



T.C. Sağlık Bakanlığı



Hakemli Dergi

TSHD

Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi

2014/12 Sayı:4



TSHD
Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi
Derginin Künyesi

YAYIN SAHİBİ

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Adına
Prof.Dr. İrfan ŞENCAN

YAYIN KURULU BAŞKANI

Prof. Dr. Doğan ÜNAL
T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdür

YAYIN KURULU BŞK.YRD.

Uzm. Dr. Arif KAPUAĞASI
T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdür Yardımcısı

EDİTÖR

Yusuf ÖZTÜRK
Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Daire Başkanı

EDİTÖR YARDIMCISI

Elvan ÖZKAN

YAYIN KURULU

Yusuf ÖZTÜRK
Uğur ÖZDEMİR
Elvan ÖZKAN
Serdar ARSLAN
Hacer DAVUTOĞULLARI
Ersin KAYAALTI
Levent ŞÜMÜR
Gamze ŞAÇAKLI
Özdoğan KIRKAYA
M.Kemal ÇETİN

HUKUK DANIŞMANI

Süleyman Hafız KAPAN
Eray KAPLAN
Sevil SERİN
Cengiz YİĞİT

Grafik Tasarım

Murat ASİL

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü
Eğitim Birimi'ne
Katkılarından Dolayı Teşekkür Ederiz.

BAKANLIK YAYIN NO:

963

Hakem Kurulu

Prof. Dr. İlhan TOMANBAY

Hacettepe Üniversitesi İİBF, Sosyal Hizmet Bölüm Başkanı

Prof. Dr. Tevfik ÖZLÜ

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Farabi Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Prof. Dr. Kasım KARATAŞ

Hacettepe Üniversitesi İİBF, Sosyal Hizmet Bölümü

Prof. Dr. Fatih ŞAHİN

Manisa Celal Bayer Üniversitesi, Sosyal Hizmet Bölüm Başkanı

Prof. Dr. Sunay İL

Hacettepe Üniversitesi İİBF, Sosyal Hizmet Bölümü

Prof. Dr. Dr. h.c. Hakan HAKERİ

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Hukuku Araştırmaları Birimi Başkanı

Prof. Dr. Figen KARADAĞ

Maltepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Prof. Dr. Ü. Şevkat Bahar ÖZVARIŞ

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı ve Tıp Eğitimi ve Bilişimi Anabilim Dalı

Prof. Dr. Kültegin ÖGEL

Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Prof. Dr. Füsün TERZİOĞLU

Hacettepe Üniversitesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Nurdan DUMAN

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sosyal Hizmet Bölüm Başkanı

Doç. Dr. Yüksel BAYKARA ACAR

Kocaeli Üniversitesi, Kocaeli Sağlık Yüksekokulu, Sosyal Hizmet Bölümü

Doç. Dr. Arzu İÇAĞASIOĞLU ÇOBAN

Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Doç. Dr. Özlem CANKURTARAN ÖNTAŞ

Hacettepe Üniversitesi İİBF, Sosyal Hizmet Bölümü

Doç. Dr. Cengiz ÖZBESLER

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sosyal Hizmet Bölümü

Doç. Dr. Tarık TUNCAY

Hacettepe Üniversitesi İİBF, Sosyal Hizmet Bölümü

Yard. Doç. Dr. Filiz DEMİRÖZ

Hacettepe Üniversitesi İİBF, Sosyal Hizmet Bölümü

Yard. Doç. Dr. Emrah AKBAŞ

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sosyal Hizmet Bölümü

Yard. Doç. DR. Abdulhakim BEKİ

İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Dr. Uğur ÖZDEMİR

Hacettepe Üniversitesi İİBF, Sosyal Hizmet Bölümü

5

Önsöz

Prof.Dr. İrfan ŞENCAN

6

Bir Sosyal Hizmet Çalışması: Hemodiyaliz Hastalarının Sosyotropik-Otonomik Kişilik Özelliklerinin Belirlenmesi

SHU Ecren Aydın

Doç.Dr. Eda Purutçuoğlu

18

Evde Sağlık Hizmetlerine Erişilebilirlik: Konya Seydişehir Devlet Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Birimi Örneği

Bio. Emrullah İNCESU

26

Mobbing;

Ruhsağlığı Üzerine Etkileri Ve Korunma

Doç. Dr. Nermin GÜRHAN

36

Alzheimer Hastalığını Etkileyen psiko-Sosyal Faktörleri Saptayarak Alzheimer Hastalarına Yönelik Tıbbi Sosyal Hizmet Müdahaleleri Geliştirme (Adapazarı Örneği)

SHU Nursel YILDIZ YÜCE

SHU Oktay YÜCE

Prof.Dr.İrfan ŞENCAN
Sağlık Bakanlığı
Müsteşar Yardımcısı

Bilgi çağında yaşıyoruz. Global dünya haberleşme araçları ile erişilmedik alanın kalmadığı bir zemine dönüştü. Ancak doğru kadar yanlış bilgilerin de rahatlıkla yer bulduğu günümüzde özellikle insan sağlığı konusunda doğru bilgilerin derlenmesi ve insanımıza sunulması önem arz ediyor. Dergimiz bu çizgide yayım hayatına devam ediyor. Bu sayımızda da yine çok güzel araştırma ve derlemelere yer vereceğiz. Emeği geçen tüm arkadaşlarımı kutluyorum.

İlk makalemizde; kronik böbrek yetmezliği hastalığının tüm kronik hastalıklarda olduğu gibi bireyi sadece fiziksel yönden değil ruhsal ve sosyal yönden de etkilediği tezinden hareketle, hasta profilinin ve kişilik özelliklerinin belirlenmesinin sosyal hizmet müdahalesi gerçekleştirilirken tedavi planını, hastanın tedaviye uyum sürecini ve baş etme becerisini etkileyebileceği vurgulanmıştır.

İkinci makalemizde; Konya Seydişehir Devlet Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri çerçevesinde yapılan alan çalışması ile evde sağlık hizmetlerine hastaların erişilebilirliğinin üst düzeyde olduğu tespit edilen bir araştırmaya yer verilmiştir.

Üçüncü makalemizde; kavramsal olarak yeni olsa da yönetici-çalışan ilişkisindeki en temel problemlerden biri olarak karşımıza çıkan Mobbing kavramı, çalışanların ruh dünyasına tesirleri ve korunma yolları derlenmiştir.

Dördüncü ve son makalemizde; Alzheimer Hastalığına dair bir araştırmaya yer verilmiştir. Bu araştırmada ilginç sonuçlara ulaşılmış, örneklem grubundaki hastaların %98,3'üne erken teşhis konulamadığı, %71.7'sinin Alzheimer tanısı almadan önce depresyon veya derin üzüntü yaşadığı, hastalıkta genetik yatkınlığın % 70'lerde gerçekleştiği neticeleri bir araya getirilmiştir. Tüm yazılarımızı zevkle okuyacağınızı umuyorum...



5

Prof. Dr. İrfan Şencan

BİR SOSYAL HİZMET ÇALIŞMASI: HEMODİYALİZ HASTALARININ SOSYOTROPİK-OTONOMİK KİŞİLİK ÖZELLİKLERİNİN BELİRLENMESİ

Ecren AYDIN¹
Eda PURUTÇUOĞLU²

Özet

Kronik böbrek yetmezliği hastalığı tüm kronik hastalıklarda olduğu gibi bireyi sadece fiziksel yönden değil ruhsal ve sosyal yönlerden de etkilemektedir. Sosyotropi ve otonomi kavramları kişilerin başkalarına bağımlı ya da özerk olma durumlarına işaret eder. Tedaviye bağlı olarak oluşan bu bağımlılıklar, bireyin özerkliğini sınırlamakta, sosyal ve iş yaşamında birtakım sorunlara yol açmaktadır. Hastalara psikolojik, sosyal ve ekonomik destek sağlama,

hastalık sürecinde yaşadığı tüm sorunları çözümlene gibi profesyonel desteğin tümünü verebilecek en yetkin meslek alanlarından biri sosyal hizmettir. Bu araştırma, klinikte tedavi gören hemodiyaliz hastalarının tedavi süresi, yaş, medeni durum ve eğitim düzeyi değişkenleri dikkate alınarak sosyotropik-otonomik kişilik özelliklerini belirlemesi amacıyla planlanmıştır. Araştırma sonucunda, hastaların ayrılık kaygısı yaşadıkları ve özgür kişilikte oldukları belirlenmiştir. Sosyal hizmet müdahalesi gerçekleştirilirken kişilik özelliklerinin tedavi planını, hastanın tedaviye uyum sürecini ve baş etme becerisini etkileyebileceği dikkate alınmalıdır.

Anahtar kelimeler: Hemodiyaliz hastası, sosyotropik-otonomik kişilik özelliği, tıbbi sosyal hizmet

A STUDY OF SOCIAL WORK: THE DETERMINATION OF SOCIOTROPIC-AUTONOMIC PERSONALITY CHARACTERISTICS OF HEMODIALYSIS PATIENTS

Abstract

Chronic renal failure disease, as in all chronic disease affects the individual not only the physical aspects but also the psychological and social aspects. The concepts of sociotropy and autonomy refers to people being dependent or autonomous status to others. Depending on the treatment, these dependencies limits the autonomy of the individual and leads some problems at the social and business life. Providing the psychological, social and economic support to patients such as the analysis of all the problems, experienced by the disease process, one of the most competent professional areas that will support all of the professional is social work. This research was planned to determine the sociotrophic-autonomic personality characteristics of hemodialysis patients who are treated in the clinics according to treatment period, age, marital status and educational level. It was found that the patients live in the separation anxiety and a free characteristic. When the social work intervention is performed, it should be considered that personality traits may affect the treatment plan, patient's treatment compliance process and coping skills.

Key words: Hemodialysis patients, sociotropy-autonomy personality characteristics, medical social work

¹*Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sosyal Hizmet ABD Doktora Öğrencisi, e-posta:ecrenaydin@gmail.com

²*Doç.Dr. , Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü, e-posta: purutcu@agri.ankara.edu.tr

1.GİRİŞ

Kronik hastalıklar içinde önemli bir yere sahip olan kronik böbrek yetmezliği, her yaş grubunda görülebilen, birçok organ veya sistemde zamanla ilerleyen bozukluklara, ciddi organik, mental ve psikososyal sorunlara neden olan, tüm işlevleri sınırlayan, yaşamı tehdit eden, önemli ölçüde işgücü kaybına yol açan bir hastalıktır (Kara ve Akbayrak, 2005). Hastalık, böbrek işlevinin ilerleyici bir şekilde geriye dönüşü olmaksızın kaybedilmesi olup hem dünyada hem de ülkemizde oldukça sık görülen bir sağlık sorunudur. Diyaliz istatistik verilerine göre (2013), ülkemizde 24,914'ü kadın, 31,291'i erkek olmak üzere toplam 56,205 diyaliz hasta sayısı bulunmaktadır. Bu hastalardan 52,675'i hemodiyaliz hastası olup 23,191'i kadın ve 29,484'ü erkektir. Hemodiyaliz hastaları, kamu (13,439 kişi), özel (36,299 kişi) ve üniversite (2937 kişi) hastanelerinden hizmet almaktadır.

Hemodiyaliz tedavisi alan hastalar, hastalık sürecinde tıbbi, psiko-sosyal ve ekonomik boyutları olan çok çeşitli sorunlarla karşı karşıya kalmaktadırlar. Diyaliz hastalarında normal hayat düzeni önemli ölçüde bozulmuştur. Bu hastalar kendilerini sıkıntılı bir diyaliz işlemine, tıbbi bakıma ve tıbbi personele bağımlı bulurlar ve sıvı-diyet kısıtlaması, ilaç alımı, sık hastalanma, cinsel fonksiyon bozukluğu, iş kaybı gibi streslere maruz kalırlar (Sezer, 2001; Karabulutlu ve ark., 2004). Hastalarda depresyon ve intihar, anksiyete, duygu kontrolü ve uyum güçlüğü ile kişilerarası ilişkilerde bozulma gibi psikolojik sorunlar görülür (Daugirdas, Blake, 2003). Diyalize bağlı fiziksel işlev kayıpları da söz konusudur. Hemodiyaliz aygıtı böbrek işlevi görmekle birlikte böbreğin tüm işlevlerini yerine getiremez. Dolayısıyla kronik böbrek yetmezliğinin bazı belirtileri devam eder (özellikle bulantı, kaşıntı, halsizlik, efor sorunu). Bunlar hastada sağlığını ve özerkliğini yitirdiği ve tekrar kazanamayacağı endişesine neden olur. Diğer bir kayıp ise ekonomik güvence kaybıdır. Hasta bireyin işgücü kaybı yanı sıra tedavi masrafları, diyaliz merkezlerinin bulunduğu büyük kentlerde yaşama zorunluluğu ek yük getirmektedir (Cimilli, 1994). Hemodiyaliz tedavisinin sürekliliği ortalama kazancı olan bir aileyi finansal olarak zorlar (Shambaugh, 1967). Aile düzeninin bozulması da yaşanan kayıplardan bir diğeridir. Diyalizin başlangıç dönemlerinde aile bireylerinin hasta ile aşırı ilgili oldukları, sonra ilgilerini kayb ettikleri, dost ve akrabalarında arayıp sormadıkları gözlenmektedir. Bu durum transplantasyonda da sorun oluşturur. Aile bireyleri başlangıçta böbrek vermeye gönüllü iken sonrasında giderek

vazgeçmektedir. Buna karşılık, hastalarda da aile bireylerinin söz ve davranışlarına karşı aşırı duyarlılık ortaya çıkar (Cimilli, 1994).Görülmektedir ki, hasta, hastalığı nedeniyle birçok kayıplara uğramakta ve tüm aktiviteleri sınırlandırılmaktadır. Ekonomik, sosyal ve psikolojik olmak üzere çeşitli sorunlar yaşayan hemodiyaliz hastalarının tedavi sürecinde profesyonel desteğe ihtiyacı vardır. Sosyal hizmet sağlık alanına katkı veren birçok hizmetten sadece birisidir. Fiziksel hastalıkların neden olduğu sosyal ve duygusal problemlerle ilgilenen ve sağlık kurumlarında yürütülen sosyal hizmet dalına ise tıbbi sosyal hizmet adı verilmektedir(Duyan,2003). Sosyal hizmet uzmanları insanların problem çözme kapasitelerini artırmaya ve gerekli kaynakları elde etmelerine; bireyler, insanlar ve onların çevreleri arasındaki ilişkiyi kolaylaştırmaya yardım ederler ve örgütlerin insanlara karşı sorumlu olmalarını ve sosyal politikaları etkilemelerini sağlamaya çaba harcarlar (Zastrow, 2013).

2013 yılı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı 310 tıbbi sosyal hizmet biriminden gelen faaliyet verilerine göre 15.074 kronik bakım hastasına sosyal hizmet müdahalesi uygulanmıştır. Hemodiyaliz ünitesinde çalışan sosyal hizmet uzmanı hastalık ile mücadelede tıbbi ekibin bir üyesi olarak ekip çalışması anlayışı içerisinde hastaya, ailesine ve toplum düzeyinde çeşitli mesleki müdahalelerde bulunur ve özellikle hasta ve ailesine hastalıkla birlikte ortaya çıkan psiko-sosyal-ekonomik sorunlarının önlenmesi ve çözümlenmesi, engellerin ortadan kaldırılması boyutunda önemli işlevlere sahiptir (Mutlu 2007; Özbesler ve İçağasioğlu Çoban 2010; McCool ve ark., 2011). Kronik hastalığa verilen farklı duygusal tepkilerin sıklığı ve işlevi, hastaların hastalık hakkındaki anlayışları ve baş etme çabaları, hastanın hastalığına uyum sürecini etkiler (Duyan, 1997; Mutlu, 2007). Tedavi sürecinde hasta, ömür boyu kendini sınırlayan ve yetersizleştiren bir hastalıkla uğraşmak zorunda olup, bir makine yardımı ile bakım ekibine tam olarak kişisel bağımlılık içindedir. Hastalığı nedeniyle tüm aktiviteleri sınırlandırılmıştır, yaşam kalitesi düşüktür (Baydoğan ve Dağ, 2008). Hastanın güçlendirilmesi, hastanın destek sistemlerini geliştirme, kişilerarası ilişkileri etkileme, kurumlar ve sistemlerle daha iyi anlaşma, problem çözme yeteneklerini geliştirme ve bağımsız olabilme yeteneklerini geliştirme ve artırma sürecini içermektedir. Ancak bu destekleri sağlamak için sosyal hizmet uzmanı hastanın kişilik özelliğini, yaşam biçimini, kendi çevresinde ve destek ağlarında hangi kaynakların olduğunu bilmelidir (İşikhan, 2005). Böylelikle gelecekte işlevsel olmayan tepkilere yol açacak stresörlere karşı müracaatçının daha iyi tepkiler vermesine yardımcı olabilir.

Hemodiyaliz kliniğinde çalışan sosyal hizmet uzmanının temel işlevi, hastanın böbrek yetmezliği sorunu ile başatmesine, oluşturulan tedavi planını takip ederek hastanın rehabilitasyon hizmeti almasına yardımcı olmak ve tedavi ekibi üyelerine ihtiyaçların iletilmesinde köprü görevi gören, bir destek sistemi olarak çalışmaktadır (McCool ve ark., 2011).

Aynı zamanda sosyal hizmet uzmanı, hastalık nedeniyle duygusal/davranışsal sorunlar yaşayan insanlara bireysel, aile ve grup terapileri sağlamaya yönelik özel uygulamalar gerçekleştirmektedirler. Sosyal hizmet uzmanının etkili bir danışman olarak ilişki kurma, sorunları derinlemesine keşfetme ve alternatif çözüm yollarını bulma basamaklarında başarılı sonuç elde etmek için kapsayıcı danışmanlık kuramlarını ve uzmanlaşmış tedavi tekniklerini bilmesi gerekmektedir. Sosyal hizmet uzmanının müracaatçı tarafından sunulan "kendine has" sorunlara bağlı olarak en çok başarıya ulaşma ihtimali olan müdahale yollarından birini seçmede kullandığı materyallerden biri de hastanın kişilik özelliğidir. Böylece örneğin utangaç veya saldırgan olan hastalar için atılganlık eğitimi, yüksek stres altında olan hastalar için rahatlama teknikleri önerebilir; yüksek düzeyde sosyotropik bireylerin, diğer bireylere göre psikolojik sağlıklarının daha çok risk altında ya da bozulmaya daha yatkın olduğu düşünüldüğünde sosyotropik bireylere işlevsel iletişim ve çatışma çözme becerileri kazandırılabilir (Karahan, 2009; Zastrow, 2013). Ayrıca sosyal hizmet uzmanı, tıbbi bakım kurumlarında tedavi etkinliklerinin yanı sıra yönetici, planlayıcı, kaynak geliştirici, eğitimci, savunucu ve araştırmacı rollerini de yerine getirebilir (Duyan, 1996).

İnsan beden, düşünce, duygu ve inanç gibi değişik yönleri olan son derece karmaşık bir varlıktır. Bu yüzden insanı inceleyen psikologlar birbirlerinden farklı kişilik kuramları geliştirmişlerdir. 80'li yıllarda davranışçı terapistlerin sıklıkla kullandığı Beck'in bilişsel kuramı literatürde sıkça rastlanan kuramlardan biridir. Bilişsel kurama göre, kişileri rahatsız eden duygusal sıkıntılar, doğrudan olayların ve yaşantıların kendisinden değil bunların algılanma süreçlerinde atfedilen anlamlardan meydana gelmektedir. Beck'in bilişsel kuramına göre kişiliğin sosyotropi ve otonomi olmak üzere iki boyutu vardır (Kaya ve ark., 2006). Sosyotropi (kişilerarası bağımlılık) bireyin diğer kişiler ile pozitif etkileşim gösterebilme özelliği olarak tanımlanmaktadır (Beck, 1983). Sosyotropik kişiler, onaylanma ve aidiyet hissetme

ihtiyacındadırlar ve aynı zamanda sosyal reddedilme korkuları vardır. Bu kişilik özelliğinin genellikle depresyon, savunmasızlık ve psikopatoloji ile ilişkili olduğu ileri sürülmüştür (Bieling ve ark., 2000). Yüksek sosyotropi özellikleri gösteren kişilerde gerçekleştirme ve özsaygının bir teyidi olarak sosyal bağlanmışlık gözlenmiştir. Bu kişilerin olumlu kendilik imgelerini sürdürürebilmeleri, kendileri için önemli olan kişiler tarafından onaylanmalarına, sevmelerine, sayılmalarına ve önemsenmelerine bağlıdır (Kabakçı, 2001). Sosyotropik kişilerin ilişkileri, başkaları tarafından eğitime isteği ve bağımlılık ile karakterize edilmiştir. Altta yatan korkuları ise savunmasızlık, itilmişlik ve duygularını eksik ifade etmedir. Otonomi ise, bir bireyin kendi kendine kuralını, yasasını koyması anlamına gelir. Otonomi bireyin bağımsızlığını, kişisel haklarını koruyabilme ve artırabilme özelliği olarak tanımlanmaktadır. Otonom kişiler, kontrol kaybı ve başarısızlıktan korkar ve takdir edilme hedefine ulaşmaya çalışır. Bu kişilik özelliği yüksek olan bireyler, kendi aktivitelerini yönlendirmekten, hedeflerine ulaşmaktan, çevrelerinde olup bitenleri kontrol etmekten ve başarılı olmaktan mutluluk duyarlar (Kabakçı 2001; Kaya ve ark. 2006). Babadağ (2001) otonomiye, insanın özgür düşünüp karar verme, kararını eyleme geçirme, özgür, bağımsız davranma gücü ve yetkisi olarak tanımlanmaktadır. Otonom kişiler için, altta yatan korkular yetersizlik, kontrol kaybı korkusu ve aşağılanmadır. Bu iki kategori tedavide karşılaşılan bazı ortak eğilimleri gösterebilir (Dorfman 1998). Çünkü sosyotropi ve otonomi kavramları kişilerin başkalarına bağımlı ya da özerk olma durumlarına işaret eder. Diyaliz hastaları hastalıklarının ilerleyici, tedavi yöntemlerinin zor ve kısıtlayıcı olması nedeniyle, kendilerini bağımlı ve durumlarını umutsuz görme eğilimindedirler ve başkalarının bakımına muhtaç olduklarına dair inançları duygu durumlarını olumsuz yönde etkilemektedir (Salehnia, 2000). Bu süreçte hemodiyaliz hastalarının baş etmesi gereken iki durum vardır: 1) Bir makineye bağımlıdır, diyetine dikkat etmelidir, hastalığının ve tedavisinin yan etkilerini (özellikle halsizlik, uykuya eğilim) kabul etmesi gerekir. 2) Günün diğer saatlerinde tümüyle sağlıklı bir insan gibi davranması beklenir. Bu noktada hastaların bazıları aşırı bağımlılığı tercih eder, hasta rolünü benimser ve yaşam sorumluluklarından uzaklaşır; bazıları ise bağımlılıktan korkar, hastalığa ve tedaviye isyan eder. Genellikle anksiyetesi yüksek olan bu hastalar, tedavi programının gerektirdiği bağımlılığı tolere edemez ve sağlık personelinin önerilerine uymama sıklıkla görülür.

Sosyotropik ve otonomik kişilik özellikleri kişilerarası ilişkilerle yakından ilgilidir. Örneğin, kişinin hayatından önemli birinin kaybı yüksek sosyotropik kişilik özelliğine sahip kişiler için depresyon sebebi olabilir. Fakat yüksek otonomik kişilik özelliğine sahip kişiler için ise kişisel işlevlerini yerine getirirken tekrarlayan başarısızlık depresyona neden olabilir. Zayıf problem çözme becerileri umutsuzluk ve depresyon duyguları ile yakından ilgilidir (Demir ve ark., 2010).

Duygusal değişimler hastaların deneyimlerinin önemli bir parçasıdır. Hastalar “kendime güvenimi kaybettim, gelecekle ilgili korkularım var, ileriye baktığım zaman her şeyin daha da kötüleştiğini görebiliyorum” gibi düşünceler geliştirirken diğer yandan kendilerini “ kızgın, kolay sinirlenen, bıkkın, aşırı duyarlı, hırçın, üzgün veya depresif” olarak da tanımlamaktadırlar. Dolayısıyla olumsuz duygusal deneyimlerinin yanında, kişiliklerinde veya karakterlerinde de çoğunlukla olumsuz değişimler olduğunu ileri sürmektedirler (Krespi, ve ark., 2008). Bu durumda sosyal hizmet uzmanı hasta ile bireysel görüşme yapar; hastanın güçlü yönlerini keşfetmesine, baş etme becerilerinin artmasına ve diyalizle birlikte hayatındaki değişime uyum sağlamasına yardım eder, hastalığa eşlik eden ve birbirini etkileyen fiziksel, psiko-sosyal faktörlerin sebep olduğu duygusal ve sosyal stresleri azaltmaya çalışır (Bordelon, 2002, Akt: Mutlu, 2007).

Sosyal hizmet uzmanı, ekolojik bakış açısını kullanarak hemodiyaliz hastalarının tüm yaşam ihtiyaçlarına mikro, mezzo, makro düzeylerde müdahale etmektedir. Mikro düzeyde sosyal hizmet uzmanı, hastanın kişisel özelliklerini dikkate alarak kapasitesini azaltan ve tehdit eden faktörleri belirler, aynı zamanda hastanın güçlü yönlerini saptayarak baş etme kapasitesini arttırmaya çalışır. Bu kapsamda hastanın kişilik özelliği, müdahalenin başarısına doğrudan etkilidir. Mezzo düzeyde, ekolojik perspektifi kullanarak hastanın sosyal destek sistemleri üzerine odaklanır, kurumlararası işbirliği yapar. Makro düzeyde ise hastanın hastalık durumunu etkileyen dış çevre, sosyo-ekonomik, politik ve sosyal koşulların etkilerini açıklamaya çalışır, sosyal politikalar geliştirir.

Hemodiyaliz hastalarının olumlu kendilik imgelerini sürdürebilmeleri, onaylanmaları, sevlilmeleri, sayılmaları ve önemsenmeleri aynı zamanda çevrelerinde olan biten şeyleri kontrol etmeye ve başarılı olmaya yoğun

gereksinim duymaları dikkate alındığında bu araştırma, yaş, tedavi süresi, medeni durum ve eğitim düzeyi değişkenleri odağında hemodiyaliz hastalarının sosyotropik-otonomik kişilik özelliklerini belirlemek üzere planlanmıştır.

2. YÖNTEM

2.1. Araştırma Modeli

Araştırma, ilişkisel tarama modelinde bir çalışmadır. İlişkisel tarama modeli, iki veya daha çok sayıdaki değişken arasında birlikte değişim varlığını ve/veya derecesini belirlemeyi amaçlayan araştırma modelidir (Karasar, 2002).

2.2. Çalışma Grubu

Araştırma bölgesi Ankara ili olup araştırmanın evrenini il sınırları içinde Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı hastanelerde hemodiyalize giren kronik böbrek yetmezliği olan hastalar oluşturmaktadır. 20.05.2013 tarihinde Sağlık Bakanlığı Organ Nakli ve Diyaliz Hizmetleri Daire Başkanlığı'ndan alınan bilgilere göre Ankara ilinde 3946'ı hemodiyaliz hastası olmak üzere toplam 4349 diyaliz hastası bulunmaktadır. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'na bağlı hastanelerde 352 (174'ü kadın, 178'i erkek) hemodiyaliz hastası tedavi görmekte olup örneklemin tamamı çalışmaya dahil edilmiştir. Bu amaçla Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Polatlı Duatepe Devlet Hastanesi, Nallıhan Devlet Hastanesi, Halil Şıvgın Çubuk Devlet Hastanesi, Beypazarı Devlet Hastanesi'nde tedavi gören ve araştırmaya katılmayı kabul eden 202 hasta üzerinde yürütülmüştür.

