



**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**AİLE HEKİMLERİNE EV ZİYARETLERİ
KONUSUNDA VERİLECEK EĞİTİMİN BİLGİ,
BECERİ ve TUTUMLARINA ETKİLERİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Mehmet ÖNER

Antalya, 2012



**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**AİLE HEKİMLERİNE EV ZİYARETLERİ
KONUSUNDA VERİLECEK EĞİTİMİN BİLGİ,
BECERİ ve TUTUMLARINA ETKİLERİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Mehmet ÖNER

Tez Danışmanı: Yrd.Doç.Dr. Ethem KAVUKÇU

“Kaynak gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

Antalya, 2012

TEŞEKKÜR

Meslek hayatımın önemli bir dönemi olan Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'ndaki asistanlık eğitimim süresince, eğitimimde ve tezimin hazırlanmasında bilgilerini ve desteklerini bir aile ortamı içerisinde, esirgmeden sunan değerli hocalarım, sayın Prof. Dr. Hakan Yaman, Yrd. Doç. Dr. Melahat Akdeniz ve Yrd. Doç. Dr. Ethem Kavukçu'ya,

Tez çalışmamdaki yardım ve desteklerinden dolayı Burdur İl Sağlık Müdür Yardımcısı Dr. Selçuk Kılınç'a,

Asistanlık eğitimim süresince, her türlü zorlukta güçlerini yanımda hissettiğim asistan arkadaşlarım Dr. Zeynep Aşık, Dr. Tuğba Çakmak, Dr. Pınar Bilgili, Dr. Sezen Koparan'a,

Diğer rotasyon branş eğitimlerimde emeği geçen tüm hocalarıma, asistan arkadaşlarıma,

İhtisas yapma kararı almamda, ihtisas eğitimim süresince ve tez hazırlığımda her zaman yanımda olan ve destek olan eşim Dr. Sedef Zeliha Öner'e teşekkür ederim.

.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
Simgeler ve Kısaltmalar Dizini	iv
Şekiller Dizini	v
Çizelgeler Dizini	vi
1. GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Amacı	2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Birincil Bakım ve Aile Hekimliği	3
2.2. Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik Disiplininin Özellikleri Ve Çekirdek Yeterlikleri	4
2.3. Aile Yönelimli Birincil Bakım	7
2.4. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinde Aile Hekiminin Görevleri	8
2.5. Ev Ziyareti Nedir?	10
2.5.1. Ev ziyareti tipleri	13
2.5.2. Ev ziyaretlerinin gerekçeleri	19
2.5.3. Hekimin ev ziyaretlerindeki rolü	22
2.5.4. Kimlere, nasıl ev ziyareti yapılır?	23
2.6. Dünyada Ev Ziyaretleri	29
2.7. Türkiye’de Ev Ziyaretleri	31
2.8. Ev Ziyaretlerinde Kullanılabilecek Başlıca Enstrümanlar	32
2.9. Tıp Fakültelerinde Ev Ziyaretleri Eğitimi	35
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER	37
3.1. Araştırma Bölgesi	37
3.2. Araştırma Evreni ve Evrenin Tanıtılması	37
3.2.1. Araştırma evreni	37
3.2.2. Araştırmaya kabul kriterleri	37
3.2.3. Araştırmadan dışlama kriterleri	37

3.3. Araştırmanın Tipi	37
3.4. Araştırmanın Veri Kaynakları	38
3.5. Araştırmayı Uygulama Şekli	38
3.6. İstatistiksel İncelemeler	39
4. BULGULAR	40
5. TARTIŞMA	63
6. SONUÇLAR	70
7. ÖZET	72
8. ABSTRACT	73
9. KAYNAKLAR	75
10. EKLER	84
10.1. EK-1	84
10.2. EK-2	85
10.3. EK 3	86

KISALTMALAR DİZİNİ

ASM	Aile Sağlığı Merkezi
AMA	Amerikan Tıp Birliği (American Medical Association)
BBSM	Birinci Basamak Sağlık Merkezi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GDS	Geriatrik Depresyon Ölçeği (Geriatric Depression Scale)
GYAS	Günlük Yaşam Aktiviteleri Skalası (KATZ skalası)
INHOMESSS	İmmobilite, Beslenme, Ev çevresi, Diğer kişiler, İlaçlar, Muayene, Manevi İnançlar, Sağlık hizmeti, Güvenlik
KKY	Konjestif Kalp Yetmezliği
KOAH	Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı
IADL	Lawton-Brody Günlük Aktivite Skalası
MMSE	Mini Mental Durum Muayenesi (Mini Mental Status Examination)
MNA	Mini Nutrisyonel Değerlendirme Testi (Mini Nutritional Assesment)
NHS	İngiltere Ulusal Sağlık Hizmeti (National Health Service)
POMA	Tinetti Performans Yönelimli Mobilite testi
RKÇ	Randomize Kontrollü Çalışma
VKİ	Vücut Kitle İndeksi
WONCA	Dünya Aile Hekimleri Örgütü (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians)

ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Sekil</u>	<u>Sayfa</u>
2.1. WONCA ağacı	6
2.2. Ev ziyareti algoritması	25
4.1. Katılımcıların hizmet verdikleri nüfusa göre dağılımı	41
4.2. Kontrol grubu ve eğitim grubu ev ziyareti gerekliliği olan yaş grupları son anket karşılaştırması	48
4.3. Hekimlerin ev ziyareti yapma sıklık ve gereklilik düşünceleri	49
4.4. Ev ziyaretlerinin amaçları eğitim öncesi ve sonrası karşılaştırması	50
4.5. Burdur İlinde aile hekimlerinin ev ziyareti yapma oranları	53
4.6. Eğitim grubu öncesi ve sonrası ev ziyareti yapma oranları karşılaştırılması	54
4.7. Aile hekimlerinin yeterince ev ziyareti yapılmama sebepleri hakkındaki düşünceleri	55
4.8. Aile hekimlerinin daha etkin ev ziyareti yapabilme hakkındaki düşünceleri	56

ÇİZELGELER DİZİNİ

<u>Cizelge</u>	<u>Sayfa</u>
2.1. Ev ziyaretlerinin majör tipleri ve yapıldığı durum ya da kişiler	13
2.2. Ev ziyaretinde aile hekiminin yanında bulunması gerekli malzemeleri	24
2.3. "INHOMESSS" akronimin işaret ettiği alanlar ve bu alanlarda yapılması gerekenler	27
2.4. Kapsamlı geriyatrik değerlendirmede kullanılan enstrümanlar	33
4.1. Katılımcıların cinsiyete göre dağılımı	40
4.2. Katılımcıların yaşa göre dağılımı	40
4.3. Katılımcıların medeni duruma göre dağılımı	40
4.4. Birinci basamakta çalışma süreleri dağılımı	41
4.5. Aile hekimi olarak çalışma süreleri dağılımı	41
4.6. Aile hekimleri ev ziyareti yapmalı mıdır?	42
4.7. Kontrol ve eğitim grubu ön anket soruları karşılaştırmaları	43
4.8. Kontrol ve eğitim grubu son anket soruları karşılaştırmaları	44
4.9. Kontrol grubu ön anket-son anket soru 1 karşılaştırması	45
4.10. Eğitim grubu ön anket -son anket soru 1 karşılaştırması	45
4.11. Sizce yeterli sayıda ev ziyareti yapıyor musunuz?	46
4.12. Kontrol grubu ön anket-son anket soru 2 karşılaştırması	46
4.13. Eğitim grubu ön anket -son anket soru 2 karşılaştırması	46
4.14. Ev ziyareti konusunda yeterli bilgi ve beceriye sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz?	47
4.15. Kontrol grubu ön anket -son anket soru 3 karşılaştırması	47
4.16. Eğitim grubu ön anket -son anket soru 3 karşılaştırması	48
4.17. T.C.Sağlık Bakanlığı yönetmelik ve yönergelerine göre aile hekimlerinin ev ziyareti yapmaları gerekiyor mu?	50

<u>Çizelge</u>	<u>Sayfa</u>
4.18. Kontrol grubu ön anket -son anket soru 8 karşılaştırması	51
4.19. Eğitim grubu ön anket -son anket soru 8 karşılaştırması	51
4.20. Ev ziyareti yapmak için istekli misiniz?	52
4.21. Kontrol grubu ön anket -son anket soru 9 karşılaştırması	52
4.22. Eğitim grubu ön anket -son anket soru 9 karşılaştırması	53
4.23. Eğitim grubu ön anket -son anket soru 11 karşılaştırması	54
4.24. Kontrol grubu olgu soruları karşılaştırmaları	57
4.25. Eğitim grubu olgu soruları karşılaştırmaları	57
4.26. Yaşa göre ev ziyareti yapma oran karşılaştırması	58
4.27. Cinsiyete göre ev ziyareti yapma oran karşılaştırması	58
4.28. ASM nüfusuna göre ev ziyareti yapma oran karşılaştırması	59
4.29. Hekimlerin çalışma sürelerine göre yeterli ev ziyareti yapma düşünceleri	59
4.30. Hekimlerin çalışma sürelerine göre yeterli ev ziyareti konusunda bilgi ve yeterlilik düşünceleri	60
4.31. T.C.Sağlık Bakanlığı yönetmelik ve yönergelerine göre aile hekimlerinin ev ziyareti yapmaları gerekiyor mu?	60
4.32. Soru 12'nin yaş grubuna göre doğru cevap karşılaştırması	61

1. GİRİŞ

Ev ziyaretleri; hastanın kendi ortamında değerlendirilmesini sağlayan aile hekimliğinin kişi merkezli ve aile yönelimli yaklaşımı ile örtüşen bir sağlık hizmeti verme şeklidir. Amerikan Aile Hekimliği Akademisi ev ziyaretlerini “*bir ya da daha fazla sağlık ekibi üyesince hastanın evine yapılan programlanmış gözlem ziyareti*” olarak tanımlamaktadır (1,2). Ev ziyaretleri kronik hastalıkları, engellilikleri ya da ulaşım sorunları nedeniyle tıbbi bakıma düzenli olarak ulaşamayan kişilerin değerlendirilmesi, sağlık gereksinimlerinin belirlenmesi ve karşılanması, sağlığı artırma ve hastalıkları önleme bağlamında sağlık riski yaratan yaşam biçimi ve davranışların saptanıp gerekli danışmanlığın verilmesi, yaşadığı ortamın kazalar açısından değerlendirilip gerekli önlemlerin alınmasını sağlamak amacı ile yapılır (1,2). Ek olarak, ev ziyaretlerinde hekim başka türlü elde edemeyeceği hastanın yaşamına ait bilgileri elde edebilir (1,3).

Birincil bakımda çalışan hekimlerin hizmet sundukları nüfusun sağlığını koruyabilmeleri ve sağlık gereksinimlerini etkili olarak karşılayabilmeleri için hizmet sunum biçimlerini bu nüfusun gereksinimlerine göre uyarlamaları önemlidir (4,5). Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de 65 yaş üstü nüfus hızla artmakta; bu nüfus içinde de 85 yaş üzerindeki kişilerin oranı daha hızlı artmaktadır (6,7). Yaş ilerledikçe kardiyovasküler hastalıklar, diyabet ve osteoartrit, demans gibi kronik hastalıkların prevelansı da artmakta ve yaşlılar sağlık bakımına erişkinlerden daha fazla gereksinim duymaktadır (8,9). Ancak yaşlanmanın getirdiği işlevsellikte kısıtlılıklar ve engellilik, sosyal destek yokluğu ve yalnızlık, yoksulluk yaşlı kişilerin sağlık bakımına erişimini kısıtlamaktadır (6,7). Aile hekimleri yaşlı hastalarının sağlığını geliştirme, hastalıklardan koruma ve olabildiğince sosyal ve bağımsız yaşamalarını sağlayabilmeleri için onları yaşadıkları ortamda değerlendirmeleri, sağlık ve sosyal gereksinimlerini belirlemeleri ve karşılayabilmeleri önemlidir. Bu bağlamda ev ziyaretleri önem kazanmaktadır. Bilinçli olarak yapılan ev ziyaretleri sonrası edinilen bilgiler son derece yararlı olmaktadır (10).

Ülkemizde ev ziyaretleri, aile hekimliği uygulamasından önce de yönetmeliklerde yer almakla birlikte hekimlerden çok ebeler tarafından yapılmaktaydı (11,12). Bu ziyaretler bireylerin sağlık durumlarının gözlenmesi, rutin aşılamalar veya bu amaçlarla sağlık ocağına davet gibi uygulamaları içermekteydi (11). Birinci

basamakta çalışan hekimlerin belirli bir nüfusları olmaması, sık yer değiştirmeler bakımın sürekliliğin sağlanamamasına ve ev ziyaretlerinin çok sınırlı yapılmasına neden olmaktaydı.

Türkiye’de aile hekimliği pilot uygulaması Eylül 2005 tarihinde Düzce’de başlamış ve 2011 yılında tüm Türkiye’de aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir (13). Uygulamanın yeni olması nedeni ile ülkemizde aile hekimlerinin ev ziyaretleri konusunda henüz araştırma yoktur. Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) 2007 yılında Türkiye’de Aile Hekimliği Pilot uygulamasını değerlendirmek amacı ile Eskişehir ve Bolu’da yaptığı “*Evaluation of the organizational model of primary care in Turkey*” çalışmasında, çalışmaya katılan hekimlerin yaklaşık yarısı günde 1,7 ev ziyareti yaptığını bildirmiştir. DSÖ aile hekimlerinin bu hizmetleri sunulabilmeleri için yeterli zaman, eğitim ve donanım gereksinimleri olduğunu bildirmiştir (14).

Tüm dünyada ikinci dünya savaşından sonra ev ziyareti oranlarında düşüş yaşanmıştır. Bu düşüşün nedenleri; ücretlendirme yetersizliği, kısıtlı zaman, sınırlı teknik destek algılaması, dava riski endişeleri, hekim eğitim ve uygulama eksikliği, kurumsal ve bireysel önyargılar olarak rapor edilmiştir (1,15) Schwartzberg ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada hekimlere ev ziyaretleri konusunda yapılan eğitim sonucu hekimlerde ev ziyareti konusunda daha olumlu tutum geliştiğini ve ev ziyaret sayısının arttığını bildirmektedir (15).

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmayla amacımız birincil bakımda çalışan aile hekimlerinin ev ziyaretleri konusunda bilgi düzeyini ve ev ziyareti konusundaki toplumsal gereksinimin farkında olup olmadıklarını öğrenmek ve aile hekimlerine ev ziyaretleri konusunda verilecek bir eğitim sonrası bilgi, beceri ve ev ziyareti konusundaki tutumlarında olumlu gelişme olup olmadığını değerlendirmektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Birincil Bakım ve Aile Hekimliği

Sağlık gereksinimleri ve kaynaklar toplumlar arasında değişmekle birlikte, sağlık hizmeti sistemlerinin amacı maliyet etkin, birey ve gruplar arasındaki sağlık durumlarındaki farklılıkların en az seviyeye indirilmesidir. DSÖ'ye göre sağlık, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlanmıştır. Sağlık sorunlarının tamamen ortadan kaldırmak oldukça zordur. Bu durumun anlaşılmasıyla birlikte 1997'de Alma-Ata bildirgesinde herkes için sağlık vizyonu öne sürülmüştür (16) Bu vizyon birinci basamak sağlık hizmetinin başlıca önemini ifade eder ve son yirmi yıldır sağlık sistemlerindeki önceliklere ve kararlara rehberlik etmiştir. Alma Ata deklarasyonunda (1978) tanımlanan ve 1979'da DSÖ tarafından onaylanan tanıma göre birincil bakım, *“toplum içindeki bireyler ve aileler için, evrensel olarak kabul edilebilir, uygulanabilir, bilimsel ve sosyal yöntemler ve teknolojiye dayalı gerekli bir sağlık bakımıdır. Tüm ülkenin sağlık sistemine, toplumun sosyal ekonomik gelişimine uygun olarak yapılandırılır. Ulusal sağlık sistemindeki bireyler, aileler ve toplum için ilk temas noktasıdır. En önemli bileşeni sürekli bakımdır ve kişilerin yaşadıkları ve çalıştıkları yere en yakın yerde, ulaşılabilir sağlık bakımı ortamıdır* (16).

Sağlık hizmetlerinin geliştirilmesinde daha üretken, koordine ve maliyet etkin bir yaklaşım hedeflenmektedir (17). Etkin bir birinci basamak hizmetinin toplum kökenli pnömoni gibi toplumda sık görülen hastalıkların sağaltımında daha maliyet etkin olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (18,19). Toplumun sağlık gereksinimlerinin karşılanmasında hizmetin eşit dağılımı toplumun genel sağlığı ve toplum içindeki kişilerin sağlık durumu gibi temel öncelikler dikkate alınarak çözümlenebilir (18). Starfield'e göre bir toplumdaki morbidite ve mortaliteyi azaltmanın en maliyet etkin yolu, sağlık sonuçlarını olumlu yönde etkileyen, ulaşılabilir, kapsamlı, koordine ve birey merkezli yaklaşım sağlayan gelişmiş bir birinci basamak sağlık hizmetleri uygulamasından geçmektedir (18,20).

Amerika'da 1966 yılında General Practitioner dergisinde (bu dergi daha sonra adını American Family Physician olarak değiştirmiştir) yayınlanan Millis Raporunda birincil bakım hekiminin başlıca dört ana sorumluluğu olduğu belirtilir (21,22). Aile hekimlerinin görev tanımı ile örtüşen bu sorumluluklar:

1. Ayırışmamış hasta ile ilk temas noktasında olma ve bu süreçteki hizmetin sağlanması,

2. Birincil bakım hekiminin hastanın pek çok sağlık sorunuyla başa çıkabilmesi ve kapsamlı bakım sağlaması,
3. Bakımın sürekliliği ve içinde bulunduğu sağlık sistemi ile koordinasyonu,
4. Topluma liderlik ve yol göstericilik yapma.

Bu tanımlar bağlamında bakıldığında birincil bakım, bireylerin sağlık sorunlarının bütüncül bir yaklaşımla ele alındığı ve yönetildiği bir ortamdır. Birincil bakım hekimi her bireye sağlık hizmetini kısıtlamasız ve tüm yaşam sürecinde sunmakla yükümlüdür. Kendisine bağlı kişilerin sağlıklarının sürdürülmesi ve hastalıklarının önleminde kendisini sorumlu hisseden birincil bakım hekiminin bireylerin sağlık hizmetlerine erişimi sorun olduğunda ya da hastanın ruhsal, bedensel ve sosyal sağlığından endişe duyulduğu durumlarda hastasını bulunduğu yerde (ev ya da bakım evi) ziyaret eder. Bedensel, ruhsal ve sosyal sağlığını, bulunduğu ortamın sağlık açısından güvenlik durumunu değerlendirir. Bu bağlamda ev ziyaretleri birincil bakımın doğal bir parçasıdır (10).

Pek çok Avrupa ve Amerika ülkesinde birincil bakım sağlık hizmetleri aile hekimleri/genel pratisyenler tarafından sunulur (23). Tüm Avrupa’da sağlık sistemlerinin örgütlenmesinde ve aile hekimliği uygulamalarında önemli farklılıklar olması nedeniyle Dünya Aile Hekimleri Örgütü WONCA’nın Avrupa Kolu olan WONCA- EUROPE 2002 yılında Aile Hekimliği/Genel Pratisyenliği kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlık” olarak tanımlamış ve disiplinin özelliklerini ve çekirdek yeterliklerini belirlemiştir (22,23).

2.2. Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik Disiplininin Özellikleri ve Çekirdek Yeterlikleri

Aile Hekimliği disiplini ve uzman aile hekimi tanımlaması aile hekiminin sahip olması gereken 6 çekirdek yeterliliği ve bu yeterliklerin içerdiği 11 özelliği vurgular (23):

1. Birincil bakımın yönetimi

- a. Sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturur (Majör travma gibi bazı durumlar haricinde); yaş, cinsiyet ya da kişinin başka herhangi bir özelliğine ve bakmaksızın hizmet almak isteyen herkese açık ve sınırsız bir hizmet sunar. Hizmet sunduğu kişilerin tüm sağlık sorunları ile ilgilenir.

- b. Bireylere sunulan bakımı, birinci basamakta diğer sağlık çalışanlarıyla birlikte çalışarak ve gerektiğinde hasta adına üstlendiği savunmanlık görevi bilinciyle diğer uzmanların sunduğu hizmetlerle teması yöneterek sağlık kaynaklarının verimli kullanımını sağlar.

2. Kişi merkezli bakım

- c. Bireye, ailesine ve içinde yaşadığı topluma yönelik kişi-merkezli bir yaklaşım geliştirir.
- d. Aile hekimliğinin kendine özgü bir hastayla görüşme süreci vardır. Etkili bir iletişimle doktor ve hasta arasında zaman içinde gelişen karşılıklı güven ilişkisi kurulmasını sağlar.
- e. Sağlık hizmetlerinin hastanın gereksinimleriyle belirlenen yaşama yayılan sürekliliğini sağlamaktan sorumludur.

3. Özgün sorun çözme becerileri

- f. Rahatsızlıkların toplum içindeki prevalans ve insidansının belirleyici olduğu özgün bir karar verme süreci vardır.
- g. Hastaların akut ve kronik sağlık sorunlarını aynı anda yönetir.

4. Kapsamlı yaklaşım

- h. Gelişiminin erken evresinde henüz ayrılaşmamış bir şekilde ortaya çıkan ve ivedi girişim gerektirebilen rahatsızlıkları yönetir.
- i. Uygun ve etkili girişimlerle sağlık ve iyilik durumunu geliştirir.

5. Toplum yönelimli olma

- j. Toplumun sağlığı için özel bir sorumluluk üstlenir.

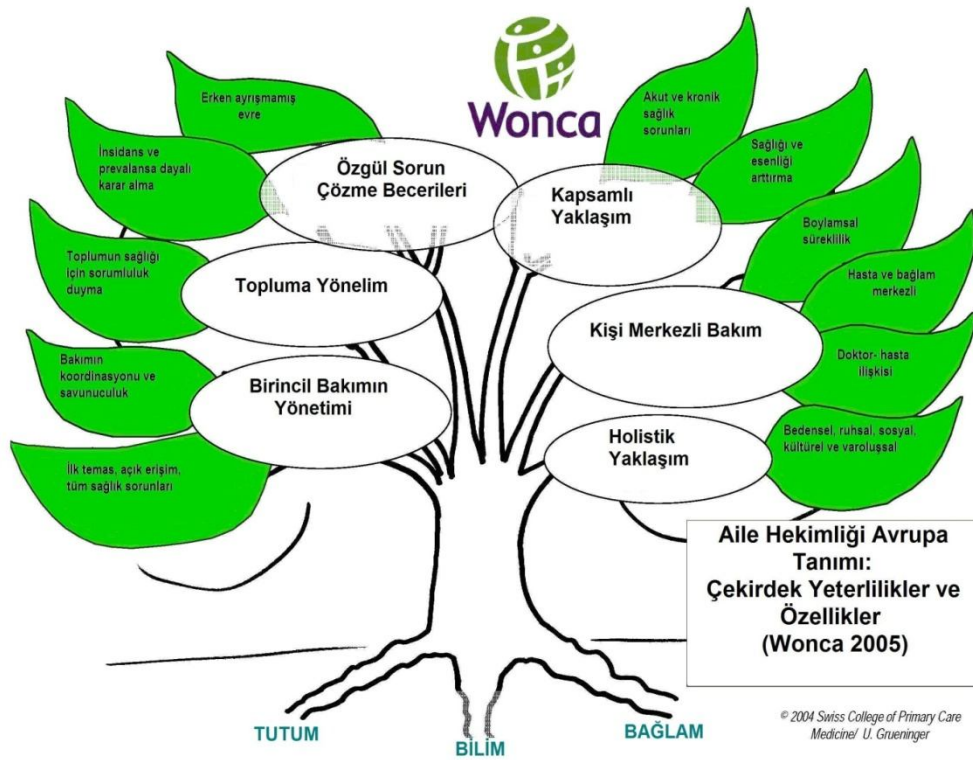
6. Bütüncül (holistik) yaklaşım

- k. Sağlık sorunlarını fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluş boyutlarıyla ele alır.

Aile hekimleri yukarıda belirtilen disiplin ilkelerine göre eğitim almış uzman hekimlerdir. Yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmadan sağlık hizmeti almak için başvuran herkese kapsamlı ve sürekli bakım sağlarlar. Hastaların kişilik ve inançlarına saygı içinde kişinin ailesi, yaşadığı toplum ve kültürel özelliklerine göre hizmet sunarlar. Sorunların yönetiminde bütüncül bir yaklaşım içinde (biyolojik ruhsal, sosyal) hastalarını değerlendirirler. Hastaları ile bakımın sürekliliği bağlamında yaşama yayılan bir ilişkileri vardır. Bu ilişki kişinin hekime olan güvenini de arttırmakta ve hekimin işini kolaylaştırmaktadır. Hastalıkları önlemek, sağıltım,

sağlığı geliştirmek, bakım ya da rahatsızlıklarda hafifleme sağlamak aile hekimlerinin görevleridir. Aile Hekimleri toplum kaynaklarını etkili kullanabilmelidir. Kişilerin gereksinimleri halinde sağlık hizmeti almalarını sağlamalı ve bu hizmetlere ulaşmada hastalara yardımcı olmalıdır. Bunu ya doğrudan kendileri ya da diğer sağlık çalışanlarıyla işbirliği içinde yaparlar (21,23).

Çekirdek yeterliliklerin uygulanmasında hekimlerin yaşadıkları çevre, çalışma koşulları, toplumun yapısı, kültürel özellikleri, mali durumlar ve düzenleyici çevresel faktörlerin iyi anlaşılması (**Bağlamsal**); hekimin mesleki yetenek ve değerlerine aynı zamanda etiğe dayalı davranış sergilemesi (**Tutumsal**); tıbbın gerektirdiği uygulamalara eleştirel ve araştırmaya dayalı bir yaklaşım içinde sürekli öğrenme ve kaliteli hizmeti geliştirme yönünde sürekliliğin sağlanması (**Bilimsel**) aile hekimliğinin çekirdek yeterliklerinin dayandığı temel köklerdir. Tüm bu özellikler WONCA ağacında şematize edilmiştir (23) (Şekil 2.1.)



Şekil 2.1. WONCA ağacı.

Kaynak: WONCA-AVRUPA Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik Tanımı 2005. Türkçe Çevirisi. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları-4 Nisan 2011

Alma Ata konferansında vatandaşlarının sağlığını en üst düzeye getirmeye çalışan ülkelerin, birinci basamak sağlık hizmetlerini sağlık sisteminin temeline yerleştirmeleri önerilmiştir (16). Günümüzde pek çok ülkede birincil bakım sağlık hizmetleri aile hekimleri/genel pratisyenler tarafından sunulmaktadır (17). İyi yapılandırılmış bir aile hekimliği uygulamasının yararlarını gösteren çok sayıda kanıt vardır (20).

Aile hekimleri, sağlık sistemi içerisinde uygulayıcı, koordinatör ve lider olarak hizmet etme yetisine ve isteğine sahiptirler. Hangi sosyoekonomik konumda olursa olsun, sağlık sisteminin geliştirilmesinde temel olan tüm fonksiyonları yerine getirebilirler. Aile hekimleri sağlık sisteminin ön sıralarında bulunurlar ve misyonları gereği bireylere bütüncül bir yaklaşım sergilerler. Diğer sağlık profesyonelleriyle işbirliği içinde multidisipliner bir temelde çalışırlar (21). Halkla sosyal etkileşimlerinin aile hekimliğinin doğası gereği yüksek olması nedeniyle, toplum yönelimlilik bağlamında sağlık kurumları dışında politika geliştirilmesi ile sivil toplum örgütleri, akademik kuruluşlar ve hükümet arasında diyalogu kolaylaştırıcı rol oynayabilirler (17).

2.3. Aile Yönelimli Birincil Bakım

Aile Yönelimli Birincil Bakım ilk olarak 1990’da yayınlanmıştır. Aile faktörünü göz önünde tutan hekim, hem hastaya hem de ailesine tedavide faydalı bir bakış açısı sağlar. Hastayı ailesiyle birlikte değerlendirmek hekime tanı ve tedavide pek çok gözden kaçan ipuçları verecektir (24). Geleneksel aile yapısı günümüzde değişiklikler gösterse de, aile yapısı ve kavramı hala önemini korumaktadır (25,26). Ailenin varlığı, yapısı, işlevselliği insanların sağlığı üzerinde oldukça etkili olmaktadır. Bu nedenle hastayı değerlendirirken, yaşadığı aile ortamını, ailenin yapısını ve işlevselliğini de birlikte değerlendirmek etkin sağlık bakımı sunmakta önemli olacaktır (24,25).

Klasik tıp pozitif bilimlerin etkisinde biyomedikal yaklaşımla sağlık bakımı sunmaktadır (24). Yapılan araştırmalar hastaların neredeyse %40’ının davranışsal sorunlarının olduğunu göstermektedir (27). Bu hastaların pek çoğu biyomedikal yaklaşım içinde aradıklarını bulamamakta, doktor doktor gezmeye devam etmekte ya da sorunlarını çözebilmek için alternatif tedaviler aramakta, kendi kendine ilaç alarak şifa bulmaya çalışmaktadırlar (25).

Bazen hekimin aldığı bir karar ve sonuçta yapmayı planladığı girişim hasta için uygun olmayabilir ve hasta tarafından ret edilebilir. Böyle bir durumda hastanın aile özelliklerini tanımak, hastanın ve ailesinin düşüncelerini, beklentilerini öğrenmek, hastanın yaşadığı koşulları öğrenmek hasta için en uygun bakım planını sunmada oldukça yardımcı olmaktadır (25).

Aile yönelimli sağlık bakımı aile hekimliğinin 6 çekirdek yeterliğinden biri olan holistik (bütüncül) yaklaşımla örtüşmektedir “Bütüncül sağlık” ile bireyin fiziksel, zihinsel, ruhsal ve sosyal olarak bir bütün olduğu, her bireyin birbirinden farklı olarak ailesi, çevresi ve toplumla bir bütün olduğu, sağlık ve hastalığın birbirinden ayrı olarak düşünülemeyeceği vurgulanmaktadır. Biyopsikososyal yaklaşım olarak da adlandırılan bu yaklaşımda hastanın bedensel rahatsızlıkları yanı sıra duyguları, düşünceleri, beklentileri, sosyal ilişkileri de hastalık sağaltımında dikkate alınır (24,25,28).

Aile yönelimli yaklaşımda odak aile ortamındaki hastadır. Hekim sağlık bakımına aileyi de katar. Poliklinik hizmetlerinde yakınmayla gelen hastaya tanı konur, tedavisi düzenlenir ve belli bir süre sonra kontrole çağrılır. Bir daha ki görüşmeye gelene kadar hasta hekimden uzaktır. Tedavi süresince oluşabilecek aksaklıklar, durumdaki değişiklikler, tedaviye uyum gibi konular hekim tarafından gözlenemez. Aileleri sağlık bakımına ortak etmenin önemi burada ortaya çıkar. Yolunda gitmeyen durumlarda ev ziyareti yaparak hastanın durumunu yerinde değerlendirmek, aile üyelerinin hastanın hastalığı ve tedavisi konusundaki düşüncelerini öğrenmek tedaviyi ya da uyumu engelleyen sorunun saptanmasını ve hasta ve ailenin benimseyebilecekleri ortaklaşa yeni bir tedavi planı yapılabilmesini sağlayabilmektedir (24,25,29).

