



T.C.  
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ  
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ  
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**İstanbul'un Bir İlçesinde Evde Sağlık Hizmeti Alan  
Bireylerin Yeti Yitimlerinin Değerlendirilmesi**

**Dr. Meryem Merve Ören**

**Tez Danışmanı  
Prof. Dr. Ayşe Emel ÖNAL**

**İSTANBUL-2016**

## TEŞEKKÜR

*Yoğun, keyifli ve oldukça ciddi bir uzmanlık eğitimi maratonunun son aşaması olan Tıpta Uzmanlık Tezimi tamamladım.*

*Gerek asistanlık eğitimimde gerekse bu tezin ortaya çıkmasında desteğini esirgemeyen içten, nitelikli ve teşvik edici katkıları ve engin tecrübeleriyle bana destek olan danışman hocam Prof. Dr. Ayşe Emel Önal başta olmak üzere; bana kattıkları her türlü bilgi, görgü ve dünya görüşünü yanımda götüreceğim tüm hocalarıma,*

*Tezin izin ve uygulama aşamalarında her türlü kolaylık, ilgi ve yardımı esirgemeyen Bahçelievler Toplum Sağlığı Merkezi Başkanı Dr. Sibel Al ve Evde Sağlık Ekibine,*

*Tıpta uzmanlık eğitimim süresince birlikte zaman geçirdiğim tüm kürsü ve mesai arkadaşlarıma,*

*Tez yazım aşamalarında olduğu gibi İstanbul'da bulunduğum tüm zamanlarımda yanımda olan değerli arkadaşım Dr. Ezra Çetinkaya'ya,*

*Beni yetiştirip bugünlere getiren, bugüne kadar aldığım ve bugünden sonra alacağım kararlarda fikirlerini, desteklerini benden esirgemeyen sevgili anneme ve babama,*

*İçtenlikle, ayrı ayrı teşekkür ederim.*

## İÇİNDEKİLER

I. ÖZET.....	1
II. ABSTRACT.....	2
III. GİRİŞ.....	3
IV. GENEL BİLGİLER.....	4
A. EVDE SAĞLIK.....	4
1. Tanımlar.....	4
a. Sağlık.....	4
b. Evde Bakım ve Evde Sağlık.....	4
2. Tarihçe.....	5
3. Evde Sağlık Hizmetlerinin Önemi, Kapsamı, Veriliş Şekli.....	6
a. Neden Evde Sağlık/ Bakım Hizmeti?.....	6
b. Evde Sağlık/ Bakım Hizmetinin Sınıflandırılması.....	6
c. Evde Sağlık/ Bakım Hizmeti Sunumunda Meslek Grupları.....	7
d. Kimlere Evde Sağlık/ Bakım Hizmeti?.....	7
4. Evde Bakım Hizmetlerinin Avantajları, Dezavantajları.....	8
a. Evde Sağlık/Bakım Hizmetinin Avantajları.....	8
b. Evde Sağlık/Bakım Hizmetinin Dezavantajları.....	9
5. Ülkemizde Evde Sağlık Hizmetleri.....	9
a. Ülkemizde Evde Sağlık Hizmetlerinde Mevzuatın Gelişimi.....	10
b. Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik.....	12
1) Evde Sağlık Hizmet Birimleri.....	13
2) Evde Sağlık Hizmetinden Sorumlu Hekimin Görevleri.....	14
3) Evde Sağlık Hizmetine Başvuru.....	15
4) Evde Sağlık Hizmetinin Kapsamı.....	15
5) Evde Sağlık Hizmetinin Sonlandırılması.....	16

B. YETİ YİTİMİ.....	16
1. Yeti Yitimi Tanımlanması.....	16
2. Yeti Yitimine En Çok Sebep Olan Hastalıklar.....	17
C. YETİYİTİMİ ve EVDE SAĞLIK HİZMETİ İHTİYACINDA ÖZELLİKLİ GRUP OLARAK YAŞLILAR .....	18
1. Yaşlılık .....	18
2. Yaşlılık ve Evde Sağlık .....	20
3. Yaşlılık ve Yeti yitimi .....	21
V. GEREÇ VE YÖNTEM .....	22
A. ARAŞTIRMANIN TİPİ.....	22
B. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI.....	22
C. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	22
D. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI VE YÖNTEMİ.....	22
1. Evde Sağlık Hizmeti Alan Bireylerin Genel Bilgiler Soru Formu.....	23
2. Barthel Yaşam Kalitesi İndeksi.....	23
3. Dünya Sağlık Örgütü Yeti Yitimi Ölçeği 2.0 (World Health Organisation Disability Assessment Schedule 2.0) (WHODAS-2) .....	24
E. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI DEĞİŞKENLERİ .....	29
F. ARAŞTIRMANIN BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ .....	29
G. İSTATİSTİKSEL ANALİZ .....	29
H. ARAŞTIRMA ETİĞİ VE İZİNLERİ.....	30
VI. BULGULAR.....	31
A. EVDE SAĞLIK HİZMETİ ALAN BİREYLERİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ .....	31
B. EVDE SAĞLIK HİZMETİ ALAN BİREYLERİN ALDIKLARI EVDE SAĞLIK HİZMETİYLE İLİŞKİLİ BULGULARI .....	36
C. BARTHEL YAŞAM KALİTESİ İNDEKSİNE (BYKİ) İLİŞKİN BULGULAR .....	39

## IV

1. Evde Sağlık Hizmeti Alan Bireylerin BYKİ Parametrelerinin Genel Değerlendirilmesi .....	39
2. Evde Sağlık Hizmeti Alan Bireylerin BYKİ Bağımlılık Derecelerine Sosyodemografik Özelliklerinin Etkisi .....	41
3. Evde Sağlık Hizmeti Alan Bireylerin BYKİ Bağımlılık Derecelerine Sahip Oldukları Kronik Hastalıkların Ve İlaç Kullanımlarının Etkisi .....	43
4. Evde Sağlık Hizmeti Alan Bireylerin BYKİ Bağımlılık Derecelerine Evde Sağlık Hizmetine Başvurmalarına Sebep Olan Hastalıkların Etkisi .....	46
D. DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ YETİ YİTİMİ ÖLÇEĞİNE (WHODAS-2) İLİŞKİN BULGULAR .....	48
1. Evde Sağlık Hizmeti Alan Bireylerin WHODAS-2 Parametrelerinin Genel Değerlendirilmesi .....	48
2. Evde Sağlık Hizmeti Alan Bireylerin WHODAS-2 Puanlarına Sosyodemografik Özelliklerinin Etkisi .....	55
3. Evde Sağlık Hizmeti Alan Bireylerin WHODAS-2 Puanlarına Sahip Oldukları Kronik Hastalıkların Ve İlaçlar Kullanımlarının Etkisi .....	60
4. Evde Sağlık Hizmeti Alan Bireylerin WHODAS-2 Puanlarına Evde Sağlık Hizmetine Başvurmalarına Sebep Olan Hastalıkların Etkisi .....	66
VII. TARTIŞMA .....	69
A. Evde Sağlık Hizmeti Alan Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi .....	69
B. Evde Sağlık Hizmeti Alan Bireylerin BYKİ Puanlarının Değerlendirilmesi .....	74
C. Evde Sağlık Hizmeti Alan Bireylerin WHODAS-2 Sonuçlarının Değerlendirilmesi .	76
D. Kısıtlılıklar .....	80
VIII.SONUÇLAR VE ÖNERİLER .....	81
IX. KAYNAKLAR.....	83
X. EKLER .....	92
A. EK 1 – Araştırma izni.....	92
B. EK 2 – Etik Kurul Onayı.....	93

C. EK 3 – Onam Formu .....	94
D. EK 4 – Evde Sağlık Hizmeti Alan Bireylerin Genel Bilgiler Soru Formu .....	97
E. EK 5 – Dünya Sağlık Örgütü Yeti Yitimi Ölçeği 2 (WHO DAS-2).....	101
F. EK 6- Barthel İndeksi.....	103



## TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Türkiye'de Evde Sağlık ve Bakım uygulamaları ile ilgili mevzuat .....	12
Tablo 2. WHODAS 2 Alanlar ve alan değerleri .....	28
Tablo 3. Evde sağlık hizmeti alan bireylerde cinsiyet ve yaş dağılımı .....	31
Tablo 4. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin eğitim ve medeni durumlarının dağılımı.....	32
Tablo 5. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin sosyal güvencelerinin ve aylık hane gelirlerinin dağılımı.....	33
Tablo 6. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin bakım verenleri ile ilişkili özellikler .....	33
Tablo 7. Evde sağlık hizmeti alan bireylere bakım verenlerin bakım verdikleri süre ile ilişkili özellikler.....	33
Tablo 8. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin aynı evde yaşayan toplam kişi sayılarına ve evde bakım maaşı alma durumlarına göre dağılımı.....	34
Tablo 9. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin sigara alışkanlıklarının ve kronik hastalık varlığının dağılımı .....	34
Tablo 10. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin sahip oldukları kronik hastalıkların dağılımı ..	35
Tablo 11. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin günlük ilaç kullanma durumları .....	35
Tablo 12. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin hastaneye kendi imkanlarıyla ulaşım durumları .....	36
Tablo 13. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin evde sağlık hizmetine başvuru sebepleri.....	36
Tablo 14. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin hizmet almaya başladıklarından itibaren geçen toplam sürenin dağılımı.....	37
Tablo 15. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin hizmet almaya başladıklarından itibaren hizmet aldıkları kurumlar .....	37
Tablo 16. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin hizmet almaya başladıklarından itibaren yararlandıkları hizmetler .....	38
Tablo 17. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin genel olarak karşılaştıkları sorunların ve ihtiyaçlarının dağılımı .....	38
Tablo 18. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin hizmetten beklentileri.....	39
Tablo 19. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin hizmetten memnuniyet durumları .....	39
Tablo 20. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin BYKİ parametrelerinin değerlendirilmesi .....	40
Tablo 21. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin BYKİ bağımlılık derecelerine göre dağılımları .....	41

Tablo 22. BYKİ bağımlılık derecelerinin sosyodemografik verilerle ilişkisi .....	42
Tablo 23. BYKİ bağımlılık derecelerinin yaş ortalamaları ile ilişkisi .....	42
Tablo 24. BYKİ bağımlılık derecelerinin bakım verenin yakınlığı ve evde yaşayan kişi sayısı ile ilişkisi .....	43
Tablo 25. BYKİ bağımlılık derecelerinin kronik hastalıklarla ilişkisi .....	44
Tablo 26. BYKİ bağımlılık derecelerinin hastaların sahip olduğu nörolojik hastalıklarla ilişkisi .....	44
Tablo 27. BYKİ bağımlılık derecelerinin hastaların sahip olduğu kardiyolojik hastalıklarla ilişkisi .....	45
Tablo 28. BYKİ bağımlılık derecelerinin polifarmasi varlığıyla ilişkisi .....	45
Tablo 29. BYKİ bağımlılık derecelerinin majör polifarmasi varlığıyla ilişkisi .....	45
Tablo 30. BYKİ bağımlılık derecelerinin hastaların evde sağlık hizmeti alma sebepleri ile ilişkisi .....	46
Tablo 31. Evde Sağlık hizmeti alan bireylerde BYKİ bağımlılık derecesi ile bağımsız değişkenlerin lojistik regresyon analizi ile incelenmesi .....	47
Tablo 32. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin BYKİ toplam puanlarıyla korelasyon analizi..	48
Tablo 33. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin WHODAS-2-Alan 1 parametrelerinin değerlendirilmesi .....	50
Tablo 34. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin WHODAS-2-Alan 2 parametrelerinin değerlendirilmesi .....	50
Tablo 35. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin WHODAS-2-Alan 3 parametrelerinin değerlendirilmesi .....	51
Tablo 36. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin WHODAS-2-Alan 4 parametrelerinin değerlendirilmesi .....	51
Tablo 37. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin WHODAS-2-Alan 5 parametrelerinin değerlendirilmesi .....	52
Tablo 38. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin WHODAS-2-Alan 6 parametrelerinin değerlendirilmesi .....	53
Tablo 39. WHODAS-2 yeti yitimleri ve alan yeti yitimleri düzeyi .....	54
Tablo 40. Evde sağlık hastalarının WHODAS-2 Alan puanlarının birbirleriyle, WHODAS toplam puanıyla ve BYKİ toplam puanıyla korelasyonu .....	54
Tablo 41. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin WHODAS-2 puanlarının cinsiyet ile ilişkisi ..	56
Tablo 42. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin WHODAS-2 puanlarının yaş grupları ile ilişkisi .....	56

## VIII

Tablo 43. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin WHODAS-2 puanlarının eğitim durumları ile ilişkisi .....	57
Tablo 44. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin WHODAS-2 puanlarının medeni durumları ile ilişkisi .....	58
Tablo 45. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin WHODAS-2 puanlarının sosyal güvenceleri ile ilişkisi .....	58
Tablo 46. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin WHODAS-2 puanlarının sigara içme durumları ile ilişkisi .....	59
Tablo 47. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin WHODAS-2 puanlarının hipertansiyon ile ilişkisi .....	61
Tablo 48. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin WHODAS-2 puanlarının hipertansiyon dışı kardiyak hastalık ile ilişkisi.....	61
Tablo 49. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin WHODAS-2 puanlarının diyabetes mellitus ile ilişkisi .....	62
Tablo 50. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin WHODAS-2 puanlarının Alzheimer hastalığı ile ilişkisi .....	62
Tablo 51. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin WHODAS-2 puanlarının inme ile ilişkisi.....	63
Tablo 52. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin WHODAS-2 puanlarının herhangi bir nörolojik hastalığı bulunması ile ilişkisi .....	63
Tablo 53. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin WHODAS-2 puanlarının kalp damar hastalığı ile ilişkisi .....	64
Tablo 54. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin WHODAS-2 puanlarının polifarmasi ile ilişkisi .....	64
Tablo 55. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin WHODAS-2 puanlarının majör polifarmasi ile ilişkisi .....	65
Tablo 56. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin WHODAS-2 puanlarının evde sağlık hizmetine başvurma sebebinin nörolojik hastalık olması ile ilişkisi.....	67
Tablo 57. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin WHODAS-2 puanlarının evde sağlık hizmetine başvurma sebebinin kas iskelet sistemi hastalığı olması ile ilişkisi .....	67
Tablo 58. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin WHODAS-2 puanlarının evde sağlık hizmetine başvurma sebebinin yaşlılık olması ile ilişkisi .....	68

**ŞEKİLLER DİZİNİ**

Şekil 1. Yeti yitimi Süreci (DSÖ 1980) .....	17
Şekil 2. Türkiye Nüfus Piramidi 2013-2075 .....	19
Şekil 3. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin yaş dağılımı .....	32
Şekil 4. BYKİ puanlarının bireylerin bağımlılık düzeylerine göre dağılımı.....	41
Şekil 5. Toplumda WHODAS-2 Puanı Dağılımı .....	77



**KISALTMALAR**

ADNKS: Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

BYKİ: Barthel Yaşam Kalitesi İndeksi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

GA: Güven Aralığı

Min: En küçük değer

Max: En büyük değer

Std. Sapma: Standart sapma

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TSM: Toplum Sağlığı Merkezi

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

WHODAS-2: Dünya Sağlık Örgütü Yeti Yitimi Ölçeği-2

## I. ÖZET

2015 yılında yürürlüğe giren yönetmelikle evde sağlık hizmetlerinde en büyük sorumluluk Toplum Sağlığı Merkezlerine (TSM) verilmiştir. Bu araştırmada, Toplum Sağlığı Merkezleri tarafından evde sağlık hizmeti alan hastaların yeti yitimlerinin belirlenmesi; sorunlarının, bakım gereksinimlerinin ve aldıkları hizmetin incelenmesi amaçlanmıştır.

Kesitsel tanımlayıcı tipteki çalışmamız 1 Ocak-15 Mayıs 2016 tarihleri arasında Bahçelievler TSM Evde Sağlık Birimine kayıtlı olan 172 hasta ile yürütülmüştür. Veriler anket yöntemiyle, yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır.

Yaş ortalaması  $77,5 \pm 14,7$  olan grubumuzun %61,2'si kadın %61,9'u bekar veya dul %43,3 okur yazar değil olarak saptanmıştır. Evde sağlık hizmeti alan hastaların %86,6'sına aile yakınlarından biri bakım vermekte, %9,7'si 6 ve daha fazla kişi ile yaşamaktadır. En çok bulunan hastalıklar %59,0 hipertansiyon, %26,1 diyabetes mellitus, %25,4 inme ve %23,9 ile Alzheimer hastalığıdır. Evde sağlık hizmetine başvuru %56,0 ile nörolojik hastalıklar, %29,8 ile yaşlılık nedeniyle yapılmıştır. En çok yararlandıkları hizmetler %77,6 ile genel fizik muayene, %34,3 ile laboratuvar tetkiki ve %30,6 ile pansuman yaptırmak olup; hizmetten beklentilerinin başında %46,3 ile ilaçlarının reçete edilmesi ve %41,8 ile yeni gelişen sağlık sorunlarının çözülmesi gelmektedir. Evde sağlık hizmeti alan hastaların %97,0'si yıkanmak konusunda, %77,6'sı merdiven inip çıkmakta, %66,4'ü kişisel bakımını yapmakta, %56,0'sı giyinip soyunmakta, %56,7'si tuvalet kullanımı konusunda tam bağımlı olarak tespit edilmiştir. Barthel Yaşam Kalitesi İndeksine göre grubun %50,7'si tam bağımlı, %29,9'u ileri derecede bağımlı grubunda yer almaktadır. Alzheimer hastalığına sahip olanlarda ileri derecede veya tam bağımlı olma olasılığı 9,9 kat (%95 GA 1,155-85,469  $p=0,036$ ) daha fazladır. WHODAS-2 puan ortalamaları  $71,7 \pm 18,6$  olup alt gruplarda en yüksek düzeyde yeti yitimi 'yaşam faaliyetleri' ve 'hareket etme bir yerden bir yere gitme' alanlarında, en düşük düzeyde yeti yitimi ise 'anlama ve iletişim kurma' ile 'toplumsal yaşama katılım' alanlarında saptanmıştır.

Evde sağlık hizmeti alan bireylerde yeti yitimi ve bağımlılık düzeyi pek çok gruptan oldukça yüksektir. Evde sağlık hizmetine ihtiyacı olan nüfusun giderek arttığı ülkemizde geniş kapsamlı, multidisipliner ekip anlayışı içeren hizmet sunumuna ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: Evde sağlık, evde bakım, yeti yitimi, Barthel İndeksi, WHODAS-2

## II. ABSTRACT

By the regulation introduced in 2015, the greatest responsibility for health care at home was given to Community Health Centers (CHC). In this study, we aimed to determine the level of disability of patients receiving health care services by Community Health Centers; survey their health problems, maintenance of their needs, and the services they receive.

Our cross-sectional descriptive study was conducted with 172 patients enrolled in the Bahçelievler CHC Home Health Unit between January 1<sup>st</sup> and May 15<sup>th</sup> of 2016. Data were collected by face-to-face interview technique.

The average age of the group was  $77.5 \pm 14.7$  years. The group consisted of 61.2% women; 61.9% were single or in widowhood and 43.3% of the patients were illiterate. Some 86.6% of the patients who received home health care services were looked after by one of their family relatives, 9.7% of whom lived with 6 or more people. The most common diseases were hypertension (59.0%), diabetes mellitus (26.1%), stroke (25.4%), and Alzheimer's disease (23.9%). The most common reason for applying to receive health care at home was neurologic diseases with 56.0%, and old age with 29.8%. The most frequently used services were physical examination (77.6%), laboratory examination (34.3%), and dressing (30.6%). The patients more frequently expected prescriptions (46.3%) and resolution for their new emerging health problems (41.8%). Patients were found as fully dependent on others for bathing (97.0%), climbing stairs (77.6%), personal care (66.4%), dressing and undressing (56.0%), and for the toilet (56.7%). According to the Barthel Quality of Life Index, 50.7% of the group were fully dependent, and 29.9% of the group showed more advanced dependency. In those with Alzheimer's disease, the likelihood of being advanced or fully dependent was 9.9 times higher (95% CI: 1.155-85.469;  $p=0.036$ ). The WHODAS-2 point average was  $71.7 \pm 18.6$ , with the highest level of disability detected with 'living activities' and 'moving from one place to another', and the lowest level of disability detected with 'understanding and communication' and 'participation in social life'.

The level of dependency and addiction in home-based health care services is higher than in many other groups. As the population needing health care at home increases in our country, more comprehensive service delivery with a multidisciplinary team approach is required.

Key words: Home health, home care, disability, Barthel Index, WHODAS-2

### III. GİRİŞ

Uzun yıllardır tıp ve teknoloji alanındaki gelişmeler sonucunda hastalıkların erken tanısı ve tedaviye erken başlanması mümkün hale gelmiştir. Yaşanan bu gelişmeler hastalıklara bağlı ölümleri azaltmakta, doğumda beklenen yaşam süresini ise uzatmaktadır. Doğumda beklenen yaşam süresinin uzaması ile birlikte kronik hastalıkların prevalansında da artış görülmektedir. Kronik hastalığı olan ve yaşam boyu tedavi ve bakım gereksinimi devam eden birey sayısındaki artış gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde önemli bir sağlık hizmeti, sosyal hizmetler kısacası bakım sorunu haline gelmiştir. Bakım evde veya kurumda yapılmaktadır. Günümüzde özellikle yaşlılık, engellilik ve kronik hastalıklarla ilişkili pek çok durumda, sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetlerin sağlanmasında evde sağlık hizmeti öne çıkmaktadır. Yapılan çalışmalar sürekli bakım gereksinimi olan gruptaki hastaların kendi ev ortamlarında kalmayı ve burada bakım almayı tercih ettiklerini ortaya koymaktadır. 'Evde bakım' kişinin kendisine tanıdık bir çevrede çeşitli hizmetler almasına olanak tanımaktadır. Bu hizmetlerin en önemli ayağını da evde sağlık hizmetleri oluşturmaktadır.

Kişilere verilecek olan evde sağlık hizmetinin planlanması için bireylerin yetersizlik durumlarının tespit edilmesi, sosyo-demografik özelliklerinin doğru olarak ortaya konması önemlidir.

Bu araştırma, Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) tarafından evde sağlık hizmeti verilen hastaların yeti yitimlerinin belirlenmesi; sorunlarının, bakım gereksinimlerinin ve aldıkları hizmetin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

## IV. GENEL BİLGİLER

### A. EVDE SAĞLIK

#### 1. Tanımlar

##### a. Sağlık

Sağlık, 1948 DSÖ tüzüğünde, yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal olarak tam bir iyilik hali olarak tanımlanmıştır(1).

##### b. Evde Bakım ve Evde Sağlık

Evde bakım hizmetleri bireyin sağlığını korumak, geliştirmek, yeniden sağlığına kavuşturmak amacıyla sağlık hizmetlerinin ve sosyal hizmetlerin profesyonel olarak (formel bakıcılar) veya aile bireyleri (enformel bakıcılar) tarafından bireyin yaşadığı ortamda sunulmasıdır. Hizmet sunumunda sosyal ve psikolojik danışmanlık hizmetlerini de kapsayan, muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım, takip ve rehabilitasyon hizmetlerinin tümü verilir (2-4). Çeşitli kaynaklarda ‘evde bakım’ kavramı ‘evde sağlık’ kavramını kapsayan bir üst başlık olarak veya ‘evde sağlık’ kavramı yerine kullanılmaktadır (3, 5, 6) . Dolayısıyla evde sağlık ve evde bakım birbirinden ayrılamaz kavramlardır. Genelde evde bakım, evde tedavi, evde sağlık, ev ziyareti, evde sağlık uygulamaları, evde muayene gibi ifadelerin hepsi evde sağlık ve bakım uygulamalarını içermektedir. Değişik isimlendirmenin temelinde evde sunulan hizmetin içeriği ve kapsamındaki değişiklikler yer almaktadır.

Çeşitli hastalıklar nedeniyle bireylere evinde ve aile ortamında sosyal ve psikolojik danışmanlık hizmetlerini de kapsayacak şekilde verilen muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım, takip ve rehabilitasyon hizmetlerinin tümü mevzuatta evde sağlık hizmeti olarak tanımlanmıştır (2).

Evde sağlık/ bakım, sağlık hizmetlerinde devamlılığı sağlayan ve kişinin kendisine tanıdık bir çevrede hizmet almasına olanak veren önemli bir hizmet modelidir. Günümüzde evde sağlık/ bakım özellikle yaşlılık, engellilik ve kronik hastalıklarla ilişkili pek çok durumda sağlık ve sosyal hizmetlerin sağlanmasında tercih edilecek bir uygulamadır.(4, 7, 8).

## 2. Tarihçe

Orta Çağ Avrupası'nda evde sağlık hizmeti uygulamalarında başlangıçta, hastanın diğer hastalara hastalığını bulaştırmaması amacıyla yapılan karantina uygulamaları olduğu görülmektedir. Bu koşullarda sunulan hizmet tıbbi olmaktan öte sosyal hizmetleri (özellikle barınma ve yemek taşıma gibi) içermektedir. Bu uygulama daha sonra 17. yüzyılda veba salgınlarında yapılan "evde tecrit" ve "evde sağlık hizmeti uygulamaları" nın temelini oluşturmuştur (9).

Evde bakım hizmetlerinin tarihi gelişimi incelendiğinde, hemşirelik hizmetleri şeklinde başladığı ve uzun yıllar bu şekilde yürütüldüğü görülmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 1877'de ilk kez New York Şehri Kadınlar Komisyonu evde bakım için bir mezun hemşireyi işe almıştır. Benzer zamanlarda İngiltere'de evde bakım hizmetlerinin öncülerinden Florance Nightingale'in önerileriyle 1862 yılında Liverpool'da evlerde hasta bakımını gerçekleştirecek ziyaretçi hemşire yetiştiren ve 1,5 yıllık eğitim veren ilk okul açılmıştır (10-12).

1940'lı yıllarda hastane yataklarının büyük kısmını uzun süre işgal eden kronik hastalıklı bireylerin giderek artması üzerine hastaneler evde bakıma yoğun ilgi duymaya başlamıştır. Yine New York'taki Montefiore Hastanesi Evde Bakım Programı 1947'de ilk hastane destekli evde bakım programı olmuştur ve hemşirelik hizmetleriyle sınırlı olan evde bakımı tıbbi ve sosyal hizmetlerin sunulmasıyla ve diğer sağlık profesyonellerinin katılımıyla çok disiplinli bir hizmete dönüştürmüştür (5, 8, 11, 13, 14). Sonraki yıllarda evde bakıma yönelik artan ihtiyaçlar, evde bakım hizmetlerinin sigorta kapsamına alınması hizmet veren kuruluşların hızla artmasına öncülük etmiştir. Ayrıca evde bakım kuruluşlarının hastanelerle ortak çalışmasının hastaların zamanında taburculuklarının sağlanmasına katkısı olmuştur (11, 15).

Evde bakım hizmetlerinin tarihsel süreci incelenerek ev ziyaretinin başlangıcından bugünkü durumuna kadar bakıldığında, evde bakım hizmetlerinin değerinin sürekli yeniden keşfedilmekte olduğu görülmektedir. Evde bakım hizmetleri, en azından iki yüzyıldır sürmektedir ve pek çok ülkede hastalara, özel topluluklara ve genel nüfusa hizmet sunmada önemli bir yöntem olarak benimsenmiştir.

### 3. Evde Sağlık Hizmetlerinin Önemi, Kapsamı, Veriliş Şekli

#### a. Neden Evde Sağlık/ Bakım Hizmeti?

Evde bakım hizmetlerinde amaç hastalığın ve engelliliğin etkilerini en aza indirmek, bu kapsamda kişilerin günlük yaşam aktivitelerini en az etkileyerek maksimum tedavi ve bakıma ulaşmasını sağlayarak yaşam koşullarının niteliğini yükseltmektir (5, 16).

Doğuşta beklenen yaşam süresinde artış, tanı ve tedavi yöntemlerindeki gelişmeler kronik bulaşıcı olmayan hastalık tanısı olan birey sayısını da arttırmaktadır. Bunlara ek olarak aile yapısında meydana gelen değişimler, genellikle evde bakım veren rolünde olan kadın aile bireylerinin çalışma hayatına daha aktif olarak katılmaya başlamaları dolayısıyla bu rolün boş kalması gibi nedenler bakıma ihtiyacı olan bireylerin sayısında artışa sebep olmaktadır. Artan ihtiyacın yanı sıra ekonomik nedenler, her alanda olduğu gibi sağlık sisteminde de kendini gösteren teknolojik ilerlemeler, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde hastanede bakımdan evde ve toplum içinde bakıma doğru bir geçişi gündemde tutmaktadır (5, 6).

#### b. Evde Sağlık/ Bakım Hizmetinin Sınıflandırılması

Evde bakım hizmetlerinde, üç farklı sınıflandırma yapılmaktadır.

1. Evde bakımda tıbbi (sağlık) hizmetler ve sosyal hizmetler,
2. Kısa süreli bakım veya uzun süreli bakım
  - Kısa süreli sunulan evde bakım hizmetleri, tıbbi hizmet ağırlıklıdır ve çoğunlukla hastane sonrası nekahet dönemi içinde verilmektedir. Bu süre, genel olarak 30 gün ile sınırlandırılmıştır.
  - Uzun süreli evde bakım hizmetleri ise, tıbbi ve sosyal bakım hizmetlerini kapsamakla birlikte, sosyal bakım ağırlıklıdır ve 6 aydan daha fazla bakım gereksiniminin duyulması durumunda verilen hizmetleri içine almaktadır (17).
3. Farklı meslek alanlarındaki uzman ya da yarı uzman kişilerin verdikleri evde bakım (*formal care*) ile aile bireylerinin verdikleri evde bakımdır (*informal care*) (4, 6, 18).
  - Uzmanlık düzeyinde verilen (*formal care*) evde bakım hizmetleri;
    - Hemşirelik hizmetleri
    - Destek sağlık hizmetleri (Psikoterapi, fizik tedavi vb.)
    - Gündüz/Gece bakımı
    - Kişisel bakım (öz bakım) (banyo yapma, giyinme vb. günlük yaşam aktivitelerinde destek)
    - Sosyal destek (alışverişe yardım, faturaların ödenmesi vb.)

- Gıda ve beslenme hizmetleri (evlere yemek dağıtım hizmetleri, beslenme ile ilgili sağlık eğitimi vb.)
- Danışmanlık hizmetleri (bireylerin hakları ve sorumlulukları ile ilgili hizmetler)(3, 6, 17)

### c. Evde Sağlık/ Bakım Hizmeti Sunumunda Meslek Grupları

Evde bakım, evde sağlık ve sosyal destek hizmetlerinden oluşur ve çeşitli meslek grupları bu hizmetin sunumunda görev alırlar.

- Evde sağlık hizmetleri doktor, hemşire, terapist (fiziksel terapist, konuşma terapisti gibi), psikolog, diyetisyen vb. çalışanlarca verilen her türlü destek, tedavi hizmetini, tıbbi malzeme ve cihaz hizmetlerini, ilaçların temin edilmesini kapsar.
- Evde sosyal destek hizmetleri ise sosyal hizmetler çalışanları, bakıcılar, gönüllüler ve din görevlileri gibi profesyonel veya profesyonel olmayan kişilerden oluşabilir. Bu kapsamda her türlü sosyal destek, danışmanlık hizmetleri ve ev bakımı ile ilgili ihtiyaçlar verilir (3, 4, 6).

Hemşireler Avrupa'da profesyonel evde sağlık/ bakım çalışanları içinde en büyük grubu oluşturmaktadır ve genel olarak nitelikli hemşirelik bakım hizmeti sunmaktadırlar. Ayrıca kişinin başka bir hizmete ihtiyacı olup olmadığını belirler ve mevcut hizmetlerden en iyi şekilde faydalanabilmeleri için ihtiyaç halinde hizmeti alan kişilere ve diğer aile fertlerine eğitim yoluyla yardımcı olurlar (4).

Evde bakım hizmetlerinin başarısı hasta ve hasta yakınının gereksinimlerini değerlendirerek tedavi ve bakım planlarının yapılması ve evde bakım ekibiyle iş birliği içinde çok disiplinli bir yaklaşım ile çalışılmasına bağlıdır (5, 6).

### d. Kimlere Evde Sağlık/ Bakım Hizmeti?

Evde bakım hizmetleri tarihsel süreç içerisinde pek çok değişikliğe uğramış, ancak bazı hasta grupları için evde bakım hizmetlerinin hastane hizmetlerine göre daha uygun olması durumu hiçbir zaman değişmeyen bir gerçek olarak kalmıştır. Evde bakım, ihtiyacı olan tüm bireylere, çocuklardan kronik hastalığı olan yaşlılara kadar herkese hizmet sunmak için kullanılmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün Evde Verilen Uzun Dönem Bakım Raporu'nda (Home Based Long Term Care 2000) uzun süreli bakımın tanımına uygun olarak, uzun süreli sağlık sorunu olan ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken yardıma gereksinimi olan bütün yaş

gruplarının evde bakım hizmetleri kapsamına alınması gerektiği belirtilmiştir. Bu kapsamda evde bakım hizmetlerinden yararlanacak hedef kitle;

- Tüberküloz gibi kronik bulaşıcı hastalıkları veya kalp damar hastalıkları, kanserler gibi kronik bulaşıcı olmayan hastalıkları olanlar,
- Etiyolojisine bakılmaksızın, gelişimsel veya poliomyelit gibi enfeksiyöz kaynaklı özürleri de kapsayacak şekilde engelli olan kişiler veya kaza sonucu engellilik gelişenler,
- HIV/AIDS'liler,
- Duyusal kısıtlılığı olanlar,
- Depresyon ve demans dahil olmak üzere mental hastalığı olanlar,
- Madde bağımlıları,
- Doğal ve diğer afet kurbanları (17) olarak belirtilmiştir.

