınlar için olup iki evde toplam 6 tek kişilik oda bulunmaktadır. Her yaşlı yaşam evinde, binanın fiziksel koşullarına ve imkânlarına uygun olarak düzenlenmiş yatak odaları, oturma ve yemek salonu, mutfak, banyo, tuvalet ve diğer ihtiyaç duyulan bölümler bulunmaktadır.

Yaşlı yaşam evlerinde kalan yaşlıların sağlık hizmetleri kuruluştaki görevli sağlık personeli tarafından rutin olarak yerine getirilmektedir.

Yaşlı yaşam evlerinde kalan yaşlılarımıza tesisteki görevli sosyal hizmet uzmanı ve psikologlar tarafından destek verilmektedir.

Yaşlı yaşam evlerine alım koşulları huzurevine alım koşulları ile aynı olmakla birlikte günlük yaşamda bakım desteğine ihtiyaç duyan yaşlılara uygun koşullar sağlanmaktadır.

Narlıdere Huzurevi Yaşlı Bakım Ve Rehabilitasyon Merkezi Gündüzlü Bakım Hizmetleri Modeli

* Zekeriya ALAN * Nil TEKİN *Gülşen CANKURT *Gülşah ERDOĞAN *Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Narlıdere Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi

Gündüzlü Bakım Merkezi, Kuruluşumuz bünyesinde 01.05.2014 tarihinden itibaren hizmet vermeye başlamıştır.

- 60 yaş ve üzeri olmak, Bedensel ve zihinsel gerilemeleri nedeniyle kısmi ya da sürekli olarak özel ilgi, desteğe, korunmaya ve rehabilitasyona gereksinimi olmak, Ruh sağlığı yerinde olmak, Bulaşıcı hastalığı bulunmamak, Uyuşturucu madde ya da alkol bağımlısı olmamaktır.

Gündüzlü Bakım Merkezi'miz haftanın her günü 08:00 / 18:30 saatleri arasında hizmet vermektedir. Merkezimiz, Narlıdere Huzurevi yerleşkesinde konumlanmış olup, huzurevi kapsamına giren yatılı bakım dışında her türlü hizmet ve faaliyetten yaşlıların faydalanmasını amaçlamaktadır.

Merkezimizde yaşlılarımız için oturma ve yemek alanları, ısıtma ve soğutma sistemi, banyo, tuvalet, tv, telefon ve kişisel eşya dolapları bulunmakta olup; bu mekanlar yaşlıların rahat kullanımı ve konforu için dizayn edilmiştir. Aynı zamanda Merkezimizde sürekli bakım elemanı ile yaşlılarımıza bakım desteği verilmektedir.

Gündüzlü Bakım Merkezi'nde Verilen Hizmetler:

- Sabah / öğle / akşam yemekleri ve ara öğünler, Özel diyet gerektiren yaşlılar için menüler,
- Doktor ve hemşire gözetiminde sağlık hizmetleri ve gerektiğinde hastaneye sevk işlemleri, Bakım asistanı eşliğinde bakım hizmetleri,
- Fizik tedaviye ihtiyaç duyan yaşlıların takip ve tedavileri,
- Psiko-sosyal destek hizmetleri, Sosyal aktiviteler,
- Beden Eğitimi Öğretmeni eşliğinde spor faaliyetleri, Halk Eğitim Merkezi'nden kuruluşumuzda görevlendirilen öğretmenler eşliğinde hobi faaliyetleri, günlük yaşam becerilerini artırıcı iş – uğraş çalışmaları, Resim, ahşap, cam ve seramik boyama, ebru, takı tasarımı ve bilgisayar kurslarını, kapsamaktadır

- Ayrıca kuruluşumuzda düşük bir ücret karşılığı; Kuru temizleme, çamaşırhane, terzi hizmetleri, Kuaför ve berber hizmetleri , Kablosuz internet hizmeti, Restoran ve kafeterya hizmetleri verilmektedir.

Hospis :destekevi: Neler Yaptık..Yıllara dair birikim oluştu.Eğitim süreci üniversite ile birlikte devam etti...Destekevi Çalıştayı Yaptık. Proje genel müdürlükten onay aldı.. Alan revizyonu yapılmaktadır. Sakin yakınlarına yönelik odalar oluşturulmaktadır. Hospisteriminin Latince'de hopes ("misafir") vehospitium ("misafirperverlik", "misafirhane") sözcüklerindengeldiği 'Türkçe olarak "Destek evi" ve "Destek bakım" olarak kullanılması önerilmektedir. Destekevi genel olarak ölüm sürecindeki her yaştaki bireye, insan onuruna yakışır biçimde refakat edilen, bireylere ve ailelerine fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi yönden kendilerini iyi hissetmeleri için interdisipliner ve bütüncül bir bakış açısıyla alanında deneyimli uzmanlarca destek sunulan bir merkez olarak tanımlanabilir.

Destekevi çalıştayının kararları: Narlidere Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi'ndeki ülkemizin en büyük geriatrik bakım merkezinde destek evi uygulamasına oldukça yakın bir uygulamanın halen yapılmakta olduğu görülmüştür. Bu itibarla pilot projenin bu merkezdeki uygun alanda oluşturulabileceği hususu değerlendirilebilir.

Gelişmiş Bir Dinlenme ve Bakımevi Modelinde Terminal Dönem Yaşlı Olgu ve Yaşlı Yakınına Yaklaşım Örneği

AMAÇ: Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de yaşlı sayısı giderek artarken yaşlılara yönelik sağlık ve sosyal hizmet sunumu da önem kazanmaktadır. Bu çalışmada aile hekimliği uygulamasında yer alan ve interdisipliner bir ekiple hizmet verilen gelişmiş bir dinlenme ve bakımevi modelinde terminal dönemdeki bir yaşlı olguya ve yaşlı yakınına yaklaşım örneğinin ortaya konulması amaçlanmıştır

GEREÇ VE YÖNTEM: Yaşlıya ait sağlık verileri ve sosyal incelemesi kayıtlara bakılarak değerlendirilmiştir

OLGULAR: Dinlenme evinde eşiyile birlikte kalmaya başlayan 73 yaşında, çocuksuz bayan hasta son dönemde artan halsizlik yakınması nedeniyle polikliniğe başvurmuştu. Parkinson hastalığı tanısı olan olguda uzun dönemli sigara içme öyküsü mevcuttu. Yaklaşık altı ay önceki dış merkezde yapılan tetkiklerin sonucunda demir eksikliği anemisi tedavisi başlanmıştı. Kontrol biyokimyasal tetkikleri, akciğer grafisi sonucu ve klinik bulguları ayrıntılı olarak değerlendirilerek malignite ön tanısı ile tıp fakültesi hastanesine sevki yapıldı. İleri tetkik ve tedavi amaçlı yatışı sağlanan sakin evre 4 akciğer kanseri tanısı ile tedavi aldı. Altı hafta sonra tedavisine son verilerek taburcu edildi, hastanedeki hekimiyle görüşülerek terminal dönemdeki izlemi için geriatrik bakım merkezine yatırıldı. Tek kişilik bir odaya alınarak, ağrının giderilmesi, enteral beslenmenin sağlanması gibi palyatif tedavi ve terminal dönem hasta bakımı uygulandı. Bu dönemde yoğun çökkünlüğü gözlenen ve sigaraya başlayan sakinin eşine sosyal hizmet uzmanlarınca sosyal destek verilirken, psikolog ile düzenli görüşmesi sağlandı. Eşiyile ölüm öncesi vedalaşmasında ve eşinin vefatı sırasında sosyal destek verildi. Ölüm sonrası yas açısından izlendi, önceki depresif duygu durumu da göz önüne alınarak depresyon tedavisine başlandı. Aldığı destekten duyduğu memnuniyete

karşın yalnızlık duygusu nedeniyle dul eş için, yakınlarının bulunduğu şehirdeki dinlenme evine gidebilmesi yönünde sosyal hizmet uzmanınca rapor hazırlandı

SONUÇ: Aile hekimliği disiplini temelinde interdisipliner geriatrik ekiple terminal dönemdeki hasta ve hasta yakınına yaklaşım örneği, gelişmiş bir dinlenme ve bakımevi modelinde uygulanmıştır. Biyopsikososyal yaklaşımın temel ilkelerini ve terminal dönem hasta bakımını da içeren bu uygulama, ülkemizde bu alanda nadir örneklerden biridir

Yaşam sonu dönem: Onkolojik tedaviler ile giderek daha fazla aktif yaşamın içinde bir süreç gidiyor. Alzheimer gibi ileri evre kronik hastalıklarda hizmet gereksinimi artıyor.

Bilimsel çalışmalar yol göstermiştir:

- Tekin, N., Dişçigil, G., “A Novel model of comprehensive geriatric care center in Turkey”, *Middle East Journal of Age and Aging*, 4(1): 24-25, (2007).
- Tekin, N., Koç, E., Türker, E., “Yaşlı bakıcılarının işe ve mesleki eğitime bakışının değerlendirilmesi”, *e- Journal of New World Sciences Academy*, 6(2): 26-32, (2011). (EBSCO database)
- Tekin, N., “Gelişmiş bir dinlenme ve bakımevi modelinde terminal dönem yaşlı olgu ve yaşlı yakınına destek programı örneği”, *Turkish Journal of Geriatrics Dergisi*’nde yayınlanmak üzere 20.12.2009 tarihinde kabul edildi. 14(3):273-275, (2011)(SCIE, SSCI)
- Tekin, N., “İleri evre Alzheimer hastasında gülümsemenin önemi: Demans tedavisi nereye kadar sürdürülmeli?”, *Akademik Geriatri Dergisi*, 2(2): 131-133, (2010).

Sonuç ve öneriler.

- Biopsikososyal yaklaşım önemli,
- Kurum tanımını iyi yapılmalı,
- Kurumsal bakımın evde bakımın karşıtı değil tamamlayıcısı olduğu öngörülmelidir.
- Yaşam alanları arasında geçiş sağlanmalı, yönetmelikler buna göre düzenlenmelidir
- Bakım Hizmetleri Kalite Standartları Yol Gösterici olmalıdır.

Yaşlılık

Mustafa Baştürk
Ali Osman Sözmez Huzurevi Müdürü

***Yaşıyoruz Ama, Yaşlandığımızdan Haberimiz Yok.
Yaşlılık Bir Misafirliktir,
Onu da Ağırlamak Gerekir.***

18-24 Mart Dünya Yaşlılar Haftası olarak kutlanmaktadır. 1 Ekim Dünya Yaşlılar Günü olarak kutlanmaktadır. Tıp bilimindeki olumlu gelişmeler, bilinçli ve sağlıklı beslenme, spor, koruyucu sağlık hizmetleri ortalama insan ömrünü uzatmaktadır. Dünya nüfusunun hızla yaşlandığı ortamda yaşlılık sosyal bir sorun, Alzheimer bir hastalık olarak karşımıza çıkmaktadır.

Artan yaşlı nüfus için çözüm yolları aranmaktadır. (2020 yılında 100 kişiden 20'si yaşlılardan oluşan bir toplum olacağız).

Yaşlılık politikaları sosyal politikaların bir boyutudur. AB üyelik sürecinde Türkiye'den sadece ekonomik değil yaşlı politikalarında da uyum sağlanması beklenmektedir.

Yaşlılık Sorunları

1. Aile ilişkilerinin değişmesi,
2. Konut sorunu,
3. Fiziksel ve ruhsal sorunlar,
4. Çalışma ve emeklilik,
5. Kent yaşamının getirdiği sıkıntılar,
6. Kuşaklar arası uyum sorunları,
7. Ekonomik olanaksızlıklara bağlı değişme,
8. Yaşlılık korkusu.(Ben ne olacağım kaygısı.)

Huzurevleri, bakımevleri, yaşlı danışma merkezleri, yaşlı hizmet merkezleri, yaşlı yaşam evleri ve yaşam apartmanı, yaşlı kulüpleri yaygınlaşmaktadır.

1. Çarpık kentleşme,
2. Kontrolsüz göç,
3. Çekirdek aileye geçiş,
4. Ekonomik ve sosyal sorunlar yaşlıların ve Alzheimer hastaların ev ortamı dışında farklı kurum ve merkezlerde bakılmasını zorunlu hale getirmektedir.

Gün geçtikçe resmi ve özel huzurevleri sayısı artmaktadır. Huzurevleri birçok yaşlı için bir ev, yuva sıcaklığını vermese de bir barınma yeridir.

Yaşlılar genellikle üç şekilde huzurevine gelmektedir: 1-Kendi isteğiyle, 2-Çocuklarının ikna ve zorlamasıyla, 3- Kimsesi olmadığı için komşuları ve ilgili kurumlarca.

ALO 183 SOSYAL HİZMET DANIŞMA HATTI

Türkiyede huzurevi sayısı

| | Sayı | Bakılan |
|-------------------------|--------|---------|
| Bakanlık | 127 | 12873 |
| Demek ve vakıflar | 26 | 2293 |
| Kamu | 2 | 566 |
| Yerel yönetimler | 21 | 2087 |
| Özel | 151 | 7612 |
| Azınlıklar | 7 | 962 |
| Toplam | 334 | 26393 |
| Yaşlı hizmet merkezleri | 5 | 1066 |
| Yaşlı Yaşam Evleri | 10 lde | |

Gün geçtikçe resmi ve özel huzurevleri sayısı artmaktadır. Huzurevleri birçok yaşlı için bir ev, yuva sıcaklığını vermese de bir barınma yeridir.

