IV. ULUSLARARARASI EVDE SAĞLIK VE SOSYAL HİZMETLER KONGRESİ

03-05 Aralık 2015
Belek / Antalya

KONGRE KİTABI

T.C. Sağlık Bakanlığı

SADEFE
SAĞLIK VE SOSYAL HİZMETLER DERNEKLERİ FEDERASYONU

TBB
TÜRKİYE BELEDİYELER BİRLİĞİ

T.C.
Aile ve
Sosyal Politikalar
Bakanlığı

SADEFE
SAĞLIK VE SOSYAL HİZMETLER DERNEKLERİ FEDERASYONU

IV. ULUSLARARARASI EVDE SAĞLIK VE SOSYAL HİZMETLER KONGRESİ

03-05 Aralık 2015
Belek / Antalya

KONGRE KİTABI

Bu kitap CNR HOLDİNG'in katkılarıyla hazırlanmıştır.

Yayın Hazırlığı / CNR Holding Sektörel Yayınlar
Editör : Mehmet ZENGİN - Tasarım : Yusuf GÜRLER
Baskı: RENK Matbaası Basım ve Ambalaj San. Tic. A.Ş.

KONGRE ORGANİZASYONU
estar

Kurullar

ONURSAL BAŞKAN
Prof. Dr. Recep AKDAĞ

KONGRE BAŞKANI
Prof. Dr. Cevdet ERDÖL
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Rektörü

KONGRE GENEL SEKRETERİ
Op. Dr. Orhan KOÇ
Sağlık ve Sosyal Hizmetler Dernekleri Federasyonu Başkanı

DÜZENLEME KURULU
Doç. Dr. Ahmet Yağmur BAŞ
Doç. Dr. Mutlu DOĞANAY
Doç. Dr. Murat GÜLTEKİN
Doç. Dr. Güldem ÖKEM
Doç. Dr. Gül PINAR
Yrd. Doç. Dr. Hasan Rıza AYDIN
Yrd. Doç. Dr. Halit ÇINARKA
Yrd. Doç. Dr. Mevlüt KARATAŞ
Yrd. Doç. Dr. Ebru Erek KAZAN
Yrd. Doç. Dr. Birgül ÖZKAN
Op. Dr. Niyazi KOCAKAPLAN
Op. Dr. İdris KURTULUŞ
Uzm. Dr. Esra ALATAŞ
Uzm. Dr. Gazi ALATAŞ
Uzm. Dr. Güven BEKTEMÜR
Uzm. Dr. Gökhan DARILMAZ
Uzm. Dr. Murat TÜRKYILMAZ
Dr. Özcan AKAN
Dr. Çiğdem BAŞGÜL
Dr. Köksal HAMZAOĞLU
Dr. Kanuni KEKLİK
Dr. Olcay PERİ
Dr. Kemal SÜLEYMAN
Dr. Emre YATMAN
Dr. Alev YÜCEL
Esra AKÇAY
Hasan ALTUNTAŞ
Salih AKYÜZ
Mehmet ATASEVER
Gültekin BAYRAKTAR
Salih DERELİ
Yasemin FİDAN
Neşe KARATAŞ
Orhan KARAGÖZ
Emine Avcı KURTLUK
Muzaffer SARAÇ
Mine TUNCEL

BİLİM KURULU
Prof. Dr. Ekrem ALGÜN
Prof. Dr. Fevzi ALTUNTAŞ
Prof. Dr. Rüstem AŞKIN
Prof. Dr. Selami ATEŞ
Prof. Dr. Metin DOĞAN
Prof. Dr. Fazlı ERDOĞAN
Prof. Dr. Pınar ERGÜN
Prof. Dr. Ali Mete ESEN
Prof. Dr. Gökhan KÖYLÜOĞLU
Prof. Dr. Hamza MÜSLÜMANOĞLU
Prof. Dr. Behzat ÖZKAN
Prof. Dr. Tevfik ÖZLÜ
Prof. Dr. Emine ÖZMETE
Prof. Dr. Mustafa PAÇ
Prof. Dr. İrfan ŞENCAN
Prof. Dr. Nihat TOSUN
Prof. Dr. Ahmet Çınar YASTI
Prof. Dr. Fatma Meriç YILMAZ
Prof. Dr. Nurullah ZENGİN
Doç. Dr. Halil ALIŞ
Doç. Dr. Hilmi ATASEVEN
Doç. Dr. Ahmet Yağmur BAŞ
Doç. Dr. Hüseyin CAN
Doç. Dr. Ümit KERVAN
Doç. Dr. Selçuk PALA
Doç. Dr. Gül PINAR
Doç. Dr. Emrah ŞENEL
Doç. Dr. İbrahim YAKUT
Yrd. Doç. Dr. Hakkı YEŞİLYURT
Uzm. Dr. Mustafa BULUT
Uzm. Dr. Aylin ÇİFTÇİ
Uzm. Dr. Hüseyin FİDAN
Uzm. Dr. Ali Kemal GÜLER
Uzm. Dr. Bekir KESKİNKILIÇ
Uzm. Dr. Hakan TOKUR
Dr. Muhammet ÖRNEK
İshak ÇİFTÇİ
Coşgun GÜRBOĞA
Hulusi Armağan YILDIRIM
Avni ÖZKAYA

KONGRE SEKRETERYASI
Dr. Çiğdem BAŞGÜL
Orhan KARAGÖZ
Emine Avcı KURTLUK
Yasemin FİDAN

(Bu çalışmada sunum ve bildirilerinin yayınlanmasına izin veren kişilere yer verilmiştir.)

ÖNSÖZ

“Olmaya devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi” düsturundan yola çıkarak yürüttüğümüz sivil toplum faaliyetlerimize bir yenisini daha eklemiş bulunmaktayız. SADEFE olarak 4.sünü düzenlediğimiz “Evde Sağlık ve Sosyal Hizmetler Zirvesi”ni 3-5 Aralık 2015 tarihinde Antalya şehrimizde gerçekleştirdik.

Dünyada “sivil toplum ve gönüllülük” kavramları, sağlık ve sosyal hizmetler alanına güç katan olmazsa olmaz unsurlardan biridir. Bünyesinde sağlık ve sosyal hizmetler alanında faaliyetler gösteren 17 dernek barındıran federasyonumuz da, bu olmazsa olmazı en önemli misyonu olarak belirlemiştir.

Ülkemizde ağırlıkla kamu aracılığıyla yürütülen sağlık ve sosyal hizmetlere biz de sivil toplum olarak katkı vermenin memnuniyeti içerisindeyiz. Zirve süresince sistemimizi bilim insanları ve uygulamacıların gözüyle bakarak tartıştık. Başarılı uygulamalarla birlikte eksiklerimizi de ele aldık. Ülke modelimiz ve ideal uygulamaların konuşulduğu toplantılar sonucunda bu elinizdeki doküman oluştu.

Zirvemiz süresince iki kongre, dört sempozyum ve uygulamalı eğitimlerin yer aldığı dokuz farklı kurs düzenleyerek sağlık profesyonellerini yeni gelişmelerle tanıştırdık. Bu kitapta kongre, sempozyum ve kurslarımızda bilgi ve tecrübelerini bizimle paylaşan değerli konuşmacıların sunumlarına ulaşabilirsiniz.

Emeği geçen herkese teşekkür ediyor ve gelişerek yürüdüğümüz bu yolda yeni çalışmalarda buluşmak dileğiyle sağlıklı günler diliyorum.

Düzenleme Kurulu Adına;
Op. Dr. Orhan KOÇ
SADEFE Yönetim Kurulu Başkanı

03-05 Aralık 2015 tarihleri arasında Antalya'da yapılan
"4. Uluslararası Evde Sağlık ve Sosyal Hizmetler Kongresi'ne ilişkin davet mektubu içeriği…

Gelenek haline getirdiğimiz "4. Uluslararası Evde Sağlık ve Sosyal Hizmetler Kongresi'nin" bu yılki programına sizleri davet etmekten son derece mutlu ve gururluyuz. Ülkemizde başta Sağlık Bakanlığı ile Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı öncülüğünde olmak üzere çok sayıda bakanlık, kamu kurumu, yerel yönetim, özel sektör ve sivil toplum kuruluşu evde sağlık ve sosyal bakım hizmetlerinde yer almaktadır. Tüm paydaşların bir arada olduğu sağlık ve sosyal hizmetleri zirvesinde bu yıl birlikte olmaktan ayrıca bahtiyarız.

Sağlık ve Sosyal Hizmetler Zirvesi'nde;
4. Uluslararası Evde Sağlık ve Sosyal Hizmetler Kongresi, 2. Tıbbi Sosyal Hizmetler Kongresi, 2. Ulusal Toplum Ruh Sağlığı Sempozyumu, 2. Ulusal Çalışan Hakları ve Güvenliği Sempozyumu, 2. Palyatif Bakım Sempozyumu, 2. Evde Sağlıkta Beslenme Kursu, 2. Mobbing Temel Danışmanlık Kursu, 2. Palyatif Bakım Kursu, 2. Yara ve Ostomi Bakım Kursu, Kardiyopulmoner Egzersiz Testleri Kursu, KBRN 2. Temel Eğitim Kursu, 1. Basamak Evde Sağlık Hizmetleri Yönetimi Kursu, Tıbbi Nebevi Kursu, Uygulamalı Hipnoz Kursu, Sağlık İletişimi Kursu düzenlemekteyiz.

Sağlık ve Sosyal Hizmetler Zirvesi'nde bu güne kadar yapılanları birlikte değerlendirmeyi, yurt dışından gelen katılımcılarımızla dünya örneklerini tartışmayı, idareci ve çalışanlarımızın eğitim seviyelerini artırmayı, insan kaynaklarını geliştirmeyi, kısaca yaşlı, engelli ve hastalarımıza daha mutlu, huzurlu ve kaliteli bir yaşam modeli ortaya çıkarmayı amaçlıyoruz.
"Biliyoruz ki dünyalık vereceğiniz hiçbir şey, bir hasta veya hasta yakınının teşekkürünü, 'Allah razı olsun' demesini karşılayamaz,"

Sağlık ve Sosyal Hizmetler Zirvemizdeki;
Kongre, sempozyum ve kurslarımızın evde sağlık ve sosyal hizmetler alanında çalışanlara katkı sağlamasını ümit eder; siz değerli misafirlerimizi Antalya'da ağırlamaktan mutluluk duyacağımızı bir kez daha bilgilerinize sunarız.
Saygılarımla,

Düzenleme Kurulu Adına;
Op. Dr. Orhan KOÇ
SADEFE Yönetim Kurulu Başkanı

Kongreler
03/04/05 Aralık - IV. Uluslararası Evde Sağlık ve Sosyal Hizmetler Kongresi
04/05 Aralık - II. Ulusal Tıbbi Sosyal Hizmetler Kongresi
Sempozyumlar
03 Aralık - II. Ulusal Çalışan Hakları ve Güvenliği Sempozyumu
04 Aralık - II. Palyatif Bakım Sempozyumu
04/05 Aralık - II. Uluslararası Toplum Ruh Sağlığı Sempozyumu
Kurslar
03 Aralık - KBRN II. Temel Eğitim Kursu
03 Aralık - Sağlık İletişimi Kursu
03/04 Aralık - Kardiyopulmoner Egzersiz Testleri Kursu
04 Aralık - II. Evde Sağlıkta Beslenme Kursu
04 Aralık - II. Mobbing Temel Danışmanlık Kursu
05 Aralık - II. Palyatif Bakım Kursu
05 Aralık - II. Yara ve Ostomi Bakım Kursu
05 Aralık - Uygulamalı Hipnoz Kursu
05 Aralık - I. Basamak Evde Sağlık Hizmetleri Yönetimi Kursu
05 Aralık - Tıbbi Nebevi Kursu

İçindekiler

IV. ULUSLARARASI EVDE SAĞLIK VE SOSYAL HİZMETLER KONGRESİ

1. OTURUM

19. RUH SAĞLIĞI HİZMETLERİ
23. EVDE SAĞLIK HİZMETLERİNDE MEVCUT DURUM
25. TKHK TIBBİ SOSYAL HİZMET UYGULAMALARI
32. ENGELLİ VE YAŞLI HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
33. ÇOK PAYDAŞLI SAĞLIK SORUMLULUĞUNU GELİŞTİRME PROGRAMI

2. OTURUM

43. EVDE SAĞLIKTA YEREL YÖNETİM İŞ BİRLİĞİ
46. EVDE SAĞLIK VE SOSYAL HİZMET UYGULAMALARI
52. KONYA BÜYÜKŞEHİR BELEDİYESİ SOSYAL HİZMET UYGULAMALARI
54. TOPLUM TEMELLİ EVDE SOSYAL BAKIM MODELİ, EVDE / KURUMDA YAŞAYAN YAŞLILARIN YAŞAM KOŞULLARI
60. BALIKESİR ALTIEYLÜL BELEDİYESİ ÇALIŞMALARI

3. OTURUM

65. PALYATİF BAKIM
71. TIBBİ HİZMETLERDE SOSYAL İZMİR HALK SAĞLIĞI ÖRNEĞİ
74. GÖNÜL KOMŞUSU / GÖRMEZDEN GELDİĞİMİZ HAYATLAR
76. MAVİ AT BALIKESİR: ÖZGÜRLÜĞE BİR SOLUK

4. OTURUM

79. BAKIM TEKNİKERLERİNİN İSTİHDAMI
81. BAKIM ELEMANI PLANLAMASI
83. SAĞLIK BAKIM TEKNİKERLERİNİN EĞİTİM MÜFREDATLARI VE GÖREV TANIMLARI

5. OTURUM

89. TÜRKİYE'NİN İLK ÇOCUK AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI SEMT POLİKLİNİĞİ
92. ELAZIĞ ENGELSİZ AĞIZ DİŞ SAĞLIĞI UYGULAMASI
94. KAHRAMANMARAŞ AĞIZ DİŞ SAĞLIĞI HASTANESİ
97. İSTANBUL BEYOĞLU BÖLGESİ KAMU HASTENELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
OKMEYDANI AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HASTANESİ ENGELSİZ EVDE AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HİZMETLERİ UYGULAMALARI

6. OTURUM

103. EVDE SAĞLIK VE SOSYAL HİZMETLERDE İLETİŞİM
106. EVDE BAKIM HEMŞİRELİĞİNDE ORYANTASYON, YETKİNLİĞİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE SERTİFİKA SÜRECİ
111. EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ ALANINDA BİRİNCİ BASAMAKTA ÇALIŞANLARIN EĞİTİMİ
113. HASTA YAKINI EĞİTİMİ

7. OTURUM

117. YARA VE YARA BAKIM EKİPLERİ
122. EVDE SAĞLIK VE BAKIMDA BESLENME TİMİ
128. PULMONER REHABİLİTASYON VE EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ
131. EVDE MEKANİK VENTİLATÖRLÜ HASTA TAKİBİ VE PULMONER REHABİLİTASYON

İçindekiler

8. OTURUM

143. MULTİPLE SKLEROZ HASTALARINDA EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ
147. İNME VAKALARI YÖNETİMİ

9. OTURUM

153. KİŞİLİK TİPLERİNE GÖRE STRESLE MÜCADELE YÖNTEMLERİ
155. YAŞLI BAKIM MODELİ OLARAK KAYIŞDAĞI DARÜLACEZE KURUMU
160. YAŞLILIKTA BÜTÜNLEŞİK TIBBİ BAKIM

10. OTURUM

163. EVDE SAĞLIĞIN BİRLİK BAZLI TEK MERKEZDEN YÖNETİMİ
167. EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ VE TIBBİ CİHAZ KALİBRASYONU
170. EVDE SAĞLIK TUZLA MODELİNDE BİLİŞİM TEKNOLOJİLERİ
172. e-NABIZ VE MOBİL SAĞLIK
174. EVDE SAĞLIKTA TEKNOLOJİK YENİLİKLER
176. EVDE SAĞLIK VE SOSYAL HİZMETLERDE BİLİŞİM

11. OTURUM

179. YAŞLILARDA AKILCI İLAÇ KULLANIMI VE TEDAVİYE UYUM
184. EVDE SAĞLIK VE SOSYAL HİZMETLERDE SAĞLIK BAKANLIĞI KALİTE ÇALIŞMALARI
187. EVDE SAĞLIK VE SOSYAL BAKIMDA TELE EĞİTİM
188. EVDE SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE

12. OTURUM

193. SOSYAL HİZMETE MUHTAÇ HASTA VE HASTA YAKINLARINA YÖNELİK MANEVİ BAKIM VE BİR MODEL ÖNERİSİ
201. SAĞLIK BAKANLIĞI BAKIŞ AÇISIYLA DİN PSİKOLOJİSİ VE MANEVİ BAKIM
203. MANEVİ DESTEK VE EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ UYGULAMASI

II. ULUSAL TIBBİ SOSYAL HİZMETLER KONGRESİ

209. HASTA YAKINLARINA YÖNELİK SOSYAL HİZMET MÜDAHALE TEKNİKLERİ
212. TIBBİ SOSYAL HİZMETİN DÜNYADAKİ DURUMU VE GELİŞİMİ
217. KADIN VE ÇOCUKLARA YÖNELİK MEVCUT VE PLANLANAN HİZMETLER
222. AFET VE KRİZ DURUMLARINDA SOSYAL HİZMET MÜDAHALELERİ
224. TIBBİ SOSYAL HİZMETTE KANITA DAYALI UYGULAMALAR
229. ENGELLİ VE YAŞLILARA YÖNELİK MEVCUT VE PLANLANAN HİZMETLER
233. TIBBİ SOSYAL HİZMET UYGULAMALARI
236. ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ AMATEM KLİNİĞİNDE SOSYAL HİZMET UYGULAMALARI
239. SOSYAL İNCELEME DEĞERLENDİRME VE EŞGÜDÜM
241. HASTANE ORTAMINDA GRUP ÇALIŞMASI
245. TIBBİ SOSYAL HİZMET ÖRGÜTLENMESİ
249. ÇALIŞAN HAKLARI VE GÜVENLİĞİ BİRİMİ
251. EVDE SAĞLIK HİZMETLERİNDE TIBBİ SOSYAL HİZMET UYGULAMALARI
254. VAKA SUNUMU ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
257. YEREL YÖNETİM VE SİVİL TOPLUM ÖRGÜTLERİNDE İŞ BİRLİĞİNDE SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

İçindekiler

259. SAĞLIK VE SOSYAL HİZMETLERDE BÜTÜNLEŞİK BAKIM MODELİ
261. SOSYAL HİZMETTE PROJE GELİŞTİRMENİN ÖNEMİ VE PROJE KAYNAKLARI
264. KLİNİK ODAKLI SOSYAL HİZMET
266. MANEVİ BAKIM VE HOLLANDA ÖRNEĞİ
268. İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ
270. TIBBİ SOSYAL HİZMET BİRİMİ VE DİĞER HİZMETLER İLE İLİŞKİSİ
271. ANTALYA ATATÜRK DEVLET HASTANESİ'NDE TIBBİ SOSYAL HİZMET UYGULAMALARI
274. HALK SAĞLIĞI KURUMU'NDA SOSYAL HİZMET UYGULAMALARI
278. KANSER ÖNLEMEDE SOSYAL SORUMLULUK
280. ABD'DE MANEVİ BAKIM VE "INOVA FAİRFAX HOSPİTAL CHAPLAİN SERVİCES" ÖRNEĞİ
282. SAĞLIK BAKANLIĞI'NDA TIBBİ SOSYAL HİZMET

SEMPOZYUMLAR
II. PALYATİF BAKIM SEMPOZYUMU

288. PALYATİF BAKIMDA SOSYAL BAKIM
293. PALYATİF BAKIMIN TANIMI, AMACI, İLKELERİ
297. PALYATİF BAKIMDA HEMŞİRENİN ROLÜ
303. PALYATİF BAKIM HİZMETLERİ YÖNERGE MEVCUT DURUM VE PLANLAMA SORUNLAR VE ÖNERİLER
307. T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU ANKARA İLİ 3. BÖLGE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ ANKARA CEZA İNFAZ KURUMLARI KAMPÜS DEVLET HASTANESİ
309. PALYATİF HASTALARDA DEPRESYON, AİLE VE YAS
314. PALYATİF BAKIM UYGULAMALARININ KATKILARI
317. PALYATİF BAKIM MERKEZLERİ İLE YOĞUN BAKIM İLİŞKİSİ
321. PALYATİF BAKIM HİZMETLERİ İLE EVDE SAĞLIK HİZMETLERİNİN ENTEGRASYONU

II.ULUSAL ÇALIŞAN HAKLARI VE GÜVENLİĞİ SEMPOZYUMU

328. ÇALIŞAN HAKLARI VE GÜVENLİĞİNE ADLİ TIP BAKIŞI
332. ÖZELLİKLİ VE RİSKLİ SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÇALIŞAN HAKLARI VE GÜVENLİĞİ
337. SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK ŞİDDET VE BEYAZ KOD
339. SOSYAL HİZMETLERDE ÇALIŞAN HAKLARI VE GÜVENLİĞİ
343. KAMU ÇALIŞANLARI AÇISINDAN SENDİKAL BAKIŞ
347. SAĞLIK BAKANLIĞI'NDA ÇALIŞAN HAKLARI VE GÜVENLİĞİ SÜRECİ
351. İSLAM'DA ÇALIŞAN HAKLARI
353. ÇALIŞMA HAYATINDA SOSYAL GÜVENLİK HAKLARI

II.ULUSLARARASI TOPLUM RUH SAĞLIĞI SEMPOZYUMU

358. SAĞLIK BAKANLIĞI RUH SAĞLIĞI EYLEM PLANI 2017 - 2023 NELER OLMALI?
361. TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZLERİNİN İŞLEYİŞİNDE YAŞANAN SORUNLAR
363. TRSM, HASTANE EŞGÜDÜMÜ VE SORUNLAR DEVLET HASTANELERİNDE DURUM
366. TÜRKİYE HALK SAĞLIĞI KURUMU RUH SAĞLIĞI PROGRAMLARI DAİRESİ
369. TRSM SORUNLARI MEVZUAT VE BAFRA TRSM'NİN KURULUŞ SÜRECİ
374. ULUSAL RUH SAĞLIĞI EYLEM PLANI

İçindekiler

378. KORUMALI İŞ YERLERİ

383. TRSM'LER DE ÇALIŞANLARLA İLE İLGİLİ SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

387. RUH SAĞLIĞI YASASI

394. RUH SAĞLIĞI MODELİ

394. ELAZIĞ RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HASTANESİ TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİ

400. DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ EŞGÜDÜMÜNDE TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİ

402. SOSYAL YARDIM VE DESTEK

406. **HASTA SUNUMLARI**

KURSLAR

I. BASAMAK EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ YÖNETİMİ KURSU

412. EVDE SAĞLIK HİZMETLERİNDE HASTA VE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ

417. STRES İLE BAŞ ETME YÖNTEMLERİ

421. ÇATIŞMA YÖNETİMİ

422. EKİP ÇALIŞMASI

426. EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ

429. LİDERLİK

433. EVDE SAĞLIK KOORDİNASYON MERKEZLERİNDE ÇAĞRI İLETİŞİMİ

II. EVDE SAĞLIKTA BESLENME KURSU

438. DİYABETİK HASTADA EVDE BAKIMDA NÜTRİSYON

443. BESLENME DESTEĞİNİN TAKİBİ, OLASI SORUNLAR-ÇÖZÜM ÖNERİLERİ, MONİTORİZASYONU

447. BESLENME TEDAVİSİ KALORİ VE DİĞER ÖGELER ÜRÜN SEÇİMİ

453. KRONİK EVDE BAKIM HASTASINDA BESLENME UYGULAMA ÖRNEKLERİ, ÖRNEKLER EŞLİĞİNDE NE, NE ZAMAN, NASIL, NEDEN, TAKİP

455. ORAL BESLENME ÜRÜNLERİNİN FARKLI HASTA GRUPLARINDA KULLANIMI

461. EVDE SAĞLIK VE SOSYAL BAKIMDA BESLENME

466. YAŞLI HASTADA BESLENMENİN PÜF NOKTALARI

469. KANSERLİ HASTADA EVDE BAKIMDA NÜTRİSYON

474. ENTERAL BESLENME

478. PARENTERAL BESLENMEDE ULAŞIM YOLLARI VE UYGULAMA, KOMPLİKASYONLAR VE BAKIM

484. MALNÜTRİSYONUN ÖNEMİ - HERKESİ TARAYALIM MI? "NEDEN EVDE BAKIMDA BESLENME?"

491. MALNÜTRİSYON, TARAMA VE DEĞERLENDİRME

II. MOBBİNG TEMEL DANIŞMANLIK KURSU

496. MOBBİNG KAVRAMI, TANIMI VE ÖZELLİKLERİ

499. MOBBİNG OLGULARININ ANALİZİ VE BAŞA ÇIKMA YÖNTEMLERİ

502. MOBBİNG: İŞ YERİNDE PSİKOLOJİK TACİZ MOBBİNG'İN TÜRK HUKUKUNDAKİ YERİ

511. MOBBİNGİ ÖNLEYİCİ TEDBİRLER

515. STRES YÖNETİMİ

İçindekiler

II. PALYATİF BAKIM KURSU

528. PALYATİF BAKIMI ANLAMAK PALYATİF BAKIM BİLEŞENLERİ VE PRENSİPLERİ
533. PALYATİF BAKIM ENDİKASYONLARI VE DEĞERLENDİRME YÖNTEMLERİ
538. PALYATİF BAKIMDA OPİOİD KULLANIMI
543. AĞRILI HASTAYA YAKLAŞIM... PALYATİF BAKIMDA AĞRI KONTROLÜ, AĞRININ SINIFLAMASI, DEĞERLENDİRİLMESİ, TEDAVİ PRENSİPLERİ
551. PALYATİF BAKIM KLİNİKLERİ
552. PALYATİF BAKIMDA HASTA VE HASTA YAKINI EĞİTİMİ
556. RESPİRATUVAR SEMPTOMLAR VE PULMONER REHABİLİTASYON
566. GİS SEMPTOMLARI VE NÜTRİSYON DESTEĞİ

UYGULAMALI HİPNOZ KURSU

576. UYGULAMALI HİPNOZ

II. YARA VE OSTOMİ BAKIM KURSU

580. KAPANMAYAN YARADA ALTERNATİF TEDAVİ
586. KRONİK YARA TİPLERİ VE TEDAVİDE TEMEL FARKLILIKLAR
594. STOMA POZİSYONLAMA VE BAKIMI
595. KRONİK YARADA İNFEKSİYON YÖNETİMİ
597. STOMA BAKIMI VE KOMPLİKASYONLARI

KBRN II. TEMEL EĞİTİM KURSU

604. ULUSLARARASI PERSPEKTİFTE NÜKLEER TEHLİKEYE ACİL YANIT
610. RADYOAKTİF VE NÜKLEER TEHDİTLER
614. TKHK KBRN PLANLAMALARI
617. KBRN LOJİSTİĞİ

SAĞLIK İLETİŞİMİ KURSU

620. SAĞLIK HABERCİLİĞİ VE ETİK İLKELER
627. SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİNDE MEDYA KAMPANYALARININ YÖNETİMİ
629. SAĞLIK HABERLERİ VE İNTERNET MEDYASI
635. ÇILGINCA VE DURMADAN İLETİŞİM
637. SAĞLIK HABERCİLİĞİNE SEKTÖREL BAKIŞ

TIBBİ NEBEVİ KURSU

640. HELAL VE SAĞLIKLI GIDA
646. ANNE KARNINDA DOLAŞIM VE DOĞUM SONRASI ADAPTASYON
647. ALTERNATİF TIP VE ENERJİ - AKUPUNKTUR

BİLDİRİLER
SÖZEL BİLDİRİLER

660. PEDİATRİK PALYATİF BAKIM MERKEZİ MODELİ

EVDE VE HUZUREVİNDE YAŞAYAN YAŞLILARIN YAŞAM KOŞULLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ (TOPLUM TEMELLİ EVDE BAKIM MODEL ÖNERİSİ)

662. TRİKOTİLOMANİ TEDAVİSİNDE HİPNOTERAPİ: BİR VAKA SUNUMU

661.

İçindekiler

663. 65 YAŞ ÜSTÜ BİREYLERE EVDE BAKIM VERENLERİN YAŞADIKLARI GÜÇLÜKLERİN BELİRLENMESİ
665. SOSYAL HİZMET BİRİKİMİNDE DOĞAL AFET ÇALIŞMALARI (1950-2013)
668. TÜRKİYE'DE UZMAN HEMŞİRELERİN ÖZLÜK HAKLARI
669. ÇOCUK YAŞAMI UZMANI: ÇOCUK KLİNİKLERİNDE OYUN, AKTİVİTE VE PSİKOSOSYAL DESTEK
670. EVDE BAKIM NASIL ALABİLİRİM?
671. ŞİZOFRENİ TANISI ALMIŞ BİREYLER VE AİLELERİ İLE SOSYAL HİZMET UYGULAMALARI
672. SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMAN YÖNTEMLERİNDE ALTERNATİF YAKLAŞIMLAR: BİR TÜRKİYE DEĞERLENDİRMESİ
673. AFET YÖNETİMİNDE KBRN
675. AĞIR RUHSAL HASTALIĞA SAHİP BİREYLERİN TOPLUMSAL ENTEGRASYONUNDA SOSYAL ÇALIŞMACILARIN ROL VE GÖREVLERİ
676. MOBBİNG VE İŞ DOYUMU İLİŞKİSİ (HEMŞİRELER ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA)
677. T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI, TIBBİ SOSYAL HİZMET UYGULAMA PROJESİ
679. TOPLUM RUH SAĞLIĞINDA TIBBİ SOSYAL HİZMET ÇALIŞMALARI (1950-2013)
682. EVDE SAĞLIK HİZMETİ ALAN YATAĞA BAĞIMLI KİŞİLERİN BAKIM VEREN AİLE ÜYELERİNE, BAKIMA İLİŞKİN VERİLEN EĞİTİMİN, HASTA VE BAKIM VEREN AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

POSTER BİLDİRİLERİ

684. EVDE BAKIM
685. BARDAĞIN DOLU YÜZÜ: TRAVELBEE'NİN KİŞİLER ARASI ETKİLEŞİM TEORİSİ ÇERÇEVESİNDE TAKİP EDİLEN LENFOMALI HASTA
686. 14 YAŞINDA EL-AYAK-AĞIZ HASTALIĞI: OLGU SUNUMU
687. TIBBİ SÜLÜK TEDAVİS
688. ALTERNATİF BİR TEDAVİ YÖNTEMİ: HACAMAT
689. PARMAK REPLANTASYONU SONRASI SÜLÜK TEDAVİSİ
690. 65 YAŞ ÜZERİ EVDE SAĞLIK HASTALARININ BESLENME DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ
691. CİNSEL İLGİ / UYARILMA BOZUKLUĞU OLAN BİR KADIN: OLGU SUNUMU
692. KRONİK YARA OLGULARIMIZIN ÖZELLİKLERİ
693. BİR VAKA ÇALIŞMASININ ANATOMİSİ VE BİR VAKA SUNUMU
694. WARFARİN KULLANAN EVDE BAKIM HASTALARINDA INR DÜZEYLERİNİN TERAPÖTİK ARALIKTA OLMA ORANLARI
695. EVDE SAĞLIK HİZMETİ ALAN YAŞLI HASTALARDA BASI YARASI OLAN VE OLMAYAN HASTALARIN MİNİ NÜTRİSYONEL DEĞERLENDİRME TESTİ İLE TARAMASI
696. HİPNOTERAPİ İLE OBEZİTE TEDAVİSİ: BİR OLGU SUNUMU
697. MENTAL RETARDASYON VE ŞİZOFRENİ OLAN HASTADA DAVRANIŞÇI YAKLAŞIM İLE EVDE BAKIM; BİR OLGU SUNUMU
698. HEMŞİRELERİN PALYATİF BAKIMA İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYLERİ VE GÖRÜŞLERİNİN İNCELENMESİ
699. MALATYA'DA EVDE SAĞLIK BİRİMLERİNDE GÖREV YAPAN PERSONELİN İŞ DOYUMU VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ
700. DİYABETİK AYAK ÜLSERİ VE BİRİNCİ BASAMAK YAKLAŞIMI
701. EVDE SAĞLIK HİZMETİ SUNAN HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ PERSONELİNİN EĞİTİM İHTİYACINI SAPTAMA ARAŞTIRMASI
702. SOSYAL HİZMETTE BİLİMSEL ÜRETİMDE YENİ BİR ARAÇ OLARAK TIBBİ SOSYAL HİZMET DERGİSİ

KONGRE, SEMPOZYUM, ÇALIŞTAY VE KURSLARIN SONUÇ RAPORLARI

705. 4. ULUSLARARASI EVDE SAĞLIK VE SOSYAL HİZMETLER KONGRESİ SONUÇ RAPORU
706. 2. ULUSAL TIBBİ SOSYAL HİZMETLER KONGRESİ SONUÇ RAPORU
707. ULUSAL ÇALIŞAN HAKLARI VE GÜVENLİĞİ SEMPOZYUMU DEĞERLENDİRME RAPORU

içindekiler

708. PALYATİF BAKIM ÇALIŞTAYI SONUÇ RAPORU

709. EVDE SAĞLIK ENTEGRASYONU ÇALIŞTAY RAPORU

710. EVDE SAĞLIKTA BESLENME KURSU SONUÇ RAPORU

711. HASTA VE ÇALIŞAN HAKLARI VE GÜVENLİĞİ DERNEĞİ II. MOBBİNG TEMEL DANIŞMANLIK EĞİTİMİ SONUÇ RAPORU

712. 2. YARA VE OSTOMİ BAKIM KURSU SONUÇ RAPORU

713. SAĞLIK İLETİŞİMİ KURSU SONUÇ RAPORU

716. **KONGRE, SEMPOZYUM, ÇALIŞTAY VE KURSLARA DAİR FOTOĞRAFLAR**

735. **KONGRENİN ARDINDAN...**

1.OTURUM

RUH SAĞLIĞI HİZMETLERİ

Dr. Mustafa Emre YATMAN

Sağlık Bakanlığı Yapılanması.
URSEP.
Toplum Temelli Ruh Sağlığı.
Genel Psikiyatri.
TRSM.
Adli Psikiyatrisi.
Çocuk Psikiyatrisi.
ÇİM.
UMAEP.
Amatem-Çematem.
ATM.
Dan-Te.

2006 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından, "Ulusal Ruh Sağlığı Politikası" metni yayınlanarak toplum temelli model kabul edilmiştir. 2011 yılında Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (URSEP) yayınlanmıştır.

Yazarlar
Dr. Gazi ALATAŞ
Doç. Dr. Akfer KAHİLOĞULLARI
Prof. Dr. Medaim YANIK

2016 yılında güncellenmesi planlanmaktadır.

DÜNYADA RUH SAĞLIĞI HİZMET MODELLERİ
Hastane Temelli Model (kurumsal model).
Toplum Temelli Model.
Hastane-Toplum Temelli Denge Modeli.

HASTANE TEMELLİ MODEL
Depo hastane.
Hasta alevlenme dönemlerinde hastaneye getirilmekte ve sonrasında tek başına kalmakta.
Hastaların taburcu olduktan sonraki ilaç kullanımı ve kontrole gelişleri takip edilememekte.
Zemin hazırlayan etmenlere müdahale edilememekte.
Sosyal ve mesleki işlevselliğe katkıda bulunulamamakta, damgalama artmakta.
Taburcu sonrasında tekrar tekrar hastaneye yatış kaçınılmaz olmakta.
Ailelerde tükenmişlikle sonuçlanmaktadır.
Hastanın hastaneden taburcu edilmesini istemeyen aileler.
Hastalığın tekrarlayan alevlenmesi ve hastane yatışları kaçınılmaz olur.
HASTA = BAKIM NESNESİ

TOPLUM TEMELLİ RUH SAĞLIĞI

Hastaların tedavi ve rehabilitasyonunun; toplum içinde ailesinin yanında yaşadığı çevreden koparılmadan sağlandığı bir yapılanmadır.

Hasta odaklıdır.
Maliyet etkin bir uygulamadır.
Esas hedef kitlesi ağır ruhsal bozukluğu olan veya hastanede uzun süre yatırılan hastalardır.

HASTANE - TOPLUM TEMELLİ DENGE MODELİ
Hastalar toplumdan uzak bir mekana dışlanmazlar.
Akut yataklar genel dal hastaneleri bünyesindedir.
Fiziksel rahatsızlıkların da tedavi edilebilmesine imkan sağlanır.
Bu klinikler ile koordineli çalışacak TRSM'lerce rehabilitasyon hizmetlerinin sunulması ve takiplerinin yapılması sağlanır.

TRSM
Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) toplum temelli hizmetin uygulama ve koordinasyonunu sağlar.
TRSM'lerin toplum yaşantısının içinde kurulmasına dikkat edilir.
Hasta kendi evinin yakınındaki merkezden hizmet alır.

Bireyselleştirilmiş Bakım Planı
TRSM'nin en önemli işlevi, bireyselleştirilmiş bakım planı uygulamalarıdır.
Toplum temelli modelde hastanın bağımsız yaşam becerilerini arttırmak hedeftir.
Hastanın ihtiyaç ve kaynakları değerlendirilir.
Hastanın eğilimleri, tercihleri, istekleri, hedefleri öğrenilir.
Hasta ile birlikte hedefler belirlenir ve plan oluşturulur.

TRSM
Periyodik ziyaretlerle medikal tedavinin takibi.
Hastalık işaretlerinin erken tanısı.
Ailenin hastaya, hastalığa ve tedaviye ilişkin tutumunun iyileştirilmesi hedeflenmektedir.
Hastayla ilişki kurulması, belirtileri sınırlayan / iyileştiren etki taşımaktadır.
Yatış sıklığı ve yatış süresi azalır.
Ağır ruhsal hastalığı olan hastalar çoğu kez zeka ve beceri sorunu olmayan hastalardır.
Uygun terapi ve rehabilitasyon programlarıyla en azından öz-bakımlarını sağlayabilecekleri gibi üretime de katkıda bulunabilirler.
Takipler sırasında uygun hastaların terapi ve rehabilitasyon programlarına yönlendirilmesi ile hem bakım verenin yükü azaltılabilir, hem de hastanın evden çıkması ile sosyal işlevsellikte ve özgüvende artış, üretime katkı, maddi koşullarının iyileşmesi gibi pek çok yarar elde edilebilir.

TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZLERİ HAKKINDA YÖNERGE
6.3.2014 tarihinde ve 9453 sayılı Makam Onayı ile revize edilmiştir.
16.02.2011 tarihinde yürürlüğe girmiştir.

ADLİ PSİKİYATRİ HİZMETLERİ
İngiltere ve Galler'in adli psikiyatri toplam yatak sayısı.
(59 milyon nüfus)*

3 yüksek güvenlikli hastane	680 yatak (%11)
>40 orta güvenlikli birim	2800 yatak
>40 düşük güvenlikli birim	2500 yatak (%41)

Yüksek güvenlikli sağlık tesisi TCK'nın 57. maddesinde tanımlanmıştır.
Türkiye'de bu kavram gereksiz sevklere neden olmaktadır.

Prof. Martin Brown (York Üniversitesi) 4 Mart 2014 tarihli Adli psikiyatri sunumu,
(DSÖ-SB Konferansı)

TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİ (TRSM)SAYISI
Merkez Adı
TRSM
2011
40
2015
114
URSEP Planlaması
236

TOPLUM TEMELLİ RUH SAĞLIĞI HİZMETLERİ
TRSM VERİLER
Tescil Edilen Merkez Sayısı
114
Ulaşılan Toplam Hasta Sayısı
31.718

Toplam Kayıtlı Aktif Hasta Sayısı
20.883

Gezici Ekip Ziyaret Sayısı
56.423

Toplam Personel Sayısı
1370

TRSM ÇALIŞMA REHBERİ EĞİTİMİ
TRSM personelinin nitelik ve niceliğinin artırılması için THSK tarafından 900 personelin eğitimi gerçekleştirilmiştir.

UYUŞTURUCU İLE MÜCADELE ACİL EYLEM PLANI
Madde bağımlılığının tedavi mekanizmalarının güçlendirilmesi

1-112- Acil poliklinikleri
2-Aile hekimliği
3-Ayakta tedavi
Genel psikiyatri poliklinikleri (GPP).
Özelleşmiş Bağımlılık Tedavi Merkezileri.
ATM (Ayakta Tedavi Merkezi).
Dan-Te (Bağımlılık Yapıcı Madde Danışma ve Ayakta Tedavi Merkezi).
DS.
4. Yatarak tedavi
Genel psikiyatri klinikleri (kısa süreli yatışlar)

AMATEM/ÇEMATEM
Uyuşturucu bağımlılarına müdahale gerektirecek acil durumların yönetiminde standardın sağlanması. tüm genel sekreterliklerden en az bir ruh sağlığı ve hastalıkları uzman hekimi ve bir acil tıp uzman hekimi, toplam 163 hekime sentetik kannabinoid kullanımına bağlı gelişebilen toksikasyon durumları tanı ve tedavi kriterleri kapsamında eğitici eğitimi düzenlenmiştir.
Eğitici eğitimi alan hekimler tarafından genel sekreterlikler bünyesindeki hastanelerin acil servislerinde görev yapan 4815'i hekim olmak üzere toplam 4970 sağlık çalışanına eğitim verilerek söz konusu proje tamamlanmıştır. Aile hekimleri ve ruh sağlığı uzmanlarının eğitimi devam etmektedir.

DENETİMLİ SERBESTLİK

kişinin toplum içinde denetim ve takibinin yapılarak, iyileştirilmesi ve topluma kazandırılması için ihtiyaç duyduğu her türlü hizmet, program ve kaynakların sağlandığı alternatif bir ceza sistemidir.
Madde ile ilişkili suçlarda, kişiler tedavi almak üzere psikiyatri polikliniklerine yönlendirilir.
2014 yılında DS kapsamında poliklinik sayısı 89088, yatan hasta sayısı 960 tır.*
25.03.2015 tarihli DS Genelgesi güncellenmiştir.
Genelgeye göre;
-6 oturumluk eğt. Prog.
-Numune alma.
-Lab.
-Şartları taşıyan sağlık tesisini denetimli serbestlik tedavi hizmeti vermesi için İl Sağlık Müdürlüğünce tecil edilmektedir.

Dan-Te

Dan-Te ismini "Danışma" ve "Tedavi" kelimelerinin kısaltmasından alır.

Bağımlılık konusunda danışmanlık hizmeti ile bilinçlenmeyi sağlayan,
Psikoeğitimler ve grup çalışmaları ile psikososyal tedavi hizmeti veren,
Bireysel risk ve ihtiyaçları belirleyerek bireyselleştirilmiş tedavi planını oluşturan,
Tedavi planına göre toplum temelli tedavileri yürüten,
Bağımlılık ile ilgili kurumlarla koordinasyon sağlayan ayakta tedavi hizmeti veren merkezlerdir.

AMATEM - ÇEMATEM - ATM – DS Sayıları

MERKEZ ADI	2011	2015	Planlama
AMATEM	5	20	28
ÇEMATEM	2	5	14
ATM	-	5	48

-Madde bağımlılığı tedavi merkezleri yönetmeliği 29 Aralık 2013 tarihinde güncellenmiştir.
-Madde bağımlılığı sertifikalı eğitimi

RUH SAĞLIĞI YASASI

TPD, STK'ların katılımı ile çalıştaylar yapılmış ve taslak metin oluşturulmuştur. Değerlendirmeler devam etmekte olup, çalışmalar sonunda "Ruh Sağlığı Yasası"hazırlıklarını tamamlanması hedeflenmektedir.

EVDE SAĞLIK HİZMETLERİNDE MEVCUT DURUM

Dr. Kanuni KEKLİK

Çare: Evde Sağlık Hizmetleri

Kurumsal bakım olanaklarının sınırlılığı, hastane bakım maliyetlerinin yüksekliği, toplumumuzun kültürel yatkınlığı göz önünde bulundurularak, ülkemizde, Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurum ve kuruluşlar tarafından, 01 Şubat 2010 tarihinde, 3895 sayılı "Makam Oluru" ile yürürlüğe giren "Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerg" doğrultusunda evde sağlık hizmetleri sunulmaya başlanmıştır.

Güncel Mevzuat

Hizmetler halihazırda, 27/02/2015 tarihli ve 29280 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren "Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetleri Sunulmasına Dair Yönetmelik" çerçevesinde sunulmaktadır.

Yıllara Göre Evde Sağlık Hizmet Verileri

	2010	2011	2012	2013	2014	2015*
Ulaşılan Toplam Hasta	16.651	124.085	244.961	380.814	510.352	639.359
Aktif Kayıtlı Hasta	16.651	80.388	139.214	186.666	218.353	257.484
Birim Sayısı	407	642	715	817	915	946
Araç Sayısı	78	793	956	1.128	1.111	1.199
Personel Sayısı	478	3.512	4.143	4.248	4.605	4.823

BİRİM VE PERSONEL DURUMU

Ekim 2015 sonu itibariyle evde sağlık hizmetleri;
595 H Tipi birim (50'si E2-E3 hastanelerde konuşlanmış).
245 T Tipi birim.
106 D Tipi birim olmak üzere toplam 946 birim.

Bu birimlerde görevli olan toplam 4.823 sağlık personeli tarafından sunulmaktadır.

Yönetmelikle Yapılan Değişiklikler (1)

Evde sağlık hizmetlerinin etkinliğini artırmak ve sürdürülebilirliğini gerçekleştirmek için diğer kamu kurum ve kuruluşları tarafından sunulan evde bakım, sosyal destek ve benzeri hizmetlerin bütüncül bir anlayışla ve işbirliği içerisinde sunumuna imkan sağlandı.

Toplumumuzun ekonomik olanakları göz önünde bulundurularak birinci basamak ağırlıklı, ikinci-üçüncü basamak ve kısmen özel sektör ile desteklenen evde sağlık hizmet modeli oluşturuldu.

Yönetmelikle Yapılan Değişiklikler (2)

Evde sağlık hizmetlerinin koordinasyonunun hastalara en yakın ve yaygın hizmet birimlerinin bağlı olduğu Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından yapılması, hizmetlerin Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ve Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından müştereken sunulması öngörüldü.

Evde sağlık, bakım ve sosyal destek hizmetlerinin koordinasyonun il düzeyinde gerçekleştirilmesi için Vali ya da görevlendireceği vali yardımcısı başkanlığında toplanacak Evde Sağlık ve Sosyal Hizmetleri Değerlendirme Komisyonu, merkezi düzeyde koordinasyonu sağlamak için de Sağlık Bakanlığı Müsteşarı ya da görevlendireceği müsteşar yardımcısı başkanlığında Merkez Koordinasyon Komisyonu tanımlandı.Yönetmelikle

Yapılan Değişiklikler (3)
Bu kapsamında yapılacak işbirliğine ilişkin usul ve esasların ilgili bakanlıklar ve/veya belediyeler ile diğer kamu kurum ve kuruluşlarıyla yapılacak protokoller çerçevesinde yürütülmesi hükme bağlandı.

Ülkemizde her biri farklı bir Bakanlık tarafından sunulan ve birbirini tamamlayan evde sağlık, evde bakım ve sosyal destek hizmetlerinin bütünleşik bir şekilde yürütülmesine imkan sağlayan "Evde Sağlık Bakım ve Sosyal Destek Hizmetlerinin İşbirliği İçerisinde Yürütülmesine Dair Protokol", Aile ve Sosyal Politikalar Bakanı, İçişleri Bakanı, Sağlık Bakanı ve Türkiye Belediyeler Birliği Başkanının katılımları ile 31.03.2015 tarihinde imzalandı.

Yönetmelikle Yapılan Değişiklikler (4)
Başvuruda bulunan hasta ya da hasta yakınlarının taleplerini değerlendirmek, başvuruları uygun olarak değerlendirilen hastalara ihtiyacı olan evde sağlık hizmetini sunmak, gerektiği hallerde hastaların hastaneye naklini sağlamak amacıyla, üç tip birim ve standart personel planlandı:
Toplum sağlığı merkezlerine bağlı T tipi birimler.
Hastanelere bağlı H tipi birimler.
Ağız ve diş sağlığı merkezlerine bağlı D tipi birimler.
Böylelikle, basamaklı bir evde sağlık hizmet sunumunun tanımlaması yapıldı.

Yönetmelikle Yapılan Değişiklikler (5)
Hizmetlerin koordinasyonun Türkiye Halk Sağlığı Kurumuna bağlı olarak faaliyet gösterecek "koordinasyon merkezi" tarafından yapılması hükme bağlandı.
Evde sağlık hizmetleri kapsamında sağlık kuruluşuna sevk edilen hastanın sağlık kuruluşundaki muayene, tetkik ve tedavinin uzun sürmesi ya da sonraki günlere sarkması halinde, mağduriyete mahal verilmeden işlemlerin gerçekleştirilebilmesi için ilgili hastaneler bünyesinde kısa süreli tedavilerin yapılabileceği veya uygun bir kliniğe geçiş öncesinde hastanın yatırılabileceği en az beş yatak kapasiteli, amaca uygun olarak donatılmış "Evde Sağlık Hizmet Ünitesi" tanımlandı.

Yapılan Çalışmalar (1)
Yönetmelik 5'inci bölümünde yer alan "Bakan Onayı ile belirlenecek olan iller, evde sağlık hizmetlerini, yürürlüğe girmesini müteakiben Yönetmelik hükümlerine uygun olarak verecektir" hükmü gereğince;

- Aydın
- Burdur
- Bursa
- Çankırı
- Düzce
- Edirne
- Elazığ
- Eskişehir
- Iğdır
- İstanbul
- Sakarya
- Samsun

illeri, pilot il kapsamına alındı.

Yapılan Çalışmalar (2)
Evde Sağlık, Bakım ve Sosyal Destek Hizmetlerinin İşbirliği İçerisinde Yürütülmesine Dair Protokol 31.03.2015 tarihinde, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanı, İçişleri Bakanı, Sağlık Bakanı ve Türkiye Belediyeler Birliği Başkanı tarafından imzalanmıştır.
Evde Yatağa Bağımlı ve Son Dönem Hasta Bakıcısı Yetiştirme Eğitimi rehberinin basımı yapılmış ve isteyen illere gönderilmektedir.
SHGM tarafından Evde Sağlık Hizmetleri Hemşireliği Sertifikasyon Programı hazırlanmıştır.
Evde Sağlık Hizmetleri Eğitim Modülü geliştirme çalışmaları yürütülmektedir.
HSBS çalışmaları kapsamında Evde Sağlık Modülü hazırlanmıştır.

Yapılan Çalışmalar (3)
Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ile hizmet verilerinin elektronik ortamda paylaşılmasına yönelik çalışmalar yapılmaktadır.
Toplum sağlığı merkezlerinin evde sağlık hizmetleri birimlerinde görev yapan hekimlerin, Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından verilen yetki doğrultusunda ilaç yazabilmeleri sağlanmıştır.
Uygulama Genelgesi hazırlanarak görüşlere sunulmuştur.

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU TIBBİ SOSYAL HİZMET UYGULAMALARI

Fatıma ŞAHİN
Daire Başkanı

Sağlık Bakanlığı Bağlı Kuruluşları Hizmet Birimlerinin Görevleri İle Çalışma Usul Ve Esasları Hakkında Yönetmeliğinin Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Bölümü 9. Maddesi (Değişik:RG-13/3/2014-28940) d) Bendine göre Destek ve İdari Hizmetler Kurum Başkan Yardımcılığı;
Hasta hakları ile hasta ve çalışan güvenliğinin belirlenen standart ve düzenlemelere uygun olarak yürütülmesini ve kurumsallaşmasını sağlamakla yükümlüdür.

Hasta, Çalışan Hakları ve Güvenliği Daire Başkanlığı
Daire Başkanı Fatıma ŞAHİN
Birim Koordinatörü
Hasta Hakları Birimi
Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimi
İş Sağlığı ve Güvenliği Birimi
Tıbbi Sosyal Hizmet Birimi

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
İdari ve Destek Hizmetler Başkan Yardımcılığı.
Hasta, Çalışan Hakları ve Güvenliği Daire Başkanlığı.
…….Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği.
(İdari Hizmetler Başkanlığı)
Hasta, Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimi.
Tıbbi SosHasta, Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimiyal Hizmet Birimi.
Hasta Hakları ve Güvenliği Birimi.
Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimi.
İş Sağlığı ve Güvenliği Birimi.

Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
…… Hastanesi
Hasta, Çalışan Hakları ve Güvenliği Biriminden Sorumlu.
Başhekim Yardımcısı.
Tıbbi Sosyal Hizmet Birimi.
Hasta İletişim Birimi.
Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimi.
İş Sağlığı ve Güvenliği Birimi.

“HASTA ODAKLI SAĞLIK HİZMETİ”
“Sağlıkta Dönüşüm Programı” çerçevesinde ‘hasta odaklı sağlık hizmeti’ yaklaşımı temel alınmış, tıbbi tedavi sürecinde hastayı olumsuz etkileyen her türlü sorunun hasta yararına çözümü amaçlanmıştır.

Hastaneye başvuran hastaların farklı ekonomik, sosyal ve kültürel koşullarda yaşadığı ve bu nedenle önemli sayıda hastanın tıbbi rahatsızlığın dışında psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunlarla karşılaştığı sıklıkla gözlenmektedir.

Bu çerçevede hastanın esenliği ve tedavinin etkililiğini arttırmak için her türlü psiko-sosyal ve ekonomik sorunlarının çözümlenmesinde hizmet veren “Sosyal Hizmet Birimi” hastanelerimiz bünyesinde kurulmuştur.

Mevzuat ve Uygulamalar
Bakanlığımız sağlık kurum ve kuruluşlarından hizmet alan dezavantajlı hasta gruplarının tedavi sürecinde yaşadıkları psiko-sosyal ve sosyo-ekonomik sorunlarının zamanında çözümlenmesi amacıyla tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının standardize edilmesi, etkinleştirilmesi, yaygınlaştırılması ve geliştirilmesi amacıyla **16.02.2011 tarih 7465 sayılı Bakan oluru ile 'Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi' yayınlanmıştır.**

Tıbbi Sosyal Hizmet Nedir?
Ayaktan ya da yatarak tedavi gören hastaların;
Tıbbi tedaviden etkili bir şekilde yararlanması,
Psikososyal sağlığının korunması ve geliştirilmesi,
Tedavi sürecinde hastanın ailesi ve çevresi ile ilişkilerinin düzenlenmesi,
Tedavi sürecini etkileyen psiko-sosyal ve sosyo-ekonomik sorunlarının zamanında çözümlenerek sosyal işlevselliğini yeniden kazanması amacıyla yürütülen sosyal hizmet uygulamalarıdır.

Sosyal Hizmet Uzmanı Kimdir?
Hastaneye başvuran hastaların, Psiko-sosyal ve sosyo-ekonomik sorunlarını tespit eden,
sorunlarıyla ilgili sosyal hizmet müdahalesini planlayan ve uygulayan, üniversitelerin dört yıllık sosyal hizmet bölümlerinden mezun sağlık personelidir.

Birim Sorumlusu
Birimdeki sosyal çalışmacılardan, deneyimli olanlar arasından tercihen alanında yüksek lisans yapmış olanı Başhekim tarafından birim sorumlusu olarak görevlendirilir.
Birim sorumlusu, tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının yürürlükteki mevzuata göre, sosyal çalışmacılar tarafından yürütülmesinden Başhekimliğe karşı sorumludur.

Müracaatçı Grupları
Kimsesiz, terk ve bakıma muhtaç hastalar.
Engelli Hastalar.
Sağlık Güvencesiz Hastalar.
Yoksul Hastalar.
Aile İçi Şiddet Mağduru Hastalar.
İhmal ve istismara uğramış çocuk hastalar.
Mülteci ve sığınmacı hastalar.
İnsan ticareti mağduru hastalar.
Yaşlı, dul ve yetim hastalar.
Kronik hastalar.
Ruh sağlığı bozulmuş hastalar.
Alkol ve madde bağımlısı hastalar.
Yabancı uyruklu olup tedaviden yararlanamayan hastalar.
İl dışından gelen hastalar.
Hastalığa ve tedavi sürecine uyumda zorlanan hastalar.
Mesleki tükenmişlik yaşayan hastane personeli.

Sosyal Hizmet Uzmanı Tarafından Sunulan Hizmetler
Hastayla psikososyal çalışma.
Hasta ailesiyle psikososyal çalışma.
Sosyal inceleme ve değerlendirme.
Ev-işyeri-okul ziyareti.
Kurum bakımına yerleştirme.
Geçici barınma merkezlerine yerleştirme.
Ayni ve nakdi yardım sağlama.
Tedavi giderleri için kaynak bulma ve yönlendirme.
Hastalarla grup çalışması.

Hasta ailesiyle grup çalışması.
Hasta eğitimi ve uğraşı çalışmaları,
Hasta nakil hizmeti.
Hasta ailesinin psiko-sosyal eğitimi.
Motivasyonu sağlayıcı sosyal projeler.

Hizmet Sunum Süreci

Sağlık tesislerine müracaat eden sosyal endikasyonu olan hastanın sosyal hizmet uzmanı tarafından sosyo-ekonomik ve psikososyal değerlendirmesi yapılır.

Yapılan değerlendirme kapsamında; hasta ve ailesi ile ilgili sosyal sorunlar tespit edilir.
Sosyal endikasyon ilişkin bireysel görüşme, grup çalışması ve toplumla çalışma yöntemleri kullanılarak danışmanlık verilir.

Engelli Hizmetleri Birimi

Engelli bireylerin haklarını korumak ve topluma tam katılımını sağlamak hedefiyle; sağlık hizmetlerinden, beklentilerinin tam ve sürekli karşılanması, sağlık hizmetlerini talep eden engelli kişilerin bu ihtiyaçlarının durumlarına uygun ortamlarda, hızlı, verimli ve mağdur edilmeden verilmesi amaçlanmıştır.

Ayrıca, Engelli Sağlık Kurulu Raporu işlemleri 30.03.2013 tarih ve 28603 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan 'Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik' kapsamında yürütülmektedir.

Engelli Sağlık Kurulu Raporu vermeye yetkili Kurumumuza bağlı sağlık tesisi sayısı 292, Hakem Hastane sayısı 49' dur.

Engelli sağlık kurulu raporlarında farklılıkların giderilmesi, daha önce düzenlemiş olan raporlara hastanelerin erişiminin sağlanması, engelli sağlık kurulu raporu itiraz başvurularının azaltılması, engellilere dair ülke verilerinin derlenmesinin kolaylaştırılması amacı ile halen kullanılmakta olan "Ulusal Özürlü Veri Bankası" yerine "Ulusal Engelli Veri Bankası" yazılımı tamamlanarak uygulamaya sunulmuştur.

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Hastane Hizmetleri Başkan Yardımcılığı'nın 03/01/2013 tarihli ve 54 sayılı yazısı ile Engelli Bireylere Yönelik Sağlık Tesisleri Denetleme Formu hazırlanarak tüm sağlık tesislerindeki engelli ulaşılabilirliği düzeyi tespit edilmiştir.

Engelli Hizmetleri Birimi

Bakanlığımız Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı tarafından engelli vatandaşların sağlık tesislerine ulaşılabilirliğinin sağlanması amacıyla «Sağlık Kurumlarında Özürlü Bireyler İçin Ulaşılabilirlik Temel Bilgiler Rehberi» yayınlanmış olup, bu çerçevede Kurumumuza bağlı sağlık tesislerinde engelli vatandaşlara yönelik sağlık hizmetinin sunumunda eksikliklerin ve sorunların daha net belirlenebilmesi amacıyla Engelli Bireylere Yönelik Sağlık Tesisleri Denetleme Formu hazırlanmıştır.

Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü ile yürütülen çalışma ile hazırlanan Engelli Bireylere Yönelik Sağlık Tesisleri Denetleme Formu TSİM sistemine eklenerek, alan denetimi sağlanmıştır.
Engelli bireylere yönelik hazırlanan sağlık tesisleri denetleme formunda,
Sağlık tesisinin bahçesinde engelli bireyin yaya güvenliğinin sağlanması,
Engelli otopark hizmetleri,
Bina girişlerinin engellilere uygun düzenlenmesi,
Acil, Poliklinik, Servis girişlerinde bilgilendirme, yönlendirme, uyarma amaçlı bilgilendirme, işaret ve sistemlerinin bulunması,
Hissedilebilir Yüzey Uygulamalarının yapılması,
Bina içi yatay dolaşım alanları engellilere uygun düzenlenmesi,
Engellilere özel bir poliklinik odası bulunması,
Engellilere yönelik bir erkek ve bir kadın hasta olmak üzere iki engelli odası ayrılması,
Yeterli sayıda engelli tuvaleti sağlanması,
İşaret dili bilen personel bulunması,
Engelli bireylere hastane içi ve dışı refakat edecek personel bulundurulması, ile ilgili standartlar belirlenmiştir.

Sağlık tesislerimizde engelli bireyler için Ulaşılabilirlik Temel Bilgi Rehberine göre, TSİM aracılığı ile 166 parametre ile takip edilmekte ve 2014 Yılında 88 Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine bağlı772 Sağlık Tesisinde Ulaşılabilirlik Temel Bilgi Rehberinden alınan veriler kapsamında %52 oranında hizmet verilmiştir.

Kütahya Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Tarafından Yapılan Engelli Hizmetleri
EN-VİP (Engellilere ve Yaşlılara Özel Sağlık Hizmeti)

Engelli ve yaşlı hastalarımızın hastaneye ilk girişinden çıkışına kadar olan tüm süreçlerinde onlara refakat edip alacakları sağlık hizmetinin kalitesini arttırmak hedeflenmektedir. Engelli ve yaşlı hastalarımız hastanede bu merkeze müracaat etmeleri halinde , gerekli yönlendirme taşıma hizmetleri sunulmaktadır. EN-VİP hizmet binasında görev alacak personellerimize İşaret Dili, Engelli-Hasta Yakını Psikolojisi, İletişim ve Öfke Kontrolü konularında eğitimler verilerek sertifikalandırılmışlardır.

Engelliler İçin Çağrı Butonlarının Oluşturulması
Engelli hastalarımızın sağlık hizmetlerine kolay ulaşımını sağlamak için tüm hastanelerimizde engelli çağrı butonları oluşturuldu.
Engelli vatandaşımız çağrı butonuna bastığında zil sesini duyan görevlimiz dışarıya gelerek engelli vatandaşımızı içeri taşımaktadır.

İşaret Dili Tercümesi
Samsun Kamu Hastaneleri Birliği'ne bağlı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde;
İşitme engelli hastalar için,
Hastane TV yayını içinde,
hastane tanıtım videolarının alt köşesindeişaret dili tercümesi yapılmaktadır.

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Psikososyal Destek Faaliyetleri
20-23 Mayıs 2015 tarihinde Antalya ilinde gerçekleştirilen "Kadına Yönelik Şiddet ve Aile İçi Şiddetin Önlenmesi ve Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Eğitici Eğitimi" ne, 31'i sosyal çalışmacıdan oluşan toplamda 334 sağlık personeli katılmıştır. "Kadına Yönelik Şiddet ve Aile İçi Şiddet Eğitici Eğitimi" ile ilgili katılımcıların aldıkları eğitimi sahada uygulamaları için rehber olacak nitelikte " Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Sağlık Tesislerinde Aile İçi Şiddet ve Kadına Yönelik Şiddetin Önlenmesinde Sağlık Personelinin Rolü" başlıklı bir eğitim kitapçığı hazırlanmaktadır.
Acil servis psikososyal Destek Merkezi iş ve işleyişleri ile ilgili yapılan çalışmalar doğrultusunda merkez çalışma usul ve esasları ile ilgili yönerge taslağı hazırlanmış olup, konu ile ilgili çalıştay düzenlenmiştir.

Acil Servis Psikososyal Destek Merkezleri
Mevcut Durum:
Sağlık tesislerimiz Acil Servislerine; "kadına yönelik aile içi şiddet, adölesan gebeliği ve doğumu, çocuk ihmal ve istismarı, intihar girişimi, alkol - madde kullanımı ve bağımlılığı" ve diğer sosyal endikasyon vakaları başvuruda bulunmaktadır.

Hedef Grup :
Sosyal endikasyon niteliği taşıyan vakaların; uygun hizmet modeline yönlendirilmesi, adli koruma ve inceleme makamları ile gerekli iş ve işlemlerinin yürütülmesi, uygun kurum bakımının sağlanması ve psikososyal desteğin, danışmanlığın sunulması gerekmektedir.

Sosyal sorun ve psikososyal risk taşıyan vakalarının sağlık tesislerinin Acil Servisleri haricinde sosyal destek sistemlerinden faydalanmadığı, vakaların sosyal yardım sistemlerine tıbbi tedavi aldığı esnada uygun sosyal hizmet modeli ile dâhil olduğu, bu durumun kişi ve toplum sağlığı açısından büyük önem arz ettiği kaydedilmiştir.

Kurulum ve İş Akışı:
Sosyal endikasyon vakalarının; müdahalesi ve tespitinin yapıldığı Acil Servisler "Hayati" önem taşımaktadır. Sosyal refah sistemlerinde; uygun kurum modellerine kişilerin havale edilmesi,
psikososyal desteğin sunulması, bireye uygun sosyal hizmet müdahalesinin uygulanması, sosyal sorunların çözümünde bireysel / mikro, toplumsal / makro çözüm önerilerinin belirlenmesi ve uygulanması amacıyla Acil Servis Psikososyal Destek Merkezleri yapılandırılmıştır.

PDSM Ekibi
Acil Servis Hekimi sorumluluğunda,
Psikiyatrist,
Psikolog,
Sosyal Hizmet Uzmanı ve
Psikiyatri alanında eğitimi olan bir hemşireden oluşur.

Acil Servis Psikososyal Destek Merkezinde görev yapan sosyal çalışmacının görev ve sorumlulukları:
I. Merkeze gelen vaka veya yakınlarına Merkezin amacı ve işleyişi hakkında bilgi vermek.
II. Vakalara psikososyal açıdan destek vermek.
III. Bakanlığımızca belirlenen formları doldurmak.
IV. İstatistiksel bilgilerin toplanmasında görev almak ve raporlamak.
V. Merkeze yönlendirilen vakaların Psikiyatri ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Birimi ile koordinasyonunu sağlamaktır.

Ulusal Düzey Psikososyal Destek Hizmet Grubu Planı
12/12/2013 tarih ve 28855 sayılı Afet Acil Durum Müdahale Hizmetleri Yönetmeliği gereğince, Bakanlığımız Türkiye Afet Müdahale Planı ve Ulusal Düzey Psikosoyal Destek Hizmet Grubu Planında destek çözüm ortağı olarak görevlendirilmiştir.

AFAD
Bakanlığımız Türkiye Afet Müdahale Planı ve Ulusal Düzey Psikosoyal Destek Hizmet Grubu'nun ana çözüm ortağı olarak görevlendirilen Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ile destek çözüm ortağı olan Bakanlığımız arasındaki iletişim ve işbirliğinin geliştirilmesi göz önünde bulundurularak Kurumumuzu temsilen Hasta Çalışan Hakları ve Güvenliği Daire Başkanlığı ve iki adet psikolog görevlendirilmiştir.

Afet ve acil durumlarda uygulanacak Psikososyal Destek Hizmetleri ile ilgili verilen görevlerin yerine getirilmesi için Kurumumuz Genel Sekreterlikleri bünyesinde ve bağlı sağlık tesislerinizde görev yapan;
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı,
Psikolog,
Sosyal Çalışmacı,
Çocuk Gelişimcilerin,
Dağılımları hazır hale getirilmiştir.

Genç Gönüllüler Projesi
Sağlık Bakanlığı ile Gençlik ve Spor Bakanlığı gençlerin gönüllü olarak hizmet etmeleri için gönüllülük fırsatı sunuyor.

Amaç
Sağlık hizmet sunumunun desteklenmesi.
İhtiyaç sahipleri ile yardım sahiplerinin buluşturulması.
Vatandaş farkındalığı ve memnuniyetinin artırılması.
Katılımcılığı teşvik.
Güvenilirlik.
Toplumsal yardımlaşma ve yakınlaşmanın artırılması.

Kurumumuz ile Gençlik ve Spor Bakanlığı arasında eş güdümlü çalışma planlanmıştır.

İhtiyaç Analizi
Kurumumuza bağlı sağlık tesislerinde muayene ve yatarak tedavi alan hasta profili incelendiğinde, 2015 yılı içerisinde (ocak- haziran);
6.045 Kimsesiz, bakıma muhtaç hasta,
27.208 Engelli hasta,
11.226 Yaşlı hastanın başvurduğu tespit edilmiştir.
Bu veriler doğrultusunda, özellikle kimsesiz bakıma muhtaç ve yaşlı hastaların refakat ihtiyacının karşı-

lanabilmesi için Kurumsal olarak sosyal politikalar oluşturma zorunluluğu ortaya çıkmıştır.
Toplumda sık görülen gereksiz ilaç kullanımı, dengesiz ve düzensiz beslenme, sigara bağımlılığı, organ bağışı, engellilik vb. konularda kişilerin farkındalığının artırılması ve sağlık okuryazarlığının artırılması amacıyla gönüllü hizmet sunumuna gereksinim duyulmuştur.

Kapsam
Gerçek ve tüzel kişilerce sosyal dayanışma ve yardımlaşma amacıyla gönüllü ve ücretsiz olarak hizmet verilebilir.

Sağlık gönüllüsü gerçek kişiler hastanelerdeki hizmetlerini hastane yetkilisinin belirlediği şartlarda verebilir. Bu hizmet hastanelerin doğrudan sağlık hizmeti olmayan hasta karşılama ve bilgilendirme, refakat, kişisel bakım ve sosyal ihtiyaçların karşılanması gibi destek hizmeti şeklinde de verilebilir. Bu halde sağlık gönüllüsünün sağlık meslek mensubu olma mecburiyeti yoktur.

Dayanak 663 Sayılı KHK
MADDE 52- (1) Sağlık hizmeti sunmaya yetkili gerçek ve tüzel kişilerce sosyal dayanışma ve yardımlaşma amacıyla gönüllü ve ücretsiz olarak sağlık hizmeti verilebilir.
(2) Bu hizmeti yürüteceklere Bakanlıkça izin verilir. İzin talebinde bulunanlara gerekli değerlendirmeler yapıldıktan sonra sağlık gönüllüsü yetki belgesi düzenlenir.
(3) Sağlık gönüllüsü gerçek kişiler hastanelerdeki hizmetlerini hastane yetkilisinin belirlediği şartlarda verebilir. Bu hizmet hastanelerin doğrudan sağlık hizmeti olmayan hasta karşılama ve bilgilendirme, refakat, kişisel bakım ve sosyal ihtiyaçların karşılanması gibi destek hizmeti şeklinde de verilebilir. Bu halde sağlık gönüllüsünün sağlık meslek mensubu olma mecburiyeti yoktur.
(4) Gönüllü sağlık hizmeti sunumu ile gönüllülere ait bilgilerin kamuoyu ile paylaşımına dair usûl ve esaslar Bakanlıkça belirlenir.

Gönüllü Hizmet Sunucusunun Nitelikleri
Üniversite öğrencisi olmak.
Kamu hizmetlerinden yasaklı olmamak.
Sabıka kaydı bulunmamak.
(657 Sayılı Kanun 48 A-5 hükümleri dahilinde değerlendirilecektir.)
Ahlaki ve vicdani değerlere önem veriyor olmak.

Hiçbir karşılık beklemeden yalnızca Gönüllülük esaslı hizmet sunacağını kabullenmiş olmak.

Sağlık Tesislerinde Gönüllü Hizmet Sunucusunun Görevleri
Kişisel temizlik, beslenme, malzeme temini, hastane işlemlerinin yürütülmesi ve hastane içi ihtiyaçların karşılanmasını sağlamak,
Hastanın refakatinden sorumlu olmak (Mahremiyet durumu göz önünde bulundurularak kişinin cinsiyetine göre hizmet sunucusu belirlenir),
Hastanın durumu ile ilgili hemşireyi bilgilendirmek,
İlaç ve beslenme desteğinin eksiksiz ve en uygun şekilde yapılmasını sağlamak,
Hasta elbiselerinin değiştirilmesine yardımcı olmak,
Hastaya pozisyon verilmesi gerektiğinde hemşireye yardımcı olmak,
Hastaya ilgili birimlere götürülmesi sırasında refakat etmek,
Hastanın sağlık çalışanı ile iletişimi ve sosyal ihtiyaçlarını gidermek vb. ihtiyaçlarının karşılanmasında sorumlu olmaktır.

Kurumumuzca pilot çalışma için belirlenmiş olan sağlık tesisleri
Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi
(Elazığ Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği)
Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesi
(Kırıkkale Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği)
Prof. Dr. Celal Ertuğ Etimesgut Devlet Hastanesi
(Ankara 3. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği)

Karamürsel Devlet Hastanesi
(Kocaeli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği)

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Tıbbi Sosyal Hizmetler İyi Uygulama Örnekleri
Kayseri İli Misafirhane Hizmetleri
Ayakta veya yatarak tedavi görmekte olan ve kalacak yer sorunu bulunan,
İl dışından ya da uzak ilçelerden gelen,
Maddi imkânı yetersiz olan,
Ağır engellilik durumu olmayan hasta ve hasta yakınları;
150 yatak kapasiteli barınma hizmeti,
Günde 3 öğün ücretsiz sıcak yemek hizmeti,
24 saat sıcak su imkanı,
Çocuk hasta ve yakınlarına özel oda hizmetlerinden faydalanabileceklerdir.

ENGELLİ VE YAŞLI HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

Hulusi YILDIRIM

Bakanlığımız tarafından bakıma ve desteğe ihtiyaç duyan engellilerin öncelikle sevgi ve şefkat gördükleri aile ortamlarında bakımları esas alınmaktadır. Bu kapsamda engellilerin yaşamlarını evlerinden ve sosyal çevrelerinden ayrılmadan sürdürebilecekleri sosyal destek hizmetleri sunulmaktadır.

1) Evde Bakım Hizmetleri.
2) Evde Bakıma Destek Hizmetleri.
3) Geçici ve Misafir Bakım Hizmetleri.
4) Gündüzlü Bakım Hizmetleri.
5) Yatılı Bakım Hizmetleri.
6) Toplum Destekli Hizmetler.
7) Özel Bakım Merkezi Hizmetleri.

Evde Bakım Hizmetleri

Engellilerin yaşadığı aile ortamından ayrılmadan, aile üyelerinden biri tarafından bakım hizmetinin karşılanması halinde, bakım hizmetini veren kişiye aylık 830.84 TL ödeme yapılmaktadır. Halen ülke genelinde 467.427 engelli evde bakım hizmetinden yararlanmaktadır. Evde bakım hizmetinden yararlananlardan 156.234 kişi 60 yaş ve üzerinde olan yaşlılardan oluşmaktadır.

Evde Bakıma Destek Hizmetleri

Engelli ailelerinin; engellinin kişisel bakımına yönelik işlerde desteğe ihtiyacının bulunması halinde, resmi bakım merkezlerinde çalışan bakıcı personelin, engellinin ikamet adresine giderek yarı zamanlı hizmet sunmasını içermektedir.Bu hizmetten halen 60 engellimiz yararlanmaktadır.

Engelsiz Yaşam Merkezleri

Engelli bireylere hizmet sunan resmi kuruluşların fiziki şartlarının iyileştirilmesi hedeflenmiş ve 2006 yılından itibaren bakıma muhtaç engelli bireylerin ihtiyaç duyduğu bakım hizmetlerinin daha modern fiziki koşullarda sunulması çalışmalarına başlanmıştır. Bu doğrultuda engelli bireylerin daha kaliteli yatılı kurum bakımı hizmeti alması amacıyla "Engelsiz Yaşam Merkezleri" hayata geçirilmiştir.

Engelsiz Yaşam Merkezleri

Engelsiz yaşam merkezlerinde; engelli bireylerin, üçer kişilik 4 yatak odası, oturma odası, mutfak, yemekhane, banyo, tuvalet ve personel odası bölümlerinden oluşan; toplam on iki kişilik müstakil, tek katlı ve bahçeli evlerde bakımları sağlanmaktadır. Bu merkezlerde engelli bireylerin rehabilitasyonu için gerekli olan bireysel ve grup çalışması odaları, iş-uğraşı odaları, fizik tedavi salonu gibi birimler bulunmaktadır. Bu birimler aracılığı ile engelli bireylerin var olan yeteneklerinin geliştirilmesine ve sosyal hayata uyumuna yönelik çalışmalar yapılmaktadır. Halen ülke genelinde 25 Engelsiz Yaşam Merkezi bulunmaktadır.

Ev Tipi Sosyal Hizmet Birimleri(Umut evleri)

Engellilerin içinde yaşadıkları toplumla kaynaşmalarına yönelik olarak müstakil evlerde veya apartman dairelerinde yaşamaları ve toplum hayatına aktif katılımlarının sağlanması amaçlanmaktadır.
Ev Tipi Sosyal Hizmet Birimi olarak da tanımlanan bu evlerde 4 ila 6 engellinin bir evde bakım elemanının refakatinde, mesleki personelin gözetiminde bakımları sağlanmaktadır.
Halen 103 umutevimizde 572 engellimize ev ortamında bakım hizmeti verilmektedir.

ÖZEL BAKIM MERKEZLERİ

Bakıma muhtaç engellilerin şahıslar tarafından açılan ve il müdürlüklerimiz tarafından denetlenen özel bakım merkezlerinde yatılı veya gündüzlü bakım hizmeti almaları da mümkün olabilmektedir. Bu hizmet için özel bakım merkezlerine 24 saatlik yatılı bakım hizmeti için 1.794.61 TL (KDV dahil) ödeme yapılmaktadır. Halen 155 özel bakım merkezinde 10.747 engellimiz bakım hizmetinden faydalanmaktadır.

ÇOK PAYDAŞLI SAĞLIK SORUMLULUĞUNU GELİŞTİRME PROGRAMI

Uzm.Dr. Hasan IRMAK

Programın hazırlık çalışmalarına 2009 yılında başlandı.
2011 yılında Sağlık Bakanlığı ve Kalkınma Bakanlığından (DPT) onay alındı.
Sağlık Bakanlığı ve Düzce Üniversitesi arasında yapılan protokolün ardından ilk resmî toplantı 9 Mart 2011'de gerçekleştirildi.

A- Programın Gerekçesi

Akut Gastroenteritlerin Önlenmesi

En büyük görev kimin?
Sağlık sektörünün mü?
yoksa topluma sağlıklı ve güvenli içme suyu sağlamakla görevli kurumların mı?

Trafik Kazaları
Sorunun Çözümü
Tam donanımlı ambulans?
Yolların ve trafiğin durumu?
Toplumun farkındalığı ve duyarlılığı?
Yasal düzenlemeler ve uygulamaları?

Aşılama Hizmetleri
Tek başına sağlık sektörünün işi mi?
Diğer paydaşların sorumlulukları?
Aşı üretimi, depolama, üretim yerinden kullanım yerine transfer.
Tıbbi atıkların bertarafı.

Hipertansiyon, Obezite, Diyabet
Önlemede temel rol kimin?
Sağlık sektörü?
Sağlıklı beslenme?
Gıda güvenliği?
Fiziksel aktivite?
Fiziksel aktivite için düzenlenmiş alanlar?

Köylere su şebekesi yapmak Özel İdarenin görevi, muhtarlıklar idame etmede yetersiz kalıyor.
Sağlık teşkilatı klorlasın!
Köpek sayısı çok arttı, kuduz şüpheli ısırıklar arttı.
Sağlık teşkilatı aşılama yapsın!
Hava kirliliği var, kanser vakaları artıyor.
Sağlık teşkilatı nerede?
Asbest tozu nedeniyle kanser oluyoruz.
Sağlık teşkilatı önlem alsın!

Çocuk sağlığı sağlıklı büyümek.
Cinsel yolla bulaşan hastalıklarla mücadele üreme sağlığı/ sağlıklı üreme.
Hastalıklardan korunmak, hastalanmamak sağlıklı yaşamak, sağlıklı yaşam tarzına ve ortamına kavuşmak.
Kronik hastalıklarla mücadele ve rehabilitasyon sağlıklı yaşlanmak.

İNSAN ODAKLI SAĞLIK SİSTEMİ

ÇPSSGP
ÇÖZÜM?
Çok Paydaşlı Sağlık.
Sorumluluğunun Geliştirilmesi.
Temel Sağlık Hizmetleri Felsefesi.

DSÖ'nün Temel Sağlık Hizmetlerine genel yaklaşımı (Alma Ata Raporu-2008):
Sağlıkta dışlanmanın ve sosyal eşitsizliklerin azaltılması.
Sağlık hizmetlerinin insanların ihtiyaç ve beklentileri doğrultusunda düzenlenmesi.
Sağlığın tüm paydaşlara entegrasyonu.
Tüm sektörler ile ortak politikalar için işbirliği modelleri geliştirilmesi.
Paydaş katılımının artırılması.

B. Çok Paydaşlı Sağlık Politikaları Konusundaki Deneyimler
B.1. Farklı Ülke Deneyimleri
DSÖ Politikalarındaki Gelişmeler.
Alma-Ata 1978.
Health 2020.
Devletin tamamı.
Toplumun tamamı.
Tüm politikalarda sağlık.

Dünyada Çok Paydaşlı Yaklaşım
Eylül 2011'de Bakü'de yapılan DSÖ Avrupa Bölge Toplantısı, Health 2020 Hedefleri:
Birlikte çalışmak.
Daha iyi sağlık.
Sağlık yönetişiminin iyileştirilmesi (tüm sektörlerdeki kilit aktörler ve karar vericilerin sağlık alanındaki sorumluluk-larının ve sağlığın geliştirilmesinde potansiyel rollerinin farkında olmalarının sağlanması)
Ortak stratejik amaçlar belirlenmesi
Bilgi paylaşımının güçlendirilmesi
Katılımın artırılması (hasta odaklı hizmet sunumu ve sağlık okur-yazarlığının artırılması)

DSÖ'nün 65. Dünya Sağlık Asamblesi'nde (2012)
19–21 Ekim 2011'de, Rio de Janeiro (Brezilya)'da yapılan
"Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Dünya Konferansı" sonuçları kabul edildi.

Tüm üye ülkeler; TÜM POLİTİKALARDA SAĞLIK (HEALTH in ALL POLICIES) anlayışını benimsemeye davet edildi.

Farklı Ülke Deneyimleri
Interdepartmental Public Health Committee (2002, Macaristan).
National Public Health Committee (2004, Fransa).
Traffic Safety Committee (2004, Slovakya).
Food and Nutrition Action Plan (2010, Arnavutluk).
Health Task Force in all Policies (2010, ABD).
Joined-up Government : The Finnish Government System

B.2. Türkiye Deneyimleri
1930
Umumi Hıfzıssıhha Kanunu
1961
Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi
2003
Sağlıkta Dönüşüm Programı

Merkezde insan yer almakta olup asıl olan kişinin sağlığının toplumla birlikte korunmasıdır.
Programın ana fikri: Herkes için ulaşılabilir, nitelikli ve sürdürülebilir sağlık hizmeti sunumudur.

C. Programın Geliştirilme Süreci
ÇPSSGP
Sağlığın Korunması
Sağlığın Geliştirilmesi
Tedavi
Rehabilitasyon

D.Programın İçeriği
Amaçlar
Sağlık hizmetlerini (Koruyucu-Tedavi-Rehabilitasyon) ilgili paydaşlarla birlikte, sağlık sistemi ve toplumun gelişim özellikleri dikkate alınarak yeniden tanımlamak, paydaşlarla işbirliği içerisinde sağlığı etkileyen konularda öncelikle sorunları tanımlamak ve ardından bu sorunların çözümü için eylem planı oluşturmak.

ÇPSSGP
Bölüm 1sağlığın Korunması ve Geliştirilmesinde Çok Paydaşlı Yaklaşım
Bölüm 1- Bileşenler
BİLEŞEN 1. Biyolojik Çevrenin Geliştirilmesi
1.1. Bulaşıcı Hastalıkların Önlenmesi
1.2. Hayvan Sağlığının Geliştirilmesi
BİLEŞEN 2. Gıda Güvenilirliği ve Sağlıklı Beslenmenin Geliştirilmesi
2.1. Gıda Güvenilirliği ve Besin Kalitesinin Artırılması
2.2. Sağlıklı Beslenme
BİLEŞEN 3. Sağlığın Bireysel Belirleyicilerinin Geliştirilmesi
3.1. Özbakımın Geliştirilmesi
3.2. Ağız ve Diş Sağlığının Korunması

BİLEŞEN 4. Sağlığın Sosyal Belirleyicilerinin Geliştirilmesi
4.1. Sosyal Statülerin İyileştirilmesi

BİLEŞEN 5. Yaşam Alanlarının Geliştirilmesi
5.1. Sağlıklı Yaşam Alanlarının Oluşturulması
5.2. Okul Sağlığı
5.3. Umuma Açık Yerlerin İyileştirilmesi
5.4. Sosyal Alanların Geliştirilmesi
5.5. Sağlık Tesisleri Yönetiminin Geliştirilmesi
5.6. Turizm Sağlığının Geliştirilmesi
5.7. Mezarlıkların Düzenlenmesi

BİLEŞEN 6. Fiziksel Çevrenin Geliştirilmesi
6.1. Su Sağlığı ve Su Kalitesinin Artırılması
6.2. Hava Kalitesinin İyileştirilmesi
6.3. Elektromanyetik Güvenliğin Sağlanması
6.4. Atıkların Bertaraf Edilmesi
6.5. Gürültünün Önlenmesi
6.6. İklim Değişikliği Politikalarının Geliştirilmesi
6.7. Ekosistem Sürdürülebilirliğinin Sağlanması
6.8. Nükleer ve Radyasyon Güvenliğinin Sağlanması

BİLEŞEN 7. Kimyasal Çevrenin Geliştirilmesi
7.1. Giysilerin Güvenilirlik ve Kalitesinin Artırılması
7.2. Oyuncak Güvenilirliğinin Artırılması

7.3. Kozmetiklerin / Deterjanların Güvenilirliğinin Artırılması
7.4. Kimyasal Maddelerin Güvenliğinin Sağlanması

BİLEŞEN 8. Tıbbi Cihaz ve Ürünlerin Güvenli ve Akılcı Kullanımının Geliştirilmesi
8.1. Tıbbi Ürünlerin (Biyolojik Ürün ve İlaçlar) Güvenilirliğinin Artırılması
8.2. Tıbbi Cihazların Güvenilirliğinin Sağlanması
8.3. Mikro ve Nanoteknoloji ile Üretilmiş Malzemelerin Güvenli Kullanımının Sağlanması
8.4. Bitkisel Ürünlerin Güvenilirliğinin Sağlanması

BİLEŞEN 9. Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Yönetiminin Geliştirilmesi
9.1. Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Yönetimi
9.2. Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörlerinin Azaltılması
9.3. Kanserden Korunma
9.4. Ruh Sağlığının Korunması ve Geliştirilmesi
9.5. Genetik Hastalıkların Önlenmesi

BİLEŞEN 10. İş Sağlığının Geliştirilmesi
10.1. İş Sağlığının Geliştirilmesi
10.2. Gayrisıhhi Müesseselerin Etkilerinin Azaltılması

BİLEŞEN 11. Afetlere Hazırlıklı Olma ve Kazaların Önlenmesi
11.1. Ulaşım Güvenliğinin Geliştirilmesi
11.2. Kazaların Önlenmesi ve İlkyardım
11.3. KBRN ve Biyoterörizmin Etkilerinin Azaltılması
11.4. Afetlere Hazırlıklı Olma ve Müdahale

BİLEŞEN 12. Kanıta Dayalı Sağlık İletişiminin Geliştirilmesi
12.1. Sağlık İletişiminin Geliştirilmesi
12.2. Sağlık Bilişiminin Geliştirilmesi

BÖLÜM 2
Tedavi ve Rehabilite Edici Sağlık Hizmetlerinde Çok Paydaşlı Yaklaşım
Çalışılan Konular
Ağız ve Diş Sağlığı
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Dermatolojik Sorunlar
Endokrin Sistem
Enfeksiyon Hastalıkları
Genitoüriner Sistem
Göz Sağlığı
Hematolojik Sorunlar
İmmünolojik ve Allerjik Sorunlar
Kadın Hastalıkları ve Doğum
Kardiyovasküler Sistem
Kas, İskelet ve Bağ Dokusu
Kulak Burun Boğaz
Nörolojik Sistem
Onkolojik Sorunlar
Psikiyatrik Sorunlar
Sindirim Sistemi
Solunum Sistemi Sorunlarının Yönetimi
Sosyal Pediatri

Sporcu Sağlığı
Yaralanmalarda Sağlık Hizmetleri
Yoğun Bakım Hizmetleri
Zehirlenmeler
Yaşlı Bakımında Sağlık Hizmetleri

Çalışılan Özel Konular
Laboratuvar Hizmetleri
Kan ve Kan Ürünleri Hizmetleri
Organ Bağışı ve Nakli Hizmetleri
Acil Durumlar ve Afetlerde Sağlık Hizmetleri
Hasta Hakları
Hasta Güvenliği
Sağlık Araştırmaları
Sağlık Hizmeti Sunumunda Kültürel Yaklaşım
Sağlık Hizmeti Sunumunda İnsan Kaynakları
Sağlık İletişimi

Bölüm 2- Bileşenler
Bileşen 1. Sağlık Sorunları ve Hastalıkların Yönetimi
1.1. Toplumun Bilgilendirilmesi
1.2. Riskli Grupların Bilgilendirilmesi ve Önleme
1.3. Riskli Gruplarda Erken Tanı
1.4. Sağlık Sorunları ve Hastalıklarda Tanı
1.5. Yeni Tanı Konulan Hastalarda Ayaktan Tedavi
1.6. Yeni Tanı Konulan Hastalarda Yataklı Tedavi
1.7. Hastalığa Bağlı Komplikasyonlarda Erken Tanı,
Müdahale ve İzlem
1.8. Hastalığa Bağlı Komplikasyonlarda Rehabilitasyon
1.9. Hastalıklarda Palyatif Bakım
1.10. Acil Müdahale Gereken Durumlar

Bileşen 2. Laboratuvar Hizmetleri ile Kan ve Kan Ürünleri Hizmetlerinin Geliştirilmesi
2.1. Laboratuvar Hizmetlerinin Geliştirilmesi
2.2. Kan ve Kan Ürünleri Hizmetlerinin Geliştirilmesi
Bileşen 3. Organ Bağışı ve Organ Nakli Hizmetlerinin Geliştirilmesi
Bileşen 4. Acil Durumlar ve Afetlerde Sağlık Hizmetlerinin Organizasyonu
Bileşen 5. Hasta Hakları ve Hasta Güvenliği
5.1. Hasta Haklarının Geliştirilmesi
5.2. Hasta Güvenliğinin Geliştirilmesi

Bileşen 6. Sağlık Araştırmaları ve Sağlık Hizmeti Sunumunda Kültürel Yaklaşım
6.1. Sağlık Araştırmaları
6.2. Sağlık Hizmeti Sunumunda Kültürel Yaklaşımın Geliştirilmesi
Bileşen 7. Sağlık Hizmeti Sunumunda İnsan Kaynakları Yönetimi
Bileşen 8. Sağlık İletişiminin Geliştirilmesi

Uygulama Örnekleri
Sağlık durumu evden çıkmaya müsait olmayan morbid obez, diyabet ve çeşitli malformasyonları olan kişilerin ve onlara bakanların medikal, sosyal ve ruhsal sorunlarının çözülmesi, rehabilitasyonlarının sağlanması.
Psikiyatrik bozukluğu olan yaşlı, bakım hastalarına bakım ve barınma imkânları sağlanması.
Terminal dönemdeki hastalar için evde palyatif bakım uygulamalarının geliştirilmesi ve yaşam kalitelerinin arttırılması.
Hastalara özbakım uygulamalarına yönelik eğitimler verilmesi…

ÇPSSGP
E. Programın Ulusal Politika Haline Gelmesi
Sağlık Bakanlığı
2010-2014
Stratejik Planı
2013-2017
SB Stratejik Planı
Health
2020
Çok Paydaşlı Sağlık Sorumluluğunu Geliştirme Programı.

Kalkınma Bakanlığı
10. Kalkınma Planı'nda (2014-2018) Sağlık Politikaları başlığının ilk maddesi:
"Koruyucu sağlık hizmetleri çok paydaşlı bir yaklaşımla gerçekleştirilecektir."

Neler yapıldı?
Yaklaşık 1200 katılımcı ile birçok çalıştay icra edildi.
138
Sağlık Bakanlığı Çalışanı
24
5 günlük Çalıştaylar
37 Üniversite
235 Akademisyen
134 Kurum
386 Temsilci

Programın yazımı tamamlandı
14 Cilt
1218 Hedef
3168 Sayfa

Uygulamaya geçmek için mevzuat oluşturuldu
2014/21 sayılı Başbakanlık Genelgesi 23 Aralık 2014 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğü girdi.

Yönetim modeli oluşturuldu

F. Yönetim Modeli

ÇOK PAYDAŞLI SAĞLIK POLİTİKALARI
YÜKSEK KONSEYİ
BAŞBAKAN
Sağlık Bakanı
Kalkınma Bakanı
Maliye Bakanı
Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı
Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanı
Çevre ve Şehircilik Bakanı
Milli Eğitim Bakanı
İçişleri Bakanı
Dışişleri Bakanı
Gençlik ve Spor Bakanı
Aile ve Sosyal Politikalar Bakanı
Bilim, Sanayi ve Teknoloji Bakanı
Kültür ve Turizm Bakanı

ÇOK PAYDAŞLI SAĞLIK POLİTİKALARI
İCRA KURULU
Sağlık Bakanlığı Müsteşarı (BAŞKAN)
Kalkınma Bakanlığı Müsteşarı
Maliye Bakanlığı Müsteşarı
İçişleri Bakanlığı Müsteşarı
Dışişleri Bakanlığı Müsteşarı
Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Müsteşarı
Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı Müsteşarı
Çevre ve Şehircilik Bakanlığı Müsteşarı
Milli Eğitim Bakanlığı Müsteşarı
Gençlik ve Spor Bakanlığı Müsteşarı
Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Müsteşarı
Bilim, Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı Müsteşarı
Kültür ve Turizm Bakanlığı Müsteşarı
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanı
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Başkanı
Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü
Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanı
Türkiye Belediyeler Birliği Başkanı
Türkiye Yeşilay Cemiyeti Başkanı
Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği Başkanı

Uygulama Koordinatörlüğü; ÇPSSGP'yi yürütmekle görevlidir, programın yürütülmesi ile ilgili faaliyetler, kurumlar arası işbirliği ve koordinasyondan sorumludur.

	Bölüm 1	**Bölüm 2**	**Toplam**
Komisyonlar	12 ana bileşen	8 ana bileşen	20
Alt Çalışma Grubu	43 alt bileşen	16 alt bileşen	59

Sağlık Bakanlığı, yapılanmaya ilişkin çalışmaları yürütmektedir.
Diğer Bakanlıkların ve kurumların da program dokümanını değerlendirerek programın yürütülmesine ilişkin düzenlemeleri yapmaları gerekmektedir.

2.OTURUM

EVDE SAĞLIKTA YEREL YÖNETİM İŞ BİRLİĞİ

Dr. Ayşe Nuray TOSUN
Bursa Halk Sağlığı Müdürlüğü Evde Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Merkezi Sorumlu Hekimi

Bursa Evde Sağlık Hizmetleri
Artan yaşlı nüfusun ve buna bağlı olarak kronik hastalıkların artacağı göz önünde bulundurulursa, evde sağlık hizmetlerine ihtiyacın artacağı ve önem kazanacağı aşikârdır.
Geleneksel toplumlarda yaşlı azınlık; bilge iken, şimdiki toplumda yaşlılar yük olarak görülüyor.
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. Yaşlı bağımlılık oranı 2014 yılında %11,8 oldu.(TÜİK)

Bursa Evde Sağlık Hizmetleri
TÜİK verileri göz önünde bulundurularak yapılan araştırmada 65 yaş üzerinde bulunan Bursa ili nüfus verileri:

BURSA İLİ 2014 YILI NÜFUS VERİLERİ

Yaş	Cinsiyet	Nüfus Sayı	Toplam
65+	Kadın	76.836	138.024
	Erkek	61.188	

Bursa Evde Sağlık Hizmetleri; 14.09.2010 tarihinde İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde kurulmuş, daha sonra 19.03.2012 tarihinde Halk Sağlığı Müdürlüğünün yapılanmasında Toplum Sağlığı Hizmetleri Şube Müdürlüğüne bağlı olarak yer almıştır.

Evde Sağlık Hizmetleri Değerlendirme Komisyonu
Evde Sağlık Hizmetleri Değerlendirme Komisyonu her ayın ilk haftası düzenli olarak toplanmaktadır. Toplantılarımıza Büyükşehir Belediyesi Sağlık İşleri Müdürünü de davet ediyoruz.

PROTOKOL
18.06.2015 Tarihinde Evde Sağlık Ve Sosyal Destek Hizmetlerinin İşbirliği İçinde Yürütülmesine Dair Protokol Sayın Valimiz Münir KARALOĞLU'nun huzurunda imzalanmıştır.
Bu protokol kapsamında Bursa Halk Sağlığı Müdürlüğü Koordinasyonunda faaliyet gösteren evde sağlık hizmetleri birimleri tarafından; bakıma muhtaç olduğuna yada sosyal destek hizmeti almasının uygun olacağına kanaat getirilen hastalar ve/veya hasta yakınları hizmet ihtiyaçları gözetilerek ve onamları alınarak Bursa Aile Sosyal Politikalar İl Müdürlüğüne bağlı olarak faaliyet gösteren hizmet sunucularına, kişisel bakım, temizlik, ev ve çevre temizliği, tadilat ve tamirat, yemek ve ayni yardım gibi ihtiyaçları olan hastalar ve/veya hasta yakınları hizmet ihtiyaçları gözetilerek ve onamları alınarak Bursa Büyükşehir Belediyesine bağlı olarak faaliyet gösteren hizmet sunucularına bildirilmektedir.

Evde Sağlık ve Sosyal Hizmetleri Değerlendirme Komisyonu
Evde Sağlık ve Sosyal Hizmetleri Değerlendirme Komisyonu kurulup ilk toplantısını 18.06.2015 tarihinde yapılmıştır.
Komisyonumuzun toplantısından sonra, imzalanan protokolünde gereği olarak paydaşlarımız olan; Bursa Büyükşehir Belediyesi, Bursa Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü, EVSAD Bursa Temsilciliği ile toplantılar düzenledik.

Kaymakamlık ve Muhtarlar ile Yapılan Çalışmalar
Sağlık Bakanlığı İle İlgili İş ve İşlemlerden sorumlu Vali Yardımcımızın başkanlığında tüm ilçe kaymakamlarımızla evde sağlık hizmetleri bilgilendirme toplantısı düzenlendi.
Valilik aracılığı ile yazışma yaparak, tüm kaymakamlıklarımıza ve muhtarlıklarımıza evde sağlık hizmetleri ile ilgili bilgi verildi. Muhtarlarımızın mahallelerindeki ihtiyaç sahibi hastaları Evde Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Merkezine bildirmelerini istenildi.

Bursa Büyükşehir Belediyesi ile Yapılan Çalışmalar
18.06.2015 tarihinde imzalanan protokolden sonra Sağlık Bakanlığınca sunulan Evde Sağlık Hizmetleri ile Bursa Büyükşehir Belediyesi Evde Bakım Hizmetleri koordineli çalışmaya başlamıştır.
Amacımız; bütün sağlık hizmeti başvurularının 444 38 33 numaralı hatta yapılıp, Büyükşehir Belediyesince sunulan hizmetin ve Sağlık Bakanlığınca sunulan Evde Sağlık Hizmetinin koordineli bir şekilde sunulup mükerrer hizmetin engellenmesi ve Bursa Büyükşehir Belediyesi Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığınca sunulan hizmetlerden ihtiyaç sahibi hastaların faydalanmasıdır.

Bursa Büyükşehir Belediyesi Tarafından Yapılan Çalışmalar
EVDE VERİLEN SAĞLIK HİZMETLERİ
Sosyal inceleme ziyareti,
Hekim ziyareti,
Hemşire ziyareti,
Bakım destek ziyareti,
Psikolojik destek ziyareti,
FTR Uzman Hekim ziyareti,
Fizyoterapist ziyareti,
Ambulansla hasta nakil hizmeti şeklindedir.

Bursa Büyükşehir Belediyesi 2015 Yılı Ambulans ve Ekip Sayısı
36 binek aracı, 12 ambulansı olmak üzere toplamda 48 evde bakım ekibi mevcuttur.

AMBULANS SAYISI	ŞEHİR İÇİ	ŞEHİR DIŞI	TOPLAM
12	5.492	212	5.704

Bursa Büyükşehir Belediyesi ile Yapılan Çalışmalar
Bursa Büyükşehir Belediyesi Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığınca;
Gıda, yakacak, yol yardımı, eşya yardımı, tıbbi araç (akülü-tekerlekli sandalye), ev temizliği hizmeti verilmektedir.
2015 yılında 134 kişiye 498 kez ev temizliği hizmeti verilmiştir.
2015 yılında 13.298 kez bakım-destek (kişisel bakım) hizmeti verilmiştir.

Bursa Büyükşehir Belediyesince Sunulan Kişisel Bakım Hizmetleri
Bursa Büyükşehir Belediyesince Sunulan Ev Temizliği Hizmetleri
Kullanmadığınız Eşyaları Getirin İhtiyacı Olanları Sevindirin…

Nilüfer Belediyesi'nce; 2. El Eşya Toplama Projesi, Sosyal Yardım İşleri Müdürlüğü Sosyal Yardım Bürosu tarafından yürütülmektedir. Evlerde kullanılabilir durumda olup, kullanılmayan ihtiyaç fazlası malzeme/eşyalar evlerden alınarak ihtiyacı olanlara ulaştırılmaktadır. İhtiyaç sahibi hastalarımız için Nilüfer Belediyesi ile bağlantı kurulup ev eşyası temini yapılmaktadır.

Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü İle Yapılan Çalışmalar
Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü ile Dostluk Kapısı Projesinde birlikte çalıştık.
Dostluk Kapısı Projesi; Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğünden Evde Bakım Ücreti alan hasta yakınlarının eğitilmesini amaçlayan, Bursa Valiliği koordinasyonunda Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğünün yürütücülüğünde hazırlanan BEBKA (Bursa Eskişehir Bilecik Kalkınma Ajansı) desteğiyle 18 ayda yürütülen bir projedir.

PROJENİN AMACI
İlimizin 6 ilçesinde (Osmangazi, Gürsu, İnegöl, Mustafakemalpaşa,Keles)
Evde bakıma muhtaç engelli/yaşlıya bakanların ailelerine 6 saatlik,
İlgili konularda(Sağlığı ,Fiziksel Koşulları,Duyguları,Sosyal Hayatı Yönetme Modülü,Dini Değerler Modülü),
Yüz yüze eğitimler, hazırlanacak rehber kitaplar aracılığıyla,
Fiziksel, psikolojik, sağlık, ekonomik durumlarını yönetebilme becerileri kazandırarak yaşam kalitelerini yükseltme olarak belirlenmiştir.

EĞİTİMİN HEDEF KİTLESİ

Ağır engelli grubundan, belirli bir ücret kriterine uyan, engellisine kendi ortamında bakabilen ve bunun karşılığında evde bakım ücreti alan ailelerdir.
Evde bakım aylığı alan kişi.
Evde bakım aylığı almadığı halde engelli ile aynı ev ortamında yaşayan engellinin bakımından sorumlu diğer kişi.
Bursa Büyükşehir Belediyesi ve Bursa Halk Sağlığı Müdürlüğünden evde bakım, sağlık hizmeti alan hasta/engellinin yakını.

Bu eğitimlerde Evde Sağlık Hizmetleri olarak sağlık eğitim modülünde; ev ortamında engelli yakınının ihtiyaç duyabileceği kişisel sağlık, sağlıklı beslenme, uygun giyim, gıda sağlığı, çevre sağlığı, temel ilk yardım bilgileri, sağlık ve hijyen kurallarına uygun koşullara dair engelli yakınlarını bilgilendirdik.
Bu projede 55 gün süresince 3.276 hasta yakınına eğitim verilmiştir.
Evde Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Merkezince;
Evde bakım aylığına ihtiyacı olan,
Sosyal destek ve kurum bakımı altına alınmasına kanaat getirilen
hastalar ve/veya hasta yakınları, onamları alınarak Bursa Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğüne veya 183 numaralı telefon hattı ile Aile, Kadın, Çocuk, Özürlü ve Sosyal Hizmet Danışma Hattı'na bildirilmektedir.

EVSAD ile Yapılan Çalışmalar

Bursa EVSAD Temsilciliği ile Evde Sağlık Hizmetleri ekipleri tarafından evde sağlık hizmeti verilen hastalarımıza ev ziyaretleri gerçekleştirildi.
İhtiyaç sahibi hastalarımıza karyola ve yatak dağıtıldı.
Evde Sağlık Hizmeti alan hastalarımıza gıda, giyim ve nakdi yardımı yapıldı.

444 38 33 Numaralı Başvuru Hattının Bilinirliğini Artırmak İçin Yapılan Çalışmalar

Evde Sağlık Hizmetleri tanıtım videosu hazırlandı. Tüm Aile Sağlığı Merkezlerine, Toplum Sağlığı Merkezlerine, Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine gönderildi.
Billboard, afiş ve raket çalışması yapılıp, Bursa Büyükşehir Belediyesi'ne ait billboard ve raketlerde yayınlanmaktadır.
Evde Sağlık Hizmetleri tanıtım broşürü hazırlandı.
10.000 adet mıknatıslı magnet görseli hazırlanıp, tüm aile sağlığı merkezlerine gönderildi.

4.613 hastamızın cep telefonuna **"Sağlık Bakanlığına bağlı Evde Sağlık Hizmetleri ile ilgili ayrıntılı bilgi almak ve hizmet taleplerinizi iletmek için 444 38 33 numaralı telefonu arayınız.**" mesajı peyderpey gönderildi.

Çağrı Merkezi Çalışmalarımız

444 38 33 Numaralı telefon hattına gelen çağrıların karşılandığı, evde sağlık hizmetleri koordinasyon merkezine; vatandaşlarımıza daha kaliteli hizmet sunabilmek için çağrı merkezi (arayanları bekleten, gelen tüm çağrıları kaydedebilen, raporlama özelliği vb. olan) santral sisteminin temin edilmesi çalışmaları devam etmektedir.
Koordinasyon merkezi tarafından hastalarımıza yapılan geri aramalarda da, koordinasyon merkezinin kullandığı telefon numaraları yerine 444 38 33 numarasının görünmesi ile ilgili yapılan çalışmalarımızda devam etmektedir.

EVDE SAĞLIK VE SOSYAL HİZMET UYGULAMALARI

Dr. Muzaffer SARAÇ
İstanbul Büyükşehir Belediyesi Sağlık Daire Başkanı

İstanbul…
Türkiye nüfusu 77.695.904 kişidir.
Toplam nüfusun yaklaşık %20'si İstanbul'da ikamet etmektedir.

Neden EVDE SAĞLIK?
Yaşlı Nüfus Oranı
Kronik Hastalıklar
Toplumun ve Bireylerin Sağlık Hizmet Sunumundaki İhtiyaç ve Beklentileri

Türkiye'de Mevcut Durum
Ülkemizde ES Hizmetleri yeni yaygınlaşmaktadır.
ESH sunumunun nasıl yapılacağına dair belirlenmiş bir model yoktur.
ESH; Sağlık Bakanlığı, Yerel Yönetimler, STK ve Özel Sektör tarafından farklı kitlelere farklı şekillerde verilmektedir.
Kurumlar arası entegrasyon ve ortak veri tabanı bulunmamaktadır.
Hizmetleri verecek yetişmiş insan kaynağı yeterli değildir.

MEVZUAT
10.03.2005 tarih 25751 Sayılı Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik.
01.02.2010 tarihinde 3895 sayılı Bakan onayı ile "Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge".
18.02.2011 tarih 7818 sayılı ES Hizmetlerinin Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri Merkezlerinden Alınması Hakkında Genelge.
18.01.2012 Tarih 2620 Sayılı Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge.
27 Şubat 2015 Tarih 29280 Sayı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik.

İstanbul Büyükşehir Belediyesi'nde Evde Sağlık ve Sosyal Hizmet
İstanbul Büyükşehir Belediyemiz 2002 yılında Evde Sağlık ve Sosyal Hizmetlerini sunmaya başlamıştır.
Hizmetler tüm İstanbul halkının yararlanabileceği şekilde ücretsiz olarak sunulmaktadır.

SOSYAL ÇALIŞMA
Yapılan başvuruların adreslerine ziyaret yapılıp hastanın sosyal durumu tespit edilmektedir.
Ayrıca, başvuru yapan bireylerin ihtiyacı oldukları hizmetler için İBB'nin ve devletin sosyal yardım birimlerine yönlendirmesi yapılıp sonucu takip edilmektedir (Maddi yardım, ev eşyası temini, yeşilkart başvurusu, vb.).

DOKTOR ZİYARETİ
Evde Sağlık Hizmetleri kapsamındaki hastalara, evlerinde doktor ziyaretleri düzenlenerek muayeneleri yapılmakta, bakım direktifleri verilmekte ve gerekli durumlarda hastaneye yönlendirilmesi sağlanmaktadır.

HEMŞİRE HİZMETLERİ
Yara bakımı.
Sonda.
Damar yolu.

Enjeksiyon.
Kan alımı vb.
FİZYOTERAPİ
PSİKOTERAPİ
NAKİL (AMBULANS) HİZMETİ
EV ve KİŞİSEL TEMİZLİK
REFAKAT
Hastanede tedavi gören hiçbir yakını bulunmayan hastalarımıza, hastanede yattıkları süre boyunca refakatçi eşlik etmektedir.
Ayrıca, evde refakat hizmeti de vardır.

Evde Sağlık Hizmetleri
2002-2015 Hizmet Sayıları

	2002 - 2015 (Kasım)
Hizmet Verilen Kişi Sayısı	**198.208**
Sağlık- Sosyal Ön Değerlendirme	**623.893**
Evde Doktor Muayenesi	**310.568**
Hemşire Bakım	**798.966**
Fizyoterapi	**164.206**
Psikolojik Danışmanlık	**30.683**
Hane/ Kişisel Bakım	**14.591**

SAĞLIK BAKANLIĞI
2013 Yılı
Aktif Dosya Sayısı 30.000 hasta.
Ayda yaklaşık 8.700 ; Yılda 104.400 ziyaret.
Kişi başı ziyaret sayısı ortalama 3,5
Birim Sayısı :56 Ekip
34 Uzman ,15 Pratisyen,75 Hemşire,20Tıbbi Sekreter, 7 FTR, 6 Diyetisyen, 5 Psikolog,11 Sosyal Çalışmacı, 3 ATT, 45 Şoför.
TOPLAM: 221 Personel
42 Binek Araç, 12 Nakil Ambulans.
2014 Yılı
Aktif Dosya Sayısı 31.361 hasta.
Ayda yaklaşık 7.957; Yılda 95.485 ziyaret.
Kişi başı ziyaret sayısı ortalama 3
Birim Sayısı : 58

2015 Yılı
Aktif Dosya Sayısı 34.874 hasta.
Ayda yaklaşık 9.152 ; Yılda 109.828 ziyaret.
Kişi başı ziyaret sayısı ortalama 3.15
Birim Sayısı : 59

İstanbul Büyükşehir Belediyesi
Yılda 8.479 hasta.
Ayda yaklaşık 12.168; yılda 146.025 ziyaret.

Kişi başı ziyaret sayısı ortalama 17
TOPLAM: 171 Personel
5 Pratisyen, 35 Hemşire,12 FTR, 3 Psikolog, 11 Sosyal Çalışmacı, 11 ATT, 11 Bakım Destek, 9 Yardımcı Personel, 65 Şoför, 9 İdari ve Destek Personel.
64 Binek Araç, 11 Nakil Ambulans, 3 Hafif Ticari.
Yılda 8.479 hasta,
Ayda yaklaşık 12.168; yılda 146.025 ziyaret.
Kişi başı ziyaret sayısı ortalama 17

TOPLAM: 171 Personel
5 Pratisyen, 35 Hemşire,12 FTR, 3 Psikolog, 11 Sosyal Çalışmacı, 11 ATT, 11 Bakım Destek, 9 Yardımcı Personel, 65 Şoför, 9 İdari ve Destek Personel

64 Binek Araç, 11 Nakil Ambulans, 3 Hafif Ticari.

İSTANBUL GENEL VERİLERİ
İstanbul Evde Bakım Ücreti Alan Kişi Sayısı
51.793*
Sağlık Bakanlığı Türkiye Evde Sağlık Hizmeti İçin
Hedef Hasta Sayısı
150.000
Sağlık Bakanlığının İstanbul Hedefi
15.000 - 30.000

* 2015 Ekim Ayı Verisidir.

Sağlık Bakanlığı
31.361 Kişi , 95.485 Ziyaret.
Ort .: 3 Ziyaret.

İstanbul Büyükşehir Belediyesi
8.500 Kişi,146.000 Ziyaret, Ort.: 17 Ziyaret.
İstanbul İçin Bir Yılda 40.000 Hasta, 700.000 Ziyaret

ANA SORUNLAR
Hizmeti Kim Sunacak?
Hizmetlerden Kimler Yararlanacak?
Bu Hizmetler Nasıl Sunulacak?
Finansmanı Hangi Kaynaklardan Sağlanacak?

EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ
İSTANBUL MODELİ

ÖNERİLER
Tek Merkezden Yönetim.
Hizmet Standartlarının Oluşturulması.
Kurumların Entegrasyonu ve Koordinasyonu.
Ortak Finansman Sağlanması.
Ortak Veri Tabanı Oluşturulması .

HİZMETLER
DOKTOR DEĞERLENDİRİLMESİ
Evde Tıbbi Değerlendirme.
HEMŞİRELİK HİZMETLERİ

Yara bakımı.	Ostomi bakımları.
Post-op bakım.	Parenteral uygulamalar.
Sonda takılması ve bakımı.	Eğitim ve danışmanlık.

FİZYOTERAPİ BAKIMI
Hastalığın ve hastanın durum- gelişimine göre;
Aktif ve pasif hareketler.
Cihaz kullanımlı egzersizler – elektroterapi.
Solunum ve dolaşım sistemi rehabilitasyonu.
Hasta ve yakınlarının eğitimi ve ev programları.

PSİKOLOJİK DANIŞMANLIK HİZMETİ
Hasta ve/veya hasta yakınına psikolog tarafından yapılan ziyaretlerle sosyal ortamında psikolojik danışmanlık verilmesi.

BAKIM DESTEK HİZMETLERİ
Kişisel hijyen bakımları verilmesi.
Günlük aktivitelerinde destek olunması.
Hane temizlik hizmetleri.
HASTA NAKİL
Hasta nakil araçları ile evden hastaneye, hastaneden eve nakil sağlanması ve hastanede işlemlerinin takip edilmesi.
REFAKAT
Hastanede kalan kimsesiz hastalara refakat hizmeti sağlanması.

İSTANBUL İLİ 40.000 HASTA İÇİN ÖNGÖRÜ
Organizasyon ve İş Akış Şemaları.
Birim Sayısı.
Personel Sayısı + Maliyet.
Araç Sayısı + Maliyet.

BİRİMLER

SAYI	
AVRUPA YAKASI	6
ANADOLU YAKASI	4
TOPLAM	10

Gerekli Personel
İdari Kadro.
Sosyal Hizmet Uzmanı.
Pratisyen Doktor.
Uzman Doktor.
Hemşire.
Fizyoterapist.
Psikolog.
Diyetisyen.
ATT.
Yaşlı Bakım Teknikeri/Evde Hasta Bakım Teknikeri.
Refakat Personeli.
Denetim Personeli.
Lojistik Personeli.
Bilgi İşlem Personeli.
Çağrı Personeli.
Şoför.

Personel Maliyeti -1

Kadro	Kişi Sayısı	Maliyet
Evde Sağlık Koordinatörü	1	300.000,00 TL
Personel Sorumlusu	1	216.000,00 TL
Bilgi İşlem Koordinatörü	1	72.000,00 TL
Merkez Sorumlusu	10	660.000,00 TL
Bölge Sorumlusu Hemşire	2	132.000,00 TL
İdari İşler Sorumlusu	2	132.000,00 TL
Uzman Doktor	6	1.296.000,00 TL
Bölge Sorumlusu Doktor	3	540.000,00 TL
Doktor	30	4.860.000,00 TL
Hemşire	140	8.904.000,00 TL
Fizyoterapist	55	6.534.000,00 TL
Psikolog	14	856.800,00 TL

Personel Maliyeti -2

Kadro	Kişi Sayısı	Maliyet
ATT	50	2.760.000,00 TL
Diyetisyen	2	132.000,00 TL
Bakım Destek Personeli	50	2.322.000,00 TL
Bilgi İşlem Personeli	2	104.880,00 TL
Destek Personel	26	1.363.440,00 TL
Yardımcı Personel	50	2.070.000,00 TL
Şoför	310	14.322.000,00 TL
Denetim	10	660.000,00 TL
Sosyal Çalışmacı	20	1.135.200,00 TL
Call Center	40	1.848.000,00 TL
Toplam	**825**	**51.220.320,00 TL**

Araç Maliyeti

Tip	Sayı	Birim Maliyet
Binek Araç	265	3.370.800,00 TL
Hasta Nakil Ambulansı	50	3.720.000,00 TL
Hafif Ticari Araç	27	353.160,00 TL
Toplam	342	7.443.960,00 TL

YAKIT	Litre	Maliyet
	820.800	3.137.125,42 TL.

Diğer Maliyetler

Tıbbi Sarf Malzeme	4.183.674,15 TL
Bilgisayar	172.933,18 TL
10 Ünite Maliyeti	1.589.355,90 TL
TOPLAM	**5.945.963,23 TL**

Merkez İdari Birim eklenmemiştir.

KONYA BÜYÜKŞEHİR BELEDİYESİ SOSYAL HİZMET UYGULAMALARI

Mehmet Atilla ŞİRİN

Toplumların sosyal refahı ve huzuru ile ilgili faaliyetlerle doğrudan sorumlu olan belediyeler, vatandaşlarımızın güven ortamında rahat yaşam koşullarında hayatlarını idame ettirebilmeleri için faaliyet alanları oluşturmalıdır. Sosyal belediyeciliği ön plana çıkaran bir anlayışla halkımızın ihtiyaçlarına çözümler geliştirmek şehrimiz adına yapılacak hizmetler sıralamasında en önlerde yer almalıdır. Sosyal belediyecilik insanın doğumundan önce başlayıp doğumundan sonra da devam edip, vefatına kadar hayatın her safhasını içine alan bir anlayışı kapsamaktadır.

Zira devletin '' Sosyal devlet'' vasfına sahip olması, halkın sosyal refahıyla ilgilenmesini ve bu amaçla sosyal politikalar geliştirip uygulamasını gerektirdiği gibi, belediyelerde birer kamu kurumu olduklarından, onların da halkın sosyal refahıyla ilgilenmeleri temel görevleri arasında yer alır.

SOSYAL BELEDİYECİLİK ANLAYIŞIMIZ

Anayasal bir görev olan sosyal devlet prensiplerini hayata geçirmek
Kentin imkanlarını şehir sakinleriyle paylaşmak.
Şehirde aç ve açıkta kimseyi bırakmamak.
Güven ortamında mutlu ve huzurlu bir şehir.
Fiziki, Sosyal ve Kültürel Belediyecilik birlikteliği.

SOSYAL HİZMET ANLAYIŞIMIZ

- Şehir imkanlarını ve değerlerini adil bir şekilde şehirli ile paylaşmak.
- Teknolojik imkanları kullanarak dijital hizmet.
- Mahallinde hizmet.
- İnsan onurunu zedelememek.
- Sağ elin verdiğini sol elin görmemesi prensibi.

SOSYAL HİZMET UYGULAMALARIMIZ

Gıda yardımı Sosyal kart.
Ekmek yardımı.
Su Faturası yardımı.
Ücretsiz Şehir İçi Toplu Ulaşım desteği.
Eğitim desteği.
Nakdi yardım.
Sağlık yardımı.
Evde bakım.
Alo doğum.
Alo Cenaze.
Medeniyet okulu.
Kadem.
Komek.
Birebir eğitim ve rehberlik desteği.
Engelsiz mekanlar projesi.
Özel Gençler Mehter Takımı.

Gıda yardımı - Sosyal Kart

Toplam 10.744 aile 48.348 kişi faydalanmakta.

Ekmek Yardımı

Toplam 24.934 aile ye 20.697.970 adet ekmek.

Su Yardımı
Toplam 5.771 aileye 441.819 m³ su faturası ödendi.

Şehir İçi Toplu Ulaşım desteği
Toplam 5.051 kişiye – 1.660.968,080 TL.

Eğitim Yardımı
Toplam 117.092 öğrenci-32.885.787 TL.

Evde Bakım
2012 yılından bu güne toplam : 2.520 kişi.

Alo Doğum-Alo Cenaze
Toplam 44.458 kişi nakil yapıldı.

Nakdi yardım
Toplam 11.078 aile 1.931.537 TL ödeme.

Sağlık Yardımı
Toplam 10.288 Kişi 4.854 tüp ilaç verildi.

Medeniyet Okulu
Toplam 1.375.000 kişi.
İl geneli 1703 okulda 32 temel değer 400 bin adet dergi ve kitap 100 okulda 100 kütüphane ile başlıyor.

Kadem
Toplam 64.176 kişi.
KADEM seminerleri 3 yılda 64.176 kişiye eğitim verildi.

Komek Meslek Edindirme Kursları
11 yılda 175 branşta 287.466 kursiyere eğitim verildi.

Birebir rehberlik ve eğitim desteği
Toplam 766 öğrenci (10 yılda).
Özel Gençler Mehter Takımı
6 Ağustos 2014'te kuruldu.

Engelsiz Mekanlar
2010 yılında başladı.

SOSYAL HİZMET SUNULAN KİŞİ SAYILARI

SOSYAL HİZMET UYGULAMALARI
2015 yılında toplam hizmet verilen kişi 462.580.

SOSYAL HİZMET UYGULAMALARI
2015 yılının 11 ayında toplam toplam harcama 20.154.911 TL.

Sosyal programlar
365 gün sosyal içerikli programlarla halkın yanında halkla birlikte oluyoruz.

TOPLUM TEMELLİ EVDE SOSYAL BAKIM MODELİ, EVDE / KURUMDA YAŞAYAN YAŞLILARIN YAŞAM KOŞULLARI

İrem TUFAN
Türk Kızılayı, Sosyal Hizmetler Müdürlüğü

Yaşlılar yaşam koşullarındaki değişimler sonucu zarar görebilir duruma gelebilmekteler, bu yönüyle Türk Kızlayının hizmet verdiği öncelikli gruplar arasında yer almaktalar. Kızılay 1980li yıllarda huzurevlerini açmış ve gönüllüleri yoluyla Türkiye'nin her yerindeki Şubeleriyle ev ziyaretleri ile sosyal bakım sunmaya çalışmıştır. Sunumda içerik olarak öncelikle çalışmanın gerekçesini oluşturan yaşlı-yaşlılık ve aktif yaşlanma kavramlarına değinerek yaşlılık ilkeleri ve gereksinimleri ekseninde gerçekleştirilen çalışmanın öne çıkan bulguları aktarılmıştır. Sonrasında değerlendirme ve önerilere yer verilmiştir.

YAŞLILIK VE YAŞLANMA

Doğumla başlayan yaşlanma kaçınılmazdır!

65 yaşında başlayan yaşlılığı üretkenlik ve yeni deneyimler için fırsat oluşturacak bir evreye dönüştürmek elimizde(mi?)dir!

Başarılı- sağlıklı yaşlanma neyle mümkün olabilir?

Sağlıklı, katılımcı, üretken yaşlılar?
Düzgün/yeterli hizmet?
Toplumdaki algı?
Ev düzeni ?
Yeterli bakım?
İhmal/istismara uğrama riskine karşı güvenli ortam?

Yaşlanma, doğumla birlikte başlayan ve zamanın ilerlemesi ile ortaya çıkan, geriye dönüşü olmayan bir süreçtir. Doğumla başlayan yaşlanma kaçınılmazdır! 65 yaşında başlayan yaşlılığı üretkenlik ve yeni deneyimler için fırsat oluşturacak bir evreye dönüştürmek elimizde(mi?)dir! Günümüzde hayat standartları iyileşmekte ve tıbbi gelişmelerin ışığında bireyin yaşam süresi uzamaktadır. Uzayan yaşam süresinde

BAŞARILI BİR YAŞLANMA NEYLE MÜMKÜN OLABİLİR?

Sağlıklı, katılımcı, üretken, yaşamından memnun, geçmiş deneyimlerini yaşamına aktaran yaşlılara sahip miyiz?
Düzgün/yeterli hizmeti alıyorlar mı?
Toplumdaki algı yaşlıya ne ölçüde yansımaktadır?
Ev yaşlının kendi başına zorluk çekmeden yaşayabileceği düzene sahip mi?
Kendisine bakamayacak duruma geldiğinde bakım hizmetini aileden veya kurumdan alabilecek midir?
Yaşlının ihmal ve istismara uğrama riskine karşı güvenli bir ortam yaratılabiliyor mu?

60 yaş üstü yaşantımızda sıralanan bu soruların yanıtları olumlu ise aktif yaşlanma ve iyi yaşam koşullarından bahsedilebilir.
Ama maalesef bir çok toplumda yanıtlar olumsuz olabiliyor ve sorunlara yönelik de kapsayıcı (çevresiyle yaşlı) önleyici, koruyucu hizmetler yeterli olmuyor.

ULUSLARARASI DAYANAKLAR

DSÖ Yaşlı Gereksinimleri
Toplumsal Yaşama Katılım.
Sağlık-Bakım Hizmetlerine Evde ve Kurumda Erişim.
Ekonomik Yeterlilik.
Sosyal Güvence Varlığı.
Toplum Tarafından Kabul Görme- Saygınlık.

Karar Verme Mekanizmalarına Katılım.
Bağımsız Yaşamın Sürdürülmesi.
Güvenli Barınma Koşulları.
Sosyal Destek Sistemlerinin Varlığı.
Zarar Görebilirliğin Azaltılması.

Birleşmiş Milletler
Yaşlı ilkeleri
Bağımsızlık.
Katılım.
Bakım.
Kendini gerçekleştirme.
İtibar, saygınlık.

1991 'de Birleşmiş Milletler tarafından belirlenen ve ülkelerin ulusal programlarına adepte etmeleri istenen yaşlı ilkeleri ile yine DSÖnce belirlenen yaşlıların temel gereksinimlerinin yaşlı bireylerin yaşam koşullarının iyileştirilmesi- aktif yaşlanmaları ekseninde sınıflandırıldığı anlaşılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü de aktif yaşlanmayı; kişilerin yaşlandıkça yaşam kalitesinin düşmemesi için sağlık, topluma katılım ve güvenlik fırsatlarının en yüksek düzeyde sağlanması süreci olarak tanımlamakta ve tüm bireyler için bir hak olarak savunmaktadır. Bir çok toplumda yaşlı bireyler bazı olumsuz etiketlere maruz kalıp, saygınlığını yitirebilmektedir. Yaşlının kendini algılayış şeklinde de bu etiket/damgalamaların yansımaları görülmektedir. **Çoğu yaşlı, boş vakti bir fırsata dönüştürerek kullanmak yerine keyif aldığı etkinliklerden dahi vazgeçmektedir.** Yaşlı bireylerin maruz kaldıkları etiketlenme ve bu etiketlerin temelinde yatan sebepleri belirlemek de yaşlının kendini algılayış şeklini değiştirmek ve aktif yaşlanma sürecini etkin kılmak bağlamında oldukça önemli etkiye sahip. Birleşmiş Milletler Yaşlılık İlkeleri'nin yerine getirilmesi ve Dünya Sağlık Örgütü'nün belirlediği yaşlı gereksinimlerinin karşılanmasına yönelik kamusal hizmetlerin yanı sıra sivil toplumun çalışmaları önem kazanmaktadır. Sivil toplumun hem hizmet sunumuna hem de savunuculuk ve farkındalık etkinliklerine destek vermesi gerekmektedir.

KIZILAY/KIZILHAÇ YAŞLILIK HİZMETLERİ
Kızılay/Kızılhaç Federasyonu Strateji 2020 Hedefleri
- Toplumda olumlu imaj yaratılması.
- Kapasite geliştirilmesi: aktif yaşlanma, hayat boyu öğrenme, sağlıklı yaşam tarzı ve gönüllülüğün teşviki.
- Savunuculuk yapılması.
- Farkındalık yaratılması.
- Katılımın ve gönüllüğün desteklenmesi.
- Kuşaklararası yardımlaşmanın teşvik edilmesi.

Türk Kızılayı Toplum Temelli Evde Bakım ve Kurumsal Bakım
- Sağlık, Bakım, Ev işlerine Destek.
- Ulaşım ve Refakat Desteği.
- Piskososyal Destek.
- İstanbul- Düzce ve Balıkesir illerindeki huzurevi hizmetleri.

Küresel insani yardım kuruluşu olan Türk Kızılayı Uluslararası Kızılay ve Kızılhaç Dernekleri Federasyonu (IFRC) içinde önemli bir Ulusal Dernektir. Federasyonun yaşlılık ile ilgili aşağıdaki stratejik hedeflerini (IFRC Strateji 2020) kabul etmektedir.
Hedefler doğrultusunda;
1- Kızılay'a bağışta bulunmuş olup zaman içerisinde yoksunluk ve yardıma muhtaç durumda bulunan yaşlı bağışçılarımıza (300'e yakın) sosyal bakım hizmeti verilmektedir. Toplum temelli evde bakım modelimiz Birleşmiş Milletler'in benimsediği yaşlılık ilkelerini destekleyici niteliktedir. Bu modelde yaşlının sağlık hizmetlerinden yararlanması, ev işlerinde yardım alması, psikososyal olarak desteklenmesi, sosyal aktivitelere katılım için teşvik edilmesi sağlanmaktadır. Bu modeldeki ziyaret uygulaması gönüllülerin aktif katılımıyla gerçekleşmektedir. Böylelikle yaşlının, aldığı profesyonel yardımın yanında, gönüllüler ile gerçekleştireceği

iletişim sayesinde daha sağlıklı ve natürel bir sosyal destek siteminden yararlanması sağlanmış olacaktır. (949- 2014 yılı 104.000 TL.)
2-Evlerinde yalnız ya da bakıcı ile yaşamak istemeyen yaşlı bağışçılarımıza da 3 huzurevimizde (172 kişi) kurumsal bakım verilmektedir.
Yardımlarımız Kızılay'a gönül vermiş bağışçılarımızın bağışlarıyla gerçekleştirilmektedir. İhtiyaç sahipleri gibi bağışçılarımız da ilerleyen yaşlarında desteğe ve kurumsal olarak bakıma ihtiyaç duyabilmektedir. Sadece bağışçılarımız değil Kurumumuza gönül veren tüm yaşlılarımızı desteklemek ve onlar için elimizden geleni yapmak biz Kızılaycıların gönül borcudur. Genç bir toplum olarak tanımlanan ülkemizde bu değişimden etkilenmektedir. Bu dönüşüm, halen yaşlılara sunulmakta olan hizmetlerin başarı düzeyinin ve bunların nitelik ve çeşitliliğinde ortaya çıkan yeni beklentilerin saptanmasını, bu beklentiler doğrultusunda planlamaların yapılmasını önemli kılmaktadır. Yaşlanan ve özellikle yalnız yaşayan nüfusun sağlığının korunması, evde ya da uygun merkezlerde bakımının sağlanması, kentlerdeki sosyal hizmet kurumlarının ve geriatri hizmeti veren merkezlerin yetersizliği bir sorun haline gelmiştir. Kuruluşumuz yaşlı nüfusun söz konusu sorun ve gereksinimlerine yönelik koruyucu-önleyici, iyileştirici sosyal hizmet faaliyetlerini kesintisiz sürdürmektedir. Yaşlılarımız aileleri ve tüm toplum için eşsiz bir kaynak, bilgi hazinesidir. Onlara yönelik sunduğumuz çalışmalar; yaşlılarımızın kendileri ile barışık bir şekilde yaşamaları, toplumumuzdaki önemlerinin kavranması ve sosyal yaşama katılımlarının sağlanması amacı ile 'aktif yaşlanma' yaklaşımı temelinde yürütülmektedir.

TÜRK KIZILAYI YAŞLILIK HİZMETLERİ
TOPLUM TEMELLİ SOSYAL BAKIM;
Yerel düzeyde; şubelerimiz (700) merkezi düzeyde; Sosyal Hizmetler Müdürlüğümüz tarafından ekip çalışması ile yürütülmektedir.
Hemşire.
Sosyal Hizmet Uzmanı.
İdari Sorumlu.

Sağlık ve Bakım Desteği
- Sağlık masraflarının karşılanması.
- Reçetelerinin toplanması ve ilaçların temini.
- Rutin sağlık kontrollerinin yaptırılması.
- Hastane yatış süreçlerine destek.
- Enjeksiyon yapımı, tansiyon ölçümü vb.
- Temizlik ve kişisel bakımlarına destek.

Ulaşım ve Refakat Desteği
Hastane, alışveriş, banka vb. yerlere ulaşımlarının sağlanması.
Refakat etme.

Piskososyal Destek
1. Psikolojik Destek
Bireysel görüşmeler.
Anıların paylaşımı grup çalışması.
2. Sosyal Yardım
Ayni- Nakdi yardımlar.
3. Sosyal Etkinlikler
Yemek organizasyonları.
Yaşlılar haftası etkinlikleri.
Bayram ve Özel gün kutlamaları.
4. Cenaze- defin- taziye hizmetleri

KIZILAY YAŞLILIK ARAŞTIRMASI
Evde /Kurumsa Yaşayan Yaşlıların Yaşam Koşullarının Yaşlılık İlkeleri Ekseninde Değerlendirilmesi
Çalışmanın Amacı ve Önemi
Amaç: Kendi ev ortamlarında yalnız/aile üyeleri ile birlikte yaşayan ya da kurumda kalan Kızılay'a bağışta

bulunmuş yaşlıların yaşam koşullarını, yaşlılık ilkeleri ve temel gereksinimler ekseninde değerlendirmek ve toplum temelli evde bakım modeli geliştirmek.
Önem: Türk Kızılayı gibi küresel insani yardım kuruluşlarınca toplumsal farkındalık yaratılması, toplum temelli çalışmaların yaygınlaştırılması.

Bu sene içerisinde hizmet verdiğimiz yaşlı grubun mevcut aktif yaşlanma durumuna yönelik bir çalışma yürüttük.
Çalışma ile mekân, sosyoekonomik düzey, yalnız yaşama durumuna göre faklı profildeki yaşlıların yaşam koşullarını- aktif yaşlanma durumlarını yaşlılık ilkeleri ve temel gereksinimler ekseninde değerlendirmek ve model geliştirmek amaçlandı.
Bu genel amaç doğrultusunda çalışmanın yaş dostu program ve toplum temelli hizmetlerin geliştirilmesine yönelik farkındalık oluşmasına fırsat vereceği düşünülmektedir.

YAŞLILARIN YAŞAM KOŞULLARI ve AKTİF YAŞLANMA DURUMLARI
Örneklem: 80 yaşlı
75 yaş üstü.
%55 erkek, %44,3 kadın.
%65 emekli.
%52 asgari ücret üzerinde gelir.
%4 geliri yok.
Çoğunluğu ilk öğretim.

24 yaşlı (Evde)
Yalnız yaşayan: %71
Aile üyesiyle: %25
Bakıcı ile: %2

56 yaşlı (Huzurevinde)
Şişli Huzurevi: 14
Akçakoca Huzurevi: 22
Edremit Huzurevi: 20

YAŞLILARIN YAŞAM KOŞULLARI ve AKTİF YAŞLANMA DURUMLARI
Bulgular
Nesnel Yaşam Koşulları
Sosyo-ekonomik, demografik durumu.
Sağlık durumu.
Çevre-konut koşulları.
Bağımsız yaşam sürdürebilme.
Hizmetlerden yararlanma/ulaşabilme durumları.

Öznel Yaşam Koşulları
Yaşlılık- Sağlık algıları.
Kendini gerçekleştirme durumları.
Zarar görebilirlikleri.
Kararlara ve sosyal yaşama katılımları.
Saygınlık- itibar.
Boş zaman değerlendirme.

Aktif yaşlanma durumlarına yönelik analiz yapılması için evde ve kurumda yaşayan yaşlıların yaşam koşullarının ve aktif yaşlanma durumları ve ilkeleri odağında analizi için soru formu hazırlanmış ve sunudaki yaşam koşullarına yönelik bulgular yorumlanmıştır.

YAŞLILARIN YAŞAM KOŞULLARI

Mekan

Evde hayatı en çok zorlayan: Tutamak olmaması

Evde yaşayanlar kurum bakımı istemiyor!

Kurumda yaşayanların % 35,7 düzenli sağlık hizmeti aldıkları ve kimseye yük olmadıkları için huzurevini tercih etmektedir. (…kimseye yük olmak istemiyorum!)

Bağımsız Yaşam

%45,7'si bağımsız hareket edebiliyor.

En çok hastaneye gitmede tam bağımlılar. Yemek yapmak ve temizlik yapmakta kısmen bağımlılar.

Evlerinde yaşayanlar Kurumdakilere göre kendilerini daha bağımsız hissediyor.

Sorunlar

Sağlık sorunları (şeker, astım, tansiyon).

Yakınlarından ilgi görememek.

Mekanda hayatı en çok zorlayan durumun banyo ya da tuvalette tutamak olmaması. En çok ifade edilen durumdur.

Kendi ev ortamında yaşamlarını sürdürmek isteyenler sağlık hizmeti alabilmek adına Kurum bakımını tercih edebileceklerini belirtiyorlar.

Çoğunluğu yemek yapmak ve temizlik için başkasına bağımlı.

Evlerinde yaşayanlar Kurumdakilere göre kendilerini daha bağımsız hissediyorlar.

En çok dile getirilen sağlık sorunu. şeker, astım, tansiyon

İkinci sırada yakınlarından ilgi görememek.

Algı

Çoğunluğu yaşlılığı olumsuz bir süreç olarak algılıyor.

%58,6'sı kendini yaşlı hissetmiyor.

Yaşlılıkla ilgili en çok dile getirilen olumlu ifade 'saygı görmek' olumsuz ifade 'başkalarına muhtaç olmak'

Saygı- İtibar

Kendilerine saygı gösterilmediğini düşünüyor. (%81)

Sosyal destek sistemleri

Evde de kurumda da çoğunluğu ara sıra/sadece özel günlerde ziyaret ediliyor.

Yaşlıların çoğunluğu İmkanları olsa dahi çoğunluğu yaratıcılıktan uzak ve daha çok oturdukları yerden yapabilecekleri (telefonla sohbet, televizyon) etkinlikleri tercih ediyor. Birebir yapılan görüşmelerde yaşlıların "Bu yaştan sonra ne aktivitesi evladım? ….gençlikte yapacağımızı yaptık" gibi ifadeler kullandıkları ve soruyu geçiştirerek cevap verme eğiliminde oldukları gözlemlenmiştir. Bu bağlamda koşulları sağlanıyor olmasına karşın aktif yaşlanmadan söz etmek zor olacaktır. Bu durum yaşlılık ilkelerinden katılım ve kendini gerçekleştirme ilkeleriyle de uyumsuzluk göstermektedir. Spor yapmak en az tercih edilen aktivite.

Çoğunluğu ihmal edilmediğini söylemiştir. Ancak birebir görüşmelerde 2 gündür yemek yiyemediğini söyleyenler olmuşutr. İstismara uğradığını düşünenlerin çoğu insanların kendilerini kötü hissettirdiğini belirtmiştir. Gayrimenkul Bağışçılarımızın çoğu; ileri yaşlarda, evlerinde yalnız yaşamakta, maddi kaynağı olan kişilerdir. Bu durumları ile istismara uğrama riski altındadır. En çok yaşlının bakımını üstlenen kişilerde ihmalle karşılaşılmakta. Yine yaşlıya karşı sorumlu olanların (yakını- akrabası- birinci derece yakını-vasilerinin sorumluluklarını yerine getirmemesiyle de oldukça sık karşılaşılmaktadır. Bu durum da aslında yaşlının gereksinimi olan hizmet ve bakımı alması engellenmiş olmaktadır.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Aktif yaşlanma, yaşam kalitesinin düşmemesi için toplum temelli sosyal bakım hizmetlerinin güçlendirilmesi-sistemleştirilmesi gerekmektedir.

Ancak bu hizmet sadece sivil toplumun değil farklı paydaşlarla etkin eşgüdümü ile olabilir. Bu sebeple sağlık ve sosyal hizmetlerin bir arada, yaşlının yaşam alanı olan evinde, bir ekip tarafından düzenli ve sürekli olarak

sunulduğu toplum temelli bakım öncelikli olarak güçlendirilmelidir.
Gereksinim düzeyine göre farklı yaklaşımlarla sunulan bu hizmet tüm yaşlılara ulaşmalıdır.
Toplum temelli evde bakımın çözümsüz kaldığı noktada kurumsal bakım hizmeti devreye girmelidir.

Evde toplum temelli bakım için etkin eşgüdüm önerisi

Kamu -ASPB, Sağlık Bakanlığı: SED-Evde sağlık hizmetinin verilmesi;
Belediye: Kendi ev ortamında bağımsız yaşayabilme ve kent hizmetlerinden zorlanmadan yararlanabilmeleri için evde ve yerleşimdeki fiziki koşulların iyileştirilmesi,
Üniversite: Kanıta dayalı çalışmalar, inovatif hizmetlerin geliştirilmesi
Sivil toplum: Toplum kaynaklarının harekete geçirilmesi, toplumsal yaşama katılımın desteklenmesi, yaş dostu politikalar için insani gündem yaratma ve savunuculuk (bağışlar ve gönüllüler) yapılması için bütüncül yaklaşımla çalışılmalıdır.

BALIKESİR ALTIEYLÜL BELEDİYESİ ÇALIŞMALARI

Dt. Zekai KAFAOĞLU

650 m2 alan üzerine oturan, toplam 300 m2 zemin + 4 kattan oluşan bina, kullanım amacına uygun olarak Algem Hizmet Binası olarak yeniden dekore edilmiştir.

Dar gelirli, muhtaç, kimsesiz, engelli, kadın, erkek, çocuk, yaşlı, mülteci, öğrenci, şehit ve gazi ailelerine sosyal market vasıtası ile yardım yapılmakta ve dezavantajlı gruplara mesleki eğitimler verilerek geçimlerini sağlayacak kazanç elde etmeleri sağlanmaktadır.

SOSYAL MARKET

Tüm muhtaçlarımıza ALKART verilerek Değerlendirme Kurulu tarafından yapılan incelemeye müteakip, belirlenen limit doğrultusunda bu kartlara nakit yüklenerek "Sosyal Market"ten alışveriş yapılması sağlanmaktadır.

KONFERANS SALONU

Algem Konferans Salonumuzda, vatandaşlarımıza yönelik bilgilendirme ve eğitim seminerleri düzenlenmektedir.

SERGİ SALONU

Merkezimizde bulunan sergi salonumuzda resim, el işleri ve yöresel çalışmalar sergilenmektedir.(Kardeş şehrimiz Maglaj Belediyesi heyetine sergi salonumuzun tanıtılırken.)

MESLEK EDİNDİRME KURSLARI

Merkezimize başvuran bayanlar için hazırlamış olduğumuz Dikiş-Nakış Kursları.
Merkezimize başvuran bayanlara yönelik Aşçılık Eğitimleri.
Merkezimize başvuran bayanlarımız için hazırlamış olduğumuz Pastacılık eğitimleri.
Merkezimizde bulunan diğer bir kursumuz da İngilizce dil eğitimidir. Başlangıç düzeyinde bayanlarımıza eğitim verilmektedir.
Merkezimizde bulunan diğer bir kursumuz da Bilgisayar İşletmenliği Eğitimidir. Bayanlara office programları ve internet eğitimleri verilmektedir.
Merkezimizde bulunan diğer bir kursumuz da Nakış ve Süsleme Eğitimidir.

ÇOCUK BAKIM EVİ

Merkezimizde eğitim alan bayanlar kurslarımıza katılırken, merkezimiz bünyesindeki kreşte kursiyer bayanların çocuklarına eğitim verilmektedir.

ALGEM ÇOCUK PARKI

MİSAFİRHANE

Evlerine temizlik için gidilen görme engelli ya da diğer mağdur aileler misafirhanemizde ağırlanmaktadır.
Merkezimizde bulunan otel konforundaki misafirhanemizde ihtiyaç sahibi ve mağdur ailelerimizi ağırlıyor. Onların sıkıntılı anlarında yanlarında oluyoruz.

YAŞLILAR İÇİN KUAFÖR VE BAKIM HİZMETLERİ

Merkezimizde bulunan kuaför salonumuzda yaşlılarımızın kişisel bakımları yapılmaktadır.

MİSAFİRHANE

Misafirhanemiz salon, mutfak, banyo, wc ve yataklı odalarıyla tam bir ev ortamı şeklinde dizayn edilmiştir.

PSİKOLOG DESTEĞİ

ALGEM'de hayat şartlarının olumsuz etkilerinden bunalan vatandaşlarımıza psikolog desteği sağlayarak, insanlarımızın hayata olumlu bakmalarını sağlıyoruz.

BASINDA ALGEM

Star TV de yayınlanan Vahe ile Evdeki Mutluluk Programını ALGEM'de ağırladık .

MAVİ AT KAFE

Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğince oluşturulan, Altıeylül Belediyesi olarak destek olduğumuz kafede şizofreni hastalarına cam sanatı kullanılarak rehabilitasyon hizmeti verilmektedir.Mavi At Kafe Türkiye 'de 2, dünyada 12. sırada yer almaktadır.

EVDE SAĞLIK HİZMETİ

Altıeylül Belediyesi Hizmet Aracı.

EVDE DİŞ SAĞLIĞI

Altıeylül Belediyesi, İl Sağlık Müdürlüğü, İl Halk Sağlığı Müdürlüğü, Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi, Diş Hekimleri Odası ve Türkiye Sakatlar Derneği Balıkesir Şubesi'nin paydaş olduğu 'Engelli Yaşam Platformu Ağız ve Diş Sağlığı Tarama ve Tedavisi Protokolü' imzalandı.

3.OTURUM

PALYATİF BAKIM

Doç. Dr. Murat Gültekin
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanı

Organizasyon
Çalışma Planı
Evde Sağlık

Palyatif Bakıma Genel Bakış
DSÖ'ne Göre PALYATİF BAKIM Nedir?
Yaşamı tehdit eden hastalıklardan kaynaklanan problemler ile karşılaşan hastaların ve hasta yakınlarının yaşam kalitesini, başta ağrı olmak üzere tüm fiziksel, psikososyal ve ruhsal problemlerin
erken tespit edilerek ve etkili değerlendirmeler yapılarak önlenmesi veya giderilmesi yolları ile
arttıran bir yaklaşımdır.

21. Yüzyılda Palyatif Bakım
(Hawley PH, J Pain & Sympt Manage 2014; 47 (1): e2-e5)
Palyatif Bakım'ın modern tanımları
Hayatı tehdit eden hastalıklarda, hastalığın erken aşamasından itibaren yaşam süresini uzatmaya yönelik olan diğer tedavilerle birlikte uygulayabilen yaklaşımlardır (DSÖ).
Ciddi bir hastalığın yol açtığı semptomlara, ağrı ve strese yönelik yaklaşımlarla birlikte hastaya ekstra bir destek verilmesini kapsar (Meier,D).
Nasıl Entegre Edebiliriz?
Tekli Yönetim Modeli
Tüm bakım hizmeti onkolog tarafından karşılanır.
Zaman gerektirir, özellikle de komplike hastalarda. Örneğin; nefes darlığı olan hastalarda ortalama 13 semptom görülmektedir.
Bu nedenle yönetimi zordur.

Nasıl Entegre Edebiliriz?
Çoklu Yönetim Modeli
Hasta, ihtiyaçlarına ve mevcut koşullara göre onkolog tarafından diğer uzmanlara yönlendirilir.
Birden fazla konsültasyon yani uzman hizmeti gerektirdiğinden, özellikle komplike hastalar için pahalı bir model olabilir.

Nasıl Entegre Edebiliriz?
Palyatif Bakım Entegrasyonu
Onkologlar genellikle daha komplike hastaları palyatif bakıma yönlendirmektedirler.
Hasta yakınları ve hastalar için tek bir erişim noktası sağlanır.
Konularda daha fazla entegrasyon sağlanır.

Palyatif Bakım nedir?
HASTA PROFİLİ
KANSERLİ HASTALAR (%95)
KANSERLİ HASTALAR (%45)
Bakanlığımızın Palyatif Bakım Tanımı:
Önce kendi yaşadığı yerde bakım hizmeti
Kür şansı olan ya da olmayan
Sadece hastaları değil; yakınlarını da kapsayan
Teşhis ile başlayıp, ölümden sonra da devam eden
Akut/ Subakut/ Kronik
Fiziksel / Manevi (Dini-Psikososyal)/ Maddi

Palyatif Bakım Hizmet Modelleri
Palyatif bakım yatan hasta servisleri
Akut, Subakut ve Kronik
Palyatif bakım poliklinik hizmetleri
Palyatif bakım konsültasyon hizmeti
Evde bakım (home care)
Gündüz bakım üniteleri (day care)
Nursing Home (3. Basamak Huzurevi)
Destekevi (Hospis)

Palyatif Bakıma Genel Bakış
Hospis nedir?
Terminal Dönemde Bakım:
"Hospis = Destekevi"
Klasik Tanım
Yaşam sonu bakımının verildiği bağımsız bir yapı, bir hastaneye bağlı veya bakımevi
Modern Tanım
Son 6 ayda verilen her türlü palyatif bakım hizmeti

Kliniğe yatan hastaların %80'i
Polikliniğe başvuran hastaların %50'si
Palyatif bakıma ihtiyaç duymaktadır

Neden Palyatif Bakım?
Kanıta Dayalı Tıp Verileri İle Palyatif Bakım
Ucuz
Kolay
İnsan Hakkı
Maliyet etkin
Yaşam Kalitesi
Yaşam süresini de anlamlı arttırır

Kendi Kendimize ve Hastalarımıza Soruyor Muyuz?
Yılda kaç hastam ölüyor?
Ölen bir hastaya neden bakıyoruz?
Yaşamımızın anlamını, değerini ve kalitesini en çok ne belirler?
Nasıl bir ölüm isterdik?
Evde mi?
Hastaların büyük çoğunluğu evde ölmek isterken, %80'i hastanede ölüyor.
En çok korktuğumuz şey ne? Ölüm mü, yoksa ölüm şekli mi?
Önümüzdeki 1-2 haftada ne yapsak kendimizi daha mutlu hissederdik?

Türkiye'de Palyatif Bakım
Mevcut Durum
Yıllarca üzerinde durulmamış.
Kültürel/ İnsan Kaynakları/ Hekimlerin farkındalığı (Geleneksel Türk Aile Yapısı).
Sınırlı sayıda palyatif bakım tedavisi merkezi.
Ağrı merkezi sayısı yüksek ancak çoğu büyük şehirlerde yerleşik.

Palya-Türk Projesi
PAYDAŞLAR
Sağlık Bakanlığı
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu.
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu.

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu.

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı
Diyanet İşleri Başkanlığı
STK'lar
Gönüllüler

Palyatif Bakım Merkezi
Hospis

Yasal Mevzuatlar
• Palyatif Bakım Hizmetleri Yönergesi
• SUT'ta Palyatif Bakım
• Planlama
• Mevcut Merkezler

Palyatif Bakım Yönergesi
09.10.2014 tarihli ve 640 sayılı "Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge".
07.07.2015 tarih ve 253 sayılı "Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge".
Evde Sağlık Yönetmeliği
27.02. 2015 tarihinde "Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik".

Palyatif Bakım Yönergesi
Hayatı tehdit eden hastalıklar kapsama alınmıştır.
Hasta ile birlikte aileleri de hizmet kapsamına alınmıştır.

Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge

Sorumlu tabip: Palyatif bakım hizmetlerinin planlanması ve uygulanması amacıyla ilgili kurum amirince palyatif bakım merkez sorumlusu olarak görevlendirilen tercihen anestezi uzmanı olmak üzere uzman tabibi,
MADDE 5 - (1) Palyatif bakım hizmetleri; yataklı sağlık tesislerinde palyatif bakım merkezleri, yataklı sağlık tesisleri dışında ise aile hekimleri ve evde sağlık hizmet birimleri tarafından yürütülür. Yataklı sağlık tesisleri tarafından bakım eviyle, bakım evinde yaşayanlara yönelik olarak, palyatif bakım protokolü yapılması ve Müdürlüğe onaylatılması kaydıyla palyatif bakım hizmetleri verilebilir.
MADDE 6- (1) Sağlık kurumlarının bünyesinde açılacak olan merkezlerin yatak sayısı, hastanenin yatak sayısı 100 ve altı ise %25'ini, 101-300 arası ise %20'sini, 301-500 arası ise %17'sini, 501 ve üstü ise %15'ini geçemez. Ayrıca TKHK'ya bağlı hastanelerde faaliyet gösterecek merkezlerdeki toplam yatak sayısı, TKHK'nın toplam I.II. ve III. seviye yoğun bakım yatak sayısının %50'sini geçemez.

PALYATİF BAKIM HİZMETİ
Klinik ortamda ve poliklinik şartlarında verilir.
Poliklinik hizmetleri hastane poliklinik hizmetleri ile uyumlu olarak yürütülür.
İdame tedavisinin aile hekimi veya evde sağlık hizmetlerince devamı sağlanır.

MERKEZLERİN KURULMASI
Yataklı sağlık tesislerinde kurulur.
Belirlenen fiziki şartlara uygun olarak, sağlık hizmet sunucusuna ait yerleşkelerde kurulabilir.
Kolay ulaşılabilir, merkezi yerlerde açılır.

PALYATİF BAKIM MERKEZLERİ
Tescil işlemleri il sağlık müdürlüğünce yürütülür.
Talep üzerine, tescil edilmek kaydıyla üniversite hastaneleri, belediye ve askeri hastaneleri ile özel hastanelere bağlı olarak faaliyet göstermek üzere merkez açılabilir.

MERKEZLERİN ÇALIŞMA ESASLARI
Hasta ve ailesi bir bütün olarak değerlendirilir.
Multidisipliner ekip anlayışıyla her türlü önlem alınır.
Sorumlu tabip, tercihen anestezi uzmanı olmak üzere uzman tabiptir.
24 saat esasına göre çalışılır.
Mesai saatleri haricinde hizmet, sorumlu tabibin planlamasına ve nöbet esasına göre sunulur.

Sorumlu tabibin denetim ve sorumluluğunda:
Tabip,
Hemşire,
Tıbbi sekreter,
İdari ve teknik personel
Temizlik elemanından oluşmaktadır.
Psikolog*,
Sosyal çalışmacı*,
Fizyoterapist/fizyoterapi teknikeri*,
Diyetisyen*,
*Hasta ve aile grup toplantıları

MERKEZLERİN ÇALIŞMA ESASLARI
Hastaların farmakolojik ve diğer **tedavilerine düzenli devam edip etmediği, opioidlerin doğru zamanda ve dozda kullanıp kullanmadığı, yan etkilerinin olup olmadığı gibi süreçlerin takip edilmesi esastır.**
Toplumu bilinçlendirme çalışmaları yapılır.
Yeni tespit edilen veya durumunda değişiklik olan hastalarla ilgili kurum ve kuruluşlarla irtibat kurularak gerekli bilgilendirme ve yönlendirmeler yapılır.
Tedavisi düzenlenmiş hastalar için, aile hekimi ve evde sağlık hizmetleri birimleriyle gerekli koordinasyon sağlanarak hizmetin verilmesi sağlanır.

HİZMETİN KAPSAMI
Muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmetleri verilir.
Psikososyal destek,
Psikososyal değerlendirme,
Ağrı yönetimi,
İlaç, tıbbi cihaz ve malzeme kullanımına ilişkin sağlık raporlarının çıkarılması sağlanır.

PALYATİF BAKIM HİZMETLERİNE BAŞVURU
Hasta,
Ailesi,
Aile hekimi,
Müdavi tabip tarafından yönlendirilebilir.
Sağlık tesisine gelemeyecek durumda olan hastalar bulundukları ortamda evde sağlık ekiplerince ziyaret edilerek birlikte yaşadığı aile bireylerinin durumu ile bir bütün olarak değerlendirilir.
Değerlendirme sonucunda palyatif bakım hizmeti alması uygun görülen hasta merkezlere yönlendirilir.

HASTA KABUL
Başvuruda bulunan hastaların gerekli tedavileri servis ya da poliklinik şartlarında yapılır.
Tedavisi tamamlanan tüm hastalara ayrıntılı epikriz düzenlenir.
Epikrizde; hastanın idame tedavisine ilişkin ayrıntılar, tedavi sürecinde ortaya çıkabilecek sorunlar, kontrol gerektiren durumlar, önerilen kontrol tarihi, yapılması gereken tetkik ve tahliller ile benzeri bilgiler ayrıntılı bir şekilde yer alır.

PALYATİF BAKIM HİZMETLERİ / Hizmetinin sonlandırılması:
Evde sağlık hizmetleri birimine yönlendirilen hastanın hizmetinin sonlandırılmasında Evde Sağlık Hizmetleri Yönergesi esas alınır.
Hastanın kendisi veya kanuni temsilcilerinin hizmeti sonlandırmayı talep etmesi, hasta veya aile bireylerinin

tedaviye uyumsuz davranış sergilemeleri, önerilere uymayarak direnç göstermeleri halinde hizmetin faydası sorumlu uzman tabip tarafından sorgulanır. Hasta ve aile bireyleri ile görüşülerek hizmetin sonlandırılmasına karar verilebilir.

Yönerge ve Planlamalar
Yönerge ve Rehber (SHGM)
MERKEZDE BULUNMASI GEREKEN ALANLAR
Girişim ve muayene odası,
Meşguliyet odası,
Çok amaçlı salon/alan,
Medikal gaz ve vakum içeren hasta başı paneli,
Ekip odası
Lavabo, tuvalet, duş,
Temel monitörizasyon .

Gelecek
Çalışan personel ayrıcalıklı tanımlanmalı
Her merkezin sorumlu onkoloğu olmalı ya da merkezlerin hepsi onkoloji merkezlerine entegre çalışmalı
Bilimsel Çalışmalar
Yan Dal Çalışmaları
Terminal Dönem ??
TPN ??
Lab ??

SUT'ta Palyatif Bakım
Sağlık Bakanlığına bağlı yataklı sağlık tesislerince faturalandırılır.
Yalnızca tescilli palyatif bakım yatağında yatan hastalara verilen hizmettir.
Bunun dışındaki herhangi bir yataktan verilen hizmet bedelleri SGK'ca karşılanmaz.
Palyatif bakım tedavisi günde en fazla 1(bir) kez faturalandırılır.
* 24.12.2014

Planlamalar
SAHAYA BİLDİRİLEN PALYATİF BAKIM PLANLAMA SAYISI: 3356

	MERKEZ SAYISI	YATAK SAYISI
TESCİLLİ OLANLAR	123	1396
MÜRACAAT AŞAMASINDA	33	313
PLANLAMA AŞAMASINDA	123	1309
TOPLAM	279	3018

Mevcut Merkezler

Yıl	Palyatif Bakım Merkezi Sayısı	Toplam Yatak Sayısı
2014	15	179
2015	97	1112

Evde Sağlık Hizmetleri
Palyatif bakım hizmetlerinin önemli bir parçası.
Kapsamı
Sosyal ve psikolojik danışmanlık
Muayene
Tetkik
Tahlil
Tedavi
Tıbbi bakım
Takip
Rehabilitasyon

Türkiye'de Palyatif Bakım
Birinci Seviye: PALYATİF BAKIM DÜNYA ÖRNEĞİ
Aile hekimleri
Evde Bakım
Palyatif Bakım Birimleri
STK ve Gönüllüler
Akut Bakım Merkezleri:
Birinci, İkinci Seviye, Üçüncü Seviye
Onkoloji Hizmet Planlamasına Göre
Hospis(Destek Evi):
Opioid: Yerli üretim/ Reçetelendirme/ Ruhsatlandırma/ Geri Ödeme/ Toplu Alım

Türkiye'de Palyatif Bakım - Opioidler
Türkiye'de Yerli Üretim
Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi ile İLKO İlaç işbirliğinde yerli morfin üretimi.
16 Aralık 2014 tarihinde.

İlaç	Özellik
Morfin MIR 15 mg	Oral, Hızlı Salınım
Morfin MIR 30 mg	Oral, Hızlı Salınım
Morfin MCR 15 mg	Oral, Yavaş Salınım
Morfin MCR 30 mg	Oral, Yavaş Salınım
Morfin MCR 60 mg	Oral, Yavaş Salınım
Morfin MCR 100 mg	Oral, Yavaş Salınım

Eğitimler
35 Uluslararası Eğitim.
450 Personel Eğitimi.

TIBBİ HİZMETLERDE SOSYAL İZMİR HALK SAĞLIĞI ÖRNEĞİ

Dr. Fatma ALPAY
İzmir Halk Sağlığı Müdür Yardımcısı

İZMİR

Nüfus: 4.113.072
30 ilçe
ASM: 341
AHB: 1160
Gebe: 28.309
Bebek: 55.491
Loğusa: 4.363
Evde Sağlık Hastası: 6159

PROJELERİMİZ

Yüzyüze-dizdize.
Farkındayım,Yalnız Değilim.
Sağlıkçının Sağlığını Düşünüyoruz.
Evde Loğusa-Bebek Bakımı.
Diyabeti Yönetiyorum.
Obezite.

SOSYAL DESTEKLİ BAKANLIK PROGRAMLARIMIZ

Misafir Anne Programı.
Anne Oteli.
Evde Sağlık.
Gebe Okulları.
ÇİD Tüberküloz Hastalarına Kaymakamlık/Valilik Desteği.
Bisiklet Dağıtımı.

SAHA ÇALIŞMALARIMIZ

Bölge seçimi.
Eğitim-Bilgilendirme.
Uygulama ve ziyaret.
Sosyal destek.

İŞBİRLİĞİMİZ

Kamu Hastaneleri Genel Sekreterlikleri
İl Sağlık Müdürlüğü
Aile Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü
Milli Eğitim İl Müdürlüğü
Üniversiteler
Muhtarlar
Belediyeler

UYGULAMALAR-1

Karbon monoksit ölçümü.
Şeker ölçümü.
Kilo,yağ ölçümü.
Tansiyon ölçümü.

UYGULAMALAR-2

Ağız diş muayenesi; sonucuna göre bölgedeki Ağız Diş Sağlığı Merkezi'ne belirlenen kota dahilinde sevk.
Son bir ayda doğum yapmış loğusa ve bebeklere ziyaret.
Evde bakım hastalarına ziyaret.

UYGULAMALAR-3

Yaş gruplarına uygun olarak kadın ve erkeklere Gaitada Gizli Kan Kiti dağıtımı.
Yaş grubu uygun olan kadınları mamografi çekimi için araçla en yakın KETEM'e sevk.
Yaş grubu ve durumuna uygun olan kadınlara en yakın ASMde HPV-DNA taraması.

YÜZYÜZE-DİZDİZE

Sosyo ekonomik kültürel olanakları kısıtlı olan mahallelerimizde öncelikle Ülkemizde ve ilimiz de en çok görülen kadın kanserleri içinde olan rahim ağzı kanseri ve meme kanseri ayrıca hem erkek hem kadınlar da önemli bir kanser türü olan kolon kanserlerine yönelik tarama ,ağız diş sağlığı taramaları,loğusa, bebek ,evde sağlık hasta ziyaret programları yürütülmekte bu kapsamda eğitim ,bilgilendirme,iletişim,tarama ve tedavi protokolleri izlenmektedir.

FARKINDAYIM YALNIZ DEĞİLİM!

Yenidoğan taramalarında saptanan fenilketönüri,hipotroidi,biotinidaz eksikliği,işitme engelli bebekleri olan ailelere destek ziyaretleri.

Hastalık	Tespit edilen Hasta	Gidilen Hasta
Hipotroidizm	**115**	**88**
FKÜ	**10**	**8**
Biotinidaz Eksikliği	**23**	**24**
Yeni Doğan İşitme Sorunu	**83**	**40**
GKD	**25**	**10**
TOPLAM	**256**	**170**

HEDEF GRUBUMUZ

2014-2015 de "Ulusal Yenidoğan Taramaları" ile tanı alan bebekler ve ailelerimiz.

*Kongenital Hipotirodi.
*Fenilketonüri.
*Biotinidaz Eksikliği.
*Kistik Fibrozis.
*Gelişimsel Kalça Displazisi.
* Doğumsal işitme Kaybı.

EVDE LOĞUSA BEBEK ZİYARETİ

Göç alan.
Sosyo-ekonomik düzeyi.
Sağlık hizmetlerinden zamanında yararlanma kültürü düşük.
Sağlık hizmeti algısı farklı olan bölgelerde önce loğusa bebek ziyaretleri ve daha sonraki aşamada riskli gebelere yönelik ev ziyaretleri.
EÜ Sağlık Meslek Fakültesi öğrencileri iş birliğinde.

SAĞLIKÇININ SAĞLIĞINI DÜŞÜNÜYORUZ…

Hastanelerde ve TSM'lerde çalışan hekim /hekim dışı tüm personelinin ve yakınlarının Birinci Basamak KETEM taramalarından ücretsiz olarak yararlanmaları,bilgilendirilmeleri ve personele sağlık ve sosyal yönden motivasyon sağlanması amaçlanmıştır.
Kuzey KHGS ile Kansere İnat Sağlıklı Hayat.
Güney KHGS ile Sağlık Bize de Lazım.
Projeleri yürütülmektedir..

SAYILARLA SAĞLIKÇILAR..

GGK :1320
HPV:1367 3094 Sağlık Çalışanı
MMG:407

DİYABETİ YÖNETİYORUM..

Güney Kamu Hastaneleri–Milli Eğitim Müdürlüğü iş birliğinde.
Tüm okullarda öğretmen ve öğrencilere eğitim.
Sorumlu bir öğretmen liderliğinde.
Diyabetli çocukların okullarındaki yaşamlarının desteklenmesi.
Negatif ayrımcılığın önlenmesi.
Sosyal destek sağlanması.

KAZANÇLARIMIZ-1

Hizmete ihtiyacı olan bölgelerin yakından değerlendirilmesi.
Başvuranlarla sıcak iletişim.
Sağlıkla ilgili talepleri doğrudan dinleyebilmek.
Sosyal destek (Bir şekilde rapor alamamış,engelli maaşı bağlatamamış, çocuğuna tekerlekli sandalye temin edememiş,maaş talebi yapamamış,yat…).
Müdürlük olarak bire bir sağlık hizmetinin değerlendirilmesi (doğum şekli,hastane uygulamaları,anne sütü uygulamaları, evde sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi..

KAZANÇLARIMIZ-2

Sağlık personelinin çalışmasını yakından izleyebilmek,diğer çalışmalar için empati sağlıyor.
Sağlık personelinin ihtiyacını belirlemek (eğitim,donanım,kıyafet vb.).
Sağlık personeli ile sahada bir ekip olmak motivasyon sağlamak.

GÖNÜL KOMŞUSU / GÖRMEZDEN GELDİĞİMİZ HAYATLAR

Op.Dr. Orhan KOÇ

GÖNÜL KOMŞULARI ONU HAYATA BAĞLADI
SUNAY DALKILIÇ

Sunay Hanım 47 yaşında. Geçirdiği felç yüzünden uzun süredir yatağa bağımlı olarak yaşam mücadelesi veriyor. Asansörü olmayan bir binanın en üst katında tek başına yaşayan, 15 gün boyunca aç kalmış ve hayattan ümidini kesmişti. Çocukları tarafından terk edilen Sunay Hanım'ı, evinde ziyaret ediyoruz. Kapısı açıktı. Kapının niçin sürekli açık kaldığını sorunca, "ihtiyaç duyduğum zaman belki sesimi duyan biri olur, bana yardımcı olur" düşüncesiyle kapıyı sürekli açık tuttuğunu ve günlerce kimsenin kendisini ziyaret etmediğini söylüyordu. Camın kenarında yatarak sürekli dışarıyı seyrediyor ve birilerinin kendisini fark etmesini bekliyordu. O kadar çaresizdi ki bir kaç kez kendini pencereden aşağı atarak intihar etmeyi bile düşünmüştü.

KOMŞULARI ONU HİÇ YALNIZ BIRAKMADI

Taki gönül komşularıyla tanışana kadar... Gönül komşusu bulabilmek için bulunduğu binadaki bütün daireleri ziyaret ettik ancak gönül komşusu bulamamiştik. Aynı mahallede başka bir apartmana girdik ve ilk girdiğimiz dairede Fatma Hanım ve arkadaşı Sunay Hanım'ın gönül komşusu olmuştu.

Gönül komşuları önce Sunay Hanım'ın, daha rahat edebileceği, kendi imkânlarıyla dışarı çıkıp alış-veriş yapabileceği, temiz hava alabileceği giriş katta bir daire kiraladılar.

Evi boyattırıp uygun hale getirdikten sonra Sunay Hanım'ı yeni evine taşıdılar. Bir müddet sonra Sunay Hanımı, yeni evinde de ziyaret ediyoruz. bana "bir kere geldiniz. Öylesine bir ziyaret edip gitiniz. Kapımı bir daha geri açmayacağınızı ve hiç aramayacağınızı düşünmüştüm" dedi ve bizi karşisinda görünce duygularina hakim olamayarak ağlamaya başladı.

Artık insanlarla konuşurken yüzü gülen ve hayata farklı bir gözle bakan Sunay Hanım'a bizden başka ne istiyorsunuz? Sorunca "Eski iş arkadaşlarımla buluşup sohbet etmek, çocuklarima kavuşmak istiyorum" dedi.

ÇARESİZLİĞİN RESMİ
HAKKI KAYA

Hakkı Amca'ya bir gönül komşusu sayesinde ulaşıyoruz ve evinde ziyaret ediyoruz. Soğuk bir gündü. Evde yalnizdi. Eşi eklem romatizmasi şikayetiyle uzun süreden beri hastanede yatıyordu. Evin içerisi buz gibiydi. Sosyal yardımlaşma vakfindan aldıkları yardım dışında başka gelirleri yoktu. Gaz alacak imkani olmadığı için Hakki Amca, evde sırtında kalın giysilerle oturuyordu. Yıllar önce geçirdiği tüberküloz hastalığı sonrası başında yaralar oluşmuştu. Çocukları olmadığı için bütün işlerini kendileri yapıyordu.

VE BİR ÜMİDİ VARDI

Artık Hakki Amca ve eşi yalnız değildi. Gönül komşusu Selma Hanım onların yanındaydı. Sık sık ziyaret ediyor, ev temizliğinde yardımcı oluyor ve dışardaki işlerini takip ediyordu. Gönül komşusu Selma Hanım kendisi de bir kanser hastası. Lenf bezleri alındığı için bir kolu kısa. Bir çocuğu zihinsel engelli ve bir çocuğu hapishanede. Üç çocukla birlikte yaşam mücadelesi veren bir gönüllü. Bu kadar zorluğa ragmen, kendisinden daha zor durumda olan Hakkı amca ve eşine yardım etmek için büyük gayret gösteriyor ve bunun bir insanlik görevi olduğunu ifade ediyordu.

GÖZLERİ HEP YOLLARDAYDI
NİHAL VE BAHATTİN ARSLAN

Nihal Nine 89 yaşında alzheimer hastası. Eşi Bahattin Dede ise 93 yaşında felçli yatağa bağımlı bir şekilde hayat mücadelesi veriyor. İkisine de kızı Yasemin Hanım bakıyor. Tek başına iki hastaya bakmanın çok zor olduğunu söylüyordu bize. O zor anlarda, hep birilerinin gelmesini bekledim. Gelip bana yardımcı olmasını, oturup dertleşmesini istedim. Kapıyı çalıp yardım etmek istiyorum diyen birilerini hep bekledim.

VE FİİLİ DUA GERÇEKLEŞİR

Ve gönül komşusu projesi sayesinde Tülin Hanım benim gönül komşum oldu. O artık benim herşeyim. Arkadaşim, dostum, kardeşim ve en önemlisi o benim kolum kanadım oldu. Birlikte televizyon izliyor ve sohbet ediyoruz. Annemi, birlikte bahçeye çıkartıyor ve ihtiyaçlarını karşılıyoruz. Bulunduğu binada o artik gönüllerin sultanı olarak biliniyor.

İYİLİKTE YARIŞAN KOMŞULAR

AHMET SULHİ SOKULLU

96 yaşında. Eşi ve iki çocuğunu kaybettikten sonra ona yardımcı olacak kimseleri kalmamıştı. Bir apartman dairesinde tek başına yaşayan Ahmet Sulhi Bey ancak komşularının yardımıyla ayakta durabiliyor. Biz de Ahmet Sulhi Bey'i evinde ziyaret ediyoruz. Çok zor yürüyebilen, çok az duyabilen ve görebilen Ahmet Sulhi Bey, 10 yıldır yalnız. Gönül komşuları Mehmet Bey ve Hatice Hanım, Ahmet Sulhi Bey'in her ihtiyacını karşılıyor. Onu bir an bile yalnız bırakmıyorlar. Ahmet Sulhi Bey, eski komşuluk ilişkilerini yeniden canlandıracak bu projeyi hayata geçirenlere ve uygulayanlara candan teşekkür ediyordu…

ESKİ KOMŞULUKLARI HEP ARADIM

HAMDİ VE ŞENER BİŞİRİK

Hamdi Amca geçirdiği bir rahatsızlık sonucu uzun süreden beri yatağa bağimli olarak yaşıyor. Eşi Şener Hanım, Hamdi Amcanın hayat arkadaşı. O da rahatsızlığından dolayı zor yürüyor. Çocukları olmadığı için bütün işlerini Şener Hanım yapıyordu. Eşinin yanından bir dakika bile ayrılamayan Şener Hanım, hem maddi hem de manevi olarak zor günler geçiriyordu. Tek bir odalı evde zor şartlarda hayat mücadelesi veren yaşlı çifti evinde ziyaret ediyoruz. Gönül komşusu projesini duyunca çok seviniyor ve artık komşularının kendisine sahip çıkacağının mutluluğunu yaşıyordu. Gönül komşuları yaşlı çiftle yakından ilgilenmeye başladılar. Alış verişlerini yapıyor, bazen ziyaret edip sohbet ediyorlar. Şener Hanım, gönül komşusu projesiyle külle kaplanan o eski komşuluk ilişkilerinin tekrar canlanacağı ümidini hep yaşadığını söylüyordu.

BİR DE GÖNÜL KOMŞUSU OLMAYANLAR…

MAŞUK DEMİRBAŞ

Maşuk Bey, ziyaret ettiğimiz genç bir hasta. Şeker hastalığından dolayı bir ayağını kaybetmişti. Bir müddet sonra diğer ayağını da kaybetti. Şimdi iki ayağı da kesik yatağa bağımlı bir şekilde hayatını sürdürüyor. Maddi ve manevi olarak zor günler geçiriyor. Maşuk Bey'in bütün ihtiyaçlarini eşi karşiliyor. İki çocukla birlikte bir hayli zor günler yaşayan aile, kendilerine bir dost elinin uzanmasini bekliyor. Okula yeni başlayan oğlunun ilk gününde yanında olamamasının üzüntüsünü bize şu şeklide aktarıyordu Maşuk Bey. Oğlum, bana "Baba herkesin babası okula geliyor. Keşke sen de gelebilseydin" deyince çok üzüldüğünü söylüyordu. Henüz bir gönül komşusu olmayan Maşuk Bey, her iki ayağına da elektronik ayak takılması söz konusu. Tek istediği tekrar yürüyebilmek. Kendi başına dışarı çıkıp dolaşmak. Çocuğunu kolundan tutup okula götürebilmek…

HARABEYE DÖNEN VİCDANLAR

DÖNDÜ VE SEYFİ UYAN

Yalnızlığa terk edilmiş iki yaşlı insan. Döndü Uyan, eşi Seyfi Uyan, yıkılmaya yüz tutmuş harabe bir gecekonduda hayat mücadelesi veriyor. Yaşlı çifti evinde ziyaret ediyoruz. Çocukları tarafından terk edilmiş anne-babadan sadece biri. çevrede yardımlarına koşacak hiç kimseleri yok. Birisi çok zor yürüyor birisi zor görüyor. Sosyal yardımlaşma vakfindan aldıkları destek dışında başka gelirleri yok. Maddi ve manevi olarak zor günler yaşıyor. Yaşadıkları gecekondu bir kaç ay içerisinde yıkılıp yeni bina yapılacağından dolayı yaşlı çifti zor günler bekliyor. Şimdi onlar, kendilerine kucak açacak kapılarını açıp onların dertleriyle dertlenecek gönlü engin insanlara muhtaçlar.

BİR GÜN YALNIZ KALABİLECEĞİNİZİ VE YATAĞA BAĞIMLI BİR HAYAT SÜRDÜREBİLECEĞİNİZİ HİÇ DÜŞÜNDÜNÜZ MÜ?

SİZ DE BİR GÖNÜL KOMŞUSU OLMAK İSTER MİSİNİZ?
BİZE ULAŞIN…

MAVİ AT BALIKESİR: ÖZGÜRLÜĞE BİR SOLUK

Umut KARASU

NEDEN MAVİ AT?
Engelli istihdamı?
100'e yakın hastadan yerleşebilen 13 kişi, işi sürdürmesine izin verilen 3 kişi.
Sorumlu kuruluşlar
Belediye.
İŞKUR.
Diğer Kamu Kuruluşları, Kamu Hastaneler Birliği vb.

SÜREÇ
KOSGEB'den 70 saatlik girişimcilik kursu.
Kursu bitiren 20 TRSM hastasına Balıkesir valisi tarafından sertifika verilmesi.
Halk Eğitim'den hijyen ve yemek kursu.

AÇILIŞ
AÇILIŞ SONRASI
Tüm hekim, iş adamı, Sivil Toplum Örgütü vs.den toplayabildiğimiz para 1470 TL.
Mavi At'ın açıldığı gün gerçekleştirilen kermeste toplanan para 210 (ikiyüzon) TL.
Hastanenin dibinde olan kafeye açıldığı günden taşındığı güne kadar ne hastanemizden bir idareci ne bu işi sahiplenen kurumlardan herhangi biri açılış dışında hiç uğramadı. Meslektaşlarımız zaten delilerin işlettiği bir kafeye gitmeye son derece soğuk baktılar.
İdarecilerin de bilgisi dahilinde kadar kafenin açılabilmesi için bireysel olarak harcanan para 55 bin TL.
KOSGEB'den 15 ayda alınacak toplam 30 bin TL, kafe 3 yıldan erken kapanırsa 90 bin tl olarak geri ödenecek.

KAFE
CAM ATÖLYESİ
MÜZİK EĞİTİMİ
AİLE EĞİTİMİ
Günde 25 hasta rehabilite oluyor. 1 yılda 200 hastanın rehabilitasyon sürecinin burada devamı planlanıyor.

KİMSE YOKTUR UMUT ETMEYİ ÖNLEYECEK
ÇÜNKÜ UMUT KAÇINILMAZ GELECEKTİR!

4.OTURUM

BAKIM TEKNİKERLERİNİN İSTİHDAMI

Bahar Hasgül
Evde Hasta Bakımı Teknikeri
Uluslararası Sağlık Bakım Çalışanları Derneği

Neden EVDE BAKIM VE YAŞLI BAKIMI

- Yaşlılık tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de son yıllarda önem kazanan bir olgudur. Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre Türkiye'de 2013 yılında 65 yaş üstü yaşlı birey sayısı 5.878.603'dür. Yine projeksiyonlara göre ise 2050 yılında bu sayı 19.484.834'e ulaşacaktır.
- Yine yurt dışında yapılan çalışmalara göre ortalama ölüm yaşının artmasıyla beraber yatağa bağımlı yaşlı birey sayısı her geçen yıl artmaktadır.
- Bu istatistikler göstermektedir ki evde bakıma ve yaşlı bakımına olan ilgi artacaktır.

YÖNETMELİK NE DİYOR?

- 27 Şubat 2015 yılında yayınlanan Resmi Gazetede "Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik" yayınlanmıştır.
- Bu yönetmelikte Toplum Sağlığı Merkezleri'nde Evde Sağlık Birimi kurulması kararlaştırılmıştır. Yine Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu'na bağlı Evde Sağlık Birimleri kurulmasına karar verilmiştir. Ve bu iki kurumdaki evde sağlık birimi; evde sağlık hizmeti konusunda eğitilmiş hekim/uzman hekim, yaşlı bakım teknikeri/evde bakım teknikeri ve yardımcı sağlık personeli olmak üzere üç kişiden oluşturulur.

İSTİHDAM DURUMU

- Evde Hasta Bakım programı bu alandaki boşluğu doldurmak için 2009 yılında açılmış ve özel girişimlerle 2012 yılında ilk kez kamuda istihdam olanağı bulmuşlardır.
- 2009 yılında tek üniversitede olan bölüm bugün 12 üniversitede açılmış ve hızla mezun sayısı artmaktadır.
- 2015 yılı haziran ayı itibariyle 880 kişi mezun olmuştur.
- Bunların ise sadece 65'i atanmıştır.
- Yaşlı bakım teknikerleri ise; 2012 yılında 60 kişi evde sağlık birimlerine atanırken daha sonraki yıllarda 117 kişi kamu hastanelerinin çeşitli birimlerine atanmıştır.
- Toplamda atanan kişi sayısı 177'dir. Ancak bu süre içerisinde bölüm 114 okulda eğitim vermeye başlamış
- 2014 yılının sonunda mezun sayısı 4507 kişiye ulaşmıştır.
- 2015 yılı Haziran ayı itibariyle mezun sayısı toplam 8500 kişiyi bulmuştur.

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği

- 25 Ocak 2013 yılında Resmi Gazetede yayınlanan "Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği"nde Aile Sağlığı Elemanı olarak hemşirelere, ebelere, acil tıp teknisyenlerine, sağlık memurlarına (toplum sağlığı) görev verilmektedir.
- Yine aynı yönetmelikte Aile Sağlığı Elemanının görev, yetki ve sorumluluklarında "Evde takibi zorunlu olan engelli, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kendi çalıştığı merkeze kayıtlı kişilere evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında evde sağlık hizmetlerinin verilmesinde aile hekimine yardımcı olma" görevi verilmiştir.
- Peki neden Evde Bakım Teknikerleri ve Yaşlı Bakım Teknikerleri Aile Sağlığı Elemanı olarak çalıştırılmamaktadır.

BU ALANDA EĞİTİM VEREN KURUMLARI

- Halen Halk Eğitim Merkezleri'nce Hasta ve Yaşlı Hizmetleri kursları düzenlenmektedir. Binlerce kişi bu kurslarda eğitim alıp hastaneler ve huzurevlerinde yaşlı ve hasta bakıcı olarak çalışmaktadır.
- 114 okulda yaşlı bakım bölümündeki yaklaşık 3000'e yakın öğrenci ve 12 Evde Hasta Bakım bölümündeki yaklaşık 600 öğrenci gelecek kaygısı yaşamaktadır.
- Kız Meslek ve Sağlık Liselerinde Hasta Bakım programlarında binlerce lise öğrencisi geleceğini bilmeden umutsuzca eğitim görmektedir.
- Neden alımı planlanmayan evde hasta bakımı ve yaşlı bakımı programları açıldı?

- Sağlık Bakanlığı ve Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'na bağlı kurumlarda aldığımız eğitimi kullanamıyoruz.
- Hak ettiğimiz görev yetkilerini, kamu kurum ve kuruluşlarında ihtiyaç duyulan kadrolara atanmayı ve kendi işimizi yapmak istiyoruz.

ALDIĞIMIZ DERSLER

- Anatomi, Beslenme Eğitimi, Biyokimya, Fizyoloji, Hasta Bakım İlke ve Uygulamaları (Temel Bakım Esasları, Dahiliye, Cerrahi Bilimler, Pediatri, Kadın Doğum), Kişiler Arası İlişkiler, Sağlık Kayıt Sistemleri, Enfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyoloji, Evde Bakım Hizmetleri, Farmakoloji, Psikiyatri, Davranış Bilimleri, İlk Yardım, Sağlık Araştırmaları, Sağlık Yönetimi, Sosyal ve Fiziksel Rehabilitasyon, Sağlık Eğitimi, Yaşlı ve Palyatif Bakım, Yara Bakımı.

SONUÇ

- Düzenlemeler ivedi bir şekilde yapıldıktan sonra Sağlık Bakanlığı'na ve Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'na

  en az 600 kişi EVDE HASTA BAKIM TEKNİKERİ ve

  en az 1000 kişi YAŞLI BAKIM TEKNİKERİ
- kadrosunun verilmesini rica ediyoruz.

BAKIM ELEMANI PLANLAMASI

Hulusi Armağan YILDIRIM

T.C. Aile ve Sosoyal Politikalar Bakanlığı Engelli Bakım Hizmetleri Daire Başkanlığı

GÖREV VE SORUMLULUKLAR

Bakıma ve desteğe ihtiyaç duyan engellilerin öncelikle sevgi ve şefkat gördükleri aile ortamlarında bakımları esas alınmaktadır. Bu kapsamda engellilerin yaşamlarını evlerinden ve sosyal çevrelerinden ayrılmadan sürdürebilecekleri sosyal destek hizmetleri sunulmaktadır.

1) Evde Bakım Hizmetleri.
2) Evde Bakıma Destek Hizmetleri.
3) Geçici ve Misafir Bakım Hizmetleri.
4) Gündüzlü Bakım Hizmetleri.
5) Yatılı Bakım Hizmetleri.
6) Toplum Destekli Hizmetler.
7) Özel Bakım Merkezi Hizmetleri.

ENGELLİ BAKIM MERKEZLERİ PERSONEL PROFİLİ
BAKIM MERKEZLERİNDEKİ TOPLAM PERSONEL DURUMU

GENEL İDARE HİZMETELERİ SINIFINDA GÖREV YAPAN PER.SAYISI	329
SAĞLIK HİZMETLERİ SINIFINDA GÖREV YAPAN PERSONEL.SAYISI	407
EĞİTİM ÖĞRETİM HİZMETLERİNDE GÖREV YAPAN PER.SAYISI	120
TEKNİK HİZMETLER SINIFINDA GÖREV YAPAN PERSONEL.SAYISI	13
YARDIMCI HİZMETLER SINIFINDA GÖREV YAPAN PERSONEL	337
DİN HİZMETLERİ SINIFINDA GÖREV YAPAN PERSONEL	4
TOPLAM	1.210
ÖZEL HİZMET ALIMI YOLUYLA GÖREV YAPMAK ÜZERE VERİLEN YETKİ TOPLAMI	5.840

HUZUREVLERİ PERSONEL PROFİLİ
HUZUREVİ - HUZUREVİ YAŞLI BAKIM VE REHABİLİTASYON MERKEZİLERİNDE TOPLAM PERSONEL DURUMU

GENEL İDARE HİZMETLERİ SINIFINDA GÖREV YAPAN PERSONEL SAYISI	336
SAĞLIK HİZMETLERİ SINIFINDA GÖREV YAPAN PERSONEL SAYISI	556
EĞİTİM ÖĞRETİM HİZMETLERİ SINIFINDA GÖREV YAPAN PERSONEL SAYISI	9
TEKNİK HİZMETLERİ SINIFINDA GÖREV YAPAN PERSONEL SAYISI	54
YARDIMCI HİZMETLERİ SINIFINDA GÖREV YAPAN PERSONEL SAYISI	353
DİN HİZMETLERİ SINIFINDA GÖREV YAPAN PERSONEL SAYISI	26
TOPLAM	1.334
ÖZEL HİZMET ALIMI YOLUYLA GÖREV YAPMAK ÜZERE VERİLEN YETKİ	4.572
GENEL TOPLAM	5.906

Mevcut Çalışmaları

- Mevcut mevzuatlardaki tanımların ayrıştırılması.
- Kuruluşlardaki bakım elemanların düzenli eğitimi.
- Dünya Sağlık Örgütü, Sağlık Bakanlığı ve Bakanlığımızın birlikte yürüttüğü Proje.
- Yaşlı Bakım Elemanlarının eğitimi.
- Üniversitelerle yapılan çalışmalar.
- TRT ile yapılan işbirliği.
- Mesleki Yeterlilik Kurumu ile Yapılan Çalışmalar.
- Uluslararası protokollerin oluşturacağı yeni istihdam alanları.
- SATURK Çalışmaları.
- Üniversitelerin Sorumlulukları.
- Bakım Personellerinin Mesleği İçselleştirmeleri.

SAĞLIK BAKIM TEKNİKERLERİNİN EĞİTİM MÜFREDATLARI VE GÖREV TANIMLARI

Öğr. Gör. Neşe MEHMETOĞLU KARAKAŞ

İnönü Üniversitesi

Türkiye'de Demografik Yapıdaki Değişim

Şekil 4. Bağımlılık oranlarının değişimi, 1935-2023



Kaynak: TÜİK, 1937, 1944, 1949, 1954, 1961, 1964, 1969, 1973, 1982, 1984, 1989, 1993a, 2003, 2010b, 2010c

Sonuç olarak:

Artan yaşlı nüfus oranı.
Artan kronik ve dejenaratif hastalıklar.
Artan engelli birey sayısı.
Artan tedavi maliyeti.
Değişen aile yapısı.
Yaşam kalitesine verilen önem.
Uzun süreli kurum bakım hizmetlerinin yetersizliği.

Kim bakım verecek ?

EVDE BAKIM HİZMETLERİ VE NİTELİKLİ İNSAN GÜCÜ

Uzun süreli bakım verme süreci sonrasında bakım verme yükünün depresyon, anksiyete, fiziksel sağlıkta azalma, sosyal izolasyon, tükenmişlik ve benzeri durumlara yol açabildiği bildirilmektedir.
Bu durum ise bakım kalitesini düşürür.

Kaynaklar

1. 2.Subaşı N., Öztek Z. Türkiye'de karşılanamayan bir gereksinim: evdebakım hizmeti, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2006: 5 (1)
3. World Health Organization. Ethical choices in long-term care : what does justice require? Geneva, World Health Organization, 2002.
4. Zarit S. Family care and burden at the end of life. CMAJ 2004; 170:1811-1812.
Utku U. İnme tanımı, etyolojisi, sınıflandırma ve risk faktörleri, Türk Fiz Tıp Rehab Derg. 2007;53:1-3

Özel eğitime ve özenle seçilmiş nitelikli insan gücüne gereksinim duyulmaktadır.
Toplumun ihtiyaç duyduğu alanlara göre açılan meslek yüksek okullarının temel misyonu nitelikli ara eleman yetiştirmektir.

Yaşlı-Evde Bakım Teknikerliği

Her iki programında ortak hedefi yaşlı ve bakıma muhtaç nüfusun rahat ve huzurlu yaşaması ile yaşamın son anına kadar insan onur ve şerefine layık bir bakım hizmeti almasıdır.

- Üniversitelerin 2 yıllık Sağlık Meslek Yüksekokullarında verilen ve mezun kişilere Sağlık Teknikerliği unvanı verilen "Sağlık Bakım Elemanının" yetiştirildiği bir bölümdür.
- Her iki programda evde bakım-yaşlı bakım noktasında önemli bir boşluğu doldurması hedeflenerek oluşturulmuştur.

Yaşlı Bakım Teknikerliği

- 2007 yılında ilk mezunlarını veren bölüm, 2012 yılında yapılan özel girişimlerle ancak kamu da istihdam bulmuştur.
- 2012 yılında 60 kişi evde sağlık birimlerine atanırken daha sonraki yıllarda 117 kişi kamu hastanelerinin çeşitli birimlerine atanmıştır.
- Toplamda atanan kişi sayısı 177'dir.
- Ancak bu süre içerisinde bölüm 114 okulda eğitim vermeye başlamış
- 2014 yılının sonunda mezun sayısı 4507 kişiye ulaşmıştır.
- 2015 yılı Haziran ayı itibariyle mezun sayımız toplam 8500 kişi olacaktır
- DPT'nin nüfus projeksiyonuna göre, 2050 yılında ülke nüfusunun yaklaşık olarak yüzde 20'si 65 yaş ve üzeri yaş grubunda olacaktır.
- Bu da bize göstermektedir ki, Yaşlı Bakım Teknikerlerine duyulan ihtiyaç her geçen gün artacaktır.
- Yaşlısına gereken ilgi ve hassasiyeti göstermeyen bir ülkenin sağlıklı bir sosyal politika yürütebilmesi mümkün değildir.

EVDE BAKIM TEKNİKERLİĞİ

2009 yılında ilk kez öğrenci almaya başladı ve 2011 yılında ilk mezunlarını verdi.
12 üniversitede program mevcut.
2015 yılı haziran ayında toplam 880 kişinin mezunun olması.
Sadece 71'i kamuda istihdam edilmiş.

EVDE BAKIM TEKNİKERLİĞİ (Dersler)

Anatomi.
Fizyoloji.
Hasta Bakım İlke ve Uygulamaları I-II-III-IV .
İletişim.
Meslek Etiği.
Enfeksiyon Hastalıkları.
Psikiyatri Farmakoloji.
Mikrobiyoloji.
Halk sağlığı.
Beslenme.
Biyokimya.
Meşguliyet Terapisi.
Fiziksel ve Sosyal Rehabilitasyon.
Temel Bilgi Teknolojileri.
Sağlık Eğitimi.
Sağlık yönetimi.
Yabancı dil.
Sosyal sorumluluk projesi.

EVDE BAKIM TEKNİKERLİĞİ (Uygulama)

- Derslerin mesleki uygulamaları;
- Mesleki uygulama laboratuvarı,
- 2. ve 3. basamak hastaneler(servis ve yoğun bakımlar),

- Rehabilitasyon merkezlerinde,
- Huzur evi,
- Evde bakım hizmeti veren kuruluşlarda yapılmaktadır.

EVDE BAKIM TEKNİKERLİĞİ (Çıktıları)

- Evde bakım hizmetlerinin yerini ve önemini bilmek.
- Ekip çalışmasının önemini bilmek.
- Ekip içinde yer alan profesyonellerin rol ve sorumluluklarını bilmek.
- Hekimin önerileri doğrultusunda tedavi izlemini yapabilmek.
- Etkili iletişim kurma yollarını bilmek.
- Hasta haklarını bilmek ve etik ilkelere sahip olmak.
- Bireylerin sağlık bakım ihtiyaçlarına yönelik girişimleri bilmek.
- Ev ziyareti sürecinin aşamalarını ve ilkelerini bilmek.
- Araç gereçleri ve kullanımını bilmek.
- Hasta, aile, sağlık çalışanları açısından güvenli çevre oluşturmak.
- Evde sağlık eğitimi ve danışmanlık ilkelerini bilmek.
- Kayıt tutmanın önemini bilmek.

MEVZUAT

22.05.2014 Tarihli Resmi Gazetede yayımlanan "SAĞLIK MESLEK MENSUPLARI İLE SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÇALIŞAN DİĞER MESLEK MENSUPLARININ İŞ VE GÖREV TANIMLARINA DAİR YÖNETMELİK''

İlgili Yönetmelikte; "Yaşlı Bakım Teknikeri / Evde Hasta Bakım Teknikeri Görev Tanımı:

a)Yaşlı bireyler ile evde bakım gerektiren hastaların;

Fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden bakım gereksinimlerini değerlendirir. Günlük yaşam aktivitelerinin korunmasını, sürdürülmesini ve en üst düzeyde kullanmasını destekler.

b)Diyetisyen tarafından önerilen beslenme programına uygun olarak besler, kilo takibi yapar ve değişiklikleri sağlık ekibi üyeleri ile değerlendirir.

c)Yaşam alanını kaza riski ve güvenlik yönünden değerlendirir, gerekli düzenlemelerin yapılmasını sağlar.

ç) Sağlık ekibi tarafından planlanan tıbbi bakımı takip eder, tıbbi bakımın uygulanmasına yönelik problem tespit etmesi halinde sağlık meslek mensubuna durumu iletir.

d) Ağız ve diş bakımı gibi günlük kişisel bakıma yardımcı olur. Yatağa bağımlı olma, hastalık veya engellilik nedenli bağımlılık durumlarında kişisel bakım ve temizlik uygulamalarını yerine getirir.

e) Sağlık hizmetlerine ulaşmasına yardımcı olur, gerektiğinde refakat eder.

f) Bakım veren aile üyelerini destekler.

g) İstismardan korur, aileyi ve gerekli durumlarda ilgili kurumları bu konuda bilgilendirir.

ğ) Sosyal aktivitelere yönlendirir ve katılımını destekler.

27 Şubat 2015 tarihinde Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe giren "SAĞLIK BAKANLIĞI VE BAĞLI KURULUŞLARI TARAFINDAN EVDE SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNULMASINA DAİR YÖNETMELİK

İlgi yönetmeliğin 9. Maddesi, b bendinde "…Ekip, evde sağlık hizmeti konusunda eğitilmiş hekim/uzman hekim, yaşlı bakım teknikeri/evde hasta bakım teknikeri ve yardımcı sağlık personeli olmak üzere üç kişiden oluşturulur. Yaşlı bakım teknikeri/evde hasta bakım teknikeri olmadığı hallerde bir yardımcı sağlık personeli ekibe dahil edilir…"

Tanımlar maddesinde Yaşlı bakım teknikeri/evde hasta bakım teknikerine yer verilmemiştir.

Yönetmeliğin tanımlar bölümünde de"Yaşlı Bakım Teknikeri/ Evde Hasta Bakım Teknikeri " tanımlanmalıdır.

Sonuç olarak

1) Devlet Personel Başkanlığı tarafından yayınlanmış olan "UNVAN TAPLOSU REHBERİ"nde Evde Hasta Bakım / Yaşlı Bakım Teknikerliğinin yer alması.

2) Sağlık Bakanlığı ve Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı " KURUM KADRO REHBERİ" nde YAŞLI BAKIM TEKNİKERİ/ EVDE BAKIM TEKNİKERLİĞİ" mesleğinin yer almasının sağlanması.

Çözüm

Yaşlı bakım ve evde bakım programları birleşmeli mi?
Açık öğretim programı / sertifikalı bakım personeli.
Öğrenciler mesleği benimsemiyor (DGS).
Kamuda kendi birimlerinde mi çalışıyorlar ?
Yabancı dil.

5.OTURUM

TÜRKİYE'NİN İLK ÇOCUK AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI SEMT POLİKLİNİĞİ

Dt. Hanifi SARIÇİÇEK

Beyhekim Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi

Ülkemizde yapılan araştırmalar çocuk laramızın büyük çoğunluğunun diş hekiminden korktuğunu göstermektedir.

Amacımız
Sadece çocuklara özel hazırlanmış eğlenceli bir ortamda çocukların diş tedavilerini yaparak, çocuklarda diş hekimi korkusunu ve dental kaygıyı en aza indirerek diş hekimliğini sevdirmektir.

Dental Korku
Dental işlemler sırasında ortaya çıkan bir takım korkutucu uyaranlara karşı meydana gelen normal bir emosyonel reaksiyondur.

Dental Kaygı
Diş tedavisi sırasında korkunç olaylar gerçekleşeceği konusunda duyulan endişe ve kontrolün yitirilmesi hissi olarak tanımlanır.

"Etiyolojik Faktörler"
Bireysel Faktörler
-Çocuğun Yaşı.
-Çocuğun Cinsiyeti.
-İletişim Becereleri.

Çevresel Faktörler
-Aile.
-Okul –Arkasaş çevresi.
-Diş Hekiminin Tutumu.

Dişsel Faktörler
Daha önceden yaşanmış kötü tecrübeler.

Neden? "Çocuklara Özel Ağız ve Diş Sağlığı Semt Polikliniği"
Yetişkinlerin ve çocukların aynı ortamda tedavi olması çocuklarda dental kaygıyı da artırmaktadır.
Tüm bu nedenleri ; göz önünde bulundurduğumuz zaman günümüzdeki ve gelecekteki çocuklara diş hekimliğini sevdirerek ağız ve diş sağlığı bilincini oluşturmak açısından çocuk poliklinikleri yetişkinlerden bina olarak ayrı, hizmet uygulamaları bakımından ise farklı olmalıdır.

Merkez Binamızdaki
Pedodoti kliniğinde 6 hekim ve 6 ünitle yaklaşık 160m2 'lik alanda günlük ortalama 180 çocuk hastaya hizmet verilmekteydi. . .

Çocuk Semt
Polikliniğimizde 9 hekim ve 9 ünitle yaklaşık 500 m2'lik alanda günlük ortalama 400 çocuk hastaya hizmet verilmesini sağladık.

2015 Ocak ayında çocuklara yönelik hazırlanan projemiz 2015 Ekim ayında tamamlanarak "Çocuk Semt Polikliniği" olarak hizmet vermeye başlamıştır.
Çocuk Semt polikliniğimizi açarken çocuk hasta popülasyonunun en yoğun olduğu Kadın Doğum Ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinin karşısını tercih ederek daha çok çocuğa hizmet vermeyi hedefledik. Çocuklara yönelik bu proje kapsamında hastalara kullanılan tüm malzemelerin çocuklara özgü ve ilgilerini çekecek şekilde olmasını sağladık.

"Bütçe; Gider Tablosu"
Polikliniğimizde çocuklarımızın kaygı ve korkularını en aza indirmek için hazırlanan oyun odası, bekleme alanlarının dizaynı ve kliniklerde çocukları rahatlatmaya yönelik hizmetler (dental ekranlarında oynatılan eğitici çizgi filmler, oyuncaklar, renkli hasta önlükleri ve farklı tasarımlı hekim maskeleri vb.) için bütçemizden 542,500.00TL kullandık.

"Uygulama Sonucunun ve Hasta Memnuniyetinin Değerlendirmesi"
02.11.2015 - 20.11.2015 tarihleri arasında Beyhekim ADSM Çocuk Semt polikliniğine başvuran çocuk hastaların yakınlarına "Çocuk Semt Polikliniği Memnuniyet Anketi" 8 (sekiz) sorudan oluşan anket 200 hasta yakınına uygulandı.

"Anket Sonuçlarının Oransal Dağılımına Göre"
Çocuk hastaların yetişkin hastaların olmadığı bir ortamda tedavi edilmesinin; çocuk hastalarda
diş hekimi korkusu ve dental kaygının en aza indirilmesi, tedaviyi kabullenmesi ve hasta memnuniyetinin sağlanması açısından anlamlı olduğu görülmüştür.

"Sonuç ve Değerlendirme"
Bekleme alanları, klinikler çocuklara uygun ve ilgisini çekecek şekilde düzenlenmiştir.
Eğlendirici ve eğitici filmler dental ekranlardan çocukların ilgisine sunulmuştur.
Çocuk Oyun Odası Çocukların uyum sağlamasını ve bu alanda deşarj olmasını sağlamıştır.
Erkek ve Kız hastalara özel hasta önlüğü.
Muayene küvetleri.
Hekim maskeleri ve eldivenleri.

Evde Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri Konya
Evde Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri, il merkezi ve Akşehir'de Konya Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi;
Ereğli ve çevresinde ise Ereğli Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi tarafından verilmektedir.

"Evde Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri" Sağlık Bakanlığı'nın Sağlıkta Dönüşüm Projesi kapsamında başlattığı evde sağlık hizmetleri'nin en önemli projelerinden biri olmuştur.

Konya A.D.S.H Ekibinde
2 Diş Hekimimiz İl Merkezinde.
1 Diş Hekimi Akşehir'de.
Toplam 3 Diş Hekimi.
1 Hemşire.
1 Diş Teknisyeni.
1 Şoför.

Ereğli A.D.S.M Ekibinde
1 Diş Hekimi.
1 Klinik Yardımcısı.
1 Diş Teknisyeni.
1 Şoför.

Uygulanan Tedaviler
Hasta ile iyi kooperasyon kurulduğunda klinik ortamda uygulanan tedavilerin çoğu mobil ünit yardımı ile uygulanabilmektedir.
Dolgu.
Diş Çekimi.
Diş Taşı Temizliği.
Sabit ve Hareketli Protezler.
Ve En Önemlisi Oral Hijyen Eğitimi.

Hastalarımız; bakıma muhtaç kişilerden oluştuğu için hem kendilerine hemde ilgilenen kişilere
oral hijyen eğitimi verilmesi oldukça önem taşımaktadır.

Evde Sağlık HizmetlerindeKarşılaşılan Sorunlar

Özellikle sistemik hastalığı olan hastalarımıza konsültasyon gerektiği durumlarda organizasyonun daha hızlı olması gerekmektedir.

Bazı hastalarımıza hastane ortamında müdahale veya genel anestezi altında işlem yapmak gerekmektedir. Bu durumda kurum aracımız sedyeli olmadığından nakil için uygun araç ihtiyaç olmaktadır.

ELAZIĞ ENGELSİZ AĞIZ DİŞ SAĞLIĞI UYGULAMASI

Dt. Metin BAKIR

• Engellilik; fiziksel veya zihinsel kısıtlamalardan dolayı; yürümek, duymak, görmek, nefes almak, ayakta durmak, okumak, çalışmak, konuşmak, öğrenmek ve / veya düşünmek gibi temel günlük aktivitelerin yerine getirilememesi durumudur.

• UNESCO tarafından yapılan araştırmalara göre Türkiye nüfusunun %10'unun yani yaklaşık 6.5-7 milyon insanın engelli olduğu düşünülmektedir. Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de engelliler birçok sosyal ve sağlık sorunları yaşamaktadır.

• Sağlıklı bireylerin yüzde 85-90' nında ağız ve diş sağlığı sorunları yaşanırken, bu oranın engellilerde neredeyse yüzde 100'e yakın olduğu görülmektedir.

• Genel sistemik sorunlar nedeniyle oral hijyen eksikliği olan engelli hastalar, ağız-diş hastalıkları bakımından yüksek risk grubundadırlar.

• Engellilerde sıklıkla karşılaşılan ağız diş sağlığı problemleri; dişetlerinde kanama, çürük dişler, kötü ağız kokusu, yutma problemleri, salya akıtma problemleridir.

Engelli çocuklarda ağız ve diş sağlığı sorunlarının daha sık görülmesinin birkaç nedeni vardır:

• **Ağız ve Diş Yapısı.**

• **Fiziksel Kısıtlamalar** (Tükürük ve yumuşak doku aktiviteleri).

• **Özel Diyetler** (Yumuşak ve yapışkan gıdalar).

• **İlaçlar** (Şuruplarda bulunan şekerden dolayı diş çürükleri, dişetlerinde kanama, şişme, büyüme gibi problemlere ve tükürük akışının azalmasına).

Elazığ Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi Evde Sağlık Hizmetleri
Evde Sağlık Hizmeti

• Evde sağlık hizmeti mesai saatleri içinde sağlık hizmeti veren kurum ve kuruluşlara ulaşabilecek durumu olmayan, yatağa bağımlı hastalar, ileri derecedeki kas hastaları, evde sağlık hizmeti kapsamına alınan hastaların diş ve dişeti problemleri, ileri derecede KOAH vb. solunum sistemi hastalıklarına sahip kişilere (sonuç itibari ile hastaneye taşınması sorun olan hastalara) ulaşmayı hedefleyen bir sağlık hizmetidir.

Başvuru/Hasta Kabul
Evde Sağlık Hizmetine Nasıl Başvurulur

• Evde sağlık hizmeti almak isteyen kişiler mesai saatleri içinde kendileri veya yakınları aracılığı ile aile hekimlerine,

• Hastanemizdeki Evde Sağlık Hizmetleri Birimine,

• İl Sağlık Müdürlüğü Koordinasyon Merkezine bizzat giderek veya 444 38 33 numaralı telefonları arayarak başvuru yapabilirler.

• Başvuru için gerekli belgeler hastanın nüfus cüzdanı ve varsa mevcut sağlık raporlarıdır.

• Başvuru formu aile hekimi veya evde sağlık hizmeti birimi tarafından doldurularak kayıt altına alınır.

D tipi evde sağlık ekibimiz;
1 diş hekimi,
1 diş teknisyeni,
1 klinik yardımcısı,
1 şoförden oluşmaktadır.

HASTANEMİZE BAŞVURAN HASTALARIMIZA EV ORTAMINDA VEREBİLDİĞİMİZ HİZMETLER

• Muayene/Konsültasyon.

• Tüm dişsiz ağızlardan ölçü alımı\ protez yapımı.

• Kısmi dişli hastalardan ölçü alımı\protez yapımı.

• Mevcut protezde tamir ve vuruk alınması.

• Çocuk ve erişkin hastalarda çürük önleyici flor jel uygulanması.

• Hastanın aspirasyon riskinin olduğu mobil dişlerin çekimi.

• Aile ve bireye ağız hijyeni eğitimi ve motivasyonu.

Evde yapılamayacak işlemlerde ne yapıyoruz?

Hasta nakil hizmeti veren birimlerimiz...

Evde yapılamayacak tedavilerde ise; Hastanın hastanemiz bünyesinde hizmet veren engelli polikliniğinde sıra beklemeden tedavisi yapılmaktadır. Fırçalama alışkanlığı kazandırmak amacıyla hastalarımıza oral hijyen eğitimi sonrası diş fırçası ve macun hediye ediyoruz.

HASTANE VE DİŞ PROTEZ SAFHASI

- Diş protez için alınan ölçülerin laboratuvar aşamasında hastanemiz teknisyenlerinin çalışmaları sonucunda prova seansları için her aşamada hasta tekrar ziyaret edilir.
- Protez tesliminden sonra en az 3 hafta hastaları ziyaret ederek rehabilitasyon sağlanır.
- Vuruk ve diğer şikayetler giderilmeye çalışılır.

Hizmetin Sonlandırılması

- Hastanın iyileşmesi.
- Hasta ve /veya ailesinin tedaviye uyumsuzluğu.
- Hastanın vefatı.
- Hasta ve/ veya ailesinin sonlandırma talebi.
- Diş hekimine ihtiyacın kalmaması.

Tedaviye izin ve imkan vermeyen zihinsel engelli yada çocuk hastalarda genel anestezi altında tedavileri yapılmaktadır.

Kooperasyonu mümkün olmayan hastalarda genel anestezi uygulaması

Evinde yada poliklinik muayenesinde genel anestezi ihtiyacı tespit edilirse hasta gerekli işlemler için ameliyathane ortamına aktarılıp tedavisi tamamlanmaktadır.

Engellilerde ağız ve diş sağlığını korumak için neler yapılmalıdır?

- Her beslenme sonrasında mümkünse diş fırçası ile, değilse temiz bir tülbent ile dişler temizlenmelidir.
- Gerekli olmadığı sürece gece beslenmeleri olmamalıdır.
- Bol şeker ve karbonhidrat içeren gıda maddeleri mümkün olduğunca tüketilmemelidir
- Engellilerde diş fırçalama yapılamıyorsa yemek sonrası ağız çalkalatılmalı veya gıda artıkları silinerek temizlenmelidir.
- Şurup formundaki ilaçların çoğu şeker içerdiğinden bu ilaçları sürekli kullananlarda ağız-diş bakımına daha fazla özen gösterilmelidir.
- Hasta düzenli diş hekimi kontrollerine götürülerek çürükten koruyucu uygulamaların yapılması sağlanmalıdır.
- Güven ilişkisi açısından mümkünse hasta takibi aynı diş hekimi tarafından yapılmalıdır.

Neden önemli?

- Engelli hastalarda kaybedilen her diş daha büyük problemleri arkasından getirir. Hastaların çoğu protez ve diğer apereyleri kullanmaya uyum gösteremez. Bu nedenle de eksik dişlerle hayatlarına devam edebilmek oldukça güç olmaktadır.
- Engelli bireylerde diş tedavi problemleri nedeniyle düzenli diş hekimi kontrollerinin yapılarak çürükten koruyucu uygulamaların yapılması büyük önem taşımaktadır.
- Bu nedenle genel sağlıklarının da başlangıcı olan ağız ve diş sağlıklarına özen gösterilmelidir.

EVDE SAĞLIK HİZMETİ

- Evde sağlık gönüllüsü EMPATİ kurar...

Özveri, şefkat, sevgi, sabır, hoşgörü, gönüllülük, güven ister.

KAHRAMANMARAŞ AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HASTANESİ

Dt.Şule ÜLGER, Hastane Yöneticisi

TARİHÇEMİZ

Merkezimiz 01,04,2004 Yılında 10 ünit ile başladığı hizmet yolculuğuna 2008 yılında döner sermaye bütçesi ile yapımına başladığımız yeni binamıza 10.07.2010 tarihinde taşınarak 50 ünit ile hizmete devam ederken 06,10,2015 tarihinden itibaren Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi olarak ünit sayısını 70 'e çıkartarak çalışmaya devam etmekteyiz.

Gelişen teknolojiyi takip eden kurumumuzda;

1 Ameliyathane , 5 Yataklı servis , 62 Yetişkin Polikliniği , 8 Çocuk polikliniği , Dijital görüntüleme servisi , Diş Protez Laboratuarı , Merkezi sterilizasyon ünitesi , bulunmaktadır.

HASTANE KADROMUZ

1 - Hastane Yöneticisi Başhekim,
63 - Diş Hekimi,
30 - Hemşire,
8 - Röntgen Teknisyeni,
80 - Şirket elemanı ile hizmet vermektedir.
1 - İdari ve Mali İşler Müdürü,
1 - Kurum Hekimi,
12 - Diş Teknisyeni,
21 - İdari Personel,

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın bileşenlerinden biri olan evde sağlık hizmetleri bakanlığımızın hasta odaklı hizmet sunumu politikasının cok önemli yansımasıdır. Yatağa bağımlı kronik hastalıkları bulanan hastaların daha önce ağız ve diş sağlığı tedavi hizmeti alması mümkün değilken yapılan saha çalışmalarında bu hastalara evlerinde ağız ve diş sağlığı hizmeti sunulmasının çok önemli bir ihtiyaç olduğu kendini göstermiştir. Kahramanmaraş Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi olarak 2011 yılının agustos ayında merkezimiz bünyesinde kurulan evde sağlık hizmeti birimi 8 yeni hasta ve 10 hasta ziyareti ile çıkmış olduğu hasta odaklı hizmet yolunda her geçen gün basının ve diğer tanıtım unsurlarının katkısıyla hasta sayısını artırmıştır bu güne geldiğimize ortalama aylık 30 yeni hasta müracat etmektedir ve yaklaşık 90 hasta ziyareti yapılmaktadır.

2011-2015 EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ BİRİMİNİN VERDİĞİ HİZMETLER

Diş hekimi muayenesi	2016
Konsültan diş hekimi muayenesi	128
Diş röntgen filmi (priapikal) adedi	427
Oral hijyen eğitimi	1481
Diş çekimi	1896
Protez (tek çene)	415
Besleme (tek çene)	51
Tamir(akrilik protez de kırık veya çatlak,diş İlavesi ,kroşe ilavesi)	169
Kron Köprü	62
Düşmüş Kron-Köprü simantasyonu (her sabit tutucu için)	150
Kanal Tedavisi	24
Detertraj (diş taşı temizliği)	88
Genel anestezi ile diş tedavisi olan hasta sayısı	166

PERSONEL VE ARAÇ DURUMU

Hemşire	Şöför	Diş Prtz.Tek.		
2	1	1		
Ekip Aracı Say.	1	2	Mobil Telefon	1
Mobil Röntgen Cihazi	1	4	Navigasyon Cihazı	1

Hastaneye gelme imkanı olmayan hastalarımıza ev ortamında mobil ünit kullanarak dolgu, kanal tedavisi , diş taşı temizliği,hareketli protez ve sabit protez yapılmaktadır .

- YAŞ: 72
- RAHATSIZLIKLARI : H.Tansiyon, Solunum Yetmezliği, Kalp Yetmezliği, Epilepsi.
- YAPILAN İŞLEM : Diş çekimi yapıldı.

- YAŞ: 63
- RAHATSIZLIKLARI: Trafik kazası.
- YAPILAN İŞLEM: Diş çekimi ve Alt üst Total protez yapıldı.

- YAŞ :80
- RAHATSIZLIKLARI: Solunum Yetmezliği, Kalp Yetmezliği (kalpte Pil takılı).
- YAPILAN İŞLEM : Diş çekimi ve Üst parsiyel Alt total protez yapıldı.

- YAŞ : 83
- RAHATSIZLIKLAR : Felçli.
- YAPILAN İŞLEM : 17 Diş çekimi ve alt parsiyel üst total protez yapıldı.

- YAŞ: 63
- RAHATSIZLIKLAR : Felç ,H.Tansiyon.
- YAPILAN İŞLEM : 2 Diş çekimi ,3 seramik kron ve alt üst parsiyel protez yapıldı.

- YAŞ : 70
- RAHATSIZLIKLARI : Obezite, H.Tansiyon, Astım Bronşit, Kalp Yetmezliği, Şeker Hastalığı.
- YAPILAN İŞLEM : 3 Diş çekimi ve alt total üst parsiyel protez yapıldı.

- YAŞ : 86
- RAHATSIZLIKLARI: H. Tansiyon.
- YAPILAN İŞLEM : Alt Üst Total protez yapıldı.

- YAŞ : 30
- RAHATSIZLIKLAR : Felç Yürüme zorluğu+Epilepsi.
- YAPILAN İŞLEM : Diş çekimi ,Seramik kron ve Alt üst Parsiyel yapıldı.

Hastane ortamında diş tedavisi yapılması gereken hastalarımızı hasta nakil aracı ile hastanemize getirerek gerekli diş tedavileri yapılmaktadır.

- YAŞ : 29
- RAHATSIZLIKLAR: Boyun travmasına bağlı felç.
- YAPILAN İŞLEM : 3 Diş kanal tedavisi ve dolgu yapıldı.

- YAŞ : 65
- RAHATSIZLIKLARI : H.Tansiyon , felç.
- YAPILAN İŞLEM : Kron sökümü diş çekimi, porselen kron ve alt üst parsiyel protez yapıldı.

- YAŞ : 63
- RAHATSIZLIKLARI : Bel fıtığına bağlı felç.
- YAPILAN İŞLEM : 10 diş çekimi, porselen kron ve alt üst parsiyel protez yapıldı.

- YAŞ : 82
- RAHATSIZLIKLARI: H. Tansiyon+ FELÇ.
- YAPILAN İŞLEM : 1 Diş çekimi ve alt üst total protez yapıldı.

- YAŞ : 91
- RAHATSIZLIKLAR : Alzheimer , yürüme güçlüğü.
- YAPILAN İŞLEM : Alt total protez yapıldı.

- YAŞ : 71
- RAHATSIZLIKLAR: H. Tansiyona bağlı felç.
- YAPILAN İŞLEM : 3 Diş çekimi ve alt üst parsiyel protez.

- YAŞ : 89
- RAHATSIZLIKLAR: Felç.
- YAPILAN İŞLEM : Alt üst total protez yapıldı.

Evde sağlık hizmeti birimi konsültasyon hizmeti de sunarak yoğunbakım veya servislerde yatmakta olan hastalara hastane ortamında diş çekimi, hareketli protez ve protez tamiri gibi gerekli diş tedavileri'de yapmaktadır.

- YAŞ : 66
- RAHATSIZLIKLAR: Trafik kazası.
- YAPILAN İŞLEM : Protez tamiri ve alt total protez yapıldı.

- YAŞ : 78
- RAHATSIZLIKLARI : H. Tansiyon,Felç, kalp rahatsızlığı.
- YAPILAN İŞLEM : Genel anestezi ile diş çekimi.

Ayrıca evde sağlık birimi olarak kahramanmaraşta bulunan zihinsel egitim ve rehabilitasyon merkezlerini ziyaret ederek diş tedavisini yaptıramayan engelli hastalarımıza ameliyathane ortamında genel anestezi ile diş tedavisi yapıldığı konusunda okul yöneticileri ve velilere bilgi verildi . hastanemiz polikliniklerine mürcat eden zihinsel engeli bulunan hasta yakınlarına genel anestezi ile diş tedavisi yapıldığı konusunda bilgi verilmektedir.hastane içinde broşür ve afişlerle hasta yakınları bilinçlendirildi ve daha çok engelli vatandaşımıza ulaşma imkanı sağladık . evde sağlık hizmeti ekibi olarak zihinsel ve bedensel engelleri bulunan hastalara protokol yaptığımız necip fazıl şehir hastanesinde ameliyathane ortamında genel anestezi ile diş tedavisi yapılmaktadır. Bu tedaviler arasında diş çekimi, kompozit dolgu ,amalgam dolgu , kanal tedavisi ve diş taşı temizliği bulunmaktadır.

- YAŞ : 4
- RAHATSIZLIKLAR : Mental retardasyon.
- YAPILAN İŞLEM : Genel anestezi ile diş çekimi.

- YAŞ : 11
- RAHATSIZLIKLAR : Cerebral Palys.
- YAPILAN İŞLEM : Genel anestezi ile diş çekimi.

- YAŞ : 83
- RAHATSIZLIKLAR : Cerebral Palys ve Mental Retardasyon.
- YAPILAN İŞLEM : Genel anestezi ile dolgu ve diş çekimi.

- YAŞ : 20
- RAHATSIZLIKLAR: Mental Retardasyon.
- YAPILAN İŞLEM: Dolgu ve diş çekimi.

Evde sağlık birimi, ekip olarak işini benimsemiş olup gönüllü olarak büyük bir özveri ve sadakatle çalışmaya devam etmektedir.

İSTANBUL BEYOĞLU BÖLGESİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ OKMEYDANI AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HASTANESİ ENGELSİZ EVDE AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HİZMETLERİ UYGULAMALARI

Dt.Tevfik SAYMAN

İstanbul Okmeydanı Ağız ve Diş Sağlığı Hastanemiz

- Şişli Etfal Hastanesi Diş Kliniği olarak çalışırken 27 Nisan 1999 tarihinde Sağlık Bakanlığının emri ile Şişli Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi olarak ayrı bir kurum haline gelmiştir.
- 26 Haziran 2003 tarihinden itibaren İstanbul İl Özel İdaresinin yaptırmış olduğu Kâğıthane İlçesi sınırlarında bulunan şimdi kullanılan müstakil binasına taşınmış olup Şişli Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi olan adı İstanbul
- İl Özel İdaresi Ağız ve Diş Hastalıkları Hastanesi olarak değişmiştir.

İl Özel İdarelerinin tüzel kişiliklerini 30.03.2014 tarihinden itibaren sona erdiren 6360 sayılı kanun gereğince hastanemizin ismi 01 Ağustos 2014 tarihinden itibaren İSTANBUL OKMEYDANI AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HASTANESİ olarak değişmiştir.

- 12 yataklı, 186 diş üniti, 2 tam donanımlı ameliyathane, digital röntgen ve 3D volumetrik tomografi cihazı mevcuttur.
- Hastanemiz, hastaların teşhis ve tedavi planlamasından başlayarak tüm tanı ve tedavi hizmetlerinin aynı hekim tarafından yerine getirildiği "Entegre" sistem ile hizmet vermektedir.
- Kurumumuz İstanbul ve çevre illere ağız ve diş sağlığı alanında hizmet vermekte olup Türkiye'nin en büyük diş hastanesidir.
- Hastanemiz, mental retarde (zihinsel engelli) hastalara, genel anestezi altında diş sağlığı hizmeti vererek kamusal sağlık hizmetlerinde büyük bir boşluğu doldurmaktadır.

Geleceğe Bakış

Misyonumuz

Ulusal ve uluslararası gelişmeleri sürekli izleyerek, değişen koşullara uyum sağlayarak, hasta, çalışan memnuniyeti ile güvenliğini dikkate alarak ülkemiz için diş sağlığı alanında bir model oluşturmaktır.

Vizyonumuz

Hizmet sunumunda hasta ve çalışan odaklı olup yenilikçi, akılcı, güvenilir, ağız diş sağlığı hizmet alanında örnek bir kamu hastanesi olmaktır.

Sayılarla İstanbul'da Kamu Evde Sağlık Hizmetleri Verileri

Evde sağlık hizmetleri uygulamasının başladığı 2011 yılından Ekim 2015 tarihine kadar Hastane ESH Birimlerimizce ulaşılan toplam hasta sayısı 72.897, Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi ESH Birimlerimizce ulaşılan toplam hasta sayısı 2.686'dur. Okmeydanı ADSH ESH Birimince 782 hastaya Birimimizce hizmet verilmiştir.

ESH Birimimiz

Tıbbi Sekreter (1)
Diş Hekim (1)
Ağız ve Diş Sağlığı Teknikeri/Diş Protez teknikeri (2)
Şoför (1)

Okmeydanı Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Birimi Hizmet Verdiği İlçe ve Nüfus Bilgileri

Gaziosmanpaşa İlçesi	498.120
Kağıthane İlçesi	432.230
Sarıyer İlçesi	337.681
Şişli İlçesi	272.380
Beyoğlu İlçesi	241.521
Beşiktaş İlçesi	188.793
Toplam Hedef Nüfus	1.970.725

Okmeydanı Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi
Evde Sağlık Hizmetleri Birimlerinin Aylık Ortalama Verileri
Aylık Ortalama Başvuran Yeni Hasta Sayısı: 20
Aylık Ortalama Ziyaret Sayısı: 50

Engelsiz Evde Ağız ve Diş Sağlığı Verilen Hizmetler
Diş hekimi muayenesi.
Konsültan diş hekimi muayenesi.
Tam protez.
Bölümlü protez.
Besleme.
Tamir (akrilik protezde kırık veya çatlak).
Oklüzal aşındırma.
Düşmüş kron-köprü simantasyonu.
Diş ilavesi.
Lokal anestezi (infiltrasyon).
Diş çekimi.
Abse drenajı (ekstraoral – intraoral).
Kanama müdahalesi.

Adres bulma ve adrese ulaşmada zorluklar yaşıyoruz.
Evin sokağını buluyorsunuz evi bulamıyorsunuz, evi buluyorsunuz giriş kapısını bulamıyorsunuz.
Hava koşulları nedeniyle adrese ulaşım zorlukları.
Yalnızca hava koşulları değil sokak ve evcil hayvanlarla ilgili sıkıntılar yaşıyoruz.

Evde Sağlık Hizmeti alacak hastanın uygun raporu var ise:
Muayenenin ardından gerekli ise konsültasyon isteniyor.
Uygun konsültasyon raporundan sonra doktorunun uygun gördüğü şekilde diş çekimine başlanır.
Çekimleri biten ve yara yeri iyileşen hastaya protez yapımına başlanıyor.
Protez yapım aşamasında minimum 5 kez hastaya ziyaret gerçekleştiriliyor.

Hastaneye dönüldüğünde ESH verdiğimiz hastaların işlemleri veri giriş elemanları arkadaşlarımızca kaydediliyor.
Yapılan işlemlerin yanında hastalara moral verilerek evlerinde yalnız olmadıkları hissettirilmeye çalışılıyor.

Ağız ve Diş Sağlığı Evde Sağlık Hizmetleri İle İlgili Genel Sorunlar ve Öneriler -1
Başvuruların çok kaynaklı kanaldan yapılması mükerrer hasta kayıtlarına neden olmaktadır. Özellikle Ağız ve Diş Sağlığı ESH Birimlerine tek kaynaktan (H Tipi ESHB) hasta yönlendirilmesinin yapılması.
Hastanelerden ve aile hekimlerinden ağız ve diş tedavisi ile ilgili gelen tedavi talepleri ile ilgili sıkıntılar: Formlarda bilgilerin ve ağız ve diş tedavisi ile ilgili talebin açık ve net olarak tanımlanması.
Hasta evlerine gidildiğinde hizmet talebinden haberlerinin olmaması, ekibimize şüpheci yaklaşımların olması.

Ağız ve Diş Sağlığı Evde Sağlık Hizmetleri İle İlgili Genel Sorunlar ve Öneriler -2

Engelli ve yatağa bağımlı hastaların ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin kısıtlılıklarının olması: Evde fiziki şartların uygun olmaması.

Kullanılan ağız ve diş sağlığı malzeme ve cihazların ağır olması hasta evine taşınırken yaşanan sıkıntılar.

Evde yapılan uzman konsültasyon hizmetlerinin organizasyonunda ve sunulmasında yaşanan sıkıntılar: Uzman hekimin tek olması ve konsültasyon ev ziyaretinde gecen bu süredeki performans kaybının olması: Bu performans kaybı giderilmelidir. Konsültasyon için havuz nöbetler oluşturulabilir.

Birimlerce verilecek evde ağız ve diş sağlığı hizmetleri ile ilgili standartların ve uygulamaların olmaması.

Ağız ve Diş Sağlığı Evde Sağlık Hizmetleri İle İlgili Genel Sorunlar ve Öneriler -3

Genel olarak Evde Sağlık Hizmetleri birimlerinde ekip aracı ve hasta nakil ambulansının olmaması: En az bir hizmet aracı ve bölgesel hizmet verecek bir hasta nakil ambulansı olmalıdır, ekip araçları birime tahsis olmalı, hasta nakli ile ilgili gerektiğinde, belediyeler ile işbirliği sağlanıp, bu görev belediyelere verilebilir.

Hasta yakınlarının ekonomik psikososyal sıkıntılarının olması: Hastayı ev ortamıyla, sosyal çevresiyle ve aile bireyleriyle bir bütün olarak değerlendirmeli, hasta yakınlarına da psiko-sosyal destek sağlanmalıdır.

Evde Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri ile ilgili diş hekimi ve sağlık personeli için eğitim programlarının olmaması.

Evde Sağlık Hizmetleri İstanbul Çalıştayı Evde Sağlık Hizmetleri Birimlerinin ile ilgili Öneriler

ESH kapsamının doğru anlaşılması, beklentileri karşılaması ve planlanan zamanda verilebilmesi için birimlerin güçlendirilmesi gerekir:

Hastane yönetimlerince birimlere sahip çıkılmalıdır.

Ekiplerin ihtiyacı olan şartlar sağlanmalıdır. Birimlere müstakil oda tahsisi yapılmalı, fiziki şartlar ve donanım yönünden iyileştirilmesi sağlanmalıdır.

Ekipler, personel yönünden desteklenmelidir.

Ekipteki personel sabitlenmeli, personel, evde sağlık hizmetlerinin dışında başka bir işte görevlendirilmemelidir (Nöbet sistemine dâhil edilmemesi… vb.)

Kurum dışında araç ile hizmet verildiğinden kaza riski mevcuttur. Bu personel için kaza sigortası yapılmalıdır.

Hekim ve hekim dışı personelin, performans ek ödeme kat sayısı arttırılmalıdır.

Evde Sağlık Hizmetleri Birimleri, özellikli ve riskli birimler olarak kabul edilmelidir.

5. OTURUMA SUNUM VE KONUŞMALARIYLA KATKIDA BULUNANLAR

Levent KAMALI / Samsun Ağız ve Diş Sağlığı Uygulaması

Samsun Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi

6.OTURUM

EVDE SAĞLIK VE SOSYAL HİZMETLERDE İLETİŞİM

Yrd. Doç. Dr. Birgül ÖZKAN

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi SBF Hemşirelik Bölümü

Evde bakım, sağlık hizmetlerinde bakımın devamlılığını sağlayan önemli bir modeldir.

Evde bakım hizmetleri

Yaşlı, özürlü, kronik hastalığı olan veya iyileşme sürecindeki bireyleri kendi yaşadıkları ortamda destekleyerek, sosyal yaşama ayak uydurabilmelerini sağlamak, yaşamlarını mutlu ve huzurlu bir biçimde sürdürerek toplumsal entegrasyonlarını gerçekleştirmek, bakıma gereksinim duyan bireyin aile üyeleri üzerindeki yükünü hafifletmek için birey ve aileye sunulan psiko-sosyal, fizyolojik ve tıbbi destek hizmetleri ile sosyal hizmetleri içermektedir.

Evde bakım hizmetleri ile hastalar;kendi tedavi alternatiflerini, bakımını üstlenecek kişiyi tedavi görmek istedikleri mekanı ve tedaviyi verecek kişiyi seçme hakkına sahip olabilmektedir. Bu yönüyle hastaların bireysel olarak benlik duygusunu da geliştiren bir süreçtir. Evde bakımın; fiziksel sağlık, psikolojik durum, bağımsızlık düzeyi, sosyal katılım, kişiler arası ilişkiler, kendi potansiyelini gerçekleştirme ve entelektüel gelişim süreçleri üzerinde olumlu etkilerine yönelik kanıtlar mevcuttur. Toplum temelli, koruyucu, önleyici, tedavi edici ve geliştirici bir sağlık ve sosyal hizmet modeli olan evde bakım;
yaşlı, engelli, kronik hastalıklı, yeni doğum yapmış annelere, yaşadıkları ortamda verilen psiko-sosyal destek, tıbbi ve kişisel bakım hizmetlerinin yanı sıra, ev ortamının dışında da gereksinim duydukları, serbest zaman değerlendirme, gezi ve ulaşım gibi aktiviteleri yerine getirebilmeleri için sağlanan yardım ve destek hizmetlerini içermektedir.

Evde sağlık ve sosyal hizmet; aile bütünlüğünün korunmasına, stresin azaltılmasına,
bireyin alışık olduğu çevrede yaşamına devam edebilmesine kolaylık verir. Bu hem bireye hem de aileye değerlilik duygusu yaşamalarına yardım etmektedir.

Çok geniş bir uygulama alanı olan evde sağlık ve sosyal hizmet ekibi:

Hekim, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, diyetisyen, fizyoterapist, iş-uğraşı terapisti, ev ekonomisti ve bakım elemanlarının aktif olarak yer aldığı, multidisipliner profesyonellerinden oluşur.

Bu nedenle; iletişim becerileri, takım yada ekip iletişim becerileri profesyonel bireysel iletişim becerileri önemlidir. Evde sağlık ve sosyal hizmetin sağlanması hastaları kendi evlerinde bakım sağlayıcılar tarafından ziyaret gerektirmektedir. Bu hastaların bakımında sağlık bakım sağlayıcılarının yüz yüze iletişimde zorlandıkları bilinmektedir. Bu bağlamda hasta ve ailelere iletişimde yaşanan zorlanmalarına bağlı olarak sağlık ekibinin yaşadığı iletişim sorunları hastaların gerekli tıbbi ve sosyal bakımı almada engeller arasında yer aldığı saptanmıştır.

Bu kapsamda farklı iletişim modellerinin geliştirilmesi ile evde sağlık ve sosyal hizmetlerinin etkili bir biçimde sunularak bu hizmeti alan hastaların ilaç uyumlarını, sosyal becerilerini artırılmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Dünyada ve Türkiye'de yapılan çalışmalara bakıldığında; Evde sağlık ve sosyal hizmetlerden yaralanan kitlenin,% 50'den fazlasının yaşlı hastalar olduğu saptanmıştır. Bu nedenle özellikle yaşlılar ile iletişim becerilerinin geliştirilmesi evde bakım hizmetlerinin iyileştirilmesine katkı sağlayabilir ve hizmet kalitesini artıracağı düşünülmektedir.

Ekip iletişim becerilerinin geliştirilmesi ile çözümlenebilecek evde bakımda sık karşılanan sorunlar:
Mevcut sorunlara ek olarak yeni sorunların gelişmesi.
Bakıcılara ait sorunlar.
Hastalıklara bağlı komplikasyonların oluşması.
Terminal bakım gereksinimleri.
İlaç uyum sorunları.
Sağlık ve Sosyal Hizmetlerin sağlanmasındaki engeller.

Ekip iletişimi
Profesyonellerin ''Yaşam deneyimi''.
Özgüven.
Duygusal durumları.
Bilişsel ve fiziksel yetenekleri.
Bilgi düzeyleri.
Hastanın duygusal durumu ve bunları ele alma becerileri.
Karmaşık ve çoklu ilaç gereksinimi olan hastaların gösterdiği davranışlara göre değişebilmektedir.

Ekip iletişim becerinin geliştirilmesi ile:
Ekip üyelerinin birbirlerini anlamalarına kolaylaştırır.
Tüm Sağlık üyelerinin birbirlerine içtenlikle yardım.
Hasta bakımı ve memnuniyetini arttırır.
Hasta uyumunu ve öz-yönetim artırır.
Sağlık ekibinin memnuniyeti artırır.
Tıbbi hata ve sorumluluk riskini azaltır.

Evde Bakımda sağlık ve sosyal hizmet sağlayan Ekibin iletiş becerilerinin geliştirilmesine yönelik 2 model bulunmaktadır.Bunlar;
1. " Tıbbi iletişim modeli (Keller 1994)
2. Gittell İlişkisel Koordinasyon modeli (Gittell 2011).

Bu modellerin temel amacı: Hizmetlerin sağlanmasında ekip iletişiminin geliştirilmesinin
bakım verilen bireylerin Benlik özelliklerinin dikkate alınması ve tanınmasına, değerlilik duygusu yaratacak Empatik yaklaşıma bağlı olduğu ifade edilmektedir.

Ekip iletişiminde bu modellerin etkin olarak geliştirilmesi ile, bakıma gereksinimi duyan bireylerin; eğitsel ve duygusal sorunlarının iyileştirilmesine, iletişim becerilerinin geliştirilmesine, sosyal sorunlarının asgariye indirgenmesine, serbest zamanlarının verimli bir biçimde değerlendirilmesini sağlanabildiği düşünülmektedir.

Gittell İlişkisel Koordinasyon Modeli'inde, ekip iletişiminin temel stratejileri ve standartları olmalı ve bu standartların sınırları iyi çizilmelidir. Buna bağlı olarak bireye özgü bireysel iletişim becerilerinin geliştirilmesi sağlanmalıdır.

Bireysel iletişim becerileri, insanın; düşünmesi, duygulanması, kişisel gereksinimlerin farkına varması iç gözlem yapması olarak açıklanmaktadır.

Benlik, kendi kişiliğimize ilişkin kanılarımız ve kendi kendimizi görüş tarzımızdır. Bu bakımdan benlik,kişiliğin öznel yanı olarak tanımlanabilir. İç varlığımızın bütünü oluşturan benlik,kişilik gibi karmaşık bir kavramdır. Benlik, bireyin yaşamı boyunca kendisi hakkında yetenek ve davranışların ortaya çıkmasını sağlayıcı bir unsurdur.

Benlik Gelişiminde İletişimin Rolü
İletişim insanın yaşamında temel bir gereksinimdir. İletişim olmadan bireylerin ya da toplumların yaşamlarını sürdürmeleri imkansızdır. Bireyin benlik gelişimi toplumsallaşma sürecinde ortaya çıkmaktadır.

İletişim özellikleri; açıklık; bu yönden mesajın ne anlam ifade ettiği tam olarak ikisi tarafından anlaşılmalı, iletişime katılanların çabası ve ortak bir sonucu ile gerçekleşebilir Devamlılık; hissedilenler, olaylar, konular ve bu fikirlerin nasıl iletildiği, fikirler arasında nasıl bir bağlantı olduğu şeklinde açıklanabilir. İletişim sözlü

ve sözsüz olarak ikiye ayrılır. Shea (1988) iletişimin %10'u nun sözlü, %90'ı nın sözsüz iletişimden oluştuğunu belirtir. Bu nedenle etkili bir iletişimci olmanın anlamı hem sözlü hem sözsüz iletişim becerilerini etkili kullanmaktır.

Diğer bir deyiş ile İletişim, Sözlü iletişim "dil ve dil ötesi" olarak, Sözsüz iletişim ise "yüz ve beden, bedensel temas,mekan kullanımı ve araçlar" alt sınıflamalarda ele alınmaktadır. Dil ile iletişimde kişilerin "ne söylediği", dil-ötesi iletişimde ise "nasıl söylendiği" önem taşımaktadır. Kullanılan ses tonu, sesin hızı, kelimelere yapılan vurgulamalar, ses tonunun alçalıp yükselmesi, vurgulamalar dil-ötesi iletişime örnek verilebilir.

Ülkemizde yapılan araştırmalar ve literatür; hem hemşirelik hem de tıp eğitiminde daha çok hastalık bilgisi ve tedaviye yönelik konulara yer verildiği halde, hasta ile tedavi edici boyutta iletişim ve etkileşime girme, hastanın duygusal boyutunu anlamaya yönelik bilgi ve becerilerin uygulamalarla yeterli kazandırılmadığı görülmektedir.

Bu durumda sağlık çalışanlarının, hastaların davranışlarını yüzeyel olarak değerlendirdikleri,
yalnızca o andaki isteklerini yerine getirdikleri yada hastaların davranışlarına olumsuz tepkilerle yanıt verdikleri, verilen mesajların altında yatan duyguyu anlamadıkları,
öfke ve kızgınlık yaşadıkları gözlenmektedir.

Özetle
İletişim Tekniklerinin Geliştirilmesi ve Artırılmasına yönelik iletişim modellerinin uygulanması için eğitim programlarının geliştirilmesi evde bakım ve sağlık hizmetleri için acil bir eylem olarak değerlendirilmektedir.

Evde sağlık ve sosyal hizmet sağlayan ekip üyelerinin hedefleri:
Hastaya yardım etmektir.
Başkaları ile ilgili yaşanan sorunları anlamak ve tespit etmek.
Duygusal ihtiyaçların karşılanması için yeni yöntemler keşfetmek.
Kişiler arası ilişkilerdeki deneyimleri tahmin etmek.
Rahat ve anlaşılır hissettirmek.
Bu hedeflerin tümü; ekip içi iletişim, bireysel iletişim becerilerinin geliştirilmesi ile ancak mümkün olabilir.

EVDE BAKIM HEMŞİRELİĞİNDE ORYANTASYON, YETKİNLİĞİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE SERTİFİKA SÜRECİ

Yrd.Doç.Dr. Ebru EREK KAZAN
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

Evde Bakım Hemşireliği
Evde bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik (2005) ve Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge (2010/Güncellenmiş-2015)
Evde bakım hemşiresinin sorumlulukları
İlaç uygulama, gözlem ve kayıt, hastalık hakkında birey ve ailesini bilgilendirme ve sağlık eğitimi, alet ve malzemelerin kullanıma hazır bulundurulması, sorumlu hekimin verdiği diğer görevleri yapma.

Evde Bakım Hemşireliği
Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (2011)
H) HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ
1) Evde bakım hemşiresi, yatağa bağımlı veya kendi ihtiyaçlarını bir başkasının desteği olmaksızın karşılayamayacak durumda evde bakım gereksinimi olan bireylere hemşirelik hizmetlerinin sunumundan sorumludur.

Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (2011)
Görev, yetki ve sorumlulukları
Hemşirelerin genel görev, yetki ve sorumluluklarının yanı sıra; ev ortamını değerlendirme, bakım destek elemanlarının denetimini yapma, sağlık eğitimi, bireylerin istek ve şikayetlerini dinleme, değerlendirme ve ilgili birimlere yönlendirme şeklinde belirtilmiştir.

Evde bakım hemşireliği; koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık bakım hizmetlerinin etkili biçimde sürdürülmesi amacını güden, birey ve ailesine kendi ev ortamlarında sunulan hemşirelik bakım hizmetleridir. Dünyada evde bakım hizmetlerinin tarihsel gelişimine bakıldığında; hemşirelik hizmetleri şeklinde başlamış ve uzun yıllar bu şekilde yürütülmüştür.

Evde bakım hizmetleri ilk ziyaretçi hemşire olarak bilinen Florence Nightingale tarafından 1800'lerde hasta ve yoksul bireylere yapılan ev ziyaretleri ile başlamıştır.
Nigtingale'in önerileri üzerine 1862 yılında Liverpool'da evlerde hasta bakımı gerçekleştirecek ziyaretçi hemşire yetiştiren ve 1,5 yıllık eğitim veren ilk hemşire okulu açılmış, bu okuldan mezun olan hemşirelere de "Halk Sağlığı Hemşiresi" unvanı verilmiştir.

Halk sağlığı hemşireleri, toplumdaki tüm birey ve ailelere ev ziyaretleri, sağlık eğitimleri yaparak sağlığın geliştirilmesi, iyileştirilmesi ve hastalıkların önlenmesini amaçlamaktadır.
Halk sağlığı ve evde bakım hemşireliği ortak yönleri olmasıyla birlikte, her ikisi de kendi içinde birer uzmanlık alanıdır.
Evde Bakım Hemşiresi

Evde Bakım Hemşirelerinin Hizmet Alanı
Hamilelik, bebeklik, yaşlılık gibi özel yaşam dönemleri
Kronik hastalıklı (diyabet, hipertansiyon…vb) bireyler
Madde bağımlıları
Engelliler
Terminal dönemdeki hastalar
Günlük yaşam aktivitelerini bağımsız yapamayan bireyler

Ülkemizde Evde Bakım Hemşireliği Eğitimi

Ülkemizde evde bakım hemşireliği, lisans düzeyindeki hemşirelik okullarında Halk Sağlığı Hemşireliği dersi kapsamında verilmekte,
Ayrıca üniversitemizin lisans programında haftada 2 saat seçmeli ders olarak verilmektedir.
19 Mayıs Üniversitesi Hemşirelik Bölümü'nde Evde Bakım Hemşireliği uzaktan eğitimle Tezsiz Yüksek Lisans programı bulunmaktadır.
Diğer üniversitelerde Hemşirelik Bölümlerinin yüksek lisans ve doktora programlarında seçmeli ders olarak yer almaktadır.

Lisans düzeyinde ders müfredatları ve evde bakım hemşireliğine yönelik sertifika programları gibi sınırlı sürede ve kapsamdaki eğitim, evde bakım hemşireliği gibi uzmanlık gerektiren bir alan için yeterli olmamaktadır.

Mevcut sistemde evde bakım hizmetlerinde farklı sağlık meslek gruplarından (ebe, hemşire, acil tıp teknisyeni…vb) ve eğitim seviyelerinden (lise, ön lisans, lisans) bireyler çalıştırılmaktadır.

Mevcut sistemde evde bakım hizmetlerinde farklı sağlık meslek gruplarından (ebe, hemşire, acil tıp teknisyeni…vb) ve eğitim seviyelerinden (lise, ön lisans, lisans) bireyler çalıştırılmaktadır.

Evde bakım kapsamında verilen sağlık hizmetlerinde hemşire, hastaneye göre daha bağımsız bir uygulayıcıdır. Bu nedenle evde bakım hemşirelerinin;
Kritik düşünme
Özgüven
Liderlik özelliği
Güçlü iletişim becerisi
Yeterli bilgi düzeyi ve
Karar verme yetisine sahip olması gereklidir.

Evde Bakım Hemşireliği

Evde bakım kapsamında verilen sağlık hizmetlerinde hemşire, hastaneye göre daha bağımsız bir uygulayıcıdır. Bu nedenle evde bakım hemşirelerinin;
Kritik düşünme
Özgüven
Liderlik özelliği
Güçlü iletişim becerisi
Yeterli bilgi düzeyi ve
Karar verme yetisine sahip olması gereklidir.
Evde bakım hemşireleri yeterli bir bakım hizmeti sağlamak için halk sağlığı, cerrahi, pediatri, psikiyatri hemşireliği gibi alanların uygulama prensiplerini sentezler.
Evde kemoterapi, entereostomal terapi, mental sağlık, emzirme danışmanlığı, palyatif bakım, ventilatör kullanımı, ayaktan periton diyalizi gibi farklı alanlarda hizmet verir.
Tüm bu hizmetlere bakıldığında evde bakım hemşiresinin klinik hemşireden çok daha yetkin ve bilgili olması gerekir.

Evde Bakım Hemşireliğinde Yetkinlik

Amerikan Hemşireleri Birliği (American Nurses Association-ANA) tüm bu alanlarda evde bakım hemşirelerinin
yetkin olabilmesi için
kemoterapi, diyaliz…vb gibi farklı uygulamalara yönelik sertifika programları düzenlemektedir.
Amerikan Hemşirelik Yetkilendirme Merkezi (American Nurses Credentialing Center) tarafından
Genel ve klinik uzman düzeylerinde iki tip sertifikasyon
Sertifika programları 8 hafta
5 yılda bir yenilenecek
En az lisans düzeyinde eğitim almış olmak
Evde bakım hemşiresi olarak çalışabilmek için, sertifika ve minimum iki yıllık bir deneyime sahip olma şartı aranmaktadır.

Ülkemizde evde bakım hizmetlerine yönelik çıkarılan yönetmeliklerde evde bakım hemşiresinin tedaviyi uygulama ve sağlık eğitimi rolleri belirtilmiş ancak yetkinlikleri ve eğitimine yönelik standartlar belirtilmemiştir.

Evde Bakım Hemşiresinin Mesleki Yetkinlikleri
Amerikan Hemşireleri Birliği (American Nurses Association-ANA) tarafından evde bakım hemşirelerinin yetkinlikleri;
Esneklik
Yaratıcılık
Bireysel ve çevresel farklılıklarda sorunlara yenilikçi yaklaşımlar ve değişen kaynak kullanılabilirliği
Bağımsız karar verme olarak belirtilmiştir.

Evde bakım hemşireleri için Kanada Hemşireler Birliği (Canadian Nurses Association) tarafından üç tip yetkinlik alanı belirtilmektedir. Bu alanlar:
Temel yetkinlikler.
Organizasyon yetkinlikleri.
Sistem yetkinlikleri.

