



**Tıp Fakültesi**

**T.C.**

**MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ**

**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK EĞİTİMİ SIRASINDA  
ALINAN “EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ” EĞİTİMİ  
HEKİMLİK UYGULAMALARINI NASIL ETKİLİYOR?**

**DR. EZGİ YİĞİT ERCAN**

**UZMANLIK TEZİ**

**İSTANBUL 2022**





**Tıp Fakültesi**

**T.C.**

**MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ**

**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK EĞİTİMİ SIRASINDA  
ALINAN “EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ” EĞİTİMİ  
HEKİMLİK UYGULAMALARINI NASIL ETKİLİYOR?**

**DR. EZGİ YİĞİT ERCAN**

**UZMANLIK TEZİ**

**DANIŞMAN:**

**DOÇ. DR. MEMNUNE ÇİĞDEM APAYDIN KAYA**

**İSTANBUL 2022**

## ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimimde bilgi ve deneyimlerinden sıkça faydalandığım, tez çalışmamın gerçekleşmesinde desteklerini ve emeklerini benimle paylaşan değerli danışman hocam Doç. Dr. Memnune Çiğdem APAYDIN KAYA'ya; eğitimim ve tez çalışma süresince değerli bilgileri ve yorumları ile bana ışık tutan, desteği ile emeği geçen değerli hocam Prof. Dr. Gülru Pemra CÖBEK ÜNALAN'a; Aile Hekimliğini daha yakından tanımamı ve seçmemi sağlayan, desteğini hep hissettiren değerli hocam Prof. Dr. Arzu UZUNER'e; uzmanlık eğitimim boyunca aile olduğumuzu hissettiren, bilgi ve tecrübeleriyle her daim destekleyen değerli hocalarım Prof. Dr. Saliha Serap ÇİFÇİLİ'ye, Prof. Dr. Mehmet AKMAN'a ve Doç. Dr. Sabah TÜZÜN'e;

Her zaman bana inanan ve güvenen, bugünlere gelebilmemde en büyük role sahip olan canım annem, babam ve ağabeyime; hayatımın her aşamasında kendimi geliştirmem için sevgisini ve desteğini hep hissettiğim sevgili eşim, Hakan ERCAN'a;

Bu süreçte bana emek veren, desteklerini gösteren herkese sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Ezgi YİĞİT ERCAN

# İÇİNDEKİLER

|                                                                             |     |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----|
| ÖNSÖZ.....                                                                  | i   |
| İÇİNDEKİLER.....                                                            | ii  |
| TABLO LİSTESİ.....                                                          | iv  |
| RESİM LİSTESİ.....                                                          | v   |
| KISALTMALAR.....                                                            | vi  |
| ÖZET.....                                                                   | vii |
| ABSTRACT.....                                                               | ix  |
| 1. GİRİŞ VE AMAÇ.....                                                       | 1   |
| 2. GENEL BİLGİLER.....                                                      | 3   |
| 2.1. Evde Sağlık Hizmetleri Tanımı.....                                     | 3   |
| 2.2. Evde Bakım ve Evde Sağlık Hizmetleri Kavramları.....                   | 3   |
| 2.3. Yaşlanma.....                                                          | 4   |
| 2.4. Evde Sağlık Hizmetlerinin Önemi.....                                   | 5   |
| 2.5. Evde Sağlık Hizmetlerinin Tarihçesi.....                               | 5   |
| 2.5.1. Dünyada Evde Sağlık Hizmetleri ve Tarihçesi.....                     | 5   |
| 2.5.2. Türkiye’de Evde Sağlık Hizmetleri ve Tarihçesi.....                  | 7   |
| 2.6. Evde Sağlık Hizmetleri Kapsamı.....                                    | 10  |
| 2.7. Aile Hekimliği ve Evde Sağlık Hizmetleri.....                          | 12  |
| 2.8. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminde Evde Sağlık Hizmetleri Eğitimi..... | 13  |
| 2.9. Aile Hekimliğinde Kalitatif Çalışmaların Önemi.....                    | 17  |
| 3. GEREÇ VE YÖNTEM.....                                                     | 20  |
| 3.1. Araştırmanın Tipi ve Yeri.....                                         | 20  |
| 3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklem.....                                   | 21  |
| 3.3. Çalışmaya Dâhil Olma Kriterleri.....                                   | 22  |
| 3.4. Çalışmadan Dışlama Kriterleri.....                                     | 22  |
| 3.5. Araştırmanın Zamanı.....                                               | 22  |
| 3.6. Araştırmada Verilerin Toplanması / Veri Toplama Araçları.....          | 22  |

|                                                                                                     |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 3.7. Verilerin Analizi.....                                                                         | 23 |
| 4. BULGULAR.....                                                                                    | 25 |
| 4.1. Ana Tema – 1: Güçlü Yanları.....                                                               | 32 |
| 4.1.1. ESH Eğitimi Aile Hekimliği İlkeleri ve Yaklaşımlarını Öğrenmek İçin Uygun Bir Fırsattır..... | 32 |
| 4.1.2. ESH’ye Özgü Klinik Yetkinlik Kazanma.....                                                    | 34 |
| 4.1.3. Öğrenme Ortamı Olarak ESH Avantajları.....                                                   | 38 |
| 4.1.4. ESH’nin Profesyonel Tutumlara Katkısı.....                                                   | 38 |
| 4.2. Ana Tema – 2: Duygular.....                                                                    | 39 |
| 4.2.1. ESH’nin Hekimde Yarattığı Duygular.....                                                      | 39 |
| 4.3. Ana Tema – 3: Olumsuz Deneyimler.....                                                          | 41 |
| 4.3.1: ESH Sunumu Sırasında Yaşanan Olumsuzluklar.....                                              | 41 |
| 4.4. Ana Tema – 4: Eğitim İçin Öneriler.....                                                        | 44 |
| 4.4.1. ESH Eğitimi ile İlgili Öneriler.....                                                         | 44 |
| 5. TARTIŞMA.....                                                                                    | 46 |
| 5.1.Eğitimin Güçlü Yanları.....                                                                     | 46 |
| 5.2.Duygular.....                                                                                   | 51 |
| 5.3.Olumsuz Deneyimler.....                                                                         | 53 |
| 5.4.Eğitim İçin Öneriler.....                                                                       | 55 |
| 6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....                                                                           | 58 |
| 7. SINIRLILIKLAR.....                                                                               | 60 |
| 8. KAYNAKLAR.....                                                                                   | 61 |
| 9. EKLER.....                                                                                       | 65 |
| EK-1:Gönüllü Bilgilendirme ve Onam Formu.....                                                       | 65 |
| EK-2:Görüşme Soru Formu.....                                                                        | 69 |
| EK-3:Etik Kurul Onay Belgesi.....                                                                   | 70 |

## **TABLO LİSTESİ**

**Tablo 1:** Türkiye’de Modern Anlamda Evde Sunulan Sağlık Hizmetleri Mevzuat Yapısı

**Tablo 2:** Evde Sağlık Hizmeti Almaya Uygun Hasta Grupları

**Tablo 3:** Soru Formu

**Tablo 4:** Katılımcıların Sosyo-demografik Özellikleri

**Tablo 5:** Kategori Listesi

**Tablo 6:** Tema Listesi

**Tablo 7:** Ana Temalar

## **RESİM LİSTESİ**

**Resim 1:** WONCA Ağacı (WONCA Aile Hekimliği Avrupa Tanımı, 2011)

**Resim 2:** Analiz çalışması

## **KISALTMALAR**

**ESH:** Evde Sağlık Hizmetleri

**HHS:** Home Health Service

**EAH:** Eğitim ve araştırma hastanesi

**DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü

**ABD:** Amerika Birleşik Devletleri

**HIV:** Human Immune Virus

**AIDS:** Acquired Immune Deficiency Syndrome

**CPAP:** Continuous positive airway pressure

**KOAH:** Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

**WONCA:** World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners / Family Physicians

**WONCA EUROPE:** The European Society of General Practice/Family Medicine

**ASM:** Aile Sağlığı Merkezi

**TUKMOS:** Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi

**TUK:** Tıpta Uzmanlık Kurulu

**Covid-19:** Coronavirus Disease 2019

**MNA:** Mini Nutrisyonel Değerlendirme

## ÖZET

### **Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Sırasında Alınan “Evde Sağlık Hizmetleri” Eğitimi Hekimlik Uygulamalarını Nasıl Etkiliyor?**

**Giriş ve Amaç:** Evde Sağlık Hizmetleri (ESH); kronik ya da malign hastalıkları sebebiyle yatağa veya eve bağımlı haldeki hastaların sağlığını korumak, iyilik halini yükseltmek, yeniden sağlığına kavuşturmak amacıyla sağlık hizmetlerinin profesyonel ekip tarafından ya da aile bireyleri tarafından sunulması hizmetidir. ESH’nin pek çok açıdan sağlık sistemine önemli katkıları bulunmaktadır. Özellikle nüfusun yaşlanması, özürlülük ve kronik hastalıklardaki artış, sağlık harcamalarının artması ve maliyet açısından da yeni kaynakların ve yöntemlerin aranması, bu hizmete olan ihtiyacı artırmıştır. ESH sunumunda kilit rolü olan Aile hekimi, Aile hekimliği temel disiplin özelliklerine göre bu hizmet sunumunda yer alması uygun bulunmaktadır. Bir Aile hekimliği uzmanının kendisine kayıtlı olan nüfus ve vermesi beklenen hizmetler göz önüne alındığında, ESH’ye özgü yetkinlikleri kazanması uzmanlık eğitimi açısından önemli hale gelmektedir. Ancak bu eğitim, uzmanlık eğitimi veren her kurum tarafından karşılanamamaktadır ve henüz ESH konusunda eğitim alan hekimlerin bu bilgileri nasıl kullandığına ve uygulamada eğitimlerin etkili olup olmadığına dair bir veri yoktur. Çalışmamızda uzmanlık eğitimi sırasında ESH eğitimi alan Aile Hekimliği uzmanlarının bu eğitimi nasıl algıladıklarını ve hekimlik uygulamalarına ne derecede katkısı olduğunu ve nasıl etkilediğini araştırmak amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışmada, derinlemesine araştırma sağlayan kalitatif araştırma yöntemi kullanılmıştır. Veriler 04 Eylül 2021-04 Şubat 2022 tarihleri arasında odak grup görüşmeleri ve yüz yüze yapılandırılmış derinlemesine görüşmeler yoluyla ses kaydı alınarak toplanmıştır. Araştırmamıza uzmanlık eğitiminde ESH eğitimi almış olan, eğitim sırasında ESH biriminde aktif çalışan ve/veya ev ziyareti yapan ve en az 1 yıldır uzmanlık görevini yapan Aile Hekimliği uzmanlarından, çalışmaya katılmaya gönüllü olanlar dahil edilmiştir. Katılımcılar, ESH eğitimi veren Aile

Hekimliği Anabilim Dalları ile iletişim kurulduktan sonra, uzmanlık eğitimi almış olan bir Aile Hekimliği uzmanına ulaşıldıktan sonra kartopu yöntemi ile diğer hekimlere ulaşarak belirlenmiştir. Toplam 64 Aile Hekimliği uzman doktoruna ulaşılmış; 25 kişi dahil olma kriterlerine karşılamadığından, 22 kişi çalışmaya katılmayı kabul etmediğinden çalışmaya alınamamıştır. Toplamda 16 kişi ile görüşülmüş olup, 1 kişinin cevapları yapılandırılmış sorulara yanıt vermede problem yaşandığı için çalışmadan çıkarılmıştır.

**Bulgular:** Çalışmamızda hekimler ESH eğitimi alırken ve sunarken kazanımlarından ve yaşadıkları olumlu ve olumsuz deneyimlerden bahsetmişlerdir. ESH eğitimi ile hekimler başka bir rotasyonda göremeyecekleri konularda yetkinlik kazandıklarını , bu eğitimin Aile Hekimliği eğitiminde yeri doldurulamaz şekilde önemli olduğunu ifade etmişlerdir. Aile Hekimliği ilkeleri ve yaklaşımlarını öğrenmek için bu eğitimin bir fırsat olduğunu söylemişlerdir. Hekimlerin profesyonel tutumlarına da katkısı bulunmuştur. Deneyimleri sonucu mesleki tatmin duygusu ve motivasyonel olarak gelişimlerine katkı sağladığını belirtmişlerdir. Aynı zamanda hasta yakınları ile, konsültasyon ve sevk sırasında yaşanan olumsuzluklardan, hastane sistemi ile problemlerden, güvenlik endişesi ve yaşanan fiziksel zorluklardan bahsetmişlerdir. Tüm bu kazanımlar ve deneyimler sonucu ESH teorik eğitimi ve müfredat düzenlemeleri için önerilerde bulunmuşlardır.

**Sonuç:** Evde Sağlık Hizmetleri ile Aile Hekimliği bir bütündür. Bu hizmetin eğitiminin sahada alınması önem arz etmektedir. Bu yüzden eğitimi alan ve aktif çalışan hekimlerin bu eğitim doğrultusundaki önerileri dikkate alınmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Evde sağlık hizmetleri, evde bakım, eğitim, deneyim, Aile hekimliği uygulamaları

## **ABSTRACT**

### **How Does “Home Health Services” Training Taken During Family Medicine Specialization Training Affect Medical Practices?**

**Introduction:** Home Health Service (HHS); is the service of providing health services by a professional team or family members to protect the health of patients who are bedridden or homebound due to chronic or malignant diseases, to increase their well-being, and to restore their health. HHS has important contributions to the health system in many ways. Especially the aging of the population, the increasing in disability and chronic diseases, the increasing in the health expenditures and the search for new resources and methods in terms of cost have increased the need for this service. Family physician who has a key role in the provision of HHS is considered appropriate to take part in this service delivery according to the basic discipline characteristics of Family Medicine. When a family medicine specialist's registered population and the services he/she is expected to provide are taken into account, it becomes important in terms of specialization training to gain competencies specific to HHS. However, this training can not be provided by every institution during specialization training, and there is no data yet on how physicians trained in HHSs use this information and whether the training is effective in practice. In our study, it was aimed to investigate how the HHS training received during specialization training was perceived by the family medicine specialists and how it contributed and affected the practice of medicine.

**Method:** Qualitative research method, which provides in-depth research, was used in the study. Data were collected by audio recording through focus group interviews and face-to-face structured in-depth interviews between 04 September 2021 and 04 February 2022. Family Medicine specialists who received HHS training during Family Medicine residency, worked actively in the HHS unit during the training and/or made home visits, and volunteered to participate in the study for at least 1 year were included. The participants were determined by contacting other physicians with the snowball method after contacting the Family Medicine Departments that

provide HHS education, after reaching a Family Medicine specialist who received specialization training. A total of 64 family medicine specialists were reached; As 25 people did not meet the inclusion criteria and 22 people did not accept to participate in the study, they could not be included in the study. A total of 16 people were interviewed, and the answers of 1 person were excluded from the study because there was a problem in answering the structured questions.

**Results:** In our study, physicians talked about their achievements and positive and negative experiences while receiving and providing HHS training. Physicians stated that with the HHS rotation, they gained competence in subjects that they would not see in another rotation, and this rotation is irreplaceably important in Family Medicine education. They said that this rotation is an opportunity to learn the principles and approaches of Family Medicine. It also contributed to the professional attitudes of physicians. As a result of their experiences, they stated that they contributed to their professional satisfaction and motivational development. At the same time, they talked about the negativities experienced during the consultation and referral, the problems with the hospital system, security concerns and physical difficulties experienced with the relatives of the patients. As a result of all these gains and experiences, they made suggestions for the theoretical training of HHS and curriculum arrangements.

**Conclusion:** Home Health Services and Family Medicine are a whole. It is important to receive the training of this service in the field. Therefore, the suggestions of the physicians who have received the training and are actively working in line with this training should be taken into consideration.

**Key Words:** Home Health Services, home care, education, experience, Family medicine practices

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Evde bakım; kronik ya da malign hastalıkları sebebiyle yatağa veya eve bağımlı haldeki hastaların sağlığını korumak, iyilik halini yükseltmek, yeniden sağlığına kavuşturmak amacıyla sağlık ve sosyal bakım hizmetlerinin profesyonel ekip tarafından ya da aile bireyleri tarafından sunulması hizmetidir (1). Bu hastalara bir bütün olarak muayene, tetkik, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin kendi evinde ya da yaşadığı ortamda ve aile bireylerine sosyal ve psikolojik olarak destek verme hizmetlerinin multidisipliner bir sağlık ekibi tarafından verilmesidir olarak tanımlanmaktadır (2, 3).

Evde Sağlık Hizmetlerinin (ESH) pek çok açıdan sağlık sistemine önemli katkıları bulunmaktadır. Özellikle nüfusun yaşlanması, özürllük ve kronik hastalıklardaki artış, sağlık harcamalarının artması ve maliyet açısından da yeni kaynakların ve yöntemlerin aranması, bu hizmete olan ihtiyacı artırmıştır (4). Bu gereksinimlerden dolayı ESH;

- Kaynakların daha verimli kullanılması,
- Kişiyne var olduğu yerde hizmet sunulması,
- Kurumlar tarafından giderek yaygınlaştırılmış olması,
- Hastanın kurumsal bir ortamdan ziyade yaşadığı ortamda, toplum içinde sağlık hizmeti alması bakımından önemlidir.

Ayrıca kişinin evinde verilen hizmetler, gereksiz sağlık harcamalarını engelleyecek olmasının yanında hastanelerdeki yükü azaltacak, hastanelerin yatak kapasitelerini daha verimli şekilde kullanmaya sebep olacaktır (4, 5).

ESH sunumunda kilit rolü olan Aile hekimi, bireylerin ‘kişisel hekimi’ olarak ifade edilmektedir. Aile hekimliği temel disiplin özelliklerine göre Aile hekimlerinin bu hizmet sunumunda yer alması uygun bulunmaktadır (1).

Aile hekimliği uzmanlık eğitimi 1985 yılından bugüne eğitim ve araştırma hastanelerinde (EAH) ve tıp fakültelerindeki Aile hekimliği anabilim dallarında üç yıl süreyle verilmektedir. (6) Aile Hekimliği Kanunu ve Evde Sağlık Yönetmeliğine göre uzmanlık döneminde sahada Aile hekimliği uygulamasında yer alan hekimlerin, ESH verme sorumlulukları da bulunmaktadır. Bu sorumluluk yanında bir Aile hekimliği uzmanının kendisine kayıtlı olan nüfus ve vermesi beklenen hizmetler göz

önüne alındığında, beklenen yaşam süresindeki artış ile kronik hastalıklardaki artma sebebiyle, geriatric popölasyona yaklaşım ve yönetim ile palyatif bakım yetkinlikleri kazanması uzmanlık eğitimi açısından önemli hale gelmektedir (6, 7). Ancak bu eğitim, uzmanlık eğitimi sırasında her kurum tarafından karşılanamamaktadır ve henüz Evde Sağlık Hizmetleri konusunda eğitim alan hekimlerin bu bilgileri nasıl kullandığına ve uygulamada eğitimlerin etkili olup olmadığına dair bir veri yoktur.

Bu çalışmada, uzmanlık eğitimi sırasında alınan Evde Sağlık Hizmetleri eğitiminin Aile Hekimliği uzmanları ile görüşerek, onlar tarafından nasıl algılandığını ve hekimlik uygulamalarına ne derecede katkısı olduğunu ve nasıl etkilediğini araştırmak amaçlanmıştır.

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. Evde Sağlık Hizmetleri Tanımı**

Evde bakım hizmetlerinin tek bir tanımı olmamakla birlikte birçok kaynaktan; kişinin hayatını etkileyen hastalık varlığında günlük yaşam aktivitelerine etkisini en aza düşürülerek fonksiyonlarını kullanabilme kapasitesine en yüksek seviyede ulaşmasını ve hayat kalitesinin artırılmasını amaçlayan profesyonel ve multidisipliner bir ekip ile sunulan kapsamlı bir hizmet şeklidir (10). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ise ESH'yi tanımlarken, bireyin kendi kişisel bakımını sağlaması ve hayat kalitesini sürdürme yetisinde olmayan, hayatının devamını sağlamada ve kişisel tercihlerini kullanabilme konusunda desteğe ihtiyacı olan kişilere sunulan hizmetler ifadesini kullanmıştır (3). Bu bakım hizmetleri kişinin yaşam kalitesinin ve fonksiyonel kapasitesinin yükseltilmesi ya da korunması amaçlanarak bireyin yaşadığı ortamda sunulan, koruyucu hizmetlerden rehabilitasyon hizmetlerine kadar birçok bakım hizmetini kapsayan bir hizmettir (1). Bu hizmet ile hastanın sağlığını, işlevselliğini yeniden düzenlemek, maksimum konfor seviyesi sunmak için gerekli ekip ve hizmet sunumu amaçlanmıştır (11).

Özetle; ev hastanesi, tıbbi evde bakım ya da duvarsız hastane olarak da adlandırılan evde sağlık hizmetleri, eve bağımlı ya da hastalık sonrası iyileşme dönemindeki kişilerin yaşam kalitesinin iyileştirilmesi, toplumla bütünleşmelerini sağlayabilmek ve hastanın profesyonel olmayan bakım vericisi üzerindeki yükünü hafifletmek için sunulan kapsamlı hizmetleri içeren bir bakım şeklidir (1, 3).

