



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

EVDE BAKIM HİZMETİ ALAN KİŞİLERDE SIK KARŞILAŞILAN TIBBİ VE SOSYAL SORUNLAR

UZMANLIK TEZİ

Dr. Mehmet AYDIN

DANIŞMAN

Prof. Dr. Güzel DİŞCİGİL

AYDIN - 2014

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

EVDE BAKIM HİZMETİ ALAN KİŞİLERDE SIK KARŞILAŞILAN TIBBİ VE SOSYAL SORUNLAR

UZMANLIK TEZİ

Dr. Mehmet AYDIN

DANIŞMAN

Prof. Dr. Güzel DİŞCİGİL

AYDIN - 2014

Bu araştırma Adnan Menderes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projesi Birimi tarafından TPF-13001 numaralı proje olarak desteklenmiştir.

İÇİNDEKİLER

TABLO DİZİNİ.....	III
ŞEKİL DİZİNİ.....	VI
KISALTMALAR DİZİNİ.....	VII
EKLER DİZİNİ.....	VIII
1.GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Evde Bakım Hizmetinin Tanımı.....	4
2.2. Dünyada Değişen Demografi.....	4
2.3. Türkiye’de Değişen Demografi.....	5
2.4. Dünyada Engellik İle İlgili Veriler.....	6
2.5. Türkiye’de Engellik İle İlgili Veriler.....	6
2.6.Günlük Yaşam Aktiviteleri.....	10
2.6.1.Katz’ın Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (GYA).....	10
2.6.2.Lawton ve Brody’nin Aletli Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (AGYA).....	10
2.7.Bakıma Muhtaçlık Durumuna Göre Oluşturan Modeller.....	11
2.7.1.Bakım Yeri Açısından.....	11
2.7.1.1.Evde Bakım.....	11
2.7.1.2.Kurumsal Bakım	11
2.7.2. Bakım Süresi Açısından.....	11
2.7.2.1.Sürekli Bakım	11
2.7.2.2.Sürekli Bakım.....	11
2.8.Evde Sağlık Hizmetlerinin Kapsamı.....	11
2.9.Evde Sağlık Hizmetlerinde Yer Alan Sağlık Çalışanları.....	12
2.10.Dünyada Evde Bakım Hizmetlerinin Gelişimi.....	13
2.11.Ülkemizde Evde Bakım Hizmetlerinin Gelişimi.....	14
2.12.Evde Sağlık Hizmetlerinde Aile Hekiminin Çalışma Sistemi.....	15
2.13.Evde Bakım Birimleri.....	16
2.13.1.Asgari Araç Gereç, Tıbbi Cihaz ve İlaç Standardı.....	16
2.13.2.Ulaşım Araçlarının Tahsisi.....	16
2.13.3.Personel Görevlendirilmesi ve Asgari Personel Standardı.....	17

2.13.4.Sorumlu Tabibin Görev, Yetki ve Sorumlulukları	17
2.13.5.Evde Sağlık Hizmetinin Kapsamı	18
2.13.6.Evde Sağlık Hizmetleri Başvuru	19
2.13.7.Başvuruların Değerlendirilmesi ve Evde Sağlık Hizmetine Kabul	20
2.13.8.Çalışma Düzeni ve İş Planları	20
2.13.9.Randevu Sistemi	21
2.13.10.Sağlık Kurum veya Kuruluşuna Sevk	21
2.13.11.Kayıtların Tutulması	21
2.13.12.Ev Ziyaretlerinde Uyulacak İlkeler	22
2.13.13.Evde Sağlık Hizmetinin Sonlandırılması	22
2.14.Evde Sağlık Hizmetinin İşleyişi	23
2.15.Ülkemizdeki Sorunlar	25
3.GEREÇ-YÖNTEM	26
4.BULGULAR	29
5.TARTIŞMA	70
6.SONUÇ	77
7.ÖZET/İNGİLİZCE ÖZET	78
8.KAYNAKLAR	82
9.EKLER	87

TABLO DİZİNİ

Tablo 1. Engelli kişilerin illere göre dağılımları.....	7
Tablo. 2 Engellilik türlerine göre dağılım.....	7
Tablo 3. Cinsiyete göre dağılım.....	8
Tablo 4. Yaşa göre dağılım.....	8
Tablo 5. Çalışma grubunun cinsiyet ve yaş ortalamalarına göre dağılımı.....	29
Tablo 6. Çalışmaya katılanların cinsiyet ve yaş gruplarına göre dağılımı.....	29
Tablo 7. Medeni durum, eğitim durumu, meslek, gelir düzeyi, doğum yerleri, evde birlikte yaşadıkları kişi sayısı ve çocuk sayılarının dağılımı.....	30
Tablo 8. Evde sağlık hizmeti alan hastaların yatağa bağımlı olma durumları.....	32
Tablo 9. Çalışmaya katılanların yatağa bağımlılık durumlarının, yaş gruplarına göre dağılımı.....	32
Tablo 10. Hastaların yatağa bağımlı olma durumu ile bakım veren kişinin yakınlığı.....	33
Tablo 11. Bakım hizmeti veren kişilerin yakınlık derecesi ve dağılımı.....	34
Tablo 12. Çalışmaya katılanların evde bakım hizmeti aldıkları kurumlara göre dağılımları.....	34
Tablo 13. Evde sağlık hizmeti verdiği belirtilen görevlilerin dağılımı.....	35
Tablo 14. Çalışmaya katılanların evde sağlık hizmeti aldıkları ziyaret yılına göre Dağılımları.....	35
Tablo 15. Çalışmaya katılanların tanılarına göre dağılımı.....	36
Tablo 16. Yaş gruplarına göre hastalıklar ve ortalama hastalık sayıları.....	38
Tablo 17. Kullanılan ilaç sayılarına ve gruplara göre dağılım.....	39
Tablo 18. Yaş gruplarına göre kullanılan ortalama ilaç sayılarının dağılımı.....	40
Tablo 19. Çalışmaya katılanların kullandıkları yardımcı cihazlara göre dağılımı.....	40
Tablo 20. Yardımcı cihaz kullanımı ile ilişkili bulunan hastalıklar.....	41
Tablo 21. Temel GYA puanlarının ve fonksiyon durumunun dağılımı.....	41
Tablo 22. AGYA puanlarının ve bağımlılık durumunun dağılımı.....	42
Tablo 23. GYA durumlarının yaş grubuna göre dağılımı.....	43
Tablo 24. AGYA durumlarının yaş grubuna göre dağılımı.....	43
Tablo 25. Temel GYA'lerinde fonksiyon durumu ile yatağa bağımlı olma durumunun dağılımı.....	44
Tablo 26. AGYA'lerinde bağımlılık ile yatağa bağımlı olma durumunun dağılımı.....	44

Tablo 27. Temel günlük yaşam aktivitelerindeki fonksiyon yetersizliği ile yardımcı cihaz kullanımının dağılımı	45
Tablo 28. Aletli günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık ile yardımcı cihaz kullanımının dağılımı	45
Tablo 29. Yatağa bağımlı olmayanların temel GYA'lerindeki fonksiyon durumuyla yardımcı cihaz kullanımı arasındaki ilişki	46
Tablo 30. Yatağa bağımlı olmayanların AGYA'lerindeki bağımlılık durumuyla yardımcı cihaz kullanımı arasındaki ilişki	46
Tablo 31. Temel GYA'lerinde fonksiyon durumu ile bakım verenlerin dağılımı	47
Tablo 32. AGYA'lerinde fonksiyon durumu ile bakım verenlerin dağılımı	47
Tablo 33. Çalışmaya katılanların beslenmelerine göre dağılımı	47
Tablo 34. Konstipasyon dağılımı	48
Tablo 35. Yatağa bağımlılığa göre konstipasyon görülme durumu	48
Tablo 36. Çalışmaya katılanların üriner sistem şikâyetlerine göre dağılımı (birden fazla seçenek seçilebilmiştir)	49
Tablo 37. Uyku sorunlarının dağılımı	49
Tablo 38. Oda durumlarına göre uyku sorunu yaşama durumları	50
Tablo 39. Evde sağlık hizmeti kapsamında hastalara yapılan hizmetlerin dağılımı (yapılan işlemleri birden fazla seçen kişiler olmuştur)	50
Tablo 40. Evde sağlık hizmeti kapsamında hastalara yapılan tetkikler ve dağılımı	51
Tablo 41. ESH kapsamında hastalara yapılan sevklerin nedenlerine göre dağılımı	51
Tablo 42. Temel GYA'leri ile sevk olma ilişkisi	52
Tablo 43. AGYA'leri ile sevk ilişkisi	53
Tablo 44. ESH almaya başladıktan sonra sağlık kuruluşuna başvuru durumları	53
Tablo 45. Bakım hizmeti alanların bakımlarıyla ilgili tıbbi sorun olarak bildirdikleri durumlar	54
Tablo 46. Çalışmaya katılanların çevresiyle iletişim kurabilme durumları	55
Tablo 47. Yaşadıkları oda durumları	55
Tablo 48. Günlük yapılan sosyal aktiviteler	56
Tablo 49. Eve gelen ziyaretçi sıklığı	56
Tablo 50. Sosyal hayattan kopma (izolasyon) hissi duyma durumları	57

Tablo 51. GYA’lerindeki fonksiyon durumu ile hayattan kopma (izolasyon) hissinin ilişkisi	57
Tablo 52. AGYA’lerindeki bağımlılık durumu ile hayattan kopma (izolasyon) hissinin ilişkisi	58
Tablo 53. Eğitim durumlarıyla, hayattan kopma (izolasyon) hissi durumları	58
Tablo 54. Çocuk durumlarına göre hayattan kopma (izolasyon) hissi durumları	58
Tablo 55. Ev durumuna göre hayattan kopma (izolasyon) hissi durumları	59
Tablo 56. Oda durumlarına göre hayattan kopma (izolasyon) hissi durumları	59
Tablo 57. Evdekilerin sayısına göre hayattan kopma (izolasyon) hissi durumları	59
Tablo 58. Ziyaretçi sıklığı ile hayattan kopma (izolasyon) hissinin ilişkisi	60
Tablo 59. Bakım verenlerin yakınlık durumları ile hayattan kopma (izolasyon) hissinin ilişkisi	60
Tablo 60. Daha önce yapılan iş ve sosyal aktivitelere duyulan özlem	61
Tablo 61. Yapılabilecek sosyal aktivitelere katılma isteklerine göre dağılımı	61
Tablo 62. ESH alanların mevcut yaşamlarına ait sosyal sorun olarak belirttikleri durumlar	62
Tablo 63. Verilen hizmet ile ilgili olarak belirtilen sosyal sorunların dağılımı	63
Tablo 64. Sağlık personeli ve tıbbi araç/malzeme bağlamında beklentilerin dağılımı	64
Tablo 65. Bakım verenlerin yaş ve cinsiyet dağılımları	64
Tablo 66. Bakım verenlerin yakınlık durumları	65
Tablo 67. Bakım verenlerin eğitim durumu	65
Tablo 68. Bakım verenlerden, daha önce çalışanların işlerini bırakma nedenleri	66
Tablo 69: Bakım verenlerin işleri olduğunda hastalarını bırakabilecekleri kişiler ve dağılımları	67
Tablo 70. Bakım verenlere gelen ziyaretçi sıklığı	67
Tablo 71. Bakım verenlerin sosyal hayatlarının etkilenip etkilenmediği konusundaki görüşleri	68
Tablo 72. Bakım verenlerin yaşadıkları sağlık sorunları	68
Tablo 73. Bakım verenlerin yaşadıkları sosyal sorunlar	69

ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 1. Dünya nüfus piramidi: 2000 ve 2050.....	5
Şekil 2. Engellilerin aldıkları evde bakım hizmetlerinin yıllar içindeki artışı.....	9

KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri
ADSM: Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi
ALS: Amyotrofik Lateral Skleroz
AMI: Akut Myokard İnfarktüsü
BPH: Bening Prostat Hiperplazisi
CP: Cerebral Palsi
DVT: Derin Ven Trombozu
DH: Devlet Hastanesi
DM: Diabetes Mellitus
ESH: Evde Sağlık Hizmetleri
AGYA: Aletli (Yardımcı) Günlük Yaşam Aktiviteleri
GYA: Temel Günlük Yaşam Aktiviteleri
GİS: Gastrointestinal Sistem
HT: Hipertansiyon
HL: Hiperlipidemi
KBY: Kronik Böbrek Yetmezliği
KKY: Konjestif Kalp Yetmezliği
KAH: Koroner Arter Hastalığı
KOA: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
MR: Mental Retarde
MS: Multiple Skleroz
PDH: Periferik Damar Hastalığı
SUT: Sağlık Uygulama Tebliği
SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu
SVO: Serebrovasküler Olay
UKHCA: İngiltere Evde Bakım Derneği
YDT: Yumuşak Doku Travması

EKLER DİZİNİ

Ek-1:Evde Bakım Merkezi/Birimi Bilgi Formu

Ek-2:Evde Bakım Hizmeti Merkezinde/Biriminde Bulundurulması Gereken Asgari Araç ve Gereçler

Ek-3:Hemşirenin/Sağlık Memurunun Yanında Bulunması Gereken Asgari Araç-Gereç ve Cihazlar

Ek-4:Hekimin Yanında Bulunması Gereken Asgari Araç-Gereç, Cihaz ve İlaçlar

Ek-5:Hasta Dosyasında Bulunması Gerekli Formlar

Ek-6:Evde Bakım Hizmetinde Kullanılan Formlar ve Tanımlanması

Ek-7:Hasta Dosyasında Bulunması Gereken Hekim Formları

Ek-8:Hasta Dosyasında Bulunması Gereken Hemşire Formları

EK-9:Evde Sağlık Hizmeti Başvuru Formu

Ek-10:Evde Sağlık Hizmetleri Hasta Nakil Aracı Olarak Kullanılacak Araçların Taşıt Olarak Özellikleri

Ek-11:Evde Sağlık Hizmetleri Hasta Nakil Aracında Bulundurulacak Asgari Tıbbi Cihaz, Araç-Gereç ve Malzemelerin Nitelik Ve Miktarları

Ek-12:Evde Sağlık Hizmetlerinde Görevli Personelin Hizmete Özel Kıyafet Standardı

EK-13:Anket Formu

1.GİRİŞ

Evde sağlık ve bakım hizmetleri; gerek tanı ve tedavi sonrası bakım sürecinde, gerek kronik bir hastalığın izleminde, gerekse herhangi bir sağlık problemi olmaksızın koruyucu sağlık ve tetkik hizmetlerinin verilmesi süreçlerinde, ihtiyaç sahiplerine kendi ortamlarında sağlık ve bakımı hizmetlerinin verilmesi olarak tanımlanmaktadır (1,2). Türkiye’de Evde Sağlık Hizmeti (ESH) yeni gelişim gösteren bir yapılanma olup 2000’li yıllarda kurulmuş ve gelişmeye devam etmektedir. Birçok meslek grubu ve tıp disiplini evde sağlık ve bakım hizmetlerinin yürütülmesinde yer almaktadır. Aile hekimlerinin ise evde bakım hizmetlerinden yararlanacak kişilerin tespiti, hizmetin bu kişilere ulaştırılması ve izlenmesinin organizasyonu ve gerçekleştirilmesinde önemli bir yeri vardır (3).

Evde sağlık ve bakım hizmetleri her ne kadar tüm yaş gruplarına verilse de önemli ölçüde ileri yaş döneminde ihtiyaç duyulmaktadır (4). Bununla ilişkili olarak hem ülkemiz hem de dünya nüfusundaki yaşlılar lehine artış gösteren demografik değişim evde bakım hizmetlerinin şekillendirilmesinde önem taşımaktadır. Yaşlı nüfusun artışında tıbbın ve teknolojinin gelişmesiyle birlikte hastalıkların tanı-tedavilerinin gelişmesi ve bunun sonucunda beklenen yaşam süresinin uzamasının payı olduğu belirtilmektedir (5,6). 20. yüzyılın ikinci yarısında değişen demografiyle birlikte artan yaşlı topluluğun hem sosyal hem de sağlık alanında gereksinimleri de değişmektedir (7). Gelişmiş ülkelerde 65 yaş ve üzeri yaşlı nüfus, nüfusun %16’sını, gelişmekte olan ülkelere %6’sını, az gelişmiş ülkelere ise %3’ünü oluşturmaktadır (8). Türkiye’de de yaşlı nüfusun artışı dünya geneliyle benzerlik göstermektedir.

Yaşlı nüfusun artışıyla birlikte kronik hastalıklarda da artış görülmektedir (9,10). Dünya Sağlık Örgütü’ne (DSÖ) göre dünyada yaşlı nüfusu en çok etkileyen kronik hastalıklar; koroner arter hastalığı gibi kardiyovasküler hastalıklar, hipertansiyon, inme, diyabetes mellitus, kanser, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, artrit ve osteoporoz gibi kas-iskelet sistemi hastalıkları, demans ve depresyon gibi bilişsel ve ruhsal sağlık sorunlarıdır (11).

Kronik hastalıkların yanı sıra bu yaş dönemine özgü sorunlar da ortaya çıkmaktadır. Yaşlanmayla birlikte fiziksel, psikolojik ve sosyal fonksiyon yetersizlikleri gelişmekte ve bu durumla ilişkili olarak günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık düzeyi artmaktadır (12-15).

Bireylerin yaşadıkları toplumda sağlıklı, kaliteli ve mümkün olan en uzun süre başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak devlet ve sağlık çalışanlarının görevleri arasındadır. Bu çerçevede bireysel ihtiyaçlarını bir başkasının yardımı olmaksızın gideremeyen engelli/yaşlı bireyin desteklenmesini amaçlayan bakım hizmetleri önemli bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır. Bireyler engel türüne ve derecesine göre günlük yaşamlarında çeşitli oranlarda güçlüklerle karşılaşmakta ve destek hizmetlerine ihtiyaç duymaktadır (7,16).

Kronik hastalıkların günlük yaşam aktivitelerindeki (GYA) fonksiyonel durumu etkilediği ve yaşam kalitesini bozduğu anlaşılmıştır (17,18). Avrupa topluluğu içinde 65 yaş üstü insanların %21'inde GYA ve aletli günlük yaşam aktivitelerini (AGYA) sürdürmede bağımlılık yaşandığı, bu rakamın 75 yaş ve üzerine gelindiğinde %29'a kadar yükseldiği saptanmıştır (19). GYA ve AGYA' deki bağımlılık durumu her zaman tedavi edilir bir durum olmasa da, bağımlılık durumunun saptanıp ilerlemesini yavaşlatmak, böylece hastanın yaşamındaki olumsuzlukları azaltmak mümkündür (20). Bireysel ihtiyaçlarını giderebilmek için yardıma ihtiyacı olan engelli/yaşlı bireyin desteklenmesini amaçlayan bakım hizmetleri, temel olarak bu bireylerin yaşam kalitelerini arttırmayı hedeflemektedir. Ancak bu hedefe ulaşabilmek için öncelikle evde sağlık ve bakım hizmeti alan kişilerin ve bakım verenlerin özelliklerini ve yaşadıkları sorunları saptamak gerekir.

Ülkemizde ve yurt dışında yapılan çalışmalarda, evde bakım hizmeti alanların; genel olarak kadın ve ileri yaşta oldukları, bu nedenle de kronik hastalıklara sık rastlanıldığı gözükmemektedir (21-26). ESH alan bireylerde; temel (GYA) ve aletli günlük yaşam aktivitelerinde (AGYA), bağımlı ve yarı bağımlılığın yüksek olduğu bildirilmiştir (27,28). Bu durumla ilişkili olarak, yatağa bağımlılık ve yardımcı cihaz kullanım oranları da yüksek bulunmuştur (21,24,29). Tıbbi sorun olarak; uzmanlık gerektiren konularda yetersizlik, ilaç raporu çıkarılması, tıbbi araç ve gereç gereksinimi sıkça belirtilmiştir (29,30). Sosyal sorunlara pek değinilmemekle birlikte yapılan iki çalışmada psiko-sosyal sorunların da yüksek oranda yaşandığı bildirilmektedir (21,30). Bakım hizmetinin ise çoğunlukla kadınlar ve hastanın birinci derece yakınlarının tarafından verildiği anlaşılmaktadır. Bakım verenlerin de çoğunda tıbbi ve sosyal sorunların yaşandığı görülmektedir. (21-24,31,32).

Biz bu çerçevede çalışmamızda, Aydın ilinde evde sağlık ve bakım hizmeti alanların;

- 1- Genel profilini,
- 2- Mevcut durumlarıyla ilgili yaşadıkları veya hizmet sunumu sırasında karşılaştıkları tıbbi ve sosyal sorunları,
- 3- Günlük yaşamlarındaki bağımlılık düzeyini,
- 4- Bakım verenlerin yaşadıkları sorunları ortaya koymayı amaçladık.

2.GENEL BİLGİLER

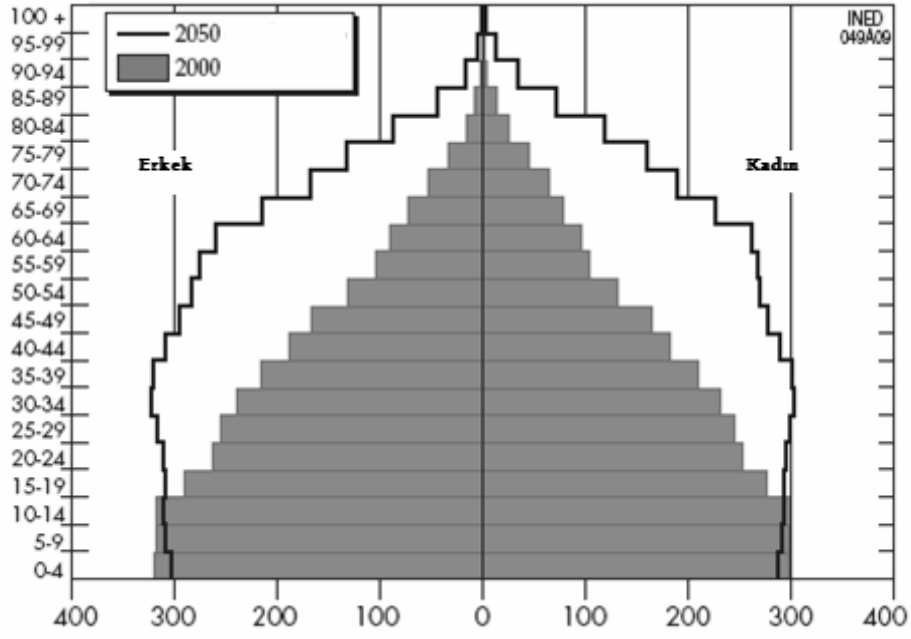
2.1. Evde Bakım Hizmetinin Tanımı

Sağlık Bakanlığının evde bakım hizmetleri sunumu hakkında yönetmeliğine göre, Evde Bakım Hizmetinin tanımı; Hekimlerin önerileri doğrultusunda hasta kişilere ve ailelerine yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavi de dahil tıbbi ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sağlık, bakım ve takip hizmetlerinin sunulmasıdır (1).

Evde bakım hizmeti her yaş gurubuna verilmekle birlikte ileri yaş gurubu hizmetten yararlananların çoğunluğunu oluşturmaktadır. Bu nedenle hem dünyada hem ülkemizde değişen demografiyi anlamak evde bakım hizmetlerinin şekillenmesinde önem taşımaktadır.

2.2. Dünyadaki Değişen Demografi

Dünya genelinde bugün 60 yaş üzerinde 600 milyon insan yaşamaktadır (33,21). Gelişmiş ülkeler yaşlanan toplumlar olarak bilinmesine rağmen yaşlıların önemli bir kısmı da gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır. Yaşlı nüfusun artış hızı % 2,1 iken, genel nüfus artış hızı % 1,2 olup; dünyadaki yaşlı nüfusun artış hızı yaklaşık 2 kat olmuştur. Geçen 100 yılda dünya genel nüfusu 4'e katlanırken, yaşlı nüfusu da 10'a katlanmıştır (33,34). Günümüzde yaşlı nüfus oranı en yüksek olan ülkeler, Avrupa ülkeleridir. Yaşlı nüfusun genel nüfus içindeki oranı bu ülkelerde yaklaşık %16 civarlarındadır. Afrika ülkelerinde ise 65 yaş ve üzerindeki nüfusun toplam nüfusa oranı %5 civarlarındadır. Dünyada yaşlı nüfus oranının en yüksek olduğu ülkeler arasında Çin, Amerika Birleşik Devletleri, Rusya, Hindistan ve Japonya gelmektedir (35,36).



Şekil 1. Dünya nüfus piramidi: 2000 ve 2050 (37-Kaynak: Birleşmiş Milletler, Dünya nüfus projeksiyonları)

2.3.Türkiye’de Değişen Demografi

Nüfusumuzun % 7,3’ü (5.490.715 kişi) 65 ve üzeri yaş grubunda bulunmaktadır. Ülkemizde 25 yıl içinde genel nüfusta %30 artış beklenirken, 65 ve üzeri yaş grubundaki nüfusta ise %120 artış olması beklenmektedir (38, 26). 2007 yılında Türkiye ve Aydın’da ki 65 yaş ve üzeri nüfus ve oranı sırasıyla 5.000.175 kişi (%7,0) ve 92.746 (%9,7) kişidir. 2012’deki verilerde ise Türkiye ve Aydın’da ki 65 yaş ve üzeri nüfusta sırasıyla 5.682.003 (%7,5) ve 109.328 (%10,8) kişiye ulaşılmıştır (39). 5 yıl içerisindeki artış oldukça çarpıcıdır.

Türkiye’de; 65 yaş üstü kişilerin genel nüfusa oranı 1990 yılında % 4,3 iken 2012 yılında % 7,51’ e yükselmiş, 2023 yılında %10, 2 (8,6 milyon), 2050 yılında %20,8 (19,5 milyon), 2075 yılında ise %27,7’ye (24,7 milyona) yükseleceği tahmin edilmektedir. Veriler, ülkemizde insan ömrünün son 20 yılda 10 yıl uzadığını göstermektedir. Türkiye’de, doğuştan beklenen yaşam süresi 1990 yılında 67,4 iken 2012 yılında 74,7’e yükselmiş 2050 yılında ise 78,5’e ulaşması beklenmektedir (39). Değişen bu demografik verilerle birlikte artan yaşlı nüfusunun hem sosyal hem de sağlık alanında gereksinimleri de değişmektedir.

2.4.Dünyada Engellik İle İlgili Veriler

Doğal olarak toplumdaki yaşlı oranı arttıkça, kronik hastalık yükü ve engellilik durumu da artmaktadır. Dünya nüfusunun %64'ünün yaşadığı, 70 ülkede 18 yaş ve üzeri bireyler arasında yürütülen, Dünya Sağlık Araştırması verilerine göre özürlülük (engelli) prevalansı %15,6 olarak bulunmuş ve bu değerin gelişmekte olan ülkelerde %18,0 ve gelişmiş ülkelerde %11,8 olduğu belirtilmiştir. Ciddi düzeyde engelli sıklığı 60 yaş ve üzeri grup için %10,2'dir. Aynı çalışmada toplam ölümlerin % 59'un kronik hastalıklardan kaynaklandığı ve hastalık yükünün % 46'sında kronik hastalıklardan oluştuğu bildirilmektedir. Bu yükün 2020'ye kadar %60'e çıkması beklenmektedir (40).

2.5.Türkiye'de Engellik İle İlgili Veriler

Devlet İstatistik Enstitüsü tarafından 2002 yılında yapılan “Türkiye Engelliler Araştırması 2002” çalışmasında ülkemizdeki engelliliğin sayısal durumu tespit edilmiştir. Araştırma sonuçlarına göre ülkemizde 9.217.500 kişi engelli olarak yaşamını sürdürmektedir ve bunun genel nüfusa oranı %12,29'dur. Bunların %1,25'i (yaklaşık 937.500 kişi) ortopedik engelli, %0,60'ı (yaklaşık 450.000 kişi) görme engelli, %0,75'i (yaklaşık 562.500 kişi) işitme, dil veya konuşma engelli, %0,48'i (yaklaşık 360.000 kişi) zihinsel engelli ve %9,70'i (yaklaşık 7.275.000 kişi)'i diğer (süreğen) hastalığı olanlardır (41).

“Ulusal Engelliler Veritabanı” (ÖZVERİ) 2012 yılında Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı bünyesinde yer alan bazı kamu kurum ve kuruluşlarına herhangi bir sebepten dolayı başvurmuş engelli bireylerin verilerinin derlenmesi ile oluşturulmuştur (42,43).

Türkiye'deki engelli sayısı illere göre dağılımı, engel türleri ve bunların sayıları, illere göre dağılımı, cinsiyet, yaş, eğitim, istihdam, yardım alma durumun, engellilik nedenleri ile ilgili istatistikî bilgiler aşağıdaki tablolarda yer almaktadır (42,43).