Temel Yetkinlikler
Değerlendirme ve İzlem
Evde bakım hemşiresinin, bireyin günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak yerine getirebilme düzeyini, yardım gereksinimlerini saptamak ve uygun bakımı planlamak için fiziksel, psikososyal ve çevresel alanlarda yaptığı değerlendirmedir.

Değerlendirme ve İzlem
Bu aşamada hemşire, gözlem, dinleme, görüşme, fiziksel değerlendirme bulgularından yararlanır. Hemşire, bireyin mevcut sağlık durumu, ihtiyaçları, daha önceki sağlık hikayesi ile ilgili değerlendirme yapar.

Bakım planlama
Evde bakım hemşiresinin, hasta ve ailesine yaptığı ziyaretlerde kapsamlı bir değerlendirme yapması, bakımın planlanmasında önemlidir. Başarılı bir bakım planında hemşire, birey ve ailesi ile işbirliği yaparak karşılıklı ihtiyaçları belirlemeli, ihtiyaçlara yönelik hemşirelik bakımını planlamalı ve problem çözme yeteneği ile bireyin mevcut sağlık durumunu geliştirmeyi amaçlamalıdır.

Klinik karar verme
Evde bakım kapsamında hemşirelik uygulamaları kompleks bir yapıya sahip olduğu için hemşire bağımsız karar verebilmeli ve bireyi bütün olarak değerlendirebilmelidir.
Klinik karar verme, evde bakım hemşireliği uygulamalarının merkezi olarak görülmektedir.

Klinik karar verme
Evde bakım hemşiresi klinik karar verebilmede; kritik ve yaratıcı düşünme yeteneklerine sahip olmalı, sağlık-hastalık durumları gibi yaşam boyu karşılaşılan sorunlar için gerekli sağlık bilgilerini kullanabilmeli ve bağımsız şekilde karar vererek çözüm yolları geliştirebilmelidir.

İletişim
Sunulan bakım hizmetinde başarı elde etmek için hemşire, hasta ve aile arasında güvenli, empatik ve sürekli terapötik bir iletişimin kurulması önemlidir.
Etkin bir iletişim, hemşirenin sahip olduğu iletişim bilgisi ve kabiliyetine bağlıdır.
Evde bakım hemşiresi etkili dinleme yeteneğini kullanabilmeli, sözlü ve sözsüz iletişim kabiliyetleriyle birey, aile ve diğer bakıma katılan kişilerin duygu ve düşüncelerini anlayabilmelidir.

Kültürel sorumluluk
Bireylerin sağlığa ilişkin inançları, kültürleri, geçmişteki hastalık/sağlık deneyimleri bir bütündür. Bu bütünlüğün korunması, bireylerin sağlığını geliştirme ve etkin bir bakım sağlamada önemli bir rol oynar. Sağlık bakım profesyoneli olarak hemşireler, bakım verirken toplumun kültürel yapısını dikkate alarak bakım planlamalıdır.

Uygulama becerileri
Evde bakım hemşireleri bireylerin öz bakımını destekleyerek yerine getirmelerini sağlamak amacıyla sahip oldukları özel bilgi ve becerileri ile bir çok spesifik uygulamalarda bulunur. Enjeksiyon, periton diyalizi, parenteral beslenme, kemoterapi, stoma bakımı, yara bakımı, oksijen terapisi, ventilatör kullanımı gibi uygulamalar bu kapsamda sayılabilir.

Uygulama becerileri:
Evde bakım hemşireleri temel pratik uygulamaların yanı sıra hasta birey ve ailesine evde bakım hakkında bilgi ve beceri kazandırmak amacıyla sağlık hastalık yönetimi ile ilgili eğitim yapmaktan sorumludur.

Kanıta dayalı uygulamalar
Evde bakım hemşiresi, kanıta dayalı uygulamaları kullanabilmelidir.

Organizasyon Yetkinlikleri
Zaman Yönetimi ve Organizasyon Becerileri
Bu beceriler hemşirenin bakımda verimli olmasını etkilemektedir. Hemşirenin zamanı iyi yönetebilmesi, organizasyon becerisine sahip olması verimli bir bakımın sağlanması ve olumlu klinik sonuçların arttırılması açısından önem taşımaktadır.

Bakım Koordinasyonu
Bakım koordinasyonu; "açıkça belirlenen tedavi planı ve sonuçlarına ulaşmak için multidisipliner bir ekip (doktor, eczacı, evde bakım hemşiresi vb.) tarafından hastanın sağlık durumunu en üst seviyeye çıkarmak" olarak tanımlanmaktadır. .

Bakım Koordinasyonu
Hemşirelikte vaka yönetimi olarak da adlandırılan bakım koordinasyonu, hastanın gereksinimlerinin ön planda tutulması esasına dayanır. Bu gereksinimlerin karşılanması için hemşire mevcut toplumsal kaynakları belirlemeli, hasta birey ve ailesini kaynaklara yönlendirerek kaliteli bir bakım koordinasyonu sağlamalıdır.

Gelişmiş Teknolojiyi Kullanabilme
Günümüzde gelişen teknolojik sistemlerin her alanda kullanılması, sağlık bakım profesyonellerinin kaliteli ve yeterli bir bakım sağlayabilmeleri için karmaşık teknolojiyi kullanabilmelerini gerekli kılmaktadır.

Gelişmiş Teknolojiyi Kullanabilme
Evde bakım hizmetlerinde teknolojik gelişmeler gittikçe artan bir şekilde kullanılmaktadır.
Evde bakım hemşiresi, tedavi ve bakım hizmetlerinin sunumu için yüksek teknolojik araç ve cihazların kullanımı hakkında bilgi sahibi olmalı, kullanan kişinin güvenli, doğru kullanımında yardım ve rehberlik etmelidir.

Sistem Yetkinlikleri
Hasta Savunuculuğu
Bu rolü ile hemşire hastaya ihtiyacı olan bilgiyi verir, gerektiğinde hastanın sözcülüğünü yapar, karar vermesini destekler ve kararına saygı duyar.

Sistem Bilgisi
Hemşire mevcut yasal düzenlemeler, finansal kaynaklar, destek sistemleri hakkında bilgi sahibi olmalı, böylece bakım verdiği bireylere danışmanlık yaparak uygun bir şekilde yönlendirmelidir.

Evde Bakım Hemşireliği Sertifika Programları
Dernekler (Evde Sağlık ve Sosyal Hizmetler Derneği-EVSAD, Evde Bakım Derneği)
Fakültelerin Hemşirelik Bölümleri tarafından sertifikalar verilmiştir.
Sertifika programlarına başvuru için bu yıla kadar lisans düzeyi eğitim şartı aranmamıştır.
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü ve
Evde Sağlık ve Sosyal Hizmetler Derneği (EVSAD) işbirliği ile 09-13 Eylül 2013 tarihleri arasında Evde Sağlık Hizmetleri Sertifika Programı düzenlenmiştir.
Evde Sağlık Hizmetleri Hemşireliği Sertifikalı Eğitim Programı 04 Şubat 2014 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren "Sağlık Bakanlığı Sertifikalı Eğitim Yönetmeliği" kapsamında sertifikalı eğitim alanı olarak belirlenmiş ve Bakanlık Makamının 23/03/2015 tarihli ve 397 sayılı onayı ile yürürlüğe girmiştir.

Evde Sağlık Hizmetleri Hemşireliği Sertifikalı Eğitim Programı Standartları

Eğitimin Amacı

Evde bakım gereksinimi olan hastayı ailesi ve çevresi ile birlikte bir bütün olarak değerlendirerek ona ihtiyacı olan tedavi, bakım ve rehabilitasyonun ev ortamında başlatılmasını, sürdürülmesini ve takibini sağlama ve bunun için gerekli sosyal ve psikolojik destek hizmetlerini koordine etme yetkinliğine sahip evde sağlık hemşiresi yetiştirmektir.

Katılımcılar ve Nitelikleri

Bu sertifika programına evde sağlık hizmetlerinde görev yapan/yapacak olan en az lisans mezunu hemşire, sağlık memurları (toplum sağlığı) ve hemşirelik yetkisi almış ebeler katılabilir. Program 52 saat teorik, 28 saat laboratuvar uygulaması ve 80 saat saha uygulaması (yoğun bakım ve ev ziyaretleri) olmak üzere toplam 160 saat.

Sertifika geçerlilik süresi 5 yıl.

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü ve Evde Sağlık ve Sosyal Hizmetler Derneği (EVSAD) işbirliği ile yapılması planlanan Sağlık Bakanlığı'nın Evde Sağlık Hizmetleri Hemşireliği Sertifikalı Eğitim Programı'na Kasım 2015 tarihinde başvuru yapılmıştır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Evde bakım hizmeti alan bireylere, kalabalık hastane ortamındaki hizmet sunumundan farklı bir yaklaşımla, güvenli, etkin ve kaliteli bir sağlık hizmeti sunmak için evde bakım hemşirelerinin yetkinlikleri ve eğitim standartları açıkça belirlenmelidir. Evde bakım hemşirelerinin sağlığı koruyucu, geliştirici ve rehabilite edici hizmetlerde önemli rol ve sorumlulukları vardır. Bu nedenle evde bakım hizmetlerine yönelik hazırlanan yönetmeliklerin bu doğrultuda hazırlanması yararlı olacaktır. Bu alanda çalışacak hemşirelerde, en az lisans düzeyinde eğitim alma, sertifika sahibi olma ve klinik deneyim oldukça önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Sezer, A., Demirbaş, H., Kadıoğlu, H. (2015). Evde Bakım Hemşireliği: Mesleki Yetkinlikler ve Eğitim Standartları. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 23(2):160-165.

2. Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge (2010). http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-12133/saglik-bakanliginca-sunulan-evde-saglik-hizmetlerinin-u-.html Erişim:25.10.2015

3. Optimizing the Role of Nursing Home Health. Canadian Nurses Association (2013). https://www.cna-aiic.ca/~/media/cna/page-content/pdf-en/optimizing_the_role_of_nursing_in_home_health_e.pdf?la=en Erişim: 25.10.2015

4. Pınar, R. (2010). Türkiye'de Evde Bakımda Mevcut Durum. Akademik Geriatri http://akademikgeriatri.org/files/Akademik_Geriatri_2010/Konusma_Metinleri/16.pdf Erişim: 25.10.2015

5. Cimete, G. (2008). Evde Bakım Hemşireliği. Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi, 6(4):47-53.

6. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. Resmi Gazete (2011) http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-12606/hemsirelik-yonetmeliginde-degisiklik-yapilmasina-dair-y-.html Erişim: 27.10.2015.

7. Mildon, B., Underwood, J. (2010) Competencies for Home Health Nursing: A Literature Review https://www.chnc.ca/documents/HomeHealthCompetenciesLiteraturereviewApril122010.pdf Erişim: 27.10.2015.

8. 19 Mayıs Üniversitesi Salık Bilimleri Enstitüsü (UÖ) - Evde Bakım Hemşireliği (Tezsiz). http://ebs.omu.edu.tr/ebs/program.php?dil=tr&mod=2&Program=4689 Erişim: 27.10.2015.

EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ ALANINDA BİRİNCİ BASAMAKTA ÇALIŞANLARIN EĞİTİMİ

Dr. Özlem YİĞİTBAŞIOĞLU

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

Aile Hekimliği Eğitim ve Geliştirme Daire Başkanı

Evde Sağlık Hizmetleri
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 hizmetleri.

Evde Sağlık Hizmetlerinde Birinci Basamakta Kimler Çalışıyor?
Aile Sağlığı Merkezi
Aile Hekimi.
Aile Sağlığı Elemanı.

Toplum Sağlığı Merkezi
T Tipi ESH ekibi.

Birinci Basamakta Eğitim İhtiyacı Saptama Çalışması
Türkiye Halk Sağlığı Kurumunca Ekim 2015'te, birinci basamakta evde sağlık hizmeti sunumunda görev yapan personele yönelik eğitim ihtiyacı saptanması araştırması yapılmıştır.

Araştırmanın evreni uzman hekim, pratisyen hekim, diş hekimi, ebe, hemşire, sağlık memuru, tıbbi sekreter, acil tıp teknisyeni, sosyal çalışmacı, fizyoterapist, diyetisyen, psikolog olmak üzere 1581 kişiden oluşmaktadır.

Araştırmaya 1123 kişi (%71) katılmıştır.

Evde Sağlık Hizmetlerinde Birinci Basamak Çalışanlarına Yönelik Eğitimler
Mezuniyet öncesi eğitimde evde sağlık hizmetlerine özel bir eğitim verilmemektedir.
Ancak bu kapsamda verilen hizmetler genel tıp eğitimi içerisinde yer almaktadır.
Birinci basamak sağlık hizmetleri konularının ve bakış açısının mezuniyet öncesi eğitim müfredatlarında yer alması önemlidir.

Hekimler, diş hekimleri, aile sağlığı elemanları vs. bu konuda YÖK ile çalışmalarımız devam etmektedir.

Evde Sağlık Hizmetleri Eğitim Modülü
Evde sağlık hizmetlerinde çalışan ekiplerin görev analizlerine uygun eğitim modülü geliştirme çalışmaları sürdürülmektedir.

Eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi çalışmasının ve deneyimlerimizin rehberliğinde daha önce hazırlanmış olan eğitim modülünün içeriğinin güncellenerek, T Tipi birimlerde hizmet sunan tüm personele yönelik eğitimler verilmesi planlanmaktadır.

Evde Sağlık Hizmetleri Eğitim Modülü İçeriği
Evde sağlık hizmetinin temel kavramları ve etik.
Ev ziyaretlerinin tanımlanması.
Hasta ve ailesinin eğitimi.
Psikososyal destek.
İletişim ve danışmanlık.
Ağrı , semptom yönetimi ve semptomlara yönelik rehabilitasyon yaklaşımları.
Kronik solunum yolu ve göğüs hastalıkları.
Çocuk hastalıkları.
Ağız ve diş sağlığı.

Aile Hekimleri Sürekli Mesleki Gelişim Eğitimleri

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi iş birliği ile 15 modülden oluşan Aile hekimliği sürekli mesleki gelişim eğitimi kapsamında, ESH'ne yönelik eğitim modülleri de yer almaktadır.

Bu modüller içinde yer alan evde sağlık hizmetlerine ilişkin konuları yaklaşık 13.000 aile hekimi başarı ile tamamlamıştır.

Ayrıca, evde sağlık hizmetleri ile ilgili diğer konular da (palyatif bakım, yara bakımı, iletişim, ruh sağlığı ve hastalıklarına yaklaşım gibi) farklı modüller altında yer almıştır.

HASTA YAKINI EĞİTİMİ

(Sağlık Bakanlığı Evde Sağlık Hizmetlerinde)

Uzm. Emine KURTLUK

İstanbul İli Fatih Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği

Ya Resulallah, yaşlı anama elimle yedirip içiririm. Abdestini aldırır, sırtımda taşırım. Hakkını ödemiş olur muyum?' diye soran kişiye:
'Hayır, yüzde birini bile ödemiş olamazsın. O sana, yaşaman için hizmet ediyordu, sen ise, ölümünü bekleyerek hizmet ediyorsun. Ancak Allah-ü Teâlâ, bu az iyiliğine karşılık çok sevap ihsan eder' buyurmuştur.
(R.Nasıhin)

İlgili Mevzuat
27/02/2015 tarih ve 29280 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan; Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik.

Hizmetin kapsamı
MADDE 19 – (1) Evde sağlık hizmetleri;……
ç) Hastanın ve ailesinin, evde bakım sürecinde üstlenebilecekleri görevler ile hastalık ve bakım süreçleri hakkında bilgilendirilmesini,
d) Hastaya, evde kullanması gereken tıbbi cihaz ve ekipmanlar konusunda, eğitim ve danışmanlık gibi hizmetlerin verilmesini,…….kapsar.

Amacımız
Hasta yakınına verilecek eğitim ile hasta bireyin, Normal yaşam aktivitelerini sürdürmesine yardımcı olmak. Sağlığına kavuştuğu zaman yaşamını kısıtlayacak faktörleri en aza indirmek. Hasta yakınlarının; Yatağa bağımlı hastasına sunduğu bakım hizmetindeki yetersizliklerini gidermek. Hastalık hakkındaki korku ve endişelerini azaltmak. Hasta ve yakınını fiziksel ve psikolojik olarak desteklemek. Evde sağlık hizmet kalitesini ve sunulan hizmetin etkinliğini artırmak.

Hedefimiz
Yaklaşık 3,5 yıldır hizmet vermektedir.
Aktif hizmet alan tüm hasta yakınlarına ulaşarak eğitimlerini tamamlamak nihai hedefimizdir.

Eğitim Hazırlık Süreçlerimiz
Evde sağlık biriminden hizmet alan hasta yakınlarının eğitim ihtiyacı tespit edildi.
Eğitim ihtiyaçları doğrultusunda verilecek eğitim konuları belirlendi.
Belirlenen konularda diğer kurum ve kuruluşların (ASPB, Üniversite vb.) hazırlamış olduğu eğitim modülleri tarandı.
Hasta yakınının ihtiyaç duyduğu konularda eğitim içeriği (görsel, işitsel vb.) hazırlandı.
(Evde Hasta Bakımı Eğitim Programı)
Eğitim içeriğinin hazırlanmasında hizmet verdiğimiz hastalardan birebir katkı sağlandı.
Eğitim gün ve saati planlandı.

Eğitim İçeriği (1)
Hasta Bakımında Değineceğimiz Konular.
Günlük ve Haftalık Bakım.

Günlük
Temel Bakım
Yüz ve Boyun Temizliği.
Göz sağlığı ve temizliği.
Ağız-kulak-burun temizliği.
Kısmi vücut temizliği (el-ayak-tırnak).

Tuvalet ihtiyacı ve mahrem bölge bakımı.
Elbiselerin giyimi.
Kişisel Bakım
Cilt Sağlığı ve Bakımı.
Bıyık ve Sakal Tıraşı.
İstenmeyen Tüylerin Temizlenmesi.

Haftalık
Kişisel Bakım
Yatak banyosu
-Saç banyosu
-Vücut banyosu

Eğitim İçeriği (3)
Eğitimde hasta yakınlarına yönelik 1. Düzey Temel Hasta Bakımı Eğitimi İçeriği hazırlanmıştır.
Söz konusu eğitim içeriğine yönelik olarak;
40 dk eğitim,
10 dk dinlenme arası,
40 dk eğitim olmak üzere, toplam 90 dk. (1,5) saat eğitim süresi planlanmıştır.
Soru cevap bölümü süre hesaplanmasında dikkate alınmamış, sınırsız süreli olarak tanımlanmıştır.

Eğitimin Sonuçları (1)
Hasta yakınlarından geri bildirim sağlandı.
Hasta yakınlarının doğru bildikleri yanlış uygulamaları görmeleri ve doğru uygulamaları öğrenmeleri sağlandı.
Özellikli hastalara yönelik (aspirasyon sondası, PEG bakımı, treakeostomi bakımı vb) bakım ihtiyaçları tespit edildi.
Hasta yakınlarının özellikle psikolojik olarak desteklenmesi gerektiği belirlendi.
Genel olarak temel düzeyde hasta yakını eğitimi ile amaca ulaşıldı.

Eğitimin Sonuçları -Planlamalar
Özellikli hastalara yönelik eğitim 2. Düzey Hasta Bakımı Eğitim Programının hayata geçirilmesi.
Hasta yakını eğitiminde psikolojik destek modülünün ayrıca uygulanması.
Tüm hasta yakınlarının eğitim alması; bu amaçla hasta refakatçisi bulmanın gerekliliği ve buna yönelik çalışma yapılması planlandı.
Özellikli hastalara yönelik eğitim 2. Düzey Hasta Bakımı Eğitim Programının hayata geçirilmesi,
Hasta yakını eğitiminde psikolojik destek modülünün ayrıca uygulanması,
Tüm hasta yakınlarının eğitim alması; bu amaçla hasta refakatçisi bulmanın gerekliliği ve buna yönelik çalışma yapılması planlandı.

7.OTURUM

YARA ve YARA BAKIM EKİPLERİ

Prof. Dr. Ahmet Çınar YASTI

Genel Cerrahi Uzmanı

YARA İYİLEŞMESİ

Yaralanmış dokuyu normal durumuna getirmeye çalışan fizyolojik bir cevaptır.
Enflamasyon.
Proliferasyon.
Matürasyon.

Hemostaz (1-3 gün)

Vazokonstrüksiyon.
Fibrin pıhtı.
Plateletler.
Enflamatuar cevap (2-5 gün).
Kan akımı artar.
Yara temizlenir!
Makrofaj ve nötrofiller.

Granülasyon oluşumu (5-21 gün)

Neokollajenez (I ve III).
Neokapillerizasyon.
Kontraksiyon.
Epitelizasyon.
Hücre migrasyonu.

Skar oluşumu (21 gün – > 2 yıl)

Kollajen.
Skar tensil gücü orijinalin % 80'i
Remodelasyon.

Primer iyileşme (Temiz yara)

Doku kaybı yok.
Yara kenarları yaklaşabiliyor.
Enfeksiyon yok.
Minimal skar formasyonu.

Sekonder iyileşme (Doku kaybı)

Enfeksiyon.
Travma.
Granülasyon dokusu.
Epitelizasyon.
Uzun sürer.
Skar formasyonu fazladır.

Yara Değerlendirilmesi

Niçin?
Neyi?
Ne zaman?

Değerlendirmeliyiz?

Lokal yara.
Sistemik hasta.
Dışarıdan yaşam tarzı ve yeri.

Yara Kenarları
Hiperpigmente Oluşumu.
Masere.
Kallu.

Son Değerlendirme
Tip
- Epitelize.
- Granülasyon.
- Nekroz - çamur, kabuk.

Miktar
- Her tipin %'si.

Nem düzeyi
- Kuru, nemli.

Renk
- Kırmızı, pembe, sarı, siyah.

Bugün İçin Pansumanın Anlamı
Amaç: Hastanın kendi epidermisi ile yara kapanmasının sağlanmasıdır.
Kendi epiteliyle yaranın kapanması ya kendiliğinden ya da cerrahi tekniklerin kullanılması ile oluşmaktadır.

MÖ 2200 yıllarına ait tarihi kil tabletlerde yazılı "iyileşmenin üç hareketi" tanımlanmıştır:
Yaranın yıkanması.
Harç hazırlanması (bitki, yağlar, vs.).
Yaranın bandajlanması.

İdeal Pansuman Karakteristikleri
Yarayı bakteri ve yabancı maddelerden korumalı.
Yaradan eksüdayı emmeli.
Yaradan ısı ve sıvı kaybını engellemeli (yanık hastalar için özellikle önemlidir).
Ödemi azaltmak ve ölü boşlukları doldurmak için bası uygulamalı, yarayı travmatize etmeden kaldırabilmek için yapışmayan malzeme olmalı.
Epitelizasyonun maksimum, ağrının minumum düzeyde olması için ılık nemli ve kapalı bir ortam oluşturabilmeli.
Estetik olarak çekici olmalı, konfor sağlamalı.
Cost-effektive olmalı.
Gaz-buhar geçişine izin vermeli.
Koku kontrolü sağlamalı.
Nonallejik-nonirritan olmalı.

Pansuman Seçiminin Özeti
Nemin idamesini sağla
- Hidrofiber örtüler, Filmler, Hidrokolloidler, Hidrojel tabakalar.

Nem eklenmesi sağla
- Amorf hidrojeller.

Nemi em
- Hidrofiberler, Köpükler, Kollojenler, Aljinatlar, Süperemiciler.

Yara yüzeyini koru
- Temas tabakaları doyurulmuş gazlar.

Bakteri kontrolü
- Gümüş iyonları, Yavaş salınımlı iyot.

Kokuyu kontrol et
- Aktif karbon.

Hücreleri uyar
Kollajen.

İyi Yara Bakımı Yöntemi
Hastalık Yönetimi
Enfeksiyon Kontrolü.
Sistemik Durumların İyileştirilmesi.
Pansuman Seçimi.
İlave Terapiler.

DİYABETİK AYAK
TANIM
Nöropati.
Vaskülopati.
Enfeksiyon.
Mekanik faktörlerin birlikteliği.

NÖROPATİ
Ağrı veya basıncı algılayamama.
Anhidrozis.
Hiperkeratozis.

VASKULOPATİ
Bazal membranda kalınlaşma.
Periferik vasküler hastalık insidansında artma.

NÖROPATİK ÜLSER
Mal perforan.
Ağrısız.
Kallus.

İSKEMİK ÜLSER
Ağrılı.
Dorsal yüz.
Nabazanların azalması.

ENFEKSİYON
Sellülit.
Derin doku enfeksiyonu.
Akut osteomyelit.
Kronik osteomyelit.

TEDAVİ
Önleme
Yaraların temiz tutulması (pansuman).
Antibiyoterapi.
Cerrahi debritman.
Estremite amputasonu.

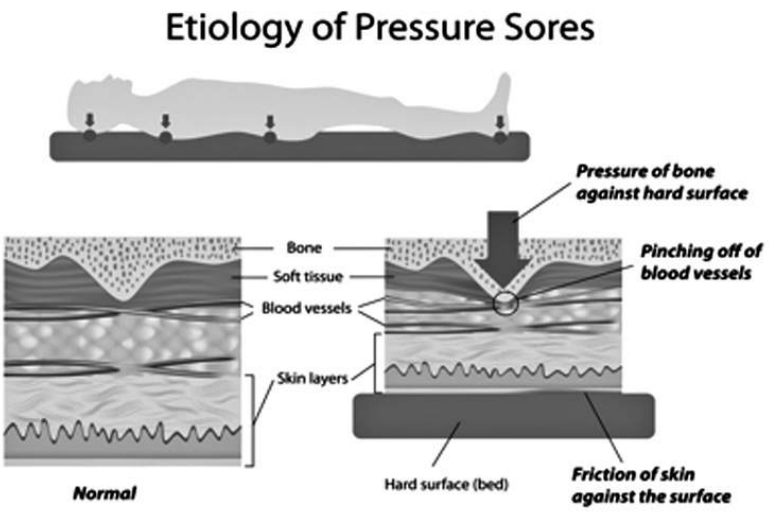
DAÜ tedavisinde başarı için:
Hemodinamik ve anatomik vasküler değerlendirme ve gereğinde revaskülarizasyon.
Nörolojik çalışmanın yapılması.
Sahaya uygun teknik ile kültür alınması.
Yara değerlendirmesi ve evrelenmesinde enfeksiyon ve iskemi gözetilmesi.
Sahaya uygun yatakbaşı/intraoperatif insizyon ve debridman.
Kültür sonucuna ve hastanın genel durumuna uygun antibiyotik değiştirilmesi.
Reülserasyon ve enfeksiyon riskinin azaltılması için uygun postoperatif takip.

BASINÇ YARASI

Yatak yarası (bedsore),
Dekibüt ülserleri (decubitus ulcers),
Basınç/Bası yarası (pressure sore),
Basınç ülserleri (pressure ulcers).

Basınç yaraları, uzun süreli basıncın etkisinde kalmaya bağlı olarak, vücudun herhangi bir bölgesinde oluşan iskemi ve nekroz içeren yaralardır.

Basınç yaraları çeşitli şekillerde tanımlanmış olup, tüm tanımlar temelde kan dolaşımının bozulması ifadesini içermektedir.



Önemi

Sağlığı tehdit eden önemli bir faktördür.
Hastanede kalış süresini uzatır
Komplikasyon gelişme riskini arttırır.
Sıklıkla hastaneye yatışı zorunlu kılar.
Maliyeti oldukça yüksektir.
Pansumanlar.
Hemşirelik bakımı.
Fiziksel terapi.
Beslenme desteği.
Hekimlik hizmetleri.
Yatağa bağımlı hastalarda: %30.
Felçli hastalarda: %60.
Yoğun Bakım Ünitesinde: %33.
Basınç yaraları ile ilişkili komplikasyonlardan her yıl 60,000 kişinin öldüğü tahmin edilmektedir.
*Meehan M. National pressure ulcer prevalence survey. Adv. Wound Care 2004;7:27-30

Temel tedavi prensipi

Multidispliner yaklaşım gerektirir.
Genel cerrahi.
Plastik cerrahi.
Ortopedi.
Anestezi.
Nöroloji.
Plastik cerrahi.
Enfeksiyon hastalıkları.
Hemşirelik hizmetleri.
Beslenme uzmanı.
Fizyoterapist.

Çorum Diyabetik Ayak Modeli
Multidisipliner Yaklaşım.
Genel Cerrahi.
Endokrinoloji.
Plastik Cerrahi.
Ortopedi.
Enfeksiyon Hastalıkları.
Psikiyatri.
Hemşirelik Hizmetleri.
Diyet Uzmanı.
Egzersiz Eğitimi.

Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Diyabetik ayak kliniği sonuçları
01.09.2013-01.10.2014
195 hasta:105 erkek, 90 kadın.
Servis Yatan Hasta: 40 hasta.
Negatif Basınç Uygulanan (NBU): 30 hasta.
Epidermal Büyüme Faktörü(EGF): 9 hasta.
Greft Uygulanan: 10 hasta.
Diz Altı Amputasyonu: 2 hasta.
Parmak Amputasyonu: 18 hasta.

Yaranın Tedavi Süreci
Kronik yaraların ancak %50' si uygun tanısal incelemeden geçmektedir.
Venöz bacak ülserlerinin %40' ı kompresyon tedavisi almamaktadır.
Ayak ülserlerinin %35' inde diyabet soruşturması yapılmamaktadır.
Bası yaralarının %50' si basınç giderici tedaviden yoksundur.

EVDE SAĞLIK VE BAKIMDA BESLENME TİMİ

Doç. Dr. Mutlu DOĞANAY

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi, HPB Birimi

Eğitim Görevlisi

Cerrahi Onkoloji Uzmanı / Klinik Nutrisyon Ünitesi Sorumlusu

Nutrisyonda Tartışılan Konular?
Malnutrisyon Tanısı
İhtiyaçlarının belirlenmesi

Beslenme Tedavisi
Yer (Ev).
Zaman (Hastane sonrası…..).
Kim (BDE,Tim).
Beslenme Takibi.
Beslenmenin Komplikasyonları.
Beslenememenin Komplikasyonları.

Evde Sağlık Hizmetlerinin Amacı
İhtiyacı 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 verilebilmesi, tanı koymaktan ziyade tanı konmuş hastaların tedavisinin takibi, uygulanması ve eğitiminin sağlanmasıdır.

Ülkemizde evde sağlık hizmetleri:
Yaşlı nüfusun artması.
Kronik hastalıklardaki artış.
Sağlık harcamalarının azaltılması.
Maliyet kontrolü, gelişen dünyanın etkisi.
Sağlığa bakış açısının değişimi.

Her geçen yıl nüfusu yaşlanan dünyada 2050 yılında 60 yaş üzerindeki nüfus ortalamasının
% 21 olacağı öngörülmektedir.

Evde Sağlık Hizmetleri Endikasyonları
Evde aile bireyleriyle birlikte yaşayan veya kimsesiz, özürlü, yaşlı, felçli, yatağa bağımlı, hayatını başkalarına bağımlı olarak idame ettiren bakıma muhtaç bireylere,
KOAH,
Palyatif bakım gereken, enteral-paranteral gereksinimi olan terminal dönem onkoloji hastalarına,
İleri derecedeki kas hastalarına,
Fototerapi ihtiyacı olan yenidoğanlara (0–1 aylık),
Nörolojik hastalıkları (ALS CVA v.b) olan bireylere,
Hastanede gördüğü tedavi veya ameliyatı sonrasında taburcu edilen ve idame tedavisinin evde sağlanması gereken hastalara,
Kaza geçirmiş olup kısa süreli hemşirelik hizmetlerine gereksinimi duyan hastalara verilir.

Evde Sağlık Hizmetleri kapsamına alınan hastaların ihtiyaç duyduğu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde Ağız ve Diş Sağlığı.

Evde Sağlık Hizmetleri Kimler Tarafından Verilir?
MULTİDİSİPLİNER:
• Hekimler • Hemşireler • Sosyal hizmet uzmanı • Diyetisyenler • Fizyoterapistler • Sağlık memurları • Psikologlar • Sağlık teknisyenleri • Yerel yönetimler
• Gönüllü veya özel kuruluşlar

Evde Sağlık Hizmetleri Önemi
Sağlık maliyetlerini düşürür.
Hastanın hastanede yatış süresini kısaltarak yatak işgalini azaltır.
Evde sağlık hizmetinde enfeksiyon riski hastaneye göre daha azdır.
Kişiye özel bir bakım sağlayarak iyileşmeyi hızlandırır.
Teşhisten iyileşmeye kadar geçen süreçte kesintisiz kaliteli ve standart hizmet sağlar.
Zamandan tasarruf sağlar.
Ev ortamında hastanın aile içi yaşama katılması, daha etkili psikolojik destek sağlar.
Yaşam kalitesini yükseltir .

Malnütrisyon nedir?
"Enerji, protein ve diğer besinlerin yetersiz veya dengesiz alımının
doku/vücut formu (vücut şekli, boyutu ve kompozisyonu) ve fonksiyonu üzerinde ölçülebilir advers etkilere ve klinik sonuçlara yol açtığı beslenme durumu."

Malnütrisyon yüksek tedavi maliyetlerine sebep olur
Malnütrisyonda yüksek kaliteli besleme desteği için harcanan her bir dolar bakım maliyetlerinde beş dolarlık bir tasarrufa neden olmaktadır.*

Hastaneye yatan hastalarda malnütrisyon görülme oranı %20-40.
Hastaneye kabul esnasında %15'i risk altında.
Yoğun bakım ünitelerinde risk oranı %52

ESPEN'in desteklediği ilk "nutritionDay" taraması– 28. ESPEN (2006) 19 şehirdeki 34 hastanede toplam 29,139 hasta.

29,139 hasta Türkiyede yoğun bakım ünitelerinde yatan hastaların %52'sinin risk altında olduğu ve bu hastaların %51,8'inin nutrisyonel destek aldığı görülmüştür.

Mal-Nutrisyon
Kötü postoperatif sonuç için, iyi bilinen major risk faktörüdür.

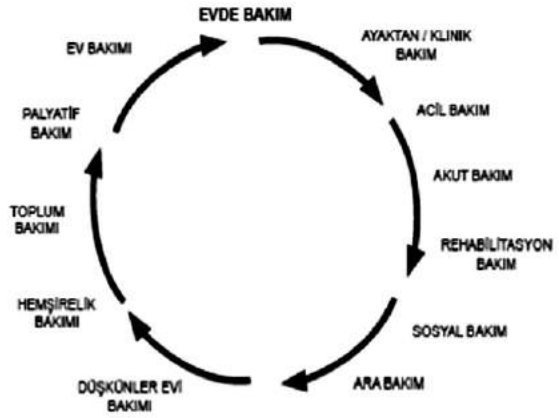
ARZ-TALEP BİASI !!!
Kritik hastalarda nütrisyon desteğinin yaşamsal olduğuna ilişkin çok miktarda kanıt olmasına rağmen; uygulamada, erken (kabulü takiben 24 saat içinde) ve yeterli (gereksinimlere eşit veya yakın) nütrisyon desteğinin sağlanmasında çok sayıda engel bulunmaktadır.

Engeller?
1. Hastaneye başvuran ve yatan hastaların beslenme durumları değerlendirilmiyor.
2. Değerlendirilen ve ihtiyacı olan hastalara nutrisyon desteği sağlanmıyor.
3. Perioperatif nutrisyonda preoperatif beslemenin cerrahiyi geciktireceği kaygısı yaşanıyor.
4. Postoperatif beslenmeden geçen sürenin uzunluğu gözden kaçıyor.
5. İatrojenik malnutrisyon atlanıyor.

Nütrisyon alanındaki dernekler
ESPEN (European Society for Parenteral and Enteral Nutrition).
Enteral Nütrisyon Kılavuzu (2006).
Parenteral Nütrisyon Kılavuzu (2009).

ASPEN (American Society for Parenteral and Enteral Nutrition).
KEPAN (Klinik Enteral ve Parenteral Nütrisyon) Derneği ESPEN EN ve PN Kılavuzlarının Türkçe çevirileri.

Enteral Nutrisyon Sürecinde Hasta Yolculuğunun Yönetimi



Enteral Nütrisyon sürecinde hasta yolculuğunun yönetimi

Enteral Nutrisyon Sürecinde Hastanın Yolculuğunu Kim Yönetir?

Çoklu uzman (Multisipliner) çalışması ve ekip çalışması, hastanın tedavisindeki tüm diğer süreçler kadar önemlidir.Klinik nütrisyon destek ekibi iyi tanımlanmış yeni bir kavram olsa da uygulamada her zaman var olamamaktadır.

• **Doktor / cerrah:** altta yatan durumun tanısı ve tedavisi uygun nütrisyon desteğiyle tamamlanır.
• Hemşire: Hasta bakımıyla ilişkili nütrisyon destek tedavisi hedefler.
• Diyetisyen: Nütrisyon gereksinimlerini değerlendirir ve
uygun nütrisyon hedeflerini belirler.

• Eczacı: Uygun nütrisyon formülleri hakkında bilgi verir,
ilaçlarla birlikte kullanışı dahil doğru kullanışı sağlar.

Nutrisyon Timi (Beslenme Destek Ekibi)Görevleri

Beslenme açısından riskte olan hastaların beslenme durumunun değerlendirilmesi.
Beslenme desteği alan hastaların beslenme düzeylerinin periyodik olarak izlenmesi ve değerlendirilmesi.
Enteral ve parenteral beslenme programlarının planlanması, uygulanması ve izlenmesine katılımı.
Geçiş beslenmesi programlarının düzenlenmesi.
Beslenme planlarının kayıtlarının tutulması.
Evde enteral ve parenteral beslenme programlarının düzenlenmesi.
Hasta ve ailesi ile, sağlık personeline eğitim verilmesi.

Beslenme Timinin Amacı?

• Hasta merkezli yaklaşım.
• Kanıta dayalı uygulamayla.
• İyi araştırılmış prosedür ve protokollerle uygulama.
• Kayıt ve izleme süreçlerine ve sonuca dikkat etmek.
• İletişim istikrarlı, açık ve net, zamana göre kaydedilmiş, tam ve yapıcıdır.
• Ekibin her üyesinin bireysel özellikleri en üst seviyeye ulaştırılarak ekibin amaçlarına ulaşması sağlanır.
• Birleştirici yaklaşım her düzeyde özel servis uzmanlarından diğer ekip üyelerine işbirliği ile oluşur.
• Klinik ve organizasyon değişikliğine cevap verebilen esnek yaratıcı hizmet sağlamak.
• Optimal nütrisyon desteğini etkin ve emniyetli bir şekilde sağlamak için hataları rapor etmek.

Organizasyon ve lojistik

Nütrisyon desteği sağlama, sıklıkla gözden kaçar (çok geç olana kadar), doğru zamanda, doğru yerde doğru desteğe ihtiyaç vardır.
Hasta evine taburcu edilecekse evde enteral nütrisyon planlamasına en kısa sürede başlanmalıdır.

Bunun için yazılı bir protokol yada kontrol listesi çok yardımcı olur.
Koordinatörün belirlenmesi çok önemlidir ve bu karışık düzeni kolaylaştırır.
Unutulmaması gereken başka bir önemli noktada enteral nütrisyona devam edilip edilmeyeceğini belirlemek için hastanın belirli aralıklarla değerlendirilmesi
gereğidir.
Nütrisyon sağlamada yeni düzenlemelere geçerken yumuşak bir geçiş için güçlü bir organizasyona ihtiyaç vardır.

Öğrenim
Tüple nütrisyon protokolü eğitimi en az aşağıdaki yönleri de içermelidir.
• Nütrisyon pompası gibi cihazların kullanımı ve güvenli besleme süreci.
• Cihazların güvenli kullanımı.
• Desteğin nasıl elde edilip güvenle idare edileceği.
• Tüple nütrisyona bağlı komplikasyonlar nasıl tanınıp
tedavi edilecek.
• Herhangi bir problem olduğunda kiminle iletişim kurulacağı
(iletişim telefonunun sağlanması).

• Temel hemşire bakımı örneğin gastrostomili hastalarda gastrostomi pansumanının değiştirilmesi.

• Evde nütrisyon programını organize, idare etmek ve güvenli ve başarılı olmasını sağlamak için kontrol listesi.

Son olarak akılda tutulması gerekir ki, hastalar taburcu olduklarında durumları stabil olsa da, enteral ve parenteral nütrisyon uygulamaları hastaların yaşam stillerini değiştirir ve hastaların buna uyumundan emin olunmalıdır.

Tedaviye Yanıtın İzlenmesi
Başarılı beslenme desteği, beslenme tedavisinin hasta tarafından tolerasyonunun sürekli olarak (tedavinin başlangıcından sonlandırılmasına kadar) izlenmesine bağlıdır.
Monitorizasyonun yetersiz olması, aralıklı olması veya kesilmesi sonucunda yapılan beslenme desteğinin başarısızlığı söz konusudur. Beslenme ile ilgili parametrelerin sürekli monitorizasyonu, beslenme tedavisinin uygunluğunun değerlendirilmesinde gereklidir ve beslenme tedavisinin değiştirilip değiştirilmeyeceğine izin verir. Beslenme destek diyetisyeni diğer ekip üyeleri ile birlikte beslenme durumunun izlenmesi için protokollerin oluşturulmasına mutlaka yardım eder ya da oluşturur ve gerektiğinde de protokollerde uygun değişiklikleri yapabilir.

Geçiş Beslenmelerinin Planlanması
Hastane ortamında, kritik hastalarda enteral-parenteral ve doğal besinlerle oral beslenmede birbirine geçiş protokollerinin düzenlenmesi:
Enteral-parenteral beslenmenin birlikte uygulandığı durumlarda hastanın besin ve sıvı gereksinimi karşılanamadığı sürece parenteral beslenmenin sürdürülmesi, son verilmemesi.
Oral uygulanan besin ve ürünlerle hastanın besin ve sıvı gereksinimi karşılanamadığı sürece tüple enteral beslenmenin sürdürülmesi, son verilmemesi. Geçiş beslenmesi sürecinde azaltma ve/veya artırmaların kademeli olarak yapılmasının önerilmesi. Geçiş periyodunda DİYETİSYEN, alınan besin öğelerinin kullanımı ve yararlılığının kayıtlarını tutar ve kalori hesaplarını yapar.

Evde Beslenme Timinin Önemi
PEG takılan vakalarda, işlem sonrası profesyonel takip hizmetinin PEG'e bağlı hastaneye tekrar başvuruları %61 azalttığı gösterildi.
Kurien ve ark. Eur J Clin Nutr 2012

Evde Tüple EB
• Hastane başvurusu ciddi anlamda azalmakta (OR: 0.08)
• YBÜ başvurusu ciddi anlamda azalmakta (OR: 0.26)
• Pnömoni prevalansı azalmakta (%14.2 vs %24.1)
• ÜSE prevalansı azalmakta (%4.9 vs %11.3)

• Anemi daha az (%0 vs %4)
• Yıllık hastane masrafları hasta başına 764 $'dan 142 $'a düşmüş.
Klek ve ark. JPEN 2011

Evde Beslenme Timinin Önemi
Evde PN (HPN) deneyimi:

• Kanada'da kayıtlı 400 HPN hastası var.
• Laboratuvar parametre değişikliği.
– Trombositopeni.
– Hipokalemi.
– Bilirubin artışı.
• Hayat kalitesi azalmakta!

• Sağkalım ortalama 17.67 ± 1.89 yıl
Fernandes ve ark. JPEN 2012

Nutrisyon Yolu
Enteral mi?
Parenteral mi?
Kombine?

Evde Enteral Beslenme Formu

HASTA ADI: ……..
TANI: ……..
TARİH:……
BOY: ….. cm
AĞIRLIK: …… kg (BKİ: …..kg/m2)
TOPLAM ENERJİ: ……kkal (……..kg'a göre)
Gereksinimi olan besin öğelerini oral olarak karşılayamayan hastaya PEG açılmıştır ve hasta malnütrisyonludur. O nedenle, 6 ay süre ile enteral beslenme desteği gereklidir. Sonrasında nütrisyonel açıdan değerlendirilecektir.

ENTERAL ÜRÜN: ……. 3 x 500 ML (GÜNLÜK 3 ADET)
ENTERAL SET: ……..ENTERAL BESLENME POMPA SETİ TORBASI (GÜNLÜK 1 adet)

Hastanın bu bilgilerle sağlık kuruluna sevki rica olunur. Hastanın klinik nütrisyon ünitesinde,beslenme ve diyet uzmanı ile görüşmesi gerekmektedir. Beslenme eğitimi verilecektir.

Not: Enteral ürün ve setin ayrı ayrı aylık(30 günlük) olarak reçete edilmesi gerekmektedir.

1.1.Bartın Devlet Hastanesi – Bartın
2.2. Sakarya Eğitim Araştırma Hastanesi – Adapazarı
3.3. Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi – Samsun
4.4. Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi – Trabzon
5.5.Bursa Devlet Hastanesi – Bursa
6.6(1).Samatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi – İstanbul
7.6(2).Bakırköy Sadi Konuk Devlet Hastanesi – İstanbul
8.6(3).Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi – İstanbul
9.7.Adana Numune Hastanesi – Adana
10.8(1).Gaziantep Şehit Kamil Devlet Hastanesi – Gaziantep
11.8(2).Gaziantep Ersin Arslan Devlet Hastanesi – Gaziantep
12.9.Antakya Devlet Hastanesi – Antakya
13.10.Şanlıurfa Balıklıgöl Devlet Hastanesi – Şanlıurfa
14.11(1).Konya Numune Hastanesi – Konya
15.11(2).Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi

16.12.Karaman Devlet Hastanesi
17.13(1).Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi – Antalya
18.13(2). Antalya Atatürk Devlet Hastanesi – Antalya
19.14.Denizli Devlet Hastanesi – Denizli
20.15(1).Ankara Numune Hastanesi – Ankara
21.15(2).Yüksek İhtisas Hastanesi – Ankara
22.15(3).Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi – Ankara
23.15(4).Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Hastanesi – Ankara
24.15(5).Dışkapı Eğitim ve Araştırma Hastanesi – Ankara
25.15(6).Yenimahalle EAH Hast – Ankara
26.15(7).Atatürk Göğüs Hastalıkları Hast. – Ankara
27.16(1).İzmir BOZYAKA Devlet Hastanesi
28.16(2).İzmir Yeşilyurt Devlet Hastanesi
29.17.Van Eğt. ve Arş. Hastanesi
30.18.Erzurum Bölge Hastanesi
31.19.Sivas Numune Hastanesi
32.20(1).THSK KETEM
33.20(2).THSK Evde Sağlık
34.20(3). THSK 81 İl Aktif Kanser Kayıt Merkezi
Kırmızı: Merkezler Yeşil: İller Siyah:Aynı İldeki Merkezler

Toplanacak Verinin Büyüklüğü

31 merkez Ortalama 150 yatış/gün.
31X150= 4650 günlük yatan hasta sayısı.
4650X30 gün: 139.500.
139.500X12:1.674.000.
1.674.000 yıllık hasta taraması!

PULMONER REHABİLİTASYON VE EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ

Uzm.Dr Tarkan ÖZDEMİR

Avrupa'da 1970 'lerden itibaren göğüs hastalıklarının önemli dallarından biri haline gelmiştir.
1990 ' lardan sonra uygulamaların etkinliği ile ilgili güçlü kanıtların ortaya konması ile tıbbın bilim dallarından biri olmuştur. Kronik solunum hastalıklarında medikal tedavinin standart bir bileşenidir. Semptomatik ve günlük yaşam aktiviteleri azalmış olgularda kanıta dayalı, multidisipliner ve kişiye özel tedavi yaklaşımıdır.

Bileşenleri
Eğitim.
Solunum egzersizleri.
Solunum kas egzersizleri.
Periferik kas egzersizleri.
Beslenme takibi.
Psikososyal destek

Hasta Seçimi ve Aday Olgunun Değerlendirilmesi
Başlangıç incelenmesi:

Öykü.
Sigara alışkanlığı.
Şimdiki semptomlar.
Kullandığı ilaçlar.
Fizik muayene .
Rutin kan ve idrar incelemesi.
PA akciğer grafisi.
EKG.
Solunum fonksiyon testleri.
Kan gazı analizi.

Dispne Ölçüm Anketleri
MRC (Medical Research Council) dispne skalası
Evre 1: Ağır efor dışında solunum sıkıntısı yok.
Evre 2: Yokuş çıkarken veya düz zeminde hızlı hareket ederken nefes darlığı olması.
Evre 3: Düz zeminde kendi yaşıtlarına göre daha yavaş hareket etme ya da düz zeminde normal hızla yürürken (30 dakika sonra) durmak zorunda kalmak.
Evre 4: Düz zeminde 100 m veya birkac dakika yürüdükten sonra nefes darlığı nedeniyle durmak zorunda kalmak.
Evre 5: Evden çıkmak veya giyinmek gibi aktiviteler sırasında belirgin nefes darlığı olması.

Diğer Dispne Ölçüm Anketleri
BDI (baseline dyspnea index).
TDI (transition dyspnea index).
Kronik Solunum Anketi (CRQ).
UCSD nefes darlığı anketi.

Borg Dispne Skalası
0 : Hiç nefes darlığı yok.
0.5: Çok çok hafif nefes darlığı var.
1 : Cok hafif.
2 : Hafif.
3 : Orta.

4 : Biraz şiddetli.
5 : Şiddetli.
6 :
7 : Çok şiddetli.
8 :
9 :
10 : Çok çok şiddetli (maksimale yakın).
• Maksimal

Kardiyopulmoner Egzersiz Testleri(KPET)
Hasta seçimi.
Nefes darlığının ayırıcı tanısı (Kardiyak? Pulmoner?).
Tedaviye yanıtın değerlendirmesi.

Kardiyopulmoner Egzersiz Testleri(KPET)
1-Metabolik parametreler : Oksijen tuketimi (VO2), karbondioksit uretimi (VCO2). solunum değişim oranı (R), anaerobik eşik (AT).
2-Kardiyak parametreler : Kalp hızı rezervi (HRR).
3-Solunumsal parametreler : Solunum rezervi (BR), ventilasyon (VE), tidal volum (VT), PETO2, PETCO2.
4-Gaz değişimi parametreleri : SaO2, ventilatuvar eşitlikler (VE/VO2, VE/VCO2).

Alan Testleri
2,6,12 Dakika Yürüme Testi.
Mekik Yürüme Testi.
Fonksiyonel durumun değerlendirilmesi, hasta seçimi, tedavi etkinliğinin monitorizasyonu ve prognoz tayininde kullanılmaktadır.

Yaşam Kalitesi Anketleri
GENEL ANKETLER
- Sickness Impact Profi le (SIP).
- Nottingham Health Profi le (NHP).
- Short-form 36 (SF-36).

HASTALIĞA-OZEL ANKETLER
- Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ).
- St.George Respiratory Questionnaire (SGRQ).
- Maugeri Foundation Respiratory Failure. Questionnaire.
- Living with asthma Questionnaire.
- Asthma Quality of Life Questionnaire (AQLQ).
- Air index
- Airways Questionnaire

Psikososyal İnceleme
HADQ anketi.

Psikolojik Değişkenler; Anksiyete, Depresyon
Anksiyete ve depresyon multidisipliner pulmoner rehabilitasyona hasta seçiminde hariç tutma kriteri değildir. PR dispne ve yaşam kalitesinden bağımsız olarak anksiyete ve depresyonda iyileşme sağlar.
Pulmoner rehabilitasyon gerekliliğini öngören SFT, AKG sonuçları ve / veya eşik değerler yoktur.

UYGULAMA
Göğüs hastalıkları uzmanı tarafından hasta seçimi yapılır.
Kardiyoloji tarafından konsulte edilir.
Fizik Tedavi Uzmanı tarafından değerlendirildikten sonra tedavi programı belirlenir.
Fizyoterapistler tarafından ön testler yapılır. Yürüme mesafesi, enduransı, kas gücü, submax kalp hızı, başlangış O2 saturasyonu belirlenir.

American Collage of Sports Medicine tarafından onerilen 4 ayrı egzersiz stratejisi vardır:
1-Pik VO2'nin %50'si,
2-Anaerobik eşiğin üzerinde egzersiz uygulanımı,
3-Maksimale yakın şiddette,
4-Spesifik dispne eşik düzeyinde egzersiz uygulanımıdır.

UYGULAMA
Isınma Egzersizleri: Baş-boyun, üst ekstremite, alt eksremite (10 tekrarlı).
Germe Egzersizleri: Baş-boyun, üst ekstremite, alt ekstremite (10 tekrarlı).
Kuvvetlendirme Egzersizleri: Baş-boyun, üst ekstremite, alt ekstremite (10 tekrarlı).

Diafragmatik ve büzülmüş dudak solunum.
Airshifting tekniği.
İstemli izokapneik hiperpne solunumu.
Glossofaringeal solunum.
Kontrollü öksürük.
Treadmill.
Bisiklet ergometresi.
Kol ergometresi.

Tedavi Sonlandırma
Ortalama 6-8 hafta sonrasında rehabilitasyon programı ilk başta yapılan testler ve anketlerin tekrarı ile sonlandırılır.

KOAH'lı hastalarda kilo / kas kaybı
Periferik kas fonksiyonlarını, egzersiz kapasitesini, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. KOAH'da kilo/kas kaybı geri döndürülebilen prognostik bir faktördür.

EVDE Pulmoner Rehabilitasyon
KİME?
Solunum sıkıntısı olan, yatağa veya eve bağımlı olan her bireye;
Hastanın evde yaşadığı ortamın değerlendirilmesi.
Aile bireylerinin hasta ile iletişiminin gözlemlenmesi.
Aldığı ilaçların tekrar gözden geçirilmesi.
Cihazlı ilaçların eğitiminin verilmesi.
Kullandığı cihazların (O2 konsantratörü, NIMV, Nebulizatör) kontrolü ve temizliğinin gözlemlenmesi.
Nutrisyonel değerlendirme.
Anksiyete ve depresyon değerlendirmesi.
Solunum egzersizleri.
Motor ya da nörolojik problem olmayan hastalarda periferik kasların güçlendirilmesine dair egzersiz önerileri.
Yanınızdayız, yalnız değilsiniz algısının oluşturulması ile birlikte moral desteği.

KUŞ UÇAR
BALIK YÜZER
İNSAN YÜRÜR

Emil Zápotek

EVDE MEKANİK VENTİLATÖRLÜ HASTA TAKİBİ VE PULMONER REHABİLİTASYON

Uzm. Fzt. Salih TEPE

İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ABD. Reanimasyon Kliniği

Endikasyonlar

Nöromuskuler hastalık.
Musküler distorfi,motor nöron hastalığı, santral hipoventilasyon, spinal kord hasarı,ALS.
Solunum sistemi hastalık.
Kronik obstiktif/restriktif akciğer hastalığı.
Hipoksik ensefalopati.
Göğüs kafesi defektleri.
Kifoskolyoz,torakoplasti.
Uzun süre yoğun bakımda kalış.

Kontrendikasyonlar

Fizyolojik olarak sitabil olmayan.
İnspiratuar oksijen gereksinimi >%40.
PEEP>10cmH2O.
Devamlı invazif monitorizasyon.
Hasta ve yakınlarının istememesi.
Güvenli fiziksel şartların sağlanamaması.
Evde bakım olanaklarının oluşturulamaması.
Bakımdan sorumlu kişiler.
Medikal takip şartları.
Ekonomik.

Ev Ventilatorleri

IMV>16st/gün ihtiyaç.
Akciğer dışı bozukluklar tedavi edilmiş olmalı.
Hemodinamisi stabil.
YBÜ dışında tedavi uygulanabilir olmalı.
Havayolu kontrolü olmayan.
Tedavi planı değişken olmamalı.
Trakeostomize hastalar.
Sekresyonlarını temizlemeyen.
Yutma bozokluğu.
NIMV tolere edemeyen.
Yeterli beslenme desteği.
Altta yatan akciğer hastalığı optimal tedavi sağlanmış.
Havayolu açık/kontrolü.
Sekesyonları temizleyebiliyor.
Geri dönderilebir durumlar tadavi edilmiş olmalı.
Uyku apne sendromu.
Maske ile kullanılır.
Nöromusküler hastalıklar.
Evde kullanıma uygun.
Trakeostomize hastalar için kullanım onayları yoktur.

Gerekli Ekipman
Ventilatöler.
Oksijen kaynağı.
Nemlendirme sistemleri.
Aerasol tedavi sistemleri.
Ventilatör devresi ve aksesuarları.
Ambu ve maske.
Yedek trakeostomi kanülü.
Entübasyon tüpü.
Aspirasyon sistemi(AC/DC).
Güç kaynağı(AC/DC/kesintisiz).
Alarımlar.
Monitör(SaO2,nabız).

Bakım personeli
Aile elemanları.
Eğitimli sağlık personeli.
Hastanın değerlendirilmesi.
Ekipmanların yeterliliğinin takibi.
Acil durumların takibi.
Cihazla ilgili.
Hastayla ilgili.
İnfeksiyon kontrolü.

Ventilatör ayarlarının takibi
Havayolu basınçları.
Set edilen tidal volüm.
Solunum frekansı.
Oksijen konsantrasyonu.
PEEP değeri.
Nemlendirme sistemi.

Ekipman fonksiyonunun takibi
Ventilatör devresi.
Alarmların fonksiyonu.
Filtrelerin temizliği.
İnternal eksternal bataryaların kontrolü.
Ambu ve aspirasyon sisteminin fonsiyonunun ve temizliğinin kontrolü.
BİPAP Ekshelasyon Portu, O2 verme ve vision da veri alma(Basınç hattı)
Ekshalasyon Portu.
Ekspirasyon havasının çıkışını sağlar.
PaCO2 düşürür.
Maske ile devre arasına.
Maskenin üzerinde de olabilir.

Basınç hattı portu hastayla ilgili:
Basınç değişiklikleri.
Volümleri kaçakları.
Alarmları belirler.
Maskeyle devre arasında,
Bazı BİPAP'larda O2 vermek için CİHAZA bağlanır.

Solunum devresi
Hortum devresi single ve double- orijinal hortum devresinde bakterinin üreme ve hastaya ulaşması 6 ay sonra olur. 24 saat kullanan hastalarda 4 ay sonra değişim önerilir.
Disposable devre, 20 günde bir değiştirilmelidir.

MASKELER
BİPAP Maskelerinde ASFİKSİ VALFİ (Nazal hariç).
Yoğun bakım ve Ev Ventilatörlerinde asfiksi valfi olmaz.
Maskenin ebatları hastaya göre belirlenmeli.
Maskeyi ilk kullanımdan önce yıkayıp kurutun.
Kullanmadan önce yüzünüzü yıkayın.
Hava kaçağı ve basınç noktaları oluşturacağından fazla sıkı tutmayınız.

Doğru pozisyon= Maske yüze paralel. Alın desteğinin ayarında yapılacak küçük bir düzeltme daha rahat bir kullanım sağlayabilir.
Yatar pozisyonda ve cihaz çalışırken ayarları tekrar kontrol edilmeli.
Hastayı alıştırmak için ilk kullanımda maske sabitleyici kullanılmamalı.
Daha sonra sabitleyici hastaya göre ayarlanmalı.
Ayarlandıktan sonra özel kleplerden çıkartılmalı ve takılmalı.
Alın desteği yada burun kökünde yara yapmayacak şekilde sabitlenmeli o bölgeye özel bant veya yastıklar konmalı.
Maske ve devreyi elde ılık suda, hafif deterjan ile yıkayıp iyice kuruladıktan sonra kullanılmalı.
Maske ve dereyi temizlemek için çamaşır suyu, alkol, evde kullanılan güçlü temizlik solüsyonu, krem veya nemlendirici kullanmayın.

MV' de Filtre Bakımı
Cihazda bakteri filtreleri dışında, cihaza ait ikili filtre bulunmaktadır.
Cihazın arkasında bulunan kısımda, siyah ve beyaz olmak üzere iki adet filtreden, siyah olanı 2 günde bir duru su ile yıkanır-deterjan kullanılmaz. Kuru şekilde tekrar takılır.
Beyaz filtre, yıkanmaz. 24 saat kullanımda, ayda bir kez yenisi ile değiştirilmesi önerilir.

Konsantratör kullanımı
Ventilatöre bağlanan oksijen verme kaynağı (konsantratör ya da hastane oksijen sistemi), su kabı boş olarak kullanılmalıdır.
Su ile kullanılması halinde, cihaz türbününe zarar vermesi halinde, kullanıcı hatasına bağlı olarak garanti kapsamı dışında kalır.

NEMLENDİRİCİ

PASİF NEMLENDİRİCİ	**AKTİF NEMLENDİRİCİ (sıcak ve soğuk)**	
- Isı ve nem tutan sistemler	- Isı ve nem verme	Babble,Passover,Wick

Isı ve Nem Filtreleri
Suni burun.
Ekshale edilen ısı ve nem.

İdeal nemlenme aktif olmalı.

Hastanın fiziksel durumunun takibi
Periferik oksijen satürasyonu.
End-tidal karbondioksit.
Laboratuar analizleri.
Elektrokardiogram,kan basıncı.
Pulmoner fonksiyonları.
Ventilatör ayarları.

Pumoner rehabilitasyon
Septomatik ve sıklıkla GYA de azalmaya neden olan kronik problemli hastalarda uygulanan kanıtadayalı,mutidisipliner kapsamlı uygulamalardır.

Solunum fizyoterapi uygulamaları
Pozisyonlama.
Fonksiyonel ve egzersiz eğitimi.
Nemlendirme (humidite) tedavisi.
Aerosol tedavisi.
Havayolu temizleme teknikleri.
Potüral drenaj.
Manüel teknikler.
Manüel hiperinflasyon.
Aspirasyon.
Solunum egzersizleri.
Hasta mobilizasyonu ve ambulasyon aktiviterleri.
Kişisel bakım ve günlük yaşam aktiviteleri.
Elektriksel kas stimülasyonu.
Kulanıllan yardımcı cihazlar.

Hasta motivasyonunun artırılması
Fizyoterapi uygulamadan önce motivasyonun sağlanması ve stresin azaltılması.
Hastayla iletişim kurulmalı,kesin açıklamalar yapılmalı. Fizyoterapi neden gerekli olduğu, ne hissedeceği ve ne kadar süre uygulanacağı açıklanmalıdır.

Pozisyonlama
Vücudun pozisyonu, yerçekimi etkisi ile;
Solunumun derinliği, paterni, perfüzyonu, lenfatik direnajı etkiler,
Hastanın iki saatte bir dönderilmesi, erken mobilizasyonu akciğer hacimlerini koruma ve düzeltme yaklaşımlarından biridir.
Pozisyonlama ile ventilasyon/perfüzyon uyumu iyileştirerek oksijenasyonu artırır.
Tek taraflı akciğer tutulumu olan akut solunum yetmezlikli hastalarda tutulan taraf üste;
Drenaj.
Gaz alışverişini artırır.
Düzenli lateral pozisyona dönderme(40 dereceden fazla)
VAP insidansında azlmaya yol açar.
Dik destekli(45 derece) sırt üstü pozisyon;
Gasroözefageal reflüsü olan entübe hastalarda mide içeriğinin aspirasyonunu önler.
Akciğer hacmini artırır.
Solunum işini azaltır.
MV daki hipoksik hastaların yüzüstü(prone) pozisyona getirilmesi;
V/Q dağılımını yeniden sağlar.
Diafrağma ve sekrsyonların hareketini artırır.
ARDS'de FRC ve oksijenasyonda artışa neden olur.
Wong WP. Phy Ther 2000;80:662-70
Berney S, Cardiopulm phys Ther 2012;23:19-25
Tomas P, Anesth Intensive Care 2007;35:239-55
Fink JB. Respir Care2002:47:769-77
Jolliet P, Crit Care Med1998;26:1977-85

Fonksiyonel ve egzersiz eğitim metodları
Splintleme.
Pozisyonlama.
Pasif eklem hareketleri.

Kasların gerilmesi.
Aktif asistif,aktif ROM.
Dirençli egzersizler.
Denge ve koodinasyon.
Destekli kol egzersizleri.
Aktif/Pasif bisiklet cevirme.moto med,CPM.
Güçlendirme/denge temelli proğrama dayanır.
Günlük YA'ne bağlı fonksiyonel aktiviteler.
Postürel tavsiyeler ve eğitim.
Yürüyüşün yeniden öğretilmesi.

Ekstremite Egzersizleri Amaçları
Pulmoner rehabilitasyonun en önemli kompenentidir.
Kas-iskelet sistemi problemlerin geri dönüşü MV'dan ayrılmayı kolaylaştırır.
Maksimum fonksiyonel kapasite.
Basit GYA'lerine imkan veren gücün geri kazanılması.
Bağımsız yürüyebilme .
ROM 'un korunması.
Yumuşak doku direncinin,kas gücü ve fonksiyonlarının iyileşmesi.
Tromboemboli riskini azaltılması.
Stiller K,Chest 2000;118:1801-13
Clini E,Respir Med 1996;76:609-25

Egzersizler
Kol ergometrisi.
Serbest ağırlık.
Elastik bantlar.
Endürans.
Kuvvet
Üst ekstremite egzersiz.
Üst gövde.
GYA'ne katılımı.
Kol egzersiz.
Solunumu destekler.
Şiddetli havayolu obstrusiyonunda diafrağma yeterli inspirasyon basıncı oluşturmaz yardımcı solunum kasları destekler.
Desteksiz kol egzersizleri.
Solunum desteğini azaltır.
Solunum paternini etkiler.

Havayolu temizleme teknikleri
Dostüral drenaj.
Manuel teknikler.
Perküsyon.
Virasyon.
Shaking.
Rib spring.
Öksürme.
Zorlu eksprasyon tekniği.
Manuel yardımlı öküme.
Mekanik "insufflasyon-eksufflasyon"
Derin solunum.
Aktif solunum tekniği döngüsü.

Pozitif ekspratuar basınç(PEP) tedavisi.
Manuel hiperinsüflasyon.
Aspirasyon.

Postüral Drenaj Tanımı
Yerçekim etkisinden yararlanılarak trakeobronşial yolların anatomisine uygun pozisyonlanan hastanın sekresyonlarının temizlenmesidir.
Etkileri
Oksijen taşınması.
Ventilasyonun eşit dağılması.
Balgam çıkarma.
Akciğer fonksiyonlarının iyileştirilmesi.

PD Uygulamaları
Evde PD ihdiyacı olan bir çok hasta tedavilerini bağımsız ve verimli olarak tamamlayabilmektedir.
Fizyoterapist tarafından hastanın durumu ve hastalık gözönünde bulundurarak broşial drenaj teknikleri hasta ve/veya yakınlarına öğretilir.
Evde akciğer orta ve alt bölgelerine drene olması için başaşağı 15 derecelik sünger, daha fazlası için pelvis altına yerleştirilen yastık alt lobların posterior bazal segmentlerini drene eder.

Manuel Teknikler PERKÜSYON
Tanım: El bileğinin kubbeleştirilerek belirlenen bölgelere ritmik fileksiyonu, ekstansiyonudur.

Manuel teknikler VİBRASYON
Tanım: ellerin palmar yüzeyi göğüs duvarına yerleştirilerek eksprasyon sırasında titreşim meydana getirilmesi.
Uygulama
Derin bir inspirasyon-göğüs duvarında basınç-eksprasyon sonuna 12-20Hz frekansında titreşim. Göğüs duvarındaki basınç ekspire edilen havadan daha fazla havanın akciğerlerden atılmasını sağlar. Bu da hastaya daha fazla bir tidal inpirasyon ve bunu takiben daha etkili bir öksürük için cesaretlendirir. Ekspirasyonda hava akışını hızlandırır. Sekresyonların mobilizasyonunu kolaylaştırır. Torakal ekspansiyon eğzersizleriyle kombine edilmelidir.

Manuel teknikler
Shaking: bir elin diğerinin üzerine yerleştirilerek göğüs duvarında ekspirasyon boyunca kompresyon uygulanmasıdır. Vibrasyondan daha yavaş uygulanır. Eller göğüs duvarına daha geniş yerleştirilerek uygulanır.
Rib Spring(kot yaylanması,sıçratması): Ekspirasyon sırasında göğüs duvarına vibrasyondan daha kuvvetli bir basınç uygulanarak yapılır.
Vibrasyon ve shaking manuel hiperinfilasyon tedavisinin ekspirasyon fazı sırasinda kullanılmaktadır.
Dikkatli olunmalı.
Oteoporoz ve kostaları yada vertebraları etkileyen metastatik durumlarda.

Öksürme
Tanım: Derin bir inspirasyondan sonra kapalı glotise karşı yapılan zorlu ekspiratuar bir manevra ile sekresyonların atılmasıdır.
Etkin bir öksürük solunum yollarının yabancı maddelerden veya sekresyonlardan temizlenmesi için en etkili yöntemdir.

Manuel Hiperinflasyon
Entübe veya trakeostomize mekanik vetilasyona bağlı hastalarda sekresyonların temizlenmesi, atelektatik alanların yeniden havalandırılması için kullanılır.
Yavaş derin bir inprasyon, inspirasyonun tutulması, inspiratuar akış hızını artırmak için''infilasyon bag'in hızla bırakılması şeklinde uygulanır.

Aspirasyon
İşlem sırasında, öncesinde ve sonrasında FiO2 artırılması.
İşlem 5-10 sn içinde bitirilmeli.
Kullanılan sonda tüp çapından %50 sinden büyük olmamalı.
İşlem steril yapılmalı.
Aspiratör basıncı erişkinde 100-120 mmHg çocuklarda 60-80 mmHg olmalı.
Eller işlem öncesi ve sonrası yıkanmalı.

Solunum egzersizleri
Diğer iskelet kaslarında olduğu gibi solunum kaslarıda hastalıktan ve yatak istirahatından etkilenir.
24 saat den fazla süren kontrollü MV'nun diafragmada atrofiye neden olduğu gösterilmiştir.
Solunum kasları.
Mekanik ventilasyon.
Hiperinfilasyon.
Havayolu direnci.
Artmış ölü boşluk ventilasyonuna bağlı zayıflar.
Solunum işi ve enerji harcamaları da artma söz konusudur.

Solunum egzersizleri
Solunum kas eytimi YBÜ'de MV'a bağlı KOAH'lı hastalarda ayrılma periodlarına pozitif destek sağlar.
Martin AD. Chest 2002;122:192-6
İnspiratuar kas eğitimi ile solunum kas kuvvetinin arttığı, hastaların ventilatörde kalma süreleri ve yoğun bakımda kalma süreleri azalır.
Klini E.Resp Med 2005; 99: 1096-104

Hasta mobilizasyonu
Kas-iskelet sistemi hareket etmek üzere tasarlanmıştır.
Günler süren yatak istirahati kas kütlesinde %30'a varan kayıplar olur.
İnmobilizasyon,sedetif ilaçlar,kardiopumoner yönden stabil olmayan hastalarda;
Kas kitlesi,
Güç kaybı,
Derin tendon refleksleri azalır ya da zayıflar.
Yeniden toparlanma aylarca sürebilecek rehabililtasyon süreci yaşanır.

Entübe veya trakeostmize hastalar için mobilizasyon.
Aktif eksremite egzersizleri.
Hastanın yatakta aktif dönmesi.
Hastanın taşınabilir ventilatör ile yatak dışına mobilize edilmesi.
Yatak kenarına oturma.
Koltuğa ya da TS'ye geçme.
Ayakta durma,yatak kenarında yağa kalkıp, dik durup, koltuğa trasfer olma ve yürümeyi içerir. Güçlendirme/ denge temelli egzersizler.

Pasif mobilizasyon
Pasif germe,ROM egzersizleri
Kasın kontraktil yapısını korur
Proteyin kaybını öler
Gosselik et al. Intensiv care med.2008;34:1188-99
CPM, Motomed yatak bisikleti
Atrofiyi önler
Protein kaybını önler
Kontrakürleri önler

Elektriksel Kas Stimülasyonu

NMES belirgin periferik kas hipotonisi ve atrofisi olan mekanik ventilatöre ve yatağa bağımlı KOAH hastalarında uygulanmış;

-Kas gücü artmış,

-Solunum hızında belirgin iyileşme saptanmış.

-Hastanın yataktan sandalyeye geçiş süresinde azalma görülmüş.

Savcı S., Pulmoner Rehabilitasyon Aves Yayıncılık;2009,s.195-204

Ries AL, Chest 1997; 112(s):1363-96

Solunum Fizyoterapisinde Kullanılan Yardımcı Cihazlar

İNSENTİF SPİROMETRE

-Görsek feedback sağlar.

-İnspiratuar kapasiteyi arttırır, etkin öksürük yapılmasını sağlar.

-500-4000 ml inspirasyon yapmak mümkün.

-100 ml/s hız.

-Maksimal inspirasyonda 3 saniye tutma

Alveoler ventilasyonu arttırır.

Alveoler kollabsı önler.

-Yavaş ve sürdürülebilen inspiratuar akımb

-1-2 saat arayla 10 tekrarb

-Solunum egzersizib

-Postoperatif dönemb

-Pulmoner komplikasyonu azaltmakb

-YBÜ süresini azaltır.

-Mv'den ayrılma dönemi.

PEP(Pozitif Ekspiratuar Basınç)(Therashold PEP)

-Ekspirasyon sırasında hava yollarına ayarlanan PEEP basıncını verir.

Sekresyonların uzaklaştırılmasını,

Hava yollarında sıkışmış olan havayı azaltabilir.

Hava yollarını açık tutar.

Bronkodilatör etkinliğini arttırır.

-Normalden biraz daha fazla nefes alır.

-Ekspiratuar basınç 10-20 cmH2O I:E 1:3 veya 1:4 ayarlanır.

-8-10 nefes aldıktan sonra 2-3 huffing manevrası.

-Bu solunum döngüsü 4-6 kez, 10-20 dk veya balgam bitene kadar.

-Günde 2-4 defa.

-PEP/RMT maske Maske
Valf
Rezistan
Monometre

OSSİLATUAR PEP

-Doğal pulmoner resonans frekansı 8-16 Hz'dir.

Pulmoner volüm.

Akciğer dokusunun elastikiyeti.

Solunum yollarının obstrüksiyon derecesi(Akciğer hastalığının tipine).

Akciğer içindeki hava dağılımı(Ventilatuar asenleronizm derecesi).

FLUTTER

-Hava yolundan balgam kopar.
-Balgamın hava yollarını kapamasını önler ve hareket ettirir.
-Havayollarından yukarı hareket ettirir.
-Çelik top hareketi her nefes vermede açılan kapanan bir döngü ve titreşim oluşturur.
-İlk olarak zemine paralel çalışılmalıdır.
-Hastanın titreşim frekansına,
-Aşağı yukarı deneyerek max titreşim
-Uygun pozisyon bulunduğunda tedaviye başlanır.
-Rahat pozisyon
-Horizontal tutulur.
-Derin nefes
-2-3 tur
-Normal derin ekspirasyon
-Normal derin inspirasyon sonra üfler.
-Süre 5-15 dk günlük 3 defa

Flutter ağızlık
sirküler koni
paslanmaz çelik top
delikli koruyucu kapak

ACAPELLA

-Sekresyonların mobilizasyonu.
-Atelektazileri önleme veya düzeltme.
-Bronkodilatör alımını optimize etme.

VEST(Yüksek Frekanslı Göğüs Duvarı Ossilasyonu)

-Tüm göğüs kafesinin ossilasyonu
-Sekresyonu periferden merkeze hareket ettirme
-15-30 dakika

MEKANİK YARDIMLI ÖKSÜRME (Mekanik İnsufflator-Eksufflator)

-Zayıf öksürme sahibi hastalarda
-Solunum kas zayıflığı olan hastalarda
-Hava yolu
-TV
-Ekspiratuar akış hızı
-Dispne
-Oksijenizasyon

Winekje Chest 2004:126

Pulmoner Rehabilitasyon Uygulamalarının YB'deki Etkinliğini Değerlendiren Kanıta Dayalı Çalışmalarda;

Kanıta dayalı sonuçlar

Akut lobar atelektazi
Sekresyonların atılımı
Kompliyans
Alveollerin solunuma yeniden katılımı
Hava yolu direnci
Gaz değişimi
VAP insidansı
IMV süresi
NIMV süresi
YBÜ süresi

Denchy & Bomey, Phys Ther Rev 2006:11:49-56

8.OTURUM

MULTİPLE SKLEROZ HASTALARINDA EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ

Uzm.Dr.Murat EKİCİ

MULTPLE SKLEROZ

- Mobilite ve fonksiyonel aktivitelerde değişik derecelerde özürlülüğe yol açan, kişinin sosyal ve meslek hayatında kısıtlamalara neden olarak ileri düzeyde engellilik yaratan ve yaşam kalitesini bozan bir hastalıktır.
- 15-50 yaşları arasında özürlülüğe neden olan en yaygın hastalıklardan birisidir.
- MS hatalarının fiziksel, psikolojik ve sosyal olarak desteklenmesi ile yaşam süreleri gittikçe artmaktadır.

AMACIMIZ

- MS hastalarını evde sağlık hizmetleri ile rehabilite etmektir.

Hastalardaki nörolojik bozuklukların semptomatik olarak hafifletilmesi.
İkincil komplikasyonlardan korunması.
Özürlülüğün azaltılması.
Yaşam kalitesinin arttırılması.

MS li Hastalar EDS(Expanded Disability Status)Skalasına Göre

- **Başlangıç dönemi**
- **Erken dönem :**Minimal, orta dereceye yakın özür mevcuttur.Bağımsız fakat kısa mesafe yürür.
- **Orta dönem:** Orta dereceli özür mevcuttur.Tek veya çift taraflı destekle çok kısa mesafe yürüyebilir.
- **İleri dönem :** Şiddetli özür mevcuttur.Tekerlekli sandalye ve yatağa bağımlıdır.

MS'de evde sağlık hastaları genellikle orta dönem hastalarının bir kısmı ile ileri dönem hastaları olmaktadır.

- MS seyrinin her hastada farklı olması nedeniyle evde sağlık hizmetleri multidisipliner planlanmalı ve kişiye özel olarak hazırlanmalıdır (nörolog+ fizik tedavi uzmanı+ fizyoterapist+ evde sağlık ekibi).
- Hastaların mevcut özürlülük seviyelerine bağlı olarak kişisel gereksinimleri ve hedefleri gözetilerek rehabilitasyon uygulanmalıdır.
- Günlük yaşam aktivitelerinin olabildiğince bağımsız olarak yürütülmesi amacıyla gereken yardımcı araç gereç sağlanmalıdır.
- Kendisi sürece dahil edilmeli.
- Sınırlı bir zaman diliminde olmamalı.
- Amaca yönelik olarak hazırlanmalı ve gerçekçi olmalıdır.

MS rehabilitasyonunda temel yaklaşımlar diğer nörolojik hastalıklardan çok da farklı değildir.

- Hasta ve yakınları uygulamalar ve hedefler konusunda bilgilendirilmeli ve danışmanlık yapılmalı.
- Hedeflere uygun tedavi ve rehabilitasyon programı oluşturulmalı ve uygulanmalı.
- Düzenli aralıklı takip ile değişen ihtiyaçlar tespit edilerek tedavi ve rehabilitasyon programlarında gereken değişiklikler yapılmalıdır.

Değerlendirme

- MS'in merkezi sinir sistemindeki yerleşimi, nörolojik bulgu ve belirtilerin şiddeti her hastada farklı olabileceğinden, hastaların kapsamlı şekilde değerlendirilmesi tedavi programını belirlemek açısından önemlidir.
- Ayrıca ataklar ve remisyonlar nedeniyle değerlendirmelerin tekrarlanması ve yeni bulgulara göre, uygulanan programda bir takım değişiklikler yapılması gerekebilmektedir.

YORGUNLUK

- Yorgunluk MS de en sık görülen semptomdur.
- Hastalar sabah uyanınca kendilerini iyi hissederler,günün ilerleyen saatlerinde kapasiteleri azalır,yorgunluk ve uyku hali gelişir,mobiliteleri azalır.
- Enerjiyi koruma teknikleri,egzersiz planlamaları,çalışma ortamının hastaya göre düzenlenmesi,uygun ilaç seçilmesi yorgunlukla başa çıkmada izlenecek yöntemlerden bazılarıdır.

SPASTİSİTE

- Spastisite MS'te sık görülür(%37-78)
- Spastisite çoğunlukla alt ekstremiteleri etkilemektedir.Kişinin mobilitesini, günlük yaşam aktivitelerini ve seksüel yaşantısını bozan, mesane fonksiyonlarını olumsuz etkileyen bir bozukluktur.
- Uyku,ağrı,bası yarası gibi problemleri yaratabilir,
- Kontraktür oluşumunu hızlandırır.

SPASTİSİTE DE TEDAVİ

- En etkili tedavi farmakolojik tedavi ile birlikte FTR'nun kullanılmasıdır
- **Egzersiz:** Germe egzersizleri ve eklem hareket açıklığı egzersizleri, hasta ve ailesine öğretilir.
- **Soğuk uygulama**
- **İnhibitör gevşeme teknikleri**
- **Cihazlama**
- **Pozisyonlama**
- Tedavi edici yöntemlerle birlikte bası yaraları, mesane barsak problemleri, infeksiyonlar,ağrı,dar giysiler vb. gibi spastisiteyi arttıran bazı etkenlerin ortadan kaldırılması çok önemlidir.

GÜÇSÜZLÜK

- En yaygın olarak alt ekstremitelerdedir ve genellikle asimetriktir.

Tedavi

- Kuvvetlendirme egzersizleri,elektriksel stimulasyon ve yardımcı ortezler(AFO gibi)kullanılır.
- Ancak, hastaya herhangi bir egzersiz önerirken mutlaka aşırı yorgunluktan kaçınması ve sık dinlenmesi gerektiği söylenmelidir.
- MS hastaları için en ideal olan,vücut ısısı ve yorgunluğu arttırmadan yapılan submaksimal(bisiklet, yüzme, yürüme gibi) egzersizlerdir.

MESANE SORUNLARI

- Semptomlar depolama bozuklukları ve boşaltma bozuklukları olarak iki şekilde görülebilir.
- İdrar yolu enfeksiyonları sıktır.
- Bu sorunların çoğu otonomik fonksiyon bozukluğu ve pelvik taban kaslarının spastisitesine bağlıdır.

TEDAVİ

- Amacımız üst üriner sistemi korumak,üriner enfeksiyonların engellenmesi ve tedavisi,alt üriner sistem semptomlarının düzeltilmesi olmalıdır.

Pelvik taban kaslarının; egzersiz(kegel egzersizleri)ve elektriksel stimülasyon kullanılarak güçlendirilmesi , Temiz aralıklı kateterizasyon, kalıcı kateterizasyon,
Farmakolojik tedavi yöntemleri kullanılabilir.

KONSTİPASYON

- Hastaların yaklaşık 3/2' sini etkileyen bir problemdir.
- Boşaltımı günün belirli saatlerinde yapmaya çalışmak.
- Yeterli sıvı alımının sağlanması.
- Lifli yiyeceklerin tüketilmesi.
- Farmakolojik tedavi.

SEREBELLAR BOZUKLUKLAR

- Tremor, titubasyon, yürüme ataksisi ve serebellar dizartri olarak görülmektedir.
- Tedavide: Farmakolojik tedavi, FTR yöntemleri ve kompansatuar teknikler kullanılmaktadır.

DİZARTRİ

- Yorgunluk, güçsüzlük, tremorlar, koordinasyon bozuklukları ve anormal tonus nedeniyle artikülasyon bozuklukları, ses kısıklığı, peltek konuşma, konuşma hızının değişmesi, nazone konuşma ve oral iletişim ile ilgili diğer problemler görülebilir.

TEDAVİDE

• Bu fonksiyon bozukluklarını kompanse etmek için bazı spesifik konuşma tedavisi teknikleri kullanılmaktadır.

DİSFAJİ

• Hastaların %10-33'ünde görülür.Beslenme bozukluğu ve aspirasyona neden olabilmektedir.

TEDAVİDE:

• Termal taktil uyarılar,derin farengeal sinir stimülasyonu,özel yutma egzersizleri,özel yutma teknikleri kullanılabilir.

GENEL ÖNERİLER OLARAK:

• Beslenme sırasında hasta dik pozisyonda olmalı (yaklaşık 90°),
• Besinler küçük parçalar halinde alınmalı,
• Beslenme çok yavaş olmalı,
• Yiyecekler yarı yumuşak,ıslak yiyecekler ve koyu sıvılardan seçilmelidir.
• Her öğünden sonra hasta mutlaka 90° açıda 30-45 dakika oturmalıdır.

SOLUNUM PROBLEMLERİ

• MS'te özellikle ekspiratuar kaslarda olmak üzere solunum kaslarında güçsüzlük görülebilmektedir.Öksürük yetersiz ve sekresyonların atılması güç olduğundan, bu durum en yaygın morbidite ve mortalite sebebi olan solunum komplikasyonlarına yol açmaktadır.

Akciğer enfeksiyonlarının önlenmesi için:

• Günde 2-3 defa en az 1 saat olmak üzere hasta dik oturma pozisyonuna getirilmeli,
• Bol sıvı alınarak balgam atılışı kolaylaştırılmalı,
• Öksürme gücü düşük olan hastaların yakınlarına abdomen destekli öksürme manevraları öğretilmeli,
• Balgam retansiyonu varsa göğüs fizyoterapisi uygulanmalıdır.

YATAK YARASI

• Havalı yatak kullanılmalı,
• Çarşaflar kuru ve düzgün olmalı, cilt nemli kalmamalı,
• Hastanın pozisyonu ülser açılmadıysa 2 saatte bir, açıldıysa yarım saatte bir mutlaka değiştirilmeli,
• Kızarıklıkların başladığı bölgenin çevresine kan dolaşımını artırmak amacıyla hafif friksiyon masajı uygulanmalıdır.
• Günde üç defa pasif eklem hareketi yapılmalı,
• Yatak içi pozisyonlamalara dikkat edilmeli, gerekliyse yardımcı ekipmanlardan faydalanılmalıdır.

KOGNİTİF BOZUKLUKLAR

• Yakın hafza,mantık yürütme ve problem çözmede sorunlar olarak karşımıza çıkar.
• Entelektüel fonksiyonların tümüyle kaybı nadirdir.
• Tedavisinde kompansatuar kognitif rehabilitasyon teknikleri kullanılır.

MS VE SICAK İNTOLERANSI

• MS hastalarında artmış vücut ısısına aşırı duyarlılık oldukça sık görülen bir durumdur.
• Güneşten ve sıcak ortamlardan uzak durmalı,
• Hastaya ve yakınlarına vücut ısısını düşürme yöntemleri anlatılmalıdır.

• **Psikososyal bozukluklar**
• **Depresyon**
• **Görme bozuklukları**
• **Ağrı**
• **Seksüel bozukluklar**

EVDE SAĞLIK OLARAK MS REHABİLİTASYONUNDA YAPABİLECEKLERİMİZ

• Fonksiyonel kayıplar başlamadan önce fizyoterapinin başlamasına yardımcı olmak.
• Doğru zamanlarda nöroloji ve diğer uzman muayenelerini sağlamak.
• Tüm tedavi ve rehabilitasyon sürecini takip etmek ve makul aralıklarla hastayı ziyaret edip muayenesini tekrarlamak.

- Diğer tıbbi gereklilikleri yerine getirmek (kateterizasyon,tıbbi tahlillerin yapılması,yara pansumanı ve takibi,beslenme değerlendirmesi,ilaç, tıbbi malzeme ve araç gereçlerine erişiminin sağlanması vb) .
- Hastanın yaşam kalitesinin mümkün olduğunca en iyi durumda tutulmasına yardımcı olmak olarak sıralayabiliriz.

ESKİŞEHİR DEVLET HASTANESİ

- 2013-2015 yılları arasında Eskişehir Devlet Hastanesi'nde 254 multple skleroz hastası olup 708 kez hastanenin değişik polikliniklerine başvurmuşlardır.
- BU 254 hastanın 6 tanesi Eskişehir Devlet Hastanesi evde sağlık birimi hizmetlerinden 82 defa hizmet almışlardır.

Öneriler

- Evde sağlık ekibi çalışanları istekli,gayretli olmalı ve kendisini geliştirmeli.
- Evde sağlık ekibi çalışanları hasta ve hasta yakını iletişimi konusunda eğitilmeli ve bilgilenmeli.
- Evde sağlık ekibi çalışanlarına MS ve diğer sık görülen nörolojik hastalıklarla ilgili eğitim programları düzenlenmeli.
- Evde sağlık hizmetleri konusunda farkındalık ve farklılık yaratılmalı.
- MS hastaları makul aralıklı rutin ziyaret programına alınmalı.
- Evde sağlık ekibine fizyoterapist(sabit) dahil edilmeli.

İNME VAKALARI YÖNETİMİ

Dr. Ezgi Sezer ERYILDIZ

Eskisehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilimdalı

İnme

- Klinik sendrom.
- Vasküler patolojiye bağlı gelişen ve santral sinir sisteminde 24 saatten (1 saat) fazla fokal nörolojik defisite neden olan sendrom.

Türkiyede'ki İnme İnsidansı: 176/100.000

Her yıl için inme hastası

Türkiye	: 125.000
Almanya	: 127.000
İtalya	: 112.000
U. K	: 100.000
İspanya	: 89.000
Fransa	: 78.000

Akut İskemik İnme Tedavisi

1. Akut inme tanısı.
 -İnme etyolojisi/mekanizması.
2. İnfarkt büyüklüğünü azaltmak (rekanalizasyon).
3. Sekonder komplikasyonları azaltmak.
- DVT, hiperglisemi, hipertansiyon.
- Pulmoner emboli.
- Serebral ödem.
4. Sekonder koruma.
5. Eğitim ve rehabilitasyon.

Rekanalization Stratejileri.
İnfarkt büyüklüğünü azaltma.
Penumbrayı kurtarmak.

İntravenöz plazminojen aktivatör

- Akut iskemik inmede, tıkanan damar içinde oluşan fibrinin plazmin ile eritilmesi, trombolitik tedavinin temelidir. Amaç penumbra dokusunu kurtarmaktır.
- İnmede tromboliz nöroloji uzmanının ve nörogörüntülemenin olduğu yerlerde gerekli eğitim sağlandıktan sonra uygulanabilir.

Tedavinin ne yararı vardır?

- Tedavi sonrasında 90 gün sonunda 8 hastanın 1 tanesi tamamen normal olarak yaşamına devam eder.
- Tedavi sonrasında hastaların 39%'u minimal defisit veya defisitisiz olarak yaşamlarına devam edereler (NINDS).

Tromboliz dışlama kriterleri

- İntraserebral hemoroji
- SAK, AVM, neoplazm
- BT'de kitle görüntüsü.
- İntraserebral hemoroji öyküsü.
- İnfarktın MCA sulama alanının 1/3'den fazla olması.
- 3 ay Içinde iskemik inme.
- 3 ay Içinde ağır kafa travması.

- 14 gün Içinde ağır cerrahi.
- Son 21 gün Içinde GIS ve üriner sistem kanaması.
- 7 gün Içinde lomber ponksiyon.
- Son 7 gün Içinde komprese edilemeyen arteryal ponksiyon

(ÖR: subklavian).

- TA 180 mmHg> sistolik ve 110 mmHg >diastolik olması ve kontrol edilememesi.
- Oral antikoagülan kullanımı (INR>1.7).
- Son 48 saatte heparin alıyor olup aPTT normalin üst sınırının üstünde olması.
- Platelet sayısı<100.000/mm3.
- Glukoz<50 mg/dl veya >400 mg/dl.
- Direkt trombin inhibitörü veya faktör Xa inhibitörü kullanımı (48 saat içinde).

Relatif kontraendikasyonlar

- Son 3 ayda perikardit ve endokardit öyküsü.
- NIHSS<4 minör inme veya defisitin fluktuasyon göstermesi ve azalması.
- Akut MI (Özellikle anteroseptal).
- İnme ile birlikte nöbet olması.
- Daha önceden ambulatuar olmayan hastalar.
- Hamilelik.

Tedavi Zamanı

Süre kısaldıkça yarar artar.

4.5 saatten sonra zarar yararın önüne geçebilir.

Yan etkiler

- **Semptomatik ISH**

CASES % 4.6 (95% CI=3.4-6%)1

NINDS % 6.4 (36 saat içinde)2

ECASS III %2.4

- 1.3% (95% CI=0.7-2.2) anaflaksi ve anjioödem

Majör sistemik kanama 0.4 (95% CI 0.1-0.9)

IV rt-PA Avantajları

- Kolay.
- Daha fazla merkez uygular.
- Daha az zaman gerektirir.

IV rt-PA Dezavantajları

- İlk 4.5 saatte verilebilir.
- Rekanalizasyon oranı IKA oklüzyonlarında %10-20 in IKA.
- Rekanalizasyon oranı M1 oklüzyonlarında %30.
- %30 re-oklüzyon saptanabilir.

% 35-40 İSKEMİK İNME MAJÖR DAMAR OKLÜZYONU

- Internal Karotis Arter (IKA).
- Orta Serebral Arter (MCA).
- Vertebral / Baziler Arter.
- PROGNOZ KÖTÜ.

MEKANİK TROMBEKTOMİ
GİRİŞİMSEL AKUT İNME TEDAVİSİ

- Pıhtı yükü fazla, infarkt yükü az hastalarda.
- Distal T oklüzyon, proksimal baziler tromboz, tandem MCA-IKA oklüzyonu.
- İV rt-PA mekanik endovasküler tedavi öncesi uygulanabilir (kanama oranını arttırmaz).
- Multimodal tedaviler başarı ile uygulanabilir.
- Vaka seçimi ve tedavi sonrası çok önemlidir.
- Post-operatif yoğun bakımı çok iyi yönlendirmek şarttır.

MR CLEAN SONUÇ

- Proksimal anterior sirkülasyon damar oklüzyonlarında semptom sonrası ilk 6 saat içinde uygulanacak nörotrombektomi etkili ve güvenilir bir tedavidir.
- ▪Dizabilite, anlamlı derecede azalmıştır.
- Mortalite oranlarında fark yoktur.

Rekanalizasyon sonrası bakım

- İnme ünitesi ya da nörolojik yoğun bakıma yatış.
- Kan basıncı kontrolü ilk 1 saat (15 dk bir).
- Glukoz kontrolü.
- NIHSS>4 kötüleşme veya şuur durumunda bozulma.
- İnfarkt progresyonu.
- Kanama.
- Sistemik ve nörolojik komplikasyonlar.

İnme ünitesi-tanım

Sadece inme hastalarının multidisipliner yaklaşımla, deneyimli, özelleşmiş bir ekip tarafından izlenerek, tetkik ve tedavi olanaklarının sunulduğu hastane ünitesi.

İNME MERKEZİ AKUT TEDAVİSİ

REHABİLİTASYON

T.C SAĞLIK BAKANLIĞI ZÜBEYDE HANIM FİZİK TEDAVİ HASTANESİ

Motor, yutma, konuşma rehabilitasyonu.

AKUT İSKEMİK İNME TEDAVİ ORGANİZASYONU

- Hastane öncesi faktörler.
- Hastane içi faktörler.
- Hastane sonrası faktörler.

Hastanın ilgili merkeze çabuk ulaştırılması çok önemlidir.

- Trombolitik tedavinin verilmesi için hastanın uygun merkeze sevkini geciktirecek hastane dışı faktörlerin mutlaka düzeltilmesi gerekir.
- Bu faktörler kısaca aşağıda özetlenmiştir.

1. Halkın beyin krizi açısından bilinçli hale getirilmesi
2. Hastaların 112 ambulans sistemini aramaları için teşvik edilmesi gerekmektedir.
3. 112 acil ambulanslarının uygun hastaları hızlıca trombolitik tedavinin uygulanacak merkeze getirmesi gerekmektedir.

Tablo 1: Cinsiyet ve inme ciddiyeti.

Toplam hasta sayısı	Cinsiyet (erkek)(n/%)	Semptom-iğne
279	50%	154±51

Tablo 2: Beyin krizi protokolü hasta transferi bölgesel dağılımı.

	Frekans (n)	Yüzde (%)
Direkt 112	186	66
Eskisehir Devlet Hastaneleri	39	14
Bilecik	14	5
Bozüyük	7	2.5
Kütahya	17	6
Hastanın kendisi	3	1
Hastane içi	9	3

ESKİŞEHİR BEYİN KRİZİ PROTOKOLÜ
ESKİŞEHİR BEYİN ve KALP KRİZİ PROTOKOLÜ

- ESKİŞEHİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
- ESOGU ACİL VE NÖROLOJİ ANABİLİMDALI
- TEK RESMİ PROTOKOL (ACİL İNME MÜDAHALESİ)

FAST (AKUT) testi nasıl değerlendirilir?

- F Fasiyal hareket: Hastaya gülmesi ya da dişini göstermesi söylenir. Yüzdeki asimetriye bakılır (Eğer hasta konuşulanları anlamıyor ise yüz asimetrisinin saptanması yeterlidir).
- A Kol hareketi: Hastaya dik şekilde kollarını kaldırması söylenir. Bir kol diğerinden önce düşüyorsa test pozitiftir (10 saniye içinde).
- S Konuşmanın değerlendirilmesi. Konuşma bozukluğunun saptanması (Hiç konuşamama, tutuk konuşma, konuşulanların anlaşılamaması).
- T Bu testlerin üçünün değerlendirilmesi gerekir. Eğer testlerden birisi veya daha fazlası pozitifse hastada inme şüphesi vardır.

BARİZ SAĞ-SOL KOL VE BACAKTA GÜÇSÜZLÜK
KONUŞAMAMA ve/veya KONUŞULANLARI ANLAMAMA
ÇİFT GÖRME VE BAŞ DÖNMESİ
YA DA FAST POZİTİF
SEMPTOM SAATİNİ SOR
İLK 4.5 SAAT ESKİŞEHİR
İLK 4.5 SAAT BOZÜYÜK –BİLECİK
İNME MERKEZİ PROTOKOLÜ UYGULA

2012 YILI
KALKINMA BAKANLIĞI PROJESİ
6 yataklı üçüncü basamak nörolojik yoğun bakım
6 yataklı inme ünitesi
Hipotermi cihazı.
Karotis ve vertebral ultrason.
Portable EEG.
Transkraniyal Doppler.
İnme Servisi
Monoplan multidetektör anjiyografi cihazı

9.OTURUM

KİŞİLİK TİPLERİNE GÖRE STRESLE MÜCADELE YÖNTEMLERİ

Yrd. Doç. Dr. Kenan TAŞTAN
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD,
Akupunktur ve Tamamlayıcı Tıp Yöntemleri Uygulama ve Araştırma Merkezi

Stresle Mücadele Yöntemleri

1- Bakış açınızı değiştirin

a) Yeni evli bir çift.
b) Amerika da bir gazeteci.
c) Parmak ısırma sanatı.
d) Termometre-Termostat.

2- Kendinize sorduğunuz soruları ve iç konuşma dilinizi değiştirin

a) Niye sorusu.
b) Artur Eşli.
c) Hz. Ali (iki soru).
d) Mustafa Karataş.

3- Optimist misiniz? Pesimist mi?

- Pencere.

HER İNSANDA İNSANLIĞIN BÜTÜN HALLARİ VARDIR.
(Montaigne)

Kişiliğinizi Analiz Edin

Mükemmeliyetçi (1).
Yardımsever (2).
Başaran (3).
Traji-romantik (4).
Gözlemci (5).
Sadık sorgulayıcı (6).
Ehl-i Keyif (7).
Reis (8).
Arabulucu (9).

4- Hakiki dostlar bulun
5- Hayata ilişmeyin; yerleşin
6- Mallerme psikozundan uzak durun
7- Ailenizin kıymetini bilin
8- Gerçek stres ve musibetin ne olduğunu öğrenin
9- Musibetin ilk anına dikkat edin
10- İstediğiniz bir şey olmuyorsa hemen sıkıntıya girmeyin!
-Uzay mekiği.
11- Eksiklikleriniz bazen mutluluk sebebiniz olabilir.
-Judo.
12- Elinizdekinin kıymetini bilin!
- Mona Lisa.
13- İnsan sadece ve sadece insan olduğu için değer verin.
-Louvre müzesinde yangın.

İnsanların normal kaygı duyması gereken miktar (Yerinde kaygılar) %8
Geri kalan % 92 ise;

a. Asla olmayacak şeylerle ilgili kaygılar % 40.
b. Olmuş bitmiş şeylerle ilgili kaygılar % 30.
c. Sağlık konusundaki evhamlar % 12.
d. Değişik konulardaki küçük kaygılar % 10.

YAŞLI BAKIM MODELİ OLARAK KAYIŞDAĞI DARÜLACEZE KURUMU

Uzm. Dr. Hilal ÖZKAYA

İstanbul Darülaceze Müdürlüğü

KURUMSAL YAPI

İSTANBUL DARÜLACEZE MÜDÜRLÜĞÜ

-1877 Osmanlı-Rus Harbi sonrası sosyal hayattaki bozulmaları düzene sokmak amacıyla Sultan Abdülhamid Han tarafından 31 Ocak 1896 tarihinde Okmeydanı'nda açılmıştır. 1924 yılında Bakanlar Kurulu kararıyla İstanbul Büyükşehir Belediyesine devredilen Darülaceze müessesesi 1998 yılına kadar İstanbul Büyükşehir Belediyesine bağlı olarak hizmet vermiş olup, 1998 yılında İçişleri Bakanlığı'na devredilmiştir.

- 1998 yılında İstanbul Büyükşehir Belediyesi tarafından hizmete açılan Darülaceze Müdürlüğü, 46.000 metrekaresi kapalı olmak üzere toplam 151.000 metrekare alan üzerine kurulmuştur.

- 983 kişilik kapasitesi ile Türkiye'nin en büyük bakım ve huzurevi olma özelliğini taşımaktadır. Yaşlılarımız fiziksel ve psikolojik durumlarına göre gruplandırılmış olup kendilerine uygun yaşam sitelerinde hizmet verilmektedir.

İstanbul Darülaceze Müdürlüğünde 865 sakine (07.09.2015 tarihi itibari ile) hizmet verilmektedir.

DARÜLACEZE'YE BAŞVURU KOŞULLARI

İstanbul il sınırları içerisinde ikamet ediyor olmak.
Kadınlarda 55 yaş ve üzeri, erkeklerde 60 yaş ve üzeri yaşlarda olmak.
Kanunen bakmakla yükümlü kimsesi bulunmamak (Medeni Kanun Md:364).
Sosyal ve ekonomik yoksunluk içinde bulunduğu sosyal inceleme raporu ile tespit edilmiş olmak.
Bulaşıcı hastalığı olmamak.
Uyuşturucu madde ya da alkol bağımlısı olmamak.
Ağır psikiyatrik hastalık veya mental gerilik bulunmamak.

YAŞAM SİTELERİ - İç Birimler

Güven Sitesi

Öz bakımını yapabilen ve kısmen bakım desteğine ihtiyaç duyan bayan sakinlerimizin kaldığı site, 132 yatak kapasitesine sahiptir. Sitede 114 sakine hizmet verilmektedir.

Sevgi Sitesi

Kısmen bakım desteğine ihtiyaç duyan bay sakinlerimizin kaldığı site, 131 yatak kapasitesine sahiptir. Sitede 129 sakine hizmet verilmektedir.

Çınar Sitesi

Demans ve Alzheimer tanılı bayan sakinlerin yaşamını sürdürdüğü site, 66 yatak kapasitesine sahiptir. Sitede 55 sakine hizmet verilmektedir.

Umut Sitesi

Demans ve Alzheimer tanılı bay sakinlerin yaşamını sürdürdüğü site, 39 yatak kapasitesine sahiptir. Sitede 38 sakine hizmet verilmektedir.

Papatya Sitesi

Zihinsel engelli bayan sakinlerimizin kaldığı site, 63 yatak kapasitesine sahiptir. Sitede 62 sakine hizmet verilmektedir.

Dolunay Sitesi

Zihinsel engelli bay sakinlerimizin kaldığı site, 65 yatak kapasitesine sahiptir. Sitede 64 sakine hizmet verilmektedir.

Huzur Sitesi

Öz bakımını yapamayan ve yatağa bağımlı bay sakinlerimizin kaldığı site, 65 yatak kapasitesine sahiptir. Sitede 65 sakine hizmet verilmektedir.

Şefkat Sitesi

Öz bakımını yapamayan ve yatağa bağımlı bayan sakinlerimizin kaldığı site, 88 yatak kapasitesine sahiptir. Sitede 88 sakine hizmet verilmektedir.

Şefkat ve Huzur sitelerinde 88 kadın ve 65 erkek sakin, 'palyatif bakım' almakta olan, son dönem hastalardır. Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ) nün tanımına göre palyatif bakım, kapsamlı bir değerlendirme ve tedaviyle hastalar tarafından yaşanan fiziksel, psikososyal ve manevi semptomların giderilmesi, aynı zamanda ailenin, arkadaşlarının, bakım verenlerin desteklenmesini ve acılarının hafifletilmesini amaçlar.

Etkili bir palyatif bakım multidisipliner bir yaklaşımla hasta ve ailenin gereksinimlerine odaklanır.

Hemşire, doktor, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, diyetisyen, fizyoterapist, bakım personeli, ve din görevlisi bu ekipte önemli bir role sahiptir.

Bu anlayışla Kayışdağı Darülaceze yerleşkesinde 153 yatağa bağımlı sakine palyatif bakım verilmektedir.

Palyatif bakım verdiğimiz grup; onkoloji hastaları, kalp hastaları, demans, beklenen yaşam süresi 6 aydan kısa olan hastalar, tedaviye dirençli akciğer hastaları, kronik nörolojik hastalığı olanlar(İnme, Parkinson, Multipl skleroz vb.), klinik tablosunda akut değişiklik olan hastalar (öz bakımı azalan hastalar).

1-Palyatif bakımda Nutrisyon Hizmetleri

Kurumumuzda palyatif bakım alan sakinlerimize 3 ana öğün, 2 ara öğün ve 1 destek öğün olmak üzere günde 6 kez beslenmeleri yapılmaktadır.

Oral alımı olan sakinlerin yeterli ve dengeli beslenmesi sağlanmakta, oral alımı bozulmuş enteral ve parenteral beslenmeye ihtiyaç duyan malnütrisyonlu sakinler gerekli vitamin, mineral ve kalori hesaplaması yapılmakta, beslenme destek uygulamaları sağlanmaktadır.

Kronik hastalıklar, fiziksel yetersizlik, çiğneme problemleri, sosyal izolasyon ve polifarmasi nedeniyle malnütrisyon 65 yaş üstü hasta grubunda sık görülür. Bu nedenle sakinlere en az yılda iki defa Mini Nütrisyonel Değerlendirme testi uygulanarak beslenmeleri planlanmaktadır.

Nutrisyon hizmetleri esnasında oluşabilecek aspirasyon riskini önlemek amacıyla uygun açı, uygun pozisyon ve uygulamalara dikkat edilmekte, konstipasyon riskini önlemek amacıyla dışkılama sıklığı ve dışkı özellikleri yönünden izlemek amacıyla defekasyon takip çizelgesi kullanılmakta ,bu doğrultuda uygun bol lifli diyet,bol hidrasyon alımı sağlanmakta ,sıvı alımı sıvı takip çizelgeleri ile günlük olarak kontrol edilmekte, oluşabilecek sıvı kaybının önüne geçilmekte ve mide bağırsak hareketini arttırıcı egzersiz desteği verilerek normal bağırsak eliminasyonu sağlanmaktadır.

2-Palyatif bakımda hijyen bakımı hizmetleri

Üriner inkontinans ve bağırsak inkontinansı olan sakinlere en az günde dört defa hasta bezi değişimi bakım hizmeti verilmekte, ağız bakımı, kulak burun bakımı, göz bakımı, ayak bakımı, ve kolostomi bakımı hizmetleri günlük olarak verilmektedir. Yazın haftada iki gün,kışın haftada bir gün vücut temizliği, tırnak bakımı, saç hijyeni, perine bakımı hizmetleri verilmektedir.

3-Palyatif bakımda bası yaralarından korunma ve yara bakım hizmetleri;

Bası yaraları için özel risk grubunu yaşlılar ve yatağa bağımlılar oluşturur.Basınç yarası riski norton skalası ile değerlendirilmekte, bası yarası profilaksi önlemleri alınmakta ve tedavisi yapılmaktadır. Sakinlere, yeterli sıvı alımının sağlanmasına, yeterli ve dengeli beslenmesine, sakinin durumuna göre yeterli sıklıkta pozisyon verilmesine, cildin yeterli neminin sağlanmasına, yatak takımlarının düz ve kırışıksız olmasına, sürtünmenin engellenmesine, havalı yatak kullanılmasına, akciğer kapasitesinin artırılması için postüral drenaj uygulanmasına çalışılmakta, var olan decubit ülserlerinin pansumanları yara bakım personeli tarafından yapılmaktadır.

4-Palyatif bakımda fiziksel egzersiz uygulamaları hizmetleri

Yatalak sakinlerde hareket sistemi hastalıkları başta olmak üzere diğer sistemlere ait doğumsal ya da edinilmiş hastalıklara bağlı fizyolojik veya anatomik yetersizlikleri spor ve egzersiz ile kapasitelerini en üst düzeye çıkarmak, bağımlılıklarını azaltmak ve yaşam kalitelerini yükseltmek amacıyla çalışmalar yapılmaktadır. Haftada 2 gün spor eğitmenleri eşliğinde spor aktiviteleri, haftanın 5 günü tüm bakım personelleri tarafından 20 dk. fiziksel egzersiz çalışmaları yapılarak ve yaptırılarak kontraktür profilaksisi uygulanmaktadır.

5-Palyatif bakımda manevi bakım hizmetleri

6-Palyatif bakımda ergoterapi hizmetleri

7- Palyatif bakımda psikososyal hizmetleri (özellikli olarak uygulanmaktadır).

YAŞAM SİTELERİ - İç Birimler

Zümrüt Sitesi

Öz bakımını yapabilen bay sakinlerimizin kaldığı site, 68 yatak kapasitesine sahiptir. Sitede 60 sakine hizmet verilmektedir.

Hayat Sitesi

Öz bakımını yapabilen bay sakinlerimizin kaldığı site, 56 yatak kapasitesine sahiptir. Sitede 52 sakine hizmet verilmektedir.

Misafirhaneler

Müdürlüğümüz içerisinde hizmet veren Sağlık ve Hıfzıssıhha Müdürlüğüne bağlı Fizik Tedavi Merkezinden faydalanmak isteyen hasta ve yakınlarının sınırlı süreli ve hizmet bedeli karşılığı kaldığı 12 apart daireden oluşan birimdir.

2015 yılında toplam 31 kişiye hizmet verilmiştir. (31.08.2015 tarihi itibariyle)

Bu hizmetten 7 kişi yararlanmaya devam etmektedir.

YAŞAM SİTELERİ - Dış Birimler

YAŞAM EVLERİ

Darülaceze'de kalma şartlarına sahip yaşlıların alıştıkları sosyal ortamlarından, mahallelerinden ve semtlerinden koparılmadan evlere yerleştirilerek sosyal bir çevrede yaşamlarını sürdürmeleri sağlanmaktadır. Her bir Yaşam evinde 2 kişi kalmakta olup, sakinlerin kira bedelleri, faturaları ve temizlik ihtiyaçları müdürlüğümüz tarafından karşılanmaktadır. Ayrıca her bir sakine 535 TL harçlık verilmektedir.

İstanbul'un çeşitli ilçelerinde 21 adet "Yaşam Evi" olup, bu evlerde 40 sakinimize hizmet verilmektedir.

Sanatçı Yaşam Evi

(Akseki Ormanalı Abdullah ve Nerime Turan Huzurevi)

2011 yılında açılan huzurevi, 3200 metrekaresi kapalı, 3800 metrekaresi açık olmak üzere 7000 metrekaredir. Kartal- Yakacık mevkiinde bulunan huzurevi 76 kişi kapasiteli olup sanatçılarımıza hizmet vermektedir.

Sanatçı Yaşam Evi'nde 15 sakine hizmet verilmektedir.

Dr. Beşir Akınal Huzurevi

Kartal- Ayazma'da bulunan merkez 2011 yılında açılmıştır, 75 kişi kapasitelidir. Fiziksel ve zihinsel herhangi bir sorunu bulunmayan sakinlere ücret karşılığı hizmet vermektedir.

Dr.Beşir Akınal Huzurevi'nde 52 sakine hizmet verilmektedir.

HİZMETLERİMİZ

Beslenme

Diyetisyen denetim ve gözetiminde, dengeli karbonhidrat,protein,yağ, vitamin ve mineral içeren, sakinlerin damak tadlarına uygun olarak 3 ana ve 2 veya 3 ara öğün çıkmaktadır.Sakinlerin kişisel taleplerine uygun öğün sağlanabilmektedir.

Kronik hastalık ve kısıtlamalarına uygun olarak içerik değiştirilmektedir.

Sağlık

Sakinlerimizin periyodik muayeneleri, akut hastalıkların tedavisi, kronik hastalıkların takip ve tedavisi görevli uzman hekimler tarafından yapılmakta, 2. veya 3. basamak hizmet gerektiren tetkik-tedavi ve operasyonları için tam teşekküllü hastanelere sevk edilmektedir.

Yatışı yapılan sakinlerimize 24 saat refakat hizmeti verilmektedir.

Giyim

Sakinlerimizin tüm giyim ihtiyaçları kurumumuz tarafından karşılanmaktadır.

HİZMETLERİMİZ-Sağlık ve Sosyal

Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi

Sakinlerimizin fonksiyonel kapasitelerini artırarak yaşam standartlarını yükseltmek hedeflenmektedir.

-Aktif ve pasif egzersiz,

-TENS, hot pack ve cold pack ,elektrik stimülasyon,vakum elektrodlu cihazlar, Tilt Table cihazı, CPM (Continue Passive motion) cihazı, Lokomat cihazı kullanılarak sakinlerin profilaksi ve terapileri uygulanmaktadır.

Spor Merkezi
Sakinlerimizin fiziksel ve zihinsel durumlarına uygun spor aktivitelerine katılabilecekleri kapalı ve açık oyun alanlarını bünyesinde barındıran spor kompleksi mevcuttur.

İbadethaneler
Üç büyük dine mensup sakinlerimizin ibadetlerini yapabilmeleri için camii, şapel ve midraş oluşturulmuştur.
Manevi Bakım
Sakinlerimizin manevi ihtiyaç ve talepleri göz önünde bulundurularak İstanbul İl Müftülüğü'nün koordinasyonu ile her hafta manevi bakım programları düzenlenmektedir.
Bu programlar, sakinlerin fiziksel ve bilişsel durumlarına göre sınıflandırılmaktadır.
Ayrıca önemli gün ve gecelerde, özel programlar da çok katılımlı olarak gerçekleşmektedir.

HİZMETLERİMİZ-Sosyal
Sosyal Aktivite Merkezi
Eğitimciler tarafından resim, müzik, örgü, ahşap boyama ve takı tasarımı gibi branşlarda dersler verilmekte ortaya çıkan ürünler belirli dönemlerde düzenlenen kermeslerle ziyaretçilerin beğenisine sunulmaktadır.

Ergoterapi anlamlı ve amaçlı aktivitelerle sağlığı ve refahı geliştiren kişi merkezli bir sağlık mesleğidir.
Ergoterapinin temel amacı;herhangi bir nedenle yitirilen zihinsel, sosyal ve fiziksel yeteneklerini yeniden kazandırmayı kişilerin günlük yaşam aktivitelerine katılımını sağlamaktır.
Ergoterapistler kişi ve toplulukların istedikleri, ihtiyaç duydukları veya kendilerinden beklenen aktiviteleri yapabilme becerilerini geliştirerek veya aktiviteyi ya da çevreyi kişilerin katılımını daha iyi sağlayabilecek şekilde düzenleyerek bu amaca ulaşırlar.
Oluşturulmuş olan Haftalık Aktivite Planları doğrultusunda sakinlerin psikomotor becerileri, bilişsel becerileri, meşguliyeti, sosyal adaptasyonu desteklenmektedir.

HİZMETLER
Hobi Bahçesi
Sakinlerimizi rehabilitasyonuna yönelik oluşturulan hobi bahçesinde, arzu eden sakinler kendilerine ayrılan alanda sebze-meyve yetiştirmektedirler.
Çok Amaçlı Kompleks
Kompleks içerisinde 60 kişi kapasiteli sinema salonu, internet kafe ve 450'si sesli olmak üzere toplam 3.350 adet kitaptan oluşan bir kütüphane mevcuttur.

Sosyal Duyarlılık
Öğrencilerin sosyal konulardaki gönüllü çalışmalarını desteklemeyi hedefleyen proje Darülaceze Müdürlüğü'nün Sakinlerin Sosyal Hayata Adaptasyonu Projesi ile birleştirilmiştir. Öğrenciler kendilerine en uygun sakin profili ile ilişkilendirilerek proje kapsamında çalışmaları desteklenmektedir.

ZİYARETÇİLERİMİZ
Bireysel, gönüllü, sosyal çalışmacılar ve kurumsal ziyaretler olmak üzere kurumumuzu 2014 yılı içerisinde toplam 32.458 kişi ziyaret etmiştir.
2015 yılı Ağustos ayı sonu itibari ile toplam 18.425 kişi ziyaret etmiştir.

HİZMETLERİMİZ-Eğitim ve Seminerler
Kurum Personelimiz İçin,
Kişisel Gelişim Seminerleri,
Üniversitelerle yapılan işbirliği kapsamında gerçekleştirilen seminerler,
İleri Bilgisayar Kursu (İSMEK işbirliği ile),
İş Sağlığı Ve Güvenliği Eğitimleri,
Yeni işe başlayan personelimiz için Oryantasyon Eğitimleri gibi eğitimler ve seminerler düzenlenmektedir.
Yaşlı bakımında bakıcıların tükenmişlik sendromu da gözden kaçırılmaması gereken bir öğedir.Bu yüzden motivasyona yönelik spor turnuvaları, piknikler ile personelin tükenmesini önlemeye yönelik etkinlikler düzenlenmektedir.

HİZMETLERİMİZ-Bilimsel Çalışmalar

Yurt içinde ve yurt dışında Geriatri –Gerontoloji bilim dallarında faaliyet gösteren kurum ve STK'larla bilimsel çalışmalar yapılmakta ,bilgi alışverişinde bulunulmaktadır. İstanbul Üniversitesi ve Marmara Üniversitesi işbirliğinde ayda bir olmak üzere Geriatri Konseyleri düzenlenmektedir. Ayrıca bu üniversitelerin destekleri ile hizmetiçi eğitimler yürütülmektedir.

HİZMETLERİMİZ- ISO 9001:2008 KALİTE BELGESİ

İstanbul Darülaceze Müdürlüğü, sunduğu hizmetlerin kalitesini belirlemek, sosyal hizmet alanında kalite standartlarını tespit etmek ve geliştirmek, aynı zamanda da verdiği hizmeti sürekli olarak iyileştirmek adına uluslararası geçerliliği olan "ISO9001:2008 Kalite Yönetim Sistemi Belgesi"ni almaya hak kazanmıştır.

HİZMETLERİMİZ- ISO 9001:2008 KALİTE ÇALIŞMALARI

Kalite çalışmaları kapsamında tüm personellerimiz için görev tanımları ve iş akış şemaları oluşturulmuş olup, sakinlerimize "Sakinin Bir Günü" programlarına göre hizmet verilmektedir.

HİZMETLERİMİZ-Yayınlar

Yaşlılık alanında önemli birer kaynak oluşturmak macıyla hazırlanan kitaplarımız,bu alanında faaliyet gösteren tüm kurumlara, sivil toplum kuruluşlarına, üniversitelere ve akademik camiaya ulaştırılmaktadır.

Personel	**Sayı**
İdari Kadro	4
Sağlık personeli	105
Hekim	10
Hastabakım personeli	205
Psikolog	9
Sosyal servis	6
Sosyolog	10
Temizlik personeli	100
Çamaşırhane personeli	11
Yemekhane personeli	80
Hasta ve çalışan nakil personeli	44
Büro personeli	37
Depo personeli	17
Kuaför	5
Güvenlik elemanı	33
Teknik işler	36
Bilgi-işlem	4
Hasta refakat ve sevk personeli	51
Spor eğitmeni	5
Diyetisyen	2
Terzi Defin ve ibadethane personeli Mimar Hukuk servisi personeli Avukat	Birer Kişi

YAŞLILIKTA BÜTÜNLEŞİK TIBBİ BAKIM

Vildan Kandemir BÜTÜN

Uzm. Hemşire / MEVA Bakım Merkezi Danışman

YAŞLILIK

Dünyamız yaşlanıyor!

Tanımı: "İnsan ömrünün son bölümlerine yaklaşan yaş"

Birleşmiş Milletler'e göre "60 yaş üstü"; Afrika'da ise 50 yaş üstü!

WHO'ya göre 65 yaş üstü.

İlgili bilim dalı: Gerontoloji.

Farklı ihtiyaçlar: fiziksel, sosyal, kültürel.

Genç yaşlı (60-69), orta yaşlı (70-79), çok yaşlı (80+).

Batı Avrupa'da emeklilik yaşı 60'dan 65'e uzatılıyor. 75+ tam yaşlanmış.

MEVCUT DURUM – Türkiye'de Yaşlı Kurumları

	Huzurevi Sayısı	**Kapasite**	**Bakılan Yaşlı Sayısı**
Bakanlıklar	109	12.283	11.258
Belediyeler	20	2013	1409
Dernek ve Vakıflar	31	2556	1789
Azınlıklar	7	920	644
Özel Huzurevleri	130	6422	4495
TOPLAM	297	24.194	19.596

75 yaşını geçmiş yaşlı sayısı : **2.500.000**

> 85 yaş : **500.000**

9. OTURUMA SUNUM VE KONUŞMALARIYLA KATKIDA BULUNANLAR

Kemal AYDIN / Küresel Sağlık ve Yaşlanma Diplomasisi

10. OTURUM

EVDE SAĞLIĞIN BİRLİK BAZLI TEK MERKEZDEN YÖNETİMİ

Doç. Dr. Kemal MEMİŞOĞLU

İstanbul Anadolu Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreter

Hedefimiz
Kurumsallık.
Verimlilik.
Ölçülebilirlik.
Kaliteli sağlık hizmeti.
Standardizasyon.
Farkındalık.
Ulaşılabilirlik.

Evde Sağlık Hizmetleri
SORUNLAR
Mükerrer Kayıtlar.
Birim ruhu oluşturulamaması.
Farklı Görev Tanımları.
Randevu ve Planlama Belirsizliği.
Talepleri Karşılamada Gecikme.
Konsültasyon ve Rapor sorunları.
Hasta takibinde ve Araç planlamada sorunlar.
Hastane içinde Sahipsizlik.

Resmi Yazılar
Resmi Yazışma trafiği nedeniyle hastanın Evde Sağlık Talebinin kurumumuza ulaşması 1 ay sürdü.
(Bu süre içerisinde hasta vefat etti.)

Evde Sağlık Koordinasyon Merkezi
Personel Sayıları (2015)
7 Hekim.
15 Hemşire.
1 Yaşlı Bakım Teknikeri.
1 Sosyal çalışmacı.

İşgücü Tasarrufu
Öncesi
Toplam 74 Personel.

Sonrası
Toplam 48 Personel.

Yönetim Desteği
Öncesi
Gereksiz Uygulama.
Düşüncesi.
Ek Yük .
Yetersiz Destek.
Sahipsiz Birimler.
Sonrası
Tek Elden Yönetim.

Tam Destek.
Artan Personel.
Motivasyonu.
Nitelikli Hizmet.

Çağrı Merkezi
Öncesi
Tek Hat.
Cevaplanmayan Çağrılar.
Sekreter Eksikliği.
Sonrası
Çoklu Hat.
Ses Kayıt Sistemi.
Maksimum Ulaşılabilirlik.
Tıbbi Danışmanlık Hizmeti.

Başvuru Şekli
Öncesi
Direkt Başvuru.
Sonrası
Telefon, E-mail, İstenirse Direkt Başvuru.
Hasta Triyajı.
Anlık Sorgulama.

Hizmet Standardizasyonu
Öncesi
İnsiyatif Birimlerde
Atıl Birimler
Farklı Görev Tanımları
Sonrası
İnsiyatif Tek Merkezde.
Verimli İş Akışları.
Ekip Uyumu.

Planlama
Öncesi
Randevu Belirsizliği.
Taleplerin Gecikmesi.

Sonrası
İhtiyaca Yönelik Hizmet.
Lokasyona Göre Planlama.
Hasta Triyajı.
Ziyaret Sayısının Artışı.

Konsültasyon
Öncesi
İkna ile Branş Hekimleri Bakısı.
Sonrası
Tüm Branş Hekimleri.
Diyetisyen.
Psikolog.
Fizyoterapist.

Büyük Veri
Öncesi
Eksik Veriler.
Yanlış Kayıtlar.
Mükerrer Girişler.
Sonrası
Otomasyon sistemi ile;
Doğru ve net bilgi,
Ortak veri tabanı.

Tıbbi Raporların Düzenlenmesi
Öncesi
Birkaç Hastanede Tek Hekim Raporu.
Uzman Gerektiren raporlama sorunları.
Sonrası
İlaç Raporları.
Malzeme Raporları.

Sosyal Hizmet
Öncesi
Hastaneye Özgü Sosyal.
Çalışmacı.
Bakımda Aile yetersizliği.
Sonrası
Multi-disipliner Ekip Anlayışı.
Merkeze Özel Sosyal Çalışmacı.
Bütüncül Psiko-sosyal Boyut.

Bekleme Süresi
Öncesi
90 GÜN
Sonrası
1 GÜN

Araç Sayıları (2015)
10 Mobil Araç
1 Nakil Aracı

Özellikli Hizmet Sayıları (Eylül 2015)
Sosyal Çalışmacı Faaliyet Raporları 82.
Evde Yara Takibi Yapılan Hasta Sayısı (VAC tedavisi) 202.
Trakeostomi Kanülleri Değiştirilen Hasta Sayısı 23.

Sonuç
Bu proje başta İstanbul ili olmak üzere Türkiye'de evde sağlık hizmetlerinin sunulmasında uygulanan ilk ve tek modeldir.
Diğer Kamu Hastaneleri Birlikleri'ne de örnek teşkil ederek fayda sağlayacaktır.
Ayrıca bu projede edinilen deneyim ve tecrübeler, daha sonraki aşamalarda, konu ile ilgili başka projelerinde yürütülmesine ışık tutacaktır.
Yapılacak tanıtım ve bilgilendirme çalışmaları konunun önemini daha çok vurgulayacak bu da projenin sürdürülebilirliğine büyük katkı sağlayacaktır.

Öneriler

Birlik bazlı tek merkez yönetimi.
Elektronik kayıt ve ortak veri tabanı.
Kurumsallaşma.
Çağrı merkezi ve elektronik başvuru.
Birinci bakı ve konsültasyon organizasyonu.
Ek ödeme desteği.
Hizmet ücretlendirmesinde artım.
Hasta ve yakını eğitimi.
Farkındalık oluşturma.

EVDE SAĞLIK HİZMETLERİNDE TIBBİ CİHAZ KALİBRASYONU

Uzm.Dr. Eser ŞENKUL

Konya Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Tıbbi Hizmetler Başkanlığı

Evde Sağlık Hizmetleri İhtiyacı
Koruyucu, destekleyici ve rehabilite edici sağlık ve sosyal hizmet ihtiyacının artması,
Evde Sağlık Hizmetlerinin gelişiminde önemli bir sebep olmuştur.

Evde Sağlık Hizmetleri Tıbbi Cihaz Kalibrasyonunda Hedefimiz
Hastalarımızın evlerine gitmek suretiyle kontrol edilerek cihazların doğru çalışmasını sağlamak,
Hastalarımızı cihaz kullanımı hakkında bilinçlendirmek,
Hasta memnuniyetini artırmak hedeflenmektedir.

Sağlıkta Kalite Yönüyle Kalibrasyon
Ülkemizde hasta bakım kalitesinin en etkin düzeyde geliştirilmesi,
Güvenli bir hasta sağlık çevresinin oluşturulması,
Hasta ve çalışanlara yönelik risklerin en aza indirilmesi,
Kalite iyileştirme ve hasta güvenliğinin sürekliliğinin sağlanması amacıyla kalite sisteminin "hasta güvenliği" ve "hasta odaklılık" hedeflerine yönelik olarak devam etmektedir.

KALİBRASYON NEDİR?
Bir ölçme aletini doğru bir biçimde işlem yapabilmesi için bir veya daha fazla standarda göre kontrol etme (ölçümleme, ayarlama).

Ne zaman kalibrasyon yapılmalı
Cihaz yeni alındığında kullanıma başlamadan önce,
Cihaza bakım yapıldıktan sonra,
Cihaz arızası tamir edildikten sonra,
Kalibrasyon planına uygun olarak belirli periyodlarda (örn: 6 ayda bir, yılda bir gibi..).

Kalibrasyon Birimi Süreci
Genel Sekreterliğimize bağlı
1 Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 19 Devlet Hastanesi ve 3 Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi olmak üzere toplamda 23 hastanemizin tıbbi cihazlarının kalibrasyonları 2013 öncesi özel firmalarca yapılmaktaydı (Yüksek maliyet).
2013 yılında, genel sekreterliğimiz bünyesinde "Kalibrasyon Birimi" kurularak hastanelerimizin tıbbi cihazlarının kalibrasyonları kendi birimimizce yapılmaya başlandı.

Kalibrasyon Ekibimiz
Kalibrasyon konusunda tüm sertifikalı eğitimleri tamamlamış, tıbbi cihazların bakım ve onarımında tecrübeli personellerimiz:
1 Elektronik Mühendisi.
1 Biyomedikal Mühendisi.
2 Elektronik Teknikeri.
3 Elektrik Teknisyeni.

Ağustos 2015'te Evde Tıbbi Cihaz Kalibrasyon hizmetine başladık.

Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik (Resmî Gazete 29280, 27 Şubat 2015)
Madde 14: Sorumlu tabibin görev, yetki ve sorumlulukları

h) Kullanılan araç gereç ve tıbbi cihazların temizliğinin, dezenfeksiyonunun yapılmasını ve gerekenlerin sterilize edilmesini, kullanılan cihazların düzenli bakım ve kalibrasyonunun yapılmasını sağlar.

Evde Kalibrasyon Hizmeti Süreci

Evde Sağlık Hizmetleri birimlerimizin geri bildirimleri sayesinde;
gelen taleplerle, hizmet alan hastalarımızın tespit edilen tıbbi cihazlarının periyodik kontrol zamanlarında hastalarımıza evlerinde ziyarette bulunarak, Tıbbi Cihazlarının kalibrasyonlarını gerçekleştirmekteyiz.
Cihazların yerinde kontrollerinde; hatalı değer gösteren cihazların değiştirilmesi veya tamiri konusunda hastalarımız cihazın satın alındığı firmalara yönlendirilmesi, bakımı ve tamiri personellerimizce yapılabilecek cihazların yerinde bakımı yapılması, hatalı kullanılan cihazlar için ise hasta ve yakınlarının bilgilendirmesi sağlandı.

Neden Evde Kalibrasyon?

Sağlık alanında kullanılmakta olan Tıbbi Cihazların hayati önem taşıması açısından doğru ölçüm yapıp yapmadığı hususunda yılda en az bir defa kontrolden geçirilmesi gerekmektedir.
Evde Sağlık Hizmeti alan ailelere teknik destek yönüyle yardımcı olmak,
Hatalı veya şüpheli ölçümlerin oluşturduğu sorunları çözüme kavuşturmak için bu hizmet gereklidir.

Hangi Cihazların Kalibrasyonu Yapılabiliyor?

Pulse Oksimetre
11 kalibrasyon.

Oksijen Konsantratörü

18 kalibrasyon.
2 hatalı cihaz.

Oksijen Tüpü

Flowmetresi ve Manometresi
12 kalibrasyon.
2 hatalı manometre.
1 hatalı flowmetre.

Tansiyon Aleti

(manometrik)
9 kalibrasyon
1 hatalı ölçüm

Taşınabilir Aspiratör

14 kalibrasyon.
4 hatalı cihaz.

Taşınabilir Ventilatör

9 kalibrasyon.
1 hatalı cihaz.

Beslenme Pompası

4 kalibrasyon.

Evde Kalibrasyonda Neler Yaptık?

Ağustos 2015'ten beri 89 cihazın kalibrasyonu yapıldı.
12 hatalı cihaz tespit edildi (2'sinin tamiri ve bakımı yapıldı, 10'u için yetkili servis önerildi)
Cihazların kullanımı ve bakımı konusunda hasta ve hasta yakınlarına bilgi verildi.

Kalibrasyon Sürecinde Sorunlar

Kalibrasyon sürecinin uzun olması ve kontrol edilecek popülasyonun fazla olması sebepleri ile hedeflere ulaşmakta zamanın etkinliği.
Hastaya sürekli bağlı cihazların kalibrasyonun zor olması.
Cihazların kalibrasyon sonrasında vereceği öngörülmemiş arızaların Hasta ve yakınları tarafından kalibrasyonun sebep olduğu önyargıları.

Basında Evde Kalibrasyon Hizmetimiz
Televizyon, Radyo, Gazete ve Sosyal Medya haberleri ile Evde Kalibrasyon Hizmetimizi Halkımıza tanıttık.

Mali Yönden Evde Kalibrasyon
Kalibrasyon cihazlarının maaliyeti 320.000 TL.
Faturalama yapılamıyor.

EVDE SAĞLIK TUZLA MODELİNDE BİLİŞİM TEKNOLOJİLERİ

Dr. Fatma EMİROĞLU KUZKAYA

Sağlık İşleri Müdürü, Tuzla Belediyesi

Evde Sağlık'ta Tuzla Modeli
Modelin kazanımları.
Sağlıkmetre.
Hedeflerimiz.

Evde Sağlık'ta Tuzla Modeli

Tuzla Belediyesi ile Tuzla Devlet Hastanesi'nin Evde Sağlık Hizmetlerinde ortak hareket etme fikridir. Belediye Başkanımız Dr. Şadi YAZICI'nın, halk günlerinde ve çeşitli platformlarda karşılaştığı evde bakıma muhtaç hastaların ihtiyaç ve talepleri neticesinde EVDE SAĞLIKTA TUZLA MODELİ ortaya çıkmıştır.

Evde Sağlık Hizmeti

Ziyaret.
Sonda.
Rapor.
Kan Alma.
Enjeksiyon.
Serum.
Pansuman.
Reçete.
EKG.

Tam donanımlı üç araç.
Üç adet Acil Tıp Teknisyeni.
İki adet Çağrı merkezi elemanı.
İletişim ve Yönlendirme araçları.
(Cep Telefonu, GPRS, Navigasyon)

Tuzla Devlet Hastanesi koordinasyonu

Akşam saatleri ve hafta sonları.
GPRS desteği ile ekibin yönlendirilmesi.

Evde Sağlıkta Tuzla Modelinin Kazanımları

112 Acil Servis başvurularının azalması.
Hasta ve hasta yakınlarının yaşam kalitelerinin artması.
Hastaların transferlerinde yaşanan problemlerin ortadan kaldırılması.
Hastane yatış maliyetlerinin azalması.
Tedavi devamlılığı.
Sosyal Devlet yaklaşımı ile ihtiyacı olan her hastaya hizmetin ulaştırılması.
Halkın memnuniyetinin artması.

Hedeflerimiz

Kronik hastalıkların hastalara gelecekte vereceği tahribatı en aza indirmek.
Sağlık ekonomisine fayda sağlayacak projeler geliştirmek.
Rekabette fark yaratmak.
Bilişim teknolojilerini kullanmak.

Bilişim teknolojileri,
Evde Sağlık Hizmetlerinde neden önemli?

Kronik Hastalıkların Yükü / Diyabet Örneği
Maliyet; 2015 yılında 921 USD / yıl / hasta@Devlet* (Yıllık artış %3),
Maliyetin %70'i komplikasyonlar*** için harcanmaktadır.
Mobil teknolojilerin kullanımı ile etkin hastalık yönetimi ile komplikasyonlara yol açan
önemli risk faktörleri %21 oranında**** azaltılabilmektedir.

5 yılda diyabet hastalığının etkin yönetimi ile 6.5 milyar USD tasarruf sağlanabilir.
Toplam 20 milyon kronik hasta bulunan ülkemizde, ekstrapolasyon ile 20 milyar USD'ye varan tasarruf sağlanabilir (Sosyal Maliyetler Hariç).

Sağlıkmetre Klinik Çalışması
İstanbul Üniv. İstanbul Tıp Fakültesi – Turkcell TeleDiab (SağlıkMetre) Projesi
PRELİMİNER SONUÇLAR
Prof. Dr. İlhan SATMAN, Dr. Fulya TÜRKER, Dr. Diab. Hemş. Selda G. ÇELİK, Hemş. Elif TEMEL, Dr. Dyt. Cemile Ç. İDİZ, Dyt. Müge GÜZEY, Lab. Tekn. Halime Ç. SAÇKOPARAN, Tıbbi Biol. Dr. Yıldız TÜTÜNCÜ,
İ.Ü. İstanbul Tıp Fak. İç Hast. AD Endokrinoloji - Metabolizma Hast. BD.

Sonuçlar
Sağlıkmetre.
Turkcell sağlıkmetre hizmet paketi.
Diyabeti ve hipertansiyonu olan hastalar.
Medikal cihazlar.
Sağlıkmetre.
Teknik çağrı merkezi.
Sağlık takip portalı.
1 Yıllık data ve SMS paketi.
7/24 Medikal çağrı merkezi.
Acil durumlarda özel ambulans hizmeti.
Medikal çağrı merkezi.
Hemşire ve doktorlar tarafından medikal künyenin oluşturulması.
Ölçüm sonuçlarının 7/24 izlenmesi ve müdahale edilmesi.
Alarm durumunda 4 dk. içerisinde hastaya, 10 dk. içerisinde yakınına ulaşılması.
Acil durumlarda özel ambulans gönderimi.
Sağlığa dair herhangi bir konuda 7/24 danışma.
Periyodik kontrol ve takip aramaları.

e-NABIZ VE MOBİL SAĞLIK

Dr. M. Mahir ÜLGÜ

Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdür V.

m-Sağlık Nedir?
Mobil sağlık, sağlık hizmetlerinin mobil iletişim araçları ile verilmesidir.
Ulusal Sağlık Enstitüleri Kurumu, 2010 mHealth Zirvesi.

Mobil Sağlık
Mobil Sağlık Potansiyeli
Giyilebilir teknolojiler sayesinde yaşam süresinin 10 yıl daha artabileceğini düşünüyor: %56
Giyilebilir teknolojilerin obeziteyi azaltacağını düşünüyor: %46
Giyilebilir teknolojiler sayesinde fiziksel performanslarının artacağını düşünüyor: %42
Giyilebilir teknolojileri kullanıyor: %21
Giyilebilir teknolojiler için 500 $ ödeyebileceğini belirtiyor: %4
Giyilebilir teknolojiler sigorta kapsamına alınırsa kullanacağını belirtiyor: %66

Almanya – Emperra Uygulaması
Kişiye özel diyabet tedavisi sunan bir uygulama. Şeker ölçümü için uygulamaya ait şeker ölçüm cihazı gibi birtakım cihazların kullanılması gerekiyor.
Cihaz ücretli.
Sigorta kapsamına alınmış bir uygulamadır.

Avusturya – MySugr Uygulaması
Diyabete yönelik bir uygulama.
Kişilerin hastalık süreçlerini yönetmelerine yardımcı oluyor. Sigorta kapsamına alınmış bir uygulamadır.

Almanya – Caterna Uygulaması
Göz tembelliğine yönelik online bir uygulama. Tedavi maliyetleri, doktorlar tarafından hastalara reçeteleniyor. Sigorta reçete edilen kullanım bedelini karşılıyor.

Almanya – Neuronation Uygulaması
Beyin faaliyetlerini geliştirici bir uygulama. Üç aylık, altı aylık ve 12 aylık paket abonelikleri şeklinde satılıyor. Tedavi grup terapisi mantığıyla yürütüldüğü için bireysel abonelik yok. Örneğin, 12 aylık pakette 5 kişilik bir grup için kişi başı aylık abonelik bedeli 4.20 USD.
Sigorta kapsamına alınmış bir uygulamadır.

ABD – Appwatch Uygulaması
İçinde sağlık uygulamaları olan ergonomik bir cihazdır. Birçok farklı sağlık parametresinin günlük olarak takip edilebildiği ve çok sayıda platforma entegre olabilen bir uygulamadır. ABD'de özel bir sigorta şirketi günlük sağlık egzersizlerini kaydeden ve paylaşan üyelerine yıllık sigorta poliçelerinde % 15 indirim uyguluyor.

ABD – Bluestar Uygulaması
Tip 2 diyabet hastaları için geliştirilmiş bir m-Sağlık uygulamasıdır. Kan şekeri ve ilaç bilgisi olmak üzere hasta tarafından girilen diyabet verisini analiz eder, hastanın geçmişteki veri trendiyle karşılaştırır, ortaya çıkan işlenmiş veri ve analizler sağlık ekibine gönderiliyor. Hekim reçetesiyle kullanılabilen BlueStar, aynı zamanda sigorta kapsamındadır.

İngiltere – Babylon Uygulaması
Babylon hastaların sağlık durumlarını görebildikleri ve klinik kayıtlarına erişebildikleri, istedikleri an Aile hekimleriyle görüntülü olarak görüşebildikleri bir mobil aplikasyondur.

e-Nabız Sisteminin Mobil Uygulamaları
Vatandaşlar, e-Nabız Kişisel Sağlık Sistemindeki hesaplarına akıllı cihazlarını barkod okuyucu kullanarak kaydedebilmektedir. Sisteme e-Devlet şifresi kullanılarak alınan e-Nabız şifresiyle ya da aile hekiminden alınan geçici şifre ile yine e-Nabız şifresi oluşturulacak girilebilmektedir.

Radyolojik Görüntülerim.
İlaç Hatırlatma.
Doküman Ekleme.
Video Ekleme Çok Yakında e-Nabız'da…
Grafiklerim.
112 Acil Butonu.

Sporcu Sağlığı Bilgi Sistemi

- Gençlik ve Spor Bakanlığı ile yapılan protokol kapsamında, sporcular için doping etkisi gösterebilecek ilaçlar ile ilgili olarak hem e-Nabız hem aile hekimi arayüzü üzerinden bilgilendirme yapılacaktır.
- Sporcuların, kullanacakları ilaçlarla birlikte tüketildiğinde doping etkisi yapabilen besinlerin bilgisi e-Nabız üzerinden bildirilecektir. (besin-ilaç etkileşimi)
- Sporculara hangi besinlerin bir arada tüketildiğinde etkileşime girerek doping etkisi oluşturabileceği bildirilecektir. (besin-besin etkileşimi)

Farmokovijilans Uygulamasının e-Nabız Sistemi'ne Entegre Edilmesi

Farmokovijilans Nedir?

Advers etkilerin ve beşeri tıbbi ürünlere bağlı diğer muhtemel sorunların saptanması, değerlendirilmesi, tanımlanması ve önlenmesi ile ilgili bilimsel çalışmaları kapsar.
İlaç yan etkileri hasta tarafından fark edildikten sonra sisteme girilir.
Hastada görülen ilaç yan etkileri doktor(lar) tarafından değerlendirilir.
Hastada görülen ilaç yan etkileri doktor(lar) tarafından tanımlanır.
Hastada görülen ilaç yan etkileri, hastayı tedavi eden ve hastaya reçete yazan sonraki doktorlar tarafından hasta beyanına gerek kalmadan göz önünde bulundurulur.

Triyaj Uygulamaları

Tüm basamak hizmetleri birbirini takip edebilecek.
Nezle-grip hastaları tam teşekküllü hastaneye gelmeyecek.
Hastalar hastaneye bilinçli gidecek.
Basamak sağlık hizmeti daha etkin olacak.
2. ve 3. basamak sağlık hizmetleri yoğunluğu azalacak.
Poliklinikler arası dolaşım azalacak.
Doktor-hasta süreci takip edilecek.
Hekimler her hastasını önceden tanıyacak.
Hastanın sağlığı ile ilgili ön yargıları azalacak.
Gereksiz tetkik istemlerinin önüne geçilecek.
Randevu tarihi kısalacak.

EVDE SAĞLIKTA TEKNOLOJİK YENİLİKLER

Billur AZEM

POC İş Birim Yöneticisi

SIEMENS Hastabaşı Taşınabilir Cihaz Yenilikleri
Xprecia Stride ™ hastabaşı koagülasyon cihazı.
ACUSON P500™ taşınabilir Ultrason Sistemi, FROSK Serisi.

Xprecia Stride ™ Hastabaşı Koagülasyon Cihazı
Kolay kullanım ve güvenilir sonuç elinizdeki hastabaşı cihazında.

Xprecia Stride POC Koagülasyon Sistemi: PT/INR
Tek kullanımlık strip testler kullanılır.
Hızlı sonuç, hasta yanında.
Non anti-coagulated capillary tam kan: 6 ul örnek numune.
Coumadin® kullanan hastaların PT / INR takibinde.
Xprecia Stride; evde bakım, doktor muayenelerinde, ambulanslarda, kardiak ünitelerinde, acil serviste, yogun bakımda.

Hastabaşı test grubunda yeni koagülasyon cihazı ile aynı güvenilir sonucu sunuyoruz.

BCS® XP Sistemi
Doğru & güvenilir sonuç.
Merkez Laboratuar.

CS-5100 Sistemi*
Yüksek hacim, tam otomatik.
Büyük Laboratuarlar.

CA-600 Sistemi
Kompakt, tam otomatik sistemler.
Küçük Laboratuarlar.

Xprecia Stride™ Analizör
Küçük, kullanımı kolay.
Hasta başı testleri.

Xprecia Stride™ Hastabaşı Koagülasyon Cihazı
Kullanım Kolaylığı : Özel dizayn.
Dokunmatik ekran.
Kullanımı kolay adım adım yönlendirme ile hassas ölçüm.
Kullanım kolaylığı: Barkod kalibrasyon ve elektronik kontrol ile özel dizayn hazırlanmıştır.
Barkode skanner ile basit lot kalibrasyonu.
Elektronic Kalite Kontrol (EQC) her testte kesin sonuç vermektedir.
Opsiyonel olarak Sıvı Kalite Kontrol (LQC) da mevcuttur.

Emniyetli: Kanın dağılmasını ve enfeksiyon riskini önlemek için özel dizayn edilmiştir.
Test strip atma düğmesi potansiyel biohazard dağılımını engeller ve cihazın test bitiminden sonra temizlenmesi konusunda uyarır.
Emniyetli: Operatör kontrol ve yönetiminin gelişmesi için dizayn edilmiştir.
Barkode tarama doğru ve kolay şekilde operator ve hasta ID de kapsar.

Etkili: Hasta başı testi için özel dizayn edilmiştir.
Doğruluk: Genel Lab. sonuçlarına uygun güvenilir sonuç.

Xprecia Stride ™ Koagülasyon Analizörü PT/INR test sonuçları BCS XP sisteminin sonuçlarıyla uyumlu sonuç vermektedir.
Warfarin kullanan 100 hasta ve kullanmayan 20 hasta ile 4 bölümde 7 haftalık bir çalışma yapılmıştır.
Kapiller numuneler Xprecia Stride Analizörü ile , aynı hastanın plasma örnekleri Dade® Innovin® reaktifi kullanan Siemens BCS-XP Sisteminde test edildi.
Çalışmanın sonucu Xprecia Stride Kolagülasyon cihazının PT/INR sonuçlarıyla referans laboratuar BCS XP Sisteminin sonuçlarının mükemmel uyum içinde olduğunu göstermiştir. (R2=0.91)
İki noktadaki Bias:PT/INR medikal karar points (2.0 PT/INR, bias 0.01, ve 4.5 PT/INR, bias -0.13).

Doğruluk: Analizörden PC 'ye Seamless Data Transferi dizayn edilmiştir.
Doğru rapor sonuç aktarımında kolay bağlantı.

Xprecia Stride ™ Cihazının POC testindeki bölümleri
Performansı: 0.8 – 8.0 INR
Numune miktarı: 0.6 ul

Taşınabilir ultrason sistemi : ACUSON P500

ACUSON P500™ Ultrason Sistemi, FROSK Edition
Yenilikçi
Kullanım kolaylığı
Dayanıklı

Yenilikçi teknoloji ile geliştirilmiş cihaz kolay ve hızlı bir şekilde net görüntü kalitesi sağlar.

Otomatik olarak hareketleri belirler ve görüntünün kirlenmesini engeller, düşük ses ve renk kalitesini artırır - Dynamic Persistence proprietary technology AND Auto Flash Color Artifact Suppression patent-pending technology.
5 transducers ile 100% çalışmanızı kapsar.

Dayanıklı özel dizayn edilmiş platform ile maksimum kullanım ömrü sağlanmaktadır.
100% çalışmalarınızı gerçekleştirebilirsiniz.
5 anatomik spesifik transducers.

Geliştirilmiş dizayn, günenilir ve cevap zamanı - 180 GB Solid-State Drive.

Kontrol panelinin koruma kılıfı ile enfeksiyon riskinin azaltılması - temiz koruyuculu kontrol paneli.

ACUSON P500™ Ultrasound System FROSK Edition
Tüm ihtiyaçlarınızı karşılayacak ve yarınki yeni ihtiyaçlarınıza adapte edilebilecek sistem!

EVDE SAĞLIK VE SOSYAL HİZMETLERDE BİLİŞİM

Murat EKİNCİ

"Evde Sağlık Hizmeti", Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın önemli kilometre taşlarından birisi…

Evde Sağlık Hizmeti Modeli

Çağdaş Bilgi Teknolojilerine Neden İhtiyaç Var?

- Hizmetin düzenli ,etkin ve verimli yürütülmesi.
- Bu kapsamdaki hastalarla ilgili ulusal politikanın oluşmasına yardımcı olmak.
- Hizmet sunumunda karşılaşılan sorunları tespit edip çözüm bulmak.
- Sağlık hizmet sunucuları arasında koordinasyon sağlamak.

SOSYAL YARDIMLAŞMA BİLGİ YÖNETİM SİSTEMİ

Projenin Paydaşları

Sağlık Bakanlığı, Evde Sağlık Hizmetleri Derneği (EVSAD), Türk Kızılayı, Sosyal Yardımlaşma Ve Dayanışma Genel Müdürlüğü, Belediyeler, Sivil Toplum Örgütleri , Topluma Yararlı Dernekler, Vakıflar.

Mevzuat

Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün Evde Sağlık Hizmeti Kapsamındaki Hastaların Tıbbi ve Sosyal Destek İhtiyaçları Hususundaki **18.08.2011 Tarih Ve 35285** Sayılı Yazısında "……) Sosyal İhtiyaçların İse İl Sosyal Hizmetler Müdürlükleri İle Koordineli Olarak, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıfları ve Belediyeler Tarafından Giderilmesi Yönünde İşbirliği Yoluna Gidilmesi Uygun Olacaktır." denilmektedir.

Amaç

İl içerisinde yapılacak yardım organizasyonun gerçek veriler ışığında ihtiyaç duyan birey ya da ailelere adil dağıtımının sağlanması.

Kişilerin aile bireyleri otomatik olarak kimlik paylaşım sisteminden getirilebilmektedir. Bütün aile bireyleri için gelir tanımı ve yardım paketleri tanımlanabilmektedir.

Nihai Çıktı

"Sosyal Yardım ve Evde Sağlık Uygulamaları Bilgileri"nin bütüncül bir şekilde yönetilmesi ile sosyal yardım kararlarının etkinleşmesi ve daha adil, daha kontrollü bir şekilde kaynak dağıtımının sağlanması.

11.OTURUM

YAŞLILARDA AKILCI İLAÇ KULLANIMI VE TEDAVİYE UYUM

Yrd.Doç.Dr. Özlem Özdemir
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Halk Sağlığı Hemşireliği

Yaşlanma Kavramı

Yaşlılık, insan yaşamının en duyarlı ve kaçınılmaz bir dönemidir.
Yaşlanma, bireyde fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden değişimlere neden olan doğal bir yaşam sürecidir. Bu süreçte, molekül, doku, organ ve sistem düzeyinde yapısal ve fonksiyonel değişiklikler oluşmaktadır:
Genetik,
Çevre, yaşam biçimi,
Beslenme alışkanlıkları,
Yapılan iş, geçirilen hastalıklar,
Kişilik özellikleri vb.
Genel olarak 60 yaş üzeri bireyler "yaşlı" olarak kabul edilmekle birlikte, ülkelerin içinde bulunduğu koşullar, sağlık güvence sistemleri, doğuştan yaşam beklentisine göre değişiklik de göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü, yaşlılık dönemi olarak 65 yaş ve üzeri grubun alınmasını önermektedir. Yaşlılığın sadece kronolojik yaş ile değerlendirilmemesi, yaşlılığa "biyolojik" ve "psikolojik" yaşlanma boyutlarını kazandırmaktadır.

Yaşlılıkta ortaya çıkan
fizyolojik değişimler,
-Hücresel düzeyde,
-Organ ve dokularda bozulma,
-İşitme-görme-tat duyularında azalma,
-Hafıza ve entellektüel güçte azalma,
-Kas gücünde zayıflama vb.

Dünyada ve Türkiye'de Yaşlı Nüfusu

Doğurganlığın azalması.
Bulaşıcı hastalıkların kontrolü.
Beslenme ve yaşam standartlarındaki gelişmeler.
Beklenen yaşam süresinin uzamasına.
Dünya genelinde yaşlı nüfusun artmasına neden olmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2012 raporuna göre, 2011 yılında dünya nüfusunun %8'ini 65 yaş ve üzeri nüfus oluşturmuştur. 2025 yılında 60 yaş ve üzeri bireylerin tüm dünya nüfusunun %14'ünü oluşturacağı tahmin edilmektedir. Ülkemizde yaşlı nüfus, tüm nüfusun %7.7'sini oluşturmakta, doğuştan beklenen yaşam süresi erkeklerde 75 yıl, kadınlarda ise 79 yıl olarak belirtilmektedir.

Yaşlılarda Kronik Hastalıklar ve Çoklu İlaç Kullanımı

İnsan ömrünün uzaması ve bunun sonucu olarak toplumdaki yaşlı nüfusunun artması nedeniyle yaşlıların sağlık sorunları, günümüzde daha fazla önem kazanmaktadır.

Yaşlılık dönemi birçok sağlık sorununu beraberinde getirmekte ve kronik hastalık oranları artmaktadır.
Ülkemizde 65 yaş ve üzerindeki kişilerin
%90'ında bir kronik hastalık,
%35'inde iki,
%23'ünde üç ve
%14'ünde dört veya daha fazla kronik hastalığın bir arada bulunduğu bildirilmektedir.

Kronik hastalıkların giderek artması günümüzde beklenen yaşam süresinin uzaması, birden fazla kronik hastalığı olan yaşlı nüfusun artmasına ve dolayısıyla yaşlının kullandığı ilaç miktarının da artmasına yol açmaktadır.

Yaşlılarda Çoklu İlaç Kullanımı
Birden fazla ilacın aynı zamanda kullanılması olarak tanımlanan çoklu ilaç kullanımı, yaşlı bireylerde;
Kronik hastalıkların semptomlarını azaltmak/ortadan kaldırmak, yaşlının iyilik halini sağlamak, yaşam kalitesini iyileştirmek, mortaliteyi azaltmak, akut ve uzun dönem komplikasyonları önlemek için gereklidir.

Epidemiyolojik çalışmalar yaşlı nüfusta çoklu ilaç kullanımının genç nüfusa göre 3-4 kat fazla olduğunu ortaya koymaktadır.

Yaşlıların Çoklu İlaç Kullanma Eğiliminde Etkili Faktörler
Hastanın farklı doktorlara giderek çok sayıda reçete alması,
Çok sayıda reçetesiz ilaç satılması,
Yaşlı hastaların aile bireylerinden veya çevreden ilaç alarak kullanmaları sıralanabilir.

Hastaların fazla ilaç beklentileri,
Yaşlılarda tanıdan ziyade semptoma yönelik olarak ilaç kullanılması,
Çoklu ilaç kullanımı 75 yaş üzerindeki yaşlılarda yaklaşık %35-40 civarındadır.

İzlanda, ABD, Avustralya ve İtalya da toplum içinde yaşayan yaşlılarda
%41, %43.4, %35.8, %46.8 oranları bildirilmiştir.
Sekiz farklı Avrupa ülkesindeki bakım evlerinde yapılan çalışmada, çoklu ilaç kullanımı görülme sıklığı %49.7 dir. ABD'de, bakım evinde kalan yaşlıların yaklaşık %40'ının aynı anda ≥9 ilaç kullandığı bildirilmiştir. Evde bakım verilen yaşlılarda ilaç tedavisi uygulamalarının incelendiği bir araştırmada, yaşlıların % 39 unun çoklu ilaç kullandığı, ortalama olarak kullanılan ilaç sayısının 8 olduğu, uygunsuz ilaç kullanımının %31 olduğu görülmüştür.

Türkiye'nin 12 farklı şehrinde 65 yaş ve üzerindeki 1433 yaşlı ile yapılan çalışmada yaşlıların;
%23,2'si sadece 1 ilaç,
%17'si 2 ilaç,
%19,2'si 3 ilaç,
%38,2'si ise 4 veya daha fazla ilaç kullandığı belirlenmiştir.

İlacı içmeyi unutma ya da içtiğini hatırlamayıp tekrar içme, görme kusurları, el becerilerindeki azalma gibi bilişsel ve fonksiyonel değişiklikler, yaşlının ilaç kullanırken daha dikkatli olmasını zorunlu hale getirmektedir.

İlaç tedavisinin önemini anlamama veya önemsememe, bulantı, kusma vb. yan etkiler nedeniyle ilaç kullanımını reddetme gibi nedenlerle de yaşlılar yanlış dozlarda veya yanlış aralıklarla ilaç kullanabilmektedir.
Arslan'ın çalışmasında; yaşlıların %65.0'inin ilaçlarını almayı unuttukları belirlenmiştir.

Unutma nedenleri olarak;
%25.64'ü dikkatsizlik,
%17.95'i unutkanlık,
%17.95'i ise ilaç kullanmaktan sıkılma belirtilmiştir.

İlaç kullanımının getirdiği risklerin önlenerek tedavinin başarıya ulaşması, yaşlı bireyin ilaç tedavisine uyumu ve akılcı ilaç kullanımı ile doğrudan ilişkilidir.

Akılcı İlaç Kullanımı
Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre;
Hastaya doğru tanının konması, etkinliği kanıtlanmış ve güvenilir bir tedavi seçilmesi,
hastaya açık bilgiler vererek tedaviye başlanması, tedavinin sonuçlarının izlenmesi ve değerlendirilmesini kapsayan sistematik bir yaklaşım biçimidir.

Yaşlı Bireyde Akılcı İlaç Kullanımı
Yaşlı hastaya ilaç önerilirken tedavi mutlaka bireyselleştirilmeli; hastaya en uygun ilaç seçilmelidir.
Tedaviye başlamadan önce bir tanı konmuş olmalıdır; sadece hastalık belirtileri için ilaç önerilmemelidir.
Başka doktorlar tarafından ilaç yazılıp yazılmadığı sorulup araştırılmalıdır.
Tedavi planı mümkün olduğunca basitleştirilmelidir.
Hastanın tedaviye uyumunu artırmak için kullanım takvimi hazırlanmalı, ilaç kutuları belirgin olarak etiketlenmelidir.
Tedavi düzenli olarak gözden geçirilmeli ve gereksiz ilaçlar tedaviden çıkarılmalı, tekrar tekrar reçeteye yazılmamalıdır.

İlaç Tedavisine Uyum
İlaç tedavisine uyum, genel olarak hastanın reçete edilen ilaçlarını reçeteye uygun olarak alması ve buna devamlılık göstermesi olarak tanımlanmaktadır.
DSÖ'ü dünya genelinde hastaların ilaçlarını reçetedeki gibi alma oranını %50 olarak açıklamıştır.

İlaç Tedavisine Uyum
Yaşlı bireylerin ilaç tedavisine uyumu, yaşlılık dönemine ait özellikler ve ilaç kullanırken karşılaşılan sorunların sıklığı nedeniyle diğer hastalara/bireylere göre daha fazla önem taşımaktadır.
Yaşlı birey bir taraftan yaşlanmanın getirdiği değişikliklere uyum sağlamaya çalışırken diğer taraftan karmaşık ilaç tedavileri ile baş etmek durumunda kalmaktadır.

Yaşlıların yaşam kalitesinin arttırılması ve sağlıklı yaşlanma için yaşlı bireylerin ilaç tedavisine uyumlarının sağlanması oldukça önemlidir. Ayrıca yaşlı bireylerin koruyucu ve uzun süreli bakıma gereksinim duymaları nedeni ile kendi evlerinde bulunmaları söz konusu olduğundan ilaç tedavisine uyumda evde sağlık hizmetleri de önem kazanmaktadır.

Tedaviye uyumsuzluk; tedavinin başarısızlığına, beklenmeyen semptomlara, gereksiz tanı testlerinin uygulanmasına, hastanede kalma süresinin uzamasına, sakatlıklara, tekrarlı yatışların ve maliyetin artmasına neden olmaktadır.

Tedaviye uyumu etkileyen faktörler
Sosyodemografik özellikler
Yaş, ırk, cinsiyet, meslek, eğitim durumu, sağlık bilgisi.

Hastalık ile ilgili faktörler
Hastalık tipi, süresi ve şiddeti,
Hastaneyi kullanma sıklığı.

Tedaviye uyumu etkileyen faktörler
Tedavi ile ilgili özellikler
İlacın dozu, ilacın tipi, başka ilaç varlığı, ilaç temini, yan etki varlığı

Kişisel inanışlar ve davranışlarla ilgili özellikler
Sağlık personeli-hasta iletişimi
Hastanın bilgi düzeyi
Hastalığı ve tedavisi ile ilgili inanışları.

İlaç tedavisine uyumun artırılmasına yönelik yapılan girişimler hasta ve yakınları ile hekim ve hemşire ve eczacının ekip halinde etkin rol almasıyla başarıya ulaşmaktadır.

İlaç Tedavisine Uyum Süreci
Hasta ve ailesi ile işbirliği yaparak hastanın ilaç tedavisi hakkındaki bilgisini değerlendirmek,
kullandığı ilaçları bilmek, kullanmayı öğretmek, ilaç tedavisinde önemli bilgileri açıklamak ve hastaların izlemini yapmak önemlidir.

Genel ve kişiye özel nedenleri belirleyerek, bunlara yönelik girişimlerle hastanın ilaç tedavisine uyumunu artırmak gerekir.
Hastalara verilen eğitim ve evde düzenli izlem sonrasında hastaların ilaç tedavilerine uyum gösterdikleri

belirlenmiştir.
Yaşlı bireyin ilaçlarla ilgili önceki bilgilerini (kullanım amacı, dozu, yan etkileri, kullanımı ile ilgili dikkat edilmesi gereken noktalar) değerlendirmek.
Planlı eğitimi verilmesi.
Eğitim sonrasında da anlayıp anlamadığının kontrol edilmesi.
Olumlu iletişim ve bilgilendirme.
İlaç tedavisi uyumsuzluğu olan yaşlılara verilen bireyselleştirilmiş eğitimlerin yaşlıların ilaç uyumlarını ve ilaçları ile ilgili bilgilerini artırmada etkili olduğu belirlenmiştir.

En az bir kronik hastalığı bulunan yaşlı bireylerle yapılan çalışmada,
İlaç adı, dozu, kullanım amacı, yan etkiler, saklama koşulları ve ilacı kullanırken dikkat edilecek konular hakkında eğitim verilmiş,
Eğitimden 3 hafta sonra yaşlı bireylerin ilaçlarla ilgili bilgi düzeylerinin arttığı belirtilmiştir.

Yaşlı bireyler ilaç tedavilerini genellikle evde sürdürürken, ilaç kullanımına ilişkin sorun yaşama yönünden daha fazla risk altındadırlar. Bu nedenle yaşlıların ilaca uyumunun belirli aralıklarla kontrol edilmesi ve gerekirse eğitimin tekrarlanması önem kazanmaktadır.

Bosworth ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, Hipertansif bireylere telefonla verilen ilaca uyumu artırmaya yönelik iki yıl devam eden eğitim sonrasında bireylerin tedaviye uyumlarının arttığı belirlenmiştir.

Yaşlı bireylerin ilaç tedavilerine uyumlarının sağlanması için sadece hastanede verilen eğitim yeterli değildir, ev ziyaretleri ile eğitimin sürekliliğinin sağlanması ve izlem yapılması da gerekmektedir. Yaşlı bireylerin ilaç kullanırken yaşadıkları sorunların belirlenmesi (ilaçların karışması, hatalı kullanma vb.) ve gerekli önlemlerin alınabilmesi için ev ziyaretleri yapılması gereklidir.

Ev ziyaretleri, yaşlı bireyin yaşadığı çevreyi tanıma ve ilaç kullanım yetisini değerlendirme, ilaç kullanımına ilişkin yapılan hataları önleme, erken dönemde fark etme ve gerekli önlemleri alma fırsatı sağlamaktadır. Belirli dönemlerde yapacak ev ziyaretleri, yaşlı bireylerin ilaçlarını en doğru şekilde kullanmalarında ve yanlış uygulamalarının erken dönemde düzeltilmesinde önem taşımaktadır.

Kontrol gruplu deneysel çalışma
Hipertansif bireylere
İlaca uyumu artırmaya yönelik eğitim,
Ev ziyaretleri,
Deney grubunda tedaviye uyumun arttığı, kan basınçlarında anlamlı düşüşlerin olduğu,
Kontrol grubunda ise değişiklik olmadığı belirlenmiştir.

Riccio ve arkadaşları, yaptıkları deneysel çalışmada,
Ev ziyaretleri sıklığının kan basıncını düşürme üzerinde olumlu etkisi olduğu saptanmıştır.

Okuno ve arkadaşları,
Evde bakım hizmeti alan yaşlı bireylere düzenli ev ziyaretleri ve ilaç kullanımını değerlendirmenin etkisini belirlemek amacıyla, iki ay boyunca ayda 1-2 defa ev ziyareti,
İki ay sonunda ev ziyareti yapılarak danışmanlık alan yaşlı bireylerin ilaç tedavisi uyum oranının %52.8'den %92.6'ya yükseldiğini belirlemişlerdir.

Lowe ve arkadaşları;
En az üç ilaç kullanan yaşlı bireylere
Üç ev ziyareti,
Grup 1 ilaç tedavilerine yönelik eğitim.
Grup 2 müdahalede yok.

Eğitimden 2 ay sonra
Kontrol grubunda ilaç tedavisine uyum oranı %79.5
Ev ziyareti yapılarak eğitim verilen grubun oranı %91.3

Kalp yetmezliği olan ilaç tedavisi kendi sorumluluğunda poliklinik hastası yaşlı bireylerden,

Grup A
2-4 hafta aralıklarla ilaç tedavisine yönelik 4 ev ziyareti Grup B müdahalede yok

Üç ay sonunda
Ev ziyareti yapılan grup öncesi, %61; 3 ay sonrası %93
Kontrol grubu öncesi, %49; 3 ay sonrası %50

SONUÇ
Yaşlı bireylerin ilaç tedavisine uyumlarını arttırmak için ev ziyaretlerinin yapılması.
Ev ziyaretlerinin farklı yerleşim yerlerinde, yaşlı bireylerin ilaç tedavilerine uyumlarını sağlamadaki etkinliğinin değerlendirilmesi.
Yaşlı bireylere sunulan sağlık hizmetleri sırasında ilaç tedavilerine yönelik verdiği bilgilerin pekiştirilmesi.

EVDE SAĞLIK VE SOSYAL HİZMETLERDE SAĞLIK BAKANLIĞI KALİTE ÇALIŞMALARI

Dr. Hasan GÜLER
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

SDP'de Yer Alan 8 Ana Bileşen

1. Planlayıcı ve denetleyici Sağlık Bakanlığı.
2. Herkesi tek çatı altında toplayan sağlık sigortası.
3. Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi.
4. Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü.
5. Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları.
6. Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon.
7. Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma.
8. Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: Sağlık Bilgi Sistemi.

Giriş

⊡Nitelikli ve etkili sağlık hizmeti sunumunda Bakanlığımızın kalite çalışmalarındaki rehberliği büyük öneme sahiptir.
⊡İnsan gücü kapasitesinin artırılması, kalite alanında kuralların belirlenmesi, standartların geliştirilmesi ve yerinde değerlendirmelerin yapılması bir bütünsellik arz etmektedir.
⊡Bakanlığımız bünyesinde son on yılda kurumsallaşan kalite faaliyetleri neticesinde nitelikli ve etkili sağlık hizmeti sunumuna yönelik önemli adımlar atılmıştır.
⊡Kalite kültürünün tüm sektöre yaygınlaştırılmasına gayret edilmiştir.

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünün Görevleri 663 Sayılı KHK (8. madde)

Her türlü koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini;

- Planlamak
- Teknik düzenleme yapmak
- Standartları belirlemek
- Hizmetler ile sunucularını sınıflandırmak

Sağlık hizmetlerinde; kalite ve akreditasyon kuralları belirlemek ve uygulamasını sağlamak.
Hasta hakları ile hasta ve çalışan güvenliğine yönelik düzenleme yapmak.

Kamu Özel Üniversite

- **Rehberlik**
- **Standardizasyon**
- **Kural Belirleme**
- **Planlama**
- **İzleme**
- **Değerlendirme**

Bakanlık Stratejisi.
Uluslar arası Gelişmelerden Yararlanma.
Bilimsel Çalışmalardan Yararlanma.
Bilimsel Komisyonlar Oluşturma.
Paydaşların ve Uygulayıcıların Katılımını Sağlama.
Tecrübe-Deneyimlere Önem Verme.

Kalite çalışmaları Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığınca yürütülmektedir.

Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik
⊡Bu yönetmelik, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmeti ile koruyucu sağlık hizmeti sunan kamu ve özel tüm sağlık kurum ve kuruluşlarını kapsamaktadır.

Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesine Yönelik Faaliyetler
Sağlıkta Kalite Standartlarının Geliştirilmesi.
Sağlıkta Kalite Değerlendirmeleri.
Sağlıkta Kalite Eğitimleri.
Sağlıkta Kalite Değerlendiricisi Eğitimleri.
Uygulayıcılara Yönelik Eğitimler.
Sağlık Yöneticilerine Yönelik Eğitimler.
Öğrencilere Yönelik Eğitimler.
Kongreler.
Yayınlar.
Uygulama Rehberleri.
Proje Bazlı Çalışmalar.

Sağlıkta Kalite Değerlendirmeleri
2005-2007 Öz Değerlendirme.
2008-2009 Çapraz Değerlendirme.
2010- ..... Merkezi Değerlendirme.

Kalite Eğitimleri
Sağlık yöneticileri, hekimler, hemşireler, tıp fakültesi öğrencileri, stajyer hemşireler …
Yaklaşık 10.000 sağlık çalışanının katılımı sağlandı.

Yayınlar
(2007 yılından bu yana 80 yayın…)

Proje Bazlı Çalışmalar
DUQue (Deepening our Understanding of Quality improvement in Europe)
Avrupa hastanelerinde; farklı kalite iyileştirme sistemlerinin etkilerini anlamak ve bunların etkilerini global olarak belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Hasta seviyesindeki veriler şu 4 durum için toplanmaktadır.

- İnme.
- Kalp Krizi.
- Kalça Kırıkları.
- Doğumlar

PATH (Performance Assessment Tool for Quality improvement in Hospitals)
Bu proje ile; hastanelerde kalitenin geliştirilmesi için performans değerlendirme aracı sağlamak, proje kapsamındaki ülkeler ve hastaneler ile bir ağ oluşturarak bu hastanelerin performanslarını değerlendirmek, sonuçlarını sorgulamak ve gelişme için bu sonuçları eyleme dönüştürmek amaçlanmaktadır.
Sezaryan Oranı.
Kesici Delici Alet Yaralanma Oranı.
Günübirlik Cerrahi.
Kalış Süresi indikatörleri kullanılmıştır.

Sağlıkta İndikatör (Gösterge) Yönetim Sistemi (SİYÖS)
Sağlık kurumları, kalite çalışmalarına yönelik uygulamalarını kalite göstergeleri aracılığıyla düzenli olarak izlemektedirler.
SİYÖS, kurumlarca takip edilen bu kalite göstergelerinin ulusal çapta izlenmesi ve değerlendirilmesine yönelik Bakanlıkça oluşturulmuş web tabanlı bir sistemdir.

Hata Sınıflandırma Sistemleri
Sağlık kurumlarında kalite uygulamaları sırasından meydana gelen hatalı uygulamalara ilişkin ortak bir hata bildirim vizyonunun oluşturulması ve hata rapor analizlerinin daha sistematik bir düzende gerçekleştirilmesi

amacıyla oluşturulmuş bir sistemdir yönelik oluşturulmuş bir sistemdir. Bu amaçla başlangıç için aşağıdaki konulara yönelik hata sınıflandırma sistemi oluşturulmuştur.
İlaç Hataları Sınıflandırma Sistemi.
Laboratuvar Hataları Sınıflandırma Sistemi.
Cerrahi Hataları Sınıflandırma Sistemi.

Branş Bazlı Kalite İndeksi

SKS Hastane (Versiyon 5)
Versiyon 5
(2015) yayımlanarak kullanıma sunulmuştur.
Hasta Güvenliği, Sağlıklı Çalışma Yaşamının sağlanması ve Hakkaniyet ilkelerini esas alır.
Hastalar için gerekli sağlık hizmetlerinin hasta odaklı bir yaklaşımla, uygun, etkin, zamanında ve sürekli olarak sağlanması ve bu hizmetlerin sunumunda etkililik ve verimlilik ilkelerinin gözetilmesini hedefler.

SKS ADSH (Versiyon 2)…
Versiyon 2 (Devam ediyor…)

EVDE SAĞLIK VE SOSYAL BAKIMDA TELE EĞİTİM

Bilgin YAZAR / CEO, Etki Grup

UZAKTAN EĞİTİM ÇÖZÜMLERİ
LMS + VOD + Sanal Sınıf, Webinar, İçerik Geliştirme Araçları…
Bilişim firmasıyız!
TELE TIP
Online Yabancı Dil Sistemleri
+
Online Canlı Yabancı Dil Eğitimleri
Tele-Konsültasyon

Doktor Hasta Görüşmesi
3 Yıldır Sağlık Bakanlığı'nda Kullanılıyor.
Yoğun Bakım Hasta Ziyaretçi Sistemi.

Yenilikçi e-Eğitim Platformu!
e-Eğitim, Uzaktan Eğitim, Kurumsal Eğitim Platformu

VeduBox Nedir?
Virtual Education Box bir internet bulut servisidir.

VeduBox Bir Bulut Platformu- Servisi

Evde Sağlık- Uzaktan Eğitim
Personel Eğitimi: 7 x 24 saat sağlık hizmeti veriliyor. Personel vardiyalı çalışıyor. Uzaktan eğitim sağlık personeli eğitimini kolaştırmanın yanında oldukça verimli hale getirebilmektedir.

Hasta – Hasta Yakını Eğitimi: Özellikle hasta yakınlarının hasta bakımı konusunda eğitimi evde sağlık hizmetlerinin başarısını etkileyecektir. Hastaya da hastalığı hakkında güvenli bilgi sunulabilir.

Neden VeduBox?
Alt yapı dünyadaki en yüksek teknolojiye sahip bulut sistemler kullanılarak oluşturulmuştur.
Yazılım teknolojisi olarak Google ve Microsoft teknolojileri kullanılmaktadır. Sistemin yönetimi için teknik personele gerek yoktur. Dolayısıyla kurumlar sadece eğitim işine odaklanabilirler. Teknik işlere yatırım yapmak ve yönetmek zorunda kalmazlar.
Ekonomiktir. Sunucu v.b. donanım alınmasına ve yönetimine gerek yoktur. Sunucu için internet bant genişliği ücretleri gibi maliyetler yoktur. İstenildiğinde sistemin kapasitesi artırılabilir. Hemen kullanıma hazırdır. Yatırım gerekmez. Sistem en güncel teknolojileri bütünleşmiş bir şekilde sunar. Sistemin teknik yönetimi alanında uzman mühendisler tarafından 7x24 yapılır.

EVDE SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE

Mustafa Said YILDIZ
Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Derneği

Kalite değerlendirme boyutları
Boyut içerikleri
Yöntemler
Süreçler

Kanada
ABD
İngiltere
Avustralya

Kalite Boyutları
Hasta ve aile merkezli hizmet.
Ulaşılabilir Hizmet.
Kalite İyileştirmeye Adanmışlık.
Kanıta dayalı bakım/Etkililik.
Entegre Bakim, Hizmetlerin Devamlılığı.
Sosyal Odak, Etkinlik.
Hasta ve Çalışan Güvenliği.

Hasta ve aile merkezli hizmet: Aile ve hastası ile ortaklık içinde mahremiyete, saygınlığa özen göstererek otonomi ve bağımsızlık desteklenmelidir.
Ulaşılabilir Hizmet: Güvenilir, tutarlı, kişisel ve istenildiği zaman ulaşılabilen hizmet
Kalite İyileştirmeye Adanmışlık: Kalite'nin sürekli gözlenmesi, sonuçlarının paylaşımı, iyileştirilme için sürekli çalışma.

Kanıta dayalı bakım/Etkililik: Ulaşılabilir son bilimsel çalışmalara, kanıta ve uygulamaya uygun bakimi sağlama ve bilgi-inovatif fikir paylaşımı.
Entegre Bakım, Hizmetlerin Devamlılığı: Diğer sağlık hizmet sunucuları ile koordine içinde bulunma ve sürekli bilgi-kaynak paylaşımı yapmak.
Sosyal Odak, Etkinlik: İhtiyaçları karşılamak için toplumla beraber çalışma, gönüllülüğün enerjisinden faydalanma ve kaynakların etkin kullanımı.
Hasta ve Çalışan Güvenliği: Güvenlik prosedürlerine uyum ve gerekli değerlendirmelerin yapılması.

Standart Setine Uygunluk
İletişim.
Tedavinin Kullanımı.
Risk Değerlendirme.
Enfeksiyon Kontrolü.
Güvenlik Kültürü.
Çalışan Güvenlik ve Memnuniyeti.

İletişim:
Kabul, transfer ve ayrılış gibi aşamalarda tedavi mutabakatı.
Güvenliği artırma için hasta ve ailesini tedavideki rolleri konusunda eğitme.
Devralan-devreden arasında bilgi transferinin sıhhatini garanti etme.

Tedavinin Kullanımı
Infuzyon pompası kullanımı konusunda eğitim sağlama.
Heparin ve narkotik ilaçların yeterliliği konusunda kontrol.
Risk Değerlendirme
Hasta güvenliği risk değerlendirmesi yapılıyor mu?
Düşmeyi önleme stratejisi belirlenmiş, uygulamaya konulmuş mu?

Enfeksiyon Kontrolü
El hijyeni eğitimi veriliyor mu?
Prosedürler enfeksiyon kontrol rehberine uyumlu mudur?
Güvenlik Kültürü
Hatalarla ilgili bir raporlama ve değerlendirme sistemi.
Periyodik olarak hasta güvenliği sonuçları raporlama.
Çalışan Güvenlik ve Memnuniyeti
Şiddeti önleme konusunda strateji belirlenmiş, izleniyor mu?
Çalışan güvenliği planı ve periyodik değerlendirmeleri yapılıyor mu?

Yönetimin İşlevselliği
Doğru ve zamanında kararlar alıp almadığımıza ilişkin emin olmak amaçlı yeterli sıklıkta toplantı yapıyoruz.
Politika ve prosedürlerimiz yeterlidir. Yetersizlikleri düzeltmek için tanımlanmış süreçlerimiz bulunmaktadır.
Performansımızı benzer organizasyonlar ve ulusal ortalamalarla kıyaslıyoruz.
Bireysel performansımıza ilişkin yeterli geri dönüş alıyoruz, performansımız periyodik olarak değerlendiriliyor.
Performansı sürekli iyileştirme prosedürlerimiz bulunmaktadır.

Medicare.gov - boyutlar
Etkililik: bilimsel kanıtlarla desteklenen sonuçlara ulaşma ve kanıta uygun bakim süreçleri oluşturma.
Etkinlik: sağlanan karşılaştırılabilir bakimin kalitesini veya kullanılan her bir sağlık kaynağı ünitesinden kazanılan sağlık faydasını maksimize etme.
Eşitlik: kişisel karakteristikleri farklı bulunan kimselere ayni kalitede bakimi sağlamak.
Hasta odaklılık: hastaların ihtiyaç ve önceliklerini karşılamak, eğitim ve destek sağlamak.
Güvenlik: Gecikmeleri minimize ederek gerekli bakimi sağlamak.

OASIS
OASIS (Outcome and Assessment Information Set – Sonuç ve Değerlendirme Bilgi Seti) evde sağlık birimleri tarafından performans verilerinin toplanması ve raporlanması için kullanılan bir araçtır. 1999 yılından beri sertifikalı evde sağlık birimlerinin yetişkin hastaların bazı bilgilerini sisteme girmeleri istenmiştir. Bu veriler kalite ve performans geliştirme cabalarına yardımcı olmak üzere kullanılmaktadır. Spesifik kanıta dayalı bakim süreçleri için belirlenen göstergelerin olçumu ve raporlanmasını teşvik eder.

Home Health Compare
Bu göstergelerin değerlendirilmesi ile iyi uygulama örneklerinin yayılması hedeflenmektedir. Bunlardan bir kısmi toplum tarafından ulaşılabilir hale getirilmiş, Internetle Medicare.gov web sitesinden bu verilere erişim sağlanması ve evde bakim birimleri arasında bu göstergeler itibariyle karşılaştırma yapılmasına imkan verilmiştir.
"Home Health Compare" bir taraftan hastaların daha çok bilgi sahibi olarak tercihlerini yapmakta, diğer taraftan evde sağlık birimleri öz- değerlendirmelerini yaparak diğer birimlerle kendi durumunu kıyaslayabilmektedir. Böylece iyi uygulamaları daha iyi durumda olan birimlerden adapte etmeleri mümkün olabilmektedir.

HHC – örnekler
Gündelik aktivite yönetimi
Hastaların yürüme ve hareket etmede iyiye gitme sıklığı.
Hastaların banyo yapmada iyiye gitme sıklığı.
Hastanın evde sağlık ekibi tarafından ağrılarının kontrol edilme sıklığı.

Zararı Önleme
Evde sağlık ekibinin zamanında tedavi başlatma sıklığı.
Evde sağlık ekibinin hastalara ve refakatçilerine ilaçları konusunda bilgi verme sıklığı.
Hastaların düşme riskinin evde sağlık ekibi tarafından kontrol edilme sıklığı.
Hastanın depresyon kontrolünün ekip tarafından yapılma sıklığı.
Doğru zamanda grip aşısının yapılıp yapılmadığının ekipçe takip sıklığı.
Diyabetli hastalar için doktor tavsiyelerinin takibinin yapılma sıklığı.

Planlanmamış hastane ziyaretlerini önleme
Evde sağlık hastaları ne sıklıkta hastane ziyareti yapıyor.
Hastane ziyareti dışında acil ihtiyaçlar için ne sıklıkta acil servise başvuruyor.
Hastane yatısı sonrası tekrar hastaneye kabul edilme oranı.
Hastane yatışı sonrası hastane aciline başvuru.

Hasta Güvenliği
Evde sağlık ekibinin hastayla ne kadar iyi iletişim kurabildiği.
Evde sağlık ekibi hastayla ilaçları, ağrıları ve ev güvenliği konusunda sohbet ederler.
Hastalar evde sağlık ekibinin sağlığını toplamda nasıl değerlendirmektedirler.
Hastalar diğer hastalara, ailelere evde sağlık birimini tavsiye etmekte midir?

ETKILI YONETIM
Yönetişim: Paydaşlarına karşı sorumlu.
Düzenlemelere uygun.
Bilgi Yönetim Sistemlerini etkili kullanan.
Toplumla kaynaşmış, beraber hareket edebilen.
Sürekli iyileştirmeyi kurumsallaştırmış.
Risk Yönetim Sistemine sahip, potansiyel riskleri belirleme ve önleme üzerine sürekli çalışan
İnsan kaynaklarına yatırım yapan: Yeterli sayı ve nitelikte insan kaynağını bulunduran
Fiziki kaynakları yeterli.

UYGUN ERISIM ve HIZMET SUNUMU
Hizmete Erişim
Sağlık durumunun sürekli takibi.
Hastanın durumuna uygun bakim planı.
Gereken zamanlarda uygun hastane ve branşa sevk.

HASTA HAK ve SORUMLULUKLARI
Mahremiyet
Şikâyetlerin hızlı, uygun şekilde dikkate alınması ve cevaplanması.

12.OTURUM

SOSYAL HİZMETE MUHTAÇ HASTA VE HASTA YAKINLARINA YÖNELİK MANEVİ BAKIM VE BİR MODEL ÖNERİSİ

Yrd. Doç. Dr. Naci KULA
ESOGU İLAHİYAT FAK.DİN PSİKOLOJİSİ ÖĞRETİM ÜYESİ

İNSAN YAŞAMINDA HASTALIK OLGUSU

Sosyal bir varlık olan insanın hayatında sağlık gibi hastalık da yaşanan bir durum olmakla birlikte çoğu zaman günlük hayatını ve sosyal ilişkilerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir,
Bazen de yaşadığı rahatsızlıklar sebebiyle uzun süreli bakım ve tedaviye ihtiyaç duyabilir.

HASTALIK- MANEVİ SIKINTI VE MANEVİ BAKIM GEREKSİNİMİ

Hastalık, vücudun bir uzvunun kaybı gibi stres kaynağı oluşturan nedenlerden dolayı bireyde yaşama anlam veren, ümit ve güç sağlayan inanç ve değer sisteminin bozulması,
Bireyin biyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel ve yaşamın manevi alanlarının etkilenmesi durumunu ihtiva eden "manevi sıkıntı" (Spirituel distress) ortaya çıkar.
Bu nedenle hastalara yönelik moral ve manevi yardımlar, hastalıktan kaynaklanabilecek manevi sıkıntının aşılmasını kolaylaştırabileceği gibi hastanın iyileşmesine, sosyal ilişkilerini ve sorumluluklarını yerine getirebilmesine de olumlu yönde etki edebilmektedir.
Sosyal Hizmete muhtaç hasta ve yakınının karşılaşabileceği manevi sıkıntılar
Sosyal Hizmete Muhtaç hasta arasında yer alan korunmaya muhtaç çocuk, yaşlı ve engellilerin mevcut durumlarından kaynaklanabilecek manevi sıkıntıları şöylece belirtebiliriz.

Hastalıkla ilgili anlamlandırma sorunu.
Hastalıkla ilgili belirsizlik duygusu.
Hastalıktan kaynaklanabilecek çaresizlik, yalnızlık, yetersizlik ve yoksunluk duygusu.
Hasta yakının bakım verme yükü.

Maneviyat-din ilişkisi

İnsanın hayata tutunmasında etkili olan yaşadıklarını anlamlandırmada ve hayatını sürdürürken zorlandığında veya uyum sorunu yaşadığında zorlukları aşmasında maneviyat ve din temel başvuru kaynaklarındandır. Bunlar sayesinde insan, yaşadığı zorluklara dayanma, onlarla başa çıkarak hayatını yaşanabilir hale getirme imkanı bulur. Din ve maneviyat kavramları sıkça biri diğerinin yerine kullanılan terimler olagelmesine rağmen din, kurumsal oluşu , sosyal ve geleneksel dini inanç ve pratikleri ile bireysel, aşkına yönelme ve karşılıklı bağlantılık ilkeleri ile maneviyattan bazı yönleri ile farklılık gösterse de; hem din hem de manevi yaşam için özde kutsal anlayışı söz konusudur. Bu itibarla manevi yaşam, dinin merkezi ve önemli bir fonksiyonudur. Bundan dolayı manevi yaşam ve dindarlık birlikte meydana gelebilir.

MANEVİYAT-DİN- SAĞLIK İLİŞKİSİ

Maneviyatın din ile kesişim halinde olduğu noktalar olsa da, din doğrulayıcı ve yanlışlayıcı tavrı ile maneviyattan ayrılır, ancak maneviyatın boyutlarından biri de dindir. Bununla birlikte maneviyat dini de içine almakla birlikte daha geniş bir anlam alanına sahiptir.
Maneviyat, yaşamda anlam ve amaç duygusunun hissedilmesi, aidiyet duygusu, kişisel olarak aşkın olanla bağ kurma duygusu, evrensel bütünün parçası olma ve bunun farkında olma duygusu gibi içeriklere sahiptir. Dünya sağlık örgütüne göre "hastalar ve doktorlar, iman, ümit, amaç ve şefkat gibi ögelerin iyileşme sürecindeki değerinin farkına varmaya başlamışlardır"(WHO,1998).
Kapsamlı araştırmaların sonuçları bize, dini ve manevi inanç ve uygulamaların birçok fiziksel ve ruhsal rahatsızlığı önlemede, semptomların şiddet ve sıklık oranını azaltmada, iyileşmeyi hızlandırmada ve en önemlisi sıkıntı ve mutsuzluk duygusunun yerine sabretme ve acıya göğüs germede önemli rol oynadığını göstermektedir.

Sağlık-din ve maneviyat ilişkisi ile ilgili Araştırmalarından Örnekler

Bir araştırma sonucuna göre 269 doktorun % 99 'u manevi inancı olan hastaların manevi inancı olmayan hastalara kıyasla hastalıklarla daha iyi başa çıktıklarını ifade etmişlerdir.
Aynı şekilde 2812 engelli yaşlı üzerinde yapılan bir araştırmada da dini ibadetlere devam ettikçe yaşlıların daha fazla fiziki aktivitede bulundukları daha az obezite sorunu yaşadıkları ve dini pratiklere devam etmeyenlere kıyasla daha sağlıklı kaldıkları tespit edilmiştir.
Ortalama yaşları 70 olan 542 hasta üzerinde yapılan araştırmada dini pratiklere katılan kişilerin daha sağlıklı oldukları, daha az depresyon geçirdikleri depresyona maruz kalsalar dahi daha az dindar olan kişilere oranla daha hızlı iyileştikleri gözlenmiştir

HASTAYA MANEVİ BAKIM

İnsanın sağlığına olumlu etkileri yapılan araştırmalarda da gözlenen din ve maneviyatın, manevi bakım ile ilgili hasta ve hasta yakınlarına yönelik kullanımı son derece önem kazanmaktadır. Ülkemizde daha çok hemşirelik alanında ele alınan manevi bakım , diğer sağlık personeli açısından da tıbbi tedavi yanında üzerinde durulması gereken bir konu olarak dikkate değer hale gelmektedir. Zira sağlık alanında hizmet alan bireylerin manevi ihtiyaçlarının belirlenmesi, bütüncül (holistic) ve kapsamlı bir bakımın elbette ki önemli bir parçasıdır. Maneviyat özellikle duygusal olarak stresli olduğumuz dönemlerde, fiziksel ya da zihinsel sağlığımızın bozulduğu zamanlarda, yas ya da ölüme yakın hissedilen dönemlerde daha önemli hale gelmektedir. Hastada oluşan olumsuz hastalık algısının etkisini ve hastalık esnasında yaşadığı olumsuz psikolojik özelliklerini aşarak kabullenme sürecini sağlayıcı; aynı zamanda tıbbi tedavinin de olumlu etkisini artırıcı şekilde tıbbi tedavi yanında Manevi bakımla hastada oluşan olumsuz hastalık algısını değiştirecek bir yardım gerçekleştirilebilir.

Manevi bakım ve tedavi arasındaki fark

Sağlık hizmetleri ağrının-acının azaltılması/yok edilmesi ve tedavisi (cure) ile ilgiliyken, manevi bakımın (care) da dahil edildiği bir sağlık hizmeti, daha bütüncül biçimde, hastalık değil birey odaklı düşünmektedir. Manevi bakımda hastalığın tedavisi değil bireyin genel şifası ön plandadır. Çünkü tıbbi tedavi ihtiva eden "Cure "kelimesi, tedavi, ilaç, çare ile ilgili bir kavramdır. Tıp dilinde, fiziki tedavi ile direkt ilgilidir. Bakım için kullanılan (care) kelimesi ise ' cure' denen ' tedavi'den farkı belirtmek için kullanılan bir kelimedir. "Cure, 'biyolojik sağlığa tekrar kavuşmayı, iyileşmeyi ifade eder. "Care" ise, ilgi, ihtimam, alaka içeren bir bakımdır. Bu da, hastaya yapılan maddi bakımdan tutun da, insanların görünmeyen akli, ruhi, psikolojik(duygu) yönlerine de gösterilmesi gereken her türlü ilgi ve alakayı ifade etmektedir.

Manevi Bakım Tanımı ve Bir model önerisi

Batıda bugün en fazla kabul görmüş ve tercih edilen manevi bakım tanımlardan biri, Manevi bakımı sağlık hizmetlerinin bir parçası olarak gören bakış açısıdır. Buna göre Manevi Bakım, bir hastalık veya yaralanma sonucunda ortaya çıkan dini ve manevi gereksinimi dikkate alıp giderilmesi için ilgilenen sağlık hizmetidir. Din psikolojisi alanında da ilgi odağı haline gelen manevi bakım ile ilgili akademik çalışmalar yanında uygulamaya dönük de bazı modellerin geliştirilmesi bu konuda verimli sonuçların elde edilmesine katkı sağlayabilecektir. Bu itibarla herhangi bir nedenden dolayı hasta olan bireye ve onun tedavisi veya bakımıyla ilgilenen yakınına tıbbi tedavi yanında manevi bakım hizmeti uygulanarak tedavinin olumlu sonuçlanmasına katkı sağlamak ve ölüme yaklaşan hastalara da bu süreci kendileri ve yakınları açısından daha iyi bir şekilde geçirmelerine yardımcı olmak amacıyla yetiştirilecek olan manevi bakım uzmanı ya da bu konuda belli bir eğitim almış din görevlisinin uygulayabileceği 7 aşamadan oluşan manevi bakım modeli önermek istiyoruz.

Manevi Bakımda Maneviyatın hasta ve hasta yakınına yönelik etkisini sağlayıcı özellikleri
Maneviyatın hastalık açısından etki yönleri

Hastalığı anlamlandırmadaki etkisi: "Neden hasta oldum?" sorusuna aradığı cevabı bulmasına katkı
Ümit aşılama ve iyileşmeye olan inancı güçlendirme: Belirsizlik, çaresizlik, yoksunluk duyguları karşısında dua ve inancın ümit aşılayıcı yönü ve iyileşmeye yönelik inancı artırması.
Sosyal destek Yönü: Hastanın arzu etmesi halinde dini pratiklere katılma ve aynı inancı paylaşanlarla ortak etkinlerde bulunması
Sağlığı koruyucu şekilde hastanın dini inancı çerçevesindeki bazı kurallara uymasına teşvik yönü: Alkol uyuşturucu kullanımdan kaçınma, sağlıklı beslenmeye dikkat vb.

MANEVİ BAKIM HİZMETİNDE HASTALIĞI VE HASTAYI TANIMAK

Hastalık kavramının nasıl tanımlandığına bakıldığında öncelikle hastalık durumu (Disease) ile bireyin kendisini hasta hissetmesi (İllness) arasındaki ayırımı dikkate almak gerekir.

Bu ayırım hastalıkların "fizyolojik" kökenleri ile "psiko-sosyal" kökenlerini birbirinden ayırmak için kullanılmaktadır.

Tıbbi açıdan ele alınan hastalık "disease",

Bireyin ve toplumun bakış açısını yansıtan rahatsızlık ise "illness" kavramını ifade etmekte ve bu kavramlar farklı anlamlar taşımaktadır.

Bu nedenle hastalık iki farklı anlam ihtiva etmektedir.

Medikal açıdan hastalık, doktorun bakışı açısından veya nesnel anlamda hastalığı ifade ederek belirli işaret ve semptomlarla kendisini gösteren bir anormalliktir.

Toplumsal-kültürel içerikli bir kavram olarak birey açısından hastalık ise, sağlıksızlığın veya patolojik sürecin sonuçlarının öznel deneyim içinde birey tarafından algılanması, bireyin acı, rahatsızlık vb duyma durumudur .

HASTALIK ALGISI VE KİŞİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

Hastalık algısındaki bu farklılık, hasta olan bireyin de sağlık ve hastalık algısını etkilemekte ve kişinin kendini belli koşullarda hassas ve zedelenebilir hissetmesine ve hastalıkla ilgili sonuçları ciddi olarak algılamasına yol açmaktadır. Bireyde oluşan olumsuz hastalık algısı, çoğu zaman onun için hayatının zorlaştığı, ağrı, acı, ızdırap dolu günlerin yer aldığı ve tedavi uzadıkça da iyileşme konusunda ümidin azaldığı bir hal almaktadır.

HASTA PSİKOLOJİSİ

Kronik rahatsızlıklar veya beklenmedik durumda ortaya çıkan hastalıklar bireyde önce şok oluşturur, bunu şaşkınlık ve inkar takip eder. Birey hayır ben hasta değilim diye düşünür, öfke ve isyan duyguları yaşar.

Hastalığın seyrine göre duygusal açıdan korku, kızgınlık, üzüntü, anksiyete, depresyon yaşanabilir, belli bir aşamadan sonra kabullenme gerçekleşebilir ancak bu süreç pek kolay olmayabilir.

Sosyal Hizmete Muhtaç yaşlı, engelli ve çocuk hastaların bazı psikolojik özellikleri

Yaşlanma süreciyle birlikte ortaya çıkan fizyolojik ve anatomik değişiklikler tüm sistemleri etkiler ve yaşlı bireyde temel olarak duyusal zayıflıklar, ruhsal sorunlar ve kronik hastalıklar ortaya çıkar, fizyolojik ve anatomik değişiklikler ve eklem romatizması gibi hastalıkların etkisiyle fiziksel güç ve hareketlerde sınırlılıklar yaşanır.

Yaşlılar, stres ve değişen koşullara adaptasyon ve bağışıklığın azalması nedeniyle daha sık hastalanırlar. Yaşlılıkla birlikte duyular zayıflar ya da tamamen kaybedilir; zihinsel süreçlerde meydana gelen değişim nedeniyle algılama, kavrama ve koordinasyonda güçlükler ortaya çıkar. Engelli bireylerde ise, engellilik durumu beklenmedik bir şekilde ve sonradan gerçekleşmişse şok, red duygusu, aşırı üzüntü, depresyon, karşıt duygular yaşama, suçluluk, kızgınlık, utanma, sıkılma, uzlaşma, uyum, yeniden düzenleme ve kabul aşamaları izleyebilir.

Ayrıca bedensel ve zihinsel engellilerde yetersizlik duygusu, aile ve çevre tarafından olumsuz tutumlar tedavi ve bakım ile ilgili bazı sıkıntılar engelliye bakan ailesi için de sosyal hayatlarında bazı sınırlılıklar, bakım verme yükü ile ilgili zorluklar yaşanabilecek olumsuzluklardandır.

1.Hasta ve Hasta Yakınıyla Sağlıklı İletişim ve Moral Destek

Bireyde oluşan fiziksel hastalıklar, kişinin ruhsal durumunu, zihinsel işlevlerini, dengesini, fiziksel, duygusal ve sosyal hayatını etkiler. Hastalıklar kişide ayrılık ve gelecek endişesi, ölüm korkusu, vücut bütünlüğünün bozulacağı kaygısı, pişmanlık ve suçluluk duygusu gibi değişik kaygılara, korkulara neden olur. Hastanın bakımını yaparken olumlu ilişkiler kurmak ve ona destek olmak için hastanın içinde bulunduğu psikolojik durumu anlayabilmek önemlidir. Selamlama, gülümseme, göz teması, tanışma, onu dinleme ve sorularla onun sıkıntılarını, talebini doğru olarak algılama, öfke, kızgınlık, suçluluk gibi duygu ve tepkilerin serbestçe ifade edilmesini ve hastalıkla ilgili düşüncelerin anlatılmasını cesaretlendirmek,

Hastayı rahatsız etmeyecek şekilde ona dokunarak onu anlamaya çalıştığımızı ve yanında olduğumuzu ifade ederek fiziksel ve psikolojik olarak hastayı rahatlatma, tedavi ve süreçle ilgili doğru bilgiler çerçevesinde endişelerini giderme ve ardından onunla işbirliği halinde gerekli işlemi yapma, hastalıkta ve yaşamlarında kendi denetimlerinin olduğu duygusunu geliştirip artırmak ve hastanın geçmişteki güçlü yönlerini harekete geçirip hastalıkla baş etmede başarılı yollar bulma aşamalarıdır.

2.Hastalığın Anlamı ve Zorlukları ile Baş Etmek

Beklenmedik ve istenmedik bir olay ya da durum sonucu hasta olan bir kişi de neden bu durumu yaşadığını kendine sorarak aynı zamanda varoluş amacını bulmasına yardımcı olacak bir soruyu kendine sormaktadır. Hastalık esnasında "neden bu hastalık başıma geldi" şeklinde bir soruya cevap ararken verilebilecek cevaplardan biri de hastanın kendisinin ya da yakının yaptığı hata ve günahların bedelini ödeme şeklinde verilmektedir. Nitekim kanser hastası olan hastalarla ilgili yapılan bazı çalışmalarda bu tip cevaplara rastlanmıştır.

Hastaların hastalığı bu şekilde anlamlandırmaları yerine Kuran-ı Kerimde de ifade edildiği üzere birisinin hatasını bir başkasının yüklenemeyeceği (Kur'an, 35/18; 53/38) ve Allah'ın affediciliği (Örnek ayetler için Bkz. Kur'an 4/ 99,149, 153) üzerinde durarak hastanın suçluluk ve günahkarlık duygusunun hastalığın iyileşme noktasında ve ümitsizlik şeklinde oluşturacağı olumsuz etkiler azaltılmış olabilir.

Ayrıca hastalık konusunda Allah'ın insana kaldıramayacağı hiçbir yükü yüklemediği (bkz. Kur'an 2/286).ve Peygamberimizin Allah'ın ihtiyarlık hariç dermanını vermediği bir hastalık yaratmadığı şeklindeki hadisi de(Bkz. Buhârî, Tıbb 1, Ebu Dâvud, Tıbb 1, (3855) göz önüne alınarak hastaya hastalığı anlamlandırma konusunda olumlu yaklaşım oluşturmasına yardımcı olunabilir (Bkz. Öznur Özdoğan,"Hastalıklara Manevi Psikolojik Yaklaşım).

İşte bu noktada dinin ve maneviyatın insana hayatın gayesi ile ilgili yaptığı açıklamalarından yararlanarak dünya hayatının ve yaşanan olayların bir "Doğru seçim yapma/Öğrenme özelliğine sahip olduğu hastaya ve yakınlarına kavratılabilir.

Zira genel anlamda Doğru seçim yapma/Öğrenme; insanların yaşam ile ilgili durumlarını, bilgilerini deneme, ölçme, öğrenme imkanı ile birlikte insanın ahlaki özgürlük ve denemenin konusunu gerçekleştirebilme kabiliyeti ile donanması sebebiyle iyi ve kötü davranışları tanıma, seçme, tasarlama konusunda hem yetkin hem de özgür olma imkanı mevcuttur.

Hastalığın bireyin hayatında var oluşunun anlam ve hikmeti noktasında da şu hususlar anlatılarak hastalık konusunda makul, olumlu bir algı oluşturabilir. Hastalığın Allah'ı hatırlamaya, O'na yaklaşmaya, günahların affına, daha iyi şeyleri kazanmaya vesile olduğu, ayrıca gerekli tedavinin yapılarak şifanın Allah tarafından verileceği ümidini aşılayarak hastalığın bireyin hayatındaki yeri ve anlamı kavratılmaya çalışılır. Hastalığın acı ve ızdırap verici yönü yerine insana hayatın değerini kavratıcı ve manevi gelişmeye imkan sağlayıcı özelliğine dikkat çekilerek manevi bakım sağlanabilir.

HASTALIĞIN ZORLUKLARI İLE BAŞETMEDE SABIR

Bireyin hem yaşadığı durumu anlamlandırmada hem de hastalığın bazı sıkıntılarını aşmada yardımcı olacak önemli dini destek unsurlarından biri de sabırdır. Zira bir olay ya da durumu anlama çabası bir taraftan algılanan olay veya nesnenin sahip olduğu özellikleri diğer taraftan da söz konusu olay veya nesnenin birey için ne ifade ettiğini kavramaktır. Bu nedenle yaşanan olayları anlama ve anlamlandırma çabasında acele davranmak, yeterli bir farkındalık ve bilgi donanımına sahip olmadan değerlendirmelerde bulunmak kişiyi yanıltabileceği gibi olay karşısında sağlıklı çözümler üretmesini de engeller.

Sabrın önemi

Sabır, kişinin olayı anlama çabasında dikkat etmesi gereken ve doğru bir şekilde kavrayıp uygulaması gereken bir davranış biçimidir. Bu itibarla Kur'an-ı Kerim'de "Ey iman edenler sabır ve namazla Allah'tan yardım isteyin" (2/153) buyrularak sabrın önemi ortaya konmaktadır. Zira sabır, ruhen felâket ve acılar karşısında soğukkanlılığını muhafaza etme, kolayca vazgeçmeme anlamlarını taşımaktadır.

Kur'an'da sabrın Allah'tan yardım isteme aracı olarak ifade edilmesi, onun olayı anlama ve sorunları aşmada son derece etkili bir yöntem olduğunu göstermektedir. Çünkü sabırla ortaya konan dayanma, direnme gücü aynı zamanda bireyin yaşanan olayı aşacak gücü kendisinde hissetmesinde ve olayı anlamlandırma açısından Allah'a olan inancındaki kararlılığını göstermede kendisine Allah'ın yardımcı olacağına inanmasıdır. Böylece hasta olan birey, hastalığı esnasında oluşan belirsizlik, güvensizlik, korku, çaresizlik vb. duyguları aşmada ve olayı daha sağlıklı bir şekilde anlamada zihinsel açıklık, netlik kazanma, inanç ile olayın zorluklarının aşılacağını ve yaşanan olayın kişinin bunu fark etmesinde bir fırsat oluşturduğunu düşünme vb. yaklaşımları sabır sayesinde kazanabilir.

3.Hasta ve Hasta Yakınına Biblo- terapi Uygulaması (Moral ve Maneviyatlarını Güçlendirici Kitaplar Okutmak)

İnsanların ruhsal sıkıntılarının tedavisinde kitapların kullanılması yöntemi eski Yunan'a kadar gitmektedir. Bibloterapi, bir terapistin rehberliği ya da müdahalesi ile literatür kaynaklarının terapötik amaçlı olarak kullanılması olarak tanımlanmaktadır. Diğer bir tanıma göre ise bibliyoterapi, insanlarda literatür aracılığıyla sağlanan iyileşmedir. Bibliyoterapi sosyal gruplarda, grup terapilerinde, hastane ve hapishane gibi kurumlarda her yaş için yararlı bir tedavi yöntemi olarak kabul edilmekte, aynı zamanda sağlıklı bireylerde de kişisel gelişim ve büyüme için kullanılmaktadır.

HASTA VE YAKININA (Hastalığı sağlıklı anlamlandırıcı, ümit duygusu aşılayıcı) OKUTULABİLECEK BAZI KİTAPLAR

Bu çerçevede hasta ve yakınına başta Kur'an-ı Kerim (Hasta ve hasta yakınına Kur'an-ı Kerimden özellikle Allah'ın insanın yaşadığı sıkıntı ve zorlukları ona zulüm, eziyet olsun için vermediği, insana kaldıramayacağı bir şey yüklemediği, şifa verenin Allah olduğu, sabır, şükür, tevekkül, rıza gibi kavramların yer aldığı ayetlerin anlamının okunması ve değerlendirilmesinin yapılması şeklinde bir uygulama olabilir).

Thorawald Dehlefse& Auidiger Dahlike, Hastalık İyileşmeye Giden Bir Süreçtir. Mozaik Yay 2002
Norman Cuısine, Hasta Gözüyle Hastalık, Dharma Yay. 2003
Davian Leader& David Corfield, İnsan Neden Hasta Olur, Doğan Lovus Yay. 2015
Norman Vincent Peale, Olumlu Düşünmenin Gücü, Profil Yay. 2013
Norman Vincent Peale , Olumlu Yaşamanın Gücü, Profil Yay. 2013
Gül Durusel, Bir Kanser Hikayesi, Yaz yay. 2010
John Gren, Aynı Yıldızın Altında, Pegasus Yay. 2013
Abdullah b.Ali el Cuaysin, Hastamıza Nasıl Moral Verebiliriz? Polen Yay.2007

4.Hasta ve Hasta Yakınına Manevi/ dini Destek Olarak Dua

İnsanın gücünü aşan, acz ve çaresizlik içerisinde bırakan tehlike ve felaketler karşısında bir çok insanda ilahi bir yardıma başvurma ve tabiat üstü bir kurtarıcıya yönelme eğiliminin kendiliğinden uyanması sık sık gözlenen bir durumdur. Yapılan bazı araştırmalar, çaresizlik tecrübelerinin kendiliğinden dini bir davranışa sevk etmede önemli rol oynadığını göstermektedir. Başkası tarafından yapılan duanın San Francisco General Hospital'da Koroner Kalp Bakım Ünitesi'ndeki 393 kalp hastasına nasıl bir tesirde bulunduğu Dr. Byrd tarafından araştırılmıştır. Hastanenin dışında bulunan duacılar, hasta taburcu oluncaya kadar duaya devam etmişlerdir. Dua edilen grubun diğer gruba göre daha az kalp tıkanıklığı gösterdiği, daha az antibiyotik tedavisine ve idrar söktürücüye ihtiyaç duyduğu, daha az zatürreye yakalandığı ve daha az oksijene ihtiyaç duyduğu ortaya konmuştur.

Bu nedenle hasta olan bireylere hastalığın zorluklarını aşma ve tedavi esnasında moral ve manevi destek oluşturma açısından aşağıda yer alan bir kısmı peygamberlerin yaptıkları Kur'an-ı Kerimdeki bazı dualar öğretilebilir bu duaları yapmaları istenebilir.

HASTA VE YAKININA ÖNERİLEBİLECEK KUR'AN-I KERİMDEN BAZI DUA AYETLERİ

Hastalandığım zaman bana şifa veren o'dur. (Şura Suresi 30. Ayet)
Onlara söyle o Kur'an iman edenler için hidayet ve şifadır (Fussilet Suresi 44.Ayet)
Ey insanlar! Size Rabbinizden bir öğüt, gönüllerdekine bir şifa, müminler için bir hidayet ve rahmet gelmiştir. (Yunus Süresi 57.Ayet)
Araf Suresi 155-156. Ayetler (Hz. Musa'nın Duası)
Bizim velimiz Sensin. Öyleyse bizi bağışla, bizi esirge; Sen bağışlayanların en hayırlısısın.
Bize bu dünyada da, ahirette de iyilik yaz, şüphesiz ki biz Sana yöneldik."
Enbiya Suresi 83. Ayet (Hz. Eyyub'un Duası)
"Şüphesiz bu dert (ve hastalık) beni sarıverdi. Sen merhametlilerin en merhametli olanısın."

3.5 Hasta Yakının Bakım Yükünü Hafifletecek ve Hastanın da Yaşama Umudunu Artırıcı ve İyileşmeye Olan İnancını ve Ümidini Güçlendirici Şekilde Sevgi, Merhamet, Affedicilik, Emanet bilinci, Şükür gibi Bazı Manevi Değerlerin Ele Alınması

Hasta ve daha çok hastaya bakım veren kişi için bakım verme yükünü hafifletecek ve bakım verenin yaşadığı

zorlukları aşmada ona sağlanacak moral ve manevi destek açısından önemli katkısı olabilecek hususlardan biri de manevi değerlerdir. Çünkü değerler, genel olarak insanın hayatına anlam katan ve insanın davranışlarını oluşturan bir özelliğe sahiptir.
Bakım veren kişi, yaptığı işin ne kadar anlamlı ve değerli olduğunu kavrar ve manevi değerlerin bu kavrayışındaki rolünü önemserse, karşılaşabileceği sıkıntıları o kadar rahat aşabilir. Bakım veren kişiye muhtaç olan birey, genelde, bir insanın günlük hayatına ait her zaman tekrar eden olağan ve basit hareketlerin gerçekleşmesinde başkalarının fizikî yardımına ihtiyaç hissedecek konuma gelen kişidir.

Bakım verme yükü olan hasta yakının rahatlatıcı değerlerin anlatılması
Bakım esnasında bakım verende oluşan bedensel ve duygusal etkiler ise "yük" olarak tanımlanan durumun ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Literatürde "yük", bakım verenin üstlendiği bakımın ortaya çıkardığı ruhsal sıkıntı, bedensel sağlık sorunları, ekonomik sorunlar, sosyal sorunlar, aile ilişkilerinin bozulması ve kontrolün kendisinde olmadığı duygusunu yaşama gibi olumsuz objektif ve subjektif sonuçlar şeklinde tanımlanmaktadır .
Bakım verme yükünü hafifletmede ve bakım verenin ümit , azim ve sevincini artmasına imkan sağlayarak bakım verme etkinliğine katkı sağlayacak şekilde bazı manevi değerlerden yararlanılabilir. Zira değerler insanın insan olma özelliğini ortaya koyan ve onu diğer varlıklardan ayıran bir özellik taşır. Değerler, bireye doğru bilme, doğru düşünme, doğru değerlendirmesinde doğru eylem içinde olduğunu görebilmesinde yardımcı olur.

Hastanın ve yakınının ümidini artırıcı yönüyle Sevgi ve şefkat değeri
Önemli ölçüde referansını dinden alan değerler içerisinde yer alan ve en önemli bir değer olan sevgi, kaynaştırır, yakınlaştırır. birleştirir, duygu, düşünce ve davranış bütünlüğü sağlar.
Sevgi, iyilik yapmaktır. Sevgi, aynı zamanda bireyin bir veya birkaç özelliğine bağlı bir haz değildir, sevgi kişinin varlığını, mevcudiyetini dikkate almadır. Sevgi, insanın varlık yapısında bulunan ve yaşatılan, yaşanan, farkına varılan bir değerdir. Bir önemli değer olan şefkat, çevresindeki insanları kabullenme, onlarla yakından ilgilenme, onlara sevecenlik ve sempati ile yönelmedir. Şefkat, kendini ve başkalarını kabullenmenin ayrılmaz bir parçasıdır.

Merhamet ve şükür değeri
Merhamet de başkasının güçsüzlük sıkıntı ve derdine ilgi duyma ve ona şefkat gösterme, onun yaşadıklarını hissetmektir. Merhamet, tüm varlığı kuşatan evrensel bir değerdir.
Dert ve sıkıntı içerisinde olan kişinin derdi ile dertlenme, üzüntüsüyle üzülme, ve ona yardımcı olmaya çalışmaktır. Şükür değeri de insanın var olan imkan ve özelliklerini bilme, aynı zamanda mutlu bir olay ve durumdan, yapılan bir iyilikten duyulan hoşnutluğu bildirme, görülen iyiliğe karşı gösterilen memnunluk, minettarlık, iyiliğin kıymetini bilme ve insanın halinden memnun olma durumu olarak ifade edilebilir Dolayısıyla şükür kişinin insanlara , tabiata ve Allah'a karşı yaptığı en geniş anlamda bir teşekkür etme hali olup var olan şeylerin gerçek değerinin bilinmesi ve takdir edilmesidir.

Emanet duygusu değeri
Hasta yakının bakım yükünü hafifletici ve hastanın da iyileşme umudunu artırıcı önemli manevi değerlerden biri de emanet değeridir. Büyük ölçüde temelini dinden alan "emanet duygusu", öncelikle insanın kendi varlığı başta olmak üzere, çevresinde olanların asıl sahibini kendisi olarak görmeksizin "Allah" olduğuna inanmasıyla ilişkilidir.
Emanet duygusu insana, her şeyin sahibi olarak gördüğü Allah tarafından kendisine verilen şeyleri kendisinin kılmak ve onlara egemen olmak yerine tahrip etmeden kendisine olan güveni zedelemeyecek ve onlardan gerektiği ölçüde varlığını devam ettirecek şekilde yararlanma anlayışını kazandırır. Bu itibarla kişinin davranışlarında emanet duygusu öncelikli bir duygu olarak yer alırsa, başta kendi varlığı olmak üzere etrafında var olan her şeyi sadece yaşamı süresince kendisine verilenler olarak görüp görev ve sorumluluklarını bu bakış açısıyla gerçekleştirme ve onların yaşamındaki değerini, önemini anlama; onlardan gerektiğince kendi gelişimine ve ihtiyacına göre istifade etme davranışları gerçekleştirir.
hasta yakını bakım verdiği hastasının ihtiyaçlarını gidermede ve karşılaştığı sıkıntıları aşmada emanet duygusu ona önemli katkı sağlayabilir. Çünkü bakıma muhtaç hastasının güvenilir bir şekilde kendine emanet olduğu ve ona gerekeni yapmasının önemli olduğunu fark edebilir.

Affedicilik duygusu

Hasta olan ve ona bakım veren yakının hastalık konusunda ve bakım konusunda kendilerini etkileyecek önemli duygu ve düşüncelerden biri kendilerinin bir kusuru ve eksikliği olduğuna ilişkin inanç ve tutumlarıdır. Kendini suçlama hastanın iyileşmesine olan inancında zayıflama hasta yakının da bakım verme yükünün oluşmasına neden olabilir. Bu nedenle "affetme" manevi değeri, hasta ve yakınında oluşabilecek olan kendini suçlama duygusunu aşmaya katkı sağlayabilir. Ümit ve azmini güçlendirebilir.

Affetme, yapılan kusurlu bir davranış ya da kötülüğe karşılık vermemektir.

İnsanın yapılan hatalar sebebiyle başkasına ve kendine kızma, suçlama davranışlarından vazgeçerek kendine ve karşısındakine sevgi ile yaklaşmaktır.

Dolayısıyla affetme, nefretten kurtulma ve iyileşme olarak terapötik bir etkiye sahiptir.

3.6.Hasta ve Hasta Yakının Sevinç ve Ümidini Artırıcı, İletişim Becerilerini Geliştirici, Sosyalleşmelerine Katkı Sağlayıcı ve Moral ve Manevi yönde Güçlendirici Şekilde Müzikten Yararlanma

İnsanın estetik zevkini ve duygularını ifade etmesine, eğlenmesine imkan sağlayan müzik, işitsel ve dokunsal titreşim kaliteleri ile iyi bir temel sağlar.

Bir çok araştırmacı müziğin tedavi edici faydalarını onun yapısal özellikleriyle ilişkili olduğunu belirtir. Birim zaman içindeki vuruş sayısını ifade den tempo/ ritim ile belli bir diziye sahip olan sistemli ses oluşumunu ifade eden makam, müziğin yapısal özelliklerinden olup kişinin kendilik organizasyonuna, kendilik algısına ve farkındalığına yardım eder.

Ritmik algı, felç gibi nörolojik hastalıklarda, hareket bozukluklarının rehabilitasyonunda hareket kontrolünü sağlayan işitsel süreçlerin devreye girmesinde büyük rol oynar.

Yaşlılarda da müzik sözel etkileşimi ve düşünmeyi uyarmak ve sosyal becerilerini artırmak için kullanılabilir Bazı yaşlı hastalarda zaman ve yer, kişileri tanıma kabiliyetlerinde bozulmalar olabileceği için müzikle tedavi çevrelerini tanımaya katkı sağlayabilir

Bazı Makamların Kullanılması

Hasta ve hasta yakınına yönelik manevi bakımında hastanın ve yakının sevincini, ümidini azmini ve iyileşmeye olan inancını da artırıcı şekilde insana neşe ve huzur duygusu veren rast makamı,

Sakinlik ve rahatlık hissi veren Hüseyni makamı,

Hareket kabiliyeti ve güven hissi veren zihni açan İsfahan makamı,

Üzüntüyü gideren Neva makamı,

Güç ve kuvvet kazandıran Buselik makamı kullanılabilir.

Müziğin elemanlarından armoni, ritm, melodi gibi unsurların birer terapi faktörü olduğu, bunun hastaya yeni bir güç, yeni bir enerji ve gözle görülür bir iyileşme getirdiği, hastaya uygulanacak terapi tarzının, hastanın durumuna ve yapısına göre seçilmesi gerektiği ve çocuk hastalarda başarının daha büyük olduğu yapılan araştırmalarda da tespit edilmiştir.

3.7.Hastaların Ölümü Kabullenmesinde Ölümün Anlamı ve Ölüm Düşüncesinin Kazandırdıkları Üzerine Bir Bakış Açısı Oluşturma

Yaşam ve ölüm iç içedir, o nedenle ikisini birbirinden ayırmak mümkün değildir. Ölüm yaşamın içinde hep var olan ama henüz tecrübe etmediğimiz bir gerçekliktir. Tecrübe edenler de geri dönüp ölümün mahiyetini anlatamamaktadır. İnsan, hayatın akışı içerisinde her ne kadar ölümle yüz yüze gelse, bunu insan olmanın bir gereği olarak kabul etse de, ölümle ilgili kaygı duymaktadır. Ölümle ne zaman, nerede ve ne şekilde karşılaşılacağının belirsizliği ve ölümden sonra ne olacağı mevzusu insanın ölümle ilgili korkularının temel nedenidir.

Bu itibarla olumsuz yaşam olaylarını anlamlandırma, kabullenme ve onlarla başa çıkmada dini inanç, dini tutum ve davranışların katkısı önemlidir. Ölümcül hastalığı olan hastasının öleceğini bilmesi ve onun ölümü yakınları tarafından olumsuz bir durum olarak algılanabilmektedir. Bazı bireyler ölüm olayının ardından depresyon veya başka ruhsal rahatsızlıklar yaşamaktadırlar. Dolayısıyla bu süreçte dini inanç ve tutumların katkısı son derece önemlidir. Hastalığı sebebiyle ölüme yaklaşanların ve yakınlarının ölümü kabullenmesi ve ölüm düşüncesinin getirdiği sıkıntıları aşmada dini başa çıkma davranışı olarak iki önemli dini değerden yararlanılabilir. Bunlar "emanet bilinci" ve "merhamet duygusu" olarak zikredilebilir. Bununla birlikte dini inanç ve değer olan "sabır", "kader ve ahiret inancı", "tevekkül" gibi önemli dini başa çıkma unsurları kullanılabilir.

ÖNERİ

Hasta ve hasta yakınlarına yönelik manevi bakım hizmeti, Sağlık Bakanlığı ve ilahiyat fakültelerinin din psikolojisi, dini danışmanlık bölümleri ile iş birliği çerçevesinde hazırlanacak eğitim programıyla manevi bakım uzmanı yetiştirilerek gerçekleştirilmesi bu konuda verimliliği artırabilecektir.

SAĞLIK BAKANLIĞI BAKIŞ AÇISIYLA DİN PSİKOLOJİSİ VE MANEVİ BAKIM

Sağlık Bakım ve Hasta Hizmetleri Daire Başkanlığı
Yıldız DEMİRBAŞ / Daire Başkanı

GENEL BAKIŞ

Sağlık Nedir?

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından yayınlanan bir deklerasyona göre, sağlık şöyle tanımlanmıştır; herhangi bir hastalık ve güçsüzlük halinin olmaması ve bedenen, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyi olma durumudur.

Maneviyat/Spiritualite Nedir?

Spiritualite, kavramının tam bir Türkçe karşılığı yoktur. Karşılık olarak Arapça bir kelime olan "maneviyat" kullanılır. Türk Dil Kurumunun sözlüğünde maneviyat; maddi olmayan manevi (görülmeyen, duyularla sezilebilen, soyut, tinsel) şeyler ya da mecaz olarak yürek gücü, moral anlamına gelir.*

*Adana 2006; Ergül ve Bayık 2004). Meme Kanseri Hastalarında Maneviyatın Etkileri ve Manevi Bakım

Neden MANEVİ Destek Hizmetine İhtiyaç Duyduk?

Kanserli hasta sayısı ve geriatri nüfusunun artışına paralel olarak palyatif bakım merkezlerinin açılması.
Hastanede kalış süresini kısaltıp tedaviye destek olması.
Hastalıkla başetme duygusuna yardımcı olması.
Anksiyete ve depresyon düzeylerinin düşürülmesine yardımcı olması.
Bütüncül tedavide önem teşkil etmesi.

Hukuki Süreç

Evrensel Hasta Hakları Beyannamesi.
1981 yılında Lizbon'da Dünya Tabipler Birliği Hasta Hakları Bildirgesi.
Hasta Hakları Yönetmeliği.
Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge.

Protokol Sonrası Süreç

Protokol imzalandıktan sonra Diyanet İşleri Başkanlığı, Sağlık Bakanlığı yetkililerinin ve akademisyenlerin katılımı ile 1 günlük çalıştay yapılmıştır. Çalıştay da eğitim müfredatı ve eğitim sürecine dair yol haritası çizilmiştir. Pilot uygulamanın başlatılacağı iller ve sağlık tesisleri belirlenmiştir.

Eğitim Süreci

Diyanet İşleri Başkanlığı ve Sağlık Bakanlığı'nın ortaklaşa hazırladığı eğitim müfredatı kapsamında İlahiyat Fakültesi mezunu ve Din Psikolojisi alanında eğitim almış 20 manevi destek personeline 5 haftalık eğitim verilmiştir. Eğitim sürecinde Ankara'da 4 farklı hizmet grubunda sağlık tesisine ziyaretler düzenlenmiştir.

PİLOT UYGULAMANIN BAŞLADIĞI İLLER

GENEL SEKRETERLİK	SAĞLIK TESİSİ
Ankara 1. Bölge KHB	Ankara Numune E.A.H
Ankara 2. Bölge KHB	Ankara Ulus Devlet Hastanesi
Ankara 3. Bölge KHB	Ankara Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji E.A.H
	Ankara Etimesgut Devlet Hastanesi
İstanbul Anadolu Kuzey KHB	İstanbul Ümraniye E.A.H.
İstanbul Bakırköy KHB	İstanbul Dr. Sadi Konuk E.A.H.
İstanbul Çekmece KHB	İstanbul Başakşehir Devlet Hastanesi
Ordu KHB	Ordu Devlet Hastanesi
	Ordu E.A.H.
	Ordu Ünye Devlet Hastanesi
Erzurum KHB	Erzurum Bölge E.A.H
Kayseri KHB	Kayseri E.A.H.
Samsun KHB	Samsun E.A.H.

PİLOT UYGULAMA

Hizmet Verilen Kişi	Sayı
Hasta	1.557
Hasta Yakını	1.018
Sağlık Personeli	408
Toplam	2.983

Güçlü Yönler

Dünya çapında kabul gören bir uygulama olması.
Sunulan hizmetin Hasta Hakları yönetmeliğince desteklenmesi.
Manevi değerlere saygı duyan bir ülke olması.

Zayıf Yönler

Sağlık tesislerinin birim oluşturmak için yeterli fiziksel mekana sahip olmaması.
Diyanet İşleri Başkanlığı personellerinin ilk defa Sağlık Bakanlığında hizmet vermeye başlaması.
Manevi destek hizmeti için yeterli sayıda personelin eğitim almamış olması.

Fırsatlar

Uygulamanın tedaviyi destekleyici bir unsur olarak ölçülebilmesinin sağlanması.
Tedavi maliyetinin azalmasına katkı sağlaması.
Hastanın tedavi sürecine aktif olarak katılmasının sağlanması.
Sağlık personeline moral motivasyon sağlayarak iş doyumunun ve paylaşımının sağlanması.
Multidisipliner yaklaşımla hastayı her yönüyle değerlendirme şansının yakalanması.

Tehditler

Manevi destek personelinin konuyla ilgili farkındalıklarının istenilen düzeyde olmaması,
Sağlık personelinin konuyla ilgili farkındalıklarının istenilen düzeyde olmaması,
Uygulamanın başarısızlık ile sonuçlanması,

Hedeflenen Süreç

Hizmetin yaygınlaştırılması için yeni bir eğitim müfredatının oluşturulması.
Yurtdışı örneklerinde olduğu gibi üniversitelerle yapılacak görüşmeler neticesinde eğitimin bir lisansüstü program olarak hazırlanması.
Uygulamanın sadece palyatif hastaları ile ilgili olduğu algısının değiştirilmesi ve yaygınlaştırılması.
Manevi destek personel sayısının artırılması.
Uygulamanın tüm sağlık tesislerimizde yaygınlaştırılması.

MANEVİ DESTEK VE EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ UYGULAMASI

Sağlık Bakım ve Hasta Hizmetleri Daire Başkanlığı
Yıldız DEMİRBAŞ / Daire Başkanı

MİSYON ve VİZYONUMUZ
"Toplumun dinî, ahlaki ve manevi değerlerini sürekli canlı tutmak amacıyla İslâm dininin temel kaynaklarına dayalı doğru ve güncel bilgi ile toplumu din konusunda aydınlatmak, inanç, ibadet ve ahlak esasları ile ilgili işleri yürütmektir."

"Dinî, ahlaki ve manevi değerlerini sürekli ayakta tutan, bütün insanlığın barış ve huzuruna katkı sağlayan, İslâm ile ilgili her konuda referans alınan en etkin ve saygın kurum olmaktır."

Bu çerçevede Başkanlığımız; Cami Hizmetleri, Cami Dışı Din Hizmetleri, Dinî Danışmanlık ve Rehberlik Hizmetleri Din Eğitimi vb. hizmetler sunmaktadır. Hastanelerde ve evlerde sunulan manevi destek hizmetleri ise cami dışında sunulan sosyal içerikli din hizmetleri kapsamında ele alınmaktadır.

DİYANET İŞLERİ BAŞKANLIĞI
KURULUŞ VE GÖREVLERİ HAKKINDA KANUN

01.07.2010 tarihli ve 6002 sayılı kanunun 6. Madde 3. Fıkrasında
Din Hizmetleri Genel Müdürlüğünün görevleri arasında:
"Ceza infaz kurumu ve tutukevleri, çocuk ıslahevi, huzurevi, sağlık kuruluşları ve benzeri yerlerde bulunan vatandaşlara din hizmetleri götürmek." ifadesi yer almaktadır. Dolayısı ile gerek sağlık tesislerinde gerekse de evde sağlık ve sosyal hizmetler kapsamında yürütülen faaliyetler resmi bir görev olarak yerine getirilmektedir.

Sağlık Bakanlığı Mevzuatı
663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'ye ve 01/08/1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan "Hasta Hakları Yönetmeliği" nin "Dini Vecibeleri Yerine Getirebilme ve Dini Hizmetlerden Faydalanma" konusundaki 38. Maddesi:

"Sağlık kurum ve kuruluşlarının imkânları ölçüsünde hastalara dini vecibelerini serbestçe yerine getirebilmeleri için gereken tedbirler alınır. Kurum hizmetlerinde aksamalara sebebiyet verilmemek, başkalarını rahatsız etmemek ve personelce düzenlenip yürütülen tıbbi tedaviye hiç bir şekilde müdahalede bulunulmamak şartı ile hastalara dini telkinde bulunmak ve onları manevi yönden desteklemek üzere talepleri halinde, dini inançlarına uygun olan din görevlisi davet edilir. Bunun için, sağlık kurum ve kuruluşlarında uygun zaman ve mekân belirlenir.

Uluslararası Uygulama Biçimleri
Dünya Sağlık Örgütü tarafından kabul edilen "Evrensel Hasta Hakları" 11. maddesine göre, hastanın kuruluşun imkânları ölçüsünde ve idarece alınan tedbirler çerçevesinde, dini vecibelerini yerine getirmeye hakkı vardır. 1981 yılında Lizbon'da tüm dünya ülkelerinin tabip odalarının katıldığı toplantıda Dünya Tabipler Birliği Hasta Hakları Bildirgesi'nin Dini Yardım Hakkı başlıklı 6. maddesinde "Hasta, uygun bir dini temsilcinin yardımı da dâhil olmak üzere ruhi ve manevi teselliyi kabul veya reddetme hakkına sahiptir" denilmektedir.
Dünya Tabipler Birliği tarafından Eylül 1995 tarihinde Endonezya'nın Bali kentinde yapılan toplantıda Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi gözden geçirilerek Bali Bildirgesi yayımlanmıştır. Bu bildirinin de 11. Maddesinde hastanın dini destek hakkı olarak şu ifadelere yer verilmiştir. "Hasta kendi dinlerine uygun bir dini temsilcinin ruhi ve moral tesellisini kabul veya reddetme hakkına sahiptir".

Bir sistem olarak hastane içerisinde dinin fonksiyonel bir yeri vardır. Şöyle ki; hastaneler, sosyal, kültürel, ekonomik ve hukuki işlere olduğu kadar dini birtakım işlevlere de sahiptir.
Dolayısıyla her hastanede mali işler bürosu, hukuk bürosu ve idari işler bürosu bulunduğu gibi bir manevi des-

tek biriminin de bulunması günümüz şartlarında bir ihtiyaç haline gelmiştir. Nitekim hastanelerde Kur'an-ı Kerim okunması, oruç tutulması, din görevlilerinin hastaları ziyaret etmesi, dini içerikli sorulara cevap verilmesi gibi birtakım dini unsurlar dikkatimizi çekmektedir.

Bütün bu ihtiyaçlara binaen sosyal içerikli din hizmetleri faaliyetleri kapsamında hastanelerde manevi destek projesinin koordine edildiği bir mekânın oluşturulması, talep eden hastalara, hasta yakınlarına ve hastane personeline yönelik manevi destek hizmetlerinin sunulması, hastanelerde sunulan sağlık hizmetlerine yardımcı olması bakımından günümüz şartlarında önem arz etmektedir.

Bu hizmetlerin bir devamı olarak hasta ve yakınlarına evde sağlık hizmeti sunmak da şüphesiz ki önemli bir hizmet alanı olarak değerlendirilmektedir.

Manevi Destek Nedir?
Manevi Destek, bir din ve inanç desteğidir. İnsanların acılı, sıkıntılı, üzüntülü, korkulu, yalnızlık ve ümitsizlik hallerinde, ani değişmelerle gelen (hastalık, ameliyat, sakatlık, yaşlılık ve agoni hali gibi) kriz durumlarında, onların yanında olmak; onlara din ve inanç açısından destek olabilmek, varsa soru ve sorunlarına dini danışmanlık etmek; ibadetlerini yerine getirebilmelerinde dini rehberlik edebilmektir. Manevi desteğin kendine ait bir içerik, model, metot ve eğitimi vardır. Bu itibarla Manevi Destek Görevlisi de Doktor, Hemşire, Sağlık Personeli, Psikolog, Psikiyatrist, Sosyolog, Sosyal Bakım Uzmanı değildir.

Din Psikolojisi, Din Eğitimi, Dini Danışmanlık ve Rehberlik modelleri örnek alınarak manevi destek hizmetlerinin uygulandığı bir çok model vardır:

Bir Örnek
İHSAN MODELİ
İhtiyaç Belirleme (Danışanı Anlama ve İhtiyacı Yapılandırma).
Hedef Belirleme Aşaması.
Stratejik Eylem Planı Yapılması (İzlenecek Yolun Belirlenmes).
Adımlama (Sürecin Yürütülmesi).
Neticelendirme (Sürecin Sonlandırılması ve Takip).

* Yrd. Doç. Dr. Turgay ŞİRİN, Dini Danışma ve Rehberlik

Manevi Desteğin Önemi
Manevi desteğin felsefesi insana bütüncül (holistic) yaklaşım ilkesine dayanır.
Her şeyden önce insanın sadece maddi değil manevi, ruhi yönünün de olduğu esasından hareketle gerek fiziki, gerek psikolojik ve sosyal, gerekse manevi ihtiyaçlarının olduğu kabul edilir.
Bugünün modern dünyasında bu sahaların her birinin uzmanı vardır.
Fiziki ve tıbbi tedaviyi doktor yapar; psikolojik rahatsızlıklara psikolog veya psikiyatrist bakar; sosyal işlere ait bir sosyal hizmet uzmanı vardır. Peki, manevi sahanın/din sahasının da bir uzmanı olması gerekmez mi?

DİYANET İŞLERİ BAŞKANLIĞI UYGULAMALARI
MANEVİ DESTEK HİZMETİNİN AMACI
Talep eden hasta, hasta yakını, hastane personeline, içinde bulundukları şartlar göz önünde bulundurularak dini konularda katkıda bulunmak amacıyla gerek sağlık tesislerinde
gerekse de evlerde moral vermek, onları motive etmek ve manevi destek sağlamak amacıyla
sadece dini konularda danışmanlık ve rehberlik hizmetleri sunmaktır.

Sınırlılıklar
Manevi Destek Projesi tüm hasta, hasta yakınları ve hastane personelini kapsamamaktadır.

Sadece talep eden hasta, hasta yakınları ve hastane personelini kapsamaktadır.
Ayrıca bu uygulama müftülük personelince kamu hizmeti olarak yerine getirilmektedir.

DİYANET İŞLERİ BAŞKANLIĞI İLE SAĞLIK BAKANLIĞI ARASINDA HASTANELERDE MANEVİ DESTEK

SUNMAYA YÖNELİK İŞBİRLİĞİ PROTOKOLÜ 07 Ocak 2015 tarihinde imzalanmıştır.
Protokol kapsamında, Diyanet İşleri Başkanlığı ve Sağlık Bakanlığı yetkilileri ile farklı üniversitelerden akademisyenlerin katılımı ile "Hastanelerde Manevi Destek Çalıştayı" düzenlenmiştir.

Manevi Desteği Kimler Sunmaktadır?
Manevi Destek Hizmetlerini;
İlahiyat Fakültesi Mezunu,Din Psikolojisi, Din Eğitimi, Din Sosyolojisi, Dini Danışmanlık ve Rehberlik alanlarından birisinde yüksek lisans/doktora eğitimi olan veya bu alanda yurt içi/yurt dışı tecrübesi olan Başkanlığımız ile Sağlık Bakanlığının koordinesi ve farklı üniversitelerden akademisyenlerin katkıları ile düzenlenen «Manevi Destek Eğitimi» almış kişiler arasından seçilen Diyanet İşleri Başkanlığı Personeli sunmaktadır.

Eğitime Katkı Sağlayan Akademisyen Hocalarımız

Prof. Dr. Abdulkerim BAHADIR	
Prof. Dr. Ali SEYYAR	Yrd. Doç. Dr. Arif KORKMAZ
Prof. Dr. Aliye Mavili AKTAŞ	Yrd. Doç. Dr. İlhan TOPUZ
Prof. Dr. Asım YAPICI	Yrd. Doç. Dr. Mustafa KOÇ
Prof. Dr. Bünyamin SOLMAZ	Yrd. Doç. Dr. Sema ERYÜCEL
Prof. Dr. Enbiya YILDIRIM	Yrd. Doç. Dr. Turgay ŞİRİN
Prof. Dr. Hatice DEMİRBAŞ	Yrd. Doç. Dr. Naci KULA
Prof. Dr. Hayati HÖKELEKLİ	Uzman Dr. Orhan KOÇ
Prof. Dr. Hüseyin PEKER	Dr. İnayet ÖZTÜRK
Prof. Dr. Kurtman ERSANLI	Dr. Levent ŞÜMÜR
Prof. Dr. Nurullah ALTAŞ	Dr. Serpil BAŞAR
Prof. Dr. Öznur ÖZDOĞAN	Dr. Uğur ÖZDEMİR
Prof. Dr. Zeki Salih ZENGİN	Dr. Ümit ATEŞKAN
Doç. Dr. Recep TAYFUN	Levent ŞÜMÜR
Doç. Dr. Saadettin ÖZDEMİR	Ayfer ÖZBEK

İstişare toplantıları ve çalıştay sonunda 81 il müftülüğünde manevi destek hizmeti sunabilecek personel tespit edilmiştir. 1516 İlahiyat fakültesi mezunu ve bunlar arasından 262 Yüksek Lisans ve Doktora eğitimi olan müftülük personelinin manevi destek hizmetlerini gönüllü olarak sunabilecekleri bildirilmiştir. 6 (altı) ilden din psikolojisi, din eğitimi, din sosyolojisi, dini danışmanlık ve rehberlik alanında lisansüstü eğitim yapan ve gönüllü olan 20 (yirmi) müftülük personeli seçilmiştir. 20 (yirmi) personele 23 Şubat/27 Mart 2015 tarihleri arasında 5 (beş) hafta 200 (ikiyüz) saatlik süreyle alanında uzman çalışmacılar, farklı üniversitelerden akademisyenler ile Sağlık Bakanlığı yetkililerinden oluşan 32 kişi tarafından Diyanet İşleri Başkanlığı Rıfat Börekçi Eğitim Merkezinde «Hastanelerde Manevi Destek Eğitimi» verilmiştir. İki kurumun koordinesi ile Ankara, İstanbul, Erzurum, Kayseri, Samsun ve Ordu illerinde pilot uygulama başlatılmıştır.

27.10.2015 tarihinde sağlık tesislerinde manevi destek hizmetleri pilot uygulama değerlendirme toplantısı yapılmıştır. Toplantıda 3 ay süreyle pilot uygulamanın güçlü ve zayıf yönleri ele alınmış ve 22-24 Aralık 2015 tarihleri arasında "Sağlık Tesislerinde Manevi Destek Hizmetleri Çalıştayı" yapılması kararlaştırılmıştır.
Şu anda 28.10.2015-27.04.2016 tarihleri arasını kapsayacak şekilde 6 aylık görevlendirmeyle ilgili sağlık tesislerinde manevi destek hizmetleri devam etmektedir.

27.07.2015-26.10.2015 tarihleri arasında 3 ay süreyle 18 müftülük personeli 6 ilde 12 sağlık tesisinde 4200 hasta, hasta yakını ve hastane personeline manevi destek hizmeti sunmuşlardır.

II. ULUSAL TIBBİ SOSYAL HİZMETLER KONGRESİ

04-05 Aralık 2015
Belek / Antalya

KONGRE BAŞKANI
Mehmet ATASEVER
Hulusi Armağan YILDIRIM

DÜZENLEME KURULU
Op. Dr. Orhan KOÇ
Op.Dr. Faruk TONGA
Uzm. Dr. Gazi ALATAŞ
Uzm. Dr. Hülya ENSARİ
Dr. Yunus YALÇIN
Fuat AKARSU
Kadir AKBEY
Mehmet KÜRŞAT ALDEMİR
Hicran ATATANIR
Ecren AYDIN
Tülay BAYRAMOĞLU
Esabil EKER
Seda Kertles GÜNDÜZALP
Coşgun GÜRBOĞA
Fatih KOCUR
İlyas KUZU
Yusuf ÖZTÜRK
Seyfettin REİS
Fatıma ŞAHİN
Özlem Bostancı ŞAHİN
Zübeyr ÜNSAL
Umut YANARDAĞ

BİLİM KURULU
Prof. Dr. Hakan ACAR
Prof. Dr. Aliye Mavili AKTAŞ
Prof. Dr. Işıl BULUT
Prof. Dr. Veli DUYAN
Prof. Dr. Vedat IŞIKHAN
Prof. Dr. İlhan TOMANBAY
Doç. Dr. Kamil ALPTEKİN
Doç. Dr. İshak AYDEMİR
Doç. Dr. Cengiz ÖZBESLER
Doç. Dr. Eda PURUTÇUOĞLU
Doç. Dr. Tarık TUNCAY
Dr. Uğur Özdemir

KONGRE SEKRETERYASI
Kürşad ALDEMİR
Salih AKYÜZ

SUNUM VE KONUŞMALARIYLA KATKIDA BULUNANLAR

Doç. Dr. Kamil ALPTEKİN / Madde Bağımlılığında Sosyal Hizmet

Dr. Uğur ÖZDEMİR / Sosyal Hizmette Paradigma Kırılması
O kim?

HASTA YAKINLARINA YÖNELİK SOSYAL HİZMET MÜDAHALE TEKNİKLERİ

Prof. Dr. Veli DUYAN
Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü

Psikososyal Açıdan Hastalıklar
Hastalıkların başlama biçimi
Hastalıklar hastalığın başlaması açısından iki gruba ayrılabilirler.
birdenbire ortaya çıkanlar
(miyokard enfarktüste olduğu gibi, kimi biyolojik göstergeler hastalığın varlığını düşündürse de enfarktüs semptomları)
yavaş yavaş bazı semptomlarıyla kendini belli edenler
(Romatoid artrid ve parkinson)

Hastalıkların seyri
Hastalıklar hastalığın seyri açısından üç gruba ayrılabilirler:
Yavaş yavaş seyreden ve ilerleyen
(bazı kanserler, romatoid artrid, şeker vb.)
Hep aynı şekilde devam eden
(felç, omurilik zedelenmesi vb.)
Zaman zaman ortaya çıkan
(Ülser, astım, migren vb.)

Tedaviye verdikleri cevap
Hastalıklar tedaviye verdiği cevap açısından birbirlerinden ayrılırlar.
Bazı hastalıklar bireyin yaşam süresini kısaltır, ölüme neden olurlar. Örneğin omurgada disk kayması veya körlük ölüme neden olmaz. Buna karşın metastaslı bir kanser veya AIDS vakalarında ölüm kaçınılmazdır. Kardiyovasküler hastalıklar ise bireyin ömrünü kısaltır. Tekrarlayan bir miyokard enfarktüs vakası ani ölüme neden olabilir.

Hastanın kapasitesini etkileme
Hastanın kapasitesini etkileme açısından ele alındığında, hastalıkların ortak bir özelliğinin bireyin kendi bedeni üzerindeki kontrol becerisini, kişiliğini ve ilişkilerini olumsuz etkilemesi olduğu görülecektir. Bunlar hastanın zaman içinde yalnızlaşmasına neden olabilirler; çünkü değindiğimiz değişme hasta yakınlarının hastaya daha fazla ilgi gösterme ile hastayı kendi haline bırakma ikilemini yaşamalarına neden olur. Hastayı kaybetme olasılığı varsa aralarındaki ilişki dengesini bozar. Hastalığın tedaviye cevap vermemesi ailenin hastayı gözden çıkarmasına neden olabilir.

Hastaların tedavi görme biçimi
Ayakta tedavi ve bakım.
Yatılı tedavi kurumlarında tedavi ve bakım.
Evde tedavi ve bakım.

Mesleki İşlevler
Danışmanlık
Danışmanlık işlevinde sosyal hizmet uzmanları müracaatçı sistemlerinin sosyal işlevselliklerde sorunlar olduğu zaman çözüm bulmak amacıyla bireyler, aileler, gruplar, organizasyonlar ve toplumlarla çalışmayı içerir.
Kaynak Yönetimi
Kaynak yönetimi işlevinde sosyal hizmet uzmanları müracaatçı sistemlerinin, hali hazırda belli ölçülerde kullandıkları kaynaklarla olan alışverişini uyarır, müracaatçı sistemlerinin hali hazırda kullanmadıkları kaynaklara ulaşmalarını sağlar ve hali hazırda olmayan kaynakların geliştirilmesini sağlar.

Eğitim
Eğitim işlevinde sosyal hizmet uzmanları müracaatçı sistemi ile sahip olduğu bilgileri ve fikirleri karşılıklı olarak paylaşır.

Duyuşsal Sorunlara Yönelik Hizmetler
(a)- öz (kendine) farkındalık,
(b) öz (kendini) kabul,
© duyumsama (hissetme) kapasitesi.

Öz-Farkındalık
Ayırt etme
Kabul etme
Empatik tepki
Sınırlar
Kişilerarası sınırlar
Gereksinimler
Yardım etmenin maliyeti
Bakımverici olmanın maliyeti
Düşünme ve hissetme
Güvenli ortam oluşturma
Özfarkındalığın ödülleri

Öz (Kendini) Kabul
Kendini kabul; empatik anlayış, duygu ve mantığın uyumlu gelişimi için kendilik farkındalığı kadar gereklidir.
Hastaya karşı olan içsel işaret ve tepkilerini kabul etme konusunu ele alma

Duyumsama – Hissetme Kapasitesi
Hasta yakınının duygusuyla temas kurma.
Tükenmişlik, korku, kaygı, kayıp, öfke.
Birlikte acı çekme
Birlikte kutlama
Fiziksel ve Tinsel Sorunlara Yönelik Hizmetler
Bedensel gelişim öz-bakım ve öz-sergileme'nin sağlıklı kalıplarını oluşturabilmektir.
Beden ve fiziksel, duyuşsal ve tinsel sağlık arasındaki ilişkiyi kavrayabilme Duyularımız
Tat.
Dokunma.
İşitme.
Koklama.
Görme.
Cinsellik.
Yönelim .
Cinselliğin ifadesi.

Tinsel Gelişime Yönelik Hizmetler
İnanç sistemleri.
Yaşam felsefesi.
Özgürce seçim yapma.
Dinsel deneyim.
Ateizm.

Bilişsel Sorunlara Yönelik Hizmetler

Kendi.	Karar Verme.	(Hasta, hastalık ve sağlık hakkındaki bilişler)
Diğerleri.	Çatışma Çözme.	Güçler ve sınırlılıklar.
Evren.	Alçakgönüllülük – Zihinsel esneklik.	
Sorun Çözme.	Bilişsel harita.	

Sosyal Gelişim Sorunlarına Yönelik Hizmetler
Kendisi.
Diğerleri.
Aile.
Arkadaşlar.
Komşular vb.
Bağ.
Bağlanma.
Ortakyaşama.
Ayrışma (Birey olma).

Elisabeth Kubler-Ross
İnkar.
Öfke.
Pazarlık.
Depresyon.
Kabul.

