



**T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
ANTALYA İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
GENEL SEKRETERLİĞİ
ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

**ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ BİRİMİNDE İZLENEN
HASTALARIN VE BAKIM VEREN AİLE BİREYLERİNİN
VİRAL HEPATİT BELİRTEÇLERİNİN DURUMU**

Uzmanlık Tezi

Dr. Esra AYDIN

Tez Danışmanı

Uzm. Dr. Mehmet ÖZEN

Antalya, 2016



**T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
ANTALYA İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
GENEL SEKRETERLİĞİ
ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

**ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ BİRİMİNDE İZLENEN
HASTALARIN VE BAKIM VEREN AİLE BİREYLERİNİN
VİRAL HEPATİT BELİRTEÇLERİNİN DURUMU**

Uzmanlık Tezi

Dr. Esra AYDIN

Tez Danışmanı

Uzm. Dr. Mehmet ÖZEN

Antalya, 2016

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimime başladığım Katip Çelebi Üniversitesi İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ndeki değerli hocam Doç. Dr. Hüseyin CAN'a ve uzmanlık eğitimime devam ettiğim Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çok değerli hocam ve tez danışmanım Başasistan Uzm. Dr. Mehmet ÖZEN'e destekleri için teşekkür ederim. Kliniğimizde görevlendirildiği dönemde bilgi ve tecrübelerini bizlerle paylaşan kıymetli hocam Prof. Dr. Hakan YAMAN'a teşekkürü borç bilirim.

Kliniğimizin eğitim sorumlusu olma görevini büyük bir özveriyle üstlenen Doç. Dr. Ayhan Hilmi ÇEKİN'e, Hastanemizin rotasyon yaptığım kliniklerinde bilgi ve deneyimlerini cömertçe paylaşan; Doç. Dr. Aysel DERBENT UYSAL, Doç. Dr. Şakir ARSLAN ve Doç. Dr. Doğa TÜRKKAHRAMAN'a teşekkürlerimi sunarım.

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yaptığım rotasyonlar sırasında bilgi, deneyim ve tavsiyelerini her fırsatta bizlerle paylaşan Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı ve Psikiyatri Anabilim Dalı'ndaki hocalarıma teşekkür ederim.

Eğitim aldığım her iki eğitim ve araştırma hastanesindeki asistanlık süresince birlikte çalıştığımız, başta Uzm. Dr. Zeynep AŞIK ve Uzm. Dr. Ramazan VURAL olmak üzere tüm başasistan, uzman, asistan arkadaşlarıma, hemşirelere ve tüm hastane personeline, tez çalışmamda katkıda bulunan hasta ve hasta yakınlarına, tüm eğitim hayatım boyunca tüm sevgisini ve desteğini esirgemeyen annem, kardeşim, anneannem ve teyzem başta olmak üzere tüm aileme teşekkür ederim.

Dr. Esra AYDIN

Antalya, 2016

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ	viii
TABLolar DİZİNİ	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR	x
ÖNSÖZ yerine	1
1. GENEL BİLGİLER	2
1.1. Giriş	2
1.2. Evde Sağlık Hizmetleri	2
1.2.1. Evde sağlık hizmetinin kapsamı	3
1.2.2. Evde sağlık hizmetinin sunumu	4
1.2.3. Aile hekimliği ve koruyucu hekimlik açısından evde sağlık hizmeti	7
1.2.4. Yaşlılık ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde yaşlı nüfusun önemi	9
1.2.5. Dünyada evde sağlık hizmetlerinin durumu	12
1.2.6. Türkiye’de evde sağlık hizmetlerinin durumu	18
1.3. Viral Hepatitler	22
1.3.1. Hepatit A	22
1.3.2. Hepatit B	26
1.3.3. Hepatit C	38
1.3.4. HIV/AIDS	41
1.4. Araştırmanın amacı ve önemi	41
2. MATERYAL ve METOD	45
2.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklem	45
2.2. Verilerin Toplanması	45
2.3. Verilerin Değerlendirilmesi	46
3. BULGULAR	47
4. TARTIŞMA	55
5. SONUÇ VE ÖNERİLER	61
6. KAYNAKLAR	65
7. ÖZGEÇMİŞ	73
8. EKLER	74

ÖZET

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de 65 yaş ve üstü nüfus oranı gittikçe artmaktadır. Yaşlanmayla birlikte kronik hastalıkların ve yatağa bağımlılığın artması, hastanelerde verilen sağlık hizmetleri yanı sıra evde sağlık hizmetleri sunumunu ve sağlık bakımının evde sürdürülmesi ihtiyacını da ortaya çıkarmaktadır.

Günümüzde sağlık hizmeti kullanım maliyetini düşürmesi ve hastanelerde hasta yoğunluğunu azaltması nedeni ile evde sağlık hizmeti Avrupa ve ABD’de kamu tarafından desteklenmekte ve sosyal güvenlik kurumlarının tercihi olmaktadır. Bu değişim sürecinde 2010 yılında ülkemizde de kamu kurumları tarafından evde sağlık hizmeti vermeye başlanmıştır.

Bu çalışmada Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi (EAH) Evde Sağlık Hizmetleri Birimi’nden (ESHB) hizmet alan hastaların viral hepatit belirteçlerinin durum tespiti yapılması ve böylelikle sağlık çalışanlarının, hastanın, hasta yakınlarının ya da bakım verenlerin sağlığının korunması için gerekli önlemlerin alınması hedeflendi. Birimde Aralık 2010 ile Eylül 2015 arasında izlenen 1670 hastanın kimlik bilgileri ile hastane bilgi işlem sisteminde sorgulama yapılarak, viral hepatit belirteçleri (HAV-IgM, HAV-IgG, HBs-Ag, Anti-HBs, HBe-Ag, Anti-HBe, Anti-HCV) ve Anti-HIV tetkiki yapılmış olan hastalar saptandı. Elisa testi sonucu reaktif olan 43 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Bu 43 hastanın birlikte yaşadığı ve bakımını sürdüren kişilere ev ziyaretleri sırasında ya da telefonla ulaşılarak hastalarının durumu hakkında bilgi verilerek kendilerinin de kontrol edilmeleri gerektiği anlatıldı. 36 hastanın 57 yakını araştırmaya katılmayı kabul etti; Elisa testi mevcut olanların sonuçları değerlendirildi, olmayanlara hastasında saptanan bulgulara göre gerekli tetkikler yapıldı. Hastaların ve hasta yakınlarının, demografik ve klinik verileri bilgisayar ortamına aktarılarak SPSS 18.0 paket programı ile değerlendirildi.

Evde sağlık hizmetlerinden yararlanan ve Elisa testinde seropozitiflik saptanan hastaların yaş ortalaması 76’dır. En sık görülen hastalık grubu nörolojik ve kardiyak hastalıklardır. Hastaların büyük çoğunluğu yatağa kısmen bağımlı olup en çok birinci derece akrabası (özellikle çocukları) tarafından olmak üzere aynı ev ortamlarında, iyi hijyen koşullarında aileleri tarafından bakılmaktadırlar. Hastaların üçü (%7.0) perkütan endoskopik gastrostomi (PEG) yoluyla beslenmekte, 12’sinde (%27.9) idrar sondası

bulunmaktadır. Hastaların Elisa sonuçlarına göre; Anti-HAV IgG 40 kişinin hepsinde (%100.0), HBsAg 627 kişinin 20'sinde (%3,2), Anti-HCV 637 kişinin 14'ünde (%2,2) ve Anti-HIV 618 kişinin üçünde (%0,5) reaktif olarak saptanmıştır. Elisa testi reaktif olanlar incelendiğinde; Foley sondası bulunan 12 kişinin dokuzunda HBsAg, üçünde Anti-HBs'nin, ikisinde Anti-HCV reaktiftir. Takma diş kullanan ve/veya evde sunulan ağız diş sağlığı hizmetinden faydalanan dokuz kişinin ikisinde HBsAg, üç kişide Anti-HCV ve bir kişide Anti-HIV reaktif saptanmıştır.

Araştırmaya katılmayı kabul eden 57 hasta yakınının yaş ortalaması 49,5'dir. Çoğunluğu (%45,6) ilkokul mezunu, %38,6'sı ev hanımı olup, çoğunluğu (%84,2) hastasına diğer aile bireyleriyle birlikte bakmaktadırlar. Antalya EAH ESHB tarafından verilen eğitime katılanların oranı (%7.0) çok düşüktür. Hasta yakınlarının Elisa sonuçlarına göre; HBsAg 56 kişinin ikisinde (%3.6), Anti-HBs 55 kişinin 17'sinde (%30.9), Anti-HBe 24 kişinin ikisinde (%8.3) reaktif olarak bulundu. Anti-HCV bakılan 54 kişinin, Anti-HIV bakılan 50 kişinin hiç birinde reaktif sonuç saptanmadı.

Bulguların değerlendirilmesinden ESHB'de izlenen hastaların bulaşıcı hastalıklar yönünden yeterince ayrıntılı değerlendirilmediği, hem kendileri için, hem de sağlık çalışanları ve bakım verenler için risk oluşturabilecek viral hepatit etkenlerinin taşıyıcılığı olup olmadığının çok az sayıda hastada bakıldığı saptanmıştır. Yapılan testlerinin ise çoğunlukla başka klinikler tarafından ameliyat ya da girişimsel işlemler öncesinde istendiği, ESHB tarafından yapılan rutin tetkikler arasında Elisa testlerinin yer almadığı görülmüştür.

Çoğunluğu aynı ev ortamında yaşayan hasta ve bakım veren aile bireyleri önce ortak kullanım alanları ve hastayla direkt temas gerektiren durumlar nedeniyle başta viral hepatitler olmak üzere çeşitli hastalıklar yönünden bulaşma riski taşımaktadır. Bu durumun tüm aile bireyleri için önceden tespiti için çalışma yapılması, ESHB tarafından yapılacak izlemde hepatit belirteçlerinin tetkiki ve gerekli koruyucu önlemlerin alınması uygun bir yaklaşım olacaktır.

Anahtar kelimeler: Evde sağlık hizmetleri, Elisa, Hepatit A, Hepatit B, Hepatit C, HIV

ABSTRACT

The status of viral hepatitis markers of patients and caregiver family members, who followed by Home Health Care Unit of Antalya Training and Research Hospital

In the world and in Turkey the proportion of the population aged 65 and over is increasing. Increased age brings chronic diseases and being bedridden, and so the need of home health care is also increased. Home health care services are currently supported by general public in Europe and America and becoming a preference of social security institutions because they decrease health care utilization costs and decline the patient occupancy in hospitals. Throughout this period of change, home health care services started to be provided by public institutions also in our country by 2010.

This study aims to determine the situation of viral hepatitis markers of patients who get service from Antalya Training Research Hospital (TRH), Home Health Care Services Unit (HHCSU) and by this way take necessary measures to protect health of healthcare professionals, patients, patient relatives or people who provide health care. It is determined by inquiring in the hospital's information processing system with identification details of 1670 patients having been followed-up between December 2010 and September 2015 in the unit the individuals who have undergone examination for viral hepatitis indicators (HAV-IgM, HAV-IgG, HBs-Ag, Anti-HBs, HBe-Ag, Anti-HBe, Anti-HCV) and Anti-HIV examination. 43 patients who have a reactive Elisa test result were retrospectively examined. During the home visits or calls made to people who live together and provide care for 43 patients who have an reactive Elisa test, these people were informed about the situation of patients and they should also be checked. 57 relatives of 36 patients accepted to participate in the research; results of those who have already undergone an Elisa test were evaluated, and necessary examinations were applied on those who have not undergone yet according to the findings determined in their patient. Demographic and clinic data of patients and patient relatives were transferred in computer and evaluated with SPSS 18.0 package program.

Average age of patients who benefit from home healthcare services and on whom seropositivity was determined in the Elisa test is 76 years old. The most common disease group includes neurological and cardiac diseases. The great majority of patients are partially bedridden and they are cared by their family, primarily their first degree relatives (particularly their children) in the same home environment under good hygiene conditions. Three patients (7.0%) is fed by means of percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG), 12 patients (27.9%) have urinary catheter. According to Elisa test results of the patients, HAV-IgG was determined as reactive in all of 40 patients

(100.0%), HBsAg was determined as reactive in 20 of 627 patients (3,2%), Anti-HCV was determined as reactive in 14 of 637 patients (2,2%) and Anti-HIV was determined as reactive in three of 618 patients (0,5%). When Elisa test reactive patients were examined; nine of 12 patients who have Foley catheter, were HBsAg reactive, three patients were Anti-HBs reactive, and two patients are Anti-HCV reactive. Among nine patients who have dental plate and/or benefit from mouth and dental health service provided at home, two patients were determined as HBsAg reactive, three patients as Anti-HBs reactive, and three patients as Anti-HCV reactive and one patient as Anti-HIV reactive.

Average age of 57 patient relatives who accepted to participate in the research is 49.5. Majority of them (45.6%) are primary school graduate, 38.6% are housewives, and most of them (84.2%) are taking care of their patients with other family members. The ratio of those who have attended the public education given by Antalya TRH-HHCSU is significantly low (7.0%). According to the Elisa results of patient relatives, HBsAg was found reactive in two of 56 people (3.6%), Anti-HBs was found reactive in 17 of 55 people (30.9%) and Anti-HBe was found reactive in two of 24 people (8.3%). Any reactive result was not determined in any of 50 people on whom Anti-HIV was tested and in 54 people on whom Anti-HCV was tested.

It is determined upon evaluation of the findings that the patients being followed-up in HHCSU have not been evaluated sufficiently in detail in terms of infectious diseases; the existence of porter status of viral hepatitis indicators which may pose a risk both for themselves and healthcare employees and caregivers has been examined in very few numbers of patients. The tests which have been performed were mostly requested by other clinics before surgical operations or interventional procedures, Elisa tests were not included in routine investigations performed by HHCSU.

Patients and family members who provide care, living mostly in the same home environment are carrying the risk of infection for various diseases primarily viral hepatitis particularly by reason of common use areas and the situation which require direct contact with patients. Conducting a study for determination of this situation in advance for all family members, investigation of hepatitis markers during the follow-up to be performed by HHCSU and taking necessary precautions will be a reasonable approach.

Keywords: Home health care services, Elisa, Hepatitis A, Hepatitis B, Hepatitis C, HIV

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sekil	Sayfa
Şekil 1.1. Akut hepatit B enfeksiyonunun seyri ve serolojik belirteçlerin değişimi	32
Şekil 3.1. Hastaların bakımını karşılayanlara göre dağılımı.....	49
Şekil 3.2. Hasta yakınlarının/bakım verenlerin eğitim düzeyi.....	51
Şekil 3.3. Hasta yakınlarının/bakım verenlerin hastaya yakınlık durumları.....	52



TABLolar DİZİNİ

Tablo	Sayfa
Tablo 3.1. Antalya EAH-ESHB’de izlenen hastaların cinsiyet ve yaş özellikleri	47
Tablo 3.2. ESHB’de izlenen 1670 hastaya yapılan ELISA testlerinin sayısı	47
Tablo 3.3. Reaktif test sonucu olan hastaların yaşadığı yere göre dağılımı	48
Tablo 3.4. Testi sonucu reaktif olan hastaların mevcut hastalık sayısına göre dağılımı	48
Tablo 3.5. Testi sonucu reaktif olan hastaların tanılarına göre dağılımı	49
Tablo 3.6. Hastanın bakımını karşılayan kişiye göre Elisa testi reaktif olanların dağılımı ...	50
Tablo 3.7. Elisa testi reaktif olanlarda risk faktörlerinin bulunma durumu	51
Tablo 3.8. Hasta yakınlarının sosyo-demografik özellikleri	52
Tablo 3.9. Hasta yakınlarının Elisa testi sonuçları	53
Tablo 3.10. HBsAg testi sonucuna göre hasta yakınlarında bakılan test sonuçlarının karşılaştırılması	54
Tablo 3.11. Anti-HCV testi sonucuna göre hasta yakınlarında bakılan test sonuçlarının karşılaştırılması	54

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ADA	: American Diabetes Association (Amerikan Diyabet Birliği)
ADSM	: Ağız ve diş sağlığı merkezi
ALS	: Amyotrofik lateral skleroz
ALT	: Alanin aminotransferaz
Anti-HBc	: Hepatit B kor antijenine karşı antikor
Anti-HBe	: Hepatit B e antijenine karşı antikor
Anti-HBs	: Hepatit B yüzey antijenine karşı antikor
AST	: Aspartat aminotransferaz
BBSH	: Birinci basamak sağlık hizmetleri
BKİ	: Beden kitle indeksi
BT	: Bilgisayarlı tomografi
DM	: Diyabetes mellitus
DNA	: Deoksiribonükleik asit
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EAH	: Eğitim ve araştırma hastanesi
ESHB	: Evde sağlık hizmetleri birimi
HBsAg	: Hepatit B yüzey antijeni
HBV	: Hepatit B virüsü
HCV	: Hepatit B virüsü
HDV	: Hepatit D virüsü
HIV	: İnsan immün yetmezlik virüsü
HT	: Hipertansiyon
ICD	: International classification of disease / uluslararası hastalık sınıflaması
ICF	: International classification of functioning / uluslararası işlevsellik sınıflaması
IDF	: Uluslararası Diyabet Federasyonu
IFN- α	: İnterferon alfa
KAH	: Koroner arter hastalığı
KHB	: Kronik viral hepatit B
KHC	: Kronik viral hepatit C
KHD	: Kronik viral hepatit D
KOAH	: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı
PEG	: Perkütan enteral gastrostomi
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SVH	: Serebrovasküler hastalık
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
VHSD	: Viral Hepatit Savaşım Derneği
WHO	: World Health Organization

ÖNSÖZ yerine

Fatih Sultan Mehmet'in Tababet ile İlgili Vasiyetnamesi*



"Ben ki, İstanbul fatihi aciz kıl Fatih Sultan Mehmet,
Bizzat alın terim ile kazanmış olduğum akçelerimle satın aldığım,
İstanbul'un Taşlık mevkiinde bulunan 136 dükkânımı aşağıdaki
şartlarla vakfederim. Şöyle ki:

Bu gayrimenkullerimden elde edilecek gelirlerle İstanbul'un her
sokağına ikişer kişi tayin ettim. Bunlar, ellerindeki bir kap içerisinde
kireç tozu ve kömür külü olduğu halde günün belirli saatlerinde
sokaqları gezsinler. Sokaqlara tükürenlerin, tükürükleri üzerine bu tozu
döksünler. Yevmiye 20'şer akçe alsınlar. Ayrıca 10 cerrah, 10 tabip ve 3
de yara sarıcı tayin ve nasp eyledim. Bunlar, ayın belli günlerinde
İstanbul'a çıksınlar, istisnasız her kapıyı çalsınlar ve o evde hasta olup
olmadığını sorsunlar; var ise şifası, yok ise kendilerinden hiçbir karşılık
beklemeksizin Darülacezeye kaldırıılarak orada tedavi edilsinler.

Maazallah herhangi bir gıda maddesi sıkıntısı meydana gelebilir. Böyle
bir hal karşısında bırakmış olduğum 100 silah, ehli erbaba verilsin.
Bunlar vahşi hayvanın yumurtada ve yavruda olmadığı sıralarda
balıkçılara çıkıp avlansınlar. Böylece hastalarımız gıdasız kalmasınlar.
Ayrıca külliyyemde bina ve inşa ettiğim imarethanede şehit ve şühedanın
harimleri ve Medine-i İstanbul fukarası yemek yesinler. Ancak yemek
yemeye veya almaya bizzat kendileri gelmesin, yemekleri günün loş bir
karanlığında ve kimse görmeden kapalı kaplar içerisinde evlerine
götürülsün".

* Kaynak: Uçar M, Deniz S. Türk Tarihinde Askeri Sağlık Hizmetleri. TAF Prev Med Bull, 2012; 11(1):103-18.

1. GENEL BİLGİLER

1.1. Giriş

Özel gereksinimi olan çocuktan, kronik hastalığı olan birey veya günlük yaşam aktivitelerinde yetersiz olan bireyin bakımı gibi birçok alanda hastane dışında evde bir sağlık profesyoneli tarafından bakım görme gereksinimi her geçen gün daha da belirginleşmektedir (1).

Küreselleşme, dünya genelinde toplumların ekonomik, siyasi ve toplumsal alanlarında köklü değişiklikler ortaya çıkarmış; bu durum kamu hizmetlerinin yönetiminde değişimlere neden olmuştur. Temel kamu hizmetlerinden olan sağlık hizmetlerinin yönetimi de bu durumdan etkilenmiş ve yeni kavramlar sağlık sistemimiz içinde telaffuz edilmeye başlanmıştır. Bu kavramlardan biri olan evde bakım hizmetleri de ülkemizde farklı sektörlerin farklı bakış açılarıyla ele aldıkları ve kendi sistemlerine ait mevzuatlar çerçevesinde yürütmeye çalıştıkları yeni bir sağlık yönetim modeli olarak değerlendirilebilir. Evde bakım hizmeti sunumuna ihtiyacı olan bireylerin sağlığını korumak, yükseltmek, yeniden sağlığına kavuşturmak amacıyla tıbbi, sosyal ve rehabilite edici bakım hizmetlerinin bireyin yaşadığı ortamda verilmesi, kaynakların etkili bir şekilde kullanımının sağlanması için günümüz için olduğu kadar gelecekte de ihtiyaçları karşılayabilecek esneklikte bir evde bakım model önerisi sunmaktır (2).

Bugün yürürlükte olan yasalarda evde bakım ile ilgili maddeler bulunmasına rağmen, evde bakım hizmetlerinin tüm yönlerini kapsayan ve kamu hizmeti olarak değerlendiren uygulanabilir düzenlemelere ihtiyaç duyulmakla birlikte, bakım işini de profesyonel anlamda yürütebilecek çeşitli düzeylerde bakım elemanı yetiştiren programlar sayesinde de ülkemizde henüz gelişen bir uygulama olan evde bakımın uluslararası standartlara ulaşabileceği düşünülebilir (3).

1.2. Evde Sağlık Hizmetleri

Evde sağlık hizmetleri, gerek bir hastalık takibinde gerekse herhangi bir sağlık problemi olmaksızın bireylere kendi ortamlarında teşhis ve tedavi sonrası tıbbi bakım, tetkik ve

tahlil, aynı zamanda psikososyal ve rehabilitasyon desteğinin organize bir şekilde profesyonel bir anlayışla verilmesidir (4).

Değişen sağlık sorunları sosyal ve ekonomik koşullar, öncelikler düşünüldüğünde, mevcut sağlık sorunlarının katlanarak yeni sağlık sorunlarını getirmemesi için “sürekli sağlık hizmeti” gerekmektedir. Temel kaynak sağlıklı insan olduğundan insanın bulunduğu her ortamda her zaman sağlıklı koşullar gereklidir. Sürekli sağlık hizmetleri anlayışı beraberinde “evde bakım hizmetleri” kavramını gündeme getirmiştir. Koruyucu ve tedavi edici hizmetleri hasta ve ailesine kendi ev ortamlarında sunan ve aynı zamanda birey ve ailelere kendi hastalığını üstlenme bilincini kazandırmaya uygun bir hizmet modelidir (5).

Evde sağlık hizmeti sunumu; yataklı tedavi kurumlarını, toplum sağlığı merkezlerini, aile sağlığı merkezlerini ve bu merkezlerde çalışan aile hekimlerini ve aile sağlığı elemanlarını kapsar. Böylelikle araç ve ilgili personelin yetki ve sorumlulukları belirlenerek randevu – kayıt - takip sistemini uygulanır, evde sağlık hizmetlerinin etkinliği ve ulaşılabilirliği sağlanmış olur (6).

1.2.1. Evde sağlık hizmetinin kapsamı

Profesyonel hizmetler: Tıbbi hemşirelik hizmetleri, palyatif bakım, danışmanlık hizmetleri, hastalıkların ve özürlülüğün önlenmesi, sosyal hizmetler, laboratuvar hizmetleri, fizyoterapi, psikososyal rehabilitasyon hizmetleri, konuşma terapisi, hastabakıcılık hizmetleri, ilaçların sağlanması, hem hastaların hem bakım verenlerin bakım öncesinde ve bu süreçte destek sağlanması, kolostomi (stoma) bakımı, yara bakımı, infüzyon servisleri, diyabet eğitimi, kardiyoloji bakımı, onkoloji hizmetleri, yeni doğan ve hasta bebek bakımı, tıbbi beslenme hizmetleri, “hospice” programı (hastaların terminal dönemlerinde ve/veya hastanın kaybının ardından destek ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesi) bu kapsamda değerlendirilebilir.

Destek hizmetleri: Özbakımın sağlanması, kişisel bakım hizmetleri

Araç-gereç hizmetleri: Tıbbi cihaz, alet ve ekipman temini, sevk hizmetleri, kamu olanaklarına ulaşma imkanlarının sağlanması, özel yatak, tekerlekli sandalye ve bakım malzemeleri

Bu hizmeti sağlayan ekip, hekimlerden (aile hekiminden ve uzman doktorundan) hemşirelerden, sosyal hizmet uzmanlarından, diyetisyenlerden, fizyoterapistlerden, solunum terapistlerinden, konuşma terapistlerinden ebelerden, sağlık memurlarından, psikoterapistlerden, diyetisyenlerden, sağlık teknisyenleri ve sertifikalı kişilerden oluşmaktadır (5).

Evde bakımın kapsadığı alanlar, yoğunluğu ve suresi değişebilir. Bazen sadece bir çeşit sağlık hizmeti, aralıklı olarak, kısa bir süre için verilebilir. Bazen de birçok formdaki hizmet şekli çok uzun sürelerle verilebilir. Akut, yarı-akut, rehabilitasyon, koruyucu, uzun dönem ve huzurevi tarzı sağlık bakım hizmetleri hekimin gözetimi altında hasta evinde sunulabilir. Hekimin evde bakımdaki rolü, hastalarla olan ilişkisi, hasta değerlendirme, disiplinler arası ekibin seçilmesi, bakım planının hazırlanması, bakımın koordinasyonu ve kamu kaynaklarının mümkün olduğunca kullanılması evde bakım hizmetlerinin sunulmasında önemli faktörlerdir (5).

1.2.2. Evde sağlık hizmetinin sunumu

Evde sağlık hizmetleri, evde bakımı gereken kişinin saptanması ile başlar. Saptanan bu kişi, hasta, evde bakımın merkez noktası olsa da bir bütün olarak hedeflenen sonuç, hasta ailesi yaşadığı ortamı da içine alan karmaşık bir yapıdadır. Primer doktor onayı ile başlayan bakımın ilk aşamasında, bakım uzmanları tarafından planın içeriği ve gerekli bilgiler aile üyelerine aktarılır. Her ziyarette tıbbi kayıtlar tutulur ve düzenli olarak doktora rapor verilir. Ziyaretler sırasında hastanın yaşadığı ortam, ailesinin hastaya verdiği bakımın kapasitesi ve verilen ilaç tedavisinin doru uygulanıp uygulanmadığı kontrol edilmelidir. Tedavi süresince “bakım planı” devamlı gözden geçirilir ve gereğinde yeniden düzenlenir. Evde bakım hizmetlerinin yetersiz kalacağı durumlar saptanmalı gereğinde hastanın daha uygun koşullara transferi sağlanmalıdır (5).

Evde bakım hizmetleri, hizmeti veren kişiye göre iki sınıfa ayrılmaktadır: Farklı meslek alanlarındaki uzman ya da yarı uzman kişilerin verdikleri evde bakım “formal bakım”; akraba, arkadaş gibi aile bireylerinin verdikleri bakım ise “informal bakım” olarak tanımlanır. Bunun yanı sıra; evde bakım hizmetlerini, evde sağlık hizmetleri ve evde sosyal destek hizmetleri olmak üzere iki ana grup altında da sınıflayabiliriz (7).