Tablo 1. Engelli Kişilerin İllere Göre Dağılımları (Kaynak: Türkiye Engelli Raporu,2012)

İl	Toplam	İl	Toplam	İl	Toplam
Adana	46.788	Edirne	7.621	Malatya	17.737
Adıyaman	20.599	Elazığ	14.300	Manisa	33.311
Afyonkarahisar	14.463	Erzincan	7.148	Mardin	17.144
Ağrı	6.562	Erzurum	16.156	Mersin	39.376
Aksaray	8.995	Eskişehir	16.823	Muğla	15.963
Amasya	6.450	Gaziantep	28.746	Muş	8.278
Ankara	90.707	Giresun	12.884	Nevşehir	8.494
Antalya	38.660	Gümüşhane	3.402	Niğde	11.136
Ardahan	2.975	Hakkari	3.541	Ordu	22.866
Artvin	6.787	Hatay	32.819	Osmaniye	10.154
Aydın	29.688	Iğdır	4.455	Rize	9.274
Balıkesir	21.582	Isparta	9.085	Sakarya	17.129
Bartın	6.571	İstanbul	177.818	Samsun	38.639
Batman	15.246	İzmir	98.564	Siirt	5.808

Türkiye’de toplam **1.559.222** engelli kişi bulunmaktadır (42).

Tablo. 2 Engellilik türlerine göre dağılım (Kaynak: Türkiye Engelli Raporu,2012)

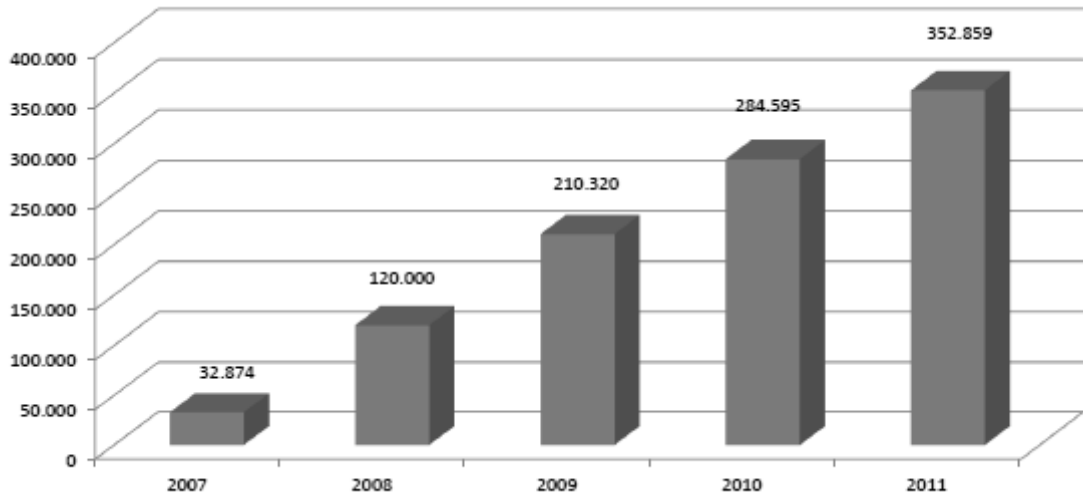
Engel Grubu	Kişi Sayısı
Görme	216.077
İşitme	156.573
Dil ve Konuşma	37.494
Ortopedik	321.895
Zihinsel	482.361
Ruhsal ve Duygusal	176.475
Süreğen Hastalıklar	808.335

Tablo 3. Cinsiyete göre dağılım (Kaynak: Türkiye Engelli Raporu,2012)

Cinsiyet	Toplam
Kadın	672.172
Erkek	887.041

Tablo 4. Yaşa göre dağılım (Kaynak: Türkiye Engelli Raporu,2012)

Yaş	Kişi Sayısı
00-07	87.315
08-14	186.614
15-21	144.386
22-28	143.100
29-35	145.201
36-42	140.953
43-49	129.649
50-56	107.683
57-63	103.382
64-70	93.108
71-77	93.000
77+	184.830



Şekil 2. Engellilerin aldıkları evde bakım hizmetlerinin yıllar içindeki artışı (44- Kaynak: Stratejik Planı 2013 – 2017)

Ülkemizde bulunan, yaşlı ve engelliler için Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğüne bağlı olarak hizmet veren 6.035 kapasiteli 79 Rehabilitasyon merkez bulunmaktadır. Evde bakım hizmetinden yararlanan bakıma muhtaç engelli sayısı 2012 yılı sonu itibariyle 400.347 kişi ve bu kişilere ödenen miktar ise 2.898.944.000 TL olarak bildirilmiştir. Engelli bireye ve ailelerine bakım hizmeti konusunda; rehberlik, danışmanlık, rehabilitasyon, eğitim ve bilinçlendirme hizmetlerinin de yaygınlaştırılması, kaynakların etkin ve verimli kullanılması amacıyla evde bakım hizmetinin yeniden yapılandırılması hedeflenmiştir (41).

Başkalarının yardımına ve bakımına sürekli muhtaç olan bireyler ve bu bireylerin aileleri açısından sosyal izolasyon riski oldukça yüksektir. Ancak ülkemizdeki sosyal ve sağlık hizmetleri sistemi, bakıma muhtaç bireylere planlı ve programlı bir bakım hizmet modeli sunulamadığı engelli kişilerin bakım ihtiyacını karşılayan ailesinin desteklenmesinde yetersiz kaldığı belirtilmektedir (16).

Evde bakım hizmetlerinin; yöneldiği yaş grupları, 65 yaş ve üzerindeki kronik ve uzun süreli bakımı gerektiren yaşlı hastaların yanı sıra kronik hastalığı olanlar ile bebek ve çocuklar da evde bakım hizmetleri alabilmektedirler. Evde bakım hizmetini alanların çoğunluğunu 65 yaş ve üzerindeki kişiler oluşturmaktadır. Ayrıca terminal dönemdeki kanserli yetişkin ve çocuk hastaların ve ayrıca tedavisi olanaksız ve ilerlemiş olan hastaların yaşamın son günlerini evlerinde geçirmelerine de olanak sağlamaktadır (7,44).

2.6.Günlük Yaşam Aktiviteleri

Günlük yaşam aktiviteleri temel günlük yaşam aktiviteleri (GYA) ve yardımcı (aletli) günlük yaşam aktiviteleri (AGYA) olarak değerlendirilmektedir. Temel günlük yaşam aktiviteleri bireyin her gün yerine getirmesi gereken kendine bakım davranışlarını, yardımcı günlük yaşam aktiviteleri ise bireyin kendi çevresinde bağımsız yaşaması için gereken etkinlikleri içermektedir. Yaş ilerledikçe bireyin günlük yaşam aktiviteleri azalmakta, birey başkalarına bağımlı hale geldiğinde günlük gereksinimleri aile, arkadaş veya komşular tarafından kısmen karşılanarak yaşlıya destek sağlanmaktadır. Ancak gelişen endüstrileşme ve şehirleşme ile toplumda aile yapısı küçülmemekte ve yaşlının aile içinde bakımı zorlaşmakta, bu durumda yeterli bakım ve destek alamayan bireyin yaşam kalitesi düşmektedir (7,45,46).

2.6.1.Katz'ın Temel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (GYA): GYA indeksi banyo, giyinme, tuvalet, hareket, boşaltım, beslenme aktiviteleri ile ilgili bilgileri içeren 6 sorudan oluşmaktadır. Bireyin bu aktivitelerin ne kadarını yapıp yapamadığı değerlendirilmektedir. GYA da 6 puan tam fonksiyon, 5-4-3 puan orta derece fonksiyon yetersizliği ve 2-1-0 puan alanlarda ciddi fonksiyon yetersizliği olarak değerlendirilmektedir (47,48).

2.6.2.Lawton ve Brody'nin Aletli Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (AGYA): AGYA indeksi telefon kullanma, yemek hazırlama, alış veriş yapma, günlük ev işlerini yapma, çamaşır yıkama, ulaşım aracına binebilme, ilaçları kullanabilme ve para idaresi ile ilgili bilgileri içeren 9 sorudan oluşmaktadır. Birey aktiviteleri bağımsız olarak yapıyorsa 3 puan, yardım alarak yapıyorsa 2 puan, hiç yapamıyorsa 1 puan verilerek değerlendirme yapılmaktadır. AGYA indeksinde 9 puan bağımlı, 9-18 puan yarı bağımlı, 19-27 puan bağımsız olarak değerlendirilmektedir (49,50). Bu ölçekler hem yurt dışında hem de ülkemizde yaygın olarak kullanılmaktadır (45,46).

2.7.Bakıma Muhtaçlık Durumuna Göre Oluşturan Modeller

2.7.1.Bakım Yeri Açısından

2.7.1.1.Evde Bakım: Evde bakımı yapılabilecek olanlara devlet tarafından profesyonelce bakım desteği sağlanmasıdır. Evdeki bakıcı eğitilmeli, mümkün olmadığı hallerde profesyonel bakıcı yoluyla bakımı yapılmalıdır.

2.7.1.2.Kurumsal Bakım: Resmi veya özel bakım merkezlerinde verilen bakım türüdür.

2.7.2. Bakım Süresi Açısından

2.7.2.1.Süreli Bakım: Geçici bakım riskine karşı (hastalık, engellilik, malullük, kazalar gibi) olan durumlarda süreli bakım modeli uygulanmaktadır.

2.7.2.2.Sürekli Bakım: Engellilik ve kronik hastalıklar vb. risk altında olanlar devletçe veya devlet gözetiminde sürekli bakıma alınmasıdır (16).

2.8.Evde Sağlık Hizmetlerinin Kapsamı

Evde sağlık hizmetleri;

- Evde aile bireyleriyle birlikte yaşayan veya kimsesiz, özürlü, yaşlı, felçli, yatağa bağımlı, hayatını başkalarına bağımlı olarak idame ettiren bakıma muhtaç bireylere,
- KOAH(Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı)vb. solunum sistemi hastalarına,
- Palyatif bakım gereken, enteral-parantral gereksinimi olan terminal dönem onkoloji hastalarına,
- İleri derecedeki kas hastalarına,
- Fototerapi ihtiyacı olan yeni doğanlara (0–1 aylık) ,

- Nörolojik hastalıkları (ALS (Amyotrofik lateral skleroz), CVA (*serebrovasküler hastalık*) v.b) olan bireylere,
- Hastanede gördüğü tedavi veya ameliyatı sonrasında taburcu edilen ve idame tedavisinin evde sağlanması gereken hastalara,
- Kaza geçirmiş olup kısa süreli hemşirelik hizmetlerine gereksinimi duyan hastalara verilir.
- Evde Sağlık Hizmetleri kapsamına alınan hastaların ihtiyaç duyduğu ağız ve diş sağlığı hizmetleri de Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri tarafından verilmektedir (2).

2.9.Evde Sağlık Hizmetlerinde Yer Alan Sağlık Çalışanları

Aşağıdaki kişiler evde sağlık hizmetleri verebilmektedir:

- Hekimler
- Hemşireler
- Sosyal hizmet uzmanı
- Diyetisyenler
- Fizyoterapistler
- Sağlık memurları
- Sağlık teknisyenleri
- Psikologlar
- Yerel yönetimler
- Gönüllü veya özel kuruluşlar olabilir (51).

Evlerde sağlık bakımının en önemli iki faydası, sağlık harcamalarında sağladığı düşüş ve kişinin kendi aile ortamında bakımına imkân vermesidir. Evde sağlık ve bakım hizmetlerinin verilmesi: sağlık maliyetlerinde düşüş sağlayarak maddi açıdan yarar sağlar, hastaların yatış süresini kısaltarak; hem yatak işgaline hem de hastane enfeksiyonu riskini azaltır, kişiye özel bakım sağlayıp iyileşme sürecinin hızlı olmasını ve zamandan tasarruf kazandırır. Teşhisten, tedavi ve iyileşmeye kadar geçen süreçte ev ortamında hastanın aile içi

yaşama katılmasına katkı sağlayarak; daha etkili psikolojik destekle daha kaliteli hizmet sağlayarak kişilerin yaşam kalitesini yükseltir (52).

2.10.Dünyada Evde Bakım Hizmetlerinin Gelişimi

Evde sağlık hizmeti dünyada genellikle evde bakım hizmetlerinin bir parçası olarak verilmekte ve eski zamanlardan günümüze kadar uzanmaktadır. Dünyada evde bakım hizmetleri içerisinde; evde yardım (*home support*), evde takip hizmetleri (*home attendant care*), ev sağlık hizmetleri (*home healthcare services*), süreli bakım (*respite care*), evlere yemek servisi (*meals-on wheels*), telefonla yardım servisi (*tele care service*) ve evlere bakım-onarım hizmeti (*handyman service*) gibi hizmetler yer almaktadır. Uygulamada bu hizmetler için “home care services”ın eş anlamlısı olan “domiciliary care services” kavramı da kullanılmaktadır (53).

İngiltere’de UKHCA (İngiltere Evde Bakım Derneği) derneği sektör sağlayıcılarının görüşlerini temsil etmek için 1989 yılında kurulmuş (54). İngiltere’de 2000’li yıllardan itibaren evde bakım hizmeti tek çatı altında toplanmıştır. Özel alanda (150.000 kişi) ve kamuda ise (453.000 kişi) ortaklık sağlanmış (care monitoring) böylece doğru kişilere tam zamanında ve bu kişilerin tüm ihtiyaçlarına karşılık verilmesi planlanmıştır. Bu ülkede evde bakımın yaklaşık 213 milyon euroluk bütçesi olduğu ve haftada yaklaşık 25.000 ev ziyareti yapıldığı belirtilmektedir (55).

İtalya’da evde bakım hizmeti ise aileler, gönüllüler, sivil kuruluşlar ve sosyal hizmetler (devlet) tarafından sağlanmaktadır. Kişiler arasında entegrasyon oluşturularak ihtiyaç sahiplerine yeterli ve etkili çözümler sunulmaktadır. Eğitim ve istihdam olanaklarında sağlanmaktadır. Verilen hizmetlerin % 70 ücretli çalışan %30’u gönüllü çalışanlardan oluşmaktadır. Evde bakım hizmeti veren 200.000 gönüllü kişi bulunduğu bildirilmektedir (55).

Finlandiya’da ise 1941 yılında kurulan evde bakım kurumu günümüzde Helsinki’de Aile ve Sağlık Bakanlığı tarafından 4 merkezden yönetilmektedir. Aile esenlik organizasyonu, sosyal ve sağlık alanında çalışmaktadır. 37 üye organizasyonu mevcuttur (55).

Gürcistan’da 1990 yılında evde bakım hizmeti profesyonel şekilde verilmeye başlanmıştır. 2006 yılında ilk koalisyon ağı kurulmuş. (Coalition Home Care in Georgia)

2009 yılında ise eğitim müfredatı, gerekli alt yapı ve pilot çalışmalar parlamentoya sunulmuştur. 2013 yılında devlet desteği başlamış. 3 koalisyon mevcut olduğu: 1-Evde Bakım Koalisyonu, 2- Akıl Sağlığı Koalisyonu, 3-Zarar Verici Madde Bağımlılığı Koalisyonu tarafından hizmet verilmektedir (55).

Romanya’da 1996 Evde Bakım Hizmeti verilmeye başlanmıştır. 2000 yılında Beyaz Sarı Haç Vakfı (White-Yellow Cross Foundation) tarafından büyük bir hastane kurulmuş. 2002 yılında uygulamalar düzenlenmiştir. Sağlık Bakanlığı; evde bakımın, onaylı almış kurumlar veya sağlık kurumları tarafından verebileceğini öngörmüştür. Yaklaşık 45 kurum evde bakım hizmeti vermektedir. Yılda 90 gün evde bakım hizmeti verilmektedir. Başvuru yapan hastalara hemşire değerlendirilmesi yapılmakta ve bakım planı çıkarılmakta, uzman hekimlerce tedavi verilmektedir. Bakım verenlerin sosyal anlamda ve acil durumlar için eğitilmiş olması gerekmektedir. Evde bakım hizmeti alan kişide belirli hedeflere ulaşıldığında bakımdan çıkarılıyor. Finansman desteği yerel yönetimler %63, devlet (çalışma bak. vb.) %22, dış kaynaklar ve özel kuruluşlar %15 oranında karşılamaktadır (55).

2.11.Ülkemizde Evde Bakım Hizmetlerinin Gelişimi

Türkiye’de evde bakım hizmeti alanındaki ilk çalışmalar özel sektör ile başlamıştır. Günümüzde ülkemizde evde bakım hizmetleri, yerel yönetimler tarafından daha yoğun olmakla birlikte, özel hastaneler, özel evde bakım merkezleri ve kamu hastanelerinin evde bakım birimleri tarafından yürütülmektedir (1,56).

İlk olarak evde sağlık hizmetleri 1 Kasım 2004’de Balıkesir Devlet Hastanesi (D.H.) ve sırasıyla Şubat 2006’da yılında Adıyaman D.H. , Nisan 2006’da Nazilli D.H. ve Aralık 2006’da Denizli D.H.’de başlamıştır (55).

Türkiye’de evde bakım hizmetleri; 10.03.2005 tarihli ve 2575 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan “**Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik**” ile yasal olarak düzenlenmiştir. Bu alanda faaliyet gösteren tüm kuruluşların Sağlık Bakanlığı uygunluk belgesi almaları zorunlu kılınmıştır (1). Evde Bakım Derneği; 18.08.2005 tarihinde 10 kurucu üye ile kurulmuştur (57). Sağlık Bakanlığının 01.02.2010 tarih ve resmi 3895 sayılı yönergesiyle ülkemizde evde sağlık hizmetleri, yönerge talimatlarına uygun olarak verilmeye başlanmıştır. 24.02.2011 tarih ve 8751 sayılı makam onayı ile yeni yönerge yürürlüğe girmiştir (2).

07.07.2005 tarihinde yürürlüğe giren 5378 sayılı Engelliler Kanunu ile “Bakıma Muhtaç Engellilere Yönelik Özel Bakım Merkezleri Yönetmeliği”, 30.07.2006 tarihli ve 26244 sayılı Resmi Gazete’de “Bakıma Muhtaç Engellilere Yönelik Resmî Kurum ve Kuruluşlar Bakım Merkezleri Yönetmelikleri” yayınlanmıştır. Yönetmenliklere göre; engellilere yönelik kurum bakım hizmetlerini kamudan ruhsat alan gerçek ve tüzel kişiler ile kamu kurum ve kuruluşlarının da verebilmesi öngörülmüştür (58).

Evde bakım uygulamasına ilişkin olarak 30.07.2006 tarihli ve 26244 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan “Bakıma Muhtaç Engellilerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik” hükümlerine göre; yanında bakılan engelliler için Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından aileye ödeme yapılmaktadır (59).

2.12.Evde Sağlık Hizmetlerinde Aile Hekiminin Çalışma Sistemi

Ülkemizde, evde takibi zorunlu özürlü, yaşlı, yatalak ve benzeri durumda olan hastalar ile evde sağlık hizmeti alması gerektiği yönergede belirtilen usul ve esaslara göre tespit edilen kişilere yönelik birinci basamak koruyucu sağlık, tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetleri, 25/05/2010 tarih ve 27591 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan “Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği” ve aile hekimliği uygulamaları ile ilgili diğer mevzuat gereği toplum sağlığı merkezi, aile sağlığı merkezi ve aile hekimleri vasıtasıyla verilmektedir (3).

Birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında verilecek evde sağlık hizmetlerine ilişkin çalışma planı aile hekimince hazırlanıp, sağlık grup başkanlığı tarafından onaylanarak koordinasyon merkezine gönderilerek aile hekimi evde sağlık hizmetini kendisi verecekse hasta veya yakınının da onayıyla başvuru formu doldurularak koordinasyon merkezine ileterek hastayı takibine almaktadır. Aile hekimi, hizmetin sağlık kurumu bünyesindeki birim vasıtası ile verilmesi gerektirdiği kanaatinde ise başvuru formunu nedenlerini açıklayarak doldurup koordinasyon merkezine gönderilmekte, başvuru, komisyon tarafından ekli bilgi ve belgeler doğrultusunda değerlendirilerek hizmetin kim tarafından verileceğine karar vermektedir (3).

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 sunulmakta,

hizmetin yönetimi, birimler arasındaki iletişim ve koordinasyon müdürlük bünyesinde oluşturulan koordinasyon merkezi tarafından sağlanmaktadır (60).

2.13.Evde Bakım Birimleri

Birim ve mobil birimlerin, illerde ilgili kurum baştabibinin talebi, ilçelerde grup başkanlıklarının talebi ve müdürlüğün teklifi üzerine valilik onayı ile kurulup ve tescil için sağlık bakanlığına bildirilmesi gerekmektedir.

Evde sağlık hizmeti verecek sağlık kurum veya kuruluşu bünyesinde kayıt, arşiv, sekreteryas, iletişim, ulaşım, planlama ve koordinasyon hizmetlerinin yürütülebileceği genişlikte fiziki mekân ayrılması istenmektedir. Bu faaliyetlerin gerektirdiği tefriş ve donanımın sağlanması istenmektedir. Üniversite rektörlüklerin talebi üzerine, bu yönergede belirlenen şartları taşımak kaydıyla tıp fakültesi hastanelerine bağlı birim açılabilceği ve sağlık bakanlığına bildirilmesi gerektiği belirtilmektedir (2).

2.13.1.Asgari Araç Gereç, Tıbbi Cihaz ve İlaç Standardı

Evde sağlık hizmetlerinin verilmesi sırasında bulundurulması gereken araç-gereç ve tıbbi cihazlar ile ilaçların asgari standardı Ek-2,Ek-3 ve Ek-4’de gösterilmiştir.

Birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında evde sağlık hizmetlerinin sunumu için gerekli personelin görevlendirilmesi, ulaşım araçlarının tahsisi, tıbbi cihaz, sarf malzemesi ve araç-gereç ihtiyacı sağlık müdürlüğünce karşılanır (2).

2.13.2.Ulaşım Araçlarının Tahsisi

Evde sağlık hizmeti vermek üzere görevlendirilen ekibin ulaşımı için uygun bir mobil araç, hastaların evden sağlık kurumuna veya sağlık kurumundan eve nakli için gerektiğinde kullanılmak üzere bir hasta nakil aracı tahsisi yapılabileceği, acil durumlardaki hasta nakli için 112 ambulans hizmetlerinden yararlanabileceği belirtilmektedir (2).

Evde sağlık hizmetlerinde hasta nakil aracı olarak kullanılacak taşıtlar Ek-10’daki özelliklere sahip olması istenmektedir. Bu araçlarda, Ek-11’de belirtilen asgari standarda uygun olarak yeterli sayı ve nitelikte tıbbi cihaz, araç-gereç ve malzemelerin bulundurulması

zorunluluğu mevcuttur. Ulaşım ve hasta nakil hizmetleri, ilgili mevzuatına uygun olarak hizmet alımı yolu ile de gerçekleştirilebileceği belirtilmektedir (2).

2.13.3. Personel Görevlendirilmesi ve Asgari Personel Standardı

Evde sağlık hizmetleri biriminde görevlendirilecek sorumlu tabip veya sorumlu dış tabibi ve diğer personel ilgili kurum amirince belirlenecek olup, birimde kayıt ve arşivleme işlemleri ile iletişim ve haberleşme işlemleri için var ise 1 tıbbi sekreter, bulunmaması halinde uygun nitelikte bir personel, evde sağlık hizmetleri ekibinde ise asgari bir tabip, bir hemşire, bir sağlık memuru ve bir şoför görevlendirilebileceği belirtilmektedir. Mevcut olması halinde bir fizyoterapist, bir diyetisyen, ihtiyaç halinde bir psikolog, bulunmaması halinde ise sosyal çalışmacı veya her ikisi birden bu ekibe dahil edilebilir. İşin yoğunluğu veya ihtiyaca göre birden fazla evde sağlık hizmeti ekibi oluşturulabilir ve bu ekiplere ilave personel görevlendirmesi yapılabilir denmektedir (2).

Evde sağlık hizmetleri ekibinde görevlendirilen personele, zorunlu haller dışında, başka görev verilmez. Evde sağlık hizmetlerinde görevli tüm personelin, hizmet sırasında Ek-12’de tarif edilen hizmete özel kıyafet giymesi mecburi tutulmaktadır (2).

2.13.4. Sorumlu Tabibin Görev, Yetki ve Sorumlulukları

Sorumlu tabip veya sorumlu dış tabibi, ekibinde görevli tüm personelden kurum amirine karşı sorumlu olup görev, yetki ve sorumlulukları şunlardır: (kaynak-2: Evde sağlık hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkındaki yönergeden aynen alınmıştır)

- a) Kişinin kapsamlı olarak tıbbi değerlendirmesini yapar,
- b) Var ise tanıyı koyup tedaviyi planlayan müdavi tabibin, bulunmaması halinde ilgili dal uzmanının konsültasyonunu sağlayarak alacağı bilgi ve öneriler doğrultusunda tedavi planını hazırlar,
- c) Evde sağlık hizmeti alan kişileri belirli aralıklarla ziyaret eder, bakım ve takip sonuçlarını değerlendirir ve sonuçlara göre ortaya çıkan ihtiyaçlarla ilgili müdavi tabip veya konsültan tabip ile de görüşerek yeni tedavi planını düzenler,

ç) Evde sağlık hizmetleri sırasında kullanılacak ilaç, tıbbi cihaz ve malzemelerin sağlanması, uygun koşullarda saklanması, kullanım şekli, tıbbi atıkların toplanması ve muhafaza edilmesi, enfeksiyonlardan ve bulaşıcı hastalıklardan korunma gibi konularda kişi ve aile bireylerini bilgilendirir, danışmanlık hizmeti verir,

d) Evde sağlık hizmetleri ile ilgili kayıtların zamanında ve noksansız olarak tutulmasını ve muhafaza edilmesini sağlar,

e) Evde sağlık hizmetleri sırasında kişilere uygulanan tıbbi işlemlerden, yapılan işlemlerin kayıtlarının tutulmasından sorumlu ve yetkili olup tespit ettiği aksaklık ve sorunları ve bunlara ilişkin talepleri kurum baştabibine bildirir,

f) Evde sağlık hizmetlerini, kendisine bağlı personelin görev dağılımını, birbirleriyle olan iletişimlerini ve iş akışını, hizmetin bütün olarak koordinasyon ve organizasyonunu yönerge hükümlerine göre planlar ve kurum baştabibinin onayına sunar,

g) Kendisine bağlı ekip personeline evde sağlık hizmetleri ve uygulamalar konusunda hizmet içi eğitim verir veya verdirir, danışmanlık sağlar, periyodik toplantılar düzenler, aksaklık ve noksanlıkları tespit eder ve hizmetin geliştirilmesi konusunda kararlar alır ve uygulatır,

ğ) Kullanılan araç gereç ve tıbbi cihazların temizliğinin, dezenfeksiyonunun yapılmasını ve gerekenlerin sterilize edilmesini, kullanılan cihazların düzenli bakım ve kalibrasyonunun yapılmasını sağlar,

h) Evde sağlık hizmetlerinin hasta hakları mevzuatına, tıbbi deontolojiye, etik ilke ve kurallarına uygun olarak yürütülmesini sağlar,

ı) Gerçekleştirilen hizmetlerle ilgili olarak hastanın aile hekimine bilgi verir (2).

2.13.5.Evde Sağlık Hizmetinin Kapsamı

Evde sağlık hizmetleri biriminin görevi hastalığın teşhisini koymak olmayıp daha önce ilgili dal uzman tabiplerince konulmuş olan tanı ve planlanan tedavi çerçevesinde ve kişinin bulunduğu ev ortamında; muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin verilmesi, ilacın reçete edilmesindeki özel düzenlemeler saklı kalmak kaydıyla uzun süreli kullanımı sağlık raporu ile belgelendirilen ilaçların reçete edilmesi, tıbbi cihaz ve malzeme kullanımına ilişkin raporların çıkarılmasına yardımcı olunması, hastanın ve ailesinin evde bakım sürecinde üstlenebilecekleri görevler ve hastalık ve bakım süreçleri ile ilgili

bilgilendirilmesi ve hastalığı ile alakalı evde kullanımı gerektiren tıbbi cihaz ve ekipmanların doğru ve uygun koşullarda kullanılması konusunda eğitim ve danışmanlık gibi hizmetlerin verilmesini kapsar (2).

Gerektiğinde ilgili dal uzmanlarının da görüşü alınarak gerekli konsültasyon sağlanır. Birim sorumlusu tabibin evde sağlık hizmeti verilen kişi ile ilgili konsültasyon ve tıbbi değerlendirme talebinin sağlık kurumunda görevli ilgili uzman tabiplerce zamanında karşılanması zorunluluğu mevcuttur. Zorunlu hallerde uzman tabibin hastayı evinde konsülte etmesi sağlanır, bu konudaki uygulamalar uzman tabipler arasında dönüşümlü olarak sağlık kurumu amirinin belirleyeceği bir düzen içerisinde yürütülür, gerektiğinde, stoma ve yara bakımı, diyabet eğitimi hemşiresi gibi, konularında eğitim almış hemşirelerin hizmete katılması sağlanır (2).

Evde takibi zorunlu özürlü, yaşlı, yatalak ve benzeri durumda olan hastalar ile evde sağlık hizmeti alması gerektiği yönergede belirtilen usul ve esaslara göre tespit edilen kişilere yönelik birinci basamak koruyucu sağlık, tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetleri, 25/05/2010 tarih ve 27591 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan “ Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği” ve aile hekimliği uygulamaları ile ilgili diğer mevzuat gereği toplum sağlığı merkezi, aile sağlığı merkezi ve aile hekimleri vasıtası ile verilir denmektedir (2).

2.13.6.Evde Sağlık Hizmetlerine Başvuru

Başvurular, hastalar veya aile bireyleri tarafından Ek-9’daki Evde Sağlık Hizmeti Başvuru Formu ile veya müdürlük bünyesindeki koordinasyon merkezine veya sağlık kurumları bünyesindeki birimlere telefon müracaatı ile sözlü olarak veya toplum sağlığı merkezi, aile sağlığı merkezi veya aile hekimleri aracılığı ile yapılabilir.

Sağlık kurumlarında yatan ve taburcu aşamasında olan hastalar için ilgili klinikler tarafından birim ile gerekli koordinasyon sağlandıktan sonra evde sağlık hizmeti alması uygun görülen hastalara verilecek hizmetin kapsamı, hizmetin hangi seviyede, ne kadar süreyle, ne şekilde ve hangi sıklıkta verilmesi gerektiği belirlenir. Ek-9’daki form ekine müdavi tabip tarafından hazırlanan epikriz ve evde sağlık hizmetinin kapsamını belirtir belge eklenmesi istenmektedir (2).

Hizmet birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında verilecek ise birim aracılığı ile ve ilgili tüm bilgi ve belgeleri ile birlikte koordinasyon merkezine iletilir. Koordinasyon

merkezi gerekli değerlendirmeyi yaparak kayıt altına aldığı hasta için, kayıtlı olduğu aile sağlığı merkezi veya aile hekimine evde sağlık hizmetinin başlatılması için gerekli bildirim yapılabilir (2).

2.13.7.Başvuruların Değerlendirilmesi ve Evde Sağlık Hizmetine Kabul

Telefon veya Ek-9'daki form ile yapılan başvurular ilgisine göre, birim sorumlusu tabibe veya diş tabibine havale edilmektedir. Evde sağlık hizmeti almak için başvuran kişi veya aile bireylerine değerlendirme sonucu konusunda, menfi veya müspet olup olmadığına bakılmaksızın, en kısa sürede bilgi verilmektedir. Hastanın evde sağlık hizmetine kabul edilip edilmediği koordinasyon merkezine ve kayıtlı olduğu aile hekimine de bilgilendirme yapılmaktadır(2).

Aile sağlığı merkezi veya aile hekimi kendisine kayıtlı hastalardan evde sağlık hizmeti alması gerektiğine karar verdiği hastanın tıbbi durumunu değerlendirerek hizmetin seviyesini belirler. Evde sağlık hizmeti birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında kendisi tarafından verilecek ise hasta veya yakınının da muvafakatini alarak doldurduğu Ek-3'deki başvuru formunu, hizmetin kapsamı ve hastanın durumunu belirtir bilgi ve belgeler ile birlikte koordinasyon merkezine iletir (2).

Aile hekimi hizmetin sağlık kurumu bünyesinde kurulu birim vasıtası ile verilmesini gerektirdiği kanaatinde ise başvuru formunu doldurarak koordinasyon merkezine gönderilip, başvuru, komisyon tarafından ekli bilgi ve belgeler doğrultusunda değerlendirilir ve gerekçeleri de belirtilerek hizmetin hangi seviyede verilmesi gerektiğini karara bağlar. Komisyonun kararı doğrultusunda başvuru gerekçeli kararı ile birlikte ya birim sorumlusu tabibe veya diş tabibine havale edilir ya da başvuruyu yapan aile hekimine gönderilmektedir. Karar hizmetin birim tarafından verilmesi yönünde ise aile hekimine de ayrıca bilgi verilip, birim veya aile hekimi karar doğrultusunda işlem yapmakla yükümlü tutulmaktadır (2).

2.13.8.Çalışma Düzeni ve İş Planları

Evde sağlık hizmetlerinde çalışma düzeni ve saatleri birim sorumlu tabibi veya diş tabibi tarafından hazırlanan ve ilgili kurum amirince uygun görölerek onaylanan çalışma ve iş planına göre yürütölmektedir. (2).

Aile hekimi, aile sağlığı merkezindeki çalışma saatlerini müdürlüğün de onayını alarak evde sağlık hizmeti çalışma ve ziyaret planına göre düzenler (2).

2.13.9.Randevu Sistemi

Evde sağlık hizmetleri randevu sistemine dayalı olarak yrtlmektedir. Vakanın durumuna göre günlük, haftalık veya aylık dilimler halinde önceden hazırlanan ziyaret gün ve saatlerini, ekipte yer alacak personelin unvan ve kimlik bilgilerini içeren ziyaret planı evde sağlık hizmeti verilecek kişi veya aile bireylerine önceden bildirilerek randevu alınıp, ziyaret planının bir nüshası kişi ve aile bireylerine de verilmesi gerekmektedir (2).

Randevu tarih ve saatinin değiştirilmesi konusunda birim sorumlusu tabip veya diş tabibi yetkili olduğu bildirilmektedir. Randevu sisteminin yöntemi ve işleyişi mevcut şartlara göre birim sorumlu tabibi veya diş tabibi veya ilgili aile hekimi tarafından belirlenmesi ve buna göre uygulanması belirtilmiştir (2).

2.13.10.Sağlık Kurum veya Kuruluşuna Sevk

Evde sağlık hizmeti verilen kişilerin mevcut durumları hariç, yeni oluşan acil haller birimin görev alanına girmez. Bu durumlarda 112 il Ambulans Servisi ya da doğrudan sağlık kuruluşlarının acil servislerine başvuru esastır. Evde sağlık hizmeti alan kişiler, tıbbi zorunluluk hallerinde sorumlu tabibin veya diş tabibinin gördüğü lüzum üzerine en uygun sağlık kurum veya kuruluşuna sevk edilebilir. Sevkine karar verilen hastanın sevk edildiği sağlık kurumuna veya gerektiğinde sağlık kurumundan eve nakli evde bakım hizmetleri için tahsis edilen veya ilgili sağlık kurumuna ait hasta nakil aracı ile yapılması bildirilmektedir (2).

2.13.11.Kayıtların Tutulması

Başvurusu değerlendirilen ve kabul uygun görülen kişiler için hasta kayıt dosyası açılmaktadır. Bu dosyada, hastanın kimlik bilgileri, adresi, iletişim telefonları, sosyal güvencesi, sosyal durumu, var ise alkol/sigara ve benzeri alışkanlıkları, hastalığı, konulan tanı, uygulanan tedaviler, sürekli kullandığı ilaçlar, kullandığı tıbbi cihaz, orteز ve protezlere

ilişkin bilgiler ile evde bakım hizmeti veren sağlık ekibinin takip notları, advers etki bildirim formu ve görüşleri yer almaktadır (2).

Evde bakım hizmetleri birimince yürütülen iş ve işlemler için gerekli kayıtların, sağlık kurum veya kuruluşu kayıtlarından ayrı olarak tutulur ve hizmet süresince hastanın yanında muhafaza edilmesi istenmektedir. Hastaya ait bilgileri içeren formlar ve hizmet planının bir sureti de birimde bulundurulması gerekmektedir. Tüm kayıtlar evde sağlık hizmetinin sona ermesinden sonra birim veya kurum arşivine kaldırılması beklenmektedir. Bilgisayar ortamında tutulan kayıtların yetkisiz olarak değiştirilmesine ve silinmesine yönelik gerekli idari ve teknik tedbirler alınması gerektiği belirtilmiştir (2).

2.13.12.Ev Ziyaretlerinde Uyulacak İlkeler

Evde sağlık hizmetlerinin sunumunda aşağıda belirtilen ilke ve kurullara uyulması zorunlu kılınmıştır; (kaynak-2: Evde sağlık hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkındaki yönergeden aynen alınmıştır)

a) İlgili mevzuatı gereği evde sağlık hizmeti alması uygun görülen kişilerin rızasının alınması zorunludur. Kişinin tıbbi durumunun onay vermeye elverişli olmaması halinde kanuni temsilcisinin bilgilendirilmiş onam formu ile rızası alınır.

b) Hizmetin verilmesi sırasında tıbbi deontoloji ve mesleki etik ilkeleri ile ahlak ve genel nezaket kurallarına uyulması, hasta hakları mevzuatına uygun olarak hareket edilmesi zorunludur.

c) Ev ziyaretlerinde verilen sağlık hizmetleri sırasında hastanın ailesinden birinin veya bir yakınının bulunması sağlanır. Yalnız yaşayan hastalara yapılan ev ziyaretlerinde ekipte görevli diğer bir sağlık personeli hizmete katılır (2).

2.13.13.Evde Sağlık Hizmetinin Sonlandırılması

Kişiye verilen evde sağlık hizmeti aşağıdaki hallerde sonlandırılacağı belirtilmiştir: (kaynak-2: evde sağlık hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkındaki yönergedeki hali aynen alınmıştır)

a) Evde sağlık hizmeti verilen hastanın uygulanan tedavi ile iyileşerek tedavi ihtiyacının ortadan kalkması,

- b) Evde sağlık hizmeti sunulan hasta için uygulanacak sağlık bakım ve tedavinin, belli bir aşamadan sonra sağlık personeli gerektirmeden uygulanabilecek hale gelmesi,
- c) Hastanın kendisi veya kanuni temsilcilerinin hizmeti sonlandırmayı talep etmesi,
- ) Hastanın vefat etmesi,
- d) Hasta veya yakınlarının tedaviye uyumsuz davranışları, direnç göstermeleri, önerilere uymamaları halinde verilen hizmetin faydası sorumlu tabip veya diş tabibi tarafından sorgulanır ve hizmetin sonlandırılmasına karar verilebilir.
- e) Evde sağlık hizmeti sunulan hastanın çeşitli nedenlerle ikamet ettiği bölgenin değişmesi halinde en kısa zamanda yeni ikamet bölgesindeki evde sağlık hizmet birimine devri gerçekleştirilerek sunulan hizmetin devamlılığı sağlanır (2).

2.14.Evde Sağlık Hizmetinin İşleyişi

Evde sağlık hizmeti almak isteyen kişiler, sağlık kuruluşuna bizzat veya telefon ile müracaat edebilmektedirler. ağrı merkezi görevlisi personel, hizmet talep eden kişi ile görüşme yapıp, gerekli bilgileri vermektedir. İlk görüşmeye, takiben hekim veya hemşire tarafından görüşme yapıp, hizmet alacak kişinin durumu ve sunulacak hizmetin belirlenmesi gerekmektedir. Bakım hizmeti alacak kişi hekim ve hemşire tarafından evde ziyaret edilir, kişinin bakım ihtiyaçları, ev şartları belirlenmelidir. Hekim tarafından evde bakım hizmeti alacak kişinin varsa tanısını konup ve tedavisini planlayan diğer hekimler ile bağlantı kurularak, tedavi planı alınır ve son olarak da evde bakım planı ve tedavi planı oluşturulur. Hastanın tanısını koyup ve tedavisini planlayan diğer hekimler bulunmuyor veya bağlantı kurulamıyorsa hizmet alacak kişinin sağlık durumuna göre sağlık kuruluşunun hekimi tarafından muayene edilerek, tanı ve tedavi planı hazırlanmaktadır. Hemşire tarafından da bakım planı hazırlanarak hekimin onayına sunulur varsa gerekli değişiklikler yapılarak uygulanacak bakım planı hazırlanılır. Gerektiği durumlarda ilgili uzmanlık alanlarındaki uzman hekimlerle hasta konsültasyonu sağlanmaktadır (1).

Evde bakım hizmetinde devamlılık esas olup, bu devamlılık; hastanın talebi ve hizmetin gereklerine göre gece ve gündüz, hafta sonu ve tatil günleri dhil olmak üzere gerektiğinde 24 saat kesintisiz hizmet verilebilecek şekilde olması gerekmektedir. İhtiyaç durumunda belirli saatlerde evde bakım hizmeti verilebileceği belirtilmiştir (1).

Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmeliğine göre sağlık kuruluşunda ve sağlık personelinin yanında bulunması gereken asgari araç-gereç, tıbbi malzeme ve donanım, her türlü kayıt defterleri, hasta dosyasında bulunması gerekli formlar, sağlık kuruluşlarının bildirimleri ve işleyişle ilgili düzenlemeler aşağıda belirtilmiştir; (kaynak-1: Evde bakım hizmetlerinin sunumu hakkında yönetmeliğinden aynen alınmıştır)

Madde 1- Evde bakım hizmeti sunan sağlık kuruluşları tarafından, her üç ayda bir olmak üzere örneği Ek-1’de bulunan “Evde bakım merkezi/birimi bilgi formu” doldurularak İl Sağlık Müdürlüğüne gönderilir,

Madde 2- Evde bakım hizmeti sunan sağlık kuruluşunda Ek-2’de asgari olarak gösterilen araç-gereç ve cihaz bulunur

(Oksijen tüpü, oksijen konsantretörü, pulse oksimetre, her türlü solunum araçları, ortopedik malzemeler, havalı yatak, hasta karyolası, nebulizatör ve solunum jimnastik aletleri, tekerlekli sandalye gibi cihazların bulundurulması zorunlu olmamakla birlikte, hizmet verilen hastanın bunlara ihtiyacının olması halinde tedarik edilmesi gerekir.) ,

Madde 3- Evde bakım hizmetinin sunulması sırasında Ek-3 ve Ek-4’de gösterilen asgari tıbbi cihaz, malzeme ve ilaçların, sağlık kuruluşunda görevli personelin yanında bulunması gerekir,

Madde 4- Sağlık kuruluşundan hizmet alan her hastanın bir dosyası bulunur. Bu dosyanın içinde genel formlar, hekim formları ve hemşire formları bulunur. Bu formlara Ek-5’de yer verilmiştir. Evde tedavi ve bakım süresince hastanın yanında tutulan hasta dosyaları, hizmet sona erdiğinde sağlık kuruluşunun arşivine kaldırılır ve beş yıl süresince muhafaza edilir. Sağlık kuruluşunun kapanması halinde hasta dosyaları, İl Sağlık Müdürlüğüne teslim edilir,

Madde 5- Hasta dosyasında bulunması gereken genel formlar ve bu formların içeriğinin ne olacağı, doldurulma şekli ile kim tarafından doldurulacağı Ek-6’da belirtilmiştir. Bu formlar, evde bakım hizmeti sunan sağlık kuruluşu tarafından formda bulunması gereken bilgileri içerecek şekilde hazırlanır. Laboratuvar İstek Formu, Röntgen İstek Formu, Cihaz İstek Formu, Malzeme İstek Formu ve diğer tıbbi tetkik sonuçlarıyla ilgili formlar var ise, bunlar da hasta dosyasında bulundurulur,

Madde 6- Hasta dosyasında bulunması gereken hekim formları ve bu formların içeriğinin ne olacağı ve doldurulma şekli Ek-7’de belirtilmiştir,

Madde 7- Hasta dosyasında bulunması gereken hemşire formları ve bu formların içeriğinin ne olacağı ve doldurulma şekli Ek-8’de belirtilmiştir (1).

2.15.Ülkemizdeki Sorunlar

Evde sağlık ve bakım hizmetine muhtaç kişilerin artması (yaşlı, engelli v.b.), dolayısıyla ihtiyaç artışı olması,

Bakım verecek eğitimli ve donanımlı yeterli sayıda çalışanın olmaması,

Koordinasyon ve ortak bir veritabanının oluşturulamaması bu nedenle etkili ve tam bakımın sağlanamaması (mükerrerlik v.b.),

Evde bakım hizmeti veren ve alanlara yönelik eğitim ve sertifikasyon yetersizliği,

Evde bakım hizmeti alacak kişiler için uygun bir sınıflandırmanın (hizmet alma ve sonlandırma kriterlerinin/oranlarının) olmayışı,

Evde bakım hizmeti için bakım sigortası oluşturulamaması (s.g.k./maliye- geri ödemeler vb.),

Evde bakım hizmeti alanlar için sağlık kuruluşlarında koordinasyonun sağlanamaması,

Evde bakım hizmetinin sağlıkçılar, toplum ve medyada farkındalık oluşturulamaması ve desteklerin sağlanamaması,

Evde bakım hizmetinde sosyal ve psikolojik desteğin geliştirilmemesi başlıca sorunlar olarak belirtilmektedir (53).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

İzinler

Kamu Hastaneler Birliğinden gerekli idari izin alındıktan sonra etik kurul izni için başvuruldu. “Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu” nun 2012/129 no.lu kararıyla etik kurul izni alındı. Çalışma ayrıca Bilimsel Araştırma Projesi olarak hazırlandı ve TPF-13001 sayılı proje olarak desteklendi. Gerekli izinler tamamlandıktan sonra Aydın İl Sağlık Müdürlüğü’nün Evde Sağlık Hizmeti (ESH) koordinasyon merkezine başvuruldu.

Çalışma Tasarımı

Çalışma, kesitsel ve tanımlayıcı bir araştırma olarak tasarlandı. ESH Koordinasyon merkezinden Aydın Devlet Hastanesi ve Atatürk Devlet Hastanesi’nde aktif olarak evde sağlık hizmeti verildiği ve Aydın ili genelindeki 8 toplum sağlığı merkezinde de (TSM) hizmet verilmesinin planlandığı öğrenildi. Aydın ilinde yaşayan 999,163 nüfus içinde evde sağlık hizmeti alanlar çalışmanın evreni olarak belirlendi (39). Koordinasyon merkezinin yönlendirmesi ile Aydın ilinde aktif olarak evde sağlık hizmeti veren 2 merkezin (Aydın Devlet Hastanesi ve Atatürk Devlet Hastanesi) kayıtları incelendi. Hizmet alan 718 kişi olduğu saptandı. Ayrıca bir örnekleme yapılmadı ve tüm hizmet alan kişilere ulaşılması hedeflendi.

1. aşamada kayıtlarda yer alan iletişim bilgileri aracılığı ile hizmet alan kişilere telefonla ulaşılmaya çalışıldı ve ulaşılabilenlerden randevu talep edildi.

2. aşamada telefonla ulaşılamayan kişiler ikişer kez daha arandı.

3. aşamada randevu alınan kişiler evde ziyaret edilerek anket formu yüz yüze konuşularak dolduruldu.

4. aşamada randevu almak için telefonla ulaşılamayan kişilerin iletişim adreslerine gidildi, evde bulunan ve onayı alınanlar ile yüz yüze konuşarak anket formu dolduruldu. Yine evde bulunamayanlara bir kez daha gidildi.

ESH alanlar ve yakınlarına çalışma öncesi bilgilendirme yapıldı, çalışmaya katılma onayları alındıktan sonra anket uygulamasına geçildi. İletişim kuramayacak durumda olan

kişilerin bilgileri yakınlarından veya bakım veren kişilerden alındı. Katılımcılara ulaşma ve veri toplama süreci tek bir araştırmacı tarafından gerçekleştirildi.

Anket Formu

Anket formu başlıca 4 bölümden oluşmaktaydı.

İlk bölümde hastaların yaş, cinsiyet gibi demografik bilgileri sorulmaktaydı.

İkinci bölümde hastaların tıbbi durumları ile ilgili bilgiler sorulmaktaydı. Bu bölümde hastaların, tanıları, sürekli kullandıkları ilaç sayıları, yardımcı cihaz kullanımı, temel günlük yaşam aktiviteleri (GYA) ve aletli günlük yaşam aktiviteleri (AGYA), beslenme, sık rastlanan şikâyetler, ESH kapsamında yapılan tıbbi hizmetler, sağlık kuruluşu başvuruları ve tıbbi sorun olarak gördükleri durumlar sorgulandı. Temel günlük yaşam aktiviteleri (GYA) Katz, aletli günlük yaşam aktiviteleri (AGYA) ise Lawton indeksleri aracılığı ile değerlendirildi (46-50). Bu formlar Ek-13 te verilmiştir. Temel GYA’de 6 puan tam fonksiyonu göstermekte olup, 5-4-3 puan orta derece fonksiyon yetersizliği ve 2-1-0 puan ise ciddi fonksiyon yetersizliği olarak değerlendirilmektedir (47,48). AGYA’de ise 9 puanın altı bağımlı, 9-18 puan yarı bağımlı, 19-27 puan bağımsız olarak değerlendirilmektedir (49,50) Anket formunun içinde GYA ve AGYA indeksleri verilmiştir (**Ek-13**).

Üçüncü bölümde hastaların sosyal durumları ile ilgili bilgiler sorulmaktaydı. Hastaların iletişim durumu, yaşadığı ortam, gününü nasıl geçirdiği, gelen ziyaretçi sıklığı, sosyal hayatla ilişkisi, özlediği sosyal aktiviteler, mevcut durumunda yapabilmeyi arzu ettiği sosyal aktiviteler ve sosyal sorun olarak gördüğü durumlar bu bölümde sorulan sorulardandı.

Anketin dördüncü ve son bölümünde ise hastaya bakım verenlere yönelik sorular vardı. Bakım verenlerin yakınlık dereceleri, cinsiyeti, yaşı, öğrenim durumu, mesleği, daha önce çalışmış ise işini bırakma nedeni, gerektiğinde hastayı bırakabileceği kişi, ziyaretçi sıklığı, kendilerinin yaşadığı tıbbi ve sosyal sorunlar sorgulandı (**Ek-13’te** Anket formu örneği verilmiştir).

Anketin Uygulanışı

Çalışma, Haziran 2013-Aralık 2013 tarihleri arasında, 6 aylık bir zaman diliminde tamamlandı. İlk aşamada, telefonla randevu alınabilen evde sağlık hizmeti alan hastalar ve yakınlarından 425 kişiye (%59,1) ulaşıldı ve anket uygulandı. Daha sonra ise telefonla randevu almak için ulaşılamayan 173 kişinin (%24,0) kayıtlardaki adreslerine gidildi. Bu ziyaretler sonucunda 26 kişiye daha ulaşıldı ve anket uygulandı. Toplam 135 kişiye (%18,8) kayıtlarda kapı numarası yanlışlığı veya olmaması, evde kimsenin olmaması veya yanlış adres bildirimi (evde başkalarının oturması) nedeniyle ulaşamadı. Toplam 98 kişinin (%13,6) vefat ettiği öğrenildi. Otuz dört (%4,7) kişi ise çalışmaya katılmayı reddetti. Sonuç olarak kayıtlardaki, evde sağlık hizmeti alan toplam 718 kişiden, 98'inin vefat etmesi nedeniyle, ulaşılabilmesi mümkün olan 620 kişinin, 451'ine ulaşıldı (%72,7) ve anket uygulaması yapıldı.

İstatistiksel Analizler

Elde edilen veriler SPSS 17.0 veri tabanına girilerek istatistiksel değerlendirmeler yapıldı. Tanımlayıcı analizler, yüzdeler, ortalama ve standart sapma olarak verildi. Yaş grupları, cinsiyet, yatağa bağımlı olup olmama gibi kategorik veriler arası karşılaştırmalarda ki-kare testi kullanıldı. Yaş ve hastalık sayısı ile kullanılan ilaç sayıları arasındaki ilişki Pearson korelasyon testi ile analiz edildi. Anlamlılık düzeyi $\leq 0,05$ olarak kabul edildi.

4.BULGULAR

Demografik veriler

Çalışma grubumuzu oluşturan 451 kişinin 303'ü (%67,2) kadın, 148'i (%32,8) erkekti. Çalışmaya katılanların yaş ortalaması $70,5 \pm 20,4$ yıld (7-103 yaş). Yaş ortalamaları kadınlarda 74,3 (7-103 yaş), erkeklerde ise 62,7 yıld (8-94 yaş). **Tablo 5**'de yaş ve cinsiyet dağılımı verilmiştir.

Tablo 5. Çalışma grubunun cinsiyet ve yaş ortalamalarına göre dağılımı

Cinsiyet	Yaş (Ortalama $\pm$ SS)	s (%)
Kadın	74,3 $\pm$ 18,0	303(67,2)
Erkek	62,7 $\pm$ 22,8	148(32,8)
Toplam	70,5 $\pm$ 20,4	451(100,0)

SS: standart sapma s: kişi sayısı

Yaş grupları incelendiğinde ileri yaş grubu (≥ 65 yaş) çoğunluğu oluşturmaktaydı. Cinsiyet ve yaş gruplarına göre dağılım **Tablo 6**'da verilmiştir.

Tablo 6. Çalışmaya katılanların cinsiyet ve yaş gruplarına göre dağılımı

Yaş Grupları	Kadın s (%)	Erkek s (%)	Toplam s (%)
≤ 18 y	9 (3,0)	9 (6,1)	18 (4,0)
19-24 y	3 (1,0)	6 (4,1)	9 (2,0)
25-44 y	14 (4,6)	18 (12,1)	32 (7,1)
45-64 y	29 (9,6)	25 (16,8)	54 (12,0)
65-74 y	43 (14,2)	26 (17,6)	69 (15,3)
75-84 y	108 (35,6)	46 (31,1)	154 (34,1)
≥ 85 y	97 (32,0)	18 (12,2)	115 (25,5)
Toplam	303(67,2)	148(32,8)	451(100,0)

Çalışmaya katılanlar, medeni durum, eğitim durumu, meslek, gelir düzeyi, doğum yerleri, evde birlikte yaşadıkları kişi sayısı ve çocuk sayılarına göre incelendiğinde evde sağlık bakımı alanların yarıya yakınının okuryazar (s=194;%43,0) olmadığı ve dul olduğu (s=219;%48,6) dikkat çekmektedir. Evde sağlık ve bakım hizmeti alanların çoğunluğu ev hanımı (s=277;%61,4) ve Aydın doğumlu (s=315;%69,8) idi. Çalışmaya katılan hastaların sosyal güvencesi sorulduğunda, sadece 3 kişi (%0,7) herhangi bir sağlık güvencesi olmadığını belirtmiştir.

Katılımcıların gelir ortalaması; 783,78 TL idi. Toplam 137 kişi (%30,4) herhangi bir gelirinin olmadığını belirtmişti. Çalışmaya katılanların, oturdukları evde birlikte yaşadıkları kişi sayısı ortalaması $2,5 \pm 1,3$ olup çoğu çocuk sahibiydi.

Medeni durum, eğitim durumu, meslek, gelir düzeyi, doğum yerleri, evde birlikte yaşadıkları kişi sayısı ve çocuk sayılarının ayrıntıları **Tablo 7**'de verilmiştir.

Tablo 7. Medeni durum, eğitim durumu, meslek, gelir düzeyi, doğum yerleri, evde birlikte yaşadıkları kişi sayısı ve çocuk sayılarının dağılımı

		Kişi s(%)
Medeni durum	Evli	168 (37,3)
	Ayrı yaşıyor	3 (0,7)
	Dul	219 (48,6)
	Bekar	52 (11,5)
	Boşanmış	9 (2)
Eğitim	Okuryazar Değil	194 (43,0)
	Okuryazar	39 (8,6)
	İlkokul	181 (40,1)
	Lise	27 (6,0)
	Üniversite	10 (2,2)
Meslek	Ev hanımı	277 (61,4)
	E.Memur	65 (14,4)
	E.İşçi	34 (7,5)

	Çiftçi	15 (3,3)
	Esnaf	6 (1,3)
	Çocuk	25 (5,5)
	Öğrenci	5 (1,1)
	Bir işte çalışmıyor	24 (5,3)
Gelir	500 TL altı	3 (0,7)
	501-1000 TL	86 (19,1)
	1001-1500 TL	216 (47,9)
	1501-2000 TL	130 (28,8)
	2001 TL üstü	16 (3,5)
Doğum yeri	Aydın	315 (69,8)
	Diğer	136 (30,2)
Evde birlikte yaşanan kişi sayısı	Yalnız yaşıyor	23 (5,5)
	1 kişi	134 (29,7)
	2 kişi	27 (6,0)
	3 kişi	117 (25,9)
	4 ve üstü	150 (33,3)
Çocuk sayısı	Çocuğu yok	58 (12,9)
	1 kişi	32 (7,1)
	2 kişi	82 (18,2)
	3 kişi	131 (29,0)
	4 ve üstü	148 (32,8)

Evde sağlık hizmeti alanlardan 192'si (%42,6) yatağa bağımlıydı. Yatağa bağımlıların kadın ve erkek açısından dağılımı **Tablo 8'**de verilmiştir. Kadınlarda yatağa bağımlılık oranı daha yüksekti (Ki-kare=4,984; p=0,026).

Tablo 8. Evde sağlık hizmeti alan hastaların yatağa bağımlı olma durumları

Yatağa Bağımlı	Kadın s (%)	Erkek s(%)	Toplam s(%)
Evet	140 (46,2)	52 (35,1)	192 (42,6)
Hayır	163 (53,8)	96 (64,9)	259 (57,4)
Toplam	303 (67,2)*	148 (32,8)*	451 (100)

(*Satır yüzdesi) Ki-kare=4,984; p=0,026

Hastalıklar ile yatağa bağımlı olma durumunun ilişkisine bakıldığında; SVO (Ki-kare=21,138; p<0,001) ve Alzheimer (Ki-kare=8,603; p=0,003) tanıları ile yatağa bağımlı olma durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Evde sağlık hizmeti alanların yaş gruplarına göre dağılımı **Tablo 9**'da görülmektedir. Yaş grupları, üç alt grup olarak incelendiğinde, (≤ 44 , 45-64, ≥ 65) yatağa bağımlılık ile yaş grubu arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı (Ki-kare=4,205; p>0,05).