2.4. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinde Aile Hekiminin Görevleri

Sağlık Bakanlığı’nın 25 Mayıs 2010 tarihinde Resmî Gazete’de yayınlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği’ne (13) göre “aile hekimi, aile sağlığı merkezini yönetmek, birlikte çalıştığı ekibi denetlemek ve hizmet içi eğitimlerini sağlamak, bakanlıkça yürütülen özel sağlık programlarının gerektirdiği kişiye yönelik sağlık hizmetlerini yürütmekle, kendisine kayıtlı kişileri bir bütün olarak ele alıp, kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini bir ekip anlayışı içinde sunmakla yükümlüdür. Aile hekimi, bakanlıkça belirlenen usul ve esaslar çerçevesinde,

- a. Çalıştığı bölgenin sağlık hizmetinin planlamasında bölgesindeki toplum sağlığı merkezi ile işbirliği yapar.
- b. Hekimlik uygulaması sırasında karşılaştığı toplum ve çevre sağlığını ilgilendiren durumları bölgesinde bulunduğu toplum sağlığı merkezine bildirir.
- c. **Kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için altı ay içinde ev ziyaretinde bulunur veya kişiler ile iletişime geçer,**
- d. Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini verir,
- e. Sağlıkla ilgili olarak kayıtlı kişilere rehberlik yapar, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerini verir,
- f. Periyodik sağlık muayenesi yapar,
- g. Kayıtlı kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik izlem ve taramaları (kanser, kronik hastalıklar, gebe, loğusa, yenidoğan, bebek, çocuk sağlığı, adolesan, erişkin, yaşlı sağlığı ve benzeri) yapar,
- h. **Evde takibi zorunlu olan özürlü, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kendisine kayıtlı kişilere evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini verir,**
- i. Aile sağlığı merkezi şartlarında tanı veya tedavisi yapılamayan hastaları sevk eder, sevk edilen hastaların geri bildirimi yapılan muayene, tetkik, tanı, tedavi ve yatış bilgilerini değerlendirir. İkinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde bakım hizmetlerinin koordinasyonunu sağlar,
- j. Tetkik hizmetlerinin verilmesini sağlar ya da bu hizmetleri verir,
- k. Verdiği hizmetlerle ilgili olarak sağlık kayıtlarını tutar ve gerekli bildirimleri yapar. Kendisine kayıtlı kişileri yılda en az bir defa değerlendirerek sağlık kayıtlarını günceller,
- l. Gerektiğinde hastayı gözlem altına alarak tetkik ve tedavisini yapar,
- m. Entegre sağlık hizmetinin sunulduğu merkezlerde gerektiğinde hastayı gözlem amaçlı yatırarak tetkik ve tedavisini yapar,
- n. İlgili mevzuatta birinci basamak sağlık kuruluşları ve resmi tabiplerce kişiye yönelik düzenlenmesi öngörülen her türlü sağlık raporu, sevk evrakı, reçete ve benzeri belgeleri düzenler,
- o. Bakanlıkça belirlenen konularda hizmet içi eğitimlere katılır,
- p. Bakanlıkça ve ilgili mevzuat ile verilen diğer görevleri yapar.

Bu görevler arasında ev ziyaretleri konusuna değinen 2 madde vardır (c ve h maddeleri). Bu maddeler aile hekiminin ev ziyareti yapacağı hastaları tanımlar. Acil çağrılara yanıt verme amaçlı ev ziyaretlerine dair bir madde yoktur. Acil çağrılarda aile hekimleri hastayı değerlendirmek ve ilgili acil hizmet sunan birimi arayarak hastanın bakım almasını sağlamakla sorumludur (13). Değerlendirmede hastayı görmeye gitmesi gerekli değildir. Telefonla görüşme sonrası acile sevk ya da bekle-gör yöntemini uygulanabilir.

2.5. Ev Ziyareti Nedir?

Amerikan Aile Hekimliği Akademisi'nin tanımı ile ev ziyaretleri *“bir ya da daha fazla sağlık ekibi üyesince hastanın evine yapılan programlanmış gözlem ziyareti”*dir (1,2). Daha kapsamlı tanımla ev ziyareti aile hekiminin ofisine (ASM) ulaşım zorluğu ya da engelliliği nedeniyle gelemeyen ya da gelmeyen hastaların (yaşlı, erişkin ya da çocuk) sağlığını korumak ve iyileştirmek, gerektiğinde hastalıkların tanı, tedavi, rehabilitasyonu, gerektiğinde ise kronik hastalıkların izlemine ve tedavisini düzenlemek amacıyla; kişileri yaşadıkları ortamda görmek, değerlendirmek, önlem almak-aldırmak ve sağlık hizmetini doğrudan ya da dolaylı yoldan almasını sağlamak için yapılan ziyaretlerdir (1, 30). Ev ziyaretleri, birincil bakımın temel elementlerinden biridir. Ancak ev ziyareti, acil çağrılar ve evde bakım kavramları birbirleri ile karıştırılmaktadır (1,31). Ev ziyareti daha çok sağlık bakımına erişemeyen, rutin muayenelerine gelemeyen/gelmeyen, tedaviye uyumsuz hastaların ya da hekimin polikliniğinde gördüğü ancak yaşadığı ortamda daha ayrıntılı değerlendirme gereksinimi duyduğu hastalara, hastanın çağrısı olmaksızın planlanan ziyaretlerdir (2,32). Burada amaç bireyi kendi ortamında değerlendirmek, sağlık gereksinimlerini ve sağlığı tehdit eden risk etmenlerini saptamak ve gerekli girişimleri yapmaktır.

Evde bakım ise, Amerikan Tıp Birliğinin tanımıyla, hastanın rahatlığını, işlevselliğini ve sağlığını olabilecek en üst düzeye çıkarmak ve sürdürmek için evinde hastaya sunulan sağlık hizmetidir (33, 34).

Acil çağrı, akut bir sağlık sorunu nedeni ile sağlık bakımı arayan ve tıbbi değerlendirme gerektiren hastalar için sağlık ekibince sağlanan bakımdır (2,3).

Gezici / saha sağlık hizmeti coğrafi, sosyal ya da bedensel engellilikleri nedeni ile sağlık hizmetine ulaşamayan kişiler ya da gruplara bulundukları yerde verilen sağlık hizmetidir (örneğin bakımevi, uzak köy gibi) (35).

İngiltere ve Amerika’da ev ziyaretlerinin uzun bir geçmişi vardır. İlk ev ziyaretleri 19 yüzyılın ikinci yarısında anne ve çocuk sağlığını iyileştirmek amacı ile bu konuda eğitim alan toplum sağlığı hemşireleri ve daha sonra sağlık ziyaretçileri tarafından yapılmaya başlanmıştır (34). İngiltere’de çocuk gelişimi ve ev güvenliği konusunda önerilerde bulunan sağlık ziyaretçilerinin yaptığı ev ziyaretleri çocukları kazalardan korumada temel rol oynamıştır (34). ABD’de ev ziyaretleri öncelikle çocuklara kötü davranışı engelleme, ihmal ve istismarı önleme amacıyla yapılmaya başlanmıştır (10). Yıllar içinde gereksindikleri sağlık hizmetini alamayan ailelere hizmet sunumu için ev ziyaretleri bir strateji olmaya başlamıştır. Ev ziyaretlerinin amacı koruyucu sağlık hizmetleri için engellerin üstesinden gelmek, çocuk ihmal ve istismarını önlemek olarak belirlenmiştir. ABD’de çocuk ihmal ve istismarını önleme amacıyla kurulan ev ziyareti programları halen sürdürülmektedir (10, 34).

İkinci dünya savaşı yıllarında kronik ve engelli hasta sayısının artması sonucu hastane personelinin yetersizliği nedeniyle evde bakım ve ev ziyaretleri tekrar gündeme gelmiştir. Eric B. Brooke ikinci dünya savaşından sonra yaşlı hasta sayısının artmasıyla ve sınırlı sayıda yatak olması nedeniyle hastaları evlerinde ziyaret etmeye başlamış ve pek çok sorunu çözmek için bir hastaneye gereksinim olmadığını söylemiştir (1,36). Teknolojik gelişmelere paralel olarak gelişen tıp, çocuk ve anne sağlığını tehdit eden pek çok hastalığın ve durumun kontrol altına alınmasını sağlamıştır. Bu dönemde çocuk ölümlerinin birincil nedeni olan enfeksiyon hastalıklarına karşı geliştirilen aşılar hastalıklarından korunulmasını sağlamış, çocuk ölümleri azalmıştır. Toplumun eğitim düzeyinin yükselmesi, kadınların iş dünyasına giderek daha fazla katılması ailelerin daha az çocuk sahibi olma istemini gündeme getirmiş ve etkili kontraseptif yöntemlerin geliştirilmesiyle doğurganlık oranları azalmaya başlamıştır (37). Günümüze gelindiğinde doğum oranları düşmüş, doğuştan beklenen yaşam süresi artmış ve 65 yaş üstü nüfus hızla artmaya başlamıştır (6,37). Ondokuzuncu yüzyılda ve yirminci yüzyılın ilk yarısında toplumun kırılgan üyeleri çocuklar ve annelerken, günümüzde pek çok kronik hastalığı ve engelliliği olan, sağlık hizmetine gereksinimleri erişkinlerden fazla olan (38) yaşlı kişilere doğru kaymıştır. Bu bağlamda ev ziyaretlerinin en çok yapıldığı kişiler kronik hastalığı ve engelliliği nedeni ile sağlık bakımına erişemeyen yaşlı kişiler olmaya başlamıştır (1,30,37-40). Türkiye İstatistik Kurumu’nun Türkiye nüfusu öngörülleri de yaşlı nüfusunun giderek artacağı yönündedir (7). Yaşlı kişilerin bir bölümü kronik hastalıklara bağlı

engellilikleri nedeni ile sağlık hizmetlerine ulaşımda gúçlükler yaşamaktadırlar. Bu kişilerin sağlık hizmetlerinin karşılanmasının sadece hastanelerde olması m¼mk¼n g¼r¼nmemektedir.

Yirminci y¼zyılın ortalarında aile hekimliğinin merkez elementi olarak kabul edilen ev ziyaretleri g¼n¼m¼zde çoğu Avrupa ¼lkesi ve ABD’de giderek azalmaktadır (1, 30). Pek çok aile hekimi ev ziyaretini g¼revlerinin bir parçası olarak g¼rmekte ancak iş yoğunluğu, g¼venlik kaygıları, teknik destekten yoksun olma gibi nedenlerle yeterince ev ziyareti yapamadıklarını belirtmektedirler. Aile hekimlerinin kapı tutucu olarak g¼rev yaptığı ve hasta listelerinin s¼rd¼r¼ld¼đu sağlık sistemlerinde ev ziyaretleri daha az yapılmaktadır (1,10). Ev ziyaretlerinin primer hedef grubu yaşlılar ve multimorbid kişiler s¼rekli artarken ev ziyaretlerinin sayısının giderek azalması kaygı yaratmaktadır (31, 41).

ABD’de 1950’li yıllarda hasta-hekim g¼r¼řmelerinin %40’ını ev ziyaretleri oluştururken, bu oran 1950’de %10’a ve 1980’de yaklaşık %1’e d¼řm¼řt¼r (1,36). Amerikalı hekimlerin %14’¼ ev ziyareti yaptıklarını bildirmişlerdir. AAFP’nin 2008’de yaptığı bir y¼zey araştırmasında aile hekimlerinin haftada birden az ev ziyareti yaptığı bulunmuştur. Ev ziyareti yapılan hastaların %75’i 65 yaş ¼řt¼ yaşlılar, %66’sı kronik hastalar, %14’¼ terminal d¼nem hastalarıdır. Bu hastaların yaklaşık 30’unda sosyal izolasyonun önemli nedenlerinden biri olan inkontinans ve demans saptanmıştır (1). B¼lgeden b¼lgeye değişmekle birlikte kırsal b¼lgede çalışan ve geriyatri eğitimi alan aile hekimleri daha fazla ev ziyareti yapmaktadır (7,39). Ev ziyaretlerinin azalmasından doğan boşluk evde bakım kurumları ve eve çağrı doktorlarınca doldurulmuştur. Hastalarca talep edilmesi nedeniyle 1980’lerin sonundan itibaren evde sağlık bakımı b¼y¼k bir sekt¼r olmaya başlamıştır (2, 39-41).

Kanada’da da ev ziyaretleri zamanla azalmıştır. Birinci basamakta çalışan hekimlerin %25’i d¼zenli ev ziyareti yapmaktadır ve ev ziyareti yapan hekimlerin %98’i aile hekimleridir (42). Ev ziyareti yapılan hastalar daha çok yaşlı ve palyatif bakım hastalarıdır (43). K¼kl¼ bir ev ziyareti geleneği olan İngiltere’de de ev ziyaretleri azalmakla birlikte Genel Pratisyenlerle ilk temasın %10’u halen ev ziyaretleri yoluyla olmaktadır (44). Almanya’da 1984 yılında birinci basamakta çalışan hekimlerin hastalarla ilk teması %14.1’i ev ziyaretleri yolu ile olurken 2001’de bu oran %7.4’e d¼řm¼řt¼r (2,45). Almanya’da ev ziyareti bir gelenektir ve hastalar bu geleneğin s¼rmesini istemektedir. Ev ziyaretleri daha çok yaşlı hastalar için

yapılmaktadır. Avustralya’da ev ziyaretleri oranı son on yılda %51 oranında azalmıştır. Avustralya’da aile hekimlerinden ev ziyareti alan hastaların %60’ı 65 yaş üstü kişilerdir. Tüm ev ziyaretlerinin %22’si 85 yaş üzeri kişilere yapılmaktadır. Avustralya’da yaşlı nüfusun giderek artması nedeniyle ev ziyaretlerinin azalması kaygı yaratmaktadır (46,47). Norveç’te 1952-1955’de hastalarla ilk temasın %18’i hastaların evinde olurken 1970’lerde sadece 5-6 temas ev ziyareti ile olmuş. Yaşlılar ve çocuklar ana hedef olmakla birlikte yaşlılara ev ziyareti oranı giderek artmaktadır (48).

2.5.1. Ev ziyareti tipleri

Ev ziyaretleri başlıca dört ana başlık altında değerlendirilir. Bunlar **hastalık ev ziyaretleri** (acil, akut, kronik hastalıklar), **değerlendirme ev ziyaretleri** (sağlık hizmetlerinin aşırı kullanımı, çoklu ilaç kullanımı ve komorbid durumlar, hareketsizlik, şüpheli istismar ya da ihmal, sosyal izolasyon, huzur evi veya sağlık hizmeti kuruluşları koordinasyon gereksinimi), **ölmekte olan hasta ev ziyaretleri** (terminal dönem hasta bakımı, aileyi ölüme hazırlama ve yas destek hizmeti vermek), **taburculuk sonrası ev ziyaretleridir** (2,10). Bu ziyaretler ve endikasyonları Çizelge 2.1’de özetlenmiştir.

Çizelge 2.1. Ev ziyaretlerinin majör tipleri ve yapıldığı durum ya da kişiler.

Ziyaretin tipi	Ziyaretin içeriği ve endikasyonu
Hastalık ev ziyaretleri	- Acil durum ve kazalar - Akut hastalık - Kronik hastalığın akut alevlenmeleri
Ölmekte olan hasta ev ziyaretleri	- Terminal bakım - Ölümün bildirilmesi - Yas desteği
Değerlendirme ev ziyaretleri	- Polifarmasi ya da çoklu tıbbi sorunları olan hastalar - Sağlık hizmetlerini aşırı kullanan hastalar - İmmobilite, sosyal izolasyon ya da istismar ve ihmal şüphesi olan kişiler - Yeni, hastayı ve aileyi yıkan tanı - Bakımevine yerleştirilme gereksinimini değerlendirmek
Hastane sonrası izlem ev ziyaretleri	- Akut hastalık, yaralanma ya da cerrahi bir girişimden sonra - Kronik hastalık kontrolü ya da akut alevlenmelerinde hastaneye yatış sonrası - Yenidoğan bebekli ebeveynler

Kaynak: Unwin BK, Jerant AF. The Home Visit. Am Fam Physician 1999; 60: 14831.

Hastalık ev ziyareti; yeni ortaya çıkan akut acil bir durum, var olan hastalığın akut alevlenmeleri, kazalar için hasta tarafından talep üzerine yapılır. Bu ziyaretlerde hekim hastayı ya görerek ya da telefonla görüşerek öykü alır. Hasta beklenti ve becerilerini dikkate alarak değerlendirir (1,7). Değerlendirme sonrasında hastanın durumuna göre tedavi veya ikinci ya da üçüncü basamağa sevk kararı verir. Acil müdahale gereken durumlarda hastayı acil ambulans servislerine ya da en yakın acil servise yönlendirmek hasta için zaman kaybını önleyecektir (49). Hastanın evde bakıma gereksinimi varsa, varolan evde bakım kurumları ile temasa geçilir (1,30). Bunun haricinde hekim eve gitme gerekliliği duyuyorsa uygun planlama ile hastaya ev ziyareti için randevu verebilir ya da hasta gelebiliyorsa muayenehaneye davet edilebilir (1,3,24). Pek çok acil durum kuramsal olarak evde yönetilebilir (1). Yaşlı kişiler için akut hastane bakımı ile akut evde bakımı karşılaştıran bir çalışmada mortalite, inkontinans, flebit ve bası yaralarında hastane bakımı ile evde bakım aynı etkinlikte bulunmuştur (30).

Değerlendirme ev ziyareti genellikle hasta ve ailenin sağlık ve sosyal ilişkilerini, aile-hasta ilişkilerini, yaşadıkları ortamın sağlığı tehdit edici elementler içerip içermediğini değerlendirmek için yapılan ziyaretlerdir (1,30). Bu ziyaretler çoğunlukla kronik hastalıkları olan ve çoklu ilaç kullanan yaşlılarda ilaç uyumunu artırmak, sağlığı artırmak ve koruyucu sağlık hizmetleri gereksinimini saptamak, engelliliği önlemek ya da geciktirmek yanında, immobilité, sosyal izolasyon, istismar ya da ve ihmal şüphesi olan kişileri ve sağlık hizmetini aşırı kullanan kişileri bulundukları ortamda ve aile ilişkileri içinde değerlendirmek amacıyla yapılır (1,2,30). Yaşlılar için yapılan değerlendirici ev ziyaretleri yaşlının işlevselliğinin ve beslenmesinin değerlendirilmesini; ilaçların gözden geçirilmesini ve nasıl alındığının gözlenmesini, ev içi ve ev dışı güvenlik sorunlarının saptanmasını, bakımverenin yetkinliğinin, stresinin ve sosyal destek durumunun değerlendirilmesini ve koruyucu sağlık hizmetlerine gereksinimi belirlemeyi içerir (1,3,24,49). Yaşlı kişilere yapılan düzenli ev ziyaretlerinin yaşlının karşılanmamış tıbbi ve sosyal gereksinimlerini belirlemede, sağlığını artırma ve koruma girişimleri sağlamada etkili olduğunu gösteren pek çok çalışma yapılmıştır (50-55). Yaşlıların evde değerlendirilmesi, hastalıkların erken saptanması ve uygun tedavi ve rehabilitasyonu yolu ile yaşlı kişilerin sağlığını koruma ve engelliliği azaltmada ya da geciktirmede etkili girişimler olarak bildirilmektedir (55). Yaşlı kişilere yapılan düzenli ev ziyaretlerinin mortalite,

hastaneye yatış ve bakım evine yerleşmeyi de azaltmaktadır (46-51). Yaşlılar için yapılan ev ziyaretleri; aile hekimlerinin koordinasyonunda multidisipliner bir ekiple yapıldığında etkinliği çok yüksek olmakta; hastanın bakımını olabilecek en üst düzeye çıkarabilmekte bakım verenin desteklenmesini ve yükünü azaltabilmektedir (1,3,24, 56,57).

Değerlendirme ev ziyaretlerinin bir diğer alanı ailenin değerlendirilmesi için yapılan ziyaretlerdir (2). İngiltere ve Amerika'da, geçmişte, pediatristler ya da hemşireler tarafından yeni doğum yapmış anne ve bebeklerin değerlendirilmesi, çocuk bakımı ve ebeveynlik becerileri konusunda ailelere eğitim verilmesi, çocuklara kötü davranma, ihmal ve istismarın önlenmesi amacıyla başlatılmıştır (34). Bu amaçla kurulan bazı kurumlar bu ziyaretleri halen sürdürmektedir (34). Yapılan çalışmalarda ev ziyareti yapan kişiler (hekimler, hemşireler ya da sosyal çalışmacılar) genç anneleri çocuk bakımı konusunda desteklemiş ve ebeveynlik becerilerinin geliştirilmesine yardımcı olmuşlardır (58).

Aile hekimleri, aile yönelimli bakım sunan ve odak noktası aile ortamındaki hasta olan hekimlerdir (23,24). Aile değerlendirme ziyaretlerini hem anne ve çocuk için, hem de kronik hastalığı olan kişiye bakım veren aile üyelerini değerlendirmek için yaparlar (24). Aile üyelerinden birinin hastalanması aile içinde bir kriz olarak algılanır. Bu evre de ailenin ve hastanın desteğe gereksinimi vardır. Bu destek aile hekimlerince sağlanabilir. Hekim hastanın ve ailenin bu sorunla başa çıkabilmesi için yardımcı olabilir (24).

DSÖ anne, çocuk ve ergen sağlığını iyileştirmede bir yöntem olarak ev ziyaretlerini önermektedir (59). Çalışmalar, yeni doğum yapmış ailelere yapılan ziyaretlerin yenidoğan ölümlerinin %30 ile %60'ını önleyebildiğini göstermektedir (60,61). Çocuklar için yapılan ev ziyaretleri gelişimin izlenmesi dışında kaza ve yaralanmaları önlemek içindir (61). Çocuklarda ev yaralanmaları önemli sağlık sorunudur. Her yıl 4 çocuktan biri yaralanma nedeni ile tıbbi bakım almaktadır ve yaralanma riski 4 yaş altı çocuklarda daha fazladır (62). İstemsiz ölümcül olmayan yaralanmaların yarısı ev içinde olmaktadır. Evlerin daha güvenli hale getirilmesi yaralanmaları önemli oranda azaltmaktadır (61-65). Aile hekimleri özellikle sık yaralanma ile getirilen çocukların evlerini ziyaret ederek aile içi ilişkilerin gözlenmesi, ihmal ve istismar işaretleri, evin çocuk güvenliği açısından değerlendirilmesi ile yaralanma nedenlerini belirleyebilirler. Ev güvenliği için mümkün olan düzenlemeler,

bu konuda ailelerin bilgilendirilmesi ile sağlanabilir. Çocuklarda yaralanmaya neden olan oyuncaklar uzaklaştırılabilir. Gielen ve arkadaşlarının yaptığı randomize kontrollü çalışma (RKÇ)’da ev ziyaretleri sırasında evler çocukların kaza geçirme ve yaralanma riski açısından değerlendirilmiş ve ailelere gerekli değişiklikler ve düzenlemeler konusunda bilgi verilmiştir. Ziyaret edilen ailelerin ev güvenliği önerilerini uygulama oranlarının edilmeyen ailelere göre daha fazla olduğu saptanmıştır (64). Dünya sağlık örgütü de yenidoğan mortalitesini azaltmada (60), anne, çocuk ve ergen sağlığını korumada (61) ev ziyaretlerinin olumlu olduğuna dikkati çekmiştir. Ev ziyaretleri çocukların ihmal ve istismarını önlemede de etkili olabilmektedir (64-66).

Ergen çocuğu olan aileler genellikle sorunlar yaşamaktadırlar. Çocukları ile iletişimde zorlanmaktadır. Ergenlerde sağlığı tehdit eden en önemli sorunlar kazalar ve ergen gebelikleridir (24, 67). Ev ziyaretleri genç anneleri çocuk bakımı konusunda desteklemiş ve ebeveynlik becerilerinin geliştirilmesine yardımcı olmuştur (68).

Ölmekte olan hasta ev ziyaretleri terminal dönemdeki hastanın palyatif bakımından, hastayı ve aileyi ölüme hazırlama, vasiyet hazırlanması, ölüm sonrası aile bireylerine yas desteği verilmesi hizmetlerini kapsar (1). Yaşlının yaşam şartlarındaki zorlukları ortadan kaldırarak, yaşlıyı “kabullenilebilir” bir ölüme hazırlamak hekimin görevleri arasındadır (1,10,24). Aile hekimi ev ortamında hayatını kaybetmekte olan hastanın ailesine de ölüm öncesinde ve sonrasında tıbbi ve duygusal destek sağlamalıdır (24). Pek çok Avrupa ülkesinde birincil bakım hekimleri palyatif bakımın kapsamlı, sürekli ve kişisel bakım bağlamında aile hekimlerinin görevlerinden biri olduğunu kabul etmektedir (69-70). Palyatif bakım sağlamada aile hekimlerinin önemli rolleri vardır. Hasta ve aile ile ölüm sürecini tartışır, hastayı tedavi seçenekleri için aydınlatır ve savunuculuk yapar, ev ziyaretleri yapar ve aile için önemli durumlarda erişilebilir olur. Hastanın ölümünden sonra yas döneminde aileye destek olur (24,71-78).

Günümüzde kronik ölümcül hastalıkları olan kişiler kendi evlerinde, aile ortamında ölmek istediklerini ve kendi birincil bakım hekimlerinin kendilerine bakım vermesini istediklerini bildirmektedir (79-82). Barbera ve arkadaşlarının kanser hastalarının sağlık hizmeti tercihlerini ve kullanımlarını araştıran çalışmasında hastaların daha çok evlerinde bakım almayı tercih ettikleri, ev ziyareti alan hastaların evde ölmeyi daha fazla tercih ettikleri bulunmuştur (69). Hollanda’da kronik

hastalıklara bağlı ölümlerin üçte biri, Belçika’da dörtte biri ev ortamlarında olmaktadır (74).

Evde palyatif bakım memnuniyeti artırmakta, semptom kontrolünü iyileştirmekte, sağlık hizmeti kullanımını ve bakım maliyetini azaltmaktadır (75-79). Hekim hastanın evde palyatif bakım alma isteğini kabul etmeden önce, hastanın ve yakınlarının hastalığın getireceği sorunlarla başa çıkıp çıkamayacaklarını değerlendirmelidir (24). Bu amaçla hasta ve aile ile düzenlenecek bir aile konferansı hekime yardımcı olur. Hekim aileye hastalığın seyrini, beklenen olumsuz gelişmeleri ayrıntılı olarak anlatmalı ve hastadan ve aileden evde bakım için yazılı onam almalıdır (24). Evde bakımı kimin yapacağı, acil durumlarda kimlerin aranacağı ve aile üyelerinin olası rolleri bu konferansta net olarak belirlenmelidir (24). Hastanın ölüm öncesi, ölüm ve ölüm sonrası yapılmasını istediği şeyler için yazılı talimatlarının alınması ölüm sırasında kargaşayı önlemek için önemlidir (24,31). Bakım verenin tükenmişliğini araştırmak için hasta yanında bakım verenler de değerlendirilmeli ve desteklenmelidir (24).

Taburculuk sonrası ev ziyaretlerinde akut hastalık, travma, ameliyat gibi nedenlerle hastanede tedavi görmüş hastaların tedavi ve önerilere uyumu, hastalıkla baş edebilme becerisi, kendisinin ve ailesinin bilgilendirilmesi, erken rehabilitasyon amaçlarıyla yapılır. Hastanede yatan ve profesyonel sağlık çalışanlarından en üst düzeyde bakım alan hastalar genellikle tam iyileşmeden bir reçete ile evlerine gönderilir. Evin bu hastalar için uygun olup olmadığı, bundan sonraki bakımını kimin yapacağı ve bu konuda yeterli olup olmadığı genellikle değerlendirilmez. Kronik hastalıklar genellikle tam kür olamazlar. Aile içinde bakımı sürdürebilecek kişi yoksa ya da hastanın ev ortamı hasta için uygun şekilde düzenlenmemişse bu hastalar tekrar hastaneye dönecek kadar kötüleşebilirler (24). Bu hastaların evlerine taburculuk öncesi yapılacak bir ziyaret bakımı sürdürecekt aile ile tanışma ve evin bakım için uygunluğunun değerlendirilmesi için önemlidir. Taburculuk sonrası da hastanın bakımı ve bakımı veren kişilerin değerlendirilmesi gerekmektedir (24). Aile hekimleri yaşama yayılan sürekli bakım kapsamında hastane çıkışı sonrası hasta ile ilgili bilgi alıp hastanın tedavisini sürdürmek ve etkinliğini, uyumu değerlendirmek ve bakımın koordinasyonunu yapmak için bir ev ziyareti yapar. Gerekiyorsa aile konferansı düzenleyebilir (24). Taburculuk öncesi ve sonrası ziyaretlerin tekrar hastane yatışlarını azalttığına dair çalışmalar vardır (80,81).

Aile hekimleri kendilerine bağı nüfusa daha iyi hizmet sunmak, sağık bakım gereksinimlerini belirlemek, bireyin kendi bakımını yapıp yapamadığını görmek, varsa bireye bakım verenlerin yeterliklerini ve kendilerinin sağık sorunu olup olmadığını değerlendirmek, anne ve bebek bakımını yerinde görmek ve geliştirmek, bireyin aile ve sosyal ilişkilerini değerlendirmek amaçları ile ev ziyaretleri yaparlar (31). Ev ziyaretleri birincil bakım hekimlerinin ofislerinde erişemeyecekleri hastanın mobilite durumu, günlük yaşam etkinliklerini yerine getirebilme, sosyal destekler, beslenme, ilaç uyumu, ev ve evre güvenliği gibi bazı hasta bilgilerini edinmelerini sağlar. Hekimler ev ziyaretlerinden elde ettikleri bu bilgiyi hastanın yönetimini daha etkin yapabilmek için multidisipliner sağık bakım ekibi ile paylaşarak hastaların daha etkin hizmet almalarını sağlarlar (3).

Ev ziyareti aile hekiminin ofisine gelemeyen hastaların, özellikle yaşlı hastaların sağık hizmeti alabilmeleri için önemli bir araçtır. Böylece kişileri yaşadıkları ortamda görerek onlar hakkında daha fazla bilgi edinebilirler (31). Yaşla birlikte kronik hastalıklar artmakta ama yaşlılar da uzun dönem bakım, rehabilitasyon, koruyucu sağık hizmetleri gibi konulara yeterince değinilmemektedir (7,32). Yapılan çalışmalarda ev ziyaretlerinin, hastaların tedavi uyumunu izlemek ve ev ortamını ev kazalarına karşı güvenilir hale getirmek için de etkili olduğu görülmüştür. Sağık sorunu olmadığı düşünülen yaşlılara yapılan ev ziyaretlerinde başlıca impotans, denge sorunları, aşılanma, hipertansiyon gibi yeni sorunlar saptanmıştır (1,10). Ev ziyaretlerinin hasta memnuniyetini arttırmasının yanında, ev ziyareti yapan hekimlerin mesleki doyumlarının daha fazla olduğu da gösterilmiştir (2, 30).

Ev ziyaretlerinden en fazla yarar görecek kişiler yaşlılardır. Ancak ev ziyaretleri sadece ulaşım güçlüğü yaşayan yaşlı bireylerle sınırlı değildir. Gebelik ve öncesi, doğum sonrası anne bakımı, yenidoğan, ocuk sağılığı ve güvenliği, adolesan sağılığı gibi konularda da faydalı olduğu görülmüştür (64,82). Ergen anneler kısa sürede yeniden gebe kalma, depresyon ve zayıf ebeveynlik açısından risk altındadır. Barnet ve ark. ev ziyaretlerinin birinci basamakla 12-18 yaş arası ergenlerin alındığı bir RKÇ'da ergenlerin bağlantısı ve erken yeniden gebelik, okula devam, depresyon ve zayıf ebeveynlik üzerine etkilerini değerlendirmişlerdir. Ergen anneler 2 yıl süre ile izlenmiş ve bu sürede ev ziyaretlerinde onlara ebeveynlik ve kontraseptif kullanımı konusunda danışmanlık yapılmıştır. 2 yıl sonunda ev ziyareti yapılan ergenlerin ebeveynlik

becerileri ve okula devamında iyileşme olduğu ancak tekrar gebe kalma oranında ve depresyonda azalma olmadığı görülmüştür (82).

2.5.2. Ev ziyaretlerinin gerekçeleri

Tüm dünyada doğuştan beklenen yaşam süresi uzamakta ve yaşlıların nüfus içindeki oranları artmaktadır (6.7.36). Yaşlılık pek çok kronik hastalığın ortaya çıktığı ve sağlık hizmetine gereksinimin arttığı bir dönemdir. Artan yaşlı nüfusun sağlık gereksinimlerinin değerlendirilmesi ve karşılanmasında ev ziyaretleri bir fırsat olarak görülmektedir ve tüm dünyada ev ziyaretleri daha çok yaşlılar için yapılmaktadır (83). Sağlık ve sosyal hizmetlere en fazla gereksinimi olanlar yaşlılardır. Ancak bu hizmeti en az kullanan kişilerde yaşlılardır. Hizmetin varlığından, nereden ve nasıl alınacağından haberdar olmamak, ulaşım güçlükleri, yoksulluk, hizmeti veren personelin yanlış tutumu, eğitim ve teşvik eksikliği veya sistemdeki aksaklıklar hizmete ulaşmayı zorlaştıran faktörlerdendir (84-86). Bunun yanında pek çok gencin yakınma olarak ifade ettikleri durumları yaşlılar yaşlarının gereği olarak algılamakta, belki de utanmakta ve olağan saymaktadırlar. Bu nedenle dile getirilmeyen sağlık sorunları yanında yaşlıların bedensel ve ruhsal yetersizlikleri, sosyal desteklerinin olmayışı, yoksullaşma da sağlık kuruluşlarına az başvurunun nedenleri arasında sayılmaktadır (87). Bu durum ev ziyaretlerinin önemini bir kez daha vurgulamaktadır.