Evde sağlık hizmetlerinden faydalanan hasta grupları: nöroloji hastaları, diyabet hastaları, onkoloji hastaları (kemoterapi ve ağrı yönetimi), felçli hastalar, kardiyovasküler ve solunum sistemi hastaları (solunum terapisi, oksijen ve ventilatör ihtiyacı), ortopedi ve travmatoloji hastaları, postoperatif bakım ihtiyacı olan yaşı ve özürlüler, uzun süre bakım hastaları, hemodiyaliz hastaları, enjeksiyon, infüzyon, katater, stoma, yara bakım, check-up ve laboratuvar tetkik ihtiyacı olanlardır (5).

Evde bakımın olumlu yönleri:

- Aileyi parçalanmaktan korur. Eğer bakım ihtiyacı olan kişinin çocukları varsa kişi aile yaşamının bir parçası olmaya devam eder.
- Bireyin kendi alıştığı ve rahat olduğu ortamda yaşamını sürdürebilmesine olanak tanır.
- Evde bakım kişinin enerjisini, hobilerini, arkadaş ilişkilerini, iletişimini ve sportif aktivitelerini eskiden olduğu gibi sürdürebilmesine olanak verecek biçimde harcamasını sağlar.
- Bireyin toplumdan izole hale gelmesini önler, böylece kişinin memnuniyetini artırır.
- Bireyin bağımsız yaşamasına olanak tanır.
- Bakım alan kişilerin ve yakınlarının yaşam kalitesini artırır. Yaşı yakınlarına dinlenme olanağı sağlar.

Hastalık durumlarında ise;

- İyileşmeyi hızlandırır.
- Kişinin hastalığı üzerindeki kontrolünü artırır.
- Kurumlara geri dönüşleri azaltır.
- Hastane enfeksiyonlarından korur.
- Kişiyi gereksinim duyduğu bakımı verir.
- Hastalarda stresin azalmasını sağlar.
- Maliyeti kısa dönemde daha düşüktür.
- Hastanelerde erken taburcu edilmeler nedeniyle sirkülasyonu hızlanır, daha az yatak ve personel ile daha çok hastaya hizmet sunulur.
- Hastalar yataklı tedavi kurumlarına yatış için sıra beklemez veya daha az sıra beklerler.

- Bireye tanı konulmasından iyileşme gerçekleşinceye kadar kesintisiz bir sağlık hizmeti sunulması sağlanır (8).

Evde bakımın olumsuz yönleri:

- Kişi özel yaşamına müdahale ediliyormuş duygusuna kapılabilir.
- Aile üzerinde artan duygusal, fiziksel ve ekonomik baskı oluşabilir.
- Evde sağlık bakımı verilmesi durumunda birey kendisini gerçekten hasta hissedebilir.
- Birey hastalığın ağırlığına ve gereksinim duyduğu evde bakım hizmetlerine bağlı olarak çevresini çok sayıda insan, alet ve malzeme ile sarılmış hissedebilir (8).

Günümüzde Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) ve diğer Batı ülkelerinde çocuk ıslah evlerinden yaşlılar yurduna varıncaya kadar gönüllü çalışan, hizmet veren sivil toplum kuruluşu üyeleri bulunmaktadır. Bu tür uygulamaların Türkiye için de kabul edilebilir bir kültürel anlayış olduğu söylenebilir. Çünkü ülkemizde evde bakım hizmeti ihtiyacı olan hasta bireylerinin çoğunluğu yaşlılardır. Bu nedenle yaşlı bakımı evde bakımın önemli bir parçası haline gelmiştir. Aileler ve toplum, yaşlı ve hasta bireylerin koruma, bakım, destek ve tedavisinde anahtar rol oynamaktadır. Aile yaşlı bireye yönelik; psikolojik destek, iyi bir gözlem, fiziksel yardım, herhangi bir hastalık durumunda tedavi planının takibi, gerektiğinde yardım çağırarak gibi evde bakımda önemli görevleri yerine getirerek evde yaşlı bakımının bel kemiğini oluşturmaktadır. Ancak ülkemizde organize evde bakım hizmetleri tam olarak gelişmediğinden bu önemli görevler yerine getirilirken hem bakım veren hem de bakımı alan aile bireyleri pek çok sorunla karşı karşıya kalmaktadır (8).

Yaşlı bireyin bakımından sorumlu olan aile üyesinin;

- Kendisinin çok genç ya da çok yaşlı olması,
- Çalışıyor olması,
- Ciddi bir hastalık ya da sakatlığının olması,
- Birden fazla bağımlı aile üyesine bakıyor olması,
- Yaşlı bireyin bakım sorumluluğunu kabul etmekle toplumsal rollerinin kısıtlandığını düşünmesi,
- Bakımını üstlendiği yaşlı bireyin ciddi bellek ve davranışsal sorunlarının olması

gibi durumlarda, bakım veren kişi ve aile üyelerinde kurum bakımına yönelme eğilimi artmaktadır. Bununla birlikte; yaşlı bireyin aşırı ilgi beklemesi, çocuksu davranışlar göstermesi, bakım verenlere düşmanca davranması, yaşlı bireyin kendisini çevreden soyutlaması gibi bazı davranışlar da yaşlıya bakım vermede sorunlar yaratmaktadır (9). Evde bakım hizmeti yaşlıların kendi evlerinde ya da çevrelerinde evde bağımsız olarak yaşayabilmelerini sağlayarak yaşam kalitesini artırmayı amaçlamaktadır. Dolayısıyla evde bakım hizmetleri sosyal ve sağlık hizmetlerinin geniş bir bölümünü kapsamaktadır (8).

1.2.3. Aile hekimliği ve koruyucu hekimlik açısından evde sağlık hizmeti

Aile hekimi, disiplinin ilkeleri doğrultusunda eğitim almış; yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın herkese kapsamlı ve sürekli bakım sağlayan sorumlu doktordur. Bireylere kendi aile, toplum ve kültürleri bağlamında hizmet sunarken her zaman hastalarının bağımsız kişiliğine saygı duyar. Ayrıca topluma karşı da mesleki sorumluluk taşırlar. Yönetim planlarını hastalarıyla görüşürken, yineleyen temaslarla oluşan bilgi birikimini ve güveni kullanarak fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluşsal etkenleri birlikte değerlendirir (10).

Ülkemizde sürdürülmekte olan aile hekimliği uygulamasının yasal zeminini oluşturan Aile Hekimliği Kanunu'nda aile hekimi; "kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekanda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığı'nın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabiptir" şeklinde tanımlanmıştır (11).

Amerikan Koruyucu Hekimlik Koleji'nin tanımına göre koruyucu hekimlik; "Belli bir topluluğun sağlık ve refahını artırmak ve korumak, hastalık, sakatlık ve zamansız ölümü önlemek için başlıca uğraşı toplumun sağlığını göz önünde tutan becerileri kullanmak olan bir hekimlik türünde uzmanlık sahibi olmak" olarak tanımlanmıştır. Sağlığın korunmasında en temel basamak, kişinin kendi sağlığını korumak yönünde yapacağı uygulamalardır, bu da ancak etkili bir sağlık eğitimiyle mümkündür. Aile hekiminin en önemli görevlerinden biri de bireylere sağlık eğitimi vermektir (12).

Sağlığın korunmasında en önemli faktörlerden biri de sağlıklı çevredir. Kişilerin sağlıklarını tehdit eden risk faktörlerini öğrenmeleri ve bunlardan nasıl korunacakları konusunda dolaysız bilgi sahibi olmalarında aile hekimi kaynak olabilir. Tedavi hizmeti sunan doktorlar da koruyucu hekimlikten sorumlu olup kişi, aile ve toplumda koruyucu ilkelerin uygulanmasında işbirliği yapmalıdır (13). En etkin koruyucu hekimlik birinci basamakta yapılabilir. Aile hekimi kişiye yönelik sağlık hizmetleriyle tedavi uygulamalarını bir arada yürütür (14).

Koruyucu hizmetlerin bir kısmı aile hekimleri ve pratisyen hekimlerce ve çoğunlukla yalnız başlarına muayenahanelerinde yalnız başlarına ayaktan tıbbi bakım şeklinde yürütülmekte iken diğer kısmı da kişiye ve çevreye yönelik bir bütün olarak yürütülmektedir. Aile sağlığı bütünlüğü evde bakım alan hasta gruplarını da kapsadığından evde bakımda doktorun rolü hastanın konumunun ve kaynaklarının evde bakıma uygun olduğunun belirlenmesiyle başlar. Evde bakım uygulamasının başarılı olabilmesi için doktor, hasta ve hasta yakınlarıyla sürekli bir temas halinde olması gerekir (15).

Koruyucu sağlık hizmeti üçe ayrılır: Birincil koruma, hastalık oluşumunun önlenmesidir. İkincil koruma, erken tanı ve tedavidir. Üçüncül koruma ise komplikasyonları ve erken kötüye gidişi önleme ve rehabilitasyondur (16). Koruyucu hekimlikte koruyucu yaşlı hizmetleri çok önemlidir. Bunlar; rehabilitasyon, uzun süreli bakım hizmetleri, palyatif tedavi ve sosyal hizmetlerdir ve sosyal Hizmet alanları içerisinde önemli yeri olan bir alan da yaşlılıktır. Sosyal hizmet alanları toplumsal yapıya göre farklılık arz etmekle birlikte başta korunmaya muhtaç çocukların tespiti, çocuk istismarı ve ihmalinin önlenmesi, kurum bakımı, koruyucu aile hizmetleri, evlat edindirme hizmetlerini kapsarken, gençlere yönelik olarak, yetiştirme yurtları, işe yerleştirme, gençlik evleri, gençlik merkezleri gibi hizmetler yer almaktadır (15).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkili bir şekilde verilebilmesi, toplumun hastalık yükünün azaltılmasının yanı sıra ikinci ve üçüncü basamak tedavi kuruluşlarımızın da daha iyi ve kaliteli sağlık hizmeti ve sağlık eğitimi vermelerine fırsat tanıyacaktır. Buna göre koruyucu hekim; sağlığın korunması ve hastalıkların önlenmesi, bakımın sürekliliği, iletişim becerisi, hastaların sağlık eğitimi, kronik hastalıkların yönetimi, uygun tıbbi kayıt tutma-saklama, acil ve mesai dışı hizmet, ekip çalışması, meslektaş ve

hastalarla profesyonel ilişkiler, maliyet-yarar analizi yapma, öğretme ve araştırma kavram ve uygulamalarının bütünü oluşturmaktadır (15).

1.2.4. Yaşlılık ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde yaşlı nüfusun önemi

Yaşlılık normal bir süreç olup, “bireylerin fizyolojik ve ruhsal güçlerini geri dönüşümsüz olarak yavaş yavaş kaybetme durumu” olarak tanımlanabilmektedir (3). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 65 yaş ve üzeri nüfusu ‘yaşlı’ olarak tanımlamaktadır (17). Farklı yaş kriterlerinin kullanımı da söz konusudur. Örneğin, Birleşmiş Milletler bu alandaki çalışmalarında 60 ve üzeri yaş grubunu temel almaktadır. Ancak, ulusal ve uluslararası yaşlılık çalışmalarının genelinde DSÖ’nün tanımı esas alınmaktadır. Yaşlı nüfus kendi içerisinde de alt gruplara ayrılmış olup; 65-74 yaş grubu “genç yaşlı”, 74-84 yaş grubu “yaşlı”, 85 ve üzeri yaş grubu “en yaşlı yaşlı” olarak tanımlanmaktadır. DSÖ’nün 1998’de yayımladığı bir belgede dünya genelinde yaklaşık olarak 580 milyon yaşlı bulunduğu ve bunların yarısından fazlasının ise gelişmekte olan ülkelerde yaşadığı belirtilerek, 2020 yılına gelindiğinde ise 60 yaş ve üzeri nüfusun bir milyardan daha fazla olacağı ve bunun 700 milyonunun gelişmekte olan ülkelerde yaşayacağı tahmin edilmiştir (18).

Dünya genelinde 60 yaş üzerindeki nüfusun 2025 yılında 1,2 milyara, 2050 yılında 2 milyara ulaşması beklenmektedir. Ülkemizde 1990 nüfus sayımına göre yaşlı nüfus oranı %4,3 iken, 2000 yılında bu oran %5,6’ya yükselmiştir. Yaşlı nüfusun artışıyla birlikte yaşlı bağımlılık oranları da yıllar itibariyle artmıştır. Bu oran, 1940 yılında %6,5’ten 1970’te %8.2’ye yükselmiş ve günümüzde %10.8 olmuştur. Ülkemizde 2010 yılı itibariyle 5 milyondan fazla yaşlı (65 yaş ve üstü) bulunmaktadır. 2025 yılına gelindiğinde ise nüfusun 85 milyona ulaşacağı ve yaşlı nüfusun da 8,4 milyon olacağı öngörülmektedir. Bu verilere göre, 2025’te nüfusun %10’unun 65 yaş ve üzerinde olacağı, yaşlı bağımlılık oranının ise %14,5’e yükseleceği tahmin edilmektedir (19, 20).

Ülkemiz yaşlanma sürecinin hızlı olduğu gelişmekte olan ülkeler arasındadır. 1955 nüfus sayımında yaşlı nüfusun toplam nüfusa oranı %3,4 iken, 2010 nüfus sayımında bu oran %7,1 olarak saptanmıştır. Mevcut demografik eğilimlerin devam edeceği varsayımından hareketle, yaşlı nüfusun Türkiye’de de sosyal, demografik ve ekonomik açıdan önem kazanması beklenmektedir (21). Türkiye İstatistik Kurumu’nun yapmış

olduğu projeksiyonlarda doğuştaki yaşam beklentisinin 2025 yılında erkeklerde 73,1'e, kadınlarda da 78,9'a yükseleceği öngörülmektedir. Bu da Türkiye nüfusunun yaşlanmaya devam edeceği ve yaşlı nüfusun büyük bir bölümünü kadınların oluşturacağı anlamına gelmektedir (22).

Yaşlıların hastane ortamında uzun süre bakılmasının ülkelere getirdiği maddi yük, günümüzde hızla artan nüfus, kişi başına düşen hastane yatak sayısında azalma, hastada hastaneye yatış ile ilgili birçok fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunlara neden olabilmektedir. Teknolojik gelişmeler sağlık hizmetlerinin ev ortamında da yapılmasına olanak verebilmektedir. Bunun yanı sıra yaşlıların büyük çoğunluğu kendi ev ortamlarında kalmayı tercih etmektedirler. Tüm bu faktörler yaşlı bireylerin evde bakımını gündeme getirmektedir (23).

Artan yaşlı nüfus ile birlikte sağlık ve bakım harcamaları da artacaktır. Dolayısıyla birincil hedef yaşlı nüfusun daha uzun süre sağlıklı bir biçimde yaşamasını temin etmek olmalıdır (24). Bununla paralel olarak yaşlıların aile hekimlerinin rutin izleme programı kapsamına alınması, yaşlıların daha uzun süre bakım alabilecekleri sosyal tesislerin kurulması, hastanelerden kolay hizmet alabilecekleri düzenlemelerin yapılması amacıyla 2002 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından “Herkesin Sağlık-Türkiye’nin Hedef ve Stratejileri (Hedef 7)” doğrultusunda “Ulusal Yaşlı Sağlığı Programı’nın” geliştirilmesi ve uygulanması hedeflenmiştir. Ancak toplumun henüz yaşlılık döneminin özellikleri ve sorunlarına ilişkin bilgi düzeyi tam değildir ve yaşlı nüfusun sosyal hizmet, sosyal güvenlik ve sağlık alanındaki ihtiyaçlarının karşılanmasına ilişkin ekonomik ve sosyal sorunlar Türkiye’nin yakın bir gelecekte karşılaşacağı en temel sorunlar olacaktır (6).

Türkiye Anayasasının 41’inci maddesi; aileyi, 61’inci maddesi de yaşlıları korumaya yöneliktir. Madde 41; “Aile Türk toplumunun temelidir. Devlet ailenin huzur ve refahı ile özellikle ananın ve çocukların korunması ve aile planlamasının öğretimi ile uygulanmasını sağlamak için gerekli tedbirleri alır, teşkilatı kurar.”, Madde 61; “Devlet özürlülerin korunmalarını ve toplum hayatına intibaklarını sağlayıcı tedbirleri alır. Yaşlılar devletçe korunur, yaşlılara devlet yardımı ve sağlanacak diğer haklar ve kolaylıklar kanunla düzenlenir” şeklinde düzenlenmiştir (5). Ne yazık ki Türkiye’de demografik yaşlanmanın farkına geç varılmıştır. Gerontolojik çalışmalar ancak 2005

yılından beri yapılmaya başlanmıştır. Bu anlamda tatmin edici bir literatür de mevcut değildir. Dahası yaşlanmış ve yaşlanmakta olan insanların sorunlarına ilişkin yeterli ölçüde deneye dayalı çalışmanın mevcut olduğunu söylemek de çok güçtür (25).

Tüm dünya ülkelerinde yaşanan demografik değişimlere paralel olarak Türkiye’de de çok sayıda kadının çalışma yaşantısına girmesi, çekirdek aileye dönüşüm, konutların küçülmesi ve ekonomik yetersizlikler gibi nedenler çoğunluğunu yaşlı nüfus oluşturan hasta bireylerin aile içinde bakımını güçleştirmektedir. Bu da sonuç olarak evde sağlık bakımına ihtiyaç duyan bir toplum yaratmaktadır. Bu nedenle Türkiye’de başta yaşlılara sunulacak bakım hizmetlerinde olmak üzere “evde sağlık bakım hizmetleri” ve “gündüz hastaneleri” gibi örgütlenmelere ihtiyaç duyulmaktadır (14).

Tüm sağlık sistemleri içinde kişileri yaşlılık döneminde kronik hastalıklardan, yeti yitiminden korumak ve mental sağlığın sürdürülmesini sağlamak ayrıcalıklı bir sorumluluktur. Bir geriatrik program modelinin genel pratisyenlerin hizmet verdiği sağlık merkezi (sağlık ocağı), evde bakım hizmetleri, hastane hizmetleri ve toplum hizmetlerini içermesi gerektiği önerilmektedir. Birinci basamak kuruluşundaki sağlık ekibi, hekim yönetiminde ev hizmetini örgütleyen sosyal hizmet uzmanları, hemşireler ve gönüllülerden oluşmaktadır. Sosyal hizmetlerin verilmesi sırasında rastlanan beslenme ile ilgili sorunları çözmek için diyetisyenlerle işbirliği yapılmalıdır (8).

Ülkemizde ulusal sağlık sistemi içinde yaşlılara yönelik organize edilmiş gerontolojik ve geriatrik bir alt sistem bulunmamaktadır. Günümüze dek bu yapılanmaya gidilmemesinin önemli bir nedeni giderek oranı artmakla birlikte yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranının düşük olması ve geleneksel yapımız gereği özellikle kırsal kesimde hala ataerkil aile içinde yaşlıların korunmasıdır. Atalay ve diğerleri tarafından 1992 yılında Türkiye genelinde yapılan “Türk Aile Yapısı” araştırmasında yaşlıların yaklaşık %36,0’sının çocuklarıyla, %63,0’ünün kendi evinde ayrı yaşadığı, %1,0’inin ise akrabalarının yanında ya da kurumlarda yaşamlarını sürdürdükleri saptanmıştır. Konuya kır-kent bazında bakıldığında kentte yaşlıların %70,0’inin kendi evlerinde yalnız yaşadıkları kırsal kesimde ise bu oranın %51,0 olduğu bulunmuştur (8).

Günümüzde doğuştan beklenen yaşam süresinin uzaması nüfus içindeki yaşlı oranını artırmakta bu durum ise beraberinde kronik hastalıkların artışını gündeme getirmektedir.

Kronik hastalıklar yaşlıların günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkilemekte, yaşam kalitelerini düşürmekte ve bakım sorunlarına yol açmaktadır. Tüm yaşlıların yaklaşık %80'i en az bir, %50'si ise en az iki kronik hastalığa sahiptir Fiziksel yetersizlikler, ağrılar, kanser, kardiyovasküler hastalıklar, bilişsel bozukluklar, azalmış yaşam beklentisi ve sosyal izolasyon gibi sorunlar her ne kadar yaşlılara özel sağlık sorunları olmasalar da yaşlılıkta sık görülen sağlık sorunları arasında yer almaktadır. Bunların yanında yaşlılarda fizyolojik değişikliklere bağlı olarak diş kayıpları, iştahsızlık, hazımsızlık, emilim ve boşaltım bozuklukları, konstipasyon, diyare, kaşeksi, obezite ve enfeksiyonlara yatkınlık gibi sağlık sorunları gelişebilmektedir. Toplumda yaşayan yaşlılarda idrar inkontinansı prevalansının %8-34 arasında değiştiği, %70'inin ağrı yaşadığı bildirilmektedir (6).

Yaşlılardaki sağlık sorunlarının çok az bir kısmı tedavi edici hekimlik uygulamaları ile çözümlenebilmektedir. Böylelikle yaşlılar sağlık ve sosyal hizmetlere en fazla gereksinimi olan nüfusun çoğunu oluşturmaktadır. Yaşlıların evde bakıma olan ilgilerinin artmasının iki nedeni vardır. Bunlardan birincisi kronik hastalıkların yaşlıları diğer gruplara göre daha çok etkilemesi, bu nedenle de ev ortamında belirlenecek sürekli bakım hizmetlerine yaşlıların daha çok gereksinim duymalarıdır. İkinci nedense yaşlıların göreceli olarak hastaneleri daha çok kullanmalarına bağlı olarak daha yüksek oranda hastane sonrası bakıma ihtiyaç duymalarıdır (26).

1.2.5. Dünyada evde sağlık hizmetlerinin durumu

Dinamik bir sürece sahip olan evde sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi incelendiğinde Ortaçağ Avrupası'na dayanmaktadır. Evde sağlık hizmeti sunmanın tarihsel gelişimini, bireye sunulan en ilkel sağlık hizmeti olan doğumun evde mi yoksa hastanede mi olması gerektiği tartışmalarının yaşandığı Roma'dan başlayarak anlatmak yerinde olabilir. Roma'da doğumlar alet ve edevatlarını bir çantayla yanında getiren ebenin eşliğinde gebenin evinde gerçekleştirilmekteyken, bazı toplumlarda doğumun sadece aile için değil toplumun bütünü için kutsal ve önemli sayılmasından ötürü doğum günlük kullanımın olmadığı özel mekanlarda gerçekleştirildiği bilinmektedir. Ortaçağ Avrupa'sında ise evde sağlık hizmeti uygulamaları, hastanın hastalığını diğer insanlara bulaştırmasını engellemek amacıyla yapılmıştır. Burada sunulan hizmetlerin tıbbi boyutu geri plandayken sosyal hizmetler (barınma, yemek vb.) ön plandadır (27).

Bazı koşullar 19. yüzyıldan itibaren bakıma muhtaç kişilere yardım etmek amacıyla organize resmi girişimlerin oluşmasında ve bu girişimlerin hızlanmasında aktif rol oynamışlardır. Kentlerde yaşayan fakir ve hasta kişiler hastanede bakım için gerekli parayı bulamadıklarından 19. yüzyılın sonlarında evde tedavi edilmeye ve desteklenmeye ihtiyaç duymuşlardır. 20. yüzyıla girilirken kentleşmedeki hızlı artış, şehirde yaşayan yoksul insan sayısındaki artışı ve buna bağlı sosyal koşullardaki bozulmayı beraberinde getirmiş, evde bakım ve desteğe olan ihtiyacı artırmıştır. Hastaya ev ortamında sağlık hizmetinin sunumu her ne kadar ortaçağlara kadar uzanmış olsa da, 19. yüzyıldan itibaren gerçek anlamda uygulanmaya başlanmıştır (27).

Evde bakım hizmetlerinin tarihsel süreci içinde ev ziyaretlerinin başlangıcından bugüne kadarki durumuna bakıldığında, evde bakım hizmetlerinin değerinin sürekli yeniden keşfedilmekte olduğu ve bütün ülkelerde hızla yaygınlaştığı saptanmıştır. Yaygınlaşma ve artışın nedeni kısmen artan ihtiyaç olmakla birlikte, gelişmiş ülkelerde, ekonomik nedenlerden dolayı hastanede bakımdan evde ve toplum içinde bakıma doğru bir yönelme olmasından da kaynaklanmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde temel olarak azalan kaynaklar nedeniyle, devlete ait sağlık hizmetleri ve özellikle hastane hizmetleri kalitesiz olduğu, nüfusun çoğunluğunun özel sağlık hizmetlerine ulaşabilme imkanından uzak olduğu ve bundan dolayı hem akut hem de uzun süreli bakımın yükünün ailenin üzerine kaydığı ifade edilmektedir (27).

Dünyada evde sağlık hizmetlerinin durumuna bakıldığında, genellikle evde bakım hizmetlerinin bir parçası olarak karşımıza çıkar. Dünyada evde bakım hizmetleri içerisinde; evde sağlık hizmetleri, evde yardım, evde takip hizmetleri, süreli bakım, evlere yemek servisi, telefonla yardım servisi ve evlere bakım-onarım hizmeti gibi hizmetler yer almaktadır. Uygulamada bu hizmetler için “home care services”ın eş anlamlısı olan “domiciliary care service” kavramı da kullanılmaktadır (28).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşam kalitesini, hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak, kişilerin yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde durumlarını algılama biçimi olarak tanımlar (26). DSÖ’ye göre evde sağlık hizmetlerinde temel amaç, hastalara kaliteli ve tatmin edici sağlık hizmetleri sunarak, onları tedavi etmek ve hedeflenen bu yaşam kalitelerini yükseltmektir. Dünya nüfusundaki dinamik değişiklikler; beklenen yaşam süresinin artışı ile dünya nüfusunun

yaşlanması, kanserler, kardiyovasküler hastalıklar, HIV/AIDS ve Tüberküloz gibi kronik hastalıkların ölüm sebepleri sıralamasında üst sıralarda yer alması sonucu uzun dönem sağlık hizmeti ortaya çıkmıştır (28).

Dünya Sağlık Örgütü, 2010 yılına kadar insanların aile ve topluma dayalı temel sağlık hizmetlerine daha iyi ulaşılabilmesini, Alma Ata kongresinde de alınan kararın devamı olarak 21. yüzyılda “Herkes için Sağlık” anlayışını hedefler arasında saymaktadır. Bu hedefi gerçekleştirmeyi amaçlayan Sağlıkta Dönüşüm Programı, aileye dayalı temel sağlık hizmetlerini gerekli eğitim ve beceri ile donanmış sağlık ekipleriyle, entegre bir şekilde sunmayı öngörmektedir. Dünyanın pek çok ülkesinde aile hekimliği başarıyla uygulanmış olup ülkemizdeki aile hekimliği uygulama çalışmaları desteklenmektedir (29).

Sağlıkta dönüşümün getirdiği teşkilatlanma modelinde temel hizmet ünitesi aile hekimliği birimi olarak düşünüldüğünden, evde bakım olgusunun önemi ülkemizde daha da artacaktır. Aile hekimliği modeli sağlık ocağı sistemini öteleyen ve tedaviyi ön plana çekip, koruyucu hekimlik faaliyetlerini oldukça azaltan bir model gibi görünmekle beraber, iyi yönlendirilebilir ve yeniden inşa edilirse, temel sağlık hizmetlerinin sunumunda ikinci aşama olarak, dar alanda geniş kapsamlı sağlık hizmetini daha kaliteli düzeyde sunma şansına da sahip olabilir. Sağlıkta dönüşümün bu geçiş döneminde deneme ve yanılmalarla sistemin güzelleştirilmesi herhalde sağlanacak, koruyucu hekimliği de kapsamına yeterli düzeyde alabilmiş ve evde bakım geleneğini geliştirmiş bir başlık organizasyonu yapılandırılacaktır. Evde bakım olgusunun bu dönüşmekte olan sağlık sistemleşmesinde arttırılacağı ümidini besleyen bir başka sebep de, evde bakım hizmetinin hastane ortamından daha az maliyetli bir hizmet olacağı gerçeğidir. Otelcilik hizmeti hastaneden eve kaydırılmış, yalnızca profesyonel sağlık çalışanı olarak hekim, hemşire, psikolog, fizik tedavi elemanı ve sosyal hizmetli gibi elemanların veya yardımcı sağlık çalışanı olarak hasta bakıcının evde vereceği yarı zamanlı veya tam zamanlı hizmet maliyeti geriye kalmıştır (30).