Huzurevi Başvuru Merkezleri, Bakanlığımıza Bağlı Huzurevleri, Sosyal Hizmet Merkezleri, Aile ve Sosyal politikalar İl Müdürlüğü

Engelli Aylağı

Bakanlık Sosyal Yardımlar Genel Müdürlüğü'nce 2022 sayılı 65 yaşını

doldurmuş özür oranına göre üç ayda bir ödenen maaş (müracaat kaymakamlıklara).

Bursa'da 14887 engelliye evde bakım ücreti ödenmektedir.

AOS Huzurevi 316 Kapasite (175 Rehabilitasyon , 131 Huzurevi)

Yenişehir Huzurevi 88 Kapasite

Özel 1 adet

Evde bakım parası

Engelli bireylerden hayatlarını evde yürütecek kişilere Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü'nce (bakımı üstlenen kişiye) ödenen para.

Ödeme şartları: Ailenin geliri asgari ücretin 2/3'sinden az olmalı. Raporunda "ağır özürlü" olduğu belirtilmeli. Yardım almadan yaşamını sürdüremeyeceği inceleme sonucu belirlenmeli.

- Hasta altı bezi Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından ödenmektedir.
- Huzurevlerinin yanında bugün yaşının kendi ortamında, ancak daha kolaylaştırılmış ve yaşlıya göre düzenlenmiş şartlar altında hayatını devam ettirmesine yönelik hizmetler ön plana çıkmaktadır.
- Alzheimer hastalığı bulunan yaşlılara yönelik ihtisas huzurevleri planlanmaktadır.

Yaşlı yaşam evleri, özel kuruluşlara yaşlı transferi ve yaşlı hizmet merkezi (gündüz bakımı) yönetmelikleri hazırlanmakta, yaşlılar için daha sağlıklı ortam ve fonksiyonel fiziksel mekan arayışları sürdürülmektedir.

- Yaşlı Gündüz Bakımevleri,
- Emekliler evi (geziler ve kültürel faaliyetler),
- Dini merkezlere ziyaretler,
- Evde yaşlılara yönelik bakım ve sosyal hizmetler,
- Vefat ve defin işlemleri.

Kuruluşa kabul edilecek yaşlılarda ırk, renk, cinsiyet, dil, tabiiyet, din, siyasi düşünce, felsefi inanç ve eğitim yönünde hiçbir ayırım yapılmıyor, geçmişteki mahkumiyetleri göz önüne alınmamaktadır. Düzenli geliri olanlar kaldıkları bölüme ve odaya göre ücret ödemektedir (277 TL ile 495 TL arasında).

Kurum bakımının dezavantajları

1. Farklı sosyokültürel ortamlardan gelen yaşlıların geçim ve uyum zorlukları,
2. Aile sıcaklığının olmayışı,
3. Psikolojik sorunlar (terk edilmişlik ve yalnızlık).

Kurum bakımının avantajları

1. Güvenli bir ortam,
2. Uzman personel,
3. Sağlık ve ilaç takibi,
4. Yaşlılarıyla arkadaşlık ortamı,
5. Sosyal ve kültürel faaliyetler.

Alzheimer Hastalığı'nda Bakımevleri Alternatif midir? Zorunluluk mudur? Çaresizlik midir? Kurtarıcı mıdır

Aynur GÖKKAYA
Adora Huzurevi

- Neden evde olmuyor?Ne zaman bakımevi?
- Bakımevlerinde Hizmet Anlayışı?Ekip?
- Kurumsal Bakımı Güçleştiren Sebepler?

Çözüm Önerileri

- Gittiği yere kadar evde bakım !!!
- Doğru zamanda da bakımevi !!!

Doğru zaman kişiye,aileye,çevreye.....Daha bir çok sebebe göre değişebilir.

- Yaşlıyı mahallesinden ayırmayalım !!!
- Ya mahalle onu istemezse ??
- Uygun bakım elemanı bulunamadığı için
- Yakın çevrenin şehir dışı yada yurt dışında yaşıyor olması
- Başedilemeyen hezeyanlar,halüsinasyonlar
- Evdeki sosyal hayatın felç olması
- Güvenlik.....
- Alzheimer Hastalığının bakımının profesyonel bir ekip işi olduğu,multidisipliner bir yaklaşımın hastanın yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyeceği unutulmamalıdır.
- Bu hastalık hasta yakınına hasta edebilecek bir hastalıktır.
- Kurumsal bakımda aile ilişkilerinin düşünüldüğünün aksine düzeldiği yeniden “baba kız” olduğu pek çok aile tarafından dile getirilmiştir.

Ev ortamında

- Sosyal izolasyon-dört duvara kapalı kalma
- Yetersiz beslenme,bakım
- Bakıcının oluşturduğu stres
- Ailenin durumu tolere edebilme yetisi
- İstismar (para,psikolojik-fiziksel şiddet)

Peki kime güvenebiliriz

- Ruhsatlı,onaylı,STK. Üyesi olması
- Fiziksel ortam;güvenlik,huzur,aidiyet duygusu
- Ekip:multidisipliner,profesyonel,ekip ruhu,eğitim,ailenin ekibe dahil olması
- Eğitimler
- Güvenilirlik
- Kurumsal kimlik
- Bireysel farklılıklara göre hizmet planlanması
- Şeffaflık,yeniliğe açık anlayış
- Hayatınızın çalınmasına izin vermeyin

- Zaman-mekân kavramları yok, kayıp zamanda çıkılmış bir yolculuk gibi... Alzheimer, en yakınınızı sizden yavaş yavaş çalan bir hastalık....*Havada sevgi varlığı....*

Alzheimer Vakfı Huzurevi

Alzheimer Vakfı'nın huzurevindeyim. Her yıl düzenledikleri yılbaşı partisindeyim. Bütün huzurevi sakinleri en güzel kıyafetlerini giymiş, yakınlarıyla meyve suyu içip şarkılar söylüyor. Vakfın broşüründeki cümleleri ilk defa okuduğumda tokat yemiş gibi olmuştum. O artık sizi tanımıyor.

Zaman, mekân kavramları yok. Kayıp bir zamanda çıkılmış bir yolculuk gibi... Ne yaparsanız yapın, bir arpa boyu yol alamıyorsunuz. Kaygılarınız her geçen gün artıyor. Son gidilen doktor teşhisini koydu.

Alzheimer hastalığı. Alzheimer, halka arasında genel olarak 'Bunama' diye adlandırılan durumun en sık rastlanan nedenidir. Alzheimer hastası anneniz, babanız, eşiniz ya da çok sevip değer verdiğiniz büyüğünüz olabilir. Alzheimer, en yakınınızı sizden yavaş yavaş çalan bir hastalıktır.. Kendi hayatınızı çalmasına izin vermeyin. ...

Herkesin başına gelebilir

Ne zaman Alzheimer hakkında yazı yazsam, beni mail yağmuruna tutuyorsunuz. Cevabı aranan soru ortak. "Bu hastalığa yakalanmamak için ne yapmalıyım?" Maalesef sorunun yanıtı bende değil. Aslında kimse yanıtı bilmiyor. Daha da kötü bir haberim var, herkesin başına gelebilir. "Pazar sabahı nereden çıktı bu yazı?" diye düşünmeyin. Amacım hastalığın korkunç taraflarını anlatmak değil.

Amacım, Alzheimer Vakfı'nın bir huzurevi açarak hem hastalara, hem de yakınlarına nasıl bir nefes aldırıldığına dikkati çekmek. Öncelikle şunu söyleyeyim, "Biz Alzheimer hastası da alıyoruz," diyen hiçbir huzurevine inanmayın, güvenmeyin.

Öyle tecrübelerim var ki, anlatsam roman olur. Bizim kısaca 'bunama' dediğimiz bu hastalığın bakımı öyle kolay değil. Alzheimer Vakfı Huzurevi'nin işletmeciliği Acıbadem Huzurevleri tarafından yapılıyor. Bütün personel konunun uzmanı ve deneyimli. Üstelik ne olup bittiğini, hastanızın bütün gün ne yaptığını, bilgisayarınızdan canlı olarak izleyebiliyorsunuz. Ziyaret? Ne zaman isterseniz. Sosyal aktivite? Yılbaşı, yaza merhaba partileri, el becerilerini geliştirme için çeşitli oyunlar. Ayrıca hasta yakını destek hizmetleri..

- "Nasıl geldiniz?" diye tekrarladı yaşlı kadın. "Tarifle," diye cevap verdi adam. Sonra yaşlı kadını dansa kaldırdı. Yaşadığım en sıra dışı yılbaşı partisiydi. Havada sevgi vardı.

Hizmet içeriği

- Bireysel farklılıkları göz ardı etmeden, tüm detaylar düşünülerek,sağlığı,güvenliği ön planda tutularak,sosyal yaşantısına paralel hazırlanmış kişiye özel bakım planlarını hedeflemelidir.
- Kişilerin fiziksel ve sosyal yönden aktif hallerinin devamlılığını sağlamalıdır

Kurum bakımında ekip üyeleri

1-Denetleyici kurum 2- Aile 3- Sakinler 4-Kuruluşun profesyonel ekip üyeleri 5- İnsan sosyal bir yaratıktır ve fizyolojik ihtiyaçlar karşılandıktan sonra diğer alanlardaki boşluğun giderilmesi gerekir 6- Yaşam piramidi 7-Yapılan ve planlanan hizmetlerin kayıtlı olması

| ACIBADEM HUZUREVLERİ ÖZEL BAKIM ÜNİTELERİ SAKIN BAKIM PLANI | |
|--|---|
| ADI SOYADI: HANDE MUTLU DOĞUM TARİHİ: 1970 | TIBBİ TANII: KRONİK MS GİRİŞ TARİHİ: 25/02/2006 |
| MOBİLİZASYON: DESTEKLE <input type="checkbox"/> YATAĞA <input checked="" type="checkbox"/> MOBİL <input type="checkbox"/> YÜRÜYÖR BAĞIMLI | BESLENME: NG <input type="checkbox"/> PEG <input checked="" type="checkbox"/> ORAL <input type="checkbox"/> |
| <p>06:00 Alt bakımı yapıp sol yan pozisyonu</p> <p>08:00 Sağ yan pozisyonu</p> <p>09:00 El - yüz bakımı</p> <p>10:00 Alt bakımı yapıp sol yan pozisyonu</p> <p>10:15 Pasif egzersiz</p> <p>12:00 Sağ yan pozisyonu</p> <p>14:00 Sol yan pozisyonu</p> <p>15:30 Pasif egzersiz</p> <p>16:00 Alt bakımı yapıp sağ yan pozisyonu</p> <p>18:00 Sol yan pozisyonu</p> <p>20:00 Sağ yan pozisyonu</p> <p>21: 00 Pasif egzersiz</p> <p>22:00 Alt bakımı</p> <p>00:00 Sol yan pozisyonu</p> <p>03:00 Sirtüstü pozisyon</p> | <p>07:00 Nutrison Fibre 400cc + 250cc su Protifar Mama 2 ölçek + 50cc su çöz</p> <p>10:30 Nutrison Fibre 400cc + 250cc su</p> <p>12:00 Nutrison Fibre 400cc + 250cc su Protifar Mama 2 ölçek + 50cc su çöz</p> <p>14:00 Nutrison Fibre 400cc + 250cc su</p> <p>19:00 Nutrison Fibre 400cc + 250cc su</p> <p>22:00 Nutrison Fibre 400cc + 250cc su</p> <p>00:00 200cc su</p> <p>* Her beslenmeden sonra suyuna 1gr tuz koyulacak.</p> |

Meşguliyet terapisi

SAKININ GERÇEKLEŞTİREBİLECEĞİ PSİKO-SOSYAL AKTİVİTELER

ADI SOYADI: HANDE MUTLU

- * Yanında kitap okumak
- * Radyo dinlemek
- * Saçlarını okşamak
- * Sohbet etmek

YARA-PANSUMAN: VAR YOK

VAR İSE BÖLGESİ: Kuyruk sokumu

BANYO GÜNÜ: PAZAR

ÖNEMLİ NOTLAR:

- * Sol kolu mutlaka bağlanmalı.
- * Trakeostomisinden dolayı sekresyon takibi yapılmalı.
- * Yanına seslenerek (yumuşak tavırlarla) yaklaşılmalı.
- * Kendisine uygulanacak bütün işlemler hakkında bilgi verilmeli.
- * Sevgi dolu sözcüklele bakımı yapılmalı.
- * Bacaklarına egzersiz yaptırılmalı.

