



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

**TOKAT İL MERKEZİNDE YAŞAYAN EVDE BAKIM BİRİMİ
TARAFINDAN TAKİP EDİLMİŞ HASTALARIN
RETROSPEKTİF İNCELENMESİ**

Dr. Mehtap TAŞOVA

UZMANLIK TEZİ

**TOKAT
2016**



T.C.

**GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**TOKAT İL MERKEZİNDE YAŞAYAN EVDE BAKIM BİRİMİ
TARAFINDAN TAKİP EDİLMİŞ HASTALARIN
RETROSPEKTİF İNCELENMESİ**

Dr. Mehtap TAŞOVA

UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı

Yrd. Doç. Dr. Nagihan YILDIZ ÇELTEK

**TOKAT
2016**

TEŞEKKÜR

Bu araştırmanın her aşamasında büyük katkı ve desteklerini esirgemeyen tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Nagihan YILDIZ ÇELTEK'e, Aile Hekimliği Anabilim Dalındaki kıymetli hocalarım Yrd. Doç. Dr. Ramazan TETİKÇOK ve Yrd. Doç. Dr. Gülseren OKTAY'a, katkılarından dolayı araştırma görevlisi arkadaşlarım; Dr. Ufuk ÜNLÜ, Dr. Mesut ŞENGÜL, Dr. Yunus Emre Bulut'a, Biyoistatistik Anabilim Dalı öğretim üyesi Yrd. Doç. Dr. Osman Demir'e, Tokat Devlet Hastanesi Evde Bakım Birimi ve Halk Sağlığı Kurumu Evde Bakım Birimi'ndeki ilgili personele, içten duygularıyla teşekkür ederim.

Dr. Mehtap TAŞOVA

2016

ÖZET

TOKAT İL MERKEZİNDE YAŞAYAN EVDE BAKIM BİRİMİ TARAFINDAN TAKİP EDİLMİŞ HASTALARIN RETROSPEKTİF İNCELENMESİ

Evde bakım hizmeti; ülkemizde ve bir çok ülkede yeni yapılanmaya ve gelişmeye başlamış bir sağlık hizmetidir. Kronik hastalıkların, sakatlıkların, yaşlı nüfusunun artması ve buna bağlı olarak sağlık hizmetlerine harcanan maliyetin artması evde bakım hizmetlerine olan gereksinimi daha da artırmıştır. Evde bakım hizmetlerinin verilmesi ile kronik ve uzun süreli tedavi gereksinimi olan hastaların yataklı tedavi kurumlarını kullanımında ve bu kurumlardaki yatış sürelerinde azalma sağlanmıştır.

Bu çalışmamızda Tokat ilinde evde bakım hizmeti alan bireylerin aldıkları hizmeti değerlendirmek, bu hizmetin hastaların daha çok hangi ihtiyaçlarına cevap verdiğini, hangi alanda desteğe ihtiyaçları olduğunu saptamak amaçlanmıştır.

Araştırmamızın evrenini Tokat ilinde, merkez ve merkeze bağlı köylerde yaşayan, evde bakım hizmetinden yararlanan hastalar oluşturmaktadır. Araştırmamızda veri toplama aracı olarak Tokat Devlet Hastanesi ve Tokat Halk Sağlığı Kurumu Evde Bakım Hizmetleri Birimi tarafından gerek hastaların kayıtları, gerekse yapılan ziyaretler esnasında doldurulan 422 hastaya ait kayıt ve takip formu retrospektif olarak incelenmiştir. Kullanılan formlarda hastaların sosyodemografik özellikleri, yaşadıkları ortamın özellikleri, mevcut hastalıkları, muayene bulguları, ziyaret edilme sıklıkları ve nedenleri gibi bilgiler yer almaktadır.

Elde edilen veriler SPSS programıyla analiz edilmiştir. Sayısal veriler ise; iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, tek yönlü varyans analizi, çapraz tablolar ve ki-kare testleri ile değerlendirilmiştir.

Çalışmaya dahil edilen 422 hastanın 252'si (%59,7) kadın, 170'i(%40,3) erkek ve yaş ortalaması $69,4 \pm 20,74$ olarak saptandı. Hastaların % 78,6'sının sosyal güvencesi vardı. Hastaların 237 tanesi yatağa tam bağımlı, 163 hasta yarı bağımlı ve

14 hasta bağımsız olarak yaşamlarını sürdürebilmekteydi. En sık yapılan işlemlere bakıldığında rutin kontrol amaçlı yapılan ziyaretler %54, reçete yazılması %32,5 ve tetkik yapılması %23,5 olarak saptandı. En az ziyaret sayısı 1, en fazla ziyaret sayısı 40 ve ortalama ziyaret sayısı $5,14 \pm 6,66$ bulundu. Hastaların %78,7'sinde(295) kronik bir hastalık mevcuttu. Bu hastalıkların ilk üç sırasını nörolojik hastalıklar(%72), hipertansiyon(%49,8) ve diyabet(%25,1) oluşturmaktaydı.

Sonuç olarak günümüzde yaşlı nüfusun artmasına paralel olarak yaşam kalitesini arttırmaya yönelik destek tedavilere duyulan ihtiyaç artmaktadır. Bu tedaviye gereksinimi olan hastaların büyük bir kısmının evden çıkmakta zorluk yaşayan hastalar olduğu gözlenmektedir. Bu nedenle evde bakımda verilen hizmetlerin iyi değerlendirilmesi ve hastaların ihtiyaçları doğrultusunda sürekli olarak güncellenmesi ve düzenlenmesi gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: Evde Bakım Hizmetleri, hastalar, Tokat

ABSTRACT

RETROSPECTIVE ANALYSIS OF PATIENTS WHO HAVE FOLLOWED BY HOME CARE SERVICES IN TOKAT CENTRAL DISTRICT

Home care service is structuring and developing health service in our country and many countries. The growing need for home care services is due to rising age of the population, disability, chronic illnesses and accordingly rising health costs. Giving home care services provide reduction in references to hospitals and hospitalization time of chronic and long-term treatment needed patients.

In this study, it is aimed to evaluate on giving home care service in Tokat and to detect that which needs are satisfied by thisservices.

Universe of our study consist of home care service patients who live in Tokat central and depended villages. 422 registration and follow up forms of patients who following by Tokat State Hospital and Tokat Public Health Institution Homecare Department, are analyzed, retrospectively. Using forms include sociodemographic informations, living environment informations, illnesses, physical examination findings, frequency and reasons of visiting.

Data are analyzed via SPSS program. Numeric data are analyzed via single direction variance analysis, crosstab and chi-square test. (TheChi-Square test was used to test the difference and p value was set to<0,05).

Regarding patients, it is detected that 252(%59,7) were female, 170(%40,3) were male and average of age was $69,4\pm 20,74$. %78,6 of patients have social security. 237 patients were bedridden, 163 patients were semi-bedridden. Routine control visiting rate was %54, visiting rate for prescription was %32,5, visiting rate for medical workup was %23,5. Least visit number is 1, the most visit number is 40 and average of visit number was $5,14\pm 6,66$. 295 patients (%78,7) have chronic illnesses. Most frequent illnesses among these chronic illnesses are neurologic diseases(%72), hypertension(%49,8), diabetes (%25,1).

Finally, the growing need for support therapy for to raise the life quality is due to increasing elderly population. All in all patients getting home care services, it is seen that most part of these patients are home bound. For this reason, home care services must be continuous updated and edited in the direction of patients' needs.

Key words: Home healthcare, patients, Tokat



İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET.....	ii
İNGİLİZCE ÖZET (ABSTRACT).....	iv
İÇİNDEKİLER.....	vi
KISALTMALAR.....	vii
ŞEKİL VE GRAFİK DİZİNİ.....	ix
TABLolar DİZİNİ.....	x
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2.GENEL BİLGİLER.....	3
2.1.EVDE BAKIM HİZMETLERİ TANIM VE KAPSAMI.....	4
2.2.EVDE BAKIM HİZMETİ SUNAN KURULUŞLAR.....	6
2.2.1. Resmi Kuruluşlar.....	7
2.2.2. Gönüllü Kuruluşlar.....	7
2.2.3. Karma Kuruluşlar.....	7
2.2.4. Hastane Destekli Kuruluşlar.....	7
2.2.5. Özel Kuruluşlar.....	8
2.3. EVDE BAKIM HİZMETİ VERECEK PERSONEL.....	8
2.4. EVDE BAKIM SİSTEMİNİN KAPSAMI.....	9
2.4.1. Evde Koruyucu Bakım.....	9
2.4.1.Evde Tanı Koyucu Bakım.....	10
2.4.3. Evde Tedavi Edici Bakım.....	10
2.4.4. Evde Rehabilitasyon Edici Bakım.....	10
2.4.5. Evde Uzun Süreli Bakım.....	10
2.4.6. Evde Hospis Bakım.....	10
2.5.EVDE BAKIM HİZMETİNİN AVANTAJLARI.....	11
2.6. EVDE BAKIM HİZMETİNİN DEZAVANTAJLARI.....	11
2.7. EVDE BAKIM HİZMETİNİN TARİHÇESİ.....	12
2.8. TÜRKİYE’DE EVDE BAKIM DURUMU VE TARİHÇESİ.....	14
2.9.EVDE TIBBİ BAKIM KONULARI.....	17
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	20

4.BULGULAR.....	22
5.TARTIŞMA.....	43
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	56
KAYNAKLAR.....	60
EKLER.....	
EK 1. Evde Sağlık Hizmetlerine Başvuru.....	68
EK 2. Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	69
EK 3 Evde Sağlık Hizmetine Kabul Edilen Hasta Değerlendirme Formu...	71
EK 4. Hasta Tedavi Formu.....	74
EK 5. Hasta Tahlil-Tetkik İstem.....	75
EK 6. Konsültasyon Formu.....	76
EK 7. Nakil Formu.....	77
EK 8. Hizmet Sonlandırma Formu.....	78

KISALTMALAR

- TNSA** : Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
- DSÖ** : Dünya Sağlık Örgütü
- AMA** : Amerikan Tabipler Birliği
- ABD** : Amerika Birleşik Devletleri
- SHCEK** : Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu
- MS** : Multipl Skleroz
- UHK** : Umumi Hıfzısıhha Kanunu
- KOAH** : Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
- KBY** : Kronik Böbrek Yetmezliği
- GOP** : Gaziosmanpaşa
- TÜİK** : Türkiye İstatistik Kurumu
- HSK** : Halk Sağlığı Kurumu
- SSK** : Sosyal Sigortalar Kurumu
- EBH** : Evde Bakım Hizmeti
- STK** : Sosyal Toplum Kuruluşları
- WHO** : World Health Organisation
- SGK** : Sosyal Güvenlik Kurumu
- GYA** : Günlük Yaşam Aktiviteleri
- EGYA** : Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri

ŞEKİL VE GRAFİK DİZİNİ

	Sayfa No
Şekil 4.1 Yaş ve travma gruplarına ilişkin çubuk grafiği.....	36
Şekil 4.2 Yaş ve nörolojik hastalık gruplarına ilişkin çubuk grafiği.....	37



TABLolar DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 2.1 Türkiye’de Nüfusun Seçilmiş Yaş Gruplarına Göre Yüzde Dağılımı.....	3
Tablo 2.2 Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi.....	3
Tablo 4.1 Hastaların cinsiyet dağılımı.....	22
Tablo 4.2 Hastaların sosyal güvence dağılımı	22
Tablo 4.3 Hastalara ait yaş dağılım tablosu.....	23
Tablo 4.4 Takip edildikleri merkezlere göre hastaların yaş ortalaması.....	23
Tablo 4.5 Hastaların yaş ortalaması ile ilgili tablo.....	24
Tablo 4.6 Hastaların yaşadıkları yerleşim birimine ilişkin dağılım.....	24
Tablo 4.7 Evde Sağlık Hizmetine başvuranların hastaya olan yakınlığı dağılımı.....	25
Tablo 3.8 Evde bakım hizmetine başvurunun yapıldığı ve başvurunun değerlendirildiği merkezlerin dağılımı.....	26
Tablo 4.9 İki farklı merkezde başvuruların yapıldığı birimlerin dağılımı.....	27
Tablo 4.10 Bakım yerlerine göre hastaların bakım destek ihtiyaç durumu ve gelir durumu dağılımı.....	28
Tablo 4.11 Hastaların yaşam alanı durumu.....	28
Tablo 4.12 Hastaların yatağa bağımlılık ve kişisel bakım durumları.....	29
Tablo 4.13 Yaşa ve Cinsiyete Göre Yatağa Bağımlılık Durumu.....	30
Tablo 4.14 Hastaların yardımcı araç kullanım durumu.....	31
Tablo 4.15 İhtiyaç duyulan özellikli sağlık hizmeti durumuna ilişkin dağılım..	32
Tablo 4.16 Takip edilen merkezlere göre mevcut hastalıklara ilişkin dağılım..	33
Tablo 4.17 Hastaların yaş ortalamalarına göre kronik hastalık durumları.....	34
Tablo 4.18 Yaşa, Cinsiyete ve Yatağa Bağımlılık Durumuna Göre Kronik Hastalık Varlığı.....	35
Tablo 4.19 Hastaların genel durumunun değerlendirilmesi.....	38
Tablo 4.20 Vital bulguların genel dağılımı.....	38

Tablo 4.21	Merkezlere göre evde bakım ziyaretlerinde yapılan hizmetler.....	39
Tablo 4.22	Ziyaret sebepleri ile ziyaret sıklığı arasındaki ilişki.....	40
Tablo 4.23	Hastaların psikolojik durumuna ilişkin dağılım.....	41
Tablo 4.24	Takip yerlerine göre bası ülseri varlığına ilişkin dağılım.....	42
Tablo 4.25	Evde Bakım Hizmeti ziyaretlerinde konsültasyon durumu.....	42



1.GİRİŞ VE AMAÇ

İnsanın en temel hakkı olan sağlık durumunun korunabilmesi etkin sağlık hizmetleriyle mümkündür(1).

Evde bakım hizmetleri, son yıllarda modern tıp hizmetlerinin ve teknolojinin gelişmesiyle aile sağlığı merkezleri, halk sağlığı kurumu, toplum sağlığı merkezleri ve hastaneler tarafından verilmeye başlanmıştır(2).

Diğer yandan sosyal yaşam ve sağlık hizmetlerindeki gelişmeler neticesinde beklenen yaşam süresinin uzamasına paralel olarak yaşlı nüfusta artma söz konusu olmuştur. Türkiye de yaşlı nüfusunun hızla artması beklenen ülkelerden biridir. 2040 yılına kadar Türkiye’de yaşlı nüfusta %201 oranında artış beklenmektedir ve beklenen ortalama yaşam süresi 73,1 yıla ulaşmıştır(3).

Toplumdaki yaşlı nüfusun artışı kronik hastalık yükünde artışı da beraberinde getirmiştir. Hastalık yükü; “disability adjusted life year ölçeği” ne göre yapılmakta ve bu ölçeğe göre hastalıklar 3 gruba ayrılmaktadır. 1. grupta; bulaşıcı hastalıklar, maternal ve perinatal nedenler ve beslenme yetersizliğine bağlı ortaya çıkan hastalıklar, 2. grupta; bulaşıcı olmayan hastalıklar, kalp damar sistemi hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları, sindirim sistemi hastalıkları, endokrin, nutrisyonel ve metabolizma hastalıkları, genitoüriner sistem hastalıkları, malignneoplazmlar, kas iskelet sistemi ve nörolojik bozukluklar, nöropsikiyatrik bozukluklar, ağız ve diş sağlığı bozuklukları, 3. grupta ise; istemli ve istemsiz yaralanmalar yer almaktadır. Ülkemizde ölümler en çok (%79) 2. grupta yer alan hastalıklar nedeni ile olmaktadır(4).

Kronik hastalıkların artması sağlık hizmetine duyulan ihtiyaç ve maliyeti artırmıştır. Yine kronik hastalıkların artışı, yataklı tedavi kurumlarının daha sık ve uzun süreli kullanılmasına sebep olmuş ve artan talep sonrası hastaların daha erken veya tam iyileşmeden taburcu edilmeleri sonucunu doğurmuştur(5).

Finansal sorunlar, mevcut yatak sayısının yetersiz olması ve bakım hizmetinin yetersiz sağlanması gibi nedenler kurumlarda sunulan bakım hizmetine

alternatif olabilecek çözümler üretmeye yöneltmiştir(6).

Mevcut duruma uyum sağlayabilmek için sağlık hizmetinin sunumunda farklılaşma söz konusu olmuştur. Tüm dünyada klinik merkezli yerine hasta merkezli sağlık hizmetine geçiş başlamıştır(7). Evde bakım hizmetiyle; insanları ihtiyaç duydukları sağlık hizmetine götürmek yerine, bu hizmeti insanlara getirmek amaçlanmıştır.

Evde bakım; kronik hastalığı olan, yaşlı, özürlü, iyileşme dönemindeki kişileri kendi sosyal ortamında destekleyerek, sosyal hayata ayak uydurabilmelerini sağlamak, yaşamlarını huzurlu ve mutlu sürdürerek topluma entegre olmalarına yardımcı olmak, bakıma ihtiyaç duyan bireyin aile fertleri üzerindeki yükünü hafifletmek için hasta ve ailesine sunulan psiko-sosyal, tıbbi ve sosyal hizmetleri içermektedir(8).

Evde bakım hizmetleri sayesinde bireyler kendilerine bakacak kişiyi, tedavi görmek istedikleri yeri ve tedavi verecek personeli de seçme hakkına sahip olabilmektedir(2).

Bakımın evde verilmesi, bireyin günlük yaşam aktivitesinin profesyonel bakış açısıyla organize edilmesini sağlamanın yansıra tedavi ve rehabilitasyon sürecindeki bağımlılık düzeyini minimuma indirir.

Bu çalışmada Tokat halkının evde bakım hizmetini neden talep ettiğini, verilen hizmetin hastaların hangi ihtiyaçlarına cevap verdiğini tespit etmek ve Tokat merkezde evde bakım hizmetlerinde mevcut durumu saptamak amaçlanmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

Ülkemizde 1990 nüfus sayımına göre yaşlı nüfusun oranı %4,3 iken 2000 yılında bu oran %5,6, 2003 yılında %6,9'a yükselmiştir(9). 2008 yılında yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması(TNSA) verilerine göre Türkiye'de yaşlı nüfusun 2025 yılında %9'a, 2050 yılında ise %17,6'ya yükselmesi beklenmektedir(10).

Türkiye'de nüfus artış hızı düşmektedir. 2007 itibariyle 20 yaş altındaki nüfusun toplam nüfusa oranının giderek azalacağı öngörülmektedir. Bu da Türkiye'nin genç nüfusa sahip olma özelliğini zamanla kaybedeceği anlamına gelmektedir. Bununla birlikte 65 yaş ve üstü nüfusun payı da artış gösterecektir(**Tablo 2.1**). 2007 yılındaki verilere göre doğuşta beklenen yaşam süresinin de ilerleyen yıllarda artış göstermesi beklenmektedir(**Tablo 2.2**) (11).

Tablo 2.1. Türkiye'de Nüfusun Seçilmiş Yaş Gruplarına Göre Yüzde Dağılımı

	0-14	15-64	65+
1990	35,0	60,7	4,3
2006	28,1	66,0	6,0
2015	25,3	68,2	6,6

Tablo 2.2. Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi

Yıl	Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi
1990	66
2007	71,7
2050	74,4

Gelişen teknoloji ve tedavi hizmetlerindeki ilerlemeler sayesinde beklenen yaşam süresinde ve buna bağlı olarak yaşlı nüfustaki artış bakım hizmetlerine talebi artırmıştır. Mevcut sağlık hizmetlerindeki yetersizlikler, yataklı kuruluşlardaki yatak sayısı ve sağlık hizmeti sunan personel sayısındaki eksiklikler nedeniyle sağlık

hizmetlerinde alternatif bir sađlık hizmeti sunum Őekli olan evde bakım hizmetlerine olan ihtiyaç artmıŐtır. Yapılan araŐtırmalarda yaŐlı nűfusunun yıllar geçtikçe daha da artacađı dűŐnűldűğűnden evde bakım hizmetlerine duyulan ihtiyaç da artacak ve evde bakım hizmeti ilerleyen yıllar içerisinde sađlık hizmeti sunumunda daha da önemli ve geniŐ bir alanda etkili olacaktır.

2.1.EVDE BAKIM HİZMETLERİ TANIM VE KAPSAMI

Evde bakım kavramının dűnya genelinde uzlaŐma sađlanan bir tanımı henűz yoktur. Dűnya Sađlık rgűtű(DSÖ) ne göre evde bakım; ev ortamında formal ve informal bakım verenler tarafından bakım hizmeti sunulmasıdır(12).

DSÖ evde uzun sűreli bakım alıŐma Grubu'nun(Home-Based Long Term Care Study Group) raporuna göre evde uzun sűreli bakım, mevcut sađlık ve sosyal sistemlerin bir parçasıdır. Bakıma ihtiyaç duyan kiŐiye aile, arkadaŐlar, bakıcılar, gnűllűler(informal care) ve gerçek mesleđi evde bakım olan kiŐiler ile bakıma yardımcı kiŐiler tarafından sunulan bakım(formal care) etkinlikleridir(13,14).

Amerikan Tabipler Birliğinin(AMA) 1979 yılındaki tanımına göre evde bakım; kişinin sağlık ve konforunun en iyi Şekilde geri kazanılması ve devam ettirilmesi amacıyla gerekli hizmet ve donanımların ev ortamında sunulmasıdır(15).

Kanada evde bakım kurumuna göre: kısmen ya da tamamen gűcsűz hale gelmiŐ olan hastaların kendi evlerinde yaŐamasına imkân veren sađlık hizmetlerinin koruyucu, geciktirici, uzun sűreli ve acil bakım alternatiflerinin yerini alacak Őekilde dűzenlenmesidir(16).

İsrail'de ev hastanesi(hospital at home), Batı Avrupa'da: evde sağlık bakımı(home health care) ve ev ziyareti(home visitting), Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde; evde bakım(home care), ev hemşireliği(home nursing) sık kullanılan terimlerdir(14,17).

Tűrkiye'de evde bakım: bakıma muhtaç yaŐlıların, zűrlű bireylerin, akut veya kronik hastalıkları olan kiŐilerin kendi yaŐadıkları ev ortamında aile bireyleri,

bakım hizmeti veren kurumların profesyonel bakıcıları veya sağlık ekibi tarafından bakılması için yürütülen hizmetlerin tümüdür(18). Hekimlerin önerileri doğrultusunda hasta kişilere, yaşadıkları ortamda sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavi gibi tıbbi ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde bakım, takip ve sağlık hizmetlerinin sunulmasıdır(19).