ABD, Avrupa Birliği ülkeleri, Çin ve diğer bazı ülkelerin sağlık sistemlerinde önemli yeri bulunan evde sağlık hizmetleri, Türkiye’de de yerel yönetimler ve özel sağlık kurumları tarafından yürütölmeye başlanmıştır (26).

Özellikle sağlık göstergeleri yönünden iyi durumda bulunan bir kısım Avrupa ülkesinde; aile hekimleri / pratisyen hekimler kamu kurumu niteliğindeki sağlık merkezlerinde, ekip anlayışı içinde belli bir bölgeden sorumlu, evde ve ayakta bakım ile kişiye ve çevreye yönelik koruyucu hizmetleri bir bütün olarak yürütmekte iken, diğer bir kısmında ise aile hekimlerinin / pratisyen hekimlerin muayenehanelerinde ve çoğunlukla yalnız başlarına ayaktan tıbbi bakım hizmetleri ile kişiye yönelik koruyucu hekimlik hizmeti vermektedir. Birinci basamak sağlık hizmetleri (BBSH) tanımı ve stratejileri 1978’de Alma Ata Konferansı’nda belirlenmiş ve Alma Ata Bildirgesi ile dünyaya duyurulmuştur. Bu bildirgenin altında imzası olan ülkelerden birisi de Türkiye’dir. Bu tarihten sonra, birçok Avrupa ülkesi birinci basamak sağlık hizmetlerini yerleştirecek ve geliştirecek kararlar almış, çevreye ve toplumun yaşam tarzına yaptıkları müdahaleler yoluyla sağlığı iyileştirecek politikalar uygulamışlardır (30).

Avrupa’da evde sağlık bakım hizmetleri yıllardır uygulanan bir toplum hizmetidir. Özellikle Hollanda, İsveç, Danimarka ve İngiltere gibi ülkelerde merkezi hükümetler sağlık bakım hizmetleri sunarken, diğer taraftan da kaliteli hizmet sunumunu teşvik programları yürütmektedir. Avrupa’da ve Japonya’da evde bakım bir sosyal hizmet olarak sunulurken, ABD’de bu hizmetler serbest piyasa ekonomisi kurallarına göre, kar amaçlı olarak sunulmaktadır (5).

Evde bakım hizmeti verilen ülkelere bazılarında yürütülen uygulamalara ilişkin bilgilere bu bölümde yer verilmiştir.

Amerika Birleşik Devletleri

ABD’de evde bakım ilk kez 1877’de New York şehri kadınlar komisyonunun bir hemşireyi işe alarak hemşirelik hizmeti vermesiyle başlamıştır. 1940’lı yıllarda hastane yataklarının büyük kısmını uzun süre işgal eden kronik hastalıklı bireylerin giderek artması üzerine hastaneler evde bakıma yoğun ilgi duymaya başlamıştır. Montefiore Hastanesi Evde Bakım Programı 1947’de tıbbi, hemşirelik ve sosyal hizmetlerin sunulması amacıyla başlatılan ilk hastane destekli evde bakım programı olmuştur (31). Montefiore modeliyle başlayan sağlık kuruluşlarının evde bakım hizmeti sunmaları sadece hastanelerle sınırlı kalmamıştır. Rehabilitasyon merkezleri ve hemşire bakım evleri de evde bakım programları sunmaktadır. ABD’de evde bakım hizmetlerinin

%40'ını özel şirketler, %25'ini ise hastane destekli evde bakım kuruluşları karşılamaktadır. Bakım için gerekli harcamaların büyük çoğunluğu, özellikle kurum bakımı Medicaid ve Medicare tarafından karşılanmaktadır. 1966'da Medicare evde bakım programını kapsamına aldıktan sonra evde bakım hizmetlerinin büyüme hızı artmıştır. 1981'de evde bakımın kabulü için gerekli en az üç gün hastane yatış kuralı kaldırılmış ve 1983'de evde bakım firmalarının maliyetleri çerçevesinde belirlenen fiyatlardan sonra büyüme hızı bir kat daha artmıştır (5).

İlk örgütlü evde bakım hizmetlerini 1880 yılında başlatan ABD, 2000'li yılların başında 18.000 evde bakım hizmeti veren kuruluşuyla, senede 90 milyonu aşkın ev ziyaretiyle, yaklaşık 45 milyar dolarlık para akışıyla, ulusal çapta dernekleri, konfederasyonları ve devlet desteğiyle bu sağlık hizmet biçimini bir endüstri haline getirmeyi başarmıştır. ABD hükümeti de maliyetin düşüklüğü nedeniyle evde bakım hizmetlerini desteklemektedir (5).

Hollanda

Avrupa'da en eski evde bakım yasası Hollanda'ya aittir. Hollanda hükümeti kanun ile her vatandaşı için evde sağlık bakımını, hemşirelik hizmetlerini güvence altına almış ve uzun süre hasta bireyin kendi evinde hizmet alması fikrini benimsemiştir. Yasa 1 Ocak 1968'den beri yürürlükte olup toplumun tümünü kapsamaktadır. Yürütülmesinden Sağlık Spor ve Sosyal Yardım Bakanlığı sorumludur. Hollanda'da bakım alacak kişinin ailesinde bakım için uygunluk ve sağlanacak aile desteğinin boyutu göz önünde bulundurulmamaktadır. Tüm ülkede tek tip bir protokol ile bireyin gereksinimi olan bakım türü tespit edilmektedir. Hollanda'da bu protokol hekimler, hemşireler ve sosyal çalışmacılardan oluşan bir ekip tarafından yürütülmekte ve bakım gereksinimini "Bölgesel Değerlendirme Kurulu" denen bu ekip belirlemektedir (32, 33).

Danimarka

Danimarka'da başlatılan Avrupa'daki en geniş ev ziyareti programı, başarılı hizmet sunumu için örnek bir model olmuştur. Danimarka'daki ileri derecede gelişmiş evde bakım sistemi 19. yüzyıl sonlarına dayanmaktadır. Danimarka'da 1937 yılında başlatılan, dört coğrafi bölgede uygulanan altı yıllık bir pilot çalışmanın sonuçlarının, ev

ziyaretinin bebek ölüm hızını ve hastalanma oranını azalttığını göstermesi evde bakımın ve ev ziyaretlerinin öneminin artmasında büyük rol oynamıştır (26).

İsveç

Avrupa’da evde bakım konusunda öncü olan bir diğer ülke İsveç’tir. Yaşlı ve düşkünler için 1960’larda başlayan sistematik evde bakım uygulamaları bulunmaktadır. Evde bakım hizmetlerinin yürütülmesinden belediyeler sorumludur. Sosyal hizmetler yasası; belediyeleri, yaşlı ve düşkünlere araştırarak saptamak ve gerekli hizmetleri sağlamakla görevlendirmiştir (34).

Almanya

Almanya’da evde bakımla ilgili yasa 1 Nisan 1995’te yürürlüğe girmiş, 1 Temmuz 1996’da kurumsal bakımı da içerecek şekilde genişletilmiştir. Toplumun tümü yasa kapsamındadır ve günlük yaşam aktivitelerinden iki veya daha fazlasında en az altı ay süreli bakımı gerektirecek özürlülük ve günde 1,5 saatten fazla destek gereksinimi olması gereği aranmaktadır. Bu değerlendirme süreci hekimler ve hemşirelerden oluşan bir “tıbbi komite” tarafından yürütülmektedir (34).

İngiltere

İngiltere’de kişilerin bakım gereksinimleri ile ilgili bir standart yoktur. Bakım ihtiyacının saptanması bölgeden bölgeye değişir ve genellikle ağır düzeyde özürlülük (disability) durumunda bakım hizmeti verilmektedir. Uygulamalar yerel yönetimlerin idaresinde olsa da, harcamalar aslen merkezi hükümet tarafından karşılanır. Uygulamaların yararlı olup olmadığı, olgu yöneticilerinin (case managers) bakım alan evleri düzenli ziyareti ile kontrol edilir (33, 34).

Japonya

Japonya’da yaşlı ve düşkünler için uzun dönem evde bakım sigortası yasası olan Kaigo Hoken 1 Nisan 2000 yılında yürürlüğe girmiştir. Bu tarihe kadar yürürlükte olan sağlık sigortası Japonya’nın değişen nüfus yapısı karşısında yetersiz kalmış, bu yüzden mevcut yasanın üzerine bu evde bakım yasası geliştirilmiştir (35).

1.2.6. Türkiye’de evde sağlık hizmetlerinin durumu

Evde bakım hizmetlerinin gemişı incelendiği zaman; ilk adımların Fatih Sultan Mehmet’in tababet ile ilgili vasiyetnamesiyle (36) 15. yüzyılda atıldığı, Osmanlı Devleti’nde gezici hekimlik hizmetinin o zamanki şekliyle sunulduğu ve hasta olan bireylere aile fertlerinin baktığı görülmektedir.

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası’nın 41’inci maddesi ailenin korunmasına, 56’ıncı maddesi herkesin sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahip olduğu, 60’ıncı maddesi herkesin sosyal güvenlik hakkına, 61’nci maddesi de sakatların ve yaşlıların devletçe korunmasına yer vermektedir (37).

Ülkemiz sağlık hizmetlerinin gelişimi ve organizasyonunda, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin bireylere ulaştırılması yönündeki alışmalar Cumhuriyetin ilanından günümüze kadar uzanan gelişim sürecinde hız kazanmıştır. Cumhuriyetin ilan edilmesinin ilk yıllarında itibaren ülkemizdeki bugünkü sağlık teşkilatlandırması ve sağlık hizmetlerinin temeli atılmıştır. Cumhuriyet döneminde bir yandan tedavi hizmet ağını genişletmek istenirken öteki yandan da koruyucu sağlık hizmetlerinde büyük bir atağa geçilmiştir. Cumhuriyet’in ilanı sonrası Dr. Refik Saydam lkemizde sağlık hizmetlerinin kuruluşunda ve gelişmesinde büyük katkılar sağlamıştır. Umumi Hıfzısıhha Kanunu’nda (1930) yer alan sağlık politikaları sağlık hizmetlerinin planlanması ve programlanması, koruyucu ve tedavi edici hekimliğin yürütülmesi, bulaşıcı hastalıkların önlenmesi, tıp fakültelerine ilginin arttırılması yönelik ilkeler mevcut olup bu ilkeler ışığında sağlık hizmetleri, "geniş bölgede tek amaçlı"/ "dikey örgütlenme" modeli ile yürütülmüştür. Nüfusun çok olduğu yerlerden başlayarak muayene ve tedavi evleri açılmış, koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan hekimler desteklenmiş günümüz sağlıkta dönüşüm programının temelleri daha o zamanlar da atılmıştır (29).

Türkiye’de evde sağlık hizmetleri uygulamalarında  evre dikkat çekmektedir. Bu evreler, Umumi Hıfzı Sıhha Kanunu erevesince yürütülen evde sağlık hizmeti uygulamaları, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun çerçevesinde yürütülen evde sağlık hizmeti uygulamaları ve 1980 yılı sonrası yürütülen evde sağlık hizmeti uygulamalarıdır. 1980 yılı öncesi dönemde evde sağlık hizmetleri koruyucu

sağlık hizmetleri odaklı ve devlet tarafından yürütülen bir hizmet olmuşken, 1980 sonrası hastaların evde bakımı özel sağlık kuruluşları ve kişiler tarafından hastaların hastane sonrası tedavilerinin ve bakımının yürütülmesi olarak işlev görmüştür (13).

Ülkemizde 1961 yılında çıkarılan birinci basamak sağlık hizmetlerinin veriliş esaslarını belirleyen 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Yasa”da, 1978 yılındaki Alma-Ata Deklarasyonu ile güncellik kazanan “Temel Sağlık Hizmetleri” felsefesi benimsenmiştir. Bu yasa, bireylerin eşit koşullar ve geniş olanaklarla sağlığını korumak, sağlık düzeyini yükseltmek, doğal ve sonradan ortaya çıkan eksikliklerini gidermek, sağlık durumunun devamlılığını sağlamak amaçlarını içermektedir. Bu yasanın ilkelerinden özellikle “kademeli hizmet ilkesi” evde sağlık hizmetleri sunumu açısından önemlidir. Bu ilke hastaların önce birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlara başvurmalarını, evde, ayakta tanı ve tedavileri yapılamayanların ikinci basamak hastanelerine sevk edilmeleri yönündedir. Böylece hastanelerde yığılmaların önlenmesi, hastane hizmetlerinin gerçekten ihtiyacı olanlara sunulması hedeflenmektedir. Türkiye’de evde bakım hizmetlerinin gerekliliğini ve önemi gösteren diğer bir ilke de “sürekli hizmet ilkesi”dir. Türkiye’nin Ulusal Sağlık Politikasını belirleyen bu ilkeye göre, herkese, her yerde, her zaman yerleşik planlı ve programlı bir sağlık hizmeti sunulması hedeflenmiştir (37).

224 sayılı yasanın uygulama biçimini düzenleyen 154 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönerge”de kronik hastalıkların bakımı ve izlenmesinin sağlık ocağının sorumluluğunda belirtilmiştir. Evde sağlık bakımının ise halk sağlığı hemşiresinin sorumluluğunda olduğuna yer verilmiştir. Ayrıca; anne, çocuk ve yaşlının sağlığının korunması ve geliştirilmesi sağlık ocağındaki hemşire, ebe ve hekimin işlevi arasında yer almaktadır (38).

Türkiye’de evde bakımla ilgili ilk proje 1993 yılında Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü’nce Ankara, Adana, İzmir ve İstanbul illerinde uygulanmış; ancak pilot uygulamalardan etkili sonuç alınamadığı için sürdürülememiştir. 1994 yılında Ankara Büyükşehir Belediyesi bünyesinde kurulan Yaşlılara Hizmet Merkezi ve İstanbul Büyükşehir Belediyesi’ne bağlı bir kuruluş olan İstanbul Sağlık AŞ, yaşlı hastalar için evde sağlık destek hizmetleri ve bazı özel sektör firmaları tarafından ücretli tıbbi bakım ve refakat hizmetlerinin sunulmaya başlanmıştır

(39). 1998 yılında düzenlenen 1. Ulusal Evde Bakım Kongresi ile evde bakım hizmetlerinin gerekliliği ortaya konmuş ve bu hizmetlerin kurumsallaştırılmasına yönelik “Kongre Sonuç Raporu” yayımlanmıştır (40).

Yasal çerçeve açısından durum değerlendirildiğinde ise 2005 yılına kadar evde bakım hizmetlerini sağlayacak kuruluşlar oluşturulmamıştır. Evde sağlık bakım hizmetlerinin kanuni çerçevesi Sağlık Bakanlığı tarafından 10.03.2005 tarih ve 25751 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan “Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik ile yürürlüğe girmiştir. Bu yönetmelik ile evde bakım hizmetleri resmi sigorta kapsamı içine alınmıştır. Buna göre evde bakım, hekimlerin önerileri doğrultusunda hasta kişilere, aileleri ile yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavi de dahil tıbbi ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sağlık bakım ile takip hizmetlerinin sunulmasıdır (41).

Türkiye’de özel sigorta kuruluşların sağlık hizmetlerinin kapsamı incelendiğinde, iki özel sağlık sigortasında kısmen de olsa evde sağlık hizmetleri yer almaktadır. 9 Şubat 2005 tarihli “Tedavi Yardımı Bütçe Uygulama Talimatında”, hastaların tedavilerini hastanede yapılmasını teşvik eden, buna karşın evde ve ayakta tedaviyi, doğrudan ya da dolaylı engelleyebilecek maddeler bulunmaktadır. Bu maddeler daha çok tedavi işlemleri sırasında hastalardan katılım payı alınması ve çeşitli kısıtlamalar şeklindedir. 12.01.2005 tarih 25698 sayılı “Milletvekilllerine, Yasama Organı Eski Üyelerine, Dışarıdan Atandıkları Bakanlık Görevi Sona Erenlere; Bunların Eşlerine ve Bakmakla Yükümlü Oldukları Çocukları ile Ana ve Babalarına, Ölenlerin Dul ve Yetimlerine Tedavi Yardımı Yapılmasına Dair Yönetmelik”in üçüncü maddesinde evde tedavi kavramı; “tabiplerin hastayı bulunduğu yerde (evinde, ikametgahında) tedavi etmeleri” olarak ifade edilmektedir (26).

Dünyanın birçok ülkesinde sağlık hizmeti sunumunda yaygın olarak kullanılan bu yöntem, ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından 01.02.2010 tarih ve 3895 sayılı “Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” ile kamu tarafından verilen bir hizmet niteliği kazanmıştır. Bu yönerge ile evde sağlık hizmeti sunan kurumların çeşitliliği artırılmış, hizmet veren birimin organizasyon, araç-gereç donanımı ve personel durumu ile verilecek hizmetin kapsamı tanımlanmıştır (42). 01 Mart 2011 tarihinde Sağlık Uygulama Tebliği’nde (SUT) yapılan değişiklikle, Sağlık

Bakanlığı birimlerince verilen evde sağlık hizmetleri günübirlik tedavi kapsamında SGK tarafından geri ödeme kapsamına alınmıştır (43).

Görüldüğü gibi Türkiye’de evde bakımın tarihi henüz çok yeni olup, bu alandaki ilk çalışmalar özel sektör tarafından başlatılmıştır. Bugün  lkemizde evde bakım hizmetleri yerel yönetimler tarafından yoğun olmakla birlikte, yerel yönetimler, özel hastaneler, özel evde bakım merkezleri ve kamu hastanelerinin evde sağlık hizmetleri birimleri tarafından yürütülmektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından 2010 yılında ESH’nin başlatılmasından sonra bu konuda bilimsel etkinlikler ve buna paralel olarak da bilimsel araştırmalar yapılmaya başlanmıştır.

Balıkesir Devlet Hastanesi Evde Bakım Hizmeti Birimi’nden hizmet alan 628 kişiden 65 yaş ve üzeri 377 yaşlının bakım alma nedenlerini ve sağlanan hizmetleri belirlemek amacıyla yapılan bir tanımlayıcı çalışmada 259’unun (% 68.7) kadın, 118’inin (% 31.3) erkek olduğu, yaş ortalamasının 80 yıl olduğu, %23.3’ünün kardiyovasküler hastalıklar ve hemipleji tanısı ile bakım almakta olduğu saptanmıştır (44).

 atak ve arkadaşları tarafından Burdur’da yapılan, evde sağlık hizmetlerinden yararlanan 65 yaş üstü hastaların profilinin incelendiği çalışmada yaş ortalaması 79,6 yıl olarak bulunmuştur. Evde sağlık hizmetinde kadınların daha sık yararlandığı, yaşlılara evde verilen tıbbi hizmetlerin %46.3’ünün muayene ve ilaçla tedavi, %26.9’unun muayene, tetkik ve ilaçla tedavi, %14.8’inin enjeksiyon, sonda takma ve yara bakımı olduğu; evde verilen sağlık hizmetlerinin %87.0’sini sadece devlet hastanesinin, %3.7’sini ise aile hekiminin verdiği belirlenmiştir (45).

2013 yılında Kurtkaya tarafından Antalya EAH Aile Hekimliği Kliniği’nde yapılan tez çalışmasında Evde Sağlık Hizmetleri Birimi’nden hizmet alan hastaların dosyaları incelenerek, klinik ve demografik özellikleri saptanmıştır. Buna göre; 2010 yılı Aralık ayında başlatılan evde sağlık hizmeti uygulamasından Ağustos 2012’ye kadar yaşları 3-101 arasında değişen (yaş ortalaması; 69) 417 hasta yararlanmıştır. 235’i (%56.4) kadın, 182’si (%43.6) erkek olan bu hastalarda en sık (%42.9) nörolojik ve psikiyatrik hastalıklar saptanmıştır. Evde sağlık hizmeti alanların %81’inin yatağa tam bağımlı, %19’unun ise yarı bağımlı olduğu; %7,7’sinde bası ülseri bulunduğu, %20,6’sının enteral beslenme desteği aldığı, %7,0’sinde PEG bulunduğu, erkeklerin %15.9’unda,

kadınların %14.9’unda en az bir aydır olan ve düzenli aralıklarla değiştirilen mesane sondası mesane sondası bulunduğu belirlenmiştir (46).

Kurum ve evde bakım hizmetlerinin giderek artmasına karşın ülkemizde ve dünyada evde bakım, büyük çoğunlukla aile bireyleri tarafından verilmektedir. Bu durum sadece ekonomik nedenlerden değil aynı zamanda sosyal ve kültürel nedenlerden evde bakımın “ailenin temel görevi” olarak görülmesinden kaynaklanmaktadır. Aile bireylerinin bakımında ise, büyük çoğunluğun kadınlardan (eş, kız, gelin) oluştuğu görülmektedir. Birçok Avrupa ülkesinde aile bireyi bakım sıklığı evde bakımın yaklaşık %80-90’ını oluşturmaktadır. İnsan hakları ve etik açıdan bakıldığında; yaşlı/hasta bireyin, bakımdan birinci derecede sorumlu olan bireyin ve tüm aile bireylerinin yaşam kalitesinin yükseltilmesi, öncelikle aileye destek sağlayacak evde bakım hizmetlerinin kurumsallaşması ve yaygınlaştırılması ve daha sonrasında ise aile sağlığını ve bütünlüğünü tehdit edebilecek tüm faktörlere karşı önlem almakla mümkündür (8).

Evde çoğunlukla yatağa bağımlı olarak ve yaşamını sürdürebilmek için başkalarının bakımına muhtaç hastalar, ailede yaşayan diğer bireyler ve özellikle bakım verenler açısından bazı sağlık riskleri de oluşturabilmektedir. Bu risklerin birisi de bulaşıcı hastalıklardır. Bulaşıcı hastalıklar arasında viral hepatitler, klinik seyrinin ağır ve ölümcül sonuçları olabilmesi nedeniyle önemli bir yer tutmaktadır.

1.3. Viral Hepatitler

Değişik tipte çeşitli virüsler karaciğerde nekroinflamasyonla karakterize “hepatit” yaparlar. Bu virüsleri klasik olarak hepatotropik ve non-hepatotropik olarak ikiye ayırırız. Viral hepatit virüsleri diye adlandırılan A, B, C, D, E, G gibi hepatotropik virüsler ve non-hepatotropik virüsler olarak adlandırılan ise Epstein-Barr virüsü (EBV), Cytomegalovirüs’dür (CMV) ve genellikle diğer organları da tutarak çeşitli hastalıklar yaparlar. Enfekte kişiler de bu hastalıkların toplum içinde yayılması açısından bir risk faktörü oluşturabilmektedir.

1.3.1. Hepatit A

Hepatit A virüsü (HAV) Picornaviridae ailesi içinde yer alan, yaklaşık 27-28 nm çapında, lineer pozitif polariteli ve tek sarmallı RNA içeren zarfsız bir virüstür. Virus

genomunun sekans analizleri farklı birçok genotipin olduğunu, ancak tek bir serotipin varlığını ortaya koymuştur. Değişik coğrafi bölgelerden izole edilen HAV suşlarında dört genotip (I, II, III, VII) belirlenmiştir. Genotip I ve III insanlarda en sık saptanan genotiptir. İnsanlardan izole edilen genotipler arasında virulans ve klinik bulgular açısından fark söz konusu değildir. Bu genotip sınıflama özellikle epidemiyolojik çalışmalarda önem kazanmaktadır (47).

Hepatit A epidemiyolojisi

Akut viral hepatit A (AVHA); HAV'ın neden olduğu, geri kalmış ve gelişmekte olan ülkelerde daha fazla olmak üzere tüm dünyada görülen, aşı ile korunulabilen, bildirimi zorunlu bir enfeksiyon hastalığıdır. Çocukluk çağında daha sık olmakla birlikte her yaşta ve her cinste görülebilir. Her yıl dünyada 1,5 milyon yeni hepatit A vakası bildirilmekte, ancak gerçek insidansın bunun 10 katı kadar olduğu tahmin edilmektedir. Dünyada görülme oranlarına göre yüksek, orta, düşük olmak üzere, üç farklı endemisite paterni göstermektedir. Ülkemiz orta grup endemisite bölgesindedir. HAV enfeksiyonunda tekrarlayan epidemiler hastalığın tipik özelliğidir. Hastalık ılıman iklim bölgelerinde sonbahar veya kış mevsiminin başında artar (48).

Sosyoekonomik düzey düşüklüğü, kalabalık ortamlarda yaşama, kırsal kesimde bulunma ve kötü hijyen koşullarına paralel olarak AVHA prevalansı artmaktadır. HAV prevalansı yaşa göre üç farklı modelde gözenir. Birinci model hiperendemik gelişmekte olan ülkelerde genellikle 10 yaşından önce karşılaşılır ve subklinik veya anikterik seyreder. İkinci model gelişmiş ülkelerde seropozitifliğin erken erişkin yaş gurubunda artmasıyla başlayıp geç erişkinlik döneminde orta düzeye ulaşmasıyla seyreder. Üçüncü model çoğunluğun hepatit A'ya duyarlı olduğu kapalı toplumlarda görülür (49).

Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (Centers for Disease Control and Prevention; CDC) her yıl ABD'de yaklaşık 143 bin, dünyada ise yaklaşık 1.4 milyon AVHA enfeksiyonu görüldüğünü bildirmektedir. Ülkemizdeki AVHA seroprevalansının ise gelişmekte olan ülkelere benzerlik gösterdiği ve çeşitli çalışmalarda 0-10 yaş arasında %40'ın altında iken, 15 yaş üzeri grupta %90'ı geçtiği bildirilmektedir (50).

HAV, enfekte kişilerin gaitası ile fazla miktarda atıldığı için kişiden kişiye başlıca fekal-oral yol ve ev içi bulaş yolu ile geçer. Beş yaşın altında virüse maruz kalan

çocukların %80-95'i hastalığı sessiz geçirirken, bunun aksine erişkinlerin %75-90'ı hastalığı semptomatik geçirmektedir. Aile içi bulaşlarda özellikle enfeksiyonu sessiz geçiren çocuklar sorumludur. Semptomatik hastalık genellikle iki aydan daha kısa seyreder. Ancak, olguların %10-15'inde ilk altı ayda hastalık persistans gösterebilir veya relapslara neden olabilir. Ender olarak mortalite oranları %80'lere ulaşabilen fulminan hepatitle sonuçlanabilir. Geçirilen enfeksiyon kalıcı bağışıklık bırakır ve kronikleşmez (49).

Hepatit A enfeksiyonu açısından yüksek riskli gruplar:

- Endemisi yüksek bölgeler
- Homoseksüel erkekler
- İlaç bağımlıları
- Kronik karaciğer hastaları
- Gıda sektöründe çalışanlar
- Çocuk bakımevlerindeki çocuklar
- Özel bakım gerektiren hastaların yaşadığı kurumlardaki hastalar ve çalışanlar
- Kalabalık koşullarda hijyenin uygun olmadığı arazide eğitim yapan askeri personel
- Kanalizasyon işlerinde çalışanlar
- Hükümlü ve tutuklular (51).

