

Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Profili ve Sunulan Hizmetin Değerlendirilmesi

Oğuz IŞIK*
Aysun KANDEMİR**
Mehmet Akif ERİŞEN***
Cuma FİDAN****

ÖZ

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında sağlık hizmetlerini mobilize hale getiren “Evde Sağlık Hizmetleri” ilk olarak 2011 yılında uygulamaya konulmuştur. Bu uygulama ile yaşlı, yatağa bağımlı, engelli, eklem-kas hastalıkları gibi kronik hastalığı olanlar, ameliyat sonrası bakıma ihtiyacı olanlar, kanser hastaları gibi tanısı konulmuş bu tür hastalara kendi ev ortamında uzman bir sağlık ekibi tarafından düzenli ve nitelikli sağlık hizmeti verilmesi amaçlanmıştır. Bu çalışmada, Kırıkkale’de evde sağlık hizmeti alan hastaların profili ve aldıkları hizmete ilişkin görüşlerinin yanı sıra verilen hizmetin niteliğinin ve ihtiyaçları karşılama özelliğinin tanımlanması amaçlanmaktadır. Araştırma sonucu elde edilen verilere göre hastalar hizmet veren personelin en fazla nezaket ve güler yüz davranışlarından (%4,0), sorunları ile ilgilenirken gösterdikleri tavırlardan (%3,97) ve personelin eğitiminden (3,87) memnun olduklarını belirtmişlerdir. Bunun yanında hastalar personelin yaptıkları açıklamaların yetersiz olduğunu (%21,3) düşünmektedirler. Genel olarak değerlendirildiğinde Kırıkkale’de verilen evde sağlık hizmetleri hastaların ihtiyaçlarını karşıladığı görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Evde Sağlık Hizmetleri, Evde Sağlık, Bağımlılık Düzeyi

Profile of Patients Who Use Home Care Health Services and Evaluation of Provided Service

ABSTRACT

“Home Health Care Services” which makes health care mobilized as part of Health Transformation Program, was first introduced in 2011. It was aimed to be provided regular and quality health care to patients such elderly, bedridden, disabled, cancer patients, people who have chronic diseases like joint-muscle diseases and need care post-operative by professional medical team in their own home environment with this program. In this study, it is aimed to be determined property of meeting the needs and quality of services as well as profiles and opinions of patients who get home health care service in Kırıkkale. According to data obtained from research results, patients stated they were satisfied from behavior of kindness and smiling face of personnel (%4,0) and their attitudes when dealing with problems (%3,97) and training of personnel (%3,87). Besides, patients believe that explanations of the personnel were inadequate (%21,3). Overall, home health care services provided in Kırıkkale meet the needs of patients.

Keywords: Home Health Care Services, Home Care, Dependence Level

*Doç. Dr. Hacettepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık İdaresi, oguz.isik@gmail.com

**Arş. Gör. Kırıkkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi, kandemiraysun@gmail.com

*** Arş. Gör. Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tokat Sağlık Yüksekokulu Sağlık Kurumları Yöneticiliği, m.erisen1992@gmail.com

**** Sakarya Üniversitesi, İşletme Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü Yüksek Lisans öğrencisi, cmfdn91@gmail.com

I. GİRİŞ

Ortalama yaşam süresinin uzaması ile yaşlı nüfusunda ve buna bağlı olarak kronik hastalıklarda meydana gelen artış, nitelikli uzun dönemli bakım hizmetlerinin gerekliliğini doğurmuştur. Bunun yanında bakımın sürekliliği, bakımın parçalara ayrılması sebebiyle önemli bir sorun haline gelmiştir. Uzmanlaşma ve multidisipliner yaklaşımlar, hastaların özellikle son zamanlarında sağlık profesyonelleri tarafından bakılması ihtimalini artırmıştır (Dawani et al. 2014). 2005 yılında yürürlüğe giren 25751 sayılı Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik'te evde bakım hizmeti "*hekimlerin önerileri doğrultusunda hasta kişilere, aileleri ile yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavi de dâhil tıbbi ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sağlık ve bakım ile takip hizmetlerinin sunulmasını*" ifade etmektedir. Bu sayede hastaları yaşadıkları ortamda destekleyerek daha rahat ve huzurlu yaşamaları için sosyal yaşama uyumlarını sağlamak, aile üyeleri üzerindeki yükü hafifletmek amacıyla bireye ve aileye psiko-sosyal, fizyolojik ve tıbbi destek hizmetleri ve sosyal hizmetler sunulmaktadır (Keskin 2012).

Dünya genelinde evde sağlık hizmetleri tarih boyunca eğitilmiş aileler başta olmak üzere kiliseler, gönüllüler, sosyal yardım kuruluşları, darülaceze, kamu ya da özel hastane ya da sağlık merkezleri yoluyla verilmiş ve verilmeye devam etmektedir (World Health Organization 2008). Yaşlı, engelli, kronik hastalıkları olan ve uzun dönemli bakım hastalarının ev ortamında yaşamlarını sürdürebilmeleri için bakım ve sağlık hizmeti verilmesi amacıyla yürütülen hizmetlerin *evde bakım hizmeti* ayağını Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı gerçekleştirmektedir. Bireylerin evde günlük yaşam aktivitelerinin (beslenme, kişisel bakım, sosyal hayata uyum sağlanması) desteklenmesi ve bireylerin transferi ve engele uygun ev içi düzenlemeleri evde bakım hizmetleri kapsamındadır. *Evde sağlık hizmeti* ayağında ise Sağlık Bakanlığı'nın evde sağlık birimleri ile profesyonel sağlık ekipleri tarafından sunulan her türlü sağlık hizmetleri yer almaktadır.

Uzun dönemli bakım toplum ya da kurumlar tarafından sağlanabilmektedir. Toplum temelli bakım, evde ya da ev dışında günlük faaliyetlere ilişkin bakımı oluşturan; kişisel bakım (banyo, giyinme, yemek yeme gibi) ve günlük ev işleri (yemek, temizlik, ev işleri) ile nitelikli bakım olarak ifade edilen sağlık hizmetlerinin verildiği evde sağlık bakımını kapsar. Kurumsal bakım ise hemşirelik hizmetlerinin verildiği bakımevlerinden, yaşlı ve hastalara güvenli bir çevre sağlayan konut hizmetine kadar bir dizi hizmetleri içermektedir. Uzun dönemli bakım, ücretli bakım verenler tarafından formal olarak ya da ücret almayan bireyler tarafından informal olarak sağlanmaktadır. Formal bakım hizmetleri devlet ya da kâr amaçlı kurumlar aracılığıyla genellikle yetkili uzmanlar (hemşire, hekimi sosyal çalışmacılar gibi) ve/veya paraprofesyoneller (kişisel bakım verenler) tarafından sağlanır (Brodsky et al. 2003). Bakıma gereksinim duyan bireylerin aile ve sosyal hayatından koparılmadan ve aile bireylerine yük olmadan uzman personel tarafından bakım ve sağlık hizmetlerini alabilmesi bakım hizmetlerinin temel felsefesini oluşturmuştur. Bu sayede kurumsal bakım modelinden toplum temelli bakım modeli olan evde bakım modeline geçilmiştir (Danış, Solak 2014).

II. EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ KAPSAMI

Evde sağlık hizmetleri bakıma muhtaç bireylerin ihtiyaçlarının karşılanabilmesi için çok geniş ve çeşitli bir hizmet yelpazesine sahiptir. Hasta bireyin ve ailesinin fiziksel, duygusal, sosyal, ekonomik ve çevresel tüm boyutları ile incelenmesini gerektirdiği için multidisipliner bir ekip çalışmasını zorunlu kılmaktadır. Hasta bireyin sağlık durumu ve bakım ihtiyaçlarına göre hekim, hemşire, sosyal çalışmacı, psikolog, fizyoterapist, konuşma terapisti, uğraşı terapisti, ev ekonomisti, eczacı gibi farklı meslek grupları bu bakım sürecinde yer alabilmektedir. Bu süreçte ise aile bireyleri de tedavinin bir parçası olarak önemli rol oynamaktadır (Karahan, Güven 2002). Evde sağlık hizmetleri üç şekilde uygulanmaktadır.