2.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmada hemodiyaliz hastalarının sosyo-demografik ve sosyotropik-otonomik kişilik özellikleri ile ilgili verilerin elde edilmesinde anket tekniğinden yararlanılmıştır. Anket formu, araştırmacı tarafından geliştirilen sosyo-demografik özellikleri belirlemeye yönelik “Sosyo-Demografik Bilgi Formu” ile Beck ve arkadaşları (1983) tarafından geliştirilen ve Şahin ve arkadaşları (1993) tarafından Türkçe'ye uyarlanan “Sosyotropi-Otonomi Ölçeği”den oluşmuştur. Sosyo-Demografik Bilgi Formu: Hastaların sosyo-demografik özellikleri

ile hastalık sürecine ilişkin bilgileri yer almaktadır. Bu kapsamda hastaların cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, eğitim düzeyi, meslek ve gelir durumları, ailedeki toplam birey sayısı, gelir getiren bir işe sahip olma durumu, sosyal güvence durumu, hastalığın sosyal yaşantıya ve aile içi rollere etkisi, tedavi süresi, diyalize girme sayısı, hastalık hakkında bilgi sahibi olma durumu ile hemodiyaliz seanslarında zamanı değerlendirme durumları saptanmaya çalışılmıştır.

Sosyotropi-Otonomi Ölçeği: Hastaların sosyotropik-otonomik kişilik özelliklerinin belirlenmesi amacı ile Beck, Epstein, Harrison ve Emery (1983) tarafından geliştirilen ve Şahin ve Ulusoy (1993) tarafından Türkçeye uyarlanan insanlara bağımlı olma ve insanlardan özerk olma kişilik özelliklerini ölçen bir ölçektir. Altmış maddelik ölçekte, 30'ar madde ile iki alt boyut olarak sosyotropi ve otonomi ölçülmektedir. Hastaların sosyotropik kişilik özellikleri Onaylanmama kaygısı (toplam 10 soru maddesi), Ayrılık Kaygısı (toplam 13 soru maddesi) ve Başkalarını Memnun Etme (toplam 7 soru maddesi) olmak üzere üç alt faktör altında tanımlanmıştır. Hastaların otonomik kişilik özellikleri ise Kişisel Başarı (toplam 12 soru maddesi), Özgürlük (toplam 12 soru maddesi) ve Yalnızlıktan Hoşlanma (toplam 6 soru maddesi) olmak üzere üç alt faktör altında sınıflandırılmıştır. Cümlelere verilen yanıtlar "hiç tanımlamıyor (0)"-"çok iyi tanımlıyor (4)" şeklinde beş kategoride değerlendirilmiş olup bir alt ölçekten alınabilecek en yüksek puan (30 maddeden) 120 puandır. Yüksek puanlar sosyotropi alt testinde yüksek sosyotropik kişilik özelliklerine işaret eder. Otonomi alt testinden alınan yüksek puanlar yüksek düzeydeki otonom özellikleri göstermektedir. Sosyotropi-Otonomi Ölçeğinin iç tutarlılığı "Cronbach's Alpha Çözümlemesi" ve "Madde Toplam Puan Korelasyonu" yöntemleri ile test edilmiştir. Çalışmada ölçeğin Cronbach's Alpha değerleri; otonomi boyutunda 0.85, sosyotropi boyutunda ise 0.70 olarak saptanmıştır. Elde edilen bu sonuçlara göre ölçeğin güvenilir olduğu söylenebilir.

2.4. Verilerin Analizi

Araştırma sonucunda elde edilen bilgiler, "SPSS (Statistical Package of Social Sciences) 16.0 İstatistik Paket Yazılım Programı"nda analiz edilerek değerlendirilmiştir. Bu yazılımın sağladığı aritmetik ve mantıksal işlem yapabilme olanağı ile bilgilerin sınıflandırılması ve boyutlandırılması gerçekleştirilmiştir. Araştırma kapsamına alınan hastaların sosyo-demografik özellikleri ile hastalık sürecine ilişkin bilgilerin mutlak ve yüzde değerlerini gösteren dağılımları çıkartılmıştır.

Tedavi süresi, yaş, medeni durum ve eğitim düzeyi açıklayıcı değişkenler olarak belirlenmiş olup hastaların sosyotropi-otonomi ölçeğini oluşturan altı faktörün her biri üzerinde tedavi süresine göre tek yönlü varyans analizi, gruplar içerisinde normal dağılım özelliği göstermeyen ($n < 30$) gruplar için yaş, medeni durum ve eğitim düzeyine göre ise parametrik olmayan testlerden Kruskal Wallis-H uygulanmıştır. Hangi gruplar arasında farklılıkların bulunduğu çoklu karşılaştırma testlerinden Tukey testi ile incelenmiştir. Ayrıca ordinal değişkenler, aritmetik ortalama ve standart sapma, minimum ve maksimum değerler olarak değerlendirilmiştir.

3. BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırma kapsamına alınan hemodiyaliz hastalarının %56,9'unu kadın, %43,1'ini erkektir. Hastaların yaş aralığı 20-89 arasında değişmekte olup; ortalama yaşları 53,51 16,55'dir. Araştırmaya dahil edilen hastaların yarısından fazlası (%59,4) evli; yarısına yakını (%41,6) ilköğretim mezunudur. Meslek durumlarına bakıldığında, yarıya yakınının (%44,6) ev hanımı, %16,3'ünün emekli ve %16,3'ünün çalışmadığı görülmüştür. Ailelerin beş ve üzeri bireyden oluştuğu (%28,7), bunu %25,2 oranı ile iki kişilik ailelerin izlediği, ortalama aylık toplam gelirlerinin 501-1000 TL arasında değiştiği saptanmıştır. Hastaların büyük bir kısmının (%90,6) gelir getiren bir işi bulunmadığı, çoğunluğunun (%84,2) sosyal güvencesinin olduğu belirlenmiştir. Hastalığın sosyal yaşantılarını ve aile içi rollerini etkilediğini ifade edenlerin oranı %73,8'dir. %37,1'i yedi yıl ve üzeri süre tedavi görmekte olup %88,1'i ise haftada üç gün diyalize girmektedir. Hastaların çoğu hastalıkları hakkında bilgi sahibidirler (%87,6). Hemodiyaliz seanslarında boş zamanlarını değerlendirme durumlarına bakıldığında ise yarısına yakını (%41,5) diğer hastalarla konuştuğunu %27,0'ı uyuduğunu, %23,6'sı ise televizyon izlediğini belirtmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hemodiyaliz hastalarının sosyotropik kişilik özelliklerinin alt ölçekleri olan "ayrılık kaygısı", " başkalarını memnun etme" ve " onaylanmama kaygısı" açısından tedavi süresi, yaş, medeni durum ve eğitim düzeyi değişkenlerinin etkisi Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1'deki sonuçlar incelendiğinde, araştırma kapsamına alınan hastaların ayrılık kaygısı açısından tedavi süresi, yaş, medeni durum ve eğitim düzeyi değişkenlerine göre anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p > 0.05$).

Başkalarını memnun etme alt boyutu kapsamında tedavi süresi, yaş ve medeni durum açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken

($p > 0.05$) eğitim düzeyi dağılımının anlamlı bir fark yarattığı saptanmıştır [$\chi^2(5) = 11,434$, $p < 0,05$]. Grupların sıra ortalamaları dikkate alındığında, üniversite mezunu hemodiyaliz hastalarının daha yüksek başkalarını memnun etme arzusuna sahip olduğu görülmektedir. Bu durum başarısız olma ve saygınlığını yitirme kaygısı taşımalarından kaynaklanabilir.

Onaylanmama kaygısı boyutu dikkate alındığında, yalnızca medeni durum ve eğitim düzeyi değişkenlerine bağlı olarak farklılığın önemli ölçüde değiştiği; evli olan hemodiyaliz hastaları ile üniversite mezunu hemodiyaliz hastalarının daha fazla onaylanma ihtiyacında oldukları bulunmuştur [$\chi^2(2) = 9,009$, $p < 0,05$; $\chi^2(5) = 20,079$, $p < 0,05$].

Sayı (n)	n	$\bar{X} \pm Sd$	Df	İstatistiksel Analiz
Tedavi süresi	< 1	30	38,97 ±13,87	F: 0,986
	1-3 yıl	51	35,27 13,40	
	4-6 yıl	46	34,87 14,86	
	7 >	75	38,01 12,56	
	Toplam	202	36,75 13,51	
Yaş	20-30	23	97,04	2 KWH (χ^2): 1,874
	31-60	107	106,78	
	61 ve yukarı	72	95,08	
	Toplam	202		
Medeni Durum	Hiç Evlenmemiş	29	110,21	2 KWH (χ^2): 2,442
	Evli	120	95,63	
	Dul	53	89,69	
	Toplam	202		
Eğitim Düzeyi	Okur-yazar değil	49	90,50	5 KWH (χ^2): 9,259
	Okur-yazar	23	81,50	
	İlkokul mezunu	84	111,13	
	Ortaokul mezunu	21	99,62	
	Lise mezunu	18	100,61	
	Üniversite mezunu	7	136,57	
	Toplam	202		

TABLO -1 . a * $p < 0,05$

Sayı (n)	n	$\bar{X} \pm Sd$	Df	İstatistiksel Analiz
Tedavi süresi	< 1	30	12,80±5,12	F: 1,841
	1-3 yıl	51	11,41±5,58	
	4-6 yıl	46	10,00±5,09	
	7 >	75	11,52±5,01	
	Toplam	202	11,34±5,23	
Yaş	20-30	23	97,59	2 KWH (χ^2): 0,371
	31-60	107	103,81	
	61 ve yukarı	72	99,32	
	Toplam	202		
Medeni Durum	Hiç Evlenmemiş	29	103,40	2 KWH (χ^2): 2,865
	Evli	120	106,14	
	Dul	53	89,95	
	Toplam	202		
Eğitim Düzeyi	Okur-yazar değil	49	92,10	5 KWH (χ^2): 11,434*
	Okur-yazar	23	81,28	
	İlkokul mezunu	84	108,55	
	Ortaokul mezunu	21	99,64	
	Lise mezunu	18	100,92	
	Üniversite mezunu	7	156,21	
	Toplam	202		

TABLO -1 . b * $p < 0,05$

11

Tablo 1. Tedavi süresi, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi değişkenlerine göre sosyotropi alt ölçeklerine ilişkin istatistik analiz sonuçları

Sayı (n)	n	$\bar{X} \pm Sd$	Df	İstatistiksel Analiz
Tedavi süresi	< 1	30	11,37±5,00	F: 1,832
	1-3 yıl	51	11,67±6,67	
	4-6 yıl	46	9,63±6,13	
	7 >	75	11,93±5,95	
	Toplam	202	11,26±6,10	
Yaş	20-30	23	104,65	2 KWH (χ^2):3,382
	31-60	107	107,60	
	61 ve yukarı	72	91,42	
	Toplam	202		
Medeni Durum	Hiç Evlenmemiş	29	104,38	2 KWH (χ^2):9,009*
	Evlü	120	109,83	
	Dul	53	31,07	
	Toplam	202		
Eğitim Düzeyi	Okur-yazar değil	49	76,10	5 KWH (χ^2):20,079*
	Okur-yazar	23	34,91	
	İlkokul mezunu	84	116,57	
	Ortaokul mezunu	21	112,33	
	Lise mezunu	18	95,50	
	Üniversite mezunu	7	135,93	
	Toplam	202		

TABLO -1 . c

*p<0,05

Araştırmaya katılan hemodiyaliz hastalarının “özgürlük”, “kişisel başarı” ve “yalnızlıktan hoşlanma” alt boyutlarından oluşan otonomik kişilik özelliklerinin tedavi süresi, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi

değişkenlerine bağlı olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediği Tablo 2’de verilmiştir.

Araştırma bulgularına göre otonomik kişilik özelliğinin alt boyutlarından olan özgürlük boyutu üzerinde tedavi süresinin, yaşın, medeni durumun ve eğitim düzeyinin etkisinin anlamlı olduğu saptanmıştır ; [$\chi^2(2)= 5,260$, $p<0,05$; $\chi^2(2)= 5,959$, $p<0,05$; $\chi^2(5)= 27,098$, $p<0,05$]. Bu sonuçlara göre yedi yıl ve üzeri süredir tedavi gören hastaların

sıra ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmış olup bu durum, hastaların hastalık sürecini daha fazla kontrol etmelerinden ve buna bağlı olarak da kendi aktivitelerini yönlendirmelerinden kaynaklanabilir. Erikson’un psiko-sosyal gelişim dönemlerine göre belirlenen yaş değişkeni dikkate alındığında ise, üretkenliğe karşı durgunluk evresini kapsayan 31-60 yaş aralığındaki hemodiyaliz hastalarının diğer yaş gruplarına göre daha özgür oldukları ve bağımsız davranışlar sergiledikleri bulunmuştur. Tabloya göre hiç evlenmemiş olmak hastaların daha bağımsız davranışlara yatkın olduklarını göstermektedir. Eğitim düzeyine göre okur-yazar olmayanların özgürlüğe ilişkin sıra ortalaması diğer eğitim düzeylerine göre daha düşük bulunmuş olup bu durum kendi kararlarını verme yeteneklerinde ve kendi aktivitelerini yönlendirmelerinde başkalarına bağımlı olduklarını gösterebilir.

Tablo 2’deki sonuçlar incelendiğinde, tedavi süresi ve medeni durum değişkenlerinin kişisel başarı boyutu üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmazken ($p>0,05$), yaş ve eğitim düzeyi değişkenlerine göre anlamlı bir farklılık saptanmıştır [$\chi^2(2)= 9,345$, $p<0,05$; $\chi^2(5)= 26,664$, $p<0,05$]. Bu kapsamda 31-60 yaş aralığındaki hastalar ile üniversite mezunu hastaların diğer yaş ve eğitim grubundaki hastalara nazaran daha kişisel başarı odaklı olduklarını göstermektedir. Bu durum hastaların kişisel başarıyı sorunlarla etkin baş etme ve kendini yeterli hissetme olarak tanımlamalarından kaynaklanabilir.

Tablodan da izlenebileceği gibi tedavi süresi değişkeninin yalnızlıktan hoşlanma alt ölçeğine yönelik değerlendirmeler üzerinde anlamlı bir fark yaratmadığı ($p>0,05$); ancak yaş, medeni durum ve eğitim düzeyi değişkenlerinin önemli bir etkisinin olduğu görülmektedir [$\chi^2(2)= 8,525$, $p<0,05$; $\chi^2(2)= 6,958$, $p<0,05$; $\chi^2(5)=26,261$, $p<0,05$]. Gruplar arasında yalnızlıktan hoşlanma boyutunda değişkenlere göre bir farklılığın olduğu söylenebilir. Bu noktada, 61 ve üzeri yaş grubundaki hastalar, dul olanlar ile okur-yazar olmayan hastaların yalnızlıktan hoşlanmamaktadırlar. Bu durum hastaların yalnızlık duygusunu tolere edememelerinden ve durumla baş etmede sosyal ve kültürel açıdan çözüm yolları bulamamalarından kaynaklanabilir. Otonomik özelliğe sahip bireylerin yaşam, diğer insanlarla kurdukları ilişkilere bağlı olarak değişebilir. Otonomik bireyler, yalnız kalabilme ortamlarını oluşturabildiklerinde hastalıkla mücadelelerinde çatışma yaşamayabilirler.

1- ÖZGÜRLÜK	Sayı (n)	n	$\bar{X} \pm Sd$	Df	İstatistiksel Analiz
	Tedavi süresi	< 1	30	24,40±9,79	2
1-3 yıl		51	22,29±9,54		
4-6 yıl		46	19,65±11,31		
7 >		75	25,09±9,83		
Toplam		202	23,05±10,26		
Yaş	20-30	23	105,70	2	KWH (χ^2):5,260*
	31-60	107	109,07		
	61 ve yukarı	72	88,91		
	Toplam	202			
Medeni Durum	Hiç Evlenmemiş	29	112,71	2	KWH (χ^2):5,959*
	Evli	120	106,03		
	Dul	53	85,11		
	Toplam	202			
Eğitim Düzeyi	Okur-yazar değil	49	70,45	5	KWH (χ^2):27,098*
	Okur-yazar	23	79,30		
	İlkokul mezunu	84	117,12		
	Ortaokul mezunu	21	114,62		
	Lise mezunu	18	124,69		
	Üniversite mezunu	7	105,36		
	Toplam	202			

TABLO -2 . a *p<0,05

2- KİŞİSEL BAŞARI	Sayı (n)	n	$\bar{X} \pm Sd$	Df	İstatistiksel Analiz
	Tedavi süresi	< 1	30	18,03±7,47	2
1-3 yıl		51	17,29±6,95		
4-6 yıl		46	16,13±7,72		
7 >		75	16,71±6,77		
Toplam		202	16,92±7,12		
Yaş	20-30	23	103,54	2	KWH (χ^2):9,345*
	31-60	107	112,16		
	61 ve yukarı	72	85,00		
	Toplam	202			
Medeni Durum	Hiç Evlenmemiş	29	117,71	2	KWH (χ^2):4,849
	Evli	120	103,20		
	Dul	53	88,78		
	Toplam	202			
Eğitim Düzeyi	Okur-yazar değil	49	69,16	5	KWH (χ^2):26,664*
	Okur-yazar	23	83,39		
	İlkokul mezunu	84	115,17		
	Ortaokul mezunu	21	122,29		
	Lise mezunu	18	115,53		
	Üniversite mezunu	7	124,93		
	Toplam	202			

TABLO -2 . b *p<0,05

Tablo 2. Tedavi süresi, yaş, medeni durum, eğitim durumu değişkenlerine göre otonomi alt ölçeklerine ilişkin istatistik analiz sonuçları

Sayı (n)	n	$\bar{X} \pm Sd$	Df	İstatistiksel Analiz
Tedavi süresi	< 1	30	20,37±8,38	F: 1,553
	1-3 yıl	51	19,23±8,85	
	4-6 yıl	46	16,43±8,82	
	7 >	75	18,93±8,12	
	Toplam	202	18,65±8,54	
Yaş	20-30	23	110,22	2 KWH (χ^2):8,525*
	31-60	107	110,47	
	61 ve yukarı	72	85,38	
	Toplam	202		
Medeni Durum	Hiç Evlenmemiş	29	11,76	2 KWH (χ^2):6,958*
	Evli	120	106,95	
	Dul	53	83,54	
	Toplam	202		
Eğitim Düzeyi	Okur-yazar değil	49	71,03	5 KWH (χ^2):26,261*
	Okur-yazar	23	79,87	
	İlkokul mezunu	84	116,50	
	Ortaokul mezunu	21	125,76	
	Lise mezunu	18	109,31	
	Üniversite mezunu	7	113,00	
	Toplam	202		

TABLO -2 . c

*p<0,05

	Potansiyel dağılım	Minimum	Maksimum	$\bar{X} \pm Sd$
Ayrılık kaygısı	0-52	1,0	64	36,75 13,52
Başkalarını memnun etme	0-28	0	24	11,34 5,24
Onaylanmama kaygısı	0-40	0	26	11,27 5,51
Sosyotropi Genel	0-120	5	106	59,34 21,16
Özgürlük	0-48	0	44	23,05 10,27
Kişisel başarı	0-48	1	32	16,92 7,12
Yalnızlıktan hoşlanma	0-24	0	43	18,65 8,55
Otonomi Genel	0-120	2	116	58,62 23,06

TABLO -3

Tablo 3. Hemodiyaliz hastalarının sosyotropi-otonomi puanlarının dağılımı (n=202)

Hemodiyaliz hastalarının sosyotropi-otonomi ölçeğinden aldıkları puanlar Tablo 3'de görülmektedir.

Tablo incelendiğinde hemodiyaliz hastalarının sosyotropi puan ortalamaları 59,34 olarak belirlenmiştir. Sosyotropi ölçeğinin alt boyutlarının puan ortalamaları ise ayrılık kaygısı boyutunda =36,75, başkalarını memnun etme boyutunda =11,34 ve onaylanmama boyutunda =11,27 olarak bulunmuştur. Hastaların otonomi puan ortalamaları incelendiğinde 58,62 olduğu görülmüştür. Otonomi ölçeğinin alt boyutlarının puan ortalamaları ise özgürlük boyutunda =23,05, kişisel başarı boyutunda =16,92 ve yalnızlık boyutunda =18,65 olduğu belirlenmiştir. Elde edilen bu puan ortalamaları, hemodiyaliz hastalarının sosyotropik-otonomik kişilik özelliklerinin orta düzeyde olduğunu göstermiş olup hastaların ayrılık kaygısı yaşadıkları ve özgür kişilikte oldukları saptanmıştır.

4. TARTIŞMA VE SONUÇ

Hemodiyaliz hastalarının sosyotropik-otonomik kişilik özelliklerinin belirlenmesine yönelik yapılan çalışmada hemodiyaliz hastalarının ayrılık kaygısı yaşadıkları ve özgür kişilikte oldukları saptanmıştır. Sosyotropik kişilik özelliklerinden başkalarını memnun etme alt ölçeği üzerinde eğitim düzeyinin belirleyici bir etkisi gözlenirken onaylanmama kaygısı dikkate alındığında ise medeni durum ve eğitim düzeyi anlamlı bir farklılık yaratmaktadır ($p < 0.05$). Otonomik kişilik özelliği incelendiğinde, özgürlük alt ölçeği üzerinde anılan dört değişkenin (tedavi süresi, yaş, medeni durum ve eğitim düzeyi) etkili olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Yaş ve eğitim düzeyi kişisel başarı alt ölçeği üzerinde önemli bir farklılık yaratmaktadır ($p < 0.05$). Yalnızlıktan hoşlanma alt ölçeği dikkate alındığında ise yaş, medeni durum ve eğitim düzeyi etkili değişkenlerdir ($p < 0.05$). Tokmak ve ark. (2013) sosyotropik otonomik kişilik özelliklerinin yaş gruplarına göre farklılaştığını sosyotropik puan ortalamalarının yaşa bağlı olarak arttığını ancak otonomik kişilik özelliklerinin yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık yaratmadığını saptamışlardır. Buna karşın Kaya ve arkadaşlarının (2006) hemşire öğrencilerin sosyotropik-otonomik kişilik özelliklerini belirlemeye yönelik araştırmalarında, cinsiyet, yaş, aile tipi, mezun oldukları lise türü, çalışma durumu değişkenleri ile sosyotropi-otonomi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın bulunmadığını belirlemişlerdir. Eğitim düzeyi değişkeninin sosyotropik-otonomik kişilik özelliklerinin her ikisi üzerinde etkisi saptanırken üniversite mezunlarının daha yüksek sosyotropik-otonomik kişilik özelliğine sahip olduğu bulunmuştur. Karagözoğlu ve Kangallı (2009) çalışmalarında öğrencilerin eğitim düzeyi arttıkça daha otonomik kişilik özellikleri gösterdiklerini belirlemişlerdir. Tedavi süresi değişkeni ise sosyotropik-otonomik kişilik özellikleri üzerinde anlamlı bir farklılık yaratmamaktadır.

Kronik böbrek yetmezliği, her yaş grubunda görülebilen, ruhsal sorunların en az organik sorunlar kadar önemli olduğu yaygın bir hastalıktır. Diyaliz hastaları, kronik bir hastalığa sahip olmanın yanı sıra pek çok stresörle de karşılaşmakta, bu durum ise hem hastalığın tedavisini hem de sosyal ilişkilerini olumsuz yönde etkilemektedir. Konu ile ilgili literatür incelendiğinde dünyada ve Türkiye’de hemodiyaliz hastaları ile ilgili pek çok araştırma yapıldığı görülmüş olup bugüne kadar yapılan çalışmaların çoğunlukla hastaların depresyon, stres ve anksiyete düzeyleri, psiko-sosyal ve ekonomik durumları ile tıbbi sorunları, kişilerarası iletişim düzeyleri, sosyal destek kaynakları ile

hastalığa uyumlarını belirlemeye yönelik konulara yoğunlaştığı saptanmıştır. Hastalık sürecinde başta depresyon olmak üzere ruhsal bozuklukların ve depresif duygulanımın sıklıkla görüldüğü bildirilmiştir (Sato ve Mccann, 1998; Segal ve ark., 1992; Baydoğan ve Dağ, 2008; Çetin, 2008; Otacıoğlu, 2008).

Sosyotropi, çevredeki insanlarla sürekli olarak kabul görme, sevilme, övgü ve destek alma eğilimini olarak tanımlanmaktadır. Böylece birey her türlü olumsuz düşünce ya da davranışa karşı aşırı düzeyde duyarlı davranabilir. Bu durum zaman içinde kişiler arası iletişimde kaçınılmaz çatışmalara ve beraberinde ruhsal dengenin bozulmasına yol açabilir. Otonomide ise güçlü bir bağımsızlık duygusu, bireysel amaçlara ulaşma ve başarılı olma isteği ön plandadır. Bu nedenle otonom bireyler, kalıpların dışına çıkmayı göze alabilen, kendi kararlarını kendisi verebilen bireylerdir. Dolayısıyla sosyotropik bireylere göre kişiler arası ilişkilerinde daha sağlıklı ve etkili iletişim kurabilirler. Sosyotropik ya da otonomik özellikleri olan kişilerin karşılaştıkları olaylar, davranışlarını etkileyebilir. Beck ve arkadaşları (1983) sosyotropi-otonomi ölçeğini kullandıkları araştırmalarında sosyotropik kişilik özelliğine sahip bireylerin özel ve iş yaşamlarında isteksizlik, mutsuzluk, tatminsizlik, anlamsızlık, yaşadıklarını belirlemişlerdir. Segal ve arkadaşları (1992) sosyotropik kişilik özellikleri gösteren hastalar için sosyotropik olayların, otonomik özellikler gösteren hastalar için ise kişilik özellikleri ile eşleşmeyen yaşam olaylarının depresyon için tetikleyici olabileceğini bulmuştur (Akt: Kabakçı, 2001). Atalay ve arkadaşları (2005) öğrencilerin sosyotropi-otonomi düzeylerini belirledikleri çalışmalarında öğrencilerin ayrılık kaygısı yaşadıklarını ve kişisel başarıya önem verdiklerini saptamışlardır. Barutçu ve Öktem (2003), sosyotropik kişilik özelliğini ifade eden çalışanların grup çalışmalarına daha yatkın olduklarını, buna karşılık otonomik kişilik özelliğine sahip çalışanların bireysel ve bağımsız işlerde çalışmaya daha yatkın olduklarını ifade etmişlerdir. Bakhshani (2007) yüksek derecede sosyotropik özellikler gösteren hastalarda, olumsuz yaşam olaylarını ve sosyal desteği önemli belirleyiciler olarak bulmuştur.

Sosyotropik-otonomik kişilik özelliklerine ilişkin araştırma sayısı sınırlı olmakla birlikte, hemodiyaliz hastalarının sosyotropik-otonomik kişilik özelliklerini inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Bu bağlamda sosyotropik-otonomik kişilik özelliklerinin ele alındığı, hasta gruplarının çeşitlendirildiği ve farklı değişkenlerin kullanıldığı çalışmaların yapılması önerilebilir.