DSÖ Evde Uzun Süreli Bakım Çalışma Grubu evde bakım hizmetlerinden yararlanacak kitleyi şu şekilde tespit etmiştir(13,14);

- Tüberküloz gibi bulaşıcı olan ya da kalp damar hastalıkları, kanserler gibi bulaşıcı olmayan kronik hastalığı olan kişiler
- Sebebine bakılmaksızın özürli hastalar
- HIV/AIDS'li kişiler ile kaza sonucu sakat kalan kişiler
- Duyusal kısıtlılığı olanlar
- Mental hastalığı olanlar
- Doğal ya da diğer afet mağdurları.

Evde bakım hizmeti özetle sekiz bölümden oluşmuştur(20);

- 1- Sağlık ve sosyal ön tespit
- 2- Doktor değerlendirmesi
- 3- Evde bakım hizmeti uygulaması
- 4- İlaç tedavi hizmetleri
- 5- Uzman hekim muayeneleri
- 6- Laboratuvar tetkikleri
- 7- Hastane tedavi hizmetleri
- 8- Diğer tedavi hizmetleri

Buna göre; Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkındaki Yönetmeliğin Çalışma Usul Ve Esaslarına Değinen Bölümü'ne göre; evde bakım hizmeti almak isteyen kişi sağlık kuruluşuna bizzat kendisi giderek ya da telefonla başvuruda bulunabilir. Çağrı merkezine yapılan başvurularda görevli personel başvuru yapan kişi ile görüşüp gerekli bilgileri verir. Sonrasında hekim veya hemşire ile görüşme yapılır. Hizmet alacak kişinin durumu ve bu kişiye sunulacak hizmet belirlenir.

Bakım hizmeti alacak kişi hekim ve hemşire tarafından evinde ziyaret edilir, bu ziyaret esnasında kişinin sağlık durumu, hizmet ihtiyacı ve ev koşulları belirlenir. Evde bakım hizmetinden faydalanmak isteyen kişi hekim tarafından muayene edilir, hastalığı varsa tanısı konulur, gerek görülürse farklı bölümlere konsülte edilir ve bu şekilde hastalık durumu, bakım gereksinimi belirlenerek tedavi planı yapılır. Hemşire tarafından da hastaya uygulanacak bakım ve takip planı hazırlanarak hekim tarafından düzenlenir ve bakım planı hazırlanır(19,21).

2.2. EVDE BAKIM HİZMETİ SUNAN KURULUŞLAR

Genellikle yaşlı nüfus grubu içerisindeki bazı kişiler kendi ihtiyaçlarını karşılayamayacak durumdadırlar ve bakıma gereksinim duyarlar. Özellikle yaşlı nüfusa hitap eden **yaşlı bakım evleri**; yaşlılara tedavi, tıbbi bakım, özel bakım gibi hizmetleri sunan yaşlı bakımı ve rehabilitasyonunda önemli bir hizmet modelidir(22).

Gündüz bakım merkezleri (Day Care Centers); evde bakım hizmetinden farklı olarak hastalara yerleşik bir sosyal ortam sunan merkezlerdir(23). Bu merkezler yaşlıların erken ve gereksiz kurum bakımını önlemek açısından önemlidir. Engelli, işlevselliği azalmış, kronik hastalığı ve rehabilitasyon ihtiyacı olan yaşlı bireylerin işlevselliğini ve bağımsızlığını artırıcı bir hizmet modelidir. Bu hizmetler kişilerin bağımsız yaşamasına yardım etmeyi ve iyilik halini devam ettirmeyi amaçlar(24,25). Bu merkezlerin en önemli özelliği yaşlıya sağlık, beslenme, rehabilitasyon, kişisel bakım, boş zamanlarını değerlendirme gibi olanaklar sunmasıdır(26,27).

Yaşlı Kreşleri; yatağa bağımlı olmayan fakat günlük yaşamında ihtiyaçlarını karşılamada bağımlı olan ve gündüz kendilerine bakacak yakını olmayan yaşlı kişilere hitap etmektedir. Bu hizmetten bulaşıcı hastalığı olmayan, yatağa bağımlı ve engelli olmayan yaşlılar yararlanmaktadır(25). Ülkemizde yaygın ve en temel hizmet modeli ise **huzurevi'** dir. Yaşı ve güçsüzlüğü nedeniyle yalnız yaşayamayan ya da yaşaması için uygun evi, ortamı olmayan yaşlılara toplu hizmet veren, yeme içme, barınma ihtiyaçlarını karşılayan, sosyal yaşam olanaklarını sağlayan, gerektiğinde

sağlık hizmeti de verilebilen yatılı kurumlardır(25). SHÇEK(Sosyal Hizmetler Ve Çocuk Esirgeme Kurumu) Genel Müdürlüğü'ne bağlı bu merkezlerde ekonomik durumu iyi olanlara ücretli, ekonomik açıdan yoksul olanlara ise ücretsiz yatılı bakım hizmeti sunulmaktadır(24).

Diğer bir yatılı kurum ise huzurevi modeli ile benzerlik gösteren, devlet desteği ile yaşlıya bakım veren **güçsüzler yurdudur**. Huzurevlerinden farklı olarak herhangi bir sosyal güvencesi, bakacak kimsesi ve gidecek yeri olmayan, yoksul yaşlılara hizmet vermektedir(22).

Ayrıca Evde Bakım Hizmetlerinin ortaya çıkması sonrasında hastaların ve özürü bireylerin bakım ihtiyacına cevap vermek üzere pek çok kuruluş ortaya çıkmıştır. Bu kuruluşlar(28,29) ;

1. Resmi kuruluşlar
2. Gönüllü kuruluşlar
3. Karma kuruluşlar
4. Hastane destekli kuruluşlar
5. Özel kuruluşlar

2.2.1. Resmi Kuruluşlar: Kar amacı gütmeyen devlet ve yerel yönetimlerin sağlık idareleri tarafından yönetilen ve vergi fonları ile finanse edilen kuruluşlardır. Devlet tarafından finanse edildikleri için diğer evde bakım sunan kuruluşlara oranla daha kapsamlı halk sağlığı hizmeti sunabilirler.

2.2.2. Gönüllü Kuruluşlar: Kar amacı gütmeyen kamuya yararlı kuruluşlardır. Hayır kurumları, özel sigorta şirketleri ve hastaların yaptıkları yardımlarla finanse edilirler. Bu kuruluşlar kar amacı gütmedikleri ve hayır kurumları oldukları için vergiden muaf tutulurlar.

2.2.3. Karma Kuruluşlar: Resmi ve gönüllü kuruluşların maliyeti düşürmek için bir çatı altında birleşmesiyle oluşan kuruluşlardır.

2.2.4. Hastane Destekli Kuruluşlar: Hastanelerdeki fiziksel yetersizlikler ve personel eksikliği hastaların tam olarak iyileşmeden, tedavileri tamamlanmadan

taburcu edilmeleri sonucunu doğurmuştur. Bu durumun getirdiği riskler ve hastalara karşı artan sorumluluk, daha iyi vaka yönetme çabaları, hastane yönetimlerini hastane destekli evde bakım kuruluşlarını kurmaya yönlendirmiştir. Ayrıca bu kuruluşlar hastaneler için gelir kaynağı da olmuştur.

2.2.5. Özel Kuruluşlar: Kar amaçlı kurulmuşlardır. Hastaların yaptıkları ödemeler ve özel sigorta şirketleri tarafından finanse edilirler(28,29,30).

2.3. EVDE BAKIM HİZMETİ VERECEK PERSONEL

Evde bakım multidisipliner ve multisektöryel bir hizmettir. Çok yönlülüğü nedeniyle de disiplinler arası ekip çalışması gerektirmektedir(31). Evde bakım hizmeti verecek ekip aşağıdaki profesyonel kişilerden oluşmaktadır. Bu ekip toplum kaynaklarının evde bakım hizmetlerinde kullanılmasını sağlar(14,31).

- 1- Hekim:** Tıbbi koordinasyonun sağlanmasında, evde bakım hizmetinden yararlananların tedavi ve takiplerinin yapılması, hastaların rutin kullandıkları ilaçlarının reçete edilmesi, tıbbi danışmanlık ve hizmet verilmesi, gerekirse hastaların uzmanlık gerektiren başka birimlere konsülte ve sevk edilmesi sürecinde görev alır(32).
- 2- Hemşire:** Sağlık hizmeti alan bireylerin sağlık durumlarının takibi ve bu konuda doktorun bilgilendirilmesi, hastaların kullandıkları ilaçların doğru ve düzenli bir şekilde uygulanması, enjeksiyon, damar yolu açılması, ateş, tansiyon ölçümü, pansuman gibi temel sağlık hizmetlerinin uygulanması, hastaların eğitiminin planlanması ve yapılması, planlanan eğitimlere hastanın ve ailesinin katılımının sağlanması konusunda aktif görev alır(32).
- 3- Sosyal hizmet uzmanı:** Meslek elemanları arasındaki koordinasyonun sağlanmasında, vaka yönetiminde, ev ziyaretlerinin gerçekleştirilmesi, psiko-sosyal destek ve danışmanlık verilmesinde, sosyal inceleme ve değerlendirmede görev alır(32).
- 4- Psikolog:** Hizmetten yararlanan kişilerin endişe ve kaygılarının minimize edilmesi, motivasyonlarının sağlanması, ihtiyaç duydukları konularda danışmanlık hizmeti verilmesi, benzer problemleri yaşayan kişilerle tedavi

grupları, serbest zaman geçirme grupları vb. oluşturulup sosyal paylaşımın sağlanması konusunda görev alır(32).

- 5- Fizyoterapist:** Doktor tarafından değerlendirilip gerekli görülen fizyoterapi ve rehabilitasyon programlarının uygulanması, yaşlılık ve özürlülük durumuna bağlı oluşan kas eklem rahatsızlıklarının tedavisi konusunda destek olunması, sağlıklı kişilerde gelişebilecek olası hastalık ve sakatlık durumlarını önlemeye yönelik fiziksel egzersiz programlarının uygulanması, bu egzersizlerin düzenli şekilde yapılmasının sağlanması ve yapılan programlar konusunda doktorun bilgilendirmesinde görev alır(32).
- 6- Diyetisyen:** Evde bakım hizmeti alan kişilerin hastalık ve yaş durumlarına göre dengeli, düzenli, sağlıklı beslenebilmeleri için gerekli yemek programlarının oluşturulması, hekim tarafından uygun görülen diyet programlarının düzenlenip uygulanması ve hizmet alan kişilerin sağlıklı beslenme konusundaki eğitiminin yapılması konusunda görev alır(32).
- 7- Ev ekonomisti:** Hizmet alan kişilerin mevcut kaynaklarının daha verimli kullanılması, ekonomik düzeylerinin iyileştirilmesi amacıyla gerekli eğitimlerin verilmesi, ev idaresi, mal ve hizmet satın alma konusundaki gerekli bilgilendirme ve yönlendirmelerin yapılması, kullanılan ev aletleri, giyecek, yiyecek konusunda gerekli tavsiyelerin yapılmasında görev alır(32).
- 8- İş uğraşı terapisti:** Hizmet alan kişilerin belli aktiviteler üzerindeki performanslarının düzeltilmesi, üretkenlik ve adaptasyon için gerekli olan becerilerin edinilmesine yardımcı olunması konusunda rol alır(25,32,33).

2.4. EVDE BAKIM SİSTEMİNİN KAPSAMI(28,29);

- 1- Evde koruyucu bakım
- 2- Evde tanı koyucu bakım
- 3- Evde tedavi edici bakım
- 4- Evde rehabilite edici bakım
- 5- Evde uzun süreli bakım
- 6- Evde hospis bakım

2.4.1. Evde Koruyucu Bakım: Kişinin durumu stabil edildikten sonra iyilik halinin sürdürülmesini, sakatlıklarının önlenmesini sağlar. Örneğin osteoporozlu bir hastada düşmeleri ve buna bağlı kırıkları engellemek için gerekli önlemlerin alınması, aileye gerekli bilgilerin verilmesi ve gerekli fizik tedavi programlarını kapsar. Benzer şekilde akut myokard enfarktüsü geçiren kişilerde evde bakım programı çerçevesinde oluşabilecek komplikasyonların izlemine içerir.

2.4.2. Evde Tanı Koyucu Bakım: Fazla sayıda tıbbi problemi olan, yürüme gücü çeken, beslenmesi bakımı üstlenen kişiye bağımlı olan, eve bağımlı özürlüler, muayeneye gelmeyi reddeden hastalar evde tanı koymak için uygun hastalardır. Evde tanı konulurken Portnow ve Bernstein tarafından tanımlanan “Basamak Yöntemi(Stepwise Method)” kullanılır(15).

2.4.3. Evde Tedavi Edici Bakım: Yoğun bakımdan taburcu olup direk eve gönderilen hastaların bakımınıdır. Hasta ve ailesinin günlük yaşamlarına devam etmelerini amaçlar.

2.4.4. Evde Rehabilitasyon Edici Bakım: Hastaneye yatışı takiben, bu program ile hastanın bağımsızlığının sağlanması, sosyal yaşama dönmesi, topluma katılmasının sağlanması amaçlanır. AIDS hastalarının rehabilitasyonu da son zamanlarda önem kazanmıştır(29).

2.4.5. Evde Uzun Süreli Bakım: Kronik hastaların, özürlü ve sakat bireylerin ihtiyacı olan tıbbi ve destekleyici hizmetlerin, sahip olunan fonksiyonların maksimum düzeyde tutulması amaçlanarak verilmesidir. Son yıllarda yaşlı nüfusundaki artış göz önünde bulundurulduğunda evde bakım desteğinin en büyük kısmını yaşlı, uzun süreli bakım gereksinimi olan hastaların oluşturduğu görülmektedir(15).

2.4.6. Evde Hospis Bakım: Terminal dönem hastalara ve onların ailelerine sunulan bakım hizmetidir. Örneğin; AIDS, amfizem, MS(Multipl Skleroz), multiple myelom gibi hastalıklarda hospis bakım verilebilir(28,29,34). Ölümü beklenen kişiye rahat, huzurlu bir ortam sağlamak için yapılandırılmış bir bakım hizmetidir(22). Hospis bakım palyatif bakım ile karıştırılabilmektedir. Palyatif bakım da hospis bakımında olduğu gibi hastaların tıbbi, duygusal, ruhani ve diğer ihtiyaçlarını

karşulamakla birlikte hospis bakımından farklı olarak hastaların son evresindeki bir bakım değildir.

2.5. EVDE BAKIM HİZMETİNİN AVANTAJLARI

Bu bakım türünde yaşlının bulunduğu ortamdan uzaklaşmasına gerek yoktur. Bu hizmet sağlık hizmeti ile birlikte sosyal alanda iyileştirici terapileri de kapsar(35). Evde bakımın en belirgin yararı; sağlık harcamalarında azalma ve kişinin kendi ev ortamında, ailesinin yanında bakımına imkan sağlamasıdır. Bu hizmetin diğer yararları(2,21,36,37,38);

- 1- Evde bakım hizmetleri hastaların daha özgür olmalarına izin vermektedir. Hastanın çevresiyle iletişim içinde olması hastanın daha hızlı iyileşmesini sağlar.
- 2- Evde bakımda kurumlara göre bireyin hijyenik ihtiyaçları daha rahat karşılanır.
- 3- Evde bakım hizmeti alan kişilerde çevre ve aileleri ile iletişimleri devam ettiği için depresyon, anksiyete, stres sıklığı kurumlardakine göre daha az görülür.
- 4- Evde bakım hizmetlerinde uygunsuz hastane yatışı daha azdır.
- 5- Evde bakım hastanede yatışlara bağlı olan enfeksiyon riskini azaltır.
- 6- Kişiler kendi rahatsızlıklarıyla ilgili sorumluluk kazanırlar.
- 7- Terminal dönemdeki hastalar evde bakıldığında hasta yakınlarının durumu baş etmelerini kolaylaştırır.
- 8- Evde bakım hizmetleri hastane hizmetlerinden daha etkili ve daha ekonomiktir.
- 9- Sağlık hizmetlerine ulaşımı kolaylaştırır(38).
- 10- Evde bakım ile hastanelere, acillere ve yoğun bakımlara dönüşler azalır.

2.6. EVDE BAKIM HİZMETİNİN DEZAVANTAJLARI

Tüm hizmetler gibi evde bakım hizmetlerinin de dezavantajları vardır. Evde bakım hizmetleri pek çok ülkede yeni bir yapılanma olduğu için birçok sorun ve denetim problemini de beraberinde getirmiştir. Dezavantajları;

- 1- Evde bakım hizmetleri pek çok dış etkene açıktır ve yoğun bir eğitim programı

- ve kontrol gerektiren bir sistemdir(38).
- 2- Sağlık personeli sürekli hastanın yanında değildir. Evde bakım verecek olan personel kurum dışında bakım verdiğinde verimliliği azalabilir(6,17,37).
 - 3- Evde bakım veren personel ile hasta ve ailesi arasında iletişim problemleri olabilir(17,38).
 - 4- Evde damar yolu tedavisi alanlarda sepsis, tromboz, damar yolu tıkanıklıkları gibi komplikasyonlar gelişebilir. Evde bakımı sağlayacak olan personelin güvenliğini sağlama konusunda problemler yaşanabilir(6,37,38).

2.7. EVDE BAKIM HİZMETİNİN TARİHÇESİ

Evde bakım hizmetinin tarihsel gelişimine bakıldığında; doğumun evde mi yoksa hastanede mi yapılması gerektiğine dair tartışmaların yaşandığı Roma da doğumlar tıbbi aletlerini yanında getiren ebe eşliğinde hamile bireyin evinde gerçekleştirilmekteydi(17,32,37,39). Ortaçağ Avrupa'sında ise; evde bakım hizmeti uygulamaları, hastanın hastalığını diğer insanlara bulaştırmalarını engellemek amacıyla kişilerin evinde yapılmıştır. Burada sunulan hizmet sağlık hizmetinden ziyade barınma, beslenme gibi sosyal hizmetleri içermiştir(37,40). 1700'lerin sonuna doğru dini gereklilikler nedeniyle fakir hastalara ev ziyaretleri şeklinde evde bakım hizmetleri başlamıştır(29).

Evde hasta bakımı kilisenin önderliğinde bazı gönüllü kurumlar tarafından yapılmakla birlikte, dini kurumlar dışında gerçek anlamda evde bakım hizmeti 1859 yılına kadar yapılamamıştır(32,37). 1885 yılında ABD'nin bazı eyaletlerinde evde hemşirelik bakımı sunmak üzere bazı kuruluşlar kurulmuştur(41). ABD de Boston dispanseri de bu hizmeti ilk sunan kuruluşlardan biri olarak kabul edilmektedir(42).

19. yüzyıldan itibaren ihtiyaç sahibi kişilere hizmet etmek amacıyla organize bazı resmi girişimler hız kazanmıştır. Kentlerde yaşayan hasta ve fakir kişiler hastanede bakım için gerekli parayı bulamadıklarından evde tedavi edilmeye başlamışlardır(37).

19. yüzyılda evde hemşirelik hizmetleri 1883 yılında New York'ta Lillian Wald tarafından başlatılmıştır. ABD de ilk halk sağlığı hemşireliği fikrini ortaya atan LillianWald dünyada evde bakımın kurucusu olarak görülmektedir. Bu dönemde

hastalanan kişiler hastaneye başvurmamışlar, sağlık problemleri evde çözülmeye çalışılmıştır(29). .

1859 tarihinde gerçek anlamda hemşirelik hizmeti William Rathbone isimli bir İngiliz antropolog tarafından oluşturulmuştur. Rathbone evinde eşine bir hemşire tarafından verilen hizmetten etkilenerek fakir hastalar için gönüllü bir hemşire servis hizmeti oluşturmuştur(17,32,37).

Evde hemşirelik hizmetini ilk veren kişi ise Liverpool'da Mary Robinson isimli hemşire olmuştur. Robinson sadece hemşirelik hizmeti vermekle kalmamış evde yaşayan bireylere hijyen kuralları ve evde hasta bakımı hakkında eğitim de vermiştir(17,37,43).

Evde bakım hizmetlerinin öncülerinden olan FloranceNightingale ise evde bakım hizmeti verecek kadınların özel eğitilmesini ve eğitilmiş kadınların hastanelerde ve ev ziyareti gerçekleştirilecek bölgelerde görevlendirilmesini önermiştir. Ve yine Nightingale'in önerileriyle 1862 yılında Liverpool da evlerde hasta bakımı gerçekleştirecek hemşirelerin eğitimi için 1,5 yıl eğitim veren ilkokul açılmıştır(32,37,43).

19. yüzyılın ortalarından itibaren evde bakım için resmi ve organize girişimler hızlanmıştır. Kentlerde yaşayan fakir ve hasta kişilerin sayılarının artması, kronik hastalıkların çoğalması ve buna bağlı sosyal koşullardaki kötüleşme evde bakıma olan ihtiyacı artırmıştır. Başta ABD olmak üzere pek çok ülkede organize evde bakım modelleri ortaya çıkmaya başlamıştır(29).

1940'lı yıllarda kronik hastalıklı bireylerin hastaneleri uzun süreli işgal etmesi üzerine evde bakıma olan ilgi artmıştır. 1947 yılında Montefiore Hastanesi Evde Bakım Programı ilk "hastane destekli evde bakım"ı sunan model olmuştur(29).

ABD de 1965 yılında Medicare ve Medicaid sigorta sisteminin kurulmasıyla birlikte evde bakım hizmetleri dönüm noktasına ulaşmıştır(44).

Evde bakım hizmetlerinin tarihsel gelişiminde; ev ziyaretlerinin yapıldığı günlerden bugüne kadarki durumuna bakıldığında bütün ülkelerde hızla yaygınlaştığı

görülmektedir. Özellikle yaşlıların evde bakıma olan taleplerinin artmasının iki nedeni vardır. İlk neden; yaşlı nüfusun daha çok kronik hastalığa sahip olması ve uzun süreli evde bakıma daha çok ihtiyaç duymasındır. İkinci neden ise; yaşlıların hastaneleri daha çok kullanmaları nedeniyle daha çok hastane sonrası bakıma gereksinim duymalarıdır(17,37).

2.8. TÜRKİYE’DE EVDE BAKIM DURUMU VE TARİHÇESİ

Türkiye’de organize olmuş bir evde bakım servisi henüz yoktur. Ancak toplumun sağlık ihtiyaçları göz önünde bulundurularak bazı hizmetlerin evlere götürülmesini kapsayan sağlık uygulamaları mevcuttur.

Türkiye’de evde bakım hizmetleri uygulamalarında üç dönem mevcuttur. Bunlar; Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (UHK) çerçevesince yürütülen hizmetler, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun (SHSHK) çerçevesinde yürütülen hizmetler ve son olarak da 1980 yılı sonrası yürütülen evde bakım hizmetleridir(45).