Bizim ülkemizde de yaşlı nüfus oranı giderek artmaktadır (7). Bu kişilerin gereksindikleri uygun sağlık hizmetini alabilmeleri için birincil bakımda çalışan hekimlerin sağlık hizmeti sunumlarını modifiye etmeleri ve ev ziyaretleri konusunda temel tutum, bilgi ve beceri kazanmaları, etkin ev ziyaretleri yapabilmeleri için taşınabilir ucuz aletlere sahip olmaları önemlidir. Aile hekimleri giderek artan yaşlı kişileri hastalıklardan korumak ve sağlıklarını geliştirmek için gerekli donanıma sahip olmalıdırlar (2.4.6).

Birincil bakımın yönetimi bağlamında bakıldığında aile hekimleri sağlık bakımından sorumlu oldukları tüm kişilerin gereksindikleri sağlık hizmetini almalarını sağlamakla yükümlüdür. Bu yükümlülüğü yerine getirmek için birincil bakımdaki diğer sağlık çalışanları ile işbirliği içinde, kendisine gelemeyen hastalarına erişir, karmaşık sağlık sistemleri içinde en uygun bakımı almaları için bakımlarını koordine eder, diğer uzmanlar tarafından sunulan hizmetlerde hastaları adına savunuculuk

yaparlar. Bunun için bu hastaların değerlendirilmesi ve sağlık gereksinimlerinin belirlenmesi önemlidir. Bunun için en uygun ortam bazen hastanın evidir.

Birincil bakımın yönetimi sağlık kaynaklarının ekonomik kullanımını gerektirir. Çalışmalar ev ziyaretlerinin kronik hastalıkları olan yaşlılarda hastaneye ya da bakım kurumuna yatışları ve sağlık hizmeti kullanımını azalttığını göstermiştir (36,88). Stuck ve arkadaşları (89) ile Sahlen ve arkadaşlarının (90) yürüttükleri iki ayrı çalışma da ve Elkan ve arkadaşlarının yaptığı bir metaanalizde; ev ziyaretlerinin mortaliteyi önemli oranda azalttığı gösterilmiştir (91). Bu çalışmalarda ayrıca çok yönlü geriyatrik değerlendirmeye dayalı girişimlerin sağlandığı koruyucu ev ziyaretleri ile ölüm oranlarını özellikle genç yaşlılarda azaltmakta etkili olduğu görülmüştür.

Kişi merkezli bakım bağlamında aile hekimi bireyi yaşadığı aile ve toplum içinde değerlendirerek kişi merkezli bakım sunmakla yükümlüdür. Hasta ile hekim arasında zaman içinde gelişen bir ilişki kurulmasını sağlayan kendine özgü bir hasta ile görüşme süreci vardır. Sağlık hizmetlerinde hastanın gereksinimleri ile belirlenen boylamsal süreklilik sağlanır. Hastanın sağlık risklerinin tanımlanıp kişi ile ortak koruma planı yapılması, sağlığı korumada, kaza ve hastalıkları önlemede önemlidir. Bu bağlamda hastanın değerlendirilmesi ofiste mümkün değilse ev ziyareti kaçınılmazdır.

Pardessus ve arkadaşlarının yaptığı randomize kontrollü bir çalışmada uğraşı terapistleri ve ergoterapistlerce evlerinde ziyaret edilen, değerlendirilen ve eğitim verilen yaşlılarda düşme, hastane ya da bakım kurumlarına yatış, bağımsızlık kaybı ve mortalitede önemli oranda azalma görülmüştür (92).

Aile hekimleri özgün sorun çözme becerileri bağlamında kişiye yaşadığı toplumu ve ortamı dikkate alarak sağlık hizmeti sunmakla yükümlüdür. Kişinin özellikleri ve yaşadığı ortamın, aile ilişkilerinin sağlık durumuna etkilerini bilmelidir. Koruyucu hizmetlerin sunumunda bazen hastanın evi hekimin bu bilgileri en güvenilir biçimde edineceği yerdir (1).

Kapsamlı bakım bağlamında aile hekimleri gelişimlerinin erken evresinde, henüz ayrışmamış bir şekilde sunulan ve acil girişim gerektirebilen rahatsızlıkları yönetmek, uygun ve etkili girişimlerle bireyin sağlığını ve esenliğini geliştirmekle sorumludur. Hastanın yaşadığı ortamın özelliklerinin bilinmesi sunulacak sağlık hizmetinin hasta ve aile ile birlikte planlanmasında yol göstericidir. Sağlığı koruma bağlamında sunulacak danışmanlık hizmeti ve öneriler hastanın yaşadığı ortam ve

koşulları bilinmeden verildiğinde başarısızlık oranı yüksektir. Ev ziyareti ile sağlık merkezine ulaşamayan hastalar; erken dönemde tanı, tedavi ve taranma imkanı bulur. Böylece acil servislere ve hastanelere sık başvurular ve hastalıkların maliyeti azalır. Taburculuk sonrası hastanın bakımı ve rehabilitasyonu sağlanır. Tedavi uyumsuzluğu düzeltilebilir (10,31,83).

Toplum yönelimli olma bağlamında aile hekimleri toplumun ve bireyin sağlığını tehdit eden sorunları yerinde değerlendirmeli, bu sorunların çözümü için gerekli girişimlerde bulunabilmelidir. Toplumu tanıma, sağlık alışkanlıklarını ve inançlarını bilmenin yolu bazen bu insanların yaşadıkları ortamda değerlendirilmesini gerekli kılar.

Bütüncül yaklaşım bağlamında aile hekimleri kişilerin sağlık sorunlarını bedensel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluş boyutları ile ele alırlar. Ev ortamı ve yaşam koşullarını bilmeden kişi tam olarak tanınmaz ve değerlendirilemez.

Sürekli ve yüksek kalitede sağlık hizmeti vermekle yükümlü olan aile hekimleri polikliniklerine gelemeyen kişilere ve özellikle yaşlılara ev ziyaretleri yaparak durumlarını değerlendirebilir ve en uygun sağlık hizmetini almalarını sağlayabilirler. Ev ziyaretleri yaşlıların karşılanmamış sağlık gereksinimlerinin tanımlanmasında ve hizmet sunumunda oldukça etkin bir yöntemdir (1). İsviçre’den Stuck ve arkadaşlarının 75 yaş üstü 795 kişi ile yaptığı randomize kontrollü çalışmada çalışmaya katılan yaşlıların temel işlevsellik durumları saptanmış ve daha sonra halk sağlığı hemşirelerince evlerinde ziyaret edilmişlerdir. Ziyaretlerde yaşlılara yıllık kapsamlı geriyatrik değerlendirme yapılmış, danışmanlık hizmeti verilmiş ve saptanan sağlık sorunları için gerekli tedaviyi almaları sağlanmıştır. Bu yaşlılar 3 yıl boyunca izlenmişler. Sonuç olarak işlevsel yetkinlikte bozulma riski düşük olan yaşlılarda ev ziyaretlerinin günlük yaşam etkinliklerinde bağımlılık gelişmesini etkilediği, engelliliği azalttığı görülmüştür. Ancak işlevsellikte bozulma riski yüksek olan yaşlılarda aynı etki görülmemiştir. Etki ev ziyareti yapan kişinin performansına göre de değişmiştir. Yaşlılar yapılan görüşmede ev ziyaretlerinde ilaçları konusunda daha fazla bilgi alabildiklerini, sorunlarını hekimle tartışmada kendilerini daha güvenli hissettiklerini, bedensel etkinlik düzeylerinin arttığını bildirmişlerdir (93).

Konjestif kalp yetersizliği olan hastalar arasında hastaneye yatışlar sağlık bakım maliyetini arttıran ana faktörlerdendir. Çalışmalar bu hastalarda kötüleşme ve yeniden hastaneye yatışları önlemede ilaç tedavisi ve ev ziyaretlerinin bütünleştirilmesinin

etkinliğini göstermişlerdir. Stewart ve arkadaşlarının yaptığı randomize kontrollü bir çalışmada kalp yetersizliği olan hastalara taburculuk sonrası ev ziyaretlerinin etkinliği araştırılmıştır. Taburcu olduktan sonraki 7-14 gün içinde bir hemşire tarafından evde ziyaret edilen hastalarla olağan bakım alan hastalar karşılaştırılmıştır. 6 aylık izlem süresince olağan bakım grubunda yeniden hastaneye yatış ve ölüm oranı girişim grubundan anlamlı oranda yüksek bulunmuştur (94).

Aile hekimliğinde güvene dayalı hasta-hekim ilişkisi önemlidir ve ev ziyaretleri bu ilişkinin kurulmasında oldukça etkilidir (95,96). Ev ziyaretleriyle yeni sağlık sorunlarının saptanması ve bunlara yönelik sağaltım, sağlığın korunması konularında programların geliştirilmesi, yaşlıların bakımı, rehabilitasyonu, yaşam kalitesinin artması sağlanır. Hastaya ve bakıcısına destek olunur, eğitim verilir, bakıcının sorunları daha iyi değerlendirilebilir. Yaşlı-çocuk istismarı, cinsel sorunlar, çocuk güvenliği, anne sağlığı, ilaç kullanımı, beslenme gibi konularda daha iyi bilgi alınmasını sağlayabilir (2).

Akdemir ve arkadaşlarının yaptığı yarı deneysel bir çalışmada; serebrovasküler hastalık sonucu yatağa bağımlı olan hastaların evde yaşadığı güçlükleri belirlemek, danışmanlık hizmeti vermek ve evde bakım modeli oluşturmak amaçlanmış ve çalışma sonucunda hastaların büyük bir çoğunluğunun hijyenik bakım yönünden yetersizlik içinde olduğu görülmüş. Hastalıkları hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları, ilaçları hakkında, konstipasyon, diyare, beslenme gibi konularda bilgi ihtiyaçları olduğu ve psikososyal sorunlar yaşadıkları belirlenmiştir (97).

Pek çok çalışma ev ziyaretlerinin yaşlıların sağlık durumu ve sağlık bakımını kullanımı üzerine oldukça olumlu etkileri olduğunu bulurken bazı çalışmalarda bu etki gösterilememiştir. Bu uyumsuzluğun nedenleri olarak çalışmada kullanılan koruyucu girişimlerin tiplerinde ve ev ziyaretlerinin süre ve sıklığında, ziyaret yapılan yaşlı popülasyonun niteliğinde farklılıkların olmasının etkili olduğu düşünülmektedir (98).

2.5.3. Hekimin ev ziyaretlerindeki rolü

Birincil bakımda ev ziyaretlerinde hekimin rol ve sorumlulukları Amerikan Tıp Birliği (AMA)'nin yayınladığı evde bakım rehberinde belirtilmiştir (33). Bu rehber gere birincil bakımda çalışan hekimin ev ziyaretinde yapması gerekenler:

- Tıbbi sorunların yönetimi
- Hastanın ev ziyareti gereksinimlerinin tespiti

- Tedavinin kısa erimli ve uzun erimli hedeflerinin saptanması
- Sürekli bakımın sağlanması (kurumlar arası)
- Hasta, ekip ve konsültanlarla iletişim kurma
- Diğer ekip üyelerinin desteklenmesi
- Evde bakım/aile konferanslarına dahil olma
- Bakım planı ve bakım başarısının yeniden gözden geçirilmesi
- Bakım kalitesinin değerlendirilmesi
- Uygun tıbbi kayıtlarının tutulması
- 24 saatlik hizmetin sunulmasının sağlanması

2.5.4. Kimlere, nasıl ev ziyareti yapılır?

Başarılı bir ev ziyaretinin temel anahtarlarından biri ziyaretin nedeni ve ziyaretten beklentilerin belirlenmesidir (1). İyi planlanmış bir ev ziyareti hem hekimin zaman kaybını önleyecek, hem de hastanın sağlık ihtiyaçlarına en uygun hizmeti almasını sağlayacaktır. Ev ziyareti yapacak hekimin sistematik bir yaklaşım geliştirmesi gerekir. Ziyaret nedenin saptanmasından sonra, hastanın kayıtlarının gözden geçirilmesi, gereksinimlerinin saptanması, yapılacakların listesinin hazırlanması, doktor çantasının hazırlanması gerekli olabilecek diğer malzemelerin tamamlanması açısından faydalıdır. Gidilecek evin adres bilgilerinin gözden geçirilmesi, telefonlarının temini zaman kaybını önlemek için önemlidir. Gereksinim varsa aynı bölgede birden fazla ev ziyareti planlanabilir (1,30,83). Diğer bir önemli konu da ev ziyareti yapılacak kişiden uygun bir randevu almaktır. Eğer hasta veya yakınları ev ziyaretini kabul etmiyorsa ya da hekim açısından güvenlik veya ulaşım sorunları mevcutsa, gereken sağlık hizmeti evde verilmeye uygun değilse hekim ev ziyareti yapmayabilir (36).

Hekim öncelikle gereksinim duyduğu her durumda ev ziyareti yapabilir. Bunlar çocuk ve anne sağlığı açısından düşünüldüğünde anne sağlığı, ebeveyn eğitimi, ev içindeki tehlikelerin tespiti ve güvenli ev ortamının sağlanması, çocuk istismarının değerlendirilmesi gibi pek çok konuyu kapsar. Yaşlı bireyler açısından düşünüldüğünde ev çevresindeki ve içindeki tehlikeler, kronik hastalık yönetimi, düşme riski değerlendirmesi, evdeki yaşlının evde bakım hizmeti alma ihtiyacının olup olmadığının değerlendirilmesi, beslenme durumu, sigara ve alkol kullanımının değerlendirilmesi, günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi, yatalak hastanın

bakım ihtiyaçlarının belirlenmesi ve organizasyonu, varsa hasta bakıcısının değerlendirilmesi gibi pek çok konuda olabilir (30,99,100-102).

Cincinnati Üniversitesi'nin eğitim modülünde ev ziyaretlerinin yapılacağı kişiler belirtilmiştir buna göre (103);

- Kronik evden çıkamayan hastalar, tekerlekli sandalye veya yürüteçle hareketlilik var ama yavaş ise
- Semptomatik kronik obstruktif akciğer hastalığı (KOAH), konjestif kalp yetmezliği (KKY) veya diğer seyahat etme güçlüğü olan hastalarda
- Demans ve diğer psikiyatrik tanıları olan hastalarda
- Açıklanamayan tedaviye uyumsuzluk veya tedavi başarısızlığı olan durumlarda.
- Terminal hastalık, hospis bakım ihtiyacı olan hastalarda
- Savunmasız yaşlılara (> 75 yaş) düzenleyici, önleyici amaçlı ziyaret
- İleri teknoloji kullanılması gereken evde bakım ihtiyacı olan hastalarda (ventilatörler, infüzyon programları, vb).
- Geçici hastalık nedeniyle evden çıkamayanlarda. (kırık, cerrahi geçirmiş, vb)

Brain ve arkadaşların önerdiği ev ziyaretinde aile hekiminin yanında bulunması gerekli malzemeleri Çizelge 2.2'de görülmektedir (1).

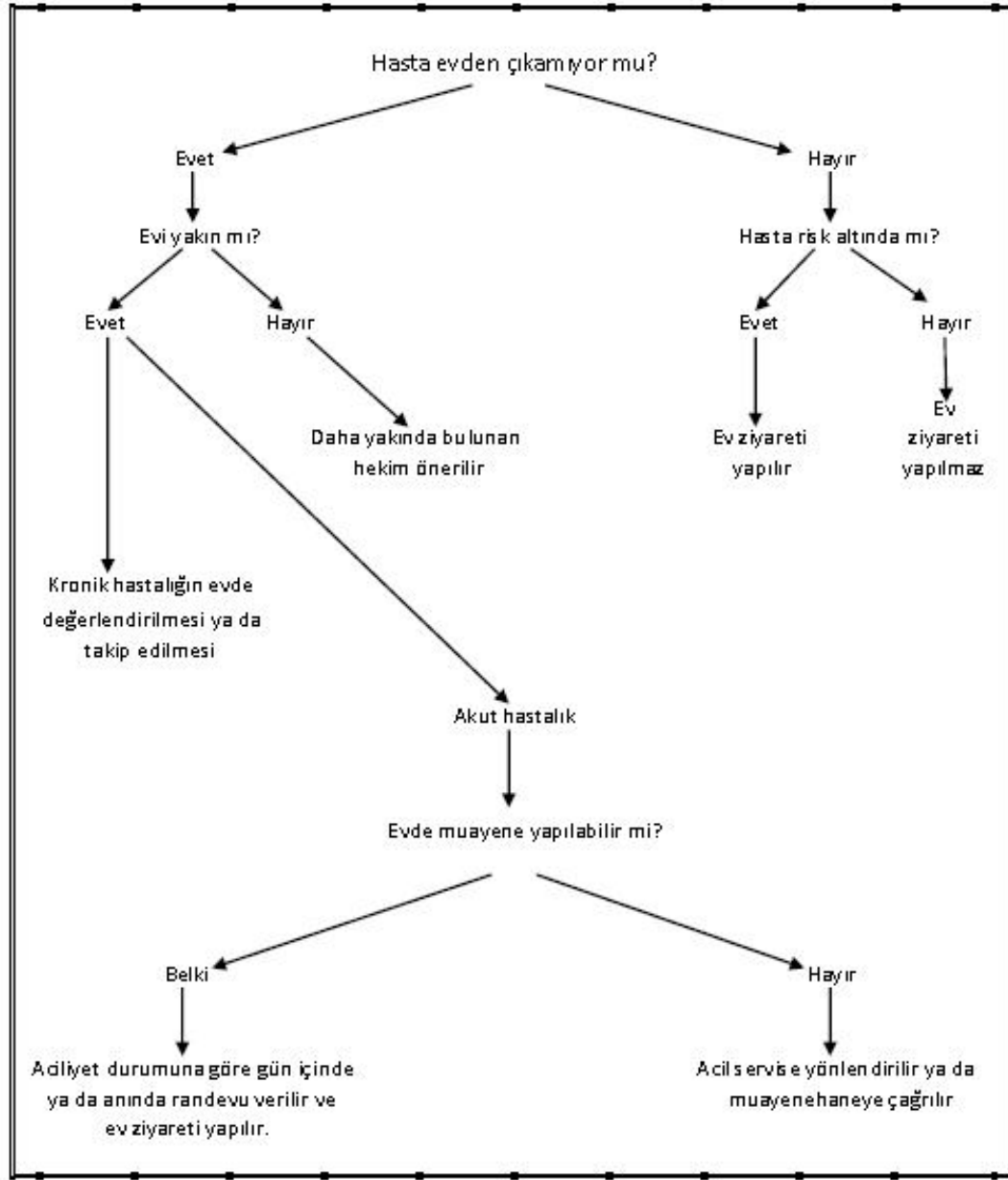
Çizelge 2.2. Ev ziyaretinde aile hekiminin yanında bulunması gerekli malzemeleri.

Ev Ziyaretleri İçin Önerilen Donanım	
Gerekli olanlar	İsteğe bağlı olanlar
• Vazelin, eldiven • Stetoskop • Termometre • Otoskop ve oftalmoskop • Hasta kayıtları ve gerekli grafik malzeme • • Reçete • • Tansiyon aleti (çeşitli steril numune kapları dışkı test kartları dil basacağı ebatlarda manşet) İdrar tahlili stikleri	• Glukometre • Ses kayıt cihazı • Dizüstü bilgisayar • Hasta eğitim materyalleri • Çeşitli ölçekler • PEF metre • Hastanın gereksinimi olabilecek diğer malzemeler

Kaynak: Unwin BK, Jerant AF. The Home Visit. Am Fam Physician. 1999; 60: 1481-1488

Hekimler ev ziyareti yapma kararı alırken Şekil 2.2'deki algorithmandan faydalanabilirler.

Aile hekimi ev ziyaretine gitmeden önce ziyaret esnasında yapılacakları unutmaması ve daha iyi bir değerlendirme yapabilmesi için yapacaklarını ve gerekli malzemeleri listelemelidir (1,30,83). Böylece gereksinim duyulabilecek malzemeler daha iyi tespit edilir.



Şekil 2.2. Ev ziyareti algoritması.

Kaynak: Yaman H, Ungan M. Ev ziyaretleri. Sendrom 2000;3:94-98

Aile hekimi ev ziyaretine gitmeden önce ziyaret esnasında yapılacakları unutmaması ve daha iyi bir değerlendirme yapabilmesi için yapacaklarını ve gerekli malzemeleri listelemelidir (1,30,83). Böylece gereksinim duyulabilecek malzemeler daha iyi tespit edilir.

Ev ziyaretlerinde hizmetin standardizasyonunu sağlaması açısından, Unwin ve arkadaşlarının önerdiği kontrol listesinden esinlenerek hazırladığımız, Çizelge 2.3'teki ev ziyareti kontrol listesinden faydalanabilirler. Bu ev güvenliği değerlendirme listesinin amacı hastanın rahat ve güvenli bir ortamda yaşayıp yaşamadığını belirlemektir (1).

Ev ziyaretleri iyi planlanmazsa zaman kaybına neden olabilir. Telefon ve diğer iletişim teknolojilerini kullanmak zaman ve ekonomik tasarruf sağlayabilir. Telefon, internet gibi iletişim teknolojilerin tıp alanında kullanılması teletıp terimini ortaya çıkarmıştır (1,10).

Hastayla iyi iletişim kurmak önemli bir beceridir ve iletişim sosyokültürel faktörler, bilgi ve eğitim düzeyi, roller, yanlı davranışlar, güdülenme, iletişimin amacı gibi pek çok faktörden etkilenir. Sağlık açısından ele alındığında hekimin iletişimdeki becerisinin hastanın tedaviye uyumunu, hasta memnuniyetini, tıbbi sonuçları, sağlık harcamalarını ve sağlıkla ilgili sonuçları olumlu yönde etkilediği ortaya konmuştur (104).

Yapılacak etkin bir telefon görüşmesi hastanın polikliniğe gelme ya da hekimin ev ziyareti yapma ihtiyacını ortadan kaldırabilir ya da hastanın doğru hizmet alması için uygun sağlık birime yönlendirilmesini sağlar. Sonuç olarak zaman ve ekonomik tasarruf sağlanırken gerekliyse hastanın uygun sağlık hizmeti almasında ya da gereksiz sağlık hizmeti kullanımının azalmasında faydalıdır. Şunu da unutmamak gerekir ki hiçbir görüşme hekimin hastasıyla yüz yüze yaptığı görüşmenin yerini tutamaz. Bu nedenle telefon ya da diğer iletişim teknolojilerinin kullanımı hekimler için sağlık hizmeti sunumunda esas değil tamamlayıcı bir araç olmalıdır (1,30,104,105).

Ev ziyaretinde hastanın değerlendirilmesinde Amerikan Aile Hekimliği Akademisince önerilen INHOMESS (Bkz. Ek-1). akronimi kullanılabilir. Bu akronim ve içeriği Çizelge 2.3'de verilmiştir.

Çizelge 2.3. "INHOMESSS" akronimin işaret ettiği alanlar ve bu alanlarda yapılması gerekenler.

ALAN	YAPILMASI GEREKENLER
I (immobility) İmmobilite	➤ Günlük yaşam etkinliklerini ve aletli günlük yaşam etkinliklerini değerlendirme ➤ Evi dolaştırması istenir ve bu sırada hastanın yürütmesi izlenir, odalar, merdivenler ve koridorlar güvenlik açısından gözlenir. ➤ Hastanın günlük rutin eylemleri (yatağa kendinin gitmesi, ilaç kutularını açma ve kişisel bakımını yapabilmesi) değerlendirilir ➤ Farkedilen yetersizlik varsa düzeltici girişimler tartışılır ➤ Diğer aile üyeleri ya da ev halkı ile Hastanın işlevsellik durumu konusunda konuşma:
N (Nutrition) Beslenme	➤ Beslenme tercihleri ➤ Günde kaç öğün yiyor, ➤ Mutfak dolaplarına ve buzdolabına bakmak için izin istenir ➤ Hastanın yemeğini hazırlayıp hazırlayamadığı hazırlayamıyorsa kimin yaptığı sorulur
H (Home Environment) Ev çevresi	➤ Komşuları ile ilişki ve güvenlik ➤ Hizmetlere yakınlık ➤ Ortam ısısı ➤ Su ve elektrik gibi kamu hizmetlerinden yararlanma durumu
O (Other People) Diğer kişiler	➤ Sosyal destek sistemi: aile üyeleri, komşular, arkadaşlar ➤ Acil yardım ➤ Hasta için vekil olarak hizmet edecek kişinin tanımlanması ➤ Bakıcı stresinin ve tükenmesinin değerlendirilmesi
M (Medications) İlaçlar	➤ Hastanın kullandığı evdeki tüm ilaçların gözden geçirilmesi ➤ İlaç kullanımının tipi, miktarı ve sıklığı ➤ İlaçları kendi mi alıyor, aile üyeleri ya da bakıcı mı veriyor? İlaç kutularını açabiliyor mu? ➤ İlaçlar için endikasyon ➤ Olası ilaç-ilaç ya da ilaç-besin etkileşimi ➤ İlaç uyumu ➤ İlaç kötüye kullanımı

Çizelge 2.3. (Devam) "INHOMESSS" akronimin işaret ettiği alanlar ve bu alanlarda yapılması gerekenler.

E (Examination) Muayene	➤ Hastanın gereksinimlerine odaklanmış muayene ➤ Vital bulgular ➤ Kardiyopulmoner ve nörolojik muayene ➤ Cilt muayenesi (bası yarası, ekimoz) ➤ Mobilite ya da immobilitenin değerlendirilmesi ➤ Bilişsel değerlendirme ➤ Hasta diyabetse kan şekeri nasıl baktığını gözleme ➤ Yardımcı alet kullanımını gözleme
S (Spiritual Health Services) Manevi İnançlar Sağlık hizmeti	➤ Dini objeler / okuma malzemeler için evi incelemek. Bu bir iyileşme ve başa çıkma stratejisi olarak manevi inançların tartışılmasını başlatabilir. ➤ Evde bakım kurumları ile ev ziyaretini koordine etme, hemşire varlığı hasta ve hekim arasındaki iletişimi kolaylaştırabilir, Sorular yanıtlanır, tercihler öğrenilir, öncelik ve bakış açıları tartışılır.
S (Safety) Güvenlik	ORTAM GÜVENLİĞİ ➤ Su sıcaklığı: 49°C'nin altında olmalı ➤ Dağınık koridorlar, masalar ve tezgahlar (baston, yürüteç veya tekerlekli sandalye kullanımı önünde engeller) var mı? ➤ Koridor ve merdivenlerin aydınlatılması ➤ Banyo, tuvalet ve merdivenlerde tutma demirleri var mı? ➤ Masalar, sandalyeler ve diğer mobilyalar dengeli mi? ➤ Kapı ve pencere kilitleri güvenilir mi? ➤ Yangın ya da başka bir acil durumda kaçış mümkün mü? ➤ Acil telefon numaraları görünür ve kolay ulaşılır bir yerde asılı mı? ➤ Elektrik ve kordonlar gizlenmiş mi? ➤ Halı ve kilimler düşmeye yol açmayacak şekilde sabitlenmiş ya da kaldırılmış mı? ➤ Duman dedektörü var mı? ➤ Ocak yakınında kolay tutuşabilecek eşya var mı? ➤ Ev hayvanı var mı?

Unvin BK, Tatum PE. House Calls Am Fam Physician. 2011; 83(8): 925-931'den yararlanılarak hazırlanmıştır.

2.6. Dünyada Ev Ziyaretleri

İkinci dünya savaşından bu yana ev ziyaretleri oranlarında düşüş yaşanmaktadır. Bu düşüşün nedenleri; ücretlendirme yetersizliği, kısıtlı zaman, tıpta yoğun teknoloji kullanımı ve evde bu teknolojik destekten yoksun kalınacağı düşüncesi, dava riski endişeleri, hekim eğitim ve uygulama eksikliği, kurumsal ve bireysel önyargılar olarak rapor edilmiştir (1,10). Ulaşımın ve iletişimin eskiye göre daha kolay olması nedeniyle hastaların hekime ulaşım kolaylığı, hekimin güvenlik kaygıları, gelişen teknoloji ile bilgiye erişim kolaylığı nedeniyle kişilerin hekime gitmeden sorunlarını kendi kendilerine çözme çabaları da ev ziyaretleri oranlarının düşme nedenleri arasındadır. Bununla birlikte gerek hasta tercihleri ve gerekse sağlık uygulamasındaki önemli değişiklikler hekimlerin ev ziyareti yapmalarına duyulan gereksinimi arttırmıştır (1,83).

ABD’de yeni göç eden, sağlık hizmeti ihtiyacı olan ve ekonomik gücü olmayan ailelere ulaşmak amacıyla 1970’lerde başlayan ev ziyaretleri, toplumsal sağlık ihtiyaçlarının artmasıyla yaygın bir sağlık hizmeti şekline dönüşmüştür. 1990’larda doktorlar tarafından yıllık 1,5 milyon ev ziyareti yapılırken bu sayı 2002’lerde 1,7 milyona ulaşmıştır (34,103). Ancak ikinci dünya savaşı sonrası bu sayı giderek azalmıştır. ABD’de 1950’li yıllarda hastayla ilk temasın %40’ı ev ziyaretleri yoluyla olurken, oran 1980’lerde %0,6’lara gerilemiştir. 1980 sonralarında ev ziyaretlerinin önemi yeniden artmıştır (10).

1990 yılında Amerikan Tıp Birliğince [American Medical Association (AMA)] yapılan bir ulusal ankette birinci basamakta çalışan hekimlerin yarısının ev ziyareti yaptığı saptanmıştır. Hekimler tarafından ev ziyaretleri önemli bir hizmet olarak algılanmasına rağmen yılda sadece birkaç kez ev ziyareti yapılmıştır (1). Son veriler ev ziyaretleri açısından pek çok hekimin yeterli bilgi ve beceriye sahip olmadığını göstermektedir (1,15,36,106). Örneğin ev ziyareti planlaması ile ilgili bir ankette hekimlerin %60’ının evden çıkamayan (yaşlı, sakat, engelli vb) hastaların gereksinimleri hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları saptanmıştır (2,15). ABD’de ev ziyaretlerini sadece hekimler yapmamakta, hemşirelerde başarılı bir şekilde ev ziyaretleri yapılmaktadır. Ev ziyaretlerinin büyük çoğunluğunu aile hekimleri yapmaktayken bunun yanında pediyatristler ve dahiliye hekimleri de ev ziyareti yapmaktadır (106,107). 1992 de yapılan bir çalışmaya göre Amerikan aile hekimleri yılda ortalama 21,2 ev ziyareti yapmaktadır (1,10, 30,107).

Avustralya’da yapılan bir araştırmada son 10 yıl içinde yapılan ev ziyaretlerinde %51 oranında azalma saptanmıştır. 1997’de yapılan ev ziyareti oranı 100 kişide 15,8 iken 2007 yılında bu oran 7,7 ye dūřmūřtır. Ziyaret alanların çoğunluğu 65 yař üřtū olup (%60), 85 yař üřtū hizmet alanların oranı %22 bulunmuştur. Ev ziyaretleri genellikle polikliniğe gelemeyen dūřkūn yaşlı kişiler için yapılmıştır. Hızla artan yaşlı nūfus karşısında ev ziyaretleri oranının arttırılması için ciddi stratejilerin geliştirilmesi, alternatif hizmetlerin sunulması / geliştirilmesi, kurumlar arası ilişkilerin kurulması / geliştirilmesi konularında uygun politikaların geliştirilmesinin gerekliliği vurgulanmıştır (46).