Sosyal hizmet müdahalesine ihtiyaç duyan ve çeşitli engelleri içinde barındıran böbrek yetmezliği hastalığı ve hemodiyaliz tedavisi, özel bir çalışma alanıdır. Sosyal hizmet uzmanı, hasta ve ailesine psikolojik, ekonomik, kariyer, yaşam tarzı vb. pek çok konuda destek sağlamak üzere konusunda iyi eğitim almış kişidir. İstihdam, okula gitme, gönüllülük gibi mesleki rehabilitasyon hizmetlerinin değerlendirilmesi, sigorta yoluyla yardım alma, hastalarını hakları ve sorumlulukları konusunda bilgilendirme, tedaviye katılımın önemi konusunda hastaları bilgilendirme, hastaları ile duygusal ihtiyaçları konusunda konuşma, böbrek hastalığı, diyaliz ve böbrek nakli konularında bilgi verme, aileyi ve destek sistemlerini güçlendirme, nakil, evde sağlık hizmetleri, beslenme ve pek çok konuda kaynaklar bulma, iş bulma, zevk aldıkları aktiviteleri yaptırma, amaçlar edinmelerini destekleme ve geleceğe umutla bakmalarına yardımcı olma, hastalarına kapasiteleri oranında istihdam edilmeleri için meslek danışmanlığı programları oluşturma gibi çeşitli önemli rol ve fonksiyonları da bulunmaktadır.

Sosyal hizmet uzmanı, çok disiplinli ekibin bir parçası olarak, hastalığa eşlik eden ve birbirini etkileyen fiziksel, sosyal ve psiko-sosyal faktörlerin sebep olduğu duygusal ve sosyal stresleri azaltmaya çalışır. Hemodiyaliz hastalarında yaşanan duyguların uygun biçimde ifade edilmesi ve paylaşılması hastalığa uyumu kolaylaştırmaktadır. Bu noktada sosyal hizmet uzmanının temel görevi, hasta ve ailesine böbrek hastalığı ile başa çıkma yollarını öğretmektir. Sosyotropik birey, sosyal ilişkilerde ve çatışma benzeri sosyal stres kaynakları karşısında anlık ve sağlıklı duygusal tepkiler verir. Dolayısıyla çatışma ve benzeri olumsuz stres kaynakları karşısında duygu odaklı başa çıkma stratejisini daha çok kullandığı görülmektedir. Duyguya odaklanan başa çıkma stratejisi, bireyin çatışma ve benzeri stres kaynakları karşısında mantıksal analiz yaparak problemi çözme yolunu değil de tam tersine, pasif davranarak sadece ortaya çıkan olumsuz duygularla uğraşma yolunu kullandığını göstermektedir. Yapılan araştırmalar sosyotropik eğilim ile insanlar tarafından reddedilme korkusu ve sosyal yalnızlık arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir. Otonomide ise sosyotropinin tersine güçlü bir bağımsızlık duygusu, bireysel amaçlara ulaşma ve başarılı olma isteği ön plana çıkmaktadır. Bu eğilim otonomik bireylerde de depresyona yatkınlığa neden olmaktadır (Karahana, 2009). Sosyal hizmet uzmanı hemodiyaliz hastaları ile sosyal grup çalışması yaparak hastanın yaşadığı duygusal baskı, yalnızlık, suçluluk, damgalanmışlık, depresyon, çaresizlik ve umutsuzluk gibi

duyguların değişmesinde, öfke kontrol becerilerinin gelişmesinde etkin rol oynar (Duyan, 1996). Cheung ve arkadaşları (1997), sosyal desteğin sosyotropik bireylerin psikolojik refahına katkı sağladığını ancak otonomik bireyler için sosyal destek katkısının önemli olmadığını saptamışlardır. Blatt ve Zurroff (1992) sosyotropik bireylerin başkaları tarafından onaylanmamak ve onların bağlılığını sürmeye çalışmak konusunda endişe duyduklarını, kendine aşırı güvenen otonom kişilerin ise yakın kişilerarası ilişkilerden kaçındıklarını ifade etmişlerdir. Öte yandan Beck (1983) sosyotropi ve otonominin bilgiyi işleme sürecinde önemli bir role sahip olduğuna inanmaktadır. Farklı kişilik tipleri ile kişilerin destekleyici kaynakları farklı algıladığını ve olumsuz yaşam olayları düşünüldüğünde psikolojik sıkıntıları farklı derecelerde tecrübe ettiklerini belirtmiştir. Düşünüldüğünde hemodiyaliz hastalarının bazı kişilik özellikleri depresif düzeylerini etkileyebilir, stres faktörlerini arttırabilir ve kişilerarası ilişkilerde sorunlara yol açabilir. Dolayısıyla sosyotropik-otonomik kişilik özelliklerinin bilinmesi tedavi planlarını, hastanın tedaviye uyumunu ve baş etme becerilerini etkileyebileceği gibi hastanın gelecekte yaşayabileceği olumsuz duygudurum ve davranışlarından kaynaklanan sorunların önlenmesine ve daha kaliteli tedavi süreci geçirmesine katkı sağlayacaktır.

Kaynakça

- BABADAĞ, K. (2001). Meslekleşme ve Kadın. I. Uluslararası & VIII. Ulusal Hemşirelik Kongresi. Antalya. Kongre Kitabı: 35-39.
- Atalay, E., Karadağ, A., Göçmen, Z. (2005). Gazi Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Sosyotropi-Otonomi Düzeyleri. IV. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi. Ordu. Türkiye; Kongre Özet Kitabı: 30.
- Babadağ, K. (2001). Meslekleşme ve Kadın. I. Uluslararası & VIII. Ulusal Hemşirelik Kongresi. Antalya. Kongre Kitabı: 35-39.
- Bakhshani, N. M. (2007). Role of Personality Styles (Sociotropy/Autonomy) and Moderating Effects of Social Support in Clinically Depressed Patients. Journal of Medical Sciences, 7: 106-110.
- Barutçu, E. ve Öktem, Ş., (2003). "İş İlgören Uyumu Açısından Kişilik Özelliklerinin Değerlendirilmesi: Bir Uygulama" Ulusal Ergonomi Kongresi, 16-18 Ekim 2003, (41-49) Denizli, Türkiye.
- Baydoğan, M., Dağ, İ. (2008). Hemodiyaliz Hastalarındaki Depresif Düzeyinin Yordanmasında Kontrol Odağı, Öğrenilmiş Güçlülük ve Sosyotropi-Otonomi. Türk Psikiyatri Dergisi, 19(1):19-28.
- Beck, A.T., Epstein, N., Harrison, R.P., Emery, J. (1983). Development of the

Socotropy–Autonomy Scale: A measure of personality factors in psychopathology. Philadelphia: University of Pennsylvania.

Bieling, P.J., Beck, A.T., Brown, G.K. (2000). The sociotropy–autonomy scale: Structure and implications, *Cognitive Therapy and Research*, 24(6): 763–780.

Blatt SJ, Zuroff DC (1992) Interpersonal relatedness and selfdefinition: two prototypes for depression. *Clin Psychol Rev*, 12:527-562.

Cheung, S.K., Sung, S.Y.K., MAK, Y.S., FUNG, W.W (1997). Sociotropy Autonomy And Differential-Effects Of Social Support On Psychological Well-Being. 40 (2), s. 112-120.

Cimilli, C. (1994). Hemodiyaliz psikiyatrik yönleri. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 3 (3), 88-82.

Çetin, A. (2008). Yaşlılarda Sosyotropi-Otonomi Kişilik Özellikleri Ve Depresyon. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi. Rehberlik Ve Psikolojik Danışmanlık Ana Bilim Dalı. İstanbul

Daugirdas, J.T., Blake, P.G. (2003). Ing TS. Diyaliz El Kitabı. Bozfakioğlu S (Çeviren). 3. Baskı, Ankara: Güneş Kitapevi.

Demir, S., Tufan, G., Erem, O. (2010). Sociotropic or Autonomous Personality and Problem Solving in Peritoneal Dialysis Patients. *J Int Med Res*. Jul-Aug;38(4):1491-6.

Dorfman, R.A. (1998). *Paradigms Of Clinical Social Work Vol. 2*. United States.

Duyan, V. (1996). Sağlıkta psikososyal boyut (Tıbbi sosyal hizmet). Ankara: 72TDF0 Ltd.

Duyan, V. (1997). Sosyal grup çalışması uygulamasının ortopedi hastalarının kişisel ve sosyal uyum düzeylerine etkisi. Ankara: Aydınlar Matbaacılık.

Duyan, V. (2003). Hastaların Karşılaştığı Sorunlar ve Çözümleri Odağında Tıbbi Sosyal Hizmet. C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 25 (4), 39-43.

Işıkhani, V. (2005). Tüberküloz hastalığının sosyal yönü ve sosyal hizmet yaklaşımı, *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 16(1):7-19.

Kabakçı, E. (2001). Üniversite öğrencilerinde Sosyotropik/Otonomik kişilik özellikleri, yaşam olayları ve depresif belirtiler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(4): 273-282.

Kara, B., Akbayrak, N. (2005). Hemodiyalizle Yaşam: Stres ve Başetme. Sağlık ve Toplum, Sayı:4 Ekim-Aralık.

Karabulutlu, E., Tan, M., Erdem, N., Okanlı, A., (2004). Hemodiyaliz Hastalarında Stresle Başetme ve Sosyal Destek. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu.

Karagözoğlu, Ş. VE Kangallı, P. (2009). Autonomy Levels Among Nurses: Professional-Institutional Factors That Affect Autonomy, *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 29(5): 1085-1097.

Karahan, F. (2009). Bir iletişim ve çatışma çözme beceri eğitimi programının üniversite öğrencilerinin sosyotropi düzeylerine etkisi. *Kuram ve Uygulama Eğitim Bilimleri*, 9(2):769-797.

Karasar, N. (2002). Bilimsel Araştırma Yöntemi. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım Ltd. Şti.

Kaya, N., Aşti, T., Acaroğlu, R., Kaya, H., ve Şendir, M. (2006). Hemşire öğrencilerin Sosyotropik-Otonomik kişilik özellikleri ve ilişkili faktörlerin incelenmesi. C.U.

Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 10 (3).

Krespi, M.R., Bone, M., Ahmad, R., Worthington, B., Salmon, P. (2008). Haemodialysis patients' evaluation of their lives. *Turkish Journal of Psychiatry*, 19, 365-372.

Mccool, M., Johnstone, S., Sledge, R., Witten, B., Contillo, M., Aebel-Groesch, K., Hefner, J. (2011). The Promise of Symptom-targeted intervention to manage depression in dialysis patients. *Nephrology News& Issues*, 32-37.

Mutlu, E. (2007). Hemodiyaliz Hastalarının Sosyo-Demografik Özellikleri, Sosyal Destek Kaynakları Ve Hastalık Sürecinin Benlik Saygısına Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı. Ankara.

Otacıoğlu, S.G. (2008). Müzik Öğretmenlerinin Sosyotropik ve Otonomik Kişilik Özellikleri ile Depresyon Düzeyleri Üzerine İlişkisel Bir Araştırma. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 9(1): 35-50.

Özbesler, C., ve İçağasıoğlu Çoban, A. (2010). Hastane Ortamında Sosyal Hizmet Uygulamaları: Ankara Örneği. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, 21(2).

Salehnia, M. (2000). "Hemodiyaliz ve Sürekli Ayaktan Periton Diyaliz Gören Hastalarda Psikiyatrik Değerlendirme". İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Uzmanlık Tezi. İstanbul.

Sato, T., Mccann, D. (1998). Individual diference in relatedness and individuality: An exploration of two constructs. *Pers Indiv Differ*, 24: 847–859.

Sezer, M.T. (2001). Hemodiyaliz hekimi el kitabı. (Ed. Tekin Akpolat, Cengiz Utas). Psikiyatrik sorunlar. (İkinci Baskı). Kayseri: Anadolu Yayıncılık.

Shambaugh, PW. (1967). Hemodialysis in the home- emotional impact on the spouse. *Trans Am Soc Artif Intern Organs* 1967;13:41-45.

Şahin, N.H., Ulusoy, M., Şahin, N. (1993). Exploring the sociotropyautonomy dimensions in a sample of Turkish psychiatric inpatients. *Journal of Clinical Psychology*, 49: 751-763.

Tokmak, İ., Turgut, H., Öktem, Ş. (2013). Turizm ve Otelcilik Öğrencilerinin Sosyotropik-Otonomik Kişilik Özelliklerinin İletişim Becerilerine Etkisi. *Anatolia: Turizm Araştırmaları Dergisi*, Cilt 24, Sayı 1: 83-95.

Zastrow, C. (2013). Sosyal hizmete giriş. Nika Yayınları.

EVDE SAĞLIK HİZMETLERİN ERİŞİLEBİLİRLİK: KONYA SEYDİŞEHİR DEVLET HASTANESİ EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ BİRİMİ ÖRNEĞİ*

Emrullah İNCESU¹
Cihan TOMBUL²
Mücahit ARKAN²
Harun BABUÇCU²

Özet

Evde Sağlık Hizmeti verilmesinde hizmete erişilebilirlik düzeyi, hizmetin verimliliğini, kalitesini ve hasta memnuniyetini artırmaktadır. Bu çalışma Konya Seydişehir Devlet Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Birimince verilen hizmete erişilebilirliği ve hastaların bu hizmetten faydalanma durumlarını tespit etmek amacıyla yapılmıştır. Çalışma tanımlayıcı nitelikte olup, çalışmanın evrenini Konya Seydişehir Devlet Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Birimine kayıtlı olup bu hizmeti alan (N=173) hastalar oluşturmaktadır. Evrende yer alan hastalardan n=122'sine ulaşılmıştır (ulaşılma oranı %70,5). Çalışmanın verileri, içinde iki bölüm 24 değişken içeren 3'lü likert ölçeğine göre (evet, biraz, hayır) hazırlanmış anket formu ile 12.01.2012-20.04.2012 tarihleri arasında uygulanarak toplanmıştır.

1* İş Güvenliği Uzm.(A), Biyolog, Konya Seydişehir Devlet Hastanesi Kalite Yönetim Direktörü

2* Konya Seydişehir Devlet Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Birimi

* Bu çalışma, III. Uluslararası Evde Sağlık ve Sosyal Hizmetler Kongresi ve IV. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi'nde Sözel Bildiri Olarak Sunulmuştur.

Anket katılımcılara gönüllük esasına göre yüz yüze yapılmıştır. Anket soruları literatür taraması ve saha çalışanları ile yapılan görüşmelerden yararlanılarak yazar tarafından oluşturulmuştur. Elde edilen veriler SPSS 16.0 paket programında sayı ve yüzde olarak değerlendirilmiştir. Hastaların sıklıkla (n=35) %28,7'sinin 61-70 yaş aralığında olduğu, (n=64) %52,5'inin erkek olduğu, (n=121) %99,2'sinin sosyal güvenceye sahip olduğu, (n=99) %81'inin evli olduğu, (n=55) %45,1'inin ilçe merkezinde yaşadığı, (n=70) %53,4'ünün yaşadığı yerin evde sağlık hizmetleri birimine olan uzaklığı 1-10 km arasında olduğu, (n=26) %21,3'ünün kanser olduğu için bu hizmeti aldığı, n=21 hastanın hiç geliri olmadığı, (n=83) %68'inin kendi evinde 1. derece yakını ile beraber yaşadığı, (n=55) %45,1'inin bu hizmeti almak için ilk başvurusunu en yakın Evde Sağlık Birimini arayarak gerçekleştirdiğini, (n=45) %36,9'unun ilk başvuruyu yaptıktan 2 gün sonra hizmeti almaya başladığı tespit edilmiştir. Hastaların tamamı (n=122,%100) bu hizmetten kolay faydalandığını, (n=117) %95,9'ünü evde sağlık hizmeti birimine telefonla ulaşabildiğini, (n=116) %95,1'inin öneri ve şikâyetlerinin değerlendirildiğini, (n=121) %99,2'sinin bakım süreci hakkında bilgilendirildiğini, (n=100) %82'sinin belirlenen zamanda ziyaret edildiğini, (n=121) %99,2'sinin tıbbi cihaz ve malzeme kullanımına ilişkin raporların çıkarılmasına yardım edildiğini, (n=69) %56,6'sinin gerekli ilaçlar için reçete yazıldığını ve (n=103) %84,4'ü tedavilerinin zamanında yapıldığını belirtmişlerdir. Sonuç olarak Konya Seydişehir Devlet Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Biriminin vermiş olduğu hizmete, hastaların erişilebilirliğinin üst düzeyde olduğu, üst yönetimin desteği ile gerekli insan kaynaklarının temini, teknik donanım ve araçla bu hizmeti vermede iyi bir organizasyon sergilendiği tespit edilmiştir.

Anahtar kelimeler: Evde Sağlık Hizmetleri, Hizmete Erişilebilirlik, Evde Sağlık Hizmetlerine Erişilebilirlik

ACCESSIBILITY OF THE HEALTH SERVICES AT HOME: KONYA SEYDİŞEHİR STATE HOSPITAL HOME HEALTH CARE UNIT CASE

Abstract

Home health service in the given to the accessibility level, the efficiency of the service, improve quality and patient satisfaction. This study aims to detect the accessibility of services which are provided by department

of Konya Seydisehir state hospital health services at home and the accessibility of patients to these services. This study is definitive, and the space of this study, which is constructed by patients getting this service (N=173), is registered to department of Konya Seydisehir state hospital health services at home. It is reached to n=122 patients who are in the space (reaching rate is 70,5 %). Data of study was collected on the dates between 12.01.2011 and 20.04.2012 according to questionnaire, which was generated by triple likert scale and has 24 variables. The survey was conducted face to face on a voluntary basis to the participants. Questions of Questionnaire are generated by using the interviews of fieldworkers and literature search. Acquired data is evaluated by SPSS 16.0 program according to frequency and percentage. 28.7% of patients (n=35) are often in between 61-70 age scale, 52.5% of patients (n=64) are men, 99.2% of patients (n=121) have a social security, 81% of patients (n=99) are married, 45,1% of patients (n=55) are living city center, 53,4% of patients (n=70) are living at home which takes 1-10 km to health services centre, 21,3% of patients (n=26) are getting this service because of to be cancer patient, 21 patients have no income, 68% of patients (n=83) are living in their own home with first degree relatives, 45,1% of patients (n=55) did their first application by calling nearest department of health service at home in order to get health service, 36,9% of patients (n=45) started to get health service 2 days later after they did first application, 100% of patients (n=122) declared that they used service so easily, 95,9% of patients (n=117) declared that they could achieve to health service at home by using telephone, 95,1% of patients' (n=116) suggestions and complaints were evaluated, 99,2% of patients (n=121) are informed about maintenance period, 82% of patients (n=100) were visited on time, 99,2% of patients (n=121) were declared that they were informed how to use medical appliances, 56,6% of patients (n=69) were declared that they were supplied necessary pills and prescription, 84,4% of patients (n=103) were declared that their treatment was done on time. Consequently, it is been detected that department of Konya Seydisehir State hospital health services at home is accessed by patients quite easily due to well-organized management system.

Key Words: Home health services, accessibility of service, accessibility of health service at home

1.GİRİŞ

Tıp dünyasında önemli gelişmeler kaydedilmesi ve yaşam kalitesinin yükselmesi ile birlikte gelişmiş ülkelerde olduğu gibi Türkiye'de de ortalama yaşam süresi artmıştır. Bu durum ülkemizde yaşlı nüfusun ve kronik hastalıkların artmasına yol açmıştır. Özellikle kronik hastalıklara bağlı olarak gelişen erken ve geç komplikasyonların tedavileri, hastane yataklarının uzun süre kullanımına ve ciddi maliyet artışlarına neden olmaktadır. Bu hastaların hastanelerde uzun süre kalmalarına bağlı olarak sosyal, psikolojik ve tıbbi sorunlar oluşmaktadır (Başgöl, Keskin, Kara ve Aksoy, 2011:50).

Ülkemiz henüz genç ve dinamik bir nüfus yapısına sahip olmasına karşın yapılan öngörüler gelecekte hızlı bir şekilde yaşlanacağını ortaya koymaktadır. 65 yaş üstündeki nüfus oranının 2025 yılında yüzde 16 olacağı öngörülmektedir (Savaş, Karahan ve Saka, 2002). Yaşlanan nüfusla birlikte sağlık problemlerinin artması da beklenmektedir. Yaşlanan ve sağlık problemleri artan nüfusun yaşam kalitesini en yüksek düzeyde tutarak hayatlarına devam etmelerinin yolu ise evde sağlık hizmetleri ile sağlanabilir.

Evde Sağlık Hizmetleri; kronik hastalığı veya sakatlığı olan, taburculuk sonrası evde tedavi alması gereken kişilere sağlığını yeniden kazandırmak ve gelişebilecek komplikasyonlara karşı korumak için sağlık hizmetlerinin profesyonel düzeyde ihtiyaç sahiplerine kendi ortamlarında verilmesidir (Ol ve ark, 2013; Başgöl ve ark, 2011). Evde sağlık hizmetinde amaç, günlük yaşam şartlarını en az etkileyerek en doğru tedaviye ulaşmak yolu ile hastalığın etkilerini en aza indirmek ve aynı zamanda hastanın yaşam kalitesini yükseltmektir (Seyyar, A., 2005:377-503).

Evde sağlık hizmetlerinin yeni bir alan olması yeni riskler ve denetim sorununu beraberinde getirmektedir. Evde sağlık hizmetleri, detaylı bir eğitim programı ve ciddi bir kontrol mekanizması gerektiren organizasyonlardır (Karabağ, H., 2007). Evde sağlık hizmetini alan hastaların çoğunluğunu 65 yaş üzeri ve kronik hastalıklara sahip kişiler oluşturmaktadır. Hizmeti alanların hem fiziksel hem de ruhsal durumları göz önüne alınacak olursa, bu grup hastaların potansiyel sorunları olan kişiler olarak görülmesi gerekmektedir. Evde sağlık hizmetini veren çalışanların bu durumun bilincinde ve hassasiyetinde olması, çalışanların tecrübeli ve eğitilmiş olmaları hem hasta hem de çalışan güvenliği konusunda önem arz etmektedir.

Evde Sağlık Hizmeti verilmesinde erişebilirlik düzeyi, hizmetin verimliliğini, kalitesini ve hasta memnuniyetini artırmaktadır. Bu çalışma Konya Seydişehir Devlet Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Birimince verilen hizmete erişebilirliği ve hastaların bu hizmetten faydalanma durumlarını tespit etmek amacı ile yapılmıştır.

1.1. Ülkemizde Evde Sağlık Hizmetleri

Ülkemizde 1990 nüfus sayımına göre yaşlı nüfus oranı % 4,3 iken, 2000 yılında bu oran % 5,6'ya yükselmiştir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2003 verilerine göre, ülkemizdeki 65 yaş ve üstü nüfus oranı 6,9'dur (Fadıloğlu,C.,1992:63-73). Ülkemizde adrese dayalı nüfus kayıt sistemi 2010 yılı sonuçlarına göre ise nüfusun % 7,2'si 65 ve daha yukarı yaş grubunda bulunmaktadır (www.tuik.gov.tr,14.08.2011). Veriler incelendiğinde 20 yıl içerisinde ülkemizdeki yaşlı nüfusun yaklaşık iki kat arttığı söylenebilir.

Ülkemizde sunulan Evde Sağlık Hizmetinin amacı; bireylerin ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerinin sosyal devlet anlayışı içerisinde etkin, ulaşılabilir ve ev ziyaretleri kapsamında sunulmasıdır (Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge, 2010:madde 1).

Evde sağlık hizmetleri uygulamaları, Türkiye için yeni bir sektördür. Türkiye'de evde bakım hizmetleri, 10/3/2005 tarihli ve 2575 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan "Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik" ile yasal düzenleme altına alınmış, bu alanda faaliyet gösteren tüm kuruluşların Sağlık Bakanlığı Uygunluk Belgesi almaları zorunlu kılınmıştır. Sağlık Bakanlığının 01.02.2010 tarih ve 3895 sayılı yönergesiyle ülkemizde Evde Sağlık Hizmetleri vermeye başlanmıştır. 24.02.2011 tarih ve 8751 sayılı makam onayı ileyeniyönerge yürürlüğe girmiştir.

Yürürlükte olan yönetmelik ve yönerge gereği ülkemizde evde sağlık hizmetlerine erişebilirlik konusunda bir dizi uygulamalar getirilmiştir. Özellikle hizmete ilk başvuru kolaylığı açısından hastalar Türkiye'nin her yerinden 444 38 33 (444 EV DE) numaralı telefonu arayarak koordinasyon merkezlerine ulaşabilmekte, toplum sağlığı merkezlerine, aile hekimlerine veya Sağlık Bakanlığınca bağlı devlet hastaneleri ve eğitim araştırma hastanelerinde kurulmuş olan evde sağlık hizmeti birimlerine telefonla sözlü veya dilekçe ile yazılı olarak müracaat edebilmektedirler.

Bireyin sağlığını korumak, bireyi iyileştirmek ve yeniden sağlığına kavuşturmayı amaçlayan Evde Sağlık Hizmetlerinin sağladığı yararları şu şekilde sıralayabiliriz:

- 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 (www.ailehekimligi.gov.tr,11.07.2011).

2.YÖNTEM

2.1. Amaç

Bu çalışma Konya Seydişehir Devlet Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Birimince verilen hizmete erişebilirliği ve hastaların bu hizmetten faydalanma durumlarını tespit etmek amacı ile yapılmıştır.

2.1.1. Araştırmanın Modeli

Bu çalışma: Konya Seydişehir Devlet Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Birimince verilen hizmete hastaların erişebilirlik düzeylerini belirlemek ve hastaların bu hizmetten faydalanma durumlarını tespit etmek amacı ile tanımlayıcı araştırma modelinde yapılmak üzere planlandı.

2.2. Evren ve Örneklem

Çalışmanın evrenini Konya Seydişehir Devlet Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Birimine kayıtlı olup, bu hizmeti alan(N=173) hastalar oluşturmaktadır. Evrende araştırmaysa katılmaya gönüllü olan hastalardan n=122'sine ulaşılmıştır(ulaşılma oranı %70,5).

2.3.Verilerin Toplanması

Çalışmanın verileri, içinde iki bölüm toplam 24 değişken içeren anket formu ile toplanmıştır. Bu formun ilk bölümünde demografik değişkenler, ikinci bölümünde hastaların hizmete erişebilirlik ve hizmetten faydalanma durumlarını belirlemeye yönelik 3'lü likert ölçeğine göre (evet, biraz,

hayır) hazırlanmış değişkenler bulunmaktadır. Anket formu 12.01.2012-20.04.2012 tarihleri arasında çalışmaya katılmaya gönüllü olan bireylerle yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak uygulanmıştır. Anket soruları literatür taraması ve saha çalışanları ile yapılan görüşmelerden yararlanılarak yazar tarafından oluşturulmuştur. Evde sağlık hizmeti biriminin bağlı olduğu hastaneden çalışma öncesi yazılı izin alınmıştır. Çalışma öncesi hasta ve yakınları, çalışmanın amacı ve yararı konusunda sözlü olarak bilgilendirilmiştir.

2.4. Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen veriler SPSS 16.0 paket programında sayı ve yüzde olarak değerlendirilmiştir.

3. BULGULAR

Hastaların sıklıkla %28,7'sinin 61-70 yaş aralığında olduğu, %52,5'inin erkek olduğu, %99,2'sinin sosyal güvenceye sahip olduğu, %81'inin evli olduğu, %45,1'inin ilçe merkezinde yaşadığı, %52,5'i, %53,4'ünün yaşadığı yerin evde sağlık hizmetleri birimine olan uzaklığı 1-10 Km arasında olduğu, %21,3'ünün kanser olduğu için bu hizmeti aldığı, %68'inin kendi evinde 1. derece yakını ile beraber yaşadığı, %45,1'inin bu hizmeti almak için ilk başvurusunu en yakın Evde Sağlık Birimini arayarak gerçekleştirdiğini, %36,9'unun ilk başvuruyu yaptıktan 2 gün sonra hizmeti almaya başladığı tespit edilmiştir. Hastaların tamamı bu hizmetten kolay faydalandığını, %95,9'ünün evde sağlık hizmeti birimine telefonla ulaşabildiğini, %95,1'inin öneri ve şikâyetlerinin değerlendirildiği, %99,2'sinin bakım süreci hakkında bilgilendirildiği, %82'sinin belirlenen zamanda ziyaret edildiğini, %99,2'sinin tıbbi cihaz ve malzeme kullanımına ilişkin raporların çıkarılmasına yardım edildiğini, %56,6'sinin gerekli ilaçlar için reçete yazıldığını ve %84,4'ü tedavilerinin zamanında yapıldığını belirtmişlerdir.