Sağlık alanında yapılan ilk düzenleme geçen yüzyılın başlarında yaygın olan bulaşıcı hastalıklar ve ana çocuk sağlığı problemleri nedeniyle 1930 yılında çıkarılan 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu’dur. Bu kanunda bulaşıcı hastalıkların evde tanı ve tedavisi, hekimlerin evde hasta muayenesi, evde ana çocuk sağlık hizmetlerinin verilmesine dair hükümler yürürlüğe konulmuştur. Ve bu hizmetlerin karşılanması amacıyla hekim ve hemşireler evleri ziyaret etmiştir(20,46,47).

1961 yılında uygulamaya konulan 224 sayılı Sosyalleştirme yasası ve bu yasanın yürütülmesini düzenleyen 154 sayılı yönerge ile kronik hastalığı olan bireylerin izlemi görevi halk sağlığı hemşirelerine verilmiştir(38,47). Gebelerin evde izlenmesi, loğusa izlemi, 0-6 yaş grubu çocukların izlenmesi görevi ise ebelere verilmiştir. Hizmet denetimleri içinse halk sağlığı hemşireleri görevlendirilmiştir(20,47).

1961 yılındaki “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi” ile ilgili yasayla bireylerin eşit koşullar ve geniş olanaklarla sağlığını korumak, sağlık düzeyini yükseltmek, eksikliklerini gidermek, sağlık durumunun devamlılığını sağlamak

amaçlanmıştır. Türkiye’de evde bakım hizmetlerinin gerekliliğini ve önemini gösteren bu yasa ile ilgili ilke, sürekli hizmet ilkesidir. Türkiye’nin Ulusal Sağlık Politikasını belirleyen bu ilkeye göre, herkese, her yerde, her zaman yerleşik planlı ve programlı bir sağlık politikasının sunulması gerektiği belirtilmektedir(45,46).

1953 yılında kabul edilen 6283 sayılı hemşirelik kanunu, mecburi hizmet yükümlüsü olmayan hemşirelerin istedikleri taktirde sanatlarını yapabilecekleri özel iş yeri açıp evlere ziyaret düzenlemesine imkân sağlamıştır. Ve bu yasaya göre hemşireler “sağlık kabini” adı verilen iş yerleri açarak evde hastaların tedavilerini gerçekleştirmişlerdir(20,47).

Sosyal hizmetlerin yürütülmesi için 1963 yılında Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığına bağlı Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü kurulmuştur. Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kanunu 1983 yılında yürürlüğe girdikten sonra bu kurum bakıma muhtaç sakat, yaşlı, çocuk ve ailelere yardım götürmeye başlamıştır(47).

09.07.2004 tarihindeki 5215 sayılı belediyeler kanununa göre özürlü, yaşlı, dar gelirli, düşkün kişilere sosyal hizmet verilmesi zorunlu hale getirilmiştir. Bu kanuna göre belediyeler ücretsiz olarak ulaşım, sonda uygulaması, kan alma, tansiyon takibi, serum takma, enjeksiyon, pansuman gibi hemşirelik hizmetleri ve ayrıca sosyal hizmetleri verebilmekte olup bu hizmetlerin belli bir standardizasyonu yoktur. Belediyeler kendi uygun gördükleri hizmetleri vermektedir(47).

Yasal çerçeve açısından evde bakım durumuna bakıldığında ise; evde bakım hizmetlerini sağlayacak teşekküller 2005 yılına kadar oluşturulmamıştır. 10.03.2005 tarih ve 25751 sayılı evde bakım hizmetleri sunumu hakkında yönetmeliğin Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe girmesi ile evde bakım hizmetlerinin kanuni çerçevesi oluşturulmuştur(19,45).

10.03.2005 tarihindeki 25751 sayılı “Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkındaki Yönetmelik” ile evde bakım hizmeti sunacak kuruluşların açılması, çalışması ve denetlenmesine ilişkin hususlar düzenlenmiştir. Bu yönetmeliğe göre evde bakım hizmeti sunacak kuruluşlar ikiye ayrılmıştır. Birincisi müstakil olan bakım merkezleridir. Diğerleri ise daha önce ruhsatlandırılmış olan hastane gibi sağlık kuruluşları bünyesindeki evde bakım birimleridir(47,48).

Ayrıca 2005 yılında çıkarılan yönetmelikte ve yine 2005 yılında yürürlüğe

giren sağlıkta dönüşüm yasında, evde bakım hizmetinin amaç kapsam ve dayanakları belirtilmiş, evde bakım hizmeti verecek kurumların açılması, personeli ve hizmet sunumu gibi konulara yer verilmiştir. Bu yönetmelikte evde bakımın nasıl yürütüleceği ve geri ödemelerin nasıl olacağına dair yeterli düzeyde açıklama bulunmamaktadır(38,49).

“Bakıma Muhtaç Özürlülerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik” 30.07.2006 tarihinde 26244 sayılı resmi gazete yayınlanmıştır. Günümüzdeki adıyla Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı bünyesinde hazırlanan yönetmelikte; bakıma muhtaç özürlülerin tespit edilmesi, bildirimi, bakım hizmetlerine ve ücretlerine ilişkin usul ve esasların belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu yönetmelikte ücret ödenip ödenmeyeceği kişilerin gelirleri dikkate alınarak hesaplanmıştır. Kişi başı gelir yönetmelikte belirlenen düzeyin üstündeyse bakım verene ücret ödenmemektedir. Buna göre yaşlı ve özürlülerin bakımı için bir bakım elemanı olması esastır. Yeterli sayıda ve farklı alanlarda hizmet sunabilecek personelin yetiştirilmesi ve bu personellerin yönetimini sosyal hizmet elemanının yapması bakım hizmetlerinin geliştirilmesi açısından önemlidir(47). Yine bu yönetmelikte sosyal güvencesi olmayan, ekonomik ve sosyal olarak yoksul kabul edilen kişiler için evde ve kurumda ücretsiz bakım hizmetinden yararlanabilecekleri koşullar oluşturulmakla birlikte, sosyal sigortası bulunan bakıma muhtaç özürlüleri kapsayan düzenlemelere yer verilmemiştir(29,50).

2 Şubat 2010 tarihinde Evde Bakım Hizmetleri için yönerge yayınlanmış ve bu yönergede Evde Bakım Hizmeti yerine Evde Sağlık Hizmeti kavramına yer verilmiştir. Kavram olarak belirli bir standardizasyonun olmadığı görülmektedir(29).

“Yaşlı Hizmet Merkezlerinde Sunulacak Gündüzlü Bakım İle Evde Bakım Hizmetleri Hakkındaki Yönetmelik” ile yaşlıların yaşam ortamlarını iyileştirmek, psiko-sosyal ve sağlık gereksinimlerinin karşılanmasında yardımcı olmak, günlük yaşamlarında zorluk çektikleri konularda destek olmak, boş zamanlarının değerlendirmek ve sosyal faaliyetler düzenleyerek yaşlıların yaşam kalitesini artırmak amacıyla “Gündüzlü Bakım Hizmeti” verilmesine olanak sağlanmıştır. Bu modellerin geliştirilmesinin esas nedeni; uzun süreli kurumda yapılan bakımın kişiler üzerindeki olumsuz etkileri ve yüksek maliyettir(25,47).

Bu çerçevede Sağlık Bakanlığı tarafından 2002 yılında geliştirilen “Ulusal Yaşlı Sağlığı Programı”nın stratejilerinden biri “yaşlıların ülke koşullarına uygun evde bakımına yönelik uygulamaların geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması”dır(45,51).

Evde bakım hizmeti; günümüzde çoğunlukla özel şirketler tarafından verilmektedir ve bu hizmetin ücreti resmi sigorta sistemi tarafından karşılanmadığı için az sayıda insan bu hizmetten yararlanabilmektedir(47).

Evde bakımın ülkemizde yasal dayanakları vardır. Anayasamızın 61. maddesinde yaşlı ve sakatların devletçe korunması hususuna yer verilmiştir. Fakat bu yasa etkin bir biçimde hayata geçirilememiştir. Ayrıca Devlet Planlama Teşkilatı'nın yayınladığı kalkınma planında “ayaktan teşhis ve tedavi merkezleri ve yataklı tedavi kurumları ile irtibatlı evde hasta bakımına yönelik bir hizmet modeli geliştirilecektir” şeklindeki hüküm ile evde bakım modelinin geliştirilmesi önerilmiştir. Fakat 2005 yılında çıkan yönetmeliğe ve yine 2005 yılında yürürlüğe giren Sağlıkta Dönüşüm Yasasına bakıldığında; evde bakımın yürütülmesi ile ilgili açıklamalar yeterli değildir(38,47).

2.9. EVDE TIBBİ BAKIM KONULARI

Evde bakım hizmetinde hizmet verilecek hedef nüfus homojen değildir. Her yaş ve hastalıktan hizmet alan birey mevcut olduğu için evde bakım hizmetlerinin kapsamı değişebilmektedir(52).

Yapılan birçok çalışma, hastaların erken taburcu edilip devamında evde tıbbi bakımı ile sağlık harcamalarının ciddi miktarda azaltılabileceğini göstermektedir. Evde tıbbi bakım verilerek hastane enfeksiyonu riskinin önlenebileceği, tedavi maliyetinin düşürülebileceği ve hastanın erken taburcu edilebileceği bazı hasta grupları şu şekildedir(20);

- 1- **Ameliyat Sonrası Hastalar;** Ameliyat sonrası dönem pek çok ameliyatta 3-5 gün civarındadır. Ameliyat sonrası düzenli bir taburcu raporuyla bu hastalara evde tıbbi bakım verilebilir. Örneğin; kolesistektomi, apendektomi cerrahisi

sonrası yara yeri bakımları, kolon kanseri vb. kolostomili hastaların kolostomi bakımları, omurga cerrahisi sonrası önerilen özel egzersizler, ortopedik ameliyatlardan sonrası bakım vb. hizmetler için evde tıbbi bakım verilebilir.

- 2- **Onkoloji(Kanser) Hastaları:** Yeni tanı konulan kür tedavisi planlanan hastalarda ayaktan evde kür tedavisi uygulanabilir. Ayrıca terminal dönem hastalarda palyatif tedavi verilebilir. Son dönem hastalarda oluşabilecek psikolojik problemler için hastayla birlikte ailesine tıbbi ve sosyal destek sunulabilir.
- 3- **Kronik Hastalığı Olan Hastalar:** KOAH, KBY, Alzheimer, demans gibi hastalığı olanlara eğitim ve düzenli tedavi hizmeti verilebilir. Bu tür bakımda hasta ve hasta yakınlarının hastalık ile ilgili eğitimleri yapıp sosyal ve psikolojik destek de sağlanabilir.
- 4- **Diyabetik Ayak ve Diyabet Hastalarının Evde Bakımı:** Diyabet toplumumuzda çok sık rastlanılan bir hastalıktır. Diyabet hastalığında en önemli konu; hasta ve yakınlarının tedavi ve diyet konusunda eğitimi, düzenli ilaç kullanımının sağlanması, hipoglisemi ve diğer komplikasyonların önlenmesidir. Diyabetik ayak gelişen hastalarda ise ayak bakımının evde yapılması daha az hastane yatışı gerektireceğinden bu uygulama hem maliyeti düşürecek hem de hastaların kendi yaşadığı ortamda tedavisini sürdürebilmesine imkân sağlayacaktır.
- 5- **Doğum Öncesi ve Sonrası Evde Bakım:** Gebeliğinin son dönemindeki anne adaylarına doğum hakkında bilgi verilip doğum egzersizleri öğretilir. Postpartum dönemde ise lohusa takibi, bebek bakımı, emzirme eğitimi, beslenme eğitimi gibi konularda bakım ve eğitim verilebilir.
- 6- **Son Dönem Hastaların Evde Bakımı:** Tedavi şansı kalmamış hastaların evde son dönemde nasıl bakılacağına dair hasta yakınlarına eğitim verilebilir. Bu hastaların bazı tıbbi ihtiyaçları(serum takılması, ağrı kesici yapılması gibi) evde karşılanabilir.
- 7- **Evde Enteral ve Parenteral Beslenme:** Terminal dönem hastalar ya da yoğun bakım yatışı sonrası taburcu olan hastaların beslenmesi sorun olabilmektedir. Bu hastaların enteral ve parenteral beslenmeleri konusunda

evde bakım hizmeti sunulabilir.

- 8- **Dekübitis Ülserleri ve Yara Bakımı:** Taburcu edilen veya evde takip edilen yatağa bağımlı hastalarda dekübit ülserleri oluşumunu önlemek için önlemler almak, dekübit ülseri olan hastaların yara bakımı ve hastaların belli aralıklarla pozisyonlarının değiştirilmesi konusunda ailenin eğitilmesi gibi konularda aileye destek ve eğitim verilebilir.

Bu tarz örnekler ve hastalık grupları daha da artırılabilir. Özetle ülkemizde evde bakım hizmetleri kurumsallaşır ve bu konudaki eğitilmiş personel sayısı yeterli düzeye ulaşırsa verilen hizmetin kalitesi daha artırılabilir ve tedavi maliyetleri de daha gerilere çekilebilir(20).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma Tokat merkezde evde bakım hizmeti alan hastaların dosyalarının retrospektif olarak incelenmesine dayanan, 2014 Eylülde başlanıp bir yıl süren kesitsel tipte bir araştırmadır. Çalışma için Tokat Gaziosmanpaşa(GOP) Üniversitesi Tıp Fakültesi etik kurulundan etik kurul onayı alınmıştır.

2011 yılı Türkiye İstatistik Kurumu (TUIK) verilerine göre Tokat ili nüfusu 608.299 olup, nüfusun %59'u kentsel, %41'i kırsal bölgede yaşamaktadır. Araştırmamızın evrenini Tokat il merkezinde ve merkeze bağlı köylerde yaşayan 2013 ve 2014 yıllarında evde bakım hizmeti alan hastalar oluşturmuştur. Dosyalarında ve tıbbi verilerinde eksiklikler olan hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir. Çalışmaya Tokat Devlet Hastanesi ve Tokat Halk Sağlığı Kurumu olmak üzere iki farklı merkezin evde bakım birimi tarafından takip edilen, dosyaları ve tıbbi verileri yeterli doldurulmuş olan toplam 422 hasta dahil edilmiştir.

Mevcut kayıtlar Tokat Halk Sağlığı Kurumu ve Tokat Devlet Hastanesinde hastaların evde bakım hizmetine başvuruları sırasında veya hastalara yapılan ziyaretler esnasında doldurulan formlardan oluşmaktaydı. 1-Evde sağlık hizmeti başvuru formu(**Ek.1**), 2-Bilgilendirilmiş Onam Formu(**Ek.2**) 3-Evde sağlık hizmetine kabul edilen hasta değerlendirme formu(**Ek.3**) ve 4-Evde sağlık hizmeti hasta tedavi formu(**Ek.4**) olmak üzere her hastanın dosyasında en az 4 adet form bulunmaktaydı. Ayrıca bazı hastaların dosyasında bunlara ek olarak; hasta tahlil-tetkik istem formu(**Ek.5**), konsültasyon formu(**Ek.6**), nakil formu(**Ek.7**) ve hizmet sonlandırma formu(**Ek.8**) bulunmaktaydı.

Evde sağlık hizmeti başvuru formu(**Ek.1**): Kişinin kendisi, aile hekimi, hastane çıkış hekimi veya evde sağlık hizmetleri birimi tarafından doldurulmuştu. Bu formda hastaların kişisel bilgileri, adresi, kişiye ulaşılabilecek telefonlar, sağlık güvencesi, mevcut hastalıkları, kullandığı ilaçlar ve müracaatı yapan kişinin kim olduğu gibi bilgilere yer verilmişti.

Evde sağlık hizmetine kabul edilen hasta değerlendirme formu(Ek.3): Hastaların kişisel bilgileri, başvuru, bakım, gelir durumu, yaşadıkları yer, yatağa bağımlılık durumları, kişisel bakımlarının kim tarafından yapıldığı, gůvenlik, beslenme, varsa kronik hastalıkları ve kullandığı yardımcı araçlar gibi bilgiler yer almıştı. Ayrıca yapılan değerlendirme sonrası elde edilen vital bulguları, fizik muayene bulguları, psikolojik durum değerlendirmesi, ağrı ve bası ۆlseri olup olmadığı, ۆzellikli bir sağlık hizmetine ihtiyaç duyup duymadığı ve kişinin ailesine verilen eğitim bilgilerine yer verilmişti.

Evde sağlık hizmeti hasta tedavi formu(Ek.4); Hastalara yapılan ziyaretlerin sayısı, hastaların vital bulguları, yapılan ziyaretlerin amacı, ziyaret esnasında hastalara yapılan işlemler (enjeksiyon, pansuman, sonda, reçete, tetkik, nazogastrik, damar yolu vb.) ve varsa konsůlte edildikleri bۆlüm bilgisine yer verilmişti.

Araştırma sırasında verileri yeterli dۆzeyde olmayan hastalar çalışma dışı bırakılmıştır. Hastalıklar sistemlere gۆre gruplandırılarak veri girişi yapılmıştır.

Elde edilen veriler SPSS programıyla analiz edilmiřtir. Sayısal veriler ise; iki ortalama arasındaki farkın ۆnemlilik testi, tek yۆnlű varyans analizi, çapraz tablolar ve ki-kare testleri ile deđerlendirilmiřtir.

Çalışma gruplarının genel ۆzellikleri hakkında bilgi vermek amacı ile tanımlayıcı analizler yapılmıştır. Sůrekli değerkenlere ait veriler ortalama±standart sapma şeklinde; kategorik değerkenlere ilişkin veriler ise n (%) şeklinde verilmektedir. Nicel değerkenlerin gruplar arasındaki ortalamalarını karşılaştırırken İki Ortalama Arasındaki Farkın ۆnemlilik testi ve Tek Yۆnlű Varyans Analizinden yararlanılmaktadır. Nicel değerkenler arasındaki ilişki olup olmadığını değerlendirmek için çapraz tablolardan ve ki-kare testlerinden yararlanılmaktadır. p değerleri 0.05'den kůuk hesaplandığında istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Hesaplamalarda hazır istatistik yazılımı kullanılmıştır (IBM SPSS Statistics 19, SPSS inc., an IBM Co., Somers, NY).

4. BULGULAR

Çalışmamızda 252(%59,7) kadın, 170(%40,3) erkek olmak üzere evde bakım hizmeti alan toplam 422 hastanın dosyasına ulaşılabildi(**Tablo 4.1.**).

Tablo 4.1. Hastaların cinsiyet dağılımı

Değişken		Sayı	%
Cinsiyet	Kadın	252	59,7
	Erkek	170	40,3
	Toplam	422	100,0

Bu hastalardan 80 kişi Halk Sağlığı Kurumu(HSK) evde bakım hizmetleri birimi tarafından, geriye kalan 342 hasta ise Tokat Devlet Hastanesi evde bakım hizmetleri birimi tarafından takip edilmekteydi. Evde bakım hizmeti alan hastaların büyük çoğunluğunu oluşturan 323(%78,6) kişinin genel sağlık sigortası kapsamında(SSK, emekli sandığı, bağ kur) sağlık güvencesi vardı. 79(%19,2) kişinin yeşil kart, 9(%2,2). 4 kişinin 65 yaş üstü sağlık güvencesi vardı, 5 kişinin ise sağlık güvencesi yoktu. 411 hastanın geneline bakıldığında ise hastaların %1,2 sinin sosyal güvencesi yoktu(**Tablo 4.2.**).

Tablo 4.2. Hastaların sosyal güvence dağılımı

Değişken		Sayı	%
Sosyal Güvence	SGK	323	78,6
	Yeşil kart	79	19,2
	Diğer	9	2,2
	Toplam	411	100,0
Sosyal Güvence Diğer ise nedir?	Sigorta yok	5	55,6
	65 yaş üstü	4	44,4
	Toplam	9	100,0
Sosyal Güvence Varlığı	Var	406	98,8
	Yok	5	1,2
	Toplam	411	100

Hem devlet hastanesi hem de halk sağlığı kurumunda takip edilen hastaların yaşına bakıldığında her iki grupta da büyük çoğunluğu 60 yaş üstü hastalar oluşturmaktaydı. Toplamda ise takip edilen hastaların %76,1 i 61 yaş ve üzeriydi. İki merkez arasında hastaların yaş dağılımları ve yaş ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$). Hastaların yaş dağılımları ve yaş ortalamaları **Tablo 4.3.** ve **Tablo 4.4.** de gösterilmiştir.

Tablo 4.3. Hastalara ait yaş dağılım tablosu

		Takip Yeri			χ^2	p
		Devlet Hastanesi	HSK	Toplam		
		Sayı(%)	Sayı(%)	Sayı(%)		
Yaş Grupları	20 ve altı	19(5,6)	2(2,5)	21(5)	6,953	0,073
	21-40 arası	21(6,1)	9(11,3)	30(7,1)		
	41-60 arası	36(10,5)	14(17,5)	50(11,8)		
	61 ve üstü	266(77,8)	55(68,8)	321(76,1)		
	Toplam	342(100)	80(100)	422(100)		

Tablo 4.4. Takip edildikleri merkezlere göre hastaların yaş ortalaması

	Takip Yeri				t	p
	Devlet Hastanesi (n=342)		HSK (n=80)			
	Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma		
YAş	69,99	20,85	66,89	20,19	1,206	0,229

En genç hasta 9, en yaşlı hasta ise 107 yaşındaydı. Hastaların ortalama yaşı ise $69,4 \pm 20,74$ olarak hesaplandı(**Tablo 4.5.**).

Tablo 4.5. Hastaların yaş ortalaması ile ilgili tablo

	Ortalama	Standart Sapma	Minimum	Maximum
YAŞ	69,40	20,74	9,00	107,00

Evde bakım hizmeti alan 422 hastanın 342'si (%81) şehir merkezinde, 80(%19)'i merkeze bağlı köylerde yaşamaktaydı. Kırsalda yaşayan hastaların tamamı halk sağlığı kurumu tarafından, merkezde yaşayan hastaların tamamı ise devlet hastanesinin evde bakım birimi tarafından takip edilmekteydi (**Tablo 4.6.**).

Tablo 4.6. Hastaların yaşadıkları yerleşim birimine ilişkin dağılım

Değişkenler		Takip Yeri			χ^2	p
		Devlet Hastanesi	HSK	Toplam		
		Sayı(%)	Sayı(%)	Sayı(%)		
Kırsal/ Merkez	Merkez	342(100)	0(0)	342(81)	422,000	<0,001
	Kırsal	0(0)	80(100)	80(19)		
	Toplam	342(100)	80(100)	422(100)		

Evde bakım hizmeti için hastalar adına yapılan 362 başvurunun büyük çoğunluğu hastaların birinci derece yakınları tarafından yapılmıştı. Sadece 40 kişi (%11) için aile hekimi, 4(%1,1) kişi için hastane hekimi, 6 (%1,7) kişi için ise bakıcısı başvuruda bulunmuştu. Evde Bakım Hizmetine başvuranların hastaya olan yakınlığına göre dağılımı **Tablo 4.7.** de verilmiştir.