Dūnyanın pek çok űlkesinde ev ziyareti yapmak yasal bir zorunluluktur. Buna raęmen ev ziyareti oranları giderek azalmaktadır. Bununla birlikte İngiltere’de aile hekimleri hasta ile ilk temasın %10’unu evlerde geręekleřtirmektedir ve gūnde ortalama 3-6 ev ziyareti yapmaktadırlar. Ev ziyaretleri daha çok yařlı hastalar için yapılmaktadır. İngiltere ulusal saęlık hizmeti (NHS) herkese űcretsiz saęlık hizmeti sunmakta ve aile hekimleri ve hemřireler űcretsiz ev ziyareti yapmaktadırlar (2,10,108).

Almanya ve Danimarka’da birinci basamakta çalıřan hekimlere hizmet bařına űdeme yapılmaktadır. Bu űlkelerde de ev ziyareti yapmak yasal olarak zorunludur. Ev ziyaretleri sayısı Almanya’da da giderek azalmakla birlikte halen birincil bakım içinde űnemli yer tutmaktadır (10,109).

Hollanda’da ev ziyaretleri ve evde bakım hizmetleri multidisipliner bir yaklařımla uygulanmaktadır. Sosyal veya psikolojik destek ihtiyaı olan yařlılar Gūnlük Bōlgesel Ruhsal Tedavi Enstitū’sū’ne yōnlendirilmektedir. Hollanda’da yařlılara genelde kendi evlerinde bakılmakta ve yařlıların huzurevine yatırılmaları azalmaktadır (110).

Kanada’da ev ziyaretlerinin %98’i aile hekimleri tarafından yapılmaktadır. Ev ziyaretleri űncelikle yaşlı ve palyatif bakım hastalarına yapılmaktadır (42,43). Kanada’lı aile hekimleri ev ziyaretlerini zamanın etkisiz kullanımı olarak gōrmekte genellikle rahatsız edici olduğunu bildirmektedirler. Genellikle ev ziyaretleri ofis saatleri dışında yapılmakta ve űdenmemektedir.

Tūm dūnyada ev ziyaretleri oranlarının azalmasına raęmen yařlı nūfusun da artmasının yanında, gerek hastaların ihtiyaç ve istekleri gerekse saęlık sistemlerindeki deęiřiklikler ev ziyaretinin űnemini yeniden arttırmıř ve bu konuda çalıřmalar yapan

yazarlar ev ziyaretlerinin gerekçelerini ve yeni sağlık politikalarının geliştirilmesi gerekliliğini vurgulamışlardır (1,10,30,42,54,106,109).

2.7. Türkiye’de Ev Ziyaretleri

Ev ziyaretleri konusunda bir direkt bir yönetmelik veya bir yönerge henüz yayınlanmamıştır. Ancak Sağlık Bakanlığı Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği ve Sağlık Bakanlığı’nın Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönergelerinde ev ziyaretleriyle ilgili bölümler bulunmaktadır (13,100).

Sağlık Bakanlığı Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği’nde; aile hekimlerinin ev ziyareti yapması ile ilgili maddeler vardır (13). Bunlar:

- Kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için altı ay içinde ev ziyaretinde bulunur veya kişiler ile iletişime geçer,
- Evde takibi zorunlu olan zrl, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kendisine kayıtlı kişilere evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini verir,
- Kendisine kayıtlı kişileri yılda en az bir defa değerlendirerek sağlık kayıtlarını günceller,
- Aile sağlığı elemanı gezici ve yerinde sağlık hizmetleri, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana ocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerini verir, evde bakım hizmetlerinin verilmesinde aile hekimine yardımcı olur.

Sağlık Bakanlığınca sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Yönerge’de ise;

- Evde sağlık hizmeti; çeşitli hastalıklara bağlı olarak evde sağlık hizmeti sunumuna ihtiyacı olan bireylere evinde ve aile ortamında sosyal ve psikolojik danışmanlık hizmetlerini de kapsayacak şekilde verilen muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım, takip ve rehabilitasyon hizmetlerini kapsar.
- Evde sağlık hizmetleri, bakanlığa bağlı olarak faaliyet gösteren eğitim ve araştırma hastaneleri ile genel veya dal hastaneleri bünyesinde kurulan evde sağlık hizmeti birimleri ile toplum sağlığı merkezi, aile sağlığı merkezi ve aile hekimleri vasıtası ile sunulur.

- Evde takibi zorunlu özürlü, yaşlı, yatalak ve benzeri durumda olan hastalar ile evde sağlık hizmeti alması gerektiği bu Yönerge’de belirtilen usul ve esaslara göre tespit edilen kişilere yönelik birinci basamak koruyucu sağlık, tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetleri, ilgili mevzuatı gereği toplum sağlığı merkezi, aile sağlığı merkezi ve aile hekimleri vasıtası ile verilir,
- Evde sağlık hizmeti verilen kişilerin mevcut durumları hariç, yeni oluşan acil haller birimin görev alanına girmez. Bu durumlarda 112 İl Ambulans Servisi ya da doğrudan sağlık kuruluşlarının acil servislerine başvuru esastır denilmektedir (100).

Ancak ev ziyareti yapacak hekimlerin bu ziyaretleri kime, nasıl yapacaklarına yönelik ayrıntılı bir yönetmelik, yönerge vs bulunamamıştır. Ülkemizde mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimlerde ev ziyaretleri konusuyla ilgili bir müfredat yoktur. Ev ziyaretleri konusu kendi anabilim dalımızda dönem III öğrencilerine verdiği Aile Hekimliği stajında 2 saatlik ders olarak verilmektedir.

Ev ziyaretlerinin ülkemizde Kuzey Amerika ve Avrupa’ya göre çok daha az yapıldığı düşünülmektedir. Ülkemizde birinci basamakta çalışan hekimlerin ev ziyaretleri konusunda düşüncelerini yansıtan, ev ziyaretlerinin etkinliğine dair ya da birinci basamak hekimlerinin ev ziyaretleri konusunda yeterli bilgiye sahip olup olmadıklarını değerlendiren bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak Gözüm ve arkadaşlarının yaptığı yaşlılara bakım verme konusundaki bir araştırmada birinci basamakta çalışan sağlık personelinin yaşlı sağlık bakımı konusunda en fazla bilinen, uygulanan ve istenen görevin yaşlının sağlık eğitimi, en az bilinen, uygulanan ve istenen görevin ise yaşlının evde bakımı olduğu bulunmuştur (111).

2.8. Ev Ziyaretlerinde Kullanılabilecek Başlıca Enstrümanlar

Ev ziyaretinin amacına uygun olarak bazı enstrümanlar kullanılabilir. Ev ziyaretlerinde “**Ev Ziyareti Kontrol Listesi**” ile hasta ve ailesinin demografik bilgileri, hastanın mobilite durumu, işlevselliği, beslenme ve diyet durumu, kullandığı reçeteli ve reçetesiz ilaçlar ve ilaç uyumu sosyoekonomik durumu ve sosyal desteği, konut güvenliği, evin ısınma şekli, evde yaşayan kişiler ve evcil hayvanlar değerlendirilir, fizik muayene bulguları forma eklenir (1,51). Böyle bir liste yapılması

gerekenlerin sistematik bir şekilde yapılmasını sağladığı için hekimin işini kolaylaştırmaktadır. Ziyaretin amacı yaşlının kapsamlı değerlendirilmesi ise birincil bakımda da kullanılabilen kapsamlı geriyatrik değerlendirmede kullanılan enstrümanlar yardımcı olur. Bu enstrümanların listesi Çizelge 2.4’de verilmiştir.

Çizelge 2.4. Kapsamlı geriyatrik değerlendirmede kullanılan enstrümanlar.

Alan	Enstrümanlar
Genel alan	10 dakikalık tarama testi
Bilişsel durum değerlendirme enstrümanları	- MMSE - Saat çizme - Mini Cog
Günlük yaşam etkinliklerini değerlendirme	- KATZ skalası [Günlük Yaşam Aktiviteleri Skalası (GYAS)] - Modifiye Barthel indeksi
Aletli günlük yaşam etkinliklerini değerlendirme	Lawton-Brody Günlük Aktivite (IADL) Skalası
Beslenme Düzeyi	- Mini Nutrisyonel Değerlendirme Testi (MNA) 24 Saatlik Besin Tüketim Formu
Mobilitenin değerlendirilmesi	- Zaman ve değişiklik testi - Yaşlı hareketlilik skalası - Kalk ve yürü testi
Afektif bozukluk, depresyon için tarama	- Geriyatrik depresyon skalası 5 soruluk formu - PHQ-2 anketi
Görme muayenesi	Snellen kartı
İşitme muayenesi	Fısıltı testi
Ağız ve diş sağlığının değerlendirilmesi	DENTAL
Yürüyüş ve dengenin değerlendirilmesi	- Sürekli Kalkma ve Yürüme Testi - Berg Denge Skalası - Tinetti Performans Yönelimli Mobilite testi (POMA)
İnkontinansın değerlendirilmesi	Miksiyon Günlüğü
Ağrının değerlendirilmesi	Görsel Analog Skala

Kaynak 112, 116, 117, 119’den yararlanılarak hazırlanmıştır.

10 Dakikalık Kapsamlı Tarama: Hekim ya da bir yardımcı sağlık personeli uygulayabilir. Bu tarama kısa sürmesine rağmen, hafıza, üriner inkontinans, depresyon, fiziksel fonksiyonel kapasite, düşmeler, beslenme, işitme, görme gibi pek çok parametreyi tarar (112-113).

Kapsamlı muayene: Yaşlı kişilerin genellikle iç içe geçmiş pek çok sağlık ve sosyal sorunları vardır. Bu yakınmalar hekimin birinci basamak sağlık merkezi (BBSM)'de sınırlı zaman içinde tüm sorunları birlikte değerlendirmeye çalışması tanı ve tedaviyi zorlaştırır. Bu durumların çoğu kronik ve komorbid durumlardır. Kapsamlı muayene enstrümanını kullanarak pek çok önlenabilir sağlık durumu erken saptanabilir ve çözümlenebilir (114,118).

Düşme Değerlendirme Formu: Yaşlı hastalardaki hareket durumu ve düşme riskinin tespitinde “Kalk ve yürü testi” ve/veya Tinetti Performans ve Mobilite Değerlendirmesi (POMA) kullanılabilir. Düşme riski şüphesi olan veya son bir yıl içinde düşme öyküsü bulunan yaşlılara uygulanmalıdır (114,115).

Geriatrik Depresyon Skalası (GDS): Yaşlılıkta depresyon önemli bir sağlık sorunudur. Yaşlı kişilerin duygudurum değerlendirmesinde “Geriatrik depresyon skalası (GDS)” ve “Yesavage geriatrik depresyon skalası” kullanılabilir (120).

Mimi-Mental Durum Muayenesi (MMSE): Bilişsel durum değerlendirmesinde kullanılan testtir (121).

Mini Nutritional Assesment (MNA): Yaşlılarda beslenme bozuklukları dikkatli değerlendirilmelidir. Vücut kitle indeksinin (VKİ) 22'nin altında olması bir sağlık sorununa işaret edebilir. MNA yaşlı beslenme durumunun değerlendirilmesinde kullanılır (122). Ev güvenliğinin değerlendirilmesinde çocuklar ve yaşlılar için ev güvenlik çeklistleri kullanılabilir (Bkz. Ek-1 ve Ek-2).

Değerlendirme sonrasında yaşlı ve/veya ailesi ile bulgular paylaşılır gerekli olan sağlık bakımına ve yönetime hasta ve/veya ailesi ile görüşülerek karar verilir. Bakım planı birlikte hazırlanır ve gerekliyse izlem planı ve bir sonraki ziyaret günü belirlenir (1). Hastaya ya da aileye acil durumlarda ulaşılacakları (112 acil, polis, itfaiye gibi) telefon numaraları yazılı olarak verilir ve kolay ulaşabileceği ve görebileceği bir yere asması istenir.

2.9. Tıp Fakültelerinde Ev Ziyaretleri Eğitimi

Tüm ülkelerde yaşlı kişilerin sayısı artmaktadır. Bireyler yaşlandıkça kronik hastalıklar, engellilikler ve morbiditeler kaçınılmazdır. Bu kişilerin gereksindikleri kaliteli sağlık bakımını verebilmenin maliyet etkin çözümlerini bulmanın önemi giderek artmaktadır (123). Hastane bakımının pahalı ve fragmente olması, immün sistemleri zayıflayan yaşlıların hastane infeksiyonlarına duyarlılığı, yaşlıların kendi evlerinde bakım almayı tercih etmeleri nedeniyle yaşlı kişilerin çok gerekmedikçe hastane bakımı alması istenmemektedir (124).

Bu nedenle yaşlıların değerlendirilmesinde ve sağlık gereksinimlerinin karşılanmasında ev ziyaretlerinin önemi gün geçtikçe artmaktadır. Yaşlı nüfus arttıkça aile hekimlerinin daha fazla düşkün, engelli, kronik hastalığı ve bilişsel yetersizliği olan hastası olacaktır (123). Aile hekimleri düzenli kontrole gelmeyen/gelemeyen yaşlı kişileri evlerinde ziyaret ederek polikliniğe gelmeme/gelememe nedenini öğrenebilirler (125). Kronik hastalıkları ve hareket engellilikleri, bilişsel yetersizliği olan yaşlı kişilere sağlık hizmeti sunmanın tek yolu ev ziyaretleri olabilir (126). Bu nedenle aile hekimlerinin ev ziyareti yapmada yetkin olmaları gerekmektedir. Yapılan çalışmalarda aile hekimlerinin ev ziyareti yapmama nedenlerinden biri bu konuda eğitim eksikliği olarak ifade edilmiştir (127,128).

Amerika’da tıp fakültelerinde 1990’ların başında yapılan bir yüzey araştırmasında 123 tıp fakültesinde 4 yıllık müfredatta evde bakıma sadece bir saat ayrıldığı bulunmuştur (128).

Yeni Tıp Enstitüsü Raporu artan yaşlı nüfusa yetecek kadar geriyatrist olamayacağı için tüm sağlık bakımı çalışanlarının geriyatrik yeterliliklerini geliştirmeleri çağrısında bulunmuştur. Bazı öngörüler artan yaşlı nüfusun gereksinimlerini karşılamak için 2030 yılına kadar 36,000 geriyatriste gereksinim olacağını ve bu sayıya ulaşmanın imkansız olduğunu ileri sürmektedir. ABD Census and American Medical Association Master File verilerinin analizi özellikle yaşlı kişilerin büyük kısmının yaşadığı kırsal alanlarda genel dahiliyecilerden çok aile hekimlerinin olduğunu bildirmiştir. Bu nedenle aile hekimlerinin yaşlı kişilere bakım sunmada ev ziyaretlerini bir fırsat olarak değerlendirmeleri ve bu alanda kendilerini geliştirmeleri gerekmektedir (129).

Amerika ve Kanada’da pek çok tıp fakültesi bu nedenle mezuniyet öncesi ve sonrası müfredatlarına ev ziyaretlerini eklemeye başlamışlardır (130).

Nieman ve Jones'un yaptığı araştırmada 137 tıp fakültesinin %32'sinde Aile Hekimliğinde öğrencilere hastaları evde ziyaret etme olanağı sağlanmakta olduğu saptanmıştır. Bu okulların çoğunda ev ziyareti zorunludur. Öğrenci bu ziyaretler sonrası bir rapor sunar. Ev ziyareti yapan öğrencilerin %94'ü ziyaretler konusunda olumlu tutum bildirmişlerdir (131).

Minnesota Üniversitesi Tıp Fakültesinde asistanların minimum 4 ev ziyareti yapmaları, bu ziyaretlerin ikisini Family Practice Center/Behavioral Medicine rotasyonunda; diğer ikisini asistanlıklarının ikinci yılında tamamlamaları gerekmektedir. Laditka ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 2 ve 3. yıl aile hekimliği asistanları ev ziyaretlerinin onların daha iyi bakım vermelerini sağladığını, becerilerini ve toplumsal hizmet anlayışlarını artırdığını bildirmişlerdir (132).

Hawaii Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği stajında ve Thomas Jefferson University Jefferson Medical College'de 1981'den beri ev ziyareti programı vardır. Aile Hekimliği asistanları eğitim süreleri boyunca ortalama 44 ev ziyareti yapmaktadırlar. Bu asistanlarla yapılan çalışmada asistanların %93'ü ev ziyaretinin yaşlı hastaların ve bakıcılarının sağlığını olumlu etkilediğini bildirmişlerdir (133).

Aile Hekimliği temel kitaplarının çoğunda ev ziyareti bölüm olarak yoktur. Ancak McWhinney ve Freeman'ın editörlüğünde hazırlanmış olan Textbook of Family Medicine'de evde bakım ve ev ziyaretlerine bir bölüm ayrılmıştır (134).

Ülkemize baktığımızda tıp fakültelerinden mezun olan öğrenciler ev ziyareti yapma konusunda eğitim almamaktadır. Aile Hekimliğine geçişte yapılan Aile hekimliği eğitimlerinde de ev ziyaretleri işlenmemiştir. Bu nedenle hekimler ev ziyaretini akut hastalık çağrısı ile aynı olarak görmektedirler.

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

Bu tez projesi öncelikle Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu tarafından Eylül 2011’de bilimsel ve etik açıdan uygun görülüp kabul edilmiş, sonrasında Burdur İl Sağlık Müdürlüğü’ne bağlı 33 Aile Sağlığı Merkezi (ASM)’inde yürütülebilmesi için gereken izinler alınmış ve araştırmaya başlanılmıştır. Çalışmaya başlandığında Burdur İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı 33 ASM’de toplam 78 aile hekiminin çalıştığı saptanmıştır.

3.1. Araştırma Bölgesi

Burdur İl Sağlık Müdürlüğü’ne bağlı tüm ASM’lerde çalışan aile hekimleri araştırma bölgesini oluşturmaktadır.

3.2. Araştırma Evreni ve Evrenin Tanıtılması

3.2.1. Araştırma evreni

Araştırmanın evrenini Burdur İlinde, Burdur İl Sağlık Müdürlüğü’ne bağlı tüm ASM’lerde görevli olarak çalışan ve araştırmaya katılmaya gönüllük gösteren aile hekimleri oluşturmaktadır.

Çalışmaya başlandığında Burdur İl Sağlık Müdürlüğü’ne bağlı 33 ASM’de toplam çalışan hekim sayısı 78 olarak bulundu. Örneklem büyüklüğü hesaplama tablosu kullanılarak alfa 0,05 anlamlılık düzeyinde %5 hata payıyla en az 70 hekime ulaşılması planlandı.

3.2.2. Araştırmaya kabul kriterleri

Burdur ilinde birincil bakımda aile hekimi olarak görev yapan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hekimler olarak belirlenmiştir.

3.2.3. Araştırmadan dışlama kriterleri

Araştırmaya katılmayı kabul etmemek. Tayin veya benzeri nedenlerle Burdur İli dışına atanmak

3.3. Araştırmanın tipi

Kesitsel tipte bir araştırmadır.

3.4. Araştırmanın Veri Kaynakları

Burdur İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı 33 ASM'ye ulaşılmış ve toplam 73 aile hekimi çalışmaya katılmayı kabul etmiştir. Aile hekimlerinin ev ziyaretleri konusundaki bilgi, tutum ve görüşlerini değerlendirmek amacıyla açıklama ve demografik bilgilerin de bulunduğu, eğitim öncesi ve sonrasında uygulanmak üzere toplam 21 sorudan oluşan bir anket hazırlanmıştır (Bkz. Ek-3). Anket sorularının ön hazırlık aşamasında Antalya'da çalışan toplam 20 aile hekimine anket uygulanmış ve fikirleri alınmıştır. Anket test sonuçlarının geçerlilik ve güvenirliliği açısından Biyoistatistik ve Tıp Bilişimi Anabilim Dalı'na danışılmış ve önerileri doğrultusunda anket soruları son şeklini almıştır.

3.5. Araştırmanın Uygulama Şekli

Bu çalışma, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından koordine edilerek Burdur İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı aile sağlığı merkezlerinde yürütülmüştür.

Çalışmaya Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan ve Burdur İl Sağlık Müdürlüğünden gerekli izinler alınarak başlanmıştır. Örneklem büyüklüğü hesaplama tablosu kullanılarak alfa 0,05 anlamlılık düzeyinde %5 hata payıyla en az 70 aile hekimine ulaşılması planlanmıştır. Burdur İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı 33 ASM'ye ulaşılmış ve toplam 73 aile hekimi çalışmaya katılmayı kabul etmiştir. Hekimlerin onamları alındıktan sonra yüz yüze görüşme tekniğiyle anket uygulanmıştır. Bir hekim il dışı tayin nedeniyle görevinden ayrılmış ve çalışma dışı bırakılmıştır.

72 aile hekimi, Burdur İl Sağlık Müdürlüğü'nde görevli il sağlık müdür yardımcıları ve şube müdürlerinin katılımıyla yapılan bir toplantı da birbirlerine benzer özellikte ancak birbirlerine uzak olan ASM'ler belirlenerek iki gruba ayrılmışlardır. Bu ayırım sonrası 35 ve 37 hekimden oluşan iki grup oluşmuştur. 37 kişilik gruba ev ziyaretleri konusunda eğitim verilmesi planlanmıştır.

Eğitim verebilmek için Sağlık Bakanlığı'ndan onay alınması gerektiğinden Sağlık Bakanlığı'yla yazışmalar yapılmış ve eğitim onayı alınmıştır. Eğitim onayı alındıktan sonra 37 aile hekimine ev ziyaretleri konusunda 2 günlük eğitim verilmiştir. Eğitimden yaklaşık 3 ay sonra, hem eğitim alan guruba hem de eğitim almayan guruba

anket soruları tekrar sorulmuştur. Eğitim grubuna ayrıca 6 vakayı içeren ev ziyareti yapma-yapmama kararı verme becerilerini sınavan core sınavı uygulanmıştır. Veriler SPSS 18.0 istatistik programına girilmiştir.

3.6. İstatistiksel İncelemeler

Çalışmada elde edilen veriler SPSS 18.0 istatistik programı ile analiz edildi. Örneklemi tanımlamak için frekans dağılımı, ortalama, standart sapma gibi tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır.

Parametrik test varsayımlarının sağlandığı durumlarda bağımsız iki grup ortalamalarının farkı “Student t testi”, bağımlı iki grup ortalamalarının farkı “İki Eş Arası Fark Testi”, ikiden fazla grup arası fark ise “Varyans Analizi” ile araştırılmıştır. Parametrik test varsayımlarının sağlanmadığı durumlarda ise bu testlerin parametrik olmayan alternatifleri, “Mann-Whitney U”, “Wilcoxon İşaretli Sıra” ve “Kruskall Wallis” testleri kullanılmış, ayrıca sürekli değişkenler arasındaki ilişki durumu da “Spearman Korelasyon Katsayısı” kullanılarak analiz edilmiştir. Kategorik veriler “Ki-kare Anlamlılık Testi” ile incelenmiştir. Bağımlı gruplar arasındaki farklılık değerlendirmeleri Mc Nemar testi ile analiz edilmiştir.

Veriler alfa 0,05 anlamlılık düzeyinde, %95 güven aralığında, %5 relatif kesinlik ile değerlendirilmiş ve $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Analizlerde farklılıkların belirlenmesi için %95 anlamlılık düzeyi (ya da $\alpha=0.05$ hata payı) kullanılmıştır.

Hipotezler

H₁ hipotezi: Aile hekimlerine ev ziyaretleri konusunda verilecek bir eğitim bilgi, beceri ve ev ziyaretleri konusunda ki tutumlarında değişiklik yaratır.

H₀ hipotezi: Aile hekimlerine ev ziyaretleri konusunda verilecek bir eğitim bilgi, beceri ve ev ziyaretleri konusunda ki tutumlarında değişiklik yaratmaz.

4. BULGULAR

Çalışma Burdur ilinde Sağlık Bakanlığına bağlı aile sağlığı merkezinde çalışan 72 aile hekimi ile yapılmıştır. Hekimler Burdur İl Sağlık Müdürlüğünde görevli il sağlık müdür yardımcıları ve şube müdürlerinin katılımıyla yapılan bir toplantıda birbirlerine benzer özellikte ancak birbirlerine uzak olan ASM'ler belirlenerek 37 kişi eğitim grubu ve 35 kişi kontrol grubu olarak ikiye ayrılmıştır. Katılımcıların %81,9'u erkek; %18,1'i kadındır. Yaş grubu 33-57 aralığındadır ve ortalama yaş 42,22'dir. Medeni durum %93,1 evli, %6,9 bekar şeklindedir. Çizelge 4.1'de cinsiyete göre dağılım, Çizelge 4.2'de yaşa göre dağılım, Çizelge 4.3'de ise medeni duruma göre dağılım gösterilmiştir.

Çizelge 4.1. Katılımcıların cinsiyete göre dağılımı.

	Frekans	Yüzde Değer	Geçerli Yüzde Değer	Kümülatif Yüzde Değer
Kadın	13	18.1	18.1	18.1
Erkek	59	81.9	81.9	100.0
Toplam	72	100.0	100.0	

Çizelge 4.2. Katılımcıların yaşa göre dağılımı.

	Frekans	Yüzde Değer	Geçerli Yüzde Değer	Kümülatif Yüzde Değer
30-39 yaş	31	43.1	43.1	43.1
40-49 yaş	30	41.7	41.7	84.7
50 ve üzeri yaş	11	15.3	15,3	84.7
Toplam	72	100.0	100.0	

Çizelge 4.3. Katılımcıların medeni duruma göre dağılımı.

	Frekans	Yüzde Değer	Geçerli Yüzde Değer	Kümülatif Yüzde Değer
Bekar	5	6.9	6.9	6,9
Evli	67	93.1	93.1	100.0
Toplam	72	100.0	100.0	

Çalışma grubuna katılan hekimlerin birinci basamakta en az 2 ay ile en fazla 340 aydır çalıştıkları ve ortalama 157,28 aydır birinci bakımda hekimlik yaptıkları tespit edilmiştir. Hekimler aile hekimi olarak şu an çalıştıkları ASM'lerde ortalama 34,93 aydır çalışmaktadır. Hizmet verdikleri nüfus oranları büyük değişiklikler

göstermektedir. Bunun çalıştıkları il ve ilçelerin nüfusunun farklılıklarından kaynaklanmış olabileceği kanısındayız. Hizmet verilen en az nüfus 250 kişi olup en fazla nüfus ise 4100 olarak tespit edilmiş ve ortalama her hekimin 3314,99 kişiye hizmet verdiği görülmüştür. Aile hekimlerinin %70,8'inin 3000 üzerinde kişiye hizmet verdiği bulunmuştur. Çizelge 4.4'de birinci basamakta çalışma süreleri dağılımı, Çizelge 4.5'de aile hekimi olarak çalışma süreleri dağılımı, Şekil 4.1'de ise hizmet verilen nüfus dağılımı gösterilmiştir.

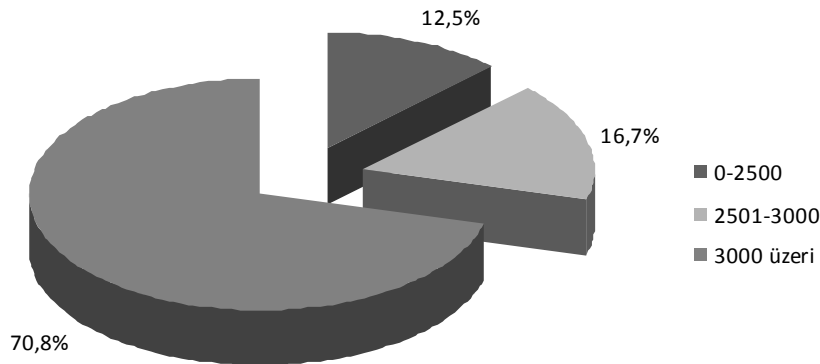
Çizelge 4.4. Birinci basamakta çalışma süreleri dağılımı.

	Frekans	Yüzde Değer	Geçerli Yüzde Değer	Kümülatif Yüzde Değer
0-60 ay	13	18.1	18.1	18.1
61-120 ay	14	19.4	19.4	37.5
121-180 ay	20	27.8	27.8	65.3
181-240 ay	12	16.7	16.7	81.9

Çizelge 4.5. Aile hekimi olarak çalışma süreleri dağılımı.

	Frekans	Yüzde Değer	Geçerli Yüzde Değer	Kümülatif Yüzde Değer
0-12 ay	9	12.5	12.5	12.5
13-24 ay	6	8.3	8.3	20.8
25-36 ay	21	29.2	29.2	50.0
37-48 ay	29	40.3	40.3	90.3
49 ay ve üzeri	7	9.7	9.7	100.0
Toplam	72	100.0	100.0	

Hizmet verilen nüfus dağılımı



Şekil 4.1. Katılımcıların hizmet verdikleri nüfusa göre dağılımı.

Çalışmaya katılan 72 aile hekimi, Burdur İl Sağlık Müdürlüğünde görevli il sağlık müdür yardımcıları ve şube müdürlerinin katılımıyla yapılan bir toplantıda birbirlerine benzer özellikte ancak birbirlerine uzak olan ASM'ler belirlenerek kontrol (n:35) ve eğitim (n:37) grubu olmak üzere iki gruba ayrılmışlardır. Bu ayrılmanın nedeni, kontrol grubu ve eğitim grubunun birbirleriyle etkileşimini ortadan kaldırılmasının amaçlanmış olmasıdır. Çizelge 4.6'da çalışmaya katılan 72 aile hekiminden 39'unun aile hekimleri ev ziyareti yapmalı dediği, 18 aile hekiminin yapmamalı dediği ve 15 aile hekiminin bu konuda kararsız oldukları görülmektedir.

Çizelge 4.6. Aile hekimleri ev ziyareti yapmalı mıdır?

	Frekans	Yüzde Değer	Geçerli Yüzde Değer	Kümülatif Yüzde Değer
Evet	39	54,2	54,2	54,2
Hayır	18	25,0	25,0	79,2
Kararsızım	15	20,8	20,8	100,0
Toplam	72	100,0	100,0	

Kontrol ve eğitim grubu arasında farklılık olup olmadığını görmek için, kontrol grubu ve eğitim grubu ön anket yanıtları karşılaştırılmış soru 1, soru 8 ve soru 12'de istatistiksel olarak anlamlı farklılık varken diğer soru karşılaştırmalarında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Eğitim ve kontrol grubunun ön anket sorularına yanıtlarının karşılaştırmaları Çizelge 4.7'de görülmektedir.

Veri analizi için üç seçenekli sorularda evet cevabı bir grupta, hayır ve kararsızım ya da bilmiyorum yanıtları bir grupta toplanmıştır. Beş seçenekli sorularda kesinlikle katılmıyorum, katılmıyorum ve kararsızım yanıtları bir grupta, katılıyorum ve kesinlikle katılıyorum yanıtları bir grupta toplanmıştır. Sadece 15. soruda ise kesinlikle katılmıyorum, katılmıyorum bir grupta, kararsızım, katılıyorum, kesinlikle katılıyorum yanıtları bir grupta toplanmıştır.

Çizelge 4.7. Kontrol ve eğitim grubu ön anket soruları karşılaştırmaları.

	Kontrol grubu (n:35) ön anket sorularına evet /katılıyorum cevabı verenler		Eğitim grubu (n:37) ön anket sorularına evet/katılıyorum cevabı verenler		P değeri
	Sayısal değer	Yüzde değer	Sayısal değer	Yüzde değer	
Soru 1	14	40,0	25	67,6	0,036
Soru 2	16	45,7	15	40,5	0,719
Soru 3	15	42,9	17	45,9	0,916
Soru 4	31	88,6	37	100,0	0,051
Soru 5a	12	34,3	17	45,9	0,313
Soru 5b	17	48,6	18	48,6	0,623
Soru 5c	13	37,1	14	37,8	0,951
Soru 5d	15	42,9	17	45,9	0,792
Soru 5e	19	54,3	28	75,7	0,057
Soru 6	18	51,4	26	70,3	0,101
Soru 7a	19	54,3	14	37,8	0,162
Soru 7b	24	68,6	29	78,4	0,345
Soru 7c	25	71,4	26	70,3	0,914
Soru 7d	14	40,0	21	56,8	0,155
Soru 7e	7	20,0	8	21,6	0,866
Soru 8	22	62,9	34	91,9	0,003
Soru 9	9	25,7	14	37,8	0,060
Soru 10	9	25,7	16	43,2	0,118
Soru 12	7	20,0	16	43,2	0,035
Soru 13	24	68,6	29	78,4	0,345
Soru 14	28	80,0	34	91,9	0,183
Soru 15	11	31,4	9	24,3	0,501
Soru 16	27	77,1	31	83,8	0,477
Soru 17	10	28,6	17	45,9	0,128
Soru 18	30	85,7	36	97,3	0,102
Soru 19	16	45,7	21	56,8	0,349

Kontrol ve eğitim grubu son anket sorularının karşılaştırması Çizelge 4.8’de verilmiştir. Eğitim sonrasında hekimlerin tutumlarını belirleyen sorulardan; soru 2, soru 3 ve soru 5’in a, b, c şıklarında, olgu ve bilgi sorularından; soru 4, soru 16 ve soru 7’nin a şikkında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır. Bununla birlikte diğer tüm sorulardaki farklılığın istatistiksel olarak anlamı olduğu Çizelge 4.8’de görülmektedir.