### **2.2. Evde Bakım ve Evde Sağlık Hizmetleri Kavramları**

- Evde bakım,
- Evde tedavi,
- Evde sağlık,
- Ev ziyareti,
- Evde sağlık hizmetleri,

- Evde muayene

gibi değişik isimlendirmelerin hepsi evde sağlık ve evde bakım uygulamalarını içermektedir. Bu ifadelerin değişik olmasına, evde sunulan bu hizmetlerin içeriklerinde ve kapsamlarında değişiklikler olması neden olmaktadır (10).

Kavramsal açıdan ESH, evde bakım hizmetlerini kısmen içerse de genellikle tıbbi hizmeti kastetmektedir (5). Çayır ve ark. tanımına göre evde bakım hizmetleri, ESH'ye göre daha geniş bir tanımlı kapsamaktadır; özellikle yaşlı kişiler için onların sağlığını koruma ve yükseltme, tekrardan sağlığına kavuşturma ve günlük aktivitelerini yapabilmelerine yardımcı olma amacıyla sağlık ve sosyal hizmetlerin birlikte sunulmasıdır. Evde bakım hizmetleri; banyo yapma, elbise giyme, yemek yapma, ev temizleme gibi başlıklar altında yer alarak ESH'den farklı şekilde yaşlının sosyal ve sağlık alanında ihtiyaçlarının karşılanmasına imkân verir (3).

### 2.3. Yaşlanma

Türkiye ilerleyen yıllarda yaşlı nüfusun en hızlı artacağı ülkelerden birisi olarak yer alacağı öngörülmektedir. Ülkemizde toplam nüfusun %8'ini 65 yaş üstü kişiler oluşturmaktadır. Yine ülkemizde beklenen yaşam süresi 78 yıla yükselmiştir (8).

Yaşlanma, kişinin fizyolojik ve ruhsal yapısını yavaşça yitirmesi durumudur. Normal bir süreç olarak değerlendirilmektedir. Sağlıkta süregelen önemli teknolojik gelişmeler ile koruyucu sağlık hizmetlerindeki gelişmeler, erken teşhis, tedavi alanındaki gelişmeler ile hastalıklara bağlı ölümler azalmış ve yaşam süresinin uzaması sağlanmışır. Bunun sonucunda 65 ve üzeri yaşın nüfusunun oranında artış olmuştur. Hızla artan bu nüfusta kronik hastalık sıklığı artmaktadır. Bunun sonucunda hastane yatışlarında uzun süre bakımın getirdiğı maddi yük, kişi başına düşen hastanedeki yatak sayısında azalma gibi birtakım sorunlar ortaya çıkmaktadır. Gelişen teknoloji ile hastaların bakımlarının ev ortamında yapılması olanaklı kılınabilmektedir. Ayrıca yaşlı nüfusun büyük kısmı kendi evlerinde kalmayı yeğlemektedir. Bunların sonucunda evde bakım hizmetleri gündeme gelmektedir (5, 9).

## **2.4. Evde Sağlık Hizmetlerinin Önemi**

Günümüzde ortalama beklenen yaşam süresinin uzaması ile tıbbi desteğe ihtiyacı artan yaşlı nüfus artışı, sağlık hizmetlerinin çoğunluğunun ev ortamında verilmesine imkân sağlayan tıp ve teknoloji gelişmeleri gibi birçok faktör ESH'nin önemini arttırmaktadır (10). ESH'nin gelişmekte olan ülkeler tarafından önemsenmesi, geleneksel yataklı tedavi hizmetlerine kıyasla daha az maliyet gerektiren bir seçenek oluşturması sebep olmaktadır. Bu alternatif sağlık hizmet sunumu sebebiyle lüzumsuz hastane yatışı ve kullanımı önemli oranda azaltılarak maliyet tasarrufunu, yatak kapasitelerinin daha verimli kullanılmasını ve hastanelerdeki yoğunluğun önüne geçilmesini sağlamaktadır (5). Bu hizmet ile kişiye özel faydalarından yaşam kalitesini yükseltmek, aileyi bir arada tutmak ve bakım evine olan ihtiyacı azaltmakla beraber olası hastane kaynaklı enfeksiyonların risklerinin de önüne geçilmektedir (5, 10). Hastaların özgürlük seviyesinin en yükseğine izin verilen bu hizmet ile çevreyle olan iletişimleri de kesilmeyerek daha hızlı iyileşmesi sağlanmaktadır (12, 13).

## **2.5. Evde Sağlık Hizmetlerinin Tarihçesi**

Evde sağlık hizmetleri uzun yıllardan bu yana dünyanın gündeminde olmuştur (5).

Dünyada ESH tarih boyunca;

- Eğitilmiş aileler başta olmak üzere,
- Kiliseler,
- Gönüllüler,
- Sosyal yardım kuruluşları,
- Darülaceze,
- Kamu ve özel hastane veya sağlık birimleri tarafından sunulmuş ve sunulmaya devam etmektedir (10).

### **2.5.1. Dünyada Evde Sağlık Hizmetleri ve Tarihçesi**

Roma döneminde doğum eyleminin evde mi yoksa sağlık biriminde mi yapılması gerektiği konusu ile evde sağlık hizmetlerinin ilk olarak bu dönemde gündeme geldiği düşünülmektedir. Orta Çağ Avrupa'sında ESH, bulaşıcı hastalıkları

engellemek için yapılmıştır. Buradaki hizmet sunumunda tıbbi boyuttan ziyade barınma, yemek gibi sosyal açıdan hizmetleriyle ön plandadır (12). Kavram olarak ilk kez 1700 yıllarında Avrupa’da ortaya çıkmasına rağmen dini kurumlar dışında evde hasta bakım hizmeti 19. yüzyıla kadar yapılamamıştır (5, 12). Dünyada evde sağlık hizmetleri ilk olarak hemşirelik hizmetleri olarak verilmeye başlanmıştır (1). Bu hizmetin öncülerinden olan Florence Nightingale, hasta kişilerin bakımını sunacak kadınlara eğitim verilmesini önermiş ve eğitilen kadınların özel hemşire olarak görevlendirilmesine dair bir plan sunmuştur. Bunun üzerine, 1862 yılında Liverpool’da bu özel bakımı gerçekleştirecek kısa süreli eğitim veren kurum açılmıştır (12).

Modern anlamda ise ilk olarak Amerika Birleşik Devletleri (ABD) ’nde 20. yüzyıl başında ev ziyareti şeklinde yürütülen Halk Sağlığı Hemşireliği Hizmetlerinin ödeme kapsamında uygulandığı görülmüştür (1). Yine ABD’de 1947’de Montefiore Hastanesi’nin kurduğu ESH birimi, hastane destekli evde bakım uygulamalarının ilki olarak görülmektedir. Burada yeni taburcu edilmiş hastalar için evde iyileşmesi amacıyla hastane destekli bakım sağlanmaktaydı. ‘Duvarsız hastane’ olarak anılan sağlık hizmeti o yıllarda oldukça yeni bir kavramdır. Özellikle hastane taburculuğu sonrasında kişisel ihtiyaçları karşılamaya uygun hemşirelik, rehabilitasyon hizmetlerine ev ortamında erişimi mümkün kılmaktaydı (1, 3).

İkinci Dünya Savaşı ile hastanelerde sağlık personellerinin sayısının azalması ile o zamana kadar hastanede tedavi edilen hastalar evde tedavi edilmiş ve bu hizmet ile ev hemşireliğinde niceliksel ve niteliksel artış gözlenmiştir (12).

ABD’deki ESH 1965’ten itibaren, sosyal güvence kapsamına alınmaya başlamıştır. ABD gibi pek çok Avrupa ülkesi, Kanada ve Avustralya’da yaygın ve iyi örgütlenmiş ESH sunulmaktadır.

## **İngiltere**

Hasta ve hekim görüşmelerinin yüzde on kadarı evde gerçekleşmektedir (3).

## **Hollanda**

Evde gerçekleşen hasta ve hekim görüşmeleri oranı yüzde 8,5'tir (3). Burada yaşlı, engelli, kronik hastalığı olan, iyileşme dönemindeki hastalar ve lohusalara; hemşirelik, temel bakım ve temizlik gibi bakım hizmetleri sunulmaktadır. Günümüzde eğitim kurumları açılması sonucu bu hizmet, profesyonel sunucular ile verilmektedir (13).

## **Kanada**

Buradaki Aile hekimlerinin yaklaşık yarısı haftada bir defa bu hizmeti vermek amacıyla evleri ziyaret etmektedir (3).

## **İsveç**

Gelişmişlik ve refah seviyesi bakımından en gelişmiş toplumlardan biri olan İsveç'te ESH, esas olarak belediye ya da özel kuruluşlar tarafından verilmektedir. Belediye tarafından sunulan hizmet, birinci basamak sağlık hizmeti sunanlar tarafından ve evde yardım asistanı ya da hemşiresi tarafından yapılan bir ekip ile sunulur.

## **Almanya**

Bakım verici uzmanlar hastayı ziyaret eder ve karşılarına çıkan risk faktörleri ve risklerin nasıl azaltılacağı konusunda bilgi verirler. Bakıma muhtaç kişi ve ona bakım veren ailesi bu hizmetten yararlanır (13).

### **2.5.2. Türkiye’de Evde Sağlık Hizmetleri ve Tarihçesi**

Türklerde ilk olarak “Kam” ya da “Baksı”lar tedavi işleriyle ilgilenmiş, sonrasında “Otacı”, “Emçi” ya da “Atasagun” denilen hekimler bu görevi üstlenmiştir. Sürdürdükleri göçebe hayat nedeniyle sağlık hizmetini hastaların evlerinde yaptıkları, doğum ve sonrası için de ebelerin ev ziyareti gerçekleştirdiği düşünülmektedir (13). Daha yakın zamanda ESH’ye ait ilk uygulamalar arasında 15. yüzyılda Osmanlı Devleti tarafından gezici hekimlik hizmeti verilmesi ve hastalara aile bireylerinin bakması gösterilmektedir. Bu hizmetlerin yapıldığına dair 18.

yüzyılda “İstanbul’da Odabaşı çarşısı yakınındaki Cafer Ağa Mahallesi sakinlerinde Sultan Ahmed Darüşşifasında tutulan Osman’ın evinde tedavi edilmesi konusunda ferman talep edildiği”ne dair belge en eski kanıt olarak değerlendirilmiştir (5).

Ülkemizde ise geçmişte az sayıda yasa çıkarılmış ve ESH’ye yönelik düzenlemeler yapılmış; fakat hizmetin ülke çapında yaygınlaştırılması 21. yüzyıla kadar pek mümkün olamamıştır (1). Türkiye’de ESH’nin ilk düzenlemesi, 1930 yılında yürürlüğe konan 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu ile bulaşıcı hastalığı olanların ev muayenesi, ana-çocuk izlemi ve hekimlerin evde hasta muayenesi hakkında olmuştur (1, 5). 1946 yılına gelindiğinde yapılan düzenlemelerde sağlık merkezleri aracılığıyla oluşturulan gezici hizmetler ile ev ziyaretleri yapılması hususunda planlamalar yapılmıştır. 1961 yılında ise Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleşmesine Dair Yasa ile kronik hastalıkları olanların izlemleri sağlık ocaklarına verilmiştir (5).

Alma - Ata Deklerasyonu ile 1978’de kişilerin eşit şartlar ve geniş imkanlarla sağlığını koruma, geliştirme, eksiklerini giderme, iyilik halinin devamlılığını sağlama amaçlanmıştır. Özel hastaneler ile taburcu olan hastalara 1980 yılından sonra bu dönemde ESH sunulmaya başlanmıştır. Daha sonra 2003 yılına gelindiğinde Aile hekimlerinin Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın başlaması sonucunda mobil hizmet ile ev ziyaretleri yapmaları düzenlenmiştir (5).

Tüm bu düzenlemeler ve uygulamalar ile örgütlü bir ESH ağı oluşturulamamıştır. Türkiye’de modern olarak hizmet sunumu önce özel sektöre sonra kamu hastanelerinde fiili olarak başladıktan sonra yasal düzenlemeler yapılmıştır (Tablo 1). Bu düzenlemelerden ilki 2005’te ‘Evde Sağlık Hizmetleri Hakkında Yönetmelik’ ile ESH’nin tanımı ve düzenlenmesi yapılmıştır. Bu yönetmelik profesyonel anlamda ESH sunumu verilmesine imkân sağlanmıştır ve ağırlıklı olarak özel kuruluşların Evde Sağlık Hizmetleri ile ilgili düzenlenmeler yapılmıştır (1, 3, 5).

Konu ile ilgili ikinci düzenleme 1 Şubat 2010’da ESH’nin Sağlık Bakanlığına bağlı tüm sağlık kurum ve kuruluşları tarafından verilebilmesine ve asgari personel gibi temel gerekliliklerin düzenlenmesine dair ‘Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge’ yürürlüğe girmiştir. Daha sonra 2015 yılında yürürlüğe giren ‘Sağlık Bakanlığı ve Bağlı

Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik' ile Bakanlığa bağlı eğitim ve araştırma hastaneleri, genel ya da dal hastaneleri ve ağız ve diş sağlığı merkezleri bünyesinde kurulan ESH birimleri ile toplum sağlığı merkezi, aile sağlığı merkezi ve aile hekimleri vasıtasıyla sunulması yürürlüğe girmiştir. Aile hekimlerine, ESH ihtiyacı olan hastayı koordinasyon merkezine bildirme, takip edilen hastayı sonrasında evinde ziyaret etme, ESH birimi kurulamayan ilçe, belde ve köylerde bu hizmeti sunma görevleri tanımlanmıştır (1, 5). Tablo 1'de Türkiye'de modern anlamda ESH için düzenlenen mevzuat yapısı özetlenmiştir (1,5).

**Tablo 1: Türkiye'de Modern Anlamda Evde Sunulan Sağlık Hizmetleri Mevzuat Yapısı**

|   |                                                                 |                                                                                                  |
|---|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | 10.03.2005 tarih ve 25751 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan      | Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkındaki Yönetmelik                                               |
| 2 | 13.09.2005                                                      | Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Sağlık Bakanlığı Tebliği                                   |
| 3 | 30.07.2006 tarih ve 26244 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan      | Bakıma Muhtaç Özürhüleri Tespiti ve Bakım Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik          |
| 4 | 06.11.2007 tarih ve 2669 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan       | Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik        |
| 5 | 01.02.2010 tarih ve 3895 sayılı makam onayı ile yürürlüğe giren | Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge |
| 6 | 04.04.2013 tarih ve 28254 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan      | Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik        |

|   |                                                            |                                                                                                        |
|---|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 7 | 27.02.2015 tarih ve 29280 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan | Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik |
|---|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 2.6. Evde Sağlık Hizmetleri Kapsamı

Türkiye’de diğer ülkelerde olduğu gibi Evde Sağlık Hizmetlerinin kapsamı, sağlık çalışanlarının görev tanımları, yetki ve sorumlulukları ile ilgili tam bir standart geliştirilememiştir. Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen kişiler ve durumlar ESH kapsamında değerlendirilebilmektedir (Tablo 2) (1, 3, 5, 12).

**Tablo 2: Evde Sağlık Hizmeti Almaya Uygun Hasta Grupları**

|                                    |                                                                                                                                                                     |
|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Kardiyovasküler hastalıklar        | Konjestif kalp yetmezliği, derin ven trombozu, antikoagülan tedavi, telemetri                                                                                       |
| Endokrinolojik hastalıklar         | Diabetes mellitus tedavisi, eğitimi ve monitorizasyonu                                                                                                              |
| Acil tıp                           | Hospitalizasyonun gerekli olmadığı durumlar                                                                                                                         |
| Gastroenterolojik hastalıklar      | Nütrisyonel terapiler, parenteral nutrisyon, enteral besleme                                                                                                        |
| Hematoloji – Onkoloji hastalıkları | Kemoterapi, ağrı yönetimi, koagülopatilerin monitorizasyonu ve tedavisi, anemi, hemoglobinopatiler, nötropeni                                                       |
| Enfeksiyon hastalıkları            | Bakteriyel, viral ve fungal enfeksiyonların tedavisi, HIV/AIDS, diğer immün yetmezlik sendromları                                                                   |
| Nefrolojik hastalıklar             | Son dönem böbrek yetmezliği, evde diyaliz, periton diyalizi                                                                                                         |
| Nörolojik hastalıklar              | İnme, demans, Alzheimer hastalığı, multipl skleroz gibi demiyelinizan hastalıklar, Amyotrofik lateral skleroz, Guillain-Barre, fiziksel terapiler, konuşma tedavisi |
| Obstetrik hastalıklar              | Fetal monitorizasyon, emzirme eğitimi, postpartum bakım                                                                                                             |
| Pediyatrik olgular                 | Yenidoğan takibi, fototerapi ihtiyacı olan yenidoğanlar, apne monitorizasyonu, evde mekanik ventilasyon, total parenteral nutrisyon ve enteral                      |

|                                                                                |                                                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                | beslenme                                                                                                                    |
| Psikiyatrik hastalıklar                                                        | Alkol ve madde bağımlılığı, depresyon, kişilik bozuklukları, psikoz, yeme bozuklukları                                      |
| Göğüs hastalıkları                                                             | Uyku apne sendromu, CPAP (continuous positive airway pressure) kullanımı, astım, kronik obstruktif akciğer hastalığı (KOAİ) |
| Eve bağımlı hastaya koruyucu hekimlik hizmetleri sunumunun gerektiği durumlar  |                                                                                                                             |
| Eve bağımlı hastanın akut hastalıklarının yönetimi                             |                                                                                                                             |
| Eve bağımlı hastanın kronik hastalıklarının takibi                             |                                                                                                                             |
| Ev ortamının güvenlik açısından değerlendirilmesi                              |                                                                                                                             |
| Gerçek ortamda fonksiyonel değerlendirme yapma                                 |                                                                                                                             |
| İstismar şüphesi                                                               |                                                                                                                             |
| Ölmekte olan hastanın ve yakınlarının desteklenmesi                            |                                                                                                                             |
| Bakım veren bireylerin değerlendirilmesi                                       |                                                                                                                             |
| İlaçlarının gözden geçirilmesi                                                 |                                                                                                                             |
| EŞİ kapsamındaki hastaların ihtiyacı kapsamında ağız ve diş sağlığı hizmetleri |                                                                                                                             |

EŞİ denildiğinde akla ilk gelen hastalar, yatağa bağımlı hastalardır. Özellikle yetişkinlerde serebrovasküler olaylar sonucunda gelişen yatağa bağımlı olmanın en sık ve önemli nedenleri arasındadır. Ev ziyaretlerinde bilinç ve mental durum, refleksler, konuşma, serebellar muayene, kas-iskelet sistem muayenesi açısından değerlendirilir. KOAH olan hastalara sigara bırakma, solunum egzersizleri, pulmoner rehabilitasyon, bronkodilatatör ilaç ve cihaz kullanımı konusunda danışmanlık verilmesi ön plandadır. Terminal dönem kanser hastaları için rutin hizmetler dışında kemoterapiye bağlı bulantı – kusma, ağrı, febril nötropeni, kaşeksi, beslenme problemleri gibi durumları kontrol etmeye yönelik girişimler olmaktadır. Yenidoğanlarda sık görülebilen sarılık yönetimi için evde fototerapi uygulanmasında takibe alınabilmektedir (3).

EŞİ alan hastalarda başlıca problemler arasında sıklıkla dekübit ülserleri yer almaktadır. Bu ülserler oluştuktan sonra tedavisinin zor olması sebebiyle bu hizmeti veren ekibin dekübit ülserlerini önlemesi temel sorumluluklarından (3).

ESH alan hasta iyileştiğinde, uygulama sırasında yapılanların bireyin kendisi ve yakınları tarafından yapılabilecek hale geldiğinde, hizmetin sonlandırılması talep edildiğinde, hastanın vefatıyla ve hastanın veya yakınlarının uygunsuz davranışları sonucunda sorumlu hekimin kanaatiyle ve hastanın ikamet ettiği bölgenin değişmesi halinde bu hizmet sonlandırılabilir (5).

ESH'nin başarılı bir uygulama olabilmesi için hekimin, ESH ekibinin, hasta ve yakınlarının sürekli temas halinde, iş birliği içerisinde olması gerekmektedir. Özetle, ESH bir ekip çalışmasıdır. Bu ekipte hekimin; tıbbi problemlerin çözümü, hastanın ESH uygunluğunun tanımlanması, bu bakım planı içinde kısa ve uzun dönem hedeflerinin belirlenmesi, tıbbi kayıtların dökümantasyonunu yapmak, gerektiğinde telefon viziti yapmak gibi bazı önemli görevleri vardır (12).

## **2.7. Aile Hekimliği ve Evde Sağlık Hizmetleri**

Aile hekimliği temel disiplin özellikleri gereğince ve bireylerin 'Kişisel hekimi' olması nedeniyle Evde Sağlık Hizmetleri organizasyonunda Aile hekimlerinin yer alması uygun görülmektedir.