Cinsiyet	n	%
ERKEK	64	52,5
KADIN	58	47,5
TOPLAM	122	100

Tablo 1.Hastaların Cinsiyet Dağılımlar

Yaş	n	%
5-10	1	0,8
11-20	2	1,6
21-30	2	1,6
31-40	3	2,4
41-50	10	8,2
51-60	25	20,4
61-70	35	28,7
71-80	27	22,1
81-90	16	13,1
91-ve üzeri	1	0,8

Tablo 2.Hastaların Yaş Dağılımları

Hastaların sıklıkla %28,7'si 61-70 yaş aralığında olduğu ve genel yaş dağılımına bakıldığında zaman hizmeti daha çok %84,4'ü 50-90 yaş aralığındaki hastaların aldığı belirlenmiştir.

Yaşanılan Yer	n	%
İlçe Merkezi	55	45,1
Kasaba	41	33,6
Köy	26	21,3
TOPLAM	122	100

Tablo 3.Hastaların Yaşadığı Yer

Medeni Durum	n	%
Evlü	99	81,1
Bekar	17	13,9
Dul	6	4,9
TOPLAM	122	100

Tablo 4.Medeni Durumu

Yaşanılan Yerin Evde Sağlık Hizmetlerine Uzaklığı(km)	n	%
1-10	70	57,4
11-20	32	26,2
21-30	18	14,7
31-40	2	1,6
41-50	-	-
51 ve üzeri	-	-
TOPLAM	122	100

Tablo 5.Hastaların Yaşanılan Yerin Evde Sağlık Hizmetlerine Uzaklığı(km)

Hastalık	n	%
Yaşlılık	12	9,8
Alzheimer	12	9,8
Hemipleji	22	18
Yatalaklık	1	0,8
Multiple Skleroz	3	2,5
Bel Kırığı	2	1,6
Kalça Kırığı	6	4,9
SVO	5	4,1
Kanser	26	21,3
Obezite	3	2,5
Parkinson	2	1,6
Bası Yarası	5	4,1
Astım	5	4,1
Hipertansiyon	3	2,5
Diğer	15	12,3
Toplam	122	100

Tablo 6.Hastaların Bu Hizmeti Almalarına Neden Olan Hastalıklar Dağılımı

Gelir/ TL	n	%
0-400	38	31,1
401-700	41	33,6
701-1000	38	31,1
1001-1300	3	2,5
1301 ve yukarısı	2	1,6
TOPLAM	122	100

Tablo 7.Hastaların Aylık Ortalama Gelir Durumları

İkamet ve Refakatçi	n	%
Kendi evimde tek başıma	14	11,5
Kendi evimde 1.derece yakınım ile beraber	83	68,0
Kendi evimde bakıcımla	2	1,6
1.Derecede yakınımın yanında	15	12,3
1.Derecede yakınımın ve bakıcımla beraber	8	6,6
TOPLAM	122	100

Tablo 8.Hastaların İkamet ve Refakatçi Durumları

Başvuru Şekli	n	%
4443833 numaralı telefonu arama	19	15,6
En yakın evde sağlık Birimini telefonla arama	55	45,1
En yakın evde sağlık birimine şahsen başvurma ve yüz yüze görüşme	19	15,6
İl Sağlık müdürlüğüne başvurma	1	0,8
Aile hekimine bildirme	24	19,7
Hastanede yönlendirme	4	3,3
TOPLAM	122	100

Tablo 9.Evde Sağlık Hizmeti Almak İçin İlk Başvuru Şekli

Hastaların evde sağlık hizmetini almak için yapacağı başvuru yöntemleri tablo 9 da verilmiştir. Burada görüleceği üzere hastalar kendileri için en kolay ve ulaşılabilir yolu kullanarak sıklıkla %45,1'i en yakın Evde Sağlık Birimini telefonla arayarak yolunu seçmişlerdir.

Gün	n	%
1 gün	42	34,4
2 gün	45	36,9
3 gün	19	15,6
4 gün	14	11,5
5 gün	2	1,6
TOPLAM	122	100

Tablo 10. İlk Başvurudan Hizmeti Alana Kadar Geçen Süre

Hastalar başvuru işlemlerini yaptıktan sonra 2 gün içinde %36,9'u hizmeti almaya başlamıştır. Görüleceği üzere hastaların bu hizmeti almaya başlama süreleri 5. günü geçmemektedir.

Hizmete Erişilebilirlik ve Hizmetten Faydalanma Durumu	Evet		Biraz / Kısmen		Hayır	
	n	%	n	%	n	%
Bu hizmetten faydalanmam kolay oldu	122	100	-	-	-	-
Başvurudan sonraki ilk ziyarette bana verilecek hizmet ile ilgili yeterince bilgi verildi.	120	98,4	2	1,6	-	-
Evde sağlık hizmetleri birimine telefonla ulaşabiliyorum.	117	95,9	5	4,1	-	-
Evde sağlık hizmetleri birimi öneri ve şikâyetlerimi değerlendiriyor.	116	95,1	5	4,9	-	-
Hasta ya da hasta yakını olarak bana hastalık ve bakım süreçlerine ilişkin bilgilendirme yapıldı.	121	99,2	1	0,8	-	-
Bakım süresince kullanılan ilaç ve ekipmanla ilgili bana ve aileme yeterli eğitim verildi.	122	100	-	-	-	-
Önceden belirlenen zamanda ziyaret ediliyorum.	100	82	22	18	-	-
Gerektiğinde hastaneye naklim sağlanıyor.	60	49,2	22	18	40	32,8
Tıbbi cihaz ve malzeme kullanımına ilişkin raporların çıkarılmasına yardım ediliyor.	121	99,2	1	0,8	-	-
Tedavim için gerekli ilaçlar reçete ediliyor.	69	56,6	17	19,3	36	29,5
Tedavilerim zamanında yapılıyor.	103	84,4	19	15,6	-	-
Bakım ekibi, yeterince nazik ve saygılı.	122	100	-	-	-	-
Bu hizmeti veren personele güveniyorum.	121	99,2	1	0,8	-	-

Tablo 11. Evde Sağlık Hizmetlerinden Faydalanan Hastaların Hizmete Erişilebilirlik ve Hizmetten Faydalanma Durumlarının Dağılımı

Hastaların tamamının (%100) bu hizmetten kolay faydalandığını, %95,9'unun evde sağlık hizmeti birimine telefonla ulaşabildiği, %95,1'inin öneri ve şikâyetlerinin değerlendirildiği, %99,2'sinin bakım süreci hakkında bilgilendirildiği, %82'sinin belirlenen zamanda ziyaret edildiğini, %99,2'sinin tıbbi cihaz ve malzeme kullanımına ilişkin raporların çıkarılmasına yardım edildiğini, %56,6'sinin gerekli ilaçlar için reçete yazıldığını ve %84,4'ü tedavilerinin zamanında yapıldığını belirtmişlerdir.

4.TARTIŞMA

Türkiye’de evde bakımın tarihi henüz çok yeni olup, bu alandaki ilk çalışmalar özel sektör ile başlamıştır. Bugün ülkemizde evde bakım hizmetleri, yerel yönetimler tarafından yoğun olmakla birlikte, yerel yönetimler, özel hastaneler, özel evde bakım merkezleri ve kamu hastanelerinin evde bakım birimleri tarafından yürütülmektedir.

Evde bakım hizmetlerinin yöneldiği yaş grupları, ağırlıklı olarak 65 yaş ve üzerindeki kronik ve uzun süreli bakımı gereken yaşlı hastaların yanı sıra kronik hastalığı olan her yaş grubu, bebek ve çocuklar da çok yönlü bakım hizmetlerini güvenli ev koşullarında alabilmektedirler. 1998 yılında ev hizmeti alanların Avusturya’da %83’ünü, Almanya’da %83’ünü, ABD’de %63’ünü 65 yaş ve üzeridekiler oluşturmaktadır (Karahana A.2002). Bu çalışmada ise hastaların sıklıkla %28,7’si 61-70 yaş aralığında olduğu ve genel yaş dağılımına bakıldığı zaman hizmeti daha çok %84,4’ü 50-90 yaş aralığındaki hastaların aldığı belirlenmiştir. Bu veriler Karahan’ın verileri ile paralellik göstermektedir.

Çalışmada, hastaların yaklaşık yarısı %45,1’i ilçe merkezinde yaşamakta, ancak ilçe dışında ikamet edenlerin oranı ise %,54,9 ile dikkat çekicidir (Tablo 3). Bu değer hizmetin daha çok ilçe dışına verildiğini, hizmetin yaygınlaştığını ve erişilebilirliğinin üst düzeyde olduğunu işaret etmektedir. Bu çalışmada, hastaların sıklıkla %81,1’inin medeni durumunun evli olduğu belirlenmiştir (Tablo 4). Bu değer Tablo 8 de de belirtildiği üzere hastaların %68’i de birinci derecede akrabaları yanında kaldığını göstermesi ile paralellik göstermektedir.

Tablo 6 da görüleceği gibi hastaların bu hizmeti almalarına neden olan hastalıklar sıralanmıştır. Bu hastalıkların tümü kronik hastalıklar sınıfına girmektedir. Bu hizmeti alan 122 hastadan sıklıkla %21,3’ü çağımızın hastalığı olarak da nitelendirilen ve giderek yaygınlaşan çeşitli kanser türlerine sahip olduğu görülmüştür.

Çalışmada, hastaların gelir düzeylerine bakıldığında %33,6 ile 401-700 TL aralığında olduğu, %31,1 0-400 TL aralığında bulunmaktadır (Tablo 7). Görüleceği üzere hastaların %64,7’sinin ekonomik düzeylerinin iyi olmadığı görülmektedir. Bu da hizmetin ekonomik olarak zor durumda olan hastaların ayağına kadar ulaştığı yani hizmete edilebilirliğin kolaylıkla sağlandığını göstermektedir.

Evde bakım geleneksel ile yapımıza son derece uygun olduğundan toplum tarafından kabullenmesi ve benimsenmesi kolay bir modeldir (Pinar R,2010:156). Bu çalışmada hastaların %68’i kendi evinde 1. Derece yakını ile beraber yaşadığı tespit edilmiştir (Tablo 8). Aksayan ve Cimete’nin (1998) çalışmasında yaşlıların %63,1’inin evde bakımı tercih ettikleri, evde bakımı tercih etme nedeni olarak %86,5’inin aile üyelerinin yanında bulunmayı gösterdiği belirlenmiştir. Yaşlı bireyler kendi evlerinde ve aile üyelerinden bakım almayı tercih etse de, evde bakım hizmetlerinin aile üyeleri tarafından verilmesi gittikçe güçleşmektedir (Karahana ve Güven, 2002). Ülkemizde yaşlıların bakımı aile üyeleri, özellikle de kadınlar tarafından yürütülmektedir. Dramalı ve arkadaşlarının (1998) evde bakımı içeren çalışmalarında bakım verenlerin %89’unun kadın ve %56’sının eş olduğu bildirilmektedir. Altun’un çalışmasında (1998) ise bu oranlar sırasıyla %78 ve %34 olarak belirlenmiştir

5.SONUÇ

Evde sağlık hizmeti verilmesinde hizmete erişilebilirlik düzeyi, hizmetin verimliliğini, kalitesini ve hasta memnuniyetini artıran en önemli faktördür. Yeterince bilgilendiren, değer verilen ve kendini evindeymiş gibi hisseden hastalar hem almış oldukları tedavi ve bakıma, hem de bu hizmeti veren sağlık ekibine daha çok güven duymaktadır.

Evde sağlık hizmetleri sunumunda en önemli husus hizmetin ihtiyaç sahiplerine ulaştırılmasıdır. Yani hizmete erişilebilirliktir.

Evde sağlık hizmetini alan hastaların çoğunluğu 65 yaş üzeri ve kronik hastalıklara sahip kişilerden oluşmaktadır. Hizmeti alanların hem fiziksel hem de ruhsal durumları göz önüne alınarak, bu grup hastaların potansiyel sorunları olan kişiler olarak görülmesi gerekmektedir. Evde sağlık hizmetini veren çalışanların bu durumun bilincinde ve hassasiyetinde olması, çalışanların tecrübeli ve eğitilmiş olma durumları hem hasta hem de çalışan güvenliği konusunda önem arz etmektedir.

Evde bakımı sadece sağlık hizmetini evde verilmesi olarak görmememiz gerekir. Bu hizmet daha fazla geniş anlam içeren bir yapıya sahiptir. Profesyonel bir ekip, etkili bir organizasyon, yeterli teçhizat ve finansman gerektirir. Bu çalışmada, hastaların gelir düzeylerinin %31,1 ile 0-400 TL arasında olduğu, hizmeti daha çok %84,4’ü 50-90 yaş aralığındaki hastaların aldığı, hastaların %68’i kendi evinde 1. Derece yakını ile beraber yaşadığı

tespit edildi. Genel anlamda Konya Seydişehir Devlet Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Biriminin vermiş olduğu hizmete hastaların erişilebilirliğinin üst düzeyde olduğu ve üst yönetimin desteği ile gerekli insan kaynaklarının temini, teknik donanım ve araçla bu hizmeti vermede iyi bir organizasyon sergilendiği tespit edilmiştir.

Kaynakça

Aksayan, S. ve Cimete, G., (1998). Kronik Hastalıklı Bireylerin Evde Bakım Gereksinimleri Olanakları ve Tercihleri, I.Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı, İstanbul.

Altun, İ. (1998). Hasta Yakınlarının Bakım Verme Rolünde Zorlanma Durumları, Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı, İstanbul.

Başgöl, Ç., Keskin, İ., Kara, H., Aksoy, M.,(2011). Sağlık Alanında Yeni Bir Hizmet: Evde Sağlık Hizmeti. Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Sağlıkın Başkenti Dergisi, 20,s:50

Dramalı, A., Demir, F. ve Yavuz, M., (1998). Evde Kronik Hastaya Bakım Veren Hasta Yakınlarının Karşılaştıkları Sorunlar, Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı, İstanbul.

Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik,(2005).T. C. Resmi Gazete,10.Mart.2005

Fadiloğlu, C., (1992).Yaşlılıkta Psikososyal Sorunlar. Ege Üniversitesi Yüksekokulu Dergisi,42 (2): 63-73

Karabağ, H.(2007). Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliğine İlişkin Hekimlerin Görüşleri ve Kardiyoloji Hastaları İçin Hastane Destekli Evde Bakım Hizmetleri Model Önerisi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi,Ankara.

Karahan, A. ve Güven, S. (2002). “Yaşlılıkta Evde Bakım”, Geriatri Dergisi,5(4): 155-159.

Pınar, R.(2010). Türkiye’de Evde Bakımda Mevcut Durum. Akademik Geriatri Dergisi,10:153-156

Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge,(01Şubat 2010:madde 1)

Savaş, B.S. Karahan, O. ve Saka, O. HealthCareSystems in Transition: Turkey.

Ed. Thomson, S. ve Mossialos, E. European Observatory on Health Care Systems. 2002; Copenhagen.

Seyyar, A.(2005). Dünyada ve Türkiye’de Yaşlılığa Bağlı Bakım Sorununa Karşı GüvenceSistemleri. Özveri Dergisi. 2(1):377-503

Ol, M., Doğanay. S.,Pekel, Ö., Turhan. E., Tözün. M.,(2013).Sağlık Alanında Yeni Bir Hizmet İzmir İli’nde Evde Sağlık Hizmeti Alan Bireylerin Değerlendirilmesi.16.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi bildiriler kitabı s:625

http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=148:evdebakim_hizmetlerinin_–avantajlar_&catid=59:evde-bakmhizmeti&Itemid=201 Erişim Tarihi 11.07.2011).
http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?tb_id=39&ust_id=11. Erişim Tarihi: 14.08.2011.

MOBBİNG; RUHSAĞLIĞI ÜZERİNE ETKİLERİ VE KORUNMA

Nermin GÜRHAN¹
Burhanattin KAYA²

Özet

Yıldırma (Mobbing) insanın ruh ve fiziksel sağlığı üzerinde çok önemli bir rol oynamaktadır. Aynı zamanda örgütlerin ve toplumunun üzerine de etkileri de bulunmaktadır. Yıldırma uygulayanları her hangi bir kişilik bozukluğu altında gruplamak zordur. Fakat yıldırma uygulayanların ve mağdurların bazı davranışsal özellikler taşıdığından söz edebiliriz. Yıldırma uygulayan ve mağdur olanlar üzerindeki etkisi kadar yıldırma tanıklarının üzerinde de önemli etkileri bulunmaktadır Aynı zamanda tanıkların yıldırmanın devam etme ve dozunun artırılmasında da önemli rol oynadıklarını söyleyebiliriz. Yıldırma karşısında güçlü olmak ve yıldırma ile mücadele etmek elimizdedir. Yıldırma kayıpla çıkabileceğimiz gibi yıldırma ile mücadele ederek kendimizi olası zararlı durumlarda koruyabiliriz. Hatta yıldırma kendi lehimize döndürerek kazançlı dahi çıkabiliriz.

Anahtar kelimeler: yıldırma, Ruh sağlığı, yıldırma etkileri, yıldırma korunma

1* Doç Dr, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği Ana bilim Dalı

2* Doç Dr, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Ana Bilim Dalı.

MOBBİNG; MENTAL HEALTH EFFECTS AND PREVENTION

Abstract

Mobbing on human mental and physical health plays a very important role. There is also an impact on organizations and society at the same time. A personality disorder is difficult under any group adopters of mobbing. However, practitioners and victims of mobbing can talk about some of the behavioral characteristics of carrying. mobbing implement, and its impact on the victim as much as those who have a significant impact on those who witnessed mobbing. At the same time, and to continue to mobbing witnesses also play a crucial role in increasing the dose. Being able to fight with our hands in the face of mobbing and mobbing. On the contrary, such as loss of mobbing that we can fight with protect ourselves from potentially harmful situations. Even if mobbing can go to our advantage by turning the gain.

Key Words: ; Mobbing, Mental Health, the effects of mobbing, prevention mobbing

1.Giriş

Yıldırmanın insanın ruh ve fizik sağlığı üzerine oldukça büyük etkileri olduğu artık bilinen bir gerçektir. Hatta yıldırma bu kadar önemli kılanın da insanın ruh sağlığı üzerine yapmış olduğu etkilerdir diyebiliriz. Mobbing kavramı ile ilgili birçok tanımla karşılaşmaktayız Mobbingin bizdeki karşılığı; yıldırma, bezdiri, iş yerinde psikolojik şiddet, psikolojik terör, psikolojik taciz, psikolojik saldırı, manevi taciz, moral taciz, zorbalık ve istersek bu tanımları daha da genişletebiliriz. (Biz en çok kabul edilen yıldırma kavramını kullanacağız). Fakat önemli olan bir durum vardır ki oda eylemin iş yerinde olması ve psikolojimizi etkilemesidir. Özellikle hayatımızın önemli bir kısmını iş yerinde ve iş yerindeki kişilerle geçirdiğimizi düşünecek olursak iş yerindeki olayların hayatımızın diğer kısımlarını da etkisi altına aldığı gerçeği ile bir kez daha karşı karşıya geliriz. Duygusal-sosyal-cinsel hayatımızın birbirini etkilediği yine sosyal hayatımızın iş-ev ve diğer çevreden oluştuğu da bilinen bir başka gerçektir. Bu alanlarımızın her hangi birinde olan bir olumsuzluk ya da olumluluk diğer tüm alanlarımızı çok yakından etkileyecektir. Tüm bu nedenlerden dolayı yıldırma hayatımızda çok önemli bir yer almakta ve son zamanlarda yoğun bir şekilde karşı-mıza çıkmaktadır. İş olanakları, çalışan sayısının ve teknolojinin artması, rekabet ortamlarının oluşması gibi neden-

lerle, son zamanlarda yıldırma kavramı ile birlikte karşımıza uygulayanlar ve maruz kalanlar/mağdurlar diye başkaca tanımlarda ortaya çıkmaktadır. Yıldırma uygulayanları bir grup olarak ele alırken yıldırma mağdurlarını ise direkt etkilenenler ve dolaylı etkilenenler diye iki grup altında ele alabiliriz. Yıldırmanın mağdur üzerinde oldukça yoğun psikolojik etkisi varken uygulayanında psikolojisindeki sorunlar-dan dolayı uyguladığı kabul edilmektedir. O zaman her iki durumda da yıldırmanın insanın ruh sağlığı üzerinde oldukça önemli bir etkisi olduğunu söyleyebiliriz. Burada mümkün olduğunca hem mağduru hem de uygulayanın ruh sağlığı açısından incelenmesini sağlamaya çalışacağız.

2.YILDIRMA UYGULAYAN VE MAĞDUR OLAN KİŞİLERİN KİŞİLİK YAPILARI

Yıldırma uygulayan veya mağdur olanların kişilik yapısı hep merak edilmiştir. Uygulayanın nasıl bir kişilik yapısına sahip olduğu ve neden uyguladığı merak edilirken, kendisine yıldırma uygulananlarında nasıl bir kişilik yapısına sahip olduğu da bir o kadar merak edilmiş ve edilmektedir. Nitekim bir yerde yıldırma ile ilgili konuşmaya başlandığında neredeyse ilk gelen sorular arasında yıldırma uygulayan ve mağdur olan kişilerin hangi kişilik yapısına sahip olduğu veya herhangi bir özellikleri olan kişiler olup olmadığıdır. Tüm bu merak ile yola çıkılarak yapılan birçok araştırma sonucu göstermektedir ki gerçekten de yıldırma uygulayan ya da yıldırma maruz kalan kişilerin sahip oldukları bazı özellikleri bulunmaktadır.

2.1. Yıldırma uygulayanların kişilik özelliklerine baktığımız da;

Yıldırma başvuranların, yıldırma davranışlarını başlatmasının altında yatan gerçekler vardır. Yani bizler aslında buz dağının üstünü görmekteyiz ve ona göre hareket etmekteyiz fakat yıldırma davranışının başlatılmasının asıl sebebi buz dağının altında yatan nedenlerdir. Araştırmalar sonucu en sık karşılaşılan yıldırma uygulayanların sergiledikleri davranışları şu şekilde belirtebiliriz. Genellikle yıldırma uygulayan kişilerin yaşam ile ilgili yeteneksiz olma, kişilerarası ilişkilerde rol yapma, açık bir iletişim kuramama dürüst olmama, kendilerini olduğundan üstün göstermek isteyen, düşmanlıktan hoşlanan, zevk arayışı, can sıkıntısı, önyargıları pekiştiren, ayrıcalıklı hak sahibi olduğuna inanan, sahip olamadıklarının acısını çıkarmaya çalışan, bencil, narsistik bir kişiliğe ve yanlış yönlendirilen bir rekabet içgüdüsüne sahip yüksek benlik duygusu ve itibarını yükseltme ihtiyacı gibi özelliklere

sahip kişiler olduğu şeklindedir. Yine araştırmacılar yıldırma uygulayanların kişiliğini aşırı kontrol ihtiyacı olan, cesur olmayan, sinirli ve güce aç kavramları ile tanımlamaktalar. Leymann' a göre de yıldırma uygulayan bir bireyin davranışları güvensizlik ve endişe duyguları ile ortaya çıkan kıskançlık ve düşmanlık ile kendini gösterdiği. (Tetik 2010) Tüm bu olumsuz özelliklerini de İkiyüzlü, onursuz ve sahtekâr tavırlarla, farklılıklara ve başkalarının yaşamlarına önem vermeyen eylem biçimlerinden anlaşılacakları ileri sürülmektedir. Bir araştırmanın sonuçlarına göre ise insanların kendi yetersizliklerini örtmek için işyerinde yıldırma sığındıkları şeklindedir. Sahip oldukları statü ve itibarlarına ilişkin endişe/korku ve çaresizlik genellikle onları diğer kişileri kötülemeye zorladığıdır. Bu kişilerin bu kişilik- davranış özelliklerini yinede gruplamaya ve bir kaç grupta toplamaya çalışacak olursak;

Yıldırma aktörlerinin temel kişilik özellikleri şöyle gruplandırılabilir (Davenport vd. 2003):

Antipatik kişiliklidirler: Aşırı denetleyici, korkak ve sinirli bir yapıya sahiptirler. Daima güçlü olma isteği içindedir-ler. Kötü niyetli ve hileli eylemlere başvurmadan çekinmezler.

Narsist kişiliğe sahiptirler: Klinik olarak sosyal özürlü olarak değerlendirilen ve korktuğu kişileri kontrol altında tutmak için güç kullanan, kendini diğer insanlardan sürekli üstün gören bir tutum ve davranış bozukluğudur.

Tehdit altında benmerkezcidirler: Yıldırma aktörü, şişirilmiş bir benlik algısına sahip ise, hoş gitmeyen bir durum karşısında aşırı bir tepki gösterebilir. Çünkü onun şişirilmiş benlik algısı, onun tepki katsayısını artırma potansiyeli taşır.

Kendi normlarını örgüt politikaları haline getirmeye çalışmak: yıldırma bir politika olarak benimseyen psiko-terör yanlıları, başkalarını baskı altına almak için inisiyatiften değil, itaatten, özerk davranışlardan değil, disiplinden, motivasyondan değil, korkudan yanadırlar. Sürekli kural hatırlatır, yeni yeni kurallar koyarlar.

Önyargılı ve duygusal olmak: Yıldırma aktörlerinin davranışlarının rasyonel temeli ve izahı yoktur. Mağduru şiddete maruz kalması, dinsel, sosyal, etnik bir nedene bağlı olabileceği gibi, gösterdiği yüksek bir performans, elde ettiği bir fırsat, terfi veya ödül de "yıldırma" aktörlerini harekete geçirmeye yeter.

Birçok yapılmış çalışma sonucu değişik gruplamalar yapılmış ve bu gruplamalar her yerde karşımıza çıkmaktadır. Bizde burada mümkün olduğu kadar tüm bu gruplamaları ve tanımları içeren bir gruplamayı

kullanacak ve sizlerle paylaşacağız. Fakat bazen karşımızı kişilik bozuklukları adı altında gruplamalarda çıkacaktır. Fakat yıldırma uygula-yıcılarını kişilik bozuklukları olarak ele almamız oldukça sıkıntılı sonuçlar doğuracağı kanaatindeyim. Daha kişilik bozuklukları tanısını koymak bu kadar zor ve tanı koyabilmek içinde DSM IV TR ye göre kriterleri varken bu kriterler içinde ise yıldırma uygulayıcıları ya da mağdurlarına yönelik bir kriter yokken kalkıp bir bozukluğun içine koymak oldukça zordur. Bu yüzden burada daha çok kişilik özelliklerine yönelik yapılmış çalışma sonuçlarını grup-layarak vermeye çalışacağım.

2.1.a Kötü Kişilikli Özelliğe Sahip Olmak;

Bu kişiler genellikle kendi itibarlarını yükseltmek için kötü niyetli ve hileli eylemlere başvurur. Aşırı denetleyici, korkak ve sınırlı bir yapıya sahiptirler. Korku ve güvensizliklerini bir başka-sına iftira atarak yenmeye çalışırlar (yine güzel bir atasözümüzde dendiği gibi “Çamur at izi kalsın” misalidirler) . Bu kişiler, içlerindeki öfkeyi engelleyemedikleri ve problemleriyle başa çıkmayı başaramadıkları için başkalarıyla uğraşırlar. Kendi hasta kişiliklerini saklamak amacıyla diğerlerinin manevi gelişimini önleyecek şekilde güç kul-lanma eğilimindedirler. Bu nedenle her zaman hayatlarında bir “günah keçisi” ararlar.