Patogenezi ve klinik bulgular

HAV mide asidine dirençlidir, bağırsaklarda replike olur ve karaciğere ulaşır. Asıl replikasyon karaciğerde olur ve az da olsa lenf nodları, dalak ve glomeruler bazal membranda saptanmıştır. Tipik Hepatit A enfeksiyonu asemptomatik, subklinik veya klinik hepatit şeklinde seyredebilir. Asemptomatik enfeksiyon genellikle tanı konmadan geçer ve tarama testlerinde anti-HAV IgM pozitifliği rastlantı olarak saptanır. Subklinik formda anti-HAV IgM pozitifliği yanı sıra transaminaz değerleri de yüksektir. Klinik form ise sarılıklı veya sarılıksız olarak seyredebilir. Tipik bir akut viral hepatitin gidişi dört dönemde ele alınabilir: inkübasyon dönemi, prodromal dönem, ikterik dönem ve iyileşme dönemi (52).

Atipik hepatit A ise kolestatik, relapsing veya fulminan hepatit tablosuyla ortaya çıkabilir. Kolestatik hepatit uzamış sarılık ateş, kaşıntı, ishal ve kilo kaybı ile

karakterizedir. Alevlenen (relapsing) veya uzamış akut hepatit klinik ve biyokimyasal bulguların tekrarlanması tablosudur. Fulminan hepatit ise nadir bir komplikasyon olup yoğun hepatosit nekrozu sonrası ortaya çıkar. Fulminan seyreden hepatitlerin %10-20 sinden HAV sorumludur. Mortalite oranı yüksektir (52).

A tipi AVH enfeksiyonunun ilk göstergesi enfeksiyondan iki hafta önce ortaya çıkan "hepatit A antijeni; HA-Ag"dir. Antijen birkaç gün içinde safra ve dışkıda gösterilebilir. Hepatit A virüsüne karşı oluşan antikor Anti-HAV'dır. Antikor Ig G ve IgM sınıfından olabilir. Anti-HAV IgG geçirilmiş ve eski bir enfeksiyonu gösterir ve yıllarca serumda devam edebilir. Bu nedenle geçirilmiş A tipi AVH'in araştırılmasında önem taşır. Anti-HAV-IgM ise yeni geçirilmiş veya geçirilmekte olan A tipi AVH'in en iyi göstergesidir. Altı ay kadar devam eder. Son yıllarda dışkıda anti-HAV IgA'da gösterilmiştir. Bunun varlığı da A tipi AVH'i gösterir. Fakat klinik tanıda yararlılığı henüz gösterilememiştir (53).

AVHA tanısı günlük pratik uygulamalarda, akut viral hepatitle uyumlu semptom ve bulguların varlığı ile birlikte serum transaminaz seviyelerinde normale göre beş-altı kat artış ve viral hepatit belirleyicisi olarak da serumda bakılan Anti-HAV IgM pozitifliği ile konur. Viral antijen saptanmasında RIA ve ELISA yöntemleri kullanılabilir. Ayrıca dışkıda viral antijen gösterilebilir.

Tedavi

Özgül bir tedavi yöntemi yoktur, destek tedavisi ve yatak istirahatı önerilir. Özel bir diyet söz konusu olmayıp yeterli sıvı ve kalori ihtiyacı sağlanmalıdır.

Korunma

Hepatit A enfeksiyonundan korunma bulaşın engellenmesi, pasif ve aktif immunizasyon şeklinde özetlenebilir. Pasif immunizasyon plazma havuzundan elde edilen immün globulin'in (Ig) temastan iki hafta önce veya iki hafta sonra erken inkübasyon periyodu sırasında uygulanmasıyla olur. Aktif immunizasyon insan diploid hücrelerinden viral antijenlerin pürifiye edilmesi, formalinle inaktivasyonu ve adjuvan olarak aliminyum hidroksite adsorbe edilme yoluyla hazırlanır (52).

AVHA enfeksiyonu ülkemizde önemli bir halk sağlığı problemi olmaya devam etmektedir. Hastalığın yaş ilerledikçe daha ağır bir klinik tabloya yol açtığı ve istirahat gerektirdiği için, salgınlar esnasında ciddi zaman ve işgücü kaybına neden olduğu bilinmektedir. Maliyet-etkinlik konusu ve gelişebilecek ölümcül komplikasyonlar göz önüne alındığında hiperendemik bölgelerde hepatit A aşısının erken çocukluk çağında yapılması yararlı olacaktır. Çünkü HAV prevelansı yaş, sosyo-ekonomik durum ve gelişmişlik düzeyi ile paraleldir. Gelişmekte olan ülkelerde kalabalık yaşam ve kötü hijyenik koşullar nedeniyle çocukluk çağının hastalığıdır. Hastalık Kontrol Merkezi ABD’de ulusal aşılama programlarının rutin uygulanması ile hepatit A enfeksiyonunun görülme sıklığının önemli oranda azaldığını bildirmiştir. Ayrıca aşılamının yanı sıra eğitimle birlikte sanitasyon tedbirlerinin etkin bir şekilde kullanılması ve altyapı eksikliklerinin giderilmesi AVHA enfeksiyonunun görülme oranını önemli derecede azaltır (52).

1.3.2. Hepatit B

Hepatit B virüsü, Hepadnaviridae ailesinin Ortohepatnavirüs cinsinde yer alan hepatotropik, zarflı ve kısmen çift sarmallı zarflı bir DNA virüsüdür. Hepatnaviridae ailesinin üyeleri içinde insanda enfeksiyon oluşturan tek tür HBV’dir. Sadece insanda ve hepatositlerde enfeksiyon yapabilir. Hücre içine girdikten sonra zarf ve kapsidinden soyunup genomunu çekirdeğin içine sokar. Burada kısmi çift sarmal olan genetik eleman kapalı, kovalan, sirküler hale gelir. Bu yapıdan virüsün antijenlerini sentez ettiren mRNA’lar yapılır. Bu RNA’lardan biri HBV-DNA sentezi için şablon rolü görür ve revers transkriptaz enzimi aracılığıyla virüsün DNA’sı sentez edilir. HBV genomunda dört açık okuma alanı (AOA) vardır. Surface AOA’dan zarf antijeni, core AOA’dan nükleokapsid, polimeraz AOA’dan DNA polimeraz enzimi, X AOA’dan X proteini sentez edilir. HBV genomunda AOA’ları ve regülatör bölgeler üst üste binmişlerdir. HBV genomunda çeşitli mutasyonlar tanımlanmıştır. Bunlar içinde klinik olarak en dikkat çekenleri aşı ve immün sistemden kaçışa neden olan yüzey mutasyonları, HBeAg negatifliğine neden olan pre-core ve core promoter mutasyonları, ilaç direncine neden olan polimeraz mutasyonlarıdır (54).

Epidemiyoloji

Hepatit B virüs (HBV) enfeksiyonu halen tüm dünyada önde gelen sağlık sorunlarından biridir. Dünya nüfusunun yaklaşık 1/3'ü HBV ile enfektedir. Değişik bölgelerde yapılan prevalans ve hastalık sonuçları ile ilgili çalışmalar HBV'nin tüm siroz olgularının %30'undan, tüm hepatoselüler kanser (HCC) vakalarının ise %60'ından sorumlu olduğunu göstermektedir. Enfeksiyonun dünyadaki dağılımı, alınma yaşı, bulaş yolları gibi birçok faktör nedeni ile, farklı coğrafik bölgelerde oran değişmektedir. Ülkemizde, HBV enfeksiyonu endemiktir ve horizontal geçiş ön plandadır. Bu nedenle enfeksiyondan korunmada aşılama ve eğitim çalışmalarının rolü büyüktür (55).

HBV'nin bulaşmasında, HBsAg pozitif kişiler dışında kronik hastalar ve akut enfeksiyonu geçirmekte olan bireylerin kan ve vücut sıvıları önemli rol oynar. İnsan vücut sıvılarından kan, tükürük, semen ve vajinal sekresyonlarda önemli oranda HBV bulunurken (HBsAg ve HBV-DNA pozitifliği), ter, göz yaşı, süt, beyin omurilik sıvısı, idrar, feçes ve diğer vücut sıvılarında da virüs bulunmakta ve potansiyel olarak bu sıvılar enfeksiyöz kabul edilmektedir. Bununla birlikte enfeksiyöz HBV partikülleri yalnızca serum, tükürük ve semende kesin olarak gösterilebilmiştir (54).

Yapılan bir araştırmada hepatit B enfeksiyonu olan hastaların tükürüklerinde de, serumlarındaki ile doğru orantılı olarak HBsAg, HBeAg ve HBV-DNA bulunduğu dolayısıyla da bulaştırıcı olduğu gösterilmiştir (56).

HBV'nin dört ana bulaşma paterni vardır. Enfekte kan ya da vücut salgıları ile parenteral temas (perkütan), cinsel temas, enfekte anneden yenidoğana bulaşma (perinatal vertikal), enfekte kişilerle cinsellik içermeye yakın temas (horizontal) (57).

HBV'nin bulaşma yolları ve bulaşma yollarına göre risk grupları:

- i. Perkütan (parenteral) bulaşma; çoğul transfüzyon yapılan hastalar, hemodiyaliz hastaları, damar içi uyuşturucu bağımlıları, dövme (tatuaj) yaptıranlar, sağlık personeli
- ii. Cinsel temasla bulaşma; erkek eşcinseller, HBV taşıyıcılarının cinsel partnerleri, hayat kadınları, çok partnerli heteroseksüeller
- iii. Perinatal bulaşma; HBV taşıyıcısı annelerin bebekleri

iv. Horizontal bulaşma; kalabalık topluluklar halinde, kötü hijyen ve düşük sosyoekonomik durumda yaşayanlar, mental özürllüler (57).

Olası hepatit B enfeksiyonu yönünden incelenmesi gerekenler:

- HBsAg pozitif kişilerin birinci derece akrabaları (aynı evde yaşamasalar bile)
- HBsAg pozitif kişiyle aynı evde yaşayanlar,
- HBsAg pozitif kişilerle cinsel temasta bulunanlar,
- İntravenöz ilaç kullanma alışkanlığı bulunan kişiler,
- Dövme ve piercing yaptırılanlar
- Kan kardeşliği öyküsü olanlar
- Alın, dil altı, ense kestirme öyküsü olanlar
- HBV'nin yüksek endemik olduğu bölgelerden gelenler ve göçmenler
- Birden çok cinsel eşi bulunan ve cinsel yolla geçen hastalık öyküsü bulunanlar,
- Homoseksüeller,
- Hapishanelerde yaşayan ve bakım veren kişiler,
- Kronik ALT ve AST yüksekliği bulunan kişiler,
- HCV ya da HIV ile enfekte kişiler,
- Diyaliz hastaları,
- Tüm gebe kadınlar,
- Sık kan ve kan ürünleri alanlar,
- Riskli diş tedavisi görenler
- Kan ve kan ürünleri ile mesleği nedeniyle sık temas eden meslek sahipleri
- Bakım ve huzurevlerinde yaşayanlar, zeka ve gelişme geriliği olanlar ve bunlara bakım verenler
- Kan, plazma, sperm, organ ve doku vericileri
- İmmün yetersizliği bulunanlar veya uzun süre immün supressif tedavi görenler (58).

Risk gruplarında öncelikle HBsAg taranmalıdır. Pozitiflik saptanırsa yapılması gerekenler:

- Ayrıntılı anamnez ve fizik muayene
- Karaciğer hastalığı ve hepatosellüler kanser (HSK) açısından aile öyküsü

- Karaciğer hastalığı varlığını gösterecek tetkikler ALT, AST, ALP, GGT, total bilirubin, direkt bilirubin, total protein, albumin, protrombin zamanı, AFP ve tam kan sayımı
- HBV replikasyonu ve akut-kronik ayrımı için serolojik ve moleküler testler Anti-HBc IgM ve IgG, HBeAg, anti-HBe, HBV DNA
- Koenfeksiyonları dışlamak için Anti-HCV, anti-HDV ve anti-HIV
- Hepatit A bağışıklığının belirlenmesi: Anti-HAV IgG
- Üst karın ultrasonografisi (58).

Patogeneze

HBV enfeksiyonunda karaciğer hasarının oluşmasında viral faktörlerden çok konak immün yanıtın rolü vardır. Virüsün temizlenmesinde TNF-alfa ve IFN-gama gibi inflamatuvar sitokinler aracılık eder ve bu sitokinler konak savunmasında hem viral replikasyonu baskılayarak direkt, hem de baskın immün yanıt tipini belirleyerek indirekt rol almaktadırlar. Akut HBV enfeksiyonunda güçlü poliklonal hücresel yanıt hastalığın seyrini etkilemede önemlidir. Etkin immün yanıtın başlatılması için tip 1 interferon (IFN-alfa/beta) gereklidir; bunların etkisiyle HBV-DNA düzeyleri düşürüldükten sonra doğal ve özgül immün yanıt hücreleri karaciğere göç eder ve hepatit gelişir. CD8+ sitotoksik T lenfositlerin enfekte hepatositleri temizlemesi ile ALT yüksekliği beraberinde görülür. Bellek hücreleri oluşur, reenfeksiyon ve reaktivasyon önlenir. Bunu izleyerek akut enfeksiyonda HBcAg, HBeAg ve HBsAg proteinlerine karşı CD4+ T hücre antikor yanıtı gelişir ve HBV'nin serumdan temizlenmesi de aynı dönemdedir ve vireminin kontrolündeki en etkin mekanizmadır. Çünkü Anti-HBs sentezi T hücreye bağımlıdır. HBV–spesifik CD4+ T hücreler aynı zamanda HBV-spesifik sitotoksik T hücreleri (CTL) aktive ederler. CTL'ler hem enfeksiyon kontrolünden hem de karaciğerde oluşan doku hasarından sorumlu tutulmaktadır. CTL enfekte hepatositi tanıyarak apoptotik sinyal göndererek hepatosit ölümüne sebep olur, bu biyopsi örneklerinde “Councilman cisimcikleri” olarak tanımlanır. Kronik HBV enfeksiyonunda hastaların periferik kanlarında zayıf CD4+ T hücre yanıtı ile beraberinde zayıf CTL yanıtı vardır. Akut yanıtta yetersizlik olduğunda enfeksiyon kronikleşmekte ve hepatik fibroz aktive olmaktadır. Fazla miktarda HBsAg eksprese eden olgularda fulminan hepatit gelişir (59).

Hepatit B belirteçleri

HBV'nün üç major antijeni vardır:

- HBsAg; Hepatit B surface (yüzey) antijeni
- HBeAg; Hepatit B e antijeni
- HBcAg; Hepatit B c (core-çekirdek) antijeni. Kanda bulunmaz, karaciğer hücrelerinde bulunur.

HBV'nün üç major antikoru vardır:

- Anti-HBs - Hepatit B yüzey antijenine karşı oluşmuş antikor
- Anti-HBe - Hepatit B e antijenine karşı oluşmuş antikor
- Anti-HBc - Hepatit B c antijenine karşı oluşmuş antikor. Akut dönemde oluşmuş ise Anti-HBc-IgM, hastaların akut dönemi geçtikten sonra ortaya çıkmış ise Anti-HBc-IgG adı verilir (60).

HBsAg: Akut enfeksiyon sırasında kanda ilk beliren göstergedir. Virüse maruz kaldıktan sonra yaklaşık altı hafta içinde kanda saptanabilir ve 4-14 hafta kanda bulunabilir. Tetkiklerde pozitif bulunması iki durumu düşündürmelidir:

i. Hastalığın akut dönemidir.

ii. Hastalığı geçirdikten sonra bağışıklık oluşmamıştır (sağlıklı taşıyıcılar, kronik hepatit, siroz, karaciğer kanseri).

Anti-HBs: İyileşme döneminde ortaya çıkar. Akut hepatit geçirildikten sonra %10-15 olguda pozitifleşmeyebilir. Bağışıklığı yansıtır ve ömür boyu pozitif olarak kalır. Akut enfeksiyon geçirildikten sonra altı ay içinde HBsAg kandan kaybolmaz ve anti-HBs oluşamaz ise kronikleşmeden şüphelenmek gerekir. Anti-HBs pozitifliği doğal yoldan virüsü almakla veya aşılama sonucunda elde edilir.

Anti-HBc: Hastalık sırasında oluşan ilk antikordur. Akut ve kronik tüm olgularda bulunabilir. Anti-HBc-IgM pozitifliği akut dönemin en güvenilir göstergesidir. Bazı olgularda HBsAg hızla kaybolurken, anti-HBs oluşmaya başlamıştır. Akut dönemde iki testte negatif sonuç verebilir. Bu döneme pencere dönemi denir ki bu dönemde de anti-HBc-IgM testi pozitifdir. Anti-HBc-IgG testinin pozitif bulunmasının tek anlamı kişinin HBV ile temas ettiğini göstermesidir. Anti-HBc-IgG enfeksiyonun en güvenilir

göstergesi olduğundan HBV'ne teması ortaya çıkartmak için mükemmel bir tarama testidir. Virüs kanda temizlendikten sonra, bağışıklık oluşsa dahi ömür boyu titresi azalmakla birlikte pozitif olarak kalır. Eğer testler sonucunda anti-HBc-IgG negatif olarak bulunursa kişinin virüsle hiç karşılaşmadığını ve HBsAg negatif, anti-HBs pozitif ise kişinin aşılandığını düşündürmelidir.

HBeAg: Akut dönemde HBsAg'den sonra ortaya çıkar ve HBsAg'nin temizlenmesinden önce kandan temizlenir. Kanda bulunması virüsün aktif olarak çoğaldığını ve yüksek derecede infektiviteyi yansıtır. Akut dönemde yaklaşık 10 hafta kadar kanda kalır, kaybolmaması kronikleşmeyi düşündürmelidir. Anti-HBe'nin belirmesi ise infektivitenin gerilediğini ve virüsün çoğalmasının durduğunu düşündürmelidir.

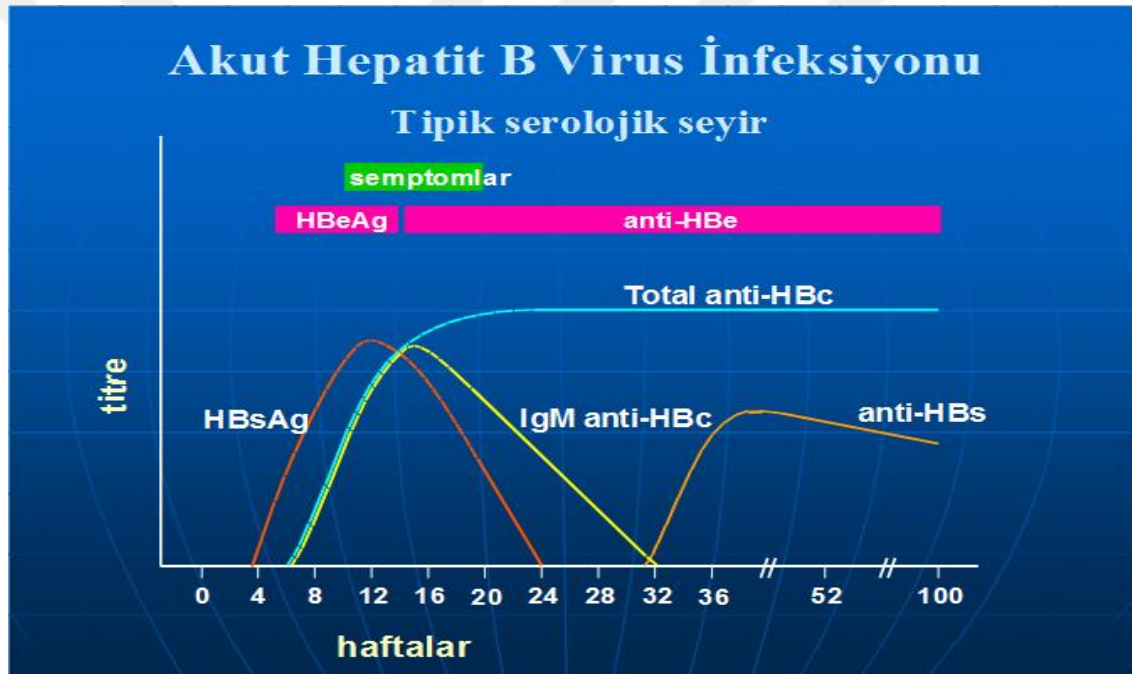
HBV-DNA: Viral replikasyonun en güvenilir göstergesidir. PCR yöntemi ile kalitatif (+/-), hibridizasyon yöntemi ile kantitatif (pg/ml) olarak saptanabilmektedir. Akut evrede semptomlar başladığında genellikle kaybolur (60).

Hepatit B kliniği

Akut hepatit: Hastalığın enkübasyon süresi 28-160 gün arasında değişebilir ortalama 70 gündür. Daha sonra prodrom dönemi gelir ki bu dönemde kolay yorulma, halsizlik, baş ağrısı, iştahsızlık, miyalji, artralji, fotofobi, bulantı, kusma gibi nonspesifik bulgular vardır. Bazen düşük düzeyde ateş olabilir. Prodrom dönemi ardından klinik olarak sarılık dönemi başlar, dışkı renginde açılma, idrar renginde koyulaşma olur. İkterik dönemde karın ağrısı ve hassasiyeti vardır. Sklera, müköz membranlar ve ciltte gözlenen sarılık 2 hafta kadar sürer. Bradikardi, serum bilirubin düzeyi ile korele olarak gözlenebilir. Ürtiker olabilir. LAP %5, splenomegali %15 ve hepatomegali %85 hastada gözlenir. İyileşme döneminde bulgular geriler ve karaciğer büyümesi yavaşlar. Bu dönem 2-12 hafta sürebilir (61).

Akut hepatit B'de laboratuvar tanısı: SGOT, SGPT normalin sekiz katından fazla yükselir. SGPT genellikle SGOT'den daha yüksektir. AST/ALT < 1'dir. GGT, 5-nükleotidaz, alkalen fosfotaz, LDH 1-3 kat artar. CPK normaldir. Direkt/indirekt bilirubin ~1. PTZ genellikle normaldir. Fulminan hepatit yoksa trombosit sayısı, albumin, globulin de normaldir. Lökosit sayısı normal veya hafif düşüktür ve genellikle

hafif lenfositoz vardır. Tanı serolojik olarak konmaktadır (Şekil 1.1). HBsAg bulaştan 1-10 hafta sonra, semptomlar başlamadan 2-7 hafta önce serumda pozitifleşir. Genellikle 6 ay içinde HBsAg vücuttan temizlenir. HBsAg pozitifleştikten 1 ay sonra anti-HBc pozitifleşir. HbsAg temizlenmesi genellikle anti HBs oluşumu ile birlikte gerçekleşir. Bazen HBsAg kaybolduktan haftalar aylar sonrasına kadar anti HBs oluşmayabilir. Bu dönem pencere dönemi olarak adlandırılır. Bu dönemde akut enfeksiyonun tek göstergesi anti-HBcIgM'dir. İyileşen kişilerde anti-HBc-IgM yerini anti- HBc-IgG'ye bırakır. Akut enfeksiyon erken döneminde HBeAg ve HBV-DNA serumda saptanabilir düzeydedir. Enfeksiyon boyunca HBeAg'ni hızla serumdan temizlenir ve HBsAg kaybindan önce serumda kaybolur (61).



Şekil 1.1. Akut hepatit B enfeksiyonunun seyri ve serolojik belirteçlerin değişimi (61 nolu kaynaktan)

Kronik hepatit; klinikopatolojik bir tanımlamadır. İnflamasyon ve nekrozun altı aydan fazla sürdüğü klinik durumlara verilen genel isimdir. İflamasyonda baskın olan hücreler lenfositlerdir ve bu histopatolojik tabloya sıklıkla fibrozis eşlik etmektedir. Kronik hepatit nedenleri arasında kronik viral enfeksiyonlar (B, C, D), otoimmün reaksiyonlar, ilaçlar ve toksinler yer alır. Bunların dışında kalan ve etyolojik bir neden bulunamayan kronik hepatitler ise idiyopatik ve kriptojenik olarak tanımlanır (62).

Klinik olarak kronik HBV enfeksiyon seyri dört ayrı dönemde incelenmektedir: İmmünotoleran faz, immünlirens faz, düşük veya non-replikatif faz (inaktif HBsAg taşıyıcısı) ve reaktivasyon dönemi (HBeAg negatif kronik hepatit B) (60).

Kronik Hepatit B enfeksiyonu HBeAg pozitif ve HBeAg negatif olarak iki gruba ayrılır: HBeAg (+) kronik hepatit; HBsAg (+), 6 aydan uzun süreli, HBeAg (+), HBV DNA > 20 000 IU/ml (105 kopya/ml), kalıcı veya aralıklı ALT / AST yüksekliği, karaciğer biyopsisinde belirgin inflamatuvar aktivite ile karakterizedir. HBeAg (-) kronik hepatit; HBsAg (+), 6 aydan uzun süreli, HBeAg (-)/ Anti HB (+), HBV DNA > 2 000 IU/ml (104 kopya/ml), kalıcı veya aralıklı ALT / AST yüksekliği, karaciğer biyopsisinde belirgin inflamatuvar aktivite ile karakterizedir (63).

Virüs alınmasından altı hafta sonra HBsAg ve diğer diğer viral replikasyon göstergeleri pozitifleşebilir, biyokimyasal testlerde bozulma ve klinik belirtiler ortaya çıkar. Yorgunluk, iştahsızlık, kas ağrıları, bulantı ve/veya sarılık, hepatomegali gibi belirtiler görülürken sarılıkla seyreden olgularda idrar renginde koyulaşma, skleralarda ve ciltte sararma gibi hiperbilirubinemi gibi bulgular belirir. Nadiren fulminan seyreden formunda hepatik ensefalopati, hepatorenal sendrom, kanama diyatezi ve akut karaciğer yetmezliği gelişir. Mortalite %75'in üzerindedir ve yaşla birlikte artar (59).

Enfeksiyonun kronikleşmesi ile yaş ve immün sistem arasında sıkı bir ilişki vardır.

Kronik aktif hepatit : Kronik olguların %25'inde orta-belirgin karaciğer enzimlerinde yükselme ve biyopside “piecemeal” nekrozu, lobüler inflamasyon ve asidofilik “Councilman inklüzyon cisimcikleri” görülür.

Kronik persistant hepatit: Kronik HBV enfeksiyonları genellikle asemptomatiktir ve birçok hastada biyokimyasal testler normaldir.

Kronik hepatitin akut alevlenmesi: ALT seviyesinin öncesine göre en az iki kat artması ve normalin üst limitinin 10 kat üzerinde bulunması.

Reaktivasyon: İnaktif HBsAg taşıyıcısı veya iyileşmiş hepatiti olanlarda karaciğerdeki nekroinflamasyonun yeniden başlaması

HBeAg serokonversiyonu: Hepatit B li hastada HBeAg nin negatifleşip, anti HBe'nin pozitifleşmesi. Sadece HBeAg negatifleşip, anti HBe oluşmamışsa bu durumu serokonversiyon olarak adlandırılmamalıdır.

Occult (gizli) Hepatit B enfeksiyonu: HBsAg (–) bir olguda HBV DNA nın seru veya karaciğer dokusunda pozitif bulunmasıdır. Bu olguların bir kısmında anti HBs ve anti HBc pozitifliği veya sadece anti HBc pozitifliği de görülebilir (54).

Tanı kriterleri:

- HBsAg'nin altı aydan daha uzun süre kanda pozitif olması,
- HBeAg pozitif hastalarda serum HBV-DNA>20.000 IU/mL, HBeAg negatif hastalarda HBV DNA>2000 IU/mL olması,
- ALT ve AST düzeylerinin persistan veya aralıklı olarak yüksek seyretmesi,
- Karaciğer biyopsisinde orta veya ciddi nekroinflamasyon ile birlikte kronik hepatit bulgularının olması (64).