#### **4. Evde Bakım Hizmetlerinin Avantajları, Dezavantajları**

Evde sağlık/ bakım hizmetleri hastane ortamında hasta bakımına alternatif bir sağlık hizmeti alanı olarak sağladığı birçok avantajın yanında dezavantajlarını da beraberinde getirmektedir.

##### **a. Evde Sağlık/Bakım Hizmetinin Avantajları**

- Ailenin birlikte olmasına imkân verir ki bu hastalık dönemlerinde oldukça önemlidir.
- Hastanın kurumsal bir alanda olma kısıtlılığını ortadan kaldırarak daha özgür olma imkânı verir.
- Ev ortamında hastanın aile içi sosyal yaşama katılarak daha fazla aktif faaliyette bulunması ve çevresiyle olan iletişimi, hastalık durumunun daha hızlı düzelmesini sağlar. Hastanın, hastanede hasta rolünü benimsediği ve bunun da iyileşmesini geciktirdiği düşünülmektedir.
- Evde bakım hizmetleri, gereksiz hastane kullanımını azaltmaktadır.
- Hastaların evde bakım maliyetleri, hastane hizmetlerine göre daha düşüktür. Maliyet sadece hastalar için değil, kurumlar için de oldukça önemlidir.
- Evde bakım olanaklarıyla hastanede kalış süresi azalmakta dolayısıyla enfeksiyona yakalanma olasılığı da azalmaktadır. Ayrıca yine enfeksiyona yakalanma olasılığının azlığı maliyetin düşmesine ekstra katkı sağlamaktadır.

- Evde bakım, sağlık kuruluşuna gelemeyen fakat sağlık hizmetine ihtiyacı olan bireylere ulaşmayı sağlamaktadır.
- Koruyucu sağlık hizmetlerine erişilebilirliği arttırmaktadır (bağışıklama, gebe izlem ve bebek izlemi gibi).
- Yaşam kalitesini yükseltir (4-6, 19-22).

#### **b. Evde Sağlık/Bakım Hizmetinin Dezavantajları**

- Evde hizmet ihtiyacı olan hastaların çoklu hastalıklara sahip olmaları dolayısıyla sağlık personelinin komplike durumlarla karşılaşması olasıdır. Evde bakım hizmetleri, birçok dış etkene maruz kalabilen, detaylı bir eğitim ve ciddi bir kontrol mekanizması gerektiren organizasyonlardır.
- Evde bakım hizmeti verecek sağlık personelinin normal çalışma ortamı dışında hizmet vermesi verimliliğini azaltabilir ve personelin hizmet sunumunu zorlaştırabilir. Bu durum aynı zamanda sağlık personeli ile hasta ve ailesi arasında etkili iletişim kurmayı zorlaştırabilir.
- Acil durumlarda hemen müdahale edecek sağlık personelinin bulunamaması bakım hizmetlerinin bir dezavantajıdır.
- Aile fertlerinin sürekli hastanın yanında bulunması bakım verenlerde depresif sorunlar oluşturabilir ve profesyonel bir sosyal desteğe ihtiyaç duyulabilir. Ayrıca aile fertlerinin evde bakım konusunda eğitimsiz olmaları durumunda hastaların tedavisinde aksaklıklar ve sorunlar meydana gelebilir.
- Evde girişimsel tedavi alanlarda komplikasyonlar gelişebilir, örneğin damar yolu uygulamasında tromboz, tıkanıklık, sepsis gelişmesi söz konusu olabilir.
- Sağlık personelinin güvenliğinin sağlanmasında problemler yaşanabilir
- Çevre sağlığı açısından da tıbbi atık kontrolünün sağlanması çözülmeyi bekleyen bir sorundur (4, 14, 16, 19, 23).

### **5. Ülkemizde Evde Sağlık Hizmetleri**

Dünyada olduğu gibi ülkemizde de yaşlı bağımlı nüfus artmakta ve bunun getirdiği evde sağlık/ bakım ihtiyaç artışı kaçınılmaz olmaktadır. Türkiye’de doğuşta beklenen yaşam süresi 2003 yılı için 68,7 iken 2014 yılında 78’lere kadar yükselmiştir (24). Bununla birlikte 2002 yılında gerçekleştirilen Türkiye Özürlüler Araştırmasına göre %12,3 olan özürlü nüfusun içinde kronik hastalıklara bağlı özürlülük sıklığı %9,7’dir (25). Ülkemizde kişi başına düşen

yatak sayısı ile birlikte kişi başına düşen hekim ve hemşire sayısı da Avrupa Birliği ülkeleri ortalamasının oldukça altındadır (26, 27).

Tüm bunlar değerlendirildiğinde ülkemizde sağlık hizmetlerine ihtiyaç giderek artmaktadır ve bu ihtiyaca cevap verecek hastane kaynaklarımız oldukça sınırlıdır. Öte yandan artan sağlık ihtiyacının önemli bir kısmını evde sağlık hizmetine ihtiyacı olan hastalar oluşturmaktadır. Bu hizmet ihtiyacı doğrultusunda evde sağlık hizmeti organizasyon yapılanmasının en kısa zamanda tamamlanması ve işler hale gelmesinin sağlanması gerekmektedir.

#### **a. Ülkemizde Evde Sağlık Hizmetlerinde Mevzuatın Gelişimi**

Geçmişten günümüze evde sağlık hizmetleri ile ilgili gelişmelere bakacak olursak, evde sağlık/ bakım hizmetlerinin mevzuatımıza girişi Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'na (UHK) dayanmaktadır (Tablo 1). 1930 yılında çıkarılan ve hala yürürlükte olan 1593 sayılı UHK kapsamında bulaşıcı ve salgın hastalıklarla mücadele nedeniyle evlerinde tecrit altına alınan hastaların ve ailelerinin beslenme giderlerini karşılama görevi devlete verilmiş ve UHK' ye bağlı olarak 1931 yılında çıkarılan genelge ile ilk defa "ev ziyareti" kavramı resmi olarak kullanılmıştır. Ev ziyareti, çocukların evlerinde hemşireler tarafından büyüme ve gelişiminin takibi ve genel sağlık açısından izlemlerinin yapılmasını içermektedir (28, 29).

Türkiye'de beş yıllık kalkınma planı anlayışının yaşama geçirildiği ilk kalkınma planında evde tedavi hizmetleri örgütlenmesinin geliştirilmesi önerilmekte ve evde tedavi birimlerinin kurulması öncelikli hedef olarak ifade edilmektedir. Birinci Kalkınma Planında daha pahalı olan yataklı tedavi hizmetlerindense sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve maliyetin azaltılması için evde ve ayakta tedavi hizmetleri ön plana çıkarılmıştır (30).

1964 yılında yürürlüğe giren "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönetmelik" birinci maddesinde yer alan sağlık hizmetlerinin ana ilkesi ve temel prensipleri başlığı altında "Tedavi hekimliği, halk sağlığı çalışmalarını tamamlayan bir unsur olarak, evde ve ayakta tedaviye öncelik verecektir" hükmü yer almaktadır. Aynı zamanda sağlık kuruluşunda görevli personelin yetki ve sorumlulukları başlığı altında ise köy ebelerinin ana ve çocuk sağlığı hizmetlerini ve ev ziyaretlerini yapacakları, halk sağlığı hemşiresinin ise köy ebelerinin yapamadığı durumlarda köylere gidip hizmetlerin yürütülmesinde ebelere yardımcı olacağı belirtilmiştir. Yine aynı yönetmelik kapsamında uzman hekimlerin, sağlık ocağı hekiminin daveti üzerine

konsültasyon için eve hasta muayenesine gidebileceği ve bu muayenelerin ücrete tabi olmayacağı yer almaktadır(31).

Bakıma muhtaç özürllülere ise “Bakıma Muhtaç Özürllülerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik” kapsamında hizmet sunulmakta olup yönetmelik kapsamında tanımlanan “bakıma muhtaç özürllü” kavramı, fiziksel mental yetersizlikler gibi engeli oluşturan kriterler ile birlikte ekonomik imkanlardaki yetersizlik kriterini de içermektedir (32).

Evde bakım hizmetini üstlenen diğler bir kurum belediyelerdir. 2005 tarih ve 5393 sayılı Belediye Kanunu’nda yaşlı, düşkün, özürllü ve dar gelirlilere sosyal yardım verilmesi zorunlu kılınmıştır. Uygulamada belediyeler genellikle sosyal hizmetler yanında ücretsiz olarak sağık hizmetine ulaşım, evde sonda uygulama, kan alma, tansiyon takibi, serum takma, enjeksiyon, yara bakımı, pansuman gibi hemşirelik hizmetleri de verebilmektedir (6, 33).

Sağık Bakanlığı’nca evde sağık hizmetlerinin verilmesine yönelik 2010 yılında yürürlüğe giren “Sağık Bakanlığı’nca Sunulan Evde Sağık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkındaki Yönerge” de “Evde Bakım Hizmeti” kavramı “Evde Sağık Hizmeti” olarak değıştirilmiş ve tanımı: “Çeşitli hastalıklara bağılı olarak evde sağık hizmeti sunumuna ihtiyacı olan bireylere evinde ve aile ortamında sosyal ve psikolojik danışmanlık hizmetlerini de kapsayacak şekilde verilen muayene, tetkik, tedavi, tıbbi bakım, takip ve rehabilitasyon hizmetleri” şeklinde yapılmıştır (34).

**Tablo 1. Türkiye'de Evde Sağlık ve Bakım uygulamaları ile ilgili mevzuat**

<b>Tarih</b>	<b>Kullanılan Kavram</b>	<b>Mevzuat</b>
19 Temmuz 1931	Ev ziyareti	UHK Tatbikatına Dair 1852 sayılı 21 No'lu Tamim
17 Mayıs 1934	Evde muayene	Zührevi Hastalıklar ve Fuhuşla Mücadele Nizamnamesinin 14. Maddesine Tevfikan Yapılmış Olan Talimatname
12 Haziran 1937	Kamu kurumu personeline ve kurum çalışanlarına evde tedavi sunulması	Emniyet Teşkilatı Kanunu
8 Şubat 1963	Evde tedavi hizmetleri örgütlenmesinin geliştirilmesi önerisi Evde tedavi birimlerinin kurulması pilot bölge çalışmalarına başlama önerisi	Birinci Kalkınma Planı
9 Eylül 1964	Tedavinin halk sağlığı çalışmalarını tamamlayan bir unsur olarak evde ve ayakta tedaviye öncelik verecektir.	Sağlık Hizmetini Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönetmelik
30 Ekim 1989	Evde bakım kapsamında hizmet verilecek grup ilk kez yatalak yaşlı olarak tanımlanmakta ve hizmet içeriğinin tedavi edici sağlık hizmeti dışında bireylerin sosyal gereksinimleri de karşılamaya yönelik geliştirileceği belirtilmektedir	"1990 Yılı Programının Uygulanması, Koordinasyonu ve İzlenmesine Dair" Bakanlar Kurulu Kararı
19 Ağustos 1993	"Evde hizmet" kavramı ilk defa engellileri de kapsayacak biçimde kullanıldı	Özürülülerin Tespiti, İncelenmesi, Bakım ve Rehabilitasyonuna Dair Yönetmelik
13 Temmuz 2005	Yaşlı, düşkün, özürülü ve dar gelirliilere yardım verilmesi zorunlu kılınmıştır.	5393 Belediye Kanunu
10 Mart 2005	Doğrudan ve sadece evde bakım hizmetlerini konu edinen ilk yasal düzenleme.	Evde Bakım Hizmetleri Hakkında Sunumu Hakkında Yönetmelik
06 Temmuz 2005	Evde bakım hizmetleri, aile hekimlerinin görevi olarak belirlenmiştir	Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik
1 Şubat 2007	'Yaşlı hizmet merkezi' tanımlanmış; gündüzlü bakım ve evde bakım hizmeti sunmak üzere	5579 Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanununda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun
1 Şubat 2010	'Evde bakım hizmeti' kavramı 'evde sağlık hizmeti' olarak değiştirilmiştir	Sağlık Bakanlığı'nca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkındaki Yönerge
21 Ocak 2012	İlk defa evde sağlık hizmetleri bedellerinin hizmet başına ödeme yöntemi ile kamu bütçesinden ödeneceği belirtildi	Sağlık Uygulama Tebliği
27 Şubat 2015	Yönerge ile sunulan hizmet yönetmeliğe bağlanmış ve evde bakım hizmet birimleri tanımlanmıştır.	Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik

**b. Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik**

Ülkemizde 27 Şubat 2015 tarihine kadar evde sağlık hizmetleri 2010 yılında çıkarılan Sağlık Bakanlığı'nca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları

Hakkındaki Yönerge kapsamında sunulmuştur. 2015 yılında 29280 sayılı ‘Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik’ yürürlüğe girmiştir ve günümüzde ilgili yönetmelik kapsamında hizmet sürdürülmektedir (34, 35).

Yönetmelik kapsamında yaşam kalitesini ileri düzeyde bozan hastalığı ve/veya yaşlılığı nedeniyle sağlık hizmetine ulaşmada zorluk yaşayan, evinde ve aile ortamında sağlık hizmeti almak üzere talepte bulunan bireyler hedef grup olarak belirlenmiştir.

Yönetmeliğin amacı; ‘ihtiyacı olan bireylerin muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyonlarının evinde ve aile ortamında yapılması, bu kişilere ve aile bireylerine sosyal ve psikolojik destek hizmetlerinin bir bütün olarak birlikte verilmesi amacıyla Bakanlık ve bağlı kuruluşları tarafından sunulacak olan evde sağlık hizmetlerinin teşekkül ettirilmesi, sevk ve idaresi ile ilgili kurum ve kuruluşlar arasında koordinasyonun sağlanmasına dair usul ve esasları belirlemek; bu hizmetlerin, sosyal devlet anlayışına uygun olarak, yurt genelinde eşit, ulaşılabilir, kaliteli, etkin ve verimli bir şekilde uygulanmasını sağlamaktır.’

### 1) Evde Sağlık Hizmet Birimleri

Evde sağlık hizmet sunumunda başvuruda bulunan hasta ya da hasta yakınlarının taleplerini değerlendirerek evde sağlık hizmeti almaya uygun görülen hastalara ihtiyacı olan hizmeti sunmak ve gerekirse hastaların hastaneye naklini sağlamak amacıyla görev alan 3 tip birim vardır.

- T Tipi Evde Sağlık Hizmet Birimleri:
  - Toplum Sağlığı Merkezleri’ne (TSM) bağlı olarak kurulan; evde sağlık hizmetini öncelikli olarak sunmakla görevli birimlerdir.
  - Ekip, evde sağlık hizmeti konusunda eğitilmiş *hekim, yaşlı bakım teknikeri/evde hasta bakım teknikeri ve yardımcı sağlık personeli* olmak üzere üç kişiden oluşturulur. Yaşlı bakım teknikeri/evde hasta bakım teknikeri olmadığı hallerde bir yardımcı sağlık personeli ekibe dâhil edilir.
  - İhtiyaç halinde psikolog, sosyal çalışmacı ve benzeri destek elemanları da hizmetin sunumunda görev alır.
- H Tipi Evde Sağlık Hizmet Birimleri:
  - Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı hastaneler bünyesinde kurulan birimlerdir. Öncelikli olarak uzman hekim konsültasyonu, fizyoterapi gibi T

tipi birimler tarafından verilmesi mümkün olmayan hizmetlerin sunumuyla mükelleftir. Koordinasyon Merkezinin planlaması doğrultusunda T tipi birimleri destekler.

- Ekip, T Tipi Evde Sağlık Birimi ile aynı koşullara ek olarak hastanın ihtiyacına göre uzman hekim ya da hekimlerden oluşur.
- D Tipi Evde Sağlık Hizmet Birimleri:
  - Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı Aile Dış Sağlığı Merkezleri (ADSM) bünyesinde kurulan birimlerdir.
  - Ekipte bir diş hekimi ile birlikte bir ağız ve diş sağlığı teknikeri ya da diş protez teknikeri bulunur.

Acil sağlık hizmeti dışında hastalarının naklinde Evde Sağlık Birimlerine tahsis edilmiş olan ‘Hasta Nakil Ambulansı’ kullanılır. Acil sağlık hizmetleri için 112 acil hizmetlerinden yararlandırılır.

## 2) Evde Sağlık Hizmetinden Sorumlu Hekimin Görevleri

Evde sağlık hizmet sunumunda sorumlu tabip veya diş tabibi ekibin başıdır. Görev, yetki ve sorumlulukları şunlardır:

- İlk ziyareti ekibiyle birlikte gerçekleştirerek hastanın kapsamlı tıbbi değerlendirmesini yapar.
- Tanısı ve/ veya müdavi hekim önerisi bulunan hastalar için bu doğrultuda evde sağlık hizmet planını hazırlar; bulunmayanlar için ise gerekiyorsa, ilgili dal uzmanından destek alır.
- Hazırlanan plan doğrultusunda; hastanın, ihtiyacı olan evde sağlık hizmetlerini almasını sağlar. Evde sağlık hizmet planını hizmet sürecinde ortaya çıkan ihtiyaçlara yönelik revize eder.
- Evde sağlık hizmetleri sırasında kullanılacak ilaç, tıbbi cihaz ve malzemelerin tedariki, uygun koşullarda saklanması, kullanımı, tıbbi atıkların toplanması ve muhafaza edilmesi, enfeksiyonlardan ve bulaşıcı hastalıklardan korunma gibi konularda kişi ve aile bireylerini bilgilendirir ve danışmanlık hizmeti verir.
- Evde sağlık hizmetleri sırasında kişilere uygulanan tıbbi işlemlerden, yapılan işlemlerin kayıtlarının tutulmasından sorumludur.
- Kullanılan araç-gereç ve tıbbi cihazların temizliğinin, dezenfeksiyon ve sterilizasyonunun, düzenli bakım ve kalibrasyonunun yapılmasını sağlar.

- Gerçekleştirilen hizmetlerle ilgili olarak hastanın aile hekimine bilgi verir.

### 3) Evde Sağlık Hizmetine Başvuru

- Hasta, hasta yakını, diğer kişi veya kurumlar tarafından 444 3 833 numaralı telefon hattı aranarak ya da TSM/Aile Hekimliği Birimleri aracılığıyla yapılır.
- Hastaneden taburcu aşamasında olup evde sağlık hizmet ihtiyacı olduğu değerlendirilen hastalar için müdavi hekimleri aracılığıyla yapılır.

Başvuru sonrasında yapılan değerlendirmeye hastanın durumuna göre ziyaret planı belirlenir. Günlük, haftalık veya aylık periyotlarla verilecek olan hizmetin zamanı hasta ve/veya aile bireyelerine önceden bildirilir.

### 4) Evde Sağlık Hizmetinin Kapsamı

- Hastaya konulmuş olan tanı ve planlanan tedavi çerçevesinde, bulunduğu ev ortamında muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin verilmesi
- İlacın reçete edilmesindeki özel düzenlemeler saklı kalmak kaydıyla, uzun süreli kullanımı sağlık raporu ile belgelendirilen ilaçların reçete edilmesi
- Tıbbi cihaz ve malzeme kullanımına ilişkin raporların çıkarılmasına yardımcı olunması
- Hastanın ve ailesinin, evde bakım sürecinde üstlenebilecekleri görevler ile hastalık ve bakım süreçleri hakkında bilgilendirilmesi
- Hastaya, evde kullanması gereken tıbbi cihaz ve ekipmanlar konusunda, eğitim ve danışmanlık gibi hizmetlerin verilmesi
- Gerekli görülen hallerde hastanın ilgili sağlık kuruluşuna ve/veya sağlık kuruluşundan evine ücretsiz nakli
- Hizmeti sunan hekimin gerekli görmesi halinde hasta, ilgili dal uzmanına konsültasyon işlemi (Birim tarafından yapılan talebin ilgili uzman tabiplerce, zamanında karşılanması zorunludur)
- İleri tetkik ve tedavi gerektiren durumlar, sağlık kurulu raporunun yenilenmesi ve benzeri hallerde hastanın, hizmeti sunan birim tarafından hastaneye sevk edilmesi hizmet kapsamında olup yeni oluşan acil durumlar evde sağlık hizmeti kapsamına girmez.

Hastayla yapılan ilk görüşmede “Aydınlatılmış Onam Formu” kullanılarak rızası alınır ve hizmet süresinde etik kurallara uygun hareket edilir.

### 5) Evde Sağlık Hizmetinin Sonlandırılması

- Hastanın iyileşmesi veya uygulanan bakım ve tedavinin, sağlık personeli gerektirmeden yapılabilecek hale gelmesi,
- Hastanın veya yakınının hizmeti sonlandırmayı talep etmesi,
- Hastanın vefat etmesi,
- Hasta veya yakınlarının tedaviye uyumsuz davranışları nedeniyle sorumlu hekimin verilen hizmetin faydası olmayacağına kanaat getirilmesi,
- Hasta veya yakınının personelin güvenliğine yönelik uygun olmayan davranışlarda bulunmaları,
- Evde sağlık hizmeti sunulan hastanın, çeşitli nedenlerle ikamet ettiği bölgenin değişmesi.

Ülkemizde evde sunulan sağlık, bakım ve sosyal destek hizmetlerinde çok sektörlü bir yaklaşım mevcuttur. Bu hizmetlerin bütüncül bir anlayışla ve iş birliği içerisinde sunumunun sağlanması, hizmetlerin etkinliğinin artırılması ve tekrarların önlenmesi amacıyla ilgili kamu kurum ve kuruluşları arasında, gerekli koşullara uyularak elektronik ortamda veri paylaşımını sağlayacak entegre yazılımlar oluşturulması önemlidir.

## B. YETİ YİTİMİ

### 1. Yeti Yitimi Tanımlanması

Yeti yitimi aile içinde, iş alanında veya sosyal bir grup içerisinde toplumsal işlevleri ve rolleri gösterme yeteneğindeki bir bozulma ya da kayıp olarak tanımlanmaktadır (36). Ayrıca bu süreçle ilgili olarak üç aşamadan bahsedilmiş olup bu aşamalar ise kalıcı ve kronik hastalıklar içinde gösterilmiştir:

- Yetersizlik (impairment): Vücutta sistemler düzeyinde psikolojik, fizyolojik ve anatomik bütünlükte yetersizlik ve anormallik ortaya çıkmasıdır.
- Özürlülük (disability=Yeti yitimi): İnsan için normal olarak değerlendirilen bir işlevi bedensel düzeyde meydana gelen fonksiyonel kısıtlılıklara bağlı olarak yapamama durumudur.
- Engellilik (handicap): Yetersizlik ya da özürlülüğe bağlı olarak kişinin istediği sosyal rolleri toplumsal yaşamda yerine getirememesine bağlı yetersizlik durumudur (37).

Yeti yitimi oldukça karmaşık ve çok boyutlu kavramdır. Günümüzde bu kavram tıbbi ve bireysel bakış açısından yapısal ve sosyal bakış açısına doğru dönüşüm göstermiş, yeti yitiminde tıbbi model yerine sosyal model anlayışı egemen görüş haline gelmiştir. Toplumlar artık yeti yitimini kendi vücutlarının bir sorunu olarak değil, herkesi ilgilendiren sosyal bir olay olarak görmeye başlamıştır (38).

DSÖ tarafından yapılan yeti yitimi tanımı vücut fonksiyonlarındaki sorunlardan oluşan yetersizlik, aktivite kısıtlanması ve günlük yaşama katılım kısıtlılığını içeren geniş ve kapsamlı bir tanımlama olarak karşımıza çıkmaktadır. Yeti yitimi tanımlamasının en önemli vurgusu bireyin çeşitli nedenlerden kaynaklı kişisel yetersizlikleri nedeniyle sosyal yaşama katılamamasıdır (39, 40).



**Şekil 1. Yeti yitimi Süreci (DSÖ 1980)**

Yeti yitimi gelişimi üzerine çeşitli şemalar mevcut olup ilki DSÖ tarafından geliştirilmiştir. Bu şemada yer alan temel kavramlar hastalık, rahatsızlık, yeti yitimi ve sakatlık kavramlarıdır ve burada yeti yitimi bir kişi için normal olarak kabul edilen aktiviteyi gösterme yeteneğinin kısıtlanması veya yokluğu olarak tanımlanmıştır (Şekil 1) (37, 40).

## 2. Yeti Yitimine En Çok Sebep Olan Hastalıklar

Yeti yitimine en çok sebep olan hastalıklar bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar olup hastalık yükleri yıllarla birlikte artmaktadır. Hastalık yükü DALY- Engelliliğe Ayarlanmış Yaşam Yılı (Disability Adjusted Life Year) kavramı ile belirlenir. DALY ölüme neden olan

ya da olmayan hastalık veya bozukluklar nedeniyle kaybedilen yılları hesaplayan mutlak bir sağlık kaybı ölçütüdür ve toplum sağlığı için bir özet göstergedir (41, 42).

Gelişmiş ülkelerde olduğu gibi Türkiye’de de iskemik kalp hastalığı, bel ve boyun ağrısı, KOAH, diyabet, ruhsal hastalıklar (depresif bozukluklar ve anksiyete bozuklukları) ve serebrovasküler hastalıklar gibi bulaşıcı olmayan hastalıkların artan etkisi ile karşı karşıyadır. Yaralanmalardan kaynaklanan kaybın en büyük oranda trafik kazaları kaynaklıdır (42). Dünyada 60 ve üzeri yaşta en çok hastalık yükü oluşturan hatalıklardan ilk 5’i olarak iskemik kalp hastalığı, serebrovasküler hastalık, KOAH, Alzheimer ve diğer Demans türleri ve katarakt olarak rapor edilmiştir (43).

Dünya Sağlık Örgütü ile yürütülmüş olan Temel Sağlık Hizmetlerinde Ruhsal Sorunlar çalışmasının Gölbaşı (Türkiye) ayağında, ruhsal bozuklukların özellikle de depresyonun sosyal yeti yitimi ile ilişkili olduğu ve ruhsal bozukluğu olan hastalarda yeti yitiminin sadece kronik bedensel hastalığı olanlardan daha fazla olduğu gösterilmiştir. Kronik bedensel hastalık ve ruhsal hastalık birlikteliğinde ise yeti yitimi daha da artmaktadır (44).

### **C. YETİYİTİMİ ve EVDE SAĞLIK HİZMETİ İHTİYACINDA ÖZELLİKLİ GRUP OLARAK YAŞLILAR**

#### **1. Yaşlılık**

‘Herkes uzun yaşamak istiyor ama kimse yaşlanmak istemiyor.’

(Jonathan Swift)

Yaşam sürecinin son basamakları olarak tanımlanan yaşlılığın çeşitli tanımlamaları mevcut olup bu tanımlamalar sürekli gelişmektedir. Yaşlılığın fizyolojik özelliğinin dışında biyolojik, psikolojik, kronolojik, fonksiyonel ve ekonomik yaşlılık gibi boyutlarından bahsedilebilir (37, 45-47).

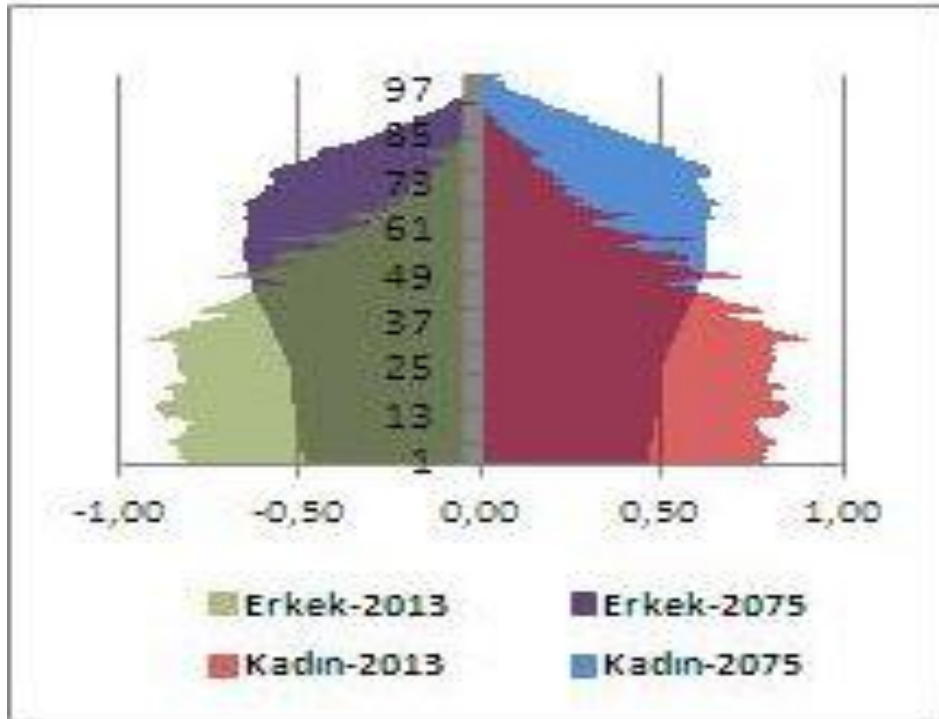
Yaşlılık tüm boyutları ile değerlendirilmesi gereken bir süreçtir. Fizyolojik ve biyolojik boyutuyla yaşlılık, kronolojik yaşa (takvim yaşı) bağlı olarak insan vücudunun yapı ve fonksiyonlarında görülen değişimleri ve bunlara bağlı olarak ortaya çıkan bireysel değişiklikleri ifade eder. Psikolojik boyutuyla yaşlılık, fizyolojik değişimlerin dışında, kişide kronolojik yaş ilerledikçe algı, öğrenme, problem çözme ve kişilik özelliklerinde meydana gelen uyum sağlama kapasitesinin değişimidir. Sosyolojik açıdan yaşlılık ise bir toplumda

belirli yaş grubundan beklenen davranışlar ve toplumun o gruba verdiği değerlerle, insanın bağımsız konumdan bağımlı konuma geçmesi ile ilgilidir (37, 45, 47)

Yaşlılığı temel alan çalışmaların çoğunda yaşlılık tanımı ve sınıflamasında fizyolojik boyutu ele alınmaktadır. Kronolojik olarak yaşlanma da 65 yaş üstü olarak kabul edilmiştir. Bu süreçte birey sağlık ve sosyal güvencelerden yararlanmaya başladığı için bu yaş sosyal ve ekonomik yaşlılığın da başlangıcı olarak kabul edilmektedir (37).

Dünya Sağlık Örgütü yaşlılık dönemini 65 yaş ve üstünü yaşlı, 85 yaş ve üzerini çok yaşlı (65-74 yaş arası genç yaşlı, 75-84 yaş arası orta yaşlı ve 85 yaş üzerini ileri yaşlılık (ihtiyarlık) devri) olarak tanımlamıştır. Yaşlanma ile birlikte zihinsel ve fiziksel kapasitede azalmalar, hareket yeteneğinde yavaşlama görülse de bu değişikliklerde bireysel farklılıklar olabilmektedir; çok yaşlı bir birey kendini daha genç hissedebilir ya da tersi olabilir.(37, 45, 46, 48).

Dünyada ve Türkiye’de yaşlı nüfusun oranı giderek artmakta ve bu artışın hızlanacağı öngörülmektedir (49). Türkiye’de günümüzde 6,5 milyon olan yaşlı nüfus 2023 yılında 8,6 milyona, 2050’de 19,5 milyona, 2075’te ise 24,7 milyona çıkacaktır (50, 51)(Şekil 2).



Şekil 2. Türkiye Nüfus Piramidi 2013-2075

## 2. Yaşlılık ve Evde Sağlık

“İnsan ihtiyar olmaya karar verdiği gün ihtiyardır.”

(Jean Anouilh)

Yapılan araştırmalarda 65 yaş üzerindeki yaşlıların %65,0' inde en az 3 kronik hastalık ve 79 yaşın üzerindekiilerin %75,0' inde ise en az 4 kronik hastalığın bir arada görüldüğü belirlenmiştir. Özellikle yaşlılar düşme ve diğer kazalar açısından topluma kıyasla 3 kat daha fazla risk altındadırlar. Ayrıca osteoporoz ve osteoartroz gibi kemik yapısında değişikliklerden dolayı kırıklara daha yatkındırlar (52, 53). İlerleyen yaşlarda presbiyopi, presbiakuzi gibi fizyolojik değişiklikler daha fazla artmakta, ayrıca sahip olunan kronik hastalıklar da zaman içerisinde engelliliğe yol açmaktadır. Bu durum yaşlılara verilecek evde bakım hizmetlerine gereksinimi arttırmaktadır.(4).Bu nedenlerle evde bakım hizmetini alan en geniş grup 65 yaş ve üstündeki yaşlılardır ve bu grubun genel nüfusa oranı giderek artmaktadır(6). Türkiye’de 1990 yılında 65 yaş ve üstü nüfus oranı %4,3 iken 2015 yılında bu oran %8,2 olmuştur. Günümüzde yaşlı toplumlar sınıfında yer alan ülkemiz yapılan nüfus projeksiyonlarına göre 2023 yılı için yaşlı nüfus oranı %10,2 ile çok yaşlı nüfuslu ülkeler arasında yer alacaktır. (54). Yaşlıların başka bireylere bağımlılık oranı ise 1990’da %7 iken 2015 yılında %12,2’dir (50, 55).