Sağlık Bakanlığı tarafından yürürlüğe konan yönergeler kapsamında ESH'nin sunumunda Aile hekimlerine düşen görevler tanımlanmıştır. Buna göre ilgili mevzuat gereği evde takibi mecburi, belirli nedenler ile evden çıkamayan kişilere koruyucu sağlık, tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetleri aile sağlığı merkezi ve Aile hekimleri tarafından verileceği ifade edilmiştir.

Aile hekimliği disiplininin temel özellikleri gereğince; "Birinci basamak yönetimi" çekirdek yeterliği altında toplanan iki temel özellik ESH ile doğrudan ilişkilidir (WONCA – World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners /Family Physicians). İlk özellik; Aile hekiminin sağlık sistemi ile ilk temas noktası olma ve sınırsız erişim sağlamadır. Majör travma gibi acil durumlar dışında, gerekli olan tüm sağlık durumlarında ilk ulaşılabilen ve kendisine kolay erişim imkânı olmasıdır. Kişi Aile sağlığı merkezi (ASM) 'ye ulaşamayacak kadar hasta ya da yatağa bağımlı ise bu ilke hekimin hastayı evinde ziyaret etmesi ile uygulanabilecektir. Çeşitli sebeplerle ASM'ye erişemeyen hastaların evlerinde yapılan görüşmeye "ev ziyareti" denir.

Bir diğerk özellik, kişilere sunulan ESH'nin koordinasyonu özelliğı Aile hekiminin bu görevi üstlenmesini gerektirmektedir. Böylece Aile hekimi ESH ekibinin kilit noktası olma özelliğı göstermektedir.

Diğerk çekirdek yeterlilik ise "Kişiler merkezli bakım"dır. Bu yeterlik altında toplanan 'Sürekli bakım' ve 'Kişiler merkezli yaklaşım' disiplin özellikleri ESH ile doğrudan ilişkilidir. Sürekli bakım, hastanın aynı hekimi görmesi anlamını taşımaktadır. Bu özellik WONCA 2005 tanımında şöyle ifade edilmektedir: "Aile hekimi sağlık hizmetlerinin hastanın gereksinimleriyle belirlenen uzunlamasına (longitudinal) sürekliliğini sağlamaktan sorumludur". Böylece Aile hekimlerinin kişilere 24 saat boyunca sağlık hizmeti sunması ve bunu yapamadıkları durumda başkasına devretmeleri ve bunu yönetmeleri beklenmektedir. Diğerk özellik olan kişiler merkezli yaklaşım, bireylerle ve onların yaşadığı ortamlardaki sorunlarıyla ilgilenmeyi gerek görür. Böylece ev ziyaretleri Aile hekiminin aile hakkındaki bilgisini derinleştirmesine ve o ailenin değerlerini anlamasına yardımcı olur; bireyin fonksiyonlarını değerlendirmeyi, evin şartlarını, hastalığın aile bireyleri üzerindeki etkilerini doğrudan gözlemlemeye olanak sağlar (1).

## **2.8. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminde Evde Sağlık Hizmetleri**

### **Eğitimi**

Dünya Aile Hekimleri Birlikleri Organizasyonu WONCA Europe'un tanımına göre: "Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik, kendine özgü eğitim içeriğı, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlıktır." (14). Aile hekimleri, disiplin ilkeleri doğrultusunda eğitilmiş uzman hekimlerdir. Esasen yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmadan tıbbi bakım arayan her hastaya kapsamlı ve sürekli hizmet sunmaktan sorumlu olan kişisel hekimlerdir. Hastalara aile, toplum ve kültürleri bağlamında, hastaların bağımsız kişiliklerine saygı duyarak hizmet sunarlar (15).

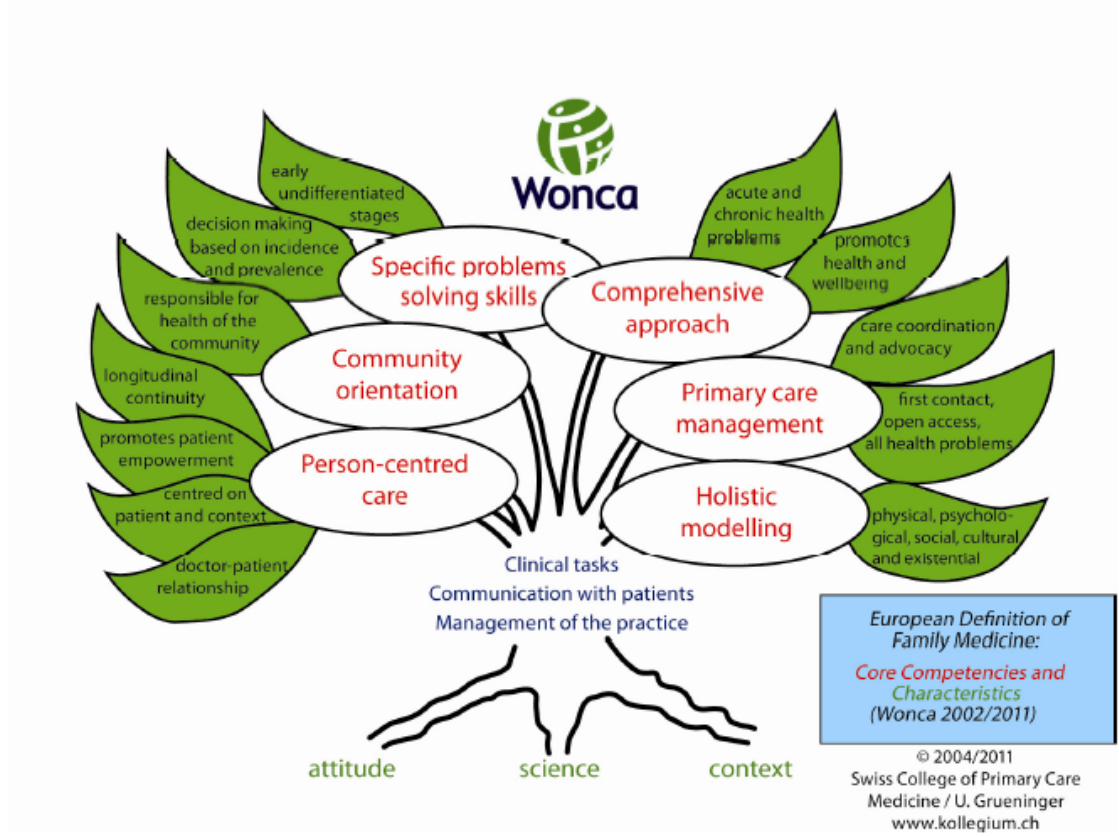
Aile hekimliği çekirdek yeterlilikleri disiplin özellikleri, uygulama için gerekli olması ve sağlık sistemine bakılmaksızın bu disiplin için zorunlu yeterlilikleri ifade etmektedir. Bu disiplini tanımlayan 11 temel özellik, her Aile hekiminin

uzmanlaşması gereken 11 yeteneği belirlemektedir. Aile hekimliği disiplininin özellikleri:

- 1) Sağlık sisteminde hizmet almak isteyenler için ilk tıbbi temas noktasını oluşturur.
- 2) Sağlık kaynaklarını; koordinasyonu sağlayarak, gerekli durumlarda hasta adına savunuculuk yaparak verimli kullanılmasını sağlar.
- 3) Kişiyi, ailesini ve içinde yaşadığı toplumu dikkate alarak kişi merkezli yaklaşım sergiler.
- 4) Hekim ve hasta arasında gelişen bir ilişki kurulmasını sağlayan kendine özgü, hastayla görüşme süreci bulunmaktadır.
- 5) Hastanın ihtiyaçları ile belirlenen sağlık hizmetlerinin boylamsal sürekliliğini sağlamak ile sorumludur.
- 6) Hastalıkların toplumdaki prevalans ve insidansının belirleyiciliğine katkı sağlar.
- 7) Hastaların akut ve kronik sorunlarını aynı dönemde yönetmektedir.
- 8) Henüz erken döneminde olan ve ayrılmamış şekilde karşılaşılan, acil girişim gerektiren durumları yönetir.
- 9) Sağlık ve iyilik halinin iyileştirilmesi için uygun ve etkili girişimler uygular.
- 10) Toplum sağlığı için sorumluluk görevi alır.
- 11) Hastaların sağlık problemlerini fiziksel, ruhsal, toplumsal ve kültürel boyutu ile değerlendirir.

Bu disiplinde tanımlanan on bir yeterlik, altı çekirdek yeterlikte toplanabilir (Resim 1).

- a) Birinci basamak yönetimi
- b) Kişi merkezli bakım
- c) Özgül sorun çözme becerileri
- d) Kapsamlı yaklaşım
- e) Toplum yönelimli olma
- f) Bütüncül yaklaşım (15)



**Resim 1:** WONCA Ağacı (WONCA Aile Hekimliği Avrupa Tanımı, 2011)

Aile hekimliği uzmanlık eğitimi ile aile hekimliği tanımı içinde yer alan temel ilkeler doğrultusunda, klinik bilgi ve beceri, tutum ve davranışlarının geliştirilmesi ve uygulanması için uygun olanaklar sağlamayı amaçlamaktadır (6).

Türkiye’de Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi 1983 yılında başlamıştır. O zamandan bu yana Aile hekimliği uzmanlık eğitiminde büyük gelişmeler olmuş, özellikle de üniversitelerde sorumluluk alan aile hekimliği anabilim dalları uzmanlık eğitiminin dünya standartlarına uygun olarak geliştirilmesi konusunda hayli aşama kaydetmişlerdir (16). Türkiye’de Aile hekimliği uzmanlık eğitimi 1985 yılından bu yana sürmektedir. Sistematiğe hale gelmesi özellikle üniversitelerin anabilim

dallarının uzmanlık eğitimi vermesi ile özgün eğitim programları oluşturulmuştur. Marmara, Adnan Menderes, Dokuz Eylül ve Çukurova Üniversiteleri gibi birçok yerde 2000’li yılların başında uzmanlık eğitim program ve müfredatını yayınlamışlardır. Ülke çapında yaygınlaşan bu müfredat oluşturma çabaları, 2004 yılında Türkiye Aile Hekimliği Yeterlik Kurulu’nun kurulması ile standardize edilmiş ve 2017 yılında Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi (TUKMOS) Aile Hekimliği Komisyonu ile müfredata son şekli verilmiştir.

Bu müfredatın amacı uzmanlık eğitiminin de gereken yeterlik alanları ve bunlar için gerekli eğitim alt yapısı yöntemleri tanımlanmasıdır. 1985 yılından bu yana üç yıl süre ile verilen Aile hekimliği uzmanlık eğitiminin tamamı rotasyonlardan oluşmaktaydı. Tıpta Uzmanlık Kurulu (TUK) ’nun 2010 yılında aldığı karara göre rotasyon süreleri kısaltılmış, Aile hekimliği disiplininin temel ilke ve esaslarına özgün öğretilerine 18 aylık süre ayrılmıştır. Bu eğitim üç temel bileşenden oluşmaktadır:

- 1) Aile hekimliği uygulama eğitimi
- 2) İlgili alanlarda rotasyonlar
- 3) Uzmanlık eğitim süresince süren düzenli eğitim aktiviteleri (6).

Aile hekimliği uzmanlık eğitim sürecinin yürütüldüğü yerler:

- Aile hekimliği anabilim dalı
- Eğitim ve araştırma hastaneleri Aile hekimliği klinikleri
- Aile hekimliği anabilim dalı poliklinikleri
- Eğitim ve araştırma hastaneleri Aile hekimliği poliklinikleri
- Eğitim aile sağlığı merkezleri
- Eğitim amaçlı iş birliği yapılan aile sağlığı merkezleri
- Evde sağlık hizmetleri
- Huzur ve bakım evleri (6).

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı’nda da yaklaşık 8 yıldır ESH eğitimi verilmektedir. Saha eğitiminin amacı birinci basamakta

çağdaş, kanıta dayalı, etkin ve kaliteli sağlık hizmet sunumu verecek yeterliliğe sahip uzmanlar yetiştirmektir. Birinci basamakta olması ve toplum yönelimli bir klinik branş olması sebebiyle bu yeterliliklerin sahada kazanılabileceği ortadadır (17, 18).

Yurt dışı örnekler incelendiğinde Hollanda’da 3 ay boyunca yapılan yaşlı bakımevi rotasyonu bulunmaktadır. ABD’de asistan hekimlerin geriatrik hastalar için aldığı eğitim yanında en az yüz saatlik hemşirelik bakım eğitimi almaları zorunlu kılınmaktadır. Kanada’da ise uzmanlık eğitiminde 4 – 24 haftalık geriatri ve palyatif bakım eğitimi mevcuttur. İngiltere’de seçmeli geriatri rotasyonu vardır.

Günümüzde Aile hekimliği hizmeti kapsamında ESH yanında kendine kayıtlı nüfusu ve bu kişilere verilecek hizmetler göz önüne alınırsa ve beklenen yaşam süresindeki artış, kronik hastalıklardaki artış sebebiyle; Aile hekimliği uzmanının geriatrik hastaya yaklaşımı ve hastalıklarının yönetimi, palyatif bakım açısından yetkinlik kazanması gerekliliği eğitimi önemli hale getirmektedir (19).

## **2.9. Aile Hekimliğinde Kalitatif Çalışmaların Önemi**

Bilgi toplama amacıyla yapılan bilimsel araştırmalar genel olarak iki ana gruba ayrılır: kalitatif (niteliksel) ve kantitatif (niceliksel). Kantitatif çalışmalar daha sıklıkla biyoloji, fizik, kimya, jeoloji gibi doğa bilimlerinde, gözlemlenebilen ve ölçülebilen konularda kullanılmaktadır. Bu araştırma türüyle, gözlem ve ölçümler nesnel bir şekilde yapılabilmektedir ve başka araştırmacılar tarafından tekrar edilebilmektedir. Kalitatif çalışmalarla daha sıklıkla psikoloji, sosyoloji, antropoloji gibi sosyal bilim araştırmacıları tarafından tercih edilmektedir. Bu tür çalışmalar ile insan davranışları ve yaşanan sosyal dünya incelenmesi daha mümkündür (20). Niteliksel çalışmalar, laboratuvar ortamında değil de gerçek ortamda yapıldığı için ‘Saha Çalışması’ ya da ‘Doğal Çalışma’ olarak da isimlendirilir (21).

Kantitatif araştırmalar, yapılan ölçümlerde bireylerin ne sıklıkta veya bu bireylerden kaç tanesinin benzer davranış gösterdiğini söylemektedir. Yani bu çalışmalarda yanıt aranan sorular; ne kadar, ne sıklıkta, ne derecede gibi ölçüm bilgisi veren sorularla başlamaktadır. ‘Neden / nasıl / hangi yol ile’ sorularına yeterli

cevap oluşturmadiğından kalitatif çalışmaların gerekli olduğu durumu ortaya çıkmaktadır (20). Kalitatif araştırmalar ile belirlenen sıklık ve dağılımlardan daha fazla, kelimelerin manaları üzerinde durulmaktadır (22).

Merenstein ve ark. göre klinik ya da hasta odaklı çalışmaların, Aile hekimliği pratiği ile daha bağlantılı olduğu düşünülmektedir (23). Aile hekimliği uygulamasında niteliksel çalışmaların değeri çok büyüktür. Kendisine özgü eğitim içeriği, araştırma ve klinik pratiği olan akademik ve bilimsel bir disiplin olan ve birinci basamak yönelimli klinik uzmanlık dalıdır. Aile hekimlerinin, birinci basamakta biyopsikososyal yaklaşımı hastalarla daha yakın iletişim kurabilme üstünlüğüne sahiptirler. Bu nedenle kronik hastalıkları nleme, tanı ve tedavi aşamasında anahtar rolleri mevcuttur (22).

Niteliksel araştırmalar ile hastaların mevcut rahatsızlıklarının neden ve nasıl bu evreye geldiği, nasıl bir mücadele verdikleri, ne kadarında başarı gösterip, ne kadarında niçin başarısız oldukları incelenmektedir. Bununla birlikte tedaviye yaklaşımdan beklentilerinin neler olduğu, bu süreçte hayatlarında nasıl etkilenimler olduğu da değerlendirilebilmektedir. Bu araştırmalar Aile hekimliği disiplin özelliklerine oldukça uygun olmaktadır. Çünkü hastaları ilk gözlemleyen kişidir ve bireyi tek bir taraflıyla değil bütünüyle değerlendirmeyi ilke edinmiştir. Kalitatif çalışmalardan elde edilen sonuçlar ile kişilerin farkındalığı artmaktadır, ayrıca sağlık hizmeti sunucularının da hastanın ve tedavi sürecine bakışının da farkındalığının artmasına katkıda bulunmaktadır.

Niteliksel çalışmaların sonuçları tüm topluma genellenememektedir. Bu nedenle ortaya çıkan sonuçlar yalnızca çalışmanın yürütüldüğü grubu kapsamaktadır. Bu durum bir kısıtlılık olarak değerlendirilmekle beraber, niteliksel çalışma amaçlarında zaten genelleme yapmak bulunmamaktadır. Bu alışmalar, ele alınan konu üzerinde derinlemesine düşünmeyi amaçlamaktadır ve böylece farkındalık sağlamayı arttırmaya katkı sunmaktadır. Aile hekimliği için bu durum kısıtlılığın arkasından bir avantaj da sağlamaktadır. Aile hekimi, sürekli birçok yönden ve yakından takip edilme şansına sahip olan bir hasta popülasyonunun belirli problemlerini ele alarak, niceliksel veriler yardımıyla, niteliksel araştırma yöntemlerinden faydalanarak, bu hastalarına özel bir yaklaşım gösterebilirler. Doğal olarak bu sonuçları tüm popülasyon ya da araştırma dışında kalan bireylere

uyarlaması olanaksızdır. İfade edildiği üzere amaç, belirlenen konu için derinlemesine düşünme ve daha önce değinilmeyen sorunları ele alma ve farkındalık oluşturmasına katkı sağlamaktır. Bu niteliksel çalışmalar ile ortaya çıkan verilerle, niceliksel çalışmaların verileriyle Aile hekimine yol gösterici olmaktadır. Aile hekimlerinin benzer sorunlar yaşayan hastalara yaklaşımlarında daha profesyonel davranmasını sağlamaktadır, empati kurmasını kolaylaştırmaktadır ve olgu ve durumları birçok yönüyle ele almasına katkı sunmaktadır (22).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Tipi ve Yeri

Bu araştırmada, toplumda nadir görülen olay ve durumlarda bütüncül şekilde derinlemesine araştırma sağlayan “kalitatif araştırma” yöntemi kullanılmıştır.

Veriler odak grup görüşmeleri ve yüz yüze yapılandırılmış derinlemesine görüşmeler yoluyla toplanmıştır. Katılımcılara telefon ile ulaşıp çalışma hakkında bilgi verilip, sözlü onamları alınmıştır ve çalışmaya gönüllü olanlarla yüz yüze ya da çevrim içi görüşme için randevulaşmıştır. Ardından, katılımcıların tercihine göre belirlenen yerlerde Covid-19 tedbirleri kapsamında gerekli koşullar sağlanarak görüşmeler gerçekleştirilmiş, salgının seyri nedeniyle yüz yüze görüşme mümkün olmadığına ise görüntülü dijital görüşme yöntemi kullanılmıştır. Görüşmeler sırasında, katılımcıların rızası alınarak ses kayıtları alınmış ve aynı araştırmacı tarafından daha sonra analiz edilmek üzere transkript oluşturulmuştur. Yapılan görüşmelerin süresi 20-45 dakika arasında değişmektedir. Her bir odak grup görüşmesinde ve yüz yüze derinlemesine görüşmede hekimlere mesleki deneyimleri ile birlikte amaca uygun aynı yapılandırılmış sorular yöneltmiştir. Yapılandırılmış soru formu yedi sorudan oluşmaktadır (Tablo 3).

**Tablo 3:** Soru Formu

| SORULAR                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1- Lütfen isminizi söyleyip kendinizi kısaca tanıtır mısınız?                                                                                           |
| 2- Uzmanlık eğitiminiz sırasında nasıl bir Evde Sağlık Hizmetleri eğitimi aldınız?                                                                      |
| 3- Uzmanlık eğitimi sırasında aldığınız Evde Sağlık Hizmetleri deneyimleri ve eğitimleri, hekimlik uygulamalarınızı nasıl etkiledi?                     |
| 4- Bu eğitim sizde Evde Sağlık Hizmeti ihtiyacı olan hastalara olan tutumunuzu nasıl etkiledi?                                                          |
| 5- Eğitim sırasındaki uygulamalardan en çok hangisinden yararlanıyorsunuz / hangisini kullanıyorsunuz?                                                  |
| 6- Uygulamada evde sağlık hizmeti sunarken en çok zorluk çektiğiniz alanlar neler? Hiç yaşadığınız olumsuz deneyiminiz oldu mu? Olduysa nasıl etkiledi? |
| 7- Yaşadığınız deneyimlerden sonra bu eğitimlerle ilgili önerileriniz neler olur?                                                                       |

Görüşmeler sırasında sorulacak sorular katılımcıların Evde Sağlık Hizmetleri eğitimini nasıl algıladıkları, hekimlik uygulamalarına ne derecede katkısı olduğu ve nasıl etkilediğini ortaya koymalarını sağlayacak şekilde açık uçlu şekilde düzenlenmiştir.

