

T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

EVDE SAĞLIK HİZMETİ ALAN HASTALARIN
GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Tuğba Yazan Şahan

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Kurtuluş ÖNGEL

İZMİR

ARALIK 2018

T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

EVDE SAĞLIK HİZMETİ ALAN HASTALARIN
GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Tuğba Yazan Şahan

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Kurtuluş ÖNGEL

İZMİR

ARALIK 2018

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca tıbbi bilgi ve becerilerimi kazanmamda bütün bilgi ve tecrübesiyle yanımda bulunan; tez danışmanlığımı üstlenerek, tez konumun belirlenmesinde, planlanmasında ve sonlandırılmasında bana yardımcı olan, her zaman örnek aldığım, mesleğimi daha da fazla sevdiren çok değerli hocam, klinik, eğitim ve idari sorumlumuz, tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Kurtuluş ÖNGEL' e,

Birlikte çalışmaya başladığımız günden itibaren akademik ve manevi desteği ile her zaman yanımda olan, aile hekimi olarak hastalara yaklaşımda örnek aldığım, kendimi yakın hissettiğim Sayın Doç. Dr. Berna ERDOĐMUŐ MERGEN' e,

Tez çalışmamda yapılan anketlerde emekleri olan arkadaşlarım Dr. Merve ÖZEN' e, Dr. Emin ÖNEN' e, Dr. Eren ACAR' a,

Uzmanlık eğitimim sırasında tanıma fırsatı bulduğum daima beni destekleyen canım arkadaşım Dr. Özden PEKÖZ' e, iyilik ve güzelliğe dair içimi umutla dolduran sevgili arkadaşım Dr. Ece YILDIZ' a,

Hiçbir zaman desteğini benden esirgemeyen, hayatımın vazgeçilmezleri olan canım annem, babam, kardeşim ve eşime,

Teşekkürü borç bilirim.

Dr. Tuğba YAZAN ŞAHAN

Aralık 2018

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
TEŞEKKÜR	I
İÇİNDEKİLER	II
SİMGELER VE KISALTMALAR	IV
TABLOLAR DİZİNİ	V
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER	3
2. 1. Evde Bakım Tanımı	3
2. 2. Evde Bakım Hizmetleri Kapsamı	4
2. 3. Evde Bakım Hizmetlerinin Sınıflandırılması	5
2. 4. Evde Bakım Hizmetlerinin Avantajları	5
2. 5. Evde Bakım Hizmetlerinin Dezavantajları	6
2. 6. Evde Sağlık Hizmetleri Tanımı	6
2. 7. Evde Bakım Hizmetlerinin Tarihçesi ve Dünyada Evde Bakım Hizmetleri	7
2. 8. Türkiye' de Evde Bakım Hizmetleri	9
2. 9. Yaşam Kalitesi Nedir?	12
2. 10. Yaşam Kalitesi Nasıl Belirlenir?	12
2. 11. Yaşlılık Nedir?	13
2. 12. Özürlülük Nedir?	14
2. 13. Evde Sağlık Hizmeti Alanında Aile Hekiminin Rolü	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM	17
3. 1. Çalışmanın Tasarımı	17
3. 2. Çalışmanın Evreni ve Örneklemi	17
3. 3. Çalışmaya Dahil Olma ve Dışlanma Kriterleri	18
3. 4. Çalışmanın Veri Toplama Araçları	18
3. 5. İstatiksel Yöntem	19

4. BULGULAR	21
5. TARTIŞMA	32
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	33
7. TÜRKÇE ÖZET	36
8. İNGİLİZCE ÖZET	38
9. KAYNAKLAR	40
10. EKLER	46



SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ALS: Amyotrofik Lateral SkeloroZ

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

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

HT: Hipertansiyon

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

MÖ: Milattan Önce

MS: Milattan Sonra

MS: Multipl Skleroz

SVH: Serebrovasküler Hastalık

WHO: World Health Organization

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1: Çalışmaya katılan bireylerin cinsiyetlerine göre yaş ortalama dağılımı

Tablo 2: Çalışmaya katılan bireylerin sosyodemografik değişkenleri dağılımı

Tablo3: Çalışmaya katılan bireylerin evde sağlık hizmeti almasına neden olan hastalıklarının dağılımı

Tablo 4: Çalışmaya katılan bireylerin Katz Günlük Yaşam Aktivite Ölçeği, Barthel İndeksi ve Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeğinden Aldıkları Puanlara Göre Bağımlılık Durumları

Tablo 5: Çalışmaya katılan bireylerin cinsiyetlerine göre, Katz Günlük Yaşam Aktivite Ölçeği, Barthel İndeksi ve Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçek puanları dağılımı

Tablo 6: Çalışmaya katılan bireylerin yaş gruplarına göre, Katz Günlük Yaşam Aktivite Ölçeği, Barthel İndeksi ve Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçek puanları dağılımı

Tablo 7: Çalışmaya katılan bireylerin medeni durumlarına göre, Katz Günlük Yaşam Aktivite Ölçeği, Barthel İndeksi ve Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçek puanları dağılımı

Tablo 8: Çalışmaya katılan bireylerin çalışma durumlarına göre, Katz Günlük Yaşam Aktivite Ölçeği, Barthel İndeksi ve Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçek puanları dağılımı

Tablo 9: Çalışmaya katılan bireylerin mesleklerine göre, Katz Günlük Yaşam Aktivite Ölçeği, Barthel İndeksi ve Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçek puanları dağılımı

Tablo 10: Çalışmaya katılan bireylerin sosyal güvencelerine göre, Katz Günlük Yaşam Aktivite Ölçeği, Barthel İndeksi ve Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçek puanları dağılımı

Tablo 11: Çalışmaya katılan bireylerin eğitim durumlarına göre, Katz Günlük Yaşam Aktivite Ölçeği, Barthel İndeksi ve Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçek puanları dağılımı

Tablo 12: Çalışmaya katılan bireylerin gelir düzeylerine göre, Katz Günlük Yaşam Aktivite Ölçeği, Barthel İndeksi ve Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçek puanları dağılımı

Tablo 13: Çalışmaya katılan bireylerin ailelerinin gelir düzeylerine göre Katz Günlük Yaşam Aktivite Ölçeği, Barthel indeksi ve Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçek puanları dağılımı

Tablo 14: Çalışmaya katılan bireylerin bakım veren kişi ile yakınlık durumlarına göre, Katz Günlük Yaşam Aktivite Ölçeği, Barthel İndeksi ve Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçek puanları dağılımı

Tablo 15: Çalışmaya katılan bireylerin göç durumlarına göre, Katz Günlük Yaşam Aktivite Ölçeği, Barthel İndeksi ve Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçek puanları dağılımı

Tablo 16: Çalışmaya katılan bireylerin tanılarına göre Katz Günlük Yaşam Aktivite Ölçeği puanları dağılımı

Tablo 17: Çalışmaya katılan bireylerin tanılarına göre Barthel İndeksi puanları dağılımı

Tablo 18: Çalışmaya katılan bireylerin tanılarına göre Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği puanları dağılımı



1.GİRİŞ

Evde bakım hizmetleri; özürlü, yaşlı, kronik hastalığı olan ve hastane sonrası dönemde takip gerektiren, kişisel bakımını kendi kendine yapamayan ve yaşamını kendi başına devam ettiremeyen bireylere sunulur. Kişileri sosyal yaşama olan uyum sağlama yeteneklerini arttırmak, hayatlarını mutlu ve huzurlu bir şekilde, toplumla bütünleşerek devam ettirmelerini sağlamak için verilen psikolojik, sosyal, fizyolojik ve tıbbi bakım hizmetleri modelidir (1,2). Bu hizmet hasta ve aile bireylerine hastanın kendi ev ortamında sunulur (1). Aslında evde bakım hizmetinin en kısa ve net tanımı da bireylerin her türlü bakım ihtiyaçlarının kendi evlerinde, huzurlu oldukları ortamda giderilmesidir (2). Ev hastanesi, ev hospitalizasyonu, tıbbi evde bakım veya duvarsız hastane gibi değişik tanımlar da kullanılmıştır (3).

Ülkemizde evde bakım hizmetlerinin ilk yasal olarak tanımı 10 Mart 2005 yılında 25751 sayılı resmi gazetede yayınlanan Evde Bakım Hizmetleri Sunum Yönetmeliği'nde verilmiştir (1).Bu tanım "*Hekimlerin önerileri doğrultusunda hasta kişilere, aileleri ile yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavi de dahil tıbbi ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sağlık ve bakım ile takip hizmetlerinin sunulması*" şeklindedir (4).

Evde bakım hizmetleri hem sağlık alanında verilen hizmetleri hem de sosyal alanda verilen hizmetleri kapsar (5).Bu nedenle bu hizmeti evde sağlık hizmetleri ve evde sosyal destek hizmetleri olarak iki grup olarak sınıflayabiliriz.

1. Evde Sağlık Hizmetleri; hekimlik hizmeti, hemşirelik hizmeti, fizyoterapi, tıbbi araç ve gereç hizmetleri, ilaçların eve uygun olarak ulaştırılması ve psikolojik destek hizmetlerini içerir.
2. Evde Sosyal Destek Hizmetleri; Sosyal hizmet çalışanları, bakım destek elemanları, aile fertleri ve din görevlileri gibi destek gruplar ile taşıma, ulaşım, evin bakımı ve öz bakım, eve yemek sağlama şeklinde hizmetleri içerir ve sağlık hizmetinin dışında bireylerin ihtiyaç duydukları hizmetlerdir (6).

1 Şubat 2010 tarihli ve 3895sayılı, resmi gazetede yayınlanan "Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esaslarına

Dayalı Yönerge” de evde sağlık hizmeti tanımı; “Çeşitli hastalıklara bağlı olarak evde sağlık hizmeti sunumuna ihtiyacı olan bireylere evinde ve aile ortamında sosyal ve psikolojik danışmanlık hizmetlerini de kapsayacak şekilde verilen muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım, takip ve iyileştirme hizmetleri” şeklindedir (7).

Evde sağlık hizmetlerinin sosyal hizmeti de içerecek biçimde kapsamlı olarak verilmesi verilen hizmetin evde bakım hizmet modeline uygun olması demektir (8). Bu hizmetin amacı; hasta ve ailesinin hastane öncesi ve sonrası ihtiyaçlarının belirlenip tedavi, bakım ve hayat düzenlerinin planlanmasıdır (1).

Sonuç olarak bireyin bağımsızlığına azami düzeyde ulaşması ve günlük yaşamda gerçekleştirmek zorunda olduğu aktivitelerini azami düzeyde yerine getirmesi hastanın yaşam kalitesini arttırmakta ve evde bakım hizmet modelinin başarısını kanıtlamaktadır. Bu bağlamda evde bakım hizmeti ile yaşam kalitesinin artışı doğru orantılıdır denebilir. Günlük yaşam aktiviteleri konusu da hem hastaların hem de ailesinin veya sürekli bakım veren kişinin ihtiyaçlarını ve sorunlarını belirlemede ve hastanın yaşam kalitesini takip etmede önemli bir belirteçtir.

Evde bakım ve evde sağlık hizmetleri ile ilgili yapılacak çalışmaların bu hizmetin kalitesini ve kapsamını belirleyecek biçimde olması gerekmektedir. Bu çalışmada bir eğitim araştırma hastanesinin evde sağlık hizmetleri biriminde, hizmet kapsamına alınan hastaların günlük yaşam aktivite düzeylerine göre bağımlılık derecelerinin belirlenmesi, bağımlılığa yol açan sağlık sorunlarının tespit edilerek çözümleriyle ilgili öneriler sunmak amaçlanmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Evde Bakım Tanımı

Günümüzde bilimsel ve teknolojik alanda yaşanan gelişmeler tıp bilimini de etkilemekte ve hastalıklara yaklaşım da her geçen gün güncellenmektedir. Hastalıklara erken tanı, takip, tedavi anlamında başarılı yaklaşımlar mevcuttur. Bu durum yaşam süresinin uzamasına neden olmaktadır. Yaşam süresinin uzamasının bir dezavantajı da kronik hastalık görülme olasılığının artmasıdır. Artan kronik hastalıklar, bireylerin beklenen yaşam süresinin uzaması ve değişen yaşam koşulları evde bakıma ihtiyacın daha da artmasına ve önem kazanmasına neden olmuştur.

Evde bakım hizmetine artan ihtiyaç ve ilgi olmasına rağmen tüm dünya ülkelerince evde bakım hizmeti ile ilgili belirlenip uygulamaya konmuş temel bir hizmet listesi yoktur. Her ülke bu alanda nasıl bir model uygulayacağını kendi kültürel, sosyal, ekonomik koşullarına göre belirler (2).

Evde bakıma yönelen ilgi, ülkelere göre değişen hizmet modelleriyle birlikte evde bakım hizmetlerinin genel tanımı; bireyin sağlığını korumak, hastalığı mevcutsa iyileştirmek ve takibini yapıp eski yaşam kalitesine ulaştırmak, günlük yaşamında gerçekleştirmek zorunda olduğu aktiviteleri yerine getirmesini sağlamak amacıyla verilen sağlık ve sosyal alanında verilen hizmetlerin tamamıdır. Evde bakım hizmetlerinin kapsamı da oldukça geniştir. Belirli alanda uzmanlaşmış kişilerce ve aile fertleri, yakın arkadaşlar ve akrabalar tarafından verilebilir. Evde bakımın asıl felsefesi sağlık ve sosyal hizmetlerin kişinin huzurlu ve mutlu olduğu ortamda, kendi yaşadığı ev ortamında verilmesidir (9).

Hastalıktan korunmanın sağlanması konusunda hizmetin başarılı yürütülmesi ile hastaneye yatış oranlarını azaltmakta, yatış olması durumlarında dahi hastane sonrası sunulan bakım ve sağlık hizmetleri ile hastanede yatış süresini çok azaltmaktadır (10).

2.2.Evde Bakım Hizmetleri Kapsamı

Uluslararası düzeyde evde sağlık hizmetleri açısından belirlenip kabul görmüş, benimsenmiş temel bir hizmet listesinin varlığı söz konusu değildir. Bu sebeple her ülke kendi sosyolojik, ekonomik ve kültürel yapısına uygun, sürekli yenilenen şekilde hizmet listeleri oluşturmuştur.

