



T.C

AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**DENİZLİ BULDAN GÖĞÜS HASTALIKLARI HASTANESİ
EVDE BAKIM BİRİMİNE KAYITLI HASTALARA SUNULAN
HİZMETLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Mustafa ÇELİKSOY

DANIŞMAN

Prof. Dr. Okay BAŞAK

Aydın – 2023

T.C
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

DENİZLİ BULDAN GÖĞÜS HASTALIKLARI HASTANESİ
EVDE BAKIM BİRİMİNE KAYITLI HASTALARA SUNULAN
HİZMETLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Mustafa ÇELİKSOY

DANIŞMAN

Prof. Dr. Okay BAŞAK

Aydın – 2023

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tez çalışma sürecim boyunca her aşamada benden yardımını esirgemeyen, her konudaki bilgi ve deneyimlerini bizlere aktaran değerli hocam, tez danışmanım ve Anabilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. Okay BAŞAK'a ve bölümümüzün diğer değerli hocaları olan Prof. Dr. Serpil DEMİRAĞ, Prof. Dr. Ayfer GEMALMAZ ve Dr. Öğr. Üyesi Melda DİBEK BÜYÜKDİNÇ'e verdikleri tüm katkılardan dolayı teşekkürlerimi sunarım.

Uzmanlık eğitimimin her aşamasında bana destek olup yardımlarını esirgemeyen beraber görev yaptığım tüm araştırma görevlisi arkadaşlarıma ve rotasyon yaptığım kliniklerdeki bütün değerli hocalarıma teşekkür ederim.

Tez çalışmam süresince bana her konuda desteklerini sunan ve yardımlarını esirgemeyen evde bakım ekibindeki tüm arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Bugünlere gelebilmemde büyük emekleri olan, yaşamımın her sürecinde anlayış gösterip destek olan, gerek tıp eğitimimde, gerekse uzmanlık eğitimim boyunca karşılaştığım her sıkıntıda arkamda duran ve bana bir çözüm yolu gösteren, haklarını hiçbir vakit ödeyemeyeceğim sevgili annem ve babama teşekkürlerimi sunarım.

Ayrıca tanıştığım ilk andan itibaren varlığıyla bana huzur verip mutlu eden, sevgisini ve desteğini daima yanımda hissettiğim ve tezimin her aşamasında da yanımda olup yol gösteren sevgili nişanlım Aynur TAŐÇATAN'a hayatımın her anını anlamlı kıldığı ve güzelleştirdiği için çok teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	I
KISALTMALAR	IV
TABLolar DİZİNİ.....	V
EKLER DİZİNİ.....	VI
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. EVDE BAKIM HİZMETLERİ.....	3
2.1.1. Tanımı ve amacı.....	3
2.1.2. Hizmet sunumunu yapan sağlık profesyonelleri.....	4
2.1.3. Hizmetin sınıflandırılması.....	4
2.1.4. Evde bakım hizmetlerinden faydalanabilecek gruplar.....	5
2.1.5. Dünyada evde bakım hizmetlerinin tarihçesi.....	5
2.1.6. Türkiye’de evde bakım hizmetlerinin tarihçesi.....	7
2.1.7. Evde sağlık hizmet birimleri.....	8
2.1.8. Evde sağlık hizmetlerine başvuru.....	8
2.1.9. Evde sağlık hizmetlerinin avantajları.....	9
2.1.10. Evde sağlık hizmetlerinin dezavantajları.....	10
2.1.11. Evde sağlık hizmetleri alanında aile hekiminin görevleri.....	10
2.1.12. Evde sağlık hizmetlerinin sonlandırılma kriterleri.....	11
2.2. YAŞAM KALİTESİ KAVRAMI.....	11
2.2.1. Yaşam kalitesi tanımı.....	11
2.2.2. Barthel günlük yaşam aktiviteleri indeksi.....	12
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	13
3.1. Araştırma düzeni.....	13
3.2. Verilerin toplanması.....	13
3.3. Araştırma verilerinin analizi.....	13
3.4. İzinler.....	13

4. BULGULAR	14
4.1. Hastaların sosyodemografik özellikleri.....	14
4.2. Katılımcıların alışkanlıkları.....	16
4.3. Kronik rahatsızlık durumu.....	16
4.4. Yatağa bağımlılık ve bası ülseri durumu.....	17
4.5. Evde bakım hastalarının bağımlılık düzeylerinin değerlendirilmesi.....	18
4.6. Hastalara sunulan hizmetlerin değerlendirilmesi.....	18
5. TARTIŞMA	19
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	24
7. ÖZET	25
8. ABSTRACT	27
9. KAYNAKLAR	29
10. EKLER	35

KISALTMALAR

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

AMA: Amerikan Tabipler Birliği

HIV/AIDS: Human Immunodeficiency Virus / Acquired Immune Deficiency Syndrome

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

TSM: Toplum Sağliğı Merkezi

ADSM: Ağız ve Diş Sağliğı Merkezi

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

SVO: Serebrovasküler Hastalık

TABLULAR DİZİNİ

Tablo 1. Aylara göre ziyaret sayısı ve sıklığı.....	14
Tablo 2. Çalışmaya alınan hastaların sosyodemografik özellikleri.....	15
Tablo 3. Çalışmaya alınan hastaların bazı alışkanlıkları.....	16
Tablo 4. Hastaların kronik rahatsızlık dağılımları.....	17
Tablo 5. Hastaların yatağa bağımlılık ve bası ülseri durumu.....	17
Tablo 6. Hastaların Barthel ölçeğine göre bağımlılık durumu.....	18
Tablo 7. Hastalara sunulan hizmetlerin değerlendirilmesi.....	18

EKLER DİZİNİ

Ek 1. Etik kurul onayı.....	35
Ek 2. Olgu rapor formu.....	36
Ek 3. Barthel günlük yaşam aktiviteleri ölçeği.....	38



GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüzde ortalama hayat süresinin uzayışı, medikal desteklere gereksinimi olan yaşlı nüfusun artışı, tıp ve teknolojide alanındaki gelişmelerin sağlık hizmetlerinin çoğunluğunun evde sunulmasına imkan tanınması gibi pek çok faktör evde sağlık hizmetlerinin önemini artırmaktadır (1).

Evde bakım hizmetleri; rehabilite edici bakım ve koruyucu tedavinin devamlılığının etkin bir şekilde sağlanması zorunluluğundan hareketle ifade edilen, sağlık hizmetlerini destekleme ve güçlendirme amacını taşıyan bir bakım sistemidir (2). Evde bakım hizmetleri; yaşlı, özürlü, kronik bir hastalığa sahip ya da hastalık sonrası iyileşme döneminde olan kişileri buldukları mekanda destekleyip toplumla bütünleşmelerini sağlamayı amaç edinen, bakıma ihtiyacı olan bireyin aile üyeleri ve bilhassa da kadınlar üstündeki yükünü azaltmak amacıyla hem kişiye hem de aileye sunulan tıbbi, fizyolojik, psikolojik ve sosyal destek hizmetlerini içeren bir bakım modeli biçiminde de tarif edilmektedir (2). Bir diğer tabir ile kendi evinde bakım almayı arzu eden; ancak yakınları aracılığıyla sunulamayan sağlık, sosyal ve ekonomik hizmet gibi pek çok alanı kapsayan ve bu alanlarda faaliyet gösteren meslek grupları aracılığıyla verilen hizmetlerdir (3).

10 Mart 2005 tarihli ve 25751 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan ‘Evde Bakım Hizmetleri’nin Sunumu Yönetmeliği’ne göre ülkemizde evde bakım hizmetlerinin net tanımı oluşturulmuş olup bu yönetmelik çerçevesinde “hekimlerin önerileri doğrultusunda, profesyonel bir ekip tarafından hasta kişilere kendi evinde veya yaşadığı ortamda; rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik destek tedavisi de dahil tıbbi gereksinimlerini karşılayacak şekilde sağlık bakımı ve sağlık hizmetlerinin sunulması” şeklinde tanımlanmıştır (4).

Yüzyılımızda bilhassa gelişmiş topluluklarda yaşlı olan nüfusun toplam nüfus içerisindeki oranı giderek artmaktadır. Bazı sanayisi gelişmiş ülkelerde bu oran %12-18 arasında değişmekte olup 2050’li yıllarda gelişmiş ülkelerde 65 yaş ve üzeri nüfusun 15-64 yaş arası nüfusa nazaran 2 kat ve gelişmekte olan toplumlarda da 3 kat daha hızlı yükseleceği ve 2025 senesinde dünyadaki yaşlı insan nüfusunun 800 milyonu geçeceği düşünülmektedir (3). Türkiye’de ise yaşlı nüfus olarak ifade edilen 65 yaş ve üstü nüfusun toplam nüfus içerisindeki oranı 2016 yılında %8,3 iken, bu oran 2021 senesinde %9,7’ye yükselmiştir. Yaşlı nüfus oranının her geçen sene artarak devam ettiği görülmekte olup bu oranın 2025 yılında %11’e, 2030 yılında ise %12,9’a yükseleceği öngörülmektedir (5).

Yaşlanan nüfusun artışıyla birlikte kronik hastalıkların görülme sıklığı ve kişilerin bağımlılık oranları artmaktadır. Yaşlanan popülasyonun ihtiyaçları değişmekte olup yaşlı bireyin takibi diğer yaş kesimindeki hastalara göre değişiklikler ve kendine mahsus özellikler göstermektedir. Örneğin; geriyatrik popülasyonun artışıyla kronik hastalıklar hızla artmakta, tedavilerinde olan gelişmeler sonucunda bu hastalıklar tam anlamda iyileşme ile neticelenmeye de hayat süresi uzamaktadır. Yine yaşlı bireylerde rastlanan bazı hastalıklar ise kişinin yetisinde bariz bozulmalara sebep olmaktadır. Bütün hastalıkların yönetimindeki temel gaye, fonksiyonları iyileştirmek ya da aynı seviyede kalmasını sağlayarak yaşam kalitesini yüksek tutmaktır. Hedefe ulaşabilmek için ise kaynaklar en etkin bir biçimde kullanılmalıdır. Yaşlılara verilen sağlık hizmetleri kolay ulaşılabilir olmalı, gereksinimler sosyal boyutlar açısından da değerlendirilmeli, hizmetler geriyatri konusunda eğitimi olan bir sağlık ekibi aracılığıyla verilmeli ve bu hizmetler evde bakım hizmetleri içine entegre edilerek sunulmalıdır (6).

Bunun yanı sıra; şehirleşme, iç ve dış göç gibi sebeplerden dolayı çekirdek aileye olan dönüşümün artışıyla yaşlı bireye her çeşit güvence temin eden geniş aile sayısındaki azalma, çekirdek aileye dönüşüm amaçlı konutların küçültülmesi ve bu sebeple konutların yaşlılar açısından yeterli ve uygun olmaması, yaşlılara sunulan hizmette önemli bir rolü olan kadınların çalışma hayatına katılması ya da katılmayı düşünmesi, genç jenerasyonun yaşlılığa olan bakış açısı ve nesiller arası iletişimde olan kopukluk, yaşlıların ve aile bireylerinin ekonomik olarak yetersiz oluşu, ailenin ve yaşlı bireyin yaşlılık hakkında bilgisinin eksik oluşu, başkalarına olan bağımlılık gibi sebeplerden dolayı aile içinde bakım verebilecek kişi sayısının azalması gibi sebepler yaşlıların bakım sorununun artmasına neden olmaktadır (2).

Bireylere kendi yakınları aracılığıyla verilen bakım psikolojik ve fiziksel açıdan kendilerini daha iyi hissetmelerini sağlasa da yapılan çalışmalarda bakım yapanların çeşitli sorunlarla karşılaştığı görülmekte olup özellikle bakım sağlayıcının yaşının ileri oluşu, meslek durumu ve sosyal desteğin az olmasının bu riski artıracabileceği vurgulanmıştır (7).

Kişiler artık hayatın uzun olması ile değil de kaliteli oluşu ile ilgilenmektedir. Hayat kalitesi, kişisel iyilik durumunun bir ifadesidir ve hayatın çeşitli alanlarındaki öznel bir doyumunu göstermektedir (8). Bu açıdan ülkemizde evde bakım hizmetleri ile alakalı yapılacak çalışmalar önem arz etmektedir. Biz bu çalışmamızda bir evde bakım birimine kayıtlı olan hastalara sunulan hizmetleri ve hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerini değerlendirmeyi amaçladık.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. EVDE BAKIM HİZMETLERİ

2.1.1. Tanımı ve Amacı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre evde bakım; informal ve formal bakım veren kişiler aracılığıyla ev ortamında bakım hizmetinin sunulması olarak tanımlanmıştır. DSÖ Evde Uzun Süreli Bakım Çalışma Grubu tarafından hazırlanan rapora göre ise, evde uzun süreli bakım, mevcut sosyal sistemlerin ve sağlık sistemlerinin bir parçası olup bakıma ihtiyaç duyan bireye ailesi, arkadaşları ve komşuları gibi geleneksel olan bakıcılar, gönüllü olanlar (informal bakım) ve asli görevi evde bakım olan bireyler ile bakıma yardım eden kişiler aracılığıyla verilen bakım (formal bakım) etkinlikleridir (9).