Tablo 9. Çalışmaya katılanların yatağa bağımlılık durumlarının, yaş gruplarına göre dağılımı

Yaş Grupları	Yatağa Bağımlı s (%)*	Yatağa Bağımlı Değil s (%)*	Toplam s (%)**
≤ 18 y	12 (66,7)	6 (33,3)	18 (4,0)
19-24 y	2 (22,2)	7 (77,8)	9 (2,0)
25-44 y	12 (37,5)	20 (62,5)	32 (7,1)
45-64 y	16 (29,6)	38 (70,4)	54 (12)
65-74 y	28 (40,6)	41 (59,4)	69 (15,3)
75-84 y	74 (48,1)	80 (51,9)	154 (34,1)
≥ 85 y	48 (41,7)	67 (58,3)	115 (25,5)
Toplam	192 (42,6)	259 (57,4)	451(100,0)

*satır yüzdesi **sütun yüzdesi

Hastaların yatağa bağımlı olmasıyla bakım verenin akraba olup olması arasında da bir ilişki saptanmamıştır (Ki-kare=0,790; p>0,05). **Tablo 10**'da ayrıntılı bilgiler verilmiştir.

Tablo 10. Hastaların yatağa bağımlı olma durumu ile bakım veren kişinin yakınlığı

Yatağa Bağımlı	Akraba s (%)	Akraba Değil s (%)	Toplam s (%)
Evet	147 (77,0)	44 (23,0)	191 (100)
Hayır	196 (78,1)	55 (21,9)	251 (100)
Toplam	343 (77,6)	99 (22,4)	442 (100)*

Ki-kare=0,790; $p>0,05$ (* 9 kişinin bakım verenini yoktu)

ESH alanlara evde birlikte yaşadıkları kişiler sorulduğunda; 168 kişi (%37,3) eşiyle, 177 kişi (%39,2) kızıyla, 98 kişi (%21,7) oğluyula, 104 kişi (%23,1) torunuyula, 31 kişi (%6,9) bakıcıyla, 212 kişide (%47,0) diğer akraba ve yakınlarıyla yaşadıklarını belirtmişlerdir (birden fazla kişiyle yaşayanlar mevcuttu). Toplam 272 kişi (%60,3) evde birden fazla kişiyle birlikte yaşıyordu. Sadece bir kişi ile birlikte yaşayan 156 kişi (%34,6) mevcut iken yalnız yaşayan kişilerin sayısı ise 23'tü (%5,1).

Çalışmaya katılanlara yaşadıkları ortam sorulduğunda; 354 (%78,5) kişi kendi evinde kaldığını belirtti. Bunlardan 291 kişinin (%64,5) evi kendine ait iken, 63 kişi evinin (%14,0) kira olduğunu ifade etti. 82 kişi (%18,2) çocuklarının evinde kalırken, 15 kişi de (%3,3) diğer akraba veya yakınlarının yanında kaldığını belirtmiştir.

Evde sağlık ve bakım hizmeti verenlerin yakınlığı sorulduğunda 126 kişiye (%27,9) eşi, 177 kişiye (%39,2) kızı olmak üzere çoğunluğa eş ve kız çocuk bakmaktaydı. Birden fazla kişinin beraber bakım verdiği kişi sayısı da dikkat çekiciydi. 327 kişiye (%72,5) birden fazla kişi bakarken, 124 kişiye (%27,5) tek kişi bakıyordu. Ayrıntılar **Tablo 11**'de verilmiştir.

Tablo 11. Bakım hizmeti veren kişilerin yakınlık derecesi ve dağılımı

Bakım Veren Kişiler		s (%)	Toplam s (%)
Eş		126 (27,9)	126 (27,9)
Çocuklar	Kızı	177 (39,2)	227 (50,3)
	Oğlu	50 (11,1)	
	Anne	54 (12,0)	54 (12,0)
Baba		17 (3,8)	17 (3,8)
Akraba	Gelini	62 (13,7)	80 (17,7)
	Diğer	18 (4,0)	
Akraba dışı bakıcı	Formal	50 (11,1)	76 (16,9)
	İnformal (komşu ...)	26 (5,8)	
Toplam kişi*		580 (128,6)	580 (128,6)

(*birden fazla kişinin bakım verdiği durumlar mevcuttur)

Evde Sağlık ve Bakım Hizmeti Veren Kurumlar ve Sağlık Görevlileri

Çalışmaya katılanlar evde sağlık hizmetini aldıkları kurumlara göre incelendiğinde; 329 kişi (%72,9) devlet hastanelerinden, 47 kişide (%10,4) devlet hastanesi ve AYBA'dan (Aydın Belediyesi Hizmet Ağı) hizmet aldıklarını belirtmiştir. Ayrıca çalışmaya katılanlardan 9 kişi (%2,0) herhangi bir yerden evde sağlık hizmeti artık almadıklarını söylemiştir. **Tablo 12'**de ayrıntılı bilgiler verilmiştir.

Tablo 12. Çalışmaya katılanların evde bakım hizmeti aldıkları kurumlara göre dağılımları

Kurum ve Kuruluşlar	s (%)
Devlet Hastanesi	329 (72,9)
Aile Hekimliği	11 (2,4)
AYBA	31 (6,9)
Devlet Hastanesi ve AYBA	17 (3,8)
Devlet Hastanesi ve Aile Hekimliği	47 (10,4)
Aile Hekimliği ve AYBA	1 (0,2)
Diğer (özel merkez/bakıcı)	6 (1,3)
Toplam	442 (98,0)*

*9 kişi ESH almadığını belirtmiştir. (AYBA: Aydın Belediyesi Hizmet Ağı)

ESH alanlardan çoğu, (s=427,%94,7) doktor ve hemşire tarafından bu hizmetin verildiğini belirtmişlerdir. **Tablo 13'**de ayrıntılar verilmiştir.

Tablo 13. Evde sağlık hizmeti verdiği belirtilen görevlilerin dağılımı

ESH veren görevliler	s (%)
Doktor	427 (94,7)
Hemşire	427 (94,7)
Sağlık Memuru	30 (6,7)
Fizyoterapist	2 (0,4)
Diğer (Bakıcı v.b.)	8 (1,8)
Toplam*	894*

(*birden fazla kişi seçen katılımcılar olmuştur)

Evde sağlık hizmeti alınan süre incelendiğinde, 2 yıl hizmet alan 231 kişi (%51,3) daha fazlaydı. **Tablo 14'**de ayrıntılar verilmiştir.

Tablo 14. Çalışmaya katılanların evde sağlık hizmeti aldıkları ziyaret yılına göre dağılımları

Yıl	s (%)
1	120 (26,6)
2	231 (51,3)
3	66 (14,6)
>4	25 (5,5)
Toplam	442 (98,0)*

*9 kişi ESH almadığını belirtmiştir.

Tıbbi Sağlık Durumu Bilgileri

Evde sağlık hizmeti alanların tanılarına bakıldığında sıklık sırasına göre; 219 kişide (%48,6) hipertansiyon, 115 kişide (%25,5) serebrovasküler hastalık (SVO), 95 kişide (%21,1) diabetes mellitus (DM) ve 81 kişinin de (%18,0) koroner arter hastalığı (KAH) vardı. Çalışmaya katılanların aldıkları tanılara göre dağılımı **Tablo 15'**de verilmiştir. ESH alanların ortalama hastalık sayıları ise; $2,82 \pm 1,3$ saptanmıştır.

Tablo 15. Çalışmaya katılanların tanılarına göre dağılımı

Hastalık	s (%)	Hastalık	s (%)
HT*	219 (48,6)	SVO*	115 (25,5)
DM*	95 (21,1)	KAH*	82 (18,2)
Travmatik fraktür	74 (16,4)	Alzheimer	62 (13,7)
Osteoporoz	49 (10,8)	Post-Op. bakım	47 (10,4)
KKY*	43 (9,5)	Görme bozukluğu	35 (7,8)
Epilepsi	31 (6,9)	BPH*	25 (5,5)
KBY*	22 (4,9)	Depresyon	20 (4,4)
Kanser	19 (4,2)	Demans	19 (4,2)
Konuşma bozukluğu	19 (4,2)	Romatizmal hastalık	18 (4,0)
CP*	18 (4,0)	İşitme bozukluğu	18 (4,0)
Parkinson	16 (3,5)	Astım	16 (3,5)
KOAH*	15 (3,3)	Travmatik plejik	14 (3,1)
Guatr	14 (3,1)	Bel fıtığı	13 (2,9)
HL*	10 (2,2)	Obezite	7 (1,6)
Artroz	8 (1,8)	MR*	8 (1,8)
PDH*	5 (1,1)	AMI*	4 (0,9)
MS*	5 (1,1)	Glokom	5 (1,1)
Amputasyon	5 (1,1)	Bası yarası	5 (1,1)
Vertigo	4 (0,9)	Anemi	4 (0,9)
DVT*	3 (0,7)	ALS*	3 (0,7)
Hipoksik sendrom	3 (0,7)	GİS kanama*	3 (0,7)
Kapak hastalığı	3 (0,7)	Ayak yarası	3 (0,7)
Muskulerdistrofi	3 (0,7)	Senilite	3 (0,7)
Gastrit	3 (0,7)	Psikoz	2 (0,4)
Şizofreni	2 (0,4)	Hipertroidi	2 (0,4)
YDT*	2 (0,4)	Osteoartrit	2 (0,4)

Kolesistektomi	2 (0,4)	Aritmi	2 (0,4)
Pemfigus	2 (0,4)	Lösemi	2 (0,4)
Anksiyete	2 (0,4)	Beyaz cevher hastalığı	2 (0,4)
Panik atak	1 (0,2)	Menenjit	1 (0,2)
Hemoroid	1 (0,2)	Bel kayması	1 (0,2)
Bipolar bozukluk	1 (0,2)	Hipotroidi	1 (0,2)
Disfaji	1 (0,2)	Ampiyem	1 (0,2)
Divertikülit	1 (0,2)	Apendektomi	1 (0,2)
Diz protezi	1 (0,2)	Bronşektazi	1 (0,2)
Kalça protezi	1 (0,2)	KC nakli*	1 (0,2)
Lomber fraktür	1 (0,2)	Kolelithiasis	1 (0,2)
Omurilik kisti	1 (0,2)	Hidrocefali	1 (0,2)
Motornöron hastalığı	1 (0,2)	Reflü	1 (0,2)
Ensefalit	1 (0,2)	Plonidal sinüs	1 (0,2)
Polinöropati	1 (0,2)	Servikal enfeksiyon	1 (0,2)
Down sendromu	1 (0,2)	İnfanıl spazm	1 (0,2)

*ALS: Amyotrofik Lateral Skleroz, AMI: Akut Myokard İnfarktüsü, BPH: Bening Prostat Hiperplazisi, CP: Cerebral Palsi, DVT: Derin Ven Trombozu, DM: Diabetes Mellitus, GİS: Gastrointestinal Sistem, HT: Hipertansiyon, HL: Hiperlipidemi, KBY: Kronik Böbrek Yetmezliği, KC: Karaciğer, KKY: Konjestif Kalp Yetmezliği, KAH: Koroner Arter Hastalığı, KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, MR: Mental Retarde, MS: Multiple Skleroz, PDH: Periferik Damar Hastalığı, SVO: Serebrovasküler Olay, YDT: Yumuşak Doku Travması

Yaş gruplarına göre hastalıklar ve ortalama hastalık sayılarının dağılımı **Tablo 16**'da verilmiştir. Genç yaşlarda CP ve epilepsi ön plandayken yaşın ilerlemesiyle HT ve Alzheimer tanılarının eklendiği görülmektedir.

Tablo 16. Yaş gruplarına göre hastalıklar ve ortalama hastalık sayıları

Yaş Grupları	Hastalıklar	s (%)	Toplam s (%) ve Ortalama hastalık sayısı±SS
7-18	CP	8 (44,4)	18 (4,0) 1,72±0,82
	Epilepsi	5 (27,8)	
	Travmatik Plejik	4 (22,2)	
	Post-Op bakım	2 (11,1)	
	CP	2 (22,2)	
19-24	Epilepsi	2 (22,2)	9 (2,0) 1,44±0,72
	Duschene muskuler distrofi	2 (22,2)	
	Konuşma bozukluğu	2 (22,2)	
	CP	8 (25,0)	
	Epilepsi	7 (21,9)	
25-44	SVO	6 (18,8)	32 (7,1) 2,31±1,42
	Post-Op bakım	4 (12,5)	
45-64	HT	24 (44,4)	54 (12,0) 2,76±1,35
	SVO	16 (29,8)	
	Post-Op bakım	12 (22, 2)	
	DM	11 (20,4)	
65-74	HT	34 (49,3)	69 (15,3) 2,97±1,31
	SVO	25 (36,2)	
	DM	24 (34,8)	
	KAH	14 (20,3)	
75-84	HT	87 (56,5)	154 (34,1) 2,98±1,28
	SVO	47 (30,5)	
	DM	39 (25,3)	
	KAH	36 (23,4)	
	Alzheimer	32 (20,8)	
>85	HT	71 (61,7)	115 (25,5) 2,92±1,19
	Alzheimer	24 (20,9)	
	KAH	23 (20,0)	
	SVO	21 (18,3)	
	Osteoporoz	17 (14,8)	

Çalışmaya katılan kişilere ilaç kullanıp kullanmadıkları sorulduğunda; 390 kişi (%86,5) sürekli ilaç kullandığını, buna karşın 61 kişi (%13,5) ise düzenli olarak herhangi bir ilaç kullanmadığını belirtmiştir. Kullanılan ortalama ilaç sayısı; $4,01 \pm 2,7$ olarak bulunmuştur. Günde 4'ten fazla ilaç kullananların sayısı ise 257 kişi (%57,0) olarak saptanmıştır. Kullandıkları ilaç sayısına göre dağılım **Tablo17**'de verilmiştir.

Tablo 17. Kullanılan ilaç sayılarına ve gruplara göre dağılım

İlaç Sayısı	s (%)	Gruplar s(%)
0	61 (13,5)	61 (13,5)
1	16 (3,5)	133 (29,5)
2	44 (9,8)	
3	73 (16,2)	
4	76 (16,9)	191 (42,4)
5	76 (16,9)	
6	39 (8,6)	
7	28 (6,2)	50 (11,0)
8	11 (2,4)	
9	11 (2,4)	
10	7 (1,6)	16 (3,6)
11	3 (0,7)	
13	4 (0,9)	
14	1 (0,2)	
17	1 (0,2)	
Toplam	451 (100)	451 (100)

Çalışmaya katılan hastaların toplamdaki hastalık sayılarının artmasıyla kullandıkları ilaç sayısı arasında doğrusal bir ilişki saptanmıştır (Pearson korelasyon=0,512; $p<0,001$). Benzer olarak hastaların yaşları arttıkça kullandıkları ilaç sayısı da artmaktadır (Pearson korelasyon=0,142; $p=0,003$). Yaş gruplarına göre ilaç kullanımı dağılımı **Tablo 18**'de verilmiştir.

Tablo 18. Yaş gruplarına göre kullanılan ortalama ilaç sayılarının dağılımı

Yaş Gurupları	Ortalama±SS	(min-max)	Toplam s (%)
7-18	2,50±1,724	0-5	18 (4,0)
19-24	1,56±1,944	0-5	9 (2,0)
25-44	3,31±3,719	0-17	32 (7,1)
45-64	4,28±2,666	0-11	54 (12,0)
65-74	4,38±2,618	0-13	69 (15,3)
75-84	4,38±2,665	0-13	154 (34,1)
>85	3,80±2,489	0-11	115 (25,5)
Toplam	4,01±2,706	0-17	451 (100,0)

Evde sağlık hizmeti alanların yardımcı cihaz kullanmaları sorgulandığında, yatağa bağımlı olmayanların çoğunluğunun mobilizasyonlarını sağlayabilmek için yardımcı bir cihaz kullandıkları saptanmıştır ($s=179$, %39,7). Evde sağlık hizmeti alanların, yardımcı cihaz kullanımlarına göre dağılım **Tablo 19**'da verilmiştir. Ayrıca gözlük kullananların sayısı 82 (%18,2) iken, işitme cihazı kullananların sayısı 13 kişiydi (%2,9).

Tablo 19. Çalışmaya katılanların kullandıkları yardımcı cihazlara göre dağılımı

Yardımcı Cihaz	s (%)
Kullanmıyor	80 (17,7)
Baston	80 (17,7)
Koltuk Değneği	45 (10,0)
Yürüteç	36 (8,0)
Tekerlekli Sandalye	18 (4,0)
Yatağa Bağımlı	192 (42,6)
Toplam	451 (100)

HT, KAH ve travmatik fraktür tanıları olanlarda yardımcı cihaz kullanımının daha fazla olduğu görülmüştür. **Tablo 20'**de ayrıntılar verilmiştir.

Tablo 20. Yardımcı cihaz kullanımı ile ilişkili bulunan hastalıklar

Hastalık	Yardımcı Cihaz Kullanıyor s (%)	Yardımcı Cihaz Kullanmıyor s (%)	Anlamlılık Ki-Kare, (p)
Hipertansiyon	100 (75,8)	32 (24,2)	5,569 (0,018)
KAH	47(83,9)	9(16,1)	7,348 (0,007)
Travmatik Fraktür	41(85,4)	7 (14,6)	7,337 (0,007)

Günlük Yaşam Aktiviteleri:

Evde sağlık ve bakım hizmeti alanların bağımlılık durumları değerlendirildiğinde, temel günlük yaşam aktivitelerinde (GYA), katılımcıların çoğunluğunun ciddi fonksiyon yetersizliği (s=267; %59,2) olduğu görülmüştür. Temel GYA'lerinin değerlendirme sonuçlarının ayrıntıları **Tablo 21'**de verilmiştir. Aletli günlük yaşam aktiviteleri (AGYA) değerlendirildiğinde ise hastaların yarısından fazlasının bağımlı veya yarı bağımlı oldukları görülmüştür. AGYA değerlendirmesinin ayrıntıları **Tablo 22'**de verilmiştir.

Tablo 21. Temel GYA puanlarının ve fonksiyon durumunun dağılımı

GYA Toplam Puan	s (%)	Toplam s (%)
0	120(26,6)	267 (59,2) Ciddi fonksiyon yetersizliği
1	89(19,7)	
2	58(12,9)	
3	38(8,4)	131 (29,0) Orta derece fonksiyon yetersizliği
4	78(17,3)	
5	15(3,3)	
6	53(11,8)	53(11,8) Tam fonksiyon

Tablo 22. AGYA puanlarının ve bağımlılık durumunun dağılımı

AGYA toplam puan	s (%)	Toplam s (%)
9	177 (39,2)	177 (39,2) Bağımlı
10	37 (8,2)	219 (48,6) Yarı Bağımlı
11	39 (8,6)	
12	39 (8,6)	
13	26 (5,8)	
14	20 (4,4)	
15	11 (2,4)	
16	14 (3,1)	
17	18 (4,0)	
18	15 (3,3)	
19	10 (2,2)	55 (12,2) Bağımsız
20	6 (1,3)	
21	5 (1,1)	
22	2 (0,4)	
23	5 (1,1)	
24	7 (1,6)	
25	7 (1,6)	
26	5 (1,1)	
27	8 (1,8)	
Toplam	451 (100)	451 (100)

Yaş gruplarına göre GYA değerlendirildiğinde, 45-64 yaş grubunda ciddi fonksiyon yetersizliğinin en az, tam fonksiyonelliğin en yüksek oranda olduğu görülmektedir. Ayrıntılılar **Tablo 23**'te verilmiştir.

Tablo 23. GYA durumlarının yaş grubuna göre dağılımı

Yaş grupları	Ciddi yetersiz s (%)*	Orta derece yetersiz s (%)*	Tam fonksiyonel s (%)*	Toplam s (%)**
≤18 y	16 (88,9)	0 (0)	2 (11,1)	18 (4,0)
19-24 y	6 (66,7)	2 (22,2)	1 (11,1)	9 (2,0)
25-44 y	21 (65,6)	8 (25,0)	3 (9,4)	32 (7,1)
45-64 y	18 (33,3)	22 (40,7)	14 (25,9)	54 (12)
65-74 y	40 (58,0)	16 (23,2)	13 (18,8)	69 (15,3)
75-84 y	99 (64,3)	42 (27,3)	13 (8,4)	154 (34,1)
≥85 y	67 (58,3)	41 (35,7)	7 (6,1)	115 (25,5)
Toplam	267 (59,2)	131 (29,0)	53 (11,8)	451(100,0)

*satır yüzdesi **sütun yüzdesi

Benzer olarak yaş gruplarına göre AGYA değerlendirildiğinde, 45-64 yaş grubunda bağımlılığın en az, bağımsızlığın en yüksek oranda olduğu görülmektedir. Ayrıntılılar **Tablo 24**'te verilmiştir.

Tablo 24. AGYA durumlarının yaş grubuna göre dağılımı

Yaş grupları	Bağımlı s (%)*	Yarı Bağımlı s (%)*	Bağımsız s (%)*	Toplam s (%)**
≤18 y	14 (77,8)	2 (11,1)	2 (11,1)	18 (4,0)
19-24 y	5 (55,6)	2 (22,2)	2 (11,1)	9 (2,0)
25-44 y	15 (46,9)	14 (43,8)	3 (9,4)	32 (7,1)
45-64 y	13 (24,1)	27 (50,0)	14 (25,9)	54 (12)
65-74 y	27 (39,1)	29 (42,0)	13 (18,8)	69 (15,3)
75-84 y	59 (38,3)	81 (52,6)	14 (9,1)	154 (34,1)
≥85 y	44 (38,3)	64 (55,7)	7 (6,1)	115 (25,5)
Toplam	177 (39,2)	219 (48,6)	55 (12,2)	451(100,0)

*satır yüzdesi **sütun yüzdesi

Temel günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirmesine göre; ciddi fonksiyon yetersizliği olanların %68,2'si yatağa bağımlıyken, yatağa bağımlıların geri kalanı da orta derecede fonksiyon yetersizliği göstermekteydi. Fonksiyon yetersizliği ile yatağa bağımlı olmak arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Ki-kare=176,229; $p<0,001$). **Tablo25'**te detaylı bilgiler verilmiştir.

Tablo 25. Temel GYA'lerinde fonksiyon durumu ile yatağa bağımlı olma durumunun dağılımı

GYA Grupları	Yatağa Bağımlı s (%)	Yatağa Bağımlı Değil s (%)	Toplam s (%)
Ciddi Fonksiyon yetersizliği	182 (68,2)	85 (31,8)	267 (100)
Orta Derece Fonksiyon yetersizliği	10 (7,6)	121 (92,4)	131 (100)
Fonksiyon yetersizliği yok	0 (0)	53 (100)	53 (100)
Toplam	192 (42,6)	259 (57,4)	451 (100)

Ki-kare=176,229; $p<0,001$

Aletli günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirmesinde; bağımlı olanların %71,8'i aynı zamanda yatağa bağımlıydı. Katılımcıların aletli günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılıkla yatağa bağımlı olmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark saptanmıştır (Ki-kare=117,301; $p<0,001$). **Tablo26'**da detaylı bilgiler verilmiştir.

Tablo 26. AGYA'lerinde bağımlılık ile yatağa bağımlı olma durumunun dağılımı

AGYA Grupları	Yatağa Bağımlı	Yatağa Bağımlı Değil	Toplam
Bağımlı	127 (71,8)	50 (28,2)	177 (100)
Yarı Bağımlı	65 (29,7)	154 (70,3)	219 (100)
Bağımsız	0 (0)	55 (100)	55 (100)
Toplam	192 (42,6)	259 (57,4)	451 (100)

Ki-kare=117,301; $p<0,001$

Temel ve aletli günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık ve fonksiyon yetersizliği ile yardımcı cihaz kullanımının ayrıntıları **Tablo 27 ve 28'**de verilmiştir.

Tablo 27. Temel günlük yaşam aktivitelerindeki fonksiyon yetersizliği ile yardımcı cihaz kullanımının dağılımı

GYA Grupları	Kullanmıyor s (%)	Baston s (%)	Koltuk Değneği s (%)	Yürüteç s (%)	Tekerlekli Sandalye s (%)	Yatağa Bağımlı s (%)	Toplam s (%)
Ciddi Fonksiyon yetersizliği	27 (33,8)	24 (30,0)	13 (28,9)	12 (33,3)	9 (50,0)	182 (94,8)	267 (59,2)
Orta Derece Fonksiyon yetersizliği	30 (37,5)	40 (50,0)	22 (48,9)	20 (55,6)	9 (50,0)	10 (5,2)	131 (29,0)
Fonksiyon yetersizliği yok	23 (28,0)	16 (20,0)	10 (22,2)	4 (11,1)	0 (0)	0 (0)	53 (11,0)
Toplam	80 (100)	80 (100)	45 (100)	36 (100)	18 (100)	192 (100)	451 (100)

Tablo 28. Aletli günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık ile yardımcı cihaz kullanımının dağılımı

AGYA Grupları	Kullanmıyor s (%)	Baston s (%)	Koltuk Değneği s (%)	Yürüteç s (%)	Tekerlekli Sandalye s (%)	Yatağa Bağımlı s (%)	Toplam s (%)
Bağımlı	24 (30,0)	9 (11,2)	4 (8,9)	6 (16,7)	7 (38,9)	127 (66,1)	177 (39,2)
Yarı Bağımlı	29 (36,3)	55 (68,8)	32 (71,1)	27 (75,0)	11 (61,1)	65 (33,9)	219 (48,6)
Bağımsız	27 (33,7)	16 (20,1)	9 (20,0)	3 (8,3)	0 (0)	0 (0)	55 (12,2)
Toplam	80 (100)	80 (100)	45 (100)	36 (100)	18 (100)	192 (100)	451 (100)

Yatağa bağımlı olmayanların temel GYA'larındaki bağımlılık durumuyla yardımcı cihaz kullanımı arasındaki ilişkiye baktığımızda orta derece fonksiyon yetersizliği olan gruptan kaynaklanan anlamlı bir ilişki saptadık (Ki-kare=6,020; p=0,049). **Tablo 29'**da ayrıntılar verilmiştir.

Tablo 29. Yatağa bağımlı olmayanların temel GYA’lerindeki fonksiyon durumuyla yardımcı cihaz kullanımı arasındaki ilişki

GYA Grupları	Kullanıyor s (%)	Kullanmıyor s (%)	Toplam s (%)
Ciddi Fonksiyon yetersizliği	58 (68,2)	27 (31,8)	85 (100)
Orta Derece Fonksiyon yetersizliği	91 (75,2)	30 (24,8)	121 (100)
Fonksiyon yetersizliği yok	30 (56,6)	23 (43,4)	53 (100)
Toplam	179 (69,1)	80 (30,9)	259 (100)

Ki-kare=6,020; p=0,049

Yatağa bağımlı olmayanların AGYA’lerindeki bağımlılık durumuyla yardımcı cihaz kullanımı arasındaki ilişkiye baktığımızda yarı bağımlı gruptan kaynaklanan bir ilişki saptadık (Ki-kare=25,882; p<0,001). **Tablo 30’**da ayrıntılar verilmiştir.

Tablo 30. Yatağa bağımlı olmayanların AGYA’lerindeki bağımlılık durumuyla yardımcı cihaz kullanımı arasındaki ilişki

AGYA Grupları	Kullanıyor s (%)	Kullanmıyor s (%)	Toplam s (%)
Bağımlı	26 (52,0)	24 (48,0)	50 (100)
Yarı Bağımlı	125 (81,2)	29 (18,8)	154 (100)
Bağımsız	28 (50,1)	27 (49,1)	55 (100)
Toplam	179 (69,1)	80 (30,9)	259 (100)

Ki-kare=25,882; p<0,001

Tablo 31. Temel GYA’lerinde fonksiyon durumu ile bakım verenlerin dağılımı

GYA Grupları	Bakım veren yok	Eşi	Oğlu	Kızı	Gelini	Akraba	Anne	Bakıcı	*Diğer	Toplam
Ciddi Fonksiyon yetersizliği	2 (0,7)	53 (19,9)	8 (3,0)	90 (33,7)	40 (15,0)	13 (4,9)	39 (14,6)	21 (7,9)	1 (0,4)	267 (100)
Orta Derece Fonksiyon yetersizliği	1 (0,8)	24 (18,3)	5 (3,8)	57(43,5)	13 (9,9)	7 (5,3)	7 (5,3)	17 (13,0)	0 (0)	131 (100)
Fonksiyon yetersizliği yok	6 (11,3)	22 (41,5)	0 (0)	13 (24,5)	3 (5,7)	1 (1,9)	4 (7,5)	4 (7,5)	0 (0)	53 (100)
Toplam	9 (2,0)	99 (22,0)	13 (2,9)	160 (35,5)	56 (12,4)	21 (4,7)	50 (11,1)	42 (9,3)	1 (0,2)	451 (100)

(*Diğer: hemşire)tablolarda kişi sayısı ve yüzdeleri verilmiştir=s (%)

Tablo 32. AGYA’lerinde fonksiyon durumu ile bakım verenlerin dağılımı

AGYA Grupları	Bakım veren yok	Eşi	Oğlu	Kızı	Gelini	Akraba	Anne	Bakıcı	*Diğer	Toplam
Bağımlı	1 (0,6)	28 (15,8)	6 (3,4)	60 (33,9)	25 (14,1)	9 (5,1)	34 (19,2)	13 (7,3)	1 (0,6)	177 (100)
Yarı Bağımlı	1 (0,5)	53 (24,2)	6 (2,7)	85 (38,8)	28 (12,8)	10 (4,6)	11 (5,0)	25 (11,4)	0 (0)	219 (100)
Bağımsız	7 (12,7)	18 (32,7)	1 (1,8)	15 (27,3)	3 (5,5)	2 (3,6)	5 (9,1)	4 (7,3)	0 (0)	55 (100)
Toplam	9 (2,0)	99 (22,0)	13 (2,9)	160 (35,5)	56 (12,4)	21 (4,7)	50 (11,1)	42 (9,3)	1 (0,2)	451 (100)

(*Diğer: hemşire)tablolarda kişi sayısı ve yüzdeleri verilmiştir=s (%)

Beslenme ve Sık İfade Edilen Şikâyetlerin Değerlendirilmesi:

Çalışmaya katılan hastaların büyük çoğunluğu normal beslendiklerini söylemişlerdir (s=422). Katılımcıların beslenmelerine göre dağılımı **Tablo 33**’de verilmiştir.