Kronik hepatit B taşıyıcılığı: Taşıyıcılık HBsAg'nin 6 aydan uzun süre dolaşımda bulunması durumudur. Taşıyıcılık gelişiminde erkek cinse sahip olma, enfeksiyon yaşının küçük olması ve doğuştan veya edinilmiş bağışıklık bozukluğu bulunması önemli risk faktörleridir. HBV küresel yayılıma hazır bir virüstür. Hepatit B dünyanın sık görülen ciddi enfeksiyon hastalıklarından biridir. Dünya nüfusunun 1/3'ünden fazlası HBV ile enfektedir. Populasyonun yaklaşık %5'i kronik HBV taşıyıcısıdır ve tüm taşıyıcıların da yaklaşık %25'inde kronik hepatit, siroz ve primer karaciğer karsinomu gibi ciddi karaciğer hastalığı gelişir (65).

Hepatit B virüs (HBV) yayılmasında taşıyıcılık kavramı oldukça önemlidir. Dünyada 400-500 milyon taşıyıcı olduğu sanılmaktadır. HBV enfeksiyonunun dünyadaki dağılımı coğrafi bölgelere göre farklılıklar göstermektedir. Bu farklılıklar nedeniyle dünya düşük, orta ve yüksek endemisite bölgelerine ayrılmıştır. HBV endemisitesinin düşük olduğu bölgelerde HBV taşıyıcılık prevalansı %2'den azdır. Orta endemisite profili Güney ve Doğu Avrupa, Güney ve Orta Amerika, Orta Asya ile Ortadoğu'da izlenmektedir. Türkiye'de bu gruba girmektedir. Bu grupta toplumdaki HBsAg pozitifliği %2-10 arasında değişmektedir ve erişkinlerin %20-60'ında Anti-HBs pozitifliği bulunmaktadır. Enfeksiyon çoğunlukla çocukluk, ergenlik veya genç

erişkinlik döneminde alınmaktadır. Afrika ve Asya gibi yüksek endemisite gösteren bölgelerde toplumun %10'undan fazlası HBV ile kronik olarak enfektidir ve erişkinlerin %70'inden fazlası Anti-HBs taşırlar (66).

Tanı kriterleri:

- HBsAg'nin 6 aydan daha uzun süre kanda pozitif olması,
- HBeAg negatif, anti-HBe pozitif olması,
- Serum HBV DNA < 2000 IU/mL olması,
- ALT ve AST düzeylerinin sürekli olarak normal seyretmesi,
- Karaciğer biyopsisinde önemli düzeyde hepatit olmaması (64).

Hepatosellüler karsinom (HCC): HCC gelişmesinde en önemli risk faktörü HBV olup bu oran %10-25 civarındadır ve enfeksiyon başlamasından 30-50 yıl sonra gelişmektedir. Hastada siroz gelişmişse HCC riski daha da artmaktadır.

HCC riski yüksek olan hastalar: Sirozlu hastalar, yaşı 40'ın üzerinde olan erkekler, yaşı 50'nin üzerinde olan kadınlar, ailede HCC hikayesi olanlar, yaşı 40'tan büyük olup aralıklı veya sürekli ALT yüksekliği ve/veya HBV DNA > 2000 IU/mL olan HBV taşıyıcıları, doğumda veya erken çocukluk döneminde enfekte olan hastalardır (64).

Karaciğer sirozu: Siroz olgularının yaklaşık 1/3'ü, HBV enfeksiyonuyla ilişkilendirilmektedir. Siroz hepatitin aktif fazı sırasında sessizce gelişebilir. İnaktif faza spontan geçiş sonrası bir sekel olarak varlığını sürdürür. Normal ALT düzeyleri ve düşük viral yüke rağmen siroz kanser için bir risktir (66).

Diğer virüslerle koenfeksiyon: Bulaş yollarının ortak olması nedeniyle çok sayıda cinsel eşi olanlarda HIV ile koenfeksiyon, damar içi uyuşturucu kullananlarda da HCV ve HDV ile koenfeksiyon sık görülür. HCV ve HDV süperenfeksiyonları diğer viral enfeksiyonlara göre daha çok fulminan hepatit gelişmesine neden olur (66).

Tedavi

Akut HBV enfeksiyonunun tedavisi sıklıkla semptomatik tedavi ve akut fulminan hepatiti önlemek için destekleyici tedaviden oluşur. Dehidratasyon, protrombin zamanı uzaması, mental durum bozukluğuna yol açan karaciğer yetmezliği gibi durumlar

dışında akut HBV enfeksiyonunda hastanede yatış gerekmez. Tedavide sıklıkla istirahat önerilir. Semptomlar düzeldikten sonra normal aktivitelere dönüş önerilebilir. Beslenmede değişiklik yapmak gerekmez. Protrombin zamanı uzaması olanlarda K vitamini parenteral uygulanabilir. İştahsızlık ve bulantısı olanlarda dehidratasyonu önlemek için bunlara yönelik tedavi uygulanır. Akut hastalık boyunca alkol kullanımından sakınılmalıdır. Gerekmedikçe tüm ilaç tedavileri kesilmelidir. Hastalar haftada iki kez karaciğer fonksiyon testleri ve protrombin zamanı için değerlendirilmelidir. Mental durumlarında bozukluk gelişirse hepatik ensefalopati yönünden yoğun bakımda izlenmelidir. Fulminan hepatit gelişirse en önemli tedavi karaciğer transplantasyonudur. Kronik enfeksiyonlarda komplikasyonların gelişmesi uzun yıllar aldığı için tedavinin ana hedefi viral replikasyonun baskılanması ve böylelikle karaciğer histopatolojik bozulmayı engellemek ve bulaştırıcılığı azaltmaktır. Antiviral tedavi ile viral baskılama gerçekleşen olgularda ilacın kesilmesinden sonra reaktivasyon gerçekleşmektedir. Kronik hepatit B enfeksiyonu tedavisinde pegile interferon alfa ve oral antiviral ilaçlar (lamivudin, telbivudin, adefovir, entekavir, tenofovir) kullanılabilir. Tedavi süresinin belli olması, direnç gelişmemesi, pegile interferon tedavisinin avantajlarıdır. Ancak parenteral kullanılması, genotip D'de etkisinin diğer genotiplerden düşük olması, yan etkileri ve HBeAg negatif olgularda etkinliğinin az olması dezavantajlarıdır. Oral antiviraller etkinlikleri yüksek, oral kullanılan ve yan etkileri az ilaçlardır. Ama bu ilaçlarla tedavi süresi belli değildir ve direnç gelişimi gibi dezavantajları vardır (61).

Korunma

Pasif bağışıklama; HBV ile kontamine materyalin deri, ağız, mukoza yolu ile alınması, akut hepatit B geçiren kişi ile temas, hepatit B'li anneden bebeğe vertikal bulaşma durumlarında gereklidir. Günümüzde hepatit B pasif bağışıklamasında hepatit B immünglobülini (HBIG) seçilmelidir. HBIG, hepatit B'ye karşı bağışıklık kazanmış kişilerin ya da hastalığın nekahet döneminde olanların serumlarından elde edilir. Bu nedenle de antikor titresi serum immünglobülinine göre çok daha yüksektir. İlk 24-72 saat içinde 0,06 mg/kg dozunda uygulanır. Reenfeksiyon riskini azaltmak üzere anti-HBs titrasyonunu 100 IU/ml'nin üzerinde tutacak biçimde İV hiperimmün gama globülin uygulaması gerekmektedir (67).

Aktif bağışıklamada ilk kullanılan birinci kuşak aşılar plazma kökenli aşılardır. Plazmalarının bir mililitresinde 104 ve daha fazla HBsAg partikülü bulunan sağlıklı taşıyıcıların plazmalarından saflaştırılıp inaktive edilerek üretilirler. ABD’de 1981-1986 yılları arasında kullanılmıştır. Üretim ve maliyet sorunları nedeni ile ikinci kuşak denilen rekombinant aşılar geliştirilmiştir. Bunlar gen mühendisliği aracılığı ile bir maya mantarı olan *Saccharomyces cerevisiae* genine HBsAg geni yerleştirilerek elde edilen aşılar, HBsAg oluşturan hepatoma hücrelerinden elde edilen aşılar, özgün HBV yüzey antijenik determinantları bulunan polipeptid aşıları, memeli hücre dizilerinden rekombinant DNA teknolojisi ile elde edilen aşılar ve antiidiotip aşılardır. Bunlar oldukça saf HBsAg içerir. Aşının immünojenliğini artırmak için aşıya S ve pre-S gen ürünü proteinler de eklenmiştir. Rekombinant aşılar da antikor yanıtı plazma aşıları ile aynıdır. Aşının insan kanı ve kan ürünleriyle bulaşan hastalıkları taşıma riski yoktur (67).

HBV aşısının etkinliği anti-HBs gelişmesi ile izlenir. Aşılama 0, 1, 6. aylarda uygulanan üç dozluk şema kullanılır. Aşılama sonrası koruyuculuk %90-95 sağlanmış olur. Primer aşı şemasından sonra 10 IU/L’nin üzerine anti-HBs yanıtı tam koruma sağlandığını gösterir. Primer aşılama ile koruyucu yanıt geliştiren sağlıklı kişilerde immünolojik bellek en az 15 yıl koruyucu olduğu için rapel aşılamalara gerek yoktur (67).

HBV ile perkütan temas sonrası profilaksi

HBV taşıyan bir hastadan anti-HBc veya anti-HBs negatif kişiye bir bulaşma durumunda ilk 48 saat içinde 0.06 ml/kg HBIg kas içine uygulanır. Eş zamanlı aşı programı (0-1 ve 6. aylar veya 0-1-2 ve 12. aylar) başlanmalıdır. Yedi günden sonra HBIg yapmanın etkinliği iyi bilinmemektedir. Hastanın ve/veya temas eden kişinin HBV serolojisi bilinmiyorsa hemen aşı başlanır ve seroloji belli olduğunda (48 saati geçmemişse) HBIg uygulanır. Bulaşma olan kişinin anti-HBs ve/veya anti-HBc antikorları /HBsAg’i pozitif ise aşı ya da HBIg gerek yoktur. HBsAg pozitif annenin bebeğine uygulanacak profilaksi ile perinatal enfeksiyon geçişi önlenabilir. Doğumdan sonraki ilk 12 saat içinde aşının ilk dozu ve farklı bir yerden 0.5 ml HBIg uygulanır. Immun globulin yedi güne kadar yapılabilir. Takiben 1. ay ve 6. ayda ilave iki doz aşı daha uygulanır. Son dozdan 3-6 ay sonra antikor titresine bakılmalı gerekirse yeniden aşılama yapılmalıdır. HBV ile infekte kişi ile cinsel temas sonrası profilakside ise ilişki

sonrası 14 gün içinde HBİg ve aşı şeması uygulanmalıdır (0, 1 ve 6. aylarda). Anne sütü alan bebeklerin beslenmesine devam edilebilir, HBV emzirme için kontrendikasyon oluşturmamaktadır (61).

1.3.3. Hepatit C

Hepatit C virüsü (HCV), Hepacivirus cinsi Flaviviridae ailesinden 30-60 nm çapında, zarflı, tek iplikli pozitif yönelimli bir RNA virüsüdür. HCV, genetik çeşitlilik özelliğine sahiptir. Genetik çeşitlilik, diğer birçok RNA virüsünde olduğu gibi, HCV'nin replikasyon hızının yüksek olması buna karşın RNA bağımlı RNA polimeraz enziminin hata onarımı işlevinin bulunmaması ile ilişkilidir. Genetik çeşitliliğin yol açtığı popülasyonda bulunan mutantların bağışık yanıtı ve antiviral tedaviden kaçabilmesi, virüsün varlığını devam ettirmesinde ve tedaviye dirençte rol oynamaktadır. Dünyada yaklaşık 170 milyon kişi HCV ile enfekte olduğu tahmin edilmektedir (48).

Epidemiyoloji

HCV tüm dünyada yaygın olarak görülen, kronik karaciğer hastalığı, siroz ve hepatosellüler karsinomaya yol açabilen önemli bir enfeksiyon etkenidir. DSÖ, dünya nüfusunun yaklaşık %3'ünün HCV ile enfekte olduğunu bildirmektedir. Gelişmiş ülkelerde anti-HCV sıklığı %1-2 arasında değişmektedir. Ülkemizde ise sıklık %1-2.4 arasında bildirilmiştir. Hepatit C prevalansı ve bulaşma yolları ülkeler ve bölgeler arasında değişkenlik gösterir. Ülkemiz dünya haritasında daha önceleri prevalansı %1-1.9 arasında olan dilim içinde yer alırken 2013 yılında yayımlanan bir çalışmada %3.5'in üzerinde olan ülkeler arasında gösterilmiştir. 2014 yılında yayımlanan ve ülke bildirimlerine göre oluşturulan haritada ise anti-HCV prevalansı %0.0-<%1.0 grubunda yer almıştır (68, 69, 70).

Ülkemizde kan transfüzyonu, güvenli olmayan enjeksiyon, hastane içinde ve hastane dışında uygulanan tıbbi işlemler sırasında temizlik ve dezenfeksiyona özen gösterilmemesi HCV'nin yayılımındaki en önemli unsurlardır. Ülkemizde şu andaki HCV'ye bağlı kronik karaciğer hastalığı sorunu, geçmiş yıllardaki yaygın bulaşmaların sonucudur ve oldukça önemli boyuttadır; ancak gerekli önlemler alınmazsa gelecekte de sorun olmaya devam edecektir (71).

HCV ile ilişkili başlıca risk faktörleri şunlardır: kan ve kan ürünleri transfüzyonu, enfekte donörden solid organ transfüzyonu, İV uyuşturucu kullanımı, güvenli olmayan terapötik enjeksiyonlar, iğne batması gibi mesleki perkütan temaslar, enfekte anneden bebeğine bulaş, enfekte partnerle ve çoklu partnerle cinsel ilişki. Bunlar arasında en önemlileri taraması yapılmayan donörden kan transfüzyonu, İV uyuşturucu kullanımı ve güvenli olmayan terapötik enjeksiyondur. Gelişmiş ülkelerde son birkaç dekad boyunca yeni HCV enfeksiyonlarının başlıca kaynağı İV uyuşturucu kullanımıdır. Gelişmekte olan ülkelerde ise güvenli olmayan terapötik enjeksiyonların ve transfüzyonun başlıca geçiş yolu olduğu tahmin edilmektedir (68).

Hepatit C’de klinik seyir

Virüs alındıktan sonra inkubasyon dönemi ortalama 5-12 haftadır. Hastaların %80’inde herhangi bir semptom oluşmaz. Hastalığın başlangıcı genellikle sinsidir. Akut hepatit C enfeksiyonu semptomatik olduğunda da klinik belirtiler diğer hepatit virüsü enfeksiyonlarına göre daha hafiftir. Başlıca belirtiler iştahsızlık, halsizlik, abdominal rahatsızlık, bulantı, kusma, ateş ve yorgunluktur. Sarılık semptomatik hastaların %25’inden azında görülür. Semptomatik olgularda enfeksiyon başladıktan sonra klinik bulgular 2-12 hafta sürebilir. Fulminan karaciğer yetmezliği nadirdir. Hastaların %70-90’ı akut hepatit aşamasında genellikle tanınmazlar (72).

Akut hepatit C seyri değişkendir. Serum alanin aminotransferaz (ALT) düzeylerinde yükseklikler olması ve bu düzeylerde sıklıkla dalgalanmalar olması en önemli karakteristik özelliğidir. Tam iyileşme ile ALT düzeyleri normale dönebilir. Ancak sıklıkla ALT düzeylerinde fluktuasyonlar olur ve progresyon gösterir. Akut enfeksiyon, olguların %15-20’sinde kronikleşmeden tamamen iyileşir. Özellikle sarılık gelişen hastalarda spontan klirensin daha fazla olduğu saptanmıştır (73).

Akut hepatit C’yi değerlendirmede kullanılan testler HCV RNA, anti-HCV ve ALT düzeyidir. HCV ile enfekte hastalarda gelişen laboratuvar anormalliklerinin kronolojik sırası şöyledir: HCV RNA pozitifleşmesi, ALT yükselmesi ve en son anti-HCV pozitifleşmesi. Semptomatik olgularda klinik bulgular hemen vireminin başlangıcından sonra ortaya çıkar. Hemen sonra veya birlikte ALT yükselmesi görülür. Çoğu hastada HCV-RNA pozitifleşmesi enfeksiyonun kazanılmasından 1-2 hafta sonra olur. ALT

düzeyleri enfeksiyondan 4-12 hafta sonra yükselir; akut enfeksiyonda ortalama 800 IU/ml'ye kadar ulaşabilir. HCV antikorları (anti-HCV) genellikle sekiz haftadan sonra pozitif hale gelir ve akut ile kronik hepatiti birbirinden ayırmada kullanılamaz (74).

Akut hepatit C tanısında altın standart değerinde bir bulgu, daha önce negatif olan anti-HCV'nin pozitifleşmesi ve ek olarak HCV RNA pozitifliği ile ALT yüksekliğidir. Bu tablo genellikle bilinen anti-HCV pozitif kaynağa maruziyet olması durumunda söz konusudur. Yüksek risk taşıyan kaynaklara maruz kalan kişilerin başlangıçta ve 4. ile 12. haftalarda anti-HCV, HCV RNA ve ALT düzeylerine bakılmalıdır (75).

Kronik hepatit C enfeksiyonu, hastalığın iyileşme göstermeksizin altı ay süreyle devam etmesi durumuna verilen addır. Kronik hepatit C tek başına bir hastalık değil, klinikopatolojik bir sendromdur. Karaciğer histopatolojisinde nekroenflamasyon ve fibrozla karakterize değişiklikler olur. Kronik hepatit C karaciğer sirozunun en önemli nedenlerinden biridir. En sık karaciğer transplantasyonu nedenlerinden biridir. Siroz gelişme riski 25-30 yıllık süre içinde %5-25 arasındadır (66).

Tedavi

Esas olarak antiviral tedavi karaciğer komplikasyonlarını ve HCV ilişkili mortaliteyi önlemede etkilidir. Diğer yandan bu tedavi, ekstrahepatik bulguları da ortadan kaldıracaktır. Günümüz kılavuzlarında, kronik HCV enfeksiyonu ve kompanse karaciğer hastalığı bulunan bütün hastalarda, kontrendikasyon yoksa, antiviral tedavi düşünülmesi önerilmektedir. HCV enfeksiyonunun doğal seyrinde üç major dönüm noktası vardır: Kronik enfeksiyonun gelişmesi, sirozun gelişmesi ve siroza bağlı komplikasyonların gelişmesi. Antiviral tedavinin primer amacı kronik enfeksiyonu eradike etmek, yavaşlatmak ve mümkünse durdurmaktır. Virüs eradike edildiğinde gelişebilecek olan dekompanse siroz ve hepatosellüler karsinomaya bağlı karaciğerle ilişkili ölümler önlenilebilecektir. Kalıcı viral yanıt (tedavinin bitiminden sonraki 12. veya 24. haftalarda kanda virüsün olmaması) HCV enfeksiyonunun iyileştiğini gösteren, mükemmel bir belirteçtir. Daha geç dönemde nüks oluşması çok nadir görülür (66).

1.3.4. HIV/AIDS

İnsan immün yetmezlik virüsü (Human immunodeficiency virus; HIV) enfeksiyonu da HBV ve HCV enfeksiyonlarına benzer olarak perinatal, parenteral, enfekte kişilerle yakın temas ve cinsel ilişki yoluyla bulaşır. HIV enfeksiyonu asemptomatik taşıyıcılık durumundan ölümcül hastalıklara kadar değişen geniş bir klinik tablo ile seyredebilen bir enfeksiyondur. Bu enfeksiyona bağlı olarak meydana gelen sekonder bağışıklık eksikliği sendromu olan AIDS (acquired immun deficiency syndrome) ise başta pulmoner tüberküloz olmak üzere viral, bakteriyel, parazitik fırsatçı enfeksiyonlar; Kaposi sarkomu veya non-Hodgkin lenfoma gibi kanserlerle seyredebilir. 1981'den beri AIDS'den ölenlerin sayısı 25 milyona ulaşmıştır.

Günümüzde HIV/AIDS hastalarında HBV ve HCV ko-enfeksiyonu nedeniyle gelişen karaciğer hasarı mortalite ve morbiditenin önemli nedenlerinden biridir. Bulaşma yollarının ortak olması nedeniyle HIV/AIDS enfeksiyonu ile HBV ve HCV enfeksiyonlarının birlikteliğine sık rastlanmaktadır. Yapılan çalışmalar Batı Avrupa ve ABD'de HIV/AIDS hastalarının %6-14'ünde kronik HBV enfeksiyonu, %33'ünde ise kronik HCV enfeksiyonu olduğunu göstermiştir. HIV/HBV ve HIV/HCV ko-enfeksiyonları hem karaciğer hasarının ilerlemesine hem de HIV enfeksiyonunun progresyonuna ve antiretroviral tedaviye bağlı hepatotoksisite riskinde artışa neden olabilmektedir. HIV koenfeksiyonu olmayan kişilerde yaklaşım, önce anti-HCV testinin yapılması ve pozitif bulunursa HCV-RNA istenmesi şeklindedir. HCV/HIV koenfeksiyonu olan hastalarda siroz gelişme riski tek başına HCV enfeksiyonuna göre çok daha fazladır. Kişiler aynı anda HBV ve HCV ile karşılaşır, akut hepatit gelişebilir, ya da kronik hepatit B enfeksiyonu varken HCV'yi veya hepatit C enfeksiyonu varken HBV'i süperenfeksiyon şeklinde alabilir. Bu nedenle koenfeksiyonlarda her iki enfeksiyon birlikte değerlendirilmeli ve uygun tedavi seçilmelidir (77).

1.4. Araştırmanın amacı ve önemi

Son yıllarda viral hepatitlerle ilgili bazı önemli epidemiyolojik çalışmalar gerçekleştirilmiştir. Ülke genelini kapsayan toplum tabanlı bir viral hepatit prevalans çalışması olan ve Türk Karaciğer Araştırmaları Derneği (TKAD) tarafından 2008-2011 yılları arasında gerçekleştirilen araştırmada 18 yaş üzeri 5471 kişiye ulaşılmıştır.

Sonuçlar değerlendirildiğinde HBsAg pozitifliği %4,0, anti-HBc total pozitifliği %30.6, anti-HBs pozitifliği ise %32,0 olarak saptanmıştır. HBsAg pozitifliğinin batı bölgelerinde daha düşük olduğu; İç Anadolu, Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde belirgin olarak yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca HBsAg pozitifliğinin yaşla artış gösterdiği de saptanmıştır (78).

Hepatit C virüs (HCV) enfeksiyonu daha çok belli riskleri olan özel kişilerde ve özel hasta gruplarında görülmektedir. Ülkemizde Türk Kızılayı Kan Merkezi'nin 2008-2012 yılları arasındaki verileri incelendiğinde toplam 4,510,207 sivil donörde anti-HCV pozitifliğinin %0.02-%0.004 arasında olduğu gözlenmektedir (80). Ülke genelinde böbrek hastalarında (hemodiyaliz, periton diyalizi, transplantasyon yapılan hastalar) hepatit serolojisi ile ilgili olarak 2010 yılı sonunda yapılan bir değerlendirmede anti-HCV pozitiflikleri hemodiyaliz hastalarında %8.5, Periton diyalizi hastalarında %4.5, böbrek transplantasyon hastalarında ise %8.4 olarak bildirilmiştir (80).

Değertekin ve ark.'nın oldukça geniş kapsamlı bir araştırmasında ülkemizde 1980-2005 yılları arasında yapılan delta hepatiti ile ilgili çalışmalar değerlendirilmiştir. Bu çalışmanın sonucunda delta hepatitinde 1980 yılından 2005 yılına doğru bir azalma olduğu (%4.1 ve %2.9) ve esasen Güneydoğu bölgesinde sorun olduğu vurgulanmaktadır. Bu kapsamlı çalışmada delta pozitifliği saptanma oranları kronik HBV olgularında %20 (5961 olgu), sirotik olgularda %32.5 olarak saptanmış; 1416 akut viral hepatit olgusunda %3; 766 akut HBV enfeksiyonunda %8.1, 6613 inaktif HBV taşıyıcı olguda %4.9, sirozlularda %32.52 (11.264 olgu), hepatoselüler karsinom olgularında ise %23 olarak bildirilmiştir (81).

Ankara Numune EAH'de 2000 yılında yapılan bir çalışmada ELISA Laboratuvarı'nda bir ayda yapılan 8416 HBsAg testinden 807'sinin (%9.6), 1950 Anti-HBs testinden 686'sının (%35.2) ve 8245 Anti-HCV testinden 329'unun (%3.9) pozitif bulunduğu; HBsAg pozitif olanlardan 130 kişinin 227 aile bireyinin kontrol amaçlı incelendiği, bunlarda HBsAg pozitifliği sıklığının %14.5 olduğu saptanmıştır (82).

KHB enfeksiyonunun doğal seyrini bilmek, yıllar içinde nasıl seyredeceğini, hangi komplikasyonların ne zaman olacağını bilmek, hangi hastaların tedavi edileceğine karar vermek, tedavisiz hastaların nasıl izleneceğine karar vermek açısından önemlidir.

Sağlık Bakanlığı tarafından 2010 yılında Türkiye’de il ve ilçelerdeki hastaneler aracılığıyla evde sağlık hizmetleri uygulaması başlatılmıştır. Ülkemizde henüz yeni sayılabilecek bu uygulama giderek yaygınlaşmakta ve önemli bir gereksinimi karşılamaktadır. Bu uygulama ile evde sağlık hizmetine ihtiyacı olan bireylerin muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyonlarının evinde ve aile ortamında sağlanması, bu kişilere ve aile bireylerine sosyal ve psikolojik destek hizmetlerinin bir bütün olarak birlikte verilmesi amaçlanmaktadır.

Evde sağlık hizmetleri verilirken hastanın sağlık ve yaşam koşullarını etkileyebilecek mevcut riskleri en aza indirerek yaşam kalitesini artırmak ve sağlık hizmeti maliyetini düşürmek esas hedeftir. Hastaların rutinde veya gerekli durumlarda muayenelerinin yapılıp tetkiklerinin alınması ve tetkik sonuçlarına göre tedavilerinin düzenlenmesi de bu hizmetlerin önemli bir bölümünü kapsamaktadır. Bu hizmette öncelikle dikkat edilmesi gereken önemli bir nokta aile sağlığını bir bütün olarak ele almaktır. Evde sağlık hizmeti verilen hastanın mevcut bulaşıcı hastalık risklerini tespit ederek bakım verenleri ve birlikte yaşayanları bu hastalıklardan korumak önemlidir. Bakım verenlerde bulaşıcı hastalık tespit edilmesi halinde bunun hastaya geçerek durumunu daha da ağırlaştırması önlenabilir. Çünkü yatağa bağımlı hastalara eklenebilecek bir enfeksiyon hasta sağ kalımını ciddi anlamda etkilemektedir. Evde sağlık hizmetleri görece yeni başlatılan bir uygulama olduğundan bu konuda literatürde yayımlanmış bilgiler de oldukça sınırlıdır.

Evde sağlık hizmeti alan bireylerin büyük çoğunluğu yatağa bağımlı ve kendi bakımını sağlayamayan, hasta alt bezi kullanan, idrar sondası uygulanmış, yatak yarası bulunan, beslenme bozukluğu nedeniyle mama ile beslenen, solunum sorunları nedeniyle trakeostomi uygulanmış ve/veya mekanik ventilasyona bağlı hastalardır. Bu hastaların bazılarında doğrudan temasla bulaşabilecek Hepatit A gibi enfeksiyonlar, bakım verenleri ve sağlık çalışanlarını risk altında bırakabilecek kanla ve vücut sıvılarıyla bulaşan hepatit B ve C gibi aktif hastalık ya da kronik taşıyıcılık bulunabilmektedir. Bulaş yolları hepatit B ve C ile benzer olan ve sıklıkla birlikte tetkik edilen anti-HIV sonuçları da bu araştırma kapsamında değerlendirilmiştir.