Birincisi, aile hekimleri tarafından, aile hekimliği mevzuatı doğrultusunda verilen sağlık hizmetleridir. İkincisi, hastaneler bünyesinde kurulan evde sağlık hizmet birimleri tarafından verilen sağlık hizmetleri ve üçüncü olarak periferdeki vatandaşlara sağlık müdürlükleri tarafından oluşturulan mobil ekipler vasıtasıyla verilen evde sağlık hizmetleridir. İlk aşamada yatağa bağımlı hastalara hizmet verilmesi amaçlanmıştır. KOAH gibi solunum sistemi hastalıkları, terminal dönem palyatif bakım hastaları, ileri derecedeki kas hastaları ve yenidoğanlara (0-1 aylık) fototerapi uygulamaları hizmet kapsamında yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2010).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından evde bakım hizmetleri kapsamında yaygın olarak verilen hizmetler şu şekilde sıralanmıştır (World Health Organization Technical Report Series 2000):

- Değerlendirme, izleme ve yeniden değerlendirme,
- Sağlığın geliştirilmesi ve korunması, ikincil hastalıkların ve özürlülüğün önlenmesi,
- Kişisel bakımın sağlanması (örneğin beslenme, banyo yapma, giyinme), karşılıklı yardımlaşma, kendini savunabilme,
- Tıbbi bakım ve hemşirelik bakımı,
- Ev işleri hizmeti (temizlik, çamaşır yıkama, alışveriş),
- Özürlü bireyin gereksinimlerini karşılamak üzere ev ortamında düzenlemeler yapılması,
- Sevk işlemi ve kamu olanaklarına ulaşma imkânının sağlanması,
- Evde rehabilitasyon hizmeti,
- Temel ve özel gereksinimlerin karşılanması, destekleyici aletler, ekipman ve ilaçların sağlanması,
- Özelleşmiş destek hizmetleri (inkontinans durumu, demans ve diğer mental sorunlar, vb. için,
- Bakım gereksinimi olan kişinin dönem kurumsal bakım alması ile yakınlarının dinlendirilmesine yönelik hizmetler, bakım öncesinde, sırasında ve sonrasında bakım verenlere destek sağlanması (bakım verenlerin daha iyi hizmet vermelerini sağlayacak eğitim, bilgi, danışmanlık gibi konularda),
- Palyatif bakım (ağrının ve diğer belirtilerinin giderilmesi gibi),
- Danışmanlık ve duygusal destek verilmesi,
- Sosyal etkileşimlerin artırılması ve informal ilişkilerin geliştirilmesi,
- Üretim ve rekreasyon çalışmaları,
- Fiziksel aktivite olanaklarının sağlanması,
- Toplumun bakım rolü üstlenme konusunda hazırlanması ve harekete geçirilmesi.

Evde bakım hizmetleri temelde üç farklı şekilde sınıflandırılmaktadır. Birincisi, bireylerin yalnızca sağlık hizmeti ihtiyaçları için değil aynı zamanda sosyal hizmet desteğinin de verilmesidir. İkincisi, kısa süreli ya da uzun süreli olarak hizmet verilmesidir. Kısa süreli evde bakım hizmetlerinde, sağlık hizmeti ağırlıklıdır ve genellikle hastaneden taburcu olduktan sonra 30 günlük dönem içinde sunulmaktadır. Bu hizmetler tıbbi bakım ve rehabilitasyon, bireye ve ailesine danışmanlık ve eğitim desteklerini içermektedir. Uzun dönemli bakım ise hem tıbbi hem de sosyal hizmetleri içerir. 6 aydan daha fazla bakım gereksinimi olan bireylere yöneliktir. Sürekli bakıma ihtiyaç duyan bireylerin bakıma muhtaçlık derecesinin artmasını önlemek ve hayatını bağımsız idame ettirebilmesi için eğitim ve beceriler kazandırabilmek amaçlanmıştır (Yılmaz ve diğerleri 2010). Bu hizmetlerin hangi hastalara, kim tarafından, ne sıklıkta ve hangi yollarla verileceğinin iyi bir şekilde tanımlanması, hizmete gerçekten ihtiyaç duyanlara yönelik kalite bir hizmetin verilmesini sağlayacaktır (Çayır 2013).

Evde sağlık hizmetlerinin en önemli iki katkısından biri sağlık harcamalarında düşüş sağlaması diğeri ise bireyin kendi evinde sağlık hizmetine erişimi ve bakımının sağlanmasıdır. Bunlara ek olarak, kişiye özel bakım, iyileşme sürecinin hızlanması, kesintisiz kaliteli ve standart hizmet, hasta ve yakınlarının bakım konusunda eğitimi, zamandan tasarruf, yaşam kalitesini artırma, terminal dönem hastaların palyatif bakım alabilmelerine olanak sağlar (ailehekimligi.gov.tr). Dünya genelinde politika yapıcı kurumlar, sağlık hizmeti sunucuları, finansal yöneticiler ve araştırmacılar tarafından evde bakım hizmetlerinin maliyeti ve kalitesi konusunda hastanelere alternatif olup olmadığı araştırılmakta (Yılmaz ve diğerleri 2010) ve herkes tarafından ulaşılabilir evde bakım ve sağlık hizmetlerinin finansmanının kamu kaynaklı olması sosyal devlet anlayışının bir gereği olduğu düşünülmektedir (Özer, Şantaş 2012).

2.1. Türkiye’de Evde Sağlık Hizmetleri

15. yüzyılda Osmanlı Devleti’nde gezici hekimlik hizmetleri sunması ve hasta olan bireylere aile fertlerinin bakması Türkiye’de evde bakım hizmetlerine dair geçmişte ilk uygulamalar arasında sayılmaktadır (Cingil 2003). İlerleyen zamanlarda ise özel hemşireler ve evde hasta bakan hasta bakıcılar ile formal olarak ve aile bireyleri tarafından informal olarak evde bakım hizmetleri süregelmıştır (Taşdelen, Ateş 2012). Evde sağlık hizmetleri uygulaması Türkiye’de yeni sayılabilecek bir uygulama olmasına karşın temellerinin 12 Ocak 1961 tarihinde 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun ile atıldığı görülmektedir. İlgili kanunda, sağlık hizmetlerini tek bir elde toplamak, sağlık hizmetlerinin ve personelinin ülke geneline dengeli dağılımının sağlanması, yatak sayısının yetersiz olduğu hastanelere yönelik alternatif bir çözüm olarak köylere kadar ulaşılabilen evde tedavi örgütlerinin oluşturulmasının gerekliliği konularına değinilmiştir (ttb.org.tr).

Türkiye’de evde bakım hizmetleri ilk aşamada Sağlık Bakanlığı’nın özel sağlık kuruluşları aracılığıyla sağladığı “Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik” 10 Mart 2005 tarihinde 25751 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Daha sonra bu hizmetlerin Sağlık Bakanlığı’na bağlı tüm sağlık kurum ve kuruluşları tarafından verilmesine ilişkin “Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” 1 Şubat 2010 tarihinde yürürlüğe konulmuştur. Bakanlığa bağlı olarak faaliyet gösteren eğitim ve araştırma hastaneleri ile genel veya dal hastaneleri ve ağız ve diş sağlığı merkezleri bünyesinde kurulan evde sağlık hizmeti birimleri ile toplum sağlığı merkezi, aile sağlığı merkezi ve aile hekimleri vasıtası ile sunulur. Hizmetin yönetimi, birimler arasındaki iletişim ve koordinasyon müdürlük bünyesinde oluşturulan koordinasyon merkezi tarafından sağlanır (ankarahalksağligi.gov.tr). Yönergeye göre evde sağlık hizmetleri biriminin görevi, konulmuş olan tanı ve planlanan tedavi çerçevesinde kişinin bulunduğu ev ortamında muayene, tetkik, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin verilmesi, tıbbi cihaz ve malzeme kullanımına ilişkin raporların çıkarılmasına yardımcı olunması, hastanın ve ailesinin hastalık ve bakım süreçleri ile ilgili bilgilendirilmesi, hastalığı ile alakalı evde kullanımı gerektiren tıbbi cihaz ve ekipmanların kullanılması konusunda eğitim ve danışmanlık gibi hizmetlerin verilmesini kapsar.