Tablo 33. Çalışmaya katılanların beslenmelerine göre dağılımı

Beslenme	s (%)
Normal	422 (93,6)
Mama	28 (6,2)
Parenteral	1 (0,2)
Toplam	451 (100)

Çalışmaya katılanlardan, konstipasyondan muzdarip 217 kişi (%48,1) vardı. **Tablo 34**'te ayrıntılar verilmiştir.

Tablo 34. Konstipasyon dağılımı

Kabızlık	s (%)
Var	70 (15,7)
Yok	232 (51,3)
Ara ara	147 (32,6)
Diğer *	2 (0,4)
Toplam	451 (100)

(*Diğer: iliostomi)

Konstipasyon ile yatağa bağımlılık karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak bir ilişki saptanmamıştır (Ki-kare=2,209; $p>0,05$). **Tablo 35**'te ayrıntılar verilmiştir.

Tablo 35. Yatağa bağımlılığa göre konstipasyon görülme durumu

Yatağa Bağımlılık	Kabızlık Var	Kabızlık Yok	Kabızlık Ara ara	Diğer (iliostomi)	Toplam s (%)
Evet	32 (16,7)	91 (47,4)	68 (35,4)	1 (0,5)	192(42,6)
Hayır	38 (14,7)	141 (54,4)	79 (30,5)	1 (0,4)	259 (57,4)
Toplam	70 (15,5)	232 (51,4)	147 (32,6)	2 (0,4)	451 (100)

Ki-kare=2,209; $p>0,05$

Çalışmaya katılanlardan üriner sistem ile ilgili herhangi bir şikâyetten muzdarip 149 kişinin (%33,1) olduğu saptanmıştır. Hastaların dağılımı **Tablo 36**'da verilmiştir. İdrar şikâyetlerinin, yatağa bağımlılık durumuyla ilişkisine bakıldığında bir anlamlılık saptanmamıştır. Sadece yatağa bağımlı olanlarda, idrarda yanma ve ağrı şikâyeti daha fazla görülmüş ve bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Ki-kare=5,871; $p=0,015$).

Tablo 36. Çalışmaya katılanların üriner sistem şikâyetlerine göre dağılımı (birden fazla seçenek seçilebilmiştir)

İdrar Şikâyeti	s (%)
Ağrı-Yanma	63 (14,0)
Kesik	31 (6,9)
Zorlanma	30 (6,7)
Diğer*	25 (5,5)
Toplam şikâyeti olanlar	149 (33,1)
Şikâyeti olmayanlar	347 (76,9)

(*Diğer: KBY, damlama v.b.)

Çalışmaya katılan hastaların çoğunluğu uyku sorunu yaşamadıklarını belirtmişlerdir (s=349, % 77,4). Toplam 70 kişi (%15,5) uyku için ilaç kullanmaktaydı. Hastaların uyku sorunlarına göre dağılımı **Tablo 37**'de verilmiştir.

Tablo 37. Uyku sorunlarının dağılımı

Uyku Sorunu	s (%)
Dalamama	77 (17,1)
Sürdürememe	73 (16,2)
Erken Kalkma	4 (0,9)
Diğer*	3 (0,7)
Toplam şikâyeti olanlar	157 (34,8)
Şikâyeti olmayanlar	349 (77,4)

(*Diğer: ilaç kullanma)

Hastaların oda durumları ile uyku sorunları karşılaştırıldığında herhangi bir ilişki saptanmamıştır (Ki-kare=3,590; p>0,05). **Tablo 38'**de ayrıntılar verilmiştir.

Tablo 38. Oda durumlarına göre uyku sorunu yaşama durumları

Oda Durumları	Uyku sorunu Var s (%)	Uyku sorunu Yok s (%)	Toplam s (%)
Kendi Odası	68 (25,8)	196 (74,2)	264 (100)
Ortak Odada	34 (18,2)	153 (81,8)	187 (100)
Toplam	102 (22,6)	349 (77,4)	451 (100)

Ki-kare=3,590; p>0,05

Çalışmaya katılan hastalara psikolojik destek alıp almadıkları sorgulandığında; 30 kişi (%6,7) psikolojik destek aldıklarını belirtmişlerdir. Psikolojik destek alanlardan; 8'i (%1,8) 1 yıldır aldığını, 16'sı ise (%3,5) 2 yıldır psikolojik destek aldıklarını belirtmişlerdir.

Evde Sağlık ve Bakım Hizmeti Kapsamında Yapılan İşlemler:

Çalışmaya katılan hastalar, evde sağlık hizmeti kapsamında en çok yapılan hizmetin muayene olduğunu belirtmişlerdir (s=414, %91,8). Evde sağlık hizmeti kapsamında yapılan hizmetler **Tablo 39'**de detaylı olarak verilmiştir. Rehabilitasyon hizmeti verilen hastalardan, 12'sine doktor (%2,7), 4'üne fizyoterapist (%0,9) ve 1'ine de özel bakıcı (%0,2) tarafından rehabilitasyon hizmeti verildiği belirtilmiştir..

Tablo 39. Evde sağlık hizmeti kapsamında hastalara yapılan hizmetlerin dağılımı (yapılan işlemleri birden fazla seçen kişiler olmuştur)

Yapılan İşlem	Yapılıyor s (%)	Yapılmıyor s (%)	İhtiyaç olmadı s (%)	Toplam s (%)
Muayene	414 (91,8)	32 (7,1)	5 (1,1)	451 (100)
Enjeksiyon	100 (22,2)	36 (8,0)	315 (69,8)	451 (100)
Pansuman	84 (18,6)	36 (8,0)	331 (73,4)	451 (100)
Oksijen Tedavisi	3 (0,7)	41 (9,1)	407 (90,2)	451 (100)
Rehabilitasyon	19 (4,2)	68 (15,1)	364 (80,7)	451 (100)

Evde sağlık hizmeti kapsamında, yapılan tetkik veya tahlil sorulduğunda 326 kişi (%72,3) tetkik yapıldığını belirtmiştir. Tetkik veya tahlil olarak evde sağlık hizmetinde yapılanlarla ilgili bilgiler **Tablo 40**'ta verilmiştir.

Tablo 40. Evde sağlık hizmeti kapsamında hastalara yapılan tetkikler ve dağılımı

Tetkik	s (%)
Yapılmıyor	125 (27,7)
Kan tahlili	235 (52,1)
Kan ve İdrar tahlili	91 (20,2)
Toplam	451 (100)

Çalışmaya katılan hastalara, evde sağlık hizmeti kapsamında sevk olma durumu sorulduğunda; 42 kişi (%9,3) sevk olduğunu belirtirken, 409 kişi ise (%90,7) sevk olmadığını belirtmişlerdir. Sevk olanlardan bir kez sevk olanlar 35 kişi (%7,8) olup, iki kez sevk olanlar ise 7 kişiydi (%1,6). En çok sevk olma nedeni olarak solunum sıkıntısı bildirilmiştir (s=11; %2,4). Çalışmaya katılan hastaların, evde sağlık hizmeti kapsamında sevk olma nedenlerine göre dağılımları **Tablo 41**'de verilmiştir.

Tablo 41. ESH kapsamında hastalara yapılan sevklerin nedenlerine göre dağılımı

Sevk Nedenleri	s (%)
Solunum sıkıntısı	11 (2,4)
Göğüs ağrısı	7 (1,6)
Kansızlık	5 (1,1)
Bilinç bulanıklığı	3 (0,7)
İdrar sorunu	3 (0,7)
Ayakta yara	3 (0,7)
Kalp yetmezliği	2 (0,4)
Fizik tedavi için	1 (0,2)
Bel ağrısı	1 (0,2)

Kalça kırığı	1 (0,2)
Ayakta şişlik	1 (0,2)
Dilde yara	1 (0,2)
Lenf bezi büyümesi	1 (0,2)
Şeker yüksekliği	1 (0,2)
TA yüksekliği	1 (0,2)
Toplam	42 (9,3)

Hastaların GYA ve AGYA değerlerine göre sevk olma durumları sorgulandığında; genel olarak bağımlıların (s=22; %12,4) ve ciddi fonksiyonel yetersizliği (s=31; %11,6) olanların daha çok sevk oldukları görülmüştür. Ancak GYA'lerinde fonksiyon durumu ile sevk olma durumu arasında istatistiksel olarak bir anlamlılık saptanmamıştır (Ki-kare=4,520; $p>0,05$). **Tablo 42**'de ayrıntılar verilmiştir.

Tablo 42. Temel GYA'leri ile sevk olma ilişkisi

GYA Grupları	Sevk Var s (%)	Sevk Yok s (%)	Toplam s (%)
Ciddi Fonksiyon yetersizliği	31 (11,6)	236 (88,4)	267 (100)
Orta Derece Fonksiyon yetersizliği	9 (6,9)	122 (93,1)	131 (100)
Fonksiyon yetersizliği yok	2 (3,8)	51 (96,2)	53 (100)
Toplam	42 (9,3)	409 (90,7)	451 (100)

Ki-kare=4,520; $p>0,05$

AGYA'lerinde bağımlı ve yarı bağımlıların daha çok sevk edildiği saptanmıştır (Ki-kare=7,692; p=0,021). **Tablo 43**'te ayrıntılar verilmiştir.

Tablo 43. AGYA'leri ile sevk ilişkisi

AGYA Grupları	Sevk Var s (%)	Sevk Yok s (%)	Toplam s (%)
Bağımlı	22 (12,4)	155 (87,6)	177 (100)
Yarı Bağımlı	20 (9,1)	199 (90,9)	219 (100)
Bağımsız	0 (0)	55 (100)	55 (100)
Toplam	42 (9,3)	409 (90,7)	451 (100)

Ki-kare=7,692; p=0,021

Evde sağlık hizmeti almaya başladıktan sonra sağlık kuruluşuna başvuru durumu **Tablo 44**'te verilmiştir. Genel olarak hastalar ESH'den sonra sağlık kuruluşuna başvurularının azaldığını belirtmişlerdir (%75,6).

Tablo 44. ESH almaya başladıktan sonra sağlık kuruluşuna başvuru durumları

Sağlık Kuruluşuna Başvuru	s (%)
Değişmedi	104 (23,1)
Azaldı	341 (75,6)
Arttı	6 (1,3)

Evde sağlık hizmeti alanların, yaşadıkları ve tıbbi sorun olarak gördükleri durumlar sorulduğunda verilen yanıtların dağılımı **Tablo 45**'te görülmektedir. En sık sağlık kuruluşuna acil veya başka bir nedenle gidilmesi gerektiğinde ulaşım sorununun olması (ambulans, araç yok) ve uzmanlık gerektiren durumlarda yetersiz hizmet verilmesi tıbbi sorun olarak bildirilmiştir.

Tablo 45. Bakım hizmeti alanların bakımlarıyla ilgili tıbbi sorun olarak bildirdikleri durumlar

Tıbbi Sorun	s (%)
Ulaşım sorunu (ambulans, araç yok)	31 (6,9)
Uzmanlık gerektiren durumlarda yetersiz hizmet	22 (4,9)
İlgi azlığı	15 (3,3)
Düzenli kontrol	12 (2,7)
Vücut ağrısı	6 (1,3)
Sinirlilik	3 (0,7)
Psikiyatrik destek alamama	2 (0,4)
Kilo sorunu	2 (0,4)
Hipoglisemi	1 (0,2)
BT çekilememesi	1 (0,2)
Kulak temizliği	1 (0,2)
Görme sorunu	1 (0,2)
Mide ağrısı	1 (0,2)
Bel ağrısı	1 (0,2)
Ayak ağrısı	1 (0,2)
Bası yarası	1 (0,2)
EEG ve MRG çekilmesi	1 (0,2)
Tetkik/tahlil sorunu	1 (0,2)
Uyku sorunu	1 (0,2)
Unutkanlık	1 (0,2)
Yanıt yok	8 (1,8)
Sorun yok	338 (74,9)
Toplam	451 (100)

Sosyal Durum Bilgileri:

Çalışmaya katılanların sosyal durumlarının değerlendirildiği bu bölümde; öncelikle hastanın iletişim durumu sorulmuştur. Hastanın etrafıyla iletişim kurabilme durumu **Tablo 46**'da verilmiştir. Hastaların çoğunluğu (s=357; %79,1) etrafıyla iletişim kurabilecek (konuşma, yazı yazma, işaret v.b.) durumda olduklarını belirtmişlerdir.

Tablo 46. Çalışmaya katılanların çevresiyle iletişim kurabilme durumları

Çevreyle İletişim	s (%)
İletişim kuruyor	357 (79,1)
İletişim kurmuyor	49 (10,9)
Bazen iletişim kuruyor	45 (10,0)
Toplam	451 (100)

Yaşanan ortamı değerlendirmek amacıyla hastaların kendilerine ait odalarının olup olmadığı sorulduğunda 399 kişi (%88,5) başkasıyla paylaşıp da kendine ait odasının olduğunu ve 52 kişi (%11,5) kendine ait bir odasının olmadığını belirtmiştir. Yaşadığı odanın durumu ile ilgili olarak; hizmet alanların yarısından fazlası tamamen kendilerine ait bir odada yaşamını sürdürdüğünü söylemişlerdir (s=264, %58,5). **Tablo 47**'de oda durumları ile ilgili bilgi verilmiştir.

Tablo 47. Yaşadıkları oda durumları

Oda durumu	s (%)
Kendine ait odasında kalıyor	264 (58,6)
Odayı biriyle kullanıyor (eşi, kızı, v.b.)	135 (29,9)
Ortak kullanılan odada kalıyor	52 (11,5)
Toplam	451 (100)

Çalışmaya katılanlara, günlük olarak sosyal aktivitelerinin ne olduğu sorgulandığında; daha çok televizyon (TV) izleme (ortalama= $3,24 \pm 1,99$ saat) ve uzanma, ibadet etme, egzersiz yapma gibi işlere (ortalama= $3,30 \pm 2,89$ saat) vakit ayırdıkları görülmüştür. **Tablo 48**'de ayrıntılı olarak günlük yapılan sosyal aktiviteler verilmiştir.

Tablo 48. Günlük yapılan sosyal aktiviteler

Aktivite	Ortalama Saat $\pm$ SS
Evdekilerle sohbet	1,90 $\pm$ 1,136
Ziyaretçileriyle sohbet	0,96 $\pm$ 0,958
TV izleme	3,24 $\pm$ 1,994
Gazete okuma	0,14 $\pm$ 0,477
Kitap okuma	0,17 $\pm$ 0,512
Müzik dinleme	0,65 $\pm$ 1,042
Film izleme	0,56 $\pm$ 0,988
Bilgisayar kullanma	0,09 $\pm$ 0,512
Diğer*	3,30 $\pm$ 2,895
Toplam	11,01 $\pm$ 3,022

(*Diğer: uzanma, ibadet etme, egzersiz yapma v.b.)

Çalışmaya katılanlar, evlerine gelen ziyaretçilerinin daha çok akrabaları olduğu ve genelde haftada bir ziyarete geldiklerini belirtmişlerdir (s=194, %43,0). **Tablo 49**'da ziyaretçi sıklığı bilgileri verilmiştir.

Tablo 49. Eve gelen ziyaretçi sıklığı

Ziyaretçi Sıklığı	s (%)
Her gün	20 (4,4)
2-3günde	108 (23,9)
Haftada bir	194 (43,0)
10-15günde bir	57 (12,6)
Daha seyrek	72 (16,0)
Toplam	451 (100)

Çalışmaya katılanların, hastalıklarından dolayı sosyal hayattan kopma (izolasyon) hissedip hissetmedikleri sorgulandığında; yaklaşık üçte ikisi sosyal izolasyon hissettiklerini belirtirken, üçte biri ise böyle bir şey hissetmediklerini belirtmişlerdir. **Tablo 50**'de sosyal izolasyon hissi ile ilgili ayrıntılar verilmiştir.

Tablo 50. Sosyal hayattan kopma (izolasyon) hissi duyma durumları

Sosyal İzolasyon Hissi	s (%)
Her zaman	5 (1,1)
Çoğunlukla	41 (9,1)
Bazen	176 (39,0)
Nadiren	75 (16,6)
Hiçbir zaman	154 (34,1)
Toplam	451 (100)

GYA ve AGYA'lerindeki fonksiyon durumu ile hayattan kopma (izolasyon) hissinin ilişkisi değerlendirildiğinde gruplar arasındaki fark anlamlı bulundu. GYA'de orta derece fonksiyon yetersizliği olanların daha az sosyal izolasyon hissi duydukları görüldü (Ki-kare=14,380; $p<0,001$). **Tablo 51**'de detaylı bilgi verilmiştir.

Tablo 51. GYA'lerindeki fonksiyon durumu ile hayattan kopma (izolasyon) hissinin ilişkisi

GYA Grupları	İzolasyon Hissi Var s (%)	İzolasyon Hissi Yok s (%)	Toplam s (%)
Ciddi Fonksiyon yetersizliği	102 (38,2)	165 (61,8)	267 (100)
Orta Derece Fonksiyon yetersizliği	28 (21,4)	103 (78,6)	131 (100)
Fonksiyon yetersizliği yok	24 (45,3)	29 (54,7)	53 (100)
Toplam	154 (34,1)	297 (65,9)	451 (100)

Ki-kare=14,380; $p<0,001$

Benzer olarak AGYA değerleriyle, hayattan kopma (izolasyon) hissi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (Ki-kare=11,122; $p=0,004$). Bu ilişki yarı bağımlı gruptan kaynaklanmaktaydı. **Tablo 52**'de detaylı bilgi verilmiştir.

Tablo 52. AGYA’lerindeki bağımlılık durumu ile hayattan kopma (izolasyon) hissinin ilişkisi

AGYA Grupları	İzolasyon Hissi Var s (%)	İzolasyon Hissi Yok s (%)	Toplam s (%)
Bağımlı	73 (41,2)	104 (58,8)	177 (100)
Yarı Bağımlı	58 (26,5)	161 (73,5)	219 (100)
Bağımsız	23 (41,8)	32 (58,2)	55 (100)
Toplam	154 (34,1)	297 (65,9)	451 (100)

Ki-kare=11,122; p=0,004

Eğitim ile hayattan kopma (izolasyon) hissinin varlığı arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Ki-kare=0,909; p>0,05). **Tablo 53**’te ayrıntılar verilmiştir.

Tablo 53. Eğitim durumlarıyla, hayattan kopma (izolasyon) hissi durumları

Eğitim Durumu	İzolasyon Hissi Var s (%)	İzolasyon Hissi Yok s (%)	Toplam s (%)
Lise Altı	144 (34,8)	270 (65,2)	414 (100)
Lise ve Üstü	10 (27,0)	27 (73,0)	37 (100)
Toplam	154 (34,1)	297 (65,9)	451 (100)

Ki-kare=0,909; p>0,05

Çocuğu olmayanlar daha fazla sosyal izolasyon hissi duyduklarını belirtmişlerdi. (Ki-kare=11,028; p<0,001). **Tablo 54**’te ayrıntılar verilmiştir.

Tablo 54. Çocuk durumlarına göre hayattan kopma (izolasyon) hissi durumları

Çocuk Durumu	İzolasyon Hissi Var s (%)	İzolasyon Hissi Yok s (%)	Toplam s (%)
Çocuk Var	123 (31,3)	270 (68,7)	393 (100)
Çocuk Yok	31 (53,4)	27 (46,6)	58 (100)
Toplam	154 (34,1)	297 (65,9)	451 (100)

Ki-kare=11,028; p<0,001

Kendi evinde oturmak ile hayattan kopma (izolasyon) hissi arasında bir ilişki saptanmamıştır (Ki-kare=2,018; $p>0,05$). Ayrıntılar **Tablo 55**'te gösterilmiştir.

Tablo 55. Ev durumuna göre hayattan kopma (izolasyon) hissi durumları

Ev durumu	İzolasyon Hissi Var s (%)	İzolasyon Hissi Yok s (%)	Toplam s (%)
Kendi evi	115 (32,5)	239 (67,5)	354 (100)
Kendi evi değil	39 (40,2)	58 (59,8)	97 (100)
Toplam	154 (34,1)	297 (65,9)	451 (100)

Ki-kare=2018; $p>0,05$

Kişinin yaşadığı ortam ile sosyal izolasyon hissinin ilişkisi incelediğimizde; kişinin kendine ait bir odada kalmasıyla başkalarıyla birlikte kalmasının sosyal izolasyon hissi ile bir ilişkisinin olmadığını gördük (Ki-kare=0,030; $p>0,05$). **Tablo 56**'da ayrıntılar verilmiştir.

Tablo 56. Oda durumlarına göre hayattan kopma (izolasyon) hissi durumları

Oda Durumları	İzolasyon Hissi Var s (%)	İzolasyon Hissi Yok s (%)	Toplam s (%)
Kendi Odası	91 (34,5)	173 (65,5)	264 (100)
Ortak Odada	63 (33,7)	124 (66,3)	187 (100)
Toplam	154 (34,1)	297 (65,9)	451 (100)

Ki-kare=0,030; $p>0,05$

Evde kalan kişi sayısı ile sosyal izolasyon hissi arasında da bir fark yoktu (Ki-kare=0,296; $p>0,05$). Ayrıntılar **Tablo 57**'de verilmiştir.

Tablo 57. Evdekilerin sayısına göre hayattan kopma (izolasyon) hissi durumları

Evdekilerin Sayısı	İzolasyon Hissi Var s (%)	İzolasyon Hissi Yok s (%)	Toplam s (%)
Birden Fazla Kişi Var	103 (35,0)	191 (65,0)	294 (100)
Bir Kişi Var	51 (32,5)	106 (67,5)	157 (100)
Toplam	154 (34,1)	297 (65,9)	451 (100)

Ki-kare=0,296; $p>0,05$

Benzer olarak ziyaretçi sıklığı ile de hayattan kopma (izolasyon) hissi arasında bir fark yoktu (Ki-kare=0,203; $p>0,05$). **Tablo 58**'de detaylı bilgiler verilmiştir.

Tablo 58. Ziyaretçi sıklığı ile hayattan kopma (izolasyon) hissinin ilişkisi

Ziyaretçi Sıklığı	İzolasyon Hissi Var s (%)	İzolasyon Hissi Yok s (%)	Toplam s (%)
Haftada Birden Sık	112 (34,8)	210 (65,2)	322 (100)
Haftada Birden Az	42 (32,6)	87 (67,4)	129 (100)
Toplam	154 (34,1)	297 (65,9)	451 (100)

Ki-kare=0,203; $p>0,05$

Bakım verenlerin yakınlığı (akraba olması) ile hayattan kopma (izolasyon) hissi arasında da anlamlı bir fark saptanmamıştır (Ki-kare=3,540; $p>0,05$). **Tablo 59**'da ayrıntılar gösterilmiştir.

Tablo 59. Bakım verenlerin yakınlık durumları ile hayattan kopma (izolasyon) hissinin ilişkisi

Bakım Verenlerin Yakınlıkları	İzolasyon Hissi Var s (%)	İzolasyon Hissi Yok s (%)	Toplam s (%)
Akraba	125 (36,4)	218 (63,6)	343 (100)
Akraba değil	26 (26,3)	73 (73,7)	99 (100)
Toplam	151 (34,2)	291 (65,8)	442 (100)*

Ki-kare=3,540; $p>0,05$ (* 9 kişinin bakım vereni yok)

Çalışmaya katılanlara, özledikleri sosyal etkinliklerin neler olduğu sorulduğunda ise; genel olarak açık hava etkinliklerini, arkadaşları ve akrabalarıyla yapılan etkinlikleri daha çok özledikleri görülmüştür. **Tablo 60**'ta özlenen aktiviteler detaylı olarak verilmiştir.

Tablo 60. Daha önce yapılan iş ve sosyal aktivitelere duyulan özlem

İşler/Etkinlikler	Evet s (%)	Hayır s (%)	Fikrim Yok s (%)	Toplam s (%)
Çalışma Hayatı	109 (24,2)	126 (27,9)	216 (47,9)	451 (100)
Açık Hava Etkinlikleri	205 (45,4)	31 (6,9)	215 (47,7)	451 (100)
Arkadaşlarla Etkinlikler	201 (44,5)	36 (8,0)	214 (47,5)	451 (100)
Akrabalarla Etkinlikler	192 (42,6)	43 (9,5)	216 (47,9)	451 (100)
Spor Etkinlikleri	114 (25,3)	119 (26,4)	218 (48,3)	451 (100)
Hobi Etkinlikleri	13 (2,9)	217 (48,1)	221 (49,0)	451 (100)
Gezi Etkinlikleri	23 (5,1)	208 (46,1)	220 (48,8)	451 (100)
Eğitim	2 (0,4)	226 (50,2)	223 (49,4)	451 (100)

Mevcut durumlarında yapılabilecek sosyal aktiviteler ve bu aktivitelere katılma isteği sorgulandığında ise evde bakım alanların çoğunluğu ev ziyareti yapılmasını beklediklerini ve kendileri için açık hava etkinliği düzenlenmesini istediklerini belirtmişlerdir. Verilen cevaplar **Tablo 61**'de detaylı olarak verilmiştir.

Tablo 61. Yapılabilecek sosyal aktivitelere katılma isteklerine göre dağılımı

Aktivite İstekleri	Evet s (%)	Hayır s (%)	Fikrim Yok s(%)	Toplam s (%)
Ev Ziyareti	131 (29,0)	29 (6,4)	291 (64,5)	451 (100)
Açık Hava Etkinlikleri	95 (21,1)	65 (14,4)	291 (64,5)	451 (100)
Hastalarla Bir Araya Gelme	52 (11,5)	108 (23,9)	291 (64,5)	451 (100)
Hobi/Eğlence Etkinlikleri	25 (5,5)	135 (29,9)	291 (64,5)	451 (100)
Toplu Eğitim Merkezleri ve Bakım Merkezleri	3 (0,7)	157 (34,8)	291 (64,5)	451 (100)

Sosyal Sorunlar

Sosyal sorun olarak bildirilen durumlar ile ilgili bilgiler **Tablo 62**'de verilmiştir. Hastalar daha çok hareket edememelerini (yürüyememe) ve dışarıya çıkamamalarını (gezememe vb.) sosyal sorun olarak belirtmişlerdir.

Tablo 62. ESH alanların mevcut yaşamlarına ait sosyal sorun olarak belirttikleri durumlar

Sosyal sorunlar	s (%)
Dışarı Çıkamama	103 (22,7)
Hareket Edememe	57 (12,6)
Hayatın Sıkıntılı Olması	49 (10,9)
Sağlıklı olma İsteği	49 (10,9)
Kendisini Kısıtlanmış hissetme	46 (10,2)
Parasal Sorun	32 (7,1)
Yalnız kalmak istememe	31 (6,9)
İçine kapanıklık	18 (4,0)
Ulaşım sorunu	7 (1,5)
Yalnız kalma isteği	5 (1,1)
Yardım isteği	3 (0,7)
Kabullenememe	2 (0,4)
İlgi Azlığı	2 (0,4)
Arkadaşlarının olmaması	2 (0,4)
Bilgi verilmemesi	1 (0,2)
Çocuk sahibi olamama	1 (0,2)
Destek görememe	1 (0,2)
Genel bakım merkezi ihtiyacı	1 (0,2)
Tekerlekli sandalye	1 (0,2)
Toplam *	411 (91)

(*sorun belirtmeyenler olmuştur)

Verilen hizmet ile ilgili olarak belirtilen sosyal sorunlarda ise ilgi azlığı, oranı oldukça düşük olmakla birlikte ilk sırada yer alıyordu (17 %3,8). **Tablo 63**'te hizmet ile ilgili olarak belirtilen sosyal sorunlar verilmiştir.