Bu çalışma ile evde sağlık hizmeti alan hastaların hastalık bulaştırma potansiyelleri ile bakım verenlerin ve sağlık hizmeti sunanların karşılaşabilecekleri riskler ile bunlara

karşı hazırlıklı olma durumlarının araştırılması ve alınabilecek önlemler açısından durum saptaması yapılması amaçlanmıştır. Aynı zamanda bakım verenlerde mevcut hepatit taşıyıcılığı tespit edilmesi halinde bunun hastaya geçerek durumunu daha da ağırlaştırması engellenmiş olacaktır.



2. MATERYAL ve METOD

Bu araştırma, 2011 ile 2015 yılları arasında Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Birimi'ne kayıtlı olarak izlenen 1670 hastanın, aynı Hastane'nin Eliza Laboratuvarı'nda bakılmış olan tetkik sonuçlarından yola çıkarak viral hepatit belirteçleri yönünden durumlarının tespitini yapmayı hedefleyen kesitsel, tanımlayıcı bir çalışmadır. Çalışma öncesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 22.10.2015 tarih ve 66/6 karar no ile etik kurul onayı alınmıştır.

2.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklem

Araştırmanın evreni Aralık 2010 - Eylül 2015 tarihleri arasında Antalya EAH-ESHB'de izlenen 1670 hastadır. Bu hastaların kimlik bilgileri ile Hastane Bilgi Yönetimi Sistemi'nde yapılan sorgulamada viral hepatit belirteçleri (HAV-Ig-M, HAV-IgG, HBsAg, Anti-HBs, HBe-Ag, Anti-HBe, Anti-HCV) ve Anti-HIV tetkiki yapılmış olanların sayıları ve sonuçları değerlendirilmiştir. Birden fazla kez yapılmış olup sonucu aynı çıkan testler hesaplamada dikkate alınmamıştır. Viral hepatit belirteçleri ve HIV testi sonuçları reaktif olan 43 farklı hasta bulunduğu saptanmıştır. Bu hastaların ESHB'de bulunan dosyaları incelenerek, demografik bilgileri, hastalık tanıları, test sonuçları ve bakım durumlarına ilişkin veriler toplanmıştır. Bu hastalara bakım verenlerin ve/ya da birlikte yaşayan aile bireylerinin de viral hepatit belirteçlerinin araştırılması planlanmıştır. 43 hastadan 36'sının bir ile altı arasında değişen sayıda olmak üzere toplam 57 yakını yapılan çağrıya uyarak tetkik sonucunu ulaştırmıştır. Yedi hastanın hiçbir yakını kontrole gelmemiştir.

2.2. Verilerin Toplanması

Veri toplanmasında araştırmacı tarafından benzer konularda yapılan çalışmalardan da yararlanılarak hazırlanan, hastalar için 23 sorulu, hasta yakınları için 18 sorulu, veri toplama formları (Ek 1 ve Ek 2) kullanılmıştır. Hasta veri toplama formunda sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, çalışma ve eğitim durumu), varsa kronik hastalıkları, bulaşıcı hastalık öyküsü, viral hepatit bulaşma risk faktörlerini belirleyen durumun varlığı (açık yara, takma diş, protez, kateter, intravenöz girişimsel işlemler,

PEG, trakeostomi, sonda, vb) gibi bilgiler hasta dosyasından (retrospektif olarak) toplanmıştır. Viral hepatit belirteçlerine ilişkin Hastane Bilgi Sistemi'nden sağlanan sonuçlar forma kaydedilmiştir. Eksik bilgiler hasta yakını ile yapılan görüşmelerde tamamlanmıştır. Hastaya bakım verenler ve/ya da aile bireyleri telefonla aranarak yapılan çalışma anlatılmış araştırmaya katılmak üzere ESHB'ne davet edilmişlerdir. Kabul ederek gelenler "Bilgilendirilmiş Gönüllülük ve Rıza Formu"nu okuyarak imzalamışlardır (Ek 3). Bu katılımcıların veri formları araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yapılarak doldurulmuştur. Formda hasta yakınına ilişkin bilgilerin yanı sıra hastaya bakım verme durumu, kendi sağlık sorunları, ESHB tarafından hasta yakınlarına verilen eğitime katılma durumuna ilişkin sorular yer almıştır. Hasta yakınının -varsa- viral hepatit belirteç test sonuçları kaydedilmiş, yoksa yaptırmaları sağlanmıştır. Katılımcılara ESHB'nin uygulamaları, hastanın ve kendilerinin sağlığı için tehdit oluşturabilecek riskler ve koruyucu önlemler anlatılmıştır.

2.3. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen bulgularının değerlendirilmesinde istatistiksel analizler için SSPS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 18.0 programı kullanıldı. Hastaların klinik özellikleri ve bakım alma durumları ile viral hepatit belirteçleri arasındaki ilişkiler incelendi. Hastaların laboratuvar sonuçları ile bakım veren aile bireylerinin laboratuvar sonuçları karşılaştırıldı.

Çalışma verilerinin tanımlayıcı istatistiklerinde ortalama, standart sapma, oran ve frekans değerleri kullanılmıştır. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren olgular Student t testi ile, normal dağılım göstermeyen olgular ise Mann Whitney U testi ile değerlendirilmiştir. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise ki-kare testi ve Fisher'in exact ki-kare testi kullanılmıştır. Sonuçlar %95 güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

3. BULGULAR

Antalya EAH-ESHB’de Aralık 2010 - Eylül 2015 tarihleri arasında 1670 hasta izlenmiştir. Bu hastaların 959’u (%57,4) kadın, 711’i (%42,6) erkek idi. Kadın hastaların yaş ortalaması 75,3±17,1, erkek hastaların yaş ortalaması 65,3±21,8’dir (Tablo 3.1).

Tablo 3.1. Antalya EAH-ESHB’de izlenen hastaların cinsiyet ve yaş özellikleri

ESHB hastaları	Sayı	Oran (%)	Yaş ortalaması
Erkek	711	42,6	65,3±21,8
Kadın	959	57,4	75,3±17,1
Toplam	1670	100,0	71,0±19,9

Bu hastaların kimlik bilgileri ile Hastane Bilgi Yönetimi Sistemi’nde yapılan sorgulamada viral hepatit belirteçleri (HAV Ig M, HAV IgG, HBs Ag, Anti-HBs, HBe-Ag, Anti-HBe, Anti-HCV) ve Anti-HIV tetkiki yapılmış olan hasta sayıları ve toplam hasta sayısına oranları Tablo 3.2’de gösterilmiştir.

Tablo 3.2. ESHB’de izlenen 1670 hastaya yapılan ELISA testlerinin sayısı

ELISA testi	Reaktif hasta		Non-reaktif hasta		Test yapılan hasta	
	Sayısı	Oranı (%)	Sayısı	Oranı (%)	Sayısı	Oranı (%)
Anti-HAV IgG	40	100,0	0	0,0	40	2,4
Anti-HAV IgM	0	0,0	43	100,0	43	2,6
HBs-Ag	20	3,2	607	96,8	627	37,5
Anti-HBs	202	39,7	307	60,3	509	30,5
HBe-Ag	0	0,0	81	100,0	81	4,9
Anti-HBe	13	23,6	42	76,4	55	3,3
Anti-HBc IgG	15	40,5	22	59,5	37	2,2
Anti-HBc IgM	0	0,0	50	100,0	50	3,0
Anti-HCV	14	2,2	623	97,8	637	38,1
Anti-HIV 1+2	3	0,5	615	99,5	618	37,0

Anti-HAV IgG testi bakılan 40 hastanın tümünde reaktif, Anti-HAV IgM testi bakılan 43 hastanın tümünde non-reaktif sonuç saptanmıştır. Anti-HBs testi bakılan 509

hastanın 202'sinde (%39,7) reaktif bulunmuş olup sadece anti-HBs'si reaktif olanlar aşılanmış olabilecekleri kabul edilerek takibe alınmamıştır. Diğer hepatit B belirteçleri veya HIV testi sonuçları reaktif olan 43 farklı hasta bulunduğu saptanmıştır. Bazı hastalarda birden fazla belirteç reaktif olarak sonuç vermiştir.

Testi sonucu reaktif olan 43 hastanın 25'i (%58,1) kadın, 18'i (%41,9) erkek idi. Çalışma grubundaki kadın hastaların yaş ortalaması $76 \pm 18,7$, erkek hastaların yaş ortalaması $63,7 \pm 17,5$ olarak hesaplandı. Bu hastaların ESHB'de bulunan izlem dosyaları incelenerek, demografik bilgileri, hastalık tanıları ve bakım durumlarına ilişkin veriler toplanmıştır. Kırk üç hastanın 31'i (%72,1) il merkezinde, sekizi (%18,6) ilçe merkezinde, dördü (%9,3) köy ya da kasabada yaşamaktadır (Tablo 3.3).

Tablo 3.3. Reaktif test sonucu olan hastaların yaşadığı yere göre dağılımı

Yaşadığı yer	Sayı	Oran (%)
İl merkezi	31	72,1
İlçe merkezi	8	18,6
Köy / kasaba	4	9,3
Toplam	43	100,0

Test sonucu reaktif olan 43 hastanın en az bir ve en fazla altı kronik hastalık tanısı bulunmaktadır (Tablo 3.4). Bunların 25'inde nörolojik hastalıklar, 17'sinde kardiyak hastalıklar ve 11'inde ortopedik-romatolojik hastalıklar saptanmıştır (Tablo 3.5).

Tablo 3.4. Testi sonucu reaktif olan hastaların mevcut hastalık sayısına göre dağılımı

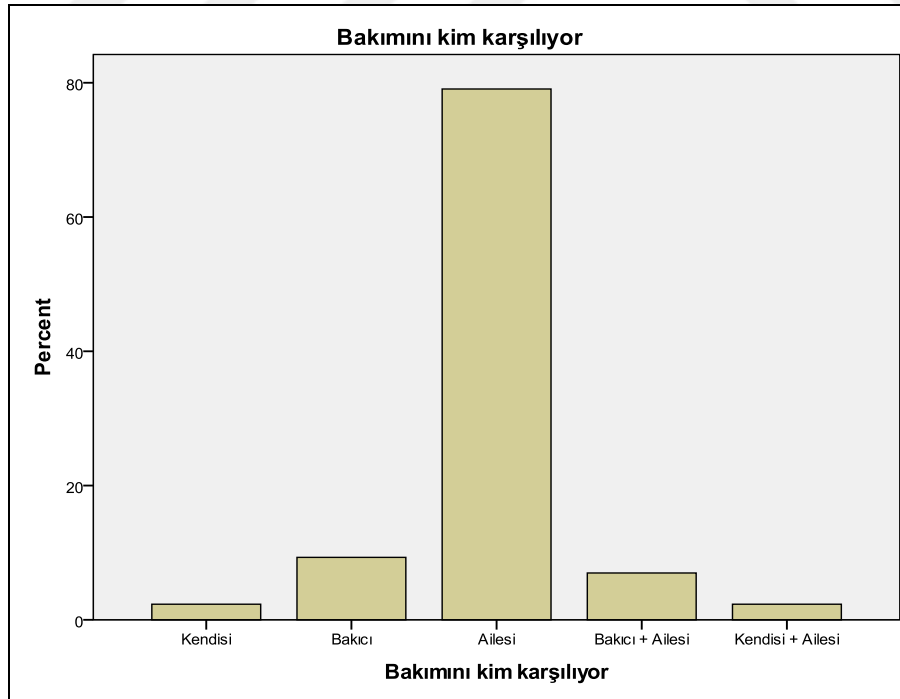
Hastalık sayısı	Sayı	Oran (%)
1	14	32,6
2	12	27,9
3	11	25,6
4	4	9,3
5	1	2,3
6	1	2,3

Tablo 3.5. Testi sonucu reaktif olan hastaların tanılarına göre dağılımı

Kronik hastalıklar	Sayı*	Oran (%)
Nörolojik hastalıklar (SVH - Alzheimer - Epilepsi - MR - Parkinson - SSPE)	25	58,1
Kardiyak hastalıklar (HT - KAH - HL)	17	39,5
Diyabetes mellitus	10	23,3
Ortopedik - Romatolojik hastalıklar	11	25,6
Psikiyatrik hastalıklar (Şizofreni - bipolar bozukluk)	2	4,7
Solunum sistemi hastalığı (Astım - KOAH)	8	18,6
Kronik böbrek yetmezliği	4	9,3
BPH - Prostat Ca	3	7,0
Diğer hastalıklar (Senilite - katarakt - böbrek transplantasyonu - karaciğer sirozu - viral hepatit - morbid obez)	7	16,5

* Hastaların çoğunun birden fazla kronik hastalığı bulunmaktadır.

Kontrol için çağrılan 43 hastanın 36'sının yakını gelmiştir. Bu 36 hastadan altısına (%10,5) yakınları tek başına bakmakta idi, diğer 30 hastanın yakınları (%89,5) hastaya diğer aile bireyleriyle birlikte ya da dönüşümlü olarak bakmakta idi (Şekil 3.1).



Şekil 3.1. Hastaların bakımını karşılayanlara göre dağılımı

Hastanın bakımını karşılayan kişiye göre HBsAg, Anti-HBs ve Anti HCV testlerinin sonuçları Tablo 3.6’da verilmiştir. Bakımı sağlayan kişi ile test sonucu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Tablo 3.6. Hastanın bakımını karşılayan kişiye göre Elisa testi reaktif olanların dağılımı

Bakımını karşılayan	HBsAg Reaktif (n)	Anti-HBs Reaktif (n)	Anti HCV Reaktif (n)
Kendisi	0	0	1
Bakıcı	2	1	1
Ailesi	16	8	11
Bakıcı+ Ailesi	2	0	0
Kendisi+ Ailesi	0	0	1

Elisa testi sonucu reaktif olan 43 hastanın 32’sinin (%74,4) evinin genel temizliğinin iyi, 11’inin (%25,6) orta olduğu saptanmıştır. Kırk bir hastanın (%95,3) ayrı odasının olduğu, iki hastanın (%4,7) ise ayrı odasının olmadığı saptanmıştır. Otuz altı hastanın (%83,7) sürekli aynı yerde kaldığı, yedi hastanın ise (%16,3) diğer aile bireyleriyle dönüşümlü bakılmasından dolayı farklı yerlerde kaldığı saptanmıştır. Otuz hastada (%69,8) kişisel bakım yeterli, 13 hastada (%30,2) ise kısmen yeterli görülmüştür.

Elisa testi sonucu reaktif olan 43 hastanın 25’inde (%58,1) bilinç-oryantasyon ve kooperasyon değerlendirmesi tam, 18 hastada (%41,9) ise zayıf olarak değerlendirilmiştir. Otuz iki hasta (%74,4) normal oral yolla beslenmekte olup, sekiz hasta (%18,6) mama desteği almakta ve üç hasta (%7) PEG ile beslenmekteydi.

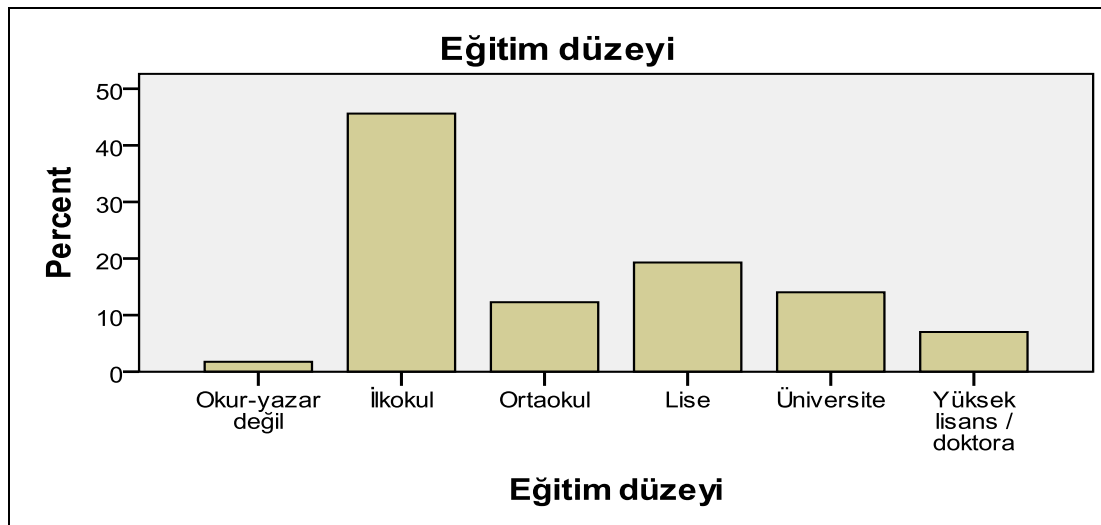
Elisa testi sonucu reaktif olan hastalarda hepatitler açısından risk faktörü olabilecek bazı klinik durumların varlığı araştırıldı. Buna göre HBsAg’si reaktif olan 20 hastanın altısında bası ülseri, 14’ünde bir ve daha fazla hastane yatışı, 10’unda Foley sonda kullanımı, ikisinde A-V fistül, ikisinde takma diş mevcuttur. Buna göre Anti-HCV’si reaktif olan 14 hastanın üçünde bası ülseri, dokuzunda bir ve daha fazla hastane yatışı, ikisinde Foley sonda kullanımı, birinde A-V fistül, dördünde takma diş mevcuttur (Tablo 3.7).

Tablo 3.7. Elisa testi reaktif olanlarda risk faktörlerinin bulunma durumu

Risk faktörü		HBsAg Reaktif (n)	Anti-HBs Reaktif (n)	Anti HCV Reaktif (n)
Bası ülseri	Yok	14	6	11
	Var	6	3	3
Hastane yatışı	Yok	6	2	5
	Yılda 1-2 kez	5	4	6
	Yılda 3 ve üstü	9	3	3
Foley sonda	Yok	10	6	12
	Var	10	3	2
A-V fistül	Yok	18	8	13
	Var	2	1	1
Takma diş	Yok	18	9	10
	Var	2	3	4

Hasta yakınlarının ve bakım verenlerin özellikleri

Reaktif test sonucu saptanan 43 hastadan 36'sının bir ile altı arasında değişen sayıda olmak üzere toplam 57 yakını kontrole gelmiştir. Bunların 33'ü (%57,9) kadın, 24'ü (%42,1) erkektir. Yaşları 12 ile 87 arasında değişmektedir. Ortalama yaş $49,5 \pm 16,0$ 'dır. Kırk kişi (%70,2) evli ve 26 kişi (%45,6) ilkokul mezunudur. Bakım veren hasta yakınlarının çoğunluğunu (%38,6) ev hanımları oluşturmaktadır (Şekil 3.2, Tablo 3.8).

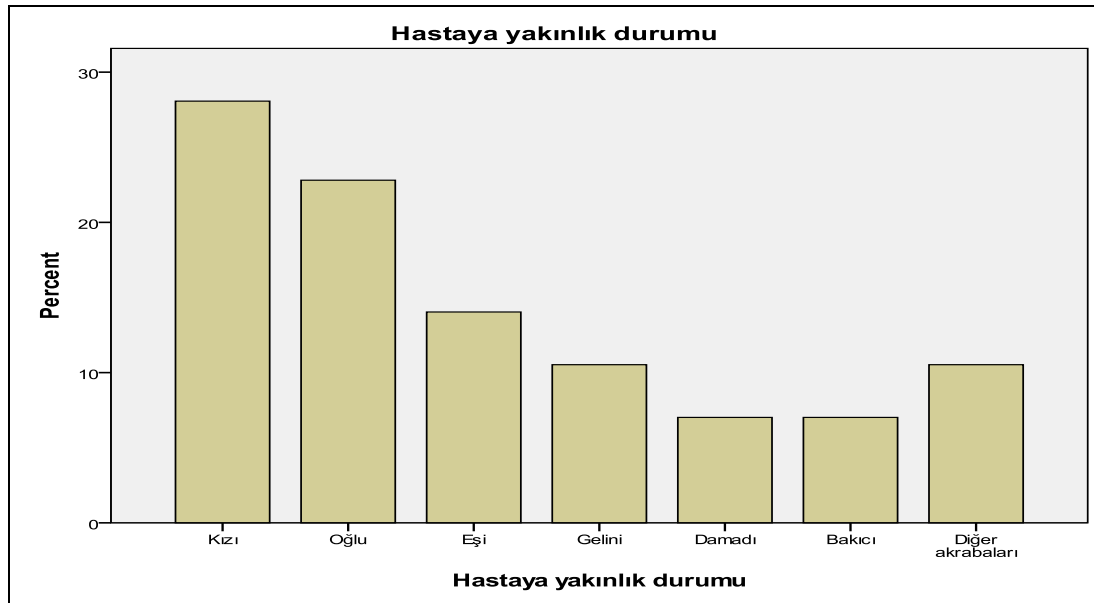


Şekil 3.2. Hasta yakınlarının/bakım verenlerin eğitim düzeyi

Tablo 3.8. Hasta yakınlarının sosyo-demografik özellikleri

Özellikler		Sayı	Oran (%)
Cinsiyet	Erkek	24	42,1
	Kadın	33	57,9
Medeni durumu	Evli	40	70,2
	Bekar	12	21,0
	Ayrılmış/dul	5	8,8
Meslek	Ev hanımı	22	38,6
	Esnaf/Serbest meslek	17	29,8
	Memur	7	12,3
	Öğrenci	5	8,8
	Bakıcı	4	7,0
	Diğer (işsiz, emekli)	2	3,5
Toplam		57	100,0

Hasta yakınlarının ortalama bakım verme süresi $4,2 \pm 4,5$ yıldır (en az 0,2 yıl, en çok 23 yıl). Hastaya bakım verenlerin çoğu birinci derece yakını olup; 16'sı hastanın kızı, 13'ü hastanın oğlu ve sekizi eşidir. Hasta yakınlarının ve bakım verenlerin hastaya yakınlık durumlarının yüzde dağılımı Şekil 3.3'de gösterilmiştir. Hastaya tek başına kendi bakan hasta yakını sayısı altıdır (%10,5) ve bunların dördü çalışmaktadır. Hastasına diğer aile bireyleriyle birlikte bakan hasta yakını sayısı 48'dir (%84,2) ve bunların 30'u çalışmıyor, diğer aile bireyleriyle dönüşümlü bakan hasta yakını sayısı üçtür (%5,3).



Şekil 3.3. Hasta yakınlarının/bakım verenlerin yakınlık durumlarının dağılımı (%)

Hasta yakınlarının/bakım verenlerin ELİSA testi sonuçları

Kontrol için başvuran 57 hasta yakınından 26'sının HAV-IgM testi mevcut olup hepsi (%100) non-reaktif, 25'inin HAV-IgG testinin hepsi (%100) non-reaktif sonuç vermiştir. Bakılan 24 HBeAg sonuçlarının da hepsinin non-reaktif (%100) olduğu saptanmıştır. Anti-HVC bakılan 54 kişide reaktiflik saptanmamıştır. HBsAg reaktif iken Anti-HBs non-reaktif saptanan iki kişi ve HBsAg non-reaktif iken yine Anti-HBs non-reaktif olan 36 kişi saptanmış olup koruyucu önlemlerin uygulanması yönünden hedef grubu oluşturmaktadır (Tablo 3.9).

Tablo 3.9. Hasta yakınlarının Elisa testi sonuçları

Test	Bakılan hasta yakını sayısı	Non-reaktif		Reaktif	
		Sayı	Oran (%)	Sayı	Oran (%)
HAV IgM	26	26	100,0	0	0,0
HAV IgG	25	0	0,0	25	100,0
HBsAg	56	54	96,4	2	3,6
Anti-HBs	55	38	69,1	17	30,9
HBe-Ag	24	24	100,0	0	0,0
Anti-HBe	24	22	91,7	2	8,3
Anti-HCV	54	54	100,0	0	0,0
Anti-HIV	50	50	100,0	0	0,0

Evde sağlık hizmeti alan hastaların viral hepatit belirteçleri yönünden reaktif olma durumu ile kendilerine bakım veren yakınlarının viral hepatit belirteçleri sonuçları çapraz tablolar halinde incelendi. Bunlardan bazıları aşağıda tablo olarak verilmiştir. Reaktif test sonucu olan hastaların yakınlarından 48'inde bakılan HBsAg testinden yalnızca biri (%2,1) reaktif sonuç vermiştir. Bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,393$). 47 hasta yakınında bakılan Anti-HBs testinden 16'sı (%34,0) reaktif sonuç vermiştir. Bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,905$) HBsAg reaktif olan hastaların yakınlarında bakılan HBeAg testlerinin tümü non-reaktif sonuçlanmıştır. Anti-HBe testlerinden ise yalnızca biri reaktif sonuç vermiştir (Tablo 3.10).

Tablo 3.10. HBsAg testi sonucuna göre hasta yakınlarında bakılan test sonuçlarının karşılaştırılması

		ESHB hastası HBsAg sonucu					
		Non-reaktif		Reaktif		Toplam	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hasta yakını HBsAg sonucu	Non-reaktif	20	42,6	27	57,4	47	97,9
	Reaktif	0	0,0	1	100,0	1	2,1
	Toplam	20	41,7	28	58,3	48	100,0
Hasta yakını HBeAg sonucu	Non-reaktif	10	52,6	9	47,4	19	100,0
	Reaktif	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Toplam	10	52,6	9	47,4	19	100,0
Hasta yakını Anti-HBs sonucu	Non-reaktif	13	41,9	18	58,1	31	66,0
	Reaktif	7	43,8	9	56,3	16	34,0
	Toplam	20	42,6	27	57,4	47	100,0
Hasta yakını Anti-HBe sonucu	Non-reaktif	10	55,6	8	44,4	18	94,7
	Reaktif	0	0,0	1	100,0	1	5,3
	Toplam	10	52,6	9	47,4	19	100,0

Herhangi bir test sonucu reaktif olan hastaların, yakınlarından 47'sinde bakılan Anti-HCV testinin tamamı non-reaktif sonuç vermiştir. Bu hasta yakınlarının 32'sinin (%68,1) hastasında Anti-HCV non-reaktif, 15'inde (%31,9) ise reaktif sonuç vermişti. Bu durumda istatistiksel bir karşılaştırma yapılmamıştır. (Tablo 3.11).

Tablo 3.11. Anti-HCV testi sonucuna göre hasta yakınlarında bakılan test sonuçlarının karşılaştırılması

		ESHB hastası Anti-HCV sonucu					
		Non-reaktif		Reaktif		Toplam	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hasta yakını Anti-HCV sonucu	Non-reaktif	32	68,1	15	31,9	47	100,0
	Reaktif	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Toplam	32	68,1	15	31,9	47	100,0

4. TARTIŞMA

Dünya nüfus verilerine paralel olarak ülkemizde de yaşlı nüfus giderek artmaktadır. Ülkemiz yaşlı nüfus bakımından 2012 yılı itibarıyla 91. sırada yer almaktadır ve nüfus bakımından “yaşlı” ülke konumundadır. Tahminlere göre önümüzdeki 25 yılda ülkemiz en hızlı yaşlanan ikinci ülke konumunda olacak ve “çok yaşlı ülke” statüsüne erişecektir (22).