Erik Erikson
Temel Güvene Karşı Güvensizlik (0 – 2 Yaş).
Özerkliğe Karşı Kuşku ve Utanç (2 – 4 Yaş).
Girişimciliğe Karşı Suçluluk (4 – 6 Yaş).
Başarıya Karşı Aşağılık (Yetersizlik) (6-12 Yaş).
Kimliğe Kazanımına Karşı Kimlik Kargaşası (12-18 Yaş).
Yakınlığa Karşı Yalıtılmışlık veya Uzaklık (18 – 30 Yaş).
Üretkenliği Karşı Durgunluk (30 – 60 Yaş).
Benlik Bütünlüğüne Karşı Umutsuzluk (60 Yaş – Ölüm).

Abraham Maslow
1) Fizyolojik İhtiyaçlar: Açlık, susuzluk ve buna benzer temel yaşamsal ihtiyaçlar.
2) Güvenlik İhtiyacı: Dış faktörlerden kaynaklı tehlikelerden korunma.
3) Sosyal İhtiyaçlar: Aidiyet, sevgi, kabul görme, sosyal yaşam vb.
4) Değer Verilme/Saygınlık İhtiyacı: Statü, başarı, itibar, tanınma.
5) Kendini Gerçekleştirme: Gelişim, bir işi başarıyla tamamlama, yaratıcılık.

Colin Murray Parkes
Küntlük (Bir şey hissedememe – hissiszlik)- Şok.
Protesto etme (Kabul etmeme, özleme).
Ümitsizlik.
Yeniden yapılandırma ve kaybı kabul etme.

Theraso Rando Yas Modeli
Gerçeği fark etme ve kabul etme.
Acıyı yaşama ve ifade etme.
Deneyimleri canlı tutma – anımsama.
Uyum sağlama.
Hayatın anlamını yeniden tanımlama.

J. William Worden
Gerçeği kabul etme.
Acıyı yaşama.
Kabul etme.
Başetme.

TIBBİ SOSYAL HİZMETİN DÜNYADAKİ DURUMU VE GELİŞİMİ

Prof. Dr. Veli DUYAN
Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü

Sosyal Hizmet

Sosyal hizmet; sosyal değişim ve gelişim, sosyal tutarlılık ve insanların güçlendirilmesi ve özgürleştirilmesi için çalışan akademik bir disiplin ve uygulamaya dayalı bir meslektir.

Sosyal adalet, insan hakları, kolektif sorumluluk ve farklılıklara saygı sosyal hizmetin merkezindeki ilkelerdir. Sosyal hizmet, sosyal bilimler, insani bilimler teorileri ve yerel bilgiler ışığında sosyal hizmet, yaşam deneyimlerine hitap etmek ve iyilik halini arttırmak için yapılar ve insanlar ile çalışır.

Tarihsel Gelişim: Yaklaşımlar

Dinsel-Din Temelli Yaklaşım.
Hayırseverlik Yaklaşımı.
Faydacı-Çıkarcı Yaklaşım.
İnsancıl-Hümanist Yaklaşım.
Sosyal Adalet Yaklaşımı.
Hak Temelli Yaklaşım.

Uygulama İçin Mesleki Çatı

Yaptırım
1.Toplum.
2.Meslek.
3.Müracaatçı.
4.Kurum.
5.Sosyal hizmet uzmanı
DESTEK

Uygulama İçin Mesleki Çatı

Değerler

1.Bireyin önceliği.
2.Toplumsal sorumluluk.
3.Karşılıklı bağımlılık.

ETİK

Odak

Sistemler arası kesişme noktalarına müdahale.

VİZYON

Amaçlar

1.Yetkinliği güçlendirme
2.Kaynakları bağlantılandırma
3.Sistemleri insancıllaştırma
4.Politika geliştirme
5.Sosyal adaleti gerçekleştirme

YÖNTEM

Kuramsal Bilgi

1.Açıklayıcı (Ekoloji, sistem, gelişimsel)
2.Müdahaleci
(Yapısal, güçlendirme, davranışçı)

ANLAYIŞ

SOSYAL HİZMETİN AMAÇLARI

1. İnsanların sorun çözme, başetme ve gelişimsel kapasitelerini artırma.
2. İnsanlara, kaynak, hizmet ve fırsat sağlayan sistemler ile insanları bağlantılandırma.
3. Sistemlerin etkili ve insancıl olarak işlev görmesini sağlama.
4. Sosyal politikanın geliştirilmesine ve ilerletilmesine katkı verme.
5. Risk altındaki grupları güçlendirme ve sosyal ve ekonomik adaleti geliştirme.
6. Profesyonel bilgi ve becerileri geliştirme ve test etme.

Eklektik Bilgi Temeli Gereksinimleri Anlama

İnsan Gelişimi
Erikson - Psiko-Sosyal Gelişim.
Freud - Psiko-Seksüel Gelişim.
Piaget - Bilişsel Gelişim.
Kohlberg - Ahlak Gelişimi.
İnsan Farklılıkları
Genetik.
Kültürel.
Sosyal.
Çevresel Faktörler
Sosyal Çevre.
Ekonomik Çevre.
Coğrafi Çevre.
İklimsel Koşullar.
Sosyal Sistemlerin Özellikleri
Yapısal.
İşlevsel.
Gelişimsel.

Tıbbi Sosyal Hizmetin Kökeni

(a) 19. ve 20. yüzyılda meydana gelen nüfus değişiklikleri.
(b) Hastalığa yakalanmış bireylerin nasıl ve nerede tedavi görmesi gerektiğine ilişkin tutumlar.
(c) Sağlıkta sosyal ve psikolojik faktörlerin rolüne ilişkin tutumlar.

Nüfus yapısındaki değişiklikler
1800'lerin ortasına kadar 35-40 milyon kişi Avrupadan Amerikaya göç etti.
1849'a Amerika için altına hücum devri başladı.
1862'de göç teşvik yasası çıktı.

Tedavi nasıl ve nerede

1600-1700'lerde hastalığa yakalan bireyler ev ortamında tedavi görmekteydiler.
Göçle birlikte yoksul, yaşlı, hasta ve kimsesizler için almshouse'ler açılmaya başladı (1713 te ilk almhouse Philadelphia).
1700'lerin ortalarından itibaren hastalığa yakalan bireyler için ayrı hastaneler kurulmaya başlandı (1751 ve 1840).
1700'lerin sonlarında (1786'a Philadelphia, 1795'te New York'ta, 1796'da Boston'ta ve 1801'de Baltimore'da) dispanserler açılmaya başladı.
1817'de ilk akıl hastanesi açıldı.
19.yüzyılın son yarısında hastane ve dispanserlerle ilgili reformlar kadın doktorlar tarafından yapılmaya başlandı.
1853 New Work East Side'de kadın ve çocuklar için yapılan dispansere istihdam yapılamadı. Yöneticisinin kadın olması nedeniyle.
1857'de yeniden ev ziyaretleri başladı.

1890'da ilk tam zamanlı ev ziyaretçisi istihdam edildi.

Tıp ve hemşirelik öğrencilerinin stajları

Tıp ve hemşirelik öğrencileri özellikle yoksul çocuklar ve kadınlar başta olmak üzere ev ziyaretlerini eğitimin bir parçası olarak yapmaya başladı.

Ev ziyaretçileri aile büyüklüğü, gelir ve harcamalar ile ilgili kayıtlar - 1889'da Chicago'da Jane Addams zamanındaki sosyal hizmet uzmanlarının tuttuğu kayıtlara benzer - tutulmaya başlandı.

(Jane Addams nobel barış ödülünü 1931 yılında almış ilk sosyal hizmet uzmanıdır)

Sosyal koşullara ilgi giderek artıyor

1890 yılında Dr. Henry Dwight Chapin (New York Postgraduate Hospital ve Women's Medical College of the New York Infirmary for Women and Children'da pediatrist) hasta çocuklar için gönüllülerin ev ziyaretleri programı geliştirdi).

Bu çocukların bakımı için 1902'e Speedwell Society kuruldu ve New York hastanelerinde sosyal servislerin kurulmasına öncülük yaptı.

İlk sosyal servisler

Mary Richmond, Mary Wilcox Glenn, Jeffrey Brackett, ve Dr. John Glenn ilk sosyal servislerin kurulmasına öncülük etmiştir.

Hospital almoner olarak adlandırılan ilk sosyal hizmet uzmanı Londra'daki Royal Free Hospital'da 1895'de istihdam edilmiştir.

1905'te Massachusetts General Hospital'ın dispanserinde Garnet Pelton sosyal hizmet uzmanı olarak çalışmaya başladı.

Garnet Pelton, Ida Cannon ve Dr. Richard Cabot Massachusetts General Hospital'da sosyal hizmet bölümünün kurulmasına öncülük ettiler. 1905'de Dr. Richard Cabot Garnet Pelton'u hastanede istihdam etti.

1911'de ABD'de 14 ayrı kentteki 44 hastanede sosyal servisler kurulmuştur. Bunların 17'si New York'ta bulunmaktaydı.

1912'de ilk Tıbbi Sosyal Hizmet Konferansı (New York Conference on Hospital Social Work) düzenlendi.

1913 yılına gelindiğinde 200 ABD hastanesinde sosyal hizmet uzmanları istihdam edilmişti.

İlk eğitimler

1929'da 10 sosyal hizmet okulunda formal olarak tıbbi sosyal hizmet ile ilgili dersler müfredata eklendi.

Psikiyatri ve psikanalizin etkisi

1907'de tıp eğitiminde psikiyatri ve psikanalizde ilk dersler verilmeye başlandı.

Sosyal ve ruhsal alan tıbbi alanın dışında bırakılamaz noktaya geldi.

Psikanalitik kuram sosyal hizmet uzmanlarının hastaya nasıl yaklaşacağını etkiledi.

Psikiyatrik sosyal hizmet tıbbi sosyal hizmetten ayrılmaya başladı.

Toplum ve çevre vurgusu

1940 yıllarda tıbbi teşhis ve tedavi planlarında psikososyal bilgi giderek daha fazla kullanılmaya başlandı.

Sosyal bilim kavramları daha fazla kullanılmaya başlandı.

1950'lerde toplum ve çevre vurgusu giderek arttı. Toplum ruh sağlığı ve halk sağlığı hareketleri ve 1960'da yurttaşlık hakları hareketi bu vurguyu pekiştirdi.

İstihdam giderek artıyor

1960 ve 1970'lerde sağlık alanında sosyal hizmet uzmanlarının sayısı ikiyi katlanmıştır.

1971'de 11,576 sosyal hizmet uzmanı.

1970'lerden itibaren koruyucu ve acil sağlık hizmetlerinde istihdam başlıyor.

GÜNÜMÜZDE

- Bireylere, ailelere ve gruplara kronik, akut ya da terminal hastalıklarla başetmek için psikososyal destek vermek.
- AIDS Social Worker.
- Bereavement Counselor.
- Case Managers.
- Certified Social Workers In Health Care.

- Clinical Social Worker.
- Community Advocate.
- Director of Social Services.
- Director of Social Work.
- Disability Advocate.
- Disability Coordinator.
- Disability Specialist.
- Discharge Planner.
- Domestic Violence Advocate.
- Elder Counselor.
- Family Advocate.
- Family Support Specialist.
- Family Support Worker.
- Geriatric Care Manager.
- Geriatric Social Worker.
- Group Social Worker.
- Health Care Social Worker.
- Healthcare Social Worker.
- Home Based Primary Care Social Worker.
- Home Health Care Social Worker.
- Hospice Home Care Social Worker
- Hospice Social Worker.
- Hospital Social Worker.
- Licensed Clinical Social Worker.
- Licensed Social Worker.
- Long Term Care Social Worker.
- Medicaid Specialist.
- Medical Case Manager.
- Medical Case Worker.
- Medical Social Consultant.
- Medical Social Worker.
- Neonatal Social Worker.
- Nephrology Social Worker.
- Nursing Home Social Worker.
- Older Adult Social Work Specialist.
- Oncology Social Work.
- Oncology Social Worker.
- Outreach and Education Social Worker.
- Outreach Coordinator.
- Outreach Specialist.
- Patient Resource Coordinator.
- Pediatric Social Worker.
- Perinatal Social Worker.
- Psychiatric Social Worker.
- Psychosocial Coordinator.
- Public Health Social Worker.
- Public Welfare Worker.
- Referral Coordinator.
- Renal Social Worker.
- Social Work Case Manager.
- Social Worker.
- Transition Specialist.

SONUÇ

Sağlık alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları hastaların ve onların ailelerinin bir hastalığı anlamasına yardımcı olur, hastalığın teşhisindeki duygularla başaçıkmaya yardımcı olur ve verilmesi gereken kararlara yönelik danışmanlık yapar. Sosyal hizmet uzmanları aynı zamanda disiplinlerarası hastane ekiplerinin hayati üyelerindendir.

Doktorlarla, hemşirelerle ve diğer sağlık profesyonelleriyle birlikte uyum içinde çalışarak diğer sağlık çalışanlarının hastalığın duygusal ve sosyal yönlerine duyarlı olmasını sağlarlar. Sağlık alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları vaka yönetme becerilerini kullanarak hastaların ve ailelerinin hastalıkla ilgili sosyal, finansal ve psikolojik sorunlarına işaret eder ve çözmeye çalışır.ji, sistem, gelişimsel)

2.Müdahaleci

(Yapısal, güçlendirme, davranışçı)

KADIN VE ÇOCUKLARA YÖNELİK MEVCUT VE PLANLANAN HİZMETLER

Doç. Dr. Ercüment ERBAY
Hacettepe Üniversitesi İ.İ.B.F. Sosyal Hizmet Bölümü

KADINLARA YÖNELİK MEVCUT VE PLANLANAN HİZMETLER

Farkındalık Eğitimleri

Kadın-Erkek eşitliğinin sağlanması ve kadına yönelik şiddetle mücadelede kurumsal kapasitelerin güçlendirilmesi amacıyla yapılan eğitim faaliyetleri

71.000 Polis,
65.000 Sağlık Görevlisi,
47.566 Din Görevlisi,
3.300 Kamu Görevlisi, MEB, Tarım Bakanlığı,
778 Mahkeme Kâtibi ve Yazı İşleri Müdürü,
434 İletişim Fakültesi Öğrencisi ve
198 Yerel Medya Çalışanı,
326 Aile Mahkemesi Hâkimi ve Savcı,
250 Mülkiye müfettişi,
190 Kaymakam adayı,
100 ASP İl Müdürlüklerin de görevli Sosyal Çalışmacı
3764 Milli Savunma Bakanlığı Personeli

ŞİDDET MAĞDURU KİŞİLERE SUNULAN HİZMETLER / Konukevleri

Konukevleri fiziksel, duygusal, cinsel, ekonomik ve sözlü istismara veya şiddete uğrayan kadın ve erkeklerin, şiddetten korunması, psiko-sosyal ve ekonomik sorunlarının çözülmesi, güçlendirilmesi ve bu dönemde varsa çocukları ile birlikte ihtiyaçlarının da karşılanmak suretiyle geçici süreyle kalabilecekleri yatılı sosyal hizmet kuruluşlarıdır.

TÜRKİYE'DE KADIN KONUKEVLERİNİN SAYI VE KAPASİTELERİ

*2015 yılında 2011 yılına göre kadın konukevi sayısında %74 artış sağlanmıştır.
**2015 yılında 2011 yılına göre kadın konukevi kapasitesinde %106 artış sağlanmıştır.

İlk Kabul Birimleri

Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüklerine başvuran ve barınma ihtiyacı bulunan şiddet mağduru kadınların ilk gözlemlerinin yapıldığı, psiko-sosyal ve ekonomik durumlarının incelendiği, geçici kabulleri yapılarak iki haftaya kadar kalabilecekleri birimlerdir.
Haziran 2011'de 3 ilk kabul birimi 46 kapasite ile hizmet vermekte iken Kasım 2015 itibariyle, 25 ilk kabul birimi 363 kapasite ile hizmet vermektedir.

Şiddet Önleme ve İzleme Merkezleri

Şiddetin önlenmesi ile koruyucu ve önleyici tedbirlerin etkin bir biçimde uygulanmasına yönelik olarak, şiddete uğramış ya da şiddete uğrama riski bulunan mağdurlara ve şiddet uygulayanlara danışmanlık, rehberlik ve yönlendirme hizmetleriyle, ihtiyaç duydukları konularda güçlendirici ve destekleyici hizmetleri veren ve izleme çalışmalarını yedi gün yirmidört saat esası ile yürüten merkezlerdir.

ŞÖNİM'lerin Türkiye geneline yaygınlaştırma çalışmaları devam etmekte olup , hali hazırda 40 ilde hizmet vermektedir. Ayrıca ŞÖNİM'lerin çalışma usul ve esaslarının belirlenmesi amacıyla yönetmelik çalışmaları devam etmekte olup, söz konusu yönetmelik yayımlanması için Başbakanlığa gönderilmiştir.

ELEKTRONİK DESTEK SİSTEMİ

Şiddet Mağdurlarının Korunmasında Elektronik Destek Sistemi'' pilot uygulaması 18 Ekim 2012 tarihinde Adana ve Bursa illerinde başlatılmış olup, üç yıl boyunca uygulanmıştır.

Pilot uygulama sürecinde; mağdurların acil durumda cihaza basması ile güvenlik ekibinin olaya müdahalesi arasında geçen sürede mağdurların can güvenliği açısından ciddi risk altında bulunduğundan etkin korumanın sağlanamadığı tespit edilmiştir.
Daha etkin bir korumanın sağlanması amacıyla 8 Mart 2015 tarihinde Bakanlığımız, Adalet Bakanlığı ve İçişleri Bakanlığı arasında ilgili Bakanlıkların ve Başbakanımız imzasıyla Kadına Yönelik Şiddetle Mücadele Kapsamında Teknik Yöntemlerle Takip Sistemlerinin Kullanılmasına Yönelik Pilot Uygulama İşbirliği Protokolü imzalanmıştır. Protokol ile Pilot iller olan Ankara ve İzmir'de şiddet uygulayan ve şiddet mağdurları 7/24 esasına göre birlikte takip edilecek olup, izleme süreci 27 Temmuz 2015 itibariyle başlamıştır. Pilot uygulamada; Adalet Bakanlığı Denetimli Serbestlik Daire Başkanlığı'nda bulunan elektronik izleme sistemi altyapısı kullanılmakta elektronik izleme pilot uygulaması devam etmektedir.

KADINA YÖNELİK HİZMETLER ALANINDA YAPILAN ÇALIŞMALAR
Türkiye'de Kadına Yönelik Aile içi Şiddet Araştırması (2014):
2008 yılında ilki gerçekleştirilen araştırmanın 2014 yılında tekrarlanarak son 5 yıl içerisinde şiddetle mücadelede yürütülen politika ve programların etkilerinin değerlendirilmesi yolu ile şiddet yaygınlığındaki farklılaşmanın anlaşılması amaçlanmıştır.
Araştırmaya ilişkin bazı veriler şu şekilde özetlenebilir:
Ülke genelinde hayatının herhangi bir döneminde eşi veya eski eşi tarafından;
Fiziksel şiddete maruz bırakılan kadınların oranı %36,
Cinsel şiddete maruz kalan kadınların oranı %12,
Duygusal şiddet yaşayan kadınların oranı %44,
Ekonomik şiddet oranı ise % 30'dur.

6284 Sayılı Kanunun Uygulanmasına Yönelik Etki Analizi:
Kanunun uygulanmasının ve aile içi şiddetin önlenmesine katkılarının değerlendirilmesi, karar verenler tarafından kanunun uygulanmasında karşılaşılan sorunların ve çözüm önerilerinin tespit edilmesi ve tedbir kararlarının şiddet uygulayan ve mağdur üzerindeki etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Etki Analizi çalışması sonucunda elde edilen veriler doğrultusunda, 6284 sayılı Kanunun uygulanmasında tespit edilen sorunların giderilmesine yönelik çalışmalar ilgili taraflarla işbirliği halinde yürütülecektir.

Aile İçi Şiddetle Mücadele Projesi (2014-2016):
Şiddete maruz kalan kadınlar için 26 ilde merkezi ve yerel yönetim organları ve sivil toplum kuruluşlarının işbirliğinin arttırılması, koruma hizmetlerinin yönetim yapısının güçlendirilmesi, kapasitelerinin arttırılması amacıyla "Aile İçi Şiddetle Mücadele Projesi (IPA)" yürütülmektedir. Proje "teknik destek" ve "hibe" olmak üzere 2 temel bileşenden oluşmaktadır.

Teknik Destek Bileşeni Kapsamında; şiddete maruz kalan kadınlara yönelik hizmet sunanların eğitim ve süpervizyon ihtiyaçlarının belirlenmesi amacıyla Durum ve Eğitim İhtiyaç Analizi 2014 yılında tamamlanmıştır. Analiz sonuçları ve yapılan sektörel toplantılar ile eğitim materyalleri geliştirmiş olup Kasım 2015 başlayan eğitimlerin Haziran 2016 döneminde bitmesi planlanmaktadır.
Bu kapsamda; 200 sağlık personeli, 25 hakim ve savcı, 125 yazı işleri müdürü, 150 aile mahkemesi uzmanı, 50 adli tıp uzmanı, 500 emniyet personeli, 125 kadın konukevi ve ŞÖNİM çalışanına ve 100 STK ve yerel yönetimler personeline olmak üzere toplam 1.275 kişiye kadına yönelik şiddet, konuyla ilgili ulusal ve uluslararası mevzuat ve farkındalık eğitimleri verilecektir. Eğitimler sonucunda 35.000 Sağlık çalışanına ve 140.000 emniyet personeline ulaşılması beklenmektedir.

Eğitim materyallerinde kullanılmak üzere sağlık, adalet, polis, ŞÖNİM, konukevi hizmet süreçleri oluşturulmuştur. 26 Proje ili için il eylem planları hazırlanacaktır. Eylem planlarının 2016-2019 Kadına Yönelik Şiddetle Mücadele Ulusal Eylem Planı ile uyumlu olması ve her il özelinde faaliyetleri içermesi hedeflenmektedir. Proje kapsamında iletişim stratejisi oluşturulmuştur. Geliştirilen iletişim stratejisi ile medya, filmler, toplantılar ve farklı etkinliklere başvurularak farkındalık artırma faaliyetleri düzenlenecektir. Bu kapsamda 25 Kasım 2015 tarihinde "Kadına Şiddete Karşı Buradayım De" kampanyası başlatılmış olup ayrıca Proje sonuna kadar pek çok kesimi hedef alan görünürlük toplantıları gerçekleştirilmesine yönelik planlama yapılmıştır.
ŞÖNİM'ler, konukevi ve konukevi öncesi ve sonrası mekanizmalarının çalışma standartları tanımlanmaktadır.

Kadın Konukevleri, İlk Kabul Birimleri ve ŞÖNİM'ler için iş akış şemaları ile bu birimlerde kullanılan formların güncellenmesi, geliştirilmesi ve standart hale getirilmesi çalışmaları devam etmektedir.
Hibe Bileşeni Kapsamında; yerel ve ulusal düzeyde sivil toplum kuruluşlarının kadına karşı şiddete yönelik kapasitelerinin güçlendirilmesi için 11 ilde 19 projeye hibe verilmektedir. 19 Projeden 13'ü tamamlanmış bulunmaktadır.

Kadına Yönelik Şiddetle Mücadele Ulusal Eylem Planı (2016-2019):
Ülkemizde kadına yönelik şiddetle mücadele alanında temel politika önceliklerini ortaya koyan "2012-2015 Kadına Yönelik Şiddetle Mücadele Ulusal Eylem Planı"nın uygulama süresinin dolması sebebiyle "Kadına Yönelik Şiddetle Mücadele Ulusal Eylem Planı (2016-2019)"nın hazırlıklarına başlanmıştır. Yeni Eylem Planı, İstanbul Sözleşmesi başta olmak üzere uluslararası sözleşmelerden ve yasal mevzuatımızdan güç alarak hazırlanmakta; ilgili kurumlarımız açısından daha güçlü sorumluluklar içeren ve bağlayıcılık gücü daha yüksek bir Eylem Planı olması ve tüm kamu kurum ve kuruluşlarının sorumluluklarını yerine getirmesini sağlayacak etkin bir izleme ve değerlendirme mekanizmasını içermesi planlanmaktadır.

Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadele Ulusal Eylem Planı 2016-2019 ile
Yasal düzenlemelerin yapılması ve etkinliğinin arttırılması,
Farkındalık Yaratma ve Zihniyet Dönüşümünün Sağlanması
Koruyucu ve Önleyici Hizmet Sunumu ve Şiddet Mağdurlarının Güçlendirilmesi
Sağlık Hizmetlerinin Uygulanması ve Sunumu,
Kurum Kuruşlar Arası İşbirliğinin Geliştirilmesi
olmak üzere 5 temel alanda iyileştirmeler hedeflenmektedir.

Kadına Yönelik Şiddetle Mücadelede İşbirliği Protokolü :
Bakanlığımız ve Sağlık Bakanlığı arasında; şiddet mağdurlarına öncelikli hizmet sunulması, şiddet uygulayanlara yönelik programlar geliştirilmesi ile şiddet mağduru ve şiddet uygulayanlara verilecek hizmetler kapsamında kurumsal kapasitenin geliştirilmesi, sağlık çalışanlarına kadına yönelik şiddetle mücadele konusunda eğitimlerin verilmesi ile veri sistemlerinin geliştirilmesi amacıyla işbirliği ve eşgüdümün sağlanmasına yönelik çalışmalar kapsamında "Kadına Yönelik Şiddetle Mücadelede İşbirliği Protokolü" 08 Mart 2015 tarihinde imzalanmıştır. Protokol kapsamında Sağlık Bakanlığı ile işbirliği çalışmaları devam etmektedir.

Hukuk Kliniği Protokolü:
Bakanlığımız, Adalet Bakanlığı, Ankara Barosu, Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi arasında 2015 yılı içerisinde imzalanan Hukuk Kliniği Protokolü ile şiddet mağdurlarının Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi öğrencilerinin hukuk kliniği uygulamaları ve Ankara Barosu Avukatlarının desteği ile hukuki danışmanlık hizmeti sunulması çalışması devam etmektedir'' eklenebilir.

KADINLARA YÖNELİK PLANLANAN HİZMETLER
Kadın - erkek fırsat eşitliğinin geliştirilmesine yönelik toplumsal farkındalık arttırılacaktır.
Kadına Karşı Şiddetle Mücadele'nin kurumsallaşmasına yönelik;
- İstanbul Sözleşmesinin ilgili tüm bakanlıklarla işbirliği içerisinde uygulanması ve izlenmesine yönelik gerekli yapılanma oluşturulacak,
- 6284 sayılı Kanunun daha etkin uygulanması sağlanacak,
- Şiddet mağdurlarına yönelik koruma ve destek mekanizmaları geliştirilecek,
- Şiddet Önleme ve İzleme Merkezleri tüm illerde yaygınlaştırılmasına yönelik çalışmalara devam edilecektir,
- "Kadına Yönelik Şiddetle Mücadele Ulusal Eylem Planı (2016-2019)"' kapsamında hedef ve faaliyetlerin gerçekleştirilmesine dönük ilgili tüm taraflarla işbirliği içerisinde çalışmalar yürütülecektir,
- "Aile İçi Şiddetle Mücadele Projesi" kapsamında gerçekleştirilen kurumsal hizmet birimlerinin standardizasyonu faaliyetleri tamamlanarak 81 ile yaygınlaştırılacak,
- Kadın konukevlerinin risk derecelendirmesi ve ihtisaslaştırılması çalışmalarına hız kazandırılacak,
- Kadına yönelik şiddetle mücadele alanında çalışan personele yönelik sistematik olarak hizmetiçi eğitimler düzenlenecek,
- Şiddet mağduru kadın ve beraberindeki çocukların ihtiyaçlarına yönelik psiko-sosyal destek modüllerinin oluşturularak uygulamaya geçirilecek,

- Kadına yönelik şiddet veri sistemlerine yönelik entegrasyon ve geliştirme çalışmalarına devam edilerek veri sistemlerinin kullanımı yaygınlaştırılacak.

Kadın istihdamı ve girişimciliğini destekleme çalışmaları devam edecektir.

ÇOCUKLARA YÖNELİK MEVCUT VE PLANLANAN HİZMETLER
BİRLEŞMİŞ MİLLETLER ÇOCUK HAKLARI SÖZLEŞMESİ

Türkiye, sözleşmeyi 29-30 Eylül 1990 tarihleri arasında Birleşmiş Milletler Genel Merkezi'nde toplanan "Çocuklar İçin Dünya Zirvesi"nde imzalamıştır. Daha sonra 9 Aralık 1994 tarihinde TBMM'de onaylanmıştır. Sözleşmenin Türkiye'de resmi olarak Ocak 1995 tarihinde 22184 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanması ile gerçekleşmiştir.
Sözleşme 26 Ocak 1990 tarihinde imzaya açılmış ve imzaya açılışının ilk gününde 61 ülke tarafından imzalanmıştır.
Türkiye Sözleşmeyi imzalayan 43. ülke olmuştur. Sözleşme, şu an 193 ülke tarafından imzalanmış durumdadır ve bu sayı diğer tüm insan hakları belgelerine atılan imzalardan daha fazladır.

Türkiye Çocuk Hakları Strateji Belgesi

Ulusal Çocuk Hakları Eylem Planı 9 adet stratejik amaç, 30 adet stratejik hedef ve 86 adet eylemi; sorumlu ve ilgili kuruluşları, zamanlamayı, göstergeleri ve uygulayıcılara yönelik rehber niteliğinde bir açıklama bölümünü kapsamaktadır.
Belgede ele alınan temel stratejik amaçlar şunlardır:
Amaç 1. Çocuğa Saygıyı Ve Çocuk Hakları Kültürünü Geliştirmek.
Amaç 2. Çocuk Haklarına İlişkin Karar Süreçlerine Bütün Çocukların Katılımını Sağlamak.
Amaç 3. Çocuğun Doğduğu, Büyüdüğü Ve Yetiştiği Ortamı Korumak ve Fiziksel Çevreyi İyileştirmek.
Amaç 4. Çocuk Hakları Kültürü Çerçevesinde Eğitim Politika ve Programları Geliştirmek.

Amaç 5. Sağlık Hizmetlerini Geliştirmek.
Amaç 6. Aileye ve Çocuğa Yönelik Destek ve Özel Koruma Hizmetlerini Geliştirmek.
Amaç 7. Çocuk Adalet Sistemini İyileştirmek.
Amaç 8. Çocuk Dostu Bir Medya Oluşturmak.
Amaç 9. Etkin Bir Denetleme, İzleme ve Değerlendirme Sistemi Kurmak.

Belgenin yürütülmesinin takibi, Çocuk Hakları İzleme ve Değerlendirme Kurulu tarafından; uygulanması ise 25 kamu kurum ve kuruluşu tarafından yapılacaktır. Belgenin öngördüğü hususların yerine getirilmesinden ve belgeye uyulmasından, paydaş tüm kurum ve kuruluşlar sorumludur.

DAİRE BAŞKANLIKLARI

Koruyucu ve Önleyici Hizmetler Daire Başkanlığı
Aile Yanında Destek Hizmetleri Daire Başkanlığı
Eğitim ve Toplumsal Destek Hizmetleri Daire Başkanlığı
Bakım Hizmetleri Daire Başkanlığı
Sosyal Rehabilitasyon Hizmetleri Daire Başkanlığı
Çocuk Hakları Daire Başkanlığı
Araştırma-Geliştirme ve Proje Daire Başkanlığı
Yönetim Hizmetleri Daire Başkanlığı
Gönüllü Hizmetler ve Uluslararası Kuruluşlar Daire Başkanlığı
İlk Müdahale Hizmetleri Daire Başkanlığı
Bakım Sonrası Hizmetler Daire Başkanlığı

Her çocuğa bireyselleştirilmiş bakım ve koruma hizmeti
HİZMET ÖNCELİĞİ

Çocuğun ailesi yanında bakımı,
Evlat edindirilerek bir aile yanında bakımı,
Koruyucu aile yanında bakımı,
Aile yanında bakımın mümkün olmadığı durumlarda ise çocuk evi ve sevgi evinde bakımdır.

Toplu bakım sisteminden aile odaklı bakıma geçiş
Koğuş bakımı sisteminden ev sistemine geçiş
"İzleme ve Değerlendirme Yazılım Programına İlişkin Sistem" 03/06/Minimum Standartlar 2013 tarihi itibariyle hizmete açılmış olup, 81 İlde uygulanmasına başlanmıştır.
Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nce bakım hizmetlerinin kalitesinin çocuk ve gençlerin refahı, güvenliği ve gereksinimlerini temel alarak, sürekli geliştirilmesi hedefi doğrultusunda Çocuk Hakları Sözleşmesi uyarınca kuruluşlarda sağlanması gereken minimum standartlar belirlenmiş ve kitap haline getirilerek tüm il müdürlüklerine gönderilmiştir.

Öz Değerlendirme Projesi
Öz Değerlendirme Projesi ile çocuk bakım kuruluşları yöneticilerinin, kuruluşta sunulan bakım hizmetlerinin kalitesini, hizmetten yararlanan çocuklar, aileleri, çalışanlar ve ilgili diğer tarafların katılımı ile minimum standartlar kapsamında yönetiminin kendisini değerlendirmesi amaçlanmaktadır.
Çocuk bakım hizmetleri alanında çalışan yöneticilerin, belirlenmiş kalite göstergeleri doğrultusunda, kendi hizmetlerini değerlendirmelerine yönelik bir araç olan "Öz Değerlendirme" sistemine ilişkin Uygulama Rehberi oluşturulmuştur.
Öz değerlendirme Rehberi ile çocuk bakım hizmetlerinin kalitesini artırmak ve hizmetten yararlanan çocukların refahına katkı sağlamak üzere bir öz değerlendirme çerçevesi sunulmaktadır. Bu çerçeve aynı zamanda;
Çocuk bakım hizmetleri alanında hedeflerin gerçekleştirilmesini engelleyebilecek risklerin belirlenmesi ve yönetilmesi,
Geliştirilmesi gereken alanların belirlenmesi,
İyi uygulamaların da ortaya konulması ve yaygınlaştırılması,
Hizmetlerin çocuklara ilişkin sonuçlarının değerlendirilmesi,
Çocuklar, aileleri ve çalışanların hizmet sunum süreçlerinin gelişimine aktif katılımının sağlanması,
Hizmetlere ilişkin hesap verme sorumluluğunun yerine getirilmesi,
Çocuk kuruluşlarına ilişkin denetimlerin etkinliğinin artırılması konularında da önemli katkılar sağlayacağı düşünülmektedir.
Bu kapsamda 2015 yılı içinde bölgesel toplantılar yapılarak yerinde izleme ve rehberlik hizmetinde bulunulmuştur. Özdeğerlendirme sistemi ile her kuruluşun kendi özdeğerlendirimesini yapması beklenilmektedir.

"Türkiye'de Refakatsiz Sığınmacı Çocuklara Erişim ve Çocuğun Yüksek Yararına Yönelik Hizmet Sunumunun Teşvik Edilmesi Projesi"

Çocuğa yönelik sunulan hizmetlerde Planlanan Çalışmalar

- Yasal düzenlemelerin çıkarılması veya revizyonu

Bütün koruyucu ailelerin temel ana-baba eğitimi ve 1. kademe koruyucu aile eğitimlerinin tamamlanması.
Profesyonel koruyucu aile sisteminin pilot uygulamasının hayata geçirilmesi.
Koruyucu aile yanında bakımı sağlanan çocuk sayısının 5000'e ulaştırılması.

- Sosyal Ekonomik Destek hizmetlerinde etkin bir izleme ve denetim sistemi oluşturulması

Evlat edinme hizmetinin standart haline getirilmesi için ailelere eğitim verilmesi için yazılım geliştirilmesi.
Çocuk alanındaki hizmetlerde STK ve toplum katılımının sağlanması ve çocuk konusunda bilincinin ve duyarlılığın ülke genelinde artırılması.
Kapasite altı hizmet veren çocuk yuvası ve yetiştirme yurtları olmak üzere kuruluşların hizmet dönüşümü kapsamında durumlarının değerlendirilmesi, bu kapsamda yüksek kapasiteli kuruluşların hizmetinin sonlandırılarak çocuk evleri ve çocuk evleri sitesi hizmetinin yaygınlaştırılmasına devam edilmesi.
Çocuk Evleri, Çocuk Evleri Sitesi, Yetiştirme Yurtları ve Çocuk Yuvalarında korunma ve bakım altında bulunan çocuklara yönelik ihtiyaçların tespit edilerek sorunların çözümüne yönelik inceleme yapılması, değerlendirilmesi, geliştirilmesi amacıyla "Çocuk Destek ve Gelişim Programı" nın geliştirilmesi.
Sunulan hizmetlerin minimum standartlar kapsamında verilmesinin sağlanması.
Özdeğerlendirme sistemi kapsamında Bakanlık nezdinde her ilin değerlendirilmesinin yapılması.
Çocuğa hizmet veren bakım kuruluşlarında değerler eğitiminin verilmesi .
Refakatsiz ve ailesinden ayrı düşmüş çocuklara yönelik hizmetlerde Standart Operasyonel Düzenlemelerin (SoP) oluşturulması.
Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezlerinin çocuğa yönelik yatak kapasitelerinin artırılması ve yeni merkezlerin oluşturulması yönünde Sağlık Bakanlığı nezdinde girişimlerde bulunması.

AFET VE KRİZ DURUMLARINDA SOSYAL HİZMET MÜDAHALELERİ

İncinebilir gruplara yönelik psikososyal değerlendirme ve kriz müdahalesinin çerçevesi nedir?

Doç. Dr. Tarık TUNCAY
Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Hizmet Bölümü.

SOSYAL HİZMET AÇISINDAN AFETİN KAPSAMI NEDİR?

- **Doğal Afetler**

Deprem, kasırga, hortum, fırtına, sel, volkanik patlama, orman yangını, çığ düşmesi.

- **Teknolojik Afetler**

Nükleer kazalar, kimyasal kirlilik.

- **İnsani (Kusur) Kaynaklı Afetler**

Terör, ulaşım kazaları, endüstriyel kazalar, yapı çökmeleri.
Odağımız: Olayın kendisi değil, doğurduğu sonuç.
Profesyonel desteğin temel ölçütü: Dış Yardım Gereksinimi.

Afetin / Krizin Sonucuna İlişkin İki Eksen

- Afet nedeniyle engelli olanlar, maddi varlıklarını yitirip yoksul olanlar, yeni barınaksızlar, sağlığı bozulan insanlar gibi özel gereksinim gruplarının ortaya çıkması. Var olan özel gereksinim gruplarının (çocuklar, yaşlılar, engelliler, yalnız yaşayanlar, yoksullar, barınaksızlar, işsizler gibi korunmaya ve bakıma muhtaç insanlar) durumunun daha da güçleşmesi.
- Afetin toplumsal dengeyi ve bireyin psikososyal bütünlüğünü sarsması / bozması.

GENEL ÇERÇEVE

Yıkım, kayıp, ölüm, yaralanma, yeti yitimi ile sosyal işlevselliğin düştüğü durumlarda öncelikli müdahale yaklaşımı nedir? Kriz Müdahalesi.
Psikososyal (Psikodinamik) vaka çalışması yöntemi ile farklılığı kısa süreli olması, benzerliği ise duyguları odak alan bir yöntem olması.
İnsanların yaşam düzenleri bir kriz durumunun tetiklemesiyle bozulabilir. Bu durum belirli bir süre devam eder ve ardından yeni başetme araçları bulan insanlar kriz sonrası yaşamlarını yeniden düzenlerler.
Krize müdahale yöntemi bu süreç içinde bireylerin kriz durumu sonrası uyum sürecinin hızlandırılmasına ve güçlendirilmesine yönelik çalışmaları içerir.

- TRAVMATİK DENEYİM -> KRİZ
- KRİZ (bir süreç)
- -> ASB
- -> TSSB
- YA DA
- -> TSB (?)

S.H. Yaklaşımı -> Sonrasında Değil Anında Müdahale Et! Etkileşimsel / Toplumsal Etkileri Tanımla ve Değiştir.

1998 Yılı Dinar Depremi Sonrası…
Ailelerin %30,8'i parçalanmıştır. Aile içi ilişkilerde ne değişiklik olduğu sorusuna ailelerin %37,5'i "yakınlık arttı" derken % 27,8'i "birbirimize karşı sinirli ve anlayışsız olduk" yanıtını vermişlerdir.
"Afetin – krizin bir çıkış noktası olabileceğinin açık kanıtı"

Ekonomik Etkiler

Yaygın psikolojik etkiler nedeniyle bir süre iş hayatının durması. İŞGÜCÜ KAYBI.
Motivasyon güçlüğü ile beslenme ve uyku bozukluklarının etkisi. Bu beklenen ve doğal karşılanması gereken bir sonuç.
Çalışanların oranı azalır, işsizlerin oranı artar.
Borçlanmada, banka kredisi kullanmada artış görülür.

Ebeveyn-Çocuk İlişkisine Etkiler

1. Suçluluk – aşırı ilgi.
2. Disosiasyon – ilgisiz.

MÜDAHALE

Krize müdahale yönteminde bireyin duygularının açığa çıkarılması ve duyguların rasyonel yönetimi.

Krize müdahale yöntemi, kriz durumundaki bireylerin duygularını aktarma, rasyonel düşünme, karar verme ve yeni başetme becerileri geliştirme ihtiyaçlarını karşılama.

Her krizin bir tetikleyici olayı vardır. Bu tetikleyici olay normal başetme mekanizmalarını bozmakta. Bu vakada nerede?

Öncelikle güvenliğini sağla. Ardından duygusal etkileri tanımla. Daha sonra krizin etkilerinden uzaklaşmak için hangi başetme araçlarından yararlanılabileceği üzerinde çalış.

Krize müdahale yönteminde değerlendirme ve müdahale aşamalarını birbirinden ayırt etmek zor

Bireye yararı olmayan başetme becerileri analiz edilir. Bireyin bilişsel yapısı ve duygudurumu inceleneceği için birey de duygularını ve görüşlerini aktaracaktır. Bu aktarım da bireyin rahatlamasını ve uyum sürecine doğru ilerlemesini mümkün kılacaktır. Kriz olgusunun değerlendirmesinde krizi tetikleyen durum üzerinde çok durulmaz. Neden sorusu sorularak, neyin yanlış gittiği sorgulanmaz. Bunların yerine bireylerin:

Başlarına gelenleri anlamalarına, bunlara nasıl yanıt vereceklerine, kendilerini nasıl hissettiklerini paylaşmalarına, geçmiş hangi etkili başetme mekanizmalarını kullandıklarını bulmalarına, sahip oldukları sosyal destek ağlarından nasıl yararlanacaklarına, yardımcı olunur.

GÖREV MERKEZLİ YAKLAŞIMIN İLKELERİNE DE BAŞVUR

Bireye bazı küçük - pratik görevler verilebilir. Her görev başarıldığında bireyin özgüveni ve yeterlik hissi de artacaktır.

Sosyal sınıf, cinsiyet, yaş ve kültür gibi etmenlerin kriz üzerindeki etkileri incelenir. Kriz içindeki bireyin kırılgan ve güçsüz durumu uzmanın ona kendi dünya görüşünü dayatmasını kolaylaştırabilir. Uygulamada etik kurallardan uzaklaşılmamalıdır.

Müdahalede, durumun gerçekliğiyle yüzleştirme, duyguların aktarılmasını sağlama ve pratik destek sağlama gibi tekniklere başvurulur.

Kriz içindeki bireylerin en riskli özelliği kendilerine veya başkalarına zarar verme olasılığıdır. Bunun için müdahale boyunca vakanın güvenliğinin gözetilmesi gerekir.

Sonuçta, müdahale aşamasında sosyal hizmet uzmanının rolü, geçmişte ve bugün bireyin sorunlarını çözmede nelerin etkili olduğunu bulmada ona yardımcı olmasıdır. İSTİSNALAR!

Görüşme seansları arasında kısa aralıklar vardır.

HASSAS YÖNLER

Uzmanın birey üzerindeki gücünün bireyi güçsüzleştirme olasılığı…

Yöntemin diğer hassas yönü, bireyin "içsel" psikolojik süreçlerine aşırı vurgu yapma olasılığı.

Bunun yerine hem içsel hem de kriz sürecine etkide bulunan dışsal durumlara odaklanılmalı.

TIBBİ SOSYAL HİZMETTE KANITA DAYALI UYGULAMALAR

Kronik hastalıklarda psikososyal ve sosyoekonomik değerlendirme nasıl yapılmalı?

Doç. Dr. Tarık TUNCAY

Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Hizmet Bölümü

KRONİK HASTALIKLARIN KAPSAMI

Sosyal Hizmet Müdahalesi İhtiyacı Doğuran Kronik Hastalıklar

- Nöroloji (CP).
- Göz (Görme kaybı).
- KBB (İşitme kaybı).
- Psikiyatri (Şizofreni, BB).
- Hematoloji (Lösemi, hemofili, HIV).
- Kanser (Medikal Onkoloji).
- Endokrin (Diyabet).
- Kardiyoloji – Kalp-Damar Cer. (hipertansiyon, Kalp yetmezliği, kardiyovasküler b, M enfarktus).
- Göğüs (Sistik fibrosis, tüberküloz, kronik akciğer hastalıkları, meslek hastalıkları).
- Nefroloji Kronik böbrek yetmezliği).
- FTR (travma, ampütasyon, romatoid artirid, ankilozan spondilit, kas hast vd.).
- Dermatoloji (yanık).

KRONİK HASTALIKLARDA GÜNCEL DURUM

Kronik hastalıkların insidansı ve prevalansı sürekli artıyor (gelişen tıp teknolojisi).
Ortalama yaşam beklentisi yükseliyor, mortalite oranları düşüyor.
Özürlülük oranları artıyor. Özürlülüğün kapsamı genişliyor.
Tedavilerde başarı ölçütü iyileşme değil, hastalığın yönetilebilir hale gelmesi.
Sosyal hizmet uzmanı hastalık yönetimini etkileyen sosyal koşullara odaklanmalı.

PSİKOSOSYAL ETKİLER

Hastalık yalnızca bedensel mi? Sorusuna Nietzsche'nin yanıtı:
"Hastalık hakkında düşünmek!
Hastanın hayal gücünü dizginlemek,
böylece en azından, onun şimdiye dek olduğu gibi,
hastalığının doğasından ziyade sırf hastalığını kafaya
takmaktan dolayı acı çekmek zorunda kalmaması.
Kanımca bu da bir şeydir. Epeyce önemli bir şey!"
(F.Nietzsche, Tan Kızıllığı)

Hastanın ve ailesinin duygusal yükünün arttığı noktada sosyal hizmet müdahalesi başlıyor.

Hastalık Olgusuna Sosyal Hizmetin Genel Bakışı (Biyopsikososyal model)

Hastalık, insan zihni ile bedeni arasındaki etkileşimin ürünüdür. Zihinde başlayıp bedeni etkiler ya da bedende başlayıp zihni etkiler. Her ikisi de aynı kan dolaşımından beslenir. Birçok zihinsel hastalığı, sanki bunlar fiziksel nedenlerden tümüyle bağımsızmış gibi tedavi etmeye kalkmak veya birçok bedensel hastalığı sanki zihin hiçbir şekilde bununla ilgili değilmiş gibi iyileştirmeye kalkmak, insan bedeninin işleme biçimi hakkındaki yeni kanıtların ışığında, eski moda bir tutum olarak değerlendirilmelidir.

Sosyal Hizmet Uzmanlarının Bilmesi Gereken İki Grup Bilgi!

Psikososyal Müdahalenin Önemini Gösteren Temel Bilimsel Bulgular (RCT)

Soru 1: Yoğun stres altında kalmak (Duygudurum ve anksiyete sorunları) doğrudan kronik hastalıkların oluşmasına neden olur mu?

Yanıt: Hayır, ama araştırma bulguları hastalıkların insidansında psikososyal sıkıntıların immün sistemi zayıflattığını ve hastalıkların oluşma etkenleri arasında olduğunu saptamıştır.

Soru 2: Hastalığın leyhte veya aleyhte prognozunda psikososyal faktörlerin (müdahalelerin) etkisi var mıdır?

Yanıt: Kesinlikle evet. Psikososyal faktörler temelde hastalığa ve tedavi uygulamalarına uyumu ya da uyumsuzluğu (adheransı) doğrudan etkiliyor.

Bazı Araştırma Sonuçları:

- Kronik hastalıklarla eşlik eden depresyon ve anksiyete bozuklukları komplikasyon ve mortalite riskini artırıyor.
- İçe dönük / pasif-duygu odaklı başetme stratejileri kullanan hastalar tedavi uygulamalarına daha az özen - uyum gösteriyor.
- Algılanan sosyal destek düzeyi düşük olan hastalarda hastalık komplikasyonları daha çok görülüyor.
- Optimizm, etkili başetme, özyeterlik kronik hastaların yaşam kalitesini artırıyor.
- Ekonomik yoksunluklar zamanında sağlık hizmeti alınmasını ve gerekli sağlık davranışlarının kazanılmısını engelliyor.

ÖNDEĞERLENDİRME
Holistik Bakış
HASTALIĞIN SOSYAL İNŞASI
Sizin için sağlıklı olmak ne demek? Sağlıklı mısınız?
9000 kişiyle yapılan araştırmadan bazı sonuçlar:

- Sağlık hastalık semptomlarından uzak olmak demek. Mesela başım ya da sırtım ağrımıyor ve ben sağlıklıyım.
- Sağlık herhangi bir hastalığın veya özrün olmamasıdır. Mesela bende kırık bir bacak veya artirit gibi tanılanmış bir tıbbi hastalık yok.
- Sağlık fiziksel olarak fit olmak demek. Mesela ben spor yapabilecek kadar iyiyim.
- Sağlık psikolojik ve sosyal iyilik hali. Mesela ben, kendimi duygusal olarak dengeli ve hayatla başedebilecek düzeyde buluyorum.
- Sağlık çevrede daha rahat yürüyebilmek ve evde dizlerim izin verdiği kadar iş yapabilmek demek, evet sağlıklıyım (70, kadın).
- Sağlık kendini yorgun hissetmemek ve rahat nefes alabilmek demek (51, erkek).

DEĞERLENDİRME: GELENEKSEL / KALİTATİF
Kronik Hastayı Etkileyen Psikososyal Unsurlar
Kişisel (İçsel) Unsurlar:
1. Fiziksel Alan

- Bedensel görünümde yaşanan değişimler
- Hastalığın ve/veya tedavilerin komplikasyonları
- Günlük fiziksel aktivitelerde zorlanma
- Gerekli sağlık davranışlarına uyum

Bu alanda bireyi güçsüz kılan ya da güçlendiren unsurlar.

2. Bilişsel – Duyuşsal alan

- Hastalık sürecine atfedilen anlam ve hastalık süreci anlamlandırılırken başvurulan metafor, imge ve bilişsel temsiller
- Hastalık sürecine verilen tepkiler
- Düşüncelerde ve duygularda yaşanan değişimler ve niteliği
- Yüz yüze gelinen sorunlar
- Cinsel yaşamdaki değişimler (karşı cinsle ilişki ve etkileşimin niteliği)
- Hastalığı kabullenme
- Hastalık sürecinde yaşamının kontrolünü elinde tutabilme konusundaki yaşantılar
- Kullanılan "başetme" kaynakları ve stratejileri (sorun / duygu odaklı)

Bu alanda bireyi güçsüz kılan ya da güçlendiren unsurlar.

Kişisel (İçsel) Unsurlar:

3. Tinsel (manevi) alan

- Bireyin kendisine ve çevresine ilişkin değerler sisteminde yaşanan değişimler.
- Tinsel ritüeller ya da pratiklerde yaşanan değişimler (dinsel pratiklere, değer ve inanç atfedilen uğraşlara, doğaya, sanata, müziğe ve/veya yakın çevre ilişkilerine yönelme).
- Birey açısından yaşama atfedilen anlam
- Birey açısından yaşam amaçları.
- Hastalık sürecinde yaşama atfedilen anlam ve amaçlarda yaşanan değişimler.
- Kullanılan "tinsel başetme" kaynakları ve stratejileri
- Bu alanda bireyi güçsüz kılan ya da güçlendiren unsurlar.

Kişilerarası (Dışsal) Unsurlar:

1. Tıbbi Tedavi Sistemi

- Yakın ilişkide bulunulan hekim, hemşire, psikolog ve sosyal hizmet uzmanı gibi sağlık profesyonelleri ile ilişkilerin niteliği ve hastalık sürecine etkileri.
- Tedavi sistemine ve sağlık politikalarına ilişkin görüşler.
- Tedavi sürecinin nasıl ve hangi koşullarda gerçekleştiği.
- Tedavi süreci ve kararlarına katılma durumu.
- Hastalık ve tedavi süreci hakkında bilgilenme gereksiniminin karşılanması.

Bu alanda bireyi güçsüz kılan ya da güçlendiren unsurlar.

2. Ekonomik, Toplumsal ve Kültürel alan

Ekonomik koşullarındaki değişimler (SES)

- Eğitim/çalışma alanlarında yaşanan değişimler.
- Akran, arkadaş ve eğitim ya da çalışma çevresinin kendisine yönelik davranış ve tutumları.
- Hastalık metaforları.
- Bireyin gözüyle, "hastalığa" toplumsal-kültürel bakış.
- Bireyin deneyimleriyle, "x hastasına" toplumsal-kültürel bakış.
- Hastalığa ilişkin toplumsal – kültürel bakışın damgalayıcı etkileri.

Bu alanda bireyi güçsüz kılan ya da güçlendiren unsurlar.

3. Aile (Hasta Yakını) ilişkileri

- Aile üyelerinin hastalık sürecinden nasıl etkilendiği.
- Ebeveyn, kardeş, akrabalar ve/veya eş (birinci derece yakınlar) ile ilişkilerin niteliği ve bu ilişkilerde ya şanan değişimler.
- Birinci derece yakınlarının kendisine yönelik davranış ve tutumlarında gözlenen değişimler.

Bu alanda bireyi güçsüz kılan ya da güçlendiren unsurlar.

DEĞERLENDİRME: KANITA DAYALI / KANTİTATİF

Kanıta dayalı uygulama, (belli koşullarda kullanılan müdahalenin en etkili biçimini gösteren) araştırma kanıtı tarafından desteklenen girişimler

"Yardım etmenin iyi bir şey olduğunu düşünürüz, ancak mesleklerin tarihi; akıllıca görüneni yapan, iyi yetiştirilmiş, yetenekli ve iyi niyetli insanların iyilikten çok zarar verdiğinin kanıtları ile doludur."

Açıklayıcı güçte kanıta dayalı hiyerarşi

- Seçkisiz kontrollü çalışmaların veya meta-analizin sistematik gözden geçirmesi.
- Seçkisiz kontrollü çalışmaların sistematik gözden geçirmesi.
- Seçkisiz kontrollü çalışmalar.
- Yarı-deneysel çalışmalar.
- Vaka kontrol ve grup çalışmaları.
- Uzman fikir birliği.
- Kişisel görüş.

Kanıta Dayalı Uygulama için Kullanılabilecek Bazı Ölçekler

Yaşam Kalitesi (KH) Ölçeği

Ölçek, Ferrel, Dow ve Grant (1995) tarafından geliştirilmiştir. Ölçekte tasarlanan yaşam kalitesi modeli, Dün-

ya Sağlık Örgütü'nün bireyin tam iyilik halini oluşturan, fiziksel, ruhsal, sosyal ve tinsel (spiritüel) öğeler üzerinde kurulmuştur. Ölçek, fiziksel, psikolojik, sosyal ve tinsel iyilik hali olmak üzere yaşam kalitesinin dört boyutunu içeren 41 maddeden oluşmakta.

Fiziksel iyilik hali; yorgunluk, iştah değişikliği, ağrı/sızı, bulantı, kabızlık gibi sorunları belirlemekte.

Psikolojik iyilik hali; hastalık/tedavi sonucu ile başetme, konsantre olabilme, kendini verimli hissetme, kanserin nüks etmesi ve geleceğe yönelik korku ve endişeleri belirlemekte.

Sosyal iyilik hali; hastalığın aile bireylerine verdiği sıkıntıyı, hastanın destek sistemlerini, kişisel ilişkilerini, iş yaşamını, cinsel yaşamı ve çevreden uzaklaşma gibi davranış ve tutumları belirlemekte.

Manevi iyilik hali ise; yaşamın amacı, hastalığın neden olduğu olumlu değişiklikler, kendini umutlu hissetme ve tinsel/dinsel pratiklere ilişkin davranış ve tutumları belirlemekte.

Ölçeğin test - tekrar test güvenirliği 0,89, iç tutarlığı ise 0,93 olarak bulunmuştur. Ölçeğin Türkçeye uyarlaması Reis (2003) tarafından yapılmıştır.

Başetme Ölçeği

Ölçek, sorun ve duygu odaklı başetme stratejilerini betimleyen 28 sorudan oluşmaktadır. Ölçekte her biri iki ifade içeren 14 alt ölçek mevcuttur (aktif başetme, planlama, olumlu yeniden yorumlama, kabullenme, mizah, din, duygusal destek kullanımı, maddi destek kullanımı, zihni dağıtma, inkâr, duygusal aktarım, madde kullanımı, davranışsal boş verme, kendini suçlama). Her alt ölçekte yer alan ikişer ifadeye veri kaynağı bireylerin "1-asla böyle bir şey yapmam … 4-çoğunlukla böyle yaparım" arasında işaretlenen Likert tipi yanıtlamaya dayalıdır. Puanlama 1'den 4'e kadar artan şiddette yapılmaktadır. Her başetme stratejisindeki yüksek puan, o stratejinin daha yoğun olarak kullanıldığını göstermektedir.

Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Bu ölçek, Russel ve Cutrona (1987) tarafından geliştirilen ve algılanan sosyal desteği ele alan "sosyal destek (SDÖ)" ölçeğidir. Ölçek 24 maddeden oluşmaktadır. 4 puanlı Likert tipi yanıtlama biçimine göre tasarlanmıştır. Ölçme aracında bağlılık (attachment), sosyal uyum (social integration), rehberlik (guidance), güven kazandırma (reassurance of worth), yetiştirme (nurturance) ve güvenilir birliktelik (reliable ailliance) duygusunu içeren 6 alt ölçek bulunmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Işıklı (1998) tarafından yapılmıştır.

Diğer Ölçekler

Aile Değerlendirme Ölçeği.
Yaşam Kalitesi Ölçekleri.
Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği.
Psikososyal Uyum Ölçeği.
Genel Özyeterlilik Ölçeği.
Çocuklar İçin Genel Amaçlı Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği.
Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği.
Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği.
Çocukluktaki Olumsuz Düşünceleri Değerlendirme Ölçeği.
Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği.
Ana Babaya Bağlanma Ölçeği.
Çokboyutlu İlişki Ölçeği.
Çocukluk Örselenme Yaşantıları Ölçeği.
Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği.
Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği vd.

PSİKOSOSYAL MÜDAHALELER

Hasta – Sosyal Hizmet Uzmanı İlişkisinde Dört İlke

Empatik, eşitlikçi, karşılıklı güven geliştiren ve açık iletişim kuran profesyonel.

Sosyal Hizmet Uzmanının Dört Temel İşlevi

Destekleme, kolaylaştırma, bağlantı kurma ve savunuculuk yapma.

Hastayla İlk Görüşmeden İtibaren Gösterilecek Profesyonel Davranışlar (Beceriler)

- **Yaşam öyküsünü ve hastalık anlatılarını içtenlikle/etkili dinleme motivasyonu gösterme**

Başınızdan çok önemli şeyler geçtiğini düşünüyorum. Sizi tanımak ve yaşadıklarınızı dinlemek isterim. Yaşadıklarınızın dilediğiniz kadarını benimle paylaşabilirsiniz.

- **Kişisel duyguları kontrollü dışa vurma**

Hastanın anlattıkları uzmanda olumsuz duyguların oluşumuna neden olmuş ise bunları hastaya bir yararı olmayacağı için ifade etmekten kaçınmak.

- **Görüşme sonunda hastanın anlattıklarını özetleme**

Anlatılanların özellikle önemli olan kısımlarını kısaltarak yineleme.

- **Hastanın hastalık deneyiminin özgün ve biricik olduğunu gösterme**

"Bunları sizin gibi birçok insan yaşıyor" gibi bir mesaj vermeyerek genellemelerden kaçınma.

Hastayı talep ettiği ölçüde bilgilendirme

İstenilen bilgilerden daha azını veya daha fazlasını vermekten kaçınma. "Hastanın herşeyi bilmeye hakkı vardır" yanılgısına düşmeme. Tıbbi durumla ilgili bilgilendirmede temel sorumluluk hekimindir.

- **Yargısal İletişim kurmaktan kaçınma**

Doğru/yanlış, iyi/kötü gibi çağrışımlar içeren ve uzmanın görüşlerini yansıtan doğrudan yargıda veya yönlendirme yapmama. Hastanın duygu durumunu özellikle olumsuz ise ifade etmekten kaçınma.

"Bence siz en kısa sürede, şu alışkanlığınızdan vazgeçin!", "Bugün sizi çok kederli/çökkün/sıkıntılı görüyorum." gibi yargılar yerine soru sorma tekniği ile davranış, biliş ve duyguyla bağlantılı konu işleme.

- **Hastanın durumuyla ilgili umutsuzluk / güvensizlik göstermeme**

Terminal hastalar dışında, hastalıkla başeden bireyin umudunu ve güvenini artırmanın temel koşulu öncelikle sağlık profesyonelinin bunları taşıyor olması. Ayrıca gerçekçi olmayan umut da sergilememe.

- **Hasta ailesini destekleme**

Hastaya yönelik olumlu her davranış ve tutumda aile üyelerini yüreklendirme. "Çabalarınızın hastamıza çok yararlı olduğunu görüyoruz. Sabrınız ve emeklerinizin çok anlamlı olduğunu düşünüyorum."

- Hastanın tedavi sürecinde önemli bir yeri ve sorumluluğu olduğunu gösterme

İyi olmak için sarfettiğiniz kişisel çabaların hastalığınızın gidişatına çok önemli etkile yaptığını düşünüyorum.

- **Uygun yerlerde empatik tepkiler verme**

Başınıza gelenleri sizin kadar yaşamışcasına anlıyorum… Bunlarla karşılaşmak sizin için oldukça zor olmalı…

Müdahalenin Teorik Dayanakları

- Ekosistem Kuramı.
- Çevresi İçinde Birey Yaklaşımı.
- Güçlendirme Yaklaşımı.
- Biyopsikososyal(tinsel) model.
- Sağlık Bakım modeli.

Müdahalenin Nihai Amaçları

- Hastalığın "yönetilebilir" hale gelmesi ve kontrol altına alınması.
- Hastalık gerçeğinin kabul edilmesi.
- Hastalığa ve tedavi süreçlerine uyumun sağlanması.
- Hastanın başetme kapasitesinin artırılması.
- Psikiyatrik Semptomların (şikayetlerin) engellenmesi.
- Algılanan sosyal desteğin artırılması.
- Ekonomik yoksunlukların hafifletilmesi.

Müdahale Odakları

- Olumlu Bilişsel Değişim Sağlama.
- İnancı Artırma ve Koruma.
- Etkileşimi Artırma.
- Bilgi-beceri kazandırma.
- Kontrol Hissini Artırma.

ENGELLİ VE YAŞLILARA YÖNELİK MEVCUT VE PLANLANAN HİZMETLER

Coşgun GÜRBOĞA
Yaşlı Bakım Hizmetleri Daire Başkanı.

MEVZUAT

Mülga Özürlüler İdaresi Başkanlığı 25/3/1997 tarihli ve 571 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile kurulmuş ve 1/7/2005 tarihli ve 5378 sayılı Engelliler Hakkında Kanun ile teşkilat yapısı yeniden düzenlenmiştir. Ayrıca 2828 sayılı Sosyal Hizmetler Kanunu kapsamında hizmet vermekte olan SHÇEK bünyesinde hizmet vermekte olan birimler 3/6/2011 tarihli ve 633 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Özürlüler İdaresi Başkanlığı, Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü olarak Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nın ana hizmet birimi olarak yeniden yapılandırılmıştır. Genel Müdürlüğün yetki, görev ve sorumlulukları da aynı kararnamede yer almıştır.

MİSYONUMUZ

Birey, aile ve toplum refahını artırmak amacıyla dezavantajlı kesimler öncelikli olmak üzere tüm toplumu hedefleyen katılımcı anlayışla, adil ve arz odaklı bütüncül sosyal politikalar üretmek, uygulamak ve izlemek.

VİZYONUMUZ

Türkiye'nin 2023'e doğru tarihsel yürüyüşünde, mutlu birey ve güçlü ailelerden oluşan müreffeh bir toplum için, zamanın ruhunu yakalayan, değişimi yönetebilen ve buna yönelik dönüşümü gerçekleştiren, sosyal riskleri önleyici sosyal politikalar geliştiren ve uygulayan bir bakanlık olmak.

AKTİF SOSYAL POLİTİKA

İş birliğine dayalı özel sektör, gönüllü kuruluşlar eksenli hizmet sunumu
Sosyal sorumluluk bilinci geliştirme
Bireyin kapasitesine yatırımı öngören düzenlemeler
Yaşlının sosyal çevresine tercihine göre hizmet sunumu
Kamu idaresi merkezli hizmet sunumu
Yaşlının korunmasına dayalı düzenlemeler
Yaşlıya tek tip hizmet sunumu
Yaşlıyı toplumdan dışlayan kurum yoğun yapısı
Heterojen yapıyı kuşatan Kavramsallaştırma
İhtiyaca göre değerlendirme (sosyal haklar)
Hane bazlı sosyal hizmet yaklaşımı
Homojen tanıma dayalı mevzuat
Fiziksel yetersizliğe göre değerlendirme
Bireye sosyal yardıma dayalı yaklaşım

GENEL MÜDÜRLÜĞÜN GÖREVLERİ

Engelliliğin önlenmesi ile engellilerin eğitimi, istihdamı, rehabilitasyonu, ayrımcılığa uğramadan insan haklarından yararlanarak toplumsal hayata katılmaları ile yaşlılara yönelik sosyal hizmetlere ilişkin ulusal düzeyde politika ve stratejilerin belirlenmesi çalışmalarını koordine etmek.
Belirlenen politika ve stratejileri uygulamak, uygulanmasını izlemek ve değerlendirmek.
Münhasıran engellilere tanınan haklar ve sunulan hizmetlerden yararlanmada kullanılmak üzere hazırlanan engelli kimlik kartlarına ilişkin işleri yürütmek.

Koruyucu, önleyici, eğitici ve rehabilite edici çalışmalar

Bakanlığın engellilere ve yaşlılara yönelik koruyucu, önleyici, eğitici, geliştirici, rehberlik ve rehabilite edici sosyal hizmet faaliyetlerini yürütmek ve koordine etmek.

İnceleme ve araştırma yapmak

Engellilerin sorunlarını ve çözüm yollarını araştırmak, bu konuda uygulamanın geliştirilmesine yönelik öneri ve programlar hazırlamak ve uygulamak.

Engellilerle ilgili konularda inceleme ve araştırmalar yapmak, projeler hazırlamak ve uygulamak. Yaşlıların toplumla bütünleşmesine, statü ve rollerinin yeniden kazanımına, işlevlerinin artırılmasına, boş zamanlarının etkili bir biçimde değerlendirilmesine ilişkin mekanizmalar oluşturmak.

Bakım ve destek hizmetleri

Yaşlılara sunulan sosyal hizmet modellerini geliştirmek.

Yaşlıların ve bakıma muhtaç engellilerin, yaşamlarını evlerinden ve sosyal çevrelerinden ayrılmadan sürdürebilecekleri sosyal desteklerin verilmesi için gerekli mekanizmaları kurmak, var olanları standardize etmek, uygulamaları takip etmek ve denetlemek.

Kamu kurum ve kuruluşları, gönüllü kuruluşlar ile gerçek ve tüzel kişilerce engellilere ve yaşlılara yönelik yürütülen sosyal hizmet faaliyetlerine ilişkin ilke, usûl ve standartları belirlemek ve bunlara uyulmasını sağlamak.

PERSONEL

Genel Müdürlüğümüz 181 Personel ile hizmet vermektedir.

ASP Uzmanı: 22

ASP Uzman Yrd.: 12

Meslek Elemanı: 43

Uzman yardımcılarımızın tez konuları genel müdürlüğümüzün hizmet alanlarına ilişkin konulardan oluşmaktadır.

ENGELLİ VE YAŞLI HİZMETLERİ

Engelli Hizmetleri

Engelli İstihdamı

(EKPSS, Korumalı İşyerleri Mevzuatı, Engelli Girişimciliği, İşe Katıl Hayata Atıl Projesi)

Erişilebilirlik Çalışmaları

(Erişilebilirlik İzleme ve Denetleme Yönetmeliği, Standart Belirleme, Ulusal Erişilebilirlik İzleme Sistemi, UDEP Projesi, Müfredatta Değişiklik, Türkiye'de Engelliler için Erişilebilirlik Algısı Araştırması)

Engelli Bakım Hizmetleri

(Kurumsal Bakım, Umut Evi, Evde Bakıma Destek Hizmeti, İlk Kabul ve Müdahale Birimi, Kalite Geliştirme Çalışmaları)

Eğitim, Rehabilitasyon ve Sosyal Hayata Katılım

(Projeler, Kampanyalar ve Bilinçlendirme Faaliyetleri)

ARGE ve Proje Çalışmaları

(Veri Toplama ve İstatistik Çalışmaları, Engellilerin Haklarına İlişkin Sözleşmenin Uygulanması ve İzlenmesi Çalışmaları, Ulusal ve Uluslararası Destekli Proje Faaliyetleri, Engelliler Destek Programı (EDES), Uluslararası Kuruluşlarla İlişkiler)

Kalite Geliştirme Çalışmaları

(Stratejik Planlama Çalışmaları ve Mevzuat Çalışmalarına Koordinasyon)

Yaşlı Hizmetleri

Yaşlanma Ulusal Eylem Planı

Yaşlı Bakım Hizmetleri

(Evde Bakım, Yatılı ve Gündüzlü Bakım Hizmetleri (Huzurevleri, Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri, Yaşam Evleri)

ENGELLİ İSTİHDAMI

Kamuda İstihdam (EKPSS)

2002 yılı 5.777 2015 yılı 40.847

Özel Sektörde İstihdam

84.706 çalışan (+10.422 kamu işçisi)

Açık Kontenjan: Kamuda 712, Özel Sektörde 23.637

Korumalı İşyeri mevzuat çalışmaları,
Korumalı İşyeri Komisyonları eğitim çalışmaları,
"İşe Katıl Hayata Atıl" Projesi,
Belediyeler, STK'lar ile korumalı işyeri ve destekli istihdam yaygınlaştırma faaliyetleri,
İslam İşbirliği Teşkilatı ile iş birliği çalışmaları.

ERİŞİLEBİLİRLİK ÇALIŞMALARI

Engelliler Hakkında Kanun.
Standartların belirlenmesi.
Erişilebilirlik izleme ve Denetleme Yönetmeliği.
Erişilebilirlik İzleme ve Denetleme komisyonlarının koordinasyonu.
Ulusal Erişilebilirlik İzleme Sistemi.
Yerel destek programları (UDEP/ERDEP).
Müfredatta değişiklik.
Diğer kurumlara teknik bilgi desteği verilmesi ve eğitimler.
Türkiye'de Engelliler için Erişilebilirlik Algısı Araştırması.

EĞİTİM, REHABİLİTASYON VE SOSYAL HAYATA KATILIM

Engelli Bireyler için Hizmetlerin Geliştirilmesi Projesi (İPA)
İhtisaslaşma çalışmaları (Otizm vb.).
Otizm Eylem Planı Kapsamında Farkındalık ve Bilgilendirme Seminerleri.
Gıdaların Zenginleştirilmesi.
Türk İşaret Dili Çalışmaları.
Engelli Gençlik Kampları.
Sağlık Kurulu Raporlama Sisteminin revizyonu.
Destek teknolojileri ve SUT çalışmaları.
Çocuklar için Sağlık Kurulu Raporu (ÇÖZGER).
Erken çocukluk rehabilitasyon hizmetleri eylem planı.
Engelli bireyler ve fiziksel aktivite çalışmaları.

ARGE VE PROJE ÇALIŞMALARI

BM Engelli Hakları Sözleşmesi.
Sözleşmeye Ek İhtiyari Protokol.
Engelliler Destek Programı (EDES).
Sözleşmenin (EHİS) Uygulanma ve İzlenmesi Kapasitesinin Desteklenmesi Projesi.
Engelli Hakları İzleme ve Değerlendirme Kurulu.
Ulusal Engelli Hakları Strateji Belgesi Oluşturulması (UNDP İşbirliği ile).
Engelli Kimlik Kartı.
Engellilerin Toplumsal Entegrasyonunun Geliştirilmesi Projesi.
M-Care (Almanya, Yunanistan,Brüksel,Gazi Üni,ASP).
Accessible Life Phase II.
İnsan Hakları ve Engellilik Seminerleri Projesi.
STK Kapasite Geliştirme Seminerleri.
Progeria.

YAŞLI HİZMETLERİ

Yaşlı bakım hizmetlerinin yerel yönetimler ve sivil toplum kuruluşları ağırlıklı olarak yerel ihtiyaçlar dikkate alınarak verilmesi, Bakanlığın politika, strateji ve hizmet esaslarını belirleyen, düzenleyen, izleyen ve rehberlik eden, denetleyen ve geliştiren-dönüştüren bir rol üstlenmesi planlanmaktadır.
Ana hedef, hızla artan nüfus artışı karşısında bakım ihtiyacı duyan yaşlılarımızın aileleri yanında bakımının sağlanması için yeni modeller geliştirmek ve huzurevlerini ülkemiz değerlerine göre yeniden planlayarak kaliteli hizmet sunmaktır.
Türkiye Ulusal Yaşlılık Eylem Planı Ulusal Yaşlanma Uygulama Programı 2013 yılında başlatılmış ve ilgili Bakanlıklardan gelen faaliyetler raporlanmakta ve programdaki eylemlerin takibi yapılmaktadır.

Yaşlı ihmal ve istismarının önlenmesinin en önemli ayağı olan yaşlılara yönelik olumlu tutum geliştirilmesi amacıyla kuruluşlarımıza ihmal ve istismar sonucu gelen yaşlıların tespit araştırması yapılmaktadır.
Aktif Yaşlanma Endeksi veri toplama çalışmaları BM Yaşlanma Çalışma Grubu Nüfus birimi ve TÜİKle ilgili kurumların desteği ile sürdürülmektedir.
Yaşlı Dostu Kentler Sempozyumu 26-27 Kasım 2015 tarihlerinde Bursa'da Bursa Büyükşehir Belediye Başkanlığı ve Türkiye Belediyeler Birliği, Sağlıklı Kentler birliği işbirliği ve Valiliğin desteği ile gerçekleştirilmiştir.
Yaşlılara Destek Programı (YADES) kapsamında Büyükşehir belediyesi olan illerde valiliklerin yetki ve sorumluluğunda, belediyelerin desteklenmesi planlanmaktadır.

YAŞLI BAKIM HİZMETLERİ DAİRESİ BAŞKANLIĞI
ORTA VADE HEDEFLER
Bakanlığımızın yapılanma sürecinde; site tipi, avlu tipi ve sokak tipi olmak üzere 3 farklı huzurevi modeli oluşturduk. Yatırım kapsamında 2015 yılında 11 huzurevimizin açılış işlemleri gerçekleştirilmektedir.
Yatırım programında 45 Huzurevi ve Yaşlı Bakım Rehabilitasyon Merkezi bulunmakta olup, 2016 yılı için 2 ilde daha yatırım planlanmıştır. Son 1 yıldır hayırseverlerle işbirliğimiz artmış olup 3 ilde hayırseverlerimizle protokol imzalanmış diğer 4 ilde de görüşme ve protokol imzalanma süreçleri devam etmektedir.
Özel ilgi bekleyen alanlardan, Alzheimer-demans, ruhsal engelli yaşlılar için ihtisaslaşmış yatılı bakım modelleri geliştirilecek ve uygulanacaktır.
Yaşlıların bireysel ihtiyaçları dikkate alınarak, öncelikle evlerinde ve ailelerinin yanında evde destek ve evde bakımla desteklenmeleri, yeterli gelmiyorsa gündüzlü bakım ve yatılı bakım hizmetlerinden yararlandırılması sağlanacaktır.

Yaşlılarımızın ve ailelerinin faydalanabileceği sosyal dayanışma ve sosyal danışmanlık hizmetleri Bakanlığımız koordinasyonunda ve sorumluluğunda artırılacaktır.
Her türlü bakım hizmetlerinin niteliği ve ihtiyaca cevap verebilirliği artırılacaktır.

PRENSİPLER
Temel Öncelikler:
Tıbbi yaklaşım yerine sosyal yaklaşım modeli.
İstihdamda fırsat eşitliği.
Eğitim hakkından her engelli çocuğun eşit ölçüde yararlanması.
Doğru planlama için sağlıklı veri tabanı.
Hizmetlere erişimde ve sosyal hayata katılımda pozitif ayrımcılık.
Toplum temelli bakım.
Aktif yaşlanma uygulamalarının hayata geçirilmesi.
Yaşlının evinde ve mümkünse sosyal çevresinden koparılmadan bakım ve rehabilitasyonunun sağlanması.
Gündüzlü hizmetlerin yaygınlaştırılması.
Nitelikli insan gücü.
Kalite izleme sistemi.

KISA VADELİ HEDEFLERİMİZ
En az 30.000 engelli işçi ve memur istihdamı sağlanması.
Türkiye Erişilebilirlik Haritasının oluşturulması.
Engellilere yönelik hizmetlere erişim sistemi kurulması.
Evde bakım ve destek hizmeti sisteminin kurulması.

TIBBİ SOSYAL HİZMET UYGULAMALARI

SHU. Elif KAYA
İstanbul Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

TIBBİ SOSYAL HİZMET

Tıbbi Sosyal Hizmet: Hastalığı ve tedavisi sırasında hastayı etkileyen sosyal ve duygusal sorunların çözümü ile uğraşmak amacı ile sosyal kişisel çalışma ve bazen de grup çalışması yöntemi kullanılan sosyal hizmet mesleğinin bir uygulama alanıdır (Friedlander 1963).

TIBBİ SOSYAL HİZMET UZMANI

Hastanede ayakta veya yatarak muayene, tetkik ve tedavi olan hastaların tıbbi tedaviden etkin bir biçimde yararlanmaları amacıyla yürütülecek ekonomik, sosyal, psikolojik, eğitici, destekleyici ve geliştirici hizmetlerin yanında hastanın ailesi ve çevresi ile ilişkilerinin düzenlenmesi, hastaneden çıktıktan sonra kişisel ve ailevi sorunlarının çözümlenmesi, sorunları ile baş etme becerilerinin geliştirilmesi gibi hizmetleri mesleki bilgi, beceri ve bir disiplin içinde uygulayan kişidir.

GÖREV VE İŞLEM BASAMAKLARI

Tıbbi sosyal hizmetin çerçevesi; psikososyal ve sosyo – ekonomik müdahalelerin uygulanması, eğitsel – sosyal – psikolojik – destekleyici ve geliştirici planlı müdahale sürecinin oluşturulması, vaka yönetiminin multidisipliner çalışmayla organize edilmesi,
sosyal endikasyon kapsamına giren tüm sosyal sorunların; birey – aile ve gerektiğinde mevzuat temelinde kurumlar arası havaleler ile çözümlenmesi, taburculuk sonrasının planlanması ve vakanın izleme sürecinin takip edilmesi, maddeleri temelinde, sosyal kişisel ve grup çalışmasını kapsayan, genelci bakış açısıyla uygulanan tüm sosyal hizmet müdahaleleri olarak belirlenmiştir.

TIBBİ SOSYAL HİZMET MÜDAHALESİ

Kimsesiz, terk ve bakıma muhtaç hastalar.
Engelli hastalar.
Güvencesiz hastalar.
Yoksul Hastalar.
Aile içi şiddete maruz kalmış hastalar.
İhmal ve istismara uğramış çocuk ve kadın hastalar.
Mülteci ve sığınmacı hastalar.
İnsan ticareti mağduru hastalar.
Yaşlı, dul ve yetim hastalar.
Kronik Bakım hastaları.
Psiko-sosyal desteğe ihtiyacı olan hastalar.
Alkol ve madde bağımlısı hastalar.
Yabancı uyruklu olup tedaviden yararlanamayan hastalar.
İl dışından gelen hastalar.
Hastalığa ve tedavi sürecine uyumda zorlanan hastalar.
Acil Servise İntihar Nedeni ile başvuran hastalar.

TIBBİ SOSYAL HİZMET MÜDAHALE SÜRECİ

Hekim tarafından hasta sosyal hizmet birimine Bildirilir.
Hasta ve yakınları ile ilk görüşme.
Hastaya uygulanacak sosyal hizmet müdahalesinin belirlenmesi.
Evrak ve resmi yazışma sürecinin başlatılması.
Vakanın sonlandırılması ve takibi.

TIBBİ SOSYAL HİZMET MÜDAHALESİ

Psiko-Sosyal Desteğe İhtiyacı Olan hastalar.
Alkol ve madde bağımlısı hastalar.
Yabancı uyruklu olup tedaviden yararlanamayan hastalar.
İl dışından gelen hastalar.
Hastalığa ve tedavi sürecine uyumda zorlanan hastalar.
Acil Servise İntihar Nedeni ile başvuran hastalar.

VAKA ÖRNEKLERİ VE SOSYAL HİZMET MÜDAHALELERİ

VAKA 1

Kimsesiz, Bimekan, Bakıma Muhtaç Yaşlı

74 yaşındaki P.T. kimsesiz olduğunu ve öz bakımını karşılayacak durumda olmadığını beyan etmesi üzerine birimimize bildirilmiştir.

İLGİLİ MEVZUATLAR VE SOSYAL HİZMET MÜDAHALESİ

2828 Sayılı Sosyal Hizmet Kanunu

"Sosyal Hizmetler"; kişi ve ailelerin kendi bünye ve çevre şartlarından doğan veya kontrolleri dışında oluşan maddi, manevi ve sosyal yoksunluklarının giderilmesine ve ihtiyaçlarının karşılanmasına, sosyal sorunlarının önlenmesi ve çözümlenmesine yardımcı olunmasını ve hayat standartlarının iyileştirilmesi ve yükseltilmesini amaçlayan sistemli ve programlı hizmetler bütününü,

……..

"Muhtaç Yaşlı"; sosyal veya ekonomik yönden yoksunluk içinde olup korunmaya, bakıma ve yardıma muhtaç yaşlı statüsündeki kişiyi ifade eder.

Hastanelerde karşılaştığımız Muhtaç Yaşlı vakalarında hazırlanan Sosyal İnceleme Raporu ile 2828 Sayılı Kanun gereği işlem talep edilir.

VAKA 2

Çocuk İhmal ve İstismarı ; 1 yaşındaki E.Ö. Hastanede tedavi gördüğü süreçte annesi tarafından fiziksel şiddete maruz kaldığı gerekçesi ile Birimimize bildirilmiştir.

İLGİLİ MEVZUATLAR VE SOSYAL HİZMET MÜDAHALESİ

5395 Sayılı Çocuk Koruma Kanunu

Kanunun amacı korunmaya ihtiyacı olan veya suça sürüklenen çocukların korunmasına, haklarının ve esenliklerinin güvence altına alınmasına ilişkin usul ve esasları düzenlemektedir. Hastanede karşılaştığımız vakalarda çocuk ve ailesi ile yapılan görüşmeler neticesinde hazırlanan sosyal inceleme raporu ile çocuk hakkında 5395 Sayılı Çocuk Koruma Kanunu'nun; "5/1 – a maddesi gereğince danışmanlık tedbiri, 5/1 – b maddesi gereğince eğitim tedbiri, 5/1 – c maddesi gereğince bakım / kurum tedbiri, 5/1 – d maddesi gereğince sağlık / psikiyatrik yardım tedbiri" talebiyle, sosyal inceleme raporu düzenlenerek, adli koruma ve inceleme birimlerinden talep edilebilir.

VAKA 3

Kadına Yönelik Şiddet 46 yaşındaki S.P. Eşi tarafından 21 yerinden bıçaklanarak Hastanemize getirilmiş ve Birimimize bildirilmiştir.

İLGİLİ MEVZUATLAR VE SOSYAL HİZMET MÜDAHALESİ

6284 Sayılı Ailenin Korunmasına ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun

Bu Kanunun amacı; şiddete uğrayan veya şiddete uğrama tehlikesi bulunan kadınların, çocukların, aile bireylerinin ve tek taraflı ısrarlı takip mağduru olan kişilerin korunması ve bu kişilere yönelik şiddetin önlenmesi amacıyla alınacak tedbirlere ilişkin usul ve esasları düzenlemektir.

Hastanelerde karşılaşılan şiddet vakalarında hazırlanan sosyal inceleme raporu ile 6284 Sayılı Kanunun 3. maddesinin a ve ç bentlerine istinaden tedbir talep edilir.

TIBBİ SOSYAL HİZMET MÜDAHALE SÜRECİNDE YAŞANILAN SORUNLAR

Hastanede yatarak tedavi gören ve Tıbbi Sosyal Hizmet Müdahalesine ihtiyaç duyan hastaların özellikle taburculuk aşamasında Sosyal Hizmet Birimlerine bildirilmesi uygulanacak müdahale sürecini uzatmaktadır.

Tıbbi Sosyal Hizmet Müdahalesi multidisipliner bir yaklaşım olarak ele alındığında kurumlar arası işbirliği ön plana çıkmaktadır. Bu süreçte Sosyal Hizmet Uzmanları "ara bulucu" rolünü üstlenmektedir. Kurumlar arası işbirliğinin sağlanması aşamasında kullanılan ortak bir ağın olmaması Sosyal Hizmet Müdahale sürecini uzatmakta ve bu durum hasta mağduriyetine neden olmaktadır.

Eğitim ve Araştırma Hastanelerinin yoğunluğu düşünüldüğünde kalifiye meslek elemanı sayısının yetersizliği özellikle hastaların taburculuk sonrası takibini zorlaştırmaktadır.
Hastaneye başvuru yapan ve tıbbi tedavisi tamamlanan bimekan ve korunmaya muhtaç yaşlı statüsündeki hastaların uygun sosyal hizmet müdahalesinden faydalanabilmeleri için takip edilen işlem sürecinde kalabilecekleri ara istasyonların bulunmaması hem hastane hemde hasta açısından olumsuz sonuçlar doğurmaktadır.

Sosyal Hizmet Birimlerine başvuran ya da hekim tarafından bildirilen hastaların nüfus kayıtlarına bakılabilecek bir sistemin bulunmaması (özellikle kimsesiz olduğunu beyan eden hastalarda) kişinin beyanının esas alınmasına neden olmaktadır. Bu durum ASPB ve Emniyet Müdürlüğünün iş yükünü arttırmakta ve Sosyal Hizmet Uzmanının müdahale sürecini uzatmaktadır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Tıbbi sosyal hizmet uygulamalarında multidisipliner olarak çalışılan "Emniyet Müdürlüğü, İl Sosyal Hizmetler Müdürlüğü, Cumhuriyet Başsavcılıkları, Yerel Yönetimler ve Kaymakamlıklar" arasında, ortak bir çalıştay ile işbirliği yapılarak şubelerin tanıtılmasının, tarafların görev ve yetkilerinin belirlenmesinin ve hizmet kalitesinin hızlandırılarak arttırılmasının, müracaatçıların yüksek yararına olacağı düşünülmektedir.
ASPB da çalışan Sosyal Hizmet Uzmanlarına tanımlanan özellikle Nüfus Kayıt Örneği ve İkametgah Belgelerinin incelendiği sistemin yetkilerinin Sağlık Bakanlığında çalışan Uzmanlara tanımlanması; ilgili birimlerde çalışan meslek elemanlarının işlerini önemli ölçüde kolaylatacak olup; ASPB ve Emniyet Müdürlüklerinin de iş yükünü azaltacaktır.

Tıbbi sosyal Hizmet müdahale sürecinde ortak çalışılan "Emniyet Müdürlüğü, İl Sosyal Hizmetler Müdürlüğü, Cumhuriyet Başsavcılıkları, Yerel Yönetimler ve Kaymakamlıklar" arasında ortak bir haberleşme ağının oluşturulmasının hastane ve hasta bazlı yarar sağlayacağı düşünülmektedir. Eğitim ve Araştırma Hastaneleri gibi bir çok farklı müracaatçı grubuna hizmet veren kurumlarda kalifiye meslek elemanı sayısının yetersizliği nedeniyle yaşanan sıkıntıların stajer öğrenci hizmetinin yaygınlaştırılması ile önemli ölçüde azalacağı düşünülmektedir.

ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ AMATEM KLİNİĞİNDE SOSYAL HİZMET UYGULAMALARI

Sosyal Hizmet Uzmanı Ercan MUTLU

Bağımlılık Tedavisinde Temel İlkeler

1.Bağımlılık biyopsikososyal bir hastalıktır ve etkili bir tedavi, bireyin sadece madde kullanımıyla değil sosyal, alevi, ekonomik ve yasal sorunlarını da ele almalıdır.

2.İlaç ve psikososyal tedaviler birlikte uygulanabilmelidir.

3. Madde bağımlılığı kronik bir hastalıktır, düzelme uzun sürelidir, izleme çalışmaları önemlidir.

4. Her bireye uygun tek bir tedavi yöntemi yoktur. Uygulanacak tedavi yöntemi bireysel özelliklere göre belirlenmelidir. Tedavi programı kişinin değişen gereksinimlerine yanıt verebilmelidir.

5.Madde kullanıcıları tedaviye girmekte ve kullandıkları maddeyi bırakma konusunda kararsızdır. Karar verdikleri dönemde tedavinin hazır olması önemlidir (Ögel,210, s.13-14).

Neleri Bilelim?

Madde kullanım bozukluğuna bağlı olarak yaşam fonksiyonlarında problem yaşayan müracaatçılar nedeniyle sosyal hizmet uzmanları genel teoriler, aile sistemi teorileri, kişilerarası dinamiklerle ilgili teoriler ve diğer uygun teoriler hakkında bilgi sahibi olmak durumundadırlar.

Madde kullanım bozukluğu ile ilişkili psikolojik problemler ve madde kullanımının vücuttaki uzun dönemli etkileri.

Müracaatçı hakları, madde kullanım bozukluğuna yönelik hizmetler ile ilgili kanunlar.

Danışma müdahaleleri, uygulama metotları, tedavi modelleri.

Madde kullanım bozukluğu olan müracaatçılara yönelik müdahalelerde grup süreçleri ve diğer dinamikler.

Madde kullanım bozukluğu olanların var olduğu sosyo-ekonomik bağlam.

Bireylere, ailelere, gruplara ve topluma yönelik müdahaleler.

Ergenler, fiziksel veya diğer bozuklukları olan kişiler gibi özel nüfus gruplarına yönelik müdahaleler.

Sosyal hizmet uzmanları motivasyonel görüşme ve diğer özel relaps önleme teknikleri gibi madde kullanım bozukluğunun tedavisinde güncel ve yeni kanıta dayalı yaklaşımları sürekli değerlendirmelidir.
(http://www.naswdc.org/practice/standards/NASWATODStatndards.pdf)

Grup Oturumları

Neden grup terapilerine katılmalıyız konusu grupça tartışılır (hastalığın fiziksel, psikolojik, sosyal boyutları, nükslere neden olan yanlış inanışlar, ilaç tedavisi tek başına yeterli mi vs.)

AİLELER İLE ÇALIŞMA

Bağımlı aile, aile üyelerinden birinin bağımlılık sorunu yaşadığı ve bu durumu telafi etmeye çalışan ailedir. Aile üyeleri bağımlı bireyin kontrol kaybına rağmen aileyi ayakta tutmak için mücadele ederler ve bu birarada tutmayı bağımlı bireyin kontrol kaybı olduğu inkarına katılarak yaparlar.

Aileyle işbirliği yapmak ve ailenin problem çözme ve baş etme kapasitesini arttırmak.

Bağımlılık süreci, bağımlılık tedavisi hakkında aileleri bilgilendirmek ve ailenin tedaviye katılımını sağlamak.

Aile üyeleri arasında kısır döngüye dönüşen iletişimlerin yerine problem çözücü yeni iletişim tarzlarının oluşmasına yardımcı olmak

Aile bireylerinin bağımlı birey ve sistemle kurdukları, bağımlılığı besleyen sağlıksız ilişkilerinin sonlanmasına yardımcı olmak.

Zamanını yapılandırın.
Hayatınızı sürdürün.
Yaşadığınız çevreyi değiştirin.
Değişim için acele etmeyin.
Şüphelendiğinizde somut verilere dayanın.

Koruyucu Önleyici Çalışmalar

BİRİNCİL ÖNLEME

Burada hedef henüz hiç madde kullanmamış ama risk taşıyan gruplardır.

İKİNCİL ÖNLEME

Bu aşama erken tanı koymayı ve bağımlılık gelişmeden önlemlerin alınmasını içerir.

ÜÇÜNCÜL ÖNLEME

Bu aşamada amaç madde kullanan kişilerin madde kullanmayı bırakması ve bıraktıktan sonra tekrar bu maddeleri kullanmaya başlanmasının önlenmesidir.

1.İLKE

Önleme programlarının öncelikli amacı koruyucu faktörleri arttırıp risk faktörlerini azaltmaktır. Belirgin risk faktörlerinin ve koruyucu faktörlerin madde kullanımı üzerindeki etkisi yaşa bağlı olarak değişkenlik gösterir.Risk faktörleri ve koruyucu faktörler her kesimden insanları etkilemekle birlikte kişinin yaşına, cinsiyetine, ırkına, kültürüne ve çevresine göre etkileri değişkenlik gösterir.

Risk Etkenleri

.Ailede ruhsal sorunu olan veya madde kullanan ebeveynlerin varlığı.
.Doğru olmayan yetiştirme yolları.
.Ebeveyn ve çocuk arasında bağlanma ve ilgi eksikliği.
.Sosyal becerilerin zayıf olması.
.Okul, iş ve aile ortamlarında madde kullanımın onaylanması.

Koruyucu Etkenler

.Güçlü ve pozitif aile bağları.
.Ebeveynlerin çocuklarının arkadaşlarından ve neler yaptıklarından haberdar olması.
.Aile içi kuralların açık olması ve herkesin bunlara uyması.
.Maddelerle ile ilgili doğru bilgilendirme.
.Ebeveynlerin çocuklarının yaşamlarıyla ilgili olmaları.

2.İLKE

Önleme programları, sigara ve alkol gibi yasal olan maddelerin reşit olmadan kullanılması, esrar ve eroin gibi yasadışı maddelerin kullanımı, uçucu maddeler gibi yasal olarak satılan maddelerin kötüye kullanımı ve reçeteyle satılan ilaçların doktor tarafından verilmeden

kullanılması gibi her çeşit madde kullanımına yönelik ve kapsamlı bir şekilde hazırlanmalıdır.

3.İLKE

Önleme programları hitap ettikleri yerel toplulukların yaşadıkları madde kullanım sorunlarına özgün yaklaşımda bulunmalı, belirlenmiş koruyucu faktörler güçlendirilmeli ve hedeflenen risk faktörleri değiştirilebilir olmalıdır.

4.İLKE

Önleme programları etkinliklerini arttırmak için hedef aldıkları kitlenin yaş, cinsiyet ve ırk gibi özellikleri göz önünde bulundurularak hazırlanmalıdır.

5.İLKE

Aileye yönelik önleme programları aile içi bağları güçlendirmeyi, ilişkileri geliştirmeyi ve ebeveynlik yetilerini kazandırmayı hedeflemelidir.

Bu programlar özellikle madde kullanımıyla ilgili aile içi politikaların belirlenmesi, kuralların koyulması ve konuya yönelik sorunların tartışılması için eğitim ve bilgilendirmeyi içerir.

Aile içi bağların oluşturulması ebeveynler ve çocuklar arasındaki iletişimin temel taşıdır. Bu bağlar, ebeveynlerin çocuklarına destek olmayı öğrenmeleri, ebeveyn çocuk arasındaki iletişimin güçlenmesi ve aile bireyleri arasındaki güven ilişkisinin oluşması ile güçlenir.

Madde kullanımını önlemede en önemli etkenlerden biri, ailelerin çocuklarını gözlemlemeleri ve onlara yön göstermeleridir.

Bu yetiler, ailelere kural koyma eğitimleri, olumlu davranışı takdir etmenin öğretilmesi ve disiplin sınırlarının

belirlenmesi yoluyla kazandırılır. Madde kullanımı ile ilgili ailelerin eğitilmesi aileleri maddelerin zararlı etkilerini çocuklarıyla tartışmakta yetkin kılmaktadır.
Bu eğitimler ile aileler, kullandıkları maddelerin zararlarını akranlarından duydukları kadar bilen çocuklarını doğru yönlendirebilirler.
Aile odaklı müdahalelerle ebeveynlik davranışlarının olumlu şekilde değiştirilmesi gelecekte çocukların madde kullanım risklerini azaltacaktır.

6.İLKE
Önleme programları okul öncesi eğitim programları gibi tasarlanabilir. Böylelikle, madde kullanımı, agresif davranışlar, zayıf sosyal beceriler ve akademik başarısızlıklar gibi risk faktörlerinin önüne geçebilir.

7.İLKE
İlkokul çocukları için yapılan önleme programları akademik, sosyal ve duygusal öğrenme üzerine yoğunlaşmalıdır. Bu programlar erken yaşta madde kullanımına başlama, erken yaşta agresif davranışlar, akademik başarısızlık, okuldan kaçma ve uyumsuzluk gibi risk faktörlerine yönelik olarak uygulanmalıdır.

EĞİTİM BAŞLIKLARI
Özdenetim.
Duygusal farkındalık.
İletişim.
Sosyal problem çözme.
Akademik destek.

8.İLKE
Ortaokul ve lise öğrencileri için önleme programları akademik ve sosyal yetkinliği arttırma üzerine yoğunlaşmalıdır.

EĞİTİM BAŞLIKLARI
Çalışma alışkanlıkları ve akademik destek.
İletişim.
Akran ilişkileri.
Özyeterlilik ve dışa dönüklük.
Maddeye karşı koyabilme yetisi.
Madde karşıtı tutumların desteklenmesi.
Madde kullanımına karşı kişisel bağlılığın güçlendirilmesi.

9.İLKE
Önleme programlarının önemli geçiş dönemlerinde uygulanması, sonuçların daha etkili olmasına neden olur. Örneğin ortaokuldan liseye geçiş dönemi öğrenciler için yaşları ve aldıkları eğitim seviyesi bakımından önleme programlarının en etkin olunacağı dönemlerden birisidir. Okul odaklı önleme programları bu dönemde öğrencilerin okulla olan bağlarını güçlendirmede, madde kullanımına eğilimlerini azaltmada ve akranlar arası uyum sorunlarını gidermede etkili olmaktadır.

10.İLKE
Aile odaklı ve okul odaklı toplum programlarının birlikte yürütülmesi ayrı ayrı yürütülmesinden daha etkin olmaktadır. Okul odaklı önleme programları bu dönemde öğrencilerin okulla olan bağlarını güçlendirmede, madde kullanımına eğilimlerini azaltmada ve akranlar arası uyum sorunlarını gidermede etkili olmaktadır.

11.İLKE
Toplum programları okul, faaliyet kulüpleri, dini kurumlar ve medyayı da kapsayan geniş bir kesime hitap etmelidir. Bu programların etkin olabilmesi ve amaçlarına ulaşabilmesi için, her kesimde uygulanan programın içeriğinin benzer olması ve tutarlı olmaları çok önemlidir.

12.İLKE
Önleme programlarının her toplumun ihtiyaçlarına, kültürel gereksinmelerine ve toplumsal normlarına uyarlanması gerekir. Bu uyarlamayı yaparken dikkat edilmesi gereken unsur müdahalenin temel öğelerini değiştirmemektir.

SOSYAL İNCELEME DEĞERLENDİRME VE EŞGÜDÜM

Öğr.Gör. Ergün HASGÜL
Kastamonu Üniversitesi

Sosyal İnceleme nedir?

Sosyal bakımdan insanın bulunduğu yerin tespitidir. Bu tespit; psiko-sosyal, kültürel, ekonomik ve teknik konuları içerir. Sosyal Refah sürecinin bilimsel esaslara dayalı başlama noktasıdır.

Bireyin sosyal yolunu ve o yoldaki engelleri, zorlukları, avantaj ve dezavantajları, kendi bilişsel, duyuşsal ve davranışsal durumu ile bu değişkenler arasındaki olası ilişkileri anlama ve anlatma çabasıdır.

SOSYAL İNCELEME RAPORU HAZIRLARKEN NELERE DİKKAT EDİLMELİ?

SOSYAL HİZMETTE KAYIT TUTMA STANDARTLARI

2014 yılında Kanada Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği tarafından raporlaştırma için 8 standart yayınlanmıştır.

Standart 1: Sosyal hizmet uygulamasında dokümantasyon sosyal hizmet mesleğinin ilkelerine, değerlerine ve etiklerine dayanır.

Standart 2: Sosyal hizmet uzmanları sosyal hizmet müdahale(ler)inin kayıtlarını sürdürür.

Standart 3: Sosyal hizmet uzmanları sosyal hizmet müdahale(ler)inin gözlemlenmesini ve değerlendirmesini sağlayacak bir formatta olan kayıtları sağlar.

Standart 4: Sosyal hizmet dokümantasyonu açık bir değerlendirme, müdahale stratejisi, sonlandırma planı içermelidir.

Standart 5: Sosyal hizmet uzmanları müracaatçının gizliliğini korumalı ve müracaatçının sosyal hizmet ilişkisi başlamadan önce ve gerekli olduğunda ilişki devam ederken sosyal hizmetin dokümantasyonunun gizlilik sınırlılıklarının farkında olmasını sağlamalıdır.

Standart 6: Sosyal hizmet uzmanları teknolojinin kullanımı ve dokümantasyona ilişkin en iyi uygulama kılavuzlarını aşinadır.

Standart 7: Sosyal hizmet uzmanları mesleki eğitime devam etmeye kalkışmaya ve sosyal hizmet dokümantasyonunu tamamlamada en iyi kılavuzlara aşinadır.

Standart 8: Toplum gelişimi süreçlerinin, proje planlamanın, politika geliştirmenin ve araştırmanın dokümantasyonu mesleğin felsefesine, etiklerine ve değerlerine dayanır ve Kanada Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği (CASW) Etik Kodlarına (2005) ve Kanada Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği Etik Uygulama Kılavuzlarına (2005) bağlılığı yansıtır.

Sosyal hizmet uzmanları, raporlarını yazarken şu noktalara dikkat etmelidir:

Sosyal hizmet uzmanı öncelikle ne amaçla ya da niçin rapor yazdığının bilincinde olmalıdır.

Sosyal hizmet uzmanı raporları yazarken çok açık, yalın ve anlaşılır bir dil kullanmalıdır.

Sosyal hizmet uzmanı raporlarda içeriğin başlıkları yansıtmasına dikkat etmelidir.

Sosyal hizmet uzmanı yazdığı rapor türüne göre ifademler kullanmalıdır. Örneğin müracaatçının ve kendisinin sözel ve sözel olmayan tepkilerini yansıtmalıdır.

Sosyal hizmet uzmanı okuyucuya kolaylık sağlaması bakımından rapordaki bilgileri başlıklar halinde toplamalıdır.

Sosyal hizmet uzmanı rapor yazarken, kuram-uygulama arasında bağlantı kurmak açısından mesleki kavramları kullanmalıdır.

Sosyal hizmet uzmanı raporlarda çeşitli başlıklar halinde toplanan bilgileri mantıklı bir sıra içerisinde vermelidir.

Sosyal hizmet uzmanı raporlarda genel ifadeler kullanmaktan kaçınmalıdır. Örneğin “geçimsiz karı-koca”, “yoksul bir aile” bir ifade kullanılsa bile ardından bu ifadeler açıklanmalıdır.

Sosyal hizmet uzmanı raporun genel çerçevesini çizmeli ve rapora geçirilecek bilgilerin seçiminde titiz davranmalı ve her türlü bilgiyi rapora aktarmamalıdır.

Sosyal hizmet uzmanı, raporları kaleme alırken günlük dildeki ifadeleri kullanmamalıdır. Örneğin "karı-kocasının arası gayet iyi". İfadeler net olmalıdır.
Sosyal hizmet uzmanı raporları abartılı bir dille yazmamalıdır. Örneğin, "çocuğun sakatlığı korkunç boyutlarda".
Sosyal hizmet uzmanı raporu temize çekmeden bir kez daha okumalı, gerekli düzeltmeleri yapmalı ve son biçimini vermelidir.

Sosyal İncelemede İleri Bir Yaklaşım

Sosyal inceleme yapmada diğer disiplinlerden farklı olabilmek ve bunun bir sosyal hizmet becerisi olduğunu gösterebilmek için ileri genelci uygulamadan faydalanılması önemlidir.
Bunun için:
Sosyal inceleme daha ileri bir ekolojik değerlendirme çerçevesinde yapılmalıdır. Müracaatçı gelişiminin fiziksel, duygusal, bilişsel, ruhsal ve sosyal olmak üzere beş boyutu ile ilgili yedi ekolojik düzeyin her birinde değerlendirilebilir.

Ekolojik Gelişimin Beş Boyutu

Ekolojik değerlendirmede sosyal hizmet uzmanlarının göz önünde bulundurması gereken yedi düzeye ilişkin bilgiler vardır. Bunlar:
Biogenetik faktörler.
Ailevi faktörler.
Kültürel faktörler.
Çevresel faktörler.
Kaynaklar ve Fırsatlar.
Özbakım kalıpları.
Gelişim ve sağlığın güncel göstergeleri.

Kaynaklar

Canadian Association of Social Workers (CASW), (2005a). Code of ethics. Ottawa, ON: Author.
Canadian Association of Social Workers (CASW), (2005b). Guidelines for ethical practice. Ottawa, ON: Author.
Derezotes D.S. (2000). Advanced Generalist Social Work Practic. Thousand Oaks, CA: Sage.
Duyan, V. (2010). Sosyal Hizmet Temelleri, Yaklaşımları, Müdahale Yöntemleri. Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği Genel Merkezi. Ankara: Aydınlar Matbaacılık.
Newfoundland and Labrador Association of Social Workers (NLASW) (2014). http://www.nlasw.ca/pdf/Practice_Standards/Standards_for_Social_Work_Recording_2014.pdf (Erişim Tarihi: 27.11.2015)
Tomanbay, İ. (2000) Sosyal Çalışma Sözlüğü. Ankara: Selvi Yayınları.
Turan, N. (2012). Birey ve Aileler ile Sosyal Hizmet. Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği Genel Merkezi. Ankara: Öz Baran Ofset.

HASTANE ORTAMINDA GRUP ÇALIŞMASI

Psikolog İncifer LEYLEK
Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi

İçerik

1- Grup Psikoterapisi

1. Nedir
2. Grup Psikoterapistinin Özellikleri

2 - Grup Çalışması

1. Nedir
2. Kişi ve Süre
3. Katılımcı
4. Başlamadan önce
5. Çeşitleri
6. İyileştirici faktörler
7. Kriterler
8. Terapistin özellikleri
9. Avantajlar-dezavantajlar
10. Süreç ve çatışmaların çözümü

3- Hastanede Grup Çalışması Alanları

Grup Psikoterapisi

Nedir?

- Grup terapisi, bireysel yapılan terapinin gruba bölünmüş, uyarlanmış, düzenlenmiş şeklidir.
- I.Yalom'a göre grup psikoterapisinde 11birincil etmen vardır.

1. Umut aşılama.
2. Evrensellik.
3. Bilgi aktarımı.
4. Özgecilik.
5. Birincil aile grubunun onarıcı yinelenişi.
6. Toplumsallaştırıcı tekniklerin geliştirilmesi.
7. Taklitçi davranış.
8. Bireylerarası öğrenme.
9. Grup bağlılığı katarsis varoluşsal etmenler.

Grup Psikoterapisti

- Alanda eğitim almış olma
  (eğitimine göre grup psikoterapisinin özellikleri, yapısı değişir)
- Deneyimli klinisyenlerin gözlenmesi
- Gözetim
- Eğitilenler için bir grup deneyimi
- Kişisel psikoterapi

Grup Çalışması

Nedir?

- İnsanların yaşamındaki zorluklarla ve sorunlarla başa çıkabilme becerilerini geliştirmeyi amaçlar.
- Kişiler arası ilişkilere odaklanır.
- Duygusal zorlukları çözmek ve kişisel gelişim sağlamak için gruptaki bireyleri cesaretlendirmek esastır.

Kişi

- 6-12 kişi

Süre

- Genellikle 1veya 2 haftada 1 veya 2 defa olarak planlanır
- 1-2 günlük farkındalık amaçlı grup çalışmasından 1-2 yıl süren gruppsikoterapilerine kadar değişiklik gösterebilir.

Katılımcılar

- Grup yöneticisi bireysel görüşmeler ile gruba uygunluğu değerlendirerek seçer.

Kimler uygun değildir?

- Öfke - şiddet kontrolünde başarısız olanlar
- Psikotik özellikteki bireyler
- Bağımlılar
- Kişilik bozukluğu olanlar

Grup Çalışması Çeşitleri

Katılım şekline göre

- Kapalı Grup
- Açık Grup

Temalarına göre

- Yaşam evreleri(yas, evlilik, ayrılık, göç gibi)
- Aynı psikolojik bozukluk
- Benzer kötü alışkanlıklar

Başlama süreci

- Ölçekler
- Ön görüşme
- Ön eğitim

Bilgilendirme

Tanıtma

Mahremiyet

Grup kuralları

Süreç

- Grubun amacı anlatılır.
- Üyelerin teker teker kendilerini tanıtmaları istenir.
- Önceden belirlenmiş bir program varsa paylaşılır ve uygulanır.
- Ancak grubun ihtiyacına yönelik davranma esnekliğini korumak gerekir.
- Liderin görevi mümkün olduğunca çok kişiyi tartışmaya katmak ve konuyu yönlendirmektir.
- Görüşmenin sonunda çalışma değerlendirilir.

Grup Çalışmasında Olması Şart Olan Bazı Kriterler

- Koşulsuz kabul,
- Empati kurma,
- Yargılamama,
- Dürüstlük,
- Saygı,
- Gizlilik,
- Gönüllü olma,
- Güven ilişkisi oluşturma,
- Göz teması kurma ve
- Etkili dinleyebilme.

İyileştirici Faktörler

- Sorunların evrenselliği..."yalnız değilim".
- Cesaretlendirme/Umut aşılama.

- Başkalarına yararlı olma duygusu.
- Toplumsal yaşamdaki büyük grubun küçük bir örneğini yaşamak.
- Sosyal becerilerin geliştirilmesi.
- Katarsis/Sorunlarını anlatarak rahatlamak.
- Dayanışma "Biz duygusu/kabullenilme".
- Kişiler arası ilişkileri yeniden öğrenme.

Grup Yöneticisinin Özellikleri

- Lider olmalı (ders veren değil…)
- Kabul edici olmalı
- Grubun ve bireyin kabullenilmesi.
- Kendi ihtiyaçlarının/duygularının farkına varmalı ve onu diğerlerinin ihtiyaçlarından/duygularından ayırt etmeli.
- Grup üzerindeki etkisinin farkında olmalı.
- Söyledikleri kadar yaptıkları ve beden dili de önemli.
- Grubun ön yargıları ile başa çıkabilmeli.
- Çatışmaları yönetebilmeli.
- Planlı olmalıdır.

Grup Yöneticisinin Görevleri

- Katılımcıların gruba güvenmesini sağlamak, grubu onların kabul gördüğü ve anlaşıldığı bir yer haline getirmek.
- İstikrarlı ve kararlı olmak.
- Mesajları açık ve net vermek.
- Yeri geldiğinde neşeli ve esprili olabilmek.
- Uyumun artması ve gelişimin meydana gelebilmesi için üyelerin olumlu yönlerini öne çıkartmak.
- Pasif olmamak.
- Grubu rahatsız eden bir üyenin o davranışlarını sergilemesine izin vermemek.
- Avantajları-1
- Ekonomik.
- Psikoterapistin/liderin ekonomik kullanımı.
- Hayatın provası -güvenli atmosfer, risk alabilme.
- Sadece terapistten değil gruptan geri bildirim.
- Olduğu gibi kabul edilmek-güven oluşturur.
- Benzerlikler, normalleştirme-durumu kabule hizmet eder.

Avantajları-2

- Bastırılan özellikleri diğerinde görüyor olmak farkındalık sağlar.
- Başa çıkma yollarını diğerlerinin deneyimleri ile öğrenebilir.
- Sonraki seansta konuşacak olmak kişi için:
- Motive edicidir-o hafta yaşananları dikkatle izler.
- Caydırıcıdır (AA gibi).
- Özellikle sosyal problem yaşayan bireyler için etkili bir tedavi aracıdır.

Dezavantajları

- Diğer insanlarla olmak bazılarını korkutabilir.
- Her bireye çok fazla söz verilmeyebilir.
- Planlama çok uzun sürer.
- İhtiyaca uygun grup bulunamayabilir.
- Bireysel terapide başarılı terapist grupta başarısız olabilir.
- Gruplaşmalar olabilir.
- Yapılandırılmış grup çalışmasında katılınamayan seansın da ücreti ödenir.
- Farklı karakterler arasında çatışmalar yaşanabilir.

Çatışmaları Çözümleme

- Kaçınılmazdır… !!!
- Liderin gerilimi fark ettiği anda bunu yorumlaması gerekir.
- Hedef, ortaya çıkan kızgınlığı yapıcı bir biçimde kullanabilmektir.
- "Rol değiş tokuş" tekniğini kullanmak yararlıdır.
- Saldırılan üyeden bu tutum karşısında neler hissettiği sorulabilir.
- Duygularını açıkladıktan sonra saldıran üyeye dönülerek "böyle hissetmesi için mi bunları söyledin?" diye sorulup saldırının dozu önemli ölçüde azaltılabilir.

Grup Çalışması Uygulama Alanları

- Hastanelerde: Tedavi-destek.
- İş sahasında: İnsan kaynakları yönetiminde.
- Okullarda.
- Cezaevlerinde.
- … vb

Hastanede Grup Çalışması Uygulama Alanları

- Şiddet, istismar vakalarında.
- Obezite ile mücadelede.
- Diyabetli gruplarda.
- Tükenmişlik, mobbing vb konularda sağlık personelleriyle.
- Hamile gruplarında
- Uzun süreli yatışlarda; fizik tedavi, onkoloji vb.
- Sigara bırakma çalışmalarında.
- AMATEM'de.
- Geriatri, çocuk-ergen gibi çeşitli yaş gruplarında.

KAYNAKÇALAR

Yalom Irvin D., Grup Psikoterapisinin Teori ve Pratiği: Kabalcı Yayınevi, İstanbul 2002.
Bieling, McCabe ve Anthony, 2006: akt. Elmacı, 2008: 86.
2. Aile ve Kadın Sempozyumu Bildiri Kitabı -16 Mayıs 2013, Kırıkkale.
http://www.enatherapia.com/icerik-112-grup-terapisi-ve-yararlari
http://www.psikiyatri-psikoterapi.com/psikoterapi-yontemleri/grup-terapisi-nedir-kimlere-uygulanir.html

TIBBİ SOSYAL HİZMET ÖRGÜTLENMESİ (GELİŞMELER, SORUNLAR VE ÖNERİLER)

Mehmet ALDEMİR
Sosyal Çalışmacı/Sosyal Hizmet Bilim Uzmanı

1. GİRİŞ

Bakanlığımız bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarından hizmet alan hastalar ve yakınları, tedavi sürecinde hastanın sağlığına kavuşmasını engelleyen psiko-sosyal ve sosyo-ekonomik sorunlar yaşamaktadır.
Bu sorunlar, zamanında çözümlenmediğinde hastayı ve hasta yakınlarını mağdur etmekte, sağlık çalışanları ve sağlık kuruluşlarını da tıbbi tedavi harici sorunlarla karşı karşıya bırakmakta ve sağlık hizmetini aksatabilmektedir.

2. TIBBİ SOSYAL HİZMET ALANINDAKİ GELİŞMELER

Tıbbi sosyal hizmet alanındaki gelişmeleri üç bölümde incelemekte fayda vardır. Bu dönemleri şöyle özetleyebiliriz:

Birinci Dönem:

Bu dönem, sosyal hizmetin bir meslek olarak doğduğu 1959 yılından itibaren 1983 yılını da içine alan dönemdir. Bu dönemde şu önemli gelişmeler yaşanmıştır:

Birinci Dönem:

- 1959 yılında Sosyal Hizmetler Enstitüsü kurulmuştur. Enstitü bünyesinde tıbbi sosyal hizmetler şubesi kurulmuştur.
- 1961 yılında lisans düzeyinde verilecek bir eğitimle sosyal hizmet uzmanı yetiştirmek üzere "Sosyal Hizmetler Akademisi" kurulmuştur.
- 1963 yılında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı bünyesinde Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü kurulmuştur.
- 1967'de Ankara Üniversitesi Hastanesine bir sosyal hizmet uzmanının atanması ile tıbbi sosyal hizmet alanında fiili çalışmalar resmen başlamıştır.
- 1973 tarihli Tedavi Kurumları Yönetmeliği'nin muhtelif maddelerinde tıbbi sosyal hizmetler ile sosyal hizmetler şefinin ve sosyal hizmetler uzmanının görev yetkileri ana hatlarıyla tanımlanmıştır.
- 1983 tarihli Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği yayımlanmıştır. Bu yönetmelikteki sosyal hizmete ilişkin hükümler önemli ölçüde bir önceki yönetmelikteki haliyle devam etmiştir.
- 1983 yılında, 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu ile SSYB'na bağlı Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü, Sosyal Hizmetler Enstitüsü, İllerdeki Korunmaya Muhtaç Çocukları Koruma Birlikleri ve Türkiye Çocuk Esirgeme Kurumu birleştirilerek Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü kurulmuştur.

İkinci Dönem

- Bu dönem, 1983 yılından 2010 yılına kadarki gelişmeleri kapsamaktadır. Bu dönemde ortaya çıkan gelişmeler şunlardır:
- 1989 yılında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'ndan sosyal hizmetlere ilişkin görevler alınarak Başbakanlığa devredilmiştir. SSYB, Sağlık Bakanlığı olarak devam etmiştir.
- 1992 yılında, Sağlık Bakanlığı ve Taşra Teşkilatı arasındaki sosyal hizmet koordinasyonunu sağlamak amacıyla Sosyal Hizmetler Koordinatörlüğü kurulmuştur.
- Bu koordinatörlük, daha sonra halkla ilişkiler koordinatörlüğü ile birleştirilerek Bakanlık makamına ulaşan hasta dilekçelerinin illerle koordinasyon halinde işleme alınması ve başvuranların sorunlarının çözümüne ilişkin faaliyetleri yürütmüştür.
- 2003 yılında Sağlık Bakanlığı hastanelerinde hasta hakları birimlerinin kurulması çalışmaları başlamıştır. Hasta hakları alanında yapılan çalışmalar tıbbi sosyal hizmetlerin gelişimi açısından, önemli bir dönüm noktası olmuştur.

• Hasta hakları birimlerinde meslek olarak öncelikle tercih edilen sosyal hizmet uzmanları, mesleki saygınlık kazanırken Bakanlığın daha fazla istihdam oluşturması da başka bir kazanım olmuştur.

Üçüncü Dönem

• 2010 yılından bu güne kadar tıbbi sosyal hizmetler alanındaki gelişmeleri kapsayan üçüncü dönemde tıbbi sosyal hizmet çalışmalarının daha bilimsel bir yaklaşımla ve somut temeller üzerinde yürütüldüğü görülmektedir.
• Bu dönemde aşağıdaki gelişmeler yaşanmıştır:
• 09 Kasım 2010 tarihinde Tıbbi Sosyal Hizmetler Şube Müdürlüğü 44666 sayılı Makam oluru ile kurulmuştur. Bu gelişmeyle ilk defa tıbbi sosyal hizmet adıyla ve odağı tıbbi sosyal hizmetin geliştirilmesi olan bir idari teşkilatlanma Sağlık Bakanlığı bünyesinde teşkil edilmiştir.
• 16 Şubat 2011 tarihinde Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi yürürlüğe girmiş ve bu gelişmeyle birlikte tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının Bakanlık hastanelerinde yürütülmesine ilişkin usül ve esaslar belirlenmiştir. İlk kez tıbbi sosyal hizmet çalışmaları Yönerge ile belirlenen standart formlara kaydedilmiş ve bunun neticesinde sağlıklı istatistiki veriler elde edilmeye başlanılmıştır.
• 2011 yılında 663 sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatı yeniden yapılandırılmış ve bunun neticesinde Tıbbi Sosyal Hizmetler Şubesi kaldırılarak en küçük idari birimler olarak daire başkanlıkları teşkil edilmiştir.
• Bu kapsamda tıbbi sosyal hizmet çalışmalarını yürütmekle sorumlu Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı kurulurken, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunda'da Hasta, Çalışan Hakları ve Güvenliği Daire Başkanlığı teşkil edilmiştir.

663 SAYILI KHK'NİN TIBBİ SOSYAL HİZMET KAPSAMINDA GETİRDİKLERİ

• Sağlık Bakanlığı, 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin, 2/11/2011 tarihli ve 28103 (Mükerrer) sayılı Resmî Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmesini takiben Bakanlık merkez teşkilatı ve bağlı birimleri ile Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye İlaç ve Tıbbî Cihaz Kurumu ve Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü şeklinde yeniden yapılandırılmıştır.
• Kanun Hükmünde Kararnamede taşra teşkilatı da, Bakanlık ve bağlı kuruluşlarına göre yeniden yapılandırılmıştır.
• Bu yapılandırmada İl ve İlçe Sağlık Müdürlükleri ile Sağlık Grup Başkanlıkları Bakanlığın; Kamu Hastane Birlikleri, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunun; Halk Sağlığı Müdürlükleri ise, Türkiye Halk Sağlığı Kurumunun taşra yönetim teşkilatı olarak belirlenmiş ve bunlara bağlı hizmet birimleri öngörülmüştür.
• Yeni yapılanma ile şube müdürlükleri tamamen kaldırılarak en küçük idari birimler olarak daire başkanlıkları belirlenmiştir.
• Daha önce Tıbbi Sosyal Hizmetler Şube Müdürlüğü'nün bağlı olduğu Hasta Hakları ve Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı kaldırılarak, yeni yapılanma neticesinde Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne bağlı Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı teşkil edilmiştir.
• Bakanlığın taşra teşkilatı olarak il ve ilçe sağlık müdürlükleri belirlenmiştir. Sağlık müdürlüklerine 112 acil ve özel sağlık hizmetleri dışında hizmet sunumu görevi verilmemiş olup ilde sağlık hizmetlerinin izlenmesi ve koordinasyonu görevi verilmiştir.
• İl sağlık müdürlükleri bünyesinde yer alan hasta hakları koordinatörleri son düzenlemelerle hasta hakları ve tıbbi sosyal hizmetler koordinatörü olarak görevlendirilmiştir. Bu kapsamda il sağlık müdürlüklerine sosyal hizmet uzmanları kadroları verilmiş ve görevlendirmelere imkan sağlanmıştır.
• 663 sayılı KHK ile kurulan Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu bünyesinde Hasta Çalışan Hakları ve Güvenliği Daire Başkanlığı kurularak bu daire başkanlığının görevleri arasında hasta hakları ve çalışan güvenliği çalışmalarının yanında Bakanlık hastanelerinde tıbbi sosyal hizmet çalışmalarının yürütülmesi sorumluluğu da yer almıştır.
• Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunun taşra teşkilatı olarak her ilde en az bir tane olmak üzere Kamu Hastane Birlikleri oluşturularak Genel Sekreterlikler teşkil edilmiştir.
• Her genel sekreterlik bünyesinde tıbbi sosyal hizmet çalışmalarını yürütmek üzere Kurumun Hasta Çalışan Hakları ve Güvenliği Dairesinin izdüşümü olarak aynı isimli birimler teşkil edilmiş ve bu birimlere ağırlıkla sosyal hizmet uzmanları görevlendirilerek genel sekreterliğe bağlı hastanelerdeki hasta hakları, çalışan gü-

venliği ve tıbbi sosyal hizmet çalışmalarının geliştirilmesi ve koordine edilmesi sorumluluğu verilmiştir.

• Bakanlık hastanelerinin de söz konusu KHK ile yönetsel yapısı değiştirilmiş olup daha önce Başhekimliğe bağlı olarak hizmet sunan tıbbi sosyal hizmet birimleri yeni yapılanma ile önce Başhemşirenin yerine tanımlanan Bakım Hizmetlerine bağlanmış iken yapılan itirazlar üzerine Başhekimlere disiplin mevzuatına dayandırılarak bağlanmış ve kriz kısmen aşılmıştır. Başhekim Hastane Yöneticisine bağlı olduğu için tıbbi sosyal hizmet birimlerinin 1983 tarihli Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği ve 2011 tarihli Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi sağlanan hastanenin en üst yöneticisine bağlanma imkanı fiilen ve resmen ortadan kalkmıştır.

• Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nun ise merkez teşkilatında tıbbi sosyal hizmetlerin birinci basamak sağlık kurum ve kuruluşlarında yürütülmesine ilişkin bir görev tanımlaması yapılmamıştır.

• Söz konusu Kuruma bağlı her ilde halk sağlığı müdürlüğü kurulmuş ancak bu müdürlükler bünyesinde tıbbi sosyal hizmet birimleri tanımlanmamıştır. Müdürlüklerde görev yapan sosyal hizmet uzmanları ise ağırlıkla ruh sağlığı hizmetlerinin yürütüldüğü birimlerde görevlendirilerek toplum ruh sağlığı merkezleri, çocuk ve kadın izlem merkezleri ile benzer çalışmaları yürütme sorumluluğu verilmiştir. Taşrada sadece toplum sağlığı merkezleri bünyesinde (Nüfusu 50 bin ve üzeri olanlarda) sosyal hizmet uzmanı kadroları tanımlanmıştır. Çok az sayıda sosyal hizmet uzmanı halen TSM'lerde görev yapmaktadır.

Bakanlığın yeni yapılanmasını düzenleyen 663 sayılı KHK ile tüm kadrolu yöneticiler görevlerinden alınmıştır. Bu durum tıbbi sosyal hizmet çalışmalarının geliştirilmesi konusunda kamu hastanelerinin yöneticilerine yönelik yürütülen bilgilendirme ve eğitim çalışmalarının etkisini önemli oranda ortadan kaldırmış ve yeni atanan yöneticilere benzer eğitim ve rehberliğin yapılmasını gerekli hale getirmiştir.

• Üç başlı taşra yönetim sistemi dahilinde tıbbi sosyal hizmet çalışmalarının sadece kamu hastanelerinde yürütülmesi ve geliştirilmesi için düzenlemeler yapıldığı görülmekte olup bu durumun tıbbi sosyal hizmetlerin birinci basamakta gelişimini olumsuz etkileyeceği görülmüştür.

4. SONUÇ VE ÖNERİLER

• Bakanlık Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde Tıbbi Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı teşkil edilmelidir.

• Bu Daire sağlığın kaybına neden olan veya sağlığın kaybı ile birlikte ortaya çıkan sosyal patolojilerle karşılaşan çocuk, kadın, engelli, yaşlı, yoksul, sığınmacı vb. Gruplara yönelik hizmetlerle birlikte tıbbi sosyal hizmetlerin birinci basamak sağlık kurumlarında, Bakanlık ve üniversite hastaneleri ile özel hastanelerde ve afetler ile acil sağlık hizmetlerinde yürütülmesi ve geliştirilmesine ilişkin her türlü çalışmayı üstlenmelidir.

• Kamu Hastaneleri Kurumu, Halk Sağlığı Kurumu ve Afet ve Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde Hasta, Çalışan Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı teşkil edilerek bu Daire altında, Tıbbi Sosyal Hizmet Birimi oluşturulmalıdır.

• Bu birimler Bakanlık Tıbbi Sosyal Hizmetler Dairesinin belirlediği plan ve hedefler doğrultusunda Bakanlık hastanelerinde, birinci basamak sağlık kurumlarında, acil sağlık hizmet istasyonları ve afet çalışmalarında tıbbi sosyal hizmetlerin yürütülmesi ve geliştirilmesi görevlerini üstlenmelidir.

• Tıbbi Sosyal Hizmetler Yönetmeliği ile Bakanlık, üniversiteler, özel sağlık işletmeleri ve diğer kurumlar eliyle yürütülen sağlık hizmetlerinde tıbbi sosyal hizmetin yürütülmesine ilişkin esaslar belirlenmelidir.

• Hastanelerde tıbbi sosyal hizmet bölümleri teşkil edilmeli, bölüm şefi kadrosu ihdas edilmeli ve hastanedeki tüm sosyal hizmet uzmanlarının bölüm şefi olan sosyal hizmet uzmanının koordinasyonunda, klinikler bünyesinde tam zamanlı çalışmaları sağlanmalı, hastanelerdeki tıbbi sosyal hizmet birimlerinde sadece poliklinik hastalarına hizmet verilmelidir.

• Toplum sağlığı merkezlerinde sosyal hizmet uzmanı istihdam edilerek tıbbi sosyal hizmet birimleri oluşturulmalıdır. Bu birimler, sorumluluk bölgelerindeki aile hekimleriyle koordineli olarak tıbbi sosyal hizmet çalışmalarını yürütmelidir.

• Her ilde en az bir tane olmak üzere acil sağlık istasyonları bünyesinde sosyal hizmet uzmanı istihdam edilerek bu istasyonlar bünyesinde tıbbi sosyal hizmet birimleri teşkil edilmelidir. Bu birimler vasıtasıyla acil vakalardan tıbbi sosyal hizmet ihtiyaç duyan hastalara gerekli sosyal hizmet müdahalelerinde bulunulmalıdır.

• Personel istihdamı planlı olarak artırılmalı ve yeni başlayan her sosyal hizmet uzmanına teorik ve pratik olmak üzere en az 100 saat süreli ve iki aşamalı hizmet içi eğitimler göreve başladıkları ilk 3 ay içinde verilmelidir.

• Tıbbi sosyal hizmet birimlerinde çalışan sosyal hizmet uzmanlarının ortalama aylık vaka analizleri yapılarak devletin verdiği ek ödeme asgari olmak üzere performansa dayalı ek ödeme verilmelidir.
Tıbbi sosyal hizmetlere ilişkin kayıt ve verilerin bilgisayar ve internet ortamında işlenmesine ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.

ÇALIŞAN HAKLARI VE GÜVENLİĞİ BİRİMİ

Sos. Çal. Mehmet SARIBOĞA
Polatlı Duatepe Devlet Hastanesi Çalışan Hakları ve Güvenliği Birim Sorumlusu

SAĞLIK BAKANLIĞI ÇALIŞAN HAKLARI VE GÜVENLİĞİ

• Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurum ve kuruluşlarda çalışan personele yönelik fiziksel ve psikolojik şiddetin önlenmesi, oluşan vakalarda uygun müdahalenin yapılması, koruyucu ve önleyici tedbirlerin alınması bağlamında oluşturulan etkin prosedür olarak tanımlayabiliriz.

YASAL DAYANAK

• 28.04.2012 tarihli 282777 sayılı Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukiki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik.
• 14.05.2012 tarihli ve 2012/23 sayılı Çalışan Güvenliği Genelgesi.

HUKUKİ YARDIM YAPILACAK HALLER

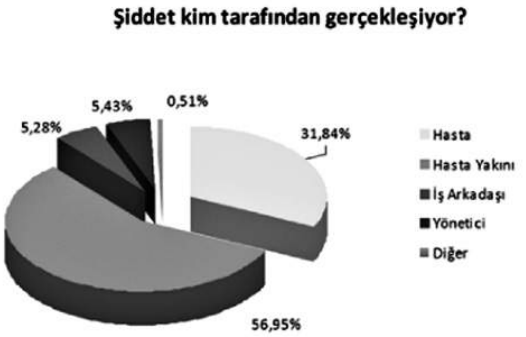
• Sağlık hizmeti sunumu sırasında veya bu görevlerinden dolayı personele karşı kanunlarda suç olarak tanımlanan bir fiili gerçekleştirmiş olmak.
• İlgilinin veya kanuni mirasçılarının talepte bulunması.
• İlgili personelin soruşturma safhasında şüpheli, kovuşturma safhasında ise sanık durumunda bulunması.

HUKUKİ YARDIM ALMA HAKKI OLAN PERSONEL

• **MADDE 2 – (1)** Bu Yönetmelik, Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarında kadrolu veya sözleşmeli görev yapan personel ile 11/10/2011 tarihli ve 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 52 nci maddesi çerçevesinde Bakanlık ve bağlı kuruluşlarında gönüllü ve ücretsiz sağlık hizmeti verenler ve 24/11/2004 tarihli ve 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu kapsamında görev yapanlara karşı sağlık hizmeti sunumu sırasında veya bu görevlerinden dolayı işlenen suçlar sebebiyle ceza hukuku kapsamında yürütülmekte olan işlemleri ve davaları kapsar.

Aralık 2013 Sağlık-Sen'in 1300 sağlık çalışanı üzerinde yaptığı, tüm Türkiye'yi temsil eden şiddet araştırmasının sonuçlarına göre:







POLATLI DUATEPE DEVLET HASTANESİ BEYAZ KOD BİLDİRİMİ UYGULAMA İŞ SÜREÇLERİ

Çalışan, hasta veya hasta yakını tarafında sözel ya da fiili şiddete maruz kaldığında hastane santrali aranarak yer bildirimiyle beraber 'beyaz kod' verilir. Gerektiğinde hastane polisine ulaşılarak olay yerine intikali istenir.

Olay yerine en yakın güvenlik görevlileri olaya müdehale ederek beyaz kod tutanağını düzenler ve imza altına aldırır. Acil işlem başlatılması gereken durumlarda hastane polisi gerekli ifade ve tutankaları düzenleyerek işlemleri başlatır. Tutulan beyaz kod tutanağı ve diğer tutanaklar hastane güvenliği tarafından evraktan geçirilerek çalışan hakları birim sorumlusuna teslim edilir.

Çalışanla beraber hukiki yardım talep formu doldurulur. Çalışanla beraber beyaz kod bildirim form 1 ve form 2 interaktif ortamda doldurularak kayıt edilir. Çalışan hakları ve güvenliği birimi tarafından yöneticin onayıyla beyaz kod bildirim formu , hukuki yardım talep formu, olayla ilgili kamera kayıtları ve varsa olay tutanakları düzenlenerek polatlı cumhuriyet baş savcılığına suç duyurunda bulunulur. Savcılık suç duyurusu beyaz kod bildirim form1 ve 2, hukuki yardım talep formu, olayla ilgili kamera kayıtları, olayla ilgili tutanaklar sekreterlik çalışan hakları birimine yöneticinin onayıyla gönderilir.

Çalışana,hukuki süreç , alacağı hukiki yardım hakkında bilgi verilir. Dava süreci boyunca çalışanla ilgili çalışan haklarına genel sekreterlikten, cumhuriyet başsavcılığından ve sulh ceza hakimliğinden gelen hertür bilgi ve belge ilgili personele tebliğ edilir.

EVDE SAĞLIK HİZMETLERİNDE TIBBİ SOSYAL HİZMET UYGULAMALARI

Sosyal Hizmet Uzmanı Sevgi DOĞAN
Osmaniye Evde Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Merkezi

İÇERİK

- Tıbbi Sosyal Hizmet Tanımına Dair Yaklaşımlar.
- Evde Sağlık Hizmetlerinde Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulaması Mevzuatı.
- Evde Sağlık Hizmetleri Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulaması.
- Osmaniye İli Evde Sağlık Hizmetlerinde Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulaması Kapsamında Yürütülen Çalışmalar.
- Sağlık Bakanlığı Genelgesi Kapsamında Yürüttüğümüz Faaliyetler.
- Evde Sağlık Hizmetlerinde Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulamalarının Aşamaları.
- Evde Sağlık Hizmetlerinde Tıbbi Sosyal Hizmet Çalışmalarında Uygulanan Yöntemler.
- Yapılan Çalışmalar Dair Örnekler.
- Projelerimiz.
- Öneriler.

TIBBİ SOSYAL HİZMET TANIMINA DAİR YAKLAŞIMLAR

- 4. Ulusal Sosyal Hizmetler Konferansı Sağlık ve Sosyal Hizmetler Çalışma Grubunca tıbbi sosyal hizmet "kişi, grup, aile ve toplumun sağlık hizmetlerinden etkin bir biçimde yararlanmaları amacıyla sosyal hizmet uzmanlarınca yürütülecek ekonomik, sosyal, psikolojik ve eğitsel boyutlarda destekleyici ve geliştirici hizmetlerin ,sosyal hizmet disiplini mesleğinin yöntem ve felsefesiyle birleştirilerek tıp ve koruyucu sağlık hizmetleri çerçevesinde verilen hizmetler bütünüdür" şeklinde tanımlanmıştır.
- Tıbbi sosyal hizmet; "Sağlıklı olmayı mümkün kılmayı, hastalıkları önlemeyi, fiziksel yönden hastalığı olanlara ve onların ailelerine hastalığa ilişkin olarak karşılaştıkları sosyal ve psikososyal problemleri çözmeyi amaçlayan hastanelerde ve diğer sağlık bakım ortamlarında gerçekleştirilen sosyal hizmet uygulamasıdır" (Barker, 1999: 296).

EVDE SAĞLIK HİZMETLERİNDE TIBBİ SOSYAL HİZMET UYGULAMASI MEVZUATI

- Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yayınlanan 18/08/2011 35285 sayılı yazı kapsamında evde sağlık hizmeti alan hastaların, tıbbi ve sosyal destek ihtiyaçlarının karşılanmasını içeren yazı ile evde sağlık hizmetlerinde tıbbi sosyal hizmet uygulaması başlatılmıştır.

EVDE SAĞLIK HİZMETLERİNDE TIBBİ SOSYAL HİZMET UYGULAMASI

Halk Sağlığı Evde Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Merkezi.
Devlet Hastaneleri Evde Sağlık Hizmetleri Birimi.
Aile Hekimliği.
Ağız ve Diş sağlığı Merkezleri Evde Sağlık Hizmetleri Birimleri.

OSMANİYE İLİ EVDE SAĞLIK HİZMETLERİNDE TIBBİ SOSYAL HİZMET UYGULAMASI KAPSAMINDA YÜRÜLEN ÇALIŞMALAR

- Yapılan uygulama; hangi kurumda çalışıyor iseniz o kurum ve kuruluştan hizmet alan hasta ve hasta yakınları ile sınırlıdır. Evde sağlık hizmetleri koordinasyon merkezinde ise, il bazında yürütülen tıbbı sosyal hizmet çalışmalarının genelinden sorumlusunuz.
- Tıbbi sosyal hizmet uzmanı evde sağlık hizmetleri uygulamasında evde sağlık hizmeti verilmek üzere oluşturulan ekibe dahil edilir. Ekiplerin çalışması belirli bir plan dahilinde olmaktadır. Tıbbi sosyal hizmet uzmanı ekibin belirlediği hasta hasta yakınlarının değerlendirmesini yapmaktadır.

SAĞLIK BAKANLIĞI EVDE SAĞLIK VE SOSYAL HİZMET GENELGESİ GEREĞİ YÜRÜTTÜĞÜMÜZ FAALİYETLER

- Tıbbi cihazlara hasta ve hasta yakınlarının ulaşımlarının sağlanması (Tekerlekli sandalye, fonksiyonlu hasta yatağı),
- Tıbbi gereksinimler olan hasta alt bezi gibi sarf malzemelerin sağlanması,
- Bunların dışında hastanın temel yaşam ihtiyaçları olan, gıda, beslenme ve barınma (bakım ortamının fiziksel şartlarını iyileştirmeye yönelik çalışmalar) ihtiyaçlarının karşılanması,
- Bu ihtiyaç ve giderlerin karşılanması için, kurum ve kuruluşlar nezdindeki girişim, yönlendirme ve gerekli iş birliğinin sağlanması için tıbbi sosyal hizmetler biriminin koordinasyon sağlayarak gerçekleştirilmesi.

EVDE SAĞLIK HİZMETLERİNDE TIBBİ SOSYAL HİZMET UYGULAMALARININ AŞAMALARI

Evde Sağlık Hizmetlerinde Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulaması Dört aşamadan oluşur.

- Başlangıç Aşaması (Hasta ve hasta yakınlarının sorunlarının Belirlenmesi).
- Sosyal hizmet planlama aşaması (Hastaya uygulanacak Sosyal hizmet yöntem ve tekniklerinin belirlenmesi).
- Hizmetin verilmesi Aşaması.
- Değerlendirme Sonlandırma ve Takip aşaması.

EVDE SAĞLIK HİZMETLERİNDE TIBBİ SOSYAL HİZMET ÇALIŞMALARINDA UYGULANAN YÖNTEMLER ve TEKNİKLER

- Sosyal-Kişisel Çalışma Yöntemi.
- Sosyal Grup Çalışması.
- Toplumla Çalışma.

Projeler ve Organizasyonlar

Hastaların ve yakınlarının ihtiyaçları, sorunları ve beklentilerine yönelik bu yöntem ve teknikler kullanılmaktadır.

PROJELER

- Evde sağlık hizmetlerinde Tibbi Cihaz Kampanya Projesi (2011 - 2013)

Amaç: Evde sağlık hizmetleri alt sosyo-ekonomik düzeydeki hastaların tibbi cihaz gereksinimlerinin karşılanması, hastanelerdeki atıl durumdaki malzemeleri ihtiyaç sahiplerine ulaştırılması

Sonuç: Proje çalışması Sağlık Bakanlığınca değerlendirildi , taktir gördü ve 81 il için genelge yayınlanarak diğer illerde de uygulanması sağlanmıştır.

Projemiz Bakanlık nezdinde taktir almış ve 81 il için genelge yayınlanmıştır.

- Evde Sağlık Hizmetleri Alan Hasta Yakınlarının Hastane Tıbbi Sosyal Hizmet Birimleri Hakkında Bilgilendirilmesi (2014 ilk 6 ay – 200 hasta ve hasta yakınlarıyla yapılmıştır)

Amaç: Hasta yakınlarının hastanelerde bulunan tıbbi sosyal hizmet birimleri, bu birimlerin amaç ve imkanları hakkında bilgilendirilmesi amaçlanmıştır.

ÖNERİLER

- Evde sağlık hizmeti alan hasta ve hasta yakınlarının hukuki problemlerinin çözümünün sağlanmasına yönelik çalışmalar, şu anki genelgenin kapsamında değildir. Hasta ve hasta yakınlarıyla yürütülen çalışmalarımız kapsamında, bu hastaların ve yakınlarının ciddi hukuki problemlerinin olduğu gözlemlenmiştir. Bu problemlerin çözümüne yönelik atılması gereken adımlar hizmet sorumluluğumuz dahilinde olmadığından bu problemler çözülmez bir şekilde kalmaktadır.
- Evde sağlık hizmetleri alan hastaların beslenme alışkanlıklarında ciddi sorunlar olduğu gözlemlenmiştir. Hastaların ve onlara bakan hasta yakınlarının beslenme alışkanlıkları ve gereksinimleri hakkındaki eksik ve yanlış bilgilerinden kaynaklandığı gözlemlenmiştir. Yanlış beslenme alışkanlıkları sebebiyle bu ölüme varan ciddi problemlerle yüzyüze kalınmaktadır.
- Evde sağlık hizmeti alan hastalar uzun süreli yatağa bağımlı kalmalarından dolayı fiziksel aktivitelerinde ciddi bir azalma olmaktadır. Buna bağlı olarak bu hastalarda başta eklem rahatsızlıkları olmak üzere ciddi fiziksel rahatsızlıklar oluşmakta ve hastanın zaten az olan yaşam kalitesi bu fiziksel rahatsızlıklarla birlikte

tamamen ortadan kalkmaktadır. Ayrıca fiziksel aktivitelerinin kısıtlı olması sebebiyle bu hastalarda yatak yaraları oluşmaktadır. Bu sorunların çözümüne yönelik evde sağlık hizmeti alan hastaların fizik tedavi programı oluşturulmalıdır.

- Evde sağlık hizmeti alan hastalar yatağa bağlı ve kronik hastalardır. Bu hastaların oy kullanma sosyal hakları şa anki uygulamada ciddi bir problem olmaktadır. Oy kullanma alanına kadar özel şartlarda taşınan hastaların sandık başına çıkamadığı durumlarda (bina fiziksel yapısının izin vermemesi durumunda) oy kullanabilmeleri sandık başkanlarının insiyatifine bırakılmaktadır. Yani sandık başkanı uygun görürse yetkili hastanın yanına gelerek oy kullanması sağlanmakta. Fakat bu süreç insiyatifle çözüldüğünden her zaman olumlu sonuçlanmamakta ve bazı durumlarda hasta, ilgili görevlinin sırtında taşınarak sandık başına kadar götürülmeltedir. Bu durumun çözülmesi ancak seçim yasasının güncellenip bu hasta haklarının ilgili yasa kapsamında korunmasıyla sağlanmalıdır.

VAKA SUNUMU
ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Sibel ATABAY
Sosyal Hizmet Uzmanı

HASTANIN ÖYKÜSÜ

• 1976 Almanya doğumlu E.Ç. uzun yıllardan beri madde kullanmaktadır. Yakınları olmasına rağmen ailesi tarafından reddedilen hasta bimekandır.
• 2011 yılında ASPİM'e bağlı özel bir bakım merkezine yerleştirildiği ancak kuruluşta kaldığı dönemde madde kullandığı için kurumdan uzaklaştırıldığı öğrenilmiştir.
• Hasta AEAH'de intaniye, kalp damar ve plastik cerrahi servislerinde tedavi görmüştür.
• 3 aylık tedavinin ardından 01.01.2012 tarihinde plastik cerrahi servisinden taburcu olmuştur.
• Taburculuktan sonra 16.04.2013 tarihinde hastanın acil servise yüksek ateş tanısıyla geldiği ve akabinde genel cerrahi servisine yatışının yapıldığı anlaşılmıştır.

VAKANIN PLANLI MÜDAHALE SÜRECİ SAFHALARINA GÖRE DEĞERLENDİRİLMESİ

1.TANIŞMA-BAĞLANTI KURMA

• Tanışma aşaması bilindiği üzere uzmanın kendisini soruna yönlendirdiği, sorunla ilgili kişiyle iletişim ve ilişki kurduğu bir zaman dilimidir.
• Uzmanla hasta arasında güvene dayalı bir ilişki kurulmalıdır.
• Hastanın ilk etaptaki çekingenliği atması, endişelerini gidermesi, ilgilenildiğini hissetmesi önemlidir.
• İlk anksiyeteyi azaltmak gerekir.
• İlk karşılaşmadan sonra, uzman, hastanın vereceği her türlü bilgilerin gizli tutulacağına ilişkin yasal ve ahlaki yükümlülüklerini müracaatçıya açıklamalıdır.
• Madde bağımlısı ve bimekan hasta olan E.Ç'nin aynı zamanda sosyal güvencesi olmaması nedeniyle ilgili klinik, hastanemiz sosyal hizmet birimiyle irtibata geçmiştir.
• Daha önceki süreçlerde hastanın sağlık durumu madde öyküsü vs hakkında klinikten sorumlu hemşire ve doktoru tarafından bilgi alınmıştır.
• E.Ç ile yatışının yapıldığı genel cerrahi servisinde ilk görüşme gerçekleşmiştir.

• E.Ç. ile yapılan ilk görüşme neticesinde; Almanya doğumlu olduğu, uzun yıllar önce Antalya'ya geldiği, kardeşinin İzmir'de, üvey annesinin de İstanbul'da yaşadığı, Antalya'da bir arkadaşı ile beraber bir ev kiraladığı ve anlaşmazlık sonucu evden ayrılıp ekonomik sıkıntılar nedeniyle sokaklarda yaşamaya başladığı, kullandığı maddeyi temin edebilmek için zorlandığı ve çeşitli yollara başvurduğu bilgilerine ulaşılmıştır.

2.ÖN DEĞERLENDİRME

• Bir soruna neden olan faktörlerin belirlenmesi ve sorunun çözülme sürecinin gelişiminin ve yönünün belirlendiği süreçtir. Mikro, mezzo, makro açılardan sorun incelenir.
• İlk olarak hastayla çalışırken, hastaya ait temel bilgilerin toplanması gerekir.
• Hastaya ait eski epikriz raporları, sağlık kurulu raporu, kısa süreli kaldığı yatılı bakım merkezindeki dosya bilgileri ile sosyal hizmet uzmanının görüşleri, adres ve iletişim bilgileri araştırılmıştır. 2011 yılında yatılı bakım merkezinde kaldığı, bu süre zarfında kurumda madde kullanmaya devam ettiğinin anlaşılması üzerine kurumdan uzaklaştırıldığı bilgilerine ulaşılmıştır.
• Hasta ve ailesine yönelik bilgiler öğrenilmiştir. Hastanın madde kullanması nedeniyle yakınlarından sürekli maddi destek talep ettiği ve yakınları tarafından reddedildiği öğrenilmiştir. Üvey annesinin İstanbul'da, kardeşinin İzmir'de ikamet ettiklerini ve uzun yıllardır görüşmediklerini belirtmiştir.

İlgi Gereksinim ve Sorun

• Uzman hastayla beraber sorunu ele almalıdır. Soruna yönelik çözüm önerisi getirmeden sorunu detaylı incelemeli derinine inmelidir.

• Hastanın neden hastaneye yatışının yapıldığı, madde öyküsünün nasıl başladığı ve ne kadar süredir devam ettiği,
• Nasıl bimekan hale geldiği,
• Ailesiyle görüşmeme sebepleri öğrenilmiştir.
• Tedavi sürecinde hastayla yapılan görüşmelerde hastanın; sağlığı konusunda kaygılı olduğu, sorunla baş edebilme ve sorun çözme konusunda istekli olduğu gözlemlenmiştir.
• Sorunla baş etme ve değişim için hastanın önündeki engelleyici faktörler (madde bağımlısı olması, sosyal güvencesinin olmaması, bimekan olması, kurum bakımına alınamaması vs.) ile
• Hastaya yardım edebilecek içsel ve dışsal kaynakların neler olduğu(kaymakamlıklar, belediyeler, ASPİM,A-MATEM vs.) tespit edilmiştir.
• Hastanın durumunu mikro, mezzo ve makro boyutlarında değerlendirdikten gereksinimler belirlendikten sonra sorunun çözümü ve gereksinim planlaması için planlama aşamasına geçilebilir.

MİKRO DÜZEYDE
• Sosyal kişisel çalışmaya başlanmıştır.
• Hastayı farklı bir kuruma havale etmek gerekebilir (AMATEM, Bakım Merkezi vs)

MEZZO DÜZEYDE
• Hastanın ailesi ve yakınlarıyla iletişime geçildi.

MAKRO DÜZEYDE
• Toplumsal kaynakları harekete geçirebilmek için gerekli çalışmalar planlanmıştır.
• (Sosyal güvencesi için Kaymakamlıklar, madde bağımlılığı tedavisi için AMATEM vs.)

3.PLANLAMA
• Bu aşamada ön değerlendirme aşamasında tespit ettiğimizi ihtiyaçları öncelik sırasına koyduğumuz, her bir ihtiyacın müdahale düzeyini belirlediğimiz aşamadır.
• İlk olarak hastayla birlikte çalışmalıyız. Onu sürecin dışında bırakmadan, hastanın sorunu tanımlamasını ve hangi sorunlar üzerinde öncelikli olarak çalışılacağının tespiti gerekir.
• Hastanın bu aşamada sorunun varlığını fark etmesi ve kabul etmesi önemlidir.
• Sorunlar öncelik sırasına göre planlanmalıdır.
• Hastanın nüfus cüzdanının olmaması ve ikamet adresinin bulunmaması nedeniyle ilk olarak nüfus cüzdanı sorununun çözülmesi.
• Sosyal güvence sorununun çözülmesi.
• Aynı zamanda madde bağımlısı olan hastayla gerekli tedavi için kurumlar arası işbirliği yapılması.
• Hastanın uzun yıllardır görüşmediği ve kendisini reddettiği ailesiyle irtibata geçmek.
• Hastanın Antalya'da yaşadığı sosyal çevre hakkında mezzo düzeyde bilgi sahibi olmak.
• Tüm bu gereksinimler tespit edildikten sonra Uzman şu soruyu sorabilir. Bu sorunu çözmenin yolları hakkında düşündün mü? Hasta muhtemelen size daha önce yaptığı girişimlerden bahsedecektir.
• Bir diğeri ise planlamada, hastanın gereksinimleri üzerine odaklaşmak. En öncelikli sorun ile başlanır. Hasta ile birlikte çözümler tartışılır.
• Burada kritik olan nokta uzmanın olası seçenekleri önermesi ve hastayla birlikte keşfetmesidir. Hasta bağımlılıktan kurtulmada isteklidir.
• Planlama basamağının son basamağında nelerin, nasıl ne zaman yapılacağının spesifik hale getirilir.
• Örneğin hastayla sosyal kişisel çalışmayla ilgili görüşme planı yapılabilir. Ne sıklıkla görüşüleceği belirlenir.
• Bireysel görüşme, ilk iki ay boyunca haftanın bir günü olarak planlanmıştır.

4.UYGULAMA
• Amaçları gerçekleştirmek için hazırladığımız planı hayata geçirmektir. Mikro mezzo ve makro düzeyde değerlendirilmelidir.
• Hastayla çalışırken ve güçlendirme yaklaşımını, psiko-sosyal yaklaşımı kullanmamız faydalı olacaktır.
• E.Ç.nin İzmir'de ikamet eden kardeşi ve İstanbul'da ikamet eden üvey annesi ile irtibata geçilmiştir. Fakat kardeşi ve üvey anne E.Ç.' nin madde öyküsü nedeniyle kendisine ve ailesine zarar verdiği, defalarca evi terk ettiği, sözel ve fiziksel şiddete başvurduğu için onunla asla görüşmek istemediklerini belirtmiştir.

• Hastanın sosyal destek ağları (aile, arkadaş, sevgili, dost vs) ile güçlerinin kopmaması için; eski ev arkadaşı ile iletişime geçilmiş, sosyal servise davet edilerek görüşülmüştür. Belli aralıklarda E.Ç.'nin kişisel ihtiyaçlarını karşılamak üzere hastaneye gelerek bu süreçte motivasyonunu artırmaya katkıda bulunmuştur.
• Hasta tedavi süreci boyunca madde kullanmadığı için artık durumuna uygun bir merkezde tedavisine devam edilip eski sağlığına kavuşmak istediğini belirtmiştir.
• Bu noktada hastanın motivasyonunun giderek arttığı ve iyileşme sürecine olumlu katkı gösterdiği gözlemlenmiştir.
• Bakım,barınma, ikamet ve sosyal güvenlik sorunu yaşayan hastanın ikamet ve sosyal güvenlik sorununu çözmek için Muratpaşa Kaymakamlığı Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Müdürlüğü ve Büyükşehir Belediyesi ile yazışmalar yapılmıştır.
• Yakınları ile iletişimi olmayan ve sosyal destekten yoksun hasta, kendi kendine yeterli durumda olmadığından durumuna uygun bir bakım merkezine yerleştirilmesi için ASPİM Özürlü Bakım Hizmetleri Şubesi ile gerekli yazışma ve görüşmeler yapılmıştır. Hasta daha önceki süreçlerde madde kullandığı için bu talep reddedilmiştir.
• E.Ç yaklaşık 6 aylık bir tedavinin ardından AMATEM' e yatışının sağlanarak, "bakım evinde kalmasına engel bir durum olmadığını bildirir tıbbi kanaat raporu" alınmıştır. Bu raporla tekrar ASPİM'e müracaat edilerek hastanın durumuna uygun bir merkeze yerleştirilmesi için görülmüştür.

5.SON DEĞERLENDİRME

• Beklenenlerin gerçekleşip gerçekleşmediğinin belirlendiği bir aşamadır. Vaka sonlandırılacak mı yoksa yeni amaçlarla mı devam edecek.
• Nerede, ne yaptık ve bundan ne elde ettik?
• Uygulama, beklentileri ve amaçları karşıladı mı?
• Özsaygı ve özgüvende fark yarattı mı?
• Kaynaklar etkili şekilde kullanıldı mı?

6.SONLANDIRMA BAĞLANTI KESME

• Kendine güven duygusu artan hasta; sorunu çözebilecek yeterliliğe gelmiştir.
• Sonlandırma yaklaştıkça, görüşme sıklığının aşamalı olarak azaltılmıştır.

7.İZLEME

• Hasta, bakım merkezine yerleştikten sonra kurumdan hastanın genel durumu hakkında bilgi alınmıştır.
• Kurum yetkilisi tarafından ayda bir E.Ç.' nin psiko-sosyal ve fiziksel durumu hakkında görüşülmüştür.
• Kuruma yerleştirildikten 6 ay sonra E.Ç. hastanemiz tıbbi sosyal hizmet birimine ziyarete gelmiştir.
• Uzun bir süre E.Ç.'nin temel gereksinimlerini yerine getirebilmek ve temel ihtiyaçlarını çözme aşamasında yardımcı olduktan sonra teşekkür için geldiğini görmek sanırım onca mücadelenin karşılığı olsa gerek...

YEREL YÖNETİM VE SİVİL TOPLUM ÖRGÜTLERİNDE İŞ BİRLİĞİNDE SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Sosyal Çalışmacı Umut YANARDAĞ

Yerel Yönetimler ve STK'lar ile İşbirliği Fakat Niye?

- Tüm dünyada yürütülen neoliberal politikalar yani en kaba tabirle devletin halihaızrda yaşanan sosyal riskleri yönetmesinde yani sosyal politika uygulamalarının yapılmasında sorumluluğunun azaltıldığı ve piyasa, aile ve diğer yapıların söz sahibi olduğu yeni politikalar doğrultusunda sosyal hizmetlerin gerçekleştirilmesinde devlet dışı mekanizmaların önemli bir unsur olarak sosyal politika uygulamalarının gerçekleştirilmesinde sağlamıştır.
- Yeni gelişen sosyal politika alanında sosyal hizmetlerde kamu düşüncesinden vazgeçilerek sosyal hizmetler ve sosyal güvenlik mekanizmalarının özeleştirilmesi, devlet faaaliyetlerinin daraltılması, Keynesyen refah devletinde kamu kuruluşları tarafından gerçekleştirilen sosyal hizmet uygulamalarının piyasa, aile ve hükümet dışı kurumlar ve minimal düzeyde devlet katkısıyla gerçekleştirilmesi gündeme gelmiştir.
- Bu durum, şimdilerde daha fazla gündeme gelen kamu reformu ile Keynesyen yapıların, bu sisteme uygun hale getirilmesini de berebarinde getirmiştir. Kamu reformu tartışmaları yapıladursun, aslında kamu alanında reforma ihtiyaç duyulmadan gerçekleştirilen ve hizmetlerin hizmeti verirken aynı zamanda kar etmeği (yalın hastane modeli) de gündeme getirecek bir hale gelmesi işi Toplam Kalite Uygulamalarınında etkin bir şekilde uygulandığı Sağlık alanında gerçekleştirilmiş oldu.

Sağlıkta Dönüşüm ve Yerelleşme

- Sağlık hizmetlerinde dönüşüm, KHK ile sağlık hizmeti veren kurumların yerelleşmesi ve özerkleşemesini de doğurdu ve bugün belki de Güney Avrupa refah rejiminin getirisi olan sosyal hizmetlerin ve sosyal yardımların seçim odaklı olması ve bu haliyle siyasi olmasın ve devlet bürokasisindeki yapının reforma tabi tutulmamasından dolayı istendiği gibi tamamlanmadı, bürokratik olarak bir işin ikiye bölündüğü taşra kuruluşların oluşmasını da gündeme getirdi ve bu yapı tartışmaları gündeme geldi. Bu bağlamda sağlık alanında hizmetler tam anlamıyla yerelleşemedi.

Bir Paydaş olarak Yerel Yönetimler

- Aynı işi birden fazla insanın yaptığı, hedef gruba etkili bir hizmetin götürülmediği bir durumdayız, eşgüdüm ile ilgili ilgili sorunlar çalışmaların başlayamamasına neden oluyor.
- Yerel yönetimlerde sosyal hizmetlerin yürütülmesinde politikalar birbirinden bağımsız gibi işletilen yapılarla gerçekleştiriliyor, örneğin sağlık hizmetleri ayrı, sosyal hizmetler daha çok sosyal yardımlar ayrı gidiyor ve sanki istisnai örnekleri dışarıda tutarsak, bir yerel çerçeve planı doğrultusunda yürümüyor.
- Her yerel yönetim uygulaması aynı değil.
- Bu çerçevede daha fazla ihtiyaç duyulmasına karşın, toplum çalışması olarak Türkçeleşen community work uygulamaları sadece proje odaklı bir şekilde kurgulanıyor. Sosyal çalışmacılar "iyi uygulama örnekleri dışında" genellikle sosyal hizmet uygulamalarını gerçekleştirirken odanın dışına çıkamıyor sosyal çalışmacılar (ambulans , konaklama dışında).

- Diyalog kurma toplantıları – Genel Sekreterlik ve Yerel Yönetim Çalışanları ve Yöneticileriyle birlikte.
- Ortaklaştırılmış sağlık alanında çalışan sosyal çalışmacılar için proje odaklı çalışma olanakları yaratılmalı ve iyi uyglumalar ortaklaştırılmalıdır.
- Her hastanenin gönüllü yönetim politikası oluşturulmalıdır. Bu çerçevede sivil toplum örgütlerine dair çalışma programları tasarlanmalıdır.

Sosyal Çalışmacıların Dolaylı Uygulama Becerileri

1) Sonuçlaarı değerlendirme becerisi.
2) Fon Oluşturma.
3) Bütçe yapma becerisi.
4) Müzakere yapma becerisi.

5) Aracılık yapma becerisi.
6) Karar vericileri etkileme becerisi.
7) Gereksinimleri değerlendirme becerisi.
8) Planlama yapma becerisi.
9) Eşyönetimlerle çalışma becerisi (Duyan, 2015, s. 93).

Bu unsurların ortadan kaldırılması için sosyal çalışmacılar, dolaylı uygulamalarda halihazırda sahip olması gereken becerilere sahip olarak planlı müdahale süreçlerini topluluk ve toplumu da dahil etmelidir.

Ne yapmalı?

- Diyalog kurma toplantıları – Genel Sekreterlik ve Yerel Yönetim Çalışanları ve Yöneticileriyle birlikte.
- Ortaklaştırılmış sağlık alanında çalışan sosyal çalışmacılar için proje odaklı çalışma olanakları yaratılmalı ve iyi uyglumalar ortaklaştırılmalıdır.
- Her hastanenin gönüllü yönetim politikası oluşturulmalıdır. Bu çerçevede sivil toplum örgütlerine dair çalışma programları tasarlanmalıdır.
- Bilgi yönetim sistemlerinin ortaklaştırılması sağlanmalı.

SAĞLIK VE SOSYAL HİZMETLERDE BÜTÜNLEŞİK BAKIM MODELİ

Op. Dr. Orhan KOÇ
SADEFE ve EVSAD Yönetim Kurulu Başkanı

Bütünleşik Bakım

- Evde sağlık.
- Palyatif Bakım.
- Sosyal Bakım.
- Yaşlı bakımı.
- Engelli bakımı.
- Gündüzlü bakım.
- Manevi bakım.
- Gönül komşusu.

Paydaşlar

- Belediye.
- Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı.
- Sağlık Bakanlığı.
- İç İşleri Bakanlığı.
- Vakıflar Genel Müdürlüğü.
- Sivil Toplum Kuruluşları.

Engellerimiz

- Dağınık hizmet sunumu.
- Erişim.
- Ulaşım.
- Sürdürebilirlilik.
- Verimlilik.
- Kaliteli hizmet.

Koordinasyon

- Valilik bünyesinde.
- Tüm paydaşların temsilcileri.
- Web tabanlı yazılım.
- Görev tanımlı uygulama protokolü.
- Yerel yönetimler bütüncül yaklaşımla hizmetleri değerlendirmeli.
- Sosyal destek ve tamamlayıcı rol üstlenmeli.
- Tek çağrı merkezi.
- Evde sağlık.
- Sağlık bakanlığı vermeli.
- Özel sağlık kuruluşları, üniversite hastaneleri, sisteme entegre olmalı.
- Palyatif Bakım.
- Ağrı ve semptom yönetimi.
- Kanser hastaları, yatalak hastalar, endokrin hastaları gibi hastaların hizmet aldığı klinikler.
- Özel ve üniversite hastaneleri.
- Sosyal bakım.
- Kişisel bakım.
- Engelsiz ev.
- Yaşam alanı bakımı.

- Hasta ve yakınına psiko-sosyal destek.
- Gönüllü bakım.
- Ev işlerene destek.
- Ayni yardım.

Yaşlı bakımı
- Yalnız yaşayan.
- Kurumsal bakım alan.
- Aile içinde şiddete uğrayan.
- Entelektüel birikimli.
- Kuşaklar arası çatışma.
- Sosyal aktivite.
- Çalışan.

Engelli bakımı
- Topluma katılımı.
- Engelsiz kent.
- Engelsiz ev.
- Engelsiz kültürel alanlar.
- Engelli yakınlarına yönelik etkinlikler.
- Engelli istihdamı.

Gündüzlü bakım
- Köy ve kent kıraathaneler.
- Yaşlı bakım merkezleri.
- Alzhemier gündüzlü bakım.
- Toplum ruh sağlığı merkezi.
- Sosyal donatılı ibadet haneler.

Manevi Bakım.
- Din psikolojisi ve manevi bakım uzmanı istihdamı.
- Sevinç de ve üzüntüde.
- Hastalıkta.
- Vefat da.
- Vefat sonrası.

SOSYAL HİZMETTE PROJE GELİŞTİRMENİN ÖNEMİ VE PROJE KAYNAKLARI

SHU Ecren AYDIN
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu / Proje Yönetim Birimi.

"Sosyal Hizmet" mesleğinin amacı, ülke ihtiyaçlarına öncelik vererek ulusal ve evrensel değerleri benimseyen bir yaklaşımla çalışmak, ihtiyaç duyulan kaynaklara ulaşmak ve yönetmek, sosyal iyileştirmeyi ve toplumsal örgütlenmeyi sağlamak, sosyal kurumların ve sosyal politikaların gücünü ortaya koymaktır.

Hastalara doğrudan hizmet sunan hastanelerde hasta ve yakınlarının "fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik halini" sağlamak adına sunulan hizmetlerden en verimli şekilde yararlanmaları, onların ihtiyaç ve beklentilerinin tam olarak belirlenmesiyle olanaklıdır.

Tıbbi Sosyal Hizmet

- Tıbbi sosyal hizmet alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları engelli, yaşlı, kronik hasta, alkol ve madde bağımlısı gibi pek çok dezavantajlı grupla çalışmaktadır.
- Bu kişilerin ihtiyaçlarının belirlenmesi ve giderilmesi yönünde müdahalelerde bulunulması, onların kendi kendilerine yeterli duruma getirilmelerine yardımcı olunması gibi hizmetlerin yanı sıra, bölgede yerel ihtiyaçların belirlenmesi ve yerel mekanizmaların harekete geçirilmesi gibi işlevlere sahiptir.
- Sosyal hizmet uzmanları kamu ya da özel kuruluşlarda olsun genellikle daha az kaynak ile performansı arttırması beklenmektedir. Sonuç olarak, sürekli daha üretken olması ve sürekli değişen bir ortama cevap vermesi beklentisi nedeni ile bir bakıma yenilik baskısı altındadır. Proje kaynaklarını etkili ve verimli bir şekilde kullanmak, yenilikçi değişimler gerçekleştirmek açısından sosyal hizmet uzmanları için önemlidir.

Proje yönetimi,

- Şimdi nerede bulunduğumuzu,
- Nereye gitmek istediğimizi,
- Oraya nasıl ulaşacağımızı ortaya koyar.

Proje Kaynakları

- **Kalkınma Ajansı**
- **Ulusal Ajans**
- **Kalkınma Bakanlığı**
  - SODES (Sosyal Destek Programı)
- **Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı**
  - EDES(Engelliler Destek Programı)

Kalkınma Ajansı

- Kalkınma Ajansları bölgeler arası eşitsizliklerin azaltılması ve bölgesel kalkınmanın sağlanması için Devlet
- Planlama Teşkilatı(DPT) koordinasyonunda kurulmuş özerk kamu kuruluşlarıdır.
- Türkiye'de 26 kalkınma ajansı bulunmaktadır.

KALKINMA AJANSI DESTEK PROGRAMLARI
MALİ
TEKNİK

MALİ

Faiz Desteği.
Faizsiz Kredi Desteği.
Doğrudan Finansman Desteği.
Doğrudan Faaliyet Desteği.
Proje Teklif Çağrısı.
Güdümlü Proje Desteği.

TEKNİK DESTEK PROGRAMI

Hangi Faaliyetler Desteklenebilir?	- Eğitim verme, - Program ve proje hazırlanmasına katkı sağlama, - Geçici uzman personel görevlendirme, - Danışmanlık sağlama, - Lobi faaliyetleri ve uluslararası ilişkiler kurma gibi kurumsal nitelikli ve kapasite geliştirici faaliyetler
Teknik Desteğin Azami Maliyeti	15.000 TL (KDV dahil)
Destek Süresi	en fazla 1 (bir) ay
Başvuru Dönemleri	· I. Dönem: (Mayıs-Haziran) · II. Dönem: (Temmuz-Ağustos) · III. Dönem: (Eylül-Ekim) · IV. Dönem: (Kasım-Aralık)

TEKNİK DESTEK PROJE ÖRNEKLERİ

Proje Döngüsü Eğitimi (PCM)
Avrupa Birliği Hibe Projeleri Hazırlama Eğitimi
Eğitici Eğitimi
Sağlık Kuruluşlarımızda İletişim, Ekip Çalışması, Temel Yönetim ve Liderlik Becerileri Eğitimi
İşaret Dili Eğitimi

MALİ DESTEK PROGRAMI

Belirli bir amacı gerçekleştirmek için yapılan bir faaliyetin desteklenmesi amacıyla yararlanıcılara yapılan karşılıksız ve doğrudan ödemedir.

Ankara Kalkınma Ajansı

Doğrudan Faaliyet Destek Programı

Programın Öncelikleri

Ankara'ya mülteci göçünün sonuçlarının incelenmesi ve mülteci göçü ile ortaya çıkan ihtiyaçların ve hizmetlerin tespiti ve karşılanması.
Kadına yönelik şiddetin engellenmesi.
Çocuk ve kent yoksulluğunun derinlemesine incelenmesi (özellikle belirli sosyal ve mekansal örnekler düzeyinde) ve yoksullukla mücadele mekanizmalarının geliştirilmesi.
Çocuk işçiliği düzeyi ve biçiminin özellikle geri-dönüşüm sektörü ve kayıt dışı ekonomi ile ilişkili olarak incelenmesi.
Genç işsizliğinin önlenmesi.
Mesleki eğitim ve sanayide nitelikli ara eleman ihtiyacının karşılanması (sektörel ve bölgesel ihtiyaçlar göz önünde bulundurularak).
Alt-bölgelerde nüfus kaybının etkileri ve önlenmesine yönelik tedbirler.
Yaşlı nüfus artışının sosyal ve ekonomik sonuçları ve nüfusun yaşlanmasıyla ortaya çıkan sosyal ve mekansal ihtiyaçların ve hizmet gereksinimlerinin tespiti.
Bakım hizmetleri (yaşlı, engelli, çocuk vb.) sektörüne yönelik ihtiyaç tespiti.

Ulusal Ajans

Avrupa Birliğinin eğitim, gençlik ve spor alanlarında yürüttüğü Erasmus+ Programının, Türkiye'de uygulanmasından sorumlu kamu kurumudur.

- 28 Avrupa Birliği üyesi ülke.
- 4 EFTA (Avrupa Serbest Ticaret Birliği) üyesi ülke: İsviçre, İzlanda, Lihtenştayn ve Norveç.
- 2 AB adayı ülke: Türkiye ve Makedonya.
- Program Üyesi toplam 34 ülke.

KALKINMA BAKANLIĞI SOSYAL DESTEK PROGRAMI (SODES)

İstihdam.

- Sosyal İçerme.
- Sanat ve Spor.

Öncelikli hedef kitlesi yoksulluk ve sosyal imkanlara erişimde sıkıntı yaşayan; çocuklar, gençler, kadınlar, işsizler, yoksullar, göç etmişler ve kentlerin gecekondu bölgelerinde yaşayan bireyler ve gruplardır.

Hedefi

- İstihdam edilebilirliğin artırılması.
- Toplumun dezavantajlı kesimlerinin ekonomik ve sosyal hayata daha fazla katılmalarının sağlanması.
- Kültürel, sanatsal ve sportif faaliyetler yoluyla bölgedeki çocuk, genç ve kadınların kendilerini daha iyi ifade etmelerine katkı verilmesi.

AİLE VE SOSYAL POLİTİKALAR BAKANLIĞI ENGELLİLER DESTEK PROGRAMI (EDES)

EDES Kapsamında Desteklenecek Proje Türleri

Farkındalık eğitimlerine yönelik projeler.

Engelliliğin nedenleri ve önlenmesine yönelik projeler.

Engellilerin psiko-sosyal ve tıbbi rehabilitasyonunu sağlamaya yönelik projeler.

KLİNİK ODAKLI SOSYAL HİZMET

Fatih KILIÇARSLAN
Sosyal Hizmet Uzmanı / Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi.

İLETİŞİM AŞAMALARI
İletişim 4 Aşama

- Kendini Bilme ve Yönetme.
- Karşındakini Tanıma ve Yönlendirme.
- Problem Çözme Becerisi.
- Anlaşma ve Uzlaşma.

İletişimde 3D Yaklaşımı

- Duygu Düzeyinde İletişim.
- Düşünce Düzeyinde İletişim.
- Davranış Düzeyinde İletişim.

İletişim Çatışmaları
Değişim Kriz Faktörüdür
İlişkilerde Üç Temel Zorluk!
Kadın Ve Erkek Olmak
Sistemindeki Farklılıklar
Karakter Farklılıkları

İLETİŞİM SORUNLARI!

- Fuçlayıcı ve yargılayıcı tutumlar.
- Etiketlemek ve genellemek.
- Akıl vermek,yorum yapmak.
- Kendini haklı,karşındakini haksız göstermek.
- Sürekli sorunlardan bahsetmek.
- Etnik,kültür ve inanç farklılıkları.
- Algı, ilgi ve hobi farklılıkları.
- Yaş ve fiziksel uyumsuzluk.

ÇATIŞMA ÇÖZME
İletişimin Üç A Kuralı
Anlatmak
Anlamak
Anlaşmak

Anlatmak
Baskı altında olmamak.
Rahat olabilmek.
Kendine iç görü geliştirmek.
Duygu ve düşüncelerin farkında olabilmek.
Açık, anlaşılır ve somut bir dille kendini ifade etmek.
Karşısındaki kişinin seviyesine uygun yaklaşım belirlemek.

Anlamak

- Saygı duymak.
- Dinleme becerisine sahip olmak.
- Jest, mimiklerle ve beden duruşumuzu ayarlamak.
- Önemli ve değerli olduğunu hissettirmek.
- Empati geliştirebilmek.

Anlaşmak

- Sorun çözme becerisine sahip olmak.
- Sorun odaklı değil çözüm odaklı yaklaşmak.
- Çözüm yönünde harekete geçirmek, motive etmek.
- Öz güveni geliştirmek, benlik değerini güçlendirmek.
- Kazan-kazan yaklaşımı.
- Uzlaşma becerisine sahip olmak.
- Onay vermek, takdir etmek.

Sağlıklı Model Olabilmek!
İletişimi Açık Tutabilmek!

REHBERLİK MODELİ
Etkili İletişim Yönetimi

- Kontrol.
- Akışta olmak.
- Dinleme becerisi(Destekleme, açık uçlu soru sorma, cesaretlendirme).
- Paylaşım(Öykü-duygular).
- Duyguların yansıtılması.
- İçeriğin yansıtılması.
- Yansız olma.
- Değişim yönünde cesaret verme.
- Mesaj (Farkındalık kazandırma).

MANEVİ BAKIM VE HOLLANDA ÖRNEĞİ

Mebrure GÜNEŞ

MANEVİ BAKIM

• Manevi bakım tabiri esasen, İngilizce, ' Spiritual Care' ('spirit': maneviyat, ruh; 'care': bakım) tabirinin tercümesidir.

• Bakım (care) kelimesiyle esasen vurgulanan şey, burada yine İngilizce bir tabirle ' cure' denen ' tedavi'den farkı belirtmek içindir. Cure, 'biyolojik sağlığa tekrar kavuşmayı, iyileşmeyi ifade eder.

• Care ise, ilgi, ihtimam, alaka içeren bir bakımdır. Bu da, hemşirelerin hastaya yaptığı maddi bakımdan tutun da, insanların görünmeyen akli, ruhi, psikolojik(duygu) yönlerine de gösterilmesi gereken her türlü ilgi ve alakayı ifade etmektedir (Karagül,2012).

• Manevi bakım; insanın aşkın boyutu olan inanma ihtiyacı sonucu olarak ortaya çıkan maneviyat hissinin azaldığı durumlarda onlara eşlik edebilmek.

• Ani değişen hayat şartlarında.

• Beklenmedik kriz durumlarında, onlara uzanacak bir el olabilme.

• İnsanları aktif dinleyebilme ve senin yanındayım, yalnız değilsin duygusunu hissettirebilme.

• Onların içinde bulunduğu zorlu süreçte onlara eşlik edebilme sanatı olarak tanımlanabilir (Güneş,2014).

• Manevi bakım, ilahiyat fakültesi eğitiminden sonra din psikolojisi anabilim dalında en az yüksek lisans eğitimini tamamlamış, bu alanda bitirme tezi yazıp uzmanlaşmış kişiler tarafından, profesyonelce yürütülen, etik kurallara dayalı, insanı önceleyen bir çalışma alanıdır.

MANEVİYAT

• Elkins, Hedstrom, Hughes, Leaf ve Saunders (1988) manevi değerleri,

• Yaşamın kutsallığının farkında olma,

• Maddesel değerleri dengeleme,

• Başkalarını önemseme,

• Hayatımızın trajik yönlerinin farkına varıp,

• Dünyanın daha iyi bir hale gelmesini derin bir şekilde arzu etme' olarak tanımlamışlardır.

(çev. Öznır Özdoğan)

MANEVİ BAKIM / DESTEK / REHBERLİK / DANIŞMANLIK AYRIMI

• Destek; sözlükte yardımcı demektir.

• Tıp alanında, destek tedaviler dendiğinde vitaminler, serum akla gelir. Dışarıdan ek olarak alınan bireysel tedavi sürecini kapsar.

• Rehberlik, danışmanlık ve destekte; tedavi, onarma işlemi yoktur. Bireyi kapsamadan mesafeli bir yaklaşımla bilgilendirme sürecini kapsar.

• Rehberlik; yol göstericilik demektir.

• Hastanelerde rehberlik, bilgilendirme,yönlendirme yapan, kurallarla ilgili bilgi veren yol gösteren kişidir.

• Din konusunda rehberlik, hac ve umre organizasyonlarında bireylere ne yapmaları gerektiği konusunda bilgilendirme yapma, dikkat etmeleri gereken noktalar belirtilir.

• Danışmanlık; herhangi bir konuda alanda yeterlilik sahibi kişi ya da kurumun bireye bilgi vermesidir.

• Tıp alanında danışmanlık, doktora gideriz ve ilaç yazdıktan sonra bize hemşiremiz size ilaçlarınızı nasıl kullanacağınız konusunda danışmanlık yapacak der.

• Dini konularda danışmanlık, fetvayı içeren bir boyuttur. Dini ritüellerin nasıl yapılacağını, dikkat edilmesi gereken hususları kapsar.

• Bakım; sözlükte bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek demektir.

• Aynı zamanda bakım (care) onarmak demektir.

• Dünya sağlık örgütünün yaptığı sağlık tanımında birey, beden, zihin ve ruh olarak bütüncül şekilde ele alınmaktadır.

- Tıp alanında, doktorlarımız bedenimizde sıkıntı olan bölgeyi ilaçlarla onarma işlemi yapar.
- Psikologlarımız, psikiyatri doktorlarımız zihinsel sıkıntılarımızı onarma işlemi yapar.
- Manevi bakım uzmanı ise ruhumuza, aşkın yanımıza yönelik bir bakım işlemi yapmaktadır.
- Manevi bakım ile biz hastaları aktif dinleyerek anlarız. Aşkın yanımızla, sıkıntıları onarma süreci başlatırız.
- Manevi bakım ile ruhumuzun gücünü zihne ve bedene yansıtırız.

HOLLANDA ÖRNEĞİ

- Manevi bakım , Avrupa'da en iyi Hollanda da yürütülmektedir.
- Bunun sebebi ise, bu hizmet hem yasal olarak hem de finans olarak devlet desteği ile yürütülmektedir.
- Hollanda devleti 2. dünya savaşından sonra kanun kapsamında insanların maddi ve manevi ihtiyaçlarının giderilmesi kararını almıştır.
- Hollanda devleti, bireyin talebi doğrultusunca manevi bakım uzmanı görevlendirmekle yükümlüdür.
- Hollanda da manevi bakım 5 ana ayak üzerinden yürütülmektedir.Bunlar:
    1) Ceza infaz kurumları
    2) Hastaneler
    3) Ordu
    4)Yaşlı bakım evleri.
    5)Özel sektör.

MANEVİ BAKIM UZMANLARININ EĞİTİM PROGRAMLARI

- Hollanda Devleti, her alanda uzmanlık isteyen bireylerin yüksek lisans programından geçmesini zorunlu kılmıştır.
- Manevi bakım uzmanı olmak isteyen bireyler şu aşamalardan geçmektedir.
    - Teoloji Eğitimi.
    - Manevi Bakım Yüksek lisans Eğitimi.
    - Staj Dönemi ve Bitirme Tezi.

MANEVİ BAKIM YÜKSEK LİSANS DERS PROGRAMI

- Uygulamalı psikoloji.
- Sağlık sektöründe manevi bakım.
- Manevi bakımda etik.
- Karşılaştırmalı din bilimleri.
- Aile içi iletişim ve rehberlik.
- Manevi bakımda profesyonel iletişim.
- Uygulamalı araştırma teknikleri.
- Meslek olarak manevi bakım.
- Psikopatoloji.
- Staj.
- Süpervisi.

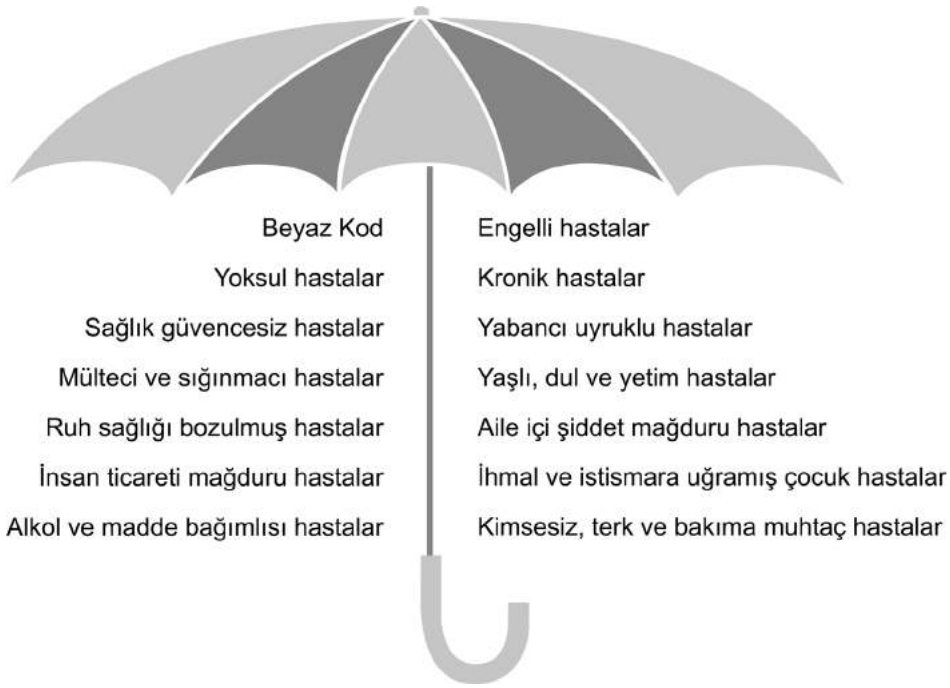
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ

Önder UYANIK

TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ

ABD Houston Methodist hastanesinin ikizi olarak planlanan ve 1991 yılında temeli atılarak hızlı bir gelişmeyle beş yıl sonra 1996 yılında hizmete açılmıştır. Sağlık alanında ülkemizin en önemli ve en modern tıp merkezi ve hastane projelerinden biri olup uluslar arası sağlık turizminde bölgenin referans hastanesi olma yolundadır.
Turgut Özal Tıp Merkezi 24.000 m2 alana kuruludur.
Toplam kapalı alanı 129.900 m2 dir.
16 katlı kulesinde aktif hizmet veren 26 ameliyathane, 255'i yoğun bakım olmak üzere toplam 1250 yatak kapasitesi vardır.
Dünyada ilk ve tek olan Karaciğer Nakli Hastanemizin inşaatı ve tefrişatı tamamlanmış ve hizmete hazırdır.
Dikine kurulu hastanede transport 27 adet asansörlerle sağlanmaktadır.

Sosyal Hizmet Uzmanları



Sosyal Hizmet Müdahale Yöntemleri

- Sosyal grup çalışması.
- Sosyal kişisel çalışma.
- Toplumla çalışma (Proje çalışmaları).
- Kriz müdahalesi.
- Memnuniyet çalışmaları.
- Sosyal etkinlikler.

Turgut Özal Tıp Merkezi Sosyal Hizmetler Müdürlüğü Tarafından Yapılan

- Sosyal Etkinlikler ve Projeler
- Hastanemizde özel gün kutlamaları
- Anneler günü.
- Tıp Bayramı.
- Hemşirelik Haftası.
- 23 Nisan.
- Diğer meslek Guruplarının özel günleri.

• Çocuk Psikiyatri,Çocuk Onkoloji Servisleri ve Organ Nakli Servisindeki çocuk hastalara doğum günü etkinlikleri yapılmakta.
• Sodes Kar Çiçekleri Projesi (Piknik, aile ziyaretleri, sosyal grup çalışması ile birlikte eğitsel etkinlik yapıldı).
• Yatılı ilköğretim bölge okulunda el hijyeni uzman kişiler tarafından anlatılmış ve öğrencilere çeşitli hediye ve broşürler dağıtıldı.
• Yerel ve Uluslar arası Fuarlara Katılım sağlanmakta (Amsterdam, Erbil, Dubai, İzmir, İstanbul vb).
• Deprem ve Yangın Tatbikatları.
• Hatıra Ormanı.

• Hastanemizin tüm tanıtım materyalleri Müdürlüğümüz bünyesinde hazırlanmaktadır.
• Müdürlüğümüz içinde oluşturduğumuz kütüphanemiz hasta ve yakınları ile personelimizin hizmetine sunulmuştur. Personele yönelik sosyal kulüp oluşturma hedeflerimiz vardır.
• Her yıl Bahar Turnuvaları düzenlenmekte.
• Hastanemiz Müzik Grubu haftalık prova amaçlı bir araya gelmekte özel gün ve gecelerde etkinliklere katılmaktadır.

Refakatçi Anne Ünitesi

• Pediatri kliniğine bağlı yoğun bakım ve servislerde yatan hasta çocukların anneleri için hizmet verilmekte olup annelerin dinlenme, yemek ve barınma ihtiyaçları karşılanmakta ayrıca eğitim ve danışmanlık (bebek bakımı, hijyen, mama hazırlama v.b) hizmetleri verilmektedir (24 yatak).

Konukevi

Bir sosyal sorumluluk projesi olarak kurulan İnönü Üniversitesi Hastane Oteli Malatya Belediyesi, Malatyalı İş Adamları Derneği ve Üniversitemiz ortak sosyal sorumluluk projesi olarak 1 Ağustos 2011 tarihinden itibaren 68 oda 136 yatak kapasitesi ile hizmet vermektedir.
Ek yataklar ile odalar 3'er kişilik olarak kullanılmakta ve 206 yatak kapasitesine ulaşılmaktadır. Kuruluşundan bugüne kadar yaklaşık 180.000 kişi misafir edilmiştir.

Misafirlerimize;
• Standart ücretli (10-20-30 TL),
• Askıda Oda kapsamında (bağışlardan),
• 10 yaş altı ücretsiz konaklama imkanları sunulmaktadır.

Konaklamanın Yanı sıra Sunulan Hizmetlerimiz

• Günlük 5 çeşitten az olmamak üzere sabah kahvaltısı, akşamları Çorba Saatinde (her gün farklı bir çeşit) çorba ikram edilmektedir.
• Hayırsever vatandaşlarımızın (Adak kurbanları ile) akşam yemekleri verilebilmektedir.
• Özel gün ve gecelerde çeşitli ikramlar yapılmaktadır (Bayram, kandiller, aşure günü v.b).
• Günlük ortalama 10 kişiye çamaşırhane ve ütü hizmeti verilmektedir.
• Ayrıca Hastane Otelimizde, kütüphane, okuma salonu, masa tenisi, huzur bahçesi, çocuk parkı gibi hasta ve yakınları için sosyal kullanım alanları bulunmaktadır.

Askıda Oda

Konukevimizde uygulamaya geçtiğimiz Askıda Oda projemiz ile maddi durumu iyi olmayan hasta ve hasta yakınlarının sosyal incelemeleri yapıldıktan sonra ücretsiz hizmet almaları sağlanmaktadır.

Konukevimizde oluşturduğumuz "Hayır Mağazası" ile ihtiyaç duyan hasta ve hasta yakınlarımızın kıyafetleri gelen bağışlar ölçüsünde ücretsiz olarak karşılanmaktadır.

Çorba Saati

Konukevinde uygulamakta olduğumuz "Çorba Saati" projesi ile konaklayan misafirlerimize akşam 18:30-20:00 saatleri arasında çorba ikramı yapılmaktadır. Projeye hayırsever insanların katkısı ile gelen yardımlar doğrultusunda zaman zaman çorba ile birlikte akşam yemeği de sunulmaktadır.

İftar ve Sahur Yemekleri

Her yıl Ramazan ayında hasta ve yakınları için Sivil Toplum Kuruluşları ile birlikte İftar ve Sahur Yemekleri verilmektedir.

TIBBİ SOSYAL HİZMET BİRİMİ VE DİĞER HİZMETLER İLE İLİŞKİSİ

Sosyal Hizmet Uzmanı Refik AKTEN

Tıbbi Sosyal Hizmet Birimi ve Görevleri

Sosyal Hizmet Uzmanının Süpermenlik Rolü
Hasta Hakları Birimi
Çalışan Hakları Birimi
Tıbbi Sosyal Hizmet Birimi Ek Görevleri
Hastane komisyon görevleri.
Oryantasyon görevi.
Halkla ilişkiler birimi.
Eğitim görevleri.
Mahkemelerde bilirkişi görevleri.
Savcılık Soruşturmaları.
Kaymakamlık, emniyet ve diğer kurumlarla ortak yürütülen projeler.
Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nın bir kısım işleri.
Yoksulluk / Muhtaçlık / Diğer sosyal hizmet müdahaleleri.

Sonuç: Bir Model önerisi

- Hastane iletişim birimlerinde hasta ve çalışan hakları hizmetlerinin birleştirilmesi.
- Sürekli ve sürdürülebilir hizmet içi eğitimler.
- İlgili ayrı birimlere koordinasyon ve yöneticilik görevi.
- Bakanlık merkezince ölçülebilir denetlenebilir hizmet standartlarının belirlenmesi.
- Ulusal tıbbi sosyal hizmet uygulama stratejilerinin belirlenmesi ve denetlenmesi.
- Tıbbi Sosyal Hizmet Birimleri'nde tıbbi sekreter bulundurma zorunluluğu.
- Ulusal tıbbi sosyal hizmet uygulamaları ağı kurulmalı.
- Yapılan hizmetler.
- Örnek uygulamalar.
- Veri tabanı.
- SOYBİS Sistemi hastanelerde kullanılabilmeli.

ANTALYA ATATÜRK DEVLET HASTANESİ'NDE TIBBİ SOSYAL HİZMET UYGULAMALARI

Sosyal Hizmet Uzmanı Sebahat BALCI

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre; sağlık, "fiziksel, ruhsal ve sosyal yönlerden tam bir iyilik hali."
Kapsamlı Tıp: "Hastayı fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tüm yönleri ile ele alan bir yaklaşımdır."

SOSYAL HİZMETLER
İnsanların yardımsız karşılayamadığı ihtiyaçlarının karşılanması ve çözemedikleri sorunlarının çözülmesi amacı ile sosyal hizmet uzmanları tarafından gerçekleştirilen profesyonel faaliyetlerdir.

SOSYAL HİZMETİN ÇALIŞMA ALANLARI (MÜRACAATÇI GRUPLARI)
SOSYAL HİZMET ALANLARI
4. Ulusal Sosyal Hizmetler Konferansında (1994) ülkemizdeki sosyal hizmet alanları; korunmaya muhtaç çocuklar, koruyucu aile, evlat edinme, gündüzlü bakım hizmetleri, sokakta çalışan çocuklar ve sokak çocukları, çocuk ve sosyal hizmetler, gençlik ve sosyal hizmetler, özürlülük ve sosyal hizmetler, sağlık ve sosyal hizmetler (Tıbbi sosyal hizmetler), suçluluk ve sosyal hizmetler, kadın ve sosyal hizmetler, yoksulluk ve sosyal hizmetler, yaşlılık ve sosyal hizmetler, insan gücü ve yönetimi olarak ifade edilmiştir.

TIBBİ SOSYAL HİZMET NEDİR?
Tıbbi Sosyal Hizmet, ayaktan veya yatarak tedavi gören hastaların tedaviden etkin bir şekilde yararlanmaları amacıyla sosyal hizmet uzmanlarınca yürütülen, ekonomik, sosyal, psikolojik, eğitici, destekleyici ve geliştirici hizmetlerin yanında koruyucu ve önleyici sağlık hizmetleri ile hastanın ailesi ve çevresiyle olan ilişkilerinin düzenlenmesi, taburcu olduktan sonra kişisel ve ailevi sorunlarının çözümlenmesi gibi hizmetlerin bütünüdür.

SOSYAL HİZMET UZMANI
İnsanların sağlık ve iyilik hallerinin geliştirilmesinde, İnsanların kendilerine daha yeterli hale gelmelerinde ve başkalarına bağımlı olma hallerinin önlenmesinde, aile bağlarının güçlendirilmesinde ve ailevi sorunlarının çözümlenmesinde, bireylerin, ailelerin, grupların veya toplulukların sosyal işlevlerini başarıyla yerine getirme konusunda, etkinlikler ve programlar yürütür…

Hastanemizde Tıbbi Sosyal Hizmet
Hastanemiz 2005 yılında SSK hastanesi iken Sağlık Bakanlığı'na devredilip Atatürk Devlet Hastanesi adı altında sağlık hizmeti sunmaya devam etmiştir. Sağlık hizmeti sunarken hasta çeşitliliğinin artmasıyla, hastanemizde hasta profilinin de değiştiği görülmüştür. Psiko- sosyal ve sosyo –ekonomik desteğe ihtiyaç duyan hasta ve hasta ailesi sayısının artmasıyla birlikte sosyal hizmet uygulamalarına ihtiyaç duyulması üzerine hastane idaresi Sağlık Müdürlüğü'nden sosyal hizmet uzmanı talep etmiştir. Bunun üzerine; Antalya Devlet Hastanesinde görevli olan 6 sosyal hizmet uzmanı sırası ile birer aylık geçici olarak görevlendirilmiş ve hastanede sosyal hizmet birimini kurarak sosyal hizmet uygulamalarına başlamıştır. Hizmetlerin devamlılığının sağlanması amacıyla hastanede sürekli bir sosyal hizmet uzmanı olması ihtiyacı doğmuştur. 2009 yılında Antalya Atatürk Devlet Hastanesi'ne atamam yapılmış ve ardından başka sosyal hizmet uzmanı arkadaşların da gelmesi ile etkin bir şekilde sosyal hizmet uygulamalarına devam edilmiştir.
Tıbbi Sosyal Hizmet Birimimiz; 2006 yılında kurulmuş olup, hastane ana binasında zemin katta hastaların kolayca ulaşabilecekleri, poliklinikler ve kliniklere aynı zaman da idareye yakın bir alanda faaliyetlerine devam etmektedir.
Hastanemiz kadrosunda 4 sosyal hizmet uzmanı mevcuttur. Bunlardan ikisi tıbbi sosyal hizmet biriminde hastanenin ana binasında, birisi Muratpaşa ilçesi Perge caddesinde bulunan Kadın Doğum ve Çocuk Kliniklerinin bulunduğu ek binada, birisi de hastanede Çalışan Hakları Biriminde hizmet sunmaktadır.
16.03.2011 tarihinde Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından hastanelerdeki sosyal hizmet müdahalelerinin etkin bir şekilde yürütülebilmesi için, sosyal hizmet birimlerinde denetim, uygulama birliği ve standart oluşturulması gerekçesi ile,''Tıbbi sosyal hizmetler uygulama yönergesi '' yayınlanmıştır.

2011 yılında yayınlanan Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi gereği, birimimizin çalışma faaliyetleri ve istatistiki veriler 6 aylık periyodlarla bakanlığa bildirilmektedir.
Birimimiz istatistiki verilerine göre; 2011 yılının ikinci yarısında ortalama 650, 2012 yılında ortalama 1650, 2013 yılında ortalama 1300, 2014 yılında ortalama 1200, 2015 yılının birinci yarısı ortalama 450 hasta ve ailesiyle tıbbi sosyal hizmet çalışması yapılmıştır.

EĞİTİM ÇALIŞMALARIMIZ;

• 2009-2010 yıllarında Antalya ilindeki tüm birinci basamak sağlık kuruluşlarında ve hastanelerin Acil servislerinde çalışan sağlık personeline, Sağlık Müdürlüğünün koordinatörlüğünde ''Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadelede Sağlık Personelinin Rolü ve Uygulanacak Prosedürler'' konulu eğitimler verilmiştir.
Birimimizce 2006 yılından beri hasta, hasta yakını, personel ve halk eğitimleri yürütülmektedir.

- 2010 yılında 543
- 2011 yılında 792
- 2012 yılında 759
- 2013 yılında 826
- 2014 yılında 995
- 2015 yılında 314 kişiye

Antalya Atatürk Devlet Hastanesinde Tıbbi Sosyal Uygulamaları Nelerdir?

1.Hastanemiz tıbbi sosyal hizmet birimi olarak; hastaların hastaneye gelerek ayaktan ve yatarak tedavi alması aşamasında ve tedaviden sonra tedaviden en etkin şekilde faydalanması için psiko-sosyal ve sosyo-ekonomik destekleme çalışmalarında bulunulmaktadır.
Örnek vaka; hastanemiz çocuk polikliniğine 2 yaşındaki kız çocuğunu muayene için getiren 30 yaşlarında bir anne; muayene sıra numarası alamadığı ve ücreti ödeyemediği için muayene yaptıramaması üzerine birimimize yönlendirilmişti. Geldiğinde anne çaresizlik ve öfke ile ağlayarak durumunu izah etmişti.
İlgili doktor ile görüşüp çocuğu muayene ettirdikten sonra annenin öfkesinin sadece muayene ettirememesinden kaynaklanmadığı anlaşılması üzerine vaka detaylı bir şekilde görüşmeye alınmıştır.
Yapılan görüşmelerde; anne genç yaşta Antalya'ya bağlı bir köyde akrabası ile evlendirilmiş, evliliğinden bir kız çocuğu (o an 7. Sınıfa giden) dünyaya getirmiş bir müddet sonra eşi kalp krizinden ölmüş. Zengin olan eşinin ailesi, vakamız ve kızı ile ilgilenmediği için kendi ailesinin yanına dönmek zorunda kalmış. Ailesinin maddi durumu iyi olmaması nedeniyle kendisini mental yönden düşük durumda olan bekar biriyle evlendirilip,eşi ile birlikte Antalya'ya gelmişler ve ondan da muayene ettirmek istediği çocuğu dünyaya gelmiştir.
Eşinin belli başlı bir işi olmadığı, kendisinin pazarcılık yaptığı, bazen seralarda işçi olarak çalıştığı anlaşılmıştır. Biraz daha derinlemesine çalışıldığında büyük kızına şimdiki eşinin babası kendilerine geldiği zamanlarda cinsel tacizde bulunduğu ve olay adli makamlara yansıdığı bunun üzerine eşi ve eşinin ailesi duruma inanmayıp kendisine şikayetini geri alması için baskı uyguladığı anlaşılmıştır. Uzun bir süre vaka ile çalışılmıştır. Girişimlerimiz sonucun da; ilk eşinden olan kızına babası üzerinden SGK'dan yetim maaşı bağlandı ve barodan ücretsiz Avukat temin edildi.
Çalışmalar sonucunda vakamız; kendine güvenen çocuklarına daha etkin sahip çıkan, çocuklarının eğitimleri ile yakından ilgilenen, onların haklarını koruyan bir duruma gelmiştir. Ve hastane idaresine bize hitaben teşekkür mektubu bırakmıştır. İlerleyen zamanlarda vakamız çözemediği bir sorunu olduğunda birimimize uğrayıp destek almaktadır.

2. Kadına yönelik Şiddet vakalarıyla gerekli sosyal hizmet müdahalesinde bulunulmaktadır. Şiddet mağdurlarına, güçlendirme, gerektiği durumlarda psikiyatrik tedaviye aldırma , koruma hizmetlerine yönlendirme, hakları konusunda bilinçlendirme, bireysel ve aile danışmanlığı gibi hizmetlerde bulunulmaktadır.

3. İhmal ve İstismara uğramış çocukla ve ailesi ile çalışmalarda bulunulup adli makamlara bildirimi yapılmaktadır. Aynı zamanda çocuğun ailesine çocukların istismardan korunması konusunda eğitimler verilmektedir.

4. Engelli ve engelli ailelerine: engellilik ve, engelli hakları konusunda bilgilendirme, bakım gereken durumlarda ilgili kurumlarla işbirliği içerisinde korunma ve bakım altına alınması çalışmalarında bulunulmaktadır. Ayrıca engelli ve ailesine yönelik destekleyici sosyal faaliyetlerde bulunulmaktadır.

5. Tedavi sonrası bakım sorunu yaşayan hastaların aileleri ile iletişime geçilerek hasta, hastalığı ve hastanın bakımı hakkında bilgilendirme çalışmalarında bulunulmaktadır. Bu amaçla evde sağlık birimi ile birlikte proje çalışması çerçevesinde eğitimler planlanıp eğitim faaliyetleri yapılmaktadır.

6.Ailesi tarafından bakım verilemeyecek kimsesiz veya sokakta yaşayan hastaları (yaşlı, engelli, çocuk) durumuna uygun bir sosyal hizmet kuruluşuna yerleştirilmesi çalışmalarında bulunulmaktadır.

7.Hastanede ayaktan tedavisi süren ve Antalya da kalacak yeri olmayan hasta ve hasta yakınlarına geçici barınma yeri temin edilmektedir.Bunun için Antalya Büyükşehir Belediyesi ve Kepez Belediyesi ile işbirliği çalışmasında bulunulmaktadır.

8.Çeşitli hafta ve günlerin önemini vurgulamak ve halka duyurarak farkındalık yaratmak için çeşitli faaliyetlerde bulunulmaktadır. Organ bağışı haftasında organ bağışı birimi ile kampanya düzenlenmesinde ve organ bağışı konusunda halkı bilinçlendirip bağış yapılmasının sağlanmasında görev alındı.

9. Personele yönelik hizmet içi eğitimlerde çeşitli konularda (Kadına yönelik aile içi şiddet, iletişim, çocuk ihmali ve istismarı, ergenlikte psikososyal gelişim, yaşlılık ve tıbbi sosyal hizmet gibi) eğitimler verilmektedir.

10.TKY çalışmalarına değişik komisyonlarda görevler alarak katkıda bulunulmaktadır.

11.Personelin moral ve motivasyonun artırmak için hastanemiz sosyal komitesi ile işbirliği içerisinde faaliyetler düzenlenmektedir. Personelin moral ve motivasyonunu artırmak ve birlik beraberliği sağlamak amacı ile sosyal komiteyle birlikte hastane içi çeşitli spor etkinliklerin düzenlenmesinde görev alınmaktadır.

12.Halk eğitimleri olarak; Antalya Büyükşehir Belediyesi Aile Eğitimi Merkezlerinden hizmet alanlara ve Antalya defterdarlığı personeline yönelik eğitimler verilmiştir. Ayrıca 2012 yılı boyunca halkın bilinçlendirilmesi amacı ile başta TRT Antalya Radyosunda Toplum Sağlığı Köşesinde bir yıl boyunca 52 canlı yayında program yapılmıştır. Bunun dışında 2011 ve 2013 yıllarında zaman zaman başta TRT Antalya Radyosu olmak üzere, Ankara Radyosunda(Tel İle) Umut Radyoda, Akdeniz Radyoda tıbbi sosyal hizmet uygulamaları ve sosyal hizmet alanına giren konular hakkında halkı bilgilendirmek amacı ile programlara konuk olarak katılıp konuşmalar yapılmıştır. Diğer taraftan Yerel ART televizyonuna konuk olarak katılıp sosyal hizmet anlarında (aile içi şiddet, yaşlılık, tıbbi sosyal hizm. gibi) konularda konuşmalar yapılmıştır.

13.STK'larla da işbirliği halinde çeşitli programlar yaparak sosyal hizmet uygulamalarında bulunulmaktadır. Türk Üniversiteli kadınlar derneği Antalya şubesi ile birlikte ''Okulda Barış Evde Barış'' Projesinde Sağlık Müdürlüğü adına görev alınmıştır.

"Okulda barış evde barış" projesinin okul ayağında öğretmenlere "Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet" eğitiminden "Okulda Barış Evde Barış" projesinde bölgelerden gelen yol gösterici kişilerin eğitici eğitiminde eğitimci olarak görev alınmıştır. Diğer taraftan eğitimler, konferanslar, seminerler, çalıştaylar ve kongrelere de eğitimler almak için katılınmaktadır.
Diğer taraftan eğitimler, konferanslar, seminerler, çalıştaylar ve kongrelere de eğitimler almak için katılınmaktadır. "90 gün" projesinde hastane idaresi ile hastanemizden hizmet alan hastalara ev ziyaretlerinde bulunulmuştur.

14.Hastanemiz evde sağlık biriminde görevli olup, evde sağlık kapsamından hizmet alan hasta ve ailesine sosyal hizmet uygulamalarında bulunulmaktadır.

Örnek çalışma
Çöp evi temizleme çalışması;yapılan ev ziyaretinde evin çöp ev konumunda olduğu fark edildi. Aile durum hakkında bilgilendirildi ve ilgili belediye ile iletişime geçildi, çöp toplayan hastanın eşi hastane ye yatırılarak tedavi edildi, evde bakılan yatağa bağımlı evde sağlık hastası ev temizlenene kadar kızının evine taşındı,hastanın eşi (çöp toplayan kişi) hastaneden taburcu olduktan sonra oğlunun evine, ev hazır olana kadar yerleştirildi, belediye desteğiyle ev çöpten arındırıldı ve ilaçlanıp temizlendi, tadilattan geçirttirilerek yeniden düzenlendikten sonra hasta ve eşi tekrar eve yerleştirildi. Ev hasta için yaşanabilir bir hale getirildi.

HALK SAĞLIĞI KURUMU'NDA SOSYAL HİZMET UYGULAMALARI

Sosyal Çalışmacı Ceylan KALYA / Uzman Sosyal Çalışmacı Seyfettin REİS

Toplum Sağlığı Hizmetleri Daire Başkanlığı

Sağlık Nedir?

• Dünya Sağlık Örgütü'ne göre sağlık, sadece hastalık ve sakatlık durumunun olmayışı değil, kişinin bedenen ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir.

• Sosyal sağlık; kişinin yaşadığı çevre ve etrafındaki insanlarla iletişiminin iyi olması, onlarla uyum içinde yaşaması, sosyal işlevselliğini ve rollerini ortaya koyabilme ve yapabilme durumudur.

• Bu kapsamda değerlendirildiğinde sağlık ve sosyal hizmetin iç içe olduğu görülmektedir.

Tıbbi Sosyal Hizmet

• Koruyucu, önleyici, geliştirici ve tedavi edici sağlık hizmeti alanlar ve/veya yakınlarının tıbbi tedaviden etkili bir şekilde yararlanması,

• Fiziksel-ruhsal-sosyal sağlığının korunması ve geliştirilmesi,

• Tedavi sürecinde hizmet alanların ailesi ve çevresi ile ilişkilerinin düzenlenmesi,

• Tedavi sürecini etkileyen psiko-sosyal ve ekonomik sorunlarının çözümlenmesi,

• Sosyal işlevselliğini yeniden kazanması ve sürdürmesi amacıyla sosyal çalışmacılarla yürütülen sosyal hizmet müdahalesi olarak tanımlanmaktadır.

• Hastalığa yol açan ve hastalığın neden olduğu faktörler arasında psiko-sosyal ve ekonomik faktörler de önemli bir yer kaplamaktadır. Hastalığın tedavisinde sadece tıbbi tedavinin yeterli olmadığı, bunun yanında psiko-sosyal etmenlerin de ele alınması ve önleyici, takip edici yaklaşıma da yer verilmesi gerekmektedir.

Halk Sağlığı Alanında Sosyal Hizmet Uygulamaları

• Sosyal hizmet; bireylerin, ailelerin, grupların ve toplumun iyilik halini yükseltmek için, hastalıklara/erken ölümlere neden olan psiko-sosyal ve kültürel faktörlerin kontrolüne,

• Hizmete erişimi sağlayıcı mekanizmaların kurulmasına,

• Toplum kaynaklarının harekete geçirilmesine;

• Evde bakım hizmetleri kapsamında da hastanın psiko-sosyal ihtiyaçlarının giderilmesine ve

• Bakım kalitesinin arttırılmasına yönelik hizmetleri planlayan, uygulayan ve değerlendiren bir meslektir.

• Halk sağlığı alanında sosyal hizmet uygulamaları bulaşıcı hastalıklar alanında başlamış olmakla birlikte, günümüzde kronik hastalıkların kontrolünde de son derece etkilidir.

AMAÇ: Toplum katılımı ve toplum organizasyonu yoluyla kişilerin/grupların kendilerini hasta eden faktörlere karşı harekete geçmelerini ve kişilerin doğrudan halk sağlığı hizmetlerinin sunumuna katılmalarını sağlamaktır.

Sosyal Çalışmacı Kimdir?

• **Sosyal çalışmacı;** birey, aile, grup ve toplumun sorun çözme ve baş etme kapasitelerini geliştirerek, psiko-sosyal işlevselliğin sağlanması, onarılması, korunması ve geliştirilmesi; sosyal değişimin desteklenmesi; sosyal politika ve programların insan ihtiyaçlarının karşılanması amacıyla planlanması ve uygulanmasının sağlanması yönünde insan davranışına ve sosyal sistemlere ilişkin kuramlardan yararlanarak sosyal hizmete özgü yöntem ve tekniklerle uygulamayı yerine getiren meslek elemanıdır.

Sosyal Çalışmacının Rolleri

Koordinatör.
Araştırmacı.
Grup kolaylaştırıcısı.
Toplum Sözcüsü.
Eğitmen.
Harekete Geçirici.
Güçlendirici.

Sosyal Çalışmacının Görev ve Sorumlulukları

Sağlık Bakanlığı'nda sosyal hizmet alanındaki belli başlı mevzuatlar:

- Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği (13.01.1983).
- Tıbbi Sosyal Hizmet Yönergesi (16.02.2011).
- Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge (06.03.2014).
- Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği(05.02.2015).
- Hasta Hakları Yönetmeliği (24.05.2015).

Tıbbi Sosyal Hizmet Yönergesi

Sağlık kurum ve kuruluşlarından hizmet alan özürlü, kimsesiz, yoksul, sağlık güvencesiz, yaşlı, mülteci, sığınmacı, aile içi şiddet mağduru, il dışından gelen vb. hastalar öncelikli olmak üzere sosyal hizmet müdahalesine ihtiyaç duyan tüm hastaların tedavi sürecinde yaşadıkları psiko-sosyal ve sosyo-ekonomik sorunların çözümlenmesi amacıyla tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının standardize edilmesi, etkinleştirilmesi, yaygınlaştırılması ve geliştirilmesine yönelik hazırlanan yönergedir.

Tıbbi sosyal hizmet uygulamasında öncelikli gruplar:

- Kimsesiz, terk ve bakıma muhtaç,
- Engelli,
- Sağlık güvencesiz,
- Yoksullar,
- Aile içi şiddet mağdurları,
- İhmal ve istismara uğramış çocuklar,
- Mülteci ve sığınmacılar,
- İnsan ticareti mağdurları,
- Yaşlı, dul ve yetimler,
- Kronik hastalar,
- Ruh sağlığı bozulmuş olanlar,
- Alkol ve madde bağımlıları,
- Yabancı uyruklu olup tedaviden yararlanamayanlar.

Hastalığa ve tedavi sürecine uyumda zorlanan hastaların uyumunu sağlamak için gerekli sosyal hizmet müdahalesinde bulunur.

Hastanede yatarak tedavisi tamamlandığı halde ikametine gidemeyecek derecede düşkün ve kimsesi bulunmayan veya aileleri tarafından alınmayan hastaların ikametine nakillerini koordine eder. Bu kapsamda mahalli idarelerle koordinasyonu sağlar.

Sosyal Hizmet Çalışmaları

Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği' ne göre;

Sosyal hizmet çalışmaları; «Toplum kalkınması çalışmalarında ve yardım hizmetlerinde ilgili kurum ve kuruluşlarla işbirliği yapar.» şeklinde tanımlanmıştır.

TSM' de görev yapan sosyal çalışmacının görevleri şunlardır:

- Hizmet götürülecek bölge ve toplumu tanımak,
- Bölgenin sağlık ölçütlerini değerlendirerek sorunları ve öncelikleri saptamak,
- Toplumda sağlık sorunu yaratan çevresel, sosyal, kültürel, demografik ve ekonomik şartları değerlendirmek,
- Toplumda saptanan sorunların çözümlenmesine katkıda bulunacak kaynakları araştırarak, harekete geçirici, verimliliği arttırıcı ve yeni kaynak oluşumunu sağlayıcı çalışmalar yapmak,
- Afet sonrası dönemde sosyal hizmet işlerini yürütmek,
- Okul yönetimleri ile işbirliği yaparak hizmetleri desteklemek,
- Bölgesindeki belediye, il milli eğitim müdürlüğü, aile ve sosyal politikalar il müdürlüğü gibi diğer kamu kuruluşları ile işbirliği yapmak,
- Toplum kalkınması hizmetlerinde görev almak.

Sosyal Çalışmacıların Sahada Yaptığı Görevler

1. Psikososyal Müdahale

• Ergenlerin psiko-sosyal gelişimi, iletişim, öfke kontrolü, stres yönetimi vb. konularda eğitim vermek, görsel ve işitsel materyal hazırlamak, danışmanlık yapmak,

• İntihar vakaları ile çalışma (danışmanlık yapmak, tedavileri ile ilgili yönlendirme ve takibinin sağlanması).

2.Bağımlılık

• Alkol, madde, sigara bağımlılığı, internet bağımlılığı vb. konularında çalışmalar (bireysel danışmanlık, bilgilendirme, yönlendirme, destekleme, eğitim) yapmak.

• Bağımlılık konusunda özel günlere ilişkin proje uygulama acısından stand, panel, afiş , broşür, kısa film, spot film basım bildirimleri vb. çalışmaları planlamak, koordine etmek ve uygulamasını sağlamak.

3.Kadına Yönelik Şiddet

• Kadına Yönelik Şiddet konusunda halk eğitimleri vermek (durum tespiti, müdahale ve bildirim süreci ile ilgili).

• Aile mahkemelerince hakkında sağlık tedbiri kararı verilen şahısların tedavi kuruluşlarına yönlendirilmesi konusunda danışmanlık yapmak.

• Sağlık tedbirlerinde sağlık kuruluşlarıyla ŞÖNİM(Şiddet Önleme ve İzleme Merkezi) ve savcılık arasında koordinasyonu sağlamak, sağlık tedbirlerine ilişkin verileri tutmak ve ilgili birimlere raporlamak.

4. Otizm Çalışmaları

• Otizm konusunda farkındalık yaratma amaçlı eğitim verilmesi,

• İlgili derneklerle koordineli çalışmalar yürütülmesi,

• Konu ile ilgili yazılı ve görsel materyallerin hazırlanması.

5. Ailelere Yönelik Verilen Hizmetler

• Aile ve evlilik danışmanlığı yapmak.

6. Evde Sağlık Hizmetleri

• TSM tarafından takip edilen evde bakım hastalarının gerekli görüldüğü takdirde takibini yapmak.(psiko-sosyal ve sosyo- ekonomik müdahale),

• Ev ziyaretlerinde tespit edilen risklere yönelik müdahale planlarını geliştirme ve ilgili kurumlarla işbirliği yapmak.

7. Çocuklara ve Ergenlere Yönelik Verilen Hizmetler

• Sınav Kaygısı, öfke yönetimi, aile içi iletişim, ergenlerin psiko-sosyal gelişimi konularında eğitim vermek,

• Sağlık tedbir kararı çıkan çocuklara yönelik yapılan çalışmalar içerinde görev almak(Kararı verilen kişilerle sosyal inceleme raporu(SİR) yapmak, kararın bir örneğini ilgili hekime göndermek, ev ziyaretleri yapmak, Çocukların ailelerine yönelik bilgilendirme, yönlendirme, danışmanlık yapmak).

8. TRSM(Toplum Ruh Sağlığı Merkezi) Uygulamaları

• İhmal, istismar ve ruh sağlığı konularında eğitim vermek, bu konulardaki toplantı, panel seminer ve toplantılara katılmak.

9. Üreme Sağlığı

• Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı, Anne Sütü ve Emzirme konularında eğitimcilik görevlerini üstlenmek.

10. Bireylere Yönelik Verilen Hizmetler

• Engellilik, yoksulluk, kadına yönelik şiddet, çocuk ihmal ve istismarı, yaşlılık, ruh sağlığı sorunları, alkol ve madde bağımlılığı gibi konularda danışanlara gerekli yönlendirme, bilgilendirme yapmak, bireysel danışmanlık yapmak.

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ SUNUMUNDA SOSYAL HİZMET UYGULAMA ÖRNEKLERİ

Evde Bakım Hizmetleri ve Sosyal Hizmet

• Toplum temelli, koruyucu, önleyici, tedavi edici ve geliştirici bir sosyal hizmet modeli olan evde bakım; yaşlı, engelli, kronik hastalıklı, nekahet dönemindeki bireylerle, yeni doğum yapmış annelere, yaşadıkları ortamda verilen psiko-sosyal destek, tıbbi ve kişisel bakım hizmetlerinin yanı sıra, ev ortamının dışında da gereksinim duydukları, serbest zaman değerlendirme, gezi ve ulaşım gibi aktiviteleri yerine getirebilmeleri için sağlanan yardım ve destek hizmetlerini içerir. Çok geniş bir uygulama alanı olan evde bakım, bu yönüyle; doktor, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, diyetisyen, fizyoterapist, iş-uğraşı terapisti, ev ekonomisti ve bakım elemanlarının aktif olarak yer aldığı, disiplinler arası ekip çalışmasını gerektiren bir hizmettir.

Evde bakım hizmetlerinin dağıtım sürecinde, sosyal hizmet uzmanlarının esas amacı:

• Hizmetten yararlanan bireylerin gereksinim ve beklentilerine uygun politika ve programlar geliştirmek ve uygulamak, onların mümkün olduğunca toplum içerisinde ve işlevsel olarak yaşamlarını sürdürmelerine katkıda bulunmak, değişen koşullarla birlikte ortaya çıkan yeni sorunların çözümüne ve bakıma gereksinim duyan birey ve ailesinin refahına yönelik etkin destek hizmetleri geliştirmektir.

• Evde bakım kurumlarının hizmet verdikleri kesim ve işleyiş biçimi göz önünde bulundurulduğunda, sosyal hizmet uzmanlarının rol ve görevleri çalıştıkları kurumlara göre kısmen değişiklik gösterse de, temelde "vaka yöneticisi" konumunda çalışmalarını yürütmektedirler.

• Bu kapsamda, evde bakım hizmetlerinden yararlanan bireylerin durumlarının iyileşmesi ve değişme gösterebilmesi için gereksinim duyulan farklı hizmetlerin planlanması, organize edilmesi, uygulanması takip edilerek raporlaştırılması sosyal hizmet uzmanlarının temel görevidir.

• Evde bakım sektöründe çalışan sosyal hizmet uzmanları; bakıma gereksinim duyan müracaatçıların; eğitsel ve duygusal sorunlarının iyileştirilmesinde, iletişim becerilerinin geliştirilmesinde, sosyal sorunlarının asgariye indirgenmesinde, serbest zamanlarının verimli bir biçimde değerlendirilmesinde, müracaatçıların öz bakım alanında gereksinim duydukları konularda bilgilendirilmelerinde, engellilik, yaşlılık ve diğer nedenlerle meydana gelen düşüş ve kayıpların, yeni uğraşılar ve hobiler bulunması yoluyla telafi edilmesinde, tüm bu gelişmelerin vaka değerlendirme toplantılarında, diğer meslek elemanlarıyla paylaşılmasında sorumluluk sahibidir.

Göçmen ve Sığınmacılarla Sosyal Hizmet

• Suriyeli göçmenler sorunu; günümüzde ulusal ve uluslararası düzeyde; siyasi, sosyal ve ekonomik alanda önemli bir sorun haline gelmiştir. Bu durum ülkemizde ilgili kurum ve kuruluşları Suriyeli göçmenlere karşı verilecek hizmetlerde ortak eylem planları oluşturma ve uygulama anlamında bir araya getirmiştir. Mültecilere verilecek sağlık hizmetleri içerisinde birinci basamak sağlık hizmetleri önemli bir yer tutmuş olup bu hizmetlerin sunumunda sosyal hizmet müdahalesinin gereksinimini ortaya çıkmıştır.

Mültecilik alanında sosyal hizmet uzmanının (Sosyal çalışmacının) rolleri

• Danışmanlık: Mültecilere ihtiyaç duydukları her konuda danışmanlık verilmektedir.

• Savunuculuk: Gerektiğinde mültecilerin haklarını savunabilmektedir.

• Bilgi verme: Mülteciye ihtiyaç duyduğu her konuda bilgi verebilmekte ve yönlendirebilmektedir.

• Kaynaklarla Buluşturma: Müracaatçıları toplumdaki kaynaklarla buluşturma anlamında çalışmalar yapabilmektedir.

• Güçlendirme: Mültecileri içinde bulundukları tüm güçlüklere karşı koymaları yönünde çalışmalar yapabilmektedir.

• Toplumla bütünleştirme: Toplumların mültecilere yönelik ön yargıları nedeniyle mülteciler çok zorluk yaşamaktadırlar. Bu anlamda mültecileri ve toplumu bütünleştirme çalışmaları yapabilmektedirler. Ayrıca toplumu da bu konuda bilgilendirmektedirler.

KANSER ÖNLEMEDE SOSYAL SORUMLULUK

Uzm. Tülay BAYRAMOĞLU
Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı

- Kanser Nedir?
- Risk Faktörleri,
- Belirtileri,
- Kanserden korunabilir misiniz?!!
- Devletin Sorumlulukları,
- Bireyin Sorumlulukları,
- Taramalar….
- Toplumsal Farkındalık Çalışmaları

Kanser Nedir?
Vücudumuzda tüm organlar hücrelerden oluşur. Hücreler vücudumuzun en küçük yapıtaşlarıdır. Hücreler bölünerek çoğalırlar ve belli bir bölünebilme sayısı vardır. Sağlıklı bir hücre gerektiği yerde ve gerektiği kadar bölüneceğini bilir.
Bir organ veya dokudaki hasarlı hücrelerin aşırı ve kontrolsüz çoğalması sonucu oluşan bir hastalıktır.

Metastaz nedir?
Kanserli hücrelerin başka organlara da yayılmasıdır.

Risk Faktörleri:
1. Davranışsal Risk Faktörleri: Sigara içmek, diyet, egzersiz ve alkol tüketimi gibi değiştirebileceğiniz davranışlar…
(Sigarayı bırakmak veya düzenli egzersizlerle kansere yakalanma riskinizi azaltabilirsiniz)
2. Biyolojik Risk Faktörleri: Yaş, cinsiyet ve ırk gibi fiziksel özelliklerdir. Fiziksel ve biyolojik özelliklerin, kanser için risk faktörü olup olmayacağı, kanserin tipine bağlıdır.
3. Çevresel Risk Faktörleri: Yaşadığınız ya da çalıştığınız çevre koşulları ve diyetle alınan bazı besinler kanser gelişim riskini artırırken, bazıları da koruyucu olabilmektedir.
4. Genetik Risk Faktörleri: Aileden kalıtımsal olarak geçen genlerle ilişkilidir.

Kanserin Belirtileri
Anormal bir şişlik veya sertlik
- Boyun,
- Meme,
- Koltuk altı,
- Kasık,
- Vücudun herhangi bir yerinde şişlik.

Bağırsak alışkanlıklarında değişiklik
- Kabızlık.
- İshal.

Anormal kanama ve akıntılar
- Burun kanaması.
- Dişeti kanaması.
- Cilt kanamaları ve morarmaları.
- Kanlı balgam.
- Kanlı dışkı.
- Kanlı idrar.
- Kadınlarda düzensiz adet kanamaları.

Basıya bağlı bulgular
- Ses kısıklığı.
- Öksürük.
- Yutma güçlüğü.
- Sarılık.
- Bulantı-kusma.
- Bağırsak tıkanıklığı.

Ağrı
- Kemik ağrıları.
- Halsizlik.
- İştahsızlık .
- Yorgunluk.
- İyileşmeyen bir yara.
- Hazımsızlık.
- Sebebi bilinmeyen ateş.
- Sebepsiz kilo kaybı.

- Birey kanserden korunmak için sosyal sorumlulukları var mıdır?
- Kanserden korunmak mümkün müdür?

Kanserden korunabilirsiniz
- Günlük sebze ve meyve tüketimini artırınız.
- Günlük beslenmede; kuru baklagillere, bulgura, çavdar, yulaf, tam buğday gibi esmer ekmeğe yer veriniz.
- Yarım yağlı ve yağsız süt ürünleri kullanınız.
- Besinlerinizi bol suyla yıkayın.
- Düzenli egzersiz yapınız.
- Boyunuza uygun kiloyu koruyunuz.
- Yağ alımını azaltınız.
- Un, şeker ve yağdan yapılan mamulleri mümkün olduğunca azaltınız.
- Kızartmalardan sakınınız.
- Alkollü içeceklerden sakınınız.
- Tütün kullanmayınız.
- Tuz miktarını kısıtlayınız.

Devletin Sosyal Sorumluluğu
- Halkın kanserden korumak ve erken teşhisin sağlanması amacıyla

⊡ Ulusal Kanser Tarama Standartları oluşturuldu.
Meme Kanseri, Serviks Kanseri, Kolon Kanseri.

Kanser Taramaları

Meme, rahim ağzı ve kalınbağırsak kanseri taranarak erken teşhis edilebilir.
- **Meme kanseri taraması**
- 40-69 yaş arası kadınlar, 2 yılda bir, Mamografi çektiriniz.
- **Rahim ağzı kanseri taraması**
- 30-65 yaş arası kadınlar, 5 yılda bir HPV testi yaptırınız.
- **Kalınbağırsak kanseri taraması**
- 50-70 yaş arası kadın ve erkekler, 2 yılda bir dışkıda gizli kan testi yaptırınız.

Taramalarınızı Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezlerinde (KETEM) ve Aile Hekiminizde yaptırabilirsiniz.

Şüpheniz Varsa
- Kanser şüphesi olduğunda hemen doktorunuza başvurun.
- Erken teşhis ile tedavi başarısı artar.

ABD'DE MANEVİ BAKIM VE "INOVA FAIRFAX HOSPITAL CHAPLAIN SERVICES" ÖRNEĞİ

Yrd. Doç. Dr. Elif KARA

Dini Danışmanlığın Tarihi

- Dini danışmanlık Hıristiyan kültürünün geleneklerinden doğmuştur. Kilisenin yüzyıllardır sürdürdüğü bir itiraf müessesesi ilk danışmanlık örnekleridir denilebilir.
- Yirminci yüzyılda, papazla kişi arasındaki ilişkilerin daha bilimsel yürütülmesi için dinsel danışmanlık (pastoral counselling) alanı doğmuştur.
- Dini danışmanlığı bilimsel bir şekilde yürümesi için din adamlarının danışmanlık ve klinik danışmanlık alanlarında yetiştirilmesine başlanmıştır.

ABD Dini Danışmanlar Kurumu (AAPC)

- AAPC, dini danışmanları onaylayan, dini danışma merkezlerine yeterlilik tanıyan bir organizasyon olarak 1963'te kurulmuştur.
- 5000 den fazla dini danışman ve ABD'deki 100 den fazla dini danışmanlık merkezi için standartlar koymakta ve onları temsil etmektedir.
- AAPC'nin dini danışmanları, Hristiyanlık mezhepleri, Yahudilik, İslamiyet de dahil 80 inanç grubundan fazlasında çalışmaktadır.

Amerika Dini Danışmanlar Kurumu tarafından onaylanan dini danışmanlar psikoloji ve teoloji alanlarında eğitim alırlar.

- Bir üniversiteden lisans derecesi,
- 3 yıllık bir ilahiyat eğitiminden alınan meslek derecesi,
- Alanda mastır veya doktora derecesi gereklidir.

Bu eğitimin önemli bir bölümü klinik eğitim ortamında geçirilir. Amerika'da pek çok teoloji okulları, yüksek lisans ve doktora programları papazları dini danışmanlığa hazırlamaktadırlar.

- Amerika dini danışmanlar kurumu (aapc) tarafından ortaya koyulan standartlar, davranış bilimlerinde yoğun bir çalışmayı ve uzman gözetiminde alan çalışması klinik eğitimi gerektirmektedir.

YÖK bursu ile manevi danışmanlık alanında araştırma projesi ile Haziran-Eylül 2011 tarihleri arasında ABD'de araştırma

- Bu kapsamda"Inova Fairfax Hospital Chaplain Services" çalışmalarına gözlemci olarak katılmak.
- Virginia Pastoral Counselling Center gözlem yapmak.

Maryland Loyala Üniv. çalışmalarını görmek gibi çeşitli manevi danışmanlık alanı incelemeleri .

Hangi Durumlarda Manevi Bakıma İhtiyaç Hissedilir?

- Durumunuzdan endişe ya da korku hissettiğinizde.
- Öfke suçluluk depresyon gibi ağır duygular hissettiğinizde.
- Birine hikayenizi anlatmak istediğinizde.
- Dua etmek istediğinizde dini ya da manevi destek aradığınızda.
- Üzücü bir haber aldığınızda.
- Hastalığın hayatınızdaki anlamı ile ilgili aklınız karıştığında.
- Hayat bittiğinde ne olacağı ile ilgili sorularla yüz yüze kaldığınızda.

Chaplaincy Manevi Bakım Süreci

- Manevi bakım ihtiyaç duyması halinde hastaya ve hasta yakınına verilen bir hizmettir.
- Bu hizmet duygu odaklı psikolojik çözüm sürecidir. Hastalığın yarattığı stresi azaltmaya yönelik bir süreçtir.

Hastanın Psikolojisini Bilmek

Çoğunlukla tanı sonrası hastalar;

- Travma sonrası stres bozukluğu,
- Benlik saygısında düşme,
- Kontrol algısında düşme,
- Umutsuzluk,
- Kaygı,
- Depresyon gibi psikololik sorunlar yaşarlar.

Manevi Bakım Hizmetinin Amacı

Manevi bakım hizmeti dini kaynaklardan yararlanarak;

- Hastanın , sabır ve huzur bulmasına yardımcı olmak,
- Hastanın hayata karşı olumlu bir tutum geliştirmesini sağlamak,
- Hastanın yaşadığı olaylara anlam ve açıklama bulmasında yardımcı olmak,
- Hastaya cesaret verici telkinlerde bulunmak,
- Hastanın ibadet ihtiyaçlarının yerine getirmesine yardımcı olmayı amaçlamaktadır.

Manevi Bakım Uzmanının İzleyeceği Yol

- Dikkatli dinleme.
- Kabul etme, anlama, aydınlatma cesaret ve güven verme.
- Dini bilgi verme, telkin ve nasihat etme.
- Soru sorma, dinleme, empati kurma.
- Bunlarla birlikte, ses tonu, vücut dili, ortamın rahatlığı da danışmanlığın başarısı için önemlidir.

Manevi Bakım Uzmanının Uyacağı

Ahlaki İlkeler

- Görüşmedeki gizliliği devam ettirmek.
- Hasta ile sınırları korumak.
- Görüşme süreci esnasında gereksiz ayrıntılara girmemek.
- Sabırlı ve dürüst olmak.
- Sadece hastayı dinlemek, kişisel örneklerden kaçınmak.

Durumu hastanın verdiği önemle kabul etmek.

SAĞLIK BAKANLIĞI'NDA TIBBİ SOSYAL HİZMET

Yusuf ÖZTÜRK
Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Hasta Hakları Ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı Daire Başkanı

SAĞLIKTA İNSANA BÜTÜNCÜL BAKIŞ

Günümüzde sağlıklı olmak; sadece hasta olmamakla değil, fiziksel sağlık, ruh sağlığı, toplumsal iyilik, genel sağlık algısı gibi birbiriyle iç içe ve etkileşim halinde olan kavramlarla ifade edilmektedir (Bloom, 1988 Akt. Okyayuz, 1999).

Dünya Sağlık Örgütü sağlığı "sadece hastalıklardan korunma değil, bir bütün olarak; fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan iyi olma hali" olarak açıklar (DSÖ, 1946).

Bu çerçevede, sağlık politikalarının oluşturulmasında; insanın biyopsikososyal bir varlık olarak ele alınması ve sağlık alanında interdisipliner bir ekip çalışması gereği doğmuştur.

TIBBİ SOSYAL HİZMET NEDİR?

Koruyucu-önleyici, geliştirici ve tedavi edici sağlık hizmeti alanlar ve/veya yakınlarının tıbbi tedaviden etkili bir şekilde yararlanması, fiziksel-ruhsal-sosyal sağlığının korunması ve geliştirilmesi, tedavi sürecinde hizmet alanların ailesi ve çevresi ile ilişkilerinin düzenlenmesi, tedavi sürecini etkileyen psiko-sosyal ve ekonomik sorunlarının çözümlenmesi; sosyal işlevselliğini yeniden kazanması ve sürdürmesi amacıyla yürütülen sosyal hizmet müdahalesidir.

TÜRKİYE'DE TIBBİ SOSYAL HİZMETİN TARİHSEL GELİŞİMİ

• Türkiye'de ilk bilimsel tıbbi sosyal hizmet uygulaması, 1964 yılında Miss Violet Bemmels yönetiminde bir grup stajyer sosyal hizmet uzmanı ile Hacettepe Üniversitesi Hastanesi'nde başlatılmıştır (Akt: Özbesler, Cengiz. 2014*).

*C.Özbesler (2014). Hasta Yaşam Kalitesinde Önemli Bir Unsur Tıbbi Sosyal Hizmet. Hakemli Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi. Sayı. 2.

• Hacettepe Üniversitesi Hastanesi'nde 1966 yılında kurulan sosyal servise bir sosyal hizmet uzmanının atanması ile mesleki çalışmalar başlatılmıştır.

• 1967 yılında ise Ankara Hastanesi ve Ankara Numune Hastanesi'nde birer sosyal hizmet uzmanı atanmasıyla sosyal hizmet uygulamaları bu hastanelerde başlamıştır (Akt: Duyan, Veli. 1996).

• 1983 tarihinde yürürlüğe giren Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği (Madde 35)'nde " Standardında sosyal hizmet uzmanı bulunan yataklı tedavi kurumlarında bir sosyal servis kurulur" denilmiş ve bu serviste çalışan sosyal hizmet uzmanlarının görevleri tanımlanmıştır.

O tarihten günümüze kadar sosyal hizmet uzmanı sayısı giderek artmıştır.

• Şu an Sağlık Bakanlığı bünyesinde 1013 sosyal çalışmacı görev yapmaktadır.

HASTA HAKLARI VE TIBBİ SOSYAL HİZMETLER DAİRESİ TARAFINDAN YAPILAN ÇALIŞMALAR

• Tıbbi Sosyal Hizmet Çalışma Grubu oluşturuldu. (Mayıs-Temmuz 2010)
• Çalışma grubunda dört sosyal çalışmacı görevlendirildi.
• Tıbbi Sosyal Hizmetler Şube Müdürlüğü kuruldu (11 Kasım 2010).
• Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama yönergesi yayımlandı (16 Şubat 2011 tarih ve 7465 Sayılı Makam Oluru).
• 16 Şubat 2011 tarihinde 7465 sayılı Makam onayı ile "Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi" yürürlüğe girmiştir. Bu Yönerge ile tıbbi sosyal hizmet uygulamalarına yönelik standart sağlanmış, bünyesinde sosyal çalışmacı bulunan A ve B grubu hastanelerde "Sosyal Hizmet Birimleri" kurulmuştur.
• Tıbbi Sosyal Hizmet Bilimsel Danışma Komisyonu oluşturuldu (25 Mart 2011).

Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Dairesi

11/10/2011 tarihli ve 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Hasta Hakları, Tıbbi Hizmetler ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Şubeleri birleştirilerek Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bünyesinde Daire Başkanlığı kurulmuştur.

Daire Başkanlığının Görevleri

- a)Hasta hakları ve tıbbi sosyal hizmet birim ve kurullarını oluşturmak ve bu kurulların görevlerini belirlemek ve çalışmalarını izlemek.
- b)Hasta hakları ve tıbbi sosyal hizmet birim ve kurullarının kurulmasını sağlamak, buralarda görev yapacak personelin niteliğini belirlemek.
- c)Türkiye'de tedavisi mümkün olmayan hastaların Yurtdışı Sağlık Kurulu Raporlarını onaylamak ve bu hastalara ilişkin iş ve işlemleri yürütmek.
- d) Evde sağlık hizmetleri standartlarını oluşturmak ve bu kapsamda hizmet sunan kurumları yetkilendirmek.
- e) İnsan haklarına ilişkin uluslararası sözleşmeler kapsamında ülkemize yapılan ziyaret ve inceleme raporları doğrultusunda gündeme gelen konulara ilişkin çalışma yapmak.
- f) Alkol ve madde bağımlılığı tedavi merkezlerine yönelik standartları belirlemek, açılışlarına izin vermek, izlemek ve madde bağımlılığı tıbbi tedavi sonrası rehabilitasyon çalışmalarını organize etmek.
- g) Seyrek görülen hastalıklara yakalanan hastaların sağlık hizmetine erişimini kolaylaştırmaya yönelik çalışma yapmak.

SOSYAL HİZMET UYGULAMALARININ GERÇEKLEŞTİRİLDİĞİ BİRİMLER

1)Sosyal Hizmet Birimleri.
2)Hasta Hakları Birimi.
3)Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimi.
4) Klinikler (Onkoloji, Psikiyatri, Fizik Tedavi, Diyaliz vb.).
5)Acil ve Krize Müdahale.
6)Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezleri (AMATEM).
7)Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri.
8) Çocuk İzlem Merkezleri(ÇİM).
9)Toplum Sağlığı Merkezleri.
10)Evde Sağlık Bakım Hizmetleri.
11) Kalite Birimleri.
12) Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterlikleri.
13) İl Sağlık Müdürlükleri.
14) İl Halk Sağlığı Müdürlükleri.

SOSYAL HİZMET UZMANI İSTİHDAMI

ÇALIŞILAN BİRİM	SOSYAL ÇALIŞMACI
SAĞLIK BAKANLIĞI VE İL SAĞLIK MÜDÜRLÜKLERİ	40
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU	820
TÜRKİYE HALK SAĞLIĞI KURUMU	153
TOPLAM	1013

TIBBİ SOSYAL HİZMET UYGULAMA EĞİTİMLERİ

Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulamaları Eğitici Eğitimi.
T.C. Sağlık Bakanlığı, Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Eğitimi Projesi (Dünya Bankası Projesi).
Afetlerde Psikososyal Hizmetler Eğitimi.

TIBBİ SOSYAL HİZMET DERGİSİ

"Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi" Haziran ve Aralık ayı olmak üzere yılda iki defa yayımlanmaktadır.
Dergilere;
http://www.shgm.saglik.gov.tr/belge/124399/dergiler.html adresinden ulaşılmaktadır.
tibbisosyalhizmet@saglik.gov.tr adresinden makalelerin kabulü yapılmaktadır.

TIBBİ SOSYAL HİZMET DERGİSİ

VİZYONUMUZ

Tıbbi sosyal hizmet uygulamalarını, etkin bir şekilde hayata geçirerek insan onuruna yakışan sağlık hizmetinin tüm özel, askeri, üniversite ve Sağlık Bakanlığına bağlı bütün sağlık tesislerinde sunmak.

PLANLAR-1

• Sağlık Bakanlığı Bünyesinde çalışan Sosyal Çalışmacıların mesleki bilgi ve becerilerini (hizmet içi eğitim) geliştirmek;

- Acil sağlık hizmetlerinde sosyal hizmet eğitimi,

İnsan ticareti mağdurları müdahale eğitimi,

• Tıbbi sosyal hizmette klinik uygulama eğitimleri (onkoloji, psikiyatri, fizik tedavi vb.).

• Yurtdışındaki iyi uygulamaları ülkemize uyarlamak için Avrupa Birliği Projesi çalışmak,

• Tıbbi sosyal hizmet alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları için rehber niteliğinde bir kitap hazırlamak,

• Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönetmeliğini çıkarmak,

• Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulamalarında model oluşturmak, mevcut uygulamaları revize etmek,

Davet

Tıbbi Sosyal Hizmet Dergimiz siz değerli akademisyenlerin, çalışanların, öğrencilerin ve okuyucuların bilimsel katkılarıyla zenginleşecektir.

Dergimizle ilgili katkı, öneri, dilek ve şikayetleriniz için, 0312 324 33 28 No'lu telefon hattı ve tibbisosyalhizmet@saglik.gov.tr adresinden irtibat kurabilirsiniz.

SEMPOZYUMLAR

II. PALYATİF BAKIM SEMPOZYUMU

SEMPOZYUM BAŞKANI
Doç. Dr. Elif KAZANCI
Doç. Dr. Murat GÜLTEKİN

BİLİM KURULU
Prof. Dr. Fevzi ALTUNTAŞ
Prof. Dr. Rüstem AŞKIN
Prof. Dr. Hamza MÜSLÜMANOĞLU
Prof. Dr. Ali Rıza ODABAŞ
Prof. Dr. Öznur ÖZDOĞAN
Prof. Dr. Behzat ÖZKAN
Prof. Dr. Süleyman ÖZYALÇIN
Prof. Dr. İrfan ŞENCAN
Prof. Dr. Meltem UYAR
Prof. Dr. Doğan ÜNAL
Prof. Dr. Çınar YASTI
Prof. Dr. Nurullah ZENGİN
Doç. Dr. Mustafa AKSOY
Doç. Dr. Perihan Güner KÜÇÜKKAYA
Doç. Dr. Gülçin Şenel ÖZALP
Doç. Dr. Halil İbrahim YAKUT
Doç. Dr. Kadriye KAHVECİ
Uzm. Dr. Halit ÇINAR
Uzm. Dr. Dilşen ÇOLAK
Uzm. Dr. Zafer ÇUKUROVA
Uzm. Dr. Gökhan DARILMAZ
Uzm. Dr. Mustafa Sırrı KOTANOĞLU
Uzm. Dr. Muhammed ÖRNEK
Uzm. Dr. Güven PEKTEMUR
Uzm. Dr. Ezgi ŞİMŞEK UTKU
Uzm. Dr. Gazi ALATAŞ
Dr. Metin DİNÇER
Dr. Emre YATMAN
Uzm. Dr. Derya GÖKÇINAR
Dr. Hasan GÜLER
Hurişah AKSAKAL
Salih AKYÜZ
Yasemin FİDAN
Emine Avcı KURTLUK
Hulusi Armağan YILDIRIM

SEMPOZYUM SEKRETERYASI
Uzm. Hurişah AKSAKAL

II. PALYATİF BAKIM SEMPOZYUMU

04 Aralık 2015 Belek / Antalya

PALYATİF BAKIMDA SOSYAL BAKIM (SOSYAL HİZMET UZMANININ ROLÜ)

Prof. Dr. Vedat Işıkhan
H.Ü.İ.İ.B.F. Sosyal Hizmet Bölümü Öğretim Üyesi

METODOLOJİ

1) Sosyal Hizmet ve Tıbbi Sosyal Hizmet.
2) Sosyal Hizmet-Sosyal Servis Tarafından Hastalara Sunulan Hizmetler.
3) Palyatif Bakım ve Sosyal Hizmet.
4) Palyatif Bakımda Sosyal Hizmet Uzmanının Rol ve Sorumlulukları.
5) Sosyal Hizmetin Tarihsel Süreçte Palyatif Bakımdaki Yeri.
6) Genel Değerlendirme.

1. SOSYAL HİZMET VE TIBBİ SOSYAL HİZMET

- Sosyal hizmet mesleği, insan hakları ve sosyal adalet ilkelerini temel alan
- sosyal değişimi destekleyen,
- insanların iyilik durumunun geliştirilmesi için insan ilişkilerinde;
- problem çözmeyi, güçlendirmeyi ve özgürleştirmeyi amaçlayan ve
- insanların çevreleri ile olan etkileşim noktalarına müdahale eden bir meslektir.

Tıbbi Sosyal Hizmet?

- Ayakta ya da yatarak tedavi gören hastaların tıbbi tedaviden etkili bir şekilde yararlanması,
- sosyal sağlığının korunması ve geliştirilmesi,
- tedavi sürecinde hastanın ailesi ve çevresi ile olan ilişkilerinin düzenlenmesi,
- hastanın tedavi sürecini etkileyen psiko-sosyal ve sosyo-ekonomik sorunlarının zamanında çözümlenerek sosyal işlevselliğini yeniden kazanması amacıyla yürütülen sosyal hizmet uygulamasıdır.

2. SOSYAL HİZMET-SOSYAL SERVİS TARAFINDAN HASTALARA SUNULAN HİZMETLER

- Sosyo-ekonomik (barınma, hastane masraflarına katılıp katılmayacağını değerlendiren) çalışmalar.
- Sosyal yardımlarla ilgili çalışmalar.
- Psikolojik yardımlarla ilgili çalışmalar.
- Hastanın boş zamanlarına yönelik uğraşı ve eğitici programlar.
- Danışmanlık hizmetleri.
- Eğitim ve araştırma çalışmaları.
- Hastane ve toplumdaki diğer ilgili kurumlar arası işbirliği düzenleme çalışmaları.
- Engelli ve dezavantajlı hastalarla ilgili çalışmalar.
- Toplum kaynaklarının harekete geçirilmesine yönelik çalışmalar.

3. Palyatif Bakım ve Sosyal Hizmet

- Yaşamı sınırlayan, ciddi şekilde ilerlemiş hastalığı olan bireylerin yaşam kalitesine odaklanan bakımın özel bir tipidir. Bu konuda özel eğitim almış profesyonel, multisipliner bir ekip tarafından gerçekleştirilir. Hastanın fiziksel ve psikososyal semptomlarının rahatlatılması ile birlikte ailenin desteğini de içerir.

Palyatif Bakım

- Amaç, ne ölümü hızlandırmak, ne de yaşamı uzatmaktır.
- Hastanın hayatına gün katmak yerine, günlerine hayat katmaktır.

Evrensel bir insan hakkı olarak yaşam sonu bakımı

- WHO (2008)'nun palyatif bakım tanımı: Fiziksel, psikososyal ve ruhsal sorunların ve ağrıların erken tespiti, doğru değerlendirilmesi ve tedavisi yoluyla, yaşamlarını tehdit eden sorunlarla karşılaşan hastaların ve ailelerin yaşam kalitesini geliştiren bir yaklaşımdır.

• WHO, palyatif bakımı başta çocuklar olmak üzere kanser hastaları için özellikle gelişmekte olan ülkelerde kronik ağrılar çekenler için bakımın önemli bir parçası olarak kabul etmektedir.

Kanserde Palyatif Bakım

"Kanserin kendisi veya tedavi yöntemleri nedeniyle ortaya çıkan sorunları ortadan kaldırmayı, hasta ve yakınının yaşam kalitesini yükseltmeyi amaçlayan yaklaşımdır."