Evde sağlık hizmetleri ile ameliyat sonrası bakım gereksinimi olanlara, tedavisini evde sürdürebilecek yeni doğum yapan anne ve bebeklere, ortopedi ve travmatoloji, kalp, damar ve hipertansiyon, felçli, onkoloji, akciğer ve solunum, diyabet, nöroloji hastalarına ve bakıma ihtiyacı olan yaşlı ve engellilere, yara bakımı, enjeksiyon, infüzyon ve diğer kısa süreli hemşirelik hizmetlerine ihtiyaç duyanlara hastalık ya da sağlık ihtiyaçları sonlanıncaya kadar düzenli hizmetlerin sağlık ekibi tarafından haftada en az bir kez ya da hastanın durumuna göre her gün ziyaret edildiği hizmet uygulaması amaçlanmaktadır. Hastanın durumu merkeze bildirildikten ve uygun görüldükten sonra kimlik ve adres bilgileri alınarak gerekli işlemler başlatılmaktadır. Hastaların rutin muayeneleri, tedavi planları ve takipleri

yapılıp her türlü tıbbi bakımları (serum takılması, enjeksiyon, pansuman, sonda, kateter uygulaması), tıbbi cihaz ihtiyaçları, sağlık raporlarının düzenlenmesi veya yenilenmesi, ihtiyaç halinde hastaların hastaneye nakillerinin yapılması gibi hizmetler verilmektedir. Hastanın iyileşerek tedavi ihtiyacının ortadan kalkması, uygulanacak tedavinin sağlık personeline gerek duyulmadan kendi kendine ya da yakını tarafından yapılabilecek olması, hastanın sağlık kurumuna yatırılarak tedavi edilmesini gerektiren tıbbi endikasyonun oluşması, hastanın kendisi veya kanuni temsilcilerinin hizmeti sonlandırmayı talep etmesi, hastanın vefat etmesi, hasta veya yakınlarının tedaviye direnç göstermeleri durumunda verilen hizmet sonlandırılabilir (ailehekimligi.gov.tr).

Kırıkkale’de Halk Sağlığı Müdürlüğü’ne bağlı Aile Hekimliği ve Toplum Sağlığı Birimi bünyesinde hizmet veren Evde Sağlık Hizmetleri randevu sistemi ile mesai saatleri içinde çalışmaktadır. Hasta ya da hasta yakını tarafından başvurunun yapılması ile hizmetten yararlanmak mümkün olmaktadır. 2013 yılı Ocak ayı itibarıyla yeniden yapılandırılan Evde Sağlık Hizmetleri ile 2012 yılında ortalama 251 hastaya ulaşılmıştır. Aylık 120 ev ziyaretiyle başlanan 2013 yılı Eylül ayı sonunda 362 eve ulaşılmıştır. Evde Sağlık Hizmetleri Birimi’nde 3 ekip olacak şekilde 1 doktor, 1 psikolog, 11 sağlık personeli ve 3 şoför görevlendirilerek hem hizmet sunum sayısını, hem de kalitesini artırmak amacıyla çalışmalar yapılmaktadır.

III. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada, evde sağlık hizmeti alan hastaların profili ve aldıkları hizmete ilişkin görüşlerinin değerlendirilmesi ve verilen hizmetin niteliğinin ve ihtiyaçları karşılama özelliğinin tanımlanması amaçlanmaktadır.

3.2. Evren ve Örneklem

Kırıkkale ilinde Halk Sağlığı Müdürlüğü, Yüksek İhtisas Hastanesi ve Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi evde sağlık hizmeti veren kurumlardır. Bu çalışmada Kırıkkale Halk Sağlığı Müdürlüğü’ne bağlı Aile Hekimliği ve Toplum Sağlığı Birimi’nin sunduğu evde bakım hizmetinden yararlanan hastaların aldıkları hizmete ilişkin değerlendirmelerine yer verilmektedir. Araştırmanın yapıldığı 25 Nisan–20 Mayıs 2014 tarihleri arasında birime kayıtlı toplam 444 hasta bulunmaktadır. Araştırmada örneklem seçilmeden evde sağlık hizmeti alan tüm hastalara ulaşılmaya çalışılmıştır. Ancak çeşitli nedenlerle (araştırma süresi boyunca bu hastalardan 187’si evde bulunamamış, 20’si anket yapmayı kabul etmemiş, 9’u sisteme kayıt olmuş ancak hiç hizmet almamış, 3’ü taşınmış ve 11’i de sisteme yanlış adres vermiş) 230 kişiye ulaşılamamış olup, kalan 214 hastaya evlerinde ulaşılarak anket uygulanmıştır. Toplam kayıtlı hasta üzerinden geri dönüş oranı %48,2’dir.

3.3. Veri Toplama Aracı

Araştırmada veri toplama aracı olarak altı bölümden oluşan bir anket formu kullanılmıştır. Birinci bölümde, araştırmacılar tarafından oluşturulan demografik bilgilere ilişkin sorular (yaş, cinsiyet, meslek, ikamet yeri, medeni durum, eğitim durumu, mevcut hastalıkları ve günlük yaşam aktiviteleri yaparken kullanılan araç, cihaz vb. aletler) sorulmuştur.

İkinci bölümde verilen evde sağlık hizmet sayısı, hizmet veren kişi, hizmetin türü, hastaneye başvurularına etkisi gibi evde sağlık hizmetleri ile ilgili tanımlayıcı sorular yer almaktadır.

Üçüncü bölümde hastaların evde sağlık hizmeti almalarında etkili olan bağımlılık düzeylerini belirlemeye yönelik Katz'ın 1983 yılında geliştirdiği Günlük Yaşam Aktiviteleri (Activities of Daily Living Scale-GYA) ve Lawton-Brody'nin 1969 yılında geliştirdiği Enstrümantal Günlük Yaşam Aktiviteleri (Instrumental Activities of Daily Living Scale-EGYA) indekslerinden yararlanılmıştır. GYA indeksi, banyo, giyinme, tuvalet, hareket, beslenme gibi bireyin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilmeleri ile ilgili 5 sorudan oluşmaktadır. Birey bu aktiviteleri bağımsız olarak yapıyorsa 1 puan, yardım alarak yapıyorsa 2 puan ve hiç yapamıyorsa 3 puan verilir. Buna göre 0-5 puan arası bağımsız, 6-10 arası yarı bağımlı ve 11-15 arası bağımlı olarak değerlendirilir. EGYA indeksinde ise telefon kullanma, yemek hazırlama, günlük ev işlerini yapma, ev dışı işleri (fatura yatırma, hastaneye gitme, alışveriş vb.) yapma, ulaşım ve yolculuk yapma, ilaçlarını kullanma ve para idaresini yapma gibi bireyin enstrümantal günlük yaşam aktivitelerini belirlemeye yönelik 7 soru bulunmaktadır. Birey bu aktiviteleri bağımsız olarak yapıyorsa 1, yardım alarak yapıyorsa 2 ve hiç yapamıyorsa 3 puan verilir. Bireyin aldığı puan 0-7 arasındaysa bağımsız, 8-14 arasındaysa yarı bağımlı ve 15-21 arasındaysa bağımlı olarak değerlendirilmiştir (Shelkey, Wallace 2012).