Amerikan Tabipler Birliği (AMA) tarafından 1979 senesinde yapılmış olan tanıma göre ise evde bakım; bireyin sağlığının, konforunun ve işlevlerinin en iyi seviyede geri kazanılması ya da devam ettirilmesi amacıyla gerekli hizmet ve ekipmanların ev ortamında takdim edilmesidir (10).

Kanada Evde Bakım Kurumu'nun yaptığı tanıma göre ise de evde bakım; kısmen ya da bütünüyle düşkün duruma gelmiş olan hastaların, ev ortamında yaşamasına imkan sağlayacak sağlık hizmetlerinin genellikle koruyucu, uzun vaktli, geciktirici ya da akut bakım seçeneklerinin yerini alacak biçimde düzenlenmesi olarak tanımlanmıştır (11).

Ulusal ve uluslararası literatürde evde bakım ve evde sağlık kavramlarının iç içe geçtiği görülmekte olup esasında her iki kavram da birbirlerinden farklı anlama gelmektedir. 2010 senesinde çıkan evde sağlık hizmetlerine yönelik yönerge doğrultusunda evde bakım ve evde sağlık hizmetleri kavramlarının netlik kazandığı görülmüştür (12).

Bu hizmetlerin amacı; hasta ya da bakıma ihtiyacı olan bireylerin hayat kalitesini ve sağlık durumunu iyi hale getirmek, hastanede kalış zamanını azaltarak hastane enfeksiyon riskini en aza indirmek, hastane yatak kapasitesinin verimli bir şekilde kullanılmasını sağlayarak hizmet maliyetini azaltmak, hasta bireyin aile ortamına kısa zamanda dönmesini sağlayarak moral desteği vermek, çocuk ve yenidoğanların ev ortamındaki gelişimine destek olmak, hastanın özerkliğini koruyup karar verme ve problem çözme konularındaki gelişmelerine yardımcı olmaktır (13). Evde bakım hizmetleri hakkında en yaygın görüş

“hastaların bağımsızlığını sağlamak, yaşam kalitesini iyileştirmek ve devamlılığını sağlamak için güzel bir çözüm yolu olmasıdır” (14).

2.1.2. Hizmet sunumunu yapan sağlık profesyonelleri

Bu alan çeşitli disiplinlerle çalışmayı gerektirmekte olup hizmet ekibindeki bireyler kişinin ve ailenin gereksinimine göre değişmekte olup; hekim, hemşire, fizyoterapist, psikolog, sosyal hizmet personeli, diyetisyen, sağlık memuru, bakım destek/refakat elemanı, hasta takip çalışanı ulaşım sorumlusu gibi kişilerden meydana gelebilmektedir (13).

2.1.3. Hizmetin Sınıflandırılması

Evde bakım hizmetlerini, evde sağlık hizmetleri ve evde sosyal destek hizmetleri olarak 2 ana grup altında sınıflandırabiliriz.

Evde sağlık hizmetleri kapsamında; hekimlik ve hemşirelik hizmetleri, fizik tedavi, tıbbi gereç ve araç hizmetleri, eczane hizmetleri, hastayı değerlendirme ve takip hizmetleri, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler, palyatif bakım hizmetleri ve psikolojik destek gibi hizmetler yer almaktadır (15).

Evde sosyal destek hizmetlerinde ise; bakım desteği çalışanları, sosyal hizmet personelleri, aile fertleri ve din personelleri gibi yardımcı çalışanlar aracılığı ile ev ve kişisel bakım, ulaşım, taşıma, evlere yemek servisi gibi hizmetleri içeren ve sağlık hizmeti haricindeki ihtiyaç alanlarını kapsayan hizmetler yapılmakta olup bu kapsamda sunulan hizmetler arasında; sağlık destek hizmetleri, hemşirelik hizmetleri, kişisel bakım (özbakım), gece/gündüz bakımı, ev işlerine destek ve ev düzenini tekrardan oluşturma, beslenme ve gıda, sosyal açıdan yardımcı olma ve danışmanlık hizmetlerini sayabiliriz (16).

Evde bakım hizmetlerini, hizmetin süresine göre ise kısa süreli (30 gün) ve uzun süreli olarak da sınıflandırabiliriz.

Kısa süreli evde sağlık hizmetleri, genellikle hastane sonrası iyileşme süreci içinde verilmekte olup tıbbi hizmet ağırlıklıdır ve bu süre genelde 30 gün ile sınırlandırılmıştır. Bu hizmetler daha çok birey merkezli olup, hastanın tekrardan sağlığına kavuşması, sağlık bilgi düzeyinin artırılması, danışmanlık ve eğitim hizmetleri ile ailesine ve kendisine sağlık sorunlarının üstesinden gelebileceği temel yetenekleri kazandırmayı amaç edinmektedir. Kısa süreli evde bakımda; hekimlik ve hemşirelik hizmetleri, ayak bakımı, meşguliyet tedavisi, fizik tedavi ve rehabilitasyon ve beslenme ve sosyal hizmetlerin verilmesi gibi hizmetler sunulmaktadır (16).

Uzun süreli evde sağlık hizmetleri ise, hem tıbbi hem de sosyal bakım hizmetlerini içermekle beraber sosyal hizmet ağırlıklıdır ve 6 aydan daha uzun süre bakıma ihtiyaç duyulan durumlarda verilen hizmetleri kapsamaktadır. Uzun süreli evde sağlık hizmetinde daha önce tanı koyulmuş bir hastalığı olan, uzun süreli takip ve tedavi gerektiren ve fonksiyonel açıdan yetersiz kişiler hedeflenmektedir. Bu hizmetlerin hedefi, bakım ve tedavi hizmetlerine devamlı şekilde ihtiyacı olan yaşlılar, kronik hastalar ve engelli kişilerin sağlığını koruyup bakıma muhtaçlık düzeyinin daha da artmasını önlemek, bağımsız yaşamasında destek olacak eğitim ve beceriler edinmesini sağlamak ve profesyonel olarak nitelikli bir evde bakım hizmeti sunmaktır (16).

2.1.4. Evde Bakım Hizmetlerinden Faydalanabilecek Gruplar

DSÖ Evde Uzun Süreli Bakım Çalışma Grubu tarafından hazırlanan rapora göre evde bakım hizmetleri, günlük yaşam faaliyetlerinde yardıma gereksinimi olan her yaşta bireye uygun hayat kalitesini sağlamak amacıyla verilen her çeşit bakımı içerir. Hedeflenen gruplar; tüberküloz gibi bulaşıcı olan ya da kanser, kalp damar rahatsızlıkları gibi bulaşıcı olmayan kronik bir hastalığı olan bireyler, sebebine bakılmaksızın bir engeli bulunan kişiler, HIV/AIDS'i olan bireyler, bir kaza sonrası sakat kalanlar, algı problemi olan kişiler, mental hastalığı olan kişiler, madde bağımlısı olanlar ve doğal afet ya da diğer afet mağduru olan bireylerdir (9).

2.1.5. Dünyada Evde Bakım Hizmetlerinin Tarihçesi

Evde bakım hizmetleri kurumsal olarak 1700'lü yılların son zamanlarında dini mecburiyet sebebiyle yoksul hastaların evlerine yapılan ziyaretler biçiminde başlamıştır. Evde sağlık hizmetlerinde ilk gelişme görülen ülke olan ABD'de evde bakım hizmetinin sunulduğu ilk kuruluş 1796 tarihinde kurulmuş olan Boston Dispanseri olmuştur. 1800'lü seneler enfeksiyon hastalıklarının yaygın görüldüğü ve ölüm oranlarının da fazla olduğu bir dönem olup bu dönemde ücretleri gönüllü gruplar aracılığıyla karşılanmış olan hemşireler evde hasta bakım hizmeti sunmaya başlamış ve ailelere de bakım hususunda eğitimler vermiştir. Hemşireler ayrıca hamilelere doğum öncesi, doğum sırası ve doğum sonrasında bakım verip bebek bakımı hakkında da bilgilendirme yapmışlardır. 1898 yılında Los Angeles Sağlık Bölümü yoksul hastaları ev ortamında ziyaret ederek diplomalı hemşireleri ücret mukabilinde çalıştırmaya başlamış olup böylelikle devlet tarafından ücretlendirilen ilk evde bakım hizmetlerinin temelleri de atılmıştır. 1900'lü yılların başlarında ise, sanayileşme sonucunda

oluşan hızlı göçün neden olduğu sağlıksız hayat şartları ve enfeksiyon hastalıkları, hemşireler tarafından evlere yapılan ziyaretlerin sebebini oluşturmuştur (17).

Gerçek manada hemşirelik hizmeti 1859 senesinde William Rathbone adlı bir İngiliz antropolog aracılığı ile oluşturulmuş olup Rathbone, eşine ev ortamında bir hemşire aracılığıyla sunulan hizmetten etkilenip yoksul hastalara yardım amacıyla gönüllü bir hemşire servis hizmetinin oluşmasını sağlamıştır. Liverpool'da evde hemşirelik hizmeti sunan ilk kişi ise Mary Robinson olmuştur. Robinson yalnızca hemşirelik hizmeti sunmakla kalmamış, aynı zamanda evde bulunan kişilere hasta bakımı ve genel hijyen kuralları konusunda da eğitim vermiştir (16, 18).

Flornce Nightingale 1862 senesinde Liverpool'da evde bakım hizmetlerine öncülük etmiş olup evlerde hasta bakımını gerçekleştirmiş, evde bakım hizmetleri konusunda eğitim veren bir okul açmış ve ziyaretçi hemşirelerin yetişmesini sağlamıştır. Nightingale'in evde bakım ve bölge hemşireliği ile alakalı son raporları ABD'de 1890'lar sırasındaki büyük sosyal ve kültürel değişimlerle çakışmış olup ABD'de evde bakım hizmetlerinin ilerleyişinde önder olan hemşire ise Lillian Wald olmuştur (19).

Danimarka'da 1937 yılında yapılan ev ziyaretleri ile başlatılan uygulamanın evde sağlık hizmetinin etkin ve doğru bir biçimde sunulabilmesi için örnek bir model olduğu görülmüştür. Bu pilot uygulama sonucunda yapılan ev ziyaretlerinin hastalanma oranını ve bebek ölüm hızını azalttığını görülmüş olup yapılan bu ziyaretlerin koruyucu hekimlik açısından ne kadar mühim olduğu ortaya koyulmuştur (16, 18).

Çin'deki sağlık sistemine bakıldığında ise evde bakım hizmetleri, yaşlılara sunulan hizmette bir yöntem olarak kullanılmakta olup Çin'deki evde sağlık sistemlerinin gelişimindeki en önemli etken, ekonomik sebeplerden daha çok sosyokültürel dinamiklerdir (16, 20).

Dünyadaki en yüksek yaşlı nüfus oranına sahip ülke olan Japonya'da ise nüfusun yaşlanması ile beraber yaşlıların sağlık ve sosyal bakım ihtiyaçlarını karşılamak için yapılan hizmetlerin önemi de artmaktadır. 2000 yılındaki verilere göre; Japonya'da bakıma muhtaç kişi sayısı, toplam nüfusun %13'ünü oluşturmaktadır ve evde sağlık hizmetlerinden faydalanan 65 yaş ve üzeri hastaların toplam nüfus içerisindeki oranı ise %9'dur (21).

Avrupa'nın en eski evde sağlık hizmetleri kanununa sahip olan Hollanda'da Sağlık Bakanlığı'nın yükümlülüğünde olan bu kanun 1968'den beri yürürlüktedir. Evde bakım hizmetlerinin öncüsü olan bir diğer Avrupa ülkesi olan İsveç'te ise yaşlı ve bakıma gereksinimi

olan bireyler için 1960'tan itibaren evde bakım hizmeti verilmekte olup 1982'de evde sağlık hizmetleri Sosyal Hizmetler Kanunu kapsamına dahil edilmiştir (22).

2.1.6. Türkiye’de Evde Bakım Hizmetlerinin Tarihçesi

Türklerde ilk olarak ‘Kam’ ya da ‘Baksı’lar tedavi işleriyle uğraşmış olup aynı zamanda dini ritüellerde de rol almışlardır. Sonrasında ‘Otacı’, ‘Emçi’ ya da ‘Atasagun’ ismi verilen hekimler bu tür işlerle uğraşmışlardır. O zamanlar göçebe tarzı bir hayat sürüldüğünden sunulan sağlık hizmetlerinin hasta bireyin evinde verildiği düşünülmektedir. Gebelik döneminde ve doğum sonrası ebeler ev ziyaretleri düzenlemiş ve sağlık hizmetlerini ev ortamında sunmuşlardır (13).