Çizelge 4.8. Kontrol ve eğitim grubu son anket soruları karşılaştırmaları.

	Kontrol grubu (n:35) son anket sorularına evet /katılıyorum cevabı verenler (Eğitim almayan)		Eğitim grubu (n:37) son anket sorularına evet/katılıyorum cevabı verenler (Eğitim alan)		P değeri
	Sayısal değer	Yüzde değer	Sayısal değer	Yüzde değer	
Soru 1	14	40,0	30	81,1	0,000
Soru 2	19	54,3	12	32,4	0,061
Soru 3	19	54,3	28	75,7	0,057
Soru 4	31	88,6	37	100,0	0,051
Soru 5a	16	45,7	20	54,1	0,479
Soru 5b	17	48,6	19	51,4	0,814
Soru 5c	14	40,0	19	51,4	0,334
Soru 5d	10	28,6	19	51,4	0,049
Soru 5e	15	42,9	28	75,7	0,005
Soru 6	17	48,6	31	83,8	0,002
Soru 7a	30	85,7	32	86,5	1,000
Soru 7b	19	54,3	36	97,3	0,000
Soru 7c	23	65,7	36	97,3	0,000
Soru 7d	15	42,9	35	94,6	0,000
Soru 7e	7	20,0	30	81,1	0,000
Soru 8	21	60,0	36	97,3	0,000
Soru 9	7	20,0	25	67,6	0,000
Soru 10	11	31,4	31	83,8	0,000
Soru 12	8	22,9	31	83,8	0,000
Soru 13	17	48,6	34	91,9	0,000
Soru 14	28	80,0	36	97,3	0,026
Soru 15	11	31,4	1	2,8	0,001
Soru 16	29	82,9	36	97,3	0,052
Soru 17	12	34,3	31	83,8	0,000
Soru 18	27	77,1	37	100,0	0,002
Soru 19	15	42,9	35	94,6	0,000

Kontrol grubunun “Aile hekimleri ev ziyareti yapmalı mıdır?” ön anket yanıtlarında hayır veya kararsızım diyen 21 kişiden sadece bir kişinin son ankette cevabını evet olarak değiştirdiği Çizelge 4.9’da görülmektedir. Bu istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p:1,00).

Çizelge 4.9. Kontrol grubu ön anket-son anket soru 1 karşılaştırması

Aile hekimleri ev ziyareti yapmalı mıdır?						
			Son anket soru 1		Toplam	p değeri >0,05
			Evet	Diğerleri		
Ön anket soru 1	Evet	Sayısal Değer	13	1	14	1,00
		Yüzde Değer	92,9	7,1	100,0	
	Diğerleri	Sayısal Değer	1	20	21	
		Yüzde Değer	4,8	95,2	100,0	
Toplam		Sayısal Değer	14	21	35	
		Yüzde Değer	40,0	60,0	100,0	

Çizelge 4.10’da eğitim gurubunda hayır veya kararsızım diyen 12 kişiden 6’sının son ankette yanıtlarını evet olarak değiştirdiği görülmektedir. Evet diyenlerin oranı artmıştır, ancak bu artış istatistiksel olarak anlamı bulunmamıştır ($p:0,125$). Bunun nedeninin eğitim grubunda “Aile hekimleri ev ziyareti yapmalı mıdır?” sorusuna eğitim almadan öncede evet deme oranının %67,6 gibi yüksek bir değerde olmasının neden olduğu düşünülmektedir.

Çizelge 4.10. Eğitim grubu ön anket - son anket soru 1 karşılaştırması.

Aile hekimleri ev ziyareti yapmalı mıdır?						
			Son anket soru 1		Toplam	p değeri >0,05
			Evet	Diğerleri		
Ön anket soru 1	Evet	Sayısal Değer	24	1	25	0,125
		Yüzde Değer	96,0	4,0	100,0	
	Diğerleri	Sayısal Değer	6	6	12	
		Yüzde Değer	50,0	50,0	100,0	
Toplam		Sayısal Değer	30	7	37	
		Yüzde Değer	81,1	18,9	100,0	

Çizelge 4.11’de çalışmaya katılan 72 aile hekiminden 31’inin (%43,1) yeterli sayıda ev ziyareti yaptığını ifade ettiği, 26 aile hekiminin (%36,1) yaptıkları ev ziyaretlerinin yeterli sayıda olmadığını düşündüğü ve 15 aile hekiminin (%20,8) bu konuda kararsız olduğu görülmektedir.

Çizelge 4.11. Sizce yeterli sayıda ev ziyareti yapıyor musunuz?

	Frekans	Yüzde Değer	Geçerli Yüzde Değer	Kümülatif Yüzde Değer
Evet	31	43,1	43,1	43,1
Hayır	26	36,1	36,1	79,2
Kararsızım	15	20,8	20,8	100,0
Toplam	72	100,0	100,0	

Çizelge 4.12’de kontrol grubunda “Sizce yeterli sayıda ev ziyareti yapıyor musunuz?” sorusuna ön ankette hayır ya da kararsızım diyen 19 kişiden 3 ünün son ankette evet cevabı verdiği görülmektedir. Bu istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p:0,250).

Çizelge 4.12. Kontrol grubu ön anket-son anket soru 2 karşılaştırması.

Sizce yeterli sayıda ev ziyareti yapıyor musunuz?						
			Son anket soru 2		Toplam	p değeri >0,05
			Evet	Diğerleri		
Ön anket soru 2	Evet	Sayısal Değer	16	0	16	0,250
		Yüzde Değer	100,0	0,0	100,0	
	Diğerleri	Sayısal Değer	3	16	19	
		Yüzde Değer	15,8	84,2	100,0	
Toplam		Sayısal Değer	19	16	35	
		Yüzde Değer	54,3	45,7	100,0	

Çizelge 4.13’de eğitim grubunda “Sizce yeterli sayıda ev ziyareti yapıyor musunuz?” sorusuna ön ankette hayır ya da kararsızım diyen 22 kişiden 3’ünün son ankette evet cevabı verdiği görülmektedir. Bu istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p:0,508).

Çizelge 4.13. Eğitim grubu ön anket -son anket soru 2 karşılaştırması.

Sizce yeterli sayıda ev ziyareti yapıyor musunuz?						
			Son anket soru 2		Toplam	p değeri >0,05
			Evet	Diğerleri		
Ön anket soru 2	Evet	Sayısal Değer	9	6	15	0,508
		Yüzde Değer	60,0	40,0	100,0	
	Diğerleri	Sayısal Değer	3	19	22	
		Yüzde Değer	13,6	86,4	100,0	
Toplam		Sayısal Değer	12	25	37	
		Yüzde Değer	32,4	67,6	100,0	

Çizelge 4.14’de çalışmaya katılan 72 aile hekiminden 32’sinin (%44.4) yeterli bilgi ve beceriye sahip olduklarını ifade ettiği, 15 aile hekiminin (%20.8) yeterli bilgi ve beceriye sahip olmadığını düşündüğü ve 25 aile hekiminin (%24.7) bu konuda kararsız olduğu görülmektedir.

Çizelge 4.14. Ev ziyareti konusunda yeterli bilgi ve beceriye sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz?.

	Frekans	Yüzde Değer	Geçerli Yüzde Değer	Kümülatif Yüzde Değer
Evet	32	44,4	44,4	44,4
Hayır	15	20,8	20,8	65,2
Kararsızım	25	34,7	24,7	100,0
Toplam	72	100,0	100,0	

Kontrol grubunda ön ankette ‘Ev ziyareti konusunda yeterli bilgi ve beceriye sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz?’ sorusuna 15 aile hekiminin evet dediği, son ankette ise ön ankette hayır ya da kararsızım diyen 20 kişiden 4’ünün cevabının evet olarak değiştiği ve toplamda son ankette 19 kişinin soruyu evet olarak yanıtladığı çizelge 4.15’de izlenmektedir. Bu değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p:0,125).

Çizelge 4.15. Kontrol grubu ön anket -son anket soru 3 karşılaştırması.

Ev ziyareti konusunda yeterli bilgi ve beceriye sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz?						
			Son anket soru 3		Toplam	p değeri >0,05
			Evet	Diğerleri		
Ön anket soru 3	Evet	Sayısal Değer	15	0	15	0,125
		Yüzde Değer	100,0	0,0	100,0	
	Diğerleri	Sayısal Değer	4	16	20	
		Yüzde Değer	20,0	80,0	100,0	
Toplam		Sayısal Değer	19	16	35	
		Yüzde Değer	54,3	45,7	100,0	

Eğitim alan grubun ön anketinde ‘Ev ziyareti konusunda yeterli bilgi ve beceriye sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz?’ sorusuna evet cevabı veren aile hekimi sayısı 17 iken, eğitim sonrası 3 kişi cevabını hayır ya da kararsızım olarak değiştirmiştir. Eğitimden önce hayır ya da kararsızım diyen 20 kişiden 14’ü eğitim sonrası cevabını evet olarak değiştirmiştir. Eğitim sonrası toplam 28 (%75,7) kişinin

soruya evet cevabı verdiği Çizelge 4.16’da izlenmektedir. Bu değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p: 0,013).

Çizelge 4.16. Eğitim grubu ön anket -son anket soru 3 karşılaştırması.

Ev ziyareti konusunda yeterli bilgi ve beceriye sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz?						
			Son anket soru 3		Toplam	p değeri <0,05
			Evet	Diğerleri		
Ön anket soru 3	Evet	Sayısal Değer	14	3	17	0,013
		Yüzde Değer	82,4	17,6	100,0	
	Diğerleri	Sayısal Değer	14	6	20	
		Yüzde Değer	70,0	30,0	100,0	
Toplam		Sayısal Değer	28	9	37	
		Yüzde Değer	75,7	24,3	100,0	

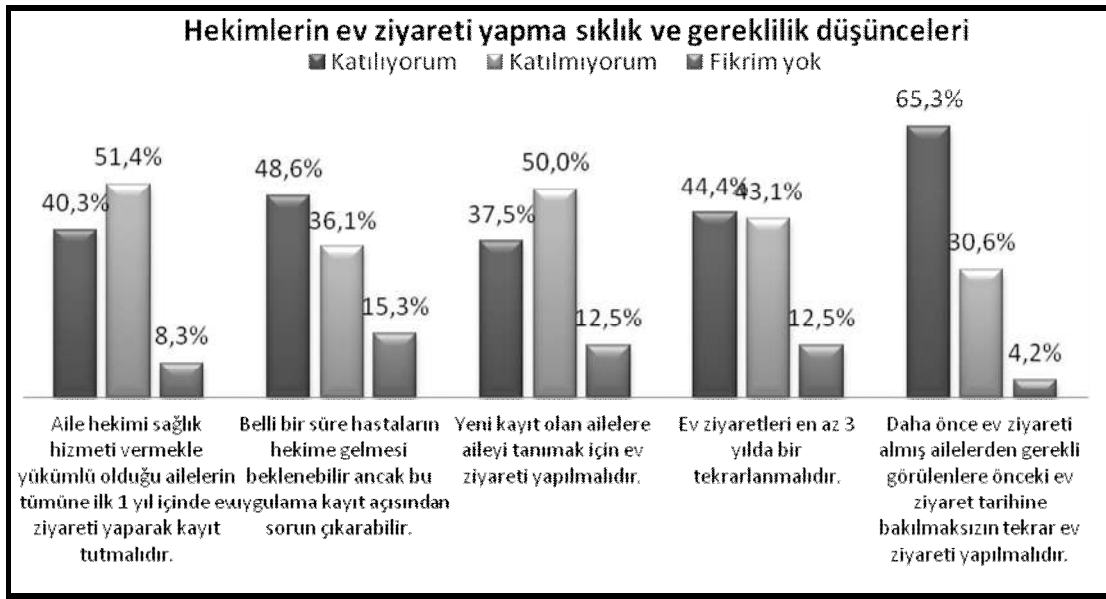
Aile hekimlerine “Sizce aşağıdaki yaş gruplarından hangisi için ev ziyareti **daha çok** gereklidir?” sorusu sorulmuştur. Kontrol grubunda %20 oranında 0-6 yaş grubuna gerekir cevabı verilirken eğitim alan grupta bu oran %5,4 olarak bulunmuştur. 6-18 yaş ve 18-45 grubuna her iki grupta işaretlememiştir. Kontrol grubu 45-60 yaş grubuna %2,9 oranında gereklidir derken eğitim alan grup 45-60 yaş grubuna ev ziyaretinin gerekli değildir demiştir. Kontrol grubu 65 yaş üstüne %88,6 oranında daha çok gereklidir derken, eğitim alan grupta bu oran %100 olarak hesaplanmıştır. Oransal olarak artış izlenmekteyken bu artış istatistiksel olarak sınırda bir p değeriyle anlamlı bulunmamıştır (p:0,51). Her iki grubun karşılaştırma grafiği Şekil 4.2’de izlenmektedir.

Ev ziyaretleri ihtiyaç olduğunda her yaş grubu için yapılabilir. Bununla birlikte ev ziyaretlerine en fazla ihtiyaç duyulan yaş grubu 65 yaş üstü kişilerdir. Ülkemizde öngörülen yaşlı nüfusunun artışıyla birlikte ev ziyaretlerine olan ihtiyaç giderek artacaktır.



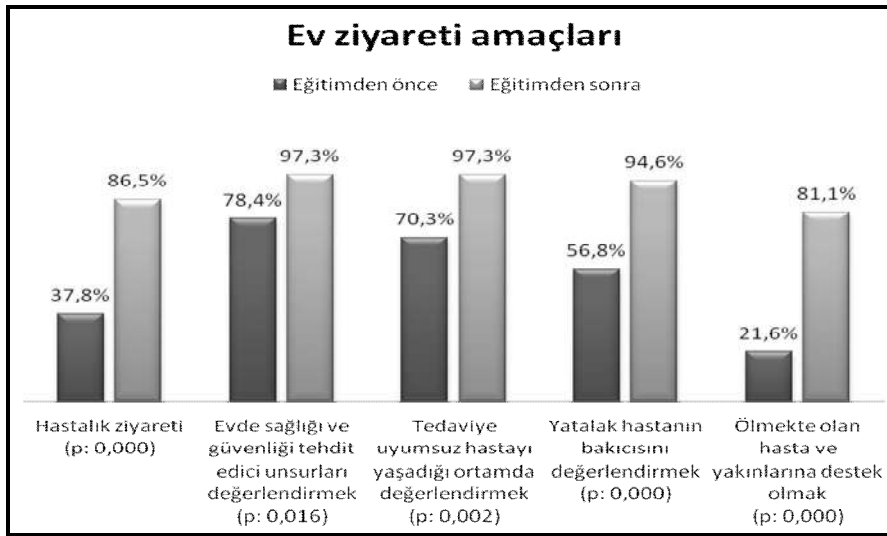
Şekil 4.2. Kontrol grubu ve eğitim grubu ev ziyareti gerekliliği olan yaş grupları son anket karşılaştırması

Çalışmaya katılan aile hekimlerinden %40,3'ü kendilerine kayıtlı tüm ailelere ilk bir yıl içinde ev ziyareti yapılması gerektiğini düşünmektedir. Yeni kayıtlı ailelere ev ziyareti yapılmalı diyen hekimlerin oranı %37,5 bulunmuştur. Ev ziyaretleri üç yılda bir tekrarlanmalı diyen hekimlerin oranı %44,4 olarak bulunmuştur. Hekimlerin %65,3'ü daha önce ev ziyareti yapılmış bir aileye ihtiyaç halinde tekrar ev ziyareti yapılmalıdır demiştir. Oranlar Şekil 4.3'te izlenmektedir.



Şekil 4.3. Hekimlerin ev ziyareti yapma sıklık ve gereklilik düşünceleri.

Hekimlere ev ziyaretlerinin amaçları beş şık olarak sorulmuş ve birden fazla seçenek işaretleyebilecekleri söylenmiştir. Eğitim grubu eğitim almadan önce hastalık ziyareti sıklıkına %37,8 oranında katılırken, eğitimden sonra bu oran %86,5'e yükselmiştir (p: 0,000). Aile hekimleri evde sağlığı ve güvenliği tehdit edici unsurları değerlendirmek sıklıkına eğitim öncesi %78,4 oranında katılırken, eğitim sonrası bu oran %97,3'e çıkmıştır (p:0,016). Tedaviye uyumsuz hastayı yaşadığı ortamda değerlendirmek, yatalak hastanın bakıcısını değerlendirmek, ölmekte olan hasta ve yakınlarına destek olmak şıklarında da eğitim öncesi ve sonrası karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu Şekil 4.4'de izlenmektedir.



Şekil 4.4. Ev ziyaretlerinin amaçları eğitim öncesi ve sonrası karşılaştırması.

Çalışmaya katılan 72 aile hekimine “Sağlık Bakanlığı yönetmelik ve yönergelerine göre aile hekimlerinin ev ziyareti yapmaları gerekiyor mu?” sorusu sorulmuştur. Çizelge 4.17’de aile hekimlerinin 57’sinin soruyu evet olarak yanıtladığı, 9 aile hekiminin hayır dediği ve 6 aile hekiminin bilmiyorum olarak yanıtladığı izlenmektedir.

Çizelge 4.17. T.C.Sağlık Bakanlığı yönetmelik ve yönergelerine göre aile hekimlerinin ev ziyareti yapmaları gerekiyor mu?

	Frekans	Yüzde Değer	Geçerli Yüzde Değer	Kümülatif Yüzde Değer
Evet	57	79,2	79,2	79,2
Hayır	9	12,5	12,5	91,7
Bilmiyorum	6	8,3	8,3	100,0
Toplam	72	100,0	100,0	

Kontrol grubunda ön ankette 22 aile hekiminin “T.C.Sağlık Bakanlığı yönetmelik ve yönergelerine göre aile hekimlerinin ev ziyareti yapmaları gerekiyor mu?” sorusuna evet dediği, son ankette ise ön ankette hayır ya da kararsızım diyen 13 kişiden hiçbirinin cevabını evet olarak değiştirmedeği, ön ankette evet diyen bir kişinin cevabını hayır ya da kararsızım olarak değiştirdiği çizelge 4.18’de izlenmektedir (p:1,000).

Çizelge 4.18. Kontrol grubu ön anket - son anket soru 8 karşılaştırması.

T.C.Sağlık Bakanlığı yönetmelik ve yönergelerine göre aile hekimlerinin ev ziyareti yapmaları gerekiyor mu?						
			Son anket soru 8		Toplam	p değeri >0,05
			Evet	Diğerleri		
Ön anket soru 8	Evet	Sayısal Değer	21	1	22	1,000
		Yüzde Değer	95,5	4,5	100,0	
	Diğerleri	Sayısal Değer	0	13	13	
		Yüzde Değer	0,0	100,0	100,0	
Toplam		Sayısal Değer	21	14	35	
		Yüzde Değer	60,0	40,0	100,0	

Eğitim alan grubun ön anketinde “T.C.Sağlık Bakanlığı yönetmelik ve yönergelerine göre aile hekimlerinin ev ziyareti yapmaları gerekiyor mu?” sorusuna evet cevabı veren aile hekimi sayısı 34 iken, 3 kişi cevabını hayır ya da kararsızım olarak vermiştir. Eğitim sonrası hayır ya da kararsızım diyen 3 aile hekiminin de cevabını evet olarak değiştirdiği, bir aile hekiminin ön ankette cevabı evetken, son ankette hayır ya da kararsızıma döndüğü Çizelge 4.19’da izlenmektedir. Bu değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p: 0,625).

Çizelge 4.19. Eğitim grubu ön anket - son anket soru 8 karşılaştırması.

T.C. Sağlık Bakanlığı yönetmelik ve yönergelerine göre aile hekimlerinin ev ziyareti yapmaları gerekiyor mu?						
			Son anket soru 8		Toplam	p değeri >0,05
			Evet	Diğerleri		
Ön anket soru 8	Evet	Sayısal Değer	33	1	34	0,625
		Yüzde Değer	97,1	2,9	100,0	
	Diğerleri	Sayısal Değer	3	0	3	
		Yüzde Değer	100,0	0,0	100,0	
Toplam		Sayısal Değer	36	1	37	
		Yüzde Değer	97,3	2,7	100,0	

Aile hekimlerine ev ziyareti yapma konusunda istekli olup olmadıkları sorulmuş 32 hekim evet derken, 33 hekim isteksiz olduğunu bildirmiş ve 7 hekim kararsız olduklarını ifade etmiştir (Çizelge 4.20).

Çizelge 4.20. Ev ziyareti yapmak için istekli misiniz?

	Frekans	Yüzde Değer	Geçerli Yüzde Değer	Kümülatif Yüzde Değer
Evet	32	44,4	44,4	44,4
Hayır	33	45,8	45,8	90,2
Kararsızım	7	9,7	9,7	100,0
Toplam	72	100,0	100,0	

Kontrol grubunda ön ankette 9 aile hekiminin “Ev ziyareti yapmak için istekli misiniz?” sorusuna evet dediği, son ankette ise ön ankette hayır ya da kararsızım diyen 26 kişiden hiçbirinin cevabını evet olarak değiştirmedeği, ön ankette evet diyen 7 kişiden 2’sinin cevabını hayır ya da kararsızım olarak değiştirdiği Çizelge 4.21’de izlenmektedir (p: 0,500). Bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Çizelge 4.21. Kontrol grubu ön anket -son anket soru 9 karşılaştırması.

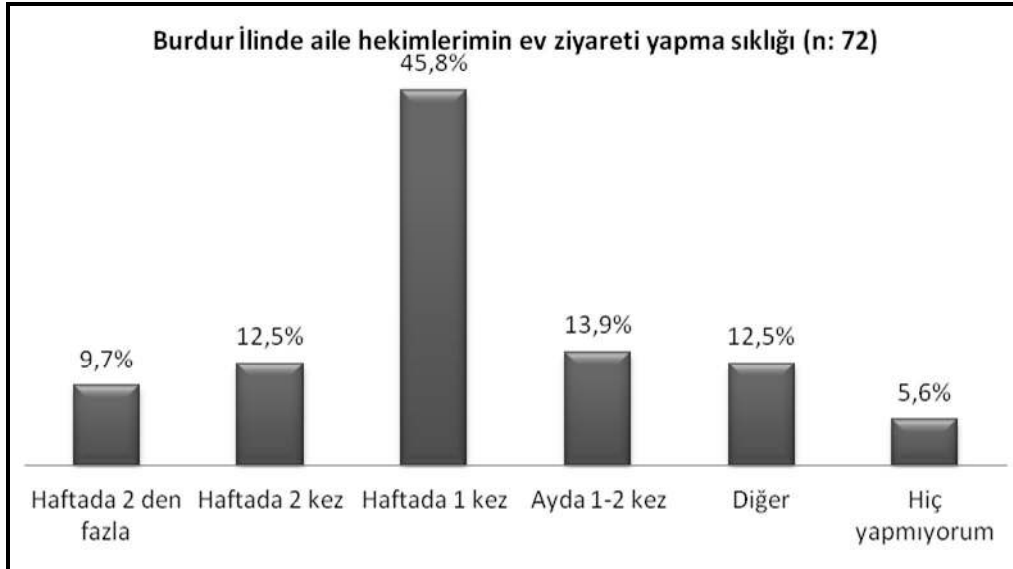
Ev ziyareti yapmak için istekli misiniz?						
			Son anket soru 9		Toplam	p değeri >0,05
			Evet	Diğerleri		
Ön anket soru 9	Evet	Sayısal Değer	7	2	9	0,500
		Yüzde Değer	77,8	22,2	100,0	
	Diğerleri	Sayısal Değer	0	26	26	
		Yüzde Değer	0,0	100,0	100,0	
Toplam		Sayısal Değer	7	28	35	
		Yüzde Değer	20,0	80,0	100,0	

Eğitim grubunda ön ankette 14 aile hekiminin “Ev ziyareti yapmak için istekli misiniz?” sorusuna evet dediği, son ankette ise ön ankette hayır ya da kararsızım diyen 23 kişiden 12’sinin cevabını evet olarak değiştirdiği, ön ankette evet diyenlerden sadece bir kişinin cevabını hayır ya da kararsızım olarak değiştirdiği Çizelge 4.22’de izlenmektedir. Bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p: 0,003).

Çizelge 4.22. Eğitim grubu ön anket - son anket soru 9 karşılaştırması.

Ev ziyareti yapmak için istekli misiniz?						
			Son anket soru 9		Toplam	p değeri <0,05
			Evet	Diğerleri		
Ön anket soru 9	Evet	Sayısal Değer	13	1	14	0,003
		Yüzde Değer	92,9	7,1	100,0	
	Diğerleri	Sayısal Değer	12	11	23	
		Yüzde Değer	52,2	47,8	100,0	
Toplam		Sayısal Değer	25	12	37	
		Yüzde Değer	67,6	32,4	100,0	

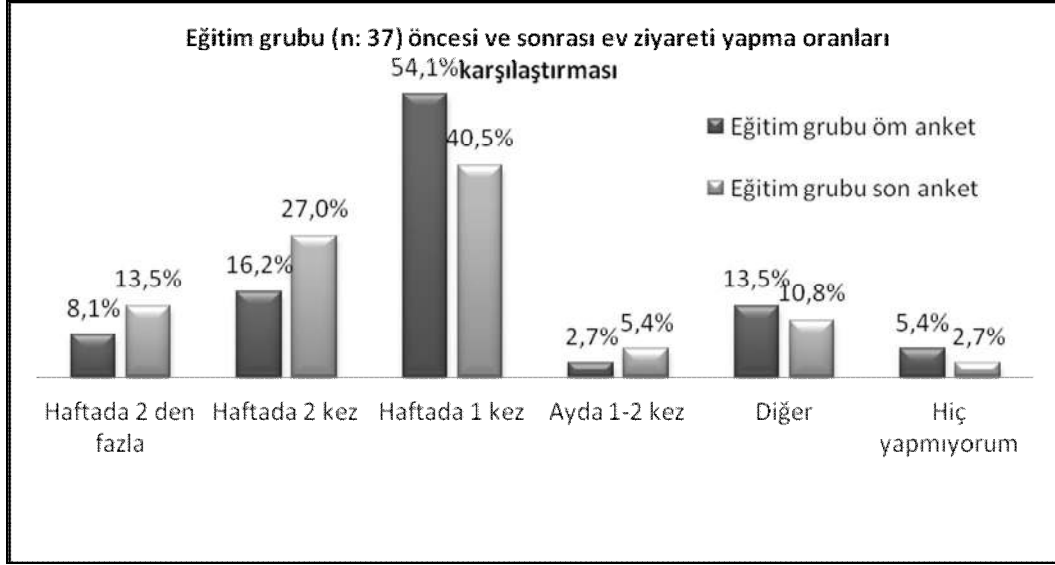
Aile hekimlerine ne sıklıkta ev ziyareti yaptıkları sorulmuş ve %45,8'inin haftada bir kez ev ziyareti yaptıkları, %12,5'inin haftada iki kez, %9,7'sinin haftada ikiden fazla sayıda ev ziyareti yaptıklarını bildirmişlerdir. Ayda bir ya da iki defa ev ziyareti yapanların oranı %13,9, diğeri diyenler %12,5 ve hiç ev ziyareti yapmayanların oranı %5,6 bulunmuştur (Şekil 4.5).



Şekil 4.5. Burdur ilinde aile hekimlerinin ev ziyareti yapma oranları.

Eğitim grubunda eğitimden önce aile hekimleri %54,1 oranında ev ziyareti yaptığını bildirirken, eğitim sonrası bu oran %40,5'e gerilemiştir. Bunun nedeninin ev ziyaretinin anlamındaki karışıklık olabilir. Bununla birlikte haftada 2 kez ev ziyareti yapanların oranı %16,2'den %27'ye, haftada 2'den fazla ev ziyareti yapanların oranı %8,1'den %13,5'e yükselmiştir. Ayda %2,7 oranında ev ziyareti yapanların oranı da

%5,4'e yükselirken diğer diyenlerin oranı %13,5'ten %10,8'e, hiç yapmayanların oranı %5,4'ten %2,7'ye gerilemiştir. Oran karşılaştırmaları Şekil 4.6'da izlenmektedir.



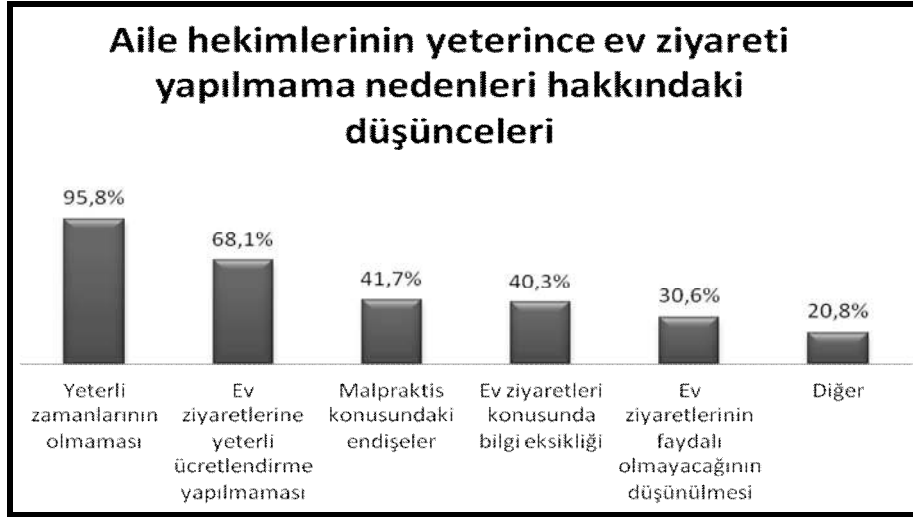
Şekil 4.6. Eğitim grubu öncesi ve sonrası ev ziyareti yapma oranları karşılaştırması.

Çizelge 4.23'de haftada en az bir kez ev ziyareti yapanlar ve daha seyrek ya da hiç yapmama olarak hekimlerin ev ziyareti yapma durumları iki gruba ayrılmış ve eğitim öncesi ve sonrası ev ziyareti yapma durumları karşılaştırılmıştır. Eğitim öncesinde 29 kişinin haftada en az bir kez ev ziyareti yaptığı saptanırken, eğitim sonrası bu sayı 30 olarak bulunmuştur. Eğitimden önce daha seyrek ya da hiç ev ziyareti yapmadığı saptanan 8 kişiden sadece birinin eğitimden sonra haftada en az bir kez ev ziyareti yaptığı saptanmıştır. Eğitim öncesi ve sonrası ev ziyareti yapma oranlarında istatistiksel olarak farklılık saptanmamıştır (p: 1,000).

Çizelge 4.23. Eğitim grubu ön anket - son anket soru 11 karşılaştırması.