Türkiye’de yaşlılara ve hastalara yönelik organize ve kamusal evde bakım hizmeti henüz çok yaygın değildir. Yaşlı bakımı kültürel yapının da etkisiyle daha çok evde informal bakım biçiminde sürdürülmektedir. Evde informal bakım sorumluluğu genellikle aile üyelerinden birine, özellikle de kadına yüklenmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü’ne göre kadınlar yaşlı nüfusun büyük bir bölümünü oluşturmaktadır. Özellikle 85 yaş ve üzeri yaşlı kadın nüfusunun fazla olması, erkeklere göre bu yaş grubundaki kadınlarda engelliliğin daha fazla olduğunu göstermektedir. Engelliliğe bağlı olarak, yatağa bağımlı olmaları ve daha fazla evde bakım ve evde sağlık hizmeti gereksinimi olduklarını düşündürmektedir.

Danimarka’da evde bakım hizmeti veren kurumlardan yararlananların %74’ünü kadınların oluşturduğu (83), Amerika’da ise evde bakım verilen kişilerin %64’ünü kadınların oluşturduğu (84) belirtilmektedir.

Türkiye’de yapılan çalışmalarda ise araştırmanın yapıldığı yere ve değerlendirilen kişilerin özelliklerine göre farklı sonuçlar bildirilmiştir. Balıkesir EBHB’den bakım hizmeti alan 377 yaşlının 259’u (%68.7) kadın, 118’i (%31.3) erkektir. Yaş ortalaması 80.1 ± 7.4 yıl, kadınlarda 80.6 ± 6.9 yıl (en az: 65, en çok: 102), erkeklerde 78.8 ± 8.1 yıl (en az: 65, en çok: 103) bulunmuştur (44). Çatak ve arkadaşlarının Burdur’da evde sağlık hizmetlerinden yararlanan 65 yaş üstü hastaların profilinin incelendiği çalışmada yaş ortalaması 79,6 olarak bulunmuştur (45). Kurtkaya’nın çalışmasında Antalya’da evde sağlık hizmetlerinden yararlananların yaş ortalamasının 69 olduğu, %56.4’sinin kadın olduğu tespit edilmiştir (56). Subaşı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada evde bakım verilen kişilerin %62,5’ini kadınlar oluşturmaktadır (85).

Çalışmamızda Antalya EAH-ESHB’de Aralık 2010 - Eylül 2015 tarihleri arasında izlenen 1670 hastadan 959’unun (%57,4) kadın, 711’inin (%42,6) erkek olduğu; kadınların yaş ortalamasının $75,3 \pm 17,1$, erkeklerin yaş ortalamasının $65,3 \pm 21,8$ olduğu, evde sağlık hizmeti alan hastaların cinsiyet ve yaş özelliklerinin yapılan diğer araştırmalarla benzer olduğu, ESHB’den kadınların daha fazla yararlandığı görülmektedir. Kadınların daha fazla yararlanması, kadınlarda ortalama yaşam süresinin ve morbiditenin erkeklerden fazla olması ile açıklanabilmektedir.

Japonya’da yapılan bir başka çalışmada evde bakım hizmetinden yararlanan yaşlıların geçmişteki ve mevcut hastalıkları arasında %31,4 ile serebrovasküler hastalıkların ilk sırada, %29.6 ile hipertansiyonun ikinci sırada yer aldığı belirtilmektedir (35).

Diyarbakır il merkezinde belirli bir bölgede yaşayan yaşlılarda özürlülük, tanı konmuş kronik hastalık sıklığı ve günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık oranlarını belirlemek amacıyla 510 yaşlının değerlendirildiği bir araştırmada yaş ortalaması 66.3 yıl, erkeklerin oranı %45.7, kadınların oranı %54.3 olarak saptanmıştır. Araştırmaya alınan yaşlıların %18’inde kazanılmış veya doğuştan özürlülük olduğu, yaşlılarda en sık görülen kronik hastalıkların hipertansiyon, osteoporoz ve osteoartrit olduğu belirtilmektedir. 82

Balıkesir EBHB’den bakım hizmeti alan, %68.7’si kadın, %31,3’ü erkek olan 377 yaşlının bakım nedenleri arasında ilk sırada %23.3 ile kardiyovasküler hastalıklar ve hemipleji, ikinci sırada ise %9,5 ile hemipleji yer aldığı bildirilmiştir. Balıkesir EBHB’den son altı ayda hizmet alan 65 yaş üzeri yatağa bağımlı yaşlıların %46’sının sadece fizik muayene, %40.4’ünün fizik muayene ile birlikte laboratuvar tetkiki hizmeti aldığı, yaşlıların %2.6’sının nazogastrik sonda ile beslendiği, %5.6’sında ürogenital sonda olduğu saptanmıştır (44).

Antalya EAH-ESHB’den hizmet alan hastaların klinik ve demografik özelliklerinin değerlendirildiği 2013’te yapılan çalışmada evde sağlık hizmeti alan hastalarda en fazla görülen hastalık %42.9 ile nörolojik ve psikolojik hastalıklardır. Kronik hastalıklar %26.0, ortopedik ve travmatolojik hastalıklar %5.7, hematolojik ve onkolojik hastalıklar %4.8, kardiyovasküler hastalıklar %4.1, özürülerin de dahil olduğu diğer nedenler %2.5, diğer hastalıklar ise %5.7 oranında görülmüştür (46).

Çalışmamızda ESHB’de izlenen 1670 hastadan Elisa testi yapılanlar içinde farklı testlerden sonucu reaktif olan 43 kişi saptanmıştır. Hastaların klinik, sosyo-demografik özellikleri, bakım alma nedenleri ve aldıkları hizmetler, bakım ve hijyen koşulları değerlendirilmiştir. Elisa testi sonucu reaktif olanlarda en sık görülen hastalık nörolojik hastalıklar ve serebrovasküler olaylardır. Elisa testi reaktif olan 43 hastanın en az bir ve en fazla altı kronik hastalığı bulunmaktadır. Bunların 25’inde nörolojik hastalıklar, 17’sinde kardiyak hastalıklar ve 11’inde ortopedik-romatolojik hastalıklar saptanmıştır. Aynı birimde 2013’te yapılan değerlendirmede hizmet alan hastaların yatağa tam bağımlılık oranı %81 gibi yüksek bir değerdir. Erkeklerin %19,8’i, kadınların %21,3’ü enteral yolla beslenmektedir. Nazogatrik sonda ile beslenme dışında diyetisyen önerisi ile malnütrisyon nedeni ile oral enteral beslenme solüsyonu alanları ve PEG yoluyla beslenenleri de enteral beslenme grubuna alınmış olup erkeklerin % 8,8’inde PEG varken, kadınların % 5,5 inde PEG bulunmuştur (46).

Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü Evde Sağlık Hizmetleri Birimi tarafından hizmet sunulan 2330 hastanın değerlendirildiği bir çalışmada; araştırma kapsamına alınanların %53’ünün kadın, %47’sinin erkek olduğu, yaş ortancasının 75.0 yıl olduğu, hizmet verilen hastaların %30.2’sinin 65 yaş altında, %69.8’inin 65 yaş ve üstünde olduğu, hizmet verilenlerin %26.7’sinin nörolojik, %23.9’unun ortopedik-travmatolojik, %12.4’ünün onkolojik, %3.4’ünün ise psikiyatrik hastalığı ve %3.1’ini ağır özürlü bulunduğu tespit edilmiştir. Evde sağlık hizmetleri kapsamında hastaların %26.5’ine pansuman, %12.4’üne enjeksiyon, tıbbi tahlil, %10.5’ine üriner sonda takma/çıkarma işlemi, %5.5’ine sağlık/ilaç raporu düzenleme, %9.0’ine intravenöz mayi uygulama intravenöz mayi tedavisi gibi hizmetler sunulduğu belirlenmiştir (87). Burdur’da evde sağlık hizmetinden yararlanan 65 yaş ve üzeri 108 hastada yapılan çalışmada hastaların %27.8’inin yatağa tam bağımlı olduğu bulunmuştur (45).

Bizim çalışmamızda HBsAg bakılan 39 kişiden 19’unda (%48,7) reaktif sonuç saptanmıştır. Bunların dokuzu yürüyemezken, 10’unun destekli/yardımla yürüyebildiği görülmektedir. Çalışmamızda 32 hasta (%74,4) oral-normal yolla beslenmekte olup, sekiz (%18,6) hasta mama desteği almakta ve üç (%7) hasta PEG ile beslenmektedir. Diğer çalışmalara paralel olarak hastaların çoğu normal oral yolla beslenmektedir. Çalışmamızda evde sağlık hizmeti alan 43 hastadan 20’sinde (%46,5) herhangi bir

girişimsel işlem bulunmazken, 12'sinin foley sonda ve dokuzunun diş protezi kullandığı ve/veya evde ağız diş sağlığı hizmetinden yararlandığı saptanmıştır.

Akdemir ve arkadaşlarının yatağa bağımlı hastaların evde yaşadıkları sağlık sorunlarının belirlenmesine yönelik yaptıkları araştırmada; hastaların çoğunluğunun hijyenik bakımda yetersizlik (%94.7) ve psiko-sosyal sorunlar (%78.9) yaşadığı bulunmuştur. Hastaların yaklaşık 2/3'ünün iletişim kurma ve ağrı (%63.2) sorunu yaşadığı belirlenmiş, hastalarda etkin egzersiz yapamama ve egzersiz yapmak istememe gibi sorunlar nedeniyle %57.9'sinde kontraktür, deformite ve atrofi geliştiği bulunmuştur. Hastaların yatağa bağımlı olmaları ve bakım aktivitelerinin yetersizliği nedeniyle yaklaşık 1/3'ünde akciğer, perine, ağız, damar yolu, ayak, göz ve cilt enfeksiyonu (%36.8) ile bası yarası (%28.9) geliştiği saptanmıştır (24).

Yaşlı hastalar, bası ülserleri için özel bir risk grubunu oluşturur, bası ülserlerinin %71'i 70 yaş üzerinde gelişir. Huzurevi ve bakımevi gibi yerlerde yaşayan yaşlılarda bası ülseri görülme sıklığı %8.8 bulunmuştur (88). Çalışmamızda evde sağlık hizmeti alan hastaların %30,2'sinde bası ülseri varken, %69,8'sinde bası ülseri yoktur.

Bizim çalışmamızda ELİSA testi reaktif saptanan 43 hastanın 31'i (%72,1) il merkezinde, 8'i (%18,6) ilçe merkezinde, 4'ü (%9,3) köy ya da kasabada yaşamaktadır. 32'sinin (%74,4) evin genel temizliğinin iyi, 11'inin (%25,6) orta olduğu saptanmıştır. 41 hastanın (%95,3) ayrı odasının olduğu, iki hastanın (%4,7) ise ayrı odasının olmadığı saptanmıştır. 30 hastanın (%69,8) kişisel bakımının yeterli, 13 hastanın (%13,2) kısmen yeterli olduğu saptanmıştır. 36 hastanın (%83,7) sürekli aynı yerde kaldığı, yedi (%16,3) hastanın ise diğer aile bireyleriyle dönüşümlü bakılmasından dolayı farklı yerlerde kaldığı saptanmıştır.

Taşdelen ve Ateş'in yaptığı bir araştırmada bakım verenlerin sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; %83.6'sının kadın, %52.5'inin 46-64 yaşlar arasında, %79.1'inin evli, %47.5'inin ilkokul mezunu, %63.3'ünün ev hanımı, %81.9'unun sağlık güvencesinin SGK olduğu ve %43.5'inin hiçbir geliri olmadığı saptanmıştır. Bakım verenlerin yaklaşık olarak yarısının (%48.6) en az bir kronik hastalığı olduğu saptanmıştır. %19.2'sinin altı ay ve daha kısa süredir bakım verdiği, %44.6'sının aile bağı olması ya da hasta bireyi sevmesi nedeni ile bakım verdiği, %29.9'unun günde 1-6

saat arasında bakım verdiği, %84.2'sinin bakım konusunda deneyimi olmadığı, %32.8'inin bakım konusunda eğitime ihtiyacı olduğu saptanmıştır (14).

“Caregiving In the U.S.” raporunda bakım verme süresi 4,3 yıl olarak saptanmıştır (89). Bizim çalışmamızda ise ortalama bakım verme süresi 4,17 (0,2 - 23) yıldır.

Dramalı ve arkadaşları (1998) çalışmalarında, bakım verenlerin %84'ünün evde hasta bakımına yönelik hiçbir eğitim veya bilgi almadıklarını belirlemişlerdir. Bakım verenlerin bakım verme konusundaki bilgilerinin yetersiz olması, evde bakılan kişilerin yaşam sürelerinde kısaltmaya neden olmaktadır (85).

Bizim çalışmamızda reaktif ELİSA test sonucu saptanan 43 hastanın yedisinin hiç bir bakım veren/hasta yakını araştırmaya katılmamıştır. Diğer 36 hastanın en az bir olmak üzere toplamda 57 hasta yakını/primer bakım vereni katılmıştır. Bunlar, hastalara 0,2 ile 23 yıl arasında bakım vermektedir. Hastaya bakım verenlerin çoğu birinci derece yakını olup kızı 16 kişi, oğlu 13 kişi ve daha sonra aynı ev ortamında yaşayan eşi 8 kişi olup bunlar hastalarına diğer aile bireyleriyle birlikte bakmaktadır. 57 hasta yakının sadece birinde (%1,75) bulaşıcı hastalık saptanmış olup bu kişinin ev hanımı olup ESHB tarafından verilen eğitime katılmadığı görülmektedir.

Güner ve arkadaşlarının yaptığı “Hepatit B Virüsü ile Enfekte Hastaların Hastalık Hakkında Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi” başlıklı araştırmada; yaş ortalamaları $43,7 \pm 12,4$ yıl olan hepatit B enfeksiyonu tanılı 67 erkek ve 38 kadından oluşan 105 hastanın %69,5'i hepatit B taşıyıcısı, %30,5'i kronik hepatit B hastasıydı. %43,1'i ilkokul, %27,4'ü lise, %16,7'si üniversite, %10,8'i ortaokul mezunu, %2'si okur yazardı. Hastaların %28,2'si ev hanımı, %22,5'i işçi, %21,5'i serbest meslek, %12,8'i emekli, %12'si memur, %3'ü öğrenciydi. Hastaların takip süreleri ortalama $5,4 \pm 5,1$ yıldır. Hastalar en sık (%20) kan bağışi sırasında Hepatit B hastası olduğunu öğrenmişti. Aile bireylerinde de bilinen HBV enfeksiyonu %38,2 oranındaydı (55).

Viral Hepatitle Savaşım Derneği (VHSD) önderliğinde 19 ilde yürütülen bir anket çalışmasında toplumda HBV enfeksiyonu ile ilgili bilgi düzeyi araştırılmış, 13873 kişiye ulaşılmış ve katılımcıların büyük çoğunluğunun hastalığın bulaş yolları, risk faktörleri ve korunma yolları ile ilgili bilgi düzeylerinin çok yetersiz olduğu

saptanmıştır (90). Ülkemizde, Adana, Hopa ve Adıyaman illerinde, ailesinde hepatit B tanılı vaka olan hasta yakınlarının bilgi düzeyinin incelendiği çalışmada, 323 hasta yakınından oluşan katılımcıların %37'si aile bireyinde hepatit tespit edildiğini, %10'u ise hastalığı geçirdiğini bildirmiştir. Hastalık hakkında %62 oranında sağlık çalışanlarından bilgi edindiğini ifade eden katılımcıların, %74,9'u hepatit B'nin bulaşıcı bir hastalık olduğunu, %78'i aşısı olduğunu belirtmiş; hepatit B'li anneden doğan bebeğin doğumdan sonra en kısa sürede aşılması gerektiğini ve bunun yenidoğana bulaşı engelleyeceğini bilme oranı %54,5 olarak tespit edilmiştir (91).

Toplumun eğitim düzeyindeki yetersizlik, bu hasta grubunun, sosyal hayatlarında da sıkıntı yaşamalarına sebep olmaktadır. Hastalık hakkında bilgi düzeyinin artırılması ve aşılama çalışmaları ile hastalığın hem görülme oranında azalma sağlamak, hem de bu tür sıkıntıların önüne geçmek mümkün olacaktır.

Ortak bulaş yolları, ortak risk faktörleri ve koenfeksiyon sıklığının yüksek olması nedeniyle viral hepatit markerlarından en çok hepatit B, C ve HIV bakılmıştır. Hepatit A genellikle 10 yaşından önce karşılaşıldığı ve subklinik veya anikterik seyrettiğinden ve hepatit E enfeksiyonu da daha çok genç ve orta yaş erişkinlerde görüldüğünden dolayı sayı olarak az bakılmıştır. Ayrıca ortak bulaş yolları ve daha sıklıkla feka oral yolla ile bulaşması nedeniyle HAVİgG VE Anti-HBe geçirilmiş oranları bakılanlarda reaktif saptanmıştır ve klinik ve istatistiksel olarak anlamsızdır.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çoğunluğunu yaşlı nüfusun oluşturduğu hastalara sağlıklı yaşam sunmak amacıyla hastane temelli birinci basamak hizmetleri en uygun yaklaşım olacaktır. Dolayısıyla birincil hedef yaşlı nüfusun daha uzun süre sağlıklı bir biçimde yaşamasını temin etmek olmalıdır. Evde Sağlık Hizmetleri Biriminin kapsamındaki tüm uygulamalar koruyucu hekimlik anlayışıyla açıklanabilir. Böylelikle çalışan sağlık personelinin evde ve/veya başka kurumlarda bakım ihtiyacı olan her hasta ve aynı zamanda bakım verenlerin de sağlıklı yaşam şartları beraberinde değerlendirilmelidir. Hastalara çoğunlukla birinci derece aile bireyleri hastaların kendi ev ortamlarında diğer aile bireyleriyle birlikte baktığı ve bakım veren kesimin sosyo-ekonomik ve eğitim düzeyinin düşük olduğu görülmektedir. Ortak kullanım alanlarından doğan hijyenik olmayan koşullarla birlikte herhangi bir bulaşıcı hastalık riski kaçınılmaz olabilir.

Birinci basamakta evde bakım gerektiren pek çok hastamızda karşılaştığımız sorunlardan biri de bu hasta gruplarında takip edilmesi gereken birden fazla kronik rahatsızlığın bir arada bulunmasını sayabiliriz. Bir çok hastamızda DM, HT, kronik iskemik kalp hastalığı, demans vs. gibi takibi ve bakımı zorlaştıran bir çok hastalığı bir arada görmekteyiz. Bir çok kronik hastalığın bir arada bulunması da yaşlı hastaların evde bakım ve takibini zorlaştırmaktadır.

Bireylerin sağlığının birçok bilim alanı tarafından ele alınması, çok yönlü olması nedeniyle multidisipliner bir işbirliğine ihtiyaç duyulmaktadır. Aile hekimliği alanı yaşlı bireylerin sağlık sorunları ile en sık şekilde karşılaşan ve yaşlı bireylerle en fazla ilgilenen klinik bilim alanları arasında yer almaktadır. Ülkemizde hizmet veren yaklaşık 21.000 aile sağlığı birimi ile 76 milyonluk bir nüfusa hizmet verilmektedir. Bu çerçevede 2013 yılı verileriyle 65 yaş ve üstü yaklaşık 6.5 milyon kişi, 85 yaş ve üstü 434.000 kişi aile hekimlerinden sağlık hizmeti almaktadır. İstatistiklere bakılacak olursa her beş evden birinde en az bir yaşlı bulunmaktadır.

Bu veriler doğrultusunda Yaman ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada yaşlı bireyin sağlık hizmetleri yönünden ihtiyaçları olan bakım, finansman, sosyal, kültürel, rekreasyonel, danışmanlık, beslenme, dini, vb. ihtiyaçlarına da yönelik ek hizmetlerin sunulması

gerektiği vurgulanmış, bu hizmetlerin tek merkezden koordinasyonunun çok faydalı olacağı belirtilmiştir. İlçelerde kaymakamlık bünyesinde bir birim olarak kurulacak koordinasyon merkezlerinin multidisipliner bir ekip anlayışı ile aile hekimlerinin talebi ya da doğrudan başvuru üzerine evde sağlık hizmetleri ve lüzumu halinde evde yaşam sonu bakım hizmeti sunabileceği fikri ortaya çıkmıştır. Aile hekimleri bu çerçevede yaşlı hastalarının bakımını kolaylaştırabilecek ve sürdürülebilir hale getirebilecektir. Giderek yaşlanan ülkemizin vatandaşlarına kolay erişilebilir ve hakkaniyetli sağlık hizmeti sunumu konusunda aile hekimliğinin önemli katkıları olacağı belirtilmiştir. Yaşlı bireylerin bakımını koordine edecek “Yaşlı Dostu Koordinasyon Merkezleri” kurularak bu hizmetler hayata geçirilmesi bu çalışmada tavsiye edilmiştir (92).

Yaşam standartlarının yükselmesi, aşılama programlarının yaygınlaşması, toplumsal bilincin artması ve yeterli farkındalığın oluşmasına rağmen HBV, HCV ve HIV enfeksiyonları günümüzde halen önemli sağlık sorunları arasındadır

Viral hepatit, karaciğerin nekroinflamatuvar yanıtı ile karakterize sistemik bir enfeksiyondur. Etiyolojisi 20. yüzyılın başlarına kadar belirsiz olan viral hepatit günümüzde tüm dünyada yaygın olarak görülen, toplum sağlığını tehdit eden önemli bir sağlık sorunudur. Dünyada her yıl yaklaşık 300 milyon insan viral hepatit geçirmekte ve bunlardan en az 15 bininin hastalığı kronik karaciğer hastalığına dönüşmektedir. Viral hepatitler ciddi klinik seyir göstermesi; HBV, HCV, HDV enfeksiyonlarında kronikleşmenin olması, ayrıca siroz ve karaciğer kanserine yol açabilmesi çok iyi bilinmesi gereken hastalıklardan biridir.

İnfekte kan ve kan ürünleri ile geçiş viral hepatitler için bilinen ve en sık görülen bulaşma biçimidir. Bu nedenle kan alma, enjeksiyon uygulama, kan ve kan ürünleriyle çalışan sağlık personeli ve bakım veren hasta yakınları viral hepatit enfeksiyonları yönünden sürekli risk altında bulunmaktadır.

Sosyoekonomik düzey düşüklüğü, kalabalık ortamlarda yaşama, kırsal kesimde bulunma ve kötü hijyen koşullarına paralel olarak AVHA prevalansı artmaktadır. Hepatit A enfeksiyonu ülkemizde hala önemli bir halk sağlığı problemi olmaya devam etmektedir. Özel bakım gerektiren hastaların yaşadığı kurumlardaki hastalar ve çalışanlar önemli risk altındaki hasta grubudur. Hastalığın yaş ilerledikçe daha ağır bir

klirik tabloya yol açtığı ve istirahat gerektirdiğı için, salgınlar esnasında ciddi zaman ve işgücü kaybına neden olduğı bilinmektedir. Maliyet-etkinlik konusu ve gelişebilecek ölümcül komplikasyonlar göz önüne alındığında hiperendemik bölgelerde hepatit A aşısının erken çocukluk çağında yapılması yararlı olacaktır. Çünkü HAV prevelansı yaş, sosyo-ekonomik durum ve gelişmişlik düzeyi ile paraleldir. Gelişmekte olan ölkelerde kalabalık yaşam ve kötü hijyenik koşullar nedeniyle çocukluk çağının hastalığıdır. Ayrıca aşılanmanın yanı sıra eğitimle birlikte sanitasyon tedbirlerinin etkin bir şekilde kullanılması ve altyapı eksikliklerinin giderilmesi AVHA enfeksiyonun görülme oranını önemli derecede azaltır.

HBV küresel yayılıma hazır bir virüstür. Hepatit B dünyanın sık görölen ciddi enfeksiyon hastalıklarından biridir. Dünya nüfusunun 1/3'ünden fazlası HBV ile enfektedir. Populasyonun yaklaşık % 5'i kronik HBV taşıyıcısıdır ve tüm taşıyıcıların da yaklaşık %25'inde kronik hepatit, siroz ve primer karaciğer karsinomu gibi ciddi karaciğer hastalığı gelişir. HBsAg taşıyıcılık oranı dünyada değişik populasyonlarda %0,1-20 arasında değişmektedir. HBsAg taşıyıcılık insidansı bir toplumda enfeksiyonun alınma yaşı ile ilişkilidir. Taşıyıcılık gelişiminde erkek cinse sahip olma, enfeksiyon yaşının küçük olması ve doğuştan veya edinilmiş bağışıklık bozukluğu bulunması önemli risk faktörleridir. Enfeksiyonun dünyadaki dağılımı, alınma yaşı, bulaş yolları gibi birçok faktör nedeni ile, farklı coğrafik bölgelerde oran değişmektedir. Ülkemizde, HBV enfeksiyonu endemiktir ve horizontal geçiş ön plandadır. Bu nedenle enfeksiyondan korunmada aşılanma ve eğitim çalışmalarının rolü büyüktür.

HCV'li bir kimseden bir iğne yaranması olan bir kişinin, %1.8 hastalığa yakalanma riski bulunmaktadır. Eğer kullanılan iğne boşsa ve yara deliğı derinse risk, daha yüksektir. Kanın, mukusa maruz kalma riski vardır ancak risk düşüktür ve eğer kanın maruz kalması yara olmayan bir ciltte meydana gelirse herhangi bir risk söz konusu değildir. İğne ve şırıngaların yeniden kullanımı, ilaç şişelerinin, infüzyon torbalarının birden fazla sefer kullanımı ve steril olmayan cerrahi ekipmanların kullanımı da dahil olmak üzere hastane ekipmanları da hepatit C'nin bulaşmasına sebep olabilir. Tıraş bıçakları, diş fırçaları ile manikür ve pedikür ekipmanları gibi kan ile temas edebilir. Bunların paylaşılması, HCV'ye maruz kalma riski doğurur. İnsanlar; kesikler, yaralar ve

diğer kanamalar konusunda dikkatli davranmalıdır. HCV; sarılma, öpme ya da yeme ve pişirme malzemelerinin paylaşılması gibi gelişigüzel temas yoluyla bulaşmaz.

Hepatit C'nin henüz etkili bir aşısı yoktur. Ancak bu konuda yoğun bir çalışma devam etmektedir. Önümüzdeki onyıllar içinde pratiğe yansıyacak gelişmeler beklenebilir. Aşı olmadığı için tek korunma önlemi hijyenik koşullara uygun davranılmasıdır. Yegane bulaşma yolu kan gibi görünmektedir. Ancak hepatit C taşıyan bir kişi için kullanılan bir iğnenin bir başkasına kazai olarak batmasıyla dahi bulaşma ihtimali %5'in altındadır. Yani hepatit C kolay bulaşmamaktadır. Ancak bulaştığı takdirde de %70 kronikleşme riski taşıdığı unutulmamalıdır.

ESHB'de verilen eğitimlere katılmayan hasta yakını sayısı oldukça yüksek olup bakım verenin hasta bakımı konusunda bilgisinin artması ile stresinin, bakım yükünün azalacağı ve bakım işini daha iyi yapacağı söylenebilir.

Sonuç olarak; hepatitler konusunda hasta ve bakım verenlerin bilinçlendirilmesi ve gereğinde tüm öncelikle sağlık personeli'nin ve hasta yakınlarının hasta ile karşılaşmadan önce aktif olarak bağışıklanmalarının sağlanması gerekmektedir. Bulaşıcı hastalıklar içinde sağlık çalışanlarına ciddi riskler getiren viral hepatitler, korunma ve bulaşma yollarının bilinmesiyle önlenmesi mümkün olan hastalıklardandır.

Çalışmamızda ele aldığımız Evde Sağlık Hizmetleri Biriminde izlenen tüm hastalara ve gerekli olan hasta yakınlarında viral hepatit belirteçlerinin saptanması ve durumu uygun olanların aşılama ile olası enfeksiyon bulaşları önlenebilecektir.