Tablo 63. Verilen hizmet ile ilgili olarak belirtilen sosyal sorunların dağılımı

ESH Sosyal Sorunlar	s (%)
İlgi azlığı	17 (3,8)
Parasal sorun	9 (2,0)
Akülü araba	4 (0,9)
İletişim sorunu	4 (0,9)
Bakım ihtiyacı	3 (0,7)
Bilgi verilmemesi	3 (0,7)
Düzenli kontrol olmaması	3 (0,7)
Tekerlekli sandalye ihtiyacı	3 (0,7)
Ulaşım sorunu	3 (0,7)
Yardımcı kişi ihtiyacı	2 (0,4)
Kendi haline üzülüyor	1 (0,2)
Bakıcılar için program eksik	1 (0,2)
Daha iyi hizmet	1 (0,2)
Sosyalleşememe	1 (0,2)
Alt bezi	1 (0,2)
İşitme zorluğu	1 (0,2)
Hizmetin yetersizliği	1 (0,2)
Hizmet almak istemiyor	1 (0,2)
Toplam	59 (13,1)

Çalışmaya katılan hastalardan, evde sağlık hizmetinden sağlık personeli ve tıbbi araç/malzeme bağlamında beklentilerinin neler olduğu sorgulandığında ise, herhangi bir gereksinimi olmadığını belirtenlerin sayısı oldukça fazlaydı (s=247, %54,8). En sık belirtilen beklentilerin; uzman doktor (s=176, %39,0), fizyoterapist (s=167, %37,0) ve psikolog (s=146, %32,4) ihtiyacının karşılanması olduğu görülmüştür. **Tablo 64**'te beklentiler verilmiştir.

Tablo 64. Sağlık personeli ve tıbbi araç/malzeme bağlamında beklentilerin dağılımı

Beklentiler	Evet	Hayır
Uzman Doktor	176 (39,0)	275 (61,0)
Fizyoterapist	167 (37,0)	284 (63,0)
Psikolog	146 (32,4)	305 (67,6)
Sosyal Hizmet Uzmanı	54 (12,0)	397 (88,0)
İlaç yazdırma	35 (7,8)	416 (92,2)
Pansuman	20 (4,4)	431 (95,6)
Yardımcı araç isteği	59 (13,1)	392 (86,9)
Sarf malzeme isteği	58 (12,9)	393 (87,1)

Bakım Veren Kişilerin Bilgileri:

Çalışmaya katılanlardan 9'u (%2,0) evde bakımına yardımcı olacak kimsesinin olmadığını belirtmiştir. Geriye kalan 442 kişiye (%98,0) bakım hizmeti veren vardı ve bunların 402'si (%89,1) kadındı. Bakım verenlerin yaş ortalaması $52,6 \pm 14,4$ yıldır (22-89 yaş). Yaş ortalamaları kadınlarda 52,7 (22-82 yaş), erkeklerde ise 62,6 yıldır (39-89 yaş). **Tablo 65**'te yaş ve cinsiyet dağılımı verilmiştir.

Tablo 65. Bakım verenlerin yaş ve cinsiyet dağılımları

Yaş ve Cinsiyet	Yaş (Ortalama $\pm$ SS)	Cinsiyet s (%)
Kadın	52,8 $\pm$ 11,9	402(89,1)
Erkek	62,6 $\pm$ 13,9	40(8,9)
Toplam	52,6 $\pm$ 14,4	442 (98,0)*

(*9 kişinin bakım vereni yoktu)

Bakım hizmeti veren kişilerin, daha çok hastaların yakınları olduğu saptanmış olup, özellikle önemli bir kısmını kendi kızlarının (s=160, %35,5) oluşturduğu gözlenmiştir. Bakım verenlerin yakınlık dereceleri **Tablo 66**'da detaylı olarak verilmiştir.

Tablo 66. Bakım verenlerin yakınlık durumları

Bakım Verenlerin Yakınlığı		s (%)	Toplam s (%)
Eş		99 (22,0)	99 (22,0)
Çocuklar	Kızı	160 (35,5)	177 (38,3)
	Oğlu	13 (2,9)	
Anne		50 (11,1)	50 (11,1)
Akraba	Gelini	56 (12,4)	77 (17,1)
	Diğer	21 (4,7)	
Akraba dışı bakıcı	Formal	42 (9,3)	43 (9,5)
	İnformal (komşu...)	1 (0,2)	
Toplam		442(98)*	442(98)*

(* 9 kişinin; evde bakım vereni yok)

Bakım verenlerin eğitim durumu incelendiğinde; genel olarak okuryazar oldukları ve çoğunluğun ilkökul mezunu oldukları saptanmıştır (s=272, %60,3). Eğitim durumları ile ilgili olarak detaylı bilgiler **Tablo 67**'de verilmiştir.

Tablo 67. Bakım verenlerin eğitim durumu

Eğitim Durumu	s (%)
Okuryazar değil	59 (13,1)
Okuryazar	25 (5,5)
İlkokul	272 (60,3)
Lise	55 (12,2)
Üniversite	31 (6,9)
Toplam	442 (98,0)*

(* 9 kişinin; evde bakım vereni yok)

Evde bakım verenlerin 133'ü (%29,5) düzenli bir aylık gelirinin olduğunu ve bu kişilerden 109'u (%24,2) daha önceden bir işte çalıştığını belirtmişlerdir. Bu 109 kişiden işlerini bırakma nedenleri sorgulandığında ise, daha çok kendi emekliliklerinin zamanı geldiği için bıraktıklarını söylemişlerdir. **Tablo 68**'de iş bırakma nedenleri ayrıntılı olarak verilmiştir.

Tablo 68. Bakım verenlerden, daha önce çalışanların işlerini bırakma nedenleri

İşini Bırakma Nedeni	s (%)
Emeklilik zamanı	61 (56,0)
Devam ediyor	28 (25,8)
Kişinin hastalığı	13 (11,9)
Kendi hastalığı	3 (2,7)
Ailesine yardım	3 (2,7)
Kendi isteği	1 (0,9)
Toplam	109 (100)*

(*342 kişinin işi yoktu)

Bakım hizmeti verenler, bakım için ortalama; $20,21 \pm 6,71$ saat harcadıklarını söylemişlerdir. Bakım verenlerin 353'ü (%78,3) hastalarını bırakabilecekleri birilerinin olduğunu belirtirken, bırakabilecekleri ortalama süre $4,72 \pm 6,48$ saattir. Bakım verenlerin, hastalarını bırakabilecekleri kişiler **Tablo 69**'de verilmiştir. Bırakabilecekleri kişiler en çok eşleri (%20,8) ve kızlarıydı (%16,0).

Tablo 69: Bakım verenlerin işleri olduğunda hastalarını bırakabilecekleri kişiler ve dağılımları

Bırakabilecek Kişi	s (%)	Bırakabilecek Kişi	s (%)
Eşi	94 (20,8)	Görümce	3 (0,7)
Kızı	72 (16,0)	Akrabası	2 (0,4)
Kız kardeşi	52 (11,5)	H. kız kardeşi*	2 (0,4)
Komşu	24 (5,3)	Hasta bakıcı (H.)*	2 (0,4)
Oğlu	21 (4,7)	Oğlu ve kızı	2 (0,4)
Annesi	14 (3,1)	Yeğeni	2 (0,4)
Babası	13 (2,9)	H. oğlu ve kızı*	1 (0,2)
Erkek kardeşi	10 (2,2)	Kayınpederi	1 (0,2)
Bakıcı	9 (2,0)	Gelini	1 (0,2)
Elti	8 (1,8)	Babaanne	1 (0,2)
H. kızı*	7 (1,6)	H. annesi*	1 (0,2)
H. oğlu*	5 (1,1)	Damadı	1 (0,2)
H. eşi	4 (0,9)	Kimse yok	90 (20,0)
Bakım vereni yok	9 (2,0)	Toplam	451 (100)

(* H. : Hasta bakıcının)

Bakım verenlerin kendileri için gelen ziyaretçilerinin olup olmadığı sorgulandığında; 413 kişi (%91,6) ziyaretçisi olduğunu belirtirken, 38 kişi ise (%8,4) ziyaretçisi olmadığını belirtmiştir. Gelen ziyaretçilerin sıklığı ile ilgili bilgiler **Tablo 70** 'te verilmiştir.

Tablo 70. Bakım verenlere gelen ziyaretçi sıklığı

Ziyaretçi Sıklığı	s (%)
Her gün	7 (1,6)
2-3günde bir	121 (26,8)
Haftada bir	95 (21,1)
10-15günde bir	159 (35,3)
Daha seyrek	60 (13,3)
Toplam	442 (98,0)*

(* 9 kişinin; evde bakım vereni yok)

Bakım verenlerin sosyal hayatlarının etkilenip etkilenmediğine dair bilgiler **Tablo 71**'de verilmiştir.

Tablo 71. Bakım verenlerin sosyal hayatlarının etkilenip etkilenmediği konusundaki görüşleri

Sosyal Hayat Etkilendi mi?	s (%)
Evet	109 (24,2)
Hayır	220 (48,8)
Bazen	113 (25,1)
Toplam	442 (98,0)*

(* 9 kişinin; evde bakım vereni yok)

Bakım verenlere yönelik olarak; verdikleri bakım nedeniyle sağlık sorunu yaşıyıp yaşamadıkları sorgulandığında 177 kişi (%39,2) sağlık sorunu yaşadığını belirtirken, 274 kişi ise (%60,8) sağlık sorunu yaşamadığını belirtmiştir. Sağlık sorunları ile ilgili bilgiler **Tablo 72**'de verilmiştir. Yaşanan sağlık sorunlarından psikiyatrik şikâyetler göze çarpmaktadır.

Tablo 72. Bakım verenlerin yaşadıkları sağlık sorunları

Sağlık Sorunu	s (%)	Sağlık Sorunu	s (%)
Anksiyete	93 (20,7)	Şizofreni	2 (0,4)
Bel ağrısı	57 (12,7)	Bel kayması	2 (0,4)
Bel fıtığı	19 (4,2)	Boyun fıtığı	2 (0,4)
Depresyon	18 (4,0)	Boyun ağrısı	2 (0,4)
Diz ağrısı	9 (2,0)	Ayak ağrısı	2 (0,4)
Elde sinir sıkışması	5 (1,1)	Varis	1 (0,2)
DM	4 (0,9)	Ayakta yara	1 (0,2)
HT	3 (0,7)	Halsizlik	1 (0,2)
Vücut ağrısı	3 (0,7)	HL	1 (0,2)
Vertigo	3 (0,7)	Bakım vereni yok	9 (2,0)
Sorun yok	264 (58,5)	Toplam	451 (100)

(HT: Hipertansiyon, DM: Diabetes mellitus, HL: Hiperlipidemi)

Bakım verenlerin yaşadıkları sosyal sorunlar sorulduğunda ise; en çok yaşanan sıkıntıların kimseye vakit ayıramama (s=40; %8,8) ve kendine vakit ayıramama (s=24; %5,3) olduğu görülmektedir. Yaşanan sosyal sorunlar **Tablo 73**'te detaylı olarak verilmiştir.

Tablo 73. Bakım verenlerin yaşadıkları sosyal sorunlar

Yaşanan Sosyal Sorunlar	s (%)
Kimseye vakit ayıramama	40 (34,5)
Kendine vakit ayıramama	24 (20,6)
Hayatının sıkıntılı olması	14 (12,1)
Dışarı çıkamama	11 (9,5)
Bakım sorumluluğunun ağırlığı	10 (8,6)
Hayattan kopmuş hissetme	3 (2,6)
Hastanın memnuniyetsizliği	2 (1,7)
Yalnız kalma zorunluluğu	2 (1,7)
Psikolog desteğinin olmaması	2 (1,7)
Aile içi sıkıntı olması	2 (1,7)
Bakmak istememesine rağmen devam etmesi	2 (1,7)
Fizik tedavi ihtiyacının karşılanamaması	1 (0,9)
Hasta için uygun bakımevinin olmaması	1 (0,9)
Bakımının karşılığını alamama	1 (0,9)
Parasal sorun	1 (0,9)
Toplam	116 (100)

5. TARTIŞMA

Aydın'da ESH alanların genel profilini, yaşadıkları tıbbi ve sosyal sorunları, günlük yaşamda bağımlılık durumlarını ortaya koymayı amaçladığımız bu araştırmamızda; evde sağlık ve bakım hizmeti alan kişilerin önemli bir oranının yatağa bağımlı olduğu, yatağa bağımlı olmayanların önemli bir kısmının günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı veya yarı bağımlı oldukları, yaş gruplarına göre görülen hastalıkların farklılık gösterdiği, genç yaşlarda CP en sık görülürken, ileri yaşlarda hipertansiyon, Alzheimer, demans gibi hastalıkların sıklığında artış göze çarpmaktadır. Ayrıca hizmet alan kişilerin, tıbbi sorun olarak; uzmanlık gerektiren konulardaki destek yetersizliğini dile getirmeleri, bununla uyumlu olarak hizmetten beklentiler arasında uzman doktor, fizyoterapist ve psikolog desteği beklentisi öne çıkan bulgularımızdandır. Bunun yanı sıra hizmet alanların önemli bir kısmının sosyal hayattan koptuğunu, izole olduğunu hissetmesi de dikkat çekicidir.

Demografik Özelliklerin Değerlendirilmesi

ESH alanların önemli bir kısmının ileri yaşta ve kadın oldukları görülmektedir (21-25). Bununla uyumlu olarak, bakım alanların çoğunluğunu ev hanımları oluşturmakta olup yarıya yakını dul ve okuryazar değildir. İlimizde evde bakım hizmeti alanların çoğunluğu 75 yaşın üzerindeydi. Ülkemizde, Burdur, Ankara, Şanlıurfa, Uşak'ta yapılan çalışmaları incelediğimizde cinsiyet, medeni durum, eğitim ve yaş profili açısından benzer sonuçlara ulaşıldığını gördük (21-23). Bu sonuç, beklenen yaşam süresinin kadınlarda daha uzun olması ile de açıklanmaktadır (61).

Konut, sadece barınma ihtiyacının karşılanması için değil kişilerin yaşam tarzlarını ve toplumsal ilişkilerini düzenledikleri bir yer olarak da değerlendirilmektedir. Dolayısıyla yaşanan yer, yaşam kalitesiyle de yakından ilişkilendirilmektedir (62). Bizim çalışmamızda; Ankara'da yapılan bir başka çalışmada da olduğu gibi ESH alan kişilerin çoğunluğu kendi evlerinde kalmaktaydılar (63). Yine benzer olarak İsveç'te yapılan bir çalışmada evde bakım hizmeti alan kişilerin çoğunluğunun kendi evlerinde yaşamakta oldukları ve bu konuda eğilimin, verilen hizmeti mümkün olduğunca kendi evlerinde kabul etmek yönünde olduğu bildirilmiştir (64).

Evde Bakım Hizmeti Alanların Genel Sağlık ve Bağımlılık Durumları ile Tıbbi Sorunların Değerlendirilmesi

İlimizde, ESH alan kişilerin yarıya yakınının (%42,6) yatağa bağımlı olduklarını saptadık. Ülkemizde, Burdur, Ankara ve Uşak'ta yapılan çalışmalarda ise yatağa bağımlılık oranı %36-%70 arasında değişmekteydi (21,24,29). Yatağa bağımlı olmayanların yine yarıya yakını mobilizasyonlarını sağlayabilmek için baston, yürüteç, koltuk değneği, tekerlekli sandalye gibi yardımcı bir cihaz kullandıklarını belirtmişlerdi. Ülkemizde, iki farklı bölgede yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlara ulaşılmıştır (21,65). Evde bakım hizmeti alanların önemli bir kısmının günlük aktivitelerindeki bağımlılığı azaltmak için yardımcı cihaz kullanımına ihtiyaç duydukları anlaşılmaktadır.

Evde bakım hizmeti alanlarda; hipertansiyon, serebrovasküler hastalık (SVO) ve diabetes mellitus en sık bildirilen tanılar arasındadır. Bunların yanı sıra depresyon, psikoz, kalp yetmezliği, demans ve Alzheimer hastalığının da sık görülen tanılar arasında yer aldığı belirtilmektedir (21-23, 26, 65, 66). Bizim araştırmamızda da benzer sonuçlar görülmekle birlikte hastalık profili yaş guruplarına göre değişmekteydi. Çocuk ve gençlerde CP ve epilepsi daha sık görülürken, ileri yaşta Alzheimer ve osteoporozun sık görülen tanılar arasına girdiğini saptadık. Ankara'da yapılan başka bir çalışmada ise bakım nedeni olarak bildirilen hastalık ve eşlik eden hastalıklar ayrılarak incelenmiş, hizmet alma nedeni olarak belirtilen primer tanı sıralamasında ilk üç hastalık SVO, Alzheimer ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) olarak saptanmıştır. Yine aynı çalışmada başvuru nedeni olmayan ancak ikincil tanı olarak belirtilen hastalıklar sıklık sırasına göre hipertansiyon, serebrovasküler hastalık, alzheimer, diabetes mellitus ve kalp hastalıkları olarak bildirilmiştir (29). Hastalık çeşitliliği ile birlikte kullanılan ilaç sayılarının artışı da önemli bir tıbbi sorun olarak karşımıza çıkmaktadır.

Çalışmamızda ESH alan kişilerin ortalama hastalık sayısı; 2,82 olup, Uşak'ta yapılan çalışma ile benzerlik göstermektedir (24). Kullanılan ilaç sayılarını incelediğimizde ise günde ortalama $4,01 \pm 2,7$ ilacın kullanılmakta olduğunu ve hizmet alanların çoğunluğunun (%86,5) sürekli olarak en az bir ilaç kullandığını saptadık. Bu sonuçlarımız ülkemizde, Burdur'da yapılan çalışma ile benzerlik göstermektedir. Bu çalışmada, ortalama kullanılan ilaç sayısı 3,3 olarak bulunmuş ve katılımcıların çoğunluğunun (%81,4) en az bir ilaç kullanmakta olduğu belirtilmiştir (67). Aydın ve İzmir'de toplum içinde yaşayan ve bakımevinde kalan yaşlılarda

çoklu ilaç kullanımının araştırıldığı bir çalışmada ise ortalama ilaç kullanımı 4,5 olarak bulunmuştur (68). Evde bakım hizmetleri, kronik hastalık yükünün çoklu ilaç kullanımını kolaylaştırabileceği, dolayısıyla mevcut sağlık sorunlarının çoklu ilaç kullanımının da getirdiği yüklerle birlikte artacağı göz önüne alınarak planlanmalıdır.

Ülkemizin iki farklı bölgesinde yapılmış olan çalışmalarla benzer olarak ilimizde, ESH alanların, yarısından fazlasında temel günlük yaşam aktivitelerinde (GYA) ciddi fonksiyon yetersizliği vardı (27,28). Aletli günlük yaşam aktivitelerine (AGYA) bakıldığında ise bakım alanların önemli bir çoğunluğunun bağımlı ve yarı bağımlı olduğu görülmektedir. Aynı çalışmalarda yaş arttıkça hastaların bağımlı olma durumlarının arttığı belirtilmiştir. Bunlara ek olarak temel ve aletli günlük yaşam aktivitelerinde, ciddi fonksiyonel yetersizliği olanların büyük bir kısmı yatağa bağımlıydı. Ayrıca ileri yaşta bağımlılığın arttığı, bizim çalışmamızla birlikte İstanbul ve Sivas'ta yapılan çalışmalarda da belirtilmiştir (69,70). Bu sonucun beklenen bir durumu yansıttığını söyleyebiliriz.

Çalışmamızda ESH alanların sevk edilme oranı %9,3 idi. Sevk nedenlerinin başında solunum sıkıntısı ve göğüs ağrısı gelmekteydi. Ayrıca sağlık kuruluşlarına başvuruların ESH alımından sonra azaldığı belirtilmişti. Bizim çalışmamızın sonuçlarından farklı olarak Burdur'da yapılan çalışmada, ESH başladıktan sonra sağlık kuruluşlarına başvuru ile ilgili bir değişiklik yaşanmadığı belirtilmiştir (21). Uşak'ta ise bizim bulgularımıza daha yakın bir sonuç bildirilmiş, ESH sonrası hastaneye başvuru ve yatışların çok azaldığı belirtilmiştir (24). Ankara'da yapılan başka bir çalışmada ise başvuru ve yatış sıklığı belirtilmemekle birlikte hastaların yarısına yakınından konsültasyon istendiği bildirilmektedir (29). Sevk oranlarının ve nedenlerinin çeşitliliği, hizmetin gelişim süresi ile birlikte bölgesel farklılıklardan da kaynaklanmış olabilir.

Sağlık hizmeti veren personel sorulduğunda; hizmet alanların tamamına yakını hizmeti, hekim ve hemşirelerden aldıklarını belirtmişlerdir. Kurum sorulduğunda ise önemli bir çoğunluğu hizmeti devlet hastanesinden aldığını belirtmekteydi. İlimizde, hizmet alanların ancak %13'ünün aile hekiminden de hizmet aldığı görülmektedir. Aile hekimlerinin evde bakım hizmetlerindeki yeri yaygın araştırılmamış olmakla birlikte Burdur'da yapılan çalışmada aile hekiminden hizmet alma oranı daha da düşük (%3,7) olarak bildirilmiştir (21). Bu durum aile hekimlerinin hizmette henüz fazla yer almaması ile birlikte hem koordinasyon

merkezlerinin hem de mobil evde sağlık birimlerinin hastanelerde yer alması ile ilişkilendirilebilir. Ayrıca ilerleyen yıllarda, hizmetin yaygınlaşması ve organizasyonun tamamlanması ile birlikte bu oranın artabileceği de öngörülebilir.

Çalışmamızda ESH alanların, hizmet ile ilişkili olarak yaşadıkları, en sık ‘tıbbi sorun’ olarak bildirdikleri sorunlar; ambulans veya engelliler için araç olmaması gibi nedenlerle ulaşım zorluğu ve uzmanlık gerektiren konulardaki destek yetersizliği idi. Bunların yanında ilgi azlığı, düzenli kontrol yapılamaması ve psikolojik konulardaki destek yetersizliği de bildirilen diğer sorunlar arasındaydı. İstanbul Beykoz’da yapılan bir çalışmada ESH alan hastaların yarıya yakını; ilaç veya tıbbi malzeme temin edemediklerini, ulaşım sorunu yaşadıklarını, ekonomik yetersizlik ve sağlık personeli gereksiniminin karşılanamadığı gibi sorunlarının olduğunu belirtmişlerdir. Yine aynı çalışmada ulaşım sorunu olarak; kaldırım geçişleri gibi çevre düzenlemelerinin olmaması, kamuya açık binalara girememe (merdiven, dar kapı vb.), toplu taşıma araçlarına binememe ve bu konuda toplumun yardımcı olmaması gibi çevre ve ulaşım ile ilgili sorunlar olduğunu belirtmişlerdir (30). Ankara’da yapılan başka bir çalışmada ise hastaların yaklaşık yarısının nöroloji, sosyal hizmet ve fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanlarının danışmanlığına gerek duyduğu belirtilmiştir. Yine aynı çalışmada ilaç/bez raporu yenilenmesi, genel muayene olmak, INR takibi yapılması, para yardımı ve tıbbi araç/gereç sağlanması gereksinimlerinin duyulduğu belirtilmiştir (29). Benzer olarak ilimizde ESH alanların, sağlık personeli ve tıbbi araç/malzeme gerekliliği kapsamındaki beklentilerinden; uzman doktor, fizyoterapist ve psikolog beklentilerinin ön planda olduğu görülmektedir. Uşak’ta yapılan çalışmada ise bu konudaki beklentiler, sosyal, psikolojik destek ve dış hekimi muayenesi olarak özetlenmiştir. Ayrıca kullanılan ilaçların reçete edilmesi ve ilaçlara ait raporların düzenlenmesi, tıbbi cihazların temin edilmesi diğer sorunlar arasında yer almaktadır (24). Bu konuda genel olarak ESH alan hastaların; ulaşımın hem transport hem de çevre düzenlemesi olarak kolaylaştırılması, ilaç, tıbbi araç ve gereç gereksiniminin giderilmesi, ayrıca uzmanlık gerektiren durumlarda uzman desteğinin sağlanması beklentilerinin ön planda olduğu görülmektedir.

ESH kapsamında en çok yapılan işlemlerin; muayene, enjeksiyon (ilaç uygulaması), pansuman, kan ve idrar tahlili olduğu anlaşılmaktadır (21,29). Bu konuda verilen hizmetler gözden geçirildiğinde rehabilitasyon gibi hizmetlerin düşük oranda olduğu gözlenmektedir. Bu durumun bu hizmetleri verebilecek uzman eksikliği nedeniyle ortaya çıkmış olduğu

anlaşılmaktadır. Çalışmamızda, bu konudaki beklentileri sorduğumuzda rehabilitasyon hizmeti için uzman (fizyoterapist) beklentisi ikinci sırada yer almaktaydı. Mevzuatta, bu gereksinim dikkate alınmış olup; yayınlanan yönergede “ihtiyaç halinde evde sağlık hizmeti sunan ekibe diyetisyen, fizyoterapist, sosyal çalışmacı, psikolog dahil edilir” denilmiştir (2). Ancak bu konudaki eksikliğin henüz giderilememiş olduğu anlaşılmaktadır.

Evde Bakım Hizmeti Alanların Sosyal Durumları ve Sosyal Sorunların Değerlendirilmesi

Çalışmamızda ESH alanların yarısından fazlası az veya çok sosyal hayattan kopma (izolasyon) hissi duyduklarını belirtmişlerdir. Sosyal izolasyon ülkemizde yapılan başka çalışmalar tarafından da vurgulanmıştır. İstanbul Beykoz’da yapılan bir çalışmada sosyal hayattan kopma (izolasyon); psiko-sosyal sorunlar arasında incelenmiş olup ESH alanların önemli bir kısmında (%72,9) sosyal hayattan kopma (izolasyon), üzüntü, içine kapanıklık, endişe, öfke, çaresizlik, sürekli ağlama, öz güvende azalma, ümitsizlik, aile ve iş yaşantısına ilişkin rol kaybı, kendine yetememe/bağımlı olma endişesi, depresif görüntü ve ölüm korkusu olduğu bildirilmiştir (30). Ankara’da yapılan başka bir çalışmada ise hastalarda belirlenen psikososyal sorunlar arasında sosyal izolasyonun yer aldığı ve oldukça yüksek oranda (%78,9) olduğu görülmektedir (23). Çalışmamızda; sosyal izolasyon hissinin, çocuk sahibi olmama, temel ve aletli GYA’de fonksiyon yetersizliği olması ile ilişkili olduğunu bulduk. Ancak ziyaretçi sıklığı, evde yaşayan kişi sayısı, kendi evinde yaşama, eğitim durumu ve evde yaşayanların yakınlığı ile bir ilişki saptamadık. Bu durum bize sosyal izolasyon hissinin çevresel faktörlerden çok kişinin mevcut durumunun yarattığı fonksiyonel yetersizlik ile daha çok ilişkili olduğunu düşündürmektedir. Literatür araştırmamız sırasında evde bakım alanlarda sosyal izolasyonun nedenlerine yönelik bir çalışmaya rastlamadık. Gelecekte bu konunun daha ayrıntılı araştırılması gerektiği düşüncesindeyiz.

Evde bakım ihtiyacı olanların gün içinde yaptıkları sosyal aktiviteler önemli oranda benzerlik göstermektedir. En sık televizyon (TV) izleme, radyo dinleme, ev halkıyla sohbet etme, uzanma gibi aktiviteler yapılmaktadır (65). Ancak mevcut sağlık durumu nedeniyle yapılamayan etkinliklere de özlem duyulmaktadır. Çalışma grubumuzun sağlıklı iken yapıp mevcut durumlarında yapamadıkları ve özlem duydukları sosyal etkinlikler; açık hava etkinlikleri, arkadaş ve akrabalarla yapılan etkinliklerdi. Ankara’da yapılan başka bir araştırmada hastaların genel olarak mevcut durumlarına şükretmekle birlikte, bir kısmının da

gençlikte/sağlıklıyken yaptıkları aktivitelere özlem duydukları belirtilmiştir. Aynı çalışmada, hastalara sosyal ve psikolojik destek sağlanması, hasta yükünün paylaşımının sosyal olarak (aile, akrabalar, v.b.) sağlanması vurgulanmıştır (63). Avrupa’da yapılan başka bir çalışmada ise kendi evlerinde yaşayan yaşlıların; aile, akraba ve arkadaşlarla iletişim yolunun daha çok telefon ile olduğu, en çok kendi çocukları, akrabaları ve arkadaşları tarafından ziyaret edildiği belirtilmiştir (71). Sosyal hayatın devamı için özlem duyulan etkinliklerin mümkün olduğunca devam etmesini sağlamak evde bakım hizmetlerinin bir parçası olarak planlanmalıdır.

ESH alan kişiler, mevcut yaşamlarına ait sosyal sorun olarak; hareket edemediklerini (yürüyememe), dışarıya çıkamadıklarını, hayatlarının sıkıntılı olduğunu ve kendilerini kısıtlanmış hissettiklerini belirtmektedirler (24,30,63). Bu durumda, sosyal izolasyonu önlemek amacıyla yardımcı cihaz, uygun çevre koşulları, personel ve maddi desteğin sağlanması gerekmektedir. Hizmet alımıyla ilgili belirtilen sosyal sorunlar arasında ise ilgi azlığı ve maddi destek yetersizliği öne çıkmaktadır (65). Bizim çalışmamızda ayrıca mobilizasyonu sağlayabilmek ve sosyal ortama girebilmek için akülü araba, tekerlekli sandalye istekleri ile bakım verenler için eğitim programı ihtiyacı da belirtilmişti. Evde bakım hizmeti sürecinde gereksinim duyulan toplum kaynaklarının harekete geçirilmesi ile birlikte bireyin iyilik halini ve sosyal işlevini arttırmak için verilen sosyal destek çok önemlidir (72).