Hangi sıklıkta ev ziyareti yapıyorsunuz?						
			Son anket soru 11		Toplam	p değeri >0,05
			Haftada en az bir kez	Daha seyrek ya da hiç yapmama		
Ön anket soru 11	Haftada en az bir kez	Sayısal Değer	29	0	29	1,000
		Yüzde Değer	100,0	0,0	100,0	
	Daha seyrek ya da hiç yapmama	Sayısal Değer	1	7	8	
		Yüzde Değer	12,5	87,5	100,0	
Toplam		Sayısal Değer	30	7	37	
		Yüzde Değer	81,1	18,9	100,0	

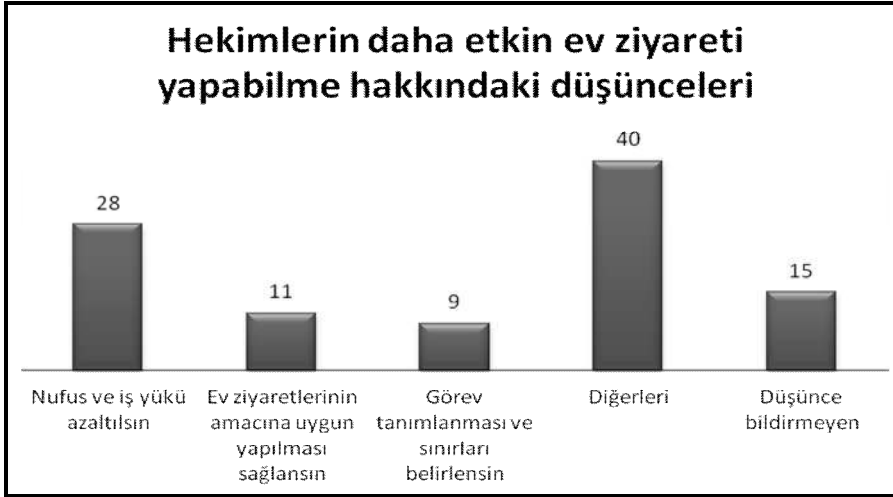
Aile hekimlerine yeterince ev ziyareti yapmama sebepleri sorulduğunda %95,8 yeterli zamanın olmaması, %68,1 oranında yetersiz ücretlendirme, %41,7 oranında malpraktis konusundaki endişeler, %40,3 oranında ev ziyaretleri hakkında bilgi eksikliğinin olması, %30,6 ev ziyaretlerinin faydalı olmayacağını düşünmesi, %20,8 oranında diğer sebepler olarak bildirmişlerdir. Diğer sebepler içinde nöbet tutukları, personel yetersizliği, nüfus yükünün yanında misafir hastalarda eklenince poliklinik yükünün aşırı olduğu, ev ziyaretlerinin ziyaret edilen ev halkınca önemsenmemesi ya da hizmetin istismar edilmesi, medyanın halkı yanlış bilgilendirmesi nedeniyle gereksiz ev çağrılarının olması, güvenlik kaygıları gibi sebepleri dile getirmişlerdir. Oranlar Şekil 4.7’de izlenmektedir.



Şekil 4.7. Aile hekimlerinin yeterince ev ziyareti yapılmama sebepleri hakkındaki düşünceleri.

Aile hekimlerine daha etkin ev ziyareti yapabilme, ev ziyaretleri hakkındaki genel düşünceleri sorulduğunda hekimler en çok sorumlu oldukları nüfusun fazla olduğunu ve iş yüklerinin çok olduğunu bu şartlarda ev ziyareti yapmak için zaman bulamadıklarını ifade etmişlerdir. Yaptıkları ev ziyaretlerinin büyük çoğunluğunu mobil sağlık hizmetleri uygulaması esnasında yaptıklarını, bunun haricinde ev ziyaretlerini çok nadir yaptıklarını ifade etmişlerdir. Eğitim esnasında yapılan tartışmalarda da hekimler ev ziyaretlerini mobil sağlık hizmetleri günlerinde gittikleri kırsalda, hastalık ziyaretleri şeklinde yaptıklarını, diğer günlerde ev ziyareti yapmadıklarını bildirmişlerdir. İkinci sırada hekimler en çok ev ziyaretlerinin amacına uygun yapılması gerektiğini bildirmişlerdir. Hekimler poliklinikte izlenmesi gereken

hastalar için eve çağrılmanın çok zaman kaybettiğini, ev ziyareti gerekli olmadığı halde eve gitmek zorunda kalmaktan şikayetçi olduklarını bildirmişlerdir. Üçüncü sırada hekimler bu sıkıntıların önlenmesi açısından ev ziyaretlerinde görev tanımlanmasının net olması ve sınırlarının açıkça belirgin olmasının gerekli olduğunu söylemişlerdir. 72 aile hekiminden 15'i konuyla ilgili bir düşünce bildirmemiştir. Bunun yanında, seyrekte olsa hekimler ev ziyaretleri için ayrı bir birim kurulması gerektiği, sağlık hizmetlerinin sağlık kurumlarında verilmesi gerektiği, ev ziyaretlerini gerekli bulmadığı, hasta ve yakınları tarafından suistimale açık olduğu, ASM'lerde bir hekim bir yardımcı sağlık personelinden daha fazla kişiye ihtiyaç olduğu, güvenlik açısından uygun bulunmadığı, ev ziyaretlerinde geri ödemenin olmasının gerektiği, bilgi eksikliğinin olduğu gibi düşüncelerini de dile getirmişlerdir.



Şekil 4.8. Aile hekimlerinin daha etkin ev ziyareti yapabilme hakkındaki düşünceleri.

Kontrol grubunun ön anket ve son ankette bulunan olgu sorularına verdikleri yanıtlar karşılaştırıldığında hiçbir soruda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadığı Çizelge 4.24'te izlenmektedir. Eğitim grubunda ise eğitimden önce ve sonraki karşılaştırmalarda soru 10, soru 12, soru 15, soru 17 ve soru 19'da ki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu Çizelge 4.25'te izlenmektedir. Eğitim grubunda ki diğer olgu sorularında oransal olarak artış varken bu istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Çizelge 4.24. Kontrol grubu olgu soruları karşılaştırmaları.

Kontrol grubu ön ve son anket olgu soruları karşılaştırmaları					
	Kontrol grubu (n:35) ön anket sorularına katılıyorum cevabı verenler		Kontrol grubu (n:35) son anket sorularına katılıyorum cevabı verenler		P değeri
	Sayısal değer	Yüzde değer	Sayısal değer	Yüzde değer	
Soru 6	18	51,4	17	48,6	1,000
Soru 10	9	25,7	11	31,4	0,500
Soru 12	7	20,0	8	22,9	1,000
Soru 13	24	68,6	17	48,6	0,092
Soru 14	28	80,0	28	80,0	1,000
Soru 15	17	48,6	16	45,7	1,000
Soru 16	27	77,1	29	82,9	0,500
Soru 17	10	28,6	12	34,3	0,727
Soru 18	30	85,7	27	77,1	0,375
Soru 19	16	45,7	15	42,9	1,000

Çizelge 4.25. Eğitim grubu olgu soruları karşılaştırmaları.

Eğitim grubu ön ve son anket olgu soruları karşılaştırmaları					
	Eğitim grubu (n:37) ön anket sorularına katılıyorum cevabı verenler (Eğitim öncesi)		Eğitim grubu (n:37) son anket sorularına katılıyorum cevabı verenler (Eğitim sonrası)		P değeri
	Sayısal değer	Yüzde değer	Sayısal değer	Yüzde değer	
Soru 6	26	70,3	31	83,8	0,180
Soru 10	16	43,2	31	83,8	0,000
Soru 12	16	43,2	31	83,8	0,000
Soru 13	29	78,4	34	91,9	0,062
Soru 14	34	91,9	36	97,3	0,625
Soru 15	22	59,4	31	83,8	0,012
Soru 16	31	83,8	36	97,3	0,062
Soru 17	17	45,9	31	83,8	0,000
Soru 18	36	97,3	37	100,0	-
Soru 19	21	56,8	35	94,6	0,000

Çalışmamızda 40 yaş altı ve 40 yaş ve üstü olarak 2 gruba ayrılan hekimlerin yaşa göre ev ziyareti yapma oranları istatistiksel olarak incelendiğinde 40 yaş üstü hekimlerin, 40 yaş altı hekimlere göre daha fazla ev ziyareti yaptıkları Çizelge 4.26’da izlenmektedir. 40 yaş altı hekimler %54,5 oranında haftada en az bir kez ev ziyareti yaparken, 40 yaş üstü hekimler %79,5 oranında haftada en az bir kez ev ziyareti

yaptıklarını bildirmişlerdir. Bu oranlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p:0,024).

Yaş grubuna göre olgu sorularında ve hekimlerin tutumlarını içeren diğer sorularda anlamlı farklılık saptanmamıştır. Cinsiyete göre olgu ve tutum soruları karşılaştırılmış ve anlamlı farklılık saptanmamıştır. Çizelge 4.27’de bayan hekimlerin ev ziyareti yapma oranı %53,8 iken, erkekler %71,2 oranında ev ziyareti yaptıkları görülmektedir. Bu oranlar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p:0,324).

Çizelge 4.26. Yaşa göre ev ziyareti yapma oran karşılaştırması.

Yaşa göre ev ziyareti yapma durumu						
			Ev ziyareti yapma sıklığı		Toplam	p değeri <0,05
			Haftada en az bir kez	Daha seyrek ya da hiç yapmama		
Yaş grup	40 yaş ve altı	Sayısal Değer	18	15	33	0,024
		Yüzde Değer	54,5	45,5	100,0	
	40 yaş üstü	Sayısal Değer	31	8	39	
		Yüzde Değer	79,5	20,5	100,0	
Toplam		Sayısal Değer	49	23	72	
		Yüzde Değer	68,1	31,9	100,0	

Çizelge 4.27. Cinsiyete göre ev ziyareti yapma oran karşılaştırması

Cinsiyete göre ev ziyareti yapma durumu						
			Ev ziyareti yapma sıklığı		Toplam	p değeri >0,05
			Haftada en az bir kez	Daha seyrek ya da hiç yapmama		
Cinsiyet	Kadın	Sayısal Değer	7	6	13	0,324
		Yüzde Değer	53,8	46,2	100,0	
	Erkek	Sayısal Değer	42	17	59	
		Yüzde Değer	71,2	28,8	100,0	
Toplam		Sayısal Değer	49	23	72	
		Yüzde Değer	68,1	31,9	100,0	

Aile hekimlerinin sorumlu oldukları nüfus 0-2500, 2501-3000 ve 3000 üzeri olarak üç gruba ayrılmıştır. Nüfusa göre ev ziyareti yapma oranları karşılaştırılmıştır. 0-2500 nüfusa hizmet veren aile hekimleri %66,7 oranında, 2501-3000 nüfusa hizmet veren aile hekimleri %66,7 oranında ve 3000 üzeri nüfusa hizmet veren aile

hekimlerinin %68,6 oranında ev ziyareti yaptıkları saptanmıştır. Ev ziyareti yapma oranlarının nüfus gruplarına göre benzer oranlarda olduğu çizelge 4.28’de izlenmektedir.

Çizelge 4.28. ASM nüfusuna göre ev ziyareti yapma oran karşılaştırması.

ASM’ne bağlı nüfusa göre ev ziyareti yapma durumu						
Soru 11			Ev ziyareti yapma sıklığı		Toplam	p değeri
			Haftada en az bir kez	Daha seyrek ya da hiç yapmama		
ASM nüfusu	0-2500	Sayısal Değer	6	3	9	-----
		Yüzde Değer	66,7	33,3	100,0	
	2501-3000	Sayısal Değer	8	4	12	
		Yüzde Değer	66,7	33,3	100,0	
	3000 üzeri	Sayısal Değer	35	16	51	
		Yüzde Değer	68,6	31,4	100,0	
Toplam		Sayısal Değer	49	23	72	
		Yüzde Değer	68,1	31,9	100,0	

Hekimler birinci basamakta 15 yıldan az ve 15 yıldan fazla çalışmalarına göre iki gruba ayrılmış, anket sorularına yanıtları birinci basamakta çalışma sürelerine göre karşılaştırılmıştır. Çizelge 4.29’da birinci basamakta 15 yıldan daha fazla çalışan hekimlerin %64,0’ünün yeterli sayıda ev ziyareti yaptıklarını ifade ettikleri, 15 yıl ve daha az süre birinci basamakta çalışan hekimlerin ise %31,9 oranında yeterli sayıda ev ziyareti yaptıklarını ifade ettikleri izlenmektedir (p: 0,009). Yine 15 yıldan fazla birinci basamakta hizmet veren hekimlerin, 15 yıldan az çalışan hekimlere göre daha fazla bilgi ve beceriye sahip olduklarını düşündükleri çizelge 4.30’da izlenmektedir (p:0,003).

Çizelge 4.29. Hekimlerin çalışma sürelerine göre yeterli ev ziyareti yapma düşünceleri.

Soru 2			Sizce yeterli sayıda ev ziyareti yapıyor musunuz?		Toplam	p değeri <0,05
			Evet	Diğerleri		
Birincil basamak hekimi olarak çalışma süreleri	15 yıl ve altı	Sayısal Değer	15	32	47	0,009
		Yüzde Değer	31,9	68,1	100,0	
	15 yıl üstü	Sayısal Değer	16	9	25	
		Yüzde Değer	64,0	36,0	100,0	
Toplam		Sayısal Değer	31	41	72	
		Yüzde Değer	43,1	56,9	100,0	

Çizelge 4.30. Hekimlerin çalışma sürelerine göre yeterli ev ziyareti konusunda bilgi ve yeterlilik düşünceleri.

Soru 3			Ev ziyareti konusunda yeterli bilgi ve beceriye sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz?		Toplam	p değeri <0,05
			Evet	Diğerleri		
Birincil basamak hekimi olarak çalışma süreleri	15 yıl ve altı	Sayısal Değer	15	32	47	0,003
		Yüzde Değer	31,9	68,1	100,0	
	15 yıl üstü	Sayısal Değer	17	8	25	
		Yüzde Değer	68,0	32,0	100,0	
Toplam		Sayısal Değer	32	40	72	
		Yüzde Değer	44,4	55,6	100,0	

Hekimlere “T.C. Sağlık Bakanlığı yönetmelik ve yönergelerine göre aile hekimlerinin ev ziyareti yapmaları gerekiyor mu?” sorusu sorulmuş, 15 yıldan fazla çalışan hekimler %64,0 oranında evet derken, 15 yıldan az çalışan hekimler %85,1 oranında evet demişlerdir (p:0,040). Oranlar Çizelge 4.31’de izlenmektedir.

Çizelge 4.31. T.C.Sağlık Bakanlığı yönetmelik ve yönergelerine göre aile hekimlerinin ev ziyareti yapmaları gerekiyor mu?

Soru 8			T.C.Sağlık Bakanlığı yönetmelik ve yönergelerine göre aile hekimlerinin ev ziyareti yapmaları gerekiyor mu?		Toplam	p değeri <0,05
			Evet	Diğerleri		
Birincil basamak hekimi olarak çalışma süreleri	15 yıl ve altı	Sayısal Değer	40	7	47	0,040
		Yüzde Değer	85,1	14,9	100,0	
	15 yıl üstü	Sayısal Değer	16	9	25	
		Yüzde Değer	64,0	36,0	100,0	
Toplam		Sayısal Değer	56	16	72	
		Yüzde Değer	77,8	22,2	100,0	

Çizelge 4.32’de aile hekimlerine “Aile hekimi yeni ebeveyn olmuş aileyi ev güvenliği açısından değerlendirmek üzere ev ziyareti yapmalı mıdır?” sorusu sorulmuş, 15 yıldan fazla çalışan hekimler %16,0 oranında evet derken, 15 yıldan az çalışan hekimler %40,4 oranında evet demişlerdir (p: 0,034).

Yaş grubuna göre diğer anket sorularının karşılaştırmalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Çizelge 4.32. Soru 12’nin yaş grubuna göre doğru yanıt karşılaştırması.

Soru 12			Aile hekimi yeni ebeveyn olmuş aileyi ev güvenliği açısından değerlendirmek üzere ev ziyareti yapmalı mıdır?		Toplam	p değeri <0,05
			Evet	Diğerleri		
Birincil basamak hekimi olarak çalışma süreleri	15 yıl ve altı	Sayısal Değer	19	28	47	0,034
		Yüzde Değer	40,4	59,6	100,0	
	15 yıl üstü	Sayısal Değer	4	21	25	
		Yüzde Değer	16,0	84,0	100,0	
Toplam		Sayısal Değer	23	49	72	
		Yüzde Değer	31,9	68,1	100,0	

Eğitim verilen 37 katılımcıya eğitimden 2 ay sonra 6 olgu içeren core sınavı yapılmıştır. Hekimlerden ilk 2 olgu için ev ziyareti yapıp yapmama kararlarını detaylı açıklamaları istenmiştir. Diğer 4 olguda hekimlerin kararlarını tek cümleyle açıklamaları istenmiştir.

İlk olgu “RV 76 yaşında kentin eski belediye başkanı. KKY ve KOAH’ğı bulunuyor. Bu yıl 3 kez acil servise başvurmuş. KKY ve sekonder pulmoner ödem tanısı konulmuş. Hasta bu duruma en son izlediği futbol maçının ve çok sevdiği turşunun neden olduğunu söylüyor. Ancak bazı ilaçlarını karıştırdığını fark ediyorsunuz. Bu sizin ilk kez dikkatinizi çekiyor”. Hekimlerin bu hasta için ev ziyareti yapıp yapmama kararı almaları ve aldıkları kararın gerekçeleri sorulmuştur. Bu olgu için hekimlerin ev ziyareti yapma kararı almaları beklenmiştir. Hekimler %97,3 oranında ev ziyareti yapma kararı almışlardır. Hekimler arasında hastanın ilaçlarını gözden geçirmek, beslenme değerlendirmesi ve KKY ile ilgili eğitim vermek konuları hakkında açıklama yapanların açıklamaları yeterli bulunmuştur. Hekimlerin %78,4’ü yeterli açıklamada bulunmuştur.

İkinci olgumuz “EL, 20 yaşında primigravid hastadır. Daha yeni 4 kg ağırlığında erkek çocuk dünyaya getirmiştir. Emzirme odasında annenin bebeğini emzirmeye çalıştığını, ancak başarılı olamadığını hemşireniz size iletiyor. Emzirme eğitimi verirken yakınlarından kimsenin onu hastanede ziyarete gelmediğini öğreniyorsunuz. Bebeğe ilişkin bazı malzemeleri temin edememiş olduğunu görüyorsunuz”. Hekimlerin bu hasta içinde ev ziyareti yapmaları beklenmiştir. Açıklamalarında çevresel güvenlik, bebeğin beden ağırlığını ve hidrasyon durumu, emzirme, aşılar, sosyal destek ve anne

esenliği konularına değinen hekimlerin açıklamaları yeterli bulunmuştur. Hekimler bu olgu için %100 ev ziyareti yapma kararı alırken, %86,5'i yeterli açıklamada bulunmuştur.

Üçüncü olgumuz KM 69 yaşında erkek hastadır. Yıllık muayene için geliyor. Koroner arter hastalığı, tip 2 diyabetes mellitus, hipertansiyon, hafif böbrek yetersizliği ve sigara kullanımı var. Boşanmış, yalnız yaşıyor ve evdeki tüm aktivitelerini yapabiliyor. Araç kullanamıyor. Muayenede evde şeker ölçümlerine ara verdiğini saptıyorsunuz. Glukometresinin bozulduğunu anlıyorsunuz. Yeni bir glukometre temin ediyorsunuz. Günde 2 kez parmak ucundan kan alması gerektiğini söylüyorsunuz ve sonra diyet ve spor konusunda yüreklendiriyorsunuz". Hekimlerin bu hastaya ev ziyareti yapmamaları, poliklinikte takiplerine devam etmeleri beklenmiştir. Hekimlerin %73,0'ü bu hasta için ev ziyareti yapmama kararı almıştır.

Dördüncü olgumuz "27 yaşında kadın hastadır. Bir ay içinde üçüncü kez 5 yaşındaki oğlunu yaralanma nedeni ile polikliniğe getiriyor. Oğlunun yaramaz ve sakar olduğunu söylüyor". Hekimlerden bu olgu için çocuk istismarı ve ev güvenliğini değerlendirmek amacıyla ev ziyareti yapmaları beklenmiştir. Hekimler bu olgu için %91,9 oranında ev ziyareti yapma kararı almışlardır.

Beşinci olgumuz "66 yaşında emekli askerdir. Polikliniğinize sürekli kullandığı hipertansiyon ilacını yazdırmak için geliyor. İlacının ismini hatırlamakta zorlanıyor ancak ilacını düzenli içtiğini söylüyor. Takiplerinizde kan basıncının kontrol altında olduğunu görüyorsunuz. Muayene sırasında ayağındaki çorapların farklı olduğunu fark ediyorsunuz. ASM'ye yürüyerek 5 dakikalık mesafede eşı ile yaşıadığını, yakın zamanda çok sevdiği meslek arkadaşını kaybettiğini biliyorsunuz". Hekimlerden bu hasta ve eşı için bir kez ev ziyareti yapmaları ve takiplerini poliklinikte yapmaları beklenmiştir. Hekimlerin %48,6'sı bu hasta için ev ziyareti yapmama kararı almıştır. Hekimlerin %51,4'ü hastanın yakında yaşıadığı ve demans nedeniyle ilaçlarını karıştırabileceği nedeniyle ev ziyareti yapma kararı almışlardır.

Altıncı olgumuz "77 yaşında kadın hastadır. Rutin muayene için geliyor. Öyküsünde son bir yıl içinde iki kez düştüğünü söylüyor. Eşı 2 yıl önce ölmüş. Yalnız yaşıyor". Hekimlerinden bu hastanın düşme riski taşıdığından dolayı ev ve çevresinin güvenliğini değerlendirmek amacıyla ev ziyareti yapmaları beklenmiştir. Bu olgu için aile hekimlerinin %89,2'si ev ziyareti yapma kararı almıştır.

5. TARTIŞMA

Biz çalışmamızda ev ziyaretleri konusunda aile hekimlerine verilecek bir eğitimle ev ziyaretleri konusundaki bilgi, beceri ve tutumlarında olumlu yönde değişiklik yapmayı amaçladık.

Çalışmamızda 13 (%18,1) kadın hekim, 59 (%81,9) erkek hekim olmak üzere toplamda 72 aile hekimine ulaştık. Benzer çalışmalarda daha az, aynı ya da daha fazla sayıda hekime ulaşıldığını gördük (15,31,135,136,144,145). Burdur ilinde aile hekimlerinin ortalama 3315 kişiye hizmet verdiklerini ve %70,8'inin 3000'in üzerinde kayıtlı nüfusa hizmet verdiğini saptadık. İngiltere'de aile hekimleri (GP) yaklaşık 2500 kişiye hizmet vermektedir. Almanya'da bu sayı yaklaşık 2200 kişidir. ABD'de 1500, Küba'da 600 hasta ya da 150 aileye hizmet verilmektedir. Norveç'te 1500-2500 kişiye, Portekiz'de ortalama 1500 kişiye aile hekimleri hizmet vermektedir (10,15,31,137, 138).

Eğitim (n:37) ve kontrol (n:35) grubuna ayrılan aile hekimlerinin ön anket yanıtları karşılaştırılmış ve genelde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Bu bize grupların birbirine benzer özellikte ayrıştırıldığını düşündürmüştür.

Eğitim ve kontrol grubunun son anket yanıtları karşılaştırıldığında ise genel olarak anlamlı farklılıklar izlenmiştir. Bu durum bize verilen eğitimin, eğitim almayan gruba göre eğitim alan grupta farklılık yarattığını düşündürmüştür.

“Aile hekimleri ev ziyareti yapmalı mıdır?” sorusuna “Evet yapmalıdır” diyenlerin oranı %54,2'dir. Çalışmamızda aile hekimlerinin yaptıkları ev ziyareti sayısını yeterli bulma oranı ise %43,1 bulunmuştur. Keenan ve arkadaşlarının yaptıkları hekimlerin tutumlarını değerlendiren bir araştırmada çalışmaya katılan hekimlerin %75'i ev ziyaretlerini gerekli bulmuşlardır (107). Kanada Aile Hekimliği Kolejinde, McWhinney ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada hekimler ev ziyaretlerinin %93 oranında seçilmiş hastalar için önemli olduğunu bildirmişlerdir (139). Philbrick ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da hekimler %75 oranında ev ziyaretlerini yararlı bulmuşlardır (146). Bu durum eğitim grubunun ön anket yanıtlarında %67,6 iken eğitim sonrası oran %81,1'e yükselmiştir. Oran olarak artış saptanmıştır ancak bu artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p: 0,125). Eğitim sonrası oranlar benzer çalışmalardaki oranlara yakın bulunmuştur (107,139).

Eğitim grubunda eğitim sonrası aile hekimlerinin yaptıkları ev ziyareti sayısını yeterli bulma oranı ise %32,4'dir. Bu oran eğitim öncesinde %40,5 bulunmuştur (p:0,508). Bu düşüşün nedeninin eğitim sonrası yaptıkları evde hasta tespiti ya da acil çağrıya yanıtın ev ziyareti anlamına gelmediğini öğrenmeleri olduğu düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan aile hekimleri ev ziyaretleri konusunda %44,4 oranında yeterli bilgi ve beceriye sahip olmadıklarını bildirmişlerdir. Bu durum eğitim grubunda eğitim öncesi %45,9 iken eğitim sonrasında %76,7 olarak bulunmuştur (p:0,013). Bu artışın nedeninin de eğitim sonrası ev ziyaretleri konusundaki bilgi eksikliğinin farkına varılması olduğu düşünülmektedir.

Aile hekimleri %94,4 oranında ev ziyaretine 65 yaş üstü kişilerin gereksinimi olduğunu bildirmiştir. Kontrol grubunda bu oran %88,6 iken eğitim alan grupta %100 bulunmuştur (p:0,051). Kersnik ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ev ziyareti alan hastalar değerlendirilmiş ve ziyaretlerin çoğunlukla yaşlılara ve kadınlara yapıldığı bulunmuştur (84). Peppas ve arkadaşlarının Yunanistan'da yaptıkları çalışmada yapılan ev ziyaretlerinin %47,8'inin 65 yaş üstü kişilere yapıldığı rapor edilmiştir (147). Keenan ve arkadaşlarının çalışmasında da ev ziyaretleri %92 oranında geriyatrik hasta grubuna yapıldığı bildirilmiştir (148). Snijder ve arkadaşlarının çalışmada da Almanya'da ev ziyaretlerinin daha çok yaşlılar için yapıldığı ve demografik değişim düşünüldüğünde yaşlı hastalar için ev ziyareti sayısının artması gerektiği vurgulanmıştır (109).

Çalışmamızda aile hekimlerine "Ev ziyareti amaçları aşağıdakilerden hangileridir?" diye sorulmuştur. Hekimler %45,8 oranında "hastalık ziyareti" şikkını, %73,6 oranında "evde sağlığı ve güvenliği tehdit edici unsurları değerlendirmek" şikkını, %70,8 oranında "tedaviye uyumsuz hastayı yaşadığı ortamda değerlendirmek" şikkını, %48,6 oranında yatalak hastanın bakıcısını değerlendirmek şikkını, %20,8 oranında ölmekte olan hasta ve yakınlarına destek olmak şikkını işaretlemişlerdir. Eğitim alan grupta ise, eğitim öncesi hastalık ziyareti şikkını işaretleyenlerin oranı %37,8'den eğitim sonrasında %86,5'e (p:0,000), evde sağlığı ve güvenliği tehdit edici unsurları değerlendirmek şikkını işaretleyenlerin oranı %78,4'ten eğitim sonrası %97,3'e (p:0,016), tedaviye uyumsuz hastayı yaşadığı ortamda değerlendirmek şikkını işaretleyenlerin oranı %70,3'den eğitim sonrasında %97,3'e (p:0,002), yatalak hastanın bakıcısını değerlendirmek şikkını işaretleyenlerin oranı %56,8'den eğitim sonrasında %94,6'ya (p:0,000), ölmekte olan hasta ve yakınlarına destek olmak şikkını

işaretleyenlerin oranı %21,6'dan eğitim sonrasında %81,1'e (p:0,000) yükseldiği saptanmıştır. Eğitim sonrası bu artış ileri derecede anlamlıdır.

Ev ziyaretleri, birinci basamak sağlık hizmetleri sunumunun önemli bir parçasıdır (31,136,139,140). T.C. Sağlık Bakanlığı yönetmelik ve yönergelerine göre de ev ziyaretleri aile hekimlerinin görevleri arasındadır (13,100). Aile hekimlerine "T.C. Sağlık Bakanlığı'nın aile hekimliği ile ilgili yönetmelik ve yönergesine göre aile hekimlerinin ev ziyareti yapmaları gerekiyor mu?" sorusu sorulmuş ve %79,2 oranında "evet" yanıtı verildiği bulunmuştur. Bu soruya olumlu yanıtlama oranı eğitim grubunda eğitim öncesi %91,9 iken eğitimden sonra %97,3'e yükselmiştir (p:0,625).

Çalışmaya katılan aile hekimlerinden 32'si (%44,4) ev ziyareti yapmaya istekli olduklarını bildirmişlerdir. Eğitim grubunda eğitim öncesi ev ziyareti yapmak için isteklilik oranı %37,8 iken eğitim sonrası bu oranın %67,6'ya yükseldiği bulunmuştur (p:0,003). Theile ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada Almanya'daki aile hekimlerinin ev ziyaretlerini geleneksel olarak devam ettirdiğini ancak hekimlerin bunu bir zorunluluk olarak gördüklerini bildirmişlerdir (31). Keenan ve arkadaşlarının yaptığı aile hekimlerinin ve iç hastalıkları uzmanlarının ev ziyaretleri konusundaki tutumlarını değerlendiren bir çalışmada aile hekimleri %65 oranında, iç hastalıkları uzmanlarının %44 oranında ev ziyaretlerini yapılabilir buldukları bildirilmiştir (107). Schwartzberg ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada aile hekimlerine ev ziyaretleri konusunda verilen eğitim sonrasında, hekimlerin ev ziyareti yapmaktaki istekliliğin arttığı görülmüştür (15). Bizim çalışmamızda da isteklilik oranı eğitim sonrası artmıştır (p:0,003).

Hekimlerin ev ziyareti yapma oranları incelendiğinde %45,8 oranında haftada bir kez, %12,5 oranında haftada iki kez, %9,7 oranında haftada ikiden fazla olmak üzere ortalama %68 oranında haftada en az bir kez ev ziyareti yaptıkları bulunmuştur. Hayton ve arkadaşlarının aile hekimlerinin ev ziyaretleri hakkındaki tutumlarını değerlendirdikleri iki haftalık çalışmalarında, hekimlerin %84 oranında ev ziyareti yaptıklarını saptamışlardır (144). Ingram ve arkadaşlarının yaptığı aile hekimlerinin ev ziyareti konusundaki tutum ve ev ziyareti yapmayı etkileyen etmenlerin araştırıldığı çalışmada hekimler %53 oranında ev ziyareti yaptıklarını bildirmişlerdir (136). Bergeron ve arkadaşlarının Kuzey Amerika'da yaptıkları çalışmaya katılan hekimlerin %58'i ev ziyareti yaptıklarını bildirmişlerdir. Aynı çalışmada hekimlerin %24'ünün haftada en az 5 kez ev ziyareti yaptıkları bulunmuştur (110). Bizim çalışmamızda haftada 2'den fazla ev ziyareti yapanların oranı %9,7 bulunmuştur. Hekimlerin

%32'sinin ise ya hiç ev ziyareti yapmadığı ya da daha seyrek ev ziyareti yaptıkları bulunmuştur. Eğitim alan grupta eğitim öncesi bu oran %78,4 iken eğitimden sonra %81,1'e yükselmiştir ancak bu istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p:1,000).

Hekimler yeterli ev ziyareti yapılmama nedenlerini %95,8 oranında yeterli zamanlarının olmaması, %68,1 oranında yetersiz ücretlendirme yapılması, %41,7 oranında hata yapma endişesi, %40,3 oranında ev ziyaretleri konusunda bilgi eksikliği, %30,6 oranında ev ziyaretlerinin faydalı olmayacağının düşünülmesi, %20,8 diğer nedenler olarak bildirmişlerdir. Diğer nedenler arasında nöbetli birimlerde de çalışmaları, personel yetersizliği, nüfus yükünün yanında misafir hastalarında eklenmesiyle poliklinik yükünün aşırı olması, ev ziyaretlerinin ziyaret edilen evdeki hasta ve yakınlarınca önemsenmemesi ya da istismar edilmesi, medyanın halkı yanlış bilgilendirmesi nedeniyle gereksiz ev çağrılarının olması, güvenlik kaygıları gibi nedenler olarak ifade edilmiştir. Theile ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmada ev ziyaretlerinin devamlılığı konusunda, uygun finansal teşviklerle bu geleneğin devamlılığının garantiye alınabileceği ifade edilmektedir (31). Yine Bergeron ve arkadaşları uygun ekonomik dengelerin sağlanmasıyla mevcut ev ziyaretleri oranında %50 artış olabileceğini bildirmiştir (110). Huber ve arkadaşları yaptıkları çalışmada hekimlerin %80'den fazlasının birinci basamak hekimi olmaktan memnun olduklarını ancak mesai dışı ev ziyareti yapma konusunda %57,6 oranında memnuniyetsizlik olduğunu bildirmişlerdir (145). Keenan ve arkadaşları da yaptıkları iki ayrı çalışmada ev ziyareti yapan hekimlerde geri ödemeler konusunda güçlü bir memnuniyetsizlik olduğunu bildirmişlerdir (107,148). Philbrick ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ev ziyaretlerinin, rutin ofis ziyaretlerine göre daha fazla zaman aldığı ve daha az ücretlendirildiği ifade edilmiştir (146). Hayton ve arkadaşları da zaman kısıtlılığının ve mali yetersizliklerin ev ziyaretlerini sınırlayıcı olduğunu bildirmiştir (144). Unwin ve arkadaşları ev ziyaretlerindeki azalmanın başlıca sebeplerini; ücretlendirme yetersizliği, kısıtlı zaman, sınırlı teknik destek algılaması, dava riski endişeleri, hekim eğitim ve uygulama eksikliği, kurumsal ve bireysel önyargılar olarak rapor etmişlerdir (2). Joyce ve arkadaşları düşkün hastaların bakımı, bakımın sürekliliği ve kalitesi için ek stratejiler oluşturulmadan aile hekimlerinin yaptığı ev ziyaretleri oranlarındaki düşüşü tersine çevirmenin mümkün görünmediğini bildirmişlerdir. Ev ziyaretlerinin verimliliğini artırmak için hizmet veren sağlık kuruluşlarının ve kurumlar arasındaki ilişkilerin düzenlenmesi, sağlık sistemi kaynaklarının verimli kullanılması için doğru

politikalara gereksinim olduğunu ifade etmişlerdir (46). Pereles ve arkadaşları da yaptıkları çalışmada da hekimlerin en çok ev ziyaretlerinin etkin olmamasında, zaman kısıtlılığı ve yetersiz geri ödeme olduğunu dile getirmişlerdir (30).

Hekimlere daha etkin ev ziyareti yapılabilmesi için düşünceleri sorulduğunda; en fazla nüfusun ve iş yükünün azaltılması gerektiğini, ikinci sırada ev ziyaretlerinin amacına uygun yapılmasının gerektiğini, üçüncü sırada ev ziyaretlerinin görev tanımlamasının ve sınırlarının belirlenmesi gerektiğini ifade etmişlerdir. Hiç düşünce bildirmeyen 15 kişi vardır. Boling ve arkadaşları yaptıkları araştırmada düzenli ev ziyareti yapan hekimlerin yoğunluktan daha az yakındıklarını söylemişlerdir (135). Bizim çalışmamızda aile hekimlerinin hizmet sunmakla yükümlü olduğu nüfus sayısı, ev ziyareti yapma sayılarını istatistiksel olarak etkilememiştir. Kayıtlı nüfusu 2500'e kadar olan aile hekimleri %66,7, 2501-3000 arası olan aile hekimleri %66,7, 3000 üzeri kayıtlı nüfusa hizmet veren aile hekimleri %68,6 oranında haftada en az bir kez ev ziyareti yapmışlardır. Oranlar birbirine oldukça yakındır. Çalışmamızda hizmet verilen nüfusun ev ziyareti yapma oranını etkilemediği bulunmuştur. Bunun yanında azda olsa bazı hekimlerin ev ziyaretleri için ayrı bir birim kurulması gerektiğini, sağlık hizmetlerinin sağlık kurumlarında verilmesi gerektiğini, ev ziyaretlerini gerekli bulmadığını ifade etmeleri dikkat çekicidir. Keenan ve arkadaşlarının çalışmasında, hekimlerin %80'i evde bakım bürolarının kullanılması gerektiği görüşünü bildirmişler (107).

Çalışmamızda 40 yaş üstü hekimlerin 40 yaş altı hekimlere göre daha fazla ev ziyareti yaptıkları bulunmuştur. Kırk yaş üstü hekimlerin %79,5, 40 yaş altı hekimlerin %54,5 oranında haftada en az bir kez ev ziyareti yaptıkları bulunmuştur (p: 0,024). İstatistiksel olarak anlamlı bulunmasa da erkek hekimlerin kadın hekimlere göre daha çok ev ziyareti yaptıkları bulunmuştur. Erkek hekimler %71,2, kadın hekimler %53,8 oranında haftada en az bir kez ev ziyareti yapmışlardır (p:0,324). Hekimleri birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışma sürelerine göre ayırdığımızda, 15 yıldan daha fazla süre görev yapan hekimlerin %64,0'ü yeterli sayıda ev ziyareti yaptıklarını düşünürken, 15 yıldan daha az çalışan hekimlerde bu oran %31,9 olarak bulunmuştur (p:0,009). Schwartzberg ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da çalışmamızdaki gibi erkek hekimlerin daha çok ev ziyareti yaptıkları bulunmuştur (15). Ingram ve arkadaşlarının hekimlerin ev ziyaretine yönelik tutumları ve ev ziyareti yapmayı etkileyen etmenleri araştırdıkları çalışmada da erkek hekimlerin ve 40 yaş üstü

hekimlerin daha fazla ev ziyareti yaptıkları bulunmuştur (136). Yine Bergeron ve arkadaşlarının, hekimlerin ev ziyaretlerinde ki tutumlarını araştırdıkları çalışmalarında erkek hekimlerin bayan hekimlere göre daha fazla oranda ev ziyareti yaptıkları saptanmıştır (110). Kersnik ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da erkek hekimler daha çok ev ziyareti yapmıştır (84). Boling ve arkadaşları çalışmalarında, ev ziyareti yapma sıklığının, hekim olarak çalışma sürelerinden etkilediğini bulmuşlardır (135). Warburton ve arkadaşlarının New Jersey’de çalışan aile hekimleriyle asistan geliştirme programlarının geliştirilmesi amacıyla yaptıkları çalışmalarında, aile hekimlerinin ev ziyaretleri hakkındaki tutumlarının ev ziyareti yapma açısından genç ve yaşlı hekimler arasında farklı olmadığını bulmuşlardır (142).

Çalışmamızda 15 yıldan az süredir çalışan aile hekimleri %85,1 oranında T.C. Sağlık Bakanlığı yönetmelik ve yönergelerine göre ev ziyareti yapmak gereklidir derken, 15 yıldan fazla çalışan aile hekimleri %64,0 oranında gerekli değildir demiştir (p:0,040). 15 yıl üzeri çalışan aile hekimlerinin %16,0’sı yeni ebeveyn olmuş aileye ev güvenliğini değerlendirmek amacıyla ev ziyareti yaparım derken, 15 yıldan daha az çalışan aile hekimleri %40,4 oranında yeni ebeveyn olmuş aileye ev güvenliğini değerlendirmek amacıyla ev ziyareti yaparım demiştir. Yine 15 yıldan daha fazla süre görev yapan hekimler %68 oranında yeterli bilgiye sahip olduklarını düşünürken, 15 yıldan daha az çalışan hekimlerde bu oran %31,9 olarak bulunmuştur (p:0,003). Bu durum bize görevde daha yeni olan aile hekimlerinin ev ziyaretleri konusunda ki yayınları daha çok takip ediyor olabileceğini düşündürmüştür. Ancak çarpıcı olan çalışmamızda ki genç hekimlerin daha az ev ziyareti yapmakta olmasıdır. Knight ve arkadaşlarının Amerika Birleşik Devletleri’nde yeni mezun aile hekimi uzmanlarının ev ziyareti uygulamaları incelendiğinde genç aile hekimlerinin ev ziyaretlerine yeteri kadar önem vermedikleri sonucuna ulaşılmıştır (141). Yine ABD’de Hsieh ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada aile hekimliği asistanların %30’u kronik hastalığı olan yaşlı hastalarla başa çıkmada düş kırıklığı duygusu yaşadıklarını; %93’ü ev ziyaretlerinin yaşlı hastaların sağlıklarını iyileştirmede etkili olduğunu düşündüklerini bildirmişlerdir (143).

Çalışmamızda aile hekimlerine yaptığımız anketteki 10 olgu sorusunun 10’una da eğitim sonrası doğru cevap verme oranlarının arttığı bulunmuştur. Bir soruda %100 doğru cevap verme oranı yakalanırken, 5 sorudaki oransal artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş, 4 soruda oranlar artmasına rağmen istatistiksel anlamlılık

bulunmamıştır. Aile hekimlerinin ev ziyareti yapma ya da yapmamaya karar verme becerilerini ölçmek için yapılan core sınavında da 6 olgu sorusu sorulmuştur. Core sınavındaki bir olgu sorusunda %51,4 başarı sağlanırken diğer olgu sorularında %73 ile %100 arasında başarı sağlanmıştır.

Yaptığımız çalışmada verdiğimiz eğitim sonucunda hekimlerin ev ziyaretleri konusundaki bilgilerinde artış sağlandığı düşünülmüştür. Eğitim sonrası yaptığımız core sınavında hekimlerin ev ziyareti yapma kararı alma ve ziyareti yönetebilme konusunda ki becerilerinin yeterli olduğu düşünülmüştür. Çalışmaya katılan hekimler eğitim öncesine göre, eğitimden sonra ev ziyaretleri konusunda kendilerinin bilgilerinin arttığını ve bu konuda daha fazla beceri sahibi olduklarını belirtmişlerdir (p:0,013). Eğitim sonrası hekimlerin ev ziyareti yapmaya dair isteklilikleri anlamlı olarak artmıştır (p:0,003). Buna rağmen hekimlerinin ev ziyareti yapma sayıları yaptığımız eğitim sonrası beklediğimiz gibi artmamıştır (p:1,000). Schwartzberg ve arkadaşlarının çalışmasında, verilen eğitim sonrası hekimlerin ev ziyareti yapma konusundaki isteklilik ve tutumları olumlu yönde değişmiş, ev ziyareti yapma ve yönetme becerilerinin arttığı görülmüştür. Ev ziyaretleri konusundaki farkındalığın artması, hekimin tutum ve davranış değişikliği konularında amaçlanan sonuçlara ulaşıldığı rapor edilmiştir. Dikkatle tasarlanmış eğitim programlarının hekimlerin tutumları üzerinde önemli bir etkisi olabileceğini, ev ziyaretleri konusunun tıp eğitimi programlarının ve uzmanlık eğitiminin bir parçası olarak dahil olması gerektiğini bildirmişlerdir (15). Hsieh ve arkadaşları 1. 2. ve 3. yıl asistanlarının, yaşlılara yapılan ev ziyaretleri konusundaki tutumlarını değerlendirdikleri çalışmalarında, asistanların hastalara evde verilen tıbbi bakımda toplum kaynaklarını kullanma becerisinin kazandırılmasının gerektiğini vurgulamışlardır (143). Knight ve arkadaşları yaptıkları araştırmada, çalışmaya katılan hekimlerin yaptığı ev ziyaretlerinin %80 oranında gereksiz yapıldığını düşündükleri bulunmuştur. Çalışmaya katılan hekimlerin %30'u hiç ev ziyareti yapmadığı, ev ziyareti yapan hekimlerin %55'inin de konuyla ilgili daha önceden hiç eğitim almadığı bildirilmiştir. Ev ziyaretleri konusunda uzun süreli uygulamalı eğitim programları olan fakültelerden mezun olanların ev ziyareti uygulamalarını daha fazla yaptıkları bulunmuştur. Eğitim uygulamalarına ev ziyaretleri konusunun dahil edilmesinin geleceğin doktorlarını ev ziyareti yapmaları için teşvik edebileceğini bildirmişlerdir (149).

6. SONUÇLAR

Çalışmamızda ev ziyaretleri hakkında aile hekimlerine verilecek bir eğitim ile aile hekimlerinin ev ziyaretleri konusundaki bilgi, beceri ve tutumlarında olumlu yönde değişiklik yapmayı amaçladık. Bu amaçla Burdur İlinde ASM'lerde çalışan toplam 72 (erkek %81.9, kadın %18.1) AH'ne ulaştık. Yüz yüze görüşme tekniğiyle ön anket uyguladığımız hekimleri eğitim (n:37) ve kontrol (n:35) grubu olmak üzere iki gruba ayırdık. Eğitim verildikten yaklaşık 3 ay sonra her iki gruba da tekrar anket sorularını sorduk. Eğitim alan gruba ayrıca core sınavı uyguladık.

Burdur ilinde aile hekimlerinin ortalama 3315 kişiye hizmet vermektedirler.

Toplamda hekimlerinin %54,2'si aile hekimlerinin ev ziyareti yapmalarının gerekli olduğunu düşünmektedirler. Hekimlerin %43,1'ü yaptıkları ev ziyaretlerini yeterli bulmaktadır. Eğitim alan grupta ev ziyaretlerini gerekli bulan hekimlerin oranı %67,6'den %81,1'e yükselmiştir (p:0,125).

Hekimler eğitimden önce %45,9 oranında ev ziyareti yapma konusunda kendilerini yeterli görürken eğitimden sonra bu oran %76,7'ye yükseldi (p:0,013).

Aile hekimleri ev ziyaretlerine en fazla 65 yaş üstü kişilerin ihtiyacı olduğunu farkındalardı.

Çalışmamızda aile hekimleri ev ziyaretlerinin amaçları konusunda, özellikle hastalık değerlendirmesi, ölmekte olan hasta ve yakınına yas destek ve hasta bakıcısının değerlendirilmesi konularında yeterli bilgiye sahip değillerdi. Eğitim sonrası bu konularda da farkındalık istatistiksel olarak önemli ölçüde artmıştır (p:0,000).

Çalışmaya katılan aile hekimlerinin (n:72) yaklaşık %55'i ev ziyareti yapma konusunda isteksizdir. Eğitim grubunda (n:37) isteklilik oranı verilen eğitimle %37,8'den %67,6'ya yükselmiştir (p:0,003). Bu artış istatistiksel olarak anlamlı olsa da beklediğimiz seviyelerde değildi.

Burdur İli'nde aile hekimlerinin %68'i haftada en az bir kez ev ziyareti yapmaktadırlar. Verilen eğitim sonrası yaptığımız değerlendirmede ev ziyaretleri oranlarında istatistiksel olarak anlamlı bir artış saptanmamıştır (p:1,000).

Hekimler yeterli ev ziyareti yapılmama nedenlerini yeterli zamanlarının olmaması, yetersiz ücretlendirme yapılması, hata yapma endişesi, ev ziyaretleri konusunda bilgi eksikliği, ev ziyaretlerinin faydalı olmayacağının düşünülmesi, nöbetli

birimlerde de çalışmaları, personel yetersizliği, nüfus yükünün yanında misafir hastalarında eklenmesiyle poliklinik yükünün aşır olmasđ, ev ziyaretlerinin ziyaret edilen evdeki hasta ve yakınlarınca önemsenmemesi ya da istismar edilmesi, medyanın halkđ yanlış bilgilendirmesi nedeniyle gereksiz ev çağrılarının olması, güvenlik kaygıları gibi nedenler olarak ifade edilmiştir. Hekimler nüfusun ve iş yükünün azaltılması, ev ziyaretlerinin amacına uygun yapılması, ev ziyaretlerinin görev tanımlamasının ve sınırlarının belirlenmesi halinde daha çok ev ziyareti yapılabileceğini ifade etmişlerdir. Ancak alışmamızda yapılan ev ziyaretleri oranları, hizmet verilen nüfus sayısından etkilenmemiştir. Bunun yanında azda olsa bazı hekimlerin ev ziyaretleri için ayrı bir birim kurulması gerektiğini, sağlık hizmetlerinin sağlık kurumlarında verilmesi gerektiğini, ev ziyaretlerini gerekli bulmadđđını ifade etmeleri dikkat çekicidir.

Çalışmamızda 40 yaş üstü hekimlerin daha fazla ev ziyareti yaptđđı bulunmuştur (p:0,024). Erkek hekimler kadın hekimlere göre daha fazla ev ziyareti yapmaktadırlar (p:0,324).

Çalışmamızda aile hekimlerinin anketteki 10 olgu sorusunun tümünde, eğitim sonrası doğru cevap verme oranları artmıştır. Bir soruda %100 doğru cevap verme oranđ yakalanırken, 5 sorudaki oransal artış istatistiksel olarak anlamlđ bulunmuştur. Aile hekimlerinin ev ziyareti yapma ya da yapmamaya karar verme becerilerini ölçmek için yapılan core sınavında da 6 olgu sorusu sorulmuştur. Core sınavındaki bir olgu sorusunda %51,4 başarı sağlanırken diğer olgu sorularında %73 ile %100 arasında başarı sağlanmıştır.

Sonuç olarak aile hekimlerine verdiğimiz eğitim, hekimlerin ev ziyaretleri konusundaki bilgilerinde artış sağlamıştır. Core sınavđ sonuçları değerlendirildiğinde, hekimlerin ev ziyareti yapma kararı alma ve ziyareti yönetebilme konusundaki becerilerinin yeterli olduğu düşünülmüştür. Eğitim sonrası hekimlerin ev ziyareti yapmaya dair istekliliklerinin anlamlđ olarak artmasına rağmen (p:0,003) bu durum hekimlerinin ev ziyareti yapma sayđlarını beklediğimiz gibi arttırmamıştır (p:1,000).

7. ÖZET

AİLEHEKİMLERİNE EV ZİYARETLERİ KONUSUNDA VERİLECEK EĞİTİMİN BİLGİ, BECERİ ve TUTUMLARINA ETKİLERİ

Ev ziyaretleri birinci basamak sağlık hizmetleri sunumunun önemli bir parçasıdır. Ülkemizde de tüm dünyada olduğu gibi nüfusun yaşlanmasıyla ev ziyaretlerine olan ihtiyaç daha da artacaktır. Ev ziyaretleri tüm yaş grupları için yapılabilir. Bu nedenle hekimlerin ev ziyaretleri gerekçelerini ve özellikle 65 yaş üstü hastaların sağlık ihtiyaçlarının neler olabileceğini bilmeleri önemlidir.

Ülkemizde ev ziyaretleri konusunda hekimler tarafından yapılan çalışmalar çok azdır. Bu çalışmada ev ziyaretleri hakkında aile hekimlerine verilecek bir eğitim ile ev ziyaretleri konusundaki bilgi, beceri ve tutumlarında olumlu yönde değişiklik yapmayı amaçladık. Çalışmamız ülkemizde yapılan ilk çalışmadır.

Burdur İlinde ASM’lerde çalışan toplam 72 (erkek %81,9, kadın %18,1) AH’ne ulaşıldı. Yüz yüze görüşme tekniğiyle ön anket uyguladığımız hekimleri eğitim (n:37) ve kontrol (n:35) grubu olmak üzere iki gruba ayırdık. Eğitim verildikten yaklaşık 3 ay sonra her iki gruba da tekrar anket sorularını sorduk. Eğitim alan gruba ayrıca core sınavı uyguladık.

Bağımsız gruplar arasındaki farklılıklar “Ki-kare Anlamlılık Testi” ile bağımlı gruplar arasındaki farklılıklar “Mc Nemar Testi” ile istatistiksel olarak analiz edildi.

Yaptığımız ön ankette hekimlerin ev ziyaretleri konusunda yeterli düzeyde yetkin olmadıkları görüldü. Ev ziyaretleri konusunda verdiğimiz eğitim ile hekimlerin bilgi ve becerileri beklentimiz doğrultusunda artmıştır. Ev ziyareti yapmaya isteklilik oranı artarken, ev ziyareti yapma oranlarında beklediğimiz artış olmamıştır.

Ev ziyareti konusunda daha kapsamlı ve pratik uygulama içeren eğitimlerin, hekimlerin tutumlarında daha olumlu değişimler yapabileceği düşünülmüştür. Ev ziyaretleri konusunun mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimlerde yaygınlaştırılması, hizmet verilen nüfusun diğer ülkelere benzer sayılara çekilmesi, uygun ücretlendirme politikası, bilimsel ve yasal düzenlemelerle ev ziyaretlerinde standardizasyonun sağlanması, güvenlik sorunlarının çözülmesiyle ev ziyaretlerine isteklilik ve ev ziyareti yapma oranlarının daha da yükselebileceği düşünülmektedir. Ülkemiz için bu konuda daha fazla sayıda çalışmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: Aile hekimliği, Ev ziyaretleri, Eğitim, Tutum.

8. ABSTRACT

THE EFFECT OF EDUCATION GIVEN ABOUT HOME VISITS TO FAMILY PHYSICIANS ON THEIR INFORMATION, ATTITUDE AND SKILLS

Home visits consist an important part of health care delivery. In this country, as well as the world as a whole, the demographic change of an ageing population becomes increasingly relevant making home visits more important. Nevertheless, if required, home visits can be made for all age groups. The reasons given by physicians 65 years ago with regard to home visits may differ today as medical practice has developed, and thus need to be explored.

In Turkey, the provision of home visits is very small. This study will examine training at family practitioner level, in order to augment knowledge, skill and attitude aimed at making positive changes to the status quo. Our study is the first spesifically at this subject in our country.

A survey in Burdur province of ASM's involving 72 respondent family physicians (male: 54.3%, female: 18.1%) provided the enquiry with the current perceived level of knowledge. Face to face interviews in order to establish doctors' education was divided into two enquiries (n:37) and control (n:35) consisting of two groups. Having established the average knowledge base, a training field group was developed and their core skills were confirmed with an examination.

The differences between independent groups were quantified by means of the "Chi-square test of Significance" as well as "McNamara" statistical analysis.

Our preliminary survey of physicians indicated that they are not adequately competent in the fulfilment of the requirements of the home visit. Improvements in education and skills among medical professionals has improved since making our first line of enquiry. As competence improves through education and vocational training, there has been a noticeable increase in a family physicians willingness to do home visits, something we had anticipated through our research.

Physicians need to embrace a more positive attitude to fundamental changes in home visit practices and more comprehensive and practical trainings may help physicians for this point of view. Home visits before and after training were noticeably different at our study. Family physicians provision per head of population needs to

reflect the number of population served, as well as a sensible pricing policy in comparison with other countries. Awareness of current advances in science and the reduction of legal constraints with regard to the provision of home visits must lead to standardization of provision, and a willingness to resolve associated security issues.

What is evident from this research is that our country needs to work harder in order to provide a reasonable level of medical care to those people requiring home visits in the community. And more studies are needed at this area in our country.

Key words: Family medicine, Home visits, Education, Attitude

9. KAYNAKLAR

1. Unwin BK, Tatum PE. House Calls Am Fam Physician. 2011; 83(8): 925-31.
2. Unwin BK, Jerant AF. The Home Visit. Am Fam Physician 1999; 60: 1481-8.
3. Yaman H, Ungan M. Ev ziyaretleri. Sendrom 2000; 3: 94-8.
4. Royal College of General Practitioners. Healthy People: promoting health and preventing disease Royal College of General Practitioners Curriculum Statement5.Erişim:http://www.rcgpcurriculum.org.uk/PDF/curr_5_Healthy_people.pdf. Erişim tarihi: 18.4.2012.
5. American Academy of Family Physicians (AAFP) Health Promotion and Disease Prevention. AAFP Reprint No. 267. Erişim.http://www.aafp.org/cg. Erişim tarihi: 21.04.2012.
6. Yaman H, Akdeniz M, Howe J. GeroFam kavramı: Önümüzdeki demografik değişime yönelik bir çözüm önerisi. GeroFam 2010; 1(1): 1-14.
7. Tufan İ. Birinci Türkiye Yaşlılık Raporu. GeroYay Antalya 2007.
8. Christensen K, Doblhammer G, Rau R Vaupel JW. Ageing populations: the challenges ahead. Lancet 2009; 3; 374(9696): 1196–208.
9. Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı. Devlet Planlama Teşkilatı. Erişim. http://ekutup.dpt.gov.tr. Erişim tarihi: 02.05.2012.
10. Leff B, Burton JR. The Future History of Home Care and Physician House Calls in the US. Journal of Gerontology: Medical Sciences 2001; 56A(10): 603–8.
11. Eren N, Öztekin Z. Sağlık Ocağı Yönetimi. 1993; 6. Baskı: 101-14.
12. Balkaya NA. Postpartum dönemde annelerin bakım gereksinimleri ve ebe hemşirenin rolü. CÜ Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2002; 6(2): 42-9.
13. T.C. Sağlık Bakanlığı Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Resmî Gazete Sayı: 27591. Erişim:http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-10376/aile-hekimligi-uygulama.yonetmeliği.html. Erişim tarihi: 27.05.2011.
14. WHO Regional Office for Europe. Evaluation of the organizational model of primary care in Turkey – a survey-based pilot project in two provinces- Primary care in the WHO European Region of Turkey. World Health Organization 2008.
15. Schwartzberg JG, Guttman R. Effect of Training on Physician Attitudes and Practices in Home and Community Care of the Elderly. Arch Fam Med 1997; 6: 439-44.
16. Primary Health Care, Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Geneva: World Health Organization 1978.
17. Bilgel N, Özçakır A. Sağlık Sistemlerinin Geliştirilmesinde Aile Hekimliğinin Katkısı”, Dünya Aile Hekimleri Birliği (WONCA) ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO) İşbirliği Projesi. Kılavuz kitap (Ed: Bilgel N.), STZ Matbaacılık, Bursa, syf:1-30; 2005.

18. Starfield, B. Primary Care. Concept, Evaluation, and Policy. New York: Oxford University Press 1992; 6: 213–35.
19. Green LA, Phillips RL, Fryer GE. The nature of primary medical care. In: Jones R et al, eds. Oxford textbook of primary Medical care. New York: Oxford University Press 2005; 3-10.
20. Starfield B. The effectiveness of primary health care. Oxon (UK): Radcliffe; 2003.
21. Akdeniz M, Ungan M, Yaman H. Aile Hekimliği: Çağdaş bir sağlık hizmeti sunma biçimi. GeroFam 2010; 1(1): 15-28.
22. Akdeniz M, Ungan M, Yaman H. Türkiye’de bir tıp disiplini olarak Aile Hekimliğinin gelişimi. GeroFam 2010; 1(1): 29-40.
23. WONCA-AVRUPA Aile Hekimliği/Genel Pratisyenlik Tanımı 2005. Türkçe Çevirisi. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları-4 Nisan 2011.
24. McDaniel SH, Campbell TL, Hepworth J, Lorenz A. Aile Yönelimli Birincil Bakım. (Yaman H, Çev. Ed.). İstanbul, Yüce Yayınevi 2007.
25. Yaman H, Akdeniz M. Aile Yönelimli birincil bakım. Birinci Basamakta tanı ve tedavi ed. Bozdemir N, Kara İH. Adana Nobel Kitabevi 2010; 25-32.
26. Türkiyede Aile Yapısı. Genbilim Türkiye Bilim sitesi erişim: www.genbilim.com.
27. Okyayüz Ü. Sağlık Psikolojisi. In: Doğan B. Y. (ed.) Davranış Bilimlerine Giriş, Antıp AŞ 1998; 241-47.
28. Borrell-Carrió F, Suchman AL, Epstein RM. The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry Ann Fam Med 2004; 2: 576-82.
29. Levinson W, Lesser CS, Epstein RME. Developing Physician Communication Skills For Patient-Centered Care. Health Aff 2010; 29(7): 1310-18.
30. Pereles L. Home visits An access to care issue for the 21st century. Can Fam Physician 2000; 46: 2044-48.
31. Theile G, Kruchinski C, Bck M, Müller CA, Hummers-Pradier E. Home visits- central to primary care, tradition or an obligation? A qualitative Study. BMC Family Practice 2011; 12(24): 2-12.
32. Ferrier C, Lysy P. Home assessment and care. Can Fam Physician 2000; 46: 2053-8.
33. American Medical Association and American Academy of Home Care Physicians. Medical Management of the Home Care Patient. Guidelines for Physicians 3th ed New York 2007.
34. Minnesota Department of Health. Home Visitor Training Manual. Erişim: <http://www.health.state.mn.us/divs/fh/mch/HOMEcurriculum/chp2/handout1.html>. Erişim tarihi 05.03.2012.
35. T.C. Sağlık Bakanlığı Gezici Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge. Erişim. <http://www.saglik.gov.tr>. Erişim tarihi: 05.03.2012.
36. Hogan DB. The practice of Geriatrics: Specialized Geriatric programs and home visits. Can Geriatric J 2011; 14(1): 1-3.

37. Kinsella K, Wan H. US Census Bureau, International Population Reports, P95/09-1, An Aging World: 2008, US Government Printing Office, Washington DC 2009.
38. Department of economic and Social Affairs. World Population Ageing 2009. United Nations NewYork 2010.
39. Breyer F, Costa-Font J, Felder S. Ageing, health, and health care. Oxf Rev Econ Policy.
40. Herrit BJ. The House Call: Past, Present and Future. UTMJ 2012; 89: 3.
41. Liang W. Physician House Call. MPHP 439. Online Chapter.
42. Eaton B. Why we do not make housecalls. Can Fam Physician 2000; 46: 1945-47.
43. The College Family Physician of Canada. The rol of Family Physician in home care. Discussion Paper. CFPC 2000 erişim: www.cfpc.ca. Erişim tarihi 12.03.2012.
44. Aylin P, Majeed FA, Cook DG. Home visiting by general practitioners in England and Wales. BMJ 1996; 27; 313(7051): 207–10.
45. Van den Berg. Delegation of GP-home visits to qualified practice assistants: assessment of economic effects in an ambulatory healthcare centre. BMC Health Services Research 2010; 10: 155.
46. Joyce C, Piterman L. Trends in GP home visits. Australian Family Physician 2008; 37(12): 1039-42.
47. Australian Gowerment Productivity Commission inquiry Report. Caring for Older Australians Draft Report 2011; 58.
48. Straand J, Sandvick H. Home visits in general practice – most often for elderly patients: A report from the Møre & Romsdal Prescription Study. Norwegian Journal of Epidemiology 1998; 8(2): 127-33.
49. Vass M, Avlund K, Hendriksen C, Philipson Lotte, Riis P. Preventive home visits to older people in Denmark Why, how, by whom, and when? Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2007; 40(4): 209-16.
50. Ramsdell SW, Swart J, Jackson JE, Renvall M. The yield of a home visit in the assessment of geriatric patients. J Am Geriatr Soc 1989; 37: 17-24.
51. Wright B, Lockyer J, Fidler H, Hofmeister M. Roles and responsibilities of family physicians on geriatric health care teams. Health care team members' perspectives. Can Fam Physician 2007; 53: 1954-5.
52. De Jonge E, Taler G. Is there a doctor in the house? Caring 2002; 21(8): 26-9.
53. Gammel JD. Medical House Call Program: extending frail elderly medical care into the home. J Oncol Manag 2005; 14(2): 39-46.
54. Tarricone R, Tsouros A. Home Care in Europe. World Health Organization-Europe 2008.
55. Acute/Post Acute Care (Apac) Northern Sydney Central Coast Health Clinical and Operational Policies & Procedures/APAC-NSH Home Visiting Guidelines 2002.
56. Landers SH. Home Care: A key to the Future of Family Medicine. Ann Fam Med 2000; 4(4): 366-8.

57. Gomby DS, Larson CS, Lewit EM, Behrman R. Home Visiting: Analysis and Recommendations. *The Future of Children* 1993; 3(3): 6-22.
58. Duggan AK, McFarlane EC, Windham EM, Rohde CA. Evaluation of Hawaii's Healthy Start Program in The Future of Children Home Visiting: Recent Program evaluations. 1999; 9(1): 69-90.
59. World Health Organisation. Programmes and projects. Maternal, newborn, child and adolescent health. Home visits for the newborn child: a strategy to improve survival. Erişim adresi: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_fch_cah_09_02/en/index.html. Erişim tarihi 27.01.2012.
60. World Health Organisation. Media centre. Newborns: reducing mortality. Erişim adresi: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs333/en/> Erişim tarihi: 27.01.2012.
61. Home safety Council Children and Home Injuries. http://www.homesafetycouncil.org/aboutus/research/re_sohs_w009.asp. Erişim tarihi 21.09.2011.
62. Roberts I, Kramer MS, Suissa S. Does home visiting prevent childhood injury? a systematic review of randomized controlled trials. *BMJ* 1996; 312: 29-33.
63. King WJ, Klassen TP, LeBlanc J. The effectiveness of a home visit to prevent childhood injury. *Pediatrics* 2001; 108: 383-8.
64. Gielen AC, McDonald EM, Wilson MEH, Hwang W, Serwint JR, Andrews JS, Wang M. Effects of Improved Access to safety Counseling, Products, and Home Visits on Parents' confidently Practices. Results of a Randomized Trial. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002; 156: 33-40.
65. MacLeod J, Nelson G. Programs for the prevention of family wellness and the prevention of child maltreatment: a meta-analytic review. *Child Abuse and Neglect* 2000; 24: 1127-49.
66. Donelan-McCall N, Eckenrode J, Olds DL. Home visiting for the prevention of child maltreatment: lessons learned during the past 20 years. *Pediatr Clin North Am* 2009; 56(2): 389-40.
67. State of New Mexico's children, Youth and Families Department: Home visiting Service Manual. Erişim: www.cyfd.org/content/home-visiting. Erişim Tarihi 21.02.2012.
68. Barnett B, Liu J, DeVoe M, Alperovitz-Bichell K, Duggan AK. Home Visiting for Adolescent Mothers: Effects on Parenting, Maternal Life Course, and Primary Care Linkage. *Ann Fam Med* 2007; 5: 224-32.
69. Barbera L, Sussman J, Viola R, Husain A. Factors Associated with End-of-Life Health Service Use in Patients Dying of Cancer Healthcare Policy 2010; 5(3):2010.
70. Michiels E, Deschepeeginald R, Van Der Kelen G, Bernheim J L. The role of general practitioners in continuity of care at the end of life: a qualitative study of terminally ill patients and their next of kin. *Palliat Med* 2007; 21: 409-15.
71. Borgsteede SD, Graafland-Riedstra C, Deliens L, Francke AL, van Eijk JThM, Willems DL. Good end-of-life care according to patients and their GPs. *British Journal of General Practice* 2006; 56: 20-6.

72. Meeussen K, Van den Block L, Bossuyt N, Bilsen J. Deliens GPs' awareness of patients' preference for place of death. *Br J Gen Pract* 2009; 59: 665–70.
73. Schweitzer BPM, Blankenstein N, Deliens L, van der Horst H, Out-of-hours palliative care provided by GP co-operatives: availability, content and effect of transferred information. *BMC Palliative Care* 2009, 8: 17-23.
74. Abarshi E, Echteld MA, Block L, van den Donker G, Bossuyt N, Meeussen K, et al. Use of palliative care services and general practitioners visits at the end of life in the Netherlands and Belgium. *Journal of Pain and Symptom Management* 2011; 41(2): 436-48.
75. Gil JC, Molina EH, Bermejo FF, Grajera ME. On behalf of the Extremadura Palliative Care Research Group (IPALEX). Palliative Care Support Teams and the Commitment of Primary Care Teams to Terminally Ill Patients in Their Homes.
76. McHugh M, Rainone F. Patient-Centered Palliative Care in the Home Choices in *Palliative Care* 2007, 31-44.
77. Ang SK, LeGrand SB, Walsh D, Davis MP, Lagman RL. Physician home visits by palliative medicine fellow. *Am J Hosp Palliat Care* 2012; 29(2): 112-5.
78. Mitchell GK, Reymond EJ, McGrath BPM. Palliative care: promoting general practice participation. *Med J Aust* 2004; 180(5): 207-8.
79. Naylor MD, Brooten D, Campbell R, Jacobsen BS, Mezey MD, Pauly MV, Schwartz JS. Comprehensive Discharge Planning and Home Follow-up of Hospitalized Elders A Randomized Clinical Trial. *JAMA* 1999; 281(17): 613-20.
80. Patterson CJ, Mulley GP. The effectiveness of pre d i s c h a r g e home assessment visits: a systematic re v i e w. *Clinical Rehabilitation* 1999; 13: 101–4.
81. Nygård L, Grahn U, Rudenhammar A, Hydling S. Reflecting on Practice: Are home visits prior discharge worthwhile in geriatric care: Client's and occupational therapist' perceptions. *Nordic College of Caring Sciences* 2004; 18: 193-203.
82. Barnet B, Liu J. Home Visiting for Adolescent Mothers: Effects on Parenting, Maternal Life Course and Primary Care Linkage *Ann Fam Med* 2007; 5: 224-2.
83. Dağdeviren N, Özer C, Aktürk Z. Aile Hekimliğinde Ev Ziyareti Nostalji mi, Vazgeçilmez mi? *Nabız* 2011; 14.
84. Kersnic J. Observational study of home visits in Slovene general practice: Patient characteristics, practice characteristics and health care utilization. *Family Practice* 2000; 17(5): 389-93.
85. Fitzpatrick AL, Powe NR, Cooper LS, Ives DG, Robbins JA. Barriers to health care. Access among the elderly and who perceives them. *Am J Public Health* 2004; 94(10): 1795-9.
86. Svab I, Kravos A, Vidmar G. Factors influencing home visites in Slovenian General Practice. *Family Practice* 2003; 20: 58-60.
87. Kılınç S. Yaşlı Hastalarda Ev Ziyaretleri ve Özellikleri. *Gerofam* 2010; 1(1):41- 8.

88. Dalby DM, Sellors JW, Fraser FD, Fraser C, van Ineveld C, Howard M. Effect of preventive home visits by a nurse on the outcomes of frail elderly people in the community: a randomized controlled trial. *CMAJ* 2000;162(4): 497-500.
89. Stuck AE, Minder CE, Peter-Wüest, I, Gillmann G, Egli C, Kesselring A, et al. A Randomized Trial of In-Home Visits for Disability Prevention in Community-Dwelling Older People at Low and High Risk for Nursing Home Admission. *Arch Intern Med* 2000; 160: 977-986.
90. Sahlen K-G, Dahlgren L, Hellner B, Stenlund H, Lindholm L. Preventive home visits postpone mortality – a controlled trial with time-limited results *BMC Public Health* 2006; 6: 220-9.
91. Elkan R, Kendrick D, Dewey M, Hewitt M. Effectiveness of home based support for older people systematic review and metaanalysis: *BMJ* 2001; 323: 1–9.
92. Pardessus V, Puisieux F, Di Pompeo C, Gaudefroy C, Thevenon A, Devailly P. Benefits of Home Visits for Falls and Autonomy in the Elderly. A Randomized Trial Study. *Am J Phys Med Rehabil* 2002; 81(4): 247-52.
93. Stuck AE, Egger M, Hammer A, Minder CE, Beck JC. Home Visits to Prevent Nursing Home Admission and Functional Decline in Elderly People. Systematic Review and Meta-regression Analysis. *JAMA* 2002; 287: 1022-8.
94. Stewart S, Marley JE, Horowitz JD. Effects of a multidisciplinary, home-based intervention on planned readmissions and survival among patients with chronic congestive heart failure: a randomised controlled study. *Lancet* 1999; 354: 1077-83.
95. LoFaso V. The doctor-patient relationship in the home. *Clin Geriatr Med* 2000; 16(1): 83-94.
96. Welberry C. Close up. A patient's perspective: A Home Visits. Erişim: <http://www.aafp.org/afp/closeups>. Erişim Tarihi 21.03.2012.
97. Akdemir N, Bostanoğlu H, Yurtsever S, Kutlutürkan S, Kapucu. Yatağa bağımlı hastaların evde yaşadıkları sağlık sorunlarına yönelik evde bakım hizmet gereksinimleri. *Dicle Tıp Dergisi* 2011; 38(1): 57-65.
98. Rubenstein LZ, Stuck AE. Preventive home visits for older people: Defining criteria for succes. *Age and Ageing* 2001; 30: 107-9.
99. Dearborn DG. Educating Physcians-in-training about Healthy Home Environments for Infants and The Elderley. Dept of Environmental Health Sciences, Case Western Reserve University School of Medicine, Cleveland, Ohio 2010.
100. Sağlık Bakanlığı RG Tarihi: 10.03.2005 RG Sayısı: 25751 Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönerge.
101. Şenol Y, Akdeniz M. Yaşlılık ve Koruyucu Tıp. *GeroFam* 2010; 1: 49-68.
102. TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Aile Doktorları İçin Kurs Notları. Ankara 2004; 43-54.
103. Physician Home Visit Program, A New Training Experience with Older Adults, University of Cincinnati. Erişim: <http://www.geriatrics.uc.edu/homevisit/Physician%20Home%20Visit%20Program-1-20-07-laptop%20version.ppt>. Erişim tarihi: 27/12/2011.

104. Koçer A, Uysal A. Aile ve Toplum eğitim, Kültür ve Araştırma Dergisi. Ocak-Şubat- Mart 2008; 121-8.
105. Curtis P, Evens S. Doctor-patient communication on the telephone. Can Fam Physician 1989; 35: 123-8.
106. Adelman AM, Fredman L, Knight AL. House call practices: a comparison by specialty. J Fam Pract 1994; 39(1): 39-44.
107. Keenan JM, Boling PE, Schwartzberg JG, Olson L, Schneiderman M, McCaffrey DJ, Ripsin CM. A national survey of the home visiting practice and attitudes of family physicians and internists. Arch Intern Med 1992; 152(10): 2025-32.
108. Bucquet D, Jarman B, White P. Factors associated with home visiting in an inner London general practice. BMJ 1985; 290: 14803.
109. Snijder EA, Kersting M, Theile G, Kruschinski C, Koschak J, Hummers-Pradier E, Junius-Walker U. Home visits in German general practice: findings from routinely collected computer data of 158,000 patients. Gesundheitswesen 2007; 69(12):679-85.
110. Bergeron R, Laberge A, Vézina L, Aubin M. Which physicians make home visits and why? A survey. CMAJ 1999; 161: 369-73.
111. Gözümlü S, Tan M. Birinci Basamakta Çalışan Sağlık Personelinin Yaşlı Bakımına İlişkin Bilgi Görüş ve Uygulamaları. Geriatri 2003; 6(1): 14-21.
112. Alision M. Randomized trial of Office screening for common problems in older persons. The American Journal of Medicine 1997; 102: 371-8.
113. Yaman H (Çeviri Editörü). Yaşlı Dostu Birincil Bakım Merkezi Enstrmanı. Cenevre: DSO 2007. <http://www.ailehek.org>. Erişim tarihi: 04.09.2011.
114. Podsiadlo D, Richardson J. The timed “up and go”: a test of basic functional mobility for frail elderly persons. J Am Geriatr Soc 1991; 39(8): 142-8.
115. Tinetti ME. Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. J Am Geriatr Soc 1986; 34(2): 119-26.
116. Yaman H. Yaşlı Sağlığı: Bütüncül Geriatrik Değerlendirme. STED 2008; 17(11): 8-11.
117. Yaman H, Yazıcı S, Sandholzer H. Geriatrik değerlendirme: Aile hekimliğinde yaşlının kanıta dayalı rehberler ışığında periyodik muayenesi. Türk Aile Hekimliği Dergisi 2009; 13(1): 27-38.
118. Ramsdell JW. Geriatric assessment in the home. Clin Geriatr Med 1991; 7(4): 677-93.
119. Wojszel ZB, Bień B, Polityńska B. The assessment of the functional state of elderly people by family physician with the help of EASY-Care questionnaire. Pol Merkur Lekarski 1999; 6(33): 167-70.
120. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiatr Res 1983; 17(1): 37-49.

121. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12(3): 189–98.
122. Elsayy B, Higgins KE. The Geriatric Assessment. *Am Fam Physician* 2011; 83(1): 48-56.
123. Samji N. Physician house calls - a solution for the elderly? *Royal College of Surgeons in Ireland Student Medical Journal* 2012; 5: 81-3.
124. Landers SH, Suter P, Hennessey B. Bringing home the “medical home” for older adults *Cleveland Clinical Journal of Medicine* 2010; 77: 10.
125. Fried TR, Reuben DB, Tinetti ME. When the patient cannot come to the doctor: a medical housecallsprogram. *J Am Geriatr Soc* 1998; 46: 226-31.
126. Zabar S, Hanley K, Adams J. No place like home: teaching home visits. *Med Educ* 2009; 43: 1102-3.
127. Hayashi J, Phillips K, Arbage A, Sridharan A, Gajadhar R, Sisson SD. A Curriculum to Teach Internal Medicine Residents to Perform House Calls for Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society* 2007; 55(8): 1287–94.
128. Herrit BJ. The House Call: Past, Present and Future. *UTMJ* 2012; 89(3): 176-7.
129. Peterson LE, Bazemore AW, Phillips RL. Family Physicians' Present and Future Role in Caring for Older Patients *Am Fam Physician* 2009; 15: 80(10): 1072.
130. Woollard R. The Present And Promise Of Family Medicine In Undergraduate Education: Generalist Foundations 2000.
131. Nieman LZ, Jones JG. Family medicine home visit programs in U.S. and Canadian medical schools. *J Med Educ* 1983; 58(12): 934-40.
132. Laditka SB, Fischer M, Mathews KB, Sadlik JM, Warfel ME. There's no place like home: evaluating family medicine residents' training in home care. *Home Health Care Serv Q* 2002; 21(2): 1-17.
133. Family Medicine – 61 (Fmch 532) Curriculum Guide & Clerkship Handbook 2008-2009 Department of Family Medicine and Community Health John A. Burns School of Medicine University of Hawaii.
134. McWhinney IR, Freeman T. Home care. In *Textbook of Family Medicine* 3th ed. Oxford University Press 2009; 363-74.
135. Boling PA, Retchin SM, Ellis J, Pancoast SA. Factors associated with the frequency of house calls by primary care physicians. *J Gen Intern Med* 1991; 6: 335-40.
136. Ingram CJ, O'Brien-Gonzales A, Main DS, Barley G, Westfall JM: The family physician and house calls: a survey of Colorado family physicians. *Fam Pract* 1999; 48: 62–5.
137. Highlights on Health in Ireland. WHO Regional Office for Europe 1998; 1-43.
138. Dresang LT, Brebrick L, Murray D, Shallue A, Sullivan-Vedder L. Family medicine in Cuba: community-oriented primary care and complementary and alternative medicine. *J Am Board Fam Pract* 2005; 18: 297–303.

139. McWhinney IR. The College Family Physician of Canada. The role of Family Physician in home care. Discussion Paper. CFPC 2000 Erişim: <http://www.cfpc.ca/ProjectAssets/Templates/Resource.aspx?id=1515&langType=4105>. Erişim tarihi: 22/05/2012.
140. Wilkinson M. Home Visiting for Foundation Doctors in General Practice. COGPED: Committee of General Practice Education Directors 2008; 22.
141. Knight AL, Adelman AM, Sobal J. House call practices among young family physicians. *J Fam Pract* 1989; 29: 638-42.
142. Warburton SW Jr, Sadler GR, Eikenberry EF. House call patterns of New Jersey family physicians. *J Fam Pract* 1977; 4(5): 933-8.
143. Hsieh C. Family medicine residents and home visits. *Fam Med* 38(10): 691-2
144. Hayton A, Dietrich A, Simmons J. House calls by New Hampshire family practitioners. *Fam Pract Res* 1986; 6: 22-7.
145. Huber C, Rosemann T, Zoller M, Eichler K, Senn O. Out-of-hours demand in primary care: frequency, mode of contact and reasons for encounter in Switzerland. *J Eval Clin Pract* 2011; 17(1): 174-9.
146. Philbrick JT, Connelly JE, Corbett EC. Home visits in a rural office practice: Clinical spectrum and effect on utilization of health care services. *J Gen Intern Med* 1992; 7: 522-7.
147. Peppas G, Theocharis G, Karveli EA, Falagas ME. An analysis of patient house calls in the area of Attica, Greece. *BMC Health Serv Res* 2006; 6: 112.
148. Keenan JM, Bland CJ, Webster L, Myers S. The home care practice and attitudes of Minnesota family physicians. *J Am Geriatr Soc* 1991; 39(11): 1100-4.
149. Knight AL, Adelman AM, Sobal J. The house call in residency training and its relationship to future practice. *Fam Med* 1991; 23: 57-9.

10. EKLER

10.1. EK-1. Ev Ziyareti Kontrol Listesi.

EV ZİYARETİ KONTROL LİSTESİ				
Hastanın adı soyadı:				
Adres:				
Telefon numarası:				
Aile üyeleri:				
Aile üyelerinin adres ve telefon numaraları:				
Ziyareti yapan:			Ziyaret tarihi:	
Yetersizlik-İmmobilite				
Günlük yaşam faaliyetleri:	İyi ☐ Orta ☐ Kötü ☐	Aletli günlük yaşam aktiviteleri	Var ☐ Yok ☐	
Denge ve yürüme sorunları:	Var ☐ Yok ☐	Duyusal bozukluk	Var ☐ Yok ☐	
Beslenme				
Yemek alışkanlıkları:				
Besin kalitesi ve çeşidi:	Kiler:	Buzdolabı:	Dondurucu:	
Beslenme durumu:	Obezite:	Malnütrisyon:	Diğer:	
Alkol kullanımı:	Var ☐ Yok ☐	Sigara kullanımı:	Var ☐ Yok ☐	
Ev ve Çevresi				
Komşular				
Ev çevresi				
Ev içi	Kişi sayısı:	Temizlik:	Ev eşyaları:	Mahremiyet:
	Evcil hayvan:	Kitaplar:	Televizyon:	Anı eşyaları:
Diğer Kişiler				
Sosyal destek	Var ☐ Yok ☐	Notlar:		
Birlikte yaşayanlar	Var ☐ Yok ☐			
Vekaletname	Var ☐ Yok ☐			
Mali kaynaklar				
Hastanın tutumu				
İlaçlar				
Reçeteli ilaçlar	Var ☐ Yok ☐	Notlar:		
Reçetesiz ilaçlar	Var ☐ Yok ☐			
Diyet destekleri	Var ☐ Yok ☐			
ilaç düzeni	Var ☐ Yok ☐			
İlaç uyumu	Var ☐ Yok ☐			
Muayene				
Kilo:	Boy:	Kan basıncı:	Kan şekeri:	
İdrar tahlili:	Diğer:	Mini mental durum:	Genel fiziksel durum:	
Güvenlik-Ruh Sağlığı-Hizmetler				
Banyo:	Mutfak:	Halı:	Aydınlatma:	
Merdiven:	Masa:	Sandalye:	Diğer mobilyalar:	
Yangın tüpü:	Kablolar:	Su ısıtıcısı:	Su kaynağı:	
Isınma:	Soğutma:	Acil çıkış planı:	Gaz veya elektrikli aletler:	
Yangın ve duman detektörleri:				
Ruhsal sağlık durumu:				
Evde sağlık hizmetleri:				
Tespit edilen ana sorunlar:				
Müdahaleler:				
Plan:				

Kaynak: Unwin BK, Jerant AF. The Home Visit. Am Fam Physician 1999;60:14831.

10.2. EK-2. Çocuklar İçin Güvenli Ev Kontrol Listesi.

EV ORTAMI	EVET	HAYIR
1. Evdeki elektrik donanımı elektrik çarpmalarını önlemek için güvenli mi?		
2. Her yatak odasının dışında duman detektörü var mı?		
3. Yedek güç noktalarına monte edilmiş güvenlik fişleri var mı?		
4. Çocukların düşmelerini önlemek için merdivenin başında ve sonunda koruma kapısı var mı?		
5. Caddeye ya da sokağa erişimi engelleyen bir çit/kapı var mı?		
MUTFAK		
1. Mutfak tezgahı üzerindeki elektrikli aletlerin kabloları sarkmayacak kadar kısa mı?		
2. Bıçaklar ve diğer kesici aletler çocukların ulaşamayacağı yerlerde mi tutuluyor?		
3. Tüm temizlik ürünleri ve kimyasalları üzeri etiketlenmiş olarak yerden en az 1.5 m yükseklikte mi saklanıyor?		
4. Mutfakta ulaşabileceğiniz mesafede bir yangın battaniyesi var mı?		
5. Mutfaka erişim kısıtlanabilir mi?		
BANYO		
1. Ciddi yanıkları önlemek için banyodaki sıcak su termosifonu 50°C'nin altına ayarlanmış mı?		
2. Banyoda kaymaz paspaslar ya da tutma rayları var mı?		
3. Tüm ilaçlar ve kesici nesneler banyoda çocukların erişemeyeceği kilitli bir dolapta mı tutuluyor?		
4. Saç kurutma makinesi, tıraş makinesi gibi elektrikli aletler kullanılmadığı zaman sudan uzak güvenli bir yerde mi tutuluyor.		
5. Banyo suyunun sıcaklığı çocuk girmeden önce her zaman kontrol ediliyor mu?		
6. Sıcak su muslukları küçük çocuklar tarafından açılmayacak bir şekilde mi yapılmış.		
7. Temizlik ürünleri, beyazlatıcılar ve deterjanlar çocukların ulaşamayacağı şekilde kilitli bir dolap içinde mi tutuluyor?		
8. Çamaşır makinesinin fişi çalışmadığı her zaman prizden çıkarılıyor mu?		
YAŞAM ALANLARI		
1. Mobilyalar güvenli bir şekilde mi yerleştirilmiş (pencereden uzak) ?		
2. Masa ve diğer mobilyalardaki keskin köşeler yumuşak bir şeyle kaplanmış mı?		
3. Jaluzi ya da perde kordonları çocukların ulaşamayacağı bir şekilde mi tutuluyor?		
4. Cam kapı ve pencereler güvenlik filmleri, renkli çıkartmalar ile kaplanmış mı ya da güvenli camla yapılmış mı?		
5. Oyuncaklar ana yürüyüş yolundan uzakta mı tutuluyor?		
6. Halı ve kilimler düşmeyi önleyecek bir şekilde sabitlenmiş mi?		
7. Televizyon gibi çok büyük nesneler çocukların üzerine düşmeyecek bir şekilde sabitlenmiş mi?		
ÇOCUK YATAK ODASI		
1. Çocuk karyolasındaki dikey parmaklıklar arasındaki mesafe 5-8 cm arasında mı?		
2. Oyuncaklar çocuğun yaşına uygun mu?		
3. Çocuk mobilyaları pencereden ve elektrik prizlerinden uzak bir şekilde güvenli olarak yerleştirilmiş mi?		
BAHÇE		
1. Bahçeye çıkış kapısı her zaman kilitli mi?		
2. Tarım ilaçları, böcek ilaçları, boyalar gibi zehirli ürünler orijinal kutularında ya da etiketlenmiş olarak çocukların erişemeyeceği bir şekilde kilitli bir yerde mi tutuluyor?		
3. Bahçede varsa salıncak gibi çocuk oyun donanımları güvenli bir şekilde mi tutuluyor?		
4. Varsa havuzlar çocuklar için güvenli bir şekilde mi tutuluyor?		
ACİL DURUM ÖNLEMLERİ		
1. Evinizde bir ilk yardım çantası var mı?		
2. Temel ilk yardım girişimlerini biliyor musunuz?		
3. Çocuklar 112 acil servis numarasını biliyor mu?		
4. Gerektiğinde kesmek için su, gaz ve elektrik şartellerinin yerini biliyor musunuz?		
5. Çocuklar bir yangın durumunda kaçış planınızı biliyor mu?		
6. Zehir danışma merkezinin numarası telefonunuzun yanında yazılı mı?		

Kaynak: The Children's Hospital at Westmead & Sydney Children's Hospital, Fact Sheet.

10.3. EK-3

Birinci Basamakta Ev Ziyaretlerinin Uygulaması Hakkında Hekim Anketi

Bu anket Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD'nda yapılan bir tez çalışması içindir. Çalışmanın amacı aile hekimlerinin ev ziyaretleri konusunda bilgi, beceri ve düşüncelerini değerlendirmektir. Doğru ve yanlış yanıt yoktur. Lütfen tüm soruları yanıtlamaya çalışın. Anket sorularını tam okuyarak tüm sorulara yanıt vermeniz anketlerin değerlendirilmesi ile elde edilecek verinin kalitesi için çok önemlidir. Katıldığınız için teşekkür ederim.

A. Demografik Bilgi Soruları

Adınız:
Yaşınız:
Cinsiyetiniz: ☐ Kadın ☐ Erkek
Medeni durumunuz: ☐ Bekar ☐ Evli ☐ Boşanmış ☐ Ayrı ☐ Dul
Kaç yıldan beri birincil bakımda hekim olarak çalışıyorsunuz? :Ay.....Yıl
Şu an çalıştığınız kurumda kaç yıldır çalışıyorsunuz?Ay.....Yıl
Hizmet verdiğiniz nüfus yaklaşık kaç kişidir? :.....

B. Aşağıdaki sorular ev ziyaretleri konusunda düşüncelerinizi öğrenmeyi amaçlamaktadır. Lütfen düşüncenize en uygun yanıtı işaretleyiniz.

1. Aile hekimleri ev ziyareti yapmalı mıdır?
☐ Evet ☐ Hayır ☐ Kararsızım
2. Sizce yeterli sayıda ev ziyareti yapıyor musunuz?
☐ Evet ☐ Hayır ☐ Kararsızım
3. Ev ziyareti konusunda yeterli bilgi ve beceriye sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz?
☐ Evet, yeterli bilgim var. ☐ Hayır, yeterli bilgim yok. ☐ Kararsızım
4. Sizce aşağıdaki yaş gruplarından **hangisi için ev ziyareti daha çok gereklidir?**
Lütfen işaretleyiniz.
☐ 0-6 yaş
☐ 6-18 yaş
☐ 18-45 yaş
☐ 45-65 yaş
☐ 65 yaş üstü

5. Aşağıdaki **a, b, c, d, e** maddelerinde aile hekimlerinin ev ziyareti yapmalarına dair bazı ifadeler verilmiştir. **Her bir madde için** düşüncenizi en iyi karşılayan ya da size en uygun yanıtı altındaki kutularda işaretleyiniz.

- a) Aile hekimi sağlık hizmeti vermekle yükümlü olduğu ailelerin tümüne ilk 1 yıl içinde ev ziyareti yaparak kayıt tutmalıdır.
☐ Katılıyorum ☐ Katılmıyorum ☐ Fikrim yok
- b) Belli bir süre hastaların hekime gelmesi beklenebilir ancak bu uygulama kayıt açısından sorun çıkarabilir.
☐ Katılıyorum ☐ Katılmıyorum ☐ Fikrim yok
- c) Yeni kayıt olan ailelere aileyi tanımak için ev ziyareti yapılmalıdır.
☐ Katılıyorum ☐ Katılmıyorum ☐ Fikrim yok
- d) Ev ziyaretleri en az 3 yılda bir tekrarlanmalıdır.
☐ Katılıyorum ☐ Katılmıyorum ☐ Fikrim yok
- e) Daha önce ev ziyareti almış ailelerden gerekli görülenlere önceki ev ziyaret tarihine bakılmaksızın tekrar ev ziyareti yapılmalıdır.
☐ Katılıyorum ☐ Katılmıyorum ☐ Fikrim yok

6. M.A. 76 yaşında erkek hastadır. Konjestif kalp yetmezliği ve kronik obstruktif akciğer hastalığı tedavisi görüyor. Bu yıl içerisinde 3 kez acil servis başvurusu olmuş, solunum sıkıntısı nedeniyle hastanede yatarak tedavi görmüş, biten ilaçlarını yazdırmak ve kontrol olmak üzere polikliniğinize geliyor, ancak bazı ilaçlarını karıştırdığını fark ettiniz. Bu sizin ilk kez dikkatinizi çekiyor. **Bu hasta için ev ziyareti yapmak gerekli midir?**

- ☐ Kesinlikle gerekli değildir.
☐ Gerekli değildir.
☐ Kararsızım.
☐ Gereklidir.
☐ Kesinlikle gereklidir.

7. Ev ziyaretlerinin amaçları aşağıdakilerden hangileridir? **Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.**

- ☐ Hastalık ziyareti
☐ Evde sağlığı ve güvenliği tehdit edici unsurları değerlendirmek
☐ Tedaviye uyumsuz hastayı yaşadığı ortamda değerlendirmek
☐ Yatalak hastanın bakıcısını değerlendirmek
☐ Ölmekte olan hasta ve yakınlarına destek olmak

8. T.C. Sağlık Bakanlığı'nın aile hekimliği ile ilgili yönetmelik ve yönergesine göre aile hekimlerinin ev ziyareti yapmaları gerekiyor mu?

- ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyorum

9. Ev ziyareti yapmak için istekli misiniz?

- ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Kararsızım

10. 67 yaşında hipertansiyonu olan hasta kontrol amacıyla polikliniğinize geliyor. Muayene odasına girerken sendelediğini görüyorsunuz. Dengesizlik nedeniyle nöroloji polikliniğine başvurduğunu ve takiplerinin halen devam ettiğini öğreniyorsunuz. **Bu hasta için ev ziyareti yapar mısınız?** Lütfen işaretleyiniz.

- ☐ Kesinlikle yapmam.
- ☐ Yapmam.
- ☐ Kararsızım.
- ☐ Yaparım.
- ☐ Kesinlikle yaparım.

11. Hangi sıklıkta ev ziyareti yapıyorsunuz?

- ☐ Hiç yapmıyorum
- ☐ Haftada 1 kez
- ☐ Haftada 2 kez
- ☐ Haftada 2 den fazla
- ☐ Ayda 1-2 kez
- ☐ Diğer

Lütfen 12 ila 19. sorulardaki ifadeler hakkında sizin düşüncenize en uygun şıkkı işaretleyiniz.

12. Aile hekimi yeni ebeveyn olmuş aileyi ev güvenliği açısından değerlendirmek üzere ev ziyareti yapmalıdır.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum.
- ☐ Katılmıyorum.
- ☐ Kararsızım.
- ☐ Katılıyorum.
- ☐ Kesinlikle katılıyorum.

13. Aile hekimi yatalak hasta için ev ziyareti yaptığında bakıcıyı da değerlendirmelidir.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum.
- ☐ Katılmıyorum.
- ☐ Kararsızım.
- ☐ Katılıyorum.
- ☐ Kesinlikle katılıyorum.

14. Aile hekimi ev ziyareti yapmadan önce planlama yapmalıdır.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum.
- ☐ Katılmıyorum.
- ☐ Kararsızım.
- ☐ Katılıyorum.
- ☐ Kesinlikle katılıyorum

15. Ciddi sağlık sorunları olan ve muayene olmak için polikliniğe gelmeyen hasta ev ziyaretini kesinlikle kabul etmiyor olsa bile ev ziyareti yapılmalıdır.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum.
- ☐ Katılmıyorum.
- ☐ Kararsızım.
- ☐ Katılıyorum.
- ☐ Kesinlikle katılıyorum.

16. Sağlık personeli açısından güvenlik sorunları varsa ev ziyareti yapılmayabilir.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum.
- ☐ Katılmıyorum.
- ☐ Kararsızım.
- ☐ Katılıyorum.
- ☐ Kesinlikle katılıyorum.

17. Aile hekimi sık sağlık kuruluşuna başvuran hastayı değerlendirmek için ev ziyareti yapmalıdır.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum.
- ☐ Katılmıyorum.
- ☐ Kararsızım.
- ☐ Katılıyorum.
- ☐ Kesinlikle katılıyorum.

18. Aile hekimi ev ziyareti esnasında saptadığı sağlık sorunları için uzman görüşü gerektiğini düşünüyorsa gerekli yönlendirme ve organizasyonu yapmalıdır.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum.
- ☐ Katılmıyorum.
- ☐ Kararsızım.
- ☐ Katılıyorum.
- ☐ Kesinlikle katılıyorum.

19. Aile hekimi 65 yaş üstü hastayı düşme sonucu yaralanmalardan korumak için ev ve yaşadığı çevreyi değerlendirmeli, önlemler almalıdır.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum.
- ☐ Katılmıyorum.
- ☐ Kararsızım.
- ☐ Katılıyorum.
- ☐ Kesinlikle katılıyorum.

20. Sizce aile hekimlerinin yeterince ev ziyareti yapmama sebepleri nelerdir? **Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.**

- ☐ Yeterli zamanlarının olmaması
- ☐ Ev ziyaretlerinin faydalı olmayacağının düşünülmesi
- ☐ Ev ziyaretlerine ek ücretlendirme yapılmaması
- ☐ Ev ziyaretleri konusunda bilgi eksikliği
- ☐ Malpraktis konusundaki endişeler
- ☐ Diğer

21. Ev ziyareti yapma hakkında düşünceleriniz nelerdir? Lütfen kutu içine yazınız

ANKETE KATILDIĞINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİM

Arş. Gör. Dr. Mehmet ÖNER