Tablo 4.7. Evde Sağlık Hizmetine başvuranların hastaya olan yakınlığı dağılımı

Değişken	Sayı	%	
Müracaatı Yapan Kişinin Yakınlığı	Kızı	85	23,5
	Oğlu	70	19,3
	Eşi	56	15,5
	Gelini	44	12,2
	Aile Hekimi	40	11,0
	Annesi	26	7,2
	Kardeşi	7	1,9
	Torunu	7	1,9
	Babası	6	1,7
	Bakıcısı	6	1,7
	Kendisi	5	1,4
	Hastane Hekimi	4	1,1
	Damadı	4	1,1
	Diğer	2	0,6
Toplam	362	100,0	

Evde bakım hizmeti için 411 hastanın büyük çoğunluğu(%60,3) hastaneye bağlı evde sağlık hizmeti birimine başvuruda bulunmuştu. Yapılan 417 başvurunun %99,8 ni oluşturan büyük çoğunluğu evde sağlık hizmeti birimi tarafından değerlendirilmişti. Yalnızca bir değerlendirme aile hekimi tarafından yapılmıştı. Evde Bakım Hizmetine başvurunun yapıldığı ve başvurunun değerlendirildiği merkezlere dair bilgi **Tablo 4.8.** de verilmiştir.

Tablo 4.8. Evde bakım hizmetine başvurunun yapıldığı ve başvurunun değerlendirildiği merkezlerin dağılımı

		Sayı	%
Başvuru Yapılan Birim	Hastane Evde Sağlık Hizmeti Birimi	248	60,3
	Aile Hekimi	101	24,6
	İletişim Koordinasyon Merkezi	35	8,5
	Hastane Çıkışı Hekimi	22	5,4
	Mobil Birim	5	1,2
	Toplam	411	100,0
Başvuruyu Değerlendiren Birim	Evde Sağlık Birimi	416	99,8
	Aile Hekimi	1	0,2
	Mobil Birim	0	0,0
	Toplam	417	100,0

Devlet hastanesi evde bakım biriminden hizmet alanların büyük çoğunluğu Devlet Hastanesi evde bakım birimine başvurmuştu. Toplum sağlığı kurumundan evde sağlık hizmeti alan hastaların çoğunluğu ise başvurusunu iletişim koordinasyon merkezine yapmıştı. Bu iki merkezde başvuruların yapıldığı birimler karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.001$). Hastaların başvurularının merkezlere göre dağılımı **Tablo 4.9.** de verilmiştir.

Tablo 4.9. İki farklı merkezde başvuruların yapıldığı birimlerin dağılımı

Değişkenler		Takip Yeri			χ^2	p
		Devlet Hastanesi	HSK	Toplam		
		Sayı(%)	Sayı(%)	Sayı(%)		
Başvuru	İletişim Koordinasyon Merkezi	3(0,9)	32(46,4)	35(8,5)	200,177	<0,001
	Hastane Çıkışı Hekimi	18(5,3)	4(5,8)	22(5,4)		
	Hastane Evde Sağlık Hizmeti Birimi	241(70,5)	7(10,1)	248(60,3)		
	Aile Hekimi	80(23,4)	21(30,4)	101(24,6)		
	Mobil Birim	0(0)	5(7,2)	5(1,2)		
	Toplam	342(100)	69(100)	411(100)		

385 hastanın 359(%93,2)u tıbbi bakım, 26(%6,8) si sosyal hizmet destek ve yardıma ihtiyaç duymaktaydı. Her iki merkezde de hastaların büyük çoğunluğu tıbbi desteğe ihtiyaç duymaktaydı. İki merkezin bakım destek ihtiyaçları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (**Tablo 4.10.** p<0.001)

Hastaların gelir durumlarına bakıldığında; evde bakım hizmeti alan 370 hasta arasından devlet hastanesinde takip edilen hastaların büyük çoğunluğu maaş alırken, halk sağlığı kurumu tarafından takip edilen hastaların çoğunluğu ise bakıma muhtaçlık yardımı almaktaydı. Bu iki merkez arasında gelir durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır(p<0.001). Toplamda 10(%2,7) hastanın ise herhangi bir gelirinin olmadığı saptanmıştır. Hastaların gelir durumlarına ilişkin bilgi **Tablo 4.10.** de verilmiştir.

Tablo 4.10. Bakım yerlerine göre hastaların bakım destek ihtiyaç durumu ve gelir durumu dağılımı

		Takip Yeri			χ^2	p
		Devlet Hastanesi	HSK	Toplam		
		Sayı(%)	Sayı(%)	Sayı(%)		
Bakım Destek İhtiyacı	Tıbbi Bakım	333(97,4)	26(60,5)	359(93,2)	82,607	<0,001
	Sosyal Hizmet Destek ve Yardım	9(2,6)	17(39,5)	26(6,8)		
	Bakım İhtiyacı Yok	0(0)	0(0)	0(0)		
	Toplam	342(100)	43(100)	385(100)		
Gelir Durumu	Maaş Alıyor	183(57,2)	10(20)	193(52,2)	59,141	<0,001
	Gelir Yok	8(2,5)	2(4)	10(2,7)		
	Sosyal Yardım	7(2,2)	7(14)	14(3,8)		
	Aile Reisi Bakıyor	64(20)	3(6)	67(18,1)		
	Bakıma Muhtaçlık Yardımı	58(18,1)	28(56)	86(23,2)		
	Toplam	320(100)	50(100)	370(100)		

419 hastanın %99,3 ünü oluşturan büyük çoğunluğu ev ortamında yaşamaktaydı. Sadece %0,7'si ise bakım evinde bakılmaktaydı (**Tablo 4.11.**).

Tablo 4.11. Hastaların yaşam alanı durumu

Değişken		Sayı	%
Yaşam Alanı	Ev	416	99,3
	Bakımevi	3	0,7
	Huzurevi	0	0,0
	Diğer	0	0,0
	Toplam	419	100,0

414 hasta üzerinden değerlendirildiğinde Devlet Hastanesi'nde takip edilen hastaların çoğunluğu (%60,6) yatağa tam bağımlı iken halk sağlığı kurumu tarafından takip edilen hastalar içinde yatağa yarı bağımlı hasta sayısı daha fazlaydı(%44,6). Yatağa bağımlılık durumları açısından iki merkez arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p<0.001). Devlet hastanesi ve halk sağlığı kurumu tarafından evde sağlık hizmeti alan 407 hastanın kişisel bakımları sırasıyla en sık olarak %93,7 ve %70,8 ile ailesi tarafından karşılanmaktaydı. İki merkezde kişisel ihtiyaçların karşılanma durumuna bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p<0.001). Hastaların yatağa bağımlılık ve kişisel ihtiyaçlarının karşılanmasına dair bilgi **Tablo 4.12.** de verilmiştir.

Tablo 4.12. Hastaların yatağa bağımlılık ve kişisel bakım durumları

Değişkenler		Takip Yeri			χ^2	p
		Devlet Hastanesi	HSK	Toplam		
		Sayı(%)	Sayı(%)	Sayı(%)		
Yatağa Bağımlılık	Tam Bağımlı	206(60,6)	31(41,9)	237(57,2)	31,688	<0,001
	Yarı Bağımlı	130(38,2)	33(44,6)	163(39,4)		
	Bağımsız	4(1,2)	10(13,5)	14(3,4)		
	Toplam	340(100)	74(100)	414(100)		
Kişisel Bakım	Ailesi	314(93,7)	51(70,8)	365(89,7)	58,537	<0,001
	Bakıcısı	14(4,2)	2(2,8)	16(3,9)		
	Kendisi	7(2,1)	19(26,4)	26(6,4)		
	Komşusu	0(0)	0(0)	0(0)		
	Diğer	0(0)	0(0)	0(0)		
	Toplam	335(100)	72(100)	407(100)		

414 hasta üzerinden hastalarda yaşa ve cinsiyete göre yatağa bağımlılık durumu incelendiğinde 65 yaş ve üzeri grupta yatağa tam bağımlı ve yarı bağımlı hasta sayısının bağımsız hasta sayısından istatistiksel olarak daha fazla olduğu saptandı($p<0,05$). Yine aynı grupta cinsiyete göre yatağa bağımlılık açısından ise istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı($p>0,05$). Hastaların yaşa ve cinsiyete göre yatağa bağımlılık durumu **Tablo 4.13.** de verilmiştir.

Tablo 4.13. Yaşa ve Cinsiyete Göre Yatağa Bağımlılık Durumu

		Yatağa Bağımlılık				χ^2	p
		Tam Bağımlı	Yarı Bağımlı	Bağımsız	Toplam		
		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)		
Yaş	20 ve altı	15(6,3)	4(2,5)	2(14,3)	21(5,1)	20,107	0,003
	21-40 arası	15(6,3)	9(5,5)	4(28,6)	28(6,8)		
	41-60	26(11)	20(12,3)	3(21,4)	49(11,8)		
	61 ve üstü	181(76,4)	130(79,8)	5(35,7)	316(76,3)		
	Toplam	237(100)	163(100)	14(100)	414(100)		
Cinsiyet	Kadın	135(57)	101(62)	10(71,4)	246(59,4)	1,868	0,393
	Erkek	102(43)	62(38)	4(28,6)	168(40,6)		
	Toplam	237(100)	163(100)	14(100)	414(100)		

Toplam 422 hastanın % 45,7 si yardımcı araç kullanmaktaydı. Sırası ile tekerlekli sandalye kullanan hastalar %15,6, havalı yatak kullananlar %12,3, koltuk değneği kullanan hastalar ise %12,1 ile ilk üç sırada yer almaktaydı. Birden fazla yardımcı araç kullanımı ise %8,5 olarak saptandı. Hastaların yardımcı araç kullanımına ilişkin bilgi **Tablo 4.14** de verilmiştir.

Tablo 4.14.Hastaların yardımcı araç kullanım durumu

			n	%
Yardımcı Araç Kullanımı	Yardımcı Araç Kullanımı	Var	193	45,7
		Yok	229	54,3
	Tekerlekli Sandalye	Var	66	15,6
		Yok	356	84,4
	Havalı Yatak	Var	52	12,3
		Yok	370	87,7
	Koltuk Değneği	Var	51	12,1
		Yok	371	87,9
	Walker	Var	39	9,2
		Yok	383	90,8
	Hasta Karyolası	Var	11	2,6
		Yok	411	97,4
	Wc Yükseltici	Var	8	1,9
		Yok	414	98,1
	Protez	Var	2	0,5
		Yok	420	99,5
	Diş	Var	0	0
		Yok	422	100
	Birden Fazla Yardımcı Araç	Var	36	8,5
		Yok	386	91,5

Hastaların ihtiyaç duydukları özellikli sağlık hizmet durumuna bakıldığında 330 hasta içinde hem Devlet Hastanesi hem de Halk Sağlığı Kurumu tarafından takip edilen hastalarda nörolojik hastalıklara ait hizmet ihtiyacının %77,2 ve %65,6 ile birinci sırada olduğu, ikinci sırada ise %8,4 ve %12,5 ile onkolojik hastalık grubunun

olduğu saptanmış olmakla birlikte bu iki merkez arasında özellikli sağlık hizmetine duyulan ihtiyaç açısından istatistiksel olarak anlamlı fark izlenmiştir ($p < 0,05$). İhtiyaç duyulan özellikli sağlık hizmet durumuna ilişkin bilgiler **Tablo 4.15.** de verilmiştir.

Tablo 4.15. İhtiyaç duyulan özellikli sağlık hizmeti durumuna ilişkin dağılım

Değişkenler		Takip Yeri			χ^2	p
		Devlet Hastanesi	HSK	Toplam		
		Sayı(%)	Sayı(%)	Sayı(%)		
İhtiyaç Duyulan Özellikli Sağlık Hizmet Durumu	Nörolojik	230(77,2)	21(65,6)	251(76,1)	18,413	0,005
	Onkolojik	25(8,4)	4(12,5)	29(8,8)		
	KOAH	8(2,7)	2(6,3)	10(3)		
	Kas Hastalığı	5(1,7)	1(3,1)	6(1,8)		
	Kardiyak	4(1,3)	0(0)	4(1,2)		
	Psikiyatrik	2(0,7)	3(9,4)	5(1,5)		
	Ağız ve Diş	0(0)	0(0)	0(0)		
	Ortopedik	0(0)	0(0)	0(0)		
	Yeni doğan Fototerapi	0(0)	0(0)	0(0)		
	Diğer	24(8,1)	1(3,1)	25(7,6)		
	Toplam	298(100)	32(100)	330(100)		

Kronik hastalık varlığı açısından bakıldığında 375 hastanın 295(%78,7)'inde kronik hastalık vardı. 80(%21,3) kişide ise kronik hastalık yoktu. Hem Devlet Hastanesi hem de halk sağlığı kurumu tarafından takip edilen hastaların büyük çoğunluğunda %77,2 ve %86,4 ile kronik hastalık mevcuttu. İki merkez arasında kronik hastalık varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p > 0,05$, **Tablo 4.16.**). En sık rastlanılan kronik hastalığa 422 hasta üzerinden bakıldığında birinci sırada %69,3 ve %83,8 ile nörolojik hastalık grubundaki hastalıklar saptandı. İkinci sırada %52,3 ve %38,8 ile hipertansiyon, üçüncü sırada ise %25,4 ve %23,8 ile diyabetes mellitus saptanmıştır. Hastalara mevcut hastalıklarına ait bilgiler **Tablo 4.16.** de verilmiştir.

Tablo 4.16. Takip edilen merkezlere göre mevcut hastalıklara ilişkin dağılım

Değişkenler		Takip Yeri			χ^2	p
		Devlet Hastanesi	HSK	Toplam		
Kronik Hastalık Varlığı	Var	244(77,2)	51(86,4)	295(78,7)	2,521	0,112
	Yok	72(22,8)	8(13,6)	80(21,3)		
	Toplam	316(100)	59(100)	375(100)		
Diyabetes Mellitus	Var	87(25,4)	19(23,8)	106(25,1)	0,029	0,865
	Yok	255(74,6)	61(76,3)	316(74,9)		
	Toplam	342(100)	80(100)	422(100)		
Hipertansiyon	Var	179(52,3)	31(38,8)	210(49,8)	4,789	0,029
	Yok	163(47,7)	49(61,3)	212(50,2)		
	Toplam	342(100)	80(100)	422(100)		
Kalp Yetmezliği	Var	52(15,2)	4(5)	56(13,3)	5,013	0,025
	Yok	290(84,8)	76(95)	366(86,7)		
	Toplam	342(100)	80(100)	422(100)		
KOAH	Var	30(8,8)	4(5)	34(8,1)	0,788	0,375
	Yok	312(91,2)	76(95)	388(91,9)		
	Toplam	342(100)	80(100)	422(100)		
Psikiyatrik hastalık	Var	35(10,2)	16(20)	51(12,1)	4,937	0,026
	Yok	307(89,8)	64(80)	371(87,9)		
	Toplam	342(100)	80(100)	422(100)		
Koroner Arter Hastalığı	Var	14(4,1)	4(5)	18(4,3)	-	0,758
	Yok	328(95,9)	76(95)	404(95,7)		
	Toplam	342(100)	80(100)	422(100)		
Nörolojik Hastalıklar	Var	237(69,3)	67(83,8)	304(72)	6,024	0,014
	Yok	105(30,7)	13(16,3)	118(28)		
	Toplam	342(100)	80(100)	422(100)		
Malignite	Var	21(6,1)	8(10)	29(6,9)	0,966	0,326
	Yok	321(93,9)	72(90)	393(93,1)		
	Toplam	342(100)	80(100)	422(100)		
KBY	Var	7(2)	2(2,5)	9(2,1)	-	0,681
	Yok	335(98)	78(97,5)	413(97,9)		
	Toplam	342(100)	80(100)	422(100)		
Travmaya Bağlı Hastalıklar	Var	38(11,1)	11(13,8)	49(11,6)	0,22	0,639
	Yok	304(88,9)	69(86,3)	373(88,4)		
	Toplam	342(100)	80(100)	422(100)		
Kas İskelet Periferik Damar Hastalıkları	Var	56(16,4)	9(11,1)	65(15,4)	0,961	0,327
	Yok	285(83,6)	72(88,9)	357(84,6)		
	Toplam	341(100)	81(100)	422(100)		

Tablo 4.17. Hastaların yaş ortalamalarına göre kronik hastalık durumları

Değişkenler		n	YAŞ		t	p
			Ortalama	Standart Sapma		
Kronik Hastalık Varlığı	Var	295	73,78	17,84	5,456	<0,001
	Yok	80	57,94	24,26		
Diyabetes Mellitus	Var	106	75,54	10,57	4,984	<0,001
	Yok	316	67,34	22,82		
Hipertansiyon	Var	210	79,00	9,54	10,682	<0,001
	Yok	212	59,90	24,20		
Kalp Yetmezliği	Var	56	79,16	8,33	7,086	<0,001
	Yok	366	67,91	21,65		
KOAH	Var	34	79,53	9,32	5,712	<0,001
	Yok	388	68,52	21,23		
Psikiyatrik hastalık	Var	51	42,39	26,46	8,073	<0,001
	Yok	371	73,12	16,74		
Koroner Arter Hastalığı	Var	18	76,00	8,64	3,010	0,006
	Yok	404	69,11	21,07		
Norolojik Hastalıklar	Var	304	67,95	21,96	2,614	0,009
	Yok	118	73,14	16,69		
Malignite	Var	29	62,66	18,84	1,983	0,056
	Yok	393	69,90	20,81		
KBY	Var	9	79,33	7,83	3,619	0,004
	Yok	413	69,19	20,88		
Travmaya Bağlı Hastalıklar	Var	49	70,51	20,63	0,399	0,691
	Yok	373	69,26	20,77		
Kas İskelet Periferik Damar Hastalıkları	Var	65	76,11	14,89	3,624	<0,001
	Yok	357	68,25	21,41		

Hastaların yaşı ve kronik hastalık durumlarına bakıldığında kronik hastalığa sahip kişilerin yaş ortalaması istatistiksel olarak kronik hastalığı olmayanlardan daha yüksek saptandı. Diyabetes mellitus, hipertansiyon, kalp yetmezliği, KOAH, koroner arter hastalığı, KBY, kas iskelet ve periferik damar hastalığı mevcut olan grupta yaş ortalaması bu hastalıkların olmadığı gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek saptandı ($p < 0,05$). Nörolojik ve psikiyatrik hastalık grubundaki hastalıklara sahip bireylerde ise yaş ortalaması istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde bu hastalıkların olmadığı gruplardan daha az saptandı ($p < 0,05$). Malignite ve travma grubu hastalıklara sahip bireylerle bu hastalıklara sahip olmayanlar kıyaslandığında ise yaş ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi (**Tablo 4.17**)

Tablo 4.18. Yaşa, Cinsiyete ve Yatağa Bağımlılık Durumuna Göre Kronik Hastalık Varlığı

		Kronik Hastalık			χ^2	p
		Var	Yok	Toplam		
		n(%)	n(%)			
Yaş	20 ve altı	10(3,4)	9(11,3)	19(5,1)	50,191	<0,001
	21-40 arası	11(3,7)	10(12,5)	21(5,6)		
	41-60	21(7,1)	22(27,5)	43(11,5)		
	61 ve üstü	253(85,8)	39(48,8)	292(77,9)		
	Toplam	295(100)	80(100)	375(100)		
Yatağa Bağımlılık	Tam Bağımlı	171(59)	47(58,8)	218(58,9)	0,764	0,683
	Yarı Bağımlı	113(39)	30(37,5)	143(38,6)		
	Bağımsız	6(2,1)	3(3,8)	9(2,4)		
	Toplam	290(100)	80(100)	370(100)		
Cinsiyet	Kadın	193(65,4)	35(43,8)	228(60,8)	12,404	<0,001
	Erkek	102(34,6)	45(56,3)	147(39,2)		
	Toplam	295(100)	80(100)	375(100)		

Takip edilen 375 hastanın yaşına ve cinsiyetine göre kronik hastalık varlığı durumuna bakıldığında; kronik hastalık varlığının istatistiksel olarak anlamlı bir

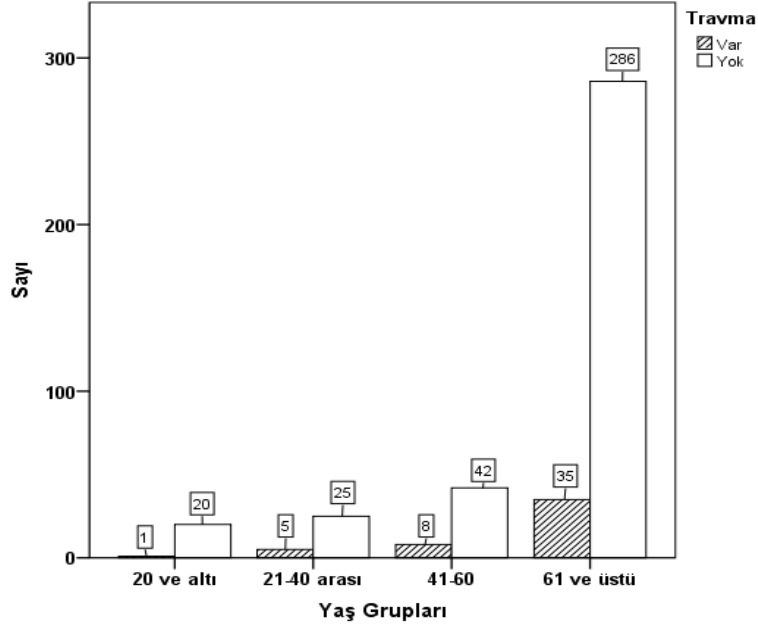
şekilde 61 yaş ve üzeri grupta ve kadın cinsiyette daha sık olduğu saptanmıştır ($p<0,001$, **Tablo 4.18.**). 370 hasta üzerinden yatağa bağımlılık durumu ile kronik hastalık varlığı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır($p>0,05$, **Tablo 4.18.**).

Yaş gruplarına göre travma oranına bakıldığında;

- 20 ve altındaki yaş grubundaki 21 kişiden 1 kişide,
- 20-40 yaş arası grubundaki 30 kişiden 5 inde,
- 41-60 yaş arasındaki 50 kişiden 8 inde,
- 61 yaş ve üzeri yaş grubundaki 321 hastanın 35 'inde travma nedeni evde bakım ihtiyacı saptandı.

Travma nedeni evde bakım ihtiyacı olan hastalar yaş gruplarına göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı($p>0,05$). Yaş ve travma gruplarına ilişkin veriler **Şekil 4.1.** de verilmiştir.