World Health Organization(WHO)'nun Ev Temeline Dayanan Uzun Dönem Bakım 2000 Raporu'nun bütününde, uzun zamanlı sağlık problemi olan ve günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili yardıma ihtiyaç duyan tüm yaşlardaki kişilerin yeterli kalitede bir yaşam sürdürmesini sağlayacak bakımdan bahsedilmiştir. Bu tanıma göre evde bakım hizmeti kapsamına alınacak kişiler: tüberküloz gibi bulaşıcı hastalıkları veya kalp damar hastalıkları, kanser gibi bulaşıcı olmayan kronik hastalığı olanlar; etiyojisine bakılmaksızın, gelişimsel veya poliomyelit kaynaklı özürleri de kapsayacak şekilde, özürlü olan kişiler; Human Immunodeficiency Virüs/ Acquired Immune Deficiency Syndrome (HIV/AIDS)'liler; travma sonrası sakat kalanlar; duyuşsal kısıtlılığı olanlar; mental hastalığa sahip olanlar ve madde bağımlılarıdır (11).

Evde bakım hizmetleri kapsamında uzmanlık düzeyinde verilen hizmetler çok çeşitlidir. Bunlar;

A.) Hemşirelik hizmetleri: Bireylerin evlerine uzman hemşirelerce belli aralıklarla ziyaretler gerçekleştirilir ve hizmet verilir.

B.) Destek sağlık hizmetleri: Psikoterapi, fizyoterapi, ayak bakımı gibi destek tedavilerle bireyin bağımsızlık düzeyini arttıracak hizmetler sunulur.

C.) Gündüz / Gece bakımı: Gündüz / gece merkezlerinde bireyin ihtiyacına uygun hizmet

D.) Kişisel bakım: Yemek yeme, banyo yapma ve giyinme gibi günlük yaşam aktivitelerini kendi başına gerçekleştiremeyen bireylerin bu aktivitelerine yardımcı olacak hizmetler

E.) Ev işlerine yardım, ev düzeni oluşturulması

F.)Sosyal destek: Hastanın alışveriş yapmasına, faturalarını ödemesine, arkadaş ziyaretleri yapmasına destek verilmesi

G.) Gıda ve beslenme hizmetleri: Hastanın yemek hazırlamasına ve pişirmesine yardım

H.) Danışmanlık Hizmetleri: Bireyin hak ve sorumlulukları ile ilgili bilgilendirme amaçlı danışmanlık hizmetleri

I.) Bakıcılar için destek hizmetleri: Bakıcıların daha iyi hizmet vermelerini sağlamak için verilecek eğitim ve danışmanlık hizmetleri (12).

2.3.Evde Bakım Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Oldukça kapsamlı bir hizmet modeli olan evde bakım hizmetlerini iki farklı şekilde gruplandırmak mümkündür. İlk grupta hizmetin hangi alanda verildiği dikkate alınır. Verilen hizmet tıbbi hizmet ve sosyal hizmet içerikli olabilir. İkinci grupta hizmetin süresine göre. Uzun veya kısa süreli hizmetten söz edilebilir. Kısa süreli evde bakım hizmeti 30 günlük süreyi kapsayıp, genelde tıbbi içeriklidir. Uzun süreli evde bakım hizmetinde ise 6 aylık bir süre söz konusudur ve hem tıbbi hem sosyal hizmet içeriklidir (13, 14).

2.4.Evde Bakım Hizmetinin Avantajları

- Hastaların kendi varlıklarını sürdürecekleri mutlu bir yaşama ortamı sağlar.
- Hastalara kendilerini özgürce ifade edebilecekleri, özgür hissedecekleri bir ortam sunar.
- Hastaların yaşadıkları ortamda çevresiyle uyumlu sosyal ilişkiler kurması hastaların yaşam kalitelerini artırıp, iyileşmelerini hızlandırır.
- Hastanın hastane ortamında tamamı ile hasta kimliğini benimseyip bu duruma adapte olup iyileşmesinin yavaşladığı görülmüştür. Ancak ev ortamında hasta bu ruhsal durumdan sıyrılıp normal yaşama daha çabuk ve sağlıklı bir şekilde adapte olur.
- Hastanede verilen hizmetlere göre daha etkin ve ekonomiktir.
- Evde bakım hizmetleri koruyucu sağlık hizmetleri hakkında hastaları ve aile bireylerini bilinçlendirip, bireylerin bu koruyucu hizmetlere ulaşımını kolaylaştırır.

- Hastaların hastanede yatış sürelerini kısaltır ve hastanede yatmaya neden olacak sebeplerin ortaya çıkışını azaltır.
- Hastanede yatış sürelerinin azalması ve yatışı yapılan hasta sayısının azalması hastane kaynaklı enfeksiyonların azalmasına ve aynı zamanda hastane harcamalarının, maliyetin azalmasına neden olur.

2.5.Evde Bakım Hizmetinin Dezavantajları

- Evde bakım hizmetleri alanında uzmanlaşmış, evde bakım hizmetleri konusunda başarılı bir şekilde eğitim görmüş kişilerce yapılması gerekir.
- Evde bakım hizmetlerinin tek bir birim tarafından verilmemesi, denetimi güçleştirmektedir. Evde bakım hizmetleri güçlü bir kontrol ve denetim mekanizması ile idare edilmelidir.
- Hasta istediği her an sağlık personeline veya evde bakım hizmeti veren ekibe ulaşamaz.
- Evde damar yolu işlemi uygulanması sırasında ortaya çıkacak sepsis, tromboz ve damar tıkanıklığı gibi komplikasyonların ev ortamında gelişmesi hastane ortamında bu durumun yaşanması durumuna göre daha ciddi problemlerin ortaya çıkmasına neden olabilir.
- Sağlık personelinin güvenliğinin sağlanması ile ilgili bazı problemler ortaya çıkabilir(15).

2.6.Evde Sağlık Tanımı

Evde sağlık hizmetleri evde bakım hizmetlerinin tıbbi alanda verilen hizmet kapsamına girer. Çeşitli nedenlerle yatağa bağımlı hale gelen, kronik ve malign hastalığı olan bireyler, yaşlılar, özürlüler herhangi bir sağlık kuruluşuna ulaşmada zorluk yaşarlar. Bu gruba uzmanlık düzeyinde bilgi sahibi ekiple düzenlenen ev ziyaretleri ile hastalara muayene, tetkik, takip, tedavi, rehabilitasyon hizmetleri verilir (16).

Yatağa bağımlı hastalar, ileri derece kas hastalıklarına, kronik obstruktif akciğer hastalığı (KOAHA) gibi solunum sistemi hastalıklarına sahip hastalar, terminal dönem kanser hastaları evde sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyan gruptadır (14).

Ülkemizde evde sağlık hizmetleri üç ayrı şekilde verilebilir. Aile hekimliği yönetmeliğine uygun aile hekimleri tarafından, hastanelerde kurulan evde sağlık birimlerinde çalışan ekip tarafından ve sağlık müdürlüğünce ayarlanan mobil ekipler tarafından bu hizmet gerçekleştirilir (17).

2.7.Evde Bakım Hizmetleri Tarihçesi ve Dünyada Evde Bakım Hizmetleri

Evde bakım hizmetlerinin ortaya çıkış zamanı için insanlık tarihi kadar eski denebilir. İlk hekimler hastaların tanısını koyup tedavisini planlarken hastaların evlerine ziyarete gidip, hekimlik uygulamalarını gerçekleştiriyorlardı. Bu uygulama hekimin çok zamanını aldığı için, tanı ve tedavide kullanılacak malzemelerin taşınması zor olduğu için bırakıldı ve ilk hastane uygulamalarının doğuşu bu şekilde oldu. Bu sayede hekim zamanını en güzel ve verimli şekilde kullanıyor, malzemelerin ulaştırılmasındaki problem de ortadan kalkıyordu. Hastanede hizmet anlayışı bu şekilde uzun bir dönem sürdü. Ancak ilerleyen zamanlarda hastane harcamalarının artışı, hastane enfeksiyonlarının artması, ev ortamındaki huzurun bulunamaması gibi nedenlerle evde bakım tekrar ön plana çıkmaya başladı.

Evde bakım felsefesi ile alakalı ilk yazılı bilgiler Hititler ve Romalılar zamanında gebelere doğumlarının ev ortamında mı ev ortamı dışında mı yaptırılmasının sağlık açısından daha olumlu olduğunun tartışıldığı kayıtlarda yer almaktadır. Soranus, "Gynaecology" adlı kitabında doğumun genellikle ebenin gerekli tüm malzemelerini yanına alarak, gebenin ev ortamında gerçekleştirildiğini doğumu gebenin bulunduğu ev ortamında gerçekleştirildiğini ifade eder (18).

1700'lü yıllarda ortaçağda kiliseler maddi gücü olmayan hastaların evlerine bizzat gidip hizmet vererek evde bakım felsefesini destekleyen adımlar atmıştır. Amerika Birleşik Devletleri (ABD) de 1976'da hizmet vermek için açılan Boston Dispanseri, bu felsefeye destek verip bu alanda resmi olarak ilerlemeyi başlatan ilk kurumdur (19).

Yirminci yüzyıl (yy.) başlarından itibaren şehirleşme oranında hızlı yükseliş, sosyal yaşam şartlarında görülen bozukluk, evde bakıma olan ihtiyacı daha da arttırmıştır. Bu ihtiyaca paralel anlamda hemşirelik hizmetleri William Rothbone adlı bir İngiliz antropolog aracılığı ile başlatılmıştır. İngiltere’de yavaş yavaş bölge hemşirelik hizmetlerinin temeli atılmaya başlanmıştır. Mary Robinson, Liverpool’da evde bakım hizmeti veren ilk hemşiredir (20).

Evde bakım hizmetinin önem kazanmasına neden olan başta gelen isimlerden Florance Nightingale 1862’de Liverpool’da evlerde hasta bakımı gerçekleştirecek, ziyaretçi hemşire yetiştiren, bir buçuk yıllık eğitim veren bir okul açılması önerilerinde bulunmuş ve bu eğitimler verilmeye başlanmıştır. Nightingale’ in bölge hemşireliği ve evde bakımla ilgili raporları ABD de 1890’lar sırasında kültürel ve sosyal değişimlerle çakışmıştır. ABD’de evde bakımın ilerlemesinde lider olan hemşire Lillian Wald olmuştur.

Danimarka’da 1937’de ev ziyaretleri yapılmaya başlanmıştır. Burada başlayan uygulama evde sağlık hizmetinin doğru ve etkin yapılması açısından uygun bir sağlık programı modeli olmuştur. Bu pilot uygulama, ev ziyaretlerinin bebek ölüm hızını ve hastalanma oranını azalttığını gösterip bu ziyaretlerin koruyucu hekimlik anlamında ne kadar önemli olduğunu ortaya çıkarmıştır (21).

Evde bakım hizmetlerine olan ilginin tekrar canlandığı dönem 1955-1964 yıllarıdır. Evde bakım hizmetleri bu yıllarda hastaneye dayalı evde bakım, topluma dayalı evde bakım ve ev hizmetleri şeklinde üç farklı grupta gelişme göstermiştir. Bu hizmetlerin harcamaları ise özel yardımlar, bireylerin kendi ödemeleri ve yerel sağlık departmanı gibi kaynaklardan sağlanmıştır.

ABD’de evde bakım hizmetleri 1966 yılında Medicare kapsamına alınmıştır. Medicare, 65 yaş üstü tüm bireylerin sağlık harcamalarını finanse eden bir sigorta sistemidir. Daha sonra bu kaynağın sağlanabilmesi için evde hizmet alacak bireylerin hekim kontrolü ve onayından geçmesinin zorunluluğu sağlanmıştır. 1990 sonrası yıllara geldiğimizde ise evde bakım hizmetleri sektörü, sağlık bakımı alanında en hızlı gelişen bölüm olmuş ve ABD’nin ikinci en hızla gelişen endüstri alanı olmuştur(22).

Bugün tüm Avrupa ülkelerinde, ABD’de evde bakım hizmeti uygulanmaktadır ve başarılı şekilde uygulamanın yürütülmesi adına sürekli bu alanda çalışmalar yapılmaktadır.

2.8.Türkiye’de Evde Bakım Hizmetleri

Ülkemizde Evde Bakım Hizmetleri ile ilgili olarak;

- 1.10.03.2005 tarih ve 25751 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan “Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik”
2. 13.09.2005 sayılı “Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Sağlık Bakanlığı Tebliği”
3. 30.07.2006 tarih ve 26244 sayılı “Resmi Gazetede yayımlanan Bakıma Muhtaç Özürlülerin Tespiti ve Bakım Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik”
4. 06.11.2007 tarih ve 2669 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan “Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik”
5. 01.02.2010 tarih ve 3895 sayılı makam onayı ile yürürlüğe giren “Sağlık Bakanlığınca sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge”
6. 04.04.2013 tarih ve 28254 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan “Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik” (3)
7. 27.02.2015 tarih ve 29280 sayılı “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunumuna Dair Yönetmelik” bulunmaktadır (4).

Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılan 10/03/2005 tarih ve 25751 sayılı Evde Bakım Hizmetleri sunumu hakkındaki yönetmeliğinin amacı; bireylerin ve toplumun sağlığını korumak için evde bakım hizmeti sunan sağlık kuruluşlarının açılması, çalışması ve denetlenmesi ile bunları işleten kurum ve kuruluşların, özel hukuk tüzel kişilerinin ve gerçek kişilerin uyması gereken usul ve esasları belirleyip düzene

koymaktır. Bu yönetmelikle evde sağlık hizmeti sunumu için özel kuruluşlar teşvik edilmiştir. Bu özel kuruluşlar; bağımsız işyerleri veya tıp merkezi, dal merkezi, poliklinik ve özel hastane bünyesinde bulunan evde bakım hizmetleri birimidir. Bu dönemde yaşanan sorunların en önemlisi evde bakım hizmeti vermek üzere açılan özel sağlık kuruluşlarının ödemelerinin sosyal güvenlik fonu tarafından karşılanamamasıdır. Bu yüzden finansman açısından sıkıntı yaşanan bazı kuruluşlar kapanmak zorunda kalmıştır ve bu hizmetten sadece özel olarak ödeme yapabilen bireyler yararlanabilmiştir.

Sağlık Bakanlığı 2005’de yayılan yönetmeliğin ardından sosyal bir anlayış belirleyip hizmeti kamu hizmetine dönüştürmek adına 01.02.2010 tarihinde “Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” yi yürürlüğe koymuştur. 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 hizmetin bireylere verilmesi planlanmıştır. Bu yönergenin amacı:

- Evde sağlık hizmetine ihtiyacı olan bireylerin muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyonlarının evinde ve aile ortamında sağlanması,
- Bu kişilere ve aile bireyelerine sosyal ve psikolojik destek hizmetlerinin bir bütün olarak sağlanması,
- Bu amaçlarla Sağlık Bakanlığı’na bağlı sağlık kurumları bünyesinde evde sağlık hizmetleri birimleri kurulması,
- Bu birimlerin asgari fiziki donanımı ile araç, gereç ve personel standardının ve ilgili personelin görev yetki ve sorumluluklarının belirlenmesi, iletişim, uygulanacak randevu, kayıt ve takip sisteminin tanımlanması,
- Uygulamanın denetimine ilişkin usul ve esasların belirlenerek evde sağlık hizmetlerinin sosyal devlet anlayışı ile etkin ve ulaşılabilir bir biçimde verilmesini sağlamaktır.

Evde sağlık hizmetlerine bu yönetmeliklerle hızlı bir giriş yapılmış ve hizmetin işleyişinde tespit edilen sorunlara karşı 2011 ve 2012 de yönetmelikte değişikliğe gidilmiştir (23).

04.04.2013 tarih ve 28254 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan “Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik”

Evde Bakım Hizmetleri Hakkında Yönetmelik 8 bölüm ve 35 maddeden meydana gelmektedir.

Adı geçen yönetmelik:

1. Evde Bakım Birimine Başvuru Dilekçesi
2. Taahhütname
3. Uygunluk Belgesi
4. Mesul Müdürlük/Birim Sorumlusu Belgesi
5. Personel Çalışma Belgesi
6. Evde Bakım Hizmeti Sunan Sağlık Kuruluşu Denetleme Formu Eklerini vardır.

Birinci bölüm 4.maddede yönetmeliğin amacı ve tanımı yer almaktadır. Bu tanıma göre evde bakım; hekimlerin önerileri doğrultusunda hasta kişilere, aileleri ile yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavi de dahil tıbbi ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sağlık ve bakım hizmetlerinin verilmesidir. Evde bakım hizmetleri sağlık durumunu iyileştirmek ve arttırmak için hastalara ev ortamında sağlık hizmeti ve donanımının sağlanmasıdır (20).

Dördüncü maddenin 1.şikkında hastaya verilecek bakımın içeriği, kapsamı ve sıklığı detaylı olarak anlatılmıştır. Yapılan bakımın her gün kayıt edilmesi, bakımların devamında kolaylık sağlayıp, kronoloji ve yasal kaynak oluşturur. Ayrıca dördüncü maddenin 1. şikkında dikkat çeken ayrıntı “evde sağlık hizmetleri hekimi” tanımıdır. Böyle bir tanım ülkemizde sağlık sistemi mevzuatları kapsamında yer almamasına rağmen yönetmelikte geçmektedir.

Evde bakım hizmetleri sunumu hakkında yönetmelik; hastalara ait kayıtlar, bu kayıtlara erişim ve istendiği takdirde dosyanın örneğinin hastaya ulaştırılması bakımından hasta hakları yönetmeliği ile paralellik göstermektedir(9).

En son olarak da 27.02.2015 tarih ve 29280 sayılı “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunumuna Dair Yönetmelik” şekliyle yürürlüğe girmiştir. Bu yönetmelikte Evde Sağlık Hizmet sunumunda kurum olarak Türkiye Halk Sağlığı Kurumu belirtilmiş, sorumluluğun ise İl Sağlık

Müdürlüğü'nden Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne geçtiği bildirilmiştir. Koordinasyon Merkezi; Sağlık Müdürlüğü bünyesinde oluşturulan Evde Sağlık Hizmetleri İletişim ve Koordinasyon Merkezi iken, Halk Sağlığı Müdürlükleri bünyesinde oluşturulan Evde Sağlık Hizmetleri İletişim ve Koordinasyon Merkezi olarak değiştirilmiştir (24).

2.9.Yaşam Kalitesi Nedir?

Sağlıkta iyilik durumunun belirlenmesinde yaşam kalitesi kavramı son yıllarda çok fazla ön plana çıkmıştır. Bu konudaki ilk araştırmalar 1973 yılında başlamıştır (25).Yaşam kalitesi, kişinin bulunduğu kültürel ortamın da etkisiyle sahip olduğu istek, beklenti ve ilgileri ile hayatı algılama şeklidir. Genel olarak kişinin fiziksel, sosyal, ruhsal olarak tam bir iyilik hali içinde olması inançlarına, yaşadığı kültür ortamına uygun bir şekilde çevresi ile uyum içinde yaşamasıdır(26).Kişinin hayatında olmasını istediği hayat şartları ile şu anki yaşam tarzının paralel olması kişinin mutluluğunu, sağlığını olumlu etkiler(27).

Hasta-hekim ilişkilerinde hekimin hastasının yaşam kalitesini belirleyebilmesi ve bu konuda varsa sorunları gidermeye çalışması, hasta hekim ilişkilerini olumlu yönde etkiler(28). Hekim yaşam kalitesi ölçütleri ile hastasının hastalığı boyunca fiziksel, ruhsal ve sosyal ihtiyaçlarını belirleyip ona göre hastasına yaklaşır ve çözümler sunar (29).

2.10.Yaşam Kalitesi Nasıl Belirlenir?

Yaşam kalitesini belirlemede hastaya yapılan anketler daha objektif bir belirteç görevi görür. Çünkü hastanın yaşamına bakışı ile hekimin bakışı aynı olmayabilir. Hastaların günlük yaşam aktivitelerini değerlendirmek yön gösterebilir. Günlük yaşam aktiviteleri ile yaşam kalitesi arasında sıkı bir ilişki mevcuttur (30). Günlük yaşam aktivitelerini ölçme konusunda farklı anketler geliştirilmiştir. Bunlardan biri Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği'dir. Katz ve arkadaşları tarafından bu ölçek 1963 yılında geliştirilmiştir. Türkçeye uyarlanması ise Arık ve arkadaşları tarafından

gerçekleştirilmiştir. Transfer, tuvalet, giyinme, banyo yapma, beslenme, idrar ve gaita kontrolü benzeri günlük yaşam aktivitelerinden oluşur. Hastalar aktiviteleri bağımsız olarak yapabiliyorsa 1 puan, eğer yardım almadan yapamıyorsa 0 puan alırlar. Puanlar 0-6 aralığındadır. 2 ve altı puanlar ciddi bağımlı, 3-4-5 puan orta derece bağımlı, 6 puan tam bağımsız olarak değerlendirilir (31,32).

Barthel indeksi bir diğer günlük yaşam aktivitesi ölçeğidir. 1965 senesinde Mahoney ve Barthel tarafından geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını Küçükdeveci ve arkadaşları birlikte 2000 yılında yapmıştır. 10 alt başlıktan meydana gelir. Giyinme, mesane kontrolü, barsak kontrolü, tuvalet kullanımı, yemek yeme, banyo yapma, kendine bakım, transfer, merdiven kullanımı ve mobilite başlıklarıdır. Toplam puan 0-100 arası değişir ve buna göre bağımlılık düzeyleri gruplanır (33,34).

Fonksiyonel Bağımsızlık İndeksi 1987 senesinde Hamilton ve arkadaşları tarafından tasarlanan bir ölçektir. Türkçe uyarlaması yine Küçükdeveci ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Motor alanda 13, bilişsel alanda 5 soru vardır. Fonksiyonel bağımsızlık ölçeğinde her madde 7 puanlık Likert ölçeğinde puanlanır. 1 puan aktivitelerin tamamen bağımlı yapıldığını; 7 puan aktivitelerin tamamen bağımsız yapıldığını gösterir. Kendine bakım (42 puan), sfinkter kontrolü (14 puan), transfer (21 puan), mobilite (14 puan), iletişim (14 puan) ve sosyal iletişim (21 puan) olmak üzere 6 kategori ve toplam 18 aktiviteyi değerlendirmektedir (35-36).

2.11.Yaşlılık nedir?

Yaşlılık üstüne geçmişten bu yana birçok tanımlama yapılmıştır. Milattan önce (MÖ) yaşayan felsefecilerden olan Aristoteles “Hastalığı, zamansız gelen bir yaşlılık; yaşlılığı da doğal bir hastalık” olarak tanımlar. Milattan sonra (MS) yaşayan Galen ise yaşlılıkta farklı sağlık sorunlarının ortaya çıktığını kabul eder ancak yaşlılığın bir hastalık olduğunu kabul etmez (9).

Yaşlılık bireyin yaşamında kaçınılmaz bir süreç olup birey yavaş yavaş fiziksel, psikolojik ve sosyal alanda fonksiyonlarını kaybeder ve yerine getirmesi gereken işlevlerde geriye dönüşümsüz ilerleyici bir kayıp başlar. DSÖ'nün

raporlarında ve ülkemizde yaşlılık tanımı için kabul edilen yaş sınırı 65 yaş ve üstüdür (37). Yaşlanma tüm boyutlarıyla sınıflandırıldığında, kronolojik, biyolojik, psikolojik, sosyal ve fonksiyonel yaşlılıktan söz edilebilir. Dünya genelinde gözlenen yaşlı nüfusunun artışını göz önüne alınarak yaşlı sağlığı alanında yapılan çalışmalar her geçen gün daha da önem kazanmaktadır. Yaşlının bağımsız bir şekilde ömrünü sürdürmesi çok önemlidir.

Yaşlılık döneminde vücudun tüm sistem ve organlarında değişiklikler gözlenir. Göz sağlığında bozulma, yakını görmeye zorlanma, vücudun bağışıklık sisteminin bozulması, unutkanlık, çabuk yorulma, halsizlik, iştahsızlık, hazımsızlık, tat duyusunun bozulması, çevreye olan ilginin azalması sadece bir kısmıdır. Bu dönemde koroner arter hastalığı, hipertansiyon, kalp yetmezliği, osteoporoz, enfeksiyon, diyabet riski oldukça artar. Bu problemlerin beraberinde demans da yaşlılarda sık gözlenen mental problemlerdendir (38).

65 yaş ve üstü bireyler tüm bu sebeplerle özel yaklaşım gerektirir. DSÖ'nün 21.yy.da "Herkes için sağlık" hedefleri kapsamında yaşlı sağlığı ile ilgili madde mevcuttur. Bu maddede yaşlının sağlığının tam ve yerinde olması için yapılacaklardan, yaşlının yaşam kalitesini arttırmaktan ve evde tedavi olup takibi evde yapılan yaşlı sayısını arttırmaktan bahseder (39). Bu yüzden yaşlının yaşam kalitesinin artmasında ve bağımsızlığını azami düzeyde devam ettirmesinde evde bakım / sağlık hizmetlerinin rolü büyüktür (40).

2.12.Özürlülük nedir?

Özürlülük, kişinin doğuştan ya da sonradan bir kaza ya da hastalık sonucu fiziksel, ruhsal, sosyal, bilişsel yeteneklerini kaybedip günlük yaşamda destek, rehabilitasyon, bakıma ihtiyaç duyması demektir (41).Sakatlık ve özürlülük kavramları bazen birbiriyle aynı anlama sahipmiş gibi kullanılmaktadır. DSÖ bu kavram karmaşasına bir son vermek istemiştir. Özürlülük organ düzeyindedir. Psikolojik, anatomik, fizyolojik düzeyde bir kayıptır. Sakatlık ise kişi düzeyindedir. Özürlülük sonucu günlük yaşam aktivitelerinde bağımsız olamamak sakatlıktır. Bu kişiler çalışma yeteneklerinin % 45'ini kaybetmiştir.

Özürllülerin günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede yaşadığı zorluklar, bağımsız olmamaları, sosyal ve tıbbi rehabilitasyonu gerektirir. Bu anlamda evde bakım ve sağlık hizmetleri yine büyük rol oynar. Doğuştan veya sonradan yaşanan kayıplar sonucu fonksiyonlarını yitiren bireyi sağlığına kavuşturmak, geride kalan işlevleri yerine getirirken güçlü olmasını sağlamak, fiziksel, ruhsal, sosyal, ekonomik, mesleki anlamda yeteneklerini maksimum düzeye çıkarmayı hedefleyen yaklaşım rehabilitasyondur. Tüm bu hizmet ihtiyaçları ve yaşadıkları problemler nedeniyle özürllüler toplumun özellikli hizmet verilmesi gereken grubunda yer alır (42).

2.13.Evde Sağlık Hizmeti Alanında Aile Hekiminin Rolü

Aile Hekimliği, ilk başvuru noktası olması, kişiye biyopsikososyal olarak bütüncül bir şekilde yaklaşması, yaş, cinsiyet, hastalık ayırımı gözetmeden kişiyle sürekli bir görüşme modeline sahip olması ile disiplin olarak evde sağlık hizmetleri ile örtüşmektedir (43).

Aile hekiminin evde sağlık hizmetleri kapsamında ilk ziyareti ekibi ile gerçekleştirip kapsamlı bir tıbbi değerlendirme yapar (44). Kapsamlı yaklaşım, aile hekiminin çekirdek yeterlilikleri arasında olan bir modeldir ve bu donanıma sahip aile hekimi hastayı akut ve kronik tüm sağlık sorunlarıyla birlikte ele alıp hastanın sağlık ve iyilik durumunu maksimum düzeyde iyileştirmeyi amaçlar (45). Hastayı görüp tanı ve tedavisini düzenleyen hekim evde sağlık hizmeti planını belirler ve uygulamaya koyar. Özgün problem çözme becerisine sahip, kişi merkezli, sürekli bakımda deneyimli aile hekimi uzmanı bütüncül yaklaşımla bu aşamayı da başarılı bir şekilde gerçekleştirir. Aile hekimi evde sağlık hizmeti verilecek hastanın sürekli takibini sağlayarak kayıtlarını tutar ve hastanın bilgilerini günceller (44,45).

Aile hekimi evde sağlık hizmetinin tüm aşamalarında primer sorumlu olarak rol oynar. Hastanın ihtiyaç duyduğu konuların ve sorunlarının belirlenmesinde, bu ihtiyaçların ve sorunların giderilmesinde aktif görev alır. Bu yüzden evde sağlık hizmeti verecek aile hekimi uzmanının bu alanda kendi bilgi düzeyini arttırıp,

kendini geliştirmesi ve hastasına aile hekimi yeterliliklerine sahip buna uygun şekilde yaklaşması çok önemlidir.



3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Çalışmanın Tasarımı

Prospektif tipte düzenlenen bu gözlemsel, tanımlayıcı, kesitsel çalışmanın 1 Ağustos 2018-1 Ocak 2019 tarihleri arasında İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Birimi'nde hizmet alan bireyler ile yapılması planlanmıştır. Çalışmanın Temmuz 2018'de etik kurul başvurusunu yapılmış, Ağustos 2018'de hastane onayı beklenmiş; Eylül, Ekim ve Kasım 2018 i kapsayan üç aylık sürede de anketler uygulanmıştır. Çalışma beş aylık süreçte tamamlanmıştır.

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Birimi'nde hizmet alan bireylere ilk olarak çalışma hakkında bilgi verilmiş ve gönüllü bireylerin sözlü ve yazılı onamı alınmıştır. Katılımcılara araştırmacılar tarafından geliştirilen sosyodemografik verilere yönelik anket ve günlük aktivite ölçeğini değerlendirmek için Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği, Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi ve Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği kullanılmıştır.

Anketlerin uygulanacağı Eylül-Ekim-Kasım 2018 i kapsayan üç aylık süreçte evde sağlık biriminden yararlanan ve çalışmaya dahil olma kriterlerini sağlayan 310 hasta alındı. Anketler çıkılan ev ziyaretleri sırasında ziyaret edilen hastalara ve hasta yakınlarına, birime kayıtlı olup herhangi bir hizmet için başvuran hasta ve hasta yakınlarına yapılmıştır.

3.2.Çalışmanın Evreni ve Örneklemi

Anketlerin uygulanacağı Eylül-Ekim-Kasım 2018'i kapsayan 3 aylık süreçte evde sağlık biriminden yararlanan ve çalışmaya dahil olma kriterlerini sağlayan tüm hastalar alınmıştır. İlgili polikliniğin günlük hasta sayısı: 5-6 arası olarak hesaplandığında toplam hasta sayısı 300 -360 olması beklenmektedir.

3.3.Çalışmanın Dahil Olma ve Dışlanma Kriterleri

3.3.1. Çalışmaya Dahil Olma Kriterleri

1. Evde bakım polikliniğine kayıtlı olmak
2. Kendi isteği ile çalışmaya katılmayı kabul etmek.

3.3.2. Çalışmaya Dahil Olmama Kriterleri

- 1.Evde bakım polikliniğine kayıtlı olmamak
2. Kendi isteği ile çalışmayı kabul etmemek

3.4.Çalışma Veri Toplama Araçları

3.3.1.Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği

Hastaların günlük yaşam aktivite düzeylerini ölçmek için kullanılan anket Katz S, Ford AB, Moskowitz RW tarafından geliştirilmiş olup toplamda 6 hasta değerlendirme sorusu içermektedir. Bu değerlendirme soruları hastanın banyosunu kendi başına yapıp yapamadığını, dolaptan kendi kıyafetlerini çıkarıp giyip giyemediğini, tuvalete gitme, tuvaletini yapma, temizlenme, üzerini tekrar giyme gibi aktiviteleri kendi başına yapıp yapamadığını sorgular. Ayrıca yataktan kanepeye veya tam tersi kanepeden yatağa tek başına veya bastonla geçip geçemediğini, defekasyon ve mesane üzerine tam kontrolü olup olmadığını, yemeği tabaktan ağzına götürüp götürmediğini tespit etmek üzere sorulacak soruları da içerir.

Hasta bağımsız olduğu seçenek için 1, bağımlı olduğu seçenek için 0 puan verecektir. Toplam puan 6dır. 6 puan ise hasta bağımsızdır. 0 puan ise hasta tam bağımlıdır.

3.3.2.Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi

Mahoney ve Barthel tarafından geliştirilen bu günlük yaşam aktiviteleri ölçeği yemek yeme, banyo yapma, kendine bakım, giyinme, mesane kontrolü, barsak kontrolü, tuvalet kullanımı, sandalye/yatak transfer, mobilite, merdiven kullanımı olmak üzere 10 alt başlıktan oluşmaktadır. Puanlaması 0-100 aralığında değişmektedir. Her alt başlığın cevabına göre hasta her başlıktan 0, 5, 10, 15 puanlarını alabilir. Her başlıktan aldığı toplam puan hesaplanır.

0-20 puan: Tam bağımlı

21-61 puan: İleri derecede bağımlı

62- 90 puan: Orta derece bağımlı

91-99 puan: Hafif derecede bağımlı

100: Tam bağımsız

3.3.3.Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği

Fonksiyonel bağımsızlık ölçeği (FBÖ) Hamilton ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup, kendine bakım (42 puan), sfinkter kontrolü (14 puan), transfer (21 puan), mobilite (14 puan), iletişim (14 puan) ve sosyal iletişim (21 puan) olmak üzere 6 kategori ve toplam 18 aktiviteyi değerlendirmektedir. Toplam 18 hasta değerlendirme sorusu içermektedir. Motor alanda 13, bilişsel alanda 5 soru vardır. Fonksiyonel bağımsızlık ölçeğinde her madde 7 puanlık Likert ölçeğinde puanlanır. 1 puan aktivitelerin tamamen bağımlı yapıldığını; 7 puan aktivitelerin tamamen bağımsız yapıldığını gösterir. Toplam puan 18-126 arası değişir.

3.5.İstatiksel Yöntem

Verilerin istatistiksel analizleri IBM Statistics version 24 programında yapıldı. Sürekli verilerin normal dağılım özellikleri Kolmogorov Smirnov ve Shapiro Wilk testleri ile histogram ve dal yaprak grafikleri ile incelendi. Değişkenlerin

normal dağılım özelliğinde olmadığı görüldü. Sürekli verilerin iki grup arasındaki karđılařtırılmasında Mann Whitney U, ikiden fazla grup arasında karđılařtırılmasında Kruskal Wallis H (post hoc Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U) istatistiksel analizleri kullanıldı. $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.



4.BULGULAR

Çalışmaya evde sağlık hizmetleri birimine kayıtlı 310 birey katılmıştır. Katılanların 188' i (%60,6) kadın ve 122' si (%39,4) erkektir. Kadınların yaş ortalaması $80,79 \pm 9,60$ ve erkeklerin yaş ortalaması $72,11 \pm 14,97$ ' dir. İncelemeye alınan kadın olguların yaşları, erkek olguların yaşlarından istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu ($p < 0,05$).

Tablo 1: Çalışmaya katılan bireylerin cinsiyetlerine göre yaş ortalama dağılımı

Cinsiyet	n	%	YAŞ		Z	p
			Ort.±SS	Median (Min.-Max.)		
Kadın	188	60.6	80.79±9.60	83 (46-103)	-5.574	0.000
Erkek	122	39.4	72.11±14.97	76 (18-96)		
Total	310	100	77.38±12.71	80 (18-103)		

Çalışmaya katılan bireylerin yaş grubuna göre dağılımı incelendiğinde; 80 yaş ve üzeri grupta olan birey sayısı 165(%53,2) olarak tespit edildi. 65-79 yaş aralığında olanların sayısı 104 (%33,5) ve 18-64 yaş aralığında olanların sayısı 41 (% 13,2) di. Çalışmaya katılan 18 yaş altında birey yoktu.

Çalışmaya katılan bireylerin 19' u (%6,1) bekâr, 153'ü (%49,4) dul ve 138' i (% 44,5) evli olarak bulundu.

Çalışmaya katılan bireylerin 164'ü (%52,9) emekli, 112' si (% 36,1) ev hanımı ve 34' ü (% 11) diğer mesleklere sahip olarak belirlendi.

Sosyal güvencesi sosyal sigortalar kurumu olanlar 132 kişi (%42,6) , emekli sandığı olanlar 93 (%30) ve bağkura bağlı olanlar 53 (%17,1) kişi tespit edildi.

Okuryazar olmayan bireylerin sayısı 32 (%10,3), okuryazar olanlar 55 (%17,7), ilkokul- ortaokul mezunu olanlar 165(%53,2) lise mezunu olanlar 51, üniversite mezunu olanlar 7 olarak belirlendi.

Çalışmaya katılan bireylerin gelir düzeyleri incelendiğinde en fazla bireyin bulunduğu grup 1000-2000 TL arasında gelir düzeyine sahip olan grup olduğu görüldü. Bu grup çalışmaya katılan bireylerin %65,2'si (n:202)' dir.

Çalışmaya katılan bireylerin ailelerinin gelir düzeyleri incelendiğinde 1000-2000 tl gelir düzeyine sahip grup yine çoğunlukta idi. Bireylerin %40,6'sı (n:126) bu gruptaydı.

Bakım veren kişilerin hasta ile olan yakınlık dereceleri incelendiğinde; % 52,3 (n:162) ile oğlu veya kızı tarafından bakım veren bireyler çoğunlukta tespit edildi.

Başka bir şehirden göç durumuna göre değerlendirilen bireylerin 107 (%34,5) si başka bir şehirden göç etmişti. 203 (%65,5) kişi için ise göç durumu söz konusu değildi.

Tablo 2: Çalışmaya katılan bireylerin demografik değişkenleri dağılımı

		n	%
Yaş	18-64	41	13.2
	65-79	104	33.5
	80-	165	53.2
Medeni durum	Bekar	19	6.1
	Dul	153	49.4
	Evli	138	44.5
Çalışma durumu	Çalışıyor	25	8.1
	Çalışmıyor	285	91.9
Çalışma durumu	Emekli	164	52.9
	Ev hanımı	112	36.1
	Diğer	34	11.0
Sosyal Güvence	BAĞ-KUR	53	17.1
	Emekli Sandığı	93	30.0
	SSK	132	42.6
	Diğer	32	10.3
Eğitim durumu	Okuryazar değil	32	10.3
	Okuryazar	55	17.7
	İlkokul	165	53.2
	Lise	51	16.5
	Üniversite	7	2.3
Gelir düzeyi	500 TL'den az	34	11.0
	500-1000 TL	48	15.5
	1000-2000 TL	202	65.2
	2000 TL'den fazla	26	8.4
Ailesinin gelir düzeyi	500 TL'den az	63	20.3
	500-1000 TL	38	12.3
	1000-2000 TL	126	40.6
	2000 TL'den fazla	83	26.8
Bakım veren	Aile dışı	58	18.7
	Oğlu-Kızı	162	52.3
	Eşi	66	21.3
	Diğer	24	7.7
Göç durumu	Var	107	34.5
	Yok	203	65.5
Toplam		310	100

Çalışmaya katılanların % 28,12'i serebrovasküler hastalık (SVH) nedeni ile evde sağlık hizmeti almaktadır. % 18,1'i malignite, % 17,1'i Alzheimer hastalığı, % 6,8'i senilite, % 5,2'si diyabetes mellitus, % 5,2'si kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) % 4,5 kadarı parkinson hastalığı nedeni ile evde sağlık hizmeti almaktadır. Bireylerin evde sağlık hizmeti almasına sebep olan diğer hastalık grupları ise Amyotrofik Lateral Skeleroz (ALS), astım, disk hernisi, fraktür, hipertansiyon (ht), kalp yetmezliği, kronik böbrek yetmezliği, siroz, morbid obezite, multipl skleroz (ms), serebral palsy, trafik kazalarıdır.

Tablo 3: Çalışmaya katılan bireylerin hastalıklara göre dağılımı

Tanı	n	%
Malignite	56	18.1
Als	2	0.6
Alzheimer	53	17.1
Astım	1	0.3
Senilite	21	6.8
Disk hernisi	1	0,3
DM	16	5.2
Fraktür	11	3.5
HT	12	3.9
Kalp yetmezliği	9	2.9
Kronik böbrek yetmezliği	5	1.6
Karaciğer sirozu	2	0.6
KOAH	16	5.2
Morbidobezite	4	1.3
Multipl skleroz	2	0.6
Parkinson	14	4.5
Serebralpalsy	4	1.3
SVH	87	28.1
Trafik kazası	4	1.3
Toplam	310	100

Tablo 4: Çalışmaya Katılan Bireylerin Katz-Barthel-Fonksiyonel bağımsızlık ölçeklerine göre bağımsızlık düzeyleri dağılımı

		n	%	Ort.±SS	Median (Min.-Max.)
Katz günlük yaşam aktivite ölçeği	Ciddi bağımlı	268	86.5	0.57±0.76	0 (0-2)
	Orta derece bağımlı	38	12.3	3.74±0.86	3 (3-5)
	Tam bağımsız	4	1.3	6±0	6 (6-6)

	Toplam	310	100.0	1.03±1.41	0 (0-6)
Barthel indeksi	Tam bağımlı	217	70.0	18.63±2.23	20 (15-20)
	İleri derece bağımlı	68	21.9	41.46±11.17	40 (15-60)
	Orta derece bağımlı	18	5.8	67.5±5.75	65 (60-80)
	Hafif derece bağımlı	3	1,0	90±0	90 (90-90)
	Tam bağımsız	4	1,3	100±0	100 (100-100)
	Toplam	310	100.0	28.22±18.14	20 (15-100)
Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği	18-54	250	80.6	30.07±11.71	28 (18-81)
	55-90	49	15.8	71.33±10.57	69 (55-90)
	91-126	11	3.5	111.27±14.04	116 (92-126)
	Toplam	310	100.0	39.47±23.46	32 (18-126)

Çalışmaya katılan bireylerin Katz aktivite ölçeğine göre bağımlılık düzeyleri değerlendirildiğinde; bireylerin % 86,5 kadarı ciddi bağımlı, %12,3' ü orta derece bağımlı, %1,3' ü tam bağımsızdır.

Çalışmaya katılan bireylerin Barthel indeksine göre bağımlılık düzeyleri incelendiğinde; % 70'i tam bağımlı, %21,9'u ileri derece bağımlı, 5,8 i orta derece bağımlı, % 1'i hafif derece bağımlı, %1,3' ü ise tam bağımsız olarak tespit edilmiştir.

Çalışmaya katılan bireylerin Fonksiyonel Bağımsızlık ölçeğine göre aldıkları puanlar değerlendirildiğinde; 18-54 puan alan 250 kişi, 55-90 puan alan 49 kişi, 91-126 puan alan 11 kişi vardır. Düşük puan alıp bağımlı olan grup çoğunluğu oluşturmaktadır.

Tablo 5: Çalışmaya katılan bireylerin cinsiyetlerine göre Katz günlük yaşam aktivite, Barthel indeksi ve Fonksiyonel bağımsızlık ölçeği puanları dağılımı

	Cinsiyet		Z	p
	Kadın	Erkek		
	Ort.±SS	Ort.±SS		
Katz Günlük Yaşam Aktivite Ölçeği	1.22±1.52	0.73±1.16	-2.922	0.003
Barthel İndeksi	30.17±19.67	25.2±15.08	-2.504	0.012
Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği	42.26±24.98	35.19±20.26	-2.614	0.009

Kadın olguların Katz günlük yaşam aktivite, Barthel İndeksi ve Fonksiyonel Bağımsızlık ölçek puanları, erkek olguların ölçek puanlarından istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu ($p<0,05$).

Tablo 6: Çalışmaya katılan bireylerin yaş gruplarına göre Katz günlük yaşam aktivite, Barthel indeksi ve Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği puanları dağılımı

	Yaş grup			X ²	p
	18-64	65-79	80-		
	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS		
Katz Günlük Yaşam Aktivite Ölçeği	1.02±1.71	1.18±1.35	0.93±1.37	4.781	0.092
Barthel puanı	30±23.56	29.22±16,8	27.14±17.46	2.556	0.279
Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği	40.51±29.49	40.21±21.54	38.75±23.07	1.073	0.585

Olguların yaş gruplarına göre Katz günlük yaşam aktivite, Barthel ve Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçek puanları dağılımı incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 7: Çalışmaya katılan bireylerin medeni durumlarına göre Katz günlük yaşam aktivite, Barthel indeksi ve Fonksiyonel bağımsızlık ölçeği puanları dağılımı

	Medeni durum			X ²	p
	Bekar	Dul	Evli		
	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS		
Katz Günlük Yaşam Aktivite Ölçeği	0.95±1.78	1.01±1.42	1.06±1.36	1.489	0.475
Barthel puanı	28.16±25.18	28.25±18.04	28.19±17.26	1.873	0.392
Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği	38.68±32.46	39.56±23.9	39.49±21.65	1.232	0.540

Olguların medeni durumlarına göre Katz günlük yaşam aktivite, Barthel ve Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçek puanları dağılımı incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 8: Çalışmaya katılan bireylerin çalışma durumlarına göre Katz günlük yaşam aktivite, Barthel indeksi ve Fonksiyonel bağımsızlık ölçeği puanları dağılımı

	Çalışma durumu		Z	p
	Çalışıyor	Çalışmıyor		
	Ort. ±SS	Ort. ±SS		
Katz Günlük Yaşam Aktivite Ölçeği	0.48±0.77	1.07±1.45	-1.834	0.067
Barthel puanı	23.6± 13.5	28.62±18.46	-1.332	0.183
Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği	32.96±17.96	40.05±23.82	-1.405	0.160

Olguların çalışma durumlarına göre Katz günlük yaşam aktivite, Barthel ve Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçek puanları dağılımı incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 9: Çalışmaya katılan bireylerin mesleklerine göre Katz günlük yaşam aktivite, Barthel indeksi ve Fonksiyonel bağımsızlık ölçeği puanları dağılımı

	Meslek			X ²	p
	Emekli	Ev hanımı	Diğer		
	Ort.±SS	Ort. ±SS	Ort. ±SS		
Katz Günlük Yaşam Aktivite Ölçeği	1.25±1.52	0.81±1.26	0.65±1.15	9.297	0.010
Barthel puanı	29.86±19.21	26.38±16.15	26.32± 18.8	4.036	0.133
Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği	41.84±24.28	36.96±21.64	36.35±24.61	4.879	0.087

Olguların mesleklerine göre Katz günlük yaşam aktivite, Barthel ve Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçek puanları dağılımı incelendiğinde;

Katz günlük yaşam aktivite puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını bulmak için yapılan Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U analizinde;

Emekli olguların Katz günlük yaşam aktivite puanları ev hanımı olguların Katz günlük yaşam aktivite puanlarından istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu ($p<0,0167$).

Barthel ve Fonksiyonel Bağımsızlık ölçek puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 10: Çalışmaya katılan bireylerin sosyal güvencelerine göre Katz günlük yaşam aktivite, Barthel indeksi ve Fonksiyonel bağımsızlık ölçeği puanları dağılımı

	Sosyal Güvence				X ²	p
	Bağkur	Emekli Sandığı	SSK	Diğer		
	Ort. ±SS	Ort. ±SS	Ort. ±SS	Ort. ±SS		
Katz Günlük Yaşam Aktivite Ölçeği	1.02±1.51	1.24±1.54	0.73±1	1.63±2	6.527	0.089
Barthel puanı	28.96±19.96	30.31±19.36	24.19±12.47	37.5±25.9	10.525	0.015
Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği	40.7±25.62	42.68±25.32	34.61±17.24	48.19±31.81	6.030	0.110

Olguların sosyal güvencelerine göre Katz günlük yaşam aktivite, Barthel ve Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçek puanları dağılımı incelendiğinde;

Barthel ölçek puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını bulmak için yapılan Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U analizinde;

Emekli Sandığı mensubu olguların Bathel ölçek puanları, SSK mensubu olguların Barthel ölçek puanlarından istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu ($p<0,0083$).

Katz günlük yaşam aktivite ve Fonksiyonel Bağımsızlık ölçek puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 11: Çalışmaya katılan bireylerin eğitim durumlarına göre Katz günlük yaşam aktivite, Barthel indeksi ve Fonksiyonel bağımsızlık ölçeği puanları dağılımı

	Eğitim durumu					X ²	p
	Okuryazar değil	Okuryazar	İlkokul	Lise	Üniversite		
	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS		
Katz Günlük Yaşam Aktivite Ölçeği	1.25±1.41	1.02±1.6	1.09±1.39	0.61±1.11	1.57±1.9	8.265	0.082
Barthel puanı	29.63±20.94	29.73±22.55	28.42±16.71	24.31±14.97	33.57±20.15	3.980	0.409
Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği	43.75±25.55	39.95±29.14	39.8±22.05	34.82±19.7	42.43±22.34	3.849	0.427

Olguların eğitim durumlarına göre Katz günlük yaşam aktivite, Barthel ve Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçek puanları dağılımı incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 12: Çalışmaya katılan bireylerin gelir düzeylerine göre Katz günlük yaşam aktivite, Barthel ve Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçek puanları dağılımı

	Gelir düzeyi				X ²	p
	500 TL'den az	500-1000 TL	1000-2000 TL	2000 TL'den fazla		
	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS		
Katz Günlük Yaşam Aktivite Ölçeği	1.21±1.43	1.54±1.9	0.91±1.28	0.73±1.12	4.457	0.216
Barthel puanı	32±21.15	34.79±25.83	26.5±15.39	24.42±13.37	3.133	0.372
Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği	42.53±25.7	45.9±32.61	37.96±20.55	35.38±20.13	1.284	0.733

Olguların gelir düzeylerine göre Katz günlük yaşam aktivite, Barthel ve Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçek puanları dağılımı incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 13: Çalışmaya katılan bireylerin ailelerinin gelir düzeylerine göre Katz günlük yaşam aktivite, Barthel İndeksi ve Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçek puanları dağılımı

	Ailesinin gelir düzeyi				X ²	p
	500 TL'den	500-1000	1000-2000	2000 TL'den		

	az	TL	TL	fazla		
	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS		
Katz Günlük Yaşam Aktivite Ölçeği	0.83±1.21	1.05±1.51	1.18±1.54	0.93±1.3	1.606	0.658
Barthel puanı	26.1±17.34	31.58±21.56	29.98±19.3	25.6±14.66	4.207	0.240
Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği	37.98±21.37	40.89±27.63	41.61±24.61	36.71±21.04	1.706	0.636

Olguların ailelerinin gelir düzeylerine göre Katz günlük yaşam aktivite, Barthel ve Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçek puanları dağılımı incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 14: Çalışmaya katılan bireylerin bakım verenlerine göre Katz günlük yaşam aktivite, Barthel İndeksi ve Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçek puanları dağılımı

	Bakım veren				X ²	p
	Aile dışı	Oğlu-Kızı	Eşi	Diğer		
	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS		
Katz Günlük Yaşam Aktivite Ölçeği	0.83±1.33	1.07±1.47	1.12±1.42	0.96±1.2	2.151	0.542
Barthel puanı	25.86±15.98	29.44±19.53	28.53±17.44	24.79±14.85	2.831	0.419
Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği	35.55±21.07	41.41±24.53	38.94±22.98	37.38±22.73	3.140	0.371

Olguların bakım verenlerine göre Katz günlük yaşam aktivite, Barthel ve Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçek puanları dağılımı incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 15: Çalışmaya katılan bireylerin göç durumlarına göre Katz günlük yaşam aktivite, Barthel İndeksi ve Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçek puanları dağılımı

	Göç durumu		Z	p
	Var	Yok		
	Ort.±SS	Ort.±SS		
Katz Günlük Yaşam Aktivite Ölçeği	0.97±1.44	1.05±1.4	-0.906	0.365
Barthel puanı	28.62±18.49	28±18	-0.125	0.900
Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği	39.79±24.01	39.31±23.22	-0.068	0.946

Olguların göç durumlarına göre Katz günlük yaşam aktivite, Barthel ve Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçek puanları dağılımı incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 16: Çalışmaya katılan bireylerin tanularına göre Katz Günlük Yaşam Aktivite Ölçeği puanları dağılımı

	Tanı				Z	p
	Var		Yok			
	Ort.±SS	Median (Min.-Max.)	Ort.±SS	Median (Min.-Max.)		
Malignite	1.41±1.41	1 (0-5)	0.94±1.4	0 (0-6)	-2.763	0.006
Als	1±0	1 (1-1)	1.03±1.42	0 (0-6)	-0.635	0.525
Alzheimer	0.7±1.31	0 (0-6)	1.09±1.42	1 (0-6)	-2.267	0.023
Astım	4±	4 (4-4)	1.02±1.4	0 (0-6)	-1.660	0.097
Senilite	0.95±1.63	0 (0-6)	1.03±1.4	0 (0-6)	-0.481	0.630
Disk hernisi	2±	2 (2-2)	1.02±1.41	0 (0-6)	-1.103	0.270
DM	1.44±1.46	1.5 (0-5)	1±1.41	0 (0-6)	-1.463	0.144
Fraktür	1.64±1.36	2 (0-5)	1±1.41	0 (0-6)	-2.087	0.037
HT	2±1.76	2 (0-5)	0.99±1.39	0 (0-6)	-2.351	0.019
Kalp yetmezliği	1.56±1.94	1 (0-6)	1.01±1.39	0 (0-6)	-1.035	0.301
Kronik böbrek yetmezliği	1.2±1.3	1 (0-3)	1.02±1.42	0 (0-6)	-0.551	0.582
Karaciğer sirozu	3.5±2.12	3.5 (2-5)	1.01±1.4	0 (0-6)	-2.034	0.042
KOAH	1.75±1.81	1 (0-5)	0.99±1.38	0 (0-6)	-2.065	0.039
Morbid obezite	1.5±1.29	1.5 (0-3)	1.02±1.41	0 (0-6)	-1.071	0.284
Multipl skleroz	1.5±2.12	1.5 (0-3)	1.02±1.41	0 (0-6)	-0.412	0.680
Parkinson	0.71±1.64	0 (0-6)	1.04±1.4	0 (0-6)	-1.429	0.153
Serebral palsy	0±0	0 (0-0)	1.04±1.42	0 (0-6)	-1.826	0.068
SVH	0.59±0.97	0 (0-4)	1.2±1.52	1 (0-6)	-3.457	0.001
Trafik kazası	0.5±1	0 (0-2)	1.03±1.42	0 (0-6)	-0.816	0.415

Olguların tanularına göre Katz günlük yaşam aktivite ölçek puanları dağılımı incelendiğinde;

Malignite, Alzheimer, fraktür, ht, karaciğer sirozu, KOAH ve SVH varlığı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$).

Diğer değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 17: Çalışmaya katılan bireylerin tanularına göre Barthel Ölçeği puanları dağılımı

	Tanı				Z	p
	Var		Yok			
	Ort.±SS	Median (Min.-Max.)	Ort.±SS	Median (Min.-Max.)		
Malignite	33.3±18.91	20 (15-80)	27.09±17.81	20 (15-100)	-2.577	0.010
Als	35±21.21	35 (20-50)	28.17±18.15	20 (15-100)	-0.849	0.396
Alzheimer	23.11±14.18	20 (15-90)	29.27±18.7	20 (15-100)	-2.988	0.003
Astım	65±	65 (65-65)	28.1±18.05	20 (15-100)	-1.651	0.099

Senilite	26.43±19.88	20 (15-90)	28.35±18.04	20 (15-100)	-0.390	0.696
Disk hernisi	45±	45 (45-45)	28.16±18.14	20 (15-100)	-1.295	0.195
DM	31.25±22.1	20 (20-100)	28.05±17.93	20 (15-100)	-1.448	0.148
Fraktür	33.64±14.51	35 (20-60)	28.02±18.25	20 (15-100)	-2.009	0.045
HT	40±30.97	22.5 (20-100)	27.74±17.35	20 (15-100)	-2.079	0.038
Kalp yetmezliği	37.78±28.52	20 (20-100)	27.93±17.73	20 (15-100)	-1.561	0.119
Kronik böbrek yetmezliği	30±18.71	20 (15-55)	28.19±18.16	20 (15-100)	-0.212	0.832
Karaciğer sirozu	70±42.43	70 (40-100)	27.94±17.72	20 (15-100)	-2.116	0.034
KOAH	33.75±19.96	20 (15-75)	27.91±18.03	20 (15-100)	-1.661	0.097
Morbid obezite	28.5±12.87	29.5 (15-40)	28.21±18.21	20 (15-100)	-0.251	0.802
Multipl skleroz	20±0	20 (20-20)	28.27±18.19	20 (15-100)	-0.256	0.798
Parkinson	25±19.71	20 (15-90)	28.37±18.09	20 (15-100)	-1.236	0.217
Serebral palsi	16.25±2.5	15 (15-20)	28.37±18.21	20 (15-100)	-2.361	0.018
SVH	24.29±13.11	20 (15-65)	29.75±19.57	20 (15-100)	-2.038	0.042
Trafik kazası	20±7.07	17.5 (15-30)	28.32±18.22	20 (15-100)	-1.165	0.244

Olguların tanılarına göre Barthel ölçek puanları dağılımı incelendiğinde; Malignite, Alzheimer, fraktür, HT, karaciğer sirozu, serebral palsi ve SVH varlığı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Diğer değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 18: Çalışmaya katılan bireylerin tanılarına göre Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği puanları dağılımı

	Tanı				Z	p
	Var		Yok			
	Ort.±SS	Median (Min.-Max.)	Ort.±SS	Median (Min.-Max.)		
Malignite	44.07±23.3	39 (18-93)	38.46±23.41	31 (18-126)	-1.847	0.065
Als	50.5±26.16	50.5 (32-69)	39.4±23.47	32 (18-126)	-0.926	0.355
Alzheimer	31.57±20.79	22 (18-119)	41.11±23.68	35 (18-126)	-3.490	0.000
Astım	80±	80 (80-80)	39.34±23.38	32 (18-126)	-1.425	0.154
Senilite	39.86±24.45	36 (18-116)	39.45±23.43	32 (18-126)	-0.470	0.639
Disk hernisi	71±	71 (71-71)	39.37±23.43	32 (18-126)	-1.358	0.175
DM	46.31±26.17	44 (18-126)	39.1±23.29	32 (18-126)	-1.556	0.120
Fraktür	48.64±22.17	48 (20-92)	39.14±23.47	32 (18-126)	-1.812	0.070

HT	55.33±36.61	48 (18-126)	38.84±22.63	32 (18-126)	-1.751	0.080
Kalp yetmezliği	51.67±28.99	48 (18-117)	39.11±23.23	32 (18-126)	-1.639	0.101
Kronik böbrek yetmezliği	45±28.76	40 (18-81)	39.38±23.41	32 (18-126)	-0.202	0.840
Karaciğer sirozu	90.5±50.2	90.5 (55-126)	39.14±22.99	32 (18-126)	-1.967	0.049
KOAH	49.13±22.45	45 (18-90)	38.95±23.43	31.5 (18-126)	-2.178	0.029
Morbid obezite	43.25±17.08	50 (18-55)	39.42±23.54	32 (18-126)	-0.685	0.493
Multipl skleroz	34.5±14.85	34.5 (24-45)	39.51±23.51	32 (18-126)	-0.044	0.965
Parkinson	34.5±27.07	27 (18-116)	39.71±23.3	33 (18-126)	-1.452	0.146
Serebral palsi	19.5±1,91	19 (18-22)	39.74±23,5	32.5 (18-126)	-2.263	0.024
SVH	34.62±18.35	29 (18-92)	41.37±24.95	34 (18-126)	-1.815	0.069
Trafik kazası	26.25±12.82	21 (18-45)	39.65±23.53	32 (18-126)	-1.373	0.170

Olguların tanılarına göre Fonksiyonel Bağımsızlık ölçek puanları dağılımları incelendiğinde;

Alzheimer, karaciğer sirozu, KOAH ve serebral palsi varlığı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$).

Diğer değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

5. TARTIŞMA

Bu çalışmaya katılan kadınların sayısı erkeklere göre daha fazla bulunmuştur. Literatür tarandığında cinsiyet dağılım oranları açısından yapılan bu çalışma ile uyumlu olduğu görüldü. Akdemir-Yörük ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada % 68,7 ile ve Önder ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada % 59,6 ile çoğunluğu yine kadınlar oluşturmaktaydı (46,47,48). TUIK den elde edilen sonuçlara göre de kadınlar erkeklere göre daha uzun yaşamaktadır ve beklenen yaşam süreleri kadınların erkeklere oranla 5,4 sene kadar daha fazladır. TUIK verilerine göre 65 yaş ve üstü yaş gruptaki bireylerin yani yaşlıların % 56 sını kadınlar oluşturmaktadır (49). Bayan sayısının toplumda daha çoğunlukta olması ve yaşam sürelerinin erkeklere nazaran daha fazla olması nedeni ile çalışmamızda kadınların sayısı daha fazla saptanmış olabilir. Danimarka’ da evde sağlık hizmeti alan hastalarla yapılan çalışmada da aynı şekilde kadın cinsiyet oranı % 74 ile daha fazla olduğu görüldü (50).

Çalışmaya katılan bireylerin yaş grubuna göre dağılımı incelendiğinde; 80 yaş ve üzeri grupta olan birey sayısı 165 olarak belirlendi. 65-79 yaş aralığında olanların sayısı 104 ve 18-64 yaş aralığında olanların sayısı 41’di. Çalışmaya katılan 18 yaş altında birey yoktu. Bireylerin çoğunluğunu 65 yaş ve üzeri grup oluşturmaktaydı ve yaş ortalamaları da 77.38 ± 12.71 olarak tespit edildi. Işık ve arkadaşlarının birlikte yaptığı çalışmada bireylerin yaş ortalamaları 67.76 ± 20.95 , Yörük ve arkadaşlarının birlikte yaptığı çalışmada bireylerin yaş ortalamaları 80.09 ± 7.35 , Uzan ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada bireylerin yaş ortalamaları 77.1 ± 15.6 ’dır (6,47,51). Yapılan çalışmalar tarandığında yaş ortalamaları bu çalışma ile uyumlu şekilde 65 yaş ve üzeri bulundu. Karaman ve arkadaşlarının birlikte gerçekleştirdiği çalışmada % 88.1’ i, Akdemir ve arkadaşlarının birlikte gerçekleştirdiği çalışmada ise % 60.5 i 65 yaş ve üzeri yaş grubunda tespit edilmişti (46,52). Bu çalışmada da benzer şekilde 65 yaş ve üzeri bireylerin oranı % 86,7 şeklinde sonuçlandı.

Çalışmada katılan bireylerin % 6.1’i bekar, % 49.4’ü dul ve % 44.5’i evli olarak tespit edildi. Çatak ve arkadaşlarının Burdur’ da yaptığı çalışmada da % 53.7 sinin eşi ölmüş olarak saptanmıştır (8). Bilir ve arkadaşlarının çalışmasında eşi ölen hastaların oranı %23.1, Keskinoglu’nun çalışmasında ise eşi ölen hastaların oranı %34.3 olarak belirlenmiştir (53,54). Çatak ve arkadaşlarının yaptığı çalışma ve bu

çalışma uyumlu olarak evde sağlık hizmetine kayıtlı olan hastaların neredeyse yarısının eşinin öldüğünü saptamıştır.

Çalışmada okuryazar olmayan bireylerin oranı % 10,3' tür. Çatak ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada evde sağlık hizmeti alan yaşlılarda okuryazar olmayanların oranı %53'tür (8). Karatay'ın Kars, Keskinoglu'nun İzmir'de yaptığı çalışmalarda okuryazar olmayan yaşlı düzeyleri %63.4 ve %55.9 oranı ile bu çalışmaya oranla oldukça yüksektir. Çatak'ın Burdur, Bilir'in Ankara, Ulusel' in İzmir, Ünsal'ın Kırşehir'de genel yaşlı popülasyonla yaptığı çalışmalardan okuryazar olmayanlar %14.7 ile %31.6 arasında değişmektedir ve bu çalışma ile daha uyumlu bulgular ortaya çıkmıştır (53,54,55,56,57).

Çalışmaya katılanların % 28.1 i serebrovasküler hastalık nedeni ile evde sağlık hizmeti almaktadır. % 18.1 i malignite, % 17.1 i alzheimer hastalığı, % 6.8 i senilite, % 5.2' si diyabetes mellitus, % 5.2'si kronik obstrüktif akciğer hastalığı, % 4.5 kadarı parkinson hastalığı nedeni ile evde sağlık hizmeti almaktadır. Bireylerin evde sağlık hizmeti almasına sebep olan diğer hastalık grupları ise als, astım, disk hernisi, fraktür, ht, kalp yetmezliği, kronik böbrek yetmezliği , siroz, morbid obezite, multipl skleroz, serebral palsi, trafik kazalarıdır. Çubukçu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada benzer şekilde ilk sırayı serebrovasküler hastalıklar almıştır; ikinci sıklıkta görülen hipertansiyondur (58). Çatak ve arkadaşlarının birlikte yaptığı çalışmada ilk sırada % 48 oranı ile hipertansiyon, ikinci sıklıkta % 39.8 oranı ile inme olduğu görüldü (8). Işık ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada % 27 oranı ile kırıklar ilk sırada, % 18.8 ile hipertansiyon ilk sıradaydı (6). Yörük ve arkadaşlarının Balıkesir' de 65 yaş ve üstü bireylerde gerçekleştirdiği çalışmada evde sağlık hizmeti almasına neden olan en sık hastalıklar kardiyovasküler hastalıklar ve hemipleji olarak tespit edilmiştir (47). Japonya'da gerçekleştirilen bir çalışmada bu nedenler arasında ilk sırada %29.6 ile hipertansiyon, %21.4 ile serebro vasküler hastalıklar yer alır (59). Bu çalışmada evde sağlık hizmetleri birimine kayıtlı hastaların hastalıkları arasında en sık görülenler svh, malignite, alzheimer olması yaşla birlikte bu hastalıkların görülme sıklığının artması ile açıklanabilir. Aynı şekilde yaşlılık döneminde hipertansiyon, diyabetes mellitus gibi hastalıkların da sık görülmesi svh görülme riskini arttırarak etki eder. Çoğu malignite için de yaşlılık risk faktörlerinden biridir.

Çalışmaya katılan bireylerin Katz aktivite ölçeğine göre bağımlılık düzeyleri değerlendirildiğinde; bireylerin % 86,5 kadarı ciddi bağımlı, %12,3' ü orta derece bağımlı, %1,3' ü tam bağımsızdır.

Çalışmaya katılan bireylerin Barthel indeksine göre bağımlılık düzeyleri incelendiğinde; % 70 i tam bağımlı, %21,9'u ileri derece bağımlı, 5,8 i orta derece bağımlı, % 1' i hafif derece bağımlı, %1,3' ü ise tam bağımsız olarak tespit edilmiştir.

Çalışmaya katılan bireylerin Fonksiyonel Bağımsızlık ölçeğine göre aldıkları puanlar değerlendirildiğine; 18-54 puan alanların oranı % 80,6, 55-90 puan alan %15,8, 91-126 puan alan %3,5 kişi vardır. Düşük puan alıp bağımlı olan grup çoğunluğu oluşturmaktadır.

Yapılan 3 anket sonuçları da değerlendirildiğinde evde sağlık hizmetinden yararlanan hastaların büyük çoğunluğu günlük yaşam aktivitelerini yaparken tam bağımlıdır ve bakıma muhtaçtır. Söğüt ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yatağa tam bağımlı hasta oranı % 52,4 Uzan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada % 41 olarak tespit edilmiştir (51-60). Korkmaz ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği çalışmada ise bu oran % 42,4 tür (61).

6.SONUÇ

Evde sağlık hizmeti alan hastaların çoğunluğunu kadın hastalar oluşturmaktadır. Bu kadınlarda yaşam sũresinin fazla olması ve bu sebeple kronik hastalık gũrũlme sıklığının artışı ile ilişkili olabilir.

Evde sağlık hizmeti alan hastaların bũyũk bir çoğunluğu gũnlũk yaşam aktivitelerini gerçekteştirirken yardıma muhtaçtır ve başkalarına tam bağımlı olarak hayatlarını sũrdũrmektedir. Hastaların başkalarına bağımlı olmalarına neden olan hastalıkların başında serebrovaskũler hastalıklar, malignite ve alzheimer gelmektedir. Diyabet, hipertansiyon, koah bağımlı olmalarına neden olan diğer kronik hastalıklardır.

Evde sağlık hizmeti alan hastaların profilleri incelendiğinde hizmetten yararlananların çoğunluğu 65 yaş ve uestũ gruptadır.

Evde sağlık hizmetlerinden yararlanan hastaların çoğunluğunu yaşlı grupta ve serebrovaskũler hastalık, malignite, alzheimer gibi yaşam kalitesini ciddi derecede etkileyen hastalıklara sahip hastaların oluşturması nedeni ile evde sağlık hizmeti ozellikli hizmet kapsamına girer. Bu alanda verilen hizmetin çeşitlendirilmesi ve planlanmasının doğru ve hastaların tũm ihtiyaçlarını giderecek şekilde çok kapsamlı şekilde yapılması hastaların yaşam kalitesini doğrudan arttırır.

Aile hekimleri serebrovaskũler hastalık, malignite, alzheimer, hipertansiyon , diyabet gibi hastalıklarda geniş bilgi birikimine sahip olmalıdır. Yapılan periyodik izlemlerde riskleri, riskli grupları belirlemeleri, gerekli koruyucu faktũrleri uygulamaya koymalı, erken tanı ve tedavi ile hastaların gũnlũk yaşam aktivitelerinde bağımlı olmalarına izin vermeden gerekli durumlarda diğer uzmanlara yũnlendirmelidir. Farklı sebeplerden bağımsız bir şekilde hayatlarına devam edemeyen hastalara da kendi bilgi ve deneyimi ile gerekli mũdahaleyi yapıp, rehabilitasyon hizmetleri için de ilgili birimlerden destek alıp hastanın bağımsızlık dũzeyini arttırmayı hedeflemelidir.

7. ÖZET

Amaç: Artan kronik hastalıklar, bireylerin beklenen yaşam süresinin uzaması ve değişen yaşam koşulları evde bakıma ihtiyacın daha da artmasına ve önem kazanmasına neden olmuştur. Bu çalışmada bir eğitim araştırma hastanesinin evde sağlık hizmetleri biriminde, hizmet kapsamına alınan hastaların günlük yaşam aktivite düzeylerine göre bağımlılık derecelerinin belirlenmesi, bağımlılığa yol açan sağlık sorunlarının tespit edilerek çözümleriyle ilgili öneriler sunulması amaçlanmıştır.

Yöntem: Prospektif tipte düzenlenen bu gözlemsel, tanımlayıcı, kesitsel çalışma Eylül, Ekim, Kasım 2018 tarihleri arasında İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Birimi'nde hizmet alan, çalışmaya dahil olma kriterlerini karşılayan 310 kişiyle yapılmıştır. Çalışmaya katılan bireylere sosyodemografik veri anketi, Katz günlük yaşam aktivite ölçeği, Barthel günlük yaşam aktivite indeksi ve Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği anketleri uygulanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya toplam 310 kişi dahil edilmiştir. Çalışmaya katılan bireylerin %60,6 (n=188)' sının kadın olduğu, yaş grupları dağılımı açısından 65 yaş ve üstü bireylerin oranının %86,7 (n=269) olduğu, %49,4 (n=153)'ünün eşinin öldüğü, ilkökul-ortaöğretim düzeyi eğitim görenlerin % 53,2 (n=165) oranında olduğu tespit edilmiştir. Hastalara bakım veren kişilerin çoğunluğu % 52,3 (n=162) oranı ile kızı veya oğlu olup aile içinden olan kişilerdir. Hastaların evde sağlık hizmeti almasına neden olan hastalıkların başında %28,1 (n=87) oranı ile serebrovasküler hastalık gelmektedir. Hastaların günlük aktivite düzeylerini ölçmek için yapılan Katz günlük yaşam aktivite ölçeğine göre %86,5 (n=268) kadarı ciddi bağımlıdır. Barthel indeksine göre %70 (n=217)'i tam bağımlıdır. Fonksiyonel bağımsızlık indeksine göre en düşük puan alıp ciddi bağımlı olanların oran %80,6 (n=250)'dir.

Sonuç: Özellikle gruplara hizmet veren evde sağlık hizmetleri biriminden sorumlu hekim veya aile hekimi, periyodik izlemlerinde bu hastalıklar açısından riskli grupları belirlemeli, hastalıklar ortaya çıkmadan önlem almalı ve kaçınılmaz şekilde

hasta yatağa bağımlı duruma geldiğinde ise gerekli tanı ve tedavi planı ile ilgili birimlerle koordinasyonu sağlamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Evde bakım, evde sağlık hizmetleri, günlük yaşam aktiviteleri



8. ABSTRACT

Objective: Increased chronic diseases, prolonged life expectancy of individuals and changing living conditions causes increase need for home care services and its importancy. In this study, it was aimed to determine dependency levels of daily life activities of patient, the health problems causing addiction to another person and to offer suggestions about solutions of problems of patients who were included in the home health care services unit in an educational research hospital

Material and Method: This prospective observational descriptive and cross-sectional study was performed between September, October and November 2018 with 310 people who met the criteria of being included in the study.

Sociodemographic data questionnaire, Katz daily living activity scale, Barthel daily living activity index and Functional Independency Scale questionnaires were applied to the participants.

Results: A total of 310 people were included in the study. 60.6% (n = 188) of the participants were female, and in terms of age group distribution 86.7% (n = 269) of the patients aged 65 years and older, and 49.4% (n = 153) of those suffered from death of their partner and 53.2% (n = 165) of those had primary and secondary education. The majority of the caregivers were 52.3% (n = 162) and caregiver person was their daughter or son of them. There are many diseases that cause people to take home health care service. Among this diseases cerebrovascular disease was the first line with a rate of 28.1% (n = 87) in this study. According to Katz Daily Living Activity Scale 86.5% (n = 268) of the participants were significantly dependent on their Daily activity. According to the Barthel index, 70% (n = 217) of participant was fully dependent. According to the functional independency index, the ratio of the seriously dependent participant who taken the lowest score was 80.6% (n = 250).

Conclusion: In the periodic follow-ups the physician or family physician whose responsible from the home health care services unit that serves the special groups under risk in terms of diseases should identify the risk, take measures of control without appearance of emergency state of diseases and ensure coordination with the units related to the diagnosis and treatment plan before the patient becomes

dependent on the bed inevitably.

Keywords: Home care, home health services, daily living activities



9.KAYNAKLAR

1. Öngel K, Enginyurt Ö. Evde bakım hizmeti kapsamındaki hastaların sosyodemografik özellikleri ve tıbbi durumları. Smyrna Tıp Dergisi 2012;2(1):45-8.
2. Bilge U, Elçioğlu Ö, Ünalacak M, Ünlüoğlu M. Türkiye’de Yaşlı Evde Bakım Hizmetleri. Euras J Fam Med 2014;3(1):1-8.
3. Ardahan M, Arabacı Z. Evde Bakımda Sosyal Politikalar ve Evde Bakım Hemşireliği. Sted 2017;26(1):38-43.
4. Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik (İnternet). Resmi gazete tarihi: 10.03.2005, sayı: 25751. Erişim tarihi: 12.10.2018<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2005/03/20050310-5.htm>
5. Ünlüoğlu İ, Saatçi E. Aile Hekimliğinde Evde Bakım. 1. Baskı,2015.
6. Altuntaş M, Yılmaz TT, Güçlü YA, Öngel K. Evde Sağlık Hizmetleri ve Günümüzde Uygulama Şekilleri. Tepecik Eğit Hast Derg 2010;20(3):154-8.
7. Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge (İnternet),2010. Erişim Tarihi:12.10.2018 <https://www.saglik.gov.tr/>
8. Çatak B, Kılınç SA, Badıllıoğlu O, Sütü S, Sofuoğlu AE, Aslan D. Burdur’da Evde Sağlık Hizmeti Alan Yaşlı Hastaların Profili ve Verilen Evde Sağlık Hizmetleri. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi 2012;10(1):13-21
9. Yılmaz M, Sametoğlu F, Akmeşe G, Tak A, Yağbasan B, Gökçay S, Sağlam M, Doğanyılmaz D, Erdem S. Sağlık Hizmetinin Alternatif Bir Sunum Şekli Olarak Evde Hasta Bakımı. İstanbul Tıp Dergisi2010;11(3):125-32.
10. Evde Bakım Hizmetleri ile İlgili Sağlık,Emek ve Meslek Örgütlerinin Görüş Ve Yaklaşımları.Türk Tabipler Birliği Yayınları (İnternet). 2015, Erişim tarihi: 12.10.2018.
11. "Home WHO - Based Long-Term Care" WHO Technical Report Series 898, Geneva 2000.

12. Oğlak S.Uzun Süreli Evde Bakım Hizmetleri ve Bakım Sigortası. Turkish Journal of Geriatrics2007;10(2):100-8.
13. Çayır Y. Birinci Basamakta Evde Sağlık Hizmetleri: Neler Yapabiliriz? Dicle Tıp Dergisi2013;40(2):340-4.
14. Yılmaz M, Sametoğlu F, Akmeşe G, Tak A, Yağbasan B, Gökçay S, Sağlam M, Doğanyılmaz D, Erdem S. Sağlık Hizmetinin Alternatif Bir Sunum Şekli Olarak Evde Hasta Bakımı. İstanbul Tıp Dergisi2010;11(3):125-32.
15. Annual Report; Medical management of the home care patient/American Medical Association-American Academy of Home Care Physicians, 2005.
16. Çayır Y, Işık M. Terminal Dönem Kanser Hastalarında Evde Sağlık Hizmetleri. Smyrna Tıp Dergisi2012;2(1):87-9.
17. Işık O, Kandemir A, Erişen MA, Fidan C. Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Profili ve Sunulan Hizmetin Değerlendirilmesi, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi 2016;19(2):171-86.
18. Erginöz SG.İlk Çağlarda Akdeniz Havzasında ve Anadolu’da Doğum ve Doğum Yardımı. Düşünen Siyaset 2002;16:148-60.
19. Cimete G. Birinci Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı, Marmara Üniversitesi, İstanbul, 1998;1-41.
20. Çoban M, Esatoğlu AE.Evde Sağlık Hizmetlerine Genel Bir Bakış. Klinik Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi 2004;(12):109-20.
21. Genet N, Boerma W, KronemanM, HutchinsonA, Saltman RB. Home CareAcrossEurope: CurrentStructureandFutureChallanges.WorldHealthOrganization, 2012.
22. American MedicalAssociation – American Academy of Home Care Physicians.Medical Management of the Home Care Patient; Guidelinesfor Physicians. 2007;1-5.

23. Yücel D, Ünal PC.Sağlık Bakanlığı Evde Bakım / Sağlık Hizmetleri Sunumu Mevzuatında Güncel Durum. Turkish Family Physician 2015;6(2):87-95.
24. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/02/20150227-14.htm> adresinden 2.10.2018 tarihinde erişilmiştir
25. Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality-of-life outcomes. New England Journal of Medicine 1996;334(13):835-40.
26. Eser E.Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin kavramsal temelleri ve ölçümü. Sağlıkta Birikim Dergisi 2006; 5(1) :5-6
27. Atasever A, Edinç E, KOAH'da Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2003;51(4):446-55.
28. Aydemir Ö. Sağlıkta yaşam kalitesinin klinik uygulamalarda kullanımı. Sağlıkta Birikim Dergisi. 2006, 1. 9-13
29. Şenol Y, Türkay M. Yaşam kalitesi ölçütlerinde taraf tutma: Cevap kayması.TAF Preventive Medicine Bulletin 2006;5(5): 382-389
30. Kankaya H, Karadakovan A.Yaşlı Bireylerde Günlük Yaşam Aktivite Düzeylerinin Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumuna Etkisi. Gümüşhane Üniversite Sağlık Birimleri Dergisi, 2017;6(4):21-29
31. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, et al. Studies of illness in the aged. The index of adl: A standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA 1963;185:914-9.
32. Arik G, Varan HD, Yavuz BB, et al. Validation of Katz index of independence in activities of daily living in Turkish older adults. Arch Gerontol Geriatr 2015;61:344-50.
33. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: The Barthel Index. Md State Med J 1965;14:61-5.

34. Kucukdeveci AA, Yavuzer G, Tennant A, et al. Adaptation of the modified Barthel Index for use in Turkey. Scand J Rehabil Med 2001;15:311-319.
35. Keith RA, Granger CV, Hamilton BB, et al. The functional independence measure: a new tool for rehabilitation. Adv Clin Rehabil 1987;1:6-18.
36. Kucukdeveci AA, Yavuzer G, Elhan AH, et al. Adaptation of the Functional Independence Measure for use in Turkey. Clin Rehabil 2001;15:311-9.
37. Bahar A, Parlar S. Yaşlılık ve Evde Bakım. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2007;2(4):33-39
38. Geriatri ve Evde Hasta Bakımı, TC.MEB, Ankara, 2013.
39. Baran E, Özvarış ŞB. Yaşlılık döneminde sağlığın geliştirilmesi. In: Aslan D, Ertem M, eds. Yaşlı Sağlığı: Sorunlar ve Çözümler. 1st ed. Ankara: Palme Yayıncılık. 2012;25-30.
40. Aktaş D, Şahin E, Terzioğlu F. Kadın Sağlığı Açısından Yaşlılık ve Yaşam Kalitesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2013;16:1.
41. Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik. Kurum ve Kuruluş Yönetmeliği (Özürlüler İdaresi Başkanlığı) Resmi Gazete Tarihi: 16.07.2006 Sayısı: 26230
42. Başar P, Yorulmaz F. Özürlülük Epidemiyolojisi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 1995;12(1.2.3):319-26.
43. EURACT. The European Definition of General Practice/Family Medicine. Short Version. Leuven: European Academy of Teachers in General Practice, EURACT; 2005;6.
44. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik, 2015.
45. Dikici MF, Kartal M, Alptekin S, Çubukçu M, Ayanoglu AS, Yariş F. Aile Hekimliğinde Kavramlar, Görev Tanımı ve Disiplininin Tarihiçesi. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2007;27:412-8.

46. Akdemir N, Bostanoğlu H, Yurtsever S, Kutlutürkan S, Kapucu S, Özer ZC.Yatağa Bağımlı Hastaların Evde Yaşadıkları Sağlık Sorunlarına Yönelik Evde Bakım Hizmeti Gereksinimleri. Dicle Tıp Dergisi 2011;28(1):57-65.
47. Yörük S, Çalışkan T, Gündoğdu H. Balıkesir Devlet Hastanesi Evde Bakım Hizmetleri Biriminden Hizmet Alan 65 Yaş ve Üzeri Bireylerin Bakım Alma Nedenleri ve Sağlanan Hizmetlerin Belirlenmesi. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi 2012;1(1):12-5.
48. Önder T, Anuk T, Kahramanca Ş, Yıldırım AC. Evde Bakım Hizmetinden Yararlanan Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ve Tıbbi Durumlarının Değerlendirilmesi. Dicle Tıp Dergisi 2015;42(3):342-5.
49. Türkiye İstatistik Kurumu, Haber Bülteni, Sayı:27595 (İnternet), Erişim Tarihi:10.12.2018
http://www.tuik.gov.tr/PreTabloArama.do?metod=search&araType=hb_x
50. Van Campen C, Woittiez IB. Client demands and the allocation of home care in the Netherlands. A multinomial logit model of client types, care needs and referrals, Health Policy 2003;64(2):229-41.
- 51 Uzan MM, Taşkın Eğici M, Toprak D. Sociodemographic Characteristics and Medical Conditions of Patients under Homecare Service. JAREM 2017;7:117-21.
52. Karaman D, Kara D, Yalçın Atar N. Evde Sağlık Hizmeti Verilen Bireylerin Hastalık Durumlarının ve Bakım İhtiyaçlarının Değerlendirilmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2015;4(3):347-359
53. Bilir N, Aslan D, Güngör N ve ark. Ankara Altındağ Sağlık Ocağı Bölgesi Sakarya Mahallesi'nde Yaşayan 65 Yaş Üzeri Kişilerin Bazı Sağlık ve Sosyal Durumlarının Saptanması. Turkish Journal of Geriatrics 2002;5(3):97-102.
54. Keskinoğlu P, Pıçakçıefe M, Giray H, Bilgiç N, Uçku R, Tunca Z. Yaşlılarda Depresif Belirtiler ve Risk Etmenleri. Genel Tıp Dergisi 2006;16(1):21-6.
55. Karatay G, Aktaş B, Erdağı S. Kars'ta 60 Yaş ve Üstü Popülasyonda Bilişsel İşlevlerin Taranması: Alan Çalışması. Turkish Journal of Geriatrics 2010;13(4):261.

56. Ulusel B, Soyer A, Uçku R. Toplum İçinde Yaşayan Yaşlılarda Günlük Yaşam Etkinliklerinde Bağımlılık Düzeyi ve Etkileyen Risk Etmenleri. *Turkish Journal of Geriatrics* 2004;6(4):199-205.
57. Ünsal A, Demir G. The Prevalence of Chronic Disease and Drug Use in Elderly in Central Kırşehir. *Turkish Journal of Geriatrics* 2010;13(4):244-51.
58. Yazıcıoğlu B, Çubukçu M, Samsun Eğitim Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Birimine Kayıtlı Hastaların Değerlendirilmesi. *Ankara Medical Journal* 2016;16(4):325-31.
59. Akiyama A, Hanabusa H, Mikami H, Characteristics of home care supporting clinics providing home care for frail elderly persons living alone in Japan. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2011;52(2):85-8.
60. Söğüt Ç, DüNDAR PE. Manisa’da Bir Toplum Sağlığı Merkezi Bölgesi’nde Evde Sağlık Hizmeti Alan Kişilere Bakım Verenlerinin Yükünün Değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Public Health* 2017;15(1):37.
61. Korkmaz P, Naz H, Naz C, Toka O. Evde Sağlık Hizmeti Birimi Tarafından Takip Edilen Hastalarda Gelişen Enfeksiyonlar. *Klinik Dergisi* 2018;9(12):41-5.

10. EKLER

EK 1.

KATZ GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ ÖLÇEĞİ	
YÖNERGE :Bu ölçek bireyin günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak yapabilme kabiliyetini ölçüp , işlevsel durumunu değerlendirmektedir.	
Hastanın Adı Soyadı :	Tarih :

Etkinlikler	Puan	Bağımsız (1 puan)	Bağımlı (0 puan)
Banyo yapma		Kendi başına yıkanabiliyor veya vücudunun küçük bir parçasının yıkanması için yardım alıyor.	Kendi başına yıkanamıyor veya vücudunun büyük bir kısmının yıkanmasında başkasına ihtiyaç duyuyor.
Giyinme		Dolaptan kendi başına kıyafetlerini çıkarıp giyinebilir.(Ayakkabısını bağlarken yardım alabilir.)	Giyinirken yardım alıyor veya tamamen başkası tarafından giydiriliyor.
Tuvalet yapma		Tuvalete gitme , tuvaletini yapma , temizlenme , üzerini tekrar giyme gibi aktiviteleri kendi başına yapabiliyor.	Tuvalete giderken yardım alıyor,tek başına temizlenme vb etkinlikleri yapamıyor ya da lazımlık ya da lazımlık (sürgü) veya lazımlıklı iskemle kullanıyor.
Transfer		Yataktan kanepeye veya tersi etkinliği tek başına veya baston vb cihaz ile yapabiliyor.	Yataktan sandalyeye geçerken kısmi veya tam olarak bir başkasının yardımına ihtiyaç duyuyor.
Kontinans		Defekasyon ve mesane üzerine tam kontrolü mevcut.	Kısmi veya tam mesane veya bağırsak inkontinansı mevcut
Beslenme		Yemeği tabaktan ağzına kendisi götürebiliyor.	Bir başkası tarafından yediriliyor veya parenteral beslenmeye muhtaç

Ölçeğin özellikleri:

Özgün adı: Günlük Yaşam Aktivite Ölçeği

Geliştirenler: Katz S, Ford AB, Moskowitz RW,

Ölçtüğü nitelik: Günlük aktivite düzeyini belirlemek

Ölçek türü: Hasta değerlendirme ölçeği.

Uygulanacak grup: Evde sağlık birimine kayıtlı olan hastalar

Kapsam: Toplam 6 hasta değerlendirme sorusu içermektedir. Likert tipi ölçüm sağlamaktadır.

Uygulama: Hastalar sağlık personeli yardımıyla doldururlar.

Yönerge: Yönergesi ölçeğin başında vardır.

Puanlama: Hasta bağımsız olduğu seçenek için 1 , bağımlı olduğu seçenek için 0 puan verecektir. Toplam puan 6 dır. 6 puan ise hasta bağımsızdır. 0 puan ise hasta tam bağımlıdır.

EK 2.

BARTHEL GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ İNDEKSİ		
YÖNERGE: Bireylerin günlük yaşam aktivitelerindeki performansını belirlemek için kullanılır.		
Hastanın Adı –Soyadı :		Tarih :
Beslenme	<ul style="list-style-type: none">Tam bağımsız yemek yemek için gerekli aletleri kullanabilir.Bir miktar yardıma ihtiyaç duyar.Tam bağımlıdır.	10 5 0
Yıkama	<ul style="list-style-type: none">Hasta yardımsız olarak küvette yıkanabilir, duş alabilir ya da keselenebilir.Yardıma ihtiyacı vardır.	5 0
Kendine bakım	<ul style="list-style-type: none">Elini yüzünü yıkayabilir. Dişlerini fırçalayabilir. Tıraş olabilir. Makyaj yapabilir.Kişisel bakımda yardıma ihtiyaç duyar.	5 0
Giyinip soyunma	<ul style="list-style-type: none">Hasta giyinip soyunabilir. Ayakkabı bağlarını çözebilir.Yardıma gereksinim duyar .(İşinin en az %50 sini kendi yapabilmelidir.Tam bağımlıdır.	10 5 0
Barsak bakımı	<ul style="list-style-type: none">Suppozivutar kullanabilir ya da gerekirse lavman yapabilir.Hasta belirtilen aktiviteler için yardıma gereksinim duyar.İnkontinansı mevcuttur.	10 5 0
Mesane bakımı	<ul style="list-style-type: none">Hasta gece ve gündüz mesanesini kontrol edebilmelidir. Sonda bakımını bağımsız bir şekilde kendi yapabilmelidirBazen tuvalete yetişemez ya da sürgüyü bekleyemez altına kaçarır.İnkontinan veya kataterlidir ve mesanesini kontrol edemez.	10 5 0
Tuvalet kullanımı	<ul style="list-style-type: none">Duvardan ya da bardan destek alabilir. Tuvalet kağıdını kendi kullanabilir.Elbiselerini giyip çıkarmak, tuvalet kağıdını kullanmak için bir miktar yardım alır.Tam bağımlıdır.	10 5 0

Tekerlekli sandalyeden yatağa ve tersi transferler	<ul style="list-style-type: none"> • Tam bağımsızdır. • Geçişler sırasında minimal yardım alır. (Sözel veya fiziksel) • Tek başına yatakta oturma pozisyonuna geçebilir ama geçiş için yardım alır. • Tam bağımlıdır. 	15 10 5 0
Düzgün yüzeyde yürüme Tekerlekli sandalyeyi kullanabilme(uygunsa)	<ul style="list-style-type: none"> • Hasta yardımsız olarak 45 m yürüyebilir. Birey koltuk değneği, baston, yürüteç kullanabilir. (Birey kullanıyorsa kitleyipaçabilmeli, oturupkalkabilmeli, mekanik destekleri yardımsız kullanabilmelidir.) • Hasta bir kişinin fiziksel ve sözel yardımıyla 45 m yürüyebilir. • Hasta yürüyemez. Ama tekerlekli sandalye kullanabilir. Hasta köşeleri dönebilir. Yatağa , tuvalete yanaşabilir. • Tekerlekli sandalyeye oturabilir. Ancak kullanamaz. 	15 10 5 0
Merdiven inip çıkma	<ul style="list-style-type: none"> • Bağımsız inip çıkabilir.Ancak destek kullanabilir. (tırabzan ,baston , koltuk değneği ..) • Hasta yukarıdaki işleri yapmak için yardıma ve gözetime ihtiyaç duyar.. • Yapamaz. 	10 5 0

Ölçeğin özellikleri:

Özgün adı: Günlük Yaşam Aktivite Ölçeği

Geliştirenler: Mahoney ve Barthel

Ölçtüğü nitelik: Günlük aktivite düzeyini belirlemek.

Ölçek türü: Hasta değerlendirme ölçeği.

Uygulanacak grup: Evde sağlık birimine kayıtlı olan hastalar

Kapsam: Toplam 10 hasta değerlendirme sorusu içermektedir. Likert tipi ölçüm sağlamaktadır.

Uygulama: Hastalar sağlık personeli yardımıyla doldururlar.

Yönerge: Yönergesi ölçeğin başında vardır.

Puanlama: Her bir değerlendirme sorusu ayrı ayrı puanlanır. Her soruya ait cevabın puanı karşısındadır.

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

EK 3.

FONKSİYONEL BAĞIMSIZLIK ÖLÇEĞİ	
YÖNERGE: Günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesinde kullanılan bir testtir.	
Hastanın adı –soyadı: Tarih:	
KENDİNE BAKIM	
a. Yemek yeme	
b. Kendine bakım (Tıraş, makyaj)	
c. Yıkanma	
d. Üst taraf giyimi	
e. Alt taraf giyimi	
f. Tuvalet kullanımı -temizliği	
SFİNKTER KONTROLÜ	
g. Mesane bakımı	
h. Barsak bakımı	
TRANSFER	
i. Yatak , sandalye , tekerlekli sandalye	
i. Tuvalet	
j. Banyo , duş	
YER DEĞİŞTİRME	
k. Yürüme ,tekerlekli sandalye ,her ikisi..	
l. Merdiven	
Motor skor toplamı	
İLETİŞİM	
m. Anlama İşitsel , görsel , her ikisi	
n. İfade edebilme .Sesli , sessiz , her ikisi	
SOSYAL ALGILAMA	
o. Sosyal katılım	
p. Problem çözme	
q. Hafıza	
Kognitif skor toplamı	
TOTAL SKOR	

Değerlendirme: Hasta toplamda maksimum 126 puan alabilir. Hasta 6 veya 7 puan almak için yardımcı bir kişi olmadan aktivite yapabilmelidir.

Her bir soru için puanlar

7 puan: Tam bağımsız (Cihazsız , yardımcı bir kişi olmadan , tam zamanında)

6 puan: Kısmi bağımsız (Yardımcı cihaz yardımıyla ya da normalden daha uzun sürede, yardımcı bir kişi olmadan)

5 puan: Yardımcı kişinin fiziksel yardımı gerekmez, sözel uyarılar yeterlidir.

4 puan: Minimal yardım (Hafif bir fiziksel temas. Hasta gerekli çabanın en az % 75 ini sarf eder.)

3 puan: Orta derecede yardım (Hasta gerekli çabanın %50- %75 kadarını sarf edebilmektedir.)

2 puan: Maksimal yardım(Hasta gerekli çabanın %25- %50 kadarını sarf edebilmektedir.)

1 puan: Tam yardım (Hasta gerekli çabanın %0-%75 kadarını sarf edebilmektedir.)

Ölçeğin özellikleri:

Özgün adı: Günlük Yaşam Aktivite Ölçeği

Geliştirenler: Keith RA, Granger CV, Hamilton BB

Ölçtüğü nitelik: Günlük aktivite düzeyini belirlemek.

Ölçek türü: Hasta değerlendirme ölçeği.

Uygulanacak grup: Evde sağlık birimine kayıtlı olan hastalar

Kapsam: Toplam 18 hasta değerlendirme sorusu içermektedir. Motor alanda 13, bilişsel alanda 5 soru vardır. Likert tipi ölçüm sağlamaktadır.

Uygulama: Hastalar sağlık personeli yardımıyla doldururlar.

Yönerge: Yönergesi ölçeğin başında vardır.

Puanlama: Fonksiyonel bağımsızlık ölçeğinde her madde 7 puanlık Likert ölçeğinde puanlanır. 1 puan aktivitelerin tamamen bağımlı yapıldığını; 7 puan aktivitelerin tamamen bağımsız yapıldığını gösterir. Toplam puan 18-126 arası değişir.



EK 4.



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi



Sayı : 47104536-779
Konu : Araştırma İzni (Dr.Tuğba ŞAHAN)

İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİNE
(Aile Hekimliği Kliniği İdari Sorumlu ve Program Yöneticisi)

Hastanemiz Aile Hekimliği Kliniğinde görev yapmakta olan Asst.Dr. Tuğba ŞAHAN'ın hazırlamış olduğu "Evde Sağlık Hizmetleri Alan Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi" konulu araştırması incelenmiş olup, çalışmanın hizmeti aksatmayacak şekilde ve araştırmaya katılımın gönüllülük esasına dayalı olması koşuluyla İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesinde yürütülmesi uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize ve gereğini rica ederim.

e-İmzalıdır.
Op.Dr.Hilmi GÜNGÖR
Başhekim Yardımcısı

EKLER:
Araştırma İzin Evrakları

Eğitim Ar-ge Birimi
Faks No:

e-Posta:Medine Karagozlu@saglik.gov.tr İnt. Adresi:
medine.karagozlu@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 11cfed38-9364-4906-9a5b-d0d94bb625fa kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Medine KARAGÖZLÜ
Unvan:Veri Hazırlama ve Kontrol İşlt.
Telefon No:0232 244 44 44/ 2873

EK 5.

T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
Çiğdemli Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Karar Formu

(İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi'ndeki Eğitim ve Araştırma Hizmetleri 3336'sı Korunmaktadır - İZMİR)

Sayın Prof. Dr. Kurtuluş ÖNGEL

Karar No: 296
Tarih : 03.10.2018

KARAR

Eyde sağlık hizmetleri alan hastaların günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi adı araştırma başvuru dosyanız kurulumuzda gerekeç, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiştir. İnceleme sonucunda kurum/klinik izni alınması koşulu ile çalışmanın yapılacağı başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirmesinde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.

Doc. Dr. Orhan TOKALP
Başkan

Doç. Dr. Serdar BAYATA
Başkan Yardımcısı

(T. Katılmadı)
Prof. Dr. Yasemin TOKEM
Üye

(T. Katılmadı)
Prof. Dr. Belde Kasap DEMİR
Üye

Doç. Dr. Özgür TOSUN
Üye

Doç. Dr. Aşlı BAYSAL
Üye

Uzm. Dr. Aysenur ATAY
Üye

Dr. Mehmet ERTAN
Üye

Uzm. Dr. Doğu Barış KILIÇ ÇİOĞLU
Raportör Üye

KARSI OY : _____

T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ UNIVERSITY
Non-Interventional Clinical Studies
Institutionel Review Board

To : Kurtuluş ÖNGEL, MD
From : Assoc. Prof. Orhan GÖKALP, MD, Chair
Date : 03.10.2018
IRB # : 296
Study Title : Evaluation of Daily living activities of patients receiving home health care services.

At its board meeting **03.10.2018** your submission for the above referenced research study has received review and approval from İzmir Kâtip Celebi Non-Interventional Clinical Studies Institutional Review Board.

Assoc. Prof. Orhan GÖKALP

Chair


İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 35360 Karabağlar / İZMİR / TÜRKİYE
Tel: 0 232 245 04 38 - 0 232 244 44 44 / 1234
Fax: 0 232 245 04 38
E-posta: ikcetik2@gmail.com