Türkiye’de nüfusun giderek yaşlanmasıyla geriatrik hizmetlerde düzenlemeye gidilmesi gerekmektedir. Bu kapsamda birinci basamak sağlık kurumlarında koruyucu hizmetler, kronik hastalıkların takibi ve evde bakım hizmetleri oluşturulacak sağlık hizmet sunumu programlarında özellikle yer almalıdır (5).

Yaşlıların hastane ortamında uzun dönem bakılmasının ülkelere getirdiği maddi yük, günümüzde hızla artan nüfus, kişi başına düşen hastane yatak sayısında azalma, hastada hastaneye yatış ile ilgili birçok fiziksel (hastane enfeksiyonlarına maruz kalma gibi), psikolojik ve sosyal sorunların eklenmesine neden olmaktadır. Diğer taraftan teknolojinin gelişmesi ile birlikte pek çok sağlık hizmeti ev ortamında da verilebilmektedir. Yaşlıların çok büyük bir bölümü kendi ev ortamında kalmayı tercih etmektedirler (53). Tüm bu faktörler nedeniyle yaşlıların ev ortamında bakımı bugün olduğundan daha fazla önümüzdeki yıllarda da gündemden düşmeyecektir.

### 3. Yaşlılık ve Yeti yitimi

Yaşlılık bireyin fiziksel açıdan kayba uğradığı, aldığı desteğin zayıfladığı, fiziksel hastalıkların ve özürllülüğün arttığı, yetersizlikler nedeniyle çevreye bağımlı hale geldiği ve ruhsal sorunların daha fazla gözlendiği bir dönemdir. DSÖ'nün 1998 yılı Dünya Sağlık Raporunda yaşlanma; yeti yitimlerinin artması ve başkalarına daha fazla bağımlı olma şeklinde tanımlanmaktadır (37, 56).

Yaşlılıkta yeti yitimi açısından risk faktörleri değiştirilemeyenler ve değiştirilebilenler olarak ikiye ayrılmaktadır.

Yaş, cinsiyet, genetik gibi faktörler değiştirilemeyen faktörlerdir. Değiştirilebilen faktörler ise bireysel faktörler (yaşla ilgili hastalıklar, bozukluklar, sınırlılıklar, zayıf başa çıkma stratejileri, hareketsiz yaşam, sağlığa zararlı alışkanlıklar gibi) ve çevresel faktörler (sosyal destek sistemleri, ekonomik faktörler, beslenme, barınma, iş olanakları gibi) olarak sınıflandırılmaktadır. Tüm bu faktörlerin yanı sıra yeti yitiminde sosyal destek sistemlerinin miktarı ve kalitesi de önemlidir (37, 57).

Literatürde kadın olmanın, 80 yaş üzerinde olmanın, düşük öğrenim ve düşük gelir düzeyine sahip olmanın, sigara ya da alkol kullanmanın, mental, motor ve görsel problemlere sahip olmanın ayrıca kırsal bölgede yaşamının yeti yitimi düzeyini etkilediği gösterilmiştir. Hastalık ya da bozukluklara sahip olma durumu da yeti yitimi ya da fonksiyonel sınırlılık riski açısından önemli etkenlerdir. Bu nedenlerle risk etmenlerini belirlemede fizyolojik, psikolojik, sosyal, kültürel ve çevresel faktörler değerlendirilmelidir (37, 57).

## V. GEREÇ VE YÖNTEM

### A. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırma kesitsel tanımlayıcı bir çalışmadır.

### B. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma İstanbul ili Bahçelievler ilçesi sınırlarında 20 Mayıs 2016- 15 Temmuz 2016 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

### C. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evreni İstanbul ili Bahçelievler İlçesinde ikamet etmekte olup Bahçelievler Toplum Sağlığı Merkezi Evde Sağlık Hizmetleri Birimine kayıtlı olan hastalardır. Kişilere İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü ile yapılan araştırma protokolü kapsamında ulaşılmıştır.

Evde sağlık hizmetlerine ihtiyaç sıklığının Bahçelievler TSM sağlık kayıtlarına göre %0,1 olduğu tahmin edilmektedir. Bahçelievler İlçesi nüfusu Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2013 verilerine göre 602.931'dir. Bahçelievler İlçesi için yıllık Evde Sağlık Hizmetine ihtiyacı olacak kişi sayısının 603 olacağı hesaplanmıştır. Bu kişilerden herhangi bir örnekleme yapılmamış olup Bahçelievler Toplum Sağlığı Merkezi Evde Sağlık Hizmetleri Birimine 1 Ocak 2016-15 Mayıs 2016 tarihine kadar kabul edilmiş 172 hastanın tamamına ulaşmak hedeflenmiştir. Başvuruda hasta yakınlarına çalışma hakkında bilgi verilmiş olup çalışmaya katılmayı kabul edenler dahil edilmiştir.

### D. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI VE YÖNTEMİ

Araştırma grubunda yer alan hastalara Bahçelievler T Tipi Evde Sağlık Ekipleri ile birlikte evlerinde ulaşılmıştır. Veriler çalışmaya katılmayı kabul etmiş olan hastalardan 20 Mayıs 2016 – 15 Temmuz 2016 tarihleri arasında toplanmıştır. Kişilere T Tipi ekiple evlerinde yapılan ziyaretlerde yüz yüze görüşme yöntemiyle sorular sorulmuş, soruları cevaplayamayacak kadar düşükün hastaların cevapları hasta yakınları aracılığıyla alınmıştır.

Araştırma kapsamında evde sağlık hizmeti alan hastalara, araştırmacının kendisi tarafından hazırlanmış olan Evde Sağlık Hizmeti Alan Bireylerin Genel Bilgiler Soru Formu

ile Dünya Sağlık Örgütü Yeti Yitimi Ölçeği 2 (WHODAS-2) ve Barthel Yaşam Kalitesi İndeksi (BYKİ) uygulanmıştır. Bilgilerin toplanması bir ev ziyareti süresinde, toplamda 15-30 dakikada tamamlanmıştır.

### 1. Evde Sağlık Hizmeti Alan Bireylerin Genel Bilgiler Soru Formu

Bu anket formu kapsamında hastanın;

- Sosyodemografik özellikleri,
  - Aylık hane geliri sınıflaması yapılırken araştırma dönemi içerisinde net asgari ücret 1300,99 TL olduğundan alt sınır olarak 1300 TL belirlenmiştir (58).
- Bakım vereniyle ilgili sorular,
- Evde sağlık hizmeti aldığı kurumlar ve hizmet süresi,
- Sahip olduğu kronik hastalıkları ve kullandığı ilaç sayısı,
  - İlaç kullanımı değerlendirilirken kişilerin birden çok ilaç kullanması polifarmasi, 5 ve üzerinde ilaç kullanması ise majör polifarmasi olarak tanımlanmıştır (59).
- Evde sağlık hizmetine ihtiyaç nedeni,
- Evde sağlık hizmeti almaya başladığı günden bu yana aldığı ve ihtiyaç duyduğu hizmetler,
- Evde sağlık hizmetinden beklentileri ve
- Evde sağlık hizmetinden memnuniyet durumları sorgulanmıştır.

### 2. Barthel Yaşam Kalitesi İndeksi

Barthel Yaşam Kalitesi İndeksi (BYKİ) Mahoney ve Barthel tarafından 1965'te 'Maryland Disability Index' adıyla geliştirilmiştir. Başlangıçta amaç nöromuskuler ve kas iskelet sistemi hastalığı olan hastaları değerlendirmek iken sonrasında yeti yitimine sebep olan birçok durumda günlük yaşam aktivitelerini ölçmede kullanılmıştır (60). Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması Küçükdeveci ve ark. tarafından 2000 yılında inme geçirmiş ve spinal kord yaralanmalı hastalar üzerinde yapılmıştır (61).

BYKİ günlük yaşamdaki fiziksel fonksiyonu ölçer ve 10 madde ile değerlendirme yapar;

- Beslenme
- Banyo

- Kişisel bakım
- Giyinme
- Barsak ve mesane kontinansı
- Tuvalet kullanımı
- Düz zeminde mobilite (immobil, tekerlekli sandalye kullanımı, yardımla veya bağımsız yürüme)
- Transfer (tekerlekli sandalyeden yatağa ve tersine geçiş)
- Merdiven çıkma

İndeksin puanları 0-100'e arasında değişen sonuçlar verir ve bu değerlere göre günlük yaşam aktivite kapasitesi tanımlanır. Puan değeri yükseldikçe fonksiyonel otonomi yükselir.

- 0-20 puan Tam bağımlı
- 21-61 puan İleri derecede bağımlı
- 62-90 puan Orta derecede bağımlı
- 91-99 puan Hafif derecede bağımlı
- 100 puan Tam bağımsız

### **3. Dünya Sağlık Örgütü Yeti Yitimi Ölçeği 2.0 (World Health Organisation Disability Assessment Schedule 2.0) (WHODAS-2)**

Dünya Sağlık Örgütü Yeti yitimi Ölçeği 2 (WHODAS-2) DSÖ tarafından kişilerin yeti yitimi düzeylerinin ölçülmesini sağlayan pratik ve genel değerlendirme sağlayan bir ölçektir. WHODAS-2, herhangi bir sağlık durumunun gidişatını izlemek açısından ortak bir ölçüm sağlar. Ölçek spesifik bir hastalığı hedeflememektedir; bu nedenle farklı hastalıklardan dolayı engelliliği karşılaştırmak için kullanılabilir. WHODAS-2 ile sağlık ve sağlıkla ilgili müdahalelerin etkisini izlemek mümkün olabilir. Ölçeğin, genel nüfustaki ve belirli gruplardaki (örneğin, çeşitli zihinsel ve fiziksel durumları olan insanlar) sağlık ve engellilik düzeylerini değerlendirmek için yararlı olduğu kanıtlanmıştır (62, 63).

Uluslararası karşılaştırmalar yapabilmek için standardizasyonu sağlanarak geliştirilen bir ölçek olup 18 yaş ve üzeri bireyler için hazırlanmıştır. Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması Uluğ ve ark. tarafından 2001 yılında yapılmıştır (64).

Ölçeğin 36, 12 ve 12+24 soruluk düzenlemeleri mevcut olup, kişilere sağlık durumları nedeniyle çektiği güçlükler sorulur. Güçlük, işleri yaparken daha fazla çabanın gerekmesi,

rahatsızlık ya da ağrının duyulması, yavaşlama ve her zamanki gibi yapamama anlamında kullanılmaktadır. Bu güçlükler hastanın; hastalıklarına, yaralanmalarına, zihinsel ve ruhsal sorunlarına, alkol ya da madde ve ilaç kötüye kullanımı ile ilgili sorunlara bağlı olmalıdır. Ölçek sorgulaması geride kalan 30 günlük dönem içindir. Bu ölçeğe göre alan bilgileri hayatın altı alanındaki işlev seviyesini irdelemekte olup, şu şekilde belirtilmektedir;

*1. ALAN: Anlama ve İletişim Kurma*

- Bir işe dikkatini verebilme
- Anımsama
- Sorun çözümü
- Yeni işler öğrenme
- Anlama

*2. ALAN: Hareket Etme, Bir Yerden Bir Yere Gitme*

- Ayakta durma
- Beden duruşunu değiştirme
- Evin içinde dolaşma
- Evden dışarı çıkma
- Uzun mesafe yürüme

*3. ALAN: Kendine Bakım*

- Banyo yapma
- Giyinme
- Beslenme
- Yalnız kalma

*4. ALAN: İnsan İlişkileri*

- Yabancılarla iletişim
- Arkadaşlığı sürdürme
- Tanıdıklarla iletişim
- Arkadaş edinme

- Cinsel ilişkide çekilen güçlük (Bu soru Uluğ ve ark. Çalışma sonuçlarına göre çalışmamız kapsamına alınmamıştır.)

#### 5. ALAN: Yaşam Faaliyetleri

- Evle ilgili etkinlik
  - Evle ilgili sorumluluklar
  - Evde önemli görevler
  - Ev işlerini bitirme
  - Ev işlerini hızlı yapma
- İşle ya da okul ile ilgili etkinlikler (bu bölüm ile ilgili sorular, hedefimiz evde sağlık hastaları olduğundan araştırma grubumuz için geçerli değildir)
  - Her günlük işleri yürütme
  - Önemli görevlerin yapılması
  - Tüm işleri bitirme
  - İşleri zamanında bitirme

#### 6. ALAN: Toplumsal Yaşama Katılım

- Toplumsal etkinliklere katılma
- Çevredeki engeller nedeniyle sorunla karşılaşma
- Özsaygıyı yitirmeden yaşayabilme
- Sağlık için harcanan süre
- Sağlık nedeniyle duygusal etkilenim
- Sağlık nedeniyle ekonomik etkilenim
- Sağlık nedeniyle ailenin sorunla karşılaşması
- Kendi başına vakit geçirebilmek

WHODAS-2’de Alan bilgileri Likert ölçeğine göre ‘Hiç, Biraz, Orta, Çok Fazla, Aşırı/Hiç Yapamıyorum’ olarak değerlendirilmektedir.

Ölçeğin değerlendirilmesinde her bir alan için ayrı ayrı ve tüm alanların dahil edildiği toplam yetersizlik puanı ağırlıklandırılmış puanlar üzerinden hesaplanmaktadır. Alan puanları ve toplam WHODAS puanı 100 üzerinden değerlendirilmektedir (62, 64, 65) (Tablo 2). Puanlama aşağıda görülen formüllere göre yapılmıştır:

$$\text{Alan 1} = [s1.1 + \dots + s1.6] / 20 * 100$$

$$\text{Alan 2} = [s2.1 + \dots + s2.5] / 16 * 100$$

$$\text{Alan 3} = [s3.1 + \dots + s3.4] / 10 * 100$$

$$\text{Alan 4} = [s4.1 + \dots + s4.4] / 10 * 100$$

$$\text{Alan 5} = [s5.1 + \dots + s5.4] / 10 * 100$$

$$\text{Alan 6} = [s6.1 + \dots + s6.6] / 20 * 100$$

$$\text{WHODAS-2 Toplam Puanı} = [s1.1 + \dots + s4.4 + \dots + s6.6] / 90 * 100$$



**Tablo 2. WHODAS 2 Alanlar ve alan değerleri**

Alanlar	Alan Değerleri				
	Hiç	Biraz	Orta derecede	Çok fazla	Aşırı/hiç yapamıyorum
<b>Alan 1. Anlama ve İletişim Kurma</b>					
Bir işe dikkatini verebilme	0	1	2	3	4
Anımsama	0	1	2	3	4
Sorun çözümü	0	1	2	3	4
Yeni işler öğrenme (yeni bir yol vb.)	0	1	2	3	4
Anlama	0	1	1	2	2
İletişim	0	1	1	2	2
<b>Toplam</b>					<b>20</b>
<b>Alan 2. Hareket etme, bir yerden bir yere gitme</b>					
Ayakta durma	0	1	2	3	4
Beden duruşunu değiştirme	0	1	1	2	2
Evin içinde dolaşma	0	1	1	2	2
Evden dışarı çıkma	0	1	2	3	4
Uzun mesafe yürüme	0	1	2	3	4
<b>Toplam</b>					<b>16</b>
<b>Alan 3. Kendine Bakım</b>					
Banyo yapma	0	1	1	2	2
Giyinme	0	1	2	3	4
Beslenme	0	1	1	2	2
Yalnız kalma	0	1	1	2	2
<b>Toplam</b>					<b>10</b>
<b>Alan 4. İnsan İlişkileri</b>					
Yabancılarla iletişim	0	1	1	2	2
Arkadaşlığı sürdürme	0	1	1	2	2
Tanıdıklarla iletişim	0	1	1	2	2
Yeni arkadaşlar edinme	0	1	2	3	4
<b>Toplam</b>					<b>10</b>
<b>Alan 5. Yaşam Faaliyetleri</b>					
Evle ilgili sorumluluklarını yerine getirme	0	1	1	2	2
Evdeki önemli görevlerini iyi bir şekilde yapma	0	1	1	2	2
Yapılması gereken tüm ev işlerini bitirme	0	1	1	2	2
Ev işlerini yeterince hızlı yapma	0	1	2	3	4
<b>Toplam</b>					<b>10</b>
<b>6. Alan Toplumsal Yaşama Katılım</b>					
Toplumsal etkinliklere katılma	0	1	1	2	2
Çevreden engeller yüzünden sorunla karşılaşma	0	1	2	3	4
Özsaygıyı yitirmeden yaşayabilmek	0	1	1	2	2
Sağlık harcanan süre	0	1	2	3	4
Sağlık nedeniyle duygusal etkilenim	0	1	2	3	4
Sağlık nedeniyle ekonomik etkilenim	0	1	1	2	2
Sağlık nedeniyle ailenin sorunla karşılaşması	0	1	2	3	4
Kendi başına eğlenmek dinlenmek	0	1	1	2	2
<b>Toplam</b>					<b>24</b>

### **E. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI DEĞİŞKENLERİ**

- Evde sağlık hizmeti alan bireylerin BYKİ ile belirlenen bağımlılık dereceleri
- Evde sağlık hizmeti alan bireylerin WHODAS-2 ölçeği ile belirlenen yeti yitimi durumları

### **F. ARAŞTIRMANIN BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ**

- Yaş
- Cinsiyet
- Eğitim durumu
- Aylık hane geliri
- Bakım verenin yakınlığı
- Evde sağlık hizmeti alan bireylerin ne kadar süredir bakıma ihtiyaç duyduğu
- Evde sağlık hizmeti alan bireylerin kronik hastalıkları
- Evde sağlık hizmeti alan bireylerin ilaç kullanma durumları
- Evde sağlık hizmeti alan bireylerin evde sağlık hizmetine başvurma sebepleri

### **G. İSTATİSTİKSEL ANALİZ**

Tanımlayıcı istatistikler sürekli veriler için ortalama, standart sapma, ortanca ve en küçük ve en büyük değerleriyle; ölçüm verileri ise yüzde oranlarla birlikte sunulmuştur.

Verilerin istatistiksel olarak karşılaştırılmasında kategorik veriler için Ki-Kare ve Fisher Exact testi uygulandı. Sürekli verilerin normal dağılıma uygunluk araştırmasında Kolmogrov-Smirnov testi kullanılmıştır. Gruplar arası karşılaştırmalarda, ikili gruplar için normal dağılıma uyan değişkenlerde parametrik testlerden bağımsız gruplarda t testi, normal dağılıma uymayan değişkenlerde Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Gruplar arası karşılaştırmalarda, ikiden fazla gruplamalar için normal dağılıma uyan değişkenlerde parametrik testlerden tek yönlü varyans analizi (one way- ANOVA), normal dağılıma uymayan değişkenlerde ise

Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Tek yönlü varyans analizi sonucu anlamlılık tespit edilen değişkenler için Post hoc analizlerden Tukey's HSD analizi yapılmıştır.

Sürekli değişkenlerin birlikte değişiminin değerlendirilmesinde parametrik verilerde Pearson korelasyon analizi, nonparametrik verilerde Spearman Korelasyon analizi kullanılmıştır. Korelasyon katsayısı değerlendirilmesinde 0,00-0,24 ise zayıf, 0,25-0,49 ise orta, 0,50-0,74 ise güçlü, 0,75-1,00 ise çok güçlü olarak kabul edilmiştir(66).

Tek değişkenli analizlerde BYKİ bağımlılık derecesi üzerine etkisi olduğu saptanan bağımsız değişkenler kullanılarak, tespit edilen bu bağımsız değişkenlerin birbirine etkilerini değerlendirmek ve en fazla hangisinin/hangilerinin BYKİ bağımlılık derecesi üzerine etkili olduğunu saptamak amacıyla çok değişkenli analizlerden Lojistik Regresyon analizi Enter yöntemi kullanılarak yapılmıştır. Model uyumu için Hosmer- Lemeshow testi kullanıldı.

Ölçek iç tutarlılığı belirlenmesi için cronbach alfa katsayısı hesaplanmış olup, 0,7 ve üzeri değerler güvenilirlik ifadesi olarak kabul edilmiştir (67).

İstatistiksel anlamlılık için %95 Güven Aralığında (GA) 0,05'in altında bulunan p değeri anlamlı kabul edilmiştir.

İstatistiksel analizler için İstanbul Üniversitesi tarafından lisanslı olan Statistical Package for the Social Sciences (SPSS Inc, Chicago, IL, USA) programı, 21.0 sürümü kullanılmıştır.

## **H. ARAŞTIRMA ETİĞİ VE İZİNLERİ**

Araştırmanın etik kurul izni 8.4.2016 tarih ve 488 sayı ile İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan alınmıştır.

Etik kurul izninin alınmasını takiben İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğüne birinci basamak sağlık hizmetleri alanında araştırma yapmak üzere başvurulmuş 18.05.2016 tarih 64222187/030.03 sayı ile protokol imzalanmış ve araştırma izni alınmıştır.

## VI. BULGULAR

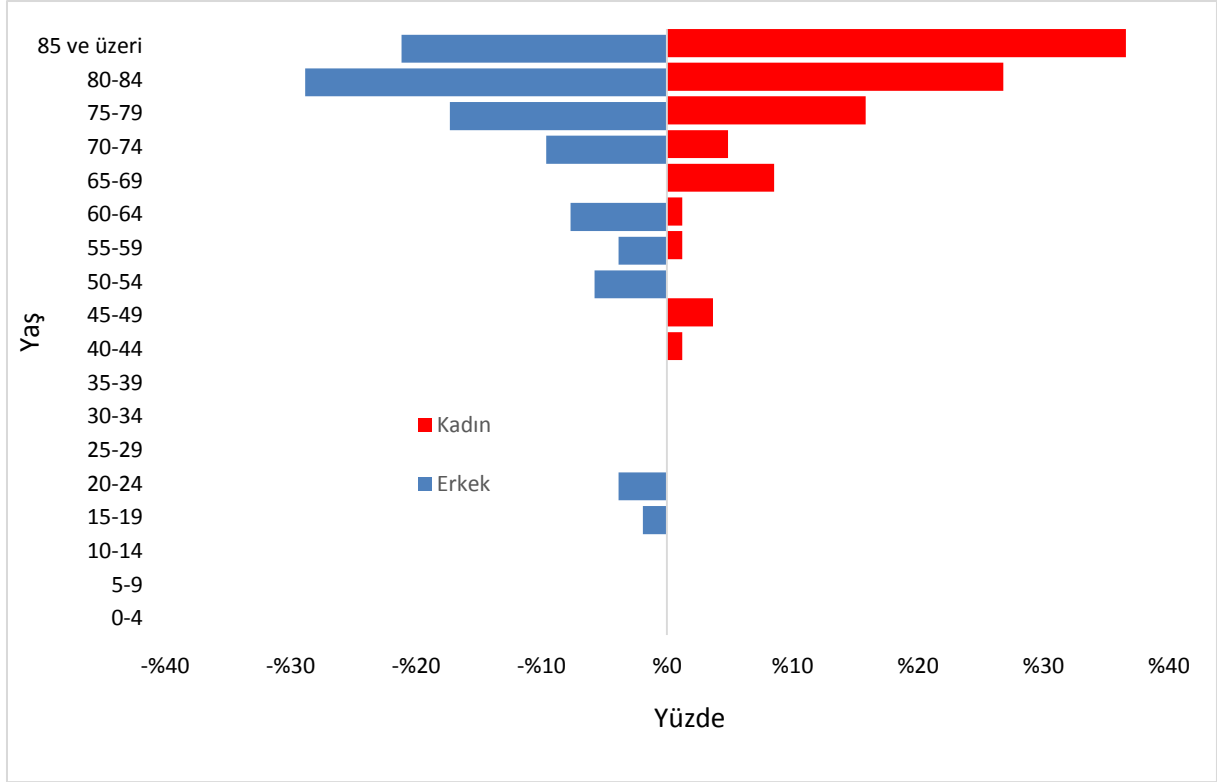
### A. EVDE SAĞLIK HİZMETİ ALAN BİREYLERİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Araştırmada örneklem alınmadan ilgili tarihlerde evde sağlık hizmeti almak amacıyla Bahçelievler TSM'ye kayıtlı tüm hastalara (N=172) ulaşmak hedeflenmiştir. Araştırma süresi boyunca toplam 139 hastaya ulaşılmış olup ölçeğin doldurulamaması (2 hasta), bakım vereninden araştırmanın bağımsız değişkenlerine ilişkin soruların cevabının alınamaması (3 hasta) sebebiyle 5 kişinin anketi analiz dışında bırakılmıştır. Araştırma süresi boyunca kişilere ulaşma oranı %77,9 olarak hesaplanmıştır.

Araştırma grubunun yaş ortalaması  $77,5 \pm 14,7$  olup ortalama yaş 82 (en küçük 19 en büyük 103) olarak hesaplanmıştır. Evde sağlık hizmeti alan hastalarının %61,2'si (n=82) kadın, %38,8'i (n=52) erkektir (Tablo 3) (Şekil 3).

**Tablo 3. Evde sağlık hizmeti alan bireylerde cinsiyet ve yaş dağılımı**

	Sayı	Yüzde
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	82	61,2
Erkek	52	38,8
<b>Yaş</b>		
19-64	18	13,4
65-74	16	11,9
75-84	59	44,1
85 ve üzeri	41	30,6
<b>Toplam</b>	<b>134</b>	<b>100,0</b>



**Şekil 3. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin yaş dağılımı**

Evde sağlık hizmeti alan hastaların %43,3'ünün (n=58) okur yazar olmadığı, %61,9'unun (n=83) eşini kaybetmiş veya hiç evlenmemiş olduğu saptanmıştır (Tablo 4).

**Tablo 4. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin eğitim ve medeni durumlarının dağılımı**

	Sayı	Yüzde
<b>Eğitim Durumu</b>		
Okur yazar değil	58	43,3
İlköğretim/ ortaöğretim	67	50,0
Lise ve üzeri	9	6,7
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	51	38,1
Bekar/Dul	83	61,9
<b>Toplam</b>	<b>134</b>	<b>100,0</b>

Evde sağlık hizmeti alan bireylerin %94,8'inin (n=127) sosyal güvencesinin SGK olduğu, %5,2'sinin (n=7) yeşil kart olduğu tespit edilmiştir. Aylık hane gelirleri sorgulandığında %5,2'sinin (n=7) 1300 TL ve altında gelirlerinin bulunduğunu, %52,3'ünün (n=70) ise asgari ücret ile 2499 TL arasında bir gelirlerinin bulunduğunu belirlenmiştir (Tablo 5).

**Tablo 5. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin sosyal güvencelerinin ve aylık hane gelirlerinin dağılımı**

	Sayı	Yüzde
<b>Sosyal Güvence</b>		
SGK	127	94,8
Yeşil kart	7	5,2
<b>Aylık Hane Geliri</b>		
1300 TL ve altı	7	5,2
1301- 2499	70	52,3
2500-4999	55	41,0
5000 ve üzeri	2	1,5
<b>Toplam</b>	<b>134</b>	<b>100,0</b>

Evde sağlık hizmeti alan hastalara evde bakım veren kişilerin yakınlığı sorgulandığında 1 kişinin evde bakımı için yardımcı olacak kimsesi olmadığı, %86,6'sına (n=116) aile bireylerinden biri tarafından bakım verildiği saptanmıştır (Tablo 6).

**Tablo 6. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin bakım verenleri ile ilişkili özellikler**

	Sayı	Yüzde
<b>Bakım Vereninin Yakınlığı</b>		
Oğlu/ kızı	83	62,0
Eşi	26	19,4
Bakıcı	17	12,7
Anne /baba/kardeş	7	5,2
Yok	1	0,7
<b>Bakım Vereninin Aynı Zamanda Bakım Verdiği Bir Başkasının Varlığı</b>		
Var	14	10,5
Yok	119	88,8
Bakım vereni yok	1	0,7
<b>Toplam</b>	<b>134</b>	<b>100,0</b>

Evde sağlık hizmeti alan hastalara bakım veren kişilerin (bakım vermeye başladıkları andan itibaren) ne kadar süredir bakım verdikleri sorgulandığında ortalama 30,7±54,4 aydır bakım verdikleri saptanmıştır (Tablo 7).

**Tablo 7. Evde sağlık hizmeti alan bireylere bakım verenlerin bakım verdikleri süre ile ilişkili özellikler**

	Ortalama ±Std. Sapma (En küçük-En büyük değerler)
<b>Günde bakım verdiği toplam süre (saat) (n=123)</b>	2,6±1,8 (1-10)
<b>Bakım vermeye başladığı andan itibaren toplam süre (ay) (n=132)</b>	30,7±54,4 (1-300)

Hastaların %20,1'inin (n=27) evde bakıma destek için verilen sosyal destek yardımını (evde bakım maaşı) aldığı, %9,7'sinin (n=13) altı ve daha fazla kişi ile aynı evde yaşadığı tespit edilmiştir. Hastaların yarısı üç ve daha fazla kişi ile aynı evde yaşarken en az kişi 1, en çok kişi 9 olarak belirlenmiştir (Tablo 8). Evde sağlık hastalarının yaşadıkları evlerdeki toplam oda sayısı sorgulandığında, ortalama  $3,5 \pm 0,6$  (ortanca 3, en küçük 2-en büyük 5) olarak saptanmıştır.

**Tablo 8. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin aynı evde yaşayan toplam kişi sayılarına ve evde bakım maaşı alma durumlarına göre dağılımı**

	Sayı	Yüzde
<b>Aynı Evde Yaşayan Kişi Sayısı</b>		
1-3 kişi	78	58,2
4-5 kişi	43	32,1
6 ve üzeri	13	9,7
<b>Evde bakım maaşı</b>		
Evet	27	20,1
Hayır	107	79,9
<b>Toplam</b>	<b>134</b>	<b>100,0</b>

Hastaların %4,5'i (n=6) halen sigara içerken, %21,6'sı (n=29) sigarayı bırakmıştır. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin %98,5'i (n=132) en az bir kronik hastalığa sahiptir (Tablo 9).

**Tablo 9. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin sigara alışkanlıklarının ve kronik hastalık varlığının dağılımı**

	Sayı	Yüzde
<b>Sigara İçme Durumu</b>		
İçiyor	6	4,5
İçmiyor	99	73,9
Bırakmış	29	21,6
<b>Kronik Hastalık Durumu</b>		
Var	132	98,5
Yok	2	1,5
<b>Toplam</b>	<b>134</b>	<b>100,0</b>

Evde sağlık hizmeti alan kişilerin en çok sahip oldukları ilk üç kronik hastalık; %59,0 (n=79) ile hipertansiyon, %26,1 (n=35) ile diyabetes mellitus ve %25,4 (n=34) ile tam ya da kısmi inme geçirmiş olmaktır (Tablo 10). Bir kişinin sahip olduğu toplam kronik hastalık

sayısı değerlendirildiğinde ortalama  $2,3 \pm 1,2$  en az hastalık sayısı 0 en çok hastalık sayısı 8 olarak saptanmış ve kişilerin %73,1'inin 1'den fazla kronik hastalığa sahip olduğu tespit edilmiştir.

**Tablo 10. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin sahip oldukları kronik hastalıkların dağılımı**

	Sayı	Yüzde
<b>Hipertansiyon</b>	79	59,0
<b>Diyabetes mellitus</b>	35	26,1
<b>İnme</b>	34	25,4
<b>Alzheimer hastalığı</b>	32	23,9
<b>Kalp damar hastalığı (hipertansiyon hariç)</b>	25	18,7
<b>Osteoporoz, kırık</b>	20	14,9
<b>Kas iskelet sistemi hastalıkları (osteoporoz, kırıklar hariç)</b>	17	12,7
<b>Nörolojik hastalıklar (Alzheimer, bunama, inme, parkinson hariç)</b>	16	11,9
<b>Solunum sistemi hastalıkları</b>	16	11,9
<b>Parkinson</b>	11	8,2
<b>Böbrek hastalıkları</b>	9	6,7
<b>Diğer*</b>	7	5,2
<b>Kanser</b>	7	5,2

\*Diğer: Hiperlipidemi (n=2), hipertiroidi (n=1), obezite (n=1), kronik hepatit C hastalığı (n=1), plevral efüzyon (n=1), kronik anemi (n=1)

Evde sağlık hizmeti alan bireylerin %94,8'inin (n=127) günlük sürekli kullandıkları en az bir ilaç vardır ve ortalama  $5,0 \pm 3,1$  ilaç (ortanca 4 en küçük 0, en büyük 15) olarak tespit edilmiştir. Aynı zamanda %87,3'ünde birden çok ilaç kullanımı (polifarmasi) mevcutken 5 ve üzerinde ilaç kullanılması olarak tanımlanan majör polifarmasi (59), kişilerin %43,3'ünde (n=58) mevcuttur (Tablo 11).

**Tablo 11. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin günlük ilaç kullanma durumları**

	Sayı	Yüzde
<b>Sürekli Kullandığı İlaç Varlığı</b>		
Var	127	94,8
Yok	7	5,2
<b>Polifarmasi</b>		
<2 ilaç kullanımı	12	9,0
2 ve üzerinde ilaç kullanımı	117	87,3
Bilinmiyor	5	3,7
<b>Majör Polifarmasi</b>		
<5 ilaç kullanımı	71	53,0
5 ve üzerinde ilaç kullanımı	58	43,3
Bilinmiyor	5	3,7
<b>Toplam</b>	<b>134</b>	<b>100,0</b>

Evde sağlık hizmeti alan bireylerin %41,0'inin (n=55) hastaneye kendi imkanlarıyla ulaşabildiği, kendi imkanlarıyla hastaneye ulaşamayan 79 kişinin ise %55,7'si (n=44) ihtiyaçı halinde 112 ile ambulans çağırđını, %40,5'i (n=32) 153 ile belediye ambulans hizmetini kullandığı %3,8'inin (n=3) ise diğer Őekillerde hastaneye ulaştığı öğrenilmiştir (Tablo 12).