Viral hepatit enfeksiyonu ile mücadelede, sadece sağlık çalışanlarının değil tüm toplumun, özellikle de viral hepatit ile enfekte bireylerin ve yakınlarının enfeksiyonun bulaş ve korunma yolları hakkında bilgilendirilmesi, yönlendirilmesi, gerekse eğitimlerle bilinçlendirilmesi çok önemlidir.

6. KAYNAKLAR

1. Sayan A. Günümüzde Evde Bakım. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2004; 7(3):91-6.
2. Sur H. Türkiye’de evde bakım hizmetleri organizasyonu için bir model önerisi. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi 2012; 24:68-71.
3. Bahar A, Parlar S. Yaşlılık ve Evde Bakım. 1. Uluslararası Katılımlı Evde Bakım Kongresi, 06-08 Kasım 2006.
4. Başgül Ç, Keskin İ, Kara H, Aksoy M. Sağlık Alanında Yeni Bir Hizmet: Evde Sağlık Hizmeti. Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Sağlığın Başkenti Dergisi, 2011; 20:50-7.
5. Akdemir N. Sağlık Hizmetlerinde Süreklilik: Evde Bakım Hizmeti. Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı-1, 2001; 7(39):926-34.
6. Sayar İ. Yaşlı Hastanın Evde Bakımındaki Sorunlar (Panel sunumu). Denizli Aile Hekimleri Derneği, Akademik Geriatri 2010 Kongresi; 26 - 30 Mayıs 2010, Kıbrıs; Kongre kitabı: 148-52.
7. Altuntaş M, Yılmaz T, Güçlü YA, Öngel K. Evde Sağlık Hizmeti ve Günümüzdeki Uygulama Şekilleri. Tepecik Eğit Hast Derg 2010; 20(3):153-8.
8. Öztop H, Şener A, Güven S. Evde Bakımın Yaşlı ve Aile Açısından Olumlu ve Olumsuz Yönleri. Hacettepe Üniversitesi Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, 2008; 1(1):39-49.
9. Bilgili N. Yaşlı bireye bakım veren ailelerin yaşadıkları sorunların belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği AD, Yayımlanmamış doktora tezi, Ankara: 2000
10. WONCA Avrupa. Aile Hekimliği Avrupa Tanımı 2005 (Türkçe çevirisi). Başak O, Saatçi E (Eds). Türkiye Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği, Yayın no: 4, 2011; 13-4.
11. Aile Hekimliği Kanunu. Kanun no: 5258. Resmi Gazete, Tarih: 09.12.2004, Sayı: 25665

12. Taylor RB. Family Medicine: Current Issues and Future Practice. In: Taylor RB, David AK, Johnson TA, Phillips DM, Scherge JE (Eds) Family Medicine: Principle and Practice 5th ed. New York: Springer–Verlag Press, 1998;1-6
13. Karabağ H. Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliğine İlişkin Hekimlerin Görüşleri ve Kardiyoloji Hastaları için Hastane Destekli Evde Bakım Hizmetleri Model Önerisi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara –2007
14. Taşdelen P, Ateş M. Evde Bakım Gerektiren Hastaların Bakım Gereksinimleri ile Bakım Verenlerin Yükünün Değerlendirilmesi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2012; 9(3):22-9.
15. Özdemir O, Ocaktan E, Akdur R. Sağlık Reformu Sürecinde Türkiye ve Avrupa’da Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 2003; 56(4):207-16.
16. Gül Ü. Koruyucu Hekimliğe Genel Bakış. Türkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics 2010; 3(2):1-4.
17. WHO. The Uses of Epidemiyoloji in The Study of The Elderly. WHO Technical Report Series, No:706, Geneva 1984
18. United Nations World Population Ageing 1950-2050 Department of Economic And Social Affairs Population Division NewYork UN, 2002; 5-9.
19. WHO. Information Fact Sheet Population Ageing a Public Health Challenge, Number 135, September 1998
20. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye’nin Demografik Dönüşümü: Doğurganlık, Aile Planlaması, Anne Çocuk Sağlığı ve Beş Yaş Altı Ölümlerdeki Değişimler 1968-2008, Ankara, 2010.
21. Beğer T., Yavuzer H. Yaşlılık ve Yaşlılık Epidemiyolojisi. Klinik Gelişim Dergisi, 2012; 25(3):1-3
22. TÜİK. İstatistiklerle Yaşlılar 2013. TÜİK yayın no: 4158. Ankara, Nisan 2014
23. Karahan A, Güven S. Yaşlılıkta Evde Bakım. Geriatri 2002; 5(4):155-9.
24. Akdemir N, Bostanoğlu H, Yurtsever S, Kutlutürkan S, Kapucu S. Yatağa Bağımlı Hastaların Evde Yaşadıkları Sağlık Sorunlarına Yönelik Evde Bakım Hizmet Gereksinimleri. Dicle Tıp Dergisi 2011; 38(1):57-65.

25. Tufan İ. Gelişmiş Ülkelerde Yaşlı Nüfusun Bakımına Yönelik Çağdaş ve Ekonomik Uygulamalar: Darülaceze Modelinin Rehabilitasyonu. Birinci Türkiye Yaşlılık Raporu-2007, Antalya; Gero Yayınları, 20-1.
26. Çoban M, Esatoğlu AE. Evde Bakım Hizmetlerine Genel Bir Bakış. Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi 2004;12(2):109-20.
27. Yılmaz M, Sametoğlu F, Akmeşe G, Tak A, Yağbasan B, Gökçay S ve ark. Sağlık Hizmetinin Alternatif Bir Sunum Şekli Olarak Evde Hasta Bakımı. İstanbul Tıp Dergisi 2010;11(3):125-32.
28. Barker RL. The Social Work Dictionary, 6th edition. NASW Press, USA; 1999: 218-9.
29. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Aile Hekimliği <http://www.ailehekimligi.gov.tr>
30. Göçmengil MM. Evde Bakım ve Tedavi Hizmetleri ve Sağlık Politikamızdaki Yeri. Türkiye Sağlık Platformu İnternet: www.saglikplatformu.com/haberler/Ayrinti.asp?HaberNo=3810
31. Saltman RB, Figueras J. Avrupa Sağlık Reformu; Mevcut Stratejilerin Analizi (çeviri). Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü. Aralık, 1998
32. Subaşı N. Ankara İli Çankaya İlçesi'nde Evde Bakım Durumu Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, Tıpta Uzmanlık Tezi. Ankara: 2001; 29-34.
33. Wiener JM, Tilly J, Cuellar AE. Consumer-Directed Home Care in the Netherlands, England, and Germany. AARP, Washington, DC: October 2003, Erişim adresi: www.nasuad.org/sites/nasuad/files/hcbs/files/168/8399/2003_12_eu_cd.pdf
34. Turan ÖS. Evde İzlemi Yapılan Kronik Kardiyopulmoner Hastaların Evde Bakım Sürecinde Tıbbi Gereksinim Düzeylerinin Saptanması. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Yayınlanmamış tıpta uzmanlık tezi, Ankara: 2008; 23-31.
35. Nishiwai T, Nakamura K, Uneo K, Fujino K, Yamamoto M. Health characteristics of elderly Japanese requiring care at home. Tokohu J Exp Med 2005; 205:231-9.
36. Uçar M, Deniz S. Türk tarihinde askeri sağlık hizmetleri. TAF Prev Med Bull, 2012; 11(1):103-18.

37. 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu. Resmi Gazete, Tarih: 12.01.1961, Sayı: 10705.
38. Sağlık Bakanlığı. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönerge. Sayı: 154.
39. Danış MZ. Toplum temelli bakım anlayışı. Özveri Dergisi, 2005; 2(1):453-61.
40. Birinci Ulusal Evde Bakım Kongresi Sonuç Raporu. I. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı. İstanbul: M.Ü. Döner Sermaye İşletmesi Teknik Eğitim Fakültesi Matbaa Birimi; 1998.
41. Sağlık Bakanlığı. Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik. Resmi Gazete, Tarih: 10.03.2005, Sayı: 25751.
42. Sağlık Bakanlığı. Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Yönerge. Tarih: 01.02.2010, Sayı: 3895.
43. Özer Ö, Şantaş F. Kamunun sunduğu evde bakım hizmetleri ve finansmanı. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2012; 3(2):96-103.
44. Yörük S, Çalışkan T, Gündoğdu H. Balıkesir Devlet Hastanesi Evde Bakım Hizmet Birimi'nden hizmet alan 65 yaş ve üzeri bireylerin bakım alma nedenleri ve sağlanan hizmetlerin belirlenmesi. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi 2012; 1(1):12-5.
45. Çatak B, Selçuk A, Kılınç B, Badıllıoğlu O, Sütü S, Erkan Sofuoğlu A, Aslan D. Burdur'da evde sağlık hizmeti alan yaşlı hastaların profili ve evde verilen sağlık hizmetleri. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi 2012; 10(1):13-21.
46. Kurtkaya S. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Biriminden Hizmet Alan Hastaların Klinik ve Demografik Özellikleri. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Yayımlanmamış tıpta uzmanlık tezi, Antalya, 2013.
47. Yoldaş Ö, Bulut A, Altındış M. Hepatit A enfeksiyonlarına güncel yaklaşım. Viral Hepatit Dergisi 2012; 18(3):81-6.
48. Balcı E, Türker K, Şenol V, Güney O. Mahkûmlarda hepatit A, hepatit B, hepatit C ve HIV enfeksiyonu göstergelerinin taranması. Viral Hepatit Dergisi 2012; 18(2):64-7.

49. Tosun S. Viral hepatitlerin ülkemizdeki değişen epidemiyolojisi. ANKEM Dergisi 2013; 27(Ek 2):128-34.
50. Uluğ M, Yaman Y, Yapıcı F, Uluğ NC. Çocuk yaş grubu akut viral hepatit A olguları ve komplikasyonlarının irdelenmesi. Çocuk Enf Derg 2010; 4:65-70.
51. Franco E, Giambi C, Ialacci R, Coppola RC, Zanetti AR. Risk groups for hepatitis A virus infection. Vaccine, 2003; 21(19):2224-33.
52. Tosun S. Hepatit A virüs enfeksiyonu. İçinde: Tabak F, Tosun S (editörler). Viral Hepatit 2013. Viral Hepatitle Savaşım Derneği Yayını. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık; 2013; 215-46.
53. Ökten A. Akut viral hepatitin serolojik tanısı. Klimik Derg 1988; 1(1):33-5.
54. Akarca US. Hepatit B Virüsü Yapısı ve Moleküler Biyolojisi, Doğal Mutant ve Varyantları. Türkiye Klinikleri J Gastroenterohepatol-Special Topics Review 2010; 3(1):16-23.
55. Güner R, Kaya Kalem A, Hasanoğlu İ, Keske Ş, Güven T, Yılmaz GR, Taşyaran MA. Hepatit B virüsü ile enfekte hastaların hastalık hakkında bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi. Viral Hepatit Dergisi 2012; 18(1):29-33.
56. Zhevachevsky NG, Nomokonova NY, Beklemishev AB, Belov GF. Dynamic study of HBsAg and HBeAg in saliva samples from patients with hepatitis B infection: diagnostic and epidemiological significance. J Med Virol 2000 Aug;61(4):433-438.
57. Taşyaran MA. Epidemiyoloji. İçinde: Kılıçturgay K (editör). Viral Hepatit '98. 1. baskı. İstanbul: Viral Hepatitle Savaşım Derneği Yayını, 1998; 94-100.
58. Viral Hepatitle Savaşım Derneği. Türkiye Kronik Viral Hepatit Tanı ve Tedavi Rehberi 2015. http://vhds.org/files/file/TURKIYE_VIRAL_HEPATIT_TANI_VE_TEDAVI_REHBERI.pdf
59. Aşkar E. Sağlık Çalışanlarında Hepatit B ve Hepatit C Seroprevalansı. SB. Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Yayımlanmamış tıpta uzmanlık tezi. İstanbul, 2006.
60. Tabak F. Akut hepatitler. Hepato-Bilier Sistem ve Pankreas Hastalıkları Sempozyum Dizisi No: 28, Ocak 2002; 43-55.

61. Kandemir Ö. Hepatit B Virus Enfeksiyonu. http://birincibasamak.org/yazarlarimizdan__Ozlem_Kandemir__Hep_B_Vir_Enf__July2015__tr.php
62. Hoofnagie JE, Alter HJ. Chronic Viral Hepatitis. In: M Vyas G, Dienstag JL, Hoofnagie JE (Eds). Viral Hepatitis and Liver Disease. New york, Grune and Sstratton, 1984;97-113
63. Sonsuz A. Kronik Hepatit B ve C. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Türkiye’de Sık Karşılaşılan Hastalıklar Sempozyum Dizisi No. 58, Kasım 2007; 79-90.
64. Kantürk A. Hepatit B enfeksiyonunda klinik. Klimik Viral Hepatit Çalışma Grubu Hepatit Akademisi, Lefkoşa; 2013; 25.
65. WHO. Hepatitis B. www.who.int/entity/csr/disease/hepatitis/HepatitisB_whocdscsrlyo2002_2.pdf?ua=1
66. Kandemir Ö, Danalıoğlu A (Editörler). Hepatit B’den D’ye Hep Güncel Klinik El Kitabı. Viral Hepatitle Savaşım Derneği, İstanbul: 2015.
67. Tekeli E. HBV Enfeksiyonu-Korunma. Kılıçturgay K (editör). Viral Hepatit’98, 1. baskı, İstanbul: Viral Hepatitle Savaşım Derneği 1998; 132-135.
68. Barut HŞ, Günal Ö. Dünyada ve Ülkemizde Hepatit C Epidemiyolojisi. Klimik Dergisi 2009; 22(2):38-43.
69. Hanafiah MK. Groeger J, Flaxman AD, Wiersman ST. Global epidemiology of hepatitis C virus infection: New estimates of age-specific antibody to HCV seroprevalence. Hepatology, 2013; 57(4):1333-42.
70. Gower E, Estes C, Blach S, Razavi-Shearer K, Razavi H. Global epidemiology and genotype distribution of the hepatitis C virus infection. Journal of Hepatology, 2014; 61(1):S45-S57.
71. Yakut Y. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklara Genel Bakış. Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci 2006; 2(13):45-50.
72. Marcellin P. Hepatitis C: the clinical spectrum of the disease. Journal of Hepatology, 1999; 31:9-16.

73. CDC. Recommendations for Prevention and Control of Hepatitis C Virus (HCV) Infection and HCV-Related Chronic Disease. Morbidity and Mortality Weekly Report, 1998; 47.
74. Maheshwari A, Ray S, Thuluvath PJ. Acute hepatitis C. Lancet. 2008; 372(9635):321-32.
75. Mast EE, Alter MJ, Margolis HS. Strategies to prevent and control hepatitis B and C virus infections: a global perspective. Vaccine, 1999; 17:1730-1733.
76. Girard MP, Osmanov S, Assossou OM, Kieny MP. Human immunodeficiency virus (HIV) immunopathogenesis and vaccine development: A review. Vaccine. 2011; 29(37): 6191-218.
77. Kumbasar Karaosmanoğlu H, Altuntaş Aydın Ö, İnce ER, Nazlıcan Ö. HIV/AIDS Hastalarında Hepatit B ve Hepatit C Seroprevalansı. Viral Hepatit Dergisi 2009; 14(2): 53-6.
78. Tözün N, Özdoğan O, Çakaloğlu Y, İdilman R, Karasu Z, Akarca U, Kaymakoğlu S, Ergönül Ö. A Nationwide Prevalence Study and Risk Factors for Hepatitis A, B, C and D Infections in Turkey. The 61st Annual Meeting of the American Association for the Study of Liver Diseases: The Liver Meeting® 2010. October 29 November 2 2010, Boston USA, Poster No: 789, Hepatology Vol 52 S1:697 A.
79. Doyuk Kartal E. Sağlık Personelinde Profilaksi. Toplumdan Edinilmiş Enfeksiyonlara Pratik Yaklaşımlar Sempozyum Dizisi no:61, Şubat 2008; 215-22.
80. Gürkan Y. Toyran A, Aksoy A, Alaca Coşkun F, Çetin F. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne 2010-2013 Yılları Arasında Başvuran Hastaların HBsAg ve Anti-HDV Seroprevalanslarının Değerlendirilmesi. Viral Hepatit J 2013; 19:148-51.
81. Değertekin H, Yalçın K, Yakut M. The Prevalance of Hepatitis Delta Virus Infection İn Acute and Chronic Liver Diseases in Turkey: An Analysis of Clinical Studies, Turk J Gastroenterol 2006;17(1):25-34.
82. Özen M. Hepatit B Taşıyıcıları ve Aile Bireylerinin Durumu. Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Yayınlanmamış tıpta uzmanlık tezi. Ankara; 2001.

- 83.** Van Campen C, Woittiez IB. Client demands and the allocation of home care in The Netherlands. A multinomial logit model of client types, care needs and referrals. *Health Policy* 2003; 64(2):229-41.
- 84.** Caffrey C, Sengupta M, Moss A, Harris-Kojetin L, Valverde R. Home Health Care and Discharged Hospice Care Patients: United States, 2000 and 2007. *National Health Statistics Reports*, Number 38, April 27, 2011.
- 85.** Subaşı N, Öztekin Z. Türkiye’de Karşılanamayan Bir Gereksinim: Evde Bakım Hizmeti. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2006; 5(1):19-31.
- 86.** Turhanoglu AD, Saka G, Karabulut Z, Kılınç Ş, Ertem M, Diyarbakır il merkezinde yaşayan 55 yaş ve üzeri bireylerde özürlülük ve kronik hastalık sıklığı. *Turkish Journal of Geriatrics* 2000; 3(4):146-50.
- 87.** Balcı E, Güden E, Durmuş S, Öksüzkaya A, Üstündağ N, Elbeg Ş. Kayseri İli Evde Sağlık Hizmetleri Çalışmalarının Değerlendirilmesi. HASUDER 16.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Antalya, 27-31 Ekim 2013, Kongre Kitabı, s:237.
- 88.** Oğuz O. Dekubitus Ülserleri. Geriatrik Hasta ve Sorunları Sempozyumu, 12-13 Kasım 1998, İstanbul, Sempozyum kitabı, s: 147-51.
- 89.** National Alliance for Caregiving and AARP. Caregiving In the U.S. MetLife Foundation, April 2004; p:6. <http://www.caregiving.org/data/04finalreport.pdf>
- 90.** Öztoprak N, Tosun S, Balık İ, Tabak F, Saltoğlu N, Örmeci N, Şencan İ, Güner R, Gürbüz Y. Toplumda hepatit B virüs enfeksiyonu ile ilgili bilgi düzeyinin araştırılması. X. Ulusal Viral Hepatit Kongresi 1-4 Nisan 2010, Antalya, 2010, s.123-124.
- 91.** İnkaya AC, Demir NA, Balcı M, Demir LS, Yümlü N, Çiftçi H, Demiraslan H. Evaluation of knowledge of people living close proximity to patients with hepatitis B virus infection. American Association for the Study of The Liver Diseases’s 61st Annual Meeting, Oct 29-Nov 2, 2010 Boston, Massachusetts, 2010, p.1955.
- 92.** Yaman H. Yaşlıya Yönelik Politikalar ve Aile hekimliği. *PRN Aile Hekimliği Dergisi* 2014; 9(97):32-4.

7. ÖZGEÇMİŞ

Esra AYDIN, 07.07.1982 tarihinde Antalya'nın Serik ilçesinde doğdu. İlköğrenimini Cumalı ve Tekeli İlköğretim okulunda tamamladı. Ortaokul ve lise eğitimlerine ise Manavgat Anadolu Lisesi'nde başlamış olup 2000 yılında Serik Anadolu Lisesi'nde tamamladı. Tıp eğitimini 2001-2007 yıllar arasında Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde aldı. 2007 - 2012 yılları arasında Manisa'nın çeşitli ilçelerinde ve Finike Devlet Hastanesi'nde pratisyen hekim olarak çalıştı. 2012 Eylül'de İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği'nde başladığı uzmanlık eğitimini 2013 Temmuz'dan itibaren Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği'nde sürdürmektedir.

8. EKLER

Ek 1. Veri toplama formu (hastalar için)

Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Biriminde izlenen hastaların ve bakım veren aile bireylerinin viral hepatit belirteçlerinin durumu			
Veri Toplama Formu			
HASTALAR İÇİN			
Hasta Dosya no:	Hastanın Adı Soyadı:		
1. Yaşı:			
2. Cinsiyeti:	() Erkek	() Kadın	
3. Yaşadığı yer:	() İl merkezi	() İlçe merkezi	() Köy / kasaba
4. Kronik hastalıkları	() DM	() HT	() KAH, KKY () SVH
	() Solunum Sistemi Hastalıkları Diğer		
5. Yatağa bağımlılık durumu	() Bağımlı	() Bağımsız	() Kısmen bağımlı
6. Bakım durumu	() Kendisi	() Ailesi	() Bakıcı
7. Hastalık Süresi	 yıl		
8. Evin genel temizliği	() Kötü	() Orta	() İyi
9. Aynı odası	() Yok	() Var	
10. () Sürekli aynı yerde kalıyor	() Farklı yerlerde belirli sürelerle kalıyor		
11. () Tekerlekli sandalye kullanıyor	() destekli / yardımla yürüyebiliyor	() Yürüyemiyor	
12. Hastanın kişisel bakımı	() Yeterli	() Kısmen	() Yetersiz
13. Bilinç () Açık, oryante, koopere	() Oryantasyon, kooperasyon zayıf	() Bilinç kapalı	
14. Beslenme durumu	() Oral, normal gıda	() Oral, normal gıda ve mama ile	
	() Oral, mama ile	() NG	() PEG
15. Ağız ve diş sağlığı hizmeti alıyor mu	() Hayır	() Evet	
16. İdrar-gaita kontinansı	() Yok	() Kısmen	() Var
17. Geçirilmiş bulaşıcı hastalık	() Yok	() Var	(.....)
18. Açık yara / bası ülseri	() Yok	() Var	(.....)
19. Primer bakımını üstlenen kişi:	() Sabit	() Değişken	
20. Hastaneye yatış durumu () Yok	() Yılda bir-iki kez	() Yılda üç veya daha fazla	
21. Damar yolu tedavisi	() Almıyor	() Alıyor	
22. Girişimsel işlem () Yok	() Damar yolu	() Takma diş	() Trakeostomi () PEG
	() Aspirasyon	() Kolostomi	() NG sonda () Foley sonda
23. Tetkik sonuçları:			
HBsAg:	Anti HBs:	HBe Ag:	Anti HBe:
Anti HCV:	HAV IgG:	HAV IgM:	Anti HIV:

Ek 2. Veri toplama formu (hasta yakınları için)

Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Biriminde izlenen hastaların ve bakım veren aile bireylerinin viral hepatit belirtilerlerinin durumu

Veri Toplama Formu

HASTA YAKINLARI İÇİN

Hasta Dosya no: Hastanın Adı Soyadı:

1. Hasta yakınının Adı Soyadı:

2. Hastaya yakınlık durumu:

3. Yaşı:

4. Cinsiyeti: () Erkek () Kadın

5. Telefonu:

6. TCKN:

7. Cinsiyeti: () Erkek () Kadın

8. Medeni durumu () Evli () Bekar () Ayrılmış / dul

9. Eğitim düzeyi: () Okur-yazar değil () İlkokul () Ortaokul () Lise
() Üniversite () Yüksek lisans / doktora

10. Mesleğiniz:

11. Çalışıyor mu: () Hayır () Evet () Emekli () İş bırakmış

12. Bakım verme süresi yıl

13. Hastaya kimlerle bakıyor?
() Sadece kendisi () Diğer aile bireyleriyle birlikte () Diğer aile bireyleriyle dönüşümlü

14. Bakım verenin sağlık sorunu () Yok () Var (.....)

15. Geçirilmiş / mevcut bulaşıcı hastalık () Yok () Var (.....)

16. Tetkik sonuçları:
HBsAg: Anti HBs: HBe Ag: Anti HBe:
Anti HCV: HAV IgG: HAV IgM: Anti HIV:

17. ESHB tarafından hasta yakınlarına verilen eğitime katıldı mı () Hayır () Evet

18. Eğitim hakkındaki düşüncesi?

Ek 3. Bilgilendirilmiş Gönüllülük ve Rıza Formu

Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Biriminde izlenen hastaların ve bakım veren aile bireylerinin viral hepatit belirteçlerinin durumu araştırması

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜLÜK VE OLUR FORMU

Sayın Katılımcı,

Sağlık Bakanlığı tarafından 2010 yılında Türkiye’de il ve ilçelerdeki hastaneler aracılığıyla evde sağlık hizmetleri uygulaması başlatılmıştır. Ülkemizde henüz yeni sayılabilecek bu uygulama giderek yaygınlaşmakta ve önemli bir gereksinimi karşılamaktadır. Bu uygulama ile evde sağlık hizmeti sunumuna ihtiyacı olan bireylerin muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyonlarının evinde ve aile ortamında sağlanması, bu kişilere ve aile bireylerine sosyal ve psikolojik destek hizmetlerinin bir bütün olarak birlikte verilmesi amaçlanmaktadır. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin büyük çoğunluğu yatağa bağımlı ve kendi bakımını sağlayamayan, hasta alt bezi kullanan, idrar sondası uygulanmış, yatak yarası bulunan, beslenme bozukluğu nedeniyle mama ile beslenen, solunum sorunları nedeniyle trakeostomi uygulanmış ve/veya mekanik ventilasyona bağlı hastalardır. Bu hastaların bazılarında bakım verenleri ve sağlık çalışanlarını risk altında bırakabilecek kanla ve vücut sıvılarıyla bulaşan hepatit B ve C, vücut atıklarıyla bulaşabilen hepatit A, gastroenteritler, solunum yoluyla bulaşabilecek enfeksiyonlar gibi bulaşıcı hastalıklar da bulunabilmektedir. Bu çalışma ile evde sağlık hizmeti alan hastaların sahip oldukları viral hepatit (sarılık) hastalığını bulaştırma potansiyelleri ile bakım verenlerin ve sağlık hizmeti sunanların karşılaşılabilecekleri riskler ile bunlara karşı hazırlıklı olma durumlarının araştırması ve alınabilecek önlemler açısından durum saptaması yapılması amaçlanmaktadır. Aynı zamanda bakım verenlerde mevcut bulaşıcı bir hastalık tespit edilmesi halinde bunun hastaya geçerek durumunu daha da ağırlaştırması engellenmiş olacaktır.

Araştırma kapsamında size sorulacak sorularda kimliğiniz ile ilgili herhangi bir bilgi alınmayacaktır. Araştırmada size herhangi bir deneysel işlem ve tedavi yapılmayacaktır. Araştırma, katılımcılar yönünden herhangi bir risk taşımamaktadır. Sizden alınacak tüm bilgiler bilimsel bir araştırmaya veri olarak kullanılacak, çalışma süresince tutulan bütün kayıtlar, dosya bilgileri ve verilerin tamamı araştırmacı tarafından gizlilik ilkesine göre saklanacaktır. Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Araştırmaya gönüllü olarak katılmanız ve araştırmadan çıkma hakkınız vardır.

KATILIMCI ONAYI

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla, ben “Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Biriminde izlenen hastaların ve bakım veren aile bireylerinin viral hepatit belirteçlerinin durumu” başlıklı çalışmaya katılmayı kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kabul ediyorum.

Okudum, anladım ve onayladım.

Katılımcının Adı Soyadı:

İmza:

Tarih: / / 201...

Doktorun Adı Soyadı: Esra AYDIN

İmza:

Tarih: / / 201...

Adresi: Antalya Eğitim ve Araştırma Hast. Aile Hekimliği Kliniği, Varlık Mah. Kazım Karabekir Cad. 07100 ANTALYA

Varsa Tanığın Adı Soyadı:

İmza:

Tarih: / / 201...