Osmanlı Devleti’nde 15.yüzyılda gezici hekimlik hizmetlerinin sunulması ve hasta olan kişilere aile bireyleri tarafından bakılması Türkiye’de evde bakım hizmetlerine yönelik geçmiş zamanda yapılan ilk uygulamaların arasında yer almaktadır. İlerleyen vakitlerde ise evde bakım hizmetleri evde hasta bakımı yapan hasta bakıcılar ve özel hemşireler ile formal olarak ve aile fertleri aracılığıyla informal olarak devam etmiştir (23).

Ülkemizde evde sağlık hizmetlerinin gündeme gelmesi 1930 senesinde 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Yasası ile olmuş olup bu yasa ile ev ortamında bulaşıcı bir hastalığı olan bireylerin muayene edilmesi hedeflenmiştir. 1946 senesinde Sağlık Merkezleri tarafından ev ziyaretlerini düzenleyen taşınabilir hizmetlerin organizasyonu yapılmıştır (24). Evde sağlık hizmetleri uygulamasının temellerinin ise ülkemizde 12 Ocak 1961 tarihinde çıkarılan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Yasa ile atıldığı görülmekte olup bu yasadaki, sağlık hizmetlerinin tek bir çatı altında toplanması, sağlık hizmetlerinin ve çalışanın ülkenin bütününe dengeli bir şekilde dağılmasının sağlanması ve yatak sayısı az olan hastaneler için alternatif bir çıkar yolu olarak köylere kadar gidilebilen evde tedavi teşkilatlarının kurulmasının gerekliliği gibi konulardan bahsedilmiştir (23).

Evde sağlık hizmetleri ülkemizde ilk aşamada 10 Mart 2005 tarihinde ve 25751 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan “Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik” ile yürürlüğe girmiştir. Bu yönetmelik ile Sağlık Bakanlığı’na bağlı olan özel sağlık kurumları tarafından evde sağlık hizmetleri sunulmaya başlanmış ve evde sağlık hizmetlerinin yasal çerçeve altında tanımı ve kapsamı tayin edilmiştir (24).

1 Şubat 2010 tarihinde çıkarılan “Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” kapsamında da Sağlık

Bakanlığı'na bağı olan tüm kurum ve kuruluşlar aracılığıyla evde sağılık hizmetleri sunulmaya başlanmıştır (1). Evde sağılık hizmetleri ile alakalı en son güncelleme ise 27.02.2015 tarihli ve 29280 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan yönetmelik ile yapılmıştır (24).

2.1.7. Evde Sağılık Hizmet Birimleri

Çıkarılan son mevzuata göre evde sağılık hizmet birimleri T tipi, H tipi ve D tipi olarak 3 gruba ayrılmıştır:

1. T tipi evde sağılık hizmetleri birimi: Bu birimler Toplum Sağılığı Merkezleri'ne (TSM) bağı olup evde sağılık hizmetlerini birincil olarak vermekle görevlidir. Ekipte, evde sağılık hizmeti konusunda eğitimi olan bir hekim, yardımcı sağılık personeli, evde hasta bakım teknikeri ya da yaşlı bakım teknikeri olmak üzere 3 kişi bulunur. Ekipte evde hasta bakım teknikeri ya da yaşlı bakım teknikerinin olmadığı zamanlarda bir yardımcı sağılık personeli ekibe alınır. Gereksinim durumunda sosyal çalışmacı ve psikolog gibi destek elemanları da görevlendirilir. Evde sağılık hizmeti alan günlük hasta sayısının on ve üzeri olduğu yerlerde en az bir tane T tipi birim kurulmalıdır. Birbirine yakın mesafede olan küçük kazalarda da aynı kriterlere göre ortak hizmet birimi açılabilir (25).

2. H tipi evde sağılık hizmetleri birimi: Bu birimler Türkiye Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü'ne bağı olan hastanelerde bulunmakta olup öncelik olarak fizyoterapi ve uzman hekim konsultasyonu gibi T tipi birimler aracılığıyla yapılamayan hizmetlerin sunumundan sorumludur. Ekipte evde hasta bakım teknikeri veya yaşlı bakım teknikeri yoksa yerine bir yardımcı sağılık personeli katılır. İhtiyaç durumunda fizyoterapist, diyetisyen, sosyal çalışmacı, psikolog ve benzeri destek personelleri de hizmetin sunulmasında görev alır. Hastanın gereksinimine göre uzman hekim veya hekimler de ekibe dahil olur. Bir ilçede A, B ve C tipinde hastanelerin varlığı mevcutsa o ilçede en az bir tane H tipi birim kurulmalıdır (25).

3. D tipi evde sağılık hizmetleri birimi: Bu birimler Ağız ve Diş Sağılığı Merkezleri (ADSM) bünyesinde kurulmuş olan birimler olup ekibi bir diş hekimi ile beraber bir ağız ve diş sağılığı teknikeri veya bir diş protez teknikeri oluşturur (25).

2.1.8 Evde Sağılık Hizmetlerine Başvuru

Başvurular; hastalar, hasta yakınları veya diğerk kişi ve kurumlar aracılığıyla 444 38 33 numaralı telefon hattı aranıp evde sağılık hizmetleri koordinasyon merkezlerine, toplum sağılığı merkezlerine ya da aile sağılığı merkezlerine yapılabilir. Sağılık kuruluşlarında yatan ve taburculuk aşamasındaki hastalar için ise ilgili klinikler koordinasyon merkezi ile irtibata

geçerek hizmet ihtiyacını belirtmektedir. Yapılan başvurular il koordinasyon birimi tarafından değerlendirildikten sonra hastanın ikamet ettiği yere, hizmet ihtiyacının düzeyine ve hasta yoğunluğuna göre hizmet verecek sağlık kuruluşu belirlenir. Hizmet verenler tarafından hastanın evinde yapılan değerlendirme sonucu hastaya evde sağlık hizmeti sunulmasına uygun olup olmadığı belirlenir ve buna göre ziyaret programına alınmasına karar verilir. Ayrıca evde sağlık hizmetleri kapsamı dahilinde takip edilen bütün hastaların aile hekimlerine bilgi verilip, aile hekimleri ile eşgüdümlü bir şekilde çalışma planlanmaktadır. Evde sağlık hizmetleri, randevu sistemi ile çalışmakta olup hafta içi mesai saatleri arasında hizmet sunmaktadır (26).

2.1.9 Evde Sağlık Hizmetlerinin Avantajları

Evde sağlık hizmetlerinin en önemli iki yararının, sağlık giderlerinde düşüş sağlanması ve kişinin kendi ev ve aile ortamında bakılabilmesine olanak sağlanması olarak ifade edebiliriz. Bu hizmetlerin faydalarını şöyle sıralayabiliriz:

1. Hastalara kendi varlık ve benliklerini sürdürebilecekleri mutlu bir yaşama alanı sunar.
2. Hastaların kendilerini özgür hissedebilecekleri, özgürce ifade edebileceği bir ortam sağlar.
3. Hastaların buldukları ortamda etrafla uyumlu olarak sosyal ilişkiler içerisinde olması hastaların hayat kalitelerini artırarak iyileşme süreçlerini hızlandırmaktadır.
4. Hastaların çevre ve ailesiyle iletişim içinde olması depresyon, anksiyete ve stres sıklığını azaltır.
5. Evde sağlık hizmetlerinde bireyin hijyenik ihtiyaçları kurumlara göre daha rahat karşılanır.
6. Hastanede sunulan hizmetlere göre daha ekonomiktir ve etkindir.
7. Evde sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri hususunda aile bireylerini ve hastaları bilinçlendirerek kişilerin bu hizmetlere ulaşımını kolaylaştırır.
8. Kişilerin kendi rahatsızlıklarıyla ilgili sorumluluk kazanmasını sağlar.
9. Evde bakım ile aile fertlerinin üstünden direkt bakım sorumluluğu alınacağından dolayı, bakıma yardımcı olan aile fertleri daha az tükenmişlik durumu yaşar, sosyal yaşamlarını ve iş hayatlarını daha rahat bir şekilde sürdürür.
10. Terminal dönemdeki hastalara evde bakılması hasta yakınlarının durumla başa çıkmalarını kolaylaştırır.
11. Hastaların hastanedeki yatış sürelerini ve hastaneye yatmasına sebep olabilecek nedenlerin ortaya çıkmasını azaltır.

12. Hastanedeki yatış sürelerindeki ve yatışı olan hasta sayısındaki azalma, hastaneden kaynaklanan enfeksiyonların azalmasını ve ayrıca hastane harcamalarının ve maliyetin düşmesini sağlar.
13. Türk aile yapısına uygun bir hizmet türüdür (13, 17, 18, 19, 24, 27, 28).

2.1.10 Evde Sağlık Hizmetlerinin Dezavantajları

Evde sağlık hizmetlerinin pek çok ülke açısından yeni bir yapılanma olması denetim problemlerini ve riskleri birlikte getirmektedir. Bu hizmetlerin dezavantajları şunlardır:

1. Evde sağlık hizmetlerinin tek bir birim aracılığıyla sunulmaması denetimi zorlaştırmaktadır. Evde sağlık hizmetlerinin güçlü bir denetleme ve kontrol mekanizması ile idare edilmesi gerekir.
2. Evde bakım hizmetlerinin branşında uzmanlaşmış ve evde bakım hususunda başarılı bir biçimde eğitim almış bireylerce verilmesi gerekir (19).
3. Hizmet verecek personel kendi çalışma ortamı dışında olduğu için verimliliği azalabilir.
4. Sağlık görevlisi ile hasta ve yakınları arasında etkin bir iletişim sağlanamayabilir ve güvenlik problemleriyle karşılaşılabilir.
5. Hasta kendi yaşam alanını ve mahremiyetini paylaşma yoluna gitmek istemeyebilir ve bu sebeple bazı kişisel bilgilerini sağlık görevlisinden saklama yolunu tercih edebilir.
6. Sağlık personeli devamlı olarak hastanın yanında bulunamadığından oluşabilecek acil olaylara olan müdahalelerde (teknolojik aygıt sorunları, damar yolu/serum tedavisi alanlarda damar yolu tıkanıklığı, sepsis, tromboz vb. sorunlar) sıkıntılar yaşanabilir (2, 13, 17, 18, 19, 24, 27).

2.1.11. Evde Sağlık Hizmetleri Alanında Aile Hekiminin Görevleri

Aile hekimliği; kişiye biyopsikososyal açıdan bütüncül bir biçimde yaklaşması, ilk başvuru noktası olması, yaş, hastalık ve cinsiyet ayrımı yapmaksızın kişiyle devamlı bir görüşme modeline sahip olması açısından evde sağlık hizmetleri ile disiplin olarak örtüşen bir yapıya sahiptir (19).

Evde sağlık hizmetleri kapsamı dahilinde aile hekimi, ilk ziyaretini ekibi ile düzenleyerek çok yönlü bir tıbbi değerlendirme yapar (25). Bu çok yönlü yaklaşım aile hekiminin çekirdek yeterlilikleri arasında yer almakta olup bu yaklaşıma sahip olan bir aile hekimi, hastasını akut ve kronik bütün sağlık problemleriyle beraber inceleyerek hastanın iyilik ve sağlık durumunu maksimal seviyede iyileştirmeyi amaç edinir (29). Hastasını görüp tanısını koyan ve tedavisini kararlaştıran aile hekimi evde sağlık hizmeti planını belirleyip faaliyete geçirir. Birey merkezli,

özgün bir problem çözme becerisi olan, devamlı bakımda tecrübesi olan bir aile hekimi uzmanının bu kısmı da başarılı bir biçimde yerine getirmesi beklenir. Aile hekimi, evde sağlık hizmeti sunulacak hastasını devamlı olarak takip ederek kayıtlarını tutar ve hastanın bilgilerinin güncellenmesini sağlar (25, 29).

Aile hekiminin evde sağlık hizmetinin bütün kademelerinde primer sorumlu olarak rolü vardır. Hastanın gereksinimi olan konuları ve sorunları belirleyip bu problemlerin ve ihtiyaçların giderilmesinde aktif rol oynar. Bundan dolayı evde sağlık hizmeti sunacak aile hekimi uzmanının bu konuda kendi bilgi seviyesini arttırarak kendisini geliştirmesi ve hastasına aile hekimi yeterliliklerine sahip bir biçimde yaklaşımda bulunması çok önemlidir (19).

2.1.12. Evde Sağlık Hizmetlerinin Sonlandırılma Kriterleri

Hastaya sunulan evde sağlık hizmeti aşağıdaki durumlarda sonlandırılır:

1. Evde sağlık hizmeti sunulan hastanın yapılan tedavi sonucunda iyileşip tedavi gereksiniminin sona ermesi
2. Hasta açısından uygulanacak tedavinin sağlık personeline gerek kalmadan kendi kendine ya da yakını aracılığıyla uygulanabilecek bir duruma gelmesi
3. Hastanın kendisinin ya da yasal temsilcilerinin hizmeti sonlandırma talebinin olması
4. Hastanın vefat etmesi
5. Hastanın ya da yakınlarının uygulanan tedaviye uyumsuz davranış ve direnç göstermeleri, yapılan tekliflere uymamaları durumunda sorumlu hekim, diğ hekim veya aile hekimi aracılığıyla sunulan hizmetin faydalı olmayacağını düşünülmesi
6. Hasta ya da hasta yakınlarının personelin güvenliğine yönelik uygunsuz hareketlerde bulunmaları
7. Evde sağlık hizmeti verilen hastanın farklı sebeplerle ikamet bölgesinin değişikliğe uğraması (17, 20, 25, 30).

2.2. YAŞAM KALİTESİ KAVRAMI

2.2.1. Yaşam Kalitesi Tanımı

Yaşam kalitesi kavramı sağlıkta iyilik halinin tayin edilmesinde son zamanlarda çok fazla ön plana çıkmış olup bu konudaki ilk çalışmalar 1973 yılında yapılmaya başlanmıştır (19). Yaşam kalitesi ‘‘subjektif iyilik hali’ ya da diğ bir tabirle ‘‘kişinin kendi hayatından memnun olma hali’’ için kullanılan bir terimdir. Yaşam kalitesi DSÖ’ye göre ‘‘bireylerin kendi hayatını/durumunu içinde bulunduğu kültür ve değerler sistemi bağlamında ve beklentileri, gayeleri, istekleri ve ilgileri istikametinde algılaması’’ olarak tanımlanmıştır (30). Kişinin

hayatında olmasını arzu ettiği yaşam koşulları ile şu andaki hayat biçiminin birbirine paralel olması kişinin sağlığını, mutlu olma durumunu pozitif bir şekilde etkiler (19).

Yaşam kalitesi objektif ve subjektif olarak 2 adet göstergeye sahiptir. Yaşam kalitesinin objektif belirtileri; çalışma durumu, fiziksel aktiviteyi yapabilme mahareti, fonksiyonel açıdan yetersiz olma hali, hastalık bulguları ve sağlık durumu ile alakalı algılarını kapsayan fizyolojik konuları içermektedir. Subjektif belirtiler ise; yaşam doyumu, emosyonel iyilik durumu ve psikolojik tesir ile alakalı konuları kapsamaktadır (30).

Hasta-doktor ilişkisinde doktorun hastasının hayat kalitesini tespit edebilmesi ve bu hususta mevcut olan problemlerini çözmeye çalışması, hasta doktor ilişkilerini pozitif bir şekilde etkiler. Doktor yaşam kalitesi ölçütlerini kullanarak hastasının hastalığı süresince sosyal, ruhsal ve fiziksel gereksinimlerini tayin edip ona göre hastasına yaklaşımda bulunur ve bir çözüm yolu sunar (19).

2.2.2. Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi

Yaşam kalitesini tayin etmek için hastalara anket uygulanması daha nesnel bir ölçü vazifesi görür. Zira hastanın kendi hayatına bakışı ile doktorun bakış açısı farklı yönlerde olabilir. Hastaların günlük yaşam faaliyetlerini değerlendirmek hayat kalitesi açısından yol gösterici olabilir. Yaşam kalitesi ile günlük yaşam aktiviteleri arasında sıkı bir bağlantı mevcuttur (31).

Mahoney ve Bartel aracılığıyla oluşturulan Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi ölçeği beslenme, banyo yapma, giyinme, kişisel bakım, bağırsak kontrolü, mesane kontrolü, sandalye/yatak transferi, mobilite, tuvalet kullanımı ve merdiven kullanımı olmak üzere 10 alt başlıktan meydana gelmektedir. Hasta her alt başlıktan 0, 5, 10 ya da 15 puanlarını alabilir. Toplam puan 0-100 aralığında değişmekle birlikte hastanın puanı 0-20 aralığında ise tam bağımlı, 21-61 aralığında ise ileri derecede bağımlı, 62-90 aralığında ise orta derecede bağımlı, 91-99 aralığında ise hafif derecede bağımlı ve 100 puan aldığı zaman ise tam bağımsız olarak değerlendirilmektedir (19).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Düzeni

Bu çalışma, 2022 senesi içerisinde Denizli Buldan Göğüs Hastalıkları Hastanesi Evde Bakım Birimi'ne kayıtlı olup birimimizden herhangi bir sağlık hizmeti alan tüm hastalara evlerinde sunulan hizmetlerin ve bu hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerinin değerlendirilmesi amacını taşıyan tek merkezli, tanımlayıcı, kesitsel nitelikte bir çalışmadır. Araştırmanın evrenini, 2022 senesi içerisinde Denizli Buldan Göğüs Hastalıkları Hastanesi Evde Bakım Birimi'ne kayıtlı olup birimimizden herhangi bir sağlık hizmeti alan tüm hastalar oluşturmaktadır. Bu kriterler dışında kalanlardan da, 2022 senesi içerisinde herhangi bir sebeple evde bakım hizmeti sonlandırılmış ve hasta dosyalarındaki kayıtları yetersiz olan hastalar ise çalışmamıza dahil edilmemiştir. Çalışmamız kriterleri karşılayan 141 kişi ile tamamlanmıştır.

3.2. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri, elektronik ortamdan ve “hasta ve hekim değerlendirme formlarından” faydalanılarak toplanmıştır. Çalışmamız toplam 38 sorudan oluşmaktadır. Çalışmamızdaki ilk 26 soru hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri ile ilgili olup, son 12 soru ise hastalara sunulan hizmetlerle alakalı soruları içermektedir (Ek 2). Hasta dosyalarında bulunan Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi anket formları da çalışmamıza dahil edilmiştir (Ek 3).

3.3. Araştırma Verilerinin Analizi

Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde SPSS 22.0 (Statistical Package for the Social Sciences) paket programından faydalanıldı. Analizlerde tanımlayıcı istatistikler kullanılmış olup tanımlayıcı değişkenler; sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerleri ile verildi. Kategorik verileri karşılaştırmada ise Ki-kare ve Fisher's Exact testi kullanılmış olup istatistiksel anlamlılık değeri $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

3.4. İzinler

Çalışmamız, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 2023/72 protokol numaralı ve 18.05.2023 tarihli 14 nolu kararı ile etik ve bilimsel açıdan uygun görülmüştür (Ek 1).

4. BULGULAR

4.1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

Evde bakım birimine kayıtlı ve 2022 yılı içinde evde bakım hizmeti alan 141 kişi çalışmaya alındı. Çalışma dönemi içinde toplam 2502 ev ziyareti gerçekleştirilmişti ve yıllık hasta başı ziyaret sıklığı 2,54 idi. Aylık düzeyde ele alındığında hasta başına en sık hasta ziyareti 4,44 ile Aralık ayında gerçekleşmişti. Aylara göre ziyaret sayısı ve sıklığı **Tablo 1**'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Aylara göre ziyaret sayısı ve sıklığı

	Ziyaret Sayısı	Hasta Sayısı	Ziyaret Sıklığı
OCAK	232	110	2,11
ŞUBAT	191	95	2,01
MART	219	104	2,11
NİSAN	197	88	2,24
MAYIS	162	69	2,35
HAZİRAN	169	86	1,96
TEMMUZ	182	75	2,43
AĞUSTOS	192	67	2,87
EYLÜL	204	77	2,65
EKİM	213	72	2,96
KASIM	248	75	3,31
ARALIK	293	66	4,44
TOPLAM	2502	984	2,54

Yüzde 61,7'si (s=87) kadın olan katılımcıların %51,1'i (s=72) 80 yaş ve üzerindedir (yaş ortalaması 73,2±18,9; 11-98 yaş arası). Yüzde 44,7'si (s=63) evli ve %44,7'si (s=63) dul idi ve dul olan hastaların çoğunluğu kadındı (%87; s=55) (p<0,001). Yüzde 92,2'si ise (s=130) 9 yıldan az eğitimliydi.

Hiçbiri şu an aktif olarak çalışmayan katılımcıların %38,3'ü (s=54) aktif döneminde tarım çalışanıydı. Hiç çalışmayan 47 hastanın ise çoğu ev hanımıydı (%76; s=36). Çoğunluğunun aile gelir düzeyi düşüktü (%70,2; s=99) ve %63,8'i (s=90) gelir ve giderini eşit olarak değerlendirmekteydi. Çalışmamıza dahil edilen hastaların sosyodemografik özellikleri **Tablo 2**'de gösterilmiştir.

Tablo 2. Çalışmaya alınan hastaların sosyodemografik özellikleri, s:141

Sosyodemografik Özellikler	Sayı	Yüzde
Yaş, Ort±SS (dağılım aralığı)	73,2±18,9 (11-98)	
Yaş Grupları		
0-18 yaş	3	2,1
19-44 yaş	12	8,5
45-64 yaş	15	10,6
65-79 yaş	39	27,7
80 yaş ve üzeri	72	51,1
Cinsiyet		
Erkek	54	38,3
Kadın	87	61,7
Medeni Durum		
Evli	63	44,7
Bekar	15	10,6
Dul	63	44,7
Eğitim Durumu		
9 yıldan az	130	92,2
9-12 yıl	9	6,4
12 yıldan fazla	2	1,4
Aktif Çalışma Durumu		
Aktif çalışıyor	0	0
Aktif çalışmıyor	141	100
Meslek Türü		
Memur	3	2,1
İşçi	8	5,7
Serbest çalışan	29	20,6
Tarım Çalışanı	54	38,3
Çalışmamış	47	33,3
Ailenin gelir düzeyi		
Düşük (8500 tl'den az)	99	70,2
Orta (8500-27.000 tl arası)	42	29,8
Yüksek (27.000 tl'den fazla)	0	0
Gelir-Gider Durumu		
Geliri giderinden fazla	1	0,7
Geliri giderine eşit	90	63,8
Geliri giderinden az	50	35,5

4.2. Katılımcıların Alışkanlıkları

Katılımcıların %3,5'i (s=5) sigara kullanmakta iken, %18,4'ünde (s=26) pasif içicilik bulunmaktaydı. Hiçbiri şu an alkol kullanmamaktaydı (**Tablo 3**).

Tablo 3. Çalışmaya alınan hastaların bazı alışkanlıkları, s:141

Değişkenler	Sayı	Yüzde
Sigara kullanımı		
Var	5	3,5
Yok	136	96,5
Alkol kullanımı		
Var	0	0
Yok	141	100
Pasif içicilik		
Var	26	18,4
Yok	115	81,6

4.3. Kronik Rahatsızlık Durumu

Çalışmada değerlendirilen evde bakım hastalarının %96,5'inde (s=136) en az bir kronik hastalık vardı. Yüzde 66,7'sinde (s=94) nörolojik bir hastalık, %64,5'inde (s=91) hipertansiyon ve %40,4'ünde (s=57) kardiyovasküler hastalık bulunmaktaydı. Hastaların kronik rahatsızlık dağılımları **Tablo 4**'te gösterilmiştir.

Tablo 4. Hastaların kronik rahatsızlık dağılımları, s:141

Hastalık	Sayı*	Yüzde
Herhangi bir kronik hastalık varlığı	136	96,5
Nörolojik hastalık**	94	66,7
Hipertansiyon	91	64,5
Kardiyovasküler hastalık	57	40,4
Ortopedi ve Travmatoloji hastalıkları***	37	26,2
Astım/KOAH	25	17,7
Diyabetes Mellitus	22	15,6
Kas İskelet Sistemi hastalıkları****	21	14,9
Malignite	9	6,4
Psikiyatrik hastalık	4	2,8
Diğer*****	31	22

*Birden fazla kronik hastalık tanısı bulunmaktadır.

**Serebrovasküler hastalık (SVO), Hemipleji, Parapleji, Alzheimer, Parkinson, Epilepsi vb.

***Osteoporoz, kalça fraktürü, amputasyon vb.

****Romatoid artrit, osteoartit (gonartroz), artroz vb.

*****Üriner, hematolojik ve diğer endokrin hastalıklar vb.

4.4. Yatağa Bağımlılık ve Bası Ülseri Durumu

Yatağa bağımlılık ve bası ülseri durumu değerlendirildiğinde, katılımcıların %56'sının (s=79) yatağa tam bağımlı olduğu ve %22,7'sinde (s=32) bası ülseri bulunduğu görüldü ve yatağa bağımlılık durumu arttıkça bası ülseri varlığının arttığı saptandı (p<0,001) (**Tablo 5**).

Tablo 5. Hastaların Yatağa Bağımlılık ve Bası Ülseri Durumu, s:141

Yatağa Bağımlılık ve Bası Ülseri Durumu	Sayı	Yüzde
Yatağa Bağımlılık		
Tam bağımlı	79	56
Yarı bağımlı	56	39,7
Bağımsız	6	4,3
Bası Ülseri		
Var	32	22,7
Yok	109	77,3

4.5. Evde Bakım Hastalarının Bağımlılık Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Birimden evde sağlık hizmeti alan hastaların bağımlılık düzeyleri Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği ile rutin olarak değerlendirilmektedir. Çalışmaya katılan bireylerin ortalama Barthel indeksi skoru $28,1 \pm 24,7$ (0-85 puan arası) olarak bulundu. Kategorize edildiğinde katılımcıların %47,5'inin (s=67) tam bağımlı, %45,4'ünün (s=64) ileri derecede bağımlı ve %7,1'inin ise (s=10) orta derecede bağımlı olduğu görüldü (**Tablo 6**).