Bir adet pilot görüşme araştırmacı ve araştırma danışmanı bir arada olmak üzere yürütülmüştür. Daha sonraki tüm görüşmeler aynı araştırmacı tarafından, odak grup görüşmesi ve yüz yüze olarak yapılandırılmış soru formu ile katılımcının tercih ettiği ortamda planlayarak yürütülmüştür.

Görüşmelerde, alınan yanıtlarda tekrarlar ve benzer ifadeler oluşmaya başladığında verinin doygunluğa ulaştığı ön görülerek veri toplama süreci sonlandırılmıştır.

### **3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklem**

Araştırmanın evrenini, Aile Hekimliği uzmanlık eğitiminde Evde Sağlık Hizmeti eğitimi alan, eğitim sırasında ESH biriminde aktif çalışan ve/veya ev ziyareti yapan, en az 1 yıldır uzman olarak görev yapan ve çalışmaya katılmaya onam veren Aile Hekimliği uzmanları oluşturmaktadır. Katılımcılar, Evde Sağlık Hizmeti eğitimi veren Aile Hekimliği Anabilim Dalları ile iletişim kurulduktan sonra, uzmanlık eğitimi almış olan bir Aile Hekimliği uzmanına ulaşıldıktan sonra kartopu yöntemi ile diğer hekimlere ulaşarak belirlenmiştir.

Örneklem büyüklüğü hesaplanmamış olup örneklem seçiminde maksimum çeşitlilik (birinci basamakta çalışma, Evde Sağlık Hizmetleri biriminde çalışma vb.) kriteri gözetildi.

Bu süreçte toplam 64 Aile Hekimliği uzman doktoruna ulaşılmıştır. 25 kişi çalışmaya dahil olma kriterlerine uygun olmadığı için çalışmaya alınamamıştır. Çalışmayı kabul etmeyen 22 kişiden 19 kişi zaman olarak uygun olmadıklarını belirterek, 3 kişi ise çalışma ile ilgilenmediklerinin ifade ederek katılmayı kabul etmemiştir. Toplamda 16 kişi ile görüşülmüş olup, 1 kişinin cevapları yapılandırılmış sorulara yanıt vermede problem yaşandığı için çalışmadan çıkarılmıştır. Katılımcıların sosyo-demografik bilgileri Tablo 4’te gösterilmiştir.

### **3.3. Çalışmaya Dahil Olma Kriterleri**

Çalışma grubumuzu, ülkemizde uzmanlık eğitiminde ESH eğitimi almış olan, eğitim sırasında ESH biriminde aktif çalışan ve/veya ev ziyareti yapan ve en az 1 yıldır uzmanlık görevini yapan Aile Hekimliği uzmanlarından, çalışmaya katılmaya gönüllü olanlar oluşturmaktadır.

### **3.4. Çalışmadan Dışlama Kriterleri**

Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen ve uzmanlık eğitiminde Evde Sağlık Hizmetleri eğitimi almamış Aile Hekimliği uzmanları çalışmaya dâhil edilmemiştir.

### **3.5. Araştırmanın Zamanı**

Veriler 04 Eylül 2021 - 04 Şubat 2022 tarihleri arasında toplanmıştır.

### **3.6. Araştırmada Verilerin Toplanması / Veri Toplama Araçları**

Görüşmeler sırasında çevrimiçi ve yüz yüze görüşmelerde ses kayıt programı ve cihazı kullanılarak 20-45 dakika boyunca yedi soruluk yapılandırılmış bir soru formu (Tablo 3) eşliğinde odak grup görüşmesi ve derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Görüşmeler sırasında sorulan sorular katılımcıların Evde Sağlık Hizmetleri eğitimini nasıl algıladıkları, hekimlik uygulamalarına ne derecede katkısı olduğu ve nasıl etkilendiğini ortaya koymalarını sağlayacak şekilde açık uçlu şekilde düzenlenmiştir. Görüşmelerin tamamı aynı araştırmacı tarafından yapılmıştır. Görüşmelerden farklı kod çıkmamaya başlaması sonrası sonlandırma protokolü izlenmiştir.

### **3.7. Verilerin Analizi**

Elde edilen ses kayıtlarının çözümlenmesi birinci araştırmacı tarafından yapılmıştır. Bu çözümlemelere araştırmanın verileri toplanmaya başlanması ile başlanmıştır. Birebir transkriptler oluşturularak iki araştırmacı tarafından kodlar oluşturulmuştur. Toplamda 174 adet kodda uzlaşa sağlandıktan sonra kod listeleri oluşturulmuştur. Ortaya çıkan kod listeleri öncelikle ilk iki araştırmacının birçok kez bir araya gelip tartışmasıyla birbirine benzeyen

duygu ve düşünceler oluştuğu konusunda ortak kanaate varıldığında kategoriler oluşturulmuştur. Sonrasında üçüncü araştırmacı ile tekrar değerlendirme yapılmıştır. Bu değerlendirme sonucunda ortaya konulan yeni kategoriler, üç bağımsız araştırmacı tarafından önceden belirlenen kategoriler ile karşılaştırılmış ve ortak bir fikir birliği ile 25 adet kategori belirlenmiştir.

Kategori listesi de araştırmacılar tarafından tartışılarak birbirine benzeyenler aynı temalar altında toplanmıştır. Toplam 7 tema oluşturulmuştur. Oluşturulan temaların da benzerleri gruplandırılarak üç ana temaya indirgenmiştir. Böylece tematik analiz süreci tamamlanmıştır.



**Resim 2: Analiz çalışması**

#### 4. BULGULAR

Araştırmaya dahil edilen 16 kişinin sosyodemografik özellikleri Tablo 4’te gösterilmektedir.

**Tablo 4:** Katılımcıların Sosyo-demografik Özellikleri

| <b>Katılımcı</b> | <b>Yaş</b> | <b>Cinsiyet</b> | <b>Hekimlik<br/>Yapma<br/>Süresi</b> | <b>Aile<br/>Hekimliği<br/>Uzmanlığı<br/>Yapma<br/>Süresi</b> | <b>ESH<br/>İhtiyacı<br/>Olan<br/>Yakını<br/>Olma<br/>Durumu</b> |
|------------------|------------|-----------------|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| 1                | 37         | Kadın           | 10 yıl                               | 3 yıl                                                        | Yok                                                             |
| 2                | 31         | Kadın           | 7 yıl                                | 2 yıl                                                        | Yok                                                             |
| 3                | 31         | Kadın           | 8 yıl                                | 3 yıl                                                        | Yok                                                             |
| 4                | 34         | Kadın           | 10 yıl                               | 2 yıl                                                        | Yok                                                             |
| 5                | 31         | Kadın           | 8 yıl                                | 3 yıl                                                        | Var                                                             |
| 6                | 35         | Kadın           | 11 yıl                               | 5 yıl                                                        | Var                                                             |
| 7                | 31         | Kadın           | 6,5 yıl                              | 2 yıl                                                        | Var                                                             |
| 8                | 33         | Kadın           | 9 yıl                                | 5 yıl                                                        | Yok                                                             |
| 9                | 40         | Kadın           | 7 yıl                                | 3 yıl                                                        | Yok                                                             |
| 10               | 33         | Kadın           | 9 yıl                                | 3 yıl                                                        | Yok                                                             |

|    |    |       |         |         |     |
|----|----|-------|---------|---------|-----|
| 11 | 30 | Kadın | 5 yıl   | 2 yıl   | Yok |
| 12 | 29 | Kadın | 6 yıl   | 2 yıl   | Yok |
| 13 | 42 | Erkek | 19 yıl  | 11 yıl  | Var |
| 14 | 30 | Kadın | 6,5 yıl | 3 yıl   | Yok |
| 15 | 32 | Erkek | 8,5 yıl | 3,5 yıl | Yok |

Çalışmada yapılan görüşmelerin ses kayıtları transkriptlere birebir dönüştürülmüştür. Oluşan transkriptler iki araştırmacı tarafından birbirlerinden bağımsız olarak kodlanmıştır. Uzlaşa sağlanan 174 adet kod ile kod listeleri oluşturulmuştur. Kodlardan bazı örnekler aşağıda belirtilmiştir:

“Evde sağlık birinci basamağın işi. ... O yüzden evde bakım hizmetlerine, evde sağlık hizmetlerine kesinlikle daha fazla yer vermek lazım” **Katılımcı 12**

“Onların ne kadar aslında çaresiz hissettiklerini gördüğüm için kesinlikle onlara çok daha şefkatli, çok daha onlara hizmet verirken istekli olmama sebep oldu.” **Katılımcı 2**

“Yani senin yapacağın şey bir noktaya kadar faydalı oluyor. Kesinlikle hasta yakının iş birliği gerekiyor. Ve o olmadığı zaman da çaresiz hissediyorsun kendini.” **Katılımcı 8**

“Problemli bir hasta evine gittim. Yaptığım iş girişiminin doğru olmadığına dair kameraya çekip yayınlamak isteyen hasta oldu. Aynı hasta benden sonra giden arkadaşları evde rehin alıp, üzerine kapı kilitleyip tehdit etti.” **Katılımcı 12**

“İnsanların evine gidiyoruz... Güvenlik endişemiz vardı açıkçası.” **Katılımcı 2**

“Normal rutin poliklinik pratiğimde böyle yirmili - otuzlu yaşları görürken, evde sağlıkta daha işte demansı olan, SVO’lu, bir şekilde düşmüş yatalak hale gelmiş hastaları çok görüyoruz ya dolayısıyla geriatrik popülasyonun problemlerine daha aşinaydım buraya gelirken. Dolayısıyla benim işimi çok kolaylaştırdı burada.”

**Katılımcı 15**

“Evde bakım eğitimi kesinlikle olmalı asistanlık döneminde. Hatta ben normal poliklinik eğitiminden daha çok katkısı olduğunu düşünüyorum evde bakımın.”

**Katılımcı 1**

“Aile hekimliği uzmanlık eğitiminde hani evde sağlık dışında başka bir yerde göremeyeceğimiz alanlar var. Mesela birincisi, yara bakımı.” **Katılımcı 10**

“Her hocamızla da farklı bakış açısı geliyor yani. Hastaya çıkmak bile insanın ufkunu açıyor. ... Diğer bölümlerdeki konsültasyonlar da çok açtı ufkumu.”

**Katılımcı 9**

Kod listeleri öncelikle iki bağımsız araştırmacı ile birçok kez tartışılarak birbiri ile benzer his ve düşüncelere karşılık geldiği konusunda uzlaşılnca ulaşılan katılımcı ifadeleri bir araya toplayarak kategori listesi oluşturulmuştur. Sonra ilk araştırmacı ile üçüncü araştırmacı bir araya gelerek tekrar kod listeleri üzerinden tartışıp, uzlaşa sağlandığında yeni bir kategori listesi oluşturulmuştur. Daha sonra üç bağımsız araştırmacı bir araya gelmiş ve oluşturulan kategori listeleri karşılaştırılmıştır. 25 başlıktan oluşan kategori listesinde ortak bir uzlaşya varılmıştır. Ulaşılan kategoriler Tablo 5’te gösterilmiştir.

**Tablo 5:** Kategori Listesi

|             |                                                                       |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------|
| Kategori 1  | Uygulamalı/yaparak öğrenme imkânı                                     |
| Kategori 2  | ESH bütüncül ve kapsamlı yaklaşımı görmek için ideal bir alan         |
| Kategori 3  | Klinik öğrenme ve usta-çırak ilişkisi olması                          |
| Kategori 4  | Süreklilik, hastayı takip etme olanağı                                |
| Kategori 5  | Farklı vakalar, çeşitlilik görülmesi                                  |
| Kategori 6  | Özgüven hissi                                                         |
| Kategori 7  | ESH hasta yönetimi becerisini geliştirir                              |
| Kategori 8  | Mesleki tatmin duygusu                                                |
| Kategori 9  | Empati kurabilme                                                      |
| Kategori 10 | İnsancılık                                                            |
| Kategori 11 | Hasta savunuculuğu                                                    |
| Kategori 12 | ESH eğitiminde ‘Kişi merkezli bakım’ öğrendim                         |
| Kategori 13 | ESH eğitiminin uzmanlık dönemindeki önemini/yerini fark etmek         |
| Kategori 14 | ESH’nin yönetimi/düzenlenmesi ile ilgili olumsuzluk durumlar          |
| Kategori 15 | ESH ile ilgili yönetsel beceri oluşturma                              |
| Kategori 16 | Yaşlı sağlığına yaklaşım açısından geliştirdi                         |
| Kategori 17 | ESH alanına özgü bilgi edinmek                                        |
| Kategori 18 | Koruyucu hekimlik                                                     |
| Kategori 19 | Hasta yakınları ile yaşanan sorunlar                                  |
| Kategori 20 | Hasta yakınları ile iş birliği kurmak                                 |
| Kategori 21 | ESH sunumunun dezavantajları                                          |
| Kategori 22 | ESH sunumunun asistan hekimler üzerinde oluşturduğu olumsuz duygular  |
| Kategori 23 | ESH sunumunda asistan hekimler üzerinde motivasyonu arttıran duygular |
| Kategori 24 | ESH için teorik eğitim ihtiyacı                                       |
| Kategori 25 | Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi müfredatında ESH ile ilgili öneriler  |

Kategori listesi (Tablo 5) oluşturulduktan sonra üç araştırmacı birlikte 25 kategorinin altında yer alan kodların birbiri ile yakınlık ve ilintilerini tartışarak 7 adet temaya ulaşmıştır. Tematik analizin sonunda ortaya çıkan temalar Tablo 6’da gösterilmiştir.

**Tablo 6:** Tema Listesi

|                                                                                                          |                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Tema 1</b><br>ESH eğitimi Aile Hekimliği ilkeleri ve yaklaşımlarını öğrenmek için uygun bir fırsattır | Kategori 2: ESH bütüncül ve kapsamlı yaklaşımı görmek için ideal bir alan          |
|                                                                                                          | Kategori 4: Süreklilik, hastayı takip etme olanağı                                 |
|                                                                                                          | Kategori 11: Hasta savunuculuğu                                                    |
|                                                                                                          | Kategori 12: ESH eğitiminde ‘Kişi merkezli bakım’ öğrendim                         |
|                                                                                                          | Kategori 16: Yaşlı sağlığına yaklaşım açısından geliştirdi                         |
|                                                                                                          | Kategori 18: Koruyucu hekimlik                                                     |
| <b>Tema 2</b><br>ESH’ye özgü klinik yetkinlik kazanma                                                    | Kategori 1: Uygulamalı/yaparak öğrenme imkânı                                      |
|                                                                                                          | Kategori 7: ESH hasta yönetimi becerisini geliştirir                               |
|                                                                                                          | Kategori 13: ESH eğitiminin uzmanlık dönemindeki önemini/yerini fark etmek         |
|                                                                                                          | Kategori 15: ESH ile ilgili yönetsel beceri oluşturma                              |
|                                                                                                          | Kategori 17: ESH alanına özgü bilgi edinmek                                        |
|                                                                                                          | Kategori 20: Hasta yakınları ile işbirliği kurmak                                  |
| <b>Tema 3</b><br>Öğrenme ortamı olarak ESH avantajları                                                   | Kategori 3: Klinik öğrenme ve usta-çırak ilişkisi olması                           |
|                                                                                                          | Kategori 5: Farklı vakalar, çeşitlilik görülmesi                                   |
| <b>Tema 4</b><br>ESH’nin hekimde yarattığı duygular                                                      | Kategori 8: Mesleki tatmin duygusu                                                 |
|                                                                                                          | Kategori 22: ESH sunumunun asistan hekimler üzerinde oluşturduğu olumsuz duygular  |
|                                                                                                          | Kategori 23: ESH sunumunda asistan hekimler üzerinde motivasyonu arttıran duygular |

|                                                                   |                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Tema 5</b><br>ESH'nin<br>profesyonel<br>tutumlara katkısı      | Kategori 6: Özgüven hissi                                                         |
|                                                                   | Kategori 9: Empati kurabilme                                                      |
|                                                                   | Kategori 10: İnsancılık                                                           |
| <b>Tema 6</b><br>ESH sunumu<br>sırasında yaşanan<br>olumsuzluklar | Kategori 14: ESH'nin yönetimi/düzenlenmesi ile ilgili olumsuz durumlar            |
|                                                                   | Kategori 19: Hasta yakınları ile yaşanan sorunlar                                 |
|                                                                   | Kategori 21: ESH sunumunun dezavantajları                                         |
| <b>Tema 7</b><br>ESH eğitimi ile<br>ilgili öneriler               | Kategori 24: ESH için teorik eğitim ihtiyacı                                      |
|                                                                   | Kategori 25: Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi müfredatında ESH ile ilgili öneriler |

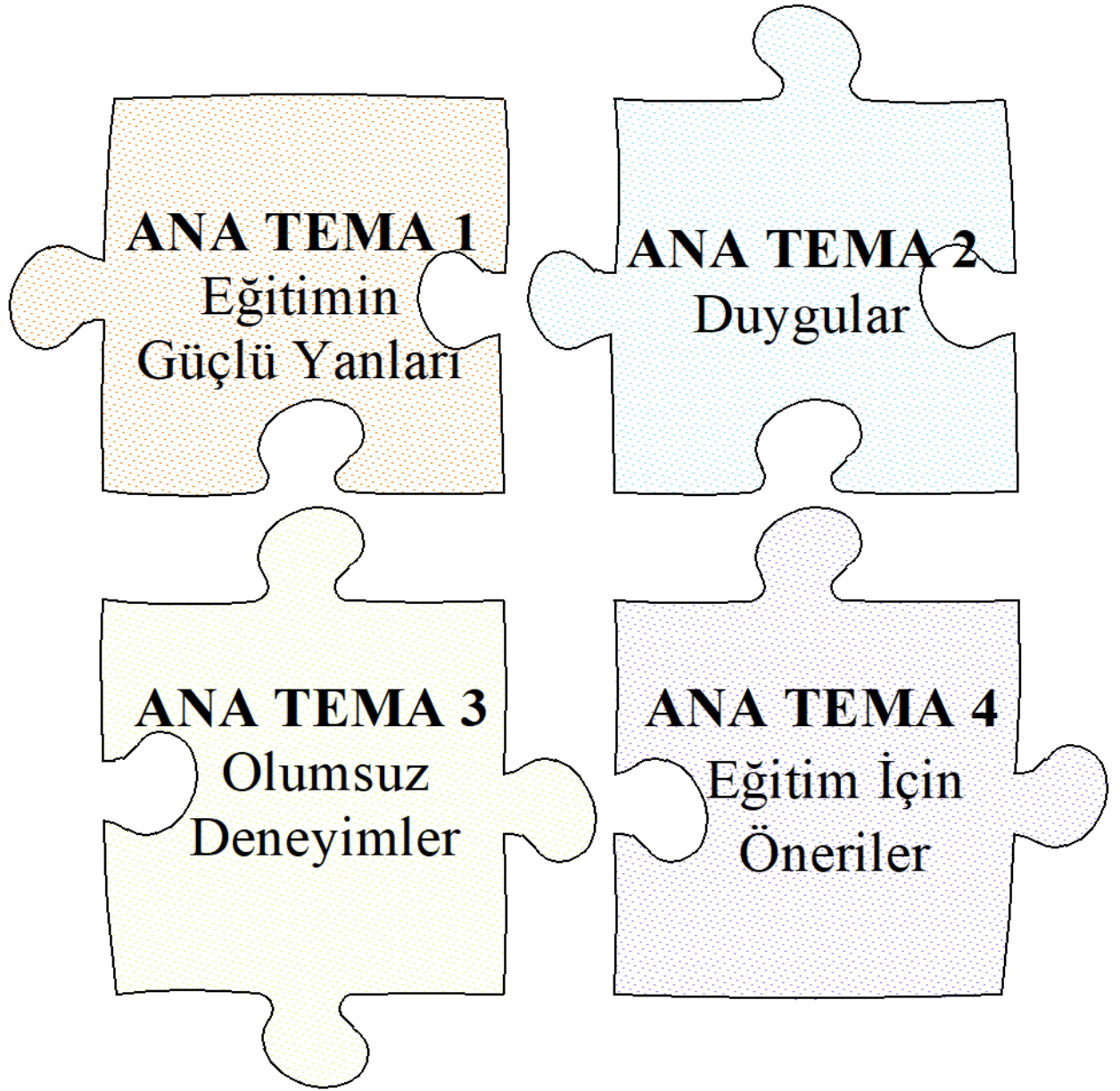
Ulaşılan temalardan birisi 'ESH eğitimş Aile Hekimliği ilkeleri ve yaklaşımlarını öğrenmek için uygun bir fırsattır' oldu. Bu temanın içine dahil olan kategoriler; ESH bütüncül ve kapsamlı yaklaşımı görmek için ideal bir alan, süreklilik-hastayı takip etme olanağı, hasta savunuculuğu, ESH eğitiminde 'Kişi merkezli bakım' öğrendim, yaşlı sağlığına yaklaşım açısından geliştirdi ve koruyucu hekimlik oldu. 'ESH'ye özgü klinik yetkinlik kazanma' ise ikinci temayı oluşturdu. Bu tema; uygulamalı/yaparak öğrenme imkânı, ESH hasta yönetimi becerisini geliştirir, ESH eğitiminin uzmanlık dönemindeki önemini/yerini fark etmek, ESH ile ilgili yönetsel beceri oluşturma, ESH alanına özgü bilgi edinmek, hasta yakınları ile iş birliği kurmak kategorilerini içermektedir. Üçüncü tema, 'Öğrenme ortamı olarak ESH avantajları'dır. Klinik öğrenme ve usta-çırak ilişkisi olması ve farklı vakalar, vakalarda çeşitlilik görülmesi bu temanın altında toplandı. 'ESH'nin hekimde yarattığı duygular' dördüncü tema oldu. Bu temanın altında; mesleki tatmin duygusu, ESH sunumunun asistan hekimler üzerinde oluşturduğu olumsuz duygular ve ESH sunumunda asistan hekimler üzerinde motivasyonu arttıran duygular bulundu. 'ESH'nin profesyonel tutumlara katkısı' olan beşinci temanın altında;

özgüven hissi, empati kurabilme ve insancılık kategorileri yer aldı. Altıncı tema, ‘ESH sunumu sırasında yaşanan olumsuzluklar’ idi. Burada ESH’nin yönetimi/düzenlenmesi ile ilgili durumlar, hasta yakınları ile yaşanan sorunlar ve ESH sunumunun dezavantajları yer edindi. Son olarak yedinci tema, ‘ESH eğitimi ile ilgili öneriler’ olarak belirlendi. Bu tema ise ESH için teorik eğitim ihtiyacı ve Aile Hekimliği uzmanlık müfredatında ESH ile ilgili öneriler kategorilerini içerdi.

Tema listesi oluşturulduktan incelendiğinde buradaki başlıkların bir bölümü ESH eğitiminin güçlü yanlarını, kazanımlarını; bir bölümü deneyimlerini, yaşananları; kalan bölümü ise bu eğitim için Aile Hekimliği uzmanlarının sundukları önerileri içeriyordu. Bununla beraber bu temalar ‘Eğitimin güçlü yanları’ birinci ana tema, ‘Duygular’ ikinci ana tema, “Olumsuz deneyimler” üçüncü ana tema ve ‘Eğitim için öneriler’ dördüncü ana tema olacak şekilde bu başlıklar altında birleştirildi. Ortaya çıkan ana temalar Tablo 7’de gösterilmiştir.

**Tablo 7: Ana Temalar**

|                                             |                                                                                                 |
|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ANA TEMA 1</b><br>Eğitimin güçlü yanları | Tema 1: ESH eğitimi Aile Hekimliği ilkeleri ve yaklaşımlarını öğrenmek için uygun bir fırsattır |
|                                             | Tema 2: ESH’ye özgü klinik yetkinlik kazanma                                                    |
|                                             | Tema 3: Öğrenme ortamı olarak ESH avantajları                                                   |
|                                             | Tema 5: ESH’nin profesyonel tutumlara katkısı                                                   |
| <b>ANA TEMA 2</b><br>Duygular               | Tema 4: ESH’nin hekimde yarattığı duygular                                                      |
| <b>ANA TEMA 3</b><br>Olumsuz deneyimler     | Tema 6: ESH sunumu sırasında yaşanan olumsuz deneyimler                                         |
| <b>ANA TEMA 4</b><br>Eğitim için öneriler   | Tema 7: ESH eğitimi ile ilgili öneriler                                                         |



#### 4.1. ANA TEMA – 1: GÜÇLÜ YANLARI

Çalışmaya katılan uzman hekimler, asistanlık eğitiminde ESH eğitimi almanın kendilerine uzmanlık döneminde kazanımları olduğundan bahsetmişlerdir. Hem hekimlik pratiklerinde kullanacakları uygulamaları geliştirdiğini hem de profesyonel yaklaşımlarına katkısı olduğunu vurgulamışlardır.

#### **4.1.1. ESH Eğitimi Aile Hekimliği İlkeleri ve Yaklaşımlarını Öğrenmek İçin Uygun Bir Fırsattır**

Uzmanlık eğitiminde hekimlerin Aile Hekimliği ilkelerini öğrenmek ve bu yaklaşımları sergilemek için ESH'nin ideal bir alan olduğunu söylemişlerdir. ESH'nin hizmet sunumu şartları gereği bütüncül ve kapsamlı yaklaşımının uygulanmasının ideal bir alan olduğu, hastayı sürekli takip edebilme olanağı bulunduğu, hasta savunuculuğunun yapılabildiği, kişi merkezli yaklaşımın yapılabildiğini belirtmişlerdir. Poliklinik pratiğinde daha çok genç hasta ile karşılaştığını; ancak ESH sunarken yaşlı hastalar ile daha çok uygulama yaptığını ve bunun da katkısının fazla olduğunu ifade edenler olmuştur. Ayrıca Aile Hekimliği ilkelerinden olan koruyucu hekimlik uygulaması için de ESH'nin uygun bir alan olduğu dile getirilmiştir. Aşağıda konu ile ilgili örnekler yer almaktadır:

“Evde bakımda çalışırken de hastalara bakış açım ile bayağı bir geniş açıdan bakabiliyordum. Bütüncül yaklaşabiliyordum hastalara. Aile hekimliği nosyonumu da geliştirdi.” **Katılımcı 2**

“Sonuçta sadece hastalığına yönelik değil, işte yapmam gereken hastanın beslenmesi olabilir, ev içindeki hareketliliği olur; bununla ilgili daha bütüncül yaklaşmamı sağladı.” **Katılımcı 12**

“Hani o problemini çözmeye odaklanırdım ama böyle eve gittiğimde her şeye bakıyorum. Mutfak nasıl, yerler kirli mi, üstü başı kirli mi, hijyeni nasıl, genel durumu nasıl hastanın? Daha hastayı değerlendirmeye geçmeden hani öyle bir şeyi yüklemiş bana evde sağlık. Otomatik tık tık tık tık.” **Katılımcı 15**

“Öncelikle ben biyopsikososyal yaklaşım algısını öğrendiğimi düşünüyorum. Özellikle mesela kapsamlı bakım vermek için kişinin bütün problemlerini düşünmeyi, onun bütün çevresi ile birlikte düşünmeyi öğrendiğimi düşünüyorum.” **Katılımcı 7**

“...bütüncül yaklaşımı deneyimlediğimiz için normal ayaktan gelen, poliklinik hastasına da bakış açımıza katkı sağlamış olduğunu düşünüyorum.” **Katılımcı 10**

“Bir şeyi yanlış yapma ihtimalin olursa tekrar o hastaya gitme ihtimalin oluyor.”  
**Katılımcı 7**

“Evde sağlıkta iki ay gibi kesintisiz kaldığın için hasta takibini gayet net görüyorsun.” **Katılımcı 10**

“Bence evde sağlığın kazandırdığı yetkinliklerden birisi de şu; gerçekten orada hasta savunuculuğunu sonuna kadar yaşıyorsun yani.” **Katılımcı 10**

“Hastalık yönetiminde özellikle yaşlı hastada ilaçların düzenlenmesi noktasında daha çok fayda gördüm. İşte hani bu akılcı ilaç kullanımı ya da işte “yaşlı hastada çoklu ilaç kullanımında ne kadar az kullanabiliriz” o şekilde bir yaklaşım öğretmişti hocalar. O da bana fayda sağladı.” **Katılımcı 1**

“Özellikle çok yaşlıları nasıl yönetmeliyiz, özellikle ileri yaşlı ve aslında belki de palyatif hizmet alması gereken kişileri palyatif bakım alması gereken yer olmadığı için veya alamadığı için, hizmet alamayan kişilere nasıl yaklaşılması gerektiğini de evde sağlıkta öğrendim diyebilirim.” **Katılımcı 7**

“Normal rutin poliklinik pratiğimde böyle yirmili - otuzlu yaşları görürken, evde sağlıkta daha işte demansı olan, SVO’lu, bir şekilde düşmüş yatalak hale gelmiş hastaları çok görüyoruz ya dolayısıyla geriatrik popülasyonun problemlerine daha aşinaydım buraya gelirken. Dolayısıyla benim işimi çok kolaylaştırdı burada.”  
**Katılımcı 15**

“Biz aslında evdeki düşme ihtimallerini de azaltmaya çalışıyoruz. Böylece kişilerin sağlığını korumaya çalıştığımız noktada sağlığı geliştirebilmek için de evle alakalı müdahaleler de öneriyoruz.” **Katılımcı 7**

“Mesela acilde görmeye başladım düşüp kalçalarını kırıyorlar falan. Bir şekilde ona müdahale etmeye çalışıyorum çünkü önlenabilir bir şey, çok basit bir şey.” **Katılımcı 15**

#### 4.1.2. ESH’ye Özgü Klinik Yetkinlik Kazanma

Katılımcıların bir kısmı daha önce kişilerin evde sağlık hizmet ihtiyacı olabileceğini ve bu hizmeti aldıktan sonra bu kadar düzelmeler görececeklerini düşünmediklerini belirtmişlerdir. Uzmanlık döneminde, daha önce ESH eğitimini almış olmanın yetkinlik kazandırması açısından ve ESH sunarken ne kadarını yapabilir ne kadarını yapamaz konusunda fayda sağladığını, bu hizmet ile ilgili yönetsel açıdan becerilerini geliştirdiğini ifadeleri yer almaktadır.

Hekimler ESH eğitiminde, başka yerde karşılaşamayacakları birçok uygulamayı, yaparak öğrenme imkânı bulduklarını belirtmişlerdir. Özellikle yara bakımı, polifarmasi yönetimi gibi teorik bilgilerin uygulamaya döküldüğü yer olduğunu ifade etmişlerdir.

Hastaya nasıl yaklaşılması, nasıl takip edilmesi gerektiği, hasta yakınına yönlendirme, ilaç raporu gibi ihtiyaçlarını karşılayabilme, hangi aşamada hastanın danışılması veya sevk edilmesi konusunda yetkin olunması gibi katkı sağlayan konuların başında gelmiştir.

“... eğitimlerde öğrendiğimiz teorik bilgileri pratik olarak gördüğümüz bir yeri benim için.” **Katılımcı 7**

“Orada karşılaştığımız problemleri ayaktaki hastalarda da karşılaştığımız için en azından uygulamalı öğrenmiş olduk. Birebir kendimiz o problemle başbaşa kaldığımız için daha net şeyler öğrenmiştik.” **Katılımcı 1**

“...mesela ben yani hiç yara bakımı yapmamıştım daha öncesinde ve o yara bakımının incelikleri olduğunu öğrendim.” **Katılımcı 7**

“Yatalak hastalara daha özgü işte yatak yarası gibi onlara özgü konularda da yetkin olmamı sağladı diyebilirim.” **Katılımcı 2**

“ESH alıp almasına karar vermeyi de öğrenmek, bence birinin bağımlı olup olmadığını ölçebilmek iyi bir yeti oluyor diye düşünüyorum.” **Katılımcı 7**

“Yani hastayı görmeden bile yakınıyla bile hastayı değerlendirebiliyorsunuz. ... Ama ben hastanın her şeyini çok kısa bir sürede hemen sorgulayabiliyorum.” **Katılımcı 9**

“Dekübit ülseri bakımını ben orada çok iyi öğrendim.” **Katılımcı 2**

“Tartışmasız yara bakımı. Çünkü onu başka hiçbir yerde görüp deneyimleyemediğimiz için.” **Katılımcı 10**

“Hasta yakınına yönlendirme, diğer işte ilaç raporlarına, ihtiyaçlarına cevap verebilme konusunda faydası oldu.” **Katılımcı 4**

“Çok çok faydasını gördüm ben. ... Hastaya nasıl yaklaşmam lazım, hangi hastayı ne şekilde takip etmem lazım, evde sağlık ne kadarını yapabilir ne kadarını yapamaz?” **Katılımcı 12**

“O zincirde neyin kopuk olduğunu, nasıl bir bağlantı sağlanabilir bunları anlamama yardımcı oluyor.” **Katılımcı 5**

“Hangi hastada neler gerekir, böyle organize etmek, planlamak açısından, yönlendirmek açısından yapabildiğimiz tedaviyi yapmak, yapamadığımız bizi aşan konularda da danışmak, sevk etmek bu aşamalar açısından bana bayağı bir faydası oldu.” **Katılımcı 6**

“... başka bir yere sevk etmeye gerek kalmadan işini de halledebiliyorsunuz.” **Katılımcı 10**

“Katkısı çok büyük diyebilirim. Hatta uzmanlık açısından bence en kıymetli şeylerden biri o. Böyle periferiye gelince anlıyorsun hastanın ihtiyacını. Hiç hastayı görmeden bile aslında anlayabiliyorsun ne ihtiyacı olduğunu.” **Katılımcı 15**

“Evde sağlık dışında genele yayarsak bir rutin oluşturdu bana evde sağlık o popülasyon için.” **Katılımcı 15**

“Ben mecburiye gittiğim zaman evde bakımı daha önce yapmış olmak, daha önce görmüş olmak çok faydasını gördüm.” **Katılımcı 14**

“Hastaların yakınlarına evde sağlık hizmetini yakınlarına veren kişilerin eğitiminde onlara neler anlatmam gerektiğini biliyorum. Hem ben şu an ASM'de çalıştığım için bana ulaşamayan hastaların ihtiyacını kestirebiliyorum hiç görmesem bile. ... Evde sağlığa çıkan pratisyen hekimler de yardımcı oluyorum işte. ... Onları da bir şekilde eğitiyorum gibi yani.” **Katılımcı 15**

“Evde bakımda çalışmaya başladığımda gördüğümde aslında toplumun ne kadar önemli bir ihtiyacını karşıladığımı görmüş oldum.” **Katılımcı 2**

“Ben mesela gerçekten böyle bir farkındalığım yoktu. ... Yani evde bakım diye bir şey hiç kafamda canlanmıyordu, hiç hiç canlanmıyordu. Gittiğimde zaten daha net gördüm evde bakımın bir ihtiyaç olduğunu.” **Katılımcı 14**

“Dolayısıyla gözden kaçırmamak adına bütün gittiğimde her şeyi değerlendirmeye çalışıyorum. Bu bana uzmanlık eğitiminin kazandırdığı bir şey.” **Katılımcı 15**

“Şimdi periferiye geldiğim zaman bunları bilmeseydim çok çaresiz hissederdim. ... ben hastalara bunları önerebiliyorum mesela. ... Yara bakımı açısından uzmanlıkta aldığım eğitim gerçekten sahada bence benim için fark yarattı.” **Katılımcı 2**

“Asistanların hem kendi özgüveninin hem birebir tek başına hasta bakmasına, hastaya yaklaşımının değişmesinde olumlu yönde etkilenmesinde çok faydalı olduğunu düşünüyorum.” **Katılımcı 1**

“Yani evde sağlıkta ne yapılabilir, aile sağlığı merkezinde ne yapılabilir, hastaneye başvurulmuş bir durumda ne yapılabilir buradaki sınırları daha net çizmemi sağladığını düşünüyorum.” **Katılımcı 7**

“Özellikle de hastaneye gelen herkes bizim için hasta, ama insanların evine gidince gördüğümüz hal ise insan. ... O yüzden o deneyimi de kullandığımı düşünüyorum şu an.” **Katılımcı 7**

“Birkaç ay önce Covid azalınca bir palyatif bakım servisi açılması istendi işte bizim şeyden, üniversitede. ... ESH eğitimi orada bana çok çok yardımcı oldu.” **Katılımcı 8**

“Bizim dosya sistemimiz de çok iyiydi. Böyle görsel olarak da onu hatırlıyorum ne soruyorduk falan. Burada kendim için de öyle şey oluşturdum ben.” **Katılımcı 15**

“Tarama testlerimiz oluyordu o zaman malnutrisyon, bası, düşme ile evde sağlıkla ilgili. Onlar çok faydalıydı.” **Katılımcı 14**

“Acil hastayla acil olmayan hastayı ayırabilme, bu tür şeylerin kabiliyetlerimizin geliştiğini ve bu yetkinlikleri de çok güzel kazandığımızı düşünüyorum.” **Katılımcı 9**

“Evde sağlıkta o kişiye bakan kişilerin pratik anlamda ilk taranması gereken kişiler olduğunu fark etmiştim.” **Katılımcı 7**

#### 4.1.3. Öğrenme Ortamı Olarak ESH Avantajları

Hekimler eğitim sırasında usta-çırak ilişkisi denilen eğitici ile uygulama yapmanın daha olumlu olduğu geri bildirimini vermişlerdir. Ayrıca eğitim sırasında farklı vakalar görülmesi, vakalardaki çeşitliliğin fazla olmasının ve bunlarla eğitim sürecinde karşılaşmanın daha önemli olduğunu belirtmişlerdir.

“Asistanlıkta hocaların asistanlarla birlikte eve gitmesi daha şey, daha iyi. Hem yanında sonuçta bir hocan var hemen yanında danışabileceğin. Bir yandan da kendini güvende hissettiren malpraktis vs. açısından onlar önemli bence eğitimde.” **Katılımcı 6**

“...yanındakinin biraz kıdemli oluşu çok güzel.” **Katılımcı 7**

“Her hocamızla da farklı bakış açısı geliyor yani. Hastaya çıkmak bile insanın ufkunu açıyor.” **Katılımcı 9**

“Hocayla çıktığında hastayı yönlendirmesi, koyduğu tanıyı sana iki katı olarak geri dönüyor.” **Katılımcı 11**

“Yaşlı ile sınırlayamıyoruz gerekirse gebelere işte yenidoğan bebeğe bunların hepsi evde bakım şeyinin içine giriyor. Bunlarla ilk rotasyonda asistanken karşılaşmak büyük bir şans.” **Katılımcı 14**

#### 4.1.4. ESH'nin Profesyonel Tutumlara Katkısı

Hekimler hastaların ve hastalıkların yönetimi konusunda yetkinlik kazandıkça özgüvenlerinin arttığını, daha az bocalama hissinin azaldığını fark etmişlerdir. Hastalar ve onların bulundukları ortamları değerlendirme fırsatı bulduklarından empati kurabilme ve insancıl bakabilme noktasında fayda sağladıklarını görmüştür.

“Hastalara çok daha özgüvenli yaklaştım. Bocalamadım. ... Kendimi gerçekten yetkin hissettim.” **Katılımcı 2**

“Pratisyen hekim olarak aile hekimliği yapmıştım. O zaman mesela evde sağlık hastalarına karşı bir çekincem vardı .... Biraz daha böyle özgüven eksikliği vardı. O konuda faydası oldu diyebilirim gerçekten.” **Katılımcı 4**

“İlaç başla-kes, yani orada gerçekten daha fazla edeyim diyorsun ve kendine insana bir özgüveni geliyor.” **Katılımcı 10**

“Bir de (polifarmasi yönetiminde) hangisi ilacını kesebilirim noktasında ilk başlarda korkak oluyorsun da sonra öğrendikçe, işte konsültasyonlarda gördükçe falan bir güven geliyor.” **Katılımcı 11**

“Yaşlıya ya da yatalağa bakmak işte bir engelliye bakmak daha farklı empati seviyesi gerektiriyor.” **Katılımcı 5**

“O yüzden empatimizi yükselttiği gibi, bence aile hekimlerinin özellikle daha insancıl bakabilmesini, sadece kişiye hasta olarak değil insan olarak bakabilmesi ihtimalini de daha yükselttiğini düşünüyorum.” **Katılımcı 7**

## **4.2. ANA TEMA – 2: DUYGULAR**

Hekimler eğitim sürecinde yaşadıklarından, kazandıkları deneyimlerden sonra oluşan birtakım olumlu ve olumsuz duygulardan bahsetmişlerdir. Her hekimin kendine özgü duygulanımları olup bunun doğrultusunda ifadelerde bulunmuşlardır.

### **4.2.1. ESH’nin Hekimde Yarattığı Duygular**

Hekimler hizmet sunumunun mesleki olarak tatmin olma, motivasyonun artması gibi tutumlarına olan değişikliklerden bahsetmişlerdir. Ayrıca psikolojik olarak zorlanmaların olumsuz etkilenimlerini de ifade etmişlerdir.

“Yatalak hastaların...yaralarına yaklaşım açısından... hasta eğitimi, takibi falan...hastaların da yararına oldu. Kendimi daha faydalı hissettim.” **Katılımcı 6**

“İnsanlara yardım etmenin verdiği o güzel his, eve gittiğinde yorulmuşsun ama yani ‘İyi ki yapıyorum falan.’ diyorsun.” **Katılımcı 15**

“Onların ne kadar aslında çaresiz hissettiklerini gördüğüm için kesinlikle onlara çok daha şefkatli, çok daha onlara hizmet verirken istekli olmama sebep oldu.” **Katılımcı 2**

“Bazen gerçekten ihmal edilen, istismar edilen bir hasta görüyorsun ve buna üzülüyorsun mesela. ...böyle psikolojik boyutu da vardı benim için.” **Katılımcı 2**

“Oradan çok geç çıkıyordum, çok yorulmuş çıkıyordum. Bu beni motivasyonel olarak düşürüyordu. ...Hasta arttıkça, iş yükü arttıkça hizmetin kalitesi düşüyor net bir şekilde. Bu, ters orantı. Beni en zorlayan şey bu olmuştu. Çünkü her hastamız komplike.” **Katılımcı 7**

“Yani senin yapacağın şey bir noktaya kadar faydalı oluyor. Kesinlikle hasta yakının iş birliği gerekiyor. Ve o olmadığı zaman da çaresiz hissediyorsun kendini.”

**Katılımcı 8**

“... şiddete uğrayacak mıyım, zarar göreceğim miyim korkusu çok kötü. O yüzden yalnız gitmek bence çok kötü. Bizim kendi mental açımızdan kötü bir etkisi oluyor.”

**Katılımcı 11**

“Çok acayip bir şey yani hastaya elinden geleni yapıyorsun ama hastayı görmeden ilaç yazdım vs. diye Sağlık Bakanlığı aramıştı. İdari bir sorun oluşmadı ama bu başıma gelmişti.” **Katılımcı 13**

### 4.3. ANA TEMA – 3: OLUMSUZ DENEYİMLER

#### 4.3.1. ESH Sunumu Sırasında Yaşanan Olumsuzluk Deneyimler

Hekimler hizmet sunumu esnasında, hizmetin organizasyonu açısından yaşadığını sorunları dile getirmişlerdir. Bazı ilaçların raporlarını çıkaramama, Aile Hekimliğinde yazılamayan ilaç reçetelerini yazdırtma çabası, diğer branşlarla yaşanan konsültasyon sorunları, sevk edilmesi gereken hastalar için yaşanan zorluklar bunlardan bir kısmı olmuştur. Hasta yükünün çok olması, ESH ihtiyacı olmayan hastanın elemenden geçirilmeden hekime yönlendirilmesi, yetersiz personel sayısı gibi organizasyonel sorunlardan bahsedilmiştir.

Ayrıca hizmet sunmak için gidilen yerlerde yaşanan güvenlik endişesi, şiddet görme kaygısı, fiziksel olarak ulaşım zorluğu, hasta yakını ile iletişim sorunları gibi durumlar bu sunum sırasında yaşanan dezavantajlardan bazıları olarak ifade edilmiştir.

“Tek başına yapamadığın yapamayacağın belli şeyler var işte bazı ilaçların raporları, işte konsültasyon gibi.” **Katılımcı 15**

“...bizi aşan durumlar var. Mesela kanser hastası dedim, son evre bunlara şeyler gerekiyor işte analjezikler, opioidler vs. Sonuçta biz raporunu çıkaramıyoruz. Entegrede, ilçe devlet hastanesinde falan tek uzman olunca çıkarılamıyor. ... Mesela ilaç raporuyla ilgili diğer uzmanlar ile iletişim diyeyim hatta buna. ... gerektiğinde uzmanlara ulaşım açısından bayağı bir sıkıntı yaşıyor özellikle periferde. Reçetesini yazdırmak, bizim yazamadığımızı yazdırtmaya çalışmak. Bunlar sıkıntı daha çok.” **Katılımcı 6**

“... iletişim sorunuyla karşılaştım. ... Sanki ben sokaktan herhangi geçen birisiymişim gibi muamele ettiler.” (konsültasyonda) **Katılımcı 9**

“Konsültasyonlarda gerçekten çok zorluyor bazı insanlar. ... Her şeyle uğraşıyoruz ama kimse bir yardım etmiyor mesela.” **Katılımcı 11**

“Çok fazla hastamız vardı, en büyük zor olan şey buydu bence. Çok hasta olduğu için çok fazla hastaya çıkmam gerektiğinden hastalarla yeterince ilgilenemiyordum.”

**Katılımcı 7**

“Öncelikle zaten sevk zincirinin olmaması, hastaların taşınamaması, hasta yakınlarının bu konuda yeterli bilgiye sahip olmadığı zaman hastaların ortada kalması çok büyük bir problem. ... Mesela işte palyatif servis yatış ihtiyacı olan hastalara muhatap alabileceğimiz, devamlı aynı hekimle muhatap olabileceğimiz bir hekim olsa çok daha hızlı ilerler bazı şeyler. ... rapor olayları çok sıkıntı. Bir mama raporunu üç hekim onayı olmadan çıkartamıyorsunuz.” **Katılımcı 14**

“Dolayısıyla bunları sistem de bize hiç hastayı görmeden eleme şansı vermediği için bizim işimizi zorlaştıran en büyük etken buydu. Onun dışında yetersiz personel sayısı oluyordu bizim dönemimizde. ... Bazı hastaların rutin kan şeyleri oluyor. ... o da bizim işimizi arttıran bir şeydi sadece kan alınması vs. gibi ... Sistemsel çok önerim olabilir. Personel sayısının arttırılması, bir şekilde telefon trafiğini yönetecek bir ekip kurulması, ondan sonrasında oraya verilecek rotasyonda asistanların sayısının çok daha fazla olması gibi.” **Katılımcı 15**

“...hiçbir şeyden haberi olmayan hasta yakınları en büyük sıkıntıydı.” **Katılımcı 4**

“Hastaya gidiyoruz, hasta yakınları çok ilgisiz oluyor. Hiç ilaçlarını bile vermiyor. Düzgün bilgi vermiyor. ...mesela inkontinansı olduğu için üriner veya gayta; beslenmiyorlar, beslemiyorlar hastayı.” **Katılımcı 9**

“Hasta ile ilgili değil de aile ile ilgili, bakım verenlerin yetersizliği ile ... alakalı bir şeyler yaşadık. Maddi olarak desteğini alıyor hastanın ama bakımını sağlamıyor. Öyle bir durumda nereye başvurmak gerekir, nasıl yapılır o prosesler bizi biraz zorlamıştı.” **Katılımcı 1**

“Merdiven çıkma konusu var. Katlarca böyle, asansör yok. ... artık midem bulanıyor araba yolculuğunda da. Yani öyle bir de işte fiziksel engeller var.” **Katılımcı 2**

“Yeteri kadar galoş bazen maske bazen eldiven temininin olmayışı... Bir de çok yoğun bir bölgeye baktığımız için bir öğleden önce günde 13-15 hastaya gidildiğinde de hastaya da kaliteli hizmet veremiyorsun.” **Katılımcı 5**

“Ekipman eksikliği... Galoş mesela hiçbir zaman gittiğimizde yoktu. Eldiven varsa o mutlu edici bir şeydi.” **Katılımcı 4**

“Bir de yollar uzun, gidiyorsun. ... midemin bulandığını çok hatırlıyorum.”  
**Katılımcı 7**

“Farklı amaçlarda kandırıp çağırılabilir yani sağlık çalışanları. Tanımadığın birisinin evine gidiyorsun sonuçta. Sağlık hizmeti götürmek için gidiyorsun ama seni neler beklediği sürpriz oluyor aslında yani.” **Katılımcı 6**

“Problemli bir hasta evine gittim. Yaptığım iş girişiminin doğru olmadığına dair kameraya çekip yayınlamak isteyen hasta oldu. Aynı hasta benden sonra giden arkadaşı evde rehin alıp, üzerine kapı kilitleyip tehdit etti ... Araç gitmeyen yerler var. Böyle noktalarda sadece insanlardan değil, hayvanlardan da zarar görme riski olabiliyor. ... Güvenlik konusu, insanlardan yaşayacağımız güvenlik çok riskli. Veya düşme riski olabiliyor, buz her yer şu anda mesela.” **Katılımcı 12**

“... Size mesela arabadan indiniz, hastanın evine gidene kadar köpek saldırabilir. Olabiliyor da gerçekten. Ve bu alanda sizi koruyucu bir şey yok.... Ev içinde bir güvenlik sıkıntısı var. ... mesela saldırgan hasta yani anne-baba yeterli değil çocuk üzerinde ve hiçbir güvenliğiniz yok.” **Katılımcı 14**

#### 4.4. ANA TEMA – 4: EĞİTİM İÇİN ÖNERİLER

Hekimler bahsettikleri deneyimler ve kazanımlar doğrultusunda hekimlerde birtakım değişimler olmuştur. Bunların sonucunda asistanlık döneminde ESH eğitimi için bazı önerilerde bulunmuşlardır.

##### 4.4.1. ESH Eğitimi ile İlgili Öneriler

Katılımcılar asistan dönemindeki eğitimlerde teorik eğitim ihtiyacının fazla olmasından bahsetmişlerdir. İlk hastaya çıkmadan önce, hastaları değerlendirme açısından nasıl bir yaklaşım uygulayacaklarına, hangi ekipmanların kullanılacağına dair bir eğitim planlamasının faydalı olacağını düşünmektedirler.

Hekimlerin Aile Hekimliği uzmanlık eğitim müfredatı ile ilgili de önerileri bulunmaktadır. ESH'nin birinci basamak ile çok ilintili olduğunu, bunun için Aile Hekimliği eğitimlerinde mutlaka yer verilmesi gerektiğini ifade etmişlerdir. Zorunlu rotasyonlara eklenmesi savunulmuştur. Eğitim planlanmasında da en azından bazı belli rotasyonlardan sonra alınması gerektiği ve genel olarak alınması için belli bir süre beklenmesi gerektiği ifade edilmiştir.

“...evde sağlık eğitimi, evde sağlık hastalarına gitmeden mini bir teorik eğitim en azından olmalı.” **Katılımcı 3**

“Eğitim sistemi açısından belli başlı, öncelikli şeyler var vaka çeşitleri diyeyim. Onlara yönelik eğitim planlaması yapılabilir. Onların üzerine yoğunlaşarak, algoritma şeklinde şunun şu, şu aşamada şu şekilde eğitim planlaması bence çok mantıklı ve uzun vadede hepimizin işine yarayacak bir eğitim planı olur” **Katılımcı 6**

“...hazırlıklı gitmek lazım. O yüzden mesela ilk hafta ‘Mama raporu kime çıkarılır? Demans, mini mental nasıl yapılır? Yara bakımı için hangi ekipmanları kullanıyoruz?’ diye önden öğrenmek lazım.” **Katılımcı 7**

“Kongrelerde, seminerlerde bu konulara ağırlık verilebileceğini düşünüyorum.” **Katılımcı 14**

“Evde sağlık birinci basamağın işi. ... O yüzden evde bakım hizmetlerine, evde sağlık hizmetlerine kesinlikle daha fazla yer vermek lazım.” **Katılımcı 12**

“... asistanlık eğitiminde yeri olması gerektiğini düşünüyorum.” **Katılımcı 14**

“Bence tüm aile hekimliği anabilim dallarında evde sağlık birimi açılmalı. Hani bu nasıl dahiliye, pediatri rotasyonu yapıyorsak zorunlu rotasyonsa bunlar, bence zorunlu rotasyonlar kısmına eklenmeli ... İki aydan az olmamalı. Bir ay da yetersiz       . ... Bir ayda ancak işleri öğrenip nasıl y netebilirim onu öğreniyorsun. ... Evde sağlığın bence hani kabaca bir rotasyon planımız var ya ... bu genel anlamda standardize edilmeli. ... Yani öncesinde kişi bir dahiliye yapmış olmalı, bir kardiyoloji, göğüs hastalıklarını görmüş olmalı ki hani orada en sık karşılaştığı hani durumlar bunlar olacak, ki orada yeterli bir şekilde hastanın primer hekimliğini yapabilsin.” **Katılımcı 10**

“Hemen bir uzmanlık eğitimine başlanıldığında ESH rotasyonuna gidilmemeli. En az bir yıl veya bir buçuk yıl olmalı.” **Katılımcı 7**

“Bence rotasyon olarak en son alınmalı hatta. ...        tüm bilgilerini kullandığın, kanalize ettiğin bir yer.” **Katılımcı 11**

“Bence ESH’ni bir asistan hem çok tecr besizken görmeli hem total büyük rotasyonları bitirip bir daha görmeli.” **Katılımcı 15**

## 5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi sırasında alınan Evde Sağlık Hizmetleri eğitiminin uzmanlık sürecinde hekimler tarafından nasıl algılandığını ve etkilediğini, hekimlik uygulamalarına nasıl bir katkısı olduğunu araştırmak amaçlanmıştır.

Nitel araştırmalar, içinde yaşanan dünyayı ve her şeyin neden böyle olduğunu anlamamıza yardımcı olmaktadır (Hancock, 2002). Aile hekimlerinin Evde Sağlık Hizmetleri eğitimlerine yönelik yapılan bu çalışmada da fikirler, yetkinlikler ve tutumların nasıl oluştuğu, olup biten durumlardan nasıl etkilendikleri gibi ifadeleri nitel yöntemler ile incelenmiştir.

### 5.1. Eğitimin Güçlü Yanları

Nitel bir araştırma özelliği taşıyan bu çalışmada üç ana tema ortaya çıkmıştır. Birincisi; Aile Hekimliği asistanlık sürecinde alınan ESH eğitiminin, hekime kattığı güçlü yanlarını tanımlamaktadır. Katılımcıların ifadeleri ile ESH, Aile Hekimliği ilke ve yaklaşımlarını öğrenmek için uygun bir fırsat olduğu sıkça vurgulanmıştır. Bu eğitimin hekimler için Aile hekimliğinin çekirdek yeterliklerinden olan; bütüncül ve kapsamlı yaklaşımı görmek için ideal bir alan olduğunu, kişi merkezli yaklaşımı öğrendiğini ifade etmişlerdir. Ayrıca süreklilik olduğunu ve hastayı takip etme imkânı bulduklarını, hasta savunuculuğu yaptıklarını hissettiklerini, koruyucu hekimlik uygulamalarını geliştirdiklerini ve yaşlı sağlığına yaklaşım açısından ilerleme kaydettiklerini belirtmişlerdir. Aile hekimliği uzmanlarının mesleki sorunları ve bunlara yönelik çözüm önerilerinin kendileri tarafından değerlendirilmesi amaçlanan niceliksel bir çalışmada hekimler, uzmanlık eğitimlerinde Aile hekimliği klinik disiplininin ve bununla ilgili uygulamaları içeren bir sistem olmayışını, aynı zamanda bu eğitimde Aile hekimliği kavram ve felsefesine yer ayrılmamış olduğunu ifade etmişlerdir (25). Bu çalışmada da bu kategorileri içeren birinci temanın ortaya çıkması, uzmanlık eğitimi içerisinde Aile Hekimliği ilke ve yaklaşımlarını öğrenmek için ESH'ye yer verilmesinin ne kadar

önemli olduğunu ortaya koymaktadır. Yıldırım ve ark. Aile hekimliği asistanları ile yaptığı Aile hekimliğinde saha eğitimi ve eğitim ASM uygulamasının değerlendirildiği kesitsel tipteki araştırmasında, asistan hekimlerin hepsi saha eğitimi olması gerektiğini söylemişlerdir. “Saha eğitimi olmamalı” diyen tek bir asistan hekim bulunmamaktadır. Varılan bu sonuçlara göre, Aile hekimliği eğitiminde standart eğitici eğitiminden geçtikten sonra saha eğitiminin de olması gerektiği yönündedir. ESH eğitimi de bir saha eğitimidir. (26)

Hekimlerin çoğu biyopsikososyal, kapsamlı yaklaşım, kişi merkezli bakım, toplum yönelimli yaklaşım gibi yetkinlikleri tanıma ve kazanma konusunda uzmanlık eğitimleri sırasında aldıkları Evde Sağlık Hizmetleri eğitiminin oldukça yararlı olduğunu bildirmişlerdir. Aile Hekimliği, Avrupa Aile Hekimliği Birliği-WONCA’nın da belirttiği gibi: kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlıktır (15). Aile Hekimliğinde uzmanlaşmayı gerektiren eğitim süresinin yarısının Tıpta Uzmanlık Kurulu kararına göre Aile Hekimliği uygulamasında geçmesi amaçlanmıştır. Bu süreçte uzmanlık eğitimi alan asistan hekimlerin birinci basamak yönetimi, kişi merkezli bakım, toplum yönelimli olma, özgün problem çözme becerileri ve bütüncül yaklaşım bakımından yeterlilik kazanmaları beklenmektedir. Bu özelliklere sahip bir uzmanlık dalı olan Aile Hekimliği eğitiminde bu yeterliliklerin sahada kazanılması açıkça ortadadır. Bu araştırma da uzmanlık eğitimi sırasında alınan ESH eğitiminin WONCA tanımına uygun bir şekilde aile hekimliği çekirdek yeterliklerinin kazanılmasına hizmet ettiği görülmektedir.

Utlu ve arkadaşlarının 2018 yılında uzmanlık eğitimini yeni tamamlamış Aile Hekimliği uzmanları ile yaptığı çalışmada, uzmanlık döneminde hekimlerin %17’si palyatif bakım, yara bakımı, evde bakım vb. gibi hizmetleri veren ikinci ve/veya üçüncü basamak hastanede özellikle servis/poliklinikte çalışmak istediğini belirtmişlerdir. Bu nedenle asistanlık sırasında verilen eğitimde ESH’ye destek veren, pratik uygulama yapılan merkezlerin eğitimine daha fazla önem verilmesi gerektiği düşünülmektedir. (27). Bu çalışmada da saha eğitiminin önemi vurgulanmıştır.

Bu ana tema altında belirtilen bir diğer durum ise Evde Sağlık Hizmetlerine özgü klinik yetkinlik kazanıldığıdır. Burada hekimler ESH yürütülürken pratik yaparak öğrenme imkânı bulduklarından ve ESH alanına özgü bilgi edindiklerinden bahsetmişlerdir. Bu aşamada çoğunluk yara bakımı konusunu başka yerde göremeyeceğini ve burada çok iyi öğrendiklerini ifade etmişlerdir. Polifarmasi, telefon viziti, beslenmenin değerlendirilmesi, malnütrisyon-bası-düşme tarama testlerinin yapılması gibi durumlarda yetkinlik kazanmışlardır. Bu eğitimi almaları sonucunda hastaya nasıl yaklaşacaklarını, ne zaman sevk ve konsültasyon gerektiği, hangi hastanın ESH ihtiyacı olduğunu belirleme ve hasta yakınına yönlendirme konusunda kendilerine faydası olduğundan bahsetmişlerdir. Hatta hasta yönetimine hakimiyetlerinin artması dolayısıyla hastayı görmeden hasta yakınının ifadeleriyle hastanın neye ihtiyacı olduğunu anladığını belirten hekimler de olmuştur. Bu durumda ESH'ya özgü klinik yetkinliklerin kazanıldığı yerin yine ESH eğitimi olduğu görülmüştür.

Çevik ve arkadaşlarının 2014 yılında ESH alan yaşlı hastalarda beslenme durumunun değerlendirildiği çalışmasında, Mini Nutrisyonel Değerlendirme (MNA) ile yaptığı değerlendirmede hastaların üçte birinde malnutriyon, üçte birinden fazlasında ise risk altında malnutrisyon değerlerini saptamıştır (28). Bu çalışma, ESH ihtiyacı olan yaşlı hastaların hepsinin mutlaka nutrisyon açısından taranması gerektiğini ve uygun hastaların tedavi edilmesi gerektiğini düşündürmektedir. Bu çalışma eve bağımlı hastaların beslenme durumunun değerlendirilmesi ve problemlerin çözülmesinde gerekli yetkinliklerin ESH eğitimi ile kazanılabileceğini göstermektedir.

Hekime yönetsel açıdan da bir beceri oluşturma ile palyatif serviste görevlendirilmesi olan bir hekim, kendisine bu eğitimin katkısını orada çok fazla gördüğünü ifade etmiştir. Hekimler aynı zamanda bu eğitim öncesinde ESH dendiğinde akıllarında bir şey canlanmadığını, bu eğitim sonunda ne kadar ihtiyaç olduğunu gördüklerini, kişide bu denli artı düzeltilmeler yaptığını bu eğitim ile fark ettiklerini söylemişlerdir.

Bu kazanımlar doğrultusunda, bu eğitimin çıktılarının önemini uzmanlık döneminde fark edildiği hekimler tarafından beyan edilmiştir. Burada Aile hekimliği kapsamında ESH'nin yeri önemlidir, yeri başka bir eğitim ile değiştirilememektedir..

Aile Hekimlerinden profesyonel olarak özgüvenli olması, empati kurabilme ve insancılık gibi tutumlar beklenmektedir. Evde Sağlık Hizmetleri eğitimi ile hekimlerin bu tutumları kazandıkları görülmektedir. Burada hasta ve hastalıkları yakından görmenin ve o hastalarla yakın iletişim içinde olmanın bu tutumlara pozitif yönde katkı sağladığı düşünülmektedir.

Little ve arkadaşlarının ABD'de Aile Hekimliği asistan hekimleriyle yaptığı çalışmada, cerrahi rotasyonları sırasında yara bakımı servisinde yara bakımı eğitimi verilmesi planlanmıştır. Eğitimi vermeden önce ve verdikten sonra bilgi testi ve kendilerini nasıl hissettikleri değerlendirilmiştir. Elde edilen sonuçlara göre, hekimlerin bilgi testindeki ortalama puanlarında yükselme olmuş, ayrıca asistanların kendilerine olan özgüvenlerinde artış meydana gelmiştir (29). Bu veriler, bizim çalışmamızda da ESH eğitimi sonucu kendilerinde özgüven artışı olduğunu beyan eden hekimlerin ifadeleri ile örtüşmektedir.

ABD'de 2003 yılında tıp eğitimi ve uygulamalarında hekimlerin empatisini tanımlayan ve ölçmeyi amaçlayan Jefferson Doktor Empati Ölçeği kullanılarak yapılan çalışmada empati seviyelerinin gelişmesi ve artırılması için eğitimlerin verilmesi ve hasta deneyimlerine maruz bırakılması gerektiği sonucuna varılmıştır (30). Türkiye'de 2010 yılında GATA'da çalışan hekimlerin empati özelliklerinin belirlenmesi için yine Jefferson Doktor Empati Ölçeği kullanarak yürütülen bir çalışmada ise empati seviyesi branşlara göre değişken bulunmuştur. Pediatri, Aile Hekimliği, Acil servis hekimliği gibi dahili branşlarda görev yapan hekimlerin cerrahi branşlarda görev yapan hekimlere göre daha fazla empati kurdukları görülmüştür. Bu branşlarda teşhis ve tedavi aşamasında daha fazla insan ilişkisi içinde olmaları sebep olarak düşünülmektedir (31). Yapılan bu çalışmalar, Aile hekimliğinde ESH gereken hastalara sunulan hizmette hastalarla yakın ilişki için olmak, daha fazla maruz kalmak ve yaşadıkları ortamlarda sağlık hizmeti sunmak gibi durumlar göz önüne alındığında hekimlerin empati seviyelerini artırdı ifadelerini destekler niteliktedir.

Tıp eğitimi antik dönemlerden günümüze “usta-çırak” ilişkisi çerçevesinde öğretilen – öğrenilen bir meslek olmuştur (32). Çağın değişen koşulları, hekim gereksiniminin artması, tıp öğrencisi sayısının artmasına ve teke tek ilişkiden amfi düzeninde kitle derslerine geçişe neden olmuştur. Buna rağmen tıpta uzmanlık eğitimi günümüzde hala “usta-çırak” niteliğini koruyan bir eğitimidir (32). Bizim çalışmamızda ESH öğrenme ortamındaki durumlar üzerine klinik ortamda öğrenmenin ve “usta-çırak” ilişkisi olarak tanımlanan eğitici veya kıdemli bir hekim ile pratik yapmanın kendilerinin ufkunu açtığını, geri dönüşünün iki katından fazla olduğunu ifade etmişlerdir. Literatür ile desteklenen bu sonucun önemi vurgulanmaktadır.

Evde sağlık dışında başka alanlarda göremeyecekleri hasta çeşitliliğini de örneğin; yara bakımı gibi, görerek deneyim kazanmışlardır. ESH’yi sadece yaşlı hastalar ile sınırlamayarak gebeler, yenidoğan bakımları gibi durumları da kapsadığını ve bunlarla ilk olarak eğitim sürecinde karşılaşmanın büyük şans olduğunu ifade eden hekimler de mevcuttur.

Laditka ve arkadaşlarının 2002 yılında New York’ta Aile hekimliğinin ikinci ve üçüncü yıllarındaki asistan hekimler ile yapılan niteliksel tipteki araştırmasında hoca eşliğinde yürütülen ev ziyareti süreçlerini, yaşlı istismarını değerlendirme prosedürlerini, sevk süreçlerini, ziyaretleri ile ilgili tutumlarını, ESH deneyimini geliştirmek için önerilerini değerlendirmiştir. Hekimlerin çoğunluğu hasta yakınları ile iletişim kurması halinde hasta hakkında önemli bilgiler elde ettiklerini ve hasta yakınlarını bu bakım sürecine dahil etmenin faydasından bahsetmişlerdir. Eğitici konusuna gelince asistanların yaklaşık yarısı eğitcinin vizitlere katıldığını, üçte biri de eğitcinin rolünün denetlemek olduğunu belirtmiştir. Hekimlere ev ziyaretlerinin tatmin edici yönleri sorulduğunda, hastaları kendi ortamlarında görmenin daha iyi olduğunu ve aynı hastaya gerçekleştirilen ziyaretlerle onlara daha iyi bir sağlık hizmeti sağlayabileceklerini hissettiklerini söylemişlerdir (33). Bizim araştırmamız da benzer şekilde ESH eğitiminin güçlü yönleri ortaya çıkmıştır. İki çalışmaya baktığımızda hasta takibinde süreklilik, klinik ortamda öğrenmenin faydalarının olması, profesyonel tutumlara katkısı olması, hasta yakınları ile iş birliği kurmak gibi pek çok ortak nokta bulunmaktadır.

## 5.2. Duygular

Çalışmanın ikinci ana teması olan duygular; hekimlerin ESH eğitimi ile ortaya çıkan yaşanmışlıklar, hekimde yarattığı duygular ve bu hizmet sunumu sırasında yaşadıkları olumsuzlukları ifade etmektedir. Katılımcılar bu hizmet ile mesleki tatmin duygusu yaşadıklarını, hekimlik uygulamalarında motivasyonlarının arttığını söylemişlerdir. Aynı zamanda hekimlerin ihmal veya istismar edilen hasta görmeleri, iş yükünün fazla olmasından kaynaklı yorgunluk hissetmeleri ve hastalar ile yeterince ilgilenememeleri, hasta yakını iş birliği yapmadığında kendi yaptıkları şeylerin fayda sağlamamasından dolayı çaresiz hissetmeleri gibi olumsuz deneyimler nedeniyle hekimlerde duygusal yük oluştuğu görülmüştür.

Hekimler Evde Sağlık Hizmet sunumu sırasında yaşadıkları bu hizmetin organizasyonel sorunlarını da dile getirmişlerdir. Son dönem kanser hastalığı gibi farklı ve ileri komorbiditeleri olan ve başka branşların da içinde olduğu tedavi düzenlemesine ihtiyaç duyan hasta ziyaretleri gerçekleştirdiklerinden, bu hastalara ait ilaçların, mamaların raporlarının çıkarılması ve/veya bazı ilaçların reçetelendirilmesi gibi konularda sistemsel açıdan yetki olmaması konusunda sıkıntı yaşamışlardır. Aile hekimleri olarak yapamadıkları bu durumları ve hastaların ileri tetkik ve tedavisi için danışılacak konuları, diğer branş hekimleri ile konsültasyon yoluyla iletişim kurmaya çalışarak çözmeye çalışmışlardır. Fakat diğer branş hekimleri ile sağlıklı iletişim kurulamaması, çözüm önerilerine yaklaşılmaması gibi durumlarla karşılaşan hekimlerimiz olmuştur. Bu durum diğer branş hekimlerinin ESH gibi bir birimin verdiği hizmetler ile ilgili yeterince bilgi sahibi olmadığını düşündürmektedir. Hekimler hastane yönetimi tarafından bu konuda bir farkındalık oluşturulabileceğini önermektedirler. ESH'ye başvuruda bulunanların beklentilerinin araştırıldığı kesitsel bir çalışmada hastanın kullandığı ilaçların reçete edilmesi ve ilaç raporlarının düzenlenmesinin, ESH'den beklentileri içinde ilk sırada yer aldığı gösterilmiştir (34). Benzer bir başka çalışmada da kronik hastalıklarının tedavisi için kullanılan ilaçların raporlarının yenilenmesinin, evde sağlık hizmeti alan hastaların karşılanmamış ihtiyaçları arasında ilk sırada yer aldığını göstermektedir (35). Yine başka bir çalışmada konsültasyon, beslenme ürünü, hasta bezi raporu, uzman doktor ilaç raporlarının her birinin ayrı ayrı verilen hizmetlerin üçte birini oluşturduğu

bulunmuştur. Bu da ESH koordinasyon becerilerinin gelişmesinin farklı tıbbi branşların hizmet içindeki önemini ortaya koymaktadır. Hastalar böylelikle bu hizmet ile ilaç veya malzeme raporu gibi ihtiyaçlarını sağlık kuruluşuna başvurmak zorunda kalmadan giderebildiklerini ifade etmişlerdir (36). Bu ihtiyaçların giderilmesi için farklı uzmanlık dallarında görev yapan hekimlerin ESH'nin neler yaptığı konusunda bilgilendirilmesi, hizmet sunan ekiplerin araç ve personel sayısının arttırılarak hizmetin güçlendirilmesi değerlendirilebilir. Ayrıca Aile hekimlerinin hastaların reçete ve raporlarının düzenlemesi konusunda sistemsal veya mevzuat açısından değişiklik yapılması da alternatif çözüm yolu olarak düşünülebilir.

Bazı hasta yakınlarının bakım verme konusundaki yetersizliği, hastalarına karşı ilgisizliği, evdeki hijyen sorunları, hekimlerle yaşadıkları iletişim problemleri nedeniyle de hekimler zorlandıklarını belirtmişlerdir. Bir hekim ifadesinde şöyle bahsetmektedir: “Hastaya gidiyoruz, hasta yakınları çok ilgisiz oluyor. Hiç ilaçlarını bile vermiyor. Düzgün bilgi vermiyor. Mesela inkontinansı olduğu için üriner veya gayta; beslenmiyorlar, beslemiyorlar hastayı.” Arıcan ve arkadaşlarının 2016 yılında Aile Hekimliği tarafından verilen ESH sunulan hastaların bakıcıları ile yaptığı, Beck Depresyon Ölçeği kullanarak depresyon düzeylerini belirlediği çalışmada bakıcılığı üstlenen hasta yakınlarının yarısından fazlasında depresyon görülürken, ücretli bakıcıların daha az bir kısmında depresyon görüldüğünü saptamıştır. Tüm katılımcıların %55,6'sında depresyon tespit edilmiştir. Hastanın bağımlılık durumu, yakınlığı ve bakım süresi gibi etkenlere bağlı olarak değişkenlik göstermesine karşın tüm bakıcılarda, normal popülasyondan yüksek oranlarda depresyon saptanmıştır (37). Bir başka bakım verenlerinin yükünün araştırıldığı kesitsel çalışmada hasta yakınlarının Zarit Bakım Yüğü Ölçeği ile bakım yükleri değerlendirilmiştir. Bu ölçeğe göre bakım vericilerin yüklerinin puanının çok yüksek olduğu ve bu bakım yükü düzeyleri ile tükenmişlik, güçsüzlük – çaresizlik hissetme ve hastayla iletişim sıkıntısı yaşama durumları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Bakım yükü çok yüksek olanlarının tamamının antidepressan kullandığı ve uyku konusunda sıkıntılar yaşadığı ortaya çıkmıştır (38). Literatürde karşılaşılan bu veriler doğrultusunda hasta yakınlarının yaşadığı zorluklar, bakım yüklerinin fazla olması gibi nedenler göz önüne alındığında verdikleri bakımda birtakım aksamalar meydana gelmesi öngörülebilmektedir. Aile Hekimlerinin ilke ve yaklaşımlarına uygun olarak hasta

yakınlarının da taranmasının, onların da bireyin durumu hakkında görüşlerinin alınmasının faydalı olabileceği düşünülmektedir. Hasta yakınlarının hasta bakımı ile ilgili güçlendirilmesi de önceliklenmesi gereken bir durum olarak karşımıza çıkmıştır.

### 5.3. Olumsuz Deneyimler

Çalışmamızın üçüncü ana başlığında hekimlerden bazıları hizmet sunumu sırasında yetersiz personel olduğundan, ekipman eksikliği yaşadıklarından bahsetmişlerdir. Bir hekim ekipman eksikliği konusunda “Galoş mesela hiçbir zaman gittiğimizde yoktu. Eldiven varsa o mutlu edici bir şeydi.” demiştir. Fiziksel olarak yaşanan sıkıntılar ise asansörü olmayan çok katlı evlerde merdiven çıkmak, uzun süren araç yolculuklarında yaşanan mide bulantıları, kış döneminde buzdan dolayı düşme risklerinden bahsetmişlerdir.

Hekimlerin büyük çoğunluğu yaşadıkları güvenlik kaygılarından bahsetmişlerdir. Tanımadıkları, bilmedikleri evlere yalnız gitme, şiddet görme kaygısı ve hasta yakınlarının güvensiz tavırları konusunda endişe yaşamaktadırlar. Bazı hekimler hastalığı nedeniyle saldırgan hastalardan da bahsetmişlerdir. Hekimlerin bu konuda endişe hissetmesi olağan görülmektedir.

Evde Sağlık Hizmetlerinin olumsuz yönleri arasında, kişinin özel yaşamına müdahale ediliyormuş hissine kapılması ve bireyin hastalığının ağırlığına ve gereksinim duyduğu ESH’ye bağlı olarak çevresinde çok sayıda insan, tıbbi alet ve malzeme ile sarılmış hissetmesi sayılabilir (39). Bu hissedilen durumlar hasta ve hasta yakınlarının hekimler için güvenli bir ortam yaratamayışı bir sebep olarak düşünülebilmektedir.

ABD’de Evde Sağlık Kurumunda çalışan kişilerle yapılan güvenlik endişelerinin araştırıldığı bir anket çalışmasında, güvenlik için risklerinin ve endişelerinin arttığını bildirmişlerdir. Coğrafi konum, yüksek suç insidansı, uygun olmayan hasta veya bakıcı davranışı, bulaşıcı hastalıklar gibi durumlar güvenlik

riskini arttırmaktadır. Güvenlik endişesini azaltmak için yapılan bazı şeylerin; ziyaretlerin önceden planlanması, kişisel koruyucu ekipman kullanılması, personelin yarısından fazlası bir durumdan "mümkün olan en kısa sürede" ayrılması, yüksek riskli yerlere gitmeyi reddetmesi gibi durumlar olduğunu ifade etmişlerdir (40). 2019 yılında birinci basamak sağlık çalışanlarının şiddete maruziyet düzeyleri ile iş doyumu arasındaki ilişkinin araştırıldığı tanımlayıcı tipte bir çalışmada, katılımcıların büyük çoğunluğu iş yerinde en az bir kere sözlü saldırılar da dahil olmak üzere psikolojik veya fiziksel şiddete maruz kaldığını söylemiştir (41). Artan şiddet vakaları dolayısıyla hekimlerin hastaların kendi evleri gibi daha savunmasız ve yalnız oldukları bir ortamda güvenlik endişesi yaşaması olağan karşılanmaktadır.

Laditka ve arkadaşlarının çalışmasında yaşadıkları zorluklar konusunda ise kötü ev şartlarından, malzeme ve diğer kaynakların eksikliğinden ve hastaların evinde fiziksel değerlendirmeler yaparken kendilerini rahat hissetmediklerini belirtmişlerdir. Bu da güvenlik sorununu akla getirmektedir (33). Literatürdeki bu veriler bizim çalışmamızda ortaya çıkan sorunlar ile benzer bir şekilde örtüşmektedir.

Aksoy ve arkadaşlarının yaptığı Evde Sağlık Hizmeti veren 26 hekim ile yapılan ve bu hizmete yönelik tutumlarının araştırıldığı niteliksel çalışmada, hekimler evde verilen hizmetlerin hastalar için faydalı olduğunu düşünmektedirler. Ancak hekim hizmeti sunarken bazı zorluklar yaşamaktadır. Konsültasyon gibi ihtiyaçlarda hastane hekimlerinin bu hizmeti yeterince anlayamadığı ve ev ziyaretleri için iş birliğine yanaşmadığını, hastanedeki iş yüklerinin fazla olmasından kaynaklı olarak da ilgilenmeyip direnç gösterdiklerini ifade etmişlerdir. Hekimlerin belirttiği diğer zorluklar ve olumsuz duygular ise; hastaların aşırı talepleri, personel ve ekipman eksikliği, yasal sorunlar, güvenlik sorunları, ulaşımında yaşanan zorluklar, zaman kısıtlılığı, uygunsuz ev ortamları, iş yoğunluğundan kaynaklı yorgunluk ve istismardır. Bu zorluklara rağmen hekimlerin çoğu gerçekten ihtiyacı olan insanlara yardım ettiklerinde ve hastaların beklentilerini karşıladıklarında kendilerini mutlu hissetmektedirler. Bu sonuçlardan sonra hekimler diğer bölümler ile iş birliği ve koordinasyonun iyileştirilmesi, idari desteğin artırılması, maddi teşviklerin yapılması gibi önerilerde bulunmuştur. Eğitim açısından hekimlerin çoğu yeterli eğitim almadığını ve yetersiz bilgi ve becerilere sahip olduğunu söylemişlerdir. Bu

nedenle tıp fakültesinden itibaren ESH eğitimi verilmesi gerektiğini önermişlerdir (42). Ortaya çıkan olumlu ve olumsuz duygular, ESH eğitim ve sistemsel çözüm önerileri bu çalışma ile örtüşmektedir.

#### **5.4. Eğitim İçin Öneriler**

Çalışmanın dördüncü ana temasında hekimlerin uzmanlık eğitimi sırasında aldıkları ESH eğitimi ve yaşadıkları deneyimler sonucunda, ESH için teorik eğitim ihtiyacı olduğunu vurgulamış ve müfredat ile ilgili önerilerde bulunmuşlardır. Genel olarak ESH eğitimine başladıkları zaman, hastalara gidilmeden önce mini bir teorik eğitim verilmesi gerektiğini dile getirmişlerdir. Algoritmalar üzerinden eğitim planlaması olabileceği gibi, “mama raporu kimlere ve nasıl çıkarılır, demans hastaları için mini mental test ne zaman yapılır, yara bakımı için hangi ekipmanlar kullanılır” gibi hem eğitim hem de sistemin işleyişine dair bilgileri önden edinmek istemektedirler. Kimi hekimler sadece önden eğitim değil, eğitim süresi boyunca haftada bir teorik eğitim verilerek, eğitici ile vakalar üzerinde konuşarak da uygulama yapmayı önermektedir.

Müfredat yönünden ise ESH eğitiminin planlanmasında standardize edilmesini öneren hekimler de olmuştur. Öncelikle zorunlu rotasyonlara eklenmesi gerektiği vurgulanmıştır. Sonrasında Dahiliye, Pediatri, Kardiyoloji, Göğüs Hastalıkları gibi branşlarda rotasyonlarını tamamladıktan sonra ESH yapması öneren hekimler olduğu kadar hem asistanlık döneminin başında hem de sonunda birer kez bu eğitimi tamamlamasını öneren hekimler de vardır. Süre olarak da iki aydan az olmaması gerektiğini vurgulamışlardır.

Laditka ve ark. araştırmasında elde edilen önerilerde asistan hekimler vizit öncesi eğiticinin beklentilerini öğrenmenin ve eğiticiden daha fazla geri bildirim almanın kendileri için faydalı olacağını belirtmişlerdir (33). Bizim çalışmamızda da ortaya çıkan sonuçlara göre hekimler eğitici ile öğrenmelerinin arttığını söylemişlerdir. Bir hekim eğiticinin verdiği geri bildirimin kendisine iki katı pozitif dönüş sağladığını ifade etmiştir.

Bulut ve arkadaşlarının Evde Sağlık Hizmeti sunumunda görev yapan hekim (pratisyen hekim ve uzman hekim) ve hekim dışı çalışanların (hemşire, sağlık memuru, acil tıp teknisyeni, ebe) eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi için yaptığı kesitsel tipteki çalışmada, hekimlerin hizmet sunumunda en çok ihtiyaç duydukları konular: Temel kavramlar ve mevzuat, palyatif bakım hastasına genel yaklaşım, trakeostomi bakımı, nöro-psikiyatrik hastalara yaklaşımdır. ESH sunumunda görevli hekim dışı sağlık personelinin en çok talep ettiği eğitim konuları ise: Temel kavramlar ve mevzuat, yara bakımı, trakeostomi bakımı ve sistem uygulamalarının kullanımıdır (43). Bizim çalışmamızda da hekimler, ESH eğitimi öncesinde teorik eğitim almak istediklerini belirtmişlerdir. Literatür ile uyumlu olarak sistemler bazı konuları öğrenme, yara bakımı ve hastaya yaklaşım gibi konularda önden eğitim almanın daha avantajlı olduğunu, hastaya gidildiğinde daha az bocaladıklarını ifade etmişlerdir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Aile hekimliği uzmanlık eğitimi sırasında Evde Sağlık Hizmetleri eğitimi almış ve şu an uzman olarak görev yapmakta olan hekimler ile görüşülerek, bu eğitimin onlar tarafından nasıl algılandığını ve hekimlik uygulamalarına nasıl katkısı olduğu sorusundan yola çıkarak yapılan bu kalitatif çalışmada 4 ana tema ortaya çıkmıştır: “Eğitimin güçlü yanları”, “Duygular”, “Olumsuz deneyimler” ve “Eğitim için öneriler”. “Eğitimin güçlü yönleri” başlığı altında temel olarak Evde Sağlık Hizmetleri eğitiminin Aile Hekimliği ilke ve yaklaşımlarını öğrenmek için uygun bir ortam olduğu, bu alana özgü klinik yetkinliğin kazanıldığı, profesyonel tutumlara katkısı ve öğrenme ortamı olarak oldukça fazla avantajları olduğu sonucu çıkmıştır. Bu eğitim ile hekimler bütüncül ve kapsamlı yaklaşım, hasta savunuculuğu, kişi merkezli yaklaşım, koruyucu hekimlik gibi uygulamalarda kendilerini geliştirmişlerdir. Tıp fakültesi eğitiminde veya başka bölüm rotasyonlarında göremeyecekleri yara bakımı, yatalak hastada malnütrisyon değerlendirilip mama takviyesi başlanması gibi ESH’ye spesifik alanlarda yetkinlik kazanmışlardır.