2.1.b Ayrıcalıklı Hak sahibi Olduğuna İnanmak:

İşyeri sahipleri, üst idari görevlerde bulunanlar, örgüt hiyerarşi-sinde çalıştıkları için kendilerinin güç uygulama ayrıcalığına sahip olduklarını düşünürler. Sözde lider olduklarını söyleyen bu kişi/kişiler aslında, gerçekte bir lider değildirlir. Hedef aldıkları kişileri, işlerini kaybetmek veya işlerini değiştirmekle tehdit ederler. Her şeyin onların söylediği şekilde yapılmasını isterler ve sık sık amirin veya patronun kendileri olduğunu hatırlatırlar. Aradıkları kişiyi, yerinde bulamamalarına tahammülleri yoktur. Aradık-ları her an emre amade bulmak isterler aksi durumu tol ere edemezler ve her şey kendi istedikleri doğrultuda olsun isterler.

2.1.c Narsist Bir Yapıya Sahip Olmak:

Narsistik bir yapıya sahip olan kişiler kendilerini büyük bir güç, engin bir deha, her şeyi hak ettiklerine inandıkları için her zaman özel işlem görme beklentisi ile kendilerini hukuk ve ahlak ilkelerinin üzerinde görürler. Hiyerarşik kademelerde hızla yükselmek için her yöntemi kullanabilirler. Bekledikleri hayranlığı ve takdiri kendilerine göstermeyen bireylere karşı acımasız olabilirler. Genellikle duymaya katlanamadıkları acılarını, bir

başkasına yükleyerek dengelerini bulmaya çalışırlar. Yıldırma sürecinde başa çıkıl-ması en zor olan kişiler de bu narsistik yapıya sahip olan kişilerdir diyebiliriz.

2.2.Yıldırma Maruz Kalan Kişilerin Özelliklerine Baktığımızda İse;

Yıldırma hedef- kurban olma riski, tüm iş-yerlerinde ve tüm kültürlerde herkes için geçerlidir. Yıldırma sürecinin mekanizması, farklı işyerlerinde farklı şekilde gelişse de, genelde süreç içerisinde çok tipik, benzer bir yol izlenir. Yapılan çalışmalar göstermiştir ki, genellikle yıldırma uygulayan kişilerin belirli yapıda ki kişilere daha çok yıldırma uyguladığıdır. Yıldırma olgusunda kurban rolünü oynamaya aday bir kişilik tiplmesi mevcut olmamakla birlikte, yıldırma uygulayanların h edefini “hoş/kibar insanlar” oluşturmaktadır. Çünkü yıldırma uygulayan kişi bu insanların en az direnci göstereceğine inanır. Diğer bir deyişle yıldırma uygulayanlar için hoş/kibar insanlar kolay bir avdır. Yine benzer şekilde “savun-masız insanlarda” hedefler arasındadır. Çünkü bu insanlar yıldırma uygulayanlara daha az misilleme yaparlar ya da daha az karşı dururlar. Fakat hoş ve savunmasız insanların aksine yıldırma uygulayanlar en fazla “en iyi ve par-lak” bireyleri hedef seçmektedirler. Çoğunlukla yetersizlik hissi ile yıldırma uygulayanlar işyerinde daha başarılı olan en iyi ve parlak şekilde amaçlarına ulaşan bireylere yavaş ve sinsice zarar verirler. Tabii ki, işyerinde yıldırma uygulayanlar yukarıda tanımlanan üç görüntünün dışındaki bireyleri de hedef seçebilirler. Ancak, mevcut araş-tırmacılar bu üç görüntünün- “hoş/ kibar insanlar”, “savunmasız insanlar” ve “en iyi ve parlak insanlar” yıldırma uygulayanların en sık hedefi olduğunu göstermektedir. Yine konu hakkında yapılan araştırmalarda, yıldırma hedef olan kişilerin karakter özelliklerinde ya da geçmişlerinde bu eylemlere sebep olabilecek ortak bir nokta bulunmamış. Hatta kurbanların azımsan amayacak bir çoğunluğunun üstün özelliklere sahip; zeki, yaratıcı, başarı odaklı, kendilerini işine adanmış kişiler olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Özellikle yaratıcılık tarafı gelişmiş olan kişiler, getirdikleri yeni fikirler yüzünden, taşların fazla oynamamasını isteyen gelenekçi eski çalışanlar tarafından yıldır-ma politikasına maruz bırakılabilmektedir. Yüçetürk ve Çukur’un incelediği araştırmalar da benzer durumları göstermektedir. Yıldırma hedef olan kişilerle yapılan görüşmeler, bu kişilerin üstün özelliklere sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Zeki, yetenekli, yaratıcı, başarı yönelimli, dürüst, güvenilir, kendilerini

işine adanmış, kendile-rini başkasına beğendirmeye ihtiyacı içinde olmayan, özgüveni yüksek, girişken, nitelikli, kısmen yargılayıcı ancak suçlayıcı olmayan, kişilerle ve olaylarla değil düşüncelerle uğraşmayı seven insanlar olduğunu ortaya koymakta-dır. Duygusal zekâları yüksek, dolayısıyla, esnek, hassas ve kendi davranışlarını gözden geçirebilen, başkalarının davranış ve duygularını yüksek seviyede hissedebilen, yeni fikirler üretebilen, farklı bakış açıları ile dünyayı yo-rumlayabilen kişilerin yıldirmaya daha fazla maruz kaldıkları ifade edilmektedir. Bu kişilerin mesleki kariyerleri pek çok olumlu özellik taşıyor. Politik davranamayan bu kişilerin, örgütlerine aidiyet duyguları ileri derecede geliyor ve işleriyle özdeşleşiyorlar. Özellikle yaratıcı bireyler, yeni fikirler geliştirdiği için yıldirmaya daha fazla hedef oluyor. Bu tür kişiler, daha yüksek pozisyonu olan personele tehdit oluşturacağı endişesi ile hedef seçiliyor. Ayrıca kişinin değiştiremeyeceği özellikleri vardır. Örneğin derisinin rengi, cinsiyeti, fiziksel özellikleri, aksa-nı, iş arkadaşlarından daha az ya da daha çok görgü ve terbiyeye sahip olması gibi.

Bütün bunlar göstermektedir ki yıldirmaya maruz kalmak için birçok gerekçe ve neden vardır. Çalışan ve başarılı olanlar uğramaz amirler uygular genelliklede çalışmayan kaytarana uygular gibi bir düşünce tarzı bu durum için geçerli değildir. Aslında atasözlerimize baktığımızda da bunları doğrulayan bazı atasözümüzün var olduğunu görürüz. “ Meyvesiz ağaç taşlanmaz”.

3. YILDIRMAYA TANIK OLANLAR;

Şimdiye kadar yıldirmayı uygulayan ve yıldirmaya maruz kalan mağdurlardan bahsettik, fakat birde yıldirmaya tanık olanlar vardır ki onlarda yıldirma uygulayanlar kadar mağdur üzerinde önemlidir. Tanıklar kimlerden oluş-maktadır diye bakacak olursak, iş arkadaşları, amirler ve yöneticiler gibi sürece doğrudan doğruya karışmayan, ancak bir şekilde süreci algılayan, yansımalarını yaşayan, bazen de s ürece katılan kişilerdir. Bir olay karşısında susuluyor ise o olayın kabullenildiği unutulmamalıdır. Bu yüzden tanıklarda yıldirma uygulayanla birlik olarak bir yıldirma uygulayıcısı olabilmektedir. Onlarında yıldirmanın dozunun artması ve süresinin uzamasında olumsuz etkileri olduğu kadar tabii ki yıldirmadan etkilenmeleri de söz konusudur. Yıldirma uygulayıcısı ve yıldirma mağ-durunun kişilik ve davranışsal özellikleri kadar tanıkların özellikleri de önemlidir. Tanıkları

da özelliklerine göre gruplayacak olursak;

3.1 Politik İzleyici:

Genellikle her hangi bir çatışma olgusu karşısında daima uzlaşmadan yana olan kişilerdir. Aynı zamanda bu kişiler aracı rolünü oynaması nedeniyle başkaları tarafından sevilen veya nefret edilen kişilerdir. Bu tarz bir izleyici, örgüt içinde aldığı tepkiler sonucunda ileride kurban konumuna düşme tehlikesiyle de karşı karşıyadır.

3.2.Bir Şeye Karışmayan İzleyici:

Bu tip izleyiciler genellikle ortaya çıkmaktan ve herhangi bir şeye karışmaktan pek fazla hoşlanmadıklarından dolayı tüm olan bitenlerden uzak durmaya çalışırlar. Durum ve konu ile ilgili hiçbir fikir beyan etmezler, yıldirma-cıya her hangi bir yardımda bulunmamakla birlikte, uygulanan yıldirmaya yönelikte tamamen ilgisiz ve duyarsızdır.

3.3. Menfaatçi İzleyici;

Görünüşte hiçbir şeye karışmayan bir birey izlenimini oluştururlarsa da aslında belli bir görüş ve düşünceye hizmet ederler. Nitekim bu tarz izleyici sonunda yıldirmacıya destek çıkar veya kendine de yıldirma uygulanacağından korkarak kurban yardım etmeyi reddeder. Yıldirma mağdurunun durumundan her hangi bir nemalanma ortaya çıkarsa çok kolaylıkla yıldirma uygulayıcısı ile birlikte hareket edebilirler.

3.4.Fazla İlgili izleyici;

Başkalarıyla ve başkalarının problemleriyle ilgilenen izleyici tipidir. Kendisi dışında ve yar-dım amacı dışında tamamen merak içerikli olarak başkalarının özel alanlarına ve konularına zorla girmeye çalışır, ısrarcıdır. Yardım arayışı içinde olan kurban dahi, zamanla rahatsız olur, kaçış yolları arar.

3.5. Yardakçı İzleyici;

Yıldirma uygulayıcısına körü körüne sadıktır. O ne söylerse onu yapar fakat bu özelliğinin fark edilmesini de istemezler. Bu davranışının nemalarını da yıldirmacı tarafından alırlar.

Tabii ki yıldirma uygulayıcıları- tanıklar ve mağdurların ortaya çıkmasında normların olmaması oldukça önemli etkenlerden biridir. Çünkü her hangi bir çevrede davranış standartlarını belirlemede normlar önemlidir. Birçok toplulukta anti sosyal ve saldırgan davranışlar norm dışıdır. Bireyler onaylanmama ve kınanma korkusu ile bu tip davranışlara yönelmezler. Eğer bu korku ortadan kalkarsa, toplumsal normları koruma arzusu da

azalır. Bazen bireyler bir grubun üyesi olarak hareket ettiklerinde, kendi kişisel değerleri üzerine düşünmek yerine, grubun saldırgan veya anti sosyal davranışları içinde koyduğu kurallara bakarlar. Eğer bu konuda bir yasaklanma yoksa ya da tam tersine normlar bu tip davranışları destekliyorsa, bireylerde saldırgan ve anti sosyal tarzda hareket ederler. Örn / Çeteler saldırgan ve anti sosyal davranışlar sergilerler çünkü bu tür davranışlar grup içinde istenmekte ve yapılan her türlü saldırgan davranışlar da desteklenmektedir. (Lawrence,2001)

Yıldırma; tanıklık açısından normlar içinde en önemlisi olan sessizlik normu grup üyelerinin normlar hakkında konuşmasını ve normları değiştirmesini engeller. Psikolojik tacize tanıklık edenlerin grubunda tacizi inkâr etme ve sessiz kalma kuralları varsa, asla bir adım öne çıkıp tacizi durdurma ya da mağdura destek olmak gibi bir davranışta bulunmazlar. Saldırganın başarıya ulaşmasında önemli bir faktörde tanıkların sessiz kalmalarıdır.

Tanıkların sessiz kalma nedenlerine baktığımızda ise;

İlk aşamada tanıklar ne olup bittiğini anlayamadıklarından dolayı da sessiz kalabilirler. Daha sonra saldırgan, mağdurun hatalı davranışlarına dikkat çekerek, yaptığı hile ile yönlendirmelerle (manipülasyonlarla), tanıkları kendi tarafına çekmeyi başarır. Bazen tanıkların gerçeğin farkına varması uzun zaman alabilir (Debout ve Larose, 2003) .

Farkına vardıldıktan sonrada sessizliğe devam ederler çünkü vaktinde tepki vermedikleri için suçluluk duyarlar ama bunun sorumluluğunu almak istemezler (Debout ve Larose 2003).

Eğer saldırgan yöneticiyse karşı çıkmak hiç kolay değildir. Aynı şeylerin kendi, başlarına geleceğini düşündüklerinden kendilerini tehdit altında hissedebilirler.

Bununla birlikte tanıklar mağdurun görevlerini üstlenmek gibi avantajlar yakalamaya başladıklarında tacizi görme-yebilirler (Breard ve Pastor 2002). İnkâr, tepki vermeyen tanıklarda sıklıkla görülen bir savunma mekanizmasıdır. Görmeyerek, kabul etmeyerek dış gerçeğin acı veren duygusal yükünden kurtulmayı sağlar.

“ insanlar bu kadar kötü olamaz” tarzında bir idealistlikle durum inkâr edilebilir.

“benim için her şey yolunda, bana kötü davranılmıyor” düşüncesi ile egoist bir inkâr söz konusu olabilir.

“herkese böyle davranılmıyor, demek ki o bunu hak edecek bir şeyler yapıyor” yorumu kötü niyetli inkârı getirebilir.

“kimse bir şey söylemiyor, şimdi insanlarla ters düşmeye gerek yok” tepkisiyle

ortak inkârâ katılabilirler (Bilheran 2006).

Yöneticilerin tacizi görmezden gelmesi, teşhis ve müdahalede bulunma zayıflığı, tacizin büyümesine neden olur (Einarse ve diğ 1994).

4.YILDIRMANIN ETKİLERİ;

Yıldırmanın etkileri ise sadece mağdurun üzerinde değildir. Yıldırma mağdurlarına ilişkin sonuçlar, yıldırmanın uygulandığı işletmelere ilişkin sonuçlar, topluma ve ülke ekonomisine ilişkin sonuçlar olmak üzere geniş bir yel-pazeye etki etmektedir. Çünkü insanlar genellikle iş yerinde yaptıkları ile kendilerini tanımlarlar. Bu nedenle çalışma yaşamında ortaya çıkan sorunların özel bir anlamı vardır. Bu yüzden de iş yerinde oluşan bu sorunlar ailede ve toplumdaki sorunların kötüleşmesine de neden olmaktadır. Yıldırmanın grup ve toplumun tümünün üzerinde oluşturduğu duygusal ve diğer olumsuz etkilerinin ortaya çıkması nedeni ile önemlidir ve tartışma kabul etmeksizin kabul edilmiş bir gerçek vardır ki oda itibar ve saygı herkesin hakkı olduğu ve bu çerçevede de işyerinde bireye nasıl davranıldığı temel insan hakları sorunudur. Diğer bir deyişle yıldırma bireyin temel insan haklarının bir ihlali olduğunu gerçeğidir. Yine yıldırmaya maruz kalan kişilerde sıklıkla sağlık problemlerinin ortaya çıkacağı da kabul edilen ve araştırmalarla saptanan bir başka gerçektir.

Yıldırma uygulayan kişinin amacına bakmaksızın gerçekleştirdiği eylemin, mağdur üzerindeki etkisi, bu etkinin mağdura verdiği zarar, yıldırmanın devam etmesine yönelik ısrarlı davranışlara bağlıdır. Yıldırmada en ilginç olan nokta ise, yıldırmayı uygulayan kişinin veya grubun verdiği zararın farkında olmaması ve genelde tüm olanların suçlusuz olarak da kurbanın “uyumsuzluğunu” görmesidir. Dolayısıyla yıldırma uygulayanlar davranışlarını, sanki onlara karşı takınılan tavır yüzünden aldıkları bir önlemiş gibi görmektedirler. Bu yüzden yıldırma durumunda pasif saldırganla başa çıkmak aktif saldırganla göre daha zor olmaktadır. Çünkü pasif saldırganlar kötü davranışlarını örtmek için uygun ortamlarda anlayışlı ve samimi davranışlar sergilemektedirler.

Yıldırmanın etkisini sadece birey üzerine olarak kısıtlayamayız, çünkü birey etkilendiği oranda çevresi de etkile-necektir. Bu yüzden yıldırma bireyin yanı sıra örgütsel ve toplumsal etkilere de sahip olduğunu söyleyebiliriz. Bu durum ise bir kısır döngüdür diye biliriz, çünkü birey etkilendiği oranda örgüt ve toplumda etkilenir, toplumsal, örgütsel etki ise tekrar bireyi de etkileyecektir. Yıldırma bu açıdan bakıldığında hızla yayılan bulaşıcı bir hastalık olarak değerlendirilebilir. Önlemleri alınmazsa tüm toplumu yok

edebilecek güçte bir bulaşıcı hastalıktır.

Yıldırmanın aynı zamanda verimliliği düşürdüğü de çalışmalar sonucu belgelenmiştir. O zaman yıldırma toplam iş verimliliğini olumsuz etkileyen bir maliyet faktörü olarak da karşımıza çıkmaktadır.

4.1. Birey Üzerine Etkileri;

Yıldırma aynı zamanda şiddetli bir sarsıntı (travma) (işkence, deprem, tecavüz vb sonrası görülen tablo) olarak da değerlendirilmeli ve birey üzerindeki etkilerine bakarken travma sonrası etkileri de ele almak gerekir. O zaman yıldırmaya maruz kalan kişide post travmatik stres bozukluğu görülebilir diyebiliriz. Yaşanan her türlü travma insan üzerinde psikolojik ve biyolojik başa çıkma yetilerini yıkmaktadır. Travma sonrası kişinin kendine ve dünya-ya bakışı hiçbir zaman eskisi gibi olamamaktadır. Yeni oluşan kendilik ve dünya algısı ise genellikle olumsuz ola-bilmektedir ve kişi tarafından çaresizlik, değersizlik olarak yaşantılanmaktadır. Yine travma sonrası işlev bozukluğunun derecesi ile ilişkilerin ve kişilerarası desteklerin kaybı arasında yakın bir ilişki olduğu da çalışmalarla gösterilmiştir. Şayet stres kontrol edilemez veya ondan kaçılmazsa fizyolojik uyarılma ve korku gelişimine yol açar. Müdahale edilmemiş ve süreci ilerlemiş yıldırma vakalarında travma sonrası stres bozukluğu, uyku bozuklukları, yeme bozuklukları görülebilmekte, kişilerde fizyolojik rahatsızlık olarak beliren (özellikle mide ve ciltte) ama kökeni psikolojik olan çeşitli psikosomatik rahatsızlıklar oluşabilmektedir.

Yıldırma mağdurları her sabah güne iş stresi ile başlamakta ve işe gitmek istememektedir. İçinde bulunduğu çare-siz durum kişinin sağlığını ciddi anlamda tehdit etmektedir. Mağdurları en fazla etkileyen yıldırmanın sıklığı, tekrarı ve süresidir. Herkesin dayanma süresi farklı olduğu için vereceği zararın etkisi de kişiden kişiye değişmektedir. Depresyon her ne kadar genetik yatkınlık ve gösterilebilir bir neden olmaksızın ortaya çıktığı belirtilse de stres etkenleri ve çevre koşullarının da depresyonu tetiklediği bilinmektedir. Kişilerde özgüven zedelenmeleri ve öz değer kaybıyla başlayan süreç bir süre sonra içe kapanmaya ve ilerleyen zaman ile ağır depresyonlara kadar varabilmektedir. Genellikle yıldırmadan zarar gören kişilerde ilk aşamada her tür durum karşısında nedensiz ağlama, uyku bozuklukları, unutkanlıklar, halsizlik, iştahsızlık, hemen sinirlenme ve yoğunlaşma (konsantrasyon) güçlüğü şeklinde ortaya çıkarken, ikinci aşamada ilk aşamadaki belirtilere yüksek tansiyon, mide şikâyetleri, dep-resyon, işyerine gitmek istememe, ani öfkelenme düşünsel ve davranışsal değişiklikler, işe geç kalma gibi

belirti-ler de eklenmektedir. Üçüncü aşamada ise depresyonun şiddeti artmakta, panik atak ve endişe durumu ortaya çıkmaktadır. Hatta daha yoğun psikolojik baskılarda mağdurda kazalara yatkınlık, öz kıyım (intihar) düşüncelerinin oluşması ya da yönelme daha çok yıldırma sürecinin son aşamasında görülmektedir (Namie, 2000 ve Davenport vd. 2003). Yapılan araştırmalara baktığımızda maalesef henüz ülkemizde yıldırmaya yönelik araştırmaların oldukça az olduğu görülmektedir. Son zamanlarda toplumsal bilinçlenmelerle araştırma ve yasal işlemlerde bir artış olsa da yıldırmanın birey üzerindeki etkilere yönelik araştırmalar henüz sahip değiliz diyebiliriz. İsveç'te Dr Leyman tarafından yapılan bir araştırmanın sonuçlarına göre özkıyım olaylarının %15 i yıldırmadan kaynaklandığı şeklin-dedir. Bu sonuç bize göstermektedir ki, öz kıyım ile yıldırma arasındaki ilişkiye yönelik öncelikle ülkemiz olmak üzere dünya genelinde çok geniş çaplı araştırmalar yapılması da yarar vardır. Birey üzerindeki etkilerine yönelik bazı araştırma sonuçlarına bakacak olursak; ABD yapılan bir çalışma sonuçlarına göre mağdurların %94 ünde kaygı bozukluğu, % 82 sinde yoğunlaşma (konsantrasyon) bozukluğu, % 76 'sında obsesyon ve % 41 'inde depresyon... (Namia ve Namia 2003). Fransa da ki bir çalışmada tespit edilen depresyon oranı % 69 dur (Hirigojen 2001). AB de yapılan bir çalışma sonuçlarına göre nörolojik bozukluklar %52, sindirim sistemi sorunları %47, aşırı yorgunluk %72, kardiyolojik bozukluk % 37 olarak görülmektedir (Bread ve Pastor 2002). Yıldırmadan kaynaklanan psikolojik sorunlardan bir hastalık olarak değil de zarar görme olarak bahsedilir. Bu şekilde yaşanan sıkıntıların nedeni, bilinçli olarak yıldırmayı uygulayan kişiye yüklenebilir.

4.2. Örgütsel Etkileri;

Duygusal taciz örgütlerin karşılaştığı çok önemli bir sorundur. Duygusal tacizin örgütlerde ortaya çıkardığı ilk sonuç örgütte stresli bir havaya yol açabilmesidir. Örgütte egemen olan stres, örgütteki her çalışanı rahatsız et-mekte, çalışanın verimliliğini düşürmekte, çalışanların örgüte bağlılığının kaybolmasına neden olabilmektedir. Bireyler tüm dikkatlerini yaşadıkları probleme yönelttiklerinden dolayı örgüt içinde hep istenen ekip çalışmaları da zorlaşmaktadır. Bu durum işin iyi bir şekilde başarılması için bir araya gelinemez. Oluşan karmaşa ve huzursuzluklar örgüt imajına yansımakta ve örgütün olumsuz bir şekilde tanınmasına sebep olmaktadır. Bu süreç, en tepe-den en aşağıya kadar örgütün tümünü etkiler ve birçok huzursuzluğun, çatışmanın ve karışıklığın oluşmasına yol açar. Örgütte giderek artan bir

huzursuzluğun hâkim olduğu ortamdan ve çatışmadan kaçmak için arayışlar başlar. Bireylerin, işlerine ve örgütlerine aidiyet duyguları azalır, daha iyi bir çalışma atmosferi olan işyerlerine geçmek için fırsat kollarlar. Yetişmiş bireylerin ayrılması ile örgütte kazanılmış olan tecrübe de yitirilir ve tabiri yerinde ise örgüt kan kaybetmeye başlar. Eğitimli ve deneyimli alanında uzman kişilerin kaybedilmesine paralel olarak yeni kişilerin alınması ve onların eğitimi ve uzmanlaşması için geçen zaman ve masraflar kurumun maliyetini de artırır-ken, bazen maddi zararlar da görülebilir. Neticede yıldırma eylemleri mağdurlarda sadece psikolojik rahatsızlıkla-ra değil, aynı zamanda büyük ekonomik kayıplara da yol açmaktadır. Yıldırma süreci sonrası hastalanan kişilerin topluma maliyetinin yıllık gelirinden fazla olduğu uzmanlarca ileri sürülmektedir. Öte yandan yıldırma eylemleriy-le karşılaşan pek çok kişi ise yaşadığı gerilimi bir hastalık olarak görmediği için tedavi yoluna da gitmemektedir. Yıldırma sürecinin örgüte bir başka etkisi de çalışanların tazminat talepleri olacaktır. Ülkemizde henüz bu süreç yasalarda tanımlanmamış olmasına karşın, bazı devletler, işle ilgili stresin neden olduğu fiziksel ve ruhsal hastalık-lar için işçilerin tazminat talebini kabul etmiştir. Bu duruma yönelik hukuki süreçler ve yapılacak ödemeler de maliyetleri, arttıracaktır. O zaman çok rahatlıkla diyebiliriz ki daha karlı ve huzurlu bir ortamda çalışabilmek için işverenlerin ve idari konumda olanların bu durumu çok iyi bilmesi, fark etmesi ve önlemlerle almasıdır.

4.3.Toplumsal Etkiler;

Yıldırmanın örgütler ve bireyler üzerinde yarattığı bunca olumsuz etki, içinde yaşanılan toplumu da etkilemektedir. Duygusal şiddet, şiddete maruz kalmış bireyleri etkilediği gibi, aile üyelerini, saldırılara tanık olanları ve hedef alınan kişiye destek sağlamak isteyenler üzerinde de zararlı etkiler oluşturmaktadır. Aileler, duygusal şiddetin hem duygusal hem de ekonomik sonuçlarına katlanmak zorunda kalmaktadır. Duygusal şiddet mağduru bireyin, sağlık giderleri, örgütlerine olduğu kadar devlete de ekonomik bir yük getirmektedir. Ayrıca, duygusal şiddet sonucu, mesleki yeterliliğini yitirmiş, duygusal yönden tükenmiş, sağlıksız bireylerin boşa gezdiği bir toplum ortaya çıkmaktadır. Yıldırmanın mağdurlarının ülkelerine ekonomik maliyeti göz ardı edilemeyecek kadar çoktur. Leymann'ın 1990 yılında yapmış olduğu çalışmalara dayanan verilere göre bir mağdurun yıllık örgütsel maliyeti 30.000 ile 100.000 USD arasında değişmektedir. Ulusal İşyeri Güvenliği Enstitüsü Raporu'na göre, ABD'de işyerindeki yıldırmanın çalışanlara toplam maliyeti 1992 yılında 4 milyar dolardan

fazladır. Avustralya'da Griffith Üni-versitesi Yönetim Bölümü'nün hazırlamış olduğu rapora göre Avustralya'da yıldırma, işverenlere yıllık 36 milyar dolara mal olmaktadır. İngiltere Ticaret Odası'nın 2000 yılında yapmış olduğu çalışmaya göre yıldırma, İngiltere endüstrisine her yıl 2 milyar dolar yük getirmektedir (Komisyon Raporu, 2011) . Ülkemizde ise bu duruma yönelik çalışmalar henüz bulunmamaktadır.

5.YILDIRMA KARŞISINDA RUH VE BEDEN SAĞLIĞIMIZI KORUMAK İÇİN NELER YAPMALIYIZ?