Dördüncü bölümde hastaların evde sağlık hizmeti alma neden/nedenleri, beşinci bölümde hizmet veren personelin değerlendirilmesi ve son olarak altıncı bölümde ise verilen hizmetlerin ihtiyaçları karşılayıp karşılamadığına yönelik sorulara yer verilmiştir (Yiğit 2004).

3.4. Verilerin Analizi

Çalışmadan elde edilen verilerin analizinde SPSS paket programından yararlanılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel analizlerin (frekans, yüzde, aritmetik ortalama, standart sapma) yanı sıra iki ortalama arasındaki farkın önem kontrolü (bağımsız örneklerde t testi) testi ve ANOVA testi (tek yönlü varyans analizi) kullanılmıştır. ANOVA testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunan gruplarda bu farkın hangi gruplardan kaynaklandığını bulmak için Tukey HSD testi uygulanmıştır. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

IV. BULGULAR

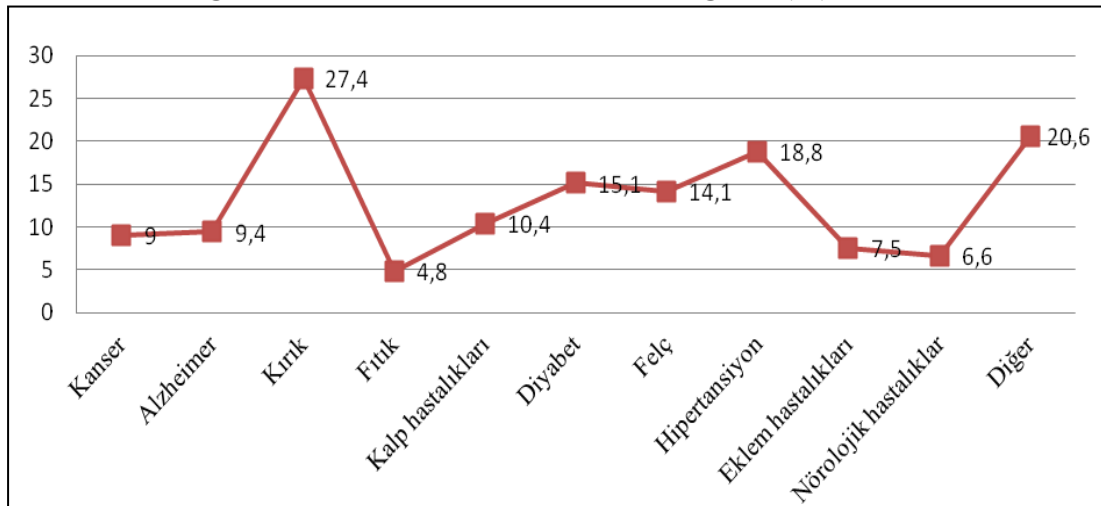
Bu bölümde, evde sağlık hizmeti alan 214 hasta üzerinde gerçekleştirilen araştırma kapsamında elde edilen verilere ilişkin yapılan analizlere yer verilmiştir.

Hastaların sosyo-demografik özelliklerini özetlemek amacıyla frekans ve yüzde dağılımları yapılmıştır (Tablo 1). Buna göre %57,9'u kadın ve %55,1'i evli olan hastaların %41,5'inin 61-80 yaş aralığında olduğu, %43,9'unun ilköğretim mezunu, %86'sı şehir merkezinde ikamet ettiği ve %53,7'sinin ev hanımı olduğu görülmektedir. Hastaların yaşı 11 ila 99 yaş arasında değişkenlik gösterirken yaş ortalaması ise $67,76 \pm 20,95$ 'tir.

Tablo 1. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri

		n	%
Yaş	≤40	25	11,8
	41–60 yaş	34	16,0
	61–80 yaş	88	41,5
	≥81	65	30,7
	Toplam	212	100,0
Cinsiyet	Kadın	124	57,9
	Erkek	90	42,1
	Toplam	214	100,0
Medeni durum	Evli	118	55,1
	Bekâr	22	10,3
	Dul	74	34,6
	Toplam	214	100,0
Eğitim durumu	Okuryazar değil	69	32,2
	Okuryazar	21	9,8
	İlkokul	94	43,9
	Ortaokul ve üstü	30	14,0
	Toplam	214	100,0
İkamet	Şehir merkezi	184	86,0
	İlçe-kasaba/köy	30	14,0
	Toplam	214	100,0
Meslek	Emekli	67	31,3
	Ev Hanımı	115	53,7
	Diğer	32	15,0
	Toplam	214	100,0

Evde sağlık hizmeti alan hastaların hastalık dağılımları Şekil 1’de görülmektedir. Buna göre evde sağlık hizmeti alan kişilerin rahatsızlıkları arasında en yüksek oranı %27,4 ile kol, bacak ve kalça kırıkları oluşturmaktadır. En düşük oran ise %4,8 ile fıtık olmuştur (Şekil 1).

Şekil 1. Evde Sağlık Hizmeti Alan Kişilerin Hastalık Dağılımı (%)

Hastaların yaşamsal faaliyetlerini gerçekleştirirken ihtiyaç duydukları araç, işitme cihazı gibi yardımcı gereçleri kullanım durumlarına bakıldığında %39,9’u herhangi bir gerece

ihtiyaç duymadan faaliyetlerini yapabildiğini, %39'u bastona ve geri kalan 25,9'u yürüteç ve tekerlekli sandalyeye ihtiyaç duyduğunu belirtmiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Hastaların Kullandıkları Araç-Gereç ve Cihaz vb.

Araç, cihaz vb.*	n	%
Baston	83	39,0
Tekerlekli sandalye	31	14,6
Yürüteç	24	11,3
Yok	85	39,9

* Hizmet alan hastalar birden fazla araç, cihaz vb. kullanabilmektedir.

Hastaların %40,4'ü 4 kez ve daha fazla evde sağlık hizmeti almıştır ve hastaların çoğunluğuna (%67,7) enjeksiyon, sonda ve yara bakımı hizmetleri verilmiştir. Son bir ayda hastaneye başvuru oranı %50,5 iken, hastaneye başvuruların azalttığını belirtenlerin oranı %44,2'dir. %81,2'si hekim dışı sağlık personelinde hizmet aldığını belirtmiştir. Hekimden hizmet alan hasta oranının (%1,5) düşük olması hastaların tedavi hizmetinden daha çok bakım hizmetine ihtiyaç duyduğunu göstermektedir (Tablo 3).

Tablo 3. Evde Sağlık Hizmetleri ile İlgili Tanımlayıcı İstatistikler

Evde sağlık hizmetlerine ilişkin sorular		n	%
Hizmet alma sayısı	1 kez	62	30,5
	2 kez	31	15,3
	3 kez	28	13,8
	4 ve daha fazla	82	40,4
Hastaneye başvurularına etkisi	Hastane başvurumu değiştirmede	113	55,9
	Hastane başvurumu azalttı	89	44,1
Son bir ayda hastaneye başvuru	Başvurmadım	102	49,5
	Başvurdum, ayakta tedavi aldım	75	36,4
	Başvurdum, yatarak tedavi aldım	29	14,1
Hizmet veren personel	Hekim	3	1,5
	Hekim dışı sağlık personeli	164	81,2
	Hekim ve hekim dışı sağlık personeli	35	17,3
Alınan Hizmetler	Muayene ve ilaçla tedavi	26	12,9
	Muayene, tetkik ve ilaçla tedavi	4	2
	Muayene ve sağlık kuruluşuna sevk	35	17,4
	Enjeksiyon, sonda takma, yara bakımı	136	67,7

Evde sağlık hizmeti alan hastaların Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA) indeksine göre %40,2'sinin bağımlı, %21'inin yarı bağımlı ve %38,8'inin bağımsız olduğu bulunmuştur (Tablo 4). Günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili ifadeler incelendiğinde; en yüksek bağımlılık oranı %48,6 ile beslenme aktivitesinde olduğu bunu %36,2 ile giyinme aktivitesi takip ettiği görülmektedir. Enstrümantal Günlük Yaşam Aktivitesi (EGYA) indeksine göre ise, evde sağlık hizmeti alan hastaların %27,1'i bağımlı, %25,7'si yarı bağımlı ve %47,2'si bağımsız olduklarını bildirmişlerdir. Bu indekse göre bağımlılık oranı en yüksek ifadeler sırayla; telefon kullanma (%39), ilaçlarını kullanma (%34,8) ve para idaresi yapabilme (%30) faaliyetleridir (Tablo 4).