**Tablo 12. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin hastaneye kendi imkanlarıyla ulaşım durumları**

	Sayı	Yüzde
<b>Ulaşımı var</b>	55	41,0
<b>Ulaşımı yok</b>	79	59,0
<b>Toplam</b>	<b>134</b>	<b>100,0</b>

## **B. EVDE SAĞLIK HİZMETİ ALAN BİREYLERİN ALDIKLARI EVDE SAĞLIK HİZMETİYLE İLİŞKİLİ BULGULARI**

Evde sağlık hizmeti alan bireylerin hizmete başvurma sebepleri incelendiğinde %56,0'sının (n=75) nörolojik herhangi bir hastalığı nedeniyle, %29,8'inin (n=40) yaşlılık nedeniyle, %21,6'sının (n=29) kas iskelet sistemi hastalıkları nedeniyle hizmet aldığı tespit edilmiştir (Tablo 13). Ayrıntılarına bakıldığında başvuru sebebi olarak sadece yaşlılığı gösterenlerin oranı %17,9 (n=24) sadece nörolojik hastalıkları gösterenlerin oranı ise %41,0 (n=55) olarak tespit edilmiştir.

**Tablo 13. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin evde sağlık hizmetine başvuru sebepleri**

	Sayı	Yüzde
<b>Nörolojik Hastalıklar Nedeniyle</b>	<b>75</b>	<b>56,0</b>
İnme	28	20,8
Alzheimer	28	20,8
ALS, geçirilmiş beyin cerrahi, diğer	10	7,5
Parkinson	9	6,7
<b>Yaşlılık Nedeniyle</b>	<b>40</b>	<b>29,8</b>
<b>Kas İskelet Sistemi Hastalıklar Nedeniyle</b>	<b>29</b>	<b>21,6</b>
Kalça kırığı	9	6,7
Osteoporoz	5	3,7
Trafik kazası	2	1,5
Diğer	13	9,7
<b>Solunum Sistemi Hastalıkları Nedeniyle</b>	<b>6</b>	<b>4,5</b>
KOAHA/ astım	5	3,8
Diğer	1	,7
<b>Diğer Sistem Hastalıkları*</b>	<b>16</b>	<b>11,9</b>

\* Kanser (n=6), kardiyak hastalıklar (n=4), diyabetes mellitus (n=2), diğer (n=4)

Hastaların beyanına göre herhangi bir kurumdan evde sağlık hizmeti almaya başladıkları andan itibaren geçen toplam süre  $5,5 \pm 10,4$  ay olup en küçük değer 9 gün ve en büyük değer 79 ay olarak hesaplanmıştır (Tablo 14).

**Tablo 14. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin hizmet almaya başladıklarından itibaren geçen toplam sürenin dağılımı**

	Sayı	Yüzde
1 ay ve daha az	23	17,1
2-6 ay arası	78	58,2
7-12 ay	8	6,0
>12 ay	13	9,7
Bilinmiyor	12	9,0
<b>Toplam</b>	<b>134</b>	<b>100,0</b>

Evde sağlık hizmeti alan bireylerin hizmet almaya başladıkları tarihten itibaren en az bir kez hizmet aldıkları kurumlar sorgulandığında; kişilerin %95,5'inin (n=128) TSM, %23,9'unun (n=32) ASM' den hizmet aldığı belirlenmiştir (Tablo 15). Kişilerin %44,8'i (n=60) evde sağlık hizmetinden yararlandıkları süre içerisinde birden fazla kurumdan hizmet almışlardır.

**Tablo 15. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin hizmet almaya başladıklarından itibaren hizmet aldıkları kurumlar**

	Sayı	Yüzde
<b>TSM</b>	128	95,5
<b>ASM</b>	32	23,9
<b>Devlet Hastanesi</b>	20	14,9
<b>Belediye</b>	18	13,4
<b>Özel Sağlık Kurumları</b>	11	8,2

Kişilerin hizmet almaya başladıkları tarihten itibaren en az bir kez aldıkları hizmetin türü sorgulandığında en çok alınan üç hizmet %77,6 (n=104) ile genel fizik muayene, %34,3 (n=46) ile laboratuvar tetkiki yaptırma, %30,6 (n=41) ile pansuman yaptırma olarak belirlenmiştir (Tablo 16).

**Tablo 16. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin hizmet almaya başladıklarından itibaren yararlandıkları hizmetler**

	Sayı	Yüzde
Genel fizik muayene	104	77,6
Laboratuvar tetkiki	46	34,3
Pansuman (yara ve dekübitüs bakımı)	41	30,6
Üriner kateter değiştirme	23	17,2
İlaç raporu, bez raporu, reçete	13	9,7
Trakeostomi, PEG* bakımı	4	2,9
Fizyoterapi	2	1,4
Enjeksiyon yapma	2	1,4
Diş tedavisi	1	0,7

\* Perkütan endoskopik gastrostomi

Evde sağlık hizmeti alan bireylerin günlük hayatta karşılaştıkları sorunları ve ihtiyaçları sorgulandığında en çok tekrarlanan üç şikâyet %71,6 (n=96) evin içerisinde dolaşmada güçlük, egzersiz yapamama gibi harekete ilişkin sorunlar, %41,8 (n=56) ile ağrı, %26,9 (n=36) ile halsizlik olarak belirlenmiştir (Tablo 17).

**Tablo 17. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin genel olarak karşılaştıkları sorunların ve ihtiyaçlarının dağılımı**

	Sayı	Yüzde
Harekete ilişkin sorunlar	96	71,6
Ağrı	56	41,8
Halsizlik	36	26,9
Sözel iletişim kuramama	36	26,9
Hastalığa ilişkin bilgi gereksinimi	31	23,1
Uykusuzluk	28	20,9
Dekübitüs	22	16,4
Yorgunluk	21	15,7
Dispne	17	12,7
Konstipasyon	14	10,4
Enfeksiyon	13	9,7
Kontraktür	13	9,7
Hijyenik bakıma ilişkin sorunlar	13	9,7
Psikososyal sorunlar	12	9,0
Kullandıkları ilaçlara ilişkin bilgi gereksinimi	10	7,5
Beslenmeye ilişkin bilgi gereksinimi	9	6,7
Deformite	6	4,5

Hastaların evde sağlık hizmetinden beklentileri değerlendirildiğinde en çok ihtiyaç duydukları hizmetler %46,3 (n=62) ile ilaçlarının reçete edilmesi, %41,8 (n=56) ile yeni gelişen sağlık sorunlarının çözülmesi, %37,3 (n=50) ile tıbbi bakımlarının yapılması olarak ifade edilmiştir (Tablo 18).

**Tablo 18. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin hizmetten beklentileri**

	Sayı	Yüzde
İlaçlarının reçete edilmesi ve raporlarının düzenlenmesi	62	46,3
Yeni gelişen sağlık sorunlarının çözümü	56	41,8
Tıbbi bakımının yapılması (pansuman, sonda değişimi vb.)	50	37,3
Hasta bakım yükünün paylaşılması	49	36,6
Laboratuvar tetkiklerinin yapılması	41	30,6
Mevcut hastalığının tedavi edilmesi	31	23,1
Yatak yarasının iyileşmesi	22	16,4
Araçla taşınmasına yardım	21	15,7
Yaşam kalitesinin artırılması	17	12,7
Kendisine ve yakınına sosyal psikolojik destek sağlanması	9	6,7
İhtiyacı olan tıbbi cihazların temini	7	5,2
Diğer*	5	3,7

\* Ağız dış sorunlarının çözülmesi (n=2), fizik tedavi ihtiyaçlarının karşılanması (n=3)

Evde sağlık hizmeti alan kişilerin %91,8'i (n=123) aldıkları hizmetten çok memnun veya memnun olduklarını %7,5'i (n=10) ise hizmetle ilgili kararsız olduğunu ifade etmiş olup bir kişi hizmetten memnun kalmadığını belirtmiştir (Tablo 19). Hizmetten memnun olmadığını ifade eden hastanın memnun kalmama nedeni sorgulandığında; bireyin evde sağlık hizmetini, evde acil tıp hizmeti olarak algıladığı anlaşılmıştır.

**Tablo 19. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin hizmetten memnuniyet durumları**

	Sayı	Yüzde
Çok memnun	17	12,7
Memnun	106	79,1
Kararsız	10	7,5
Memnun değil	1	,7
Hiç memnun değil	-	-
<b>Toplam</b>	<b>139</b>	<b>100,0</b>

## C. BARTHEL YAŞAM KALİTESİ İNDEKSİNE (BYKİ) İLİŞKİN BULGULAR

### 1. Evde Sağlık Hizmeti Alan Bireylerin BYKİ Parametrelerinin Genel Değerlendirilmesi

Evde sağlık hizmeti alan bireylere uygulanan BYKİ'nin 10 parametresine göre hastaların değerlendirmesi yapılmıştır. Kişilerin %35,1'i (n=47) tek başlarına beslenemezken, %97,0'sinin (n=130) yıkanmak için yardıma ihtiyacı bulunmaktadır. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin %33,6'sı (n=45) elini yüzünü kendisi yıkamak gibi kişisel bakım ihtiyaçlarını giderebilmektedir. Hastaların %56,7'si (n=76) tuvalet ihtiyaçlarında tamamen bakım verenine bağımlı iken %14,2'si (n=19) bağımsız olarak bu ihtiyacını karşılayabilmektedir. Hastaların %64,9'u (n=87) yürüyemezken %77,6'sı (n=104) hiçbir şekilde merdiven çıkamamaktadır (Tablo 20).

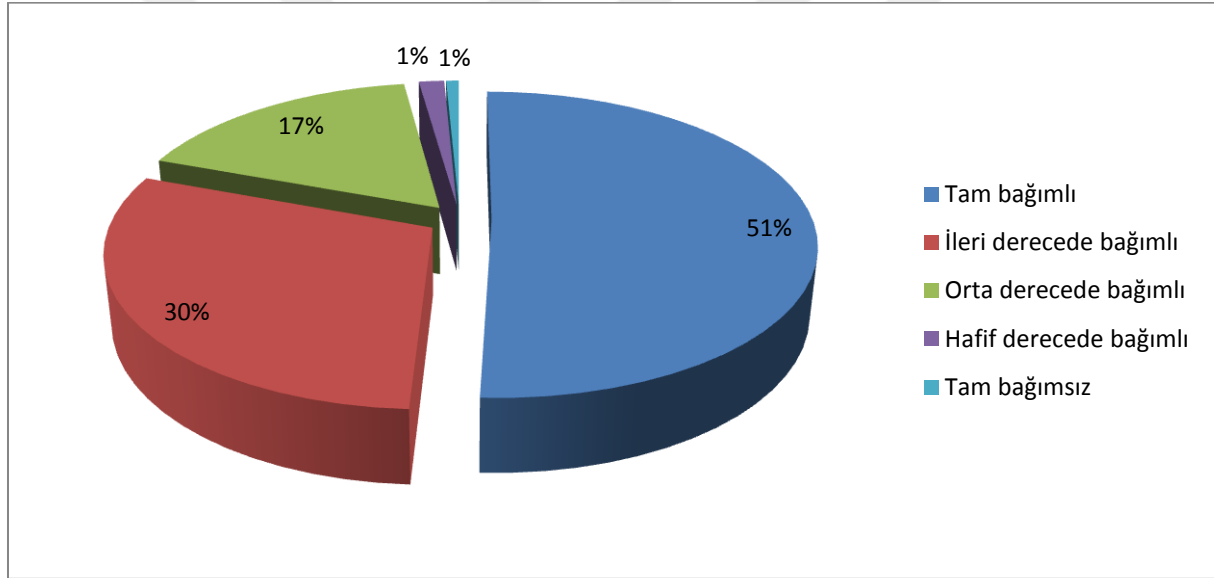
**Tablo 20. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin BYKİ parametrelerinin değerlendirilmesi**

	Sayı	Yüzde
<b>Beslenme</b>		
Tam bağımsız. Yemek yemek için gerekli aletleri kullanabilir	42	31,3
Bir miktar yardıma ihtiyaç duyar (Biftek kesme gibi bazı işlerde)	45	33,6
Yapamaz	47	35,1
<b>Yıkanma</b>		
Bağımsızdır	4	3,0
Yardıma ihtiyacı vardır	130	97,0
<b>Kendine bakım</b>		
Elini yüzünü yıkayabilir, dişlerini fırçalayabilir, tıraş olabilir, makyaj yapabilir	45	33,6
Kişisel bakımda yardıma ihtiyaç duyar	89	66,4
<b>Giyinip soyunma</b>		
Hasta giyinip soyunabilir. Ayakkabı bağlarını çözebilir, bağlayabilir.	8	6,0
Hasta bu işler için yardıma gereksinim duyar. İşin en az yarısını uygun sürede kendisi yapabilir	51	38,1
Tam bağımlıdır	75	56,0
<b>Barsak bakımı</b>		
Kontinans mevcut (Suppozituar kullanabilir veya gerekirse lavman yapabilir. Örneğin, spinal kord yaralanmalı olgular)	35	26,1
Hasta suppozituar koymak veya lavman yapmak için yardıma ihtiyaç duyar	28	20,9
İnkontinans	71	53,0
<b>Mesane bakımı</b>		
Hasta mesanesini kontrol edebilir (Sondası olan hastalar, sonda bakımını bağımsız olarak yapabilir.)	25	18,7
Bazen tuvalete yetişemez veya sürgüyü bekleyemez; altına kaçıır	44	32,8
İnkontinans veya kateterli ve kateteri kontrol edemez	65	48,5
<b>Tuvalet kullanımı</b>		
Bağımsız (oturup kalkma, giyinme, tuvalet kâğıdını kullanmayı yapabilir)	19	14,2
Yardıma ihtiyaç duyar, ancak bazı hareketleri kendi yapabilir	39	29,1
Bağımlı	76	56,7
<b>Tekerlekli sandalyeden yatağa ve tersi transferler</b>		
Tam bağımsız	22	16,4
Geçiş sırasında minimal yardım alır veya yapacağı işlerin sırası hatırlatılır	31	23,1
Tek başına yatakta oturma pozisyonuna geçebilir ama geçiş için yardım gereklidir	30	22,4
Tamamen yatağa bağımlı	51	38,1
<b>Düzgün yüzeyde yürüme/tekerlekli sandalyeyi kullanabilme</b>		
Hasta yardımsız olarak 45 metre yürüyebilir (Breys, baston, koltuk değneği, yürüteci yardımsız kullanabilir)	15	11,2
Hasta yukardakileri yapmak için yardıma veya gözetime ihtiyaç duyar.	32	23,9
Hasta yürüyemez ama tekerlekli sandalyeyi en az 45 metre kullanabilir. Köşeleri dönebilir. Yatağa, tuvalete yanaşabilir.	24	17,9
Tekerlekli sandalyede oturabilir ancak kullanamaz	63	47,0
<b>Merdiven inip çıkma</b>		
Bağımsız inip çıkabilir veya destek kullanabilir (tırabzandan tutunabilir, baston, koltuk değneği kullanabilir...)	2	1,5
Hasta yukardaki işleri yapmak için yardıma veya gözetime ihtiyaç duyar	28	20,9
Yapamaz	104	77,6
<b>Toplam</b>	<b>134</b>	<b>100,0</b>

Evde sağlık hizmeti alan bireylerin BYKİ toplam puanları  $31,3 \pm 30,1$  ve ortanca değeri 20 (en küçük değer 0 en büyük değer 100) olarak hesaplanmıştır. Hastaların %50,7'si (n=68) tam bağımlı, %29,9'u (n=40) ileri derecede bağımlı grubunda yer almaktadır (Tablo 21) (Şekil 4).

**Tablo 21. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin BYKİ bağımlılık derecelerine göre dağılımları**

	Sayı	Yüzde
Tam bağımlı (0-20 puan)	68	50,7
İleri derecede bağımlı (21-61 puan)	40	29,9
Orta derecede bağımlı (62-90 puan)	23	17,2
Hafif derecede bağımlı (91-99 puan)	2	1,5
Tam bağımsız (100 puan)	1	,7
<b>Toplam</b>	<b>134</b>	<b>100,0</b>



**Şekil 4. BYKİ puanlarının bireylerin bağımlılık düzeylerine göre dağılımı**

## 2. Evde Sağlık Hizmeti Alan Bireylerin BYKİ Bağımlılık Derecelerine Sosyodemografik Özelliklerinin Etkisi

Hastaların BYKİ bağımlılık dereceleri ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiler değerlendirilmiştir.

BYKİ dereceleri ile cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum ve sosyal güvence ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo22).

**Tablo 22. BYKİ bağımlılık derecelerinin sosyodemografik verilerle ilişkisi**

	İleri derecede veya tam bağımlı		Orta derecede/hafif bağımlı, tam bağımsız		Toplam		$\chi^2$	df	p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde			
<b>Cinsiyet</b>									
Kadın	68	82,9	14	17,1	82	100,0	0,733	1	0,392
Erkek	40	76,9	12	23,1	52	100,0			
<b>Eğitim Durumu</b>									
Okur yazar değil	48	82,8	10	17,2	58	100,0	0,314	2	0,854
İlköğretim/ortaöğretim	53	79,1	14	20,9	67	100,0			
Lise ve üzeri	7	77,8	2	22,2	9	100,0			
<b>Medeni Durum</b>									
Evli	40	78,4	11	21,6	51	100,0	0,247	1	0,619
Bekar/Dul	68	81,9	15	18,1	83	100,0			
<b>Sosyal Güvence</b>									
SGK	103	81,1	24	18,9	127	100,0	0,397	1	0,529
Yeşil kart	5	71,4	2	28,6	7	100,0			
<b>Toplam</b>	<b>108</b>	<b>80,6</b>	<b>26</b>	<b>19,4</b>	<b>134</b>	<b>100,0</b>			

Evde sağlık hizmeti alan bireylerin BYKİ dereceleri ile yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. İleri derecede veya tam bağımlı olan gruptaki bireylerin yaş ortalamaları orta hafif bağımlı veya bağımsız olan gruptaki bireylere göre daha düşüktür (Mann Whitney U=-2,039 p=0,041) (Tablo 23).

**Tablo 23. BYKİ bağımlılık derecelerinin yaş ortalamaları ile ilişkisi**

	İleri derecede veya tam bağımlı	Orta derecede/hafif bağımlı, tam bağımsız	Toplam	U Değeri	p
	Ort±Std. Sapma (En küçük-En büyük değerler)	Ort±Std. Sapma (En küçük-En büyük değerler)	Ort±Std. Sapma (En küçük-En büyük değerler)		
<b>Yaş</b>	76,7 ±14,7 (19-101)	82,5± 11,4 (53-103)	77,5±14,7 (19-103)	-2,039	0,041

**Std sapma:** standart sapma **ort:** ortalama

Kişilerin BYKİ dereceleri ile bakım verenlerinin yakınlığı ve evde yaşadıkları toplam kişi sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 24).

**Tablo 24. BYKİ bağımlılık derecelerinin bakım verenin yakınlığı ve evde yaşayan kişi sayısı ile ilişkisi**

	İleri derecede veya tam bağımlı		Orta derecede/hafif bağımlı, tam bağımsız		Toplam		$\chi^2$	df	p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde			
<b>Bakım Verenin Yakınlığı</b>									
Aile bireylerinden biri	94	81,0	22	19,0	116	100,0	0,196	1	0,743
Bakıcı	13	76,5	4	23,5	17	100,0			
<b>Evde Yaşayan Kişi Sayısı</b>									
1-3 kişi	63	80,8	15	19,2	78	100,0	0,200	2	0,902
4-5 kişi	34	79,1	9	20,9	43	100,0			
6 ve üzeri	11	84,6	2	15,4	13	100,0			
<b>Toplam</b>	<b>108</b>	<b>80,6</b>	<b>26</b>	<b>19,4</b>	<b>134</b>	<b>100,0</b>			

### 3. Evde Sağlık Hizmeti Alan Bireylerin BYKİ Bağımlılık Derecelerine Sahip Oldukları Kronik Hastalıkların Ve İlaç Kullanımlarının Etkisi

Evde sağlık hizmeti alan bireylerin BYKİ bağımlılık dereceleri ile sahip oldukları kronik hastalıklar arasındaki ilişki incelenmiştir.

Hastaların hipertansiyon veya Alzheimer hastalığına sahip olmalarıyla BYKİ bağımlılık dereceleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Hipertansiyon hastalığı olmayanların ve Alzheimer hastalığı olanların daha fazla oranda *ileri ve tam bağımlılık grubunda* oldukları saptanmıştır (sırasıyla  $p=0,012$ ;  $p=0,008$ ) (Tablo 25). Bu durum Alzheimer hastalığı için anlaşılır olmakla birlikte hipertansiyon için daha ileri analizlerle durum nedeni saptanmaya çalışılmıştır.

Evde sağlık hizmeti alan bireylerin hipertansiyon dışı kardiyak bir hastalıklarının bulunması, diyabetes mellitus hastalığı varlığı ve inme geçirmiş olmalarıyla BYKİ bağımlılık dereceleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 25).

**Tablo 25. BYKİ bağımlılık derecelerinin kronik hastalıklarla ilişkisi**

	İleri derecede veya tam bağımlı		Orta derecede/ hafif bağımlı, tam bağımsız		Toplam		$\chi^2$	df	p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde			
<b>Hipertansiyon</b>									
Yok	50	90,9	5	9,1	55	100,0	6,344	1	0,012
Var	58	73,4	21	26,6	79	100,0			
<b>Hipertansiyon dışı kardiyak hastalık</b>									
Yok	88	80,7	21	19,3	109	100,0	0,007	1	0,933
Var	20	80,0	5	20,0	25	100,0			
<b>Diyabetes Mellitus</b>									
Yok	80	80,8	19	19,2	99	100,0	0,011	1	0,917
Var	28	80,0	7	20,0	35	100,0			
<b>Alzheimer</b>									
Yok	77	75,5	25	24,5	102	100,0	7,123	1	0,008
Var	31	96,9	1	3,1	32	100,0			
<b>İnme</b>									
Yok	78	78,0	22	22,0	100	100,0	1,700	1	0,192
Var	30	88,2	4	11,8	34	100,0			
<b>Toplam</b>	<b>108</b>	<b>80,6</b>	<b>26</b>	<b>19,4</b>	<b>134</b>	<b>100,0</b>			

Hastaların sahip oldukları diğer nörolojik hastalıklar ile Alzheimer ve inme geçirmiş olmak birleştirilerek '*nörolojik hastalığı olmak*' başlığında incelenmiş, nörolojik bir hastalığa sahip olmak ile BYKİ bağımlılık dereceleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Nörolojik hastalığı olanların daha fazla oranda *ileri ve tam bağımlı grubunda* oldukları tespit edilmiştir ( $p=0,001$ ) (Tablo 26).

**Tablo 26. BYKİ bağımlılık derecelerinin hastaların sahip olduğu nörolojik hastalıklarla ilişkisi**

	İleri derecede veya tam bağımlı		Orta derecede/ hafif bağımlı, tam bağımsız		Toplam		$\chi^2$	df	p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde			
<b>Yok</b>	33	66,0	17	34,0	50	100,0	10,868	1	0,001
<b>Var</b>	75	89,3	9	10,7	84	100,0			
<b>Toplam</b>	<b>108</b>	<b>80,6</b>	<b>26</b>	<b>19,4</b>	<b>134</b>	<b>100,0</b>			

Hastaların sahip oldukları hipertansiyon dışı kardiyak hastalıklar ile hipertansiyon hastası olmak birleştirilerek '*kardiyak hastalığı olmak*' başlığında incelenmiş, kardiyak bir

hastalığa sahip olmak ile BYKİ bağımlılık derecesi grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p=0,059$ ) (Tablo 27).

**Tablo 27. BYKİ bağımlılık derecelerinin hastaların sahip olduğu kardiyolojik hastalıklarla ilişkisi**

	İleri derecede veya tam bağımlı		Orta derecede/hafif bağımlı, tam bağımsız		Toplam		$\chi^2$	df	p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde			
<b>Var</b>	42	89,4	5	10,6	47	100,0	3,556	1	0,059
<b>Yok</b>	66	75,9	21	24,1	87	100,0			
<b>Toplam</b>	<b>108</b>	<b>80,6</b>	<b>26</b>	<b>19,4</b>	<b>134</b>	<b>100,0</b>			

Evde sağlık hizmeti alan bireylerin polifarmasi varlığı durumlarıyla BYKİ bağımlılık dereceleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,752$ ) (Tablo 28).

**Tablo 28. BYKİ bağımlılık derecelerinin polifarmasi varlığıyla ilişkisi**

	İleri derecede veya tam bağımlı		Orta derecede/hafif bağımlı, tam bağımsız		Toplam		$\chi^2$	df	p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde			
<b>Polifarmasi yok</b>	10	83,3	2	16,7	12	100,0	0,100	1	0,752
<b>Polifarmasi var</b>	93	79,5	24	20,5	117	100,0			
<b>Toplam</b>	<b>103</b>	<b>79,8</b>	<b>26</b>	<b>20,2</b>	<b>129</b>	<b>100,0</b>			

Hastaların 5 ve üzerinde ilaç kullanıyor olmasıyla BYKİ bağımlılık dereceleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Majör polifarmasisi olan kişilerin daha fazla oranda *ileri ve tam bağımlı grubunda* oldukları tespit edilmiştir ( $p=0,039$ ) (Tablo 29).

**Tablo 29. BYKİ bağımlılık derecelerinin majör polifarmasi varlığıyla ilişkisi**

	İleri derecede veya tam bağımlı		Orta derecede/hafif bağımlı, tam bağımsız		Toplam		$\chi^2$	df	p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde			
<b>&lt;5 ilaç kullanımı</b>	52	73,2	19	26,8	71	100,0	4,282	1	0,039
<b>5 ve üzerinde ilaç kullanımı</b>	51	87,9	7	12,1	58	100,0			
<b>Toplam</b>	<b>103</b>	<b>79,8</b>	<b>26</b>	<b>20,2</b>	<b>129</b>	<b>100,0</b>			

#### 4. Evde Sağlık Hizmeti Alan Bireylerin BYKİ Bağımlılık Derecelerine Evde Sağlık Hizmetine Başvurmalarına Sebep Olan Hastalıkların Etkisi

Evde sağlık hizmeti alan bireylerin BYKİ bağımlılık dereceleri ile evde sağlık hizmeti almalarına sebep olarak tespit edilen hastalıklar arasındaki ilişki de ayrıca incelenmiştir.

Hastaların nörolojik sistem hastalıkları sebebiyle evde sağlık hizmeti alıyor olmalarıyla BYKİ bağımlılık dereceleri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmış olup nörolojik sistem hastalığı sebebiyle hizmet alanların daha fazla oranda *ileri ve tam bağımlı grubunda* oldukları saptanmıştır (p=0,004) (Tablo 30).

Hastaların yaşlılık sebebiyle evde sağlık hizmeti alıyor olmalarıyla BYKİ bağımlılık dereceleri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Yaşlılık dışı sebeplerle hizmet alanların daha fazla oranda *ileri ve tam bağımlı grubunda* oldukları saptanmıştır (p=0,003) (Tablo 28).

**Tablo 30. BYKİ bağımlılık derecelerinin hastaların evde sağlık hizmeti alma sebepleri ile ilişkisi**

	İleri derecede veya tam bağımlı		Orta derecede/ hafif bağımlı, tam bağımsız		Toplam		$\chi^2$	df	p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde			
<b>Evde Sağlık Hizmetine Başvuru Sebebi</b>									
<b>Nörolojik Sistem Hastalıkları</b>									
Yok	41	69,5	18	30,5	59	100,0	8,313	1	0,004
Var	67	89,3	8	10,7	75	100,0			
<b>Kas İskelet Sistemi Hastalıkları</b>									
Yok	84	80,0	21	20,0	105	100,0	0,111	1	0,739
Var	24	82,8	5	17,2	29	100,0			
<b>Yaşlılık</b>									
Yok	82	87,2	12	12,8	94	100,0	8,87	1	0,003
Var	26	65,0	14	35,0	40	100,0			
<b>Toplam</b>	<b>108</b>	<b>80,6</b>	<b>26</b>	<b>19,4</b>	<b>134</b>	<b>100,0</b>			

Tek değişkenli analizlerde BYKİ bağımlılık derecesi üzerine yaş, hipertansiyon hastası olmak, Alzheimer hastası olmak, evde sağlık hizmetine başvurma sebebinin yaşlılık olması ve evde sağlık hizmetine başvurma sebebinin nörolojik hastalıklar olmasının etki ettiği tespit edilmiştir. Tespit edilen bu bağımsız değişkenlerin birbirine etkilerini değerlendirmek ve en

fazla hangisinin/hangilerinin BYKİ bağımlılık derecesi üzerine etkili olduğunu saptamak amacıyla Lojistik Regresyon analizi yapılmıştır.

Lojistik Regresyon analizinde Enter yöntemiyle oluşturulan model anlamlı olup ( $\chi^2(5) = 24,36$ ;  $p < 0,01$ ), BYKİ derecelerinden *ileri derecede veya tam bağımlı olma* durumunu %85,1 oranında açıklamaktadır.

Yapılan Lojistik regresyon analizi sonucunda yaş, hipertansiyon hastalığına sahip olmak, evde sağlık hizmetine başvurma sebebinin yaşlılık olması ve evde sağlık hizmetine başvurma sebebinin nörolojik sistem hastalıkları olmasının BYKİ bağımlılık dereceleri üzerine etkisi olmadığı saptanmıştır (sırasıyla  $p=0,418$   $p=0,067$   $p=0,077$   $p=0,526$ ).

Alzheimer hastalığına sahip olanlarda ileri derecede veya tam bağımlı olma olasılığı Alzheimer hastalığı olmayanlara göre 9,9 kat (%95 GA 1,155-85,469  $p=0,036$ ) daha fazladır (Tablo 31).

**Tablo 31. Evde Sağlık hizmeti alan bireylerde BYKİ bağımlılık derecesi ile bağımsız değişkenlerin lojistik regresyon analizi ile incelenmesi**

	B Kat Sayısı	Standart Hata	Odds Ratio	%95 Güven Aralığı		p
Yaş	-0,020	0,024	0,981	0,935	1,028	0,418
Hipertansiyon	-1,053	0,575	0,349	0,113	1,077	0,067
Alzheimer	2,296	1,098	9,937	1,155	85,469	0,036*
Evde Sağlık Hizmetine Başvurma Sebebi Olarak Yaşlılık	-0,975	0,551	0,377	0,128	1,111	0,077
Evde Sağlık Hizmetine Başvurma Sebebi Olarak Nörolojik Sistem Hastalıkları	0,363	0,572	1,437	0,468	4,408	0,526
Sabit	3,608	1,956	36,891			0,065

$R^2 = 0,09$  (Hosmer & Lemeshow);  $0,17$  (Cox & Snell);  $0,27$  (Nagelkerke). Model  $\chi^2(5) = 24,36$ ;  $p < 0,01$ .

\*  $p < 0,01$ .

Araştırmanın bağımsız değişkenler ile BYKİ toplam puanının birlikte değişiminin incelenmesi amacıyla korelasyon analizi yapılmıştır.

Yapılan korelasyon analizi sonucunda yaş ile BYKİ toplam puanı arasında pozitif yönde, zayıf, anlamlı bir korelasyon saptanmıştır ( $r=0,244$   $p=0,004$ ). Kişilerin evde sağlık ekibinden hizmet almaya başladıkları andan itibaren geçen toplam süre ile BYKİ toplam puanları arasında negatif yönde, zayıf, anlamlı bir korelasyon saptanmıştır ( $r=-0,203$   $p=0,025$ ) (Tablo 32).

**Tablo 32. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin BYKİ toplam puanlarıyla korelasyon analizi**

	BYKİ Toplam puan
Yaş	0,244*
Evde yaşayan kişi sayısı	-0,093
Evdeki oda sayısı	0,030
Evde sağlık hizmeti aldıkları toplam süre	-0,203*
Kişinin sahip olduğu toplam hastalık sayısı	0,041
Günde kullandığı ilaç sayısı	-0,006

\* p &lt;0,05

## D. DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ YETİ YİTİMİ ÖLÇEĞİNE (WHODAS-2) İLİŞKİN BULGULAR

### 1. Evde Sağlık Hizmeti Alan Bireylerin WHODAS-2 Parametrelerinin Genel Değerlendirilmesi

Evde sağlık hizmeti alan bireylere uygulanan WHODAS-2'nin 6 alt alanındaki her bir soru için hastaların yaşadıkları zorlukların derecelerinin değerlendirilmesi yapılmıştır.

Anlama ve iletişim kurma ile ilgili alan sorularında kişilerin “aşırı zorlandım/hiç yapamadım” cevabını en çok verdikleri parametreler %31,3 (n=42) ile “yapılması gereken önemli şeyleri akılda tutma” ve %30,6 (n=41) ile “yeni işler, beceriler öğrenme” olarak saptanmıştır. Buna karşılık “hiç zorlanmadım” cevabını en çok verdikleri parametreler ise %21,6 (n=29) ile “insanların söylediklerini genel olarak anlama” ve %20,1 (n=27) ile “bir sohbeti başlatabilme veya sürdürebilme” olarak belirlenmiştir (Tablo 33).

Hareket etme, bir yerden bir yere gitme ile ilgili alan sorularında kişilerin en çok “aşırı zorlandım/hiç yapamadım” cevabını verdikleri parametreler %70,9 (n=95) ile “bir kilometre dolayında uzun mesafe yürüme” ve %59,7 (n=80) ile “evden dışarı çıkma” olarak saptanmıştır (Tablo 34).