Yıldırmanın bu kadar olumsuz etkisi olduğundan bahsettik fakat sizleri karamsarlığa sokmakta istemeyiz. Şayet böyle bir durum oluşursa size yıldırma anlatırken bizde size yıldırma uygulamış oluruz. Onun için birazda neler yapalım kısmında sizlere biraz bilgi vermeye çalışacağım. Yıldırmandan korunmak ve kurtulmak için alınabilecek önlemler ve iyileştirici çalışmalar şöyle sıralanabilir:

5.1. Yasal Boyutta;

İsveç, Norveç, Finlandiya, Avusturya ve Almanya çalışma yaşamının da duygusal refahı iyileştirebilecek, mesleki güvenliği koruyucu yasalara ihtiyaç olduğunu kabul etmektedir. İşyerlerindeki Yıldırmanın neden olduğu önemli tehlikeler dikkate alınarak yasalar oluşturulması gerekmektedir. İş yerlerindeki yıldırma sosyal bir sorun olarak kabul edilmeli ve yıldırmaya yönelik farkındalıklar artırılmalıdır. Aynı zamanda bu alanda ülkemiz açısından geniş çaplı araştırmalar yapılırken bir taraftan da tartışmalara yer verilmelidir. Nitekim ülkemizde yasalar oluşturulması gereğini kabul etmiş Nisan 2011 de TBMM Kadın-Erkek Fırsat Eşitliği komisyonu toplanarak "İş Yerinde Psikoloji Şiddet (mobbing) ve Çözüm Önerileri Komisyon Raporu" oluşturulmuştur. Yasa çalışmaları devam etmektedir. Ayrıca YÖK de de bir Yıldırma (Mobbing) Kurulu oluşturulmuştur. Yine 2010 tarihinde Alo 170 diye bir yıldırma (mobbing) ihbar hattı kurulmuştur ve aktif olarak faaliyet göstermektedir. Merkezi Ankara da bulunan bir mob-bing derneği bulunmaktadır. Ayrıca birçok kongre ve sempozyumlarda konu olarak ele alınırken konu ile ilgili yayınlarda hızla artmaktadır.

5.2. Kurumsal Boyutta;

Bilim ve teknolojinin ilerlemesi ile birlikte işyerlerinde nezaket ve iş ahlakının artık kalmadığını söyleyebiliriz. Aynı zamanda küresel ekonomik krizler, enflasyon, sendikalaşmanın azalması ya da sendikaların var olma gerçek-

liğini kaybetmesi gibi ekonomik ve sosyal durumlar artık işyerlerinde çalışanlara yönelik yıldırma davranışlarına neden olan koşulları oluşturmuştur. Yıldırma ile mücadele edebilmek için kurum içi statü ve görev dağılımı gibi hassas konularda belirsizliklere yer verilmemeli, her şeyin tanımı ikilemlere sebep olmayacak şekilde açık yapılmalı ve böylece yıldırmanın doğmasına engel teşkil edecek bir ortam oluşturulmalıdır.

Yıldırma her iş yerinde görülebilirse de ortaya çıkaran bazı koşullardan bahsedilmektedir. Bu duruma bakacak olursak daha çok katı hiyerarşik sistemi olan örgütler, otoriter yönetim biçimleri, çalışma grubu içindeki yetersiz iletişim, kötü davranışlar ile birlikte ortaya çıkmakta ve riskleri artırmaktadır. Özmete'nin aktardığına göre Bazı araştırmacıların yıldırmanın kar amacı güden daha büyük şirketlerden çok eğitim ve sağlık hizmetleri gibi kar amacı gütmeyen sektörlerde daha sıklıkla ortaya çıktığını buldukları şeklindedir. Neden olarak da yönetimde az deneyimi olan bireylerin kar amacı güden şirketlerden çok, kar amacı gütmeyen şirketlere yönetici olma olasılıklarının daha fazla olduğu ve ayrıca, kar amacı gütmeyen organizasyonlardaki finansal baskılar, yıldırma vakalarının artmasına neden olduğu şeklindedir. Bunun aksini ortaya koyan çalışmalarda bulunmaktadır.

İşverenin ticari faaliyeti ya da iş statüsü ile ilişkili olmaksızın yıldırma ortaya çıkardığı kabul edilen bazı özel işyeri koşulları vardır. Bunlar;

- İnsan kaynaklarının maliyetini en alt düzeyde tutmak,
- Aşırı katı hiyerarşik yapı,
- Açık iletişim politikasının yetersizliği,
- Zayıf iletişim ağı,
- Çatışma çözme yeteneğinin zayıflığı, işyerinde etkili olmayan şikâyet süreci ve çatışma yönetimi,
- Zayıf liderlik,
- Farklılıklar için etkili olamayan eğitim gibi faktörlerin bir birleşimi olarak ortaya çıktığıdır.

Tabii ki burada yönetimin tutum ve davranışları en önemli faktördür. Yönetim ya da yöneticiler yıldırma örgüt-leri ya da şirketleri için büyük bir tehlike olarak kabul etmedikleri sürece yıldırma neden olan mevcut koşullar kangrenleşmeye devam edecektir. Bu yüzden öncelikle yıldırmanın bir tehlike olduğu kabul edilmeli ve buna yönelik yapılanmalar oluşturulmalıdır.

Yönetimde saydamlık sağlanmalı, bunu gerçekleştirmek için kararlara katılmaya önem verilmeli ve tüm çalışanla-rın alınan kararlara katılacağı bir ortam sağlanmalıdır.

Kurumda iletişim sürecinin etkinliği sağlanmalıdır. İyi işleyen bir iletişim için dürüstlük ilkesi temel değer olarak kabul edilmelidir. Dürüstlüğün olmadığı bir kurumda doğru ve sağlıklı bir bilgi akışının olmayacağı unutulmamalıdır. Öte yandan iyi bir iletişim kurum içi dedikoduyu da önleyecektir.

Şikâyet ve performans değerlendirme mekanizmalarının olabildiğince sağlıklı çalışmasına özen gösterilmelidir. Böylece adaletsizlik olduğu inancına dayalı yıldırma hareketlerinin önüne geçilebilecektir. İşe alım süreçlerinde, adayların yeterliliklerine bakılırken; kişilik özelliklerine ve duygusal zekâlarına da önem verilmeli, iş ortamında sorun çıkaracak kişilik özellikleri olup olmadığına dikkat edilmelidir (Miller, 2000).

Personelin sayı, nitelik, yoğun çalışma dönemleri, rotasyon ve varsa özel gereksinimler belirlenmelidir. Yönetim biçimi açıklık, diyalog, saygı esasına dayanmalıdır. Bilgi ve iletişim personel arasında, halk ile personel arasında arttırılmalıdır.

İş uygulamaları; müşteri akışı, bekleme süreleri, esnek çalışma düzenlemelerine göre ayarlanmalıdır. İş tasarımı; iş içeriği, iş özerkliği, çalışma hızı, iş yüküne göre ayarlanmalıdır

Çalışma süresi; fazla mesai, gece çalışma, vardiyalı, esnek çalışma, dinlenme süreleri açısından değerlendirilmelidir. Atamalarda, adayların nitelikleri, psikolojik tutumları dikkate alınmalı mesleki eğitimin yanı sıra, şiddet ve yıldırma konusunda özel eğitimler verilmelidir. Bu eğitimler çalışanların konularına göre (yönetim-idari görev-dekiler ve çalışanlar olacak şekilde) düzenlenmeli ve belirli aralıklarla tekrarlanmalıdır. Yıldırmanın tanımından başlayan ve çözüm önerileri ile devam eden eğitimler bu konunun uzmanlarınca verilmelidir. Ayrıca çatışma çözümleri, atılma, stresle baş etme, öfke kontrolü gibi eğitimlerde verilerek yıldırmanın önlenmesi ve korun-ması sağlanmaya çalışılmalıdır.

İş, bireyin yaşamının en önemli parçasıdır. Bireyler sıklıkla kendilerini iş deneyimleri ile tanımlarlar ve genellikle saygın bir işyerinde gününün önemli

bir bölümünü geçirirler. Bu nedenle, bireyler için çalışma arkadaşlarının davranışları büyük öneme sahiptir. Birleşmiş Milletlerin bütün üyeleri tarafından onaylanan İnsan hakları evren-sel beyannamesi, "Bütün insanlar özgür doğarlar, eşit haklara ve değere sahiptirler.

Akıl ve vicdan sahibi olarak, birbirlerine karşı kardeşlik anlayışıyla davranmalıdırlar." (United Nations, 1948) Başka önemli bir insan hakları raporu her bireyin işyerinde adil ve uygun koşullarda bulunma hakkına sahip olduğunu kabul etmektedir. Bu hak çalışanlar için "güvenli ve sağlıklı çalışma koşulları" olarak adlandırılır (United Nations, 1976).

Bu yüzden İşyerindeki riskler tanınmalı ve sağlıklı çalışma ortamı oluşturulmalıdır.

SAĞLIKLI ÇALIŞMA ORTAMI	YILDIRMA (MOBBING) ORTAMI
<ul style="list-style-type: none"> • Roller ve iş tanımları açıktır. • İşbirlikçi ilişkiler vardır • Hedefler ortak ve paylaşılmıştır. • İlişkiler açıktır. • Sağlıklı bir örgüt yapısı vardır. • Bazen çatışma ve sürtüşmeler olabilir. • Stratejiler açık ve samimidir. • Çatışmalar ve tartışmalar açıktır. • Doğrudan iletişim vardır. 	<ul style="list-style-type: none"> • Roller belirsizdir. • İşbirlikçi olmayan ilişkiler hâkimdir. • İleriyi görmek olanaksızdır. • İlişkiler belirsizdir. • Örgütsel aksaklıklar vardır. • Uzun süreli ve etik olmayan tepkiler gözlenir. • Stratejiler anlamsızdır. • Çatışmanın varlığı reddedilir ve gizlenir. • Dolaylı ve baştan savma iletişim vardır.

5.3. Çevresel Boyutta;

İşyerindeki fiziksel çevre tasarımı yapılmalıdır. Gürültü kontrolü, renkler, kokular aydınlatma, havalandırma, ulaşım, bekleme salonları, personel odaları, park alanları tesis, demirbaş ve parçaları, güvenlik ve alarm sistemleri vb çalışanlar ve diğer kişiler açısından çok dikkat ve özenle ele alınmalıdır. İşyerinde fiziksel egzersiz, gevşeme teknikleri, eğlence faaliyetleri gibi rahatlama yönelik çalışmalar gerçekleştirilmelidir. Yaşam alanlarında parklar, yürüyüş ve spor alanları oluşturulmalı,

5.4. Bireysel Boyutta;

İş dışındaki yaşamda ailenin ve diğer yakın kişilerin desteği vazgeçilmezdir, ayrıca bu yolla kişi, işi dışında var ol-duğu ve takdir edildiği bir alan bulmuş olacaktır. Tarhan, kişilerin kendilerine yıldırma uygulanması halinde yapmaları gerekenleri şöyle sıralıyor:

"Önce kurban rolünü" kabullenmemek gerekir.

Yönetimi, süreçten haberdar etmek önemlidir.

Duyguları ve yaşanılanları içe hapsetmemek lazım. Çünkü bastırılmış duygular zarar verir.

Önce düşünmek, veri toplamak gerekir.

Olayın arka planını, bağlantılarını ve inceliklerini düşünmek gerekir.

En büyük hata, karşı tarafın savaş alanına girmektir.

O kişi sizin duygusal tepki vermenizi istiyordur.

Siz düşünerek tepki vererseniz onu düşündürmüş olursunuz.

Yıldırma uygulayanı düşündürecek şeyler ve yollar bulmak en iyi çözümdür.

Bu arada öz eleştiri yapıp kendinizi sorgulamanız, sorunun sorumluluğunda kendinizi algılayabilmeniz ve bunu hissettirmeniz de olumlu etki yapar.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER;

Sonuç olarak diyebiliriz ki son zamanda hızla yayılan ve ciddi bir sağlık-ekonomik ve siyasal sorun haline alan toplumun her kesiminde çok önemli sonuçlar doğuran yıldırma ve etkilerini ortadan kaldırmaya yönelik özel ve kamu tüm kesimde mücadele başlatılmalıdır. Mücadelenin en önemli ve olmazsa olmazı olarak kabul etmemiz gereken kamusal nitelikli politika ve düzenlemelere gereksinim vardır. Yıldırma tüm belirtilen açılardan ele alınacak olursa bir insan hakları ihlalidir. Yıldırmanın uygulanmasını önlemek kadar yıldırma maruz kalmış kişi/kişilerin de tedavi edilmesi en az zararla kurtulması için sağlık politikalarının içinde de yer almalıdır.

Tanıklar ve sessizlik açısından Yıldırma ile mücadele edebilmek için öncelikle yaşamın her alanında ben olmak yerine biz olmayı başarabilmeliyiz.

Kendimize güvenmeli ve onlar çok güçlü, ben tek başıma ne yapabilirim ki, elimden bir şey gelmez gibi alışılmış çaresizlikten kurtulup tüm çözüm yollarını denemeliyiz.

Kaynaklar

1. Bilheran, A. (2006). *Le harcelement Moral*, Paris: Armand Colin.
2. Breard, R. ve Pator, P. (2002). *Harcelements: Les Reponses*, Paris: Editions Liaisons.
3. Cengiz S.A. (2007). Kişilerarası iletişimde sapkın şiddet manevi taciz (Mobbing). *Kriz Dergisi*, 15 (2), 1-14.
4. Debout, M. ve Larose, C. (2003). *Violence au Travail*. Paris:VO Editions.
5. Demir, Ş. (2009). Mobbing olgusunun hukuki değerlendirmesi. *Ankara Barosu Dergisi*, (67)2.
6. Einarse, S., Raknes, B.I. ve Matthiesen, S.B. (1994). Bullying and harassment at work and their relationship to work environment quality. An exploratory study. *European Work and Organizational Psychologist*, 4 (4), 381-40.
7. Günel, Ö.D. (2010). İşletmelerde yıldırma olgusu ve yıldırma mağdurlarının kişilik özelliklerine ilişkin bir araştırma. *DEÜ SBE Dergisi*, 12 (3).
8. Gürhan N. A'dan Z'ye Mobbing Akademisyen Kitapevi. Ankara 2013.
9. Hirigojen, M.F. (2001) *Le harcelement moral dans la vie professionnelle*. Paris: Syros
10. Işık, E., Taner, E. ve U, Işık. (2008). *Güncel Klinik Psikiyatri*. Ankara: Goldon Print Matbaası.
11. Kaplan, I. ve Sadock, J. (2009). *Klinik Psikiyatri El Kitabı*. Bozkurt, A. (Ed) Nobel Tıp Kitapevi
12. Köroğlu, E. (1994) *DSM IV Tanı ölçütleri Başvuru El Kitabı*. Hekimler Yayın Birliği
13. Lavrence, C. (2001). *Social Psychology of bullying in the workplace. Bulding a Culture of Respect-Managing Bullying at Work*. N.Tehrani (Ed). London: Taylor and Francis, 61-76
14. Lawry, M.K. (2000). They call it mobbing. *Newsweek International*. (02.01.2010). <http://www.newsweek.com/id/85749>.
15. Leyman, H. (1996). The Content and development of mobbing at work. *European Journal Of Work And Organizational Psychology*. 5 (2), 165-184
16. Leyman, H. ve Gustafsson, A. (1996). mobbing at work and the development of post travmatik stress disorder. *European Journal Of Work And Organizational Psychology*. 5 (2), 251-275
17. Morris, C. G. (2002). *Psikolojiyi anlamak*. (Ed) Ayvaşık. H.B.ve M. Sayıl. Türk Psikologlar Derneği Yayınları. Ankara.
18. Namia, G. ve Namia, R. (2003). *The bully at work; what you can do stop the hurt and reclaim your dignity on the job*. Naperville:Sourcebooks.
19. Poussard, J. M. ve Çamuroğlu, M.İ. (2009). *Psikolojik taciz- iş yerinde kâbus*. Nobel yayınları.
20. Reichert, R. (2003). *Workplace mobbing: a new frontier for the social work profession*. *Professional development: The International Journal of Continuing Social Work Education*. 5 (3), 4- 12.
21. TBMM Kadın Erkek Fırsat Eşitliği Komisyonu (2011). *İşyerinde Psikolojik Taciz (Mobbing) ve Çözüm Önerileri Komisyon Raporu*. Ankara.
22. Tetik, S. 2010 *Mobbing Kavramı: Birey ve Örgütler Açısından Önemi*. KMÜ. *Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi* 12. (18).ss.81-89,
23. Tınaz, P. (2006). *İşyerinde psikolojik taciz (mobbing)*. İstanbul: Beta Basım Yayım,
24. Tutar, H. (2004). İşyerinde psikolojik şiddet sarmalı: Nedenleri ve sonuçları. *Journal of Administration Sciences*. 2 (2).
25. Yiğitbaş, Ç. Deveci, S.E. (2011). Sağlık çalışanlarına mobbing. *Türk Tabipler Birliği Mesleki Sağlık Güvenliği Dergisi*. 48 (41).

ALZHEİMER HASTALIĞINI ETKİLEYEN PSİKO-SOSYAL FAKTÖRLERİ SAPTAYARAK ALZHEİMER HASTALARINA YÖNELİK TIBBİ SOSYAL HİZMET MÜDAHALELERİ GELİŞTİRME (ADAPAZARI ÖRNEĞİ)

STRUGGLE WITH THALESSEMIA IN HATAY: WORKING SAMPLE MACRO

Nursel YILDIZ¹
Oktay YÜCE²

Özet

Yaşlanma ile birlikte görülme riski artan ve giderek halk sağlığı problemine dönüşen Alzheimer hastalığı, bireyin bilişsel fonksiyonlarında yıkıma yol açmakta ve bireyi bakıma muhtaç duruma getirmekte; psiko-sosyal ve ekonomik problemlere neden olmaktadır. Bu gerekçe doğrultusunda Alzheimer hastalığını etkileyen psiko-sosyal faktörleri saptayarak Alzheimer hastalarına yönelik tıbbi sosyal hizmet müdahalesi geliştirilmesi amaçlanmıştır. Araştırma nitel araştırma yöntemine göre yapılmıştır. Veri toplama aracı olarak anket formu oluşturulmuş; anket uygulaması araştırma örneklemini oluşturan Sakarya İli Adapazarı ilçesinde ikamet eden 60 Alzheimer hastasının refakatçilerine uygulanmış, hastaların Alzheimer tanısı almadan önceki durumları değerlendirilmiştir.

Araştırmaya katılan hastalarının %60'ı kadın olduğu tespit edilmiş,

1* Sakarya Yenikent Devlet Hastanesi Sosyal Hizmet Birimi Sorumlusu, Sosyal Hizmet Uzmanı

2* Sakarya Adliyesi, Çocuk Mahkemesi, Sosyal Hizmet Uzmanı

Alzheimer hastalığının kadınlarda görülme sıklığının daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Araştırmaya katılan hastaların ortalama yaşı 81 'dir. Bu bulgu Alzheimer hastalığının ilerleyen yaşlarda görülme riskinin arttığını göstermektedir. Hastaların %46,7'sinin okuma yazma bilmediği; %66,7'sinin Alzheimer tanısı almadan önce hiçbir mental aktivite ile uğraşmadığı; %70'inin fiziksel aktivite yapmadığı tespit edilmiştir. Eğitim durumu, sosyal aktivitelere katılım durumu Alzheimer hastalığına neden olan psiko-sosyal faktörler arasında olduğu sonucuna varılmıştır. Anket verilerine bakıldığında hastaların %71,7'sinin Alzheimer tanısı almadan önce depresyon veya derin üzüntü yaşadığı görülmüştür. Alzheimer hastalarının %70'inin ikinci derece yakınlarında da AH olduğu belirlenmiş; hastalığın genetik yatkınlıktan etkilendiği düşünülmüştür. Hastaların AH tanıları kesinleşmeden önce %98,3'ünün hafif kognitif bozukluk tanısı almadığı, erken tanı ve tedaviden yararlanamadığı bu sebeple hastalığın ilerleyen zamanlarda tespit edildiği sonucuna varılmıştır.

Anahtar kelime; Alzheimer Tanısı Olan Hastalar, Psiko-Sosyal Faktörler, Sosyal Hizmet

DEVELOPMENT OF MEDICAL SOCIAL SERVICE INTERVENTIONS FOR ALZHEIMER'S PATIENTS BY BEING DETERMINED THE PSYCHO-SOCIAL FACTORS THAT AFFECT THE ALZHEIMER'S DISEASE (ADAPAZARI SAMPLE)

Abstract

Alzheimer' disease, whose occurrence risk increases with aging and that gradually turns into a problem of public health, causes the destruction on cognitive functions of person and makes the person requiring care; causes the psycho-social and economical problems. Therefore, this study has been made in order to develop the medical social service interventions for Alzheimer's patients by being determined the psycho-social factors that affect the Alzheimer's disease. The study has been made according to qualitative research method. Questionnaire form has been constituted as data collection instrument; the questionnaire has been applied to attendants of 60 Alzheimer's patients, who reside in Province Sakarya, District Adapazarı and constitute the survey sampling, and the situations of the patients have been evaluated before they had diagnosed as Alzheimer.

It has been determined that the 60% of patients attended to the survey are women, it has been concluded that the occurrence frequency of Alzheimer's disease on women is higher. The average age of the patients attended to the survey is 81. This finding shows that the occurrence risk of Alzheimer's disease increases at old ages. It has been determined that the 46,7% of patients is not literate, %66.7 of them are not occupied in any mental activity before taking Alzheimer diagnosis; %70 of them are not occupied in any physical activity. It has been concluded that the educational status and the status of attending to social activities take part among the psycho-social factors caused to Alzheimer's disease.

When the questionnaire data has been considered, it has been seen that the 71.7% of patients had depression or deep sadness before they diagnosed as Alzheimer. In the light of this finding it has been determined that mental health causes to Alzheimer's disease. It has been determined that the second degree relatives of 70% of Alzheimer's patients are also Alzheimer's patients; it has been thought that the disease is affected by genetic predisposition. It has been concluded that 98.3% of the patients did not take mild cognitive impairment diagnosis, did not benefit from the early diagnosis and treatment before the finalization of their Alzheimer diagnosis, for this reason the disease have been detected at the increased ages.

Key Words: Patients diagnosed Alzheimer, Psycho-Social Factors, Social Service

1. GİRİŞ

Alzheimer hastalığı (AH), bilişsel işlevlerde bozulma, günlük yaşam aktivitelerinde azalma, davranışsal ve psikolojik bozukluklarla sonuçlanan ilerleyici bir nörodejeneratif hastalıktır (Tellioglu, 2011, s.13). Alzheimer hastalığı, kronik bir hastalıktır ve bireyin zamanla bakıma muhtaç hale gelmesine neden olmaktadır. Alzheimer hastalığının prevalansı 65 yaş üzerinde %6-10, 85 yaş üzerinde %30-47'dir (Selekler,2012, s. 10-11). Daha çok 65 yaş ve sonrasında görülme sıklığı artan hastalık, sürekli ilerleyici bir karakter göstermektedir. Özellikle yaşlı bireylerde görülme sıklığı artan Alzheimer hastalığı, bireylerin sağlıklı yaşam sürmelerini engelleyebilen bir risk faktörü olarak karşımıza çıkmaktadır.

Sağlık sorunları bazı sosyal problemleri de beraberinde getirebilmektedir. Alzheimer hastalığının sürekli ilerleyen klinik seyri nedeniyle hastalar

psiko-sosyal ve ekonomik sorunlar yaşayabilmekte, tıbbi sosyal hizmet uygulamalarına ihtiyaç duymaktadır. Bu çalışma Alzheimer hastalığına neden olan psiko- sosyal faktörleri saptamak, alzheimer hastalarına yönelik tıbbi sosyal hizmet uygulamaları geliştirmek amacıyla yapılmıştır. Ayrıca bu çalışma ile hastalığa neden olan psiko-sosyal risk faktörlerinin belirlenerek, olası risklerin önlenmesi amacını da içermektedir. Çalışma kapsamında bireylerin Alzheimer tanısı almadan önceki psiko-sosyal ve ekonomik durumları, sosyal hayata katılım durumları (fiziksel ve mental aktivitede bulunma), sağlık sorunları, hastalık tanısı alma süreçleri, aile yükülerinde daha önce Alzheimer tanısı alan bireyin bulunma durumu sorgulanmıştır.

2. ALZHEIMER HASTALIĞI

İlk olarak 1901 yılında Doktor Alos Alzheimer tarafından tedavi edilen hastada rastlanan Alzheimer hastalığı entelektüel gerileme ile birlikte çeşitli nöropsikiyatrik davranışsal rahatsızlıklara ve günlük yaşam aktivitelerinde bozukluklara neden olan progresif nörodejeneratif bir hastalıktır. Alzheimer hastalığı, santral sinir sisteminin ilerleyici, genetik, geriye dönüşsüz, yaygın hücre içi dejenerasyon hastalığı olup en sık rastlanan demans türüdür (Akpınar, 2009).

AH, bilişsel işlev bozukluğu ile ortaya çıkmaktadır (Selekler,2012, s. 15). Bilişsel işlevler; bellek, dikkat, görsel-mekânsal işlevler, tanıma, problem çözme, yargılama, yürütücü işlevler, beceri ve lisandır (Güler,2011, s.333). Bireyde oluşan bilişsel işlev kaybı zamanla bireyin günlük yaşam aktivitelerini yapamamasına, başka bir bireyin bakımına, desteğine ihtiyaç duymasına neden olmaktadır.

AH kliniğinin en önemli özelliği sinsi başlayıp yavaş seyirli olmasıdır. Alzheimer hastalığının seyrinde yakınma ve bulguların şiddetine göre klinik tablo erken, orta ve ileri olmak üzere üç evreye ayrılabilir (Yazıcı ve Şahin, 2010: 49). Selekler ' e (2012) göre ise; Alzheimer hastalığı, klinik öncesi, çok erken evre, erken veya hafif evre, orta ve ağır evre olmak üzere beş döneme ayrılır (Selekler, 2012, s. 48). Bazı çalışmalar ise AH evrelerine presemptomatik dönemi eklemektedir. Araştırmamızda Alzheimer hastalığının erken, orta ve ileri evrelerine yer verilmiştir.

Erken (hafif) evre, mental muayenede belleğin kayıt fazı genellikle korunmuş, geri çağırma ve tanıma fazı bozulmuştur. Dikkat ve planlama, akıl yürütme bozukluğu şeklinde hafif yürütücü işlev bozukluğu yanı sıra kelime bulma güçlüğü ile karakterize dil bozukluğu saptanabilir.

Bellek fonksiyonlarında yakın geçmiş ile ilgili olan unutkanlıklarda artış ve yeni bilgilerin öğrenilmesinde zorluk yaşama görülür fakat uzak geçmiş ile ilgili bilgiler sağlamdır. Bu nedenle hasta yakınlarını bu dönemi "eskileri benden iyi hatırlıyor fakat yeni şeyleri ise hemen unutuyor" gibi cümlelerle anlatabilirler. Bu dönemde bellek bozukluğu, yeni bir bilginin öğrenilmesinde zorluk, yer yön bulma güçlüğü görülür. Günlük yaşam aktivitelerinde unutkanlıklar görülebilir. Kelime bulmakta zorlanma, duraklayarak konuşma gibi dil bozuklukları oluşur. İçine kapanma, inkâr gibi davranış sorunları gözlemlenebilir. Örnek verecek olursak erken evre AH hastalarında, eşyaların yerlerini karıştırmak veya kaybetmek, isimleri unutmak, kullanılan cep telefonu, bulaşık makinesi gibi aletlerin kullanımını unutmak, sorulan soruları tekrar sormak gibi davranışlar görülür.