Aile Hekimliği uzmanları mecburi hizmet için görevlendirildikleri zaman doğrudan Evde Sağlık Hizmeti veren kurumlarda çalışabilmektedir. Ayrıca sadece ESH değil, hizmet sundukları popülasyonun yaşlı olduğunu belirten ve poliklinik ortamında hasta veya hasta yakınına ESH gibi hizmet verdiklerini söyleyen hekimler de bulunmaktadır. Bu şekilde çalışan hekimler için bu eğitim asistan hekim iken alındığında uzmanlık döneminde büyük kolaylık sağlamıştır.

ESH ihtiyacı olan hastalarla daha önce karşılaşma oranları az olduğundan, bu hastaların ihtiyaçlarına dair genel olarak daha önce bir fikirlerinin olmadığını belirtmişlerdir. Bu hastaları bu eğitim ile görerek, ihtiyaçlarına aşına olarak hasta yönetim becerilerini, hekimlik tutum ve davranışlarını geliştirmişlerdir. Hastalarla daha fazla empati kurabilmişler, onlara karşı daha insancıl yaklaşabilmişlerdir.

Bahsedilen bu sonuçlar ışığında hekimler asistanlık döneminde alınan ESH eğitiminin uzmanlık dönemindeki yerini fark etmişlerdir. Aile hekimliğinde bu eğitimin yerinin ne kadar önemli olduğu ve replase edilemediğini fark etmişlerdir.

“Duygular” ve “Olumsuz deneyimler” başlığı altında hekimlerin yaşadıkları olaylar ve durumlar sonucunda birtakım olumlu ve olumsuz duygular dile getirilmiştir. Hastaların evlerinde onların sağlık ihtiyaçlarına çözüm uzattıkça mesleki olarak tatminlik duygusu yaşamışlar, motivasyonlarının arttığından bahsedilmiştir. Aynı zamanda, hasta yükünün fazlalığı, iş yoğunluğu, yorgunluk, ihmal veya istismar edilen hasta görmenin verdiği üzüntü, hasta yakınının iş birliği kurmaması sonucu onların verdiği çabaların boşa çıkması gibi durumlarda kendilerinde duygusal yük olduğu vurgulanmıştır.

Hizmet sunumu sırasında diğer branşlar ile yaşanan konsültasyon sorunları, ilaç raporu – reçetesi yazma konusunda sistemsal açıdan yetki kısıtlılığı gibi durumlarla karşılaşmışlardır. Ayrıca ağır bir ekipman çantası taşımak, asansörsüz yüksek katlı evlere merdiven ile çıkmak, uzun süren araç yolculuklarında mide bulanması gibi fiziksel problemler de yaşamışlardır. Hastaların evlerine yalnız veya az sayıda kişi ile gitmenin verdiği tedirginlik ve artan sağlıkta şiddet vakaları nedeniyle güvenlik endişesi yaşamışlardır.

“ESH eğitimi ile ilgili öneriler” ana teması ile hekimler eğitim öncesi teorik eğitim ihtiyacından bahsetmişlerdir. Bu teorik eğitimde hastaya yaklaşım, uygulanacak tedavi ve bakım yöntemlerine değinilmesi gibi konular ve hastane bilgi ve yönetim sistemlerinin oryantasyonunun yapılmasının faydalı olacağını düşünmektedirler. Eğitimin sürekli olarak yapılmasını isteyen hekimler de mevcuttur. Ayrıca Aile Hekimliği uzmanlık eğitiminde ESH ile ilgili müfredatın standardize olmasını önermişlerdir. Belirli zorunlu rotasyonlar sonuna koyularak, hastalara daha bilgili yaklaşmayı sağlayabilecektir.

### **Öneriler:**

- Tüm Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi müfredatına Evde Sağlık Hizmetleri rotasyon olarak eklenmelidir. Rotasyonun mümkün olmadığı hastanelerde, ESH birimlerine yönlendirilerek hekimin bu eğitimden maksimum fayda sağlamasına olanak verilmelidir.
- Evde Sağlık Hizmetleri eğitimi, eğitici ile birlikte yapılmasına ağırlık verilmelidir.

- Bu eğitim, rotasyon programı içine alınmalı ve sıralamasında standardize edilmelidir.

## **7. SINIRLILIKLAR**

Yapılan araştırmanın niteliksel olması nedeniyle doğal olarak kısıtlaması olan çalışma bulgularının yalnızca çalışılan popülasyonu yansıtması ve bu bulguların genellenememesidir. Tüm görüşmeler katılımcıların tercihi üzerine online olarak yapılmıştır. Odak grup görüşmesi planlanarak başlanması ama katılımcıların çoğunlukla pandemi nedeniyle tercih etmemesi, yüz yüze görüşmelerin yapılamaması konuyla ilgili daha az fikir ve görüş belirtmelerine neden olmuş olabileceği düşünülmektedir.

## 8. KAYNAKLAR

1. Çifçili S.S. (2018) Aile Hekimliği Gözü ile Evde Bakım. *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi*; 10 (1): 23-29.
2. Aslan Ş., Uyar S. ve Güzel Ş. (2018). *Evde Sağlık Hizmetleri Uygulamasında Türkiye. Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi*, (1), 45-56.
3. Çayır Y. Home Health Care. *TJFMPC*, 2020;14(1): 147-152.
4. Bulut S., Yiğitbaşıoğlu Ö., Keklik K., Yücel A., Kartal S.B. ve Şencan İ. (2017). Evde Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Eğitim İhtiyacının Belirlenmesi. *Türk Hij Den Biyol Derg*; 74(2): 147 – 154.
5. Güzel E.Ç. ve Toprak D. Home-Care Services In Turkey. *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi* (2018); 10 (5): 15-19.
6. TUKMOS Aile Hekimliği Çekirdek Müfredatı, 2019.
7. Doğusan A.R. Türkiye’de Evde Sağlık Hizmetleri ile İlgili Mevzuat ve Gelişimi. *Ankara Med J*, 2019;(3):684-93
8. Tekin Ç.S., Kara F. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlılık. *IBAD*. 2018;3(1):219-229.
9. Tekin Ç. Evde Hasta Bakım Hizmetleri Alanındaki Gelişmeler. *F.Ü.Sağ.Bil.Tıp.Derg.* 2018; 32 (2): 115 - 117
10. Aslan, Ş., Uyar, S. ve Güzel, Ş. Evde Sağlık Hizmetleri Uygulamasında Türkiye. *Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi* (2018), (1), 45-56.
11. Annual Report; Medical Management of the Home Care Patient. American Medical Assosiation - American Academy of Home Care Physicians; 3. Edition. 2007.
12. Yılmaz H. ve ark. Sağlık Hizmetlerinin Alternatif Bir Sunum Şekli Olarak Evde Hasta Bakımı. *İstanbul Tıp Dergisi – İstanbul Med J* 2010;11(3):125-132.
13. Gürer A. Ülke Örnekleri ile Evde Bakım Hizmetlerine Genel Bakış. *Journal of Health Services and Education*; 5(1): 20-25.

14. The European Definition of General Practice / Family Medicine. WONCA Europe 2011 Edition, Barcelona: WHO Europe Office.  
<https://www.woncaeurope.org/file/520e8ed3-30b4-4a74-bc35-87286d3de5c7/Definition%203rd%20ed%202011%20with%20revised%20wonca%20tree.pdf>, Erişim tarihi: 22.02.2022
15. WONCA Aile Hekimliği Avrupa Tanımı, 2005 (World Organization of National Colleges, Academics) Worl Family Doctors Caring for People Europe, Çeviri: Okay Başak, Esra Saatçi. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayını, Nisan 2011, s.13.
16. 2- Aile Hekimliği Standart, Müfredat ve Rotasyon Belirleme Komisyonu. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminde Rotasyon Uygulamaları Üzerine Rapor. Türk Aile Hek Derg 2015;15(2):88-9.
17. Kaya Ç., Uzuner A., Ünal P.C., Çifçili S., Akman M. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri Kurma Deneyimi. Journal of Turkish Family Physicians, 2017;8(1):14-20.
18. Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi –Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı v.2.4, 2019.
19. Yıldırım B., Taşkın M. Aile Hekimliği Uzmanlık Öğrencilerinin Bakış Açısından Aile Hekimliği Saha Eğitimi ve Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri. Ankara Med J, Vol. 18, Num. 3, 201
20. Hancock B. An Introduction to Qualitative Research, Trent Focus for Research and Development in Primary Health Care. , Trent Focus Group, Nottingham 1998 (Updated 2002).
21. Uzuner Y. Niteliksel Araştırma Yaklaşımı. Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri, Eskişehir Açıköğretim Fakültesi Yayını no:601, 1999; 173-193.
22. Döner P ve ark. Aile Hekimliğinde Kalitatif Çalışmaların Değeri. Smyrna Tıp Dergisi 2013; 48-52.
23. Merenstein J. et al. Clinical Research in Family Medicine: Quantity and Quality of Published Articles. Family Medicine 2003; 284-288.
24. Hancock B. An Introduction to Qualitative Research, Trent Focus for Research and Development in Primary Health Care. , Trent Focus Group, Nottingham 1998 (Updated 2002).

25. Algın ve ark. Türkiye’de Aile Hekimlerinin Mesleki Sorunları ve Çözüm Önerileri. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:7, Sayı:3 (2004).
26. Yıldırım B., Egici M.T. Aile Hekimliği Uzmanlık Öğrencilerinin Bakış Açısından Aile Hekimliği Saha Eğitimi ve Aile Sağlığı Merkezleri. Ankara Medical Journal, Vol. 18, Num. 3, 2018.
27. Utlu Y., Başak O. Uzmanlık Eğitimini Yeni Bitirmiş Aile Hekimliği Uzmanlarının Yeni Çalışma Dönemlerine Bakışları ve Birinci Basamak Aile Hekimliği Uygulamasından Beklentileri. The Journal of Turkish Family Physician 2018; 09 (4): 98-103. Doi: 10.15511/jtftp.18.00498.
28. Çevik A ve ark. Evde Sağlık Hizmeti Alan Yaşlı Hastalarda Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi ve Beslenme Durumunun Laboratuvar Parametreleri Üzerine Olan Etkisinin İrdelenmesi. Konuralp Tıp Dergisi 2014;6(3):31-37.
29. Little S.H., Menawat S.S., Worzniak M., Fetters M.D. Teaching Wound Care To Family Medicine Residents On A Wound Care Service. Advances in Medical Education and Practice 2013;4 137–144.
30. Hojat et al. Physician Empathy in Medical Education and Practice: Experience With The Jefferson Scale of Physician Empathy. Seminars in Integrative Medicine, Vol 1, No 1 (March), 2003: pp 25-41
31. Teke K.A., Cengiz E., Demir C. Hekimlerin Empatik Özelliklerinin Ölçümü ve Bu Ölçümlerin Demografi Değişkenlere Göre Değişimi. Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt 19, Sayı 3, 2010, Sayfa 505-516.
32. Söylemezoğlu F. ve ark. Yeterliğe Dayalı Patoloji Uzmanlık Eğitimi Programı. Turkish Journal of Pathology Vol. 25, No. 2, 2009; Sayfa 35-40.
33. Laditka et al. There is No Place Like Home: Evaluating Family Medicine Residents' Training in Home Care. Home Health Care Services Quarterly, Vol. 21(2) 2002.

34. Özçakar N. Evde sağlık hizmetlerine başvuru özellikleri ve beklentiler. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 2013, 17.1: 13-7.
35. Yavuz E. Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Karşılanmamış İhtiyaçları. Euras J Fam Med 2018;7(2):68-72.
36. Artantaş A.B. ve ark. Bir Hastane Bünyesindeki Evde Sağlık Birimi Tarafından Verilen Hizmetlerin Değerlendirilmesi: 2018 Yılı İstatistikleri. Ankara Medical Journal, Vol. 19, Num. 1, 2019.
37. Arican et al., Determining Depression Level of Caregivers Providing Home Health Care Services. North Clinic Istanbul 2016; 3 (2):118–23.
38. Tanyel S.D., Nevgül D., Didem A., Murat D., Oğuz T. Assessment of Maintenance Burden in The Caregivers Of The Patients Receiving Home Health Care Services TJFMPC, 2020;14 (2): 186-195.
39. Öztop H. ve ark. Evde Bakımın Yaşlı ve Aile Açısından Olumlu ve Olumsuz Yönleri. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, 2008 (1): 39-49.
40. Kendra et al. Safety Concerns Affecting Delivery of Home Health Care. Public Health Nursing, Vol. 13, No. 2, pp. 83-89; 0131- 1209/96.
41. Hıdıroğlu S. ve ark. Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarının Şiddete Maruziyet Düzeyleri ile İş Doyumu Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Journal of Turkish Family Physician 2019; 10 (4): 173-184. Doi: 10.15511/tjtfp.19.00473.
42. Aksoy H. et al. Physicians' attitudes toward home healthcare services in Turkey: A qualitative study. European Journal of General Practice, 2015; 21: 246–252.
43. Bulut S, Yiğitbaşıoğlu Ö, Keklik K, Yücel A, Kartal SB, Şencan İ. Evde sağlık hizmetleri çalışanlarının eğitim ihtiyacının belirlenmesi. Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi, 2017; 74(2): 147-154.

## 9. EKLER

### EK-1: Gönüllü Bilgilendirme ve Onam Formu

#### GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (BİLGİLENDİRME FORMU)

“Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi sırasında alınan ‘Evde Sağlık Hizmetleri’ eğitimi hekimlik uygulamalarını nasıl etkiliyor?” başlıklı araştırma Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı öğretim üyesi Doç. Dr. Çiğdem Apaydın Kaya ve As. Dr. Ezgi Yiğit Ercan tarafından yürütülecektir.

Bu araştırmanın amacı uzmanlık eğitimi sırasında alınan Evde Sağlık Hizmetleri eğitiminin Aile Hekimliği uzmanları tarafından nasıl algılandığını ve hekimlik uygulamalarına ne derecede katkısı olduğunu ve nasıl etkilediğini araştırmaktır.

Araştırmada aile hekimleri ile yüz yüze görüşülecek, önceden belirlenmiş bazı soruları cevaplamaları beklenecektir. Görüşme esnasında ses kaydı alınacaktır. Yanıtlara sadece araştırmacılar tarafından ulaşılabilecek ve hiçbir şekilde bireysel veriler açıklanmayacaktır. Görüşmenin toplamda yaklaşık 30-45 dk. sürmesi öngörülmektedir.

Bu çalışmada katılım gönüllülük esası ileler. Bu çalışmaya katılmayı reddedebilir ya da çalışmadan istediğiniz anda ayrılabilirsiniz. Anlaşılmayan noktaları sormaktan lütfen çekinmeyiniz.

Kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır.

Zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz.

SAYGILARIMIZLA

Doç. Dr. Çiğdem Apaydın Kaya

Araştırma Ekibi Adına Araştırma Danışmanı

## İKİNCİ BÖLÜM: KATILIMCININ BEYANI

Sayın Dr. Ezgi Yiğit Ercan tarafından Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılabileceğine inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim. Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi amacıyla araştırmacı tarafından araştırmadan çıkartılabileceğimi de biliyorum. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. İster doğrudan ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğimi biliyorum.

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; mesai saatlerinde Dr. Ezgi Yiğit Ercan'a 0216 625 4545 no.lu telefon ile yahut Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'ndan ulaşabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve

gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalamış bulunduğum bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcının Adı Soyadı:

İmzası:

## **GÖNÜLLÜ ONAM FORMU**

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

### **Gönüllünün;**

Adı-soyadı:

Adresi: (varsa telefon no.)

İmza:

### **Açıklamaları yapan araştırmacının;**

Adı-soyadı:

İmza:

### **Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin;**

Adı-soyadı:

Görevi:

İmzası:

## **EK-2: Görüşme Soru Formu**

- 1- Lütfen isminizi söyleyip kendinizi kısaca tanıtır mısınız?
- 2- Uzmanlık eğitiminiz sırasında nasıl bir ESH eğitimi aldınız?
- 3- Uzmanlık eğitimi sırasında aldığınız ESH deneyimleri ve eğitimleri, hekimlik uygulamalarınızı nasıl etkiledi?
- 4- Bu eğitim sizde Evde Sağlık Hizmeti ihtiyacı olan hastalara olan tutumunuzu nasıl etkiledi?
- 5- Eğitim sırasındaki uygulamalardan en çok hangisinden yararlanıyorsunuz / hangisini kullanıyorsunuz?
- 6- Uygulamada evde sağlık hizmeti sunarken en çok zorluk çektiğiniz alanlar neler? Hiç yaşadığınız olumsuz deneyiminiz oldu mu? Olduysa nasıl etkiledi?
- 7- Yaşadığınız deneyimlerden sonra bu eğitimlerle ilgili önerileriniz neler olur?

### EK-3: Etik Kurul Onay Belgesi



Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

|                                  |                                                                                                                             |
|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PROTOKOL KODU                    | 09.2021.987                                                                                                                 |
| PROJE ADI                        | Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi sırasında alınan 'Evde Sağlık Hizmetleri' eğitimi hekimlik uygulamalarını nasıl etkiliyor?" |
| SORUMLU ARAŞTIRICI<br>ÜNVANI/ADI | Doç. Dr. Çiğdem APAYDIN KAYA                                                                                                |

|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| KARAR BİLGİLERİ | Tarih 03.09.2021<br>Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve gerçekleştirilmesinde sakınca bulunmadığı için Kurulumuzca onaylanmasına oy birliği ile karar verilmiştir. Onay sonrasında yapılacak her türlü proje değişiklikleri (katılımcılar, başlık vb.) veya protokol değişikliklerinin Etik Kurula bildirilerek projenin yenilenmesi gerekmektedir. |
|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| Ünvanı / Adı / Soyadı           | Uzmanlık Dalı                 | Kurumu / EK Üyeliği                   | Onaylanan Proje ile ilişkisi                              | Toplantıya katılım                                           | İmza |
|---------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------|
| Prof.Dr. Haner DİRESKENELİ      | Romatoloji                    | M.Ü Tıp Fakültesi/ Başkan             | <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır |      |
| Prof.Dr. Tülin ERGUN            | Dermatoloji                   | M.Ü Tıp Fakültesi/Başkan Yrd.         | <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır |      |
| Prof.Dr. Atilla KARAALP         | Farmakoloji                   | M.Ü Tıp Fakültesi/Üye                 | <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> HAYIR |      |
| Prof. Dr. Şefik GÖRKEY          | Tıp Tarihi ve Etik            | M.Ü Tıp Fakültesi/Üye                 | <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır |      |
| Prof.Dr. Handan KAYA            | Patoloji                      | M.Ü Tıp Fakültesi/Üye                 | <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır |      |
| Prof.Dr. M.Bahadır GÜLLÜOĞLU    | Genel Cerrahi                 | M.Ü Tıp Fakültesi/Üye                 | <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır |      |
| Prof.Dr. Semra SARDAŞ           | Eczacı                        | M.Ü Eczacılık Fak./Üye                | <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır |      |
| Prof.Dr. Başak DOĞAN            | Diş Hekimi                    | M.Ü Diş Hekimliği Fak./Üye            | <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır |      |
| Prof. Dr. Beste Melek ATASOY    | Radyasyon Onkolojisi          | M.Ü Tıp Fakültesi/Üye                 | <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır |      |
| Prof. Dr.. Elif KARAKOÇ AYDINER | Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları | M.Ü Tıp Fakültesi/Üye                 | <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır |      |
| Prof.Dr. Meltem KORAY           | Diş Hekimi                    | İstanbul Üniv. Diş Hekimliği Fak./Üye | <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır |      |
| Doç. Dr. Gürkan SERT            | Hukukçu                       | M.Ü Tıp Fakültesi/Üye                 | <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır |      |
| Doç.Dr: Figen DEMİR             | Halk Sağlığı                  | Acıbadem Üniv. Tıp Fak.               | <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır |      |
| Doç.Dr. Pınar Mega TİBER        | Biyofizik                     | M.Ü Tıp Fakültesi/Üye                 | <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır |      |
| Gözde Aynur MİRZA               | Sağlık Mensubu olmayan kişi   | Serbest                               | <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır |      |