WHO

Palyatif Bakımın Ortaya Çıkışı

• 1940-1960: ABD, Batı Avrupa Ülkelerinde krize müdahalede ilk yaklaşımların kullanılması.
• 1960: İngiltere'de hospislerin açılması (ölen ve yakınını kaybeden insanlara yönelik iyileştirici bakım için küresel hareketlere yol açtı).
• WHO- iyi bakımın evrensel bir hak olarak kabul edilmesi.
• 21. yy yaşam sonu bakımın ortaya çıkışı.
• 1967 yılında St. Christopher Hospisinin açılması (Sosyal hizmet uzmanı, doktor ve hemşire olan Dame Cicely Saunders tarafından kuruldu).
• Kişinin hissettiği tüm acıları dindirme fikri çok disiplinli bir uygulamanın ortaya çıkmasını sağladı.
• Tıbbi tedavi, ölüm ve yasa karşı psikolojik, sosyal ve ruhsal tepkiler bütünleştirilerek palyatif bakım uygulandı.

Yoğun Destek Tedavisinin Yararları

Yapılan araştırmalara göre palyatif destek gören hastalar, uygulanan tedaviye daha iyi yanıt verirler, daha uzun yaşarlar, kendileri ve ailelerinin yaşam kalitesi yükselir. Hasta ölürse, yakınları yas sürecini daha kolay geçirir.

4.SOSYAL HİZMETİN TARİHSEL AÇIDAN PALYATİF BAKIMDAKİ YERİ

Tarih boyunca pek çok hospisde sosyal hizmeti uygulaması yapılmıştır. Birleşik Krallık, ABD, Kanada ve Avusturalya gibi gelişmiş pek çok ülkede SHU'larından oluşan uzman gruplar hospislerde çalışmaktaydı. Hastanelerdeki palyatif bakımda sosyal hizmet çok daha az yer almaktaydı. Ancak ABD'de palyatif bakım, sağlık alanındaki SHU'larının önemli bir görevi olarak kabul edilmektedir. Ölüm ve yas tedavi gerektiren sorunlar doğurmaktadır anlayışı benimsenmiştir.

Avrupa Konseyi (AK) palyatif bakımın temel bir insan hakkı olduğunu belirtmiştir:

• Ölümcül bir hastalığı olan veya ölmekte olan kişinin onurunun korunması gerekmektedir.
• Güçsüzlük ve bağımlılık içinde yaşamına başlayan insan ölürken de koruma ve desteğe ihtiyaç duymaktadır.
• Avrupa Konseyi, palyatif bakımda hastanın psikolojik, sosyal ve ruhsal ihtiyaçlarının dikkate alınmamasını insan haklarına aykırı bir uygulama olarak değerlendirmektedir.
• NASW Çalışmaları (Palyatif ve yaşam sonu bakımda SH uygulamasının standartları, 2003)

5. PALYATİF BAKIMDA SOSYAL HİZMET UZMANININ ROL VE SORUMLULUKLARI

• SEMPTOM BELİRLEME (Tıp personeli).
• PSİKOSOSYAL DESTEK.
• UMUT.
• EKİP ÇALIŞMASI (KAYNAŞTIRILMIŞ UYGULAMA).
• KABUL VE ONAYLAMA.
• ESNEKLİK.
• SAYGI.
• YARATICILIĞI YENİDEN CANLANDIRMAK.
• GÜZELLİK.

Palyatifin Özellikleri ve Diğer Branşlardan Farkları

• İnterdisipliner bir ekip halinde çalışılır.
• Hasta ve aile ekibin bir parçasıdır.
• Holistik yaklaşım esastır (hastanın yalnız bedensel sorunlarıyla değil, psikososyal ve ruhsal ihtiyaçlarıyla da ilgilenilir)

Palyatif Bakımda Ekip Çalışması ve Sosyal Hizmet Uzmanı

• Sağlık bakım hizmetinin temelini ekip çalışması oluşturur.

• Çünkü tanı, tedavi ve izleme süreçleri farklı alanlardan çoklu bilgi ve becerilerin kullanımını gerektirir. Başta ilgili branşın uzman hekimleri ve hemşireleri olmak üzere psikologlar, fizyoterapistler, diyetisyenler, sosyal hizmet uzmanları ve diğer profesyoneller tedavi ekibi içinde kendi uzmanlıklarına göre çeşitli roller üstlenirler.

• Ekip çalışması ekip üyelerinin işbirliği ile yürür.

Sosyal Hizmet Uzmanlarının Rol ve Sorumlulukları

Palyatif Bakım Merkezlerinde Çalışan SHU'ları

Danışma, aile sistemlerini anlama ve ailelerle çalışma, toplum kaynaklarını kullanma ve anlama, hastayı ve aileyi psikososyal açıdan değerlendirme, hastaların ilişki ağında bulunan ailesi, yakınları, toplum üyeleri ve örgütleri odak alarak, sağlıklı aile ve sosyal çevre ilişkilerinin ve toplumsal hizmetlerin oluşmasına katkı verirler.

Small (2001)'a göre sosyal hizmetin palyatif bakımla ilişkisi 2 açıdan değerlendirilmelidir:

Sosyal hizmet çoğu zaman kayıpla ilgilidir ve dolayısıyla ölüm sosyal hizmetin uygulama sürecinde yer alan önemli bir alandır.

Sosyal hizmet ölüme bütüncül bir sistem yaklaşımı getirmektedir ve dolayısıyla da aile, toplum ve kültürel perspektifleri sağlık sistemine dahil etmektedir.

Ölüm ve Yas Sürecinde SHU'nın Çalışmaları

Ölüm, bireyin yaşamındaki en keskin KAYIP olgusudur. Kayıp, bireyin yaşamında duygu ve düşünce düzeyinde yatırım yaptığı herhangi bir nesne ya da işlevin yitirilmesi olarak tanımlanabilir.

Kayıplar karşısında geride bıraktıklarımız için bir psikobiyolojik tepki olarak yas yaşanır.

• Yas tutma sürecinde;
• Her kayıp bireyde kaçınılmaz bir elem, keder, acı süreci başlatır.
• Her kayıp, geçmiş kayıpları tazeler.
• Her kayıp eğer doğru dürüst yaşanırsa psikolojik büyüme ve yenilenme için bir araç olabilir.

Yas tutmayı zorlaştıran etkenler

1. Yaşamakta olan kişinin duygusal yapısı:

Çocuklukta yeterli desteğe sahip olamamak.

Bir dizi kayıp yaşamış olmak.

2. Kaybedilen nesneyle olan ilişkilerin doğası, niteliği:

Aşırı bağımlılık.

Bitmemiş işlerin olması.

3. Kaybın ani ve vahşi biçimde olması

4. Yasın ifade edilmesindeki kültürel yasaklar

• Yasımız parmak izimiz gibi bireyseldir ve ilişkilerimizin niteliği ve geçmişteki kayıplarımız tarafından belirlenir.
• Aynı aile içinde bile yası yaşama biçimi kişiye özeldir.
• Alanyazında yas tinsel yaralanma olarak isimlendirilir.
• Yas tutabilmeyi fiziksel iyileşme anlamında düşünebiliriz.
• Bir kesiğin iyileşmesi nasıl o kesiğin özelliklerine, derinliğine bağlıysa, yas için de benzer süreçler söz konusudur.

Yasın Aşamaları

1. Kriz kederinin yaşanması; bu yaşantı kaybın ya da kayıp tehlikesinin oluştuğu zaman başlar.
-Beden ve zihin donup kalmış gibidir.

Yaşanan tipik duygular

• Yadsıma, • Pazarlık, • Öfke.
• Yarılma, • Anksiyete,

2. Yasın işlendiği dönem:
- İlişkilerin yavaş-çekim gibi gözden geçirildiği dönemdir, çoğunlukla bir ya da iki yıl sürer.
- Bu süreç bir yaranın ya da bir kırığın organik olarak iyileşme sürecine benzetilebilir.

3. Eski duruma dönme aşaması;
- Kaybedilen insanın kendisi için ne anlam taşıdığının farkına varılır.
- Dikkat yaşanan dünyaya döndürülür.
- Yasın süresine ilişkin araştırmacıların çoğunlukla kabul ettiği bir ortak anlayış yoktur.
- Genel olarak "normal" olarak kabul edilen süre yıllar alabilir.

Akut yas tepkileri;

Duygu: Üzüntü, öfke, suçluluk duyguları, yalnızlık, yorgunluk vb.
Fiziksel; Göğüste sıkışma, nefes darlığı, enerji kaybı, ağız kuruluğu vb.
Düşünce; Şaşkınlık, ölen kişinin hâlâ yaşıyor olduğuna inanma, düşünceleri yoğunlaştırmada güçlük.
Davranış; Uyku ve iştah bozukluğu, içe çekilme, unutkanlık ya ölen kişiyi anımsatan nesnelerden uzak durma ya da bunlara aşırı bağlanma, ağlama vb.

4. PALYATİF BAKIMDA SOSYAL HİZMET UZMANININ ROL VE SORUMLULUKLARI (VAKA ÖRNEĞİ)

Aysel Hanım 40 yaşındadır ve iki kız (20 ve 16 yaş) ve bir erkek çocuk (14 yaş) annesidir. Eşinden boşanmıştır. Evde onlarla birlikte yaşayan annesinin de (dul) bakımını üstlenmiştir. Büyük kızı zihinsel engellidir. Aysel Hanım'a İki yıl önce meme kanseri tanısı konulmuş yapılan tedavilerden bir süre sonra kanser akciğerlerine metastaz yapmıştır. Hastalığının terminal aşamasında olmakla birlikte hala evinde kalabilmektedir. Sigortalı olarak çalıştığı işinden hastalığı sonrası ayrılmak zorunda kalan ve sosyal yardım alan Aysel Hanım'ın yüksek miktarda kira, fatura vb. borçları bulunmaktadır. Öz bakımında (tuvalet, kişisel bakım vb.) kendisine yardımcı olan oğlunun, annesine yardım etmede istekli olsa da, genç bir erkek olarak bunları yapmasının uygun olmadığını düşünmektedir. Ayrıca on altı yaşındaki ikinci kızı, hem anksiyetesi nedeniyle hem de annesi ile daha fazla vakit geçirebilmek için okula düzensiz gitmektedir ve bu yüzden okuldan uyarı gelmiştir. Aysel hanımın tedavisinden sorumlu olan hekim ve hemşireler onun sağlığından endişe duymakta ve olabildiğince uzun süre yaşam kalitesini korumaya çalışmaktadırlar. Aysel Hanım'ın ilgilenmesi gereken işleri için güce ve zamana ihtiyacı vardır.

SOSYAL HİZMET MÜDAHALELERİ

Sosyal hizmet uzmanı insan ihtiyaçları hiyerarşisini göz önünde bulundurarak öncelikle ailenin ekonomik sorunlarına odaklanır. Aysel Hanım'ın kira borçlarının ödenmesi için sosyal yardım aldığı, sosyal yardım kuruluşunda görevli sosyal hizmet uzmanı ile bağlantı kurar, vakanın durumu hakkında bilgi verir. Vakasına yapılan düzenli nakdi yardımlara ek olarak kira yardımı da alması yönünde bir sosyal inceleme yapılmasını talep eder. Sosyal yardımlar bünyesinde kira yardımı da olduğu için ailenin ekonomik zorluklarla ilgili anksiyetesinin düşmesini sağlayan bir kira yardımı da yardım kalemlerine eklenir. Sosyal hizmet uzmanları sorun çözücü profesyonellerdir ve aynı zamanda aileleri güçlendirirler.

Sosyal hizmet uzmanı diğer çocuklarıyla ilgili olarak da Aysel Hanımla birlikte çalışır. ikinci kızıyla ve oğluyla sağlık durumu hakkında nasıl bir konuşma yapabileceği, onlara neler söyleyeceği, çocuklarının zor sorularına nasıl yanıtlar verebileceği üzerinde çalışma yaparlar.
SHU, Aysel Hanım'a bu zorlu süreçte güven sağlar.
Sosyal hizmet uzmanı, Aysel Hanım'ın 16 yaşındaki ikinci kızı ve 14 yaşındaki oğluyla birlikte birlikte bir hatıra kutusu hazırlamasını da önerir. Hatıra kutusu ölen kişinin onu kaybedenlerle birlikte olan anılarının hatırlanmasını sağlayan şeylerden oluşur. Böylece kayıp olayının yol açacağı ruhsal baskıların azaltılmasına yardımcı olunabilir. Ayrıca kişilerin ve yakınlarının ölüme belirli ölçüde hazırlanmasına yardımcı olabilir.
Sosyal hizmet uzmanı evde aileyle birlikte yaşayan Aysel Hanım'ın annesinin bakımı için Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü'nün Yaşlı Hizmetleri birimi ile bağlantı kurar. Onun huzurevi veya evde bakım hizmetinden yararlanması alternatifleri üzerinde durulur. Bu konuda yaşlı annenin görüşüne başvurulmasına karar verilir. Annenin evden ayrılma isteği olmadığı anlaşılınca huzurevi seçeneği yerine evde bakım seçeneğinden yararlanılır ve hem belediyenin yaşlı hizmetleri biriminden hem de aile hekimliğinden alınan desteklerle yaşlı annenin evinde düzenli olarak sağlık kontrolünün yapılması, evin temizliğinin yapılması ve sıcak yemek sağlanması mümkün olur.

Ailenin ekonomik sorunlarının, özürlü çocuğun ve yaşlı ebeveynin bakım sorununun çözülmesinin ardından sosyal hizmet uzmanı okula devam sorunu olan ikinci kıza odaklanır. Aysel Hanım'ın düzenli olarak okul dışındaki saatlerde kızı ile birlikte vakit geçirmesine ilişkin bir program yapmasına destek olunur.
Sosyal hizmet uzmanının bir diğer rolü Aysel Hanım'ın en küçük çocuğu olan 14 yaşındaki oğluyla bakım sorumlulukları hakkında görüşmektir. Aileye evde bakım desteği sağlanmasına başlandığı için çocuğun, annesine ve eve ilişkin bakım sorumlulukları azaltılır. Yine de annesine destek olmaktan dolayı ruhsal olarak güçlendiği için çocuğun belirli ölçülerde bakım vermeye ve evle ilgili sorumluluklarına devam etmesi sağlanır. Bu çabalar oğlunun kişisel gelişimine de katkı verir.

Vakayı Değerlendirme

Vaka örneğinde görüldüğü gibi, hekim ve özellikle hemşireler Aysel Hanım'a sağladıkları tıbbi destek tedavileriyle yaşam kalitesini ve genel sağlığını olabildiğince yükseltmeye çalışırlarken, sosyal hizmet uzmanı Aysel Hanım'ın kalan zamanında yaşamını rahat edeceği bir şekilde düzenlemeyi amaçlamaktadır. Sosyal hizmetin amacı Aysel Hanım'ın, ailesinin ve çevresindeki insanların psikososyal işlevselliklerini korumak ve geliştirmektir.
Bu sayede sosyal hizmet insanlararası etkileşimleri düzenleyerek toplumun genelinin de ruhsal ve sosyal sağlığının korunmasına katkı verir.
İnsanlar yaşamda sınırlı zamanları kaldığında, önceliklerini belirlemede ve yapmak istedikleri işleri tamamlamalarında yardıma ihtiyaç duyarlar. Birçok insan bunları genellikle kendi başlarına ya da yalnızca aile üyelerinin desteğiyle yapmak zorunda kalmaktadır. Vaka örneğinde olduğu gibi aile üyeleri de bu durumda yetersiz kalabilmekte ve yaşam sonu düzenlemelerin yapılmasında sosyal hizmet uzmanı gibi bir profesyonelin yardım eline ihtiyaç duyulmaktadır.

6.GENEL DEĞERLENDİRME

• Yaşam sonu bakım stratejinin amacı her geçen gün daha fazla sorunlar yaşayan ve ölüme adım adım yaklaşan hastaların psikolojik, sosyal, ekonomik ve manevi ihtiyaçlarının karşılanmasına yönelik örgütlenmeyi gerçekleştirmektir.
• Ölüm bireyler için büyük bir olay olsa da hem onlar için hem de etrafındakiler için sosyal bir deneyimdir. Pek çok kişi ve kurumu etkilemektedir.
• Toplumda HIV/AIDS gibi kaygı yaratan hastalıkların yaygınlığı, ötenazi ve destekli ölüm konularının adli belirsizliği konuyu kamusal bir sorun haline getirmektedir.
• Mevcut durumda, ölüm genel sosyal yaşamda gizlenmiştir ve sağlık kurumlarında tıbbi hale getirilmiştir.
Böylece pek çok insan kendisini bekleyen ölüm konusunu gündeme bile getirememekte ki bu da ölecek kişinin yakınları ve ailelerini buna hazırlamak veya yaslı kişilere yardım etmeyi zorlaştırır.
• Tüm bu gelişmelerin sonucunda sosyal hizmet, toplumun ve toplulukların ölüm ve yas gibi sosyal sorunlarla baş etmeleriyle ilgilenen bir meslek olarak, ölüm ve kayıpla etkili baş etmede sosyal ağlar ve mesleklerin kapasitesini artıracak müdahaleleri düşünmek zorundadır.
• İnsanların ölüm, ölüm süreci ve yakınını kaybetme hakkında açıkça konuşması için sosyal hizmete ihtiyaç vardır .
• Palyatif bakım uygulayıcıları hizmet anlayışını artırmak için dünyada palyatif bakım bilgilendirme günü, ölmekte olan veya yakınını kaybeden kişilerin karşılaştığı sorunlara ilişkin eğitim, ölmekte olan veya yakınını kaybeden kişiler için grup çalışmaları önerebilir.

PALYATİF BAKIMIN TANIMI, AMACI, İLKELERİ

Doç. Dr. Doğan UNCU
Ankara Numune EAH Tıbbi Onkoloji Kliniği

Palyatif Bakım
- Tanım
- Temel prensipleri
- Yapılanma

Yaşamı tehdit eden bir hastalığı olan hasta ve hasta yakınlarının, yaşam kalitesinin artırılmasına yönelik bir yaklaşım olup, başta ağrı olmak üzere fiziksel, psikososyal ve manevi problemlerin erken tespit ve tedavi edilmesidir (Dünya Sağlık Örgütü)

Destek tedavisi
Hastalığın her döneminde hasta ve hasta yakınlarına verilen destektir.

Palyatif bakım
Şifa mümkün olmayacak dönemde hasta ve yakınlarına verilen destektir.

Son dönem bakım
Ölümü yakın olan hastalarda yapılan destek tedavidir.

Palyatif bakım gereksinimi
- Kanser insidansındaki artış özellikle gelişmekte olan ülkelerde belirgin (WHO)
- Kanserle yaşam süresi uzuyor
- Toplum yaşlanıyor
- Toplam ölümlerin %20'si kanser nedeniyle

Destek gereksinimi olan hastaların sayısı artıyor
(BMJ 7208:462-3, 1999)

Palyatif bakım prensipleri
- Ağrı ve diğer semptomların giderilmesini sağlar.
- Yaşamı desteklemekle birlikte, ölümü de doğal bir süreç olarak algılar; ölümü hızlandırma veya erteleme amacını taşımaz.
- Hasta tedavisi ile psikososyal ve fiziksel destek programını entegre eder.
- Hastaların son ana kadar, mümkün olduğunca aktif bir yaşam sürmelerinde destek sağlar.
- Gerektiğinde yas dönemi danışmanlığı da dahil hasta yakınlarının gereksinmelerine yardım eder.
- Yaşam kalitesini artırır ve aynı zamanda hastalık sürecini olumlu etkileyebilir;
- KT, RT gibi yaşam süresini uzatmayı hedefleyen tedavilerin yan etkilerini azaltmayı hedefler.

Palyatif Bakım Üniteleri Tarihçesi
- İlk olarak 19.yüzyılda dini organizasyonlarla İngiltere ve Fransa'da başladı.
- ABD de gönüllü aktiviteleri şeklinde gelişti ve sağlık sisteminin hayati bir bölümü olarak yerleşti.
- Son 20 yılda yurt dışında büyük ulusal programlarla uygulanmaktadır.
- Ülkemizde de son yıllarda hızlı bir yapılanma devam etmektedir.

Palyatif Bakım Üniteleri
1842 - Fransa (ilk)
1960 - İngiltere (St Christopher)
1973 - Kanada (Royal Victoria)
1987 - ABD (Horwitz Center)

Palyatif Bakımın Konuları
- Fiziksel semptomların kontrolü.
- Psiko-sosyal destek.
- Nütrisyonel destek.

- Rehabilitasyon, hasta eğitimi.
- Manevi destek.
- Evde bakım.
- Yaşam kalitesinin artırılması.

Palyatif Bakım Tipleri

• Birinci basamak: Bütün doktorların sorumluluk alanına girer. Hasta ve ailesinin YK artırma ve şikayetlerini ortadan kaldırmada temel yaklaşımı içerir.

• İkinci basamak: Uzmanların sorumluluğunda olan hastane temelli bakım programıdır. Konsültasyon hizmeti ile servislere destek verir.

• Üçüncü basamak: Araştırma yolu ile bilginin üretildiği ve eğitim yolu ile yaygınlaştırıldığı akademik merkezlerdir. Refrakter problemlerin kontrol edildiği merkezlerdir.

Palyatif bakım uygulaması

- Yatan hasta servisleri.
- Poliklinik.
- Konsültasyon.
- Evde bakım (home care).
- Terminal dönem bakım (hospice).
- Gündüz bakım üniteleri (day care).

Evde Bakım

• Palyatif bakımın hastanın kendi özgür ortamında verilmesidir.

• Hastanın gereksinimine uygun destek ev ziyareti ile verilir (hemşire, terapist…)

• Ekonomiktir, hastane yatakları verimli kullanılır

Terminal dönem bakımı (Hospice)

• Tedavi ile yaşam süresinde uzama şansı olmayan ve yaşam süresi beklentisi 6 aydan kısa olan hastaların semptom kontrolünün sağlandığı programlardır.

• Hastanın kalan son günlerini rahat ve onurlu bir biçimde geçirmesini sağlar ve insana yakışan eziyetsiz bir ölümü hedefler.

Son dönem hastanın temel hakları

- Tıbbi bakım alma hakkı.
- Birey olarak değer görme hakkı.
- Kişisel destek hakkı.
- Ağrısından kurtulma hakkı.
- Kendisi ile ilgili karar verme hakkı.
- Tedaviyi reddetme hakkı.

Avrupa Konseyi Bakanlar Komitesi
palyatif bakım organizasyonu tavsiye raporu, 2003

Hastanın değerleri ve hedefleri

- Hastaneye her yatırıldığında bakım planı
- Yaşantısını değerli kılan unsurlar.
- Son günlerini nasıl geçirmek istiyor.
- Tedavi seçimini etkileyen değerleri / inançları.
- Yoğun bakım ünitesi vs. evde bakım.
- Resüstasyon isteği.
- Sağlık vekili.

Palyatif bakım

Temel bakım planı

- Fiziksel.
- Psikolojik.
- Sosyal.
- Dinsel.

İleri bakım planı

- Hastanın isteği, değerlerinin belirlenmesi.
- Yetkilendirilmiş sağlık vekili.
- DNR.

Yaşam planı vasiyeti.

- İyi ölümün sağlanması
- Acının kontrolu.
- Aile üyeleri/arkadaşları ile paylaşımı.
- Kararlarda sağlık vekilinin / ailenin desteği.
- Birey olarak kabul edildiği, onurlu ortam.

İleri Bakım Planı

- Temel bakımı tamamlayan gelecek bakım programı.
- Ölümcül bir klinik tablo öncesi planlanır.
- Hastanın değerlerine ve isteklerine uygun.
- Klinisyen / hasta üst düzey iletişimi.
- Hukuki dökümanların görüşülmesi.

Temel Unsurları

- Yaşam planı vasiyeti (living will): Gelecekteki bakım talimatı.
- Yetkilendirilmiş sağlık vekili (proxy): Hasta için değil, hastanın değerleri ve tercihlerine uygun karar vermeli.
- İleri talimatlar (advance directives): Yetkilendirme bildirimi, temsilci onamı. Hastaneye her yatışta doldurulmalıdır.
- DNR: Canlandırmaya teşebbüs etmeme talimatı.

Yetkilendirilmiş sağlık vekili - (proxy)

- Hasta karar verecek klinik durumda olmadığında kararlarda danışılacak kişi.
- Vekili kararlara erken katmak uygun olur.
- Bu görevde gönüllü olmalı.
- Hasta ve vekil ile birlikte görüşme yapılmalıdır.
- Hastanın değerleri ve bakım hedeflerini bilmelidir.

Uygulama

- Zamanı geldiğinde yetkilendirme bildirimi okunur (vekil ve sağlık ekibi öğrenir).
- Yoğun bakım, entübasyon… konularına karar verilir.
- Anlaşmazlıklarda etik kurula.

Avantajları

- Doktor ve aile üyelerine karar yükü anlamında rahatlama getirir.
- Otopsi, organ bağışı, cenaze işlemleri ile ilgili konular vekil ile görüşülür.
- Yas süreci kolaylaşır.

Kararı kim versin?

- Bilinç, oryantasyon tam ise;
- Yetişkin, şuur kapalı, vasiyet yoksa.
- Çocuk hasta.
- Hekim vicdanı.
- Hasta yakını.
- Etik kurullar.

Hastanın tercihi ile ilgili anlaşmazlık durumunda

- Planın uygulanamaması.
- Sağlık vekiline ulaşılamaması.
- Hasta tercihlerinin açık olmaması durumunda sağlık vekili, doktor, SHU, hukuk danışmanı ile aile toplantısı.

Palyatif bakımın faydası

- Hastanın yaşamını idame ettirmede zihin ve beden zindeliği sağlar.
- Tıbbi tedavilere dayanıklılığı artırır.
- Hastanın tedavi alternatiflerini anlamasını sağlar.
- Yakınları ile ilgili endişelerini azaltarak günlük yaşamını rahatlatır.
- Destek kaynaklarını öğretir.

Son söz

Onkolojide palyatif bakım

- Modern,
- Multidisipliner,
- Bütüncül,
- Önceliği olan bir yaklaşımdır.

PALYATİF BAKIMDA HEMŞİRENİN ROLÜ

Doç. Dr. GÜL PINAR
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi SBF Hemşirelik Bölümü.

Hedefler

- Kavram.
- Amacı, önemi.
- Tarihçe.
- Hedef gruplar.
- İlkeler ve standartlar.
- Güçlükler.
- Öneriler.

PALYATİF BAKIM (PB)

"Yaşamına yıllar katmak değil, yıllarına yaşam katmaktır.."

- Tedavi eder.
- Önler.
- Rahatlatır.
- Rehabite eder.

Yaşamı destekler!

PB + küratif bakım ya da Küratif tedavi yeterli olmadığında YALNIZCA PB.
Ölüm doğal bir süreç!

Ekip içinde yer alan hemşireler uygulayıcı, eğitici, araştırıcı, yönetici, savunucu rolleri ile veri toplar, sorunları analiz eder, hemşirelik tanılarını koyar, bakım hedeflerini belirler, uygulamalarını planlar ve uygular, sonuçları değerlendirir.
Multidisipliner yaklaşım palyatif bakımın temel özelliğidir. Hasta destek bakım sistemi ağıyla çevrelenmiştir.

- Doktor,
- Hemşire,
- Sosyal çalışanlar,
- Terapist,
- Eczacı –doğal iyileştiriciler,
- Diyetisyen,
- Halk sağlığı uzm.,
- Spiritüel danışman,
- Gönüllüler-aile-arkadaş,
- Evde bakım destek elemanı,
- Cenaze işleri direktörü, toplumdaki kaynakların kullanımını sağlayan bir multi disipliner yaklaşımı içerir.

Neden Palyatif Bakım (PB)?

- Global yaşlanma, bağımlı birey sayısında artış,
- Hizmet alanların bilinç düzeyi ve beklenti artışı,
- Bakım gücünde zorlanma, hane nüfus sayısında azalma,
- Kronik hastalıklarda artış, teknolojik bağımlılık,
- Sağlığa kaçınılmaz bir ihtiyaç maliyet artışı..

PB Tarihçesi

- 19th yy, Londra ve Irlanda dini hastaneler.
- İlk palyatif yataklı servis Londra'da 1967.
- 1999 da 236 palyatif servis,138 poliklinik, 400 adet evde hospis hizmet.
- İlk palyatif merkezi 1980 yılında USA the Cleveland Clinic and Medical College of Wisconsin.

- Şu an 1400 palyatif merkez.
- 1983 de Almanya da playtif bakım servisi.
- Birçok ülke ulusal politikalarını belirlemiştir.
- Avustralya, Kanada, Şili, Kostarika, Küba, İngiltere, Fransa,Irlanda, Norveç, İspanya, Uganda, Güney Afrika, Japonya, Singapur, Malezya, Yeni Zellanda, Çin, Kore

ÜLKEMİZDE PB?
- Palyatif Bakım merkezimiz çok sınırlı.
- Ağrı merkezi sayısı yüksek ancak çoğu büyük şehirlerde yerleşik.
- PALYA-TÜRK.

In?
- Maliyet –etkin.
- Sağlık kalite indikatörü.
- Daha az semptom.
- Daha iyi survival.

Out?
- Sadece yaşam sonu bakım.
- Sadece kanser hastaları.
- Paternalist yaklaşım.
- Ölüm hakkında konuşmama.

PB Yaklaşımı "partnerlik"
Oyun aktiviteleri, kutlamalar, müzik, tv, el işi-resim, fotoğraf-video, drama, şiir, pet terapi, egzersiz, dini ritüeller, kişisel bakım.
Partnerlik, izole hissetmemeli, kişisel gelişimine, topl. ilişkilerine devam ediyor, kitap yazma, günlük tutma, misafir ağırlama vb., sevdiği yiecek içecek, hast. süresinden pozitif etkilenmek.

Sosyal destek grubu
Sosyal bir rejeksiyon sürecinde; aile ve bireylerin güçsüzlük ve çaresizlik duygularını azaltır.

Aile ve hast odaklanılmakta. 15 yıl sonra belki hiç birimizin bakım vericisi olmayacak... dikkatli gözlem yapmak esastır.
Bakım verici, bakımı Belirli bir süre başka birine bir profesyonele bırakarak dinlenebilir. Hasta birey aile sisteminin bir parçasıdır • Bakım verilmesi gereken ünite hasta ve ailesidir. • Tanı bir kişiye konur ama tüm aile hastalanır. Literatürde GİZLİ HASTA hastalığı ve tedavisi, komplikasyonları, şu anki durumu, yapılacak uygulamalar ve hizmetleri içermelidir. Çocuk ise verilecek bilgiler çocuğun yaşına ve gelişimsel düzeyine uygun olmalıdır
Aileye soru sorma ve tartışma fırsatı verilmelidir. Tedavi planında ya da hastalığın prognozu değişitkçe hasta ve ailenin bilgi gereksinimi devam edecektir. Ailenin çocuğun bakımındaki kontrolünü sürdürebilmesi, bilgilendirilmiş onam verebilmesi ve uygun seçimleri yapabilmesi için samimi ve uygun zamanda açıklamalar yapılmalıdır.

DSÖ'nün bu yeni tanımında palyatif bakımın, hastalığın erken döneminde verilmeye başlanmasının önemi vurgulanmaktadır.

Hedef grup:
İndikatörler (genel)
- Genel halinde kötüleşme
- Son 6 ay içinde ilerleyen kilo kaybı (>10%)
- Son 6 ayda planlı olmayan rehospitalizasyon (> 2)
- Hastanın bakım evi/evde bakıma ihtiyaç duyması
- HIV-AIDS

Klinik indikatörler

- KVD-Class IV, metastatic cancer - Komorbiditie
- Dinlenme veya minimal harekette dispne
- Optimal tedaviye rağmen inatçı semptomlar
- Renal yetmezlik (eGFR,30ml/min)
- Sistolik KB<100 veya nabız >100
- BMI<21 veya kaşeksi, febril episodlar
- Nörolojik sorunlar – demans, inkontinans
- Yardımsız GYA yerine getirememe,
- Rejim I-tüple besleme

Terminal döneme geçiş

- Laterjik
- Yatağa bağımlı
- İletişim güçlüğü
- Oral alamama
- Öz bakım defisiti
- Konvülsiyon, halüsünasyon,
- Delirium, KOMA

Bireyin herşeyi duyabildiği düşünülmeli/varsayılmalı
Dokunma, orda old. Hissetme
Ölümün güç yolu'. Farmakolojik kontrol
En az invaziv yol seçilmeli
Öncelikle bukkal mukozal ya da oral, daha sonra rektal düşünülmeli
Subkutan, IV nadiren
IM hemen hemen hiç tercih edilmez
Solunum, kalp seslerinin yokluğu
Pupiller fikse/genişlemiş
Kan dolaşımı zayıfladıkça cilt rengi soluklaşmaya başlar
Vücut sıcaklığı düşer

Yas süreci-Empati-Sempati
Meslektaşların desteklenmesi
Her koşulda yaşatma sorumluluğunu kendinde gören sağlık çalışanları için ölümün önlenemeyişi onlarda başarısızlık, çaresizlik ve yetersizlik duygularını ortaya çıkarmakta, bu da mesleki yetersizliklere yol açmaktadır-Kendimizi koruma yöntemleri – Hastanın kaybı bizim baÇarısızlığımız değil.

Değerlerimiz

Hasta ve hasta yakınları ile yansız, dürüst, sabırlı, sevecen ve destekleyici bir iletişim kurma

Kısa aralıklarla vizit yapma hastada oluşan durum değişikliklerinin saptanmasını, bunları hekime iletebilmesini, acil konuları belirlemeyi ve bunlara hızla müdahalede bulunmayı sağlar. İletişimde temel ilkeler: dürüst olmak, sorulanları doğru yanıtlamak, sorulmayan bilgiler hakkında fazladan bilgi vermemek, hasta ve yakınlarına özel zaman ayırmaktır (hiçbir zaman koridorlar veya kapı önünde iletişimde bulunulmamalıdır).

Hemşirelikte etkili ve açık iletişim için..

Güven
Üslup
Lütfen
Üretken çözümler
Memnuniyet
Sevgi
Empati

- Zaman ayırma, Aktif dinleme,
- Duygu ve düşünceleri ifade etmesine teşvik etme,
- Duygularını yaşama fırsatı verme,
- Yaşadığı duyguların normal olduğunu ifade etme,
- Soru sorma fırsatı verme ve sorması için teşvik etme,
- Ulaşılabilir olma.

Anemnez
- Yaş, cins, eğitim, iletişim adresi
- Kültür, etnik, dil
- Kişisel değerleri, inançları, ritualleri, güçlü yönleri
- Engellilik durumu
- Primer tanısı, komorbid, yan etkiler
- Tüm sistem değerlendirmesi

Kendimize soracağımız şeyler?
Hastalığı nasıl ve ne olarak algılıyorlar?
Hastalık-tedaviyi nasıl yaşıyorlar?
Yaşamları nasıl değişiyor?
Hangi baş etme tekniklerini kullanıyorlar ve başarıyorlar?
Destek-rehberlik alıyorlar mı?, bunlar neleri kapsıyor?
Denge kurarken olumlu-olumsuz nelerden etkileniyorlar ...?

Sorular ve yanıtlar
- Ulaşılabilir miyiz?
- İşbirliğine açık mıyız?
- Hasta ve ailenin isteklerine saygı duyuldu mu?
- Diğer semptomların yanı sıra ağrı kontrol edildi mi?
- Kanıta dayalı standartlarımız var mı?
- Yeterli kaynaklarımız var mı?
- Güvenli ve etkili bakım sunuyor muyuz?
- Bakım sonuçlarını değerlendirebiliyor muyuz?

"Hastaların soracağı şeyler?"
- Keder sürecinde kültürel tutum
- Normal yaşamdan çok mu uzak kalacağım ?
- Günlük yaşam aktivitelerim değişecek mi?
- İlaçların etkisi nasıl olacak?

Ailelerin sordukları sorular?
- Durumu hakkında bilgi edinebilir miyim?
- Hastaneye hemen yatması gerekiyor mu?
- Yanında kalabilir miyim?
- Nelere dikkat etmemiz gerekiyor?
- Sizinle her zaman görüşebilir miyiz?

Hemşirelik yaklaşımları
- Hastaların hakları ve sorumlulukları,
- Profesyonel sorumluluklar, güvenilirlik,
- Bakım standartları,
- Bakımın dökümantasyonu,
- Bakımın sorumluluğu, ve malpraktis.
- Mesleki uygulamalarınız dışında bir şey istenirse sorumluluklarınızı bildirin.
- Bilmediğiniz bir konuda öncelikle eğitim isteyin. Böyle görevleri kabul etmeyin. Yöneticinize bunun nedenini yazılı olarak rapor edin.

• Yönetici iseniz görev verdiğiniz kişilerin uygun eğitim alıp almadığını kontrol edin. Çalışanlarınızın yeteneklerini bilerek görev verin.

SPIKES Protokolü

• S-Setting : Görüşme yerini hazırla.
• P-Perception : Hasta ve aile nasıl algılıyor ?
• I-Invitation : Davet Neyi ne kadar bilmek istiyorlar?
• K-Knowledge : Bilgi aktarımı.
• E-Empathy/ Exploring: Her türlü yanıta izin ver.
• S-Strategy/Summary : Özetleyin ve sonraki adım için ne yapacağınıza karar verin.

Hasta danışmalığı-iletişim ilkeleri

• Uygun zaman ve ortam, (sık vizit)
• Açık, hastaya özgü spesifik bilgi verme.

Hasta

• Ne biliyor?
• Ne bilmek bilmek istiyor?
• Ne zaman? Hazır mı?

Hemşirelik yaklaşımları?

• Önlenebilir sorun (lar) nelerdi?
• Daha iyi yönetim sağlamak için geliştirilmesi gereken politika/prosedürler var mı?

Aile üyeleri her zaman sevdikleri kişinin yaşamının son dakika, saat ve günleri hatırlar. Hemşireler onlar ile değerli anlar geçirmek için davet edilecek ve olumlu bir şekilde bu anları unutulmaz kılmak için eşsiz bir fırsata sahiptirler.

Palyatif hemşireliği

Palyatif bakım hemşiresi ünvanını alabilmek için:

• Mezuniyetinden sonra en az 2.5-5 yıl arasında çalışıyor olması, klinikte 1000 saat pratik yapması, sertifika programını başarılı bir şekilde tamamlaması.

Advanced Palyatif bakım hemşiresi:

• mezun olduktan sonra 2.5 5 yıldır çalışmış olmak, en az 2000 saat klinik / pratik yapmış olmak, master ve / veya doktora yapmış olmak gerekmektedir.

Palyatif Fellowship

• 1 yıllık program
• En az master programını bitirmiş olması
• En az 2 yıl hemşirelik
• 14 htf mini-rotasyon
• 24 hft klinik odaklı
• 2.5 hft kanser bakım programı
• 2.5 hft özel departmanlar
• 1 hft ulusal workshop
• 4 hft desk time

Total- 48 hft *

Eleme kriteleri, zorunlu ve seçimlik dersleri var.

Engeller

• İnsan kaynakları sınırlı
• Palyatif bakım merkez sayısı sınırlı,
• Mevcut merkezlerimiz ağrı merkezi
• Morfine ulaşım son derece zor,
• Mevcut morfin çeşitliliği de az.

– Tüm dünyada kullanılan medikal morfin hammaddesinin >90% Türkiye'de üretilmekte.
– Oral morfin tabletleri çok sınırlı ve hızlı salınımlı morfin preparatları hiç yok.
– Kişi başı morfin tüketimi ABD'den yaklaşık 1000 misli daha az.

Engeller

• Bürokratik Engeller.
• Eğitim ve Bilinç Eksikliği.
• İnanç.
• Palya-TÜRK
• Aile hekimleri ,
• KETEM ile yaygınlaşmış dünyadaki ilk toplum tabanlı palyatif bakım projesidir.
• Kamu ve STK destekli bir projedir.

SONUÇ

Öneriler

• Gerekli ilaçların ülkeye getirilmesi, doz sınırlamalarının bilimsel verilerle güncellenmesi ve hekim kararına göre degistirilebilecek esneklikte olması (Örneğin: Türkiye'de Opioid ilaç kotasının Avrupa Birliği kotasına çıkartılması).
• Hastanın ilaç, tıbbi malzeme ve tedavi ile ilgili gereksinimlerine ulaşabilmesi.
• Sosyal güvenlik sistemlerinin (SGK, özel sigortalar) bilgilendirilmesi, kapsama alanlarının belirlenmesi.
• Hasta, hasta ailesi ve topluma yönelik palyatif bakım konusunda eğitim ve konferansların düzenlenmesi.
• Palyatif Bakım Hizmet-içi eğitim ve sürekli eğitim programlarının oluşturulması.
• Mezuniyet öncesi -sonrası eğitim.
• insan kaynaklarında yetersizlik, teknik yetersizlikler, kurumlar arası koordinasyon eksikliği ve personel hareketliliği çözülmeli.
• Bu alanda çalışanların özlük haklarının korunması ve iyileştirilmesi.
• Personelin tükenmişlik yaşama olasılığına karşı önlemlerin alınması (ödül, çalışma saatlerinde esneklik, sosyal organizasyonlar, vb.).
• Ülke bazında, palyatif bakıma ihtiyacı olacak hasta grubunun ve tahmini sayıların belirlenmesi.
• Belirli pilot hastaneler seçerek model oluşturulması.
• Sivil toplum örgütlerinin ve medyanın hasta ve ailesini destekleyecek yönde geliştirilmesi.
• Araştırmaların yürütülmesi.

Sağlık ekibi olarak güçlü bir hemşirelikle hep birlikte yarın; geleceğe, geçmişte bugüne baktığımızdan daha güvenli bakacağız.

PALYATİF BAKIM HİZMETLERİ YÖNERGE MEVCUT DURUM VE PLANLAMA SORUNLAR VE ÖNERİLER

Dr. Mustafa Emre YATMAN

- Palyatif Bakım Hizmetleri Yönergesi.
- Mevcut Merkezler.
- Planlama.
- Sorunlar ve Öneriler/Çözümler
- Entegre bir şeklide ele alınacaktır.

YÖNERGE VE TESCİL

"Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönergesi";
- 09.10.2014 tarihinde yürürlüğe girmiştir,
- 24.12.2014 tarihinde geri ödeme kapsamına alınmıştır,
- Tescil işlemlerine 2015'te başlanmıştır.
- Müstakil merkez algısını düzeltmek için 07.07.2015 tarihinde güncellenmiştir:
- http://www.tkhk.gov.tr/DB/9/3302_yeni-palyatif-bakim-

YÖNERGEDE TANIM
- DSÖ tanımı çerçevesinde yapılmıştır.
- Aileler de hizmet kapsamına alınmıştır.

Hayatı tehdit eden hastalıklara bağlı olarak ortaya çıkan sorunlarla karşılaşan hastalarda;
- Ağrı ve diğer semptomları erken tanımlamak ve değerlendirmek,
- Hasta ve ailesine yönelik tıbbi, psikolojik, sosyal ve manevi destek vererek acılarını hafifletmek,
- Hasta ve ailesinin yaşam kalitesini geliştirmek için faaliyet göstermek olarak tanımlanmıştır.

SUT'TA KAPSAM
- Beslenmesi fiziksel ve psikolojik/nörolojik nedenlerle bozulup enteral, parenteral beslenme desteğine ihtiyaç duyanlar,
- Enfeksiyon, kas ve nörolojik hastalıklar nedeniyle solunumu bozulmuş olup, invaziv ve noninvaziv mekanik ventilasyon desteğine ihtiyacı olan hastalar,
- Enfekte yatak yarası açılan, ostomi bölgelerinde enfeksiyon, kaçak sorunları olan ,
- Kateteri olup tıkanan, kırılan, giriş yeri enfeksiyonu olan ya da katetere bağlı fonksiyon bulguları bulunan hastalarının tedavisi ve tıbbi sorunlarının giderilmesi.

Palyatif Bakıma Hangi Hastalar Kabul Ediliyor *
- Kanser
- İleri evre KOAH,
- İnme (fonksiyonlarının en az % 50'si kaybedilmiş),
- Son dönem böbrek yetmezliği,
- İleri evre kalp yetmezliği (ciddi kalp yetersizliği, kardiyomiyopati, KAH, vb)
- Diğer ömrü kısaltan hastalıklar:

Motor nörön ve ilerleyici nörolojik hastalıklar, ALS, Alzheimer, diğer ileri dönem organ yetmezliği (KC, beyin), HIV/AİDS, çocuklarda genetik/konjenital, ilerleyici hastalıklar, vb.)].
*Palyat İzmir

Palyatif Bakım Hizmet Modelleri
Mevcut
Aile hekimleri
Evde Sağlık Ekipleri

- Palyatif bakım sorumlu hekimlerine ait poliklinikler
- Palyatif Bakım Merkezleri*

Süreç İçerisinde Değerlendirilebilecekler
- Nursing Home ??
- Destekevi (Hospis): ??
- ASPB / SB mı?

* Bakım eviyle, bakım evinde yaşayanlara yönelik olarak, protokol yapılması kaydıyla palyatif bakım hizmeti verilebilir.

PALYATİF BAKIM MERKEZLERİNİN KURULMASI
- Yataklı sağlık tesislerinde kurulur.
- Sağlık hizmet sunucusuna ait yerleşkelerde (ek bina da yerleşke bünyesinde kabul edilir) kurulabilir.
- Tescil işlemleri il sağlık müdürlüğünce yürütülür.
- Talep üzerine tescil edilmek kaydıyla.
- Üniversite hastaneleri.
- Belediye.
- Askeri hastaneleri.
- Özel hastanelerde merkez açılabilir.

Merkezde bulunan yataklı hizmet alanları ile ilişkilendirilmiş diğer hizmet alanlarına ilişkin fiziki şartlar ve asgari donanım standartları
- Meşguliyet odası.
- Çok amaçlı salon/alan.
- Girişim ve muayene odası.
- Ekip odası.

Ulaşım Aracı
- Evde sağlık hizmetleri ile müşterek kullanılabilir.
- Acil durumlarda sağlık kuruluşu veya 112 ambulansı ile nakledilir.

MERKEZLERİN ÇALIŞMA ESASLARI
- Hasta ve ailesi bir bütün olarak değerlendirilir.
- Multidisipliner ekip anlayışıyla her türlü önlem alınır.
- Sorumlu tabip, tercihen anestezi uzmanı olmak üzere uzman tabiptir.
- 24 saat esasına göre çalışılır.
- Mesai saatleri haricinde hizmet, sorumlu tabibin planlamasına ve nöbet esasına göre sunulur.

PALYATİF BAKIM EKİBİ
- Sorumlu tabibin denetim ve sorumluluğunda:
- Uzman tabip/Tabip (gerekli görülürse),
- Hemşire,
- Tıbbi sekreter,
- İdari ve teknik personel
- Temizlik elemanından oluşmaktadır.
- Psikolog*,
- Sosyal çalışmacı,
- Fizyoterapist/fizyoterapi teknikeri,
- Diyetisyen,

*Bu grup kısmi zamanlı (hastane içinden/dışından) olabilmektedir.

MERKEZLERİN ÇALIŞMA ESASLARI
- Tedavi sonrası aile hekimi ve evde sağlık hizmetleri birimleriyle gerekli koordinasyon sağlanarak hizmetin verilmesi sağlanır.
- İdame tedavisi sağlanan hastaların süreçlerinin takip edilmesi esastır.

- tedavilerinin takibi,
- opioidlerin doğru kullanımı ve yan etkilerinin takibi.
• İlgili kurum ve kuruluşlarla irtibat kurularak gerekli bilgilendirme ve yönlendirmeler yapılır.
• Toplumu bilinçlendirme çalışmalarını yapılır.

HİZMETİN KAPSAMI
Muayene, tetkik, tedavi, tıbbi bakım, rehabilitasyon, psikososyal destek, psikososyal değerlendirme, ağrı yönetimi, ilaç, tıbbi cihaz ve malzeme kullanımına ilişkin sağlık raporlarının çıkarılması sağlanır. Tedavisi tamamlanan tüm hastalara epikriz düzenlenir.

EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ ENTEGRASYONU
Aile hekimi veya evde sağlık hizmet birimleri; tedavisi düzenlenen ve idame tedavisi için kendilerine yönlendirilen hastaları takip ederek gerekli hizmeti düzenli bir şekilde sunarlar.
Palyatif bakım merkezi sorumlu hekimiyle koordinasyon içinde olacak ve karşılıklı bilgi alışverişine önem verilecektir.
Sağlık tesisine gelemeyecek durumdaki hastalar, evde sağlık ekiplerince ziyaret edilerek birlikte yaşadığı aile bireylerinin durumu ile bir bütün olarak değerlendirilir.
Palyatif bakım hizmeti alması uygun görülen hastalara ihtiyacına göre tedavileri sağlanır veya palyatif bakım merkezine nakli yapılır.

PROTOKOLLE İŞBİRLİĞİ YAPILABİLECEK KURULUŞLAR
Merkezin bağlı olduğu sağlık kuruluşu;
• MEB,
• ASPB,
• Diyanet İşleri Başkanlığı,
• Emniyet Müdürlükleri,
• Türkiye İş Kurumu,
• Belediyeler,
• İlgili diğer kurum ve kuruluşlar,
• Gönüllü ve ilgili sivil toplum kuruluşları.

PALYATİF BAKIM ve AĞRI
Tıpta Uzmanlık Kurul Karar Tutanağının 321 no'lu kararında "…bağlı yan dalda uzman ünvanı almayan/alamayan ana dal uzmanı, ana dalın yetki ve sorumluluk alanına giren tıbbi iş ve işlem kalemlerinde bir yetki ve sorumluluk kaybına uğramazlar. Yan dal uzmanı ise, uzmanı olduğu ana dalın bütün yetki ve sorumluluklarını taşır; ancak ileri eğitim alarak ("derinleşerek") uzmanlaştığı yan dal alanındaki yetki ve sorumlulukları, sadece ana dal uzmanı olanlara kıyasla daha derindir.Sonuç olarak; bir ana dal uzmanının kazanmış olduğu mevcut yetkinlik ve yetkileri bu ana dalın yan dallarının varlığı nedeniyle değişmez." denilmektedir.

DÖRTÇELİK ÇOCUK HASTANESİ PALYATİF BAKIM MERKEZİNE KABUL EDİLEN HASTA GRUPLARI
• Küratif tedavinin mümkün olduğu, ancak yanıt alamama olasılığı bulunan hastalıklar (Kanser, dönüşümsüz kalp, karaciğer, böbrek yetmezliği gibi organ yetmezlikleri)
• Erken ölümün kaçınılmaz olduğu ancak, uzun süren yoğun tedavilerle yaşamı uzatmanın ve hastanın yaşam aktivitelerine katılmasının mümkün olduğu durumlar (Kistik fibrozis).
• Progresif ve küratif tedavinin mümkün olmadığı, tedavinin sadece palyatif olduğu ve yıllar boyu sürdüğü durumlar (Mukopolisakkaridozlar, müsküler distrofiler)
• İrreversible ancak nonprogresif seyirli, ciddi komplikasyonlarla seyredebilen, önemli bir engellilik haline neden olan ve erken ölüm olasılığı olan hastalıklar (Serebral palsy, beyin ve spinal kort hasarları).

SUT'TA PALYATİF BAKIM HİZMETLERİ
• Sağlık Bakanlığına bağlı yataklı sağlık tesislerince faturalandırılır.
• Yalnızca tescilli palyatif bakım yatağında yatan hastalara verilen hizmettir.
• Bunun dışındaki herhangi bir yataktan verilen hizmet bedelleri SGK'ca karşılanmaz.
• Palyatif bakım tedavisi günde en fazla 1(bir) kez faturalandırılır.

Ek Ödeme

Palyatif Bakım Merkezleri 09/08/2015 tarihli ve 29440 sayılı Resmi Gazete' de yayımlanan Yönetmelik ile 01/09/2015 tarihinden geçerli olmak üzere özellik arz eden birimler arasına alınmıştır.

Merkeze Ait Toplanacak Veriler

- **Yatak Sayısı**
- **Merkezde Görevlendirilen Personel Sayısı**
  - Tam Zamanlı
  - Kısmi Zamanlı
- **Toplam Yatan Hasta Sayısı**
- **Narkotik Tedavisi Alan Hasta Sayısı**
- Narkotik Tedavisi Alan Hasta Sayısı

İlgili Ayda

- **Yatan Hasta Sayısı**
- **Toplam Yatılan Gün Sayısı**
- Yatan Hastalara Ait Hastalık Grupları (TİG)
- Yatan Hasta Yaş Grupları (TİG)
- Yatan Hastaların Cinsiyeti (TİG)

İlgili Ayda

- **Merkeze Yatış Sayısı**
  - Poliklinikten yatış
  - Acil servisten yatış
  - Yataklı servisten yatış
  - Evde sağlıktan yatış yapılan
  - **Yoğun bakımdan yatırılan**
  - Başka bir sağlık kuruluşunda gelen
  - Diğer
- **Merkezden Taburcu Edilen Hasta Sayısı**
  - Yataklı Servise Devredilen
  - Evde Sağlık Birimine Devredilen
  - Başka bir Sağlık Tesisine Devredilen
  - Bakım Kurumuna Devredilen
  - Tedavisi Tamamlanan Hasta Sayısı
  - Vefat
- **Merkezde Verilen Eğitim Sayısı**
  - Hasta Sayısı
  - Aile Bireyi Sayısı

EĞİTİM

- Hizmet içi eğitim: Hastane yönetimi/GS/TKHK
  Palyatif Bakım Hizmet İçi Eğitim
  21.12.2015 tarihinde
  Her Merkezden 1 Hekim 1 Hemşire 1 psikolog katılımı
- Sertifikalı eğitim: Sağlık Bakanlığı
- Palyatif Bakım Merkezlerinde çalışan veya çalıştırması planlanan hemşireler, hemşirelik yetkisi almış ebeler
- ve sağlık memurları ile hemşirelikte mezuniyet sonrası eğitim alan hemşireler katılabilir.
- Teorik ders : 35 saat
- Pratik ders : 80 saat
- http://www.tkhk.gov.tr/DB/5/3351_sertifikali-egitim-p

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU ANKARA İLİ 3. BÖLGE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ ANKARA CEZA İNFAZ KURUMLARI KAMPÜS DEVLET HASTANESİ

Dr. Murat DAĞDEMİR
BAŞHEKİM

Hastanenin Tarihçesi

Hastanemiz; 2006 yılında inşaatı tamamlanmış 1650 m2 kapalı, 2475 m2 açık alanda Adalet Bakanlığına bağlı Sağlık Ünitesi olarak hizmet vermeye başlamıştır.
2008 yılı Ağustos ayı itibari ile Sağlık Bakanlığına devri yapıldıktan sonra, 2009 Ekim ayında Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesine bağlı Semt Polikliniği olarak hizmet vermeye devam etmiştir.

01/03/2012 tarihi itibari ile de idari yönden bağımsız mali yönden Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesine bağlı , 30 yatak kapasiteli C grubu, Sincan F Tipi Ceza İnfaz Kurumu Devlet Hastanesi olarak faaliyetini sürdürmüş, daha sonra ismi; **ANKARA CEZA İNFAZ KURUMLARI KAMPÜS DEVLET HASTANESİ** olarak değiştirilmiştir. Ceza İnfaz Kurumlarında sağlık hizmetlerinin yetersiz olduğu iddiası ve bunun yarattığı bazı insan hakları sorunlarının TBMM İnsan Haklarını İnceleme Komisyonu gündeminde önemli yer işgal etmesi üzerine Komisyon Başkanı Sn. Prof. Dr. Zafer ÜSKÜL'ün girişimleri ile, Adalet ve Sağlık Bakanlıkları tarafından ortaklaşa hazırlanan "Cezaevi Hastaneleri" projesi uygulamaya geçirilmek üzere Sayın Bakanlarımızın (Adalet ve Sağlık) özel talimatları ile kurulmuştur.

Sincan merkezine 13 Km. uzaklıkta Yenikent mahallesinde, Sincan Ceza İnfaz Kurumları Kampüsü yerleşkesi içerisindedir. Hastanemiz, yerleşke içerisinde bulunan 9 ayrı Cezaevinde yaklaşık 7.400 tutuklu ve hükümlü ile beraber; yerleşke içerisinde bulunan lojmanlarda kalanlar, İnfaz Koruma Memurları ve görevli askerlerle birlikte yaklaşık olarak 12.000 kişiye sağlık hizmeti sunmaktadır.

Hastanemizden hizmet alan hasta sayıları:

Yıl	2012	2013	2014	2015	Toplam
Bakım Amaçlı Yatan Hasta	21	27	39	32	119
Palyatif Bakım Hastası (19 Ağustos 2015 itibariyle)	-	-	-	12	12
Toplam	21	27	39	44	131

19Ağustos 2015 tarihinden itibaren hastanemizden Palyatif bakıma ihtiyacı olan kapalı cezaevlerindeki tutuklu/hükümlüler yararlanmaya başlamıştır.

HASTANEMİZDE PALYATİF BAKIM VERİLEN HASTALIKLAR

- Kanser.
- Felç.
- Alzheimer hastalığı.
- Öz Bakımını yapamayan, refakatçı eşliğinde hayatını idame ettiren hastalar.

Hastanemizde Palyatif Bakımın Ana Hatlarını

- Bedensel (ağrı ve diğer belirtilerin tedavisi),
- Duygusal,
- Sosyal,
- Kültürel,
- Manevi, tedavi oluşturmaktadır.

Palyatif Bakımda Multidisipliner Bir Yaklaşım Benimsenmiş Olup, Palyatif Bakım Ekibinde, hasta ve hasta yakını, hekim, hemşire, fizyoterapist, diyetisyen, psikiyatrist/ psikolog, din görevlisi, sosyal çalışma uzmanı ve gönüllüler yer almaktadır. haftanın belli hastanemizde görev yapmaktadır. psikiyatrist/ psikolog, din görevlisi, sosyal çalışma uzmanı Adalet Bakanlığı personeli olup haftanın belli günlerinde hastanemizde görev yapmaktadır.

PALYATİF HASTALARDA DEPRESYON, AİLE VE YAS

Palyatif bakım tanımı üç boyutta derinleştirilebilir.

Zaman boyutunda; her ne kadar son evredeki hastaların bakımı olarak bilinse de yeni dönemlerdeki anlayış tedavisiz hastalığa yakalanan kişilerin ilk dönemlerden itibaren bakımına işaret eder.Ayrıca kayıp sonrası aileye destek vermeyi kapsar.

Coğrafi boyut ; hastanın genel hastanedeki bakımı kadar yaşadığı toplumda sosyal destek ve bakım sağlamayı vurgular.

Tanı boyutu; her ne kadar kanser hastaları en sık palyatif bakım alsa da demans, organ yetmezliği,HIV gibi tanıları içerir.

Palyatif Bakımın Özellikleri

İyileşmeden ziyade yaşam kalitesindeki düzelmeye vurgu vardır.

Fiziksel, psikososyal ve manevi ihtiyaçları belirlemeyi amaçlar.

Multidisipliner çalışma vardır.

Hastanın ailesinin ölüm öncesi ve ölümden sonraki ihtiyaçlarını belirlemeye çalışır.

Son dönem hastalarda ek psikiyatrik hastalıklar oldukça değişen oranlarda bildirilmektedir. Ortalama olarak bu popülasyonun % 33- 62 'sinin psikiyatrik desteğe ihtiyacı olduğu tahmin edilmektedir. Bu değişken oranlarda örneklem gruplarındaki hastaların hastalık evreleri etkili olabilir. Bu yüksek oranlara rağmen psikiyatrik hastalıkların yarısından fazlasının tanınmadığı ve tedavi edilmediği bildirilmektedir.Palyatif bakım hastalarında uyum bozukluğundan demans ve deliryuma uzanan geniş bir yelpazede psikiyatrik hastalıklar bulunmaktadır. Normalde nadir görülen görsel halüsinasyonlar oldukça sık görülür. Bu durum yanılsamaların halüsinasyon gibi tanımlanmasından, deliryumun sık olmasıdan, opiata veya ilaç toksisitesinden kaynaklanabilir.Hastalığın başlangıç evrelerinde daha çok uyum bozuklukları ilerleyen evrelerde ise daha çok organik bozukluklar baskındır. Özellikle yatan hastalarda %85 'e varan oranlarda organic bozukluklar tespit edilmektedir.

Depresyon ve anksiyete bozuklukları oranları hastalık evrelerinden daha az etkilenmekte ve yaklaşık üçte bir oranında gözükmektedir. Yaklaşık üçte birinde depresyon ve %10 ununda klinik anlamlı düzeyde anksiyete belirtileri bulunmaktadır.

Diagnostic	**Prevalence**
Any psychiatric disorder based on diagnostic interviews	% 27–37
Major depression	% 15(median based on 10 studies)
Minor depression	% 3–16
'Definite depression' on Hospital Anxiety and Depression Scale	% 29 (median based on 19 studies)
Delirium	% 28–88
Cognitive impairment	% 11
Visual hallucinations	% 47

Son dönem hastalardaki psikiyatrik hastalıklar her zamanki gibi belirtiler sergiler genellikle. Ancak kişinin sık değişen fiziksel sağlık durumu ve ölüme çok yakın olmanın sürekli duyumsanması tedavide güçlükler yaratır. Bazı hastalık görünümleri ise bu grup hastaya daha özgüdür.

Vazgeçme ve Geriçekilme: Hastaların suskunlaşabilir, yemeyi ve içmeyi reddedebilir. Derin bir ilgi kaybı, yoğun moralsizlik ve daha ileri ilaç tedavisini ve bakımı geri çevirebilir. Bu görünüm şekli depresyon, hastalık öncesi kişilik özellikleri, hastalığa bağlı kişilik değişiklikleri, organik hastalıklar (hipoaktif deliryum) ile ilişkili olabilir. Öte taraftan "demoralizasyon sendrom" temel olarak anlam ve umut kaybıdır. Kendilik değerinde azalma, başetme becerilerinde gerileme, yardım arama davranışlarında kayıplar diğer özelliklerdir.

Tedavi Ekibinden Ölüm İçin Yardım Talebi

Hastalar sık sık ölmek için yardım talebinde bulunabilir. Klinisyen bu isteğin içeriğini anlamak ve altındaki motivasyonu anlamak zorundadır. A) Yaklaşan ölüm tehlikesinin yarattığı stresi konuşmak B) Gelecekte olabilecek acılardan duyulan korkulara karşı bir iç güvenlik aracı olarak ölüm talebi iletilebilir C) Daha gerçekci ve süreğen bir ölüm talebi olabilir.

Mental Kapasitenin Değerlendirilmesi İsteği: Diğer alanlarda olduğu gibi bu grup hasta içinde sık mental kapasite değerlendirmesi istenebilir. Ancak bu grup hastada özellikle bakım kurumuna yerleşme veya evlenme gibi kararlar için daha sık değerlendirme talepleri gelebilir.

Gidişatı İnkar Eden Hasta: Bazı hastalar örneğin ileri evre kaşektik hastalar tedavi beklentisini kesin bir dille ifade eder ve herhangi bir plan yapmazlar. Bazen hiçbir psikiyatrik belirti olmadan kontrol edilemeyen fiziksel belirtilerin nedeni bu tedavi beklentisidir.

Değerlendirme

İlk olarak hastanın tedavi tecrübeleri öğrenilir. Pek çok hasta tanı alana dek uzun süre geçirdiklerini, bazı doktorların yanlış tanı koyduklarını belirtir. Ayrıca değerlendirmeden önce pek çok tedavi (RT,CT ilaç) uygulanmıştır. Bu tedaviler ile remisyon ve yinelemeler yaşamışlardır. Kişilerin bu deneyimleri algılayışları ve deneyimlere uyumları farklı olacaktır.

Bu grup hastanın depresyon ve anksiyete belirtilerini değerlendirmek birkaç nedenden ötürü güçtür.

Depresyonun biyolojik belirtileri fiziksel rahatsızlıkla örtüşebilir.

Hasta; depresif belirtileri önemsemeyebilir veya kanserin bir parçası olarak görebilir.

Anksiyete belirtilerini tedavi ekibi hastalığın parçası olarak değerlendirebilir.

Belirtiler bir organik nedene bağlı olabilir.

Depresyon veya aksiyete belirtilerinin olası organik nedenleri

- Hiperkalsemi.
- Kortikosteroid tedavisi Corticosteroid treatment.
- Hipotiroidizm.
- Anemi.
- Kemoterpinin etkileri (Örn: vincristine, interferon).
- Bütün beyin radyoterapisi.
- Hipoksi.
- Sepsis.
- İlaç reaksiyonu (akatizi).
- Geriçekilme belirtileri(alkol benzodiazepin).
- Tirotoksikoz.
- Hipoglisemi.

Bu güçlüklerden ötürü depresyonun biyolojik belirtilerinden ziyade bilişsel belirtileri ön plana alınarak değerlendirme yapılırsa pek çok hasta uygun tanı alabilecektir.

Depresyon ve anksiyete belirtileri yaşam kalitesinin düşmesine, fiziksel belirtilerin şiddetlenmesine, ağrının daha fazla algılanmasına, yaşam süresinin kısalmasına ayrıca bakım verenlerin yükünün artmasına ve ölümden sonra komplike yasa neden olur.

Bu hasta grubunda depresyon oldukça sık görülmesine rağmen çok az sayıda hasta bu yönde tanı almakta ve tedavi edilmektedir. Depresyonu tanısına varmada ölçekler ile taramaların kısmi faydası olsa da asıl etkili yöntem bu grup hasta ile çalışan ekibin eğitilmesidir.

National Institute of Health and Clinical Excellence(NİCE) tedavi kılavuzu bu grup hasta ile çalışacak tedavi ekibinin dört farklı düzeyde beceri kazanması gerektiğini belirtmektedir.

Bu grup hastada depresyon ve anksiyete belirtilerinin tedavisinde de çeşitli zorluklar bulunmaktadır.

İlaç tedavisine yanıt için yeterli süre bulunmayabilir.

Fiziksel hastalık durumları çok çabuk değişebilir, tedaviye yanıtın değerlendirilmesi güç olabilir.

Bu nedenlerden ötürü bu grup hastaların tedavisinde ilaç ve terapilerin birlikte verilmesi son derece önemlidir.

Çalışmalar psikofarmakolojik ve psikoterapötik müdahalelerin hastaların gerginliğini azaltmakta, yaşam kali-

telerini arttırmakta ve sağkalım süresini uzatmakta başarılı olduğunu göstermiştir.
Hastaların gerginliğini azaltmak için en uygun yaklaşım destekleyici psikoterapötik müdahalelerin, psikofarmakolojik müdahalelerin, aile ve hasta eğitimlerinin birlikte uygulanmasıdır.
Antidepresanların ilerlemiş hastalarda etkinliği konusunda yeterli kanıt bulunmamaktadır.
İlaç etkileşimleri ve yan etkilere duyarlılıkları nedeniyle bu grup hastada SSRI'lar birinci sırada tercih edilmelidir.
Diğer önemli seçenek yatıştırıcı, iştah açıcı ve kusmayı önleyici etkileri nedeniyle mirtazapindir.
Anksiyete belirtilerini gidermede benzodiazepinler her ne kadar sık kullanılsa da SSRI'lar kadar etkili olmadığı bilinmektedir.
Psikostimulanlar hızlı etkili olmaları nedeniyle depresyon belirtilerinin azaltılması amacıyla kullanılmaktadırlar ancak depresyonun rutin tedavisinde yeterli kanıt bulunmamaktadır.

Psikososyal servis uygulamaları

İyi palyatif bakım uygulamaları bütüncül yaklaşım gerekmektedir. Fiziksel veya psikolojik bütün stres kaynakları,ihtiyaçları, araştırılmalı ve mümkün olan en kısa sürede her bir hastalık için tedavi planı oluşturulmalı karmaşık ihtiyaçların giderilmesi için ilgili servisler ile temaslar sağlanmalıdır. Bu hastaların % 50'si multidisipliner yaklaşımlara ihtiyaç duymaktadır. Ek hastalıkları tanıma kabiliyetlerini arttırmak için personel eğitimleri verilmelidir.
Psikososyal tedaviler hastaya özgü düzenlenerek sunulmalıdır. Formal psikoterapilerden çeşitli uyarlamalar yapmak gerekir. Özellikle hemşirelerin; depresyon belirtilerinden ziyade anksiyete belirtilerine iyi geldiği bilinen daha kısa süreli bilişsel davranışçı terapiler yönünden eğitilmeleri gerekmektedir.
Kısa süreli bilişsel davranışçı terapi geleneksel terapinin uygulamalarından (aktivite çizelgleri, bilişsel yeniden yapılandırma gibi) uyarlanmış basit aletlerden oluşan bir çanta gibi olarak tanımlanabilir. Palliative care psychiatry
Matthew Hotopf

Konuşmak

Son dönem hastalar ile hastalığın gidişatı, bakım ve tedavi sürecinin sonu hakkında konuşmak doktor ve hastaların uzak durduğu bir konudur. Tedavi ekibi hasta ile işbirliğinin bozulabileceği ve kişilerin umutsuzluklarını arttırabilecekleri endişesi ile konuşmaktan çekinebilirler.
Hastaların konuşmaya hazır olmaları; hastalığın evresi, hastalık ile yaşadıkları sürenin uzunluğu ve uyum için yeterli süreye sahip olmaları, başetme becerileri ve manevi hayatları gibi etkenlere bağlıdır.
Yaşamın sonuna gelen hastaların tedavi ve bakım süreci ile ilgili konuşma genellikle ölüme bir adım kala akut servislere yatışlarda yapılmaktadır. Ki bu aşamada hastaların son dönem bakımları ile ilgili karar vermeleri hastalığın ağırlığı nedeniyle mümkün olmamaktadır.
Araştırmalar hekimlerin ancak yüzde 14 'nün hastaların son evre bakım ve tedavi hakkında kararlarını bildiklerini göstermektedir. Hastaların çoğu ağrı yönetimi ve ölüme hazırlık seçeneğini bilmeden herhangi bir tedavi edici etkisi olmayan kemoterapötik tedaviyi almaya devam ederek vefat etmektedirler.
Hastalara fiziksel bakım ve psikolojik destek sağlayan aile yakınları son dönem bakım ve tedavi hakkında önemli kararları alabilecek konumdadırlar. Ancak yakınların çoğu da kritik kararları alabilmek için yeterli bilgi alamadıklarını belirtmektedirler. Hastalar kimi zaman gidişat hakkında kısmi bilgi talep etse de yakınlar genellikle oldukça detaylı bilgiye ihtiyaç duyarlar.
Hasta yakınları genellikle hastaların fiziksel sağlığı ileri derecede bozulmadan birlikte karar alabilmek ve bakımda kendi rollerini belirlemek amacıyla hastalığın başında yoğun bilgi talebinde bulunabilirler.
Tedavi ekibinin endişelerine rağmen araştırmalar konuşmanın anksiyete düzeylerini arttırmadığını ortaya koymaktadır.
Eksik bilgi ise hastaların şüphelerini arttırarak anksiyetelerinin yükselmesine neden olmaktadır. Hastalar tedavi ekibinin kendilerinden korkutucu bilgileri sakladıklarını düşünerek daha fazla endişe yaşamaktadırlar.
Hastaların önemli bir bölümü tedavi ve bakım hakkında konuşmayı ve seçenekleri tartışmayı istemektedirler.

Aile Desteği

Bakımverenler ebeveyn, eş, yakın arkadaş ve kişi için önemli birisi olarak gruplanabilir. Hastalara bakım verenlerin genellikle kadınlar olduğu, çocuklar ve erkek hastalara annelerin ve eşlerin bakım verdiği, ancak

kadın hastalara yine kız kardeş anne vb bir başka kadının erkek eşten daha fazla bakım verme rolü üstlendikleri bilinmektedir.

Erkek eş ya da baba doğrudan bakım veren olmasa bile hastalık sürecinden etkilenmekte, ancak sosyal destek olarak işlevini gerçekleştirebilmektedir.

Aile üyeleri; hastanın kişisel hijyeni, medikal tedaviye erişimin sağlanması, duygusal destek, finansal ve kanuni destek, ev görevleri için destek, hastanın savunuculuğunu yapma ve tıbbi ekibe bilgi sağlama gibi görevler, hastalığın uzun sürmesi, yaşamı tehdit eder özellikte olması, olağan günlük yaşam düzeninin kaybedilmiş olması, işine ve sosyal yaşamına dönememe gibi nedenlerle kendine üzülme, kendi kayıplarının yasını tutma, hastası için kaygı çaresizlik,umutsuzluk duyguları yaşama, finansal zorluklar, değişen roller, cinsel problemler, gibi nedenlerle depresyon ve tükenmişlik belirtileri sergilerler.

Hasta yakınları depresyon ,tükenmişlik gibi negatif deneyimlerin yanında umut, hayatın anlamını arama-olgunlaşma ,sadakatini ve sevgisini gösterme fırsatı gibi pozitif deneyimler yaşarlar. Bu nedenle hasta yakınının deneyimlerini ve ihtiyaçlarını değerlendirme açık bir zihinle farklı açılardan ve son derece dikkatli yapılmalıdır.

Pek çok negatif deneyimin nedeni sosyal destek azlığıdır. Bu gibi durumlarda kişi hem ev işlerini yürüten hem bakım veren durumunda kalabilir. Giderek daha fazla sosyal izolasyon ve yalnızlık duygusu ile tükenmişlik kaçınılmaz olur. Bakımın üyeler arasında paylaşıldığı ailelerde bozuk ilişkilerin hızla düzelmesi gibi pozitif deneyimlerin yaşanması sosyal desteğin önemini göstermektedir. Sosyal ve toplumsal desteğin nasıl sağlanacağı konularında stratejiler geliştirmek gerekir.

Sosyal destek dışında hastaların en önemli ihtiyacı bilgidir. Ailelerin ihtiyacı hastasının sağlığı hakkında bilgi alma ve yeni rolü hakkında kılavuzluktur. Ailelerin endişelerinin giderilmesi ile hem bakımverenin hem hastanın yaşam kalitesi artar.

Amerikan Ulusal Kanser Enstitüsü Bakım Verenlerin Hakları Bildirgesi'ni yayınlamıştır:

1. Kendimi Umursama Hakkım Var (Bu Bencillik Değildir Hastama Daha İyi Bakabilmem İçin Kendime İyi Davranmam Lazım).
2. Diğer İnsanlardan Yardım İsteme Hakkım Var (Çünkü Gücümün Sınırlı Olduğunu Biliyorum).
3. Hastamla İlgili Olan Kısım Dışında Kendi Yaşamımın Diğer Bölümlerini De Sürdürme Hakkım Var, Bazı Şeyleri Sadece Kendim İçin Yapma Hakkına Sahibim.
4. Kızgın Olmaya, Depresif Olmaya, Kızgınlığımı,Zorlandığımı, Duygularımı Açıklamaya Hakkım Var.
5. Hastamın Ya da Çevremdekilerin Bana Kendimi Suçlu Ya da Kızgın Hissettirme Girişimlerini Reddetme Hakkım Var.
6. Hastam İçin Yaptıklarımla İlgili Geri Bildirim İstemeye, Affedilmeye, Kabullenilmeye, Sevilmeye, Bağlanmaya, önemsenmeye Hakkım Var.
7. Yapabildiklerimle Gurur Duymaya Hastamın İhtiyaçlarını Karşılayabildiğimde Kendim i Alkışlamaya Hakkım Var.
8. Hastamın Benim Tam Gün Yardımıma İhtiyaç Duymadığı Zamanlarda Beni Ayakta Tutabilecek Bir Yaşama Ve Bireyselliğimi Korumaya Hakkım Var.

Bu haklar sağlık sistemine de bazı yükümlülükler getirmektedir. Bu yükümlülüklerden en önemlisi; hasta yakınının hastanedeki tedavi-bakım sürecinde sadece sosyal destek olma sorumluluğu olduğunun bilincinde olmaktır. Bir diğer yükümlülük, hasta yakınını güçlendirmek ve yüreklendirmektir.

Ölüm Korkusu

Ölüm korkusu ve cinsel yaşam kanserli hasta ve yakınları ile konuşma güçlüğünün yaşandığı iki konudur. Irvin Yalom, Ölüm korkusunun insanlarda ölümle doğrudan bağlantılı görünmeyen problemler yarattığını, bu korkunun ölümle ilgili görünmeyen semptomlarla ifade edildiğini belirtir. İnsanların-hasta yakınlarının, hastaların hatta sağlık personelinin ölüm anksiyetesini fazla sorgulamadıklarını çünkü bu konuda hasta ya da yakını soru sorduklarında aldıkları cevap ile ne yapacaklarını bilemediklerini ifade eder, ölümle yüzleşmenin güneşe doğrudan bakmak kadar zor ve yakıcı olduğundan söz eder (Yalom, 2008). Sağlık çalışanı hasta ve ailesi bu nedenle açıkça dillendirilmemiş gizli mutabakat ile ölüm konusunu açmaktan kaçınırlar . Böylece hasta da yakını da korku ve kaygılarını paylaşamazlar.

Suçluluk Hissi

İyileşme umudu olmayan hastanın refakatçisinin kendisinden beklenen uygulamaları (hastanın nazogastrikle beslenmesi) yapmaması, ya da diğer uygulamaları ihmal etmesi, geciktirmesi gibi davranışlar ilk bakışta "hastaya zarar verme isteği", "bıkkınlık" gibi yorumlanabilirken, bilimsel bilgiler çerçevesinde, bu davranışlar hastanın iyileşmemesine duyulan öfke, umut kaybı ile açıklanabilir. Zarar verme davranışı öfke ve umutsuzluk duygularının ortaya çıkarabilir, zarar verme davranışı sonunda suçluluk duyguları yaşanabilir.

Kanser gibi uzun süren bakımı güç hastalara bakım verenlerde suçluluk sık görülür. Suçluluk duygusu depresyonu tetikleyen önemli risk faktörlerinden biridir. Bu nedenle hasta yakınının yaşadığı suçluluk duygusu fark edilmelidir. Suçluluk hisseden kişi Kendine acı veren bir şey yapabilir, kötü davranışını dengelemek için çevresindeki kişilere sürekli iyi davranışlarda bulunabilir. Yardım etme eylemi suçluluk yaratan eylem için doğrudan geri ödeme işlevi görmektedir

Suçluluk kişiyi yardıma yönlendirirken, suçluluğunu açıklayacak şekilde yüzleşmeyi kişiler küçük düşürücü bulmakta ve suçluluk yaratan konuyu konuşmaktan kaçınmaktadırlar, bu eğilim küçük düşme korkusu ile açıklanmaktadır.

İtirafın suçluluk duygusuna etkisi araştırıldığında; itiraf suçluluk duygularını hafifletir. İtiraf edildiğinde suçluluk azaldığı gibi fedakarca davranış abartılı yardım eğilimi de azalmaktadır.

Hasta yakınlarının ruh sağlığının korunması, özellikle depresyon riskinden uzak tutulması anksiyetenin ve depresif duygulanımın belli düzeyde tutulması, davranışlarının ardında yatan duygu ve düşüncelerinin fark edilerek empatik yaklaşımla yönetilmesi ile mümkündür.

Uzamış Yas

Palyatif bakım hastanın ölümünden sonra aile yakınlarının yas süresince desteği de kapsar. Ailelerin temel ihtiyaçlarını belirleme ve psikolojik destek sunmayı içerir. Bakımverenlerin yüzde 50'si bakım verme süresince klinik anlamada depresyon tanısını karşılarlar. Yine bakım verenlerin %10-15'i vefattan sonra uzayan yastan muzdarip olurlar. Vefat ile birlikte bir yıla varan üzüntü normal kabul edilebilir (depresyon olarak değerlendirilmeyen…).

Kadınlar , genç yaşta eşini kaybeden bireyler, yakın ilişkide bulunduğu kişiyi kaybeden eşler çocuklar veya ebeveynler, düşük sosyoekonomik seviye, anksiyeteli, kötümser kişilik ve öncesinde ruhsal bozukluklara sahip olmak, bakım verme sürecinde yaşanan suçluluk, yoğun zorlanmalar, ölüme hazırlıksız yakalanma, ayrıca sosyal ve duygusal desteğin yokluğu uzamış yas ile ilişkilidir.

Ailesel işlevselliğin devam etmesi ise en önemli koruyucu faktördür.

Yas sürecinin yaşanma şekli bireyden bireye değişmekle birlikte; genellikle üç aşama yaşanmaktadır. İlk aşama şok ve inkar, ikinci aşama sıkıntı, huzursuzluk hali ve geri çekilme, üçüncü aşama ise yeniden yapılanma sürecidir. Üçüncü aşama başarı ile tamamlandığında işe sosyal rollere dönüş söz konusu olur. Bu süreç sağlıklı atlatılamazsa patolojik yas yaşanarak hasta yakınlarının biyo-psikososyal işlevleri bozulur.

KAYNAKLAR

1-Cem Soylu Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2014; 6(3):257-270

2-Gülşen Terakye Kanserli Hasta Yakınlarıyla Etkileşim DEUHYO ED 2011, 4 (2), 78-82

3-Ita Durkin et al Psychiatric disorder in a palliative care unit Palliative Medicine 2003; 17: 212 /218

4-Matthew Hotopf Palliative care psychiatry Psychiatry and medicine 2009,8:6

5-Lauren Rayner et al The development of evidence-based European guidelines on the management of depression in palliative cancer care European Journal of Cancer 2011,47:702 –712

6-Kristina Thomas et al Risk Factors for Developing Prolonged Grief During Bereavement in Family Carers of Cancer Patients in Palliative Care: A Longitudinal Study Journal of Pain and Symptom Management 2014,47: 3

7-Ji-Soo Yoo, Family Experiences in End-of-Life Care: A Literature Review Asian Nursing Research 2008,2(4):223–234

PALYATİF BAKIM UYGULAMALARININ KATKILARI

Salih AKYÜZ

Kanser Hastalarına Uygulanacak Palyatif Bakım Uygulamalarına İlişkin Bir Araştırma
Gazi Üniversitesi, 2014.
Yüksek Lisans Tezi.

Araştırmaya İlişkin Bilgiler

• Sağlık kurumlarında palyatif bakım merkezi olmasının bu kurumlarda tedavi gören kanser hastalarının memnuniyetleri üzerine etkisi olup olmadığı araştırılmıştır.
• Bu amaçla ülkemizdeki ve dünyada palyatif bakımın durumu incelenmiş ve literatür taramasının ardından bir anket formu hazırlanmıştır.
• Anket kanser hastalarının sağlık personeli memnuniyeti ile hastane memnuniyeti araştırmayı ve hastane ve personelden beklentilerini belirlemeyi hedeflemektedir.
• Bu anket Ankara'daki Devlet hastanelerinde tedavi gören 472 kanser hastası ile yüz yüze görüşmeler yapılarak uygulanmıştır.
• Tezin son bölümünde, analiz sonuçları dikkate alınarak Türkiye'de Uygulanabilecek Kurumsal Palyatif Bakım Modeli hakkında önerilerde bulunulmuştur.
• Birinci bölümde, katılımcıların sosyo-demografik özellikleri
• İkinci bölüm kanser hastalarının hizmet aldıkları sağlık çalışanlarından memnuniyeti
• Üçüncü bölümde, araştırmaya katılan hastaların hastane konusundaki düşünceleri, sunulan hizmetlerin beklentileriyle örtüşüp örtüşmediği ile ilgili memnuniyeti,
• Dördüncü bölümünde ise, kanser hastalarının hizmet aldıkları hastane ve personelden beklentileri,
• Hasta memnuniyet anketi oluşturulurken EQuiP (European Working Party on Quality in General Practice) tarafından hazırlanmış EUROPEP (Patients Evaluate General/ Family Practice) ölçeğinden yararlanılmıştır.
• Bu ölçek çeşitli Avrupa ülkelerinde hekim ve muayenehanesini değerlendirmede kullanılan bir ölçektir.
• Anket soruları çoktan seçmeli, beşli likert ölçeği şeklinde hazırlanmıştır. 1 kesinlikle katılmıyorum, 2 katılmıyorum, 3 kısmen katılıyorum, 4 katılıyorum ve 5 kesinlikle katılıyorum şeklinde değerlendirilmiştir.
• Ankette birinci bölümündeki bireysel bilgiler kısmında 13, personel ile ilgili ikinci bölümde 12, hastane ile ilgili üçüncü bölümde 12 ve hastanın beklentileriyle ilgili dördüncü bölümde de 11 olmak üzere toplamda 48 soru sorulmuştur.
• Araştırmada literatür taramasının ardından anket hazırlanmıştır. Oluşturulan anket ilk olarak GATA'da 52 hastaya uygulanmış ve güvenilirliği ölçülmüştür. Bölümleri ayrı olarak bakılan Crombach's Alpha değerleri personel ile ilgili bilgilerin olduğu ikinci bölümde 0,47 çıktığı için sorular tekrar değerlendirilmiş ve düzenlemeler yapılmıştır. Gerekli düzenlemelerden anket GATA'da 42 hasta üzerinde tekrar edilmiştir. Bunun sonucunda Crombach's Alpha değerleri toplamda 0,89 olarak hesaplanmıştır.
• Uygulama için hazırlanan anket çalışması, çoğaltılarak Ankara'daki Devlet hastanelerinde tedavi gören kanser hastalarına yüz yüze yapılmıştır. Bu yöntem ile toplam 472 kanser hastasına ulaşılmıştır.

Sağlık Personeli Memnuniyeti

Grafikte ankete katılan kanserli hastaların sağlık hizmeti alırken sağlık personelinden beklentilerinin ne ölçüde karşılandığı ölçülmek istenmiştir. Hastaların %86,87'si sağlık hizmeti aldığı doktora sorunlarını, düşüncelerini kolaylıkla ilettiğini, %86,85'i sağlık personelince kendisine verilen radyoterapi veya kemoterapinin yeterli olduğunu düşünmektedir. Hastaların büyük çoğunluğu doktorunun hastalığı ile ilgili yeterli bilgiye sahip olduğunu (%90,23), hastalığı ile ilgili kafasına takılan sorulara anlayabileceği şekilde cevap alanlar hemşireden %88,98, doktordan ise %86,65'tir. Bu bölümde %7,84 lük hasta grubu diğer sorulara göre en yüksek çıkacak oranda doktorunu değiştirmek istediklerini belirtmişlerdir.

Hastane Memnuniyeti

Grafikte ankete katılan kanser teşhisi almış hastaların sağlık hizmeti aldığı hastaneden beklentilerinin ne ölçüde karşılandığı ölçülmek istenmiştir.

Bu bölümde hastaların %76,48'i kemoterapinin olası bir yan etkisi hakkında hastane tarafından bilgilendirildiğini, %66,1'i ise ağrısı olduğunda başvurabileceği merkezler konusunda bilgilendirildiğini belirtmiştir. Hastaların %54,88'i ikamet ettiği adresten tedavi aldığı hastaneye ulaşımı kolayca yapabildiğini; fakat %26,06'sı ise bu konuda sıkıntı yaşadığını belirtmiştir. %51,27'si kayıt ve kabul sırasında vakit geçirebileceği alanlar olduğunu, %54,02'si ise kemoterapi veya radyoterapi sonrasında vakit geçirebileceği alana sahip olduğunu belirtmişlerdir. Hizmet alınan hastanenin temizliği konusunda hastaların %63,35'i memnun olduğunu belirtmişlerdir.

Hastane ve Personelden Beklentileri

Grafikte ankete katılan kanser teşhisi almış hastaların hastane ve çalışan personelden genel anlamdaki beklentilerini ortaya koyulduğu bölümdür.

Yöneltilen ilk soruda yapılan müdahale sonrasında günlük ihtiyaçlarını rahatlıkla karşılayabilecek düzeye geldim diyenler %66,31'dir. Hastanede ilk müdahale yapıldıktan ve tedavi edildikten sonra doktorun uygun görmesi halinde evinde tedaviye devam edilme isteği %72,88. Kanser teşhisi konulduktan sonra tedaviye başlamadan önce ailesi ile birlikte psikolojik destek almak isteyenler ise %63,34 tür.

Hastalığı süresince ailesinin yanında bizzat bulunmasını isteyenler %86,44, tıbbi tedavi alırken psikolojik destek talep edenler %78,39,dini destek isteyenler ise %68,22 dir.

Palyatif Bakım Merkezi Olma Durumu & Memnuniyet
Anlamlılık Düzeyi

Hastanede Palyatif Bakım Merkezi Olma Durumu ve Çalışan Personelden Memnuniyet

PBM olan hastanelerde tedavi gören hastalar PBM olmayan hastanelerde tedavi gören hastalara göre doktorlarının hastalıkları ile sorularına anlayacağı şekilde cevap verdiği fakat hemşireler için durumun tam tersi olduğu ortaya çıkmıştır.

Genel olarak PBM olan hastanelerde tedavi gören kanserli hastalar, PBM olmayan hastanelerde tedavi gören kanserli hastalara göre doktorlarına daha fazla güvenmektedir ve onlardan daha memnundurlar.

Bütün sorular için PBM olan hastanelerde tedavi olan hastaların sorulara verdikleri cevapların ortalaması, palyatif merkezi olmayan hastanelerde tedavi olan hastaların verdikleri cevapların ortalamasından yüksektir. "Hizmet aldığım hastane (muayene olduğunuz oda, bekleme alanları, tuvaletler vs.) genel olarak temizdi", "Hastanede şikayetlerimi iletebileceğim birisini bulabildim" ve "Hastaneye geldikten sonra muayene olmak için bürokratik işlemlere (hasta kabul, kayıt, evrak vb.) harcadığım toplam süre çoktu" soruları hariç diğer bütün memnuniyet kalemlerinde PBM tedavi olan hastaların hastanelerden memnuniyeti PBM olmayan hastanelerde tedavi olan hastaların memnuniyetinden istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksektir.

PBM olan hastanelerde tedavi olan hastalar, diğer hastalara göre, vakit geçirebilecekleri mekânlara sahip olduğunu, hizmet aldıkları hastaneden psikolojik destek alabilmekte, hastanelerini değiştirmeyi düşünmemektedirler.

Hastanede Palyatif Bakım Merkezi Olma Durumu ile Hastane ve Personelde Beklenti Durumu

Palyatif bakım merkezi olan hastanelerde tedavi olan hastalar, diğer hastalara göre, diğer hastalarla aynı ortamda tedavi almaktan, şikayetlerine kendilerini tatmin edecek derecede cevap almaktan ve yapılan müdahaleler sonucu günlük ihtiyaçlarını karşılama düzeylerinden memnun olduklarını belirtmişlerdir.

ANALİZ SONUÇLARI

• Yapılan çalışmada hastaların %72,88'i tedaviye evde devam etmek istediğini bildirmiştir. Bu sorudaki amaçlardan bir tanesi stabil hale geldikten sonra evde tedavi görme isteğini ölçmekti. Hastaların bu hastalık sonucunda ölümle yüzleşme ihtimali yüksek olduğunu düşünürsek hastanın hastaneden uzakta ev ya da ev benzeri ortamlar olan hospislerde tedavilerine devam ettirme isteği yüksektir.

• Sağlık personelinden memnuniyeti ölçmeyi hedeflediğimiz sorularda memnuniyet oranı gayet yüksek çıktı. Anket yüz yüze yapılmış ve sonuçlarının paylaşılmayacağı garantisi verilse de hastaların tedavi süreçlerini sıkıntıya düşüreceklerini düşündükleri uygulama esnasında da görülmüştür. Bu durum bir miktar bu bölüme yansımıştır.

• Hastalar hastalığını hatırlatacak hastane ortamı ve benzer hastalıktan muzdarip kişilerden uzak kalmaya çalıştığı, psikolojik ve dini destek almak istediği görülmektedir.
• Tedavi sürecine muhakkak ailesinin katılmasını istemektedirler. Buna ek olarak ailenin hastalık süresince kendileri gibi moral ve motivasyon için psikolojik destek almalarını istemektedirler. Bu durum da palyatif bakım hizmet modeliyle giderilebileceği sosyal hizmet uzmanları, psikolog ve manevi destek ile memnuniyetin üst düzeylere çıkarılabileceği düşünülmektedir.
• Bu sistemde önemli bir bölüm olan evde sağlık hizmetleri bu bölümde de hastalar tarafından vurgulanmıştır. Hasta tedaviyi alıp normal hayatını sürdürebilecek düzeye geldikten sonra eve gitmek istediği görülmektedir. Evde sağlık ekipleriyle birlikte bu ihtiyaç da ciddi oranda karşılanabilecektir.
• Cinsiyet ile ilişkilendirilen çalışan personelden memnuniyet, hastane memnuniyeti ve hastane ile personelden beklenti durumlarının tamamına yakınında erkeklerin daha memnun oldukları görülmektedir. Bu durumun eğitim durumu ve aylık gelirle birlikte değerlendirilmesi ve bu kriterlerden etkilenip etkilenmediğini sorgulamak daha sağlıklı sonuçlar ortaya koyacağından sonraki çalışmalarda ele alınabilir.

PALYATİF BAKIM MERKEZLERİ İLE YOĞUN BAKIM İLİŞKİSİ

Uzm. Dr. Ayşe Karhan YARICI
Ankara Ulus Devlet Hastanesi Yoğun Bakım ve Palyatif Bakım

Konunun iki yönü

Palyatif bakım hastalarında yoğun bakım gereksinimi.
Yoğun bakımda palyatif bakım gereksinimi.

Yoğun Bakım Üniteleri

- Şiddetli ya da hayatı tehdit eden hastalık ve yaralanma.
- Sürekli yakın gözlem monitorizasyon.
- İleri tedavi ve özel ekipmanlar ile desteklendiği hastane bölümü.
- Yüksek düzeyde özel olarak eğitilmiş hekim ve hemşire.
- Hasta başına düşen hekim, hemşire ve diğer personel sayısı daha fazla.

YBÜ

- YBÜ'ne transfer edilen hastaların hepsi tamamen iyileşmez ve ölüme doğru ilerleyiş her zaman geri döndürülemez.
- Ölümlerin % 20'si YBÜ'nde.
- Yaşamın son 1 ayı.

Bunlardan dolayı

- YBÜ leri yaşam sonu bakım ve palyatif bakımın etkin ve yüksek kalitede verilmesi gereken alanlardır.

Hasta ve ailelerinin algıları

- Ülkemizde, hasta ve aileleri yaşam sonu bakımın yapıldığı yer olarak çoğunlukla ev, palyatif bakım, hemşireli bakımevi ya da hospis YERİNE "yoğun bakım" da ileri yaşam desteği istemektedir.

Ailelerin yaşam sonu bakım beklentileri

Hasta konforu.
Semptom yönetimi.
Duygusal destek.
Eğitim.
İletişim.
Hastayla ilgili kararlarda kendilerine sorulması ve bu konuda yetkili olmak.
Hasta bakımını sağlayanların sorularına yanıt vermesi.
Hasta ile birlikte daha fazla zaman geçirmek.
Kişiye özel, uyumlu ve esnek bakım.
Daha çok imkanlara sahip tesisler.
Bilgilendirilme.

Sağlık çalışanları açısından sorunlar

Yoğun bakımlarda

- En yüksek mortalite,
- Çalışanların psikolojik olarak etkilenmesi,
- Hasta ve ailelerin gerçek dışı beklentileri,
- Sağlık çalışanlarının baskıya ve şiddete uğramaları da sık olarak izlenmekte.

Yoğun bakım ünitelerinde uzun süreli yatışlar

- Kritik hastalık halleri düzelmeyen.
- Bir türlü taburcu edilemeyen.
- İnme.
- Hipoksi.
- Travma ya da beyin kanamasına bağlı nörolojik sekeller.
- Kalp yetmezliği, kronik akciğer hastalığı ve karaciğer hastalığı son dönemlerinde.

Son dönem kanser hastalarının uzamış yoğun bakım yatışları
Terminal dönemde
- Canlandırma yapmama (Do Not Resuscitate).
- Tedavileri çekme (withdrawal).
- Yeni bir tedavinin başlanmaması yani tutma (withholding),
- Sedasyonla hızlandırılmış ölüm.
- Ötenazi.
- Bazı batı ülkelerinde yasal olan kararlar
- T.C. ilgili kapsamlı hukuki düzenleme olmayışı!!!

Yoğun bakımda Palyatif bakım (Pb)
Hastalara semptomatik tedavi
Ailelerine psikososyal destek
- Yaşamın kıyısındaki hastalık sürecinde.
- Ailelerin bu sürece uyum sağlaması.
- Yas için manevi ve psikolojik destek almaları.

YBÜ'nde yaşam sonu bakım
- YBÜ de agresif ve invazif tedavilere rağmen kür sağlanamaz ve fizyolojik bozukluk düzeltilemezse bazı ülkelerde YBÜ deki invazif tedavilerin durdurulması ve yaşam sonu bakımı verilmesi yasal olarak uygulanır.
- Bazen aileler hastayı eve götürmeyi ve evde ölümü tercih eder.

PB konsultasyonu kriterleri
- 10 günden fazla YBÜ de kalma.
- 80 yaştan büyük olma ve 2 yada daha fazla yaşamı tehdit eden komorbidite.
- Aktif metastatik kanser.
- Mekanik ventilasyonla birlikte kafa içi kanama.
- KPR sonrası global serebral iskemi.
- Multiorgan yetmezliği.

YBÜ hastalarının palyatif desteği için Robert Wood Johnson Vakfı Konsensus grubunun kalite göstergeleri
- Hasta ve aile merkezli bakım.
- İyi iletişim.
- Bakımın sürekli olması.
- Hasta ailelerinin duygusal ve uygulamalı desteği.
- Semptom yönetimi ve konfor sağlanması.
- Manevi/Dini destek.
- YBÜ klinisyenlerine duygusal ve organizasyonal destek sağlanmasını içerir.

YBÜ'nde yaşamın sonunda bakım
- Palyatif bakım ekibi, YBÜ'nde malign ya da non-malign hayatı tehdit eden ya da sınırlayan hastalıkları olanların destekleyici palyatif bakımını sağlar.
- YBÜ ve palyatif bakım ekipleri işbirliği yapmalıdır.
- YBÜ palyatif bakım ekibinden konsültasyon ister.
- YBÜ doktorları ve PB doktorları ile ekip üyeleri bir toplantı yapar. Bu toplantıya hastanın ailesi de katılır. •
- Withdrawal ve DNR order ları aileye anlatılır, dökümanlar hazırlanır!!!

Entegratif x Konsültatif
Entegratif
- YBÜ ekibi palyatif bakım konusunda eğitim alır.
- PB, YBÜ'de kendileri gerçekleştirir.
- Ailelerin depresyon ve anksiyetesi bu yöntem ile azaltılabilir.

Konsültatif
- YBÜ hekimi PB uzmanına hastayı konsülte eder.
- PB uzmanı hasta ve ailelerine palyatif destek önerilerinde bulunur.
- Standardize ve kanıta dayalı PB sağlanır.
- YBÜ'nde ve hastanede yatış süresi kısalır.

Literatürde YBÜ'nde palyatif bakım örnekleri
YBÜ'nde yatan hasta için PB ekibinden konsültasyon istenmesi
Hasta ailelerine bilgilendirici broşür verilmesi
- Broşürde YBÜ hekimlerinin isimleri, sorumlu YBÜ hemşiresi ve hekimin iletişim bilgileri.
- tipik YBÜ odasının diyagramı.
- yaygın olarak kullanılan 12 YBÜ teriminin açıklanması yer alır.

YBÜ hekiminin hasta yakını ile birlikte hasta yatağına giderek hasta başında düzenlediği bakım planını aile üyesine anlatması

YBÜ de palyatif bakım örnekleri Yoğun İletişim
- YBÜ hekim ve hemşirelerinin ilk 72 saat içerisinde ve daha sonra da haftalık olarak hasta ailesi ile düzenli aralıklarla multidisipliner toplantısı.
- Sağlık durumu ve bakım planı hakkında bilgi verilmesi.
- Yasal düzenlemeler dahilinde hastayla ilgili DNR, withdrawal, withholding gibi kararlar alınması.
- Onam formlarının imzalanması.
- YBÜ hemşiresinin her gün hasta ailesini telefon ile arayarak bilgi vermesi yoluyla hasta ailesinden gelen bilgi almak amaçlı telefonların sayısının azaltılması.
- YBÜ sosyal görevlisinin hasta ve aile ile düzenli aralıklarla görüşmesi.
- Hastaya dokunma.
- Hastanın konforlu tutulmasını sağlama.
- Ailenin beklentilerini belirleme.
- Aylık toplantılar ve kitapçıklar ile YBÜ klinisyenlerinin PB konusunda eğitilmeleri.

YBÜ'ndeki hastalar için palyatif bakım yöntemleri sayesinde
- Ventilatör günü azalır,
- Parenteral beslenme azalır,
- Posttravmatik stres bozukluğu azalır,
- YBÜ de yatış süresi kısalır,
- Hastanede yatış süresi kısalır,
- Aile anksiyetesi azalır,
- Aile memnuniyeti artar.

YBÜ'nde palyatif bakımın yararı
- Maliyeti azaltır.
- Hasta ve aileler için beklentiyi iyileştirir.
- Gereksiz agresif girişimden kaçınmayı sağlar.
- Hastaya özel bakım amacı oluşur.
- Duygusal gereksinimler karşılanır (aile ,hasta, personel).
- Kötü prognoza odaklanmak yerine konfor sağlanır.

PB ekibinin YBÜ'ne entegrasyonu
- Hasta aile ve YB çalışanlarına faydalı.
- Yaşam kalitesini artırır.
- Hospislerin kullanımına yönlendirir.
- Yararsız hayatı uzatan tedavi kullanımını azaltır.

Palyatif bakımın YB entegrasyonunda
1. YB doktorunun eğitimi.
2. Lider oluşturulması (doktor ve hemşire) Personel ödüllendirilmesi.

3. Kurumsal destek (doktorun bilgi ve davranışını kolaylaştırır, ailenin bakımdan memnuniyetini sağlar).
4. Akademik detay (kurumun yaşam sonu bakımını iyileştirmede yöneticilerle akademik bilgilendirme toplantısı yapılması, yönetici desteği) .
5. Sistem desteği (bilgilendirme broşürü, sözlü ikna, davranış değişikliği).

PB ve YB entegrasyonunda engeller

- Doktor , hasta ve yakınlarının tedaviden gerçek dışı beklentileri.
- PB ve YB tedavilerinden sadece birinin yapılabileceğinin sanılması.
- Palyatif bakımın ölümü hızlandıracağı önyargısı.
- Doktorun iletişim ve diğer becerilerde eksikliği.
- Çakışan beklentiler iyi YBÜ doktoru olma ya da PB'dan ödül alamama.
- YB'daki palyatif bakım yetersizdir, hasta ve yakınları gereksiz acı çeker.
- PB'nin gelişmesi için YB doktorlarının günlük pratiklerine kolay ve geçerli PB uygulaması eklenmeli.
- Değerlendirme ve iyileştirme yapılmalı.

Sonuç

- PB- YB ünitesi kullanılırken personeller arası gerekli etkileşim sağlanarak farkındalığın artması.
- Hukuki düzenlemeler ile yoğun bakımların etkin kullanımı sağlanacaktır.

PALYATİF BAKIM HİZMETLERİ İLE EVDE SAĞLIK HİZMETLERİNİN ENTEGRASYONU

Uzm. Emine KURTLUK
İstanbul İli Fatih Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği

İlgili Mevzuatlar

1. 07/07/2015 tarih ve 253 sayılı makam oluru ile yürürlüğe giren
   Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge,
2. 27/02/2015 tarih ve 29280 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan
   Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik.

Tanımlar

Palyatif Bakım

Palyatif Bakım Merkezi

MADDE 1-…….yaşamı tehdit eden hastalıklara bağlı olarak ortaya çıkan sorunlarla karşılaşan hastalarda ağrı ve diğer semptomları erken tanımlamak ve değerlendirmek, bu kişilere ve aile bireylerine tıbbi, psikolojik, sosyal ve manevi destek vererek acılarını hafifletmek veya önlemek, yaşam kalitesini geliştirmek için faaliyet göstermek üzere palyatif bakım merkezleri kurmak, …….

Evde Sağlık Hizmeti

MADDE 4- …….

ğ) Evde sağlık hizmeti: Çeşitli hastalıklara bağlı olarak evde sağlık hizmeti sunumuna ihtiyacı olan bireylere evinde ve aile ortamında sosyal ve psikolojik danışmanlık hizmetlerini de kapsayacak şekilde verilen muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbı bakım, takip ve rehabilitasyon hizmetlerini ifade etmektedir.

İlgili Mevzuat Hükümleri (1)

Merkezlerin kurulması

MADDE 5 - (1) Palyatif bakım hizmetleri; yataklı sağlık tesislerinde palyatif bakım merkezleri, yataklı sağlık tesisleri dışında ise aile hekimleri ve evde sağlık hizmet birimleri tarafından yürütülür. ……

Ulaşım aracı tahsisi

MADDE 7- (1) Evde sağlık hizmeti veren müdürlük veya sağlık tesislerindeki, evde sağlık hizmeti için tahsis edilmiş, ulaşım ve nakil araçları ihtiyaç duyulması halinde merkezlerle birlikte ortak kullanılabilir.

Sorumlu tabibin görev, yetki ve sorumlulukları

Madde 8-.....

g) Hizmet verilen hastaların, aile hekimleri ve evde sağlık hizmetleri ekipleri ile işbirliği ve koordinasyonunu sağlar.

Hizmetin kapsamı

Madde 12 -……..

c) Merkez, tedavisi düzenlenmiş hastanın tıbbi, psikolojik ve sosyal durumunun gerektirdiği seviyede hizmet almasını temin etmek amacıyla, aile hekimi ve evde sağlık hizmetleri birimleriyle gerekli koordinasyonu sağlar.

Palyatif bakım hizmetlerine başvuru

MADDE 13- (1) Başvurular, palyatif bakım hizmeti almak isteyen hastaların kendisi veya aile bireyleri tarafından bizzat yapılabileceği gibi aile hekimi veya hastanın takip ve tedavisini yapan müdavi tabibi tarafından da taburcu aşamasında gerekli görüşme ve koordinasyon sağlanmak suretiyle palyatif bakım hizmeti veren merkez veya sağlık hizmet sunucusuna yönlendirilebilir. Sağlık tesisine gelemeyecek durumda olan hastalar bulundukları ortamda evde sağlık ekiplerince ziyaret edilerek birlikte yaşadığı aile bireylerinin durumu ile bir bütün olarak değerlendirilir. Değerlendirme sonucunda palyatif bakım hizmeti alması uygun görülen hasta merkezlere yönlendirilir.

Hasta kabul, sevk ve nakil esasları

MADDE 14- (1) Palyatif bakım hizmetleri için aile hekimi veya evde sağlık hizmetleri birimleri; kendi mevzuatı

çerçevesinde merkezler tarafından tedavisi düzenlenen ve idame tedavisi için kendilerine yönlendirilen hastaları takip ederek gerekli hizmeti verir. Hizmetin devamı esnasında gerektiğinde hastanın yönlendirmesini yapan merkez veya sağlık tesisinin uzak olması, hastanın istememesi, kapsamlı. değerlendirme ve müdahale gerektiren durumların ortaya çıkması veya benzeri nedenlerle hastanın başka bir merkeze sevki gerektiğinde en yakın merkezle irtibata geçerek tetkik, tahlil ve idame tedavisinin düzenlenmesi için gerekli sevk ve yönlendirmeleri yapar.
(2) Merkezler, hastaların gerekli tedavilerini yaparak idame tedavisi için aile hekimlerine, evde sağlık hizmetleri birimine gerekli yönlendirmeleri yapar.
(3) Merkezlerde tedavisi tamamlanıp evde sağlık hizmetleri birimleri ve aile hekimlerine yönlendirilen tüm hastalara ayrıntılı epikriz düzenlenir. Epikrizde; hastanın idame tedavisine ilişkin ayrıntılar, tedavi sürecinde ortaya çıkabilecek sorunlar, kontrol gerektiren durumlar, önerilen kontrol tarihi, yapılması gereken tetkik ve tahliller ile benzeri bilgiler ayrıntılı bir şekilde yer alır.

Kayıtların tutulması ve istatistik

MADDE 15 - (1) Merkezler hizmet verdikleri bölgede ikamet eden palyatif bakım hastalarını; aile hekimleri ve evde sağlık hizmetleri birimleri tarafından tutulmakta olan kayıtları da kullanarak tespit eder ve kendi veri tabanını oluşturur.

Hizmetinin sonlandırılması

MADDE 17 - (1) Palyatif bakım hizmeti aşağıdaki hallerde sonlandırılır:
a) Evde sağlık hizmetleri birimine yönlendirilen hastanın hizmetinin sonlandırılmasında, evde sağlık hizmetlerine ilişkin mevzuat esas alınır.

İlgili Mevzuat Hükümleri (2)

Evde sağlık hizmetinin sonlandırılması

MADDE 24 – (1) Hastaya sunulan evde sağlık hizmeti aşağıdaki hallerde sonlandırılır:
a) Evde sağlık hizmeti sunulan hastanın iyileşmesi.
b) Evde sağlık hizmeti sunulan hasta için uygulanan bakım ve tedavinin, sağlık personeli gerektirmeden yapılabilecek hale gelmesi.
c) Hastanın kendisinin veya küçük ya da ayırt etme gücüne sahip olmayan hastanın veli/vasisinin hizmeti sonlandırmayı talep etmesi.
ç) Hastanın vefat etmesi.
d) Hasta veya yakınlarının tedaviye uyumsuz davranışları, direnç göstermeleri, önerilere uymamaları halinde sorumlu tabip, diş tabibi ya da aile hekimi tarafından verilen hizmetin faydası olmayacağına kanaat getirilmesi.
e) Hasta veya küçük ya da ayırt etme gücüne sahip olmayan hastanın veli/vasisinin personelin güvenliğine yönelik uygun olmayan davranışlarda bulunmaları.
f) Evde sağlık hizmeti sunulan hastanın, çeşitli nedenlerle ikamet ettiği bölgenin değişmesi.

Kamu kurum ve kuruluşları ile sivil toplum kuruluşları arasında evde sağlık, bakım ve sosyal destek hizmetlerinin işbirliği içerisinde yürütülmesi

MADDE 26 – (1) Evde sağlık, bakım, sosyal destek ve benzeri diğer kamu hizmetlerinin bütüncül bir anlayışla ve işbirliği içerisinde vatandaşlara sunumunun sağlanması, hizmetlerin etkinliğinin artırılması ve tekrarların önlenmesi amacıyla ilgili kamu kurum ve kuruluşları arasında, bilgi güvenliği ve mahremiyeti hakkındaki mevzuat hükümlerine riayet edilerek ve ilgili ulusal mevzuat hükümleri dikkate alınarak veri güvenliği ile korunmasına ilişkin gerekli tedbirlerin alınması koşulu ile elektronik ortamda veri paylaşımını sağlayacak entegre yazılımlar oluşturulabilir.

Evde sağlık ve sosyal hizmetleri değerlendirme komisyonu

MADDE 7 – (1) Evde sağlık hizmetinin etkinliğinin artırılması amacıyla ilgili kurum ve kuruluşlar tarafından sunulan sosyal bakım ve destek hizmetlerinin entegrasyonunun sağlanacağı hizmet modelinin koordinasyonunu gerçekleştirmek üzere Valilik bünyesinde evde sağlık ve sosyal hizmetleri değerlendirme komisyonu oluşturulur.

Mevzuatın Değerlendirilmesi
Genel Tespitler
1. Palyatif Bakım Hizmetinin tanımlanmadığı,
2. Evde sağlık hizmetleri yönetmeliğinde palyatif bakım hizmetlerinin yer almadığı,
3. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinde palyatif bakım hizmetlerinin yer almadığı,
Genel olarak tespit edilmiştir.
Evde Sağlık Hizmetlerinin (Birimlerin) Rol ve Sorumlulukları
1) Yataklı sağlık tesisleri dışında evde sağlık hizmet birimleri tarafından yürütülür.
2) Evde sağlık birimince kullanılan ulaşım ve nakil araçları ihtiyaç duyulması halinde merkezlerle birlikte ortak kullanılabilir.
3) Hizmete başvuran ve sağlık tesisine gelemeyecek durumda olan hastaları bulundukları ortamda ziyaret eder, birlikte yaşadığı aile bireylerinin durumu ile bir bütün olarak değerlendirir.
4) Değerlendirme sonucunda palyatif bakım hizmeti alması uygun görülen hasta merkezlere yönlendirir.
Evde Sağlık Hizmetlerinin (Birimlerin) Rol ve Sorumlulukları
5) Kendi mevzuatı çerçevesinde merkezler tarafından tedavisi düzenlenen ve idame tedavisi için kendilerine yönlendirilen hastaları takip ederek gerekli hizmeti verir.
6) Hizmetin devamı esnasında gerektiğinde hastanın yönlendirmesini yapan merkezle veya hastanın başka bir merkeze sevki gerektiğinde ise en yakın merkezle irtibata geçerek tetkik, tahlil ve idame tedavisinin düzenlenmesi için gerekli sevk ve yönlendirmeleri yapar.
7) Palyatif bakım hastalarının tespiti için veri tabanında kayıtlı olan hastalara ait bilgileri Merkezle paylaşır.
Palyatif Bakım Merkezinin Rol ve Sorumlulukları
1) Merkez Sorumlu tabibi, hizmet verilen hastaların evde sağlık hizmetleri ekipleri ile işbirliği ve koordinasyonunu sağlar.
2) Merkez, tedavisi düzenlenmiş hastanın tıbbi, psikolojik ve sosyal durumunun gerektirdiği seviyede hizmet almasını temin etmek amacıyla evde sağlık hizmetleri birimleriyle gerekli koordinasyonu sağlar.
3) Hastaların idame tedavisi için evde sağlık hizmetleri birimine gerekli yönlendirmeleri yapar. (Evde sağlık hizmetleri birimlerine yönlendirilen tüm hastalara ayrıntılı epikriz düzenler.)
4) Palyatif bakım hastalarının tespiti için gerektiğinde evde sağlık biriminin kayıtlarından bilgi talep eder.

Palyatif Bakım Hizmetlerinde
2. Basamak Uygulamalar ve Sosyal Destek Protokolü

Palyatif Bakım Hizmetlerinde
5'İ BİR YERDE PROJESİ
Palyatif Bakım Hizmeti İhtiyacı Olan
1) Üçüncü Basamak Tedavisi (İleri Seviye Onkoloji Tedavi Hizmeti),
2) İkinci Basamak Tedavisi (Kurumsal Sağlık Bakım Desteği),
3) Evde Sağlık Hizmetleri,
4) Destek Hizmetleri ve
5) Sosyal Bakım Hizmetlerinin karşılanmasıdır.
Projeye Giriş
Genel Sekreterliğimiz bünyesinde 16.08.2013 tarih ve 16381 sayılı Makam Oluru ile yapılan "Türkiye'de Farklı Kurumlar Tarafından Sunulan Evde Bakım Hizmetlerinin Entegrasyonu ve Uygulanabilirliğinin Değerlendirilmesi" konulu anket araştırması kapsamında anket formları Bezmialem Vakıf Üniversitesi yöneticilerine uygulanmıştır. Böylece üniversitenin yapmış olduğu çalışmalar hakkında bilgi sahibi olunmuş, evde sağlık ve palyatif bakım konularında yapılabilecek işbirlikleri planlanmıştır.
Projenin Amacı
Palyatif bakım hastalarının;
- 3. Basamakta Üniversiteye bağlı tıp fakültesi hastanesi,
- 2. Basamak Devlet Hastanesi,
- 1. Basamak sağlık bakım birimleri,
- Nakil ihtiyaçları için İstanbul Büyükşehir Belediyesi ve
- Sosyal Bakım ihtiyaçları için darülaceze ve yerel belediyeler ile birlikte multidisipliner bir yaklaşım içerisin-

de sağlık ve bakım ihtiyaçlarının karşılanmasıdır.

İşbirliği Protokolü

Genel Sekreterliğimiz ile Bezmialem Vakıf Üniversitesi Hastanesi arasında
'Palyatif Bakım Hizmetleri Alanında Koordinasyona Yönelik İşbirliği Protokolü'
12.06.2014 tarihinde imzalanmıştır.

Protokol Kapsamında Hizmetin İşleyişi

Merkeze başvuran veya primer hekimin yönlendirdiği hastalar ilk etapta Bezmialem Vakıf Üniversitesi Palyatif Bakım Komitesi tarafından görülmektedir. Komite hastayı Palyatif Bakım Hizmete Kabul ve Uygunluk Kriterlerine göre değerlendirir. Değerlendirme sonrasında kemoterapi-radyoterapi veya cerrahi tedavi gereken hastalar ilgili üniversite bünyesinde yatırılarak tedavi edilir. Hastalar üniversite bünyesinde en fazla 15 gün yatırılır. Bu süre sonunda gerekli tedavi planı oluşturulan hasta Arnavutköy Devlet Hastanesi Palyatif Bakım Merkezine sevk edilir.

İlk değerlendirme sonucuna göre hasta komite tarafından direk Palyatif Bakım Merkezine de yatırılabilir. Bu şekilde yatışı yapılan durumlarda hastanın tedavi ve takip planı yine komite tarafından düzenlenir.

Palyatif Bakım Eğitimi

- Genel Sekreterliğimize bağlı Arnavutköy Devlet Hastanesi Palyatif Bakım Merkezinde görev yapacak personel;
- Evde sağlık birimlerinde görevli doktor ve yardımcı sağlık personeline yönelik
- 28-29 Mayıs 2014 tarihlerinde Palyatif Bakım Kursu gerçekleştirilmiştir.

Palyatif Bakım Hizmet Basamaklarının Düzenlenmesi

Genel Sekreterliğimiz ile Bezmialem Vakıf Üniversitesi Hastanesi arasında haftalık düzenli toplantılar gerçekleştirilmiş, işbirliği algoritmaları oluşturulmuştur.

Bu algoritmalar ile hastaların üniversite hastanesinden Arnavutköy Devlet Hastanesine transferi veya eve taburcu olacak hastaların hizmet basamakları arasında tedavisi ve hizmetin işleyiş prosedürleri planlanmıştır.

Palyatif Bakım Merkezimizin Hizmete Girmesi

Arnavutköy Devlet Hastanesi bünyesinde hizmet vermek üzere 6 yataklı Palyatif Bakım Merkezi oluşturularak 5 Temmuz 2014 tarihi itibariyle hizmet vermeye başlamıştır.

Arnavutköy Devlet Hastanesi Palyatif Bakım Merkezi

Palyatif Bakım Merkezimiz Bezmialem Vakıf Üniversitesinden ikinci basamağa transfer edilen Palyatif Bakım hastaları ile hizmet vermeye başlamıştır.

Arnavutköy Devlet Hastanesi Palyatif Bakım Merkezi İşleyişi

Merkezimize yatışı yapılacak hastaların tedavileri Bezmialem Vakıf Üniversitesi Palyatif Bakım Komitesi tarafından hazırlanır. Yatan hastalar için haftanın bir günü Merkez ekibi ile komite üyeleri toplantı yapar ve hastalar değerlendirilir.

Palyatif Bakım Merkezi ekibi; 1 sorumlu anestezi uzmanı, 1 sorumlu hemşire olmak üzere toplam 5 hemşire, sosyal çalışmacı, diyetisyen ve psikoloğun yer aldığı bir ekipten oluşmaktadır.

Hastanemizde anestezi branş nöbeti tutulmakta olup merkezimizde hastaların takibinde 24 saat görev yapan anestezi uzmanı bulunmaktadır. İhtiyaç halinde Bezmialem Vakıf Üniversitesi Palyatif Bakım Komitesi hastanemize destek vermektedir.

Hastaya ve hasta yakınlarına yönelik bireysel ve aile eğitimleri merkez sorumlu hemşiresi tarafından belirlenir ve merkez ekibine göre planlanır. Eve taburculuğu yapılacak hastaya yönelik tedavi ve bakım ihtiyaçları konusunda merkez sorumlu hekimi ve hemşiresi tarafından eğitim planları hazırlanır ve devri yapılacak ESH birim sorumlu hekimine bilgi verilir.

Evde Sağlık Hizmetleri

Bezmialem Vakıf Üniversitesi ve Palyatif Bakım Merkezimizden eve taburcu edilen hastalar ESH birimlerimiz tarafından düzenli olarak takip edilmektedir. İhtiyaç hallerde Palyatif Bakım Komitesinden veya merkez sorumlu hekiminden destek almaktadır.

Sosyal ve Destek Hizmetlerin Karşılanması

Merkezimizden eve taburcu edilen hastalarımızdan nakil ihtiyacı olanlar için büyükşehir belediyesi ile koordinasyon sağlanmaktadır. Ayrıca sosyal ihtiyacı olan hastalarımız belediyenin uygun birimlerine koordinasyon kurularak sosyal destek sağlanmaktadır.

Darülaceze Başkanlığı ile yapılan işbirliği kapsamında Genel Sekreterliğimiz bünyesindeki Palyatif Bakım Merkezimizde takip edilen ve kalacak yer ihtiyacı olan kimsesiz hastalarımız Darülacezeye yerleştirilmektedir.

Projenin Değerlendirmesi

5'i BİR YERDE PROJESİ ile Genel Sekterliğimizin hizmet bölgesinde yer alan tüm palyatif bakım hastalarının diğer kamu kurum ve kuruluşları ile birlikte her basamakta sağlık hizmeti ihtiyacı; ayrıca nakil ve bakım ihtiyaçları bütüncül bir anlayışla karşılanmaktadır.

II. ULUSAL ÇALIŞAN HAKLARI VE GÜVENLİĞİ SEMPOZYUMU

SEMPOZYUM BAŞKANI
Dr. Muhammet ÖRNEK
Salih AKYÜZ

DÜZENLEME KURULU
Op. Dr. Orhan KOÇ
Prof. Dr. Jülide YILDIRIM ÖCAL
Uzm. Dr. Gazi ALATAŞ
Uzm. Dr. Hülya ENSARİ
Dr. Alev YÜCEL
Endam AKSU
Mehmet KÜRŞAT ALDEMİR
Coşgun GÜRBOĞA
Yusuf ÖZTÜRK
Fatıma ŞAHİN
Rabiye GÜNEY
Tuğba MANÇU
İdris BAYKAN
Umut YANARDAĞ
Özcan KURUDAL
Orhan PEHLEVAN
Tamer YİYİT
Seval BEKİROĞLU
Nevin DERMAN
Hurişah AKSAKAL

BİLİM KURULU
Prof. Dr. Başar CANDER
Prof. Dr. Jülide YILDIRIM ÖCAL
Doç. Dr. Sinan GÜLTEKİN
Doç. Dr. Zekai ÖZTÜRK
Doç. Dr. Tevfik PINAR
Yrd. Doç. Dr. Çağdaş Erkan AKYÜREK
Dr. Abdullah ÖZTÜRK

SEMPOZYUM SEKRETERYASI
Kürşad ALDEMİR
Orhan KARAGÖZ

II. ULUSAL ÇALIŞAN HAKLARI VE GÜVENLİĞİ SEMPOZYUMU

03 Aralık 2015 Belek / Antalya

ÇALIŞAN HAKLARI VE GÜVENLİĞİNE ADLİ TIP BAKIŞI

Dr. Haluk İNCE
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı

Mevzuat.
Veriler.
Gerçek.
Hukuksal yol haritası.
Önleyici ve koruyucu faaliyetler.

- Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik.
- Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik.
- Sağlık Bakanlığının 14.05.2012 tarih ve 2012/23 sayılı Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Yönelik Genelgesi.
- Hizmet Kalite Standardı, Beyaz Kod sisteminin çalışmaya başlaması, 2013.

Sağlık çalışanı için risk oluşturan tehdit davranışı, fiziksel saldırı oluşturan durum(Saines 1999).
Aşırı duygu durumu, Olayın yoğunluğu, Sertliği, Kaba ve sert davranış, Gücün kötü kullanımı, Zarar veren etkinlik. Ozcan Köknel (2006)

	Sayı	**%**
Pratisyen hekim	48	67.6
Hemşire	187	58.4
Araştırma görevlisi	71	56.8
Uzman hekim	57	49.1
Hasta bakıcı	40	48.8
Teknisyen grubu	84	43.5
Öğretim üyesi	18	36.7
Karşılama görevlisi	22	34.9
Diğerleri	17	32.7

ABD'de, 586 hemşire üzerinde yapılan bir araştırmada hemşirelerin 1/3'ünden fazlasının, önceki yıl çalışma ortamlarında şiddete uğradığı ve uygulayanların çoğunun hastalar olduğu.

Sağlık Çalışanına uygulanan şiddetin diğer şiddet tiplerinden farkı var mı?
Toplumda Şiddet Özellikleri

- Erkek (%83).
- Yakın akraba(eş, baba, ağabey, kardeş).
- 35-45 yaşlarında.
- Bir işte çalışıyor(%86).
- Eğitimli(%75).
- Sigara kullanıyor(%52).
- Organik hastalığı yok(%71).
- Şiddet deneyimi var(%69).

Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Özellikleri

- Erkek.
- Hasta yakını.
- …..
- Bir işte çalışıyor.
- Eğitimli.
- Sigara kullanıyor.
- Organik bir hastalığı yok.
- Şiddet deneyimi var.

Beklenti
Sisi sendromu.
Kafes kaplanı sendromu .
Cennet depresyonu.
Leisure Sickness (boş zaman hastalığı).
Oppositional Defiant Disorder.
Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Sendromu.
Osteoporoz.
Hiperkolestrolemi

Sunulan Hizmet
Önce zarar vermemek.
Yararlı.
Adaletli olmak.
Özerkliğine saygı göstermek.
Sırrına gerekli özeni göstermek.
Bağımsız çalışma yürütmek yükümlülüklerini taşır.
Önce gelen önce bakılır.
Olmaya Devlet Cihanda bir nefes sıhhat gibi (Kanuni Sultan Süleyman).

Evlenme teklifi için E-5'i kapattılar
Şirinevler'de ilginç evlilik teklifi E-5 Karayolu'nu felç etti
Mesut K. (23) adlı gencin sevdiği kıza evlilik teklifi yapmak için seçtiği yöntem, İstanbullar'a trafik çilesi yaşattı.
Edinilen bilgiye göre, Mesut K. yedi araçlı konvoyla E-5 Karayolu'na çıktı. Bu sırada konvoyun önündeki başka bir araç ise 'spin' atarak şov yaptı. Daha sonra arabasından inen Mesut K., yolu kapatan diğer araçlardan birinde olan kız arkadaşına diz çökerek evlenme teklifi yaptı.
Genç kızın "Evet" cevabı üzerine ise karayolunda bir anda havai fişekler patladı. Felç olan trafikteki sürücülerin tepkisi üzerine bir süre sonra grup dağıldı.
Olayın ardından kamera görüntülerini inceleyen polis 7 sürücüyü gözaltına aldı. Ehliyetlerine el konulan 7 sürücü, 'Akli dengesi yerindedir' raporu için hastaneye sevk edilecek.

Melda Bebek kurtarıldığında uyuyormuş
çanakkale'nin Ayvacık İlçesine bağlı Küçükkuyu Beldesi'nde halk plajında annesi Damla Ilgın ile birlikte denizin keyfini çıkarırken, bindirildiği can simidiyle rüzgarın etkisiyle açığa sürüklenen ve Sahil Güvenlik ekiplerince kurtarılan 10 aylık Melda bebeğin olay anında uyuduğu;.....
Saat 17.00 sıralarında Küçükkuyu Beldesi halk plajında meydana gelen olayda, bindirildiği koltuk şeklindeki şişme can simidiyle birlikte poyrazın etkisiyle 1 kilometre açığa sürüklenen 10 aylık Melda bebek, plajdaki yüzlerce kişinin gözleri önünde ölümden döndü.

Çalışan Haklarının İhlal Nedenleri
Sosyolojik.
İdeolojik.
(Toplumu oluşturan birey/grubun davranışlarına yön veren politik, hukuki, bilimsel vb. düşünceler),
Kültürel.
Psikopatolojik (Akıl ve ruh sağlığı hastalıkları).
Biyolojik etkenler.

Ciddi bir problem olarak algılanmaktadır.
AB vatandaşları daha az tedirgin; TR %65.
AB de bu konu biliniyor(%78), TR %42.
AB de %23 lük bir kısım tıbbi malpraktis mağduru.
AB de sağlık çalışanlarına güven %69, TR %43.
Hastane tedavilerinde korku %47, TR de %68.
Kadınlar, yaşlılar ve düşük eğitimli insanlar sorun.

Hasta Güvenliği İhlallerinde Kök Neden Analizleri Sonuçları
İletişim yetersizliği (%70).
Oriantasyon/eğitim eksikliği (%60).
Hasta değerlendirmede yetersizlik (%40).
İnsan kaynağı eksikliği (%25).
Heidi King, Team STEPPS, Team strategies & tools to enhance performance & patient safety, AHRQ, 2007

"Suçlarla mücadeleyi nasıl başardınız?" sorusuna New York'un efsane Belediye Başkanı Giuliani'nin cevabı.
ABD'li suç psikoloğu Philip Zimbardo'nun 1969'da yaptığı bir deney.

"Hekimin ilk görevlerinden birisi kitlelere ilaç vermek yerine onları eğitmektir" Principle Practice of Medicine Williams Osler 1892.

Koruyucu önleyici hizmetler
Koruyucu Hekimlik
- Artık bu konuda tartışma mümkün mü?
- Önlemek ödemekten ucuzdur.

Koruyucu Hukuk
- Hukuk Fakültelerine bunu kabul ettirmek.

"Planlanmamış ve beklenmedik olay"
Dünya Sağlık Örgütü
Risk Değerlendirilmesi.
Tehlikenin tanımlanması.
Maruziyetin değerlendirilmesi.
Riskin karakterizasyonu.

Belleğe daha az dayanma.
Bilgiye ulaşımın geliştirilmesi.
Hataların engellenmesi.
Standardizasyon.
Eğitim.

Hukuki yol haritası
Cezai Sorumluluk
TCK 81(Öldürme) 86(Kasten Yaralama).
Kamu çalışanına karşı olduğu için şikayet aranmaz.
TCK 125(Hakaret Suçu)/131 Kamu görevlisine.
Tüm suçlarda soruşturma yürütülür ve dava açılır.

Tazminat Sorumluluk
Maddi tazminat.
Bedensel bir zarar ve karşılanması.
Manevi tazminat.
Duyulan elem ve acının giderilmesi.

Şiddete uğrayan sağlık çalışanı
Şiddetin belgelenmesi: Tutanak tutulması
1. Olay yeri, tarih ve saat.
2. Yapılan iş ve olay nedeni.
3. Olay tüm ayrıntıları ile.
4. Olay yerinde bulunanların kimlik bilgileri, iletişim adresleri.
5. Saldırgana ait kimlik bilgileri (varsa).
6. Tedavisi ile ilgili bilgiler ile.
7. Adli Tıp uzmanından adli tıp raporunun alınması.
8. İhbarın yapılması(Hastane idaresi ve CS na).
9. Hukuksal süreçler bireysel yürütülür, kurumsal olarak işyeri davayı kendisi yürütür.

Tıbbi hatalar ve hasta güvenliği tanımları.
Teknoloji ve hasta güvenliği.
İnsan faktörleri: yorgunluk, karmaşık sağlık sorunlarına yaklaşım(Kriz Yönetimi), v.b.
Hekim-hasta iletişimi.
Sağlık hizmeti sunum takımı içinde iletişim.
Hatalardan öğrenme: hata bildirimi, analizi ve raporlanması.
Hasta ve hasta yakınlarına bildirim eğitimleri.
Finansal ve hukuksal etkileri.
Sistem ve kültür değişimi.

ÖZELLİKLİ VE RİSKLİ SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÇALIŞAN HAKLARI VE GÜVENLİĞİ

Doç. Dr. S. Sinan GÜLTEKİN

Giriş

• Radyasyonla çalışanların meslekleri hem ulusal hem de uluslararası arenada, diğer meslek dallarına göre farklı ve özel çalışma kurallarına tabi tutulmuştur.

• Radyasyonla çalışanların meslekleri özellikli, ağır/yıpratıcı ve tehlikeli/riskli meslekler grubunda sınıflandırılmaktadır.

• Enerjinin elektromanyetik dalgalar ve/veya parçacıklar şeklinde yayılması RADYASYON olarak adlandırılır.

İyonize radyasyonun biyolojik etkileri

İyonlaştırıcı radyasyon, canlı organizmalarda biyolojik hasarlar yaratabilen radyasyon çeşididir.

İyonlaştırıcı radyasyonun soğurulması sonucu hedef moleküllerde iyonlaşma ve uyarılmalar meydana gelir. Bu iyonlaşmalar, DNA zincirlerinde kırılmalara ve hücre içerisinde kimyasal toksinlerin üremesine neden olabilir.

Kırılmaların hemen ardından bir onarım faaliyeti başlar.

Hasar çok büyük değilse DNA' da meydana gelen kırılmalar onarılabilir.

Ancak bu onarım esnasında da hatalar oluşabilir ve yanlış şifre bilgiler içeren kromozomlar meydana gelebilir.

Deterministik etkiler

İyonlaştırıcı radyasyonun, eşik değeri olan ve bu eşik geçildiğinde dozun arttırılması ile beraber şiddetinde arttığı etkisidir. Doz yüksek olduğu takdirde etki kesindir. Doz-tepki eğrisi sigmoidaldir.

Stokastik etkiler

Sonucunun oluşma ihtimalinin alınan dozla orantılı olduğu ve bir doz sınırı olmayan etkilerdir. kanser ve kalıtımsal etkilerdir. Belli bir eşik doz yoktur, meydana gelme olasılığı doz ile artar, şiddet derecesi doz ile artmaz. Doz-tepki eğrisi aşağı yukarı doğrusaldır.

Radyasyonla Çalışanların Kanserde Ölme Riski ile Endüstriyel Kazalar Nedeni ile Ölüm Risklerinin Karşılaştırılması (Yıllık Ortalama Risk - İngiltere)

Kömür Madeni	1 / 7,000
Petrol ve Doğal Gaz Çıkarma	1/ 8,000
İnşaat	1 / 16,000
Radyasyonla Çalışma (1.5 mSv/y)	1 / 17,000
Metal Üretimi	1 / 34,000
Kimyasal Üretim	1 / 100,000
Hizmet Sektörü	1 / 220,000

RADYASYON ÇALIŞANLARININ HAKLARI

• Bu mesleklerde çalışanların sağlık durumlarında meydana gelebilecek olumsuz etki ve zararları, radyasyon riski altında olamayn sağlık çalışanlarına göre dengeleyebilmek amacıyla;

• Azaltılmış çalışma süreleri,

• Fiili hizmet süresi zammı,

• Şua izni gibi düzenlemeler yapılmıştır.

• Nöbet ve fazla çalışma gibi uygulamalar diğer sağlık personeline göre farklılaştırılmış kurallara tabi kılınmıştır.

Çalışma Süreleri

3153 sayılı Yasa'nın Ek Madde 1. Maddesi uyarınca radyasyonla çalışanların haftalık çalışma süresi en fazla 35 saattir.

Sağlık Hizmetlerinde İyonlaştırıcı Radyasyon Kaynakları İle Çalışan Personelin Radyasyon Doz Limitleri ve Çalışma Esasları Hakkında Yönetmeliğin 8. maddesinde de radyasyonla haftalık çalışma süresinin azami 35 saat olduğu belirtilmiştir.

Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 12.02.2010 tarih ve 6145 sayılı genel yazısı ile 35 saatlik haftalık çalışma süresinin kamu görevlileri yönünden günlük 7 saat olarak uygulanması gerektiği ifade edilmiştir.

Nöbet Görevi

İcap Nöbeti

Sağlık Hizmetlerinde İyonlaştırıcı Radyasyon Kaynakları İle Çalışan Personelin Radyasyon Doz Limitleri Ve Çalışma Esasları Hakkında Yönetmeliğin 8. maddesinde icap nöbetine ilişkin olarak personel "normal mesai dışında icap nöbetine çağrılmış ise icap nöbetinde bilfiil çalışılan süre"nin "haftalık çalışma süresine" dâhil edileceği ve "personelin çalışma şekli, Kanunî süreyi aşmamak kaydıyla, hizmetin etkinlik ve sürekliliğinin sağlanması bakımından vardiya veya nöbet şeklinde" düzenlenebileceği belirtilmiştir.

İdari Nöbetler

3153 sayılı Yasa'ya dayalı çıkarılan ve halen yürürlükte olan Tüzükte; tüzüğün 22. maddesi uyarınca radyasyon çalışanlarının sağlık kuruluşlarında başka işlerde kullanılmaması hükmü bulunmaktadır.

Şua izni

3153 sayılı Yasa'ya dayalı tüzüğün "Çalışma Tarzına Dair Hükümler" başlığı altındaki 24. maddesinde;"…her röntgen mütahassısının veya röntgen ve radyom ile iştigal eden kimsenin senede dört hafta muntazaman devamlı tatil yapması mecburidir." denmektedir.

Kamu görevlileri açısından geçerli olan 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun 103. maddesinin 3. fıkrasında da hizmetleri sırasında radyoaktif ışınlarla çalışan kamu görevlilerine, her yıl, yıllık izinlerine ilaveten bir ay sağlık izni verileceği düzenlenmiştir. Yasa hükmü "Sağlık Bakanlığı İzin Yönergesi"nin 25. maddesinde aynen tekrar edilmiştir.

Sağlık Hizmetlerinde İyonlaştırıcı Radyasyon Kaynakları İle Çalışan Personelin Radyasyon Doz Limitleri Ve Çalışma Esasları Hakkında Yönetmeliğin 8. maddesinin 11. fıkrasında da radyasyon kaynağı ile çalışan personelin sağlık izninin "yılı içerisinde" kullandırılacağı belirtilmiştir.

Fili Hizmet Süresi Zammı

5510 sayılı Yasa'nın 40. maddesi uyarınca doğal ve yapay radyoaktif, radyoiyonizan maddeler veya bütün diğer korpüsküler emanasyon kaynakları ile yapılan işlerde 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (a) ve (c) bentleri kapsamında çalışan sigortalıların prim ödeme gün sayılarına, bu işyerlerinde ve işlerde geçen çalışma sürelerinin her 360 günü için 90 gün fiili hizmet süresi zammı olarak eklenecektir. Çalışmanın fiili hizmet süresi zammı kapsamında değerlendirilebilmesi için, sigortalının kapsamdaki işyerleri ile birlikte belirtilen işlerde fiilen çalışması ve söz konusu işlerin risklerine maruz kalması şarttır.

RADYASYON ÇALIŞANLARININ RADYASYON GÜVENLİĞİ

2690 sayılı TAEK kanunu 4-d maddesinde, iyonlaştırıcı radyasyon cihazları, radyoaktif maddeler ve benzeri radyasyon kaynakları kullanılarak yapılan çalışmalarda, iyonlaştırıcı radyasyonun zararlarına karşı korunmayı sağlayıcı ilkelerin, önlemlerin ve hukuki sorumluluk sınırlarını saptamanın, kurumların görevleri arasında olduğu belirtilmiştir.

Resmi Gazete Tarihi: 24.3.2000 Resmi Gazete Sayısı: 23999

RADYASYON GÜVENLİĞİ YÖNETMELİĞİ

Radyasyon alanlarının sınıflandırılması

Madde 15 - Maruz kalınacak yıllık dozun 1 mSv değerini geçme olasılığı bulunan alanlar radyasyon alanı olarak nitelendirilir ve radyasyon alanları radyasyon düzeylerine göre aşağıdaki şekilde sınıflandırılır:

a) Denetimli Alanlar: Radyasyon görevlilerinin giriş ve çıkışlarının özel denetime,

çalışmalarının (Değişik ibare:RG-3/6/2010-27600) radyasyondan korunma bakımından özel kurallara bağlı olduğu ve görevi gereği radyasyon ile çalışan kişilerin ardışık beş yılın ortalama yıllık doz sınırlarının 3/10'un-

dan fazla radyasyon dozuna maruz kalabilecekleri alanlardır.
Denetimli alanların girişlerinde ve bu alanlarda aşağıda belirtilen radyasyon uyarı levhaları bulunması zorunludur:
1) Radyasyon alanı olduğunu gösteren temel radyasyon simgeleri (Ek-3).
2) Radyasyona maruz kalma tehlikesinin büyüklüğünü ve özelliklerini anlaşılabilir şekilde
göstermek üzere gerekli bilgi, simge ve renkleri taşıyan işaretler.
3) Denetimli alanlar içinde radyasyon ve bulaşma tehlikesi bulunan bölgelerde geçirilecek sürenin sınırlandırılması ile koruyucu giysi ve araçlar kullanılması gerekliliğini gösteren uyarı İşaretleri.
b) Gözetimli Alanlar: Radyasyon görevlileri için yıllık doz sınırlarının 1/20'sinin aşılma olasılığı olup, 3/10'unun aşılması beklenmeyen, kişisel doz ölçümünü gerektirmeyen fakat çevresel radyasyonun izlenmesini gerektiren alanlardır.

Resmi Gazete Tarihi: 24.3.2000 Resmi Gazete Sayısı: 23999
RADYASYON GÜVENLİĞİ YÖNETMELİĞİ
Çalışma koşulları
Madde 20 - Görevleri gereği radyasyona maruz kalan kişilerin çalışma koşulları aşağıdaki şekilde sınıflandırılır:
Çalışma Koşulu A: Yılda 6 mSv'den daha fazla etkin doza veya göz merceği, cilt, el ve
ayaklar için yıllık eşdeğer doz sınırlarının 3/10'undan daha fazla doza maruz kalma olasılığı bulunan çalışma koşuludur.
(grafi, skopi/anjiyo ve görüntüleme cihazlarının bulunduğu odalar, tedavi odaları, sıcak odalar, enjeksiyon odaları gibi yerlerde görev yapanlar)
Çalışma Koşulu B: Çalışma Koşulu A'da verilen değerleri aşmayacak şekilde radyasyon dozuna maruz kalma olasılığı bulunan çalışma koşuludur.
(denetimli alanlara bitişik alanlarda çalışanlar, kemik dansitometre, kan ışınlama cihazlarının bulunduğu odalar, RIA laboratuvarları gibi yerlerde görev yapanlar)

Personelin radyasyon güvenliği
18 yaşından küçükler, radyasyon güvenliği tüzüğünün 6. maddesine göre radyasyon uygulaması işinde çalıştırılamaz.
16-18 yaş arası stajyerler ve öğrenciler ancak gözetimli alanlarda görevlendirilebilir.
Maruz kalınabilecek yıllık en yüksek toplam doz sınırı aynı yıl içindeki dış ve iç ışınlanmalardan alınan radyasyon dozlarının toplamı olarak hesaplanır.
Personelin denetim altındaki kaynaklar ve uygulamalardan dolayı tanımlanan sınırların üzerinde radyasyon dozuna maruz kalmalarına izin verilemez.

Radyasyon Güvenliği Tüzüğü
Resmi Gazete Tarih/ Sayı: 07.09.1985/ 18861
Madde 5- Radyasyon güvenliğine ilişkin ilke ve tedbirler aşağıda belirtilen radyasyon korunması temel standartlarına göre düzenlenir:
A- Görevi gereği, radyasyon kaynaklarıyla çalışan veya radyasyona maruz kalan kişilerin, iç ve dış radyasyon kaynaklarından bütün vücutlarının alacağı yıllık doz 5 rem'i geçmeyecektir.
B- Radyasyon görevlisi sayılmayan kişilerin ve toplumdaki diğer kişilerin maruz kalacakları iç ve dış radyasyonun dozları toplamı, bütün vücut için, yılda 0.5 rem'i geçmeyecektir.
Yaş sınırlaması: Madde 6- 18 yaşından küçükler, bu Tüzük kapsamına giren işlerde çalıştırılamazlar.

Resmi Gazete Tarihi: 24.3.2000 Resmi Gazete Sayısı: 23999
RADYASYON GÜVENLİĞİ YÖNETMELİĞİ
Yıllık doz sınırları
Madde 10 - Yıllık doz sınırları sağlığa zarar vermeyecek şekilde uluslararası standartlara uygun olarak, Kurum tarafından radyasyon görevlileri ve toplum üyesi kişiler için ayrı ayrı belirlenmiştir. Yıllık toplam doz aynı yıl içindeki dış ışınlama ile iç ışınlamadan alınan dozların toplamıdır. Kişilerin, denetim altındaki kaynaklar ve uygulamalardan dolayı bu sınırların üzerinde radyasyon dozuna maruz kalmalarına izin verilemez ve bu sınırlara tıbbi ışınlamalar ve doğal radyasyon nedeniyle maruz kalınacak dozlar dahil edilemez.

(Değişik:RG-29/9/2004-25598) Radyasyon görevlileri için etkin doz ardışık beş yılın ortalaması 20 mSv'i, herhangi bir yılda ise 50 mSv'i geçemez. El ve ayak veya cilt için yıllık eşdeğer doz sınırı 500 mSv, göz merceği için 150 mSv'dir. Cilt için en yüksek radyasyon dozuna maruz kalan 1 cm2'lik alanın eşdeğer dozu, diğer alanların aldığı doza bakılmaksızın ortalama cilt eşdeğer dozu olarak kabul edilir.
Bu Yönetmeliğin 15 inci maddesinin (b) bendinde belirtilen alanlarda, eğitim amaçlı olmak koşuluyla, eğitimleri radyasyon kaynaklarının kullanılmasını gerektiren 16-18 yaş arasındaki stajyerler ve öğrenciler için etkin doz, herhangi bir yılda 6 mSv'i geçemez. Ancak el, ayak veya deri için yıllık eşdeğer doz sınırı 150 mSv, göz merceği için 50 mSv'dir.

Personelin radyasyon güvenliği
Hamile çalışanların gözetimli alanlarda çalıştırılması uygun olabilecek bir yaklaşımdır. Çünkü, fetusu korumak amacıyla, hamile bir çalışanın batın yüzeyi için hamilelik boyunca uygun/makul ilave eşdeğer doz sınırının 1 mSv olduğu gösterilmiştir. Emzirme dönemindeki çalışanlar radyoaktif madde veya ortamda bulunan serbest radikallerin solunum veya sindirim sistemine geçebileceği alanlarda çalıştırılamaz.

Resmi Gazete Tarihi: 24.3.2000 Resmi Gazete Sayısı: 23999
RADYASYON GÜVENLİĞİ YÖNETMELİĞİ
Hamile radyasyon görevlileri için doz sınırları
Madde 12 - (Başlığı ile birlikte değişik:RG-29/9/2004-25598)
Hamileliği belirlenmiş kadın çalışan, çalışma şartlarının yeniden düzenlenebilmesi
amacıyla yönetimi haberdar eder. Hamileliğin bildirilmesi kadın çalışanın çalışmasına engel teşkil etmez, gerekiyorsa çalışma koşulları yeniden düzenlenir. Bu nedenle, doğacak çocuğun alacağı dozun mümkün olduğu kadar düşük düzeyde tutulması sağlanır ve toplum için belirlenen doz sınırlarına uyulur.
Emzirme dönemindeki kadın çalışanlar, radyoaktif kontaminasyon riski taşıyan işlerde çalıştırılmaz.

Radyasyonla çalışan personelin güvenliği için aşağıdakilerin periyodik olarak gerçekleştirilmesi gerekir:
Sağlık taraması.
Radyasyon doz takibi.
Bilgilendirme ve eğitim.
Denetimli alanlarda radyoaktivite düzeyinin monitörizasyonu.

Resmi Gazete Tarihi: 24.3.2000 Resmi Gazete Sayısı: 23999
RADYASYON GÜVENLİĞİ YÖNETMELİĞİ
Tıbbi gözetim
MADDE 23 – (Değişik:RG-3/6/2010-27600)
Çalışma koşulu A'da çalışan radyasyon görevlilerinin sağlık durumlarının yapacakları
göreve uygunluğunu belirlemek amacıyla işe başlamadan önce ve çalıştığı süre boyunca yılda en az bir kez tıbbi muayeneleri yaptırılır.

Radyasyonla çalışırken gerçekleşebilecek istenmeyen durumlar konusunda dikkatli olunmalı, gerekli önemler alınmalı ve eylem planları oluşturulmalıdır.

Pratik Radyasyon Güvenliği Kuralları
Devamlı dozimetre kullanılmalı ve kurşun önlük giyilmişse önlüğün altına takılmalıdır.
Radyasyon şiddeti mesafenin karesiyle ters orantılı olarak değişir. Örneğin, 10 cm mesafede ışınlama şiddeti 20 mR/h ise, aynı kaynaktan 20 cm mesafedeki ışınlama şiddeti 5 mR/ h'dir.
Radyasyon alanında çalışan kişiler, radyasyonun zararlı etkilerinden korunabilmek için yapılan işin niteliğine uygun giysi ve kişisel koruyucu ekipmanları (gonad koruyucu, kurşun önlük, tiroid koruyucu, kurşun gözlük ve eldiven vs.) kullanmalıdır.
Çalışma esnasında kaynakla vücut arasında zırhlama materyali kullanılabilir. Zırhlama materyalinin seçimi (beton, kurşun, tungsten vb.) radyasyonun tipine ve enerjisine bağlı olarak değişir.
Maruz kalınan radyasyon dozu, süre ile doğru orantılıdır. Çalışma öncesi iyi bir planlama yapmak işin daha kısa sürede bitirilmesine yardımcı olacağından maruz kalınan radyasyon dozunu da azaltacaktır.
Primer ışının yolunda kesinlikle durulmamalıdır. Koruyucu bir materyal arkasında durulmuyorsa kurşun önlük giyilmelidir.

Doğum çağındaki radyasyon görevlileri mutlaka gonad koruyucu kullanılmalıdır.
Hamilelikte radyasyon görevlileri dahil tüm kişilere kesin gereklilik mevcut değilse radyasyon kullanan yöntemlerle inceleme yapılmamalıdır. Doğurgan kadında ise pelvis ve alt abdominal bölgenin incelenmesi menstruasyondan sonraki ilk 10 günde (gebelik şansının en az olduğu dönemde) yapılmalıdır. Gebelikte bu tip incelemeler gebelik sonrasına veya mümkünse gebeliğin 2. yarısına ertelenmelidir.

SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK ŞİDDET VE BEYAZ KOD

Dr.Ahmet ÖZLÜ
Ankara Halk Sağlığı Müdürlüğü Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimi

Şiddet Nedir?

Dünya Sağlık Örgütü, "Sahip olunan fiziksel gücün, tehdit yoluyla ya da doğrudan; kendine, başka bir insana veya gruba ya da topluma karşı yaralama, ölüm ve psikolojik zarar, gelişme bozukluğu ile sonuçlanan ya da sonuçlanma olasılığı yüksek bir biçimde uygulanması" olarak tanımlamaktadır.

Sağlık Kurumlarında Şiddet?

Hasta, hasta yakınları ya da diğer herhangi bir bireyden gelen, sağlık çalışanı için risk oluşturan; "tehdit davranışı, sözel tehdit, ekonomik istismar, fiziksel saldırı veya cinsel saldırıdan oluşan durum" olarak tanımlanmıştır.

Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet

- Giderek artış göstermektedir.
- Diğer iş yerlerine göre sağlık kurumları 16 kat daha fazla risk altındadır.
- Bu olayların sadece yaralanma gibi ciddi olanları şiddet olarak algılanmakta ve çok az bir kısmı kayda alınmaktadır. Gerçek sıklık?
- En sık acil servislerde karşılaşılmaktadır.
- Pratisyen hekimler ve hemşireler en sık, öğretim üyeleri en az.
- Sözel şiddet fiziksel şiddetten daha sık görülmektedir.

Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Olayı Gerçekleştiğinde Neler Yapılmalıdır ?

Yasal Düzenlemeler

Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik (Sağlık Bakanlığı 06.04.2011 tarih ve 27897 sayılı)

Sağlık Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik (Sağlık Bakanlığı 28.04.2012 tarih ve 28277 sayılı)

Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına İlişkin Genelge
(Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 14.05.2012 tarih ve 2012/23 sayılı)

Sağlık Çalışanlarına Karşı İşlenen Suçların Soruşturulması Genelgesi
(İçişleri Bakanlığı'nın 26.04.2012 tarih ve 2012/22 sayılı)

Beyaz Kod Uygulaması

Tüm sağlık kurumlarında, hizmet alanlar ve sağlık çalışanları için güvenli bir ortam sağlanması amacıyla yayımlanan Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik doğrultusunda Beyaz Kod Uygulaması'na geçilmiştir.

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarını takip etmek üzere Bakanlık Beyaz Kod Birimi kurulmuş, 24 saat hizmet verecek 113 numaralı telefon ve www.beyazkod.saglik.gov.tr internet sayfası oluşturulmuştur.

Acil Durum Kodları

Sağlıkta Ulusal Renkli Kodlarda (URK) yer alan her renkli kod için ayrı ortak bir numara belirlenmek suretiyle ulusal düzeyde uygulamada ortak bir dil oluşturulmuştur.

Numaralar kodların baş harflerine uygun olarak alfabetik sırayla verilmiştir.

Beuaz Kod 1111
Mavi Kod 2222
Pembe Kod 3333

Beyaz Kod Bildirim Süreci

Kamu ve özel sağlık kurum ve kuruluşlarında gerçekleşen şiddet olaylarında; yöneticiler tarafından 113 numaralı telefonla Bakanlık Beyaz Kod Birimi'ne bildirim yapılması gerekmektedir.

Şiddete uğrayan sağlık çalışanı tarafından da 113 numaralı telefona doğrudan bildirim yapılabilmektedir.
Yöneticiler, www.beyazkod.saglik.gov.tr adresinde bulunan Beyaz Kod Bildirim Formu'nu dolduracaklardır.
Aynı zamanda kurumun hukuk birimine ve adli mercilere intikal ettirilmesi gerekmektedir.
Özel sağlık kuruluşları da adli bildirim konusunda gerekli hassasiyeti göstermelidir.

Beyaz Kod ve Hukuki Yardım
Hukuki Yardımın Mahiyeti
Suç, sağlık hizmeti sunumu sırasında veya bu görevlerden dolayı işlenmişse karşılanabilecektir.
Hizmeti sunumu veya bu görevi ile ilgili olmak kaydıyla hizmet mahalli veya çalışma saati dışında gerçekleşen suçlar için de verilecektir.
Hizmet sunumu sırasında işlenen suç, görev ile ilgili olmasa dahi hukuki yardım kapsamında değerlendirilecektir.
İlgilinin yada kanuni mirasçılarının talepte bulunması gerekmektedir.
Personelin şüpheli yada sanık durumunda olmaması gerekmektedir.
Personel, bir olayda hem mağdur, hem de şüpheli veya sanık durumunda ise mağdur sıfatıyla hukuki yardım yapılır.

Hukuki Yardımın Sona Ermesi
İlgili personelin yada kanuni mirasçılarının taleplerini geri çekmesi. Adli mercilerce yapılacak tahkikat sonucunda personelin sanık durumuna gelmesi

Şiddet Karşı Sağlık Çalışanlarının Hakları
Hizmetten Çekilme Hakkı
Şiddete Uğrayan Sağlık Çalışanı
"Çalışan Güvenliği Genelgesi 6. Maddesi ve Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi 18.Maddesi"ne göre; acil verilmesi gereken hizmetler hariç hizmetten çekilme hakkına sahiptir. Ancak burada dikkat edilmesi gereken konu hizmetin aksamamasıdır...

2500 sağlık personelinden 2014 yılında Beyaz Kod'a ulaşmış olan 160 bildirim, 2015 yılı ilk altı ayında Beyaz Kod'a ulaşmış olan 132 bildirim değerlendirilmiştir.
2014 yılından dâhil edilen 160 Beyaz Kod bildiriminde şiddet mağduru olanların 21'i (%13,1) yardımcı sağlık personeli, 139'u(%86,9) hekimdir.
Bildirimlerin 140'ı (%87,5) sözel şiddet, 18'i (%11,3)fiziksel şiddet, 2'si(%1,2) hem sözel hem de fiziksel şiddet kaydı ile yapılmıştır.
Şiddet mağdurlarının 75'i (%46.9) hukuki yardım talep ederken, 85'u (%53.1) hukuki yardım talebinde bulunmamıştır.
Şiddet uyguladığı bildirilen kişilerin 75'i (%46,9) hakkında Cumhuriyet Başsavcılığına suç duyurusunda bulunmuştur.
Cumhuriyet Başsavcılığına suç duyurusunda bulunulan 75 Beyaz Kod bildiriminin 12'sine (%16) dair hüküm mahkeme kararı ile kesinleşmiştir.
Mahkeme kararı ile hükmü kesinleşen davaların 8'inde (%66,7) ceza kararı verilmiştir.
Şiddet bildirim gerekçelerinin 122'si (%76,2) iletişim kusurlarıdır.
2015 yılı ilk altı ayı kayıtlarından dâhil edilen 132 Beyaz Kod bildiriminde şiddet mağduru olanların 19'u (%14,4) yardımcı sağlık personeli, 113'ü (%85,6) hekimdir.
Bildirimlerin118'i (%89,4) sözel şiddet, 6'sı (%4,5) fiziksel şiddet, 8'i (%6,1) hem sözel hem de fiziksel şiddet kaydı ile yapılmıştır.
Şiddet mağdurlarının 90'ı (%68,2) hukuki yardım talep ederken, 42'i(%31,8) hukuki yardım talebinde bulunmamıştır.
Şiddet uyguladığı bildirilen kişilerin 127'si (%96,2) hakkında Cumhuriyet Başsavcılığına suç duyurusunda bulunmuştur.
Cumhuriyet Başsavcılığına suç duyurusunda bulunulan 127 Beyaz Kod bildiriminin 8'ine (%6,3) dair hüküm mahkeme kararı ile kesinleşmiştir.
Mahkeme kararı ile hükmü kesinleşen davaların 5'inde (%62,5) ceza kararı verilmiştir.
Şiddet bildirim gerekçelerinin 100'ü (%75,8) iletişim kusurlarıdır.

SOSYAL HİZMETLERDE ÇALIŞAN HAKLARI VE GÜVENLİĞİ

Mehmet Kürşat ALDEMİR
Sosyal Çalışmacı/Sosyal Hizmet Bilim Uzmanı

Sosyal Hizmetler Alanı

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, birey, aile, grup ve toplumu etkileyen sosyal sorunların önlenmesi ve çözümlenmesi amacıyla 3.6.2011 tarihinde 633 numaralı kanun hükmünde kararname ile kurulmuş bir Bakanlıktır.

Sosyal Hizmetler Kanununun(2828) üçüncü maddesinin "a" bendinde "Sosyal Hizmetler"; kişi ve ailelerin kendi bünye ve çevre şartlarından doğan veya kontrolleri dışında oluşan maddi, manevi ve sosyal yoksunluklarının giderilmesine ve ihtiyaçlarının karşılanmasına, sosyal sorunlarının önlenmesi ve çözümlenmesine yardımcı olunmasını ve hayat standartlarının iyileştirilmesi ve yükseltilmesini amaçlayan sistemli ve programlı hizmetler bütünü…" olarak tanımlanmıştır.

Aynı kanunun dördüncü maddesinin "j" bendinde "Sosyal hizmet kurum ve kuruluşlarında çalıştırılacak personelin seçim ve niteliklerinin tespitinde ve bunların hizmetiçi eğitim programlarının düzenlenmesinde bu kurum ve kuruluşların hizmet özellikleri dikkate alınır" denilmiştir.

Bu maddeden de anlaşılacağı üzere sosyal hizmet kuruluşlarında hizmet alanların ihtiyaçlarına uygun olarak çeşitli meslek mensupları çalışmaktadır.

Sosyal Hizmetler Alanında Çalışanların Genel Profili

Sosyal hizmetler alanında çalışanları çalıştıkları kurum ve kuruluşlara, hizmet verdiği sorun alanlarına, çalıştığı birimlere, istihdam biçimlerine ve mesleklerine göre beş biçimde sınıflandırabiliriz:

Çalışılan kurum ve kuruluşlara göre baktığımıza, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının merkez ve taşra teşkilatlarında çalışanlar sosyal hizmetler alanında çalışanların büyük kısmını oluşturmaktadır. Bakanlık haricinde diğer kamu kurum ve kuruluşları, belediyeler, vakıflar, dernekler ve özel kuruluşlar bünyesinde sosyal hizmetler alanında çalışan çok sayıda kişi olduğu bilinmektedir.

Sosyal hizmetler alanında çalışanları hizmet verdiği ihtiyaç gruplarına göre yoksulluk ve sosyal yardım alanında çalışanlar, çocuk, genç, kadın, engelli, yaşlı, şehit-gazi, aile ve toplum alanında çalışanlar olarak da sınıflandırabiliriz.

Çalıştığı birimlere göre sosyal hizmetler alanında çalışanları, merkez teşkilatı ve taşra teşkilatı olarak iki grupta değerlendirmemiz mümkündür.

İstihdam biçimlerine göre sosyal hizmetler alanında çalışanları kadrolu, sözleşmeli, hizmet alımı, ek ders karşılığı çalışan personel ve diğerleri olarak beş sınıfta değerlendirebiliriz.

Mesleklerine göre sosyal hizmetler alanında çalışanları, idareciler, mesleki personeller (sosyal çalışmacılar, psikologlar, çocuk gelişimciler, sosyologlar, psikolojik danışman ve rehberler), öğretmenler, sağlık personelleri(doktor, diş doktoru, hemşire, eczacı, fizyoterapist, diyetisyen, sağlık memuru vb), usta öğreticiler, din görevlileri, büro görevlileri, bakıcı personel, temizlik personeli ve teknik personel olarak sınıflandırmamız mümkündür.

Bakanlığın personel istatistiklerine göre merkez ve taşra birimlerinde toplam 35 bine yakın personel istihdam ettiği görülmektedir. Bu personelin 1/3'ü kadrolu çalışanlar oluştururken 2/3'ünün diğer istihdam biçimlerine göre çalıştırıldığı görülmektedir. Çalışanların yaklaşık yarısının ise özel hizmet alımı personelinden oluştuğu ortaya çıkmaktadır.

Bakanlığın merkez ve taşra birimlerinde kadrolu olarak en çok sosyal çalışmacı istihdam edilmekte olup bunu öğretmen ve hemşireler izlemektedir.

Çalışanların Hakları

BM. İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi'nin 23. Maddesine göre;

Her şahsın çalışmaya, işini serbestçe seçmeye, ve elverişli çalışma şartlarına ve işsizlikten korunmaya hakkı vardır.

Herkesin, hiçbir fark gözetilmeksizin, eşit iş karşılığında eşit ücrete hakkı vardır.
Çalışan her kimsenin kendisine ve ailesine insanlık haysiyetine uygun bir yaşayış sağlayan ve gerekirse her türlü sosyal koruma vasıtalarıyla da tamamlanan adil ve elverişli bir ücrete hakkı vardır.
Herkesin menfaatlerinin korunması için sendikalar kurmaya ve bunlara katılmaya hakkı vardır.
Çalışan haklarını düzenleyen diğer önemli üst hukuk düzenlemesi olarak Dünya Çalışma Örgütü(İLO) sözleşmeleri gösterilebilir.
İLO'nun politika alanları; Çocuk İşçiliği, İnsana Yakışır İş, İstihdam Teşviki, Eşitlik ve Ayrımcılık, Çevre Dostu İşler, İş Sağlığı ve Güvenliği, Sosyal Diyalog olarak yedi başlıkta incelenebilir.
Türkiye İLO Sözleşmelerinden 59'unu onaylamıştır. Temel sözleşme sayısı 8 olup Türkiye tamamını onaylamıştır. Yönetişim sözleşmeleri 4 adet olup 3 ü imzalanmıştır. Teknik sözleşme sayısı 177 olup 48 'ini onaylamıştır.
187 No'lu İş Sağlığı ve Güvenliğini Geliştirme Çerçeve Sözleşmesi 20 Şubat 2009'da yürürlüğe girmiştir. Sözleşmenin ikinci maddesinde amaç tanımlanmıştır. Buna göre;

1. Bu Sözleşmeyi onaylayan her üye, en fazla temsil kabiliyetine sahip işçi ve işveren kuruluşlarının temsilcilerine danışarak, ulusal politika, ulusal sistem ve ulusal program geliştirme yoluyla iş kazalarını, meslek hastalıklarını ve ölümleri önlemek için iş sağlığı ve güvenliğinin sürekli geliştirilmesine katkıda bulunacaktır.
2. Her üye, Uluslararası Çalışma Örgütü'nün (ILO) iş sağlığı ve güvenliğini geliştirme çerçevesi ile ilgili belgelerinde belirlenen ilkeleri dikkate alarak iş sağlığı ve güvenliği konusunda ulusal sistem ve ulusal programlar aracılığıyla, aşamalı olarak, güvenli ve sağlıklı bir çalışma ortamı tesis etmeye yönelik etkin tedbirler alacaktır.
3. Her üye, en fazla temsil kabiliyetine sahip işçi ve işveren kuruluşları temsilcilerine danışarak, ILO'nun iş sağlığı ve güvenliğine ilişkin sözleşmelerini onaylamak için ne tür tedbirlerin alınabileceği hususunu periyodik olarak gözden geçirecektir.
Özetle İLO sözleşmeleri de çalışanların haklarını ve güvenliğini temin etmek üzere önemli dayanaklar arasındadır.
İşyerlerinde Psikolojik Tacizin (Mobbing) Önlenmesi Başbakanlık genelgesi (2011/2) ile çalışanları ve iş verimliliğini olumsuz etkileyen mobbinge yönelik tedbirler uygulamaya sokulmuştur.
Genelgeye göre Mobbing, "Kasıtlı ve sistematik olarak belirli bir süre çalışanın aşağılanması, küçümsenmesi, dışlanması, kişiliğinin ve saygınlığının zedelenmesi, kötü muameleye tabi tutulması, yıldırılması ve benzeri şekillerde ortaya çıkan psikolojik taciz…" olarak tanımlanmıştır.

Çalışanların psikolojik tacizden korunması amacıyla aşağıdaki tedbirlerin alınması uygun görülmüştür.
1. İşyerinde psikolojik tacizle mücadele öncelikle işverenin sorumluluğunda olup işverenler çalışanların tacize maruz kalmamaları için gerekli bütün önlemleri alacaktır.
2. Bütün çalışanlar psikolojik taciz olarak değerlendirilebilecek her türlü eylem ve davranışlardan uzak duracaklardır.
3. Toplu iş sözleşmelerine işyerinde psikolojik taciz vakalarının yaşanmaması için önleyici nitelikte hükümler konulmasına özen gösterilecektir.
4. Psikolojik tacizle mücadeleyi güçlendirmek üzere Çalışma ve Sosyal Güvenlik İletişim Merkezi, ALO 170 üzerinden psikologlar vasıtasıyla çalışanlara yardım ve destek sağlanacaktır.
Çalışanların uğradığı psikolojik taciz olaylarını izlemek, değerlendirmek ve önleyici politikalar üretmek üzere Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı bünyesinde Devlet Personel Başkanlığı, sivil toplum kuruluşları ve ilgili tarafların katılımıyla "Psikolojik Tacizle Mücadele Kurulu" kurulacaktır.
6. Denetim elemanları, psikolojik taciz şikâyetlerini titizlikle inceleyip en kısa sürede sonuçlandıracaktır.
Psikolojik taciz iddialarıyla ilgili yürütülen iş ve işlemlerde kişilerin özel yaşamlarının korunmasına azami özen gösterilecektir.
8. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Devlet Personel Başkanlığı ve sosyal taraflar, işyerlerinde psikolojik tacize yönelik farkındalık yaratmak amacıyla eğitim ve bilgilendirme toplantıları ile seminerler düzenleyeceklerdir.
Sosyal hizmetler alanında çalışanların karşılaştıkları sorunlar, çalışanın özelliklerine, çalışılan kuruma, görevin niteliğine, hizmet verilen kişi, grup veya toplumun ve bölgenin koşullarına göre değişmektedir.

Memursen tarafından yapılan bir çalışmada; ASPB çalışanlarının temelde aşağıda belirtilen sorunları yaşadıkları belirlenmiştir.

1. Ücretlerin yetersizliği ve adaletsizliği,
2. Ulaşım ve servis imkânlarının yetersizliği,
3. Tayin ve atamalar,
4. Çalışma koşullarının zorluğu,
5. Şikâyetler,
6. Kaynak Yetersizliği,
7. Görev, yetki ve sorumluluklar,
8. Sosyal tesisler ve barınma olanaklarının kısıtlılığı,
9. Sürdürülebilir mesleki gelişim, eğitim ve kariyer olanaklarının yetersizliği,
10. Personel yetersizliği ve dengesiz dağılımı,
11. Tükenmişlik ve
12. Merkez teşkilatındaki sorunlar.

Memursen tarafından yapılan çalışmada, hizmet alım modelinin çalışanlar açısından taşıdığı aşağıdaki riskler belirlenmiştir:

1. Örgütlenme eksikliği (sendikalaşma eksikliği),
2. İş güvencesinin olmayışı,
3. Az personel çalıştırılması,
4. Aşırı iş yükü,
5. Performansın ölçülmesindeki zorluk,
6. Düşük ücret ve
7. Uzun çalışma süreleri.

Sosyal Hizmetler çalışanlarının karşılaştıkları temel sorunlar şunlardır:

1. Farklı istihdam biçimleri ve farklı ücretlendirme politikaları,
2. Aynı işi yapanlar arasında kariyer ve ücret farklılıklarının fazlalığı,
3. Görevde yükselme sınavlarının sık ve adil ölçütlerle yapılmaması,
4. Sosyal inceleme gibi saha çalışmalarında risklerin fazlalığı,
5. Nitelikli personelin azlığı,
6. İş yükünün fazlalığı,
7. Düşük ücretler,
8. Dış kurumlardan idareci atamalarının fazlalığı,
9. Kuruluşların içinde hizmet alanlardan kaynaklanabilecek risklerin fazlalığı,
10. Kuruluşların teknik alt yapı sorunlarından kaynaklı riskler,
11. Hizmet alanların yakınlarının oluşturduğu riskler,
12. Psiko-sosyal yıpranmanın ve psikolojik sorunlar gelişme ihtimalinin yüksekliği,
13. Tam gün esaslı hizmet sunumunun getirdiği riskler,
14. Toplumsal önyargıların ve tutumların getirdiği riskler,
15. Çocuk ve kadınları istismarı amaçlayan insan ticareti odaklarının getirdiği riskler,

Sonuç ve Öneriler

• Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğünce yayımlanan "Minimum Standartlar İzleme Ve Değerlendirme Programının Uygulanmasına Dair Yönerge" kapsamında Meslek Elemanlarının İş Tatmini ve İş Motivasyonunu Yükseltme İmkanlarını Değerlendirme çalışması yürütülmektedir.

• Minimum Standartlar İzleme ve Destekleme Programı'nın Meslek Elemanı modülünde "İzleme ve Destekleme" sekmesi, her bir meslek elemanı için kişinin hizmet içi eğitim ihtiyaçlarının karşılanması ile iş tatmininin ve motivasyonunun yükseltilmesine yönelik imkânların kuruluş yönetimi tarafından değerlendirilmesini öngörmektedir.

• Modül kapsamında, kuruluşlarda çalışan meslek elemanlarının iş tatminini ve iş motivasyonunu yükseltme doğrultusunda öncelikle dikkate alınabilecek önlemler şunlardır:

• Görev tanımlarını netleştirme, gözden geçirme

- Çalışma zamanını kontrol edebilmesine, zaman planlaması yapabilmense imkân verme
- İş yükünü azaltma
- Ödüllendirme
- Bir kariyer yoluna sahip olmasını sağlama
- İşinde daha özerk biçimde çalışabilmesini sağlama
- İşinde kendisine daha fazla sorumluluk verme
- Mesleki yeteneklerini geliştirebilmesi, araştırma ve öğrenim olanaklarına sahip olması
- İşteki güvenlik risklerinin azaltılması
- Kuruluşun personel ve donanım imkânlarının artması
- Çalışma arkadaşlarıyla daha destekleyici bir ilişki ortamının sağlanması
- Üstlerinden daha yapıcı ve destekleyici bir tutum görme
- Mesai arkadaşlarından takdir görme
- Ücretlerini arttırma,
- Güvenlik tedbirlerini artırma,
- Yıpranma payı verme.
- Bakanlık merkezinde Çalışan Hakları, Sağlığı ve Güvenliği Daire Başkanlığının oluşturulması ve bu kapsamda sahaya yönelik çalışmaların yürütülmesi sorunları önleyebilir.

KAMU ÇALIŞANLARI AÇISINDAN SENDİKAL BAKIŞ

Mustafa ÖRNEK
Sağlık-Sen Genel Başkan Yardımcısı

81 İLDE 91 ŞUBE
- 76 İlde Yetki.
- 3500 Temsilcisi.
- 220 Bin Üye.

Sendikal Temellerimiz
- Hizmet Sendikacılığı.
- Değerler Sendikacılığı.
- Vizyon Sendikacılığı.

Demokratik Toplumun ve Evrensel Hak Mücadelesinin Lokomotifiyiz
- Toplu sözleşme hakkını elde ettik.
- Siyaseti, millet egemenliğine sahip çıkmaya yönelttik.
- Başörtüsü özgürlüğüne öncülük ettik.
- Okullarda, hastanelerde özgürlükten, TBMM'de özgürlüğe kadar taşıdık.
- Kardeşlik projesi olarak gördüğümüz çözüm sürecine öncülük ettik.
- Zulüm içinde inleyen mazlum milletlere elimizi uzattık.

Vazifemizi gerçekleştirirken kullandığımız Hak Arama Mücadele Zeminlerimiz;
- Toplu Sözleşme.
- Kamu Personel Danışma Kurulu Toplantıları.
- Kurum İdari Kurulu Toplantıları.
- Bürokrasi ve Siyaset ile Her Türlü Müzakere Zemini.
- Eylemler.

SAĞLIK-SEN STRATEJİK ARAŞTIRMALAR MERKEZİ (SASAM ENSTİTÜSÜ)

SASAM, sağlık, sosyal politika ve işgücü politikalarına ilişkin küresel ölçekte ve Türkiye ölçeğinde kanıta dayalı bilgi üreten, bu politikalara yön veren alanında ilk ve tek strateji kuruluşudur.

TOPLU SÖZLEŞME KAZANIMLARIMIZ

Genele İlişkin Toplu Sözleşme Kazanımlarımız

1. MAAŞA YÜZDELİK ZAM

Bütün kamu görevlilerine; 2016 yılı için yüzde 6+5, 2017 için yüzde 3+4 zam elde ettik. Enflasyon farkı oluşması halinde her iki yıl için de fark ödenecek.

2. EMEKLİ MAAŞ VE İKRAMİYESİ

Tüm çalışanlarımızın emekli maaşlarının ve emekli ikramiyesinin artmasını sağlayacak Özel Hizmet Tazminatı yansıtma oranlarının 15 puan artırılmasını sağladık (Kazanımımız sayesinde emekli ikramiyesinin 3800 TL, emekli maşlarının 100 TL artırılmasını sağladık.).

3. 2005'TEN SONRA MEMUR OLANLARA 1 DERECE

Hizmet kolumuza bağlı Sağlık Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Adli Tıp Kurumu ve Üniversite Hastanelerinde 2005 yılından sonra göreve başlayan 300 bin çalışanımıza 1 Derece kazandık. (Kazanımımız sayesinde düşülen dereceye göre 250 TL'ye kadar ek kazanç elde edecek.)

4. 4/C'LİLER VE DİĞER SÖZLEŞMELİ KAMU GÖREVLİLERİNE KADRO

Kazanımımız sayesinde 4/C'lilerin ve memur görevi ifa eden işçilerin kadroya geçirilmesi ile ilgili çalışma yapılacak.

5. 4/C'LİLERE EK ÖDEME

Kazanımımız sayesinde ek ödeme alamayan 4/C' lilere 150 TL ek ödeme yapılmasını sağladık.

6. CUMA NAMAZI İZNİ

Cuma Namazı saatinde kamu görevlileri 2 saat izinli sayılacak.

7. ŞEF VE SİVİL SAVUNMA UZMANLARINA EK PUAN

Şeflerin özel hizmet tazminatlarına ek 7, Sivil Savunma Uzmanlarının özel hizmet tazminatlarına ek 5 puan aldık (Kazanımımız sayesinde Şef 56 TL ve Sivil Savunma uzmanları 40 TL ek ücret elde edecek.).

8. EŞ DURUMUNDA 3 YIL ŞARTI 1 YILA İNDİRİLDİ

Eşi özel sektörde çalışan kamu görevlilerinin 3 yıl kesintisiz SGK'lı olma şartı 2 yılda 360 gün olarak değiştirilerek eş durumu tayin çilesi sona erdi. Toplu sözleşme masasında sözünü aldığımız değişiklik 25 Ağustos 2015 tarihli Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe girdi.

HİZMET KOLU TOPLU SÖZLEŞME KAZANIMLARIMIZ

I. ve II. Dönemde 16 madde
III. Dönemde 17 madde
TOPLAM : 33 madde

3. Dönem Toplu Sözleşme Kazanımlarımız

1. DÖNER SERMAYE KATSAYILARINA ARTIŞ

Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarında çalışan personelin döner sermaye tavan katsayısının 1.50'den 1.70'e çıkarılmasını ve hizmet alanı kadro unvan katsayılarının 0,05 puan artırılmasını sağladık (350 bin sağlık çalışanını ilgilendiren bu kazanım ile GİH, TH, YH sınıfına 100 TL'ye kadar, sağlık hizmetleri sınıfına 200 TL'ye kadar ek ödeme kazandık.).

2. YILLIK İZİNLERDE DÖNER SERMAYE KESİNTİSİ

Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarında, Üniversite Hastaneleri'nde ve Adli Tıp Kurumu'nda görev yapanların ayda 5 güne, yılda 10 güne kadar olan yıllık izinlerinde döner sermayeden kesinti yapılmayacak (Kazanımımız sayesinde Hekimlerde 150-500 TL, hekim dışında 50-150 TL zararı ortadan kaldırdık.).

3. YIPRANMA PAYI

2016 yılından itibaren uygulanmak üzere sağlık çalışanlarına yıpranma payı verilmesi için Bilim Kurulu kurulmasını sağladık.

4. ASPB'DE NÖBET ÜCRETLERİ

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nda nöbet tutan çalışanların nöbet ücretlerinin her nöbet günü için 4 saate haftada 12 saate çıkarılmasını sağladık (Kazanımımız sayesinde Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nda nöbet tutan yaklaşık iki bin personel 200 TL'ye kadar ek kazanç elde edecek.).

5. UZMAN EBE VE UZMAN HEMŞİRELİK

Kanunla belirtilen uzman hemşirelik ve uzman ebelik şartlarını taşıyanların özel hizmet tazminatlarının 5 puan artırımlı ödenmesini sağladık (Kazanımımız sayesinde uzman ebe ve uzman hemşireler 40 TL'ye kadar ek kazanç elde edecek.).

6. AFAD'A BAĞLI KAMPLARIN BULUNDUĞU İLLERİN TAVAN KATSAYISI

AFAD'a bağlı kampların bulunduğu illerde görev yapan hekim dışı sağlık çalışanlarının tavan katsayılarını 1.80'e çıkarılmasını sağladık (Kazanımımız sayesinde bu illerde görev yapan sağlık çalışanlarının 200 TL'ye kadar ek kazanç elde edecek.).

7. 112 PERSONELİNE NAKDİ YEMEK YARDIMI

Yemek hizmetinden faydalanamayan 112 personeline nakdi yemek yardımı yapılmasını sağladık (Kazanımımız sayesinde yemek hizmetinden yararlanamayan 112 personeline 174 TL nakdi yemek bedeli ödenecek.).

8. ÜNİVERSİTE HASTANELERİNİN TAVAN KATSAYILARI

Üniversite hastanelerinde görev yapan sağlık personelinin tavan katsayılarının 1.50'den 1.70'e çıkarılmasını sağladık (Kazanımımız sayesinde GİH, TH, YH sınıfına 100 TL'ye kadar, sağlık hizmetleri sınıfına 200 TL'ye kadar ek ödeme kazandık.).

9. ÜNİVERSİTE HASTANELERİNİN DÖNER SERMAYE KATSAYILARI

Üniversite hastanelerinde görev yapanların döner sermaye katsayılarının YÖK ile birlikte daha adil bir şekilde yeniden değerlendirilmesi kararını aldırdık.

10. ADLİ TIP KURUMU'NUN TAVAN KATSAYISI

Adli Tıp Kurumunda görev yapan personelden tavan katsayısı 1.50 olanların tavan katsayılarının 1.70'e çıkarılmasını sağladık! (Kazanımımız sayesinde Adli Tıp Kurumu personeli 150 TL'ye kadar ek kazanç elde edecek.)

11. ADLİ TIP KURUMU'NDA NÖBET TUTANLARIN KATSAYISI

Adli Tıp Kurumu'nda ölüm raporu ve otopsi nöbeti tutan çalışanların tavan katsayılarının yüzde 10 artırılmasını sağladık (Kazanımımız sayesinde hekimler 500 TL'ye kadar, diğer çalışanlarımız 150 TL'ye kadar ek kazanç elde edecek.).

12. ENTEGRE HASTANELERİN ÖZELLİKLİ BİRİM KATSAYISI

Halk Sağlığı Kurumu'na bağlı entegre hastanelerin özellikli birim kadro unvan katsayıları 0,40'dan 0,50'ye çıkarıldı (Kazanımımız sayesinde entegre hastanelerin özellikli biriminde görevli bir sağlık çalışanı 350 TL'ye kadar ek kazanç elde edecek.).

13. ÜÇÜNCÜ SEVİYE ACİL SERVİS VE YOĞUN BAKIMLARA EK PUAN

Üçüncü seviye acil servis ve üçüncü seviye yoğun bakımlara döner sermayede 0,10 ek puan aldık (Kazanımımız sayesinde bu birimde görevli bir sağlık çalışanı 250 TL'ye kadar ek kazanç elde edecek.).

14. ÜÇÜNCÜ BASAMAKTA GÖREV YAPAN UZMAN HEKİMLERİN DÖNER SERMAYE KATSAYISI

Üçüncü basamak sağlık tesislerinde görev yapan uzman hekimlerin hizmet alanı kadro unvan katsayılarını 2.50'ye çıkarılmasını sağladık (Kazanımımız sayesinde bu birimde çalışan bir uzman hekim 350 TL'ye kadar ek kazanç elde edecek.)

15. 112 SORUMLU SAĞLIK PERSONELİNE DÖNER SERMAYE KATSAYISI

112 Acil Sağlık İstasyonu sorumlu sağlık personelinin hizmet alanı kadro unvan katsayısını 0.50'ye çıkarılmasını sağladık (Kazanımımız sayesinde 112 Acil Sağlık İstasyonu sorumlu sağlık personeli 400 TL'ye kadar ek kazanç elde edecek.

16. ÇEVRE SAĞLIĞI VE TÜTÜN DENETİMİ YAPANLARA EK PUAN

Çevre Sağlığı ve tütün denetimi yapan personele yüzde 5 ek puan aldık (Kazanımımız sayesinde bu birimde görevli bir sağlık çalışanı 100 TL'ye kadar ek kazanç elde edecek.).

17. GEÇİCİ GÖREVLENDİRİLENLERİN DÖNER SERMAYESİ

Komisyon kararı aranmaksızın re'sen geçici görevlendirilenlere kadrosunun bulunduğu kurum veya görevlendirildiği kurumdan hangisinin döner sermayesi yüksek ise oradan döner sermaye ek ödemesi yapılacak.

DİĞER KAZANIMLARIMIZ

LİSANS TAMAMLAMA

19 Kasım 2014 tarih ve 6569 sayılı Kanunun ile 2547 sayılı Yükseköğretim Kanuna eklenen geçici 69. madde ile lisans tamamlama yasalaşmıştır.

"Bu maddenin yürürlüğe girdiği tarih itibarıyla sağlık alanında ön lisans diploması alanlardan ebelik ve hemşirelik programlarından mezun olanlara kendi alanlarında, diğerlerine ise Yükseköğretim Kurulunun belirleyeceği, ebelik ve hemşirelik programları dışındaki ilişkili alanlarda lisans tamamlama eğitimi yaptırılır. Bu eğitimler, Yükseköğretim Kurulunun belirleyeceği alanlarda uzaktan eğitim yöntemleri ile verilebilir. Uygulama eğitimleri için Sağlık Bakanlığı ile Yükseköğretim Kurulu iş birliği yapar. Bu eğitimlerin usul ve esasları Yükseköğretim Kurulunca belirlenir."

YÖK tarafından, 23.07.2015 tarihinde "Sağlık Önlisans Alanlarından Mezun Olanlara Lisans Tamamlama İle İlgili Duyuru" yayımlanmıştır.

2015-2016 eğitim öğretim yılı için açılacak lisans tamamlama programlarına başvurular e-Devlet şifresiyle 3-14 Ağustos 2015 tarihleri arasında internet adresinden alınacağı ifade edilmiş ve süreç başlatılmıştır.

Genel Merkezimiz hem başvuru hem tercih hem de yerleşme aşamasında ve uygulamanın farklı süreçlerine, web, telefonla ve yüz yüze görüşme yoluyla lisans tamamlamadan yararlanacak adaylara kılavuzluk etmiştir.

Ebelik-Hemşirelik, Sağlık Yönetimi, Sosyal Hizmet, Acil ve Afet Yardım, Beslenme ve Diyetetik, Biyoloji, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon bölümlerine bu kapsamda 100 bin civarında başvuru oldu.

Yaklaşık 80.000 kişinin tercih yaptığı uygulamada bu yıl için 40.000 civarında kontenjan açıldı.

İlk uygulama yılı olmasının getirdiği bazı zorluklar ve mağduriyetler yaşandı.

Bu sıkıntılar için gerek YÖK gerekse ilgili üniversitelere başvurarak mağduriyetlerin giderilmesini sağladık, sağlıyoruz.

Bu günlerde Malatya İnönü Üniversitesinde staj uygulamaları mağduriyeti ve Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi "Beslenme ve Diyetetik" Uzaktan Eğitim Bölümünde yaşanan ağırlıklı yüz yüze eğitim mağduriyeti için; YÖK, Üniversiteler ve Sağlık Bakanlığı nezdinde görüşmeleri sürdürüyoruz.

DAĞITILABİLİR DÖNER SERMAYE SORUNU

Bu yazıyla sabit ek ödemelerin toplamının, dağıtılabilir döner sermaye tutarından yüksek olduğu hastanelerde veya sabit ek ödeme ve dağıtılan döner sermaye toplamının dağıtılabilir döner sermaye tutarından yüksek olduğu hastanelerde dağıtılacak döner sermaye hesabında; dağıtılabilir döner sermayeyi geçmemeleri gerektiği, Sayıştay raporlarına atıf yapılarak vurgulamıştı.
Böylelikle Türkiye genelindeki 120 hastanede, hekimler dâhil tüm çalışanlar sabit üzeri döner sermaye alamayacaklardır. Yine; Türkiye genelinde 300'ün üzerinde hastanede, hekim dışı sağlık çalışanları döner sermaye alamayacak, hekimlerin de döner sermayelerinde 1000 TL'nin üzerinde düşüşler olacaktır.
Sorunun çözümü için Sayıştay ve Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu yetkilileri ile görüştük.
Mağduriyetlerin yaşanmaması için hastanelerin dağıtılabilir döner sermaye tutarının, yeni uygulamayla düştüğü oranda hesap edilen hazine hissesi oranı aşağı çekilerek hesaplanacak.

GÖREVDE YÜKSELME

Görevde Yükselme ve Unvan Değişikliği Sınavı 28 Haziran 2015 tarihinde yapıldı.
Şube Müdürlüğü için sorulan soruların diğer kadrolar için de sorulması, soruların zor olması, hatalı sorular olması nedeniyle birçok kadro boş kaldı.

AİLE HEKİMLERİNİN ZORUNLU MALİ SORUMLULUK SİGORTASI PRİMLERİ

Kazandığımız dava ile aile hekimlerinin zorunlu mali sorumluluk sigortası primlerinin yarısının devlet tarafından ödenmesini sağladık.
Girişimlerimiz sonucu, Tebliğe eklenen hüküm ile 21 Temmuz 2010'dan itibaren ödedikleri primlerinin yarısının da dava açılmasına gerek olmaksızın iadesini sağladık.

TEK BİRİMLİ ASM'LERDE ÇALIŞANLARIN YILLIK İZİNLERİNDE ÜCRETLERİNİN KESİLMESİ

Aile Hekimliği Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliğinde 16 Nisan 2015 tarihli Resmi Gazetede yapılan değişiklik ile tek birimli aile sağlığı merkezlerindeki aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının yıllık izinlerinin ilk yedi günü ücretlerinden kesinti yapılmayacağı düzenlenmiştir.

ÜST ÖĞRENİM SORUNU

Sağlık-Sen'in 05.09.2013 tarihli yazısı üzerine Sağlık Bakanlığı'nın Maliye Bakanlığı'ndan aldığı 17.03.2014 tarihli görüş ile sağlık çalışanlarının, sağlık hizmetlerine ait bir yüksek öğrenimi bitirmeleri halinde, bu bölümden mezun olmanın getirdiği mali haklardan faydalanabilmesi sağlandı.

NÖBET ÜCRETLERİNE %50 ZAM

657 sayılı Kanunun Ek 33. maddesinde 15 Nisan 2015 tarihli Resmi Gazetede yayımlanan Kanun ile yapılan değişiklik üzerine nöbet ücretlerine %50 zam yapıldı.

NİSAN 2015 KİK KAZANIMLARIMIZ

Aynı kurumda çalışan eşlerin nöbetleri aile bütünlüğü göz önünde tutularak koordine edilecek.
112 çalışanlarının görevlendirmelerinde yaşanan gün ve yolluk sorunu çözüldü. Aylık görevlendirmelerde gün sayısına göre değil, görevlendirme süresine göre yolluk ödenecek.
Kazaya karışan ambulanslardaki değer kaybının çalışanlardan alınmaması, sigorta şirketlerinden alınması için çalışma yapılacak.
Spor müsabakalarına katılan sağlık çalışanlarına ödeneklerin tam olarak ödenmesi sağlanacak.
Sağlık personeline yaptırılan zorunlu sağlık kontrollerinde sağlık çalışanları katılım payı ödemeyecek.
Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşları merkez teşkilatlarında şube müdürlüğü kadrosu ihdasının yapılmasına karar verildi.
Sağlık çalışanlarına muayene önceliği verilmesi için çalışma yapılacak.
Genel sekreterlik ve İl Müdürlüklerinin atama taleplerini bekletmeden Bakanlığa göndermesi için illere yazı yazılmasına karar verildi.

4/B SİGORTA PRİM KESİNTİLERİNİN İADESİ

Kadroya geçen 4/B lilerin 2006-2011 yıllarında ek ödemelerinden kesilen sigorta primlerinin iadesi için açtığımız davada Şanlıurfa İdare Mahkemesi geriye dönük yasal faizi ile birlikte iadesine karar verdi ve bu karar Yargıtay 21. Daire tarafından onandı.

SAĞLIK BAKANLIĞI'NDA ÇALIŞAN HAKLARI VE GÜVENLİĞİ SÜRECİ

Sedat GÜLAY
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Tüketici Ve Çalışan Güvenliği Başkan Yardımcılığı
Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Daire Başkanlığı

Sağlık Kurumlarında Şiddet

Sağlık çalışanlarının sundukları hizmetten sırasında karşılaşabilecekleri, fiziki veya psikolojik açıdan zarar görmeleriyle sonuçlanan/sonuçlanması muhtemel olan sözlü veya fiili davranışlardır.

Sağlık kurumlarında hekime ve sağlık çalışanlarına yönelik şiddet son yıllarda artış göstermektedir. Sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddetin en önemli özelliği şiddetin diğer iş yerlerine göre oldukça fazla olması ve daha az kayıta alınmasıdır.

Elliot'un yaptığı bir çalışmalarda sağlık kurumunda çalışmanın diğer işyerlerine göre şiddete uğrama yönünden 16 kat daha riskli olduğu gösterilmiştir.*

*ANNAGÜR, B., (2010). Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. Current Approaches In Psychiatry 2010; 2(2):161-173.

BEYAZ KOD DAYANAĞI

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne, 663 Sayılı KHK'nın 8'inci maddesinin 1'inci fıkrasının (d) bendi ile " Hasta hakları ile hasta ve çalışan güvenliğine yönelik düzenleme yapmak." yükümlülüğü verilmiştir.

Sağlık çalışanlarının güvenliğinin sağlanmasına yönelik olarak 14.05.2012 tarihli ve 2012/23 sayılı "Çalışan Güvenliğinin Sağlanması" Genelgesi ile; ülke genelinde sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddete ilişkin iş ve işlemleri yürütmek üzere Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde Beyaz Kod Birimi kurulmuştur.

2014 başından itibaren Bakanlık Hukuk Müşavirliğine devredilmiştir.

2012/23 sayılı Genelge ile;

a) Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlamasına Dair Yönetmelik doğrultusunda;

1- Çalışan Güvenliği Komitesinin kurulması,
2- Çalışan Güvenliği programının hazırlanması,
3- Çalışanlara yönelik şiddetin önlenmesi için düzenleme yapılması,
4- Beyaz Kod uygulamasına geçilmesi,
5- Çalışanlara , çalışan güvenliği konusunda eğitimlerin verilmesi.

b) Kurumlarda çalışma ortamında şiddet ve iletişim konularını da kapsayacak şekilde risk değerlendirmesi yapılarak gerekli tedbirlerin alınması.

c) Sağlık Tesislerinde Acil Servisler başta olmak üzere riskli alanlarda güvenlik personeli ve güvenlik kamerası bulundurulması istenmiştir.

Başlatılmış olan, Emeğe saygı şiddete sıfır tolerans kampanyasının ve devamı Hasta ve çalışan güvenliği sempozyumlarının devamı vurgulanmıştır.

Genelgede;

1- Beyaz Kod uygulaması; beyaz kod işleyişi düzenlemiş, analizlere göre tedbir alınması istenmiştir.
2- Çalışan hakları ve güvenliği birimleri; Hizmet birimleri kurdurulmuş ve standartları oluşturulmuştur.
3- Risk değerlendirmesi ve güvenlik tedbirleri; Risk değerlendirme ve güvenlik önlemleri tanımlanmıştır,
4- Çalışanların eğitimi; İletişim becerileri, öfke kontrolü gibi eğitimler verilmesi amaçlamıştır.
5- Hasta ve hasta yakınlarının bilgilendirilmesi; Vatandaşları hizmet prosedürü, çekilme hakkı yargılanma gibi hususlarda afiş broşür vb. ile bilgilendirme amaçlanmıştır.
6- Hizmetten çekilme; Şiddete uğrayan personele hizmetten çekilme yolu açılmıştır.
7- Bildirim süreci ve hukuki yardım; ''113'' ve www.beyazkod.saglik.gov.tr tanımlanmış, hukuki yardımın esasları belirtilmiştir.

BEYAZ KOD MEVZUATI-1

• 14.05.2012 tarihli ve B.10.0.SHG.0.21.00.00-951.99-6665 (2012/23) sayılı "Çalışan Güvenliğinin Sağlanması" Genelgesi.

• 28.04.2012 tarihli ve 28277 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan "Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik".

• 17.04.2013 tarihli ve 11045126-659-9854 (2013/2) sayılı "Hukuki Yardım ve Beyaz Kod Uygulaması Genelgesi",

• 26.04.2012 tarihli ve B.05.1.EGM.0.11.49761 (Bakanlık Genelge Nu.: 2012/22, EGM Genelge Nu.: 2012/39) sayılı "Sağlık Çalışanlarına Karşı İşlenen Suçların Soruşturulması".

BEYAZ KOD MEVZUATI-2

Türk Ceza Kanunu'nun:

Yaralama (Madde 86-87), Tehdit (Madde 106) ve Hakaret (Madde 125) maddelerinde tanımlanan suçlar adli mercilerce değerlendirilmektedir. Ayrıca, Başkanlığımızca birinci basamak sağlık kuruluşları için 26.11.2015 tarihli ve 90611027-010.07.01-E-801 sayılı "Beyaz Kod Uygulaması" talimatı hazırlanmıştır.

BEYAZ KOD

Bakanlık tarafından, 24 saat hizmet verecek "113" numaralı telefon ve "www.beyazkod.saglik.gov.tr" internet sayfası oluşturulmuştur.

BEYAZ KOD İŞLEYİŞİ

Kamu ve özel tüm sağlık kurum ve kuruluşlarında gerçekleşen şiddet olayları, yöneticiler veya bizzat şiddete maruz kalan çalışan tarafından "113" numaralı telefon veya "www.beyazkod.saglik.gov.tr" internet adresine ulaşılarak Bakanlık Beyaz Kod Birimine bildirilir. "Beyaz Kod Bildirim Formu" doldurulur.

ELEKTRONİK ORTAMDA BEYAZ KOD BİLDİRİMİ

BEYAZ KOD BİLDİRİM FORMUNUN DOLDURULMASI

1. http://www.beyazkod.saglik.gov.tr sayfasına girilerek " Giriş " butonuna basılır.2- Çıkan sayfadaki "Üye Olun" butonuna basılır.
2. Açılan ekrandaki bilgiler doldurularak yeni hesap oluşturulur.
3. Tekrar giriş sayfasına gidilir ve kullanıcı adı- şifre bilgilerini doldurarak giriş yapılır.
4. Yeni çıkan ekranda üst sıradaki "bildirim formu" kısmına girilerek "Bildirim Formu 1" doldurulur. Gerekli bilgilerin tamamlanmasının ardından gönder butonuna basılır.

İLLERDE BEYAZ KOD İŞLEYİŞİ

İLGİLİ KURUM YÖNETİCİSİNE VE ŞİDDET MAĞDURUNA BİLGİ VERİLMESİ

Olayın ihbarı ile 113 Bakanlık Beyaz Kod Birimi şiddet mağdurunu ve/veya olayın olduğu ildeki 113 birim amirini arayarak detaylı bilgi alır ve olayın ilgili kurumun hukuk birimine ve adli mercilere intikal ettirilip ettirilmediğini sorgular. Alınan bilgiye göre Bakanlık Beyaz Kod Birimi, yöneticilere ve/veya ilgili personele hukuki süreçle ilgili rehberlik yapar.

SUÇ DUYURUSUNDA BULUNULMASI

Kamu görevlilerine karşı işlenen şiddet olaylarının takibi şikâyete bağlı olmadığından, ilgili personelin şikâyetinin olup olmadığına bakılmaksızın yöneticiler olayı mutlaka adli mercilere intikal ettirirler.

Şiddet mağduru, kurum yöneticileri (TSM, HSM veya İl Sağlık Müdürlüğündeki) veya kolluk kuvvetlerince adli mercilere suç duyurusunda bulunulabilir.

Eğer şiddet anında veya daha sonraki süreçte kolluk kuvvetlerine başvurulmuş ise tutulan tutanağın bir sureti alınmalıdır. Bu belge TSM'ye verildiğinde TSM veya HSM tekrar suç duyurusunda bulunmaz.

TSM'YE EVRAKIN VERİLMESİ

Şiddet olayları sonrasında, tutulan tutanaklar (olayla ilgili kişi ve görgü tanıklarının tutanakları ile eğer başvurulduysa kolluk kuvvetlerince tutulan tutanaklar), şikâyet dilekçesi ve eğer fiziki şiddet mevcutsa alınan adli rapor TSM'ye verilir.

TSM tarafından şiddet mağdurunun hukuki ve/veya psiko-sosyal destek isteyip istemediği sorularak, istemesi durumunda talebi dilekçeye eklenir.

Eğer aile hekimliği biriminde çalışan sağlık personeline karşı bir şiddet gelişmiş ise Aile Hekimliği Uygulama

Yönetmeliği kapsamında şiddet uygulayan kişi veya kişilerin ilgili Aile Hekimi Biriminden ilişiğinin kesilmesi talebi de dilekçede belirtilir.

HUKUKİ YARDIM

TSM' de evrakın düzenlenerek halk sağlığı müdürlüğüne gönderilmesi ardından HSM düzenlenmiş olan dosyayı 113 il koordinatörlerine (avukatlar) iletir. Hukuki süreç başlar.

Şiddet olayları için Bakanlık hukuk birimleri, işlenen suçtan mağdur olan Bakanlık çalışanına veya vefatı hâlinde kanuni mirasçılarına bir avukatın hukuki yardımını isteyip istemediğini sorar.

Talep etmeleri halinde Bakanlık avukatlarınca ilgili çalışana 28.04.2012 tarihli ve 28277 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan "Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik"in 5'inci maddesi çerçevesinde hukuki yardım yapılmasını sağlar.

MADDE 5 – (1) Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarda görev yapan personele veya bunların vefatı halinde kanuni mirasçılarına bu Yönetmelik kapsamında hukuki yardımda bulunulabilmesi için aşağıda belirtilen hallerin gerçekleşmiş olması gerekir:

a) Sağlık hizmeti sunumu sırasında veya bu görevlerinden dolayı personele karşı kanunlarda suç olarak tanımlanan bir fiilin gerçekleştirilmiş olması.

b) İlgilinin veya kanuni mirasçılarının talepte bulunması.

c) İlgili personelin soruşturma safhasında şüpheli, kovuşturma safhasında ise sanık durumunda bulunmaması.

(2) Personelin, bir olayda hem mağdur hem de şüpheli veya sanık durumunda olması halinde mağdur sıfatıyla hukuki yardım yapılır.

BEYAZ KOD ve AİLE HEKİMLİĞİ BİRİMİNE KİŞİ KAYDI

Sağlık hizmeti sunumu sırasında meydana gelen şiddet olayının adli veya mülki idare makamlarınca verilen belgeyle belgelendirilmesi durumunda, aile hekimi veya aile sağlığı elemanına şiddet uygulayan kişinin müdürlükçe mevcut aile hekiminden kaydı silinir.

Bu şekilde kaydı silinen kişinin, aynı iş günü içerisinde yeni aile hekimi seçmemesi durumunda ikamet ettiği bölge göz önünde bulundurulmak suretiyle kayıtlı nüfusu en düşük aile hekimine müdürlükçe kaydı yapılır.*

*25.01.2013 Tarih ve 28539 sayılı Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Madde 8 fıkra (2).

SAĞLIKTA ŞİDDETİN AZALTILMASI -1

25.01.2013 Tarih ve 28539 sayılı Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin 8'inci maddesinin 2'nci fıkrasında, şiddet uygulayan hasta ve hasta yakınının aile hekimi biriminden ilişiğinin kesilmesi konusu düzenlenmiştir.

Haftalık olarak 113 Beyaz Kod raporları hazırlanmakta ve özellikle şiddet sebepleri ve şiddet artan bölgelerle ilgili değerlendirmeler yapılarak o ilin halk sağlığı müdürlerindeki ilgililerle iletişime geçilmektedir.

Vaka bazında çalışanların tekrarlayan şiddetten korumak adına il düzeyinde mülki amirler nezdinde girişimde bulunulması temin edilmektedir.

SAĞLIKTA ŞİDDETİN AZALTILMASI-2

"Çalışan Hakları Birimleri "aracılığı ile şiddet olgularına daha hızlı müdahale edilmesi ve hukuki daha kısa sürede "Hukuk Birimine" taşınması sağlanmasına çalışılmaktadır.

Sağlıkta bilinçlenmenin çocukluk çağlarında başladığı düşünülerek Millî Eğitim Müfredatına özellikle "Hasta haklarının ve sağlık kurumlarındaki işleyişin" anlatıldığı bilgilerin koyulması yönünde öneride bulunulmaktadır.

Ayrıca, sağlık çalışanlarının iletişim, öfke kontrolü vb. konularda bilgilenmesi ve bilinçlenmesi desteklenmektedir.

113 BEYAZ KOD UYGULAMASIDA PROBLEMLER VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ-1

Beyaz Kod Birimi, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne bağlı olarak kurulmuş olup 2014 başında Bakanlık Hukuk Müşavirliğine devredilmiştir.

İllerdeki koordinasyonun il sağlık müdürlüklerinde olması ve Beyaz Kod sayfasının sadece bu koordinatör avukatlarca görülebilmesi sebebiyle halk sağlığı müdürlüklerindeki ilgili kişiler vakayı şiddet mağduru başvurduğu, medyanın işe karıştığı veya merkezden tarafımızdan bildirildiği durumlarda öğrenebilmektedirler.

Bu sebeple, halk sağlığı müdürlüklerinde de Beyaz Kod sayfasının görülebilmesi ve ildeki vakaları takip ede-

bilmesi için yetki tanımlaması yapılması uygun olacaktır (Çalışmalar var).
Ancak, bu hizmetin Bakanlıkta tek elden yürütülmesi işlerin eş güdümü açısından daha uygun gözükmektedir.

113 BEYAZ KOD UYGULAMASIDA PROBLEMELR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ-2

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünün 113 Beyaz Kod sayfasında birinci basamak sağlık kurumlarına bağlı birimlerin (Entegre Hastaneler, KETEM, Verem Savaş Birimleri, Halk Sağlığı Müdürlükleri, Toplum Sağlığı Merkezleri….) Beyaz Kod sayfasındaki kurum türleri içerisinde yer almamaktadır. Bu nedenle Kurumumuzun rakamları ile Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüklerinin rakamları arasında uyumsuzluk olmaktadır.
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünün Sağlık Bakanlığına bağlı kurum ve kuruluşlarla işbirliği yapması 113 Beyaz Kod sayfasında yapılacak değişikliklerle bu tür sorunlar ortadan kalkması mümkün olacaktır.
(PROBLEMİN ÇÖZÜMÜNE YÖNELİK YAZILIM TAMALANDI)

113 BEYAZ KOD UYGULAMASIDA SORUNLAR ve ÇÖZÜM ÖNERİLERİ-3

Çalışanların şiddet vakasıyla karşılaştıklarında neler yapması gerektiği hususunda bilgilenmeler henüz devam etmektedir.
Özellikle yeni başlayan sağlık çalışanlarına verilen hizmet içi eğitimlerin kapsamına 113 ile ilgili bilgilerin eklenmesi ve iletişim derslerinin artırılması sağlanmalıdır.
Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında güvenlik eksiklikleri mevcuttur.
Şiddet uygulayanların cezalandırılacağına dair toplumun bilgilenmesi ve şiddet olayı kadar şiddet uygulayana verilen cezaların da basına yansıması caydırıcılığın sağlanması açısından etkili olacaktır.
ANCAK, İŞİN ESASI İLK OKULDAN İTİBAREN TOPLUM BİLİNÇLENMESİNİN SAĞLANMASIDIR.

Beyaz Kod uygulamasının başladığı 01/06/2012 tarihinden 26/11/2015 tarihine kadar toplamda 37.922 başvuru yapılmıştır. Bu başvuruların 4.907'si birinci basamak sağlık hizmetleri sunumunda görev alan personele karşı gerçekleşen şiddetin bildirimleridir.
01/06/2012 tarihinden 26/11/2015 Birinci basamaktaki başvuruların 2.380'i adli mercilere, 2.544'ü hukuk birimine intikal etmiştir. 302'sinde soruşturma iddianamesi hazırlanmış olup kovuşturma sonucu 193'ü mahkumiyet ile sonuçlanmıştır. Birinci basamak bildirimleri tüm bildirimlerin yaklaşık % 13'ünü oluşturmaktadır..

- 2015 yılında birinci basamak sağlık çalışanları tarafından yapılan bildirimlerin illere göre dağılımına bakıldığında başvuruların % 33'ü İstanbul ilinden yapılmıştır. Birinci basamakta 2015 yılında şimdiye kadar Kilis ve Kırıkkale illerinden başvuru yapılmamıştır.
- 2015 yılında bildirilen vakaların detaylarına bakıldığında, şiddet nedenleri arasında, hastanın muayene prosedürlerine uymaması (%28), hastanın iletişim kusurları (%24) ve hastanın nitelikli hizmet alamadığı iddiasının (%15) başta yer aldığı görülmektedir.
- 01.01.2015-26.11.2015 tarihleri arasında bildirilen vakaların aylara göre değişimini aşağıdaki gibi olup Eylül ve Ekim aylarında tatillerin fazla olması sebebiyle başvuruların daha az olduğu görülmektedir.

İSLAM'DA ÇALIŞAN HAKLARI

Zekeriya ABDULAZİZOĞLU
Din İşleri Yüksek Kurulu Uzmanı

Giriş

Ulusal Çalışan Hakları ve Güvenliği Sempozyumu'nda çalışanların hakları farklı yönleriyle ele alınmaktadır. Dolayısıyla bu sunumda tekrara da düşmemek adına usul olarak çalışanların hakları ilgili mevzuatta yer aldığı şekilde maddeler halinde serdedilmek yerine çalışanlarla ilgili genel nitelikli ayet ve hadisler (İslam'ın temel iki kaynağı) zikredilmiş, bunların işaret ettiği bazı pratik hususlara değinilmiştir.

I. Akit-Akdin gereğine bağlılık

Cenâb-ı Hak şöyle buyurmuştur: «Ey İman edenler! Akitlerinizi yerine getirin» (Maide, 1). «Verilen ahdi yerine getirin. Çünkü verilen söz, sorumluluğu gerektirir» (İsra, 34).

Hz. Peygamber (s.a.s.)' de bir hadisinde «Yalan söylemeyi, verilen sözü tutmamayı ve emanete ihanet etmeyi münafıklık alameti» saymıştır (Buhâri, İman, 24).

Müslüman yalan söylemez.

El-Emîn

Emanet ve ahde riayet (Mü'minun, 8).

Bu itibarla işçi-işveren arasında yapılan akit ve anlaşmaların gereğinin her iki tarafça da yerine getirilmesi gerekir.

Çalışan sorumluluklarını yerine getirmekle mükellef olduğu gibi işveren de ilgili mevzuatta ve çalışma akdinde belirtilen şartlara uymakla ve işçilerine taahhüt ettiği çalışma ortamını sağlamakla mükelleftir.

II. Ücret

Ücret işçinin emeğinin karşılığı olarak en başta gelen ve dokunulmaz hakkıdır.

Ecîr-i hâs/memur-Ecîr-i müşterek/terzi, zanaatkar.

II. Ücret-Îfa

Hz. Peygamber (s.a.s.) bir kudsî hadis-i şerifte Yüce Allah'ın şöyle buyurduğunu bildirmiştir: Kıyamet gününde şu üç kimsenin hasmıyım: 1. Benim adıma söz verip ahdini bozan, 2. Hür bir kimseyi satıp parasını yiyen, 3. Bir işçi tutup çalıştırdıktan sonra ücretini vermeyen (Buhari, İcare, 10).

II. Ücret-Geciktirilmemesi

Ücretin geciktirilmeden zamanında ödenmesi gerekir Bir hadiste: «İşçiye ücretini teri kurumadan veriniz» buyrulmuştur (Heysemi, Mecmau'z-Zevâid, 4/97).

Bir başka hadiste ise «Ödeyebilecek durumda olduğu halde kişinin borcunu ödemeyi geciktirmesinin zulüm olduğu» belirtilmiştir (Buhâri, Havalat, 1-2).

II. Ücret-Malum olması

Hz. Peygamber (s.a.s.): Kim bir işçi çalıştıracaksa, ona ücretini bildirsin, ücretini belirlesin» buyurarak (Beyhaki, es-Sünenu'l-Kübrâ, 6./120) işçinin mağduriyetine ve bilgisizliğin istismarına yol açan durumları engellemek istemiştir. Buna göre ücretin miktarının sözleşmeden önce kararlaştırılması ve belirlenmesi şarttır.

II. Ücret-Miktarı

İslâm, çalışanın hakkını korumayı topluma ve devlete görev olarak vermiş olmakla birlikte ücretin miktarı üzerinde durmamıştır. Zira ücretin miktarı işe, zamana, bölgeye, sosyal ve ekonomik şartlara göre değişebilmektedir.

III. Temel İnsani Haklara Saygı

Hz. Peygamber çalışanları kastederek: «Onlar sizin kardeşleriniz olup Allah onları sizin sorumluluğunuz altına vermiştir. Böyle bir din kardeşi eli altında bulunan kimse, ona yediğinden yedirsin, giydiğinden giydirsin. Onlara güçlerinin yetmeyeceği işleri yüklemeyiniz, şayet yüklerseniz onlara yardım ediniz» buyurmuştur (Buhari, Itk, 15).

Hadisin sonunda yer alan «Onlara güçlerinin yetmeyeceği işleri yüklemeyiniz, şayet yüklerseniz onlara yardım ediniz» ifadesiyle günümüzde özellikle normal mesaisinden fazla görev yapmak durumunda kalanlara

emeklerinin karşılığının verilmesi ya da diğer zamanlarda istirahat etmelerinin sağlanması arasındaki ilişki gözden kaçırılmamalıdır.
Buna göre işveren çalışanına ödediği ücret ve işyerinde sunduğu diğer haklar noktasında çalışanıyla empati kurma, elinden gelenin en iyisini sunma gayreti içinde olmalıdır.

IV. Takatinin Üzerinde Yük

Çalışana, gücünü aşan iş yüklememek gerekir. Kur'an-ı Kerim'de şöyle buyrulur: "Allah bir kimseyi ancak gücünün yettiği şeyle yükümlü kılar" (Bakara, 2/286).
Bu ayetin manası bütün insanlar için bir kriter olmalıdır. Tabiatıyla işveren de böyle bir zorlamada bulunmamalıdır.

V. Çalışma Ortamı, Dinlenme, Muayene, Tedavi, İzin

Hz. Peygamber (s.a.s.) şöyle buyurmuştur: «Vücudunun sende hakkı vardır, gözünün sende hakkı vardır, eşinin sende hakkı vardır, misafirinin senin üzerinde hakkı vardır» (Buhari, Savm, 55). Sayılanlara günümüzün yoğun çalışma şartlarında genellikle ihmal edilebilen anne-baba ve çocuklar da eklenebilir.
Her hak sahibine hakkını verme gayreti içinde olunmalı.
Bu meyanda çalışma ortamının sağlıklı ve güvenli olması (İşveren herhangi bir kaza ya da zarar meydana gelmeden önce iş güvenliğini sağlamak ve işçiyi korumak için gerekli bütün tedbirleri almakla sorumludur).
Çalışma şartlarının iyileştirilmesi, mesai müddetinin tespiti, dinlenme, muayene, tedavi ve izin gibi hususlarda çalışanın maddi ve manevi yapısına uygun ve yeterli imkanlar sunulmalıdır.

VI. İbadet Hakkı

İslam'ın fürû hükümleri incelendiğinde hemen tamamının esas olarak beş hedefi gerçekleştirmeye matuf oldukları görülür.
Zarurat-ı Hamse: Din, Nefis/Can, Akıl, Mal, Nesil
Çalışanların kendi inançları istikametinde ibadetlerini yapabilmeleri için uygun tedbirler alınmalıdır,
Çalışan, namaz, oruç vb. ibadetleri Allah'ın emrettiği zamanda ve O'nun istediği şekilde yerine getirebilme hakkına sahiptir.

Kaza-İbadet-Sebep ilişkisi

Çalışanların özellikle tek başına kılınması caiz olmayan cuma ve bayram namazlarına katılabilmeleri için gerekli planlama yapılmalıdır.

VII. Sosyal Güvenlik Hakkı

- Nafaka.
- Zekat.
- Fıtır Sadakası.
- Tasadduk.
- Vakıf.
- Keffaretler (zıhar, oruç, yemin, hayız, ihram yasakları, fidye).
- Kurban ve Nezir.
- Akile Müessesesi.
- Muvâlât Akdi.
- Emeklilik.
- İşsizlik.

Hz. Peygamber'in en son vasiyetlerinden biri «çalışanların haklarına riayet etmemiz» dir. (Heysemi, Mecmau'z-Zevâid, 4/237).

ÇALIŞMA HAYATINDA SOSYAL GÜVENLİK HAKLARI

Sosyal Güvenlik Uzmanı Hicran ATATANIR

Türkiye'de Çalışma Hayatı.
Sosyal Güvenlik Hakları.
Mevcut Yapı.
Güncel Veriler
Sorunlar ve Çözüm Önerileri.
Sonuç.

TÜRKİYE'DE ÇALIŞMA HAYATINI ETKİLEYEN TEMEL FAKTÖRLER

Eğitim.
İstihdam.
Ücret.
Kayıtdışılık.
Toplumsal Cinsiyet.

TÜİK (2015) Verilerine Göre Eğitim Düzeyinin Genel Görünümü

Eğitim Düzeyi	Toplam	Erkek	Kadın
Okuma yazma bilmeyen	2.788.757	475.068	2.313.689
Okuma yazma bilen fakat okul bitirmeyen	14.058.334	6.491.884	7.566.450
İlkokul mezunu	15.220.028	6.606.954	8.613.074
İlköğretim mezunu	12.669.905	7.119.880	5.550.025
Ortaokul veya dengi okul mezunu	2.849.999	1.736.233	1.113.766
Lise veya dengi okul mezunu	12.096.830	6.951.695	5.145.135
Yüksekokul veya fakülte mezunu	5.913.187	3.400.307	2.512.880
Yüksek lisans mezunu	416.741	245.621	171.120
Doktora mezunu	122.619	75.746	46.873
Bilinmeyen	1.740.979	895.144	845.835
Toplam	67.877.379	33.998.532	33.878.847

Türkiye'de Kadın İstihdamı (TÜİK-HHİA, Ekim 2013)

İşgücüne katılım oranı Ekim 2013 döneminde %30,7 düzeyindedir.
Kentlerdeki kadınların işgücüne katılım oranı ise % 27,8'dir.
İstihdam edilen kadınların oranı % 26,7'dir.
Genel toplamda kadın işsizliği % 12,7 iken, kentlerde bu oran % 17,4, tarım dışı kesimlerde % 18,5 düzeyinde gerçekleşmiştir.
Çalışma çağındaki her dört kadından yaklaşık olarak sadece biri (kentlerde % 23, genelde % 26,7) ekonomik bir faaliyette çalışmaktadır.

Çalışma Hayatında Toplumsal Cinsiyetin Genel Görünümü

Türkiye'de kadınların kazancı erkeklerin kazancından % 40 daha azdır. Türkiye'de kadın ve erkek arası ücret farkı % 22'dir. Kadın girişimci oranı yalnızca % 12,5'dir. Üst düzey kadın yönetici oranı % 6'dır. Diğer taraftan profesör kadın oranı % 15 iken Türkiye'de % 28 düzeyindedir.

Sosyal Güvenlik Hakları

Sosyal Güvenlik Sisteminin Varlık Nedeni

- İşgücünü ve geleceğini korumak.
- Güçsüz insanların yaşama ihtiyaçlarını karşılamak.
- Nesiller ve toplumsal kesimler arasında denge sağlamak.
- Ülkenin bugününü ve yarınını güvence altına almak.

Sosyal Güvenlik Reformunun Bileşenleri

Bileşen 1: Sigorta hak ve yükümlülüklerin eşitlendiği, mali olarak sürdürülebilir tek bir emeklilik sigortası sisteminin kurulması.

Bileşen 2: Nüfusun tamamına eşit, kolay ulaşılabilir ve kaliteli sağlık hizmeti sunumunu finanse eden genel sağlık sigortası sisteminin oluşturulması.

Bileşen 3: Dağınık bir halde yürütülen sosyal yardımların merkezi olarak izlenebildiği, nesnel yararlanma ölçütlerine dayalı bir sosyal yardımlar sisteminin oluşturulması ve halen sosyal güvenlik kurumları tarafından sürdürülen primsiz ödemelerin toplulaştırılması.

Bileşen 4: Yeni kurumsal yapının oluşturulması sureti ile yukarıda belirtilen üç temel işlevin mali disiplin içinde, bütünleşmiş, etkin ve vatandaşlarımızın günlük hayatlarını kolaylaştıracak şekilde sunulması.

Tek Çatı Altında Birleşen Kurumlar ve Sigortalılık Statüleri

Sosyal Sigortalar Kurumu- (4/a)

(Hizmet Akdi ile Çalışanlar)

Bağ-Kur- (4/b)

(Bağımsız Çalışanlar)

T.C. Emekli Sandığı (4/c)

(Devlet Memurları)

YAPILAN DEĞİŞİKLİKLER

Ana Parametrelerde

Yaş (65) (E 2046- K 2048)

Prim Ödeme Gün Sayısı (4/a 7200- 4/b 4/c 9000)

Aylık Bağlama Oranı (% 2)

Güncelleme Katsayısı

Sağlık Sisteminde

İsteğe bağlı sigortalılar.

18 yaşına kadar çocuklar.

Vatansız ve sığınmacılar.

Türkiye'de ikamet eden ve kendi ülkesinde sigortalı olmayan yabancı ülke vatandaşları.

SOSYAL SİGORTA SİSTEMİ

Uzun Vadeli Sosyal Sigorta Kolları

Malullük Sigortası.

Yaşlılık Sigortası.

Ölüm Sigortası.

Kısa Vadeli Sosyal Sigorta Kolları

İş Kazası ve Meslek Hastalıkları Sigortası.

Analık Sigortası.

Hastalık Sigortası.

Genel Sağlık Sigortası

Uzun Vadeli Sosyal Sigorta Kolları

Malullük Aylığı.

Yaşlılık Aylığı.

Ölüm Aylığı (+Evlenme ve Cenaze Ödeneği).

Kısa Vadeli Sosyal Sigorta Kolları

Geçici İş Göremezlik Ödeneği.

Sürekli İş Göremezlik Ödeneği.

Emzirme Ödeneği.

Evlenme Ödeneği.

Cenaze Ödeneği.

SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Sosyal güvencesizlik.
İş güvencesinde daralma.
Ekonomik kriz dönemlerinde artan işsizlik.
Düşük ücretler ve eğreti istihdam şekilleri.
İş ve aile yaşamını uyumlaştırmama.
İşyerinde Psikolojik Taciz (Mobbing).

SONUÇ

Çalışma hayatındaki sorunlar, ülkelerin genel ekonomik ve sosyal sorunlarından bağımsız değildir. İnsanların çalışma hayatına hak temelli katılımı ile kaydedilecek ilerlemeler temel sorunların çözümünde etkilidir. Bir ülkedeki kalkınmanın en önemli göstergesi insanlarının sahip olduğu haklar ve refah düzeyidir.

II. ULUSLARARASI TOPLUM RUH SAĞLIĞI SEMPOZYUMU

SEMPZOYUM BAŞKANI
Uzm. Dr. Gazi ALATAŞ
Uzm. Dr. Elif Güler KAZANCI
Uzm. Dr. Bekir KESKİNKILIÇ

DÜZENLEME KURULU
Op. Dr. Orhan KOÇ
Doç. Dr. Akfer KAHİLOĞULLARI
Uzm. Dr. Esra ALATAŞ
Uzm. Dr. Erkan AYDIN
Uzm. Dr. Zafer ÇUKUROVA
Uzm. Dr. Hülya ENSARİ
Uzm. Dr. Mustafa NAMLI
Uzm. Psk. Şenay ÖLMEZ
Uzm. Dr. Levent TOKÇUOĞLU
Uzm. Dr. Demet Özen YALÇIN
Dr. Olcay PERİ
Dr. Mustafa UYANIK
Dr. M. Emre YATMAN
Esra AKÇAY
Salih AKYÜZ
Selim ÇELENK
Avni ÖZKAYA
Yusuf ÖZTÜRK
Hulusi Armağan YILDIRIM

BİLİM KURULU
Prof. Dr. Rüstem AŞKIN
Prof. Dr. Ali ÇAYKÖYLÜ
Prof. Dr. İsmet KIRKPINAR
Prof. Dr. Kemal SAYAR
Prof. Dr. Bengi SEMERCİ
Prof. Dr. İrfan ŞENCAN
Prof. Dr. Sibel ÖRSEL
Prof. Dr. Mücahit ÖZTÜRK
Prof. Dr. Medaim YANIK
Doç. Dr. Akfer KAHİLOĞULLARI

SEMPOZYUM SEKRETERYASI
Salih AKYÜZ
Esra AKÇAY
M. Kürşat ALDEMİR

II. ULUSLARARASI TOPLUM RUH SAĞLIĞI SEMPOZYUMU

04-05 Aralık 2015 Belek / Antalya

SAĞLIK BAKANLIĞI RUH SAĞLIĞI EYLEM PLANI 2017-2023 NELER OLMALI?

Prof. Dr. Sibel ÖRSEL

Ruh Sağlığı Eylem Planı
Arka plan
2001, 2004, 2007, 2014 mental health atlas.
2014 katılım oranları
WPRO WHO West Pacific Regional Office (WPRO), (24 out of 27).
SEARO, WHO South East Asian Regional Office (SEARO)(10 out of 11).
EURO, WHO Europe Regional Office (EURO) (48 out of 53).
EMRO, WHO Eastern Mediterranean Regional Office (EMRO) – , (21 out of 21).
AMRO, WHO Americas Regional Office (AMRO)(30 out of 35).
AFRO, WHO African Regional Office (38 out of 47).
Global, (171 out of 194).
WHO – MENTAL HEALTH PLAN
SB RESP Değerlendirmeleri
Eylem planı değerlendirmeleri.
TR Meslek Örgütleri, STK.
2017-2023 Öneriler
Koruyucu ruh sağlığı.
Kronik hast olanlar.
Yönetim, Yasal Boyut.
Kanıt dayalı uygulamalar; Surveyans araştırmaları, Veri Bankası, E-sağlık.

Ruh Sağlığı: Küresel Duruma Genel Bakış
Düşük ve orta gelir seviyeli ülkelerde ağır ruhsal bozukluğu olanların %76-85'i hastalıkları için tedavi almamaktadır. Bu durum yüksek gelirli ülkelerde, %35-50 arasındadır.
Küresel olarak yapılan harcama:
Ruh sağlığı için kişi başı yılda 2 dolar.
Düşük gelir seviyeli ülkelerde ise kişi başı yılda 0,25 dolar.

Mental Health Atlas Ölçütleri
RUH SAĞLIĞI SERVİSLERİ
Ruh Sağlığı Tesislerinin Ulaşılabilirlikleri.
Tesis/Yatakların Toplam Sayısı 100.000 Kişi Başına Düşen Sayı Çocuk ve Ergen İçin Ayrılan Tesis/yatak Sayıları 100.000 Kişi Başına Düşen Sayı.

Ayaktan Hasta Alan Ruh Sağlığı Tesisleri.
Gündüz Bakım Tesisleri.
Genel Hastanelerde Bulunan Psikiyatri Yatakları.
Toplumsal Yaşam Tesisleri.
Toplumsal Yaşam Tesislerinde Yatak/Oda Sayıları.
Ruh Sağlığı Hastaneleri.
Ruh Sağlığı Hastaneleri Yatak Sayısı.

Bakıma Ulaşım
- Ayaktan Hasta Alan Servislerde Tedavi Gören Hasta Sayısı.
- Gündüz Bakımı Veren Servislerde Tedavi Gören Hasta Sayısı.
- Genel Hastanelerde Bulunan Psikiyatri Yataklarına Yatış Sayıları.
- Toplumsal Yaşam Merkezlerinden Kalan Birey Sayısı-Yıl Sonu.
- Ruh Sağlığı Hastaneleri Hasta Sayısı.

Bakım Süresi Oranları (Yatış Süresi Yüzdeleri)
1 Yıldan Az.
1 Yıldan Çok 5 Yıldan Az.
5 Yıldan Fazla.

İNSAN KAYNAKLARI
- İşgücü ve Eğitim
- 100.000'de Sağlık Sektöründe Çalışan Personel Oranı 100.000'de Eğitim Kurumlarında
- Eğitim Alan Kişi Sayısı
- Psikiyatrist
- Diğer Doktor
- Hemşire
- Psikolog
- Sosyal Çalışmacı
- İş Uğraş Terapisti
- Diğer Sağlık Çalışanları

- **NGO İnsan Kaynakları (Aileler ve Kullanıcı STK'ları)**

Ülkede Var mı?
Üye Sayısı.
Politika/Plan/Uygulama Süreçlerine Katılımları.
*Toplam STK sayısı belirtilmeli burada. Katılım oranları ise çok az/biraz/çok gibi ifade edilebilir.

İLAÇLAR
Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar İçin Yapılan İlaç Harcamalarının Ülke Seviyesindeki Değerleri
İlaç Türü (Yıl ve 100.000 Kişi Başına Harcama USD).
Tüm Psikoterapötik İlaçlar.
Bipolar Bozukluklar İçin Kullanılan İlaçlar.
Psikotik Bozukluklar için Kullanılan İlaçlar.
Kaygı Bozuklukları İçin Kullanılan İlaçlar.
Duygudurum Bozuklukları İçin Kullanılan İlaçlar.

BİLGİLENDİRME SİSTEMLERİ
Teşhisler Kayıt Edildi ve Raporlandı mı?
Birinci Basamakta Tedavi Gören Ruh Sağlığı Sorunu Olan Bireyler.
Birinci Basamakta Tedavi Gören Ruh Sağlığı Sorunu Olan Bireyler İçin Düzenlenen Müdahaleler (psikofarmakolojik ve psikososyal).
Ayaktan Tedavi Veren Merkezlerde Tedavi Edilen Bireyler.
Ayaktan Tedavi Veren Merkezlerdeki Kayıtlar.
Gündüz Bakım Veren Merkezlerde Tedavi Gören Bireyler.
Genel Hastanelerdeki Psikiyatri Yataklarına Girişler.
Ruh Sağlığı Hastanelerine Girişler.
Ruh Sağlığı Hastanelerinde Geçirilen Günler.
Toplumsal Yaşam Merkezlerindeki Girişler.

Ruhsal sorunlar yaşayan bireylerle ilgili sosyal politikalar
Gelir Desteği
"2022 maaşı" ya da "özürlü aylığı"na hak kazanmak için uyulması gereken gelir kriterinin düzeyi düşüktür.
Aylık gelirleri tespit edilirken, bu bireylerin aile mensuplarının ve akrabalarının gelirlerinin de hesaba katılmaması gerekmektedir.
İstihdamdan uzaklaşmak durumunda kalmalarının bir sonucu olarak gelir yoksulluğu riski.
Toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri ve hastane hizmetlerinin sosyal politikalar ile entegre ve bir arada işler bir sistemin oluşturulması.
Hizmetlerin tüm yaş grupları için (uzman hekim, klinik psikolog, sosyal hizmet uzmanı, hemşire ve eğitim

uzmanından oluşan) ekip anlayışıyla verilmesi.
Hizmetlerin çeşitlendirilmesi (destekli yaşam evlerinin kurulması, korumalı işyerlerinin açılması, uğraşı terapilerinin yapıldığı merkezlerin kurulması vb.).

TPDR DERNEK
Ruh Sağlığı Eylem Planı Hakkındaki Önerilerimiz

- Toplum temelli ruh sağlığı modelinin çok önemli bir tek eksik yanının olduğu görülmektedir: "Koruyucu ruh sağlığı hizmetlerine gerektiği kadar yer vermemesi."
- Ruh Sağlığı Eylem Planında "hasta olmayan" ancak psikolojik sorunlar yaşayan kişilere sunulacak hizmetlere yani koruyucu ruh sağlığı hizmetlerine, ruhsal hastalığı olan kişiler için yapılması düşünülen hizmetlerin nasıl olması gerektiğine yer verildiği kadar yer verilmemiştir.
- Afet ve travmaların ruhsal sonuçlarının önlenmesi,.
- Bağımlılığı önleme ve Ruh sağlığının geliştirilmesi ile ilgili Rraştırmaların desteklenmesi.
- Okul ruh sağlığı.

STRES İLE İLİŞKİLİ DURUMLAR
ŞİDDET.
GÖÇ.
ANTİDEPRESAN KULLANIMI.
DEHB/SINAV/İLAÇ KULLANIMI.
AKILCI İLAÇ KULLANIMI.

TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZLERİNİN İŞLEYİŞİNDE YAŞANAN SORUNLAR

Dr. Ayfer APAÇIK
Diyarbakır Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

"Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri"nin Amacı

Merkeze bireylerin ihtiyacını alan ruh sağlığı hizmetlerinin, uygun yöntemle yeterli bir biçimde verilmesini sağlayan bir hizmet ağının kurulması amacıyla açılan Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde, ağır ruhsal hastalığı olan kişilerin tedavi ve bakımlarında toplum temelli ruh sağlığı hizmet modelinin ülkemize yerleşmesi hedeflenmiştir.

Toplum Temelli Ruh Sağlığı Sistemi

a. Hizmetin coğrafi temelli yapılandırılması.
b. Hizmetin ekip anlayışıyla çok yönlü verilmesi.
c. Her tanımlanmış bölgeye: sorumlu toplum ruh sağlığı merkezi, bakım kurumları,koruyucu evler, korumalı işyerleri ve genel hastaneler içinde psikiyatri yataklarının açılması.

İşleyişte Yaşanan Sorunlar

- Finansman.
- Merkezlerin fiziki şartları.
- Gezici ekip hizmetleri.
- İnsan kaynakları.
- Hizmetin standardizasyonu.
- Rehabilitasyon çalışmaları.
- Kurumlar arası iş birliği.

Finansman

- Hizmet binalarının kiralanması.
- Mobil ekip için araç kiralama.
- Merkezlerin demirbaş ve sarf harcamaları.
- Hastaların kullanacağı rehabilitasyon malzemeleri temini.

Merkezlerin Fiziki Şartları

- Merkezin hastanenin içinde veya çok yakınında olması.
- Binanın yetersiz veya verilecek hizmete uygun olmaması.
- Güvenlik tedbirleri.

Gezici ekip

- Araç tahsisi.
- Personel güvenliği.
- Yetki sınırları.

İnsan Kaynakları

Personel sayısının yetersizliği.
Hekimlerin yarı zamanlı veya rotasyon usulü ile görevlendirilmesi.
Hemşire, sosyal çalışmacı ve psikolog görevlendirilmeleri.
Eğitimli personelin sürekli istihdamı.
Personelin ücret mağduriyeti.
Hizmetin ekip anlayışıyla çok yönlü verilmesi.

Hizmetin Standardizasyonu

- Hizmet içi eğitim programları ve sertifikasyon standartları oluşturulması.
- Verilecek hizmetin standardizasyonu.
- Hizmet verecek personel sayısının standardizasyonu.

Rehabilitasyon
Psikiyatrik rehabilitasyon alanında ergoterapist ve iş -uğraşı teknikerinin çalışması.
Rehabilitasyon çalışmalarının hastanın ihtiyacına göre düzenlenmesi.
Aynı grup hastanın TRSM sürekli bulunması.
Hastalarının istihdamı.

RUH SAĞLIĞI KOORDİNASYON KURULU
– Sağlık Bakanlığı.
– Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı.
– Adalet Bakanlığı.
– İç İşleri Bakanlığı.
– Milli Eğitim Bakanlığı.
– Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı.
– Yükseköğretim Kurulu.
– Diyanet İşleri Başkanlığı.
– Radyo Televizyon Üst Kurulu.
– Meslek Örgütleri ve Sivil Toplum Kuruluşları.

Kurumlar Arasında Eşgüdüm
Ruh sağlığı koordinasyon kurulu toplantılarının organizasyonu. Hastalarının istihdamı.

Genel sağlık sistemi ve birinci basamak sağlık hizmetlerine entegrasyon
TRSM'lerin, hastane temelli eski sistemden çok daha insani ve çok daha etkili bir hizmet modeli vadettiğini biliyoruz. Ancak altyapıdan yoksun, personeli yetersiz, standardizasyonu yapılmamış, türlü eksiklikleri olan mevcut halinin personelde hızlı bir tükenmişliğe yol açacağı ve uygulamanın sürdürümünün zor olacağı kaygısını taşıyoruz.

TRSM, HASTANE EŞGÜDÜMÜ VE SORUNLAR DEVLET HASTANELERİNDE DURUM

Dr. Erkan BAYSAK
Bandırma Devlet Hastanesi

TRSM, Devlet Hastaneleri Eşgüdümü

- TRSM'de çalışan personel işlevselliği ve kalıcılığı.
- TRSM'de tedavi ve rehabilitasyon sürecinde gerekli malzeme ve maddi ihtiyaçların karşılanması.
- Hastaneye bağlı psikiyatri poliklinikleri ile birlikte çalışma.
- Hastaneye bağlı diğer Polikliniklerle birlikte çalışma(Dahiliye, Obezite polk, Kardiyoloji, Kadın doğum, Diyetisyen vb).
- Hastane yataklı birimlerinden hasta bildirimi.
- Hastane yöneticiliği ile birlikte çalışma.

Nisan 2014 de Bandırma'ya geliş.
Nisan-Kasım 2015 arası 7 ay poliklinik
Kasım 2014 Aralık 2014 Ocak 2015

- 1 Suicid.
- 1 Kaza sonucu hasta ölümü.
- Çok sayıda hastanın hastalığında alevlenme.
- TRSM'ye gelen hasta sayısında azalma.
- Hastalarda gözlenen kilo artışı.
- Hastaların tedavilerindeki değişiklikte artış.
- Hasta başına kullanılan ilaç sayısında artış.
- Hastaların isimlerini bilememe.

Şubat 2015 - Kasım 2015 Arası 9 aylık dönem
- 2 Suicid.
- Servisteki hasta bildiriminin yapılamaması.
- 2 hastanın taburculuk ve sonrası.
- Poliklinikten hasta bildirimi düzenli yapılmaması.
- Hasta personel ilişkisinde sorun.
- TRSM de halledilmesi gereken işlerde sürenin uzaması.
- Halk eğitim ile işbirliğinde koordinasyon eksikliği.
- Hastaların isimlerini öğrenmeye başlama.
- Hastalarda kilo takibi yapma.
- Hastaların tedavilerindeki değişiklikte azalma.
- Hastaların alevlenme ve yatış sayısında azalma.
- Şizofreni eğitim gruplarına başlama.
- Sınırlıda olsa ev ziyaretlerine başlama.
- İlaç takibi yaparak evde enjeksiyonlara başlama

Kasım 2015'den Şu Ana Kadar
- TRSM'ye sürekli gelen hastalara alternatif yaratamama
- Hastalardaki ilerlemeyi kaydedecek kayıt eksikliği
- Eski kayıtlı hastalara yönelik bakım planı eksikliği
- Aile eğitimlerine başlayamamış olma
- Belediye, kaymakamlık, İşkur, aile hekimi vb. gibi yerel kaynaklarla iletişim eksikliği
- Diğer belli poliklinikler ile toplantı yaparak metabolik sorunlarda düzenli izlem planına henüz başlayamama

- Poliklinikten hasta bildirimi için düzenli bir kayıt sistemi kurulması planı
- Servise yatan her hastanın düzenli bildirim planı
- Her hasta için metabolik sendrom riski değerlendirmesi
- TRSM'de çalışanlara yönelik kurum içi eğitim
- Düzenli vizit ve bakım planı zamanları
- Düzenli Ev ziyaretleri
- Hastalarla düzenli bilgilendirme toplantıları yapılması
- Sizofreni ve bipolar hastalara düzenli eğitim gruplarına devam edilmesi

TRSM'ler ile ilgili bir anket:
28 kasım 2015-3 aralık 2015arasında bilgiler alındı.
Toplam 114 TRSM içinde 61 tanesinden bilgi alındı.

Çalıştığınız TRSM hangisine bağlı olarak hizmet vermekte?

	Toplam:61	%
Devlet hastanesine	31	%51
Eğitim araştırma hastanesine	21	%34
Ruh sağlığı ve hastalıkları hast.	7	%11
Üniversite Hastanesine	2	%4

Bulunduğunuz TRSM'de şuanda doktor çalışma şekli nasıl?

Değişmeden gelen tam zamanlı, düzenli görev yapan bir veya daha fazla psikiytarist var	26	%43
Hergün bir psikiyatrist geliyor ancak rotasyon ile sürekli farklı bir psikiyatrist geliyor	18	%30
Hergün gelen bir psikiyatristimiz yok.	12	%20
Yarı zamanlı psikiyatrist geliyor	4	%5
Bir psikiyatristimiz yok	1	%2

Bulundurğunuz TRSM'ye hastanenenizde çalışan diğer psikiyatristlerce hasta yönlendiriliyor mu?

	N	%
Polikliniğe gelen hastaları kayıt altına al dığımız düzenli bir yapı kurduk ve düzenli bildiriliyor	10	%16
Düzenli bir sistem kurduk ama her psikiyatrist bildirmiyor	9	%15
Polikliniklerin sözel bilgisi var ve yönlendiriliyor	25	%42
Polikliniklerin sözel bilgisi var ancak çok nadir yönlendiriliyor	11	%18
Polikliniklerden hasta yönlendirilmiyor	6	%9

Bulunduğunuz ilde hastanede yatan hastalar TRSM'ye bildiriliyor mu?

	N	%
Evet her hastanın düzenli bildirimi yapılıyor	10	%16
Çoğu zaman bildiriliyor ama arada bildirilmeyen oluyor	16	%26
Çok nadiren bildiriliyor	13	%21
Hayır bildirilmiyor	13	%21
Diğer	9	%15

Bulunduğunuz ilde hastanede yatan hastalar TRSM'ye bildiriliyor mu?

	N	%
Taleplerimizi ve sorunlarımızı iletecek bir kişi buluyor ve çözüm bulabiliyoruz.	23	%38
Taleplerimiz ve sorunlarımızı iletecek bir kişi bulabiliyoruz ancak çoğu zaman çözüm bulamıyoruz.	35	%57
Taleplerimizi ve sorunlarımızı iletecek bir kişi bulamıyoruz.	3	%5

Hastane yönetimi tarafından düzenli ziyaret edilir misiniz?

	N	%
Düzenli ziyaret edilir ve ihtiyaçlarımız karşılanır.	3	%5
Düzenli olmasa da ziyaret edilir ve ihtiyaçlar karşılanır.	23	%38
Ziyarete pek gelinmez ama ihtiyaçlarımız karşılanır.	9	%15
Ziyarete hiç gelinmez. Ancak ihtiyaçlarımız karşılanır.	9	%15
Nadiren ziyarete gelinir ve nadiren ihtiyaçlar karşılanır.	11	%18
Ziyarete gelinmez ve ihtiyaçlarımız karşılanmaz.	6	%10

• İstatistik ve deneyim bize ne söyler…

Bir Çözüm Planı

Hastane yönetiminden zamanları düzenli olacak şekilde toplantılar talep etme.

TRSM içinde her ay tüm personelin katılacağı sorun/çözüm toplantılarının yapılması.

TRSM içinde Hastaların poliklinikten ve Yataklı birimlerden düzenli bildirimini sağlayacak mekanizmaların kurulması.

TRSM içinde hem bireysel olarak iş bölümlerinin yapılması hemde ekip olarak çalışma planlarının yapılması.

TRSM'ye her gelen ekip elemanı veya çalışmacıya kısa TRSM çalışma düzeni, etik ilkeler konusunda bilgilendirme.

Psikiyatri hekimlerine yönelik toplantılar ile TRSM'ye yönlendirdikleri hastalar ile ilgili hekimin tedavisini kolaylaştıracak bilgilendirme raporları hazırlama.

Hastalara yönelik düzenli bilgilendirme toplantıları yapılması.

TÜRKİYE HALK SAĞLIĞI KURUMU RUH SAĞLIĞI PROGRAMLARI DAİRESİ

Başkan Dr. Esra ALATAŞ

RUH SAĞLIĞI PROGRAMLARI DAİRESİ GÖREV VE SORUMLULUKLARI

• Koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamak sağlık hizmetleriyle bütünleştirilmesi ve bu hizmetlerin geliştirilmesine yönelik çalışmaların yürütülmesini sağlamak.
• Ruh sağlığı ile ilgili koruyucu programların geliştirilmesi, çocuk ve ergenleri de kapsamak üzere ruh sağlığının araştırılması ve korunması ile ilgili faaliyetleri planlamak ve koordine etmek.
• Damgalama ve ayrımcılığın ortadan kaldırılmasına yönelik savunuculuk faaliyetleri yürütülmesi konusunda çalışmalar yapmak.
• Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı doğrultusunda programlar geliştirmek, uygulamak ve Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı'nın belirli aralıklarla gözden geçirilerek yenilenmesini sağlamak.
• Kronik ruhsal bozuklukların birinci basamak (ağırlıklı olmak üzere), ikinci basamak, üçüncü basamakta tanı, tedavi ve izlemelerinin geliştirilmesi için gerekli çalışmalar yapmak.
• Toplum temelli ruh sağlığı uygulamalarıyla uyumlu hizmetlerin koordinasyonu, çalışacak personele yönelik eğitim modüllerini hazırlaması ve uygulanması faaliyetlerini yürütmek
İntiharı azaltmak ve intiharı önleme konusunda farkındalık yaratılması için çalışmalar yürütmek.
• Çocuk istismar ve ihmali gibi travmatik yaşantıların önlenmesi, erken müdahale edilmesi ve psikiyatrik rehabilitasyonu konusunda projelerin geliştirilmesi; Çocuk İzlem Merkezi gibi uygulamaların yaygınlaştırılması, personel eğitimi de dahil olmak üzere kapasite arttırma faaliyetlerini yürütmek.
• Özel gereksinimi olan çocukların (Otizm ve diğer gelişimsel bozukluklar) erken tanı, tedavi ve rehabilitasyonu konusunda çalışmalar yapmak, farkındalığı artırmak.
• Kadına ve aile içi şiddete yönelik ruh sağlığı çalışmalarını planlamak, bu konuda programlar geliştirmek ve söz konusu programlar kapsamında farkındalık, eğitim ve kapasite arttırma faaliyetlerini yürütmek.

RUH SAĞLIĞI PROGRAMLARI ŞUBELERİNDE YAPILAN FAALİYETLER

1. Birimin Katıldığı Kurul Ve Komisyonlar.
2. Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulamaları.
3. Toplum Temelli Ruh Sağlığı Uygulamaları (Toplum Ruh Sağlığı Merkezi).
4. Ruh Hastalığı Olan Kişilerin Sevk ve Takibi.
5. İl İntihar Verileri.
6. 0-6 Yaş Grubu Çocuğun Psikososyal Gelişimini Destekleme Programı.
7. Çocuk Koruma Kanunu Kapsamında Sağlık Tedbiri Uygulamaları.
8. Çocuk İzlem Merkezi.
9. Kadına Yönelik Şiddetle Mücadele Projesi.
10. Ailenin Korunması ve Kadına Yönelik Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun kapsamında önleyici tedbir kararlarının uygulanmasının takibi.

ULUSAL RUH SAĞLIĞI POLİTİKASI VE RUH SAĞLIĞI EYLEM PLANI
ULUSAL RUH SAĞLIĞI POLİTİKASI

• Ruh sağlığı sisteminin toplum temelli olması, genel sağlık sistemine ve birinci basamağa entegre edilmesi.
• Toplum temelli rehabilitasyon çalışmalarının yapılması.
• Ruh sağlığı alanına ayrılan paranın arttırılması.
• Ruh sağlığı hizmetlerinin kalitesinin arttırılması.
• Ruh sağlığı alanı ile ilgili yasaların çıkarılması.
• Damgalamaya karşı hasta haklarının savunulması.
• Ruh sağlığı alanında eğitim, araştırma ve insan gücünün artırılması.

RUH SAĞLIĞI EYLEM PLANI

Ruh sağlığı hizmetleri veren kurumlar arasında eşgüdümü sağlamak
Ruh sağlığı koordinasyon kurullarının kurulması.
Ağır ruhsal bozukluğu olan bireylerin tüm ihtiyaçlarını karşılayan bütüncül bir ruh sağlığı sistemi kurmak
Toplum temelli ruh sağlığı sistemine geçmek.
Ağır ruhsal bozukluğu olan hastalar için bakım sistemi kurmak.
Ruh sağlığı hastalarının istihdam edilmesini sağlamak.
Ruh Sağlığı Eylem Planı Revizyonu
2011 yılında yayınlanan eylem planının, 2016 yılında ilk revizyonu yapılması önerilmiştir. Bu kapsamda, TKHK, SHGM ve Bilim Kurulu ile hazırlık toplantıları başlatılmıştır.

0-6 YAŞ ÇOCUĞUN PSİKOSOSYAL GELİŞİMİNİ DESTEKLEME PROGRAMI
HEDEF:

Programda gebelikten başlayarak, 0–6 yaş çocuğun gelişiminin ve büyümesinin, ruhsal ve sosyal açıdan sağlığının, biyopsikososyal bakış açısıyla bir bütün olarak izlenmesini, desteklenmesini, risk faktörü ve patolojilerin erken belirlenmesi yolu ile erken müdahale sağlamayı hedeflemektedir.
Sağlıklı çocuk takip ve destek programlarına entegre edilerek gelişme geriliği veya zihinsel-ruhsal bozukluğu olan çocukların bu program çerçevesinde izlemi yapılmakta, risk saptanan çocuklar tanı ve tedavi için 2. basamak sağlık kuruluşuna yönlendirilmektedir.
Birinci basamakta gebelik ve 0-6 yaş döneminde çocuk gelişiminin ve sağlığının bedensel,ruhsal ve sosyal boyutlarını bütün olarak gözeten bakış açısıyla düzenli olarak izlemek.
Gebe ve 0-6 yaş çocuğun psikososyal gelişiminin düzenli olarak izlenmesi.
Sağlıklı gelişimin desteklenmesi.
Ana-baba-çocuk-sağlık personeli arasındaki iletişimi güçlendirmek.
Aileleri çocuk gelişimi (çocuklarıyla konuşmaları, kitap okumaları, oyun oynamaları, beslenme vb.) ve temel bakımla ilgili bilgilendirmek.
Çocuğun psikososyal gelişimi ve gelişimin desteklenmesi konularında sağlık personelinin farkındalığını artırmak.

Ebe/Hemşireler aile sağlığı merkezi hizmet alanına giren anne, baba ve gebe ile ÇPGD görüşme formunu kullanarak görüşme yapar, temel bilgileri verir ve riskleri gözlemler.