Şekil 4. 1. Yaş ve travma gruplarına ilişkin çubuk grafiği($p>0,05$)

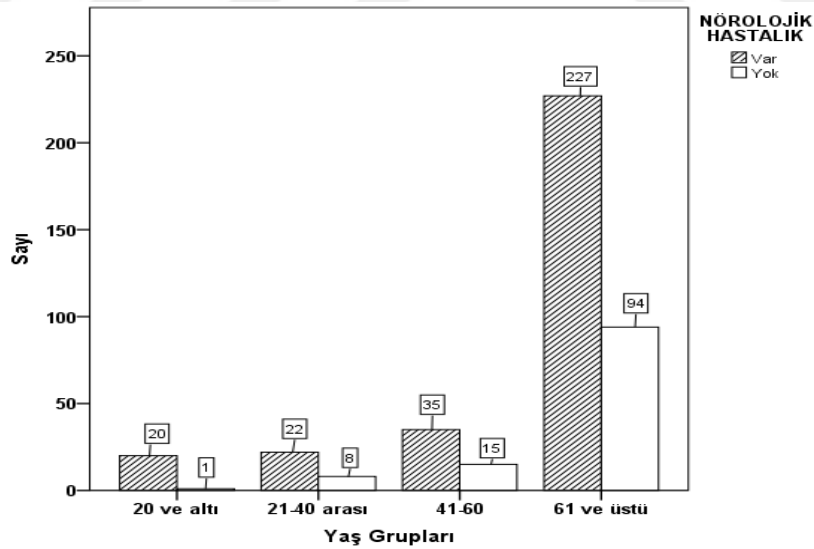


Yaş gruplarına göre nörolojik hastalıkların dağılımına bakıldığında;

- 20 ve altındaki yaş grubundaki 21 kişiden 20 sinde,
- 21-40 yaş arası gruptaki 30 kişiden 22 sinde,
- 41-60 yaş arası gruptaki 50 kişiden 35 inde,
- 61 yaş ve üzeri gruptaki 321 kişiden 227 sinde nörolojik hastalık saptandı.

Yaş gruplarına göre nörolojik hastalıkların dağılımına bakıldığında sayı olarak en çok 61 ve üstü yaş grubunda nörolojik hastalık saptanmış olmakla birlikte yaş gruplarına göre nörolojik hastalık dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark izlenmedi ($p>0,05$). Yaş ve nörolojik hastalık gruplarına ilişkin bilgi **Şekil 4.2.** de verilmiştir.

Şekil 4.2. Yaş ve nörolojik hastalık gruplarına ilişkin çubuk grafiği($p>0,05$).



Hastaların genel durumuna bakıldığında; 406 hastanın büyük çoğunluğunu oluşturan 271(%66,7) hasta iyi, 8(%2) hasta ise düşük durumdaydı. Hastaların genel durumu dağılımı bilgisi **Tablo 4.19.** de verilmiştir.

Tablo 4.19. Hastaların genel durumunun değerlendirilmesi

		n	%
Hastaların Genel Durumu	İyi	271	66,7
	Orta	102	25,1
	Nonkoopere	24	5,9
	Düşkün	8	2,0
	Diğer	1	0,2
	Toplam	406	100

Evde bakım hizmetleri hasta ziyaretleri esnasında 406 hastanın ölçülen vital bulgularına bakıldığında; ortalama sıcaklık: 36,7°C, ortalama sistolik basınç:123,81 mmHg, ortalama diastolik basınç:74,50 mmHg, ortalama nabız 81,5 atım/dak, ortalama solunum sayısı:16.6 soluk/dakika olarak hesaplanmıştır (**Tablo 4.20.**).

Tablo 4.20. Vital bulguların genel dağılımı

	Ortalama	Standart Sapma	Minimum	Maximum
Sıcaklık	36,72	0,38	36,00	38,70
Tansiyon(Sistolik)	123,81	21,49	80,00	220,00
Tansiyon(Diyastolik)	74,50	11,43	40,00	140,00
Nabız	81,50	10,18	48,00	114,00
Solunum	16,60	1,91	14,00	24,00

Tablo 4.21. Merkezlere göre evde bakım ziyaretlerinde yapılan hizmetler

Değişkenler		Takip Yeri			χ^2	p
		Devlet Hastanesi	HSK	Toplam		
Rutin Kontrol mü?	Evet	203(59,4)	25(31,3)	228(54)	20,621	<0,001
	Hayır	139(40,6)	55(68,8)	194(46)		
	Toplam	342(100)	80(100)	422(100)		
Sonda Takıldı mı?	Evet	63(18,4)	7(8,8)	70(16,6)	3,712	0,054
	Hayır	279(81,6)	73(91,3)	352(83,4)		
	Toplam	342(100)	80(100)	422(100)		
Pansuman Yapıldı mı?	Evet	58(17)	10(12,5)	68(16,1)	0,652	0,419
	Hayır	284(83)	70(87,5)	354(83,9)		
	Toplam	342(100)	80(100)	422(100)		
Nazogastrik Takıldı mı?	Evet	2(0,6)	0(0)	2(0,5)	-	0,999
	Hayır	340(99,4)	80(100)	420(99,5)		
	Toplam	342(100)	80(100)	422(100)		
Nakil Yapıldı mı?	Evet	7(2)	12(15)	19(4,5)	-	<0,001
	Hayır	335(98)	68(85)	403(95,5)		
	Toplam	342(100)	80(100)	422(100)		
Tetkik Yapıldı mı?	Evet	96(28,1)	3(3,8)	99(23,5)	20,023	<0,001
	Hayır	246(71,9)	77(96,3)	323(76,5)		
	Toplam	342(100)	80(100)	422(100)		
Reçete Yazıldı mı?	Evet	135(39,5)	2(2,5)	137(32,5)	38,756	<0,001
	Hayır	207(60,5)	78(97,5)	285(67,5)		
	Toplam	342(100)	80(100)	422(100)		
Damar Yolu/Serum Takıldı mı?	Evet	10(2,9)	1(1,3)	11(2,6)	-	0,698
	Hayır	332(97,1)	79(98,8)	411(97,4)		
	Toplam	342(100)	80(100)	422(100)		
Enjeksiyon Yapıldı mı?	Evet	23(6,7)	1(1,3)	24(5,7)	-	0,061
	Hayır	319(93,3)	79(98,8)	398(94,3)		
	Toplam	342(100)	80(100)	422(100)		

422 hasta üzerinden evde bakım ziyareti sebeplerine bakıldığında devlet hastanesinde takip edilen hastalara %59,4 ile daha çok rutin kontrol amaçlı ziyaretler gerçekleştirilirken, halk sağlığı kurumu tarafından takip edilen hastaların %68,8 ile daha çok diğer hizmetler nedeniyle ziyaret edildiği görülmüştür. Bu iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Nakil amaçlı ziyaret edilme oranlarına bakıldığında nakil hizmetinin halk sağlığı kurumu

tarafından takip edilen hastalarda istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha fazla saptandığı görülmüştür ($p < 0,001$). Hastaların genelinde ziyaret edilme sebeplerine bakıldığında ise ilk üç sırada sırası ile rutin kontrol(%54), reçete yazımı(%32,5) ve tetkik(%23,5) için ziyaret edildikleri görüldü. Hastaların takip edildikleri merkezlere göre evde bakım ziyaretlerinde yapılan hizmetler **Tablo 4.21.** de verilmiştir.

Tablo 4.22. Ziyaret sebepleri ile ziyaret sıklığı arasındaki ilişki

		Yapılan Ziyaret Sayısı		t	p
		Ortalama	Standart Sapma		
Rutin Kontrol mü?	Evet	2,69	2,27	7,783	<0,001
	Hayır	8,77	8,98		
Sonda Takıldı mı?	Evet	13,43	10,66	7,488	<0,001
	Hayır	3,27	3,17		
Pansuman Yapıldı mı?	Evet	9,32	9,67	3,787	<0,001
	Hayır	4,31	5,54		
Nazogastrik Takıldı mı?	Evet	8,00	4,24	0,608	0,544
	Hayır	5,13	6,67		
Nakil Yapıldı mı?	Evet	1,29	0,49	1,551	0,122
	Hayır	5,22	6,71		
Tetkik Yapıldı mı?	Evet	8,57	8,62	5,078	<0,001
	Hayır	3,80	5,15		
Reçete Yazıldı mı?	Evet	8,75	8,79	7,585	<0,001
	Hayır	2,79	3,02		
Damar Yolu/Serum Takıldı mı?	Evet	5,20	3,82	0,027	0,978
	Hayır	5,14	6,73		
Enjeksiyon Yapıldı mı?	Evet	9,87	9,70	2,469	0,021
	Hayır	4,80	6,27		
Konsülte Edildi mi?	Evet	6,38	7,30	2,715	0,007
	Hayır	4,38	6,15		

Ziyaret sebepleriyle ziyaret sıklığı arasındaki ilişkiye bakıldığında sonda takılan, pansuman yapılan, tetkik yapılan, reçete yazılan, enjeksiyon yapılan hastalarda ziyaret sıklığı istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha fazla bulunmuştur ($p<0,05$). Rutin kontrol için yapılan ziyaret sıklığı ise istatistiksel olarak daha az saptanmıştır ($<0,001$). En sık ziyaret ortalama $13,43\pm 10,66$ ile sonda takılan gruba en az sıklıkta ziyaret ise ortalama $1,29\pm 0,49$ ile nakil yapılan gruba yapılmıştır. Ziyaret sebepleri ile ziyaret sıklığı arasındaki ilişki **Tablo 4.22.** de verilmiştir. Yine aynı tabloya bakıldığında konsültasyona gerek duyulan hastalarda ziyaret sıklığı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha fazla saptanmıştır ($p<0,05$).

Hastaların psikolojik durumlarına bakıldığında 404 hastanın %55,2(223) sinin normal psikolojide olduğu saptandı. Hastaların psikolojik durum dağılımı **Tablo 4.23.** de verilmiştir.

Tablo 4.23. Hastaların psikolojik durumuna ilişkin dağılım

		Sayı	%
Psikolojik Durum	Normal	223	55,2
	Üzüntülü	68	16,8
	Huzursuz-gergin	28	6,9
	Kayıtsız	79	19,6
	Aşırı dalgın	4	1,0
	Diğer	2	0,5
	Toplam	404	100

Takip edilen 422 hastadaki bası ülseri varlığına bakıldığında toplamda 63(%14,9) kişide bası ülseri tespit edilmiş olup iki merkez arasında bası ülseri varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Takip yerine göre bası ülseri varlığı durumu dağılımı **Tablo 4.24.** de verilmiştir.

Tablo 4.24. Takip yerlerine göre bası ülseri varlığına ilişkin dağılım

		Takip Yeri			χ^2	p
		Devlet Hastanesi	HSK	Toplam		
		Sayı(%)	Sayı(%)	Sayı(%)		
Bası Ülseri Varlığı	Yok	290(84,8)	69(86,3)	359(85,1)	0,024	0,877
	Var	52(15,2)	11(13,8)	63(14,9)		
	Toplam	342(100)	80(100)	422(100)		

Yapılan ev ziyaretlerinde; 358 hastanın 146(%40,8)sının uzmanlık gerektiren birimlere konsülte edildiği ve konsülte edilenlerin de çoğunun (93 kişi,%36) bir bölüme konsülte edilmiş olduğu saptandı. 212(%59,2) hastanın ise herhangi bir bölüme konsülte edilmediği görüldü(**Tablo 4.25.**).

Tablo 4.25. Evde Bakım Hizmeti ziyaretlerinde konsültasyon durumu

		Sayı	%
Hastaların Konsültasyon Durumları	1 bölüme Konsültasyon	93	26,0
	2 bölüme Konsültasyon	35	9,8
	3 bolüme Konsültasyon	12	3,4
	4 ve Daha Fazla Bölüme Konsültasyon	6	1,7
	Konsülte Edilmemiş	212	59,2
	Toplam	358	100

5. TARTIŞMA

Evde bakım hizmetleri yaşı nüfusun artması, engelli bireylerin yaşam süresinin uzaması ve kronik hastalıkların prevalansının artması nedeniyle sağlık hizmetleri ve sağlık sigortaları içerisinde daha fazla yer almaya ve daha sık gündeme gelmeye başlamıştır.

Hastaların büyük bir kısmının yaşı olması ve kronik hastalıklarının bulunması tüm dünyanın sorunu olan yaşlıların evde bakım gereksinimi olduğunu desteklemektedir(53,54).

Evde bakım hizmetinin hem tıbbi hem de sosyal yönü bulunmaktadır. Sosyal nitelikli evde bakım hizmeti(EBH) genel olarak belediyeler ve bazı sosyal toplum kuruluşları(STK) tarafından yürütülmekle birlikte, tıbbi nitelikli EBH ise yakın zamana kadar özel sektörün elinde idi. Bir kısım tıbbi EBH ise daha önceleri sağlık ocakları tarafından verilmekteydi. Şimdi ise bu tarz hizmetlerin bir kısmı aile hekimlerinin görev tanımı içerisinde yer almaktadır(55). Bizim çalışmamızda hastaların büyük çoğunluğu sosyal hizmet veya destekten ziyade tıbbi destek(%93,2) amaçlı evde bakım hizmetine ihtiyaç duymaktadır.

Evde bakım hizmetinin sunumu 2005 yılında çıkarılan “Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik” te multisektörel olarak tanımlanmıştır. Bununla birlikte hizmetin sunumu, sınırları, hizmet alacak kişilerin belirlenmesi konusunda kesin kriterler belirlenmemiştir. Bu nedenle farklı illerde çeşitli birimler tarafından farklı kriterlere sahip hastalara hizmet verilebilmektedir. Örneğin bazı illerde hizmet belediyeler tarafından sunulmakta, bazı illerde hastanelerin evde bakım birimlerinde, bazı illerde ise aile hekimleri öncülüğünde evde bakım hizmeti verilmektedir.

Her toplumun sağlık ve sosyal yapılanması ve bireylerin sağlık güvencesi birbirinden farklı olduğundan, EBH den beklentisi ve gereksinimi de farklı olacaktır, bu nedenle standart bir EBH sunmak da mümkün olmamaktadır.

Tokat ili merkezde evde bakım hizmetleri Tokat Devlet Hastanesi ve Halk Sağlığı Kurumu bünyesindeki evde bakım hizmetleri birimleri tarafından verilmektedir. Bu birimlere hastalar kendileri başvurabildikleri gibi, aile hekimleri

tarafından ya da hastane yatışı ve taburculuk esnasında hastane çıkış hekimi tarafından da yönlendirilebilmektedir. Bizim çalışmamızda da başvuruların büyük çoğunluğunu oluşturan 248(%60,3) kişinin hastane evde bakım hizmetleri birimine başvurduğu saptanmıştır.

Subaşı ve Öztekin tarafından yapılan çalışmada hanelerin % 8,7 sinde evde bakım verildiği saptanmıştır(30). ABD de evde bakımın %80 ini aileler evde sağlamakta, ve yaklaşık 15-25 milyon kişiye ev ortamında bakım vermekte, 12,8 milyon kişiye uzun dönemli bakım veren yardımcılarına ihtiyaç duymaktadır(56).

ABD’de 2000 yılı itibariyle kronik sağlık sorunu olan toplam 94 milyon kişiden on milyonunun uzun süreli bakıma gereksinimi olduğu bildirilmiştir. Bu kişilerin %87’sinin evde aileleri ve yakınları tarafından bakım aldığı belirtilmektedir(57).

Aksayan ve Cimate’nin(1998) çalışmasında yaşlıların % 63,1 inin evde bakımı tercih ettiği, % 86,5 inin de evde bakım nedeninin aile üyelerinin yanında bulunmak olduğu belirlenmiştir(41). Atalay ve arkadaşlarının 1992 yılında yaptığı Türk Aile Yapısı Araştırmasında, yaşlıların %63’ünün kendi evlerinde, %36’sının çocuklarının yanında, % 1’inin huzurevinde yaşadığı saptanmıştır. Çocukları ile yaşayan grubun ise %38’inin bakım gereksinimleri olduğu için beraber yaşadıkları bulunmuştur(58).

Bizim çalışmamızda evde bakım hizmeti alan hastaların %99,3 ü ev ortamında yaşamakta olup sadece %0,7’sinin bakımevinde yaşamakta olduğu saptandı. Literatür bilgilerine bakıldığında bizim çalışmamızda elde edilen sonuç literatür bilgileri ile benzerlik göstermektedir.

Yaşlıların evde bakımı tercih etmelerine rağmen evde bakım hizmetinin evde alınması gittikçe güçleşmektedir(59).

Evde bakımı güçleştiren nedenler; hızlı nüfus artışı, endüstrileşme ve kentleşme nedeniyle çekirdek aileye dönüşüm, ve bunun sonucunda konutların küçülmesi, gençlerin yaşlılığa bakış açısı, kuşaklar arası iletişim kopukluğu gibi durumlardır(60,61,62).

Çalışmamızda evde bakım hizmetine hastalar adına başvuruyu yapanlara bakıldığında başvuruların genelde hastaların birinci derece yakınları; çocukları, eşleri

ve gelinleri tarafından yapıldığı görülmektedir. En çok başvuruyu yapan ilk 3 kişi; sırası ile hastaların kızı(%23,5), oğlu(%19,3) ve eşi(%15,5)'dir. Hastaların %89,7 sinin kişisel bakımı aile bireyleri tarafından, %3,9 ununki bakıcısı tarafından, %6,4 ünün kişisel bakımı ise kendisi tarafından yapılmaktadır. Evde bakım alanında yapılan çok sayıda çalışmaya bakıldığında evde bakım hizmetine başvuruyu yapan kişinin kim olduğu yönünde bir bilgiye yer verilmemiştir. Bununla birlikte pek çok çalışmada kişilerin evde bakımı genellikle aile bireyleri tarafından üstlenilmiştir(14,29,38).

Çalışmamızdaki kişilerin yaşam alanlarına ve kişisel bakımlarını üstlenen kişilere bakıldığında; hastaların büyük çoğunluğunun ev ortamında ve aileleri tarafından bakıldığı görülmektedir. Bakıcı tarafından bakılan ya da bakım evinde kalan hasta sayısı çok azınlıkta saptanmıştır. Bu sonuç toplumumuzun ata erkil bir toplum olduğu düşünüldüğünde, gelenekleri, örf ve adetleri göz önünde bulundurulduğunda beklenen bir sonuçtur ve literatürdeki sonuçlarla benzerlik göstermektedir(38,29). Hastaların büyük çoğunluğu(%52,2) kendi maaşını alıyor olmasına rağmen, ekonomik nedenlerin de bakıcı tarafından bakılma ya da bakım evinde kalmanın önünde engel teşkil ettiği düşünülmektedir. Yine son yıllarda devlet tarafından evde bakım veren aile bireylerine sağlanan düzenli maaş da hastaların ev ortamında kendi aile bireyleriyle yaşamalarına olanak sağlamıştır.

Çalışmamızda bakımı üstlenecek kişinin kim olacağına dair net veri olmamakla birlikte müracatı yapan kişiye yönelik sonuçlara bakılarak; çoğu hastada bakım yükünü üstlenecek kişinin aynı zamanda müracaatı da yaptığı yönünde yorumlanabilir. Benzer çalışmaların literatür verilerine bakıldığında evde bakım alan hastanın bakım yükünü üstlenen kişinin genelde kadın olduğu yönünde veriler bulunmaktadır.(52,63,64,65).

DSÖ nün raporunda evde bakım hizmetinde tüm dünyada, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde en önemli insan kaynağını aile bireylerinin oluşturduğu belirtilmektedir(13).

Yapılan pek çok araştırmada bakım verenlerin büyük çoğunluğunun kadın olduğu bulunmuştur(52,63,64,65). Mulatilo ve arkadaşlarının 2000 yılında Finlandiya'da yaptıkları çalışmada bakım verenlerin %68'inin kadın, %32'sinin ise erkek olduğu belirtilmiştir(66). Yaşar'ın 2009 yılında yaptığı "Yaşlıya Evde Bakım

Veren Aile Bireylerinin Bakım Yüğü ve Etkileyen Faktörler'' isimli çalışmasında ise bakım verenlerin %93,3 ünün kadın olduğu saptanmıştır(38).

Yapılan çalışmalardan da anlaşıldığı üzere doğu ve batı toplumlarında ailede yaşlının bakımından geleneksel olarak kadınların, eş, kız çocukları ve gelinlerin sorumlu olduğu görülmüştür(67). Kadınların bakım verme işinde daha uygun olduğunun düşünülmesinin en önemli nedeni; genellikle pek çok toplumda ev işleri ve aile ile ilgili özel alanların, kadının doğal işi olarak görülmesi olabilir. Ayrıca kadınların daha şefkatli ve duyarlı oldukları, daha güçlü ilişki kurabilme becerilerine sahip oldukları ve bakım verme işinin zorlukları ile daha iyi mücadele edebilecekleri görüşü, onların bakım vermeye daha uygun görülmelerinin nedeni olarak belirtilmektedir(49)

Ev dışı işlerde çalışan kadın sayısının erkeklere oranla daha az olması, kadınlarda eğitim düzeyi ve meslek sahibi olma oranının daha düşük olması gibi faktörler de evde hasta bakımı gibi rollerin kadına daha uygun olduğunun düşünülmesinde etken olabilir.

Çalışmamızda evde bakım hizmeti alan hastaların cinsiyetine bakıldığında; hastaların %59,7 sinin kadın, %40,3 ünün ise erkek olduğu saptanmıştır. Evde bakım alanında yapılan benzer çalışmaların literatür verilerine bakıldığında bakım gereksinimi olan erkek ve kadın oranlarının farklılık gösterdiği görülmektedir.

Honaz'da yapılan çalışmada evde bakım verilen kişilerin %59'unun kadın olduğu saptanmıştır(29). 2000 yılında ABD'de Katz ve ark. bakım alma sıklığının erkeklerde yüksek olduğunu belirtmişlerdir(68). 2001 yılında İngiltere' de Krishnasamy ve ark. yaptıkları çalışmada bakım alanların büyük çoğunluğunun (%65) erkek olduğunu bildirmişlerdir(69). 2007 yılında Brezilya' da Pinto ve arkadaşları erkeklerde bakım alma sıklığının daha yüksek bulunduğunu, bakım alanların %71,4'ünün erkek olduğu bildirilmiştir(70). 2008 yılında İngiltere'de Lin-Sun Fan ve ark.'nın yaptığı çalışmada bakım alanların büyük çoğunluğunun erkek olduğu bildirilmiştir(71).

1999 yılında yapılan, Avrupa birliğine üye 14 ülkeyi kapsayan çalışmada Avusturya, Danimarka, Finlandiya, Yunanistan, İtalya, Luxemburg, Portekiz, İsveç ve İngiltere'de bakım alanların daha çok erkek olduğu, Belçika, Fransa, İrlanda ve

İspanya’da ise daha çok kadınların bakım aldığı, Hollanda’da ise sıklığın her iki cinsten eşit olduğu bildirilmiştir(72).