Tablo 4. Evde Sağlık Hizmeti Verilen Hastalarda Bağımlılık Durumu

Bağımlılık İndeksi		Bağımlı		Yarı bağımlı		Bağımsız	
		n	%	n	%	n	%
GYA	Banyo	63	30,0	32	15,2	115	54,8
	Giyinme	76	36,2	32	15,2	102	48,6
	Tuvalet	80	38,1	31	14,8	99	47,1
	Hareket	71	33,8	40	19,0	99	47,1
	Beslenme	102	48,6	24	11,4	84	40,0
	GYA	86	40,2	45	21,0	83	38,8
EGYA	Telefon kullanma	82	39,0	22	10,5	106	50,5
	Yemek hazırlama	51	24,3	17	8,1	142	67,6
	Günlük ev işlerini yapma	45	21,5	20	9,6	144	68,9
	Ev dışı işler (fatura yatırma, hastaneye gitme, alışveriş vb.)	50	23,8	20	9,5	140	66,7
	Ulaşım, yolculuk yapma	49	23,3	18	8,6	143	68,1
	İlaçlarını kullanma	73	34,8	19	9,0	118	56,2
	Para idaresi	63	30,0	22	10,5	125	59,5
	EGYA	58	27,1	55	25,7	101	47,2

Hastaların evde sağlık hizmetlerine başvuru nedenleri incelendiğinde hastaların %66,3'ünün doktorunun isteği üzerine, %23,9'unun kendine bakacak güçte olmadığı ve %20,5'inin ise hastanede yapılacak bir işlem olmayıp tedavisinin evde devam etmesi gerektiği için hizmet alma gereksinimi duyduğu saptanmıştır. En az gereksinim duydukları neden ise %1 ile yalnızlığın giderilmesi, arkadaşlık yapılması nedeni ile olmuştur. (Tablo 5).

Tablo 5. Hastaların Evde Sağlık Hizmeti Alma Nedenleri

Başvuru Nedeni*	n	%
Hastalığım nedeniyle kendime bakacak güçte değilim.	49	23,9
Evde bana bakacak kimsem yok.	8	3,9
Doktorum istediği için başvurdum.	136	66,3
Hastanede yapılacak bir işlem olmadığı ve tedavimin evde devam etmesi gerektiği için.	42	20,5
İlaçlarımın düzenli verilip tedavimin uygulanması için.	23	11,2
Hastalığıma özgün bakım uygulamaları ve gereksinimlerimi karşılaması için.	15	7,3
Yalnızlığımın giderilmesi, arkadaşlık yapılması için.	2	1,0
Rehabilite edici hizmetler sırasında yardım edilmesi için.	7	3,4
Evde sağlık hizmetini maaş yardımı için alıyorum	5	2,4

*Birden fazla yanıt verilmiştir.

Hastaların aldıkları hizmete ilişkin değerlendirmelerin dağılımını gösteren Tablo 6'da evde sağlık hizmeti veren personel hakkındaki düşüncelerini içeren ifadeler incelendiğinde genel olarak hizmetten memnun olan hastalar, hizmet veren personelin en fazla nezaket ve güler yüz davranışlarından memnun olduklarını belirtmişlerdir (4,000±0,689). Bunun yanında hastalar, personelin sorunları ile ilgilenirken gösterdikleri tavrın (3,936±0,745) ve personelin eğitiminin (3,875±0,641) de etkili olduğunu belirtmişlerdir. En az katılım ise, personelin yaptıkları açıklamaların yetersiz olduğu (3,482±0,925) konusundadır. Yiğit'in (2004) yapmış olduğu çalışmada %55'i hastalığına özgün bakım uygulamaları ve gereksinimlerinin karşılanması, %51,3'ü ilaçlarının düzenli verilip tedavinin uygulanması, %26,3'ü hastalığım nedeniyle kendime bakacak güçte olmaması hizmet almadaki başlıca

nedenler arasındadır. En az gereksinim duydukları alan ise %3,8 ile yalnızlığın giderilmesi, arkadaşlık yapılmasıdır.

Hizmet veren personelin hastanın ihtiyaçlarını karşılama durumuna yönelik değerlendirmeleri 1-Hiç memnun değilim, 2-Memnun değilim, 3-Kararsızım, 4-Memnunum, 5-Çok memnunum şeklinde kategorize edilmiştir. Memnuniyet derecelerini belirlemek için ifadelerin aritmetik ortalamaları alınmıştır. Buna göre en yüksek katılım hasta tedavisi ($4,778 \pm 0,887$) ifadesinde olurken, en düşük katılım tıbbi cihaz ve ekipman temini ($2,512 \pm 1,958$) ifadesine olmuştur. Bu ifadenin düşük olma nedeni ise hastaların %61,1'inin cihaz ve ekipman desteğine ihtiyaç duymadığına bağlanmıştır.

Tablo 6. Hastaların Evde Sağlık Hizmeti Personeli Tarafından Verilen Hizmete İlişkin Değerlendirmeleri

Evde sağlık hizmeti personeli tarafından sunulan hizmetin kalitesi hakkında ne düşünüyorsunuz?	n	Min.	Max.	Ort.	S.S.
Nezaket ve güler yüz	203	1,00	5,00	4,000	0,689
Sorunlarımla ilgilenirken gösterilen tavır	203	1,00	5,00	3,936	0,745
Personelin eğitimi	200	1,00	5,00	3,875	0,641
Sorunlarımın çözümünde gösterilen çaba	201	1,00	5,00	3,861	0,617
Personelin tecrübesi	201	1,00	5,00	3,856	0,659
İhtiyaçlarıma uygun çözümler bulunabilmesi	200	1,00	5,00	3,830	0,673
Personelin yaptığı açıklamaların yeterliliği	193	1,00	5,00	3,482	0,925
Hasta tedavisi	203	1,00	6,00	4,778	0,887
Hasta temizliği	203	1,00	6,00	4,714	1,093
Hastaya genel durumu hakkında bilgi verilmesi	203	1,00	6,00	3,961	1,557
Bakımım konusunda eğitim ve danışmanlık	203	1,00	6,00	3,833	1,651
İlaçlarımın zamanında verilmesi	201	1,00	6,00	3,443	1,954
Tıbbi cihaz ve ekipman temini	203	1,00	6,00	2,512	1,958

Evde sağlık hizmeti alan kişilerin bağımlılık durumlarına ilişkin değerlendirmelerinin sosyo-demografik özelliklerine göre fark gösterip göstermediği t testi ve ANOVA testleri ile değerlendirilmiştir. Yapılan analizler sonucunda evde sağlık hizmeti alan kişilerin yaş ve medeni durum değişkenleri dışındaki özelliklerinin bağımlılık durumlarına ilişkin değerlendirmelerinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Evde sağlık hizmeti alan kişilerin bağımlılık durumu ile ilgili değerlendirmeleri hem günlük yaşam aktiviteleri açısından hem de enstrümantal günlük yaşam aktiviteleri açısından yaşlarına göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermektedir ($p<0,05$). Bu farkın hangi gruplardan kaynaklandığını bulmak için yapılan Tukey HSD testi sonucunda farkın; 41–60 yaş grubundakiler ($12,03 \pm 3,494$) ile 40 yaş ve altı ($8,36 \pm 4,881$), 61–80 yaş grubu ($9,67 \pm 4,517$) ve 81 ve üzeri ($7,74 \pm 3,743$) yaştakiler arasında ve 61–80 yaş grubu ($9,67 \pm 4,517$) ile 81 ve üzeri yaştakiler ($7,74 \pm 3,743$) arasında olduğu bulunmuştur (Tablo 7). Özellikle 41–60 yaş grubundaki hastaların bağımlı olması, diğer gruptakilerin ise yarı bağımlı olmasının bu sonuçta etkili olduğu düşünülmektedir.