ÇPGD PROGRAMI VERİLERİ

2014		2015*	
Bebek-Çocuk Psikososyal İzlem	Gebe Psikososyal İzlem	Bebek-Çocuk Psikososyal İzlem	Gebe Psikososyal İzlem
2.094.450	1.015.291	2.257.465	905.828

Program kapsamında;

- 21 eğitici eğitimi düzenlenerek 2005 yılından günümüze 711 personele eğitim verilmiştir.
- Bugüne kadar 10.431 Aile Sağlığı Elemanı, 10.273 Aile hekimi eğitim almıştır.

OTİZM VE DİĞER GELİŞİMSEL BOZUKLUKLAR

Çocukluk çağı gelişimsel bozukluklarına erken müdahale edilmesini sağlamak.
Özel gereksinimi olan çocukların (Otizm ve diğer gelişimsel bozukluklar) erken tanı, tedavi ve rehabilitasyonu amacıyla belirlenen 5 ilde (Ankara, Erzurum, Konya, Aydın, Bursa) pilot uygulamalar devam etmektedir.
ÇPGD formuna otizm spektrum bozukluğu (OSB) ile ilgili 3 tarama sorusu eklenmiştir. Ayrıca ÇPGD eğitici eğitimi içeriğine OSB ve gelişimsel gerilikler ile ilgili konular eklenmiştir.

İNTİHARI ÖNLEME ÇALIŞMALARI

Ülke genelinde toplanan verilerin, TÜİK tarafından analizlerinin yapılmasının sağlanması ile sağlıklı ve kullanılabilir veri elde etmek.
Aile Hekimleri ve intiharla karşılaşma ihtimali yüksek olan meslek gruplarına (öğretmenler, Basamak sağlık çalışanları, cezaevi çalışanları) ve medya çalışanlarına yönelik farkındalık eğitimleri yapılmaktadır.

KADINA YÖNELİK AİLE İÇİ ŞİDDETLE MÜCADELE KAPSAMINDA YAPILAN ÇALIŞMALAR

Şiddete uğramış kadınla karşılaşma ihtimali olan sağlık personelinin eğitimi ile erken müdahale ve gerekli sağlık desteği sağlamak. Bu amaçla ASPB Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü ile ortak çalışmalarla bugüne kadar yaklaşık 68.359 sağlık personeline eğitim verilmiştir.

Farkındalık yaratmak amaçlı halk eğitimlerinde 18.112 kişiye ulaşılmıştır.

2016 yılı sonuna kadar tüm 1. basamak sağlık çalışanlarının eğitimlerinin tamamlanması planlanmıştır.

6284 Sayılı Ailenin Korunması ve Kadına Yönelik Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun 08/03/2012 tarihinde yürürlüğe girmiş olup Kanun gereği ve 18/01/2013 tarihli Uygulama Yönetmeliği ile Kadına yönelik şiddeti önleme, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerini yürütme sorumluluğu Sağlık Bakanlığı adına Türkiye Halk Sağlığı Kurumundadır.

ÇOCUK İHMAL ve İSTİSMARINI ÖNLEME

Çocuk İhmal ve İstismarı-Cinsel istismarı engellemek, farkındalığı ve kurumlar arası işbirliğini artırmak. Bu kapsamda ülke genelinde Eylül sonu itibariyle 29.801 kurum personeline (Milli Eğitim, ASPİM, EGM; Diyanet İşleri,..) eğitim verilmiştir.

ÇOCUK İZLEM MERKEZLERİ

0-18 yaş grubu cinsel istismara uğrayan ya da uğradığı düşünülen çocukların adli görüşmeleri ile adli ve psikiyatrik muayenelerinin yapıldığı, multidisipliner hizmet veren merkezlerdir.

Görüşmeler ve gerekli bilgilerin alınması işi bu alanda eğitimli kişilerce yapılarak, bir merkezde ve tek seferde işlemlerin tamamlanması ve bu şekilde, çocuğu sistem içinde ikincil örselemeden korumak amaçlanmaktadır.

7 Gün 24 Saat hizmet verir.

Kasım 2015 itibariyle 23 ilde 24 ÇİM bulunmaktadır.

TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZLERİ

Kendisine bağlanmış coğrafi bölgedeki ağır ruhsal rahatsızlığı olan hastaların ve ailelerin bilgilendirildiği, hastanın ayaktan tedavisinin yapıldığı ve takip edildiği, rehabilitasyon, psikoeğitim, iş-uğraş terapisi, grup veya bireysel terapi gibi yöntemler kullanılarak hastanın toplum içinde yaşama becerilerinin artırılmasını hedefleyen, psikiyatri klinikleri ile ilişki içinde çalışan ve gerektiğinde mobilize ekiple hastanın yaşadığı yerde takibini yapan merkezlerdir.

Temmuz 2015 verilerine göre tescilli 69 ilde 114 TRSM bulunmaktadır. Tescil süreci devam eden 13 TRSM daha vardır.

Görev alanımızda bulunan TRSM personelinin nitelik ve niceliğinin artırılması kapsamında bugüne kadar 900 personelin eğitimi gerçekleştirilmiştir.

RUH SAĞLIĞI ALANINDA HİZMET VEREN KURUMLARIN HİZMET KALİTELERİNİN STANDARDİZE EDİLMESİ, MEVZUAT ÇALIŞMALARI

TRSM'lerin işleyişi, asgari fiziki şartları ile bulundurulması gereken araç, gereç ve personel standardı, ilgili personelin görev, yetki ve sorumlulukları, uygulamanın denetimine ilişkin usul ve esasları belirleyerek hizmetin etkin ve ulaşılabilir bir şekilde sunulmasını sağlamak için "Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge" 16.02.2011 tarihinde yürürlüğe girmiş, ancak revizyon ihtiyacı sebebiyle 6.3.2014 tarihinde ve 9453 sayılı Makam Onayı ile son hali yürürlüğe konulmuştur.

Ruhsal hastalığı olan kişilerin muayene ve sevkleri ile ilgili işlemler (mülga) Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 2005/155 sayılı Genelge yeniden düzenlenerek, 12.02.2014 tarihli ve 2014.5679.11111 sayılı 2014/2 No'lu Genelge yayınlanmıştır.

RUH SAĞLIĞI ALANINDA HİZMET VEREN KURUMLARIN HİZMET KALİTELERİNİN STANDARDİZE EDİLMESİ, MEVZUAT ÇALIŞMALARI

TPD, STK'ların katılımı ile çalıştaylar yapılmış ve taslak metin oluşturulmuştur. Değerlendirmeler devam etmekte olup, çalışmalar sonunda "Ruh Sağlığı Yasası" hazırlıklarının tamamlanması hedeflenmektedir.

TRSM SORUNLARI: MEVZUAT VE BAFRA TRSM'NİN KURULUŞ SÜRECİ

Dr.Ramazan GÜR
Bafra D.H./Bafra TRSM

SORUMLULUK

(2011)

Yönergede belirlenen fizikî koşullar, personel, araç, gereç ve hizmet standartlarının sağlanmasından müdürlük ve ilgili sağlık tesisi baştabipliği müteselsilen (her biri tümünden) sorumludur.

(2014)

Yönergede belirlenen fiziki koşullar, personel, araç, gereç ve hizmet standartlarının sağlanmasından genel sekreterlik ve ilgili sağlık tesisi hastane yöneticisi müteselsilen (her biri tümünden) sorumludur.

FİZİKİ KOŞULLAR

Merkezin kullanımına tahsis edilecek bina; tercihen müstakil, en az 300m2 toplam kapalı alana sahip ve toplu taşıma araçlarıyla kolay ulaşılabilir, merkezi yerlerde seçilir. Çok katlı binalarda zemin veya zemin katla birlikte birinci katlar kullanılır. Bina yangın önlemleri bakımından ilgili mevzuata uygun olmalıdır. Merkez: tercihen en az 300 m2 büyüklüğündeki müstakil, toplu taşıma araçlarıyla kolay ulaşılabilir, merkezi yerlerde bulunan binalarda açılır. Çok katlı binalarda; zemin veya birinci katlarda veya bu katlardan en az birinin birlikte kullanıldığı katlarda birbiriyle bağlantılı olarak açılabilir. Yine çoklu katlarda binanın tamamının sağlık amaçlı kullanılması durumunda üst katlarda da açılabilir. Bina yangın önlemleri bakımından ilgili mevzuata uygun olmalıdır.

ARAÇ

Merkez tarafından gezici hizmet vermek üzere görevlendirilen ekibin ulaşımı ile gerektiğinde hizmet verilen hastaların yaşadıkları ortamdan merkeze ve merkezden yaşadıkları ortama nakli için kullanılmak üzere bir hasta nakil aracı tahsisi yapılır.

Gerekli koordinasyon sağlanmak kaydıyla, evde sağlık hizmeti veren müdürlük veya sağlık tesislerindeki, evde sağlık hizmeti için tahsis edilmiş, ulaşım ve nakil araçlarının ortak kullanımı sağlanır.

Merkez tarafından hizmet vermek üzere görevlendirilen gezici ekip sayısına göre en az bir araç hastane yönetimince merkeze tahsis edilir.

Hasta transferi?

Toplu Taşıma?

PERSONEL

Ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı,
Sosyal çalışmacı,
Psikolog,
Hemşire,
Şoför,
İş uğraş terapisti ve/veya usta öğretici,
Tıbbi sekreter,
İdari ve teknik personel,
Temizlik elemanı,
Güvenlik görevlisi,
İhtiyaç duyulan diğer unvanlarda yeteri kadar personel ilgili mevzuata uygun olarak valilikçe görevlendirilir.
Hizmetin yoğunluğuna göre sorumlu uzmanın gerekçeli talebi, baştabibin uygun görüşü üzerine, ihtiyaç duyulan unvanlarda aynı usulle birden fazla personel görevlendirilebilir

Merkezde en az;

1 ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı,
1 sosyal çalışmacı,

1 psikolog,
2 hemşire,
1 sağlık memuru,
1 tıbbi sekreter,
1 idari ve teknik personel,
İhtiyaç duyulan temizlik elemanı, güvenlik görevlisi ile iş uğraş terapisti gibi diğer unvanlarda yeteri kadar personel ilgili mevzuata uygun olarak hastane yöneticisi tarafından görevlendirilir.

PERSONEL EĞİTİMİ

Merkezde görevlendirilecek personel, Bakanlık tarafından hazırlanan "Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Çalışma Prensipleri Genel Uyum ve Teori Eğitimi"ni almış olan personel arasından seçilir.
Bu nitelikte personel bulunmaması halinde görevlendirilen personelin en kısa sürede ilgili eğitim modülünü alması Bakanlıkça sağlanır.
Merkezde görevlendirilecek personel, Bakanlık tarafından hazırlanan "Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Çalışma Prensipleri Genel Uyum ve Teori Eğitimi'ni almış olan personel arasından seçilir.
Bu eğitim alınıncaya kadar merkez sorumlu ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı tarafından; temel eğitim ve merkez çalışma usul ve esasları konusunda eğitim verilir ve yazılı olarak Bakanlığa bildirilir.
Bu eğitimi alan kişilerin hizmetin sürekliliği için merkezde çalıştırılmasına özen gösterilir.

VERİ TABANI

Merkez, hizmet verdiği bölgede ikamet eden ağır ruhsal bozukluğu olan hastaları;
Aile hekimleri,
Psikiyatri klinikleri,
Kaymakamlık,
Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu il müdürlükleri,
Diğer kurum ve kuruluşlar tarafından tutulmakta olan kayıtları da kullanarak tespit eder ve kendi veri tabanını oluşturur.
Merkez, hizmet verdiği bölgede ikamet eden ağır ruhsal bozukluğu olan hastaları;
Aile hekimleri,
Toplum sağlığı merkezi,
Psikiyatri klinikleri,
Kaymakamlık,
Aile ve sosyal politikalar il müdürlükleri,
Diğer kurum ve kuruluşlar tarafından tutulmakta olan kayıtları da kullanarak tespit eder ve kendi veri tabanını oluşturur.

DİĞER KURUMLARLA İŞBİRLİĞİ

Merkezler
Milli Eğitim Bakanlığı.
Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu.
Emniyet müdürlükleri.
Türkiye İş Kurumu il müdürlükleri.
İlgili diğer kurum ve kuruluşlar.
Gönüllüler ve ilgili sivil toplum kuruluşları ile uygulama protokolleri düzenlemek suretiyle işbirliği yapabilir.
Milli Eğitim.
Aile ve Sosyal Politikalar.
Emniyet ve Türkiye İş Kurumu İl Müdürlükleri.
Belediyeler.
Diğer kurum ve kuruluşlar.
Gönüllüler, ilgili vakıflar ve sivil toplum kuruluşları ile genel sekreterlik arasında uygulama protokolleri düzenlemek suretiyle iş birliği yapabilir.
Sağlık Kurumları?

ÇELİŞKİLER YA DA İKİLEMLER

Yönetici için; hastane karlılığı/TRSM ihtiyaçlarının karşılanması.
Aile hekimleri için; hasta bilgilerini koruma/TRSM ile paylaşma.
Sağlık idaresi açısından; koşullar hazır olunca TRSM açmak/eksikleri süreç içinde gidermek.
Çalışanlar açısından; aşırı efor ile çözüm üretmek/sürdürülebilir, kurumsallaşmış çalışma tarzı.

ÖZELLİKLİ OLAN HİZMETLER

Ameliyathane.
Anjiyo üniteleri.
Yoğun bakım.
Doğumhane.
Yenidoğan, süt çocuğu.
Yanık ünitesi/merkezi.
Diyaliz.
Acil servis-poliklinik.
Kapalı psikiyatri servisleri.
AMATEM.
Çocuk izleme merkezleri.
İzolasyon odaları.
Organ ve doku nakli.
Kemik iliği nakil üniteleri.
TRSM ?

TRSM KURULUŞU

BAFRA TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİ'NİN KURULMA SÜRECİ

Kadro

Psikiyatri Uz.
Sosyal Çalışmacı
Psikolog
Hemşire
Sağlık Memuru
İdari ve Teknik Personel
Tıbbi Sekreter
Temizlik Elemanı
Güvenlik Görevlisi
İş-Uğraş Terapisti

EKİP SEÇİMİ

Gönüllü/istekli.
Sürekli çalışacak.
İletişim kurmaya yatkın.
Gereğinde seyahat edebilecek kişilerden oluşması istendi.

EĞİTİM

En yakın aktif TRSM örneği olan Samsun TRSM'de hemşire ve sosyal hizmet uzmanı 3 ay, psikiyatri uzmanı 10 gün süreyle geçici görevli olarak çalıştı. Açılıştan 6 ay sonra 4 personel Ankara'da 1 hafta süreyle kurs gördü. 2 modül ile sınırlı kaldı.

PSİKİYATRİ VE PSİKOZ EĞİTİMİ

Psikiyatri uzmanı dışındaki personelin psikiyatri konusunda deneyimi olmadığı için bu konudaki ihtiyaç kurum içi eğitim toplantıları ve olgu örnekleri içeren kaynaklarla sağlandı.

ADRES-TELEFON BİLGİLERİ

Hastane kayıtlarındaki adres ve telefon numaralarının çoğunun yanlış çıktığı görüldüğünden, poliklinikte görülen psikoz tanılı hastaların (f20-f29 arası) kayıtları güncellendi ve listelendi. Başlangıç sonrası Toplum Sağlığı Merkezi ve aile hekimleri ile bağlantı kuruldu.

GEREKLİ EŞYA-MALZEME TESBİTİ
Bafra Devlet Hastanesi yeni binasına taşınacağı için eski binada kalacak eşyalardan kullanılabilecek olanlar işaretlendi. Taşınma sonrası TRSM'ye nakledildi. Bakanlığın başlangıçta tahsis edeceği söylenen ödenek kullanılamadı.

ÖNCELİKLİ İHTİYAÇLAR
Açılış aşamasında telefon hattı ve aylık 1000 dk içeren konuşma paketi sağlandı.
Ev ziyareti yapılabilmesi için araç istendi.

EKSİKLERİN GİDERİLMESİ
Hastanenin sağladıkları yanında baskül, navigasyon cihazı, elektrikli çaydanlık, portatif yazı tahtası, boya malzemesi gibi bazı kalemler ilaç firmalarından sağlandı. Sonraki aylarda televizyon, elektrikli süpürge ve su arıtma cihazı da benzer şekilde alındı.

SPOR MALZEMELERİ
Hastaneden alınan masa tenisi masası dışında çıkma malzeme ile 5x10 m ebatında voleybol sahası yapıldı. Raket, top gibi malzemeler bağış yoluyla elde edildi. Bir meslektaşımız kullanmadığı koşu bandını, bir mümessil arkadaşımız da kondisyon bisikletini hediye etti.

BİZE DÖNÜŞÜ OLACAK MI?
Hayır/Belki: Yerel bakış açısından.
Evet: Ulusal bakış açısından.

Yemek, çay ve şeker
Danışanlarımız yatan hasta durumunda olmadığı için hastaneden gelen öğle yemekleri zaman zaman gündeme geldi. Çay ve şeker temininde güçlükler yaşandı ve halen yaşanmakta. 4-5 saat TRSM'de kalmak ?

YÖNETİMDEKİ DEĞİŞİKLİKLER
Geçen iki yıl içinde hastane yönetiminin birkaç kez değişmesi konuşulan ve mutabık kalınan konuların tekrar tekrar konuşulmasına, bazen de sonuçsuz kalmasına neden oldu.

HOŞ TESADÜFLER
Yıllar önce kongrede konserini izlediğimiz, şizofreni tedavisi gören bir piyanist ile çektirdiğimiz fotoğraf daha anlamlı hale geldi. Bahçeye ağaç diktiğimizi anlattığımız bir dostumuz, fidancı akrabasından çok sayıda fidan getirdi. Bir hemşiremizin eşinin sosyal yardımlaşma vakfında çalışıyor olması işimizi kolaylaştırdı.

BELEDİYE DESTEĞİ
Bahçede kullanılmak üzere piknik masaları, banklar ve parklarda kullanılan spor aletlerinden getirildi.
Ev temizliği ve tamiratı konusunda zorlanan hastalar için yardım istendi. Bu konuda fikir birliği olmasına rağmen uygulamaya geçemedi.

TRSM TANITIMI
TRSM'nin ne olduğu ve ne olmadığı konusunda önce hastane personeline, sonra aile hekimleri ve eczacılara sunum yapıldı. Açılış esnasında Vali ve Kaymakam ile birlikte Samsun ve Bafra'nın sağlık yöneticilerine anlatma fırsatı doğdu.

ÇALIŞMA DÜZENİ
İki hemşire ile ve psikolog olmaksızın başlandığı için yalnızca salı ve perşembe günleri merkezde eğitim/rehabilitasyon çalışması yapıldı. Diğer 3 gün ev ziyaretlerine ayrıldı.Süreç içinde köyler de ziyaret kapsamına alındı. Danışan sayısı artınca üçüncü eğitim günü açmak gerekti (pazartesi).

EĞİTİM ÇALIŞMALARI
Usta öğretici sağlanması çok zaman aldığı (yazışma, halk eğitim yöneticilerinin ikna edilmesi, sertifikalı öğretici bulunmaması…vs.) için sağlık personelinin müzik, fotoğraf, el işi gibi konulardaki deneyimlerinden başlangıçta faydalanıldı.

KOORDİNASYON

Toplum Sağlığı Merkezi, Belediye, Halk Eğitim Merkezi ziyaretleri yanında sık sık Bafra DH yönetimi ile görüşüldü. Sağlık çalışanları ile var olan bireysel iletişim yoğunlaştırıldı.

HALK EĞİTİM

Usta öğretici olarak öncelikle elişi konusunda eğitim verecek bir kişi görevlendirildi. Başladıktan yaklaşık bir yıl sonra ekibimize müzik ve beden eğitimi öğretmeni eklendi.

FOTOĞRAF-VİDEO ÇEKİMİ

Merkezin tanıtımında kullanmak ve zaman içerisindeki değişimi/dönüşümü belgelemek için her etkinlikte fotoğraf çekildi. (danışanların kimliğini belli etmeyecek şekilde uzak yada arka plan çekime özen gösterildi)

PSİKOMETRİ

Başlangıçtaki psikopatoloji düzeyini tespit etmek için PANSS tercih edildi. Uygulamayı psikiyatri uzmanı ve hemşireler birlikte yaptı.

ULUSAL RUH SAĞLIĞI EYLEM PLANI

Uzm. Sosyal Çalışmacı Esra AKÇAY
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
Ruh Sağlığı Programları Daire Başkanlığı

- Planının temel amacı.
- Planda yer alan amaç ve hedefler.
- Bugüne kadar neler yapıldı?

Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı

Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (URSEP) 26 Ağustos 2011 tarihinde yayınlanmıştır.
10 Ekim Dünya Ruh Sağlığı gününde Sağlık Bakanı tarafından kamuoyuna tanıtılmıştır.
Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı hazırlanırken Sağlık Bakanlığının 2006 yılında yayınladığı Ulusal Ruh Sağlığı Politika Metni esas alınmıştır.

Ulusal Ruh Sağlığı Politikası (2006)

Ruh sağlığı sisteminin toplum temelli olması, genel sağlık sistemine ve birinci basamağa entegre edilmesi.
Toplum temelli rehabilitasyon çalışmalarının yapılması.
Ruh sağlığı alanına ayrılan kaynağın arttırılması.
Ruh sağlığı hizmetlerinin kalitesinin arttırılması.
Ruh sağlığı alanı ile ilgili yasaların çıkarılması.
Damgalamaya karşı hasta haklarının savunulması.
Ruh sağlığı alanında eğitim, araştırma ve insan gücünün arttırılması.

Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı'nın temel amacı

- Bireylerin ihtiyacını alan ruh sağlığı hizmetlerinin, uygun yöntemle yeterli bir biçimde verilmesini sağlayan bir hizmet ağının kurulmasıdır.
- Ruhsal hastalığı olan kişilerin tedavi ve bakımlarında hasta merkezli yaklaşımın temel alınması,
- Toplum temelli ruh sağlığı hizmet modelinin ülkemizde yerleşmesi hedeflenmiştir.

- Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı 2011–2023 dönemini üç aşamalı olarak kapsamaktadır:
    - Kısa vadeli aktiviteler: 2011-2012.
    - Orta vadeli aktiviteler: 2013-2016.
    - Uzun vadeli aktiviteler: 2017-2023.
- Bu Eylem Planı'nda kısa ve orta vadeli aktiviteler ayrıntılı olarak planlanmış, genel yol haritası belirlenmiş; uzun vadeli aktivitelerin 2016 yılı itibarı ile gözden geçirilmesi kararlaştırılmıştır.

Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planının Amaçları

1. Ruh sağlığı hizmetleri veren kurumlar arasında eşgüdümü sağlamak.
2. Ağır ruhsal bozukluğu olan bireylerin tüm ihtiyaçlarını karşılayan bütüncül bir ruh sağlığı sistemi kurmak.
3. Ruh sağlığını teşvik etmek ve geliştirmek.
4. Ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamak sağlık kurumlarına entegrasyonunu sağlamak.
5. Psikiyatri yatak sayısını düzenlemek.
6. Ruh sağlığı alanında çalışanların sayı ve niteliğini artırmak.
7. Çocukluk ve ergenlik dönemine yönelik ruh sağlığı hizmetlerini iyileştirmek ve geliştirmek.
8. Ruhsal özürlülere verilen hizmetlerin kalitesini artırmak.
9. Ruh sağlığı alanında yasal düzenlemeler yapmak.

Ruh Sağlığı Hizmetleri Veren Kurumlar Arasında Eşgüdümü Sağlamak 1
Ruh Sağlığı Koordinasyon kurulu kurmak

Koordinasyon kurulu kurulması için çalışmalar yapılması.
Koordinasyon kurulunun ruh sağlığı hizmetlerinde eşgüdüm sağlanması.

Ruh Sağlığı Hizmetleri Veren Kurumlar Arasında Eşgüdümü Sağlamak 2
Neler Yapıldı?
Koordinasyon kurulu için ilgili Bakanlıklardan (ASPB, Adalet Bakanlığı, İç İşleri Bakanlığı, MEB, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, YÖK, Diyanet İşleri Başkanlığı, RTÜK) Müsteşar yardımcısı düzeyinde isimler istendi.
Yönetim değişiklikleri sebebiyle verilen isimler birkaç kez değiştirilmiş ve sonrasında da toplanılamamıştır. Çalışmalar devam etmektedir.

Ağır Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Tüm İhtiyaçlarını Karşılayan Bütüncül Bir Ruh Sağlığı Sistemi Kurmak 1
Toplum temelli ruh sağlığı sistemine geçmek
Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin açılması,
Rehabilitasyon üniteleri veya gündüz hastanelerinin toplum temelli modele entegre edilmesi,
Eğitim faaliyetlerinin yapılması.
Ağır Ruhsal Bozukluğu olan Hastalar için bakım sistemi kurmak
Ailelere destek verilmesi.
Aile yanında kalamayan hastalar için sistem kurulması.
Ruh Sağlığı hastalarının istihdam edilmesini sağlamak
Korumalı iş yerleri uygulaması çalışmaların yapılması ve yaygınlaştırılması.

Ağır Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Tüm İhtiyaçlarını Karşılayan Bütüncül Bir Ruh Sağlığı Sistemi Kurmak 2
Neler Yapıldı?
69 ilde 114 TRSM açıldı. (Tescil aşamasında olan 13 TRSM daha var.)
Bugüne kadar eğitici eğitimleri de dahil toplam 900 TRSM personeli eğitildi.
Ağır ruhsal bozukluğu olan hastalar için ASPB tarafından evde bakım ücreti, engelli maaşı verilmektedir.
ASPB'ye bağlı umut evleri açılmış olup, yaygınlaştırma çalışmaları devam etmektedir. Bu evlerde psikiyatrik hastalarda kalmaktadır. 106 umut evi açıldı. Umut evi personel eğitimleri ve umut evi değerlendirme çalışmaları ASPB tarafından yapıldı.
23.11.2013 tarihinde ASPB tarafından "Korumalı İş Yerleri Hakkında Yönetmelik" çıkarılmıştır. Mevcut durumda Bursa, İzmir de toplam 2 tane Korumalı iş yeri vardır.

Ruh Sağlığını Teşvik Etmek ve Geliştirmek 1
Ruhsal bozukluğu olan bireylere karşı damgalama ve ayrımcılığı ortadan kaldırılmak.
Kadına yönelik şiddeti azaltmak ve sağlıkla ilgili etkilerini önlemek.
Çocuk istismarını önlemek.
İntiharı azaltmak.
Afetlere müdahale anlamında organizasyon ve planlar geliştirmek ve hayata geçirmek.

Ruh Sağlığını Teşvik Etmek ve Geliştirmek 2
Neler Yapıldı?
Ruhsal bozukluğu Bulunan kişiler hakkındaki mitlerin ele alınması için ruh sağlığı ve engellilik hizmetleriyle ilgili üç video belgeseli yapıldı. Bu belgesellerde zihinsel engelli ve ruhsal bozukluğu olan kişilerin gerçek yaşam öyküleri anlatıldı. Videolar çeşitli eğitim faaliyetlerinde ve uluslararası katılımın olduğu üç konferansta gösterildi.
Ruhsal bozukluğu bulunan kişilerin hakları ve bu kişilere yönelik hizmetlerin ele alındığı iki broşür hazırlandı ve yayımlandı.
Damgalamayla ilgili afişler tasarlandı ve üç konferansta her birinde geniş kapsamlı olarak paylaşıldı. Afişlerde damgalama ile mücadele sloganları yer aldı (Örn: Yanımda ol/ Herkesinki gibi bir hayat/ Bir tek engel var – Damgalama).

Ruh Sağlığını Teşvik Etmek ve Geliştirmek 3
Neler Yapıldı?
"Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadele Programı" ASPB VE Bakanlığımız arasında işbirliği ve eşgüdümün sağlanmasına yönelik çalışmaların çerçevesinin, koşullarının ve tarafların yükümlülüklerinin belirlenmesi amacıyla protokol imzalanmıştır.
ASPB tarafından hazırlanan ve 26 ilden 200 sağlık çalışanına verilecek olan «Kadına Yönelik Şiddetle Mücadelede Eğitici Eğitimi» çalışmaları tamamlanmış olup, 25 halk sağlığı müdürlük çalışanlarına eğitici eğitimi verilmiştir. Toplamda 155 birinci basamak ve 45 acil sağlık çalışanı eğitilecektir.
Sağlık Kurumlarına başvuran şiddet vakalarında Kadına Yönelik Şiddet Kayıt Formları doldurularak, Karar Destek Sistemi'nde de veriler raporlanmaktadır.

Ruh Sağlığını Teşvik Etmek ve Geliştirmek 4
Neler Yapıldı?
Çocuk İzlem Merkezleri ülke geneline yaygınlaştırılma çalışmaları devam etmekte olup, mevcut 23 ilde 24 ÇİM bulunmaktadır.
04.10.2012 tarihli ve 28431 Başbakanlık Genelgesi yayınlanmıştır.
Çocuk İzlem Merkezlerinde görev yapacak personele yönelik olarak düzenlenen «Çocukla Adli Görüşmeci Eğitim Programı » Sertifikalı olmuştur.
Çocukla Adli Görüşmeci Sertifikalı Eğitim Programı kapsamında toplamda 256 personele eğitim verilmiştir.
Çocuk İhmal ve İstismarı-Cinsel İstismar, Çocuk İzlem Merkezleri Farkındalık Eğitimleri kapsamında ülke genelinde 31.292 kurum personeline eğitim verilmiştir.

Ruh Sağlığını Teşvik Etmek ve Geliştirmek 5
Neler Yapıldı?
Van ve Erciş Depremlerinden etkilenenlere yönelik psikososyal müdahalelerin geliştirilmesi için sağlık çalışanlarının eğitimi Afetlerde Psikososyal Hizmetler Birliği (APHB), DSÖ ve Bakanlığımız çalışmalarıyla gerçekleştirilmiştir.
Bu kapsamda «Temel Sağlık Hizmetlerinde Ruhsal Travmaya Yaklaşım Eğitimi Yardımcı Kitabı» hazırlanmış, DSÖ Türkiye Ofisinin finansal desteği ile basılmıştır.
APHB üyeleri ve akademisyenlerden oluşan bir eğitimci grubu tarafından; aile hekimleri, aile sağlığı elemanları, sosyal hizmet uzmanları, psikolog ve psikiyatri uzmanlarına eğitim verilmiştir.

Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Birinci Basamak Sağlık Kurumlarına Entegrasyonunu Sağlamak 1
Birinci basamak ve aile hekimlerinin psikiyatrik bozuklukların tanı, tedavi ve takipleri konusunda bilgilerini artırmak.
Birinci basamak ve aile hekimlerini toplum temelli ruh sağlığı uygulamalarına entegre etmek.
Riskli gruplara yönelik koruyucu hizmet ve erken tanılama ile ilgili yürütülmekte olan ruh sağlığı programlarının aile hekimliği sistemine entegrasyonunu sağlamak.

Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Birinci Basamak Sağlık Kurumlarına Entegrasyonunu Sağlamak 2
Neler Yapıldı?
TRSM'ler bölgelerindeki Aile Hekimlerini toplum temelli ruh sağlığı hizmetler ile ilgili bilgilendirme toplantıları yapmaktadır. "Çocuğun Psikososyal Gelişimini Destekleme Programı" kapsamında gebelik döneminde iki, bebeklik ve çocukluk döneminde toplam altı, baba ile de üç kez görüşülerek psikososyal izlem yapılmaktadır. Programın eğitici eğitiminde toplam 711 kişiye eğitim verilmiş olup eğitimler devam etmektedir.

Psikiyatri Yatak Sayısını Düzenlemek 1
Genel psikiyatri yataklarının ülke geneline yayılacak şekilde sayısını artırmak ve 100 bin kişiye düşen yatak sayısını 8'den 13'e çıkarmak.
Ülke genelinde psikiyatri yatak sayılarının düzenlenmesi.
Yüksek güvenlikli psikiyatri ve tutuklu psikiyatri yataklarının ülke geneline yayılacak şekilde sayısını artırmak ve 100 bin kişiye düşen adli psikiyatri yatak sayısını 0,9'dan 3'e çıkarmak.

Psikiyatri Yatak Sayısını Düzenlemek 2
Neler Yapıldı?
Genel hastanelerdeki psikiyatri kliniklerinin ve yüksek güvenlikli adli psikiyatri hastanelerinin standartlarının belirlenmesi amacıyla Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'ne saha ziyareti yapılmıştır.
Ülkemizde Kamu-Özel Ortaklığı modeli ile yapılacak Kampüs Hastaneleri bünyesinde yapılması planlanan Adli Psikiyatri Hastanelerinin fiziki standartlarının ve işleyişinin belirlenmesine yönelik çalışmalar tamamlanmış, her iki konudaki rapor Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne teslim edilmiştir.
Yeni yapılan hastaneler ve mevcut hastanelerdeki psikiyatri yatak sayılarının düzenlenmesi için SHGM, TKHK ve Kamu Özel Ortaklığı Başkanlığı ile toplantılar yapılmıştır. İlgili birimlerce çalışmalar devam etmektedir.

Çocukluk ve Ergenlik Dönemine Yönelik Ruh Sağlığı Hizmetlerini İyileştirmek ve Geliştirmek 1
Sağlıklı çocuk takip programlarına psikososyal gelişim programlarını da entegre etmek.
Gelişme geriliği veya zihinsel-ruhsal bozukluğu olan çocukların tedavi ve rehabilitasyon süreçlerinin iyileştirilmek.

Çocukluk ve Ergenlik Dönemine Yönelik Ruh Sağlığı Hizmetlerini İyileştirmek ve Geliştirmek 2
Neler Yapıldı?
ASPB ile yapılan toplantıda ÇPGD Programı kapsamında tespit edilen riskli bebek ve çocukların ASPB ye yönlendirilmesiyle ilgili toplantı yapılarak iş akış şeması ASPB ye gönderilmiştir. 2015 yılı sonuna kadar ÇPGD programın tüm ülke geneline yaygınlaştırılarak performans göstergelerine dahil edilmesi sağlanacaktır.
Özel gereksinimi olan çocukların (Otizm ve diğer gelişimsel bozukluklar) erken tanı, tedavi ve rehabilitasyonu amacıyla belirlenen 5 ilde (Ankara, Erzurum, Konya, Aydın, Bursa) pilot uygulamalar devam etmektedir.
ÇPGD formuna otizm spektrum bozukluğu (OSB) ile ilgili 3 tarama sorusu eklenmiştir. Ayrıca ÇPGD eğitici eğitimi içeriğine OSB ve gelişimsel gerilikler ile ilgili konular eklenmiştir.

Ruhsal Özürlülere Verilen Hizmetlerin Kalitesini Artırmak 1
Ruh Sağlığı alanında hizmet veren hizmetleri denetlemek
Ruh Sağlığı alanında hizmet veren kurumların hizmet kalitelerinin standardize edilmesi
STK ların ruh sağlıı hizmetlerinde aktif rol almasının sağlanması

Ruhsal Özürlülere Verilen Hizmetlerin Kalitesini Artırmak 2
Neler Yapıldı?
Bölge hastanelerinin bulunduğu 8 ilde ihtiyaç değerlendirmesi saha çalışması yapıldı. Toplamda 35 kurum (8 RSHH ve 27'si ASPB nin ve özel sosyal bakım kurumları olmak üzere) değerlendirildi. Kurumlardaki 583 çalışan ve hastalarla görüşüldü. İhtiyaç Değerlendirilmesi Raporu Sayın Sağlık Bakanı'na ve üst düzey yetkililerinin oluşturduğu ekibe sunuldu.
TRSM ve akut yataklı psikiyatrik birimlerinin ihtiyaç değerlendirmesi yapılmıştır. 12 ildeki 8 TRSM ve 8 akut yataklı psikiyatri biriminin değerlendirildi.

Ruh Sağlığı Alanında Yasal Düzenlemeler Yapmak 1
Ruh sağlığı alanında hasta hakları, uygulama usul ve esasları, çalışanların sorumluluk ve yetkileri konularında eksik olan yasal mevzuatı tamamlamak.

Ruh Sağlığı Alanında Yasal Düzenlemeler Yapmak 2
Neler Yapıldı?
"Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge" revize edildi.
Çocuk İzlem Merkezleri hakkında Başbakanlık Genelgesi yayınlandı.
2005/155 Sayılı Ruh Hastalarının Sevk ve Takipleri Hakkında Genelge 2014/2 Sayılı Genelge ile revize edildi.
Ruh Sağlığı Mevzuatı ile ilgili bir dizi çalıştay yapılmıştır. Bu çalışmalarda STK ve TPD ile birlikte oluşturulan taslak üzerinde değerlendirmeler devam etmektedir.

KORUMALI İŞ YERLERİ

Lütfiye KARAASLAN
Aile ve Sosyal Politikalar Uzmanı
ASPB Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü
İstihdam ve Sosyal Güvenlik Dairesi Başkanlığı

Çalışmak Bir İnsan Hakkıdır

Çalışma temel insan haklarından biridir. Anayasamızın 49 uncu maddesi çalışmanın herkesin bir hakkı ve ödevi olduğunu çok açık bir şekilde ortaya koymuştur.

Engelli bireylerin başkalarına yük olmadan kendilerine toplumda bir yer edinmelerinin birincil koşulu istihdam edilmeleridir. Şayet hak temelli bir yaklaşımdan bahsediyorsak her şeyden önce çalışmanın her bireyin hakkı olduğunu kabul etmemiz gerekir.

Çalışmak Evrensel Bir Haktır…

BM Engellilerin Haklarına İlişkin Sözleşme

BM tarafından Mart 2007 tarihinde imzaya açılan «Engellilerin Haklarına İlişkin Sözleşme» Ülkemiz tarafından aynı tarihte imzalanmış, onay süreci tamamlanarak 2009 yılında ülkemiz açısından uluslar arası bağlayıcılık kazanmıştır.

Sözleşme'nin amacı, engellilerin tüm insan hak ve temel özgürlüklerinden tam ve eşit şekilde yararlanmalarını teşvik ve temin etmek ve insanlık onurlarına saygıyı güçlendirmektir.

Sözleşme uyarınca;

Taraf Devletler engellilerin diğer bireylerle eşit koşullar altında çalışma hakkına sahip olduğunu kabul eder. Bu hak, engellilerin, açık, bütünleştirici ve erişilebilir bir iş piyasası ve çalışma ortamında serbestçe seçtikleri bir işle hayatlarını kazanmaları fırsatını da içerir.

Taraf Devletler çalışırken engelli olanlar dahil olmak üzere tüm engellilerin çalışma hakkının yaşama geçmesini yasama çalışmalarını da içeren uygun tüm tedbirleri alarak güvence altına alır (Madde 27 Çalışma ve İstihdam).

Engelliliğe Kapsayıcı Bir Yaklaşım…

Engelliler Hakkında Kanun

Temmuz 2005'te yürürlüğe giren 5378 sayılı Engelliler Kanunu engellilere yönelik hak temelli yaklaşımın önemli bir belgesi olmuştur.

Kanun ile birlikte eğitim, sağlık, istihdam, bakım, ulaşılabilirlik, sosyal yardımlar ve sosyal güvenliğe ilişkin sorunların çözümü, engelli bireylerin her bakımdan gelişmeleri, toplumsal hayata tam katılımlarının sağlanması ve bu hizmetlerin koordinasyonu için gerekli düzenlemelerin yasal çerçevesi belirlenmiştir.

Engelliler Hakkında Kanun

5378 sayılı Engelliler Hakkında Kanun ayrımcılığı kapsamlı bir şekilde tanımlamış ve ayrımcılığı yasaklamıştır: Doğrudan ve dolaylı ayrımcılık dâhil olmak üzere engelliliğe dayalı her türlü ayrımcılık yasaktır.

Eşitliği sağlamak ve ayrımcılığı ortadan kaldırmak üzere engellilere yönelik makul düzenlemelerin yapılması için gerekli tedbirler alınır.

Engellilerin hak ve özgürlüklerden tam ve eşit olarak yararlanmasını sağlamaya yönelik alınacak özel tedbirler ayrımcılık olarak değerlendirilemez.

Engelliler Hakkında Kanun…

İstihdamda Yeni Bir Yaklaşım

5378 sayılı Engelliler Hakkında Kanun engelli bireylerin çalışma hayatına katılmalarını destekleyecek pek çok yeni hüküm getirmiştir. Buna göre:

İşe başvuru, alım, önerilen çalışma süreleri ve şartları ile istihdamın sürekliliği, kariyer gelişimi, sağlıklı ve güvenli çalışma koşulları dâhil olmak üzere istihdama ilişkin hiçbir hususta engelliliğe dayalı ayrımcı uygulamalarda bulunulamaz. Çalışan engellilerin aleyhinde sonuç doğuracak şekilde, engelinden dolayı diğer kişilerden farklı muamelede bulunulamaz. Çalışan veya iş başvurusunda bulunan engellilerin karşılaşabileceği

engel ve güçlükleri ortadan kaldırmaya yönelik istihdam süreçlerindeki önlemlerin alınması ve engellilerin çalıştığı iş yerlerinde makul düzenlemelerin, bu konuda görev, yetki ve sorumluluğu bulunan kurum ve kuruluşlar ile işverenler tarafından yapılması zorunludur.

Engelliler Hakkında Kanun
İstihdamda Yeni Bir Yöntem: Korumalı İş Yerleri
5378 sayılı Engelliler Hakkında Kanun korumalı iş yerleri tanımını yapmıştır:
Korumalı iş yeri; iş gücü piyasasına kazandırılmaları güç olan zihinsel veya ruhsal engellilere mesleki rehabilitasyon sağlamak ve istihdam oluşturmak amacıyla devlet tarafından teknik ve mali yönden desteklenen ve çalışma ortamı özel olarak düzenlenen iş yerini, ifade eder.

Korumalı İş Yerleri
Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge (2011) de korumalı iş yerlerini tanımlamıştır:
"Korumalı iş yeri: Korumalı evlerde veya ailesinin yanında kalan hastaların çalışabilmesi için diğer kamu kurum ve kuruluşlarının desteklediği işyerlerini,
Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı
Toplum temelli ruh sağlığı sistemi üç unsur üzerine kuruludur. Bunlar:
-Hizmetin coğrafi temelli yapılandırılması,
-Hizmetin ekip anlayışıyla çok yönlü verilmesi,
-Her tanımlanmış bölgeye sorumlu toplum ruh sağlığı merkezi, bakım kurumları, koruyucu evler, korumalı iş yerleri ve genel hastaneler içinde psikiyatri yataklarının açılması" şeklindedir.

Tarihsel Olarak Korumalı İş Yerleri
Tarihsel olarak korumalı iş yerlerinin ilk örneklerine 1800'lü yıllarda ABD'de rastlanmaktadır. Korumalı iş yerlerinin Avrupa'da tarihsel gelişimine baktığımızda, karşımıza her ülke için ayrı bir öykü çıkmaktadır. Örneğin; Finlandiya'da ilk korumalı iş yerleri birinci dünya savaşından hemen sonra el sanatlarına dayalı iş yerlerinin kurulması için verilen destekle kurulmuştur. Norveç'te ise 1960'ların başında ilk korumalı işyerleri ortaya çıkmıştır. Avusturya'da ise 1977'den önce sadece birkaç iş yeri kurulabilmiştir.

Günümüzde baktığımızda ise korumalı iş yerlerinin Avusturya, Almanya, Finlandiya, İtalya, Lüksemburg ve Portekiz'de engelli istihdamında önemli bir yere sahip olduğunu görmekteyiz. Benzer bir şekilde; Belçika, İtalya ve İspanya'da korumalı iş yerlerinde şu ana kadarki en yüksek oranlara ulaşıldığı rapor edilmektedir.
Almanya'da açık işgücü piyasasında istihdamı güç zihinsel ve/veya bilişsel engellilerin %81'inin korumalı iş yerlerinde istihdam edildiği bilinmektedir.

Ülkemizde Tarihsel Gelişim
Ülkemizde mevzuatta herhangi bir düzenlemesi olmamasına rağmen uzun yıllar engelli bireylerin hem mesleki eğitim aldıkları hem de bir ölçüde istihdama katıldıkları üretim merkezleri bir nevi korumalı iş yeri benzeri bir işlev üstlenmiştir.Bu kapsamda, Ülkemizde korumalı iş yerleri alanında var olan durumun ortaya konması ve yeni bir yol haritası çıkartılması amacıyla üç bölgede faaliyet gösteren 14 engelli çalışma merkezi ve atölye 25 Mayıs 2004-12 Haziran 2004 tarihleri arasında ziyaret edilmiştir.
Ziyaretlerde bu merkezlerin; kuruluşu, yapıları, yaşadıkları sorunlar, hedefleri, çalışan engelliler gibi konularda bilgiler edinilmiş ve merkezler korumalı iş yeri kriterleri açısından değerlendirilmiştir. Yapılan bu değerlendirmeler ışığında korumalı iş yerlerinin mevzuatta yerini alması ve ülke gündemine taşınması sağlanmıştır.

Neden Korumalı İş Yerleri?
Engelli bireylerin toplumsal yaşama tam ve eşit katılımının en önemli şartı istihdamda yer almalarının sağlanmasıdır. Ülkemizde engellilerin istihdamına ilişkin politikalar büyük ölçüde kota, kota-ceza ve teşvik sistemine dayanmaktadır.
İzlenen bu politikanın özellikle zihinsel veya ruhsal engellilerin istihdamında istenilen sonuçları yeterince sağlayamaması, başka istihdam yöntemlerinin de ele alınması gerekliliğini ortaya koymuştur. Zihinsel ve ruhsal engelliler kota-ceza istihdam yöntemi çerçevesinde işverenler tarafından en az tercih edilen, istihdam edilme oranları en düşük olan bireylerdir. Bu bireylerin korumalı işyerlerinde istihdam edilmeleri, engellilerin hem bireysel gelişim sürecini pekiştirmeleri hem de topluma uyum sağlamaları açısından büyük önem arz etmektedir. Zihinsel yetersizliği bulunan bireylerin rekabetçi bir şekilde istihdam edilme olasılıkları daha

düşük, ayrıştırılmış ortamlarda istihdam edilme olasılıkları daha yüksektir (WHO, 2011).
Korumalı iş yeri; engelliye normal çalışma ortamındaki yarışma ve başarısız olma riski olmadan çalışma fırsatı vermektedir. Dünya'da ağır ruhsal hastalığı olanların istihdamı ile ilgili temelde iki yöntem olduğu gözlenmektedir:
Birincisi, iş koçları aracılığı ile hastaların yarışmalı bir işe yerleşmesini sağlamak, ikincisi ise korumalı iş yerlerinde istihdamı sağlamaktır (Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı). Birincisi Destekli İstihdam Yöntemi (engelli bireylerin iş koçu aracılığıyla açık işgücü piyasasında işe yerleştirilmesi) olarak tanımlanan yöntem olup, engelli bireylerin istihdamında dünyada başarılı sonuçların alınmasını sağlamaktadır. Ülkemizde de çeşitli projeler aracılığıyla bu yöntem uygulanmaya başlamıştır.

İşe Katıl Hayata Atıl Projesi
EYHGM ile Garanti Bankası işbirliğinde yürütülen Proje, ülkemizde engelli bireylerin açık işgücü piyasasında istihdamında gelecek için umut vadeden yepyeni bir anlayışı temsil etmektedir. İstihdam alanında ülkemiz için Destekli İstihdam Modelini geliştirmeyi hedefleyen proje Ankara, İstanbul, Sakarya, Gaziantep ve Samsun illerinde uygulanmakta olup Projenin devamı için Garanti Bankası ile görüşmeler devam etmektedir.

Korumalı İş Yerlerinin Amacı
İş sağlamaktır (Avustralya, Danimarka, Hindistan, İsveç).
İşe yerleştirmektir (Belçika).
Hizmet ve mal üretimidir (Kosta Rıka, Norveç, Portekiz, Güney Afrika).
Mali performanstır (İsveç-öncelikler sırasında dördüncü sırada yer vermiştir).
Üretim bir çıktı değildir. Üretim acil bir hedeften ziyade çalışan engelli bireyin kendini gerçekleştirmesinin bir sonucudur (Lüksemburg).
Ülkemiz açısından;
Mesleki rehabilitasyon sağlamak,
İstihdam oluşturmak,
Korumalı iş yeri tanımında yer alan iki unsur olarak dikkat çekmektedir.

Korumalı İş Yeri- Eleştiriler
Belli başlı eleştiriler:
-Engellileri toplumdan soyutluyor,
-Korumalı iş yerleri dünyada terk ediliyor,
-Açık işgücü piyasasına geçişi sağlayamıyor.

Korumalı iş yerlerinin gündeme alınması sürecinde tüm bu eleştiriler ve riskler tartışılmıştır.
Diğer istihdam yöntemlerinin (destekli istihdam, bireysel yerleştirme vb.) gündeme alınması, politika olarak benimsenmesi ve uygulanmaya başlamasının yaratacağı zaman kaybı korumalı iş yerlerini zorunlu kılmıştır.

Korumalı İş Yerleri
Süreç Nasıl İşliyor?
İlgili Mevzuat:
5378 sayılı Engelliler Hakkında Kanun.
Korumalı İş Yerleri Hakkında Yönetmelik (23.11.2013).
Korumalı İş Yerleri.
İl Komisyonunun Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge.

Korumalı İş Yerleri- Süreç Nasıl İşliyor?
Kimler Çalışabilir?
Ülkemizde yetersizlikten etkilenmiş herhangi bir bireyin engellilere sağlanan hizmetlerden yararlanabilmesi için en %40 oranında engellilik oranına sahip olması gereklidir (Eğitimde bu oran %20 olarak uygulanmaktadır). Korumalı iş yerinde istihdam edilebilmek için; «bireyin en az % 40 oranında zihinsel veya ruhsal engelli olması gereklidir.» (Engelliler Hakkında Kanun)

Korumalı İş Yeri
Süreç Nasıl İşliyor?
En az 8 engelli bireyin çalıştığı iş yerinin işvereni, korumalı iş yeri statüsünün kazanılması için bulunduğu ilde ASP İl Müdürlüğüne başvuruda bulunur.
Önemli Not:
Korumalı işyerlerinde çalışacak engelli bireylerin sayısının toplam işçi sayısına oranı %75'ten az olamaz.
Başvuruda işverenden istenecek belgeler:
Gerçek veya tüzel kişiler;
-İş yerinin üretim faaliyetini veya faaliyetlerini,
-İş yerinde çalışan veya çalışacak toplam işçi sayısını,
-Çalışan veya çalışacak engelli birey sayısını ve engel durumlarını,
-İş yerinde yaptığı veya yapacağı işleri,
- İş yerinin adresini belirten ve işyerine korumalı işyeri statüsü kazandırma talebini içeren dilekçe ve diğer belgelerle ASP İl Müdürlüğü'ne başvururlar.

(Korumalı İş Yerleri Hakkında Yönetmelik)

Korumalı İş Yeri Personeli:
İş yeri yöneticisi
Mesleki ve teknik eğitim alanında yükseköğrenim görmüş veya usta öğreticilik yeterliliğini haiz eğitici personel, istihdamı zorunludur.
Birden fazla korumalı işyerinin yöneticisi olamaz.
Ancak, nitelikleri haiz olmak kaydıyla, aynı iş yerinde eğitici personel görevini yürütebilir.
Korumalı iş yerinde; ihtiyaç duyulabilecek diğer personel de çalıştırılabilir.

Korumalı İş Yerlerinin Kuruluşu
Korumalı iş yeri başvuruları oluşturulan bir komisyonca değerlendirilir.
Komisyon: İllerde Valilik bünyesinde,
-ASP İl Müdürlüğü, Çalışma ve İş Kurumu İl Müdürlüğü, İl Milli Eğitim Müdürlüğü, İl Sağlık Müdürlüğü temsilcilerinden oluşan, sekretaryası ASP İl Müdürlüğü tarafından yürütülen komisyon. (Korumalı İş Yerleri Hakkında Yönetmelik)

Komisyonun görev ve yetkileri: (Korumalı İş Yerleri İl Komisyonu'nun Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge)
• Korumalı işyeri statüsü kazanma başvurusunu, işyerinde Yönetmelik'te belirtilen koşullar çerçevesinde gerekli tespit ve incelemelerin yapılması suretiyle en geç otuz gün içinde değerlendirerek korumalı işyeri statüsünün kazanılmasına ya da reddine ilişkin ve iptaline karar vermek.
• Korumalı işyerinin taşınması durumunda, taşınılacak yerin Yönetmelikte öngörülen şartları taşıyıp taşımadığını tespit etmek.
• Korumalı işyeri statüsü kazanma talebinin reddi ve korumalı işyeri statüsünün sona erdirilmesi kararlarına yapılan itirazları değerlendirmek ve en geç otuz gün içinde sonuçlandırmak.
Korumalı iş yerinin fiziksel koşulları
-TSE tarafından işyerleri için belirlenen fiziksel standartlar, korumalı işyerlerinde de geçerlidir.
-Korumalı işyerinin müstakil bir binada olması tercih nedenidir.
- Korumalı işyerinin çok katlı bir binada olması halinde, yangın merdiveni ve asansör şartı aranır.
-Korumalı işyeri rutubetli ortamda olmamalı, gün ışığı almalı ve uygun elektrik ışığı ile aydınlatılmalıdır.
-Korumalı işyeri tabanı sağlığa zarar vermeyecek ve kolay temizlenen bir malzeme ile kaplanmalıdır.
- Merdivenlerin genişliği ve yüksekliği iniş ve çıkışlarda kolaylık sağlayacak şekilde olmalı, emniyet korkulukları bulunmalıdır.

Korumalı iş yerinin fiziksel koşulları
-Kapılar geniş olmalı, tekerlekli sandalye kullananlar için girişte ve katlarda rampalar olmalıdır.
-Atölye/ler ve diğer bölümlerin arası duvarla bölünmeli, sesli makinelerin kullanıldığı yerlerde ses geçirmez materyaller tercih edilmelidir.
-Korumalı işyerinin tuvaletleri ve duş alanları engelli bireylerin kullanımına uygun olmalıdır.

Denetim

Korumalı iş yerleri, Yönetmelikte belirlenen hususlarla sınırlı olmak ve diğer mevzuatın denetime ilişkin hükümleri saklı kalmak kaydıyla, yılda en az bir kez ASP İl Müdürlüğü tarafından, gerekli görüldüğü hallerde ASP Bakanlığı denetim elemanlarınca denetlenir.

Korumalı İş Yerlerine Sağlanan Teşvikler

Korumalı iş yerleri için;
- Gelir ve Kurumlar Vergisinden indirim yapılması,
- Çevre Temizlik Vergisinden muaf tutulması,
- Korumalı iş yerlerinde çalışacak engellilerin maaşlarının bir kısmının ve
- İşverenlerinin işsizlik sigorta primlerinin Hazine'den karşılanması sağlanmıştır.

Halen bu teşviklerin uygulanmasına ilişkin Yönetmelik çalışması devam etmektedir.

BURSA- Yağmur Çocuklar Otizmli Çocukları Destekleme Derneği
"Yağmur Eller Engelleri Üreterek Aşalım Korumalı İş Yeri"

Türkiye'de korumalı işyeri statüsünü alan ilk işyeri olma özelliğine sahip bulunan "Yağmur Eller Engelleri Üreterek Aşalım Korumalı İş Yeri" faaliyetlerine devam etmektedir. 2011 yılı Ocak ayında Bursa ve çevresinde bulunan otizmli çocuklara ve ailelerine destek vermek amacıyla kurulan Bursa Yağmur Çocuklar Otizmli Çocukları Destekleme Derneği'ne bağlı olarak faaliyetlerini sürdüren korumalı işyeri 1 Ağustos 2014 tarihinde resmi açılışını yapmış ve üretime başlamıştır.

Tekstil atölyelerinde dikimden çıkmış halde Yağmur Eller Engelleri Üreterek Aşalım Korumalı İş Yerine gelen ürünler önce kalite kontrol atölyesinde temizlendikten ve hatalı ürünler ayrıldıktan sonra ütü paket atölyesine geçirilmekte, burada bedenleri ayrılıp ütüsü yapıldıktan sonra etiketlenip paketlenmektedir.

Ürünler seri yapılıp barkod işlemleri tamamlandıktan sonra firmalara geri gönderilmektedir. İşyerinde yedisi erkek biri kız olmak üzere sekiz zihinsel veya ruhsal engelli sigortalı olarak çalışmaktadır. Çalışanların engel oranları yüzde elli ile yüzde doksan arasında değişmektedir. Korumalı işyerinde çalışan engelliler ütülemeyle ilgili uzman eğitimciler tarafından İŞKUR'un desteği ile bir ay süreyle eğitilmişler ve sertifika almaya hak kazanmışlardır.

İZMİR- S.S. Girişimci Engelliler İşletme Kooperatifi
"Korumalı İş Yeri"

İzmir Urla'da S.S. Girişimci Engelliler İşletme Kooperatifi tarafından işletilen korumalı iş yeri tarımsal üretim yapmaktadır.

İş yeri kuruluş aşamasında Engelli ve Eski Hükümlü Çalıştırmayan İşverenlerden Ceza Olarak Kesilen Paraları Kullanmaya Yetkili Komisyon tarafından desteklenmiş olup proje kapsamında destekler devam etmektedir.

Sekiz engellinin çalıştığı iş yeri 56 dönüm arazi üzerinde kurulmuştur.

Korumalı iş yerinde şu anda solucan gübresi üretimi yapılmaktadır.

TRSM'LERDE ÇALIŞANLARLA İLGİLİ SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Psk.Dr. Berkant YELKEN
Eskişehir Devlet Hast TRSM Sorumlu Hekimi

15.yüzyılda Edirne'de inşa edilen 2. Bayezid külliyesi, rehabilitasyon çalışmalarının yürütüldüğü bugünkü TRSM lerin adeta öncülü gibidir.
Cumhuriyet döneminde ise 1927'de Prof.Dr. Mazhar Osman tarafından akıl hastalarını Bakırköy'deki hastaneye taşınıp daha çağdaş bir bakım verilmiştir.
1960'lı yıllarda Ankara ve İstanbul'da ruh sağlığı dispanserleri kurulmuştur.

Eskişehir TRSM deneyimi
(18.04.2011-…) VE (22.08.2013-..)

- İlk 5 ay içinde 61 hasta kayıtlıymış.
- Halen 389 hasta kayıtlı.
- Psikiyatri uzmanı 1- 8???
- Hemşire 2- 3.
- Psikolog 1-1.
- Sosyal hizmet uzmanı 1-1.
- Temizlik personeli 2-1.
- Güvenlik 2-1.
- El iş uğras öğretmeni 3-4.
- Ev hizmetleri günleri 2-2.

"Düşünce saksıda büyüyen bitki gibidir, kökleri hiç bir zaman saksının elverdiğinden fazla büyüyemez." Simon Bolivar

TRSM YÖNERGESİ'NİN üçüncü bölümü:
Merkezde ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı, sosyal çalışmacı, psikolog, hemşire, şoför, iş uğraş terapisti ve/veya usta öğretici, tıbbi sekreter, idari ve teknik personel, temizlik elemanı, güvenlik görevlisi ile ihtiyaç duyulan diğer unvanlarda yeteri kadar personel ilgili mevzuata uygun olarak görevlendirilir. Personel seçilirken "Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Çalışma Prensipleri Genel Uyum ve Teori Eğitimi"ni almış olan personel arasından seçilir ya da en kısa sürede ilgili eğitim modülünü alması Bakanlıkça sağlanır.

EĞİTİM ALAN PERSONELLE İŞE BAŞLANAMADI, EĞİTİMLER HALEN DEVAM ETMEKTE. EGİTİM SERTİFİKALI VE STANDART OLMALI. EĞİTİM ALAN KİŞİLER GÖNÜLLÜ VE EN 3 YIL BU ALANDA ÇALIŞMA KONUSUNDA ANLAŞMALI OLMALI.

RUH SAĞLIĞI VE HAST UZMANI
Sorumlu uzman ve ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanını sağlık tesisi baştabibi tarafından merkezin sorumlu uzmanı olarak görevlendirilir ve müdürlüğe bildirilir. Görev ve sorumlulukları; baştabip ile merkez arasındaki koordinasyonu sağlamak, ruhsal tedavi hizmetlerini, kendisine bağlı personelin görev dağılımını, birbirleriyle olan iletişimlerini ve iş akışını planlar, hizmet içi eğitim verir veya verilmesini sağlar, ilgili periyodik toplantılar düzenler, merkezde kullanılacak lüzumlu demirbaş, araç, gereç ve malzeme ihtiyacının tespiti ve temini ve muhafazası sağlar, hizmetle ilgili kayıtların zamanında ve noksansız olarak tutulmasını sağlar, merkez tarafında hizmet verilen hastaların aile hekimleri ile gerekli işbirliği ve koordinasyonu sağlar, gerekirse gezici ekibinin çalışmalarına katılır.

TRSM DE TAM GÜN VE SABİT ÇALIŞAN EN AZ BİR PSK OLMALI. HİZMET İÇİ EĞİTİM , İLETİŞİMLER VE BAKIM PLANLARI YAPILMASI İÇİN BELLİ GÜN VE SAATLER AYRILMALI. ÇALIŞAN DİĞER PERSONEL SEÇİMİNDE PSK UZMANIN GÖRÜŞÜ ALINMALI.

Merkezde görevlendirilecek sosyal çalışmacı, psikolog ve hemşirenin ortak görev ve sorumlulukları şunlardır: Merkeze gelen hasta veya yakınlarına merkezin amacı ve işleyişi hakkında bilgi vermek, bireysel danışmanlık ,grup terapisi ve psikososyal beceri eğitimi vermek, psiko-eğitim vermek, gezici ekibinin çalışmalarına katılmak, ev ziyareti sırasında yatış endikasyonu gerektiren bir durum tespit edilirse, hastanın kliniğe nakledilmesini sağlamak, sosyodemografik veri formunu doldurmak, izlem ölçeklerini kullanmak, İstatistiksel bilgilerin toplanmasında ve değerlendirilmesinde görev almak, merkeze devamı sağlanamayan hasta veya yakınlarıyla irtibat kurmaktır.

PSİKOSOYAL BECERİ EĞİTİMİ DÜZENLİ OLAMIYOR-EĞİTİM EKSİK.
PERSONELİN SIK DEĞİŞMESİ NEDENİYLE HİZMET KALİTESİ DÜŞÜK.
HEMŞİRELERİN BAŞKA SERVİSLERDE NÖBET TUTMASI İŞ MOTİVASYONUNUN DÜŞÜRÜYOR. HASTALARIN VAKA YÖNETİCİSİ DENİLEN İLK SORUMLU SAĞLIK PERSONELİNE DAHA KOLAY ULAŞMASI İÇİN SABİT BİR TELEFON OLMALI.
TRSM E AİT SÜREKLİ KULLANIMA HAZIR BİR ARAÇ OLMALI (EV VE İŞ YERİ ZİYARETLERİ VS).

Sosyal çalışmacının görev ve sorumlulukları şunlardır:
Merkezin sorumlu olduğu bölgedeki hastaların tespit edilmesi ve merkeze kaydını temin etmek için ilgili kurum ve kişilerle irtibat kurar, hasta ve/veya yakınlarıyla irtibat kurarak merkez hakkında bilgi verir ve merkeze davet eder, hastaların hastane, bakım kurumu, korumalı iş yeri ihtiyacına cevap verebilmek için ilgili kurumlarla irtibat kurar, damgalama karşıtı çalışmalar için kurumlar arası işbirliğini sağlar ve geliştirir, hastaları sosyal ve hukuki hakları konusunda bilgilendirir, sivil toplum kuruluşları ve diğer kurumlarla ilişkileri sağlar.

Psikoloğun görev ve sorumlulukları şunlardır:
Hastaların rehabilitasyon ve psikososyal programlarını takip eder ve yazılı rapor tutar ,hastaya psikometrik inceleme yapar ve gelişimini takip eder,uğraşı terapisinde iş uğraş terapistini yönlendirir.

Hemşirenin görev ve sorumlulukları şunlardır:
Hastaların genel sağlık durumunu (hipertansiyon, diyabet vb.) takip eder ve yazılı rapor tutar, hasta için öngörülen tedavileri uygular ve takip eder.

EĞİTİM AMA NASIL?
TRSM DIŞINDA DA GÖREVLENDİRİLMELERİ.

İş uğraş terapisti veya usta öğreticinin görev ve sorumlulukları şunlardır:
Eğitim araçlarını hazırlar, amaca uygun şekilde eğitilmesi için gerekli önlemleri alır ve uygular, faaliyetlerin ve katılımcıların düzenli kayıtlarını tutar, eğitim saatleri dışı zamanlarda genel eğitim-öğretim ve yönetim işlerine katılır, ürün teşhir, sergi gibi faaliyetleri organize eder ve yürütür.

SÖZLEŞMELİ –DÜZENLİ GELEMEYEN-EĞİTİMSİZ VE GÖNÜLSÜZ KİŞİLER OLABİLİYOR. YAZIN 3 AY AKSAMALAR OLUYOR. ERGOTERAPİST OLMALI.

Tıbbi sekreterin görev ve sorumlulukları şunlardır:
Belirlenen amaç ve hedefleri gerçekleştirmek için yöneticiye yardımcı olur, verilerin bilgisayar ortamına aktarılmasından sorumludur, arşiv, büro ve yönlendirme hizmetlerini yürütür, toplantı ve etkinlik organizasyonlarının yapılmasına katkı sağlar, araç-gereçlerin bakım ve onarım işlemlerinin takibinden sorumludur, merkeze gelen hastaların ve hasta yakınlarının karşılanmasına yardımcı olur, yazışmalarla ilgili işlemleri verilen talimatlara uygun olarak yapar, tüm çalışanlara ve yöneticilere günlük aktivitelerinde dokümantasyon konusunda destek olur
Güvenlik görevlisi VE SOFÖR görev ve sorumlulukları şunlardır:
Güvenlik bölgesinde kurallara uyulmasını sağlar, terk edilmiş ve bulunmuş eşyayı emanete alır, güvenlik için arama yapar, alanlara girmek isteyenlerin güvenlik kontrolünden geçmelerini sağlar.
Şoför, "E" sınıfı ehliyete sahip kişilerden seçilir. Görev ve sorumlulukları şunlardır:
Ev ziyareti sırasında merkez ekibinin, hasta ve hasta yakınlarının ilgili yerlere güvenli bir şekilde ulaştırılması , aracın bakımını düzenli olarak yapar veya yaptırır.

PSİKOZ HASTALARLA İLETİŞİM İLE İLGİLİ SORUNLAR. GÜVENLİK GÖREVLİLERİNİN EV ZİYARETLERİNE GÖREVLENDİRİLMELERİNDE SORUNLAR. TRSM DIŞI GÖREVLENDİRİLMELER.

Hizmetlinin görev ve sorumlulukları şunlardır:
Merkezin temiz tutulmasını ve düzenin sürdürülmesini sağlar, mutfak hizmetleri, yemek hazırlama ve dağıtım işlerine destek verir, hastalara yemek ve çay servisi yapar. Bulaşıkların toplanması ve yıkanması ile yükümlüdür.

SERTİFİKALI TRSM PERSONELİ YOK. PİLOT BÖLGE UYGULAMALARI YAYGIN OLARAK UYGULANMIYOR. EĞİTİMLER STANDART VE DÜZENLİ DEĞİL.
PERSONEL SAYISI YETERSİZ VE EK GÖREVLER İŞLEYİŞE UYGUN DEĞİL.
EĞİTİMLİ VAKA YÖNETİCİSİ YOK. EV VE İŞYERİ ZİYARETLERİ YETERSİZ.
ERGOTERPİST OLMALI.

Son söz..
Ruhsal hastalıklarla ilgili olarak toplum temelli psikiyatri modeline geçilmesi önemlidir.
TRSM uygulamaları her hasta özelinde ruh salığına katkıda bulunabileceği gibi, hastaların genel hastaneleri daha az kullanmasına, daha az hastaneye yatmaya ve düzenli psikiyatrik muayenelerle ilaç kullanım oranlarını azaltıp olası yan etkileri erken saptayıp sağlık ekonomisine katkıda bulunabilir.
Bireylerin toplumla bütünleşmesini sağlayarak bu merkezlerin daha iyi işlemesi daha çok katılım sağlanmasına, bu da daha iyi hizmet verilmesine bağlıdır.
Psikiyatrik rehabilitasyon kavramının yerleşmesi için ilk adım sayılabilecek gündüz hastaneleri Bakırköy ve Ankara Üniversitesi psikiyatri kliniklerince(1988) başlatılmıştır.
1983 yılında ilk defa Ruh Sağlığı Daire Başkanlığı kurulmuştur.
2006 yılında ise Ulusal Ruh Sağlığı Politikası metni ile ruh sağlığı sisteminin toplum temelli olması, genel sağlık sistemine ve birinci basamak sağlık hizmetlerine dahil edilmesi, toplum temelli rehabilitasyon çalışmalarının yapılması, ruh sağlığı alanında yeni yasaların çıkarılması gibi hedefler benimsenmiştir. Toplum ruh sağlığı merkezi uygulamasının temel teorik düzlemini oluşturan bu metin sonrası ise 2008 yılında Bolu Ruh Sağlığı Hastanesine bağlı Bolu TRSM pilot bir uygulama ile hizmete girmiştir.

Eskişehir TRSM deneyimi
(18.04.2011-…) VE (22.08.2013-..)
Açılmadan önce hizmet alanların katılımını sağlamak için; TRSM'i tanıtan broşürler basıldı ve dağıtıldı. Öncelikle EDH Psk polikliniğine gelen psikotik hastalar saptandı,merkezin amacı-işlevi,hasta ve yakınlarına sağlayacağı yararlar konusunda bilgilendirildi. Eskişehir il merkezindeki bütün aile hekimlikleri telefonla aranarak kurum ve işlevi hakkında bilgi verildi. Hazırlanan broşürler dağıtıldı.Yerel basın ve reklam panolarıyla merkez tanıtıldı. Eskişehir'de bulunan özürlü bakım merkezleriyle bağlantı kuruldu,uygun hastaların merkezden yaralanması sağlandı.

Açıldıktan sonra katılımın sağlanması için; hastaların merkeze rahat ulaşması için hastaneden merkeze servis uygulaması yapıldı. "Eskişehir TRSM seyir defteri" hazırlandı. "Eskişehir TRSM" isimli Facebook üyeliği. Olağan uğraşlar dışında, sigara bağımlılığı-sağlıklı beslenme- gevşeme ekzersizleri-fotografçılık kursu vs. konularda hasta yakınlarının da katıldığı düzenli toplantılar yapıldı.
Bilgisayar odası aktif kullanılması sağlandı, hastalarla internet kullanımı, hastaneden randevu alma çalışmaları yapıldı.

"Kelebek etkisi" ni çağrıştırmak için Eskişehir TRSM logosu olarak kelebek figürü seçildi. Magnet yapılarak tüm hastalara ve psikiyatristlere dağıtıldı.
"Eskişehir TRSM deneyimi Kelebek Etkisi" başlığıyla bir belgesel çekildi.Bir hastamızın yardımıyla röportajlar yapıldı,kurumda çalışan herkes kendi yaptıklarını anlattı.
Hastaların düzenli gelmesi için telefonla görüşmeler yapıldı, gelemeyenlerin neden gelmediği listelendi ve değiştirilebilir nedenlere yönelik çalışmalar yapıldı. Gelmeyen hastalara ev ziyareti açısından öncelik verildi..
Hukuki konularda destek sağlandı(özürlü kimlik kartı, vasi tayini-askerlik ,özürlü işe giriş vs)
Eskişehir TRSM memnuniyet anketi oluşturduk, hasta ve yakınlarından gelen geribildirimlere göre düzenlemeler yapıldı.
Her sağlık personeli yaklaşık 50 hastanın mesai saatleri içinde ulaşabilmesi için belirlendi (vaka yöneticisi?).

Hasta ve yakınlarının bakım ihtiyaçları koordine edilmeye çalışıldı. Bireysel bakım planları son 6 aydır hastalara düzenli uygulanmakta ve bu planlar hasta ve yakınıyla görüşülerek gerçekçi zeminde yapılmaya çalışılmaktadır. Hasta ve yakınlarına düzenli olarak "psikoz nedir? Antipsikotiklerin etki ve yan etkileri nedir? Hastaların hukuki hak ve sorumlulukları nedir? başlığı altında toplantılar yapıldı. Psikoeğitim-bireysel terapiler-sosyal beceri eğitimi ve rol oynama teknikleri düzenli olarak uygulandı. Depo iğne hatırlatma programı hazırlattık bir gün önce bize haber veren bu programla hastaların ilaç uyumu arttı.
İsveç'de uygulanan Bireysel Ombudsmanlık, ücretsiz-gizlik ilkesine uyan-bağımsız yasal savunucuları, Hollanda'da uygulanan hasta konseyleri ve hasta savunuculuğu sistemi,sosyal psk hemşirelerinin aile hekimleriyle bağlantısı, İtalya Trieste bölgesinde uygulanan sosyal kooperatifler aracılığıyla korumalı işyerleri (haftada 20 saat), yararlanılması geren yaklaşımlardır.

RUH SAĞLIĞI YASASI

Dr. Gazi ALATAŞ

Medeni Kanun

MADDE 13.- Yaşının küçüklüğü yüzünden veya akıl hastalığı, akıl zayıflığı, sarhoşluk ya da bunlara benzer sebeplerden biriyle akla uygun biçimde davranma yeteneğinden yoksun olmayan herkes, bu Kanuna göre ayırt etme gücüne sahiptir.

III. Fiil ehliyetsizliği

1. Genel olarak

MADDE 14.- Ayırt etme gücü bulunmayanların, küçüklerin ve kısıtlıların fiil ehliyeti yoktur.

2. Ayırt etme gücünün bulunmaması

MADDE 15.- Kanunda gösterilen ayrık durumlar saklı kalmak üzere, ayırt etme gücü bulunmayan kimsenin fiilleri hukukî sonuç doğurmaz.

3. Ayırt etme gücüne sahip küçükler ve kısıtlılar

MADDE 16.- Ayırt etme gücüne sahip küçükler ve kısıtlılar, yasal temsilcilerinin rızası olmadıkça, kendi işlemleriyle borç altına giremezler. Karşılıksız kazanmada ve kişiye sıkı sıkıya bağlı hakları kullanmada bu rıza gerekli değildir.

Ayırt etme gücüne sahip küçükler ve kısıtlılar haksız fiillerinden sorumludurlar.

MADDE 125.- Ayırt etme gücüne sahip olmayanlar evlenemez.

MADDE 204.- Mal rejimi sözleşmesi, ancak ayırt etme gücüne sahip olanlar tarafından yapılabilir.

Küçükler ile kısıtlılar, yasal temsilcilerinin rızasını almak zorundadırlar.

I. Akıl hastalığı veya akıl zayıflığı

MADDE 405.- Akıl hastalığı veya akıl zayıflığı sebebiyle işlerini göremeyen veya korunması ve bakımı için kendisine sürekli yardım gereken ya da başkalarının güvenliğini tehlikeye sokan her ergin kısıtlanır.

Görevlerini yaparlarken vesayet altına alınmayı gerekli kılan bir durumun varlığını öğrenen idarî makamlar, noterler ve mahkemeler, bu durumu hemen yetkili vesayet makamına bildirmek zorundadırlar.

MADDE 409.- Bir kimse dinlenilmeden savurganlığı, alkol veya uyuşturucu madde bağımlılığı, kötü yaşama tarzı, kötü yönetimi veya isteği sebebiyle kısıtlanamaz.

Akıl hastalığı veya akıl zayıflığı sebebiyle kısıtlamaya ancak resmî sağlık kurulu raporu üzerine karar verilir. Hâkim, karar vermeden önce, kurul raporunu göz önünde tutarak kısıtlanması istenen kişiyi dinleyebilir.

KORUMA AMACIYLA ÖZGÜRLÜĞÜN KISITLANMASI

A. Koşulları

MADDE 432.- Akıl hastalığı, akıl zayıflığı, alkol veya uyuşturucu madde bağımlılığı, ağır tehlike arzeden bulaşıcı hastalık veya serserilik sebeplerinden biriyle toplum için tehlike oluşturan her ergin kişi, kişisel korunmasının başka şekilde sağlanamaması hâlinde, tedavisi, eğitimi veya ıslahı için elverişli bir kuruma yerleştirilir veya alıkonulabilir. Görevlerini yaparlarken bu sebeplerden birinin varlığını öğrenen kamu görevlileri, bu durumu hemen yetkili vesayet makamına bildirmek zorundadırlar.

Bu konuda kişinin çevresine getirdiği külfet de göz önünde tutulur.

İlgili kişi durumu elverir elvermez kurumdan çıkarılır.

B. Yetki

MADDE 433.- Yerleştirme veya alıkoymaya karar verme yetkisi, ilgilinin yerleşim yeri veya gecikmesinde sakınca bulunan hâllerde bulunduğu yer vesayet makamına aittir.

Yerleştirme veya alıkoymaya karar veren vesayet makamı, kurumdan çıkarmaya da yetkilidir.

C. Bildirim yükümlülüğü

MADDE 434.- Kısıtlı bir kişi bir kuruma yerleştirildiği veya alıkonulduğu ya da ergin bir kişi hakkında vesayete ilişkin diğer önlemlerin alınmasına gerek görüldüğü takdirde, kişinin bulunduğu yer vesayet makamı veya özel kanunlarda öngörülen ilgililer, durumu yerleşim yeri vesayet makamına bildirmekle yükümlüdürler.

D. İtiraz

MADDE 435.- Kuruma yerleştirilen kişi veya yakınları, verilen karara karşı kendilerine bildirilmesinden başlayarak on gün içinde denetim makamına itiraz edebilirler.

Bu hak, kurumdan çıkarılma isteminin reddi hâlinde de kullanılabilir.

E. Usul

I. Genel olarak

MADDE 436.- Koruma amacıyla özgürlüğün kısıtlanması, aşağıdaki kurallar saklı kalmak üzere, Hukuk Usulü Muhakemeleri Kanununa tâbidir:

1. Karar verilirken ilgilinin bunun sebepleri hakkında bilgilendirilmesi ve karara karşı denetim makamına itiraz edebileceğine yazılı olarak dikkatinin çekilmesi zorunludur.

2. Bir kuruma yerleştirilen kişiye, alıkonulma kararına veya kurumdan çıkarılma isteminin reddine karşı en geç on gün içinde denetim makamına itiraz edebileceği derhal yazılı olarak bildirilir.

3. Mahkeme kararını gerektiren her istem, gecikmeksizin yetkili hâkime ulaştırılır.

4. Yerleştirme kararı veren vesayet makamı veya hâkim durumun özelliklerine göre bu istemin görüşülmesini erteleyebilir.

5. Akıl hastalığı, akıl zayıflığı, alkol veya uyuşturucu madde bağımlılığı, ağır tehlike arzeden bulaşıcı hastalığı olanlar hakkında, ancak resmî sağlık kurulu raporu alındıktan sonra karar verilebilir. Vesayet makamının daha önceden bilirkişiye başvurmuş olması hâlinde denetim makamı bundan vazgeçebilir.

II. Yargılama usulü

MADDE 437.- Hâkim, basit yargılama usulüne göre karar verir.

Gerektiğinde ilgili kişiye adlî yardım sağlanır.

Hâkim, karar verirken ilgili kişiyi dinler.

b. Koruma amacıyla özgürlüğün kısıtlanması

MADDE 446.- Küçüklerin koruma amacıyla bir kuruma yerleştirilmesine vasinin başvurusu üzerine vesayet makamı veya gecikmesinde sakınca bulunan hâllerde bizzat vasi karar verir ve durumu derhâl vesayet makamına bildirir.

Bunun dışında usul ve yetkiyle ilgili konularda kısıtlı olsun veya olmasın erginlerin korunması amacıyla özgürlüklerinin kısıtlanmasına ilişkin hükümler uygulanır.

Onaltı yaşını doldurmamış çocuk bu konuda mahkemeye bizzat başvuramaz.

2. Kısıtlılarda

MADDE 447.- Vasi, kısıtlıyı korumak ve bütün kişisel işlerinde ona yardım etmekle yükümlüdür.

Gecikmesinde sakınca bulunan hâllerde vasi, koruma amacıyla özgürlüğün kısıtlanmasına ilişkin hükümlere göre kısıtlıyı bir kuruma yerleştirebilir veya orada alıkoyabilir ve durumu derhal vesayet makamına bildirir.

C. Diğer kısıtlılarda

I. Kaldırılması

MADDE 472.- Diğer kısıtlılar üzerindeki vesayet, yetkili vesayet makamının kararıyla sona erer.

Vesayeti gerektiren sebebin ortadan kalkması üzerine vesayet makamı vesayetin sona ermesine karar verir.

Kısıtlı ve ilgililerden her biri, vesayetin kaldırılması isteminde bulunabilir.

II. Usulü

1. İlân

MADDE 473.- Kısıtlama ilân edilmişse, kaldırılması da ilân olunur.

Fiil ehliyetinin yeniden kazanılması, ilânın yapılmasına bağlı değildir.

2. Akıl hastalığı veya akıl zayıflığında

MADDE 474.- Akıl hastalığı veya akıl zayıflığı yüzünden kısıtlanmış olan kişi üzerindeki vesayetin kaldırılmasına, ancak kısıtlama sebebinin ortadan kalkmış olduğunun resmî sağlık kurulu raporu ile belirlenmesi hâlinde karar verilebilir.

Birleşmiş Milletler Engelliler Hakkında Sözleşme

Madde 3

Genel İlkeler

İşbu Sözleşme'nin dayandığı ilkeler şunlardır:

(a) Kendi seçimlerini yapma özgürlükleri ve bağımsızlıklarını da kapsayacak şekilde, kişilerin insanlık

onuru ve bireysel özerkliklerine saygı gösterilmesi;
(b) Ayrımcılık yapılmaması;
(c) Engellilerin topluma tam ve etkin katılımlarının sağlanması;
(d) Farklılıklara saygı gösterilmesi ve engellilerin insan çeşitliliğinin ve insanlığın bir parçası olarak kabul edilmesi;
(e) Fırsat eşitliği;
(f) Erişilebilirlik;
(g) Kadın-erkek eşitliği;
(h) Engelli çocukların gelişim kapasitesine ve kendi kimliklerini koruyabilme haklarına saygı duyulması.

Madde 5 Ayrımcılık Yapılmaması ve Eşitlik
Madde 6 Engelli Kadınlar
Madde 7 Engelli Çocuklar
Madde 8 Bilinçlendirme
Madde 9 Erişebilirlik
Madde 10 Yaşama Hakkı
Madde 11 Risk Durumları ve İnsani Bakımdan Acil Durumlar

Madde 12

Yasa Önünde Eşit Tanınma

1. Taraf Devletler, engellilerin bulundukları her yerde kişi olarak tanınma hakkına sahip olduklarını yeniden onaylar.

2. Taraf Devletler engellilerin tüm yaşam alanlarında diğer bireylerle eşit koşullar altında hak ehliyetine sahip olduğunu kabul eder.

3. Taraf Devletler engelli bireylerin hak ehliyetlerini kullanırken gereksinim duyabilecekleri desteği alabilmeleri için uygun tedbirleri alır.

4. Taraf Devletler hak ehliyetinin kullanımına ilişkin tüm tedbirlerin uluslararası insan hakları hukukuna uygun olarak istismarı önleyici uygun ve etkin bir şekilde güvenceler sağlamasını temin eder. Sözkonusu güvenceler hak ehliyetinin kullanımına ilişkin tedbirlerin kişinin haklarına, iradesine ve tercihlerine saygılı olmasını, çıkar çatışmasından bağımsız olmasını, kişinin iradesine haksız bir müdahalede bulunmamasını, kişinin içinde bulunduğu koşullar ile orantılı olmasını ve bu koşulları gözetmesini, mümkün olan en kısa süre içinde uygulanmasını, yetkili, bağımsız ve tarafsız bir merci veya yargı organı tarafından sürekli olarak gözden geçirilmesini sağlamalıdır. Bu güvenceler söz konusu tedbirlerin kişinin hak ve çıkarlarını etkilediği derecede ölçülü olmalıdır.

5. Taraf Devletler işbu Madde çerçevesinde engellilerin mülk edinmek veya mirasa hak kazanmak, mali işlerini kontrol etmek ve banka kredileri, ipotekleri ve diğer mali kredilere erişim açısından diğer bireylerle eşit haklara sahip olmasını sağlamak için uygun ve etkin bir şekilde tüm tedbirleri almalı ve engellilerin mülklerinden keyfi olarak mahrum bırakılmamasını sağlar.

Madde 13 Adalete Erişim
Madde 14 Kişi Özgürlüğü ve Güvenliği
Madde 15 İşkence, insanlık Dışı veya Aşağılayıcı Muamele veya Cezaya Maruz Kalmama
Madde 16 Sömürü, Şiddet veya İstismara Maruz Kalmama
Madde 17 Kişisel Bütünlüğün Korunması
Madde 18 Seyahat Özgürlüğü ve Uyrukluk

Madde 19

Bağımsız Yaşayabilme ve Topluma Dahil Olma

İşbu Sözleşmeye Taraf Devletler tüm engellilerin diğer bireylerle eşit koşullar altında toplum içinde yaşama hakkına sahip olduğunu kabul eder ve engellilerin bu haktan eksiksiz yararlanabilmeleri ve topluma tam katılımlarını kolaylaştırmak için gerekli tedbirleri etkin bir şekilde alır. Bu çerçevede aşağıdaki noktalara dikkat edilmelidir:

(a) Engelliler diğer bireylerle eşit koşullar altında ikametgahlarını ve nerede ve kiminle yaşayacakla

rını seçme hakkına sahiptirler ve özel bir yaşama düzenine zorlanamazlar;

(b) Engellilerin kişisel destek dahil olmak üzere toplum içinde yaşamak ve topluma dahil olmak için ihtiyaç duydukları konut içi, kurum içi ve diğer toplumsal destek hizmetlerine erişimleri sağlanmalı ve engellilerin toplumdan tecridi ve ayrı tutulması önlenmelidir;

(c) Kamusal hizmet ve tesisler engellilere diğer bireylerle eşit şekilde açık olmalı ve onların ihtiyaçlarına yanıt verebilmelidir.

Madde 20 Kişisel Hareketlilik
Madde 21 Düşünce ve İfade Özgürlüğü ile Bilgiye Erişim
Madde 22 Özel Hayata Saygı
Madde 23 Hane ve Aile Hayatına Saygı
Madde 24 Eğitim
Madde 25 Sağlık

Madde 26

Habilitasyon ve Rehabilitasyon

1. Taraf Devletler engellilerin azami bağımsızlığını, tam fiziksel, zihinsel, sosyal ve mesleki becerilerini elde etmelerini ve yaşamın her alanına tam katılımlarını sağlamak için akran desteği dahil uygun tedbirleri etkin bir şekilde alır. Bu bakımdan Taraf Devletler özellikle sağlık, istihdam, eğitim ve sosyal hizmetler alanlarında kapsamlı habilitasyon ve rehabilitasyon hizmetlerini sunar; mevcut hizmetleri güçlendirir ve genişletir. Bunun için şöyle bir yol izlemelidirler:

(a) Habilitasyon ve rehabilitasyon hizmet ve programları mümkün olan en erken evrede başlamalıdır ve bireylerin ihtiyaçlarının ve güçlü olduğu yönlerin çok-disiplinli bir çerçevede değerlendirilmesine dayanmalıdır;

(b) Engellilerin topluma katılımını ve toplumla bütünleşmesini destekleyen habilitasyon ve rehabilitasyon hizmet ve programlarına katılmak rızaya dayalı olmalıdır ve bu hizmet ve programlar kırsal alanlar dahil olmak üzere, engellilerin yaşadıkları yerlerin mümkün olduğu kadar yakınında sunulmalıdır.

2. Taraf Devletler habilitasyon ve rehabilitasyon hizmetlerinde çalışan profesyoneller ve personel için, temel ve sürekli eğitim programları geliştirilmesini destekler.

3. Taraf Devletler engelliler için hazırlanmış, habilitasyon ve rehabilitasyonla ilgili yardımcı cihazlar ve teknolojilerin erişilebilirliğini, bunlara ilişkin bilgiyi ve bunların kullanımını teşvik eder.

Madde 27 Çalışma ve İstihdam
Madde 28 Yeterli Yaşam Standardı ve Sosyal Korunma
Madde 29 Siyasal ve Toplumsal Yaşama Katılım
Madde 30 Kültürel Yaşama, Dinlenme, Boş Zaman Aktiviteleri ve Spor Faaliyetlerine Katılım
Madde 31 İstatistikler ve Veri Toplama
Madde 32 Uluslararası İşbirliği

Madde 33

Ulusal Uygulama ve Denetim

1. Taraf Devletler kendi örgütlenme biçimlerine uygun olarak mevcut sözleşmenin uygulanmasıyla ilgili konular için hükümet içinde bir veya daha fazla kilit nokta tahsis eder ve hükümet içinde farklı sektörler ve farklı düzeylerdeki konuyla ilgili faaliyetlerin teşvik edilmesi için koordinasyon mekanizması kurar.

2. Taraf Devletler, kendi bünyeleri içerisinde, işbu Sözleşmeyi teşvik ve temin edip düzeltmek amacıyla kendi yasal ve idari sistemlerine uygun olan ve bir veya daha fazla bağımsız mekanizmayı içeren bir yapı bulundurur veya kurar ve bu yapıyı güçlendirir. Taraf Devletler bu yapıyı kurarken, insan haklarının teşviki ve korunması için ulusal kurumların statü ve işleyişine ilişkin ilkeleri de gözönünde bulundururlar.

3. Taraf Devletler, başta engelliler ve onları temsil eden kuruluşlar olmak üzere sivil toplumun denetim sürecine tam katılımını sağlar.

Madde 34 Engelli Hakları Komitesi
Madde 35 Taraf Devletlerce Sunulacak Raporlar

Engelliler Hakkında Kanun
Kanun Numarası: 5378
Kabul Tarihi: 1/7/2005
Yayımlandığı R.Gazete: Tarih: 7/7/2005 Sayı : 25868
Yayımlandığı Düstur: Tertip : 5 Cilt : 44

BİRİNCİ BÖLÜM
Amaç, Kapsam, Tanımlar ve Genel Esaslar
Amaç
Madde 1- (Değişik:6/2/2014-6518/62 md.)
Bu Kanunun amacı; engellilerin temel hak ve özgürlüklerden faydalanmasını teşvik ve temin ederek ve doğuştan sahip oldukları onura saygıyı güçlendirerek toplumsal hayata diğer bireylerle eşit koşullarda tam ve etkin katılımlarının sağlanması ve engelliliği önleyici tedbirlerin alınması için gerekli düzenlemelerin yapılmasını sağlamaktır.

Kapsam
Madde 2- Bu Kanun engellileri, ailelerini, engellilere yönelik hizmet veren kurum ve kuruluşlar ile diğer ilgilileri kapsar.

Kapsam
Madde 2- Bu Kanun engellileri, ailelerini, engellilere yönelik hizmet veren kurum ve kuruluşlar ile diğer ilgilileri kapsar.

Tanımlar
Madde 3- (Değişik:6/2/2014-6518/63 md.)
Bu Kanunun uygulanmasında;
a) Doğrudan ayrımcılık: Engelliliğe dayalı ayrımcılık temeline dayanan ve engellinin hak ve özgürlüklerden karşılaştırılabilir durumdakilere kıyasla eşit şekilde yararlanmasını engelleyen, kısıtlayan veya zorlaştıran her türlü farklı muameleyi,
b) Dolaylı ayrımcılık: Görünüşte ayrımcı olmayan her türlü eylem, işlem ve uygulamalar sonucunda engelliliğe dayalı ayrımcılık temeliyle bağlantılı olarak, engellinin hak ve özgürlüklerden yararlanması bakımından nesnel olarak haklılaştırılamayan dezavantajlı bir konuma sokulmasını,
c) Engelli: Fiziksel, zihinsel, ruhsal ve duyusal yetilerinde çeşitli düzeyde kayıplarından dolayı topluma diğer bireyler ile birlikte eşit koşullarda tam ve etkin katılımını kısıtlayan tutum ve çevre koşullarından etkilenen bireyi,
d) Engelliliğe dayalı ayrımcılık: Siyasi, ekonomik, sosyal, kültürel, medeni veya başka herhangi bir alanda insan hak ve temel özgürlüklerinin tam ve diğerleri ile eşit koşullar altında kullanılması veya bunlardan yararlanılması önünde engelliliğe dayalı olarak gerçekleştirilen her türlü ayrım, dışlama veya kısıtlamayı,
e) Engellilik durumu: Bireyin engelliliğini ve engellilikten kaynaklanan özel gereksinimlerini, uluslararası yöntemleri temel alarak belirleyen derecelendirmeler, sınıflandırmalar ve tanılamaları,
f) Erişilebilirlik: Binaların, açık alanların, ulaşım ve bilgilendirme hizmetleri ile bilgi ve iletişim teknolojisinin, engelliler tarafından güvenli ve bağımsız olarak ulaşılabilir ve kullanılabilir olmasını,
g) Erişilebilirlik standartları: Türk Standardları Enstitüsünün erişilebilirlikle ilgili yayımladığı standartları,
h) Habilitasyon: Engellinin bireysel ve toplumsal ihtiyaçlarını karşılayabilmesini ve yaşamını bağımsız bir şekilde sürdürebilmesini sağlamayı amaçlayan fiziksel, sosyal, zihinsel ve mesleki beceriler kazandırmaya yönelik hizmetleri,
i) Korumalı işyeri: İş gücü piyasasına kazandırılmaları güç olan zihinsel veya ruhsal engellilere mesleki rehabilitasyon sağlamak ve istihdam oluşturmak amacıyla Devlet tarafından teknik ve mali yönden desteklenen ve çalışma ortamı özel olarak düzenlenen işyerini,
j) Makul düzenleme: Engellilerin insan haklarını ve temel özgürlüklerini tam ve diğer bireylerle eşit şekilde kullanmasını veya bunlardan yararlanmasını sağlamak üzere belirli bir durumda ihtiyaç duyulan, ölçüsüz veya aşırı bir yük getirmeyen, gerekli ve uygun değişiklik ve tedbirleri,
k) Rehabilitasyon: Herhangi bir nedenle oluşan engelin etkilerini mümkün olan en az düzeye indirmeyi ve engellinin hayatını bağımsız bir şekilde sürdürebilmesini sağlamayı amaçlayan fiziksel, sosyal, zihinsel ve mesleki beceriler geliştirmeye yönelik hizmetleri,

l) Umuma açık hizmet veren yapı: Kamu hizmeti için kullanılan resmî binalar, ibadet yerleri, özel eğitim ve özel sağlık tesisleri; sinema, tiyatro, opera, müze, kütüphane, konferans salonu gibi kültürel binalar ile gazino, düğün salonu gibi eğlence yapıları; otel, özel yurt, iş hanı, büro, pasaj, çarşı gibi ticari yapılar; spor tesisleri, genel otopark ve buna benzer umuma ait binaları, ifade eder.

Genel esaslar
Madde 4- (Değişik:6/2/2014-6518/64 md.)
Bu Kanun kapsamında bulunan hizmetlerin yerine getirilmesinde;
a) Engellilerin insan onur ve haysiyetinin dokunulmazlığı temelinde, kendi seçimlerini yapma özgürlüğünü ve bağımsızlığını kapsayacak şekilde bireysel özerkliğine saygı gösterilmesi esastır.
b) Engelliliğe dayalı ayrımcılık yapılamaz, ayrımcılıkla mücadele engellilere yönelik politikaların temel esasıdır.
c) Engellilerin tüm hak ve hizmetlerden yararlanması için fırsat eşitliğinin sağlanması esastır.
d) Engellilerin bağımsız yaşayabilmeleri ve topluma tam ve etkin katılımları için erişilebilirliğin sağlanması esastır.
e) Engellilerin ve engelliliğin her tür istismarının önlenmesi esastır.
f) Engellilere yönelik hizmetlerin sunumunda aile bütünlüğünün korunması esastır.
g) Engeli olan çocuklara yönelik hizmetlerde çocuğun üstün yararının gözetilmesi esastır.
h) Engeli olan kadın ve kız çocuklarının çok yönlü ayrımcılığa maruz kalmaları önlenerek hak ve özgürlüklerden yararlanmalarının sağlanması esastır.
i) Engellilere yönelik politika oluşturma, karar alma ve hizmet sunumu süreçlerinde engellilerin, ailelerinin ve engellileri temsil eden sivil toplum kuruluşlarının katılımının sağlanması esastır.
j) Engellilere yönelik mevzuat düzenlemelerinde Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının görüşü alınır.

Ayrımcılık
Madde 4/A- (Ek:6/2/2014-6518/65 md.)
Doğrudan ve dolaylı ayrımcılık dâhil olmak üzere engelliliğe dayalı her türlü ayrımcılık yasaktır.
Eşitliği sağlamak ve ayrımcılığı ortadan kaldırmak üzere engellilere yönelik makul düzenlemelerin yapılması için gerekli tedbirler alınır.
Engellilerin hak ve özgürlüklerden tam ve eşit olarak yararlanmasını sağlamaya yönelik alınacak özel tedbirler ayrımcılık olarak değerlendirilemez.

Topluma dâhil olma
Madde 4/B- (Ek:6/2/2014-6518/66 md.)
Engellilerin toplumdan tecrit edilmeleri ve ayrı tutulmaları önlenir.
Engellilerin diğer bireylerle eşit koşullarda bağımsız olarak toplum içinde yaşamaları esas olup, özel bir yaşama düzenine zorlanamazlar.
Engellilerin topluma dâhil olmaları ve toplum içinde yaşamaları amacıyla bireysel destek hizmetleri de dâhil olmak üzere ihtiyaç duydukları toplum temelli destek hizmetlerine erişimleri sağlanır.

İKİNCİ BÖLÜM
Engellilik Durumu, Destek ve Bakım, Habilitasyon ve Rehabilitasyon, İstihdam, Eğitim ve Öğretim, Erişilebilirlik
Engellilik durumu
Madde 5- (Değişik:6/2/2014-6518/67 md.)
Destek ve bakım
Madde 6- (Değişik:6/2/2014-6518/68 md.)
Erişilebilirlik
Madde 7- (Değişik:6/2/2014-6518/69 md.)
Hizmet sunumu
Madde 8- (Mülga:6/2/2014-6518/124 md.)
Bakım çeşitleri
Madde 9- (Mülga:6/2/2014-6518/124 md.)

Habilitasyon ve rehabilitasyon
Madde 10- (Değişik:6/2/2014-6518/70 md.)
Toplumsal hayata katılım ve eşitlik temelinde engellilere habilitasyon ve rehabilitasyon hizmetleri verilir. Habilitasyon ve rehabilitasyon kararının alınması, planlanması, yürütülmesi ve sonlandırılması dâhil her aşamasında engelli ve ailesinin aktif ve etkin katılımı sağlanır.
Habilitasyon ve rehabilitasyon hizmetlerinin mümkün olan en erken evrede başlaması ve engellinin yerleşim yerine en yakın yerde verilmesi esastır.
Habilitasyon ve rehabilitasyon hizmetlerinde ihtiyaç duyulan personelin yetiştirilmesine yönelik eğitim programları geliştirilir. Habilitasyon ve rehabilitasyonda kullanılan yardımcı araç gereçlere, destek teknolojilerine ve bunlara ilişkin bilgiye erişebilirliğin sağlanması için gerekli tedbirler alınır.

Erken tanı ve koruyucu hizmetler
Madde 11- Yeni doğan, erken çocukluk ve çocukluğun her dönemi fiziksel, işitsel, duyusal, sosyal, ruhsal ve zihinsel gelişimlerinin izlenmesi, genetik geçişli ve engelliliğe neden olabilecek hastalıkların erken teşhis edilmesinin sağlanması, engelliliğin önlenmesi, var olan engelliliğin şiddetinin olabilecek en düşük seviyeye çekilmesi ve ilerlemesinin durdurulmasına ilişkin çalışmalar Sağlık Bakanlığınca planlanır ve yürütülür.

İş ve meslek analizi
Madde 12- (Mülga:6/2/2014-6518/124 md.)

Meslekî habilitasyon ve rehabilitasyon
Madde 13- (Değişik:6/2/2014-6518/71 md.)

İstihdam
Madde 14- (Değişik:6/2/2014-6518/72 md.)

Eğitim ve öğretim
Madde 15- (Değişik:6/2/2014-6518/73 md.)

Eğitsel değerlendirme
Madde 16- (Değişik:6/2/2014-6518/74 md.)

RUH SAĞLIĞI MODELİ

Dr. Gazi ALATAŞ

Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Gelişimi

- Toplumdan uzak büyük Akıl Hastanelerinin kurulması (1880 – 1955)
- Akıl Hastanelerinin küçülmeye başlaması ve toplum toplum temelli modelin gelişmesi (1955 sonrası)
- Kanıta dayalı yaklaşımla toplum temelli model ve hastane hizmetlerinin entegre kullanımı

20. yy. Hizmet Modeli

Hastane.
Poliklinik.
Birinci Basamak Tedavi.

21. yy. Hizmet Modeli

Güvenlikli Mekanlar.
Akut Yataklar.
TRSM Ekibi.
Dahil etme ve Rehabilitasyon.
Korumalı Ev.
Birinci Basamak Tedavi.
KİŞİSEL BAKIM.

Mayıs-Temmuz 2012
8 hastanede 238 hasta, 6 uluslararası uzman
İngiltere Ruh Sağlığı Vakfı.
Hollanda Trimbos Enstitüsü.
18 ulusal uzman
Kurumsal değerlendirme
İngiltere Bakım Kalite Komisyonu.
Bireysel değerlendirme
İngiltere Zihinsel Engelliler Vakfı.

Psikiyatri Yataklarının Kurumlara Göre Dağılımı (2010)

MODEL

Kişi hastaneye hastalanınca gider.

Altı Gereklilik

- İllerde planlanan yatakların açılması ve aktif kullanılması.
- TRSM 'lerin açılması ve aktif çalışması.
- Kronik hastaların Sosyal Hizmetlere devri.
- Bölge hastaneleri uygulamasına son vermek.
- Hastaların kendi illerinde tedavi edilmesi.
- Sürecin takibi.

TRSM Ne Değildir?

- Hastaların toplandığı yer değildir.
- Hastaların oyalandığı yer değildir.
- Hastane değildir.
- Poliklinik değildir.

TRSM Nedir?

- Toplum içinde tedavi merkezidir.
- Hizmetin ana üssüdür.
- Rehabilitasyon yapılır.
- Habilitasyon yapılır.
- Sosyal uyum desteklenir.
- Sosyal yardım sağlanır.
- Aile ile birlikte çalışılır.
- İstihdam ana hedeftir.

Hastanın bağımlılığı değil bağımsızlığı (özgürleştirilmesi) hedeftir.

ELAZIĞ RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HASTANESİ TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİ

Hastane Yöneticisi Uzm. Dr. Mustafa N. NAMLI

DSÖ'ye göre sağlık; 'bedensel, ruhsal ve sosyal iyilik hali' olarak tanımlanmaktadır.
DSÖ' ye göre, her dört kişiden biri ruhsal ya da nörolojik hastalık geçirme riski ile karşı karşıyadır.
Dünyada en çok sakatlığa neden olan on hastalıktan beşi ruhsal kaynaklıdır.
Türkiye Ruh Sağlığı Profili sonuçlarına göre, ruhsal hastalıklar toplumun %17,2'sinde görülmektedir.

TRSM NEDİR ?

- Ruhsal problem yaşayan hastalara, toplum temelli ruh sağlığı modeli çerçevesinde psikososyal destek hizmeti veren,
- Hastaların takip ve tedavilerinin yapılmasını sağlayan,
- Gerektiğinde evde takip, tedavi ve hasta-aile eğitimi yapan,
- Etkin ve ulaşılabilir bir hizmeti sunan merkezdir.

Tüm illerde kurulması planlanan TRSM, Güney Doğu ve Doğu Anadolu bölgesinde ilk olarak Elazığ'da hayata geçirilmiştir.
TRSM ile ortak faaliyetler yürütmesi planlanan 'korumalı evler' sadece Elazığ'da bulunmaktadır.
Bugün Elazığ TRSM, toplamda 453 (günde 50-60) hastaya hizmet vermektedir ve açılıştan bu güne 1800 ev ziyareti yapılmıştır.

TRSM EKİBİ

TRSM hizmetleri; 1 psikiyatri uzmanı, 8 danışman(hemşire sağlık memuru), 1 psikolog, 1 ergoterapist, 2 temizlik görevlisi, 6 iş-uğraş eğitmeni, 2 şoför ile sürdürülmektedir.

HEDEF

Ruh sağlığı anlamında koruyucu hizmet sunmak,
Hastaları topluma yeniden kazandırmak,
Akut alevlenmeleri engelleyerek hastaneye yatış sıklığını azaltmak,
Toplumdaki damgalamaya karşı farkındalık yaratmaktır.

ELAZIĞ TRSM AMACIMIZ

- Hastaların iyileşmesini sağlamak ve sürdürmek, hastaneye yatış sayısını azaltmak,
- Hastaların mesleki, toplumsal ve ailesel işlevselliklerini geliştirmek,
- Hastaların üretkenliklerini arttırmak,
- Hastalarda yeti yitimini önlemek ve yaşam kalitesini arttırmak,
- Ailelerin yükünü azaltmak (utanma, bağımlılık,tükenmişlik….)
- Hastaların kendi kendini idare edebilecek- bağımsız yaşayabilecek hale getirilmesini sağlamak,
- Hastaların etiketlenerek toplum dışına itilmesiyle ilgili genel tutumu değiştirmeye çalışmaktır.

TRSM EKİBİNİN GÖREVLERİ

Ekip gezicidir, hastanın yaşadığı alana hizmet götürür. Hastane dışında kolay ulaşılabilir, toplum içinde bir merkezi vardır. Hastaları evlerinde ziyaret eder. Hastalar ruh sağlığı merkezine davet edilerek rehabilitasyon çalışmaları planlanır. Hastalar ruh sağlığı merkezine davet edilerek rehabilitasyon çalışmaları planlanır. Bireysel bakım planı yapılır. Yatışı gereken hastalar olduğunda hastaneye yatışı sağlanır. Amaç kronik ağır ruhsal rahatsızlığı olan bireylerin yaşadıkları ortamda takip ve tedavilerinin yapılmasıdır.

EKİP

Grup 1: Merkeze gelen hastaların tüm psikososyal terapi, takip ve tedavisini üstlenmiştir.
Grup 2: Ev ziyaretleri yaparak, hasta ve ailesinin eğitimini yapar. Hastanın tedavisini takip ederek bu merkezden faydalanabilecek olanları tespit edip, rapor tutar.

HİZMETLER

Ulaşımın servisle sağlanması.
Bireysel danışmanlık hizmetleri.
Grup psikoterapileri.
Psiko-sosyal beceri eğitimi.
Bilgisayar kursu.
Resim, müzik terapisi gibi sanatsal etkinlikler.
Film gösterimi ,gezi vb aktiviteler.
Medikal tedavi.

AİLEYE YÖNELİK HİZMETLER

Hastalık ve tedavi hakkında aile eğitimi vermek.
Ailelerin kaygı ve çatışmalarının anlaşılması ve dile getirilmesine olanak sağlamak.
Aile içi duygu dışavurumunun uygun biçimde yapılmasını sağlayarak iletişim becerilerinin geliştirilmesini sağlamak

ULAŞIM

Hastalar evlerinden her sabah 08:oo-08:30 arası alınarak servisle TRSM' ye getirilmektedir. Uğraşı terapilerinin sonlanmasına müteakip 15:oo-16:oo arası yine servis aracı ile evlerine bırakılmaktadır. Arzu eden aileler hastalarını kendileri getirebilmektedir.

TRSM KABUL ŞARTLARI

- Şizofreni
- Şizoaffektif Bozukluk
- Deluzyonel Bozukluk
- Organik Olmayan Psikoz
- Bipolar Affektif Bozukluk
- Tanısı uygun olan hastalar ruh sağlığı ekibi tarafından değerlendirildikten sonra kayıt işlemi yapılıp başlangıç programına alınır.

TRSM'YE KABUL SONRASI…

Tüm ekibin ortak değerlendirmesi sonrasında bakım planları hazırlanır.
Hastanın nasıl bir rehabilitasyona alınacağı, hangi uğraşı terapisine (bilişsel ve motor becerilerine göre) devam edeceği hasta ve ekip tarafından belirlenir.
Haftada 2 kez grup terapisi, 15 günde bir ailelere yönelik psiko-eğitim verilir.
Amaç; hasta ve yakınının uzun vadede yaşam kalitesini arttırmak, hastaları tam üretebilir duruma getirmek, duygusal ve bilişsel uyaranlarını artırmak, sosyal uyumunu yükseltmektir.
Hastalık kronik seyirli olduğundan hastanın rehabilitasyonu uzun vadeli planlanmaktadır.
Hastanın yatışının ve hastalığın aktivasyon dönemlerinin azaltılması,
İnsani yaşam standardının yükseltilmesi,
Ailelerin bilgilendirilmesi ve üretime katılmaları,
Aile içi gerilimin azaltılması,
İstihdamın sağlanması projenin en önemli amaçlarıdır.

TRSM ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

Merkezimizde yapılan araştırmada; hali hazırda TRSM' den takipleri yapılan hastalardan rastgele seçilen 100 hastanın geriye dönük dosyaları taranmış ve TRSM'ye başlamadan önceki 1 yıl ile başladıktan sonraki 1 yıl içindeki hastane yatışları incelenmiştir. Araştırma sonucunda, TRSM öncesi süreçle kıyaslandığında TRSM sonrası süreçte; yatış gün sayısında %63,71, yatış sayısında %64,78 azalma olduğu saptanmıştır.

HASTANE TRSM KOORDİNASYONU

TRSM hastalarına yönelik hizmetlerin iyileştirilmesi ve geliştirilmesi için ciddi bir koordinasyona ve işbirliğine ihtiyaç vardır. Bu koordinasyon halkasının ilk ve en önemli ayağını Hastane ve TRSM oluşturmaktadır.

Bu işbirliğinde idari olarak TRSM de görevlendirilecek çalışanların belirlenmesi

- TRSM hizmetleri göz önünde bulundurularak uygun çalışan belirleme.
- Yeterli sayıda personel sağlanması.
- TRSM hizmetlerinin sunumunu gerçekleştirecek olanakların yaratılması.
- TRSM'lerin ihtiyacı olan gezici ekip araçları.
- İhtiyaç duyulan materyallerin temini.
- Hasta servisi.

TRSM çalışanlarının eğitimi

TRSM -Korumalı Evler koordinasyonunun sağlanması

TRSM' ye kayıtlı, kimsesi olmayan hastalar Korumalı evlere aktarılmaktadır. Yine aile ile sıkıntı yaşayan TRSM hastalarının geçici olarak Korumalı evlerde kalması sağlanmaktadır.

Servis çalışanlarıyla eşgüdümlü faaliyetin yürütülmesi

TRSM hizmetleri TRSM'lerle sınırlanan bir süreç değildir. Evde bakım ve tedaviler devam ettiği gibi hastaneye yatışı yapılan hastaların hastane süreçlerinde de TRSM hizmetleri devam etmektedir. Hastanın bakım planındaki girişimlerin, hastanenin koşullarının elverdiği oranda devam ettirilmesi gerekmektedir. Bu sürecin devam ettirilebilmesi için TRSM ve servis çalışanlarının koordineli çalışmasına ihtiyaç vardır. Bu koordinasyon hastane tarafından sağlanır.

TRSM ve hastane çalışanları arasında koordinasyonun sağlanması

İl genelindeki hastaların belirlenmesi.

Uygun hastaların TRSM ye yönlendirilmesi.

Yerel yönetimler, yerel yazılı ve görsel medya aracılığı ile toplumun bilinçlendirilmesi ve damgalama karşıtı çalışmalar planlanması

İlde bulunan diğer kamu kurumları ve STÖ'ler ile buluşturma

- Valilik.
- Aile Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü.
- Belediye.
- İş-Kur.
- Üniversite.
- Diğer hastaneler.
- Milli Eğitim Müdürlüğü.
- İldeki STÖ'lerle koordinasyon hastane tarafından organize edilir.

SORUNLAR

Toplum temelli ruh sağlığına geçişte bugün kat edilen mesafe küçümsenmeyecek bir noktadadır. Ancak hala işin başında olduğumuzu unutmamak gerekir.

Her değişim-dönüşüm sürecinin sıkıntıları olmaktadır.

Özellikle sürecin kendi iç paydaşları(çalışanlar) bu süreçlere direnç göstermektedir.

Uyum sağlanması ve süreci kavranması zaman almaktadır.

Özellikle damgalamanın sağlık çalışanları arasında yüksek oranda görüldüğü unutulmamalıdır.

Geldiğimiz noktada hala TRSM'lerde gönüllü çalışan bulmakta zorluklar yaşanmaktadır.

TRSM çalışanlarının sirkülasyonu yoğun olmaktadır.

Elazığ TRSM'de TRSM eğitimi alan 14 çalışandan 3'ü bugün görev yapmaktadır.

TRSM faaliyetleri için, daha geniş, mali olarak sisteme tanımlı harcamalar bulunmamaktadır.

TRSM'lere hasta yönlendirmeleri istenilen düzeyde değil

- Üniversite hastaneleri.
- Diğer kamu hastaneleri.
- Özel hastaneler.
- Aile Hekimleri.

- TRSM'nin bağlı bulunduğu hastanelerden TRSM'lere yönlendirilen hasta sayısı yeterli düzeyde değildir-performans ve hasta kaybı kaygısı, TRSM konusunda bilgi eksikliği-.

Toplumsal beceri eğitimi tamamlanan ve üretim sürecine katılmak isteyen hastaların iş olanaklarının oldukça

az olması (Toplumsal damgalamanın etkisi)
Hasta bildirimi için kullanılan formların güncel olmaması (RS10, RS20) (formlar daha aktif kullanılabilir hale getirilmelidir.).
Korumalı ev hizmetlerinin mevcut ödemelere dahil olmaması.
Diğer kamu kurumlarından yeterli destek görülmemesi.

ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

- Sadece il bazlı değil bölgesel düzeyde koordinasyonlar kurulmalı- ruh sağlığı hastanelerinin hizmet sundukları iller baz alınarak kurulacak koordinasyon pratikte karşılığı olan etkin ve işlevsel bir kurul olmalı .
- Tüm kamu kurumlarına hızlı ulaşımın zemini hazırlanmalı.
- 4 yıllık TRSM çalışmalarından çıkarılan deneyimler ve veriler gözden geçirilerek yol haritası belirlenmeli.
- İl genelindeki tanı kodu uygun hasta nüfusu belirlenmeli, bu verilerin TRSM'ye akışı sağlanmalı (amaç hastaları damgalamak değil, hizmet sunulacak bireylere daha hızlı erişimi sağlamaktır).
- Merkezi düzeyde damgalama karşıtı kampanyalar başlatılmalı, ulusal yazılı ve görsel medya daha etkili kullanılmalı.
- TRSM çalışanlarının eğitim ve sertifikasyon süreçleri tamamlanmalı, personel sirkülasyonun azaltılması için çalışmalar hızlandırılmalı.
- TRSM çalışmaları, çalışanlar için cazip hale getirilmeli- ekonomik ve materyal.
- Sadece TRSM çalışanları değil tüm çalışanlara TRSM eğitimi verilmeli.
- Korumalı ev sayısı arttırılmalı ve korumalı ev hizmetleri ayrı bir kalem olarak ücretlendirilmeli.
- Evde bakım hizmetleri ile koordinasyonun temini.
- Aile hekimlerinin TRSM işleyişi konusunda bilgilendirilmesi.

TRSM

Dışarıdan harabat görünür amma,
İçerde tomurcuğu fidanı vardır.
Her harap gördüğünü iflahsız sanma,
Her derdin Rabbimce dermanı vardır.
Sevgiye şefkate muhtaçtır mazlum,
Doktoru hemşiresi personeli,
Seveni mihmanı vardır.
R.E.

DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ EŞGÜDÜMÜNDE TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİ

Uzm. Dr. Yasir ŞAFAK

Kaynaklar

Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge.

Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri İçin Çalışma Rehberi.

Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge

Amaç

Madde 1- (1) Bu Yönergenin amacı; ağır ruhsal bozukluğu olan hastalara, toplum temelli ruh sağlığı modeli çerçevesinde bireysel işlevi iyileştirmeye dönük etkin tedaviler sunulması, psikososyal destek hizmetlerinin verilmesi, takip ve tedavilerinin yaşadıkları ortamda, birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre biçimde sunulabilmesi için Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı yataklı sağlık tesisleri bünyesinde faaliyet göstermek üzere toplum ruh sağlığı merkezlerinin kurulması ve işleyişi, asgari standartlarına ilişkin usul ve esasların belirlenerek hizmetin etkin ve ulaşılabilir bir şekilde sunulmasını sağlamaktır.

Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri İçin Çalışma Rehberi

Merkeze kabul edilme.

Merkezlerin amaç ve hedefleri.

Merkezlerin yönetim ve çalışma esasları.

Merkezin faaliyetleri.

Merkeze Kabul Edilme

Yataklı Servis.

Poliklinikler.

Aile Hekimleri.

Saha taraması.

Hastane kayıtları.

Bireysel başvuru.

RS formları.

Klinik olmanın avantajı ile yataklı servis, poliklinik- TRSM koordinasyonun iyi olması.

Merkezlerin Amaç ve Hedefleri

Eğitim ve Araştırma Hastanesi bünyesinde faaliyet gösteren TRSM'lerde merkezin genel amaçları dışında asistan eğitimi, psikolog/hemşire/sosyal hizmet uzmanı stajyerlerinin ve öğrencilerinin eğitimi de yer almaktadır.

Merkezlerin Yönetim ve Çalışma Esasları

a. Hizmet sunum modeli-Eğitime dönük, daha geniş ekip.

b. Personel-Asistan, stajyer, ergoterapi öğrencileri.

c. Çalışma saatleri.

d. Sevkler-Yataklı servis olması nedeniyle daha kolay.

e. Risk değerlendirme ve yönetim ile ilgili politikalar.

f. Hizmet alanlara ve ailelere yönelik bilgilendirme hizmetleri-Daha kapsayıcı ve detaylı.

Merkezin faaliyetleri

İşlevler

i. Birinci basamak sağlık personeli ile çalışma-Geniş popülasyon nedeni ile daha zayıf .

ii. Ekip koordinasyonu ve sorumlulukları-Daha geniş ekip ve hiyerarşik akış.

TRSM sorumlu hekimi-Klinik Eğitim ve İdari Sorumlusu- İlgili Başhekim yardımcısı-Hastane Yöneticisi

iii. Katılımı sağlama-Daha kolay

iv. Değerlendirme TRSM Çalışma Rehberi Bakım planlanması-Profesyonel, eğitim olanakları fazla.

vi. Dokümantasyon-Asistan tezleri, akademik ç alışma gibi eğitim amaçları nedeniyle daha detaylı ve düzenli.

Müdahaleler

i. Aile desteği-Güçlü,
ii. İlaç tedavisi-Düzenli,sabit hekim takibi,
iii. Fiziksel sağlık hizmeti-Donanımlı hastane nedeniyle oldukça kolay ulaşılabilir,
iv. Psikososyal müdahaleler-Oldukça çeşitli,
a. Psikoeğitim-kısa, uzun,
b. Rehabilitasyon-ergoterapi,
c. Psikolojik terapiler-BDT, ACT, içgörü yönelimli, sosyal beceri eğitimleri vb.

İş birliği ve bağlantılar

1. Birinci basamak-geniş popülasyon nedeni ile daha zayıf olabilir.
2. Yataklı tedavi-Oldukça pratik.
3. Yataklı tedavi birimlerinden veya TRSM bakımından taburculuk-Oldukça pratik ve etkin.
4. Kurumlararası işbirliği-imkan ve olanaklar fazla.

SOSYAL YARDIM VE DESTEK

Sosyal Hizmet Uzmanı Yılmaz GÖRMEZ
Dr.Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi

Kronik ruh sağlığı olan kişilere yönelik medikal tedavinin yanında psiko-sosyal rehabilitasyonun gerekli olduğu bilinmektedir. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planında biyo- psikososyal desteğin önemi vurgulanmaktadır. Hastane dışında bakımın yetersizliği sonucu alevlenmelerin artışı üzerinde durulmaktadır.

Engelli kişi "Doğuştan veya sonradan herhangi bir nedenle bedensel, zihinsel, ruhsal, duyusal ve sosyal yeteneklerini çeşitli derecelerde kaybetmesi nedeniyle toplumsal yaşama uyum sağlama ve günlük gereksinimlerini karşılama güçlükleri olan ve korunma, bakım, rehabilitasyon, danışmanlık ve destek hizmetlerine ihtiyaç duyan kişi" olarak tanımlanmaktadır. Tanımdan da görülebileceği üzere ruhsal ve sosyal yeteneklerini kaybeden ruhsal sorunlar yaşayan bireyler de engelli olarak kabul edilmektedirler.

Engelli bireylerin haklarını ve bu bireylere sağlanan ayrıcalık ve muafiyetleri 2005 yılında çıkarılan Engelliler Yasası düzenlemektedir. Engelliler Yasası uyarınca engelli bireyler istihdamda pozitif ayrımcılık, evde bakım desteği, gelir desteği vb. haklara sahiptirler.
Ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin engellilere tanınan hak, ayrıcalık ve muafiyetlerden yararlanabilmeleri için psikiyatrik teşhis almış olmaları gerekmektedir. Ayrıca ruhsal sorun yaşayan bireylerin yetkili hastanelerden kişinin yürürlükteki özürlülük ölçütüne göre ruhsal sorunlarının derecesini (engel oranı) içeren bir sağlık kurulu raporu edinmeleri gerekmektedir. Engel oranı % 40 ve üzerinde sağlık kurulu raporu bulunan psikiyatrik teşhis alan tüm bireyler engelli bireylere sağlanan tüm hak, ayrıcalık ve muafiyetlerden faydalanabilirler.

Bakım parası
Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı %50 engelli raporu bulunan ve ağır engelli olan kişilere evde bakım ücreti ödemektedir. "Evde Bakım" ücreti ya da aylığı tamamen "Ağır Engelli" sınıfına giren engelli bireye bakmayı kabul etmiş akrabası veya vasisi olan bakıcıya verilen bir aylıktır. Bu aylığı alabilmek için aile bireylerinin gelirleri toplamı, birey sayısına bölündüğünde kişi başına düşen gelir bir aylık net asgari ücretin 2/3'ünden az olmalıdır. 2015 yılının ikinci altı ayı için kişi başı gelir 606 YTL geçmemelidir. Ödenen bakım parası da 830 YTL dir. Ayrıca evde bakımı mümkün olmayan kurum bakımına ihtiyacı olan engelliler gerekli şartları sağladığı takdirde kurum bakımından yararlanabilmektedir.

2022 Maaşı (65 yaşını doldurmuş muhtaç, güçsüz kimsesiz ve engellilere ödenen maaş)
Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı tarafından en az % 40 ve üzeri engeli bulunan, kanunla kurulmuş sosyal güvenlik kurumlarından maaş almayan engellilere ödenen maaştır. Maaş alacak engellilerin ailelerinde kişi başı gelir 303 YTL'yi geçmemelidir. 2015 yılında ilk altı ay döneminde geçerli olmak üzere 2022 aylıkları şu şekildedir:
Engeli % 40-69 olan engelliler üç ayda bir 944,29 YTL.
Engeli % 70 ve üstü olan engelliler üç ayda bir 1416,42 YTL.

Engellerin istihdamına yönelik haklar
Engelli Memur Alımları ÖSYM'nin iki yılda bir yaptığı Engelli Kamu Personeli Seçme Sınavı (EKPSS) ile Devlet Personel Başkanlığı tarafından kamuya engelli alımları yapılmaktadır. Her engel grubu açın ayrı sınavların yapıldığı EKPSS'den yüksek puan alan adaylar Devlet Personel Başkanlığı'nın belirlediği engelli memur kontenjanlarına göre kamuya memur olarak atanabilmektedirler.

Özel Sektör Engelli Personel Alımları
En az elli kişi çalıştıran özel sektörün % 3 engelli çalıştırma zorunluluğu vardır. Engelli çalıştıran iş yerlerine devlete ödedikleri vergide çeşitli kolaylıklar sağlanmıştır. Özel sektör engelli birey çalıştırmak için işkur'a müracaat eder. Engelli çalıştırmayan iş yerleri çalıştırmak zorunda oldukları her engelli için ceza ödemek zorundadır.

Çalışan Engelliler İçin Vergi İndirimleri ve Muafiyetleri
Çalışan engelliler 01.06.2015-.1.12.2015 döneminde gelir vergilerinin matrahından yapılan indirimler ile beraber,
% 40 engelli gelir vergisi olarak 33.08 YTL ödeyecekler.
% 60 engelli gelir vergisi olarak 6.26 YTL ödeyecekler.
% 80 engelli gelir vergisi olarak herhangi bir kesintisi olmayacaktır.

Engellilerde Malulen Emeklilik ve Erken Emeklilik
Çalışma hayatına girdikten sonra çalışamayacak durumda olan ve engelli olduklarını sağlık kurulu raporuyla belgelendirilen kişiler malulen emekli olabilmektedir. Bu kişilerden;
En az %60 engelli olan ve 10 yıl sigortalılık süresini dolduranlardan 1800 prim gün sayısı bulunan engelliler malulen emekli olabilirler.
Engelli kişinin çalışmaya başlaması durumunda
% 40 ile %49 arasında olanlardan,
18 yıl ve 4680 gün prim ödemeleri durumunda
% 50 ile %59 arasında olanlardan,
16 yıl ve 4360 gün prim ödemeleri durumunda
% 60 ve üzerinde engeli olanlardan,
15 yıl ve 3960 gün prim ödemeleri durumunda erken emeklilik haklarından yararlanabilmektedir.

Belediyelerin Sağladıkları Engelli Hizmetleri
Sosyal Hizmetler.
Psikolojik Destek Hizmetleri.
Sağlık Hizmetleri.
Sosyal ve Kültürel Etkinlikler.
Temizlik ve Bakım Hizmetleri.
Her Türlü Ev İçi Tamiratı.
Ekonomik Destek Hizmetleri.
Konutlarda vergi muafiyeti.

Sıcak Yemek Hizmeti: Günde iki öğün yetecek şekilde üç çeşit sıcak yemek ve yanında yeteri kadar ekmekle birlikte çelik sefer taslarında hijyenik bir ortamda hazırlanan yemek ailelere ulaştırılmaktadır. Yemek verilen bu ailelerin okul öncesi çocuklarına (her çocuğa ayrı) haftalık iki litre süt verilmektedir.
Yakacak Yardımı: Yemek alan ailelere imkânlar ölçüsünde yakacak yarımı yapılmaktadır.
Gıda Yardımı: Yoğunluk Ramazan ayında olmak üzere yıl boyu gıda yardımı yapılmaktadır.
Kırtasiye-Kıyafet Yardımı: Eğitim öğretimin başladığında ihtiyaç sahibi ailelerin çocuklarına kırtasiye kıyafet yardımı yapılmaktadır.

Milli Eğitim Bakanlığı Halk Eğitim Merkezleri, engellilere yönelik kurslar düzenlemektedir:
Okuma yazma kursları.
Açık lise açık ortaokul tamamlama programları.
Bilgisayar,giyim ,muhasebe kursları, gitar, İngilizce bağlama kursları.

Araç Alımında Özel Tüketim Vergisi Muafiyeti
Engel oranı % 90 ve üzerinde olan kişilerin sıfır araç alımlarında;
1.6 motor hacmine sahip binek otomobillerden ve 2.8 motor hacmine sahip kamyonet ve panelvanlardan özel tüketim vergisi (ÖTV) ve motorlu taşıtlar vergisi (MTV) alınmamaktadır.
Engelli adına alınan araç 3.derece yakınlarına kadar alınabilir ve 5 yıl süreyle satılamaz.

Engelli Kimlik Kartı Hakkı
Bazı belediye meclislerinde alınan kararlar doğrultusunda özürlü bireyler için toplu taşıma araçlarında ücretsiz yararlanma ve su faturalarında indirim, Devlet Demiryolları tarafından ana hat yolcu trenleri ile yapılacak seyahatlerde, Türk Hava Yolları tarafından tüm iç ve dış hatlarda, Türkiye Denizcilik İşletmelerine ait seferler ve iç hatlarda, Şehirlerarası otobüs yolculuklarında, Cep telefonu ile yapılan görüşmelerde GSM operatörlerinin öngördüğü çeşitli tarifelerden, belirlenen koşulları taşıyan özürlü bireylere çeşitli oranlarda indirim-

ler uygulanmaktadır. Özürlüler, milli parklardan, Devlet tiyatrolarından, Kültür ve Turizm Bakanlığı'na bağlı ören yerleri ve müzelerden ücretsiz yararlandırılmaktadır.Ayrıca toki engellilerin uygun şartlarda konut sahibi olması için kontenjan ayırmaktadır.

İŞKUR FALİYETLERİ

Engellilerden Kurum hizmetlerinden faydalanmak isteyenler, çalışma gücünün %40'ından fazlasını kaybettiğini "Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Engellilere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelikte belirtilen yetkili sağlık kuruluşlarından alacakları sağlık kurulu raporu ile belgeleyenlerin Kurumca kayıt işlemleri yapılmaktadır.

İŞKUR, mesleki eğitim ve mesleki rehabilitasyon faaliyetleri kapsamında düzenlediği işgücü yetiştirme kurslarıyla işsizlikten en fazla etkilenen ve bu nedenle de işgücü piyasasında dezavantajlı grup olarak görülen engellileri iş piyasasında ihtiyaç duyulan mesleklerde yetiştirerek istihdam edilebilirliklerini arttırmaya çalışmaktadır.

a) Engellilerin kendi işini kurmalarına yönelik projeler

Girişimcilik eğitim programından sertifika almış veya iş kuracağı alanda mesleki eğitim sertifikasına, diplomaya, ustalık belgesi gibi belgelere sahip engellilerden kendi işini kurmak isteyenlerin hazırlayacakları projede, Komisyon değerlendirmesi sonrasında maliyetler karşılanabilecektir

b) Engellinin iş bulmasını sağlayacak destek teknolojilerine ilişkin projeler

Engellinin bir işyerinde iş bulmasını, işe uyumunu, etkin ve güvenli bir şekilde çalışmasını sağlayacak destek teknolojileri ile ilgili projeler desteklenecektir

c) Engellinin işe yerleştirilmesi, işe ve işyerine uyumunun sağlanmasına yönelik projeler

Engelli bireylerin işe kabulü için hazırlanmasını, işe yerleşmesini, işe ve işyerine uyumunun sağlanmasını temin edecek projelerde, esas olarak bu amaçların nasıl gerçekleştirileceğine dair ayrıntılı bir iş planı ve görev tanımları ile proje sürecine yer verilmelidir.

d) Engellilerin İstihdam Edilebilirliklerini Artırmayı Amaçlayan Mesleki Eğitim ve Rehabilitasyon Projeleri

Engellilerin toplumsal entegrasyonuna ve rehabilitasyonuna hizmet eden, istihdam edilebilirliklerini artırmayı amaçlayan mesleki eğitim ve rehabilitasyon amaçlı projelerin öncelikle o ilin işgücü piyasası araştırmaları ve yıllık işgücü eğitim planı ile uyumlu olması gerekir. Her bir projede sadece bir mesleğin yer alması ve bu meslekte başvuru sahibinin devam eden bir mesleki eğitim kursunun olmaması gerekir. Proje sahibinin kapasitesi olması durumunda bir başka meslekte kurs düzenlenmesi ile ilgili proje sunulması mümkündür.

Ayrıca Türkiye İş Kurumu, engellilere özel meslek edindirme kursları açılmakta, bu kursların devam ettiği sürece engellinin sigorta girişini yaparak günlük 20 YTL harçlık vermektedir.

"Ruh Sağlığı" hayat kalitesinin temelidir.

II. ULUSAL TOPLUM RUH SAĞLIĞI SEMPOZYUMU HASTA SUNUMLARI

BENİM HİKAYEM

Ayşe KARADENİZ

Adım Ayşe soyadım Karadeniz. 1964 Antalya Manavgat doğumluyum. Evli ve iki çocuk annesiyim. Ev hanımıyım. İlkokul mezunuyum. 1992 yılında ilk rahatsızlığımı yaşadım ve 23 yıldır şizofren hastasıyım. Toplum ruh sağlığı merkezine katılmamı doktorum Altuğ Ar Bey sağladı. TRSM' ye katılmadan önce sadece kendimi hasta zannedip ve bu hastalığın bana Allah tarafından ceza olarak verildiğini düşünürdüm. Hayatın kocaman bir boşluk olduğunu, her şeyin gereksiz olduğunu düşünüp sürekli uyurdum.Hiç kimse ile konuşmak istemez, hiçbir şey yapmak istemezdim. Rahatsızlığımdan dolayı sinirli ve ailemi rahatsız edici hareketlerim vardı. Ne kadar pişman olursam olayım elimde olmadan sürekli tekrarlardım. TRSM bana hayat verdi. Başta bu hastalığın ceza olmadığını, yaşı ve cinsiyetinin olmadığını en önemlisi de sadece bende olmadığını anladım.Artık yalnız değildim ve hayata bir yerden tutunmam gerekiyordu. TRSM'ye düzenli gelerek bunu başardım.Burada kurslara katılarak hem uyku problemimi çözdüm hem de uğraşlar sayesinde düşüncelerimden uzaklaştım. Kurslar bana sadece el becerisi değil özgüven de kazandırdı.TRSM'deki arkadaşlık ilişkilerim sayesinde komşularımla olan ilişkilerim de değişti. Burası benim sosyalleşmemi sağladı. Hayata başka bir pencereden bakmaya başladım.

TRSM'ye teşekkürler...

BİR ŞİZOFRENİ HİKAYESİ

Fahri AYDIN

Ben Fahri Aydın. 1976 Antalya doğumluyum. Annem, babam ve abim ile birlikte ikamet ediyorum. KPSS'yi kazanarak ve mülakatı geçerek 2004 yılının ocak ayında infaz ve koruma memuru olarak Antalya E Tipi Kapalı Ceza İnfaz Kurumu'nda göreve başladım. Beş yıl süresince infaz ve koruma memuru ve Antalya Adliyesi'nde katip olarak görev yaptıktan sonra 2009 yılında istifa ettim. Antalya Ceza Ve İnfaz Kurumu'nda görev yaparken psikolojim bozuldu. Daha sonra Alanya belediyesinde 1,5 yıl zabıta memuru olarak görev yaptım. Şikayetlerimin devam etmesi üzerine tekrar istifa ettim. Babamın Alanya kaymakamlığına şikayeti sonucunda 2013 yılında Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden sevk ile Aşur Aksu Hastanesi'nde doktorum Burak Kulaksızoğlu ile tanıştım. Doktorum üç ay boyunca beni gözlem altında tuttu ve uygun teşhis olarak şizofreni tanısını koydu. Bana uygun ilaçları belirledi. Doktorumun tavsiyesi üzerine % 80 raporlu olarak üç ay önce malulen emekli oldum. Heyet raporu aldığım sırada doktorumuz Altuğ Bey'in tavsiyesi üzerine TRSM'de etkinliklere katılmaya başladım. Sosyal Hizmet Uzmanı Ayten hanımla burada tanıştım.Ayten hanım sayesinde arkadaşlarım bana burada aile sıcaklığını yaşattılar.Ayten Hanım ile Gürbüz Bey iki defa ailemi ziyaret ettiler ve ailemin korkularına karşı ailemi teselli ettiler. Fikir alışverişinde bulundular. Şimdi TRSM de resim,müzik,spor ve bilgisayar etkinliklerine katılmaya başladım. Yeni arkadaşlar edindim.

Daha önce takip ediliyormuşum hislerine kapılıp Halisülasyonlar görürken ,şimdi TRSM de sosyalleşmeye başladım,korkularımdan kurtuldum. Sizlerle TRSM'de yaşadığım mutlu bir günümü, doğum günümü paylaşmak istiyorum. TRSM personeli ve arkadaşlarım sürpriz bir doğum günü organizasyonu düzenlemişler. Bu mutlu günüme hastanemizin başhekim yardımcısı ve halk sağlığı yetkilileri de katıldı. Doğum günü sevincimi benimle paylaştılar ve bana verdikleri değeri bir kez daha anladım. Arkadaşlarım benim için manevi değeri yüksek olan hediyeler verdiler. En güzel aldığım hediye ise arkadaşlarımın benim için yazmış olduğu akrostiş türündeki şiirdi:

Fedakar ve dik duruşunla
Aramıza katıldığın günden beri
Hayatımıza renk getirdin
Renkli kişiliğinle
İyi ki varsın!

Teşekkür ederim
TRSM ailesi !
İyi ki varsınız ...

BİZİM HİKAYEMİZ

Meral TURAN &Tarık GÜNGÖR

Ben Meral Turan, 1977 İzmit doğumluyum. Ben Tarık Güngör, 1982 Ankara doğumluyum.
Aslen Karslıyım. Lise mezunuyum. Sınıf öğretmenliği ve büro yönetimi bölümünü kazandım, rahatsızlığımdan dolayı okuyamadım. 1995 yılında rahatsızlığım meydana çıktı ama son 4 yıldır kendimi önceki yıllara göre iyi hissediyorum.

Aslen Gaziantepliyim. Lise mezunuyum. 4,5 yıl önce rahatsızlandım. 21 gün Manisa Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde tedavi gördüm. Ailem ile birlikte yaşıyorum. Ailem ile birlikte yaşıyorum. Annem ev hanımı, babam emekli polis memuru. 2006 yılında bir evlilik yaşadım fakat rahatsızlığım yüzünden 2011 yılında evliliğim bitti. Yalnız ve sinirli biriydim. Her şeye isyan ederdim. Bu durumu doktorum Demet Kalaycı Hanıma bahsettiğimde TRSM' ye gitmem gerektiğini söyledi. Önceleri gitmek istemedim, sonra buranın benim için bir şans olduğunu fark ettim ve TRSM'ye düzenli olarak gelmeye başladım. Evliliğim bittikten sonra,Antalya'ya geri döndüm ve doktorum Burak Kulaksızoğlu Bey sayesinde TRSM ile tanıştım.TRSM ailesine katılalı 4 yıl oldu. Dışarıdan bakıldığı zaman şehrin çok uzağında kalmış bir hastane gibi görünse de , buranın içerisi şehrin merkezi kadar renkli ve sıcak bir ortam. TRSM'de yapılan terapiler sayesinde olumlu düşünmeye, yapılan etkinlikler sayesinde de mutlu olmaya başladım. TRSM'de günlerimiz hem öğretici hem de çok keyifli geçiyor. Arkadaşlarla olan muhabbetimiz TRSM'ye sevinçle gelmemi sağlıyor. TRSM sayesinde gizli olan resim yapma yeteneğimi keşif ettim. Resim yapmak farklı dünyalara gitmek gibi. Yaptığım resimlerin beğenilmesi, sergilenmesi ve övgü ile bahsedilmesi beni gururlandırıyor. Aşır Aksu Hastanesi şehirden soyutlanmış bir hastane değil aksine bizim gibi rahatsızlığı olan insanları topluma kazandıran bir yerdir.

İyileşmek için sadece ilaç içmem yeterli değil, iyileşmem de ailemin desteği, Allaha olan inancım ve yaptığım ibadetler, TRSM'deki arkadaşlarımın sevgisi,etkinliklere katılmam önemli rol oynadı. Yeniden yüzümü güldürmeyi başaran TRSM'ye teşekkür ederim. İyi ki varsın TRSM ailesi, iyi ki varsınız canım arkadaşlarım. Bu uğurda bana yardımcı olan bütün TRSM ailesine gönülden teşekkür ederim.

KURSLAR

03-05 ARALIK 2015

BELEK / ANTALYA

I. BASAMAK EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ YÖNETİMİ KURSU

05 Aralık 2015 Belek / Antalya

EVDE SAĞLIK HİZMETLERİNDE HASTA VE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ

Ayşe AĞCA
İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü

Evde sağlık bakım hizmetleri sağlık sistemi içerisinde talebin hızla arttığı ve uygulamada sıklıkla tercih edilen alanlardan biri haline gelmiştir.

Sağlık hizmetlerinin her aşaması hizmet sunanlar ve hizmetten faydalananlar açısından bazı riskler içermektedir.

- Evde Sağlık Hizmetinde,
- Evlerin sağlık bakımından ziyade yaşamak için dizayn edilmiş olması,
- Hastanelerde var olan benzer yapıların evde olmayışı,
- Evde bakım hizmetlerinde fiziksel çevreyi düzenleyen standartların yokluğu,

hizmet sunumu sürecinde hasta ve çalışan güvenliği açısından riskleri artırmaktadır.

Evde sağlık ve bakım hizmetlerinde, çalışan güvenliği ile hasta bakım kalitesi ve hasta güvenliği arasında yakın bir ilişki vardır.

Literatürde bu bileşenlerin birindeki olumlu değişikliğin diğerini de olumlu yönde etkilediği veya bunun tam tersi durumların da söz konusu olabileceği yönünde kanıtlar vardır.

Çalışanlar, güvensiz bir ortamda olduğunu hissettiğinde hastayı ziyarete gitmeyi reddedebilmekte veya ziyareti kısaltabilmektedir.

İstanbul' da Evde Bakım Hizmeti veren özel bir kurumun 2003 Ocak-Mart tarihinde yapmış olduğu bir araştırma da, Hemşirelerin Yaşadıkları Güçlükler değerlendirilmiştir.

Yapılan araştırma sonuçları

Araştırmanın verileri, hemşirelerin ve kurumun özelliklerini, hemşirelerin yaşadıkları güçlükleri ve bu güçlüklerin nedenlerini belirlemek amacıyla hazırlanmış 105 soruluk anket formu kullanılarak elde edilmiştir.

BULGULAR

Demografik Veriler

Hemşirelerin;
%52,4'ü evde bakım hizmetinde 1 yıldan az,
%80'i evde bakımda yarı zamanlı,
%64,6'sı evde bakım kurumu dışında da çalışmaktadır.
%44,7'si 25-29 yaş arasında,
%89,2'si kadın,
%60'ı üniversite mezunudur.

Kurum Bilgileri

Hemşirelerin;

- %83,1'i çalıştıkları kurumda hizmet içi eğitim programı var.
- %55,2'sinin iş tanımları var.
- %73,8'inin bakım protokolleri var.
- %95,5'i evde bakım hizmeti ile ilgili "her hizmet bitiminde" kuruma bilgi vermektedir.

Evde bakım hizmeti alan hastanın bakım planını ilk önce %46,6 oranında evde bakım kurumu yetkilileri hazırlamaktadır.

Hemşirelerin Evde Bakımla İlgili Düşünceleri

Hemşirelerin;
%50,8'i ev ortamlarının bakım vermeye uygun olduğunu belirtmiş.
%76,9'u evde bakım için hastaneden farklı becerilerin gerekli olduğunu düşünmektedir.

Hemşirelerin Evde Bakımda Güçlük Yaşama Nedenleri
Hemşirelerin;
%58,5'i uygulamaları yalnız yapmak,
%44,6'sı aileden bakım için yardım alamamaya bağlı güçlük yaşadığını belirtmiş.

Kuruma Bağlı Güçlükler
Hemşirelerin;
- %92,3'ü kurumda verilen hizmet içi eğitimlere katılma konusunda
- %64,6'sı iş tanımlarının olmaması ile ilgili güçlük yaşamakta
- %63'ü tedavi orderlerinin sözlü olması nedeniyle güçlük yaşamakta
- %36,9'u hizmetinin karşılığında hak ettiği ücreti alamama konusunda güçlük yaşamakta.

Hemşirelik Hizmetlerine Bağlı Güçlükler
Hemşirelerin;
- %75,4'ü hastayı taşıma ve pozisyon verme,
- %72,3' ü tanımadığı insanların evlerinde hizmet verme konusunda güçlük yaşamaktadır.

Fiziksel Ortama Bağlı Güçlükler
Hemşirelerin;
- %89,2'si hastaların evlerine ulaşım,
- %73,8'i hastaların evlerinde bakım için uygun ortam sağlama,
- %72,3'ü evlerde kendi ihtiyaçlarına zaman ayıramama,
- %50,5'i hasta odalarına ziyaretçi girişi konusunda güçlük yaşamaktadır.

Hasta ve Ailesine Bağlı Güçlükler
Hemşirelerin;
- %83,3'ü hasta ve yakınlarının bakıma müdahale etmeleri,
- %80'i hasta ve yakınının önerilere uymamaları,
- %58,4'ü aile üyelerinin bakıma yardım etmemeleri,
- %53,8'i hasta ve ailesine eğitim verme konusunda güçlük yaşamaktadır.

Ayrıca hemşirelerin;
- %38,4'ünün evlerde bakım dışında hizmet istenmesinden dolayı güçlük yaşadığı saptanmıştır.

Evde Bakım Sağlık Çalışanının Güçlükleri
1- Kuruma bağlı güçlükler.
2- Yaşanan çevreye bağlı güçlükler.
3- Hasta ve ailesine bağlı güçlükler.
4- Hemşireye bağlı güçlükler.

1. Kuruma Bağlı Güçlükler
Kayıt sistemi.
Ücret.
Ekip.
İletişim.
Hizmet içi eğitimler.
Yazılı iş tanımları ve bakım protokolleri.
Etkili denetim ve geri bildirim.

2. Yaşanan Çevreye Bağlı Güçlükler
Hastanın evine ulaşım.
Zaman.
Hava koşulları.
Trafik.

3. Hasta ve Ailesine Bağlı Güçlükler
Konutun fiziki ortamı.
Ailenin ulaşabildiği sosyal destek.
Hasta ve ailesinin yaşı, öğrenebilme yeteneği.
Sağlık durumları ile ilgili bilgi düzeyleri.
Bakıma katılma yetenekleri ve iş birliği.
İletişim becerileri ve bakım gereksinimlerinin düzeyi.

4. Çalışana Bağlı Güçlükler
Evde bakım deneyimi.
Kendini yeterli hissetme durumu.
Aldığı mesleki, temel ve mezuniyet sonrası eğitimler.
İletişim becerileri.

ÖNERİLER
Evde sağlık ve bakım hizmetine yönelik yapılan hizmet içi eğitimlere personelin katılımının sağlanması.
Eğitimlerin etkinliğinin değerlendirilmesi.
Eğitimlerde verilen bilgilerin uygulamaya aktarılması,(alan gereksinimleri dikkate alınmalı)
İş tanımları ve bakım protokollerinin oluşturulması.
İş tanımlarının ve bakım protokollerinin çalışan personele duyurulması.
Evde sağlık ve bakım personelinin, hasta bakım planına katılımlarının desteklenmesi ve geliştirilmesi.
Personelin hasta ve ailesine verilecek eğitimlere yönelik bilgi, tutum ve becerilerinin geliştirilmesi.
Evde sağlık ve bakım hizmeti alan hasta ve ailesine, evde sağlık çalışanının görev alanları ile ilgili ayrıntılı bilgi paylaşımı.
Ailenin hasta bakımına katılması konusunda cesaretlendirilmesi.
Tedavi orderlerinin yazılı hale getirilmesi.

Bakım hizmeti alan hasta ve ailesi ile kurum ve sağlık çalışanı arasında profesyonel ilişkilerin oluşturulması, güven sağlanması.
Evde sağlık ve bakım personelinin yeterli pratik, beceri ve bağımsız karar verme yeteneğinin geliştirilmesi.
Evde sağlık çalışanının uygulayıcı rolünün yanı sıra eğitimci rolünün de geliştirilmesi.
Evde sağlık çalışanının evde bakım hizmeti sırasında yaşadıkları güçlüklerin azaltılarak daha fazla doyum almaları sağlaması.

Evde Sağlık Hizmetleri İstanbul Çalıştayı
İstanbul'da Evde Sağlık Hizmetlerinde nerede olduğumuzun değerlendirmesini yapmak, sorunlar ve çözüm önerilerini paylaşmak adına İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü tarafından, 31.01.2013 tarihinde "Evde Sağlık Hizmetleri İstanbul Çalıştayı" gerçekleştirilmiş, bu çalıştayda çalışan ekibin sorunları ve çözüm önerileri de gündeme alınmıştır.

İstanbul Çalıştayı Sonuç Raporu
Çalışan güvenliği ile ilgili sorunlarda çözüm önerileri
Her ekip bir erkek bir kadın en az iki sağlık personelinden oluşturulmalı ve tek personel ile ev ziyaretleri yapılmamalıdır.

Acil durumlar için, evde sağlık ekiplerine özgü bir kod sistemi oluşturulabilir. Evde güvenlik ile ilgili bir sorun olduğunda bu kod mobil telefonlardan arandığında anında yardım alınamayabilir ama ekibin yardıma ihtiyacı olduğu bilinir ve süreç başlatılır.

Telsiz veya bas konuş gibi güvenlik ile ilgili teknolojiler kullanılabilir.

Evde Sağlık Hizmetleri Birim Personeli için, çalışan güvenliği iş akışı hazırlanmalıdır.

Hasta veya yakınlarının evde sağlık hizmetleri birimi personeline, uygunsuz fiil ve davranışları nedeniyle hizmetin verilmesine engel bir durum tespit edildiğinde, hizmetin sonlandırılması veya başka bir birim tarafından hizmetin devamı ile ilgili usul ve esaslar bakanlık tarafından düzenlenmelidir.

Personel yetersizliği, yoğunluk nedeniyle hizmet gecikmesi ve bunun getirdiği karşılıklı iletişim problemleri, hasta yakınlarından sağlık çalışanına yönelik sözel ve fiziksel şiddet, hizmetin beklentileri karşılamadığı ve planlanan zamanda verilemediği durumlarda ortaya çıkmaktadır.

Şiddeti azaltmanın yolu, evde sağlık hizmeti kapsamının doğru anlaşılması, güçlendirilmiş evde sağlık hizmetleri birimlerince hizmetin sunulmasıdır.

Birimlerin güçlendirilmesi için:

Hastane yönetimlerince birimlere sahip çıkılması.
Ekiplerin ihtiyacı olan şartların sağlanması.
Ekiplerin personel yönünden desteklenmesi.
Ekipteki personelin sabitlenmesi, görev değişimlerinin yapılmaması.
Performans ek ödeme kat sayısının arttırılması ve her hastanede standardize edilmesi.
Evde Sağlık Hizmet Birimlerinin, özellikli ve riskli birimler olarak kabul edilmesi.
Personelin Evde Sağlık Hizmetlerinin dışında başka bir işte görevlendirilmemesi (Nöbet sistemine dâhil edilmemesi vb.).
Personeli motive edici, morallerini ve bilgilerini yükseltici uygulamalara (Kongre, sempozyum, eğitim) katılımlarının sağlanması.

İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü

2015 yılında İstanbul'da Aile Hekimliği Birimlerimizde Toplam Muayene Sayısı: 32.378.784

Aile Hekimliği Birimlerimizden Çalışan Sağlığı Şube Müdürlüğümüze yapılan şiddet başvuruları: 38 Fiziksel / 353 Sözel.

Toplum Sağlığı Merkezlerimiz: 2 (1 Sözel, 1 Fiziksel)
Verem Savaş Dispanseri: 1 (Fiziksel)
Ruh Sağlığı Şube Müdürlüğümüz: 6 (Sözel) başvuru yapılmıştır.

İstanbul 112 Acil Sağlık Hizmetleri

2015 yılında İstanbul'da 112 Acil Sağlık Hizmeti Toplam Vaka Sayısı: 498.615.

İl Ambulansları çalışanları tarafından yapılan şiddet başvuruları:
20 Fiziksel şiddet.
22 Sözel şiddet.
6 Fiziksel + Sözel şiddet.
3 Kamu malına zarar.

İstanbul Anadolu Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği

Üsküdar Devlet Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Birimi
(1 Temmuz 2013 tarihinde hizmete başladı, Ataşehir, Beykoz, Çekmeköy, Kadıköy, Şile, Ümraniye ve Üsküdar da ikamet eden evde sağlık hizmeti ihtiyacı olan tüm hastalara 8 ekiple hizmet vermekte)
2015 yılında İstanbul'da;
-Evinde ziyaret ve konsülte ettiği toplam hasta sayısı: 23.800.
-Fiziksel şiddet yok.
-3 Sözel şiddet.

Hasta Güvenliğinde Karşılaşılan Güçlükler
Hasta kimliğinin doğru belirlenememesi

Hasta kimliğinin doğru iletilmesi, tıbbi girişimleri doğru zamanda, doğru kişiye, doğru şekilde uygulanması hasta güvenliğinin hedeflerindendir. Bunun için düzenlenen epikriz raporları alışkanlık haline getirilmelidir.

Ev Ortamının Bakım Vermeye Uygun Olmaması

Evlerin sağlık bakımından öte yaşamak için dizayn edilmiş olması, hastanelerde var olan benzer yapıların evde olmayışı, evde bakım hizmetlerinde fiziksel çevreyi düzenleyen standartların yokluğu hizmet sunumu sürecinde hasta ve çalışan güvenliği açısından riskleri artırmaktadır. Ev ortamı yaşlı güvenliği açısından (basamaklar, yer kaplamaları, halı/kilim, tutunma barları, mobilyaların durumu, ışıklandırma vb) uygun hale getirilmeye çalışılmalıdır.

Hastanın karar verme yetkisinin elinden alınması

Hastanın hem yaşının ilerlemiş olması hem de bakım aldığı ortamının ev olması, sağlık profesyonellerinin onu değil yakınlarını muhatap alma eğilimini güçlendirmektedir.

Hakkındaki tıbbi kararların biçimlendirilmesinde kendisi yerine yakınlarının ön plana geçmesi ise, evde bakım alan yaşlı hastanın özerkliğinin göz ardı edilmesi ve zedelenmesi demektir. Hastanın sağlık profesyonelleri tarafından onam- seçim süreçlerine dahil edilmesi gerekmektedir.

Hastanın beden ve bilgi mahremiyetlerine yeterince saygı gösterilmemesi.
Hasta mahremiyetini koruyan düzenlemeler oluşturulmalı. Hastaların inançları ve değerlerini anlamaları ve dikkat etmeleri konusunda kurum çalışanlarına eğitim verilmeli.

Hastayı izleyen sağlık profesyonellerine bu durumdan çıkan görev, mahremiyete saygı göstermeyi kişisel yaklaşım olarak benimsemenin ötesinde, hasta yakınlarını da bu şekilde davranmaya yönlendirmektir.

Hastaların çalışması uygun olmayan bilgi, beceri ve sağlık alanında eğitimi olmayan kişilere teslim edilmesi

Mevcut yetersizlikler nedeniyle zamanında hizmet sunulamaması
Çalışan yetersizliği
Ulaşım sorunu
Talep yoğunluğu

Tüm mevcut koşullar değerlendirilerek hizmet sunumundaki olumsuzluklar minimuma indirilmelidir.

Sağlık hizmetleriyle ilişkili enfeksiyon riskleri

Uzun süre evde bakımı devam eden hastalar önemli ölçüde enfeksiyon riski taşımaktadırlar. (Uzun süreli idrar sondası olan hastalar, trakeostomili hastalar)

STRES İLE BAŞ ETME YÖNTEMLERİ

Doç. Dr. Çağatay KARŞIDAĞ

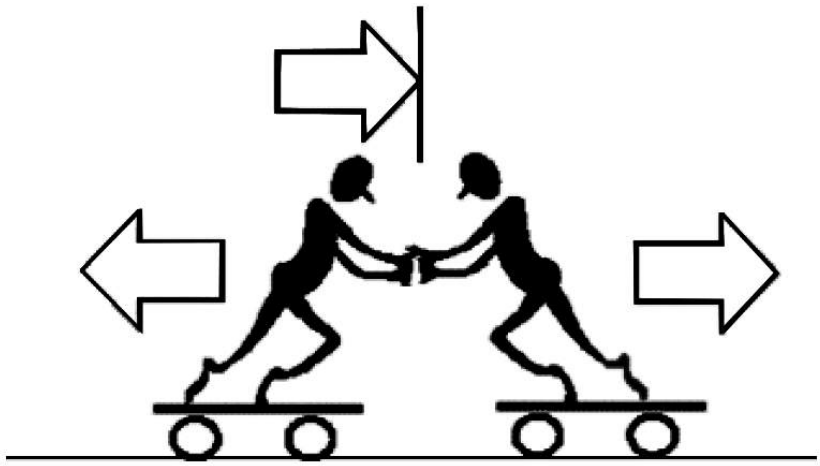
Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sir Isaac Newton

Newton'un Hareket Kanunları

Üç yüz yıl kadar önce, İngiliz matematikçisi Isaac Newton tarafından ortaya atılan üçüncü hareket kanunu, kuvvetlerin birbirine karşı etkisini ele almaktadır.

Newton'un üçüncü hareket kanunu



"Stres" kelime kökeni olarak Latince "Estrictia"dan gelmektedir.
17. yüzyılda stres: Felaket, bela, musibet, dert, keder, elem gibi anlamlarda kullanılmıştır.
18. ve 19. yüzyıllarda: Kavramın anlamı değişmiş ve güç, baskı, zor gibi anlamlarda kullanılmıştır.
19. ve 20. yüzyıl: Stres, bedensel ve ruhsal hastalıkların sebebi olarak düşünülmüştür.

Kriz, Çince'de fırsat demektir

Olasılıkla tehlikeli ve temelde aldatıcı olan 'Çince'de Kriz=Tehlike+Fırsat'tır' bilgisini yaymakta ısrar edenler; bunun için Çince'yi suçlamamalı.

Stres nedir?

Yararlı mı / Zararlı mı?

STRES

Bireyin kendisini rahatsız eden bir ortamda organizmanın verdiği (her türlü) cevaptır.

Stres Türleri
Akut stres
Kronik stres
- Aile
- İş
- Çevre
- Kronik hastalıklar

Stres algısı oldukça özneldir

Çünkü stres herkes tarafından algılanır, ancak herkesin aynı olaya verdiği tepki (cevap) (davranış) farklı şiddette olur.

Neden Stres Yaşıyoruz?

Belli bir seviyeye kadar stres gerekli ve faydalıdır. Çünkü organizmanın harekete geçmesini sağlar, ancak belirli bir noktadan sonra stres zararlı olmaya başlar. Kişiye zarar verir.

STRESÖRLER

Organizmada stres yanıtının oluşmasına neden olan etmenler stresör olarak adlandırılır.

Stresörler, uyum sağlamaçabası gerektiren, yaşamda değişikliğe yol açan durum ya da olaylar' şeklinde tanımlanabilir.
Fiziksel stresörler.
Sosyal stresörler.
Psikolojik stresörler.

Stres, herkesin hayatı boyunca her an karşılaştığı bir durumdur. Canlının kapasitesini zorlar.
Kapasiteyi aştığında ise kişinin yaşamla uyumunu bozar.

Stresin Etkileri

Verimliliği düşürür.
Kararsızlık yaşanabilir.
Hayattan zevk almayı engelleyebilir.
Duygusal ilişkilerinizden uzaklaştırabilir.
Öfke, düşmanlık ve kızgınlığa neden olabilir
Değersizlik, güvensizlik gibi duyguları yaşatabilir.

Bedensel Tepkiler

Solunum sayısı artar.
Kalp vurum sayısı artar ve kan basıncı yükselir.
Kas gerimi artar.
Sindirim yavaşlar veya durur.
Bütün duyumlar artar.

Stres nedeniyle dengenin bozulması, canlılığı korumaya yönelik alarm tepkisinin yaşanmasına sebep olur.
Bozulan dengenin yeniden kurulması için yeni duruma uyum sağlanması gerekir.

Duygusal Belirtiler

Huzursuzluk, sıkıntı, gerginlik.
Kaygılı olmak.
Neşesizleşme, durgunlaşma, çökkünlük hali.
Sinirlilik, saldırganlık veya kayıtsızlık.
Duygusal olma.
Öfke.

Zihinsel Belirtiler

Unutkanlık.
Konsantrasyonda azalma.
Kararsızlık.
Organize olamamak.
Zihin karışıklığı.
İlgi azalması.
Matematik hataların artması.
Zihinsel durgunluk.

Kişilik
Kendini tanıyan bir kişi yaşadığı olayların hangisinin kendisinde stres yaratacağını öngörebilmektedir.

Sağlık Kurumlarında Stres Kaynakları

Çalıştığı birimin kendi ilgi ve uzmanlık alanı dışında olması.
İşe uyum sürecinde başvuracağı uzman kişilerin olmaması.
Hizmet verdiği hasta sayısının fazla olması ve aşırı iş yükü.

Hizmet verdiği hasta sayısının fazla olması ve aşırı iş yükü.
İşleri yetiştirmede yaşanılan zaman baskısı.
Dinlenme zamanlarının az olması.
Bireysel olarak değerli hissetmemesi.

STRES YÖNETİMİ

Aşırı stresle başa çıkmak ve yaşam kalitesini arttırmak amacıyla, durumu değiştirme ya da duruma verilen tepkileri değiştirmektir.

"Stres Yönetimi"nin amacı, stresin bütününden kaçınmak değildir, zaten bu olanaksızdır.

Stresin nedenleri

Dışsal etkenler:

Hayatımızda ani ve büyük değişimler.
İş veya okul.
İlişki sorunları.
Ekonomik sorunlar.
Kültürel sorunlar.
Çok meşgul olmak.
Aile ve çocuklar.

İçsel etkenler

süregen kaygılı yapı.
Olumsuz bakış açısı.
Olumsuz konuşma.
Gerçekle bağdaşmayan beklentiler.
Mükemmeliyetçilik.
Esnemeyen düşünme, konuşma ve davranış.
Hep ya da hiç tutumu.

Stresle baş etmeninin en sağlıklı ve en sık kullanılan yöntemleri nelerdir?

I

Sigara içmek.
Alkole yönelmek.
Hazır yemekler veya aşırı yemek yeme.
Televizyon veya bilgisayar başından kalkmamak.
Aile, arkadaş ve aktivitelerden kendini çekmek.

II

Uyuşturucu maddeler kullanmak.
Bilinçsiz veya amacı dışında ilaç kullanmak.
Az veya çok uyumak.
Ertelemek (her şeyi).
Sorunları çözmek yerine zamanı başka etkinliklerle doldurmak.
Stresinizi başkalarına bulaştırmak.
Ateş püskürmek.
Öfke patlamaları.
Fiziksel saldırganlık.

Stresin bedensel belirtileri

Ağrının her türü.
Kalb hastalıkları.
Beslenme sorunları.
Uyku bozukluğu (süre – kalite).
Kilo sorunları.
Otoimmün hastalıklar.
Cilt hastalıkları.

Stresle yüklendiğimizde
Bilişsel bozukluklar.
Duygusal bozukluklar.
Fiziksel sorunlar.
Davranışsal sorunlar.

Stresin ruhsal belirtileri
Anksiyete.
Depresyon.
Var olan bir ruhsal bozukluğun şiddetlenmesi.
Muhakeme bozukluğu.
Psikosomatik bozukluklar.

Mücadele ne zaman başlamalı?
1-Siz hissettiğiniz zaman.
2- Etrafınız uyardığı zaman.
3- Olumsuz sonuçlarını gördüğünüz zaman.
4- Hiçbir zaman (diğer insanlar tercihinize saygı duyacaktır ama artık kendilerini de koruma hakkına sahiptirler, buna da siz saygı duymalısınız).

STRESLE BAŞA ÇIKMA TEKNİKLERİ
Bedensel belirtilere yönelik teknikler
Bedene yönelik teknikler genel sağlığı ve vücut direncini artırıcı, vücut gerilimini azaltıcı etkiye sahiptir.

1) Fiziksel egzersiz.
2) Solunum egzersizi.
3) Gevşeme.
4) Meditasyon.
5) Biyolojik geri bildirim.

Zihinsel belirtilere yönelik teknikler
Strese verilen anlam tamamen zihinsel bir süreçtir. Eğer zihinsel süreçler kontrol altında tutulabilirse stresten etkilenme de azaltılabilecektir.

1) Bilişsel yeniden yapılandırma.
2) Problem çözme.
3) Zaman yönetimi.

Davranışlara Yönelik Teknikler
1) Sosyal becerileri geliştirme.
2) Bazı davranış tarzlarını değiştirme.
3) Beslenme alışkanlıklarını değiştirme.

STRES ile mücadelede
Herkese uyan bir giysi yok.
İnsan ne kadar yapı ve çevreye uyum açısından diğerine benzer ise stres yönetimi açısından o kadar benzer.

Stres yönetimi tekniğinde ilk 10

Yemek	Yemek
Uyumak	Uyumak
Yemek	
Uyumak	
Yemek	
Uyumak	
Yemek	
Uyumak	

ÇATIŞMA YÖNETİMİ (ZOR VAKA YÖNETİMİ)

Fatih KILIÇARSLAN
Sosyal Hizmet Uzmanı
Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi

İletişim 4 Aşama
Kendini bilmek ve yönetme.
Karşındakini tanımak ve yönlendirme.
Problem çözme becerisi.
Anlaşma ve uzlaşma.

İletişimin Aşamaları
Duygu düzeyinde iletişim.
Düşünce düzeyinde iletişim.
Davranış düzeyinde iletişim.

İletişim Sorunları
Suçlayıcı ve yargılayıcı tutumlar.
Etiketlemek ve genellemek.
Akıl vermek,yorum yapmak.
Kendini haklı,karşındakini haksız göstermek.
Sürekli sorunlardan bahsetmek.
Etnik,kültür ve inanç farklılıkları.
Algı, ilgi ve hobi farklılıkları.
Yaş ve fiziksel uyumsuzluk.

Empati
Aile İçi İletişimi
İletişim en az iki kişi arasında mesaj alışverişidir.
Kadın-koca arasındaki iletişim.
Ana-baba ve çocuk arasındaki iletişim.
(Anne-Baba,Anne-çocuk,Baba-çocuk)
Aile içi ve aile dışındakilerle iletişim.

İletişimin
Üç A Kuralı
Anlatmak.
Anlamak.
Anlaşmak.

Anlatmak
Baskı altında olmamak.
Rahat olabilmek.
Kendine iç görü geliştirmek.
Duygu ve düşüncelerin farkında olabilmek.
Açık, anlaşılır ve somut bir dille kendini ifade etmek.
Karşısındaki kişinin seviyesine uygun yaklaşım belirlemek.

Anlamak
Saygı duymak.
Dinleme becerisine sahip olmak.
Jest ve mimiklerle beden duruşumuzu ayarlamak.
Önemli ve değerli olduğunu hissettirmek.
Empati geliştirebilmek.

Anlaşmak
Sorun çözme becerisine sahip olmak.
Sorun odaklı değil çözüm odaklı yaklaşmak.
Çözüm yönünde harekete geçirmek, motive etmek.
Öz güveni geliştirmek, benlik değerini güçlendirmek.
Kazan-kazan yaklaşımı.
Uzlaşma becerisine sahip olmak.
Onay vermek, takdir etmek.

EKİP ÇALIŞMASI

Dyt. Gülay TÜRKMEN
THSK Aile Hekimliği Eğitim ve Geliştirme Daire Başkanlığı

Birlik ve Beraberlik, Ölümden Başka Her Şeyi Yener.
Mustafa Kemal Atatürk

Amaç:
Ekip çalışması hakkında bilgi vererek önemi konusunda farkındalık oluşturmak.

ÖĞRENİM HEDEFLERİ
Katılımcılar bu oturumun sununda:
Ekip ve ekip çalışması kavramlarını açıklayabilmeli.
Ekip çalışmasının aşamalarını söyleyebilmeli.
Ekip oluşturulmasında dikkat edilecek hususları sayabilmeli.
Ekip çalışmasında liderin rolünü açıklayabilmeli.
Ekip çalışmasının başarısını etkileyen faktörleri sayabilmeli.
Ekip olarak çalışmanın avantajlarını sayabilmelidir.

Ekip nedir?
Etkin biçimde hedeflere ulaşmak için değişik beceri, eğitim ve görüşe sahip, birbirini tamamlayan roller üstlenen çalışanların yaratıcı güçlerini, emek ve bilgilerini birleştirdikleri en az iki ve daha fazla sayıda kişiden oluşturulan gruptur.

Sağlık ekibi
İki veya daha fazla sağlık meslek üyesinin işbirliği içinde çalıştığı bir birliktir.

Ekiplerin kurulma amaçları:
Organizasyonlarda projelerin yürütülmesi.
Karşılaşılan problemlerin çözülmesi.
Kararlar alınması.
Yapılan çalışmaları iyileştirerek yüksek kalite ve verime ulaşılması.
Çalışanların potansiyelinin değerlendirilmesi.

Ekip Çalışması Nedir?
Ekip üyelerinin aralarında etkileşimde bulunarak kurum sorunlarını çözmek için yaptıkları etkinliklere "ekip çalışması" denir.
Ekip çalışması;
Kurum içerisinde, kişiler arasında özgürlüğü ve iletişimi geliştirip, güven ortamının oluşmasına zemin hazırlayan ve bu ortamın kalıcı olmasını sağlayan bir çalışma sistemidir.

Örnek: Evde sağlık hizmetleri.

Bir Araya Gelmek BAŞLANGIÇTIR.
Bir Arada Kalmak İLERLEMEDİR
Birlikte Çalışmak BAŞARIDIR…
H. Ford

Ekip Oluşturmanın Gerekçeleri Nelerdir?
Beraber çalışarak işin sonuçlarını iyileştirmek, problemleri çözmek, kararlar almak, hedefler belirlemek.
Grup üyeleri arasındaki kişisel ilişkileri düzelterek, yaptıkları işin efendisi olmalarına izin vermek.

Hangi Durumlarda Ekip Oluşturulmalıdır?

1

Yapılan işin ekip yaklaşımını gerektirmesi. Örneğin, cerrahi müdahale, ambulans hizmetleri, evde sağlık hizmetleri, tiyatro oyununun sergilenmesi vb.
Bir kişinin tek başına sağlayamayacağı bilgi ya da becerilere ihtiyaç duyulması.

2

Kararların benimsenmesini sağlamak ya da morali yüksek tutmak.
Organizasyon içindeki yatay ve dikey ilişkileri olumlu yönde etkilemek.
Alınan kararların ve yapılan işlerin niteliğini artırmak.

3

Başarısızlık riskini azaltmak.
Grup kararları ve eylem planlarının yürütülmesi için değişik insanlara ihtiyaç duyulması.

Ekip Oluşturulmasında Dikkat Edilmesi Gereken Hususlar

1

Ekiplerin bir hedefi olmalı ve bu hedef ekip üyeleri ile paylaşılmalıdır.
Her ekip bir ihtiyacın karşılığı olarak oluşturulmalı ve bir ihtiyacın karşılanması için oluşturulduklarına inanmalıdır.

2

Ekibin ve üyelerinin görevleri net bir şekilde açıklanmalıdır.
Yapılacak göreve uygun üye seçilmelidir.
Ekip üyeleri, kişisel özellikleri, yetenekleri, değer yargıları ve kişisel hedefleri ile çok iyi tanınmalıdır

3

Nerede ne zaman kişisel hizmete, nerede ne zaman ekip hizmetine ihtiyaç olduğu belirlenmelidir.
Ekibin oluşturulmasında ekip üyelerinin istekleri göz önüne alınmalıdır.

Ekip Çalışmasının Aşamaları

1. Aşama: Biz Kimiz? (Forming)
2. Aşama: Ben (Storming).
3. Aşama: Norm Oluşması ve "Biz" Duygusu (Norming).
4. Aşama: Olgunluk (Performing).
5. Aşama: Dağılma (Adjouring).

1. Aşama: Biz Kimiz? (Forming)

Kendilerinden ve ekipten ne beklendiğini anlayamama,
Otorite karşısında kaygı duyma,
Bir an önce göreve başlama isteği,
Çekingenlik, orta düzeyde istek,
İlgi, kaygı, heyecan, güvensizlik.

2. Aşama: Ben (Storming)

Kimin, hangi işi, nasıl yapacağını, birbirleriyle nasıl iletişim kuracaklarını belirlemeye çalışma,
Birlikte nasıl çalışacaklarını deneme,
Çatışma yaşanma riski yüksektir.
Tartışma, münakaşa, engellenme duygusu, belirsizlik, kızgınlık gibi olumsuz tepkiler gözlenebilir.

3. Aşama: Norm Oluşması ve Biz Duygusu (Norming)

Kimin hangi işi yapacağı netleşmiştir,
Etkili iletişim yolları ortaya çıkmıştır.
Yapılacak işin kuralları belirlenmiştir,
Ekip içinde uyum ve güven vardır,
Görevlerle ilgili düşünceler açıkça ifade edilmeye başlanır,
İletişim düzenlidir,
Uyum, güven, bağlılık, rahatlama ve amaca yönelik bir ortamın oluşur.

4. Aşama: Olgunluk (Performing) Başarma
İletişim, sorun çözme gibi konularda beceri kazanılır.
Daha büyük hedeflere yönelmeye hazır duruma gelmişlerdir.
Bağlılık ve tatmin duygusu oluşmuştur.
Çatışmayla başa çıkmada ve problem çözmede yetkinlik.
Paylaşılan liderlik ve yüksek performans gözlenir.
Ekiplerin yarısından azı bu aşamaya gelebilir.

EKİP LİDERLİĞİ
Ekipler, gerekli durumlarda kontrolü ele alabilecek, donanımlı liderlere ihtiyaç duyarlar.

Yönlendirici, grup üyeleri arasında koordinasyon sağlayan, güçlü iletişim becerilerine sahip olan, takım üyelerinin aktif katılımını sağlayan liderler grupta sinerji yaratırlar.

İyi bir ekip lideri;
Kötü sonuçlar alındığında sorumluluğu kendisi üstlenmeli,
İyi sonuçlar alındığında "Biz" ruhunu ortaya çıkarmalı,
Ekip üyelerinin coşkularını, enerjilerini ortaya çıkaran hedefler ve ortamlar oluşturmalıdır.

Bir Lider Nelere Dikkat Etmelidir?
1
Güven ve açıklık ortamı yaratmalı.
Hedef ve misyona ilişkin bağlantıyı kurmalı.
Örnek olmalı.
Yönlendirmeli.
Geri bildirim vermeli.
Koçluk yapmalı.

2
Yaratıcılığı, risk almayı, çaba göstermeyi teşvik etmeli.
Bilgiyi paylaşmalı, ekip elemanlarını güçlendirmeli.
Ekibin kendini gittikçe daha fazla yönetir olmasına ve lidere daha az bağımlı hale gelmesine yardımcı olmalı.

3
Farklı düşüncelerin konuşulmasını desteklemeli.
Ekipler arası transferde, ekip üyelerinin görüşünü almalı.
Ekip üyeleri arasındaki iletişimi (yüz yüze görüşme, e-posta, telefon vb.) güçlendirmeli.

4
Ekip üyelerinin her birinin sorumluluk almasını sağlamalı.
Ekip üyelerini dinlemeli, ekibin taleplerini dikkate almalı.
Ekibin ve ayrı ayrı ekip üyelerinin çabalarını takdir etmeli, herkese eşit mesafede durmalı.
Ekipler arası rekabeti, kontrollü olarak teşvik etmeli.

5
Ekibin içindeki olumlu arkadaşlık ilişkileri teşvik etmeli.
Çatışmalarla ilgilenmeli.
Ekip üyelerine eşit davranarak birlik ve beraberliği desteklemeli.
Ekipte ortak kararlar alınmasını desteklemeli.
Verim alınamayacağını düşündüğünde ekip üyelerinin fikrini alarak ekip çalışmasını sonlandırmalıdır.

Ekip Üyelerinin Rolü
1
Beraber çalıştığı arkadaşlarını düşünerek hareket etmeli,
Yaptığı her davranışın ekibi etkileyeceğini bilmeli,
Kendini bir birey olarak değil bir bütünün parçası olarak görmeli,

2
Ekip etkinliklerine aktif olarak katılmalı,
Diğer üyelerin duygu ve ihtiyaçlarını anlamaya çalışmalı,
Davranışlarının, diğer üyeler üzerindeki etkilerinin farkında olmalıdır.

Etkili Ekiplerin Özellikleri
1
Doğal ve rahat bir atmosfer.
Ortak bir amaç.
Olumlu ve açık iletişim.
İşlevlerinin bilincinde olma.
Katılımcı bir liderlik biçimi.
Ortak bir sorumluluk.

2
Görev odaklı bir çalışma.
Uzlaşma yoluyla karar alma.
Yaratıcılık…

EKİPLERİN BAŞARISIZLIK NEDENLERİ
Kurum kültüründen kaynaklanan nedenler.
Ekip Üyelerinden kaynaklanan nedenler.

A) Kurum kültüründen kaynaklanan nedenler
Düşük Yaratıcılık.
Uygun Olmayan Yönetim Anlayışı.
Terfi ve Gelişim Planlama Eksikliği.
Açık Olmayan Amaçlar.
Adil Olmayan Ödüller.
Ekip Üyelerinin Seçilmesi.
Hiyerarşik Yapılanmalar.
Kontrol Zaafı.
Yetersiz Eğitim.
Düşük Motivasyon.

B) Ekip Üyelerinden Kaynaklanan Nedenler
Kişisel gelişime açık ve hazır olmamaları.
Düşük standartlarla yetinmeleri.
Risk ve sorumluluk almaktan çekinmeleri.
Zamanı ve enerjiyi yanlış kullanmaları.
Farklı görüşlere tahammülsüzlük.
İletişim becerilerinden yoksun olmaları.

Ekip Olarak Çalışmanın Faydaları
Ekibin ortaya koyduğu ortak güç üyelerin tek tek güçlerinin toplamından daha büyüktür.
Üyelerin birbirlerinin başarısından memnuniyet duymaları ekibin verimini artırır.
Ekip halinde çalışmak, yaratıcılık ve enerjiyi artırır.
Ekip çalışması, insanların yaptıkları işten hoşlanmalarını ve etkinlik artışını sağlar.

Bir zincir, ancak en zayıf halkası kadar güçlüdür.
Hiç kopmayacak zincirlerin halkası olmanız dileklerimizle…

EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ

Dr. Kanuni KEKLİK
Toplum Sağlığı Hizmetleri Daire Başkanı

Neden Evde Sağlık?
Doğurganlık ve mortalite hızları düşüyor.
Eşit, kolay ulaşılabilir ve kaliteli sağlık hizmetleri ile ekonomik ve sosyal koşulların nispeten iyileşmesi neticesinde;

- Bebek ölüm hızı ve anne ölüm oranı düşüyor.
- Doğumda beklenen yaşam süresi uzuyor.

Neticede…

Genç nüfus azalıyor.
Nüfusumuz yaşlanıyor !
- Kronik hastalıklar artıyor.
- Kanser artıyor.
- Yeti kayıpları ortaya çıkıyor.

Kazalara bağlı engelli bireyler artıyor.
…
Sağlık harcamaları artıyor.

ÇARE: Evde Sağlık Hizmetleri (mi?)
Kurumsal bakım olanaklarının sınırlılığı, hastane yataklarının, kronik hastalığı olanlar tarafından uzun süre işgali, hastane bakım maliyetlerinin yüksekliği, toplumumuzun kültürel yatkınlığı göz önünde bulundurularak; ülkemizde, Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurum ve kuruluşlar tarafından, 01 Şubat 2010 tarihinde, 3895 sayılı Makam Oluru ile yürürlüğe giren "Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge" doğrultusunda evde sağlık hizmetleri sunulmaya başlanmıştır.

Güncel Mevzuat
Hizmetler halihazırda, 27.02.2015 tarihli ve 29280 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren "Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetleri Sunulmasına Dair Yönetmelik" çerçevesinde sunulmaktadır.

Birim ve Personel Durumu
Ekim 2015 sonu itibariyle evde sağlık hizmetleri;
595 H Tipi birim (50'si E2-E3 hastanelerde konuşlanmış), 245 T Tipi birim, 106 D Tipi birim olmak üzere toplam 946 birim, bu birimlerde görevli olan toplam 4.823 sağlık personeli tarafından sunulmaktadır.

Bütünleşik Hizmet Sunumu (1)
Evde sağlık hizmetlerinin etkinliğini artırmak ve sürdürülebilirliğini gerçekleştirmek için diğer kamu kurum ve kuruluşları tarafından sunulan evde bakım, sosyal destek ve benzeri hizmetleri bütüncül bir anlayışla ve işbirliği içerisinde sunmak.
Gerektiğinde ilgili ve istekli olan STK'ları da bütünleşik hizmet sunumuna dahil etmek.
İşbirliğini ilgili kamu kurum ve kuruluşları ve STK'lar ile yapılacak protokoller çerçevesinde yürütmek.
Veri alışverişini, oluşturulacak bilgi sistemleri aracılığıyla gerçekleştirmek.

Bütünleşik Hizmet Sunumu (2)
"Evde Sağlık Bakım ve Sosyal Destek Hizmetlerinin İşbirliği İçerisinde Yürütülmesine Dair Protokol", Aile ve Sosyal Politikalar Bakanı, İçişleri Bakanı, Sağlık Bakanı ve Türkiye Belediyeler Birliği Başkanı'nın katılımları ile 31.03.2015 tarihinde imzalandı.
İlgili kamu kurum ve kuruluşları, il protokolü imzalayarak hizmeti yaygınlaştırmaktadır.
ASPB ile veri paylaşım çalışmaları yürütülmektedir.

Basamaklı Hizmet Sunumu (1)
Toplumumuzun ekonomik olanaklarına uygun olan birinci basamak ağırlıklı, ikinci-üçüncü basamak ve kısmen özel sektör ile desteklenen evde sağlık hizmet modeli oluşturmak.

Bu amaçla üç tip birim tanımlandı:
- T tipi birimler.
- H tipi birimler.
- D tipi birimler.

Basamaklı Hizmet Sunumu (2)
Hizmetler THSK ve TKHK tarafından müştereken sunulacaktır.
T tipi birimler, evde sağlık hizmetlerini öncelikli olarak sunmakla görevlidir.
H tipi birimler öncelikli olarak uzman hekim konsültasyonu, fizyoterapi gibi T tipi birimler tarafından verilmesi mümkün olmayan hizmetlerin sunumuyla mükelleftir.
Standart dışı durumlar: Günlük vak'a sayısının yüksek olduğu durumlar ve uzak mekânlar.

Koordinasyon
Hizmetlerin tek elden ve yetkin koordinasyonunu sağlamak. Bu amaçla Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'na bağlı olarak faaliyet gösterecek "Koordinasyon merkezi" kurulması hükme bağlandı.
"Sorumlu yönetici" tanımlaması yapıldı.
"Evde Sağlık ve Sosyal Hizmetleri Değerlendirme Komisyonu" ile "Merkez Koordinasyon Komisyonu" tanımlandı.

Ekip
Hizmetleri, konu hakkında eğitilmiş ekip elemanları ile sunmak.
Tanımlanan ekip: Hekim, yardımcı sağlık personeli, yaşlı bakım teknikeri/evde hasta bakım teknikeri.
Standart ekip: Sertifikalı hekim, evde sağlık hemşiresi, yaşlı bakım teknikeri/evde hasta bakım teknikeri.
- Branş hekimi,
- Diyetisyen,
- Sosyal çalışmacı,
- Fizyoterapist,
- Psikolog,
- Uğraşı terapisi,
- Hasta yakını,

Hastane Hizmetleri
Mağduriyetleri önlemek
Evde sağlık hizmetleri kapsamında sağlık kuruluşuna sevk edilen hastanın sağlık kuruluşundaki muayene, tetkik ve tedavinin uzun sürmesi ya da sonraki günlere sarkması halinde, mağduriyete mahal verilmeden işlemlerin gerçekleştirilebilmesi için ilgili hastaneler bünyesinde kısa süreli tedavilerin yapılabileceği veya uygun bir kliniğe geçiş öncesinde hastanın yatırılabileceği en az beş yatak kapasiteli, amaca uygun olarak donatılmış "Evde Sağlık Hizmet Ünitesi" tanımlandı.

Eğitim
Hizmetleri eğitimli personel ile sunmak.
- Evde sağlık hemşiresi,
- Yaşlı bakım teknikeri/evde hasta bakım teknikeri

Sertifikasyon programları,
Tamamlama eğitimleri,
Hasta ve hasta yakını eğitimleri,

Diğer Hususlar
Hizmetleri, onaylanmış ziyaret planlarına göre sunmak.
Malzemeleri tedarik etmek.
Evde sağlık hizmeti alması uygun görülen kişilerin rızasını almak.
Hizmetleri, standartları haiz hizmet araçları ve standartları kurum tarafından belirlenecek özel kıyafetler ile sunmak.
Hizmetleri mesai saatleri içerisinde ve randevu sistemiyle sunmak.

Yapılan Çalışmalar (1)

"Bakan Onayı ile belirlenecek olan iller, evde sağlık hizmetlerini, yürürlüğe girmesini müteakiben Yönetmelik hükümlerine uygun olarak verecektir" hükmü gereğince; Aydın, Burdur, Bursa, Çankırı, Düzce, Edirne, Elazığ, Eskişehir, Iğdır, İstanbul, Sakarya ve Samsun
illeri pilot il kapsamına alındı.

Yapılan Çalışmalar (2)

"Evde Yatağa Bağımlı ve Son Dönem Hasta Bakıcısı Yetiştirme Eğitimi" rehberinin basımı yapılmış ve isteyen illere gönderilmektedir. SHGM tarafından Evde Sağlık Hizmetleri Hemşireliği Sertifikasyon Programı hazırlanmıştır. Evde Sağlık Hizmetleri Eğitim Modülü geliştirme çalışmaları yürütülmektedir. HSBS çalışmaları kapsamında Evde Sağlık Modülü hazırlanmıştır.

Yapılan Çalışmalar (3)

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ile hizmet verilerinin elektronik ortamda paylaşılmasına yönelik çalışmalar yapılmaktadır. Toplum sağlığı merkezlerinde görev yapan hekimlerin, Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından verilen yetki doğrultusunda ilaç yazabilmeleri sağlanmıştır. Uygulama Genelgesi hazırlanarak görüşlere sunulmuştur.

Beklentilerimiz (1)

Evde sağlık hizmetlerinin, 2016 yılında tüm illerde, yönetmeliğe uyumlu hale getirilmesi gerekmektedir.

- Yapılan planlamalar doğrultusunda birimlerin oluşturulması.
- Ekip personelinin belirlenmesi.
- Personelin eğitilmesi.
- Kıyafet, sarf, tıbbi sarf ve gerekli diğer malzemelerin tedarik edilmesi.
- Planlamalara göre hizmet ve hasta nakil araçlarının tedarik edilmesi.
- Donanımlı koordinasyon merkezinin oluşturulması.

Beklentilerimiz (2)

- Sorumlu idarecilerin belirlenmesi.
- Hizmet süreçlerinin belirlenmesi ve algoritmaların oluşturulması.
- Komisyonların teşekkül ettirilmesi ve çalışmalarına başlatılması.
- ASP il müdürlükleri, belediyeler ve uygun STK'lar ile protokol imzalanarak bütünleşik hizmet sunumuna başlanması hususlardaki çalışmaları ivedilikle gerçekleştirmemiz bekliyoruz.

LİDERLİK

Saadet PEKSU
İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü, Eğitim Birimi

LİDERLİK

Liderlik Kavramı
Diğer insanları da katarak fikirlerini gerçeğe dönüştürme yeteneğidir.

Liderin Özellikleri
İnsanları anlama ve iletişim.
Sağduyu.
Samimiyet.

Etkili Lider
Etkili iletişim kurmak.
Pozitif ve inançlı olmak.

Liderlik Türleri
Otoriter lider.
Anlaşmacı lider.
İkna edici lider.
Örnek olan lider.
Güçlendirici lider.

Göç eden yaban kazlarının havada süzülürken "V" şeklinde bir formasyonla uçtuklarını görmüşsünüzdür... Bilim adamları kazların neden bu şekilde uçtuklarını araştırmışlar araştırma sonucunda şu verilere ulaşmışlar;

"V" şeklinde uçulduğunda, uçan her kuş kanat çırptığında, arkasındaki kuş için onu kaldıran bir hava akımı yaratır. Böylece "V" şeklinde bir formasyonda uçan kaz grubu, birbirlerinin kanat çırpışlar sonucu ortaya çıkan hava akımını kullanarak uçuş menzillerini % 70 oranında uzatırlar. Yani tek başına gidebilecekleri maksimum yolu grup halinde neredeyse ikiye katlarlar.

Bir kaz, "V" grubundan çıktığı anda uçmakta güçlük çeker. Çünkü diğer kuşların yarattığı hava "V" şeklinde uçulduğunda, uçan her kuş kanat çırptığında, arkasındaki kuş için onu kaldıran bir hava akımı yaratır. Böylece "V" şeklinde bir formasyonda uçan kaz grubu, birbirlerinin kanat çırpışlar sonucu ortaya çıkan hava akımını kullanarak uçuş menzillerini % 70 oranında uzatırlar. Yani tek başına gidebilecekleri maksimum yolu grup halinde neredeyse ikiye katlarlar.

Uçuş hızı yavaşladığında gerideki kuşlar, daha hızlı gitmek üzere öndekileri bağırarak uyarırlar.

Gruptaki bir kuş hastalanırsa ya da bir avcı tarafından vurulup uçamayacak duruma gelirse; düşen kuşa yardım etmek üzere gruptan iki kaz ayrılır ve korumak üzere hasta/yaralı kazın yanına gider. Tekrar uçabilene (ya da eğer ölürse, ölümüne kadar) onunla beraber yaralı kuşu asla terk etmezler. Daha sonra kendilerine başka bir kaz grubu bulurlar. Hiçbir kaz grubu, kendilerine bu şekilde katılmak isteyen kazları reddetmez.

"V" grubunun başında giden kaz hiç bir hava akımından yararlanamaz.
Bu yüzden diğerlerine oranla daha çabuk yorulur. Bu durumda en arkaya geçer ve bu defa hemen arkasındaki kaz lider konumuna geçer.
Bu değişim sürekli yapılır; böylece her kaz grubun her noktasında yer almış olur.

Görüşleri, eylemleri, hedefleri ve eğilimleri etkileme, yönlendirme, yönetmedir.
Grup üyelerini bir araya getirme, kontrol etme ve devamlılığı sağlama sürecidir.
Diğer insanları da katarak fikirlerini gerçeğe dönüştürme yeteneğidir.

Organizasyon
Bir amaç doğrultusunda bir grup oluşturulduğunda bu gruba yön verecek, örgütleyecek, harekete geçirecek, karmaşayı önleyecek birinin varlığına ihtiyaç duyulur.

Ortak Hedef Belirleyebilmek:
Gruptaki herkesin fikirlerini, isteklerini, ihtiyaçlarını ortak bir noktada buluşturabilmek için bir lider gereklidir.

Temsil Edilme: Grupların, ortak kararlarını ve fikirlerini açıklaması ve kendilerini ifade edebilmesi için bir temsilciye ihtiyaçları vardır.

Gelişim: Hedefler gerçekleştirilirken gelişime ihtiyaç duyulur. Bu gelişimin önderliğini yapacak liderdir.

Sonuca Varmak: Ortak bir hedef doğrultusunda iyi bir organizasyonla sonuca en etkin şekilde ulaşmak için lider gereklidir.

Bir grup insanı belirli amaçlar etrafında toplayabilen ve bu amaçları gerçekleştirmek için
onları harekete geçirebilecek bilgi ve yeteneklere sahip olan, bu amaçların gerçekleşmesinde gruba en etkili biçimde yön verebilendir.

Özgüven: Değerinin ve yeteneklerinin farkında, kibirli ve saldırgan değil.
Tutarlı ve Kararlı: Mükemmel değil ama kendiyle barışık ve tutarlı.
Samimi ama Otoriter: Alçakgönüllü, sevgi ve anlayışla yaklaşan.
Enerjik: Etrafa enerji ve heyecan yayan, sinerji yaratan.

Sağduyulu ve İleri Görüşlü: Bütün parça ilişkilerini gören.
İnsanları anlama ve iletişim: İletişimi motivasyona dönüştüren.

Liderlik bazı kişisel yeterlilikleri ve yetenekleri gerektirir.

Lider doğulur mu olunur mu?

-İlgilidir, destekleyicidir
-Bilgiyi paylaşır

-Güvenilir
-Adil
-İradeli
-Disiplinli
-İleri görüşlü
-Cesurdur.
-Girişimcidir
-Etik değerleri önemseyen
-Etkili kararlar verebilen
-Sorun çözen
-Amaçlarına sıkıca bağlı
-Kendini tanıyan, bilen
-Sadece kendi menfaatini düşünmeyen
-Ekip üyelerini arkasından sürükleyen
-Onları iyi tanıyan
-Uygun görevler veren
-İşine iyi motive olmuş
-Yüksek algılama, yorumlama, karar verme gücüne sahiptir.

Liderlik; kültüre, zihniyete, topluma, felsefeye, teknolojiye, organizasyona, beceri bileşimine bağlı bir değişkendir.

-Otoriter lider
-Anlaşmacı lider
-İkna edici lider
-Örnek olan lider
-Güçlendirici lider

Dikkatini işleri halletme üzerinde toplar ve emirler vererek gerçekleştirir. Ekipteki her üyenin sürece dahil olmasını sağlamaya çalışır. Dikkatli bir biçimde ekip üyelerine tatmin olmalarını sağlamak amacıyla kararların nedenlerini anlatarak ikna etmeye çalışır.

Örnek Olan Lider
Örnek olma insanlar üzerinde muazzam etkilidir. Olumlu hareketler olumlu örnekler doğurur. Liderliğin en etkili ve en güçlü olanıdır.

İşe ben ne istiyorum? yerine ne yapılması gerekiyor? sorusu ile başlar. Daha sonra da farklılıkları yaratmak için ne yapmalıyım? sorusunu sorar.

En büyük liderler, başarılarının insanlara dayandığını bildikleri içindir ki, o insanları daha etkili hale getirmede kaynaklarını, güçlerini ve başarılarını paylaşırlar.

Her lider yönetici midir?
Her yönetici lider midir?
Lider yetki ile değil, etki ile hareket eden kişidir…

Lider
Gücünü kişisel ilişkilerinden alır.
Başarı için insanlara dayanır.
Ekibinde yer alan izleyicilere sahiptir.
İnsanlara güvenir.
Doğru işleri yapar.

Yönetici
Gücünü bulunduğu makamdan alır.
Başarı için sisteme dayanır.
Kendisi tarafından atanmış astları vardır.
Denetime güvenir.
İşleri doğru yapar.

Lider
Sonuçlar için çalışır ve yenilik getirir.
Organizasyonu geliştirirler.
Değişiklik yapmaya eğilimlidirler.
Sanat yanı ağır basar.

Yönetici
Kuralları izler ve uygular.
Süreklilik sağlarlar.
Kesin olmayandan çekinirler.
Bilimsel yönü ağır basar.

Bilgi ve yeteneğin öne çıktığı bu çağda klasikleşmiş yönetici davranışları ile sorunların çözülebilmesi mümkün değildir. Bu nedenle yönetimde sadece yöneticilere değil, lider yöneticilere ihtiyaç duyulmaktadır. Liderlik gücü ve yeteneği taşıyan yöneticiler, yönetimde etkili ve başarılı yöneticiler sayılmaktadır.Lider yöneticilere sahip olan ekipler başarılıdırlar.

Lider yöneticilikte:
Bireysel akıl yerine ortak akıl, birey yerine ekip, emir yerine koçluk, yöneticilik yerine liderlik, sonuç odaklılık yerine süreç odaklılık, çok çalışmak yerine akıllı çalışmak esastır.
Daima etkileyici olmalı, grubu peşinden sürükleyebilmeli, grup üyelerini daima koordine edebilmeli, motivasyon düşmesine izin vermemeli, hedefe kilitlenmeli ve vazgeçmemeli,
kendisini sevdirmelidir.

Grup üzerindeki etkisini kaybetmemeli, üyeler ona her zaman güvenmeli, çabuk çözümleyebilmeli, ekipteki çalışanları sevmeli sevilmeli, saygı duymalı ve sayılmalıdır.
Başarısızlıklar karşısında hayal kırıklığına kapılmamalıdır.

EVDE SAĞLIK KOORDİNASYON MERKEZLERİNDE ÇAĞRI İLETİŞİMİ

MSC. Yeşim TOLA
İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü

Doğru uygulandığı takdirde bünyesinde barındırdığı "iletişim gücü" ile halkla ilişkiler, işletme işlevlerinin ve örgütsel yapının her kademesinde olumlu bir etki sağlar.

İletişim
"Communis" kelimesinden türetilmiştir.
"Commun", ortaklık, ortak gibi anlamlara gelmektedir.

Beceri
Kişinin yatkınlık ve öğrenime bağlı olarak bir işi başarma ve bir işlemi amaca uygun olarak sonuçlandırma yeteneği, maharet.

Koordinasyon
Belli bir amaca ulaşmak için türlü işler arasında bağlantı, ilişki, düzen ve uyum sağlama.
İşletmeler, öncelikle halkla ilişkisi olan iş görenler tarafından temsil edilmekte ve telefon kurallara uygun kullanılmadığı takdirde işletmenin kötü bir imaj kazanmasına neden olabilmektedir.

Çağrı Merkezlerinin Görevleri
Bilgilendirme.
İkna etme.
İşletme yararına geribildirim alabilme.

Sonuç
Kurumun ismini duyurmak.
Kurumun marka değerini artırmak.
Diğer kurumlardan farklı kılmak.
Kârlılığı artırmak.
Hizmetin kalitesini yükseltmek.
Sürekliliği sağlamak.
Müşteri memnuniyetini sağlamak.
Diğer kurumlarla işbirliği yaratmak.
Kurum içi faaliyetlere veri oluşturmak.

Çağrı ve Koordinasyon Merkezlerinde Kalite Kriterleri
Ulaşılabilirlik.
Çözüm odaklı yaklaşım.
Düşük hata ve düşük tekrar aramalar.

Türkiye'de Müşteri İlişkileri Alanında Kullanımı
Bankacılık sektörü.
Tele-komünikasyon sektörü.
Konaklama sektörü.

Tele hemşirelik uygulamaları kapsamında
Hastaya tele bakım.
Tele triyaj.
Ttele ev bakımı hemşireliği.

İngiltere'de 24 saat telefon danışmanlığı ile hastaların %40'ı acil servislerinin yükü hafifletilmiştir.
İzlanda'da sorunlu çocuklu annelere telefonla hemşirelik danışmanlığı annelerin yorgunluğunu ve sıkıntısını azaltmıştır.

Danimarka'da sırt problemleri olan hastalara düzenli telefon danışmanlığı ile hasta memnuniyeti artmış hastane kabulü ve yatış süresi kısalmıştır.
ABD'de diyabet hastalarının 3 ay süreyle vaka yönetimiyle takip edildiği çalışmada, hastaların HbA1C seviyelerinde %16 ve vücut ağırlıklarında %4 azalma olduğu saptanmıştır

İletişim süreci
Kaynak.
İleti.
Kanal.
Alıcı.
Gürültü.
Geribildirim ögelerinden oluşmaktadır.
(Demir, 2002)

Mehrebian'a göre bir mesajın toplam etkisinde;
Sözcüklerin payı %7.
Ses tonu, sesin yükselip alçalmasının payı %38.
Beden dili yani sözsüz öğelerin payı %55.
Telefon görüşmesinde ses tonunun payı %93.

Dikkat Edilecekler
Dinleyicinin seviyesi.
Dinleyiciye beslediğimiz duygu.
Doğallık.
Ses tonu.
Sözcük seçimi.
Şaka.

Etkin Dinleme Teknikleri
Etkili dinleme sadece söylenilenleri duymak değil, aynı zamanda bu söylenenleri önemli bulmak, kavramak ve değerlendirmektir.

Etkili Dinleyebilmek İçin Bazı Yöntemler
Konsantre olma gücünüzü geliştirin.
O andaki ihtiyacı saptayın.
Söylediği şeye büyük ilgi duyuyormuş gibi dinleyin.
Açıklayıcı sorular sorun.
Sözünü kesmeyip daha fazlasını anlatmasını isteyin.
Belli aralıklarla özetleyin.
Kendi söylemek istediğinizi ifade ederken konuşmacının sözcüklerini kullanın.
Yargınızı askıya alın.

Dinlemenin Önündeki Engeller
Gürültü.
Fiziksel yapımız (Sinir Sisteminiz konuşma hızından dört kat daha fazla dinleyebilme kapasitesine sahip).
Konuşmaya aşırı değer verdiğimizden dolayı.
Etkili dinleme İnsanı yorduğundan dolayı.
Kendimizle meşgul olmamız.
Önyargı.

İletişimde Yapılan Hatalar

Emir vermek.	Yargılamak.	Sınamak.
Uyarmak.	Suçlamak.	Öğüt vermek.
İsim takmak.	Tehdit etmek.	Nutuk çekmek.
Eleştirmek.	Konuyu saptırmak.	Alay etmek.

Empatinin tam olarak gerçekleşmesinde üç kural:
- Bir insanın kendisini karşısındaki kişinin yerine koyarak, olaylara onun bakış açısıyla bakmak.
- Karşısındakinin duygu ve düşüncelerini doğru anlamak ve hissetmek.
- O kişiyi anladığını ona ifade etmek.

Aradığınızda/Arandığınız da
Selamlaşma.
Arayan kendini tanıtma.
Müsait misiniz sorusu.
En fazla 4 kez çaldırma.Açan son çalmada gülümseme (yüz kasları neşeli ses çıkmasına neden olur).
Arayan kendini tanıtınca hemen not etme.
Sözünü kesme.
Aktarma yada sormak gerekiyorsa önce ne yapacağınızı söyleme.
Tek tek ve tane tane konuşma.
Öfkeye öfkeyle yanıt vermeme.
Selamlaşma ile bitirme.
Yanlış bir numarayı aradığınızda orasının neresi olduğunu sormak yerine numarayı tekrarlama.
Telefonla görüşürken yanınızdakine cevap vermeme.

Çağrı Merkezleri Denetimi
Gölge Müşteri.
Müşteri memnuniyeti araştırması.
Tekrar arama oranı.
Sorun Çözme süresi.
Çağrı dinleme.

Mutlaka Kaydedilmeli
Cevaplanamayan / Kaybedilen Çağrı (Abandoned Call)
Cevaplanan Çağrı (Answered Call)
Çağrı Karşılama Oranı (AR - Answer Rate)
Çağrı Merkezi Bilgisayar Uygulamaları
Çağrı Sonrası İş Süresi (ACW- After-call Work)
Çağrıyı Sessize Alma (Mute)
Genel Toplam Çağrı (Offered Call)
Hatta Bekleme Süresi (Hold Time)
İlk Temasta Çözüm (FCR - First Contact Resolution)

Konuşma Metni (Script): Telefonda gerçekleştirilen görüşmelerde, belli bir standart ve kalitede hizmet vermek amacı ile yapılacak görüşmelere dair hazırlanan görüşme metinleri. (Müşteri temsilcilerinin bu metinlere bağlı kalarak müşteriler ile görüşmesi beklenir)

Konuşma Süresi (Talk Time): Bir temsilcinin görüşme sırasında arayan ile geçirdiği süre. (“Merhaba” ile “güle güle” arasındaki süreyi içerir)

Çağrı Karşılamada Olmazsa Olmazlar
Zamana uygun selamlaşma
Kendini tanıtma
Karşılamak
Vedalaşma iyi dilekte bulunma
Teşekkür etme
Rica etme
Kaydetme

Hizmet ettiğiniz, hizmet aldığınız ya da birlikte çalıştığımız hiç kimse akrabamız değildir.

6 yasak
Bilmiyorum.
Bu mümkün değil.
Yapmak zorundasınız.
Bir saniye bekleyin.
Hayır.
Arkadaşım, dostum, canım.

6 yasağın yerine
Araştırıp size döneceğim.
Emin değilim sizi arayacağım.
Yapabileceklerim bunlar.
Mümkün olup olmadığından emin değilim.
Hanımefendi, beyefendi.

Evde Sağlık Hizmeti Koordinasyon Merkezi Çalışanlarının En Önemli Sorunlar
Yasa yönetmelik ve mevzuatın açıkları.
Hatalı bilgilendirilmiş hasta ve hasta yakınları.
İzlenen tanıtım ve reklam politikaları.
Aşırı kişisel istekler.
Her gün hizmet alma talebi. (Enjeksiyon, serum uygulamak, sonda takmak vb.)
Nakil.
Sorunu iyi tarif edemeyen bireyler.
Aramış olmak için arayanlar.

Etkin İletişimin Şartları
Özet
Dinlemeye istekli olun.
Ön yargılardan kurtulun.
Zaman ayırın.
Başka bir şeyle ilgilenmeyin.
Önemli hissetmesini sağlayın.
Gizliliğe önem verin.
Tek ve mutlak amaç müşteriyi memnun etmek olsun.
Birlikte çalıştığımız diğer birimlerin iş yükünü azaltın.
“Vay be” günlük yaşamın temeli olsun.
Çözüm için süre sınırı koyun.
Takip altındaki her hastaya çağrı merkezlerini aramaları gereken durumların listesini verin.
Her bir soru için standart cevap metinleriniz olsun.
İkişer saat ara ile mola verin.
Koşulsuz kabul edin.
Sık sık onaylayın.
Neden, niçin, niye gibi hesap sorucu sözcüklerden kaçının. (Ne,nasıl serbest)
Çağrı merkezinde görev alan bireylerin öncelikli eğitim almalarını talep edin.
Kurumunuzun yüzü olduğunuzu unutmayın.
Öfkeye öfkeyle cevap vermeyin.
Öfkeyi içselleştirmeyin/ kişiselleştirmeyin.

Hasta Ne İster?
Kendisin önemli ve değerli hissetmek.
Benim istediğim zamanda ve benim istediğim biçimde.
Böyle olmuyorsa cezalandırın ve ben bunu göreyim.

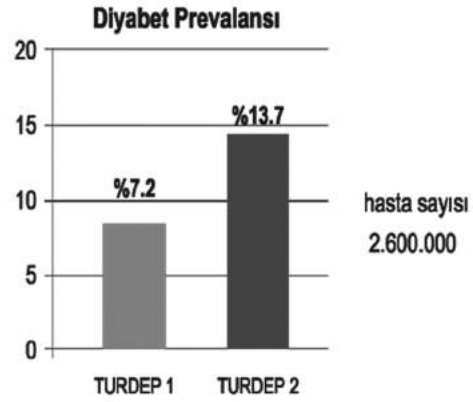
II. EVDE SAĞLIKTA BESLENME KURSU
04 Aralık 2015 Belek / Antalya

DİYABETİK HASTADA EVDE BAKIMDA NÜTRİSYON

Prof. Dr. Ekrem ALGÜN
Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi
Tıp Fakültesi

Diyabet global hastalık
2000
151 milyon
2013
382 milyon
2035
592 milyon

Türkiye'de Tip 2 Diyabet



ADA/EASD T2DM Tedavisi

Oral / insülin olmayan enjektabl ilaçlar
Metformin
Sulfonilüreler
TZDler
DPP-4 inhibitörleri
GLP-1 reseptör agonistleri
Glinidler
SGLT-2
glukozidaz inhibitörleri
Safra asit sekestranları
Dopamin 2 agonistleri
Amilin mimetikleri

İnsülinler;
İnsan NPH.
Regüler insan.
Bazal analoglar (detemir, glarjin).
Hızlı analoglar (aspart, lispro, glulisin).
Pre-miks insülinler (insan, analog).
TBT.
Kişiye özel.
Esnek.
Klinik gereksinmelerine cevap verecek.
Öğünden hoşlanma durumunu azaltmayacak.

Genel değerlendirme
Antropometrik ölçümler.
Sosyal yaşam anamnezi.
Besin tüketim anamnezi.
Tıbbi tedavi.
Enerji ve makronutrient gereksinim düzeyi.
Hedef saptama

TIBBİ BESLENME TEDAVİSİNİN AMAÇLARI

1. Bireye özgü sağlıklı beslenme alışkanlıklarının oluşmasını sağlayarak
kan glukoz düzeylerinde, KVH riskini azaltacak lipid profilinde, KB ve vücut ağırlığında bireyselleştirilmiş hedefleri sağlamak ve korumak.
2. Besin öğesi alımını yaşam tarzına uygun şekilde modifiye ederek diyabetin kronik komplikasyonlarını önlemek veya komplikasyonların gelişme oranını azaltmak.
3. Bireyin kişisel ve kültürel tercihlerini ve değişime istekliliğini dikkate alarak beslenme gereksinimlerini belirlemek.
4. Besin seçiminde bilimsel kanıtlarla desteklenmiş sınırlamaları yaparken yemek yemenin zevkini sağlamak.
5. Tip 1 diyabetli gençler, tip 2 diyabetli gençler, diyabetli gebe veya emziren kadınlar ve yetişkinler için yaşamın değişik dönemlerinde gerekli besin gereksinimlerini karşılamak.
6. İnsülin veya insülin salgılatıcı ilaç kullananlarda, akut hastalıklarda, diyabet tedavisi, hipogliseminin tedavisi ve önlenmesi, egzersiz konusunda kendi kendini yönetme eğitimini sağlamaktır.

Diyetisyen ve HbA1c düzeyleri

Tıbbi beslenme tedavisi, A1C düzeylerinde tedavide kullanılan çoğu ajanlarla benzer olarak
tip 1 diyabetlilerde yaklaşık %1 (%0.3-1 aralığında) ve tip 2 diyabetlilerde %1-2 civarında (%0.5-2.6 aralığında) azalma sağlayabilir.

Diyabet tedavisinde makronutrientler

Enerjinin KH, protein ve yağdan sağlanacak oranları metabolik hedeflere ve diyabetli bireyin tercihlerine göre değişebilir.
Enerjinin <%30'unun yağlardan, <%7'sinin doymuş yağlardan sağlanması kalp damar hastalıklarının önlenmesinde etkilidir.
Çok düşük KH'li diyetler vitamin, mineral, posa ve enerji kaynağı olan çok fazla sayıda besinin tüketimini sınırlandırdığı için önerilmez.

Diyabet tedavisinde yağ ve kolesterol

Doymuş yağ alımı, toplam kalorinin %7'sinden az olacak şekilde sınırlandırılmalıdır.
LDL-kolesterol düzeyini artırıcı ve HDL-kolesterol düzeyini azaltıcı etkisi nedeni ile trans yağ alımı çok azaltılmalıdır.
Diyabetli bireylerde kolesterol alımı günde 200 mg'ın altında olmalıdır.
ADA'nın son yayınlanan 'Diyabetli Bireylerde Beslenme Tedavisi Önerileri'nde diyabetlilerde günlük kolesterol alımının non-diyabetik toplum gibi olması önerilmiştir.
Haftada iki veya daha fazla porsiyon balık, omega-3 (n-3) çoklu doymamış yağ asitleri sağlar ve bu miktarda tüketim önerilmelidir.

Diyabet tedavisinde protein

Genel toplumda günlük enerjinin %15-20'sinin (0.8-1 g/kg/gün) proteinlerden karşılanması (Renal fonksiyonlar normal ise) önerilmektedir.
Tip 2 diyabetli bireylerde proteinlerin sindirimi kan glikoz konsantrasyonunu artırmaksızın insülin yanıtını artırabilir. Bu nedenle proteinler, akut hipoglisemide veya gece hipoglisemilerinin tedavisinde kullanılmamalıdır.
Kilo kaybı sağlamak için yüksek proteinli diyetler önerilmez. Enerjinin %20'sinden fazla protein alımının diyabet tedavisi ve komplikasyonları üzerine etkisi bilinmemektedir.
Bu tip diyetler kısa dönemde kilo kaybı sağlayabilir ve glisemiyi iyileştirebilir. Ancak bu faydaların uzun dönemde de devam ettiği saptanmamıştır. Ayrıca protein alımındaki artış doymuş yağ alımını da artırmaktadır.

Diyabet tedavisinde mikronutrientler

Diyetisyen, öğün planı ile diyetle alınması önerilen vitamin ve minerallerin düzeylerinin karşılanmasını sağlamalıdır.

Yetersizlik belirtileri olmadığı sürece, genel popülasyonda olduğu gibi diyabetli bireylere vitamin ve mineral takviyesi önerilmesini gerektiren açık kanıtlar yoktur.

Uzun dönemli kullanımının güvenirliliği ve etkinliği ile ilişkili kanıtlar yetersiz olduğundan vitamin E, C ve karoten gibi antioksidanların rutin takviyesi önerilmez.

Diyabetli bireylerde veya obezlerde krom takviyesinin faydaları açıkça kanıtlanmamıştır,bu nedenle de önerilmemektedir.

Diyabet tedavisinde yapay tatlandırıcılar

Enerji değeri azaltılmış tatlandırıcılar (şeker alkolleri; poliyoller):

Eritritol,izomalt, laktilol, maltilol, sorbitol, mannitol, ksilitol, tagatoz ve hidrojenize nişasta hidrolizatları, kalorisi azaltılmış (enerji değerleri 0.2-3.0 kcal/g arasında değişen), Amerikan Gıda ve İlaç Araştırmalarını İzleme Dairesi (FDA) tarafından onaylanmış tatlandırıcılardır.

Diyabet tedavisinde yapay tatlandırıcılar

2008 yılında stevia (rebaudioside A)'nın gıda katkısı olarak kullanımı, FDA tarafından emniyetli bulunmuştur.

Diyabet tedavisinde yapay tatlandırıcılar

Enerji içermeyen tatlandırıcılar: Asesulfam K, aspartam, neotam, sakkarin ve sukraloz enerji içermeyen (besleyici olmayan) tatlandırıcıların FDA tarafından önerilen maksimum günlük miktarları.

TABLO 5.2: **Enerji içermeyen tatlandırıcıların FDA tarafından önerilen maksimum dozları**

Maksimum doz	Sakkarin/Siklamat	Aspartam	Asesulfam-K
mg/tb	2.5	11	50
tb/gün[*1]	8	19	175

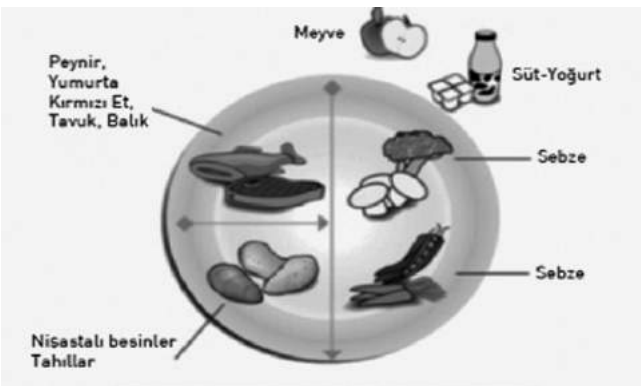
[*1]70 kg vücut ağırlığı olan bir kişi için.

Yapay tatlandırıcı kullanımı için öneriler

1. Kalorisi azaltılmış tatlandırıcıları içeren gıdaların ürün etiketlerinde kalori değerlerinin görünür şekilde yazılması sağlanmalı ve hastalara ürün bilgilerini okuma alışkanlığı kazandırılmalıdır.
2. Kalorisi azaltılmış veya kalori içermeyen tatlandırıcıların obez ve kilolu kişilerde kilo kaybı sağlamak veya diyabeti önlemek amacıyla kullanım endikasyonları bulunmamaktadır.
3. Fruktoz içeren tatlandırıcılar fazla miktarda kullanıldığında hipertrigliseridemiye neden olabilir.
4. Mannitol ve sorbitol gibi tatlandırıcılar özellikle çocuklarda diyareye neden olabilir.
5. Aspartam türevleri fenilketonürili çocuklarda hastalığı alevlendirebilir.
6. Şeker alkolleri ve besin değeri olmayan tatlandırıcıların, FDA tarafından kullanımları onaylanmış sınırlar içinde tüketilmeleri emniyetlidir.

Öğün planlamasında kullanılan yöntemler

Tabak Yöntemi



SEKİL 5.1: **Diyabet beslenmesinde tabak modeli**

K.A., 79 yaş, Erkek
Nefes darlığı.
45 yıldır tip 2 DM'li olan hasta 15 yıl önce geçirdiği tıkayıcı CVO nedeniyle sağ hemipleji sekeli ile yaşıyor. 15 yıldır insülin tedavisi kullanmakta olan hasta; özellikle son bir aydır var olan nefes darlığı artması üzerine acil servise gönderilmiş. Nefes darlığı özellikle yatmakla artmaktaymış.

AKŞ: 234 mg/dL
HbA1c: % 7.6
İdrar keton: negatif
Hb: 12.1g/dL
Kreatinin: 0.5 mg/dL
D-dimer: Normal
Boy: ~165 cm (yatarak)
Ağırlık: 58 kg
EKG: sinüs taşikardisi
Kardiak enzimler: N

Diyabet tedavisinde glisemik kontrol hedefleri

	APG/Y. önce PG (mg/dl)	2.saat PPG (mg/dl)	A1C (%)
ADA	70-130	<180	<7.0
ACE	<110	<140	<6.5
Almanya	<110	<140	<6.5
EASD/ESC	<110	<135	<6.5
IDF	100-110	130-160	<6.0
Kanada	72-126	90-180 (90-144)	<7.0
Joslin	70-130	<180	<7.0
NICE	<126	<153	<6.5
TEMD	70-120	<140	≤6.5

Hipoglisemi semptomlarını hissedememe (hypoglycemia unawareness):
Uzun süreli diyabet, sıkı glisemik kontrol, yoğun alkol alımı, tekrarlayan gece hipoglisemileri hipogliseminin ön belirtilerini hissedememe durumuna yol açabilir.
Bu sebeple çocuk ve yaşlı hastalarda, ileri dönemde nefropati ve otonom nöropati olgularında sıkı glisemik kontrol hedeflerinden kaçınılmalıdır.

Diyabetli yaşlılarda beslenme
Yaşlı diyabetli bireyler hafif enerji kısıtlaması ve fiziksel aktivite artışından yararlanabilirler.
Yaşlılarda enerji gereksinimi aynı ağırlıktaki daha genç bireylerden az olabilir. Özellikle enerji alımı az olan yaşlı diyabetlilere günlük multivitamin takviyesi uygun olabilir.

Yaşlıda Beslenme Durumunu Etkileyen Faktörler



Lütfen Unutmayın!

Konsantre şeker yenilmemeli, şeker katılmamalı gibi önerileri içeren diyet reçetelerini destekleyen kanıtlar yoktur.

Glukoz, lipid ve KB kontrolü için aşırı besin kısıtlaması yapmayın.

Gerekirse ilaç tedavisini değiştirin!

Genç ve eşlik eden hastalığı olmayanların tersine bu hasta grubunda vitamin ve mineral eksikliği çok daha kolay gelişebilir.

BESLENME DESTEĞİNİN TAKİBİ, OLASI SORUNLAR-ÇÖZÜM ÖNERİLERİ, MONİTORİZASYONU

Prof.Dr. Meltem HALİL
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı Geriatri Bilim Dalı
Hacettepe Hastanesi Beslenme Destek Birimi

Evde ONS alan hasta
Evde tüple beslenen hasta
Evde TPN ile beslenen hasta

Hangi Hasta Grupları
ONS
Geriatrik hastalar, demans, depresyon, KOAH, KKY.
Kanser hastaları.
Kırılgan hastalar.
Bası yarası olan hastalar.

Tüple Beslenme
Demans.
İnmeli hastalar.
Kanser hastaları.
TPN.
Kısa barsak sendromu (IBH, iskemik kolit, kanser).
Obstrüksiyon (kanser vs.).
Malabzorbsiyon (radyasyon enteriti, Crohn).
Fistül (kanser, Crohn).

Monitorizasyon; hastaya verilen nutrisyon desteğinin; miktarını, veriliş yolunu, doğru uygulanıp,uygulanmadığını, etkilerini, hem veriliş yolu hem de beslenme ürününe ait yan etkileri ve komplikasyonları gözlemek ve kaydetmektir.

AMAÇ
Doğru hastayı doğru şekilde besleyerek vücut kitlesini, LBM' ı korumak veya artırmak.
Komplikasyonları erken tanımak ve tedavi etmek.
Eğitim ve denetim.
Yaşam kalitesini artırmak, fonksiyonelliği sağlamak.

Monitorizasyon
Hastanın bulunduğu ortam; hastane, ev, bakımevi.
Klinik durum, eşlik eden hastalıklar.
Nutrisyonel destek veriliş yolu.

Monitorizasyon Parametreleri
Klinik bulgular.
Nutrisyonel bulgular.
Antropometrik bulgular.
Fonksiyonel bulgular.
Laboratuvar.

Hacettepe Deneyimi
2013-2014 yıllarında Hacettepe <Beslenme Destek Birimi tarafından izlenen 1102 hasta (205 EN, 897 PN).
Metabolik komplikasyonlar açısından karşılaştırma.
Karaciğer fonksiyon testlerinde bozulma PN'de daha fazla.
Böbrek fonksiyon testlerinde bozulma ve hipernatremi EN'de fazla.
Çok yönlü regresyon analizinde enteral beslenme Böbrek fonksiyon testleri bozukluğu ile ilişkili.
Tüple beslenenlerde su ihtiyacı gözden kaçıyor.
Mutlaka sıvı açığı hesaplanmalı.

Enteral Nutrisyon-Ek Sıvı Verilmesi
Sıvı dengesine dikkat et!
Günlük su gereksinimi: 20-40ml/kg/vücut ağırlığı.
(Örneğin 70 kg hasta için 1750-2800)
Hastanın genel durumuna uydurulmalı (Örneğin yüksek ateş, düşük kardiyak durum!).
Yıkama sıvısı da hesaba katılmalı.
EN'da sıvı dengesine sadece serbest su eklenmeli (uygulanan miktarın %75-85'i).
Vücut ağırlığının ve deri turgorunun kontrolü yapılmalı.

İlaçlar ve Enteral Beslenme
Enteral besinlere ilaç karıştırılması yanlış.
İlaçların beslenme tüpünden verilmesi gerekli.
Sıvı preparatlar tercih edilmeli.
İlaçtan önce ve sonra tüp 20 ml ılık suyla yıkanmalı.
Tabletler iyice ezilip verilmeli.
İlaçların önerilen veriliş şekline (aç,tok) dikkat edilmeli.

Albumin / Prealbumin
ALBUMİN
Yarılanma süresi 18 gün,
Çok sayıda hastalıkta düşük bulunabilir, inflamasyondan etkilenir.
Prognostik olarak değerli.
Hafif malnutrisyon 2.8-3.5 gr/dl
Orta malnutrisyon 2.1-2.8 gr/dl
Ağır malnutrisyon <2.1 gr/dl
Evde bakım hastasında kullanılabilir

PREALBUMİN
(Transtiretin)
Yarılanma ömrü 2 gün.
Malnütrisyonu ve nütrisyonel desteğin takibinde duyarlı ve güvenilir bir parametre.
Nütrisyonel desteğin takibinde.
3-7 günde bir bakılması önerilir.
Evde bakım hastasında kullanılabilir

KOMPLİKASYONLAR
Mekanik.
Metabolik.
Gastrointestinal.
İnfeksiyöz.

ENTERAL NÜTRİSYONUN KOMPLİKASYONLARI
Mekanik.
İrritasyon.
Tüpün yerinden oynaması.
Tüp tıkanması.
Aspirasyon.

Gastrointestinal
Bulantı.
Kusma.
Şişkinlik.
Diyare.

Metabolik
Dehidratasyon.
Aşırı hidrasyon.
Hiperglisemi.
Elektrolit dengesizliği.

TPN Komplikasyonları
Mekanik
Hemotoraks.
Pnömotoraks.
Emboli.
Brakial injury, sinir yaralanması.
Kateter malpozisyonu.
Perforasyon.
Tıkanma.
Kanama, hematom.
Aritmi.
Tromboz.
Arter ponksiyonu.
Şilototaks vb.

Metabolik/ İnfektif
Metabolik
Hiper-hipoglisemi, asit-baz bozukluğu, elekrolit bozukluğu.
En sık karşılaşılan metabolik sorun hiperglisemi.
Hipoglisemi nadirdir. TPN'in ani kesilmesiyle.
Kateter infeksiyonu
Kateterin uzun süre kalması, hazırlama ve infüzyon sırasında kontaminasyon

İnfeksiyöz Komplikasyonlar
Enteral
Aspirasyon pnömönisi.
Clostridium ve diğer etkenlerle oluşan diyare.
Ostomi kateterinin cilde çıkış yerinde tahriş ve enfeksiyon.
vb.

Parenteral
Flebit (%3-31).
Kateter enfeksiyonu.
Kateter sepsisi, vb.

Hacettepe Deneyimi
1 Ocak 2011- 31 Aralık 2014 yıllarında Hacettepe Beslenme Destek Birimi tarafından izlenen 26 ev TPN hastası.
15 kadın, 11 erkek, yaş ort. 47.
18 malign hasta (GIS, peritoneal karsinomatozis).
11 hastada kateter infeksiyonu.
Kateter kalma süresi 78 gün, inf. Gelişme süresi 49 gün.
Malignite varlığı, kateter tipi, hastanın eğitim düzeyi kateter inf. ile ilişkili değil.

Evde PN (HPN) deneyimi
Kanada'da kayıtlı 400 HPN hastası var.
Laboratuvar parametre değişikliği.
Trombositopeni.
Hipokalemi.
Bilirubin artışı.
Hayat kalitesi azalmakta!
Sağkalım ortalama 17.67 ± 1.89 yıl.

Fernandes ve ark. JPEN 2012

Eşlik eden diğer klinik durumlara dikkat!
D vit. eksikliği
Çok sık.
Özellikle ev TPN, yaşlılar.
Mutlaka replasman yapılmalı.
Takip edilmeli.
Yüksek doz replasmanlardan kaçının!

Kumar ve ark. JPEN 2012

Depresyon
Çok sık.
Özellikle yaşlıda, kanser hastalarında.
Mutlaka tedavi edilmeli.

Refeeding sendromu
Uzun süre beslenmeyen veya ciddi kilo kaybı olan hastalarda hızlı beslenme desteği sonucu;
Serum glukoz, fosfor, potasyum ve magnezyum düzeylerinde anormallikler.
Kalp etkilenmekte, sıvı ve vitamin dengesi bozulmakta.
Sendromun en sık bildirilen sonucu hipofosfatemi.
Hastayı bu komplikasyondan korumak için her 1000 kalori desteğe 20 mEq fosfat verilmelidir.
Rutin uygulamada 1 haftadan sonra PN da fosfat ampul eklenir.

Beslenme Desteğinin Yeterliliğinde
Olumlu Belirtiler
Hastanın kilo alımı.
Ödemlerin gerilemesi.
İştah artışı.
Fonksiyonellikte düzelme.

Nutrisyonel kalite
Doğru endikasyon.
Doğru hesaplama, yeterli kalori ve protein (25 kcal/kg kalori, 1.2 gr/kg protein).
Doğru yol.
Doğru takip.
Ağırlığın korunması.
Komplikasyon görülmemesi veya erken tanınarak tedavi edilmesi.
Crp düşerken prealbumin yükselmesi.
İyileşme, ya da varolanın korunması.

BESLENME TEDAVİSİ KALORİ VE DİĞER ÖGELER ÜRÜN SEÇİMİ

Doç. Dr. Zekeriya ÜLGER

Gazi Üniversitesi Tıp FakültesiİÇ Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri Bilim Dalı &Gazi Üniversitesi Hastanesi Beslenme Destek Ünitesi

Beslenme tedavisinde hedefler
Kalori.
Protein.
Sıvı.
Lif.
D vitamini.
Egzersiz.

Enerji
Harris & Benedict
Schoffield
25-30 kcal/kg

En azından kadında 1500 kcal/g, erkekte 1700 kcal/g.

Sıvı
Sıvı dengesine dikkat et!
Günlük su gereksinimi: 25-40ml/kg/vücut ağırlığı
(Örneğin 70 kg hasta için 1750-2800)
1 ml beslenme ürünü ≠ 1 ml su

Hastanın genel durumuna uydurulmalı (Örneğin yüksek ateş, düşük kardiyak durum!).
Yıkama sıvısı da hesaba katılmalı.
Vücut ağırlığının ve deri turgorunun kontrolü yapılmalı.

Protein
Düşük Protein alımı / Sarkopeni
RDA 1g/kg/gün
Yaşlı: 1.2–1.3g/kg/gün
Tüm öğünlere eşit dağıtılmalı
Protein suplemanları

Lif
Yaşlılar: Lifli gıda gereksinimi.
(25-30 gr)
Lif: su tutar ve besinin barsak içinde hareketini sağlar.
Dışkıya yumuşaklık ve hacim kazandırarak barsakların düzenli çalışmasını sağlar.
Diyare ve konstipasyonu önler.
Prebiyotik etki.

Oral Beslenme Destek Tedavisi

Ankara Huzurevleri Malnütrisyon Çalışması

Temel Sorunlar
-Kabul etmeme.
-Uyum problemleri.
- Çözüm.
İletişim, Motivasyon.
Çeşitli aromalar.
Yoğunluk.
Sıcaklık.

Enteral beslenme ürünleri
Standart ürünler.
Yüksek kalorili ürünler.
Liften zengin ürünler.
Proteinden zengin ürünler.
İmmunütrisyon ürünleri.
Elemental-Semielemental.
Hastalığa Özel Ürünler.
Diyabet.
Pulmoner hastalık.
Karaciğer Yetmezliği.
Böbrek Yetmezliği.
Kanser.

Standart Ürünler
Yeterli miktarda verildiklerinde besin ögeleri yönünden eksiksizdir.
Genellikle izotonik ve izokaloriktir.
Osmolaritesi kanın osmolaritesi olan 288'e yakın.

1 ml = 1 kcal
Sindirim ve emilim kapasitesi tam olan bir gastrointestinal sistemde çok uygundur.
%10-15 protein%50-60 karbonhidrat%25-40 yağ

İntakt proteinler
Protein 4 gr/100 cc
Su: %80-85
Poli-di-monosakkaritler
PUFA
MCT
Laktozsuz
Glutensiz
Osmolalite: 240-375 mOsm/kg su
Nötr - aromalı
200-500 ml kutu ve cam şişelerde

Enteral beslenme ürünleri
Yüksek Kalorili Ürünler
Sıvı kısıtlaması gereken durumlar.
Zor beslenen hastalar.
Yüksek enerji gereksinimleri.

Hiperkalorik- hiperozmolar.
Osmolaritesi kanın osmolaritesi olan 288'in üzerinde
1.5-2 kcal/ml.

%16-18 protein%50-53 karbonhidrat%30-40 yağ.

İntakt proteinler
Protein 6.5 gr/100 ml
Su: %70
Poli-di-monosakkaritler
PUFA
MCT
Laktozsuz
Glutensiz
Osmolalite: 450-650 mOsm/kg su
Nötr - aromalı

Lifli Ürünler
İçerikleri standart ürünlere benzer.
Lif miktarı yüksek.
İzoozmolar-izokalorik.
Hiperozmolor-hiperkalorik.

Kontraindike
Hipotansif
İskemik barsak hastalığı
Aktif kolit
%10-15 protein%50-60 karbonhidrat%25-40 yağ

15-25 gr/lt lif
Çözünen-çözünmeyen lifler
Fruktooligosakkarit
Protein 6-8 gr/100 cc
Su: %80-85
Laktozsuz
Glutensiz
Osmolalite: 250-440 mOsm/kg su

Proteinden Zengin Ürünler
Düşük Protein alımı / Sarkopeni
RDA 1g/kg/gün protein alımı yaşlılarda yetersiz
Yaşlı: 1.2–1.3g/kg/gün

İnaktivite, katabolik süreç, yanık, travma 1.5g/kg/gün
Diyet protein sayımı
Protein desteği

%30-35 protein%40-45 karbonhidrat%20-25 yağ

Protein 8-10 gr/100 ml
Kazein
Modüler ürün.. 2.2 gr/ölçek
Su: %70-80
Glutensiz
Osmolalite: 380-450 mOsm/kg su

İmmünonütrisyon Ürünler
ARJİNİN
Yaraların iyileşmelerini hızlandırır.
Timus bezine trofik etki ile Naturel Killer ve T Helper hücrelerini artırır.
Serbest radikalleri uzaklaştırır.

GLUTAMİN
Makrofaj, lenfosit, fibroblast ve enterositler gibi hızlı çoğalan hücreler için en önemli yakıt kaynağıdır
İmmun sistemde proliferatif etki yapar
Nükleotid sentezinde prekürsördür

HİDROKSİ METİL BÜTİRAT
Kas yıkımını engeller
Yara iyileşmesini hızlandırır

Endikasyon
Perioperatif (major baş-boyun kanser cerrahisi, major abdominal cerrahi)
Travma
Yanık
Sarkopeniden koruma
Bası yarası

Arjinin
Omega-3 yağ asitleri
Nükleotidler
Glutamin
HMB

Elemental / Semielemental Ürünler
Kolay ve tama yakın emilim.
Safra ve pankreas salgılarına çok az gereksinim.
Artık miktarı düşük.
Pankreatik, biliyer ve intestinal salgıları inhibe eder.

Endikasyon
İltihabi barsak hastalığı.
Çölyak hastalığı.
Kısa barsak sendromu.
Malabsorbsiyon sendr.
Radyasyon enteriti.
-Kolay emilen proteinler.
-Di-tripeptidler.
-Düşük amilaz aktivitesi gerektiren karbonhidratlar.
- Esansiyel yağ asitleri.
- MCT.

Diabetik Ürünler
Standart ürün.
Karbonhidrat içeriği yüksek.
Yağ içeriği düşük.
Lif içeriği düşük.
Gastrik boşalma daha hızlı.
Sukroz.
Diabetik ürün

Daha iyi glisemik kontrol sağlayan nutrientler
Fruktoz
Lif
MUFA
Soya proteinleri
Antioksidanlar

%15-17 protein%30-35 karbonhidrat
%42-49 yağ
15-20 gr lif/lt
FOS
MUFA
Laktozsuz
Osmolalite: 350-400 mOsm/kg su

Pulmoner Ürünler
Teorik: Hedef:CO2 üretimini azaltmak
Artmış yağ, Vitamin C, Vitamin Eiçeriği…
Pratik
ESPEN: KOAH'da standart formüle üstünlük yok

Endikasyonları
Ağır KOAH
Kistik fibrozis
Mekanik ventilasyon
ARDS

%10-15 Protein
%50-60 yağ
%28 Karbonhidrat

Kanola yağı ve Orta zincirli yağ asitleri.
Kolesterol içermez.
Maltodekstrin: düşük ozmolarite.
1.5 kcal/ml
Osmolalite: 380-450 mOsm/kg su.

Hepatik Ürünler
Dallı zincirli aminoasitler den (valine, lösin, izolösin) zengin.
Aromatik aminoasitlerden fakir.
ESPEN: Standart ürünler.
Endikasyon:
Alkolik steatohepatit
Siroz
KC transplantasyonu

Renal Ürünler
Diyaliz ve Son dönem böbrek yetmezliği hastalarına özel ürünler
Folik asit
FOS
Yüksek Enerji
Düşük K, Na, P

%6-14 protein
2 kcal/ml
Elektrolit içeriği düşük
Vitamin A, D, Mg kısıtlı
Osmolalite: 600-635 mOsm/kg su

Kanser Spesifik Ürünler
EPA (Eicosapentaenoic acid): Kilo stabilizasyonu

EPA
Omega-3 yağ asidi.
Pro inflamatuar sitokin üretiminin azalması.
İnflamatuar yanıtta "down" regulasyon.
Açık deniz balıklarında doğal olarak var.
Klasik alım ~0.25 g/gün

%20-22 protein%55-60 karbonhidrat%18-20 yağ

EPA: 4.5 gr/lt
DHA
1.25 Kcal/ml
Antioksidan
FOS
Protein 6-8 gr/100 cc
Su: %75-80
Osmolalite: 450-730 mOsm/kg su

KRONİK EVDE BAKIM HASTASINDA BESLENME UYGULAMA ÖRNEKLERİ ÖRNEKLER EŞLİĞİNDE NE, NE ZAMAN, NASIL, NEDEN, TAKİP

Uzm. Dr. Tanju YILMAZER
İzmir Tepecik EAH Aile Hekimliği Kliniği

Evde bakımda beslenme neden önemlidir?

Sağlıklı beslenme her yaş grubu için temel bir gereksinimdir, bir insanlık hakkıdır.
Yaşın ilerlemesiyle birlikte bireylerin yeme alışkanlıkları değişir.
Yaşlılık döneminde beslenme ile ilgili olarak kanser, kalp ve damar hastalıkları, HT, DM, hiperlipidemi vb gibi kronik hastalıklar ve risk faktörlerinde artış görülmektedir.
"Anorexia of aging"

Kapsamlı geriatrik değerlendirme
Aciliyet gösteren bir yakınma/bulgu varlığı.
Yakınmanın değerlendirilmesi.
İşlevsel değerlendirme.
Bilişsel değerlendirme.
İlaç öyküsü.
Risk değerlendirmesi.
Taramalar.
Eğitim / Danışmanlık.
Tedavi ve koruyucu müdahaleler.

Yaklaşım: İşlevsel Değerlendime(Günlük Yaşam Aktiviteleri)
Kontinans, Beslenme
Ne: Enteral beslenmeyi destekleyen oral beslenme destek ürünleri, gerekirse; tüple beslenme ürünleri.
Nerede: Evde, hastane, huzurevi, bakımevi.
Neye göre: Metabolik gereksinim, eşlik eden hastalık, gastrointestinal fonksiyonlar.
Ne kadar: Hastanın enerji ihtiyacına göre; oral alımı da göz önünde bulundurarak.
Ne zaman: Öğünleri taklit ederek, ara öğünler.

Vaka 1
E.Z.
72 yaşında, erkek hasta.
Eşi tarafından bakımı yapılıyor.
SVH tanılı.
"Giderek daha çok eriyor hastamız" şikayeti.
FM: Tamamen immobil, yatağa tam bağımlı oturamıyor. Kendisi yemek yiyemiyor, yakını yediriyor: "Günde iki kere evdeki yemeklerden veriyorum."

Vaka 2
E.Ç.
Hasta yakını polikliniğe beslenme destek ürünü sağlık kurulu raporunun uzatılması istemiyle başvurdu.
Çikolatalı olanı seviyor, ben arada çilekli olandan da veriyorum.
Rapor çıkartılıyor.
Eczaneden geri geliyor.

Vaka 3
H.C.
74 yaşında kadın hasta.
İnaktif.
"Kilo kaybediyor. Sırtında yara çıktı."
Her gün yaklaşık olarak aynı gıdaları alıyor.
60 kg
Diyetisyen: Günlük kalori alımı 800 kcal, protein alımı ise 20 gr/gün.
Beslenme desteği?

Günlük 1.2 gr/kg protein
60X 1.2 = 72 gr
72-20 =52 gr protein desteği..

Vaka 4
70 yaşında kadın.
Demans.
Giderek yatağa bağımlı.
Hipertansiyon.
Medikal tedavi alıyor.
Yemek yediği/ yemediğini hatırlamıyor.
Kilo kaybı, genel durum bozukluğu.
Son 3 ayda 65 kg.dan 58 kg.a düşmüş.

Kaç kalori:
58X25= 1450-500= 950 kcal

Vaka 5
G.Ç.
78 yaşında kadın.
Kalça kırığı. Hafif demans.
Bir özel bakım merkezine yatırılmış.
Yardımla ve destek cihazları ile mobilken.
İki ay sonra immobil, kilo kaybı ile.
Evde sağlık hastası.

ORAL BESLENME ÜRÜNLERİNİN FARKLI HASTA GRUPLARINDA KULLANIMI

Yard. Doç. Dr. A. Evrim Türkmen Güngör

Kronik Hastalık
Kanser
AIDS
KOAH

Anoreksiya
Malabsorbsiyon

Akut Hastalık
Enfeksiyon
Travma
Yanık
Hemoraji
Pankreatit

Açlık
Malnutrisyon
Enflamatuar Yanıt

Sık Enfeksiyon
Bozulan İntestinal Fonksiyon
Bozulan İyileşme
Bozulan Kas Fonksiyonu

Stresle İlişkili
Katabolizma

Malnutrisyon
Yetersiz besin alımı (kalitesiz besin).
Yeterli besin alımını azaltan hastalık.
Hastalık veya Travma.

OEN Çeşitleri
Standart polimerik.
Yüksek proteinli.
Şeffaf sıvı veya süt bazlı.
Soğuk/sıcak kullanımlı.
Değişik yoğunlukta.
Modüler.

Hasta Bilgileri
Ad: K.G.
Yaş: 70
Cinsiyet: Erkek
Boy:168
Ağırlık: 55
Bki: 19,4
Tanı: Diyabet, diyebetik ayak

Alması gereken enerji
Harris-Benedict formülü ile;
E= 655+(9.6x55kg)+(1.8x 168 cm) –(4.7x 70 yaş) =1190kcal
BMH x F.A x S.F.(Enfeksiyon) = 1190 x 1. x 1.2 = 1428 kkal alması gereken enerji.

Bu enerjinin
%55-60 Karbonhidrat = 785-856 kkal – 196-214 g
%13-15 Protein =185-214 kkal – 46-54 g
%25-30 Yağ =357-428 kkal – 39-48 g

OEN'un İatrojenik Malnütrisyon Oluşumuna Ait Etkileri
Mortalite oranı azalır.*
Orta derecede yetersiz beslenmiş yaşlılarda mortalite %25 azalır.**
Komplikasyon oranları (enfeksiyon) anlamlı derecede azalır.***

OEN sağlık harcamalarını azaltır.
OEN diyet avantajlarından veya atıştırmalıklardan daha etkilidir.
OEN ile hastane ve bakım evlerinde kalanların sağlık harcamaları azalır (NICE 2006).
2010 yılında Hollanda Sağlık Ekonomik Analiz Grubu, OEN verilen hastanede yatan hastalarda (> 65 yaş) yıllık 40.4 milyon EUR maliyet tasarrufu sağlandığını bildirmiştir.

1.2 milyon yatış yetişkin hasta.
Hastanede yatış süresi 10.8-8.6 günden 2.3 güne kısalmıştır.
Yatış maliyeti 21.950 – 17.216 $ dan 4734 $ (%95 CI) azalmıştır.
862,960 hastanın 30 günlük hastaneye tekrar başvuru oranı % 34.3'den % 32.0'ye azalmıştır.

Hastaneye yeniden başvuru ve OEN ilişkisini inceleyen meta analizde rutin bakım ile OEN kullanılan hastalar arasında hastaneye yeniden başvuru süresi azalmıştır. (OR 0.59, % 95CI, 0.43-0.80, P=0.001)
Özellikle > 65 yaş hastalarında…

Huzurevlerinde veya Bakımevlerinde ONS kullanımıyla:
Hastanede kalış süresi kısalır.
Yaşam kalitesini artırır.
Enfeksiyonlar azalır.
Minör post-operatif komplikasyonları sınırlar.
Düşmeler azalır.
Fonksiyonel kısıtlamalar azalır.
3< ONS kullananlar ile 3< ONS maliyet % 5 azalır.
Ellia M, 2015.

DRM ile yüksek proteinli ONS arasındaki ilişkiyi inceleyen bir derlemede;
Yeniden hastaneye başvurma
(OR 0.59 %95 CI 0.41-0.84)p=0.004 2 RCT n=546
Komplikasyon oranı azalır (OR0.68 %95 CI 0.55-0.83)p< 0.001 10 RCT n=1830
Yüksek proteinli OEN klinik ve ekonomik fayda sağlar.
Kol kas gücü artar
(1.79 kg %95 CI 0.36-3.17) p< 0.014, 4 RCT n=219

Grup
BAPEN Malnütrisyon Danışma Grubu
Hasta Grubu
Bakım evi hastaları
Başlık
Malnütrisyonu tanıma ve yönetim kılavuzu

Öneriler
*Normal besin tedavisi ile tedavi edilmeli. Gelişme için ONS kullanılmalıdır. Hem besin hem ONS kullanılabilir.
* Eğer tabldot yemeği nutrisyonel durumu iyileştirmede ve başlangıçta belirlenmiş hedeflere ulaşmada etkisiz olur ise ONS faydalı olabilir. Çünkü bunlar çabuk erişebilir, öğün aralarında kolay tüketilebilir, hazırlığı çok azdır veya hiç gerekmez (A).

Grup
Malnütrisyon Danışma Grubu
Hasta Grubu
Tüm hastalarda
Başlık
MUST Çalışması

Öneriler
*Yetersiz besin alımında yüksek miktarda eklenebilirler. Hastane ve bakım evlerindeki özel hasta gruplarında klinik olarak faydalı etkiler oluşturduklarına dair güçlü kanıtlar vardır. Özellikle BKI< 20 olanlar (A).

Onkoloji hastalarında EPA ile zenginleştirilmiş OEN ve rutin bakımın karşılaştırıldığı sistematik bir derlemede;
Palyatif bakım hastalarında ise yaşam kalitesi üzerinde kalıcı pozitif etki (Elia, 2006)
RT, KT veya cerrahi hastalarda mortalite ile ilgili fark yoktur. (OR 1.00 4 RCT %95CI 0.62-1.61)
Radyoterapi alan hastalarda besin alım miktarı artar (381 kkal/g 3 RCT %95CI, 193-569, P0.001)

N-3 PUFA yağ asitleri kanser cerrahi ve yoğun bakım hastalarına olan etkisi
Kanserde oral veya enteral beslenme suplemantasyonu n-3 yağlarının vücut ağırlığının korunması ve yaşam kalitesine olumlu etkisi varken yaşam süresine etkisi bulunamamış.
Cerrahi onkolojide n-3 YA enteral beslenmeye ait bir yayın yok.
Post-op parenteral suplemantasyon cerrahi onkoloji hastalarında yaşam süresini kısaltabilir.

Pankreatik kanser cerrahisi ve nutrisyon tedavisi
Oral besleme yöntemleri arasında açıkça daha üstündür.
PN septik metabolik ve erişim ile komplikasyonlara ilişkili son seçenek kullanılmalı.
EN PN'a tercih edilir.

Kanser Hastalarında Beslenme Desteği Kılavuzu
Kanser hastalarında OEN'nun diyet ile kombine edilmesi malnütrisyonlu veya malnütrisyon riski olan hastalarda avantaj sağlamaktadır.
Ottawa(ON): Canidaian Agengcy for Drugs and Technologies in Healt 2014

Araştırma	Sonuç
Baldwin, 2012	• Nutrisyonel olarak risk altında olan veya kötü beslenmiş kanser hastalarında ON nutrisyonel alımı arttırır ve yaşam kalitesini iyileştirirken mortalite üzerine etkili değildir.
Uster, 2013	• Nutrisyon desteği enerji ve protein alımını anlamlı düzeyde arttırmıştır. • Hastalar vücut ağırlıklarını koruyabilmişlerdir. • Standart bakım grubundaki hastalarda da yaşam kalitesinde artış görülmüştür.
van der Meij, 2010	• Yağ asidi içeren ON desteği kemoradyoterapi sırasında vücut ağırlığı ve yağsız vücut kütlesinin korunmasını sağlamıştır. • Protein ve enerji yoğun (n-3) yağ asidi içeren ON desteği Evre 3 küçük hücreli olmayan akciğer kanserli hastalarda yararlıdır.

Grup
ESPEN (Arends ve ark.)
Hasta Grubu
Onkoloji (Cerrahi dışı)
Başlık
ESPEN Kılavuzu (Cerrahin dışı hastalar)

Öneriler
Tedaviye bağlı kilo kaybını ve RT kesilmesini önlemek için yoğun beslenme danışmanlığı ve ONS kullanılarak besin alımı artırılır (A).

Böbrek Hastalıkları ve Oral Enteral Beslenme Solüsyonları
Kronik böbrek hastalarında uzun dönemde renal hastalıklarla uyumlu oral enteral beslenme solüsyonu ilavesi ile kuru vücut ağırlığı, albümin düzeyi artarken, malnütrisyon skoru ve eritropoetin gereksinim düzeyi azalmıştır.
KBY'li normal diyetle beslenme gereksinmeleri yerine koyulamayan hastalarda OEN solüsyonları hastaların enerji ve protein depolarının dolmasında pozitif etkisi vardır.
Hipoalbunemisi olan diyaliz hastalarında diyaliz sırasında nutrisyonel destek yaşam kurtarır.
Ciddi hipoalbunemisi olan hastalarda OEN suplemantasyonu ucuz, hasta dostu bir tedavi yöntemidir.

Diyaliz sırasında uygulanan beslenme desteği hastalar tarafından iyi kabul görmektedir.
Serum albümin düzeyleri korunmaktadır.
Özellikle fiziksel aktiviteye olumlu etki ederek yaşam kalitesini artırmaktadır.

Grup
Cano ve ark.
Hasta Grubu
Yetişkin renal yetmezlik
Başlık
ESPEN Kılavuzu (KBY, ABY, HD)

Öneriler
Komplike olmayan ABY de doğal beslenme yetersiz ise ONS gereksinimleri karşılamak için kullanılır (C).
Yetersiz beslenmiş KBY hastalarında ONS besin alımını optimize etmek için kullanılabilir (C).
HD hastalarında beslenme durumunu iyileştirmek için ONS kullanınız (A).