Tablo 6. Hastaların Barthel Ölçeğine Göre Bağımlılık Durumu, s:141

Bağımlılık Düzeyi	Sayı	Yüzde
Tam bağımlı	67	47,5
İleri derecede bağımlı	64	45,4
Orta derecede bağımlı	10	7,1

4.6. Hastalara Sunulan Hizmetlerin Değerlendirilmesi

Çalışmaya dahil edilen 141 hastaya bir yıl içerisinde ortalama $8,8 \pm 21,5$ kez (0-210 ziyaret) evde sağlık hizmeti sunulmuştu. Hastalara bir yıl içerisinde sunulan hizmetlerin %54,6'sını (s=77) reçete yazımı, %36,2'sini (s=51) tetkik için kan örneği alınması, %27,7'sini (s=39) uzman hekim konsültasyonu, %24,1'ini (s=34) pansuman ve %19,1'ini (s=27) mesane sondası takılması oluşturmaktaydı. Hastalara sunulan tüm hizmetlerin dağılımı **Tablo 7**'de gösterilmiştir.

Tablo 7. Hastalara Sunulan Hizmetlerin Değerlendirilmesi, s:141

Hastalara Sunulan Hizmetler*	Sayı	Yüzde
Reçete yazımı	77	54,6
Tetkik için kan alınması	51	36,2
Uzman hekim konsültasyonu	39	27,7
Pansuman	34	24,1
Mesane sondası takılması	27	19,1
Enjeksiyon yapılması	25	17,7
Nakil	22	15,6
Muayene talebi	21	14,9
Damar yolu/serum takılması	6	4,3
Heyet raporu	5	3,5
Nazogastrik sonda takılması	2	1,4

*Kişi başına birden fazla hizmet sunulmuştur.

5. TARTIŞMA

Denizli Buldan Göğüs Hastalıkları Hastanesi Evde Bakım Birimi'ne kayıtlı hastalara evlerinde sunulan hizmetleri ve bu hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerini incelediğimiz çalışmamızda, katılımcıların çoğunluğunu kadın hastalar ve 80 yaş ve üzeri bireyler oluşturmaktadır. Çalışmamıza katılanların neredeyse tamamında en az bir kronik rahatsızlık saptanmış olup en sık görülen hastalık tanıları; nörolojik hastalıklar, hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalıklar olarak bulunmuştur. Katılımcıların yarısından fazlası yatağa tam bağımlı iken, yaklaşık dörtte birinde ise bası ülseri varlığı saptanmıştır. Barthel Ölçeğine göre de katılımcıların yaklaşık yarısı tam bağımlı olarak bulunmuştur. Çalışmamıza dahil edilen hastalara bir yıl içinde ortalama 8,8 kez gidilmiş olup aylık ziyaret sıklığımız ise ortalama 2,5'tir. Hastalara en çok sunulan hizmetlerin ise; reçete yazılması, tetkik için kan alınması ve uzman hekim konsültasyonu olduğu görülmüştür.

Çalışmamızda değerlendirdiğimiz evde bakım hastalarının büyük çoğunluğu ileri yaştadır. Her iki hastadan biri 80 yaş ve üzerinde ve her beş hastadan dördü de 65 yaş ve üzerindedir. Literatür incelendiğinde de bizim çalışmamızla benzer sonuçlara rastlanmaktadır. Işık ve arkadaşlarının çalışmasında bireylerin yaş ortalaması 67, Yörük ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada yaş ortalaması 80, Uzan ve arkadaşlarının çalışmasında katılanların yaş ortalaması 77, Çavuş'un Ankara'da yaptığı çalışmada ise katılımcıların yaş ortalaması 73 olarak bulunmuştur (23, 32, 33, 34). Çeşitli ülkelerde yapılan çalışmalara baktığımızda, evde sağlık hizmeti sunulan bireylerin ABD'de %63'ünün, Almanya'da %78'inin ve Avusturya'da %83'ünün 65 yaş üzeri grupta yer aldığı bulunmuştur (28). Tedavi olanaklarının gelişmesi hayat süresinin uzamasına ve yaşlı nüfusunda artışa sebep olmaktadır. Yaşlanan nüfusun artışıyla beraber kronik hastalıkların görülme sıklığı artmakta ve kişiler günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlığını kaybetmektedir. Bununla beraber evde sağlık hizmetlerine olan gereksinimde de artış görülmektedir.

Çalışmamıza katılanların çoğunluğunu kadın hastalar oluşturmaktadır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda da evde sağlık hizmetlerine başvuruların çoğunluğunu kadın hastaların oluşturduğu görülmektedir (35-38). Yurt dışında yapılan çalışmalara baktığımızda da, bizim çalışmamızla benzer olarak kadınlara daha çok evde sağlık hizmeti sunulduğu görülmüştür. Hırvatistan'da yürütülen bir çalışmada evde sağlık hizmeti sunulan hastaların %69,2'sinin, Kıbrıs'ta yapılan bir çalışmada katılanların %59'unun ve Ürdün'de yapılan çalışmada ise evde

sağlık hizmeti sunulan bireylerin %51'inin kadın olduğu bulunmuştur (39-41). Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2019-2021 dönemindeki verilerine göre doğuştan beklenen hayat süresi kadınlar için 80,5 yıl iken, erkekler için 75 yıl olarak belirlenmiştir (42). Ortalama hayat süresinin kadınlarda daha uzun ve 65 yaş üstü kadın nüfus oranının daha fazla olmasından dolayı evde sağlık hizmetlerine başvuruların kadınlarda erkeklerden daha çok olması beklenebilir.

Çalışmamızda katılımcıların yarısına yakınının evli ve yine yaklaşık yarısının dul olduğu görülmüştür. Ülkemizde yapılan çalışmalara baktığımızda evli hastaların oranları; Enginyurt ve Öngel'in çalışmasında %52, Yeşiltaş'ın Isparta'da yaptığı çalışmada %62,9, Tirgil ve Naldöken'in çalışmasında %54,5 ve Hisar ve Erdoğan'ın Konya'da yaptığı çalışmada ise %58,7 olup çalışmamızdaki saptadığımız orandan yüksek bulunmuştur (6, 12, 36, 43). Yurt dışında yapılan bir çalışmada ise evde sağlık hizmeti sunulan hastaların %61'inin evli olduğu görülmüştür (40). Çatak ve arkadaşlarının ve Ayrancı ve arkadaşlarının çalışmalarında ise, bizim çalışmamıza benzer şekilde katılımcıların yaklaşık yarısının eşinin vefatından dolayı dul kaldıkları görülmüştür (44, 45). Çalışmamızda dul kalan hastaların çoğunu kadınlar oluşturmaktadır. Bu durum, ülkemizde yaşla birlikte erkeklerde görülen ölüm oranının kadınlara göre daha yüksek olmasıyla açıklanabilir (46).

Çatak ve arkadaşlarının Burdur'da yaptığı çalışmada hastaların %97,2'sinin eğitim durumunun ilköğretim ya da okuryazarlık bilme seviyesinde olduğu görülmüştür (44). Enginyurt ve Öngel'in Ordu'da yaptığı çalışmada ise bu oran %95,2 idi (6). Kıbrıs'ta yürütülen benzer bir çalışmada ise katılımcıların %70'i ilköğretim mezunu olarak bulunmuştur (40). Bizim çalışmamızda da benzer olarak, evde sağlık hizmetlerine başvuran hastaların büyük çoğunluğunun (%92) eğitim düzeylerinin düşük (9 yıldan az) olduğu görülmüştür.

Çalışmamızda katılımcıların hiçbiri şu an aktif olarak çalışmamakta olup aktif dönemlerinde en çok tarım işleriyle ve serbest meslekle uğraştıkları görülmüştür. Çalışmamızda katılımcıların %33'ünün ise hiç çalışmamış olduğu saptanmıştır. Yapılan diğer çalışmalara baktığımızda benzer sonuçlar olduğu kadar farklı olan sonuçlara da rastlanmış, ilerleyen yaşlarda aktif bir şekilde çalışanların oranı bayağı düşük bulunmuştur. Enginyurt ve Öngel'in çalışmasında hastaların %77'sinin, Rençber'in yaptığı çalışmada katılanların %98'inin, Hisar ve Erdoğan'ın çalışmasında katılımcıların %93'ünün ve Coşkun'un yaptığı çalışmada ise hastaların %96'sının aktif bir işte çalışmadığı saptanmıştır (6, 30, 43, 47). Bu durum,

çalışmamızda değerlendirilen evde bakım hastalarının ileri yaşlarda olması ve hiç çalışmayan hastaların çoğunluğunu (%76) ev hanımlarının oluşturması ile açıklanabilir.

Çalışmamızda katılımcıların çoğunluğunun (%70) aile gelir düzeyinin düşük olduğu ve %63'ünün gelir giderini eşit olarak değerlendirdiği bulunmuştur. Enginyurt ve Öngel'in çalışmasında hastaların %95'inin asgari ücret ve aşağısında gelir seviyesine sahip olduğu görülürken (6), Dağdeviren ve arkadaşlarının çalışmasında katılımcıların %60'ı gelirinin giderinden az olduğunu belirtmiştir (48). Sütçü'nün çalışmasında ise katılımcıların %51'inin asgari ücret ve aşağısında gelir seviyesine sahip olduğu belirtilmiştir (49). Yapılan çalışmalara baktığımızda bizim çalışmamızla benzer olarak evde sağlık hizmeti sunulan hastaların önemli bir bölümünün düşük gelir düzeylerine sahip oldukları görülmüştür. Bu durum, düşük gelir düzeylerine sahip olan bireylerin daha ileri sağlık hizmetlerine başvurmaya ekonomik olarak gücünün yetmemesi ile açıklanabilir.

Çalışmamızda sigara içen bireylerin oranı %3,5 olarak bulunmuş, alkol kullanan hastaya ise rastlanmamıştır. Her beş hastadan birinde ise pasif içicilik mevcuttur. Ülkemizde yapılan çalışmalara baktığımızda sigara ve alkol kullanma oranları; Yörük ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada %8,8 ve % 2,1; Çavuş'un çalışmasında %7,6 ve %1,7 ve Yılmaz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise %3 ve %1 olarak bulunmuştur (32, 34, 50). Çalışmamızda hastaların neredeyse tamamında en az bir kronik rahatsızlık bulunduğu düşünüldüğünde sigara ve alkol kullanım oranlarında görülen düşüklük olumlu bir durum olarak değerlendirilmiştir.

Çalışmamıza katılanların neredeyse tamamında en az bir kronik rahatsızlık saptanmış olup en sık görülen hastalık tanılarının; nörolojik hastalıklar, hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalıklar olduğu bulunmuştur. Ülkemizde yapılan çalışmalara baktığımızda en sık görülen hastalık tanıları; Enginyurt ve Öngel'in Ordu'da yaptığı çalışmada serebrovasküler hastalık ve alzheimer; Rençber'in çalışmasında hipertansiyon ve diyabet; Yörük ve arkadaşlarının Balıkesir'de yaptığı çalışmada kardiyovasküler hastalıklar ve hemipleji; Çatak ve arkadaşlarının çalışmasında hipertansiyon ve inme; Çubukçu ve arkadaşının Samsun'da yaptığı çalışmada ise serebrovasküler hastalıklar ve hipertansiyon olarak saptanmıştır (6, 30, 32, 44, 51). Yurt dışındaki çalışmalara bakıldığında ise; Finlandiya'da yapılan bir çalışmada nörolojik hastalıklar ve kardiyovasküler hastalıklar; Japonya'da yürütülen bir çalışmada hipertansiyon ve serebrovasküler hastalıklar; Brezilya'da yapılan bir çalışmada hipertansiyon, diyabet ve inme; Avusturya'da yürütülen bir çalışmada ise santral sinir sistemi ile iskelet sistemine dair hastalıklar en sık görülen hastalık tanıları olarak bulunmuştur (41, 52, 53, 54). Ülkemizde ve

yurt dışında yapılan çalışmalara baktığımız zaman evde sağlık hizmeti sunulan hasta profilleri bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Çalışmamıza katılanların yarısından fazlası (%56) yatağa tam bağımlı olarak değerlendirilmiştir. Bu durum Barthel ölçeği sonuçlarıyla da uyumludur (%47,5). Literatür incelendiğinde de bizim çalışmamızla benzer sonuçlara rastlanmakta olup tam bağımlı hasta oranları; Dağdeviren ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada %54, Çubukçu ve arkadaşının çalışmasında %61, Korkmaz ve arkadaşlarının çalışmasında %42 ve Söğüt ve arkadaşının yaptığı çalışmada ise %52 olarak bulunmuştur (48, 51, 55, 56). İlerleyen yaşla beraber kronik hastalık sıklığının artışına bağlı olarak evde bakım hastalarında yatağa bağımlılık oranlarının artması ve kişilerin günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlığını kaybetmesi beklenen bir durumdur.