Orta evre, belirtilerin boyutu biraz daha şiddetlenmiştir. Hastalar günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken başkasının yardımına ihtiyaç duyar. Yakın bellek bozukluğu artar ve uzak bellekte bozulmalar başlar. Yeni bilgileri öğrenme tamamen durur ve geçmiş bilgiler ise kronolojik bir sıra ile unutulur. Yer ve kişi tanıma, zaman algısı bozulur. Hesap yapma yetisi kaybolur. Giyinme- soyunma, kişisel temizlik, ev temizliği yapma konularında yardıma ihtiyaç duyarlar. Ruhsal sorunlar ve davranış sorunları artar. Bir konuşmayı sürdüremeyecek düzeyde dil bozuklukları meydana gelir. Bu evre hastalarda görülen belirtiler şu şekilde örneklendirilebilir; isim, okuduğu okul, yaptığı iş gibi konuları hatırlamama, gece ve gündüz ayrımı yapamama bu nedenle hava karadığında yatmaya gitme, amaçsız hareketler yapma, halüsinasyonlar görme (parasının çalındığını, kendine kötülük yapıldığını sanma), yemek yerken dökme, ev dışına çıkınca kaybolma, bağırma, saldırganlık, şüphencilik gibi.

Ağır (ileri) evre, hastaların öz bakım becerilerini yerine getirme, günlük yaşam aktivitelerini yapamama nedeniyle tamamen başkasının bakımına muhtaç bir duruma gelmesine neden olur. Bellek tamamen bozulur sadece bazı bellek parçacıkları kalır. Yakın akrabaları tanıma, kendini tanıma kaybolur. Konuşulanları anlamama, anlamsız sesler çıkarma, niyetini anlatamama durumları oluşur. Beslenme, yıkanma, giyinme yapılamaz. İdrar kontrolü sağlanamaz. Kas sertleşmesi, şekil ve hareket bozukluğu ve yatağa bağımlılık oluşur.

Alzheimer, Demans'ın görülen en yaygın tipi olarak bilinmektedir. Bu nedenle demans hakkındaki bilgiler AH epidemiyolojisi için kaynak teşkil

etmektedir. Uluslararası Alzheimer Hastalığı, Dünya Alzheimer Raporu 2010 ve 2011 yılları verilerine göre, dünyada demans tanısı ile yaşayan birey sayısı 35,6 milyondur. Bu sayının 2030 yılında 65,7 milyon; 2050 yılında ise 115,4 milyon olacağı düşünülmekte olup; 2050 yılına kadar düşük veya orta gelirli ülkelerde demanslı birey sayısının %58 den %71'e yükseleceği belirtilmektedir (Alzheimer's Disease International World Alzheimer Report, 2010; 2011). Dünya bölgelerinde AH görülme sıklığı Dünya Sağlık örgütü (WHO) 2004 verilerine göre; Doğu Akdeniz ve Afrika'da 0.6 milyon, Güneydoğu Asya'da 2. 8 milyon, Amerika'da 5 milyon, Batı Pasifik'te 7.4 milyon, Avrupa'da 7.6 milyondur (a.g.e., s. 32). Gelişmişlik seviyesi yüksek olan Batı bölgelerinde, ortalama yaşama süresinin uzaması AH görülme sıklığını arttırmaktadır

Türkiye'de ortalama yaşam süresinin gelişmiş ülkelerdeki kadar olmaması, karşılaşılan Alzheimer vakalarının ve bu vakalara yönelik sağlık harcamalarının dikkat çekici büyüklükte olmamasına neden olmaktadır. Fakat Türkiye genç bir nüfus yapısına sahiptir ve ileriki yıllarda yaşlı popülasyonu artacak olan bir ülkedir.

Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları (2012), Türkiye'de 65 ve daha yukarı yaştaki nüfus oranının %7,5'e (5.682.003 kişi) yükseldiğini göstermektedir (TUİK, 2012a). Alzheimer hastalığının 65 ve yukarı yaşta görülme prevalansı nedeniyle Türkiye nüfusunun %7,5'ini oluşturan 5.682.003 kişi Alzheimer hastalığı riski ile karşı karşıyadır. Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü "Demans Görülme Sıklığı" raporuna göre; 2006 yılında OECD ülkeleri arasında yapılan bir çalışmada Türkiye'de demans görülme sıklığı %0,4'tür (OECD/European Union, 2010, s. 54). Alzheimer hastalığının, Türkiye için gelecekte en büyük sağlık sorunlarından olması beklenmektedir. Buna rağmen Türkiye'de Alzheimer hastalığı hakkında yapılan epidemiyolojik çalışmalar yeterli değildir.

3. ALZHEIMER HASTALIĞINI ETKİLEYEN PSİKO- SOSYAL FAKTÖRLER

Alzheimer hastalığını etkileyen psiko-sosyal faktörlerin mevcut olduğu düşüncesi ile yapılan bu çalışmada bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyleri, ekonomik durumları fiziksel ve mental aktivitelerde bulunma, geçmişte sosyal çevresi olan ilişkileri, sağlık durumları, ailevi yatkınlık durumları ele alınmıştır.

3.1 Yaş

AH, erken yaşlarda başlasa dahi belirtilerinin belirli bir yaştan sonra fark edilebilmesi, tanı konulan yaşın artmasına neden olmaktadır. Bu nedenle AH, yaş arttıkça görülme sıklığı artan bir hastalık olarak bilinmektedir. Selekler'e göre (2012), yaş gruplarına göre Alzheimer hastalığı görülme sıklığı, 65 yaş üzerindeki kişilerde %6-10 iken, 85 yaş üzerindeki kişilerde %30-50 gibi yüksek oranlara ulaşıyor (Selekler,2012, s. 46).

Rowland ve Green'e göre (1991), 65 yaş ve üzeri için prevalansı %10,3; 80 yaş ve üzeri için %47'dir. Doğu Boston çalışmasında %80,5'i 65 yaş üzerinde olan 3623 hasta ele alınmış ve nörolojik, nöropsikolojik laboratuvar çalışmaları ile Alzheimer hastalığının 65 yaş üzerinde prevalans hızının %10,3; 85 yaş üzerinde ise %47,2 olduğunu gösterilmiştir. 65 yaş üzerindeki popülasyonun her yıl %2,6'sı yeni Alzheimer hastası olmaktadır (Koçer,1999,s. 41-42).

3.2 Cinsiyet

Grundman ve Thal (2000), kadınların erkeklere oranla yaşam ömrünün daha uzun olması nedeniyle rölatif prevalans düzeyinde bir artış olduğunu öne sürmektedir. McBee ve arkadaşlarına göre (1997), ise AH sıklığı, kadınlarda erkeklere göre yaklaşık iki kat fazladır (Erdemoğlu ve Varlıbaş,2001, s. 105). Bu durumun kadınların menopoz dönemi sonrasında östrojen düzeylerinde meydana gelen düşüş ile açıklanmaktadır. Yine hastalığın kadınlarda daha sık görülmesini göreceli olarak kadınlarda eğitim seviyesinin daha düşük olmasına da bağlayan yayınlar da vardır (Karaman, 2002).

2006 yılı Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü "Demans Görülme Sıklığı" raporuna göre; 80-84 yaş grubu arasından erkeklerin %15'inde; kadınların ise %16'sında Alzheimer hastalığı görülmektedir. 95 yaş ve üstünde bu oran erkeklerde %32,4; kadınlarda ise %48,8 olarak saptanmıştır (OECD/ European Union, 2010, s. 54).

3.3 Sosyo-Ekonomik Durum

Ekonomik durumun Alzheimer hastalığı için önemli bir risk faktörü olduğu veya olmadığı birçok çalışmada belirtilmekte olup ekonomik durum ve hastalık arasındaki ilişki net olarak bilinmemektedir. Buna karşın bireylerin sosyal mekanizmalar ile olan ilişkilerinin AH ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Dr. David A. Bennett ve Rush Üniversitesi Chicago Tıp Merkezinde çalışan meslektaşları, sosyal ilişkiler ve fiziksel değişim ile Alzheimer hastalığı arasında ilişkiyi anlamak için bir çalışmaya başlamış; 1,100'den fazla yaşlı

insan üzerinde klinik değerlendirme, hafıza ve zihin fonksiyonları hakkında 21 adet test yapmışlardır. Katılımcılara çocukları, arkadaşları ve aileleri ile görüşme sıklıklarına ilişkin sorular sorulmuştur. Katılımcılar öldüğünde beyinleri alınmış ve AH kanıtları için analiz edilmiştir. Araştırmaya katılan ve ölen ilk 89 kişi hakkında elde edilen analizler Lancet Nöroloji dergisinde yayımlanarak; sosyal ilişkileri fazla olan bireylerin AH riskinin daha az olduğu kanıtlanmıştır (<http://www.nih.gov/researchmatters/april2006/04282006alzheimertm,26/02/2013>)

3.4 Eğitim Düzeyi

Düşük eğitim düzeyi Alzheimer hastalığına yakalanma olasılığını artırmaktadır (Yazıcı ve Şahin, 2010,s. 49). 1988 yılında Şangay demans araştırmalarında düşük eğitim seviyesinin Alzheimer riskini arttırdığı kanıtlanmıştır. Bu araştırmalarda demans riskinin 75 yaşından sonra, hiç eğitim görmemişlerde, herhangi eğitim alanlara göre çok daha yüksek olduğu saptanmıştır (Selekler,2012, s. 129).

ABD Ulusal Sağlık Enstitüsü (NIH) 2010 yılında AH risk faktörlerine yönelik sistematik bir değerlendirme raporu yayınlamıştır. Raporda en çok üzerinde durulan AH risk faktörleri temel alınmış, her bir risk faktörü için hesap edilen relatif risk (RR) ve söz konusu risk faktörünün toplumdaki prevalansını kullanarak hem ABD hem de Dünya geneli için topluma atfedilen risk (PAR) hesaplamaları yapmışlardır. Bu hesaplamalara göre eğitim eksikliği PAR değeri yaklaşık %19 (6. 473. 000 AH vaka sayısı)'dur (Ateşkan,2012).

3.5 Meslek ve Mental Aktivite

Crowe, Andel ve Pedersen'e göre (2003), hafızayı kullanmayı gerektiren birçok aktivitenin (örgü, dans, okuma, müzik aleti çalma, bahçivanlık, sosyal ve kültürel aktiviteler gibi), demans ve Alzheimer hastalığını önleyici etkileri birçok çalışmanın hedefini oluşturmuştur (Ateşkan, 2012, s. 193).

Manhattan, New York'ta, demansı olmayan 65 yaş ve üzerindeki 1772 kişinin katıldığı Scarmes ve arkadaşlarının çalışmasında (2001), kişilerin bazal boş zaman değerlendirme aktiviteleri saptandıktan sonra, 7 yıl (ortalama 2,9 yıl) senelik standardize nörolojik ve nöropsikolojik muayeneleri yapılmış; yaş, etnik grup, eğitim ve meslek düzenlemesi yaptıktan sonra boş zamanları değerlendirme aktiviteleri ile demans arasındaki rölatif risk araştırılmıştır. Takip süresinde, toplam 207 kişiye demans tanısı konmuştur. Yüksek düzeyde boş zamanları değerlendirme aktivitelerine katılanların, %38 daha az risk ile demans

geliştiği tespit edilmiştir. Boş zamanları değerlendirme aktiviteleri arasında rölatif riski en aza indiren etken olarak entelektüel faktör saptanmıştır (Selekler, 2007).

3.6 Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktivite yapmanın sağlıklı bir yaşam için önemli olduğu bilinmektedir. Düzenli olarak yapılan fiziksel aktivite demansa yakalanma riskini düşürebilmektedir. Kanıtlar, egzersizlerin beyne giden kan ve oksijen akımını arttırarak beyin hücrelerine doğrudan olumlu etki edeceğini göstermektedir (<http://www.alz.org/what-is-dementia.asp>,04/03/2013). 1984'te başlatılan Seven Contries Study'de 1900 ve 1920 yılları arasında doğan 2.285 erkeğin 1990, 1995 ve 2000 yıllarında takip muayeneleri yapıldı. Bu kişilerden 1990 yılında 1.149 kişi, 2000 yılında 384 kişi hayatta kalmıştı ve fiziksel olarak sağlıklı olan 295'inden elde edinilen bilgiler değerlendirildi. Bulgular yaşlılık çağında, şiddeti orta-az derecede yapılan fiziksel aktivitelerin en az derecede yapılanaya göre, zihinsel yıkımın daha az olmasını sağladığını gösterdi. Yazarlar, fiziksel aktiviteyi en az yapan erkeklerde en fazla zihinsel yıkım bulduklarını, orta-az şiddette aktivitenin(voleybol oynama, saatte üç mil yürüyüş gibi) daha az zihinsel yıkıma neden olduğunu belirtti (Selekler,2012, s. 149).

3.7 Sigara ve Alkol Kullanımı

Alzheimer hastalığına neden olan faktörler içerisinde sigara ve nikotin hakkında tartışmalar bulunmaktadır. Bazı alışmalar nikotinin AH için önleyici faktör olduğunu; bazıları ise sigara kullanımının Alzheimer hastası olma riskini arttırdığını belirtmektedir. Aslında nikotin vasküler hastalıklara neden olmakta; vasküler hastalıklar ise demans riskini arttırmaktadır. Bu durum sigara kullanımı ve AH arasındaki ilişkiyi açıklayıcı niteliktedir. (Gogia ve Rastogi, 2009, s. 58-59).

2011 yılında yayımlanan bir çalışmada; 1978-1985 yılları arasında araştırmaya katılan 21.123 kişi, ileriye dönük olarak değerlendirildi ve orta yaşlarda günde iki paketten fazla sigara içen bireylerde, 20 yıl sonra Alzheimer, vasküler ve diğer demans riskinin, hiç sigara içmeyenlere göre %100 arttığı ve sigaranın zararlı etkisinin genellikle vasküler mekanizmalar (damar sertliğini arttırarak) yoluyla olduğu saptandı. (Selekler, 2012, s. 113). Alkol kullanımı ve AH riski hakkında yapılan araştırmalar alkolün hafif, orta ve yüksek derecede tüketilmesi olarak sınıflandırılarak yapılmış ve bu güne kadar kesin bir bulguya saptanmamıştır.

3.8 Depresyon ve Stres

Depresyon öykülü Alzheimer hastalarının ve depresyon bulgusu olan hastaların hipokampus bölgelerinde belirgin nöropatolojik değişiklikler görölmektedir. Yaşamlarında majör depresif bozukluk tanısı alan hastalarda alzheimer olma riski artmaktadır (Gogia ve Rastogi,2008, s. 60). Billings, Green, Mcgaugh ve La Ferla (2007), Kalifornia-Irvine Üniversitesinde yapılan araştırmada stres hormonunun beyinde AH neden olan lezyonların oluşumunu hızlandırdığını, bu nedenle araştırmacıların, yaşlılıkta stres yönetimi ve ilaç kullanımının azaltılmasının hastalığın yavaş ilerlemesini sağlayacağını düşündüğünü belirtmiştir (a.g.e., s. 60).

Depresyon, stres ve Alzheimer arasında ilişkinin olup olmadığina dair çalışmalarda depresyonun prelinik bir semptom mu yoksa tek başına bir risk faktörü mü olduğu konusu tartışmalıdır.

3.9 Ailevi veya Genetik Yatkınlık

Alzheimer hastalığının genetik etkisi, ailesel AH (kalıtsal otomozal dominant şekli) ile sınırlı değildir ama ailesinde alzheimer içeren vakalar ara sıra görölmektedir. Alzheimer hastalığının erken yaşta başlaması ve pozitif aile öyküsü hastalığın genetik belirtileri olarak bilinmektedir (Lohmann, 2012, s. 259).

Alzheimer hastalığında genetik faktörler büyük oranda hastalığın gelişimi için çevresel faktörlere bir yatkınlık zemini yaratacak şekilde birer risk faktörü niteliğindedirler (Altın, 2006, s. 6). Aile öyküsünde özellikle birinci derecede akrabaların etkilenmesi önemlidir, bu durumda risk dört kat artmaktadır (Topçuoğlu ve Selekler, 1998, s. 64). Selekler'e göre (2012), birinci derece akraba (anne- baba) Alzheimer hastası olanlarda hastalık riskinin, ailesinde Alzheimer olmayanlara göre,4-10 kat arttığını belirtmektedir. (Selekler,2012,s.125). Knopman'a göre (2001), AH'nın %2'sini ailevi AH oluşturur(Cankurtaran ve Arioğul, 31.01/2013, parag.58).

4. TIBBİ SOSYAL HİZMET

Sağlık sektöründe sosyal hizmetin ilk uygulamaları, hastaneye yatan hasta ile ilgili aile, akraba ve yakınlarından bilgiler almak ve yine hasta ile ilgili aileye, akrabalara ve yakınlara bilgi vermek, hastanın aile ve diş evre ile ilişkilerini güçlendirmek için ona yardımcı olmak gibi etkinlikler olmuştur.

4. Ulusal Sosyal Hizmetler Konferansı Sağlık ve Sosyal Hizmetler Komisyonu Raporu'na göre tıbbi sosyal hizmetler; "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 ve mesleğinin yöntem ve felsefesiyle birleştirilerek tıp ve koruyucu sağlık hizmetleri çerçevesinde verilen hizmetler bütünü” olarak tanımlanmıştır (Duyan,1996,s. 7).

Şu anda kamuya bağlı sağlık kuruluşlarında uygulanan tıbbi sosyal hizmet çalışmalarının mevzuatını oluşturan Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi 'ne göre (2011), 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 ilişkilerinin düzenlenmesi, tedavi sürecini etkileyen psiko-sosyal ve sosyo-ekonomik sorunların zamanında çözümlenerek sosyal işlevselliğini yeniden kazanması amacıyla yürütülen sosyal hizmet uygulamasıdır (Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi, 2011).

5.ALZHEIMER HASTALARINA YÖNELİK TIBBİ SOSYAL HİZMET

Profesyonel bir sosyal hizmet uygulaması bir seri aşama sonucunda gerçekleşir. Bu aşamalar:

1. Başlangıç (hasta ve sorunlarını belirleme) aşaması
2. Sosyal hizmet planlama aşaması
3. Hizmetin verilmesi aşaması
4. Değerlendirme, sonlandırma ve takip aşaması (Duyan,1996, s. 22).

Başlangıç aşamasında uzmanla başvuran kişinin ilk karşılaştığı, tanışma ve sorunun ne olduğunun araştırıldığı, sorun saptamasının yapıldığı aşamadır (Kuşgözoğlu, 2013,s. 98). Hastanın tıbbi bakım ve tedavi almasına neden olan veya buna etki eden faktörler, hastanın içinde bulunduğu durumu anlamak için hastanın ailesi, hekimi ve diğer tıbbi bakım ve tedavi personelinin, hasta hakkında tutulan kayıtlardan hasta hakkında bilgi edinilir (Duyan,1996, s. 22-23). Hasta ile ilk karşılaşma, hastanın bireysel başvurusu, hasta ailesinin başvurusu, sosyal hizmet uzmanının tespiti veya tıbbi bakım ve tedavi personelinin tespiti üzerine olabilir.

Alzheimer hastalığının tipik özelliği, kronik ve ilerleyici bir hastalık olması, bireyin bilişsel, duygusal ve sosyal işlevselliğini kaybetmesine neden olması, bireyi zamanla günlük yaşam aktivitelerini yerine getiremeyecek,

öz bakım becerilerini yapamayacak düzeyde bakıma muhtaç duruma getirmesidir. Bu nedenle ilk aşama da genel olarak Alzheimer hastası yaşlı, bakıma muhtaç ve kronik sağlık sorunları olan hasta olarak değerlendirilebilir, buna bağlı olarak yaşadığı sorunlar belirlenebilir.

Sosyal hizmet uygulamasının, müdahalesinin planlanması aşaması sorunun anlaşılmasından sonra uygulanması gereken hizmetin planlandığı aşamadır. Hizmetin planlanmasında hasta ve/veya ailesi, sosyal hizmet uzmanı ve diğer sağlık personeli ekip olarak karar almalıdır.

Alzheimer hastası, hastalığı nedeniyle kendi kararını veremeyebilir bu nedenle ailesinin hasta hakkında karar vermesine izin verilmelidir. Alzheimer hastasının ve ailesinin yaşadığı sorun tespit edildikten sonra hastanın ailesi ile hasta hakkında psiko-sosyal ve ekonomik değerlendirme yapılarak sorunun çözümüne yönelik uygun hizmet modeli planlanır.

Hizmetin verilme aşaması, uygun görülen hizmet modelinin uygulandığı, sosyal hizmet müdahalesinin gerçekleştiği aşamadır. Her hastanın psiko-sosyal öyküsünün farklı olması, farklı sorunlar yaşaması standart tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının planlanmasına imkân vermemektedir. Bu nedenle hastaların ihtiyacına göre gerekli tıbbi sosyal hizmet müdahaleleri planlanması gerekmektedir. Fakat bu aşamada genel olarak; alzheimer hastalarına ve birlikte yaşadıkları aile fertlerine hastalığın belirtileri, süreci, hastada izlenebilecek olası komplikasyonlar vb. hakkında bilgilendirme, hastanın evde bakımını kolaylaştıracak hizmetler (evde sağlık hizmeti gibi) hakkında bilgilendirme, ilgili mercilere yönlendirme hizmeti verilebilir. Hastanın psiko-sosyal ve ekonomik durumunun değerlendirilmesi için gerekiyorsa ev ziyaretleri yaparak hasta hakkında sosyal inceleme ve değerlendirme yapılabilir. Yapılan inceleme ve değerlendirme neticesinde hastanın ve/veya ailesinin ihtiyaç duyduğu sosyal yardımlara (aynı-nakdi yardım, sağlık yardımı, eğitim yardımı, barınma yardımı gibi) ulaşması için sorunun ilgili kurumlara bildirilmesi, yönlendirilmesi, kaynak sağlanması gibi hizmetler yapılabilir. Hastanın sağlıklı yaşam koşullarında, bakımsız bir şekilde yaşaması, hasta ile ilgilenen aile fertlerinin olmaması durumunda hastanın sürekli olarak bir kurum bakımı altına alınması işlemleri düzenlenebilir.

Ayrıca toplumun Alzheimer hastalığı hakkında bilgilendirilmesi, tedavi, bakım ve destek hizmetlerine kolay ulaşılabilir etkin sosyal politikaların geliştirilmesi, Alzheimer hastalarına özgü hizmet modellerinin oluşturulması

gibi makro boyutlu müdahaleler de yapılabilir. Moore ve Jones (2012), “ Social Work and Dementia” isimli kitabında demanslılara yönelik yapılacak müdahaleleri şu şekilde listelemiştir;

- Demans hakkında profesyonel kamu bilinç ve anlayışı geliştirmek
- Erken tanı ve müdahale hizmetlerinin kalitelendirilmesi
- Demanslılara ve bakıcılarını kaliteli bilgilendirme yapılması
- Bakım, destek ve tavsiye hizmetlerine kolay erişim sağlanması
- Akran desteği ve öğrenme ağlarının geliştirilmesi
- Personel destek hizmetleri
- Bakıcı stratejisinin uygulanması
- Hastanelerde demanslılara kaliteli bakım sağlanması
- Konut desteği, konut ilgili hizmetler, tele bakım desteği sağlamak
- Bakım evinde yaşamasını sağlamak
- Yaşam sonu bakım hizmetlerinin geliştirilmesi
- Demanslılara yönelik bilgilendirme ve etkili iş gücü oluşturulması
- Demans hakkında ortak stratejiler geliştirmek
- Sağlık ve bakım hizmetlerinin geliştirmek
- Etkin ulusal ve bölgesel stratejilerin uygulanması (Moore ve Jones, 2012,s. 25).

6.YÖNTEM

Araştırmada Sakarya evren olarak alınmıştır. Örneklem dâhilinde Sakarya ili sınırları içinde olan Adapazarı ilçesi ele alınmıştır. Araştırma kesitsel bir araştırma; örneklem türü ise yargısal örneklemedir.

Araştırmada örneklem büyüklüğü = $N.t.p.q / d^2(N-1) + t^2.p.q$ formülüne göre hesaplanmıştır. Bu hesapta dikkate alınan veriler aşağıda verilmiştir. Dikkate alınan veriler ile toplam olgu miktarı 59 olarak ortaya çıkmış araştırmada 60 olgu ele alınmıştır.

Adapazarı İlçe Merkez Nüfusu	257.826	9,8
65 yaş ve üzeri Adapazarı İlçe Nüfusu	19.091	9,8
Türkiye’de Demans Görülme Sıklığı	%0.4	18
Adapazarı’nda Demanslı 65 yaş ve üzeri birey sayısı	77	0,8

Tablo 1.Örneklem Genişliği İçin Dikkate Alınan Veriler

Araştırmanın hedef aldığı örneklem gurubu özellikleri şu şekilde belirlenmiştir.

HASTA ÖZELLİKLERİ	<ul style="list-style-type: none"> • Adapazarı ilçesinde ikamet etmek, • Alzheimer tanısı almış kadın ve erkek olmak, • Refakatçisi bulunmak,
REFAKATÇİ ÖZELLİKLERİ	<ul style="list-style-type: none"> • En az 20 yaşında olmak, • Alzheimer tanısı olan ve yukarıdaki ölçülere uygun hastası olmak, • Hastanın kan/kayın yakını, eşi olmak, • Araştırmaya katılmada gönüllü olmak,

Tablo 2. Örneklem Grubu Özellikleri

Araştırmanın kavramsal çerçevesi için verilerin toplanması aşamasında doküman analizi yapılmış; ihtiyaç duyulan yazılı dokümanlara Hacettepe Üniversitesi, Sakarya üniversitesi, Yalova Üniversitesi kütüphanelerinden ve elektronik kaynaklardan ulaşılmıştır.

Veri toplama aracı olarak araştırma konusu ve amacına uygun olarak araştırmacılar tarafından hazırlanmış anket formu kullanılmıştır. Araştırma kapsamında hazırlanan anket soruları, hastaların refakatçilerine uygulanmış olup, sekiz bölümden (refakatçi bilgileri, hastanın sosyo demografik bilgileri, aile durum tablosu, fiziksel aktivite, mental aktivite, bağımlılık yapıcı madde kullanımı, hastalık süreci bilgileri) ve 36 adet sorudan oluşmaktadır. Anket tekniğinden edinilen veriler bilgisayara yüklenerek veri tabanı oluşturulmuş ve bu veriler üzerinde SPSS 16.0 (The Statistical Program for Social Science) paket programı aracılığıyla istatistiksel işlemler gerçekleştirilmiştir. Analiz sonucunda istatistiksel tekniklerden frekans, yüzde, aritmetik ortalama, tek grup t testi kullanılmış; elde edilen rakamsal bulgular yoruma tâbi tutulmuştur. Araştırmanın kavramsal çerçevesinin oluşturulması ve anket formlarının uygulanarak analiz edilmesi yaklaşık olarak iki yılı bulan bir sürede gerçekleştirilmiştir.

Araştırma, Sakarya Yenikent Devlet Hastanesine müracaat eden Alzheimer hastaları ele alınmış olup; araştırmaya ilişkin gerekli izin 15.03.2013 tarihinde hastane yöneticiliğinden alınmıştır. Ayrıca araştırmaya katılan hasta yakınları yani refakatçilerinden de izin alınmıştır. Anket, bizzat araştırmacılar tarafından araştırmaya katılmaya gönüllü olan Alzheimer hastalarının refakatçilerine uygulanmıştır.