Karaciğer Hastalıkları Ve Oral Enteral Beslenme
Malnütrisyon sirozlu hastalarda önemli bir problemdir. Nutrisyon tedavilerinin etkileri ise açıkça ortaya konulamamıştır.
6 RCT (n=470) sonuçları değerlendirildiğinde Mortalite riski açısından azalma bulunamamıştır.
Yetersiz kanıta rağmen OEN uygulamalarının klinik sonuçlara olan etkileri tam olarak gösterilemese de potansiyel faydaları göz ardı edilmemelidir.
0.5 g/kg/gün protein verilmesi gereken hastalarda 0.25 g/kg/gün DZAA içeren OEN suplementasyonu ile pozitif nitrojen dengesi ve nitrojen alımında iyileşme görülebilir.
Uzun süreli DZAA suplemantasyonu daha iyi nitrojen birikimi ve KC fonksiyonu ile ilişkilidir.
Normal diyete DZAA eklenmesi (0.25 g/kg) stabil siroz hastalarında mental durum üzerinde olumlu etki oluşturur.
KC transplantasyonuna hazırlanan sirozlu hastalara EN ve PN peri operatif dönemde uygulaması ile mortalite ve morbitidenin azalması üzerinde faydalı etkisi varken OEN ile desteklenme önerilmektedir.
DZAA ilavesi ile immun sistem fonksiyonları ve glikojen sentezi düzenlenir.
Simbiyotiklerin ilavesi ile immun sistem yanıtı artar.

SONUÇ: OEN solüsyonları DZAA'ler, sinbiyotikler, KC transplantasyonu veya KC rezeksiyonu planlanan hastalara perioperatif dönemde ilave edilmesi enfeksiyonlarıdan korunmada faydalıdır.

DZAA ilavesiyle sağlanıldığı düşünülen faydalı etkiler standart OEN desteğiyle de gözlenmiştir.
Son dönem KC hastalarında en faydalı sonuçlar kilo kaybı olan ve OEN ilave edilmiş gruplarda görülmüştür.
KC fonksiyonunda iyileşme.
Yaşam süresinde uzama görülmüştür .
Sirozlu hastalarda noktürünal suplemental beslenme total vücut nitrojenini gündüz beslenmesinden daha etkin bir şekilde düzeltir.

Grup
Plauth ve ark.
Hasta Grubu
Karaciğer hastaları
Başlık
ESPEN Kılavuzu (KC)

Öneriler
Alkolik KC yağlanmasında ONS önerilmektedir (B).
Karaciğer sirozunda hastanın normal besinlerle oral alımı yetersiz ise ONS kullanılır (C).

Grup
Meier ve ark.
Hasta Grubu
Pankreas hastaları
Başlık
ESPEN Kılavuzu (Pankreas hastaları)
Öneriler
(Akut pankreatit) Oral nutrisyon (normal gıda ve/veya ONS) gastrik outlet tıkanıklığı açıldığında ağrıya neden olmuyor ve komplikasyonlar kontrol altında ise denebilir (C).
(Kronik pankreatit) Tüm hastaların %10-15'i ONS'ye gereksinim duyarlar (C).

GIS Hastalıkları ve Oral Enteral Nutrisyon
İBH malnütrisyon ile ilişkilidir.
Hastalığın aktif döneminde oral beslenmesi yeterli olmayan hastalar tüple beslenmesi tercih edilmelidir.
CH da glutamin intestinal geçirgenliğin geri kazanımı ve gerilemesi üzerine etkisi gösterilememiştir.
CH glutamin ilavesi deneysel çalışmalarda faydalı sonuçlar bildirilirken; klinik çalışmalarda hayal kırıklığı yaratmıştır.
IBH da ise EN uygulamaları ilaç tedavisi ile birlikte remisyon döneminin korunmasında başarılıdır.
Klinik çalışmalarda IBH için klinik sonuçları etkileyen değişen etkinliğe sahip oral diyetler sahiptir.

Grup
Loch ve ark.
Hasta Grubu
GIS hastaları
Başlık
ESPEN Kılavuzu (Gastroenteroloji)
Öneriler
(Crohn's hastalığı) İnatçı intestinal inflamasyonda ONS kullanılır (B).
Normal yiyeceğe ek olarak *ONS kullanımı nutrisyonel durumu iyileştirmekte ve büyümenin gerilemesi ile sonuçlanan nutrisyonel bozukluğu elimine etmektedir (A).
*ONS ve normal yiyeceklere ek olarak günlük 600 kcal alınabilir (A).
(KBS'da) yalnızca normal gıdalar ile nütrisyon durumu düzeltilemezse, ONS veya tüple beslenme kullanılır (C).

Cerrahi Hastalıklarda Oral Enteral Nutrisyon

Grup
Weimann ve ark
Hasta Grubu
Cerrahi hastaları
Başlık
ESPEN Kılavuzu (Genel Cerrahi, organ nakil hastaları dahil)

Öneriler
Enerji gereksinimini normal gıdalar ile sağlayamayan hastaların preoperatif dönemde ONS almaları sağlanır (C).
Transplantasyondan önce nutrisyon yetersizliğinde ilave besin olarak ONS kullanılır (C)

AC Hastalıkları ve Oral Enteral Nutrisyon

Grup
Anker ve ark.
Hasta Grubu
Kronik kalp yetmezliği ve KOAH
Başlık
ESPEN Kılavuzu (Kardiyoloji ve akciğer hastalıkları)

Öneriler
Kalp hastalıklarında ONS veya tüple beslenme kardiak kaşekside kilo kaybını durdurma veya geri kazanım için kullanılır (C).
Stabil KOAH da hastalığa özgün düşük karbonhidrat yüksek yağ içerikli ONS, standart yüksek protein yüksek enerji içerikli ONS ile karşılaştırıldığında ek avantaj yoktur (B).
Sık ve az miktarda ONS, postprandial dyspnoea ile doygunluğu önlemek ve uyumu arttırmak için tercih edilir (B).

Grup
Volker ve ark.
Hasta Grubu
Geriatri
Başlık
ESPEN Kılavuzu
Öneriler
*Demansta yeterli besin ve enerji desteği için veya yetersiz nütrisyonu önlemek için ONS veya tüple beslenme uygulanabilir (C).
* Erken ve ılımlı demansta yeterli besin ve enerji desteği için veya yetersiz nütrisyonu önlemek için ONS veya tüple beslenme uygulanabilir (C).
*Özellikle yüksek protein içerikli ONS basınç yarası gelişimi riskini azaltabilir (A).

Demans Hastalarında Espen Klavuzu
Hastalarında ONS kullanımı
Hastaların beslenme durumu düzeltir.
(Kanıt düzeyi:Yüksek)
Demanslı hastalarda bilişsel fonksiyonları düzeltmek için ONS kullanımı önerilmemektedir.
(Kanıt Düzeyi: Orta)

Sonuçlar
Küçük değişikliklerle büyük etkiler gösterebilir.
Yaşlı hastalarda OEN kullanımı birçok sonucu düzeltir.

EVDE SAĞLIK VE SOSYAL BAKIMDA BESLENME

Op.Dr. Gürhan ÇELİK
Edirne Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Tıbbi Hizmetler Başkanı

Evde Sağlık Hizmetleri

Gelişen dünyamızda sağlık hizmetlerinin üstlendiği görevler de değişmekte olup "bedenen, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir" diye tanımladığımız sağlık kavramının, her yönden geliştirilmesi hedeflenmektedir.

Ortalama yaşam süresinin uzaması, yaşlı nüfus artışı ve buna bağlı olarak kronik ve dejeneratif hastalıklarda artma, bedensel engelli sayısının artması, sağlık bilincinin gelişmesi ile birlikte "Koruyucu, destekleyici ve rehabilite edici sağlık ve sosyal hizmet ihtiyacı"nın öneminin artması, evde sağlık hizmetlerinin gelişimine neden olmuştur.

Teşhis ve tedavi sonrası bakım sürecinde, kronik bir hastalığın takibinde ya da herhangi bir sağlık problemi olmaksızın koruyucu sağlık hizmetlerinin verilmesi sürecinde ihtiyaç sahiplerine kendi ortamlarında sağlık bakımı hizmetinin sunulmasıdır.

Beslenme ve Sağlıklı Beslenme

Beslenme, tüm canlıların en temel gereksinimlerinden biridir ve gıda ile sağlık arasındaki köprüdür.
Sağlıklı beslenme, besin değeri yüksek, günlük olarak alınması gereken protein, karbonhidrat, yağ, mineral ve vitaminleri içeren gıdaların, sağlığı korumak ve geliştirmek için dengeli olarak tüketilmesidir.

Beslenme

Tamamlayıcı mı?
Tedavinin ayrılmaz bir parçası mı?

Beslenmenin Temel İlkeleri

Karbonhidrat : %55-60
Protein: %15-20 (1-2 gr/kg)
Yağ: %25-30

Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Beslenmesi

Evde sağlık hizmeti ihtiyacı olan hastalar, özellikle kronik mental veya fiziksel hastalıklara sahip oldukları zaman yetersiz beslenmeye yatkındır.
Yetersiz beslenme sadece ağırlık kaybı ve vücut kompozisyonunda değişiklik oluşturmakla kalmaz, fizyolojik fonksiyonların bozulması, komplikasyon riskinin artması ve kötü klinik sonuçlar gibi istenmeyen durumları beraberinde getirir.
Hastalıklar sadece kendi etkileriyle gıda alımındaki azalma sonucu değil travma ve enflamatuar hastalık durumlarında olduğu gibi metabolizmada ve protein katabolizmasında artış oluşturarak malnütrisyona zemin hazırlar.

Yaşlı Hastalarda Beslenme

Yaşlılık döneminde beslenme durumu yaşlanma sonucu vücutta oluşan değişikliklerden, kronik hastalıklardan, kullanılan ilaçlardan, fiziksel ve psikolojik, sosyal ve ekonomik durumdan etkilenir. Yaşlanma ile beraber kırılganlık ve engellilik artar ve beslenme durumu olumsuz yönde etkilenir; yiyecek alımı azalır ve malnütrisyona neden olur. Yaşlanma sürecinde yağ dokusundan metabolik olarak daha aktif olan kas dokusunun ve fiziksel aktivitenin azalması ile günlük enerji gereksinimi azalır. Yaşlanma ile birlikte besin ayarlayabilme kapasitesi de azalır ve aşırı yeme veya yetersiz yeme olarak ortaya çıkar.

Bu nedenle sağlık problemi olan yaşlı hastaların yeterli ve dengeli beslenmeleri büyük önem arz etmektedir. Evde sağlık hizmeti ihtiyacı olan yaşlı hastalarda malnütrisyon oldukça sık karşılaşılan kötü sonuçları hemen ortaya çıkabilen bir klinik durumdur. Bu nedenle bu hastalar malnütrisyon riski açısından dikkatle değerlendirilmelidir.

Malnütrisyon Riski Taşıyan Bireylerin Belirlenmesi
Tarama; malnütrisyonu bulunan veya malnütrisyon riski taşıyan bireylerin saptanmasında basit, kolay uygulanabilir ve tekrar değerlendirilebilir bir yöntemdir. Hemşire veya tıbbi personel tarafından kolayca gerçekleştirilebilir. Tarama yöntemi ile malnütrisyon veya malnütrisyon riski bulunan hastaların tamama yakınını tespit etmek mümkündür.

Tarama Yöntemi
Tarama aracı dört temel soruyu sorgulamaktadır:
Yakın geçmişteki kilo kaybı.
Yakın geçmişteki gıda alımı.
Güncel vücut kitle indeksi.
Hastalığın ciddiyeti.

ESPEN (Avrupa Klinik Nütrisyon ve Metabolizma Derneği), toplumdaki bireyler, hastanedeki hastalar ve bakımevlerindeki yaşlılar için tarama yöntemlerini kılavuzlar şeklinde yayınlamıştır.

ESPEN tarafından önerilen tarama yöntemleri:
Toplumdaki bireyler için: Malnütrisyon taraması (MUST))
Hastanede yatanlar için: Nütrisyon Riski Taraması (NRS 2002)
Yaşlı hastalar için: Mini Nütrisyonel Değerlendirme(MNA)

Enteral Nütrisyon (EN)
Enteral nütrisyon yapay beslenmenin bir şeklidir ve oral nütrisyonel suplemanlar (ONS) yanında nazogastrik/ enteral veya perkütanöz (gastrik veya jejunal) tüp yolu ile beslenmeyi içerir. Enteral nütrisyonun ana hedefi sonuçları iyileştirmek için malnütrisyonun tedavi edilmesi ve önlenmesidir.

Enteral Beslenme Yolunun Seçilmesi
Enteral beslenme yolunun seçilmesinde;
Hastanın hastalığının durumunun değerlendirilmesi,
Gastrointestinal sistem anatomisi, bütünlüğü ve devamlılığı
Geçirilmiş cerrahi öyküsü,
Gastrik ve intestinal motilite ve fonksiyonu,
Tedavinin süresi dikkate alınmalıdır.

Enteral Nütrisyonun Endikasyonları
Genellikle enteral nütrisyon için altta yatan hastalık veya klinik duruma bakılmaksızın nütrisyonel durumu iyileştirmek veya devam ettirmek için iki endikasyon vardır:
-Yedi günden daha fazla bir süre için yetersiz oral alımın beklenmesi,
-Malnütrisyonda ya da malnütrisyona gireceği öngörülen kişiler.

Enteral Beslenme Erişim Yolları

Oral yol
Gastrik yol
Nazogastrik beslenme tüpü.
Gastrostomi.
Perkütan Endoskopik Gastrostomi (PEG).
Radyolojik görüntüleme ile birlikte yapılan gastrostomi.

Duodenal yol
Nazoduodenal beslenme tüpü.

Jejunal yol
Nazojejunal beslenme tüpü.
Perkütan endoskopik jejunostomi.

Özel Cerrahi Teknikler
Direkt erişim.
İnce iğne kateter yöntemi.

Kısa Süreli Enteral Beslenme
Kısa süreli enteral erişim tüpleri genellikle 30 günden daha az gerekeceği beklenilen hastalarda kullanılır. Pre-pilorik tüpler veya nazogastrik tüpler kısa süreli enteral nütrisyon için en sık tercih edilen tüplerdir.

Nazogastrik Tüp
NG tüp yerleştirilmesi.
Pre-pilorik endoskopik tüp yerleştirilmesi.
Peroral endoskopik postpilorik tüp yerleştirilmesi.
Transnazal endoskopik NG tüp yerleştirilmesi.

Nazoenteral Tüp
Non-endoskopik post-pilorik tüp yerleştirilmesi.
Post-pilorik endoskopik tüp yerleştirilmesi.
Peroral endoskopik post-pilorik tüp yerleştirilmesi.
Transnazal endoskopik post-pilorik tüp yerleştirilmesi.
Çift-lümenli nazoenteral tüp.

Uzun Süreli Enteral Nütrisyon
Uzun süreli enteral beslenme için mide veya ince bağırsağa kalıcı bir beslenme yolu koymak gerekir. Bunun en iyi yolu perkütan endoskopik gastrostomi (PEG) aracılığıyla bir beslenme tüpü koymaktır.
Uzun süreli enteral yaklaşım yolları şunlardır:
-Perkütan endoskopik gastrostomi (PEG).
-Radyoloji veya sonografi kılavuzluğunda gastrostomi (PSG veya RIG).
-Cerrahi gastrostomi (Stamm veya Witzel fistülü).
-Jejunuma uzanan PEG (PEG-J).
-Doğrudan perkütan endoskopik jejunostomi (D-PEJ).
-Cerrahi jejunostomi (doğrudan veya ince iğne kateter jejunostomisi).

Enteral Beslenmede Dikkat Edilecek Hususlar
Hasta aspirasyon riski nedeniyle Fowler pozisyonunda oturtulur ya da yatak başı 30- 45 derece yükseltilir. Sondanın distal ucuna enjektör yerleştirilir ve rezidüel mide içeriği enjektöre çekilir, sıvı geliyorsa içeriği ölçülür. Besini vermeden önce 30 ml kadar içme suyu enjektöre çekilir ve sondaya verilir. Daha sonra besin verilebilir. Beslenme bittikten sonra sondanın tıkanmaması için yeniden içme suyu verilir. Hasta beslemeden sonra en az bir saat dikey pozisyonda oturtulmalıdır. Beslenmeden sonra hasta distansiyon, kramp ve diyare yönünden izlenir.

Enteral Beslenme Yollarının Bakımı
Aile Eğitimi.
Tüpün yeri, çevreleyen cilt ve stoma her gün kontrol edilmeli.
Tüpün rahat yıkanabilmesi.
Hijyen.
Sabun ve su ile eller temizlenmeli ve eldiven kullanılmalı.
Tüpün çevresi temiz ve kuru olmalı, serum fizyolojik ile temizlenmeli ve kurulanmalı.
Her beslenme sonrası kaçak açısından tüpün çevresi kontrol edilmeli.
Tüp tıkanıklığının önlenmesi amacıyla her beslenme ve ilaçlar verilirken ve sonrasında, en az günde iki kez içme suyu ile yıkanmalı.

Enteral Nütrisyonun Avantajları / Dezavantajları

Avantajları
Kolay erişim
Erken erişim
Ucuz

Dezavantajları
Aspirasyon riski
Pozisyonun doğrulama zorluğu
Nazofarengeal travma
Tüpün kaza ile yer değiştirmesi

Parenteral Beslenme
Oral ya da enteral yolla yeterli beslenemeyen hastaya, tüm besin gereksinimlerini karşılayan yüksek konsantrasyonda hipertonik solüsyonların santral kateter ya da periferal venöz (intravenöz) yol ile uygulanmasıdır.

Parenteral Beslenme Endikasyonları
Kısa Barsak Sendromu.
Crohn Hastalığı.
Barsak ve pankreas fistülü.
İskemik barsak hastalıkları.
Kronik intestinal psödoobstrüksiyon.
Kronik mekanik obtrüksiyon.
Nonterminal kanser.
Radysyon enteriti.
Hiperemezis gravidarum.
Pankreatit?
Refrakter malabsorbsiyon durumları.
AİDS (Oral alımı yoksa).

Parenteral Beslenme
Parenteral Nütrisyon (PN): Beslenme desteği gereken durumlarda, gastrointestinal kanalın anatomik veya fonksiyonel bütünlüğünün bozulması sonucu enteral nütrisyon yapılamadığında, hasta için gerekli besin öğelerinin tamamının veya bir kısmının damar yoluyla verilmesidir.
Kombine Nütrisyon: Hastanın günlük ihtiyacı olan besin öğeleri ve enerjinin bir kısmının enteral, bir kısmının parenteral yol kullanılarak karşılanmasıdır.
Periferik Parenteral Nütrisyon (PPN): Osmolaritesi < 900 m osmol olan parenteral beslenme solüsyonlarının periferik ven yolu ile verilmesidir.
Total Parenteral Nütrisyon (TPN): Hastanın günlük ihtiyacı olan yağ, glikoz, protein, vitamınler, elektrolitler ve sıvının tamamının santral ven yolu ile verilmesidir.

Parenteral Beslenmede Dikkat Edilecek Noktalar
Santral ve periferal kataterler işlem öncesinde enfeksiyon belirtileri yönünden izlenmelidir. Parenteral solüsyon santral kateter yol ile veriliyorsa kateter enfeksiyonu yönünden kateter giriş yeri gözlenmelidir. Hastanın, vital bulguları, kilosu, aldığı- çıkardığı sıvı miktarı ve laboratuar bulguları izlenmelidir. PN solüsyonu verilen kateterden IV ilaç verilmemesine, kan örneği alınmamasına, kan ve kan ürünü verilmemesine dikkat edilmelidir. PN solüsyonu verilen kataterden santral venöz basınç ölçülmemelidir. PN solüsyonu infüzyon pompası ile verilmelidir. PN sıvısı hastaya verilmeden 2- 4 saat önce buzdolabından çıkarılarak oda ısısına gelmesi sağlanmalıdır. Her 24 saatte bir cerrahi aseptik teknik kullanılarak infüzyon seti değiştirilmelidir.
Birden çok lümenli kateteri olan hastada, PN solüsyonu vermek için her set değişiminde aynı lümenin kullanılmasına dikkat edilmelidir. PN başlamadan önce hastanın başlangıç kilosu tartılmalı, toplam kilo kaybı kayıt edilmelidir. PN tedavisi öncesinde ve sonrasında iyon değerleri kontrol edilmelidir.

Hipoglisemi veya hiperglisemi açısından hekim istemi var ise istem sıklığına göre kan şekeri kontrolü yapılmalıdır. Parenteral beslenme tedavisine yeni başlanırken hiperglisemiyi önlemek amacıyla birinci gün total miktarın 1/ 3, ikinci gün 2/ 3, üçüncü gün tamamı hastaya verilmelidir. Parenteral beslenme tedavisinin kesilmesi gerekiyorsa kademeli azaltmadan tedavi aniden kesilebilir.
Beslenmeye ara verilecekse, hipoglisemiyi önlemek için % 5- % 10 Dextroz verilmelidir.
Operasyon yapılacak hastanın parenteral beslenmesi operasyon sabahı kesilmelidir.
Derin ven trombozu riski nedeni ile parenteral nütrisyon için alt ekstremite venleri kullanılması önerilmez.
PN beslenmesine ara verildiğinde damar yolu en az 10 ml % 0,9 serum fizyolojik ile yıkanmalıdır. İntravenöz ilaçların uygulanmasında hastanın ikinci bir kateter ucu ya da periferik damar yolu var ise tercih edilmelidir. İkinci bir yol yok ise damar yolu ilaç vermeden önce ve verdikten sonra serum fizyolojik ile yıkanmalıdır.

Kombine Beslenme

Enteral-parenteral beslenme kombinasyonu, kritik hastalarda beslenme miktarını optimize etmek için sık kullanılan bir yöntemdir. Oral alımın yetersiz olduğu ve gerekli enerjinin enteral yolla verilemediği durumlarda parenteral yolla da destek sağlanır. Özellikle nörolojik rahatsızlığı olan hastaların enteral nütrisyon solüsyonlarına olan toleransları sınırlı olduğu için kombine tedavi sıklıkla gerekmektedir.

Kanserli Hastalara Nütrisyonel Destek
Ameliyat öncesi.
Ameliyat sonrası.
Kemoterapi öncesi.
Kemoterapi sonrası.

Son Söz
Beslenme, hastanın her türlü tedavisinin ana bileşenidir. Hastanın rutinde kullandığı ilaçlar gibi düşünülmeli ve beslenme solüsyonları ve erişim yollarına maksimum düzeyde önem verilmelidir.

Şunu unutmayalım:
"Oral alamayan hastanın PEG'i o hastayı bu dünyaya bağlayan bağıdır".

YAŞLI HASTADA BESLENMENİN PÜF NOKTALARI

Dr. Gülistan BAHAT-ÖZTÜRK
İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD Geriatri BD

Elbette tarama…

Beslenme durumu ne kadar "kötü" ise beslenme desteğine o kadar "erken" başlanmalıdır.
Beslenme destek tedavisi hastalar "ağır malnütrisyona girmeden" ve "malnütrisyon riski" taşıyan hastalarda "erken" dönemde kullanılmalıdır.

Enerji ihtiyacı hesabı (GEİ)
Hipermetabolik: 30-35 kcal/g
Obez: 20-25 kcal/g.
Formül
25-35 kcal/kg/gün.

Yaşlı -evde bakım- hastalarında sık görülen sorunlar
Kas erimesi (sarkopeni).
Vitamin-mineral eksiklikleri (D vit, Ca, B12).

Fonksiyonel bağımlılık
Overt (Protein-kalori) MN olmadan mikrobesin eksiklikleri.
Özgün hastalıklar.

Dinapeni (Dynapenia): «kas gücü kaybı»
Kas gücü ile fonksiyonellik arasında sabit olarak güçlü bir ilişki (+)
Kas kütlesi ile fonksiyonellik arasında daha zayıf bir ilişki (+)

SARKOPENİ-EWGSOP / Tanım:
Yaşlanmaya bağlı kas kütlesinde ve fonksiyonunda azalma olması.

Yaşlılarda Sarkopeni Prevalansı
Türkiye'de 14 merkez, 711 hasta.
Kapsamlı geriatrik değerlendirme.
Handgrip testi, baldır çevresi.
(E:% 72, K: % 63.8)
Ortalama yaş: 77.5 yıl.

Sarkopeni Sebepleri ve Sonuçları
Etyoloji.
Yaşlanma.
Diyet.
İmmobilite/sedanter yaşam.
Kronik hastalıklar.
Polifarmasi.

Sonuçları
Fonksiyonellik ilişkili.
Mobilite bozuklukları.
Düşme riski.
GYA ve EGYA bağımlılık.
Otonomi kaybı.

Sarkopeninin sonuçları
Düşme meyili
İmmunitede
SFT'de bozulma
Dizabilite
Mobilitede azalma
Ölüm
Kırılganlık
Güç kaybı

Sarkopeninin Tedavisi ve Önlenmesi
1. Egzersiz
*Direnç egzersizi: En iyisi
Aerobik Egzersiz
Sarkopeni için en iyi kanıt egzersiz!
BH ve testosteron
İnsülin direnci ve KV sağlık için

2.Nütrisyon
Sarkopeninin Nütrisyonel Nedenleri ve Tedavisi
Protein.
Vitamin D.

Protein Alımı
Protein alımı ile kas kütlesinin korunması.
Bozulan protein alımı-yaşlılardaki tipik beslenme yetersizliği.
3 yıllık izlem.
Protein alımı en yüksek beşte birlik dilimde olanlarda.
Yağsız vücut kütlesi kaybı: %40 daha az.

1-1.5 g/kg/g protein
Lösin-HMB MTOR yolağı protein sentezi
Esansiyel aa

Vitamin D
Yaşlılar artmış Vitamin D eksikliği riski altındadır.
Diyetle alım güneş maruziyeti
Ciltte 7-dehidrokolesterol cilt kalınlığı
Yaşlanmayla yağ dokusu
Yağda çözünen 25-OHD dağılımı, 25-OHD biyoyararlanımı
Yaşlanmayla Renal 1α-hidroksilaz aktivitesi
Testosteron, Östrojen, GH ve IGF-1 1α-hidroksilaz aktivitesi

FONKSİYONEL BAĞIMLI HASTALAR
Bası Ülserleri!!

Ons Kullan! (Oral)
"Bası yarası riski" olanlarda (A).
"Bası yarası" olanlarda (EN) (C).

TB (NGT/NJT/PEG/PEJ)
"Bası yarası riski" olanlarda (A).
"Bası yarası" olanlarda (EN) (C).

Yaşlıda renal fonksiyonlar ve beslenme
Yeterli sıvı alımından emin olalım (~1,5 L).
Protein miktarı.
Ağır protein kısıtlaması.
Pek çok yaşlıda 1-1.3 gr/kg uygun.
GFR~ 15-20 ml/dk: 0.8-1 gr/kg.
Diyaliz -Akut BY: Artmış protein ihtiyacı: 1.3-1.5 gr/kg.

Konstipasyon ve beslenme
Yeterli sıvı alımından emin olalım (~1,5 L).
Yemeklere zeytinyağı eklenmesi, kayısı hoşafı.
Lifli gıdalar.
Tercih edilen yemek.
Beslenme Ürünleri (Lifli).

Dehidratasyon ve beslenme
Yeterli sıvı alımından emin olalım (~1,5 L).
Az az sık sıvı teklifi.
Sevdiği içecekler.
İnkontinans nedenli sıvı azaltımını engelle.

Espen Kılavuzunun Söyledikleri
Geriatride Enteral Nütrisyon Kılavuzu

ONS KULLAN! (ORAL)
"Ciddi anoreksi ve motivasyon kaybı" fazında.
"Kırılgan yaşlıda" (A).
"Kalça fraktürü" ve "ortopedik cerrahi" sonrası (A).
"Depresyon"da (EN) (C).
"Erken evre" ve "Orta evre" "demans"ta aklına getir (C).
"Bası yarası" olanlarda (EN) (C).
Yeterli enerji ve besin teminini emniyete almak ve malnütrisyonu engellemek için.

TB (NGT/NJT/PEG/PEJ)
Terminal dönemde değilse;
MNR (erken başla: B)
Ciddi anoreksi ve motivasyon kaybı fazı olan "Depresyon"da (C).
Nörolojik Disfajisi olanlarda EN başla (A, en kısa zamanda: C).

Uygulama / Öneriler
"Ciddi nörolojik disfaji"li geriatrik hastalarda EN mümkün olan en kısa zamanda başlanmalıdır (C).
EN'ye ek yoğun yutma terapisi uygula (C).

KANSERLİ HASTADA EVDE BAKIMDA NÜTRİSYON

Uzm. Dyt. Derya Hopancı BIÇAKLI
E.Ü.T.F Tülay Aktaş Onkoloji Hastanesi

Kanserde Malnutrisyon Prevalansı

Pankreas	%80-85
Mide	%65-85
Baş ve boyun	%65-75
Özefagus	% 60-80
Akciğer	%45-60
Kolon-rektum	%30-60
Jinekolojik	%15
Ürolojik	%10

ESPEN NEW ONCOLOGY GUIDELINE

Kanser hastalarının tedavi sırasında ve sonrasında, fiziksel fonksiyonlar ve metabolik yapının desteklenmesini amacıyla fiziksel aktivite düzeyinin artırılmasını önermektedir.
(STRONG)

Kanser hastalarında tedavi sırasında kas kitlesi ve kas gücünü korumak için bireysel direnç egzersizleri önerilmektedir.

Kanser Kaşeksisinde Multimodal Tedavi
Optimal onkolojik tedavi
Malnutrisyonu farketmek
Erken müdahale etmek
Semptom yönetimi
Antienflamatuar tedavi
Anabolik / antikatabolik tedavi
Egzersiz yapmak
Beslenme tedavisi
Multidisipliner ekip çalışması

Kanserde Beslenme Desteği

Tüm kanser hastalarında beslenme değerlendirmesi tümör teşhisi ile başlamalı ve genel durum iyice bozulmadan ve normal duruma döndürme şansı varken nutrisyonel müdahale erken başlatılacak şekilde her vizitte değerlendirilmelidir.

Kanser tanısından itibaren periyodik olarak kilo değişiklikleri, besin alımı, BMI değerlendirilmelidir.

Semptom	**%**
Ağrı	**84**
Anoreksi	**66**
Ağızda kuruma	**57**
Konstipasyon	**52**
Çabuk doyma hissi	**51**
Dispne	**50**
>10% kilo kaybı	**50**
Depresyon	**41**
Öksürük	**38**
Bulantı	**36**
Tad değişikliği	**28**

Semptom Yönetimi Önemlidir!

Hastanın Beslenmesinin Önündeki Engeller Kaldırılmalıdır!
Bulantının kesilmesi.
Ağrının kesilmesi.
İshalin toparlanması.
Kabızlığın çözülmesi.
İştahın açılması. (İlaç desteği)
Psikiatrik destek verilmesi.

Bulantı ve kusması olan hastalarda
Antiemetik tedavi bulantı başlamadan önce uygulanmalıdır.
Kuru, tuzlu ve yağsız besinler daha iyi tolere edilir
Şekerli, sulu ve yağlı besinler bulantıyı arttırır.
Ağız hijyenine özen gösterilmeli ve yemeklerden önce ve sonra ağız bakımı yapılmalıdır.

Sık aralıklarla tolere edebildiği kadar küçük porsiyonlarda besin alımı önerilir.
Kokmayan yiyecekler yenilmesi ve çevrenin de kokusuz ve havadar olmasına dikkat edilmelidir.
Aralarda nane-limon çayı verilebilir
Yiyecek ve içecekler soğuk veya oda ısısında olduğunda daha kolay tüketilir.

Oral Mukozit İndeksi
Grade 1 : Ağrısız eritem, orta düzey boğaz ağrısı, vardır, besin tüketebilir.
Grade 2 : Ağrılı eritem vardır, az da olsa yiyebilir.
Grade 3 : Ağrılı eritem ve açık ülserler vardır, yemek yemek artık çok zordur.
Grade 4 : Oral gıda alamaz. Enteral veya parenteral beslenmeye gereksinimi vardır.

Ne yapmalı?
Ağız bakımı çok iyi yapılmalı.
Sert ve kuru besinlerden uzak durulmalı.
Sulu, yumuşak çiğnenmeden yutulabilecek besinlere yer verilmeli.
Protein içeriği artırılmalı. (Sütlaç, puding, peynirli püreler, krep vb.)
Asitli içecekler ve tuzlu yiyeceklerden kaçınılmalı. (Limonata, kola, domates, narenciye vb.)
Yoğurtlu çorbalar, sütlü tereyağlı püreler, blenderize besleyici çorbalar, oral beslenme ürünleri verilebilir.
Pipet kullanılmalı.

Diyare
Diyaresi olan hastada sıvı alımı artırılmalı.
Posalı gıda alımı azaltılmalıdır.
Yağlı ve gaz yapıcı besinlerden kaçınılmalıdır.
Potasyum ve sodyum içeriği yüksek yiyecek ve içeceklere yer verilmelidir.
Yoğurt ve yoğurtlu besinlere her öğünde yer verilmelidir.

Konstipasyon
Posa içeriği yüksek besinler verilmelidir. (kurubaklagil, sebze, meyve, tam tahıl)
Bol sıvı alması ve hareketlenmesi önerilir.
Sabah kahvaltıdan önce kuru incir ve 4-5 zeytin verilebilir.
Fiziksel aktivitesinin arttırılması sağlanmalıdır.

İştahsızlık
Hastanın sevdiği ve kalorisi yüksek gıdalar önerilir.
Yemek pişerken yemeklerin kokusundan uzak tutulmalıdır.
Yemek sırasında sıvı alınmaması ve yemeğin küçük tabaklarda şık sunumu sağlanmalıdır.
Yemeklerede içerik zenginleştirmesi uygulanmalıdır.
Erken doygunluk hissi varsa hiperkalorik ve yüksek protein içerikli formüller tercih edilebilir.

Tüketilmemesi Gereken Besinler
Pastörize edilmemiş süt ve süt ürünleri.
Az pişmiş veya iç kısmı pişmemiş etler, et ürünleri, çiğ veya rafadan yumurta ve çiğ yumurtalı yiyecekler, kabuk bütünlüğü bozulmuş yumurta.
Açık ekmek, kremalı pastalar, paketsiz pastane, fırın ürünleri, restoran yemekleri.
Kabuğu soyulamayan meyveler (çilek, dut, böğürtlen, kiraz vb.) kurutulmuş meyveler.

Nötropeni
Çiğ veya kurutulmuş, sebzeler, bütün çiğ sebze ve salatalar.
Pastörize edilmemiş yağlar.
Açık olarak satılan baharatlar ve otlar.
Boza gibi mayalanmış içecekler, alkollü içecekler, gazlı içecekler.
Kapağı sürekli açılıp kapanan büyük miktardaki içecekler.

Alternatif Uygulamalar
Hastaların %22-52'si tamamlayıcı alternatif terapiler kullanıyor. Bunları %25'ini bitki ve besinler oluşturuyor.
%65-70'inin bu uygulamasından doktorun ve diyetisyenin haberi yok.
Patient Education and Counseling. 1999;38: 109–120.

Suistimal
10 aktardan alınan ısırganlardan sadece 2'si ısırgan çıkmış. 8'i ısırgan değil.

Tarama ve Değerlendirme Testleri
Nutrisyonel Risk Tarama (NRS-2002)
Mini Nutrisyonel Değerlendirme (MNA) (yaşlılarda)
Subjektif Global Değerlendirme (SGA)
PG-SGA

Malnutrisyon Tedavisinde Genel Klinik Yanlış

İHMAL EDİLME
GÖRMEZDEN GELME ⟺ AŞIRI TEDAVİ ETME

1: Spiro A et al. The views and practice of oncologists towards nutritional support in patients receiving chemotherapy. Br J Cancer 2006;95:431-4; 2: European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition; 3: Omlin AG, Strasser F. Secondary causes of cancer-related anorexia: Recognition in daily practice [..]. ASCO 2007; 4: Bozzetti F. Total parenteral nutrition in cancer patients. Curr Opin Support Palliat Care 2007;1:281-6; 5: Yavuszen et al. J Clin Oncol 2005;23:8500-11; 6: Strasser F et al. Palliative Medicine 2007;21:129-37.

Nütrisyonel tedavi yöntemlerinin seçiminde öncelikle şu soruların yanıtını vermek gerekir.

Tümör nerede, tedavi şekli ve ilaçları neler?
Nutrisyonel düzeyi nasıl?
Sağ kalım beklentisi ne?
Oral yoldan besin alımı mümkün mü? Yeterli mi?
Gastrointestinal yol kullanılabilir mi?
Kullanılır ise yeterli absorbsiyon sağlar mı?
Hastanın nütrisyonel gereksinimleri nedir?

Beslenme Desteği İçin Seçenekler
Oral beslenme ve diyet eğitimi.
Oral Nutrisyonel destekler.
Enteral beslenme.
IV Beslenme.
Hidrasyon.

Besin Tüketimi

ESPEN NEW ONCOLOGY GUIDELINE

Anorektik kanser hastalarının iştahını artırmak için sınırlı bir süre için kortikosteroid kullanımı önerilmektedir. Ancak potansiyel yan etkileri gözönünde bulundurulmalıdır.
(Örneğin; kas erimesi)

Oral Beslenme Ürünleri

Standart ürünler.
Hastalığa spesifik ürünler.
Hiperkalorik ürünler.
Modüler ürünler.
Posa ilaveli ürünler.
Yarı elementer ürünler.

Oral Beslenme Ürünlerinin Avantajları

Enerji/ protein alımını arttırması.
Hazırlama kolaylığı. (Gavaj hazırlama zorluğu)
Yükte hafif, pahada ağır olması.
Çantada, cepte taşınabilmesi.
Ürün yelpazesinin genişlemesiyle her duruma uygun ürün bulabilme şansı.

Oral Beslenme Ürünlerin Dezavantajları

Aşırı tatlı ve ağır olması.
Vitamin/ilaç kokusu algısı.
Bağırsak hareketlerini arttırması.
Hastanın tadından sıkılması.
Çok yoğun olduğu için 1-2 yudumdan sonra isteksizlik.
(İçiyorum ama sonra yemek yiyemiyorum)
Tat ve koku algısı bozulan hastalarda tüketim güçlüğü.

Ne yapmalı?

Hastaya ve hastalığa uygun düşen ürün seçilmeli.
Ürün hastaya mutlaka tattırılmalı.
Beslenme ürünü hakkında hasta bilgilendirilmeli.
(Neden gerekli, ne içeriyor)
Yüklü miktarlarda ürün reçete edilmemeli.
Mümkünse tüketip tüketilmediğinin ve kilo kazanımının kontrolü yapılmalıdır.

PALYATİF BAKIM

İnkürabl hastalarda

İntestinal yetmezlik varsa,
Oral veya EN yetersizse,
Sağkalım >2-3 ay ise,
PN'nun yaşam kalitesini, performans durumunu koruyacağı veya düzelteceği umuluyorsa,
Hasta bu tarz beslenmeyi talep ediyorsa PN uygulanmalıdır.

Dehidratasyona bağlı konfüzyonu önlemek gereklidir.
Hasta kabul ettiği ve ölüm fazı başlamadığı sürece kilo kaybını minimalize etmek için Enteral Beslenme sağlanmalıdır.
Son dönemde sadece susuzluğu ve açlık hissini önlemek gerekir.

Yaşamın Sonuna Doğru Beslenme

Terminal dönemdeki hastaların %63'ü 40 günlük takipte hiç açlık - susuzluk hissetmemişler
%36'sı ise sadece başlangıçta hissetmişlerdir. Çok az miktarda gıda ve su bile bu hissi bastırmış

Hasta için en iyisi nedir? Beslemek mi beslememek mi?

Beslenme tedavisi sadece beslenme tedavisi değildir.

Kanserli Hastanın evde bakımında nütrisyonel destek kararı nerede başlar?

Beslenme tedavisinin hedefi nedir?
Yaşam kalitesine katkı sağlayacak mı?
Hasta ne istiyor?
Nutrisyonun hastaya yararı var mı?
Riskleri neler?
Kanıta dayalı tıp hastanın beklentileri ile örtüşüyor mu?

Karar verme nerede başlar?

Önerdiğimiz plan evde uygulanabilir mi?
Beslenme hastanın ölüm sürecini uzatır mı?
Acısını artırır mı?
Uygulama komplikasyona neden olur mu?
Son dönem organ yetmezlikleri var mı?
Bizim yaşam kalitesi dediğimizi hasta da aynı şekilde mi algılıyor?

Sonuç olarak yayınlar öneriyor ki;
Son haftalarda yapay beslenmenin yararları ve getirdiği yüklere dair veri sınırlıdır ve konu çok net değildir.
Son günlere kadar yapay beslenmenin devam ettirilmesi ya da kesilmesi konusunda kanıtlar yetersizdir.
Yapay beslenmenin veya hidrasyonun yaşam süresini kısalttığı veya uzattığı konusunda yeterli veri yoktur.

SONUÇ

Kanserin tanısından ölüm sürecine kadar her aşamasında beslenme önemlidir.
Etkin beslenme tedavisinin kanserin tüm süreçlerinde olumlu etkisi vardır.
Bireysel ihtiyaçları ve klinik durumunun gerektiği şekilde beslenme planı yapılmalıdır ve takip edilmelidir.

ENTERAL BESLENME

Dr. Halil ALIŞ
Bakırköy Dr. Sadi Konuk EAH

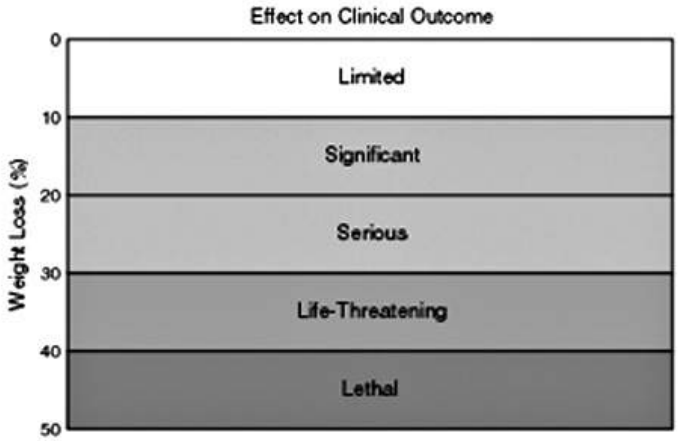
Enteral beslenme, gastrointestinal sistemin fonksiyonel ve yapısal bütünlüğü olduğu durumlarda öncelikle tercih edilmesi gereken yoldur.

Neden Enteral Beslenme?

• Mukozal villus uzunluğunun korunması.
• Fırçamsı kenarlardaki enzimlerin fonksiyonlarının devamı.
• Ig A sentezinin sağlanması.
• GIS de epitel devamlılığı ve kan akımının sağlanması.
• Gastrin, kolesistokinin, bombesin ve safra tuzlarının salınımının sağlanması.
• Patojen bakterilerin çoğalmasını engelleyen intestinal bakterilerin gelişiminin sağlanması.

Kime?

• Sağlıklı birey günde 100 gr glukoz ile yedi gün süre ile açlığa ve katabolizmaya dayanır.



• 7-10 günden fazla süredir beslenememiş hasta.
• Hastalığın 10 günden fazla sürecek olması.
• %15'ten fazla kilo kaybı olan hasta.
• Ağır disfaji.
• Majör yanık.
• Düşük debili enterokütan fistül.
• Majör travma.

Enteral Beslenme Yolları

• Oral.
• Nazoenterik tüp.
• Mide / jejenum.
• Ostomi.
• Perkütan / cerrahi.
• Mide / jejenum.
• Oral alımı 1 ay.
• Daha kısa nazo/oro gastrik veya jejunal yollar.
• Daha uzun gastrostomi, jejunostomi, gastrojejunostomi.

Ne Sıklıkla?
• Bolus.
• Aralıklı.
• Kontinü.

Bolus Beslenme
• 250- 400 ml beslenme ürününün hızlı bir şekilde enjektör
ile verilmesi.
• Uygulama hızı dakikada 30 ml'yi geçmemeli.
• Uygulamada enjektör pompası kullanılmaz, yerçekimi ile besinin gitmesi.

Aralıklı Beslenme
• Bireyin alması gereken günlük beslenme ürününün eşit parçalara bölünerek 4- 6 defada verilmesi.
• Her bir öğündeki ürünün veriliş hızı 30- 60 dakika.

Sürekli Beslenme
• Beslenme pompaları kullanılır.
• 20- 24 saate varan sürelerle verilmesi.
• Yoğun bakım.
• Komplikasyon riski az.

Ne Sıklıkla
•Enteral yol ile beslenmede önce 30-50mml/saat hızında başlanır, sonra her gün 10-25 ml/saat artırılır.
• Sıvı elektrolit dengesi kontrol edilir.
• Günlük en fazla 100 mEq Na ve K enteral sıvıya eklenebilir.
• Enteral beslenmeyi tolere edemeyen (kusma, diyare) hastaların diyet osmolaritesi azaltılır.

Nasıl?
• Oturur pozisyonda.
• Su ile başla.
• Ilık ver.
• Su ile bitir.

Nazoenterik Yol
• Uygulama.
• Yatak başı.
• Endoskopik, floroskopik, cerrahi.
• Midede veya jejunumda sonlanabilir.
• Gastroparezi, mide çıkış obstruksiyonu.
• Özefajektomi, gastrektomi.

Kalınlık
• Mide için 8-12 french'lik tüpler.
• Yerleşim kontrolü.
• Tüpten hava verilerek mide dinlenebilir.
• Kulak - ksifoid arası mesafe ölçümü?
• Grafiler.
• AP grafi.

Nazojejunal Yol
• Yerleştirme.
• Endoskopi ve floroskopik yerleşim-kontrol.
• 'drag-and-pull'.
• Nazojejunal tüpün ucu suture edilir, endoskopik grasper ile sutur jujunuma bağlanır.
• Bu yöntemde hemoklip de kullanılabilir.
• İkinci en sık teknik guide üzerinden tüpün yerleştirilmesi.

Nazoenteral Komplikasyonlar

• Aspirasyon.
• Jejunal beslenmede daha az.
• Nazal mukozal ülserasyon.
• Nazal kanama.
• Otitismedia.
• Farenjit.
• Sinüzit.
• Trakeoözefageal fistül.
• Tüp migrasyon/obstruksiyonu.

Perkütan Endoskopik Gastrostomi (PEG)

• Gauderer 1980.
• Endoskopik transillumination sonrası gastrik tüpün mideye yerleştirilmesi.
• Transillumination olan bölge parmakla işaretlenir ve tup perkütan olarak yerleştirilir.

Endikasyonlar

• 1 aydan uzun süreli enteral beslenecek hastalar.
• Baş-boyun kanserleri.
• İnme bağımlı disfaji.
• Demans.
• Amyotrophic lateral sclerosis (ALS).
• Multiple sclerosis (MS).
• Kateterin mantar kısmı Midede.
• Beslenme tüpü karın cildinden dışarıda-cilde tespit.
• Tüpe kilit ve musluk yerleştirilir.
• PEG kateteri varken yutma zorluğu yoksa ağızdan normal beslenme sürdürülebilir.
• Dönüşümlü.
• Normal yutma organları ve mekanizmalarına zarar vermez.
• Normal yollarla yeterli beslenme sağlanabildiğinde zahmetsizce çıkarılabilir.
• Herhangi bir nedenle beslenmenin yetersiz kaldığı hallerde günlük besin ve sıvı ihtiyacının doğal bir yolla (mide barsak sistemi) karşılanmasını sağlar.
• İşlem sonrası 4. saatten sonra 50 ml su verilmeli.
• Kateterde kaçak yok - mide boşalımı normalse beslenmeye geçilmeli.
• 25 mL ile başla.
• Her 4 saatte bir 25 mL artır.
• Günlük besin ihtiyacı karşılanana kadar.
• Hazır beslenme solüsyonlarından başka öğütülerek ya da ezilerek akışkan bir muhallebi kıvamına getirilmiş bütün normal yiyecekler PEG kateterinden verilebilir.
• Besinlerin ılık olmasına özen gösterilmelidir, sıcak yiyecekler tüpte şekil bozukluğuna neden olabilir, çok soğuk besinler tüpü tıkayabilir.
• Günlük besin ihtiyacı 4 ya da 6 öğün halinde verilir.

Kontrendikasyonlar

• Koagulopati.
• Gastrik varisler.
• Gastrektomi.

Komplikasyonlar
• En sık komplikasyon PEG etrafında yara enfeksiyonu.
• Nekrotizan fasit!
• Peristomal kaçak.
• Ateş.
• Mide ülseri.
• Tüpün migrasyonu.
• İntraabdominal kanama.
• Gastrik veya kolonik perforasyon.
• Fistül.
• Buried bumper syndrome: iç halkanın cilde migrasyonu.

Perkütan endoskopik gastrojejunostomi
• Klasik olarak PEG açıldıktan sonra bunun içerisinden 9-12 F lik 2. bir tüpün jejunuma İlerletilmesi.
• 2. bir yöntem ise endoskopik hemoklip yarımı ile tüp jejunuma yerleştirilir.

Endikasyonları
PEG ile aynı.
Migrasyon oranları daha yüksek.
Öncelikli tercih değil.

Direk perkütan jejunostomi
• Entereskop veya pediatrik kolonoskop yardımı ile jejunuma tüpün direk olarak Yerleştirilmesi.

Direk perkütan jejunostomi
• Standart olarak pull tekniği uygulanır.
• Transillumination fokusunun abdomende görülmesi zorunludur.
• 6 aydan daha kısa süreli veya gastrik boşalma güçlüğü olan hastalara uygulanır.
• Kanama, apse kolonik perforasyon ciddi komplikasyonlardır.

Cerrahi gastrostomi
• Gastrotomi yapıldıktan sonra gastrik tüpün yerleştirilmesi ve sonrasında batın duvarına fikse edilmesi şeklindedir.
• İlk kez Stamm 1894'te tanımlamıştır.
• Endoskopik uygulamaya göre morbiditesi daha yüksek ve daha pahalıdır.

Cerrahi jejunostomi
• İlk kez Bush 1858'de tanımladı.
• Daha sonra Witzel tarafından modifiye edildi.
• 1990'larda laparoskopik olarak uygulanmaya başladı.

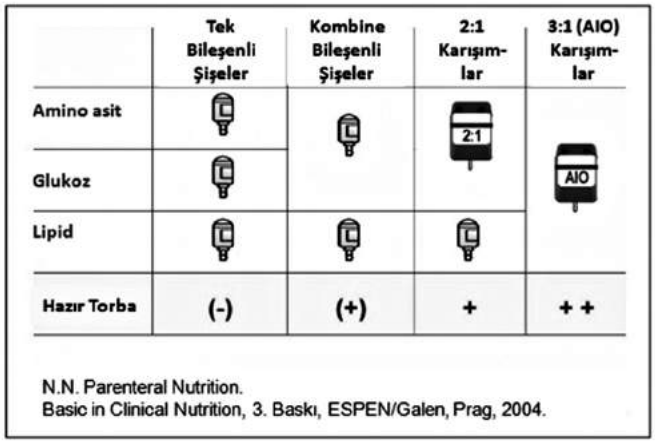
PARENTERAL BESLENMEDE ULAŞIM YOLLARI VE UYGULAMA, KOMPLİKASYONLAR VE BAKIM

Dr. Hülya SUNGURTEKİN
Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Anesteziyoloji Anabilim Dalı

Parenteral Nütrisyon

Hastanın malnütrisyona düşmeden yaşamını sürdürebilmesi veya malnütrisyonda ise bu durumdan kurtarılması amacıyla hasta için gerekli besin maddelerinin yeterli ölçüde ve dengeli olarak kısmen veya tamamen parenteral yolla verilmesidir

Parenteral Nütrisyon Sistemleri



N.N. Parenteral Nutrition.
Basic in Clinical Nutrition, 3. Baskı, ESPEN/Galen, Prag, 2004.

Parenteral Nütrisyonda Erişim Yolları

Parenteral nütrisyon tedavisi kısmi veya tam iv nütrisyondur.
Parenteral nütrisyon periferik veya santral ven yoluyla uygulanabilir.
Santral kateterizasyon yapılamayan hastalarda şant yoluyla uygulanabilir.

Periferik Parenteral Nütrisyon

Tedavi 7 - 10 günden kısa sürecek ise
Osmolaritesi (<850 mOsml/L)
Yetersiz enteral nütrisyona destek.
Santral kateter takılıncaya dek,
Santral venöz kateterizasyon kontrendike veya olanaksız ise
Kateter sepsisi ve bakteriyemi.

Avantajları

Deneyimli tıbbi personel gerektirmeyen kolay erişim yolu.
Santral kateterizasyon komplikasyonları yok (teknik/septik).
Giriş yerindeki flebitin erken tanınması.
Periferik uygulamada el veya önkol venleri tercih edilmelidir.

İnfüzyonlarda belirleyici faktörler ozmolarite, solüsyonun pH'sı, infüzyon hızı, kateter yapısı ve kateter çapıdır.
Periferal PN (PPN)'un (kısa periferal kanül veya orta hat kateteri ile verilen) sadece kısıtlı bir süre ve yalnız osmolaritesi 850 mOsm/L'yi geçmeyen besin solüsyonları verildiğinde kullanılması önerilir (Düzey C).
Evde PN, bu kateterler yüksek dislokasyon ve komplikasyon riski taşıdıklarından, kısa kateterlerle verilmemelidir (Düzey C).
İster kısa kanüllerle ister orta hat kateterler yoluyla verilsin, periferal PN tromboflebit açısından dikkatli gözlem gerektirir (Düzey C).

Periferik PN ve ozmolarite:
900 mOsm/L aşılmamalıdır. (INS* önerisi: 600 mOsm/L; ESPEN önerisi: 850 mOsm/L)
Amino asit final konsantrasyonu: ≤%3
Dekstroz final konsantrasyonu: ≤%10
Periferik kateterlerle komplikasyonları azaltmak için yapılan ozmolarite ile ilgili bu ayarlamalar, diğer yandan hastanın sıvı ve enerji ihtiyaçlarını karşılamayı güçleştirebilir.

Santral Parenteral Nütrisyon
Kateterlerin gruplandırılması
Giriş yeri: Periferik-santral
Yerleştirme yöntemi: Perkütan, küçük kesi, cut-down
Tedavi süresi: Kısa, uzun, kalıcı.
Tünelli, tünelsiz
Lümen sayısı. Bir, iki, üç.
Ven dışındaki kateter ucunun yeri: Dışarıda kalan uç veya tamamen kapalı (port).

Kateter seçimi
Kısa-süreli: Yatan hastada PN için periferden yerleştirilen santral kateterler (PYSK) yanında birçok tünelsiz santral venöz kateterler (SVK) uygundur (Düzey B).
Orta-süreli: PYSK'ler, Hohn kateterleri, tünelli kateterler ve portlar uygundur. Yüksek infeksiyon oranı, tıkanma, dislokasyon ve trombozis nedeniyle tünelsiz santral kateterler EPN'da kullanılmamalıdır (Düzey B).
Uzamış kullanım ve EPN (>3 ay) genellikle uzun süreli bir kateter gerektirir. Tünelli kateterler veya tam implante kateterler seçilebilir. Sık (günlük) giriş gereken kişilerde genellikle tünelli bir kateter tercih edilir (Düzey B).

Santral Venöz Kateterizasyonda Kullanılan Venler
Boyun: Eksternal juguler, İnternal juguler
Göğüs: Subklavian
Kol : Basilik, Sefalik
Bacak : Femoral

Periferik Yolla Yerleştirilmiş Santral Venöz Kateterler
Sefalik / basilik ven yoluyla santral vene ulaşmak.
Daha ufak bir çap.
Uzun dönemde daha fazla tromboflebit riski (%10-15).
Ciddi komplikasyon yok.
Antekübital fossa veya kol ortasına yerleştirmenin kateterin çıkış yerini endotrakeal, oral ve nasal sekresyonlardan uzaklaştırarak önemli avantaj sağladığı kabul edilir (Düzey C).

Tünelsiz Santral Venöz Kateter
Tünelli Kateterler
Uzun süreli TPN gerektiğinde infeksiyon riskini azaltmak amacıyla tünelli kateterler tercih edilmelidir
SPN, genellikle juguler veya subklavian venden uygulanır.
SPN tek lümenli kateter ile uygulanabilir veya tek lümen nütrisyon solüsyonuna ayrılmalıdır.
Venin seçimi vene giriş tekniği, ilişkili mekanik komplikasyonların riski, kateter giriş yerinin uygun bakımının yapılabilirliği ve trombotik ve infektif komplikasyonları içeren birkaç faktörden etkilenir (Düzey B).
PN için femoral venin kullanılması, kasıktaki çıkış yerinde yüksek kontaminasyon riski ve yüksek venöz tromboz riskiyle ilişkili olduğundan, göreceli olarak kontrendikedir (Düzey B).
İnternal juguler vene yüksek yaklaşımlar (sternoklaviküler kasın önünden veya arkasından) çıkış yerinin bakımının zor olması ve yüksek kateter kontaminasyonu ve kateter-ilişkili infeksiyon riski varlığı nedeniyle önerilmemektedir (Düzey C).

Santral venöz kateteri yerleştirmede en iyiteknik hangisidir?
Ultrason-kılavuzluğunda (gerçek zamanlı ultrasonografi ile) venöz girişin, daha yüksek başarı oranı olduğuna dair kanıt vardır. Bu nedenle tüm SVK yerleştirmelerinde ultrason desteği kuvvetle önerilir (Düzey A).
Maliyet etkinliği ve infeksiyon riski açısından cerrahi cutdown ile yerleştirme önerilmez (Düzey A).

İnfüzyon Süresi
Hastanın bir günlük gereksinimini içeren bir torbanın 24 saatte ve sabit bir hızla tüketilmesi substratların maksimum kullanımına fırsat tanır

İnfüzyon pompalarının kullanılması önemli bir kolaylıktır
Ayrı verilen formlarda iv yola bağlı septik veya metabolik komplikasyonlar
Ayrı bölmeler, hastanede hazırlanan torbalar ve hepsi bir arada olan ürünler karşılaştırıldığında ayrı bölme uygulaması daha pahalı!

Kateter rutin olarak yıkanmalı mıdır ve hangi solüsyon/ ne sıklıkla kullanılmalıdır?
PN için kullanılan SVK çoğu kullanılmadıkları zaman izotonik solüsyon ile güvenle yıkanabilir ve kapatılabilir (Düzey B).
Heparinize solüsyonlar implante portlarda veya 8 saatten daha fazla kapalı kalması düşünülen kateterlerde, üretici tarafından önerildiğinde kapatmak için kullanılabilir (Düzey C).

Lümende tıkanıklığı önlemek için neler yapılmalıdır?
Lümenin tıkanması uygun hemşire bakımı ile önlenebilir (Düzey C).
1-PN'nin sürekli infüzyon olarak verilmesi.
2-Kateterin kullanılmadığı zamanlarda yıkanması.
3-Kan ürünleri, kontrast madde infüzyonu ve kan almadan kaçınılması.
4-Lipit PN ve heparin solüsyonunun direkt temasından kaçınılması.

KOMPLİKASYONLAR
Teknik.
İnfeksiyöz.
Metabolik.

Teknik Komplikasyonlar-Periferik
En sık görülen periferik PN komplikasyonu flebittir (% 3-31).
Flebitin sonuçları lokal abse, lokal doku nekrozu, bakteremi ve sepsis gibi ciddi olabilir.
Sürekli kemoterapi, % 10 dekstroz ve/veya % 5 proteinden daha konsantre solüsyonlar, pH değeri <5 ve/veya >9 olan ve/veya ozmolaritesi 900 mOsm/L'den büyük solüsyonlar.
Flebit riski kateterin 72 saatten uzun kaldığı durumlarda çok yükseldiği için kateter her gün değiştirilmelidir.
Solüsyona 1000 IU/L heparin ve/veya 5-10 mg/L hidrokortizon eklenebilir.

Teknik Komplikasyonlar-Santral
Erken ve geç komplikasyonlar.
Erken komplikasyonlar genellikle teknik komplikasyonlardır.
US/doppler kullanımı komplikasyonların azaltılmasında önemlidir.
Geç komplikasyonlar
-Kateterin tıkanması.
-Santral ven trombozu.
Tromboz riskinin azaltılması
Giriş yerinin uygun seçimi.
Kateter ucunun uygun lokalizasyonda bulunması.
Daha yumuşak modern kateterlerin kullanımı.
Yüksek glukoz konsantrasyonlarından kaçınılması.

İnfeksiyöz Komplikasyonlar
Lokal infeksiyon – infeksiyona ait lokal ve genel bulgular olmaksızın bir örnekte mikrobiyal patojen bulunmasına kateter kolonizasyonu denir.
İnvaziv infeksiyon – en tehlikeli komplikasyondur ve santral kateter yerinde iken her an olabilir.
Kateterle ilişkili kan dolaşımı infeksiyonları intravasküler kateterlerin septik komplikasyonlarını tanımlamak için kullanılan bir terimdir.

Hangi kanıta dayalı girişimler katetere-bağlı kandolaşımı infeksiyonları riskini etkili olarak azaltır?
Tünelli ve implante kateterler kullanmak (değeri sadece uzun-süreli kullanımda doğrulanmıştır).
Antimikrobiyal kaplı kateterler kullanmak (değeri sadece kısa-süreli kullanımda doğrulanmıştır).
Tek lümenli kateterler kullanmak.
Mümkün olduğu zaman periferalden girişi (PYSK) kullanmak.
Giriş yerini uygun seçmek.
Ultrason kılavuzluğunda vene girmek.
Yerleştirme sırasında en üst düzeyde bariyer önlemlerini almak.

Bazı önlemler infeksiyon riskini azaltmada etkili değildir.
Set-içi filtreler.
Santral yolların programlı olarak rutin değiştirilmesi.
Antibiyotik profilaksisi.
Heparin kullanılması.

KBKDİ'nun tanısı için en iyi yöntem hangisidir?
-Kateterin kantitatif veya yarı kantitatif kültürü,
-Periferal venden ve kateterden eş zamanlı alınan kantitatif veya kalitatif kan kültürleri (kateter yerinde bırakıldıysa) yoluyla yapılır (Düzey A).

Tünelsiz SVK'lerde KBKDİ'nun en iyi yönetimi hangisidir?
Şunların varlığında kateter çıkarılmalıdır:
(a) çıkış yerinde lokal infeksiyon kanıtlarının olması.
(b) sepsisin klinik bulgularının olması.
(c) kılavuz tel üzerinden değiştirilmiş kateter kültürünün pozitif olması.
(d) pozitif eş zamanlı kan kültürleri (periferal kandan ve kateterden alınan kandan) (Düzey B).

Tünelli SVK'lerde KBKDİ'nun en iyi yönetimi hangisidir?
Şunların varlığında kateter çıkarılmalıdır:
(a) tünel infeksiyonu veya port apsesi.
(b) septik şokun klinik bulguları.
(c) eş zamanlı kültürlerin mantar veya yüksek virülanslı bakteriler için pozitif olması.
(d) komplike infeksiyon varlığı (örneğin, endokardit, septik trombozis veya diğer metastatik infeksiyon kanıtları).
Diğer durumlarda, antibiyotikle kapatma tekniği kullanılarak kateteri korumak denenebilir (Düzey B).

Metabolik Komplikasyonlar
-Elektrolit eksiklikleri – K, Mg, P, Ca.
-Eser element eksiklikleri - Fe, Zn, Cu, Se vb.
-Vitamin eksiklikleri - B1, B2, B6, B12, C, folik asit, A, E.
-Esansiyel yağ asiti eksiklikleri.

-Hiperglisemi veya hipoglisemi.
-Hiperkalsiüri, hiperkalsemi.
-Hiperazotemi.
-Hipertrigliseridemi.
-Karaciğer steatozu.
-Parenteral beslenmeye bağlı karaciğer hastalığı.
-Refeeding sendromu.
-Kemik hastalığı.

Trombotik komplikasyonları önlemek için neler yapılmalıdır?
USG eşliğine kateter takarak damar hasarının en aza indirilmesi.
Yetebilecek en küçük çaplı kateterin kullanılması.
Atrio-kaval bileşkeye en yakın kateterin kullanılması.
Tromboz riski yüksek olan hastalarda DMAH kullanılması (Düzey C).

Refeeding Sendromu
Enerji metabolizması temel olarak yağ asitleri ve ketonları kullanan ciddi malnütrisyonlu hastalarda görülür. Glukozdan zengin yüksek enerji, aniden artan insülin sekresyonu, fosfat ve potasyumun hücre içine girişi, ekstrasellüler konsantrasyonların düşmesi.
Kardiyak fonksiyonlarda kötüleşme.
Önlem: günlük enerji ihtiyacının %20-30'u ile başlanmalı.

Fosfat ve potasyum replasmanı, sık kan şekeri kontrolu ve 100 mg tiamin bolusu.
Kanser hastalarının %25, YBÜ hastalarının %34.

Metabolik Komplikasyonlar-Kemik
Uzun dönem PN alan hastaların yaklaşık %30'unda PN ile ilişkili kemik hastalığı oluşur.
Kemik yoğunluğu düzenli olarak ölçülmelidir.
Fosfat ve magnezyum alımının arttırılması, yeterli kalsiyum ve D vitamini alınması, egzersiz yararlı.

PN İle İlaç Etkileşimi
1. İlaç, besin öğesi etkileşiminin potansiyel riski nedeni ile PN torbalarına ilaç koyulmamalıdır.
2. PN ile birlikte ilaç verilmesi kaçınılmaz ise, ilacın PN ile uyumluluğu ve geçimliliğinden emin olunmalıdır.
3. Verilecek ilacın geçimliliği ile ilgili bilgi yoksa, ayrı damar
yolundan verilmelidir.
4. Geçimlilik ile ilgili bilgiler kullanılan ilacın konsantrasyonu dikkate alınarak değerlendirilmelidir.
5. PN'a vitaminler ve eser elementler eklenirken çökelme ve parçalanmayı engellemek için önce fosfor ve arkasından kalsiyum eklenmelidir. Eser elementler ve fosfat eklendiğinde
torba 24 saat içinde kullanılmalıdır.
6. Etkinliği azalacağı için PN'ye insülin eklenmemelidir.
7. Servis ortamında PN torbasına ilaç eklenmemelidir.

PN İle İlaç Etkileşimi
8. Zorunluluk olduğunda PN torbasına bir ilaç eklerken aşağıdaki durumlar göz önünde tutulmalıdır.
8.1. PN formülasyonunun emülsiyon karakterinin değişebileceği.
8.2. İlacın, torba materyali (EVA, PVC, polyolefin gibi) ile reaksiyona girebileceği.
8.3. Bazı besin öğelerinin reaksiyonu (oksidasyon gibi) ile ilacın aktivitesini kaybedebileceği.
8.4. Bileşenlerle reaksiyona girmesi (çökelti, radikal oluşumu gibi) sonucu toksisiteye neden olabileceği.

PN karışımlarda stabilite

Fiziko-kimyasal geçimsizlik
-Emülsiyonda bozulma.
-Lipit peroksidasyonu.
-Vitaminlerin oksidasyonu.
-Çözünmeyen çökeltilerin oluşması.
Yanlış aseptik hazırlama tekniğine bağlı mikrobiyal stabilite sorunu.

Stabilite sorunlarının önlenmesi için:

Farmasötik uzmanlık ve tavsiye gereklidir.
Farmasötik besin öğelerinin veya ilgili ilacın özellikleri göz önünde tutulmalıdır.

1. Hepsi bir arada karışıma en son lipit eklenmelidir. Elektrolitler ve eser elementler asla doğrudan lipit emülsiyonlarının içine karıştırılmamalıdır.
2. Pulmoner arter embolisi riskini azaltmak amacıyla, lipit emülsiyonunda çapı 6 µm'den büyük partikül olmamalıdır.
3. pH 5.0'ın altına düştüğünde lipit emülsiyonunun stabilitesi bozulacağından, bukonuda dikkatli olunmalıdır.
4. Çoklu-doymamış esansiyel yağ asitleri peroksidasyonla oksidatif strese ve toksisiteye neden olabilir. Daha az hava geçiren çok katlı torba kullanmak, ışıktan korumak, buzdolabında saklamak, eser elementleri infüzyondan hemen önce ilave etmek, torbalara kılıf geçirmek ve sarı veya turuncu uygulama setlerini kullanmak ile peroksidasyon azaltılabilir.
5. Amino asit solüsyonları, mekanik bariyer, tamponlama kapasitesi ve elektrolitlerin çökelti oluşumuna karşı koruyucu etki göstermektedirler. Bu nedenle karışıma ilk olarak amino asitler eklenmelidir.
6. Çökelti oluşmasını engellemek amacıyla, artı 2 değerlikli katyonlar amino asit solüsyonlarının içine eklenmelidir.
7. Kalsiyumun ile fosfatın molar konsantrasyonlarının çarpımı 72'yi (Ca++ mmol/L xP mmol/L < 72) geçiyorsa, inorganik fosfat ve kalsiyum stabilitesi bozulacağından, buna dikkat edilmelidir. Yüksek miktarlarda kalsiyum ve fosfat gereksinimi varsa, organik fosfat tuzları (glukoz-1-fosfat veya fosfat gliserol gibi) kullanılmalıdır.
8. Vitaminler hepsi bir arada karışımlara infüzyondan hemen önce ilave edilmelidir.
9. Uzun tatiller nedeniyle hastaların torbalarını tatil öncesinden hazırlamak zorunda kalan ünitelerde:
9.1. PN torbaları en fazla altı günlük hazırlanmalıdır.
9.2. Torbalara servislerde yapılacak eklemelerin, infüzyondan hemen önce ve aseptik kurallara uyularak yapılması gerekir.
10.Zorunlu durumlar dışında (uyumluluk listeleri güncel hazırlanmış olsa bile) ilaçlar karışımlarla aynı setten verilmemelidir.
11. Dolumu tamamlanan her bir PN torbası, büyük partiküllerin oluşması açısından
kuvvetli ışık altında ve koyu renkli bir zemin üzerinde detaylı değerlendirilmelidir.

Özet

Parenteral nütrisyon, nütrisyon desteği gereken olgularda enteral nütrisyonun uygulanamadığı durumlarda endikedir.
Standart hepsi bir arada karışımlar, birçok PN tedavisi vakalarında kullanılmaktadır.
Periferik / santral parenteral nütrisyon.
Enfeksiyon, mekanik ve metabolik gibi ciddi komplikasyonlar görülebilir, monitörizasyonla erken fark edilir.
Hepsi bir arada karışımlar, ilaç taşıyıcısı olarak uygun değildirler.

MALNÜTRİSYONUN ÖNEMİ HERKESİ TARAYALIM MI? "NEDEN EVDE BAKIMDA BESLENME?"

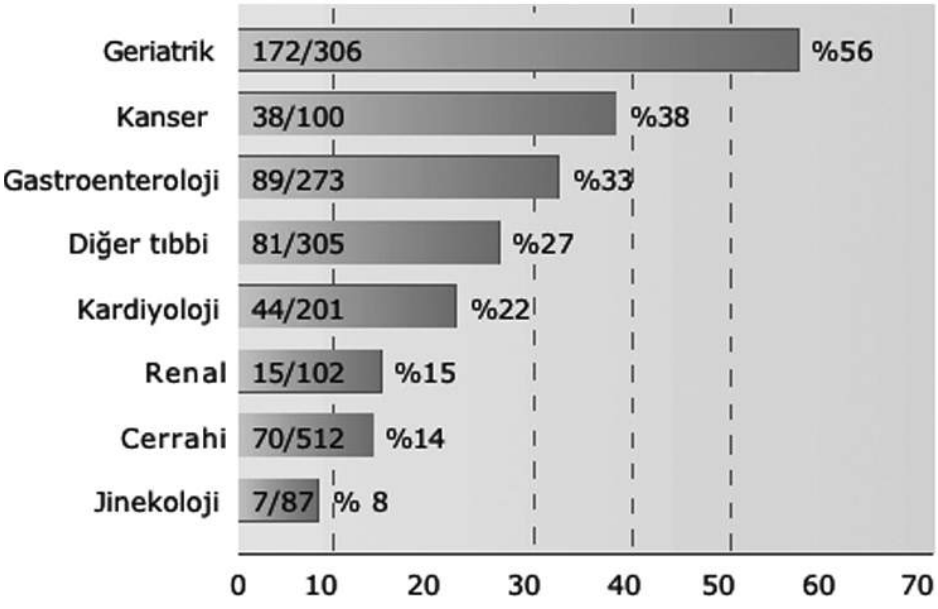
Dr. Sadık KILIÇTURGAY
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi
Genel Cerrahi AD HPB Cerrahi Birimi

Malnütrisyon, Sarkopeni & Kaşeksi



Enerji, protein ve diğer besin ögelerindeki dengesizliklerin doku, fonksiyon ve klinik sonuç üzerine ölçülebilir advers etkilere yol açtığı nütrisyon durumu. ESPEN 2006

Malnütrisyon yönünden yüksek riskli gruplar



Toplumda malnütrisyon
~ %15'i evde bakılan yaşlılar.
~ %30'u bakımevi.
~ %48'i uzun süreli bakımdaki yaşlılar.

Hastanede malnütrisyon
%64 NRS-2002 skor ≥3
%25 NRS-2002 skor ≥5

Malnütrisyonun nedenleri
Artmış enerji kullanımı
Maldijesyon.
Malabsorbsiyon.
Mide bulantısı, kusma.
Diyare, yağlı dışkı.
Kendi kendilerine yiyememe.
Dental durumun kötü olması.
Sosyal / finansal problemler.
Anoreksi.
Disfaji.
Yaş.
Travma.
Kronik hastalıklar.
Tüketici hastalıklar (Örnek. malignite).
Karaciğer hastalığı.
Hipertiroidizm ve diğer endokrin bozukluklar.

EEN - ENDİKASYONLAR

ABD
% 43 malign hastalıklar
% 30 nörolojik yutma bozuklukları
İngiltere:
% 65 nörolojik
Danimarka-Avusturya:
% 90 nörolojik yutma
bozuklukları
İtalya:
% 67 malign hastalık

Kardiyovasküler Sistem
Vücut ağırlığı kaybı ile doğru orantılı.
Kalp kas kitlesinde azalma.
Azalan kalp kas kitlesi sonucu.
Kalp hacminde % 40 azalma.
Vitamin, mineral ve elektrolit eksiklikliği.
Kalp yetmezliği ve aritmiler.
Uzamış malnütrisyon.
Periferik dolaşım bozulmakta.

Solunum Sistemi
% 20'den fazla protein kaybı.
Solunum kasları yapı ve fonksiyonu etkilenir.
Diyafragma kas kitlesinde azalma.
Solunum işinde artış.

Renal Sistem
Renal plazma akımı ve glomerüler filtrasyon oranı azalır.
Su ve tuz yükünü atabilme kapasitesi azalır.
Ekstrasellüler sıvı hacmi hızla artar ve ödem gelişir.

Gastrointestinal Sistem
Enterosit ve kolonosit yıkılımı artar.
Lipid, karbonhidrat ve protein emilimi bozulur.
Enzim salınımında azalmalar gözlenir.
Diyare sıklıkla mevcuttur.
İntestinal bariyer fonksiyonları bozulur.

Kas Fonksiyonları
Birkaç günlük açlık
Kas fonksiyonları azalmaya başlar.
Malnutrisyon devam ederse hücre kitlesindeki kayıp daha da artar.

Termoregülatuar Sistem
Soğuğa termojenik yanıt bozulur.
Hipotermiye yatkınlık vardır.
Ağır malnutrisyonda febril yanıt kaybolur ve enfeksiyon varlığında bile ateş görülmeyebilir.

İmmün Sistem
Hücresel immünite ve enfeksiyon direnci bozulur.
Timusta lenfositler azalır ve timus atrofisi gelişir.
Hipoalbuminemide sitokin metabolizması özellikle IL-1 aktivitesi baskılanır.
IL-1 aktivitesinde azalma ile lenfosit üretim hızı azalır.
Kompl. sistemi baskılanması ile fagositoz, kemotaksis ve bakteri yıkımı bozulur.

Yara İyileşmesi
Yara iyileşmesinde gecikme meydana gelir.

Malnütrisyon üzerindeki EuroOOPS çalışması.
Nütrisyonel risk ve klinik sonuç arasında ilişki inceleniyor.
(n:5051-21 ülke-26 dept.)
Nütrisyonel durum (NRS 2002)
Komplikasyonlar.
Mortalite.
Hastanede kalma süresi.

EuroOOPS çalışması "Komplikasyon"

Komplikasyonlar riskli hastalarda çok sıktır.

EuroOOPS çalışması "Ölüm"
Ölüm, risk grubundaki hastalar arasında daha sık.

EuroOOPS çalışması "HKS"
Riskli hastalarda komplikasyon olsun olmasın HKS artar

EuroOOPS çalışması "Malnutrisyon riski"

	Malnütrisyon riski	**n**
	%	
Travma hastaları	69	
Yaşlılar	53	
Dekompanse kalp hastalığı	53	
Akut solunum	49	
Gastroenteroloji	47	
Onkoloji	30	
Ameliyet	19	
Total	32.6	5051

Malnütrisyonun maliyeti
Amaral T 2007, Portekiz:
Hastalıkla ilişkili malnütrisyonun, maliyetleri %19,3 veya hasta başına 200 -1500 € artırdığı gösterilmiştir.

Elia M 2009, UK:
3 milyon riskli insanın malnütrisyon maliyeti UK'da her yıl 13 milyar £
Nütrisyonel destek maliyetleri malnütrisyon maliyetlerinden %2,5 daha azdır

Biz bu gerçeğe önem veriyor muyuz ?
Hastanede yatış süresince çeşitli hasta gruplarında yetersiz nütrisyonal bakımdan dolayı nütrisyonal durumda bir kötüleşme meydana geldiği tanımlanmıştır.

A: İyi beslenen hastaların %9,6'sı hastanede yatış süresince malnütrisyonlu hale gelir.
B: Hastanede yatış süresince hastaneye kabulde malnütrisyonlu olan çok sayıda hasta taburcu edildikleri zaman malnütrisyonlu kalmışlardır (%72).
Malnutrisyonu; nasıl fark edeceğiz? Nasıl değerlendireceğiz?

Tarama:
Hızlı ve basit işlem.
Bir çok kişi yapabilir.
Kilo, besin alımı, hastalığın varlığı temel ayrıntıları.
Sonrasının planlaması.
Risksiz: Tekrardan tarama.
Risk var: Nütrisyon planı yap veya değerlendirme için sevk.

Değerlendirme:
Detaylı inceleme.
Eğitimli kişi gerekli.
Tüm geçmişi, metabolik incelemesi, fonksiyonel değişkenlere (laboratuvar testleri) değerlendirilmeli.
Endikasyonları, olası yan etkiler ve özel beslenme teknikleri dikkate alınarak tam bakım planı saptanır.

SUBJEKTİF GLOBAL DEĞERLENDİRME

HİKAYE:

Ağırlıktaki değişimler:
Son 6 aydaki kilo kaybı: Miktarı ..... kg; Kaybın yüzdesi: %.....
Son 2 hafta içinde kilodaki değişiklik: Artma ( ) Değişiklik yok ( ) Azalma ( )

Gıda alımındaki değişiklikler:
Değişiklik yok ( ) Değişiklik var ( ) Süresi: ..... hafta
Tipi: Normalden az katı gıda alımı ( ) Tamamen sıvı gıdalar ( ) Düşük kalorili diyet ( ) Açlık ( )

Gastrointestinal semptomlar (2 haftadan daha uzun süre devam eden):
Semptom yok ( ) Bulantı ( ) Kusma ( ) İshal ( ) İştahsızlık ( )

Fonksiyonel kapasite:
Normal ( ) Azalma mevcut ( ) Süresi ..... hafta
Tipi: Normalden daha az ( ) Ayakta ( ) Yatağa bağlı ( )

Nutrisyonel gereksinmeler üzerinde hastalığın etkisi:
Primer teşhisi: .....
Mettabolik gereksinmeleri: Stres yok ( ) Düşük stres ( ) Orta derecede stres ( ) Şiddetli stres ( )

FİZİK MUAYENE:

(Her bir özellik için belirtin : normal = 0, hafif =1+, orta = 2+, şiddetli = 3+)
Ciltaltı yağ dokusu kaybı (Triseps, göğüs) .....
Kas kaybı (gudriseps, deltoit, temporal) .....
Ayak bileği ödemi..... , pretibial ödem ..... sakrumda ödem ..... Asit .....

SGD Derecesi (yorum) A = İyi beslenmiş
B = Hafif derecede malnütrisyon veya malnütrisyon şüphesi
C = Orta – ağır malnütrisyon

YETERSİZ BESLENMENİN TOPLAM RİSKİ

0 = Düşük
Rutin Klinik Bakım

Tarama tekrarı.
Hastane–her hafta.
Evde Bakım – her ay.
Toplumda- spesiyal gruplar için her yıl.
Örneğin 75 yaş üzeri.

1 = Orta
Gözlem
Hastane– 3 gün boyunca besin ve sıvı alımı belgelenmiş.
Evde Bakım (hastanede olduğu gibi).
Toplumda – Tarama tekrarı, örneğin <1 ay 'dan >6'ıncı aya (eğer gerekirse besin önerisi).

≥ 2 = Yüksek
Tedavi
Hastane – diyetisyene veya yürülüktte olan lokal poliçelere yönlendirir.
Genelde besin takviyesi ve tamamlayıcıları ile ilk olarak takip edilir.
Evde Bakım (hastanede olduğu gibi).
Toplumda (hastanede olduğu gibi).

19 Mart 2015 KEPAN Kongresi – "ONCA PANELİ"

A.Van Gossum - S.Kılıçturgay
"Almanya-İspanya-Hırvatistan-Türkiye"
Proje sorumluları eylem planlarını özetlediler.
"Ulusal Sağlık otoritesi" sorumluları
Kamu'nun projedeki rolü, Kamu Eylem planları
SGK'nın malnutrisyona bakış açısı

Tüm yatan hastalarda nutrisyonel tarama projesi
Proje, 01 Eylül de başladı.

İlk 2 ay > 40.000 hasta.
Ortalama % 8.13
Onkoloji -Onkoloji % 25-30
Yanık. % 36.7
YB % 34.3
Palyatif bakım % 61.3

"Ulusal Beslenme Günü"Hedef : > 50 000 hasta verisi
Ülkenin fotoğrafını çekmek?
Sağlık otoritesine karar almada önemli bir veri oluşturmak?
Ülkemizde bölgeler ve merkezler arası farklılığı anlamak.
Farklı alanlarda alt sorunların analizinin yapılabilmesi.
Sorunun çözümüne yönelik projeler geliştirilebilmesini sağlayacak datayı oluşturmak.

Nütrisyonel destek planlandı / Pratik yaklaşım ne?

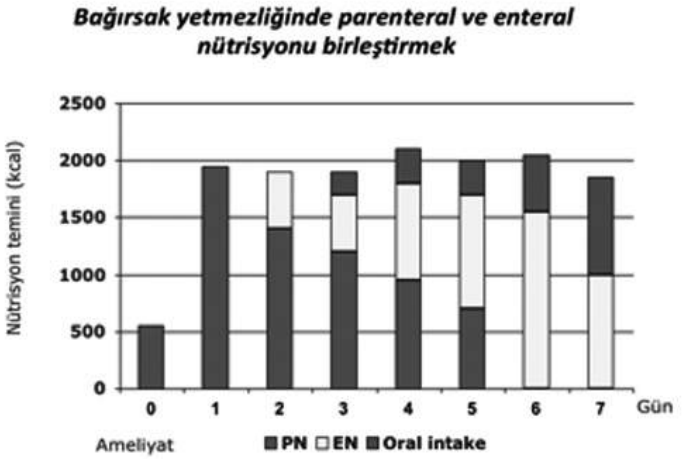
-Kilo kaybı – Prealbumin – CRP
-25 -35 kcal.kg/gün kalori
-CHO/Lipid => 70-50 / 30-50
-1.2 – 2 gr.kg/gün protein.
-Mikronütrient ilavesi.

Hangi yol ? Enteral vs Parenteral Enteral

Ucuz, kolay.
İntestinal floranın korunması.
Mukozal atrofinin önlenmesi.
İnflamatuvar yanıtın azalması.
Mukozal immünitenin artması.
Daha az enfeksiyon.
Glisemi kontrolü daha kolay.

Parenteral
Mortalitede artış?
2014 NEJM / EN-PN fark yok.
Metabolik komplikasyonlar daha çok.
Enfeksiyöz komplikasyonlar.
Vasküler kateter ile ilgili.
Bakteriyel translokasyon.

Enteral + Parenteral Kombinasyonu



Özetle "Evde beslenme desteğine" doğru yaklaşım

Amaç, klinikte başlanan nütrisyon desteğinin hastanın evinde de sürdürülebilmesi.
Evde nütrisyon desteği bir ekip çalışması gerektirir.
Evde nütrisyon desteği mutlaka eğitimli / sertifiye kişiler tarafından yapılmalı.
İşlemlerin geri ödemesi SGK tarafından yapılmalı.

MALNÜTRİSYON – TARAMA VE DEĞERLENDİRME

Dyt. İrem ALPARSLAN

Malnütrisyon Nedir?

Yağsız vücut kitlesinde azalma – vücut komposizyonunun bozulması.
Fiziksel ve mental fonksiyonun bozulması – vücut hücre kütlesinin azalması.
Hastalığın klinik sonuçlarının kötüleşmesi.

Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi Neden Önemli?

Özellikle hastanede yatan hastalarda malnütrisyon oldukça sık ve sonuçları olumsuz etkiliyor.
Hastanede kalış süresi
Mortalite
Komplikasyon sıklığı
Hastane maliyetleri
Toplumda ise özellikle geriatrik populasyonda malnütrisyon çok sık!
Hacettepe Üniversitesi geriatri polikliniğinde yapılan bir araştırmada malnütrisyon sıklığı % 28 bulunmuştur.
PEKİ ya EVDE durum nasıl?
'Anorexia of Aging'

Neden Nütrisyonel Durumu Değerlendirelim?

Pahalı!
Hastaneye Yatış Ve Mortalite Daha Sık!

Malnütrisyonu Nasıl Tespit Edeceğiz?

Malnütrisyonun tanımı uzun yıllardır belli.

Peki ya tanı?
Malnütrisyon Tanı Kriterleri

Zamandan bağımsız olarak % 10'nun üstünde istemsiz vücut ağırlık kaybı var mı?
Son 3 ayda % 5'ten fazla istemsiz ağırlık kaybı var mı?
70 yaşın altındakiler için BKİ < 20 ya da 70 yaşın üzerindekiler için BKİ ≤ 22?
Kadınlarda: FFMI < 15
Erkeklerde: FFMI < 17

Geliştirilmiş basit güvenilir tarama ve değerlendirme araçları mevcut.
Kısa zamanda, az parametre ile çalışan yöntemler.

AMAÇ

Malnütrisyon gelişmeden, nütrisyonel riski tespit edip müdahale etmek!

Önerilen geliştirilmiş tarama araçları:

NRS 2002 (nütrisyonel risk taraması 2002): Genellikle hastanede yatan hastalarda.
MUST (genel malnütrisyon tarama aracı): Genellikle toplumdaki yetişkin bireylerde.
Önerilen geliştirilmiş değerlendirme araçları:
SGD (subjektif global değerlendirme).
MNA-SF (mini nütrisyonel değerlendirme – kısa form).

Tarama ve Değerlendirme Arasındaki Fark
ÖNEMLİ!

Hastanın malnütrisyon değerlendirmesinde malnütrisyonu bulunmayabilir.

ANCAK

Nütrisyonel Açıdan Risk Altında Olabilir!

Tarama Testleri – NRS 2002

İki basamaktan oluşan bir testtir.
İlk basamağında herhangi bir soruya evet yanıtı alınıyorsa ikinci basamağa geçilir.
Skor ile sonuç verir.
3 ve 3'ün üzerinde çıkan sonuç nütrisyonel riski gösterirken, 3'ün altında çıkan sonuç hastanın şu anda nütrisyonel açıdan risk altında olmadığını ancak her hafta yeniden taranması gerektiğini gösterir.

İkinci basamak soruları iki bölümden oluşur:

Birinci Bölüm: Nütrisyonel durumundaki bozulmayı sorgular. Sorgularken BKİ, istemsiz vücut ağırlık kaybı, hastanın besin tüketimi gibi sorulardan yararlanır. Hangisi daha kolay sorgulanıyorsa ona göre skor vermeye yardımcı bir araçtır.
İkinci Bölüm: Hastalığın şiddetini sorgular. Bu bölümde hastalığın şiddetine ilişkin prototiplerden faydalanılabilir.

Hastalığın derecesine ilişkin prototipler:

Skor 1: kronik hastalığı olup komplikasyonlar nedeniyle hastaneye yatan bir hasta. Halsiz – düşkün durumdadır ancak düzenli olarak yataktan kalkabilir. Protein gereksinimleri artmıştır ancak oral diyet ya da suplemanlarla karşılanabilir.
Skor 2: majör abdominal cerrahi gibi bir hastalık nedeniyle yatağa bağlı bir hasta. Protein gereksinimleri yüksek, klinik beslenme yöntemleri gerekli ve bu sayede açıkları kapatılabiliyor
Skor 3: ventilasyon desteği altındaki yoğun bakım hastası. Protein gereksinimleri yüksek ve klinik beslenme yöntemleriyle karşılanamıyor. Protein yıkımı ve azot kaybı giderilebiliyor.

Tarama Testleri - MUST

5 adımdan oluşan yetişkinler için geliştirilmiş bir nütrisyon tarama aracıdır.
Özellikle toplum taramaları için önerilmektedir.
2003 yılında BAPEN tarafından doğrulanmıştır.

1. Adım: BKİ skoru.

BKİ	Skor
> 20	0
18,5-20	1
<18,5	2

2. Adım: Son 3-6 ayda istemsiz vücut ağırlık kaybı skoru.

%	Skor
< 5	0
5-10	1
> 10	2

3. Adım: Akut hastalık etkisi skoru
Eğer hasta akut hasta ise ve 5 günden fazla besin alımının olmayacağı ya da 5 gündür oral alımın olmadığı durumlarda Skor: 2

4. Adım:
Malnütrisyon Riski
Tüm skorları toplayarak malnütrisyon riskini sapta.
Skor 0: düşük risk.
Skor 1: orta risk.
Skor 2 ve üstü: yüksek risk.

5. Adım:

Yönetim Kılavuzları	Bakımevinde ise: Her ay
Skor 0: Düşük risk için	Toplumda ise: Yılda 1
Taramayı Tekrarla	Skor 1: Orta risk için.
Hastanede ise: Haftada 1	

3 günlük besin tüketim kaydı al
Yeterli Besleniyorsa:
Hastanede ise: Haftada 1
Bakımevinde ise: En az ayda 1
Toplumda ise: En az 2-3 ayda 1

Yeterli Beslenemiyorsa
Beslenme planı oluştur.
Skor 2 ve üstü: Yüksek risk için.
Tedavi et
Diyetisyene başvur.
Hedefler belirleyerek besin alımını artır.
Tedavi hizmetini monitorize et.

Eğer BKİ ölçümünü yapmanızı engelleyecek bir durum var ise hastayı subjektif olarak değerlendirebilirsiniz...

Hastanın ilk izlenimi nasıl? Zayıf mı, normal mi, kilolu mu?
Kilo kaybını sorgularken net yanıt alamıyorsanız hastanın kıyafetlerinin ya da takılarının büyük gelip gelmediğine bakabilirsiniz.

Değerlendirme Testleri - SGD

1987 yılında Detsky tarafından geliştirilmiştir.
Subjektif global değerlendirme herhangi bir skor vermeksizin hastanın ağırlık kaybı, yeme durumu, fonksiyonel kapasitesi, fizik muayenesi ve hastalık durumunu sorgulayan, testi yapan kişinin subjektif olarak bu sorgulara göre karar verdiği bir testtir.
Sonucunda testi uygulayan birey hastanın:
A: İyi beslenmiş
B: Orta derecede malnütrisyonlu
C: Ciddi malnütrisyonlu olduğuna karar verir.

Değerlendirme Testleri – PG-SGD
Özellikle kanser hastaları için geliştirilmiş, daha ayrıntılı ve skor veren, subjektif global değerlendirme testinden adapte edilmiş bir değerlendirme olarak tanımlanabilir.
Ottery ve arkadaşları tarafından ilk defa 1994 yılında oluşturulmuş, skorlandırılması ise 2000 yılında yayınlanmıştır.
Sonuçta elde edilen skor 9 ve 9'un üzerinde ise hasta için mutlaka bir nütrisyonel plan geliştirilmelidir.

Değerlendirme Testleri – MNA
Mini nütrisyonel değerlendirme testi daha çok yaşlı olan ve ayaktan hastalar için geliştirilmiş bir testtir.
Yaşlılığın getirdiği ve malnütrisyona neden olan bir çok faktörü sorgular.
SGD'den farklı olarak nütrisyonel riski de göstermektedir.

Nütrisyonel Durumun Değerlendirilmesinde Kombine Yöntemler
Prognostik Nütrisyonel İndeks
158-16,6(albumin g/dL) – 0,78(TDKK mm) – 0,2(Transferrin g/dL) – 5,8(Deri testi yanıtı 0-2)
PNI > 40 ise postop komplikasyonlar ve mortalite için büyük risk.

Nütrisyonel Risk İndeksi
1,519 (albumin g/dL) + 41,7 (son vücut ağırlığı/mutad vücut ağırlığı)

Sonuç:
97,5-100: Hasta malnütrisyon açısından sınırda
83,5-97,5: Hafif malnütrisyon
< 83,5: Ağır malnütrisyon

Maastricht İndeks

20,68- (0,24 x Albumin g/dL) – (19,21 x prealbumin g/dL) – (1,86 x lenfosit sayısı 106 /L) – (0,04 x ideal vücut ağırlığı)

≤ 0: Malnütrisyon yok

> 0: Malnütrisyon

Sonuç ve Öneriler

Toplumda yaşayan bireylerin nütrisyonel açıdan değerlendirilmesi önemlidir.

Nütrisyonel açıdan değerlendirirken kullanılması gereken en önemli tarama testi ESPEN önerisiyle 'MUST'tır.

Nütrisyonel değerlendirme rutin hale gelmelidir.

II. MOBBİNG TEMEL DANIŞMANLIK KURSU

04 Aralık 2015 Belek / Antalya

MOBBİNG KAVRAMI, TANIMI VE ÖZELLİKLERİ

Hicran ATATANIR

Mobbing Kavramı
Mobbing bir veya birden fazla çalışanın bir diğer çalışana ruhsal ve fiziksel sağlığını tehdit edebilecek düzeyde düşmanca ve ahlak dışı tutum ve davranışlar sergilemesi ile yaşanan sistematik taciz sürecini ifade etmektedir.

Mobile vulgus; (Latince) kararsız kalabalık,
Mob fiili; toplu halde saldırma, rahatsız etme,
Mob sözcüğü; sorun çıkaran insan topluluğu, şiddete yönelmiş kalabalık, çete.

Terminoloji
Bezdiri (Türk Dil Kurumu)
Yıldır Kaçır (Pınar Tınaz)
İşyerinde Psikolojik Taciz
İşyerinde Psikolojik Şiddet
İşyerinde Psikolojik Terör

Kavramın Tarihsel Kökeni
Konrad Lorenz
Peter-Paul Heinemann
Heinz Leymann
Carrol M. Broadsky

Etholog Konrad Lorenz
"Büyük bir hayvanın tehdidine karşı daha küçük hayvanların gösterdiği tepki"
(Tilki ve kazlar örneği)

Peter-Paul Heinemann
"Bir grup çocuğun tek bir çocuğa yönelttikleri tahrip edici ve zararlı davranışlar"

Heinz Leymann
"Bir işyerinde hedef seçilmiş bir kişiye karşı başka bir kişi veya birkaç kişi tarafından uygulanan sistematik, düşmanca ve ahlak dışı bir çeşit psikolojik terör"

Carroll M. Broadsky
"Başkalarını yıpratmak, eziyet etmek, engellemek amacıyla tekrarlanan ve süreklilik gösteren, yöneldiği birey üzerinde baskı yaratan, korkutan ve yıldıran davranışlar"

Mobbingin Boyutları
•Leymann, 30 yıllık sürede bir çalışanın mobbinge maruz kalma riskinin %25 olduğunu belirtmektedir. Leymann'a göre ABD'de yılda 4 milyon kişi mobbing kurbanı olmaktadır.
•İngiltere'de çalışanların %50'si, İsveç'te ise %25'i çalışma hayatlarının herhangi bir döneminde mobbinge maruz kalmaktadır. Avrupa'da her 20 çalışandan biri son bir yıl içinde mobbing ile karşılaşmaktadır (Gün, 2010).

•İsveç'te yapılan bir araştırmada, 55 yaş ve üzeri tüm işgücünün %25'lik bir bölümünün mobbing nedeniyle erken emekliye ayrıldığı tespit edilmiştir.
•AB ülkeleri genelinde mobbingin yaygınlık oranları % 2 ile 15 arasında değişmektedir. İngiltere'de çalışanların %54'ü, Almanya'da ise çalışanların %11'i mobbing mağdurudur (ILO, 2009).

Mobbingin Tarafları
Mobbinge Maruz Kalan Taraf
Mobbing Uygulayan Taraf
Mobbinge Tanık Olan Taraf

Maruz Kalan Taraf
•Farklı ve dikkati çeken kişiler.
•Savunmasız, sosyalleşme konusunda başarısız ve özgüvensiz kişiler.
•Üstün başarılı ve grup normları ile çatışan kişiler.
•Psikolojik ve/veya fiziksel tacizle daha önce karşılaşmış kişiler (Gök, 2014).

Uygulayan Taraf
•Fesat/ikiyüzlü uygulayıcı.
•Hiddetli uygulayıcı.
•Megaloman uygulayıcı.
•Sadist uygulayıcı.
•Eleştirel uygulayıcı.
•Hayal kırıklığına uğramış uygulayıcı.
(Tezcan, Bayram ve Ergin, 2009)

Tanık Olan Taraf
•Mobbing uygulayıcısına sadık tanık.
•Diplomatik tanık.
•Aşırı ilgili tanık.
•Vurdumduymaz tanık.
•İkiyüzlü tanık.

Tınaz: "Mobbing ortakları"

Mobbing Süreci
1.Karşı koyulması zor olan ve açıkça algılanmayan olumsuz davranışların yöneltildiği birinci aşama.
2.Psikolojik taciz davranışlarının daha da şiddetlendiği ve daha açık olarak gözlenebildiği ikinci aşama.
3.Mağdurun doğrudan tehditlerin, fiziksel ve psikolojik şiddet içeren davranışların hedefi olduğu, istifa etmeye zorlandığı son aşama (Vardana ve Björkqvist, 2004:1116).

Mobbing Süreci
1.Çatışma ortamı.
2.Sabır taşıran davranışların sergilenmesi.
3.Bireyin sağlığını ve çevreyi tehdit etmesi.
4.Bireysel tükenme.
5.İşten ayrılma.
(Karatuna,2010: 174)

Mobbing Davranışları
•Kendini göstermeyi ve iletişim oluşumunu etkilemeye yönelik davranışlar.
•Sosyal ilişkilere ilişkin saldırılar.
•İtibara yönelik saldırılar.
•Kişinin yaşam kalitesi ve mesleki durumuna yönelik saldırılar.
•Kişinin sağlığına doğrudan saldırılar.
(Leymann, 1996:170)
•Kişiyi engelleyen, hiçe sayan davranışlar.
•Kaba, saygısız, düşmanca ve küçük düşürücü davranışlar.
•İşle ilgili davranışlar.
•Hakaretler ve kişisel saldırılar.

(Keashly ve Neuman, 2008: 2-3)
•İşe yönelik davranışlar.
•İtibarı zedeleyen davranışlar.
•Dışlayan davranışlar.
•Sözlü, yazılı ve görsel saldırılar.
(Tınaz, Gök ve Karatuna, 2010: 5)

Mobbingin Ayırıcı Özellikleri
•İş ortamı
•Sıklık
•Süre
•Davranış tarzları
•Taraflar arasında eşitsizlik
•Birbiri ardına evrelerde gelişme
•Zalim niyet (Tınaz, 2014)

•İşyerinde Çatışma
(Yenilik, değişim için görüşlerin karşıtlığı baskındır, sistematiklik arz etmez)
•İşyerinde Şiddet
(Güç ve kontrol elde etmek için sergilenen ve suç niteliği taşıyabilen davranışlar baskındır, sıklık arz etmez)
•İşyerinde Kabalık
(Genel saygı ve görgü kurallarına aykırı davranışlar baskındır ve genellikle zalim niyet unsuru taşımaz)
•İşyerinde Cinsel Taciz
(Cinsel taciz olaylarında suç niteliği taşıyan eylemin kendisi baskındır.)

Mobbing Yöntemleri*
İzolasyon
Hakaret
İğneleme
Aşağılama
Takdir etmeme
İş yükleme
İş eksiltme
Söylenti yayma
Kınama
Fiziksel şiddet
Cinsel taciz

*TBMM, KEFEK, İşyerinde Psikolojik Taciz (Mobbing) ve Çözüm Önerileri Komisyon Raporu, 2011

Mobbing Türleri
•Yukarıdan aşağıya
•Eşdeğerler arasında
•Aşağıdan yukarıya

"Mobbing, kurbanın kendine olan güven ve özsaygısına yönelik sürekli ve acımasız bir saldırı" (Field, 1996)

MOBBİNG OLGULARININ ANALİZİ VE BAŞA ÇIKMA YÖNTEMLERİ

Uzm. Mehmet Kürşat ALDEMİR

Sosyal Uyum

Sosyal uyum; bireyin çevresiyle etkili bir ilişki kurması, sürdürmesi ve geliştirmesidir.
Sosyal uyumu besleyen etkenler sevgi, saygı, özgüven, ahlak, üretkenlik, paylaşımcılık, samimiyet vb.
Madde bağımlılığı, yetersiz beslenme, göç, suça yönelme, olumsuz çalışma şartları, ihmâl, istismar ve terk edilme gibi riskli hayat şartları ile mobbinge maruz kalınması, bireyin sosyal uyumunu olumsuz yönde etkileyebilir.

Uyumlu Kişinin Özellikleri

Gerçeklik algısıyla davranır.
Stresle, etkili olarak başa çıkabilir.
Geçmişi yok saymaz, geleceği önemser; ama bugünü yaşar.
Anlamlı uğraşları vardır.
Sosyal ilişkileri doyurucudur, bazen yalnızlığı ister.
Olumlu benlik yapısına sahiptir.

Sosyal Roller

Rol; Belli bir toplumsal konum ya da statüye sahip bireyden beklenen davranışlardır.
Hayatımız sadece işyerindeki çalışan rolümüzden ibaret değildir.
Anne, baba, çocuk, arkadaş, akraba vb. rollerimiz vardır.
Toplumsal roller birbirinden bağımsız olamaz ve birbirini etkiler.

İhtiyaçlar Hiyerarşisi

Kendini gerçekleştirme.
Değer ihtiyaçları.
Ait olma ve sevgi ihtiyacı.
Güvenlik ihtiyacı.
Fizyolojik ihtiyaçlar.

Sistem Kuramı ve Mobbing

Sistem, sözcük olarak birleşme-bir araya gelme anlamındadır. Kökenini Grekçe 'systema'dan almaktadır.
Sistem, birbiriyle ilişkili güçlerin etkisinde olan, birbiriyle etkileşen, denge içinde veya denge eğiliminde olan yapılardır.
Sistem Yaklaşımına göre bireyler işlevsel sistemlerdir. Bireyleri anlamak için, bireylerin psikolojik, sosyal ve fiziksel özelliklerini incelemek gerekir.
Bir sorunu doğru tanımlamak ve çözmek için sorunla ilişkili her sistemin ve birbirleriyle ilişkilerinin incelenmesi gerekir.

Mobbing Tanılama

Mobbing nasıl fark edilir?
Mağdurun mobbinge maruz kaldığını fark etmesi.
Çalışanların mobbing durumunu fark etmesi.
Yöneticilerin mobbing durumunu fark etmesi.
Aile bireylerinin mobbingi fark etmesi.
Danışmanın/Uzmanın mobbingi belirlemesi.

Mağdur Tutumları
Mobbingle karşılaşıldığında ortaya çıkan temel mağdur tutumları
Kayıtsız kalma
Mücadele etme
Geri çekilme

Mobbingle karşılaşıldığında ortaya çıkan temel mağdur tutumları
Kayıtsız kalma: Yapılanlara müsbet veya menfi yönde tepki vermeden sürecin sonlanması beklenebilir.

Mobbingle karşılaşıldığında ortaya çıkan temel mağdur tutumları:
2.Mücadele etme: Zorbaya karşı etik ve yasal yollarla mücadele başlatılabilir.

Mobbingle karşılaşıldığında ortaya çıkan temel mağdur tutumları:
3.Geri Çekilme: Zorbaya boyun eğilip talepleri kabul edilebilir ve mücadeleden vazgeçilir.

Mücadele Aşamaları
Yaşanılan durumun mobbing olup olmadığını incelemek ve değerlendirmek
Mobbing varsa birey ve ilişkili sistemler üzerindeki etkilerini belirlemek
Başa çıkma yöntemlerini belirlemek ve uygulamak

Mücadele Türleri
Mobbingle üç ana başlıkta mücadele edilebilir
Bilişsel Mücadele
Duygusal Mücadele
Sosyal Mücadele

1- Bilişsel Mücadele:
Yardım almak.
Araştırmak, bilgi ve belge toplamak.
Kanıtları toplamak.
Kayıt almak, raporlamak.
Şahit bulmak.

2.Duygusal Mücadele:
Sorunun varlığını kabullenmek.
Kararlı olmak.
Sabırlı olmak.
Başaracağına inanmak.
Kendine güvenmek.

3.Sosyal Mücadele
Aileyle paylaşmak ve desteklerini almak.
Arkadaş ve dostluk ilişkilerini sürdürmek.
Sosyal faaliyetler yapmak.
İşyeri ilişkilerini sürdürmek ve destek bulmak.
Yeni arkadaşlar edinmek.

Yapılması gerekenler
1. Zorbayla mümkünse bir şahitle birlikte konuşulmalı ve mobbingden vazgeçmesi istenmelidir.
2. Zorbayla ilk görüşmeden sonra bir süre zorbanın eylemleri gözlemlenmelidir.
3. Zorba mobbinge devam ediyorsa sosyal destek sistemlerimizle veya tercihen bu konuda uzman kişilerle yaşanan sorun paylaşılmalıdır.
4. Alınan uzman desteği veya sosyal destek sürecinde ne yapılacağına karar verilmelidir.
5. Mücadeleye devam edilecekse kanıt ve şahitler belirlenmelidir.
6. Tutanak, rapor, dilekçe vb. belgeler oluşturulmalıdır.
7. Mobbing sürecini anlatan bilgi, belge ve şahitleri kapsayan şikayet dilekçesi üst amirlere ve ilgili mercilere iletilmelidir.

8. Şikayet sürecinde, mobbinge bağlı gelişen tıbbi veya psiko-sosyal sorunlar varsa sağlık raporu alınmalıdır. Raporlar delil olarak mutlaka saklanmalıdır.
9. Rapor alınamıyorsa ve işyerindeki baskı giderek artıyorsa veya stresle başa çıkmakta zorlanılıyorsa izin alınılabilir.
10. Şikayet süreci ve akıbeti mutlaka takip edilmelidir.
11. İş ortamındakilerle pozitif ilişkiler mümkün olduğunca sürdürülmelidir.
12. İş arkadaşları da mobbinge uğruyorsa ortak mücadele şartları oluşturulmalıdır.
13. İşyeri kamera kayıtları, e-posta bilgileri vb. varsa delil olarak muhafaza edilmelidir.
14. İşyerinde benzer pozisyonda görev yapan personele verilen görevler ve yaklaşımlar arasındaki farklılıklar not edilmeli, mümkünse tutanak altına alınmalıdır. İmkan varsa görevlendirme yazıları dosyalanmalıdır.
15. Kendine dönük suçlamalardan kaçınılmalıdır.
16. Sorunun önemi iyi anlaşılmalı ve ciddiye alınmalıdır.
    Mağdur sosyal detsek veya tercihen uzman desteği ile yaşadıklarıyla yüzleşmelidir. Yaşananları ötelemek veya görmezden gelmek sorunu çözmez.
17. İşyeri dışında yeni uğraşı alanları geliştirilmeli, stk vb. sosyal etkinliklerde bulunmalıdır.
18. Yaşanan sorun ve bu sorunu çözmek için yapılanlar mutlaka aile bireyleri ile paylaşılmalıdır.
19. Zorba ile iletişimimizde öfke kontrol edilmeli ve kavgadan kaçınılmalıdır.
20. Zorbaya, güçlü olduğumuz ve kararlılıkla mücadele edeceğimiz hissettirilmelidir.
21. Zorbanın da insan olarak zayıf yönlerinin olduğu unutulmamalı, zorba gözümüzde büyütülmemelidir.
22. Bizlerin hayata tutunma, çalışma, sorunlarla baş etme motivasyonumuzu artıracak kitaplar okunmalı, varsa bu tür grup etkinliklerine katılım sağlanmalıdır.
23. Yardım alırken mutlaka alanında bilgi, beceri ve deneyimi olan yetkili ve etkili uzmanlarla iletişim kurulmasına önem verilmelidir.
24. Mobbinge maruz kalmamızın nedeni olarak kendimizi suçlamak yerine aksine işini iyi yapan üretken, güçlü ve nitelikli biri olmamamız nedeniyle mobbinge maruz kaldığımız göz ardı edilmemelidir.
25. Mobbing mağduru olmasak bile mobbing durumunda seyirci kalınmamalı, güçlüden değil haklıdan yana duruş sergilenmelidir.

Başvuru Kanalları

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Alo 170 hattı
Türkiye İnsan Hakları Kurumu, İl veya İlçe İnsan Hakları Kurulları
Kamu Görevlileri Etik Kurulu
Başbakanlık İletişim Merkezi(BİMER)
Kamu Denetçiliği Kurumu
Türkiye Büyük Millet Meclisi
Diyanet İşleri Başkanlığı
Sosyal Güvenlik Kurumu
Sağlık Bakanlığı
Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı
Sendikalar
Meslek örgütleri
Sivil toplum kuruluşları
İşyerlerimizin insan kaynakları veya çalışan hakları-işçi sağlığı ve güvenliği birimleri

MOBBİNG : İŞ YERİNDE PSİKOLOJİK TACİZ MOBBİNG'İN TÜRK HUKUKUNDAKİ YERİ

Av. Nilgün KAÇAR BOZKURT

Mobbing Nedir?

Bir veya birden fazla kişi tarafından, bir diğer kişiye yönelik sistematik bir biçimde yöneltilen, düşmanca ve ahlak dışı eylem ve davranış şeklidir. Kısaca, maruz kalınan psikolojik terördür.

Mobbing'in Unsurları

Saldırının kasıtlı olması.
Saldırının sistematik olması
Saldırının belirli bir süre devam etmesi.
Mağduru psikolojik olarak yıpratmaya yönelik olması.

Maruz kalınan bir olayın hukuken mobbing sayılabilmesi için:

1- Sistematik bir şekilde yapılması,
2- Mağduru işyerinden uzaklaştırmayı ve iş yapamaz hale getirmeyi amaç edinmesi gerekir.

En Yaygın Mobbing Davranışları

Size çok fazla iş yükünün verilmesi, altından kalkamayacağınız işler verilmesi ya da tam tersi size çok basit,sizin yetkilerinizin çok altında işler verilmesi.
Dedikodunuzun yapılması.
Dışlanmak, yemeklerde vs. dışarıda kalmak.
Sürekli gözlenmek.
Toplantılardan, iş yemeklerinden, kokteyllerden haberdar edilmemek.
Sürekli azarlanmak, yetersiz olduğunu kişininyüzüne vurmak.
Hakaret etmek.
Kılığınızla kıyafetinizle dalga geçilmesi.
İşe geliş gidiş saatlerinin süekli kontrol altında tutulması.
Yaptığınız tüm önerilerin reddedilmesi, sanki siz yokmuşsunuz gibi davranılması.

Kişinin Sağlığına Dokunan Saldırılar

Fiziksel olarak ağır işler yapmaya zorlanırsınız.
Fiziksel şiddet tehditleri yapılır.
Gözünüzü korkutmak için hafif şiddet uygulanır.
Fiziksel zarar verilir.

Yargıtay Kararlarına Göre Mobbing

Davacının yaptığı iş, mezuniyeti ve kariyeri dikkate alındığında; olumsuz koşullar taşıyan, kapısı dahi olmayan yerde çalışmaya zorlanması mobbingtir.
Davacının 30 kere görev yerinin değiştirilmesi mobbingtir
Davacının cinsel yönden sürekli baskı altına alınarak ilişki teklifinin kabul edilmemesi nedeniyle yapılanlar mobbingtir.
Davacının işyerinde yalnızlaştırılmaya çalışılması mobbingtir.
Sık sık yer değiştirme yapılması mobbingtir.
Yaptığı tanıklık sonrası işyerinde farklı muamelelere tabi tutulması mobbingtir.

Türk Yargı Kararlarında Mobbing (Ankara 7. İdare Mahkemesi)
İşyerinde uygulanan psikolojik moral manevi taciz olarak tanımlanmakta, işyerinde yıldırma sonucu yaratan her türlü uygulama mobbing olarak değerlendirilmektedir.
Mobbing kişinin manevi düzeyinin çok daha ilerisine giden mesleğine öz saygısına öz güvenine psikofizik ve sosyal bütünlüğüne yönelik ağır bir saldırıdır.
Psikolojik tacizin hedefindeki psikolojik değer, onur ve saygınlıktır.

19.03.2011 tarih, 27879 sayılı resmi gazetede yayımlanan, İşyerinde Psikolojik Tacizin (Mobbing) Önlenmesi konulu genelgede mobbing:

Kasıtlı ve sistematik olarak belirli bir süre çalışanın aşağılanması, küçümsenmesi, dışlanması,
kişiliğinin ve saygınlığının zedelenmesi, kötü muameleye tabi tutulması, yıldırılması ve benzeri şekillerde ortaya çıkan psikolojik taciz olarak tanımlanmış ve mobbingin önlenmesinin gerek iş sağlığı gerekse çalışma barışının geliştirilmesi açısından çok önemli olduğu vurgulanmıştır.

İşçinin Başvurabileceği Hukuki Yollar
TBK'nın 417.maddesine göre işverenin, işyerinde psikolojik tacize maruz kalan işçiye karşı sorumluluğu, işverenin sözleşmeye aykırılıktan doğan sorumluluğu hükümleri kapsamında olacaktır.

Buna göre işçi, işverenine yönelteceği bir dava ile TBK hükümlerine dayanarak maddi ve manevi zararlarını tazmin edebilecektir. Öte yandan, mobbing türü davranışa maruz kalan işçinin, haksız fiil hükümlerine dayanarak, doğrudan davranışı yapan diğer işçinin sorumluluğuna gitmesi de mümkündür. Buna göre psikolojik tacize maruz kalan işçinin,

- İş sözleşmesini haklı nedene dayanarak feshedebilme,
- Belirli şartlarda ayrımcılık tazminatı isteyebilme,
- Borçlar Kanunu ve Türk Medeni Kanunu'na göre tazminat isteme,
- Haksız fiil hükümlerine dayanarak failin sorumluluğuna gitme,

ayrıca ilgili kanunlarda özel hüküm bulunmadığından, Deniz İş ve Basın İş Kanunu'na tabi çalışanların da, TBK'nın 417. maddesine dayanabileceklerini, önemle vurgulamakta fayda vardır.

Tüm bunlara ek olarak, mobbing türü davranışın ayrıca suç teşkil etmesi halinde, Türk Ceza Kanunu Hükümleri çerçevesinde failin sorumluluğuna giderek, cezalandırılmasını talep etme hakkı her zaman mevcuttur.

İşverenin Başvurabileceği Hukuki Yollar
Çok sık karşılaşılan bir durum olmasa da, mobbing türü davranışın işçi tarafından, işverene uygulanması halinde, şayet bu davranış veya söz, şeref ve haysiyet kırıcı nitelikteyse ya da asılsız ihbar veya suçlamalar teşkil ediyorsa, işverenin haklı nedenle derhal fesih hakkının bulunduğu kabul edilmektedir. İşverenin işçilerinden birinin diğer işçisine mobbing türü davranışta bulunması hali ise İş Kanunu kapsamında, "Ahlak ve İyiniyet Kurallarına Uymayan Haller" başlığı altında değerlendirilmektedir. Buna göre işveren, fail(psikolojik tacizde bulunan)işçinin sözleşmesini haklı nedenle derhal feshedebilecektir.

Mobbing'de İspat Konusu
Mobbing, temelinde psikolojik baskı ve tacizi barındırdığı için ispatı haliyle zor bir konudur. Hiç anlamadığınız işlere yazılı olarak yönlendirilmeniz, isminizin farklı ifşa amaçlarıyla işyeri panolarına asılması gibi hareketler belgelenebilir ihlaller olabilmektedir.

Ancak somut olmayan verilerle, bakışlarla, davranışlarla uğradığınız bir baskıyı anlatmanız ve bu konuda mağdur olduğunuzu söylemeniz haliyle sizi çok inandırıcı kılmayabilir. Bu konu doktrinde çokça tartışılmıştır. Bu yüzden Mobbing davaları genelde kıdem tazminatı gibi iş davalarının temelini oluşturan davalar yanında açılmaktadır. Ne yazık ki işinde çalışan birinin yaşadıklarından dolayı Mobbing davası açmasından sonra işyerinde barınması ve çalışmaya devam etmesi çok zor görünmektedir.

Mobbing'e uğradığını ve emarelerin gerçekleştiğini düşünen mağdur, bireysel mücadeleyi elden bırakmamalıdır. Bu durumu yaşadığı anları gerekirse not almalı, belgeleyebileceği somut şeyleri kayda almalı, tanık beyanlarıyla bunu destekleyebilmelidir.

Mobbing'in bir de uygulayan veya uyguladığı iddia edilen tarafı vardır. O da şöyledir ki; işyerinde Mobbing uyguladığı için kendisine dava açılan bir işveren de eğer Mobbing uygulamadığını iddia ediyorsa bu konuda o da gerekli doneleri elinde bulundurmalıdır.

Mobbing davalarından yarar elde edildiğini, kendisi bilerek ve isteyerek işten çıkmasına rağmen Mobbing altında zorla işten çıkmak zorunda kalmış gibi dava açan bir işçinin Mobbing'e uğradığından söz etmek mümkün gözükmemektedir. Burada kötü niyetli bir tavır söz konusudur.

Bu durumda işveren, Mobbing'e uğradığını ve sadece kendisine yönelik bir şeye maruz kaldığını söyleyen işçiye, bu durumun ona özgü değil herkese uygulanan bir sistem olduğunu belgeleyebilirse, yaptığı işleri yazılı ve kaydını tutarak yaparsa, Mobbing'e yönelik durumları bertaraf etmesi muhtemeldir.

Mobbing'in Türk Hukuk Sistemindeki Yeri
1. ANAYASA
2. TÜRK CEZA KANUNU
3. BORÇLAR KANUNU
4. DEVLET MEMURLARI KANUNU
5. MOBBİNGİN ÖNLENMESİ HAKKINDA GENELGE

1. ANAYASA
Temel hak ve hürriyetlerin niteliği
MADDE 12- Herkes, kişiliğine bağlı, dokunulmaz, devredilmez, vazgeçilmez temel hak ve hürriyetlere sahiptir.
Kişinin dokunulmazlığı, maddî ve manevî varlığı
MADDE 17- Herkes, yaşama, maddî ve manevî varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir.
Kimseye işkence ve eziyet yapılamaz; kimse insan haysiyetiyle bağdaşmayan bir cezaya veya muameleye tâbi tutulamaz.

Din ve vicdan hürriyeti
MADDE 24- Herkes, vicdan, dinî inanç ve kanaat hürriyetine sahiptir.
Kimse, ibadete, dinî âyin ve törenlere katılmaya, dinî inanç ve kanaatlerini açıklamaya zorlanamaz; dinî inanç ve kanaatlerinden dolayı kınanamaz ve suçlanamaz.

Çalışma ve sözleşme hürriyeti
MADDE 48- Herkes, dilediği alanda çalışma ve sözleşme hürriyetlerine sahiptir. Özel teşebbüsler kurmak serbesttir.

Çalışma ile ilgili hükümler
Çalışma hakkı ve ödevi
MADDE 49- Çalışma, herkesin hakkı ve ödevidir.
Devlet, çalışanların hayat seviyesini yükseltmek, çalışma hayatını geliştirmek için çalışanları ve işsizleri korumak, çalışmayı desteklemek, işsizliği önlemeye elverişli ekonomik bir ortam yaratmak ve çalışma barışını sağlamak için gerekli tedbirleri alır.

Yargı Yolu
MADDE 125:
İdarenin her türlü eylem ve işlemlerine karşı yargı yolu açıktır.

Kamu Hizmeti Görevlileriyle İlgili Hükümler
MADDE 128:
1)Devletin, kamu iktisadi teşebbüsleri ve diğer kamu tüzelkişilerinin genel idare esaslarına göre yürütmekle yükümlü oldukları kamu hizmetlerinin gerektirdiği asli ve sürekli görevler, memurlar ve diğer kamu görevlileri eliyle görülür. Memurların ve diğer kamu görevlilerinin nitelikleri, atanmaları, görev ve yetkileri, hakları ve yükümlülükleri, aylık ve ödenekleri ve diğer özlük işleri kanunla düzenlenir.
2)Üst kademe yöneticilerinin yetiştirilme usul ve esasları, kanunla özel olarak düzenlenir.

Görev ve Sorumlulukları, Disiplin Kovuşturulmasında Güvence
MADDE 129:
1)Memurlar ve diğer kamu görevlileri Anayasa ve kanunlara sadık kalarak faaliyette bulunmakla yükümlüdürler.

2)Memurlar ve diğer kamu görevlileri ile kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşları ve bunların üst kuruluşları mensuplarına savunma hakkı tanınmadıkça disiplin cezası verilemez.

5)Memurlar ve diğer kamu görevlilerinin yetkilerini kullanırken işledikleri kusurlardan doğan tazminat davaları, kendilerine rücu edilmek kaydıyla ve kanunun gösterdiği şekil ve şartlara uygun olarak, ancak idare aleyhine açılabilir.

6)Memurlar ve diğer kamu görevlileri hakkında işledikleri iddia edilen suçlardan ötürü ceza kovuşturması açılması, kanunla belirlenen istisnalar dışında, kanunun gösterdiği idari merciin iznine bağlıdır.

Türk Ceza Kanunu
Ceza Kanununun Amacı
MADDE 1 : (1) Ceza Kanununun amacı; kişi hak ve özgürlüklerini, kamu düzen ve güvenliğini, hukuk devletini, kamu sağlığını ve çevreyi, toplum barışını korumak, suç işlenmesini önlemektir. Kanunda, bu amacın gerçekleştirilmesi için ceza sorumluluğunun temel esasları ile suçlar, ceza ve güvenlik tedbirlerinin türleri düzenlenmiştir.

Eziyet
MADDE 96 - (1) Bir kimsenin eziyet çekmesine yol açacak davranışları gerçekleştiren kişi hakkında iki yıldan beş yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.
(2) Yukarıdaki fıkra kapsamına giren fiillerin;
a) Çocuğa, beden veya ruh bakımından kendisini savunamayacak durumda bulunan kişiye ya da
gebe kadına karşı,
b) Üstsoy veya altsoya, babalık veya analığa ya da eşe karşı, İşlenmesi halinde, kişi hakkında üç yıldan sekiz yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

Cinsel Saldırı
MADDE 102 - (1) Cinsel davranışlarla bir kimsenin vücut dokunulmazlığını ihlal eden kişi, mağdurun şikayeti üzerine, iki yıldan yedi yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.
(2) Fiilin vücuda organ veya sair bir cisim sokulması suretiyle işlenmesi durumunda, yedi yıldan oniki yıla kadar hapis cezasına hükmolunur. Bu fiilin eşe karşı işlenmesi halinde, soruşturma ve kovuşturmanın yapılması mağdurun şikayetine bağlıdır.

Cinsel Taciz
MADDE 105 -1) Bir kimseyi cinsel amaçlı olarak taciz eden kişi hakkında, mağdurun şikayeti üzerine, üç aydan iki yıla kadar hapis cezasına veya adlî para cezasına hükmolunur.
2) Bu fiiller; hiyerarşi, hizmet veya eğitim ve öğretim ilişkisinden ya da aile içi ilişkiden kaynaklanan nüfuz kötüye kullanılmak suretiyle ya da aynı işyerinde çalışmanın sağladığı kolaylıktan yararlanılarak işlendiği takdirde, yukarıdaki fıkraya göre verilecek ceza yarı oranında artırılır. Bu fiil nedeniyle mağdur; işi bırakmak, okuldan veya ailesinden ayrılmak zorunda kalmış ise, verilecek ceza bir yıldan az olamaz.

Tehdit
MADDE 106 - 1) Bir başkasını, kendisinin veya yakınının hayatına, vücut veya cinsel dokunulmazlığına yönelik bir saldırı gerçekleştireceğinden bahisle tehdit eden kişi, altı aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Malvarlığı itibarıyla büyük bir zarara uğratacağından veya sair bir kötülük edeceğinden bahisle tehditte ise, mağdurun şikayeti üzerine, altı aya kadar hapis veya adlî para cezasına hükmolunur.
2) Tehdidin;
a) Silahla,
b) Kişinin kendisini tanınmayacak bir hale koyması suretiyle, imzasız mektupla veya özel işaretlerle,
c) Birden fazla kişi tarafından birlikte,
d) Var olan veya var sayılan suç örgütlerinin oluşturdukları korkutucu güçten yararlanılarak,
İşlenmesi halinde, fail hakkında iki yıldan beş yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

3) Tehdit amacıyla kasten öldürme, kasten yaralama veya malvarlığına zarar verme suçunun işlenmesi halinde, ayrıca bu suçlardan dolayı ceza verilir.

Şantaj

MADDE 107 - 1) Hakkı olan veya yükümlü olduğu bir şeyi yapacağından veya yapmayacağından bahisle, bir kimseyi Kanuna aykırı veya yükümlü olmadığı bir şeyi yapmaya veya yapmamaya ya da haksız çıkar sağlamaya zorlayan kişi, bir yıldan üç yıla kadar hapis ve beşbin güne kadar adlî para cezası ile cezalandırılır.
2) Kendisine veya başkasına yarar sağlamak maksadıyla bir kişinin şeref veya saygınlığına zarar verecek nitelikteki hususların açıklanacağı veya isnat edileceği tehdidinde bulunulması halinde de birinci fıkraya göre cezaya hükmolunur.

Siyasi hakların kullanılmasının engellenmesi

MADDE 114 - 1) Bir kimseye karşı;
a) Bir siyasi partiye üye olmaya veya olmamaya, siyasi partinin faaliyetlerine katılmaya veya katılmamaya, siyasi partiden veya siyasi parti yönetimindeki görevinden ayrılmaya,
b) Seçim yoluyla gelinen bir kamu görevine aday olmamaya veya seçildiği görevden ayrılmaya,
Zorlamak amacıyla, cebir veya tehdit kullanan kişi, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.
2) Cebir veya tehdit kullanılarak ya da hukuka aykırı başka bir davranışla bir siyasi partinin faaliyetlerinin engellenmesi halinde, iki yıldan beş yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

İnanç, düşünce ve kanaat hürriyetinin kullanılmasını engelleme

MADDE 115 - 1) Cebir veya tehdit kullanarak, bir kimseyi dini, siyasi, sosyal, felsefi inanç, düşünce ve kanaatlerini açıklamaya veya değiştirmeye zorlayan ya da bunları açıklamaktan, yaymaktan meneden kişi, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.
2) Dini ibadet ve ayinlerin toplu olarak yapılmasının, cebir veya tehdit kullanılarak ya da hukuka aykırı başka bir davranışla engellenmesi halinde, yukarıdaki fıkraya göre ceza verilir.

İş ve çalışma hürriyetinin ihlali

MADDE 117 - 1) Cebir veya tehdit kullanarak ya da hukuka aykırı başka bir davranışla, iş ve çalışma hürriyetini ihlal eden kişiye, mağdurun şikayeti halinde, altı aydan iki yıla kadar hapis veya adlî para cezası verilir.
2) Çaresizliğini, kimsesizliğini ve bağlılığını sömürmek suretiyle kişi veya kişileri ücretsiz olarak veya sağladığı hizmet ile açık bir şekilde orantısız düşük bir ücretle çalıştıran veya bu durumda bulunan kişiyi, insan onuru ile bağdaşmayacak çalışma ve konaklama koşullarına tabi kılan kimseye altı aydan üç yıla kadar hapis veya yüz günden az olmamak üzere adlî para cezası verilir.
3) Yukarıdaki fıkrada belirtilen durumlara düşürmek üzere bir kimseyi tedarik veya sevk veya bir yerden diğer bir yere nakleden kişiye de aynı ceza verilir.
4) Cebir veya tehdit kullanarak, işçiyi veya işverenlerini ücretleri azaltıp çoğaltmaya veya evvelce kabul edilenlerden başka koşullar altında anlaşmalar kabulüne zorlayan ya da bir işin durmasına, sona ermesine veya durmanın devamına neden olan kişiye altı aydan üç yıla kadar hapis cezası verilir.

Sendikal hakların kullanılmasının engellenmesi

MADDE 118 - 1) Bir kimseye karşı bir sendikaya üye olmaya veya olmamaya, sendikanın faaliyetlerine katılmaya veya katılmamaya, sendikadan veya sendika yönetimindeki görevinden ayrılmaya zorlamak amacıyla, cebir veya tehdit kullanan kişi, altı aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.
2) Cebir veya tehdit kullanılarak ya da hukuka aykırı başka bir davranışla bir sendikanın faaliyetlerinin engellenmesi halinde, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

Haksız arama

MADDE 120 - 1) Hukuka aykırı olarak bir kimsenin üstünü veya eşyasını arayan kamu görevlisine üç aydan bir yıla kadar hapis cezası verilir.

Dilekçe hakkının kullanılmasının engellenmesi

MADDE 121 - 1) Kişinin belli bir hakkı kullanmak için yetkili kamu makamlarına verdiği dilekçenin hukuki bir neden olmaksızın kabul edilmemesi halinde, fail hakkında altı aya kadar hapis cezasına hükmolunur.

Ayırımcılık

MADDE 122 – 1)Kişiler arasında dil, ırk, renk, cinsiyet, "özürlülük," siyasi düşünce, felsefi inanç, din, mezhep ve benzeri sebeplerle ayırım yaparak;

a) Bir taşınır veya taşınmaz malın satılmasını, devrini veya bir hizmetin icrasını veya hizmetten yararlanılmasını engelleyen veya kişinin işe alınmasını veya alınmamasını yukarıda sayılan hallerden birine bağlayan,

b) Besin maddelerini vermeyen veya kamuya arz edilmiş bir hizmeti yapmayı reddeden,

c) Kişinin olağan bir ekonomik etkinlikte bulunmasını engelleyen,

Kimse hakkında altı aydan bir yıla kadar hapis veya adlî para cezası verilir.

Haberleşmenin engellenmesi

MADDE 124 -1) Kişiler arasındaki haberleşmenin hukuka aykırı olarak engellenmesi halinde, altı aydan iki yıla kadar hapis veya adlî para cezasına hükmolunur.

2) Kamu kurumları arasındaki haberleşmeyi hukuka aykırı olarak engelleyen kişi, bir yıldan beş yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

3) Her türlü basın ve yayın organının yayınının hukuka aykırı bir şekilde engellenmesi halinde, ikinci fıkra hükmüne göre cezaya hükmolunur.

Hakaret

MADDE 125 - 1) Bir kimseye onur, şeref ve saygınlığını rencide edebilecek nitelikte somut bir fiil veya olgu isnat eden (...) (*) veya sövmek suretiyle bir kimsenin onur, şeref ve saygınlığına saldıran kişi, üç aydan iki yıla kadar hapis veya adlî para cezası ile cezalandırılır. Mağdurun gıyabında hakaretin cezalandırılabilmesi için fiilin en az üç kişiyle ihtilat ederek işlenmesi gerekir.

Haberleşmenin gizliliğini ihlal

MADDE 132 - 1) Kişiler arasındaki haberleşmenin gizliliğini ihlal eden kimse, altı aydan iki yıla kadar hapis veya adlî para cezası ile cezalandırılır. Bu gizlilik ihlali haberleşme içeriklerinin kaydı suretiyle gerçekleşirse, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

2) Kişiler arasındaki haberleşme içeriklerini hukuka aykırı olarak ifşa eden kimse, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

3) Kendisiyle yapılan haberleşmelerin içeriğini diğer tarafın rızası olmaksızın alenen ifşa eden kişi, altı aydan iki yıla kadar hapis veya adlî para cezası ile cezalandırılır.

4) Kişiler arasındaki haberleşmelerin içeriğinin basın ve yayın yolu ile yayınlanması halinde, ceza yarı oranında artırılır.

Kişiler arasındaki konuşmaların dinlenmesi ve kayda alınması

MADDE 133 - 1) Kişiler arasındaki aleni olmayan konuşmaları, taraflardan herhangi birinin rızası olmaksızın bir aletle dinleyen veya bunları bir ses alma cihazı ile kaydeden kişi, iki aydan altı aya kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

2) Katıldığı aleni olmayan bir söyleşiyi, diğer konuşanların rızası olmadan ses alma cihazı ile kayda alan kişi, altı aya kadar hapis veya adlî para cezası ile cezalandırılır.

3) Yukarıdaki fıkralarda yazılı fiillerden biri işlenerek elde edildiği bilinen bilgilerden yarar sağlayan veya bunları başkalarına veren veya diğer kişilerin bilgi edinmelerini temin eden kişi, altı aydan iki yıla kadar hapis ve bin güne kadar adlî para cezası ile cezalandırılır. Bu konuşmaların basın ve yayın yoluyla yayınlanması halinde de, aynı cezaya hükmolunur.

Özel hayatın gizliliğini ihlal

MADDE 134 - 1) Kişilerin özel hayatının gizliliğini ihlal eden kimse, altı aydan iki yıla kadar hapis veya adlî para cezası ile cezalandırılır. Gizliliğin görüntü veya seslerin kayda alınması suretiyle ihlal edilmesi halinde, cezanın alt sınırı bir yıldan az olamaz.

2) Kişilerin özel hayatına ilişkin görüntü veya sesleri ifşa eden kimse, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Fiilin basın ve yayın yoluyla işlenmesi halinde, ceza yarı oranında artırılır.

Kişisel verilerin kaydedilmesi
MADDE 135 - (1) Hukuka aykırı olarak kişisel verileri kaydeden kimseye altı aydan üç yıla kadar hapis cezası verilir.
(2) Kişilerin siyasi, felsefi veya dini görüşlerine, ırki kökenlerine; hukuka aykırı olarak ahlaki eğilimlerine, cinsel yaşamlarına, sağlık durumlarına veya sendikal bağlantılarına ilişkin bilgileri kişisel veri olarak kaydeden kimse, yukarıdaki fıkra hükmüne göre cezalandırılır.

3.Borçlar Kanunu
İşçinin kişiliğinin korunması
MADDE 417- İşveren, hizmet ilişkisinde işçinin kişiliğini korumak ve saygı göstermek ve işyerinde dürüstlük ilkelerine uygun bir düzeni sağlamakla, özellikle işçilerin psikolojik ve cinsel tacize uğramamaları ve bu tür tacizlere uğramış olanların daha fazla zarar görmemeleri için gerekli önlemleri almakla yükümlüdür.

İşveren, işyerinde iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanması için gerekli her türlü önlemi almak, araç ve gereçleri noksansız bulundurmak; işçiler de iş sağlığı ve güvenliği konusunda alınan her türlü önleme uymakla yükümlüdür.

İşverenin yukarıdaki hükümler dâhil, kanuna ve sözleşmeye aykırı davranışı nedeniyle işçinin ölümü, vücut bütünlüğünün zedelenmesi veya kişilik haklarının ihlaline bağlı zararların tazmini, sözleşmeye aykırılıktan doğan sorumluluk hükümlerine tabidir.

4.Devlet Memurları Kanunu
MADDE 10- Amir Durumda Olan Devlet Memurlarının Görev Ve Sorumlulukları: 1)Devlet memurları amiri oldukları kuruluş ve hizmet birimlerinde kanun, tüzük ve yönetmeliklerle belirlenen görevleri zamanında ve eksiksiz olarak yapmaktan ve yaptırmaktan, maiyetindeki memurlarını yetiştirmekten, hal ve hareketlerini takip ve kontrol etmekten görevli sorumludurlar.

2)Amir, maiyetindeki memurlara hakkaniyet ve eşitlik içinde davranır. Amirlik yetkisini kanun, tüzük ve yönetmeliklerde belirtilen esaslar içinde kullanır.

3)Amir, maiyetindeki memurlara kanunlara aykırı emir veremez ve maiyetindeki memurdan hususi bir menfaat temin edecek bir talepte bulunamaz, hediyesini kabul edemez ve borç alamaz.

MADDE 11- Devlet Memurlarının Görev ve Sorumlulukları:
1)Devlet memurları kanun, tüzük ve yönetmeliklerde belirtilen esaslara uymakla ve amirler tarafından verilen görevleri yerine getirmekle yükümlü ve görevlerinin iyi ve doğru yürütülmesinden amirlerine karşı sorumludurlar.

2)Devlet memuru amirinden aldığı emri, Anayasa, kanun, tüzük ve yönetmelik hükümlerine aykırı görürse, yerine getirmez ve bu aykırılığı o emri verene bildirir. Amir emrinde ısrar eder ve bu emrini yazı ile yenilerse, memur bu emri yapmağa mecburdur. Ancak emrin yerine getirilmesinden doğacak sorumluluk emri verene aittir.

3)Konusu suç teşkil eden emir, hiçbir suretle yerine getirilmez; yerine getiren kimse sorumluluktan kurtulamaz.

4)Acele hallerde kamu düzeninin ve kamu güvenliğinin korunması için kanunla gösterilen istisnalar saklıdır.

MADDE 17- Uygulamayı İsteme Hakkı:
Devlet memurları, bu kanun ve bu kanuna dayanılarak yayınlanan tüzük ve yönetmeliklere göre tayin ve tesbit olunup yürürlükte bulunan hükümlerin kendileri hakkında aynen uygulanmasını istemek hakkına sahiptirler.

MADDE 18- Güvenlik
Kanunlarda yazılı haller dışında Devlet memurunun memurluğuna son verilmez, aylık ve başka hakları elinden alınamaz.

MADDE 21: Müracaat, Şikayet ve Dava Açma
Devlet memurları kurumlarıyla ilgili resmi ve şahsi işlerinden dolayı müracaat; amirleri veya kurumları tarafından kendilerine uygulanan idari eylem ve işlemlerden dolayı şikayet ve dava açma hakkına sahiptirler.

Müracaat ve şikayetler söz veya yazı ile en yakın amirden başlayarak silsile yolu ile şikayet edilen amirler atlanarak yapılır.

Müracaat ve şikayetler incelenerek en kısa zamanda ilgiliye bildirilir. Müracaat ve şikayetlerle ilgili esas ve usuller Başbakanlıkça hazırlanacak bir yönetmelikle düzenlenir.

Başhemşire Mobbing Davasını Kazandı
Gerede Devlet Hastanesi'nde başhemşire olarak görev yapan H. S(50) hakkında hastane; kınama, uyarı ve disiplin dahil, 6 kez ceza vermiş ve geçici görevle başka hastaneye göndermiştir. Bunun üzerine Sakarya 1. İdare Mahkemesi'nde dava açan H.S. görevlendirme ve disiplin cezaları sebebiyle kişilik haklarının ve manevi bütünlüğünün zarara uğratıldığından bahisle Bolu Valiliği'ne karşı açtığı tazminat davasını kazanmıştır.
Kararı veren Sakarya 1. İdare Mahkemesi 2010/474 Esas 17.01.2011 tarihli kararında, 657 s. Devlet Memurları Kanunu'nun 125.maddesini, Anayasa'nın 12, 17 ve 56. maddelerini gerekçe göstererek davacının mobbing iddiasını haklı bularak davalı valiliği tazminat ödemeye mahkum etmiştir.

Yerel mahkeme davacının manevi zarar gördüğünü, fiziksel yapısının zedelendiğini, acı ve ızdırap duyduğunu ve kişilik haklarının ihlale uğradığını ve bunun sonucunda şeref ve haysiyetinin rencide edildiğini iddiasını yerine görmüştür.

Yargıtay 22.Hukuk Dairesi'nin 2014/2157 Esas numaralı 21.02.2014 tarihli kararına konu olan olayda;
Davacı 22 yılı aşkın bir süre davalı bankada çalıştığını,son 10 yıl çalıştığı banka şubesinde yapılan anket sonrasında şube müdürü tarafından hakaret ve tehditte bulunulduğu, diğer çalışanlar önünde küçük düşürüldüğünü, bu şekilde kendisine mobbing uygulandığını ve bu davranışların uzun süre devam etmesi üzerine psikolojik tramva geçirerek Ege Üniversitesi Ruh ve Sinir Hastalıkları Anabilim Dalında Anksiyete bozukluğu teşhisi konulduğunu belirtmiştir. Davacı bu süre boyunca rapor almış ve raporlu olduğu sürelerde işe gidememiştir, bunun üzerine işveren davacının iş sözleşmesini haksız sebeple feshetmiştir.

Davacı banka çalışanı açtığı davada iş sözleşmesinin haksız sebeple feshedildiğini ve işverenin işçiyi gözetme borcunu ihlal ettiğini belirterek işe iadesine karar verilmesini ve tazminata hükmedilmesini talep etmiştir.

İlk derece mahkemesi davacının bu taleplerini reddetmiştir. YARGITAY 22.dairesi ise; Somut olayda davacının işyerinde mobbinge maruz kaldığı için hastalandığı, rahatsızlığı sebebiyle sevk edildiği hastanede davacıya Sağlık Kurulu Raporu ile anksiyete bozukluğu teşhisi konulduğu ve dinlenmesi gerektiği için rapor verildiği, davacının hastalanmakta ve rapor kullanmakta herhangi bir kusurunun bulunmadığı, dolayısıyla anılan madde hükmü gereğince işverenin iş sözleşmesini haklı sebeple feshetmesinin hukuka uygun olarak değerlendirilemeyeceğinin açık olduğunu belirterek davacıyı haklı bulmuş ve taleplerini kabul etmiştir.

Yargıtay Hukuk Genel Kurulu'nun 2012/9-1925 Esas No 25.09.2013 Tarihli Kararına Konu Olan Olayda ise:
56 yaşında evli bir kadın olan davacı, 14 yıl aralıksız olarak davalı bankanın İstanbul işyerinde avukat olarak çalışmış ardından Adana ve farklı illerde kısa sürelerle 9 ay boyunca ve 30 kez yer değiştirmek suretiyle görevlendirilmiştir. Davacı uzunca bir süre mobbinge maruz kaldığını belirterek maddi manevi tazminat talep etmiştir.

İlk derece mahkemesi mobbingin şartlarının oluşmadığını belirtmiş ve davacının taleplerini reddetmiştir. Davacı bu kararı temyiz etmiştir. Yargıtay davacı işçinin uzun süre ...'da sabit bir görevde avukat olarak çalışmasının ardından Adana ilinde görevlendirildiği, ardından sürekli olarak değişik illerde kısa sürelerle çalışmasının istendiği, işverenin bu uygulamalarının davacıyı yıldırma, bezdirme amacına yönelik olduğu anlaşılmaktadır, diyerek ilk derece mahkemesinin kararını bozmuştur. Ancak ilk derece mahkemesi kararında direnmiştir.

Davacı taraf ilk derece mahkemesinin direnme kararını yeniden temyiz etmiştir. Bunun üzerine Hukuk Genel Kurulu; davacı avukatın maruz kaldığı bu durumun, psikolojik taciz mahiyetinde olduğunu, bu yolla davacı avukatın istifa ya da emekliliği tercih etmesi sağlanarak, işyerinden ayrılmasının amaçlandığını belirtmiştir, psikolojik taciz olgusunun somut olayda gerçekleştiğinin kabulü ile davacı yararına uygun bir miktar maddi ve manevi tazminata hükmedilmesi gerekmektedir demiştir.

Federal İş Mahkemesi (Almanya)
Federal İş Mahkemesinin bir kararında "çalışanlar arasında ya da amirler aracılığıyla gerçekleştirilen sistematik aleyhte faaliyetlerde bulunmak, eziyet etmek veya ayrımcılık yapmak" şeklinde tarif etmiştir. Genel Eşit Muamele Kanunu'nun yürürlüğe girmesinden sonra, mobbing kavramının tarifi için, adı geçen kanunun 3. maddesinin 3. fıkrasına göre taciz tanımı kullanılmıştır. Buna göre, mobbing "ilgili şahsın onurunun çiğnenmesini amaçlayan ya da bu sonuçları doğuran, korkutma, düşmanlık, aşağılama, küçük düşürme veya hakaret biçiminde gerçekleşen istenmeyen davranışlar" olarak ifade edilmiştir.

İsviçre Federal Mahkemesi
İsviçre Federal Mahkemesi 1998 tarihli bir kararında, işverenin işyerinde işçisine karşı gerçekleşen psikolojik tacizi önleyemezse, bu maddeye göre sorumluluğuna hükmetmiştir.

Fransız Ceza Kanunu
Madde 222-33-2
"mükerrer söz ve davranışlar şeklinde gerçekleştirdiği taciz eylemi ile haklara ve onura saldırıda bulunan, bedensel ve zihinsel sağlığı tahrip eden ya da mesleki geleceğin karartılması suretiyle çalışma koşullarının bozulması sonucunu doğuran, bir sene hürriyeti bağlayıcı cezaya ve 15.000 Euro para cezasına mahkum edilir."

Avrupa Sosyal Şartı
Avrupa Sosyal Şartı 26. madde
Onurlu Çalışma Hakkı
"Akit taraflar, tüm çalışanların onurlu çalışma haklarının etkili bir biçimde kullanılmasını sağlamak amacıyla işverenlerin ve çalışanların örgütlerine danışarak,
1.Çalışanların işyerinde ya da işle bağlantılı cinsel taciz konusunda bilinçlenmesi, bilgilenmesi ve bunun engellenmesini desteklemeyi ve çalışanları bu tür davranışlardan korumaya yönelik tüm uygun önlemleri almayı;
2.Çalışanların birey olarak işyerinde ya da işle bağlantılı olarak maruz kaldıkları kınanılacak ya da açıkça olumsuz ya da suç oluşturan, yinelenen eşlemler konusunda bilinçlenmesi, bilgilenmesi v ebunların engellenmesini desteklemeyi ve çalışanları bu tür davranışlardan korumaya yönelik tüm uygun önlemleri almayı taahhüt eder."

Sonuç
İşyerinde psikolojik taciz, çalışma ortamının huzur ve güvenini bozan, iş yaşamını çekilmez hale getiren, çalışanın fiziksel ve ruhsal sağlığını bozan bir olgudur. Mutsuz ve sağlıksız bireylerin, ailesine ve toplumun geneline etkileri de olumsuz olacaktır. Gelimiş ülkelerde mobbing hukukta suç olarak değerlendirilmekte, tacize uğrayanın karşılaştığı maddi manevi zararlar tazmin edilmektedir. Türkiye'de bu konuda gelişmeler olumlu ancak yetersizdir.
Mobbing olgusuna yönelik farkındalığın oluşması toplumda bu konuda bir bilincin yaratılması için bireylerin, kurumların ve özellikle kanun koyucuların gerekli hassasiyeti göstermeleri gerekmektedir.

Toplum Sözleşmesi (1762)
Ana madde: İnsan özgür doğar; oysa her yerde zincire vurulmuştur. Falan kimse kendini başkalarının efendisi sanır ama böyle sanması onlardan daha da köle olmasına engel değildir.

Jean-Jacques Rousseau

MOBİNGİ ÖNLEYİCİ TEDBİRLER

Tülay Bayramoğlu

GENELGE
Başbakanlıktan:
Konu : İşyerlerinde Psikolojik Tacizin (Mobbing) Önlenmesi.
Tarih: 19 Mart 2011/2
Sayı: 27879

Kamu kurum ve kuruluşları ile özel sektör işyerlerinde gerçekleşen psikolojik taciz, çalışanların itibarını ve onurunu zedelemekte, verimliliğini azaltmakta ve sağlığını kaybetmesine neden olarak çalışma hayatını olumsuz etkilemektedir.
Kasıtlı ve sistematik olarak belirli bir süre çalışanın aşağılanması, küçümsenmesi, dışlanması, kişiliğinin ve saygınlığının zedelenmesi, kötü muameleye tabi tutulması, yıldırılması ve benzeri şekillerde ortaya çıkan psikolojik tacizin önlenmesi gerek iş sağlığı ve güvenliği gerekse çalışma barışının geliştirilmesi açısından çok önemlidir.
Bu doğrultuda, çalışanların psikolojik tacizden korunması amacıyla aşağıdaki tedbirlerin alınması uygun görülmüştür.
1. İşyerinde psikolojik tacizle mücadele öncelikle işverenin sorumluluğunda olup işverenler çalışanların tacize maruz kalmamaları için gerekli bütün önlemleri alacaktır.
2. Bütün çalışanlar psikolojik taciz olarak değerlendirilebilecek her türlü eylem ve davranışlardan uzak duracaklardır.
3. Toplu iş sözleşmelerine işyerinde psikolojik taciz vakalarının yaşanmaması için önleyici nitelikte hükümler konulmasına özen gösterilecektir.
4. Psikolojik tacizle mücadeleyi güçlendirmek üzere Çalışma ve Sosyal Güvenlik İletişim Merkezi, ALO 170 üzerinden psikologlar vasıtasıyla çalışanlara yardım ve destek sağlanacaktır.
5. Çalışanların uğradığı psikolojik taciz olaylarını izlemek, değerlendirmek ve önleyici politikalar üretmek üzere Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı bünyesinde Devlet Personel Başkanlığı, sivil toplum kuruluşları ve ilgili tarafların katılımıyla "Psikolojik Tacizle Mücadele Kurulu" kurulacaktır.
6. Denetim elemanları, psikolojik taciz şikâyetlerini titizlikle inceleyip en kısa sürede sonuçlandıracaktır.
7. Psikolojik taciz iddialarıyla ilgili yürütülen iş ve işlemlerde kişilerin özel yaşamlarının korunmasına azami özen gösterilecektir.
8. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Devlet Personel Başkanlığı ve sosyal taraflar, işyerlerinde psikolojik tacize yönelik farkındalık yaratmak amacıyla eğitim ve bilgilendirme toplantıları ile seminerler düzenleyeceklerdir.

Bilgilerini ve gereğini rica ederim.

Recep Tayyip ERDOĞAN
Başbakan

Önlenebilir mi?
Mobbing eylemlerinin kişiler üzerinde, işletme içinde, dış çevresinde ve dolaylı olarak kişinin çevresindeki kişiler ve toplum üzerinde olumsuz yıkıcı etkileri olmakta

Mobbingi Önleyici Tedbirler
Bireysel
Örgüt içinden
Örgüt dışından
Bireyin etrafında ki kişiler
Toplum

Bireysel Önleyici Tedbirler

Durumu sağlıklı bir şekilde değerlendir.
Çatışmadan kaçın.
Sakin olmaya gayret et.
Konuyu üst yönetime ilet.
Kanıt bul.
Günlük tut.
Şahit bul.
Sendikadan destek talep et.
ÇSGB İletişim Merkezi Alo 170'i ara.
Tıbbi ve hukuki destek al.
Belirtileri tanımak.
İşletmeyi tanımak.
İş ve özel hayatı tanımak.
Güvenli davranış göstermek.
Hiçbir şey yapmamak, görmezden gelmek.
Saldırganla yüzleşmek.
Sessizce savaşmak.
Fiziksel ve zihinsel olarak yaşanan stres karşısında sağlamlığını korumak.
Kendine güvenmek.
Çevreyle iyi ilişkiler kurmak.
Yakın çevrenin desteği.
Manevra mesafesini korumak.
Soğukkanlılığı korumak.
Performansı düşürmemeye dikkat etmek.
Kanıt toplamak.
Duyguları ifade etmek.
İnsan kaynakları yönetimine bilgi vermek.
Kurban zihniyetine girmemek.
Geçici olarak işten uzaklaşmak.
Psikolojik yardım almak.
İşi bırakmak.
Kanuni yollara başvurmak.
Yasını tutmak.

Örgütte Mobbing Yapılıyor mu?

Örgütte bir sorun çıktığında, sorumluluk hep aynı kişiye mi yükleniyor?
Önemli görevleri üstlenen çalışanlarda ani işten ayrılmalar var mı?
Genel olarak işgücü devir hızı yüksek mi?
Çalışanlar sık sık izin kullanıyorlar mı?
Örgütte çalışanlarda genel olarak bir mutsuzluk gözleniyor mu?
Bugün sorun çıkardığı düşünülen çalışanın daha önceki performansı yüksek miydi?
Özellikle yöneticiler bulundukları mevkii için yeteneksiz ve deneyimsiz mi?
Çalışanlar arasında iletişim ve işbirliği eksikliği var mı?

Örgütsel Önleyici Tedbirler

Çatışmaları yönetmek.
İş dizaynında değişiklikler.
Örgütte stresi önleme.
Uygun liderlik davranışları.
Eğitim.
Örgütlerde kişisel ahlak gelişimini sağlamak.
Mobbing mağdurlarıyla iletişim kurmak.
Mesleki rehabilitasyon.
Hukuki önlemler almak.

1-Çatışmaları Yönetmek
Uyuşmazlığın varsayılması.
Çalışanlar uzun süre algılayamazlar.
Belirli davranışlara ve tutumları eleştiriler.
Bireyin işe uygun olmadığı.
Kutuplaşmalar yer almakta.
Alınacak kararlar konusunda baskı yapılmakta.
Rehber oluşturmak.
Örgütsel politikalar.
Yasal önlemler.
İkaz etme.
Yer değişikliği yapma.

2-İş Dizaynında Değişiklikler
Bireysel öneri sistemleri.
İyileştirici programlar.
Sağlıkla ilgili önlemler.
Özellikle grup çalışmalarına teşvik etme.
Katılımlı yönetim modelleri oluşturma.
Çalışanın değerleri, dini inançları ve etnik temeli.
Bireyin iş tatmin düzeyini artıracağı iş.
Güven ve sağlıklı iletişim.

3. Örgütte Stresi Önleme
Rol belirsizliği,
Sosyal ve duygusal belirsizlik,
Aşırı iş yükleme,
Fiziksel ve ruh sağlığı programları,
Rol analiz teknikleri,
Sosyalleşmeyi sağlayacak,

4. Uygun Liderlik Davranışları
Üretimi arttırma çabaları.
Çatışmaları ortaya çıkarma becerilerini.
Yönetici eğitimi.
İkaz sinyallerini alabilmeli.
Liderlik stilleri ile örgüt sağlığı.
Dönüşümcü liderlik davranışları.

5. Eğitim Yoluyla Mobbingi Önleme
Mobbing ile ilgili kavramlar iyi tanımlanmalı.
Liderlik,rehabilitasyon,çatışma ve stres eğitimi vb.
Bilgi ve becerilerin geliştirilmesi.
Duygusal ve davranışsal açıdan yönetebilmek.
Örgütün amaçları doğrultusunda bütünleşmek.
İşverenler uzman olan konuşmacıları davet ederek, mobbing ile ilgili düzenli olarak seminerler, çalışma atölyeleri.

6. Kişisel Ahlak Gelişimini Sağlamak
Davranış standartları.
Politik davranışlar.
Etik kodlar ve standartlar.
Çalışanlar, yöneticiyi model alabilirler.

7. Mobbing Mağdurlarıyla İletişim Kurmak
Açık, anlaşılır ve doğru işleyen iletişim kanalları.
Mağdurları ile konuşulan uygun programlar.
Dezavantajlı gruplar seçilmeli.
Farklı bölümlerden kişilerle iletişim.
Mağdurlar tarafsız kişilerle konuşmalı.
Çözüm yolları arayanlar eğitilmiş olmalı.
Mağdurlara fırsat verilmeli.
Hiyerarşik yapı içersinde çözümler üretilmeli.

8. Mesleki Rehabilitasyon
Çalışanları tehlikelere karşı korumak.
İnsanların damgalanması önlenmeli.
Kişiler daha önceki saygınlık ve sorumluluklarına dönebilecek şekilde rehabilite edilmeli.
Örgütsel sağlığın geliştirilmeli.
Örgüt iklimi ve psikolojik iş çevresi düzenlemeli.
Sosyal etkileşimi arttırmalı.

9. Mobbingi Önlemede Hukuk
Mobbing mağdurlarının yasalar önünde ne gibi haklarının olduğu,
Sürecinin insanların kişisel bütünlüklerine zarar vermemesi,
Örgütlerde Mobbing Yönetiminde Destekleyici rol alması,

Mobbing davranışlarını önlemede en önemli adımlardan biri;

Örgütlerde zamanında önlemler almak, örgüte ve çalışanlara zarar vermesini engellemektir.

Örgüt Dışından
Rekabet ortamı.
Mükemmeliyetçi olma hırsı.
Kazanç sağlama.
Yetişmiş eleman çalma.
Kötü imaj.

Bireyin Etrafındaki Kişiler
Mağdura her konuda destek olmalıdır.

Toplum
Kötü davranışlara itiraz.
İnsani gelişimlere açık..
Duyarlı toplum.
Sağlıklı nesiller oluşturmak.

Özetle
Örgütün kültürel yapısı oluşturulmalı, kültürel değerler çalışanlar tarafından benimsenmeli.
İşyeri mobbing eğilimleri ve bu eğilimleri etkileyen faktörler saptanmalı.
İş tanımları yapılmalı, çalışanların görev ve sorumlulukları belirlenmeli.
Örgütlerde stres yaratıcı ortamlar ortadan kaldırılmalı(Eşit kariyer fırsatları, adaletli ücret politikalarının, iş güvenliğinin sağlanması, yıkıcı rekabetin azaltılması gibi).
Etkin, güvenli, konusunun uzmanı yöneticilerle çalışılmalı.
Sürekli eğitim programlarından yararlanmalı (Stres, Mobbing, Kişisel Gelişim Eğitimleri gibi).
Örgütlerde uzman rehberler, psikologlar çalıştırılmalı.
Örgütlerde etik kodlar oluşturulmalı ve çalışanların etik değerleri içselleştirmeleri sağlanmalı.
İletişime önem vererek, sık sık yüzyüze iletişim kurabilecekleri ortam yaratılmalı.
İşe alım ve yerleştirme sürecinde kişilik iş uyumuna dikkat edilmeli.
Mobbing davranışının örgüte olan maliyetleri belirlenmeli.
Mobbingi önleyici hukuki tedbirler alınmalı ve mobbing mağdurları hukuken korunmalıdır.

STRES YÖNETİMİ

Prof. Dr. Vedat Işıkhan
Hacettepe Üniversitesi
Sosyal Hizmet Bölümü Öğretim Üyesi

Neden Çalışıyoruz?

Başarı ve güç sahibi olma
Bir topluluğa ait olma
Bir insan olarak dikkate alınma
Eşit muamele görme
Statü ve prestij kazanma
Bağımsız olma
Para kazanma
Sosyal güvenlik hakkı

Değerlendirme (Evet-Hayır)
İşinizi severek mi yapıyorsunuz? İşinizi seviyor musunuz?
İşinizden doyum alıyor musunuz?
İş ortamınızı seviyor musunuz?
Kendinizle barışık mısınız?
Sağlığınız yerinde mi ?
Şu an huzurlu musunuz?
Şu an çalıştığınız kuruma yönelik aidiyet (bağlılık) duygunuz var mı?
Kendinizi gerçekleştirmiş biri olarak kabul ediyor musunuz?
Geleceğe yönelik hedefleriniz var mı?
Şu an stres yaşıyor musunuz?

STRES
21. Yüzyılın Salgını

Konunun Önemi
Personelin verimliliği düşmektedir.
İşe devamsızlık artmaktadır (Çalışanların mazeretsiz olarak işe gelmeme oranları artmakta- Her iş gününde, tahminen 270,000 insan stres ile ilgili ruhsal bir sorun nedeniyle işe gitmemektedir).
Örgütsel aidiyet azalmaktadır.
Yabancılaşma artmaktadır.
Turnover oranı artmaktadır.
Sağlıkla ilgili birçok harcama ortaya çıkmaktadır.
İşte hata ve kazalar artabilmektedir.
Bakımın kalitesi etkilenmektedir (Kimi zaman müracaatçılarla ilişkilerde soğuk ve cezalandırıcı tavırlar görülmektedir).

Güzel Haberler
Herkes uzun vadede yaşadığı stresi % 85 veya daha fazla bir oranda azaltabilir.
Hemen şimdi dahi yaşadığınız stresin %15-%20'sini azaltabilirsiniz.

Stres Nedir ?
Organizmanın, fiziksel ve ruhsal sınırlarının tehdit edilmesi veya zorlanması ile ortaya çıkan psikolojik bir durumdur.
Kişilerde meydana gelen ve onları normal faaliyetlerinden sapmaya zorlayan durumdur.
Kişinin kendisini rahatsız hissettiği ve performansının normalden aşağıda veya çok yukarıda olduğu psikolojik bir durumdur.

STRES = P (BASKI) > R (KAYNAK)

Endocrine System Responses
Fiziksel ve psikolojik sistem üzerindeki talepler hormon (adrenalin, testosteron) salgısıyla sonuçlanır. Bunlar:
Terleme.
Kan basıncı ve kalp atışlarının artması.
Hızlı nefes alma.
Kas gerginliği.
Zihinsel uyanıklığın artması.

"Aslında bizi öldüren stres değildir ona verdiğimiz tepkilerdir"
Hans Selye

Stresin Bedeli
Bütün modern hastalıkların % 80'inin kaynağında stres vardır.
İngiltere'de her yıl 40 milyon iş günü doğrudan stres ile ilişkili hastalıklardan dolayı kaybedilmektedir.
Devamsızlığın İngiliz endüstrisine bedeli her yıl yaklaşık £1.5 milyon pounddur.

Tanımlardaki Ortak Özellikler
Strese neden olan bir uyarıcının var olduğu kabul edilmektedir.
Stres bireyin ulaşmak istediği aşamalar ve bu alanda karşılaştığı kısıtlamalarla ilgilidir.
Stres çoğunlukla kaçınılmaz bir durumdur.
Stres, insanları psikolojik ve fizyolojik açıdan çeşitli şekillerde etkiler.
Fazla ya da az düzeyde strese sahip olmak kötü bir durumdur.
Fazla stres zararlıdır.
Az stres tehlikeli olabilir.
Sıkıcı hayat, emeklilik, birlikte çalışmaktan mutlu olmadığınız meslektaşlarınız, iş arkadaşı
Stresin olmaması (0 stres düzeyi) ölümün bir göstergesidir.
Stressiz bir yaşam sıkıcı olur bu da stres yaratır.
En iyi hedef stresin verimlilik, üretkenlik ve daha sağlık şeklinde sonuçları olmasıdır.

STRES TÜRLERİ
DISTRESS-Negatif Stres
EUSTRESS- Pozitif Stres

Eustress: Olumlu -Pozitif Stres
Özellikleri
Koleje ya da Üniversiteye gitmek.
Nişanlanmak.
Piyongoyu tutturmak. Bunlar bireyde:
Kısa süreli motivasyon ve enerji sağlar.
Başa çıkma kapasitemizi güçlendirir.
Heyecanı ve başarıyı artırır.

Olumlu stresin sonuçları
Hareket için enerji verir.
Konsantrasyon sağlar.
Başarıyı yükseltir.

DISTRESS: Olumsuz-Negatif Stres Özellikleri
Anksiyete ve endişeye neden olur.
Kısa ve uzun süreli olabilir.
Başa çıkma yeteneklerimizin dışında olduğu kabul edilir.
Hoşnutsuzluk duygusu yaşanır.
Başarıyı düşürür.
Mental ve fiziksel sorunlara neden olabilir.

Olumsuz stresin sonuçları
Fiziksel, mental ve davranışsal sorunlar.
Verimlilik – etkinlik düşer.
Motivasyon düşer.

STRESİN AŞAMALARI
Alarm Aşaması.
Direnç-Direnme Aşaması.
Tükenmişlik Aşaması.

Tükenmişliğin Tanımlanması
Stres ve tükenmişlik personel alma ve tutma ve de bakım kalitesi üzerinde zarar verici etkilere sahiptir ve en önemlisi çok ciddi insani bedeller barındırmaktadır. Çalışmalar; karmaşık fiziksel, psikolojik ve manevi ihtiyaçları olan insanlara bakım vermenin personelin stres düzeyini yükselttiğini göstermiştir.

Tükenmişlik, "diğer insanlarla, özellikle de sorun yaşadıklarında veya üzgün olduklarında, onlarla aşırı derecede ilgilenmekten kaynaklanan kronik duygusal gerginliğe verilen bir tepki" dir.

Tükenmişliğin bireyin başa çıkma becerisi ile işyerinin talepleri arasındaki dengesizlikten ortaya çıktığı düşünülmektedir.

Stres İle İlgili Hastalıklar
Accelerated aging (hızlandırılmış)
ASTHMA
Premature death
OBESITY
HEART DISESASES
Gastrointestinal problems
DIABETES
HEADACHES
Alzheimer's disease

Sağlık- Stres Haberleri
İş stresiniz kanser riskinizi yükseltmeyecek.
Araştırmalar stres ile epilektik nöbetler arasındaki ilişkiyi desteklemektedir.
Benzer stres altında zenginler yoksullardan daha uzun yaşamaktadır.
Araştırmalar, evde erken yaşlarda strese maruz kalan kızların beyninin etkilendiğini göstermektedir.

Stresin Nedenleri
Ulaşılması güç beklentiler içinde olmak.
Herhangi bir şekilde olumlu ya da olumsuz değişiklikler yaşama.
Çaresizlik ve ümitsizlik duyguları.
Tehdidin algılanması.
İstenmeyen çevresel etmenler (gürültü, ısı, soğuk).
Ailenin beklentilerinin fazla olması.
"meli, malı" düşünce tarzı (kazanmalıyım, başarmalıyım vb).
Gerçekleşmeyen idealler.
Akılcı olmayan düşünce biçimleri.
Destek kaynaklarının eksik olması.
Başarısızlık korkusu.
Başarılı olma korkusu.
Rol çatışması.
Çok az ya da çok çalışma.
Rol belirsizliği (bireyden ne istenildiğinin bilinmemesi).
Amirin tutum ve davranışları.

"Bir güçlükle karşılaştığınızda kendinize bir kaçış yolu değil bir çıkış yolu arayın"

STRES DÜZEYİ TESTİ
(16 soru; Evet=1; Hayır=0)
1.Uykuya dalmakta zorluk çekiyor musunuz?
2.Gece sık sık uykunuz kaçıyor mu?
3.Hazımsızlık ve/veya kolit gibi rahatsızlığınız var mı?
4.Yüksek tansiyona bağlı baş ağrıları, baş dönmeleri var mı?
5.Sinirsel döküntü, çarpıntınız var mı?
6. Kas tutulmaları ve ağrı gibi rahatsızlığınız var mı?
7. Diğer insanlar sizi rahatsız ediyor mu?
8. "Kafanızı dinlemek", "sakinleşmek" ve "bir kitap okumak" sizin için çok mu zor?
9. Yavaş çalışan ve yavaş konuşan insanlardan rahatsız olur musunuz?
10. Sakinleşebilmek için sigara, alkol veya uyku ilaçları kullanır mısınız?
11. Aceleci misiniz?
12. Bir yere geç kalınca veya oraya zamanında gitmeniz engellenirse kızar mısınız?
13. Çalışma gününüzün sonunda gerektiğinden fazla yorgun olur musunuz?
14. Yapacak bir işiniz olmadığı zaman huzursuz olur musunuz?
15. Doktorunuz, aileniz veya arkadaşlarınız çok sinirli ve gergin olduğunuzu düşünür mü?
16. Konsantre olamayacak veya rahat düşünemeyecek kadar yıpranmış olduğunuz zamanlar oldu mu?

Stres Düzeyi Testideğerlendirme (Maks=16)
6 Puandan az= Stres ölçünüzü aşmamışsınız
7-10 Puan arası= Rahat edebileceğinizden biraz daha fazla stres altındasınız
11-14= Fazla stres altındasınız ve biraz rahatlamanız gerekir.
15- + = Stres düzeyiniz çok yüksek. Bu baskıyı azaltmazsanız stres ile ilgili hastalıklara yakalanabilirsiniz.

A Tipi Kişilik Özellikleri
Daima faaliyet içerisindedir
Sabırsızdır
Hızlı yürür, hızlı konuşur
Aynı anda iki şeyi yapar
Atılgandır, rekabetçidir
Kendini zaman tehdidi altında hisseder
Başarı konusunda beklentisi yüksektir
B Tipi Kişilik Özellikleri
Sabırlıdır
Zaman tehtidi yoktur
Asla aceleci değildir
İşini yaparken eğlenir
Sıcakkanlı ve yumuşaktır
Ailesine ve sosyal yaşama zaman ayırır

Risk Altında Bulanan Bazı Meslek Grupları
Doktorlar.
Hemşireler.
Ruh sağlığı çalışanları.
Konuşma ve dil patalogları.
Acil yardım personeli.
Polisler.
Psikologlar.
Sosyal Hizmet Uzmanları.

Stres ve Tükenmişliğin Fiziksel Belirtileri
Çarpıntılar.
Baş ağrısı.
Yorgunluk.
Mide, bağırsak bozukluğu, sindirim zorluğu.
Nefes darlığı.
Ellerde titreme.
Gürültüye, sese karşı aşırı duyarlılık.
Uykusuzluk, aşırı ya da düzensiz uyku.
Bitkinlik.
Mide krampları.
Boyunda, ensede, belde, sırtta ağrı, gerginlik, kasılma ve eklem ağrıları.

Zihinsel Belirtiler
Unutkanlık.
Konsantrasyonda azalma.
Kararsızlık.
Organize olamamak.
Zihin karışıklığı.
İlgi azalması.
Zihinsel durgunluk.

Duygusal Belirtiler
Huzursuzluk, sıkıntı, gerginlik.
Kaygılı olmak.
Mutsuzluk, durgunlaşma, çökkünlük hali.
Sinirlilik, saldırganlık veya kayıtsızlık.
Duygusal olmak.

BİREYSEL SONUÇLAR
Davranışsal Sonuçlar: Alkol alma, aşırı yemek yeme vb.
Fizyolojik Sonuçları: Dolaşım sis., kalp ve damar hastalıkları, sindirim ve üreme sis.hastalıkları.
Psikolojik Sonuçları: Kaygı, depresyon ve uykusuzluk.

Örgütsel Sonuçları
Çok fazla iş yükü.
Örgüte karşı düşük bağlılık hissi.
Personel devir hızının artması.
Beklenti ve elde edilen sonuç arasındaki fark.
Turnover (personel devir hızı)'ın artması.

"Kötü belleğin iyi tarafı, aynı şeylerden bir çok kez, ilk kez gibi yararlanmaktır."
Friedrich Nietzche

Mobbing
Türkçe karşılığı "Yıldırma", "Psikolojik taciz" gibi kavramlarla tanımlanabilir.
Örgütlerde yaşanan psikolojik taciz kavramını ilk dikkat çeken 1990 yılında Leyman olmuştur.
Mobbing, örgütlerde işgörenler arasında veya işverenler tarafından işgörenlere tekrarlanan saldırılar şeklinde uygulanan bir çeşit psikolojik terördür. Bu süreçte amaç; kişinin, özgüveni ve özsaygısını acımasızca yok etmeye çalışmaktır.

Mobbing davranışlarının ortaya çıkmasında etkili olan faktörler
Bireyi grup kurallarını kabul etmeye zorlamak.
Düşmanlıktan zevk almak.
Sadece zevk arayışı.
Can sıkıntısı.
Ön yargıları pekiştirmek.
Ayrıcalıklı olduğuna inanmak.
Sahip olamadıklarının acısını çıkarmak.
Bencillik.

Kaynak: Tınaz, P. (2006) İşyerinde Psikolojik Taciz. İstanbul. Beta Yayınları.

Mobbing mağdurlarında görülen sorunlar
Kaygı.
Kendini beğenmeme.
Korku.
Uykusuzluk.
Konsantrasyon bozukluğu.
Bunalım.
Kronik yorgunluk.
Mide sorunları.
Baş ve bel ağrısı.
Sinirlilik.
Kendinden nefret etme.
İntihar.
Melankoli.
Tükenmişlik.
Umutsuzluk.
Güvensizlik.
Travma sonrası stres bozukluğu.
Depresyon.
Panik atak krizleri.
Deri üzerinde döküntüler.

Mobbingin en çok görüldüğü örgütler
Üniversiteler.
Sağlık kurumları.
Gönüllü kuruluşlar.

Kaynak. Leymann, H. (1990). "Mobbing and Psychological Terror at Workplaces". Violence and Victims, 5, 119-126.

Mobbingin Örgütlere Psikolojik Maliyetleri
Bireyler arası anlaşmazlık ve çatışmalar.
Olumsuz örgüt iklimi.
Örgüt kültürü ve değerlerinde çöküş.
Güvensizlik ortamı.
Genel saygı duygularında azalma.
Çalışanlarda isteksizlik nedeniyle yaratıcılığın azalması.

Mobbingin Örgütlere Ekonomik Maliyetleri
Hastalık izinlerinin artması.
Yetişmiş işgücünün örgütten ayrılması.
İşten ayrılmaların artmasıyla yeni çalışan alımının getirdiği maliyet.
İşten ayrılmaların artmasıyla eğitim etkinliklerinin maliyeti.
Genel performans düşüklüğü.
İş kalitesinde düşüklük.
Çalışanlara ödenen tazminatlar.
İşsizlik maliyetleri.
Yasal işlem ve mahkeme masrafları.
Erken emeklilik ödemeleri.

Örnek Olay
Doktor hanım X, Anadolu'da X Tıp Fakültesi'nde görevlidir. Doktor hanımın duygusal zekâsı yüksek, iyi derecede İngilizce konuşup, İngilizce mesleki makaleler yazabilen, olayları mantıklı ve empatik ölçüler içerisinde yorumlayabilen ve duygularının farkında olan bir kişidir. Olaylar, doktor hanımın Citation Index'te iki makalesinin kabul edilmesiyle başlamıştır. Şefi olan doçent hanım, ona imalı bir biçimde "Bazı arkadaşlarımızda hiç akademik terbiye kalmadı, hocalarınızın önüne geçmeye utanmıyor musunuz? Gibi kırıcı sözler sarf etmiştir. Bu kırıcı sözlere rağmen, doktor hanım mesafeli ve saygılı davranmıştır. Ancak, Şef olan doçentin şiddeti günler geçtikçe daha da artmaya başlamıştır. Doktor hanım, birkaç kez konuşmaya teşebbüs etse de başarısızlıkla sonuçlanmıştır.
Bu arada, doktor hanımda uykusuzluk, halsizlik, iştahsızlık ve tedirginlik gibi ilk fiziksel belirtiler görülmeye başlamıştır. Doktor hanım kısa bir süre sonra asıl görevinden alınarak kimseyle iletişim kuramayacağı izole edilmiş bir laboratuara gönderilmiştir.

Başasistan konumundaki bir kişinin, bir teknisyen tarafından yönetilebilecek bir yere gönderilmesi, herkesin dikkatini çekmesine rağmen, doçent hanımdan çekindikleri için kimse tepkide dahi bulunmamıştır.

Araştırma yapması için laboratuarları kullanma izni verilmemiştir. Araştırmalarını hafta sonları Akdeniz'de bulunan bir hastaneye giderek tamamlayabilmiştir. Bu arada sürekli olarak denetlenerek taciz edilmiştir.

Uzmanlık sınavında iyi savunma yapamadığı gerekçesiyle başarısız bulunmuş, jüri üyelerinin hepsinin kafalarını önüne eğip sadece dinledikleri bir oda da, doçent hanım soğukkanlı bir tavırla sonucu bildirmiştir. Tabi ki doktor hanım büyük bir çöküntü yaşamıştır.
Daha sonra yaşanan mobbing davranışları ile ruh sağlığı gittikçe bozulmuştur. Sonuç olarak, doktor hanım psikolojik tedavi almak zorunda kalmıştır.
Kaynak: Çobanoğlu, Ş. (2005). Mobbing. İstanbul: Timas Yayınları.

Ne yapılabilir?
Bir sorunu çözmenin en iyi yolu, sorun ortaya çıkmadan önce, sorunu çözmektir.

Bunun için öncelikle:
Mobbing nedir?
Niçin yapılır?
Kim yapar?
Amacı nedir?
Sonuçları nelerdir?
Kendinizin, diğer çalışanların ve yöneticinin örgüte ilişkin metaforu nasıldır?
Bu konularda bilgi sahibi olmak gerekir.

Mobbing mağduru çoğu zaman, bir başka kişinin kendisiyle acımasız, haksız ve çoğu zaman da ahlaka sığmayan tarzda oynadığının farkında değildir.Sürekli ve kasıtlı olarak bireyin hatalı, değersiz ve sorunlu olduğu teması işlenir. Bireye, zorla da olsa kabul ettirilir.

Çalışmaya başladığınız örgüt hakkında bilgi toplayınız.

Örgüt yöneticisinin liderlik özelliği var mı?
Örgütün kültürü nasıl?
Örgütte iletişim nasıl?
Personel profili nasıl?
Örgütün sorun çözme yaklaşımı nasıl?
Örgüt üyeleri arasında çatışma var mı?
Örgüt içi çatışma nasıl çözülüyor?
Örgütte daha önce mobbing yaşanmış mı? Yaşandı ise nasıl çözülmüş?
İşin türü mobbinge uygun mu?
Örgütün yazılı etik kuralları var mı?

Örgütteki potansiyel zorbaları, izleyicileri, destekleyicileri ve kurbanları saptayınız.

Çoklu neden / Çoklu sonuç

Örgütün mobbingle ilgili yasal düzenlemelerini araştırınız.

Mobbing mağduru ile iletişim kurarsanız ve samimi olursanız, en kısa zamanda sizde mobbing mağduru olursunuz. Bu sebeple, İlk aşamada asla taraf olmayınız. Asla gruplara girmeyiniz.

Örgütlerde Mobbing Aşamaları
Örgüt içinde kritik bir olayın yaşanması ve saldırgan davranışların ortaya çıkması.
Mağduru lekeleme çalışmalarının hızlanması.
Ciddi travma ve kişisel yönetim.
Kovulma.

Size mobbing yapılamaya başlandı ise;
Önce sakin olunuz.
Süreci doğru tanımlayınız.
Bu durumun bir mobbing olup olmadığına karar veriniz.
Olumsuz davranışları görmezden geliniz, sorun yokmuş gibi davranınız. Mobbingin üzerinize yapışmasına izin vermeyiniz.
Unutmayınız ki, mobbing mağduru tek başına hiçbir kuralı değiştiremez. Kurban, kuralı başkalarının koyduğu bir oyun içindeki rolünü kabullenmeye zorlanır.

Zayıf ve kuvvetli yönlerinizi iyi tanımlayınız.
Kurban rolünü asla kabul etmeyiniz.
Olayların nedenlerini ve taraflarını iyice araştırın. Anlamaya çalışın.
İzleyicileri ve desteleyicileri tanımlayın.
Mobbingin yönünü tanımlayın.
Yönetimin de mobbing sürecinde olup olmadığını tespit edin.
Size mobbing uygulayanlarla uygun bir dille konuşun.
Sonuç alamıyorsanız, sorunu toplantılarda dile getiriniz (Sakin, kararlı, beden dilini etkin kullanan bir kişi imajı çizin.).
Başkalarının beden dilini ve tavırlarını izleyin.
Eğer umursamaz ve sizi dikkate almaz tavır içindelerse, en kısa zamanda o işyerini terkediniz.
Mobbing sürecinde özgüveninizi kaybetmemek için içsel konuşmalar yapın. Duygularınızı ifade edin.
Çalışma ortamınızı sevdiğiniz şeylerle süsleyin.
Mobbing sürecini bir fırsat olarak değerlendiriniz.

Stresle Başa Çıkma
İnsanın gücünü aşan, belirgin iç ve dış kaynaklı stresi düzenlemede bilişsel ve davranışsal bir çabadır. Bireyin kendisi için stres verici olaya karşı direnmesini (güçlüğü yenmesini) belirtir.

Başa Çıkmanın Amaçları
1.Sıkıntı yaratan problemi değiştirmek veya yönetmek [Problem odaklı başa çıkma]
2. Probleme karşı oluşan duygusal yanıtları düzenlemek [Duygu odaklı başaçıkma]

Başa Çıkmayı Etkileyen Faktörler
Stresöre Ait Özellikler
Stresörün şiddeti/yoğunluğu.
Stresörün etkilediği alan.
Stresörün süresi.
Stresörlerin yapısı ve sayısı.

Bireye Ait Özellikler
Cinsiyet.
Kişilik yapısı.
Gereksinim ve güdüler.
Birey için stresörün anlamı.
İnanç sistemleri.
Sosyo-ekonomik düzey.
Eğitim ve bilgi birikimine bağlı zihinsel kaynaklar.

Başa Çıkmada Kullanılan Yanlış Yöntemler
Saldırganlık ve risk alma.
Olumlu ve yapıcı olmayan düşünceler üretme.
Reddetme davranışı.
Gerçeklerden kaçış.

Stres yönetimi kendini yönetmektir.
İnsanların çoğu stres ve yaşamlarını yönetememektedir.

Stres Yönetimi
Stres faktörlerinin bireyüzerindeki bütün olumsuz sonuçlarını en aza indirgemek ve bu gerilim kaynakları ile rasyonel bir şekilde başa çıkma çabalarının tümüdür.

Yöntemi derece derece oluşturun.
Kendi stilinizi bulun.
Düşünceleri değiştirebilmek için kendinize izin verin
Kendinize yeniden başlamak için sürekli izin verin. Bıraktığınız yerden daha iyi bir şekilde tekrar başlayın

Başa Çıkmada Kullanılan Bazı Yöntemler
Başka bireylerle karşılaştırma.
Spiritualite [Din, dua etmek, yaşamın anlamını değerlendirmek].
Duygusal boşalım; hayal kurma.
Kendini suçlama; bilgi arama.
Mesafe bırakma; kaçınma.
Planlı problem çözme.
Stresli olayı yeniden değerlendirme, problemi farklı bir bakış açısıyla değerlendirmek,
mizahi bakış kullanmak.

Bireysel Düzeyde Başaçıkma Yöntemleri
İyi beslenmek.
Egzersiz [Beyin faaliyetlerini %25 artırır], spor ve masaj.
Meditasyon [soluk alıp verme, kalbin kapasitesini genişletir]
Psikolojik Danışma ve Psikoterapi.
Rahatlama [yoğa, müzik ve grup terapisi], ruhsal süreci kapatmak.
Gereksiz sorunlardan kaçma.
Strese dayanıklı kişilere öykünmek.
Biyolojik geri bildirim (Biyofeedback).
Sosyal destek.
Davranış değiştirme.
Oyun.
Empatik yaklaşımı kullanmak.

"Müracaatçının bu soruna sahip olması benim hatam değil, ancak benim sorumluluğum bu yükün hafifletilmesinde üzerime düşen ne ise onu yapmaktır" şeklinde bir yaklaşıma sahip olmak daha faydalı olabilir.

Bakım hizmetine etkin bir biçimde devam edebilmek için bakım verenlerin kendine de nasıl bakacağını öğrenmesi gerekmektedir.

Etkili bir yaşam biçimi yönetimi kişinin kendi özel hayatı ve rolleri ile mesleki rolleri arasında bir denge kurmasını içerir. Sağlıklı bir özel hayatın sürdürülmesi sırasında iş ile ev arasındaki etkileşimi iyi yönetebilmek oldukça güç olabilmektedir. Bu tür rol çatışmalarını yürütebilmenin bir tekniği "10-yıl kuralı"nı işletmek olabilir. Kendinize sorun: "Bundan on yıl sonra acaba hangisi benim için daha önemli olacak, bu işin bir kaç saat, gün veya hafta geç kalmış olması mı yoksa ailemle ve kişisel bağlantılarımla geçirdiğim zaman mı?"

Çizelge: Bakım Verenlerin Kendine Bakımı
Kötü Bir Şey Olduğu Zaman
Kanalı Değiştirmek.
Düzenli egzersiz rejimi oluşturun.
Stres azaltma tekniklerini benimseyin.
Yaşamınızdaki örnek aktivitelere yeniden hayat kazandırın.
Molalar verin ve/veya ofis dışında zaman geçirin.

Değişiklik Yapmak İçin Umutsuz Olduğunuzu Hissettiğiniz Zaman
Dışarıdan destek sağlayın.
İşinizle ilgili olan meslektaş veya arkadaşlarınıza hikayenizi anlatın.
Bakım veren stresi konusunda ünlü bir danışmandan profesyonel yardım alın.
Bakım veren beceri eğitimine katılın.
Profesyonel bakım verenler için oluşturulmuş gruplara katılın.

Sonu Olmayan Sıkıntılar Yaşadığınızda
Olaylara gittikçe büyüyen resimden bakın.
İşinizden ayrı yaşam amaçları belirleyin.
Spiritual bağlantılar kurun.

Örgütsel Düzeyde Başa Çıkma Yöntemleri
Çalışanlar için yaşanabilir bir ücret düzeyi sağlamak.
İnsan gücü planlaması yapmak.
İş yükünü azaltmak.
Esnek çalışma saatleri.
Çalışanlara yönelik sosyal olanakları artırmak.
Yapılan işin ağırlığı göz önüne alınarak yıpranma hakkı (asker ve polis gibi) verilebilmelidir.
Destekleyici bir örgüt iklimi yaratmak.
İşi zenginleştirerek düzenlemek.
Çatışmaları azaltmak ve örgütsel rolleri açık bir şekilde tanımlamak.

Kariyer planlamasına önem vermek.
Çalışanların sağlık profilini çıkarmak.
Fiziksel çalışma koşullarını iyileştirmek.
Aşırı veya az iş yükünü ortadan kaldırmak.
Stresli personele yardım sağlamak (Employee Assistance Programs).

Devamlı eğitim: Çalışanlar ne yaptıkları konusunda kabul edilir bir anlayışa sahip olur ve güvende olduklarını hisseder.
Ekip olarak samimilik: Birisinin kötü bir gün geçirdiğini ve zamana veya duygusal desteğe ihtiyacı olduğu kabul edilir.
Personel destek toplantıları: Paylaşıma izin verilmesi, onay, kabul ve özel endişelerin ifade edilmesi.
Komik, eğlenceli kahvaltılar planlamak: Bazı kişi ve olayların gülünç ve komik yönlerinin hatırlanmasına yönelik bilinçli çabalar, tansiyonu düşürücü komik kahvaltılar veya aktiviteler.
Geribildirim için mekanizmalar oluşturmak: Böylece tüm personel minnet duygularının ifade edilmesinin farkında olur ve özel kişi veya eylemleri alkışlanır.

Güvendiğiniz en az bir veya iki insanla çok kaliteli ilişkiler kurun.
"Yükümlülüklerinizi" zaman zaman gözden geçirin ve sizin için ödüllendirici olduklarından emin olun.
Sizin için iyi olmayanlardan vazgeçin.
Yaşama, olumlu yaklaşımlar ve olumlu düşüncelerle bakabileceğiniz, zaman zaman size gevşeme ve dinlenmeyi hatırlatacak fikirler besleyin.

Stresle Başa Çıkma Programlarının Yararları
Stresin anlamını ve bunun sağlık için bedelinin öğrenilmesi.
Stresli olayların sayısının azaltılması.
Bazı streslerin gelişmeye dönük değerlendirilmesi ve kullanılması.
Kaçınılmaz olan olumsuz streslere yönelik çeşitli tekniklerle önlem almanın mümkün olduğunun anlaşılması.

ZAMAN YÖNETİMİ: İŞ STRESİNİ AZALTMANIN ANAHTARI
Bir zaman tablosu hazırla.
İşlerini önceliklerine göre sırala.
Hayır demeyi öğrenin.
Her aktivite için gerekli olan zamanı ayırın.
Kapınıza rahatsız etmeyin işareti koyun.
Dikkatinizin dağılmasını engelleyen konuları azaltın.

Sonuç
Modern yaşam, bitirilmesi gereken işlerin, hayal kırıklıklarının ve taleplerin yarattığı sorunlarla doludur. Birçok kişi için, stres adeta bir yaşam biçimi haline gelmiştir ki bu olağan bir durumdur. Stres her zaman kötü değildir. Küçük dozlarda, baskı altındayken başarılı olmanızı ve işi en iyi şekilde gerçekleştirmeniz için size yardımcı olabilir. Sürekli acil durum modunda çalıştırıyorsanız ruhunuz ve bedeniniz bu bedeli ödeyecektir. Siz belirti ve stres belirtilerini tanımak ve onun zararlı etkilerini azaltmak için adımlar atarak kendinizi koruyabilirsiniz.

Teknolojik olarak biz oldukça ileri bir aşamadayız.
Biyolojik olarak insanoğlu zamanın oldukça uzağında.
Bizim biyokimyasal yapımız günlük yaşamımız için programlanmamıştır.
Sistemimiz aslında aciz ilkel dönemde hayatta kalmak için tasarlanmıştır şimdi ise bugünün stres düzeyini taşımaktan acizdir.

İŞLER
Yetişir?
Yetişmezse mahvolurum?
İşler mutlaka yetişmeli?
İşleri evde tamamlarım ?
İşlerin yetişmemesi beni çok etkilemez.
YETİŞİR

SAĞLIK
Her zaman elde edilebilir?
Her zaman her şekilde korunabilir?
Önce iş sonra sağlık?
İş ve para olmazsa sağlık da olmaz?
Asla geri gelmez?
ASLA GERİ GELMEZ

ZAMAN
Bulunabilir?
Önce iş sonra diğer şeylere zaman ayırabilirim?
İş olmazsa zaman ne işe yarar?
Asla Geri Gelmez?
Zamanı çok dikkate almamak gerekir.
ASLA GERİ GELMEZ

II. PALYATİF BAKIM KURSU

05 Aralık 2015 Belek / Antalya

PALYATİF BAKIMI ANLAMAK PALYATİF BAKIM BİLEŞENLERİ VE PRENSİPLERİ

Doç. Dr. Nurten İnan
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD,
Algoloji Bilim Dalı

Palyatif Bakım

Palyatif Bakım Tanımı ve Tarihsel Gelişim.
Palyatif Bakım Ekibi.
Palyatif Bakım Organizasyon Modelleri.
Palyatif Bakım Yaklaşımı.
Kılavuz Örnekleri.

Palyatif Bakım

Terminoloji
Palyatif, latince "pallium" ve ingilizce "palliate" kelimelerinden köken alır
Terminal dönem hastalıkların semptomlarını metaforik olarak «örtmek» , hafifletmek ve konfor sağlamak anlamında kullanılmıştır.

Palyatif Bakım Kavramı

Tarihsel Gelişim
Palyatif bakım uygulamalarının temelleri 11.yy a kadar uzanmaktadır. Yolculuk esnasında ölümcül hastalığa yakalananların destek ve bakımı için, din kökenli gönüllüler
Fransa'da 1842 yılında Jeanne Garnier terminal dönemdeki hastalara yönelik destek merkezini açmıştır.

Tarihsel Gelişim

İngiltere'de 1967 yılında, ilk modern palyatif tıp tesisini St. Christopher's Hospis adı altında 1967'de Londra'da Cicely Saunder'ın çalışmaları ile kurulmuş.
Kanada'da 1975 yılında, Kanada Montreal'de palyatif bakım Royal Victoria Hastanesi'nde kurulmuştur.

Almanya'da 1983 yılında, palyatif bakıma yönelik merkezler kurulmaya başlanmıştır.
Ülkemizde ise Türk Onkoloji Vakfı tarafından İstanbul Yeşilköy'de kurulan "Kanser Bakımevi" 1993-1997 yılları arasında hizmet vermiştir.

Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı tarafından yayınlanan 2009-2015, Ulusal Kanser Kontrol Programı"nda palyatif bakım programı da tanımlanmış, kurumsallaşma yolunda hedefler belirlenmiştir.

Palyatif Bakım Tanımı

DSÖ 1989,

Hastalığı tedavi edici yaklaşımların tükendiği, son dönem hastalarına yönelik bir uygulama olarak tanımlanmıştır.

DSÖ, 2002

Hayatı tehdit eden hastalığa bağlı ortaya çıkan sorunlarla karşılaşan yetişkin veya çocuk hastaların ve ailelerinin yaşam kalitesini arttırmaya yönelik bir yaklaşımdır.
Başta ağrı olmak üzere fiziksel, psikososyal ve manevi problemlerin erken tanı ve tedavisini hedefler.

Palyatif Bakım Tanımı
DSÖ tarafından belirlenen standartlar doğrultusunda her ülke kendi sağlık sistemine, gereksinimlerine göre bir plan ve strateji oluşturmuştur.

Küratif ve Palyatif Tedaviler
Küratif Tedaviler
Yaşam süresi uzatmaya yönelik tedavileri içerir.

Palyatif bakım
Kaliteli bir yaşam sağlamaya odaklanmaktadır. Ölümü doğal bir süreç olarak kabullenmeyi hedefler.

Kimler Palyatif Bakım İhtiyacı Duyar?
İleri dönem organ yetmezlikleri (Kalp, akciğer, böbrek, karaciğer), hematolojik hastalıklar.
Kanserler.
Motor nöron hastalıkları ve ilerleyici nörolojik hastalıklar (Alzheimer, ALS, MS, muskuler distrofi, Parkinson, felç).
HIV/AIDS
Çocuklarda genetik/konjenital, ilerleyici nörolojik hastalıklar.
Geriatrik hastalar.
Diyabet hastaları.

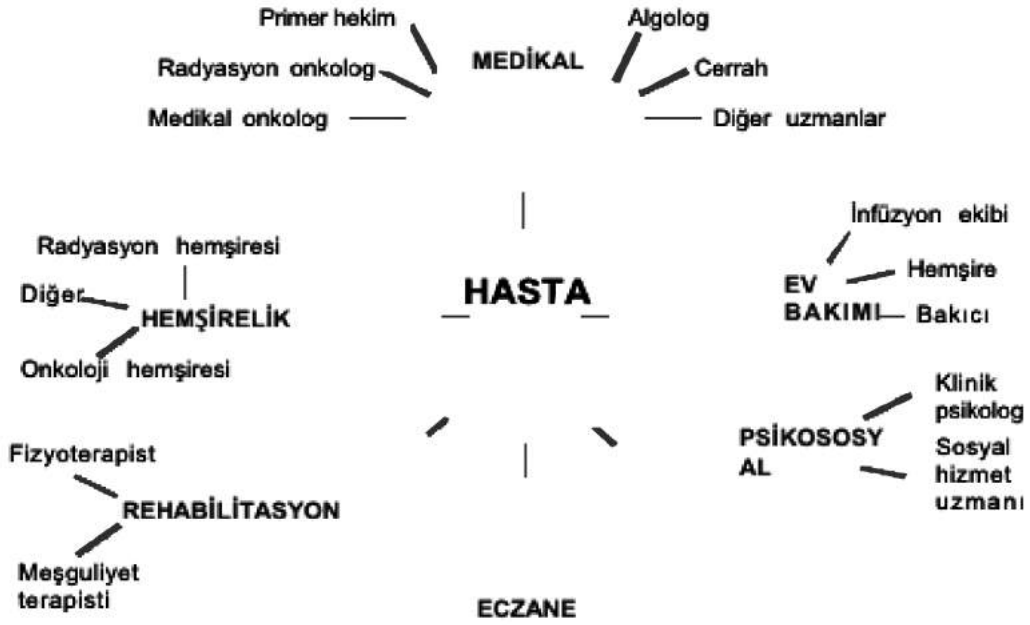
Palyatif Bakım Bileşenleri
Ağrı ve semptom değerlendirme ve destek.
Fiziksel ve psikolojik semptomları sorgulamak.
Sosyal ve Ruhani Değerlendirme ve destek.
Günlük hayatı etkileyen önemli sosyal veya manevi sorunlar.
Hastalığın tedavi seçeneklerinin ve prognozunun anlaşılması.
Hasta ve ailesi tarafından hastalığın ve tedavini anlaşılması.

Weissman 2011

Palyatif Bakım
Yaşam süresinden ziyade kaliteli bir yaşam sürdürmeye odaklanmakta.
Etkili semptom kontrolü ve iletişim.
Ölüm ne geciktirilir ne hızlandırılır.
Doğal bir süreç olarak kabul edilir.
Hastanın kararlarına ve seçimlerine saygı duyma.
Multidisipliner yaklaşım gösterme.
Ölüm yaklaştıkça hastayı ve aileyi rahatlatıcı önlemler yoğunlaştırılır ve hastanın kaybından. sonra palyatif bakım ailenin yas sürecinde desteklenmesine odaklanır.

Palyatif bakım ekibi
Doktor.
Hemşire.
Terapist.
Eczacı.
Psikolog.
Diyetisyen.
Sosyal Hizmet Uzmanı.
Din adamı.
Gönüllüler, Sivil Toplum Kuruluşları.

Multidisipliner Ekip



Palyatif Bakım Multidisipliner ekip

Medikal onkolog,
Göğüs hastalıkları uzmanı,
Anestezi uzmanı,
Fizik tedavi ve rehabilitasyon,
Dahiliye uzmanı,
Genel cerrahi uzmanı
Psikiyatri uzmanı,
Radyasyon onkoloğu ve gerektiğinde takım liderinin önerdiği uzmanlık alanından bir doktordan oluşur.

Palyatif bakımda görülen semptomlar

Ağrı	Ajitasyon	Anksiyete
İştahsızlık	Kaşeksi	Ağız kuruluğu
Kötü tat	Ağızda yara, aft	Disfaji
Asit	Vücut ödemi	Dispepsi
Hıçkırık	Kabızlık, ishal	Bulantı, kusma
Tremor	Bayılma	Unutkanlık
Konfüzyon	Deliryum	Depresyon
Dispne	Öksürük	Sekresyon
Halsizlik	Hareket edememe	Baş dönmesi
Kaşıntı	Reflü	İnkontinans

Palyatif bakımda görülen semptomlar

Dispne

Son dönem kalp ve akciğer hastalıklarında %56-68.
Kanser hastalarında ise %20-60 olarak bildirilmiştir.

Deliryumun

Palyatif bakımda %28-42 gibi değişik oranlarda iken ölüme yakın dönem de prevalansı %88'e kadar çıkabilmektedir.

Ağrı, dispne ve deliryum acil müdahele gerektiren semptomlardır.

Kanser Ağrısında Girişimsel Tedaviler
Sempatik ganglion nörolitik bloklar ve radyofrekans uygulamaları
Sfenopalatin ganglion.
Stellar ganglion.
Torasik/lomber ganglion.
Çölyak pleksus/splanknik sinirler.
Süperior hipogastrik pleksus.
İmpar ganglion.
İntratekal/epidural opioid uygulamaları; port pompa sistemleri.

Palyatif Bakımda Takipte Kullanılan Skalalar
Palyatif bakımda rutin pratikte sık kullanılan

Edmonton Semptom Değerlendirme Ölçeğinde [Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS)] ağrı, aktivite, bulantı, depresyon, anksiyete, uyku hali, iştahsızlık, kendini iyi
hissetme, nefes darlığı 10 cm VAS kullanılarak ölçülmektedir.
Memorial Semptom Değerlendirme ölçeğinde [Memorial Symptom Assesment Scale (MSAS)] ise 32 semptomun sıklığı, şiddeti ve hastada yarattığı sıkıntı değerlendirilmektedir.

Palyatif Bakım Merkezleri Organizasyon Modeli
Birinci Seviye:
Aile hekimleri.
Evde Sağlık.
Palyatif Bakım Birimleri -Hastane bünyesinde.

İkinci Seviye:
Palyatif Bakım Merkezleri (akut bakım).

Üçüncü Seviye:
Kapsamlı Palyatif Bakım Merkezleri(akut bakım).
Destekevi (Hospis) : Kronik Bakım son 6 ay.
Gönüllüler, Belediyeler ve STK'lar Her Seviyede.

1. Seviye Palyatif Bakım Hizmetleri
Palyatif Bakım Hizmet Birimini (PBHB) ; palyatif bakım konusunda eğitim almış bir tabibin gözetiminde destek tedavilerinin verildiği birimlerdir.

Palyatif bakım ayaktan poliklinik hizmetleri – Aile hekimleri ve evde sağlık hizmetlerince refere edilen hastaları değerlendiren ilk basamak palyatif bakım birimlerindendir.

2 . Seviye Palyatif Bakım Merkezi (PBM)
• Multidisipliner bir ekip olmalı.
• Tedavi gören hastalarda asıl amaç, en kısa sürede hastanın stabil hale getirilip idame tedavisinin aile hekimi ve evde sağlık hizmetlerince devamını sağlamaktır .
3 .Seviye Kapsamlı Palyatif Bakım Merkezi (KPBM)
Multidisipliner bir ekip olmalı.
Alt tedavi guruplarına palyatif bakım konusunda hizmet içi eğitim, sürekli eğitim ve sertifikasyon eğitimi programlarını verebilecek düzeyde bilgi birikimine sahip olmalı.
Tedavi gören hastalarda asıl amaç, en kısa sürede hastanın stabil hale getirilip idame tedavisinin aile hekimi ve evde sağlık hizmetlerince devamını sağlamaktır.

Palyatif bakım-Hospis Kavramı
Palyatif bakım- Hastalığın teşhisinden itibaren ölüme kadar herhangi bir dönemde ihtiyaç olduğunda sağlanabilir.

Hospis- Hastalığın terminal döneminde olan, 6 aydan daha az yaşam beklentisi olan hastalar
%95 evde bu hizmetin verilmesi tercih edilmekte.
Hastane.
Özel Merkezler.

Palyatif Bakım
Yaşam Süresine etkili küratif tedaviler.
Ağrı Tedavisi.
Hospis.

Destekevi (Hospis)
• Küratif tedaviye daha fazla yanıt vermeyen son dönem hastalar ile ilerlemiş kronik hastalığı olan hastaların semptom kontrolünün sağlandığı ev ortamına sahip mekanlardır.
• Detaylı bakımdan ziyade son günlerinde hasta semptomlarının kontrol edildiği, hasta ve ailelerine kronik hastalıkla baş etme yöntemleri konusunda her türlü desteği verildiği sağlık tesisidir.
•Palyatif Bakım merkezlerinin bulunduğu hastaneye bağlı olmakla birlikte, çok uzak olmayan bağımsız yerlerde kurulmalı.

PALYATİF BAKIM ENDİKASYONLARI VE DEĞERLENDİRME YÖNTEMLERİ

Dr. Gülçin ŞENEL
Dr. A.Y. Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Palyatif Bakım Endikasyonları:

Tüm dünyada giderek artan oranlarda palyatif bakım gereksinimi olduğu bilinmektedir.

Her yıl 58 milyon insan ölmekte, bunların en az %60'ının da palyatif bakımdan yararlanabilecek uzun süren ilerlemiş bir hastalığa sahip olduğu belirtilmektedir.

Yine bu hastaların %80'inin yaşamlarının son günlerinde çektiği ağrı ve ızdırapların palyatif bakımla giderilebileceği bilinmektedir.

Hospis hareketini başlatan Dame Cicely Saunders acı çeken ileri evre kanser hastalarının deneyimlerini ve gereksinimlerini sistematik olarak araştırarak palyatif bakım felsefesinin temellerini atmıştır.

Günümüzde palyatif bakım kanser dışında yaşamı tehdit eden son dönem organ yetmezlikleri, progresif nörolojik hastalıklar ve AIDS gibi hastalıkları da kapsamına alarak genişlemiştir.

Palyatif Bakıma Yönlendirme Kriterleri:
ABD de bazı hastaneler bu kriterleri otomatik konsültasyon kriterleri diğerleri ise sadece pazarlama materyali olarak kullanmaktadır.

Konsültasyon istemi palyatif bakım vermeyi zorunlu kılmaz, sunulan bakım alternatiflerinin hasta ve hasta yakınları tarafından onaylanması gerekir.

Policies and Tools for Hospital Palliative Care Programs. A crosswalk of National Quality Forum Preferred Practices. Center to Advance Palliative Care. https://www.capc.org/

Genel Kriterler
Ciddi hastalık ile birlikte aşağıdakilerden bir veya daha fazlasının varlığı;

Hasta/aile veya doktorda prognozla ilgili kararsızlık
Yeni tanı almış yaşamı tehdit eden bir hastalık için semptom kontrolü, hastaya/aileye destek
Hasta/aile veya doktorda tedavi seçeneklerinin uygunluğu ile ilgili kararsızlık
Günlük yaşam aktivitelerini sürdürme yeteneğinde azalma
Yararsız tedaviler için hasta veya ailenin istekleri
Kilo kaybı
DNR kararı vermede güçlük veya çatışma
Progresif metastatik kanser
Ciddi hasta veya ölüme yakın hastada oral yol dışında beslenme/hidrasyon yapılması ile ilgili kararsızlık
Uzun süreli bakım veren sağlık tesislerinden hastaneye yatış
Ciddi hastalık sürecinde sınırlı sosyal destek (aile desteği olmaması, yalnız yaşam, evsiz, kronik mental hastalık vb.)
Aynı hastalıktan son üç ayda üç veya daha fazla hastane yatışı
Hasta/aile veya doktorun hospis uygunluğu ile ilgili bilgilendirme istemi
Kontrolü güç psikolojik ve emosyonel semptomlar
Hasta veya ailede psikolojik veya manevi sıkıntı

Nörolojik Kriterler
Folstein Mini Mental Score <20
Status epileptikus > 24 saat
Herhangi bir nörolojik durum için feeding tüp düşünülmesi
Mekanik ventilasyon düşünülen
ALS veya diğer nörolojik hastalıklar
Herhangi tekrarlayan bir beyin tümörü
Kötü fonksiyonel durum veya demansla birlikte Parkinson hastalığı
Kötü fonksiyonel durum ve son altı ay içinde bir veya daha fazla enfeksiyon nedeniyle hastaneye yatış yapılan ileri Alzheimer veya demans
İki haftadan daha uzun süren koma veya PSV (Preserved Speech Variant)

Kanser Kriterleri
Sistemik tedavilere rağmen lokal ileri veya metastatik kanser progresyonu
Karnofsky < 50 veya ECOG > 3
Beyin metastazı, spinal kord kompresyonu veya neoplastik menenjit
Progresif plevral/peritoneal veya perikardiyal efüzyon
Malign hiperkalsemi

Yoğun Bakım Ünitesi Kriterleri
Bir veya daha fazla kronik yaşam sınırlayıcı durum varlığı ile "nursing home" dan hastaneye kabul (ileri demans vb)
Karar vericinin zayıflaması ile
ailede sıkıntı

Aynı hastane yatışı sırasında iki
veya daha fazla yoğun bakım kabulü
Metastatik kanser

Uzamış veya başarısız ventilatörden ayırma
Anoksik ensefalopati

Multiorgan yetmezliği
Uzun süreli ventilatör desteği ile transfer etme düşüncesi

Beklenen ölümde ventilatörden
ayırma düşüncesi

Palyatif bakım ciddi ve/veya yaşamı tehdit eden hastalığı olan her yaş grubundaki hastanın ve ailesinin fiziksel, psikolojik, emosyonel ve manevi gereksinimlerinin kapsamlı bakımı ve yönetimidir.
Bütüncül bir hasta bakım yaklaşımı olan palyatif bakım diğer tedavilerin alternatifi değildir.

Palyatif bakım felsefesinde klasik tedavi yaklaşımlarından farklı olarak aile/bakım verenler için, hastalık sırasında olduğu kadar kayıp ve yas sürecinde de destek programları oluşturulmalıdır.

Palyatif bakım ekibinin görevi;
iyi semptom kontrolü,
mümkün olan en iyi fonksiyonel durum,
hasta ve ailesi için en yüksek yaşam kalitesi,
hasta ve ailesini hastalık süreci ve beklenen seyir konusunda bilgilendirmek,
rahatlatıcı bir ortam oluşturmak,
zamanı geldiğinde bakımın seviyesine uygun yere sevki planlamak,
yaşam sonunda hastanın yanında olmak ve ailesini hazırlamaktır.

Palyatif Bakım Hizmet Sunumunun Değerlendirilmesi
İşlevsel verilerin değerlendirilmesi; Palyatif bakım konsültasyon sayısı, konsültasyon zamanı, endikasyon ve kabul

Klinik verilerin değerlendirilmesi; ağrı ve semptom kontrolü vs.

Müşteri verilerinin değerlendirilmesi; hasta, aile/bakım verenler ve sağlık sunucularının memnuniyet anketleri

Finansal verilerin değerlendirilmesi; yatış süresi, maliyet, fatura verileri

ABD de hastanede yatan hastalardan palyatif bakım konsültasyon istemi /yıl
% 4.4 (0.3 - 16.8)

Palyatif bakım küratif veya yaşamı uzatan tedavilerle birlikte olabilir, bu durumda bakımın amacı hastaya özel hedefe ulaşmak olmalıdır.

Başlangıç ve sonraki değerlendirmeler; hasta ve ailesi ile yapılan görüşmeler, medikal öykü, hastanın tedavi ve takibini yapan diğer sağlık personeli ile görüş alışverişi, fizik muayene, hastaya yapılan girişimlerin laboratuar ve diagnostik testlerin incelenmesini içermelidir.

Değerlendirme ve dökümantasyonda;
hastalığın durumu ve tedavi öyküsü,
fonksiyonel durum ve beklenen yaşam süresi,
komorbid medikal ve psikiyatrik hastalıklar,
fiziksel, psikolojik ve manevi semptom ve endişeler,
karar verici hasta veya vekilin tercihlerine göre
ileri bakım planı yer almalıdır.

Performans ve Prognozun Değerlendirilmesi
Hastanın performansı küratif tedavi verme endikasyonlarında olduğu kadar palyatif bakımda desteğin niteliği ve yararlılığı konusunda da belirleyicidir.
ECOG Performans Skalası
Karnofski Performans Skalası
Palyatif Bakım Performans Sakalası
The Palliative Performance Scale version (PPSv2): 2001 Victoria Hospice Society The first PPS published in 1996, J Pall Care 9(4):26-32
Katz İndeksi - Günlük Yaşam Aktiviteleri

Palyatif Bakımda yine olası yaşam süresinin belirlenmesi temel konulardan birisidir.
Palyatif Prognostik İndeks

% 100 **Normal, yakınması yok, semptom yok**

% 90 **Normal aktivitesini sürdürebilir, hastalığın birkaç semptomu veya bulgusu olabilir**

% 80 **Bazı zorluklarla beraber normal aktivitesini sürdürür, hastalığın minör bulgu ve belirtisi var**

% 70 **Kendine bakabilir, normal aktivite ve işini yapamaz**

% 60 **Gereksinimlerini karşılayabilir, nadiren yardım gerekir, biraz yardıma ihtiyaç duyar**

% 50 **Sıkça yardım ve tıbbi bakım gerekir**

% 40 **Özel bakım ve yardım gerekir**

% 30 **Hastane bakımı gerektirecek derecede sakat fakat ölüm riski yok**

% 20 **Çok hasta, hastanede aktif destek tedavisi gereksinimi var**

% 10 **Ölmek üzere**

% 0 **Ölüm**

Semptom Değerlendirme Ölçekleri

Palyatif bakımda hastalar sıklıkla kontrolü güç çok sayıda semptomu bir arada yaşamaktadır.

Hastalık sürecinde görülen semptomlarda etyopatogenez etkili olurken, yaşam sonunda hastalık bağımsız semptomlar görülmektedir.

Semptomların değerlendirilmesinde standardizasyon ile ancak sağlıklı tedavi algolritmaları oluşturulabilir.

Semptom Değerlendirme Ölçekleri

Yaşam sonunda en sık görülen semptomların ölüm nedeni kalp yetmezliği olan hastalarda dispne, yorgunluk ve konstipasyon, kanser hastalarında ise ağrı, yorgunluk, bilişsel fonksiyonlarda bozulma olduğu saptanmıştır.

Dispne insidansı son dönem kalp ve akciğer hastalıklarında %56-68, kanser hastalarında ise %20-60 olarak bildirilmiştir.

Yaşam sonu bakımda oldukça sık görülen ağrı, dispne ve deliryum acil müdahele gerektiren semptomlardır.

Palyatif bakımda %28-42 gibi değişik oranlarda bildirilen deliryumun ölüme yakın dönemde prevalansı %88'e kadar çıkabilmektedir .
Palyatif bakımda rutin pratikte en sık kullanılan ölçek,
Edmonton Semptom Değerlendirme Ölçeği
[Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS)] dır.

ESDÖ de ağrı, yorgunluk, bulantı, depresyon, anksiyete, uyku hali, iştahsızlık, kendini iyi hissetme, nefes darlığı 10 cm VAS kullanılarak ölçülmektedir.

Bruera E, Kuehn N, Miller M, Selmser P, Macmillian K. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. J Palliat Care 1991;7(2):6-9.

Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeğinde [Memorial Symptom Assesment Scale (MSAS)] ise 32 semptomun sıklığı, şiddeti ve hastada yarattığı sıkıntı değerlendirilmektedir.

Deliryum Değerlendirme Ölçekleri
Konfüzyon Değerlendirme Metodu
(Confusion Assessment Method, CAM)

Deliryum Derecelendirme Ölçeği, DDÖ
(Delirium Rating Scale, DRS)

DSM IV, DSM V

Delirium Observation Screening Scale

Palyatif Bakımda Eğitim Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi

Palyatif Bakım kliniğinde görev yapan doktor ve hemşirelerden konforlu çalışabilmeleri ve kendilerine güvenli olabilmeleri için toplanan bu bilgiler doğrultusunda eğitim gereksinimlerinin belirlenmesinde araç olarak kullanılabilir. Bu değerlendirme sonuçları eğitim müfredat planı oluşturulmasında rehberlik yapar.

Hedeflerin tartışıldığı bir aile toplantısını idare etme
- Hasta ve ailesine kötü haber verme.
- DNR kararlarını tartışma.
- Eve / hospise yönlendirme kararını tartışma.
- Küratif tedaviden komfor sağlayan tedavi yaklaşımına geçişi tartışma.
- Tedavi sonlandırılmasını tartışma (antibiyotik, hidrasyon, ventilatör, vb.).
- Gereksiz tedavi istemlerinin yönetimi.

- Temel ağrı değerlendirme becerisi.
- Oral opioid analjeziklerin kullanımı.
- Parenteral opioid ilaçların kullanımı.
- Adjuan analjeziklerin kullanımı (trisiklik, steroid, antikonvülzan, vb.).
- Opioid rotasyonu.
- Deliryumun değerlendirilmesi ve yönetimi.
- Dispnenin değerlendirilmesi ve yönetimi.
- Bulantı/kusmanın değerlendirilmesi ve yönetimi.
- Kabızlığın değerlendirilmesi ve yönetimi.
- Hastanın karar verme kapasitesinin değerlendirilmesi.
- Hastayla ileri direktifleri tartışma.
- Belli başlı opioid yan etkilerinin yönetimi (sedasyon, konfüzyon,, bulantı, kabızlık).

Aşağıdaki ölçeği kullanarak, takip edilen hasta/aile ile olan etkileşimler ve hastanın yönetimi konularında yetkinlik derecenizi işaretleyin.

4 = bağımsız uygulayabilir
3 = minimal gözetim ile uygulayabilir
2 = yakın gözetim/destek ile uygulayabilir
1 = ileri temel eğitim gereksinimi

“Siz siz olduğunuz için değerlisiniz, ve yaşamınızın son anına kadar değerlisiniz. Biz sadece huzur içinde ölmeniz için değil, ölünceye kadar yaşamanız için de her şeyi yapacağız.”
Dame Cicely Saunders

PALYATİF BAKIMDA OPİOİD KULLANIMI

Dr. Gülçin ŞENEL
Dr. A.Y. Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Ağrı ve Palyatif Bakım Kliniği

DSÖ kanser ağrısını küresel bir sağlık sorunu olarak tanımlamaktadır.
DSÖ nün tahminine göre dünya populasyonunun %80'i herhangi bir zamanda yetersiz tedaviye bağlı orta ve şiddetli düzeyde ağrı çekmektedir.

Hastalık tanısının daha geç konulması ve opioid ilaçlara erişimdeki engeller gelişmekte olan ülkelerde ağrı insidansının daha yüksek olmasının nedeni olarak
gösterilmektedir.

Palyatif Bakımda, opioidler en fazla kanser hastalarında kullanılmaktadır.

Kanserde Ağrı İnsidansı

Tanı anında	% 25
Tedavi devam ederken	% 33
İlerlemiş hastalık	% 75
Yaşam sonu	% 90

Günümüzde kanser tedavisindeki ilerlemelerle sağkalım oranları arttıkça primer tümöre bağlı kronik ağrı insidansında olduğu gibi tedaviye bağlı ağrı sendromlarında da artış görülmektedir.

Tedavisi tamamlanmış kanser hastalarının %33 ünde kronik ağrı bildirilmektedir.

Yaşam sonunda kanser tanısı olmayan hastalarda opioid kullanımı?
KOAH
> %50 hastada ağrı kontrolü sağlanamamış.

Demans/Alzheimer
Ağrı -Kanser
Ağrı daha şiddetli
Kümülatif opioid dozları daha fazla

Opioidlerin Kronik Kullanımı
Opiodlerin kısa süreli veya kanser ağrısında kullanımında daha fazla bilgiye sahibiz.
Son yıllarda opioidlerin kanser dışı kronik ağrılarda kullanımı da yaygınlaşmaktadır.
Opioidlerin kısa süreli kullanımında bilinen yan etkileri uzun süreli kullanımda öngörülemeyebilir.

Bağımlılık, tolerans, hiperaljezi daha fazla görülebilir, nöroendokrin ve psikolojik değişikliklere neden olabilir.

Morfin 1803'de Setürner tarafından opiumdan izole edilmiştir.

Opium afyon bitkisinin tam olgunlaşmamış tohum kapsüllerinin çizilmesi ile çıkan sıvının hava ile teması sonucu kararması ve sakız kıvamına gelmesi ile elde edilir.

Doğal opioidler; morfin, kodein yarı sentetik opioidler; hidromorfon, oksikodon
Sentetik opioidler; fentanil, meperidin, tramadol.

Opioidlerin Etki Mekanizması
Opioidler analjezik etkinliklerini beyin, spinal kord ve periferik sinir sistemindeki opioid reseptörlerine bağlanarak oluştururlar.

Analjezik etkinlikten sorumlu μ-reseptörlerinin birçok subtipi vardır. Bu genetik varyasyonlar farklı μ-reseptör agonistlerinin bireysel ve bireyler arası farklı etkinliklerini ve yan etkilerini açıklamaktadır.

Opioidleri kullanırken
Opioid farmakolojisinin.
Opioid rotasyonunun.
Opioid dönüşümünün (kullanım yolunun değiştirilmesi). bilinmesi gerekir.

Diğer ilaçlardan farklı olarak opioidlerde tavan etkisi yoktur, yüksek dozlarda kullanılabilirler ve terapötik plazma düzeyleri her hastada aynı değildir.

Kabul edilen uygulama klinik olarak efektif analjezik dozun tespitinde bireysel opioid titrasyonunun yapılmasıdır.

Titrasyonla başlıca nörolojik ve gastrointestinal olmak üzere opioide bağlı yan etkiler sınırlandırılabilir.

Opioid reseptörlerine bağlanma güçleri ve analjezik etkinliklerine göre opioidler zayıf ve kuvvetli olmak üzere ayrılır.

Zayıf opioidler
Kodein
Tramadol

Kuvvetli opioidler
Morfin ve türevleri
Meperidin (Aldolan, Dolantin)
Metobilitinin yarı ömrü meperidinden daha uzun.

Etki süresi t ½ ≤ 3 sa
Tolerans Bağımlılık
SSS ajitasyon miyoklonus
Konvulzyon KVS
Taşikardi artıtmı

Kronik ağrı tedavisinde kullanımı kontrendikedir.

Opioid Kullanımı; Bağımlılık
Fiziksel bağımlılık ilacın ani kesilmesine bağlı olarak yoksunluk semptomlarının ortaya çıkmasıyla karakterizedir.

Opioid dozu azaltılmaya karar verilirse yoksunluk semptomlarının ortaya çıkmaması için doz %20-25 oranında azaltılmalıdır.

Psikolojik bağımlılık ise saplantı haline gelmiş ilaç-zaman davranışıyla karakterize psikolojik ve davranışsal bir sendromdur.

Hastalarda ilaç kullanımı ile zarara uğrama ve kontrol kaybı olmasına rağmen sürekli kullanım dürtüsü vardır.
Kronik ağrılı hastalarda psikolojik bağımlılık riski çok düşüktür.
Psikolojik bağımlılık olarak değerlendirilen hastaların birçoğunda sorun yetersiz ve/veya yanlış analjezik tedavidir.

Ağrı olmadan opioid kullanımı suistimal olarak tanımlanmaktadır. Suistimali önlemede en etkin yöntem yakın hasta takibidir.

Opioid Kullanımı; Tolerans

Ağrı etyolojisi stabil olduğu halde ağrıyı karşılayan opioid dozlarının kısa sürede hızla arttırılmasıdır.

İlk opioid dozlarından sonra görülebileceği gibi, daha sonra da gelişebilir.

Opioid reseptör seviyesinde ve opioid metabolizmasındaki değişikliklerle açıklanmaktadır.

Opioid Kullanımı; Hiperaljezi
Ağrıyı kontrol altına almak için opiod kullanan hastalar paradoksal olarak ağrıya daha hassas hale gelebilir.
Ağrının daha fazla hissedilmesi artan opioid dozları ile tedavi edilmeye çalışılırsa bir kısır döngü oluşur.
Bu sentizizasyonda ağrı anatomik olarak lokalize edilemez ve hastada tedaviyi başlatan başlangıçtaki ağrı yakınmasından nitelik olarak farklıdır.

Opioid Yan Etkileri:
Opioid yan etkileri yaşam kalitesini bozmamalıdır.
Opioid yan etkileri etkin dozda kullanımı sınırlayabilir.
Konstipasyon, bulantı ve bilinç bulanıklığı en sık görülen yan etkilerdir.
Opioid kullanımına yüksek doz ve hızlı titrasyon ile başlamak yan etki insidansını ve şiddetini artırır.

Uzun süreli kullanımda yan etkilere tolerans gelişir, konstipasyona karşı ise tolerans gelişmez.

Uzun süreli kullanımda deliryum ve miyoklonus gibi nöroeksitatuar yan etkiler ortaya çıkabilir.

Opioid Yan Etkilerinin Tedavisi
Yan etki
Bulantı-kusma.
Konstipasyon sedasyon.
Kaşıntı.
İdrar retansiyonu.
Hiperaljezi.
Solunum depresyonu.

Analjezi yeterli ise doz azalt
Yan etki proflaksisi ve tedavisi yap.
Doz azaltılamıyor
ise
Opioid rotasyonu
Genetik farklılık.
Etki /yan etki profilini değiştirebilir.
Opioid uygulama yolunu değiştir.
Oral.
Transdermal.
Parenteral.
İntratekal

Opioid Rotasyonu
Opioidlerin analjezik güçleri korele edilebilir.
Her bir opioidin nisbi gücü parenteral 10 mg morfin ile karşılaştırılarak belirlenmektedir.

Opioid eşdeğer dozları rehber olarak kullanılabilir, ancak opioid duyarlılığı açısından bireyler arasında büyük farklılıklar olduğu unutulmamalıdır.

Tam olmayan ağrı kontrolü ve baş edilemeyen yan etkilerde opioid rotasyonu ve/veya opioid veriliş yolunun değiştirilmesi gerekebilir.

Uygun opioid dönüşümlerinin yapılmaması yetersiz ağrı kontrolü, ciddi yan etkiler ve solunum depresyonu ile ölüme neden olabilir.

Regnard, C. and Pelham, A. Severe respiratory depression and sedation with transdermal fentanyl: four case studies. Palliat Med. 2003; 17: 714–716

Kanser hastalarında opioid rotasyonu %80 bir kez, %44 iki kez,
%20 üç veya daha fazla gerekebilir.

Kanser hastalarında opioid rotasyonu ile %50-70 etkin ağrı kontrolü ve/veya daha az yan etki elde edilebilmektedir.

Oral eşdeğer doz

	Oral eşdeğer doz mg / gün
Morfin	30
Oksikodon	15-20
Hidromorfon	7.5

Morfin - Transdermal Fentanil Eşdeğer Dozları

Morfin oral mg/24 saat	Fentanil transdermal µg/saat	Fentanil transmukozal µg
60	25	200
90	50	
120	75	400
180	100	
240	150	800

Opioid Kullanım Yolu
Hastanın uzun süre analjezik kullanacağı da düşünülerek
en az invaziv olan yol seçilmelidir.

Morfin; oral / paranteral = 3 / 1
paranteral / epidural = 10/ 1
epidural / intratekal = 10 / 1

Palyatif Bakımda Kuvvetli Opioid Kullanımı
Uzman olmayan sağlık profesyonelleri için kuvvetli opioide başlanacak hedef kitle ileri evre ve progresif hastalıklar olmalıdır.
Bu hastalarda şiddetli ağrı veya 2. Basamakta kullanılan analjeziklerle kontrol edilemeyen ağrı kuvvetli opioidlerle tedavi edilmelidir.

Ağrı tedavisi hastanın isteklerine ve tercihlerine göre planlanmalı, hasta izolasyonuna neden olmamalıdır.

Palyatif Bakımda Kuvvetli Opioid Kullanımı

Kuvvetli opioide başlarken,
Ne zaman ve niçin kullanılacağı,
Beklenen yarar,
Kaçak ağrı,
Ne sıklıkta kullanılacağı,
Ne kadar tedaviye devam edileceği açıklanmalı,
Hasta onamı alınmalıdır.

Palyatif Bakımda Kuvvetli Opioid Kullanımı
Yan etkiler, toksisite belirtileri ve güvenli saklama koşulları için hasta bilgilendirilmeli
Özellikle tedavi başlangıcında 7/24 iletişim kurabilme imkanı sağlanmalı
Kuvvetli opioid tedavisine oral hızlı etkili morfin ile başlanmalı

Günlük dozun belirlenmesinden sonra hasta tercihine göre hızlı etkili veya uzun etkili morfin ile tedaviye devam edilmeli

Kaçak ağrılar için hızlı etkili morfin kullanılmalı

Renal veya hepatik hastalık (orta, ciddi yetmezlik) yoksa 20-30 mg/gün morfin dozu ile başlanmalı.

Doz titrasyonunda 5-10 mg oral hızlı etkili morfin kullanılmalı.

Konstipasyon;
Opioid başlanan tüm hastalar konstipasyon için bilgilendirilmeli, etkili dozda düzenli laksatif başlanmalı laksatif tedaviye rağmen ciddi konstipasyonda opioid rotasyonu yapılmalı.

Bulantı-kusma;
Opioid tedavisinin başlangıcında veya doz artışlarında görülebilir genellikle geçicidir. Opioid otasyonundan önce etkin antiemetik tedavi verilmeli.

Uykuya eğilim ve konsantrasyonda bozulma
Opioid tedavisinin başlangıcında ve doz artışlarında görülebilir.
Devam eden orta-ciddi SSS yan etkilerinde doz azaltılmalı veya opioid rotasyonu yapılmalı.

2014 yılında Ağrı ve Palyatif Bakım Kliniği'nde yatarak takip edilen 318 kanser hastası
Kuvvetli opioid kullanımı %65.
Zayıf opioid kullanımı %26.
Opioid kullanımayan hasta %9.

Ortalama hasta başına morfin eşdeğeri opioid kullanımı
172 ± 58 mg (40-328) / gün

Kuvvetli opioid kullanım endikasyonu
Ağrı %61
Ağrı + Dispne %20
Dispne % 19

Türkiye
2006
morfin tüketimi
6.76 mg mEq
kullanılması gereken
118 mg
%6
2010
morfin tüketimi
14.31 mg mEq kullanılması gereken
196.50 mg
%7
If.

Opioid kullanmaktan korkan hastaOpioid tedavisi yapmaktan korkan doktor / hemşireOpioide bağlı ağrı (hiperaljezi)

AĞRILI HASTAYA YAKLAŞIM…

PALYATİF BAKIMDA AĞRI KONTROLÜ,AĞRININ SINIFLAMASI, DEĞERLENDİRİLMESİ, TEDAVİ PRENSİPLERİ

Gül KÖKNEL TALU, FIPP

İÜ.İTF. Algoloji Bilim Dalı

Kronik ağrı tıbbi olduğu kadar toplumsal bir sorundur.
Çok az insan ağrı yüzünden ölürken binlercesi kronik ağrıyla yaşamak zorunda.

Ağrı Tedavisi Palyatif Bakımın Ayrılmaz Bir Parçasıdır
Palyatif Bakım, hayatı tehdit eden hastalıkla ilişkili sorunla karşılaşan hastaların ve ailelerinin yaşam kalitesini iyileştiren bir yaklaşımdır. Bunu erken tespit ve eksiksiz değerlendirme ve ağrı ve fiziksel, psikososyal ve ruhsal diğer problemlerin tedavi edilmesi yoluyla önleyerek ve acıyı bastırarak yapar.

Vital Bulgular
Vücut Sıcaklığı.
Nabız.
Solunum.
Kan Basıncı.
Ağrı.

AĞRI
5.Vital Bulgu olarak kabul edilmektedir.
Ağrı, hastaya yapılan bakımın temel parçasıdır.
Ağrı tespit edildiğinde hızla medikal ekibe bildirilmelidir.
Hastalar düzenli olarak, ağrıları var mı diye, acıyan bir yer veya yara var mı diye sorgulanmalıdır.

Ağrının tanımı:
Gerçek bir doku harabiyeti ile birlikte gelişen bir deneyimdir.
Her zaman özneldir, deneyimlerle algılanır.
Emosyonel bir deneyimdir.
Doku harabiyeti olmasa bile ağrı algılanabilir.

Hasta ağrı diyorsa ağrıdır.
Hoş olmayan bir duyudur.

Ağrı değerlendirilmesi…
Çok yönlü-multidimentional skalalar.
QoL?

Ağrıya Genel Yaklaşım
Ağrının değerlendirilmesi
Şiddeti.
Süresi.
Tipi.
Azaltan ve arttıran faktörler.
Hastanın psikolojik durumu.

Daha önce uygulanmış tedaviler ve sonuçları
A (Ask) Ağrı düzenli olarak sorgulanmalı ve değerlendirilmeli.

B (Believe) Hasta yakınlarının ağrı ve kontrolü ile ilgili verdikleri bilgilere inanmak.

C (Choose) Hasta ve ailesi için en uygun ağrı kontrolü yöntemi seçilmeli ve uygulanmalı.

D (Deliver) Girişimlerin uygun zamanda ve mantıksal olarak uygulanması.

E (Empower) Hasta ve yakınları tedavi sürecinin sürdürülmesinde yetkilendirilmeli.

Kanser ağrısında genel klinik görünüm
Nöropatik ağrı.
Ani Batıcı Yanıcı.
Visseral ağrı.
Kolik Spazmlar.

Alevlenme Ağrısı
Kemik ağrısında alevlenme.
Kemik ağrısı.

Nöropatik Ağrı
Yanıcı.
Batıcı.
Elektrik çarpması.
Üşüme.
Karıncalanma.
Uyuşma.
Hipoestezi, hiperestezi, allodini.
Adjuvan ilaçlar.

Alevlenme Ağrısı
Düzgün uygulanıma rağmen günde 3-6 kez gelen,şiddetli ağrı.
Hızlı etkili ajanlar.

Palyatif bakımda ağrı nedenleri
-Yatak yaraları,
-Postherpetik nevralji
-kas ağrıları/fibromiyalj
-İleri tetkik ve tedaviye bağlı ağrılar
-Fizyoterapiye bağlı ağrılar

Kanser Ağrısı/palyatif bakım hastası -Ölüm Korkusu
Istırap
Korku
Anksiete
Öfke
Umutsuzluk
Depresyon
Kişisel özgürlüklerin
kaybı
Başkalarına
Bağımlı olma
İrritabilite
Çaresizlik

ÖLÜM
Ağrılı hastaların %80-85'i analjeziklerle tedavi edilebilir
DST Kanser Ağrısı Kampanyası
1986-1991

İdeal bir analjezik
Oral yoldan kullanıldığında etkili olabilmeli
Yeterli analjezik etkiye sahip olmalı
Tolerans ve adiksiyon yapmamalı
Yüksek merkezlerde spesifik etki göstermeli
Antidotu bulunmalı

Analjezik Kullanım İlkeleri
Nedene yönelik seçim
Non-invazif uygulama yolu
Stabil analjezi
Kişiye özgü doz
Basamak prensibi
Adjuvan ilavesi
Yan etki kontrolü
Hasta ve hasta yakınının bilgilendirilmesi

FİZYOLOJİK YOL
İM: Özel cihaz gerektirmez ,Ucuz, Güvenli,Alışılmış ,Etkisi yavaş başlar,Yan etkileri rahat izlenir ANCAK: Analjezik gereksiniminin değişken olması,Yavaşlayan absorbsiyonun yetersiz bir etki ile sonuçlanması,Yinelenen ağrılı enjeksiyonların hasta için rahatsızlık verici olması,Hemşirenin iş yükünün artması

İV: İlacın plazma konsantrasyonunda dalgalanmalar
Solunum depresyonu, apne periyodları oluşturabilir, Etki hızlı başlar, Doz titre edilir

Etkin ağrı tedavisi
Girişimsel yöntemler
Güçlü opioidler
Kodein / zayıf opioidler
Non-opioid ajanlar

Analjezikler
Nonopioid
Opioid
Adjuvan (sekonder)

NSAİ
Kimyasal bir ortak özellik göstermeyen fakat belirli terapötik etkilere ve yan etkilere sahip heterojen yapıda bileşikler
Analjezik + antipiretik + antienflamatuar etki
Analjezide tavan etkisi (ceiling effect)
Opioidlerde görülen tolerans ve adiksiyon gibi yan etkiler yok
Siklooksijenaz inhibitörleri
Santral etki

Periferik ve santral prostaglandin sentez inhibisyonu
PGH sentetaz1 (COX-1) inhibisyonu.
PGH sentetaz2 (COX-2) inhibisyonu.
COX-3(?).

COX inhibisyonuna göre sınıflama
Seçici olmayan COX inhibitörleri
İbuprofen.
Naproksen.
Diklofenak.
Piroksikam.
COX-1 seçici
İndometasin.
Piroksikam.
Sulindak.
Aspirin.
COX-2 seçici
Meloksikam.
Nimesulid.
COX-2 yüksek seçici
Celecoxib.
Rofecoxib.
COX3
Metamizol.
Parasetamol.

Spesifik durumlarda NSAİ
Çocuklarda uygun dozlarda NSAİ kullanılabilir. İlk tercih edilecek ilaç parasetamol olmalıdır.
Yaşa bağlı sistemik değişiklikler ve yandaş sistemik hastalıklar göz önüne alınarak yaşlıda NSAİ kullanılabilir. Yaşlılarda yan etki sıklığı gençlerden 4 kat fazladır. Bu nedenle ilk seçilecek ajan yan etki profili en düşük olandır.
Gebelerde ilk 3 ayda NSAİ kullanımından kaçınılmalıdır. Parasetamol tercih edilmelidir.

NSAİ – Yan etkiler
Baş Ağrısı, baş dönmesi, uyuşukluk.
Nazal Polipli hastalarda hipersensitivite.
Astımlı hastalarda hipersensitivitee.
Kan diskrazileri.
Karaciğer anomalileri.
Renal Toksisite.
GI Erozyon ve kanama.
GI rahatsızlık, periferik ödem ve kızarıklık.

Opioid kullanımında – Endikasyonlar-Kontrendikasyonlar
Endikasyonlar
- Şiddetli akut ağrı
- Posttravmatik ağrı
- Postoperatif ağrı
- Doğum ağrısı

Şiddetli kronik ağrı
- Kanser ağrısı.
- Kanser dışı kronik ağrı.

Kontrendikasyonlar
Kafa travmaları.
Pulmoner fonksiyonların bozulduğu durumlar.
Ağır karaciğer yetmezliği.
Ağır endokrin bozukluklar.
Gebelik süresinde.

Türkiye'de bulunan opioidler
Zayıf etkili
Kodein ve kombinasyonları
Tramadol hidroklorür.
Güçlü etkili.
Yavaş salınımlı morfin.
Transdermal fentanil.
Oksikodon.
Hidromorfon.
Parenteral.
Morfin hidroklorid.
Meperidin.
Tramadol.
Fentanil.
Alfentanil.
Sufentanil.

SAF KODEİN
Doz:0.2-1mg/kg
Hazırlama toz, Suspansiyon

Kodein kombinasyonları
2. basamak/zayıf opioidler
Kodein-parasetamol 7.5 mg.
Kodein-parasetamol 10 mg.
Kodein-parasetamol 15mg.
Naproksen-kodein 30mg.

Tramadol hidroklorid
2. basamak/zayıf opioid-sentetik opioid
Oral form :37.5mg,50mg,100 mg.
Damla form.
İV form.

3.Basamak-güçlü opioidler
Hydromorfon : 8,16,32 mg
S:1x1
Transdermal fentanil12,25,50,75,100micg.
S:1/72 sa-1/48 sa
Morfin sülfat-15-30 mg.
Oxycodone: 5mg.,10mg.,20 mg

Opioidlere bağlı yan etkiler
Bulantı-kusma.
İdrar retansiyonu.
Kaşıntı.
Solunum depresyonu.
Tolerans.
Fizik ve psikolojik bağımlılık.
Pulmoner ödem.
MSS etkileri.
Kognitif yetersizlik.
Organik halüsinasyon.
Myoklonus/grand mal nöbet.
Hiperaljezi/allodini.
Sedasyon/koma.

Meperidinin yan etkileri
Hafif vagolitik etki, tedavi dozunda hipertansiyon, taşikardi.
Yüksek dozlarda direkt miyokardiyal depresyon.
Aktif metaboliti olan normeperidinin birikmesi ile (yüksek dozlar ya da 3 günden fazla kullanım) MSS yan etkileri tremor,myoklonus,ajitasyon ve konvülsiyon.
Toksik metabolite bağlı tavan etkisi.

Neden opioidler yetersiz kullanılıyor?
Opioid tedavisi konusunda bilgi eksikliği.
Hastanın değerlendirilmesinde eksiklikler.
Risklerin abartılması.
Yan etkilerin abartılması.
Bağımlılık riskinin abartılması.
Yasal zorluklar.

Adjuvan/sekonder analjezikler
Antikonvülsanlar
Karbamazepin
Antipsikotikler
Nöroleptikler
Fenotiazinler
Klorpromazin
Proklorperazin
Flufenazin
Butirofenonlar
Haloperidol

Antidepresanlar
Trisiklik antidepresanlar
- Amitiriptilin
MAO inhibitörleri.
Gaberjik ajanlar.
Antihistaminikler.
Hidroksizin.
Benzodiazepinler.
Oral-lokal anestezikler.
Kokain.
Kortikosteroidler.

En sık kullanılan adjuvanlar
Nöropatik ağrı: Gabapentin, pregabalin, magnesyum.
Miyofasyal ağrılar,migren,gerilim tipi başağrıları:amitriptilin,magnesyum, SSRI,SNRI.

Kronik ağrı-depresyon-kronk ağrı:
Amitriptilin,duloxetine,venlafaxine.

HKA
HKA'NİN AVANTAJLARI
Bireysel.
Analjezi kalitesi yüksek.
Ağrı tedavisi kararında gecikmenin eliminasyonu.
Erken postoperatif dönemde hemen tedavi.
Ağrılı intramüsküler enjeksiyondan kaçınma.
Analjezik tüketimi daha az.
Düşük dozla etkin tedavi.
İlaca bağlı yan etki azlığı.
Doktor ve hemşire zamanından tasarruf.
Emniyet.

Girişimsel yöntemler
Sempatik bloklar
Somatik bloklar (Sinir –pleksus blokları)
Spinal opioid tedavisi

Sinir – Pleksus blokları
Farmakolojik tedaviyle etkin ağrı kontrolü sağlanamayan hastalarda önemli bir alternatif.

Çölyak pleksus/splanknik sinir blokajı-abdominal ağrı için.
Hipogastrik pleksus/ganglion blokajı-pelvik ağrı için.
İnterkostal blokaj-kırıklar için.
Kifoplasti ve vertebroplasti- vertebral kompresyon kırıkları için.
Lomber sempatik blokaj- rektal tenesmus için.
Miyofasiyal enjeksiyonlar-kas spazmı için.
Nöroaksiyal infüzyonlar.
Supraskapular blokaj-omuz ağrısı için.

Etkinlik ve Başarı
Hastanın beklenilen yasam süresi
Uygulanım yolu ve yöntemi
Spinal kanal özellikleri
Hekimin, sağlık kurumunun alt yapı ve donanımı
Hastanın sosyokültürel durumunun özellikleri

Kesin kontrendikasyonlar
- DIC, kanama diatezi
- Bakteriemi
- Sepsis
- Materyale aşırı duyarlılık
- Ciddi alkol ve ilaç sorunları
- Hastanın istememesi

-Bilinen patolojiyle uyumlu olmayan aşırı ağrı davranışı.

Göreceli kontrendikasyonlar
- Lokal enfeksiyon
- Epidural-intratekal metastaz
- Immun supresyon
-Majör depresyon

Yaygın kullanılan kombinasyonlar
Opioid ile klonidin.
Opioid ve bupivakain.
Opioid ve lidokain.
Opioid, klonidin ve bupivakain.
Solüsyonları hazırlamada uzman eczacı.
Kombinasyonların hiç biri resmi bir onay / ilaç ruhsatına sahip değil.
Endişeler hem kombinasyonlar, hem de infüzyon sistemleriyle uyumluluğu konuları üzerinde.
Hassenbusch ve ark. 2004

Postherpetik nevralji
Herpes zoster enfeksiyonu komplikasyonu.
Fiziksel ve ruhsal düşkünlükler de ortaya çıkar.
Döküntülerden sonra devam eden (döküntü her zaman olmayabilir).
sürekli ,tekrarlayıcı,yanıcı ,batıcı,uyuşukluk şeklinde ağrı.
Allodini, hiperaljezi, hiperestezi.

Tedavi
Adjuvan ağrı ilaçları:
Gabanoid ilaçlar: Gabapentin,pregabalin.
Antidepresanlar.
Antiepileptikler.
Epidural steroid enjeksiyonu, RFTC.

PALYATİF BAKIM KLİNİKLERİ

Hurişah AKSAKAL

Palyatif Bakım Birim Sorumlusu

Palyatif bakım klinikleri; yaşamın son anında aileye yük olmayı istememenin, hastalığa ait semptomlardan korkmanın, kendini güvende ve rahat hissetmek istemenin sonucu olarak tercih edilmektedir. Ancak günümüzde hasta sayısının artması, uzun dönem hasta yatışlarından kaynaklı hasta yakınının yaşadığı sıkıntıları çözümleme isteği, eldeki kaynakları daha etkin kullanma ve artan maliyetleri azaltma arayışları palyatif bakım kliniğindeki hastanın semptomatik tedavileri sonlandırıldıktan sonra gerekli bakımı nerede almalarına gerektiğine dair birtakım çalışmaların yapılmasını gerekli kılmıştır.

Hasta yakınının, hastasının hastalığının semptomları ile mücadele ederken duyduğu kaygıdan ve ölüm sürecini hastalık gibi algılamasından kaynaklı sık sık hastane ya da rehabilitasyon merkezlerine başvurma isteğini azaltmak için kişiye özgü eğitim planı yapılarak hasta yakını eğitimlerine başlanmıştır. Hemşire arkadaşların önderliğinde yap-izle-öğret-yap felsefesi doğrultusunda, bireysel eğitimler devam ederken, haftanın bir günü interaktif katılımlı hasta yakını grup eğitimleri yapılmış ve öğretilenlerin pekiştirilmesi sağlanmıştır. Evde sağlık ve bakım birimimizin tarafından evde bakım okulu kapsamında yedi konu başlığı altında verilen eğitimlerle hasta bakımının kalitesini artırmaya yönelik çalışmalara devam edilmiş ve aldıkları tüm eğitimler el kitabı haline getirilerek hasta yakınlarının bakımda uzmanlaşması sağlanmıştır.

Hastalarımız eve taburcu edildiğinde sık sık ev ziyaretleri gerçekleştirilmiş, bu ziyaretler esnasında bakım vermenin kalitesinde eğitimlerinin yetersizliğinden kaynaklı bir sorun olduğu tespit edildiğinde bakım veren tekrar eğitime alınmıştır. Böylelikle palyatif bakım hastalarının saygınlığının korunabilmesi, yaşamının son anlarındaki gerekli bakımı nerede, nasıl alacağını ve yaşamını nerede sonlandıracağını belirleme hakkının bulunması hedeflenirken aynı zamanda sosyal çevresi ile mutlu olması sağlanmıştır.

PALYATİF BAKIMDA HASTA VE HASTA YAKINI EĞİTİMİ

Hurişah AKSAKAL

Palyatif Bakım Birim Sorumlusu

Amaç Ne?

Ağrı ve acının hafifletilmesi.

Hasta yakınlarının da yaşam kalitesinin artırılması.

Palyatif bakımda hedef:

Bireyin yaşamına yıllar eklemek değil, yıllarına yaşam eklemektir."

Doç.Dr.Ayla Kabalak'ın öncülüğünde bakım verenlere eğitim verecek sağlık personelinin eğitimlerine başlandı.

Bütünleşik Bakım= Yoğun Bakım+Palyatif Bakım+Evde Bakım

NÜFUS PROJEKSİYONU İLE ÇOCUK VE YAŞLI NÜFUS ORANLARI (TUİK, 2013 NÜFUS PROJEKSİYONU)

	2013	%	2023	%	2050	%	2075	%
TOPLAM	76.481.847		84.247.088		93.475.575		89.172.088	
5>	6.149.576	8,04	5.834.544	6.93	4.683.220	5.01	4.259.636	4.78
65<	5.878.603	7,69	8.624.483	10.24	19.484.834	20.84	24.672.343	27,67

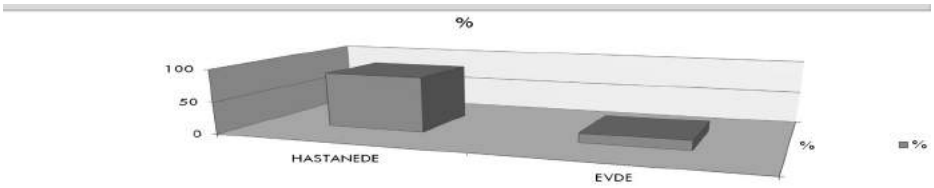
YAŞ GRUPLARINA GÖRE YILLIK NÜFUS ORANLARI, TUİK, 2013 NÜFUS PROJEKSİYON

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 VE ÜZERİ
2013	34,7	25,6	18,3	13,9	7,5
2023	37,2	26,9	17,6	10,4	7,9
2050	29,2	25,9	19,9	12,7	12,3
2075	23,2	21,6	20,6	15,9	18,8

YAŞLI NÜFUS VE YAŞLI NÜFUSUN TOPLAM NÜFUS İÇİNDEKİ ORANI, 2013-2075

	NÜFUS	YAŞLI NÜFUS	ORAN %
2013	76.668	5.892	7.7
2023	84.247	8.624	10.2
2050	93.476	19.485	20.8
2075	89.172	24.672	27.7

Tedavisi mümkün olmayan bir hastalığınız olduğunda nerede bakılmak istersiniz?



Hastam İçin Gerekli Koşullar Sağlandığı Takdirde Kendi Evimde Bakmak İsterim
Tamamen Katılanlar
%47,4
Kısmen Katılanlar.
%2,6
Kararsızlar.
%5,8
Aksakal H, 2012 tez çalışması.

Palyatif bakım
Hasta hakları Avrupa kılavuzu (2004)

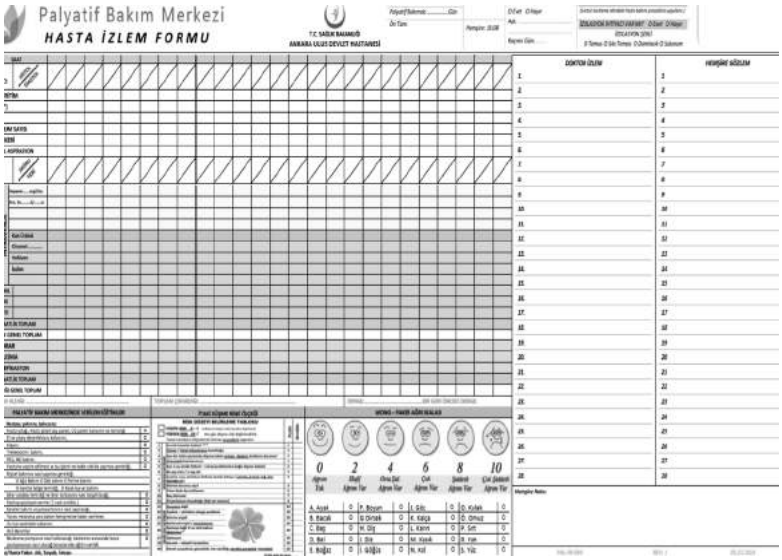
- Son anını geçirmek istediği yeri seçme.
- Hastalıkla ilgili yakınmaların etkin olarak kontrol altına alınması hakkı olduğu.
- Ölüm öncesi ve sonrası aileye desteğin sağlanmasını.
- Palyatif bakıma ulaşımın kolaylaştırılmasını (Kamu ve Özel).
- Multidisipliner ekip üyelerine ulaşılabilme.