Kendine bakım ile ilgili alan sorularında kişilerin en çok “aşırı zorlandım/hiç yapamadım” cevabını verdikleri parametreler %58,2 (n=78) ile “banyo yapma” ve %49,3 (n=66) ile “birkaç gün yalnız kalmak” olarak saptanmıştır. Buna karşılık “hiç zorlanmadım” cevabını en çok verdikleri parametre ise %21,6 (n=29) ile “beslenme” olarak belirlenmiştir (Tablo 35).

İnsan ilişkileri ile ilgili alan sorularında kişilerin “aşırı zorlandım/hiç yapamadım” cevabını en çok verdikleri parametreler %34,3 (n=46) ile “yeni arkadaşlar edinme” ve %29,1 (n=39) ile “tanımadığınız insanlarla ilişki kurma” olarak saptanmıştır. Buna karşılık “hiç zorlanmadım” cevabını en çok verdikleri parametre ise %12,7 (n=17) ile “yakın olduğunuz insanlarla ilişki kurma” olarak belirlenmiştir (Tablo 36).

Yaşam etkinlikleri (evle ilgili) ile ilgili alan sorularında kişilerin %50,0'den fazlasının tüm parametrelerde “aşırı zorlandım/hiç yapamadım” cevabını verdikleri saptanmıştır (Tablo 37).

Toplumsal yaşama katılım ile ilgili alan sorularında kişilerin “aşırı zorlandım/hiç yapamadım” cevabını en çok verdikleri parametreler %37,3 (n=50) ile “dinlenmek veya eğlenmek amacıyla kendi başınıza bir şeyler yapmakta güçlük çekme” ve %32,8 (n=44) ile “sosyal faaliyetlere herkes kadar katılabilmek” olarak saptanmıştır. Buna karşılık “hiç zorlanmadım” cevabını en çok verdikleri parametre ise %11,9 (n=16) ile “diğer insanların davranış ve tutumları karşısında kendinize saygınızı yitirmeden yaşayabilmekte sorunla karşılaşma” olarak belirlenmiştir (Tablo 38).

Tablo 33. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin WHODAS-2-Alan 1 parametrelerinin değerlendirilmesi

	Hiç zorlanmadım		Biraz zorlandım		Orta derecede zorlandım		Çok zorlandım		Aşırı zorlandım/ hiç yapamadım		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
On dakika süreyle bir işe dikkatini verebilme	15	11,2	32	23,9	24	17,9	30	22,4	33	24,6	134	100,0
Yapılması gereken önemli şeyleri akılda tutma	15	11,2	24	17,9	27	20,1	26	19,4	42	31,3	134	100,0
Günlük yaşamda ortaya çıkan sorunların nedenlerini anlama ve çözümler bulma	15	11,2	18	13,4	33	24,6	29	21,6	39	29,1	134	100,0
Yeni işler, beceriler öğrenme (yeni bir yol vb.)	15	11,2	14	10,4	30	22,4	34	25,4	41	30,6	134	100,0
İnsanların söylediklerini genel olarak anlama	29	21,6	38	28,4	28	20,9	13	9,7	26	19,4	134	100,0
Bir sohbeti başlatabilme veya sürdürebilme	27	20,1	30	22,4	20	14,9	23	17,2	34	25,4	134	100,0

Tablo 34. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin WHODAS-2-Alan 2 parametrelerinin değerlendirilmesi

	Hiç zorlanmadım		Biraz zorlandım		Orta derecede zorlandım		Çok zorlandım		Aşırı zorlandım/ hiç yapamadım		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
30 dakika gibi uzun süre ayakta durma	1	0,7	4	3,0	22	16,4	35	26,1	72	53,7	134	100,0
Otururken ayağa kalkma	2	1,5	16	11,9	29	21,6	22	16,4	65	48,5	134	100,0
Evin içinde dolaşma	7	5,2	16	11,9	27	20,1	23	17,2	61	45,5	134	100,0
Evden dışarı çıkma	2	1,5	5	3,7	13	9,7	34	25,4	80	59,7	134	100,0
Bir kilometre dolayında uzun mesafe yürüme	1	0,7	2	1,5	5	3,7	31	23,1	95	70,9	134	100,0

Tablo 35. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin WHODAS-2-Alan 3 parametrelerinin değerlendirilmesi

	Hiç zorlanmadım		Biraz zorlandım		Orta derecede zorlandım		Çok zorlandım		Aşırı zorlandım/ hiç yapamadım		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
<b>Banyo yapma</b>	1	0,7	6	4,5	11	8,2	38	28,4	78	58,2	134	100,0
<b>Giyinme</b>	8	6,7	12	9,0	28	20,9	34	25,4	52	38,8	134	100,0
<b>Beslenme</b>	29	21,6	34	25,4	20	14,9	20	14,9	31	23,1	134	100,0
<b>Birkaç gün yalnız kalma</b>	9	6,7	14	10,4	12	9,0	33	24,6	66	49,3	134	100,0

Tablo 36. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin WHODAS-2-Alan 4 parametrelerinin değerlendirilmesi

	Hiç zorlanmadım		Biraz zorlandım		Orta derecede zorlandım		Çok zorlandım		Aşırı zorlandım/ hiç yapamadım		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
<b>Tanımadığınız insanlarla ilişki kurma</b>	10	7,5	32	23,9	22	16,4	31	23,1	39	29,1	134	100,0
<b>Bir arkadaşlığı sürdürme</b>	11	8,2	26	19,4	26	19,4	33	24,6	38	28,4	134	100,0
<b>Yakın olduğunuz insanlarla ilişki kurma, onlarla iyi geçinmek</b>	17	12,7	46	34,3	17	12,7	17	12,7	38	28,4	134	100,0
<b>Yeni arkadaşlar edinme</b>	6	4,5	14	10,4	32	23,9	36	26,9	46	34,3	134	100,0

Tablo 37. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin WHODAS-2-Alan 5 parametrelerinin değerlendirilmesi

	Hiç zorlanmadım		Biraz zorlandım		Orta derecede zorlandım		Çok zorlandım		Aşırı zorlandım/ hiç yapamadım		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Evle ilgili sorumluluklarımı yerine getirme	-	-	-	-	14	10,4	27	20,1	93	69,4	134	100,0
Evdeki önemli görevlerini iyi bir şekilde yapma	-	-	1	0,7	12	9,0	26	19,4	95	70,9	134	100,0
Yapılması gereken tüm ev işlerini bitirme	-	-	1	0,7	11	8,2	18	13,4	104	77,6	134	100,0
Ev işlerini yeterince hızlı yapma	-	-	-	-	10	7,5	15	11,2	109	81,3	134	100,0

Tablo 38. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin WHODAS-2-Alan 6 parametrelerinin değerlendirilmesi

	Hiç zorlanmadım		Biraz zorlandım		Orta derecede zorlandım		Çok zorlandım		Aşırı zorlandım/ hiç yapamadım		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Sosyal faaliyetlere herkes kadar katılabilmek (şenlikler, eğlenceler, dini faaliyetler vb.)	5	3,7	7	5,2	27	20,1	51	38,1	44	32,8	134	100,0
Çevreden kaynaklanan engeller yüzünden sorunla karşılaşma	3	2,2	54	40,3	48	35,8	14	10,4	15	11,2	134	100,0
Diğer insanların davranış ve tutumları karşısında kendinize saygınızı yitirmeden yaşayabilmekte sorunla karşılaşma	16	11,9	70	52,2	26	19,4	7	5,2	15	11,2	134	100,0
Sağlık durumunuza ve sağlık durumunuzun yol açtığı sonuçlara zaman harcama	-	-	8	6,0	57	42,5	50	37,3	19	14,2	134	100,0
Sağlık durumunuz yüzünden duygusal olarak etkilenme	-	-	12	9,0	60	44,8	42	31,3	20	14,9	134	100,0
Sağlık için yapılan harcamaların sizin ve ailenizin ekonomik durumunu etkilemesi	5	3,7	20	14,9	57	42,5	38	28,4	14	10,4	134	100,0
Sağlık durumunuz yüzünden ailenizin sorunla karşılaşması	2	1,5	16	11,9	54	40,3	43	32,1	19	14,2	134	100,0
Dinlenmek veya eğlenmek amacıyla kendi başınıza bir şeyler yapmakta güçlük çekme	2	1,5	12	9,0	27	20,1	43	32,1	50	37,3	134	100,0

WHODAS-2' ye göre toplam yeti yitimi ve alan yeti yitimlerinin düzeyi Tablo 39'da sunulmuştur.

**Tablo 39. WHODAS-2 yeti yitimleri ve alan yeti yitimleri düzeyi**

	Ortalama	Std. Sapma	Ortanca	En Küçük Değer	En Büyük Değer
<b>Alan 1. Anlama ve iletişim kurma</b>	59,7	31,6	60,0	0,0	100,0
<b>Alan 2. Hareket, bir yerden bir yere gitme</b>	84,4	20,0	93,8	0,0	100,0
<b>Alan 3. Kendine bakım</b>	75,2	24,9	80,0	0,0	100,0
<b>Alan 4. İnsan ilişkileri</b>	69,3	28,6	80,0	0,0	100,0
<b>Alan 5. Yaşam faaliyetleri</b>	94,4	12,6	100,0	50,0	100,0
<b>Alan 6. Toplumsal yaşama katılım</b>	63,4	18,3	62,5	20,8	100,0
<b>WHODAS-2 Toplam Puanı</b>	<b>71,7</b>	<b>18,6</b>	<b>74,4</b>	<b>21,1</b>	<b>100,0</b>

Std sapma: standart sapma

Alan toplam puanlarının birbirleriyle ve WHODAS-2 toplam puanıyla korelasyonları pozitif yönde ve kabul edilebilir düzeyde yüksek bulunmuştur.

WHODAS-2 puanları BYKİ toplam puanıyla da negatif yönde, anlamlı, orta ve yüksek derecelerde korele saptanmıştır (Tablo 40).

**Tablo 40. Evde sağlık hastalarının WHODAS-2 Alan puanlarının birbirleriyle, WHODAS toplam puanıyla ve BYKİ toplam puanıyla korelasyonu**

	Alan 1. Anlama ve iletişim kurma	Alan 2. Hareket, bir yerden bir yere gitme	Alan 3. Kendine bakım	Alan 4. İnsan ilişkileri	Alan 5. Yaşam faaliyetleri	Alan 6. Toplumsal yaşama katılım	WHODAS-2 Toplam Değeri	BYKİ Toplam Değeri
<b>Alan 1. Anlama ve iletişim kurma</b>	1,000							
<b>Alan 2. Hareket, bir yerden bir yere gitme</b>	0,556*	1,000						
<b>Alan 3. Kendine bakım</b>	0,780*	0,725*	1,000					
<b>Alan 4. İnsan ilişkileri</b>	0,870*	0,545*	0,793*	1,000				
<b>Alan 5. Yaşam faaliyetleri</b>	0,457*	0,519*	0,482*	0,528*	1,000			
<b>Alan 6. Toplumsal yaşama katılım</b>	0,513*	0,465*	0,639*	0,570*	0,331*	1,000		
<b>WHODAS-2 Toplam Puanı</b>	0,900*	0,726*	0,901*	0,900*	0,562*	0,755*	1,000	
<b>BYKİ Toplam Puanı</b>	-0,730*	-0,694*	-0,851*	-0,751*	-0,424*	-0,707*	-0,863*	1,000

\* p <0,05

WHODAS-2 ölçeğinin iç tutarlığı incelemesi için hesaplanan cronbach alfa katsayıları 6 alan için sırasıyla Alan 1= 0,964 Alan 2= 0,935 Alan 3= 0,884 Alan 4= 0,958 Alan 5=

0,935 Alan 6= 0,909 olarak hesaplanmış olup WHODAS-2 toplam puanı için cronbach alfa değeri ise 0,968'dir. Ölçeğin iç tutarlılık değerleri tüm alanlar için oldukça yüksektir.

## **2. Evde Sağlık Hizmeti Alan Bireylerin WHODAS-2 Puanlarına Sosyodemografik Özelliklerinin Etkisi**

WHODAS-2 Alan puanları ve toplam puanı ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 41).

WHODAS-2 Alan 1,2,3,4,5 puanları ve toplam puanı ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Yalnızca WHODAS-2 Alan 6 puanı yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (F= 3,922 p=0,01). Yapılan Post hoc Tukey's HSD analizinde 19-64 yaş grubu bireylerin Alan 6 Toplumsal yaşama katılım puanlarının 85 ve üzeri gruptan anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır (p=0,012) (Tablo 42).

WHODAS-2 Alan puanları ve toplam puanı ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 43).

WHODAS-2 Alan puanları ve toplam puanı ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 44).

WHODAS-2 Alan 1,2,3,4,5 puanları ve toplam puanı ile sosyal güvence durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Yalnızca WHODAS-2 Alan 6 Toplumsal yaşama katılım puanı ile sosyal güvence arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmış olup sosyal güvence olarak yeşil karttan faydalandığını belirten grubun puanı anlamlı derecede daha düşük çıkmıştır (p<0,001) (Tablo 45).

WHODAS-2 Alan puanları ve toplam puanı ile sigara içme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 46).

Tablo 41. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin WHODAS-2 puanlarının cinsiyet ile ilişkisi

	Kadın (n=82)			Erkek (n=52)			t	p
	Ortalama	Std. Sapma	Ortanca (min-max)	Ortalama	Std. Sapma	Ortanca (min-max)		
Alan 1. Anlama ve iletişim kurma	59,1	28,6	55 (0-100)	60,8	36,0	65 (0-100)	-0,285	0,765
Alan 2. Hareket, bir yerden bir yere gitme	84,0	18,7	93,8 (25-100)	85,0	22,0	100 (0-100)	1960*	0,407
Alan 3. Kendine bakım	75,1	24,2	80 (10-100)	75,4	26,3	80 (0-100)	2067,5*	0,764
Alan 4. İnsan ilişkileri	69,4	27,5	80 (0-100)	69,2	30,4	75 (0-100)	2079*	0,806
Alan 5. Yaşam faaliyetleri	94,3	12,5	100 (50-100)	94,6	12,9	100 (50-100)	2048*	0,61
Alan 6. Toplumsal yaşama katılım	64,4	18,6	62,5 (20,8-100)	61,7	17,8	60,4 (20,8-100)	0,839	0,403
WHODAS-2 Toplam Puanı	71,8	17,8	74,4 (21,1-100)	71,6	20,0	74,4 (23,3-100)	0,04	0,968

\* Mann Whitney U değeridir.

Std sapma: standart sapma min: en küçük değer max: en büyük değer

Tablo 42. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin WHODAS-2 puanlarının yaş grupları ile ilişkisi

	19-64 (n=18)			65-74 (n=16)			75-84 (n=59)			85 ve üzeri (n=41)			F	p
	Ortalama	Std. Sapma	Ortanca (min-max)	Ortalama	Std. Sapma	Ortanca (min-max)	Ortalama	Std. Sapma	Ortanca (min-max)	Ortalama	Std. Sapma	Ortanca (min-max)		
Alan 1. Anlama ve iletişim kurma	59,7	44,2	82,5 (0-100)	57,2	25,8	57,5 (15-100)	62,6	30,3	65 (0-100)	56,6	29,6	55 (0-100)	0,331	0,803
Alan 2. Hareket, bir yerden bir yere gitme	92,0	11,5	100 (68,8-100)	86,4	15,5	93,8 (56,3-100)	86,8	19,3	100 (25-100)	76,8	23,5	75 (0-100)	9,35*	0,025
Alan 3. Kendine bakım	79,4	27,1	95 (20-100)	80,6	16,5	80 (40-100)	77,3	24,7	90 (0-100)	68,3	26,3	70 (10-100)	5,547*	0,136
Alan 4. İnsan ilişkileri	72,2	34,6	100 (10-100)	70,0	19,7	70 (40-100)	71,2	28,8	80 (0-100)	65,1	28,9	60 (0-100)	1,967*	0,58
Alan 5. Yaşam faaliyetleri	97,8	7,3	100 (70-100)	96,3	6,2	100 (80-100)	94,9	11,8	100 (50-100)	91,5	16,5	100 (50-100)	2,314*	0,51
Alan 6. Toplumsal yaşama katılım	73,2	20,9	72,9 (37,5-100)	69,3	14,9	68,7 (50-100)	62,9	16,4	62,5 (25-100)	57,5	19,0	54,2 (20,8-100)	3,922	0,01
WHODAS-2 Toplam Puanı	76,8	22,1	89,4 (40-100)	74,0	12,9	73,8 (47,8-96,7)	73,1	17,5	75,6 (33,3-98,9)	66,5	19,9	64,4 (21,1-96,7)	1,732	0,164

\* Kruskal Wallis ki kare değeridir.

Std sapma: standart sapma min: en küçük değer max: en büyük değer

Tablo 43. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin WHODAS-2 puanlarının eğitim durumları ile ilişkisi

	Okur yazar değil (n=58)			İlköğretim/ ortaöğretim (n=67)			Lise ve üzeri (n=9)			F	p
	Ortalama	Std. Sapma	Ortanca (min-max)	Ortalama	Std. Sapma	Ortanca (min-max)	Ortalama	Std. Sapma	Ortanca (min-max)		
<b>Alan 1. Anlama ve iletişim kurma</b>	63,6	28,6	65 (0-100)	56,0	32,9	60 (0-100)	62,8	39,9	65 (0-100)	0,958	0,386
<b>Alan 2. Hareket, bir yerden bir yere gitme</b>	83,4	21,8	93,8 (0-100)	85,0	19,0	93,8 (25-100)	86,1	16,5	93,8 (56,3-100)	0,081*	0,96
<b>Alan 3. Kendine bakım</b>	76,7	23,4	80 (10-100)	73,6	26,6	80 (0-100)	77,8	23,3	80 (40-100)	0,354*	0,838
<b>Alan 4. İnsan ilişkileri</b>	73,1	26,3	80 (0-100)	66,0	29,5	60 (0-100)	70,0	35,4	80 (0-100)	1,707*	0,426
<b>Alan 5. Yaşam faaliyetleri</b>	93,1	14,4	100 (50-100)	94,8	11,6	100 (50-100)	100,0	0,0	100 (100-100)	2,954*	0,228
<b>Alan 6. Toplumsal yaşama katılım</b>	62,4	18,8	62,5 (20,8-100)	64,4	18,1	62,5 (29,2-100)	61,6	18,3	54,2 (37,5-100)	0,23	0,795
<b>WHODAS-2 Toplam Puanı</b>	72,6	18,7	75,6 (21,1-98,9)	70,8	18,6	74,4 (33,3-100)	73,2	20,1	82,2 (43,3-100)	0,182	0,834

\* Kruskal Wallis ki kare değeridir.

**Std sapma:** standart sapma **min:** en küçük değer **max:** en büyük değer

**Tablo 44. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin WHODAS-2 puanlarının medeni durumları ile ilişkisi**

	Medeni Hali						t	P
	Ortalama	Evlü (n=51)		Ortalama	Bekar/Dul (n=83)			
		Std. Sapma	Ortanca (min-max)		Std. Sapma	Ortanca (min-max)		
Alan 1. Anlama ve iletişim kurma	58,3	32,6	65 (0-100)	60,6	31,1	60 (0-100)	-0,403	0,688
Alan 2. Hareket, bir yerden bir yere gitme	83,7	18,5	93,8 (43,8-100)	84,8	21,0	93,8 (0-100)	2007,5*	0,598
Alan 3. Kendine bakım	73,3	24,6	80 (0-100)	76,4	25,2	80 (10-100)	1916*	0,35
Alan 4. İnsan ilişkileri	68,4	28,7	70 (0-100)	69,9	28,7	80 (0-100)	2052*	0,764
Alan 5. Yaşam faaliyetleri	93,7	13,4	100 (50-100)	94,8	12,1	100 (50-100)	2053*	0,697
Alan 6. Toplumsal yaşama katılım	62,3	17,3	58,3 (37,5-100)	64,1	19,0	62,5 (20,8-100)	-0,551	0,582
<b>WHODAS-2 Toplam Puanı</b>	70,6	17,9	73,3 (33,3-100)	72,4	19,1	75,6 (21,1-100)	-0,542	0,588

\* Mann Whitney U değeridir.

Std sapma: standart sapma min: en küçük değer max: en büyük değer

**Tablo 45. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin WHODAS-2 puanlarının sosyal güvenceleri ile ilişkisi**

	Sosyal Güvencesi						t	p
	Ortalama	SGK (n=127)		Ortalama	Yeşil kart (n=7)			
		Std. Sapma	Ortanca (min-max)		Std. Sapma	Ortanca (min-max)		
Alan 1. Anlama ve iletişim kurma	60,1	31,7	65 (0-100)	52,9	30,5	55 (0-100)	0,591	0,555
Alan 2. Hareket, bir yerden bir yere gitme	84,3	20,3	93,8 (43,8-100)	86,6	13,2	81,3 (68,8-100)	438,5*	0,95
Alan 3. Kendine bakım	75,3	25,2	80 (0-100)	74,3	19,9	80 (40-100)	399*	0,643
Alan 4. İnsan ilişkileri	69,8	28,5	80 (0-100)	61,4	31,3	60 (10-100)	367,5*	0,433
Alan 5. Yaşam faaliyetleri	95,0	11,9	100 (50-100)	84,3	19,9	100 (60-100)	332,5*	0,134
Alan 6. Toplumsal yaşama katılım	64,0	18,6	62,5 (20,8-100)	52,4	4,7	50 (45,8-58,3)	4,777	<0,001
<b>WHODAS-2 Toplam Puanı</b>	72,1	18,8	74,4 (21,1-100)	65,6	14,7	68,9 (40-86,7)	0,9	0,37

\* Mann Whitney U değeridir.

Std sapma: standart sapma min: en küçük değer max: en büyük değer

Tablo 46. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin WHODAS-2 puanlarının sigara içme durumları ile ilişkisi

	İçiyor (n=6)			İçmiyor (n=99)			Bırakmış (n=29)			F	p
	Ortalama	Std. Sapma	Ortanca (min-max)	Ortalama	Std. Sapma	Ortanca (min-max)	Ortalama	Std. Sapma	Ortanca (min-max)		
<b>Alan 1. Anlama ve iletişim kurma</b>	50,8	28,2	47,5 (15-100)	59,8	30,8	60 (0-100)	61,4	35,5	70 (0-100)	0,275	0,76
<b>Alan 2. Hareket, bir yerden bir yere gitme</b>	81,3	14,8	75 (68,8-100)	84,6	19,6	93,8 (25-100)	84,5	22,8	93,8 (0-100)	0,493*	0,782
<b>Alan 3. Kendine bakım</b>	70,0	20,0	70 (40-100)	75,2	25,2	80 (10-100)	76,6	25,5	80 (0-100)	0,819*	0,664
<b>Alan 4. İnsan ilişkileri</b>	65,0	18,7	60 (50-100)	69,6	29,1	80 (0-100)	69,3	29,0	70 (0-100)	0,178*	0,915
<b>Alan 5. Yaşam faaliyetleri</b>	98,3	4,1	100 (90-100)	94,0	13,3	100 (50-100)	94,8	11,2	100 (60-100)	0,287*	0,867
<b>Alan 6. Toplumsal yaşama katılım</b>	60,4	13,6	62,5 (37,5-75)	63,5	19,1	62,5 (20,8-100)	63,7	16,7	66,7 (20,8-100)	0,082	0,921
<b>WHODAS-2 Toplam Puanı</b>	67,8	15,4	66,1 (48,9-93,3)	71,8	19,0	74,4 (21,1-100)	72,4	18,2	75,6 (23,3-93,3)	0,152	0,86

\* Kruskal Wallis ki kare değeridir.

**Std sapma:** standart sapma **min:** en küçük değer **max:** en büyük değer

### 3. Evde Sağlık Hizmeti Alan Bireylerin WHODAS-2 Puanlarına Sahip Oldukları Kronik Hastalıkların Ve İlaçlar Kullanımlarının Etkisi

WHODAS-2 Alan 1,2,3,4 puanları ve toplam puanı ile hipertansiyon hastalığı bulunma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş olup hipertansiyon tanısı bulunan kişilerin puanları hipertansiyon tanısı olmayanlara göre daha düşüktür (WHODAS-2 toplam  $p=0,008$ ) (Tablo 47).

WHODAS-2 Alan puanları ve toplam puanı ile hipertansiyon dışı kardiyak bir hastalığı bulunma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 48).

WHODAS-2 Alan 2 (hareket, bir yerden bir yere gitme) puanları ile diyabetes mellitus hastalığı bulunma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş olup diyabet tanısı bulunan kişilerin puanları tanısı olmayanlara göre daha düşüktür ( $p=0,011$ ) (Tablo 49).

WHODAS-2 Alan 1,3,4,5,6 ve WHODAS-2 toplam puanları ile Alzheimer hastalığı bulunma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş olup Alzheimer tanısı bulunan kişilerin puanları Alzheimer tanısı olmayanlara göre daha yüksektir (WHODAS-2 toplam  $p<0,001$ ) (Tablo 50).

WHODAS Alan 6 puanları ile inme geçirmiş olmak arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş olup inme geçirmiş olan kişilerin puanları inme geçirmemiş olanlara göre daha yüksektir (WHODAS-2 toplam  $t=-2,150$   $p=0,033$ ) (Tablo 51).

WHODAS-2 Alan 1,2,3,4,6 ve WHODAS-2 toplam puanları ile herhangi bir nörolojik hastalığı bulunma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş olup nörolojik hastalığı bulunan kişilerin puanları nörolojik hastalığı bulunmayanlara göre daha yüksektir (WHODAS-2 toplam  $p<0,001$ ) (Tablo 52).

WHODAS-2 Alan 1,3,4 ve WHODAS-2 toplam puanları ile herhangi bir kalp damar hastalığı bulunma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş olup herhangi bir kalp damar hastalığı bulunan kişilerin puanları bulunmayanlara göre daha düşüktür (WHODAS-2 toplam  $p=0,043$ ) (Tablo 53).

WHODAS-2 Alan puanları ve toplam puanı ile polifarmasi ve majör polifarmasi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 54 ve 55).

Tablo 47. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin WHODAS-2 puanlarının hipertansiyon ile ilişkisi

	Hipertansiyon						t	p
	Ortalama	Yok (n=55)		Ortalama	Var (n=79)			
		Std. Sapma	Ortanca (min-max)		Std. Sapma	Ortanca (min-max)		
Alan 1. Anlama ve iletişim kurma	66,5	31,4	75 (0-100)	55,1	31,0	55 (0-100)	-2,081	0,039
Alan 2. Hareket, bir yerden bir yere gitme	89,9	16,0	100 (31,3-100)	80,6	21,6	87,5 (0-100)	1627*	0,009
Alan 3. Kendine bakım	82,5	20,1	90 (0-100)	70,1	26,7	80 (10-100)	1584,5*	0,007
Alan 4. İnsan ilişkileri	76,7	26,3	90 (0-100)	64,2	29,1	60 (0-100)	1621,5*	0,011
Alan 5. Yaşam faaliyetleri	96,4	9,9	100 (50-100)	93,0	14,1	100 (50-100)	1893,5*	0,091
Alan 6. Toplumsal yaşama katılım	65,6	16,9	62,5 (33,3-100)	61,8	19,2	62,5 (20,8-100)	-1,18	0,24
WHODAS-2 Toplam Değeri	76,6	16,3	80 (30-100)	68,3	19,4	70 (21,1-100)	-2,692	0,008

\* Mann Whitney U değeridir.

Std sapma: standart sapma min: en küçük değer max: en büyük değer

Tablo 48. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin WHODAS-2 puanlarının hipertansiyon dışı kardiyak hastalık ile ilişkisi

	Hipertansiyon dışı kardiyak hastalık						t	p
	Ortalama	Yok (n=109)		Ortalama	Var (n=25)			
		Std. Sapma	Ortanca (min-max)		Std. Sapma	Ortanca (min-max)		
Alan 1. Anlama ve iletişim kurma	60,8	32,8	65 (0-100)	55,0	25,5	55 (0-100)	0,973	0,336
Alan 2. Hareket, bir yerden bir yere gitme	84,9	20,3	93,8 (0-100)	82,0	18,7	81,3 (43,8-100)	1165*	0,234
Alan 3. Kendine bakım	75,9	24,5	80 (0-100)	72,4	26,8	80 (20-100)	1256,5*	0,538
Alan 4. İnsan ilişkileri	69,6	29,1	80 (0-100)	68,0	26,9	60 (10-100)	1295*	0,695
Alan 5. Yaşam faaliyetleri	94,2	12,6	100 (50-100)	95,2	12,6	100 (50-100)	1296*	0,611
Alan 6. Toplumsal yaşama katılım	62,5	18,1	62,5 (20,8-100)	67,3	19,2	62,5 (37,5-100)	-1,2	0,232
WHODAS-2 Toplam Değeri	71,9	19,0	74,4 (21,1-100)	70,9	17,0	71,1 (33,3-100)	0,234	0,815

\* Mann Whitney U değeridir.

Std sapma: standart sapma min: en küçük değer max: en büyük değer

**Tablo 49. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin WHODAS-2 puanlarının diyabetes mellitus ile ilişkisi**

	Diyabetes Mellitus						t	p
	Ortalama	Yok (n=99)		Ortalama	Var (n=35)			
		Std. Sapma	Ortanca (min-max)		Std. Sapma	Ortanca (min-max)		
Alan 1. Anlama ve iletişim kurma	62,7	30,9	65 (0-100)	51,4	32,4	55 (0-100)	1,828	0,07
Alan 2. Hareket, bir yerden bir yere gitme	86,3	20,1	100 (0-100)	79,1	19,2	81,3 (25-100)	1258*	0,011
Alan 3. Kendine bakım	77,3	24,4	90 (10-100)	69,4	25,8	80 (0-100)	1385*	0,073
Alan 4. İnsan ilişkileri	70,3	29,5	80 (0-100)	66,6	25,9	60 (0-100)	1569*	0,399
Alan 5. Yaşam faaliyetleri	94,3	12,7	100 (50-100)	94,6	12,4	100 (50-100)	1699,5*	0,823
Alan 6. Toplumsal yaşama katılım	64,4	17,8	62,5 (20,8-100)	60,6	19,6	58,3 (25-100)	1,045	0,298
<b>WHODAS-2 Toplam Değeri</b>	<b>73,3</b>	<b>18,5</b>	<b>75,6 (21,1-100)</b>	<b>67,3</b>	<b>18,4</b>	<b>70 (36,7-98,9)</b>	<b>1,658</b>	<b>0,1</b>

\* Mann Whitney U değeridir.

**Std sapma:** standart sapma **min:** en küçük değer **max:** en büyük değer

**Tablo 50. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin WHODAS-2 puanlarının Alzheimer hastalığı ile ilişkisi**

	Alzheimer						t	p
	Ortalama	Yok (n=102)		Ortalama	Var (n=32)			
		Std. Sapma	Ortanca (min-max)		Std. Sapma	Ortanca (min-max)		
Alan 1. Anlama ve iletişim kurma	51,5	30,1	50 (0-100)	86,1	19,7	100 (35-100)	589*	<0,001
Alan 2. Hareket, bir yerden bir yere gitme	82,7	20,7	93,8 (0-100)	89,7	16,8	100 (43,8-100)	1279*	0,052
Alan 3. Kendine bakım	71,3	25,3	80 (0-100)	87,8	19,1	100 (20-100)	933*	<0,001
Alan 4. İnsan ilişkileri	62,6	28,2	60 (0-100)	90,6	17,0	100 (40-100)	642,5*	<0,001
Alan 5. Yaşam faaliyetleri	92,8	14,0	100 (50-100)	99,4	2,5	100 (90-100)	1238*	0,006
Alan 6. Toplumsal yaşama katılım	61,5	18,9	62,5 (20,8-100)	69,3	15,0	66,7 (45,8-100)	-2,117	0,036
<b>WHODAS-2 Toplam Değeri</b>	<b>67,7</b>	<b>18,4</b>	<b>70 (21,1-100)</b>	<b>84,4</b>	<b>12,6</b>	<b>87,8 (48,9-98,9)</b>	<b>748*</b>	<b>&lt;0,001</b>

\* Mann Whitney U değeridir.

**Std sapma:** standart sapma **min:** en küçük değer **max:** en büyük değer

Tablo 51. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin WHODAS-2 puanlarının inme ile ilişkisi

	İnme							t	p
	Ortalama	Yok (n=100)		Ortalama	Var (n=34)				
		Std. Sapma	Ortanca (min-max)		Std. Sapma	Ortanca (min-max)			
Alan 1. Anlama ve iletişim kurma	57,8	31,6	55 (0-100)	65,4	31,1	65 (0-100)	-1,222	0,224	
Alan 2. Hareket, bir yerden bir yere gitme	83,2	20,0	93,8 (0-100)	87,9	19,8	100 (25-100)	1381,5*	0,086	
Alan 3. Kendine bakım	73,2	25,4	80 (0-100)	81,2	22,7	90 (20-100)	1383*	0,099	
Alan 4. İnsan ilişkileri	67,8	28,5	65 (0-100)	73,8	28,7	80 (0-100)	1494,5*	0,285	
Alan 5. Yaşam faaliyetleri	94,7	11,8	100 (50-100)	93,5	15,0	100 (50-100)	1694,5*	0,97	
Alan 6. Toplumsal yaşama katılım	61,4	18,0	58,3 (20,8-100)	69,1	18,3	66,7 (37,5-100)	-2,150	0,033	
WHODAS-2 Toplam Değeri	70,2	18,3	73,3 (21,1-100)	76,2	19,0	81,6 (33,3-100)	-1,638	0,104	

\* Mann Whitney U değeridir.

Std sapma: standart sapma min: en küçük değer max: en büyük değer

Tablo 52. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin WHODAS-2 puanlarının herhangi bir nörolojik hastalığı bulunması ile ilişkisi

	Nörolojik hastalıklar							t	p
	Ortalama	Yok (n=50)		Ortalama	Var (n=84)				
		Std. Sapma	Ortanca (min-max)		Std. Sapma	Ortanca (min-max)			
Alan 1. Anlama ve iletişim kurma	39,6	23,8	42,5 (0-90)	71,7	29,5	75 (0-100)	827*	<0,001	
Alan 2. Hareket, bir yerden bir yere gitme	79,0	21,3	81,3 (0-100)	87,6	18,6	100 (25-100)	1505,5*	0,004	
Alan 3. Kendine bakım	64,2	25,4	70 (0-100)	81,8	22,3	90 (20-100)	1184*	<0,001	
Alan 4. İnsan ilişkileri	54,4	25,6	50 (0-100)	78,2	26,6	90 (0-100)	1003*	<0,001	
Alan 5. Yaşam faaliyetleri	92,4	14,4	100 (50-100)	95,6	11,3	100 (50-100)	1876*	0,167	
Alan 6. Toplumsal yaşama katılım	54,7	18,1	54,2 (20,8-100)	68,6	16,5	66,7 (37,5-100)	-4,553	<0,001	
WHODAS-2 Toplam Değeri	60,9	16,3	61,1 (21,1-100)	78,2	16,8	82,7 (33,3-100)	921*	<0,001	

\* Mann Whitney U değeridir.

Std sapma: standart sapma min: en küçük değer max: en büyük değer

Tablo 53. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin WHODAS-2 puanlarının kalp damar hastalığı ile ilişkisi

	Kalp damar hastalıkları						t	p
	Yok (n=47)			Var (n=87)				
	Ortalama	Std. Sapma	Ortanca (min-max)	Ortalama	Std. Sapma	Ortanca (min-max)		
Alan 1. Anlama ve iletişim kurma	68,0	31,9	75 (0-100)	55,3	30,6	55 (0-100)	2,255	0,026
Alan 2. Hareket, bir yerden bir yere gitme	88,8	17,1	100 (31,3-100)	82,0	21,1	87,5 (0-100)	1659,5*	0,058
Alan 3. Kendine bakım	81,7	21,1	90 (0-100)	71,7	26,2	80 (10-100)	1592,5*	0,032
Alan 4. İnsan ilişkileri	76,4	26,8	90 (0-100)	65,5	28,9	60 (0-100)	1586,5*	0,03
Alan 5. Yaşam faaliyetleri	96,0	10,6	100 (50-100)	93,6	13,6	100 (50-100)	1834,5*	0,192
Alan 6. Toplumsal yaşama katılım	63,8	16,2	62,5 (33,3-100)	63,1	19,4	62,5 (20,8-100)	0,212	0,832
WHODAS-2 Toplam Değeri	76,1	17,1	80 (30-100)	69,3	19,0	71,1 (21,1-100)	2,048	0,043

\* Mann Whitney U değeridir.

Std sapma: standart sapma min: en küçük değer max: en büyük değer

Tablo 54. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin WHODAS-2 puanlarının polifarmasi ile ilişkisi

	Polifarmasi yok (n=12)			Polifarmasi var (n=117)			t	p
	Ortalama	Std. Sapma	Ortanca (min-max)	Ortalama	Std. Sapma	Ortanca (min-max)		
Alan 1. Anlama ve iletişim kurma	51,3	29,0	55 (0-90)	60,4	31,8	60 (0-100)	592,5*	0,372
Alan 2. Hareket, bir yerden bir yere gitme	78,7	25,3	90,6 (31,3-100)	84,8	19,3	93,8 (0-100)	621*	0,49
Alan 3. Kendine bakım	70,8	26,8	75 (0-100)	75,3	25,1	80 (10-100)	613*	0,463
Alan 4. İnsan ilişkileri	64,2	21,5	60 (20-90)	69,7	29,4	80 (0-100)	587*	0,343
Alan 5. Yaşam faaliyetleri	91,7	16,4	100 (50-100)	94,8	12,0	100 (50-100)	674*	0,762
Alan 6. Toplumsal yaşama katılım	60,1	19,2	62,5 (33,3-100)	63,6	18,6	62,54 (20,8-100)	-0,624	0,534
WHODAS-2 Toplam Değeri	66,6	19,6	69,4 (30-96,7)	72,1	18,6	74,4 (21,1-100)	0,975	0,332

\* Mann Whitney U değeridir.

Std sapma: standart sapma min: en küçük değer max: en büyük değer

Tablo 55. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin WHODAS-2 puanlarının majör polifarmasi ile ilişkisi

	<5 ilaç kullanımı (n=71)			5 ve üzerinde ilaç kullanımı (n=58)			t	p
	Ortalama	Std. Sapma	Ortanca (min-max)	Ortalama	Std. Sapma	Ortanca (min-max)		
<b>Alan 1. Anlama ve iletişim kurma</b>	61,3	31,9	65 (0-100)	57,4	31,3	55 (0-100)	0,7	0,485
<b>Alan 2. Hareket, bir yerden bir yere gitme</b>	82,9	21,4	93,8 (0-100)	85,8	17,9	93,8 (25-100)	1994,5*	0,748
<b>Alan 3. Kendine bakım</b>	75,1	25,7	80 (0-100)	74,7	24,7	80 (20-100)	2021*	0,855
<b>Alan 4. İnsan ilişkileri</b>	70,6	27,9	80 (0-100)	67,6	29,8	70 (0-100)	1934*	0,547
<b>Alan 5. Yaşam faaliyetleri</b>	94,1	12,7	100 (50-100)	95,0	12,2	100 (50-100)	1994,5*	0,683
<b>Alan 6. Toplumsal yaşama katılım</b>	62,7	19,1	62,5 (20,8-100)	63,9	18,1	60,4 (25-100)	-0,363	0,717
<b>WHODAS-2 Toplam Değeri</b>	71,7	19,4	74,4 (21,1-100)	71,4	18,0	74,4 (33,3-100)	0,095	0,925

\* Mann Whitney U değeridir.

**Std sapma:** standart sapma **min:** en küçük değer **max:** en büyük değer

#### 4. Evde Sağlık Hizmeti Alan Bireylerin WHODAS-2 Puanlarına Evde Sağlık Hizmetine Başvurmalarına Sebep Olan Hastalıkların Etkisi

WHODAS Alan 1,3,4,6 ve WHODAS-2 toplam puanları ile evde sağlık hizmetine başvurma sebebinin nörolojik sistem hastalığı olması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş olup nörolojik sistem hastalığı nedeniyle hizmet alan kişilerin puanları diğer sebeplerle hizmet alan kişilere göre daha yüksektir (WHODAS-2 toplam  $p<0,001$ ) (Tablo 56).

WHODAS Alan 1 ve 4 puanları ile evde sağlık hizmetine başvurma sebebinin kas iskelet sistem hastalığı olması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (sırasıyla  $p=0,035$   $p=0,045$ ) (Tablo 57).

WHODAS Alan 3,6 ve WHODAS-2 toplam puanları ile evde sağlık hizmetine başvurma sebebinin yaşlılık olması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş olup yaşlılık nedeniyle hizmet alan kişilerin puanları diğer sebeplerle hizmet alan kişilere göre daha düşüktür (WHODAS-2 toplam  $p=0,023$ ) (Tablo 58).

**Tablo 56. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin WHODAS-2 puanlarının evde sağlık hizmetine başvurma sebebinin nörolojik hastalık olması ile ilişkisi**

	Evde Sağlık Hizmetine Başvurma Sebebi Olarak Nörolojik Sistem Hastalıkları						MWU	p
	Yok (n=59)			Var (n=75)				
	Ortalama	Std. Sapma	Ortanca (min-max)	Ortalama	Std. Sapma	Ortanca (min-max)		
Alan 1. Anlama ve iletişim kurma	43,8	27,5	45 (0-100)	72,7	28,7	75 (0-100)	1005,5	<0,001
Alan 2. Hareket, bir yerden bir yere gitme	80,5	21,1	84,4 (0-100)	87,5	18,7	100 (25-100)	1707,5	0,016
Alan 3. Kendine bakım	65,5	26,3	70 (0-100)	83,1	20,7	90 (20-100)	1298,5	<0,001
Alan 4. İnsan ilişkileri	56,7	27,7	50 (0-100)	79,6	25,1	90 (0-100)	1158,5	<0,001
Alan 5. Yaşam faaliyetleri	92,5	14,5	100 (50-100)	95,9	10,7	100 (50-100)	1957,5	0,116
Alan 6. Toplumsal yaşama katılım	57,4	19,1	54,2 (20,8-100)	68,2	16,2	66,7 (37,5-100)	1451,0	0,001
<b>WHODAS-2 Toplam Değeri</b>	<b>63,2</b>	<b>18,2</b>	<b>62,2 (21,1-100)</b>	<b>78,6</b>	<b>15,9</b>	<b>82,8 (36,7-100)</b>	<b>1133,5</b>	<b>&lt;0,001</b>

Std sapma: standart sapma min: en küçük değer max: en büyük değer

**Tablo 57. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin WHODAS-2 puanlarının evde sağlık hizmetine başvurma sebebinin kas iskelet sistemi hastalığı olması ile ilişkisi**

	Evde Sağlık Hizmetine Başvurma Sebebi Olarak Kas İskelet Sistemi Hastalıkları						MWU	p
	Yok (n=105)			Var (n=29)				
	Ortalama	Std. Sapma	Ortanca (min-max)	Ortalama	Std. Sapma	Ortanca (min-max)		
Alan 1. Anlama ve iletişim kurma	62,7	31,8	65 (0-100)	49,1	28,8	50 (0-100)	1134,5	0,035
Alan 2. Hareket, bir yerden bir yere gitme	84,5	21,2	100 (0-100)	84,1	15,4	87,5 (43,8-100)	1317,0	0,241
Alan 3. Kendine bakım	76,4	25,8	90 (0-100)	71,0	21,1	80 (20-100)	1206,5	0,082
Alan 4. İnsan ilişkileri	71,5	28,9	80 (0-100)	61,4	26,3	50 (0-100)	1157,5	0,045
Alan 5. Yaşam faaliyetleri	93,5	13,5	100 (50-100)	97,6	7,9	100 (60-100)	1311,5	0,127
Alan 6. Toplumsal yaşama katılım	62,7	17,8	62,5 (20,8-100)	66,0	20,2	62,5 (29,2-100)	1464,5	0,753
<b>WHODAS-2 Toplam Değeri</b>	<b>72,5</b>	<b>19,2</b>	<b>75,6 (21,1-100)</b>	<b>69,0</b>	<b>16,5</b>	<b>70 (41,1-100)</b>	<b>1279,0</b>	<b>0,188</b>

Std sapma: standart sapma min: en küçük değer max: en büyük değer

Tablo 58. Evde sağlık hizmeti alan bireylerin WHODAS-2 puanlarının evde sağlık hizmetine başvurma sebebinin yaşlılık olması ile ilişkisi

	Evde Sağlık Hizmetine Başvurma Sebebi Olarak Yaşlılık						MWU	p
	Yok (n=94)			Var (n=40)				
	Ortalama	Std. Sapma	Ortanca (min-max)	Ortalama	Std. Sapma	Ortanca (min-max)		
<b>Alan 1. Anlama ve iletişim kurma</b>	62,4	32,3	65 (0-100)	53,3	29,0	55 (0-100)	1503,0	0,085
<b>Alan 2. Hareket, bir yerden bir yere gitme</b>	86,5	18,1	100 (25-100)	79,2	23,4	87,5 (0-100)	1504,0	0,072
<b>Alan 3. Kendine bakım</b>	79,3	23,3	90 (0-100)	65,4	26,2	70 (10-100)	1243,0	0,002
<b>Alan 4. İnsan ilişkileri</b>	72,5	27,5	80 (0-100)	61,5	30,0	60 (0-100)	1472,5	0,058
<b>Alan 5. Yaşam faaliyetleri</b>	95,6	10,5	100 (50-100)	91,5	16,5	100 (50-100)	1702,5	0,325
<b>Alan 6. Toplumsal yaşama katılım</b>	65,8	17,6	62,5 (29,2-100)	57,4	18,8	58,3 (20,8-100)	1411,0	0,030
<b>WHODAS-2 Toplam Değeri</b>	74,3	17,3	75,6 (33,3-100)	65,5	20,4	64,4 (21,1-100)	1387,5	0,023

Std sapma: standart sapma min: en küçük değer max: en büyük değer

## VII. TARTIŞMA

Evde sağlık hizmeti alan hastaların yeti yitimlerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmış olan bu çalışmada; İstanbul ili Bahçelievler Toplum Sağlığı Merkezi'nden evde sağlık hizmeti alan bireylerin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı, sahip oldukları kronik hastalıklar, ihtiyaçları ve yeti yitimlerinin dereceleri değerlendirilmiştir.

Dünya'da ve Türkiye'de artan ihtiyaca yönelik olarak evde sağlık ve evde bakım hizmetlerine yönelik araştırmalar artmaktadır. Ancak ölkemizde evde sağlık hizmeti alan kişilere yönelik yapılmış yeterli sayıda araştırma bulunmamaktadır. Bu durum hizmet planlamasında öncelik verilmesi gereken sorunların ortaya konmasında zorluklara sebep olmaktadır. Gelişme gösteren hizmet alanlarından biri olarak evde sağlık hizmetleri konusunda nitelikli ve büyük ölçekli çalışmalar yapılması gerekmektedir.

### A. Evde Sağlık Hizmeti Alan Bireylerin Sosyodemografik zelliklerinin Değerlendirilmesi

Çalışmamız kapsamında TSM evde sağlık birimine kayıtlı 172 hastadan 139'una ulaşılmıştır ve verilerdeki düzeltmeler sonucunda 134 evde sağlık hastasının değerlendirme sonuçları sunulmuştur.

Çalışmamızda evde sağlık hizmetinden yararlanan kişilerin %61,2'sinin kadın, %86,6'sının 65 yaş ve üzerinde olduğu (ortanca yaş 82) saptanmıştır.

Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) 2015 verilerine göre Türkiye genelinde nüfusun %49,8'i kadın ve %8,2'si 65 ve üzeri yaştadır. Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre 65 ve üzeri yaştaki nüfusun oranı her geçen yıl artmaktadır. Evde sağlık hizmeti alan bireylerde yapılan çeşitli çalışmalarda kadın oranları %41,6-68,7 ve 65 yaş üzerinde olma oranları %42,3-88,1 arasında değişmektedir (8, 18, 68-75). Çalışma grubumuzdaki ve evde sağlık hizmeti alan bireyler ile yapılan çalışmalardaki kadın oranının yüksekliği Türkiye'de doğuşta beklenen yaşam süresinin kadınlarda (80,7 yıl) erkeklere (75,3 yıl) göre 5,4 yıl daha uzun olması ile ilişkili olabilir (24).

Çalışmamızdaki bireylerin %43,3'ünün okuma yazması bulunmadığı ve %50'den fazlasının (%61,9) bekar veya dul olduğu saptanmıştır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013 sonuçları da benzer olmakla birlikte eğitimsiz bireylerin oranının 65 yaş ve üzeri nüfusta %67'lere kadar çıktığı göze çarpmaktadır. Çalışmamızda evde sağlık hizmeti alan bireylerin

çoğunluğunun 65 yaş üzeri olması eğitimsiz birey sayısındaki yüksek oranı açıklayabilir (76-79). ADNKS verilerine göre Türkiye geneli bekar veya dul oranı %36,1 iken 65 yaş ve üzeri nüfusta bu oran %40,0'lara yükselmektedir (77). Evde sağlık hizmetlerine olan ihtiyacı belirlemeye yönelik ülkemizde yapılan çeşitli çalışmalarda benzer oranlar ortaya konmuştur (18, 68-70, 80).

Evde sağlık hizmeti alan kişilerin %94,8'inin sosyal güvencesi mevcutken diğer %5,2'si yeşil kart hizmetinden faydalanmaktaydı, Türkiye genelinde yeşil kart hizmetinden faydalanma oranının %12,2 olduğu bilinmektedir, sağlık sigortası olmayanlarla birlikte bu oran %21,5'lere yükselmektedir. İstanbul geneli için bakıldığında ise bu oran sağlık sigortası olmayan (%10,8) ve yeşil kartlı (%3,1) toplam %13,9 olarak tespit edilmiştir (81). Çatak ve ark. Burdur'da evde sağlık hizmeti alan kişilerde yaptığı bir çalışmada ise sağlık güvencesi yeşil kart olanların oranı %25,9 olarak ortaya konmuştur (68). Çalışmamız kapsamında ulaşılan hastalar içerisinde sağlık sigortası olmayan kişiler bulunmamaktadır. Bunun nedeni sigorta kapsamında olmayan grubun hizmete ulaşamaması olabileceği gibi bölgemizde sosyoekonomik durum göz önüne alındığında İstanbul geneline göre sigortasız kişilerin daha düşük oranlarda olacağı tahmin edilmektedir.

Çalışmamızda refah düzeyi hesaplanmamış olmakla birlikte kişilerin %57,5'inin hane geliri 2500TL altındaydı ve %20,1'i evde bakım maaşı alıyordu. Ankara Mamak ilçesinde 2009 yılında evde sağlık hizmeti alan bireylerde yapılmış bir çalışmada kişilerin %37,9'u 500-1000 TL arası geliri olduğu %29,7'sinin ise düzenli bir geliri olmadığı, yine 2011 yılında benzer bir çalışmada kişilerin %63,3 oranında 1000TL ve altında geliri olduğu tespit edilmiştir (İlgili çalışmaların yapıldığı yıl göz önüne alındığında kriter alınan gelirin çalışmamızla benzer olduğu söylenebilir.) (8, 82). Çalışmamızdaki bireylerin %41,8'i hanelerinde 4 ve daha çok kişi ile yaşamaktaydı; 2013 TNSA'da bu oran %48,4 olarak tespit edilmiştir (76). Bu bilgiler ışığında araştırma sahamızın Türkiye ortalamasının üzerinde refah düzeyine sahip bir ilçe olduğundan söz edilebilir.

Araştırmamızdaki bireylerin evde bakım verenlerinin yakınlığı değerlendirildiğinde, %86,6'sına aile yakınlarından biri destek olurken; oğlu ya da kızı tarafından bakım alanların oranı %62'dir. Bakım hizmeti veren kişilerden %10,5'i aynı anda başka bir kişiye daha bakım verdiğini ifade etmiştir. Benzer çalışmalarda aile yakınlarından bakım alanların oranları %44,6-85,2 arasında değişen oranlarda verilmiştir (8, 68, 71, 80, 83). Oranlardaki değişiklik çalışmaların yapıldığı alanlardaki bölgesel ve kültürel farklılıklardan kaynaklanıyor olabilir.

Araştırma grubumuzdaki kişilerin sigara içme alışkanlıkları sorgulandığında %4,5'inin halen içtiği, %21,6'sının hayatının bir döneminde sigara içtiği saptanmıştır. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2012 sonuçlarına göre toplumumuzda 15 yaş üzeri sigara içme oranı %27,1'dir bu oran 65 yaş üzerinde %8,8'lere gerilemektedir (84). Yapılan çalışmalarda evde bakım hastalarında sigara içme oranları %8'lerde tespit edilmiştir (70, 74). Çalışma grubumuzun %50,7'sinin tam %29,9'unun ise ileri derecede bağımlı hastalardan oluşması halen sigara içiyor olmak oranındaki görece düşüklüğü açıklayabilir.

Çalışmamızdaki kişiler sahip oldukları doktor tarafından tanısı konulmuş olan kronik hastalıklar açısından incelendiğinde hipertansiyon %59, diyabetes mellitus %26,1, inme %25,4, Alzheimer hastalığı %23,9 oranlarında saptanmış olup aynı anda birden fazla hastalığa sahip olan kişilerin oranı %73,1 olarak tespit edilmiştir.

Türkiye Sağlık Araştırması 2012 raporuna göre %11,3 ile hipertansiyon ve %6,5 ile diyabetes mellitus (bel bölgesi kas iskelet sistem problemleri, romatizmal eklem hastalıkları ve gastrik ülser ile birlikte) kent merkezlerinde hekim tarafından tanısı konulmuş en sık 5 hastalık içerisinde yer almaktadır (85). PatenT2 çalışma sonuçlarına göre Türkiye hipertansiyon prevalansı %30,3 (İstanbul %26,2), yaş gruplarına göre bakıldığında ise oranın 80 yaş ve üzerinde %76,3'e kadar yükseldiği bilinmektedir, öte yandan hipertansiyon hastalığı için tanısı olan kişilerin oranı %15'lerdedir (86, 87). Benzer şekilde diyabetes mellitus prevalansı %16,5 iken tanısı olanlar %9 oranındadır, yine 80 yaş üstü prevalans %35'lere yükselmektedir (88, 89). Evde sağlık hizmeti alan hastalarda yapılan çalışmalarda çeşitli kronik hastalıklar için hipertansiyon %46-48 arasında oranlarda, diyabetes mellitus %15,7, inme %39,8, Alzheimer %12,0 olarak verilmiştir (68, 69, 80). Oranlar çalışmamızdaki sonuçlarla benzer çıkmış olmakla birlikte grubumuzdaki Alzheimer hastalığına sahip hastalardaki oranın yüksekliği Alzheimer hastalığı tanısı alan kişilerdeki artış ile birlikte bölgemizde bu grup hastaların evde sağlık hizmetine daha çok yönlendiriliyor olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Günümüzde bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar önde gelen mortalite ve morbidite nedenlerindedir. Ülkemizdeki ölümlerin yaklaşık %86'sının bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar sebebiyle gerçekleştiği ve %47 ile kardiyovasküler hastalıkların ilk sırada yer aldığı bilinmektedir (90). Bu hastalıkların prevalansı yaş ilerledikçe yükselmektedir. Bu artışta doğuştan beklenen yaşam süresindeki artışın etkisi olduğu gibi hastalıkları kontrolünde etkin tedavilerin bulunmasının da rolü büyüktür. Yıllar içinde bu hastalıklarla ilişkili

maliyetler incelendiğinde katlanarak arttığı bilinmektedir. Evde sağlık hastaları kronik hastalıkların ve birden çok hastalığa sahip hastaların sıklığının arttığı bir gruptur. Kontrolü sağlanmayan hipertansiyon ve diyabet gibi kronik hastalıkların kişilerdeki mevcut sorunları komplike hale getirebileceği (yara iyileşmesinde gecikme vb.) gibi sekonder sorunlara da sebep olabilir. Dolayısıyla evde sağlık hizmeti alan gruptaki hastalarda kronik hastalıkları kontrolü özellikle komplikasyonlarının önlenmesinde ve buna bağlı sağlık harcamalarındaki azalmayı sağlamada önemli basamaklardan biridir (91).

Çalışmamızdaki kişilerin yarısı 4 ve üzerinde ilaç kullanmaktaydı majör polifarmasi oranı %43,3 olarak saptanmıştır ve araştırma grubumuzdaki çoklu ilaç kullanımı sebeplerinin başında multiple hastalığa sahip olmak ve ileri yaş grubunda olmak gelmektedir.

Araştırmamızdaki evde sağlık hizmeti alan bireylerin %41,0'i hastaneye kendi imkanlarıyla hastaneye ulaşabildikleri ulaşamayanların ise 112 acil ambulans hizmetlerini veya 153 belediye ambulans hizmetlerini kullandıkları belirlenmiştir. Kendi imkanıyla hastaneye ulaşamama sebepleri maddi olanakların yeterli olmamasının yanı sıra hastanın yatalak olması veya merdiven inmesinin mümkün olmaması sebebiyle yardıma ihtiyaç duyması olarak düşünülebilir. Literatürde evde sağlık hastalarıyla ilgili olarak hastaneye ulaşım konusunda doğrudan bir orana rastlanmasa da Ankara'da yapılmış olan bir çalışmada 'evde bakım ve sağlık hizmeti alan bireylerde tedavi alırken karşılaşılan sorunlar' arasında %13,7 oranında ulaşım gösterilmiştir (82). Ülkemizde 112 acil yardım ambulansı başına düşen nüfus yıllar içinde azalmış olmakla birlikte Türkiye geneli 20.774 İstanbul ili için 49.576 olarak bilinmektedir (92). Dolayısıyla 112 acil ambulans hizmetinin amacı dışında kullanımını önlemek, hastalardaki hastaneye ulaşamama konusundaki mevcut ihtiyacın yüksekliği de düşünülürse evde sağlık hizmeti için kullanılması öngörülen ambulansların temini çalışmaları hızlandırılmalıdır.

Evde sağlık hizmetine başvuru sebeplerine göre kişilerin %56,0'sı nörolojik hastalıklar, %29,8'i yaşlılık nedeniyle başvurduğunu belirtmiştir. İlgili literatürlerde hizmet alma sebebi olarak en sık nörolojik hastalıklar %19,3- 50,3 arasında değişen oranlarda tespit edilmiştir (18, 70, 71).

Evde sağlık hizmeti almaya başladıkları andan itibaren geçen toplam süre sorgulandığında kişilerin %15,7'sinin 6 aydan uzun süredir bu hizmeti aldıkları tespit edilmiştir. Burdur'da yapılmış olan bir çalışmada bireylerin %22,2'sinin 4 ay ve daha uzun süredir hizmet aldığı tespit edilmiştir (68). Her geçen gün evde sağlık birimine yapılan

başvuruların artıyor olması bu oranın da geçen günlerde artacağını dolayısıyla evde sağlık hizmet birimlerinde ve personel sayısında artışa gidilmesine gereksinimi göstermektedir.

Yine kişilere hizmet almaya başladıkları günden itibaren hizmet aldıkları kurumlar sorulduğunda %95,5'i daha önce de TSM'den hizmet aldığını, %23,9 ASM'den hizmet aldığını, %14,9'u devlet hastanesinden hizmet aldığını belirtmiştir. Burdur'da 2011 yılında yapılan çalışmada evde sağlık hizmeti alan kişilerin %96,3'ü devlet hastanesi, %13'ü aile hekiminden hizmet aldığını belirtmiştir(68). Bizim çalışma grubumuzda önceki hizmetleri de dahil olmak üzere kişilerin en çok hizmet aldıkları kurumun TSM olması, araştırma kapsamımızın TSM evde sağlık birimine kayıtlı hastalardan oluşması kaynaklı olabilir. Öte yandan daha önceden devlet hastanesinden hizmet aldığını belirten kişilerin TSM evde sağlık birimine geçmeleri, 2015 yılında yayınlanan 'Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik' kapsamında H tipi birimlerin birinci basamak evde sağlık hizmetine ihtiyaç duyan hastaları T tipi birimlere yönlendirmesi kaynaklı olabilir.

Evde sağlık hizmeti alan bireylerin en çok aldıkları hizmetler %77,6 genel fizik muayene, %34,3 laboratuvar tetkikleri, %30,6 pansuman ve %17,2 üriner kateter değiştirme olarak tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalarda sıklık sıraları değişiyor olmakla birlikte ilk sırayı %78,7-88,6 arasında değişen oranlarla fizik muayene almaktadır. Bunun dışında ilaçla tedavi başlama %73,2-81,4, laboratuvar tetkikleri %26,9-40,4, pansuman ve yara bakımı %10,4-22,1, üriner kateter değiştirme %4,7-14,8 oranları arasında verilmiştir (18, 68-70). Kişilere verilen hizmetlerdeki oranların araştırma dönemi ve bölgesi ile ilgili farklılıklar nedeniyle geniş aralıklarda değişmesi olası bir durumdur.

Hastaların hizmetten beklentileri sorgulandığında ise %46,3 ilaçlarının reçete edilmesi ve raporlarının düzenlenmesi, %41,8 yeni gelişen sağlık sorunlarının çözülmesi, %37,3 tıbbi bakımlarının yapılması, %36,6 hasta bakım yükünün paylaşılması, %30,6 laboratuvar tetkiklerinin yapılması öne çıkan beklentilerdendir. İlaç reçete edilmesi ve raporların düzenlenmesi konusunda araştırma süresinde altyapı hazırlıkları devam ettiğinden verilen hizmet oranında bir düşüklük tespit edilmiştir. Hastane evde sağlık ekibi ile iletişimin sistematize edilmesi ve il genelinde ortaklaştırılması sorunun çözümüne önemli katkı sağlayacaktır. Bunun dışında hasta bakım yükünün paylaşılmasına yönelik olarak kişilere ilgili mevzuat kapsamında sosyolog ve psikolog desteğinin sağlanması için yeterli personelin istihdamı gerekmektedir (2).

Kişilere aldıkları hizmetten memnuniyetleri sorulduğunda, kişilerin %91,8'inin memnun veya çok memnun olduğu tespit edilmiştir. Ülkemizde sağlık hizmetlerinden genel memnuniyet oranının yıllar içerisinde arttığı ve %71,2 olduğu evde bakım hizmet sunucularından memnuniyetin ise kent merkezlerinde %80,9 olduğu bilinmektedir (85, 92). Araştırma soruları cevaplanırken hizmet vericilerle aynı ortamda bulunulması çalışmamızdaki yüksek memnuniyet oranına sebep olmuş olabilir. Öte yandan kişiler hizmetten farklı beklentileri olduğunu iletmiş olsalar da bunu mevcut sistemden memnun olmama şeklinde değil sistemin iyileştirilmesine katkısı olma amacıyla ifade etmişlerdir.

### **B. Evde Sağlık Hizmeti Alan Bireylerin BYKİ Puanlarının Değerlendirilmesi**

Evde sağlık hizmeti alan hastaların %97,0'si yıkanmak konusunda, %66,4'ü kişisel bakımını yapmakta, %56,0'sı giyinip soyunmakta, %56,7'si tuvalet kullanımı konusunda tam bağımlı ve %35,1'i beslenmesini yapamaz, %64,9'u yürüyemez, %77,6'sı merdiven inip çıkamaz olarak tespit edilmiştir.

Ülkemiz kent merkezleri genelindeki verilere bakıldığında tüm bireylerde yürüyememe oranı %3,1'lerde iken 75 yaş ve üzerinde bu oran %36,5'e yükselmektedir, yine merdiven inip çıkamama toplumda %3,8 iken 75 yaş ve üzerinde %41 olarak verilmiştir. Ülkemizde 75 yaş ve üzerinde yıkanmak konusunda %31,4, giyinme konusunda %24,9, tuvalet kullanımı konusunda %24,3, kendi kendine beslenme konusunda %16,5 oranlarında zorlukla karşılaşılıyor/ kendi kendine gerçekleştiriyor olarak tespit edilmiştir (85). Evde sağlık hizmeti alan bireylerin günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirildiği çeşitli çalışmalarda araştırmamızla benzer şekilde yüksek oranlarda yetersizlikler tespit edilmiş olup yıkanma için %30,6-85,3, giyinip soyunma için %17,6-81,9, tuvalete gitme için %28,2-41,7, yemek yemek için %9,3-14,1 oranlarında yapması mümkün değil/tam bağımlı ifadesi kullanılmıştır (8, 18, 68, 71).

Hastaların BYKİ gruplarına dağılımı incelendiğinde grubun %80,6'sı ileri derecede ve tam bağımlı (%50,7'si tam bağımlı) olarak tespit edilmiştir. Türkiye sağlık araştırmasında kent merkezleri değerlendirildiğinde son 6 ay içinde günlük aktiviteleri ciddi ölçüde kısıtlananların oranı 75 yaş ve üzeri grupta %77,3 olarak tespit edilmiştir (85). Çeşitli ölçekler kullanılarak evde sağlık hizmeti alan bireylerde yapılan çalışmalarda %27,8-44,2 oranlarında tam bağımlı olarak ifade edilmiştir (68, 80).

Bir huzurevinde yapılan çalışmada yaş ortalaması  $79,3 \pm 8,6$  olan ve %66,1'i erkeklerden oluşan çalışmada kişilerin %10,8'inin ileri derecede/tam bağımlı olduğu; Bornova'da 65 yaş üzeri fonksiyonel bağımlılığı tespit etmeye yönelik yapılan bir çalışmada ise kişilerin %5,2'si ileri derecede /tam bağımlı olarak tespit edilmiştir ve yine aynı çalışmada sonuçlarımızla benzer olarak cinsiyet ile bağımlılık dereceleri arasında bir ilişki olmadığı gösterilmiştir (93, 94).

Çalışmamızda cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum ve sosyal güvencenin bağımlılık dereceleri üzerine bir etkisi olmadığı; yine bakım verenin yakınlığı, evde yaşayan toplam kişi sayısı, evde sağlık hizmeti alan bireyin sahip olduğu hipertansiyon dışı kardiyak hastalıklar, diyabet hastalığı ve geçirilmiş inme ile bağımlılık dereceleri arasında bir fark olmadığı saptanmıştır.

Bir ay veya daha uzun süre önce inme geçirmiş olan hastalar ve yakınları ile yapılmış olan bir çalışmada ise hastaların %65,1'inin ileri derecede/tam bağımlı olduğu tespit edilmiştir (95). Normal popülasyona göre inme geçirmiş olmanın BYKİ bağımlılık dereceleri üzerinde ortalamaları arttırdığı açıkça görülmektedir. Evde sağlık hizmeti alan hastalar ile yapmış olduğumuz çalışmamızda, mevcut birçok başka faktörün olması inmenin BYKİ bağımlılık dereceleri üzerindeki etkisini bu grup için kaldırmış olabilir.