Çalışmamızda evde bakım hizmeti alan hastaların yaş durumlarına bakıldığında; hizmet alan hastaların yaş ortalaması $69,4 \pm 20,74$ olarak bulunmuştur. En yaşlı hasta 104 yaşında iken en genç hastanın 9 yaşında olduğu görülmüştür. Çalışmaya katılan 422 hastanın 321(%76) inin 61 yaş ve üzeri olduğu saptanmıştır.

Evde bakım hizmeti tüm yaş gruplarına yönelik olmasına rağmen bu hizmetten faydalananların çoğu 65 yaş ve üzeri hastalardır(59,73)

Evde bakım yönünde yapılan pek çok çalışmanın literatür verileri incelendiğinde de bizim çalışmamızda olduğu gibi evde bakım gereksinimi olan hastaların çoğunluğunu yaşlı nüfusun oluşturduğu görülmektedir.

ABD de uzun süreli bakım ihtiyacı olan kişilerin %57 si 65 yaş üzeri kişilerdir. Ve bu kişilerin %80 den fazlası evde bakılmaktadır(74). Koç’un “Evde Bakım Hizmeti ve Gelişimi” isimli uzmanlık tezi çalışmasında evde bakım alanların sıklığının yaşla artış gösterdiği ve özellikle 65 yaş ve üzeri yaş grubunda en yüksek olduğu saptanmıştır. Bakım alanların % 53,2’sinin 65 yaş ve üzeri yaş grubunda kişiler olduğu gösterilmiştir(14).

ABD’de yapılan çalışmada uzun süreli bakım alma sıklığının yaşla arttığı, 65 yaş altındaki kişilerde %1,4, 65 yaş ve üzeri kişilerde %14 ve 85 yaş ve üzeri kişilerde %50’ olduğu bildirilmektedir(57). Avusturya’da 1998 yılında evde bakım hizmeti alanların %83’ünün, Almanya’da %78’inin, ABD’de %63’ünün 65 yaş ve üzeri kişiler olduğu belirtilmiştir(75). Kartal’ın çalışmasında yaşlıların %42,6’sının 60-69 yaş grubunda olduğu saptanmıştır(76,38). Subaşı’ nın çalışmasında 65 yaş üzeri bakım alanların oranı % 42,3, Honaz çalışmasında ise %25,8 olarak saptanmıştır(29,30).

Çalışmamıza katılan evde bakım hizmeti alan hastaların sosyal güvence durumuna bakıldığında hastaların hemen hepsinin sağlık güvencesinin olduğu saptanmıştır. Sosyal güvencesine dair verilerine ulaşılabilen hastaların 323(%78,6) ünün SGK kapsamında(SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı) sağlık güvencesi olduğu, 79(%19,2) kişinin yeşil kartlı olduğu, 5(%1,2) kişinin ise sağlık güvencesinin olmadığı tespit edildi. Evde bakım hizmeti ile ilgili çalışmaların literatür verilerinde

de bizim çalışmamızda olduğu gibi sağlık güvencesi olan hastaların büyük çoğunluğu oluşturduğu bildirilmiştir.

“Denizli Honaz İlçesinde Yaşayan Toplumun Evde Bakım Gereksinimi, Karşılama Düzeyi ve Etkileyen Faktörler” isimli tez çalışmasında bireylerin sağlık güvencesi değerlendirilmiş ve en büyük grubu %41 ile SSK’lılar, %19,4 ile Bağ-Kur’luların oluşturduğu saptanmıştır. Herhangi bir sosyal güvencesi olmayanlar ise %16 oranında saptanmıştır. SSK ve Bağ-Kur’luların fazla olmasının Honaz’ın bir organize sanayi bölgesi olması ve genelde tarımla uğraşılmasından kaynaklandığı düşünülmüştür(29).

Erdoğan’ın “Evde Bakım Alan Özürlü Bireye Sahip Ailelerin Sosyo-ekonomik Durumlarının İncelenerek, Umutsuzluk ve Yaşam Doyum Düzeylerinin Belirlenmesi” isimli yüksek lisans tezinde ailelerin sadece %10,3 ünün herhangi bir sağlık güvencesinin olmadığı diğerlerinin ise sosyal güvence kapsamında olduğu tespit edilmiştir(77).

Yaşar’ın “Yaşlıya Evde Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Yükü ve Etkileyen Faktörler” konulu yüksek lisans tezinde, yaşlıların sadece %1,3 ünün sosyal güvencesinin olmadığı, %41,3 ünün Bağ-Kur, %28,4 ünün ise yeşil karttan yararlandığı tespit edilmiştir(38).

Koç’un çalışmasında bakım alan kişilerin %26’sının sosyal güvencesinin bulunmadığı saptanmıştır(14). Subaşı ve ark. 2006 yılında Ankara’nın Çankaya ilçesinde yaptığı çalışmada bakım alan kişilerin %12,5’inin sosyal güvencelerinin bulunmadığını bildirmişlerdir(30).

Çalışmalarda saptanan bu sayısal farklılıkların çalışmaların yapıldığı bölgelerin farklı demografik özelliklere sahip olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir . Bununla birlikte yapılan hemen her çalışmada evde bakım hizmeti alan hastaların çoğunluğunun sosyal güvencesinin olması; evde bakım hizmetinin devlet tarafından desteklendiğinin bir göstergesi olarak düşünülebilir.

Avrupa ülkelerinde, bakım gereksinimi olan kişilerin yaşamlarını evinde ya da ailesinin yanında sürdürebilmesi için evde bakım devlet güvencesi altına alınmıştır(8).

Birleşmiş Milletler tarafından hazırlanmış olan yaşlı ilkelere; yaşlıya yönelik hizmetlerin büyük kısmının devlet tarafından sağlanması gerektiği bildirilmektedir(78).

Bizim çalışmamızda kronik hastalık durumuna dair verilerine ulaşılabilen hastaların %78,7 sinde kronik hastalık varlığı saptanmıştır. Literatür verilerine bakıldığında bizim çalışmamızda da olduğu gibi hastaların büyük kısmının doktor tarafından tanı konulmuş en az bir kronik hastalığının olduğu bildirilmektedir.

Çalışmamızdaki hastaların yaşı ve kronik hastalık durumlarına bakıldığında ise 61 ve üzeri yaş grubunda kronik hastalık varlığının daha fazla olduğu saptanmıştır. Aynı şekilde kronik hastalığa sahip kişilerin yaş ortalamasının kronik hastalığı olmayanların yaş ortalamasından daha yüksek olduğu görülmüştür. Diyabetes mellitus, hipertansiyon, kalp yetmezliği, KOAH, koroner arter hastalığı, KBY, kas iskelet ve periferik damar hastalığı mevcut olanların yaş ortalamasının daha yüksek olduğu görülmüştür. Nörolojik ve psikiyatrik hastalığa sahip hastaların ise yaş ortalaması daha düşük saptanmıştır. Bu sonuç; çalışmamıza katılan evde bakım hizmeti alan hastalar içinde serebral palsi tanısı bulunan çocuk hastaların ve erken yaşlarda travma nedeniyle nörolojik defisit gelişen hastaların bulunması ve bu hastaların nörolojik veya psikiyatrik hastalık grubuna dahil edilmesinin bu gruptaki yaş ortalamasını düşürdüğü yönünde yorumlanabilir. Evde bakım alanında yapılan çok sayıda çalışmada hastalık bazında yaş ortalamasına dair veri bulunmamasıyla birlikte çoğu çalışmada yaş arttıkça kronik hastalık sıklığının arttığı yönünde bilgiler mevcuttur.

Elevli'nin "Evde Bakım Hizmetlerine Olan İhtiyacın Tespit Edilmesi Konusunda Bir Araştırma" isimli yüksek lisans tezinde araştırmaya katılan tüm yaşlıların %100 ünde kronik hastalık varlığı tespit edilmiştir(32).

Yaşar'ın "Yaşlıya Evde Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Yüğü ve Etkileyen Faktörler" konulu yüksek lisans tezinde yaşlı bireylerin %76,3'ünün kronik hastalığı olduğu gözlenmiştir. Yaşlıların %34,4'ünde diyabet, %33,5'inde hipertansiyon, %17,6' da romatizmal hastalık bulunduğu saptanmıştır(38).

Kartal'ın 2007 yılında "Yaşlıya Bakım Veren Bireylerin Birlikte Yaşama Güçlüklerinin Belirlenmesi" isimli çalışmasında yaşlıların %63,2'sinin en az bir kronik hastalığının bulunduğu ve ilk sırada hipertansiyonun görüldüğü

saptamıştır(76,38). İnci'nin "Bakım Verme Yüğü Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması, Geçerlilik ve Güvenilirliği" isimli yüksek lisans tezinde yaşlıların % 65,6'sının kronik hastalığının olduğu saptanmıştır(42). Honaz çalışmasında kronik hastalık varlığı kadınlarda % 25,9, erkeklerde ise %13 oranında saptanmıştır(29).

Ulusal ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kadınlarda kronik hastalık varlığı erkeklere oranla daha fazla bildirilmiştir(79). Bizim çalışmamızda ise hastaların cinsiyetine göre kronik hastalık sıklığına bakıldığında kadınlarda kronik hastalık varlığının daha fazla olduğu saptanmıştır. Kronik hastalık varlığının ileri dönemde bakım gereksinimine neden olabileceği göz önüne alındığında kronik hastalık sıklığının fazla olduğu grupta bakım gereksinimlerine olan ihtiyacın da fazla olabileceği düşünülebilir. Bununla birlikte cinsiyete göre kronik hastalık varlığının kadın cinsiyette daha fazla olmasına karşı, cinsiyete göre yatağa bağımlılık durumuna bakıldığında ise kadın- erkek arasında yatağa bağımlılık açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Çalışmamızda en sık rastlanılan kronik hastalıklara bakıldığında ilk sırada %72 ile nörolojik hastalıklar, ikinci sırada %49,8 ile hipertansiyon, üçüncü sırada %25,1 ile diyabet yer almaktadır. Nörolojik hastalık grubundaki hastaların sayısının bu denli fazla olmasının çalışmamıza katılan hastaların çoğunluğunda SVH, inme, travma, serebral palsivb nedenlerle nörolojik defisit oluşması ve bu hastaların nörolojik hastalık grubuna dahil edilmesi nedeniyle olabileceği düşünülmüştür.

Honaz çalışmasında %27,8 oranı ile felçler bakım nedenleri arasında ilk sırada yer almaktadır. Kas eklem hastalıkları ise ikinci sırada yer almaktadır. Üçüncü sırada ise kanserler yer almaktadır(29). Subaşı'nın çalışmasında ilk 5 sırayı ameliyat sonrası bakım, inme, serebrovasküler olay, neoplazi, diyabet ve kardiyolojik rahatsızlıklar almaktadır(30).

ABD de bakım kuruluşlarında bakım alan hastaların en önemli bakım nedeni kardiyovasküler hastalıklardır. Hospis bakımı alanlarda ise ilk sırada maligniteler gelmektedir(80).

Koç'un çalışmasında evde bakımın en sık nedenleri kanser, inme, serebrovasküler olay, kardiyovasküler sistem hastalıkları + diyabet ve senilitedir(14).

ABD’de evde bakım kuruluşları tarafından bakım verilen kişilerin aldıkları tanılara bakıldığında en önemli bakım nedeninin kardiyovasküler sorunlar ve kanserler olduğu görülmektedir(80).

2004 yılında Finlandiya’da yapılan çalışmada paralizi, kardiyovasküler hastalık, romatizmal hastalık, kanser, Parkinson, diabet ve mental rahatsızlık en sık bakım nedeni olarak belirtilmektedir(81).

2007 yılında Kanada’da yapılan çalışmada bakım nedenleri artrit, hipertansiyon, yüksek kolesterol, görme ve/veya işitme azlığı olarak rapor edilmiştir(82).

2000 yılında Afrika ülkelerinden Botswana’da yapılan çalışmada bakım nedenleri sırasıyla HIV/ AIDS, kardiyovasküler sistem hastalıkları, kanserler, şiddetli mental rahatsızlıklar ve gelişimsel özürülük olarak bildirilmiştir(83).

Ankara İli Çankaya İlçesinde 2006 yapılan çalışmada en sık saptanan bakım nedenleri ameliyat sonrası bakım, inme ve serebrovasküler olaylar, neoplaziler, diyabet ve kardiyovasküler sistem hastalıkları olarak bildirilmiştir(30).

Altıparmak’ın yaptığı çalışmada 65 yaş ve üzerindeki bireylerde hipertansiyon sıklığı %61,8 bulunmuştur(84).

Akgün’ün çalışmasında kardiyovasküler hastalıklar tüm yaşlılarda hastalık yükünün %19,8’ini oluşturmaktadır(54).

Finlandiya’da yapılan çalışmada yaşlıların %10’nun kısmi felçli, %8’inde demans, %3’ünde kardiyovasküler hastalık bulunduğu belirtilmiştir(66).

Evde bakım alanında yapılan çalışmaların literatür verilerine bakıldığında farklı çalışmalarda farklı hastalıkların daha sıklıkta bakım gereksinimine neden olduğu görülmektedir. Bu değişikliğin çalışmalardan da anlaşıldığı gibi; bakım alma nedeni ve kronik hastalık sıklıklarının toplumların nüfus yapıları ve sağlık düzeyleri ile ilgili olarak değişiklikler göstermesinden kaynaklandığı düşünülebilir.

Çalışmamızda hastaların yatağa bağımlılık durumlarına bakıldığında; tam bağımlı hastaların genelin %57,2 sini oluşturduğu saptandı. Hastaların %39,4 ünün yarı bağımlı, %3,4 ünün ise bağımsız olduğu görüldü. Ayrıca 61 yaş ve üzeri yaş grubunda yatağa tam veya yarı bağımlı hasta sayısının yatağa bağımsız hasta sayısından diğer yaş gruplarına göre daha fazla olduğu saptandı. Takip merkezlerine göre yatağa bağımlılık durumuna bakıldığında ise devlet hastanesinde takip edilen

hastaların çoğunluğunun tam bağımlı olduğu saptandı. Toplum sağlığı merkezinde takip edilenlerde ise yarı bağımlı hasta sayısı daha fazlaydı. Bu farklılık; devlet hastanesince takip edilen nüfusun merkezde yaşıyor olması, sağlık hizmetine kendi koşullarıyla ulaşımının daha kolay olması ve bu nedenle ileri derecede yatağa bağımlılık durumu oluşmadan evde bakım hizmetine gereksinim duymaması yönünde değerlendirilebilir. Aynı şekilde toplum sağlığı müdürlüğünce takip edilen nüfusun ise kırsalda yaşamasından kaynaklı sağlık hizmetine erişimde yaşayabileceği ulaşım ve zaman problemleri nedeniyle ileri derecede bağımlılık oluşmadan dahi evde bakım hizmetine ihtiyaç duymuş olabileceği düşünülebilir.

Evde bakım alanında yapılan çalışmaların literatür verilerine bakıldığında; Erdoğan'ın çalışmasında araştırmaya katılan özürlü bireylerin %33,6'sı kısmen bağımlı, %55,5'i ise tamamen bağımlıdır(77).

Yılmaz'ın çalışması hastaların gereken tedavileri uygulama ve günlük yaşam aktivitelerini sürdürme konusunda yardıma ihtiyaçları olduğunu belirlemiştir(85).

Şubaşı'nın çalışmasında yardımcı günlük aktivitelerinde kişilerin bağımsızlık oranı yüksek iken "Denizli Honaz İlçesinde Yaşayan Toplumun Evde Bakım Gereksinimi, Karşılama Düzeyi Ve Etkileyen Faktörler" isimli tez çalışmasında ise bağımlı olma oranı yüksek bulunmuştur(28,29).

ABD'de 1997 yılında Medicare sigorta kapsamında bulunan ve evde bakım hizmetlerinden yararlanan yaşlıların ve genç özürlülerin %43'ünün GYA(Günlük Yaşam Aktiviteleri)'lerinde bağımlı oldukları bildirilmektedir. Yine ABD'de 2000 yılında yapılan çalışmada evde bakım alan kişilerin %21'inin GYA' sinde bağımlı oldukları belirtilmiştir(57).

Almanya'da 1996 yılında yapılan çalışmada evde yaşayan 65 yaş ve üzeri kişilerin %1,5'inin GYA' sinde, %2,5'inin ise EGYA(Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri)' sinde bağımlı oldukları bildirilmiştir(86).

Ayrıca Ulusel ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada üç ve üzeri kronik hastalığı olanlarda temel günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık düzeyi daha fazla bulunmuştur(79). Bizim çalışmamızda ise yatağa bağımlılık ile kronik hastalık arasındaki ilişkiye bakıldığında; yatağa tam bağımlı olanlar, yarı bağımlı olanlar ve bağımsız olanlarda kronik hastalık varlığı açısından anlamlı bir fark saptanamamıştır.

Yardımcı araç kullanım durumuna bakıldığında; hastaların %45,7(193 kişi)'sinin en az bir yardımcı araç, % 8,5(36 kişi)'inin ise birden fazla yardımcı araç kullanmakta olduğu saptandı. En çok kullanılan yardımcı araçlara bakıldığında ise; ilk üç sırada sırası ile tekerlekli sandalye kullananlar(%15,6), havalı yatak kullananlar(%12,3) ve koltuk değneği kullananlar(%12,1) saptandı.

Honaz çalışmasında yardımcı cihaz kullanımı %4,1 oranında bulunmuştur. En fazla kullanılan yardımcı araç ise “baston vb yürüme ile ilgili cihazlar” saptanmıştır(29).

Literatür ve bizim çalışmamızın sonuçları değerlendirildiğinde, tekerlekli sandalye, baston vb yürümeye yönelik yardımcı araç kullanımının fazla olması, hastaların çoğunluğunun nörolojik hastalık nedeni evde bakım hizmeti alıyor olmasına bağlı olduğuyönünde yorumlanabilir.

Çalışmamızda hastalara yapılan ziyaretlerin sebepleriyle ziyaret sıklığı arasındaki ilişkiye bakıldığında sonda takılan, pansuman yapılan, tetkik yapılan, reçete yazılan, enjeksiyon yapılan hastalarda ziyaret sıklığı daha fazla bulunmuştur. Rutin kontrol için yapılan ziyaret sıklığı ise daha az saptanmıştır. En sık ziyaret ortalama $13,43 \pm 10,66$ ile sonda takılan gruba en az sıklıkta ziyaret ise ortalama $1,29 \pm 0,49$ ile nakil yapılan gruba yapılmıştır. Ayrıca herhangi bir nedenle uzmanlık gerektiren bölümlere konsültasyonuna gerek duyulan hastaların daha fazla sayıda ziyaret edildiği görülmüştür.

Honaz çalışmasında bakım verilen kişilerde verilen tedavi hizmetlerine bakıldığında ilk sırada tansiyon ölçümü yer almaktadır. Daha sonra sırası ile şeker ölçümü, ağızdan ilaç uygulaması, enjeksiyon, IV sıvı tedavisi, pansuman ve oksijen tedavisi yer almaktadır(29). Bizim çalışmamızda hastaların tansiyon ölçümü ve vital bulgularının değerlendirilmesi gibi işlemler tüm ziyaretler esnasında tüm hastalarda rutin yapıldığı için tansiyon ölçümü gibi nedenler ziyaret sebepleri arasında sayılmamıştır.

Çalışmamızda Takip edilen hastalarda ziyaretler esnasında saptanan bası ülseri varlığına bakıldığında toplamda hastaların %14,9'unda (61 kişi) bası ülseri tespit edilmiştir. Takip edildikleri merkezlere göre bası ülseri varlığı durumu

karşılaştırıldığında iki merkez arasında bası ülseri varlığı açısından anlamlı fark saptanmamıştır.

Akdemir ve arkadaşlarının yatağa bağımlı hastaların evde yaşadıkları sağlık sorunlarına yönelik yaptıkları araştırmada, yatağa bağımlı olmaları nedeniyle hastaların %28,9'unda bası yarası saptanmıştır. Cingil'in yaptığı çalışmada bası ülseri yatağa bağımlı yaşlıların %56,3 ünde saptanmış olup Honaz çalışmasında %16,7 oranı ile daha az bulunmuştur(29,87,88).

İki çalışma arasındaki farkın nedeninin; çalışma grubundaki yaşlı hasta oranlarının farklı olması veya yatağa bağımlı hasta sayısı arasında fark olup olmaması ile alakalı olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda hastaların psikolojik durumlarına bakıldığında; hastaların %55,2(223 kişi) sinin normal psikolojide olduğu saptandı.

Erdoğan'ın çalışmasında araştırmaya katılan özürlü bireylerden %56,1 inde psikolojik rahatsızlık saptanmış olup, birinci sırada %18,2 ile depresyon saptanmıştır(77).

Akdemir ve arkadaşlarının yatağa bağımlı hastaların evde yaşadıkları sağlık sorunlarına yönelik yaptıkları araştırmada hastaların çoğunluğunun psiko-sosyal sorunlar(%78,9) yaşadığı saptanmıştır(87).

Çalışmamızda takip edilen hastalardaki ağrı varlığına bakıldığında; hastaların %12,2 sinde ağrı şikayetinin olduğu saptandı.

Honaz çalışmasında bağımlı kişilerin %94'ünde ağrı şikayeti mevcut olup, Cingil'in çalışmasında ağrı şikayeti %77,1 oranında saptanmıştır(29,88). Bu iki çalışma ile karşılaştırıldığında bizim çalışmamızda ağrı şikayeti sıklığı daha az bulunmuştur.

Bazı semptomlar farklı çalışmalarda farklı sıklıklarda saptanmış olsa da anlaşıldığı üzere evde bakım hastalarında görülen semptomlar benzerlik göstermektedir. Bireylerin hastalığını olumsuz yönde etkileyen semptomlar ile baş

edebilmelerine yardımcı olmak amacı ile hemşire, hekim, fizyoterapist, psikolog gibi evde bakım hizmetinde görev alan görevlilerin işbirliğinin sağlanması önemlidir.



6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Günümüzde yaşlı nüfusun artmasına paralel olarak yaşam kalitesini arttırmaya yönelik destek tedavilere ihtiyaç artmaktadır. Bu tedavilere gereksinimi olan hastaların büyük bir kısmının evden çıkmakta zorluk yaşayan hastalar olduğu gözlenmektedir. Bu nedenle yaşlıların, özürlü ve kronik hastalığı olan bireylerin uzun süreli bakımı açısından evde bakım hizmetleri gündeme gelmiştir. Evde bakım hizmeti batı ülkelerinde uzun yıllardır uygulanmakla birlikte, ülkemizde son yıllarda gündeme gelmiş olan yeni bir sağlık hizmeti uygulamasıdır. Evde bakım ile ilgili çalışmalar, düzenlemeler ve yasalara ülkemizde yeni yeni yer vermeye başlanmıştır. Yaşlı ve kronik hastalığı olan birey sayısının artmış olduğu ve daha da artacağı düşünüldüğünde ileri dönemde hastaların uzun süreli bakım ihtiyacının da artacağı öngörülebilmektedir. Bu nedenle hastaların uzun süreli bakım ihtiyacının evde bakım hizmetleri ile karşılanması ve tüm ülke genelinde yaygınlaştırılması gerekmektedir.