Çalışmamızda katılımcıların yaklaşık dörtte birinde (%23) bası ülseri varlığı saptanmış olup yatağa bağımlılık durumu arttıkça bası ülseri varlığının arttığı görülmüştür. Literatüre bakıldığında ise bası ülseri görülme oranları değişiklik göstermekte olup; Enginyurt ve Öngel'in çalışmasında %12, Önder ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada %25, Hisar ve Erdoğan'ın yaptığı çalışmada %28 ve Çayır ve arkadaşlarının çalışmasında ise %42 olarak bulunmuştur (6, 38, 43, 57).

Çalışmamızda 2022 senesi içerisinde gidilen, gidilmeyen ve takipten çıkarılan tüm hastaları dahil ettiğimiz zaman aylık ziyaret sıklığımız ortalama 2,5 olarak saptanmış olup Sağlık Bakanlığı kalite standartlarına göre hedeflenen değerin üzerinde bulunmuştur (58).

Çalışmamıza dahil edilen 141 hastaya bir yıl içinde ortalama 8,8 kez gidilmiştir. Literatür incelendiğinde ise yıllık yapılan ziyaret ortalamaları; Taşova'nın Tokat'ta 422 hasta üzerinde yaptığı çalışmada 5,1; Çubukçu ve arkadaşının Samsun'da 1995 evde bakım hastası üzerinde yaptığı çalışmada 2,5; Türkan'ın İzmir'de 322 hasta üzerinde yaptığı çalışmada 6,4 ve Öztürk ve Toprak'ın İstanbul'da 1105 evde bakım hastası üzerinde yaptığı çalışmada ise 6,5 olarak bulunmuştur (27, 51, 59, 60). Bizim yıllık ziyaret ortalamamız diğer çalışmalara göre daha fazla bulunmuştur. Bunun sebebi; çalışmamızın yapıldığı bölge nüfusunun daha düşük olması ve evde bakım ekibimizin yeterli personel ve donanıma sahip olmasından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda hastalara en çok sunulan hizmetlerin; reçete yazılması, tetkik için kan alınması ve uzman hekim konsültasyonu olduğu görülmüştür. Literatüre bakıldığında ise hastalara en çok sunulan hizmetlerin; Uzan'ın çalışmasında rutin muayene ve tetkik istemi (17); Hafalır'ın yaptığı çalışmada tetkik, muayene ve enjeksiyon (20); Taşova'nın çalışmasında rutin

kontrol amaçlı ziyaret, reçete yazılması ve tetkik yapılması (27); Çubukçu ve arkadaşının yaptığı çalışmada yara pansumanı ve hasta muayenesi (51); Karaman ve arkadaşlarının çalışmasında fizik muayene, dekübit bakımı ve üriner kateterizasyon bakımı (61); Subaşı ve arkadaşının yaptığı çalışmada ağızdan ilaç tedavisi, yara bakımı ve fizik tedavi uygulamaları (62), Söylemezo'nun çalışmasında tansiyon ölçümü, şeker ölçümü ve ağızdan ilaç uygulama (63) ve Sağlık Bakanlığı Evde Sağlık Hizmetleri Raporu'na göre ise Türkiye'de 2012-2017 seneleri arasında evde sağlık hizmet birimleri aracılığıyla en çok sunulan hizmetlerin hasta muayenesi, yara pansumanı, eğitim uygulamaları ve tetkik amacıyla kan alınması (64) olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalara baktığımızda evde bakım hastalarına sunulan hizmetlerin çeşitlilik gösterdiği görülmektedir. Çalışma grubumuzun yarısını 80 yaş ve üzeri hastalar oluşturmaktadır. Bundan dolayı çalışmamızda artan hastalık sıklığına bağlı olarak reçete yazılması ve hızlı değişkenlik gösteren organ fonksiyonları nedeniyle sık tekrarlanması gereken tetkik için örnek alınması işlemi hastalara en çok sunduğumuz hizmetlerin başında gelmiş olabilir.

Çalışmamıza ilişkin bazı sınırlılıklar mevcuttur. Çalışmamız yalnızca bir hastanenin evde bakım birimininde yapıldığı için elde ettiğimiz sonuçlar tüm evde bakım hizmetlerine genellenemez.

Çalışmamızın güçlü yanı ise, Denizli ilinde evde sağlık hizmetleri ile ilgili yapılan çok bir çalışma olmadığı için çalışmamızda elde ettiğimiz verilerin Denizli ilindeki evde sağlık hizmetlerinin planlanması ve yürütülmesi konusunda yol gösterici olacağını düşünüyoruz.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Denizli Buldan Göğüs Hastalıkları Hastanesi Evde Bakım Birimi'ne kayıtlı hastalara evlerinde sunulan hizmetleri ve bu hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerini incelediğimiz çalışmamızda öne çıkan bulgular şöyle sıralanabilir:

- Katılımcıların çoğunluğunu kadın hastalar ve 80 yaş ve üzeri bireyler oluşturmaktadır.
- Hiçbiri şu an aktif olarak çalışmayan hastaların aktif dönemlerinde en çok tarım işleriyle ve serbest meslekle uğraştığı görüldü.
- Katılımcıların çoğunluğunun aile gelir düzeyi düşüktü ve çoğu gelir giderini eşit olarak değerlendirmekteydi.
- Çalışmamıza katılanların neredeyse tamamında en az bir kronik rahatsızlık saptanmış olup en sık görülen hastalık tanıları; nörolojik hastalıklar, hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalıklar olarak bulunmuştur.
- Katılımcıların yarısından fazlası yatağa tam bağımlı iken, yaklaşık dörtte birinde ise bası ülseri varlığı saptanmıştır. Barthel Ölçeğine göre de katılımcıların yaklaşık yarısı tam bağımlı olarak bulunmuştur.
- Çalışmamıza dahil edilen hastalara bir yıl içinde ortalama 8,8 kez gidilmiş olup aylık ziyaret sıklığımız ise ortalama 2,5'tir.
- Hastalara en çok sunulan hizmetlerin ise; reçete yazılması, tetkik için kan alınması ve uzman hekim konsültasyonu olduğu görülmüştür.

Çalışmamızda görülmektedir ki evde sağlık hizmeti sunulan hastaların çoğu düşük gelir düzeyine sahip olup yatağa tam bağımlı bir halde bulunmakta ve günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmekte zorluk yaşamaktadır. Profesyonel bir ekiple verilecek olan evde sağlık hizmetleri hastaların sağlık beklentilerini karşılayıp yaşam kalitelerini artıracığı gibi, hastaneye yatış sıklığını da azaltarak gereksiz yere yapılan harcamaların önüne geçilmesini sağlayacak ve hastalara ve ülkemize ekonomik olarak katkı sağlayacaktır. Bu sebeple evde bakımda sunulan hizmetlerin planlamasının iyi yapılması ve hastaların gereksinimleri doğrultusunda devamlı bir şekilde güncellenip ayarlanması gerekmektedir.

7. ÖZET

Giriş ve Amaç: Günümüzde ortalama hayat süresinin uzayışı, medikal desteklere gereksinimi olan yaşlı nüfusun artışı, tıp ve teknoloji alanındaki gelişmelerin sağlık hizmetlerinin çoğunluğunun evde sunulmasına imkan tanınması gibi birçok faktör evde sağlık hizmetlerinin önemini artırmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre evde bakım; informal ve formal bakım veren kişiler aracılığıyla ev ortamında bakım hizmetinin sunulması olarak tanımlanmıştır. Evde bakım hizmetleri hakkında en yaygın görüş “hastaların bağımsızlığını sağlamak, yaşam kalitesini iyileştirmek ve devamlılığını sağlamak için güzel bir çözüm yolu olmasıdır.” Biz bu çalışmamızda bir evde bakım birimine kayıtlı olan hastalara sunulan hizmetleri ve hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerini değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı, kesitsel nitelikte olan bu çalışma 2022 senesi içerisinde Denizli Buldan Göğüs Hastalıkları Hastanesi Evde Bakım Birimi'ne kayıtlı olup birimizden herhangi bir sağlık hizmeti alan ve çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan 141 kişi ile yapılmıştır. Araştırmanın verileri, elektronik ortamdan ve “hasta ve hekim değerlendirme formlarından” faydalanılarak toplanmıştır. Çalışmamızdaki sorular, hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri ve hastalara sunulan hizmetler olmak üzere 2 kısımdan oluşmaktadır. Hasta dosyalarında bulunan Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi anket formları da çalışmamıza dahil edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 22.0 paket programından faydalanılmış ve istatistiksel anlamlılık değeri $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Yüzde 61,7'si ($s=87$) kadın olan katılımcıların %51,1'i ($s=72$) 80 yaş ve üzerindedir (yaş ortalaması $73,2\pm 18,9$). Yüzde 44,7'si ($s=63$) evli ve %44,7'si ($s=63$) dul idi ve dul olan hastaların çoğunluğu kadındı ($p<0,001$). Yüzde 92,2'si ($s=130$) ise 9 yıldan az eğitimliydi. Hiçbiri şu an aktif olarak çalışmayan katılımcıların %38,3'ü ($s=54$) aktif dönemde tarım çalışanıydı. Hiç çalışmayan 47 hastanın ise çoğu ev hanımıydı (%76; $s=36$). Çoğunluğunun aile gelir düzeyi düşüktü (%70,2; $s=99$) ve %63,8'i ($s=90$) gelir giderini eşit olarak değerlendirmekteydi. Hastaların %96,5'inde ($s=136$) en az bir kronik rahatsızlık saptanmış olup en sık görülen hastalık tanıları; nörolojik hastalıklar (%66,7), hipertansiyon (%64,5) ve kardiyovasküler hastalıklar (%40,4) olarak bulundu. Katılımcıların %56'sının ($s=79$) yatağa tam bağımlı olduğu ve %22,7'sinde ($s=32$) bası ülseri bulunduğu görüldü ve yatağa bağımlılık durumu arttıkça bası ülseri varlığının arttığı saptandı ($p<0,001$). Çalışmaya katılan bireylerin ortalama Barthel indeksi skoru $28,1\pm 24,7$ olup kategorize edildiğinde %47,5'inin ($s=67$) tam

bağımlı, %45,4'ünün (s=64) ileri derecede bağımlı ve %7,1'inin ise (s=10) orta derecede bağımlı olduğu görüldü. Çalışmamıza dahil edilen hastalara bir yıl içinde ortalama $8,8 \pm 21,5$ kez gidilmiş olup aylık ziyaret sıklığımız ortalama 2,5 olarak bulundu. Hastalara en çok sunulan hizmetlerin ise; reçete yazılması (%54,6), tetkik için kan alınması (%36,2) ve uzman hekim konsültasyonu (%27,7) olduğu görüldü.

Sonuç: Katılımcıların çoğunluğunu kadın hastalar ve 80 yaş ve üzeri bireyler oluşturmaktadır. Katılanların neredeyse tamamında en az bir kronik rahatsızlık saptanmış olup en sık görülen hastalık tanıları; nörolojik hastalıklar, hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalıklar olarak bulunmuştur. Katılımcıların yarısından fazlası yatağa tam bağımlı iken, yaklaşık dörtte birinde ise bası ülseri varlığı saptanmıştır. Barthel Ölçeğine göre de katılanların yaklaşık yarısı tam bağımlı olarak bulunmuştur. Çalışmamıza dahil edilen hastalara bir yıl içinde ortalama 8,8 kez gidilmiş olup aylık ziyaret sıklığımız ise ortalama 2,5'tir. Hastalara en çok sunulan sunulan hizmetlerin ise; reçete yazılması, tetkik için kan alınması ve uzman hekim konsültasyonu olduğu görülmüştür. Çalışmamızda görülmektedir ki evde sağlık hizmeti sunulan hastaların çoğu düşük gelir düzeyine sahip olup yatağa tam bağımlı bir halde bulunmakta ve günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmekte zorluk yaşamaktadır. Profesyonel bir ekiple verilecek olan evde sağlık hizmetleri hastaların sağlık beklentilerini karşılayıp yaşam kalitelerini artıracak gibi, hastaneye yatış sıklığını da azaltarak gereksiz yere yapılan harcamaların önüne geçilmesini sağlayacak ve hastalara ve ülkemize ekonomik olarak katkı sağlayacaktır. Bu sebeple evde bakımda sunulan hizmetlerin planlamasının iyi yapılması ve hastaların gereksinimleri doğrultusunda devamlı bir şekilde güncellenip ayarlanması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Evde Sağlık Hizmetleri, Günlük Yaşam Aktiviteleri, Yaşam Kalitesi

8. ABSTRACT

Introduction and Purpose: Today, many factors such as the prolongation of the average life expectancy, the increase in the elderly population in need of medical support, the developments in the field of medicine and technology, allowing the majority of health services to be provided at home, increase the importance of home health services. In accordance with the World Health Organization (WHO), home care; It is defined as the provision of care services in the home environment through informal and formal caregivers. The most common opinion about home care services is "it is a good solution to ensure the independence of patients, improve their quality of life and ensure their continuity." In this study, we intended to appraise the services provided to patients registered in a home care unit and the sociodemographic and clinical properties of the patients.