Akut inme sonrası hastalarda diyabetes mellitus tanısı bulunup bulunmamasının günlük yaşam aktiviteleri üzerine etkisinin incelendiği bir çalışmada sonuçlarımızla benzer şekilde diyabet hastası olmanın BYKİ puanları üzerine bir etkisi olmadığı ortaya konmuştur (96).

Çoklu ilaç kullanımı değerlendirildiğinde, polifarmasi ile bir fark saptanmamış olup 5 ve üzerinde ilaç kullanıyor olmanın daha ileri derecede bağımlılıkla ilişkili olduğu saptanmış olmakla birlikte bu anlamlı farklılığın çoklu ilaç kullanımından ziyade çoklu ilaç kullanmalarının sebebi olan sahip oldukları hastalıklardan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Yine evde sağlık hizmeti alan bireylerin hizmete başvuru nedenleriyle bağımlılık dereceleri arasında nörolojik hastalıklar sebebiyle evde sağlık hizmeti alanların daha ileri derecede bağımlı grupta yer aldıkları tespit edilmiştir. Buna karşın yaşlılık sebebiyle evde sağlık hizmeti alan kişilerin daha hafif derecede bağımlı oldukları ortaya konmuştur. Yaşlılık ile bağımlılığın arttığı biliniyor olmakla birlikte çalışmamızda tekli analizlerde çıkan bu sonucun sebebi; evde sağlık hizmeti alan bireylerde bağımlılık düzeylerindeki yükseklik ileri yaştaki birçok bireyin evde sağlık hizmetine kültürel sebeplerle dahil edilmiş olmaları olabilir

(37). Nitekim ileri analizler yapıldığında anlamlılık saptanan değerlerden yalnızca Alzheimer Hastası olmak değişkeni anlamlılığını korumuş olup evde sağlık hizmeti alan bireylerde ileri veya tam bağımlılık derecesinde olma riskini 10 kata kadar artırabileceği saptanmıştır.

### **C. Evde Sağlık Hizmeti Alan Bireylerin WHODAS-2 Sonuçlarının Değerlendirilmesi**

Evde sağlık hizmeti alan bireylerin anlama ve iletişim kurmayla ilgili alandaki parametrelerde önemli şeyleri akılda tutma, günlük hayatta ortaya çıkan sorunlara çözümler üretme ve yeni işler öğrenme konusunda %50,0'den yüksek oranlarda çok zorlandım ve hiç yapamadım cevabını vermişlerdir.

Hareket ile ilişkili alan parametrelerinin tümünde %50'nin üzerinde oranlarda çok zorlandım ve hiç yapamadım cevabını vermişlerdir. Özellikle evden dışarı çıkma ve uzun mesafe yürüme ile ilgili parametrelerde zorlanma oranı %75'lerin üzerindedir.

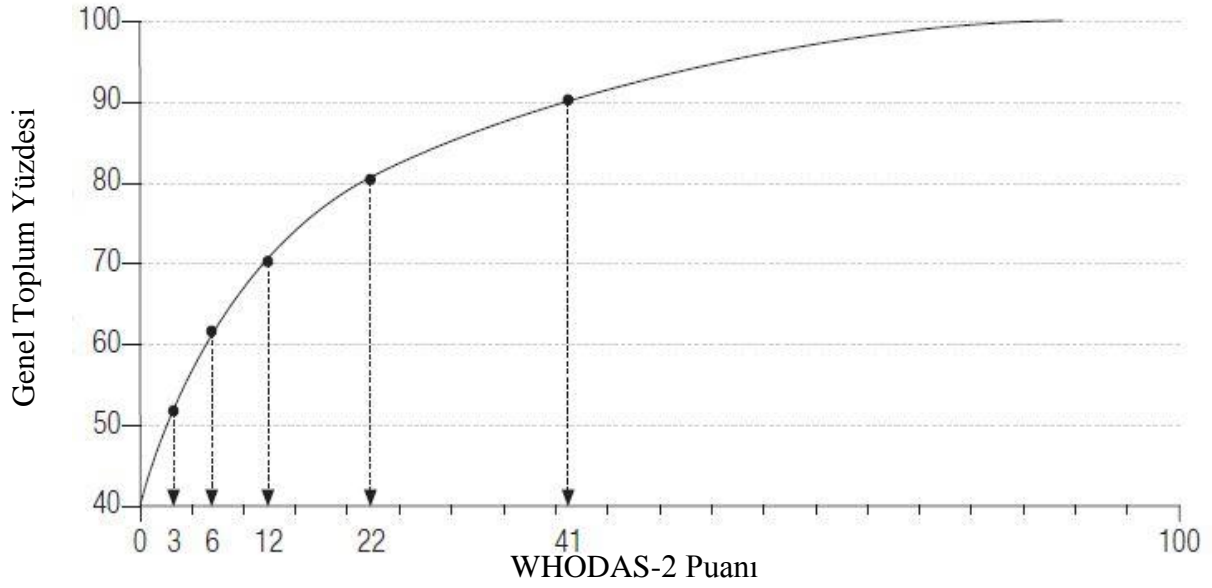
Kendine bakım ile ilgili alan parametrelerinde banyo yapma, giyinme ve birkaç gün evde yalnız kalma ile ilgili sorularda %50'nin üzerinde oranlarda çok zorlandım ve hiç yapamadım cevabını vermişlerdir.

İnsan ilişkileri ile ilgili alan parametrelerinde tanımadığı insanlarla ilişki kurmak, arkadaşlıkları sürdürmek ve yeni arkadaşlar edinmek ile ilgili sorularda %50'nin üzerinde oranlarda çok zorlandım ve hiç yapamadım cevabını vermişlerdir. Yakın olduğunuz insanlarla ilişki kurmakla ilgili soruda çok zorlandım ve hiç yapamadım diyen kişilerin oranı %40'larda kalmıştır. Ayrıca iletişim ile ilgili alan sorularına verilen cevaplar incelendiğinde söylenenleri anlayabilmek ve bir sohbeti başlatıp sürdürebilmek konusunda hiç zorlanmadım veya biraz zorlandım diyenlerin oranı %45'lerdedir. Dolayısıyla kişilerin mevcut arkadaşlıklarını sürdüremiyor olmalarının ve yeni arkadaşlar edinemiyor olmalarının arkadaşlarıyla iletişimde kalabilmeleri için bir ortamlarının da olmamasıyla yani bağımlı olmalarıyla doğrudan ilişkili sorunlar olarak değerlendirilebilir.

Yaşam etkinlikleri ile ilgili alan parametrelerinin tümünde %90,0 ve üzerinde oranlarda çok zorlandım ve hiç yapamadım cevabını vermişlerdir. Grubumuzun evde sağlık hastası olması nedeniyle evle ilgili herhangi bir iş yapmıyor olması tahmin edilebilir bir durum olarak değerlendirilmiştir.

Sosyal yaşama katılım ile ilgili alan parametrelerinde sosyal faaliyetlere herkes kadar katılabilme, sağlık durumu sebebiyle zaman harcama ve dinlenmek amacıyla kendi başına bir şeyler yapmakla ilgili sorularda %50'nin üzerinde oranlarda çok zorlandım ve hiç yapamadım cevabını vermişlerdir.

DSÖ'nün toplumun puan dağılımını gösteren sonuçlarına göre toplumun %40'ının '0' puanla hiç yetersizliği olmadığı ortaya konmuştur. Yine toplumun %98,1'inin puanı 70 ve altındadır (Şekil 5) (63, 65).



**Şekil 5. Toplumda WHODAS-2 Puanı Dağılımı**

Çalışmamızda evde sağlık hizmeti alan bireylerin WHODAS-2 toplam puanlarının ortalaması  $71,7 \pm 18,6$  olarak tespit edilmiş olup oldukça yüksek bir yetersizlik puanı olarak değerlendirilebilir. Hastaların yetersizlik düzeyleri açısından incelendiğinde toplumun %1,9'luk kısmında yer almaktadır. Alan puanları alt boyutunda değerlendirildiğinde en yüksek yetersizlik puanları  $94,4 \pm 12,6$  ve  $84,4 \pm 20,0$  ile 'yaşam faaliyetleri' ile 'hareket bir yerden bir yere gitme' alan puanlarındadır.

Aydın il merkezinde özür lülük sıklığını belirlemeye yönelik yapılmış olan bir çalışmada puan ortalaması  $8,7 \pm 8,9$  olarak tespit edilmiş olup alan yeti yitimi değerlendirmelerine bakıldığında çalışmamızla benzer sonuçlar olduğu görülmüştür (62). Aynı çalışmada tespit edilen bir özrü bulunan bireyler arasında değerlendirildiğinde ortopedik bozukluklar, dil ve konuşma ile ilgili bozukluklar ve zihinsel bozukluklar başlıklarında WHODAS-2 puanlarının genel ortalamaya göre oldukça yüksek olduğu bulunmuştur. Şizofreni hastalarında yeti yitimin değerlendirilmeye yönelik olarak yapılan bir çalışmada hastaların toplam puanları

22,7±16,0 olarak tespit edilmiş olmakla birlikte; yeti yitimi düzeyinin en yüksek olduğu alanlar 33,8±20,8 puan ile ‘anlama ve iletişim kurma’ ile 33,0±20,5 puanla ‘toplumsal yaşama katılım’ olarak tespit edilmiştir.

Çalışmamızda tespit edilen yüksek yeti yitimi puanlarının nedeni evde sağlık hizmetine ihtiyaç duyacak kadar düşkün bir grup üzerinde yapılmış olmasından kaynaklanmaktadır.

Bu araştırmada yeti yitimi ölçeği olarak WHODAS-2 kullanılmış olması yaşamın başlıca altı faaliyet alanı hakkındaki yeti yitimi ile ilgili bilgi edinme ve bunları birbirleri ile karşılaştırma olanağı vermiştir. Dünyada ve Türkiye’de WHODAS-2 ölçeğinin nasıl yorumlanacağına dair uluslararası ve ulusal rehber bilgilere ulaşamamıştır. Türkiye’de yapılan çalışmalarda çeşitli uygulamalar yapılmış ancak yorumlanması tam olarak açıklanmamıştır. Aynı şekilde Pösl ve arkadaşları da yapmış oldukları çalışmalarında, bizim araştırmamızda güçlük çektiğimiz bu noktaya değinmişlerdir. Araştırmacılar ölçekte yöneltilen iş ile ilgili soruların çalışmayan kişilerin cevaplayamadığını, aynı şekilde kişilerin cinsel ilişki ile ilgili soruları yanıtızsız bıraktığını bu durumda sonuçların yorumlanmasında sıkıntılara yol açacağını bildirmişlerdir (97, 98).

Evde sağlık hizmeti alan bireylerde WHODAS-2 toplam puanının cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum ve kişilerin sahip oldukları sosyal güvencenin türü ile ilişkili bulunmamıştır. Buna karşılık ileri yaş gruplarında hareket bir yerden bir yere gitme ve toplumsal yaşama katılım ile ilişkili alan puan ortalamaları daha düşük saptanmıştır. Bunun sebebi yaşlı grubun evde sağlık hastası olarak alınmasındaki kültürel sebepler olarak düşünülebilir. Hareket etmeyle ilgili kısıtlılıklarının ayrıntılarına bakıldığında genel olarak uzun mesafe yürümek ve merdiven inmek ile ilgili zorlukları bulunan gruptaki ileri yaşlı hastalar, ev içindeki hareketlerinde diğer yaş gruplarına göre daha bağımsız olmaları da etken olabilir. İleri yaş grubundaki hastaların Toplumsal yaşama katılım konusunda düşük puan almalarının sebebi evde sağlık hastası olarak kabul edilmelerinde ek hastalıkları veya bağımlılık düzeylerindeki yükseklikten ziyade yaşlarının ileri olması kaynaklı olduğu söylenebilir.

Evde sağlık hizmeti alan bireylerde WHODAS-2 toplam puanının sigara içme durumuyla ilişkili bulunmamıştır. Çeşitli çalışmalarda sosyodemografik özelliklerle WHODAS-2 toplam puanları arasında istatistiksel olarak farklılık saptanmış olmakla birlikte evde sağlık hastalarında yapılmış benzer bir çalışma bulunmamaktadır. Daha önce de belirtildiği gibi evde sağlık hizmeti ihtiyacı olan hastalar ileri düzeyde bağımlı hastalar olup

çalışma bölgemizde sosyodemografik özelliklerin bağımlılık derecelerine bir etkisi saptanmamıştır.

Evde sağlık hizmeti alan bireylerde WHODAS-2 toplam puanının hipertansiyon hastası olmakla anlamlı derecede ilişkili bulunmuştur. Hipertansiyon hastası olanlar daha düşük yetersizlik puanına sahip olarak tespit edilmiştir. Bunun nedeni çalışma grubumuzda hipertansiyon hastalığının evde sağlık hizmetine başvurmaya sebep olacak bir yetersizliğe sebep olmaması, hipertansiyonu bulunan kişilerin görece olarak daha ileri yaşlarda olmaları, daha genç yaş grubunda yer almasına rağmen evde sağlık hizmeti alan bireylerin hizmet alma sebeplerinin ani geçirilen miyokart enfarktüsü, inme, trafik kazası geçirmiş olmak gibi beklenmeyen ve ileri yetersizlikle sonuçlanan sebepler olması olarak yorumlanabilir. Benzer bir bulgu BYKİ bağımlılık derecelerinde de tartışılmış olup, yeti yitimi düzeyine asıl etkinin sahip olunan hipertansiyon olmadığı tespit edilmiştir. WHODAS-2 toplam puanıyla ileri analiz yapılmamış olmakla birlikte, tüm puanlarda BYKİ bağımlılık dereceleri ile benzer sonuçların tespit edilmiş olması ileri analizde de benzer sonuç vereceğini düşündürmektedir.

Evde sağlık hizmeti alan bireylerde WHODAS-2 toplam puanı hipertansiyon dışı kardiyak hastalığa sahip olmak, diyabetes mellitus hastası olmak, inme geçirmiş olmak, birden çok ilaç kullanıyor olmak ve evde sağlık hizmetine başvurma sebebinin kas iskelet sistemi hastalıkları olması ile ilişkili bulunmamıştır.

Evde sağlık hizmeti alan bireylerde WHODAS-2 toplam puanı evde sağlık hizmetine başvurma sebebinin nörolojik sistem hastalıkları olması ile ilişkili bulunmuştur. Sahip olduğu nörolojik sistem hastalığı nedeniyle evde sağlık hizmeti alan kişilerin daha yüksek yetersizlik puanları bulunmaktadır.

Evde sağlık hizmeti alan bireylerde WHODAS-2 toplam puanı evde sağlık hizmetine başvurma sebebinin yaşlılık olarak ifade edenlerde daha düşük yetersizlik puanları bulunmaktadır. Yaşlılık nedeniyle hizmet aldığı ifade eden kişilerin yetersizlik puanlarının daha düşük saptanması sahip oldukları hastalıkların yetersizliklerini ileri derecede arttıracak düzeyde olmaması olabilir. Aynı durum alan puanlarından kendine bakım ve toplumsal yaşama katılımı ilişkili puan ortalamaları için de geçerlidir.

Evde sağlık hizmetine başvurma sebeplerine göre yapılan değerlendirmede kişilerin evde sağlık hizmetine başvurma sebeplerinde ‘sadece yaşlılık’ %17,9 ile yüksek bir oranda tespit edilmiş olmakla birlikte diğer sebeplerin yanında yaşlılığı da sebep olarak gösterenler

dahil edildiğinde bu oran %29,8'lere yükselmektedir. Öte yandan bir grubun da yaşlılığı sebep olarak göstermemiş olmasına rağmen ileri yaşta ortaya çıkma riski artan hastalıklar sebebiyle (Alzheimer, parkinson, kalça kırığı vb.) başvurmuş oldukları, araştırmamızdaki kişilerin yarısının yaşının 82,0 ve üzerinde olduğu göze çarpmaktadır.

WHODAS-2 toplam puanı ile BYKİ toplam puanları arasında tespit ettiğimiz negatif yönde güçlü korelasyon ( $r=-0,863$ ) ile çalışma grubumuzdaki hastalarda WHODAS-2 ölçeğinin BYKİ kadar ekili değerlendirme yapabildiğini gösterdiği söylenebilir. Öte yandan WHODAS-2'nin alt boyutlarla yaptığı değerlendirme sayesinde daha ayrıntılı sonuçlara ulaşılabilmektedir.

#### **D. Kısıtlılıklar**

Araştırma tek bir ilçe özelinde yürütülmüş olması dolayısıyla İstanbul genelini yansıtmakta yeterli değildir. Evde Sağlık Hizmetleri uzun yıllardır devam eden hizmetler olmasına rağmen sınırlı araştırma yapılmış alanlardan biridir ve geniş kapsamlı çalışmalarla ayrıntılı değerlendirmeler yapılması gerekliliği göze çarpmaktadır. Hastaların aile bireyleri yanında dönüşümlü kalıyor olmaları hastaların kayıtlı oldukları birimlerde değişmelere neden olması hedef nüfusa erişmeyi zorlaştırmıştır.

Çalışma kapsamında kullanılan anket ve ölçekler cevaplanması ön planda bakım verenlerinden alınan bilgiler olmuştur ve bazı soruların cevapları net cevap alınamaması sebebiyle kullanılamamıştır (sigara kullanımı sorusunda kaç yıl içmiş vb.). Aynı zamanda hafıza faktörü dolayısıyla hizmet kullanım süreleri net olarak tespit edilememiştir.

WHODAS-2 ölçeği puanlarının hesaplanması var olan yeti yitiminin kişinin yaşamını etkileme düzeyi hakkında bilgi edinmemize olanak sağlamıştır. Ancak puanlamının değerlendirilmesi konusunda net bilgilere ulaşılamamıştır. Ayrıca WHODAS-2 ölçeğinin geçmiş çalışmalarda daha çok psikiyatrik hasta grubunda kullanılmış olması ve değerlendirmeleri verilirken yalnızca toplam puanlarının göz önünde bulundurulmuş olması tartışmamızı oldukça sınırlandırmıştır (97, 98).

## VIII. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Çalışma grubumuzda da olduğu gibi evde sağlık hizmeti alan kişiler genellikle çok yaşlı grubunda yer almaktadırlar. Yapılan nüfus projeksiyonlarında nüfusun giderek yaşlandığı ve doğumda beklenen yaşam süresinin giderek yükseldiği görülmektedir. Hızla artan yaşlı nüfusla birlikte kronik hastalıklarda ve özürülük oranlarındaki artış, bakıma muhtaçlığı da arttırmaktadır. Bu durum sağlık hizmet sunumlarından düşük maliyetle etkin koruma ve tedavi sağlayan evde sağlık hizmetine ihtiyacı ortaya koymaktadır ve ihtiyacın giderek artacağını göstermektedir. Dolayısıyla bu alanda yapılan ve yapılacak olan düzenlemelerin hızlandırılması gerekmektedir

Evde sağlık hizmetlerinde bilgi eksikliğinin üst düzeyde olduğu araştırma süresince gözlemlenmiştir. Hekimlerin ve yardımcı sağlık personelinin yapılan işin önemi konusunda dikkatlerinin çekilmesi, bu konuda eğitimlerin artırılması gerekmektedir. Bakım işi multidisipliner bir yaklaşım ve bakım veren kişinin özel eğitimi ve donanımlı olmasını gerektirmektedir.

Hasta ve hasta yakınına eğitim vermek noktasında öncelikle hizmet sunanların kapsamlı bir eğitim ihtiyacı olduğu açıkça gözlemlenmiştir. Evde sağlık hizmeti için görevlendirilecek personelin gönüllü olması önemli olmakla birlikte yaptığı iş ile ilgili her türlü organizasyonu (zamanın planlanması, hastaların coğrafik olarak gruplandırılması vb.) kapsamlı olarak yapabilmesi az zamanda çok işi halledebilmek açısından önemlidir. Hasta randevularının düzenlenmesi noktasında müdürlük bünyesindeki koordinasyon merkezlerince örnekler oluşturulabilir.

Evde sağlık hizmetinde kronik hastalıkların bakımında, hastanın ve hasta yakınının da bakım sırasında katılımcı olması beklenmektedir. Bu katılım hem hasta tedavisinde ve stabilizasyonun sağlanmasında kolaylaştırıcı hem de hasta, hasta yakını ve sağlık personeli arasındaki koordinasyonu da artırıcı rol oynamaktadır. Bu kapsamda bakım verenlere de eğitimler düzenlenmesi önemlidir. Evlerinde hizmet sunmaya gidilen anda verilen bakım eğitimlerinin yanı sıra hasta yakınları için belli başlı bilgileri içeren günlük eğitim modülleri düzenlenmelidir. Kişilerin rahatça sorularını sorabilecekleri fırsatlar tanınmalı ve kişilerin hangi hizmeti nerede arayacakları bilgisi verilmelidir.

Evde sağlık ve evde bakım hizmeti veren diğer kurumlarla iş birliği ve iletişimin geliştirilmesi verilen hizmetin en önemli basamaklarından birini oluşturmaktadır. Evde sağlık

hizmeti kapsamında verilmeyen hizmetler bu iş birliği çerçevesinde çözülebilir. Mevzuatta bahsedilen 'hasta için; muayene olmada, uzmana ulaşmada kolaylık sağlama görevi'nin hayata geçirilmesi için halk sağlığı müdürlükleri ile genel sekreterliklerin ortaklaşa alışmaları gerekmektedir.

Evde sağlık hizmeti alacak hastaların hangi tip hizmet sağlayıcısından hizmet alacağı kategorisinin yanı sıra kendi içlerinde de gruplandırılmaları ve hizmetin ona göre şekillendirilmesi önem arz etmektedir. Örneğin; T Tipi hastalar için bilgi ihtiyacı olanlar; eğitim ihtiyacı olanlar, yalnızca palyatif tedaviye ihtiyacı olanlar; yalnızca takibe ihtiyacı olanlar, geçici bir süre evde sağlık hastası olduğu öngörülenler vb.

Evde sağlık hizmeti birçok hizmette olduğu gibi çok sektörle ortak çalışmayı gerektiren bir hizmettir. Bu noktada kurumlar arası iş birliği ve iletişim büyük önem kazanmaktadır. Hizmet sağlayıcıların farklı kurumlarda benzer hizmetler için birimler kurması yerine tek bir birim oluşturulması ve bu birim içerisinde evde sağlıktan sorumlu T tipi birim personeli, belediyenin ilgili işlerden sorumlu personeli aynı zamanda belediyenin evde bakım için sağladığı destekten sorumlu personeli bulunabilir. H tipi birimi temsilen bir hekimin de katılımıyla ayın belli günlerinde yapılacak toplantılarla karşılaşılan problemlere aynı çatı altında çözüm üretmek mümkün olabilir. Böylece ekip anlayışıyla sorunlar daha hızlı ve efektif çözülebilir. Ayrıca evde sağlık hizmet birimleri yerine daha kapsamlı evde bakım birimlerine ihtiyaç olabileceği akılda tutulmalıdır.

## IX. KAYNAKLAR

1. TC Sağlık Bakanlığı, Sağlık Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü.
2. Resmi Gazete, Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik, 2015; Sayı: 29280.
3. Yılmaz M, Sametoğlu F, Akmeşe G, Tak A, Yağbasan B, Gökçay S, et al. Sağlık hizmetinin alternatif bir sunum şekli olarak evde hasta bakımı. 2010.
4. Tarricone R, Tsouros AD. Home care in Europe: the solid facts: WHO Regional Office Europe; 2008.
5. Çoban M, Esatoğlu AE. Evde Bakım Hizmetlerine Genel Bir Bakış. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History. 2004;12(2):109-20.
6. Aksoy H, Kahveci R, Şencan İ, Kasım İ. An Overview of Home Care Services And The Current Situation in Turkey. Turk Med J. 2015;7(2):162-8.
7. Tanlı S UT. Evde BAKım Organizasyonunu ve Etik Sorunlar. Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi. 2008;6(4):58-63.
8. Taşdelen P, Ateş M. Evde Bakım Gerektiren Hastaların Bakım Gereksinimleri ile Bakım Verenlerin Yükünün Değerlendirilmesi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, C/S. 2012;9(3):22-9.
9. Sobel D. Galileo'nun Kızı. Çev: Bahadır Sina Şener, Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, İstanbul. 2000.
10. Gallagher MB. Nursing Role In Home Health Care. Community Health Nursing: Keeping the Public Healthy 1985. p. 50-327.
11. Aksoy H, Şencan İ, Kasım İ, Özkara A. Evde Bakım Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi ve Uygulamaları, Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 2012;9(3):22-9.
12. Cimete G. Evde Bakım Hemşireliği. Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi. 2008;6(4):47-53.
13. Subaşı N. Ankara ili Çankaya ilçesinde evde bakım durumu araştırması. Uzmanlık Tezi, Ankara. 2001;6.

14. Karabağ H. Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliğine İlişkin Hekimlerin Görüşleri ve Kardiyoloji Hastaları için Hastane Destekli Evde Bakım Hizmetleri Model Önerisi. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. 2007.
15. Aydın D. Evde Bakım Kavram ve Kapsamı. 1 ed. Ankara: Sağlıklı Nesiller Derneği; 2005.
16. Tanlı S. Evde Bakım Hizmetlerinin Firmalaştırılması: Bir İşletme Planı Önerisi. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek lisans Tezi. 1996.
17. WHO. Home Based Long Term Care. 2000 898.
18. Subaşı N, Öztekin Z. Türkiye’de Karşılanamayan Bir Gereksinim: Evde Bakım Hizmeti. Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı
19. Spratt JS, Hawley RL, Kolf J. Home health care: a physician's perspective. Home Health Care: Principles and Practices. 1996:1.
20. Landi F, Onder G, Russo A, Tabaccanti S, Rollo R, Federici S, et al. A new model of integrated home care for the elderly: impact on hospital use. Journal of clinical epidemiology. 2001;54(9):968-70.
21. Özgen H, Çelik Y, Tezcan S. Hacettepe Üniversitesi Uygulama Hastanesi Beyin Cerrahi Dahiliye ve Genel Cerrahi Yoğun Bakım Ünitelerinde Hastane Enfeksiyonunun Hastaya Olan Ek Maliyeti Konulu Tanımlayıcı Bir Araştırma. Toplum ve Hekim. 1995;10:131-41.
22. Bentur N. Hospital at home: what is its place in the health system? Health Policy. 2001;55(1):71-9.
23. Marks IM, Connolly J, Muijen M, Audini B, McNamee G, Lawrence R. Home-based versus hospital-based care for people with serious mental illness. The British Journal of Psychiatry. 1994;165(2):179-94.
24. TÜİK. Hayat Tabloları, 2013-2015. Erişim tarihi: 12.12.2016 Erişim adresi: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21509> 2016.

25. Devlet İstatistik Enstitüsü. Türkiye özürllüer araştırması 2002. Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası, Ankara. 2004.
26. TÜİK. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015 Haber Bülteni. Erişim tarihi: 15.11.2016 Erişim adresi: [http://www.sagem.gov.tr/dosyalar/SIY\\_2015\\_Haber\\_Bulteni.pdf](http://www.sagem.gov.tr/dosyalar/SIY_2015_Haber_Bulteni.pdf)
27. Süekli E. OECD, Avrupa Birliğı Sağlık İstatistikleri ve Türkiye. 2015.
28. Resmi Gazete. Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, 6 Mayıs 1930, Sayı: 1489.
29. Resmi Gazete. Umumi Hıfzıssıhha Kanununun Tatbikatına Dair Tamim, No.21, 19 Temmuz 1931, Sayı: 1852.
30. Resmi Gazete. Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1963 Yıllık Programı, 8 Şubat 1963, Sayı: 11329.
31. Resmi Gazete. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiğı Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönetmelik, 9 Eylül 1964, Sayı: 11802.
32. Resmi Gazete. Bakıma Muhtaç Özürllüelerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik, 30.07.2006, Sayı: 26244.
33. Resmi Gazete. Belediye Kanunu, 13 Temmuz 2015, Sayı: 5393.
34. TC Sağlık Bakanlığı. Sağlık Bakanlığı tarafından Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge, 1 Şubat 2010 tarih ve 3895 sayılı makam oluru.
35. Resmi Gazete. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik, 27 Şubat 2015, Sayı: 29280.
36. Karşıdağ Ç, Taktak Ş, Alpay N. Remisyon Dönemindeki Mani Hastalarında Yetiyitimi Düzeyi.
37. Yiğitbaş Ç, Deveci SE. Halk Sağliğı Açısından Yaşlılarda Yeti Yitimi. Bakırköy Tıp Dergisi 2016; 12: 57-63
38. WHO. International classification of impairments, disabilities, and handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease; publ. for trial purposes in

accordance with resolution WHA29. 35 for the Twenty-ninth World Health Assembly, May 1976: na; 1980.

39. Keskinoglu P. Yaşlılık Ve Yeti Yitimi. Yaşlı Sağlığı: Sorunlar ve Çözümler. HASUDER 2012:75.
40. WHO. World report on disability: World Health Organization; 2011.
41. Ersoy K KA, Kavuncubaşı Ş. Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Projesi– Hastalık Yüğü Final Rapor. Ankara: Başkent Üniversitesi, 2004.
42. Çavlin A. Ulusal Hastalık Yüğü Çalışması 2013 Ön Rapor. Hacettepe Üniversitesi, 2013.
43. WHO. The world health report 2003: shaping the future: World Health Organization; 2003.
44. Afşar BB, Yalçınsoy M, Yakar Hİ, Bilgin S, Akkaya E. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan bireylerin yeti yitimi, anksiyete ve depresyon yönünden değerlendirilmesi. Cumhuriyet Tıp Dergisi. 2012;34:260-7.
45. Beğer T, Yavuzer H. Yaşlılık ve yaşlılık Epidemiyolojisi. Klinik Gelişim Dergisi. 2012;25(3):1-3.
46. Konak A, Çiğdem Y. Yaşlılık Olgusu: Sivas Huzurevi Örneği. Cumhuriyet Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2005; 29(1), 23-63
47. Yardımcı E. İstanbul'da Yaşayan Yaşlı Öğretmenlerin Sağlık Sorunlarının Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Aletli Günlük Yaşam Aktiviteleri ile İlişkisi. İstanbul Ü Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD, Uzmanlık Tezi, İstanbul. 1995.
48. WHO. The uses of epidemiology in the study of the elderly. Report of a WHO Scientific Group on the Epidemiology of Aging, WHO Technical Report Series 706. 1984.
49. UN. World population prospects: the 2015 revision. Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, New York. 2015.

50. TÜİK. İstatistiklerle yaşlılar 2015. Erişim tarihi: 12.10.2016 Erişim adresi: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21520>.
51. TÜİK. Nüfus Projeksiyonları, 2013-2075. Erişim tarihi:12.10.2016 Erişim adresi: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=15844>
52. Turaman C. Yaşlı sağlığı hizmetlerinin birinci basamakta planlanması. Turk Geriatr Derg. 2001;4(1):22-7.
53. Karahan A, Güven S. Yaşlılıkta evde bakım. Turkish Journal of Geriatrics. 2002;5(4):155-9.
54. TÜİK. İstatistiklerle Yaşlılar 2014. Erişim tarihi: 12.10.2016 Erişim adresi: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18620>
55. Bilir N. Yaşlanan Toplum. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD. 2004;1.
56. Akgün S, Bakar C, Budakoğlu İ. Dünya’da ve Türkiye’de yaşlı nüfus eğilimi, sorunları ve iyileştirme önerileri. Türk Geriatri Dergisi. 2004;7(2):105-10.
57. l'Europe OmdlsBrd, Heikkinen E. What are the main risk factors for disability in old age and how can disability be prevented?: WHO Regional Office for Europe; 2003.
58. ÇSGB. Asgari Ücretin Net Hesabı Ve İşverene Maliyeti: Çalışma ve Sosyal Güvenli Bakanlığı; Erişim tarihi: [1.9.2016]. Erişim adresi: <http://www.cs.gb.gov.tr/media/1692/2016onikiay.pdf>.
59. Viktil KK, Blix HS, Moger TA, Reikvam A. Polypharmacy as commonly defined is an indicator of limited value in the assessment of drug-related problems. Br J Clin Pharmacol. 2007 Feb;63(2):187-95. PubMed PMID: 16939529. Pubmed Central PMCID: PMC2000563.
60. Mahoney FI. Functional evaluation: the Barthel index. Maryland state medical journal. 1965;14:61-5.
61. Kucukdeveci A, Yavuzer G, Tennant A, Suldur N, Sonel B, Arasil T. Adaptation of the modified Barthel Index for use in physical medicine and rehabilitation in Turkey. Scandinavian journal of rehabilitation medicine. 2000;32(2):87-92.