Tablo 7. Hastaların Bağımlılık Durumu İle İlgili Değerlendirmelerinin Yaşlarına Göre Dağılımı

Bağımlılık İndeksleri	Yaş	n	Puan Ort.	S.S.	F	p	Post Hoc.
Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA)	≤40 ¹	25	8,36	4,881	8,479	<0,001	1-2 p=0,006
	41-60 ²	34	12,03	3,494			2-3 p=0,029
	61-80 ³	88	9,67	4,517			2-4 p<0,001
	≥81 ⁴	65	7,74	3,743			3-4 p=0,027
Enstrümantal Günlük Yaşam Aktiviteleri (EGYA)	≤40 ¹	25	11,04	6,711	9,921	<0,001	1-2 p=0,033
	41-60 ²	34	14,91	5,259			2-3 p=0,030
	61-80 ³	88	11,91	5,903			2-4 p<0,001
	≥81 ⁴	65	8,89	3,837			3-4 p=0,004

Evde sağlık hizmeti alan kişilerin bağımlılık durumu ile ilgili değerlendirmeleri hem günlük yaşam aktiviteleri açısından hem de enstrümantal günlük yaşam aktiviteleri açısından medeni durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermektedir ($p<0,05$). Bu farkın hangi gruplardan kaynaklandığını bulmak için yapılan Tukey HSD testi sonucunda farkın; evli olanlar ($10,415\pm4,403$) ile bekâr ($7,909\pm4,116$) ve dul ($7,973\pm4,041$) olanlar arasında olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 8).

Tablo 8. Hastaların Bağımlılık Durumu İle İlgili Değerlendirmelerinin Medeni Durumlarına Göre Dağılımı

Bağımlılık İndeksleri	Medeni durum	n	Puan Ort.	S.S.	F	P	Post Hoc.
Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA)	Evli ¹	118	10,415	4,403	8,835	<0,001	1-2 p=0,032
	Bekâr ²	22	7,909	4,116			1-3 p<0,001
	Dul ³	74	7,973	4,041			
Enstrümantal Günlük Yaşam Aktiviteleri (EGYA)	Evli ¹	118	12,788	5,904	8,810	<0,001	1-2 p=0,037
	Bekâr ²	22	9,636	5,067			1-3 p<0,001
	Dul ³	74	9,622	4,862			

V. TARTIŞMA

Çatak ve arkadaşlarının (2012) Burdur’da evde sağlık hizmeti alan 65 yaş üzerindeki kişiler üzerinde yaptığı çalışma sonuçlarına göre evde sağlık hizmeti alan hastaların %67,6’sını kadınların oluşturduğu bulunmuştur. Çavuş’un (2013) Ankara’da yapmış olduğu çalışmada ise bireylerin %33,2’sinin 65–69 yaş aralığında olduğu ve yaş ortalamasının 73,38 olduğu, kadınların sayısının (%67,8) erkeklere (%32,2) oranla daha fazla olduğu bulunmuştur. Karaman ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında ise hastaların %88,1’inin 65 yaş ve üzeri olduğu ve %61,4’ünün kadın olduğu saptanmıştır. Subaşı ve Öztekin (2006) Ankara ilinin Çankaya ilçesinde evde sağlık hizmeti alanların %62,5’i kadın, %15,3’ü 65–74 yaş grubunda ve %31,7’si okuryazar değildir. Hırvatistan’da yapılan bir çalışmada ise evde sağlık hizmeti alan katılımcıların yaş ortalaması 78,4 (48-95 yaş) ve %69,2’sinin kadın olduğu bulunmuştur (Nadarević-Štefanec et al. 2011). Kıbrıs’ta yürütülen bir çalışmada hastaların %59’u kadın, %51’i 70-79 yaş aralığında, %70’inin ilköğretim mezunu olduğu ve %61’inin evli olduğu tespit edilmiştir (Kouta et al. 2015). Yine Ürdün’de evde sağlık hizmeti alan hastaların %51’i kadın ve %54,8’i 60 yaş üzerindedir (Dawani et al. 2014). Bu çalışma da yapılan çalışmalarla paralel olarak nispeten daha yaşlı kadın hastalardan oluştuğu görülmektedir.

Yapılan çalışmalarda ise, İstanbul'da hizmet sunan 50 evde bakım biriminden hizmet alan hastaların %41,1'i diyabet ve/veya hipertansiyon, %27,5'i felç nedeniyle evde bakım hizmeti almaktadır (Yiğit 2004). Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Bakım Birimi tarafından hizmet kapsamına alınan hastalarda en sık %20,8 ile serebrovasküler olay ve %16,8 ile Alzheimer görülmektedir (Enginyurt, Öngel 2011). Burdur'da evde sağlık hizmeti alan yaşlıların %48,1'inde hipertansiyon, %22,2'sinde kalp hastalıkları ve %15,7'sinde diabetes mellitus, %39,8'inde tam ya da kısmi inme bulunmaktadır (Çatak ve diğerleri 2012). Söylemezo (2011) tarafından Denizli Honaz ilçesinde 406 evde bakım hizmeti alan hastalar üzerinde yapılan çalışma sonuçlarına göre ise; hastaların %19,2'sinin en az bir kronik hastalığı (hipertansiyon, diyabet, astım, romatizmal hastalıklar vb.) olduğu bulunmuştur. Ayrıca aynı çalışma sonuçlarına göre hastaların bakım alma nedenleri olarak ilk sıralarda yer alan rahatsızlıkların sırasıyla; aşırı yaşlılık (%27,8), fiziksel engelli (%26) ve felç (%12,9) olduğu bulunmuştur. Koç'un (2009) çalışmasında ise, bakım nedenleri arasında en çok % 24,7 kanser, inme-serebrovasküler olay %22,0 ve kardiyovasküler sistem hastalıkları ve diyabet %22,0 görülmüştür. Karaman ve arkadaşlarının (2015) Zonguldak ilinde yaptığı çalışmada İl Sağlık Müdürlüğü Evde Sağlık Hizmeti Koordinasyon Merkezi'ne kayıtlı hastaların %51,6'sının nörolojik, %12,8'inin solunum, %7,3'ünün endokrin, %7,2'sinin kardiyovasküler sistem hastalıkları ve %6,4'ünün onkolojik hastalıkları olduğu belirlenmiştir. Ankara'da yapılan bir çalışmada ise %15,4'ü ameliyat sonrası bakım, %15,4'ü inme ve serebrovasküler olaylar, %9,6'sı kanser nedeniyle hizmet almaktadır (Subaşı, Öztekin 2006). Nadarević-Štefanec ve diğerlerinin (2011) Hırvatistan'da evde sağlık hastaları üzerinde yaptığı çalışmada, %28,9'unun dolaşım hastalıkları, %14,5'inin beslenme ve metabolik hastalıklar ve %13,2'sinin ölümcül hastalıkları olan hastalardan oluştuğu saptanmıştır. Kouta ve diğerlerinin (2015) yapmış olduğu çalışmada hastalarda en yaygın hastalıkların diyabet, ortopedik problemler (osteoartrit, kalça/diz protezi gibi), kardiyopulmoner problemler, serebrovasküler ve kanser olduğu görülmüştür. Dawani ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında ise hastaların kalp (%41,5), diyabet (%29,3), akciğer (%20,7), kırık (%17,1) ve demans (%13,4) problemleri ile tanılarını konulmuştur.