2013 % 2023 % 2050 % 2075 %

Multidisipliner Ekip
Palyatif bakım hemşireleri, hastanın eve hazırlanmasında özel bir role sahiptir.

Ağrı ve acıyı dindirme rolü
Adalet rolü
Eğitime ve palyatif
Araştırmalarına katkı
Sağlama rolü
Mahremiyet ve hastanın
Onurunu koruma rolü
Yaşam sonu bakımı (destekleyici bakım) sağlama ödevi
Bakım verme rolü
Hasta ve ailesini
Eğitme rolü
Hasta hakları
Savunuculuğu rolü
Gerçeği söyleme rolü

Yap, İzle, Öğret, Yap.



PALYATİF BAKIM MERKEZİNDE VERİLEN EĞİTİMLER

Hastaya, yakınına, bakıcısına:

1.	Hasta yatağı, Hasta yatak başı paneli, O2 paneli kullanımı ve temizliği	O
2.	El ve yüzey dezenfektanı kullanımı,	O
3.	Hijyen,	O
4.	Trekeostomi bakımı,	O
5.	PEG, NG bakımı,	O
6.	Hastanın aspire edilmesi ve bu işlemi ne kadar sıklıkla yapması gerektiği,	O
7.	Kişisel bakımını nasıl yapması gerektiği, O Ağız Bakımı O Göz bakımı O Perine bakımı O Genital bölge temizliği, O Kulak burun bakımı	
8.	İdrar sondası temizliği ve idrar torbasının nasıl boşaltılacağı,	O
9.	Hastaya pozisyon verme (2 saat aralıkla),	O
10.	Kateter bakımı ve pansumanının nasıl yapılacağı,	O
11.	Yarası mevcutsa yara bakım hemşiresine haber verilmesi	O
12.	Ev tipi ventilatör kullanımı	O
13.	Acil durumlar	O
14.	Beslenme pompasını nasıl kullanacağı, beslenme esnasında hasta pozisyonunun nasıl olacağı konularında eğitim verildi.	O

Hasta/Hasta Yakın. Adı, Soyadı, İmzası.....

GRUP EĞİTİMİ

Hastaya Pozisyon Vermenin Önemi

• Hijyen

Palyatif hastalara empatik ve sempatik yaklaşım

• Ölüm süreci

• Ölüm semptomları

Ev tipi ventilatör kullanımı

Hemşirelik Yaklaşımı=Etik Yaklaşım

Eğitim Planları
Kişiye özgü olmalı, hasta ve ailesinin tüm gereksinimlerini kapsamalıdır.

Palyatif Hemşiresinin Etkin Eğitim Yapabilmesi
- Etkili iletişim becerilerine sahip olması.
- Hastayı dikkatli bir şekilde dinlemesi.
- Hasta ve ailesinin bilgi ve kararlarına saygı duyması.
- Hasta ve ailesine gerekli bakım ve desteği sağlayacak eğitimleri planlaması.
- Kendi yeteneklerinin ve sınırlarının farkında olması.
- Bilgi ve becerisini sürekli yenilemesi.

Hasta- Hemşire İlişkisi
Güven telkin etmeli, hastasının onurunu ve haklarını korumalıdır.

Hepimiz bir gün öleceğiz ve bir çoğumuz yaşamını uzun
bir süre ölümcül bir hastalıkla geçirebilecek.
Ancak bu zaman; değerlidir, dikkat ve özen gerektirir.

RESPİRATUVAR SEMPTOMLAR VE PULMONER REHABİLİTASYON

Uzm. Dr. İpek CANDEMİR

Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Hastanesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Kronik Solunum Yetmezliği Kliniği,Pulmoner Rehabilitasyon ve Evde Sağlık Hizmet Sunum Merkezi

Respiratuvar Semptomlar
Dispne
Öksürük
Konjesyon
Plevral effüzyon

Dispne Tanım
Ağır egzersiz dışında fizyolojik olarak fark edilmeyen nefes alıp verme eyleminin kişi tarafında fark edilir hale gelmesidir.

"Faklı ağırlıkta, kalitatif olarak farklı duyular içeren solunum rahatsızlığı ile seyreden subjektif deneyim"
Amerikan Toraks Derneği, Am J Respir Crit Care Med 1999

Subjektif
"Hava açlığı hissediyorum"
"Nefes alıp doyamıyorum"
"Nefes nefese kalıyorum"

Dispne
KOAH
Kalp hastalıkları
Yaşlılarda bağımsız risk faktörü olarak mortalite belirleyicisi.

Çeşitleri
Ortopne
Paroksismal noktürnal dispne
Platipne
Trepopne
İnspiratuvar / ekspiratuvar dispne
Efor dispnesi
İstirahat dispnesi
Psikojenik dispne

Nedenleri
Solunum işinin artması
Akciğer direncinde artış: Hava yolu obst
Kompliansta azalma: Restriktif

Solunum tetiklenmesinde artış: Hipoksemi, asidoz
Solunum tetiklenmesinde azalma: SSS olayları

Solunum kas patolojisi
Kas hastalıkları
Kaslardan mekanik yararlanmada azalma
Normal solunumun bilinç düzeyine çıkması (psikojenik)

Akut
Pulmoner hastalıklar
-Pnömoni
-Pulmoner emboli
-Spontan pnx
-Astım
-Yabancı cisim aspirasyonu
-ARDS ...
Nonpulmoner hastalıklar
- Kardiyojenik pulmoner ödem
-Nöropsikiyatrik
(Akut hiperventilasyon sendromu)..

Kronik
Pulmoner nedenler:
- Obstruktif akciğer hastalıkları
- Restriktif Akciğer Hastalığı..

Nonpulmoner nedenler
- KKY
- Anemi
- Hipertiroidizm
- Üst solunum yolu hastalıkları
- Obezite
- Nevroz...

Akciğer kanserinde dispne nedenleri.
Akciğer kanserinin solunum sisteminde yayılımı ve direk tümör etkisi.

Akciğer kanserine bağlı komplikasyonlar (obstruktif pnömoni, plevral ve perikardiyal effüzyon, vena kava süperior sendromu, pulmoner emboli, akciğer enfeksiyonu)

Akciğer kanserinin tedavisine bağlı spesifik sorunlar (radyasyon pnömonisi, kemoterapi ilaçlarının pulmoner toksisitesi, anemi gibi).

Eşlik eden hastalıklar (KOAH, kalp yetmezliği, geçirilmiş pulmoner rezeksiyon, malnutrisyon gibi) .

Dispnenin Değerlendirilmesi
Günlük yaşam aktiviteleri sırasında;
Medical Research Council (MRC)
Bazal durum ve geçici Dispne İndex (BDI-TDI)
Kronik Solunum Hastalıkları Anketi
Univercity of California, SanDiego (UCSD) Anketi
Pulmoner Fonksiyonel Durum ve Dispne Anketi

Medical Research Council (MRC)
1. Şiddetli egzersiz dışında nefes darlığı yok.
2. Düz yolda hızlı yürürken veya hafif bir yokuşu çıkarken nefes darlığı var.
3. Nefes darlığı nedeniyle düz yolda kendi yaşındaki insanlardan daha yavaş yürüyor veya düz yolda kendi hızında yürürken nefes almak için durması gerekiyor.
4. Ortalama 100 metre veya birkaç dakika yürüdükten sonra nefes almak için durması gerekir.
5. Nefes darlığı nedeniyle ev dışına çıkamıyor veya giyinip soyunurken nefes darlığı oluyor.

Kronik solunum hastalıkları anketi
4 alt başlıktan biri: Dispne
26 aktivite arasından son 2 hf içinde en fazla dispneye neden olan 5 aktivite.
Her biri 1-7 arasında skorlanır.
Egzersiz sırasında gözlenen dispne.
0-10 Category-ratio (CR-10) scale (Borg skalası).
Visual analog scale (VAS).

Oksijen Tüketim Diyagramı
Modifiye BORG

0	Hiç
0.5	Çok çok hafif
1	
2	
3	Orta
4	
5	Şiddetli
6	
7	Çok şiddetli
8	
9	
10	Çok Çok şiddetli

Oksijen tüketim diagramı



Dispne tedavisi
Oksijen tedavisi
Kanıta dayalı rehberlerde
İstirahatte ve minimal aktivite ile hipoksemik
İleri dönem hastalığı olan olgulara

American College of Chest Phyisicians (ACCP) Chest 2010
AC CA, SY (-): USOT dispne palyasyonu

Noninvazif pozitif basınçlı ventilasyon
Solunum kaslarındaki yükü ve dolayısıyla solunum işini azaltarak dispne hissinde azalma.
İleri evre stabil KOAH'lı hastalarda NIMV ile dispne algısında azalma.
Kanser hastalarının bu tedaviye uyum sağlamaları önemli!

Eur Respir J 2007
Crit care Med 2007

Terminal dönem -(near dying) Ölüm sürecini uzabilir.
Tedaviye başlamadan önce amaç, sürdürme kriterleri ve sonlandırma planı belirlenmelidir.
J Palliat Med 2010

Fanlar
Mekanoreseptörlerin uyarılması.
Cilt ısısının düşmesi.
Nervus trigeminus uyarılması.
Santral inhibisyon.
Dispne algısında azalma.

Farmakolojik tedavi
Bronkodilatörler, sistemik steroidler.
Diüretikler: İleri dönem kalp yetmezliği olgularında.
Opioidler: Morfin,kodein, dihidrokodein ve oral transdermal fentanilin.

Orta derece semptom	**Ciddi semptom**
Hidrokodon 5mg/4h oral	Morfin sülfat 5mg/4h oral
Kodein 30 mg/4h oral	Oksikodon 5 mg/4h oral
	Hidromorfon 1mg/4h oral

KOAH gibi ciddi pulmoner hastalıklarda yukarıda belirtilen dozların %50'si başlanır. Doz artımlarında DİK-KAT!!
Anksiyolitikler- Antidepresanlar

Terminal dispnede tedavi
Opioidler mutlaka paranteral
Acil Morfin:2.5-5mg iv/sc tolerans + doz %50-100 arttır
Her 10/20dk semp kontrolü, gerekirse %25 arttır
Opioid + fenotiyazinler (2,5-10mg) verilebilir
Anksiyete ve ajitasyon durumunda
Midazolam 2,5-5mg iv/sc
Lorazepam 0,5-1 mg iv/sc

Öksürük
Havayollarının temizlenmesinde ve korunmasında rol oynayan kompleks bir refleks mekanizma.

Akut: 3 haftadan kısa süreli.
Subakut: 3-8 hafta arası süren.
Kronik: 8 haftadan uzun süreli.

Nedenleri
Akut
Viral enfeksiyonlar.

Kronik
Öksürükle seyreden astım (%10-59).
Üst havayolu öksürük sendromu (%6-87).
Gastroözofagiyal reflü hastalığı (%5-70).
Eozinofilik bronşit (%7-33).
Postenfeksiyöz öksürük (%11-25).
ACE inhibitörü antihipertansif kullanımına bağlı öksürük (%2-33).
Uyku apne sendromu (%44-68).
Psikojenik öksürük.
İdiyopatik öksürük (%7-46).

Öksürük Refleks Hipersensitivite Sendromu
Kronik öksürüklü olgularda birden fazla nedenin bir arada.

Akciğer kanserinde öksürük
Öksürük reseptörleri büyük hava yollarında daha fazla: santral yerleşimli tümörlerde daha ciddi bir sorun.
Diğer kronik öksürük nedenleri araştırılmalı.
Palyatif radyoterapi %50 olguda etkili.
Lung Cancer 2011
Platin bazlı kemoterapi etkili
Support Oncol 2007

Medikal tedavi
Direk tümörle ilgili olup antitümöral tedaviye yanıtsız akc ca
Akcca dışı son dönem hastalığa eşlik eden öksürük
Nonopioid antitusifler: Dekstrametorfan (Santral etkili)
levodropropizin (periferik etkili)
Opioidler: hidrokodon

Pulmoner ödem
Direk veya indirekt yolla pulmoner vaskuler permeabilite artışı.
Kapillerden protein kaçağı.
İntertisyum onkotik basıncında artış.
İnterstisyel aralıkta ve alveolde sıvı birikimi sonucu gaz alış-verişinde bozulma.

Acil tedavi gerektiren bir durum
Pulmoner ödem nedenleri
Kardiyak
Sol vent yetmezliği.
Akut koroner sendrom.
Aritmi.
Perkardit/miyokardit / endokardit.
Kapak disfonksiyonları.
Artmış intravaskuler volüm.
Aşırı sıvı yüklenmesi.
Böbrek yetmezliği.

Kardiyak olmayan
Artmış output.
Septisemi.
Anemi.
Tirotoksikoz.
Sistemik vaskuler permeabilite artışı.
Pankreatit.
DIC.
Yanıklar.
Toksinler / çevresel
Toksik gaz inhalasyonu.
Yüksek irtifa bağlı akc ödemi.
Dekompresyon hastalığı.
Diğer.
Kafa travması, intrakr. Hemoraji.
İlaçlar (naloksan, nsaid..)
Pte.

PULMONER ÖDEM TEDAVİ
Ety.
Oksijen desteği.
CPAP- BiPAP.
Diüretik.
Nitrogliserin.
Morfin.

Plevral effüzyon

Plevral sıvı yapım ve emilimi arasında dengesizlik sonucu.
6 temel mekanizma:
1.Hidrostatik basınç artışı.
2. Onkotik basıncın azalması.
3. Plevral boşluktaki basıncın azalması .
4. Vasküler permeabilitenin artması.
5. Lenfatik drenajın bozulması.
6. Peritondan transdiyafragmatik sıvı geçişi.

Nedenler

I.Transudatif Plevral Efüzyonlar
A. Konjestif kalp yetmezliği.
B. Siroz.
C. Nefrotik sendrom.
D. Periton diyalizi.
E. Glomerülonefrit.
F. Miks Ödem.
G. Pulmoner tromboemboli.
H. Sarkoidozis.

II. Eksudatif Plevral Efüzyonlar
A.Neoplastik Hastalıklar
1.Metastatik hastalıklar.
2. Mezotelyoma.

B. Infeksiyoz Hastalıklar
l. Bakteriyal enfeksiyonlar.
2. Tüberküloz.
3. Mantar enfeksiyonları.
4. Parazitik enfeksiyonlar.
5. Viral enfeksiyonlar.

C. Pulmoner Emboli

D. Gastrointestinal Hastalıklar
1.Pankreatit.
2. Subfrenik abse.
3. İntrahepatik abse.
4. Özefagus perferasyonu.
5. Diyafragmatik herni.

E. Kollajen Vasküler Hastalıklar
1. Romatoid plöritis.
2. Sistemik lupus eritamatozis.
3. İlaca bağlı lupus.
4. Immunolojik lenfangiopati .
5. Sjögren sendromu.
6. Ailesel akdeniz ateşi.
7. Wegener granülamatozisi.

F. İlaca Bağlı Plevral Hastalıklar
Nitrofurantoin.
Methotrexate.
Dontrolene.
Practolol.
Methysergide.
Procarbazine.
Bromocriptine.

G. Diğer Hastalıklar ve Durumlar
1. Asbeste maruz kalma.
2. Meigs sendromu.
3. Yellow Nail (sarı tırnak) sendromu.
4. Sarkoidozis.
5. Üremi.
6. Trapped akciğer.
7. Radyasyon tedavisi.
8. Elektrik yanığı.
9. Üriner sistem obstruksiyonu.
10. İatrojenik yaralanma.

H. Hemotoraks

I. Şilotoraks
Malign Plevral Efüzyon
Sıklıkla dispneye neden olsa da dispne ciddiyeti ile plevral efüzyon miktarı korelasyonu zayıf.
Improvements in the 6-min walk test and spirometry following thoracentesis for symptomatic pleural effusions. Chest 2011
Changes in pulmonary mechanics and gas exchange after thoracentesis on patients with inversion of a hemidiaphragm secondary to large pleural effusion. Chest 1995
PROM (breathlessness, chest pain and QoL) scores kullanılmış
Effect of an indwelling pleural catheter vs chest tube and talc pleurodesis for relieving dyspnea in patients with malignant pleural effusion: the TIME2 randomized controlled trial. JAMA 2012;
Semptomları azaltan en az girişimsel ve en maliyet etkin yaklaşım uygulanmalı
Respirology (2014)

Malign Plevral Efüzyon
Torasentez
-Plörodez en sık kimyasal
-Talk *en etkili bleomisin tetrasiklin deriveleri diğer antisklerozan maddeler.

Eur. J. Cancer Clin. Oncol. 1986
Med. Sci. Monit. 2003
Br. J. Surg. 1989
Am. J. Respir. Crit. Care Med. 2000
Acta Clin. Belg. 1997
Chest 1997
Respirology 2000

İntraplevral katater
Plörodeze uygun olmayan, semptomatik ve tekrarlayan plevral sıvılarda, hapsolmuş akc Plöroperiteonal şuntlar.

Tekrarlayan torasentez endikasyonları
Beklenen yaşam süresi 1 aydan kısa
Sıvının yeniden birikmesi 30 günden uzunsa
Kötü performans durum

Beklenen yaşam süresi
1-3 ay: Tüp torakostomi kalıcı plevral kateter
3 aydan uzun: Plöredez

Plöredez endikasyonları
Torasentez ile semptomatik düzelme olmalı.
Hapsolmuş akc olmamalı.
Performans durumu iyi.
3 aydan uzun yaşam süresi.

Kronik solunum hastalarının fiziksel, emosyonel durumlarını düzeltmeyi ve sağlığı geliştirici kalıcı davranışları sağlamayı hedefleyen, hasta değerlendirmesini takiben bireysel olarak belirlenen egzersiz eğitimi, eğitim ve davranış değişikliği geliştirme gibi yaklaşımları içeren, kapsamlı, interdisipliner uygulamadır.
Pulmoner rehabilitasyon-2013

Yaşamı tehdit eden hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan sorunlarla karşılaşan hasta ve ailede; ağrının ve diğer sorunların, erken tanılama ve kusursuz bir değerlendirme ile fiziksel, psikososyal ve spiritüel gereksinimlerin karşılanması yoluyla acı çekmenin önlenmesi ve hafifletilmesine yönelik uygulamaların yer aldığı ve yaşam kalitesini geliştirmenin amaçlandığı bir yaklaşım
PALYATİF BAKIM- WHO

Pulmoner Rehabilitasyon Hangi Hastalıklar İçindir?
Obstrüktif AC hastalıkları
KOAH.
Persistan Astım.
Bronşiektazi.
Kistik Fibrozis.

Restriktif AC hastalıkları
İAH.
Göğüs duvarı hastalıkları.
Nöromusküler hastalıkları.
BOOP.

Diğer
AC Ca.
Primer Pulmoner Hipertansiyon.
Pre-post Cerrahi.
Pre-Post AC Transplantasyonu.
Ventilatöre bağımlı hasta.
Obezite ilişkili AC hastalığı.

Başlangıç İncelenmesi
Öykü.
Sigara alışkanlığı.
Şimdiki semptomlar.
Kullandığı ilaçlar.
Fizik muayene.
Rutin kan ve idrar incelemesi.
PA akciğer grafisi.
EKG
Solunum fonksiyon testleri.
Kan gazı analizi.

Değerlendirmeler
Dispne algısı (MRC, BORG).
Yaşam kalitesi (SGRQ, KSHA)
Günlük yaşam aktiviteleri (LCADL).
Egzersiz kapasitesi.
(yataktan sandalyeye geçiş süresi, 6DYT, AHMYT, EMYT).
Periferik kas fonksiyonu (manuel, dinomometre).
Solunum kas fonksiyonu (MIP, MEP).
Nutrüsyon durumu (Biyoelektriksel imdepedans VKİ, YVKİ).
Psikolog görüşmesi, HAD.

PR: Aday Olgunun Değerlendirilmesi
Uygun yaklaşım.
Program güvenliği.
Hastaya özel program.

Pulmoner Rehabilitasyon Bileşenleri
Egzersiz eğitimi
Alt ve üst ekstremite kaslarına yönelik endurans ve güçlendirme eğitimi, solunum egzersizleri ve nefes darlığı ile baş edebilme yöntemleri.
Hasta ve ailesinin eğitimi.
Nutrisyonel destek.
Psiko-sosyal değerlendirme ve destek.

Akciğer kanserinde pr gerekliliği oluşturan durumlar
Halen sigara içen olgularda.
Preop- postop dönemde.
İstirahat ya da egzersiz dispnesi.
Egzersiz toleransında azalma.
Günlük yaşam aktivitelerinde yetersizlik.
Kansere bağlı yorgunluk.
Beslenme yetersizliği, kaşeksi.
Acil başvurusu, hospitalizasyon, akut bakım ihtiyacında artma.
Hasta ve hasta yakınlarının eğitim ihtiyacı.

Kanserde rehabilitasyon
İleri evre kanser tanısı olan olgularda egzersiz eğitimi ile anksiyete, depresyon, halsizlik, nefes darlığı, konstipasyon, insomnia düzelme.
Clin J Oncol Nurs. 2012

Terminal dönem kanserlilerde masaj ve egzersiz eğitimi kombinasyonu ile ağrı ve ruh halinde düzelme.
J Altern Complement Med. 2012

Tedavi alma durumuna bakılmaksızın egzersiz yapması için cesaretlendirilmesini önermektedir.
National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical practice guidelines in oncology 2011.

Başedilmesi zor semptomlar ve azalmış egzersiz kapasitesi olsa da, egzersiz eğitimi güvenli ve uygulanabilir.
Exercise for the management of cancer-related fatigue in lung cancer: a systematic review European Journal of Cancer Care 2014.
Exercise intervention to improve exercise capacity and health related quality of life for patients with Non-small cell lung cancer: a systematic review 2011.

Egzersiz eğitimi
Yürüme (yardımlı, yardımsız), ayakta durma.
Ekstremite egzersizleri.
Pasif germe.
Sürekli pasif hareket (CPM).
Pasif-aktif ROM egzersizleri.
Pasif veya aktif bisiklet çevirme.
Dirençli egzersiz eğitimi (elastik bantlar, serbest ağırlık?).
Gevşeme ve nefes egzersizleri.
Lenf ödem tedavisi.
Terminal dönem olgularda son günlerinde de uygulanabilir.

The utilization of physical therapy in a palliative care unit. J Palliat Med 2003
Physical function in hospice patients and physiotherapy interventions: a profile of hospice physiotherapy. J Palliat Med 2012
Support Care Cancer 2014

Diğer bileşenleri
Ağrı palyasyonu, enerji koruma stratejileri.
Vücut kompozisyon değerlendirilmesi, beslenme danışmanlığı ve destek tedavi.
Psikososyal değerlendirme destek (Stres yönetimi, anksiyete ile baş edebilme, Farmakolojik tedavi).
Hasta ve hasta yakınlarının eğitimi (cerrahi, kemotarepi,radyoterapi, enfeksiyonlar…).
Yaşam sonu planlanması.

PR; Etkinlik (Kanıt düzeyleri)
Egzersiz toleransında artma
(1A)
Semptom kontrolü (Dispne)
(1A)
Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinde artma
(1A)
Hastanede kalınan gün sayısında azalma
(2B)
Sağlık harcamalarında azalma
(2B)
Maliyet-etkin bir yaklaşım
(2C)
Yoğun PR programı Psikososyal yararlanım
(2B)

Sonuç
Kronik solunum hastalığı olup semptomatik, günlük yaşam aktivitesi ve egzersiz performansı azalmış tüm olgular PR ünite/merkezlerine yönlendirilmeli.
İleri evre hastalık.
İleri yaş.
Halen sigara içen.
Motivasyonu düşük olanlar.
Dışlanmamalı.
Program başarısında kişiye özel yaklaşımın önemi akılda tutulmalı.
Eve egzersiz reçetelenmeli.
PR etkinliği düzenli aralıklarla takip edilmeli.

GİS SEMPTOMLARI VE NÜTRİSYON DESTEĞİ

Özgür CANOLER
Anestezi ve Reanimasyon Uzmanı
Acıbadem Eskişehir Hastanesi

GİS Sorunları ve Nütrisyon
Palyatif bakımda üçüncü sıradaki fiziksel sorundur
Semptomların bir kısmı nütrisyonel destekle çözülebilir.
Sıvı, Metabolik, Elektrolit dengesini de içerir
Hastaya özel destek planı gerektirir.
Dokuz Eylül Üniversitesi Palyatif Bakım Uygulama Ve Araştırma Merkezi

GİS Semptom Sıklığı
Anoreksi %45-67
Konstipasyon %36-64
Bulantı %22-45
Kaşeksi %5-30
Disfaji %18
Diyare %6
Uysal N Ağrı 2015
Harding R Eur J Cancer 2011
Alshemmari S Am. J Hosp. Palliat Care 2010
Tsai J Pain Symptom Manage 2010
Yalçın B Turkish J Cancer 2005

Anoreksi ve Kaşeksi Tedavisi
Ağız hijyeni ve bakımı
Nütrisyon desteği
Enfeksiyonlar
Bulantı kusma
Ağrı
Depresyon
Motilite ve absorbsiyon bozukluklarının tedavisi

Anoreksi ve Kaşeksi Önerileri
Yemek yemeğe çalışmak
Tercih edilen besinleri tüketmek
Yediklerinin listesini tutmak
Diyetisyen danışmanlığı
Besin değeri yüksek gıdaları tüketmek

Anoreksi ve Kaşeksi Tedavisi
İlaç tedavileri
Kortikosteroidler :Deksametazon, Metil Prednizolon
Progesteronlar: Medroksiprogesteron, Megestrol asetat
Dronabinol: Marinol
NSAI
Anabolik hormonlar
Serotonin antagonistleri
Amfetamin, Talidomid, Famotidin, Hidrazin Sülfat …..

Bulantı Kusma Sonuçları ve Nedeni
Ağız hijyeni ve bakımı
Anoreksi
Kilo kaybı
Yetersiz beslenme
Sıvı elektrolit dengesizliği
Metabolik dengesizlikler

Bulantı Kusma Önerileri
Tercih edilen besinler alınmalı
Öğün sıklığı arttırılır ve miktarı azaltılır
Soğuk yiyecekler
Meyve suları, sıvılar, yumuşak, tuzlu gıdalar
Öğün sonrası oturmak, hemen yatmamak
Öğün için uygun koşulların sağlanması
Birlikte yemek yememek
Solunum egzersizleri
Uğraş, aktivite tedavileri
Yağlı, baharatlı, tatlı gıdalardan kaçınmak
Yemek pişirilen, yapılan yerlerden uzak durmak
Hoş olmayan kokulardan uzak durmak
Bulantının arttığında öğün alımını ertelemek
Kokulu yiyeceklerden uzak durmak

Konstipasyon
Opioidler
Fiziksel aktivitede azlık
İntestinal motilite azalması, obstrüksiyon
Anoreksi
Bulantı kusma
Sıvı ve besin alımında yetersizlik
Sıvı alımını arttırmak
Lifli gıdalar almak
Düzenli tuvalete gitmek ve uzun durmak
Fiziksel aktiviteyi arttırmak
İlaçlar

Mukozit, Disfaji
Kemoterapi (alkilleyici, vinka alkoloidleri, antrasiklin …).
Radyoterapi (baş boyun tedavisinde 1-2 hafta sonra).
KİT.
Multifaktöriyel yönleri mevcut.
Evre I, II, III, IV olarak ayrılır.
Öncesinde ağız hijyeni, Diş bakımı önemlidir.

Nütrisyonu Etkileyen Semptomlar
Mukozit, Disfaji Tedavisi
Riskleri azaltıcı önlemler
Ağız hijyeni, ağız bakımı, diş hekimliğine, eğitim.
KT'nin oral mukoza alımı ve salımını bloke etmek.
Kriyoterapi, Allopürinol, Propantelin, Lökovorin
Epitel proliferasyonunu değiştirmek
Karoten, Granülosit uyarıcı faktör, İnterlökinler
Enfeksiyon ve inflamatuar komplikasyonları azaltma
Garagaralar, tobramisin, jeller, pastiller,

Palyatif bakımda
Semptom kontrolü öncelik gerektirir.
Semptom kontrolünüz ne kadar iyi olursa, hastaya o kadar iyi bir yaşam potansiyeli sunarsınız.
Semptom kontrolü beslenme ile de doğru orantılıdır.
Hopkins K. Proce. Nutrition Society. 2004

Nütrisyonel Palyasyon Önerileri
Keyifli yemek yemenin sağlanması.
Kokulardan sakınmak.
Ağız bakımı ve hijyeni.
Dudak kremlerinin kullanılması.
Öğünlerin günün erken saatlerine kaydırılması.
Psikososyal destek

Neden Nütrisyon Desteği?
Kanser hastalarında malnütrisyon ve kaşeksi üçte ikisinde görülür.
Kanser hastalarının önemli bir kısmı hastalıktan çok malnütrisyon ve kaşeksiden kaybedilmektedir.
Kronik tüm hastalıklarda da malnütrisyon ve kaşeksi önemli bir sorundur.
Addington-Hall J. Pall Med.1995

Kilo Kaybının Etkileri Nelerdir?
Tedaviye yanıt bozulur.
Tedaviye bağlı yan etki artar.
Fiziksel aktivite azalır.
Yaşam kalitesi düşer.
Sağ kalım azalır.
Kaşeksi %5-25 mortalite sebebidir.

Kuik DJ. Cancer 1999
Ollenschlager G. Eur J Clin Invest 1992
Van Eys J. Cancer Res 1982
Klastersky J. Eur J Cancer 1972

Hastaların Nütrisyonel İzlemi Yapılıyor mu?
Hastaların yatışta ve her hafta vücut ağırlığı ölçülüyor mu?
Yatışta SGD, NRS ve her hafta NRS bakılıyor mu?
Hastaların besin tüketimi takip ediliyor mu?

İyatrojenik Malnütrisyon
Yatan hastalarda ~% 40 malnütrisyon
İç hastalıklarında % 46
Göğüs hastalıklarında % 45
Cerrahi hastalarda % 27
Yatış süresince
%78'de malnütrisyonun geliştiği gösterilmiştir.
McWhirter, Br Med J, 1994

Niçin Nütrisyonel İzlem?

İlk semptom sıklıkla kilo kaybı	%31- 87
Tanıda ciddi kilo kaybı	%15
Pankreas ve mide kanserli hastada ciddi kilo kaybı	%30
Yatan hastalarda ciddi kilo kaybı	%43
Palyatif bakımda ciddi kilo kaybı	%72

Canoler Ö. APOCP 2010
Korfalı G. Clinical Nutrition 2009
Wigmore SJ. Br J Cancer 1997
DeWys WD. Am J Med 1980

Sonuç
Nütrisyon Danışmanlığı
Nütrisyon danışmanlığı alan GİS ve Baş-Boyun bölgesine radyoterapi uygulanan hastalarda vücut ağırlığı, yaşam kalitesi, fiziksel aktivite anlamlı olarak daha iyi bulunmuştur.

Kolorektal kanserlilerde
Enerji ve protein alımı, yaşam kalitesi artar.

Palyatif yaklaşımda ise
Fiziksel aktiviteyi korur.
Yaşam kalitesini artırır.
Erken mortaliteyi önler.

Ravasco P. J Clin Oncol 2005
Löser C. Zschr Gastroenterol 1998

Nütrisyon Danışmanlığını Kimler Sağlar?
Sorumlu hekimin
Sorumlu diyetisyenin
Sorumlu hemşirenin farkındalığı
Nütrisyon destek ekibi (NDE)
-NDE hekimi
-NDE diyetisyeni
-NDE hemşiresi

Multidisipliner Yaklaşım
Hasta ve ailesi, yakınları.
Hemşire.
Diyetisyen.
Hekim.
Psikolog.
Sosyal hizmet uzmanı.
Fizyoterapist özellikle yutma için.
Evde bakım destekçileri.

ND Ne Zaman Başlayalım?
Sürekli yetersiz beslenme durumunda (<%75)
Oral alım 10 günden fazla <%60 ise
Malnütrisyonu olmayan, 7 günden fazla oral alım beklenmeyen hastada
Malnütrisyonlu hastada
Klinik tecrübe ve hastane protokolü

Nütrisyonel Destek Ne Zaman Başlanır?
Kilo kaybı %5-10 dan fazla ise.
Subjektif Global Değerlendirme (SGD) B ve C olan.
Nütrisyon Risk Taraması (NRS) > 3 olan.
Yaşam kalitesini olumlu etkileyecek ise.
Hasta istiyor ise.

Nütrisyonel Destek (ND) Nasıl Olmalı?
Kalorinin hesaplanması
Beslenme ve diyet eğitimi
Enteral Ürün desteği (Supleman)
Enteral ND
Parenteral ND
Enteral-Parenteral ND
Sıvı-elektrolit desteği

Klinik Çalışanlarına Günlük Soru?
Gerçekten hastaya enteral beslenme desteği vermeme engel olacak neden var mı?

Total Enerji Tüketimi (TET) Nedir?
Formüller (Schofield, Haris-Benedict)
20-35 kcal/kg/gün
Pratik uygulama
Hareketli hasta 30-35 kcal/kg/gün
Hareketsiz hasta 20-25 kcal/kg/gün
Olması gereken ağırlık düşükse TET artar.
Olması gereken ağırlık yüksekse TET azalır.

Kalorinin Hesaplanması
Oral alım var ise takip edilmeli ve diyetisyen oral alımı da hesaplamalı.
Harris Benedict formülü
Schofield formülü
Pratik formüller kullanılmalı
Günlük gereksinim hasta özelliklerine göre 20-25 kcal/kg/gün
olmalıdır.

Beslenme ve Diyet Eğitimi
Semptoma göre ne yemeli?
Nasıl pişirilmeli, hazırlanmalı?
Ne kadar sıklıkta yemeli?
Makro besinlerin kompozisyonu?
Mineral, vitaminler ve eser element alımları nasıl olmalı?

Diyetisyen Olmalı
Besin İçeriği Ne Olmalı?
Standart ürünler etkin ve güvenlidir.
Protein hedefi 1.2-2 gr/kg/gün
Parenteral nonprotein kalorinin %50'si lipid olması önerilir

Nitenberg G. Crit Rev Oncol Hematol 2000
Carpentier YA. Clin Nutr 1989

Besin İçeriği Özellikleri
LCT/MCT/ Balık yağı incelenmeli
Anorektik ve az beslenen hastaya yüksek enerjili ve yüksek proteinli ürünler verilmeli
Eser elementler ve vitaminler günlük gereksinim olarak eklenmeli
Antioksidanlar yararlı olabilir ?!

Simoens CM. Am J Clin Nutr 2008
Barrera R. J Parenter Enteral Nutr 2002

Enteral Ürün Desteği
Öğünlerden en az iki saat önce veya öğünlerden bir saat sonra almalı.
Sıklıkla ara öğünlerde tüketilmeli.
Hasta ürünlerin aromalarını deneyebilmeli kendine en uygun aromayı tercih etmelidir.
Lifli ürünler tercih edilebilir.
SGK tarafından geri ödemesi olmalı.
Hasta için ulaşılır olmalı.
Spesifik ürün olmamalı.
Hiperkalorik ürünler sıvı alımı iyi ise tercih edilebilir.

Enteral Nütrisyon Desteği
Nazoenterik.
Nazojejunal.
Gastrostomi.
(Perkütan Endoskopik Gastrostomi=PEG)
Jejunostomi.

Perkütan Endoskopik Gastrostomi'nin (PEG) Avantajları
Hasta mobilizasyonunu artırır.
Görünüm uygundur.
Yaşam kalitesini yükseltir.
Kişisel ve sosyal kabul fazladır.
Hastalar NG yerine PEG tercih eder.

Lees J. Cancer Care 1997

Enteral Nütrisyon Desteği
Kademeli olarak arttırılmalı.
Tolerasyon takip edilmeli.
Gastrik rezidü kontrol edilmeli.
Total doza çıkıldıktan sonra aralıklı beslenmeye geçilmeli.
Aralıklı beslenmeden sonra öğün tarzında beslenmeye geçilmeli.
Defekasyon takip edilmeli.

Enteral Öğün Olarak Beslenme
Öğünler 5-6 ya bölünmeli.
Öğün başlangıcında ve sonunda en az 100 mL su verilmeli.
Ürün ve su oda ısısında veya ılık olmalı.
Öğün hızı su dahil 15-20 dakika sürmelidir.
Hijyene dikkat edilmeli.
Çam uçlu enjektör her gün değiştirilmeli.

Parenteral Nütrisyon Desteği

"Her kanser hastası santral kateter ile mi ölmek zorundadır ?"

Alan L. Buchman

Parenteral Nütrisyon Desteği
Periferik Parenteral Nütrisyon Desteği
Sıvı osmalaritesi 800 mosm/L altında olmalı.
Bir haftayı geçmemeli?
İV yol üç günde bir değiştirilmeli?

Santral Parenteral Nütrisyon Desteği
Eser element ve vitaminler eklenmeli.
-Üç ay civarında yaşam süresi öngörüsü var ise.

Enteral-Parenteral ND
-Enteral destek ile total kaloriye bir haftadan fazla sürede ulaşılamıyor ise.
-Yaşam kalitesini arttıracak ise.
-Yaşam süresi üç ay öngörülüyor ise.

Palyatif Bakım ve Terminal DönemdeND
Yaşam kalitesini arttırmak olmalı
Anoreksi kötü prognostik göstergedir
Multidisipliner ekip ve aile bireyi iletişimde olmalı
Sağ kalım beklentisinin 3 ayın altında ve Karnofsky skoru < %50 olması durumunda ND önerilmez

Bachmann P. Guidline. Bull Cancer 2001

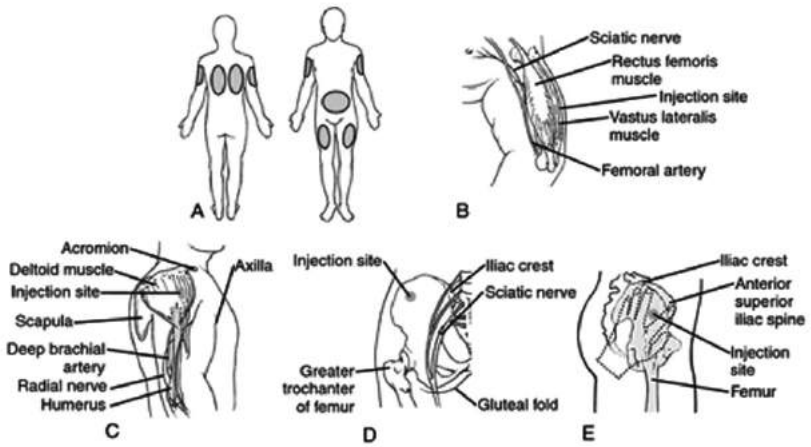
Terminal Dönemde ND (İnkürabl)
Sağ kalım beklentisi önemlidir.
2-3 ayın üzerinde ise ND önerilir
Yaşamın sonunda ise ND önerilmez aksi uygulanır ise ek sıkıntılara neden olur
Yaşam kalitesini arttıracak ise
Hastanın isteği var ise ND uygundur
Bozzetti F. Clin Nutr 2003
McCann RM. J Am Med Assoc 1994

Terminal Dönemde ND
Oral alım olmadığında rutin parenteral ND yapılmamalıdır.
Bilinci açık hastalarda su ve besin alım isteği genelde azdır.
Az miktarda besin ve su alımları genelde yeterlidir.
Bu hastalarda sıvı tedavisi yapılmalı ama agresif olunmamalıdır.
Bruera E. Support Care Cancer 1996
Martinez-Riquelme A. Clin Nutr 2005

Sıvı-Elektrolit Desteği
Palyatif bakımın her döneminde göz önünde bulundurulmalı.
Ek metabolik sorunlar ve semptomlara neden olur.
Hastanın sorunlarını artırır.

Subkütan Sıvı İnfüzyonu
HİPODERMOLİZİS
Hastanın sıvı elektrolit ihtiyacının subkütan olarak infüzyonudur.

Hypodermolizis



Subkütan Sıvı İnfüzyonu
20-25 G iğne ile subkütan girilir
İntramusküler yerleşimde uygulamada ağrı fazladır
Ödem gelişimine dikkat edilmeli

Subkütan Verilebilecek Sıvı ve İlaçlar
%0,9 NaCl.
%5 Dekstroz ve %0,9 NaCl.
2/3 veya 1/3 Dekstroz ve NaCl.
Ringer Laktat solusyonları.
Opioidler, Tramadol.
Potasyum, Magnezyum, Fosfat!
NSAI ilaçlar!
Tüm medikasyonlar!

Hipertonik solüsyonlar
Antibiyotikler.
Diazepam.
Fenitoin.
Digoksin.
Pamidronat.

Sonuç
Nütrisyonel durum izlenmeli.
Standart ürünler genelde yeterlidir.
Kanserli hastada nütrisyon danışmanlığı.
PEG akılda tutulmalı.
Terminal hastalarda ND sağ kalım ile ilişkili.
Yaşam sonunda subkütan infüzyon akılda tutulmalı (Hipodermolizis).

SAKIN UNUTMAYALIM !

Hastalarımıza Nutrisyonel Bakış
Yeterince beslenemeyen hastalarımızın morbidite ve mortaliteleri mutlak olarak artar.
Ama biz bilmezsek farketmeyebiliriz…
Kemal Yandakçı, Nütrisyon Sempozyumu Eskişehir, 2011

UYGULAMALI HİPNOZ KURSU

05 Aralık 2015 Belek / Antalya

UYGULAMALI HİPNOZ

Yrd. Doç. Dr. Kenan TAŞTAN

Arş. Gör. Dr. Halime Pınar DEMİRÖZ

Dr. Muhammed BAYRAM

Türkan Elif Taştan (Tıp Fakültesi 3. Sınıf Öğrencisi)

Hipnozun Tanımı: Geçmişte ve günümüzde birçok tanımı yapılan hipnozun ne olduğundan ziyade ne olmadığından yola çıkacak olursak;

- Hipnoz kesinlikle bir uyku hali değildir.
- Hipnoz, olup bitenlerin hatırlanmadığı ve unutulduğu bir süreç değildir.
- Kişinin kontrolünü kaybettiği, kendinden geçtiği özel bir ruh hali değildir.
- Kişinin kendisine söylenen her şeyi sorgulamadan yaptığı bir ruh hali değildir.
- Bilincin yitirildiği bir bilinçsizlik hali değildir.
- Tıbbi Hipnoz Derneği Başkanı Dt. Ali Eşref Müezzinoğlu'na göre bilinçli hipnoz: "Beyinsel fonksiyonların çalıştığı, bireysel denetimin açık olduğu, kesinlikle uyku hali olmadan, istekle gerçekleşen psişik bir durumdur."
- Hipnoz bir öze dönüş, bir içsel yolculuktur.
- Beynin iki yarım küresinin tek bir alanda işbirliği yapmasıdır.
- Kişinin bilinçaltının onun isteği doğrultusunda telkin alabilir hale gelmesi, yönlendirilebilmesidir.
- Sol beyinden ziyade, sağ beyinin (hayali düzlemin) kontrolü eline almasıdır.

Hipnozla ilgili terimler:
Hipnozitör: Hipnozu yapan kişi
Suje: Hipnoz yapılan kişi
Seans: Hipnozitörle süjenin her bir görüşmesinin bütününe verilen ad.
Mayalama: Suje'nin hipnoz hakkında bilgilendirildiği, varsa hipnoz hakkında önyargılarında arındırıldığı ve hipnoz hakkında tüm olumsuz düşüncelerinden kurtulduğu seanstır. İndüksiyon: Herhangi bir olayı başlatma, belli bir etken yardımıyla herhangi bir olayın başlamasına yardımcı olma.

Hipnozla İlgili Mitler:
Hipnoz hakkında birçok doğru bilinen yanlış vardır. Bunlardan bazıları:

1) Hipnozitörün sihirli güçleri vardır: Oysa bu tamamen yanlış bir varsayımdır. Hipnoz doğuştan genlerle gelen kalıtımsal bir yeti değildir. Tamamen sonradan öğrenilebilen, çalışma ürünüdür.

2) Bir insan hipnotize edilerek ona istemediği şeyler yaptırılabilir: Öncelikle vurgulamamız gereken şey, istemeyen hiç kimsenin hipnoz olamayacağıdır. Hipnoz olmak istemeyen bizi zorla hipnotize edilemeyeceği gibi, hipnoz olan birine de zorla bir şey yaptırmak mümkün değildir.

3) Ancak zayıf karakterli ve düşük entelektüel potansiyeline sahip insanlar hipnoz edilebilir: Oysa bunun tersi doğrudur. Yani entelektüel kapasitenin artması ile hipnoz yapılabilirlik arasında doğrusal bir orantı vardır.

4) Hipnoza giren kişi bilincini yitirmiştir: Bu doğru değildir hatta aşırı bir bilinçlilik hali söz konusudur.
5) Hipnoza giren biri hipnozdan çıkamayabilir: Bu zamana kadar yapılan hiçbir hipnoz vakasında hipnoz olan kişinin hipnoz halinden çıkamaması söz konusu olmamıştır.

6) Hipnozdan istifade etmek için kişileri derin transa sokmak gerekir: Hafif ya da derin, her hipnoz seviyesinde iyi sonuçların alındığı bir vakıadır.

7) Hipnozla tüm hastalıkların (metabolik-ruhsal) tedavisi mümkündür: Hipnoz da diğer tüm tedavi seçenekleri gibi kullanabileceğimiz bir yöntemdir. Birçok hastalığın tedavisinde kolaylaştırıcı bir etken olmakla birlikte bazı hastalıkların tedavisinde tek başına bir yöntem de olabilir. Ancak birçok hastalığın tedavisinde de tek başına hiçbir etki yapmayabilir.

HERKES HİPNOZ OLABİLİR Mİ?

Hipnoz olmak isteyen herkes hipnoz olabilir. Bunun tersi de doğrudur. Yani hipnoz olmak istemeyen birini hipnoz edemezsiniz. Şuuru ve bilinci açık olmak kaydıyla ve sizin söylediğiniz şeyleri yapmak şartıyla, 6-7 yaşlarından itibaren herkesi hipnotize edebilirsiniz. Ancak iletişim kuramayacak kadar zekâdan yoksun ve söylediklerinizin ne anlama geldiğini değerlendiremeyecek kadar yaşlı olan insanları, nörolojik-psikiyatrik rahatsızlıkları mental düzeyi olumsuz etkilenmiş kişileri hipnoz edemezsiniz.

Bununla birlikte hiçbir mental-nörolojik ve psikiyatrik problemi olmamasına rağmen insanlardan çok küçük bir grup hipnoz olmaz. Yapılan araştırmalara göre; insanların %65'i orta düzeyde hipnoza girerken, %5'i hipnozu çok az hissediyor ve %20'si ise derin bir transa giriyor. İnsanların ancak %10'luk gibi az bir kısmı ise çok daha derin bir hipnozu yaşıyor.

Hipnozun daha verimli, daha kolay ve daha faydalı geçmesi için, hipnotize olacak kişinin (Suje);

- Hipnoz olmayı istemesi
- Hipnozitöre güvenmesi
- Hipnoza inanması gerekir.

Ayrıca hipnozdan azami ölçüde fayda sağlanması için; Suje'nin öncelikle ulaşmak istediği bir amacının olması, hayatında değiştirmek istediği bir şeylerin olması gerekir. Örneğin kişi eşi istiyor diye obezite tedavisi görmeye karar verir ya da eşinin zoruyla seansa getirilirse muhtemelen hipnozdan yararlanması pek mümkün olmayacaktır. Ancak seansa bu şekilde getirilen ve hipnozitör tarafından bilgilendirildikten sonra ikna olan ve hipnozu artık kendi ister hale gelenler bu kategoriye girmezler.

HİPNOZ UYGULANACAK ORTAM NASIL OLMALI?

Bu konuda farklı görüşlerin olduğunu hatırlatmakta yarar vardır. Hatta bazı görüşlere göre mekânın ve fiziki koşulların pek bir önemi yoktur. Bu görüşe göre hemen her ortamda hipnoz yapılabilir. Bununla birlikte ortamın sessiz, sakin olması, hipnoz yapılacak mekânın sade döşenmesi ve rahat bir oda olması tercih edilmelidir. İdeal ortam ısısının yaklaşık 20 derece olması tercih sebebidir. Odadaki ışığın Suje'nin gözüne direk temas etmemesine dikkat edilmelidir. Hatta odanın biraz loş olması daha iyidir.

HİPNOZUN KULLANIM ALANLARI

Psikoloji – Psikiyatri:

Hipnoz, birçok psikolojik hastalığın tedavisinde kullanılabilmektedir. Hipnoanaliz metotlarıyla hastalığın kaynağını tespit etmek için bilinçaltının araştırılması mümkün olabilmektedir. Yapılacak tedavilere yardımcı olarak da hipnozdan yararlanılmaktadır. Hafif depresyon, anksiyete, kekemelik, tikler, parmak emme, tırnak yeme, uyku bozuklukları gibi problemlerde de hipnozla tedavi mümkündür.

Diş Hekimliği:

Hipnoanestezi ile iğnesiz ve ağrısız tedavi, korku ve kaygının önlenmesi, diş gıcırdatmanın tedavisi, proteze alışmayı kolaylaştırma, hijyen motivasyonu gibi konular diş hekimliğinde hipnozun kullanım alanlarındandır.

Bağımlılık:

Sigara, alkol vb. madde bağımlılıklarında, eğer kişi bağımlılıktan kurtulma konusunda samimi bir niyete ve isteğe sahip olmakla beraber, iradesini kullanma konusunda sorun yaşıyorsa; hipnoz altında verilecek çeşitli telkinler ve ego güçlendirici teknikler ile kişinin bağımlılıktan kurtulmasına yardımcı olunabilir.

Jinekoloji:

Özellikle doğuma hazırlık aşamalarında hipnozdan yararlanılabilir. Hamilelik bulantıları ve kusmalarının azaltılması bu yolla mümkün olabilmektedir. Psikolojik olarak da, rahat bir hamilelik dönemi geçirmek için hipnoterapi kullanılabilir. Anne adayına öğretilecek otohipnoz teknikleri, onun doğuma daha rahat hazırlanmasına katkıda bulunacaktır. Ayrıca uygulanacak hipnoanestezi metodlarıyla kolay ve ağrısız bir doğum da gerçekleştirilebilir. Çeşitli cinsel problemlerin çözümünde de hipnoterapiden yararlanılmaktadır.

Üroloji:
Enürezis nokturna, idrar kaçırma, iktidarsızlık ve yapısal bozukluktan kaynaklanmayan cinsel problemler hipnoterapi metotlarıyla çözülebilmektedir.

Cerrahi:
Ameliyata öncesinde korku ve endişelerin yenilmesine yönelik hipnoz kullanılabilir. Ameliyat için hiçbir kimyasal anestezik madde kullanılmadan, hipnoanestezi ile yeterli uyuşukluk ve duyarsızlık sağlanabilir. Operasyon sonrasında da, kanamanın azaltılması, yara iyileşmesinin kolaylaştırılması, operasyon sonrası ağrı ve şikâyetlerin giderilmesi hipnotik telkinlerle mümkündür.

Dermatoloji:
Psikosomatik kaynaklı cilt hastalıklarında, hastalığın kaynağının tespit edilmesinde ve sebebin cilt üzerinde yol açtığı rahatsızlıkların tedavi edilmesinde faydalanılmaktadır. Bu tarz hastalıklardan biri olan siğiller de, uygun hipnoterapi metotlarıyla tedavi edilebilirler.

Eğitim:
Öğrenmeyi kolaylaştırmak, konsantrasyonu arttırmak, öğrenilenlerin hatırlanmasını kolaylaştırmak, sınav kaygısı ve heyecanlarını kontrol atına almak, hipnoterapi teknikleriyle mümkündür.

Beslenme:
Obezite tedavisinde, kilo kontrol metotlarının uygulanmasında, yeme alışkanlıklarının düzeltilmesinde, anoreksia nervoza ve bulimia nervoza tedavilerinde hipnoterapi etkin olarak kullanılabilir.

Spor:
Motivasyonu ve konsantrasyonu arttırma, çalışma isteğini ve azmini kuvvetlendirme, vücut direncini ve çalışma kapasitesini yükseltme amacıyla hipnozdan faydalanılabilmektedir. Hipnoz özellikle bu konuda eğitim almış hekimlerin gündelik pratiğinde kullanabilecekleri tamamlayıcı tedavi yöntemlerinden biridir.

II. YARA VE OSTOMİ BAKIM KURSU
05 Aralık 2015 Belek / Antalya

KAPANMAYAN YARADA ALTERNATİF TEDAVİ

Op.Dr Turgut KARACA
İskenderun Devlet Hastanesi Kronik Yara Bakım Ünitesi Yanık Tedavi Ünitesi

Yara Niçin Kapanmaz?
Yara İyileşmesini Etkileyen Faktörler
Kan akımı.
Denervasyon.
Hematom.
Lokal infeksiyon.
Mekanik stres.
Koruma.
Cerrahi teknik.
Sütür materyali ve tekniği.
Sarılık.
Obesite.
Kompanse Oligemi/Hipoksi.
Malign hastalıklar.
İnfeksiyon.
Vitamin Eksiklikleri: VitC/A/E/B2/B1/B6 –
Eser element eksiklikleri: Çinko,Bakır
Genetik ve immünolojik sorunlar
Metabolik ve beslenme durumu düzgün değil.
Vasküler patoloji devam ediyordur.
Off loading unutulmuştur.
Debridman yetersizdir.
İnfeksiyon ile başedilmiyordur.
Uygun ürün uygun zamanda kullanılmıyordur.

YARA İYİLEŞMESİ TİPLERİ
Primer İyileşme: Yara kenarlarının sütür, stapler ile biraraya getirilmesiyle oluşur.
Sekonder İyileşme: Açık bırakılan yaranın, Kontraksiyon, Granulasyon ve Epitelizasyon ile kapanmasıdır.
Tersiyer İyileşme: Gecikme, aşırı doku nekrozu,yabancı cisim ve kontaminasyon olan yaralarda, infeksiyon gelişmesini önlemek için yaranın birkaç gün sonra kapatılmasıdır

Yara iyileşmesi
Birbiri üzerine binen 3 aşamadan oluşur:
Hemostaz ve inflamasyon:
Yaralanma ile başlar. Hemostaz döneminde trombositler ilk tıkacı oluşturur daha sonra fibrin tıkaç oluşur. İnflamasyon döneminde nötrofiller, fibroblastlar ve makrofajlar hakimdir.
Proliferasyon:
Kollajen'in sentez edildiği dönemdir. Bu dönemde anjiogenez ve epitelizasyon da gerçekleşir.
Maturasyon ve Remodelling:
Sentez edilmiş olan Kollajen'in yeniden düzenlenmesiyle karakterizedir

Kapanmayan yarada alternatif tedavi
Vakum yardımlı kapama.
Hiperbarik oksijen tedavisi.
Büyüme faktörleri.
Kök hücre.
Ozon.
Elektrik stimülasyonu.

Debridman

Negatif Basınçlı Yara Tedavisi (Vakum yardımlı kapama)

Yara bölgesini steril bir şekilde kapatarak buraya sürekli veya aralıklı olarak negatif basınç uygulama temeline dayalı bir tedavidir.

- Lokal kan akımını artırır.
- Lokal ödemi azaltır.
- Granülasyon dokusu gelişimini artırır.
- Bakteri kolonizasyonunu azaltarak infeksiyonla mücadele eder.
- Nemli yara ortamı sağlar.
- Epitelizasyonu hızlandırır.
- Yara kontraksiyonunu sağlar.

Vakum yardımlı kapama Endikasyonları

Kronik yaralarda (diyabetik ayak yaraları,basınç ülserleri,venöz ülserler)
Akut ve travmatik yaralarda
Flepler ve serbest doku transferleri
Cilt greftleri
Travma ve bası ülserleri
Vaskülaritesi bozulmuş yaralar
Kontamine yumuşak doku hasarı
Yanıklar

Vakum yardımlı kapamaKontrendikasyonları

Skarın olduğu nekrotik dokular

Tedavi edilmemiş osteomiyelit

Anastomozların üzerinde kullanılması.
Malignite (palyatif tedavi hariç).
Açığa çıkarılmamış fistüller.
Açığa çıkmış organlar.
Kan damarları.
Majör yapılar.

Vakum yardımlı kapama'ın Etki Mekanizması Nedir?

Komplike yaraların fiziksel kontraksiyonunu sağlayarak toksinlerin, aşırı intersistisyel sıvının ve yara tabanındaki ölü dokunun uzaklaşmasını sağlar.
Anjiogenez ve granulasyon dokusunun oluşması için yara ortamını iyileştirir.
Dokuya vakum uygulanması esnasında yara kenarlarında mikro-düzensizlikler ortaya çıkar ve bu durum angiogenez ve hücre proliferasyonunu uyarır.

Vakum yardımlı kapamanasıl uygulanır?

Yara uygun şekilde debride edilerek ölü dokular uzaklaştırılır.
Ardından yara zemininde yapışmaya engellemek amacı ile parafinli örtüler kullanılabilir.
Sonrasında yaraya uygun bir şekilde biçimlendirilen poliüretan veya polivinil alkol sünger yaraya yerleştirilir.
Yara kenarlarından hava almasını engelleyecek uygun bir mesafeden yapışkanlı yarı geçirgen kapamalar ile örtülür.
Örtü üzerinde oluşturulan birkaç santimetrelik kesiye basıncı yaraya ulaştıran ve yarada meydana gelen eksuda ve ödemi uzaklaştıran sistem bağlanır.

Vakum yardımlı kapama tedavisi
Bu sistemin diğer ucu bilgisayar kontrolü ile aralıklı olarak vakum oluşturan ana gövdeye bağlanır.
Bu yöntem ile yara ve çevre kan akımının tam 4 kat arttığı, granülasyon dokusu gelişiminin hızlandığı ve yaranın bakteriyel içeriğinin azaldığı gösterilmiştir.
İdeal basınç değeri ve sürekli/aralıklı uygulama uygulanan yara tipine, hastanın toleransına ve yara bölgesine göre değişiklik gösterse de 125 mmHg ve uygulama süresinin ise 5 dakika negatif basınç 2 dakika bu basıncın ortadan kaldırılması şeklinde olduğu gösterilmiştir.
Sürekli basınç uygulamaları da var.

Hiperbarik Oksijen Tedavisi (HBO):
Oksijen; protein sentezi, hücre bölünmesi gibi enerji gerektiren süreçler, epitelizasyon ve bağ dokusunun güçlenebilmesi için de gereklidir.
Oksijen eksikliğinde hücrede enerji açığa çıkaran biyokimyasal reaksiyonlar zincirinde aksamalar gelişerek, hücre ölümü, organ hasarı gelişebilir.
Oksijenin dokuda yetersizliği yara iyileşmesini geciktirebildiği gibi uzuv kaybına ilerleyen sonuçlarla da karşılaşılabilir.
Bir basınç odası içinde tümüyle basınç altına alınan hastanın %100 oksijen solumasına dayanan bir tedavi metodudur.
1 ATA lık normal atmosfer basıncında %100 oksijen soluma veya oksijenin topikal kullanımı HBO olarak kabul edilmez.
Tedavi 1-3 ATA arasında ve hastaya-hastalığa bağlı olarak değişik sürelerle uygulanabilir.
Tedavi amacıyla tek kişilik, çok kişilik, tek bölmeli, çok bölmeli basınç odaları kullanılabilir.
HBO'de tedavi süresi ve tedavi protokollerindeki ortam basıncı hastalıklara göre değişebilir.

HBO nun etkileri:
Basıncın doğrudan etkisi (Boyle gaz kanunu)
Çözünmüş oksijenin etkisi (Henry gaz kanunu)

3 ABSOLUT ATMOSFER (ATA)'da % 100 oksijen solunduğunda plazmada çözünen oksijen miktarı artıyor. Böylelikle plazmada çözünen oksijen de doğrudan hücreye kullanılmak üzere sağlanabiliyor.

• Çözünmüş oksijenin antihipoksik, antiödem, antitoksik, antibakteriyel, kollajen sentezi, neovaskülarizasyon, fibroblast ve osteoklastik aktiviteyi arttırıcı etkileri ve bozulmuş yara iyileşmesinin düzeltilmesine yardımcı özellikleri vardır.
• Antibakteriyel etki; direkt etki, konak savunma faktörlerinin düzenlenmesi, bazı antibiyotiklerle sinerjizm şeklinde görülür.

Basınç odaları, dalgıçlara basınç testi uygulamaları, dalgıç eğitimi, dalış simülasyonları, sualtı çalışmaları sırasında yüzey dekompresyonu, dekompresyon hastalığı ve gaz embolisi tedavisi için kullanılmaktadır.
CO-siyanid zehirlenmesi.
Duman inhalasyonu.

Gazlı gangren, yumuşak dokunun nekrotizan infeksiyonları,
Crush yaralanması,
Kompartman sendromu.
Akut travmatik periferik iskemiler.

Yara iyileşmesinin geciktiği durumlar (diyabetik-diyabet dışı),
Kronik refrakter osteomyelit.
Radyonekroz (kemik, barsaklar, yumuşak doku).
Riskli deri greft ve flepleri.
Beyin apsesi.
Anoksik ansefalopati.
Ani işitme kaybı, ani görme kaybı.
Kafa kemikleri sternum ve vertebraların akut osteomyelitleri gibi hastalıklar da tedaviye alınmaktadır.

KONTRENDİKASYONLARI

Göğüs tüpü yerleştirilerek tedavi edilmemiş pnömotoraks) olması kesin uygulanamayacak hasta grubundandır. Ağır kalp hastalığı ve ritim problemi ve Kronik tıkayıcı akciğer hastalığı dikkat edilmesi gereken durumlardır. Yüksek ateş, üst solunum yolu infeksiyonu, amfizem, epilepsi, geçirilmiş göğüs kafesi ile ilgili ameliyatlar, gebelik vs. riskli durumlardır.

HBO VE BÜYÜME FAKTÖRLERİ

İskemik yarada VEGF (vascular endothelial growth factor) sentezini.
İnsan dermal fibroblastlarından BFGF (basic fibroblast growth factor) ve TGF-β1 (transforming growth factor-β1).
İnsan umblikal ven endotel hücrelerinden anjiopoietin-2 salınımını.
Deneysel yaralarda PDGF (platelet derived growth factor) reseptör sayısını.
İnsan mezenkimal kök hücrelerinden PGF (plasental growth factor) sentezini.
Deneysel yanık yarasında kollajen sentezini arttırır.

Hiperbarik oksijen tedavisi

Hiperbarik oksijen tedavisi diyabetik ayak infeksiyonlarında tek başına uygulanan alternatif bir tedavi değil, yardımcı bir tedavidir.

•Diğer cerrahi ve medikal tedavilerle birlikte uygulanmasına bir engel yoktur.
•İskemik/hipoksik karakteri ağır basan olgularda, şiddetli infeksiyonu olan olgularda uygun tedavilerle birlikte kullanılması önerilir.
•Temiz, iyi kanlanan, çoğu nöropatik, bası kaynaklı diyabetik ayak lezyonlarında kullanılması gerekmez.
•Bununla birlikte aynı ortama alınan hastalarda infeksiyon açısından kontaminasyon riskine dikkat edilmelidir.

Epidermal Growth Factor (EGF)

EGF ilk defa Stanley Cohen tarafında 1962'de fare sub-maksiller bezlerinden izole edilmiştir.
EGF, nebde dokusunun oluşumunda yer alan fibroblastların, kerotinositlerin ve vasküler endoteliyal hücrelerin büyümesini ve çoğalmasını uyarır.
Tükrük bezlerinde yaygın olarak bulunur
Kimyasal olarak 53 amino aside sahip küçük bir moleküldür.

Farmakolojik etkileri

EGF'in yara iyileşmesindeki mitojenik, motojenik ve hücre koruyucu etkileri aşağıdaki mekanizmaları uyarır:
Yara bölgesine giden üretken hücreleri.
Anjiogenez, ekstrasellüler matriks'in birikmesi ve olgunlaşması benzeri granülasyon dokusunu.
Miyofibroblast aktivasyonu, çoğalması ve gelişmesi ile yara kontraksiyonunu.
Epitelyal hücrelerin göçü, çoğalması ve gelişmesi ile yara alanının yüzeyinin yeniden kaplanması.

EGF de diyabetik ayak ülseri tedavisinde diğer yöntemlerle kombine edilmelidir. Yara bakımda standart tedavi uygulanır.
Metabolik kontrol.
Debridman.
Nem tedavileri.
Yara Pansumanı.
Lokal basıncın azaltılması.
infeksiyonların antimikrobiyal tedavisi.
Deri grefti.
Gerektiğinde revaskülarisazyon.

Diyabetik ayak eğer derin dokuları tutmuşsa, boyutu büyükse, infeksiyon ve/veya nekroz varsa bu hastalara EGF kullanılmaması gerekir.

Intralezyonel EGF bilinen iyi yara bakımı ile birlikte uygulanmalıdır;
Metabolik kontrol
Nekrotik ve enfekte olan dokuların debridmanı
Baskının ortadan kaldırılması
Gerekli ise antimikrobiyal tedavi

Kök hücre
Debridman sonrası kronik yara, akut yaraya dönüşmüş gibi düşünülse de kronik yaradaki vasküler, metabolik, immünolojik ve fibroblast proliferasyonları ile ilgili sorunlar devam etmektedir.
Hücresel tedaviler ilk olarak kan transfüzyonu ile klinik pratiğe girmiş, kök hücre ile daha ileri bir boyut almıştır.
Adipoz dokunun stromal vasküler bölümü (SVF), preadipozitler, mezenkimal kök hücreler, T hücreleri, B hücreleri ve mast hücreleri için oldukça zengin bir kaynaktır.

Erişkin kök hücreleri
Hematopoetik : Kemik iliği, kan, umblikal kord kanında bulunur. Myeloid ve lenfoid seri kan hücrelerini yapar.
Mezenkimal: Kemik, kartilaj, kas ve yağ gibi mezenkimal hücre tiplerine dönüşme yeteneğinde olan hücrelerdir.
Ototransplantasyon olduğu için rejeksiyon sıkıntısı yoktur.

Yağ dokusu kaynaklı mezenkimal hücreler
Cerrahi işlem ile elde edilen yağ dokusu küçük parçalara ayrılır.
Kollajenaz ile enzimatik parçalama ile stromal vasküler bölüm elde edilir.
Bu hücreler cilt altı injeksiyon veya yara dokusuna doğrudan ekilerek kullanılabilir.
Yağ dokusu bir çok hücre tipini barındırır.
Adiposit öncü hc, fibroblast, perisit, stroma hc, mezenkimal kök hc, endotelyal hc ve hatta hematopetik hc.

Ozon
Ozon (O3) üç oksijen atomundan oluşan bir moleküldür.
Ozon uygulaması %0,5-5 ozon içeren ozon/oksijen gaz karışımının topikal veya sistemik olarak uygulanmasıdır.
Ozon invitro oksidan, invitro antioksidandır.
Yüksek konsantrasyonlarda dezenfektan, düşük konsantrasyonlarda iyileşme ve epitelizasyonu arttırır.

Biyostimülasyon
Ultrasound:
İnflamatuvar fazda mast hücrelerinden histamin sağlar. Bu da nötrofil ve monositlerin yara bölgesine hareketini stimüle eder. Proliferatif fazda ise fibroblast stimülasyonu ve kollajen sentezini sağlar

Elektrik stimülasyonu
1800'li yılların ortalarında kemik ve yara iyileşmesi amacıyla sık kullanılmıştır.
2000'li yılların başında ise kablosuz elektrik stimülasyonu WMCS (Wireless micro current stimulation) bulundu.
Aletten yayılan alfa fotonlar havadaki azot ve oksijen atomlarının elektrik yükünü değiştirirler.
Bu şekilde oksijen atomları negatif yüklenir, yara yüzeyinde pozitif ve negatif yüklü oksijenler arasında biyoelektrik akımı başlar.

Granülasyon dokusu gelişimini, kollajen matriks oluşumunu, neovaskülarizasyon gelişimini,epitelizasyonu iyi yönde etkilediğini ve birçok kronik yarada kullanılabileceğini savunan deneysel ve olgu yayınları bulunmaktadır.

Bu yeni tedavi uygulamalarının, rutin debridman, bası azaltılması, infeksiyon kontrolü, yeterli kan akımının (revaskülarizasyon) temini ve nemli yara iyileşme ortamının sağlanması gibi standard yara bakımı uygulamalarına yardımcı tedaviler olarak değerlendirilmesi ve uygulamaların bu beklenti içinde yapılması çok önemlidir. Bu önemli prensiplere uyulmazsa, ilave bir yardımcı tedavi uygulamasının yara iyileşmesine olumlu bir katkısı olması beklenemez.

Ülkemizda bunun en belirgin örneğini,bilinçsiz olarak ve gerçek yara bakımı (debridman) yapılmadan sadece pansumanlar , V.A.C, EGF HBO ve diğer yara bakım ürünü uygulamalarında görüyoruz.Hastalar maalesef bu şekilde vakit kaybedilmekte, gerekli tedaviler uygun şekilde yapılmadığı için ayaklar, yaşamlar yitirilmektedir.

KRONİK YARA TİPLERİ VE TEDAVİDE TEMEL FARKLILIKLAR

Op.Dr Turgut KARACA
İskenderun Devlet Hastanesi Kronik Yara Bakım Ünitesi / Yanık Tedavi Ünitesi

KRONİK YARA

Deri bütünlüğünün herhangi bir sebep nedeniyle bozulmasına yara denir.
Bir yaranın 6-8 hafta içinde iyileşememesi durumuna veya 4 haftada hiç iyileşme belirtisi göstermeyen yaralara da "Kronik Yara" denir.

Kronik yara dinamik, değişken ve dirençli bir sorundur. Hastaya ait genel ve lokal faktörler rol alır.

Metabolik hastalıklar.
Damar problemleri.
İnfeksiyon.
Doku hipoksisi.

Kronik yaralarda ciltte izlenen hasar, aslında bir buz dağının sadece su üzerinde kalan kısmının görülmesi anlamına gelmektedir. Yaraya odaklanmak ve sadece bunun tedavisine yönelmek, hastanın hayatını tehlikeye sokabilecek çeşitli yandaş durumlar için gerekli bazı yaklaşımların ihmali anlamına gelebilmektedir

KRONİK YARA ÇEŞİTLERİ

Diyabetik Ayak.
Dekübit Üsleri (Bası Yarası).
Venöz Ülser.
İskemik Ayak (Arteriyel Sorun).
Kapanmayan Yaralar.

DİYABETİK AYAK

Diyabet, birtakım sorun ve sorumlulukları beraberinde getiren ve yaşam boyu süren bir hastalıktır.Diyabetik ayak, diyabetin en ciddi ve en ağır komplikasyonlarından biridir.
Bu nedenle hem tıbbi, hem sosyal, hem de ekonomik açıdan diyabette yaşanan ayak sorunları oldukça önemlidir Diyabetli kişilerin yaklaşık %50'si tüm yaşamları boyunca diyabetik ayak gelişme riski altındadır. Türkiye'de diyabet sıklığı ortalama %13,7 iken bulunduğumuz ilde bu oranın %13-15 olduğu tahmin ediliyor. Diyabet hastaları hayatları boyunca %12-15 bu hastalığa yakalanır. Bu hastaların da %40-80'inde infeksiyon gelişmiştir. Türkiye nüfusunda yaklaşık 500.000 hasta.
Bu hastaların da %30-40 orta, %20'si ciddi infeksiyon mevcuttur.
Non travmatik ayak amputasyonlarının %40-60'ı bu nedenle yapılmaktadır.
2007 verilerin A.B.D'de yılda 82.000 amputasyon yapılmaktadır.
Amputasyonu takip eden 3 yılda %30-60 re-amputasyon gerekiyor.
Amputasyonlu hastalarda 1-5 yılda %40-55 karşı tarafa amputasyon gerekmektedir.
Amputasyon yapılan hastalarda ilk 3 yılda ölüm %35-50 oranında bildirilmiştir.

Kronik hastalar.
Amputasyon.
Psikolojik, sosyal ve ekonomik sorun.

Patofizyoloji

Diyabetik nöropati:
Endonöral mikrovasküler dolaşım bozukluğu.
Kapiller bazal membran kalınlaşması.
Kapiller tromboz.

Nöropati
Duyusal nöropati:
Duyu kaybı eldiven çorap tarzı olur. Ağrı duyusu kaybolur. Karıncalanma, uyuşma.
Otonomik nöropati:
Ciltte terleme ve ısı düzenlemesi bozulur. Cilt kuru ve serttir. Sıcak soğuk ısı farkını anlayamama.
Motor nöropati:
İntrensek kaslarda işlev bozukluğu, pençeleşme deformitesi. Bazı alanlarda bası ülseri oluşur.

Anjiyopati
Hem büyük çaplı hem de küçük çaplı damarlarda oluşur.
Makrovasküler:
Ateroskleroz, medial kalsifikasyon, multisegmenter
Mikrovasküler:
Kapiller seviyede bazal membran kalınlaşması

İnfeksiyon
Yatkınlık?
Şiddetli ve dirençli…
Dış ortam teması.
Oksijenizasyon yetersizliği.
Kronik hiperglisemiye bağlı hücresel ve humoral cevabın bozulması.
Polimorfonükleer lökosit fonksiyonlarında bozulma.

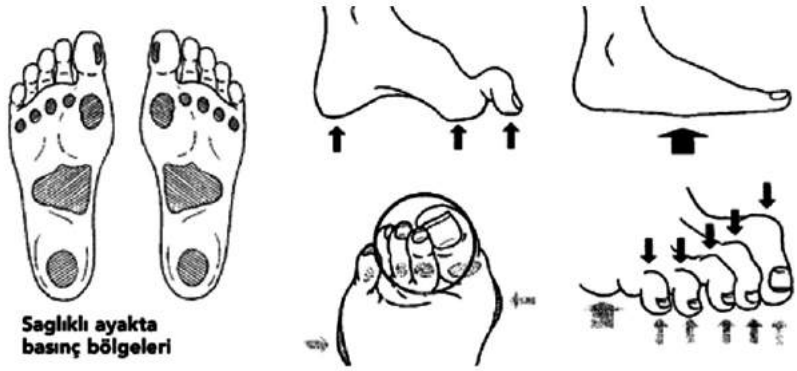
İnfeksiyon tanısı
Diyabetik ayak infeksiyonu tanısı klinik olarak konur.
Tüm açık yaralar mikroorganizmalarla kontamine veya kolonizedir. Klinik infeksiyon tanısı, pürülan sekresyon varlığı ve / veya inflamasyonun en az iki belirtisinin (eritem, sıcaklık, endurasyon, ağrı-hassasiyet) varlığı ile konur.
Kötü koku, dokuların sağlıksız görüntüsü ve yaranın doku derinliklerine doğru ilerlemiş olması da infeksiyon varlığını düşündürür.
Bazen sadece kan şekeri regülasyonunun bozulması ve kontrolünün güçlüğü infeksiyonun ilk belirtisi olabilir.

Klinik ve laboratuvar değerlendirme
Ağrı:
En ciddi nedeni iskemidir.

Vasküler değerlendirme:
Periferik nabızlar, doppler USG
Ayak bilek-kol indeksi:
0,9-1,2 arası olmalı.
0,6-09 arası orta riskli, 0,6 nın altı riskli, 0,45'in altı ise yüksek riskli olarak değerlendirilir.
Duyu değerlendirmesi:
Dokunma duyusu değerlendirilir - değişik kalınlıktaki filamanlarla.
Vibrasyon duyusu değerlendirilir.

Deformite
Pençe ayak:
İnterfalangiyal eklemlerde fleksiyon, metatarsofalangiyal eklemde hiperekstansiyon.

Charcot artropati:
Periferik nöropati zemininde gelişen kırık, çıkık veya her ikisinin birlikte meydana getirdiği iltihabi olmayan patolojik tablo.



Cildteki aşırı kuruluk

Çatlaklardan, sert nasırlar veya boynuzsu tırnakların basısına bağlı yaralardan veya diğer travmalar sonucu oluşan yaralardan, önce yüzeyel, giderek yumuşak doku infeksiyonları, yaygın selülitler ve önlem alınmazsa osteomyelitlere kadar ilerleyen yaralar oluşabilir.

Wagner sınıflandırması

0 Derece:	Açık ülser yoktur,risk faktörü yüksektir,zedelenme, incinme vardır,
1 Derece:	Yüzeyel ülser,enfeksiyon yoktur,
2 Derece:	Tendon,ligament ve yumuşak doku tutulumu vardır,
3 Derece:	Derin enfeksiyon,osteomiyelit vardır,
4 Derece:	Ayağın ön bölümünde nekroz vardır,
5 Derece:	Ayağın tamamında nekroz oluşmuştur.

Kimler hastaneye yatmalı?

Metabolik instabilite.
Ciddi infeksiyon.
İntravenöz tedavi gereksinimi.
Ayaktan hastaya yapılamayacak tanısal test.
Kritik ayak iskemisinin olması.
Cerrahi girişim gereksinimi.
Ayaktan izlemde yetersizlik.
Sosyal ve/veya psikolojik faktörler.
Kompleks yara bakım ürünü kullanımı.

Diyabetik ayak risk faktörleri

Nöropatik Ayak	Temel ayak bakımı eksikliği
Periferik Damar Hastalığı	Hijyen eksikliği
Ayak Deformitesi	Sigara içme
İnfeksiyon (Fungal ya da bakteriyel)	Obezite
Ayakta ödem	65 yaş ve yukarısı
Makrovaskular hastalık	Düzensiz glisemik kontrol
Dislipidemi	

Hasta eğitimi

Kendi kendini muayene:

Parmak araları, ayak derisi, tırnak, çorap, ayakkabı.

Deri bakımı:

Günlük ayak yıkanması, nasırların kontrolü, pomadlar ile bakım.

Tırnak bakımı:

Düz şekilde kesilmesi.

Ülser bakımı:

Wagner 0-1 bakımı.

Günlük yaşam aktiviteleri:

Yalınayak yürümemeli, 2 çift terlik ve ayakkabı olmalı, uzun yürüyüş yapmamalı.
Uygun ayakkabı seçimi.

Nöropati
Duyusal nöropati:
Duyu kaybı eldiven çorap tarzı olur. Ağrı duyusu kaybolur. Karıncalanma, uyuşma.
Otonomik nöropati:
Ciltte terleme ve ısı düzenlemesi bozulur. Cilt kuru ve serttir. Sıcak soğuk ısı farkını anlayamama.
Motor nöropati:
İntrensek kaslarda işlev bozukluğu, pençeleşme deformitesi. Bazı alanlarda bası ülseri oluşur.

Anjiyopati
Hem büyük çaplı hem de küçük çaplı damarlarda oluşur.
Makrovasküler:
Ateroskleroz, medial kalsifikasyon, multisegmenter
Mikrovasküler:
Kapiller seviyede bazal membran kalınlaşması

İnfeksiyon
Yatkınlık?
Şiddetli ve dirençli…
Dış ortam teması.
Oksijenizasyon yetersizliği.
Kronik hiperglisemiye bağlı hücresel ve humoral cevabın bozulması.
Polimorfonükleer lökosit fonksiyonlarında bozulma.

İnfeksiyon tanısı
Diyabetik ayak infeksiyonu tanısı klinik olarak konur.
Tüm açık yaralar mikroorganizmalarla kontamine veya kolonizedir. Klinik infeksiyon tanısı, pürülan sekresyon varlığı ve / veya inflamasyonun en az iki belirtisinin (eritem, sıcaklık, endurasyon, ağrı-hassasiyet) varlığı ile konur.
Kötü koku, dokuların sağlıksız görüntüsü ve yaranın doku derinliklerine doğru ilerlemiş olması da infeksiyon varlığını düşündürür.
Bazen sadece kan şekeri regülasyonunun bozulması ve kontrolünün güçlüğü infeksiyonun ilk belirtisi olabilir.

Klinik ve laboratuvar değerlendirme
Ağrı:
En ciddi nedeni iskemidir.

Vasküler değerlendirme:
Periferik nabızlar, doppler USG
Ayak bilek-kol indeksi:
0,9-1,2 arası olmalı.
0,6-09 arası orta riskli, 0,6 nın altı riskli, 0,45'in altı ise yüksek riskli olarak değerlendirilir.
Duyu değerlendirmesi:
Dokunma duyusu değerlendirilir - değişik kalınlıktaki filamanlarla.
Vibrasyon duyusu değerlendirilir.

Deformite
Pençe ayak:
İnterfalangiyal eklemlerde fleksiyon, metatarsofalangiyal eklemde hiperekstansiyon.

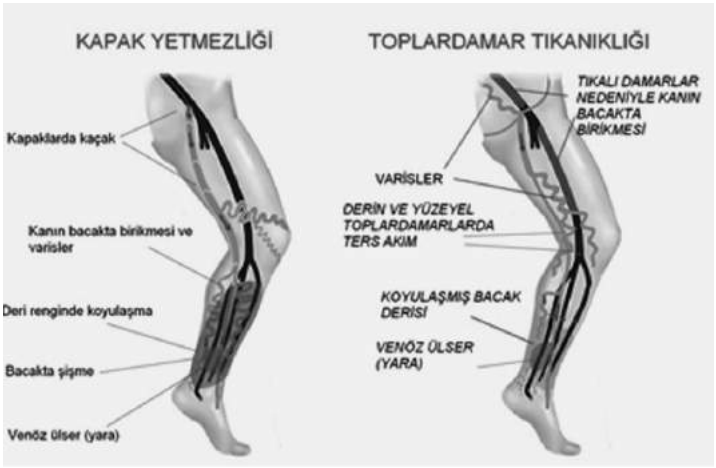
Charcot artropati:
Periferik nöropati zemininde gelişen kırık, çıkık veya her ikisinin birlikte meydana getirdiği iltihabi olmayan patolojik tablo.

VENÖZ ÜLSER

Venöz hipertansiyon ve baldır kas pompa yetersizliği sonucu ortaya çıkan, 4 haftadan daha uzun süren epidermis bütünlüğünün bozulduğu tablodur. Hastalığın ilk belirtisi genellikle ayak bileği iç kısmında ve bacak ön yüzünde olan şişliktir (ödemdir). Yaralar, genelde bacakta venöz basıncın en yüksek olduğu, diz altında ve özellikle bileklerin üzerinde (tozluk kısmı olarak da bilinir) olur. Damarsal bacak yaraları oranı en iyimser tahminle %0.1 olarak verilmekte olup, bu da Türkiye'de en az 70.000 vasküler bacak ülseri anlamına gelir.

Risk faktörleri
İleri yaş.
Obezite.
Hipertansiyon.
Diyabet.
Konjestif kalp yetmezliği.
Renal yetmezlik.
Düşük sosyoekonomik düzey.
Alt ekstremite travmaları.
Venöz tromboz öyküsü.

Fizyopatoloji
Venöz hipertansiyon: Venöz basıncın 80mm/hg üzeri olması durumunda venöz ülser insidansı %80'den fazladır.
Fibrin Cuff teori: Damar endotelinde fibrinler birikir ve oksijen perfüzyonu bozulur.
Kapiller mikrosirkülasyonun bozulması: Mikrotromboz oluşumu ve lenfatik sirkülasyonun bozulması.
Lökosit trepping teori: Lökositler kapiller aralıkta sıkışır, damar akımını bloke eder.



Tanı

Görüntüleri çok tipiktir.

Görüntüleme:

Doppler USG.
MR.
BT venografi.

Tedavi

Nedeni tedavi edin, semptomları değil…
Venöz basıncı azaltmak.
Ödemli şişliği azaltmak, yarı çapı küçültmek.
Ülseri iyileştirmek.
Ülserin nüksünü önlemek.

Kompresyon tedavisi
Lokal yara tedavsi.
Medikal tedavi: Venoaktif ilaçlar.
Cerrahi tedavi.
Debridman.
Greft.
Damara yönelik cerrahi.

Yaşam tarzı
Hareket özellikle yürüyüş.
Plantar kollektör venlerin intermitan kompresyonu kanın yukarıya doğru hareketlenmesini sağlıyor.

Elevasyon
30dk, 3-4 kez / gün.
Bacakların kalp seviyesi üzerine kaldırılması venöz kan akımını %200 oranında hızlandırıyor, DVT riskini azaltıyor.
Arteryel dolaşım bozukluğu var ise kontrendike.

Soğuk uygulama
Venöz vazokonstrüksiyon yapar.
Anti-enflamatuar etkisi vardır.
Banyo sonrası soğuk duş (yalnızca bacaklara da yeterli).

Anti-staz egzersisler
Parmak uçlarında veya topuk üzerinde kalkıp inme gibi.

KOMPRESYON TEDAVİSİ
Damara yönelik cerrahi
I. Variköz venlerde cerrahi tedavi.
II. Skleroterapi.
III. Perforan venlerde cerrahi tedavi.
IV. Tekrarlayan variköz venlerde tedavi.
V. Derin venöz yetmezlikte cerrahi tedavi.

İSKEMİK AYAK (ARTERİYEL SORUNLU)
İskemik istirahat ağrısı olan hastalar (Fontaine evre III) ve iskemik ülser veya gangreni bulunan hastalar (Fontaine evre IV) anlaşılır. Daha objektif olarak istirahat ağrılı hastalarda ayak bileği basıncı 40 mmHg, iyileşmeyen ülseri bulunan hastalarda ise ayak bileği basıncı 60 mmHg olan hastalar bu grubu oluşturur.

FİZYOPATOLOJİ
Ateroskleroza bağlı alt ekstremiteyi kanlandıran arterlerde darlık ve tıkanıkların ardışık olarak arter ağacında ortaya çıkması sonucu gelişir.
Endotel hücreler şişer, lökosit ve trombositler aktive olur, mikrotrombozlar oluşur.
Perfüzyon basıncı, gelişen kollateral ağa rağmen ekstremite cildinin beslenmesi için gerekli seviyelerin altına iner.
*Kladukasyoda sadece egzersiz esnasında kasların beslenmesi bozulur.

Klinik:
Çok kuvvetli analjezikler veya morfine cevap veren şiddetli, dayanılmaz ağrı vardır.
Ağrı iskemiye, doku kaybına, iskemik nöropatiye veya bunların kombinasyonuna bağlıdır.
Perfüzyon basıncının düşmesi ile şiddetlenen ağrı özellikle geceleri oluşur.
Yatak örtüsü ile bile ağrı oluşur.

Fizik muayene:
Baldır adalesi atrofik bulunabilir.
Ayak sırtında ve parmaklarda kıllarda azalma vardır.
Tırnakların yavaş büyümesi sonucu tırnaklar kalınlaşmıştır.
Cilt ve adneksleri atrofiktir.
Şiddetli uzun süren olgularda ekstremite soluk veya siyanotiktir.
Gangren parmakları ve ayağın ön kısmını tutar. İltihaplanma yoksa mumyalaşma ve spontan amputasyon gerçekleşebilir.

Tanı yöntemleri:
Ayak bileği ve parmak basınçlarının ölçülmesi tanıda yardımcıdır.
Diyabetik olgularda yanlış pozitif yüksek basınçlar kaydedilebilir.
Çoklu arter tutulumu olduğundan renal arterlerin altından pedal arterlere kadar arter ağacı dijital substraksiyon anjiografi (DSA) ile görüntülenir.
Dupleks veya manyetik rezonans arteriografiden de istifade edilebilir.

Tedavi:
Ağrının ve infeksiyonun kontrol edilmesi ve kalp ve solunum fonksiyonlarının iyileştirilmesi sağlanır.
Anjiografik bulgulara göre revaskülarizasyonun planlanması yapılır.
Gazlı veya septik gangren mevcudiyetinde süratle amputasyonun yapılması şarttır.
Revaskülarizasyonun amacı perfüzyon basıncını arttırarak istirahat ağrısının geçmesini ve yaraların iyileşmesini sağlamaktadır. Revaskülarizasyon endovasküler ve/veya cerrahi yöntemlerle yapılabilir.
Nekroza giden yara bölümünün debridmanı/amputasyonu yapılmalıdır.
Granulasyon gelişen bölüme de epitelizasyon gelişimi için ek girişimler yapılmalıdır..

Medikal tedavi:
Ülserlerin tedavisinde serum fizyolojik ile yapılan ıslak pansumanlar özellikle kanlandırmadan sonra yaranın iyileşmesinde çok faydalıdır. Değişik hidrofilik jellerden de istifade edilebilir. Vazodilatasyon yapan ilaçlar kullanılabilir. Prostasiklin analoglarıyla (iloprost). Hastalar mutlaka kardiyovasküler olayları en aza indirmek için bir antitrombosit ilaç (Aspirin, Clopitogrel) kullanmalıdırlar. Distal by-pass yapılabilen olgularda antikoagülan (Warfarin) ilaç greft açıklığının sağlanması için gereklidir.

Kapanmayan Yaralar
Biz hekimlerin açtığı, ancak herhangi bir nedenle yara iyileşmesini tamamlayamayan cerrahi yaraları, travmalar sonucu oluşan yaralar. Gerek hasta için gerekse de hekimi için can sıkıcı bir durumdur.

YARA İYİLEŞMESİ TİPLERİ

Primer İyileşme: Yara kenarlarının sütür, stapler ile biraraya getirilmesiyle oluşur.
Sekonder İyileşme: Açık bırakılan yaranın, Kontraksiyon, Granulasyon veEpitelizasyon ile kapanmasıdır.

Tersiyer İyileşme: Gecikme, aşırı doku nekrozu,yabancı cisim ve kontaminasyon olan yaralarda, infeksiyon gelişmesini önlemek için yaranın birkaç gün sonra kapatılmasıdır

Yara iyileşmesi
Birbiri üzerine binen 3 aşamadan oluşur:
Hemostaz ve inflamasyon:
Yaralanma ile başlar. Hemostaz döneminde trombositler ilk tıkacı oluşturur daha sonra fibrin tıkaç oluşur. İnflamasyon döneminde nötrofiller, fibroblastlar ve makrofajlar hakimdir.
Proliferasyon:
Kollajen'in sentez edildiği dönemdir. Bu dönemde anjiogenez ve epitelizasyon da gerçekleşir.
Maturasyon ve Remodelling:
Sentez edilmiş olan Kollajen'in yeniden düzenlenmesiyle karakterizedir.

Yara İyileşmesini Etkileyen Faktörler
Lokal Faktörler
Kan akımı.
Denervasyon.
Hematom.
Lokal infeksiyon.
Mekanik stres.
Koruma.
Cerrahi teknik.
Sütür materyali ve tekniği.
Genel Faktörler
Sarılık.
Obesite.
Kompanse Oligemi/Hipoksi -Malign hastalıklar.
İnfeksiyon.
Vitamin Eksiklkleri: VitC/A/E/B2/B1/B6 –Eser.
ElementEksiklikleri: Çinko, Bakır.
Genetik ve immünolojik sorunlar.

İdeal yara pansumanı:
Yarada nemli ortamı sürdürmeli.
Mikroorganizmalara karşı bariyer oluşturmalı.
Yara yüzeyinde partikül bırakmamalı.
Nontoksik, nonallerjik olmalı.
Gaz geçişine izin vermeli.
Yapışmamalı, ayrılırken yarada travma oluşturmamalı.
Mekanik bariyer oluşturmalı, ısıyı korumalı.
Yara yüzeyine zarar vermeden, aşırı eksudayı almalı.

Yara Bakımı Klinikleri kurulması, kronik yaraların tedavisi konusunda önemli bir yeniliktir.

EKİP ÖNEMLİDİR…
Endokrin uzmanı, diyabet hemşiresi.
İnfeksiyon uzmanı.
Ortopedik cerrah.
Plastik cerrah.
Damar cerrahı.
Protez ortez uzmanı.
Diyetisyen.

Yara bakımı aktivitelerinin başarısı, kullanılacak modern yara bakımı ürünleri ve cihazlarının temini ile de yakından ilgilidir.
Kronik yaraların tedavisi için güncel tıbbi gelişmeler çerçevesinde yapılacak yara bakımının başarıya ulaşması; birincil hastalığın kontrol altına alınması, önleyici/koruyucu tedbirlerden taviz verilmemesi, son olarak da doğru tedavi yaklaşımının doğru aşamada ve doğru şekilde uygulanması ile sağlanabilir.

Unutulmamalıdır ki en ucuz ve kolay tedavi, bu yaraların oluşmasının sabır ve özenle engellenmesidir.

STOMA POZİSYONLAMA VE BAKIMI

Dr. Ahmet Deniz UÇAR
İzmir Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

Stoma nedir?
Eski Yunancada ağız, açıklık.

En sık
Kolostomi.
İleostomi.
Ürostomi.

Kolostomi– kalın barsak.
İleostoiy – ince barsak.
Ürostoiy - i leal conduit.

Stoma tipleri
Geçici – kalıcı.
Loop ya da uç.

Neden stoma?
Barsak devamlılığı sağlanamıyor ise.
Bir süre ileriye içerik geçişi olmaması gerekiyor ise (anastomoz, neoadjuvant tedavi, infeksiyon).
Palyatif (çözüm alıcı cerrahi yapılamıyor ise).
Sfinkter kontrolü yok ise.

Sık problemler – herni - dermatit
Sık problemler – nekroz - selülit

Sonuç
Stoması olan hastada doğru yerleştirme ameliyatın diğer yönleri kadar önemlidir.
Aksi takdirde hastada hekimini sürekli anacağı fiziksel ve psikolojik sıkıntılar olacaktır.
Kaçınılmaz durumlarda sağlık ekibi (hastane, eş-dost-akraba, toplum) yardımı önemlidir.

KRONİK YARADA İNFEKSİYON YÖNETİMİ

Dr. Ahmet Deniz UÇAR

İzmir Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

Geç ya da güç iyileşen veya hiç iyileşmeyen yaralara kronik yara denir.
Akut yaralardan farklı olarak kronik yaraların kendine özel ortamı bulunur. İskemi, hipoksi ya da enfeksiyon kronik yara ortamının başlıca özelliklerindendir.
Yumuşak doku alanlarını kapsayan radyoterapi sonrası gelişen yumuşak doku radyonekrozları ile bazı kemoterapi ilaçlarının ekstravazasyonu (Sıvının bir damardan doku aralıklarına sızması veya boşalması hali) gibi nedenlerle de kronik yaralar gelişebilir.

Kronik yaraların ortaya çıkışına neden olan genel faktörler obezite, sigara kullanımı, beslenme bozukluğu, ileri yaş, vitamin ve eser element eksikliği, malignite, kemoterapi ve radyoterapi, bağışıklığı baskılayan ilaç kullanımı, steroid ve antikoagülan kullanımı gibi çok çeşitlidir. Bununla birlikte genel nedenler olmadan da bir yara kronikleşebilir. Bu durumda daha çok yara yerini ilgilendiren lokal faktörlerden bahsedilir. Yetersiz kan akımı, derinin aşırı gerilmesi, cerrahi yaranın uygun kapatılmaması, yetersiz venöz drenaj, yabancı cisim varlığı, enfeksiyon varlığı, yara bölgesinin hareketli olması gibi lokal faktörler nedeni ile de yara iyileşmesi gecikebilir.

Mikroorganizmaların türü: Bazı bakteriler yarada hızla yıkıma neden olabilirler. Özellikle Streptococcus pyogenes bu konuda en yıkıcı bakteridir (et yiyen bakteri). Staphylococcus aureus, Proteus mirabilis, …diğer hızla seyreden enfeksiyon etkenleridir.
İnokülum miktarı: Yaraya, özellikle derin dokulara ulaşan bakteri sayısı enfeksiyonu belirler. Genel olarak canlı dokuya ulaşan >105 bakteri/doku gramı bakteri sayısı ile enfeksiyon riski arasında anlamlı bir ilişki vardır.
Yaranın özelliği: Dokuda yabancı cisim, ölü doku, hematom, varlığı enfeksiyonu kolaylaştırır. Organik materyaller, kumaş lifleri, toz, toprak vs.
Konak faktörleri: İmmün sistem bozuklukları, beslenme eksiklikleri, diyabet, … gibi immün yanıtı bozabilen özellikler ve dokuda kanlanmayı bozan hastalıklar enfeksiyon için kolaylaştırıcı olarak rol oynarlar.
Yaralanma bölgesi: Kanlanma ve flora farklılıkları nedeniyle özellikle saçlı deri, baş bölgesinde hızla iyileşen yaralar, üst ekstremitede daha yavaş ve alt ekstremitede daha da yavaş iyileşir ve daha fazla infekte olurlar.
Yaralanma tipi: Düzgün yüzeyler oluşturan delici-kesici aletler (bıçak, jilet,…) daha az enfeksiyona neden olurken kör uçlu gereçlerin oluşturduğu, parçalayıcı yaralar ve ezik-çürük yaraların enfeksiyon riski daha yüksektir.
Yara bakımındaki gecikme ve kötü yara bakımı da enfeksiyon riskini arttırmaktadır. (ben yarayı örterim tanrı onu iyileştirir)

Venöz / Arter
Yara görünümü ve yara kenarları düzensizdir.
Yaranın ilerlemesi hızlıdır.
Medial malleus etrafında sık görülür.
Yara geniş ve derindir.
Yara kenarları düzenlidir.
Ağrı belirgindir.
Deride kıl dökülmesi ve atrofi görülür.
Deri soluktur ve nabız alınamaz/güçlükle alınır.
Ülserin gelişme hızı yavaştır.
Ülser tabanı gri renkli sağlıksız bir granülasyon dokusu ile kaplıdır.

Mikroorganizmaların çoğalmasını belirleyen faktörler incelendiğinde kanlanma iyi olduğunda en çabuk iyileşmenin olduğu sonucuna ulaşılır (kafa derisi, skrotum).
Yoğun mikrobiyal kontaminasyona rağmen anüs çevresi yaralar kanlanmanın çok iyi olması nedeniyle hızla iyileşmektedir. Halbuki kronik, iyileşmeyen yaralar genelde hipoksiktir. Doku oksijen basıncı >40 mmHg olunca saptanan hızlı iyileşme eğilimi oksijen basıncı < 20 mmHg olan yaralarda saptanamamaktadır.

İyileşmesi geciken yaralarda saptanan oksijen basınçları 5-20 mmHg arasında ölçülmüştür. Bu düşük oksijen basıncı nötrofillerin antimikrobiyal etkinliğini azaltmaktadır.

İdeal yara bakım ürünü

- Bakteri ve yabancı maddelerden korumalı.
- Eksudayı absorbe etmeli.
- Isı ve sıvı kaybını önlemeli.
- Kompresyon sağlamalı.
- Yapışmaz olmalı.
- Sıcak ve nemli bir ortam oluşturmalı.
- Toksik ve allerjik olmamalı.
- Çevre sağlıklı dokulara zarar vermemeli.
- Kendi yapısı bozulmamalı (Tiftiklenme vb.).
- Estetik olmalıdır.

Büyüme faktörleri ya da hastanın kendi trombositleri
Vascular endothelial growth factor (VEGF)
Insulin-like growth factor 1–2 (IGF)
Platelet derived growth factor PDGF
Transforming growth factor-β (TGF-β)
Epidermal growth factor (EGF)

Yüksek basınç altında %100 oksijen solunduğu zaman dokulara giden temiz kandaki oksijen miktarının 20 kata kadar arttığı araştırmalarla gösterilmiştir. Dokudaki oksijen basıncının artmasıyla;
Oksijensizlik nedeniyle görevini yapamayan hücreler desteklenmiş olur.
Yeni damar gelişimi ve yara iyileşmesini sağlayan maddelerin üretimi artar.
Oksijensiz ortamda üreyen bakterilerin üremesini engeller ve bunların ortama saldığı bazı toksinlerin etkinliğini azaltır.
Vücudun savunmasında görevli hücreleri destekler.
Antiödem etkisi vardır.
Karbondioksit zehirlenmelerinde hücre düzeyindeki zehirlenmeyi azaltır.
Akut yaralarda %6,kronik yaralarda %60 bulunur.
Bazen 30 güne kadar fark edilmeyebilirler.
Biofilm içinde konuşlanan mikroorganizmalar proteinlerinin 50%'sini tek başına dolaşanlarından farklı sentezlerler (P. Aeruginosa %73).
Bu şekilde antibakteriel ajanlardan ve bağışıklık sisteminden daha iyi korunurlar ve eritem ödem ağrı vs ye neden olmazlar.
Biofim içindeki organizmaları kültüre etmek daha zordur.
Mekanik debridman esastır.

STOMA BAKIMI VE KOMPLİKASYONLARI

Birgül ÖDÜL ÖZKAYA
T.C.Sağlık Bakanlığı Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Genel Cerrahi Servis Sorumlu Hemşiresi
Yara ve Stoma Bakım Hemşiresi

STOMA BAKIMI

Stoma: Yunanca dan gelen bir kelime olup açıklık veya ağız anlamına gelir.
Bağırsak Stoması ise bağırsağın karın duvarına ağızlaştırılmasıdır.

Stoma Açılma Nedenleri

Kolorektal yaralanmalar.
Anorektal kanserler.
Ülseratif kolit,crohn hastalığı.
Kolon tıkanıkları.
Doğumsal bağırsak anomalileri.
Ciddi pelvis yanıkları.
Kolon tümörleri gibi durumlarda stoma uygulanmaktadır.

STOMA ÇEŞİTLERİ

Geçici stomalar;stoma açılmasını gerektiren durum ortadan kalktıktan sonra kapatılır.
Kalıcı stomalar;anüs kullanılmadığı için dışkılama işlemi stoma aracılığı ile olmaktadır ve yaşam boyu stoma kalmaktadır.

Bağırsak Stomaları

İleostomi; ince bağırsağın son bölümünün karın duvarına ağızlaştırılmasıdır.
İleostomide dışkı sıvı haldedir, miktarı fazladır.
İçeriğindeki kimyasal maddeler nedeniyle stoma etrafındaki deri kolayca tahriş olabilir.
Kolostomi; kolon lümeninin karın duvarına ağızlaştırılması işlemidir.

STOMANIN ÖZELLİKLERİ

Normal bir stoma kırmızı, parlak ağzın iç kısmına benzer görünümündedir ve ciltten yüksektedir.
Postop erken dönemde stoma ödemlidir,sonra giderek ödem azalır. Stoma küçülür.
Stoma çevresindeki deri normal deri görünümündedir.
Sinir uçları bulunmadığı için ağrı hissedilmez.

Stomayı Nasıl Değerlendirelim?

Görünümü; siyaha yakın, pembe, kırmızıya yakın, siyak nekroze,
Çapı; mm olarak,
Çevresi;normal yada deri tahrişi,
Gaitanın özelliği;normal kıvamda diyare,konstipe,
Torba şekli; tekli şeffaf, tekli opak, adaptörlü,
yönünden değerlendirilmeli ve kayıt edilmelidir.

STOMALI BİREYE YAKLAŞIM

Unutmamalıyız ki stoma bakımı verirken ve torba değişimini yaparken;
Hastanın gizliliği korunmalı ve mahremiyetine dikkat edilmelidir.
Stomalı bireyler fizyolojik, sosyal ve psikolojik olmak üzere pek çok problemle karşılaşabilmektedir.
Birey beden imgesinin değişmesi ile birlikte, vücudunda olan değişikliği kabullenmez ve stomasını görmek istemez.
Özellikle torba değişimi ve stoma bakımında hasta bireyi işleme dahil etmek bu endişeli sürecin daha kısa sürede aşılmasını kolaylaştırır.
Post-op dönemde hastayı psikolojik olarak desteklemek çok önemlidir. Hasta kolostomisine bakması ve bakıma eşlik etmesi konusunda cesaretlendirilmelidir.

Stoma Bakımı

1-Kullanılacak malzemeler hazırlanır.
Hastaya uygun kolostomi torbası.
Makas.
Gerekirse kolostomi pastası.
Temizleme mendilleri.
Gerekirse yara örtüsü.
Kare gaz.
Ilık su / Distile su.
Kolostomi adaptörü.
Atıkların atılacağı uygun poşet.
Non steril eldiven.
Böbrek küvet.
2- Hastayı Uygulama Hakkında Bilgilendirin.
3- İşlem için hastanızdan izin alın.
4- Malzemeleriniz için uygun ve temiz bir alan seçin.
5- Ellerinizi yıkayın ve eldiven giyin.
6- Hastanıza uygun pozisyon verin, hasta mahremiyetine özen gösterin.
Hasta sırt üstü yatar pozisyona getirilir. Eğer işlemi hasta kendisi yapacak ise oturur pozisyonda olması sağlanır. Hasta bakımında temel hedef hastanın bağımsız olarak bakımını evde de yapabilmesini sağlamaktır.
7- Torbayı değiştirirken bölgenin altına hasta altı serme koyun.
8- Adaptörü üst kısmından başlayarak yavaşça yukarıdan aşağıya doğru deriden ayırın.
Bu esnada adaptörün deriden ayrılması zor oluyorsa çevresini ılık su ile ıslattıktan sonra
adaptörü çıkarmaya başlayın.
9- Böbrek küvet içeresine ılık su / distile su koyup kare gazları içinde ıslatın.
Islatılmış sıkılmış kare gaz ile stomanın etrafını silerek tamamen temizleyin.
Temizleme işleminiz bitince stomanın etrafını kuru kare gaz ile tamamen kurulayın.
Silme işlemi için temizleme mendilleri de kullanılabilir.
Stomanın etrafının kuru olması, temiz olan adaptörün yapışması için önemlidir.
Temizlikten sonra stomanın etrafının kuru olduğundan emin olun.
Stoma, stoma çevresi, cilt bu basamakta komplikasyonlar açısından gözlemlenir.
Ciltte tahriş varsa koruyucu olarak hekim bilgisi dahilinde yara örtüleri kullanın.
Ciltte fazla tüy varsa traşını yapın.
10- Stomanın çapının kaç mm olduğunu stoma cetveli yardımıyla ölçün
Uygun olan ölçü; torbanın kenarı ile stoma arasında 2mm boşluk olmasıdır.
Bu mesafe önemlidir çünkü çok dar olursa stoma adaptörü bası yaparak stomayı tahriş eder.
Geniş olursa stoma etrafındaki deri açıkta kalır ve dışkı deriye bulaşarak tahrişe yol açar.
Torba değişimi esnasında stomanın etrafının kuru kalmasını sağlamak için, üzerini küçük kuru bir kare gaz koyabilirsiniz.
11- Hazır kesilmiş adaptör varsa uygun ölçüde olanı kullanın. Kesilebilir adaptör kullanıyorsanız stomanın ölçtüğünüz çapına göre, ucu eğri bir makas yardımıyla adaptörü kesin.
12- Kestiğiniz adaptörün yapışkan kısmındaki kağıdı çıkarın ve iç kısmına diş macunu kalınlığında "pasta" sürün. Pastanın görevi stoma etrafındaki deriyi dışkıdan korumaktır.
13. Ortadaki delik stomayı içine alacak şekilde adaptörü cilde yerleştirin.
Elinizin ısısı adaptörün daha iyi yapışmasını sağlayacağından, parmağınızı yarım dakika adaptörün üzerinde gezdirin.
Adaptör vücut ısısına ulaştıkça yumuşayacak ve daha kolay şekillendirilebilir bir hal alacaktır.

14- Adaptörün orta kısmını yerleştirdikten sonra kenarlarındaki yapışkan kağıtları da kaldırarak adaptörü, tam olarak cilde yapıştırın.
15- Adaptöre uygun stoma torbasını bir noktadan başlayarak dairesel hareketlerle adaptöre yerleştirin.
16- Adaptöre torbayı yerleştirdikten sonra kendinize doğru hafifçe gererek iyice yerleşip yerleşmediğini kontrol edin. Eğer alttan boşaltmalı bir torba takıyorsak işlem bitiminde torbanın klempini kapatın. Torba üzerinde bulunan gaz filtresi uygun olan kısma yerleştirilir.
17-Atıkları uygun atık torbalarına atın, eldivenlerinizi çıkarın, ellerinizi yıkayın. Torba değişimi, stoma bakımı ve gözlemlerinizi kaydedin.

STOMA KOMPLİKASYONLARI VE GİRİŞİMLERİ

Dünya Enterostomal Terapistler Derneği'ne göre:
Her bireyin gereksinimlerinin saptanması ve bu gereksinimlerin kendi ülkesinde mevcut olan en iyi araç gereç ve yöntemlerle karşılanmasını isteme hakkı vardır.
Ayrıca her bireyin enterostomal terapi hemşiresi tarafından sunulan kapsamlı ve özelleşmiş bakım alma hakkı vardır.

Stomaterapi Ünitelerinde Verilen Hizmetler

Hastayı ve hasta yakınlarını hastalığı ve yapılacak ameliyata ilişkin bilgilendirme
Ameliyat öncesinde stoma yerinin tayini.
Ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası dönemde hastaların ve hasta yakınlarının anksiyete düzeylerini azaltma.
Hastaya ve hasta yakınlarına stoma bakımı yapabilme becerisi kazandırma.
Stoma sık başvurulan bir cerrahi yöntem olmasından dolayı,cerrahi tekniklerdeki gelişmeye ve alınan önlemlere rağmen komplikasyon oranı yüksektir.

Stomalı bireylerde

Cerrahi işleme,
Altta yatan patolojiye,
Yetersiz preoperatif hazırlığa,
Postoperatif bakımdaki eksikliğe bağlı olarak birçok komplikasyon gelişmektedir.

STOMA KOMPLİKASYONLARI

Erken sorunlar
1-Barsağın iskemi ve nekrozu.
2-Barsak yüzeyinde kanama.
3-Barsak ile cilt kenarında ayrılma.
4-Barsağın karın içine kaçması.
5-Barsak ile cilt arasında infeksiyon gelişimi.
6-Yakın cilt düzey.

Geç sorunlar

1-Cilt açıklığının ileri derecede büzülmesi.
2-Kolostomi kenarından fıtık gelişmesi.
3-Barsağın dışarıya sarkması.
4-Tıkanma.

En yaygın görülen stoma komplikasyonları arasında peristomal cilt problemleri bulunmaktadır.
Literatürde bu oranın %3 ile %42 arasında değiştiği bilinmektedir. Komplikasyon görülme sıklığı stomaların yerine göre değişmekle birlikte en az komplikasyonun transvers kolostomi ve uç kolostomilerde görüldüğünü bildiren çalışmalar mevcuttur.

İSKEMİ VE NEKROZ

İlk 24-72 saat içinde stomanın rengindeki değişim yakından izlenmelidir.

NEDENLERİ
İskemi ve nekrozun temel nedeni
Stomadaki kan dolaşımının bozulması.
Ödemli stoma çevresine çok sıkı torba takılması.
Gergin dikişler.
Bağırsağın dar bir açıklıktan dışarıya açılması.
Bağırsağın iyi mobilize edilmemesinden doğan basınç.

GİRİŞİMLER
Postop ilk dönemde şeffaf torba sistemi kullanılarak stoma rengi değerlendirilmelidir
Stoma adaptör çapının stoma çapından 1-3 mm geniş olmalı, dar olmamalıdır.
Hekim istemiyle gerekirse kolonoskopi yapılarak barsak incelenmeli,iskeminin kaslara kadar ilerleyip ilerlemediğini değerlendirilmelidir.

KANAMA
Nedenleri
Cerrahi sırasında kanama kontrolünün iyi yapılmaması
Stomanın Travmaya maruz kalması
Stomayı sert bir şekilde temizlemek
Adaptör çapının dar olması sonucu kanama oluşur.

GİRİŞİMLER
Postop ilk dönemde şeffaf torba sistemi kullanılarak stoma rengi değerlendirilmelidir
Stoma adaptör çapının stoma çapından 1-3 mm geniş olmalı,dar olmamalıdır.
Hekim istemiyle gerekirse kolonoskopi yapılarak barsak incelenmeli,iskeminin kaslara kadar ilerleyip ilerlemediğini değerlendirilmelidir.

Stomanın temizlenmesi sırasında bir miktar kanama(örn:spançta kan lekesi görme)normaldir.
Post op ilk günlerde şeffaf tek parça torba sistemi kullanılarak kanamanın kontrol edilmesi.
Adaptör çapının uygun kesilmesi.
Bireye stomaya dışarıdan gelecek travmalara karşı önlemler konusunda eğitim verilmesi.

MÜKOKÜTANOZ AYRILMA
Nedenleri
Yetersiz dikiş.
Dikişlerin gergin olması.
Stomanın kötü oluşturulması.
Doku perfüzyon yetersizliği.
(Diyabet, radyasyon, yaşlılık, steroid tedavisi)

Ayrışma 1. derece ise
Ostomi pudrası.
Yüzey bariyerleri ile tedavi sağlanabilir.
Destekleyici olarak stoma kemeri kullanılabilir.

Ayrışma 2. derece ve daha derin ise
Özel dolgu yara örtüleri ile ayrışma doldurulur.
Transparan örtüler ile çevresi kapatılır.
Uygun stoma adaptör ve torbası uygulanır.
Destekleyici olarak stoma kemeri kullanılabilir

OSTOMİ DE STENOZ
Nedenleri
Cilt kesisinin uygunsuz ufak olması.
Stoma çevresi infeksiyonu sonucu fibröz doku artışı.
Bağırsak mobilizasyonunun iyi yapılamaması.

STENOZ DA GİRİŞİMLER
Parmak ile stoma dilate ediebilir.
Küçük bir lümenden gaita çıkışı zor olacağından gaita yumuşatıcılarla gaitanın rahat çıkması sağlanabilir.
Stoma çapı sürekli takip edilir ve uygun torba sistemi kullanılır.
Lokal anestezi ile stomal revizyon yapılabilir.

STOMA RETRAKSİYONU
Stomanın Geriye Doğru Kaçmasıdır
Operasyonun teknik hataları.
Kolonun yetersiz mobilizasyonu.
Yetersiz fiksasyon.
Aşırı kilo alan hastalar.
Pre-op radyorerapi.
Crohn hastalığı.
Kolostomilerde erken dönem komplikasyonu.
En sık transfer loop kolostomilerde görülür.

Retraksiyonda girişimler
Stoma periyodik aralıklarla değerlendirilmelidir.
Sızıntıyı önlemek için konveks torba sistemi.
Kemer kullanılmalıdır.
Bireyin fazla kilo alması önlenmeli ve bu konuda eğitim verilmelidir.
Eğer sürekli bir sızıntı varsa ileostomide cerrahi girişim yapılır.
Adaptör/torba sistemi değiştirilir.
İki parçalı konveks adaptörler kullanılır.

İRRİTAN DERMATİT
Kırmızı görünümlü, düz (deri ile aynı düzeyde) nemli ve ağrılı lezyonlardır.

Nedenleri
Stoma yerinin uygun seçilmemesi.
Bireydeki çeşitli cilt hastalığının varlığı.
Stoma torba sisteminin uygun yerleştirilmemesine bağlı sızıntı.
Stoma çapından daha büyük adaptör yerleştirilmesi.

GİRİŞİMLER
Bireyin diğer kronik cilt hastalıklarının tedavisinin yapılması.
Stomanın tipi yeri ve özelliğine uygun torba sisteminin seçilmesi.
Problemin nedenine uygun cilt koruyucu materyallerin uygulanması (pudra, bariyer,pasta yara örtüsü).

PARASTOMAL HERNİ
Stoma çevresindeki fıtık oluşumudur. Geç dönem komplikasyonudur.
Bağırsak tıkanmasına ve strangüle (düğümlenmesine) neden olabileceğinden önemlidir.
Yaşlı hastalarda daha çok görülür.

Nedenleri
Stomanın rektus kası dışında olması.
Fasiyal genişliğin fazla olması.
Rektus kasının zayıf olması.
Obezite, beslenme bozukluğu.
Stomanın abdominal insizon hattında olması.

GİRİŞİMLER
Korse kullanılması.
Karın içi basıncı artırıcı durumlardan kaçınılması.
Uygun torba sisteminin seçilmesi.
Bağırsak fonksiyonunun ,renginin değerlendirilmesi.

PROLAPSUS
Prolapsus, barsağın stoma aracılığıyla karın duvarından dışarı doğru sarkmasıdır.
Sabit redükte edilemeyen ve kayıcı olarak iki tipte olabilir.

Nedenleri
Bağırsağın karın duvarına iyi tespit edilmemesi.
Zayıf karın fasyası.
Stomanın geniş bir açıklıktan yapılması.
Karın içi basıncın arttığı durumlar (konstipasyon,gebelik,ağırkaldırma,karın kaslarının zorlayıcı egzersiz).

Stomal Prolapsusta girişimler
Bağırsağa ılık duş uygulaması yapılması.
Bağırsak redukte olduktan sonra stoma çapının ölçülerek torba sisteminin kullanılması.
Prolapsusun periyodik aralıklarla takip edilmesi.

STOMAL TIKANIKLIKLAR
Stomanın altında ağrı.
Sızıntı şeklinde gaita gelmesi.
6-10 saat öncesi lifli gıda yemesi.
Özellikle ileostomilerde.

Tıkanıklarda girişimler
Ilık banyo yaptırılmalıdır.
Parastomal bölgeye kişi ayakta ,öne eğilmiş durumda masaj yapılmalıdır
Bu uygulamalarla tıkaç çıkmamış ise 20 numara nelaoton sonda ucuna jel sürerek stomadan 10 -15 cm içeri itilmelidir. 1 litre su 20 ml olarak verilmelidir. Laksatif kullanılabilir. Kolostomi irrigasyonu yapılabilir. Kolonun tıkanma nedeni tam olarak bilinmediği sürece kesinlikle irrigasyon işlemi yapılmamalıdır.

Sonuç olarak:
Beden imgesinde değişme, depresyon, cinsel sorunlar ve endişeler stomalı bireylerin sosyal yaşantılarını olumsuz etkilemektedir.
Stoma torbası kullanımı ile ilgili farklı alternatifler sunmak
Benzer tanı konmuş kişiler ile bir araya gelmelerini sağlamak bireylerin daha kısa sürede yeniden sosyal yaşantılarına dönmelerini sağlayabilir.

KBRN II. TEMEL EĞİTİM KURSU

03 Aralık 2015 Belek / Antalya

ULUSLARARASI PERSPEKTİFTE NÜKLEER TEHLİKEYE ACİL YANIT

Doç. Dr. S. Sinan Gültekin

Nükleer Tehlikeler

Eskimiş nükleer teknoloji.
Nükleer santraller.
Nükleer araştırma merkezleri.
Nükleer yakıtla çalışan gemiler.
Nükleer bomba denemeleri.
Nükleer silahlanma ve nükleer terörizm sonucu meydana gelen/gelebilecek olaylar dizisi.

Amaçlar

Nükleer kaza, nükleer savaş ve nükleer terörizm sonucu oluşabilecek tehlike boyutunun bilinmesi. Bu tip durumlarda gerçekleştirilecek acil yanıt sistemleri/mekanizmalarının uluslararası perfektifte incelenmesi ve tanımlanması.

Nükleer Bombalar

Nükleer silahlar, atom çekirdeklerinin parçalanması, bölünmesi olayından istifade edilerek yapılmıştır. Hidrojen silahları (termonükleer silahlar), birden fazla atom çekirdeğinin birleşmesi, kaynaşması (füzyon) olayından faydalanılarak yapılmıştır.
Dünya tarihinde ilk kez atom bombası II. Dünya savaşında ABD tarafından Japonya'ya atılmıştır. Nükleer silah patladığında tam anlamıyla bir kaos oluşur. Nükleer patlamanın olduğu yerle 11 km çapındaki alanda 150–300 km/saat'lik kasırgalar oluşur.
Nükleer bir silahta, milyarlarca atom bir anda parçalandığı ya da birleştiği için açığa çıkan enerji, astronomik rakamlarla ifade edilmektedir.

6 Ağustos 1945 Hiroşima 9 Ağustos 1945 Nagazaki
Gözleri kör eden bir ışık, insanları ve eşyaları yakan korkunç bir sıcaklık, sonra kulakları sağır eden bir gürültü, yapıları yerle bir eden sesten hızlı şok dalgası ve her şeyi uçuran bir kasırga.

Sonuç

Hiroşima'da patlama sırasında 140.000 ölü, toplamda 300.000 ölü.
Nagazaki'de patlama sırasında 740.00 ölü, toplamda 100.000 ölü.

Nükleer Silahların Ortak Etkileri

Atom ve hidrojen silahları, patladıktan sonra aynı etki özelliklerini gösterir.
Işık (Nükleer Şimşek): Çıplak göze direkt ulaştığı takdirde 15–45 dakika süren geçici bir körlüğe sebep olur. Bu ışıktan ince bir kâğıtla bile olsa korunmak gerekir. Işığın öldürme gücü yoktur.
Isı (Termal Radyasyon): Geniş çapta yangın ve deri yanıklarına neden olur. Termal enerjinin emilmesi sonucunda oluşan deri yanıkları daha tehlikelidir.
Ani nükleer radyasyon: Alfa, beta ve gama ışınları ile parçalanan nötronun etkisidir. Gama ışınlarının yüksek frekanslı elektromanyetik dalgalar halinde yayılması ve engel tanımayan bir şekilde nüfuz etmesi tehlikeyi artırır. Kısa bir süre için tesirlidir ve öldürücüdür. Işınların çoğu işleyicidir ve korunma için özel zırhlama gerekir.
Basınç (blast etki): Basınç dalgası, infilak yerindeki boşluğa dışarıdan soğuk havanın hücum etmesi ile itme (önce) ve emme (sonra) şeklinde iki yönlüdür. Takiben kasırga gelişimine neden olur. Nesneler ve insanlar havaya uçar, yüksek ve ani basınç nedeniyle hemoraji, kulak zarı ve organ rüptürü görülür.
Elektromanyetik Pals: Elektronik devreler kullanan modern cihazları bozmak, istenmeyen sinyal çıkarmasına neden olmak suretiyle malzeme hasarına ve haberleşmenin durmasına neden olur.
Radyoaktif serpinti: Patlamadan 30–60 dakika sonra başlar. İnfilaktan hemen sonra mantar biçimindeki bulutla yükselen radyoaktif maddelerin, birkaç dakika sonra yerçekiminin etkisi ile yere dökülmesi olayına radyoaktif serpinti denir.

Radyoaktif serpintinin özellikleri
Kalıcıdır, radyoaktif serpinti tozları, düştüğü yerden bazı şartlarda uzaklaştırılabilir; ancak yok edilmesi mümkün değildir. Nereye gideceği önceden bilinmez. Geniş sahaları kaplar. Duyu organları ile varlığı anlaşılmaz: Radyoaktif partiküller, öyle küçüktür ki bunların gözle görülmesi, birçoğunun bir araya gelmesi halinde bile mümkün değildir. Öldürücüdür. Çürüme, ilk anlarda çok hızlı, zaman uzadıkça çürüme hızı azalır. Kalıntı etki, serpintiden ibaret değildir. İnfilak yerinde meydana gelen çukur ve etrafında bulunan radyoaktif hale gelmiş iagnos o bölgeyi yaşanmaz duruma getirir.

Nükleer terörizm
İlk nükleer bomba kullanımlarının etkileri görüldükten sonra insanlık nükleer silahsızlanma girişimi başlatmasına rağmen nükleer teknolojiler geliştirilmeye devam edilmiştir. Sonuçta global nükleer savaş olasılığı azalmakla birlikte yeni teknolojiler sayesinde nükleer terörist ataklar için (panik, kontaminasyon özelliği, sivil toplumda injuri ve ölüm yapabilme potansiyeli nedeniyle) kullanım olasılığı artmıştır. Teknoloji iyi amaçlar için yoğun olarak kullanılmaktadır. Ancak, illegal satın alma, yapılma veya çalınma olasılığı nedeniyle risk her zaman mevcuttur. Bu nedenle global bir güvenlik sorunudur.

Kirli bombanın karakteristikleri
Radyoaktif materyal içerir.
Patlamanın şiddeti radyoaktif materyalin dağılımını artırmak için kullanılır.
Radyoaktif komponenet olarak reaktör hedef kaynağı, radyoizotopik termoelektrik, jeneratörler veya medikal/radyografik radyoaktif kaynaklar/tüpler kullanılabilir.

Örnek senaryo
Bir radyoterapi cihazının 50 TBq Cs-137 kaynağını ele geçiren bir terörist (medikal tıbbi cihaz kaynakları için en kötü senaryo) bunu 40 kg lık bir TNT eşdeğeri ile kirli bomba şeklinde patlatıyor.
Sonuçlar nelerdir?

Uluslararası kuruluşlar ve ilgili birimler
NNSA: National Nuclear Security Administration.
U.S. DOE: Department of Energy.
Radiological triage team.
Radiation emergency assistance center/training site.
International exchange program (NARAC).
IAEA: International Atomic Energy Agency.
RANET: Response and Assitance Network.

NNSA Triaj Konsepti
Nükleer verinin analizi için 7/24 hizmet veren bir ilk yanıt takımı var
Ortalama 10 dk içinde ilgili birimleri bilgilendirir ve 30-60 dk içinde soruna çözüm üretir
Farklı spektroskopik analiz cihazları içeren bağımsız bir laboratuvara sahip
Tele-konferans yoluyla bilimsel ekip arasında ortaklaşa analiz imkanı sunuyor

NNSA Triaj Ekibi
DOE Emergency Operation Center in Washington, D.C.
DOE On-Call Emergency Response Officer (Response site)
Nuclear scientists from:
Los Alamos National Laboratory
Lawrence Livermore National Laboratory
Sandia National Laboratory
DOE Radiation Emergency Assistance Center (Training site)
Person team:
Physicians, nurses, paramedics, health physicists, biologists
DOE International Exchange Program
National Atmospheric Release Advisory Center
Lawrence Livermore National Laboratory

Triaj değerlendirmesi neler sağlar?
İleri spektral analiz araçları kullanılarak tehlike kaynağı radyonüklid tanımlanır ve izotopları açısından analiz edilir.
Özel nükleer materyallerin varlığı için de gözden geçirme yapılır.
Radyoaktivitenin miktarı belirlenir.
Nötron verisi analiz edilir.
Uygun zırhlama materyali ve yolu belirlenir.
Potansiyel risk tanımlanır.
Tüm işlemler bir veri tabanı üzerinden kayda alınır, izlenebilir ve bir sonuç raporu oluşturulur.

NARAC(National Atmospheric Release Advisory Center)
Radyolojik ve nükleer kaynak karakteristiklerinin tanımlanması.
Meteorolojik durumlar.
Atmosferik dağılım/radyoaktif madde serpintisi.
Akut ve kronik doz, etkilenen popülasyon, yaralanmalar, kayıplar ve koruyucu kılavuzlar.
Bulut modellemesi.

IAEA RANET Triaj Konsepti
RANET Avrupa birliği üye ülkeleri arasında nükleer tehlikeye yanıtta işbirliği sağlamak amacıyla 2000 yılında kurulmuş bir yapılanmadır.
RANET radyasyon acili durumlarında hızlı ve etkin cevap sağlamak üzere; eğitimli, donanımlı ve kalifiye personele sahip, istekli/üye devletlerin oluşturduğu bir ağdır.

RANET Triaj KonseptiAmaç
Aşağıdaki konularda yardımlaşma ve birlikte hareket öneren bir delegasyonu var.
Talep halinde uluslararası yardım sağlanması (tercihen bölgesel bazda).
Geliştirme ve tepki yetenekleri uyumlaştırılması.
Deneyim geribildirim ve bilgi transferi/değişimi.

RANET-Kapasite
Çevresel örnekleme.
Gamma sepektrometre.
Alfa sepektrometre.
Beta sayımı.
Geriplan aktivitesi ölçümleri
In-situ gamma spektrometre
Alet temelli ölçümler
Hava temelli ölçümler

Kaynak arama ve kurtarma
Manuel/toprak tabanlı arama.
Araç temelli arama.
Hava yoluyla arama.
Deniz yoluyla arama.
Kaynak kurtarma.

Dekontaminasyon
Uzman ekip kullanımı.
Destek ekip ve ekipman kullanımı.

Değerlendirme ve tavsiye
Atmosferik dağılım.
Hidrosferik dağılım.
Radyoekolojik modelleme.
Doz tahmini.
Halk sağlığının korunması.
İyileştirme ve kurtarma.

Tıbbi destek
Medikal triaj.
Tedavi desteği.
Acil tedavi.
Fizyolojik destek.

RANET-Yükümlülükler
Üyeler uluslararası kurallar ve uluslararası yardımın yürütülmesine ilişkin konularda eğitimli ve duyarlı olmalı ve bir olay durumunda acil yanıta hazır olmak zorundadır.
Üyeler acil yardımın uluslararası yönlerine odaklanarak yerel/uluslarası ölçekte etkili egzersizler ve uygulamalar geliştirmelidir. Mümkün ve uygun olduğunda üyeler organizatör kuruluşlar aracılığı ile gerçekleştirilecek tatbikatlara katılmalıdır.

IAEA Acil Doz Limitleri
Görevler
Dose*
(mSv)
Yaşam koruyucu faaliyetler
1000
Ciddi sağlık sorunları ve yaralanmaları önlemeye yönelik faaliyetler
Kargaşa oluşmasını önlemeye yönelik faaliyetler
500
Halkın radyasyon güvenliği bilincini artırmaya yönelik faaliyetler
50

IAEA Kamu Acil Kuralları
Koruyucu faaliyet -Doz-

Zırhlama
2 günde 10 mSv
Geçici tahliye
1 haftada 50 mSv
Tahliye başlatma
1 ayda 30 mSv
Tahliye sonlandırma
10 mSv in 30 days
İyot proflaksisi (Tiroid koruyucu)
100 mGy

IAEA Operasyon Konsepti (CONOPS)
Herhangibir radyolojik arama veya alan operasyonu için kullanılır. Konseptin başarısı için şu düzenlemelere uyulması önerilmektedir.
Prosedürler operatörlerin yeteneklerine uyarlanabilir olmalıdır.
Kısa kontrol listeleri kullanılmalı.
Eldeki ekipmanlar işlevsel olmalı.
Sistem periyodik olarak çalıştırılmalı ve değerlendirilmelidir.
Sistem geliştirmeleri açık olarak tanımlanmalıdır.
Yanıtlar dokümante edilmelidir.

Alarm durumuna neden olabilecek radyoaktif izotoplar
Nükleer silahlarda kullanılabilecek özel nükleer izotoplar
Pu-239, U-235, U-233, Np-237
Yüksek radyoaktiviteli ulaşılabilir nükleer izotoplar
– Hastaneler, sterilizasyon üniteleri, radyografi kameraları, radyoizotop termal jeneratörler
Co-60, Cs-137, Ir-192, Sr-90

Olağan dışı radyasyon alarmı
Dual gamma ve nötron alarmı.
Sadece nötron alarmı.
Tanımlanamayan gamma alarmı.
Özel nükleer materyal tespiti.
Yüksek radyoaktiviteli izotop alarmı.

Alarm yasaklama/onay kişisel karar kontrol listesi
1) Tanımlama, gözaltı, izolasyon; bireysel veya cihaz bazında; İkincil incelemede cihazdan bağımsız bireysel değerlendirme. Portal sayım oranı çok yüksek ise, radyolojik güvenliği için Sağlık Fiziği desteği isteyin.
2) Yaklaşımın belirlenmesi: Şu soruların sorulması yararlı olacaktır.
a) İsminiz nedir?
b) Daha önce hiç radyoaktif medikal tedavi aldınız mı?
c) Radyasyon dozunuzu doğrulamak için üzerinizde bir ölçüm yapmamıza müsaade eder misiniz?
3) Ölçüm sonucunu aşağıdaki radyoizotopların varlığı açısından spektrometrik analiz düzeyinde irdele

Medical - Tc-99m, Tl-201, Ga-67, I-123, I-125, I-131, In-111, Mo-99, Pd-103, Se-75, Sm-153, Xe-133, Lu-176
Industrial - Cs-137, Ir-192, Co-60, Ra-228, Am-241, U-238, Th-232
Special Nuclear Materials - Pu-239, U-235, U-233, Np-237
4) Alınan bilgiler doğrulama sonucunda bireyi bilgilendir
Örn. Yaptığımız ölçüm tıbbi izotop tedavisi aldığınızı doğruluyor Işbirliğiniz için teşekkür ederiz. Ancak, sizin aracınızı da incelememiz gerekiyor. Sadece birkaç dakikanızı alacak.
5) Devam sorusu sorun.
Herhangi bir radyoaktif materyal taşıyor musunuz?
6) Sürücü ve kargo bölmesini inceleyin, şüpheli bulgu varsa etiketleyin. Araç etrafında yürüyün ve ölçüm cihazınıza göre bir sıcak nokta durumunu olumlu ya da olumsuz onaylayın. Pozitif ise, sıcak nokta alanında 5 dakika spektrometrik ölçümler yapın. Sonuçlarını gözden geçirin ve verileri kaydetmek. Durum çözülmezse, gözaltı ve gözetmen yardımı isteyin.
7) Sağlık fiziği, radyasyon güvenliği ve kaynak kurtarma konularında yardım isteyin.
8) Yasaklama ve yargı için radyasyon Alarmı Oturum tamamlayın.

Radyolojik acil yanıt için üç basamaklı prosedür uygulama
Bulma, tanımlama and radyasyon kaynağının sağaltımı

Basamak-1
Ölçüm, deteksiyon, lokalizasyon
Radyasyon çağrı cihazı
Doğrusal radyasyon monitörü
Radyasyon sırt çantası
SPARCS Mobil sistem

Basamak-2
Tarama ve belirleme
Radyoizotop tanımlayıcı
-Düşük rezolüsyonlu
-Yüksek rezolüsyonlu

Basamak-3
Sağaltım
Tele-prob
Sağlık kiti

SPARCS
SPectral Advanced Radiological Computer System
Sınır geçişleri gibi durumlarda gama deteksiyonu için modüler, kolay konuşlandırılabilir bir sistemdir. Veri GPS koordinatları ile ilişkilendirilir. Karasal araçlar, tekneler veya uçaklara hızla monte edilip kurulabilir.

SPARCS Laptop Ünitesi
Sayım hızı ölçümü ve alarm seviyeleri bir harita üzerinde GPS sinyalleri ile ilişkilendirilmiş olarak gösterilir.

Yaygın izotopların gerçek zamanlı tespiti, spektral veri eldesi ve e-mail yoluyla uzman tavsiyesi bilgileri verir.

Radyoizotop tanımlayıcı-1
Düşük rezolüsyonlu gamma sayacı
Radyoaktif materyaller ve küçük enerjili nötronların başlangıç taraması için kullanılır.

Radyoizotop tanımlayıcı-2
Yüksek rezolüsyonlu gama sayacı
Radyoaktif materyalin doğru bir şekilde tanımlanması ve alan spektroskopisi amacıyla ileri düzey kullanım.

Tele-Prob Detektör
Uzaktan doz hızı ölçümlerine izin veren sistemlerdir.

Sağlık Fiziği Kiti
Kontaminasyon ve doz ölçümü için kalibre edilmiş sistemlerdir.
Internal Geiger-Muller detektörler
İki bağımsız detektör.
Düşük doz ve yüksek doz.
Beta penceresinde düşük aralıkta ölçüm yaparlar.

Pancake probe (beta/gamma)
Geiger-Muller detector
Alpha probe
Çinko sülfid sintillasyon detektörü
100 cm2 yüzey ölçümü

RADYOAKTİF VE NÜKLEER TEHDİTLER

Dr. Cantürk E. KOCALAR
Ankara İl Sağlık Müdürlüğü
Afetlerde Sağlık Hizm. Şb. Md.

Kimyasal
Biyolojik
Radyolojik
Nükleer
Explosion (Kirli Bomba)

ASH SAHA PLANLAMASI

KBRN

Kontaminasyon: Personel, araç ve gerecin KBRN harp maddelerine maruz kalarak kirlenmesidir.
Dekontaminasyon: Kontaminasyonun giderilmesi amacı ile yapılan fiziksel ve kimyasal temizleme işlemidir.
Deteksiyon: Etken maddenin tanımlanması

KBRN'nin Önemi

Üretimi ucuz ve ulaşılması kolay maddeler

Klasik Silahlar 2000$
Nükleer Silahlar 800$
Kimyasal Silahlar 600$
Biyolojik Silahlar 1$
-Kilometre kare başına toplu ölümlerin maliyeti-

KBRN'nin Amacı

Etkileri uzun süre devam edebilir.
Kitlesel ölümlere sebep olabilir.
Çok sayıda insanı sakatlayabilir ya da etkisiz hale getirebilir.
Hayati altyapıları aksatabilir ya da tahrip edebilir (Maddi Hasar) – su kaynakları, ulaşım, gıda v.b.
Ağır psikolojik hasar verebilir.
Halkın yetkililere güvenini sarsabilir.
KAOS.

KBRN Tehdidi

Terörist gruplar tarafından kullanılması.
Nakliyat ve kaçakçılıktaki kazalar sonucu yayılması.
Cereyan eden veya edebilecek bölgesel savaşlarda kullanılması.
Çevredeki nükleer ve kimyasal enerji ve sanayi tesisleri ile araştırma laboratuarlarındaki kaza ve sızıntılar nedeniyle, bölgesel afet etkileri meydana getirmesi.

KBRN Olaylarında İlk Aşamada Müdahale Zorlukları

Bilinmeyen madde türü.
Bilinmeyen madde miktarı.
Bilinmeyen süre.
Bilinmeyen kirlenme bölgesi.
Bilinmeyen etki mekanizması.
Madde hakkında detaylı bilgi olmaksızın, hızla tedavi edilmesi gereken çok sayıda mağdur.

ÖRNEK

Mart 1995 Tokyo Metro Sarin gazı saldırısında yaklaşık 5000 kişi hastanelere başvurmuştur.
Yürüyebilen ve araç bulabilen yaralılar kontrolsüz olarak hastaneye giderler.
Komuta Merkezi çalışanları durumu anladıklarında genelde yaralılar sağlık sistemini kontamine etmişlerdir.
Ölümlerin ciddi bir kısmı müdahalede bulunan sağlık çalışanları olmuştur.

KİMYASAL AJANLAR

1. Sinir ajanları (Tabun, Sarin, Soman, Vx)
2. Yakıcı ajanlar (Mustard, Azotlu Mustard,Lewisit)
3. Akciğer irritanları (Fosgen, Difosgen, Klorpikrin)
4. Sistemik toksikler (Hidrojen Siyanür)
5. Kapasite bozucu ajanlar (BZ, LSD)
6. Kargaşa kontrol ajanları (CN, CS, CR, DM)
7. Bitki öldürücü ajanlar (2,4-D, Kakodilik asit)

KBRN Olasılığından Şüphelenmek

Olayın bir kimyasal silaha bağlı olabileceğini düşündüren bulgular

• Beklenmedik sayıda ölü ve yaralı insanin veya canlının olması.
• Çok sayıda insanda ciltte vezikül, böcek ısırığı benzeri lezyonlar ve döküntülerin görülmesi, bulantı, kusma, aşırı sekresyon artışı, disoryantasyon ve nefes almada zorluktan başlayıp, konvülsiyonlar, kas seğirmelerine kadar giden ciddi sağlık problemlerinin ortaya çıkması,
• Rüzgarın yönünde ilerledikçe yaralılarda fark edilebilen çeşitli benzer bulguların ortaya çıkması.
• Alışıla gelmişin dışında, yüzeylerde sıvı damlacıklarının görülmesi.
• Olay yerinde terkedilmiş spreyleme cihazlarının bulunması.
• Olay yerinde tanımlanamayan farklı bir kokunun hissedilmesi.
• Ortama sıvı, buhar veya gaz dağılmasına sebep olabilecek patlamanın oluşması.
• Bir paket veya bomba cihazını parçalayan patlamanın oluşması.
• Belirgin bir travma oluşmadan kitlesel zayiatın ortaya çıkması.

BİYOLOJİK AJANLAR

Terör Potansiyeli Olan Bulaşıcı Hastalıklar
A Kategorisi
Şarbon.
Veba.
Çiçek.
Tularemi.
Viral hemorajik ateş.

B Kategorisi

Q ateşi.
Bruselloz.
Ruam.

C Kategorisi

Nipah virüsü.
Hanta virüsleri.
Keneyle geçen hemorajik ateş virüsleri.
Keneyle geçen ensefaliti virüsleri.
Sarı Humma.
Çok ilaca dirençli tüberküloz.

KBRN Olasılığından Şüphelenmek

Olayın bir biyolojik saldırıya bağlı olabileceğini düşündürebilecek bulgular
• Benzer hastalık ve belirtiler gösteren çok sayıda hastanın bulunması,
• Çok büyük sayıda, o bölgede görülmesinin beklendiğinden fazla morbidite ve mortalitenin görülmesi,
• Alışılagelmişin dışında bir ajana bağlı olarak ortaya çıkmış tek bir vakanın bulunması,
• Coğrafik ve mevsimsel koşullarla uyumlu olmayan salgın hastalıkların ortaya çıkması,
• İnsidansinda açıklanamayan bir artış görülen endemik hastalığın bulunması,
• Hastalanmış insanların eş zamanlı olarak hastalıklarının ortaya çıkması,
• İnsanlardaki hastalığa eşlik edecek veya öncülük edecek şekilde hayvanlar arasında da ölümlerin ve hastalıkların görülmesi,

(*) Sağlık personeli, biyolojik ajana maruziyetin hemen ortaya çıkmayabileceğini, bunun ajana bağlı olarak saatler, günler veya haftalar sonra oluşabileceğini göz önüne almalıdır.
• Nükleer silahların kullanıldığına dair ipuçlarını elde etmek nükleer patlama oluşmadıkça oldukça zordur. Radyasyon görünmeyen bir tehlikedir. Radyasyonun başlangıçta kullanılmış olduğuna dair fark edilebilecek özelliği bulunmamaktadır.
• Radyasyon yayan materyaller ve kaynaklar identifiye edilmedikçe nükleer bir olayın oluştuğunu tahmin etmek güçtür. Bu açıdan olaya ilk müdahale edecek ekibin, koruyucu ekipmanları ile beraber değişik radyasyon tiplerini algılayabilen radyasyon detektörlerini kullanmaları gerekmektedir.

RADYASYON YARALANMALARI - KOMBİNE YARALANMALAR (%65-70)
Yanık+Işınlama (%40)
Yanık+Işınlama+Yaralanma (%20)
Işınlanma+Yaralanma (%5)
Yanık+Yaralanma (%5)

TEKLİ YARALANMALAR (%30)
Işınlama (%15)
Yanık (%15)
Yaralanma (<%5)

KBRN DE AMBULANS YÖNETİMİ
Komuta Şefi konu hakkında bilgilendirilir.
112 Başhekimi konu hakkında bilgilendirilir.
UMKE ekipleri yönlendirilir.
Çevre ekipler uyarılır.
Ayrı bir kriz masası oluşturulur.
AFAD konu hakkında bilgilendirilir.
Referans hastane konu hakkında bilgilendirilir.
Emniyet birimleri konu hakkında bilgilendirilir.
İtfaiye konu hakkında bilgilendirilir.

Tehlike ortaya çıktıktan sonra;
Kirlenen alanın bir an önce kontrol altına alınıp daha fazla can ve mal kaybının engellenmesi amacıyla;
Keşif (Deteksiyon),
Tespit ve İşaretleme (Alan Belirleme),
Numune Alma,
Arama ve Kurtarma,
Dekontaminasyon çalışmalarının yapılması gerekir.

KBRN Olaylarında Dış Koşulların Etkileri
Hava Durumu Etkenleri
Sıcaklık.
Rüzgar yönü ve hızı.
Nem.
Yağış.
Gündüz / Gece.

Kimler Etkilenir?
KBRN olayına maruz kalanlar.
Çevrede ikamet edenler.
Sağlık çalışanları.
112 Personeli.
Hastane Çalışanları.
Güvenlik elemanları.

Olay esnasında hastanede bulunan diğer hasta ve yakınları, ziyaretçiler.
Medya mensupları.
Sağlık çalışanı yakınları.

KBRN PROTOKOLÜ
Deneyimli personel.
Geniş veri tabanı.

Deneyimli komuta.
Dış kurumlarla doğrudan temas.
Hastane bilgilendirmesi.
Çevre iller.
Zehir danışma.

Özel Ekip
İleri eğitim almış personel.
UMKE ekibi.
Yeterli donanım.
Sık tatbikat.
Diğer kurumlarla iş birliği.

TKHK KBRN PLANLAMALARI

Serhat GÖKÇE
TKHK Afet Yönetim Birim Sorumlusu

KBRN1.Mevzuat (Yönetmelik)

Başbakanlık AFAD (Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı) tarafından 3 Mayıs 2012 tarihli ve 28281 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan; "Kimyasal, Biyolojik, Radyolojik ve Nükleer Tehlikelere Dair Görev Yönetmeliği".

2.Mevzuat (Yönerge)
İlgili yönetmeliğe istinaden Bakanlık adına KBRN iş ve işlemlerinden sorumlu ve yetkili Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü' nce 25.04.2014 tarihli ve 3306 sayılı makam oluru ile;
"Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Kimyasal, Biyolojik, Radyolojik Ve Nükleer Tehlikelere Dair Görev Yönergesi".

YÖNETMELİK İKİNCİ BÖLÜM
Görev ve Sorumluluklar
Sağlık Bakanlığı'nın görev ve sorumlulukları:
KBRN tehdit ve tehlikelerine karşı ilk yardım ve ambulans servislerinin, acil tıbbi müdahale ekiplerinin, seyyar hastanelerin kurulmasını sağlar. KBRN tehlikelerinden etkilenenler için illerde belirleyeceği hastanelerde müdahale kliniklerinin ve arındırma ünitelerinin kurulmasını sağlar.

YÖNERGE
Bu yönerge ile sağlık personelinin görev ve sorumluluk yeri soğuk alan olup, her türlü iş ve işlem soğuk bölgede yapılacaktır. Sağlık ekibi numune almada sıcak ve ılık alanda görevlendirilemez. Ülkenin tüm sahalarında, ulusal giriş noktalarındaki ılık bölgelerde yapılacak olan arındırma işlerinde sağlık personeli yer almaz.

Referans Hastane (2013)
TKHK tarafından 87 KHB' ye Kimyasal Biyolojik Radyolojik ve Nükleer tehlikelerinden etkilenenler için ilinizde müdahale kliniklerinin ve arındırma ünitelerinin kurulabileceği en az 1 (bir) adet hastanenin belirlenmesi. Toplam 100 hastane

KBRN BÖLGE MERKEZLERİ VE BAĞLI İLLER

BÖLGE	BÖLGE MERKEZİ	BAĞLI İLLER
1. BÖLGE	ADANA	HATAY, OSMANİYE, MERSİN
2. BÖLGE	ANKARA	ÇORUM, KIRIKKALE, KIRŞEHİR, YOZGAT, ÇANKIRI, KASTAMONU, BOLU
3. BÖLGE	ANTALYA	BURDUR, ISPARTA
4. BÖLGE	BURSA	BALIKESİR, YALOVA, ÇANAKKALE
5. BÖLGE	DİYARBAKIR	BATMAN, MARDİN, SİİRT, ŞIRNAK
6. BÖLGE	EDİRNE	KIRKLARELİ, TEKİRDAĞ
7. BÖLGE	ELAZIĞ	MALATYA, BİNGÖL, TUNCELİ, MUŞ
8. BÖLGE	ERZURUM	ERZİNCAN, KARS, BAYBURT, ARDAHAN, IĞDIR
9. BÖLGE	ESKİŞEHİR	BİLECİK, KÜTAHYA, AFYONKARAHİSAR
10. BÖLGE	GAZİANTEP	ADIYAMAN, KAHRAMANMARAŞ, KİLİS, ŞANLIURFA
11. BÖLGE	İSTANBUL	-
12. BÖLGE	İZMİR	MANİSA, UŞAK, DENİZLİ, AYDIN, MUĞLA
13. BÖLGE	KAYSERİ	SİVAS, NEVŞEHİR, NİĞDE
14. BÖLGE	KOCAELİ	SAKARYA, DÜZCE
15. BÖLGE	KONYA	KARAMAN, AKSARAY
16. BÖLGE	SAMSUN	AMASYA, TOKAT, ORDU, SİNOP
17. BÖLGE	TRABZON	GİRESUN, RİZE, GÜMÜŞHANE, ARTVİN
18. BÖLGE	VAN	AĞRI, BİTLİS, HAKKARİ
19. BÖLGE	ZONGULDAK	KARABÜK, BARTIN

KBRN Referans Hastanelerinin Arındırma Ünitelerinin Aktif Hale Getirilmesi
İlgili yönetmeliğe istinaden Kurumumuza bağlı 89 Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği' nce belirlenen referans hastanelerin arındırma ünitelerinin aktif hale getirilmesi çalışmaları başlandı.
Kbrn Bölge Merkezlerinde Bağlı İllerinde Katılımı İle Yapılan 'Kbrn Farkındalık Eğitimi'
Eğitimlere referans hastane bünyesindeki acil servis personeli, sivil savunma uzmanı ve hastane yönetimi tarafından katılım sağlandı.

Kurumumuza bağlı 89 KHB' de eğitimler tamamlanmıştır.
19-22 Mayıs 2015- Kuşadası
Gülhane Askeri Tıp Akademisi KBRN Bilim Dalı Başk.
89 KHB Genel Sekreterliklerinde KBRN iş ve işlemlerinden sorumlu uzman-büro görevlisi.
89 KHB uhdesinde yer alan referans hastane acil servisten sorumlu başhekim yardımcısı, acil servis sorumlu hemşiresi.
19 KBRN Bölge merkezi koordinatörleri.
Toplam= 375 katılımcı

08 Ekim 2015
Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tatbikatı (Hastane Önü Organizasyon).

Projelerimiz
Kurumumuza bağlı A ve B grubu hastanelerde KBRN arındırma ünitesinin kurularak aktif hale getirilmesi.
KBRN' nin HAP kapsamına dahil edilmesi (eğitim, tatbikat).
Yılda bir kez olmak üzere 19 KBRN Bölge Merkezi Koordinatörlerinin kendilerine bağlı birliklerin uhdesinde yer alan referans hastanelerin arındırma ünitesinde ziyaretler düzenlemesi, eğitim ve tatbikatlar yapılması.
Bakanlık olarak KBRN Eğitici Eğitimleri' nin düzenlenmesi.
GATA ile işbirliği içerisinde sertifikalı eğitim programlarının düzenlenmesi.

Hastanelerimizde KBRN Gerçeği (Pozitif, Negatif)
Hastanelere arındırılmadan gelen hastalarda neler yapabildik?
Yer: .. DH
Tarih: 22/08/2015
Saat: 02.00
2 çocuk, 3 yetişkin
112 ile getirildi.
Saat: 16.00
Hastalarda büller arttı, solunum ve dolaşımda herhangi bir problem yok. Hastalar yanık ünitesinde izole bir alanda takip edilmekte.

Yer: Kocaeli Derince-Darıca EAH
Tarih: 02 Temmuz 2015
Olay: 7 işçi Gebze'de yapılan köprü inşaatında denizin 150 m derinliğinde metan gazına maruz kaldı.
Vakalar AFAD' ın arındırma ekipleri olay yerine gelmeden 112 ile hastaneye getirildiği bilgisi alındı..

Arındırma yapılacak ünitede.
Arındırma yapılacak malzemelerde.
Arındırma yapacak personelde.

* 112' den gelen bilgi akabinde hastalar arındırma ünitesinin girişinde koruyucu ekipmanı giyen personellerimizce karşılanmış olup arındırma işlemine başlandı.

* Arındırılan hastalar izolasyon odasında koruyucu kıyafetlerini giyen personellerce takip ve tedavileri yapılmaktadır.

Yer: Diyarbakır
Tarih: Nisan 2015
Olay: Silvan Baraj inşaatında patlama.
3 yaralı yoğun metan gazına maruz kaldı.

Yer: Doğu Anadolu'da .... ili!
Tarih: Mayıs 2015
Vaka: Yoğun tinere maruz kalmış bir işçi.

Sıcak su bağlantısı çalışmayınca hasta soğuk su ile arındırıldı!!

Yer: ….. ilinde hastane önünde yapılan bir tatbikatta personelin kıyafeti yanlış giymesi ile fotoğraflar basına düşüp eleştiri konusu oldu.

Acil servise saat 02.00' da 112 ile getirilen 4 hasta giriş yaptı!
Yapılan ilk muayene de kimyasal bir maddeye maruziyet tespit edildi. Acil giriş-çıkışlar kapatıldı. HAP devreye sokuldu. İlk temasta bulunan 112 personeli ve acil personeli arındırıldı. 4 hasta arındırıldı.

Hastaneye gelen ilin Tıbbi Hizmetler Başkanı vakanın sıradan bir vaka olduğunu belirterek HAP ı sonlandırmış, akabinde hastaların ikisi civar illere sevk edildi.
Aradan 6 saat geçmesiyle durum netleşti. Hastalarda kimyasal bulgulara rastlandı.
Vakalar tek merkezden yürütülürken uygunsuz sevk yapılmasıyla hastaların sevk edildiği hastaneler de teyakkuza geçirildi, olası kontamine riski arttı.

KBRN LOJİSTİĞİ

Türkay ESİN

KIYAFETLER

Kimyasal harp maddeleri buharlarına ve sıvı damlacıklarına, biyolojik harp maddeleri ve toksinlerine, alfa ve beta partiküllerine karşı, koruma sağlamak amacıyla özel olarak yapılmış elbiselerdir.

A Düzeyi Koruyucu Elbiseler

En yüksek düzeyde cilt ve solunum korunması gerektiğinde, yani sıvı sıçraması ve zehirli buhar tehlikesi ihtimali yüksek olduğunda, tanımlanamayan yüksek ajan bulunduğunda, A düzeyindeki korunmadan faydalanılır. Sıcak alanda AFAD ekiplerince kullanılır.

A Tipi Gaz Geçirmez Koruyucu Elbisenin Özellikleri

Tüm vücudu tamamıyla kaplayan tulumu ve vizörlü başlığı ile komple tek parça halinde, gaz geçirmez özellikte olmalıdır. Korunma elbisesi kullanıcıyı katı, sıvı, gaz halindeki kimyasallardan tamamı ile koruyabilecek özellikte olmalıdır. Koruma Elbisesi bot ve eldiven ile bütün olmalıdır.

Bot ve eldivenin elbiseye bağlantısı gaz sızdırmazlık sağlayıcı halkalarla olmalıdır. Korunma elbisesi içine temiz hava tüplü solunum cihazı giyilerek kullanıma uygun olmalıdır.

B Düzeyi Koruyucu Elbiseler

Daha az derecede cilt korunması gerektiğinde kullanılır. A Tipinden daha az güvenlik sağlar.

Dekontaminasyon sahasındaki personel tarafından kullanılır. Dışarıdan içeri sıvı ve gazların girişini engeller.

Su geçirmez. Genellikle naylon ve plastik türü bir maddeden yapılmıştır.

Havayı dışarıdan sağlar, solunum sistemi ile kullanılır.

C Düzeyi Karbon Esaslı Elbise

Koruma düzeyi, A ve B tipine oranla daha az olan elbiselerdir.

Uzun süreli operasyonlarda kolay hareket edilmesi tercih edilen yerlerde kullanılmaktadır.

C Düzeyi Koruyucu Elbiseler

Geçirgen yani permeable.

Kirli Alanda Kullanılan Kamuflajlı.

Kimyasal Maddelere Mukavim, Kapüşonlu.

Tam ve ya Yarım Maskeli Hava Temizleyen Respiratörü Olan Elbiselerdir.

Maske ve Filtreler

Raf ömürleri on yıl.

Filtre ömrü ortalama bir saat.

Farklı gazlara göre farklı filtre.

Ortam konsantrasyonu süreyi kısaltır.

Filtre kapağı açıldığında bir daha kullanılmaz.

D Düzeyi Koruyucu Elbiseler

Koruma düzeyi en az olan elbisedir.

Tek kullanımlıktır.

Elbise; maske, filtre, koruyucu eldiven ve bot ile birlikte kullanılır.

Hareket kolaylığı sağlar.

KBRN OLAY YERİ SAĞLIK EKİPLERİ YERLEŞİM ŞEMASI

Mobil Laboratuvar.

Mobil Acil Sağlık Ünitesi.

Numune Nakil Ekibi.

Yaralı Nakil Ekibi.

Sağlık Ekipleri-UMKE.

Tek Kullanımlık Maske ve Gözlük.
Arındırılmış Hasta Kıyafeti.
Haberleşme.
Kimliklendirme.

Bir kişinin tanınmasına, tanımlanmasına ve diğer insanlardan ayırt edilebilmesine olanak sağlayan özelliklere kimlik, bu işleme kimliklendirme denir.
Bu işlemde şahsın kıyafetleri, cinsiyeti, yaklaşık yaşı, vücuttaki kalıcı izleri, saç ve göz rengi, bedendeki yaraların yeri, özellikli takıları gibi bilgiler şuur kapalıysa mutlaka belirtilmeli.

Kimliklendirme Hem Sosyolojik Hem De Yasal Bir Zorunluluktur
Çok sayıda insanın yaşamını yitirdiği olaylarda kurbanların kimliklerinin tespiti insani, yasal, dini, etik ve sosyal boyutu ile önemlidir. Kimlik Tespiti yaşamını yitiren kişinin dini inancına göre defnedilmesi, kişinin ölümünün resmiyet kazanması, miras paylaşımı, vasiyetin yerine getirilmesi, tazminat hukuku açısından doğuracağı sonuçlar itibariyle önemlidir.

Özellikli Malzeme.
Emniyet Şeridi.

SAĞLIK İLETİŞİMİ KURSU

03 Aralık 2015 Belek / Antalya

SAĞLIK HABERCİLİĞİ VE ETİK İLKELER

Prof. Dr. Erkan YÜKSEL
Anadolu Üniversitesi İletişim Bilimleri Fakültesi

Ahlak
Bir topluluğun nasıl davranacağını belirleyen davranış kuralları sistemi...

Etik
Ahlaklı olmanın ne anlama geldiğini, neyin iyi ve neyin kötü olduğunu,olan ve olması gerekeni belirler.

Üç temel koşul
İstemli mi?
Bilinçli mi?
Özgür bir biçimde mi gerçekleştirildi?

Ödevci ahlak
Öyle davran ki, davranışının evrensel bir yasa haline gelmesini arzula.
Önemli olan amaç/niyettir. Kişi salt olarak iyiyi hedeflemekle yükümlüdür.
Hiçbir amaç kullanılan etik dışı bir aracı haklılaştırmaz.
Gazeteci eğer her zaman aklın emrettiği doğrulara her zaman uyarsa, eğer bu doğrular her yerde ve zamanda geçerli olursa, etik olarak davranıyor demektir.

Yararcı ahlak
İyi ile kötüyü ayırmanın temel ölçütü yarardır; olabildiği kadar çok insanın, olabildiği kadar çok mutlu olmasıdır.
Eylemlerin amaçları değil, sonuçları önemlidir.
En çok insan için en büyük mutluluğu sağlayan davranış etik davranıştır.
Gazeteci haber yaparken haberlerin doğurabileceği sonuçları önceden düşünüp, kamu yararı çerçevesinde hareket etmelidir.

Toplumsal sorumluluk
Özgür ve Sorumlu Bir Basın
Basın: 4.Güç
Kamunun bilme hakkı
Medyanın sorumlulukları

Etik ilkelerin amaçları
Aktarılan enformasyonun doğruluğu, kamuoyunun bilgi edinme hakkına hizmet edilmesi, kamuoyunun oluşumunda sorumlu hareket edilmesi,
Gazetecilik mesleğinin güvenilirliğini güvence altına almaya çalışmak; gazeteciliği daha saygın onurlu, güvenilir bir profesyonel meslek haline getirmek.

Etik ilkelerin boyutları
Haber toplama ve aktarma aşamasında gazetecilerin izlemesi gereken süreçler:
Haber kaynaklarıyla ilişkileri düzenleyen ilkeler.
Habere konu olan kişilere ilişkin ilkeler.
Haber toplama yöntemlerine ilişkin ilkeler.

Sağlık ve Medya Profesyonelleri Türkiye'deki Sağlık Konulu Yayınları Nasıl Değerlendiriyor?

Nasıl buluyorsunuz?

SAĞLIK PROFESYONELLERİ	Frekans	%
İyisi de var, kötüsü de var	37	49,3
Olumsuz, beğenmiyorum	32	42,7
Olumlu, beğeniyorum	5	6,7
Diğer	1	1,3
N	75	

Neler olumsuz?

	Frekans	%
İçerik, konu, verilen bilgiye yönelik eleştiriler	54	70,1
Ticari kaygı, para kazanma, reyting amacına yönelik eleştiriler	48	62,3
Konuk seçimine yönelik eleştiriler	35	45,5
Alternatif tıp, bitkisel tedavi vb. konulara yönelik eleştiriler	34	44,2
Gizli reklam yapıldığına yönelik eleştiriler (kişi, kurum, ilaç vs.)	31	40,3
Yayın diline yönelik eleştiriler	26	33,8
Sağlık habercilerine/ yayıncılarına yönelik eleştiriler	16	20,8

Neler olumlu?

	f	%
Düzgün yayın yapanlar da var	17	39,5
İnsanları bilgilendiriyor, bilinçlendiriyor	15	34,9
Halkın anlayacağı dilde bilgi verenler de var	7	16,3
Bilgilerin geniş kitleye ulaşması olumlu	6	14,0
N	43	

Güvenilir mi?

	f	%
Kısmen güvenilir, kısmen güvenilmez	28	44,4
Güvenilir olmayan içerik çoğunlukta ama güvenilebilecek kısmı da var	14	22,2
Kesinlikle güvenilmez	13	20,6
Güvenilir içerik çoğunlukta ama güvenilmeyen kısmı da var	6	9,5
Kesinlikle güvenilir	1	1,6

Etik açıdan nasıl?

	f	%
Olumsuz, sorunlu buluyorum	32	47,1
Kısmen olumlu, kısmen sorunlu buluyorum	26	38,2
Hasta haklarına saygı duyulmalı; tıp kişiye özeldir	12	17,6
Bir sorun görmüyorum, olumlu buluyorum	5	7,4

Kim ne yapmalı?

(Kurum içinde) Sağlık editörü, danışmanı olmalı / Özdenetim yapılmalı	28	38,9
Ortak bir denetim komisyonu olmalı / Ortak bir platform oluşturulmalı	24	33,3
Daha dikkatli bir dil kullanılmalı, gereksiz umut uyandırılmamalı, halka yönelik bilgilendirici çalışmalar yapılmalı	18	25,0
RTÜK denetlemeli, bir şeyler yapmalı, destek olmalı	16	22,2
Sağlık Bakanlığı denetlemeli, destek olmalı	16	22,2
Meslek örgütleri, derneklerden vs. destek, yardım, fikir alınmalı /Meslek kuruluşları denetlemeli, desteklemeli/ Meslek örgütleri iç denetim mekanizması oluşturmalı	13	18,1
Diğer	93	51,4

İdeal nasıl olmalı?

İÇERİK, KONU, VERİLEN BİLGİYE YÖNELİK ÖNERİLER		
Halkı bilgilendirici, yol gösterici olmalı, öğretici olmalı	40	55
Bilimsel kanıt ve görüşlere yer verilmeli	24	32,9
Koruyucu hekimliğe ilişkin bilgi/ ağırlık verilmeli	18	24,7
Hastalık ve kişi özelinde konuşulmamalı	9	12,3
Sorulacak sorular spiker ve uzman kişilerle ortak hazırlanmalı	5	6,8
Diğer öneriler	10	

Konu Seçimine Yönelik Öneriler

KONUK SEÇİMİNE YÖNELİK ÖNERİLER		
Uzman kişiler konuk alınmalı	28	38,4
Konuk seçiminde meslek odaklarına danışılmalı	4	5,5
TİCARİ KAYGI, PARA KAZANMA AMACINA YÖNELİK ÖNERİLER		
Maddi kaygısı olmayan, çıkar ilişkisine dayanmayan yayınlar olmalı, halkın yararına olmalı, pazarlama, reklam yapılmamalı	19	26,0
Ticari kaygı, para kazanma amacına yönelik diğer öneriler	7	9,6
ALTERNATİF TIP, BİTKİSEL TEDAVİ VS. KONULARINA YÖNELİK ÖNERİLER		
Uzman olmayan kişiler konuşturulmamalı	6	8,2
Alternatif tıp, bitkisel tedavi vs. konularına yönelik diğer öneriler	4	5,5

YAYIN DİLİNE YÖNELİK ÖNERİLER		
Halkın anlayacağı dilde olmalı	39	53
Umut tacirliği yapılmamalı	8	11
Üsluba dikkat edilmeli	7	9,6
Hekim hataları konusunda dil ve üsluba dikkat edilmeli	5	6,8
GÖRSEL MALZEMELERE YÖNELİK ÖNERİLER		
Görsellerin iyi seçilmesi gerekir	11	15,1
Kullanılan görsel malzemelere yönelik diğer öneriler	5	6,8

İLKELİ, DENETİMLİ, DESTEK ALINAN YAYINCILIĞA YÖNELİK ÖNERİLER		
Etik ilkelere, gazetecilik ilkelerine uygun olmalı; tarafsız olunmalı, karşıt görüşlere yer verilmeli, mucize tedavi haberleri yapılmamalı, boş umut verilmemeli, sorumlu olunmalı vs.	19	26
Uzmanlar tarafından yapılmalı	6	8,2
Yayın ilkelerini saptamak gerekli, yayın politikası olmalı, muhabir haberi kendisi takip ederek yazmalı, olumsuzlarla birlikte olumlu yönler de yazılmalı	5	6,8
İlkeli, denetimli, destek alınan yayıncılık anlayışına yönelmek gerekir	5	6,8
Dürüst olmalı, gerçeği yansıtmalı	**4**	**5,5**
Meslek dernekleri medyaya danışmanlık hizmeti verebilir	4	5,5
Hasta haklarına saygılı olmalı	3	4,1
DENETLEYİCİ KURALLARA, MEKANİZMALARA YÖNELİK ÖNERİLER	6	8,2

Etik literatürü ne diyor?

Türkiye Gazetecileri Hak ve Sorumluluk Bildirgesi
"Sağlık konusunda sansasyondan kaçınmalı, insanları umutsuzluk veya sahte umut verecek yayın yapılmamalıdır.
Tıbbi alandaki araştırmalar kesinleşmiş sonuçlar gibi yayınlanmamalıdır.
İlaç tavsiyesinde mutlaka uzmana danışılmalıdır.
Hastanelerde araştırmalar yapan, bilgi ve görüntü almaya çalışan gazeteci, kimliğini belirtmeli ve girilmesi yasak bölümlere ancak yetkililerin izniyle girmelidir.
Yetkilinin, hastanın veya yakınının izni olmaksızın hastane ve benzeri kurumlarda hiç bir yolla ses ve görüntü alınmamalıdır."

Basın Konseyi
3) Kamusal bir görev olan gazetecilik, ahlaka aykırı özel amaç ve çıkarlara alet edilemez.
5) Kişilerin özel yaşamı, kamu çıkarlarının gerektirdiği durumlar dışında, yayın konusu olamaz.
12) Gazeteci görevini, taşıdığı sıfatın saygınlığına gölge düşürebilecek yöntem ve tutumlarla yapmaktan sakınır.
13) Şiddet ve zorbalığı özendirici yayın yapmaktan kaçınılır.
14) İlan ve reklam niteliğindeki yayınların bu nitelikleri, tereddüte yer bırakmayacak şekilde belirtilir.

'Televizyonda sağlık programları hazırlanırken göz önüne alınması gereken ana noktalar'
Sağlık programlarının hazırlanması aşamasında Sağlık Bakanlığı, üniversiteler ve gönüllü kuruluşlarla işbirliği yapılarak programlar için danışman kullanmak gereklidir.
Konuların işlenme biçimi sade vatandaşın anlayabileceği şekilde (ilkokul-ortaokul) düzeyinde olmalıdır.
Programlar daha çok hastalığa değil de sağlığın korunmasına yönelik olmalıdır.
Sağlıkla ilgili mesajlar, yalnız sağlık programlarında değil, diğer programlar içinde de (eğlence, film…) işlenmeli, serpiştirilmelidir.
Bilimsel temeli olmayan programların ilgi çekmek amacıyla da olsa yapılmaması gereklidir.
Modern tıpta yeri olmayan konularda (halk hekimliği gibi…) televizyon önderlik ve özendiricilik yapmamalıdır.

"Halkın Yararı İçin Sağlık Haberciliği Bildirgesi"
1. Sağlık haberciliği alanında önemli sorunlar yaşanmaktadır.
2. Sağlıkta uzmanlaşma desteklenmelidir.
3. Sağlık habercisinin haber yapma özgürlüğüne yönelik hiç bir baskıya izin verilmemelidir.
4. Sağlık haberinin sorumluluğunu sağlık habercisi taşımalıdır.
5. Sağlık habercileri yalnız haber üretmekle sorumludurlar.
6. Sağlık habercileri için bir bilimsel danışma havuzu oluşturulmalıdır. 7. Sağlık alanındaki haber kaynakları da eğitilmelidir.
8. Sağlık muhabirliği iletişim fakültelerinde ayrı bir ders olarak kabul edilmelidir.
9. Sağlık muhabirlerine sürekli eğitim olanağı yaratılmalıdır.
10. Tıbbi dergilerdeki araştırmaların haber kaynağı olarak kullanılması sağlanmalıdır.
11. Sanayi Bakanlığı Tüketiciyi Koruma ve Reklam Kurulu'nun etik ilkelerine uymayanlara verilen cezalarla ilgili yapılacak haberler caydırıcılık taşıyabilir.
12. Sağlık habercisi ile haber kaynağı alanlarındaki etik kuralları düzenleyen bildirgeleri dikkate almakla yükümlüdür.

ESAM Etik İlkeleri
ESAM üyesi gazeteciler, yalan, taraflı, kamuoyunu yanıltıcı, yönlendirici, umut tacirliğine yönelik haber yapamaz. Haberlerinde öğrenci, öğretmen, hasta, hekim haklarına saygı gösterir.
ESAM üyesi, cevap ve düzeltme hakkına saygı gösterir, bu hakların kullanımı için gerekli çabayı harcar.
Sağlık muhabiri ilaç alanındaki yenilikleri ilaçların ticari ismini belirterek haber yapamaz.
ESAM üyesi gazeteci bulunduğu konumun getirdiği gücü, kendisi veya başkalarının çıkarları doğrultusunda kullanmaz. İş takibi yapamaz, buna zorlanamaz.
ESAM üyesi, haber yaptığı kişi ve kurumlardan promosyon amaçlı hediye kabul etmez.

ESAM üyesi, haber kaynaklarının ve meslek sırlarının gizliliğini korumaya özen gösterir.
ESAM üyesi, bir meslektaşının kötü muamele, yasadışı davranış, haksız yere gözaltı, yargılanma vb. olaylarla karşı karşıya kalması halinde onu destekler.
Eğitim ve Sağlık muhabirleri yenilikleri sürekli izler ve kendini geliştirir.
ESAM üyesi, dernek bünyesinde oluşturulan Etik Kurul'un kendi haberleriyle ilgili uyarılarını dikkate almak ve hatayı tekrarlamamakla yükümlüdür.

WHO-Moskova Bildirgesi
(1) Öncelikle zarar verme,
(2) Mutlaka araştır, doğruyu bul; yetiştirebilme sorunu olsa bile,
(3) Umut verme. Özellikle mucizevi tedaviden bahsetme,
(4) Kendine "bu haberden kim yararlanır" sorusunu sor,
(5) Haber kaynağının gizliliği ilkesini unutma,
(6) Vereceğiniz haberler hasta, sakat ve çocuklara aitse, bir kez daha düşün,
(7) Özel hayatı ve acıları haber yapma,
(8) Acıyı duygu sömürüsü için asla kullanma,
(9) Kararsız kalırsan haberden vazgeç.

ABD - PROFESYONEL GAZETECİLER DERNEĞİ ETİK İLKELERİ
Yapılan haberler yüzünden olumsuz etkilenebilecek kişiler için merhamet gösterin. Çocuklar ya da deneyimsiz haber kaynak veya konularıyla ilgili haber yaparken özel bir hassasiyet gösterin.
Trajedi yaşayan ya da üzüntü içinde olan kişilerle görüşme yaparken ya da bu kişilere ait görüntüleri kullanırken hassasiyet gösterin.
Haberin dürüstlüğünü bozacak ya da güvenilirliğine zarar verecek ilişki ya da eylemlerden kaçının.
Eğer gazetecilik dürüstlüğüne ters düşüyorsa; hediyeler, yapılan iyilikler, paralar, ücretsiz seyahatler ve özel muameleleri reddedin ve ikinci bir işte çalışmaktan, siyasi ilişkiden ve kamu kurumlarında devlet memuriyeti yapmaktan ya da sosyal kuruluşlarda hizmet vermekten kaçının.
İktidara sahip olan kişileri sorumlu tutmak hususunda uyanık ve cesaretli olun.
Reklamcıların ve özel çıkar çevrelerinin taraflı muamele beklentilerini geri çevirin ve haber içeriklerinizi etkileyebilecek baskılarına karşı çıkın.
Para ya da herhangi bir avanta karşılığı bilgi vermek isteyen kaynakların bilincinde olun; haber için açık artırmadan kaçının.

ABD-SAĞLIK HABERCİLERİ BİRLİĞİ ETİK İLKELER BEYANNAMESİ
Objektifliğimiz ve güvenilirliğimiz her şeyin üzerinde olduğu için sağlık habercileri gerçeklik, doğruluk ve içeriğe her haberde bağlı kalmalıdır.
Doğru haber yapmak için tıbbi araştırma sürecini anlayın.
Laboratuvar ve hayvan çalışmalarında hazırlık çalışmalarıyla ilgili haber yaparken dikkatli olunmalıdır.
… Bültenlerden alıntı yapmaktan kaçınmak suretiyle gazeteci bağımsızlığı korunmalıdır.
Televizyon arşivlerini ya da arşiv video kayıtlarını kullanırken akılcı olunmalıdır.
Bilgi toplamak ve haber yapmanın zarara veya rahatsızlığa sebep olabileceğinin farkında olunuz.
Saygı gösterin. Hastalık, sakatlık ve diğer sağlık sorunları ile yüz yüze kalan insanlar sadece dramatik tesiri sebebiyle istismar edilmemeli.
Bazı hasta insanların kendilerine "kurban" denilmesinden hoşlanmadıklarını aklınızda bulundurun. "Hastalar" ifadesini kullanırken dikkatli olun.
Belirsiz, sansasyonel bir dil kullanmaktan kaçınınız (şifa, mucize, büyük buluş, geleceği parlak, etkileyici vb.).
Anekdotların hakkaniyet ve dengeyi gözetecek şekilde seçildiğinden emin olunuz.
Haberdeki fayda veya riskin boyutunu belirle.
Her tedavinin tüm risk ve faydalarını, "yakın gözlem"in de dâhil olduğu alternatif yaklaşımların sonuçları ile birlikte haber yapın.
Hangi hikâyeleri haber yapmak gerektiğine karar verirken toplumun menfaatini birinci ölçüt olarak düşünün.
Reklamcılar ve çıkar gruplarına taraflı muamele yapmayı reddedin ve haber içeriğini etkilemek yönündeki

baskılarına direnin.
Hediyeleri, yardımları ve özel muameleleri reddedin. İlaç şirketlerinin ve cihaz üreticilerinin yemekleri reddedin ve posta yolu ile gelen istememiş olduğunuz ürün örneklerini almayın.
Sonuç…
Zarar verme.
Doğru ve objektif ol.
Mahremiyeti koru.
Adaleti gözet.

SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİNDE MEDYA KAMPANYALARININ YÖNETİMİ

Mine TUNCEL

Sağlığın Geliştirilmesi Felsefesi
Sağlığın geliştirilmesi, insanların kendi sağlıkları üzerindeki karar verme gücünü arttırmaları ve sağlıklarını geliştirmeleri için yaşam tarzlarını değiştirmelerine yardım eden bir sanat ve bilim dalıdır.

Sağlığın Değişen Tanımı
Tütün, alkol, obezite, hareketsiz yaşam gibi sağlık riskleri küreselleşmenin bir sonucu olarak dünyada çok hızlı yayılmaktadır.

Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlık İletişimi
Küreselleşme ile birlikte sağlığı geliştirme çalışmaları öne çıkarken, sağlığı geliştirmenin vazgeçilmez bir aracı olarak sağlık iletişimi de önem kazanmıştır.

Türkiye'de Sağlığın Geliştirilmesi
Sağlığın geliştirilmesi kapsamında değerlendirilecek uygulamalar kuşkusuz, Sağlık Bakanlığı'nın kurulduğu ilk günden beri faaliyetler kapsamındadır. Ancak bu uygulamaların 21. yüzyılın ortaya koyduğu hizmet anlayışı ve sunduğu olanaklarla yürütülmesi fikrinin hayata geçirilmesi için gereken ilk ve önemli adım, 2 Kasım 2011 tarihinde Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe giren 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile atılmıştır.

Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü
Söz konusu kararname ile Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşların teşkilat, görev yetki ve sorumlulukları yeniden düzenlenmiştir. Bu çerçevede, sağlığın geliştirilmesi uygulamalarını yürütmekle görevli bir "Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü" kurulmuştur.

Toplum sağlığı stratejilerinin hayata geçirilmesi ne sadece mevzuat düzenlemeleri ile ne de yalnızca iletişim kampanyaları ile mümkün değildir. Kampanyalarımızı tasarlarken toplumun tüm farklı/dezavantajlı kesimlerini içine alan, kültürel farklılıkları göz önünde bulunduran bir anlayışla yaklaştık.

Kampanyalarımızı uygularken dayanak aldığımız iki önemli mevzuat:
4207 sayılı Tütün ve Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Kanunu
"Türkiye Radyo ve Televizyon Kurumu ile ulusal, bölgesel ve yerel yayın yapan özel televizyon kuruluşları ve radyolar, ayda en az doksan dakika tütün ürünleri ve sağlığa zararlı diğer alışkanlıkların zararları konusunda uyarıcı, eğitici mahiyette yayınlar yapmak zorundadır. Bu yayınlar, asgari otuz dakikası 17:00-22:00 saatleri arasında olmak üzere 08:00-22:00 saatleri arasında yapılır."

663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname:
"… sağlık hizmetlerinin daha verimli kullanılabilmesi için uyarıcı, bilgilendirici ve eğitici mahiyette programlar hazırlar veya hazırlatır. Bu programlar Bakanlıkça, Türkiye Radyo ve Televizyon Kurumu ile ulusal, bölgesel ve yerel yayın yapan özel televizyon kuruluşları ve radyolara gönderilir. Her bir yayın kuruluşu tarafından söz konusu programlar ayda doksan dakikadan az olmamak üzere 08:00-22:00 saatleri arasında yayınlanır. Bu yayınların asgari otuz dakikası 17:00-22:00 saatleri arasında yapılır."

Bugüne kadar yürüttüğümüz kampanyalarda toplumun her kesiminden katılım sağladık.
Bu katılımlarla kampanyalarımızın etkinliği artırıldı. Toplumda farkındalık sağlandı.
Tüm kampanyalarımızda radyo, televizyon, yazılı basın ve özellikle internet medyasını kullanarak çoklu kanal seçiminin avantajlarından yararlandık.

El Yıkama Kampanyası
"Suya Sabuna Dokunun"
2009-2010 yılı içerisinde Medya Bilgilendirme Kampanyası çalışmaları yürütüldü.

H1N1 Pandemi Bilgilendirme Kampanyası
"Grip Aramızda !
Dikkat Edelim Yayılmasın"

İletişim materyalleri
Koruma ve bilgilendirme dönemi.
Salgın dönemi dikkate alınarak hazırlanmıştır.
Ülkemiz pandemiyi örnek bir kriz yönetimi ve iletişimi ile en az zararla atlattı.

Dünyada H1N1 salgını yaşanırken, bizim el yıkama kampanyamızın oluşturduğu farkındalık nedeniyle kriz sürecini sorunsuz atlattık.

TÜTÜN VE SİGARAYLA MÜCADELE KAMPANYASI
Birinci Faz
"Havanı Koru / Dumansız Hava Sahası"
Topluma olumlu mesajlar vererek havanın korunması teması öne çıkarıldı.
Kampanya ile farkındalık arttırılarak %100'e yakın başarı sağlandı.

Üçüncü Faz
Bu fazda sigara içme davranışının ölümcül sonuçlarına vurgu yapılmıştır.
Kampanyanın hedefi bağımlılardı. Sigaranın insan sağlığı üzerinde yaptığı tahribatlar çarpıcı bir dille ortaya konulduktan sonra çözüm önerisi bağımlılıktan kurtulmak için yardım olarak getirilmektedir. Kampanya spot filmleri yasa uyarınca TV kanallarında ve sosyal medyada yoğun ilgi ile karşılaşmıştır.

Dördüncü Faz
Bu fazda, "Hayat Senin, Karar Senin" diyerek, ciddi bir sağlık sorunu yaşamadan sigarayı bırakma kararı alanların hikayelerini toplumumuzla paylaştık.
4.faz kampanyamız ülkemiz nüfusunun %70'ini oluşturan sigara içmeyen insanların Kanun'la korunan haklarına ve dumansız hava soluma haklarına sahip çıkmaya çağırarak ve dumansız hava sahasına ve haklarına sahip çıkmaları konusunda bilinçlendirmeyi hedeflemiştir.

Tüm kampanyalarımızda radyo, televizyon, yazılı basın ve özellikle internet medyasını kullanarak çoklu kanal seçiminin avantajlarından yararlandık.

Sağlık çalışanlarına yönelik yaptığımız kampanyada, yaptığımız işin en önemli unsurunun sevgi olduğunu vurguladık.

OBEZİTENİN ÖNLENMESİ VE FİZİKSEL AKTİVİTENİN TEŞVİKİ

"Obezite İle Mücadele Hareketi"
27 Haziran 2012 tarihinde Obezite Mücadele Hareketi kampanyamız afiş, billboard çalışmaları, kamu spotları ile başlamıştır.
Obezite konusunda farkındalık oluşturmak amacıyla 360 derece bir iletişim kampanyasını başlattık.

Öncelikle temel üç amacımız
Beden Kitle İndeksi (BKİ) formülünü öğretmek,
Hareket etmek ve
Porsiyon küçültmektir.

Kazançlarımız
En büyük kazancımız elbette "Sağlıklı Türkiye" için atılmış dev adımlar.
Tütünle Mücadele için yaptıklarımız DSÖ nezdinde Tütünle Mücadelede 1. ülke olarak ilan edildi.
2006 da 15 yaş üstü nüfusun %33.6'sı sigara içiyordu, 2015 de ise bu oran %23,1'e geriledi.
Uzun yıllar sonra ilk kez içilen sigara miktarı 100 milyar adedin altına düştü.
El yıkama araştırmamızın sonucuna göre vatandaşlarımızın yaklaşık %62'si günde 11 kez ve üzerinde ellerini yıkamaktadır.

SAĞLIK HABERLERİ VE İNTERNET MEDYASI

Hatice Pala KAYA
Sağlık Muhabirleri Derneği (SMD) Başkan Yardımcısı
Medikal Akademi Ankara Temsilcisi

İnternet: TDK "Genel Ağ" olarak öneriyor. "inter-networks ve interconnected networks" kelimelerinden türetilmiş. 1980'li yıllardan itibaren ABD merkezli olarak kullanılmaya başlandı.

Medya: TDK: 1- İletişim ortamı 2. İletişim araçları
Günlük dilde, kitle iletişim araçlarını "fiziki olarak" tanımlamak için kullanılır. (Gazete, dergi, radyo, tv).
Cihazlarda kullanılan fotoğraf, video, ses vb. araçlara da "medya" denir, bu cihazlar yaygınlaştıkça anlam genişlemesi de yaşanıyor.

İnternet Medyası: İnternet üzerinde "haber verme amaçlı" yayınlanan her türlü site.

Sosyal Medya: Ana amacı haber verme olmayan, bireylerin kendini ifade edebilmelerine olanak sağlayan hazır ara yüzlerle bireysel "yayın" yapmaya imkan veren iletişim siteleri. Haberlerin "yayılması" ve bireylerden-kurumlardan ve internet medyasından kitlelere haber ulaştırma yönünde kullanılıyor olması "medya" niteliği kazandırıyor.

YENİ (internet) Medyanın
(İLETİŞİM ORTAMININ) Özellikleri
Büyük miktarlı-geniş.
Ucuz.
Her türlü yaratıcılığa kolayca imkan verir.
Hızlı.
Etkileşimli.
Çeşitli.
Özgür.
(Şimdilik) Denetim-kontrol dışı.

Türkiye'de internet teknolojisi 22 yaşında
2 Nisan 1993 ODTÜ üzerinden ilk internet bağlantısı yapıldı.

ANA AKIM "ESKİ" MEDYA
TELEVİZYON 35
HABER AJANSI 7
GAZETE 48

Genel olarak bakıldığında gazete ve dergilerin %59,2'si yerel, %5,9'u bölgesel ve %35'i ise ulusal yayın yapmaktadır. Gazete ve dergilerin tirajı, 2014 yılında 2013 yılına göre %7,6 azalmıştır. 2014 yılında Türkiye'de yayımlanan gazete ve dergilerin yıllık toplam tirajı 2 milyar 274 milyon 530 bin.Toplam tirajın %94,1'ini gazeteler oluşturuyor.

Toplam tirajın %14,1'ini yerel, %2'sini bölgesel, %83,9'unu ise ulusal gazete ve dergiler oluşturmaktadır. Gazetelerin yıllık toplam tirajının %90,2'sini günlük gazeteler oluşturmaktadır.Dergilerin ise yıllık toplam tirajının %54,5'i aylık, %16,9'u ise haftalıktır.

İNTERNET KULLANIMI
2014 TÜİK Hane halkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması sonuçları:
İnternet erişimi olan hane oranı %60,2.
İnternet kullanan bireylerin oranı %53,8.
Bu oranlar erkeklerde %63,5 kadınlarda %44,1'dir. Bilgisayar ve İnternet kullanım oranlarının en yüksek olduğu yaş grubu 16-24'tür. Bilgisayar ve İnternet kullanımı tüm yaş gruplarında erkeklerde daha yüksektir. Düzenli internet kullanıcısı 2014 yılının ilk üç ayında hemen her gün veya haftada en az bir defa kullanan 16-74 yaş grubu düzenli internet kullanıcılarının oranı %44,9 oldu.

İnternet kullanım amaçları arasında sosyal medya ilk sırada yer aldı İnternet kullanım amaçları dikkate alındığında, 2014 yılının ilk üç ayında internet kullanan bireylerin %78,8'i sosyal paylaşım sitelerine katılım sağlarken, bunu %74,2 ile online haber, gazete ya da dergi okuma, %67,2 ile mal ve hizmetler hakkında bilgi arama, %58,7 ile oyun, müzik, film, görüntü indirme veya oynatma, %53,9 ile e-posta gönderme-alma takip etti.

Hanelerde bilişim teknolojileri bulunma oranı 2014 (TÜİK)
Masaüstü bilgisayar / 27,6
Taşınabilir bilgisayar (Dizüstü, tablet, netbook vb) / 40,1
Cep telefonu (Akıllı telefonlar dahil) / 96,1
Oyun konsolu / 5,6
Sabit hatlı telefon / 34,6
Dijital fotoğraf makinesi / kamera / 27,2
DVD / VCD / DivX oynatıcı / 29,2
İnternete bağlanabilen TV / 12,4
Hiçbiri / 1,8

İNTERNET MEDYASI
Türkiye'deki internet siteleri erişim bilgileri konusunda kapsamlı açık kaynak veri yok.
İnternet yayıncılığı Türkiye ve Dünyada olağanüstü bir hızla büyüyor. Şu anda dahi Türkiye'de saatler içinde 3-4 milyon kişi tarafından "görülen" haberler olabilmektedir. Kısa sürede basılı medya ile eş güce erişecektir.
İnternete verilen reklamların her yıl reel olarak artması, bu medyaya kayışın en önemli ispatı.
İnternet erişimli mobil cihazların hızlı yükselişi, basılı medyanın gerilemesini hızlandırdı.
ANCAK sanıldığının aksine "gazete ve dergilerde gördüğümüz" habercilik yok olmayacak. Yazılı medyanın internet üzerinde nasıl yer alacağı bellidir (Haber portalları).
Türkiye ve dünyada hala birincil haber-eğlence kaynağı televizyonlar ancak internet ile çocukluğundan beri tanışan genç kuşakların nüfus içindeki ağırlığı arttıkça izleyici kaybediyorlar.
Şirketlerin internetin ucuzluğuna ve cazibesine bakarak "doğrudan yayıncılığa" ilgi duyduğu oluyor. Bunun yanlış olduğu 20. yy başından beri biliniyor. Ancak nedense herkes bu yanlışlığı kendisi yaparak öğrenmek zorunda kalıyor!

Türkiye en fazla ziyaret edilen siteler (Kaynak : Alexa)
Türkiye'de en fazla ziyaret edilen 20 internet sitesi

1 Google.com.tr	11 Live.com
2 Facebook.com	12 R10.net
3 Google.com	13 Yandex.com.tr
4 Youtube.com	14 Haber7.com
5 Twitter.com	15 Mynet.com
6 Sahibinden.com	16 Ensonhaber.com
7 Milliyet.com.tr	17 Instagram.com
8 Eksisozluk.com	18 Wikipedia.org
9 Onedio.com	19 Gittigidiyor.com
10 Hurriyet.com.tr	20 Mackolik.com

Çok sayıda haber veren mecra olduğu için ajansların önemi artacak.

HABER AJANSLARI
AJANS ADI
SERVİS ETTİĞİ İÇERİK
Anadolu Ajansı
Türkiye Pazar lideri en yaygın kuruluş
(haber + görüntü + foto)
Cihan Haber Ajansı
(haber + görüntü+foto)

Doğan Haber Ajansı (DHA)
(haber + görüntü+foto)
İhlas Haber Ajansı
(haber + görüntü+foto)
Anka Haber Ajansı
(haber)
Reuters
(haber+data+görüntü)
Bloomberg
(haber+data+görüntü)

Medyanın yükümlülüğü "haber" vermektir.
Haber içeriğinin doğru, eğitici-bilgilendirici olması, haber veren-kaynaktan başlar.

İnternet gazeteciliğinin doğuşu- 1
TV yayınları üzerinden teletext yayını başlangıç sayılır.
1972 yılında İngiliz BBC kanalının CEEFAX adlı sistemiyle başladı.
1980'li yıllarda Avrupa'da yaygınlaştı.
Uygun TV alıcısı olanlar, görüntülü yayınının dışında yazılı bir alana ulaşabiliyordu. Buradan haber-bilgi yayınlanıyordu. Teletext yayınları halen devam etmektedir.

İnternet gazeteciliğinin doğuşu – 2
İnternet teknolojisinin (web 2.0-3.0) bugün geldiği aşamada, mobil cihazlardan internet erişimi sağlandı.
İnternet sitelerinde, görüntü, ses, yazı, animasyon vb. her türlü medya aracı rahatça kullanılabilir oldu. Bu haber sitelerinin içeriklerini olağanüstü zenginleştirdi.
Siteleri, başka sitelerin içeriklerini kendileri üzerine gömülü olarak oynatma imkanı verdi. Bu teknoloji youtube vb. video siteler ile sosyal medya siteleri facebook, twitter vb. sitelerin doğmasını sağladı.

Yeni medyanın (iletişim aracı-mecra) özellikleri
Klasik medyada her bir medya aracı farklı formatta veri iletirken (gazete-dergi: yazı ve fotoğraf, televizyon: görüntü ve ses, radyo: ses) yeni medya bütün bunları aynı anda iletebilmektedir.
Yeni medyada internete bağlı herkes aynı zamanda bir yayıncı olarak "kendi medyasını" oluşturabilmektedir.
Çok hızlıdır.
Kontrol edilmesi şu anda mümkün değildir ve bir otorite tarafından kontrolü çalışmalarına şiddetli itirazlar gelmektedir.
Manipülasyona açık işlemektedir (şaka, kasıtlı yalan, propaganda amaçlı çarpıtma vb).
Etkileşimlidir.
Kalıcıdır, arşivine kolay erişilir.
Okuyucular yayıncı karşısında tamamen pasif değildir, yorum ya da eleştirilerini anında gösterebilir (Yayıncı yoruma imkan vermese dahi, sosyal medyada adı geçirilerek ya da link verilerek tepki-övgü mümkündür).
Bilgi kirliliği vardır, doğru ile yanlış yan yana durmaktadır.

Yeni medya haberciliğini-gazeteciliğini okuyucu gözünde popüler kılan unsurlar:
Haberlerin çok hızlı paylaşılabilmesi.
Okuyucunun zaman ve mekân sınırı olmadan bilgiye ulaşabilmesi.
Haberin sürekli güncellenmesi.
Bireylerin, paylaşım, yorum vb. yollarla içerikle ve yayıncıyla etkileşime geçebilmesi.
Haber arşivine kolaylıkla erişilebilmesi.
Aynı içeriğe (habere) onlarca internet sitesinden-internet medyasından ulaşma imkanı, karşılaştırma imkanı.
Yeni neslin, başka iletişim araçlarını kullanmadan internet iletişimi içinde doğması.

Yeni medya, geleneksel medyanın yerine mi geçiyor?
Basılı medya hızlı biçimde dönüşüyor ve ticari-bedava dağıtılan gazete-dergiler dışında basılı medyanın kalmayacağı varsayılıyor.
Bugünkü anlamda belirli bir zaman diliminde kesintisiz yayın yapan TV kanallarının çok azalacağı varsayılıyor.
Yeni kuşak; film, program, dizi vb. yapımları internet sitelerinden takip ediyor. Mevcut tv yayıncılığı değişe-

cek ancak bunun yönünün nasıl olacağına yönelik belirsizlik var.
Radyo etkinliği ve dinleyicisi azalmakla birlikte varlığını sürdürecek (Araç kullanırken, yolculukta ya da başka iş yaparken radyo dinlemek mümkün ve tercih ediliyor).

Nerede yayınlanırsa yayınlansın sağlık haberleri ve haberciliği önemlidir
Doğrudan insanların yaşam ve sağlık haklarına etki ettiği için.
Birini öldürebilirsiniz / hayatını kurtarabilirsiniz

Sağlık haberleri en fazla ilgi çeken haberlerin başında gelir
En çok hangi konularda sağlık haberi yayınlanıyor?
Medya Takip Ajansı Interpress'in sadece yazılı medyada yaptığı araştırma sonuçlarına göre
2015 Ocak-Eylül döneminde 256 binden fazla sağlık haberi yayınlandı.
Kanserle ilgili 24 bin 440 haber yayınlandı.
Şeker hastalığı 23 bin 710 habere konu oldu.
Hipertansiyon haberlerinin ise yazılı mecrada 12 bin 618 kez yayınlandığı tespit edildi. Yapılan araştırma sonuçlarına göre kalp damar hastalıklarının ise, toplam 7 bin 383 haber ile gündeme geldiği anlaşıldı.

Sağlık haberleri içinde en fazla işlenen konu beslenme
2015 Ocak-Ekim döneminde beslenmeyle ilgili 45 bin 364 haber yayınlandı.
Beslenme haberlerinin 26 binden fazlası diyet ve obeziteyle ilgili.
Sağlık haberleri ve içerikleri yazılı-görsel medya dışında internette de çok büyük yer tutuyor.
Google'de "beslenme" kelimesi arandığında Türkçe sayfalarda 14.5 milyona yakın, "karın ağrısı" arandığında ise 530 bin sonuç çıkıyor.

İyi bir sağlık haberi nasıl olmalı,
sağlık habercisinin sorumlulukları - 1
Genel gazetecilik ve haber etik kuralları-ilkelerine uyulması yanında;
-İyi bir sağlık haberi okuyan herkesi bilgilendirmeyi amaçlamalıdır.
-Bilimsel kanıt ve görüşlere yer verilmelidir.
-Güncel bilgiler yansıtılmalıdır.
-Konusunda uzman kişilerin görüşlerine başvurulmalıdır. Uzmanlıklar çok farklı olabilir.

İyi bir sağlık haberi nasıl olmalı, sağlık habercisinin sorumlulukları - 2
Halkın anlayacağı dilde veya hedef kitleye uygun bir dil kullanılmalıdır

İyi bir sağlık haberi nasıl olmalı, sağlık habercisinin sorumlulukları - 3
Umut tacirliği yapılmamalıdır.
"Mucize" tedavi, ilaç haberleri zor durumdaki kişilerde çok farklı etkiler doğurabilmektedir.

İyi bir sağlık haberi nasıl olmalı, sağlık habercisinin sorumlulukları - 4
Kullanılan görsel unsurların iyi seçilmesi gereklidir. İnsan hak ve özgürlükleri yanında hasta ve hekim haklarına saygılı olunmalıdır. Mahremiyet ve özel hayat titizlikle korunmalıdır.
Görsel ve içerik özellikle evde sağlık hizmeti haberlerinde önemlidir. Evde sağlık hizmeti verilen hastalar genellikle bakıma muhtaç, engelli, yaşlı bireylerden oluştuğu için yapılan haberlerde hastaları ve hasta yakınlarını üzecek, rahatsız edecek fotoğraflardan kaçınılmalıdır. Hasta haklarına uygun fotoğraflar kullanılmalı, yine kullanılacak fotoğraflar hakkında hasta ve hasta yakınına bilgi verilmeli ve bu konuda özenli davranılmalıdır.
İnsan hakları, hasta hakları ve mahremiyet önemli.

Evde sağlık hizmetleri basın çalışmasında foto-görüntü için izin alınıyor mu? Alınsa bile insanlar yıllarca bu görüntülerin kalacağını, milyonlarca kişinin izleyeceğini biliyor mu? Bu haberler, övücü, başka insanlara fayda sağlayacak olsa da insan-hasta hakları açısından hassas bir dengede duruyor.

İyi bir sağlık haberi nasıl olmalı, sağlık habercisinin sorumlulukları - 5
Tavsiye olarak algılanabilecek her türlü ifade ve imadan kaçınılmalıdır. Sonuçta her hastalık ve tedavi kişiye özeldir ve hekimler tarafından verilir.
Abartılı her türlü unsurdan kaçınılmalıdır, başlıkta popülerlik kaygısıyla içerikle uyumlu olmayan ifadelere kesinlikle yer verilmemelidir.

İyi bir sağlık haberi nasıl olmalı, sağlık habercisinin sorumlulukları – 6
İyi yazılmış bir haber
Yukarıda saydığımız habercinin sorumluluğu ve etik kuralların her biri çok geniş bir alana/içeriğe sahiptir.
Örnek: "İnsan hak ve özgürlükleri yanında hasta ve hekim haklarına saygılı olunmalıdır" kuralı.
Bu kuralın oluşmasındaki unsurlardan birine örnek: DAMGALAMA

DAMGALAMA
Sosyolojik tanım: Toplumun genelinden ayrılan, sosyal karakteristik özellikleri bulunan bir kişi ve/veya grubun, toplumun diğer kişileri tarafından bu özelliklerinin onaylanmaması-memnuniyetsizlikle karşılanması ve onların yanlış-kabul edilemez olarak sunulması (tanımlanması).. Bu özellikler "genel toplum tarafından" yapıştırılmış olabilir.

Hastalık, fiziksel engel, cinsel yönelim, din, eğitim, etnik köken, ideoloji, suç damgalamanın araçları olabilir. Kültürlere göre ve coğrafyalara göre damgalama da farklılıklar gösterebilir.
Bir başka tanım Damgalama: Bir insana ya da gruba, herhangi bir davranışından ötürü değil, sahip olduğu bir özellik ya da kontrolü dışında gelişen/başına gelen bir durum sebebiyle olumsuz yaklaşımlarda, ithamlarda bulunma damgalamadır.

Medyada damgalama; dışlama, ayrımcılık, ötekileştirme ve hatta toplumsal düşmanlık oluşumuna katkı verecek davranışları olağanlaştırabilir, yaygınlaştırabilir.

Sağlık alanında sıklıkla damgalanan hastalıklar:
Ruhsal hastalıklar (Şizofreni, bipolar bozukluk, ihtihar davranışı gösteren hastalar, uyuşturucu madde kullananlar vs.).
Cinsel yolla ve kan yoluyla bulaşan hastalıklar (HIV-AIDS, Hepatit C).
Obezite.
Bazı cilt hastalıkları (Sedef hastalığı).
Down sendromu, otizm gibi hastalıklar.

Sağlık haberi okurken nelere dikkat etmeliyiz?
-Haberin içeriğinde "5N 1K" var mı? Haber içeriğinde "Ne, ne zaman, nerede, nasıl, neden ve kim" sorularının yanıtlarını buluyor musunuz?
-Haber nerede yayınlanmış, güvenilir ciddi bir haber yayın organında (sitesinde) mi yoksa ticari kaygıları yüksek popüler bir haber mecrasında mı?
-Haberde imza var mı? İmzası olan kişi bir sağlık muhabiri mi, güvenilir saygın bir ajans mı?
-Kaynak var mı, kaynak olarak gösterilen kişi/kurum/araştırma gerçek mi, böyle bir bilgi yayınlamışlar mı?
Avrupa Gıda Bilgi Konseyi (EUFIC) Avrupa Beslenme Dernekleri Federasyonu (FENS) üyesi 8 ülkenin gazetelerinde, "beslenme" konulu 375 haberin incelendiğini ve bunların yüzde yüzde 49'unun asılsız iddialardan oluştuğunu belirlediklerini açıkladı.
-Haberde, okuyucuyu tatmin edecek bütün unsurlar sağlanmış olsa da kesinlikle hastalıkla ilgili ana otoritenin ve bilginin bir hekim tarafından verileceği unutulmamalıdır.

Sağlık Haberlerinde Bilgi Kirliliği
İyi bir sağlık haberi olsa dahi okuyucunun karşısına çok çelişkili bilgiler çıkabilmektedir. Bu çelişkili haberler anlık olarak internet medyasında görülebilir.
Güncel bir örnek
WHO'nun işlenmiş et ürünleriyle ilgili raporu.

İnternette kansere ilişkin yayınlanan haberler, sağlık haberleri arasında üçüncü sırada
Prof. Dr. İsmail Çelik: "Hergün kansere yol açtığı söylenen ajanlarla ilgili yeni yeni haberler çıkar. Aslında her gün sayıca artan kanserojenler "medyatiktir", bilimsel değildir".

Sağlık iletişimi
Sağlık iletişimi ülkemizde önemi yeni fark edilmeye başlanan bir alan, doktor, hasta, medya çalışanları, sağ-

lık alanında eğitimci olan herkesi kapsıyor. Teknolojinin de desteği ile vazgeçilmez olma yönünde bir ivme kazandı.

"İnternet doktorluğu" - 1
İnsanların rahatsızlık ya da şikayetlerini yazarak internette arama yapmasını tanımlıyor.
Sağlık araştırmaları yapan Social Touch'un 2013'te yaptığı araştırmaya göre:
-Her yüz kişinin 78'i sağlıkla ilgili bilgi almak için internette arama yapıyor.
-İnternette yapılan her 20 aramadan biri sağlıkla ilgili.
-Bireylerin yaptıkları arama sonucuna göre kendilerine teşhis koyma eğilimi var.

"İnternet doktorluğu" - 2
İnternette en fazla konulan "yanlış teşhisler" ve gerçekte olan rahatsızlıklar şöyle:
Gaz sancısı-Kalp krizi.
Strese bağlı el uyuşması-Felç.
Yorgunluğa bağlı bel ağrısı-Omurilik kanseri.
Baş ağrısı-Beyin tümörü.
Basit ayak ağrısı-Bel fıtığı.
Kilo kaybı-Kanser.

Bir sağlık muhabiri, habercisi olarak uygulamada elde ettiğimiz deneyimlere dayalı verileri derlemeye çalıştık.
Bilim insanları ve karar alıcılara mevcut durumla ilgili bir veri sunmayı amaçladık.

ÇILGINCA VE DURMADAN İLETİŞİM

Refik AKTEN
Sosyal Hizmet Uzmanı

Algılarımız bizi yanıltabilir mi?
"SEN DİLİ / BEN DİLİ"

İletişim Günahları
Emretme.
Tehdit.
Alaycılık.
Muğlak dil.
Dili iyi kullanamama.
Ses tonunu ayarlayamama.
Beden dilini yanlış, yetersiz ya da abartılı kullanma.
Bilgileri gizleme.
Konudan kaçınma.

Dinleme
"Marifet iltifata tabidir, iltifatsız marifet zayidir"

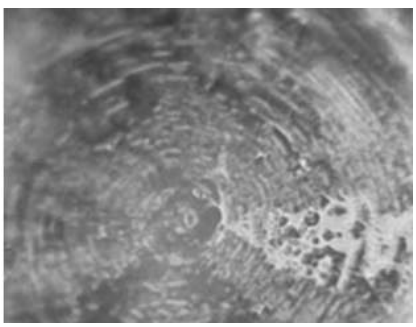
Kelimenin Gücü
"Pozitif başla pozitif devam etsin,
Negatif başlama negatif devam etmesin".

"Suya müzik dinleterek fotoğraflama" çalışması yapan ve müzikten gelen titreşimlerin suyu nasıl etkileyeceğini araştırmaya başladıklarını belirten Emoto, bunun için düz bir platform üzerine iki hoparlör yerleştirip tam ortasına da içinde damıtılmış su bulunan şişe koyarak bu deneyi gerçekleştirdiklerini anlattı. Emoto, şunları kaydetti:

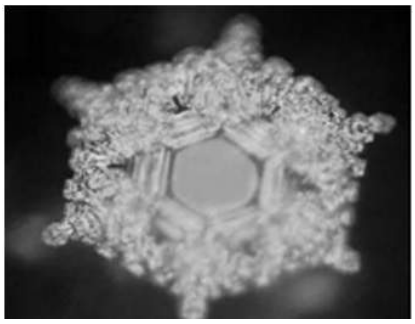
SU KİRİSTALİ



İNSAN RUHUNU RAHATLATAN MÜZİKLER
Ağır metal müzik dinletilen bir su kristali yapısı



Güzel sözler ve dua okunan bir su kristali yapısı (İdeale en yakın şekil)



Kötü sözler söylenen bir su kristali yapısı



KENDİNİ ELEŞTİREBİLME / ELEŞTİRİLERE AÇIK OLMA /

Gurur

Egon Mu Var Derdin Var!

Kin ve Nefret Duyguları

"Kin tutmak, zehri kendin içip diğer insanın ölmesini beklemeye benzer."

Özür Dilemek

Yalan

Dedikodu

Pir Sultan Abdal dostun attığı gül

"Bazı insanlar vardır bir odaya girince aydınlatır bazı insanlar vardır bir odadan çıkınca aydınlatır"

Mevlana'dan Hacı Bektaş Veli'ye Hoşgörü Kültürü

EMPATİ / ÖTEKİNİ ANLAMA

"Ayıpsız dost arayan dostsuz kalır."

Mevlânâ

Bazen tuzlu kahvenin bir ömür hatırı olur.

Aile İçi İletişimin Beş Varoluş Boyutu

Ben var mıyım?

Kabul ediliyor muyum?

Seviliyor muyum?

Değerli miyim?

Yapabilir miyim?

Yükselmek için her şey mübah (mı?)

Okuyun / Gözlemleyin / Tefekkür Edin

Nereden Geliyorsun, Nereye Gidiyorsun, Necisin?

Çalışmak mutluluk verir.

Tahammül.

Sabır.

İsyan etmemek.

Önyargılardan kurtulun.

O son gününüzü düşünmek?

SAĞLIK HABERCİLİĞİNE SEKTÖREL BAKIŞ

Selma BIYIKLI ADABAŞ
Anadolu Ajansı Sağlık Yaşam Masası
Başmuhabir

Dünya Sağlık Örgütüne göre sağlık sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, kişinin fiziksel,ruhsal ve sosyal olarak da tam bir iyilik halinde olmasıdır.

Sağlık ve yaşam haberleri toplumda en fazla okunan haberlerin başında geliyor. Özellikle yaşam hikayeleri, yeni tedaviler büyük ilgi görüyor. Anadolu Ajansının aboneleri de bizden en çok yaşam haberi istiyor.

Yaklaşık 10 yıl sağlık muhabirliği yaptım insan hikayesi, mucize haberi bulmakta hiç zorluk çekmedim.Çünkü ülkemiz çok zengin bir insan kaynağına sahip. Her yörede farklı hikayeler farklı yaşam şekilleri bizim için güzel haber kaynağı.

Anadolu şehirleri sosyo-kültürel yapısı, akraba evliliklerinin yaygın olması ve yöreye özgü rahatsızlıklar nedeniyle farklı yaşam hikayeleri barındırıyor.

Alya bebek yaşam savaşını kazandı
- Doğuştan kalp hastalığı olan ve 3 günlükken ameliyat edilen Alya bebek, sağlığına kavuştu
- Operasyonu gerçekleştiren Doç. Dr. Aydın:
"Bu, nadir görülen bir anomalidir. Ne kadar erken ameliyat yapılırsa o kadar iyi sonuçlar alınan bir hastalık"

Rize'de Kanser Tarama Seferberliği
Sağlık Müdürü Mustafa Tepe: "Kanser ne kadar erken teşhis edilirse tedavi başarısı ve hatta yüzde yüz tedavi şansı o kadar yüksek olur"
RİZE (AA) - Rize Sağlık Müdürü Mustafa Tepe, "Kanser ne kadar erken teşhis edilirse tedavi başarısı ve hatta yüzde yüz tedavi şansı o kadar yüksek olur" dedi.
Tepe, yaptığı açıklamada, Sağlık Müdürlüğü tarafından il genelinde kanser taramaları için seferberlik başlatıldığını belirterek, "İlimizde devam eden kanser taramaları çalışmalarına büyük hız verildi. Bu kapsamda kadınlarda meme, rahim ağzı, kalın bağırsak kanseri, erkeklerde ise kalın bağırsak kanserinin erken teşhisine yönelik il genelinde kapsamlı çalışmalar başlatıldı" dedi.

"Her 12-13 erişkinden, 7-8 çocuktan biri astım hastasıdır"
- Antalya Atatürk Devlet Hastanesi Allerji İmmünoloji Uzmanı Yalçın:
"Ülkemizde her 12-13 erişkinden, 7-8 çocuktan biri astım hastasıdır"
ANTALYA (AA) - Antalya Atatürk Devlet Hastanesi Allerji İmmünoloji Uzmanı Uzm. Dr. Arzu Didem Yalçın, Türkiye'de her 12-13 erişkinden, 7-8 çocuktan birinin astım hastası olduğunu bildirdi.
Yalçın, 5 Mayıs Dünya Astım Günü dolayısıyla yaptığı yazılı açıklamada, astımın tekrarlayan nefes darlığı, hırıltı, göğüste baskı hissi ve öksürük yakınmaları ile kendini gösteren kronik bir solunum yolu hastalığı olduğunu belirtti.

Anne karnında ameliyat edilen "Aysima bebek" doğdu
- Konya'da anne karnındayken ölüm ve böbrek yetmezliği riski nedeniyle 26 haftalıkken ameliyat edilen "Aysima bebek" dünyaya geldi
- Necmettin Erbakan Üniversitesi Öğretim Üyesi Prof. Dr. Acar:
- "Bebeğimiz gayet sağlıklı. İlerleyen dönemde ilave müdahale gerekmeyecek gibi görünüyor."
- Anne Ayten:
- "Doğduğunda böbreklerinde sıkıntı olmasından hep korkuyordum ancak korkularım şükürler olsun, son buldu."

Kavak İlçe Müftülüğü'nden hasta ziyareti
SAMSUN (AA) - Kavak Müftüsü Abdullah Karaca, beraberindeki vaizeler ile birlikte Kavak Devlet Hastanesinde yatan hastaları ziyaret etti.
Hastane Müdürü Uğur Barış'ı makamında ziyaret eden Müftü Karaca ve vaizeler ardından hastaları ziyaret edip acil şifalar dileyerek çeşitli hediyeler verdi.

Yalova'ya "rezidans" konforunda hastane binası
- Sağlık Bakanı Müezzinoğlu tarafından 4 Mayıs'ta açılacak Yalova Devlet Hastanesinin ek hizmet binası basına tanıtıldı
- Yalova Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreteri Küçükyılmaz:
"Ziyaretçilerimiz, üst düzey konforu olduğu için binayı rezidansa benzetti"
YALOVA (AA) - Sağlık Bakanlığınca son teknoloji kullanılarak yaptırılan Yalova Devlet Hastanesinin ek hizmet binası, Bakan Mehmet Müezzinoğlu'nun da katılacağı törenle açılacak.

TIBBİ NEBEVİ KURSU
05 Aralık 2015 Belek / Antalya

HELAL VE SAĞLIKLI GIDA

Prof. Dr. Erdoğan KÜÇÜKÖNER
Süleyman Demirel Üniversitesi Mühendislik Fakültesi Gıda Mühendisliği Bölümü

'Kirlenmiş gıda' her yıl 420 bin can alıyor

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), "kirlenmiş gıda"ların neden olduğu hastalıklardan, her yıl 125 bini çocuklar olmak üzere 420 bin kişinin hayatını kaybettiğini açıkladı. DSÖ, gıda kaynaklı hastalıkların küresel yüküne ilişkin rapor yayımlandı. Rapora göre, kimyasallar, bakteri, virüs, parazit ve toksin gibi maddelerle kirlenen gıdaların tüketilmesi sonucu, her yıl 600 milyon kişi hastalanıyor. Bu da dünyada her 10 kişiden birinin "kirlenmiş gıda" tüketimi nedeniyle hastalandığı anlamına geliyor. Rapor, "Kirlenmiş gıda"ların yol açtığı ölümleri de ortaya koydu. Bu tür gıdaların yarattığı hastalıklarda her yıl 420 bin kişinin hayatını kaybettiği aktarılan rapor, "kirlenmiş gıdalar"dan özelikle de dünya nüfusunun yüzde 9'unu oluşturan 5 yaş altı çocukların etkilendiğini gösterdi. Buna göre, "kirlenmiş gıda"lardan ölen 420 bin kişinin 125 binini beş yaş altı çocuklar oluşturuyor. İshalli hastalıklar her yıl 230 bin ölüme neden oluyor. Rapora göre, "kirlenmiş gıda" tüketimi sonucu her yıl 550 milyon kişide ishal vakaları görülüyor. Bunlar sonucunda da 96 bini çocuklar olmak üzere 230 bin kişi ishal nedeniyle hayatını kaybediyor.

Gıda Nedir?

Gıda maddesi: İnsanoğlunun varlığını sürdürebilmesi için gerekli olan besin öğelerinin (protein, yağ, karbonhidrat, vitamin, mineral madde v.s) kaynağını oluşturan, tütün-tütün ürünleri ve ilaç hariç yenilen ve içilen ham, yarı veya tam işlenmiş her türlü maddedir.

Besin: İnsanlar tarafından hiçbir zararlı sonuç doğurmadan vücuda alınabilen ve metabolizmada (sindirim sisteminde) parçalanarak değişikliğe uğrayabilen gıda bileşenlerine besin denir.

Sağlıklı Gıda

Sağlıklı yaşamın temeli sağlıklı beslenmedir. Sağlıklı beslenmenin en önemli kuralı da sağlıklı, güvenli besinlerin tüketilmesidir. Güvenli (sağlıklı) gıda besin değerini kaybetmemiş, fiziksel, kimyasal ve mikrobiyolojik açıdan temiz olan bozulmamış gıda maddesi demektir.

Mikroorganizmalarla kontamine olmuş gıdaların tüketimi; İnsanlarda enfeksiyon (gıdaya bulaşma) ve intoksikasyona (gıda zehirlenmelerine) neden olarak önemli sağlık sorunlarına sebep olmaktadır.

Gıda Güvenliği

Tüketilen gıdanın sağlığa zarar vermemesidir. Ürünün, sağlık tehlikesi oluşturabilecek kimyasal, biyolojik ve fiziksel etkilerden korunmasıdır. Gıda kaynaklı hastalıklar hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde insan sağlığında özellikle hassas gruplarda (çocuklar, yaşlılar ve hamileler) ciddi bir tehlike oluşturmaktadır.

Gıda Gruplarımız

Et ve et ürünleri.
Süt ve süt ürünleri.
Tahıl ve tahıl ürünleri.
Meyveler, sebzeler ve ürünleri.
Diğer işlenmiş ürünler.

Gıdalarda Bulunan Başlıca Mikroorganizmalar

Hastalık yapan Patojenler.
Bozulmaya neden olan mikroorganizmalar.
Yararlı mikroorganizmalar.

PATOJENLER

Gıda kaynaklı hastalık ve zehirlenmelere neden olurlar.
Gıdalara hammadde, alet, ekipman, çevre ve diğer biyolojik faktörler yoluyla bulaşırlar.
Bakteriler, Isıl işlem sonucu yok olsa bile ürettikleri toksinler ortamda kalarak zehirlenmelere veya ölümle sonuçlanabilen enfeksiyonlara neden olurlar.

Bozulma oluşturan mikroorganizmalar
Bu grupta yer alan mikroorganizmalar hastalık yapmazlar ama gıdaların bozulmasına neden olurlar (gıdada duyusal bozulma). Bunlar, proteinleri parçalayarak kokuşmaya, karbonhidratları parçalayarak ekşimeye, yağların parçalayarak acılaşmaya, neden olurlar.

Faydalı Mikroorganizmalar
Bakteriler, gıda teknolojisinde asit fermentasyonları ile biyoteknolojik üretim işlemlerinde kullanılır. Bu anlamda starter kültür kullanımı kontrollü fermentasyonda büyük önem taşırlar.
Probioyik mikroorganizmalar. Patojen ve zararlı mikroorganizmaların gelişimini baskı altına alırlar.

Yüksek riskli gıdalar
- Et, balık, tavuk.
- Salam, sosis vb. et ürünleri.
- Yumurta ve yumurtalı yiyecekler.
- Süt ve süt ürünleri.
- Pişmiş yemekler.
- Vakumlu paketlenmiş ürünler.
- Kapağı açılmış konserveler.
- Yağlar.
- Taze sebzeler.
- Taze meyveler.
- Kremalar.

Düşük riskli gıdalar
-Kuru baklagiller.
-Tahıllar ve mamulleri.
-Şeker.
-Tuz.
-Konserveler.
-Kuru meyve ve sebzeler.
-Kuru yemişler.
-Baharatlar.
-Kuru soğan, patates.
-Bisküviler.
-Turşu, sirke, salça, vb.

Gıdalarda Bulunan Bakterilerin Gelişmelerini Etkileyen Faktörler
Bakteri.
Sıcaklık.
Rutubet.
Zaman.
Gıda.

Mikroorganizmaların Gelişmesini Etkileyen Faktörler
İç Faktörler
Gıdanın bileşimi.
Gıdanın pH'sı.
Gıdanın su aktivitesi.
Oksidasyon redüksiyon potansiyeli.
Antimikrobiyeller.

Dış Faktörler
Ortam sıcaklığı.
Çevrenin bağıl nemi.
Çevrenin gaz bileşimi.

Bakterileri Bulaşma Araçları
Eller.
Ekipmanlar.
Temizlik ve kurulama bezleri.
El havluları.
Tezgahlar.
Kesme tahtaları.
Sinek, böcek ve fareler.
Çöp kovaları v.b.

Mikroorganizmalar nasıl taşınır?
Kirli eller.
Kirli makineler.
Kirli saklama kapları.
Kirli taşıma kapları ve araçları.
Kirli su.
Kirli temizlik malzemeleri.
Kirli paketleme malzemeleri.
Kirli yiyecek maddeleri.

İslam dininde yiyecek ve içecekler konusundaki yasakların temel amacı hiç kuşkusuz insanın ruh ve beden sağlığının korunmasıdır.
Ancak, daha fazla ekonomik kazanç elde etme hırsı ile hayvanlara doğalarına aykırı maddeler yedirmek bir çok hastalığa sebep olabilmektedir. Bu amaç doğrultusunda et verimini artırmak için hayvanlara verilen hormonların sağlık açısından önemli problemlere neden olacağı ve bunun kabul edilemeyecek bir durum olduğu bilinmelidir.

"Ey iman edenler! Eğer siz ancak Allah'a kulluk ediyorsanız, size verdiğimiz rızıkların iyi ve temizlerinden yiyin ve Allah'a şükredin."
BAKARA 172

"Allah, size ancak leş, kan, domuz eti ve Allah'tan başkası adına kesileni haram kıldı. Ama kim mecbur olur da, istismar etmeksizin ve zaruret ölçüsünü aşmaksızın yemek zorunda kalırsa, ona günah yoktur. Şüphesiz, Allah çok bağışlayandır, çok merhamet edendir."
BAKARA 173

Ölmüş hayvan, kan, domuz eti, Allah'tan başkası adına boğazlanan, (henüz canı çıkmamış iken) kestikleriniz hariç; boğulmuş, darbe sonucu ölmüş, yüksekten düşerek ölmüş, boynuzlanarak ölmüş ve yırtıcı hayvan tarafından parçalanmış hayvanlar ile dikili taşlar üzerinde boğazlanan hayvanlar, bir de fal oklarıyla kısmet aramanız size haram kılındı. İşte bütün bunlar fısk (Allah'a itaatten kopmak)'tır. Bugün kâfirler dininizden (onu yok etmekten) ümitlerini kestiler. Artık onlardan korkmayın, benden korkun. Bugün sizin için dininizi kemale erdirdim. Size nimetimi tamamladım ve sizin için din olarak İslâm'ı seçtim. Kim şiddetli açlık durumunda zorda kalır, günaha meyletmeksizin (haram etlerden) yerse, şüphesiz ki Allah çok bağışlayıcıdır, çok merhamet edicidir.
MAİDE -3

De ki: "Bana vahyolunan Kur'an'da bir kimsenin yiyecekleri arasında leş, akıtılmış kan, domuz eti -ki o şüphesiz necistir- ya da Allah'tan başkası adına kesilmiş bir (murdar) hayvandan başka, haram kılınmış bir şey bulamıyorum. Fakat istismar etmeksizin ve zaruret ölçüsünü aşmaksızın kim bunlardan yeme zorunda kalırsa yiyebilir." Şüphesiz Rabbin çok bağışlayandır, çok merhametlidir.
EN'AM 145

"Allah, size ancak leş, kan, domuz eti ve Allah'tan başkası adına kesileni haram kıldı. Ama kim mecbur olur da istismar etmeksizin ve zaruret ölçüsünü aşmaksızın yemek zorunda kalırsa, şüphesiz ki Allah çok bağışlayandır, çok merhamet edendir."

NAHL 115

Kur'an-ı Kerim'de yenilmesi yasaklanan hayvan ve hayvansal gıdalar dört ayette açık olarak belirtilmiştir:
Ölü Hayvan.
Domuz eti.
Kan
Allah'tan başkası adına kesilen hayvan.
Maide Suresi'nde ayrıca hırsızlık, ihramlı iken avlanma yasağı, şarap, kumar, dikili taşlar, haram olarak belirtilmiştir.

(Ey Muhammed!) Sana, kendilerine nelerin helâl kılındığını soruyorlar. De ki: "Size temiz ve hoş olan şeyler, bir de Allah'ın size verdiği yeteneklerle eğitip alıştırdığınız avcı hayvanların tuttuğu (avlar) helâl kılındı. Onların sizin için tuttuklarından yiyin. Onu (av için) salarken üzerine Allah'ın adını anın (besmele çekin). Allah'a karşı gelmekten sakının. Şüphesiz Allah, hesabı çabuk görendir.
MAİDE -4

Helal: Allah ve Resulü tarafından izin verilmiş, yasaklanmamış, serbest, yasal ve meşru olan her şeydir.
Haram: Kitap ve Sünet'te yapılmaması kesin ve bağlayıcı tarzda istenilen her şey. Örneğin; Alkol, Domuz eti ve ürünleri.

Helal Gıda
İslamiyet tarafından tüketimi Müslümanlar için yasaklanmış veya şeri kesim usullere göre kesilmemiş hayvan ürünleri ihtiva etmemelidir. İslama göre temiz kabul edilmeyen bir maddeyi içermemelidir. İslama göre temiz kabul edilmeyen bir tarzda üretilmemiş olması ve paketlenmemiş olması gerekiyor. Helal gıda olarak kabul edilmeyen bir madde ile temas halinde olmaması gerekiyor. Hayvan kesimlerinde İslami usuller uygulanmalıdır. Hayvanların kesilmesinde maksat, pis olan kanın akıtılıp, temiz kısmını pis kısımdan ayırmaktır. Bu da her türlü keskin aletle gerçekleştirilebilir. Kesme işlemi; yemek borusu, nefes borusu ve şah damarlarını kesmekle tamam olur. Koyun ve sığırın çene altından, deve cinsinin ise boyunun göğüs tarafından kesilmesi sünnettir.

Hayvan Kesimi
Kesim, bayıltma ve hijyen.

Güvenli Gıda Hazırlanmasında Dünya Sağlık Örgütünün 10 Altın Kuralı
1.Güvenli olması için işlem görmüş gıdaları tercih edin.
2.Gıdalarınızı tam olarak pişirin.
3.Pişmiş gıdaları vakit geçirmeden hemen tüketin.
4.Pişirilmiş gıdaları uygun şartlarda depolayın.
5.Pişirilmiş gıdaların tekrar tüketimi öncesi yeterince ısıtın.
6. Pişirilmiş gıdalar ve çiğ gıdalar arasındaki teması önleyin.
7. Kişisel hijyen kurallarına uyun.
8. Tüm mutfak yüzeylerini dikkatli bir şekilde temiz tutun.
9. Gıdaları, böceklerden, kemirgenlerden ve diğer hayvanlardan koruyun.
10. Temiz su kullanın.

Sağlıklı Gıda Tüketimine Yönelik Bazı Tavsiyeler
Mümkünse doğal ve taze gıdalar tercih edilmelidir.
Sağlam, zarar görmemiş, zedelenmemiş bozuk olmayan gıdaların seçilmesi ve satın alınması, hastalık yapabilecek şüpheli gıdaların, özellikle küflenmiş, rengi, görüntüsü ve kokusu değişmiş gıdalar kesinlikle satın alınmamalı ve tüketilmemelidir.
Meyveler ve sebzeler akan su altında iyice yıkanmalıdır.
Gıdaların temizliğinde deterjan gibi temizlik maddesi kesinlikle kullanılmamalıdır.
Ambalajlı gıda maddeleri tercih edilmeli, gıdaların ambalajları üzerinde üretici firma adı, adresi ve tanıtıcı işareti, maddenin adı, imal ve son kullanma tarihi, mamulün çeşidi asgari net miktarı, gıdanın kullanımı ile

ilgili uyarıcı bilgilerin yazılı olmasına, ambalaj yüzeyinin düzgün olmasına dikkat edilmelidir.
İşlenmiş ve gıda katkı madde içeriği yoğun olan gıdalardan kaçınılmalıdır.
Yemeklerden önce ve sonra, tuvaletten çıktıktan sonra eller sabun ile yıkanmalı ve bol su ile durulanmalı.
Yeterince ısıl işleme tabi tutulmayan süt ve bu sütlerden yapılan peynirler tüketilmemelidir.
Çeşitli yöntemlerle zenginleştirilmiş gıda ürünleri ürünleri tercih edilmelidir (Örneğin, kepekli ekmek vb.).
Özellikle renkli meyve ve sebzeler tüketilmelidir. Beslenmemizi renklendirmeliyiz.

Sağlıklı Gıda Tüketiminde Beş Anahtar
Temizlik.
Doğru Pişirme.
Çiğ-pişmiş gıda ayırımının doğru yapılması.
Uygun şartlarda saklama.
Taze ve sağlıklı hammadde temini.

GIDA KATKI MADDELERİ
(Food Additives)
Prof. Dr. Erdoğan KÜÇÜKÖNERGıda Mühendisliği Bölümü

Gıda Katkı Maddesi Nedir?
Tek başına gıda olarak tüketilmeyen,
Ham gıda veya yardımcı gıda maddesi olarak kullanılmayan,
Tek başına besleyici değeri olan veya olmayan,
Seçilen teknoloji gereği kullanılan,
İşlem veya imalat sırasında kalıntı veya türevleri mamul maddede bulunabilen,
Gıdanın üretilmesi,
İşlenmesi,
Hazırlanması,
Ambalajlanması,
Taşınması,
Depolanması sırasında gıda maddesinin tat, koku, görünüş, yapı ve diğer niteliklerini korumak, düzeltmek veya istenmeyen değişikliklere engel olmak amacıyla kullanılan maddelerdir.

Gıda Katkı Maddeleri Genelde İki Gruba Ayrılır
Bilinçli Olarak Gıdalara Katılan (Direk) Katkılar.
Bilinçsiz Olarak Gıdalara Katılan (Dolaylı) Katkılar.

Gıda Katkı Maddelerinin Elde Edildiği Kaynaklar
I. Hayvansal Kaynaklı olanlar
- Kara Hayvanları.
- Deniz hayvanları.

II. Bitkisel Kaynaklı olanlar
III. Mikrobiyal Kaynaklı olanlar
IV. Sentetik (yapay) olanlar

E- Kodu Nedir?
Gıda katkı maddelerini tanımlamak ve herhangi bir karışıklığa yol açmamak için kullanılan Avrupa Birliği'nin (EC) simgesi olarak E harfi ve üç rakamlı sayıdan ibaret kodlardır. Avrupa Birliği tarafından her katkı maddesi için belirlenir. Doğal veya sentetik olsun gıda maddelerinde kullanılan ve katkı maddesi olarak tanımlanan tüm kimyasallar bu kodlama sisteminin içindedir. Örnekler: E100 Curcumin Portakal Sarısı, E200 Sorbik asit, E300 Askorbik asit.

Gıda Katkı Maddelerinin Kullanım Amaçları
1.Gıdaların besleyici değerlerini korumak için.
2.Özgün diyet ihtiyaçları olan insanlar için özel bir gıda üretimi için.
3.Gıdaların dayanıklılığını artırıp daha uzun bir raf ömrüne sahip olmalarını sağlamak için.
4.Gıdaların dokusal özelliklerini geliştirmek için.

5.Gıdaların lezzetlerini ve renklerini çekici hale getirebilmek veya koruyabilmek için.
6.Yağın acılaşması (oksidasyon) gibi istenmeyen reaksiyonları engelleyip lezzet kayıplarını önlemek ve besin öğelerini korumak için.
7.Gıdaların işlenmesi sırasında çoğu zaman teknolojik gereklilik veya teknolojik işlemlere yardımcı olarak.
8. Gıdalarda hastalık yapıcı mikroorganizmaların gelişmelerini önlemek için.
9. Gıdaların çeşitliliği sağlamak için kullanılırlar.
10. Gıdalarda standardizasyonu yakalayabilmek için.
11. Ürünlerde kalitenin yükseltilmesi.
12. Kayıpların azaltılması ve dağıtımın kolaylaştırılması için.

JELATİN

Jelatin, sığır, domuz, balık gibi omurgalıların kollageninden elde edilen hayvansal kaynaklı bir protein ürünüdür. Başlıca hammadde olarak domuz kemik ve derileri ile sığır kemik ve derileri kullanılmaktadır. Jelatin, hayvanlarda bulunan kolajenin hidroliz yoluyla denatüre edilmesi sonucu elde edilir. Jelatin ortalama % 86 kollagen, % 11 su ve % 3 mineral maddelerden oluşmaktadır. Gıdalarda, tıpta, eczacılıkta, beslenme ve sağlık gibi değişik alanlarda sıklıkla kullanılmaktadır.

Gıda Katkılarının Kullanıldığı Gıdalar

Meyve ve etlerin korunmasında yüzey kaplama maddesi olarak kullanılır.
Meyve sularında, dondurmada, yoğurtta, eritme peynirlerinde.
Jelatin diş macunu, şampuan, parfüm gibi kozmetik ürünlerinde ve ilaç sanayinde kapsül ve tabletlerin film tabakalanmasında da kullanılmaktadır.

KOŞİNEAL (KARMİN) (E 120)ŞELLAK (E 904) (SHELLAC)

Gıdalardaki Bazı Kullanım Alanları
Et ürünleri (salam, sosis, sucuklarda).
İşlenmiş kanatlı ürünlerinde.
Deniz ürünleri (surumi).
İçecekler (alkollü ve alkolsüz içecekler, sodalar, kokteyl şurupları, kolalar, fonksiyonel içecekler).
Unlu mamuller (bisküviler, kekler, börekler).
Reçeller ve marmelatlarda.
Dondurmalar.
Meyve suları ve meyve preparatlarında.
Şekerlemeler (aromalı şekerler, jelibonlar, lokumlar).
Kırmızı meyveli yoğurtlarda.
Bazı soslar.
Jelatinli tatlılar ve topinglerde.
Şellak gıda ve ilaç sektöründe.
Tablet.
Draje, şekerleme.
Bonbon, çikolata vs. de parlatıcı ajan olarak kullanılır.

Ayrıca yıkama işlemi esnasında kaybolan elmadaki doğal mum yerine de kullanılır.
Katkı maddeleri listelerinde E904 sembolü ile gösterilmektedir. Bu işlemlerde kullanılan şellakın içerisinde ezilmiş böceğin parçaları bulunabilir

ANNE KARNINDA DOLAŞIM VE DOĞUM SONRASI ADAPTASYON

Prof. Dr. Erol Kısmet
Süleymaniye Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Kuran-ı Kerim
Geçmişte olmuş ve gelecekte olacak nice gizli şeyleri haber vermektedir.
Varlıkların başlangıcı ve sonu.
İnsanlara faydalı ve zararlı şeyler.

Ayet-i Kerimeler/Hadis-i Şerifler
Eski tarihlere ait birçok bilinmeyen hukuki esaslar, Dünya-Evren hakkında izahatlar.

Yasin Suresi / 36.ayet
……..insanların kendilerinden ve henüz mahiyetini bilmedikleri şeylerden bütün çiftleri yaratan……

Enbiya Suresi / 30.ayet
……..bütün canlıların sudan yaratıldığı……

Sen dağları görürsün de, onları durgun sanırsın. Oysa onlar bulutların geçişi gibi geçip-giderler. (Neml Suresi 88. ayet.)

Furkan Suresi
25.sure / 53.ayet
Birinin suyu tatlı, birinin suyu tuzlu iki denizi salıveren, buna rağmen ikisinin arasına karışmalarını önleyici bir engel koyan O (Allah)tır.

Çalışmalar sonucunda gördük ki:
Akdeniz'in kendine has tuzluluğu ve yoğunluğu var. Aynı zamanda kendine has canlıları barındırıyor. Sonra Atlas Okyanusu'ndaki su kütlesini inceledik ve Akdeniz'den tamamen farklı olduğunu gördük. Hâlbuki Cebeli Tarık Boğazı'nda birleşen bu iki denizin tuzluluk, yoğunluk ve sahip olduğu hayatiyet açısından eşit veya eşite yakın olması gerekiyordu. Oysaki bu iki deniz, birbirine yakın kısımlarda bile ayrı yapılara sahiptiler.

Bunun üzerine yapmış olduğumuz araştırmalarda bizi şaşkına çeviren bir durumla karşılaştık. Çünkü bu iki denizin karışmasına, birleşme noktasında bulunan harika bir su perdesi, iki deniz kütlesini birbirinden ayıran adeta görünmeyen bir engel şey engel oluyordu.

Aynı türden bir su engeli 1962 yılında Alman bilim adamları tarafından Aden Körfezi ile Kızıldeniz'in birleştiği Mendep Boğazı'nda da bulunmuştu."

İşte bu misaller var ya, biz onları insanlar için getiriyoruz; fakat onlara ilim sahiplerinden başkasının aklı ermez. (Ankebut)/43
Allahü teâlânın bütün sıfatları gibi, kelam sıfatı da sonsuzdur.
Kur'an-ı kerim her asırdaki fen, ilim, teknoloji bilgilerine uygun olduğu gibi, en yeni keşiflere de muvafıktır.

ALTERNATİF TIP VE ENERJİ AKUPUNKTUR

Dr. Hüseyin ARSLAN
Polatlı Duatepe Devlet Hastanesi Yöneticisi

Klasik Çin tıbbında evrenin temel prensibi, Ying (yatıştırıcı) ve yang (güçlendirici) zıt güçlerinin birlikte etkileşmesine dayanmaktadır. İnsanda evrenin küçük bir modelidir ve insan vücudunda da bu iki güç rekabet halindedir.

Sağlıklı kimselerde bu güçler dengededir. Bu denge bozulmaya başladıkça rahatsızlık ortaya çıkmaya başlar. İleri derecesi, hastalık dediğimiz bozulmadır. Bu iki gücün uyumluluğu insanın sağlıklı olmasını sağlar. Bu iki güç arasındaki enerji akımı Qi olarak adlandırılır ve iç veya dış etkilerle bu enerji akımının bozulması hastalıklara yol açar. Organlar arasındaki enerji akımı, meridyen adı verilen kanallarda dolaşır.

Alternatif tıp, geleneksel tıptan farklı olan uygulamaları içerir. "İyileştirmeye yönelik olan ama geleneksel tıp içerisinde tanımlanmamış olan tüm uygulamalar alternatif tedavilerdir".

Destekleyici tedaviler, hekimin önerdiği geleneksel tedaviye ek olarak destekleyici (complementary) amaçla uygulanan diğer tedavileri ifade eder.

ALTERNATİF TIP ÇEŞİTLERİ
Akupunktur.
Şiropraktik (Chiropractic).
Ayurveda.
Bitkisel tedaviler.
Biyonenerji.
Kupa çekme.

DUA NEDİR?
Dua kelimesi, sözlükte; "çağırmak, istemek, yardım talep etmek" anlamına gelmektedir.
Dinî bir terim olarak ise dua; Allah'ın yüceliği karşısında kulun aczini itiraf ederek, bütün benliğiyle yüce yaratana yönelerek ondan istek ve dilekte bulunmasıdır.
Dua, kul ile sonsuz kudret sahibi olan Allah arasında bir köprü ve diyalog anlamındadır ki, kuldan Allah'a yakarış ve bağışlanma, Allah'tan kula ise merhamet, bağış ve koruma ifade eder.

Bütün yaratıkların tabiatında Allah'a doğru bir yöneliş vardır. Birçok ayette canlı ve cansız bütün varlıkların Allah'ı andığı açıkça vurgulanmaktadır. Bu ayetlerin birinde şöyle denilmektedir:

قَهُونَ تَسْبِيحَهُمْ اِنَّهُ‌كَانَ حَلِيمًا غَفُورًا ۝ وَاِذَا قَرَاْتَ الْقُرْاٰنَ جَعَلْنَا بَيْنَكَ وَبَيْنَ الَّذِيْنَ لَا يُؤْمِنُوْنَ بِالْاٰخِرَةِ حِجَابًا مَّسْتُوْرًا ۝ وَّجَعَلْنَا عَلٰى قُلُوْبِهِمْ اَكِنَّةً اَنْ يَّفْقَهُوْهُ وَفِيْٓ اٰذَانِهِمْ وَقْرًا ۝ وَاِذَا ذَكَرْتَ رَبَّكَ فِى الْقُرْاٰنِ وَحْدَهٗ وَلَّوْا عَلٰٓى اَدْبَارِهِمْ نُفُوْرًا ۝ نَحْنُ اَعْلَمُ بِمَا يَسْتَمِعُوْنَ بِهٖٓ اِذْ يَسْتَمِعُوْنَ اِلَيْكَ وَاِذْ هُمْ نَجْوٰٓى اِذْ يَقُوْلُ الظّٰلِمُوْنَ اِنْ تَتَّبِعُوْنَ اِلَّا رَجُلًا مَّسْحُوْرًا ۝ اُنْظُرْ كَيْفَ ضَرَبُوْا لَكَ الْاَمْثَالَ فَضَلُّوْا فَلَا يَسْتَطِيْعُوْنَ سَبِيْلًا ۝ وَقَالُوْٓا ءَاِذَا كُنَّا عِظَامًا وَّرُفَاتًا ءَاِنَّا لَمَبْعُوْثُوْنَ خَلْقًا جَدِيْدًا ۝ قُلْ كُوْنُوْا حِجَارَةً اَوْ حَدِيْدًا ۝ اَوْ خَلْقًا مِّمَّا يَكْبُرُ فِىْ صُدُوْرِكُمْ فَسَيَقُوْلُوْنَ مَنْ يُّعِيْدُنَا قُلِ الَّذِىْ فَطَرَكُمْ اَوَّلَ مَرَّةٍ فَسَيُنْغِضُوْنَ اِلَيْكَ رُءُوْسَهُمْ وَيَقُوْلُوْنَ مَتٰى هُوَ قُلْ عَسٰٓى اَنْ يَّكُوْنَ قَرِيْبًا ۝ يَوْمَ يَدْعُوْكُمْ فَتَسْتَجِيْبُوْنَ بِحَمْدِهٖ وَتَظُنُّوْنَ اِنْ لَّبِثْتُمْ اِلَّا قَلِيْلًا ۝ وَقُلْ لِّعِبَادِىْ يَقُوْلُوا الَّتِىْ هِىَ اَحْسَنُ اِنَّ الشَّيْطٰنَ يَنْزَغُ بَيْنَهُمْ اِنَّ الشَّيْطٰنَ كَانَ لِلْاِنْسَانِ عَدُوًّا مُّبِيْنًا ۝ رَبُّكُمْ اَعْلَمُ بِكُمْ اِنْ يَّشَاْ يَرْحَمْكُمْ اَوْ اِنْ يَّشَاْ يُعَذِّبْكُمْ وَمَآ اَرْسَلْنٰكَ عَلَيْهِمْ وَكِيْلًا ۝ وَرَبُّكَ اَعْلَمُ بِمَنْ فِى السَّمٰوٰتِ وَالْاَرْضِ وَلَقَدْ فَضَّلْنَا بَعْضَ النَّبِيّٖنَ عَلٰى بَعْضٍ وَّاٰتَيْنَا دَاوٗدَ زَبُوْرًا ۝ قُلِ ادْعُوا الَّذِيْنَ زَعَمْتُمْ مِّنْ دُوْنِهٖ فَلَا يَمْلِكُوْنَ كَشْفَ الضُّرِّ عَنْكُمْ وَلَا تَحْوِيْلًا ۝ اُولٰٓئِكَ الَّذِيْنَ يَدْعُوْنَ يَبْتَغُوْنَ اِلٰى رَبِّهِمُ الْوَسِيْلَةَ اَيُّهُمْ اَقْرَبُ وَيَرْجُوْنَ رَحْمَتَهٗ وَيَخَافُوْنَ عَذَابَهٗ اِنَّ عَذَابَ رَبِّكَ كَانَ مَحْذُوْرًا ۝ وَاِنْ مِّنْ قَرْيَةٍ اِلَّا نَحْنُ مُهْلِكُوْهَا قَبْلَ يَوْمِ الْقِيٰمَةِ اَوْ مُعَذِّبُوْهَا عَذَابًا شَدِيْدًا كَانَ ذٰلِكَ فِى الْكِتٰبِ مَسْطُوْرًا ۝ وَمَا مَنَعَنَآ اَنْ نُّرْسِلَ بِالْاٰيٰتِ اِلَّآ اَنْ كَذَّبَ بِهَا الْاَوَّلُوْنَ وَاٰتَيْنَا ثَمُوْدَ النَّاقَةَ مُبْصِرَةً فَظَلَمُوْا بِهَا وَمَا نُرْسِلُ بِالْاٰيٰتِ اِلَّا تَخْوِيْفًا ۝ وَاِذْ قُلْنَا لَكَ اِنَّ رَبَّكَ اَحَاطَ بِالنَّاسِ وَمَا جَعَلْنَا الرُّءْيَا الَّتِىْٓ اَرَيْنٰكَ اِلَّا فِتْنَةً لِّلنَّاسِ وَالشَّجَرَةَ الْمَلْعُوْنَةَ فِى الْقُرْاٰنِ وَنُخَوِّفُهُمْ فَمَا يَزِيْدُهُمْ اِلَّا طُغْيَانًا كَبِيْرًا ۝ وَاِذْ قُلْنَا لِلْمَلٰٓئِكَةِ اسْجُدُوْا لِاٰدَمَ فَسَجَدُوْٓا اِلَّآ اِبْلِيْسَ قَالَ ءَاَسْجُدُ لِمَنْ خَلَقْتَ طِيْنًا ۝ قَالَ اَرَءَيْتَكَ هٰذَا الَّذِىْ كَرَّمْتَ عَلَىَّ لَئِنْ اَخَّرْتَنِ اِلٰى يَوْمِ الْقِيٰمَةِ لَاَحْتَنِكَنَّ ذُرِّيَّتَهٗٓ اِلَّا قَلِيْلًا ۝ قَالَ اذْهَبْ فَمَنْ تَبِعَكَ مِنْهُمْ فَاِنَّ جَهَنَّمَ جَزَآؤُكُمْ جَزَآءً مَّوْفُوْرًا ۝ وَاسْتَفْزِزْ مَنِ اسْتَطَعْتَ مِنْهُمْ بِصَوْتِكَ وَاَجْلِبْ عَلَيْهِمْ بِخَيْلِكَ وَرَجِلِكَ وَشَارِكْهُمْ فِى الْاَمْوَالِ وَالْاَوْلَادِ وَعِدْهُمْ وَمَا يَعِدُهُمُ الشَّيْطٰنُ اِلَّا غُرُوْرًا ۝ اِنَّ عِبَادِىْ لَيْسَ لَكَ عَلَيْهِمْ سُلْطٰنٌ وَكَفٰى بِرَبِّكَ وَكِيْلًا ۝ رَبُّكُمُ الَّذِىْ يُزْجِىْ لَكُمُ الْفُلْكَ فِى الْبَحْرِ لِتَبْتَغُوْا مِنْ فَضْلِهٖ اِنَّهٗ كَانَ بِكُمْ رَحِيْمًا ۝ وَاِذَا مَسَّكُمُ الضُّرُّ فِى الْبَحْرِ ضَلَّ مَنْ تَدْعُوْنَ اِلَّآ اِيَّاهُ فَلَمَّا نَجّٰىكُمْ اِلَى الْبَرِّ اَعْرَضْتُمْ وَكَانَ الْاِنْسَانُ كَفُوْرًا ۝ اَفَاَمِنْتُمْ اَنْ يَّخْسِفَ بِكُمْ جَانِبَ الْبَرِّ اَوْ يُرْسِلَ عَلَيْكُمْ حَاصِبًا ثُمَّ لَا تَجِدُوْا لَكُمْ وَكِيْلًا ۝ اَمْ اَمِنْتُمْ اَنْ يُّعِيْدَكُمْ فِيْهِ تَارَةً اُخْرٰى فَيُرْسِلَ عَلَيْكُمْ قَاصِفًا مِّنَ الرِّيْحِ فَيُغْرِقَكُمْ بِمَا كَفَرْتُمْ ثُمَّ لَا تَجِدُوْا لَكُمْ عَلَيْنَا بِهٖ تَبِيْعًا ۝ وَلَقَدْ كَرَّمْنَا بَنِىْٓ اٰدَمَ وَحَمَلْنٰهُمْ فِى الْبَرِّ وَالْبَحْرِ وَرَزَقْنٰهُمْ مِّنَ الطَّيِّبٰتِ وَفَضَّلْنٰهُمْ عَلٰى كَثِيْرٍ مِّمَّنْ خَلَقْنَا تَفْضِيْلًا ۝ يَوْمَ نَدْعُوْا كُلَّ اُنَاسٍ بِاِمَامِهِمْ فَمَنْ اُوْتِىَ كِتٰبَهٗ بِيَمِيْنِهٖ فَاُولٰٓئِكَ يَقْرَءُوْنَ كِتٰبَهُمْ وَلَا يُظْلَمُوْنَ فَتِيْلًا ۝ وَمَنْ كَانَ فِىْ هٰذِهٖٓ اَعْمٰى فَهُوَ فِى الْاٰخِرَةِ اَعْمٰى وَاَضَلُّ سَبِيْلًا ۝ وَاِنْ كَادُوْا لَيَفْتِنُوْنَكَ عَنِ الَّذِىْٓ اَوْحَيْنَآ اِلَيْكَ لِتَفْتَرِىَ عَلَيْنَا غَيْرَهٗ وَاِذًا لَّاتَّخَذُوْكَ خَلِيْلًا ۝ وَلَوْلَآ اَنْ ثَبَّتْنٰكَ لَقَدْ كِدْتَّ تَرْكَنُ اِلَيْهِمْ شَيْـًٔا قَلِيْلًا ۝ اِذًا لَّاَذَقْنٰكَ ضِعْفَ الْحَيٰوةِ وَضِعْفَ الْمَمَاتِ ثُمَّ لَا تَجِدُ لَكَ عَلَيْنَا نَصِيْرًا ۝ وَاِنْ كَادُوْا لَيَسْتَفِزُّوْنَكَ مِنَ الْاَرْضِ لِيُخْرِجُوْكَ مِنْهَا وَاِذًا لَّا يَلْبَثُوْنَ خِلٰفَكَ اِلَّا قَلِيْلًا ۝ سُنَّةَ مَنْ قَدْ اَرْسَلْنَا قَبْلَكَ مِنْ رُّسُلِنَا وَلَا تَجِدُ لِسُنَّتِنَا تَحْوِيْلًا ۝ اَقِمِ الصَّلٰوةَ لِدُلُوْكِ الشَّمْسِ اِلٰى غَسَقِ الَّيْلِ وَقُرْاٰنَ الْفَجْرِ اِنَّ قُرْاٰنَ الْفَجْرِ كَانَ مَشْهُوْدًا ۝ وَمِنَ الَّيْلِ فَتَهَجَّدْ بِهٖ نَافِلَةً لَّكَ عَسٰٓى اَنْ يَّبْعَثَكَ رَبُّكَ مَقَامًا مَّحْمُوْدًا ۝ وَقُلْ رَّبِّ اَدْخِلْنِىْ مُدْخَلَ صِدْقٍ وَّاَخْرِجْنِىْ مُخْرَجَ صِدْقٍ وَّاجْعَلْ لِّىْ مِنْ لَّدُنْكَ سُلْطٰنًا نَّصِيْرًا ۝ وَقُلْ جَآءَ الْحَقُّ وَزَهَقَ الْبَاطِلُ اِنَّ الْبَاطِلَ كَانَ زَهُوْقًا ۝ وَنُنَزِّلُ مِنَ الْقُرْاٰنِ مَا هُوَ شِفَآءٌ وَّرَحْمَةٌ لِّلْمُؤْمِنِيْنَ وَلَا يَزِيْدُ الظّٰلِمِيْنَ اِلَّا خَسَارًا ۝ وَاِذَآ اَنْعَمْنَا عَلَى الْاِنْسَانِ اَعْرَضَ وَنَاٰ بِجَانِبِهٖ وَاِذَا مَسَّهُ الشَّرُّ كَانَ يَـُٔوْسًا ۝ قُلْ كُلٌّ يَّعْمَلُ عَلٰى شَاكِلَتِهٖ فَرَبُّكُمْ اَعْلَمُ بِمَنْ هُوَ اَهْدٰى سَبِيْلًا ۝ وَيَسْـَٔلُوْنَكَ عَنِ الرُّوْحِ قُلِ الرُّوْحُ مِنْ اَمْرِ رَبِّىْ وَمَآ اُوْتِيْتُمْ مِّنَ الْعِلْمِ اِلَّا قَلِيْلًا ۝ وَلَئِنْ شِئْنَا لَنَذْهَبَنَّ بِالَّذِىْٓ اَوْحَيْنَآ اِلَيْكَ ثُمَّ لَا تَجِدُ لَكَ بِهٖ عَلَيْنَا وَكِيْلًا ۝ اِلَّا رَحْمَةً مِّنْ رَّبِّكَ اِنَّ فَضْلَهٗ كَانَ عَلَيْكَ كَبِيْرًا ۝ قُلْ لَّئِنِ اجْتَمَعَتِ الْاِنْسُ وَالْجِنُّ عَلٰٓى اَنْ يَّاْتُوْا بِمِثْلِ هٰذَا الْقُرْاٰنِ لَا يَاْتُوْنَ بِمِثْلِهٖ وَلَوْ كَانَ بَعْضُهُمْ لِبَعْضٍ ظَهِيْرًا ۝ وَلَقَدْ صَرَّفْنَا لِلنَّاسِ فِىْ هٰذَا الْقُرْاٰنِ مِنْ كُلِّ مَثَلٍ فَاَبٰٓى اَكْثَرُ النَّاسِ اِلَّا كُفُوْرًا ۝ وَقَالُوْا لَنْ نُّؤْمِنَ لَكَ حَتّٰى تَفْجُرَ لَنَا مِنَ الْاَرْضِ يَنْۢبُوْعًا ۝ اَوْ تَكُوْنَ لَكَ جَنَّةٌ مِّنْ نَّخِيْلٍ وَّعِنَبٍ فَتُفَجِّرَ الْاَنْهٰرَ خِلٰلَهَا تَفْجِيْرًا ۝ اَوْ تُسْقِطَ السَّمَآءَ كَمَا زَعَمْتَ عَلَيْنَا كِسَفًا اَوْ تَاْتِىَ بِاللّٰهِ وَالْمَلٰٓئِكَةِ قَبِيْلًا ۝ اَوْ يَكُوْنَ لَكَ بَيْتٌ مِّنْ زُخْرُفٍ اَوْ تَرْقٰى فِى السَّمَآءِ وَلَنْ نُّؤْمِنَ لِرُقِيِّكَ حَتّٰى تُنَزِّلَ عَلَيْنَا كِتٰبًا نَّقْرَؤُهٗ قُلْ سُبْحَانَ رَبِّىْ هَلْ كُنْتُ اِلَّا بَشَرًا رَّسُوْلًا ۝ وَمَا مَنَعَ النَّاسَ اَنْ يُّؤْمِنُوْٓا اِذْ جَآءَهُمُ الْهُدٰٓى اِلَّآ اَنْ قَالُوْٓا اَبَعَثَ اللّٰهُ بَشَرًا رَّسُوْلًا ۝ قُلْ لَّوْ كَانَ فِى الْاَرْضِ مَلٰٓئِكَةٌ يَّمْشُوْنَ مُطْمَئِنِّيْنَ لَنَزَّلْنَا عَلَيْهِمْ مِّنَ السَّمَآءِ مَلَكًا رَّسُوْلًا ۝ قُلْ كَفٰى بِاللّٰهِ شَهِيْدًا بَيْنِىْ وَبَيْنَكُمْ اِنَّهٗ كَانَ بِعِبَادِهٖ خَبِيْرًا بَصِيْرًا ۝ وَمَنْ يَّهْدِ اللّٰهُ فَهُوَ الْمُهْتَدِ وَمَنْ يُّضْلِلْ فَلَنْ تَجِدَ لَهُمْ اَوْلِيَآءَ مِنْ دُوْنِهٖ وَنَحْشُرُهُمْ يَوْمَ الْقِيٰمَةِ عَلٰى وُجُوْهِهِمْ عُمْيًا وَّبُكْمًا وَّصُمًّا مَاْوٰىهُمْ جَهَنَّمُ كُلَّمَا خَبَتْ زِدْنٰهُمْ سَعِيْرًا ۝ ذٰلِكَ جَزَآؤُهُمْ بِاَنَّهُمْ كَفَرُوْا بِاٰيٰتِنَا وَقَالُوْٓا ءَاِذَا كُنَّا عِظَامًا وَّرُفَاتًا ءَاِنَّا لَمَبْعُوْثُوْنَ خَلْقًا جَدِيْدًا ۝ اَوَلَمْ يَرَوْا اَنَّ اللّٰهَ الَّذِىْ خَلَقَ السَّمٰوٰتِ وَالْاَرْضَ قَادِرٌ عَلٰٓى اَنْ يَّخْلُقَ مِثْلَهُمْ وَجَعَلَ لَهُمْ اَجَلًا لَّا رَيْبَ فِيْهِ فَاَبَى الظّٰلِمُوْنَ اِلَّا كُفُوْرًا ۝ قُلْ لَّوْ اَنْتُمْ تَمْلِكُوْنَ خَزَآئِنَ رَحْمَةِ رَبِّىْٓ اِذًا لَّاَمْسَكْتُمْ خَشْيَةَ الْاِنْفَاقِ وَكَانَ الْاِنْسَانُ قَتُوْرًا ۝ وَلَقَدْ اٰتَيْنَا مُوْسٰى تِسْعَ اٰيٰتٍۢ بَيِّنٰتٍ فَسْـَٔلْ بَنِىْٓ اِسْرَآءِيْلَ اِذْ جَآءَهُمْ فَقَالَ لَهٗ فِرْعَوْنُ اِنِّىْ لَاَظُنُّكَ يٰمُوْسٰى مَسْحُوْرًا ۝ قَالَ لَقَدْ عَلِمْتَ مَآ اَنْزَلَ هٰٓؤُلَآءِ اِلَّا رَبُّ السَّمٰوٰتِ وَالْاَرْضِ بَصَآئِرَ وَاِنِّىْ لَاَظُنُّكَ يٰفِرْعَوْنُ مَثْبُوْرًا ۝ فَاَرَادَ اَنْ يَّسْتَفِزَّهُمْ مِّنَ الْاَرْضِ فَاَغْرَقْنٰهُ وَمَنْ مَّعَهٗ جَمِيْعًا ۝ وَقُلْنَا مِنْۢ بَعْدِهٖ لِبَنِىْٓ اِسْرَآءِيْلَ اسْكُنُوا الْاَرْضَ فَاِذَا جَآءَ وَعْدُ الْاٰخِرَةِ جِئْنَا بِكُمْ لَفِيْفًا ۝ وَبِالْحَقِّ اَنْزَلْنٰهُ وَبِالْحَقِّ نَزَلَ وَمَآ اَرْسَلْنٰكَ اِلَّا مُبَشِّرًا وَّنَذِيْرًا ۝ وَقُرْاٰنًا فَرَقْنٰهُ لِتَقْرَاَهٗ عَلَى النَّاسِ عَلٰى مُكْثٍ وَّنَزَّلْنٰهُ تَنْزِيْلًا ۝ قُلْ اٰمِنُوْا بِهٖٓ اَوْ لَا تُؤْمِنُوْا اِنَّ الَّذِيْنَ اُوْتُوا الْعِلْمَ مِنْ قَبْلِهٖٓ اِذَا يُتْلٰى عَلَيْهِمْ يَخِرُّوْنَ لِلْاَذْقَانِ سُجَّدًا ۝ وَّيَقُوْلُوْنَ سُبْحَانَ رَبِّنَآ اِنْ كَانَ وَعْدُ رَبِّنَا لَمَفْعُوْلًا ۝ وَيَخِرُّوْنَ لِلْاَذْقَانِ يَبْكُوْنَ وَيَزِيْدُهُمْ خُشُوْعًا ۝ قُلِ ادْعُوا اللّٰهَ اَوِ ادْعُوا الرَّحْمٰنَ اَيًّا مَّا تَدْعُوْا فَلَهُ الْاَسْمَآءُ الْحُسْنٰى وَلَا تَجْهَرْ بِصَلَاتِكَ وَلَا تُخَافِتْ بِهَا وَابْتَغِ بَيْنَ ذٰلِكَ سَبِيْلًا ۝ وَقُلِ الْحَمْدُ لِلّٰهِ الَّذِىْ لَمْ يَتَّخِذْ وَلَدًا وَّلَمْ يَكُنْ لَّهٗ شَرِيْكٌ فِى الْمُلْكِ وَلَمْ يَكُنْ لَّهٗ وَلِىٌّ مِّنَ الذُّلِّ وَكَبِّرْهُ تَكْبِيْرًا ۝

"Yedi gök, yer ve bunların içinde bulunanlar Allah'ı tespih ederler. Her şey O'nu hamd ile tespih eder. Ancak, siz onların tespihlerini anlamazsınız. O, halîm'dir (hemen cezalandırmaz, mühlet verir), çok bağışlayandır." (İsra, 17/44)
Varlıklar arasında en mükemmeli olan insan, özü itibariyle yaratıcısına ulaşma, ona sığınma ve onu tanıma arayışı içinde yaratılmıştır. Bu sebeple insan, tarihinin hiçbir döneminde duadan uzak kalmamıştır.