62. Kandemir Ş. Özürlülük Sınıflaması İçin Bir Model Oluşturma. Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi, Tıpta uzmanlık tezi; 2008.
63. Üstün T, Kostanjsek N, Chatterji S, Rehm J. Manual for WHO Disability Assessment Schedule. 2010.
64. Uluğ B, Ertuğrul A, Göğüş A, Kabakçı E. Yeti Yitimi Değerlendirme Çizelgesinin (WHO-DAS-II) Şizofreni Hastalarında Geçerlilik ve Güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi. 2001;12(2):121-30.
65. Üstün TB, Chatterji S, Kostanjsek N, Rehm J, Kennedy C, Epping-Jordan J, et al. Developing the World Health Organization disability assessment schedule 2.0. Bulletin of the World Health Organization. 2010;88(11):815-23.
66. Aksakoğlu G. Sağlıkta Araştırma Teknikleri ve Analiz Yöntemleri. 2 ed. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Rektörlük Basımevi; 2006.
67. Peterson RA. A meta-analysis of Cronbach's coefficient alpha. Journal of consumer research. 1994;21(2):381-91.
68. Çatak B, Kiliç AS, Badillioglu O, Sütlü S, Sofuoğlu AE, Aslan D. Burdur'da evde sağlık hizmeti alan yaşlı hastaların profili ve evde verilen sağlık hizmetleri. Turkish Journal of Public Health. 2012;10(1):13.
69. Karaman D, Dilek K, Atar NY. Evde sağlık hizmeti verilen bireylerin hastalık durumlarının ve bakım ihtiyaçlarının değerlendirilmesi: Zonguldak örneği. 2015.
70. Yörük S, Çalışkan T, Gündoğdu H. Balıkesir Devlet Hastanesi Evde Bakım Hizmet Biriminden Hizmet Alan 65 Yaş ve Üzeri Yaşlı Bireylerin Bakım Alma Nedenleri ve Sağlanan Hizmetlerin Belirlenmesi. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi. 2012;1(1):12-5.
71. Enginyurt Ö, Kurtuluş Ö. Evde bakım hizmeti kapsamındaki hastaların sosyodemografik özellikleri ve tıbbi durumları. Smyrna Tıp Dergisi. 2012;3:45-8.
72. Akdemir N, Bostanoğlu H, Yurtsever S, Kutlutürkan S, Kapucu S, Özer ZC. Yatağa bağımlı hastaların evde yaşadıkları sağlık sorunlarına yönelik evde bakım hizmet gereksinimleri. Dicle Tıp Dergisi. 2011;38(1).

73. Cingil D, Bodur S. Karaman İl Merkezinde Yaşayan Yaşlıların Bağımlılık Düzeyleri, Demografik Ve Medikal Özelliklerinin İncelenmesi. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences. 2008;11(3).
74. Coşkun N. Evde Sağlık Hizmeti Alan Kişilerde Yaşam Kalitesi ve Hasta Memnuniyeti. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 2014;17(1).
75. Bulucu GD, Ünsal A. Sosyoekonomik Düzeyi Düşük Bir Bölgede Evde Yaşayan Yaşlıların Bakım Gereksinimleri. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2014;3(1).
76. HÜNE. 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, TC Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye. 2014;1.
77. TÜİK. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları 2013. Erişim tarihi: 12.10.2016. Erişim adresi: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=15974>
78. TÜİK. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, 2014. Erişim tarihi: 12.10.2016. Erişim adresi: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18616>
79. TÜİK. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, 2015. Erişim tarihi: 12.10.2016. erişim adresi: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21507>
80. Ayraler A, Akan H, Hayran O. Evde sağlık birimine başvuran yaşlı hastaların beslenme durumları. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2013;17(3):106-12.
81. Ünal B, Ergör G, Horasan G. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. Ankara: Sağlık Bakanlığı. 2013.
82. Cindoruk M, Yetkin İ, Şahin M, Ekici E, Görgül A, İleri F, et al. Evde bakım hizmetleri. Akademik Geriatri. 2010;2:121-7.
83. Çavuş FÖ. Yaşlılara Yönelik Evde Bakım Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara. 2013.
84. TC Sağlık Bakanlığı. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye 2012. 2014 Contract No.: 948.

85. TÜİK. Türkiye Sağlık Araştırması 2012. Erişim tarihi: 20.10.2016. Erişim adresi: [www.tuik.gov.tr](http://www.tuik.gov.tr)
86. Arıcı M, Altun B, Erdem Y, Derici Ü, Nergizoğlu G, Turgan Ç, et al. Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması. Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği Erişim adresi: [http://www.turkhipertansiyon.org/pdf/Turk\\_Hipertansiyon\\_Prealans\\_Calismasi\\_Ozeti-1.pdf](http://www.turkhipertansiyon.org/pdf/Turk_Hipertansiyon_Prealans_Calismasi_Ozeti-1.pdf). 2012.
87. Ünal B EG, Horasan G, Kalaça S, Sözmen K. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. Ünal B EG, editor. Ankara: Sağlık Bakanlığı; 2013.
88. Satman I, Grubu T-İÇ. TURDEP-II Sonuçları. Türk Endokronoloji ve Metabolizma Derneği [homepage on the internet]. 2011.
89. Satman I, Omer B, Tutuncu Y, Kalaca S, Gedik S, Dinccag N, et al. Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. *European journal of epidemiology*. 2013;28(2):169-80.
90. Riley L, Cowan M. Noncommunicable diseases country profiles 2014. Geneva: World Health Organization. 2014.
91. TC Sağlık Bakanlığı. Türkiye Diyabet Programı 2015-2020. Ankara; 2015.
92. TC Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistiği Yıllığı 2014. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü Ankara Sentez Matbaacılık ve Yayıncılık. 2015.
93. Bilgiç Ş, Dilek F, Arslan HSA, Ünal A. Bir Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Konstipasyon Durumları ve Etkileyen Faktörler. *International Journal of Basic and Clinical Medicine*. 2016;4(1).
94. Şahin S, Boyacıoğlu H, Taşar PT, Kozan E, Sarıkaya OF, Akçiçek F. Bornova ilçesinde yaşayan 65 yaş üzeri nüfustaki fonksiyonel bağımlılık oranları.
95. Gorgulu U, Polat U, Kahraman BB, Ozen S, Arslan E. Factors affecting the burden on caregivers of stroke survivors in Turkey. *Medical Science and Discovery*. 2016;3(4):159-65.

96. Gül G ÖF, Akarsu E, Bedir M, Mutlu A. Diyabetik Ve Non-Diyabetik Akut İnme Hastalarında Risk Faktörleri Ve Prognoz. Turkish Journal of Cerebrovascular Diseases. 2014;20(3):99-105.
97. Pösl M, Cieza A, Stucki G. Psychometric properties of the WHODASII in rehabilitation patients. Quality of Life Research. 2007;16(9):1521-31.
98. Gökkoca Z DL. Antalya kent merkezindeki 60 yaş ve üzerindekiilerin yetiyitimi sıklığı, derecesi ve yetiyitiminin yaşamı etkileme düzeyi. 8 Ulusal Halk Sağlığı Kongresi; Diyarbakır2002.



## X. EKLER

## A. EK 1 – Araştırma izni



T.C.  
İSTANBUL VALİLİĞİ  
Halk Sağlığı Müdürlüğü



Sayı : 64222187/030.03  
Konu : Meryem Merve Ören -  
Araştırma İzni

## SAYIN MERYEM MERVE ÖREN

( İstanbul Tıp Fakültesi Temel Bilimler Binası 2. Kat Halk Sağlığı Anabilim Dalı  
Fatih / İstanbul)

27.04.2016 tarihli dilekçenize konu olan "İstanbul'un Bir İlçesinde Evde Sağlık Hizmeti Alan Bireylerin Yeti Yitimlerinin Değerlendirilmesi" başlıklı çalışmayı Bahçelievler Toplum Sağlığı Merkezi'nde yapmaya dair izin talebi görüşülmüş ve uygun bulunmuştur. Karşılıklı imza altına alınan Protokol ekte verilmiştir.

Çalışma süresince protokolün dışına çıkılmaması ve tamamlandıktan sonra sonuç raporunun bir nüshasının tarafımıza iletilmesi hususunu

Bilgilerinize sunarım.

Uz. Dr. Omur Özlem KÖSE  
Müdür a.  
Halk Sağlığı Müdür Yardımcısı

## EK:

1) Protokol (1 sayfa)

Seyitnizam Mahallesi Mevlana Caddesi No:81/83 Zeytinburnu / İstanbul  
İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü Projeler Birimi mustafa.ercan@sağlık.gov.tr Tel: 0212 409 2712

Eğerden elektronik imza suretine <http://e-bolge.saglik.gov.tr> adresinden ebe1a486-b927-4b6-9c9a-79cbe993b126 koda ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 2070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

**B. EK 2 – Etik Kurul Onayı**

**T.C.  
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ  
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ  
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**



Sayı : 488

Tarih : 08.04.2016

Konu : Prof. Dr. Ayşe Emel ÖNAL

**Sayın Prof. Dr. Ayşe Emel ÖNAL  
Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı**

**İlgi : Halk Sağlığı Ana Bilim Dalının 04/04/2016 gün ve 123584 sayılı yazısı**

Sorumlu araştırmacılığını üstlendiğiniz ve Tıpta Uzmanlık Öğrencisi Dr Meryem Merve ÖREN' in yürüteceği 2016/476 dosya numaralı "İstanbul'un Bir İlçesinde Evde Sağlık Hizmeti Alan Bireylerin Yeti Yitimlerinin Değerlendirilmesi" başlıklı çalışma kurulumuzun 08/04/2016 tarih ve 07 sayılı toplantısında görüşülerek etik yönden uygun bulunmuş olup, tutanaklar ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

  
**Prof. Dr. A. Yağız ÜRESİN  
İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar  
Etik Kurul Başkanı**

Eki: İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulu Karar Formu

### C. EK 3 – Onam Formu

#### Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Değerli Katılımcı,

**"İstanbul'un Bir İlçesinde Evde Sağlık Hizmeti Alan Bireylerin Yeti Yitimlerinin Değerlendirilmesi"** isimli bu araştırma, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı tıpta uzmanlık öğrencisi Dr. Meryem Merve Ören tarafından yürütülmektedir.

Yürütülen bu çalışma ile evde sağlık hizmetine başvurmuş hastaların hareket etmede, iletişim kurmada, günlük işleri sürdürmedeki bağımlılık düzeylerini saptamak amaçlanmaktadır.

Araştırmaya TC. Sağlık Bakanlığı İstanbul Bahçelievler Toplum Sağlığı Merkezi Evde Sağlık Birimine başvuran hastaların alınması kararlaştırılmıştır.

Araştırmada hizmet alan hastalara bir anket formu aracılığı sosyodemografik ve sosyokültürel, barınma, kronik hastalıkları, ihtiyaç duydukları hizmetler hakkında sorular sorulacak; çeşitli durumlardaki yetersizliklerin değerlendirilmesi için bir ölçek uygulanacaktır.

Bu sorulara en güvenilir biçimde yanıt vermeniz evde sağlık hizmetinden yararlanan hastaların yeti kayıplarının değerlendirilmesi, gereksinim duydukları hizmetlerin belirlenmesi açısından çok faydalı olacaktır. Araştırmanın sizin sağlığını tehlikeye sokacak hiçbir riski yoktur. Veri toplama formundaki sorular araştırmacı tarafından yüz yüze sorulacaktır. Formu cevaplama süreniz 20-25 dakika arası sürecektir.

Bu çalışmaya katılmanız tamamen sizin gönüllü olmanıza bağlıdır. Hiçbir şekilde bu çalışmaya katılmanız zorunlu değildir. **Kişisel bilgileriniz kesinlikle hiçbir kurum ve kişiyle paylaşılmayacaktır.** Veri toplama formuna isminizi yazmanıza gerek yoktur.

Katkılarınız ve çalışmaya katılımınız için teşekkür ederiz.

#### **Katılımcının Beyanı**

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalından Dr. Meryem Merve Ören tarafından 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 yaklaşılacağına 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 olacağına bilincindeyim). Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

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 sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim). Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Dr. Meryem Merve Ören’i (505 929 71 22) ‘den arayabileceğimi ve İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalında kendisine 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 ilişkiime 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.

#### GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

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

#### **Gönüllünün**

**Adı-soyadı:**

**İmzası:**

**Tel:**

**Tarih:**

#### **Gerekliyorsa yasal temsilcisinin**

**Adı-soyadı:**

**İmzası:**

**Araştırma ekibinde yer alan ve yetkin bir araştırmacının**

**Adı-soyadı:** Dr. Meryem Merve Ören

**Tel:** 505 929 71 22

**Adres:** İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fak. Halk Sağlığı Anabilim Dalı Çapa/ Fatih/  
İstanbul

**İmzası:**



### D. EK 4 – Evde Sağlık Hizmeti Alan Bireylerin Genel Bilgiler Soru Formu

İstanbul'un Bir İlçesinde Evde Sağlık Hizmeti Alan Bireylerin Yeti Yitimlerinin Değerlendirilmesi

Değerli hasta yakını,

Bu araştırma Evde Sağlık Hizmeti alan bireylerin yapmakta yetersiz kaldıkları durumları değerlendirmek, beklentilerini ve ihtiyaçlarını ortaya çıkarmak amacıyla yapılmaktadır. Vereceğiniz cevaplar gerekli önlemlerin alınması ve hizmetin geliştirilmesi açısından faydalı olacaktır. Cevaplarınız için teşekkür ederim.

Aşağıdaki sorular evde sağlık hizmeti alan birey için sorulmaktadır.

1. Cinsiyeti
  - a. Kadın
  - b. Erkek
2. Yaşı.....
3. Eğitim durumu
  - a. Okuryazar değil
  - b. İlköğretim- ortaöğretim
  - c. Lise
  - d. Yükseköğretim
  - e. Yüksek lisans / Doktora
4. Medeni hali
  - a. Evli
  - b. Bekâr (hiç evlenmemiş / evlenmiş boşanmış)
  - c. Dul (eşi vefat etmiş)
5. Mesleği: .....
6. Sosyal güvencesi nedir?
  - a. SGK
  - b. Yeşil kart
  - c. Özel sigorta
  - d. Diğer.....
7. Bu eve giren aylık hane geliri nedir?
  - a. Asgari ücret ve altı
  - b. Asgari ücret – 2500 arası
  - c. 2500 – 5000 arası
  - d. >5000
8. Evin mülkiyeti kime ait?
  - a. Kira
  - b. Misafir
  - c. Kendine ait
  - d. Anne baba, çocuk, akraba evi ve diğer
9. Evde kaç kişi yaşıyor .....
10. Evdeki toplam oda sayısı .....
11. Evde sağlık hizmeti alan bireyin kendisine ait odası var mı?
  - a. Evet
  - b. Hayır
- 11a. Kendisine ait odası yok ise; bulunduğu odada kaç kişi kalıyor?.....
12. Evde sağlık hizmeti alan bireyin evde bakımından sorumlu bir kişi var mı?
  - a. Var
  - b. Yok

12a. Evde bakımından sorumlu kişi kimdir?

- a. Eşi                      b. Anne / Babası                      c. Oğlu / kızı                      d. Diğer

.....

12b. Ne kadar süredir bakım veriyor?.....aydır

12c. Bakım verdiği başka kimse var mı?

- a. Var                      b. Yok

12d. Bakım verilen süre ..... saat ( günde /haftada)

12e. Devletin evde bakıma destek için verdiği sosyal yardım parasından haberdar mısınız?

- a. Evet                      b. Hayır

12e. Devletin evde bakıma destek için verilen sosyal yardım parası alıyor musunuz?

- a. Evet                      b. Hayır .....

13. Evde sağlık hizmeti için bugüne kadar hangi kurumlara başvurduunuz (birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

- |                           |                          |
|---------------------------|--------------------------|
| a. Toplum Sağlığı Merkezi | b. Belediye              |
| c. Aile Sağlığı Merkezi   | d. Özel Sağlık Kurumları |
| e. Devlet Hastanesi       | f. Diğer                 |

14. Evde sağlık hizmeti almaya başladığı tarih .....

15. Evde sağlık hizmetini ilk veren kurum/kişi.....

16. Toplamda evde tıbbi hizmet alma sayısı nedir?.....

17. Bugüne kadar hangi kurumlardan ne kadar süre ile evde sağlık hizmeti aldınız?

- |                                |                               |
|--------------------------------|-------------------------------|
| a. Toplum Sağlığı Merkezi..... | b. Belediye.....              |
| c. Aile Sağlığı Merkezi.....   | d. Özel Sağlık Kurumları..... |
| e. Devlet Hastanesi .....      | f. Diğer.....                 |

18. Evde sağlık hizmetine ihtiyaç sıklığı nedir? .....kez haftada/ ayda

19. Evde sağlık hizmeti alan bireyin kronik hastalığı var mı?

- a. Var                      b. Yok

20. Kronik hastalığı veya kanseri varsa;(birden fazla işaretleme yapabilirsiniz)

- |                                       |                                     |
|---------------------------------------|-------------------------------------|
| a. Kalp damar hastalıkları            | d. Endokrin hastalıklar             |
| o Hipertansiyon                       | o Diyabet                           |
| o Koroner kalp hastalığı              | o Hipotiroidi                       |
| o Aritmik bozukluklar                 | o Hipertiroidi                      |
| o Diğer                               | o Diğer                             |
| b. Nörolojik hastalıklar              | e. Kas iskelet sistemi hastalıkları |
| o Tam ya da kısmi inme                | o Kalça kırığı                      |
| o Alzheimer                           | o Osteoporoz                        |
| o Parkinson                           | o Diğer                             |
| o Diğer                               | f. Böbrek hastalıkları              |
| c. Diğer Solunum sistemi hastalıkları | g. Kanserler                        |
| o KOAH / astım / diğer                | h. Diğer                            |

21. Sürekli kullandığı ilaç var mı?

- a. Var b. Yok

21a. Günde kullandığı ilaç sayısı .....

21b. Hangi ilaçları kullanıyor? (çoklu ilaç kullanımı)

22. Sigara içiyor mu?

- a. İçiyor b. İçmiyor c. Bırakmış

22a. Kaç yıldır içiyor/ içmiş? .....

22b. Günde kaç adet içiyor? .....

23. Evde sağlık hizmeti alma nedeni nedir? (birden fazla işaretleme yapabilirsiniz)

- |                                     |                                 |
|-------------------------------------|---------------------------------|
| a. Nörolojik Hastalıklar            | c. Solunum sistemi hastalıkları |
| ○ Tam ya da kısmi inme              | ○ KOAH/ Astım                   |
| ○ Alzheimer                         | ○ Diğer                         |
| ○ Parkinson                         | d. Diğer                        |
| ○ Diğer                             |                                 |
| b. Kas iskelet sistemi hastalıkları |                                 |
| ○ Kalça kırığı                      |                                 |
| ○ Osteoporoz                        |                                 |
| ○ Diğer                             |                                 |

24. Evde sağlık hizmeti alan hastaya (hizmet almaya başladığı tarihten itibaren) verilen hizmetler

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fizik muayene                | <input type="checkbox"/> Trakeostomi bakımı  |
| <input type="checkbox"/> Pansuman, yara bakımı        | <input type="checkbox"/> Stoma bakımı        |
| <input type="checkbox"/> Dekübitüs bakımı             | <input type="checkbox"/> Laboratuvar tetkiki |
| <input type="checkbox"/> Diyabetik ayak bakımı        | <input type="checkbox"/> Reçete yazma        |
| <input type="checkbox"/> Enjeksiyon yapma             | <input type="checkbox"/> İlaç raporu         |
| <input type="checkbox"/> Üriner kateter değiştirme    | <input type="checkbox"/> Diğer.....          |
| <input type="checkbox"/> Nazogastrik sonda değiştirme |  |

25. Evde sağlık hastasının genel olarak karşılaştığı sorunlar ve ihtiyaçlar nelerdir?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hijyenik bakıma ilişkin <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> Kontraktür <sup>3</sup> (eklemlerde sertlik)      |
| <input type="checkbox"/> Ağrı                                 | <input type="checkbox"/> Deformite <sup>3</sup>                            |
| <input type="checkbox"/> Uykusuzluk                           | <input type="checkbox"/> Egzersize ilişkin sorunlar <sup>4</sup>           |
| <input type="checkbox"/> Halsizlik                            | <input type="checkbox"/> Hastalığa ilişkin bilgi gereksinimi               |
| <input type="checkbox"/> Yorgunluk                            | <input type="checkbox"/> Kullandıkları ilaçlara ilişkin bilgi gereksinimi  |
| <input type="checkbox"/> Konstipasyon (kabızlık)              | <input type="checkbox"/> Beslenmeye ilişkin bilgi gereksinimi <sup>5</sup> |
| <input type="checkbox"/> Diyare (ishal)                       | <input type="checkbox"/> Hijyene ilişkin bilgi gereksinimi                 |
| <input type="checkbox"/> Enfeksiyon <sup>2</sup>              | <input type="checkbox"/> Psikososyal sorunlar <sup>6</sup>                 |
| <input type="checkbox"/> Dekübitis (yatak yarası)             | <input type="checkbox"/> Sözel iletişim kuramama                           |
| <input type="checkbox"/> Dispne (nefes darlığı)               | <input type="checkbox"/> Diğer <sup>7</sup> .....                          |

<sup>1</sup>Hijyenik bakımda isteksizlik, yardım gereksinimi, yetersizlik

<sup>2</sup> Akciğer, ağız, perine, damar, ayak, insizyon, göz, cilt enfeksiyonu, gözlerde çapaklanma, koltuk altı enfeksiyonu

<sup>3</sup>El-ayak düşmesi, kalçanın dışa rotasyonu, eklem sertliği, el-omuz sendromu

<sup>4</sup>Etkin Egzersiz yapamama, egzersiz yapmak istememe

<sup>5</sup>İştahsızlık, yutma güçlüğü, beslenme şekli, özel diyet

<sup>6</sup>Üzüntü, öfke, çaresizlik, sürekli ağlama, ümitsizlik, endişe, içe kapanma, rol kaybı, öz güvende azalma, beden imgesinde azalma, ölüm korkusu, kendine yetememe/bağımlı olma endişesi, depresif görüntü, sosyal izolasyon, yatakta olma isteği

<sup>7</sup>Diğer: İlaç Temin Edememe, Çarpıntı, Aritmi, Kanama (Coumadin kullanımı –Hemoroid)

26. Hastaneye kendi imkânlarıyla ulaşım olanakları var mı?

- a. Var                      b. Yok

26a. Hastaneye kendi imkânlarıyla ulaşım olanakları yoksa nasıl ulaşım sağlıyor?

- a. Evde sağlık ekiplerinin ambulansı                      b. 112 ambulansı  
c. Belediyenin ambulansı    d. Diğer.....

27. Evde sağlık hizmetinden beklentileriniz nelerdir?(birden fazla işaretleme yapabilirsiniz)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hastanın ilaçlarının reçete edilmesi ve raporlarının düzenlenmesi | <input type="checkbox"/> Hastanın yatak yarasının iyileşmesi     |
| <input type="checkbox"/> Hastanın ihtiyacı olan tıbbi cihazların temini                    | <input type="checkbox"/> Hastanın tedavi edilmesi                |
| <input type="checkbox"/> Hastanın tıbbi bakımının yapılması (pansuman vs.)                 | <input type="checkbox"/> Hastanın yaşam kalitesinin artırılması  |
| <input type="checkbox"/> Hasta ve yakınına sosyal psikolojik destek sağlanması             | <input type="checkbox"/> Ağız diş sağlığı sorunlarının çözülmesi |
| <input type="checkbox"/> Hastada yeni gelişen sağlık sorunlarının çözümü                   | <input type="checkbox"/> Hastanın araçla taşınmasında yardım     |
| <input type="checkbox"/> Hasta yükünün paylaşılması  | <input type="checkbox"/> Diğer.....                              |

28. Evde sağlık hizmetinden memnun musunuz?

- a. Çok memnunum                      b. Memnunum                      c. Kararsızım  
d. Memnun değilim                      e. Hiç memnun değilim

28a. Evde sağlık hizmetinden memnun değilseniz nedeni/nedenleri nedir?

.....  
.....  
....

## E. EK 5 – Dünya Sağlık Örgütü Yeti Yitimi Ölçeği 2 (WHO DAS-2)

### 1. Alan Anlama ve İletişim Kurma

Şimdi size anlama ve iletişim kurmayla ilgili bazı sorular soracağım.

Son 30 gün içinde aşağıda belirtilen durumlarda ne kadar güçlük çektiniz?	hiç	biraz	orta derecede	çok fazla	aşırı/hiç yapamıyorum
1.1 On dakika süreyle bir işe dikkatini verebilme	0	1	2	3	4
1.2 Yapılması gereken önemli şeyleri akılda tutma	0	1	2	3	4
1.3 Günlük yaşamda ortaya çıkan sorunların nedenlerini anlama ve çözümler bulma	0	1	2	3	4
1.4 Yeni işler, beceriler öğrenme (yeni bir yol vb.)	0	1	2	3	4
1.5 İnsanların söylediklerini genel olarak anlama	0	1	2	3	4
1.6 Bir sohbeti başlatabilme veya sürdürebilme	0	1	2	3	4

### 2. Alan Hareket etme, bir yerden bir yere gitme

Şimdi size hareket etme, bir yerden bir yere gitme sırasında yaşadığınız güçlüklerle ilgili bazı sorular soracağım.

Son 30 gün içinde aşağıda belirtilen durumlarda ne kadar güçlük çektiniz?	hiç	biraz	orta derecede	çok fazla	aşırı/hiç yapamıyorum
2.1 30 dakika gibi uzun süre ayakta durma	0	1	2	3	4
2.2 Otururken ayağa kalkma	0	1	2	3	4
2.3 Evin içinde dolaşma	0	1	2	3	4
2.4 Evden dışarı çıkma	0	1	2	3	4
2.5 Bir kilometre dolayında uzun mesafe yürüme	0	1	2	3	4

### 3. Alan Kendine Bakım

Şimdi size kendinize bakımda yaşadığınız güçlükleri soracağım.

Son 30 gün içinde aşağıda belirtilen durumlarda ne kadar güçlük çektiniz?	hiç	biraz	orta derecede	çok fazla	aşırı/hiç yapamıyorum
3.1 Banyo yapma	0	1	2	3	4
3.2 Giyinme	0	1	2	3	4
3.3 Beslenme	0	1	2	3	4
3.4 Birkaç gün yalnız kalma	0	1	2	3	4

### 4. Alan İnsan İlişkileri

Şimdi size insan ilişkilerinde yaşadığınız güçlüklerle ilgili sorular soracağım. Sadece sağlık sorunları nedeniyle yaşadığınız güçlükleri öğrenmek istediğimi unutmayın. Bununla hastalıkları, yaralanmaları, ruhsal sorunları ve alkol ve madde kullanımına bağlı sorunları kastediyorum.

Son 30 gün içinde aşağıda belirtilen durumlarda ne kadar güçlük çektiniz?	hiç	biraz	orta derecede	çok fazla	aşırı/hiç yapamıyorum
4.1 Tanımadığınız insanlarla ilişki kurma	0	1	2	3	4
4.2 Bir arkadaşlığı sürdürme	0	1	2	3	4
4.3 Yakın olduğunuz insanlarla ilişki kurma, onlarla iyi geçinmek	0	1	2	3	4
4.4 Yeni arkadaşlar edinme	0	1	2	3	4
4.5					

### 5. Alan Yaşam Faaliyetleri

Bundan sonraki sorular ev işlerini yapmak ve birlikte yaşadığınız insanlara bakmakla ilgili faaliyetleri içermektedir. Yemek yapmak, temizlik yapmak, alışveriş yapmak, diğer aile bireylerine bakmak, size ait olan şeylerle ilgilenmek bu faaliyetler arasındadır.

Bir hafta içinde bu faaliyetlere kaç saat harcıyorsunuz?.....saat

Sağlık durumunuz nedeniyle son 30 gün içinde aşağıda belirtilen durumlarda ne kadar güçlük çektiniz?	hiç	biraz	orta derecede	çok fazla	aşırı/hiç yapamıyorum
5.1 Evle ilgili sorumluluklarını yerine getirme	0	1	2	3	4
5.2 Evdeki önemli görevlerini iyi bir şekilde yapma	0	1	2	3	4
5.3 Yapılması gereken tüm ev işlerini bitirme	0	1	2	3	4
5.4 Ev işlerini yeterince hızlı yapma	0	1	2	3	4

Bir haftanın kaç saatini işte geçiriyorsunuz? .....(Kişi çalışabilir değilse 6. bölüme geçin)

Her gün yapmak zorunda olunan işleri yürütme	hiç	biraz	orta derecede	çok fazla	aşırı/hiç yapamıyorum
5.5 Her gün yapmak zorunda olunan işleri yürütme	0	1	2	3	4
5.6 İşteki önemli görevleri iyi bir şekilde yapma	0	1	2	3	4
5.7 Yapılması gereken tüm işleri bitirme	0	1	2	3	4
5.8 İşleri zamanında bitirme	0	1	2	3	4

### 6. Alan Toplumsal Yaşama Katılım

Şimdi size toplumsal yaşama katılımınız ve sağlık sorunlarınızın siz ve aileniz üzerindeki etkisiyle ilgili sorular soracağım. Bazı sorular son 30 günü aşan sorunlarla ilgili olabilir, ancak cevaplarırken lütfen son 30 günü dikkate alın. Yine soruları bedensel, ruhsal, alkol veya madde kullanımı ile ilgili sağlık sorunlarınızı düşünerek cevaplayın

Son 30 gün içinde;	hiç	biraz	orta derecede	çok fazla	aşırı/hiç yapamıyorum
6.1 Sosyal faaliyetlere herkes kadar katılabilme (şenlikler, eğlenceler, dini faaliyetler vb.) konusunda ne kadar sorunla karşılaştınız?	0	1	2	3	4
6.2 Çevreden kaynaklanan engeller yüzünden ne kadar sorunla karşılaştınız?	0	1	2	3	4
6.3 Diğer insanların davranış ve tutumları karşısında kendinize saygınızı yitirmeden yaşayabilmekte ne kadar sorunla karşılaştınız?	0	1	2	3	4
6.4 Sağlık durumunuza ve yol açtığı sonuçlara ne kadar zaman harcadınız?	0	1	2	3	4
6.5 Sağlık durumunuz yüzünden duygusal olarak ne kadar etkilendiniz?	0	1	2	3	4
6.6 Sağlığınız için yaptığınız harcamalar sizin ve ailenizin ekonomik durumunu ne kadar etkiledi?	0	1	2	3	4
6.7 Sağlık durumunuz yüzünden aileniz ne kadar sorunla karşılaştı?	0	1	2	3	4
6.8 Dinlenmek veya eğlenmek amacıyla kendi başınıza bir şeyler yapmakta ne kadar güçlük çekiyorsunuz?	0	1	2	3	4

## F. EK 6- Barthel İndeksi

PARAMETRELER	HASTANIN DEĞERLENDİRİLMESİ	SKOR
<b>Beslenme</b>	Tam bağımsız. Yemek yemek için gerekli aletleri kullanabilir	10
	Bir miktar yardıma ihtiyaç duyar. Biftek kesme gibi bazı işlerde	5
	Yapamaz	0
<b>Yıkanma</b>	Bağımsızdır	5
	Yardıma ihtiyacı vardır	0
<b>Kendine bakım</b>	Elini yüzünü yıkayabilir, dişlerini fırçalayabilir, tıraş olabilir, makyaj yapabilir	5
	Kişisel bakımda yardıma ihtiyaç duyar	0
<b>Giyinip soyunma</b>	Hasta giyinip soyunabilir. Ayakkabı bağlarını çözebilir, bağlayabilir. Korse veya breys takıp çıkarma bu maddeye dahil değildir	10
	Hasta bu işler için yardıma gereksinim duyar. İşin en az yarısını kendisi yapabilmeli ve işlem uygun sürede tamamlanmalıdır	5
	Tam bağımlıdır	0
<b>Barsak bakımı</b>	Kontinans (Suppozituar kullanabilir veya gerekirse lavman yapabilir. Örneğin, spinal kord yaralanmalı olgular)	10
	Hasta suppozituar koymak veya lavman yapmak için yardıma ihtiyaç duyar	5
	İnkontinans	0
<b>Mesane bakımı</b>	Hasta gece ve gündüz mesanesini kontrol edebilmelidir. Sondası olan hastalar, sonda bakımını bağımsız olarak yapabilmelidir.	10
	Bazen tuvalete yetişemez veya sürgüyü bekleyemez; altına kaçarır	5
	İnkontinans veya kateterli ve kontrol edemez	0
<b>Tuvalet kullanımı</b>	Bağımsız (oturup kalkma, giyinme, tuvalet kâğıdını kullanma)	10
	Yardıma ihtiyaç duyar, ancak bazı hareketleri kendi yapabilir	5
	Bağımlı	0
<b>Tekerlekli sandalyeden yatağa ve tersi transferler</b>	Tam bağımsız	15
	Geçiş sırasında minimal yardım alır veya yapacağı işlerin sırası hatırlatılır	10
	Tek başına yatakta oturma pozisyonuna geçebilir ama geçiş için yardım gereklidir	5
	Tamamen yatağa bağımlı	0
<b>Düzgün yüzeyde yürüme</b>	Hasta yardımsız olarak 45 metre yürüebilir. Breys, baston, koltuk değneği, yürüteç kullanabilir. Breys kullanıyorsa kilitleyip açabilmeli, oturup kalkabilmeli, mekanik destekleri yardımsız kullanabilmelidir	15
	Hasta yukardakileri yapmak için yardıma veya gözetime ihtiyaç duyar. Fakat 45 metreyi yardımla yürüebilir	10
<b>Tekerlekli sandalyeyi kullanabilme (uygunsa)</b>	Hasta yürüyemez ama tekerlekli sandalyeyi kullanabilir. Hasta köşeleri dönebilir. Yatağa, tuvalete yanaşabilir. Tekerlekli sandalyeyi en az 45 metre kullanabilmelidir	5
	Tekerlekli sandalyede oturabilir ancak kullanamaz	0
<b>Merdiven inip çıkma</b>	Bağımsız inip çıkabilir, ancak destek kullanabilir (tırabzandan tutunabilir, baston, koltuk değneği...)	10
	Hasta yukardaki işleri yapmak için yardıma veya gözetime ihtiyaç duyar	5
	Yapamaz	0