Başka bir çalışmada yaşlıların %18,5'i günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmek için herhangi bir cihaz kullanmıyor iken, %32,4'ü baston, yürüteç, koltuk değneği; %21,3'ü tekerlekli sandalye kullanmaktadır; %27,8'i yatağa tam bağımlıdır (Çatak ve diğerleri 2012). Diğer bir çalışmada ise %20,8'i tekerlekli sandalye ve %20,8'i nebulizatör ve oksijen tüpü kullanmaktadır (Söylemezo 2011).

Benzer bir çalışmada evde sağlık hizmeti verenlerin büyük kısmını (%92,6) hekimler oluşturmuştur. Hizmet alan bireylerin %61,1'i bir kez, %9,3'ü dört kez ve daha fazla hizmet aldıklarını belirtmiştir. Son bir ayda hastaneye başvuran ve yatarak tedavi görenlerin oranı %6,5 ve evde verilen sağlık hizmetleri yaşlıların %28,7'inin hastaneye gitme sıklığını azaltmıştır. Yaşlılara evde verilen tıbbi hizmetler %46,3 muayene ve ilaçla tedavi, %26,9 muayene, tetkik ve ilaçla tedavi, %14,8 enjeksiyon, sonda takma ve yara bakımı olduğu görülmüştür (Çatak ve diğerleri 2012). Subaşı (2001) tarafından yapılan diğer bir çalışmada, evde en fazla uygulanan tedavi ağızdan ilaç tedavisidir (%81,4). Yiğit (2004) tarafından yapılan başka bir çalışmada evde sağlık hizmeti alan hastaların %97,5'i hemşirelik hizmeti, %41,3'ünün hekim hizmeti, %21,3'ü fizyoterapist hizmeti aldığı tespit edilmiştir. Zonguldak ilinde evde sağlık hizmeti alan hastaların %78,7'sine fizik muayene hizmeti verildiği, %9,5'ine dekübitüs bakımı ve %7,3'üne üriner kateterizasyon bakımı verildiği tespit edilmiştir (Karaman ve diğerleri 2015). Bir diğer çalışmada ise hastaların %54,2'si asgari sağlık hizmeti ve %30,6'sı yoğun bakım hizmeti almaktadır ve bunun yanında hafta başına evde sağlık ziyaret sayısı ortalaması $1,75 \pm 1,03$ ve hasta başına yapılan toplam ziyaret sayısı 4 ila 720 arasında değişmektedir (ortalama $167,6 \pm 168,6$) (Nadarević-Štefanec et al. 2011). Kıbrıs'ta kentsel yerleşim yerinde evde sağlık hizmeti alan hastaların %38'i vital bulguların ölçümü, %34'ü glukoz seviyelerinin kontrolü, %39'u sağlık danışma, %38'i koruyucu

önlemler alma ve %31'i kişisel hijyen hizmetleri almakta iken kırsal yerleşim yerindeki hastaların asıl sağlık hizmeti ihtiyaçları ortopedik problemlere ilişkin vital bulguların ölçülmesi (%30), yara bakımı (%9) ve kan alma (%24) hizmetler olarak karşımıza çıkmaktadır (Kouta et al. 2015). Bunların yanında Ürdün'deki hastaların %61'i hemşirelik bakımı ve %25'i uzman bakımı almaktadır (Dawani et al. 2014).

Bir diğer çalışmada da hastalar yürümekte (%7,4), banyo yapmakta (%7,4), temizlik yapmakta (%5,6) zorluk çektiği bulunmuştur (Söylemezo 2011). Çavuş (2013) tarafından yapılan benzer bir çalışmada ise, yaşlıların GYA indeksi durumları incelendiğinde %91,7'sinin banyo yapabilmeye, %97,3'sinin giyinme ve tuvalet, %80,1'inin hareket, %91,7'sinin dışkılama yapabilmeye, %98'inin ise beslenme durumunda bağımsız olduğu belirlenmiştir. EGYA indeksi durumlarında ise yaşlıların %93'ü telefon edebilme, %55,8'i alışveriş yapabilmeye, %66,8'i yemek hazırlama, %71,4'ü çamaşır yıkayabilme, %66,1'i ulaşım araçlarına binebilme, %96,7'si kendi ilaçlarını içebilme, %90'ı parasını idare edebilme aktivitelerinde bağımsız iken %80,1'i ev işleri yapabilmeye yarı bağımlıdır (Çavuş 2013). Çatak ve arkadaşlarının (2012) yaptığı bir çalışmada da, yaşlıların kolaylıkla yapabildikleri eylemlerin başında yemek yeme gelirken (%30,6); fatura yatırma, hastaneye gitme vb. gibi aktivitelerde hemen hemen tamamen bağımlı (%99,1) oldukları bulunmuştur. Çölgeçen'in (1998) çalışmasında yaşlıların %6,5'i banyo yapma, %2,8'i giyinme, %1,4'ü tuvalet, %1,7'si oturamadığı, %0,3'ü yemek yeme, %1,1'i telefon kullanma, %35,9'u alışveriş yapma, %44'ü yemek hazırlama, %20,3'ü ev işleri yapabilmeye, %25,4'ü çamaşır yıkayama, %25,4'ü ilaç kullanma ve %12,4'ü para idaresi aktivitelerinde bağımlı olduğu bulunmuştur. Başka bir çalışmada ise, hastaların %81'i en az bir GYA indeksinde tam bağımlı iken, %19'u yarı bağımlı olduğu bulunmuştur (Subaşı 2001). Koç (2009) tarafından yapılan çalışmada ise, evde bakım alan kişilerin GYA'lerinde bağımlılık durumları değerlendirildiğinde %16,9'u bağımlı, %15,5'ü yarı bağımlı ve %67,6'sı bağımsız oldukları, EGYA'lerinde bağımlılık durumları ise; %29,6'sı bağımlı, %42,3'ü yarı bağımlı, %28,2'si bağımsız olduğu bulunmuştur. Bunların dışında, bir diğer çalışmada hastaların %51'i bakım hizmeti almadıklarını, yalnızca birileriyle konuşmak, duygu ve düşüncelerini paylaşarak destek almak gibi psikolojik ihtiyaçları olduğunu belirtmişlerdir (Kouta et al. 2015).

VI. SONUÇ VE ÖNERİLER

Nüfusun yaşlanması ve kronik hastalıkların artması, evde sağlık hizmetleri uygulamasının önemini her geçen gün artırmaktadır. Ayrıca diğer bir önemli husus evde sağlık hizmetlerinin daha kapsamlı, kolay ulaşılabilir, nitelikli ve yaygın bir hale getirilmesi ile hastanelerdeki yoğunlukların önüne geçileceği ve tedavi masraflarının azaltılabileceği düşünülmektedir. Yaşlıların ve kronik hastalıkları olanların göreceli olarak sağlık hizmetlerine daha fazla gereksinimlerinin olması kaynakların en etkin şekilde kullanılmasını gerektirmektedir. Bu nedenle bu hizmetler sağlık, sosyal ve psikolojik boyutlarıyla birlikte değerlendirilmelidir. Bu çalışmada verilen evde sağlık hizmeti genel olarak bireylerin ihtiyaçlarını karşılamaktadır. Personelin yetersiz olduğu, bakıma gereksinim duyan kişilerin fazla olması ve hastaların bağımlılıklarının fazla olması verilen hizmetin niteliğinin azalmasına neden olabilmektedir. Kullanıcı memnuniyeti, hizmetin etkililiği açısından en önemli kalite göstergelerinden biridir. Bu bakımdan hastaların hizmetten beklentileri ve algı düzeyleri, hastaların yaşadıkları bölgeler ve eğitim düzeyleri ile birlikte hasta merkezli olarak değerlendirilmesi gerekmektedir.