Bakım Verenler ve Yaşadıkları Sorunların Değerlendirilmesi

Ülkemizde olduğu gibi yurtdışında da evde bakım verenlerin çoğunluğunu kadınlar oluşturmakta ve genelde eşler, çocuklar ve/veya akrabalar tarafından bakım hizmeti verilmektedir (21-23,31,32, 73). Bu hizmeti verenlerin de pek çok tıbbi ve sosyal sorunu olduğu anlaşılmaktadır. Bakım yükünden kaynaklanan fiziksel yorgunluğun yanı sıra depresyon ve anksiyete, sosyal hayattan kopma gibi sosyal ve psikolojik sorunların da arttığı belirtilmektedir (63,74-76). Bakım sorumluluğu çok yönlü olup bu hizmeti veren kişinin eğitimsiz ve profesyonel destekten yoksun olması hem hastanın yaşam kalitesini ve ömrünü azaltabileceği gibi kendi yaşamında da sosyal, psikolojik ve toplumsal sorunlar ortaya çıkarabilmektedir . Profesyonel olarak verilen bakım “formal bakım” ; akraba, arkadaş gibi aile bireylerinin verdikleri bakım ise “informal bakım” olarak tanımlanmaktadır. Formal ve informal bakımın birlikte koordineli olarak verilmesi önerilmektedir (77). Ayrıca yaşanan sorunlarla baş etmek için hem formal hem de informal bakım verenlerin işbirliğinin

sağlanması oldukça önemlidir (77, 78). Çalışmamızda da belirtildiği gibi bakım verenlere hem eğitim hem de profesyonel destek verilmesi beklentiler arasındadır.

6. SONUÇ

Evde bakım hizmetleri, toplumumuzda önemli bir ihtiyacı gidermekte ve hizmeti alan kişiler tarafından genellikle memnuniyetle karşılanmaktadır. Ülkemizde henüz gelişme aşamasında olan bu hizmetin, gereksinim ve beklentilere yanıt verebilecek şekilde yapılması hizmetin niteliği ve gelişimi açısından önem taşımaktadır. Hizmetin, disiplinler arası işbirliği ile planlanması ve yürütülmesi, gereksinim çeşitliliğine daha iyi yanıt verilmesine yardımcı olacaktır. Gereksinime göre fizyoterapist, diyetisyen, psikolojik danışmanlık gibi hizmetlerin verilmesi sağlanmalıdır. Tüm bu hizmetlerin planlanması, yürütülmesi ve koordinasyonu için aile hekimlerine ihtiyaç vardır. Aile hekimleri, evde sağlık hizmetlerinde merkezi bir konumda olup, ihtiyaç sahiplerine hizmetin götürülmesinde etkin bir rol oynamalıdır. Ayrıca birinci basamak ile diğer disiplinler ve kurumlar arasında koordinasyonun sağlanması için de aile hekimlerine ihtiyaç vardır. Hem evde sağlık ve bakım hizmeti alanların ve hem de bakım verenlerin sosyal desteğe ihtiyaçları olduğu anlaşılmaktadır. Bu çerçevede sosyal destek programları hizmet kapsamına alınmalıdır.

Sonuç olarak; evde sağlık hizmeti sunumunun kamusal düzeyde (devlet desteğiyle) vermeye başlaması önemli bir adım olmakla birlikte, hizmet kapsamı diğer sosyal bileşenlerle (sosyal aktiviteler, sosyal destek programları v.b.) zenginleştirilmelidir. Bu çerçevede sağlık desteğinin yanında, sosyal ve toplumsal destekleri de içerecek biçimde kapsamlı bir evde bakım hizmeti modeli geliştirilmelidir. Aile hekimlerinin, evde sağlık ve bakım hizmetlerinde aktif olarak yer almaları sağlanmalıdır.

7. ÖZET/İNGİLİZCE ÖZET

EVDE BAKIM HİZMETİ ALAN KİŞİLERDE SIK KARŞILAŞILAN TIBBİ VE SOSYAL SORUNLAR

Giriş ve amaç:

Artan yaşlı ve engelli nüfusun sağlık ve bakım ihtiyaçlarını karşılamak için evde bakım hizmetlerine ihtiyaç duyulmaktadır. Biz bu çalışma ile Aydın ilinde evde sağlık ve bakım hizmeti alanların; genel profilini, mevcut durumlarıyla ilgili yaşadıkları, hizmet sunumu sırasında karşılaştıkları, tıbbi ve sosyal sorunları, günlük yaşamlarındaki bağımlılık düzeylerini ve bakım verenlerin yaşadıkları sorunları ortaya koymayı amaçladık.

Gereç ve yöntem:

Kesitsel tanımlayıcı bir araştırma olarak tasarlanan bu çalışmada, Aydın ilindeki evde sağlık hizmetleri koordinasyon merkezine kayıtlı kişilere (s=718), 2013 yılı haziran- aralık ayları arasında ulaşılarak, sözel onamlar alındıktan sonra, yüz yüze görüşerek anket ve günlük yaşam aktiviteleri ölçekleri uygulanmıştır. Evde sağlık ve bakım hizmeti alan ve bakım veren kişilere, demografik bilgileri, tıbbi ve sosyal durumları, yaşadıkları tıbbi ve sosyal sorunlar sorulmuştur. Elde edilen veriler istatistiksel olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular:

ESH alan ve çalışmaya katılan 451 kişiden 303'ü (%67,2) kadındı ve yaş ortalaması 70,5 yıldır. Yaş dağılımında çoğunluğu ileri yaş grubu oluşturmaktaydı (75-84 yaş s:154, %34,1 ve ≥ 85 s:115, %25,5). Yatağa bağımlılar 192 kişi (%42,6) olarak saptanmış olup, kadınlarda yatağa bağımlılık oranı daha yüksekti. İlk 3 sırada yer alan tanımlar sırasına göre hipertansiyon (s:219, %48,6), serebrovasküler hastalık (SVO) (s:115, %25,5), diabetes mellitus (DM) (s:95, %21,1) ESH alanların yarıya yakını yardımcı cihaz kullandıklarını belirtmişlerdi (s=179, %39,7). Günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık durumları değerlendirildiğinde önemli bir kısmının hem temel hem de aletli günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olduğu görülmüştür. Yaş ilerledikçe bağımlılık düzeyi de artmıştır. Hizmet kapsamında en çok muayene yapıldığı (s=414; %91,8) ve sevk oranının %9,3 olduğu görülmüştür. Günlük sosyal aktivite olarak en çok televizyon (TV) izlendiği (ortalama=3,24 $\pm$ 1,99 saat) belirtilmiştir. Sosyal sorunlar değerlendirildiğinde ise hastaların,

yaklaşık üçte ikisinin kendilerini hayattan kopmuş (izolasyon) hissettiklerini bildirdikleri görülmüştür.

Evde bakım verenlerin 402'sinin (%89,1) kadın olduğu saptanmış olup, yaş ortalaması 52,6 yıl olarak bulunmuştur. Önemli bir kısmı anksiyete (s:93; %20,7) ile ilgili bir tanı almış olduğunu bildirmiştir.

Sonuç:

Evde sağlık hizmetlerinin (ESH) önemi giderek artmaktadır. ESH sunumunun kamusal düzeyde (devlet desteğiyle) verilmeye başlaması önemli bir adım olmuştur. Sağlık desteğinin yanında, sosyal ve toplumsal destekleri de içerecek biçimde kapsamlı bir evde bakım hizmeti modeli, gereksinimlere daha iyi yanıt verebilecektir.

Anahtar kelimeler: Evde bakım, evde sağlık, tıbbi, sosyal, Katz, Lawton, günlük yaşam aktiviteleri

COMMON MEDICAL AND SOCIAL PROBLEMS ENCOUNTERED BY PATIENTS TAKING HOME CARE SERVICE

Introduction and aim:

Home care services (HCS) should need to meet the health and care requirements of the elderly and disabled people. In this study, we aimed to reveal the overall profile, the current medical and social conditions, the level of dependency in daily living activities and medical and social problems of the home care patients and the caregivers in Aydın.

Material and method:

The study was designed as a cross sectional descriptive study. Face to face interview and Katz and Lawton daily living activities scales were applied to the patients and the caregivers (n=718) between June and December of the year 2013. The demographic information, medical and social conditions and medical and social problems were asked to the patients and the caregivers. The obtained data was statistically evaluated.

Results:

Of the 451 people taking HCS that were participated in the study, 303 (%67,2) were women, and the mean age was 70,5 years. The majority of them were elderly (75-84 years n: 154; %34,1 and >85 years n:115; %25,5). The number of the bedridden patients were 192 (%42,6), and the rate was higher among women. The first 3 most common were hypertension (n:219; %48,6), cerebrovascular disease (CVD) (n:115; %25,5) and diabetes mellitus (DM) (n:95; %21,1). Nearly half of the patients (n:179; %39,7) were using assistive devices. Dependency rate in daily living activities were high. The dependency rate was higher in advanced age group. Physical examination (n:414; %48,6) was the most frequently mentioned home care service, and the referral rate was 9,3%. The most frequent daily social activity was television (TV) watching (mean=3,24 ± 1,99 hours). Approximately, two thirds of the patients mentioned that they feel themselves socially isolated.

The 402 (%89,1) of home caregivers were women and the mean age was found to be 52,6 years. A considerable number of caregivers (n:93; %20,7) were diagnosed with anxiety disorder.

Conclusion:

The importance of Home Health Care Service (HCS) is increasing. The scope of the services should be built up by other social components (social activities, social support programmes and etc.). Besides health support, a comprehensive home care service model covering social and public supports should be developed.

Key words: Home care, home health, medical, social, Katz, Lawton, daily living activities.

8. KAYNAKLAR

1. Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumu Hakkında Yönetmelik. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-570/evde-bakim-hizmetleri-sunumu-hakkinda-yonetmelik.html> (erişim tarihi: 18.12.2012)
2. Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge. <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-71581/h/yonerge.docx> (erişim tarihi: 18.12.2012)
3. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Resmi Gazete Tarihi: 25.05.2010 RGS: 27591. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/05/20100525-10.htm> (erişim tarihi: 18.12.2012)
4. Holland B.E., McCurren C. Aging. In: Black JM, Matassarin-Jacobs E (eds) Medical Surgical Nursing, 5th ed, WB Saunders Company Philadelphia, 1997; p:81-100.
5. The Diversity Of Changing Population Age Structures In The World, UN 2005. http://www.un.org/esa/population/meetings/EGMPopAge/1_UNPD_Trends.pdf (erişim tarihi: 28.08.2013)
6. United Nations, Department of Economic and Social Affairs Population Division: World Population Ageing 1950-2050. <http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050/> (erişim tarihi: 28.08.2013)
7. Karahan A. Yaşlılıkta evde bakım. Turkish Journal of Geriatrics, 2002; 5: 155-159.
8. Population Aging and Development 2009. United Nations. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. <http://www.un.org/esa/population/publications/ageing/ageing2009.htm> (erişim tarihi: 28.08.2013)
9. Dikmenoğlu N. Yaşlılık Döneminde Meydana Gelen Fizyolojik Değişiklikler, Gökçe-Kutsal, Y.(Ed.). Temel Geriatri, Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri. 2007; 33-44.
10. Eker N., Ütücü N. Yaşlı Popülasyonda Fiziksel Hastalıklar ve Depresyon. Akad Geriatri. 2009; 1: 90-97.
11. WHO,(2008).Depression. http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/ (erişim tarihi: 18.12.2012)
12. Uncu Y., Özçakır A. Yaşlı hastaya birinci basamakta yaklaşım. Turkish Journal of Geriatrics. 2003; 6(1): 31-37.
13. Richardson D.R., Hicks M.J., Walker R.B. Falls in rular elders: an empirical study of risk factors. J Am Board Fam Pract. 2002; 15(3): 178-182.
14. Greubel D.L., Stokesberry C., Jelley M.J. Preventing costly falls in long-term care. Nurs Pract. 2002; 27(3): 83-86.
15. Fielo S.B., Warren S.B. Home adaptation: helping older people age in place. Geratr Nurs. 2001; 22(5): 239-247.
16. Bakım Hizmetleri Stratejisi ve Eylem Planı (2011-2013) <http://www.eyh.gov.tr/upload/Node/7936/files/blob.doc> (erişim tarihi: 28.08.2013).

17. Kondo, N., Kazama, M., Suzuki, K., Yamagata, Z. Impact Of Mental Health On Daily Living Activities Of Japanese Elderly. *Preventive Medicine*. 2008; 46: 457–462.
18. Morinho Patrícia E.M., Melo K, Apolina A.D., Bezerra E., Freitas J., Melo M., Guerra O.R., Andrade A.D. Undertreatment of Depressive 79 Symptomatology in The Elderly Living in Long Stay Institutions (LSIS) And In The Community In Brazil. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2010; 50: 151–155.
19. Calenti J., Tubi'o J., Pita-Fernández S., Abrales I. Prevalence of Functional Disability in Activities of Daily Living (Adl), Instrumental Activities of Daily Living (Iadl) And Associated Factors, As Predictors Of Morbidity And Mortality. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 2010;50: 306–310.
20. Trail Ross M.A. Senior Health. Nies M.A and McEwen, M (ed.) .Community/Public Health Nursing: Promoting the Health of populations (ed.14), Canada: Saunders Elsevier. 2007; 333-358.
21. Çatak B., Kılınç A.S., Badıllıoğlu O., Sütü S., Sofuoğlu A.E., Aslan D. Burdur'da Evde Sağlık Hizmeti Alan Yaşlı Hastaların Profili ve Evde Verilen Sağlık Hizmetler. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi* 2012; 10: 13-21.
22. Çadırcı D., Tulay C.M., Çakmak E. Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi evde sağlık birimi değerlendirilmesi. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2013; 10 (2): 66-72.
23. Akdemir N., Bostanoğlu H., Yurtsever S. ve ark. Yatağa bağımlı hastaların evde yaşadıkları sağlık sorunlarına yönelik evde bakım hizmet gereksinimleri. *Dicle Tıp Dergisi* 2011; 38: 57-65.
24. Linnili G., Özçakar N. Evde sağlık hizmetlerine başvuru özellikleri ve beklentiler. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*. 2013;17(1):13-17.
25. Feder J., Komisar H.L., Niefeld M. Long-Term Care In the United States: an Overview, *Health Affairs*. 2000; 19(3): 40-56.
26. Akiyama A., Hanabusa H., Mikami H. Characteristics of home care supporting clinics providing home care for frail elderly persons living alone in Japan. *Arch Gerontol Geriatr* 2011; 52(2): e85-89.
27. Mollaoğlu M. Disability, Activities of Daily Living and Self Efficacy in Dialysis Patients *TAF Prev Med Bull*. 2011; 10(2): 181-186.
28. Subaşı N. ve Öztekin Z. Türkiye'de Karşılanamayan Bir Gereksinim: Evde Bakım Hizmeti. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*. 2006; 5(1): 19-31.
29. Yıkılkan H., Güneş N.A., Aypak C., Görpelioglu S. Bir Üçüncü Basamak Evde Sağlık Hizmetleri Merkezi Örneği: Başvuru Nedenleri ve Konsültasyon Durumları *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*. 2014; 20 (4):322-325.
30. Taşdelen P., Evde Bakım Gerektiren Hastaların Bakım Gereksinimleri İle Bakım Verenlerin Yükünün Değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi*. 2012;9 (3): 22-29.
31. Basic statistics about home care updated. National Association for Home Care & Hospice, 2010. http://www.nahc.org/facts/10hc_stats.pdf (erişim tarihi: 27.11.2012)
32. Joe W. Ramsdell (Ed) Medical management of the home care patient: Guidelines for physicians American Medical Association and American Academy of Home Care Physicians, Third edition. 2007;1-64.

33. The Diversity Of Changing Population Age Structures In The World, UN, 2005.
http://www.un.org/esa/population/meetings/EGMPopAge/1_UNPD_Trends.pdf
(erişim tarihi: 28.06.2013).
34. United Nations, Department of Economic and Social Affairs Population Division:
World Population Ageing 1950-2050.
<http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050/> (erişim tarihi:
28.06.ağustos 2013).
35. Population Aging and Development 2009.
<http://www.un.org/esa/population/publications/ageing/ageing2009.htm> (erişim tarihi:
28.06.2013).
36. Pison G. Population ageing will be faster in the South than in the North. Population &
Societies 2009; 457: 1-4.
http://www.ined.fr/fichier/t_publication/1468/publi_pdf2_pesa457.2.pdf (erişim
tarihi: 27.08.2013).
37. United Nations – World Population Prospects: the 2008 Revision, 2009.
<http://www.esa.un.org/unpp/> (erişim tarihi: 27.08.2013).
38. İl, Yaş Grubu ve Cinsiyete Göre Nüfus, 2007-2013
www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id_945 (erişim tarihi: 26.06.2012).
39. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, 2011.
<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=10736> (erişim tarihi: 26.06.2012).
40. World Report on Disability, 2011.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240685215_eng.pdf
(erişim tarihi: 27. 08.2013).
41. Türkiye Özürlüler Araştırması, 2002. http://www.die.gov.tr/yillik/05_Saglik.pdf.
(erişim tarihi: 22.08.2013).
42. Türkiye Engelli Raporu, 2012. <http://www2.tbmm.gov.tr/d24/7/7-14302sgc.pdf>
(erişim tarihi: 22.08.2013).
43. ÖZVERİ bilgiler ve tablolar, 2012. <http://www.sgkrehberi.com/haber/11037/> (erişim
tarihi: 28.08.2013) .
44. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Stratejik Planı (2013 – 2017).
http://sgb.aile.gov.tr/upload/Node/20076/files/stratejik_plan_2013_2017.pdf (erişim
tarihi: 30.08.2013).
45. American Thoracic Society. Statement on Home Care for Patients with Respiratory
Disorders American Thoracic Society Documents. Am J Respir Crit Care Med Vol
2005;171: 1443–1464.
46. Gürvit İ.H., Baran B. Demanslar ve Kognitif Bozukluklarda Ölçekler. Nöropsikiyatri
Arşivi 2007; 44: 58-65.
47. Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL) KATZ ADL.
http://consultgerim.org/uploads/File/trythis/try_this_2.pdf (erişim tarihi: 22.03.2012)
48. Katz S., Down, T.D., Cash, H.R., & Grotz, R.C. Progress in the development of the
index of ADL. The Gerontologist, 1970; 10(1): 20-30.

49. The Lawton Instrumental Activities of Daily Living (IADL) Scale LAWTON IADL. http://consultgerirn.org/uploads/File/trythis/try_this_23.pdf (erişim tarihi: 22.03.2012)
50. Lawton M.P. & Brody, E.M. Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 1969; 9(3): 179-186.
51. Seyyar A. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlılığa Bağlı Bakım Sorununa Karşı Güvence Sistemleri. * zveri Dergisi*. 2005; 2(1): 377-503. <http://www.ozida.gov.tr/?menu=ozveri&sayfa=ov3/ov3yaslibakim>. (Erişim tarihi: 06.05.2012).
52. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Evde Bakım Hizmeti http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=148:evde-bakm-hizmetlerinin-avantajlar&catid=59:evde-bakm-hizmeti&Itemid=201 (Erişim Tarihi 07.06.2011).
53. Barker L.R., *The Social Work Dictionary*, NASW Press, USA, 1999; 34: 218-219.
54. United Kingdom Homecare Association (UKHCA),2011. <http://www.ukhca.co.uk/aboutukhca.aspx> (erişim tarihi: 30.08.2013)
55. Evde Sağlık ve Sosyal Hizmetlerin Bütünleşmesi Sempozyumu. 18 - 19 Eylül 2013; İstanbul.
56. Pınar R., Türkiye’de Evde Bakımda Mevcut Durum. *Akademik Geriatri*. 2010;153-156.
57. Evde Bakım Derneği, 2005. <http://www.evdebakim.org.tr/about.asp> (erişim tarihi: 12.09.2013).
58. Engelliler Hakkında Kanun R.G.Sayı: 25868. www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5378.pdf (erişim tarihi: 07.02.2013)
59. Bakıma Muhtaç  z rl lerin Tesbiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2007/10/20071023-10.htm> (erişim tarihi: 07.02.2013).
60. Bakım Hizmetleri Stratejisi ve Eylem Planı (2011-2013). www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011.01.20110119-6-1.doc (erişim tarihi: 12.06.2012).
61. İstatistiklerle Yaşlılar, 2012. http://www.tuik.gov.tr/icerikgetir.do?istab_id=265 (erişim tarihi:27.12.2012).
62. Boylu A. Yaşlılıkta Yaşam Kalitesi ve Konut İlişkisi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*. 2013; 24 (1): 145-156.
63. Çavuş, F. . Yaşlılara Yönelik Evde Bakım Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. Sosyal Hizmet Anabilim Dalı,2013.
64. Hellström Y., Persson G. ve Hallberg I. R. Quality of Life and Symptoms Among Older People Living At Home. *Journal of Advanced Nursing*. 2004; 48 (6): 584-593.
65. Enginyurt O., Öngel K. Evde bakım hizmeti kapsamındaki hastaların sosyodemografik özellikleri ve tıbbi durumları. *Smyrna Tıp Dergisi* 2012; 2(1):45-48.
66. Y r k S.,  alışkan T., Gündoğdu H. Balıkesir Devlet Hastanesi Evde Bakım Hizmet Biriminden Hizmet Alan 65 Yaş ve  zeri Yaşlı Bireylerin Bakım Alma Nedenleri ve Sağlanan Hizmetlerin Belirlenmesi. *Balıkesir Sağlık Bil. Derg.* 2012;1(1): 12-15.

67. Çatak B., Sütü S., Kılınç A.S., Sarıoğlu O. Bir Aile Hekimine Kayıtlı 65 Yaş ve Üzeri Nüfusta Sağlık Hizmet Kullanımı, Kronik Hastalık Sıklığı ve Bağımlılık Durumu. Akad Geriatri 2011; 3: 88–94.
68. Dişçigil G., Tekinç N., Anadol Z., Bozkaya A.O. Toplum içinde yaşayan ve bakımevinde kalan yaşlılarda polifarmasi (Polypharmacy in elderly who live in society and nursing home). Turk J Geriatri 2006; 9: 117-21.
69. Tel H., Güler N., Tel H. Yaşlıların Evde Günlük Yaşam Aktivitelerini Sürdürme Durumu ve Yaşam Kaliteleri. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. 2011; 2: 59-67.
70. İnandır İ., Kayış A., Yılmaz K. Yaşlı Hastaların Günlük Yaşam Aktiviteleri. Akademik Geriatri Dergisi. 2013; 5(2): 64-72.
71. Kralj V., Degmecic, D., Vcev, A, ve , Miksic S. Loneliness, Grieving Process and Depression Affecting People of Old Age. South Eastern Europe Health Sciences Journal, 2013;3 (1): 19-25.
72. Yazıcıoğlu S. Ege Yaşlı Hizmet Merkezinde Verilecek Sosyal Hizmetin Kuramsal ve Yasal Dayanağı. Akademik Geriatri. 2007; 137-140.
73. Can Ö.S., Ünal N. Evde bakım ve tedavi. Türk yoğun bakım derneği dergisi. 2008; 6(4): 6-13.
74. Özyeşil Z., Oluk A., Çakmak D. Yaşlı hastalara bakım verme yükünün durumluk-sürekli kaygıyı yordama düzeyi. Anadolu Psikiyatri Derg. 2014; 15: 39-44.
75. Karahan A. ve Güven S. Yaşlılıkta evde bakım. Türk Geriatri Dergisi. 2002; 5(4): 155-159.
76. Atagün M.İ., Balaban Ö.D., Atagün Z. Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2011; 3(3): 513-552.
77. Dönümcü Ş. Yaşlı ve Sosyal Hizmetler, Türk Fiz Tıp Rehab Derg. 2006; 52: 42-46.
78. Payne S., Burton C., Addington-Hall J., Jones A. End-of-life issues in acute stroke care: a qualitative study of the experiences and preferences of patients and families. Palliat Med. 2010; 24: 146-153.

9.EKLER

Ek-1

EVDE BAKIM MERKEZİ/BİRİMİ BİLGİ FORMU

Merkezin / Birimin Adı :

Mesul Müdür / Birim Sorumlusu :

Rapor Dönemi :

Personel Sayısı :

Hekim :

Hemşire/sağlık memuru :

Terapist :

Bakım Destek Personeli :

Diğer :

Evde Bakım Hizmeti Alan Kişi Sayısı :

12 Saat Hemşire :

12 Saat Bakım Destek Personeli :

Fizyoterapi :

Hemşire Ziyareti :

Hekim ziyareti :

Diğer

Evde Bakım Primer Hastalık Dağılımı :

(her hastalık için hasta sayısı tablosu)

Evde Bakım Taburcu Durumu:

a) Şifa:

b) Hastaneye transfer:

c) Hizmet reddi:

d) Ölüm:

e) Diğer (açıklayınız) :

Evde Bakım hizmeti alan hastaların sosyal güvencelerine göre sayıları

SSK :

Emekli Sandığı :

Bağkur :

Özel Sağlık Sigortası :

Sosyal Güvencesi Yok :

Diğer :

Ek-2

EVDE BAKIM HİZMETİ MERKEZİNDE/BİRİMİNDE BULUNDURULMASI GEREKEN ASGARİ ARAÇ VE GEREÇLER

1- Çağrı merkezinde aşağıdaki teknik özelliklere sahip donanımın,

- Mesaj bırakabilme,

- Yönlendirme yapabilme,

özellikleri olmalıdır.

2- Tıbbi Cihazlar

• Tansiyon aleti

• Steteskop

• EKG (portatif)

• Glukometre

• İdrar stikleri

• Değişik ebatlarda sondalar (NG, idrar)

• Cut-down seti

• Otoskop-oftalmoskop seti

• Işık kaynağı

• Oksijen tüpü

• Ambu ve maskesi

• Entübasyon seti

• Sütür aletleri

• Acil ilaçlar

- Enjeksiyon malzemeleri
- Pansuman malzemeleri
- Yara bakım malzemeleri
- Non-steril eldiven, steril eldiven
- Kan ve numune alma tüpleri (kültür tüp ve kapları)
- Mobil serum askısı
- Malzeme çantası

Ek-3

HEMŞİRENİN/SAĞLIK MEMURUNUN YANINDA BULUNMASI GEREKEN ASGARİ ARAÇ-GEREÇ VE CİHAZLAR

- 1- Tansiyon aleti
- 2- Steteskop
- 3- Makas
- 4- Değişik boyutlarda enjektör (5cc, 10cc..vb)
- 5- Steril gazlı bez
- 6- Steril eldiven
- 7- Non-steril eldiven
- 8- Alkollü ped
- 9- Dezenfektan
- 10- Derece
- 11- Galoş
- 12- IV serum seti
- 13- Sargı bezi
- 14- Pamuk
- 15- Maske
- 16- Poşet
- 17- Yara bandı
- 18- İdrar torbası
- 19- Turnike
- 20- Dosiflow
- 21- Airway
- 22- Abeslang
- 23- Alkol
- 24- Tıbbi atık

Ek-4

HEKİMİN YANINDA BULUNMASI GEREKEN ASGARİ ARAÇ-GEREÇ, CİHAZ VE İLAÇLAR

a) İlaçlar

- Adrenalin ampul
- Atropin ampul
- İsosorbide dinitrate
- Antipiretikler
- Antibiyotikler
- Antispazmodik ampul
- Antianksiyetik ampul
- Antihistaminik
- Diüretik
- Dopamin
- Serum Fizyolojik Ampul
- Dextroz 100 ml veya 500ml
- İzotonik 100 ml veya 500 ml
- %20 Mannitol 100 cc
- Calcium Ampul
- Kortikosteroid ampul

b) Cihazlar

- Tansiyon Aleti
- Steteskop
- Derece
- Otoskop-oftalmoskop

- c) Tıbbi sarf malzemeleri
- Enjektör
 - Steril Gazlı Bez
 - Steril, Non-steril Eldiven
 - Çeşitli Airwayler
 - Ambu
 - Alkollü ped
 - Dezenfektan
 - Galoş
 - Sargı Bezi
 - Pamuk
 - Maske
 - Poşet
 - Yara Bandı
 - Turnike
 - Bistüri

Ek-5

HASTA DOSYASINDA BULUNMASI GEREKLİ FORMLAR

1. Genel Formlar

- 1- Hasta Bilgi Formu
- 2- Hizmet Planı
- 3- Hizmet Sözleşmesi
- 4- Hasta/Hasta Ailesi Şikayet Formu
- 5- Görevli Personelden Gelen Mesaj Formu
- 6- Laboratuar İstek Formu
- 7- Röntgen İstek Formu
- 8- Cihaz İstek Formu
- 9- Malzeme İstek Formu
- 10- Hasta Taburcu Formu

2. Hekim Formları

- 1- Hekim Medikal Değerlendirme Formu
- 2- Hekim Direktif Formu

3. Hemşire Formları

- 1- Değerlendirme Formu
- 2- Hemşirelik Süreci Tanılama Formu
- 3- Hemşire Takip Formu
- 4- 24 Saatlik Hemşire İzlem Formu
- 5- İlaç Tabelası Formu
- 6- Serum Takip Formu
- 7- Kan ve Kan Ürünleri Takip Formu
- 8- Enteral Beslenme Eğitim ve Takip Formu
- 9- Bakım Destek Personeli İzlem Formu

Ek-6

EVDE BAKIM HİZMETİNDE KULLANILAN FORMLAR VE TANIMLANMASI

Hasta Bilgi Formu

Formun içeriğinde bulunması gerekenli bilgiler

- Arayana ait bilgiler
- Hastaya ait bilgiler
- Hastanın durumu
- Hastanın doktoruna (varsa) ait bilgileri
- İstenen hizmet

Doldurulma Şekli

- Tüm hizmet başvurularında kullanılır.
- Dolduracak Kişi
- Evde bakım çağrı merkezi görevlileri tarafından doldurulur.