Yeterlilikler, fiziksel, zihinsel, sosyal açıdan değerlendirilmeli

- İlgi alanları belirlenmeli
- Ekip üyeleri tükenmesin
- Düzenli hizmet içi eğitimler

- Psikolojik destek çalışma grupları
- Motivasyon çalışmaları
- Düzenli hizmetiçi eğitimler
- Yaşlılık,yaşlılıkta görülen psiko-sosyal değişiklikler
- Çeşitli hastalıklar,psikolojik ve davranışsal bozukluklar ve bu durumlarla baş etme yolları
- İletişim becerileri
- Psikolojik destek çalışma grupları

Uzman psikolog tarafından yapılan kapalı grup çalışmasında;

- Empati yeteneğini geliştirme
- Ekip çalışması ruhu yaratma
- Kendini ifade edebilme
- Stresle baş etme
- Zor insanla iletişim gibi pek çok kişisel gelişim içeren yıllık bir program dahilinde uygulanan drama çalışmaları

Motivasyon çalışmaları

- Özel gün kutlamaları
- Anket çalışmaları ile geri bildirim
- Kişiyeye özel programlar
- Ekip olarak yapılan programlar
- Düzenli aile birliği toplantıları
- Kurum içi iletişim bülteni
- Genel durum raporları
- Hizmet alan,hizmet verenlere yönelik memnuniyet anketleri

Kurumsal bakımı güçleştiren nedenler

- Olumsuz imaj
- Yüksek maliyetler-taban tavan ücretleri
- İlaç temini sıkıntıları
- Kalifiye personel bulma güçlüğü
- Fiziksel ortam yetersizliği
- Rehberlik edecek denetleme ekibi niteliği
- Ticari kaygılar

Sonuç ve öneriler

- Konu ile ilgili alt yapı çalışmalarının güçlendirilmesi,yasal boyutlarının ve kavram kargaşalarının netleştirilmesi,
- Toplumsal boyutta Bakımevi hizmet beklentilerimizin bütünsel bir anlayış içermesi,
- Ailenin bu hizmet kalitesinde en önemli yeri tuttuğu unutulmamalıdır.
- Medya desteği-kamu spotları (hastalık ve yaşam alanları ile ilgili)
- Bakanlıklar arası işbirliği tıbbi sorunların çözülmesinde önemli
- Palyatif bakım için SGK nın hastanelere ayırdığı bütçenin bakımevleri için gerçekleştirilmesi

Yaşlı Bakım Hizmetleri

Cihad KAYA
Uzman psikolog
Bursa Büyükşehir Belediyesi

Dünya Yaşlanıyor

- Günümüzde, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin sağlık politikaları, yaşlıların bağımsız biçimde yaşamalarına ve topluma entegre olmalarına öncelik vermektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) raporuna göre, 2000 yılında 600 milyon olan 65 yaş ve üstü kişi sayısı, 2025'te 1.2milyara, 2050'de ise 2 milyara çıkacaktır.
- DSÖ bunun yanında, sanayileşmiş ülkelerin yaşlanmadan önce zenginleşmiş olduklarını, *buna karşılık gelişmekte olan ülkelerin zenginleşmeden önce yaşlanacaklarını belirtmekte*, bu nedenle dünyadaki bütün ülkelerin, yaşlanmanın artışı anlamına gelen demografik sürecin yaratacağı olumsuz sonuçlara karşı hazırlıklı olması gerektiğini vurgulamaktadır.

İstatistiklerle Türkiye'de Yaşlılık

- Yaşlı nüfus (65 ve daha yukarı yaş) 2014 yılında 6 milyon 192 bin 962 kişi olup yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı %8 oldu. Yaşlı nüfusun %43,6'sını erkek nüfus, %56,4'ünü kadın nüfus oluşturdu.
- Nüfus projeksiyonlarına göre yaşlı nüfus oranınının 2023 yılında %10,2, 2050 yılında %20,8, 2075 yılında ise %27,7'ye yükseleceği tahmin edildi.

Dünya nüfusunun 2014 yılında %8,3'ünü yaşlı nüfus oluşturdu. En yüksek yaşlı nüfus oranına sahip ilk üç ülke sırasıyla %29,5 ile Monako, %25,8 ile Japonya ve %21,1 ile Almanya oldu. Türkiye bu sıralamada 228 ülke arasında 94. sırada yer aldı.

Yaşlı nüfusumuzun büyüklüğü Avrupa ülkelerinin toplam nüfusu ile karşılaştırıldığında, ülkemiz yaşlı nüfusunun, Danimarka (5 569 077 kişi), Slovakya (5 492 677 kişi), Finlandiya (5 268 799 kişi), Norveç (5 147 792 kişi), İrlanda (4 832 765 kişi) ve Bosna Hersek (3 871 643 kişi) ülke nüfuslarından daha fazla olduğu görüldü.

Tük 'İstatistiklerle Yaşlılar 2014' Bülteni (Mart 2015)

- Alzheimer hastalığından hayatını kaybeden yaşlı nüfus oranı arttı. Ölüm nedeni verilerine göre, 2011 yılında Alzheimer hastalığından ölen yaşlı nüfus oranı %2,9 iken bu oran 2012 yılında %3,4, 2013 yılında ise %3,6'ya yükseldi.
- Mutlu olduğunu beyan eden yaşlı bireylerin oranı düştü. Mutlu olduğunu beyan eden yaşlı bireylerin oranı 2013 yılında %63,4 iken bu oran 2014 yılında %62,8'e düştü. Genel mutluluk düzeyi cinsiyet bazında incelendiğinde, 2014 yılında yaşlı erkeklerin %63'ü, yaşlı kadınların ise %62,7'si mutlu olduğunu beyan etti.

Türkiye'de Yaşlı Bakım Hizmetleri

- Devlet Planlama Teşkilatı tarafından hazırlanan verilere göre yaşlı nüfusun 2015 sonunda 8,4 milyon, 2025 yılında ise 12 milyon olacağı tahmin edilmektedir. Türkiye'de 2009 yılı itibarıyla doğuştan itibaren beklenen yaşam süresi 73,4 yıl olup bu değer erkekler için 71,5 ve kadınlar için 76,1'dir. Tüm bu verilerin yanı sıra ülkemizde gerçekleştirilen yaşlı bakım, rehabilitasyon ve kültürel çalışmalara baktığımızda istatistiki olarak;

- Bakanlık, Belediyeler, Dernek ve Özel kuruluşlara ait toplamda 297 Huzurevi bulunmaktadır. Ülke çapındaki tüm huzurevlerinde bakılan yaşlı sayısı ise 2012 yılı itibariyle 19 596'dır.
- Bursa Büyükşehir Belediyesi Huzurevi
- Fethiye Dörtçelik ve Hacı Bulduk Çelik isimlerinde iki bina ile hizmet vermektedir. Kurumun toplam sakin kapasitesi 300 olup. Doluluk oranımız Nisan 2015 tarihi itibariyle %78'dir.
- Nüfus: 64 Kadın 170 Erkek olmak üzere toplamda 234 yaşlı huzurevinde bakım hizmeti almaktadır.
- Mevcut popülasyonun %30'u (78) huzurevi hizmetlerinden ücretsiz olarak faydalanmaktadır.

Yaşlılarımızın Genel Profili

- Kurumumuzda kalan yaşlılara sağlık, psiko-sosyal, idari işler, güvenlik, yemek ve temizlik alanlarında hizmetler sunulmaktadır. Kurumda kalan yaşlıların %65'i kendi ihtiyaçlarını tamamen görebilen sosyal yaşantılarına devam edebilen yaşlılardan oluşurken, ilgili hizmetlere bağımsız bir şekilde ulaşabilmektedirler.
- Kurumumuzda kalan tam yatalak durumdaki yaşlı sayısı 25'tir.
- Ayrıca sakinlerimizin genel sağlık durumlarına göre bina ve blok düzenlemeleri yapılmış ağırlıklarına göre kırmızı, sarı ve yeşil alanlar oluşturulmuştur.
- 1,2 ve 3. katlarda sırasıyla kırmızı, sarı ve yeşil alanlar oluşturulmuştur. Kırmızı alanda bakımı yapılan yaşlılarımızın oda kapıları sürekli olarak açık bırakılmakta, bakıcı ve sağlıklı personellerin sirkülasyonu yoğunlaştırılmaktadır. Sarı alanda da yine sağlık ve kat personellerinin yoğun ziyaretleri sağlanmakta olup nispeten daha sağlıklı yaşlılar ikamet etmektedir. Yeşil alan olarak nitelendirilen bölgelerde yaşlıların kendi ihtiyaçlarını tamamen karşılayabilmeleri niteliği aranmaktadır. Kırmızı alanda bulunan yaşlılarımızın diyet programları ve özel durumları yatak başlarında bilgi olarak bulunmaktadır.
- Ayrıca kırmızı alanda bulunan yaşlılarımızın aylık periyodlar halinde kiloları ölçülmekte ve diyetisyenler eşliğinde diyet programları hazırlanmaktadır.

Huzurevimizde Alzheimer Hastalarına Bakım Metotları

- Bursa Büyükşehir Belediyesi Huzurevi'nde hekim raporlarıyla tanısı koyulan 14 Alzheimer hastası bulunmaktadır.
- Öte yandan kendi bünyemizde uygulamış olduğumuz psikometrik test sonuçlarına ve hekim görüşlerine göre 30 yaşlımızın Ağır Düzeyde bilişsel bozukluğu bulunmaktadır. %18'lik dilim de (42) hafif bilişsel bozukluk göstermektedir.
- Yaşlı popülasyonumuzun geriye kalan %36'lık diliminin bilişsel yetilerinin normal düzeyde olduğu bilinmektedir.
- Psikobiyografik Model
- Huzurevine yaşlı kabul aşamasında uygulanan bir yöntemdir. Genel kabul kriterlerinin haricinde, gelen müracaatçının geçmiş yaşam dönemine dair ilgileri, hobileri, siyasi görüşü, estetik-görsel beğenileri gibi konularda anamnez alınır.
- Periyodik olarak yapılan psikometrik testler neticesinde yaşlı hakkında bilişsel açıdan bir deformasyon olduğu düşünülürse eğer alınan bu anamnez doğrultusunda hobilere yönlendirilir ya da geçmiş dönem hatırlarına dair materyaller ile yaşlının alakadar olması sağlanır. (Geçmiş yılların gazete kopyaları, filmler, dönemin moda kıyafetleri vb.)

Nöropsikolojik Envanterler

- Yaşlı Kabul aşamasında kurum psikologları tarafından istisnasız tüm müracaatçılara bu envanterler uygulanır.
- Özlük dosyasında yer alacak bu testler ilerleyen dönemlerdeki uygulamalarla karşılaştırılarak ihtiyaca göre yine çeşitli yönlendirmelerde bulunulur.
- Uyguladığımız Testler;
- Öktem- Sözel Bellek Süreçleri Testi (SBST)
- MoCA Montreal - Cognitive Assessment
- Standardised Mini-Mental State Examination (SMMSE) – IHPA (Mini-mental Test)
- Hizmet İçi Eğitim
- Alzheimer, demans ve yaşlı iletişimi gibi konularda iki aylık periyodlarla kurum personellerine eğitimler verilmektedir.
- Ağırlıklı olarak ağır bilişsel bozukluk ya da yatalak durumda olan yaşlılarımıza hizmet sunan kurum personeli ile bireysel ve grup görüşmeleri gerçekleştirilmektedir.

Bir hasta yakınından; "Alzheimer demek annenizin veya babanızın sizin bebeğiniz olması demektir. Annem bu hastalıktan muzdarip, artık hiçbir şey hatırlamıyor. Geçenlerde ona dondurma yedirdiyordum, yedirdiğimin ne olduğunu bile bilmiyor, ama aslında o çok severdi dondurmayı.

O unutmuş olsa da ben hatırlıyorum. "

Kurum Açısından Yaşlı Bakım Teknikeri ve Profesyonel Bakımın Önemi

Sevil TELLİ
İzmir Ekonomi Üniversitesi
Sağlık Hizmetleri MYO Yaşlı Bakım Programı

Yaşlı Bakım Teknikerliği Amaç

Sağlık ekip çalışması gereken bir hizmettir. Sağlık teknikerleri bu ekibin bir parçasıdır.

Amaç;

- Alanında güncel bilgi ve beceriler ile donanmış,
- Hızla değişen bilimsel, teknolojik ve sosyal koşullara kolaylıkla uyum sağlayabilen,
- Ekip çalışmasını bilen,
- Etkin iletişim kurabilen,
- Ekipteki yeri ve önemini bilincinde,
- Çevreye ve toplum sağlığına duyarlı,
- Çağdaş etik değerlere sahip sağlık teknikerleri yetiştirmektir.

Yaşlı Bakımı Programı öğrencileri;

- Anatomi
- Fizyoloji
- Psikoloji
- Meslek etiği
- Yaşlı Bakım İlke ve Uygulamaları
- Gerontoloji
- Uğraş terapisi gibi dersler almaktadır.

Ayrıca öğrenciler okul içindeki laboratuvarlar, hastane ve huzur evlerinde yıl içi eğitim uygulamaları yapmaktadır.

Mezunlar;

- Kamu ve özel sağlık kuruluşlarında,
- Yaşlı bakım hizmetlerinin yürütüldüğü sosyal hizmet merkezlerinde ,
- Huzurevlerinde,
- Bakım evlerinde,
- Güçsüzler yurtlarında,
- Yaşlılar için gündüz bakım merkezleri gibi kurumlarda istihdam edilirler.

Yaşlı Bakımı bölümü mezunları Dikey Geçiş Sınavında başarılı olmaları halinde;

- Beslenme ve Diyetetik
- Fizyoterapi ve Rehabilitasyon
- Hemşirelik
- Hemşirelik ve Sağlık Hizmetleri
- Gerontoloji lisans programlarına dikey geçiş yapabilirler.

Yaşlı bakım teknikerliğinin Türkiye’de istihdam edilememesi nedenleri arasında;

- Kadrolaşmanın olmaması,

- Düşük maaşlar,
- Düşük sosyal imaj,
- Müfredat ve yönetmeliğin birbiri ile örtüşmemesi,
- Farklı eğitim sisteminin olması,
- Eğitim farklılıklarından doğan gelecek kaygılarının olması.
- İsim kargaşası (Yaşlı Bakım Teknikeri?, Elemanı?, Bakıcı?) tercihen Geratri ya da Gerontoloji Teknikeri.

Ülkemizde Kızılay, belediyeler, devlet üniversiteleri ve özel üniversiteler, ilköğretim diploması olan herkese ‘‘Yaşlı Bakım Elemanı’’ adı altında kurslar düzenlemektedir.

Profesyonel bakıma ihtiyacı olan yaşlılarımızın bakımı profesyonel olmayan bakım elemanları ile sağlanmakta, kurum açısından birçok bakım aksaklıklarına neden olmaktadır. Yaşlılarımız düşük eğitim düzeyine sahip kişilerce mağdur edilmektedir.

Herkesin birer engelli adayı olduğunu düşünürsek sadece yaşlı değil bakım ihtiyacı olan herkes için profesyonel bakıma ihtiyaç vardır.

ÇALIŞTAY OTURUM- V

Alzheimer Hastalığı ve Türkiye Geleceği Perspektifinden Bakım Hizmetlerinde Yapılması Gerekenler Öneriler ve Sunular

ORTAK FİKİR OLUŞTURMA

25 Nisan 2015

14:00-17:30

Alzheimer Hastalarının Bakım Sorunu

Prof. Dr. Engin EKER

Alzheimer Vakfı Yönetim Kurulu Başkanı

Hasta ve hasta yakınlarının eğitilmesi

- Hasta ve hasta yakınlarının Alzheimer hastalığı hakkında doğru bilgilendirilmesinin sağlanması
- Hastaların, bakıcıların, sağlıkçıların “yaşa bağlı unutkanlık” Preklinik Alzheimer hastalığı, hafif bilişsel bozukluk, Alzheimer hastalığının erken belirtileri konusunda eğitilmesi
- Hastaların bakımları ile ilgili bakım klavuzlarının sürekli yenilenmesi

Alzheimer hastalarına bakım nerede sunulmalıdır?

Hizmet mümkün olduğunca yaşlı bireyin doğal ortamında sunulmalıdır:evde bakım Hastanın uzun süre bakım veren merkezlerde bakıma alınması açısından bir konsensüs oluşturulması

Hastaların kalacağı kurumların mimari açıdan değerlendirilmesi

Ülkemizde bakım veren merkezlerin yeniden saptanması

Belediyeler işbirliği, belediye sınırları içinde hasta sayısının saptanması, bu hastalara evlerinde gündüz bakım merkezlerinde uzun süre bakım veren merkezlerde verilen hizmetlerin standardizyonu

Bakanlıklara bağlı bakım merkezleri, yerel yönetimlere bağlı bakım merkezleri

Sivil toplum örgütlerinin işlettiği bakım merkezleri

Özel bakım merkezlerinin saptanması

Tüm bu merkezlerinin çalışma yöntemlerinin mümkün olduğu kadar ortak olması

Tüm merkezlerde çalışan sağlıkçıların, personelin sayısı görev alanları

Bakım Sigortası

Bakımevlerinde bakım

Bakımevlerinde yaşayan ve uzun süre bakıma gereksinim gösteren yaşlıların daha iyi hizmet alabilmeleri ancak biyopsikososyal bütünlük taşıyan bakış açısıyla oluşturulan projelerle mümkün olur.

Bakımevleri ülkemizde ve birçok gelişmiş ülkede de olduğu gibi çoğu zaman insanın üzerinde bunaltıcı ve hüzün verici bir etkide bulunur. Yine de bakımevlerinde yaşanan hayatın pekçok yaşlı için ne yıpratıcı nede moral bozucu olduğu gerçektende bazılarına evindeki yaşamda daha uygun olduğunu biliyoruz.

Yaşlının bakımevine yerleştirilmeden önce hazırlanması

- Bakımevlerine gidiş öncesi yaşlı bireylerin belirsizliklerle dolu yeni ve bilinmeyen olana karşı korku duyulan gerleilimli bir dönemdir.
- Kişinin bakımevine yerleştirilmeden önce hazırlanması, bilgilendirilmesi, küçük ziyaretlerle ortamın tanıtılması
- Bakımevine uyum sağlamada güçlük oluşturan en önemli etken yaşlının yetersiz bir hazırlık sürecinden geçmiş olmasıdır.
- Alzheimer hastasına bakım nerede sunulmalıdır.
- Hizmet mümkün olduğunca yaşlının doğal ortamında sunulmalıdır.
- Ancak bakıcı yokluğu yalnızlık ve ailede kriz ortaya çıkması gibi, birçok nedenle bakımevlerinin varlığına ve işlevselliğine en azından şimdilik büyük gereksinim duyulmaktadır.

Gündüz bakım merkezleri

- Güvenli bir ortam ve çeşitli aktiviteler sağlıyor.
- Burada çalışan personel Alzheimer hastasının gereksinimlerini bilir ve dikkate alır.
- Yakınlar ve/veya bakıcılar için gerekli olan birkaç saat kendilerine zaman ayırırları.
- Servis vardır. Hastalar evlerinden alınır, evlerine bırakılırlar.
- Bir çok ülkede saat hesabı ücretlidir.
- Gündüz bakım merkezlerinin ülkemizdeki dağılımı
- Alzheimer hastalarının (respite merkezler) kısa süre kalacağı bakım merkezleri
- Alzheimer hastanızı birkaç günden birkaç hastaya kadar bu bakım merkezlerine bırakabiliyorsunuz.
- Hasta yakını/bakıcısı bir süre rahatlıyor veya tatile çıkabiliyor.
- Bizde resmi kurumlarda böyle bir uygulama var mı?
- Özel bakımevleri bu şekilde kısa süreli kalmayı kabul ediyor.
- Alzheimer hastaları için uzun süre bakım veren merkezler
- Artık kendine bakamayan hastaların uzun süre bakım veren merkezlere yerleştirilmesi gerekebilir.
- Uzun süre bakım veren merkezlerin içinde Alzheimer hastalarına bakım vermek üzere üniteler vardır.
- Bu bölümlerde Alzheimer hastalarının bakımı için özel eğitim almış sağlık personeli görev yapar. Hasta bu bölümde kendini evinde gibi hissediyor. Hastanın kalan fiziksel ve bilişsel yeteneklerini yakından takip ediyorları, ona göre hastalara aktivite yaptırıyorlar, beslenmesini sağlıyorlar, hastanın hijyenine dikkat ediyorlar ve gerektiğinde tıbbi bakım veriyorlar.
- Masraflar nasıl karşılanıyor
- Bakımevlerinin devlet tarafından belli aralıklarla kontrolü.
- Alzheimer hastası bir yakını, bir bakım evine yerleştirmek çok stresli bir durumdur.
- Bu süreç hem hasta için hemde bakım veren için büyük bir değişiklikler.
- Hasta yakını hastasını kaybetmiş gibi bir hisse, suçluluk duygusuna kapılabilir, çöküntüye girebilir.

- Bazende hasta yakınlarında bir rahatlama gözlemleyebiliyoruz.
- Bu dönemde hasta yakınına kim destek verecek, hastanın hekimi, psikolog,

Hasta yakınları bakımevi seçerken

- Hasta yakınları bu merkezleri sabah akşam gezmeleri lazım. (gezdim hocam temiz görünüyor, tokyoda rezidansların en üst katlarının bakımevi olarak kullandıkları örnek)
- Personelin konuklara yaklaşımı nasıl? Bakıcı olarak nasıl bir eğitimden geçmişler.(kamera sistemi var hocam)
- Personel yorgun, bitmiş tükenmiş görünüyor mu?
- Bakımevinde kalan hastaların yakınları ile görüştünüz mü? Belki bir ekip oluşturursunuz. (Hocam eski bir milletvekilide orda kalıyormuş)
- (bu her televizyona çıkan doktorun iyi doktor olduğunu düşünmek gib)
- Bakımevine girdiğinizde pis bir koku var mı?
- Hastaların yemek yedikleri ortam nasıl?
- Alzheimer hastalığının ileri döneminde neler oluyordu hatırlayalım.
- Hastaların yakınları bakımevi seçerken
- Personel hastanın kalan yetenekleri gözönüne alarak ne tür aktiviteler yaptırıyor?
- Kaç personel kaç hastaya hizmet veriyor kaç tanesi ilkyardım eğitimi almış (Bu yöne yönetmelikleri varmış onu uyguluyorlar hocam)
- Yakınınızın kalmazını istediğiniz bu bakımevinde Alzheimer hastaları için ayrı bir bölüm var mı?
- Varsa bu ünite ne gibi hizmetler veriyor?
- Hastaları belli aralıklarla ziyaret eden bir doktor var mı?
- Alzheimer hastalarının rahatlıkla dolaşacakları açık/kapalı alanlar var mı?
- Size evde dolduracağınız hasta ile ilgili formlarda neler soruluyordu?

Alzheimer hastalığının evreleri

Evre klinik karakteristikler

- 1 -Hasta normal gözükür
- 2 -Hafif fonksiyonel eksiklikler-unutkanlık
- 3 -Hastanın ailesi ve arkadaşları sorunların farkına varır
- 4 -Kişisel işlerin üstesinden gelmede zorluklar baş gösterir
- 5-6 -Hasta kendisine bakamaz olur, idrar kaçırma hasta bir bakım merkezine yerleştirilir.
- 7 -Konuşma ve hareket yeteneği ve şuur kaybolur bunu ölüm izler

İleri derece alzheimeer hastalığı (2-4 sene)

- Aile bireylerini duygusal olarak tanıyabilir, isimlerini söylemesi mümkün değildir.
- Hasta şaşkın bir halde bulunabilir/ajitasyon görülür.
- Hezeyanlar, halüsünasyonlar
- İdrar sorunu artar
- Hareket yeteneği azalır
- İletişim kuramama, konuşma çok kısa cümleler veya kelimelerin tekrarı şeklinde
- Hastanın sürekli bakım için bir kuruma yerleştirilmesi gerekir.
- Alzhemir hastasının uzun süre bakım veren merkezlere yatırılmasını belirleyen faktörler

- Hastanın çevresinde olup bitenlerle hemen hemen hiç ilgilenmemesi
- Genel sağlığında gittikçe bozulmalar oluyorsa
- Hastalığın ilerlemesine bağlı olarak yutma güçlüğü başlamışsa, boğulma riski, aspirasyon pnomonisi
- Beslenme, banyo, ve/veya giyinme sorunları şiddetli ise
- Hasta sık sık düşüyorsa
- Belirgin nefes alma zorlukları oluyorsa
- Bası yaraları gittikçe artıyorsa
- Sürekli gece gündüz adımlama varsa ve bu esnada yaralanıyorsa
- En ufak bir uyarı karşısında şiddetli öfke ataları oluyorsa
- Enkontinans şiddetlenmişse (The Alzheimer's association is the World's learning voluntary health organization in Alzheimer's care support and research.
- Ölümün kıyasına yaklaşmış hastalar için bakım sağlayan merkezler
- Bu merkezlerde mümkün olduğu kadar rahat ve ağrı çekmeden ölmesi servis sağlama
- Bazı hasta yakınları bu servisleri hastanın kendi evinde sağlıyor
- Pahalı bir hizmet
- Bu konuda uzman hekimler yardımcı sağlık personeli psikologlar gerekir.

Dezavantajlı Bireyler İle İlgili Toplumsal Farklılık Oluşturma Amaçlı Örnek Çalışmalar: Engelsiz Uludağ Örneği

Öğr.Gör.Dr. Melda Medine GÜLEÇ
Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler MYO

Toplum ve beraberinde toplumsal kurumlar ihtiyaçlar dolayısıyla doğmuştur. Toplumsal kurum ve kuruluşların yetersiz kaldığı ya da yetişemediği durumlarda sosyal sorumluluk projeleri ve bireysel gönüllülük faaliyetleri ihtiyaçlara cevap verebilmek amacıyla toplumsal hayat yer alır. Sağlık hizmetlerinde de hasta sayılarının ve hastalık türlerinin artması ile birlikte hekimlik ve hemşirelik hizmetlerinin yanı sıra sağlık alanında yeni görevler tanımlanmıştır. Bu görev ya da meslek kolları örgün öğrenim, hizmet içi eğitim, kurs ya da sertifika programı yoluyla edinilmektedir. Nasıl ki önceleri hemşirelik ve sağlık memurluğu dışında yardımcı sağlık personeli alanda hizmet vermezken, ihtiyaçlar nicelik ve nitelik bakımından arttıkça farklı hizmet kolları sektörde faaliyet göstermeye başlamıştır. Ülkemizde de yaşlı ve hasta sayıları arttıkça sektörde hizmet alanında faaliyet gösteren personel niceliği ve niteliğinde de artış gözlemlenmiştir.

TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) verilerine göre Türkiye'nin yaşlı (65 ve daha yukarı yaş) nüfus oranı 2013 yılında %7,7 iken nüfus projeksiyonlarına göre 2023 yılında %10,2, 2050 yılında %20,8, 2075 yılında ise %27,7'ye yükseleceği tahmin edildi. En yüksek yaşlı nüfus oranına 2012 yılında sahip olan ilk üç ülke sırasıyla %24,4 ile Japonya, %21,1 ile Almanya ve %20,8 ile İtalya'dır. Türkiye 2012 yılındaki bu sıralamada 91. sırada yer almaktadır. Birleşmiş Milletler'in tanımına göre bir ülkedeki yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranının %8 ile %10 arasında olması o ülke nüfusunun "yaşlı", %10'un üzerinde olması ise "çok yaşlı" olduğu anlamına gelmektedir. Nüfus projeksiyonlarına göre Türkiye'nin yaşlı nüfus oranının 2023 yılında %10,2'ye yükseleceği ve "çok yaşlı" nüfuslu ülkeler arasında yer alacağı tahmin edilmektedir. Yaşlı nüfusunda görülen bu artış, beraberinde talep ve arzı doğurmuştur. Üniversitelerde "Evde Hasta Bakımı" ve "Yaşlı Bakımı" önlisans programlarının açılması çalıştayın konusuna uygun bir örnek olarak verilebilir. Bugüne kadar İstanbul, Karaman, Aydın, Kars, Malatya, Erzincan, Iğdır, Bartın ve Kastamonu illerimizde bu önlisans programları açılmış olup, pek çok üniversitede olduğu gibi Uludağ Üniversitesi sağlık bilimleri Meslek Yüksekokulu'nda da "Yaşlı Bakımı" önlisans programının açılması planlanmaktadır. Bu programlarda birinci dereceden Alzheimer hastalığına yönelik olarak dersler olmamakla birlikte konuyla ilgili olabileceği düşünülen dersler okutulmaktadır. Hasta bakım ilke ve uygulamaları, Geriatri, Meşguliyet terapisi, Yaşlılıkta nörolojik hastalıklar, Yaşlı beslenmesi gibi dersler okutulmaktadır.

Tüik verilerine göre, 2010 yılında Alzheimer hastalığından ölen yaşlı nüfus oranı %2,7 iken bu oran 2011 yılında %2,9'a, 2012 yılında ise %3,4'e yükselmiştir. Verilerde gözlenen artış, alan ile ilgili çalışmaların ve alanda hizmet veren profesyonel ve deneyimli personelin de aynı oranda artışını beklenti haline getirmiştir. Çalıştayın nedenlerinden biri de bu beklentiler ve beklentilere uygun cevap verebilmek amaçlı bir öngörü de bulunabilmektir. Çalıştayın konusu olan Alzheimer hastalığına ve bakım hizmetlerine yönelik dünyada olduğu gibi Türkiye'de de çalıştay, seminer, kongre, konferans, panel gibi bilimsel etkinlikler ve projeler yapılmaktadır. Alzheimer hastalığı ve yaşlı bakımı özel bir alan olduğu için bu alanda çalışan meslek elemanlarında da bir takım özelliklerin bulunması gerekmektedir. Bunları şu şekilde sıralayabiliriz:

- Yaşlı, hasta ve engelli insanlara hizmet etmeyi seven ve onlarla birlikte olmaktan hoşlanan,

- Yaşlı, hasta ve engelli yakınlarıyla empati (duygudaşlık) kurabilen, onların duygu ve düşüncelerini anlayabilen,
- İnsan sağlığı konularına ilgi duyan,
- Sevecen, hoşgörülü, sabırlı, güler yüzlü olan,
- Bir işi planlayabilen ve uygulamaya koyabilen,
- Coşkulu, dikkatli ve işine özen gösteren,
- Sorumluluk sahibi, işbirliğine ve kişisel gelişime açık,
- Ruhsal rahatsızlığı olmayan.

Fonksiyonel engellilik (disability) düzeyinin ileri bir boyuta ulaşması neticesinde özürünün, sosyal hayata uyum konusunda değişik engellerle (handicaps) karşılaşmasına sosyal ve çevresel engellilik denir (Seyyar, Ali). 2006 yılından itibaren üniversitelerde açılan engelli öğrenci destek birimleri de engelli öğrencilerin yükseköğretimde karşılaşabilecekleri sorunların çözümüne destek olmak amaçlı kurulmuştur. Uludağ Üniversitesi Engelli Öğrenci Destek birimi olarak birime kayıtlı Alzheimer hastası öğrencimiz bulunmadığı için doğrudan alana yönelik spesifik bir çalışmamız bulunmamaktadır. Birime kayıtlı görme engelli, işitme engelli, bedensel engelli ve süregen hastalığı olan öğrencilerimiz bulunmaktadır. Dezavantajlı gruplara yönelik yapılan bu çalışmalarda öncelikli amaçlar arasında toplumsal farkındalığı ve bilinci oluşturmaktır.

Uludağ Üniversitesi Engelli öğrenci destek birimi tarafından doğrudan gerçekleştirilen veya dâhil olunan grup/sosyal ağların sinerjisinden yararlanılarak gerçekleştirilen bu uygulamalar, çoğunlukla büyük paralar ve zaman harcama gerektirmemektedir. Özellikle kamu vicdanı hedef alınmadan ve tüketme noktalarına varılmadan da başarıların sağlanabileceğine dikkat çekilmeye çalışılmaktadır (Parlak S., Güleç M., Parlak D.; 2014). Engelli öğrencilerle yapılan rutin ve rutin olmayan toplantılarda öğrencilerin; eğitim materyali, eğitim metodu, ulaşım, sağlık hizmetleri, staj yeri bulma, mezuniyet sonrası iş bulma, binaların fiziksel konumları dolayısıyla eğitim ortamına ulaşılabilirlik gibi sorunlarla karşılaştıkları görülmüştür.

Engelli öğrencilerimizin iş bulma ve staj yeri bulma konusunda farkındalık oluşturma, bilinçlendirme ve sorun tespit etmeye yönelik firmalara yönelik yapılan bir araştırmada “engelli istihdam eden” firmalarda çalışan kişilerin “engelli çalışanlar” ve bu konuda yapılacak düzenlemeler ile ilgili görüşleri son derece olumlu olduğu görülmüştür. “Engelli çalışan istihdam etmeyen” firmalarda çalışan kişilerden gelen verilerin ise daha olumsuz olduğu görülmüştür. Engelli çalışan istihdam eden firmalarda çalışan kişilerin %81’i, engelli çalışan istihdamı konusundaki zorlukları; “engelsiz bireylerdeki farkındalık bilincindeki eksiklikler”e bağlamışlardır. % 85 oranında yüksek bir katılımcı sayısı; “engelli bireylerin istihdamı gibi bir konuda sorunlar yaşansa bile bu zorlukların aşılabileceği”ni ifade etmişlerdir. %94 gibi yüksek bir oranı “firmaların engelli bireylerin istihdamı ile ilgili isterlerse, desteksiz pek çok işi gerçekleştirebileceklerini” düşünmektedirler. Engelli çalışan istihdam eden kurumların anket katılımcılarının olumlu cevaplarıyla bu konuda gelinebilecek iyi bir düşünce noktasında oldukları anlamına varılabilir (Parlak S., Güleç M., Parlak D., Çetin I. 2014). Araştırma ile, istihdam öncesi firma sahiplerinin ve çalışanlarının engelli istihdamını yük olarak gördükleri ancak istihdam sonrası hem firma sahiplerinin hem de firma çalışanlarının engelli çalışanların yük olmadığını fark ettiği tespit edilmiştir.

Eğitim sürecinde karşılaşılabilecek durumların tespiti ile ilgili yapılan bir çalışmada, hem akademik hem de idarî personelin engellilik konulu eylem planlarında yer alma konusunda yapılacak her türlü çalışmada gönüllü olarak yer aldıkları ve almak istedikleri görülmüştür. Dolayısıyla her ne kadar bu alandaki çalışmaların profesyonelce olması

beklense de görülen o dur ki “gönüllülük” vazgeçilmez bir unsurdur. Engelli bireylerle ilgili eğitsel, iletişimsel ve sosyal projelerle ilgili oluşturulacak eylem planı için gönüllülük ilkesi profesyonelliği destekleyecek bir unsur olarak ele alınmalı ve değerlendirilmelidir (Güleç M., Parlak S., Parlak D.. 2014).

Hasta ve engelli bireylere yönelik toplumsal farkındalık oluşturma amaçlı yapılan çalışmalarda profesyonel desteğin önemli bir itici güç olduğu yapılan çalışmalarda görülmüştür.

KAYNAKLAR

- <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16057>, Erişim Tarihi: 22,04,2015
- Güleç Melda M., Parlak Sıdıka, Parlak Duygu; YÜKSEK ÖĞRENİMDE AKADEMİK VE İDARİ PERSONELİN ENGELLİ ÖĞRENCİLERLE YAŞADIKLARI DENEYİMLER, Uluslar arası Kent ve Engelliler Çalıştayı bildiri Kitabı ss:90, (18-21 Nisan 2014 Van- TÜRKİYE)
- Parlak Sıdıka, Güleç Melda M., Parlak Duygu; ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ ENGELLİ ÖĞRENCİ DESTEK BİRİMİNİN SOSYAL KAYNAŞMA, FAYDA VE FARKINDALIK OLUŞTURMA KONULARINDAKİ ÖZGÜN UYGULAMALARI. Uluslar arası Katılımlı 8. Engelsiz Üniversiteler Çalıştayı, ss: 53-55. (15-17 Mayıs 2014 Erzurum- TÜRKİYE)
- Parlak Sıdıka, Güleç Melda M., Parlak Duygu; İŞYERLERİNDE HERKES İÇİN ULAŞILABİLİRLİK VE ERİŞİLEBİLİRLİK BURSA İLİ PİLOT ARAŞTIRMASI”: 1. Uluslar arası Mesleki Eğitim ve Öğrenim Sempozyumu (11-13 Eylül 2014Bursa-Türkiye)
- Seyyar, Ali, http://www.sosyalsiyaset.net/documents/ozurluluk_terimleri_sozlugu.htm, Özürlülük Terimleri sözlüğü, Erişim Tarihi: 22,04,2015

SONUÇ VE ÖNERİLER

Nüfusun yaşlanması ve Alzheimer hastalığı gelecekte en önemli sorun alanlarından biri olması beklenmektedir.

65 yaş üstü nüfusta görülme sıklığı %8-9, Türkiye’de 350-450 bin arasında Alzheimer Hastası olduğu tahmin edilmektedir.

- 1- Sosyal politikalar belirlenirken Alzheimer hastalığı ve hastaları konusunda önlem, bilgilendirme, kurumsal bakım ve evde bakım konularının önceliklendirilmesi,
- 2- Alzheimer hastalığı ve hastaları için ulusal politikaların belirlenmesi ve
- 3- Toplumsal bilgi ve bilincin oluşturulması gerekir.

Alzheimer Hastalığı konusunda toplumsal bilgi ve bilincin yetersizliği

- 1- Alzheimer Hastalığının bilinirliği artmalıdır.
- 2- Bilgilendirici bilinç sağlayıcı eğitim, toplantı, görsel yayınlar vb. çoğaltılmalıdır. Ailelerin bilinçlendirilmesi, hastanın bilinçlendirilmesi önemlidir.
- 3- Ulusal Demans Programı: Toplumsal bilgi ve bilinçlendirme programıdır. Türkiye için örnek bir uygulamadır.
- 4- Alzheimer hastalığı veya başka bir konu olsun hizmetlerin tanıtımında sadece internet web sayfaları yeterli değildir. Örneğin, vergi dairesinde Alzheimer hastalığı ve hasta bakımı hakkında bilgilendirici broşürler verilebilir.
- 5- Alzheimer hastası yakını olanların hastalığı ileri düzeyde oluncaya kadar saklamalarının artında yatan nedenler üzerinde durulması. Ailelerin korku, utanma, kaygılarına yönelik toplumsal dayanışmayı artırıcı yayınlar, çalışmalar yapılmalıdır.
- 6- Alzheimer hastalığına bakış, delirmiş, kafayı bozmuş basma kalıp tutumların değiştirilmesine yönelik çalışmalar yapılması.
- 7- Alzheimer hastalığından korunma, hastalığın ilerlemesini geciktirme, beslenme ve fiziksel aktivitelerin önemi konusunda toplumsal bilincin oluşturulması gerekir.

Alzheimer Hastalarının bakım sorunu

- 1- Yaşlılar özelde Alzheimer hastaları için bakım hizmeti bir lutf değil, haktır. İnsan hakları eksenli bakış açısı geliştirilmelidir.
- 2- Bakım hizmeti sunulurken, planlanırken bölgesel, yerel bireysel özellikler dikkate alınmalıdır. Multidisipliner yaklaşım sağlanmalıdır.
- 3- Hasta yakınının eğitimi ve hastanın eğitimi, bilinçlendirilmesi için çalışmalar yapılmalıdır.
- 4- Ulusal veri tabanı olmalıdır.
- 5- Bakıma muhtaçlık tanımı ve ölçütleri belirlenmelidir. Hastaya sunulan hizmet ile bakıma muhtaca sunulan hizmetin farklılığı bilginci ile değerlendirme yapılmalıdır.

- 6- Sosyal bakım gelecekte yaşlı bakımında önemli sorun alanı olacaktır. Sosyal bakımın gelişmesi ilgili bakanlıklar, belediye ve STK'lar ile birlikte sağlanabilir. Kişiye yaşlandığı alanda hizmet verilmesi esastır. Sosyal çevrenin devamlılığı Alzheimer hastalığını geciktirir.
- 7- Yaşlı ve gençlerin bir arada olmaları sağlanmalıdır. Araştırmalar kişinin izole edilmemesi yönündedir. Yaşlılarımız, toplumsal yaşamın üretimine katkı sunmuş, deneyimlerini, bilgilerini bugünkü kuşaklara aktaran toplumun önemli yapıları olduğu bilinci çocuk, gençlerle birlikte toplumun tüm kesimlerine verilmelidir. Deneyim ve bilgilerinden yararlanmayı da sağlayacaktır.
- 8- Mümkün olduğunca yaşlının bağımsız yaşamını destekleyici sistemler üzerinde yoğunlaşılmalıdır. Destekli yaşam modeli.
- 9- Demans/Alzheimer Hastası bireyi başkalarına muhtaç bırakan hastalıkların başında gelir
- 10- Yurt dışı örnekleri ile, demans dostu toplum çalışmaları: Farkındalık, bilinç erken teşhis ve tedavi bakıcı destek sistemi dolaşım gezinme sistemi elektronik hasta izleme, demansa özel ev seçenekleri, demans bakım sistemi, demanslıyı tanıma, yardımcı olma, nasıl yardımcı olabilir bilinci, demansla ilgili araştırma, demans danışmanları, sosyal bakım merkezi, polis Alzheimer hastasını takip sistemini içermektedir. Demans dostu toplumları tartışmak Türkiye için erken değildir.
- 11- Sağlık, sosyal bakım ve destek hizmetlerinin entegrasyonu sağlanmalıdır. Kültüre dayalı kaliteli bilgi sağlama, aile bireyleri için etkili destek sistemleri, üzerinde durulmalıdır.
- 12- Evde bakım, gündüzlü bakım ve kurumsal bakım hizmetlerinin Alzheimer hastası için ne zaman nerde nasıl verileceği konusu, hastalığın evresi, aile ve kişinin özellikleri ve istek/talepleri de göz önüne alınarak planlanmalıdır.

Alzheimer Hastaları için bakım modelleri

A- EVDE BAKIM

**Alzheimer hastalarına dünyada da Türkiye'de de genelde aileleri bakmaktadır.
Tüm Alzheimer hastalarının kurumsal bakımı mümkün değildir.**

Bakım elemanı sorunu yönelik öneriler:

- 1- Bakım elemanı yetiştirmek üzere bakıcı eğitimleri, kurslar uygulanmaktadır. Halen 500-580 saatlik eğitimler hastası olan bakıcıların ulaşım, hastasını yalnız bırakma gibi sorunlara neden olmaktadır.
- 2- Bakıcı eğitimi ile ilgili eğitim standartlarının oluşturulması, eğitim müfredatının Milli Eğitim Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı STK'lar ve belediyeler koordinasyonunda karşılaştırılarak yenilenmesi, eğitimcilerin eğitimde standart eğitimci profillerinin belirlenmesi bakıcı eğitiminde standartlaşma yapılarak farklı eğitim modüllerinin oluşturulması bakıcı eğitimi el kitabının oluşturulması ve oluşturulacak rehber kitabın sürekli güncellenmesi gerekir. Sistemli bir eğitim, sürdürülebilir ve yenilenebilir eğitim içeriğinin oluşturulması gerekir. Hayat boyu öğrenme kapsamında Üniversitelerin yetişkin eğitimi, halk eğitimi veren bölümlerinden yararlanılmalıdır.

- 3- Bakım elemanları “bakıcı” mesleğinin toplumda saygınlığının olmaması, değersiz meslek olarak algısının değiştirilmesi amaçlı yayınlar yapılmalıdır. Bakım teknikeri, bakım asistanı vb. isimler ile mesleğin adlandırılması uygun olacaktır. Bakıcı eğitimlerinde eğitim alanlara hizmetin önemi ve değeri konusunda algı değişikliğini sağlanabilir
- 4- Yaşlı bakım teknikerleri (iki yıllık yüksek okul mezunu) alanda çalışma imkanı bulamamaktadır. Ücretlerin düşük olması ve bakım mesleğinin saygınlığı bunu tetiklemektedir. Genelde bu okul mezunları FTR, Beslenme ve Diyetisyenlik, Hemşirelik bölümlerine geçiş için bu okulları kullanmaktadır.
- 5- Alzheimer hastalarının evde bakımında hizmet bir bütündür. bakım elemanının vermesi gereken tüm bakım hizmetlerinin (alt, temizliği, ağız diş temizliği dahil olmak üzere) verilmesinde Yaşlı Bakım Teknikerleri ve Hemşirelerin bu hizmetleri veremeyeceği uygulamalarda görülmektedir. Bakım elemanı ihtiyacımın yaşlı ve hasta bakım kurslarından sertifikalandırma ile karşılanması kaçınılmazdır.
- 6- Bakıcı eğitimi almış kursiyerlerin yaşlı bakımında uzun süreli çalışmamaktır. Ücretler düşük, 24 saatlik çalışma önemli etkindir. Bakım elemanlarının uzun süreli istihdamında sigorta, vardiyalı çalışma, ücretlerin yükseltilmesi, tatil vb. vb. imkanların sağlanmasına yönelik çalışma yapılmalıdır.
- 7- Bu sitemin oluşması içinde bakım sigortası sorununun çözümlenmelidir.

Bakıcı yükü sorunu:

- 1- Yaşlısına evde bakan aile bireyleri ve bakım veren kişilerin desteklenmesi gerekir.
- 2- Bakım verenin sigortalanması ve sigorta indirimi evde bakılan hastalar için primlerde indirim/muafiyet olmalıdır. Alzheimer hastasına evde bakan aile bireylerinin de sigortalanması hususunda çalışmalar yapılmalıdır.
- 3- Gündüzlü kurumsal bakımın geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması hem bakım veren için hem Alzheimer Hastası için önemli görülmektedir. Bakıcı yükünü azaltabilecek bakım sistemidir. Aynı zamanda Alzheimer hastalarının sosyal yaşama katılımını sağlayıcı sistemdir.
- 4- Evde bakım veren için sosyal destek mekanizmaları oluşturulmalıdır. Bakanlıklar, yerel yönetimler, STK’lar aracılığı ile gezi, tatil vb. ler düzenlenebilir. Kurumlar, Belediyeler, STK’lar bakım verenin özel ihtiyaçları için kısa süreli bakım hizmetleri vermelidir.
- 5- Bakım verenin tükenmişlik sendromu konusunda psiko sosyal destek verebilecek kamusal kurum yoktur. Belli aralıklara bakım verene ilişkin uygulanacak testler veya genel ziyaretler ile bu kişilerin psikolojik ve ruhsal durumu üzerinde değerlendirmeler yapılarak önlemler alınmalıdır. Psikolog, klinik psikolog görüşmelerinin düzenli olmasının sağlanması gerekir.
- 6- Toplum olarak hala Alzheimer hastalarına farklı bakılıyor, eğer bu kültür değişimi yapılmazsa çok fazla dışlanacaklardır.

- 7- Yerel yönetimler güçlendirilmelidir. Özellikle evde bakım hizmetlerinin geliştirilmesi ve sosyal bakımın Türkiye’de yerleşebilmesi için yerel düzeyde önlemler alınmalıdır. Belediyelerin hizmetleri sunmada teşvik edilmesi ve maddi olarak desteklenmesi gerekir. Sistemli olarak geliştirilecek sosyal bakımda belediyelere kaynak aktarılması evde sosyal bakımın gelişmesinde önemli olacaktır

Kentler, apartmanlar, yaşlının ve bakım verenin yalnızlaşması

- 1- Alzheimer hastalığı hakkında bilgilendirme ve bilinçlendirme yapılmalı komşu desteği alınmalıdır.
- 2- Kurumsal bakım bazen yaşlının yalnızlık endişesi ile tercih edilmektedir. Evde bakımı desteklemek, kuraşlararası iletişimi gücendirici mekanizmalarla sağlanacaktır.
- 3- Evde bakımda Alzheimer hastaları için temel sorunsallar: Komşuların, yakın çevrenin dışlaması, güvenilir, yetişmiş bakıcı, ileri devrede başadilemeyen belirtiler, aile bireylerinin yükü kaldıramaması, güvenlik.

Evde bakımda güvenlik sorunu

- 1- Alzheimer hastasının kendisine ve çevresine zarar vermeyeceği şekilde ev içi düzenlemelerin (geronteknolojik uygulamalar) yapılması
- 2- Alzheimer hastasının kaybolma, yolunu bulamama vb. sorunlarına karşı elektronik takip sistemi.
- 3- Polis ve toplumun demanslı hasta, Alzheimer hastaları konusunda bilgilendirilerek gerekli tedbirlerin alınmasının sağlanması
- 4- Bakıcı eğitimleri ve sertifikasyon sistemi içinde bakım verecek kişilerin seçiminde, yaşlıya ve hastaya karşı eğilimleri, yaşamına ait temel bilgilerin bilinmesi.
- 5- Bakım elemanı ihtiyacının sertifika verenler aracılığı ile karşılanması.
MODEL ÖNERİSİ: Bu konuda belediyelerin bakıcı havuzu oluşturup (yada valilikler kanalı ile) bakıcı ihtiyacının bu kanallar aracılığı ile karşılanması sağlanmalıdır. Bu aynı zamanda arz ile talebin bir araya getirilmesinde kolaylık sağlayacaktır. Ayrıca böyle bir yapılaşma bakıcıya olan güveni artıracaktır.
- 6- Alzheimer hastalığının özelliği nedeni ile istismara uğramaması için evde bakım hizmetlerinde sürekli kontrollerin yapılması, değerlendirilmelerin yapılması gerekir. Denetim mekanizmalarının işletilmesi.

Evde bakım/evde sağlık bakımı/evde sosyal bakım

- 1- Bugün çeşitli kurumlar tarafından uygulanan evde bakım hizmeti sosyal bakım değildir.Evde bakım hizmeti sağlık, sosyal bakım, sosyal desteği içermelidir.
- 2- Evde sağlık bakımı: Uzun süreli hastane bakımında yaşlıların yoğun bakımda, diğer hastalar ile kalması psikolojik olarak etkilenmesine, yine bu ortamlarda mikrop kapma olasılıklarının artmasına neden olmaktadır. Evde bakım hem yaşlının sağlık ve psikolojisi için uygun hem daha ucuz hem de risk faktörlerini azaltıcıdır.

ÖNERİ: Evde sağlık bakımında hemşire yardımcılarının istihdamı sağlanmalıdır.

- 3- Evde bakımda multidisipliner yaklaşım ile yaşlı evde bakımında yaşlılık konusunda uzmanlaşmış meslek elemanı ihtiyacının karşılanması. Hemşire, hekim, psikolog, FTR, Beslenme uzmanı, sosyal hizmet uzmanı, sosyolog ve diğer meslek dallarında evde hizmet sunması için hem evde bakım hem de yaşlılık alanında eğitim alması gerekmektedir.
- 4- Evde bakım hizmetlerinin sağlık hizmeti, sosyal hizmetler, destek hizmetlerinin entegrasyonunun sağlanması gerekir.

Genelde Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Belediyeler ve valilikler koordinasyonu ile protokol kapsamında yürütülen hizmetler kanunla düzenlenmelidir. İşbirliği protokolleri şeklinde yapılan çalışmaların kanunla belirlenmesi hizmetin devamlılığı ve gelişebilmesi için önemlidir.

MODEL ÖNERİSİ: Sosyal bakım modeli “yaşlının sağlık, psiko-sosyal bakımı, mümkün olduğunca bağımsız yaşam sağlama.

MODEL ÖNERİSİ: Destekli hizmet; yaşlının bağımsız yaşam koşullarını sağlayıcı her türlü destek mekanizmalarının bakım sistemine dahil edilmesi. Hayatboyu öğrenme, bilişim, iletişim vb. uzmanlık dallarındaki mesleklerinin dahil edilmesi.

Alzheimer Hastaları için bakım modelleri

A- KURUMSAL BAKIM

- 1- Alzheimer hastalarının son döneminde kurumsal bakım gereklidir. Ancak kurumsal bakımda hastanın, hasta yakınlarının tercihleri önemlidir.
- 2- Evde bakımı mümkün olmadığı halde, hastanın uzun süre bakım veren merkezlerde bakıma alınması açısından bir disiplinler arası görüşbirliği ile karar verilmelidir.
- 3- Ülkemizde yaşlılara yönelik kurumsal bakım mekanizmaları: Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının Huzurevleri (sağlıklı yaşlılar için), Huzurevi ve YBRM (hem sağlıklı yaşlılar için hem de uzun süreli hastalığı olan yaşlılar için) ayrıca Adana ve Narlıdere huzurevlerindeki örneklerde olduğu gibi Alzheimer hastaları için özel üniteler oluşturularak verilen hizmetler vardır. Adana’da küçük ev tipi modelde, yaşlıların 45 m² evlerde, her türlü ihtiyaçları karşılanarak kalmaları sağlanmaktadır. Narlıdere huzurevi örneğinde site görünümünde ve çeşitli katlı yapılardan oluşmaktadır. Ayrıca Yaşlı Yaşam Evleri modelinde, bir dairede 3-5 yaşlının kalacağı şekilde yapılan ve bakım hizmeti modeli bulunmaktadır. Bunun yanında Bakanlığın 100-500 kişilik büyük huzurevi yapılanması da mevcuttur. Sadece Alzheimer hastalarına hizmet veren Alzheimer Vakfının huzurevi bulunmaktadır. Belediyelerinde huzurevi, bakımevi çalışmaları bulunmaktadır. Türkiye’de bir model arayışı sürmektedir. Tek bir modelden çok yerelin özelliğine göre uygun bakım seçeneklerinin aranması ancak bakım merkezlerinin fiziksel standartları ile hizmet standartlarının genel ölçekte belirlenmesi sorunu çözümlenmelidir.
- 4- Ülkemizde bakım hizmetleri Bakanlıkların verdiği hizmetler, belediyelerin ve valiliklerin verdiği hizmetler yerel düzeyde saptanmalı, evde bakım, uzun süreli yatılı bakım, gündüzlü bakım standardizasyonu yapılmalıdır.

- 5- Tüm merkezlerde çalışan personelin sayısı görev alanları açık olarak belirlenmelidir.
- 6- Huzureverinin hem huzurevi hem Alzheimer bakım evi olması sorundur. Mimarisi, yer seçimi içi dizaynı olarak farklılıklar göstermektedir.
- 7- Yatalak, sürekli hastalığı olanlar ve Alzheimer hastalarının ayrı kurumsal yapılarda olması tartışılmalıdır. Gerekli fiziksel düzenlemeler ile bir arada hizmet vermenin güçlükleri yanında, yatalak hastalar, Alzheimer hastalarını ayırıştırılmadan/yalıtılmadan bakmanın sosyal anlamda getirilerinin analiz edilmesi gerekir.
- 8- Alzheimer hastaları için açılacak huzurevleri/bakımevlerinde iç ve dış mimari ve çevresel düzenlemeler önemlidir. Mimari projelerin çok iyi denetlenmesi, huzurevi iç düzenlemelerinin hastalara özel olması sağlanmalıdır.
- 9- ÖNERİ: Huzurevi/bakımevinin yapım aşamasından başlayarak hizmet aşamasına kadar, yurtdışı örneklerinde hizmet binasının tasarımında iç ve dış donanımı ve mefruşatına kadar, yerelde kültür, hangi yıllarda doğan yaşlılar için vb. konular ele alınarak yapılmaktadır. Yaşlılar için sürekli kurumsal bakım merkezleri yapılırken hizmet verilirken benzer çalışmaları yapılması önerilmektedir.
- 10- ÖNERİ: Bursa örneği: huzurevlerine yerleşirken yaşlıların beğenileri, özellikleri (örneğin eşi ile nasıl tanıştığı gibi) konular dosyalarını işlenmektedir. Nöropsikolojik testler belli aralıklarla yapılmakta ve herhangi bilişsel gerileme olduğunda dosya bilgilerinden yararlanılarak yaşlı için aktiviteler gerçekleştirilmektedir.
- 11- Yaşlı bakımında uzman psikologların alanda çalışması onların psikolojik değerlendirilmelerinde, izlenmelerinde önem taşımaktadır. Huzurevlerinde ve yaşlı bakım merkezlerinde yaşlı sayısına oranla psikologların istihdamı ve yaşlılık alanında uzmanlaşmaları sağlanmalıdır. Yaşlıların psikolojik, nöropsikolojik testleri belli aralıklarla yapılmalıdır.
- 12- Huzurevlerinde ve yaşlı bakımında meslek elemanlarının uzmanlaşması sağlanmalıdır. Bir meslek elemanının yaşlıdan bir süre, çocuk alanında bir süre çalışması yerine bir alanda uzmanlaşarak mesleğini sürdürmesi sağlanmalıdır.
- 13- ÖNERİ-RUHSATLANDIRMA VE DENETİM: Bakım merkezlerinin ruhsatlandırmasında; gerontolojik kriterler konulmalı, kriterler Alzheimer hastalarına uygun olmalı. Mevcut mevzuatta m2 , kapının içe dışa açılması vb. kriterlerin ötesinde kriterlerin yer alması gerekir. Yurt dışında bakımevi, huzurevi bu kurumların kontrollerini yapan organizasyonlar var. Amerika böyle bir sitem var. Bakımevlerinde şartlar uygun mudur, hem mimari hem işleyiş bakımından kontrolleri yapan bir denetim sisteminin olması lazım. Özerk bir denetim olmalıdır.
- 14- Yaşlının manevi değerlerine bakım merkezlerinde saygı duyulmalıdır. Dini destek Alzheimer hastalarında önemlidir.
- 15- ÖNERİ -HUZUREVİ MODEL ÖNERİSİ:
200-300 kişilik huzurevleri yerine 10-15 kişilik küçükevler şeklinde bakım modeli önerilmektedir. Toplu yaşam şeklinde kurum bakımı gözden geçirilmelidir.
- 16- ÖNERİ -BAKIMEVİ MODEL ÖNERİSİ:

Nasıl mahallede cami, sağlık ocağı, okul bulunuyorsa, her mahallede yaşlılar için 10-15 kişilik bakım merkezi şeklinde yapılanma, hizmetlere ulaşım, sosyal entegrasyon vb. yararlı ve daha az maliyetli olacaktır.

- 17- Huzurevlerinde sosyal servis çalışmaları önemlidir.. Huzurevlerimizde sosyal servisler aktif ve düzenli çalıştığında yaşlı sakinlerdeki depresyon azalabilmektedir.
- 18- Araştırmalar erken bakımevine yerleştirmelerin erken ölüme yol açtığı ve Alzheimer hastası için mümkün olduğunca evde bakım önerisinin bakım hizmet modelleri tartışmasında üzerinde önemli durulmalıdır.
- 19- Çevresel yaklaşımlar desteklenmelidir.
- 20- Bakımevine yerleştirilmeden önce Alzheimer hastasının ve yakınlarının duruma hazırlanması bakım hizmetlerinin bir parçası olarak değerlendirilmelidir.
- 21- Mesleklerde yaşlılık alanında uzmanlaşma sağlanmalıdır.
- 22- **Kurumsal bakıma model önerisi:** Yaşlılara hizmet veren tesisleri için mahalle muhtarlığına olması gibi yaşlının geçmişinden bağını koparmayacağı yakınlarının ziyaret edeceği bakım evleri (mahallelerde) olabilir. Bu şekilde deneyimli personel ile ihtiyaç giderilebilir
- 23- **MODEL ÖNERİSİ:**
Bahçeli nizamdan 30-40 kişilik sakini olan bakım merkezleri daha uygun olacaktır.

Alzheimer Hastaları için bakım modelleri GÜNDÜZLÜ BAKIM HİZMETİ

- 1- Gündüzlü bakım merkezlerinin sayısı çoğaltılmalıdır. İnsanlar yalnız yaşıyor ve sosyallikleri için gündüzlü bakım merkezleri gereklidir.
- 2- Aile ve Sosyal Politikalar bakanlığının gündüzlü merkezler konusunda denemeleri oldu. Ulaşım, servis konusunda sıkıntılar yaşandı.
- 3- Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının başlatmak üzere olduğu Adana Huzurevi ve YBRM tarafından hizmet verecek olan Alzheimer hastaları için gündüz bakım evi projesi bulunmaktadır.
- 4- Narlıdere huzurevi YBRM gündüzlü bakım merkezi; yemek, sağlık hizmeti yanında spor, sanat iş ve uğraş terapistleri ile çalışmalar yapılmaktadır.
- 5- Alzheimer hastası yaşlının evdeki yalıtılmışlığından kurtulması, sosyal aktiviteler yapabilmesi, fiziksel ve bilişsel düzeyini koruması açısından önemlidir.
- 6- Gündüzlü bakım merkezlerinin işlevleri arasında hasta yakınlarını bilgilendirme, hasta yakınlarının uzmanlarla bir araya gelmesini sağlama, hasta yakınına ve bakım verene zaman ve rahatlatma imkanı verme, hastalara kaliteli zaman geçirtme, gerektiğinde verilecek rehabilitasyon hizmetleri ile hastalığın seyrini yavaşlatma da bulunmalıdır.
- 7- **ÖNERİ:** Gündüzlü bakım hizmetleri konusunda belediye ve STK'lar ve özel teşebbüs desteklenmelidir. Bu konuda yasal düzenlemeler yapılarak ve gerektiğinde

“Yaşlı/engelli serbest otobüs kartında olduğu gibi” bütçe aktarılarak gündüzlü bakım hizmetlerinin geliştirilmesi gelecekteki evde bakım hizmetlerinin gelişmesine önemli katkı sağlayacaktır.

- 8- Gündüzlü bakım merkezlerinin standartları oluşturulmalıdır. Gündüzlü bakım merkezleri ile evde bakım hizmetlerinin birbirine paralel düşünülmesi, evde bakım hizmetlerinin gelişmesinde önemli yardımcı araç olarak belirlenmesi gerekir. Evde bakımda bakım verene önemli destek sağlayacaktır.
- 9- Özel gündüzlü bakım merkezleri konusunun tartışılması, bakım sigortası tartışmaları ile birlikte düşünülmelidir.

Hospisler/Destekevlere

- 1- Palyatif bakım ve hospislere olan ihtiyacın tartışılması gerekir.
- 2- Onurlu ölümü tartışırken hospislerde tartışma içine dahil edilmelidir. İhtiyaç duyulacak bir bakım türüdür.

ONURLU ÖLÜM

- 1- Onurlu ölüm tüm bireylerin hakkıdır. Kişilerin evinde mi, hastanede mi, yoksa bakımevinde mi hayatlarının son anlarını yaşamak ister? Kişilerin tercihleri önemlidir.
- 2- ÖNERİ: Huzurevlerinde din görevlilerinin dahil edilmesi, insanların manevi yönünü ihmal etmemek gerekiyor.
- 3- ÖNERİ: İleri direktifler alınmalıdır. Örneğin Alzheimer tanısı konulduğunda, bilişsel fonksiyonları yerindeyken ileri evrede nerede yaşaması gerektiği vb. kararları vermesi istenebilir. Yurt dışında uygulanan ileri direktifleri de bizimde yavaş yavaş konuşmamız gerekir
- 4- MODEL ÖNERİSİ
Dinarda hospisi kuruldu örnektir. 4 hasta var, ağrı birimi ile birlikte çalışarak, onların daha onurlu ve aile bireyleri ile birlikte son yolculuklarına hazırlanabilecekleri bir ortamdır. Evresine göre, evde bakım, gündüzlü merkezler, uzun süreli yatılı bakım, hatta ölüme yakın olanlar için ağrılarının dindirilmesi, ailesinin de onurlu ölmesini istediği bir ortamında bulunmasını sağlayıcı hospis örnekleri yurtdışında bulunmaktadır.
- 5- Onurlu ölümden bahsederken ölümden kabul edilmesi noktası vardır. Onurlu ölüm konusunun çok tartışılmaması ölümün kabul edilmesi noktasından kaynaklanmaktadır. Kurumlarda ölüm tabudur, ölümü konuşulmalıdır.

İNSAN HAKLARINA VURGU

- 1- Alzheimer hastasının bakım hizmetleri alması anayasal bir haktır. Temel insan hakkıdır.

ALZHEİMER HASTALARININ GÜVENLİK SORUNU

- 1- Evde bakım modeli üzerinde tartışılan Alzheimer hastalarının güvenliği konusunda, hastanın, hasta yakınlarının komşuların ve toplumun bilgilendirilmesi, bilinçlendirilmesi amaçlı çalışmalar yapılmalıdır. Demanslı Alzheimer hastasını yaklaşım, yardımcı olma vb. konularda bilgilendirme yapılmalıdır. Ayrıca hasta için duyarlılık oluşturulmalıdır.
- 2- ÖNERİ: Elektronik takip sistemi konusu tartışılmalıdır. Uygulama örnekleri incelenmelidir.
- 3- ÖNERİ: Kamu görevlileri, polis hastalık hakkında bilgilendirilmesi, kaybolma vb. vakalarda yerel ve ulusal düzeyde Alzheimer hastaları için (kişinin talep ve isteği doğrultusunda) veri bankası oluşturulmalıdır.

GÖNÜLLÜLÜK

- 1- Türkiye’de gönüllülük potansiyeli harekete geçirilebilir. Belediye, sosyal hizmetler konusundaki mevzuatta gönüllülük vardır. Uygulamada dikkate alınmıyor, alınmaması nedeni gönüllülüğe yatkın olmayışımızdır.
- 2- Gönüllülük ilköğretimden başlayarak çocuklara verilmelidir. Bu konuda MEB müfredatlarında yer almalıdır.
- 3- Yaşlı nüfusu yüksek olan Avrupa’daki yaşlı bakım kuruluşlarının neredeyse yarısı gönüllü çalışanlardan oluşmaktadır. Toplumsal dayanışma ruhunun geliştirilmesi açısından önemlidir. Belediyeler ve diğer kuruluşlar gönüllülük açısından standartlar geliştirerek, bakımda gönüllülük konsepti geliştirmelidir.
- 4- Huzurevlerimizde gönüllük konusu daha dikkatli değerlendirilmelidir. Sosyo- ekonomik düzeyi yüksek sakinler bulunmakta, kültürümüzde bir şey yapıldığında karşılığını verme ihtiyacını hissetme var. Bu istismlara neden olabilir.
- 5- Gönüllük esası toplum çocuklarına da öğretilmelidir. Aile ve çevre eğitimi ile çocuklara bilinç verilmelidir.
- 6- Bizde gönüllülük geçmişi yok, geçmişi olmayan bir alanda bir bina inşa etmek çok çaba gerektirir.
- 7- Yaşlı bakımında projeler hazırlanırken gönüllülerin desteğini içerecek şekilde hazırlanmalıdır. Yaşlılık, Alzheimer hastalığı özel bir alandır. Gönüllülük tartışmalarında gönüllülerin eğitimi konusu da çalışmalar teşvik edilmelidir.

MEVZUAT ÇALIŞMALARI TAMAMLANMALIDIR.

- 1- Varolan mevzuat ile özeldede Alzheimer hastalarının genelde yaşlıların evde bakım ve kurumsal bakım sorunları çözümlenemez.
- 2- ÖNERİ: PROTOKOLLER İLE YAPILAN İŞBİRLİKELERİ KANUN İLE KALICI HALE GELMELİDİR. Yaşlı bakımında yerel yönetimlerin, STK’ları aktifleştirecek kanun düzenlemesi yapılmalıdır. Bugüne kadar evde bakım konusunda iller düzeyinde belediyeler, il sağlık müdürlükleri ve ASP il müdürlükleri arasında protokol ile gerçekleştirilen çalışmaların sistemleşmesi ve sürekliliği için kanun ile işbirlikleri netleşmelidir.

- 3- Evde bakım hizmeti, evde sağlık hizmeti değildir. Sosyal kavramı ve hizmet standardı netleşmelidir. Bu konuda özel teşebbüsün önü açılmalıdır. Belediyelerin hizmet verirken nasıl destekleneceği belirlenmelidir.
- 4- Gündüzlü bakım merkezlerinin belediyeler, STK'lar ve özel teşebbüsler aracılığı ile yaygınlaştırılması evde bakım hizmeti ile paralel düzenlenmelidir.
- 5- ÖNERİ: Merkezi hizmet modelinden yerel hizmet modeline kanun ile geçilmelidir. Evde sosyal bakım, evde destekli yaşam, gündüzlü bakım hizmetlerine ilişkin belediyelere yetki ve görev verilmeli, aynı zamanda mali ve diğer destekler belirlenmelidir.

ÇALIŞTAY KATILIMCI LİSTESİ

Listeler Alfabetik olarak yapılmıştır.

| Sıra No | Adı ve Soyadı | Sıra No | Adı ve Soyadı |
|---------|----------------------|---------|-------------------------|
| 1 | Abdulkadir DESTAN | 31 | Hüseyin KARADENİZ |
| 2 | Ahmet AKTÜRK | 32 | Hüseyin TOPRAK |
| 3 | Ali SEVİLEN | 33 | İpek KELBAŞ |
| 4 | Arzu ERDİ | 34 | İshak ÇİFTÇİ |
| 5 | Asuman TAŞKIN | 35 | İsmail TUFAN |
| 6 | Ayça NUR ARPACI | 36 | Kezban DURDUBAŞ |
| 7 | Aynur GÖKKAYA | 37 | Lütfi GÜNEY |
| 8 | Ayşe BAYKAN | 38 | Lütfü ÖRS |
| 9 | Ayşe Özlem İŞLEYEN | 39 | M. Gökhan YAĞMUROĞLU |
| 10 | Betüll TAMKOÇ | 40 | M.Akif BALHTİYAR |
| 11 | Bilgen TANELİ | 41 | Mehmet AKGÜN |
| 12 | Can BALLI | 42 | Mehmet GÜLER |
| 13 | Cengiz TAŞKAYA | 43 | Mehmet TUNCEL |
| 14 | Cevdet AKAÇ | 44 | Melda M. GÜLEÇ |
| 15 | Cihad KAYA | 45 | Melike AYAR |
| 16 | Coşgun GÜRBOĞA | 46 | Meryem VURMAZ |
| 17 | Durcan GÜVEN | 47 | Metin BATTAL |
| 18 | Ela TÜMAY | 48 | Murat AR |
| 19 | Emel KILIÇ | 49 | Murat ŞENTÜRK |
| 20 | Emel ŞENTÜRK | 50 | Mustafa BAKAR |
| 21 | Engin EKER | 51 | Mustafa BAŞTÜRK |
| 22 | Erkan KILIÇ | 52 | Mustafa CANTÜRK |
| 23 | Esin AY | 53 | Mustafa Cmhur BALIKDERE |
| 24 | Fatma USLU | 54 | Mustafa C. BALIKDERE |
| 25 | Filiz ÇİLİNGİR | 55 | Mustafa GÜNEY |
| 26 | Gökhan YAĞMUROĞLU | 56 | Neslihan SEVİNÇ |
| 27 | Gülbiz ALKAN | 57 | Nihal GENÇALP |
| 28 | Gülsüm SARIDAŞ | 58 | Nilüfer GÜNEY ŞENGEZER |
| 29 | Halime Tolga PARASIZ | 59 | Nil TEKİN |
| 30 | Hülya ÖZKAN | 60 | Nurdan AVCI |

| | | | |
|----|------------------|--|--|
| 61 | Olgun TÜZÜN | | |
| 62 | Özge KELEŞ | | |
| 63 | Rafet ÇİMEN | | |
| 64 | Ramazan IŞIK | | |
| 65 | Saadet ARKAN | | |
| 66 | Selma DELİSER | | |
| 67 | Selma OĞLAK | | |
| 68 | Sema OĞLAK | | |
| 69 | Serdar TAYBORA | | |
| 70 | Sevil TELLİ | | |
| 71 | Sevilay GÜNEŞ | | |
| 72 | Sevim TANRIKULU | | |
| 73 | Sevnaz ŞAHİN | | |
| 74 | Suna TANELİ | | |
| 75 | Şirin KARAKAYA | | |
| 76 | Tülay TRAVAGLİO | | |
| 77 | Yasemin ŞAVŞATLI | | |
| 78 | Yasin BULUTCU | | |
| 79 | Yavuz TANELİ | | |

ÇALIŞTAY PROGRAMI

| 23 Nisan 2015, Perşembe | | |
|---|-------------|---|
|  | 09:00-09:30 | Kayıt |
|  | 09:30-10:00 | Açılış ve Protokol Konuşmaları |
|  | 10:00-11:00 | Alzheimer Hastalığına Genel Bakış |
| | | Alzheimer Hastalığının Kısa Tarihi ve Başlangıç Belirtileri / Preklinik Dönem, Hafif Kognitif Bozukluk, Erken Evre <i>Bilgen Taneli</i> Alzheimer Hastalığının Orta ve İleri Evresi <i>Mustafa Bakar</i> Alzheimer Hastalığında Görülen Davranış Bozuklukları <i>Engin Eker</i> |
|  | 11:00-11:30 | Çay / Kahve Arası |
|  | 11:30-12:30 | Alzheimer Hastalığı için Bakım Hizmetleri |
| | | Bakıcının Yüğü <i>Nilüfer Güney Şengezer</i> Bakıcının Yüğü Üzerine Bir Örnek / Hasta Yakını ile Söyleşi <i>Suna Taneli / Saadet Arkan</i> Alzheimer Hastalığının Bakımında Yerel Yönetimler: Nazilli Belediyesi Alzheimer Gündüz Bakımevi <i>İsmail Tufan</i> Bursa Valiliği'nin "Dostluk Kapısı" Projesi (Evde Bakım Hizmetleri) <i>Ahmet Hamdi Usta.</i> |
| | 12:30-13:00 | Soru ve Cevap |
|  | 13:00-14:00 | Öğle Yemeği |

| | | |
|---|-------------|---|
|  | 14:00-15:30 | Çalıştay Oturumu I |
| | | Alzheimer Hastalığı ve Türkiye için Gelecek Projeksiyonu: Özellikler, beklentiler/gelişmeler ve önlemler üzerine sunumlar. <i>Bilgen Taneli, Engin Eker, Mustafa Bakar, İsmail Tufan, Ergun Güngör, Yavuz Taneli</i> |
|  | 15:30-16:00 | Çay / Kahve Arası |
|  | 16:00-17:30 | Çalıştay Oturumu I |
| | | Alzheimer Hastalığı ve Türkiye için Gelecek Projeksiyonu: Ortak fikir oluşturma. |
| 24 Nisan 2015, Cuma | | |
|  | 09:15-10:45 | Çalıştay Oturumu II |
| | | Alzheimer Hastalarının Evde Bakımı: Özelliklerin ve Örneklerin Sunumu <i>Sema Oğlak, Ayşe Nuray Tosun, Sevim Tanrıku, Ramazan Işık, Emel Kılıç, Yasemin Şavşatlı</i> |
|  | 10:45-11:00 | Çay / Kahve Arası |
|  | 11:00-12:30 | Çalıştay Oturumu II |
| | | Alzheimer Hastalarının Evde Bakımı: Ortak fikir oluşturma. |
|  | 12:30-14:00 | Öğle Yemeği |
|  | 14:00-15:30 | Çalıştay Oturumu III |
| | | Alzheimer Hastalarının Evde Bakımında Model Sorunu / Hizmetlerin Entegrasyonu: Kurumların işbirliği başta olmak üzere ortak fikir oluşturma amaçlı konuşmalar. <i>Coşkun Gürboğa, Sevnaz Şahin, Murat Şentürk, Gülsüm Sarıdaş, Ela Tümay, Esin Şeker.</i> |
|  | 15:30-16:00 | Çay / Kahve Arası |
|  | 16:00-17:30 | Çalıştay Oturumu III |
| | | Alzheimer Hastalarının Evde Bakımında Model Sorunu / Hizmetlerin Entegrasyonu: Ortak fikir oluşturma. |

| 25 Nisan 2015, Cumartesi | | |
|---|-------------|--|
|  | 09:30-11:00 | Çalıştay Oturumu IV |
| | | Alzheimer Hastalarının Kurumsal Bakımı (Huzurevi ve Gündüz Bakım Evleri): Özelliklerin ve örneklerin sunumu <i>Nurdan Avcı, Nil Tekin, Aynur Gökkaya, Mustafa Baştürk, Cihat Kaya, Sevil Telli.</i> |
|  | 11:00-11:30 | Çay / Kahve Arası |
|  | 11:30-13:00 | Çalıştay Oturumu IV |
| | | Alzheimer Hastalarının Kurumsal Bakımı (Huzurevi ve Gündüz Bakım Evleri): Özelliklerin ve örneklerin sunumu: Ortak fikir oluşturma. |
|  | 13:00-14:00 | Öğle Yemeği |
|  | 14:00-15:30 | Çalıştay Oturumu V |
| | | Alzheimer Hastalığı ve Türkiye geleceği perspektifinden bakım hizmetlerinde yapılması gerekenler: Yurtdışındaki önemli örneklerden yararlanarak, kurumlar arası işbirliği ile geliştirilecek bir sitem içinde hastanın ele alınması, bakıcının kapsamlı bir eğitimle yetiştirilmesi, multidisipliner yaklaşıma önem verilmesi ve bütün bunların üstesinden gelebilmek için devlet desteğinde bakım sigortasının uygulamaya sokulması konuları üzerine konuşmalar. <i>Coşkun Gürboğa, Engin Eker, Bilgen Taneli, İsmail Tufan, Sıdika Parlak.</i> |
|  | 15:30-15:45 | Çay / Kahve Arası |
|  | 15:45-17:15 | Çalıştay Oturumu V |
| | | Alzheimer Hastalığı ve Türkiye geleceği perspektifinden bakım hizmetlerinde yapılması gerekenler: Ortak fikir oluşturma. |
|  | 17:15-17:30 | Kapanış Konuşması |
|  | 17:30-19:30 | Kapanış Resepsiyonu |

NOT: Alzheimer Hastalığı ve Türkiye geleceği perspektifinden bakım hizmetlerinde yapılması gerekenler başlığında Sıdika Parlak yerine, Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler MYO öğretim görevlisi sayın melde GÜLEÇ sunum yapmış ve çalışmaya iştirak etmiştir.