Material and Method: This descriptive, cross-sectional study was conducted with 141 people who were registered in Denizli Buldan Chest Diseases Hospital Home Care Unit in 2022 and received any health service from our unit and met the inclusion criteria. The data of the study were gathered by using electronic media and "patient and physician evaluation forms". The questions in our study consist of 2 parts, namely the sociodemographic and clinical properties of the patients and the services provided to the patients. Barthel Activities of Daily Living Index questionnaire forms in the patient files were also included in our study. SPSS 22.0 package program was used in the assessment of the data and the statistical significance value was admitted as $p < 0.05$.

Results: Of the participants, 61.7% (n=87) were female, 51.1% (n=72) were 80 years or older (mean age 73.2 ± 18.9). 44.7% (n=63) were married and 44.7% (n=63) were widowed, and most of the widowed patients were women ($p < 0.001$). 92.2 percent (n=130) had less than 9 years of education. 38.3% (n=54) of the participants, none of whom are currently actively working, were agricultural workers during their active period. Most of the 47 patients who never worked were housewives (76%; n=36). Most of them had low family income (70.2%; n=99) and 63.8% (n=90) evaluated their income expenditures equally. At least one chronic illness was detected in 96.5% (n=136) of the patients, and the most common disease diagnoses were; neurological diseases (66.7%), hypertension (64.5%) and cardiovascular diseases (40.4%) were found. It was observed that 56% (n=79) of the participators were fully bedridden and 22.7% (n=32) had pressure ulcers, and the presence of pressure ulcers increased as bed dependency increased

($p < 0.001$). The mean Barthel index score of the people participating in the study was 28.1 ± 24.7 , and when categorized, 47.5% ($n=67$) were fully dependent, 45.4% ($n=64$) highly dependent and 7.1%. It was seen that ten of them ($n=10$) were moderately dependent. The patients contained in our study were visited an average of 8.8 ± 21.5 times in a year, and our monthly visit frequency was found to be 2.5 on average. The most frequently offered services to patients are; prescribing (54.6%), blood sampling for examination (36.2%) and specialist physician consultation (27.7%) were observed.

Conclusion: The majority of the participators are female patients and people aged 80 and over. Almost all of the participators had at least one chronic illness, and the most common diagnoses were; neurological diseases, hypertension and cardiovascular diseases. While more than half of the participators were fully bedridden, approximately one fourth of them had pressure ulcers. According to the Barthel Scale, about half of the participators were found to be fully dependent. The patients contained in our study were visited a mean of 8.8 times in a year, and our monthly visit frequency is 2.5 on average. The services most offered to patients are; It was seen that there were prescription writing, blood collection for examination and specialist physician consultation. In our study, it is seen that most of the patients who are provided with home health services have a low income level, are fully dependent on the bed and have difficulty in performing their daily living activities. Home health services, which will be ensured by a professional team, will not only meet the health expectancies of the patients and increase their life quality, but also reduce the frequency of hospitalization and prevent unnecessary expenditures and will contribute economically to the patients and our country. Therefore, it is essential to plan the services offered in home care well and to be constantly updated and arranged in line with the requirements of the patients.

Key Words: Home Health Services, Daily Living Activities, Life Quality

9. KAYNAKLAR

1. Aslan Ş, Uyar S, Güzel Ş. Evde Sağlık Hizmetleri Uygulamasında Türkiye. Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi. 2018; 1: 45-56.
2. Altuntaş M, Yılmaz TT, Güçlü YA, Öngel K. Evde sağlık hizmeti ve günümüzdeki uygulama şekilleri. Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi. 2010; 20(3): 153-158.
3. Karahan A, Güven S. Yaşlılıkta Evde Bakım. Tur J Geriatrics. 2002; 5(4): 155-159.
4. Başbakanlık Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü. Evde bakım hizmetleri sunumu hakkında yönetmelik. Ankara 10.03.2005; Resmi Gazete: Sayı 25751.
5. Türkiye İstatistik Kurumu. İstatistiklerle Yaşlılar. 2021.
6. Enginyurt Ö, Öngel K. Evde Bakım Hizmeti Kapsamındaki Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ve Tıbbi Durumları. Smyrna Tıp Dergisi. 2011; 45-48.
7. Feldman FH, Waliser MN, Gould DA, Levine C. When the caregivers needs care: the plight of vulnerable caregivers. Am J Public Health. 2002; 92(3): 409.
8. Ertem G, Kaklım A, Bulut S, Sevil Ü. Radyoterapi alan hastaların evde bakım gereksinimleri ve yaşam kaliteleri. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi. 2009; 2(2): 3-12.
9. World Health Organization Technical Report Series, 898. WHO, Geneva. Home based long-term care, 2000: 1-37.
10. Council On Scientific Affairs: 'Home Care in The 1990s', JAMA 263: S. 1241-1244,1990.
11. Canada Home Care Association, <https://cdnhomecare.ca/> Erişim Tarihi: 15.01.2023.
12. Yeşiltaş A. Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Hasta Yakınlarının Memnuniyeti: Isparta Örneği. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Isparta, 2014.
13. Gürer A. Ülke Örnekleri ile Evde Bakım Hizmetlerine Genel Bakış. Journal of Health Services and Education. 2021; 5(1): 20-25.
14. Özer Ö, Şantaş F. Kamunun sunduğu evde bakım hizmetleri ve finansmanı. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2012; 3(2): 96-103.

15. Evde Bakım Derneği Yönetim Kurulu. Evde Bakım Tanımı, Kapsamı, Temel Kavramlar ve Ülkemizde Mevcut Durum. İstanbul, 2010.
16. Yılmaz M, Sametoğlu F, Akmeşe G, Tak A, Yağbasan B, Gökçay S, Sağlam M, Doğanyılmaz D, Erdem S. Sağlık Hizmetinin Alternatif Bir Sunum Şekli Olarak Evde Hasta Bakımı. İstanbul Tıp Dergisi. 2010; 11(3): 125-132.
17. Uzan MM. Evde sağlık hizmeti alan hastaların sosyodemografik ve tıbbi durumları ile sağlık dışı gereksinimleri. Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2016.
18. Çoban M, Esatoğlu AE. Evde Bakım Hizmetlerine Genel Bir Bakış. Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi. 2004; 12(2): 109-120.
19. Şahan T. Evde sağlık hizmeti alan hastaların günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, İzmir, 2018.
20. Hafalır AE. 2021 yılında Ankara Şehir Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Biriminden Hizmet Alan Hastaların Özelliklerinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara, 2022.
21. Brodsky J, Habib J, Mizrahi I. LongTerm Care Laws in Five Developed Countries A Review. Geneva:World Health Organization; 2010.
22. Uçakkuş P. Evde sağlık hizmeti alan 65 yaş ve üzeri bireylerin yaşam kalitesi ve evde sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi. MS thesis. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2018.
23. Işık O, Kandemir A, Erişen MA, Fidan C. Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Profili ve Sunulan Hizmetin Değerlendirilmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 2016; 19(2): 171-186.
24. Akkuş N. İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Hizmetlerine Başvuran Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ve Memnuniyetleri. Tepecik Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği, Tıpta Uzmanlık Tezi, İzmir, 2022.
25. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik. Erişim: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/02/20150227-14.htm>
Erişim tarihi: 10.04.2023.

26. Aksoy H, Kahveci R, Şencan İ, Kasım İ, Özkara A. Evde bakım hizmetlerine genel bakış ve Türkiye'deki mevcut durum. *Türk Tıp Dergisi*. 2015; 7(2): 162-168.
27. Taşova M. Tokat İl Merkezinde Yaşayan Evde Bakım Birimi Tarafından Takip Edilmiş Hastaların Retrospektif İncelenmesi. Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Tokat, 2016.
28. Koç F. Evde Bakım Hizmeti ve Gelişimi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir, 2009.
29. Dikici MF, Kartal M, Alptekin S, Çubukçu M, Ayanoglu AS, Yarış F. Aile Hekimliğinde Kavramlar, Görev Tanımı ve Disiplininin Tarihi. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*. 2007; 27: 412-418.
30. Rençber E. Samsun ili merkez ilçelerinde evde sağlık hizmeti alan hastaların yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Samsun, 2017.
31. Kankaya H, Karadakovan A. Yaşlı Bireylerde Günlük Yaşam Aktivite Düzeylerinin Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumuna Etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Birimleri Dergisi*. 2017; 6(4): 21-29.
32. Yörük S, Çalışkan T, Gündoğdu H. Balıkesir Devlet Hastanesi Evde Bakım Hizmetleri Biriminden Hizmet Alan 65 Yaş ve Üzeri Bireylerin Bakım Alma Nedenleri ve Sağlanan Hizmetlerin Belirlenmesi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2012; 1(1): 12-15.
33. Uzan MM, Taşkın Eğici M, Toprak D. Sociodemographic Characteristics and Medical Conditions of Patients under Homecare Service. *JAREM*. 2017; 7: 117-121.
34. Çavuş FÖ. Yaşlılara Yönelik Evde Bakım Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2013.
35. Öksüz H. Evde sağlık hizmetleri ve hasta memnuniyeti. MS thesis. Namık Kemal Üniversitesi, 2018.
36. Tirgil M, Naldöken Ü. Hasta ve hasta yakınlarının evde sağlık hizmetlerinden beklenti ve memnuniyet düzeyleri. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*. 2019; 6(2): 122-135.

37. Akdemir N, Bostanoğlu H, Yurtsever S, Kutlutürkan S, Kapucu S, Özer ZC. Yatağa Bağımlı Hastaların Evde Yaşadıkları Sağlık Sorunlarına Yönelik Evde Bakım Hizmeti Gereksinimleri. *Dicle Tıp Dergisi*. 2011; 28(1): 57-65.
38. Önder T, Anuk T, Kahramanca Ş, Yıldırım AC. Evde Bakım Hizmetinden Yararlanan Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ve Tıbbi Durumlarının Değerlendirilmesi. *Dicle Tıp Dergisi*. 2015; 42(3): 342-345.
39. Nadarević-Štefanec V, Malatestinić Đ, Mataija-Redžović A and Nadarević T. Patient Satisfaction and Quality in Home Health Care of Elderly Islanders. *Collegium Antropologicum*. 2011; 35(2): 213-216.
40. Kouta C, Kaite CP, Papadopoulos I and Phellas CN. Evaluation of Home Care Nursing for Elderly People in Cyprus. *International Journal of Caring Sciences*. 2015; 8(2): 376-384.
41. Dawani HA, Hamdan-Mansour AM and Ajlouni AT. Users' Perception and Satisfaction of Current Situation of Home Health Care Services in Jordan. *Health*. 2014; 6(7): 549-558.
42. Türkiye İstatistik Kurumu. Hayat Tabloları. 2019-2021.
43. Hisar KM, Erdoğan H. Evde Sağlık Hizmeti Alanlarda Yaşam Kalitesi Durumu Ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Genel Tıp Dergisi*. 2014; 24: 138-142.
44. Çatak B, Kılınç SA, Badıllıoğlu O, Sütlü S, Sofuoğlu AE, Aslan D. Burdur'da Evde Sağlık Hizmeti Alan Yaşlı Hastaların Profili ve Verilen Evde Sağlık Hizmetleri. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*. 2012; 10(1): 13-21.
45. Ayrancı Ü, Köşgeroğlu N, Yenilmez Ç, Aksoy F. Eskişehir'de Yaşlıların Sosyoekonomik Özellikleri ve Sağlık Durumları. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 2005; 14(5): 113-119.
46. Türkiye İstatistik Kurumu. Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri. 2020.
47. Coşkun N. Evde Sağlık Hizmetlerinde Yaşam Kalitesi Ve Hasta Memnuniyeti. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2011.
48. Dağdeviren TS, Dağdeviren M, Demir N, Atatorun M, Özşahin OA, Adahan D. Evde sağlık hizmeti alan hastaların bakım verenlerinin sosyo-demografik özellikleri. *Ankara Med J*. 2019; 19(2): 232-243.