7.BULGULAR VE YORUM

Araştırma kapsamında incelenen hastaların ortalama yaşının 81; hastalığın teşhis edildiği yaş ortalaması ise 77 olarak tespit edilmiştir. Hastaların %60'ının kadın; %40'ının ise erkektir. Kadınlarda Alzheimer hastalığının daha fazla görülme durumu ortalama yaşam süresi ile açıklanabilir. Araştırmaya katılan hastaların eğitim durumu Tablo 3'te değerlendirilmiştir.

Eğitim Durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Okuma Yazma Bilmiyor	28	46,7
Okuma Yazma Biliyor	14	23,3
İlkokul Terk	1	1,7
İlkokul	16	26,7
Lise	1	1,7
Toplam	60	100,0

Tablo 3. Eğitim Durumu

Araştırma bulgularında hastaların çoğunluğunun okuryazar olmadığı görülmüştür. Hastaların çoğunlukla %46,7 oranıyla okuma yazma bilmediği; % 23,3'ünün herhangi bir mezuniyete bağlı olmaksızın okuma yazma bildiği %26,7'sinin ise ilkökul mezunu olduğu tespit edilmiştir. Hastaların %1,7'si lise mezunu ve yine %1,7'sinin ilkökulu terk ettiği bulunmuştur. Hastalar arasında üniversite mezunu ve ortaokul mezunu bulunmaması nedeniyle tabloyu kalabalıklaştırmamak adına bu veriler tabloya yerleştirilmemiştir.

Meslek	Sayı (n)	Yüzde (%)
Memur	3	5
İşçi	3	5
Serbest Meslek	10	16,7
Çiftçilik Hayvancılık	10	16,7
Herhangi bir işte çalışmadı	34	56,7
Toplam	60	100,0

Tablo 4. Mesleki Durum

Araştırmaya katılan hastaların geçmişteki mesleki durumları Tablo 4'te incelenmiştir. Buna göre, hastaların %56,7'sinin herhangi bir işte çalışmadığı, %16,7'sinin ise çiftçilik –hayvancılık ve yine aynı oranda serbest meslek ile meşgul olduğu tespit edilmiştir. Alzheimer hastalığının bireylerin ekonomik durumu ile ilişkisi olup olmadığı konusu tespit edilmek için hastaların ekonomik durumu incelenmiştir. Buna göre hastaların %50'sinin ekonomik durumu orta düzeydedir.

Hastaların, Alzheimer tanısı almadan önceki sosyal çevresi (ailesi, akrabaları, komşu- arkadaşları) ile olan ilişki düzeyi sorgulanmıştır. Buna göre, hastaların birinci çoğunlukla %63,3'ünün çevresi ile ilişkilerinin iyi olduğu; ikinci çoğunlukta ise %15'inin çevresi ile ilişkilerinin çok iyi veya ne iyi ne kötü düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Alzheimer hastalarının geçmişte ki sosyal ilişki durumlarının hastalığı etkilemediği görülmüştür.

Fiziksel aktivite yapma	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	18	30,0
Hayır	42	70,0
Toplam	60	100,0

Tablo 5. Fiziksel Aktivite Yapma Durumu

Tablo 5'de hastaların Alzheimer tanısı almadan önce fiziksel aktivite yapma durumu incelenmiştir. Buna göre, hastaların çoğunluğunun %70'inin fiziksel aktivite yapmadığı tespit edilmiştir.

Okuma faaliyetinde bulunma	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	20	33,3
Hayır	40	66,7
Toplam	60	100,0

Tablo 6.Okuma Faaliyetinde Bulunma

Tablo 6'da hastaların kitap, dergi, gazete vb. gibi şeyleri okuma durumları incelenmiştir. Buna göre hastaların çoğunluğunun %66,7'sinin herhangi bir okuma faaliyetinde bulunmadığı tespit edilmiştir. Beyinlerini aktif tutan insanlarda demans gelişme riskinin azalabileceği görülmektedir. Okumak, satranç gibi hobilerle uğraşmak, bulmaca çözmek veya puzzle yapmak riskin önlenmesine yardımcı olmaktadır (<http://www.alz.co.uk/info/risk-factors,04/03/2013>). Hastaların %46,7 sinin okuma yazma bilmemesi, okuma faaliyetinde bulunmama durumunu da açıklar nitelikte olduğunu göstermektedir.

Mental aktivitede bulunma	Sayı (n)	Yüzde (%)
Zeka Oyunları	2	3,3
Edebi-Dini Eserler Ezberleme	18	30,0
Hiçbiri	40	66,7
Toplam	60	100,0

Tablo 8.Mental Aktivitelerde Bulunma Durumu

Tablo 8’de hastaların Alzheimer tanısı almadan önce yaptıkları mental aktiviteler incelenmiştir. Buna göre hastaların birinci çoğunlukla %66,7’inin hiçbir mental aktivite ile uğraşmadığı; ikinci çoğunlukla %30’unun edebî-dini eser ezberlediği; üçüncü çoğunlukla ise %3,3’ünün zeka oyunları ile uğraştığı tespit edilmiştir. Beyinlerini aktif tutan insanlarda demans gelişme riskinin azalabileceği görülmektedir. Ankete verilen cevaplar arasında zekâ oyunları seçeneğini belirten katılımcılar hastalarının bulmaca çözdüklerini beyan etmişlerdir. Hastalar arasında tiyatro-sinema izleme, resim müzik uğraşısında bulunma gibi aktiviteleri yapan hasta bulunmamaktadır. Bu nedenle bu veriler tabloda verilmemiştir.

Madde kullanımı	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Sigara	Evet	17	28
	Hayır	43	71
Alkol	Evet	6	10
	Hayır	54	90

Tablo 9.Sigara-Alkol ve Uyuşturucu Madde Kullanma Durumu

Tablo 9’da hastaların Alzheimer tanısı almadan önce sigara, alkol ve uyuşturucu madde kullanım durumu incelenmiştir. Buna göre, hastaların genel olarak sigara, alkol ve uyuşturucu madde kullanmadığı tespit edilmiştir. Madde kullanımı içinde %28 oranında sigara kullanımının fazla olduğu görülmüştür. Hastalar içinde uyuşturucu madde kullanan birey bulunmadığı için bu bilgi tabloda verilmemiştir.

Sağlık sorunları	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hipertansiyon	24	40
Diabetüs Mellitüs	7	11,7
Hiperkolestrolemi	6	10
Kalp-Damar Hastalıkları	10	16,7
Kanser	1	1,7
Diğer	10	16,7

Tablo 10.Alzheimer Hastalığı Öncesinde Yaşanılan Sağlık Sorunu Dağılımı

Tablo 10’da hastaların ne tür sağlık sorunu olduğu incelenmiştir. Buna göre hastaların birinci çoğunlukla %40’ının hipertansiyon rahatsızlığı; ikinci çoğunlukla %16,7’sinin kalp damar rahatsızlıkları ve diğer rahatsızlıkları; üçüncü çoğunlukla %11,7’sinin diabetüs mellitüs rahatsızlığı olduğu tespit edilmiştir. Anketi cevaplayanların diğer seçeneğine göğüs hastalıkları, migren ve serebrovasküler hastalıkları ifade ettikleri tespit edilmiştir.

Depresyon veya derin üzüntü yaşama	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	43	71,7
Hayır	17	28,3
Toplam	60	100,0

Tablo 11. Depresyon veya Derin Üzüntü Geçirme Durumu

Tablo 11’de hastaların Alzheimer tanısı almadan önce depresyon veya derin üzüntü yaşama durumu incelenmiştir. Buna göre hastaların çoğunlukla %71,7’sinin depresyon veya derin üzüntü yaşadığı tespit edilmiştir. Nitekim 1953 Alzheimer hastasında yapılan bir çalışmada, demans öncesi depresif semptomların görülme oranının, kontrollerle kıyaslandığında iki kat fazla olduğu bildirilmiştir (Ateşkan, 2012, s.195).

Depresyon veya derin üzüntü yaşayan hastaların (43 kişi=%71,7) hangi nedene bağlı olarak depresyon veya derin üzüntü yaşadıkları da incelenmiştir. Buna göre, hastaların birinci çoğunluğu %38,3’ü aile üyelerinin vefatı (anketi cevaplayanlar daha çok eş ve çocukların vefatını belirtmiştir.); ikinci çoğunlukla %8,3’ünün aile içi sorunlar, üçüncü çoğunlukla %6,7 aile üyelerinden ayrılmak nedeniyle depresyon veya derin üzüntü yaşamıştır.

Hkb tanısı alma durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	1	1,7
Hayır	59	98,3
Toplam	60	100,0

Tablo 12. Hafif Kognitif Bozukluk (hkb) Tanısı Alma Durumu

Tablo 12’de hastaların Alzheimer tanısı almadan hkb tanısı alma durumu incelenmiştir. Buna göre hastaların çoğunluğunun %98,3’ünün hkb tanısı almadığı tespit edilmiştir.

Aile yakınlarında AH	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	20	33,3
Hayır	40	66,7
Toplam	60	100,0

Tablo 13. Aile Yakınlarında Alzheimer Tanısı Olma Durumu

Tablo 13’te hastaların aile yakınlarında daha önceleri Alzheimer tanılı bireylerin olup olmadığı incelenmiştir. Buna göre hastaların çoğunluğunun %66,7’sinin aile yakınlarında böyle bir rahatsızlık olmadığı tespit edilmiştir. Hastaların kaçınıcı derece aile yakınlarında Alzheimer hastalığı olduğu da incelenmiştir. Buna göre AH, birinci çoğunlukla %70’inin ikinci derece kan yakınlarında; ikinci çoğunlukla %20’sinin ise birinci derece yakınlarında olduğu tespit edilmiştir. Anket uygulanma aşamasında anketi cevaplayanların ikinci derece kan yakınları bağlamında en fazla hastanın kardeşlerinde AH olduğunu; birinci derece kan yakınlığı bağlamında ise en fazla anne-babasinda AH olduğunu ifade etmiştir.

8. TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma kapsamındaki hastalar arasında kadınların çoğunlukta olması bu hastalığın kadınlarda daha fazla görüldüğünü göstermektedir. Nitekim 2011 yılı Türkiye yaş ve cinsiyet nüfus verilerine göre; 60 yaş ve üstü kadın nüfus oranının 60 yaş ve üstü erkek oranından daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Veriler Türkiye’de kadınların ortalama yaşam süresini erkeklerden daha fazla olduğunu; kadınların, erkeklere oranla daha fazla Alzheimer hastası olma riski ile karşı karşıya olduğunu göstermektedir.

Slone, Zimmermann ve Suchindan ‘a göre (2002), hastalığın prevalansı 65-85 yaşlar arası orantılı olarak artış gösterir ve 65 yaş sonrası Alzheimer hastalığı insidansı her beş yılda bir ikiye katlayarak 85 yaş üstü kişilerde %30-50 oranına ulaşır (Ateşkan, 2012,s. 183). Bu nedenle Alzheimer hastalarının yaş durumları araştırma kapsamında incelenmiş; araştırmaya katılan hastaların ortalama yaşının 81 olduğu tespit edilmiştir. Uzayan ömür ile Alzheimer hastası olma riskinin arttığı belirlenmiştir.

Hastaların çoğunluğu okuma yazma bilmemektedir. Eğitim, nöral ve bilişsel rezervi arttırarak beyindeki dejeneratif patolojik değişikliklerle baş etmede kompensatuar mekanizmayı oluşturmakta ve demans sendromunun ortaya çıkmasını engellemektedir (Ateşkan,2012, s. 193). Eğitim düzeyinin artması, bireylerin eğitsel faaliyetler ile olan ilişkisinin geliştirilmesi Alzheimer hastalığını önleyebilecek bir mekanizma olarak karşımıza çıkmaktadır. Eğitim düzeyi düşük olduğu tespit edilen hastaların çoğunluğunun aynı zamanda mental aktivitelere katılmadığı tespit edilmiştir. Bu iki durum birbiri ile bağlantılıdır. Eğitim düzeyinin düşük olması bireyin mental aktivitelere bulunmasını, okuma faaliyetinde bulunmasını dolayısıyla da beyninin aktif kullanılmasını engellemektedir. Ortalama yaş 81 olarak tespit edilen katılımcıların 2014 yılından seksen bir yıl önce doğduğu düşünülürken 1930’lu yıllarda doğduğu ve yaşamını sürdürdüğü, eğitim hizmetlerine katılmadıklarını düşündürmüştür.

Fiziksel aktivitede bulunma durumu da Alzheimer hastalığı etkileyen faktörler arasındadır. “The Adult Changes in Thought (ACT)” çalışmasında (2006), 65 yaşından büyük, rastgele 2581 kişiye ilk tarama testi olarak “Cognitive Ability Screening Instrument (CASI)” testi yapılmış ve skoru 86’dan yüksek olanlar kognitif olarak sağlam kişi olarak çalışmaya alınmıştır. Skoru 86’dan düşük olanlara tekrar ayrıntılı muayene ve testler uygulanmış, demansı saptanmayanlar da çalışmaya eklenmiştir ve sonuçta 1740 kişinin sonuçları analiz edilmiştir. Çalışmada, haftada 3’ten az egzersiz yapanlara göre, haftada 3 veya daha fazla egzersiz yapan kişilerde demans sıklığının azaldığı bulunmuştur. Bu kişilerde demans riski %32 oranında azalmıştır (Selekler, 2007). Nitekim araştırmaya katılan hastaların çoğunluğunda Alzheimer tanısı almadan önce fiziksel aktivite faaliyetlerinde bulunmadığı tespit edilmiştir. Bu nedenle fiziksel aktivite yapmanın alzheimer hastalığının görülme riskini azaltabileceği sonucuna varılmıştır.

Hastaların %56,7'sinin herhangi bir işte çalışmadığı; %50'sinin ile ekonomik durumunun orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların çoğunluğunu kadınların oluşturması, meslek durumunda herhangi bir işte çalışmayan hasta istatistiğini etkilediğini düşündürmüştür. Sosyal çevre ile ilişki düzeyi sorgulanan hastaların çoğunluğunun sosyal çevresi ile ilişkilerinin iyi olduğu tespit edilmiştir. Bu bilgilere göre hastaların geçmişteki ekonomik durumu ve sosyal ilişki düzeyi Alzheimer hastalığını etkileyen faktörler arasında olmadığı görülmüştür.

Alzheimer hastalarının %70'inin ikinci derece yakınlarında da AH olduğu tespit edilmiştir. Medeni Kanun 17. Maddesinde düzenlenen kan yakınlığına göre bir kişinin ikinci derece yakını; kardeşleri, torunları, büyük anne ve büyük babasıdır. Anketi cevaplayan kişilerin ikinci derece kan yakını seçeneği altında en fazla "kardeşler" seçeneğini ifade ettiği görülmüştür. Anne- baba ve kardeşlerde Alzheimer hastalığının olması aile öyküsünün olmayışı durumuna göre risk faktörü olarak bulunmuştur. 80 yaş üzeri olgularda anne, baba kardeş gibi birinci derece akrabalarda hastalığın bulunması bireyin riskini dört kat arttırmaktadır (Elmacı, 2012,s. 174). Bu veri ışığında ailesinde AH olan kişilerin genetik risk bağlamında bu konuda dikkatli olması, sağlık kontrollerini düzenli olarak yaptırması önerilebilir.

Anketten elde edilen verilere göre hastaların ilk kez AH tanısı aldığı yaş ortalaması 77'dir. Hastaların AH tanılarını kesinleşmeden önce %98,3'ünün hafif kognitif bozukluk tanısı almadığı görülmektedir. Petersen ve arkadaşları tarafından 1999'da tanımlanan "Hafif kognitif bozukluk" (HKB), bir bireyin kognitif işlevlerinde, o birey için alışıldık olana nazaran bir miktar gerileme olması ama bu gerilemenin bir demans tanısı konmasına yetecek kadar şiddetli olmaması halini tanımlayan bir klinik tablodur (Petersen ve arkadaşları 1999,s. 303, Aktaran, Bingöl, 2010,s. 44). HKB her ne kadar bir demans tablosu değilse de, demans gelişimi açısından riskin artmış olduğu bir durum anlamına da gelmektedir. Altmış beş yaşından yaşlı bireylerin her yıl yaklaşık % 1-2 kadarında demans gelişirken, HKB bulunan hastalarda bu oran % 10-15 kadardır (Bennet, Wilson, Schneider, 2002, s. 198-205). Bu nedenle demans olmadan önce başlayan hkb klinik belirtilerinin farkında olmak ve bu farkındalık doğrultusunda tedaviye başlamak erken tanı almak açısından ve Alzheimer hastalığının klinik seyri açısından önemlidir.

Anket verilerine bakıldığında hastaların % 40'ının Alzheimer tanısı almadan önce hipertansiyon sorunu yaşadığı tespit edilmiştir. İleri yaş hipertansiyonu ile demans arasındaki ilişkiyi ortaya koymayı amaçlayan çalışmalardan uzun süreli takibin (6 yıldan uzun) ileri yaşta tansiyon düşüklüğünün Alzheimer hastalığı gelişmesinde bir risk faktörü olabileceği öngörülmüştür (Ateşkan, 2012). Hastaların çoğunlukla hipertansiyon rahatsızlığının olması, bu rahatsızlığın Alzheimer hastası olma riskini arttırdığı görülmektedir. Ah ile doğrudan etkisi olduğu düşünülen ve anket verilerinden tespit edilen bu bilgi sebebiyle hipertansiyon hastalığının önlenmesi AH önlenmesi anlamını taşıyabilir. Bu nedenle hipertansiyona neden olan şeyler belirlenerek bireylerin gençlik yıllarından itibaren hipertansiyon hastalığından korunma yollarını benimseyen bir yaşam tarzına sahip olması sağlanmalıdır. Ayrıca hastalığın ciddiyeti ve sonuçları dikkate alınarak bu hastalığa sahip olan kişilerin düzenli sağlık kontrollerini yaptırması gerekmektedir. Bunun için mikro düzeyde koruyucu-önleyici sosyal hizmet uygulamalarından söz edilebilir. Makro düzeyde devletin belirli yaş üzerindeki her birey için düzenli sağlık kontrollerini zorunlu hale getirici yasal çalışmaları yapması her bireyin zorunlu da olsa yılda belirli periyotlar halinde sağlık kontrolünden geçmesini sağlayacak; hastalıkların erken bir dönemde teşhisini kolaylaştıracak; var olan sağlık sorunlarının klinik seyri hakkında düzenli bilgiler elde edilmesini sağlayacaktır.

Ankete katılan hastaların çoğunlukla %71,7'sinin depresyon veya derin üzüntü yaşadığı bunun sebebinin ise ailesel sorunlardan kaynaklandığı tespit edilmiştir. Bu nedenle aile içi sorunların çözülmesi için ailelere yönelik danışmanlık ve rehberlik özellikleri içeren tıbbi sosyal hizmet çalışmaları geliştirilmelidir. Ailelerin psikolojik sorunlarının çözülmesi için tıbbi sosyal hizmet birimlerinin, psikiyatri klinikleri ile ekip halinde çalışması yaygınlaştırılmalıdır. Ayrıca bireylerin yaşadığı ailevi sorunlar hakkında psikiyatrik destek almaları teşvik edilmeli, bireylerin profesyonel yardım alarak sorunun aşması sağlanmalıdır.

İnsan sağlığını etkileyen faktörlerden biride sigara, alkol veya uyuşturucu madde kullanımınıdır. Elde edilen anket verileri içerisinde hastaların gençlik yıllarına en fazla sigara kullandığı tespit edilmiştir. Hastalar arasında sigara kullanımının daha fazla olduğu görülmektedir. Konu ile ilgili on dokuz çalışmanın birlikte değerlendirildiği bir meta- analizde, demans ve kognitif düşüş için, bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir (Ateşkan, 2012,s. 191).

Birçok sağlık sorunu gelişmesine neden olan sigara kullanımının Ah ile de ilişkili olduğu düşünülürken sigara kullanımı azaltılması çalışmaları hızlandırılmalıdır. Şu an sağlık kuruluşlarında olan "Sigara Bırakma Poliklinikleri" nin sayısının artırılması, burada görev yapan meslek elemanları arasında sosyal hizmet uzmanlarının da istihdam edilmesi gerekmektedir. Bu polikliniklerde hastalar ile psiko-sosyal çalışmalar yapılarak sigara tüketimine yönelen sorunların tespiti ve bu sorunlara yönelik sosyal hizmet uygulamalarının aktifleştirilmesi gerekmektedir. Hastaların güçlü ve olumlu yönleri tespit edilerek sosyal işlevselliğini artırma çalışmaları yapılmalıdır.

Sosyal hizmet mesleği, örgüt, topluluk, devlet ve tüm toplum ile olan makro düzey çalışmalar yapabilmektedir. Bu nedenle Alzheimer hastalığı hakkında örgütlerin, devletin ve tüm toplumun bilinçlendirilmesi çalışmalarında sosyal hizmet disiplinine ve uygulamalarına önemli pay düşmektedir. Sağlık politikaları içinde Alzheimer hastaları ve ailelerine yönelik özel müdahaleler geliştirilmelidir. 2011 yılında çıkan Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi kamu hastanelerinde Sosyal Hizmet Birimleri kurulmuştur. Bu birimler hastanelerde Alzheimer hastalarının yoğun olarak hizmet aldığı nöroloji polikliniği ve servisi; psikiyatri polikliniği ve servisi, evde sağlık birimleri ile ekip halinde çalışmalı; Alzheimer hastalarını ve birlikte yaşadığı ailelerini düzenli olarak incelenmeli ve değerlendirilmelidir.

Ayrıca kamu hastaneleri dışında halka sağlık hizmeti sunan Aile Sağlığı Merkezleri ve Toplum Sağlığı Merkezlerinde sosyal hizmet uzmanı istihdamı sağlanarak, uzmanların hizmet bölgelerindeki aileleri daha yakından inceleyerek; ailelerin hkb veya Alzheimer hastalığı hakkında bilgilendirilmesini; aile içinde hkb veya Alzheimer tanısı olan birey olması halinde aileye ihtiyaç duyduğu sosyal konularda danışmanlık ve yönlendirme hizmetlerinin verilmesini sağlamalıdır.

Kaynaklar

Akpınar, B. (2009).Alzheimer Hastalığı, Hafif Kognitif Bozukluk Ve Vasküler Demans Seyrinin Klinik Ve Nöropsikolojik Açıdan İncelenmesi, Bilim Uzmanlık Tezi, Mersin Üniversitesi Tıp fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, İzmir

Altın, M. (2006). Alzheimer Tipi Demans Hastalarına Bakım Verenlerde Tükenmişlik ve Anksiyete, Uzmanlık Tezi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, İstanbul

Alzheimer's Disease International World Alzheimer Report (September,2010),The Global Economic Impact Of Dementia, Published by Alzheimer's Disease International

Ateşkan, Ü. (2012).Alzheimer Hastalığı Risk Faktörleri. A.T Işık (Ed.),Her Yönüyle Alzheimer Hastalığı, (s.179-209). İstanbul: Kavis

Bennet, D.A. Wilson R.S. Schneider J.A. (2002). Natural History of Mild Cognitive Impairment in Older Persons. Neurology, 59, 198-205

Bingöl, A. (2010). Hafif Kognitif Bozukluk Süreci Nasıl İzlenmeli? Türk Geriatri Dergisi, 13,3, 43-46

Cankurtaran, M. ve Arioğul, S. (----). Demans ve Alzheimer Hastalığı, <http://www.eczacademi.org/?modul=makale>, 31.01.2013

Cumming, J.L. Cherry D. Kohatsu N.D. Kemp B. Hewett L. & Mittman B. (2002). Guidelines For Managing Alzheimer's Disease: Part 1 Assessment. AmericanFamPhys. 65 (11), 2263- 2272

Duyan, V. (1996). Sağlıkta Psiko-Sosyal Boyut (Tıbbi Sosyal Hizmet). Ankara: 72TDF0 Ltd.

Duyan V. (2010).Sosyal Hizmet Temelleri, Sosyal Hizmet Temelleri, Yaklaşımlar, Müdahale Yöntemleri. Ankara: Aydınlar

Elmacı, N.T. (2012).Alzheimer Hastalığı Epidemiyolojisi. Işık (Ed.),Her Yönüyle Alzheimer Hastalığı, (s.169-176). İstanbul: Kavis

Erdemoğlu, A.K. Varlıbaş, A. (2001). Alzheimer Hastalığında Hormon Replasman Tedavisi ve Diğer Potansiyel Tedavi Yöntemleri. Demans Dergisi, 1(4), 105-109

Farcnik K. ,Persyko M.S.(2002). Assessment, measures and approaches to easing care giver burden in alzheimer's disease, *Drugs & Aging*, 19 (3), <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12027778>, 16.05.2014

Gogia, P.P & Rastoki, N. (2008). *Clinical Alzheimer Rehabilitation*, Springer Publishing. United States Of America

Güler, S. (2011). Yaşlılarda Yürüme Bozuklukları ve Kognitif Yıkım Arasındaki İlişki. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 24, 4, s.331-339
<http://www.alz.org/what-is-dementia.asp,04/03/2013>
<http://www.nih.gov/researchmatters/april2006/04282006alzheimertm,26/02/2013>

Karaman, Y. (2002). *Alzheimer Hastalığı Ve Diğer Demanslar*, Ankara: Lebib Yalkın

Koçer, B. (1999). *Demans Epidemiyolojisi. Çizgi Tıp Yayınevi Demans Dizisi Dergisi*, 1(2), <http://www.cty.com.tr/demansdizisi/issues/35>, 28.01.2013

Koşgar, N. G. (1992). *Sosyal Hizmetlerde Aile Ve Çocuk Refah Alanı*. Ankara

Kuşgözoğlu, T. (2013). *Sağlık Alanında Sosyal Hizmet Uygulamaları*.

İ. Tomanbay (Ed.) ,*Sosyal Hizmet Uygulamaları*,(s. 84-106). Eskişehir: Web-Ofset

Lohmann, E. (2012). *Alzheimer Hastalığı Genetiği*. A.T. Işık (Ed.), *Her Yönüyle Alzheimer Hastalığı*,(s: 251-264). İstanbul: Kavis

Moore, D. & Jones, R. (2012). *Social Work and Dementia*. United States Of America: Sage

OECD European Union, (2010), "Dementia Prevalence", in *Health at a Glance Europe 2010*, OECD Publishing

Sheafor, B.W., Horejsi, C..J. (2012). *Techniques And Guidelines For Social Work Practise*. D.B. Çiftçi (Ed.), *Sosyal Hizmet Uygulaması Temel Teknikler ve İlkeler*, s(28), Nika

Selekler, K. (2007). *Alzheimer Hastalığında Koruyucu Faktörler Var mı? Türk Geriatri Dergisi*, 10,3, 156-168

Selekler, K. (2012). *Alzheimer Orta Yaşta Başlar*. İstanbul: Melis

Tellioğlu, S. B. (2011), *Alzheimer Hastalığı, Hafif Kognitif Bozukluk Ve Vasküler Demans Seyrinin Klinik ve Nöropsikolojik Açından İncelenmesi*, Uzmanlık Tezi, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, Mersin

Topçuoğlu, E.S. & Selekler, K. (1998). *Alzheimer Hastalığı*. *Türk Geriatri Dergisi*, 1(2), 63-67

T.C. Sağlık Bakanlığı Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi, Tarih: 16.02.2011

T.C. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) (2012a). *Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları 2012*. TÜİK Yayınları, Tarih: 28.01.2013, Sayı:13425, Ankara

T.C. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) (2012b). *Türkiye'nin Demografik Yapısı ve Geleceği 2010-2050*. TÜİK Yayınları, Ankara, Tarih:11.07.2012, Sayı: 1314



T.C. Sağlık Bakanlığı

Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı
Tel: 0312 324 33 28
E-Posta tibbisosyalhizmet@saglik.gov.tr

BAKANLIK YAYIN NO:

963