Diğer bir önemli husus ise potansiyel evde sağlık hizmeti hastalarını evde sağlık hizmetleri konusunda bilgilendirmektir. Kırsal kesimde ya da küçük yerleşim yerlerinde bulunan hastaların bu tür hizmetlere ulaşabilmeleri ve kullanmalarını sağlamak için gezici sağlık ekipleri oluşturularak hem bilgilendirme hem de farkındalık yaratılabilir.

Evde sağlık hizmetleri sunumunda birden fazla uzman personelin bulunması gereklidir. Hastaların sadece sağlık ya da bakım hizmetleri ihtiyacının olmaması bunların yanında sosyal ve psikolojik yönden de desteklenmesi gerektiğini sonucunu ortaya çıkarmıştır. Bu nedenle kendi alanında uzman olan personelin sunacağı bu hizmetler multidisipliner ekip anlayışı ile evde bakım hizmetleri içerisine entegre edilerek sunulmalıdır. Yalnızca hemşirelik hizmetleri ile yeterli kalınmayıp ekip bünyesinde psikolog, fizyoterapist, sosyal çalışmacı ve diyetisyenlerin de bulundurulması hizmetin bütünlüğünün sağlanması açısından önem arz etmektedir.

KAYNAKLAR

1. Brodsky J., Habib J. and Hirschfeld M. (2003) **Long-Term Care Strategies in Industrialized Countries: Case Studies of Insurance Based And Non-Insurance Based Long-Term Care Systems**. Myers-JDC-Brookdale Institute and WHO NMH/CCL. Erişim Yeri: http://brookdaleheb.jdc.org.il/_Uploads/PublicationsFiles/123s-longtermcare-new-eng.pdf.
2. Cingil D. D. (2003) Aile İçi Bakım Vericilerini Eğitimci Bağımlı Yaşlıların Evde Bakım Kalitesine Etkisi. **Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi**, Konya.
3. Çatak B., Kılınç A. S., Badıllıoğlu O., Sütlü S., Sofuoğlu A. E. ve Aslan D. (2012) Burdur'da Evde Sağlık Hizmeti Alan Yaşlı Hastaların Profili ve Evde Verilen Sağlık Hizmetleri. **Türkiye Halk Sağlığı Dergisi** 10(1): 13-21.
4. Çavuş F. Ö. (2013) Yaşlılara Yönelik Evde Bakım Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. **Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi**, Ankara.
5. Çayır Y. (2013) Birinci Basamakta Evde Sağlık Hizmetleri: Neler Yapabiliriz? **Dicle Tıp Dergisi** 40(2): 340-344.
6. Çölgeçen E. ve Tümerdem Y. (1998) Yaşlıların Evde Bakım Hizmetlerine Olan Gereksinimleri. **I. Ulusal Evde Bakım Kongre Kitabı**, 175-186.
7. Dawani H. A., Hamdan-Mansour A. M. and Ajlouni A. T. (2014) Users' Perception and Satisfaction of Current Situation of Home Health Care Services in Jordan. **Health** 6(7): 549-558.
8. Danış M. Z. ve Solak Y. (2014) Evde Bakım Hizmetlerinin Organizasyonu: Hollanda Örneği. **The Journal of Academic Social Science Studies** 24: 57-71.
9. Enginyurt Ö. ve Öngel K. (2011) Evde Bakım Hizmeti Kapsamındaki Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ve Tıbbi Durumları. **Smyrna Tıp Dergisi** 45-48.
10. Karahan A. ve Güven S. (2002) Yaşlılıkta Evde Bakım. **Geriatrics** 5(4): 155-159.
11. Karaman D., Kara D. ve Atar N. Y. (2015) Evde Sağlık Hizmeti Verilen Bireylerin Hastalık Durumlarının ve Bakım İhtiyaçlarının Değerlendirilmesi: Zonguldak Örneği. **Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi** 4(3): 347-359.
12. Keskin G. (2012) Duygu-Durum Bozukluklarında Evde Bakım Hizmetleri ve Psikiyatri Hemşireliği. **II. Uluslararası VI. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi**, Erzurum.

13. Koç F. (2009) Evde Bakım Hizmeti ve Gelişimi. **Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıpta Uzmanlık Tezi**, Eskişehir.
14. Kouta C., Kaite C. P., Papadopoulos I. and Phellas C. N. (2015) Evaluation of Home Care Nursing for Elderly People in Cyprus. **International Journal of Caring Sciences** 8(2): 376-384.
15. Nadarević-Štefanec V., Malatestinić Đ., Mataija-Redžović A. and Nadarević T. (2011) Patient Satisfaction and Quality in Home Health Care of Elderly Islanders. **Collegium Antropologicum** 35(2): 213-216.
16. Özer Ö. ve Şantaş F. (2012) Kamunun Sunduğu Evde Bakım Hizmetleri ve Finansmanı. **Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi** 3(2): 96-103.
17. Sağlık Bakanlığı, **Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge**. <http://www.tkhk.gov.tr/Eklenti/2665,evde-saglik.pdf?0> Erişim Tarihi: 29.06.2014.
18. Shelkey M. and Wallace M. (2012) Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL). **Geriatric Nursing** 2: 1-2.
19. Söylemezo M. N. (2011) Denizli Honaz İlçesinde Yaşayan Toplumun Evde Bakım Gereksinimi, Karşılama Düzeyi ve Etkileyen Faktörler. **Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi**, Denizli.
20. Subaşı N. (2001) Ankara İli Çankaya İlçesinde "Evde Bakım Durumu" Araştırması. **Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi**, Ankara.
21. Subaşı N. ve Öztekin Z. (2006) Unmet Need In Turkey: Home Care Service. **TAF Preventive Medicine Bulletin** 5(1): 19–31.
22. Taşdelen P. ve Ateş M. (2012) Evde Bakım Gerektiren Hastaların Bakım Gereksinimleri ile Bakım Verenlerin Yükünün Değerlendirilmesi. **Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi** 9(3): 22-29.
23. T.C. Resmi Gazete (1961) **Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında 224 Numaralı Kanun**. Sayı: 10705. <http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/1047.html>. Erişim Tarihi: 05.06.2014.
24. T.C. Sağlık Bakanlığı, Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik. 25751 Sayılı Resmi Gazete.
25. T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sayı: B10.0.THG.0.10.00.01–251.09, Konu: Evde Sağlık Hizmetleri Uygulaması.
26. World Health Organization Technical Report Series 898. (2000) **Home-Based Long-Term Care, Geneva**. http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_898.pdf. Erişim Tarihi: 20.06.2014.
27. World Health Organization. (2008) **Home Care in Europe: The Solid Facts**. Milan, Italy. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/96467/E91884.pdf. Erişim Tarihi: 20.11.2015.

28. Yılmaz M., Sametoğlu F., Akmeşe G., Tak A., Yağbasan B., Gökçay S., Sağlam M., Doğanyılmaz D. ve Erdem S. (2010) Sağlık Hizmetinin Alternatif Bir Sunum Şekli Olarak Evde Hasta Bakımı. **İstanbul Tıp Dergisi** 11(3): 125-132.
29. Yiğit S. (2004) Evde Bakım Hizmetlerinde Müşteri Memnuniyeti. **Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi**, Sakarya.
30. <http://ailehekimligi.gov.tr/component/content/article/59-evde-bakm-hizmeti/151-uzun-sureli-evde-bakm-.html>, Erişim Tarihi: 01.06.2014.
31. <http://ailehekimligi.gov.tr/component/content/article/59-evde-bakm-hizmeti/148-evde-bakm-hizmetlerinin-avantajlar.html>, Erişim Tarihi: 01.06.2014.
32. <http://www.ankarahalksagligi.gov.tr/Subeler.aspx?i=1038>, Erişim Tarihi: 20.05.2014.
33. http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/20.html, Erişim Tarihi: 26.05.2014.