49. Sütçü S. Hastanelerin Evde Bakım-Evde Sağlık Hizmetlerinden Yararlanan Bireylerin Sosyal Hizmet İhtiyaçlarının Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2015.
50. Yılmaz T, Yılmaz TE, Ceyhan Ş, Kasım İ, Kaya A, Odabaş ÖK, Sargın Ö, Bahadır A, Özkara A. Evde sağlık hizmetleri birimine kayıtlı geriatrik hastaların influenza ve pnömokok aşısı ile aşılama durumları ve doktor önerisinin etkisi. *Ankara Med J.* 2018; 18(3); 391-401.
51. Çubukçu M, Yazıcıoğlu B. Samsun Eğitim Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Birimine Kayıtlı Hastaların Değerlendirilmesi. *Ankara Med J.* 2016; 16(4): 325-331.
52. Akiyama A, Hanabusa H, Mikami H. Characteristics of home care supporting clinics providing home care for frail elderly persons living alone in Japan. *Archives of gerontology and geriatrics.* 2011; 52(2): 85-88.
53. Thomé B, Dykes AK, Hallberg IR. Home care with regard to definition, care recipients, content and outcome: systematic literature review. *Journal of clinical nursing.* 2003; 12(6): 860-872.
54. Kamenski G, Fink W, Maier M, Pichler I, Zehetmayer S. Characteristics and trends in required home care by GPs in Austria: diseases and functional status of patients. *BMC Family Practice.* 2006; 7(55): 1-8.
55. Korkmaz P, Naz H, Naz C, Toka O. Evde Sağlık Hizmeti Birimi Tarafından Takip Edilen Hastalarda Gelişen Enfeksiyonlar. *Klinik Dergisi.* 2018; 9(12): 41-45.
56. Söğüt Ç, Dündar PE. Manisa'da Bir Toplum Sağlığı Merkezi Bölgesi'nde Evde Sağlık Hizmeti Alan Kişilere Bakım Verenlerinin Yükünün Değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Public Health.* 2017; 15(1): 37.
57. Çayır Y, Avşar ÜZ, Avşar Ü, Cansever Z, Khan AS. Evde Sağlık Hizmetleri Alan Hastaların Özellikleri ve Bakım Verenlerin Beklentileri. *Konuralp Tıp Dergisi.* 2013; 5(3): 9-12.
58. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları Evde Sağlık. Erişim: <https://ispartaesh.saglik.gov.tr/Eklenti/61065/0/1-sks-evde-saglikpdf.pdf> Erişim Tarihi: 30.05.2023.

59. Türkan M. 65 Yaş ve Üstü Evde Sağlık Hastalarında Uygunsuz İlaç Kullanım Durumunun Günlük Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, İzmir, 2021.
60. Öztürk GZ, Toprak D. Evde Sağlık Hizmetleri Birimine Kayıtlı Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ve Sunulan Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. Med Bull Sisli Etfal Hosp. 2018; 52(1): 41-46.
61. Karaman D, Kara D, Yalçın Atar N. Evde Sağlık Hizmeti Verilen Bireylerin Hastalık Durumlarının ve Bakım İhtiyaçlarının Değerlendirilmesi: Zonguldak Örneği. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2015; 4(3): 347–359.
62. Subaşı N, Öztekin Z. Türkiye’de karşılanamayan bir gereksinim:evde bakım hizmeti. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2006; 5(1): 19-31.
63. Söylemezo MN. Denizli Honaz İlçesinde Yaşayan Toplumun Evde Bakım Gereksinimi, Karşılanma Düzeyi ve Etkileyen Faktörler. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Denizli, 2011.
64. T.C. Sağlık Bakanlığı Evde Sağlık Hizmetleri Raporu, 2021. Erişim: <https://files.tuseb.gov.tr/tuseb/files/yayinlar/20230703121545-LpXSrYTMdQ8R-.pdf> Erişim Tarihi: 24.07.2023.

10. EKLER

Ek 1. Etik Kurul Onayı

ADÜ Evrak Tarih ve Sayısı: 23.05.2023-351147



T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : E-53043469-050.04.04-351147
Konu : Kararlar

23.05.2023

Sayın Prof. Dr. Okay BAŞAK
Anabilim Dalı Başkanı

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 18.05.2023 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 14 nolu karar aşağıda sunulmuştur. Bilgilerinize sunarım.

KARAR:14

Protokol No: 2023/72

Sorumlu Yürütücü: Prof. Dr. Okay BAŞAK
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Okay BAŞAK'ın "Bir Evde Bakım Birimine Kayıtlı Hastalara Sunulan Hizmetlerin Değerlendirilmesi" başlıklı klinik araştırmasının 04.05.2023 tarihli kurul kararında eksiklikler saptanmıştı. 17.05.2023 tarihli gelen dilekçesi ve ekleri görüldü. Sonuçta, klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir. Yine sorumlu araştırmacıya; Form 2'nin 14.1.'in son bölümünde taahhüt edilen çalışma bittikten sonra nihai raporun, [Sonuç Raporu (web'te), ORF (Olgu Rapor Formu/Anket)] gönderilmesi gerektiğinin hatırlatılmasına ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Prof. Dr. Hatice ERTABAKLAR
Kurul Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSDNP27YCH

Belge Takip Adresi : <https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=5740&eD=BSDNP27YCH&eS=351147>

Adres: ADÜ Merkez Kampüs Aytepe Mevkii 09100 Efeler/AYDIN
Telefon: 0256 220 4203 Faks: 0256 220 4599
e-Posta: goetik@adu.edu.tr Web: akademik.adu.edu.tr/fakulte/med/
Kep Adresi: adnanmenderesuniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için: Tuğba BOĞA
Unvanı: Bilgisayar İşletmeni



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 2.

OLGU RAPOR FORMU

Çalışmamızda 2022 senesi içerisinde Denizli Buldan Göğüs Hastalıkları Hastanesi Evde Bakım Birimine kayıtlı olup herhangi bir sebeple evde bakım hizmeti sonlandırılmamış tüm hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerinin (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, aktif çalışma durumu, meslek türü, ailenin gelir durumu, gelir-gider durumu, sigara ve alkol kullanımı, pasif içicilik durumu, kronik rahatsızlık durumu, kronik hastalık türü, yatağa bağımlılık durumu, bası ülseri varlığı) ve bu hastalara evlerinde sunulan hizmetlerin (tetkik alınması, pansuman, sonda takılması, muayene talebi, enjeksiyon yapımı, reçete yazımı vs.) değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Veriler elektronik ortamdan ve ‘‘hasta ve hekim değerlendirme formlarından’’ faydalanılarak toplanacaktır. Hasta dosyalarında bulunan Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi anket formları da çalışmamıza dahil edilecektir.

1. Cinsiyet: 1) Erkek 2) Kadın
2. Yaş
3. Medeni durum: 1) Evli 2) Bekar 3) Dul
4. Eğitim durumu: 1) 9 yıldan az 2) 9-12 yıl 3) 12 yıldan fazla
5. Aktif çalışma durumu: 1) Aktif çalışıyor 2) Aktif çalışmıyor
6. Meslek türü: 1) Memur 2) İşçi 3) Serbest çalışan 4) Tarım çalışanı 5) Çalışmamış
7. Ailenin gelir durumu: 1) Düşük (8500 tl'den az) 2) Orta (8500-27.000 tl arası) 3)Yüksek (27.000 tl'den fazla)
8. Gelir-gider durumu
1) Geliri giderinden fazla 2) Geliri giderine eşit 3) Geliri giderinden az
9. Sigara kullanımı: 1) Var 2) Yok
10. Alkol kullanımı: 1) Var 2) Yok
11. Pasif içicilik durumu: 1) Var 2) Yok
12. Kronik rahatsızlık durumu: 1) Var 2) Yok
13. Hipertansiyon 1) Var 2) Yok
14. Diyabetes Mellitus 1) Var 2) Yok
15. Kardiyovasküler Hastalık 1) Var 2) Yok
16. Malignite 1) Var 2) Yok
17. Nörolojik Hastalık 1) Var 2) Yok
18. Psikiyatrik Hastalık 1) Var 2) Yok

19. Ortopedi ve Travmatoloji Hastalıkları 1) Var 2) Yok
20. Kas İskelet Sistemi Hastalıkları 1) Var 2) Yok
21. Astım/KOAH 1) Var 2) Yok
22. Diğer Hastalıklar 1) Var 2) Yok
23. Yatağa bağımlılık durumu: 1) Tam bağımlı 2) Yarı bağımlı 3) Bağımsız
24. Bası ülseri varlığı: 1) Var 2) Yok
25. Barthel Günlük Yaşam Akiviteleri İndeksi Skoru
26. Barthel Ölçeğine Göre Bağımlılık Durumu:
- 1) Tam bağımlı
- 2) İleri derecede bağımlı
- 3) Orta derecede bağımlı
- 4) Hafif derecede bağımlı
- 5) Bağımsız
27. Bir yıl içerisinde yapılan ziyaret sayısı

Hastalara sunulan hizmetler:

28. Tetkik için kan alınması 1) Var 2) Yok
29. Pansuman 1) Var 2) Yok
30. Mesane sondası takılması 1) Var 2) Yok
31. Nazogastrik sonda takılması 1) Var 2) Yok
32. Muayene talebi 1) Var 2) Yok
33. Uzman hekim konsultasyonu 1) Var 2) Yok
34. Damar yolu/serum takılması 1) Var 2) Yok
35. Enjeksiyon yapımı 1) Var 2) Yok
36. Heyet raporu 1) Var 2) Yok
37. Nakil 1) Var 2) Yok
38. Reçete yazımı 1) Var 2) Yok

Ek 3.**Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi**

Parametre	Değerlendirme	Puan
Beslenme	Tam bağımsız olarak yemek yemek için gerekli olan aletleri kullanabilir.	10
	Bir miktar yardım edilmesine ihtiyacı vardır.	5
	Tam Bağımlıdır.	0
Yıkama	Hasta yardım almadan küvette yıkayıp duş alabilir veya keselenebilir.	5
	Yardıma gereksinim duyar.	0
Kendine Bakım	Hasta elini yüzünü yıkayıp dişlerini fırçalayabilir, tıraş olabilir ve makyaj yapabilir.	5
	Kişisel bakımında yardıma gereksinim duyar.	0
Giyinip Soyunma	Hasta kendi başına giyinip soyunabilir ve ayakkabı bağlarını kendisi çözebilir.	10
	Yardıma ihtiyacı vardır (İşin en az %50'lik kısmını kendi başına yapabilmeli).	5
	Tam Bağımlıdır.	0
Bağırsak Bakımı	Supozituar kullanabilir veya gerektiğinde lavman yapabilir.	10
	Hasta belirtilen faaliyetler için yardıma ihtiyaç duyar.	5
	İnkontinansı vardır.	0
Mesane Bakımı	Hasta gündüz ve gece mesanesini kontrol edebilmeli ve sonda bakımını bağımsız bir biçimde kendisi yapabilmelidir.	10
	Bazı zamanlar tuvalete yetişemez veya sürgüyü bekleyemez ve altına kaçıtır.	5
	İnkontinansı vardır ya da kateteri mevcuttur ve mesanesini kontrol edemez.	0
Tuvalet Kullanımı	Bardan veya duvardan destek alabilir ve tuvalet kâğıdını kendisi kullanabilir.	10
	Elbiselerini giyip çıkarmak ve tuvalet kâğıdını kullanabilmek için bir miktar yardıma gereksinim duyar.	5
	Tam Bağımlıdır.	0
Tekerlekli Sandalyeden Yatağa ve Ters Transferler	Tam bağımsızdır.	15
	Geçişler esnasında minimal olarak yardım alır (fiziksel ya da sözel).	10
	Kendi başına yatakta oturma pozisyonuna geçebilir ancak geçiş için yardıma gereksinim duyar.	5
	Tam Bağımlıdır.	0

Mobilite	Düzgün Yüzeyde Yürüme	Hasta yardım almadan 45 metre yürüyebilir. Birey, yürüteç, baston, koltuk değneği kullanabilir. (Birey kullanıyorsa oturup kalkabilmeli, kilitleyip açabilmeli ve mekanik destekleri yardım olmadan kullanabilmeli.)	15
		Hasta, bir kişinin fiziksel ya da sözel yardımı ile 45 metre kadar yürüyebilir.	10
	Tekerlekli Sandalyeyi Kullanabilme (Uygunsa)	Hasta yürüyemez ancak tekerlekli sandalye kullanabilir. Yatağa ve tualete yanaşabilir. Köşeleri dönebilir.	5
		Tekerlekli sandalyede oturabilir fakat onu kullanamaz.	0
Merdiven İnip Çıkma		Bağımsız olarak inip çıkabilir ama destek kullanabilir (koltuk değneği, baston, tırabzan...)	10
		Hasta yukardaki işleri yapabilmek için yardıma ya da gözetime gereksinim duyar.	5
		Yapamaz.	0

Hastanın Adı Soyadı:

Tarih/Saat:

Hastanın Toplam Puanı (0-100) :

Hastanın Puan Aralığı	Durum Değerlendirmesi*
0-20 aralığı: Tam Bağımlı	
21-61 aralığı: İleri Derecede Bağımlı	
62-90 aralığı: Orta Derecede Bağımlı	
91-99 aralığı: Hafif Derecede Bağımlı	
100 puan: Tam Bağımsız	

* Hastanın toplam puanına göre hangi grupta yer aldığı işaretlenmelidir.

Açıklama: Bu ölçek bir bireyin fonksiyonel bağımsızlığını göstermekte olup, kişinin günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlı ya da bağımsız olma durumunu sınıflandırmak amacıyla kullanılmaktadır. Günlük yaşam aktiviteleri indeksi bir hastanın neler yapabileceğinin değil, neler yaptığının kaydedilmesidir. Hasta ya da hastanın bakımını üstlenen bireylerden bilgi alınarak düzenlenebilir. Genellikle hastanın son 24-48 saat içindeki performansı esas alınır.