Yaşlı, hasta ve özürlü bireylerin geneline bakıldığında hepsinin bağımlı olmadığı, bazılarının kendi ihtiyaçlarını karşılayabildikleri, bazılarının ise kısmen bakım gereksiniminin olduğu görülmektedir. Bireylerin bu farklılıkları göz önünde bulundurularak, kendi özel durumlarına göre hizmet ihtiyaçlarının belirlenmesi ve kurumlarda bakılmaları yerine öncelikli olarak kendi ev ortamlarında yaşamaları sağlanmalıdır.

Toplumumuzda aile yapısı gereği pek çok aile yaşlı, özürlü ve hasta bireyine ev ortamında kendisi bakmayı istemektedir. Fakat bazı ailelerin maddi ve sosyal imkanlarında kısıtlılıkların olması nedeniyle aileler bu kişilerin evde bakımında yetersiz kalabilmektedir. Son yıllarda Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nın özürlü ve yaşlı bireyin evde bakımını üstlenen kişiyi maddi olarak desteklemesine rağmen bu yardımın bazen yetersiz kaldığı, hastanın belirlenen özürülük yüzdesini karşılamayıp gerekli sağlık raporunun alınmadığı ya da ailenin gelirinin belirlenen gelir düzeyini aşması vb. durumlarda hastaların ve yakınlarının bu maddi destekten faydalanmadığı görülmektedir. Bu ve benzeri durumlarda da hastanın evde bakımının desteklenmesi ve gerekirse hastaya eğitilmiş evde bakım personelinin erişimi sağlanmalıdır.

Çoğu çalışmada elde edilen sonuçlara bakıldığında; yaşlıların evde bakım hizmeti çerçevesinde verilen hizmetlerin, yardımların neler olduğu konusunda fikir sahibi olmadığı, sahip oldukları bazı bilgilerin ise eşinden, dostundan ve çevreden edinilen duyular şeklinde olduğu görülmüştür. Evde bakım hizmetlerinin kapsamı, nasıl uygulandığı, ne tür hizmetleri içerdiği, kimlere ve ne gibi sorunlara hitap ettiği, nasıl başvurulabileceği, ne gibi sınırlılıklarının olduğu ve daha pek çok soruya cevap olabilecek nitelikte kitaplar, broşürler, afişler vb. hazırlanmalıdır. Hazırlanan materyaller aile hekimlikleri, hastaneler ya da basın yayın yoluyla tüm vatandaşlara, sağlık personeli ve sağlık kurumlarına ulaştırılmalı, bu konu ile ilgili tanıtıcı bilgilendirici kampanyalar düzenlenmeli ve bu konuda toplumda farkındalık yaratılması sağlanmalıdır.

Etkili bir evde bakım hizmeti verilebilmesi için öncelikli olarak mevcut durumun iyi tespit edilmesi, bu amaçla gerek birinci basamak sağlık kuruluşlarında gerekse özel sağlık kuruluşlarında bireylerin mevcut hastalık durumları, sorunları tespit edilmeye çalışılmalı, gerekli sağlık taramaları yapılmalı ve olası sorunlara yönelik bir yaklaşım planı hazırlanmalıdır.

Evde bakım ile ilgili sağlık kurumları, sosyal güvenlik kurumları ve sivil toplum kuruluşlarının da içerisinde bulunduğu bir birim oluşturulmalıdır. Toplumun yaşlanması ve kronik hastalıkların artmasına bağlı olarak ileriki yıllarda sağlık sistemi üzerinde ciddi yük oluşturabilecek özürülük, kronik hastalıklar ve diğer sorunların önceden belirlenmeye çalışılması ve bunlara yönelik gerekli önlemlerin alınmasına çalışılmadır. Bu sayede alınacak bir takım basit önlemlerle bile ileride oluşabilecek yüksek miktarlardaki tedavi maliyetlerinin ve işgücü kayıplarının önüne geçmek mümkün olabilecektir.

Engelli, yaşlı, yatağa bağımlı, post-op ya da taburculuk sonrası bakım hizmetine ihtiyaç duyması muhtemel hastaların saptanması ve atlanmaması için bu hastaların kayıtlarının toplandığı ve takip edildiği bir veri tabanı oluşturulmalıdır. Böylece bu hastalarda ileri derecede bağımlılık durumu oluşmadan hastaların erken dönemde eğitim ve takip programına alınması, mevcut sağlık problemlerine erken müdahale edilmesi, hatta riskli gruptaki kişilerin önceden tespit edilip alınacak önlemlerle oluşabilecek sağlık problemlerinin önüne geçilmesi sağlanabilecektir.

Ayrıca yaşlı, özürlü ve hasta bireylerin aile hekimlerine ulaşımının daha kolay olması nedeniyle, aile hekimliği birimlerinin de bu hastaların tespiti, takibi açısından evde bakım hizmeti ile entegrasyonu sağlanmalıdır.

Yaşlı nüfusunun son yıllarda artış göstermesi ve ileriki yıllarda daha da artacağı göz önünde bulundurulduğunda yaşlıların sağlık sorunlarına daha bütüncül yaklaşılması açısından geriatri uzmanlığı yaygınlaştırılmalıdır. Ve bu bölümün işbirliği ile yaşlılığa bağlı sorunların, kronik hastalıkların takibi ve kontrolü sağlanarak ileri dönemde oluşabilecek özürlülük gibi durumların önüne geçilmeye çalışılmalıdır. Yaşlılarda çok sık saptanan bazı sağlık sorunlarına yönelik göz muayenesi, işitme testi, fizik tedavi muayeneleri, psikolog muayeneleri gibi rutin sağlık taramaları yapılmalıdır

Ülkemizde evde bakımla ilgili eğitimli insan, profesyonel kurum ve kuruluşlar yaygınlaştırılmalı, bu konu ile ilgili toplum, sağlık çalışanları ve yetkililer bilinçlendirilmelidir. Evde bakım hizmeti verecek olan personelin görev tanımının, sunulacak hizmetlerin standardizasyonu sağlanmalı ve ona göre evde bakım hizmeti verebilecek kalifiye eleman yetiştirilmelidir. Gerekirse bu personelin yetiştirilmesi için kısa süreli sertifikasyon programları düzenlenmelidir. Uzun vadede ise, evde bakım hizmeti verebilecek personelin yetiştirilmesi için üniversitelerde evde bakım ile ilgili bölümlerin açılması düşünülebilir. Ayrıca üniversite ve lise düzeyinde hemşire ve sağlık personeli yetiştiren bölümlerde eğitim programlarına evde bakım hizmeti ile ilgili dersler eklenilerek bu personellerin evde bakım konusunda bilgi sahibi ve eğitilmiş olarak mezun olmaları ve ilerideki çalışma hayatlarında bu hizmeti daha rahat uygulamaları sağlanmalıdır.

Sağlığın tanımı göz önünde bulundurulduğunda evde bakım hizmetine gereksinimi olan kişilerin bir bütün olarak değerlendirilmesi, sadece tıbbi gereksinimleri yönünden değil, sosyal ve psikolojik anlamda da desteklenmesi gerekmektedir. Bu nedenle bu kişiler için sosyal organizasyonlar düzenlenmeli, sosyal etkinlik olanakları artırılmalı, uğraş edinmeleri sağlanmalı ve gerekirse yaşlılar için oluşturulmuş yaşlı bakım evleri, yaşlı konutları, yaşlı kreşleri ve yaşlılar için gündüz bakım evleri oluşturulmalı, mevcut birimlerin ise talebi karşılayacak

şekilde sayıları artırılarak sisteme dahil edilmelidir. Ayrıca şikayetleri bulunmasa bile rutin olarak bu gruptaki bireylerin psikolog/psikiyatri muayeneleri sağlanmalıdır.

Evde bakım hizmeti bünyesinde yaşlı, özürlü bireylerin bakımının önemli bir kısmını da bu kişilerin ve bu kişilere bakım verenlerin eğitimi oluşturmaktadır. Bu nedenle hastaların yaşadıkları sorunlarla baş edebilme kabiliyetini geliştirmek için hastalar aileleriyle birlikte değerlendirilip hem kendilerine hem de bakım veren kişiye yönelik gerekli danışmanlık ve eğitimlerin verilmesi gerekmektedir. Bireylerin yaşadıkları sorunlar belirlenerek bu sorunlarla baş etmelerine yönelik eğitim ve danışmanlık programları düzenlenmeli, yaşadıkları sorunlar ile nasıl baş edebilecekleri ve günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı durumdan bağımsız duruma geçebilmek için uygulayabilecekleri yöntemler yaşlılara öğretilmelidir.

Batı ülkelerinde evde bakım devlet güvencesi altındadır, ülkemizde de evde bakım hizmetinin yaygınlaşmasının ve etkililiğinin sağlanması için devlet güvencesi altına alınması gerekmektedir. Şuan yürürlükte olan yasalarda evde bakım ile ilgili maddeler olmasına rağmen evde bakım hizmetini kamu hizmeti olarak değerlendiren bir düzenleme bulunmamaktadır. Bu nedenle evde bakım hizmetinin daha da yaygınlaşmasının sağlanması için genel sağlık sistemi içinde sağlık hizmeti sunan kuruluşlarla bağlantılı bir kamu hizmeti haline getirilmeye çalışılmalıdır.

Bu ve benzeri uygulamaların hayata geçirilmesi ile ülkemizde daha modern ve standardize edilmiş bir evde bakım hizmetinin sağlanması mümkün olacaktır.

KAYNAKLAR

- 1- Doğan SY. Dokuzuncu Kalkınma Planı Sağlık Sektörü Hedeflerinin Ankara'daki Hastane Yöneticilerince İrdelenmesi. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. Ankara, 2006.
- 2- Tanlı S. Evde Bakım Hizmetlerinin Firmalaştırılması: Bir İşletme Planı Önerisi. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, 1996
- 3- Mandıracıoğlu A. Dünyada ve Türkiye'de yaşlıların demografik özellikleri. Ege Tıp Dergisi 2010; 49: 39-45
- 4- TC Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. Türkiye Hastalık Yükü Çalışması 2004. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 701. HM Yayın No: SB-HM-2007/11. Ankara, Türkiye 2006.
- 5- Şahbaz M. Tel H. Evde Yaşayan 65 Yaş ve Üzeri Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerindeki Bağımlılık Durumu İle Ev Kazaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. TurkishJournal of Geriatrics, 2006, 9(2), 85-93.
- 6- Karadağ M. Türk Silahlı Kuvvetlerinde Görevli Hekim Öğretim Üyelerinin Evde Bakım Hizmetleri Konusundaki Görüşleri. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. Ankara: 2006
- 7- Palm E. A Declaration of HealthyDependence: The Case of Homecare. HealthCare Analysis, 2012;26.
- 8- Danış MZ. "Toplum Temelli Bakım Anlayışı", Özveri Dergisi, T.C Başbakanlık Özürlüler İdaresi Yayını. <http://eyh.aile.gov.tr/yayin-ve-kaynaklar/ozveri-dergisi/3sayi-2005-cilt-2sayi-1> (Erişim tarihi: 20.03.2016) 2005;2(1):445-459
- 9- Bahar A., Parlar S. Yaşlılık ve Evde Bakım. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2007; 2 (4), 33-39.
- 10- Taşçı F. Yaşlılara Yönelik Sosyal Politikalar: İsveç, Almanya, İngiltere ve İtalya Örnekleri. Çalışma veToplum Dergisi,2010; 1, 175-202.

11- Ataman Erdönmez P. “Küresel Demografik Değişim Süreci ve Finansal Sektör Üzerindeki Etkileri”, Bankacılar Dergisi, Graphis Matbaa, S.62, İstanbul, 2007

12 - <http://www.who.int/chronic conditions/ltc/en/> (Erişim: 13.03.2016)

13- World Health Organization Technical Report Series, 898. WHO, Geneva. Home-Based Long-Term Care, 2000; 1- 37.

14- Koç F. Evde Bakım Hizmeti ve Gelişimi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2009.

15- Council on ScientificAffairs: “Home Care in the 1990s”, JAMA 263:1990; s.1241-1244.

16- Canada Home Care Association, <http://www.CHCA.com>.

17- Çoban M. Esatoğlu AE. "Evde Bakım Hizmetlerine Genel Bir Bakış" Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Tarihi-Hukuku,2004; 12 (2), ss:109-120.

18- SHÇEK (Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu). Sosyal Hizmet Terminolojisi Kitapçığı, Ankara, 2010; 13-33.

19- Sağlık Bakanlığı Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik. Resmi Gazete Tarihi: 10.03.2005 Resmi Gazete Sayısı: 25751

www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2005/03/20050310-5.htm(Erişim Tarihi:03.03.2016)

20- Aydın D. Evde Bakım Hizmetleri, Sağlıklı Nesiller Derneği, Sağlık ve Eğitim Yayınları 1, Ankara, 2005;88

21- Pınar R. Türkiye’de Evde Bakımda Mevcut Durum, Akademik Geriatri 26-30 Mayıs 2010, Gazimağusa, KKTC, 2010: 153-156

22- Önal Dölek B. Türkiye’de Üniversite Hastanelerindeki Geriatri Bilim Dallarına Bağlı Geriatri Ünitelerinde Verilen Hizmetin Sosyal Hizmet Temelinde Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı Doktora Tezi. Ankara, 2011

23- Çoban A. Yalnız Yaşayan Yaşlılara İlişkin Aile Politikaları. Aile ve Toplum Dergisi, yıl:7 cilt:2 sayı:9 Ocak- Mart 2005

- 24-** Çohaz A. Türkiye’de Yaşlı ve Yaşlılara Sunulan Bakım Hizmetleri. Akademik Geriatri, 2010;122-126
- 25-** Önal Dölek B. Evde ve Kurumda Uzun Dönemli Bakım, Klinik Gelişim,2012; 25: 95-99
- 26-** Beder J. Hospital Social Work-The Interface of Medicine and Caring. 1st ed. London: Published by Routled-Taylor and Francis Group; 2006.
- 27-** Abrams WB., Beers M., Berkow HR., eds. The Merck Manual of Geriatrics (2nd ed.). New Jersey: Merck Sharp&Dohme Corp. 1995.
- 28-** Subaşı N. Ankara İli Çankaya İlçesinde Evde Bakım Durumu Araştırması, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara, 2001.
- 29-** Söylemezo MN. Denizli Honaz İlçesinde Yaşayan Toplumun Evde Bakım Gereksinimi, Karşılama Düzeyi ve Etkileyen Faktörler. Denizli Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Denizli 2011.
- 30-** Subaşı N., Öztekin Z. “Türkiye’de Karşılanamayan Bir Gereksinim: Evde Bakım Hizmeti” Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, Ankara TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2006;5
- 31-** Danış MZ. Yaşama Derinden Bir Kucak. Türk Geriatri Vakfı Yayınları. Ankara. 2005;37-38.
- 32-** Erekli E. Evde Bakım Hizmetlerine Olan İhtiyacın Tespit Edilmesi Konusunda Bir Araştırma. İstanbul Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2012.
- 33-** Danış MZ. Yaşlıların Evde Bakım Gereksinimleri ve Evde Bakıma İlişkin Düşünceleri: Başarılı Yaşlanma ve Yaşlı Bakım Modelleri, Ankara Güç-Vak Yayınları, 2004, Sosyal Hizmet Dizisi I.

- 34-** Güler Ç. Akın L. Halk Sağlığı Temel Bilgiler Genişletilmiş İkinci Baskı Cilt III, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, 2012.
- 35-** Çoban A. Yalnız Yaşayan Yaşlılara ilişkin Aile Politikaları. Aile ve Toplum Dergisi, 2005; 2 (8), 38-46.
- 36-** Spratt SJ., Hawley LR., Kolf J. “Home Health Care: A Physician’s Perspective”, Home Health Care, Ed.:Spratt, SJ., Hawley, LR, Hoye, E:R., Florida: GR/St. Luice Press,1-16, 1997.
- 37-** Yılmaz M., Sametoğlu F., Akmeşe G., Tak A., ve ark. Sağlık Hizmetinin Alternatif Bir Sunum Şekli Olarak Evde Hasta Bakımı, İstanbul Tıp Dergisi. İstanbulMedJ 2010;11(3):125-132
- 38-** Koyuncu Yaşar E. Yaşlıya Evde Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Yükü ve Etkileyen Faktörler. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2009.
- 39-** Erginöz SG. “İlk Çağlarda Akdeniz Havzasında ve Anadolu’da Doğum ve Doğum Yardımı”, Düşünen Siyaset, 2002;16.148-60
- 40-** Sobel D. Galileo’nun Kızı, Çev: Bahadır Sina Sener, Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, İstanbul, 2000.
- 41-** Cimete G. Evde Bakım Hemşireliği. Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi, J TurkSocIntenseCare 2008;6, 47-53.
- 42-** İnci FH. Bakım Verme Yükü Ölçeğinin Türkçe’ye Uyarlanması Geçerlilik Ve Güvenilirliği. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Pamukkale, 2006.
- <http://kutuphane.pamukkale.edu.tr/katalog/0037431.pdf>(Erişim Tarihi: 26.02.2016)
- 43-** Wasik BH., Brayant DM., Lyons MC. Foreword by Richard N. Roberts. Home Visiting: Procedures For Helping Families Newbury Park, Calif. Sage Publications, 1990.
- 44-** Kennedy P. Büyük Güçlerin Yükseliş ve Çöküşleri, Çev: Birtane Bardakçı, Türkiye İş Bankası Yayınları, İstanbul, Genel Yayın No:306. 2001
- 45-** Aslan D., Ertem M. Yaşlı Sağlığı: Sorunlar ve Çözümler, Halk sağlığı Uzmanları Derneği(HASUDER) yayınları, Temmuz 2012-1

- 46-** Karadağ H. Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliğine İlişkin Hekimlerin Görüşleri ve Kardiyoloji Hastaları İçin Hastane Destekli Evde Bakım Hizmetleri Model Önerisi. Yüksek lisans tezi, Ankara, 2007.
- 47-** Çavuş FÖ. Yaşlılara Yönelik Evde Bakım Hizmetlerinin Değerlendirilmesi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2013.
- 48-** Turan ÖS. Evde İzlemi Yapılan Kronik Kardiyopulmoner Hastaların Evde Bakım Sürecinde Tıbbi Gereksinim Düzeylerinin Saptanması. Uzmanlık Tezi, Başkent Üniversitesi, Ankara, 2008;36-41
- 49-** Bilgili N. Yaşlı Bireylere Bakım Veren Ailelerin Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi. Ankara, 2000.
- 50-** Bakım Hizmetleri Stratejisi Ve Eylem Planı (2011 – 2013) www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/01/20110119-6.htm
(Erişim Tarihi:06.01.2016)
- 51-** T.C Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hekimler için Yaşlı Sağlığı Tanı ve Tedavi Rehberi 2010. Sağlık Bakanlığı yayın no:781.
- 52-** Grunfeld E., Glossop R. ve Ark. Caring For Elderly People At Home: The Consequences To Caregivers. Canadian Medical Association, 1997;157(8) , 1101-1104.
- 53-** Bayramova N. Amiyotrofik Lateral Sklerozlu (ALS) Hastaların Evde Bakım Gereksinimleri ve Bakım Verenlerin Bakım Yükünün Belirlenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi. İzmir, 2008.
- 54-** Akgün S., Bakar C., Budakoğlu İ. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlı Nüfus Eğilimi, Sorunları ve İyileştirme Önerileri, Turkish Journal of Geriatrics 2004; 7(2):105-110.
- 55-** Sağlık Bakanlığı Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler İle Sözleşme Usul Ve Esasları Hakkında

Yönetmelik. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/12/20101230-12.htm>
(Erişim Tarihi: 01.01.2016).

56- Feldman FH., Waliser MN., Gould DA. Ve Levine C. “When the Caregivers Needs Care: The Plight of Vulnerable Caregivers”, American Journal of Public Health, 2002; 92(3): 409.

57- Rogers S., Komisar H. Who Needs Long-Term Care? Georgetown University Long- Term Care Financing Project 2003, <http://lrc.georgetown.edu/pdfs/whois.pdf> [02.03.2016].

58- Atalay B., Konta YM., Beyazıt S., Madencioğlu K. Türk Aile Yapısı Araştırması. Devlet Planlama Teşkilatı. Yayın No: DPT 2313, Ankara, 1992.

59- Karahan A., Güven S. “Yaşlılıkta Evde Bakım”, Geriatri, 2002;5(4): 155-159.

60- Geçtan E. Çağdaş Yaşam ve Normal Dışı Davranışlar, Evrim Matbaacılık, İstanbul.1992

61- Gönen E., Hablemitoğlu Ş. Yaşlıların Yaşam Kalitesinin İyileştirilmesi: Sosyal Devlet Anlayışında Evrensel Bir Yaklaşım, 2000’li Yıllara Doğru Sosyal Devletin Gerçekleştirilmesinde Sosyal Hizmetlerin Yeri ve Önemi, Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği Genel Merkezi Yayını, Ankara. 1994.

62- Coşkun M. Samsun İl Merkezinde Yaşayan Yaşlıların Sürekli Kaygı Düzeyleri ve Bazı Sosyoekonomik Etmenleri, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Samsun, 1998

63- Emiroğlu ON. Deneysel Tasarımlar, Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri, Editör: İnci Erefe, HEMAR-G Yayın No:1, Odak Ofset,2002; 91-124.

64- Erdem M. Yaşlıya Bakım Verme. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2005; 8(3), 101-106.

65- Kipp W., Tindyebwa D., Rubaale T., Karamagi E., Bajenja E. Family Caregivers İn Rural Uganda: The Hidden Reality, Health Care for Women International, 2007;28: 856–871.

66- Mulatilo M., Taupau T. ve Ark. Teaching Families To Be Caregivers For The Elderly, Nursing And Health Sciences, 2000; 2: 51-58.

67- Adak N. Yaşlıların Gayri Resmi Bakıcıları: Kadınlar, Başbakanlık Aile Ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü Aile Ve Toplum Dergisi, yıl:5, Cilt:2;6 Ekim-Aralık 2003;74-82.