Allah ile kul arasındaki münasebet konusunda Hz. Peygamber'e yöneltilen soruya Kur'an şu cevabı vermiştir:

عَلَّهُمْ يَرْشُدُوْنَ ۝ وَاِذَا سَاَلَكَ عِبَادِىْ عَنِّىْ فَاِنِّىْ قَرِيْبٌ اُجِيْبُ دَعْوَةَ الدَّاعِ اِذَا دَعَانِ فَلْيَسْتَجِيْبُوْا لِىْ وَلْيُؤْمِنُوْا بِىْ لَ

"Kullarım beni senden sorarlarsa, (bilsinler ki), gerçekten ben (onlara çok) yakınım. Bana dua edince, dua edenin duasına cevap veririm. O halde, doğru yolu bulmaları için benim davetime uysunlar, bana iman etsinler." (Bakara, 2/186).

Dua, kulluk makamlarının en önemlisidir. Bir ayette:

وْلا دُعَاؤُكُمْقُلْ مَا يَعْبَؤُا بِكُمْ رَبّى لَ

"(Ey Muhammed!) De ki: "Duanız olmasa Rabbim size ne diye değer versin! ..." (Furkân, 25/77) buyrularak insanın Allah'a ancak bu yönelişiyle değer kazanacağı ifade edilmiştir.

Allah, kuluna cevap vermek için onun her ne vesile ile olursa olsun kendisine yönelmesini istemektedir:

وَقَالَ رَبُّكُمُ ادْعُونى اَسْتَجِبْ لَكُمْ

"Rabbiniz şöyle dedi: "Bana dua edin, duanıza cevap vereyim... (Mü'min, 40/60).

Dua, kişide psikolojik bakımdan bir rahatlık, huzur ve mutluluk doğurur. Ahlaki arınma ve yücelmeye, duyarlı bir vicdan ve sağ duyunun gelişmesine yol açar. Hz. Peygamber,

بْيَضُ مِنَ الدَّنَسِ. اللَّهمَّ اغْسِلْنِى مِنْ خَطَايَاىَ بِالْمَاءِ وَالثَّلْجِ وَالْبَرَدِلأاللَّهُمَّ نَقِّنِى مِنْ خَطَايَاىَ كَمَا يُنَقَّى الثَّوْبُ ا

"Allah'ım! beyaz elbiseyi kirden temizlediğin gibi kalbimi günahlardan arındır, hatalarımı kar ve dolu suyuyla temizle" (Buhârî, Ezân 89. I,181;) buyurarak duanın bu tesirini vurgulamıştır.

Dua rahmet hazinelerini açan bir anahtar, tükenmez bir güç kaynağı, insanı kulluğun en üst mertebelerine ulaştıran bir vesiledir.

Sadece Allah'a Dua Edilir

Kur'an'da duanın sadece Allah'a yöneltilmesi önemle vurgulanmıştır. Allah'tan başkasına, putlara veya kendilerine mutlak nitelikler izafe edilen başka yaratıklara dua ve ibadet edilmesi kesinlikle yasaklanmıştır. Konuyla ilgili ayetlerin bazısı şöyledir:

مَا دُعَاءُ لْمَاءِ لِيَبْلُغَ فَاهُ وَمَا هُوَ بِبَالِغِه وَلَهُ دَعْوَةُ الْحَقِّ وَالَّذِينَ يَدْعُونَ مِنْ دُونِه لا يَسْتَجِيبُونَ لَهُمْ بِشَىْءٍ اِلَّا كَبَاسِطِ كَفَّيْهِ اِلى ا
الْكَافِرِينَ اِلَّا فى ضَلَالٍ

"Gerçek dua ancak O'nadır. Ondan başka yalvardıkları ise onların isteklerine ancak, ağzına ulaşmayacağı halde, ulaşsın diye avuçlarını suya uzatan kimsenin isteğine suyun cevap verdiği kadar cevap verirler. Kafirlerin duası daima boşa çıkar." (Râd, 13/14).

فَلا تَدْعُ مَعَ اللّهِ اِلهًا اخَرَ فَتَكُونَ مِنَ الْمُعَذَّبِينَ .

"Öyle ise sakın Allah ile beraber başka bir ilaha yalvarma, sonra azaba uğrayanlardan olursun" (Bk. Şuarâ, 26/213;Kasas, 28/88).

Akupunktur
Acus = İğne
Punctus = Batırmak
Qi (chee) = Yaşam enerjisi
Cun = Ölçü birimi
Meridyenler
Yin / Yang dengesi

Akupunktur terimi, Çince'de CHEN-CHIU olan ve Batı'daki karşılığı Acus-iğne, Puncture-batırma deyimlerinden türetilmiştir. Eski bir Çin tedavi tekniği olmasına rağmen, birçok ülkede artık standart bir tıp uygulaması haline gelmiştir.

Akupunktur, vücudun belli noktalarına uygulanan iğnelerle yapılan bir tedavi tekniğidir.
Amaç, bozulmuş olan yaşam enerjisinin (Chi) akışını düzenlemek, Yin ve Yang dengesini sağlamaktır.

Akupunktur- ilaçsız tedavidir.
"Tedavide amaç, herhangi bir hastalığa mutlaka ilaç vermek değil, o hastalığı en az yan etkili bir metotla tedavi etmektir."

Önemli olan vücudun denge sistemini düzenlemek ve korumaktır.
Akupunktur uygulaması ile
- Analjezi,
- Motor fonksiyonlarda iyileşme,
- Bağışıklık sisteminin güçlendirilmesi ve
- Metabolizmanın düzenlenmesinde olumlu etkiler gözlenir.
- Akupunktur noktaları meridyen olarak bilinen belli enerji hatları üzerinde bulunan noktalardır.
- Vücudumuzda meridyen denilen 16 adet enerji kanalı üzerinde 472 kulakta 102 akupunktur noktası vardır.

Bu noktalar iğne ve lazer ile uyarılarak çeşitli hastalıkların tedavisinde kullanılmaktadır.
- Vücut ve kulak akupunkturu olmak üzere 2 şekilde uygulanmaktadır.

Vücutta iğne uygulanan bölgelerin her biri bir organı temsil etmektedir. Farklı bölgelere yapılan iğnelerle farklı etkiler elde edilmektedir.

Akupunkturun Etkileri; 1- Analjezik etki: Baş, boyun, bel ağrıları, romatizmal ağrılarda ve diğer ağrılarda, ağrı kesici etki sağlanır.

2- Sedasyon etkisi: Uykusuzluk, anksiyete, bağımlılık ve bazı ruhsal problemlerin tedavisinde bu etkiden yararlanılır.
3- Düzenleyici etki: Endokrin sisteminde dahil olduğu birçok sistemin dengesinin bozulmasıyla ortaya çıkan hastalıklarda akupunkturla düzenleme yapılabilir.
4- Vücut direncini (immünite) arttırıcı etki: Bu etki ile vücudun hastalıklara karşı direncini arttırır ve bağışıklık sistemini güçlendirir.
5- Psikolojik etki: Bu etki beynin nörokimyasalları aracılığı ile ortaya çıkmaktadır. Yapılan çalışmalarda, beyin dopamin ve seratonin seviyelerinin, akupunktur tedavisinden sonra arttığı saptanmıştır.
6- Motor tamir etkisi: Paralizilerde motor iyileşme, akupunktur tedavisi ile hızlanmaktadır.

Akupunktur noktalarına uygulanan iğnelere çok düşük frekansta elektrik akımı uygulanması ile elektro - akupunktur; medikal dozda lazer ışını uygulanması ile lazer - akupunktur yöntemleri geliştirilmiştir.

Akupunktur Tedavisinin Amacı
Akupunktur noktalarının uyarılmasıyla bozulan enerji dengesini düzeltmektir. Tedavi organizmanın bütün fonksiyonlarının düzenlenmesini sağlamaya yöneliktir.

Günümüzde,

- Bilinen tedavilere dirençli birçok hastalıkta etkili olması,
- Kolay uygulaması,
- İlaçların yaptığı yan etki riskinin olmaması,
- Etkili ve güvenilir olması nedeniyle modern tıpta da önem kazanmıştır.

Vücudumuzdaki Enerji Santrali
Hücrede enerji üretiminin hemen her basamağında birçok farklı enzim çalışır. Bir basamakta görevini tamamlayan enzimler son derece bilinçli bir hareketle bir sonraki basamakta yerlerini başkalarına devrederler. Böylece onlarca ara işlem bu işlemlerde devreye giren yüzlerce farklı enzim ve sayısız kimyasal reaksiyon sayesinde besinlerde depolanan enerji hücrenin işine yarayacak hale getirilir.
Milimetrenin 100'de biri kadar olan hücrelerimizin içindeki "enerji santrali" bir petrol rafinerisinden ya da bir hidroelektrik santralinden daha komplekstir.

Enzimler tıpkı bir mühendis veya konusunun uzmanı bir profesör gibi çalışarak insan bedeninin ihtiyaç duyduğu enerjiyi üretirler.

Vücudumuzdaki Enerji Merkezleri

Bedenimiz üzerinde, Çakra adı verilen 7 adet enerji merkezi vardır. Çakraların 7'sininde açık olması kişinin sürekli evrensel enerji sistemi ile irtibatlı olmasına yol açar. Bu insanların dayanıklılığı ve enerjileri çok olur. Yaşam enerjisi, çakralar yolu ile bedende dolaşım sağlar.

Her çakra, farklı frekanstaki bir enerjinin giriş kapısıdır. Bu enerji kanalları, insan vücudunda yaşam enerjisini dolaştırır ve enerji akışını dengeler. Ne zaman bu kapılardan birinde tıkanma oluşursa, bedenin enerji alımı güçleşir: İşte problemler böyle başlar. Çünkü, bedeni besleyen enerji akımı kısıtlanmış olur. Çakralar düzgün çalışmadığı zaman beden, sağlığını korumakta zorlanır.

1. ÇAKRA: Enerji sisteminin merkezi (Kök çakra):Kuyruk sokumu üzerindedir.

İlgili sistem ve organlar: Tüm fizyolojik ve psikolojik beden, bağışıklık sistemi.

Bu merkez, bedenimize gerekli olan kan dolaşımı böbrek üstü bezleri tarafından adrenalin ve nor-adrenalin salgılayarak, vücudumuzun ısı potansiyelinin de düzenlenmesinde rol oynar. Yaşama gücünü ve dengeyi sağlayarak diğer enerji merkezleriyle uyumlu çalışıp güvenle kendimizi hayata bağlar, hayat dolu ve üretken kılar.

Bağlı hastalıklar: Fiziksel ve psikolojik direncin kırılması, duygularda belirsizlik ve kararsızlık.

2. ÇAKRA (Sakral, Hara): Göbek deliğinin altında, karın bölgesindedir. Cinsel organları kontrol eder.

İlgili sistem ve organlar: Erkekte; penis, prostat ,testisler. Kadında; vajina, yumurtalıklar, rahim, fallop tüpleri.

Bağlı hastalıklar: Prostat iltihapları, cinsel sorunlar, rahim enfeksiyonları, cinsel soğukluk, iktidarsızlık, ağrılı ve düzensiz regller, erken boşalma, özgüven eksikliği.

3. ÇAKRA (Solar Pleksus Merkezi): Mide çakrasıdır. Sindirim sisteminin tüm fonksiyonlarını kontrol eder. Göğüslerin altında göbek deliğinin üzerindedir. Burada mide, karaciğer, dalak gibi organlar bulunmaktadır. Vücudumuzda sindirim, mide, karaciğer, safra kesesi, dalak, pankreas, yanında otonom sinir sistemini de etki alanı içine alarak pankreas aracılığıyla yağ, protein ve karbonhidrat sindiriminde vücuttaki şeker ve insulin dengelenmesinin sağlanmasında önemli rol oynar.

İlgili sistem ve organlar: Mide, pankreas, safra kesesi, karaciğer, bağırsaklar.böbrekler, dalak, mesane.

Bağlı hastalıklar: Mide ülserleri, karaciğer hastalıkları, sindirim bozuklukları, ishal, pankreas iltihapları, böbrek enfeksiyonları. Tatminsizlik, maddiyata bağlanma, aşırı sinirlilik.

4. ÇAKRA (Kalp Enerji Merkezi): Sırtın yukarısında, göğüs boşluğunda kalbin yanında olduğu varsayılan bu merkez; ciğerlerimizi, dolaşım sistemimizi ve bu sistemin içindeki kanı cildimize kadar yayarak timus bezinin etkisiyle vücudumuzun kan ve lenf sistemini içine alıp bağışıklık sistemini güçlendirir.

İlgili sistem ve organlar: Kalp, damarlar, lenf bezleri.

Bağlı hastalıklar: Kolesterol, yüksek tansiyon, düşük tansiyon,Kalp ve damar hastalıkları
Sevgisizlik, anlaşılamama korkusu, kendine acıma.

5. ÇAKRA (Boğaz Enerji Merkezi): Boyunla boğaz arasındaki çukurda boyun omurunun hizasında olduğu varsayılan bu merkez, solunum sistemi ve 5 duyuyu kontrol eder. Boyun, boğaz, yüzün alt kısmı, kulak, dil, ses bronşlar, yemek borusu ve soluk borusundan kollara kadar etkili olup iyot metabolizmasının ve hücrelerin kalsiyum dengelerini sağlar.

İlgili sistem ve organlar: Burun, ağız, boğaz, nefes borusu, akciğerler, kulaklar, gözler, cilt.

Bağlı hastalıklar: Öksürük, alerjiler, grip, astım, görme bozuklukları, cilt hastalıkları, işitme sorunları. Tepkilerde yavaşlama, huzursuzluk.

6. ÇAKRA (Alın çakrası): Alın üzerindedir. Burada hipofiz salgı bezi vardır. Bu bezin işlevi, büyümeyi ve metabolizmayı kapsayan hormonları salgılamaktır. Bu çakra hem fiziksel, hem de spiritüel anlamda görme ile doğrudan bağlantılıdır. Sezgiyi kontrol eder.

İlgili sistem ve organlar: Sinir sistemi.
Bağlı hastalıklar: Yolculuk hastalıkları (vapur, uçak tutması), zeka geriliği, unutkanlık, korku, stres.
7. Çakra (Taç çakra): Başın üst kısmında bulunmaktadır. Vücudun tüm fonksiyonlarını kontrol eder. Burada epifiz salgı bezi vardır. İşlevi tıbbî açıdan tam olarak kanıtlanmamış olsa da büyüme ile ilgili olduğu sanılmaktadır. Melatonin salgılar.
İlgili sistem ve organlar: Beyin ve sinir sistemi, iskelet sistemi, kaslar.
Bağlı hastalıklar: Kemik, eklem ve kas ağrıları, akıl ve sinir hastalıkları, uykusuzluk, depresyon, aşırı duyarlılık, baş ağrısı.
Düşüncelerimizle oluşan veya çevremizden bize ulaşan negatif enerjiler bedenimizin enerji giriş kapılarını, yani çakralarımızı kirletir ve bloke eder. Çakraların kapanması ise etkin olduğu bölgedeki organların, özellikle de salgı bezlerini etkileyerek, yani enerjisiz bırakarak sağlık sorunlarının oluşmasına neden olur.

VÜCUTTA ENERJİ ÜRETİMİ NASIL OLUR?

Birinci Sistem

ATP-CP sistemidir. Bu sistem en hızlı enerji üreten sistemdir. Yakıt olarak sadece karbonhidratları (glikoz, glikojen) kullanır. Enerji üretirken oksijene ihtiyaç duymaz. Ancak çok kısıtlı enerji üretir. 1 ile 10 saniye arasında süren çok şiddetli aktivitelerde bu sistem kullanılır. Bu sitemin devreye girmesi için kişinin nabzı % 95'in üzerinde olmalıdır.

İkinci Sistem

Laktik asit sistemidir. Bu sistem hızlı enerji üreten bir sistemdir. Yakıt olarak sadece karbonhidratları (glikoz, glikojen) kullanır. Enerji üretirken oksijene ihtiyaç duymaz. Ancak çok kısıtlı enerji üretir. 10 saniye ile 1 dakika arasında süren şiddetli aktivitelerde bu sistem kullanılır. Bu sitemin devreye girmesi için kişinin nabzı % 85' in üzerinde olmalıdır.

Üçüncü Sistem

Oksijenli laktik asit sistemidir. Bu sistem de yavaş enerji üreten bir sistemdir. Yakıt olarak sadece karbonhidratları (glikoz, glikojen) kullanır. Enerji üretirken oksijen kullanılır. Ancak bu sistem kullanılırken alınan oksijen belli bir süre sonra yapılan aktivite için yetersiz gelmeye başlar, bunun için bu sistem oksijen kullanılıyor olsa bile anaerobik (oksijensiz) sistemler arasında kabul edilir. Kısıtlı enerji üretir. 1-3 dakika arasında süren şiddetli aktivitelerde bu sistem kullanılır. Bu sitemin devreye girmesi için kişinin nabzı % 80' in üzerinde olmalıdır.

Dördüncü Sistem

Aerobik (oksijenli) sistem olarak tanımlanır. Bu sistem hayatımızın her aşamasında; yürürken, yemek yerken, konuşurken, yazı yazarken, uyurken, hafif tempolu koşarken, televizyon izlerken bu sistemi kullanırız. Bu sistemde oksijen şarttır, yağ asitlerinin sentezlenerek enerjinin ortaya çıkması için oksijen gerekir ve oksijenin aktivitenin şiddeti için yetersiz olması durumunda daha önce gördüğümüz oksijensiz sistemler devreye girer. Nabzımızın %70'in altında olduğu uzun süre dayanabileceğimiz aktiviteler önerilebilir.

Beşinci Sistem

Proteinlerin enerji üretimi için kullanıldığı sistemdir. Proteinler, tüm enerji kaynakları bittiği zaman enerji üretmek için kullanılırlar. Normalde enerji üretimine katılmazlar, dokuların yapı taşlarıdır.
Tüm enerji sistemleri bizim direkt olarak kumanda ettiğimiz sistemler değildir, o kadar mükemmel dizayn edilmişlerdir ki; bizim yaptığımız her aktiviteye göre uygun sistem / sistemler devreye girer bizim için enerji üretir, biz ise sadece kullanırız.

Vücuttaki Enerji Akışının Bozulmasına Neden Olan Etkenler

Aşırı sıcak ve soğuklar, cereyanda kalma, hava kirliliği, nemli ve rutubetli ortam, beslenme bozukluğu, stres, gerilim, öfke, zor hayat şartları, yürüyüş ve hareket azlığı, hormonlu sebzeler, suni gıdalar, yağlı ve şekerli yiyecekler, fast food tarzı, ayakta ve hızlı beslenme, sigara ve alkol gibi zararlı maddeler.

VÜCUTTAKİ ENERJİ AKIŞININ BOZULMASI İLE GÖRÜLEN GENEL ŞİKAYETLER

* Yorgunum.
* Ağrılarım var.
* Hiç keyfim yok.
* Rahatsızım.
* Hastalandım.

Akupunktur meridyenler üzerindeki akan enerjiyi kontrol eder. Hayat enerjisinin dağılımını ve organlara transferini düzenleyerek enerji dengesini sağlar.
Akupunktur tedavisi bozulan dengeyi düzeltir ve denge sistemini kuvvetlendirir. Zaten o sebeple, sağlıklı insan dahi yılda bir kür akupunktur tedavisi olup, var olan dengesinin bakımını yaptırmalı ve hastalıklara karşı dengesini korumaya almalıdır.

* Tüm organlara ve dokulara kan gidişini düzenleyerek her hücrenin düzenli çalışmasını sağlar. Ayrıca hasara uğramış dokuların böylece beslenmesi ve tamir edilmesi kolaylaşmış olur. Kanla birlikte tüm dokulara oksijen taşınmasını da düzenleyerek görevlerini iyi yapmalarını sağlar.
* Vücut zindeleşir ve hareket kabiliyeti artar. Tüm bunları sağlayınca hasta kendini zinde ve dinç hissedecektir. Bu daha önce yapamadığı hareketleri yapabilmesini, işini devam ettirmesini sağlayacaktır. Hastanın yaşam kalitesi yükselmiş olacaktır.

BİYOENERJİ

Bedenimiz çalışan kaslarımız ile ısı üretir. Bu ısı enerjisi bedenimizdeki nice kimyasal işlevlerin sonucu ortaya çıkar. Bedenimizde sinir sistemimiz üretilen elektrik enerjisi ile işlev görmektedir. Isı ve elektrik akımı birer enerji türü ise ve bu ısı veya elektrik enerjisi mekanik bir düzey tarafından değil de yaşayan, biyolojik bir varlık tarafından üretildiği için bunlara biyoenerji denilir.

Tabiatın en temel enerjisi manyetik enerjidir, bu canlı ve cansız her şeyde var olan bir enerji türüdür. Bu gücün kaynağı atomların içinde süzülen elektronlardır. Her varlık atomlardan oluşması nedeniyle kendine özgü manyetik alana sahiptir. Canlı organizmalar da kendi içlerinde hayatlarını idame ettirebilmeleri için elektromanyetik, ısı, kimyasal ve elektrik enerjisini kullanırlar.

NASA araştırmalarına göre uyuyan bir insan kullanıma hazır 81 watt, ayakta duran birisi 128 watt, yürüyen birisi 163 watt, hızlı yürüyen birisi 407 watt, uzun mesafe koşucusu 1048 watt ve kısa mesafe koşucusu 1630 watt'lık bir güç üretir. İnsanoğlu kendinde var olan bu gücü bir noktaya odaklayabilmiş olsa bununla rahatlıkla 100 watt'lık bir ampulü eli ile aydınlatabilir.

İnsanoğlu bu elektrik üretiminin yanında birde ısı üretir; insan günlük diyeti ile aldığı 2400 kalori ile saat başına 100 kalori ısı üretir. Vücudumuzda üretilen enerjiye örnek olarak; ısı enerjisi sayesinde enfeksiyonların varlığı tespit edilir, bu ısı biyoenerji seansı sırasında kullanarak hastalara fayda sağlanır.

Örneğin; MR görüntüleri bedenlerimizdeki manyetik akımlar; kalp ve sinir ileti ölçümleri bedenlerimizdeki elektrik akımları sayesinde elde edilir ve aynı elektrik ve ısı enerjisi, makineler tarafından üretilerek fizik tedavi sırasında hastalara uygulanır. Yapay veya doğal bu enerjilerin doğru biçimle, doğru şekilde kullanılması hastalarımıza fayda sağlamaktadır ve bunların uygulayıcıları tedavide ehil kişiler yani doktorlar ve sağlık çalışanları olmalı veya onların gözetimi altında yapılmalıdır.

Biyoenerji yapılacak hastalarda bilimsel mantık ile hareket edilmelidir. Hasta önce bir doktor tarafından muayene edilmeli. Eğer gerekirse tetkikleri yapılmalı ve hastalığın tanısı koyulmalıdır.

BİYOENERJİ

Biyoenerji herkesin içinde bulunduğu varsayılan iyileştirici bir güçtür.
Biyoenerjinin bitkisel tedaviyle ve psikoterapi ile birlikte kullanılması harika sonuçlar yaratıyor.
Tıbbın pes ettiği yerde en çaresiz hastalıkları bile iyileştiren içsel enerjidir.
Keşfedenlerin sayısı hayli sınırlı, olup çoğu da Rusya'dadır.
Pek çok ülkede" hurafe" diye bir yana itilen biyoenerji, Rusya'da yıllar önce "bilim" olarak kabul görmüştür, yetenekli kişileri eğitmek için akademi kurulmuştur.

Aslında uzak doğu ve orta Asya steplerinde yüzyıllardan beri biliniyor ve uygulanıyor .
Biyoenerji çok farklı şekillerde adlandırılmaktadır.
Evrensel enerji- yasam enerjisi- çi- ki-prana- kozmik enerji, ama hepside aynı şeyi anlatmaktadır.
Bu bütün canlılarda olduğu kabul edilen güçtür. Kozmik enerji tepeden girer ve şakralar vasıtasıyla bedenin çeşitli bölgelerine dağılır. Fazlası el ve ayak uçlarından çıkar .
Herhangi bir nedenden dolayı şakralar kapanırsa, enerji dağılamadığı için o bölge beslenemez ve hastalık ortaya çıkar.

Bizlerde belli titreşimlerin "kan-kemik-kas-sinir-doku vs." birleşimi ile organize olmuş enerji varlıkları olduğumuz kadar bizi canlı kılan özel bir enerji sistemi ile donanmış durumdayız. Evrensel enerji ile sürekli bağlantıda olan ve ondan beslenen vücudumuzdaki enerji sistemimiz özgün bir yapı oluşturur.

Vücudu kan damarları gibi saran "nadi" dediğimiz enerji kanalları ile bu enerji dolaşır. Belli şekillerde enerji meridyenleri oluşturur. Bu meridyenlerin başlangıç ve bitiş noktaları, özel enerji tetikleme noktaları olduğu kadar, enerji beslemesi yapacağı organ ve sistemleri işaret eder.

Evrendeki herşeyde olduğu gibi bizimde bir manyetik alanımız vardır. Buna AURA denir. Auramız bireysel enerjimizin evrene açılan yanıdır. Değişik katmanlardan oluşmuştur. Herbiri özgün renk ve yoğunluğa, akışa sahip olan aura katmanlarının, bizim enerji kalitemize ve onu kullanabilme yeteneğimize göre (bilinçli veya bilinçsiz) bütün evreni kaplayacak bir enerjidir.

Uygulayıcı (terapist) sadece bilinçli bir aktarıcıdır. Yaptığı tek şey; hastanın enerji elektrik sistemini yeniden olması gereken düzeye getirmektir.

Bir bakıma "AKORD" etmektir. Enerji sistemindeki aksaklık, sorun halledilince her canlıda var olan biyoregüler güç vücudu yeniler, sistemler güçlenir.

Biyoenerji İle Hangi Hastalıklar Tedavi Edilebilir
İnsan bedenin ürettiği enerji ile mucizeler gerçekleştirilemez, bu tür iddialarda bulunan kişilerden uzak durulmalıdır. Olmayan bir şeyi nasıl var edemezsek; ölmüş bir hücreyi, organı canlandırmaya çalışmak da imkânsızdır. Biyoenerjiden faydalanmak isteniyorsa o hücre canlı ve çalışıyor olmalıdır.
Bir şey var ve çalışıyorsa, biyoenerji bunu daha düzenli çalışır hale getirebilir (örneğin; diyabet, guatr), biyoenerji bunu daha güçlü ve dirençli bir hale getirebilir (örneğin; alerji, varis). Erken müdahale biyoenerji uygulaması için de geçerlidir; hücreler ölmeden yok olmadan, onlara ihtiyaç duyduğu yardım elini uzatmak gerekir.

Biyoenerjinin hücreler üzerindeki etkisini dört temel unsura ayırabiliriz:
Vücudun Bağışıklık Sistemini Güçlendirir
Vücudun savunma direncini yitirmesine sebep olan rahatsızlıklar enfeksiyonlar ve benzeri hastalıklardır. Seansların amacı hastalığın kendisine yönelik olmaz. Seansların amacı bedenin doğal savunma mekanizmalarını güçlendirip onları harekete geçirmek olur. Güçlü bir beden rahatsızlanmaz, rahatsızlanırsa bunu kolayca üzerinden atmasını becerir!
Bölgesel Zafiyeti Ortadan Kaldırır
Bölgesel bir zafiyetten kaynaklanan hastalıklar kronik ağrılar, alerjiler, varisler, kabızlık ve benzeri rahatsızlıklardır. Seansların amacı hücrelerin enerji seviyesini yükseltmek, onların direncini artırarak aynı rahatsızlığın aynı bölgede tekrarlamasını engellemektir.
Hücresel Fonksiyon Bozukluklarını Giderir
Hücresel düzeyde bir çalışma veya şekil değiştirme bozukluğu örnekleri diyabet, ritim bozuklukları, tiroit bezi hastalıkları, astım, böbrek yetmezliği, kanser, ülserler, kas ve iskelet sistemi hastalıkları, sinir sistemi hastalıkları ve psikolojik hastalıklar, deri hastalıkları, romatizmal hastalıklar ve benzeri rahatsızlıklardır. Seansların amacı hücresel fonksiyon düzensizliğini gidermek ve/ veya çevresine zarar veren hücreyi apoptosis dediğimiz programlanmış hücre ölümüne sürüklemek olur.
•Vücudun enerji akımlarını düzenleyerek bunların vücuttan giriş ve çıkışlarına yardımcı olur.

SEANS NASIL UYGULANIR?

Tedavi olmak isteyen kişi, uygulayıcının yardımını içten ve açık olarak kabul etmesi gerekir, yoksa kişiye ulaşılamaz!

• Yapılan işlem; vücudun (fiziksel ve düşünsel) bedeninin NEGATİF enerji birikiminden temizlenmesidir.
• Tedavi, insan bedeninin kendini yenileme gücü ile gerçekleştirilir.
• Seans yaptırmak isteyen hasta biyoenerji yatağına yatırılır.
• Gözlerini kapatır, sadece farkına varır.
• Hem gözleyici, hem gözlenen olur.
• Dikkatini bedenine yönlendirir.
• Ek olarak HİÇ BİR UYGULAMA yapılmaz (ilaç, alet, ışın vs).
• Eller vücutta üretilen enerjinin merceği durumundadır.
• Bedenin 10–15 cm uzağından, el değmeden ve uygulayan kişinin vücudunda üretilen enerji (manyetik, elektrik ve ısı enerjileri) hastaya aktarılır.
• Uygulanan kişi; rahatsız olan bölgesinde, ısınma, soğuma, karıncalanma, uyuşma ve küçük titreşimler hissedebilir.
• Seans anında, tüm vücutta hareketlenmeler, ısınma, soğuma, iğnelenme, karıncalanma, kan akışının bölge üzerinde artması, canlı ve parlak ışıklar görme vs olabilir.
• Vücutta dağılımı ve işleyişi bozulmuş enerji akımları düzenlenir.
• Böylece insan vücudu, uygulayıcı tarafından akort edilir.
• Seans yaklaşık 20–25 dakika sürer.
• Kişilere hiçbir yan etkisi yoktur.
• Vücut, sağlıklı sistemini yeniden kurar.
• Çoğu kişi seanstan hemen sonra, bazılarında da daha sonraki seanslarda iyileştiklerini bildirirler.

Seanstan Sonra

•Kişide rahatlama, dinçleşme, güçlenme, yüzünde ışıldama, güzelleşme, yüz cildinde gerginleşme, doğal rengine kavuşma, gözlerde canlanma, ışıldama,
ses tonlarında değişme görülür.
•En az 3 seans yapılmalıdır.
•Seansın tamamlandığına seansı alan kişi karar verir.
•Seansın başarılı sonuç verdiğini en iyi tespit eden kişi odur.
•Uygulayıcı da bilir, fakat seans yaptıran kişiden teyit alır.
•Enerji, insan bilincinin üstünde bir seviyesinde çalışır.

İnanmak Yolun Yarısıdır

Biyoenerji doktoru bağlantı meridyenleri, çakra ve auradaki sorun ve denge ile ilgilenir. Aksaklığı oluşturan enerji sorununu halleder.
*** Enerji sistemi düzgün, güçlü çalışan kişinin bütün sistemleri düzgün çalışacaktır.
Hastanın konuya dahil olması çok önemlidir. İnanmadan gelen ön yargılı, şüpheli kişilere yapılan uğraşı baştan yanlıştır.
Terapist ne kadar verici ise o da o kadar alıcı olmalıdır. Bu da titreşimlerin direnç göstermeden olaya dahil olmasıdır.
İnanmayan vücut aura kalkanı kurar. Terapist frekans uyumu ve rezone olmayı başaramaz.

Günümüzde ABD, Çin, Japonya, Rusya Federasyonu, Batı Avrupa Devletleri ve bilhassa İngiltere'de biyoenerji tıbbı büyük ölçüde hizmete girmiştir ve tıp fakültelerinde ve enstitülerde eğitimi verilmektedir. Batı Avrupa devletlerinde 17.000, İngiltere'de 8.000 biyoenerjist hastanelerde görev yapmakta ve özellikle büyük ameliyatlardan önce ve ameliyatlar sırasında biyoenerjiden faydalanıldığı bu sayının ABD'de 30.000 olduğu belirtilmektedir.

Türkiye'de 02.11.2011 tarihli 28103 sayılı resmi gazetede yayınlanan kanun hükmünde kararnamede "TAMAMLAYICI ALTERNATİF TIP UYGULAMALARI" KHK/663/8. Madde Ğ fıkrası ile SAĞLIK BAKANLIĞI tarafından kabul edilmiş ve sağlık hizmetlerine dâhil edilmiştir.

Neler Söylemişler?

İbni Sina

Orta çağın en ünlü hekimi. İnsanların diğeri üzerinde getirdiği iyi veya kötü TESİR'lerin varlığını kabul etmek ile kalmaz, insanın uzak mesafelerden ETKİ edebileceğine inanır.

İtalyan Flozof Pomponace

İyileştirici ve güçlü YETENEKLERE sahip insanlar vardır. Bu yeteneklerle istek gücü ile dışarı çıkar, onu alan bedenlerde ETKİLER oluştururlar. AFSUN'ların etkisini kabul eder, DOĞAL etkenler der.

Uan Helmot

Belçikalı kimyager ve hekim.(1577-1644). Manyetize edilmiş cümlelerin ETKİ'sine inanır, GÜÇ yükleyip iyileştirici ETKİLER meydana getirebilir. İnsanda öyle bir ENERJİ varki, kendi dışında bir ETKİ oluşturabilir. Modern deneycilerden, uzaktan ŞİFA'nın olabileceğini kabul edenler çoktur. Olayın gerçek oluşunu daha öncelerden söylerler.

Deleuze (Jean Philippe Françolis 1753-1835)

İnsan beden ve ruhtan oluşmuştur. İnsanlara karşı, iradeci yolu ile ETKİ etme MELEKESİNE sahiptir. Bu MELEKEYE MANYETİZM adı verilir. MANYETİZM doğa güçlerini kullanmak düzenlemek işidir.TABİATIN gidişi yabancı ETKENLERLE rahatsız edildikçe MANYETİZÖRE onu yeniden kurmak güç gelir. TANRININ insana verdiği çok güzel ve kıymetli bir YETENEK...

Nasıl olduğunu bilmediğimiz, bilsek bile yönetemediğimiz bir sistem vücudumuz…
Biz hiçbir şeye müdahale etmeden/edemeden bizim için çalışıyor.

KARDİYOPULMONER EGZERSİZ TESTLERİ

Markus Siepman

Titus Rempel

Kardiyopulmoner Egzersiz Testleri Kursu Almanyadan gelen iki hocamız Markus Siepman ve Titus Rempel tarafından kurs başarıyla tamamlanmıştır.

BİLDİRİLER

SÖZEL BİLDİRİLER

PEDİATRİK PALYATİF BAKIM MERKEZİ MODELİ

Hazırlayanlar: Dercan TEMEL (Dörtçelik Çocuk Hastanesi), Yasemin AYDÜZ (Dörtçelik Çocuk Hastanesi)

Erkan YILDIRIM (Dörtçelik Çocuk Hastanesi)

Amaç

Çocuk hastanın yaşadığı sorunlar evde kontrol altına alınamayacak kadar büyük olduğunda ya da tıbbi tedavi tamamlanıp, bakım aşamasına geçildiğinde ailelerin bu bakımı gerçekleştirebilmesi, sürece uyum sağlayabilmesi için Palyatif Bakım hizmetlerinin sunulduğu bir merkez ihtiyacı ortaya çıkmıştır. Dörtçelik Çocuk Hastanesi bünyesinde Pediatrik Palyatif Bakım Merkezi 13.08.2015'te açılmıştır.

Vaka

Progresif ve küratif tedavinin mümkün olmadığı, tedavinin sadece palyatif olduğu ve yıllar boyu sürdüğü durumda olan Ayaz Akyol (Doğum tarihi 25.06.2013) 21.02.2014 tarihinden itibaren Dörtçelik Çocuk Hastanesi 3. Basamak Yoğun Bakım servisinde yatmaktaydı. Yattığı süre boyunca aile çocuğu kabullenememekte, ziyaretleri 15 günde bir veya daha seyrek gerçekleşmekteydi. Tıbbi tedavisi tamamlanıp ev tipi mekanik ventilatör ile taburcusu planlanan hastanın yakınlarına eğitim verilmek istendiğinde ailenin direnci ile ve evdeki fiziki koşulların bakım için yetersiz olduğu ifadesi ile karşılaşılmıştır. Sosyal Hizmet Uzmanının evde yaptığı değerlendirme sonucu evde nüfusun kalabalık olduğu, fiziki koşullarda bazı düzenlemeler yapılarak bakım imkânının olduğu gözlemlenmiştir. Ülke koşullarında yoğun bakım yatak sayısı göz önünde bulundurulduğunda söz konusu hastanın Bakım Merkezine gereksinimi ortaya çıkmıştır. Aile ile yapılan görüşmelerde uygun şartlar sağlanana ve anne çocuk uyumu sağlanana kadar Pediatrik Palyatif Bakım Merkezi'nde kalabileceği anlatılmıştır. Evdeki hazırlıkların tamamlanması ve bu süre zarfında ailenin duruma adaptasyonunu sağlamak amacıyla 16.10.2015 tarihinde hasta Pediatrik Palyatif Bakım Merkezi'ne alınmıştır.

Sonuç

Pediatrik Palyatif Bakım Merkezi'nde aileye psikolojik destek sağlanmış, mekanik ventilatör, aspirasyon ve aspiratör kullanımı, PEG (Perkütan endoskopik gastrostomi) ile beslenme, postüral drenaj, fiziksel egzersizler, bası yarası oluşumunu önlemek için pozisyon değişimi, çocuğun hijyen gereksinimlerinin sağlanması, trakeostomi kanül bakımı eğitimleri verilmiştir. Bu sürede aile çocuğu kabullenmiş, sağlık personeli ile uyumlu bir şekilde bakımı üstlenmiştir. Pediatrik Palyatif Bakım Merkezi'nin fiziki koşulları ailenin evde kişisel ihtiyaçlarını giderebileceği imkânda olduğu için bu süreçte hiçbir uyum sorunu yaşanmamıştır. Çocuğun yanında kalan aile bireyleri psikolog desteği almıştır. Bakımlardan kalan boş zamanlarında meşguliyet odasında kitap okuma, diğer hasta yakınlarıyla iletişim kurabilme, 24 saat kullanıma açık mutfak, televizyon, hobilerini gerçekleştirip, dinlenme olanağı sağlanmıştır.

Bu vaka incelemesi, kronik bakım hastalarının bu tür bakım merkezlerine ülke genelinde ihtiyaç duyduğunu ve sayısının artması gerektiğini göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: Pediatri, palyatif, yoğun bakım.

EVDE VE HUZUREVİNDE YAŞAYAN YAŞLILARIN YAŞAM KOŞULLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ
(TOPLUM TEMELLİ EVDE BAKIM MODEL ÖNERİSİ)

İrem TUFAN

Kurumsal Sosyal Hizmetler Birim Yöneticisi Türk Kızılayı

BİLDİRİ ÖZETİ

ÇALIŞMANIN AMACI
Birleşmiş Milletler Yaşlılık İlkeleri'nin yerine getirilmesi ve Dünya Sağlık Örgütü'nün belirlediği yaşlı gereksinimlerinin karşılanmasına yönelik kamusal hizmetlerin yanı sıra sivil toplumun çalışmaları önem kazanmaktadır. Bu çalışmada genel amaç; kendi ev ortamlarında yalnız/aile üyeleri ile birlikte yaşayan ya da kurum bakımı (huzurevlerimiz) alan yaşlıların yaşam koşullarını yaşlılık ilkeleri ve temel gereksinimleri ekseninde değerlendirmek ve toplum temelli evde bakım modeline yönelik önerilerde bulunmaktadır.
Araştırmanın örneklemi: 65 yaş üstü 80 (ev: 24, huzurevi:56) kişidir.

ÇALIŞMANIN ÖNEMİ
Çalışmanın; mekân, SED, yalnız yaşama durumuna göre faklı profildeki yaşlıların temel gereksinimleri ve yaşam koşullarıyla ilgili analiz yapılmasına ve toplum temelli evde bakım hizmet modellerinin geliştirilmesine fırsat vereceği düşünülmektedir.

ÇALIŞMANIN YÖNTEMİ ve TEKNİĞİ
Türk Kızılayı Yaşlılık Yaşam Koşulları Araştırması Soru Formu 70 katılımcıya uygulanmış, 10 kişilik odak grup görüşmesi yapılmıştır.

ÇALIŞMANIN BULGULARI
Araştırmada; yaşlıların nesnel yaşam koşullarına (sağlık sorunları- demografik- ekonomik-eğitim-çevre-konut koşulları, bağımsız hareket edebilme, hizmetlerden yararlanabilme durumları) ve öznel yaşam koşullarına (sosyal destek sistemleri, boş zaman değerlendirme, kendi gerçekleştirme, zarar görebilirlik, karar ve sosyal yaşama katılım durumları, yaşlılık, saygınlık ve itibarla ilgili görüşleri, sorunları) yönelik bulgulara yer verilmiştir.

SONUÇ ve ÖNERİLER
Çalışmada yaşlanmanın ve evde/kurumda hizmetlere ulaşabilme/yararlanabilme durumlarının yaşlıların yaşam kalitesinde belirleyici olduğu anlaşılmakta bu kapsamda; toplum temelli evde bakım hizmetlerinin yaygınlaştırılmasına yönelik önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Toplum temelli evde bakım, sosyal bakım, aktif yaşlanma, yaşlılık ilkeleri, yaşlı gereksinimleri.

TRİKOTİLOMANİ TEDAVİSİNDE HİPNOTERAPİ: BİR VAKA SUNUMU

Muhammed BAYRAM
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Tıbbi Hizmetler Kurum Başkan Yardımcılığı
Uluslararası İlişkiler ve Acil Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı

Giriş
Trikotilomani, belirgin şekilde saç kaybı ile sonuçlanacak kadar kişinin saçını tekrarlayan bir tarzda koparma davranışıdır. Trikotilomani hastalarında, en sık saç koparmanın, daha seyrek olarak da kaş, kirpik, sakal, bıyık, koltukaltı ve kasık gibi bedenin çeşitli bölgelerinden kıl koparmanın görüldüğü bildirilmektedir. Bu yazıda hipnoterapi polikliniğimize trikotilomani nedeniyle başvuran ve hipnoterapi ile tedavi edilen bir vakanın tartışılması amaçlanmıştır.
Anahtar kelimeler: Trikotilomani, hipnoterapi, relaksasyon.

Vaka
22 yaşında üniversite öğrencisine 8 yıldır trikotilomani hastalığının olması nedeniyle hipnoterapi önerildi. İlk görüşmede hastanın anamnezi alındı. Hasta bu rahatsızlığı nedeniyle defalarca cildiye ve psikiyatri polikliniklerine gittiğini ve kendisine ilaç verildiğini ama şikâyetinin geçmediğini ifade etti. En son gittiği psikiyatristin kendisine 20 mg'lık fluoksetin verdiği ve şikâyetlerinin azalmaması sonucu bu ilacı 40 mg'a çıkardığını ifade etti. İlacı yaklaşık bir buçuk yıldır kullanmasına rağmen hala şikâyetlerinin geçmediğini belirtti.

İlk seansta hastaya hipnoterapiden bahsedilerek hipnoz nedir ve ne değildir sorularına cevap verilerek rahatsızlığının iyileşebileceğiyle ilgili ip uçları verildi. Sonrasında ilk üç seansı birer gün arayla olmak üzere toplam 5 seans hipnoterapi uygulandı. İlk seansta gevşeme ve bırakabilme telkinleri verildi. Aynı zamanda saçını yolacağını hissettiği anda parmağını ısırması önerilerek ödev verildi.

İkinci seansta hasta kendisini daha rahat hissettiğini ve vücudundan herhangi bir kıl koparmadığını ifade etti. Bu seansta imajinasyon teknikleri kullanılarak kendisinin saç yolma eylemini gerçekleştirirken bir bayanın gözüyle kendisini görmesi sağlandı. Burada kullandığımız negatif imajinasyon, kişinin motivasyonunu arttırması yönünden etkili oldu.
Üçüncü seansta farkındalık ve onaylama hipnozları kullanılarak öz güven ve öz değer duygularına ulaşılması sağlandı. Aynı zamanda geçmiş başarıları pozitif imajinasyon olarak bu güne taşındı, motivasyon arttırıldı. Başarabilirim duygusuna ulaşılabilmesi sağlandı.

Dördüncü seansta hasta, kıllarını koparmadığını ve artık koparma isteğinin de olmadığını söyledi. Hastayla onar gün arayla iki seans daha görüşüldü. Sonrasında kendini iyi hissetmesi sonucu kullandığı fluoksetin önce 20 mg'a düşürüldü ve on beş gün sonrasında da ilaç kesildi. Yaklaşık sekiz aydır kendini iyi hisseden hastamız, hipnoterapi seansları sonucu hem kullandığı antidepresan ilacı bıraktı hem de trikotilomani hastalığını yendi.

Sonuç
Trikotilomani, eski Yunanca bir sözcük olup, "saç koparıyorum" anlamına gelmektedir. Günümüzde trikotilomani, belirgin şekilde saç kaybı ile sonuçlanacak kadar kişinin saçını tekrarlayan bir tarzda kopardığı, saç koparma öncesinde gerginlik duyumunun, saç koparırken haz almanın görüldüğü bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır. Hastalığın ortalama başlangıç yaşı 17'dir. Kızlarda erkeklere göre dört kat daha fazla görülür. Bu vaka örneğinde de görüldüğü gibi trikotilomani tedavisinde hipnoterapinin etkin bir yöntem olduğu ve özellikle hipnoterapi eğitimi almış doktorların tedaviyi başarılı bir şekilde yapabilecekleri görülmektedir.

65 YAŞ ÜSTÜ BİREYLERE EVDE BAKIM VERENLERİN YAŞADIKLARI GÜÇLÜKLERİN BELİRLENMESİ

* Ömür GÜDEN, **Yrd. Doç. Dr. Yıldırım Beyazıt GÜLHAN, *** Bil.Uz.Didem Söylemez SUR,

**** Dr. Şenol KARASU,*****Hanife DOĞANYILMAZ.

* TC. Maltepe Belediyesi Sağlık İşleri Müdürlüğü (Hemşire), ** Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Md.,*** Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, **** TC. Maltepe Belediyesi Sağlık İşleri Müdürü, *****TC.Maltepe Belediyesi Sağlık İşleri Müdürlüğü (Hemşire).

Uluslararası İlişkiler ve Acil Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı

Amaç

Çalışma, evde bakım hizmeti alan 65 yaş üstü bireylere evde bakım verenlerin yaşadıkları güçlükler incelemek amacıyla yapıldı.

Gereç ve yöntem

65 yaş üstü bakım alan kişilerin ve bu kişilere bakım verenlerin yaşadıkları güçlükler ve demografik özellikler yüz yüze görüşülerek anket uygulandı. Araştırmada ana kitle olarak İstanbul İli Maltepe İlçesinde ikamet eden 65 yaş ve üstü bakım hizmeti alanlar ve bakım verenler ana kitle olarak seçildi. İstanbul İli Maltepe İlçesinde, Maltepe Belediyesinden "Altınkart" Evde Bakım Hizmeti kapsamında 2011-2013 yılları arasında 18777 kişi hizmet almıştır. Hizmet alanlardan 1095 kişinin yatağa bağımlı olduğu kayıtlardan anlaşılmıştır. Anket çalışması için eldeki kayıt verileri kullanılmış ve bu kayıtlardaki adreslere ziyaretlerde bulunulmuştur. Ziyaretler sonucunda kayıtlı bulunan hastalardan 250 kişinin öldüğü, 598 kişinin ise taşınmış ya da kentsel dönüşüm nedeniyle adres değiştirdiği tespit edilmiştir. Bu nedenle çalışma 247 kişi ile sınırlı kalmıştır.Çalışmamızda kullanılan anket, dört bölümden oluşmaktadır. Bunlar sırasıyla; "Hasta Tanıtım Formu", "Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği", "Bakım Veren Tanıtım Formu" ve "Bakım Verenlerin Yükü Envanteri"dir.Verilerinin değerlendirilmesinde SPSS 17.0 (Statistical PackageforSocialSciences) paket programı % 75,7 güven düzeyinde kullanılmıştır.Analizde frekans, normallik, güvenilirlik (Cronbach Alpha), faktör, faktör geçerliliği için KMO Bartlet ve faktörler ile demografik verilerin karşılaştırılmasında da Kruskal-Wallis testleri uygulanmıştır.

Bulgular

Ankete katılan bakım alanların yaş ortalaması yaklaşık 82,5 çıkmıştır. En yaşlısı 110 yaşında, en genci ise 65 yaşındadır. Ankete katılanların 161(%53,7)'i kadın, 86(%28,7)'sı ise erkektir. Yine ankete katılanların 104(34,7) tanesi evli, 142(%47,3) tanesi dul ve 1(%0,3) tanesi ise bekârdır.Ankete katılanlardan 115(%46,6) kişi okur-yazar değildir. Okur-yazar sayısı 99(%40,1), ortaokul mezunu sayısı 8(%3,2), lise mezunu sayısı 18(%7,3) ve üniversite mezunu sayısı ise 7(%2,8)'dir.Ankete katılanların büyük çoğunluğu 164(%66,4) kişi ailesi ile yaşamaktadır. 56(%22,7) kişi ise eşiyle yaşamaktadır.Ankete katılanlar kendilerine yapılan bakımın; 85(%34,4) kişi iyi, 77(%31,2) kişi orta, 48(%19,4) kişi çok iyi, 26(%10,5) kişi mükemmel, 11(%4,5) kişi ise kötü olduğunu beyan etmişlerdir.Ankete katılanların büyük çoğunluğu Banyo yapma, Giyinme- Soyunma, Tuvaletini yapma, Taşınma, İdrarını-Dışkısını tutamama, Telefon, Seyahat/Ulaşım, Alış-Veriş, Yemek, Ev işi, Çamaşır yıkama, İlaç kullanımı, Para kullanabilme gibi konularda bağımlı oldukları görülmektedir.

Bakım alan yaşlılara bakım verenler arasında en yaşlı kişi 85, en genç ise 23 yaşındadır. Yaş ortalaması ise 54 olarak bulunmuştur. Yine bakım verenlerden 221(%89,5) kişi kadın 26(%10,5) kişi erkektir. Gelir durumunda ise, en düşüğü aylık 300 TL, en yükseği ise 10000 TL olduğu görülmüştür.Bakım verenlerin eğitim durumlarına bakıldığında; okur-yazar olan kişi sayısı 97(%39,3), lise mezunu olan kişi sayısı 50(%20,2), okur-yazar olmayan kişi sayısı 35(%14,2), üniversite mezunu olan kişi sayısı 34(%13,8), ortaokul mezunu kişi sayısı ise 29(%11,7)'dir. Bakım verenlerin çoğunluğunu eğitimliler oluşturmaktadır. Bakım alanlara bakım verenlerden 95(%38,5) kişi kızı, 46(%18,6) kişi gelini, 43(%17,4) kişi eşi, 21(%8,5) kişi oğlu, 3(%1,2) kişi ise torunudur. Bunlar dışında 39(%15,8) kişi ise diğer kişilerden oluşmaktadır. Anlaşılacağı üzere bakım verenlerin büyük çoğun-

luğu yakın akrabalardan oluşmaktadır. Bakım verenlerden sadece 30(%12,1) kişi ekonomik nedenlerle bakım yaptıklarını ifade etmişlerdir.Bakım verenlerden 232(%93,9) kişi bakım vermekten memnun olduklarını beyan etmişlerdir. Memnun olmayan kişi sayısı ise 14(5,7) kişidir.Bakım verenlerin bakım verirken en çok banyo (42kişi-%17) yaptırma ve alt değiştirme (34 kişi-%13,8) konularında zorluk yaşadıklarını beyan etmişlerdir. Bakım verenlerin uyku kalitesi ile ilgili verilen yanıtlarda, çok kötü olanların sayısı 22(%8,9), orta olanların sayısı ise 82(%33,2) kişidir.Bakım verenlerden 158(%64) kişi kendine vakit ayıramadığını beyan etmiştir. Bakım verenlerden 73(%29,6) kişi yaşantılarının ne şekilde etkilendiğiyle ilgili sosyal, ailevi ve bedensel seçeneğini işaretlemişlerdir. Banyo yaptırma (54 kişi-%15,4) en çok zorlanılan işler arasında ilk sırada yer almaktadır.

Tartışma ve Sonuçlar

Günümüzde yaşlı bakımı yapmak birçok konuda sıkıntılara neden olmaktadır. Bunların en başında da, bakım verenlerin bakım verme nedeniyle maddi ve manevi olarak çektikleri zorluklar gelmektedir. Bakım verenlerin maddi olarak yaşadıkları sorunlar arasında, bakım vermeye ayırdıkları zaman nedeniyle çalışamamaları, dolayısıyla gelir elde edememeleri en önde gelmektedir. Manevi olarak yaşadıkları sorunların arasında ise en önde geleni, sosyal yaşantılarının kısıtlı olmasıdır. Yani bakım verme nedeniyle dış dünyadan kopuk hale gelmeleridir. Bununla birlikte bazı bakım verenlerin uyku problemi çekmeleri ve bu problemi de ilaç kullanarak gidermeye çalışmalarıdır. Yaşlıların yaşadıkları sorunlar ise daha çok başkalarına çok fazla bağımlı olmalarıdır. Bu durum bakım alanlar açısından oldukça moral bozucu bir durumdur. Hem fiziki yetersizlik hem de bu yetersizliğin neden olduğu moral çöküntü bakım alanlar açısından içinden çıkmaz bir hale gelmektedir. Bu aynı zamanda bakım verenler açısından da sıkıntılı bir durumdur. Çünkü fiziki destek vermenin yanı sıra moral destek vermeleri de gerekmektedir. Gerek yaşlıların gerekse de bakım verenlerin yaşadıkları sorunların çözümünde sosyal güvenlik kurumunun devreye girmesi önem arz etmektedir. Haftada 1 ya da 2 gün yaşlı bakımı desteği verilmesi bakım verenlerin sosyal hayatla olan bağlarının kopmasını engellemeye yardımcı olacaktır.. Bunun dışında bakım eğitimi verilmesi de bakım verenlerin hatalı bakım nedeniyle yapacakları hataların önüne geçilmesini sağlayacak, belki de hatalı bakım yapmaları nedeniyle yaşadıkları problemlerin önüne geçilecektir. Bakım verenlerin bakım yükünü azaltma noktasında gündüz bakımevi, yaşlı kreşi gibi gündüz hizmet verecek alternatif bakım merkezlerinin açılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık hizmetleri, evde bakım hizmetleri, bakım, yaşlı bakımı.

SOSYAL HİZMET BİRİKİMİNDE DOĞAL AFET ÇALIŞMALARI (1950-2013)

Ömer Miraç YAMAN
Yrd.Doç.Dr. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, Öğretim Üyesi.
Rabia ERTEN
Arş.Gör. Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi, Sosyal Hizmet Bölümü.

Giriş

Doğal afetler; nedenleri ve sonuçları itibariyle psikoloji, psikiyatri, tıp, sosyoloji, mühendislik gibi birbirinden farklı disiplinlerin ilgi alanına giren bir konudur. Bir bilim ve meslek olarak kabul edilen sosyal hizmet de afetler alanında çalışmalar yapan disiplinlerden biridir.

Sosyal hizmet eğitimi almış kişiler; afet öncesinde, afet sırasında ve afet sonrasında mesleki bilgileri ve uzmanlık alanlarıyla ilişkili olarak afetlerle ilgili çalışmaları yürütmekte ve bu alanda akademik anlamda eserler üretmektedirler. Ancak bu zamana kadar sosyal hizmet birikiminde afet ve sosyal hizmet ilişkisini inceleyen çalışmaların neler olduğu, afetlerle ilgili sosyal hizmet literatüründe hangi çalışmaların bulunduğu yeterince ilgilenilmeyen bir çalışma konusudur. Bu nedenlere bağlı olarak 1950-2013 yılları arasında Türkiye'de sosyal hizmet alanında yapılan doğal afet konulu çalışmalar taranmış ve bir araya getirilmiştir. Bu çalışma kapsamında ulaşılan verilerin nitel ve nicel anlamda analiz edilmesi, dönemsel olarak değerlendirilmesi ve yorumlanması; böylece alandaki eksikliklerin tespit edilmesi, gelecekte yapılacak olan çalışmalara ışık tutması amaçlanmıştır.

Yöntem

Bu çalışma 1950-2013 yılları arasında Türkiye'de sosyal hizmet alanında yapılan doğal afet konulu çalışmaları araştırmak amacıyla yapılmıştır. Makale, tez, kitap olarak üç ayrı kategorideki yayınların araştırmasına odaklanan çalışma sürecinde kaynaklara eksiksiz ulaşabilmek amacıyla öncelikle doğal afetler temalı anahtar kavramlar belirlenmiştir.

Çalışma boyunca "doğal afet", "afet", "deprem", "afetzede", "afet yönetimi", "kriz", "kriz yönetimi", "krize müdahale", "afet psikolojisi", "travma" gibi anahtar kavramları kapsayan bir literatür taraması yapılmıştır. Belirlenen anahtar kavramlar üniversitelerin elektronik kütüphane sistemleri (Hacettepe Üniversitesi, İstanbul Üniversitesi, Boğaziçi Üniversitesi, Bilgi Üniversitesi, Ankara Üniversitesi vb.), vakıfların kütüphaneleri, bakanlık kütüphaneleri, internet katalogları (TÜİK, Tübitak-Ulakbim, To-kat,Yök-Tez, Asos İndeks, Kitapyurdu, İdefix vb.), bir çok e-dergi, basılı dergiler ve sempozyum bildirileri üzerinden taranmıştır. Bu çalışmalara ilave olarak Türkiye'de sosyal hizmet eğitimi veren üniversitelerin akademik üretimleri, öğretim üyelerinin yapmış oldukları çalışmalar bağlamında taranmış, ulaşılan eserler çalışmada yer almıştır.

Çalışmanın amacı; sosyal hizmet birikiminde doğal afetler konusuyla ilgili verilere ulaşabilmek ve tematik bir tasnif içinde kategorize edebilmek olarak belirlenmiştir. Fakat sosyal hizmetin multidisipliner bir alan olduğu göz önüne alındığında; psikoloji, sosyoloji, psikiyatri gibi alanlarda yapılan çalışmalar da oluşturulan doğal afetler bibliyografyasına dâhil edilmiştir. Öncelikle konu ile alakalı kitaplar taranmış, arkasından makaleler ve son olarak da üniversitelerimizde yürütülmekte olan ya da tamamlanmış olan afet konulu tezler tasnif edilmiştir. Tarama sonucunda konuyla alakalı toplamda beş yüz doksan dört (594) yayın tespit edilmiştir.

Sosyal hizmet ve afet ilişkisi bağlamında iki yüz otuz bir (231) kitap çalışmasına ulaşılmıştır. Kitapların yanı sıra iki yüz kırk dokuz (249) makalenin künyesi belirlenmiştir. Makaleler derlenirken, makalenin uzunluk yahut kısalığına bakılmaksızın bütün makaleler tasnif edilmiştir. Makalelerin derlenmesi sürecinde güncel veya haftalık yayınlardan ziyade aylık periyotlarla yayın hayatına devam eden dergiler tercih edilmiştir.

Son olarak konuyla alakalı taranan kitap ve makale araştırmalarının ardından, benzeri bir çalışma üniversitelerde hazırlanan akademik tezler için yürütülmüştür. Bu kapsamda Türkiye'de üniversitelerde yapılmış olan sosyal hizmet, psikoloji, sosyoloji, psikiyatri, halk sağlığı, eğitim bilimleri gibi bölümlerde yapılmış yüz on dört (114) tez çalışmasına ulaşılmıştır. Bu tezler lisans tezleri, uzmanlık tezleri, yüksek lisans tezleri, doktora tezleri, olmak üzere dört farklı kategoride tasnif edilmiştir.

Çalışma kapsamında ulaşılan künyeler konu merkezli incelenmiş ve makale, tez ve kitap konularından öne çıkan başlıkları merkeze alan bir konu tasnifi yapılmıştır. Bu bağlamda 8 konu başlığı altında çalışmalar incelenmiştir;
1-Doğal Afet Türleri/Deprem/Sel
2-Afet Yönetimi/Acil Durum Yönetimi
3-Afet Öncesi/Afetlere Hazırlık/Afet Planı/Afet Eğitimi/Afet Bilgisi
4-Afet Sonrası/Kriz Yönetimi/Krize Müdahale/Travma Sonrası/İyileştirme Çalışmaları Sağlık Hizmetleri/Sosyal Hizmetler/Sosyal Destek Hizmetleri
5-Afet ve Çocuk/Genç/Ergen
6-Afet ve Aile/Kadın
7-Afet ve Yoksulluk/Din/Kültür/Afetin Sosyal Boyutları/Afetlerin Medyada Temsili
8-Engellilik ve Afet

Sosyal Hizmet Merkezli Yayınların Nicel Analizi
1950-2013 yılları arasında sosyal hizmet birikiminde doğal afet çalışmaları kapsamında iki yüz otuz bir (231) kitap, iki yüz kırk dokuz (249) makale ve yüz on bir (114) tez çalışması olmak üzere toplamda beş yüz doksan dört (594) veriye ulaşılmıştır. Yayınların tasnifinde sosyal hizmet disiplinini merkeze alan bir araştırma yapılmıştır. Fakat psikoloji, sosyoloji, psikiyatri, halk sağlığı, eğitim bilimleri gibi disiplinlerde yapılan ilgili çalışmalarda araştırmaya dâhil edilmiştir.

Ulaşılan 114 adet tezin dağılımını 15 doktora, 76 yüksek lisans, 9 lisans ve 8 uzmanlık teziyle birlikte 6 adet alanı bilinmeyen tez oluşturmaktadır. Sosyal hizmet disiplini içerisinde afet konulu 3 yüksek lisans ve 9 lisans tez çalışmasına ulaşılmıştır. Doç. Dr. Tarık Tuncay'ın 1999 Marmara ve 1999 Bolu-Düzce Depremleri'nden sonra gerçekleştirmiş olduğu Yüksek Lisans Tez çalışması olan ve kitap olarak da basılan "Afetlerde Sosyal Hizmet: 1999 Yılı Marmara ve Bolu-Düzce Depremleri Sonrasında Gerçekleştirilen Sosyal Hizmet Uygulamaları" adlı eser tez çalışmaları içerisinde öne çıkan bir çalışmadır. Sosyal hizmet alanı içerisinde afet konulu doktora tez çalışmasına ulaşılamaması ve yüksek lisans tez çalışmalarının da sayısının çok az sayıda olması bu alana dair akademik çalışmalara olan ihtiyacı açıkça göstermektedir.
Ulaşılan iki yüz otuz (230) adet kitap çalışmasının içerisinde sosyal hizmet disiplini çerçevesinde verilen eserler incelendiğinde 6 adet kitap çalışmasının olduğu tespit edilmiştir. Sosyal hizmet alanında, afetlerle ilgili yapılan çalışmalar son yıllarda artmış olmasına rağmen, kitap çalışmaları içerisinde alana özgü çalışmaların çok az olduğu tespit edilmiştir. Kitap çalışmaları içinde; 2001 yılında Hacettepe Sosyal Hizmetler Yüksekokulu bünyesinde düzenlenen ve kitap olarak basılan, editörlüğünü Prof. Dr. Gönül Erkan, Yrd. Doç. Dr. Filiz Demiröz ve SHU Seval Özkurt Çetin'in yapmış olduğu "Sosyal Hizmet Sempozyumu 2001: Deprem ve Sosyal Hizmetler" isimli çalışma öne çıkmaktadır.

Sosyal Hizmet Merkezli Yayınların Nitel Analizi
1950'den 2013'e kadar sosyal hizmet literatüründe doğal afetlerle ilgili yapılan çalışmalar dönemsel olarak farklılık göstermektedir. Bu durumun daha net anlaşılması için çalışmalar 1950-1990, 1990-1999 ve 1999-2013 olarak dönemlere ayrılarak analiz edilmiştir.

1990 öncesi dönemde yapılan çalışmalar çok fazla olmamakla birlikte 1960'lı ve 1970'li yıllarda ülkemizde yaşanan depremler üzerine çalışmaların yapıldığı tespit edilmiştir. Bu dönemde 14 kitap, 2 makale ve 5 tez çalışması tasnif edilmiştir.

1990-1999 arası dönemde yapılan çalışmalarda deprem öne çıkan tema olmuş ve 22 kitap, 17 makale ve 6 tez çalışmasına ulaşılmıştır. Bu yıllar arasında ülkemizde 13 Mart 1992 Erzincan Depremi, 1 Ekim 1995 Dinar Depremi ve 27 Eylül 1998 Adana-Ceyhan Depremi yaşanmış ve ortaya koyulan akademik çalışmalar yaşanan bu depremler etrafında şekillenmiştir.
1999 Marmara Depremi, afet alanında çalışma yapan diğer tüm disiplinlerde olduğu gibi sosyal hizmetin de bu alanda eser vermesinde bir kırılma noktası olmuştur. 1990 sonrası dönemde, doğal afetlerle ilgili yapılmış çalışmaların sayısındaki artış da bu durumu desteklemektedir. Ülkemizde yaşanan bu büyük depremden ve yine aynı yıl 12 Kasım 1999 Bolu-Düzce Depremi'nden sonra akademik çalışmaların sayısı da artmıştır. Son olarak 23 Ekim 2011 yılında Van'da yaşanan depremin de çalışmalar üzerinde etkisi olmuştur. 1999-2013

yılları arası dönemde 195 kitap, 229 makale ve 103 tez çalışması tasnif edilmiştir.
Günümüze yaklaştıkça afetler sadece mühendislik ve mimarlık gibi fen bilimlerinin ilgilendiği bir alan olmaktan çıkmış, aynı zamanda psikoloji, sosyal hizmet, psikiyatri ve sosyoloji gibi disiplinlerin de ilgilendiği bir alan haline gelmiştir. Özellikle makale ve tez çalışmalarında afetlerin çocuklar, gençler, ergenler üzerinde oluşturduğu olumsuz etkiler ve baş etme metotlarıyla ilgili çalışmalar öne çıkmaktadır. 1990'lı yıllardan sonra, afetlerin ortaya çıkardığı maddi hasarların giderilmesiyle ilgili çalışmaların yanında, psikolojik ve sosyal anlamda ortaya çıkardığı sonuçların değerlendirildiği biyopsikososyal çalışmaların giderek yoğunluk kazandığı görülmüştür.

Sonuç

Doğal afetler öncesi ve sonrasında ortaya çıkardığı toplumsal sonuçlar itibariyle sosyal hizmetin önemli çalışma alanlarından birini oluşturmaktadır. Ülkemizde doğal afetler sıkça yaşanmakta olup akabinde maddi ve manevi hasarlar ortaya çıkmaktadır. Dolayısıyla bu alanda hem teorik hem de pratik anlamda yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır. Bir bilim ve meslek olan sosyal hizmet de afetlerin sosyal ve psikolojik boyutlarıyla ilgilenmekte ve bu alanda çalışmalar yapmaktadır.

1950-2013 yılları arasında sosyal hizmet birikiminde doğal afet konulu çalışmaların incelendiği bu çalışma kapsamında sosyal hizmetin afet alanında verdiği eserlerin son derece az olduğu görülmüştür. 1999 yılından sonra çalışmalar da bir artış söz konusudur. 1990 öncesi döneme kıyasla 1990 sonrası dönemde afet yönetimi, afet sonrası hizmetler, krize müdahale, kriz yönetimi, sağlık ve sosyal hizmetler gibi konular önemsenmiş ve sosyal hizmet disiplini de akademik anlamda bu konular ekseninde çalışmalar yapmıştır. Fakat afet alanında ortaya koyulan bu çalışmaların sayısının az olduğu tespit edilmiştir. Özellikle tez çalışmalarının sayısının çok az olması, bu alanda uzmanlaşma gereksinimine olan ihtiyacı ortaya koymaktadır. Bu noktada sosyal hizmetin afet çalışmalarında nerede durduğunu gösteren, kapsamlı, nitelikli ve yol gösterici eserlerin üretilmesine ihtiyaç vardır. Akademik anlamda üretilen çalışmalar bu alanda çalışma yapacak kişilere zengin bir literatür desteği sunacak bu durum da gelecek için daha kapsamlı ve nitelikli eserlerin ortaya çıkmasını sağlayacaktır. Ayrıca doğal afetler öncesinde sosyal hizmetin üstlenmesi gereken önemli rollerden birisi olan önleyici-koruyucu ve bilgilendirici afet çalışmalarının arttırılması da literatürün bize söyledikleri arasındadır. Bu kapsamda, afet sonrası müdahaleler kadar; afetlerin birey ve toplum üzerindeki yansımalarının yıllara yayılmış etkilerini de ölçebilmek adına, sürdürülebilir araştırmaların da sosyal hizmet çalışanları ve akademisyenleri tarafından planlanması, yapılması gereken önemli bir çalışma alanına karşılık gelmektedir.

TÜRKİYE'DE UZMAN HEMŞİRELERİN ÖZLÜK HAKLARI

Rabiye GÜNEY, T.C. Sağlık Bakanlığı (Hemşire), University of Texas Health Science Center at San Antonio-USA, Doktora Sonrası Ziyaretçi Araştırmacı (PhD, MSN, RN)
Salih AKYÜZ, T.C. Sağlık Bakanlığı (İdari ve Mali Hizmetler Müdürü), Sincan Dr. Nafiz Körez Devlet Hastanesi- Ankara.

Hemşirelikte uzmanlık ilk kez 1900 yılında American Journal of Nursing'de, Dewitt tarafından yayımlanan bir makalede gündeme getirilmiş olup ilk uzmanlık alanı olarak psikiyatri hemşireliği tanımlanmıştır. ABD'de resmi olarak master eğitimine dayali "klinik uzman hemşire(clinical nurse specialist)" 1974 yılında tanınmıştır (Gordon, Lorilla & Lehman 2012).

Türkiye'de uzman hemşirelik 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu'nda 2007 yılında yapılan bir değişiklik ile yasal bir nitelik kazanmıştır. Mezkur Kanunun degisik 8'inci maddesinde "Lisans mezunu hemşireler meslekleriyle ilgili lisansüstü eğitim alarak uzmanlaştıktan ve diplomaları Sağlık Bakanlığınca tescil edildikten sonra uzman hemşire olarak çalışırlar" denilmektedir (Basbakanlik Mevzuati Gelistirme ve Yayin Genel Mudurlugu 2007).

Uzman hemşirelerin görevleri ise 2010 yılında Resmi Gazete'de yayımlanan Hemşirelik Yönetmeliğinin 7'inci maddesinde tanimlanmistir. Buna göre uzman hemşireler, temel hemşirelik rollerinin yanı sıra uzmanlığını yaptığı alana yönelik klinik bilgi, beceri, sağlık araştırmaları, danışmanlık hizmetleri, sağlık eğitim hizmetlerinin programlanması, uygulanması ve değerlendirilmesinde sorumluluk alır, uygular ve değerlendirir. İlgili maddenin devamında uzman hemşirelerin diğer görev, yetki ve sorumlulukları sıralanmıştır (Basbakanlik Mevzuati Gelistirme ve Yayin Genel Mudurlugu 2010).

Literatürde uzman hemşirelerin sağlik sistemi içerisindeki yeri ve önemine ilişkin pek cok kanıt bulunmaktadır. Imhof, Naef, Wallhagen, Schwarz&Mahrer-Imhof (2012), uzman hemşireler tarafindan verilen evde bakım hizmetlerinin düsme, akut durumlar ve hastaneye yatışlarin azaltılmasında etkili olduğunu belirlemistir. Cope, Fowler & Pogson (2015) KOAH kliniğinde uzman hemşire görevlendirmenin hastanede kalış süresini kısalttığını; benzer şekilde Newhouse ve ark. (2011), uzman hemşire çalıstırmanın hastanede yatış süresini kısalttığını ve yatan hasta maliyetini azalttığını bildirmektedir.

Tarrant, Sinfield, Agarwal & Baker (2008)'a göre prostat kanseri hastalarına verilen uzman hemşireler tarafından bakım verildiğinde hastalar tetkikler, tedaviler, danısmanlık ve destek hizmetleri konusunda daha olumlu deneyimler bildirmektedir. Walter ve Curtis (2015), uzman travma hemşireleri tarafından verilen bakımın hasta ve sağlık hizmeti çıktıları üzerinde olumlu etkisi olduğunu tespit etmistir.

Ülkemizde çok yeni olan uzman hemşirelik için herhangi bir kadro tahsisi yapılmamıştır. Uzman hemşirelerin, mevcut durumda "hemşire" kadrosunda çalıştırıldıkları, rutin hemşirelik görevlerini yerine getirdikleri ve özlük haklarının sağlanamadığı bilinmektedir.

Nitekim, Türk Hemsireler Derneği'nin bu konuda kanun taslağı hazırlayarak yetkili makamlara ilettiği (http://www.turkhemsirelerdernegi.org.tr) ve bir sendika (http://www.memursen.org.tr/rumem/uploads/2015/08/sagliksen-talep.pdf) tarafından da uzman hemşireler için kadro talebinde bulunulduğu anlaşılmaktadır.

Uzman hemşire kadrosunun bulunmayışının, uzman hemşirelerin sahip oldukları donanımı kullanmalarını engellediği, toplum sağlığının daha ileriye taşınmasında yararlanılabilecek bir kaynagineffektif kullanına yol açtığı ve daha iyi bir eğitim alma konusunda hemşirelerin motivasyonunu azaltabileceği düşünülmektedir.

ÇOCUK YAŞAMI UZMANI: ÇOCUK KLİNİKLERİNDE OYUN, AKTİVİTE VE PSİKOSOSYAL DESTEK

Rabiye GÜNEY, T.C. Sağlık Bakanlığı (Hemşire), University of Texas Health Science Center at San Antonio-USA, Doktora Sonrası Ziyaretçi Araştırmacı (PhD, MSN, RN)

Salih AKYÜZ, T.C. Sağlık Bakanlığı (İdari ve Mali Hizmetler Müdürü), Sincan Dr. Nafiz Körez Devlet Hastanesi- Ankara.

Amaç

Hastaneler çocukların korku, kaygı, yalnızlık, sıkılma ve kendini güvende hissetmeme gibi duygular yaşamasına neden olabilen stresli ortamlardır (Coyne, 2006; Wilson, Megel, Enenbach, & Carlson 2010; Lerwick, 2013; Livesley & Long, 2013; Rokach, 2013). Ancak bu son derece insani boyut, günümüz hastanelerinin teknoloji ve tedavi odaklı yoğun koşuşturma atmosferinde yeterince ele alınamayabilir. Amerikan Pediatri Akademisi (2006),bu soruna yönelik olarak çocuk kliniklerinde çocuk yaşamı uzmanlarının görevlendirilmesine ilişkin bir politika tavsiyesi yayımlamıştır.

Bu çalışmada amaç, çocuk yasam uzmanları tarafından gerçekleştirilen girişimlerin(oyun ve diğer aktiviteler) etkinliğine ilişkin literatürü gözden geçirmektir.

Gereç ve Yöntem

Çalışmada PubMed, Ovid, Scopus and Sage veri tabanlarından yararlanarak literatür taraması yapılmıştır. Veri tabanlarında İngilizce 'child life specialist' ifadesi kullanılarak arama yapılmış olup 2000 yılı sonrasında yayımlanan makaleler kapsama alınmıştır.

Bulgular

Stewensen ve ark. (2005)'nın çalışmasında, çocuk acil kliniğindeki rutin venöz kateter takılması işlemi öncesinde 2-16 yaşları arasındaki 149 çocuğa çocuk yaşamı uzmanları tarafından girişimde bulunulmuş ve bu girişimlerin 4-7 yaş grubu çocuklarda prosedür ilişkili distresin azaltılmasında etkili olduğunu belirlemiştir. Bu çalışmada girişim olarak görsel ve sesli uyaranlarla dikkati başka yöne çekme, derin nefes alma, taktil uyaran verme, sayı sayma/şarkı söyleme, sözlü etkileşim gibi tekniklerden yararlanılmıştır.

Brewer ve ark. (2006)'nın çalışmasında ise 5-11 yaşları arasında elektif otolaringoloji cerrahisine alınacak 142 çocuğun 82'si, çocuk yaşamı uzmanı tarafından ameliyata hazırlanmış, 62'sine ise herhangi girişim uygulanmamıştır.Çocuk yaşamı uzmanları çocuk ve ailelere yirmi dakika süreyle günübirlik cerrahi ile ilgili bölümleri gezdirmişler, çocukları yaşlarına uygun şekilde bilgilendirmişler ve ayrı bir odada çocukların anestezi maskesi, oksimetre, intravenöz kateter gibi gerçek medikal ekipmanları incelemelerine imkan vermişlerdir. Çalışma sonucunda girişim grubundaki çocukların anlamlı şekilde daha düşük kaygı puanı aldığı tespit edilmiştir.

Tyson ve ark. (2014) pediatrik görüntüleme biriminde 1-12 yaşları arasındaki 137 çocuğu rastgele girişim ve kontrol grubu olarak ayırmış ve girişim grubundaki çocuklara çocuk yaşamı uzmanı tarafından oyun, dikkati başka yöne çekme gibi uygun tekniklerle müdahalede bulunulmuştur. Çalışma sonucunda girişimin korku, ağrı ve distresi anlamlı şekilde azalttığı, bu çocukların sağlık personeli ile daha uyumlu çalıştığı tespit edilmiştir.

Sonuç

Çocuk yaşamı uzmanlarının girişimlerinin,hastane süreci ile başa çıkmada çocuklara yardımcı olduğu literatürde gösterilmiştir. Ayrıca hastanelerde çocuk yaşamı uzmanlarının görevlendirilmesibaşta hemşire ve hekimler olmak üzere diğer sağlık personelininçocuklarla daha rahat çalışmasını sağlayabilir.

EVDE BAKIM NASIL ALABİLİRİM?

Dr.Fzt. Reyhan ÖZGÖBEK

Evde Bakım Derneği-Ankara Şubesi

Giriş

Yaşamın kişiye armağan ettiği varlıklar, olgular ve durumlar bazen yaşam kalitesini bozabilmektedir. Bu bildiride yaşlı bir çiftin evde bakım hizmeti alabilmesi için nerelerden yararlanacağı konusu araştırılmıştır. Aile, Etimesgut'ta yaşamakta olup evlenmemiş çalışan ve okuyan çocukları bulunmaktadır. Bakıma ihtiyaç duyan ruh sağlığı problemi olan 75 yaşında bir erkek ve kronik hastalıkları olan 68 yaşında eşinin bakım seviyelerinin belirlenmesi ve ihtiyaçlarının yerine getirilmesinde devletin sunduğu imkanların ne olduğu araştırılmıştır.

Vaka Sunumu

Bakım ihtiyacı olarak yemek, ev temizliği, hastane ve ilaçların takibi ve banyo yapmaya destek olunması talebinde bulunmaktadır. Bu nedenle hizmet alabilecekleri;

1. Belediye,
2. Sağlık Bakanlığı,
3. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı yetkilileri ile
4. Evde Bakım Şirketi arandı.

Bu amaçla; aile Etimesgut Belediyesinden eve yemek getirilebilineceğini ve Ankara Büyükşehir Belediyesinden evde temizlik hizmetlerini alabileceğini öğrenildi. Fakat bu hizmetten yararlanması için eve giren aylığın-gelir düzeyinin belirli bir oranın altında olması gerektiği söylendi.

Yaşlı çiftin hastalıklarının tedavileri ve kontrolleri için hastaneye gidişlerinin sağlanması gerekmekteydi. Etimesgut Devlet Hastanesinde evde bakım birimi bulunmakta olduğu, fakat yatağa bağımlı hastaların bu hizmetten yararlanabildiği öğrenildi. Hastane yetkilileri, yaşlıların Ailehekimlerinin haftada yarım gün ev ziyaret programından yararlanabileceğini hatırlattı. Ayrıca hastaneye gelmek için 112 hasta nakil hizmetlerinin bulunduğunu ancak hastaneye gelebilenlerin bu hizmetten yararlanamadığını paylaştılar.
ASPB İl Müdürlükleri'nden evde bakım için sosyal yardım hizmetinin bulunduğu bilgisi alındı. Fakat ailenin sosyal yardım talebi bulunmamaktaydı.

İnternette reklam veren bir evde bakım şirketi arandı. İstenilen tüm hizmetlerin bulunduğu, ücretlerin 1.200 ile 1.600 TL arasında olduğu hatta sertifikalı bakım elemanın çalışması istenirse fiyatların 1700-2000 TL ye yükseldiği öğrenildi.

Tartışma ve Sonuç

Hizmetlerden yararlanmak için internetten ilgili birimlerin telefon numaraları bulunmaya çalışıldı. Hizmetler "evde bakım" ve "evde sağlık hizmetleri" ismi ile tarandı. Belediye hizmetleri santralden ulaşıldı. Devlet hastanesine ait web sitesinde evde sağlık hizmetlerinin içeriği ve direk telefonu bulunmamaktaydı. Aynı zamanda ASPB il müdürlüğünün web sayfasında engelli evde bakım ve rehabilitasyon merkezleri" başlığı altında evde bakım hizmetlerinden yararlanma koşulları bulunmaktadır.

Bu nedenlerden dolayı yaşlı çiftin hizmet bilgisine erişimi zordu. İkinci zorluk; evde ihtiyaç duydukları bakım hizmetlerine ulaşmak için birden fazla yere başvurması gerekmekteydi. Üçüncü zorluk ise; gelir durumu, günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık durumu ve sağlık ihtiyacı bütüncül olarak değerlendirilmemekteydi.

Sonuç olarak; kurumların kriterlerinden ve özel sektördeki hizmetin ücret yüksekliğinden dolayı yaşlı çift, evde bakım hizmetlerinden yararlanmaları mümkün olmadı. İş hayatında olan abi ve üniversite sınavlarına hazırlanan kız kardeş anne ve babalarının sağlık ve bakım hizmetlerini yerine getirmeye devam etmektedir.

KAYNAKLAR

1. http://www.etimesgut.bel.tr/index.php?Page=AnaSayfa
2. http://ankara3.khb.saglik.gov.tr/s/36/tibbi-hizmetler-baskaniligi
3. http://ankara.aile.gov.tr/basvurular/engelli-evde-bakim-ve-rehabilitasyon-merkezleri
4. http://www.ankarahastabakim.com/iletisim/

ŞİZOFRENİ TANISI ALMIŞ BİREYLER VE AİLELERİ İLE SOSYAL HİZMET UYGULAMALARI

Yrd.Doç.Dr. Seda Attepe ÖZDEN
Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü

Şizofreni, bireylerin duygu, düşünce ve davranışlarını etkileyerek gerçeklikten kopmalarına neden olan kronik özellikli bir beyin hastalığıdır. Şizofreni tanısı almış bireyler genellikle aileleri ile birlikte yaşamaktadırlar. Tanı alma süreci ile birlikte ailelerin yaşamı çok boyutlu olarak değişikliğe uğramaktadır. Hastalığı kabullenmek, hastalığa ve belirtilerine uyum sağlamak, tedavi planını uygulamak hem bireyleri hem de aileleri zorlamaktadır. Bunun yanı sıra aileler; ekonomik güçlük, toplumda var olan önyargı ve ayrımcılık nedeniyle toplumsal hayattan dışlanma gibi sorunlarla da karşılaşmaktadırlar. Ailelerin yaşadıkları sorunların çözümlenmesinde sosyal hizmet mesleğinin oldukça önemli rolleri bulunmaktadır. Sosyal hizmet uzmanı, birey ve aileleri güçlendirme noktasında hem bireylerle hem de ailelerle yapacağı çalışmalarla bireylerin ve ailelerin yaşam kalitesini artırma amacındadır. Bu çalışmada şizofreni tanısı almış birey ve aileleri ile yapılabilecek sosyal hizmet uygulamaları ele alınacaktır.

Anahtar Sözcükler: Şizofreni, aile, psikiyatrik sosyal hizmet, sosyal hizmet uygulamaları.

SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMAN YÖNTEMLERİNDE ALTERNATİF YAKLAŞIMLAR: BİR TÜRKİYE DEĞERLENDİRMESİ

Dr. Selin ERTÜRK ATABEY
Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Maliye Bölümü.

Özet
Sağlık hizmeti, birey için olduğu kadar toplum için de oldukça önemli bir hizmettir. Hatta öyle ki, küreselleşme süreci ile beraber sağlık hizmeti 1980'lerden sonra uluslararası boyutta da önemli bir yer almıştır. Günümüzde sağlık hizmetleri oldukça büyük bir hizmet endüstrisi olarak karşımıza çıkmaktadır. Tüm dünya ile beraber Türkiye'de de sağlık hizmetlerinin etkili ve etkin bir şekilde üretilmesi, sunulması, denetimi, sağlık insan gücünün planlanması, eğitimi, sağlık mevzuatı, sağlık politikaları ve sağlık finansmanı için pek çok çalışma yapılmaktadır. Bu yapılan çalışmaların tümü aslında söz konusu ülkelerin sağlık sistemlerinin yapı taşlarını oluşturmaktadır. Pek çok çalışmanın ortak noktası ise sağlık hizmetinin etkin ve etkili sunulabilmesi için iyi finanse edilmesi gerektiğidir. Ancak sağlık hizmetinin finansmanının nasıl olması gerektiği noktasında ise genel geçer bir kabul bulunmamaktadır. Bunun en önemli nedenlerinden biri ise sağlık hizmetlerinde kapsamın ne olması gerektiğinin ülkelere göre değişim göstermesidir. Bir diğeri ise sağlık sistemlerinin sınıflandırılmasında tamamen tek bir arketipe/ilk örneğe bağlı kalınamamasıdır.

Sağlık hizmetlerindeki yöntemlerin sınıflandırılmasındaki en önemli unsur sağlık hizmetlerinin finansmanıdır. Sağlık hizmetlerinin finansmanında Terris (1978), Field (1989), Roemer (1993), Elling (1994) ve Normand ve Thomas (2008)'ın yapmış olduğu sınıflandırmalar literatürde yer almaktadır. Çalışmada literatürde yapılan sınıflandırmalar da göz önünde bulundurularak sağlık hizmetlerinin alternatif finansman yöntemlerinin neler olduğu ülkeler genelinde incelenmiştir. Aynı zamanda çalışmada bu doğrultuda, Türkiye'de sağlık hizmetlerinin ve finansmanının geliştirilmesi için yapılması gerekenler ele alınmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık hizmetleri, sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri, Türkiye.

AFET YÖNETİMİNDE KBRN

Selvet BATTAL, Meryem ŞAHİN, Abdullah Emre UÇ
Balıkesir Atatürk Devlet Hastanesi.

ÖZET
Günümüzde tehlikeler doğal, teknolojik ve insan kaynaklı olmak üzere üç kategoride değerlendirilmektedir. Bu ayırımı kolaylık olması açısından doğal ve suni tehlikeler olarak da tanımlayabiliriz.
Kimyasal, Biyolojik, Radyoaktif, Nükleer (KBRN) tehditler birincil olarak teknolojik ve insan kaynaklı yani suni bir tehlike olup, bu tehlikeyi tetikleyebilecek olası bir doğal afet sonrasında ise ikincil bir tehlike olarak da can ve mal güvenliğini tehdit edici bir unsur olarak karşımıza çıkabilir.
Anahtar Kelimeler: Afet, Afet Yönetimi, KBRN

GİRİŞ

KBRN menşeli zararlar ortaya çıktığında genel hayatı sekteye uğratacağından afet yönetimi içinde değerlendirilmek suretiyle öncesinde, sırasında ve sonrasında yapılması gereken çalışmaları risk yönetimi ve kriz yönetimi farkını belirttikten sonra ana başlıklarıyla ortaya koyalım.
Bütünleşik afet yönetimi sisteminde;

- Kayıp ve zarar azaltma,
- Hazırlık,
- Tahmin ve erken uyarı,
- Etki analizi gibi tehlike öncesi korumaya yönelik olan çalışmalara risk yönetimi denilirken,
- Müdahale,
- İyileştirme,
- Yeniden yapılandırma gibi tehlikelerin meydana gelmesinden sonraki çalışmalar ise kriz yönetimi olarak adlandırılır.

İşte Afet Yönetimi bu iki evreyi de kapsayan bir yönetim biçimidir.
Hayati önem taşıyan tehlike öncesinde yapılması gereken çalışmaların amacını iki safhada özetleyebiliriz.

Zarar Azaltma Safhası

Oluşabilecek tehlikeli durum ve etkilerini yani can, mal ve üretim kaybını azaltmayı veya ortadan kaldırmayı amaçlar.
Bu safhada yapılan çalışmalar aynı zamanda kişileri basit önlemler, acil durumlar ve afet konusunda eğitmek suretiyle, kayıpları azaltmaya da yöneliktir.
Zarar azaltma çalışmalarının en önemli faydaları, riski azaltması, etkisini ve sonucunu hafifletmesi, ikincil tehlikenin oluşumunu önlemesi, müdahaleyi kolaylaştırması, acil yardım aşamasında genel hayat düzenini örgütlemesi ve iyileştirme aşamasında normale dönüşü kolaylaştırmasıdır.

Hazırlık Safhası

Bu evrenin iyi bir hazırlıkla tamamlanabilmesi halinde, tehlike sonucunda meydana gelebilecek sonuçlara karşı önlemlerin alınması sağlanır, zamanında uygun şekilde ve etkili organizasyon ve yöntemler ile müdahale edebilmeyi kolaylaştırır.
Zarar azaltma safhasında alınan önlemlerle olayların durdurulması veya önlenmesi her zaman mümkün olmayacağı için hazırlık safhasında da zararların etkilerinden koruyacak faaliyetlerin yürütülmesi gereklidir.
Bu faaliyetler, planlama, tatbikat, müdahale kapasitesinin arttırılması şeklinde sayılabilir.

Anında ve Sonrasında Yapılması Gereken Çalışmalar

Daha ziyade can ve mal kayıplarının artmasını engellemeye yönelik kriz yönetimini gerektiren çalışmalardır. Faaliyetin ana hedefi en kısa sürede insan hayatını kurtarmak, yaralıların tedavisini yapmak, açıkta kalanların iaşe ve barınma ihtiyaçlarını en kısa ve uygun yöntemlerle yerine getirmektir.

Bu safhada yapılan çalışmaları;
Haberleşme, ulaşım, ihtiyaçların belirlenmesi, arama ve kurtarma, ilk yardım ve tedavi, tahliye, geçici iskân, yeme içme, giyecek, yakacak temini ve yıkıntıların kaldırılması olarak ifade edebiliriz.
Kimyasal, biyolojik, radyoaktif ve nükleer içerikli olay meydana geldiğinde, her biri değişik karakter göstererek, yaralayıcı, tahriş edici, solunum ve sindirim sistemini sekteye uğratıcı sonuçlar doğurarak ölümlere sebep olurlar.
Bu tehditlere karşı korunmada kişisel tedbirler son derece önemlidir.
Ancak bu konunun detaylı olarak tek başına ele alınmasının daha faydalı olacağını değerlendiriyorum. Ayrıca, ayrılan vakte sadık kalmak için sizlere yalnızca bu tehlikeler esnasında nasıl bir karmaşa meydana gelebileceğini ortaya koyacak notlar iletmek istiyorum.
Kimyasal tehlikeler; yanıklara, zehirlenmelere, enfeksiyonlara, yangınlara neden olabilirler.
Tehlikeler, bakteri, virüs ve parazitler yoluyla bulaşarak canlı hayatı için tehdit oluşturarak, toplumda panik yaratılmasına ve nüfusun kendi kendine barınacak yer aramasına neden olabilirler.
Radyasyon ve Nükleer tehdit esnasında kendine uygun barınacak yer arama telaşı ile toplumda paniğe neden olur. Bu tür tehlikeler uzun vadede ekolojiye, tarımsal üretime zarar verir.
Yukarıda bahsedilen bu tehlikelerden kaynaklanabilecek zararların başta insan hayatı olmak üzere, mal-mülk, üretim hizmet ve iş sürekliliği ve çevre açısından çok büyük boyutlarda olabileceği kaçınılmazdır.
İşte bu noktada afet yönetiminin önemi ortaya çıkmaktadır. Afet Yönetimi her türlü tehlikeye karşı hazır olma, zarar azaltma, müdahale etme ve iyileştirme amacıyla mevcut kaynakları organize eden, analiz, planlama, karar alma ve değerlendirme süreçlerinin tümünü kapsayan bir süreçtir.
Dolayısıyla afet yönetimi, kriz yönetimini de içeren, kapsamlı ve önleyici tedbirler bütünüdür.
Şöyle ki; Kriz Yönetimi krizin başlamasıyla faaliyete geçen ve krizin ortadan kaldırılmasıyla son bulan bir yönetim biçimiyken, Afet Yönetimi ise tehlikeyi önceden belirleyen, değerlendiren, zarar azaltma tedbirlerini hayata geçiren, önleyici tedbirleri ortaya koyan yani risk yönetimini de içeren bir yönetim biçimidir.
Bütün bu tehlikeler ile sağlıklı mücadele yürütülebilmesi için iyi bir koordinasyona ihtiyaç vardır.

Tehlikeye karşı risk yönetimi yani tehlike öncesinde yapılacak çalışmalarda ilgili kurum ve kuruluşlar kendilerine mevzuatın verdiği görev yetki ve sorumlulukları yerine getirmeye devam ederler. İl Afet Yönetim Merkezi'nin görevi ilgili kurum ve kuruluşlar arasındaki işbirliği ve koordinasyonu sağlamaktır.

Kriz Yönetimi aşamasında ise yani tehlike oluştuktan sonra ve boyutu genel hayatı etkiler mahiyette olduğunda daha önce planlanan ilgili kurum ve kuruluşların temsilcilerinden oluşan "Değerlendirme ve Takip Kurulu" etkin koordinasyon için faaliyete geçerek Balıkesir Afet Yönetim Merkezi marifetiyle tehlike ortadan kaldırılıncaya kadar gerekli her türlü çalışmayı yürütür.

SONUÇ

Olası tehditlere karşı kamu, özel sektör ve bireysel olarak herkes üzerine düşen görevi eksiksiz olarak yaparak problemin çözümüne katkı vermelidir.

KAYNAKLAR

1. Sivil Savunma Koleji Yayınları.
2. A.B.D. Dışişleri Bakanlığı Diplomatik Güvenlik Servisi Antiterörizm Kurs Programı Yayınları.
3. Acil Tıp Derneği Hastane Afet Planı, 2014.
4. ERGÜNAY, Oktay. Afete Hazırlık ve Afet Yönetimi. Türkiye Kızılay Derneği Genel Müdürlüğü Afet Operasyon Genel Merkezi 3-17 Ankara, 2002.

AĞIR RUHSAL HASTALIĞA SAHİP BİREYLERİN TOPLUMSAL ENTEGRASYONUNDA SOSYAL ÇALIŞMACILARIN ROL VE GÖREVLERİ

Seval BEKİROĞLU
Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, Doktora Öğrencisi Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, İnsan Kaynakları Planlama ve İstihdam Geliştirme Daire Başkanlığı, Sosyal Çalışmacı.

ÇALIŞMANIN TEMELİ
Toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri kapsamında ağır ruhsal hastalığa sahip (ARHS) bireylere yönelik uygulanan tedavi programının en önemli çıktılarından biri de bu bireylerin toplumsal entegrasyonunun sağlanmasıdır. Çünkü uygulanan tedavi programı sonrasında beklenen iyileşme sürecinde toplumsal entagrasyon, gerçekleştirilmesi hedeflenen iyileşmenin en önemli bileşenlerinden biridir. Nitekim alan yazında, ARHS bireylerin toplumla ne kadar entegre ise o kadar iyileştikleri kabul edilir. Bu noktada toplumsal entegrasyon, iyileşmenin gerekli bileşeni olarak ARHS bireylere yönelik uygulanan ruh sağlığı tedavisinin en önemli çıktılarından biridir.

ÇALIŞMANIN AMACI
Toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri ile ilgili alan dizinde yapılan çalışmalar incelendiğinde, yapılan çalışmaların daha çok bu ruh sağlığı hizmetini alan ARHS bireylerin hastalığının alevlenme durumuna ve hastaneye yatış sürecine olmak üzere hastalığın seyrine etkisine odaklandığı görülmüştür. Hâlbuki ki toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri kapsamında uygulanan tedavi programının en önemli çıktılarından biri, bu hastaların toplumsal entegrasyonunu sağlamaktır. Bu noktada Türkiye'de ruh sağlığı literatüründe, toplum temelli ruh sağlığı hizmeti alan ARHS bireylerin iyileşme sürecinde önemli göstergelerden biri olan toplumsal entegrasyonunu tanımlayan araştırmalara olan ihtiyaçtan hareketle bu çalışmada; ARHS bireylerin toplumsal entegrasyonu tanımlanarak, bu bireylerin toplumsal entegrasyonunun sağlanmasında en etkin meslekler arasında olan sosyal hizmet mesleğinin uygulayıcı olan sosyal çalışmacıların rol ve görevleri tanımlanmaya çalışılacaktır.

TARTIŞMA
Toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri kapsamında ruh sağlığı alanında kurumsallaşmadan vaz geçilmesi (deinstitutionalization), ruhsal hastalığa sahip bireylerin hastane gibi kurum ortamında bakımının ve tedavisinin sağlanması yerine, yaşadığı toplum içerisinde bakımının ve tedavisinin sağlanması süreci ile hastaneden taburcu edilen, ancak toplum içerisinde yaşaması için yeterince desteklenmeyen, toplumsal entegrasyonları sağlanamayan hastalar birçok güçlük yaşamaktadır. Bu nedenle toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri kapsamında uygulanan tedavi ve rehabilitasyon programının en önemli çıktılarından biri olarak bu hastaların toplumsal entegrasyonunun tanımlanarak, toplumsal entegrasyonu önündeki engellerin ortadan kaldırılmasında önemli meslekler biri olan sosyal hizmet mesleğinin uygulayıcı olan sosyal çalışmacıların rollerinin ve görevlerinin neler olduğunun tartışılmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

SONUÇ
ARHS bireylerin toplumsal entegrasyonu tanımlanarak, bu bireylerin toplumsal entegrasyonların sağlanmasına ilişkin sosyal çalışmacıların hizmet rol ve görevlerinin tanımlanması gereklidir.

ANAHTAR SÖZCÜKLER
Ağır ruhsal hastalığa sahip birey, toplumsal entegrasyon, sosyal hizmet, sosyal çalışmacıların rol ve görevleri.

MOBBİNG VE İŞ DOYUMU İLİŞKİSİ

(HEMŞİRELER ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA)

Sibel ÖZDEMİR

Bu çalışma iş yerinde mobbing ile iş doyumu arasındaki ilişkinin varlığını sorgulamak amacı ile yapılmıştır. Son yıllarda oldukça artış gösteren konunun önemi göz önüne alınarak mobbing, iş doyumu ve bunlar arasındaki ilişki açıklanmış ve buna ek olarak Ankara ilinde bulunan iki kamu hastanesinde (Ulus Devlet Hastanesi ve Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi) görev yapan hemşireler üzerinde uygulamalı bir çalışma yapılmıştır.

Araştırmada iki ölçek kullanılmıştır. Bunlar ilki Henz Leyman (1993) tarafından belirlenen 5 grup ve 45 ifadeden oluşan mobbing tipolojisinden faydalanarak geliştirilen mobbing davranışları, nedenleri, etkileri ve tepkileri belirlemeye yönelik olarak hazırlanan mobbing ölçeği, diğeri ise Dawis ve Arkadaşları (1967) tarafından iş doyumu düzeyini belirlemek amacıyla geliştirilen ve Baycan tarafından Türkçe uyarlaması yapılan 20 sorudan oluşan Minnesota İş Doyumu Ölçeğidir.

Araştırma evrenini Ankara ilinde bulunan iki kamu hastanesinde çalışan 180 hemşire oluşturmaktadır. Hemşirelere mobbing ve iş doyumu ifadelerinden oluşan anket çalışması yapılmıştır. Alınan veriler SPSS 16.0 programında çözümlenmiş ve elde edilen bulgular yorumlanmıştır. Bu çalışmanın sonucunda mobbing ve iş doyumu arasında negatif yönde bir ilişkinin varlığı ortaya konmuştur.

İş yeri şiddetinin yaşanmasına ve çalışanların ruh sağlığının bozulmasında etiyolojik yeri olan mobbingin varlığının ve iş doyumu ile ilişkisinin araştırıldığı bu çalışmaya 128 kadın 32 erkek hemşire katılmıştır. Mobbinge maruz kalanların oranı %50,6 oranındadır. Mobbingin iş doyumu ile ilişkisi incelendiğinde hemşirelerin mobbinge maruz kalmalarının, iş doyumlarını negatif yönde etkilediği saptanmıştır.

Dolayısıyla mobbingin, iş doyumunu olumsuz etkilediği bilinmektedir. Aldıkları ücretin tatminkâr olmadığını, çalışma koşulları, yoğun çalışma temposu, gece nöbetleri, çalışmalarının takdir görmemesi, terfi ve yükselme olanaklarının olmaması, adil ve şeffaf yönetim anlayışının olmaması, rol ve iş tanımındaki belirsizlikler, iş yerinin olumsuz fiziki koşulları, mesleki riskler ve eşitsizlik gibi sıkıntılar nedeniyle hemşirelerin iş doyumlarının düşük olduğu görülmektedir.

Anahtar Kelimeler:
1. Mobbing.
2. Psikolojik şiddet.
3. İş doyumu.
4. Hemşire.

SAĞLIK BAKANLIĞI, TIBBİ SOSYAL HİZMET UYGULAMA PROJESİ

Yusuf ÖZTÜRK[1], Elvan ÖZKAN[2], Uğur ÖZDEMİR[3]

1 Daire Başkanı, Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı. 2 Sosyal Hizmet Uzmanı, Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı. 3 Dr, Hacettepe Üniversitesi İİBF Sosyal Hizmet Bölümü.

PROJENİN TEMELİ

Sağlık Bakanlığına bağlı kurumlarda çalışan Sosyal Hizmet Uzmanlarının mesleki bilgi ve deneyimlerinin hizmet içi eğitimlerle geliştirilerek, uygulamadaki mesleki etkinliklerinin en üst düzeyde gerçekleştirilmesini amaçlayan araştırma, eğitim, danışmanlık ve sürdürülebilir eğitim portalı (e-dergi) geliştirilmesine yönelik bir projedir.

PROJENİN AMACI

Sosyal Hizmet Uzmanlarının, çalıştıkları sağlık tesislerinde mesleki bilgi ve deneyimlerinin geliştirilerek, uygulama becerilerinin artırılması amaçlanmıştır.

YÖNTEM

2012/Mayıs ayından itibaren hazırlıklarına başlanan çalışma, ağustos-eylül ayları içinde projelendirilmiş, onay süreçlerinin akabinde eylül ayında ilk ortam eğitimi ile proje uygulamaya konulmuştur. Aralık sonunda tüm aktiviteler başarıyla tamamlanmıştır.

1. Ortam Eğitimi (3 eğitim)
Yaşantı Eğitimi (5 gün her eğitim gününde 15 saat)
Bilgilendirici Konferanslar (20 konferans)
2. Alan Eğitimi (Proje Geliştirme ve Uygulama)
Süpervizyon
Çalıştaylar
3.Sürdürülebilir Eğitim Portalı (e-Dergi)
4. Araştırma ve Değerlendirme başlıkları altında gerçekleştirilmiştir.

Her bir katılımcının bulundukları sağlık tesisinde uygulama yapması için proje ve araştırma konuları belirlenmiş, belirlenen araştırma konuları ve projeler danışmanla birlikte yapılandırılarak, uygulamacıların illerine döndüklerinde bu çalışmaları hayata geçirmeleri istenmiştir. Belirlenen projeler eğitim sonrası katılımcılar tarafından çalıştıkları kurumlarda danışmanın süpervizyonuyla gerçekleştirilmiştir. 3 ay sonra, tüm grupların çalışmalarını tamamlaması ve raporlaştırmasına yönelik çalıştaylar düzenlenmiştir. Çalıştaylar sonrasında Sosyal hizmet müdahale metodolojisinde uygulanan 170 bireyle çalışma, 12 kapsamlı araştırma, 24 sosyal grup çalışması, 12 toplumla çalışma projesi raporlaştırılarak Bakanlığa teslimi sağlanmıştır. Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisinin tasarımı ve içeriği tamamlanmış, Mayıs 2013 tarihinde proje özel sayısı olarak yayınlanmıştır.

TARTIŞMA

Yapılan çalışmalar, sosyal hizmet mesleğinin etkin kullanımı noktasında sağlık tesislerinde önemli bir hareketlilik kazandırmıştır. Hastane ve il sağlık müdürlüğü yöneticileri çalışmaları benimseyip, yaygınlaştırılması için olanaklar sunmuşlardır. Gerçekleştirilen çalışmalardan 2 proje, Avrupa birliği projesi olarak yürütülmüş, 1 proje valilik, 1 proje de belediye başkanlığı tarafından gerçekleştirilmek üzere kendi çalışmaları içine alınmıştır.

Projenin, uygulamaya dönük planlandığı için katılımcılar arasında mesleki bir heyecan oluşturduğu, yeni bir bakış açısı ve motivasyon sağladığı gözlemlenmiştir. Hatta katılımcılardan önemli bir kısmı da eğitim sonrası mastır programına başvurmuştur.

SONUÇ

Proje, sağlık alanında sosyal hizmet mesleğinin, bilimsel literatüre uygun olarak uygulanması hususunda katılımcılara yol gösterici nitelikte olmuştur. Yayın hayatına başlayan Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi sosyal hizmet uzmanlarının ilgisini çekerek, katkı sağlanmalarına ve yararlanmalarına olanak sağlamıştır. Sağlık alanında sosyal hizmet mesleğinin etkinliğinin artırılmasında projenin önemli bir etkisi olmuştur. Sosyal hizmet mesleğinin, sağlık tesislerinin amaçlarını gerçekleştirmede önemli bir işlevinin olduğu görülmüştür.

ANAHTAR SÖZCÜKLER

Tıbbi sosyal hizmet, sağlık, sosyal hizmet uzmanı.

TOPLUM RUH SAĞLIĞINDA TIBBİ SOSYAL HİZMET ÇALIŞMALARI (1950-2013)

Ömer Miraç YAMAN[1]

Zeynep UYANIK[2]

Özge GÖKASLAN[3]

1 Yrd. Doç. Dr., İstanbul Üniversitesi Sosyal Hizmet Bölümü Öğretim Üyesi.

2 Arş. Gör., Erzincan Üniversitesi Sosyal Hizmet Bölümü.

3 Sosyal Çalışmacı, Düzce Çocuk Mahkemesi.

Giriş

Sosyal hizmet; bireyi ve bireyin içinde bulunduğu toplumsal sistemleri merkeze alarak mikro-mezzo-makro çalışmalar yapan mesleki bir uygulama, akademik bir disiplindir. Çalışma alanı itibari ile sosyal hizmet çok geniş bir alt yapıya sahip olduğu için kendi içerisinde genelden özele doğru bir ayrılma yaşamıştır. Bu durum spesifik bir uzmanlaşma alanını doğurmuştur.

Günümüzde sosyal hizmet deyince akla ilk olarak genç, çocuk, aile, ergen, yaşlı, engelli gibi hedef kitlelere yönelik yapılan uygulamalar gelmektedir. Bu hedef kitlelerinin tek bir potada eridiği zeminlerden biri de hiç şüphesiz tıbbi ve psikiyatrik sosyal hizmettir. Özellikle bireyin sağlığı gibi önemli bir konuda sosyal hizmet müdahalesi çok daha anlamlı bir çalışmaya karşılık gelmektedir. Nitekim Dünya Sağlık Örgütü sağlığın tanımını yaparken üç ana unsur üzerine odaklanılması gerektiğini vurgulamakta, bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan bir bütün olarak iyi olmasının sağlıklı olacağı anlamına geldiğini söylemektedir. Dolayısıyla üç kriterden birinin olmaması ya da eksik olması sağlıklı olma durumunu ortadan kaldıracaktır.

Son yıllarda Türkiye'de toplum temelli ruh sağlığı modeli önem kazanmıştır. Bu durumun arka planına bakıldığında ruhsal rahatsızlığın sadece medikal tedavi ile iyileştirilemeyeceği, bunun yanında psiko-sosyal destek sistemleri ile tedavi edilmesi gerektiği gerçeğinin profesyoneller tarafından da kabul edilmesi gözükmektedir. Toplum temelli ruh sağlığı modelinin uygulama birimi olan toplum ruh sağlığı merkezleri de bu amaca hizmet için açılmış olan kuruluşlardır. Ağır ruhsal bozukluğu olan hastalara ve hasta yakınlarına psiko-sosyal destek vererek aile ve sosyal çevre ile etkileşimli bir sürecin başlamasına yardımcı olmaktadır. Aynı zamanda, hastaların rehabilitasyon sürecine katkı sağlayarak toplum içinde yer almalarına fırsat verilmektedir. Medikal tedaviye ek olarak uğraş terapileri ile sosyal açıdan işlevsellik kazandırılarak toplumsal dışlanmayı ortadan kaldırmak, mesleki beceriler sergilemelerine katkı sağlamak, aile terapileri ile aile parçalanmasını önlemek ve sonuç olarak ailenin güçlendirilmesi amaçlanmaktadır. Bu noktada, toplum ruh sağlığı, tıbbi ve psikiyatrik sosyal hizmet bünyesinde önemli bir yer tutmaktadır.

Toplum ruh sağlığı ülkemizde yeni olduğu gibi sosyal hizmet literatürü içinde de yeni bir alandır. Özellikle psikiyatrik sosyal hizmet literatürü incelendiğinde toplum ruh sağlığına ait yeterli veriye ulaşılamadığı görülmektedir.

Bu çalışmada, psikiyatrik sosyal hizmet açısından ele alınan toplum ruh sağlığının tıbbi sosyal hizmet literatüründeki yerini göstermek, bu alanda en çok yayın yapan disiplinleri tespit etmek, disiplinler arası koordinasyonun varlığını araştırmak, uygulama sahası ile akademik çevrenin eşgüdümünün olup olmadığını ortaya çıkarmak hedeflenmektedir. Ayrıca, tıbbi ve psikiyatrik sosyal hizmet alanında toplum ruh sağlığına yönelik var olan sorunların çözümünde farklı yaklaşımlar sunmak, sorunların ortaya çıkmasını engellemede koruyu-önleyici hizmetlerin daha aktif hale gelmesine yardımcı olmak ve bunların uygulama sahasında işlerlik kazanmasını sağlamak bu çalışmanın diğer bir hedefini oluşturmaktadır.

Yöntem

Toplum ruh sağlığı ile ilgili literatürde yer alan akademik çalışmalar anahtar kavramlar4 ışığında başta sosyal hizmet literatürü olmak üzere diğer disiplinler de göz önünde bulundurularak taranmıştır. Ortaya çıkan sonuçlar incelendiğinde tıbbi ve psikiyatrik sosyal hizmet kapsamında ele alınan akademik çalışmalar, kitap-makale-tez olarak tasnif edilmiştir.

Tıbbi ve psikiyatrik sosyal hizmet alanında "toplum ruh sağlığı" başlığı altında 1950-2013 yılları arasında yapılan çalışmalar ve yazılan eserler tespit edilmiştir. Daha sonra, kronolojik ve konu dağılımları göz önünde bulundurularak temalara göre tasnif yapılmıştır. Temalara göre düzenleme yapıldığında, Toplum Ruh Sağlığı alanının Sağlık Hizmetleri ve Politikaları/Toplum ve Halk Sağlığı içerisinde yer aldığı görülmüştür. Toplum ruh sağlığına yönelik eserlerin ayrımı yapılırken ruhsal problemlerin neler olduğu ve bu alanda yazılmış eserlerin ulaşılmasına da ihtiyaç duyulmuştur. Bu nedenle Psikiyatri/Ruh Sağlığı ve Hastalıkları diye ikinci bir tema oluşturulmuştur. Belirlenen her iki tema alanda yazılmış toplum ruh sağlığı ile ilgili eserlerin bir arada olması gerektiğini ortaya çıkarmış ve bu çalışmanın bir literatür çalışması olması gerektiği kanaatini güçlendirmiştir. 1950-2013 yıllarını kapsayan literatür çalışmasında; yurt içindeki akademisyenlerin ve uygulayıcıların yazdığı eserler, tıbbi ve psikiyatrik sosyal hizmet alanına göre toplum ruh sağlığı özelinde tasnif edilmiştir. Sağlık Hizmetleri ve Politikaları/Toplum ve Halk Sağlığı ve Psikiyatri/Ruh Sağlığı ve Hastalıkları temalarına ait kitap-makale-tez 1950-1999 ve 2000-2013 yılları arasında değerlendirilmiştir.

Çalışmaların yürütüldüğü, gerekli bilgilerin toplandığı bazı kurum kuruluş ve internet kaynaklarından faydalanılmıştır. İlk olarak kitap tasnifinde yararlanılan Milli Kütüphane, Beyazıt Devlet Kütüphanesi, İstanbul Üniversitesi, Merkez Kütüphanesi, İSAM Kütüphanesi Hacettepe Üniversitesi Kütüphanesi, Ankara Üniversitesi Kütüphanesi, Boğaziçi Üniversitesi Kütüphanesi, Bilgi Üniversitesi Kütüphanesi, Türkiye Kitaplar Bibliyografyasına bakılmıştır.
Makale ile ilgili yazılı kaynaklar bulunurken yayın özelliği olup olmadığına dikkat edilmiş olup taramalar Türkiye Makaleler Bibliyografyası, TUBİTAK-ULAKBİM Kataloğu, TO-KAT (Ulusal Toplu Katalog), Turk Medline, Ulusal Sağlık Bilimleri Süreli Yayınlar Veritabanı, ASOS İndeksi, Türkiye'deki üniversitelerin Sosyal Bilimler alanında çalışmalar yürüten bölüm, enstitü ve fakültelerin dergileri üzerinden yapılmıştır.
Tez taramasında ise YÖK Tez Kataloğu'ndan yararlanılmıştır. Tez künyeleri oluşturulurken sırasıyla Lisans Bitirme Tezleri, Grup Tezleri, Yüksek Lisans Tezleri, Doktora Tezleri Ve Doçentlik Tezleri, Tıpta Uzmanlık olmak üzere altı farklı kategoride değerlendirilerek tasnif edilmiştir.

1950-2013 yıllarında ülkemizde yapılan sempozyum, panel, kongre vb. toplantılarda sunulmuş ve daha sonra bildiri metni veya makale haline dönüştürülerek yayınlanmış çalışmalar makale başlığı altında değerlendirilmiştir. Bu başlık altında, genelde tıbbi ve psikiyatrik sosyal hizmet, özelde ise toplum ruh sağlığı hakkında çok az bilimsel çalışmaya rastlanmıştır.

Tıbbi ve psikiyatrik sosyal hizmet içerisinde toplum ruh sağlığına yönelik taranan yerlerde farklı disiplinlere ait künyeler bulunmuştur. Bu disiplinler arasında psikoloji, tıp, sosyoloji gibi alanlar yer almaktadır. Özellikle tıbbın bu alanda etkisi, ortaya koyduğu eserlerin sosyal hizmet alanının hedef kitlesini oluşturduğu görülmüştür.

Sosyal Hizmet Merkezli Yayınların Nicel ve Nitel Analizi
Psikiyatri/Ruh Sağlığı ve Hastalıkları konu başlığı 1950-1999 yılları arasında yapılan çalışmalar tasnif edildiğinde tezlerin makale ve kitaplardan daha fazla olduğu görülmektedir. Bu bağlamda elde edilen verilerde 34 makale, 74 kitap ve 127 tez çalışmasının olduğu ortaya çıkmıştır. Tez çalışmalarından 62 tanesinin tez türü ve yazarının belli olmadığı, 2 lisans bitirme tezi, 8 grup tezi, 26 yüksek lisans tezi, 8 doktora tezi, 12 tıpta uzmanlık tezi, 5 doçentlik tezi, 2 bilim uzmanlığı tezi, 2 uzmanlık tezine ulaşılmıştır. Bu konu başlığı altında 2000-2013 yılları arasında yapılan çalışmalar tasnif edildiğinde ise yoğunluğun daha çok makale alanında olduğu görülmektedir. 110 kitap, 236 makale ve 50 tezin kaleme alındığı anlaşılmaktadır. 50 tez içerisinde 1 lisans bitirme, 13 yüksek lisans, 7 doktora, 28 tıpta uzmanlık ve 1 uzmanlık tezlerine ulaşılmıştır.

Sağlık Hizmetleri ve Politikaları/Toplum ve Halk Sağlığı konu başlığı 1950-1999 yılları arasında ele alındığında tez çalışmalarına kitap ve makale çalışmalarına göre daha az yoğunlaşıldığı görülmektedir. Bu bağlamda ortaya çıkan çalışmalarda 28 kitap, 24 makale ve 18 tez çalışması olduğu fark edilmektedir. 18 tez içerisinden 6 diğer tez, 1 lisans tezi, 1 grup tezi, 2 yüksek lisans tezi, 2 doktora tezi, 4 tıpta uzmanlık tezi, 2 doçentlik tezlerine ulaşılmıştır. Bu konu başlığı altında 2000-2013 yılları arasında yapılan çalışmalar tasnif edildiğinde ise yoğunluğun daha çok makale alanında olduğu görülmüştür. Bu bağlamda 23 kitap, 69 makale ve 18 tezin kaleme alındığı ortaya çıkmıştır. 18 tez içerisinde 1 lisans bitirme, 7 yüksek lisans, 6 doktora ve 4 tıpta uzmanlık tezlerine ulaşılmıştır.

Sonuç

Tıbbi ve psikiyatrik sosyal hizmet kapsamında toplum ruh sağlığı günümüzde önemle üzerinde durulması gereken bir alandır. Gün geçtikçe dünyada ve ülkemizde ruhsal problemler artmaktadır. Artan ruhsal problemler toplumsal zeminde yer alan bütün dinamikleri olumsuz yönde etkilemektedir. Başta aile, sosyal çevre olmak üzere toplum geneline yayılan sıkıntılı ve sancılı bir süreci ifade etmektedir. Dolayısıyla toplumsal çözülmenin yaşandığı, bireylerin damgalandığı ve sosyal izolasyonun ortaya çıktığı durumla karşı karşıya kalınmaktadır. Bu noktada disiplinler arası yaklaşımla sosyal hizmet alanının toplum ruh sağlığında daha aktif rol alması gerektiği kanaati oluşmaktadır. Bibliyografik bir değerlendirme olan bu çalışma disiplinler arası yaklaşımla uyumlu bir müdahale yöntemi gerçekleştirilebileceğini, toplum ruh sağlığına daha fazla önem verilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Özellikle akademik anlamda uzmanlığa karşılık gelen yüksek lisans ve doktora seviyesinde yürütülen çalışmaların artması, alan dair kuşatıcı bir bilgi birikiminin de oluşmasında önemli bir rol üstlenecektir.

4 Anahtar Kavramlar: Psiko-sosyal destek, toplum sağlığı, toplum ruh sağlığı, psikiyatrik sosyal hizmet, tıbbi sosyal hizmet, ruh sağlığı, psiko-sosyal rehabilitasyon, koruyucu-önleyici hizmetler, sosyal psikiyatri, sosyal servis, ruhsal travma, halk sağlığı, ruhsal problemler, psikiyatrik hastalıklar.

EVDE SAĞLIK HİZMETİ ALAN YATAĞA BAĞIMLI KİŞİLERİN BAKIM VEREN AİLE ÜYELERİNE, BAKIMA İLİŞKİN VERİLEN EĞİTİMİN, HASTA VE BAKIM VEREN AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Uzm./M.Sc Züleyha ÖĞÜR[1], Dr.Nurcan YALÇINDAĞ[2], Dr.Mehtap ALPAK[3], Dr. Erdoğan TAŞ[4],

Prof.Dr.Sebahat GÖZÜM[5], Prof.Dr.Osman HAYRAN[6]

Bildiriyi Sunan: Züleyha Öğür(Yürütücü)
1ve 3: Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi(Araştırmacı)
2 ve 4: Antalya Atatürk Devlet Hastanesi(Araştırmacı)
5: Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi(Danışman)
6: İstanbul Medipol Üniversitesi(Danışman)

ÖZET

Amaç

Bu çalışma yatağa bağımlı hastaların bakım vericilerine Ausubel'in sunuş yoluyla öğretim stratejisi kullanılarak uygulanan eğitim modülünün, "Evde Sağlık Hizmeti Alan Yatağa Bağımlı Kişilerin Bakım Veren Aile Üyelerine, Bakıma İlişkin Verilen Eğitimin, Hasta ve Bakım Veren Açısından Değerlendirilmesi" amacı ile kontrol gruplu "ön test- son test" deneysel modelde planlanmış ve hipotezler sınanmıştır.

Gereç Yöntem

Araştırma Antalya il merkezinde Atatürk Devlet Hastanesi ile Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin evde sağlık birimlerinden sağlık bakım hizmeti almakta olan "Yatağa Bağımlı Hastalar" üzerinde ve 213S075 nolu TÜBİTAK projesi desteği ile Ocak-Ağustos 2015 tarihleri arasında, müdahale gurubunda 130 yatağa bağımlı hasta ve yakını (130), kontrol gurubun da 130 yatağa bağımlı hasta ve yakını (130) alınarak yapılmıştır. Ausubel'in sunuş yoluyla öğretim stratejisi kullanılarak müdahile gurubuna 20 saatlik eğitim planlanarak ilgili hastane konferans salonlarında eğitim yapılmıştır. Eğitimler; beslenme, vücut mekaniği ve egzersiz, evde sağlık durumuna ilişkin tehlike belirtileri, sosyal destekler, psikolojik destek,iletişim vb konuları kapsamıştır. Kontrol gurubuna evde sağlık birimleri ziyaretleri dışında herhangi bir müdahile yapılmamıştır. Araştırmanın verileri; "barthel indeksi", demografik bilgiler ,"bilgi düzeyi değerlendirme testi", " aile üyeleri tarafından verilen bakımı değerlendirme envanteri", zarit bakıcı yükü ölçeği, geriatrik depresyon ölçeği ile değerlendirilmiştir.

Bulgular

Kontrol gurubunda %52,8 (130) ve müdahile gurubuna%42,2 (116) yatağa bağımlı hasta ve bakım veren bireylerin katılımı ile çalışma tamamlanmıştır. Yatağa bağımlı hastaların %66,3(163) 65 yaş ve üzeri, %51,6(127) kadın, %48,4(119) erkek ve %5,3(13) yüksekokul mezunudur. Bakım verenlerin %65,9(162) 50 yaş ve üzeri yaş gurubunda, %53,7(132) ilk öğretim mezunu, %65,4(161)'nin geliri giderinden düşük, %79,7(196)' si kadın, %20,3(50) erkeklerden oluşmaktadır. Yapılan müdahale kontrol grubuna göre deney grubunda "Yaşlı bakımı bilgisi" "Bakım alanla ilgili bilgi düzeyi" ve "Kendisinden beklentiler" boyutunda daha fazla iyileşme sağlamıştır ($p<0.05$)Yaşanan güçlükler her iki grupta da azalma gösterirken kontrol grubundaki fark anlamlıydı ($p<0.05$).

Sonuç olarak yatağa bağımlı hastaların bakım vericilerine sunuş yolu ile verilen eğitim bakım verme bilgi düzeyini ve bakım verme yeterliliğini artırmada etkilidir.

Anahtar Kelimeler: Evde sağlık hizmeti, yatağa bağımlı, bakım veren, bakım alan, eğitim.

213S075 nolu araştırma projesi kapsamında yapmış olduğumuz bu araştırmaya destek veren TÜBİTAK' a teşekkür ederiz.

POSTER BİLDİRİLERİ

EVDE BAKIM

Adem TOPRAK[1], Zafer Erdin DEMİRBAŞ[1], Beytullah İsmet DEMİRHAN[1], Halime Pınar DEMİRÖZ[1]
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı[1]

Giriş

Evde bakımın kapsamı bireyin gereksinimleri doğrultusunda değişiklik göstermektedir. Evde bakımın büyük bir kısmı bireyin sağlık gereksinimlerini karşılamaya yönelik olmakla birlikte banyo yapma gibi bireysel bakım gereksinimleri; ev ortamının yaşamı kolaylaştırıcı duruma getirilmesi gibi evle ilgili gereksinimleri; sosyal aktivitelere katılması gibi ekonomik ve sosyal gereksinimleri karşılamayı da kapsamaktadır.

Günümüzde evde bakım hizmetleri hekim, hemşire, fizyoterapist, diyetisyen, psikolog, eczacı, sosyal çalışma uzmanı, diş hekimi ve ev ekonomisti gibi farklı meslek üyelerinin katılımıyla multidisipliner ekip yaklaşımıyla yürütülmektedir.
Sağlık Bakanlığı 2005'te "Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumu Hakkında Yönetmelik" hazırlamıştır. Yönetmelikte "evde bakım hizmeti: hekimlerin önerileri doğrultusunda hasta kişilere, aileleriyle yaşadıkları ortamda sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavi de dahil tıbbi ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sağlık ve bakım ile takip hizmetlerinin sunulması" olarak tanımlanmaktadır.
Ülkemizde doğumda beklenen yaşam süresi giderek artmaktadır. 65 ve üzeri yaş grubunun toplam nüfusumuza oranı 2000 yılında %5.6 iken bu oran 2014'te %8'e yükselmiştir. Devlet Planlama Teşkilatı tarafından yapılan bir araştırmaya göre ülkemizdeki yaşlıların %36'sının çocuklarıyla, %63'ünün yalnız, %1'inin kurumlarda yaşadığı saptanmıştır. Bu veriler ülkemizde de evde bakıma gereksinim duyan yaşlı sayısının giderek artmakta olduğunu göstermektedir.

Yaşlının evde bakımı

Yaşlının sağlık ve sosyal hizmet gereksiniminin belirlenip para ödenerek alınacak hizmetlerin ve ödeme yapılmaksızın alınacak aile ve arkadaş yardımlarının koordine edilerek yaşlı bireyin mümkün olduğunca bağımsız yaşamasını sağlamak olarak tanımlanır.
Hedeflerimiz yaşlının sağlığının, fonksiyonunun ve rahatının en üst düzeyde sürdürülmesini ve bozulduğu durumlarda düzeltilmesini sağlamaktır. Bu hedeflere ulaşmada anahtar; sağlık sistemi içinde yer alan koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici hizmetlerin ve sosyal destek hizmetlerinin entegre edilmesidir.
Yaşlının bakım süreci şu aşamalardan oluşur; veri toplama, gereksinimleri belirlemetanı, bakım planı yapma-eğitim, uygulama, değerlendirme.
Yaşlının evde bakımında, yaşlının ve yakınının eğitimi önemli rol oynar. Yaşlı ve yakınına; sağlığın korunması, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi, yaşlanma nedeniyle gelişen fizyolojik, psikososyal değişiklikler ve yaşlılarda sık görülen kronik hastalıklarla baş etmeye yönelik eğitim verilmelidir.

Sonuç

Evde bakıma gereksinim duyanların büyük çoğunluğunu yaşlılar oluşturmaktadır. Ülkemizde de 65 ve üzeri yaş grubunun toplam nüfusumuza oranı 2014 yılında %8'e yükselmiştir. Yaşlının evde bakımında hedefler yaşlının sağlığının, fonksiyon ve rahatının en üst düzeyde sürdürülmesini ve bozulduğu durumlarda düzeltilmesini sağlamaktır. Bu hedeflere ulaşmada anahtar; sağlık sistemi içinde yer alan koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici hizmetlerin ve sosyal destek hizmetlerinin entegre edilmesidir. Yaşlı bakımının önemli bir kısmını yaşlının ve yaşlıya bakım veren kişinin eğitimi kapsamaktadır. Bakıma yönelik temel bilgi ve becerilerin öğretilmesi, yaşlının geri kalan ömrünü fonksiyonel ve daha az sorun yaşayarak sürdürmesine katkıda bulunacaktır.

Anahtar kelimeler: Evde bakım, yaşlılık.

BARDAĞIN DOLU YÜZÜ: TRAVELBEE'NİN KİŞİLER ARASI ETKİLEŞİM TEORİSİ ÇERÇEVESİNDE TAKİP EDİLEN LENFOMALI HASTA

Uzm. Hemş. Arzu AYDOĞAN*, Yrd. Doç Dr. Birgül ÖZKAN**, Prof Dr. Ayşe ÖZCAN***
* Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Hastanesi, Ortopedi Kliniği, ** Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Psikiyatri Hemşireliği A.B.D, *** Karatay Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı[1]

Giriş
Travelbee bakımın amacını "birey, aile ya da toplumun hastalık ve acı deneyimleri ile baş etmesi veya bunların önlenmesi ve gerekliyse bu deneyimlerinden anlam bulması için" yardım etmek olduğunu belirtmiştir. Hemşire bir insandır diyen Travelbee hemşirenin tanımını da "hastalıkların önlenmesi, sağlığın tekrar kazanılması, hastalıkta anlam bulma ya da sağlığın en yüksek derecede korunması için başka insanlara yardım etmeyi amaçlayan, bunun için özel bilgi ve yeteneklere sahip olan kişidir" şeklinde yapmıştır.

Amaç
Bu vaka çalışmasının amacı Travelbee'nin insan insana iletişim modelinin Lenfomalı bir hastanın bakımında kullanılabilirliğini test etmektir.

Yöntem
Travelbee nin İnsan insana iletişim kuramında yer alan ilk karşılaşma, kimliklerin ortaya çıkması, empati, sempati ve dostça ilişki basamakları çerçevesinde hastanın bakımı planlanmıştır. Hasta ile yapılan görüşmelerde acı çekme, umut, umutsuzluk, yaşadıklarından anlam bulma gibi kuramda yer alan başlıca kavramlar çerçevesinde görüşmeler yapılmış ve sonuçları değerlendirilmiştir.

Bulgular
Askerlik vazifesi esnasında yüksekten atlayan hasta kalçasında bir ağrı hissetmiştir ve yapılan tetkiklerinde pelviste kitle tespit edilmiştir. 3 yıldır eroin bağımlısı olan hasta klinikten de iki kez firar ettikten sonra üçüncü yatışında kliniğe tekerlekli sandalye ile ve genel durumu kötüleşmiş olarak getirilmiştir. Pelviste bulunan kitlenin çok büyümesi sonucu hasta da sinir hasarı meydana gelmiş ve sol bacağında kuvvet kaybı gelişmiştir. Cerrahi açıdan tedavi şansı kalmayan hasta hematoloji kliniğine sevk edilmiş ve kemoterapi tedavisini orada almaya başlamıştır. Ortopedi ve Hematoloji kliniğinde yattığı süre içinde hasta ile düzenli görüşmeler yapılmıştır. Hasta ve ailesi ile yapılan ilk görüşmelerde karşılıklı güven sağlandıktan sonra hastanın yaşadığı fiziksel ve psikolojik acıları üzerinde durulmuş bu dönemde var olan umutsuzluğu üzerine görüşmeler planlanmış ve yapılmıştır. Zaman içerisinde medikal tedaviye de olumlu yanıt alınması ile birlikte hastanın umutsuzluğunun umuda dönüşü gözlemlenmiştir. Yaşadıklarından anlam bulma boyutu ile değerlendirdiğimizde hasta ve ailesi yaşadıklarını bir ceza olarak değil hastanın şu zamana kadar yaşadığı olumsuz yaşantısından kurtulabilmek için bir çıkış kapısı olarak görebilmeyi başarmıştır.

Sonuç
Travelbinin geliştirdiği kişiler arası etkileşim teorisinin basamakları çerçevesinde hasta takip edilmiş ve dostça ilişki basamağına kadar da ilerleme sağlanmıştır. Hem hasta ile hem de ailesi ile hemşire hasta etkileşimi etkili bir şekilde gerçekleştirilmiştir. Eroin gibi kötü bir alışkanlıktan sahip olduğu kanser hastalığı sayesinde kurtulduğu için tüm kayıplarına rağmen bu durumu hastalığın onlara kazandırdığı olumlu bir sonuç olarak değerlendirebilmişlerdir. Hasta ve hemşire arasında etkili bir iletişim ile gerçekleşen bu çalışmada hemşirenin de kendi açısından olumlu kazanımları olmuştur. Bu doğrultuda yapılan bu çalışmanın onkoloji-hematoloji ve psikiyatri hemşireleri başta olmak üzere tüm hemşirelere yol göstermesi açısından etkili bir çalışma olduğu düşünülmektedir.

14 YAŞINDA EL-AYAK-AĞIZ HASTALIĞI: OLGU SUNUMU

Beytullah İsmet DEMİRHAN[1], Zafer Erdin DEMİRBAŞ[1], Tarık SARI[1], Adem TOPRAK[1]
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı[1]

Giriş

Döküntülü hastalıklar çocukluk çağında çok sık karşılaşılan ve ayırıcı tanısı oldukça geniş bir grup hastalıktır. Döküntü ile birlikte ateşin olması enfeksiyöz hastalık olasılığını artırmaktadır. El-ayak-ağız hastalığı (EAAH) enteroviral (Coxsackie virus A10, Coxsackie virus A16 ve Enterovirus 71) enfeksiyon olup bulaşıcılığı yüksektir. Özellikle 2-10 yaş arasındaki çocuklarda görülür. Ağız içinde dil, sert damak ve yanak mukozasında ülserler, takiben el ve ayakların dorsal kısımları ve parmak kenarlarında oval şekilde deri çizgilerine paralel 2-10 mm çaplı vezikülopüstüller olur. Hastalık üç yerleşim yerinin üçünü de tutmayabilir ve nadiren tüm vücuda yayılır. Ilıman iklimlerde en sık yaz aylarında görülür. Genellikle iyi seyirlidir ve spontan iyileşme eğiliminde olduğundan tedaviye gerek yoktur; gereğinde semptomatik tedavi verilebilir.

Olgu

14 yaşında erkek hasta 38,3 ºC ateş şikayetiyle doktora başvuruyor. Üst solunum yolu enfeksiyonu nedeniyle antibiyotik ve ateş düşürücü başlanıyor. İlk başvuruda herhangi bir döküntüsü olmayan hastanın 3 gün sonra ellerinin, ayaklarının iç yüzünde ve ağız içinde döküntüleri olması üzerine çocuk acile başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde ateş:38ºC, nabız:80/dk, TA:110/75 mmHg olarak ölçüldü. Hastanın orofarinks bakısında yumuşak damakta yaygın enantemler görüldü. Her iki elin parmaklarının iç yüzeyinde ve her iki ayağın tabanında özellikle başparmak arkasında vezikülopapüler karakterde lezyonlar mevcuttu. Hastanın diğer sistem muayeneleri normaldi. Hastaya EAAH tanısı konularak hasta yakınına hastalık hakkında bilgi verildi. Döküntülerin 7-10 gün içerisinde kendiliğinden geçeceği anlatıldı. Hastalığın bulaştırıcılığının yüksek olmasından dolayı el hijyenine dikkat edilmesi ve gebelere temastan kaçınılması konusunda hasta yakınları bilgilendirildi. Hastanın antibiyotik tedavisi sonlandırıldı. Ateşi yükseldiği takdirde ateş düşürücü alması önerildi.

Sonuç

EAAH spontan iyileşme eğilimde olup şiddetli olmayan olgularda tedavi gerekli değildir. Şiddetli olgularda destek tedavisi gerekmektedir. Oldukça bulaşıcı olan hastalık; nazal veya oral sekresyonlar, fekal materyal ve damlacık yolu ile yayılım gösterir. EAAH 3-7 günlük inkübasyon periyodu sonrası en sık el avuç içi, ayak tabanları ve ağızda veziküler eritemli döküntü ile ortaya çıkar ve genellikle 7-10 günde iyileşir. Döküntüye hafif ateş eşlik edebilir, bu hastalarda döküntü genellikle ateşin ikinci gününden itibaren ortaya çıkar. EAAH'nın belirli bir tedavisi veya aşısı olmadığı için, bulaştırıcılık yüksek olup kişilerle direkt temasın engellenmesi, kontamine eşyaların dezenfekte edilmesi, içme sularının ve havuz sularının klorlanması, ellerin yıkanması ve veziküllerin patlatılmaması önerilmektedir. Sıklıkla yaz aylarında görülmekle beraber küresel ısınmadan dolayı Eylül, Ekim aylarında da sıklık artmaktadır. Sonuç olarak, son yıllarda EAAH artmakta olup yapılan çalışmalarda en sık beş yaş ve altında görülmektedir. Bizim vakamızda olduğu gibi bu yaş grubunun dışında da bu hastalığın görülebileceği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelime: çocuklarda ateşli hastalıklar, enteroviral, coxsackie.

TIBBİ SÜLÜK TEDAVİSİ

Zafer Erdin DEMİRBAŞ[1], Beytullah İsmet DEMİRHAN[1], Halime Pınar DEMİRÖZ[1], Kenan TAŞTAN[1]

-Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı[1]

Giriş

Sülükler çok eski çağlardan beri bazı hastalıkların tedavisinde kullanılmaktadır. Özellikle H.medicinalis ve H. Verbana türleri çeşitli tedavilerde kullanılmaktadır. Sülüklerin tükürük bezi salgıları 100'ün üstünde farklı bioaktif madde içerir. Bu salgıların vazodilatatör, bakteriyostatik, analjezik, anti-inflamatuar ve antikoagulan özellikte olduğu bildirilmiştir. Bununla beraber ödem çözücü etkilere sahip olduğu ve mikrosirkülasyon bozukluklarını önleme, organ ve dokuların hasarlı vasküler permeabilitesini, hipoksiyi düzeltme, kan basıncını düşürme, immuniteyi artırma, ağrı olaylarını giderme gibi etkileri çeşitli kaynaklarda belirtilmiştir. ABD İlaç ve Gıda Dairesi (Food and Drug Authority of USA-FDA) sülüklerin bu ülkede satışına, genel amaçlar, plastik cerrahi ve mikro cerrahide kullanımına 2004 yılında izin vermiştir. Bu yazıda parmak replantasyonu sonrası venöz yetmezlik geliştiği için tedavisinde sülük uygulanmış bir olgu verilmiştir.

Olgu

29 yaşında çiftçi, erkek hasta ot biçme makinesiyle sol el 5. Parmak metakarpofalangeal eklem distalinden tam kopması nedeniyle acil servise geliyor. Hasta acil müdahalesi yapıldıktan bir saat sonra plastik cerrahi tarafından Minor replantasyonla tedavi ediliyor. Hastanın gerekli tedavileri yapılırken 6. gününde hastanın parmağında venöz dönüş bozukluğu nedeniyle renk değişikliği olmaya başlıyor(Resim 1). Hasta tarafımızca konsülte edildi ve 5 gün sülük tedavisi uygulandı. Hasta on gün sonra kendi isteğiyle taburcu edildi. Taburculuktan sonra 4 gün daha gün aşırı olacak şekilde sülük tedavisi uygulandı. Toplamda hastaya 9 seans sülük tedavisi uygulanmış oldu. Hasta bir ay sonra kontrole geldiğinde hastanın yara bakımının yetersiz olduğu, yüzeyel yumuşak dokunun enfekte olduğu görüldü(Resim 2). Hastaya pansumanlarını daha sık yaptırması ve bu süre içerisinde elini kullanacağı işlerden uzak durması önerildi. Hastaya lokal antibakteriyel tedavi başlandı. Hasta iki ay sonra kontrole çağrıldı(Resim 3). Hastanın parmağındaki yüzeyel enfeksiyonun iyileştiği ve venöz dönşünün de normale döndüğü görüldü. Hastaya duyusal muayene olarak her iki elin 5. parmağına iki nokta ayırımı testi uygulandı. Hastanın sağ elde 5mm de sol elde 8 mm de iki noktayı ayırdığı görüldü. Hastaya sıcak uyaran verildiğinde sıcaklığı hissettiği görüldü. Hastanın parmağının metakarpofalangeal ekleminde flexiyon tam düzelme gösterirken distal ve proximal interphalangeal ekleminde henüz flexiyon ve extansiyon kabiliyeti geri dönmemiş olarak görüldü. Hastaya fizik tedavi önerisinde bulunuldu.

Sonuç

Bu yazıda parmak replantasyonu sonrası venöz dönüş bozukluğu olan ve sülük tedavisi ile düzelen bir olgu verilmiştir. Literatürde cerrahi sonrası vasküler permeabilite komplikasyonlarında sülük tedavisinin uygulandığı çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışmalarda sülük tedavisi alan hastaların yapılan değerlendirmelerinde anlamlı sonuçlar elde edilmiştir. Fakat bu konuda yapılacak geniş kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır. Sonuç olarak replantasyon sonrası venöz dönüş bozukluğu tedavisinde medikal tedaviye ek olarak hirudoterapi de bir alternatif tedavi olarak kullanılabilir.

Anahtar Kelime: Hirudotherapy, replantasyon, venöz yetmezlik.

ALTERNATİF BİR TEDAVİ YÖNTEMİ: HACAMAT

Zafer Erdin DEMİRBAŞ[1], Beytullah İsmet DEMİRHAN[1], Kenan TAŞTAN[1]

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı[1]

Giriş

Arapça telaffuzu hıcamet olan ve Türkçe'de hacamat diye bilinen bu kavram, sözlükte emme anlamına gelen hacm kökünden gelmektedir. Terim anlamı ise deriden vakum yolu ile kan alınmasıdır. Eski Çin, Mezopotamya, Mısır ve bazı Ön Asya uygarlıklarında hastalıklara karşı vücuttan kan alma metodunun kullanıldığı bilinmektedir. Hacamatın sistemli olarak ilk defa Mısırlılar tarafından kullanıldığı, o döneme ait bazı belgelerden tespit edilmiştir. Asırlar boyu yaşatılan ve diğer adıyla kupa terapisi (Cupping Therapy) olarak bilinen bu uygulamanın, Osmanlı tıbbında çok uygulanan ve tıp kitaplarında yer alan yöntemlerden biri olduğu da kaynaklardan anlaşılmaktadır. Avrupa'da da son yıllarda alternatif tıp içerisinde uygulanmaya başlandığı bilinmektedir. Türkiye'de de 27.10.2014 tarihinde Resmi Gazete'de yayımlanan "Geleneksel, Tamamlayıcı, Alternatif Tıp Uygulamaları Yönetmeliği" 'nde hacamat tedavisi de yer almıştır.

Hacamat Nasıl ve Ne Zaman Uygulanır?

Hacamat derinin bir neşter yardımıyla çizilip ağzı geniş bir şişe vasıtası ile kanın çekilmesi şeklinde yapılır. Aynı yer neşterle 2 veya 3 milim çizilir. Sonra havası alınmış kupa neşterle çizilen yere tekrar kapatılır. Bu işlem yapılınca, kılcal damarlardan kan gelmeye başlar. Bu operasyon genellikle üç defa tekrarlanır. Tedavi 20-25 dakika sürer. Ortalama 300-350 gram kadar kan çıkarılır. Operasyon özellikle ağrı, sızı veya hastalık olan organa yakın yerlere yapılır.

Hacamatın Faydaları ve Kullanıldığı Hastalıklar

Hacamat, hastalıklara karşı önlem amacıyla yapılabildiği gibi, bazı hastalıkların tedavisi için de yapılabilir. Hacamatın dokularda biriken aşırı sıvı ve toksinleri attığı, bağ dokularını güçlendirdiği, cilde ve dokulara kan akışını hızlandırdığı, sinir sistemini uyardığı ve ağrıları dindirdiği bilinen yararlarından bir kaçıdır. Klinik çalışmalar ile ispatlanmış bir faydası da vücudun ürettiği doğal kortizonu arttırmasıdır. Hacamat; cilt hastalıkları, sedef hastalığı, süreklilik arz eden kronikleşmiş migren, baş ağrısı, sinüzit, romatizma, sırt, bel ve diz ağrılarında kullanılır.

Hacamat Yaptırırken Dikkat Edilecek Hususlar

Hijyenik şartlarda uzman kimseler tarafından yapılmalıdır. Gerekirse bazı tahliller yaptırılmalıdır. Hacamatın, çok yaşlılarda, kalp yetmezliği olanlarda, kanama bozukluğu olanlarda, hamilelerde, anemisi olanlarda, AİDS – HİV hastalarında, hipotansiyonu olanlarda, küçük çocuklarda yapılması tavsiye edilmemektedir.

Sonuç

Bir çeşit alternatif tedavi metodu olan hacamat, binlerce yıldır devam eden geleneksel bir sağlık uygulamasıdır. Bu tedavi metoduna hem gelenek hem de modern tıp açısından baktığımızda belli şartlar altında hiçbir yan etkisi olmayan, tamamen doğal bir yöntem olduğunu görmekteyiz. Yetkili uzmanlar tarafından usulüne uygun olarak yapıldığı takdirde modern tıbbın verileriyle de örtüşen, hiç acı vermeyen ve bir iz bırakmayan hacamat, hızlı iyileşme ve vücutta rahatlama sağlayan ve birçok hastalığa şifa dağıtan bir özelliğe de sahiptir. Fakat bu konuda yapılacak geniş kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: hacamat, alternatif tedavi.

PARMAK REPLANTASYONU SONRASI SÜLÜK TEDAVİSİ

Beytullah İsmet DEMİRHAN[1], Yusuf Erdem[1], Zafer Erdin DEMİRBAŞ[1], Tarık SARI[1]

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı[1]

Giriş

Arapça telaffuzu hıcamet olan ve Türkçe'de hacamat diye bilinen bu kavram, sözlükte emme anlamına gelen hacm kökünden gelmektedir. Terim anlamı ise deriden vakum yolu ile kan alınmasıdır. Eski Çin, Mezopotamya, Mısır ve bazı Ön Asya uygarlıklarında hastalıklara karşı vücuttan kan alma metodunun kullanıldığı bilinmektedir. Hacamatın sistemli olarak ilk defa Mısırlılar tarafından kullanıldığı, o döneme ait bazı belgelerden tespit edilmiştir. Asırlar boyu yaşatılan ve diğer adıyla kupa terapisi (Cupping Therapy) olarak bilinen bu uygulamanın, Osmanlı tıbbında çok uygulanan ve tıp kitaplarında yer alan yöntemlerden biri olduğu da kaynaklardan anlaşılmaktadır. Avrupa'da da son yıllarda alternatif tıp içerisinde uygulanmaya başlandığı bilinmektedir. Türkiye'de de 27.10.2014 tarihinde Resmi Gazete'de yayımlanan "Geleneksel, Tamamlayıcı, Alternatif Tıp Uygulamaları Yönetmeliği" 'nde hacamat tedavisi de yer almıştır.

Hacamat Nasıl ve Ne Zaman Uygulanır?

Hacamat derinin bir neşter yardımıyla çizilip ağzı geniş bir şişe vasıtası ile kanın çekilmesi şeklinde yapılır. Aynı yer neşterle 2 veya 3 milim çizilir. Sonra havası alınmış kupa neşterle çizilen yere tekrar kapatılır. Bu işlem yapılınca, kılcal damarlardan kan gelmeye başlar. Bu operasyon genellikle üç defa tekrarlanır. Tedavi 20-25 dakika sürer. Ortalama 300-350 gram kadar kan çıkarılır. Operasyon özellikle ağrı, sızı veya hastalık olan organa yakın yerlere yapılır.

Hacamatın Faydaları ve Kullanıldığı Hastalıklar

Hacamat, hastalıklara karşı önlem amacıyla yapılabildiği gibi, bazı hastalıkların tedavisi için de yapılabilir. Hacamatın dokularda biriken aşırı sıvı ve toksinleri attığı, bağ dokularını güçlendirdiği, cilde ve dokulara kan akışını hızlandırdığı, sinir sistemini uyardığı ve ağrıları dindirdiği bilinen yararlarından bir kaçıdır. Klinik çalışmalar ile ispatlanmış bir faydası da vücudun ürettiği doğal kortizonu arttırmasıdır. Hacamat; cilt hastalıkları, sedef hastalığı, süreklilik arz eden kronikleşmiş migren, baş ağrısı, sinüzit, romatizma, sırt, bel ve diz ağrılarında kullanılır.

Hacamat Yaptırırken Dikkat Edilecek Hususlar

Hijyenik şartlarda uzman kimseler tarafından yapılmalıdır. Gerekirse bazı tahliller yaptırılmalıdır. Hacamatın, çok yaşlılarda, kalp yetmezliği olanlarda, kanama bozukluğu olanlarda, hamilelerde, anemisi olanlarda, AİDS – HİV hastalarında, hipotansiyonu olanlarda, küçük çocuklarda yapılması tavsiye edilmemektedir.

Sonuç

Bir çeşit alternatif tedavi metodu olan hacamat, binlerce yıldır devam eden geleneksel bir sağlık uygulamasıdır. Bu tedavi metoduna hem gelenek hem de modern tıp açısından baktığımızda belli şartlar altında hiçbir yan etkisi olmayan, tamamen doğal bir yöntem olduğunu görmekteyiz. Yetkili uzmanlar tarafından usulüne uygun olarak yapıldığı takdirde modern tıbbın verileriyle de örtüşen, hiç acı vermeyen ve bir iz bırakmayan hacamat, hızlı iyileşme ve vücutta rahatlama sağlayan ve birçok hastalığa şifa dağıtan bir özelliğe de sahiptir. Fakat bu konuda yapılacak geniş kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Hacamat, alternatif tedavi.

65 YAŞ ÜZERİ EVDE SAĞLIK HASTALARININ BESLENME DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

E. Neşe YENİÇERİ[1], Betül BATTALOĞLU[1], Berna Kılıç ÖZEN[2], Cem ŞAHİN[3]

1 Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD.

2 Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Birimi.

3 Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD.

Amaç
Bu çalışmada, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Birimine kayıtlı 65 yaş ve üzeri kişilerin beslenme durumlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve yöntem
Veriler Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Birimine kayıtlı 65 yaş üzeri kişilerden görüşme ve antropometrik ölçüm yolu ile toplanmıştır. 65 yaş üzeri hastaların beslenme durumları, "Mini Nutrisyonel Değerlendirme Testi" (MNDT) ile değerlendirilmiştir (1). MNDT, 15 i sözle sorgulama ve 3 ü antropometrik ölçüme dayalı toplam 18 sorudan oluşmaktadır. Tüm nutrisyonel skorlama 30 puan üzerinden yapılmıştır. 15 sözel soru ile hastanın nutrisyonel açıdan genel değerlendirilmesi ve diyet alışkanlıkları sorgulanmış, antropometrik olarak da beden kitle indeksi, üst kol çevresi ve baldır çevresi ölçülmüştür. Ayrıca, araştırmacılar tarafından literatür baz alınarak geliştirilen sosyodemografik değerlendirme formu kullanılmıştır. Veriler, SPSS 19.00 paket programında tanımlayıcı istatistik ve korelasyon testleri ile değerlendirilmiştir.

Bulgular
Araştırmaya 65 yaş üzerinde 143 hasta katılmıştır. Yaş ortalaması 82.1 ±7.4 (Min:65, max:103) olarak saptanmıştır. Hastaların 21 (14.7%) inin 65-74 yaş, 62 (43.4%) sinin 75-84 yaş ve 60 (42.0%) ının, ≥ 85 yaş üzerinde olduğu, hastaların 46 (32.2%) sının erkek ve 97 (67.8%) sinin kadın olduğu, hastaların 76 (53.1) sının okuma yazma bilmediği, 2 (1.4%) sinin bekar, 67 (46.9%) sinin evli ve 74 (51.7%) ünün dul olduğu ve 31 (21.7%) inin sigara içtiği saptanmıştır. Malnutrisyon oranı 26.6% ve malnutrisyon riski 57.3% olarak saptanmıştır (Tablo 1). MNDT puanları sosyodemografik verilerle karşılaştırıldığında gelirini kullanmak açısından kendisi karar veren yaşlıların MNDT puanlarının daha iyi olduğu saptanmıştır (Tablo 2).

Tartışma ve Sonuç
Türkiye genelinde 65 yaş ve üzeri nüfus oranı 2000 yılında %5.7 iken 2014 de %8 oranına ulaşmıştır (2). Ege bölgesinde %9.6 dır. Muğla'da %10 dur. Türkiye 'de yaşlı (65 yaş ve üzeri) bağımlılık oranı(65 yaş üzeri nüfusun 15-64 yaş arası nüfusa oranı) %11.1 iken bu oran Muğla'da ise %14.3 dür. İlimizde 65 yaş nüfus oranının Türkiye ortalamasından yüksek olması ve yaşlı bağımlılık oranının yüksek olması nedeniyle yaşlıların beslenme durumlarını bilmek daha da önem kazanmaktadır.
Verilerimiz 65 yaş üzeri evde sağlık hastalarında malnutrisyon ve malnutrisyon riskinin yüksek olduğunu göstermiştir. 65 yaş üzeri evde sağlık hastalarının beslenme durumlarının değerlendirilmesi sonucunda hastanın durumuna göre müdehale edilebileceği beslenme uzmanı tarafından değerlendirilebileceği düşünülmektedir. Ayrıca gelirinin kullanımı konusunda kendisi karar verenlerin beslenme düzeylerinin daha iyi olması, gelirini bir başkası tarafından kullananların yaşlının gelirini yaşlı için kullanmadığı olasılığını düşündürmektedir. Bu sosyal problemle ilgili daha derinlemesine araştırmaların gerekli olduğu düşünülmektedir.
Anahtar Kelimeler: Yaşlı, evde sağlık, beslenme.

KAYNAKLAR
1.Guigoz Y, Vellas B: Malnutrition in the elderly: the Mini Nutritional Assessment (MNA). Ther Umsch 1997; 54: 345–350.
2.Türkiye İstatistik Verileri http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist

CİNSEL İLGİ / UYARILMA BOZUKLUĞU OLAN BİR KADIN: OLGU SUNUMU

Araş.Gör.Dr.Halime Pınar DEMİRÖZ[1], Yrd. Doç. Dr. Kenan TAŞTAN[1]

1 Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD.

1 Atatürk Üniversitesi Akupunktur ve Tamamlayıcı Tıp Yöntemleri Uygulama ve Araştırma Merkezi, Erzurum.

Giriş

Cinsel istek, kadınlarda ve erkeklerde cinsel partneri ile cinsel ilişkiye girme arzusudur. Cinsel istek, cinsel sağlık açısından önemli bir unsurdur. Cinsel sağlığın bozulması hem kadında hem erkekte psikolojik sağlığın ardından da aile sağlığın ve en nihayetinde sosyal sağlığın da bozulması anlamına gelmektedir. Toplumların kültürlerine ek olarak, cinsiyetlere özel cinsel kültürden söz edilir, toplumda cinsellikle ilgili yerleşik mitlerin cinsel işlev bozukluğunda önemli yeri olduğu ifade edilir. Bu yazıda aile hekimliği, hipnoterapi polikliniğimize cinsel istek azalması nedeniyle başvurup tedavi edilen olgunun tartışılması amaçlanmıştır.

Olgu

Kadın 40 yaşında ev hanımı, erkek 45 yaşında özel şirkette pazarlamacı olarak çalışmakta. Yaklaşık 5 yıldır kadında cinsel isteksizlik ve tiksinme problemiyle polikliniğimize müracaat ettiler.Görüşmede 20 yıllık evli oldukları ve cinsel hayatlarının normal sayılabilmekle beraber son 5 yılda özellikle kadında oluşup, artan bir cinsel istek azlığı olduğunu söylediler. Cinsel isteksizliğin sebebinin ne olabileceği kendilerine sorulduğunda; bu sürede aralarında herhangi ciddi tartışmanın olmadığı; erkeğin veya kadının psikolojik, metabolik hastalığının olmadığını söylediler. Yapılan ön görüşmenin ardından kadına hipnoterapi önerildi ve hipnoz hakkında bilgi verildi. Birinci seansta relaksasyon hipnozunun ardından regresyon hipnozu uygulandı ve suje yaklaşık yirmi yıl öncesine götürüldü. Hipnoterapi esnasında yaşadığı ve kendisinde olumsuz iz bırakan olaylar soruldu. Suje; eşiyle evlilik öncesi yaşadığı cinsel ilişki sonrası hamile kaldığını ve bebeğinin doğum sonrası ilk hafta içinde hastalanarak öldüğünü söyledi. Bebeğinin ölümünden eşiyle evlilik öncesi yaşadığı ilişkiyi sorumlu tuttuğunu ve vicdan azabının özellikle şu an 5 yaşında olan çocuğunun doğumundan sonra giderek arttığını hipnoterapi esnasında ağlayarak anlattı. Sujenin rahatlaması için post hipnotik telkin verilerek seans sonlandırıldı. 2. Hipnoterapi seansında, suje bebeğinin öldüğü güne götürülerek doktorların bebeğinin ölüm sebebi olarak neonatal sepsis tanısını koydukları ve ona bunun tıbbi bir nedeni olduğu açıklamaları sağlandı. Pozitif imajinasyon tekniği ve ego güçlendirici telkinlerle kendisini daha rahat hissedeceği telkinleri verildi. Seans sonrası sorunlarının devam etmesi halinde 3. Seans için randevuyu telefonla alabilecekleri söylendi. 20 gün sonra çift polikliniğimizi ziyaret etti ve kendilerini daha iyi hissettiklerini ve artık her hangi bir sorunlarının olmadığını dile getirdiler.

Sonuç

Kadınlarda cinsel işlev bozuklukları DSM-V tanı kriterlerine göre: a) Kadında orgazm bozukluğu. b) Kadında Cinsel İlgi/Uyarılma Bozukluğu. c) . Cinsel Organlarda-Pelviste Ağrı/İçe Girme Bozukluğu olarak sınıflandırılır. Kadınların yaklaşık % 33'ünün hayatlarının bir döneminde cinsel ilgi azalmasıyla karşı karşıya kalacağı tahmin edilmektedir. Hipnoz, danışanlara kendi seksüaliteleri ile ilgili olarak daha derin bir iç farkındalık sağlamakta, hipnozitöre sorunun temeliyle ilgili bilgi vermektedir. Kadınların cinsel isteksizliklerinin tedavisinde hipnoterapi güvenilir yöntem olarak uygulanabilmektedir. Bu konuda eğitim almış profesyonellerin hipnoterapiyi tedavi amaçlı kullanmaları uygundur.

Anahtar kelimeler: Hipnoterapi, cinsel ilgi bozukluğu.

KRONİK YARA OLGULARIMIZIN ÖZELLİKLERİ

Uz.Dr.Hasan ANIK[1], Dr.Nuran ELÇİN[2], Nurhayat ARSLAN[1], Hanife KUYU[1], Mesude SERTKAYA[1], Nuray UZUN[1].

1-Gaziemir Belediyesi Evde Bakım Birimi.

2-Gaziemir Belediyesi Sağlık İşleri Müdürlüğü.

AMAÇ

Gaziemir Belediyesi Evde Bakım Birimi (E.B.B) tarafından tedavi ve takipleri yapılan kronik yara olgularımızın özelliklerini sunmak amacıyla bu çalışma planlandı.

GEREÇ VE YÖNTEM

E.B.B. tarafından 2014 ve 2015 yılında takibi yapılan kronik yara (K.Y.) olgularımız toplam 34 kişidir (E :13 K:21). Aktif Hasta Sayımız 1617 olup KY oranı %2,1'dir. Bu oran ülkemizde yapılan 2 çalışma oranlarından (% 7,2 ve %11,6) daha düşüktür.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Kronik yaralar, 6-8 haftada tamamen iyileşmeyen yaralar olarak tanımlanır. Kronik yaraların % 40'ını bası ülserleri oluşturur. Gaziemir Belediyesi Evde Bakım Birimi tarafından 2014 – 2015 arasında toplam 34 yara olgusu olup 5 tanesi (3 diabetik ayak ülseri, 2 venöz ülser) bası dışı yaradır.Yaş ortalaması erkeklerde 71,9 kadınlarda 81,3'tür.Eşlik eden kronik hastalık sayısı ve dağılımı ,kültürde üreme pozitifliği,ortalama tedavi süresi,yara evresi,bakımından her iki cins arasında fark saptanmadı.Ancak çalışmamızda şu noktalar dikkat çekici bulundu:

1-Kronik yaranın saptandığı ortalama yaş kadınlarda 10 yıl geç olmaktadır. Aile içi bakım ,kişisel duyarlılık ve cinsiyete bağlı ortalama yaşam süresinin bunda etkili olduğunu düşünmekteyiz.
2-Erkeklerde sakrum da ülser oranı % 38 olup literatür sonuçları ile (% 36) uyumludur. Ancak kadınlarda bu oran % 80 olup anlamlı olarak daha yüksek bulundu.
3-En kısa takip süresi 1 hafta ,en uzun takip süresi ise 102 haftadır (Bu vaka hariç tutulduğunda kadınlarda ortalama takip süresi 7,0 haftaya düşmektedir).
4-Olgularımızın 12'si yara dışı sistemik nedenlerle , 2'si yarayla ilişkin enfeksiyon nedeniyle kaybedildi. 9 olgunun takibi devam etmekte olup 11 olgunun ise iyileşme nedeniyle takibi kesilmiştir.
5-Erken dönemde (Evre 1-2) tespit oranımız %23,5 'tir. Risk altında bulunan hastaların yakın ve periyodik takibi ile kronik yara oluşumunun azaltılabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kronik Yara, Ülser, Evde Bakım.

BİR VAKA ÇALIŞMASININ ANATOMİSİ VE BİR VAKA SUNUMU

Hülya ERBABA, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Kadın Sağlığı ve Hemşireliği Doktora Öğrencisi. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Projeler Ofisi Ankara.

Nurgün PLATİN, Prof. Dr. Nurgün PLATİN (Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Öğreti Üyesi, Emekli).

Giriş

Bu çalışma vaka çalışması yönteminin özelliklerinden bahsetmek ve konuyu bir vaka çalışması ile örneklendirmek amacıyla hazırlanmıştır. Vaka çalışması; denek bulmanın ya da benzer değişkene yönelik kişilerden bir grup kurmanın zor olduğu (Parahoo 2006), bir araştırmanın, üzerine kurgulanacağı verilerin bulunmadığı ya da çok az verinin bulunduğu, bir iç görü oluşturmak, bir hipotez önermek, başka araştırmalara alt yapı oluşturmak (Wilson 1989), özel bir sorunu çözmek (Polit ve Hungler 1983) ve özel tedavi yöntemlerinin etkisini ortaya koymak ve teknikleri başkalarına tanıtmak için kullanılan bir yöntemdir. Bu çalışma vaka çalışmalarının derinlemesine sorun çözümünde ve sonuçların genellenebilirliğini sağlamakta çok değerli bir yol olduğunu ortaya koymaktadır.

Vaka Sunumu

68 yaşında dwarfism, konjenital omurilik eğriliği, lumbar disk patolojisi, bilateral koksarthroz, bilateral gonarthroz tanılı yaşlı, engelli ve yalnız kadın evinde düşmüş, 36 saate yakın düştüğü yerden kalkamamış ve komşuları tarafından hastaneye kaldırılmıştır. Hasta yerel yönetimlerden bakım desteği almaktadır. Yaşlı kadın kimsesizlik, hastalık yükü, kişisel bakımını gerçekleştirememe ve yaşamsal faaliyetlerini gerçekleştiremediğinden şikayet etmekte ve sürekli ağlamaktadır. Aşırı korku ve anksiyetesi olan hasta sosyal endikasyon ile hastaneye yatırılmış ve semptomlarına yönelik tedavi uygulanmış ancak yalnızlık anksiyetesi çözülememiş bu nedenle hastaya multidisipliner bir sosyal destek ekibi ile huzurevine yerleşmesi önerilmiştir. Hasta, hiç bilmediği, önyargılı olduğu bu yeni hayatı korku, inkar ve sonunda çaresizlikten kabullenme duyguları ile karşılamış ve 60. hastane gününde Yaşlı Bakım Evine yerleştirilmiştir.

Sonuçlar

Sağlık profesyonellerinin vaka çalışmaları sayesinde bireye bütüncül bakım kuralları çerçevesinde odaklandığı ve derinde yatan sorunu ortaya çıkardığı, bu problemin hekim, hemşire, sosyal çalışmacı, psikolog gibi çalışanlardan oluşan disiplinler arası bir yaklaşım sonucunda çözülebildiği görülmektedir. Hastaların medikal tedavileri yanı sıra panik ve anksiyetelerinin de multidisipliner bir şekilde rehabilite edilmesi önemlidir. Yaşlı kimselerin evlerinden ayrılmaları ve ortam değişikliği psikolojik problemler oluşturmaktadır. Bu nedenle mevcut sağlık ve sosyal hizmetlerin iyileştirilebilmesi için; gerek yerel yönetimler gerekse kamu kurumları, yaşlıların temel gereksinimlerini kendi evlerinde karşılayabilmesi için daha iyi organize olabilmelidirler. Yaşlıların yaşam kalitesini artırmak adına onların hayati fonksiyonları uzaktan izleme yolu ile takip edilebilir, yaşlı bakım evleri sadece hasta yaşlıya bakan kurumlar değil sağlıklı yada hayatını sürdürebilen yaşlıların yalnızlıktan kurtulabileceği rehabilitasyon merkezleri olarak planlanabilir, sınıflandırılabilir ve yaygınlaştırılabilir.

Anahtar Kelimeler: Yaşlı kadın, yalnız kadın, sosyal destek, hemşirelikte sosyal destek.

KAYNAKLAR

Parahoo, K. (2006). Nursing Research: Principles, Process and Issues. (2nd. Ed) Palgrave-Macmillan, p. 224-226.

Wilson, H.S. (1989). Research in nursing (2nd Ed.), Addison-Wesley Pub. Comp., Reading, 1989, p. 142-145.

Polit, D. F., Hungler, B. P. (1983,), Nursing research principles and methods, (2nd Ed.), J.B. Lippincott Comp., Philadelpphia, p. 208-211.

WARFARİN KULLANAN EVDE BAKIM HASTALARINDA INR DÜZEYLERİNİN TERAPÖTİK ARALIKTA OLMA ORANLARI

Hülya YIKILKAN, Oğuzhan TEZCAN, Nadire Güçlü, Ferya ALTUNBULAK, Süleyman GÖRPELİOĞLU.

Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Evde Sağlık Hizmetleri Birimi, Ankara.

Amaç

Warfarin tromboembolik hastalıkların tedavisi ve önlenmesinde sık kullanılan bir oral antikoagülandır. International normalized ratio (INR) tedavi düzeyinin ölçülmesini ve takip edilebilmesini mümkün kılmaktadır. Çalışmamızın amacı warfarin kullanan evde bakım hastalarında INR düzeylerinin terapötik aralıkta olma oranlarını belirlemek ve bu oranların farklı hastalık gruplarına göre değişkenlik gösterip göstermediğini incelemektir.

Gereç ve Yöntem

Araştırma kesitsel tiptedir. Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi evde sağlık hizmetleri biriminde warfarin kullanımı nedeniyle, düzenli takip edilen toplam 97 evde sağlık hastası çalışmaya dahil edilmiştir. Hasta dosya kayıtları incelenerek hastaların demografik verileri, hastalık bilgileri ve geçmiş INR sonuçlarına ulaşılmıştır. Her hastalık için ayrı terapötik INR hedef aralığı belirlenmiştir (serebrovasküler olay (SVO), atrial fibrilasyon (AF), derin ventrombozu (DVT), pulmoner tromboemboli (PTE) ve koroner arter hastalığı-kalp yetmezliği (KAH-KY) için 2.0-3.0; kalp kapak replasmanı için 2.5-3.5).Toplam INR test sayısı (TTS) antikoagülan tedavi başlandıktan sonra ulaşılan ilk hedef INR değeri ve sonrasındaki bakılmış tüm INR testlerinin sayısı olarak hesaplandı. Terapötik INR aralığındaki test sonuçlarının (TATS) sayısı her hastalığa özgü hedef INR aralığında saptanan INR test sonuçlarının toplamı olarak belirlendi. TATS'ın TTS'ye sayısal oranı ölçülerek TATS yüzdeleri hesaplandı.

Bulgular

Araştırmaya dahil edilen hastaların 66'sı (%73,3) kadın, 24'ü (%26,7) erkekti. Warfarin tedavisi başlama endikasyonlarına bakıldığında hastaların %48,9'unda SVO, %18,9'unda AF, %16,7'sinde KAH-KY, %10'unda DVT-PTE, %5,6'sında kalp kapak replasmanı (mitral veya aort kapağı) mevcuttu. Çalışmamızda SVO, AF, KAH-KY, DVT-PTE, kalp kapak replasmanında TATS yüzdeleri ortalamaları sırasıyla %63,2; %54,8; %49,7; %68,1 ve %57,9 idi.

Sonuç

TATS yüzdesinin hesaplanması warfarin tedavisinin etkinliğinin ölçülmesinde geçerli bir yöntemdir ve klinisyene antikoagülan tedavinin izleminde yardımcı olmaktadır. Warfarin kullanan hastalarda hedef INR düzeyine ulaşma oranının düşüklüğü çalışmamızda dikkati çekmektedir. Hasta ve yakınlarının warfarin ile etkileşen ilaçlar ve beslenme ile ilgili bilgi düzeylerinin artırılması gereklidir.

EVDE SAĞLIK HİZMETİ ALAN YAŞLI HASTALARDA BASI YARASI OLAN VE OLMAYAN HASTALARIN MİNİ NÜTRİSYONEL DEĞERLENDİRME TESTİ İLE TARAMASI

Hülya YIKILKAN, Oğuzhan TEZCAN, Nadire GÜÇLÜ, Ferya ALTUNBULAK, Süleyman GÖRPELİOĞLU.

Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Evde Sağlık Hizmetleri Birimi, Ankara.

Amaç
Evde sağlık hastalarında bası ülserleri sık görülmektedir. Çalışmanın amacı bası ülseri olan ve olmayan hastaların beslenme durumları açısından karşılaştırılmasıdır.

Yöntem
Çalışmamız kesitsel-tanımlayıcı bir araştırmadır. Dışkapı Yıldırım Beyazıt Evde Sağlık Hizmetleri biriminde 2015 yılında takip edilmiş 65 yaş üstü tüm hastalar (n=308) değerlendirmeye alınmıştır. Bası ülseri olan 61 hasta ve olmayan 247 hasta bulunmaktadır. Beslenme durumları MNA-sf (mini nutrisyonel değerlendirme-kısa form) ve full-MNA (mini nutrisyonel değerlendirme uzun form) testleri ile yapılmıştır.

Sonuç
Ortalama yaş 79.0±8.5 (min:65,max:99) yıldır. Bası ülseri olan ve olmayan gruplarda sırasıyla kadın oranı %68.9 (n=42) ve %63.6 (n=157) idi. Ortalama vücut kitle indeksi (VKİ) bası ülserli grupta (22.1±3.8 kg/m²) olmayan gruba göre (24.6±5.0 kg/m²) daha düşüktü ($p<0.05$). Kısa ve uzun form MNA'lar açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p<0.001$) Ortalama MNA-SF skoru bası ülserli grupta 6.0±3.0, bası ülseri olmayan grupta 9.3±3.3; ortalama Full MNA skoru bası ülserli grupta 11.9±4.7; bası ülseri olmayan grupta 18.9±5.7 idi. Hastalar MNA-SF ile değerlendirildiğinde bası ülseri olan grupta 41 kişide (%67.2) ve olmayan grupta 52 kişide (21.1%) malnutrisyon tespit edildi. Hastalar full-MNA ile değerlendirildiğinde ise bası ülseri olan ve olmayan gruplarda malnutrisyon oranı sırasıyla %80.4 (n=49) ve %25.5 (n=63) idi.

Tartışma
Malnutrisyonu olan hastalarda bası yarasının daha sık görüldüğü aşikardır. Çok daha kısa zaman almakta olan kısa- MNA testi de en az uzun MNA testi kadar etkin beslenme taraması yapabilmektedir.

HİPNOTERAPİ İLE OBEZİTE TEDAVİSİ: BİR OLGU SUNUMU

KENAN TAŞTAN[1], Halime Pınar DEMİRÖZ[1], Zafer Erdin DEMİRBAŞ[1], Beytullah İsmet DEMİRHAN[1]

1 Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı&Atatürk Üniversitesi Akupunktur ve Tamamlayıcı Tıp Yöntemleri Uygulama ve Araştırma Merkezi, Erzurum.

Giriş

Hipnoz: "Beyinsel fonksiyonların çalıştığı, bireysel denetimin açık olduğu, kesinlikle uyku hali olmadan, istekle gerçekleşen psişik bir durumdur". Hipnoz, bilinçten bilinçaltına inilmesi ve kişinin bilinçaltının onun isteği doğrultusunda telkin alabilir hale gelmesi, yönlendirilmesidir. Bu olgu sunumunda sosyal fobinin tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerinden biri olan hipnoterapi ile tedavi edilebileceğinin gösterilmesi amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hipnoz, terapi, obezite.

Obezitenin Tanımı: Obezite, hayat kalitesini azaltan ve kilo ile ilişkili hastalıkların önemli mortalite ve morbiditesi ile sonuçlanan büyüyen bir problemdir. Obezite; vücut ağırlığının, metre cinsinden boyun karesine bölünmesiyle (Vücut ağırlığı/boy2) kolayca hesaplanabilir ve birimi kg/m2 dir. VKİ'nin 18.5-25 kg/m2 olması normal, 25-30 kg/m2 kilo fazlalığı, gürbüz, toplu yada preobez olarak kabul edilir. 30 kg/m2 'den büyük VKİ ise obeziteyi gösterir. Genel olarak kilonun oluşmasında, psişik yeme alışkanlığı, kullanılan ilaçlar, organik nedenlere dayanan beslenme kusurları ve diğer nedenler (mutfak alışkanlıkları, düzensiz yeme, hızlı yeme, yenilen yemek çeşitleri, ikram, ısrar gibi) başlıkları önem kazanır.

Olgu

42 yaşında ev hanımı, hipnoterapi polikliniğimize obezite için başvurdu. Daha önce Endokrinolojiye ve diyetisyene giden hasta orada verilen ilaçların yan etkilerinin çıkması üzerine ilacı bırakmış. Yaklaşık iki yıl diyet ve önerildiği şekilde spor yapmış. Kilo verememesi üzerine Atatürk Üniversitesi hipnoterapi polikliniğimize müracaat etti.

Hastaya hipnoterapi hakkında bilgi verildi ve bilgilendirilmiş onam formu imzalatıldı. Toplamda 11 seans hipnoz uygulandı. İlk seanstan önce ölçümleri yapıldı. Boy: 1.60 m, vücut kitlesi: 93 kg ve vücut kitle indeksi (VKİ): 36.3 kg/m2 olarak tespit edildi. Bu değerlerle obez olduğu tespit edilen hastaya ilk seanasta relaksasyon hipnozu, sonraki seanslarda ise terapötik hipnoterapi uygulandı. Terapilerde her ay sağlıklı bir şekilde 3-4 kg. vereceği telkin edildi. Yapılan ölçümlerde hemen her ay yaklaşık 3 ile 5 kg veren hastanın 5. ayda ki ölçümlerinde 72 kg olduğu (VKİ: 28,1 kg/m2) tespit edildi.

Sonuç

Tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerinden biri olan hipnoterapi obezite tedavisinde etkili bir yöntem olarak kullanılabilir. Hipnoterapi alanında uygulamalı eğitimi almış hekimlerin insanın yaşam kalitesini düşüren obezite gibi hastalıklarda bu yöntemi kullanmaları yararlı olacaktır.

MENTAL RETARDASYON VE ŞİZOFRENİ OLAN HASTADA DAVRANIŞÇI YAKLAŞIM İLE EVDE BAKIM; BİR OLGU SUNUMU

Araş. Gör. Nesibe Günay MOLU*, Yrd. Doç Dr. Birgül ÖZKAN**, Prof Dr. Ayşe ÖZCAN***

* Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Psikiyatri Hemşireliği A.B.D.

, ** Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Psikiyatri Hemşireliği A.B.D,

*** Karatay Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü.

Giriş

Türkiye'de kronik psikiyatri hastalarının tedavileri hastane ortamı ve bakım evlerinden ziyade hastanın kendi yaşadığı evde devam etmektedir. Hastaların uygun tedavi, takip ve bakımının sağlanabilmesi için hastalara evde de uygun yaklaşımlar gerektirmektedir (Duman ve Bademli 2013, Maldonado and Urizar 2007).

OLGU

25 yaşında, bekar, erkek hasta M.S.A. annesi ve ablası ile birlikte yaşamaktadır. Tıbbi tanı olarak Mental Retardasyon, tanımlanmamış şizofreni, sol spastik hemiparazi sekeli mevcut. 185 cm boyunda ve 130 kg olan hasta uzun süreli işlerde çalışmıyor. Son işinden stigma duygusundan dolayı ayrılmış. Hastanın öz bakımını annesi ve ablası yapıyor, ilaçlarını almak istemiyor ya da annesi tarafından para karşılığında içiriliyor. (sekonder kazanç gelişmiş durumda, aile de ilacı içirebilmek için bu kazançları destekliyor.).

Şubat 2015-Temmuz 2015 tarihleri arasında hastanın evinde ilk 4 ay ortalama haftada bir, beşinci ay iki haftada bir, son ay ise ayda bir olmak üzere toplamda 10 görüşme yapılmıştır. Birinci görüşme veri toplama ve problem tanımı, ikinci görüşme hastalığı hakkında hasta ve ailesi ile görüşme (ilaçlarını almak istemiyor), ikinci görüşme sonrasında ev ödevi (ilaç içmesi için davranış çizelgesi) verildi. 3.görüşmede ilaç kullanımına kısmen uyum sağladı ancak yeterli değil. Dört, beş ve altıncı görüşme öz bakımını yapması ve ilaçlarını düzenli alması için desteklenerek devam etti. Yedi, sekiz ve dokuzuncu görüşmede annesinin desteği en aza indirilerek öz bakımını yapması (sıra ile kıyafet değişikliği ihtiyacı olduğunu fark edebilme, kıyafetlerine karar verme, gömleğini kendisi giyebilme, diğer kıyafetlerini değiştirebilme yetisi) ve ilaçlarını kendiliğinden alması sağlandı. Onuncu görüşmede planlı bir şekilde görüşme sonlandırıldı. Her görüşme sonrasında ev ödevleri verildi. Uyum gösterdiği her davranış için olumlu pekiştireçler kullanıldı. Uyum göstermediği davranışların gerekçeleri belirlenerek çözümlendi.

Tartışma ve Sonuç

Şizofrenide tedavisinde sadece farmakolojik tedavi yeterli olmamakta ve hastaların psikososyal açıdan desteklenmesi gerekmektedir. Şizofrenide psikososyal tedaviler arasında yer alan bilişsel davranışçı tedaviler, terapötik ilişkiyi oluşturmayı, baş etmeyi, ilaca uyumu ve özbakım becerilerini artırmayı hedeflemektedir. Davranışçı yaklaşımda hastanın içinde bulunduğu doğal çevre içinde, kendi kendilerini yönetme becerisi ve yeterliliklerini kazandırmaya, hastaların edindikleri yeni davranışları günlük yaşama aktarmaya çalışılır (Stuart ve ark 1987, Türkçapar ve Sargın 2011, Mortan ve Tekinsav Sütçü 2011). Bu vakada hastanın yaşadığı ortamda olumlu davranışlar geliştirmesi ve devam ettirmesi sağlanmıştır. Sonuç olarak; M.S.A ilaçlarını düzenli olarak almaya ve öz bakımını yapmaya başladı. Hastanın sekonder kazançlarının azalması ile ailenin üzerinde oluşan yükün de azaldığı ifade edildi. Hastaların yaşadığı ortamlarda ailesi ile birlikte bütüncül ele alınması, davranış değişikliklerinin gözlemlenebilmesi, var olan problemlerin daha net görülmesine ve çözümünün de daha kolay oluşmasına olanak sağlamıştır.

Anahtar kelimeler: Mental retardasyon, şizofreni, davranışçı yaklaşım, evde bakım.

HEMŞİRELERİN PALYATİF BAKIMA İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYLERİ VE GÖRÜŞLERİNİN İNCELENMESİ

Araş. Gör. Nesibe Günay MOLU*, Yrd. Doç Dr. Birgül ÖZKAN**, Prof Dr. Ayşe ÖZCAN***

* Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Psikiyatri Hemşireliği A.B.D.

** Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Psikiyatri Hemşireliği A.B.D.

*** Karatay Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü.

AMAÇ

Bu araştırma hemşirelerin palyatif bakıma ilişkin bilgi ve görüşlerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Tanımlayıcı ve kesitsel tipte planlanan bu araştırma 11.Kasım.2015- 16.Kasım.2015 tarihleri arasında İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi'nde yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini bu tarihler arasında hastanede çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 105 hemşireler oluşturmuştur.

Çalışmada veriler, sosyo-demografik form ve literatürden yararlanılarak hazırlanan hemşirelerin palyatif bakıma yönelik mevcut bilgi ve görüşlerini tanımlayıcı form kullanılarak elde edilmiştir. Elde edilen verilerin analizi SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 15.0 paket programında yapıldı.

BULGULAR

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalamaları 30,33 ± 5,10 (min:23,00 max:40,00)'dür. Araştırmaya katılanların %73'ü kadın, %76'sı lisans mezunudur.%56'sının meslekte çalışma yılı 5 yıl ve altıdır. Hemşirelerin %47'si palyatif bakım hakkında bilgi almadıklarını, bilgi aldığını belirtenlerin sırasında %23'ü üniversite eğitimi sırasında bilgi aldıklarını bildirmişlerdir. Palyatif bakım eğitimi alan hemşirelerin %23'ü bilgilerinin yetersiz olduğunu bildirmişlerdir. Hemşirelerin sadece %13'ü hizmet içi eğitimde palyatif bakım eğitimi almışlardır. Hemşirelerin %60'ı palyatif bakımı terminal dönem kanser hastalarına verilen hizmet olarak tanımlarken, %50'si hasta ve ailesinin karar verici ekibin üyesi olduğuna katılmaktadırlar. %46'sı palyatif bakım hizmetinin hastane temelli olması gerektiğini bildirmektedirler. Hemşirelerin %23'ü palyatif bakımın ayrı bir uzmanlık dalı olduğunu savunmaktadırlar. Hemşirelerin %56'sı palyatif bakım biriminde çalışmak istememekte ve bu bölümde çalışanların tükenmişlik yaşamalarının kaçınılmaz olduğunu düşünmektedirler.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Araştırma kapsamındaki hemşirelerin önemli bir kısmının palyatif bakım ile ilgili bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu görülmekte ve önemli bir kısmı ise bu birimlerde çalışmayı istememektedirler. Bunun en önemli nedeni palyatif bakım konusundaki bilgi eksikliklerine bağlı kendilerini yetersiz hissetmeleri olabilir. Hasta bakımında yaşam kalitesine verilen önemin giderek arttığı günümüzde bu alanda yetişmiş personele daha fazla ihtiyaç olacaktır. Çalışmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda palyatif bakım bilincinin geliştirilmesi için eğitim müfredatında ve hizmet içi eğitim programlarında palyatif bakım konusuna daha geniş yer verilmesi önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Palyatif bakım, hemşire, bilgi düzeyi.

MALATYA'DA EVDE SAĞLIK BİRİMLERİNDE GÖREV YAPAN PERSONELİN İŞ DOYUMU VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

Neşe KARAKAŞ1, Büşra CANSIZ2, Hatice KURBAN2, Gökçe GÜL TOYGAR3
1.İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu, Öğretim Görevlisi.

2. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu, Öğrenci.

3. Adana Büyükşehir Belediyesi, Evde Hasta Bakım Teknikeri.

AMAÇ
Bu çalışmada Malatya İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği'ne bağlı evde sağlık birimlerinde görev yapan personelin iş doyumu düzeylerini saptamak ve olası ilişkili faktörlerin iş doyumuna etkilerini değerlendirilmektedir.

GEREÇ VE YÖNTEM
Bu araştırma, 10-11. Kasım 2015 tarihleri arasında Malatya İli Kamu Hastaneler Birliği'ne bağlı evde sağlık birimlerinde görev yapan toplam 23 (%80) sağlık personeli üzerinde gerçekleştirilen kesitsel tipte bir araştırmadır. Literatüre uygun olarak hazırlanan anket form, sağlık personeli tarafından doldurduldu, aynı gün veya takip eden gün içerisinde toplandı. İş doyumunun değerlendirilmesi Minnesota İş Doyum Ölçeği ile yapıldı. Verilerin analizi değerlendirildi. Elde edilen verilerin SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 15.0 paket programında Student t testi ve ANOVA Varyans analizi kullanıldı.

BULGULAR
Araştırmaya katılan sağlık personelinin Minnesota Doyum Ölçeğinden aldığı "Genel Doyum" puanı 3,63±,39'dur. Araştırmaya katılan sağlık personeli Minnesota Doyum Ölçeği "İçsel Doyum" alt boyutundan 3,71±,34 puanını alırken, "Dışsal Doyum" alt boyutundan ise 3,07±,57 puan almıştır Çalışan personelin eğitim düzeylerinin, çalışma yıllarının, mesleklerinin, hakkındaki görüşlerinin iş doyumlarını etkilediği belirlenmiştir. Birimde çalışanlardan en yüksek iş doyumuna sahip grup evde hasta bakım teknikerleriydi. İş doyumunun meslekte çalışma yılı arttıkça azaldığı görülmüştür. En fazla iş doyumuna ilk yılında olanlar sahiptir. Kadınların iş doyum düzeyi erkeklere oranla anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır. Kendi isteği ile bu birimi seçenlerin meslekten memnuniyet düzeyleri daha yüksektir.

TARTIŞMA VE SONUÇ
Yapılan diğer çalışmalardan farklı olarak bizim çalışmamızda kadınların iş doyumu düzeyi erkeklerinkinden daha yüksek çıkmıştır (3,4).Türkiye'de sağlık sektöründe yapılan araştırmalarda ise; gençlerin ya da daha yaşlıların iş doyumunun yüksek olduğuna dair çalışmalara rastlandığı gibi yaş ile iş doyumu arasında anlamlı bir ilişki bulunamayan çalışmalar da bulunmaktadır. Bizim çalışmamızda ise yaş arttıkça iş doyumunun azaldığını görülmektedir (5).
Anahtar Kelimeler: Evde sağlık, , iş doyumu, sağlık çalışanları.

KAYNAKLAR
1. Altundağ, Ö.S., Diren, O., Özgür, E. ve Öksüz, E., "Ankara'da Çalısan Radyoloji Teknikerlerinin Mesleki Doyum ve Tükenmişlik Durumları", MYO-ÖS 2010- Ulusal Meslek Yüksekokulları Öğrenci Sempozyumu, 21-22 Ekim 2010-Düzce.
2.Tözün, M., Çulhacı, A. ve Ünsal, A., "Aile Hekimliği Sisteminde Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Hekimlerin İş Doyumu (Eskişehir)", TAF PREV MED Bulletin, 2008: 7(5), ss.377-384
3. Birgili, F., Salış, F. ve Özdemir, S., " Sağlık Çalışanlarının İş Doyumunu Etkileyen Bazı Etmenlerin İncelenmesi", Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2010, 13:2

DİYABETİK AYAK ÜLSERİ VE BİRİNCİ BASAMAK YAKLAŞIMI

Özlem ÖZER[1] Kenan TAŞTAN[1] Halime Pınar DEMİRÖZ[1]

1 Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD, Atatürk Üniversitesi Akupunktur ve Tamamlayıcı Tıp Yöntemleri Uygulama ve Araştırma Merkezi, Erzurum

Giriş

Diyabet, insülin eksikliği ya da insülin etkisindeki defektler nedeniyle organizmanın karbonhidrat, yağ ve proteinlerden yeterince yararlanamadığı, sürekli tıbbi bakım gerektiren, kronik bir metabolizma hastalığıdır. Diyabetik ayak ülseri, diabetes mellitus tanılı hastalarda önde gelen, yaşam kalitesini etkileyen, başta birinci basamak hekimlerimizce olmak üzere tüm hekimlerimizce sadece 30 saniyelik bir ayak muayenesi ile dahi önlenebilecek, önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir.

Birinci Basmakta Diyabetik Ayak

Diyabetik ayak ülseri, birinci basamakta sıklıkla görülen, bireylere biyopsikososyal ve ekonomik anlamda yük getiren, nöropati ve sıklıkla eşlik eden periferik arter hastalığının sonucu meydana gelen iskemi zemininde, aşırı basınç yükü ve enfeksiyonun da tabloya katılmasıyla oluşan, organ kaybına kadar gidebilen, ruhsal ve bedensel ayrıcalığı olan önemli bir komplikasyondur. Diyabetik ayakla mücadelede hastanın multidisipliner bir anlayış içinde yakın takip ve tedavisi şarttır. Ayrıca, yeni ülser gelişiminin önlenmesi için hasta, hasta yakınları ve tıbbi ekibin düzenli olarak eğitimi gereklidir. Hastaların öğrenim düzeyi, diyabetin metabolik kontrolü ve hastalığın yönetimi açısından önemlidir ve işte bu sebeple koruyucu hekimlik, diyabetik ayak tedavisinin merkezinde yer almalıdır ve bu anlamda özellikle birinci basamak hekimlerine düşen görev, büyük önem taşımaktadır.

Sonuç

Aile hekiminin diyabetik ayak gelişimini önleme ve tedavi etme aşamasında önemli unsurlardan olan; dengeli beslenme, sigaranın kesilmesi, kan şekeri, kan basıncı ve lipid kontrolünün sağlanması, yara yatağının temiz tutulması, yükten koruma tedbirlerinin uygulanması, enfeksiyon kontrolü, dolaşım desteğinin sağlanması ve gerekiyorsa cerrahi müdahale yapılmasının sağlanması konusunda hastası ve diğer branş hekimleri ile koordineli bir şekilde çalışması faydalı olacaktır.

Anahtar kelimeler: Diyabetik, kronik, birincil bakım.

EVDE SAĞLIK HİZMETİ SUNAN HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ PERSONELİNİN EĞİTİM İHTİYACINI SAPTAMA ARAŞTIRMASI

Sinan BULUT(1), Özlem YİĞİTBAŞIOĞLU(1), Kanuni KEKLİK(2), Alev YÜCEL(3), İrfan ŞENCAN(4)
(1) Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Aile Hekimliği Eğitim ve Geliştirme Daire Başkanlığı.
(2) Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Toplum Sağlığı Hizmetleri Daire Başkanlığı.
(3) Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Başkan Yardımcılığı.
(4) Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı.

Amaç
Halk sağlığı müdürlükleri bünyesinde görev yapan ve evde sağlık hizmeti sunumunda görevli personelin hizmet sunumunda ihtiyaç duydukları eğitim konularının saptanması.

Metod
Ekim 2015 tarihi itibarı ile yapılmış olan araştırmada, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'na (THSK) bağlı olarak görev yapan ve evde sağlık hizmeti (ESH) sunumunda görev alan personel çalışmaya dahil edilmiştir. Araştırmada katılımcıların iş ve işlemlerini yürütürken ihtiyaç duydukları eğitim konularının tespiti amaçlanmıştır. Bu amaçla, THSK ilgili daire başkanlıklarının görüşleri doğrultusunda bir anket formu geliştirilmiştir. Anket formunda, katılımcılara yedi soru yöneltilmiştir. Anket formu, ESH sunumunda görevli personele e-mail üzerinden gönderilmiş ve gelen yanıtlar analiz edilmiştir.

Bulgular
Araştırmanın evreni, uzman hekim, pratisyen hekim, ebe, hemşire, sağlık memuru, tıbbi sekreter, acil tıp teknisyeni, sosyal çalışmacı, fizyoterapist, diyetisyen, psikolog ve şoför olmak üzere 1581 kişiden oluşmaktadır. Araştırmaya 1123 (%71) kişi katılmıştır.

Araştırmada, ESH sunumunda görevli olan ve çalışmaya katılan personelin ihtiyaç duydukları eğitim konuları hekim ve hekim dışı sağlık personeli (ebe, hemşire, sağlık mem., ATT) olarak iki gruba ayrılarak değerlendirilmiştir.

Sonuç
Birinci basamak sağlık hizmetlerinde hastanın bulunduğu yerden ayrıca başka bir yere nakledilmesine gerek kalmadan ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetinin yeterli ve doğru bir şekilde verilmesi tedavi sürecinde önemli bir yer alabilmektedir.
ESH sunmakla görevli personelin bu hizmeti sunmakta karşılaştığı bilgi, beceri ve tutum eksikliğinin giderilmesi için eğitim ihtiyacının tespit edilmesi ve bu eğitimlerin ilgili personele verilmesi, etkili ve verimli hizmet sunumu sağlayacaktır.

SOSYAL HİZMETTE BİLİMSEL ÜRETİMDE YENİ BİR ARAÇ OLARAK TIBBİ SOSYAL HİZMET DERGİSİ

Yusuf ÖZTÜRK, Elvan ÖZKAN, Uğur ÖZDEMİR

Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı, Ankara, TÜRKİYE.

Kuruluş Amacı

Tıbbi sosyal hizmet dergisinin hayata geçmesinin temel amacı sosyal hizmet mesleği ve disiplininin sağlık alanına ilişkin "bilimsel bilgi" üretimini sağlamak ve bilimsel bilginin mesleki uygulamada etkinliğini artırmaktır. Diğer önemli bir amacı ise bilimsel makale yazma çabalarının desteklenmesidir.

Süreç

Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi, Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı tarafından e-dergi olarak yayınlanmaktadır. Derginin ilk sayısı Mayıs 2013 tarihinde proje özel sayısı olarak çıkmış, İkinci sayı ve sonrasında hakemli dergi olarak yayın hayatına devam etmiştir. Süreli yayın olarak Haziran ve Aralık olmak üzere yılda iki kez yayınlanan e-dergi formatındaki derginin 5.sayısı Haziran 2015'te yayınlanmıştır. 6.sayı Aralık 2015'te kuyucularla buluşacaktır. Tüm sayılara Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü web sitesi üzerinden
(http://www.shgm.saglik.gov.tr/belge/1-35506/tibbi-sosyal-hizmet-dergisi.html) ulaşılabilmektedir.

Yayın Politikası

Dergimizde yayınlanmak üzere gönderilecek makaleler Sağlığın Sosyal hizmet konuları üzerinde odaklanmış yazılar olmalıdır. Dergi bünyesinde yer alacak çalışmaların tümünün, sosyal hizmet disiplini bağlamında irdeleniyor olması temel koşuldur.

Sağlık ve Sosyal hizmet alanlarına örnek olarak şunları sayabiliriz
Aile, çocuk, gençlik, kadın, yaşlılık, engellilik, psiko-onkoloji, madde bağımlılığı, alkolizm, aids, göç, sığınmacı ve mültecilerin sorunları, tıbbi sosyal hizmet, psikiyatrik sosyal hizmet, çalışma yaşamı, okul sosyal hizmeti, insan hakları, sivil toplum vb.

Önemi

Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi Türkiye'de alanında yayınlanan ilk ve tek hakemli dergi olma özelliğini taşımaktadır.

Neyi Hedefliyoruz?

"Sağlık alanında tıbbi sosyal hizmetin bilinirliğini sağlamak. Tıbbi sosyal hizmet alanında çalışan profesyonellerin, öğrencilerin ve alana ilgi duyan tüm kesimlerin dergiye erişilebilirliğini sağlamak. Ulusal ve uluslar arası düzeyde derginin tanınırlığını sağlamak.

Çağrı

"Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi" tıbbi sosyal hizmet kapsamına giren çalışmaların yayınlandığı disiplinlerarası akademik bir dergidir. Dergimizde yayımlanmasını istediğiniz çalışmalarınız için tibbi sosyal **hizmet@saglik.gov.tr** adresinden editörlerimize ulaştırabilirsiniz.

KONGRE, SEMPOZYUM, ÇALIŞTAY VE KURSLARIN SONUÇ RAPORLARI

4. ULUSLARARASI EVDE SAĞLIK VE SOSYAL HİZMETLER KONGRESİ SONUÇ RAPORU

1-Evde Sağlık Hizmetleri Kongresi sonuç bildirgesinin hasta yakınlarının eğitimi ile ilgili olan 22 maddesinin aşağıdaki şekilde düzenlenmesidir.

22- Evde bakım aylığı alan veya evde sağlık hizmeti verilen hastaların yakınlarına yönelik gerekli eğitimlerin verilmesi önemlidir. Bu amaçla evde sağlık hizmet birimleri tarafından aktif hizmet verdikleri hasta yakınlarına yönelik "Evde Hasta Bakımı" eğitimleri uygulanmalı, böylece hasta yakınlarının hastasına sunduğu bakım hizmetindeki yetersizliklerin giderilmesi, korku ve endişelerinin azaltılması, hasta ve yakınını fiziksel ve psikolojik olarak desteklemesi, evde sağlık ve bakım hizmetlerinin kalitesinin ve etkinliğinin artırılması sağlanmalıdır. Hasta başında veya uygun merkezler (sağlık tesisi, dernekler vb.) bünyesinde gerçekleştirilebilecek bu eğitimlerin standartlaştırılması ve örnek uygulamaların ülke geneline yaygınlaştırılması için başta Sağlık Bakanlığı olmak üzere Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ve sivil toplum kuruluşlarınca ilgili tedbirlerin alınması gerekmektedir.

2. ULUSAL TIBBİ SOSYAL HİZMETLER KONGRESİ SONUÇ RAPORU

Tıbbi sosyal hizmetin geliştirilmesi kapsamında yapılacak çalışmalarla, önleyici, tedavi ve rehabilite edici tıbbi sosyal hizmet müdahalelerinin, birey, aile, grup ve toplumla sosyal hizmet müdahale yöntemleri ve sosyal hizmete ilişkin kuramlardan daha profesyonel düzeyde yararlanılarak yürütülmesi mümkün olabilecektir. Tüm bu çalışmalar, özelde hasta refahı ve memnuniyetinin artmasına, genelde ise toplum sağlığının her yönden tesis edilmesine fayda sağlayacaktır.

Bakanlık yetkilileri, uygulayıcı uzmanlar ve akademisyenleri bir araya getiren bu Kongrede temelde aşağıdaki tespitler ortaya çıkmıştır:

1. Sosyal hizmet birimlerinin sayısı artırılarak birimlerin nitelikleri geliştirilmelidir.
2. Klinik odaklı tıbbi sosyal hizmet uygulamaları etkinleştirilmelidir.
3. Üniversite hastaneleri ve özel hastaneler de tıbbi sosyal hizmet mevzuatının kapsamına alınmalıdır.
4. Birinci basamak sağlık kurum ve kuruluşlarında tıbbi sosyal hizmet etkinleştirilmesi sağlanmalıdır.
5. Özel ihtiyaç gruplarına yönelik projeler geliştirmelidir.
6. Sosyal hizmet ve sosyal yardım faaliyetleri yürüten diğer kamu kurum ve kuruluşlarıyla işbirliğinin geliştirilmesi ve güçlendirilmesi sağlanmalıdır.
7. "Kapsamlı Yönetmelik" çalışması ile tıbbi sosyal hizmetin çerçevesinin yeniden çizilmesi sağlanmalıdır.
8. Model hastane uygulamasına geçilmesi ve yeni başlayan uzmanların bu hastanelerde pratik eğitimlerinin yapılması sağlanmalıdır.
9. Tıbbi sosyal hizmet birimlerince kullanılan formlar güncellenmelidir.
10. Kayıt sisteminin daha etkili bir sisteme dönüştürülmesi sağlanmalıdır.
11. Hastane birimleri arasındaki işbirliği güçlendirilmelidir.
12. Meslekler arası işbirliği güçlendirilmelidir.
13. Hastanedeki tüm sosyal hizmet uzmanlarının tıbbi sosyal hizmet birim sorumlularına bağlı olarak diğer hizmet birimlerinde görev yapmaları sağlanmalıdır.
14. Tıbbi sosyal hizmet birimlerinin ek ödeme katsayıları yükseltilmelidir.
15. Birimlerin fiziki koşulları iyileştirilmelidir.

ULUSAL ÇALIŞAN HAKLARI VE GÜVENLİĞİ SEMPOZYUMU DEĞERLENDİRME RAPORU

Sempozyum süresince aşağıdaki ana başlıklar altında değerlendirmeler yapılmıştır:

- **Özellikli ve Riskli Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hakları ve Güvenliği**
- **Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet ve Beyaz Kod**
- **Çalışma Hayatında Sosyal Güvenlik Hakları**
- **Sosyal Hizmetlerde Çalışan Hakları Ve Güvenliği**
- **Kamu Çalışanları Açısından Sendikal Bakış**
- **Çalışan Hakları Ve Güvenliğine Adli Tıp Bakışı**
- **Tüketici Ve Çalışan Güvenliği**
- **İslam'da Çalışan Hakları**

Sonuç ve Öneriler:

1-Vatandaşı şiddete uğrayan sağlık personelinin hizmetten çekilme hakkının bulunduğu, böyle bir durumda hizmet alma sürecinin aksayabileceği konusunda bilgilendirmek ve sağlık çalışanına şiddet uygulayanların mutlaka yargılanacağı ve cezalandırılacağı konusunda vatandaşı bilgilendirmek şiddet olaylarının azalmasını sağlayacaktır.

2-Sağlık çalışanının şiddet anında nereye başvuracağı ve hakları hakkında eğitim düzenlenmelidir.

3-Kolluk kuvvetleri ile gerekli koordinasyon sağlanması için çalışma yapılması gerekmektedir.

4-Hastanelerde çalışan güvenlik elemanlarının bu hizmette gerekli hallerde yardımcı eleman olarak kullanılması (Özel Güvenlik Yasasında Değişiklik) yönünde çalıştaylar düzenlenmeli konu detaylı ele alınmalıdır.

5-Tüm paydaşları içerecek bir yasal düzenleme ile güçlerin birleştirilmesi, yaşanacak sorunları asgariye indirecektir.

6-Hasta ve yakınlarının ilk olarak nereye müracaat edecekleri, hangi işlemler ve tedavinin yapılacağı, tetkik ve tahlillerinin nerede yapılacağı, beklemeleri gerekiyorsa ne kadar süreyle bekleyecekleri gibi konularda hasta ve yakınlarını bilgilendirmek gerekmektedir.

7-Çalışma hayatındaki sorunlar, ülkelerin genel ekonomik ve sosyal sorunlarından bağımsız değildir. İnsanların çalışma hayatına hak temelli katılımı ile kaydedilecek ilerlemeler temel sorunların çözümünde etkilidir. Bir ülkedeki kalkınmanın en önemli göstergesi insanlarının sahip olduğu haklar ve refah düzeyidir. Tüm bunlar iyileştirildiği zaman şiddette azalma ve kendini güvende hissetme duygusu artacaktır.

Kuruluşlarda çalışan meslek elemanlarının iş tatminini ve iş motivasyonunu yükseltme doğrultusunda öncelikle görev tanımlarını netleştirme, gözden geçirme, çalışma zamanını kontrol edebilmesine, zaman planlaması yapabilmense imkân verme, iş yükünü azaltma, ödüllendirme, bir kariyer yoluna sahip olmasını sağlama, işinde daha özerk biçimde çalışabilmesini sağlama, işinde kendisine daha fazla sorumluluk verme, mesleki yeteneklerini geliştirebilmesi, araştırma ve öğrenim olanaklarına sahip olması, işteki güvenlik risklerinin azaltılması, kuruluşun personel ve donanım imkânlarının artması, çalışma arkadaşlarıyla daha destekleyici bir ilişki ortamının sağlanması, üstlerinden daha yapıcı ve destekleyici bir tutum görme, mesai arkadaşlarından takdir görme, ücretlerini artırma, güvenlik tedbirlerini artırma ve yıpranma payı verme hususlarında düzenleme yapılmalıdır.

Merkez teşkilatlarda Çalışan Hakları, Sağlığı ve Güvenliği Daire Başkanlığı olmayan bakanlıkların bu konuda düzenleme yapması gerekmektedir.

Hasta ve Çalışan Hakları ve Güvenliği Derneği
Yönetim Kurulu

PALYATİF BAKIM ÇALIŞTAYI SONUÇ RAPORU

Sahada palyatif bakım algısının yoğun bakım gibi oluşması hem çalışanlar hem de palyatif bakıma gereksinim duyan gerçek hasta profili için risk oluşturduğu görülmüştür.

1-Bu nedenle palyatif bakım yatış ve taburculuk kriterlerinin oluşturulması,
2-Palyatif kliniklere yatacak hasta profili için bir çalışmanın başlatılması,
3-Palyatif kliniklerinde yatış süresinin belirlenmesi için bir kurulun oluşturulması,
4-Palyatif bakımın halka doğru anlatılması için eğitimlerin düzenlenmesi,
5-Tüm bu konularda çalışmaların yapılabilmesi için STK'dan, akademisyenlerden, üniversitelerden, hizmet alanından, Bakanlıktan ve kurumdan geniş katılımlı bir çalıştayın yapılabilmesi için gerekli çalışmaların yapılması yönünde görüş belirtilmiştir.

EVDE SAĞLIK ENTEGRASYONU ÇALIŞTAY RAPORU

1. Üniversitelerin evde sağlık hizmetleri sürecine dahil edilmesi, bu sayede eğitime katılması ve akademik çalışmalarla kaliteyi geliştirmesi için geri ödeme listesine alınması,
2. Özel sektörün de geri ödeme kapsamına alınıp sisteme entegre edilmesi,
3. Evde sağlıkta kalite standartlarının belirlenmesi,
4. Hasta nakillerinde yaşana sorunları en aza indirmek amacıyla evde sağlık birimine tahsisli ve giydirilmiş hasta nakil araçlarının temin edilmesi,
5. Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatında evde sağlık hizmetleri konusunda birimler arasında il içi ve iller arası eş güdüm ve koordinasyonun sağlanması,
6. Toplum ruh sağlığı birimindeki evde sağlık hizmetleri mutlaka hastane deki evde sağlık birimi gibi ilgili mevzuata göre hizmet sunmalı ve fatura etmelidir.
7. Palyatif bakım merkezi olan hastaneler, evde sağlık hizmetleri, tıbbı sosyal hizmetleri entegre çalıştırmalı ve mutlaka kendi hastalarını takip etmeli veya konsültanlık hizmeti vermelidir.
8. Tıbbi bakımı gerektiren ve aynı zamanda kurumsal bakımı da ihtiyaç duyan kişilerin mutlaka belediye veya Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüklerine bağlı bakım merkezleri yatırılmalı ve iş birliği protokolü yapılarak sağlık hizmetlerini devlet hastanelerine bağlı evde sağlık ve palyatif bakım merkezlerinden verilmesi sağlanmalıdır.
9. Palyatif bakım merkezleri, yoğun bakım, toplum ruh sağlığı merkezleri, evde sağlık birimi gibi özellikle hasta ve yakınlarının zahmetli ve meşakkatli tedavi sürecince yanlarında manevi destek verecek din psikolojisi üzerine yüksek lisans yapmış ilahiyat fakültesi mezunlarının istihdamı sağlanmalıdır.
10. İldeki diğer paydaşlarımızla belediye, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, sivil toplum kuruluşları, Kızılay ve sosyal yardımlaşma vakfı gibi eş güdümlü çalışma sağlanmalıdır.
11. Sistemde yer alan tüm birimler arasında bilgilendirme ve koordinasyon eksiklikleri giderilmeli ve web tabanlı bir yazılımla bir birleri ile irtibatları sağlanmalıdır.
12. Pilot illerdeki koordinasyonda temel problemin Soybis verilerinin paylaşılmaması olduğu tespit edilmiş olup, güvenli paylaşımı adına Sosyal Hizmet İl Müdürlüklerinde irtibat isimlerinin belirlenmelidir.
13. Hastanelerin tıbbi ve sosyal hizmet birimlerinde yazılan raporların Aile ve Sosyal Politikalar il müdürlüğünce geçerli kabul edilmediği tespit edilmiş bu konuda gerekli düzenlemelerin yapılması sağlanmalıdır. Böylelikle işleyiş hız kazanıp, iş yükü azaltılmalı,
14. Sahada çalışan (hastanede, toplum sağlığı merkezlerinde) Sosyal hizmet uzmanlarının görev tanımlarının netleştirilmelidir.
15. Sosyal hizmet uzmanları için, 1. Basamak yapılanmasının stajlarla eğitim olarak güçlendirilmelidir.
16. İstismar, ihmali önlemek adına bakım yükümlülüğündeki aksaklıklar Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığına bildirim zorunluluğu getirilmelidir.
17. Evde sağlık hizmetlerine protokolle işbirliği yapan belediyelere genel bütçeden ilave ödenek verilmelidir.
18. Evde sağlık hastalarının ve yakınlarının yaşadıkları sorunlara yönelik çalışma yapılmalıdır.
19. Evde sağlık hastası olup özellikle tıbbı cihaz kullandığı için elektrik faturası normal zamana göre fazla gelen ailelerin ilave faturasının sosyal yardımlaşma vakfından karşılanması sağlanmalı ya da su fiyatlarında olduğu gibi indirim sağlanmalıdır. Turizm bölgelerinde elektrik faturalarına indirim sağlandığı gibi,
20. Yatalak hastaların hasta bezi raporları ile bezlerini eczaneden veya medikalden doğrudan ücret ödemeden alması sağlanmalıdır şuanki uygulama da önce al sonra geri ödeme kuruluşundan geri al şeklinde olup özellikle yaşlı ve emekli hasta ve yakınları hasta grubu çok mağdur oluyor.
21. Hasta yakınlarının tükenmişliklerini bir nebze gidermek için belli günlerde eve bakıcı gönderilmesi sağlanmalıdır.
22. Evde sağlık ve sosyal hizmetler derneği olarak hazırladığımız ve Etimesgut Devlet Hastanesi, Aile ve Sosyal politikalar Bakanlığı, Etimesgut Belediyesi ve Etimesgut Kaymakamlığı koordinasyonunda hayata geçirdiğimiz "Gönül Komşusu" projemiz desteklenmeli ve yaygınlaştırılmalıdır.

EVDE SAĞLIKTA BESLENME KURSU SONUÇ RAPORU

04 Aralık 2015 tarihinde gerçekleştirilen ve Nutrisyon Konusunda çalışan sivil toplum kuruluşları, alanında uzman akademisyen hekimler ve diyetisyenlerin eğitimci olarak yer aldığı "2. Evde Sağlıkta Beslenme Kursu" ile evde sağlık hizmeti alan hastaların beslenme sorunlarının giderilmesi hedeflenmiştir.
Bu amaçla kursiyer olarak katılan doktor, diyetisyen, hemşire, ebe, sağlık memuru, yaşlı bakım teknisyeni / teknikeri, evde bakım teknisyeni / teknikeri, engelli bakım teknisyeni / teknikeri ve evde sağlık personeline teorik ve pratik uygulamalar anlatılmıştır. Aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

1-Katılımcılar tarafından kurs çıktıları olarak, evde sağlık hizmet birimlerinde görev yapan tüm personelin nütrisyon konusunda eğitilmesi gerektiği belirtilmiştir.
2- Evde sağlık hastalarının beslenme düzeylerini ölçmek için herhangi bir çalışma yapılmadığı ve konuyla ilgili hiçbir data olmadığı tespit edilmiş, bu nedenle evde sağlık hizmeti alan hastaların malnütrisyon taraması ile beslenme sorunlarının tespit edilmesi ve sorunların giderilmesine yönelik ülke çapında önlemlerin alınması gerektiği sonuçlarına ulaşılmıştır.
3-Bu doğrultuda ilk aşamada beslenme kursunda anlatılan konular CD haline getirilerek İstanbul Fatih Bölgesi Kamu Hastaneler Birliği (İFKHB) Genel Sekreterliği bünyesindeki tüm hastane yöneticilerine ve ESH birimlerine dağıtılmıştır.
4-İkinci aşamada ise İFKHB ve İstanbul Üniversitesi Geriatri Anabilim Dalı ile iş birliği içerisinde evde sağlık hizmeti alan tüm hastalarımızın nutrisyon ihtiyaçları açısından taranması yönünde çalışma yapılması planlanmıştır.

HASTA VE ÇALIŞAN HAKLARI VE GÜVENLİĞİ DERNEĞİ II. MOBBİNG TEMEL DANIŞMANLIK EĞİTİMİ

Sağlık ve Sosyal Hizmetler Dernekleri Federasyonuna (SADEFE) bağlı çalışmalarını sürdüren Hasta ve Çalışan Hakları Güvenliği Derneği, son yıllarda çalışma ortamında sık görülen Mobbing konusunu inceleyerek, zirvede "Mobbing Temel Eğitimi" gerçekleştirmiştir. Kursta ;
1-Mobbingin Tanımı, sözcük ve terim anlamı, tarihsel kökeni, tarafları, ayırıcı özellikleri ve belirtileri, aşamaları, türleri ve dereceleri, mobbing taktikleri,
2-Bireysel ve örgütsel yönleriyle bedensel, psikolojik ve sosyal nedenleri ve etkileri,
3-Temel insan hakları ve çalışan hakları, İş sağlığı ve güvenliği açısından idari düzenlemeler,
4-Mobbingin cezai müeyyide boyutu, adli işlemler ve sonuçları, örnek mahkeme ve Yargıtay kararları,
5-Mobbing olgusunu farketme, belirleme, mobbingde yardım alma, mobbing olgusunun belirlenmesinde ölçek kullanımı, mobbingle mücadele yöntemleri,
6-Stres kavramı, tanımı, özellikleri, nedenleri, etkileri ve başa çıkma yöntemleri gibi birçok konuya değinildi.

Mobbing Temel Eğitimi programına katılan katılımcılar ikinci seviye olan "Mobbing İleri Danışmanlık Kursu"-na katılmayı hak ettiler. Program sonunda katılımcılara mobbing ölçeği uygulandı.
Sağlık ve Sosyal Hizmetler Dernekleri Federasyonu'na (SADEFE) ve Hasta ve Çalışan Hakları Güvenliği Derneği tarafından düzenlenen Katılım Sertifikaları takdim edildi.

Tülay Bayramoğlu
Mobbing Eğitimi Bilimsel Kurul Üyesi

2. YARA VE OSTOMİ BAKIM KURSU

Evde sağlık hizmet sunucuları ve palyatif bakım çalışanlarının ağırlıklı katılımı ile gerçekleştirilen kursumuzda aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:
1-Yara enfeksiyonları yönetimi, ostomi bakımı, kronik yara takibi, iyileşme süreci ve tedavi yöntemleri hakkında bilgilendirme yapılmıştır.
2-Bası yaraları; bakım hastalarının genel durumunu negatif etkileyen, hasta bakım maliyetlerini ve iş gücünü attıran, hastanın yaşam kalitesini düşüren önemli bir komplikasyondur.
3-Bası yarasının önlenmesi ve tedavisi, hemşirelik bakımının ve multidisipliner ekip çalışmasının (doktor-hemşire diyetisyen-fizyoterapist-psikolog-evde bakım ekibi) etkinliğinin artırılması ile doğru orantılıdır.

SAĞLIK İLETİŞİMİ KURSU SONUÇ RAPORU

Kurs süresince;

-Sağlık haberciliğinde etik kurallar,
-Sağlık çalışanları ile iletişim,
-Halk sağlığında iletişim kampanyaları konuları ele alındı.

Kurs sonunda;

1- Katılımcılar bu konuda daha fazla eğitimin gerekli olduğunu belirttiler.
2-Sağlık haberlerinin hasta ve sağlık çalışanları açısından nasıl görüldüğünü fark ettiklerini, fakat sağlıkçıların bu konunun genellikle mağduriyetini yaşadıklarını söylediler.
3- Gazetecilerin sağlık konusunda uzmanlaşması gerekliliğinin üzerinde önemle duruldu.
4-Halk sağlığının desteklenmesi konusunda iletişim kampanyalarının etkisi hem dünya hem ülkemizden örneklerle sunuldu. Kurs katılımcılarımız da, bu konunun etkinliğini daha iyi hissettiklerini ve çalışma alanlarında bu konuya daha çok önem vereceklerini vurguladılar.

KONGRE, SEMPOZYUM, ÇALIŞTAY VE KURSLARA İLİŞKİN FOTOĞRAFLAR



4. ULUSLARARASI EVDE SAĞLIK VE SOSYAL HİZMETLER KONGRESİ



4. ULUSLARARASI EVDE SAĞLIK VE SOSYAL HİZMETLER KONGRESİ



4. ULUSLARARASI EVDE SAĞLIK VE SOSYAL HİZMETLER KONGRESİ



4. ULUSLARARASI EVDE SAĞLIK VE SOSYAL HİZMETLER KONGRESİ



4. ULUSLARARASI EVDE SAĞLIK VE SOSYAL HİZMETLER KONGRESİ



4. ULUSLARARASI EVDE SAĞLIK VE SOSYAL HİZMETLER KONGRESİ



4. ULUSLARARASI EVDE SAĞLIK VE SOSYAL HİZMETLER KONGRESİ



4. ULUSLARARASI EVDE SAĞLIK VE SOSYAL HİZMETLER KONGRESİ



4. ULUSLARARASI EVDE SAĞLIK VE SOSYAL HİZMETLER KONGRESİ



4. ULUSLARARASI EVDE SAĞLIK VE SOSYAL HİZMETLER KONGRESİ



4. ULUSLARARASI EVDE SAĞLIK VE SOSYAL HİZMETLER KONGRESİ



4. ULUSLARARASI EVDE SAĞLIK VE SOSYAL HİZMETLER KONGRESİ



4. ULUSLARARASI EVDE SAĞLIK VE SOSYAL HİZMETLER KONGRESİ



4. ULUSLARARASI EVDE SAĞLIK VE SOSYAL HİZMETLER KONGRESİ



4. ULUSLARARASI EVDE SAĞLIK VE SOSYAL HİZMETLER KONGRESİ



4. ULUSLARARASI EVDE SAĞLIK VE SOSYAL HİZMETLER KONGRESİ



4. ULUSLARARASI EVDE SAĞLIK VE SOSYAL HİZMETLER KONGRESİ



4. ULUSLARARASI EVDE SAĞLIK VE SOSYAL HİZMETLER KONGRESİ



4. ULUSLARARASI EVDE SAĞLIK VE SOSYAL HİZMETLER KONGRESİ



4. ULUSLARARASI EVDE SAĞLIK VE SOSYAL HİZMETLER KONGRESİ



4. ULUSLARARASI EVDE SAĞLIK VE SOSYAL HİZMETLER KONGRESİ



4. ULUSLARARASI EVDE SAĞLIK VE SOSYAL HİZMETLER KONGRESİ



4. ULUSLARARASI EVDE SAĞLIK VE SOSYAL HİZMETLER KONGRESİ



4. ULUSLARARASI EVDE SAĞLIK VE SOSYAL HİZMETLER KONGRESİ



4. ULUSLARARASI EVDE SAĞLIK VE SOSYAL HİZMETLER KONGRESİ



4. ULUSLARARASI EVDE SAĞLIK VE SOSYAL HİZMETLER KONGRESİ



4. ULUSLARARASI EVDE SAĞLIK VE SOSYAL HİZMETLER KONGRESİ



4. ULUSLARARASI EVDE SAĞLIK VE SOSYAL HİZMETLER KONGRESİ



4. ULUSLARARASI EVDE SAĞLIK VE SOSYAL HİZMETLER KONGRESİ



4. ULUSLARARASI EVDE SAĞLIK VE SOSYAL HİZMETLER KONGRESİ



4. ULUSLARARASI EVDE SAĞLIK VE SOSYAL HİZMETLER KONGRESİ



4. ULUSLARARASI EVDE SAĞLIK VE SOSYAL HİZMETLER KONGRESİ



4. ULUSLARARASI EVDE SAĞLIK VE SOSYAL HİZMETLER KONGRESİ



2. ULUSAL TIBBİ SOSYAL HİZMETLER KONGRESİ



2. ULUSAL TIBBİ SOSYAL HİZMETLER KONGRESİ



2. ULUSAL ÇALIŞAN HAKLARI VE GÜVENLİĞİ SEMPOZYUMU



2. ULUSLARARASI TOPLUM RUH SAĞLIĞI SEMPOZYUMU



2. ULUSLARARASI TOPLUM RUH SAĞLIĞI SEMPOZYUMU



2. PALYATİF BAKIM SEMPOZYUMU



2. DİN PSİKOLOJİSİ VE MANEVİ BAKIM ÇALIŞTAYI



2. ULUSAL ÇALIŞAN HAKLARI VE GÜVENLİĞI SEMPOZYUMU



2. DİN PSİKOLOJİSİ VE MANEVİ BAKIM ÇALIŞTAYI



2. PALYATİF BAKIM KURSU



2. EVDE SAĞLIKTA BESLENME KURSU



UYGULAMALI HİPNOZ KURSU



1. BASAMAK EVDE SAĞLIK KURSU



1. BASAMAK EVDE SAĞLIK KURSU



2. PALYATİF BAKIM KURSU



UYGULAMALI HİPNOZ KURSU



II. YARA VE OSTOMİ BAKIM KURSU



II. YARA VE OSTOMİ BAKIM KURSU



KARDİYOPULMONER EGZERSİZ TESTLERİ KURSU



KARDİYOPULMONER EGZERSİZ TESTLERİ KURSU



KBRN KURSU



KBRN KURSU



SAĞLIK İLETİŞİMİ KURSU



SAĞLIK İLETİŞİMİ KURSU

KONGRENİN ARDINDAN…

Sağlık Bakanlığı'nın 2010 yılında başlatmış olduğu Sağlıkta Dönüşüm Projesi ile hayata gecen evde sağlık hizmetleri başarıya ulaşmış ve 2015 verilerine göre yaklaşık 500 bin hastaya ulaşılmıştır. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nın bakıma muhtaç ailelere verdiği bakım aylığı ise 900 bin sınırına dayanmıştır. Evde sağlık hizmetleri tüm toplumla kucaklaşmış ve Sağlık Bakanlığının hastane yükünü azaltmış olup halkımıza büyük kolaylıklar sağlamıştır. Batı ülkelerine göre daha ileri olan evde sağlık hizmetleri bu gelişmelere paralel olarak bazı sorunları da meydana çıkarmaktadır.

Evde Sağlık ve Sosyal Hizmetler Derneği olarak Sağlık Bakanlığı tarafından halkımıza sağlanan hizmetin sivil toplum ayağını oluşturmakta olup hem hizmet veren hem hizmet alanı aynı çatı altında toplayan kamu yararına çalışan sivil toplum kuruluşuyuz. Kurulduğumuzdan bu güne kadar 4 "Uluslararası Evde Sağlık ve Sosyal hizmetler kongresi", 42 ilde "Evde Sağlık ve Sosyal Hizmetler Sempozyumu" ve çok sayıda çalıştay yapmış bulunmaktayız. Derneğimizin halen 5 ilde şubesi ve 32 ilde temsilciliği bulunmaktadır. Bu güne kadar yaptığımız birçok proje kamu kurumları tarafından onay görerek hükümet politikası haline gelmiştir.

Sivil toplum kuruluşu olarak düzenli olarak yaptığımız ev ziyaretlerinde, derneğimize gelen taleplerde ve 4.Uluslararası Evde Sağlık veSosyal Hizmetler Kongremizin sonuç bildirgesinde yer alan bazı sorunları dile getirmek ve yapılan hizmetin halkımızın yaşam kalitesini yükseltmede katkı olacağı düşüncesi ile aşağıdaki sorunlara dikkat çekmek istiyoruz.

1-Hasta bezi: Yatağa bağımlı hastaların karşılaştıkları en büyük sorunlardan biri olarak sürekli gündemdedir. Hastalarımız doktor raporu ile aldıkları hasta bezlerini ön ödeme ile medikal firmalardan veya bazen eczanelerden almak zorundadır. Alım gücü olmayan hastalarımız bu ihtiyaçlarını borç ile ya da sağlıksız yöntemlerle sağlamak zorunda kalmaktadır.

2-Kolostomi Torbaları: Hastalarımız raporlarla yazılan ve medikal malzeme firmalarından almak zorunda olduğu sarf ürünlerini bazen bulamamakta ve taşradan merkeze, köylerden ilçelere hatta il merkezlerine gitmek mecburiyetinde kalmaktadırlar.

3-Hasta Yatağı: Sağlık Bakanlığımız tarafından çıkarılan ihtiyaç fazlası hasta yataklarının evde sağlık hizmeti alan ihtiyaç sahibi hastalara demirbaş olarak verilmesi ve hastanın ex olduğunda yatakların geri alınması genelgesi maalesef çalıştırılmamaktadır.

Sağlık Bakanlığı'nca sunulan "Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Yönerge"sinin asgari araç gereç, tıbbi cihaz ve ilaç standardı;

MADDE 8- (1) Evde sağlık hizmetlerinin verilmesi sırasında bulundurulması gereken araç-gereç ve tıbbi cihazlar ile ilaçların asgari standardı Ek-1 ve Ek-2'de gösterilmiştir.

(2) Evde sağlık hizmeti verilen hastaların fonksiyonlu hasta karyolası, havalı yatak ve benzeri, tedaviye yardımcı olabilecek ve demirbaş niteliğindeki tıbbi cihazlar, imkânlar ölçüsünde, hizmeti veren müdürlük veya sağlık kurumu tarafından temin edilerek evde sağlık bakım hizmeti süresince hasta veya yakını adına düzenlenen zimmet karşılığında, Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) hükümlerine uygun olarak sağlık kurulu raporu ile tevsik edilmesi kaydıyla, hastanın kullanımına tahsis edilebilir. Zimmet karşılığı tahsis edilen demirbaş cihazlar, evde sağlık hizmetinin sonlanmasını takiben devir teslim tutanağı ile geri alınır. Hastaların kullanımına tahsis edilecek demirbaş niteliğindeki cihazların listesi Bakanlıkça belirlenir. Hükmünün hastanelerimiz tarafından dikkate alınarak ihtiyaç dışı ve hurdaya ayrılan yatakların hastalara verilmesinin sağlanması.

4-Özel Evde Sağlık Hizmetleri Sunan merkezlerinin Reçeteleri: Özellikle evden dışarı çıkamayacak durumda hastalar için kurulmuş olan merkezimizin çalışma onaylı hekimleri tarafından evde muayene sonucu verilen tedavileri (reçeteleri) SGK tarafından ödenmemektedir. Bu durumda hastalar ya başka bir kuruluşta bu reçeteyi yazdırmak zorunda kalıyor ya da ilaçları para ile almaktadırlar. İlaçları yazdırmak için gittikleri diğer sağlık kuruluşları bu hizmet için hastadan fark ücreti, SGK'dan da muayene parası talep etmektedirler. Hem hasta hem SGK'nın cebinden gereksiz maliyetler çıkmaktadır. Bakanlığın denetimi altında kaliteli hizmet vermeye çalışan biz özel evde bakım merkezlerinin hizmetleri, reçeteleri SGK tarafından ödenmediği için hastalar maliyeti daha düşük merdiven altı diye nitelendirebileceğimiz denetimsiz oluşumlardan bu hizmeti almaktadırlar. Çoğu inmobil çoğu kronik problemleri olan hastaların yatan hasta gibi kabul edilmesi ve Özel evde Bakım Merkezi tarafından yazılan reçetelerinin ödenmesi hususunda girişimleriniz halkımız için hayırlı bir çalışma olacaktır.

5-Özel Sağlık Hizmetlerinde Laboratuar Hizmetleri: Yine aynı derece önemli olarak evde yatan hastaların laboratuar tetkikleri için kamuya ait hastanelerin veya SGK anlaşmalı laboratuarlarından yararlanması yönünde özel sağlık hizmeti merkezlerine olanak sağlanmalıdır. Muayeneye gidilen hastanın tetkikleri için mutlaka özel laboratuvarlarla anlaşma yapmak zorunda kalınması hastalar açısından ciddi maliyetler yaratmaktadır. Yıllarca çalıştıktan sonra haketmiş olduğu sağlık hizmetini hastaneye gitmekten aciz olduğu için alamayan vatandaşlarımıza bu yüktür.

6-Özel Sağlık Hizmetlerinde Yardımcı Personel: Bir diğer önemli hususta yardımcı sağlık personeli konusunda sıkıntı vardır. Bilindiği üzere ülkemizde sağlık sektöründe hemşire açığı mevcut. Sağlık Bakanlığına bağlı birçok kuruluşta acil tıp teknisyenleri ve anestezi teknisyenleri, yaşlı bakım teknikerleri, hasta bakım teknikerleri bu açığı kapatacak şekilde hizmet alınmaktadır. Ancak Özel Evde Bakım Merkezleri Yönetmeliğin'de dört adet hemşire çalıştırma zorunluluğu (bir adeti ebe olabilir) mevcut.

7-Koordinasyon sorunu: 2010 yılında uygulamaya başlanan evde sağlık hizmetleri sayesinde vatandaşın kapısı açılmış ve devletin şefkat eli vatandaşa değmiştir. Bazen hastalarımızdan gelen talepler üzerine yaptığımız ziyaretlerde bizlerin çözemeyeceği problemler olmaktadır. Yaşlı kimsesiz hastalar, psikiyatrik problemi olan kimsesiz hastalar, istismara uğramış yaşlı veya özürlüler, çöp evler gibi ağır mağduriyet durumlarda çözüm bulunamıyor.

8-Elektrik Faturası: Evde sağlık hizmeti alan hastalarımızın evlerinin bir kısmı adeta yoğun bakım ünitelerine dönmüş olup ihtiyaç duyulan cihazlar hastalarımızın kendi bütçeleri veya hastane imkânları ile sağlanmıştır. Yaptığımız ziyaretlerde asgari ücret alan bir eve doktor raporu ve hayati gereksinim gereği olan medikal cihazlardan kaynaklı faturalar en az 250 TL gelmektedir. Bu yük karsısında vatandaşlarımız elektrik saatlerine not asmakta ve gelen memura lütfen elektriği kesmeyin hasta var şeklinde notlar asmaktadır.

9-Hasta Raporları: Halk Sağlığı Kurumu koordinasyonunda yürütülen hizmetlerde felçli ve yatan hastalardan bazı durumlarda hastaneye getirilerek muayenelerinin uzman hekimlerce yapıldıktan sonra rapor verilmektedir. Felçli ve yatağa bağımlı hastaların hastaneye gelip eve dönmesi en az 4 kışı ile mümkün olmaktadır. 4kişi bulunsa dahi hastaneye transfer en zor kısmıdır. 112 lerın hasta transfer ambulanslarından çoğu zaman vatandaşımız faydalanamamaktadır. Birimlerde olan hasta transfer araçları ise yok denecek kadar azdır.

10-Hasta Bakım Transferleri: Yatağa bağımlı hastası olan ve büyüklerine bakmak zorunda kalan vatandaşlarımız hepimizin bildiği şekilde çocuklar yıllara ve aylara göre sıra ile bakmaktadır. Kurumsal bakımın evlatları yasıyorsa en son tercih edilen bakım modeli olarak geleneklerimizde yerini almıştır. Annesine ve ya babasına veya daha büyüklerine bakan hasta yakınları 6 ay ya da 1 yıllık periyotlarla bakımı üstlenmektedir. Bakım için ev den eve yatağa bağımlı hastalarımızı götürmek zorunda kaldığımızda karsımıza bazı kriterler çıkıp evden eve hasta transferinin mümkün olmadığı hastaneden ene veya evden hastaneye şeklinde uygulama olduğu görülmektedir. Bu olay iller arası olduğu takdirde ise imkânsız hale gelmektedir. Hayati tehlikesi olmayan hastalarda bile bu sorun yaşanmaktadır. Kendi imkânları ile yapılan bu tür hasta transfer hizmetleri bütçeleri hayli zorlamaktadır.

11-Personel Kıyafetleri: Evde Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği'nde belirtilen kıyafetlerin renkleri o gün için en beğenilen kıyafet idi. Halen çoğu belediye temizlik personeli. kurumların temizlik personeli. Özel firmalar aynı renkleri kullanmaktadır. Evde sağlık personeli hemşire ve doktorları bu durumdan rahatsız olmakta ve kıyafetleri giymemektedir. Bu durum yanında suistimalleri gündeme getirecek ve evde sağlık hastalarına karşı kötü niyetli kişilerce suistimale sebep olacaktır.

12-Elektronik cihazların kalibrasyonu: Yatağa bağımlı hastalarımızda rapor ile verilen cihazlar eğer SGK elinde var ise oradan temin edilmekte veya piyasadan ilk el ya da 2. el olarak alınmaktadır. 2.el olarak alınan malzemeler tamamen kontrolsüz Şekilde halkımıza sunulmaktadır. Hastanelerimiz tarafından verilen cihazlarda da zaman zaman bu olumsuzluklar yaşanmakta ve ölümle sona eren istenmeyen olaylarla karşılaşılmaktadır.

13-Evde Sağlık ve Evde Bakım Uygulanan evde sağlık ve bakım hizmetleri ülkemize has bir model olup sadece belirli ilde ya da ilçede uygulanan bir hizmet değildir. Sağlık Bakanlığı 2015 verileri baz alındığında 543 bin 395 hasta evde sağlık hizmeti aldı. Bu hastaların 225 bin 801'i hizmet almaya devam ediyor. En uzak

köy ve mezrada sağlık hizmeti verilmektedir. Bakıma muhtaç olan sayı bundan daha fazla olup halen 900 bin sınırına gelmiştir. Kamu kurum ve kuruluşları ve AB fonlarınca proje çağrıları zaman zaman açılmakta olup evde sağlık ve bakım üzerine farklı modeller denenerek pilot çalışmaların önü açılmalı ve ülkemize has bakım modelleri ortaya konmalıdır.

14-Eğitim: Evde Sağlık Hizmetleri veren personelin sertifikalı hale gelinmesi teşvik edilmeli ve sertifika sahibi personelin sürekli sahada olması göz önünde bulundurularak korumasız olarak her türlü hastaya ulaşan sağlık personeli teşvik edilmelidir. TSM'lerde ve aile hekimlerinin yanında görev alan ve hastanelerde evde sağlık birimlerinde görev alan personeli cok sık rotasyona tabı tutulduğundan hasta hafızası kaybolmakta ve takibi zorlaşmaktadır. Evde sağlık personeli özellikle yara bakım, palyatif bakım, iletişim konularında çok sık eğitime tabi tutulup kendilerini geliştirmelidir.

15.Özel ihtisas tim eksikliği: Evde sağlık hizmetlerinin halk sağlığı tarafından koordinesi sonunda ortaya çıkan eksiklikler ciddi boyuta ulaşmıştır. Evde obezite hasta takibi,y ara bakım takibi, stoma takıbi.Nutrisyon ekibi, INR takibi TSM'lerde bulunmadığı için hastanelere yönlendirilen hastalar sonuç alamamaktadır.

16.Hasta bilgi Yetersizliği: Hastanelerden taburcu olan hastaların bilgileri evde sağlık birimlerine aktarılmadığından dolayı birimler ve TSM ler evde sağlık hizmeti alan hastaların ekipriz raporuna ve yapılan hizmet ve laboratuar sonuçlarına ulaşamamaktadır. Aile hekimleri hastaneden taburcu olan sorumlu olduğu hastanın dahi bilgisini yeniden istemek ve raporlarını yeniden çalışmak zorunda kalmaktadır.

17-Eğitimsiz hasta yakını: Yoğun bakımlarda yatan hastalarımızda karşılaşılan en büyük sorun ya hastama bakamazsam, ben nasıl yapayım şeklinde ortaya çıkmaktadır. Bilinçli bir hasta yakını sağlık ekiplerinin işini kolaylaştırıp iyileşme sürecini hızlandırmaktadır. Kendine güvenmeyen hasta yakını araya ricacılar koyarak yoğun bakım yataklarını gereksiz işgal etmektedir.

Evde Sağlık ve Sosyal Hizmetler Derneği (EVSAD) olarak hastalarımıza sunulan sağlık ve bakım hizmetinden dolayı tüm kurum ve kuruluş çalışanlarına halkımız adına şükranlarımızı sunuyor. Sorunların çözülmesi halinde daha kaliteli ve nitelikli hizmeti halkımızın alacağından dolayı teşekkür ediyoruz.

V. Uluslararası Evde Sağlık ve Sosyal Hizmetler Kongremize kadar yukarda belirtilen sorunların çözülmesi için kamu kurum ve kuruluşlar nezdinde girişimlerde bulunarak sorunların çözülmesine gayret göstereceğiz.

V. Kongremiz ağırlıklı olarak "Evde Sağlık ve Sosyal Hizmetlerde Bilişim ve Teknolojik Gelişimler"i sizlerle paylaşmayı, bu alanda yurt içi ve yurt dışı uygulamaları sizlerin bilgisine sunmayı hedefliyoruz.

Ayrıca Kongremiz evde sağlık ve sosyal hizmetlerin elektronik ortamda bilgi ve koordinasyonunun zirveye taşındığı bir kongre olacaktır.

Ülkemizde faaliyet gösteren yerli ve yabancı kamu ve özel sektörü siz çalışan ve hizmet alan vatandaşlarımızın istifadesine sunmayı planlıyoruz.
Halkımıza ve çalışanlarımıza sağlıklı günler dilerken Nisan 2017 de 5.Uluslararası Evde Sağlık ve Sosyal Hizmetlerde, Bilişim ve Teknoloji Kongresi'nde buluşmayı umuyoruz.

Ya Çare Siz siniz
Ya Çaresizsiniz

Uzm. Dr. Gazi ALATAŞ
Evde Sağlık ve Sosyal Hizmetler Derneği
Genel Başkanı



İSTANBUL HEALTH EXPO

4. Medikal Cihaz Fuarı ve Bütünleşik Sağlık Hizmetleri, Uluslararası Sağlık Kongreleri ve Sempozyumları

4th Medical Equipment Fair and Integrated Health Services, International Health Congress and Symposium

/istanbulhealthexpo
/cnrhealthexpo
/istanbul-health-expo

05-07 Ekim/October 2016

CNREXPO
YEŞİLKÖY-İSTANBUL

SADEFE
www.sadefe.org.tr

LÖSEM · EVSAD · SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ DERNEĞİ · SKYDER · KRİTİK BAKIM DERNEĞİ · TSHDER · Çilim · TORSAD · SYADER · HBD · USABDER · PASHIDER · KOSGEB

pozitif FUARCILIK · ufi Member · İSTANBUL

CNR EXPO Yeşilköy 34149 İstanbul, TURKEY +90 212 465 74 74 +90 212 465 74 76-77 **www.cnrexpo.com**

BU FUAR 5174 SAYILI KANUN GEREĞİNCE TÜRKİYE ODALAR VE BORSALAR BİRLİĞİ (TOBB) DENETİMİNDE DÜZENLENMEKTEDİR. / THIS FAIR IS ORGANIZED WITH THE AUDIT OF TOBB (THE UNION OF CHAMBERS AND COMMODITY EXCHANGES OF TURKEY) IN ACCORDANCE WITH THE LAW NO.5174

CNR HOLDİNG

IAEE