Hizmet Planı

Formun içeriğinde bulunması gerekenli bilgiler

- Verilecek hizmetin planı (Doktor, hemşire, fizyoterapist, cihaz, bakım

destek personeli)

- Hizmetin bedeli
- Hizmeti planlayan ve kabul edenlerin imzalı onayı

Doldurulma Şekli :

- Hastaya verilen/verilecek hizmetin içeriğinin gösterildiği formdur

Dolduracak Kişi :

- Hekim ya da tanılamayı yapan kişi tarafından doldurulur.

Hizmet Sözleşmesi

Doldurulma Şekli :

- Anlık verilen tüm hizmetlerde kullanılır. Hizmet bitiminde ilgili bölümler doldurularak ödemeyi yapacak kişiye imzalatılır.

Dolduracak Kişi :

- Hekim, hemşire, bakım destek personeli, fizyoterapist vs. (Anlık hizmet veren tüm çalışanlar)

Hasta / Hasta Ailesi Şikayet Formu

Formun içeriğinde bulunması gerekenli bilgiler

- Şikayet nedeni
- Şikayetin kime iletildiği
- Şikayetin ne zaman iletildiği
- İlgili bölüm
- Sonuç

Doldurulma Şekli :

Gelen tüm şikayetlerin kaydedildiği formdur.

Dolduracak Kişi :

Müşteri hizmetleri, hekim, hemşire, bakım destek personeli, fizyoterapist ve tüm çalışanlar

Görevli Personelden Gelen Mesaj Formu

Formun içeriğinde bulunması gerekenli bilgiler:

- Mesajın alındığı saat
- Kim tarafından alındığı
- Mesajın kimin tarafından verildiği
- Hizmet süresince verilen hizmet ve hastanın genel durumu

Doldurulma Şekli :

Hizmet bitiminde hastanın vital bulguları, hastalığın seyri ve hizmetle ilgili raporun yazıldığı formdur.

Dolduracak Kişi :

Raporu alan hemşire, tıbbi dökümantasyon sekreteri

Laboratuvar İstek Formu

Formun içeriğinde bulunması gerekenli bilgiler :

- Tüm laboratuvar istekleri
- İsteği yapan doktor bilgileri

Doldurulma Şekli :

- Laboratuvar isteklerinin yazıldığı formdur.

Dolduracak Kişi :

- Hekim

Röntgen İstek Formu

Formun içeriğinde bulunması gerekenli bilgiler :

- Tüm radyolojik istekler
- İsteği yapan doktor bilgileri
- Hasta adres ve tarif bilgileri

Doldurulma Şekli :

Röntgen isteklerinde kullanılır. Radyolojik istekler ayrıntılı olarak doldurulur.

Dolduracak Kişi :

Hekim

Cihaz İstek Formu

Formun içeriğinde bulunması gerekenli bilgiler :

- Cihaz satış ya da kira istekleri
- Hangi tarihte istendiği

- Süresi
 - Hasta adresi
- Doldurulma Şekli :
- Tüm cihaz isteklerinin belirtildiği formdur.
- Dolduracak Kişi :

Hekim, hemşire

Malzeme İstek Formu

Formun içeriğinde bulunması gerekenli bilgiler :

- Hizmette kullanılacak sarf malzeme listesi

Doldurulma Şekli :

- Malzeme İsteklerinin belirtildiği formdur.

Dolduracak Kişi :

- Hekim, hemşire, bakım destek personeli

Hasta Taburcu Formu

Formun içeriğinde bulunması gerekenli bilgiler:

- Verilen tıbbi hizmet
- Verilen bakım hizmeti
- Verilen fizyoterapi hizmeti
- Evde bakım süresince gelişen komplikasyon ve enfeksiyon (varsa)

Doldurulma Şekli :

- Evde bakım hizmeti verilen hastalarda kullanılır. Hizmet tamamlandıktan sonra ya da hasta hastaneye transfer edildiğinde kullanılan formdur.

Dolduracak Kişi :

- Hekim

Ek-7

HASTA DOSYASINDA BULUNMASI GEREKEN HEKİM FORMLARI

Hekim Tıbbi Değerlendirme Formu

Formun içeriğinde bulunması gerekenli bilgiler:

- Şikayet
- Öz ve soy geçmiş
- Laboratuvar ve görüntüleme bulguları
- Alerji
- Alışkanlıklar
- Sistemler ve muayene bulguları
- Ön tanı
- İzlem planı ve öneriler

Doldurulma Şekli :

- Hasta muayene bulguları kaydedilir.

Dolduracak Kişi :

- Hekim

Hekim Direktif Formu

Formun içeriğinde bulunması gerekenli bilgiler:

- Verilen direktif
- Saat
- Direktif veren hekim bilgileri

Doldurulma Şekli :

- Hekim tedavi, izlem vb orderları belirtilir.

Dolduracak Kişi :

- Hekim

Ek-8

HASTA DOSYASINDA BULUNMASI GEREKEN HEMŞİRE FORMLARI

Hemşire Değerlendirme Formu

Formun içeriğinde bulunması gerekenli bilgiler:

- Hastanın bakım gereksinimleri
- Bağımlılık puanı
- Ev ortamındaki değişiklikler ve gereksinimler
- Hastanın günlük yaşam aktiviteleri

Doldurulma Şekli:

- Hemşire tarafından belirlenen hastanın bulguları, bağımlılığı, ev ortamı ve yapılacak işlerin kaydedildiği formdur.

Hemşirelik Süreci Tanılama Formu

Formun içeriğinde bulunması gerekenli bilgiler:

- Hastanın hastalığına uygun hemşire tanıları
- Tanıların girişimleri
- Hedefleri
- Sonuç

Doldurulma Şekli :

- Bakım Hizmeti Uzmanı tarafından hastaya yapılan ilk ziyarette tanılama amacıyla doldurulan formdur.

Hemşire Takip Formu

Formun içeriğinde bulunması gerekenli bilgiler:

- Vital Bulgular
- Verilen bakımlar ve hemşirelik uygulamaları
- Hijyen
- Hareket
- Hastanın kullandığı cihazlar
- Kateter, foley sonda, mide tüpü vb. kateterler

Doldurulma Şekli :

- Tüm hemşirelik girişimlerinin yazıldığı formdur.

24 Saatlik Hemşire İzlem Formu

Formun içeriğinde bulunması gerekenli bilgiler:

- Vital bulgular
- Hareket
- Rehabilitasyon
- Dekübit
- Aspirasyon
- Aldığı-çıkarıldığı
- Kateter uygulamaları
- Boşaltım
- Diyet
- O2 tedavi
- Şuur seviyesi
- Bağımlılık puanı
- Sistemik bulgular

Doldurulma Şekli :

- Evde yoğun bakım hizmeti verilen hastalarda kullanılan hemşirelik takip formudur.

İlaç Tabelası Formu

Formun içeriğinde bulunması gerekenli bilgiler:

- Oral ilaçları
- Başlama tarihi
- Verilen saat
- Hemşire ad-soyad
- İlacın kesilme tarihi
- Lüzum halinde alınacak ilaçlar

Doldurulma Şekli :

- Evde bakım hizmeti sunulan hastaların ilaç uygulamalarında kullanılan formdur.

Serum Takip Formu

Formun içeriğinde bulunması gerekenli bilgiler:

- Serumun adı
- Başlama tarihi
- Hemşire ad-soyad
- Şişe no
- Serum miktarı

- Hız

Doldurulma Şekli :

Evde bakım hizmeti sunulan hastalara uygulanan serum girimlerinin yazıldığı formdur.

Kan ve Kan Ürünleri Takip Formu

Formun içeriğinde bulunması gerekenli bilgiler:

- Kan grubu ve Rh
- Torba üzerindeki bilgiler
- Torba numarası
- Hız
- Kateter tip ve No
- Taraf ve yer
- Kesilen saat
- İnfüzyon başlamadan önce ve sonra vital bulgu değerleri

Doldurulma Şekli :

Kan ve kan ürünleri uygulandığında kullanılan formdur.

Enteral Beslenme Eğitim ve Takip Formu

Formun içeriğinde bulunması gerekenli bilgiler:

- Sistemik muayene bulguları
- Beslenme durumu değerlendirmesi
- Hangi yolla beslendiği
- Kullandığı pompa
- Kullandığı ilaçlar
- Hemşirelik planı ve önerileri

Doldurulma Şekli :

• Enteral beslenme ve pompa kullanılan hastaların ayrıntılı beslenme takibinin uygulandığı sistemik muayene bulgularının kaydedildiği formdur.

Ek-9

EVDE SAĞLIK HİZMETİ BAŞVURU FORMU

.....(Sağlık Kurumu/ Kuruluşu/Aile sağlığı Merkezi/Aile Hekimi Adı).....

EVDE SAĞLIK HİZMETİ BAŞVURU FORMU

KİMLİK BİLGİLERİ İLETİŞİM BİLGİLERİ

Adı : Ev Tel:Gsm:

Soyadı : E-mail:

Anne adı : Adresi:

Baba adı :

Doğum tarihi :

Doğum yeri :

T.C. Kimlik No :

Güvence Durumu/Sosyal Güvenlik Numarası:

HASTALIĞI HAKKINDA BİLGİ (Tanı-Tedavi):

.....

.....

.....

SÜREKLİ KULLANDIĞI İLAÇ/TIBBİ CİHAZ/ORTEZ/PROTEZ :

.....

.....

.....

.....

.....

DİŞTEDAVİSİ İHTİYACI (var ise).....

.....

Yukarıda açık kimliği, adres ve hastalık bilgileri olan şahısın evde sağlık hizmetine ihtiyacı vardır. Tarafınızdan değerlendirilmesi arz olunur.

...../...../20...

Adı ve Soyadı

Müracaatı yapanın yakınlık derecesi.....
Açık adresi:.....
*Müracaatı yapan klinik/müdavi tabip/aile hekimi:.....

DEĞERLENDİRME SONUCU ,.....

Değerlendiren Tabip:

Kaşe/imza

ONAY

Kurum/Kuruluş Amiri

Kaşe/imza/mühür

*Taburcu aşamasındaki hastalar ile aile hekimleri tarafından yapılan başvurularda doldurulacaktır

Ek-10

EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ HASTA NAKİL ARACI OLARAK KULLANILACAK ARAÇLARIN TAŞIT OLARAK ÖZELLİKLERİ

1) Araçlar, Karayolu Trafik Kanunu'na uygun olmalı ve ilk kez hasta nakil aracı ruhsatı alacak araçlar 5 (beş) yaşından fazla olmamalıdır. Daha önce ruhsat almış ve 5 (beş) yaşını doldurmuş olan araçlar her iki yılda bir teknik ve tıbbi araç-gereç muayeneleri yapılarak, uygun olanların izinleri 15 (on beş) yaşına kadar uzatılabilir.

2) Araçlar mono blok gövdeli panelvan tipinde veya hasta kabinli pick-up tipinde olacaktır.

3) Hasta kabini uzunluk, genişlik ve yükseklikleri asgari aşağıdaki belirtilen ölçülerde olmalıdır.

GENİŞLİK	UZUNLUK	YÜKSEKLİK
1300 mm	2400 mm	1300 mm

4) Araçlarda yön bulmayı kolaylaştırmak için navigasyon cihazı bulunmalıdır.

5)Kabinde bulunan kapılar sedye girişine uygun olmalı, arka kapı(lar) asgari 90 derece açılabilmelidir. Arka girişe ilave olarak hasta bölmesinde alternatif bir çıkış kapısı olmalıdır.

6) Hasta kabininde hava sirkülasyonunu sağlayacak teknik donanım (klima, havalandırma sistemi vb.) veya en az 1 adet perdelenmiş harici pencere olmalıdır.

7) Hasta kabininde ısıtma ve aydınlatma sistemleri bulunmalıdır.

8) Sedye üst hizasında tavanda elle tutunma yeri bulunmalıdır.

9) Egzoz çıkışı; egzoz gazı içeriye girmeyecek şekilde kapılardan uzak bir konumda olmalıdır.

10) Araçlar sarsıntısız bir şekilde hasta naklini sağlayacak özel bir süspansiyon sistemine sahip olmalıdır.

11) Her araçta asgari iki adet 2 litrelik yangın söndürücü bulunmalıdır.

12) Her araçta asgari birer adet emniyet kemeri keseceği, demir manivela ve imdat çekici bulunmalıdır.

13) Hasta nakil hizmetinde kullanılacak araçlar, üzerinde Sağlık Bakanlığı Logosu, Evde Sağlık Hizmetleri Logosu, Evde Sağlık Hizmetleri Başvuru Numarası (444 3 833) ve **Evde Sağlık Hizmetleri Hasta Nakil Aracı** ibaresi bulunacak şekilde hizmete özgü giydirilmiş olmalıdır.

Ek-11**EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ HASTA NAKİL ARACINDA BULUNDURULACAK ASGARI TIBBİ CİHAZ, ARAÇ-GEREÇ VE MALZEMELERİN NİTELİK VE MİKTARLARI**

SIRA NO	TIBBİ CİHAZ, ARAÇ- GEREÇ VE MALZEMENİN ADI	MİKTAR
1	ANA SEDYE	1
2	KOMBİNASYON SEDYE	1
3	VAKUM SEDYE	1
4	SIRT TAHTASI	1
5	SABİT OKSİJEN TÜPÜ VE PRİZİ	1
6	PORTATİF OKSİJEN TÜPÜ	1
7	SABİT VAKUM ASPİRATÖRÜ	1
8	PORTATİF ASPİRATÖR	1
9	SERUM ASKISI	1
10	OKSİJEN MASKESİ VE NAZAL KATATERLER (SET)	1
11	ASPİRASYON KATATERLERİ (3 FARKLI BOYDA)	1
12	EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ ZİYARET ÇANTASI (*)	1

(*) Yönerge Ek-1 sayılı listede asgari standardı belirtilen araç-gereç tıbbi malzemeler ile ilaçlar bir ziyaret çantası düzeninde tertip edilir ve hasta nakli esnasında kullanılmak üzere hasta nakil aracında hazır bulundurulur.

Ek-12**EVDE SAĞLIK HİZMETLERİNDE GÖREVLİ PERSONELİN HİZMETE ÖZEL KIYAFET STANDARDI**

Sıra No:	Kıyafet Adı	Adedi	Rengi	Şerit/Yazı Rengi	Kullanım Süresi
1	Montgomer	1	Turkuaz	Gümüş Gri	2 YIL
2	Kışlık Yelek	1	Turkuaz	Gümüş Gri	2 YIL
3	Kışlık Pantolon	1	Turkuaz	Gümüş Gri	1 YIL
4	Kazak	1	Beyaz	Gümüş Gri	1 YIL
5	Uzun Kollu Penye	1	Beyaz	Gümüş Gri	1 YIL
6	Yazlık Pantolon	1	Turkuaz	Gümüş Gri	1YIL
7	Kısa Kollu Penye	1	Beyaz	Gümüş Gri	1YIL
8	Yağmurluk	1	Turkuaz	Gümüş Gri	2YIL
9	Ayakkabı	1	Beyaz	-	1YIL
10	Çorap	2	Beyaz	-	1YIL

Ek-13 ANKET FORMU

EVDE BAKIM HİZMETİ ALAN KİŞİLERDE SIK KARŞILAŞILAN TIBBİ VE SOSYAL SORUNLAR

Bu çalışma Aydın ilinde evde bakım hizmeti alan kişilerde karşılaşılan tıbbi ve sosyal sorunları belirlemek üzere Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından hazırlanmıştır. Aşağıdaki sorulara verdiğiniz tüm bilgiler ileride sizlere yönelik hazırlanacak programlara yön verecek bilimsel programlarda kullanılacaktır. Kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Çalışmaya verdiğiniz destekten dolayı teşekkür ederiz.

Adı-Soyadı:

Telefon No:

Adres:

Doğum Yeri:

1-Cinsiyet: ☐Kadın ☐Erkek

2-Doğum Yılı?

3-Mesleğiniz nedir?

4-Medeni durumunuz? ☐Evli ☐Ayrı yaşıyor ☐Dul ☐Boşanmış ☐Bekâr

5-Çocuk sayısı? ☐Yok ☐1 ☐2 ☐3 ☐>4

6-Evde kaç kişi yaşıyor? ☐Yok ☐1 ☐2 ☐3 ☐>4

7-Öğrenim durumunuz?

☐Okuryazar Değil ☐Okuryazar ☐İlk/Orta ☐Lise ☐Yüksekokul/Üniversite

8-Yatağa bağımlı mısınız? ☐Evet ☐Hayır

9-Evde kiminle yaşıyorsunuz?

☐Eşim ☐Kızı ☐Oğlu ☐Torunu ☐Bakıcı ☐Diğer

10-Sağlık güvencesiniz var mı? ☐Evet ☐Hayır

11-Sigara kullanıyor musunuz? ☐Evet ☐Hayır

Yanıt evet ise kaç yıl? Bıraktıysanız.....yıldır içmiyorum

12- Alkol kullanıyor musunuz? ☐Evet ☐Hayır

Yanıt evet ise miktarı

13-Kendinize ait düzenli bir geliriniz var mı? Ne kadar? ☐Evet(.....) ☐Hayır

14-Aylık eve giren toplam gelir nedir? (.....)

☐<500TL ☐501-1000TL ☐1001-1500 ☐1501-2000TL ☐>2000 TL

15-Yaşadığınız konut kime ait?

☐Kendimizin ☐Çocuklarımızın ☐Kiracıyız ☐Diğer

16-Evde bakım hizmetini verenler kim veya kimler? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

☐eşi ☐oğlu ☐kızı ☐gelini ☐akraba (.....) ☐anne ☐baba ☐ücretli bakıcı ☐diğer.....

17-Evde bakım vereninin cinsiyeti ne? ☐Kadın ☐Erkek

18-Evde sağlık hizmetini nereden alıyorsunuz?

☐Devlet hastanesi ☐Aile hekimliği ☐ikisi de ☐diğer.....

19-Evde sağlık hizmetini kim/kimlerden alıyorsunuz?(birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

☐Doktor ☐Hemşire ☐Sağlık memuru ☐Fizyoterapist ☐Ücretli bakıcı ☐ diğer.....

20-Ne zamandır (kaç yıldır) evde sağlık bakım hizmeti alıyorsunuz? (.....)

21-Daha önce de evde sağlık bakım hizmeti aldınız mı? ☐Evet ☐Hayır

22-Yanıtınız evet ise nereden aldınız ve kaç kez aldınız? (...../.....)

TIBBİ DURUM ANKETİ

23-Hangi tanı/tanılar ile evde sağlık hizmeti alıyorsunuz? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

☐HT ☐DM ☐AMI ☐KAH ☐KKY ☐İNME (SVO) ☐KBY ☐KOAH ☐ASTİM ☐KANSER (NE KANSERİ?) ☐TRAVMATİK FRAKTÜR ☐CP ☐NÖROMETABOLİK HASTALIK ☐EPİLEPSİ ☐TRAVMATİK (PAREZİK-PLEJİK) ☐ROMATİZMAL HAS. ☐GÖRME BOZUKLUĞU ☐KONUşMA BOZUKLUĞU ☐POST OPERATİF BAKIM ☐ALZHEİMER ☐DEMANS ☐PARKİNSON ☐DİĞER

24-Sürekli kullandığınız ilaçlar var mı? ☐Evet ☐Hayır

25-Kullandığınız ilaçlar neler?

26-Hasta, düzenli hemşire ve/veya doktor ziyareti alıyor musunuz? ☐Evet ☐Hayır

Yanıt evet ise ne zamandır alıyorsunuz?

22-Günlük yaşamınızı sürdürebilmek için yardımcı cihaz kullanıyor musunuz? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

☐kullanmıyor ☐baston ☐koltuk değneği ☐tekerlekli sandalye ☐yatağa bağımlı ☐yürüteç ☐işitme cihazı ☐gözlük ☐diğer

Katz ADL (GYA) skalası*		Evet	Hayır
28-Banyo yapma	Yardıma ihtiyacı yok veya bir bölümü için var		
29-Giyinme	Yardımsız veya sadece ayakkabı giymek için var		
30-Tuvalet	Yardımsız veya yardımcı aletle yapabiliyor		
31-Transfer	Yatakta veya yatak dışında yardımsız yapabiliyor		
32-Kontinans	İdrar ve dışkı kontrolü var		
33-Beslenme	Yardımsız kendi kendine beslenebiliyor		
34-Toplam			
6 başlık	6:tam fonk. 5-4-3:orta derece fonk. 2-1-0:ciddi yetersiz		

[*Katz Activities of Daily Living (ADL) skalası; günlük yaşam aktivitesi (GYA) skalası]

Lawton IADL (AGYA) skalası*	Yardımsız (3 puan)	Yardımla (2 puan)	Yapamıyor (1 puan)	Toplam
35-Telefon kullanma				
36-Araçla ulaşım				
37-Günlük alışveriş				
38-Yemeğini yapabilme				
39-Ev işi				
40-Küçük tamirat (ör: çivi çakma)				
41-Çamaşır yıkama (makinede olabilir)				
42-İlaçlarını alabilme				
43-Parasını idare edebilme				
Toplam				

[*The Lawton Instrumental Activities of Daily Living (IADL) skalası; aletli günlük yaşam aktivitesi (AGYA) skalası]

44-Nasıl besleniyorsunuz? ☐normal ☐parenteral ☐mama ☐diğer(.....)

45-Kabızlığınız var mı? ☐var ☐yok ☐ara ara ☐diğer(.....)

46-İdrar yaparken şikâyetiniz oluyor mu? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
☐yok ☐yanma-ağrı ☐kesik ☐zorlanma ☐diğer(.....)

47-Hastada uyku sorununuz oluyor mu? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

☐Uykuya dalmada zorluk ☐Uykuyu sürdürmede zorluk ☐Erken uyanma

48-Uyku sorunu için ilaç alıyor mu? ☐Evet ☐Hayır

49-Psikolojik desteğe ihtiyaç duyduğunuz mu? ☐Evet ☐Hayır

Yanıtınız evet ise ne zamandır/ne sıklıkla alıyorsunuz? /

Yardım almaya devam ediyor musunuz? ☐Evet ☐Hayır

50-Evde muayeneniz yapılıyor mu? ☐Evet ☐Hayır

51-Evde enjeksiyonunuz yapılıyor mu? ☐Evet ☐Hayır

52-Evde pansumanınız yapılıyor mu? ☐Evet ☐Hayır

53-Evde oksijen tedaviniz yapılıyor mu? ☐Evet ☐Hayır

54-Evde rehabilitasyon hizmeti veriliyor mu? ☐Evet ☐Hayır
Kim veriyor?

55-Evde sağlık hizmetinde tetkik ve tahlil yapılıyor mu? ☐Evet ☐Hayır

a*Yanıtınız evet ise ne yapılıyor :

Kan tahlili (Hemogram, Biyokimya, TİT v.b.); Film (röntgen, USG vb)

56-Evde sağlık hizmetinden sonra hastaneye sevk yapıldı mı? ☐Evet ☐Hayır

57-Evet ise kaç kez ve neden?/.....

58-Evde sağlık hizmetinden sonra herhangi bir sağlık kuruluşuna başvuru sıklığınızda değişiklik oldu mu?

☐Değişmedi ☐Azaldı ☐Arttı

59-Sizce hizmet sırasında karşılaştığınız tıbbi sorunlar var mı? Varsa neler?.....

SOSYAL DURUM ANKETİ

60-İletişim kurabiliyor musunuz? ☐Evet ☐Hayır ☐Bazen

61-Size ait ayrı bir oda var mı? ☐Evet ☐Hayır

62-Gününüzü en çok hangi odada geçiriyorsunuz?

63-Bir gününüzü nasıl geçiriyorsunuz? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- ☐Evdekilerle sohbet ederim.....saat
☐Ziyaretçilerim gelir.....saat
☐TV izlerim.....saat
☐Gazete okurum.....saat
☐Kitap okurum.....saat
☐Müzik dinlerim.....saat
☐Film izlerim.....saat
☐Bilgisayar kullanırım (internet, oyun v.b.).....saat
☐Diğer (açıklayınız).....saat

64-Ne sıklıkla ziyaretçiniz olur? (komşu, arkadaş, akraba, çocuk ve torunlar vs.)

- ☐Her gün
☐2-3 günde bir
☐Haftada bir
☐10-15 günde bir
☐Daha seyrek

65-Hastalığınız nedeniyle sosyal hayattan koptuğunuzu düşünüyor musunuz?

- ☐Her zaman ☐Çoğunlukla ☐Bazen ☐Nadiren ☐Hiçbir zaman

66-Yatağa bağımlı olmadan önceki sosyal etkinliklerinizin hangilerinden uzaklaştığınızı düşünüyorsunuz?

- ☐Çalışma hayatı
☐Açık hava etkinlikleri (piknik vb)
☐Arkadaşlarla yapılan etkinlikler
☐Akrabalarla yapılan etkinlikler
☐Spor etkinlikleri (yürüyüş vb)
☐Hobiler (sinema, resim, müzik uğraşları vb)..... Hobiniz neydi?.....
☐Şehir dışı geziler
☐Diğer.....

67-Durumunuzdan kaynaklandığını düşündüğünüz sosyal anlamda yaşadığınız sorunlar var mı? Neler?

.....

68-Evde bakım hizmetleri kapsamında yer almasını arzu ettiğiniz sosyal destek çalışmaları var mı? Neler?

.....

- ☐Sosyal destek programları kapsamında ziyaret
☐Düzenli aralıklarla açık hava etkinliği organizasyonu
☐Benzer durumda olan kişilerle bir araya gelme organizasyonu
☐Durumuma uygun hobiler (Hobileri tanımlayınız)

69-Evde sağlık ve bakım hizmetleri kapsamında aşağıdakilerden hangilerine gereksinim duyuyorsunuz?

- ☐Herhangi bir gereksinimim yok
☐Uzman doktor (nöroloji, ortopedi, vb)
☐Fizyoterapist

- ☐Psikolog
☐Sosyal hizmet uzmanı
☐İlaç yazımı (rapor)
☐Pansuman-yara bakımı
☐Yardımcı araç-gereç (yatak, sandalye, koltuk değneği vb).....
☐Sarf malzemesi ödemesi (mama, alt bezi vb)

70-Evde sağlık hizmetinde psikolojik ve sosyal destek alıyor musunuz? ☐Evet ☐Hayır

Yanıtınız evet ise bu desteği kim veriyor?:.....

71- Sizce hizmet sırasında karşılaştığınız sosyal sorunlar var mı? Varsa neler?

BAKIM VERENE SORULACAKLAR

1-Yakınlık dereceniz ne?

- ☐eşi ☐oğlu ☐kızı ☐gelini ☐akraba (.....) ☐anne ☐baba ☐ücretli bakıcı ☐diğer.....

2-Cinsiyetiniz ne? ☐Kadın ☐Erkek

3-Yaşınız kaç?

4-Öğrenim durumunuz?

- ☐Okuryazar Değil ☐Okuryazar ☐İlk/Orta ☐Lise ☐Yüksekokul/Üniversite

5-Düzenli bir gelirin var mı? ☐Evet (.....) ☐Hayır

6-Daha önce bir işte çalışıyor muydunuz?

- ☐Evet (.....) ☐Hayır

7-Evet, ise bırakma nedeni?.....

8-Günlük kaç saatinizi hastaya bakım için harcıyorsunuz?

9-Gece-gündüz bakım veriyorsanız gerektiğinde hastayı bırakabileceği kimse var mı? Varsa kim?

- ☐Evet (.....) ☐Hayır

10-Ne kadar süreyle bırakabiliyor?

11-Kendi ziyaretçiniz oluyor mu?(komşu, arkadaş v.b.)

- ☐Evet ☐Hayır

12-Yanıtınız evet ise ne sıklıkla:

13-Düzenli sosyal hayatınız var mı? (günlere gitme, sinema v.b.)

- ☐Evet ☐Hayır

14- Bakım verdiğiniz için herhangi bir sağlık sorunu yaşadınız mı?

- ☐Evet ☐Hayır

15-Yanıtınız evet ise ne?

16-Bakım verdiğiniz için sosyal hayatınız olumsuz etkilendiğini düşünüyor musunuz?

- ☐Evet ☐Hayır ☐Bazen

17-Yanıtınız evetse sosyal sorunlar olarak neler yaşıyorsunuz?