- 68-** Katz SJ., Kabeto M., Langa KM. Gender Disparities In The Receipt of Home Care For Elderly People With Disability In The United States. *JAMA*. 2000;284(23):3022- 3027.
- 69-** Krishnasamy M., Wilkie E., Haviland J. Lung Cancer Health Care Needs Assessment: Patients And Informal Carers Responses To A National Mail Questionnaire Survey. *Palliative Medicine*. 2001; 15: 213–227.
- 70-** Pinto AR., Holanda AM., Medeiros MMC., Mota RMS., Pereira EDB. Assessment of The Burden of Caregiving For Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Respiratory Medicine*. 2007;101:2402–2408.
- 71-** Lin-sun Fan S., Sathick I., McKitty K., Punzalan S. Quality of Life of Caregivers And Patients on Peritoneal Dialysis, *Nephrol Dial Transplant*. 2008; 23: 1713–1719.
- 72-** Schneider J., Murray J., Banerjee S., Mann A. Eurocare: A Cross- National Study Of Co-resident Spouse Carers For People With Alzheimer's Disease: I— Factors Associated With Carer Burden, *Int J Geriatr Psychiatry*. 1999;14(8):651- 61.
- 73-** Lueckenotte AG. *Gerontologic Nursing*. 2nd ed. Mosby Company, St Louis, 2000;781- 789
- 74-** Stone Clemen S., Mcguire LS., Eigsti Gerber D. ‘‘Comprehensive Community Health Nursing’’, 1991; 806-817, Third Edition Mosby Year Book, Saint Louise.
- 75-** Thome B., Dykes AK., Hallberg IR. Home Care With Regard to Definition, Care Recipients, Content and Outcome: Systematic Literature Review. *Journal of Clinical Nursing*, 2003;12: 860- 872.
- 76-** Kasuya RT., Polgar-Bailey., and Takeuchi R. Caregiver Burden and Burnout. *Postgraduate Medicine*, 2000; 108(7), 119-123
- 77-** Erdoğan B. Evde Bakım Alan Özürlü Bireye Sahip Ailelerin Sosyo-ekonomik Durumlarının İncelenerek, Umutsuzluk ve Yasam Doyum Düzeylerinin Belirlenmesi. Konya. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Konya, 2013.
- 78-** Aile Ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli Ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Birleşmiş Milletler Yaşlı İlkeleri, 28 Ekim 2014, [Http://Eyh.Aile.Gov.Tr/Uygulamalar/Yasli-Bakim-Hizmetleri/Birlesmis-Milletler Yaşlı-İlkeleri](http://Eyh.Aile.Gov.Tr/Uygulamalar/Yasli-Bakim-Hizmetleri/Birlesmis-Milletler%20Yaşlı-İlkeleri) (son erişim;15.03.2016)

- 79-** Ulusel B., Soyer A., Uçku R. Toplum İçinde Yaşayan Yaşlılarda Günlük Yaşam Etkinliklerinde Bağımlılık Düzeyi Ve Etkileyen Risk Etmenleri. Türk Geriatri Dergisi; 7, 2004;(4):199-205.
- 80-** Home and Hospice Care Survey, National Health Statistics, CDC, <http://www.cdc.com>, [02.03.2016].
- 81-** Kuuppeloma Ki M., Sasaki A., Yamada K. Coping Strategies of Family Carers for Older Relatives in Finland. Journal Of Clinical Nursing, 2004;13: 697–706
- 82-** Lai DWL., Leonenko W., Effects of Caregiving on Employment and Economic Costs of Chinese Family Caregivers in Canada. J Fam Econ Iss.2007; 28: 411–427
- 83-** WHO, Community Home Based Care: Family Care Giving. Caring for Family Members With HIV/AIDS and Other Chronic Illnesses. The Impact Older Women and Girls. A Botswana Case Study.2000.
- 84-** Altınparmak S., Karadeniz G., ve Ark. Yaşlılarda Hipertansiyon Prevalansı: Manisa Örneği , Turkish Journal Of Geriatrics,2006; 9(4), 197-201.
- 85-** Yılmaz CM. Miyokard Enfarktüsü Tanısı Konan Hastaların Taburculuk Planlaması ve Evde Bakım Gereksinimleri Yönünden İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. Ankara, 2001.
- 86-** Scheenekloth U. Determining The Long Term Care Needs of Individuals Living in Private Households: Results From a SurveyIn: Long- Term Care: Economic Issues and Policy Solutions, Eisen R, Sloan FA (Eds.) 171- 180. Boston, MA: Kluwer Academic Publishers.1996.
- 87-** Akdemir N., Bostanoğlu H., Yurtsever S., Kutlutürkan S., Sun Kapucu S. Yatağa Bağımlı Hastaların Evde Yaşadıkları Sağlık Sorunlarına Yönelik Evde Bakım Hizmet Gereksinimleri. Dicle Tıp Dergisi 2011; 38(1):57-65.
- 88-** Cingil D. Aile İçi Bakım Vericileri Eğitmenin Bağımlı Yaşlıların Evde Bakım Kalitesine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Konya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya, 2003.

Ek 1.

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

EVDE SAĞLIK HİZMETİ BAŞVURU FORMU / EK-3

KİMLİK BİLGİLERİ

İLETİŞİM BİLGİLERİ

Adı :..... Ev Tel:.....Gsm:.....
Soyadı :..... E-mail:.....
Anne adı :..... Adresi:.....
Baba adı :.....
Doğum tarihi :.....
Doğum yeri :.....
T.C. Kimlik No:.....

Güvence Durumu / Sosyal Güvenlik Numarası:.....

HASTALIĞI HAKKINDA BİLGİ (Tanı-
Tedavi):.....
.....
.....

SÜREKLİ KULLANDIĞI İLAÇ/TIBBİ CİHAZ/ORTEZ/PROTEZ :

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

DİŞ TEDAVİSİ İHTİYACI (var ise) :

.....

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

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

Adı ve Soyad

Müracaatı yapanın yakınlık derecesi.....

Açık adresi:.....

*Müracaatı yapan klinik/müdavi tabip/aile hekimi:.....

DEĞERLENDİRME SONUCU.....

.....

.....

Değerlendiren Tabip:

Kaşe/İmza

ONAY

Kurum/Kuruluş Amiri

Kaşe/imza/mühür

*Taburcu aşamasındaki hastalar ile aile hekimleri tarafından yapılan başvurularda doldurulacaktır.

Ek 2.

.....(Sağlık Kurumu/ Kuruluşu/Aile sağlığı Merkezi/Aile Hekimi Adı).....Form-E2

EVDE SAĞLIK HİZMETİ İLETİŞİM VE KOORDİNASYON MERKEZİ BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Bu form Evde Sağlık Hizmetlerinden yararlanmak isteyen kişi yada hizmet alması istenen kişinin yakınlarına yönelik hazırlanmış bilgilendirme formudur. Formu dikkatlice okuyunuz ve sorularınız ya da anlamadığımız noktalar varsa bilgi almak için hekim/sağlık personeline danışarak lütfen yardım isteyiniz. Talebiniz üzerine size yazılı bilgi verilecektir.

AŞAMALAR

1. Evde Sağlık Hizmetleri; Çeşitli hastalıklara bağlı olarak evde sağlık hizmeti sunumuna ihtiyacı olan bireylere evinde ve aile ortamında sosyal ve psikolojik danışmanlık hizmetlerini de kapsayacak şekilde verilen muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım, takip ve rehabilitasyon hizmetlerini kapsamaktadır.
2. Evde Sağlık Hizmetlerinden yararlanmak isteyen kişi ya da bakımından sorumlu olan veli / vasisinin başvurusu; Evde Sağlık Hizmetleri İletişim ve Koordinasyon Merkezi'ne, Hastane çıkışında Evde Sağlık Hizmeti Birimine, Aile Hekimliklerine şahsi yada telefon ile yapılabilmektedir.
3. Başvuru sonrası Merkez/birim tarafından Ön Değerlendirme amacı ile ev ziyareti yapılmaktadır.
4. Evde Sağlık Hizmetleri İletişim ve Koordinasyon Merkezi Komisyonu tarafından başvuru formu bilgileri incelenerek hizmet için uygun birime yönlendirilmektedir.
5. Başvuru üzerine tedavi başlamadan önce ev ziyaretinde bilgilendirme yapılarak onam formu doldurulmaktadır.
6. Evde Sağlık Hizmetleri planlı hizmetleri kapsamaktadır. Bunun için size daha önceden belirtilen tarih, saat ve ziyaret edecek kişilerin bildirildiği randevular düzenlenip önceden tarafınıza bildirilecektir.
7. Evde verilen sağlık hizmetleri kapsamında size/hastanıza; Kan alma işlemi, EKG çekimi, sonda uygulanması, beslenme için sonda uygulanması, pansuman, ilaç v.b tıbbi uygulamalar yapılabilir. Bu uygulamaların nasıl olduğu ve varsa komplikasyonları hakkında bilgilendirileceksiniz.
8. Hastanın sağlık hizmetlerini ev ortamında alması uygun olmaması veya ani olarak gelişen sağlık sorunları halinde transferi gerekebilir. Size neden açıklanarak ve transferi sağlanarak uygun sağlık kuruluşuna yönlendirilebilirsiniz.
9. Kişiye verilen evde sağlık hizmeti aşağıdaki hallerde sonlandırılır:
 - a) Evde sağlık hizmeti verilen hastanın uygulanan tedavi ile iyileşerek tedavi ihtiyacının ortadan kalkması

- b) Evde sağlık hizmeti sunulan hasta için uygulanacak sağlık bakım ve tedavinin, belli bir aşamadan sonra sağlık personeli gerektirmeden uygulanabilecek hale gelmesi,
- c) Evde sağlık hizmeti sunulan hastanın, sağlık kurumuna yatırılarak tedavi edilmesini gerektiren tıbbi bir durumun oluşması,
- ) Hastanın kendisi veya kanuni temsilcilerinin hizmeti sonlandırmayı talep etmesi,
- d) Hastanın vefat etmesi,
- e) Hasta veya yakınlarının tedaviye uyumsuz davranışları, direnç göstermeleri, önerilere uymamaları halinde verilen hizmetin faydası sorumlu tabip tarafından sorgulanır ve hizmetin sonlandırılmasına karar verilebilir.

Bilgilendirme Yapan Kişi

Ad Soyadı:

Unvan:

Tarih:

İmza:

Yukarıdaki bilgileri eksiksiz olarak okudum ve anladım. Evde Sağlık Hizmetlerinden nasıl yararlanabileceğim, başvuru, kabul süreci ile işleyiş hakkında bilgilendirildim. Verilecek hizmetleri kabul ediyorum.

Hasta/Hasta Yakını,Vasisi

Ad Soyadı:

TC Numarası:

Tel :

Adres:

Tarih:

İmza:

Ek 3.

.....(Sağlık Kurumu/ Kuruluşu/Aile sağlığı Merkezi/Aile Hekimi Adı)..... Form-E3

**EVDE SAĞLIK HİZMETİNE KABUL EDİLEN
HASTA DEĞERLENDİRME FORMU**

Değerlendiren birim : <input type="checkbox"/> Evde Sağlık Birimi <input type="checkbox"/> Mobil Birim <input type="checkbox"/> Aile hekimi		
Kişisel Bilgiler:		
Adı Soyadı:	T.C. Kimlik No:	
Başvuru Tarihi:	Son muayene tarihi:	
Doğum Tarihi (gün/ay/yıl):/...../.....	Cinsiyeti: <input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> Erkek	
Adres:	Ev/cep Telefon:	
Başvuru / Bakım / Gelir/ Yardım Bilgileri:		
Başvuru: <input type="checkbox"/> İletişim koordinasyon merkezi <input type="checkbox"/> Hastane çıkışı hekimi <input type="checkbox"/> Hastane evde sağlık hizmet birimi <input type="checkbox"/> Aile hekimi <input type="checkbox"/> Mobil Birim	Bakım ve destek ihtiyacı: Evet: <input type="checkbox"/> Tıbbi bakım <input type="checkbox"/> Sosyal hizmet , destek ve yardım Bakım ve destek ihtiyacı yok:	
Sosyal güvencesi : <input type="checkbox"/> GSS <input type="checkbox"/> Ücretli <input type="checkbox"/> Özel Sigortası <input type="checkbox"/> Yeşil Kart <input type="checkbox"/> Diğer.....	Gelir durumu: <input type="checkbox"/> Maaş alıyor <input type="checkbox"/> Gelir yok <input type="checkbox"/> Sosyal yardım <input type="checkbox"/> Aile reisi bakıyor <input type="checkbox"/> Bakıma muhtaçlık yardımı	
Yaşam Alanı:		
<input type="checkbox"/> Ev ise: Konut tipi : Isınma:..... Aydınlanma:..... Banyo / wc : Kaldığı oda:..... Ev hijyeni:.....	<input type="checkbox"/> Huzur evi : <input type="checkbox"/> Diğer:.....	
Kişisel günlük ihtiyaçları /alışkanlıkları / Kronik hastalıkları ve ilaçları :		
Yatağa bağımlılık: <input type="checkbox"/> Tam bağımlı <input type="checkbox"/> Yan bağımlı <input type="checkbox"/> Bağımsız	Kullandığı yardımcı araçlar: <input type="checkbox"/> Tekerlekli sandalye <input type="checkbox"/> We yükseltici <input type="checkbox"/> Wolker <input type="checkbox"/> Koltuk değneği / baston <input type="checkbox"/> Havalı yatak <input type="checkbox"/> Protez <input type="checkbox"/> Diş <input type="checkbox"/> Diğer.....	
Kişisel bakımı: <input type="checkbox"/> Kendisi <input type="checkbox"/> Ailesi <input type="checkbox"/> Bakıcısı <input type="checkbox"/> Komşusu <input type="checkbox"/> Diğer	Kişisel hijyen: <input type="checkbox"/> Uygun <input type="checkbox"/> Uygun değil	
Güvenlik : <input type="checkbox"/> Uygun <input type="checkbox"/> Uygun değil	Alışkanlıkları: <input type="checkbox"/> Sigara <input type="checkbox"/> Alkol <input type="checkbox"/> Madde Bağımlılığı	
Beslenme: <input type="checkbox"/> Uygun <input type="checkbox"/> Uygun değil	Geçirilmiş Hastalıklar / Ameliyatlar: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var:.....	
Kronik Hastalıklar: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var:.....	Kullandığı ilaçlar:	
Hastalık	Hekim	Kullandığı ilaç / süresi
Alleji:	<input type="checkbox"/> Yok	Var:.....

Başvuru nedeni:
Hikayesi:

VİTAL BULGULAR:

Vücut Sıcaklığı (°C) :	Kan basıncı (mmHg):	Nabız dakika sayısı:
Solunum dakika sayısı:.....	Boy:	Kg:

FİZİK MUAYENE :

SİSTEMLER	Normal	Değerlendirilmedi	Anormal bulgular tanımlayınız
Genel durum			
Deri			
Baş Boyun			
Solunum sistemi			
Kardiyovasküler sistem			
Gastrointestinal sistem			
Genitoüriner sistem			
Kas-iskelet sistemi			
Sinir sistemi			

Psikolojik durum değerlendirilmesi:

Normal Üzütülü Huzursuz-Gergin Kayıtsız Aşırı dalgın Diğer.....

Ağrı / Bası ülseri / özelliği olan sağlık hizmeti ihtiyacı:**Ağrı değerlendirilmesi:**

Ağrı var ise:

Ağrının yeri:..... Ağrının süresi:.....

Ağrının sıklığı:..... Ağrının şiddeti:.....

Ağrı yok

Bası ülseri (Braden skalası) :

Bası ülseri yok

Bası ülseri var :.....

Özelliği olan sağlık hizmeti ihtiyacı:

Onkolojik hastalık

Kas hastalığı

Psikiyatrik hastalık

Nörolojik Hastalık

Ağız ve diş sağlığı

KOAH

Yenidoğan fototerapi

Diğer:.....

Hasta / ailesine verilmesi Planlanan eğitim :

Yok

Var:.....

Hastaya yapılması planlanan tahlil / tetkik / tıbbi işlemler:

Tahliller: Biyokimya:..... Hematoloji:..... Mikrobiyoloji: Diğer:.....	Tetkikler : Röntgen BT/ MR: EKG:..... Diğer:.....
Evde sağlık hizmet ihtiyacının tanımlanması:	
Takiben yapılması önerilen değerlendirme: <input type="checkbox"/> Aile hekimi değerlendirmesi: Nedeni:..... <input type="checkbox"/> Uzman hekim / konsultan hekim değerlendirmesi: Nedeni:..... <input type="checkbox"/> Fizyoterapist: Nedeni:..... <input type="checkbox"/> Diyetisyen: Nedeni:..... <input type="checkbox"/> Sosyal çalışmacı: Nedeni:..... <input type="checkbox"/> Aile / bakıcı eğitimi: Nedeni:..... <input type="checkbox"/> Heyet raporu: <input type="checkbox"/> İlaç <input type="checkbox"/> Özur,bakım <input type="checkbox"/> Beslenme <input type="checkbox"/> Tıbbi malzeme	
Kontrol Randevusu: Tarih:/...../..... Saat:	
Değerlendirmeyi Yapan:	Değerlendirme Esnasında Hazır Bulunan Yakını:
Adı Soyadı: İmza: Tarih : Saat:	Adı Soyadı: İmza: Tarih : Saat:

Ek.4

.....(Sağlık Kurumu/ Kuruluşu/Aile Sağlığı Merkezi/Aile Hekimi Adı).....Form-E4	
EVDE SAĞLIK HİZMETİ	
HASTA TEDAVİ PLANI FORMU	
(Evde Sağlık Hizmetine Kabul Edilen Hasta Değerlendirme Formundaki bilgilerin devamı niteliğinde düzenlenir)	
Hastanın Adı Soyadı:Ziyaret:	Tarih/ Saat:/...../..... :
Hekim değerlendirmesi:	
Anamnez / Fizik Muayene bulguları:.....	
Hastaya yapılması planlanan tahlil / tetkik / tıbbi işlemler:	
Takiben yapılması önerilen değerlendirme:.....	
Nedeni:.....	
Teşhis:	
Tedavi:	
Hemşire / Sağlık memuru değerlendirmesi:	
Vücut Sıcaklığı (°C) :..... Kan basıncı (mmHg):Nabız:...../dk... Solunum :...../dk	
Hemşirelik Girişimleri:	
Parenteral uygulamalar:	
Diğer :.....	
Diyetisyen / Fizyoterapist / Psikolog / Sosyal Çalışmacı / Diş Hekimi :	
Değerlendirme ve uygulama bilgileri:	
.....	
.....	
Değerlendirmeyi Yapan:	Değerlendirme Esnasında Hazır Bulunan Yakını:
Adı Soyadı:	Adı Soyadı:
İmza:	İmza:
Tarih : Saat:	Tarih : Saat:
.....Ziyaret:	Tarih/ Saat:/...../..... :
Hekim değerlendirmesi:	
Anamnez / Fizik Muayene bulguları:.....	
Hastaya yapılması planlanan tahlil / tetkik / tıbbi işlemler:.....	
Takiben yapılması önerilen değerlendirme:.....	
Nedeni:.....	
Teşhis:	
Tedavi:	
Hemşire / Sağlık memuru değerlendirmesi:	
Vücut Sıcaklığı (°C) :..... Kan basıncı (mmHg):Nabız:/dk... Solunum :...../dk	
Hemşirelik Girişimleri:	
Parenteral uygulamalar:	
Diğer :.....	
Diyetisyen / Fizyoterapist / Psikolog / Sosyal Çalışmacı / Diş Hekimi :	
Değerlendirme ve uygulama bilgileri:	
.....	
.....	
Değerlendirmeyi Yapan:	Değerlendirme Esnasında Hazır Bulunan Yakını:
Adı Soyadı:	Adı Soyadı:
İmza:	İmza:
Tarih : Saat:	Tarih : Saat:

Ek 5.

.....(Sağlık Kurumu/ Kuruluşu/Aile Sağlığı Merkezi/Aile Hekimi Adı).....Form-E5

EVDE SAĞLIK HİZMETİ
HASTA TAHLİL / TETKİK İSTEM FORMU

Adı Soyadı:	T.C. Kimlik No:
Doğum Tarihi (gün/ay/yıl):/..../.....	Cinsiyeti: <input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> Erkek
Biyokimya	Hematoloji
<input type="checkbox"/> AKŞ: <input type="checkbox"/> Kolesterol <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hemogram:
<input type="checkbox"/> TKŞ: <input type="checkbox"/> Trigliserit <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sedim :
<input type="checkbox"/> Üre: <input type="checkbox"/> HDL <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> PT / PTT:
<input type="checkbox"/> Krea: <input type="checkbox"/> LDL <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Diğer:
<input type="checkbox"/> Na: <input type="checkbox"/> ALT <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> K: <input type="checkbox"/> AST <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ca: <input type="checkbox"/> Diğer: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mikrobiyoloji	Hormon:
<input type="checkbox"/> Yara kültürü:	<input type="checkbox"/> TSH:
<input type="checkbox"/> İdrar kültürü:	<input type="checkbox"/> FT3
<input type="checkbox"/> Boğaz kültürü:	<input type="checkbox"/> FT4
<input type="checkbox"/> Diğer:	<input type="checkbox"/>
Radyolojik Görüntüleme yöntemleri (Hasta nakli ile hastanede gerçekleştirilecektir):	
<input type="checkbox"/> Röntgen:	
<input type="checkbox"/> Ultrasonografi:.....	
<input type="checkbox"/> BT / MR:.....	
<input type="checkbox"/> Diğer:	

Tetkik İsteyen Hekim:
İmza:

Ek 7.

.....(Sağlık Kurumu/ Kuruluşu/Aile sağlığı Merkezi/Aile Hekimi Adı).....Form-E7

**EVDE SAĞLIK HİZMETİ
HASTA NAKİL FORMU**

Adı Soyadı :	Nakil Planlanan Tarihi /Saati:
Hastaneye nakil için:	
Hastanın Adresi:	Nakil Edileceği Yeri:
Nakil nedeni: (Hastanın hastaneye yatırılması halinde hizmet sonlandırılması formu doldurulacaktır)	
Hastaneden eve / başka kuruma nakil için:	
Hastanın teslim edildiği adres:	Teslim Tarihi / Saati:
Nakil Refakat Eden Sağlık Görevlisi Adı Soyadı: İmza:	Teslim Alan Sağlık Görevlisi / Kişi: Adı Soyadı: İmza:

Ek 8.

.....(Sağlık Kurumu/ Kuruluşu/Aile sağlığı Merkezi/Aile Hekimi Adı).....Form-E8

**EVDE SAĞLIK HİZMETİ
HİZMET SONLANDIRMA FORMU**

Adı Soyadı :	T. C Kimlik No:
Hizmete Başlama Tarihi:	Hizmeti Sonlandırma Tarihi:
Hizmete Başvuru Şekli/ Başvuran Kişi :	Hizmet Veren Birim:
Hizmetin Sonlandırma Nedeni:	
<input type="checkbox"/> İyileşme	<input type="checkbox"/> Hasta / Ailesinin Sonlandırma Talebi
<input type="checkbox"/> Hasta / Ailesinin Tedaviye Uyumsuzluğu	<input type="checkbox"/> Ailenin bakım uygulayabileceği kadar düzelme
<input type="checkbox"/> Vefat	<input type="checkbox"/> Hastanın ikamet değişikliği:
Hizmeti Sonlandıran Hekim İmza:	Bildirim Yapılan Kişi: İmza:

