T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

FATİH SULTAN MEHMET

SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURAN 18 YAŞ ÜZERİ HASTA VE HASTA YAKINLARININ EVDE BAKIM VE PALYATİF BAKIM HAKKINDA BİLGİ DÜZEYİ VE TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Şule Coşkun Güven

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL/2020

T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

FATİH SULTAN MEHMET

SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURAN 18 YAŞ ÜZERİ HASTA VE HASTA YAKINLARININ EVDE BAKIM VE PALYATİF BAKIM HAKKINDA BİLGİ DÜZEYİ VE TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Şule Coşkun Güven

Tez Danışmanı:

Prof. Dr. Ali Özdemir

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL/2020

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimleriyle bana yol gösteren, desteğini esirgemeyen, bundan sonraki meslek hayatımda da yoluma ışık tutan aynı zamanda da tez danışmanım saygıdeğer hocam Prof. Dr. Ali ÖZDEMİR'e;

Her konuda destek ve tezimin her aşamasında büyük katkısı olan, değerli hocam Prof. Dr. Berrin Telatar'a;

Asistanlık hayatım boyunca birlikte çalıştığım tüm çalışma arkadaşlarıma;

Hayatımın her döneminde yanımda olan ve desteklerini esirgemeye sevgili aileme;

Bana varlıkları ile çalışma azmi veren eşim ve oğluma ;

Sonsuz Teşekkürler…

Şule COŞKUN GÜVEN 2020

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR……..……..……..……..i
KISALTMALAR VE SİMGELER…….…….…….……..iv
TABLO LİSTESİ……...……...…...……v
ŞEKİL LİSTESİ……vi
ÖZET…….……...vii
ABSTRACT…….……..……vii
1.GİRİŞ …….……...…….…ix
2.GENEL BİLGİLER…….....…….....1
2.1.Evde Bakım ve Evde Sağlık Hizmeti…….…….……..1
2.1.1.Tanım……..…….……..…..…… 1
2.1.2.Kapsam ve sınıflandırılması……..…….…….……...……..…2
2.1.3.Dünyada Evde Bakım Hizmetleri.....….....…..5
2.1.3.1 Dünyada Evde Bakım Hizmetlerinin Tarihçesi .....…5
2.1.3.2 Dünyada Evde Bakım Hizmetlerinin Mevcut Durumu.....6
2.1.4.Türkiye'de Evde Bakım Hizmetleri.....….…..…..…7
2.1.4.1.Türkiye'de Evde Bakım Hizmetlerinin Tarih ve Gelişimi..…….....7
2.1.4.2. Evde Bakım Hizmetlerinin Sonlandırılacağı Durumlar……...8
2.2.Palyatif Bakım.....……...…...……..9
2.2.1.Tanım…….…….....9
2.2.2.Amaç ve Kapsam…….…….…….....9
2.2.3.Dünyada Palyatif Bakım……..…….……....12
2.2.3.1.Dünyada Palyatif Bakımın Tarihçesi…….…….……...12
2.2.3.2.Dünyada Palyatif Bakımın Mevcut Durumu……..……....12
2.2.4.Türkiyede Palyatif Bakım….……...17
2.2.4.1.Türkiyede Palyatif Bakımın Tarihi ve Gelişimi ……....17
2.2.4.2.Palyatif Bakımın Sonlandırılacağı durumlar…….……...…...19
3.GEREÇ VE YÖNTEM…….…….....20

3.1. Etik Kurul Onayı ve İzinler 20
3.2. Araştırmanın Yürütüldüğü Yer 20
3.3. Araştırma Evreni 20
3.4. Dahil Etme ve Dışlama Kriterleri.....20
3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları 21
3.6. Veri Toplama Aracı 21
3.7. İstatistiksel Analiz 21
4.BULGULAR.....22
5.TARTIŞMA.....45
6.SONUÇ.....51
7.KAYNAKLAR.....53
EK.1.GÖNÜLLÜ OLUR FORMU.....57
EK.2.GÖNÜLLÜ ONAY FORMU.....58
EK.3.ANKET FORMU.....59
EK.4.İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ANKET ÇALIŞMA İZİN FORMU.....60
EK.5.ETİK KURUL KARAR FORMU 61
EK.6.SBÜ ONAM FORMU 62

KISALTMALAR VE SİMGELER

ADSM:Ağız Diş Sağlığı Merkezi

AHB: Aile hekimliği Birimi

ASB: Aile Sağlığı Birimi

ASM:Aile Sağlığı Merkezi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

JCAHO: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

KPBM: Kapsamlı Palyatif Bakım Merkezi

PBB: Palyatif Bakım Birimleri

PBM: Palyatif Bakım Merkezi

SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu

STK: Sivil Toplum Kruluşu

TDK: Türk Dil Kurumu

TSM: Toplum Sağlığı Merkezi

WHO: World Health Organization

WPCA: Worldwide Palliative Care Alliance

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri

Tablo 2: Tablo 2:Evde Bakım ve Palyatif Bakım Kavramları

Tablo 3: Bilgi Soruları Dağılımı

Tablo 4: Evde bakım ve palyatif bakım ile ilgili bilgi sorularına verilen yanıtların belirleyici istatistik değerleri

Tablo 5: Medeni Durum ile Yaş Grupları arasındaki ilişki

Tablo 6:Demografik özellikler ile evde bakımın ne ifade ettiğine verilen cevapların karşılaştırılması

Tablo 7: Demografik özellikler ile palyatif bakımın ne ifade ettiğine verilen cevapların karşılaştırılması:

Tablo 8: Yaş ile 'Evde bakım ihtiyacınız oldu mu' sorusuna verilen cevapların karşılaştırılması

Tablo 9: Medeni durum ile 'Evde bakım ve/veya palyatif bakım için nereye müracaatta bulunursunuz?' sorusuna verilen cevapların karşılaştırılması

Tablo 10: Medeni durum ile 'Evde bakım ve/veya palyatif bakım ihtiyacı olan kişi sayınız?' sorusuna verilen cevapların karşılaştırılması

Tablo 11: Medeni durum ile 'Evde bakım hizmetlerinden hangisi için talepte bulunurdunuz?' sorusuna verilen cevapların karşılaştırılması

Tablo 12: Eğitim durumu ile 'Evde bakım ve/veya palyatif bakım hakkında bilgiyi nereden/kimden aldınız?' sorusuna verilen cevapların karşılaştırılması

Tablo 13: Meslek ile 'Evde bakım ve/veya palyatif bakım için nereye müracaatta bulunursunuz?' sorusuna verilen cevapların karşılaştırılması

Tablo 14: Meslek ile 'Evde bakım ve/veya palyatif bakım hakkında bilgiyi nereden/kimden aldınız?' sorusuna verilen cevapların karşılaştırılması

Tablo 15: Aylık gelir düzeyi ile 'Evde bakım ihtiyacınız oldu mu?' sorusuna verilen cevapların karşılaştırılması

Tablo 16: Aylık gelir düzeyi ile 'Evde bakım ve/veya palyatif bakım hakkında bir yerden/kimseden bilgi aldınız mı?' sorusuna verilen cevapların karşılaştırılması

Tablo 17: Aylık gelir düzeyi ile 'Evde bakım hizmetlerinden hangisi için talepte bulunurdunuz?' sorusuna verilen cevapların karşılaştırılması

Tablo 18: Sosyal güvence ile 'Evde bakım hizmetlerinden hangisi için talepte bulunurdunuz?' sorusuna verilen cevapların karşılaştırılması

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Palyatif Bakım Ekibi

Şekil 2: Palyatif Bakım Diyagramı

Şekil 3: Entegre palyatif bakımın temel modeli (Papyon Modeli)

Şekil 4: . Hastalık yönetimi-geliştirilmiş model

Şekil 5: Palyatif bakım- geliştirilmiş model

Şekil 6: Yaş grubuna göre palyatif bakım İhtiyacı olanların dağılımı

Şekil 7: Palya-Türk projesi

Şekil 8: Palyatif bakım merkezlerimizin İl ve Hastanelerimizdeki Yatak Sayıları**,** 2018

Şekil 9: Yaş Dağılımı

Şekil 10:Eğitim durumu dağılımı

Şekil 11: Medeni durum dağılımı

Şekil 12: Gelir durumu dağılımı

ÖZET

AMAÇ: Evde Sağlık Hizmetleri; ihtiyacı olan bireylerin muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyonlarının evinde ve aile ortamında yapılması, bu kişilere ve aile bireylerine sosyal ve psikolojik destek hizmetlerinin bir bütün halinde birlikte verilmesi olarak tanımlanmıştır.(1)

Aile hekimleri hastalarını tüm yaşamları boyunca izler ve bakımın kesintisiz sürmesini sağlar. Aile Hekimlerinin görevleri arasında, sağlığı geliştirmek, hastalıkları önlemek, sağaltım, bakım ya da rahatsızlıklarda hafifleme sağlamak yer alır.

Çalışmamızda Evde Sağlık ve Palyatif Bakım hakkında bilgi düzeylerinin ve doğru davranışsal farkındalığın arttırılması gereğini değerlendirdik.

GEREÇ VE YÖNTEM: Çalışmamıza Maltepe 20 Nolu Aile Sağlığı Merkezine 13 Haziran 2020-13 Ağustos 2020 tarihleri arasında başvuran 18 yaş üstü 132 hasta ve yakınları dahil edildi. Çalışmaya dahil edilen kişilere anket, yüzyüze ve pandemi nedeniyle talep edenlere ise elektronik uygulamalar kullanılarak uygulandı. Evde Bakım ve Palyatif Bakım hakkında bilgi düzeyleri ve tutumları değerlendirildi.

BULGULAR: Evde bakım ve/veya palyatif bakım ile ilgili 23 adet bilgi sorusuna çalışmamıza katılanların verdikleri doğru cevap sayısı %57 bulunmuştur. Katılımcıların yaş grupları, medeni durumları, eğitim durumları, meslekleri, aylık gelir düzeyleri ve sosyal güvenliklerinin olup olmaması ile evde bakım ve palyatif bakım hakkındaki bilgi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Katılımcıların yaşları ile evde bakım ihtiyaçları olması arasında 65 yaş üzeri kişilerde %46,2 oranı ile istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (Tablo 8).Çalışmamızda aylık gelir durumları ile evde bakım konusunda düşük gelir grubunda %66,7 oranı ile ihtiyacın artmış olduğu tespit edilmiştir(Tablo 15).

SONUÇ: Evde bakım ve/veya palyatif bakım ile ilgili bilgi sorularına verilen doğru cevap oranı %57 bulunmuştur. Bu sonuç evde bakım ve Palyatif bakım konusunda daha fazla bilgilendirme gereğini açıkça ortaya koymaktadır. Aile Hekimleri tarafından hasta ve yakınlarını bilgilendirici eğitim toplantılarının yapılması, görsel yayınların, afiş gibi basılı kaynakların ASM'de kullanılmasının bu sorunların önüne geçebilmek adına fayda sağlayacağı kanaatindeyiz.

Anahtar kelimeler: Palyatif bakım, Evde Bakım, Evde Sağlık Hizmeti

ABSTRACT

AIM: Home Health Services; It is defined as performing the examination, examination, analysis, treatment, medical care and rehabilitation of individuals in need at home and in the family environment, and providing social and psychological support services to these people and their family members as a whole(1).

Family physicians monitor their patients throughout their lives and ensure that the care continues uninterrupted. The duties of family physicians include promoting health, preventing illnesses, treating, caring or relieving illnesses.

In our study, we evaluated increasing the level of knowledge and behavioral awareness about Home Health and Palliative Care.

METHOD: 132 patients over the age of 18 and their relatives who applied to Maltepe Family Health Center No.20 between 11 June 2020 and 20 July 2020 were included in our study. The questionnaire was administered face to face to the people included in the study, and to those who requested them due to the pandemic, using electronic applications. Their knowledge levels and attitudes about Home Care and Palliative Care were evaluated.

RESULTS: Number of correct answers to 23 questions about home care and / or palliative care was 57% of the participants in our study. No statistically significant difference was found between the participants' age groups, marital status, education status, profession, monthly income level, their social security and their knowledge level about home care and palliative care .(ANOVA; Independent Samples t test; $p>0,05$). There is a statistically significant difference between the ages of the participants and their need for home care with the rate of 46.2% in people over 65 years old (Table 8). In our study, it was found that monthly income levels and the need for home care increased by 66.7% in the low income group (Table 15).

CONCLUSION: The rate of correct answers given to questions about home care and / or palliative care was found to be 57%. This result clearly demonstrates the need for more information on home care and palliative care. We are of the opinion that it will be beneficial for family physicians to hold informative training meetings for patients and their relatives, and to use printed resources such as visual broadcasts and posters in ASM in order to avoid these problems.

Keywords: Palliative care, Home Care, Home Health Service

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Evde Sağlık Hizmetleri; ihtiyacı olan bireylerin muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyonlarının evinde ve aile ortamında yapılması, bu kişilere ve aile bireylerine sosyal ve psikolojik destek hizmetlerinin bir bütün halinde birlikte verilmesi olarak tanımlanmıştır.2015 tarihinde yayınlanan yönetmelik ile ’Evde Bakım Hizmetleri’ olarak adlandırılan tanım yerini ’Evde Sağlık Hizmetleri’ terimine bırakmış, günlük yaşamda sıklıkla birbirinin yerine kullanılan kavramlar olarak karşımıza çıkmışlardır(1). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tanımlamasına göre palyatif bakım ise; hayatı tehdit eden hastalıkları olan hastaların ve ailelerinin karşılaştığı sorunları önlemeyi, erken tanılarla çekilen acıları azaltmayı, ağrıları, fiziksel, psikososyal problemleri tedavi etmeyi amaçlayan ve bu kişilerin yaşam kalitelerini arttırmayı hedefleyen bir yaklaşımdır (2).

Aile Hekimlerinin görevleri arasında, sağlığı geliştirmek, hastalıkları önlemek, sağaltım, bakım ya da rahatsızlıklarda hafifleme sağlamak yer alır. Bu görevleri, sağlık gereksinimleri ve içinde bulundukları toplumun mevcut kaynaklarına göre, icap ettiğinde bu hizmetlere ulaşımda kişilere yardımda bulunarak, doğrudan kendileri tarafından ya da diğer mesleklerde görev yapanlarla koordineli olarak gerçekleştirirler. Aile hekimleri hastalarını tüm yaşamları boyunca izler ve bakımın kesintisiz sürmesini sağlar. Hastanın tıbbi dosyası aile hekimi ile görüşmelerinin objektif hafızası olduğu gibi, hasta ile arasındaki ortak hikayenin yalnızca bir parçasıdır. Aile hekimleri, kişilerin hayatlarının önemli bir kısmında birçok rahatsızlık diliminde hastalarına sağlık hizmeti sunar. Aile hekimliği temel ilkelerinden çekirdek yeterlilikler içerisinde ‘Kapsamlı Yaklaşım’

- Bireydeki çok sayıda yakınma ve patolojiyi, hem akut hem kronik sağlık sorunlarını aynı anda yönetme,
- Sağlığı geliştirme ve hastalıkları önleme stratejilerini uygun bir şekilde kullanarak sağlık ve iyilik durumunu geliştirme,
- Sağlığı geliştirme, koruma, tedavi, bakım, palyasyon ve rehabilitasyon hizmetlerini yönetme ve koordine etme becerilerini içermektedir (3).

Çalışmamız Evde Sağlık ve Palyatif Bakım’ın öneminin bilinmesini, bilgi düzeylerinin ve doğru davranışsal farkındalığın arttırılması gerektiğini belirten bulguları gözler önüne sermeyi amaçlamıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.EVDE BAKIM ve EVDE SAĞLIK HİZMETİ

2.1.1. Tanım

Evde Bakımın en açık tanımı; Mart 2005 tarihinde 25751 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan '**Evde Bakım Hizmetleri'nin Sunumu Yönetmeliği'nde** yapılmıştır. Bu yönetmelikte Evde Bakım Hizmetleri; hekimlerin önerileri doğrultusunda hasta kişilere, aileleri ile yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavi de dahil tıbbi gereksinimlerini karşılayacak şekilde sağlık bakımı ile sağlık hizmetlerinin sunulması' olarak tanımlanmıştır (4).

Şubat 2015 tarihinde 29280 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan **Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik** ile Evde Bakım Hizmetleri terimi; Evde Sağlık Hizmetleri olarak değiştirilmiştir. Günlük yaşamda ise sıklıkla birbirinin yerine kullanılan kavramlar olarak karşımıza çıkmaktadırlar**.** Bu yönetmelikte 'Evde Sağlık Hizmetleri; ihtiyacı olan bireylerin muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyonlarının evinde ve aile ortamında yapılması, bu kişilere ve aile bireylerine sosyal ve psikolojik destek hizmetlerinin bir bütün halinde birlikte verilmesi' şeklinde tanımlanmıştır. Aynı yönetmelikte bu hizmetlerin, sosyal devlet anlayışına uygun olarak, yurt genelinde eşit, ulaşılabilir, kaliteli, etkin ve verimli bir şekilde uygulanmasının sağlanması amaçlanmıştır (1).

Işık ve ark. 2016 yılındaki çalışmalarında 'uzun dönemli bakım hastalarına ev ortamında bakım ve sağlık hizmeti verilmesi amacıyla yürütülen hizmetlerin evde bakım hizmeti ayağını Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı gerçekleştirmektedir' vurgusu yapılarak Evde Bakım ve Evde Sağlık kavramlarını tamamen birbirinden ayrı kullanmışlardır. Aynı çalışmada 'bireylerin evde günlük yaşam aktivitelerinin (beslenme, kişisel bakım, sosyal hayata uyum sağlanması) desteklenmesi, bireylerin transferi ve engele uygun ev içi düzenlemeleri evde bakım hizmetleri kapsamındadır'

denmektedir. Evde sağlık hizmeti kısmında da ‘Sağlık Bakanlığı’nın evde sağlık birimleri ve ekipleri tarafından sunulan bütün sağlık hizmetleri’ tanımlaması yapılmıştır (5).

Çalışmamızın başlığında belirttiğimiz ‘Evde Bakım’ terimi yerine içeriğimizde, yukarıda belirttiğimiz tanımlamalar nedeniyle, çoğunlukla ‘Evde Sağlık' terimi kullanılmaktadır.

2.1.2. Kapsam ve sınıflandırılması

Evde bakım hizmetlerinin kapsamı, ülkeden ülkeye, sağlık ile ilgili uyguladıkları politikalar, sosyokültürel özellikler, ekonomik yapılar, sağlık hizmeti sunan merkez ve personel sayıları, hastalıkların yaygınlığı ve ihtiyaç duyulan hizmetlere göre farklılıklar gösterir (6).Ülkemizde Evde sağlık hizmeti ,çeşitli hastalıklar nedeniyle evde sağlık hizmeti almaya ihtiyacı olan bireylere evinde ve aile ortamında sosyal ve psikolojik danışmanlık hizmetlerini de kapsayacak şekilde verilen muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım, takip ve rehabilitasyon hizmetlerini kapsar (1).

Evde bakım hizmetleri iki sınıfa ayrılmaktadır. Bu ayrım bakımı veren kişiler ve verilen bakım hizmetine göre yapılmaktadır. Buna göre; aile , akraba, arkadaş gibi yakınları tarafından verilen bakım “**informal bakım**”, farklı alanlarda uzman kişiler tarafından yürütülene ise “**formal**” bakım adı verilmektedir. Verilen hizmetler açısından ise “evde sağlık hizmetleri” ve “evde sosyal hizmetler” olarak sınıflandırılabilir (7-8).

Şubat 2015 te yayınlanan yönetmelikte; ‘Evde sağlık hizmetleri kapsamındaki başvuruların karşılandığı ve kayda alındığı; ildeki tüm evde sağlık hizmet birimleri, TSM (Toplum Sağlığı Merkezleri) ve ASM (Aile Sağlığı Merkezleri) ile irtibatı sağlayacak santral donanımı ve özel telefon hattı bulunan; evde sağlık hizmetinin hangi seviyede verileceğini belirleyen ve buna göre yönlendirmesini yapan; evde sağlık birimleri ve ilgili kurum ve kuruluşlarla koordinasyonu sağlayan; Halk Sağlığı Müdürlükleri bünyesinde oluşturulan evde sağlık hizmetleri iletişim ve koordinasyon merkezlerinin kurulması’ planlanmıştır (1).

Evde Sosyal Destek Hizmetleri ise; sosyal hizmet çalışanları, bakım destek elemanları, aile bireyleri ve din görevlileri gibi destek elemanlar ile taşıma, ulaşım, ev ve kişisel bakım, eve yemek sağlama gibi hizmetleri kapsayan ve sağlık hizmeti

dışındaki gereksinim alanlarını dolduran hizmetlerdir. Bu kapsamda sağlanan hizmetler arasında; hemşirelik hizmetleri, destek sağlık hizmetleri, gündüz/gece bakımı, kişisel bakım, gıda ve beslenme, ev işlerine yardım, ev düzenini yeniden oluşturma, sosyal destek sağlama ve danışmanlık hizmetleri sayılabilir (9). 2015 yılında yayınlanan yönetmelikte illerde sunulan evde sağlık, evde bakım ve destek hizmetlerinin koordinasyonu için valilik bünyesinde Evde Sağlık ve Sosyal Hizmetleri Değerlendirme komisyonları da kurulmuştur (1).

Yine bahsi geçen yönetmelikle Evde sağlık hizmetini sunmak üzere bakanlığa bağlı sağlık kuruluşları bünyesinde birimler ile bu birimler tarafından oluşturulan ve evde sağlık hizmetini sunmakla görevlendirilen, konu ile ilgili eğitim almış olan sağlık personeli ve diğer personellerinden oluşan ekipler kurulmuştur. Birimler tiplerine göre 3 grupta sınıflandırılmıştır.

T Tipi Evde Sağlık Hizmet Birimleri, TSM'lere bağlı olarak kurulmuştur. Evde sağlık hizmetini öncelikli olarak sunmakla görevlidir. Ekip, evde sağlık hizmeti konusunda eğitilmiş hekim, yaşlı bakım teknikeri/evde hasta bakım teknikeri ve yardımcı sağlık personeli olmak üzere üç kişiden oluşmaktadır.

H Tipi Evde Sağlık Hizmet Birimleri, hastaneler bünyesinde kurulan birimler olup öncelikli olarak uzman hekim konsültasyonu, fizyoterapi gibi T tipi birimler tarafından verilemeyen hizmetlerin sunumundan sorumludur. Koordinasyon Merkezinin planlaması doğrultusunda T tipi birimleri destekler. Ekip, evde sağlık hizmeti konusunda eğitilmiş hekim/uzman hekim, yaşlı bakım teknikeri/evde hasta bakım teknikeri ve yardımcı sağlık personeli olmak üzere üç kişiden oluşmaktadır. Yaşlı bakım teknikeri/evde hasta bakım teknikeri olmadığı hallerde bir yardımcı sağlık personeli ekibe dahil edilebilir. İhtiyaç halinde psikolog, sosyal çalışmacı, fizyoterapist, diyetisyen ve benzeri destek elemanları da hizmetin sunumunda görev alabilir ayrıca hastanın ihtiyacına göre ekibe uzman hekim ya da hekimler dâhil edilebilir

D Tipi Evde Sağlık Hizmet Birimleri ADSM'ler (Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri) bünyesinde kurulan birimler olup ekipte bir diş hekimi ile bir ağız ve diş sağlığı teknikeri ya da diş protez teknikeri bulunmaktadır (1).

Aile Hekiminin ev ziyareti gerekçe ve kapsamını şu başlıklar altında toplayabiliriz.(10);

- İlaç uyum sorunlarının tespiti
- Evde yapılması gereken müdahaleler
- Daha iyi hasta uyumu
- Karşılanmamış gereksinimlerin tespiti
- Evde bakım hizmet gerekliliğinin saptanması ve denetimi
- Günlük Yaşam Aktiviteleri-Günlük Yaşamın Araç Gerektiren Aktiviteleri
- Beslenme
- Evde yaşayanlar
- Evin durumu
- Fizik Muayene (hastanın gereksinimine ve hekimin planına uygun)
- İlaçlar
- Güvenlik
- Psikososyal durum
- Koordinasyon.

Aile Hekiminin ev ziyareti tiplerini ise aşağıdaki şeklinde sınıflandırmak mümkündür.(10);

- *Hastalıkla ilgili (eve bağımlı hasta)*
  - Akut hastalık
  - Kronik hastalık takibi
- *Ölmekte olan hasta*
  - Son dönem bakım
  - Ölümün tespiti
  - Yastaki ailenin desteklenmesi
- *Evin Değerlendirilmesi*
  - Polifarmasi
  - İmmobil hastanın değerlendirilmesi
  - İstismar veya şiddet şüphesi
  - Evde bakım gereksiniminin değerlendirilmesi
- *Hastane sonrası*

- Majör akut hastalık
- Majör ameliyat
- Yenidoğan bakımı

2.1.3.Dünyada Evde Bakım Hizmetleri

2.1.3.1 Dünyada Evde Bakım Hizmetlerinin Tarihçesi

Eski çağlarda Roma'da Soranus,"Gynaecology" başlıklı eserinde ebenin gerekli malzemeyi alarak gebenin evine gittiğinden söz etmektedir. Avrupa'da Ortaçağ'da karantina uygulamalarının ve 17. yüzyılda veba salgınlarında uygulanan "evde tecrit" ve "evde sağlık hizmeti uygulamalarının olduğu görülmektedir. Ortaçağ'da hizmetin kapsamı tıbbi boyuttan çok yeme-içme, barınma sağlama gibi sosyal hizmetleri içermektedir. Bu dönemde uygulanan evde sağlık hizmeti, hasta olmayanları korumaya ve hastaların temel gereksinimlerinin evlerinde sağlanmasına yönelik olmuştur (11). Yine Avrupa'da 19. yy da evde bakım hizmetlerinin öncülerinden olan Florence Nightingale, kadınların özel hemşire olarak eğitilmelerini ve ev ziyaretleri gerçekleştirmek için görevlendirilmeleri ile ilgili önerilerde bulunmuştur. Bu öneriler doğrultusunda da 1862 yılında Liverpool'da evde hasta bakımı için ziyaretçi hemşire yetiştiren ve eğitim süreci 1,5 yıl olan bir okul açılmıştır. Nightingale, ayrıca kırsal bölgede yaşayan annelere hijyen eğitimlerinin verilmesi için, kırsal sağlık misyonerleri ve hemşire olmayan sağlık ziyaretçileri yetiştirilmesini de öneri olarak sunmuştur (11,12).

Evde bakım hizmetleri kapsamında Amerika Birleşik Devletleri'nde ilk girişimler 1796'da Boston Dispanseri tarafından gerçekleştirilmiştir. Evde Bakım konusundaki ilk kapsamlı kayıtlar da yine bu ülkeye ait olarak karşımıza çıkmaktadır (11). 1947 yılında New York'taki bir hastanede evde bakım birimi kurularak hastane destekli evde bakım uygulamalarının ilki gerçekleştirilmiştir. O güne kadar çoğunlukla hemşirelik hizmetleriyle sınırlı olan evde bakım diğer sağlık profesyonellerinin de katılımı ile multidisipliner bir hale gelmiştir (14). Amerika Birleşik Devletleri'nde Medicare (65 yaş üzeri vatandaşlar için oluşturulan sosyal güvence sistemi) evde bakım hizmetlerini karşılamaya başlamış ve 1982 yılında

Hospisleri (Ölmekte olan kişiler için evler olarak tanımlanabilir) de içeren Ulusal Evde Bakım Birliği kurulmuştur (14,15). Birlik yaptığı çalışmalar ile evde bakım hizmetinin toplum çapında bilinirliğini ve evde bakım hizmeti hasta sayısının önemli ölçüde artmasını sağlamıştır (14).

Kanada'da evde bakım hizmetleri ilk olarak 1970'li yıllarda sağlık sistemi kapsamında değerlendirilmeye başlanmış ve 1970-1980 arasında tüm eyaletlerde sağlık sistemi kapsamına alınmıştır. 1980'lerde hastaların taleplerini karşılama amacıyla evde bakım sisteminde yeni yapılandırılmalara gidilmiş ve 2000'lere doğru ise evde bakım hizmetlerinin kapsama alanında dikkate değer genişlemeler olmuştur (11).

2.1.3.2 Dünyada Evde Bakım Hizmetlerinin Mevcut Durumu

Avrupa'da evde sağlık bir toplum hizmeti olarak yıllardır uygulanmaktadır (11). İtalya, Portekiz, İngiltere, Belçika, Fransa ve İspanya gibi bazı Avrupa ülkelerinde evde bakımın sağlık ile ilgili tarafı sağlık sisteminin bir parçası iken sosyal tarafı sosyal sistemin bir parçasıdır. İsveç, Danimarka, Finlandiya gibi ülkelerde evde bakım tek bir kurum tarafından olmak üzere belediyelerce verilmektedir. Almanya ve Hollanda'da evde bakım iki sınıfa ayrılmaktadır. Bunlar Medikal Hemşirelik ile Kişisel bakım ve sosyal desteğin sağlandığı hizmetler şeklindedir. Hollanda'da çok fazla sayıda yaşlı nüfusa yönelik evde bakım kuruluşu yer almaktadır (16,17).

Amerika Birleşik Devletleri'nde evde bakım kuruluşları çoğunlukla kar ortaklıkları şeklinde bir araya gelmiş veya hastanelerle ortak çalışmakta olup bu durum hastaların zamanında hastaneden taburcu olmalarını sağlamaktadır(14,18). Bu kuruluşlar Amerika Birleşik Devletleri'nde ikinci sırada büyüme gösteren sektör konumundadır.(11). Amerika Birleşik Devletleri'nde JCAHO (Sağlık Kuruluşları Akreditasyonu Üst Kurulu; Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) evde bakım kuruluşlarını Kişisel bakım ve hasta bakımı, evde tıbbi malzeme desteği , evde infüzyon desteği ve hemşirelik hizmetleri şeklinde dört temel sınıfa ayırmıştır(19).

Japonya'ya baktığımızda ise dünyanın ortalama yaşam süresinin en yüksek ve en hızlı yaşlanan ülkesi olduğu görülmektedir. Yaşlı bakımında birincil sorumluluk

ailenin üzerindedir. Bunun nedeni gelenek ve değerlerinden kaynaklanmaktadır. Dolayısıyla Japonya'da bakıma muhtaç yaşlılar, evlerinde aile fertleri tarafından bakılmaktadır. Kurumsal bakım hizmetleri ise daha çok kimsesiz yaşlıların bakımına yöneliktir ve ister evde, isterse kurumsal bakım altında olsun her yaşlı için Japonya'da ücretsiz tıbbi hizmet verilmektedir (20).

2.1.4.Türkiye'de Evde Bakım Hizmetleri

2.1.4.1.Türkiye'de Evde Bakım Hizmetlerinin Tarihi ve Gelişimi

Ülkemizdeki tarihsel gelişime baktığımızda, karşımıza ilk olarak 1930 yılında hazırlanan 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu çıkmaktadır. Bu kanun içerisinde bulaşıcı hastalıkların tanı ve tedavisiyle ilgili hastaların evlerinde muayene edilmelerinden bahsedilmiştir (21).

"Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönetmelik" 1964 yılında yürürlüğe girmiş, sağlık hizmetlerinin temel prensipleri ve ana ilkelerini belirlemiştir. Özellikle ana ve çocuk sağlığı hizmetlerinin köylere ve hastaların evlerine giderek sağlanmasından, hemşirelerin ebelere destek olması konusundan ve gerektiğinde uzman hekimlerin sağlık ocağı hekimi tarafından davet edilerek evde hasta muayenesine gidebileceğinden bahsedilmiştir (22).

Mart 2005 tarihinde 25751 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe giren 'Evde Bakım Hizmetleri'nin Sunumu Yönetmeliği ile Türkiye'deki evde bakım hizmetinin yasal alt yapısı, görev tanımlamaları, gerçek ve tüzel kişilerin sorumlulukları, açılacak olan merkezlerin nitelikleri ve çalışma koşulları belirlenmiştir. Şubat 2010'da çıkarılan "Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge" Sağlık Bakanlığı hastaneleri bünyesinde Evde Bakım Merkezleri kurulmasını sağlamıştır.

"Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik'' ülkemizde 2015 tarihinde yayınlanmış ve bu konudaki en son düzenleme olmuştur. Bu yönetmelikle başvuruda bulunan hasta ya da hasta yakınlarının taleplerini değerlendirmek, başvuruları uygun olarak değerlendirilen hastalara ihtiyacı olan evde sağlık hizmetini sunmak, gerektiği hallerde hastaların hastaneye naklini sağlamak amacıyla birimler kurulması

sağlanmıştır. Birimler T, H ve D tip olarak 3 tipe ayrılmıştır. T Tipi TSM'ler, H Tipi Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı hastaneler bünyesinde, D Tipi Evde Sağlık Hizmet Birimlerinin ise Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı ADSM'ler bünyesinde kurulacağı belirtilmiştir. 2017 yılında Kamu Hastaneler kurumu bakanlığa bağlı bir genel müdürlük halini almış olup Evde Sağlık Hizmetini yürütmeye devam etmektedir.

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü COVID-19 (SARS-CoV-2 ENFEKSİYONU) Temaslı Takibi, Salgın Yönetimi, Evde Hasta İzlemi Ve Filyasyon Bilimsel Danışma Kurulu Çalışması 1 Haziran 2020'de yayınlanmıştır. Salgınla mücadele ve hasta yönetimi için Evde Sağlık uygulamasından yararlanılmıştır . Rehber kapsamında evde izlenen hastaların iyileşene kadar aile hekimi tarafından takip edilmesi, hastaya ait tıbbi bilgilerin aile hekimi ile paylaşılması vurgulanmış, Aile Hekiminin pandemi döneminde evde sağlık kapsamındaki görev tanımlaması da yapılmıştır (24).

2.1.4.2. Evde Bakım Hizmetlerinin Sonlandırılacağı Durumlar

Evde sağlık hizmetleri, 2015 yılında yayınlanan yönetmeliğe göre aşağıdaki hallerde sonlandırılabilir:

- Evde sağlık hizmeti sunulan hastanın iyileşmesi,
- Evde sağlık hizmeti sunulan hasta için uygulanan bakım ve tedavinin, sağlık personeli gerektirmeden yapılabilecek hale gelmesi,
- Hastanın kendisinin veya küçük ya da ayırt etme gücüne sahip olmayan hastanın veli/vasisinin hizmeti sonlandırmayı talep etmesi,
- Hastanın vefat etmesi,
- Hasta veya yakınlarının tedaviye uyumsuz davranışları, direnç göstermeleri, önerilere uymamaları halinde sorumlu tabip, diş tabibi ya da aile hekimi tarafından verilen hizmetin faydası olmayacağına kanaat getirilmesi,
- Hasta veya küçük ya da ayırt etme gücüne sahip olmayan hastanın veli/vasisinin personelin güvenliğine yönelik uygun olmayan davranışlarda bulunmaları,
- Evde sağlık hizmeti sunulan hastanın, çeşitli nedenlerle ikamet ettiği bölgenin değişmesi. (1).

2.2. PALYATİF BAKIM

2.2.1. Tanım

Kelime anlamı olarak TDK (Türk Dil Kurumu) Güncel Türkçe Sözlüğünde Palyatif; geçici, geçiştirici anlamındadır (25). Palyatif bakım ise prognozuna ve tedavilerine bakmaksızın ölümcül hastalığı olanlarda yaşam kalitesini artırmaya yönelik bir yaklaşımdır (15).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tanımlamasına göre palyatif bakım; hayatı tehdit eden hastalıkları olan hastaların ve ailelerinin karşılaştığı sorunları önlemek, erken tanılarla çekilen acıları azaltmak, ağrıları, fiziksel, psikososyal problemleri tedavi etmek ve bu kişilerin yaşam kalitelerini arttırmayı hedefleyen bir yaklaşımdır (2).Palyatif bakımda amaç ölüme geçişi kolaylaştırmaktır ki bunu hasta ve yakınlarının memnuniyetini arttırarak ve maliyetleri düşürerek gerçekleştirmektedir (15,26). Hayatın kalitesiyle ilgilenir, ölüm yaklaştıkça hastayı ve yakınlarını rahatlatıcı önlemler teksif edilir ve kaybın ardından ailenin yas prosesinde desteklenmesine katkı sağlar (26).

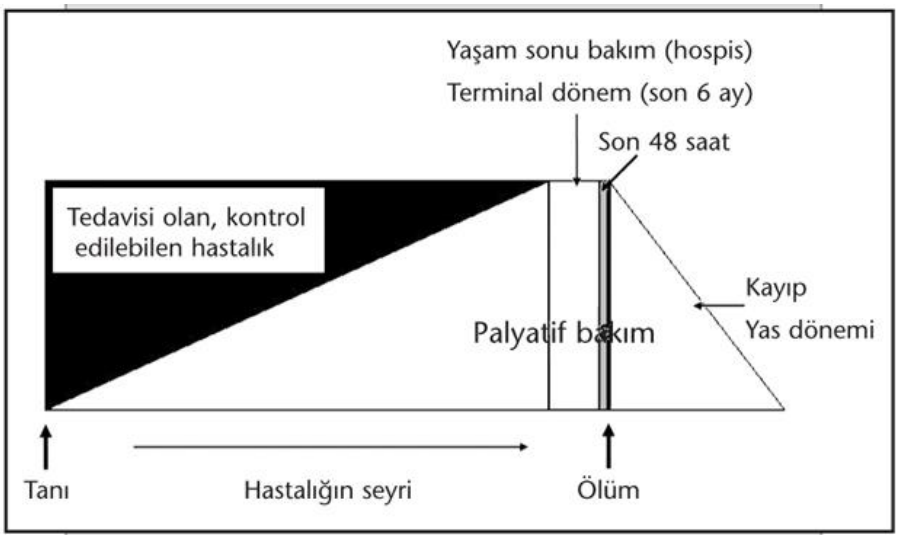
Palyatif bakım hastane temelli tedavi ve hasta bakımıdır. Palyatif bakım hizmeti multidisipliner ve interdisipliner bir bakış ile ele alınır, eğitimli sağlık profesyonelleri ve gönüllülerden oluşturulan bir ekip tarafından yerine getirilir (Şekil 1). Ayrıca hospis ve evde bakım hizmetlerine destek verir. Genellikle "Palyatif Bakım" ve "Hospis" olarak isimlendirilen bu hizmetler benzer yaklaşımları içermekle birlikte hospis ; palyatif bakımın içinde yer alan ve yaşamın son kalan birkaç ayında verilen bir hizmettir (27). 2015 yılında yayınlanan Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Yönerge'de ‘Palyatif bakım yataklı sağlık tesisleri dışında aile hekimleri ve evde sağlık hizmet birimleri tarafından yürütülür’ ifadesi yer almaktadır (28). Palyatif bakım sağlık profesyonelleri ve genel popülasyonda “destekleyici bakım” şeklinde farklı bir ifade ile de kullanılmaktadır (29). 13 Ekim ‘Dünya Palyatif Bakım Günü" hastanın hayat kalitesinin arttırılmasına yönelik palyatif bakım ile ilgili farkındalığı arttırmak ve bu alanda sunulan hizmetleri desteklemek amacıyla belirlenmiştir (30).



Şekil 1:Palyatif Bakım Ekibi (31)

2.2.2.Amaç ve Kapsam

Palyatif bakım hastanın yaşam süresi dışında hasta ve ailesinin yaşamının kalitesi ve niteliği ile daha fazla ilgilenir (Şekil 2). Ölüm ne geciktirilir ne de hızlandırılır. Palyatif bakımın amacı, hastaların yaşadığı fiziksel, psikososyal ve ruhsal belirtileri kapsamlı olarak değerlendirip tedavi ederek hastaların ve ailelerinin acısını hafifletmektir (32).

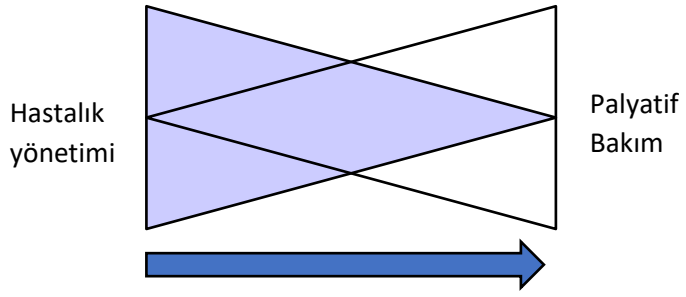


Şekil 2. Palyatif Bakım Diyagramı (27)

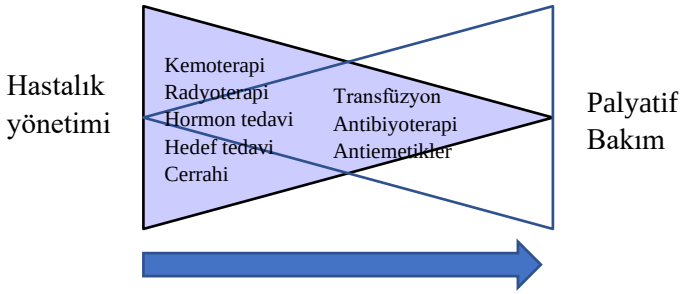
Palyatif bakımın temel amaçları maddeler halinde sıralanırsa;

- ağrı ve diğer rahatsız edici belirtilerin rahatlamasını sağlar,
- yaşamı onaylar ve ölümü normal bir süreç olarak görür,
- ölümü hızlandırmaya ya da ertelemeye niyetli değildir,
- hasta bakımının psikolojik ve ruhsal yönlerini bütünleştirir,
- hastalara ölüme kadar mümkün olabildiğince aktif bir yaşam sürebilmelerine yardımcı olacak bir destek sistemi sunar,
- hastanın hastalığı sırasında ve kaybedildikten sonraki yas döneminde ailenin olaylarla başa çıkmasına yardımcı olacak bir destek sistemi sunar,
- hastaların ve ailelerinin ihtiyaçlarını karşılamak için bir ekip çalışması yapar,
- eğer gerekirse buna yas döneminde verilen danışmanlık da dahil edilir,
- bu yaklaşımlar yaşam kalitesini artıracaktır ve ayrıca hastalığın seyrini de olumlu yönde etkileyebilir,
- hastalığın başlangıcında kemoterapi veya radyasyon terapisi gibi hastanın ömrünü uzatmayı amaçlayan diğer tedavilerle birlikte uygulanabilir, gerekli olan tanısal araştırmaları daha iyi anlamayı ve üzücü klinik komplikasyonları yönetmeyi içerir (33).

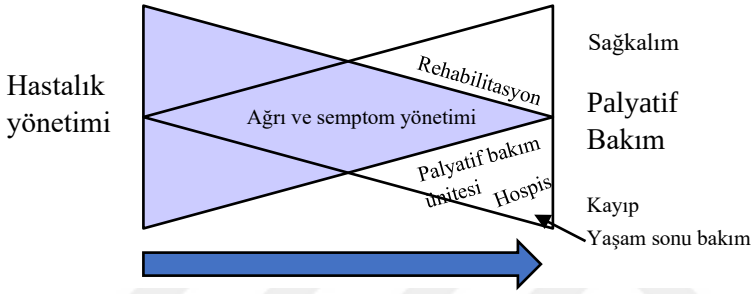
Hastalığı iyileştirmeye yönelik tedavinin palyatif bakım ile tamamlanmasına yönelik adaptif bir model öne sürülmüştür. Hawley'in bu bakım sistemine **Papyon Modeli** denilmektedir (Şekil 3). Palyatif Bakım hastalık yönetimi ile Şekil 4 ve Şekil 5'te görülen birçok unsuru içermektedir. Ayrıca Hawley bu kapsamda hastaların Palyatif Bakım sürecini daha kolay kabullendiği görüşündedir(34).



Şekil 3: Entegre Palyatif Bakımın Temel Modeli (Papyon Modeli) (34)



Şekil 4: Hastalık yönetimi-Geliştirilmiş model (34)



Şekil 5: Palyatif model-Geliştirilmiş model (34)

Palyatif bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları hakkında yayınlanan yönergeye göre merkezlerde verilen hizmetlerin kapsamı aşağıdaki şekilde sıralanmıştır (28):

- Muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmetleri verilir.
- Psikososyal destek, psikososyal değerlendirme (sıkıntı, ansiyete, depresyon, umut, kayıp, yas, keder ve kendine bakmak), ağrı yönetimi (opioid kullanımı), beslenme desteği gibi hizmetler sunulur. İlaç, tıbbi cihaz ve malzeme kullanımına ilişkin sağlık raporlarının çıkarılması sağlanır.
- Merkez, tedavisi düzenlenmiş hastanın tıbbi, psikolojik ve sosyal durumunun gerektirdiği seviyede hizmet almasını temin etmek amacıyla, aile hekimi ve evde sağlık hizmetleri birimleriyle gerekli koordinasyon sağlanır.
- Hizmetler klinik ortamda ve poliklinik şartlarında verilir.

2.2.3.Dünyada Palyatif Bakım

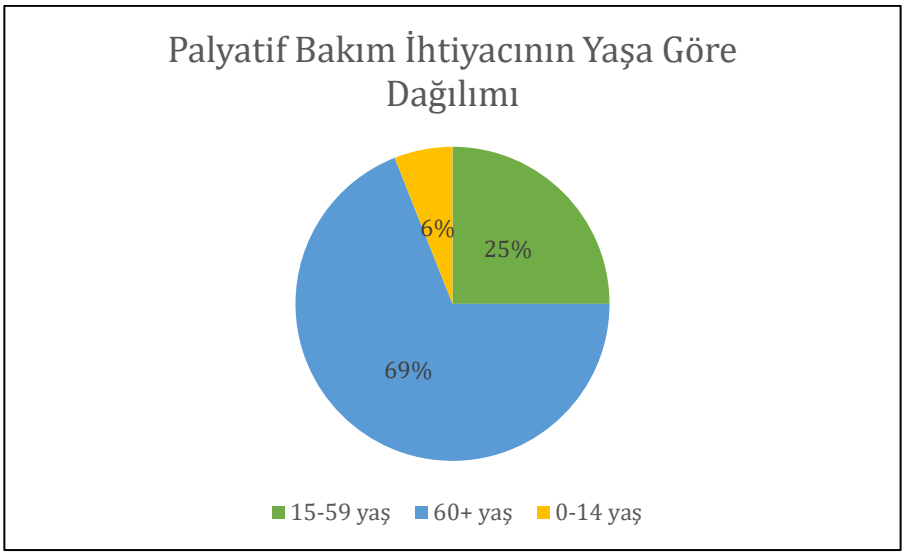
2.2.3.1.Dünyada Palyatif Bakımın Tarihçesi

Palyatif bakımın temellerinin Roma döneminde atıldığı, Roma'ya gelen hacılar için St. Fabiola tarafından kurulan sağlık destek merkezinde başladığı bildirilmektedir (35). Fransa'da günümüzdeki tanımlamalara benzer daha çok hospis anlamında hizmet veren ilk palyatif bakım ünitesi 1842'de kurulmuştur. İlk gerçek modern hospis olan St. Christopher Hospisi 1967 yılında Londra'da eski bir hemşire ve sosyal hizmet uzmanı iken sonradan tıp doktoru olan Dr. Cicely Saunders'ın yardımlarıyla kurulmuştur (15). 1970'li yıllara kadar palyatif bakım, hospis kavramı ile özdeşleştirilmiş olup bu iki kavramın ayrışması ve günümüzdeki tanımlamaların kullanılması Kanada'da 1975 ve Almanya'da 1983 yılında palyatif bakıma yönelik merkezlerin kurulmaya başlanmasıyla gerçekleşmiştir (36,37).

Amerika Birleşik Devletleri'nde günümüzdeki tanımlamalara benzer ilk palyatif bakım ünitesi 1985 yılında Wayne State Universitesi Tıp Fakültesi bünyesinde açılmıştır. Özellikle Amerika Birleşik Devletleri'nde 1990'dan itibaren palyatif bakım kavramı, kanser hastalarının bakımında hizmet veren yerler olarak algılanmıştır (38). Palyatif Tıp Amerikan uzmanlık derneği tarafından 2006 Eylül ayında resmi olarak bir yan dal uzmanlığı olarak tanınmıştır (39).

2.2.3.2.Dünyada Palyatif Bakımın Mevcut Durumu

Dünya çapında her yıl 20 milyondan fazla insanın yaşamının sonunda palyatif bakıma ihtiyacı olduğu tahmin edilmektedir. Çoğunluğu (% 69) 60 yaş üstü yetişkinlerden oluşmakta olup sadece% 6'sı çocuktur (Şekil 6).



Şekil 6: Yaş grubuna göre palyatif bakım İhtiyacı olanların dağılımı (N = 20,398,772) (2)

Yaşamın sonunda palyatif bakıma ihtiyaç duyan yetişkinlerin en yüksek oranı (% 78) düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır, ancak en yüksek palyatif bakım hizmeti alanların oranları ise yüksek gelir grubunda bulunmaktadır. Yaşamın sonunda palyatif bakıma muhtaç çocukların büyük çoğunluğu (% 98) düşük ve orta gelirli ülkelere aittir ve bu grupta % 83'ü alt gelir gruplarında yer almaktadır.

Dünya Palyatif Bakım Birliği (Worldwide Palliative Care Alliance-WPCA) 2003 yılında kurulmuştur. Tüm dünyadaki ulusal ve bölgesel hospis ve palyatif bakım organizasyonlarını içine alır (2).

WPCA'nın Palyatif Bakımı tanımlamasına göre:

1. Yaşamı tehdit eden hastalıklar ve kronik hastalıklar için Palyatif bakım bir ihtiyaçtır.

2. Bakımı sunmak için tanı ve prognoza dayalı değil ihtiyaca yönelik yaklaşım önerilmektedir.

3. Palyatif bakıma bakımın her düzeyinde ihtiyaç vardır ve üç farklı düzeyde sunulabilir:

• *Palyatif Bakım Yaklaşımı:* Uygun eğitim ile tüm sağlık profesyonelleri tarafından palyatif bakım sunma yaklaşımıdır.

• *Genel Palyatif Bakım*: Yaşamı tehdit eden hastalığı olan hastaları tedavi eden tüm birinci basamak profesyonelleri tarafından iyi bir temel palyatif bakım bilgisi ile sağlanan bakımdır.

• *Uzman Palyatif Bakım*: Karmaşık sorunları olan hastalara uzman ekip tarafından sunulan hizmettir.

4. Palyatif bakım herhangi bir bakım şekli ile sınırlandırılmamalıdır. Palyatif bakım hastanın evinde, bir bakım kuruluşunda, hastanede, hospiste veya ayaktan tedavi servisinde sunulabilir (2).

DSÖ-WPCA 2014 raporuna göre 2011 yılında 234 ülkenin 136'sında (%58) bir ya da daha fazla sayıda palyatif bakım birimi bulunmaktadır. Aynı rapora göre bu 234 ülke Palyatif Bakım gelişimine göre kendi içlerinde alt grupları barındıran 4 grupta sınıflandırılmıştır.

- Grup1: Palyatif Bakım Aktivitesi Bilinmeyen Ülkeler

  Bu grupta Afganistan, Çad, Gine, Komor, Kore, Libya, Özbekistan, gibi 75 ülke yer almaktadır. Bu ülkelerde palyatif bakım hizmeti yoktur. Bütün ülkeyi kapsayan palyatif bakım politikaları da bulunmamaktadır.

- Grup 2: Gelişme Kapasitesi Olan Ülkeler

  Azerbaycan, Bolivya, Cezayir, Papua Yeni Gine, Kongo, Surinam gibi 23 ülke yer almaktadır. Bu grup ülkelerde, Palyatif bakım hizmetlerinin gelişmesi için çok çeşitli girişimlere dair kanıtlar vardır, ancak henüz bir hizmet kurulmamıştır

- Grup 3: iki gruba ayrılır:

  Grup 3A: Sınırlı Palyatif Bakım Sağlayabilen Ülkeler

  Angola, Barbados, Mısır, Endonezya, Bulgaristan, İran, Küba, Venezuella, Meksika, Peru, gibi 74 ülke bu grupta yer almaktadır. Bu ülke grubunda palyatif bakımın kapsamı düzensiz ve iyi desteklenmemiştir.Palyatif bakımın gelişimi büyük ölçüde bağışa bağımlı olan finansman kaynağı; morfinin sınırlı bulunabilirliği; ve doğası gereği genellikle ev tabanlı olan ve nispeten nüfusun büyüklüğüyle sınırlı olan az sayıda palyatif bakım hizmetleri ile karakterizedir.

  Grup 3B: Genelleştirilmiş Palyatif Bakım Veren Ülkeler

  Arjantin, Hindistan,Portekiz ,Nepal ve Türkiye gibi 17 ülke yer almaktadır. Bu ülkeler grubunda palyatif bakım aktiviteleri bir dizi yerde gelişmiştir. Bu bölgelerde palyatif bakıma yerel desteğin artması; çoklu finansman kaynakları; morfinin mevcudiyeti; sağlık hizmeti sisteminden bağımsız bir hizmet sağlayıcıdan bir dizi Hospis-Palyatif Bakım hizmetleri ve Hospis organizasyonları tarafından bazı eğitim ve öğretim girişimlerinin sağlanması ile karakterizedir

- Grup 4: İki gruba ayrılır:

  Grup 4A: Palyatif bakım hizmetlerinin genel hizmet sunumuna ön entegrasyon aşamasında olduğu ülkeler.

  Sayıları 25 olan Çin, Danimarka, Finlandiya, Kenya, Şili ve Malezya gibi ülkeleri içerir. Bu grup ülkeler birkaç yerde palyatif bakım aktivitelerinin gelişimi ;çeşitli palyatif bakım sağlıyıcıları ve hizmet türleri; sağlık profosyonelleri ve yerel topluluklar açısından palyatif bakım konusunda farkındalık; morfin ve diğer bazı

güçlü ağrı kesici ilaçların mevcudiyeti; palyatif bakımın politika üzerindeki sınırlı etkisi; çeşitli kuruluşlar tarafından önemli sayıda eğitim ve öğretim girişimlerinin sağlanması; ve ulusal palyatif bakım derneği konseptine ilgi şeklindeki özellikler ile karakterizedir.

Grup 4B: Palyatif bakım hizmetlerinin genel hizmet sunumuna gelişmiş entegrasyon aşamasında olduğu ülkeler.

Avustralya, Norveç, Belçika, Fransa, Almanya, İtalya, İngiltere, İrlanda, Hong Kong, Japonya, Amerika Birleşik Devletleri, Kanada,Polonya gibi 20 ülke yer almaktadır. Bu ülke grubu çok çeşitli yerlerde kritik bir palyatif bakım aktivite kitlesinin gelişimi; birden fazla hizmet sağlayıcı tarafından her tür palyatif bakımın kapsamlı olarak sağlanması; palyatif bakım konusunda sağlık profesyonelleri, yerel topluluklar ve genel olarak toplum açısından geniş farkındalık; morfinin ve diğer tüm güçlü ağrı giderici ilaçların sınırsız bulunabilirliği; palyatif bakımın politika, özellikle halk sağlığı politikası üzerindeki önemli etkisi; tanınmış eğitim merkezlerinin geliştirilmesi; üniversitelerle kurulan akademik bağlantılar; ve ulusal bir palyatif bakım derneğinin varlığı; şeklinde özelliklere sahiptir (2).

WPCA'nın 234 ülke için hazırladığı bu raporda sınıflandırmada aşağıdaki kriterler uygulanmaktadır:

- Palyatif bakım servisleri ve derneklerinin yaygınlığı
- Palyatif bakım hizmetinin sağlık sistemine entegrasyonu
- Genel sağlık sigortası poliçelerinde palyatif bakımın ağırlığının olması ve diğer fonlardan palyatif bakım harcamalarına kaynak aktarılması
- Sağlık personeli ve yerel derneklerin hizmet verdiği etkin ve sürekli palyatif bakım politikaları
- Morfine ulaşma sorununun az olması
- Sağlık çalışanlarının ve toplumun palyatif bakım konusunda bilinçlenmesi
- Üniversitelerle akademik işbirliği içinde olan gelişmiş palyatif bakım eğitim sistemleri (2).

2.2.4 Türkiye'de Palyatif Bakım

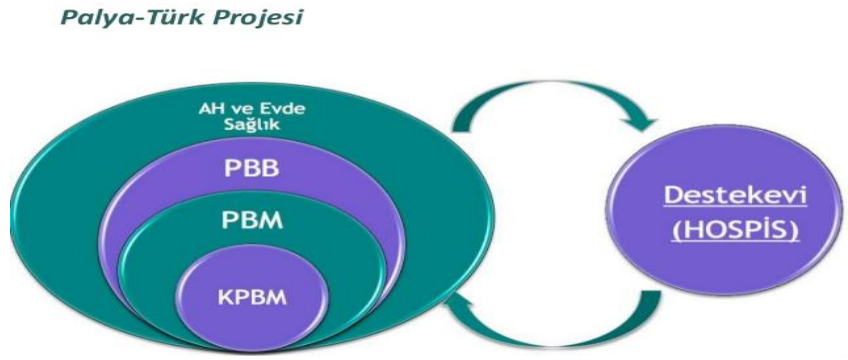
2.2.4.1.Türkiye'de Palyatif Bakımın Tarihi ve Gelişimi

Selçuklu ve Osmanlı tarihine bakıldığında Palyatif bakımın izlerine rastlanmaktadır. Darüşşifa adı ile eğitimli sağlık personelinin ücretsiz olarak sağlık hizmeti sunduğu merkezler bulunmaktaydı. Bu merkezlere vakıflar tarafından finansal destek sağlanmaktaydı. Darülaceze ise 1895 yılında kurulmuştur. Hasta, düşkün, kimsesiz, yaşlı ve yetimlere hizmet vermektedir (40). Ülkemizde ilk olarak Türk Onkoloji Vakfı tarafından, İstanbul Yeşilköy'de "Kanser Bakımevi" adıyla , palyatif bakım amaçlı bir merkez açılmıştır.1993-1997 yılları arasında hizmet vermiştir. 2006 yılında ise Hacettepe Onkoloji Enstitüsü Vakfı tarafından ikinci bir merkez oluşturulmaya çalışılmıştır. Yasal düzenlemelerdeki sorunlar nedeni ile kuruluş "Hacettepe Umut Evi" adı altında kanserli hastaların tedavileri ve ardından kısa bir süreliğine de olsa konaklayabilecekleri minimum hemşire hizmetinin sunulduğu bir merkez şeklinde planlanmıştır (41,42). İlk kapsamlı Palyatif bakım servisi ise erişkin hastalara yönelik olarak 'Sağlık Bakanlığı Ulus Devlet Hastanes'inde açılmıştır (27).

Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı 2009 yılında palyatif bakım konusunda DSÖ ve bir çok uluslararası kuruluşun katkısı ve bakanlığın ilgili birimleri ile 'Palya-Türk Projesi'ni başlatmıştır (43). Bu proje ilk toplum tabanlı Palyatif bakım projesi olma özelliğini taşımaktadır. Bu projede 3 seviyeli Palyatif Bakım Merkezleri (PBM) ve Organizasyon Modeli oluşturulmuştur (Şekil 6) (44).

- Birinci Seviye: Aile hekimleri, Evde Sağlık, PBB (Palyatif Bakım Birimleri) (Hastane bünyesinde) Hedef: 2013 / 2023 yılları arası 216 Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler+ 7 Üniversitede PBB kurulması
- İkinci Seviye: Palyatif Bakım Merkezleri (akut bakım) Hedef: 38 Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler + 22 Üniversitede PBM kurulması Yıl: 2013 / 2023
- Üçüncü Seviye: Kapsamlı Palyatif Bakım Merkezleri (KPBM) (akut bakım) Hedef: 19 Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler + 18 Üniversitede Toplam 37 KPBM (2013-2023)
- Destekevi (Hospis) : Kronik Bakım Hedef: 4 Pilot Destek Evi

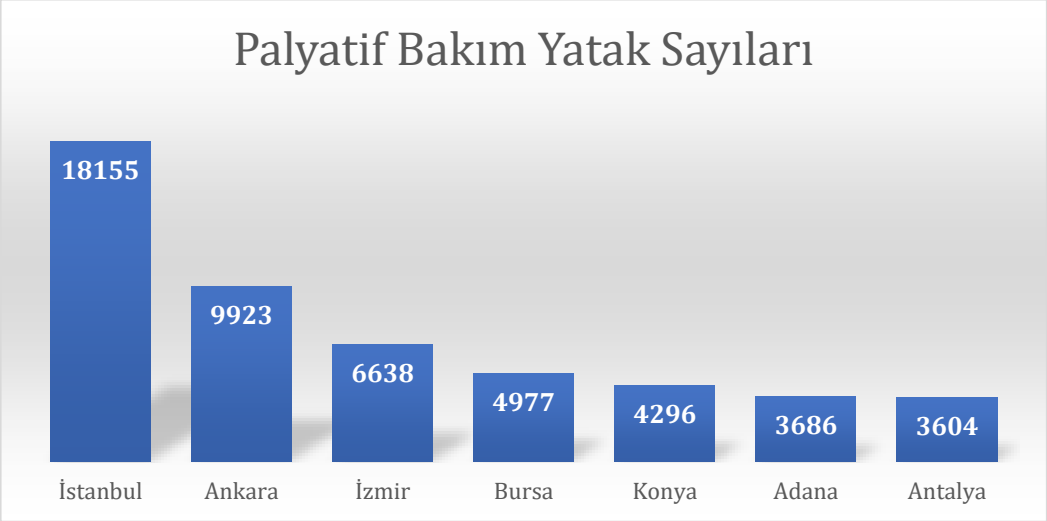
- Gönüllüler, Belediyeler ve STK'lar Her Seviyede



Şekil 7: Palya-Türk projesi(44)

Ülkemizde 07.07.2015 tarihinde 'Palyatif Bakim Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Yönerge' yürürlüğe konmuştur. Yönerge merkezlerin kurulması, fiziki şartlar ve asgari donanım standartları, ulaşım aracı tahsisi, personel görevlendirilmesi, asgari personel standardı, görev yetki ve sorumluluklar, çalışma esasları ve hizmetin kapsamı, palyatif bakım hizmetlerine başvuru, hasta kabul, sevk ve nakil esasları, hasta hakları, hizmetin sonlandırılması, eğitim, denetim ve sorumluluk başlıklarını, detaylı olarak anlatan , 7 bölümden oluşmaktadır (28).

Palyatif Bakım Merkezlerimizin 81 il ve hastanelerimizdeki yatak sayıları ile ilgili 19 Haziran 2018 tarihli güncel bilgilere göre mevcut durumu şekil 7 de gösterilmiştir. İstanbul 18.155 yatak sayısı ile 1. sırada , onu 9923 yatak sayısı ile Ankara ,6638 İzmir, 3150-6149 arası sayısı ile Bursa, Konya, Adana, Antalya takip etmektedir. Diğer illerde ise 150-3149 arası palyatif bakım yatak sayısı bulunmaktadır (45).



Şekil 8: Palyatif Bakım Merkezlerimizin İl Ve Hastanelerimizdeki Yatak Sayıları,2018 (45)

Günümüzde Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü,Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı bünyesinde 'Evde Sağlık ve Palyatif Bakım Birimi' görev yapmaktadır (46).

2.2.4.2. Palyatif Bakımın Sonlandırılacağı durumlar

'Palyatif Bakim Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Yönerge'de Palyatif bakım hizmetinin sonlandırıldığı durumlar beirtilmiştir Buna göre;

a) Evde sağlık hizmetleri birimine yönlendirilen hastanın hizmetinin sonlandırılmasında, evde sağlık hizmetlerine ilişkin mevzuat esas alınır.

b) Hastanın kendisi veya kanuni temsilcilerinin hizmeti sonlandırmayı talep etmesi, hasta veya aile bireylerinin tedaviye uyumsuz davranış sergilemeleri, önerilere uymayarak direnç göstermeleri halinde, hizmetin faydası sorumlu uzman tabip tarafından sorgulanır, hasta ve aile bireyleri ile görüşülerek hizmetin sonlandırılmasına ilişkin karar tutanak altına alınır. İfadesi yer almaktadır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Etik Kurul Onayı ve İzinler

Bu araştırma projesi Etik Kurulu tarafından bilimsel ve etik açıdan uygun görülüp 11.06.2020 tarihinde FSM EAH KAEK 2020/47 sayılı kararla onaylanmıştır (EK1).Sağlık Bilimleri Üniversitesi 48865165-302.14.01 sayılı kararla tez konusu onayı vermiştir (EK2). İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Eğitim ve Tescil Birimi'nin 15916306-604.01.02 sayılı yazısı ile ASM'de çalışma izni alınmıştır (EK3).

3.2. Araştırmanın Yürütüldüğü Yer

Bu araştırma Maltepe 20 nolu ASM Aile Hekimliği 34.27.126 nolu birimde 13 Haziran 2020-13 Ağustos 2020 tarihleri arasında yürütülmüştür

3.3. Araştırma Evreni

Araştırmanın evreni Maltepe 20 Nolu ASM Aile Hekimliğine başvurmuş ve iletişim bilgileri mevcut olan 18 yaş üzeri, ileri yaş olmasına rağmen sorulara yanıt verebilecek fiziksel ve zihinsel problemi olmayan, kadın ve erkeklerden oluşmaktadır. Çalışma için 2 bölümden oluşan anket formu sözel onamları alınarak hastalara uygulanmıştır. Anket formu COVİD-19 pandemisi nedeni ile talep edenlere elektronik posta ve whatsapp gibi uygulamalar da dahil olmak üzere ulaştırılmış, kabul edenler arasından minimum örneklem sayısı tamamlanana kadar çalışmaya devam edilmiştir(Ek 4).

Araştırma kapsamında gerekli olan örneklem büyüklüğü, Maltepe 20 Aile Hekimliği 34.27.126 nolu birime başvuran 18 yaş üzeri kişiler içerisinden, aile hekimliği uygulamaları hakkında bilgi düzeylerini toplamda %69,3 yeterli ve kararsız olarak nitelendiren kişilerin bulunduğu referans çalışma altında (23), %90 güç ile, α=0,05 (%95 güven aralığında) Power and Sample Size paket programı kullanılarak 132 kişi olarak hesaplanmıştır.

3.4. Dahil Etme ve Dışlama Kriterleri

Araştırmaya dahil edilme kriterleri aşağıdadır.

1. 18 yaş üstü olmak

2. Onam vermiş olmak

Hastalardan aşağıdaki kriterlere sahip olanlar ise araştırma dışı bırakılmıştır.

1. 18 yaş altı olmak
2. Onam vermek istemeyenler

3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma; Maltepe 20 Nolu Aile Hekimliği 34.27.126 nolu birime başvurmuş ve iletişim bilgileri mevcut olan 132 yetişkinin sosyo-demografik özelliklerini, Evde Bakım ve Palyatif Bakım ile ilgili aile hekiminin görev ve yetkilerini bilme durumunu, Evde Bakım ve Palyatif Bakım uygulaması ile ilgili bilgi, tutum ve davranışını sorgulayan, iki bölümde toplam 41 sorudan oluşan, yüz yüze ve pandemi nedeniyle elektronik posta, whatsapp gibi uygulamalar yardımıyla ulaştırılan bir anket ile sınırlıdır.

3.6. Veri Toplama Aracı

Araştırma kapsamında hastalara, sosyo-demografik özelliklerini (yaş, mesleği, eğitim düzeyi, aylık gelir düzeyi), Evde Bakım ve Palyatif Bakım Kavramlarını sorgulayan bölüm ile aile hekimliği uygulaması ile Evde Bakım ve Palyatif Bakım temasları (Evde bakım hastalarının veya kendilerinin evde bakım ihtiyaçlarının daha önce olup olmadığı), aile hekiminin Evde Bakım ve Palyatif Bakım ile ilgili görev ve yetkileri (hastalık taraması/takibi/tedavisi, verilen çeşitli sağlık hizmetleri ve sağlık raporları),Evde Bakım ve Palyatif Bakım müracaat, sonlandırma yollarını da içeren bilgi sorularının olduğu İki bölümden oluşan toplam 41 soruluk bir anket kullanılmıştır

3.7. İstatistiksel Analiz

Verilerin analizinde SPSS IBM 20.0 programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Ortalama, standart sapma, minimum, maksimum, frekans, yüzde) yanı sıra verilerin karşılaştırılmasında sürekli değişkenler için independent samples t test ve Analyze of Variance (ANOVA) testleri, kategorik değişkenler için ise Pearson ki-kare testi kullanıldı. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p<0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

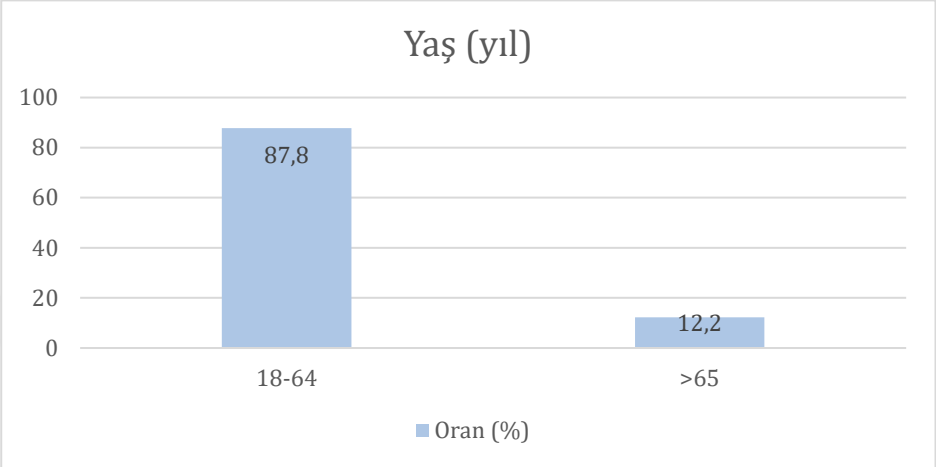
4. BULGULAR

Örneklem büyüklüğü 18 yaş üzeri kişiler içerisinden aile hekimliği uygulamaları hakkında bilgi düzeylerini toplamda %69,3 yeterli ve kararsız olarak nitelendiren kişilerin bulunduğu referans çalışma altında (23), %90 güç ile, α=0,05 (%95 güven aralığında) Power and Sample Size paket programı kullanılarak, 132 kişi olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların %55,4'ü (73 kişi) kadın, %44,6'sı (59 kişi) erkektir.

Tablo 1:Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri

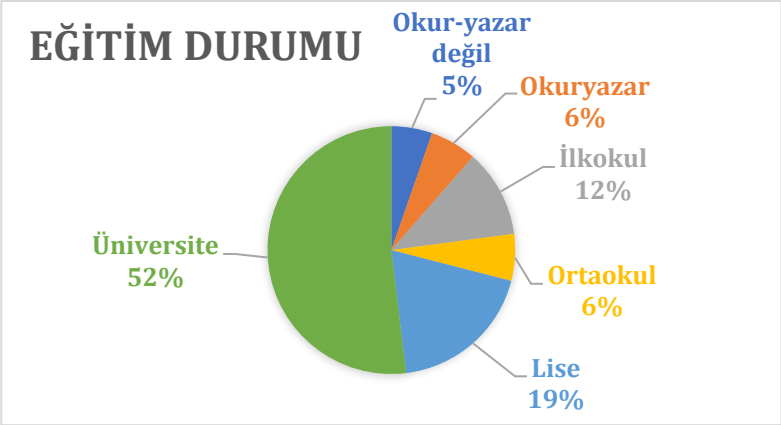
	Gruplar	Sayı (n)	Yüzde (%)
1.Yaş	18-24	14	12,2
	25-44	45	39,1
	45-65	42	36,5
	>65	14	12,2
	Toplam	115	100
2.Medeni Durum	Evli	83	63,4
	Bekâr	33	25,2
	Boşanmış	8	6,1
	Dul	7	5,3
	Toplam	131	100
3.Eğitim Durumu	Okuryazar değil	7	5,3
	Okuryazar	8	6,1
	İlkokul	15	11,5
	Ortaokul	8	6,1
	Lise	25	19,1
	Yüksekokul-Üniversite	68	51,9
	Toplam	131	100
4.Meslek	Çalışmıyor	46	35,4
	Kamu çalışanı	30	23,1
	Özel sektör	41	31,5
	Öğrenci	13	10
	Toplam	130	100
5.Aylık Gelir Düzeyi	2000 TL altı	10	7,6
	2000-5000 TL	49	37,1
	5000 TL ve üzeri	73	55,3
	Toplam	132	100
6.Sosyal Güvence	Var	116	89,2
	Yok	14	10,8
	Toplam	130	100
7.Toplam Hane kişi sayısı	**0**	3	2,5
	1	5	4,2
	2	21	17,8
	3	24	20,3
	4	38	32,2
	5	16	13,6
	6	11	9,3
	Toplam	118	100,0

Çalışmaya katılanların 46'sı **(%35,4) herhangi bir işte çalışmamaktadır**, 30'u (%23,1) kamu çalışanıdır, 41'i (%31,5) özel sektör çalışanıdır ve 13'ü de (%10) öğrencidir. Katılımcıların 116'sının (%89,2) sosyal güvencesi vardır 14'ünün (%10,8) ise sosyal güvencesi bulunmamaktadır .



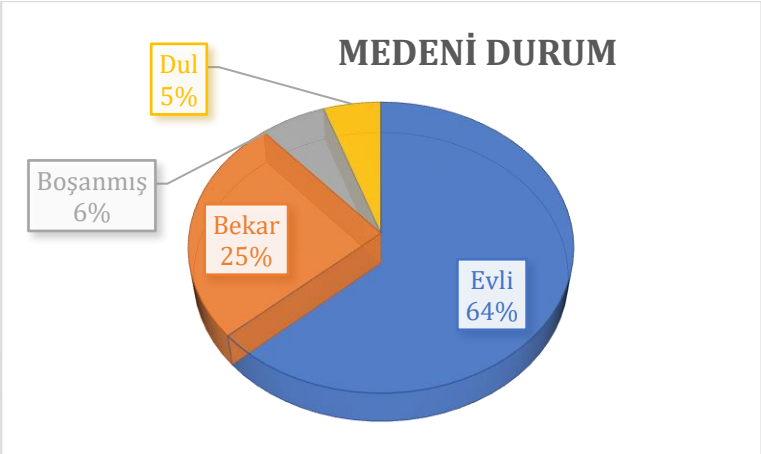
Şekil 9: Yaş Dağılımı

Katılımcıların %87,8'i 18-65 yaş aralığındadır.14'ü **(%12,2) ise > 65** yaş grubundadır (Şekil 9). Çalışmaya katılanların **yaş ortalaması 46,72± 18,4'tür**. En genç katılımcı 18, en yaşlı katılımcı ise 93 yaşındadır. Katılımcıların 7'si (%5,3) okuryazar değildir, 8'i (%6,1) okuryazardır, 15'i (%11,5) ilkokul mezunudur, 8'i (%6,1) ortaokul mezunudur, 25'i (%19,1) lise mezunudur ve 68'i **(%51,9) de yüksekokul-üniversite** mezunudur (Şekil 10).



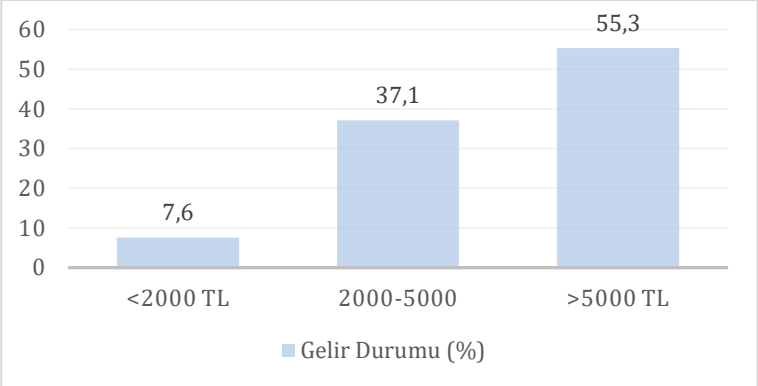
Şekil 10:Eğitim durumu dağılımı

Katılımcıların 83'ü (%63,4) evlidir, 33'ü (%25,2) bekârdır, 8'i (%6,1) boşanmıştır ve 7'si de (%5,3) duldur (Şekil 11).



Şekil 11: Medeni durum dağılımı

Çalışmaya katılanların 10'u %7,6 2000 TL altı, 49'u (%37,1) 2000-5000 TL arası ve 73'ü de **(%55,3) 5000 TL ve üzeri aylık gelire** sahiptir(Şekil 12).



Şekil 12: Gelir durumu dağılımı

Tablo 2:Evde Bakım ve Palyatif Bakım Kavramları

Sorular	Gruplar	Sayı (n)	Yüzde (%)
8.Evde bakım ne ifade eder?	**Hepsi**	**96**	**73,8**
	Evde yara bakımı	3	2,3
	Evde hastalık takibi yaptırmak, tedavileri planlamak	24	18,5
	Evde psikolojik destek	1	,8
	Evde iğne, pansuman yaptırmak	3	2,3
	Diğer	3	2,3
	Toplam	130	100,0
9.Palyatif bakım ne ifade eder?	**Hepsi**	**67**	**54,9**
	Hasta yaşam kalitesini arttırmaya yönelik destekleyici bakım verilmesi	25	20,5
	Ağrı ve ıstırap veren semptomların giderilmesi	16	13,1
	Psikolojik destek verilmesi	1	,8
	Kemoterapi ve radyoterapi uygulanması	4	3,3
	Diğer	9	7,4
	Toplam	122	100,0
10.Evde bakım ve/veya palyatif bakım için nereye müracaatta bulunursunuz?	**Hastane**	**59**	**46,1**
	ASM (Aile Sağlığı Merkezi)	**50**	**39,1**
	TSM (Toplum Sağlığı Merkezi)	19	14,8
	Toplam	128	100,0
11.Evde bakım veren kişi olsaydınız sosyal hayatınız olumsuz etkilenir miydi?	**Evet**	**88**	**67,7**
	Hayır	42	32,3
	Toplam	130	100,0
12.Evde bakım ihtiyacınız oldu mu?	Evet	26	20,0
	Hayır	104	80,0
	Toplam	130	100,0
13.Bakım veren kişi olmak durumunda kalsaydınız kendinizi işinizden ayrılmak zorunda hisseder miydiniz?	**Evet**	**82**	**64,6**
	Hayır	45	35,4
	Toplam	127	100,0

14.Evde bakım ve/veya anlık bakım ihtiyacı olan kişi sayınız?	Yok	99	75,0
	1	21	15,9
	2	5	3,8
	2 den fazla	7	5,3
	Toplam	132	100,0
15.Evde bakım ve/veya palyatif bakım hakkında bir yerden/kimseden bilgi aldınız mı?	Evet	37	28,5
	Hayır	**93**	**71,5**
	Toplam	130	100,0
16.Evde bakım ve/veya palyatif bakım hakkında bilgiyi nereden/kimden aldınız?	**Kayıtlı olduğum aile hekimliğinde sağlık personeli**	**31**	**28,4**
	Tedavi gördüğüm hastanede sağlık personeli	28	25,7
	Aile-çevre	23	21,1
	TV-yazılı yayın	10	9,2
	Diğer	17	15,6
	Toplam	109	100,0
17.Evde bakım hizmetlerinden hangisi için talepte bulunurdunuz?	Hepsi	65	52,4
	Yara bakımı	12	9,7
	Enjeksiyon-pansuman	19	15,3
	Bakım verene yönelik eğitim	4	3,2
	Hastalık takibi yaptırmak tedavilerin planlanması	18	14,5
	Psikolojik destek	6	4,8
	Toplam	124	100,0
18.Yaşamın son döneminde bakımı nereden almak isterdiniz?	Palyatif bakım ünitelerinde	28	22,4
	Evde	**97**	**77,6**
	Toplam	125	100,0

8.soru:‘Evde bakım ne ifade eder’ sorusuna katılımcıların 96’sı (%73,8) hepsi cevabını vermiştir.

9. soru:‘Palyatif bakım ne ifade eder’ sorusuna katılımcıların 67’si (%54,9) hepsi cevabını vermiştir.

10. soru:‘Evde bakım ve/veya palyatif bakım için nereye müracaatta bulunursunuz’ sorusuna katılımcıların 59’u (%46,1) hastane, 50’si (%39,1) ASM cevabını vermiştir.

11. soru:‘Evde bakım veren kişi olsaydınız sosyal hayatınız olumsuz etkilenir miydi’ sorusuna katılımcıların **88’i (%67,7) evet** cevabını;

13. soru:‘Bakım veren kişi olmak durumunda kalsaydınız kendinizi işinizden ayrılmak zorunda hisseder miydiniz’ sorusuna katılımcıların **82’si (%64,6) evet** cevabını vermiştir.

15. soru:‘Evde bakım ve/veya palyatif bakım hakkında bir yerden/kimseden bilgi aldınız mı’ sorusuna katılımcıların 93’ü (%71,5) hayır cevabını vermiştir.

16. soru:‘Evde bakım ve/veya palyatif bakım hakkında bilgiyi nereden/kimden aldınız’ sorusuna katılımcıların 31’i (%28,4) ‘kayıtlı olduğum aile hekimliğinde sağlık personeli’ cevabını vermiştir.

18. soru:‘Yaşamın son döneminde bakımı nereden almak isterdiniz’ sorusuna katılımcıların **97’si de (%77,6)** evde cevabını vermiştir.

Tablo 3:Bilgi Soruları Dağılımı

Kavramlar	Cevaplar	Sayı (n)	Yüzde (%)
1.Aile hekimi, evde takibi zorunlu engelli, yaşlı, yatalak kişilere evde sağlık hizmeti sağlar	**Evet**	81	**63,8**
	Hayır	16	12,6
	Fikrim yok	30	23,6
	Toplam	127	100,0
2.Evde sağlık hizmetleri, Bakanlık ve bağlı kuruluşları bünyesindeki eğitim ve araştırma hastaneleri, genel hastaneler veya dal hastaneleri, ADSM’ler ve TSM’ler bünyesinde kurulan birimler ve AHB’ler vasıtası ile sunulur.	**Evet**	61	**46,6**
	Hayır	3	2,3
	Fikrim yok	67	51,1
	Toplam	131	100,0
3.Evde sağlık hizmeti mesai saatleri içerisinde ve randevu sistemiyle sunulur.	**Evet**	78	**60,0**
	Hayır	11	8,5
	Fikrim yok	41	31,5
	Toplam	130	100,0
4.Hekim ilk ziyareti ekibiyle birlikte gerçekleştirerek hastanın kapsamlı olarak tıbbi değerlendirmesini yapar.	**Evet**	91	**70,0**
	Hayır	4	3,1
	Fikrim yok	35	26,9
	Toplam	130	100,0

5.Tanıyı koyup tedaviyi gerçekleştiren tabibin bilgilendirme ve önerilerini de dikkate alarak evde sağlık hizmet planı hazırlanır, gerekiyorsa, ilgili dal uzmanından destek alır.	**Evet**	95	**73,1**
	Hayır	1	,8
	Fikrim yok	34	26,2
	Toplam	130	100,0
6.Hekim Evde sağlık hizmetleri sırasında kullanılacak ilaç, tıbbi cihaz ve malzemelerin tedariki, uygun koşullarda saklanması, kullanımı, tıbbi atıkların toplanması ve muhafaza edilmesi, enfeksiyonlardan ve bulaşıcı hastalıklardan korunma gibi konularda kişi ve aile bireylerini bilgilendirir ve danışmanlık hizmeti verir.	**Evet**	90	**69,2**
	Hayır	1	,8
	Fikrim yok	39	30,0
	Toplam	130	100,0
7.Aile Hekimi kendisine başvuran ya da yerinde veya gezici hizmet sunumu esnasında tespit ettiği evde sağlık hizmetine ihtiyacı olan hastayı koordinasyon merkezine bildirir.	**Evet**	84	**65,6**
	Hayır	3	2,3
	Fikrim yok	41	32,0
	Toplam	128	100,0
8.Evde Bakım başvuru, hasta, hasta yakını diğer kişi veya kurumlar tarafından 444 3 833 numaralı telefon hattı aranarak "Evde Sağlık Hizmeti Başvuru Formu" doldurularak veya TSM/AHB'ler aracılığıyla il koordinasyon merkezine yapılır.	**Evet**	64	**49,2**
	Hayır	3	2,3
	Fikrim yok	63	48,5
	Toplam	130	100,0
9.Evde Bakım kapsamında hastaya konulmuş olan tanı ve planlanan tedavi çerçevesinde, bulunduğu ev ortamında muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmetleri verilir.	**Evet**	84	**64,6**
	Hayır	5	3,8
	Fikrim yok	41	31,5
	Toplam	130	100,0
10.Evde Bakım kapsamında İlacın reçete edilmesindeki özel düzenlemeler saklı kalmak kaydıyla, uzun süreli kullanımı sağlık raporu ile belgelendirilen ilaçları reçete edilebilir.	**Evet**	77	**59,2**
	Hayır	9	6,9
	Fikrim yok	44	33,8
	Toplam	130	100,0
11.Aile Hekimi tarafından hastanın ve ailesinin, evde bakım sürecinde üstlenebilecekleri görevler ile hastalık ve bakım süreçleri hakkında bilgi verilir	**Evet**	93	**72,1**
	Fikrim yok	36	27,9
	Toplam	129	100,0
12.Evde Bakım kapsamında gerekli görülen hallerde hastanın ilgili sağlık kuruluşuna ve/veya sağlık kuruluşundan evine nakli sağlanır.	**Evet**	84	**64,6**
	Hayır	4	3,1
	Fikrim yok	42	32,3
	Toplam	130	100,0

13.Evde sağlık hizmeti sunulan hastanın, iyileşmesi, uygulanan bakım ve tedavinin, sağlık personeli gerektirmeden yapılabilecek hale gelmesi, hastanın kendisinin veya küçük ya da ayırt etme gücüne sahip olmayan hastanın veli/vasisinin hizmeti sonlandırmayı talep etmesi, çeşitli nedenlerle ikamet ettiği bölgenin değişmesi, hastanın vefat etmesi nedeniyle Evde Sağlık Hizmeti sonlandırılabilir.	**Evet**	74	**56,9**
	Hayır	1	,8
	Fikrim yok	55	42,3
	Toplam	130	100,0
14.Hasta veya yakınlarının tedaviye uyumsuz davranışları, direnç göstermeleri, önerilere uymamaları halinde sorumlu tabip, diş tabibi ya da aile hekimi tarafından verilen hizmetin faydası olmayacağına kanaat getirilmesi, Hasta veya küçük ya da ayırt etme gücüne sahip olmayan hastanın veli/vasisinin personelin güvenliğine yönelik uygun olmayan davranışlarda bulunmaları nedeniyle Evde Sağlık Hizmeti sonlandırılabilir.	**Evet**	57	**44,2**
	Hayır	5	3,9
	Fikrim yok	67	51,9
	Toplam	129	100,0
15.Palyatif bakım hizmetleri; yataklı sağlık tesislerinde palyatif bakım merkezleri, yataklı sağlık tesisleri dışında ise aile hekimleri ve evde sağlık hizmet birimleri tarafından yürütülür.	**Evet**	60	**46,9**
	Hayır	5	3,9
	Fikrim yok	63	49,2
	Toplam	128	100,0
16.Palyatif bakım merkezlerinde devam tedavisi sağlanan hastaların tedavilerine düzenli devam edip etmediği, ağrı kesicilerini doğru zamanda ve dozda kullanıp kullanmadığı, yan etkilerinin olup olmadığı gibi süreçlerin takip edilmesi esastır	**Evet**	73	**57,0**
	Hayır	1	,8
	Fikrim yok	54	42,2
	Toplam	128	100,0
17.Palyatif Bakım merkezleri 24 saat esasına göre çalışır. Mesai saatleri haricinde hizmet, sorumlu tabibin planlamasına ve nöbet esasına göre yürütülür.	**Evet**	63	**48,8**
	Hayır	3	2,3
	Fikrim yok	63	48,8
	Toplam	129	100,0
18.Palyatif Bakım Merkezleri yaşamı tehdit eden hastalıklara bağlı olarak ortaya çıkan sorunlarla karşılaşan hastalarda ağrı ve diğer semptomları erken tanımlamak ve değerlendirmek, bu kişilere ve aile bireylerine tıbbi, psikolojik, sosyal ve manevi destek vererek acılarını hafifletmek veya önlemek, yaşam kalitesini geliştirmek için faaliyet göstermek amacıyla kurulur.	**Evet**	62	**48,4**
	Hayır	3	2,3
	Fikrim yok	63	49,2
	Toplam	128	100,0
19.Psikososyal destek, psikososyal değerlendirme (sıkıntı, anksiyete, depresyon, umut, kayıp, yas, keder) ağrı yönetimi, beslenme desteği gibi hizmetler sunulur.	**Evet**	64	**50,4**
	Hayır	5	3,9
	Fikrim yok	58	45,7
	Toplam	127	100,0

20.Palyatif Bakım hizmetleri klinik ortamda ve poliklinik şartlarında verilir.	**Evet**	50	**39,4**
	Hayır	10	7,9
	Fikrim yok	67	52,8
	Toplam	127	100,0
21.Başvurular, palyatif bakım hizmeti almak isteyen hastaların kendisi veya aile bireyleri tarafından bizzat yapılabilir	**Evet**	76	**58,9**
	Hayır	4	3,1
	Fikrim yok	49	38,0
	Toplam	129	100,0
22.Başvurular Aile hekimi veya hastanın takip ve tedavisini yapan tabip tarafından taburcu aşamasında gerekli görüşme ve koordinasyon sağlanmak suretiyle palyatif bakım hizmeti veren merkez veya sağlık hizmet sunucusuna yapılabilir.	**Evet**	63	**48,8**
	Hayır	3	2,3
	Fikrim yok	63	48,8
	Toplam	129	100,0
23.Palyatif Bakım merkezlerinde Muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmetleri verilir.	**Evet**	69	**53,1**
	Hayır	3	2,3
	Fikrim yok	58	44,6
	Toplam	130	100,0

*Doğru cevaplar tabloda koyu renkli olarak ifade edilmiştir.

1. soru ‘Aile hekimi, evde takibi zorunlu engelli, yaşlı, yatalak kişilere evde sağlık hizmeti sağlar’ sorusuna katılımcıların **81’i (%63,8) evet** cevabını vermiştir.

2. soru ‘Evde sağlık hizmetleri, Bakanlık ve bağlı kuruluşları bünyesindeki eğitim ve araştırma hastaneleri, genel hastaneler veya dal hastaneleri, ADSM’ler ve TSM’ler bünyesinde kurulan birimler ve AHB’ler vasıtası ile sunulur’ ifadesine katılımcıların **67’si (%51,1) de fikrim yok** cevabını vermiştir.

4. soru ‘Hekim ilk ziyareti ekibiyle birlikte gerçekleştirerek hastanın kapsamlı olarak tıbbi değerlendirmesini yapar’ ifadesine katılımcıların **91’i (%70) evet**, cevabını vermiştir.

7. soru ‘Aile Hekimi kendisine başvuran ya da yerinde veya gezici hizmet sunumu esnasında tespit ettiği evde sağlık hizmetine ihtiyacı olan hastayı koordinasyon merkezine bildirir’ ifadesine katılımcıların 84’ü (%65,6) evet cevabını vermiştir.

9. soru ‘Evde Bakım kapsamında hastaya konulmuş olan tanı ve planlanan tedavi çerçevesinde, bulunduğu ev ortamında muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmetleri verilir’ ifadesine katılımcıların **84’ü (%64,6) evet**, 5’i (%3,8) hayır ve 41’i (%31,5) de fikrim yok cevabını vermiştir..

Soru 11 ‘Aile Hekimi tarafından hastanın ve ailesinin, evde bakım sürecinde üstlenebilecekleri görevler ile hastalık ve bakım süreçleri hakkında bilgi verilir’ ifadesine katılımcıların **93’ü (%72,1) evet**, 36’sı (%27,9) da fikrim yok cevabını vermiştir.

Soru 14 ‘Hasta veya yakınlarının tedaviye uyumsuz davranışları, direnç göstermeleri, önerilere uymamaları halinde sorumlu tabip, diş tabibi ya da aile hekimi tarafından verilen hizmetin faydası olmayacağına kanaat getirilmesi, Hasta veya küçük ya da ayırt etme gücüne sahip olmayan hastanın veli/vasisinin personelin güvenliğine yönelik uygun olmayan davranışlarda bulunmaları nedeniyle Evde Sağlık Hizmeti sonlandırılabilir’ ifadesine katılımcıların 57’si (%44,2) evet, 5’i (%3,9) hayır **ve 67’si (%51,9) de fikrim yok** cevabını vermiştir.

Soru 15 ‘Palyatif bakım hizmetleri; yataklı sağlık tesislerinde palyatif bakım merkezleri, yataklı sağlık tesisleri dışında ise aile hekimleri ve evde sağlık hizmet birimleri tarafından yürütülür’ ifadesine katılımcıların 60’ı (%46,9) evet, 5’i (%3,9) hayır ve **63’ü (%49,2) de fikrim yok** cevabını vermiştir.

Soru 16 ‘Palyatif bakım merkezlerinde devam tedavisi sağlanan hastaların tedavilerine düzenli devam edip etmediği, ağrı kesicilerini doğru zamanda ve dozda kullanıp kullanmadığı, yan etkilerinin olup olmadığı gibi süreçlerin takip edilmesi esastır’ ifadesine katılımcıların **73’ü (%57) evet**, 1’i (%0,8) hayır ve 54’ü (%42,2) de fikrim yok cevabını vermiştir.

Soru 18 ‘Palyatif Bakım Merkezleri yaşamı tehdit eden hastalıklara bağlı olarak ortaya çıkan sorunlarla karşılaşan hastalarda ağrı ve diğer semptomları erken tanımlamak ve değerlendirmek, bu kişilere ve aile bireylerine tıbbi, psikolojik, sosyal ve manevi destek vererek acılarını hafifletmek veya önlemek, yaşam kalitesini geliştirmek için faaliyet göstermek amacıyla kurulur’ ifadesine katılımcıların 62’si (%48,4) evet, 3’ü (%2,3) hayır ve **63’ü (%49,2) de fikrim yok** cevabını vermiştir.

Tablo 4:Evde bakım ve palyatif bakım ile ilgili bilgi sorularına verilen yanıtların belirleyici istatistik değerleri:

	N	Minimum	Maksimum	Oran (%)
Doğru Cevap Sayısı	132	0	23	57

Evde bakım ve/veya palyatif bakım ile ilgili 23 adet bilgi sorusunu yanıtlayanlardan çalışmamıza katılanların verdikleri doğru cevap sayısı oranı %57'dir. Hiçbir soruya doğru cevap veremeyenler olduğu gibi tüm soruları doğru cevaplayanlar da mevcuttur.

Tablo 5: Medeni Durum ile Yaş Grupları arasındaki ilişki:

			Yaş Grup				Toplam
			18-24	25-44	45-65	>65	
Medeni Durum	Evli	n	1	34	32	10	77
		%	1,3%	44,2%	41,6%	13,0%	100,0%
	Bekâr	n	13	9	4	0	26
		%	50,0%	34,6%	15,4%	0,0%	100,0%
	Boşanmış	n	0	2	3	0	5
		%	0,0%	40,0%	60,0%	0,0%	100,0%
	Dul	n	0	0	3	4	7
		%	0,0%	0,0%	42,9%	57,1%	100,0%
Toplam		n	14	45	42	14	115
		%	12,2%	39,1%	36,5%	12,2%	100,0%

Çalışmaya katılanların medeni durumları ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. (Ki-kare test; p=0,001<0,05) Tablodan da görüldüğü üzere bekâr katılımcıların 13'ü (%50) 18-24 yaş grubunda, 9'u (%34,6) ise 25-44 yaş grubundadır. Evli, boşanmış ve dul katılımcıların yaşları bekar katılımcılara oranla nispeten daha yüksektir.

Katılımcıların demografik özellikleri ile evde bakım ve palyatif bakım ile ilgili bilgi düzeyleri karşılaştırılmıştır. Katılımcıların bilgi sorularına verdikleri doğru cevaplar baz alınarak karşılaştırmalar yapılmıştır. Buna göre katılımcıların yaş grupları, medeni durumları, eğitim durumları, meslekleri, aylık gelir düzeyleri ve sosyal güvenliklerinin olup olmaması ile evde bakım ve palyatif bakım hakkındaki bilgi düzeyleri arasında

istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.(ANOVA;Independent Samples t test; p>0,05)

Tablo:6 Demografik özellikler ile evde bakımın ne ifade ettiğine verilen cevapların karşılaştırılması:

Tablo 6a: Katılımcıların yaşları ile 'Evde bakım ne ifade eder?' sorusuna verdikleri cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. (Ki-kare test; p>0,05)

			Evde bakım ne ifade eder?						Toplam
			Hepsi	Evde yara bakımı	Evde hastalık takibi yaptırmak, tedavileri planlamak	Evde psikolojik destek	Evde iğne, pansuman yaptırmak	Diğer	
Yaş Grup	18-24	n	9	1	3	0	1	0	14
		%	64,3%	7,1%	21,4%	0,0%	7,1%	0,0%	100,0%
	25-44	n	37	1	5	1	1	0	45
		%	82,2%	2,2%	11,1%	2,2%	2,2%	0,0%	100,0%
	45-65	n	28	0	10	0	1	3	42
		%	66,7%	0,0%	23,8%	0,0%	2,4%	7,1%	100,0%
	>65	n	9	1	3	0	0	0	13
		%	69,2%	7,7%	23,1%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Toplam		n	83	3	21	1	3	3	114
		%	72,8%	2,6%	18,4%	,9%	2,6%	2,6%	100,0%

Tablo 6b: Katılımcıların medeni durumları ile 'Evde bakım ne ifade eder?' sorusuna verdikleri cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. (Ki-kare test; p>0,05)

			Evde bakım ne ifade eder?						Toplam
			Hepsi	Evde yara bakımı	Evde hastalık takibi yaptırmak, tedavileri planlamak	Evde psikolojik destek	Evde iğne, pansuman yaptırmak	Diğer	
Medeni Durum	Evli	n	63	1	15	1	1	0	81
		%	77,8%	1,2%	18,5%	1,2%	1,2%	0,0%	100,0%
	Bekâr	n	23	1	5	0	1	3	33
		%	69,7%	3,0%	15,2%	0,0%	3,0%	9,1%	100,0%
	Boşanmış	n	3	1	3	0	1	0	8
		%	37,5%	12,5%	37,5%	0,0%	12,5%	0,0%	100,0%
	Dul	n	6	0	1	0	0	0	7
		%	85,7%	0,0%	14,3%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Toplam		n	95	3	24	1	3	3	129
		%	73,6%	2,3%	18,6%	,8%	2,3%	2,3%	100,0%

Tablo 6c: Katılımcıların eğitim durumları ile 'Evde bakım ne ifade eder?' sorusuna verdikleri cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. (Ki-kare test; p>0,05)

			Evde bakım ne ifade eder?						Toplam
			Hepsi	Evde yara bakımı	Evde hastalık takibi yaptırmak, tedavileri planlamak	Evde psikolojik destek	Evde iğne, pansuman yaptırmak	Diğer	
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	n	3	1	3	0	0	0	7
		%	42,9%	14,3%	42,9%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	Okuryazar	n	5	0	2	0	1	0	8
		%	62,5%	0,0%	25,0%	0,0%	12,5%	0,0%	100,0%
	İlkokul	n	10	0	2	0	1	1	14
		%	71,4%	0,0%	14,3%	0,0%	7,1%	7,1%	100,0%
	Ortaokul	n	4	0	3	0	0	0	7
		%	57,1%	0,0%	42,9%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	Lise	n	19	0	5	1	0	0	25
		%	76,0%	0,0%	20,0%	4,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	Yüksekokul-Üniversite	n	54	2	9	0	1	2	68
		%	79,4%	2,9%	13,2%	0,0%	1,5%	2,9%	100,0%
Toplam		n	95	3	24	1	3	3	129
		%	73,6%	2,3%	18,6%	,8%	2,3%	2,3%	100,0%

Tablo 6d: Katılımcıların meslekleri ile 'Evde bakım ne ifade eder?' sorusuna verdikleri cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. (Ki-kare test; p>0,05)

			Evde bakım ne ifade eder?						Toplam
			Hepsi	Evde yara bakımı	Evde hastalık takibi yaptırmak, tedavileri planlamak	Evde psikolojik destek	Evde iğne, pansuman yaptırmak	Diğer	
Meslek	Çalışmıyor	n	33	1	7	0	2	1	44
		%	75,0%	2,3%	15,9%	0,0%	4,5%	2,3%	100,0%
	Kamu çalışanı	n	24	0	4	0	0	2	30
		%	80,0%	0,0%	13,3%	0,0%	0,0%	6,7%	100,0%
	Özel sektör	n	29	2	9	1	0	0	41
		%	70,7%	4,9%	22,0%	2,4%	0,0%	0,0%	100,0%
	Öğrenci	n	9	0	3	0	1	0	13
		%	69,2%	0,0%	23,1%	0,0%	7,7%	0,0%	100,0%
Toplam		n	95	3	23	1	3	3	128
		%	74,2%	2,3%	18,0%	,8%	2,3%	2,3%	100,0%

Tablo 6e: Katılımcıların aylık gelir düzeyleri ile ‘Evde bakım ne ifade eder?’ sorusuna verdikleri cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. (Ki-kare test; p>0,05)

			Evde bakım ne ifade eder?						Toplam
			Hepsi	Evde yara bakımı	Evde hastalık takibi yaptırmak, tedavileri planlamak	Evde psikolojik destek	Evde iğne, pansuman yaptırmak	Diğer	
Aylık Gelir Düzeyi	2000 TL altı	n	4	0	3	0	0	1	8
		%	50,0%	0,0%	37,5%	0,0%	0,0%	12,5%	100,0%
	2000-5000 TL	n	36	2	7	1	1	2	49
		%	73,5%	4,1%	14,3%	2,0%	2,0%	4,1%	100,0%
	5000 TL ve üzeri	n	56	1	14	0	2	0	73
		%	76,7%	1,4%	19,2%	0,0%	2,7%	0,0%	100,0%
Toplam		n	96	3	24	1	3	3	130
		%	73,8%	2,3%	18,5%	0,8%	2,3%	2,3%	100,0%

Tablo 6f: Katılımcıların sosyal güvence durumları ile ‘Evde bakım ne ifade eder?’ sorusuna verdikleri cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. (Ki-kare test; p>0,05)

			Evde bakım ne ifade eder?						Toplam
			Hepsi	Evde yara bakımı	Evde hastalık takibi yaptırmak, tedavileri planlamak	Evde psikolojik destek	Evde iğne, pansuman yaptırmak	Diğer	
Sosyal Güvence	Var	n	88	3	19	1	2	2	115
		%	76,5%	2,6%	16,5%	,9%	1,7%	1,7%	100,0%
	Yok	n	7	0	4	0	1	1	13
		%	53,8%	0,0%	30,8%	0,0%	7,7%	7,7%	100,0%
Toplam		n	95	3	23	1	3	3	128
		%	74,2%	2,3%	18,0%	0,8%	2,3%	2,3%	100,0%

Tablo 7:Demografik özellikler ile palyatif bakımın ne ifade ettiğine verilen cevapların karşılaştırılması:

Tablo 7a: Katılımcıların yaşları ile 'Palyatif bakım ne ifade eder?' sorusuna verdikleri cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. (Ki-kare test; p>0,05)

			Palyatif bakım ne ifade eder?						Toplam
			Hepsi	Hasta yaşam kalitesini arttırmaya yönelik destekleyici bakım verilmesi	Ağrı ve ıstırap veren semptomların giderilmesi	Psikolojik destek verilmesi	Kemoterapi ve radyoterapi uygulanması	Diğer	
Yaş Grup	18-24	n	9	3	1	0	1	0	14
		%	64,3%	21,4%	7,1%	0,0%	7,1%	0,0%	100,0%
	25-44	n	21	13	5	1	0	3	43
		%	48,8%	30,2%	11,6%	2,3%	0,0%	7,0%	100,0%
	45-65	n	21	6	7	0	3	2	39
		%	53,8%	15,4%	17,9%	0,0%	7,7%	5,1%	100,0%
	>65	n	5	1	2	0	0	4	12
		%	41,7%	8,3%	16,7%	0,0%	0,0%	33,3 %	100,0%
Toplam		n	56	23	15	1	4	9	108
		%	51,9%	21,3%	13,9%	0,9%	3,7%	8,3%	100,0%

Tablo 7b: Katılımcıların medeni durumları ile 'Palyatif bakım ne ifade eder?' sorusuna verdikleri cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. (Ki-kare test; p>0,05)

			Palyatif bakım ne ifade eder?						Toplam
			Hepsi	Hasta yaşam kalitesini arttırmaya yönelik destekleyici bakım verilmesi	Ağrı ve ıstırap veren semptomların giderilmesi	Psikolojik destek verilmesi	Kemoterapi ve radyoterapi uygulanması	Diğer	
Medeni Durum	Evli	n	42	17	13	0	1	6	79
		%	53,2%	21,5%	16,5%	0,0%	1,3%	7,6%	100,0%
	Bekar	n	15	7	3	1	2	1	29
		%	51,7%	24,1%	10,3%	3,4%	6,9%	3,4%	100,0%
	Boşanmış	n	5	1	0	0	1	0	7
		%	71,4%	14,3%	0,0%	0,0%	14,3%	0,0%	100,0%
	Dul	n	4	0	0	0	0	2	6
		%	66,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	33,3 %	100,0%
Toplam		n	66	25	16	1	4	9	121
		%	54,5%	20,7%	13,2%	0,8%	3,3%	7,4%	100,0%

Tablo 7c: Katılımcıların eğitim durumları ile 'Palyatif bakım ne ifade eder?' sorusuna verdikleri cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. (Ki-kare test; p>0,05)

			Palyatif bakım ne ifade eder?						Toplam
			Hepsi	Hasta yaşam kalitesini arttırmaya yönelik destekleyici bakım verilmesi	Ağrı ve ıstırap veren semptomların giderilmesi	Psikolojik destek verilmesi	Kemoterapi ve radyoterapi uygulanması	Diğer	
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	n	1	0	4	0	0	1	6
		%	16,7%	0,0%	66,7%	0,0%	0,0%	16,7%	100,0%
	Okuryazar	n	5	0	1	0	1	1	8
		%	62,5%	0,0%	12,5%	0,0%	12,5%	12,5%	100,0%
	İlkokul	n	7	2	0	0	1	1	11
		%	63,6%	18,2%	0,0%	0,0%	9,1%	9,1%	100,0%
	Ortaokul	n	4	1	0	0	0	1	6
		%	66,7%	16,7%	0,0%	0,0%	0,0%	16,7%	100,0%
	Lise	n	12	5	4	0	2	2	25
		%	48,0%	20,0%	16,0%	0,0%	8,0%	8,0%	100,0%
	Yüksekokul-Üniversite	n	37	17	7	1	0	3	65
		%	56,9%	26,2%	10,8%	1,5%	0,0%	4,6%	100,0%
Toplam		n	66	25	16	1	4	9	121
		%	54,5%	20,7%	13,2%	0,8%	3,3%	7,4%	100,0%

Tablo 7d: Katılımcıların meslekleri ile 'Palyatif bakım ne ifade eder?' sorusuna verdikleri cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. (Ki-kare test; p>0,05)

			Palyatif bakım ne ifade eder?						Toplam
			Hepsi	Hasta yaşam kalitesini arttırmaya yönelik destekleyici bakım verilmesi	Ağrı ve ıstırap veren semptomların giderilmesi	Psikolojik destek verilmesi	Kemoterapi ve radyoterapi uygulanması	Diğer	
Meslek	Çalışmıyor	n	24	2	9	0	2	4	41
		%	58,5%	4,9%	22,0%	0,0%	4,9%	9,8%	100,0%
	Kamu çalışanı	n	14	6	3	1	0	3	27
		%	51,9%	22,2%	11,1%	3,7%	0,0%	11,1%	100,0%
	Özel sektör	n	21	13	3	0	1	2	40
		%	52,5%	32,5%	7,5%	0,0%	2,5%	5,0%	100,0%
	Öğrenci	n	7	4	1	0	1	0	13
		%	53,8%	30,8%	7,7%	0,0%	7,7%	0,0%	100,0%
Toplam		n	66	25	16	1	4	9	121
		%	54,5%	20,7%	13,2%	,8%	3,3%	7,4%	100,0%

Tablo 7e: Katılımcıların aylık gelir düzeyleri ile 'Palyatif bakım ne ifade eder?' sorusuna verdikleri cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. (Ki-kare test; p>0,05)

			Palyatif bakım ne ifade eder?						Toplam
			Hepsi	Hasta yaşam kalitesini arttırmaya yönelik destekleyici bakım verilmesi	Ağrı ve ıstırap veren semptomların giderilmesi	Psikolojik destek verilmesi	Kemoterapi ve radyoterapi uygulanması	Diğer	
Aylık Gelir Düzeyi	2000 TL altı	n	4	0	2	0	0	1	7
		%	57,1%	0,0%	28,6%	0,0%	0,0%	14,3%	100,0%
	2000-5000 TL	n	28	9	4	0	1	3	45
		%	62,2%	20,0%	8,9%	0,0%	2,2%	6,7%	100,0%
	5000 TL ve üzeri	n	35	16	10	1	3	5	70
		%	50,0%	22,9%	14,3%	1,4%	4,3%	7,1%	100,0%
Toplam		n	67	25	16	1	4	9	122
		%	54,9%	20,5%	13,1%	0,8%	3,3%	7,4%	100,0%

Tablo 7f: Katılımcıların sosyal güvence durumları ile 'Palyatif bakım ne ifade eder?' sorusuna verdikleri cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. (Ki-kare test; p>0,05)

			Palyatif bakım ne ifade eder?						Toplam
			Hepsi	Hasta yaşam kalitesini arttırmaya yönelik destekleyici bakım verilmesi	Ağrı ve ıstırap veren semptomların giderilmesi	Psikolojik destek verilmesi	Kemoterapi ve radyoterapi uygulanması	Diğer	
Sosyal Güvence	Var	n	58	22	16	1	4	9	110
		%	52,7%	20,0%	14,5%	0,9%	3,6%	8,2%	100,0%
	Yok	n	8	3	0	0	0	0	11
		%	72,7%	27,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Toplam		n	66	25	16	1	4	9	121
		%	54,5%	20,7%	13,2%	0,8%	3,3%	7,4%	100,0%

Tablo 8: Yaş ile 'Evde bakım ihtiyacınız oldu mu' sorusuna verilen cevapların karşılaştırılması:

			Evde bakım ihtiyacınız oldu mu?		Toplam
			Evet	Hayır	
Yaş Grup	18-24	n	1	13	14
		%	7,1%	**92,9%**	100,0%
	25-44	n	11	34	45
		%	24,4%	75,6%	100,0%
	45-65	n	4	38	42
		%	9,5%	90,5%	100,0%
	>65	n	6	7	13
		%	**46,2%**	53,8%	100,0%
Toplam		n	22	92	114
		%	19,3%	80,7%	100,0%

Katılımcıların yaşları ile 'Evde bakım ihtiyacınız oldu mu' sorusuna verilen cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. (Ki-kare test; p=0,014 <0,05)

Tablo 9: Medeni durum ile 'Evde bakım ve/veya palyatif bakım için nereye müracaatta bulunursunuz?' sorusuna verilen cevapların karşılaştırılması:

			Evde bakım ve/veya palyatif bakım için nereye müracaatta bulunursunuz?			Toplam
			Hastane	ASM (Aile Sağlığı Merkezi)	TSM (Toplum Sağlığı Merkezi)	
Medeni Durum	Evli	n	39	31	9	79
		%	49,4%	39,2%	11,4%	100,0%
	Bekar	n	11	13	9	33
		%	33,3%	39,4%	27,3%	100,0%
	Boşanmış	n	3	5	0	8
		%	37,5%	62,5%	0,0%	100,0%
	Dul	n	6	0	1	7
		%	**85,7%**	0,0%	14,3%	100,0%
Toplam		n	59	49	19	127
		%	**46,5%**	38,6%	15,0%	100,0%

Katılımcıların medeni durumları ile 'Evde bakım ve/veya palyatif bakım için nereye müracaatta bulunursunuz?' sorusuna verilen cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. (Ki-kare test; p=0,044 <0,05)

Tablo 10: Medeni durum ile 'Evde bakım ve/veya palyatif bakım ihtiyacı olan kişi sayınız?' sorusuna verilen cevapların karşılaştırılması:

			Evde bakım ve/veya palyatif bakım ihtiyacı olan kişi sayınız?				Toplam
			Yok	1	2	2'den fazla	
Medeni Durum	Evli	n	63	12	3	5	83
		%	75,9%	14,5%	3,6%	6,0%	100,0%
	Bekar	n	29	3	1	0	33
		%	**87,9%**	9,1%	3,0%	0,0%	100,0%
	Boşanmış	n	5	3	0	0	8
		%	62,5%	37,5%	0,0%	0,0%	100,0%
	Dul	n	1	3	1	2	7
		%	14,3%	**42,9%**	14,3%	28,6%	100,0%
Toplam		n	98	21	5	7	131
		%	74,8%	16,0%	3,8%	5,3%	100,0%

Katılımcıların medeni durumları ile 'Evde bakım ve/veya palyatif bakım ihtiyacı olan kişi sayınız?' sorusuna verilen cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. (Ki-kare test; p=0,007 <0,05)

Tablo 11:Medeni durum ile 'Evde bakım hizmetlerinden hangisi için talepte bulunurdunuz?' sorusuna verilen cevapların karşılaştırılması:

			Evde bakım hizmetlerinden hangisi için talepte bulunurdunuz?						Toplam
			Hepsi	Yara bakımı	Enjeksiyon-pansuman	Bakım verene yönelik eğitim	Hastalık takibi yaptırmak tedavilerin planlanması	Psikolojik destek	
Medeni Durum	Evli	n	43	9	12	1	10	2	77
		%	55,8%	11,7%	15,6%	1,3%	13,0%	2,6%	100,0%
	Bekar	n	17	2	6	1	4	2	32
		%	53,1%	6,3%	18,8%	3,1%	12,5%	6,3%	100,0%
	Boşanmış	n	3	1	0	2	1	0	7
		%	42,9%	14,3%	0,0%	28,6%	14,3%	0,0%	100,0%
	Dul	n	2	0	1	0	3	1	7
		%	28,6%	0,0%	14,3%	0,0%	**42,9%**	14,3%	100,0%
Toplam		n	65	12	19	4	18	5	123
		%	52,8%	9,8%	15,4%	3,3%	14,6%	4,1%	100,0 %

Katılımcıların medeni durumları ile 'Evde bakım hizmetlerinden hangisi için talepte bulunurdunuz?' sorusuna verilen cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. (Ki-kare test; p=0,041 <0,05)

Tablo 12:Eğitim durumu ile 'Evde bakım ve/veya palyatif bakım hakkında bilgiyi nereden/kimden aldınız?' sorusuna verilen cevapların karşılaştırılması:

			Evde bakım ve/veya palyatif bakım hakkında bilgiyi nereden/kimden aldınız?					Toplam
			Kayıtlı olduğum aile hekimliğinde sağlık personeli	Tedavi gördüğüm hastanede sağlık personeli	Aile-çevre	TV-yazılı yayın	Diğer	
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	n	5	0	2	0	0	7
		%	71,4%	0,0%	28,6%	0,0%	0,0%	100,0%
	Okuryazar	n	3	5	0	0	0	8
		%	37,5%	62,5%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	İlkokul	n	6	4	1	1	0	12
		%	50,0%	33,3%	8,3%	8,3%	0,0%	100,0%
	Ortaokul	n	2	1	1	0	1	5
		%	40,0%	20,0%	20,0%	0,0%	20,0%	100,0%
	Lise	n	5	6	6	0	3	20
		%	25,0%	30,0%	30,0%	0,0%	15,0%	100,0%
	Yüksekokul-Üniversite	n	10	12	13	9	13	57
		%	17,5%	21,1%	22,8%	15,8%	22,8%	100,0%
Toplam		n	31	28	23	10	17	109
		%	**28,4%**	25,7%	21,1%	9,2%	15,6%	100,0%

Katılımcıların eğitim durumları ile ''Evde bakım ve/veya palyatif bakım hakkında bilgiyi nereden/kimden aldınız?'' sorusuna verilen cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. (Ki-kare test; p=0,037 <0,05)

Tablo 13: Meslek ile 'Evde bakım ve/veya palyatif bakım için nereye müracaatta bulunursunuz?' sorusuna verilen cevapların karşılaştırılması:

			Evde bakım ve/veya palyatif bakım için nereye müracaatta bulunursunuz?			Toplam
			Hastane	ASM (Aile Sağlığı Merkezi)	TSM (Toplum Sağlığı Merkezi)	
Meslek	Çalışmıyor	n	26	15	2	43
		%	60,5%	34,9%	4,7%	100,0%
	Kamu çalışanı	n	9	12	9	30
		%	30,0%	40,0%	30,0%	100,0%
	Özel sektör	n	18	18	5	41
		%	43,9%	43,9%	12,2%	100,0%
	Öğrenci	n	6	4	3	13
		%	46,2%	30,8%	23,1%	100,0%
Toplam		n	59	49	19	127
		%	**46,5%**	38,6%	15,0%	100,0%

Katılımcıların meslekleri ile ‘Evde bakım ve/veya palyatif bakım için nereye müracaatta bulunursunuz?’ sorusuna verilen cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. (Ki-kare test; p=0,049 <0,05)

Tablo 14:Meslek ile ‘Evde bakım ve/veya palyatif bakım hakkında bilgiyi nereden/kimden aldınız?’ sorusuna verilen cevapların karşılaştırılması:

			Evde bakım ve/veya palyatif bakım hakkında bilgiyi nereden/kimden aldınız?					Toplam
			Kayıtlı olduğum aile hekimliğinde sağlık personeli	Tedavi gördüğüm hastanede sağlık personeli	Aile-çevre	TV-yazılı yayın	Diğer	
Meslek	Çalışmıyor	n	16	14	3	2	2	37
		%	43,2%	37,8%	8,1%	5,4%	5,4%	100,0%
	Kamu çalışanı	n	5	4	9	3	5	26
		%	19,2%	15,4%	34,6%	11,5%	19,2%	100,0%
	Özel sektör	n	9	8	8	2	9	36
		%	25,0%	22,2%	22,2%	5,6%	25,0%	100,0%
	Öğrenci	n	1	2	3	3	1	10
		%	10,0%	20,0%	30,0%	30,0%	10,0%	100,0%
Toplam		n	31	28	23	10	17	109
		%	**28,4%**	25,7%	21,1%	9,2%	15,6%	100,0%

Katılımcıların meslekleri ile ‘Evde bakım ve/veya palyatif bakım hakkında bilgiyi nereden/kimden aldınız?’ sorusuna verilen cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. (Ki-kare test; p=0,015 <0,05)

Tablo 15: Aylık gelir düzeyi ile ‘Evde bakım ihtiyacınız oldu mu?’ sorusuna verilen cevapların karşılaştırılması:

			Evde bakım ihtiyacınız oldu mu?		Toplam
			Evet	Hayır	
Aylık Gelir Düzeyi	2000 TL altı	n	6	3	9
		%	**66,7%**	33,3%	100,0%
	2000-5000 TL	n	8	41	49
		%	16,3%	83,7%	100,0%
	5000 TL ve üzeri	n	12	60	72
		%	**16,7%**	83,3%	100,0%
Toplam		n	26	104	130
		%	20,0%	80,0%	100,0%

Katılımcıların aylık gelir durumları ile ‘Evde bakım ihtiyacınız oldu mu?’ sorusuna verilen cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. (Ki-kare test; p=0,001 <0,05

Tablo 16: Aylık gelir düzeyi ile ‘Evde bakım ve/veya palyatif bakım hakkında bir yerden/kimseden bilgi aldınız mı?’ sorusuna verilen cevapların karşılaştırılması:

			Evde bakım ve/veya palyatif bakım hakkında bir yerden/kimseden bilgi aldınız mı?		Toplam
			Evet	Hayır	
Aylık Gelir Düzeyi	2000 TL altı	n	4	5	9
		%	44,4%	55,6%	100,0%
	2000-5000 TL	n	7	42	49
		%	14,3%	85,7%	100,0%
	5000 TL ve üzeri	n	26	46	72
		%	36,1%	63,9%	100,0%
Toplam		n	37	93	130
		%	28,5%	71,5%	100,0%

Katılımcıların aylık gelir durumları ile ‘Evde bakım ve/veya palyatif bakım hakkında bir yerden/kimseden bilgi aldınız mı?’ sorusuna verilen cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. (Ki-kare test; p=0,018 <0,05)

Tablo 17: Aylık gelir düzeyi ile ‘Evde bakım hizmetlerinden hangisi için talepte bulunurdunuz?’ sorusuna verilen cevapların karşılaştırılması:

			Evde bakım hizmetlerinden hangisi için talepte bulunurdunuz?						Toplam
			Hepsi	Yara bakımı	Enjeksiyon-pansuman	Bakım verene yönelik eğitim	Hastalık takibi yaptırmak tedavilerin planlanması	Psikolojik destek	
Aylık Gelir Düzeyi	2000 TL altı	n	3	1	0	0	2	1	7
		%	42,9%	14,3%	0,0%	0,0%	28,6%	**14,3%**	100,0%
	2000-5000 TL	n	28	6	4	4	3	3	48
		%	58,3%	12,5%	8,3%	8,3%	6,3%	6,3%	100,0%
	5000 TL ve üzeri	n	34	5	15	0	13	2	69
		%	49,3%	7,2%	21,7%	0,0%	18,8%	2,9%	100,0%
Toplam		n	65	12	19	4	18	6	124
		%	52,4%	9,7%	15,3%	3,2%	14,5%	4,8%	100,0%

Katılımcıların aylık gelir durumları ile ‘Evde bakım hizmetlerinden hangisi için talepte bulunurdunuz?’ sorusuna verilen cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. (Ki-kare test; p=0,048 <0,05)

Tablo 18: Sosyal güvence ile ‘Evde bakım hizmetlerinden hangisi için talepte bulunurdunuz?’ sorusuna verilen cevapların karşılaştırılması:

			Evde bakım hizmetlerinden hangisi için talepte bulunurdunuz?						Toplam
			Hepsi	Yara bakımı	Enjeksiyon-pansuman	Bakım verene yönelik eğitim	Hastalık takibi yaptırmak tedavilerin planlanması	Psikolojik destek	
Sosyal Güvence	Var	n	62	11	18	2	13	4	110
		%	**56,4%**	10,0%	16,4%	1,8%	11,8%	3,6%	100,0%
	Yok	n	3	1	1	2	5	1	13
		%	23,1%	7,7%	7,7%	15,4%	**38,5%**	7,7%	100,0%
Toplam		n	65	12	19	4	18	5	123
		%	52,8%	9,8%	15,4%	3,3%	14,6%	4,1%	100,0%

Katılımcıların sosyal güvencelerinin olup olmama durumları ile ‘Evde bakım hizmetlerinden hangisi için talepte bulunurdunuz?’ sorusuna verilen cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. (Ki-kare test; p=0,008 <0,05)

5. TARTIŞMA

Aile Hekimliği uygulamasına tüm Türkiye'de 2010 yılında başlanmıştır. Günümüze kadar yönetmeliklerle ve aile hekimlerinin yetki, görev ve sorumluluklarında çeşitli değişikliklerle kayıtlı nüfusa sağlık hizmeti en iyi ve doğru şekilde verilmeye çalışılmaktadır. 2015 yılında yayımlanan 'Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik ile Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Yönergeler bu çalışmamız hakkındaki düzenlemeleri kapsamaktadır.

Evde sağlık hizmetleri; çeşitli hastalıklar nedeniyle evde sağlık hizmeti almaya 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 hizmetleridir (47).Yukarıda bahsedilen yönetmelikte 'Evde sağlık hizmetleri, Bakanlık ve bağlı kuruluşları bünyesindeki eğitim ve araştırma hastaneleri, genel hastaneler veya dal hastaneleri, ADSM'ler ve TSM'ler bünyesinde kurulan birimler ve AHB'ler vasıtası ile sunulur' denmektedir (1).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tanımlamasına göre palyatif bakım; hayatı tehdit eden hastalıkları olan hastaların ve ailelerinin karşılaştığı sorunları önlemek ,erken tanılarla çekilen acıları azaltmak, ağrıları, fiziksel, psikososyal problemleri tedavi etmek ve bu kişilerin yaşam kalitelerini arttırmak için olan bir yaklaşımdır (2). 'Palyatif bakım hizmetleri; yataklı sağlık tesislerinde palyatif bakım merkezleri, yataklı sağlık tesisleri dışında ise aile hekimleri ve evde sağlık hizmet birimleri tarafından yürütülür.' denmektedir (28).

Çalışmamızda Evde Sağlık/Bakım konusundaki istatistiki verilere; Aile Hekimliği Sistemi içerisinde daha yoğun yer aldığı için ağırlık verilmiştir.

Çalışmamızda toplumun aile hekimliği uygulamasının işleyişi ,evde sağlık ve palyatif bakım ile ilgili aile hekiminin görev, yetki ve sorumluluğu hakkında yetersiz bilgi sahibi olduğunu düşünmekteyiz. Böylelikle evde sağlık ve palyatif bakım konusunda yanlış yerlere yapılan müracaatlar ve/veya hiç müracaatta bulunmamayla; uygulamalarda aksamalara neden olunmasına, hizmet kalitesinin düşmesine, ihtiyacı olan doğru vakalara doğru zamanda ulaşılamamasına neden olabilecek sonuçlar doğmaktadır.

Anketimizin 1. Bölümünde kavram soruları arasında yer alan ***Evde bakım ne ifade eder*** sorusuna katılımcıların %73,8'i **hepsi** (Evde yara bakımı, Evde hastalık takibi yaptırmak, tedavileri planlamak, Evde psikolojik destek, Evde iğne, pansuman yaptırmak) cevabını vermiştir. **'*Palyatif bakım ne ifade eder***' sorusuna ise %54,9'u **hepsi** (Hasta yaşam kalitesini arttırmaya yönelik destekleyici bakım verilmesi, Ağrı ve ıstırap veren semptomların giderilmesi, Psikolojik destek verilmesi, Kemoterapi ve radyoterapi uygulanması) cevabını vermiştir (Tablo 2).Bu sonuç bizlere Palyatif Bakım kavramının, Evde Bakım kavramından daha az bilindiğini işaret etmektedir.).Katılımcıların demografik özellikleri ile ilgili aynı sorular karşılaştırılmıştır. Buna göre katılımcıların yaş grupları, medeni durumları, eğitim durumları, meslekleri, aylık gelir düzeyleri ve sosyal güvenliklerinin olup olmaması ile evde bakım ve palyatif bakım hakkındaki bilgi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. (Tablo 6a,b,c,d,e,f, ve Tablo 7a,b,c,d,e,f,).

Evde bakım hizmetleri; hem yaşlıların hem de engellilerin; yaşam sürelerinin uzaması , nüfusunun artması ve kronik hastalıklarının oranındaki artış nedeniyle sağlık sistemleri içerisinde daha fazla gündeme gelmeye ve yer almaya başlamıştır. Çalışmamızda ***Tablo 8***'de yer alan '***Evde bakım ihtiyacınız oldu mu?'*** sorusuna 65 yaş üstü evet cevabı %46,2 ile en yüksek bulunmuştur. Enginyurt ve Öngel'in çalışmasında kişiler yaş gruplarına göre incelendiğinde; (%17,6) 60-69 yaş aralığında, 32 kişi (%25,6) 70-79 yaş arasında ve 48 kişi (%38,4) 80 yaş üzerinde tespit edilmiştir (50) ki bu bizim bulgularımızla paralellik göstermektedir. Hastaların büyük bir kısmının yaşlı olması ve kronik hastalıklarının bulunması tüm dünyada yaşlı nüfusun evde bakım gereksiniminin artmış ve çözülmesi gereken bir sorun olduğunu desteklemektedir (48,49).Çalışmamızda bilgi sorularının ilki olan 'Aile hekimi, evde takibi zorunlu engelli, yaşlı, yatalak kişilere evde sağlık hizmeti sağlar' sorusunu katılımcıların %63,8 evet yanıtıyla doğru cevaplandırmıştır (Tablo 3).

10. soru: **'Evde bakım ve/veya palyatif bakım için nereye müracaatta bulunursunuz'** sorusuna katılımcıların sadece ***%39,1'i ASM*** cevabını vermiştir (Tablo 2) . Bilgi sorularının 2.si olan 'Evde sağlık hizmetleri, Bakanlık ve bağlı kuruluşları bünyesindeki eğitim ve araştırma hastaneleri, genel hastaneler veya dal hastaneleri, ADSM'ler ve TSM'ler bünyesinde kurulan birimler ve AHB'ler vasıtası

ile sunulur' ifadesine katılımcıların ***%51,1 fikrim yok*** cevabını vermiştir (Tablo 3).2011 yılında Enginyurt ve Öngel'in yaptığı çalışmada Aile Hekiminin evde sağlık kapsamında yaptığı tıbbi ziyaretler %80 bulunmuştur (50). Bu durum; Aile hekiminden hizmet alınmasına, rağmen müracaat merci olarak görülmeyerek, kişilerin tutum ve davranışlarının yanlış olduğunun göstergesidir. Oğuz Işık ve ark. yaptığı bir çalışmada son bir ayda hastaneye başvuran hasta sayısı %49,5 çıkmıştır(5). Çalışmamızda 10. Soruda(Tablo 2) hastaneye başvuracağını söyleyenlerin oranı %46,5'tir.***Tablo 9'da*** medeni durum ile 10. soru karşılaştırıldığında dul kişilerin ASM'lere müracaat etme oranları %0 bulunarak medeni durumun müracaat edilen yeri etkilediği tespit edilmiştir. ***Tablo 5*** de aynı grubun yaş aralığına baktığımızda %100 45 yaş üstü olduğu görülmüştür. Bu durumun tahminen yaşa bağlı eski alışkanlıkların devam ettirilerek nispeten yeni olan Aile Hekimliği sistemine bakış açılarının halen değişmediğini düşündürmektedir. Bu tutum ve davranışın değiştirilmesi gerektiği açıkça ortadadır. Yaşlıların başta olmak üzere tüm bireylerin bilgilendirilmeye ve doğru yönlendirilmeye ihtiyaçları var gözükmektedir. ***Tablo 13'te*** aynı soru meslekler ile karşılaştırıldığında, çalışanların ASM'lere müracaat etmeyi, öğrenci ve çalışmayanların ise hastaneye müracaat etmeyi tercih ettiği görülmektedir. Bu durumun ASM'lerde sağlık profesyonellerine anında ulaşabilmenin çalışanlarca avantaj olarak görülmesinden kaynaklanmış olabildiği düşünülmektedir.

Bilgi sorularından 8.si olan 'Evde Bakım başvurusu, hasta, hasta yakını diğer kişi veya kurumlar tarafından 444 38 33 (444 EVDE) numaralı telefon hattı aranarak "Evde Sağlık Hizmeti Başvuru Formu" doldurularak veya TSM/AHB'ler aracılığıyla il koordinasyon merkezine yapılır' ifadesine katılımcıların %49,2'si evet, %2,3'ü hayır ve %48,5'i de fikrim yok cevabını vermişlerdir. Böylece katılımcıların müracaat yerleri ve iletişim kanalları konusunda fikirlerinin düşük düzeyde olduğu bir kez daha desteklenmiştir (Tablo 3).

Kültürel değerlerimiz ve vermiş olduğumuz sağlık hizmetleri; hasta, yakınları ve sağlık giderlerinin düşürülmesi bakımından pek çok fayda sağlamaktadır. Kişilere aile fertleri tarafından bakım verilmesi hastaların iyilik halini, fiziksel ve psikolojik olarak olumlu etkilemektedir. Fakat yapılan çalışmalar bakım veren ve alanların, bilgi

eksiklikleri nedeniyle bazı sorunlarla karşılaştıklarını ,uzman kişilerin yardımına ihtiyaç duyduklarını göstermektedir. Bakım verme konusundaki bilgi eksiklikleri hem bakım alan kişilerin hem de verenlerin olumsuz etkilenmesine neden olabilmektedir (51,52,53,54,55,56). Öğür ve ark çalışmasında bakım verenin çalışma durumunu; çalışıyor %7,8 ; emekli / çalışamıyor %22; ev hanımı % 70,2 olarak bulunmuştur(57). Buna karşın çalışmamıza katılanların %35,4'ü herhangi bir işte çalışmamaktadır, %54,6'sı ise çalışandır (Tablo 1). Tablo 2 de yer alan **11. soru: 'Evde bakım veren kişi olsaydınız sosyal hayatınız olumsuz etkilenir miydi'** sorusuna katılımcıların %67,7'si evet, **13.soru:'Bakım veren kişi olmak durumunda kalsaydınız kendinizi işinizden ayrılmak zorunda hisseder miydiniz'** sorusuna da katılımcıların %64,6'sı evet, cevabını vermiştir. Bu durum katılımcıların çalıştıkları fakat bakım veren olduklarında işlerinin ve sosyal yaşantılarının olumsuz etkileneceğini düşündüklerini göstermektedir. Çalışan kişilerin bakım verme konusunda başka kişi ve kuruluşlardan yardım alıyor olabileceği ,doğrudan bakım veren değil de daha çok maddi olarak aileyi destekleyen kişiler olabilecekleri düşünülmektedir. Katılımcılar **12. soru: 'Evde bakım ihtiyacınız oldu mu'** sorusuna katılımcıların %20'si evet cevabını,**14. soru: 'Evde bakım ve/veya anlık bakım ihtiyacı olan kişi sayınız'** sorusuna %75 yok cevabını vererek bakım veren veya aynı evde yaşayan yakını değil de maddi olarak destekleyen, ev dışındaki ihtiyaçları gideren yakınları olduklarını düşündürmüşlerdir. Medeni durum ile 14. Soru karşılaştırıldığında ***(Tablo 10)*** ; Gençlerden çoğunlukla oluşan bekar katılımcıların %87,9'u evde bakım ve/veya anlık bakım ihtiyacı olan kişileri olmadığını, dul ve yaşlıların ise sadece %14,3 ile aynı cevabı verdikleri görülerek istatistiki olarak anlamlı fark tespit edilmiştir. Yukarıda değinildiği gibi genç, bekar ve çalışan kesim aileye pandemi döneminde yardımcı olan akrabalar da olabilirler.

Aylık gelir ile 12. Soru karşılaştırıldığında **düşük gelir grubunun %66,7 evet ile en yüksek evde bakım ihtiyacı olan kesim** olduğu tespit edilerek istatistiki anlamlı farklılık bulunmuştur (***Tablo 15***). Aylık gelir durumu ile 16. Soru karşılaştırıldığında ***(Tablo 16)*** anlamlı istatistiki farklar ortaya çıkmış, gelir durumu arttıkça, bilgi alma oranı azalmış, neden olarak Tablo 15'de tespit edildiği gibi gelir durumu yükseldikçe evde bakım ihtiyacının azalmasına bağlı olduğu düşünülmüştür. Bilgi düzeyinin

arttırılmasının yanında gelir durumunun iyileştirilmesi de daha sağlıklı bir toplumun oluşmasında etkili görülmektedir.

Öğür ve ark'nın çalışmasındaki veriler incelendiğinde de bakım verenlerin çoğunluğunun sosyokültürel ve sosyoekonomik gelişmişlik düzeyinin düşük olduğu sonucuna varılmıştır. Bu duruma hastanın ihtiyaçları ile artan ekonomik giderler de eklendiğinde tüm aile olumsuz etkilenebilir. Bu sebeple evde sağlık hizmeti veren Aile Hekimleri başta olmak üzere tüm sağlık çalışanları, Aile ve Sosyal Politika Bakanlığı'nın sunduğu ekonomik destekler ve Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) geri ödemeleri kapsamı konusunda rehberlik ve danışmanlık yaparak kişiyi ve aileyi desteklemelidir (57).Çalışmamızda Tablo 2'de yer alan **16. soru: 'Evde bakım ve/veya palyatif bakım hakkında bilgiyi nereden/kimden aldınız**' sorusuna katılımcıların %28,4 ile çoğunluğu 'kayıtlı olduğum aile hekimliğinde sağlık personeli' cevabını vererek Aile Hekimliği'nin danışmanlık konusunda önemli yer tuttuğu düşüncesini desteklemiştir. Tam tersi eğitim durumları ile aynı soru karşılaştırıldığında istatistiki olarak anlamlı fark görülmüş ***(Tablo12),*** %17,5 ile yüksekokul ve üniversite mezunlarının ASM'lerden bilgi almadıkları tespit edilmiştir. Bu kişilerin Aile Hekimliği dışında da tüm kaynakları yaklaşık aynı oranlarda kullanıldığı dikkat çekmiş olup, eğitimli grubun doğru bilgi kaynağına ulaşmak için birçok kaynaktan faydalanabildikleri görülmüştür. Meslekler ile karşılaştırıldığında çalışmayanların Aile hekimliğinden bilgi alma oranları yüksek iken öğrenciler arasında bu oran en düşük seviyede çıkarak, istatistiki olarak anlamlı fark ortaya koymuştur ***(Tablo 14)***. Bu durum tablo 12'deki eğitim düzeyi ile çıkan sonucu destekler niteliktedir.

18. soru: 'Yaşamın son döneminde bakımı nereden almak isterdiniz' sorusuna katılımcıların %22,4'ü palyatif bakım ünitelerinde, %77,6'sı ise evde yanıtı vererek evde bakım konusunda daha çok talepte bulunacaklarını düşündürmüşlerdir (Tablo 2). Bu durum palyatif bakım hakkında bilgi eksikliğinden de kaynaklanıyor olabilir.

Tablo 3'te yer alan Palyatif bakımın tanımıyla ilgili 18. soruya katılımcıların %48,4'ü evet ile doğru cevap vermiştir .Evde sağlık hizmetleri tanımı için aynı tabloda sorulan 9. soruda ise oran %64,6 bulunarak kişilerin Palyatif bakım tanımına daha yabancı olduğu sonucu ortaya çıkmıştır. Palyatif Bakım hizmetleri klinik ortamda ve

poliklinik şartlarında verilir' ifadesine katılımcıların %52,8 fikrim yok cevabı ile palyatif bakımın nerelerde verileceğine ilişkin bilgi düzeyi de düşük bir oranda çıkmıştır.

Katılımcıların medeni durumları ***(Tablo 16)*** ve aylık gelir düzeyleri ***(Tablo 17)*** ile Tablo 2 de yer alan 17. Soru 'Evde bakım hizmetlerinden hangisi için talepte bulunurdunuz?' sorusuna verilen cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. Yine katılımcıların sosyal güvencelerinin olup olmama durumları ile 'Evde bakım hizmetlerinden hangisi için talepte bulunurdunuz?' sorusuna verilen cevaplar arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ***(Tablo 18)***. Sosyal güvencenin olması talepleri arttırırken, gelir durumuna bakıldığında alt gelir grubunun psikolojik destek talebinde bulunmak isteği diğerlerinden farklı olarak yüksek bulunmuştur. Sadece enjeksiyon pansuman hizmeti olarak üst gelir grubunda algılanma oranı diğerlerinden yüksek çıkarak, taleplerin gelir durumuna göre değiştiği tespit edilmiştir. Tablo 5'te ileri yaş olduğu tespit edilen dulların ise hastalık takibi yaptırmak ve tedavilerini planlamak için evde bakım hizmetlerine talepte bulundukları görülmektedir.

Evde bakım ve/veya palyatif bakım ile ilgili bilgi sorularına çalışmamıza katılanların verdikleri doğru cevap sayısı oranı %57'dir(Tablo 4). Bu oran Evde bakım ve Palyatif bakım konusunda daha fazla bilgilendirme gereğini açıkça ortaya koymaktadır.

6. SONUÇ

Çalışmamızda katılımcıların bilgi sorularına verdikleri doğru cevaplar baz alınarak karşılaştırmalar yapılmıştır. Buna göre katılımcıların yaş grupları, medeni durumları, eğitim durumları, meslekleri, aylık gelir düzeyleri ve sosyal güvenliklerinin olup olmaması ile evde bakım ve palyatif bakım hakkındaki bilgi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bulgularımız Palyatif Bakım kavramının, Evde Bakım kavramından daha az bilindiğini işaret etmektedir. Palyatif Bakım tanımına, kişilerin Evde sağlık tanımından daha yabancı olduğu sonucu ortaya çıkmaktadır. Ayrıca Palyatif bakımın nerelerde verileceğine ilişkin bilgi düzeyi de düşük bir oranda çıkmıştır. Evde bakım ve/veya palyatif bakım ile ilgili bilgi sorularına çalışmamıza katılanların verdikleri doğru cevap sayısı oranı %57'dir.Bu oran Evde bakım ve Palyatif bakım konusunda daha fazla bilgilendirme gereğini açıkça ortaya koymaktadır.

Evde bakım hizmetleri; hem yaşlıların hem de engellilerin; yaşam sürelerinin uzaması ,nüfusunun artması ve kronik hastalıklarının oranındaki artış nedeniyle sağlık sistemleri içerisinde daha fazla gündeme gelmeye ve yer almaya başlamıştır. Çalışmamızda '***Evde bakım ihtiyacınız oldu mu?'*** sorusuna 65 yaş üstü evet cevabı en yüksek bulunmuştur.

'Aile hekimi, evde takibi zorunlu engelli, yaşlı, yatalak kişilere evde sağlık hizmeti sağlar' sorusunu katılımcıların %63,8 evet olarak doğru cevaplandırmıştır .Evde bakım ve/veya palyatif bakım için nereye müracaatta bulunursunuz' sorusuna katılımcıların sadece ***%39,1'i ASM*** cevabını vermiştir. Hastaneye başvuracağını söyleyenlerin oranı ise %46,5'tir. Aile hekiminden hizmet alınmasına, ,aile hekiminin görevlerinin bilinmesine, aile hekimliğinden bu konuda danışmanlık alınmasına rağmen müracaat yeri olarak görülmemesi, kişilerin tutum ve davranışlarının yanlış olduğunun göstergesidir.

Bulgularımız karşılaştırıldığında yaşlı-dul kişilerin ASM'lere müracaat etme oranları genç-bekar kişilerden çok düşük bulunmuştur. Nispeten yeni olan Aile Hekimliği sistemine karşı tutumlarda eski toplumsal alışkanlıkların devam ettiği kanaati doğmaktadır. Özellikle dul ve ileri yaşlı kişilerin bu tutum ve davranışının değiştirilmesi

gerektiği, bu grup başta olmak üzere tüm toplumun bilgilendirilmeye ve doğru yönlendirilmeye ihtiyaçlarının olduğu görülmektedir. Farklı bir tutum olarak çalışanların ASM'lere müracaat etmeyi, öğrenci ve çalışmayanların ise hastaneye müracaat etmeyi tercih ettiği açıkça görülmektedir. Bu durumun ASM'lerde sağlık profesyonellerine anında ulaşabilmenin, çalışanlarca avantaj olarak görülmesinden kaynaklanmış olabildiği düşünülmektedir.

Katılımcıların büyük çoğunluğunun çalıştıkları fakat bakım veren olduklarında işlerinin ve sosyal yaşantılarının olumsuz etkileneceğini düşündükleri görülmektedir. Çalışan kişilerin bakım verme konusunda başka kişi ve kuruluşlardan yardım alıyor olabileceği ,doğrudan bakım veren değil de daha çok maddi olarak aileyi destekleyen kişiler olabilecekleri düşünülmektedir. Bulgularımız genç, bekar ve çalışan kesimin kendisini bakım veren değil evi maddi olarak destekleyen, ihtiyaçları gideren kişiler olarak gördüklerini desteklemektedir.

Gelir durumu arttıkça, bilgi alma oranı azalmış yine gelir durumu yükseldikçe evde bakım ihtiyacının azaldığı tespit edilmiştir. Bilgi düzeyinin arttırılmasının yanında gelir durumunun iyileştirilmesi de daha sağlıklı bir toplumun oluşmasında etkili görülmektedir.

Sosyal güvencenin olması talepleri arttırıken, gelir durumuna bakıldığında alt gelir grubunun psikolojik destek talebinde bulunmak isteği diğerlerinden farklı olarak yüksek bulunmuştur. Sadece enjeksiyon pansuman hizmeti olarak üst gelir grubunda algılanma oranı diğerlerinden yüksek çıkarak, taleplerin gelir durumuna göre değiştiği tespit edilmiştir.İleri yaş olduğu tespit edilen dulların ise hastalık takibi yaptırmak ve tedavilerini planlamak için evde bakım hizmetlerine talepte bulundukları tespit edilmiştir.

Yaşamın son döneminde bakımı nereden almak isterdiniz' sorusuna katılımcıların çoğu evde yanıtı vererek evde bakım konusunda daha çok talepte bulunacaklarını düşündürmüşlerdir. Bu durum palyatif bakım hakkında bilgi eksikliğinden de kaynaklanıyor olabilir.

7. KAYNAKLAR

1. T.C. Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik. https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/02/20150227-14.htm Erişim Tarihi: 12.08.2020

2.. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) Global Atlas of PalliativeCare at theEnd of Life. http://www. who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.Pdf Erişim tarihi: 12.08.2020.

3. Basak O. Aile Hekimliği/genel pratisyenlik Avrupa tanımı. WONCA Europe 2002. Türkiye aile hekimliği uzmanlık derneği yayınları-3, Ankara, Türkçeye Çeviri Haziran 2003:11-21

4. Başbakanlık Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü. Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik. Ankara, 10.03.2005; Resmi Gazete: Sayı 25751

5. Işık O., Kandemir A., Erişen M.A.,Fidan C. Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Profili ve Sunulan Hizmetin Değerlendirilmesi.Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2016; 19(2): 171-186

6.Karahan A. Yaşlılıkta evde bakım. Turkish Journal of Geriatrics 2002;5:155-9

7. Dönümcü Ş. Yaşlı ve Sosyal Hizmetler. Türk Fiz Tıp Rehab Derg 2006; 52: 42-6.

8. Altunbaş A, Cankurtaran M. Yaşlıda Bakım. Arıoğlu S. (ed) Temel Geriatri'de . Ankara. MN Medikal&Nobel Kitapevi; 2006

9. Yılmaz M, Sametoğlu F, Akmeşe G, Tak A, Yağbasan B, Gökçay S, ve ark. Sağlık hizmetinin alternatif bir sunum şekli olarak evde hasta bakımı. İstanbul Tıp Derg 2010; 11(3): 125- 32.

10. Ünalan,P. Yaşlılarla İlgili Evde Bakım Hizmetleri, http://evdebakim.org.tr/portfolio-item/diger-yayinlarimiz-2 , Evde Bakım Derneği, Aileler ve Hasta Yakınları İçin Kaynaklar ,Erişim tarihi:12.08.2020

11. Hilal Aksoy, Rabia Kahveci, İrfan Şencan, İsmail Kasım, Adem Özkara. Historical Progression and Implementation of Home Care Services. . 2015; 7(1): 118-123

12. Gallagher MB. Nursing Role In Home Health Care. Linda L, Jarvis MS. eds., In:Community Health Nursing: Keeping The Public Healthy. USA: Davis Company; 1985:50-327.

13. Öztek Z, Kubilay G. Toplum Sağlığı ve Hemşireliği. Ankara: Somgür Yayıncılık;1995.

14. Munchus G. The US Home Health Industry:Past, Present, and Future. Home Health Care Management & Practice 1999;11:21-30.

15.CURRENT Diagnosis and Treatment Serisi Aile Hekimliği Tanı ve Tedavi Güneş Tıp Kitapevi 4. Baskı.Jeannette E. South-Paul;Samuel C. Matheny;Evelyn L.Lewis. Çeviri Editörleri Altuğ Kut;M. Gökhan Eminsoy;Cihan Fidan 2019

16. Hutten JBF, Kerkstra A. Home care in Europe. A country-specific guide to its organization and financing. Arena; Aldershot; 1996:219-244.

17. Ehrenfeld M. Nursing and home care in Europe. International Nursing Review 1998;45:61–64

18. Chromlak D. Referral Sources in Home Healthcare.The Journal of Nursing Adminstration 1992;22:39-45

19. Popovich ML. The Joint Commission's Home Care Accreditation Programme. Harris MD. ed. Handbook of Home Health Care Adminstration. 5th ed. London: Jones and Barlett Publishers; 2010:71- 83.
20. Campbell CJ. Initiating Public LongTerm Care Insurance in Japan; The Journal of The International Institute 1997;5. (http://hdl.handle.net/ 2027/ spo.4750978.0005.104)
21. Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (Kanun No:1593 Kabul Tarihi:24.04.1930).
22. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönetmelik (Resmi Gazete Tarihi: 09.09.1964 Resmi Gazete Sayısı:11802).
23. Çetinkaya F., Baykan Z.,Naçar M.,Yetişkinlerin Aile Hekimliği Uygulaması ile İlgili Düşünceleri ve Aile Hekimlerine Başvuru Durumu Araştırma / Research Article ,TAF Prev Med Bull 2013;12(4):417-424. Erişim tarihi 12.08.2020
24. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü COVID-19 (SARS-CoV-2 ENFEKSİYONU) Temaslı Takibi, Salgın Yönetimi, Evde Hasta İzlemi Ve Filyasyon Bilimsel Danışma Kurulu Çalışması 1 Haziran 2020. https://covid19bilgi.saglik.gov.tr/depo/rehberler/covid-19-rehberi/COVID-19_REHBERI_TEMASLI_TAKIBI_EVDE_HASTA_IZLEMI_VE_FILYASYON.pdf .Eişim tarihi:12.08.2020
25. Türk Dil Kurumu Sözlüğü. https://sozluk.gov.tr/, Erişim tarihi: 28.07.2020
26. Kabalak AA, Öztürk H, Çağıl H. Yaşam sonu palyatif bakım organizasyonu. Palyatif Bakım Yoğun Bakım Dergisi 2013;11(2):56-70.
27. A. A. KABALAK.. TÜRKİYE'DE PALYATİF BAKIM; 2014, GÜNCEL GELİŞMELER, GEREKSİNİMLER Anestezi Dergisi 2014; 22 (3): 121 – 123
28. T.C Sağlık Bakanlığı Palyatif bakım hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında yönerge, 2015. https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR,42938/palyatif-bakim-hizmetlerinin-uygulama-usul-ve-esaslari-hakkinda-yonerge.html Erişim Tarihi: 28.05.2020
29. Özçelik H, Fadıloğlu Ç, Uyar M, Karabulut B. Kanser hastaları ve aileler için palyatif bakım, 1. Baskı, İzmir, Üniversiteliler Ofset 2010. p. 3-7.(ISBN: 978-605-61203-0-5) Erişim yeri: http://kanser.gov.tr/Dosya/mucadelederken/ka nser-hastalari-ve-aileleri-icin-palyatif-bakimkitabi_01.pdf, Erişim tarihi: 06.12.2016
30.T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü '13 Ekim Dünya Palyatif Bakım Günü https://khgm.saglik.gov.tr/TR,49596/13-ekim-quotdunya-palyatif-bakim-gunuquot.html Erişim tarihi 11.08.2020.
31.GÖKSEL F, Türkiye'de Palyatif Bakım ve Planlama Çalışmaları,Sunum. https://www.kanser.org/saglik/upload/20.UKK/Turkiyede_Palyatif_Bakim_ve_Planlama_Calismalari%23Fatih_Goksel.pdf Erişim tarihi:11.08.2020
32. Rome RB, Luminais HH, Bourgeois DA, Blais CM. The Role of palliative care at the end of life. The Ochsner Journal 2011;11(4):348-52.
33. Policies for palliative care need to be developed as part of an innovative global public health policy. In Davies E,Higginson IJ. (eds) Palliative Care, World Health Organization 2004, p. 14-15. (ISBN 9289010916),

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107561/E82931.pdf?sequence=1&isAllowed=y Erişim tarihi: 05.08.2020

34. Hawley PH. The bow tie model of 21st century palliative care. J Pain Symptom Manage 2014;47: e2-5. https://www.jpsmjournal.com/article/S0885-3924(13)00609-X/fulltext.Erişim tarihi:12.08.2020

35. Milicevic N. The hospice movement: History And Current Worldwide Situation. Archive of Oncology 2002;10(1):29-32.

36.Öngel K. Palyatif Bakım Tarihçesi ve Gelişimi, Turkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2017;8(4):236-40

37. Altuntaş M .Palyatif Bakımda Semptom Yönetimi,Derleme .Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi 2016;8(3):26-30

38. Carlson R, Devich L, Frank R. Development of a Comprehensive Supportive Care Team for the Hopelessly Ill on a University Hospital Medical Service" JAMA 1988;259(3):37883

39. Gutsell TL, Kirsh KL, Meyer B, Passik SD, Pham HX, Weisenfluh S. Hospice and Palliative Medicine. In: South-Paul JE, Matheny SC, Lewis EL.(eds) Current Diagnosis

40. Kadriye K, Gökçınar D. Türkiye'de palyatif bakımın tarihsel seyri. Palyatif Bakım içinde. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi 2014;5:1-5.

41. A. Ölüm sürecinde olan hasta: Terminal bakım ve hospis. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2007;2(6):148-58.

42. Bağ B. Hospis ve Hospislerde Ölüme Hazırlanma. Akademik Geriatri 2012;4:120-5

43. Erel S. Dünyada Palyatif Bakımın Durumu ve Hospis Sistemleri. İçinde: Tuncer AM (Editör). Türkiye'de Kanser Kontrolü. Ankara: Koza Matbaacılık, 2009:287-298

44.Türkiye'de Palyatif Bakımın Durumu ve PalyaTürk Projesi. http://www.kanser.gov.tr/dairefaaliyetleri/palyatif-bakim/71-palya-turk-projesi .html adresinden 11.08.2020 tarihinde erişilmiştir.

45. T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, Palyatif Bakım Merkezlerimizin İl Ve Hastanelerimizdeki Yatak Sayıları İle İlgili BilgilerGüncelleme Tarihi: 19 Haziran 2018, https://khgm.saglik.gov.tr/TR,40027/palyatif-bakim-merkezlerimizin-il-ve-hastanelerimizdeki-yatak-sayilari-ile-ilgili-bilgiler.html Erişim tarihi 17.08.2020

46. T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü,Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı Evde Sağlık ve Palyatif Bakım Birimi https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR,42977/evde-saglik-ve-palyatif-bakim-birimi.html Erişim:11.08.2020

47.Kanuni Keklik. Evde Sağlık Hizmetleri Sunumu , Erişim Tarihi: 24.07.2020 https://www.tccd.org.tr/application/files/9815/2719/4698/14_Kanuni_Keklik_Evde_Saglik_Hizmetleri.pdf

48. 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. .

49. Atalay B., Konta YM., Beyazıt S., Madencioğlu K. Türk Aile Yapısı Araştırması. Devlet Planlama Teşkilatı. Yayın No: DPT 2313, Ankara, 1992.;421

50. Enginyurt Ö. ve Öngel K. Evde Bakım Hizmeti Kapsamındaki Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ve Tıbbi Durumları. Smyrna Tıp Dergisi 2012 (1);45-48

51. Karahan A, Güven S. "Yaşlılıkta Evde Bakım", Geriatri, 2002; 5(4): 155-9.

52. Feldman F.H,Waliser M.N., Gould D.A, Levine C. "When the care givers needs care: the plight of vulnerable caregivers", American journal of public health, 2002, 92(3): 409. 53. Güven S, Hazer O. "Ülkemizde evde bakım sistemlerinin aile ve yaşlılık açısından gereği, önemi ve bu konuda ev ekonomistlerinin yeri", I. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı, İstanbul, I. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı, İstanbul, 1998;155-159.

54. Aksayan S, Cimete G. "Kronik hastalıklı bireylerin evde bakım gereksinimleri olanakları ve tercihleri", I.Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı, İstanbul, 1998;150-155.

55. Dramalı A, Demir F, Yavuz M. "Evde kronik hastaya bakım veren hasta yakınlarının karşılaştıkları sorunlar". I. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı, İstanbul;1998;160-163 13. Altun İ. "Hasta yakınlarının bakım verme rolünde zorlanma durumları", I.Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı, İstanbul;1998.170-175

56.Altun İ. "Hasta yakınlarının bakım verme rolünde zorlanma durumları", I.Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı, İstanbul;1998.170-175.

57. Öğür ve ark., TJFMPC www.tjfmpc.gen.tr 2019; 13 (3)

GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

'Maltepe 20 Nolu Aile Sağlığı Merkezine Başvuran 18 Yaş Üzeri Hasta ve Hasta Yakınlarının Evde Bakım ve Palyatif Bakım Hakkında Bilgi Düzeyi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi' adlı çalışmamızda Maltepe 20 Nolu Aile Sağlığı Merkezi -34.27.126 Aile Hekimliği polikliniğine başvuran 18 yaş üzeri hasta ve hasta yakınlarının 13 Haziran-13 Ağustos 2020 tarihleri arasında Evde Bakım ve Palyatif Bakım hakkında bilgi düzeyleri ve tutumlarının değerlendirilmesi amaçlamaktadır.. Evde sağlık hizmetleri; çeşitli hastalıklar nedeniyle evde sağlık hizmeti almaya 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 hizmetleridir Bu çalışmanın amaç 18 yaş üzeri hasta ve hasta yakınlarının Evde Bakım ve Palyatif Bakım ile ilgili bilgi ve tutumlarını incelemek ve doğru bildikleri yanlışları belirlemek, varsa bilgi eksikliklerinin saptanmasıyla birlikte buna etki eden faktörleri belirlemek, eğitim stratejilerine katkıda bulunmak. Bu amaçla çalışmada sizden yaklaşık 10-20 dakika sürecek toplam 41 sorudan oluşan 2 anketi yüz yüze görüşme yöntemiyle doldurmanız istenecektir. Anketimizde 1. bölümde 18 adet sosyodemografik özellikte ve Evde Bakım ve Palyatif Bakım hakkında genel bilgi soruları mevcut olup kimlik bilgileriniz istenmeyecektir. 2 bölümde ise 23 adet Evde Bakım ve Palyatif Bakım konusunda soru mevcuttur.

Yapılan bu araştırma siz katılımcılarımıza herhangi bir parasal yük getirmeyecektir. Sizden ayrıca bir kan alınmayacaktır. Bu araştırmada yer almak tümüyle sizin isteğinize bağlıdır. Bu araştırmaya katılmamak sizin mevcut durumdaki tedavinizi veya almakta olduğunuz hizmeti ve hekiminizle olan ilişkinizi kesinlikle etkilemeyecektir. İstediğiniz zaman haber vererek çalışmadan çekilme hakkına sahipsiniz; ayrıca gerekli görüldüğü takdirde tıbbi durumunuza herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırıcı tarafından araştırma dışı bırakılabilirsiniz. Bu araştırmanın sonuçları eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanılacak ve bilimsel yayın haline getirilecektir. Bu sürede sizinle ilgili bilgilerin mahremiyetine özen gösterilecek ve üçüncü kişilerle paylaşılmayacaktır. Araştırmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından araştırmadan çıkarılmanız halinde, sizle ilgili veriler kullanılmayacaktır.

Araştırmaya katıldığınız takdirde, çalışmada yapılacak harcamalar ile ilgili sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecek ya da size herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Ayrıca araştırma sonunda size ait bilgiler, kimliğiniz açıklanmadan sadece bilimsel amaçlara hizmet edecektir.

GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı-Soyadı

İmza:

Adres:

Telefonu (Faks no):

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin Adı-Soyadı:

İmza:

Adres:

Telefonu (Faks no):

İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının Adı-Soyadı:

İmza:

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin Adı-Soyadı:

İmza:

Görevi:

ANKET FORMU:EK-1

1. DOĞUM TARİHİNİZ : -------
2. MEDENİ DURUMUNUZ
   - ☐ EVLİ
   - ☐ BEKAR
   - ☐ BOŞANMIŞ
   - ☐ DUL
3. EĞİTİM DURUMUNUZ
   - ☐ OKURYAZAR DEĞİL
   - ☐ OKURYAZAR
   - ☐ İLKOKUL
   - ☐ ORTA OKUL
   - ☐ LİSE
   - ☐ YÜKSEK OKUL-ÜNİVERSİTE
4. MESLEĞİNİZ
   - ☐ ÖĞRENCİ
   - ☐ KAMU ÇALIŞANI
   - ☐ ÖZEL SEKTÖR
   - ☐ SAĞLIK ÇALIŞANI
   - ☐ SERBEST MESLEK
   - ☐ ÇALIŞMIYOR
5. SOSYAL GÜVENCENİZ
   - ☐ VAR
   - ☐ YOK
6. AİLENİZİN TOPLAM GELİRİ
   - ☐ 2000 TL VE ALTI
   - ☐ 2000-5000 TL
   - ☐ 5000 TL VE ÜSTÜ
7. TOPLAM HANE KİŞİ SAYINIZ : -------

8. EVDE BAKIM SİZİN İÇİN NE ANLAM İFADE EDER?
   - ☐ EVDE YARA BAKIMI
   - ☐ EVDE HASTALIK TAKİBİ YAPTIRMAK TEDAVİLERİ PLANLAMAK
   - ☐ EVDE PSİKOLOJİK DESTEK
   - ☐ EVDE İĞNE-PANSUMAN YAPTIRMAK
   - ☐ HEPSİ
   - ☐ DİĞER

9.PALYATİF BAKIM SİZİN İÇİN NE ANLAM İFADE EDER?
   - ☐ PALYATİF BAKIM MERKEZLERİNDE AĞRI VE IZDIRAP VEREN SEMPTOMLARIN GİDERİLMESİ
   - ☐ PALYATİF BAKIM MERKEZLERİNDE PSİKOLOJİK DESTEK VERİLMESİ
   - ☐ PALYATİF BAKIM MERKEZLERİNDE KEMOTERAPİ VE RADYOTERAPİ UYGULANMASI
   - ☐ PALYATİF BAKIM MERKEZLERİNDE HASTA YAŞAM KALİTESİNİ ARTTIRMAYA YÖNELİK DESTEKLEYİCİ BAKIM VERİLMESİ

□ HEPSİ
□ DİĞER

10. EVDE BAKIM VE/VEYA PALYATİF BAKIM İÇİN NEREYE MÜRACAATTA BULUNURSUNUZ ?

□ HASTANE
□ TSM(TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ)
□ ASM(AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ)
□ BAĞLI BULUNDUĞUNUZ İLÇE BELEDİYESİ

11. EVDE BAKIM VEREN KİŞİ OLSAYDINIZ SOSYAL HAYATINIZ OLUMSUZ ETKİLENİR MİYDİ?

□ EVET
□ HAYIR

12.EVDE BAKIM İHTİYACINIZ HİÇ OLDU MU?

□ EVET
□ HAYIR

13. EVDE BAKIM VE/VEYA PALYATİF BAKIM İHTİYACI OLAN KİŞİ SAYINIZ :_ _ _

14.BAKIM VEREN KİŞİ OLMAK DURUMUNDA KALSAYDINIZ KENDİNİZİ İŞİNİZDEN AYRILMAK ZORUNDA HİSSEDERMİYDİNİZ?

□ EVET
□ HAYIR

15.EVDE BAKIM VE PALYATİF BAKIM HAKKINDA BİR YERDEN/KİMSEDEN BİLGİ ALDINIZ MI?

□ EVET
□ HAYIR

16. EVDE BAKIM VE PALYATİF BAKIM HAKKINDA BİLGİYİ NEREDEN/KİMDEN ALDINIZ .

□ TEDAVİ GÖRDÜĞÜM HASTANEDE SAĞLIK PERSONELİ
□ KAYITLI OLDUĞUM AİLE HEKİMLİĞİNDE SAĞLIK PERSONELİ
□ AİLE-ÇEVRE
□ TV-YAZILI YAYIN
□ DİĞER

17.EVDE BAKIM HİZMETLERİNDEN HANGİSİ İÇİN TALEPTE BULUNURDUNUZ?

□ ENJEKSİYON-PANSUMAN
□ YARA BAKIMI
□ PSİKOLOJİK DESTEK
□ BAKIM VERENE YÖNELİK EĞİTİM HİZMETİ
□ HASTALIK TAKİBİ YAPTIRMAK TEDAVİLERİN PLANLANMASI
□ HEPSİ

18.YAŞAMIN SON DÖNEMİNDE BAKIMI NEREDEN ALMAK İSTERDİNİZ?

□ PALYATİF BAKIM ÜNİTELERİNDE
□ HOSPİSLERDE
□ EVDE

ANKET FORMU:EK-2

	EVET	HAYIR	FİKRİM YOK
1.Aile hekimi, evde takibi zorunlu engelli, yaşlı, yatalak kişilere evde sağlık hizmeti sağlar			
2.Evde sağlık hizmetleri, Bakanlık ve bağlı kuruluşları bünyesindeki eğitim ve araştırma hastaneleri, genel hastaneler veya dal hastaneleri, ADSM'ler ve TSM'ler bünyesinde kurulan birimler ve AHB'ler vasıtası ile sunulur.			
3.Evde sağlık hizmeti mesai saatleri içerisinde ve randevu sistemiyle sunulur.			
4.Hekim İlk ziyareti ekibiyle birlikte gerçekleştirerek hastanın kapsamlı olarak tıbbi değerlendirmesini yapar.			
5. Tanıyı koyup tedaviyi gerçekleştiren tabibin bilgilendirme ve önerilerini de dikkate alarak evde sağlık hizmet planı hazırlanır , gerekiyorsa, ilgili dal uzmanından destek alır.			
6.Hekim Evde sağlık hizmetleri sırasında kullanılacak ilaç, tıbbi cihaz ve malzemelerin tedariki, uygun koşullarda saklanması, kullanımı, tıbbi atıkların toplanması ve muhafaza edilmesi, enfeksiyonlardan ve bulaşıcı hastalıklardan korunma gibi konularda kişi ve aile bireylerini bilgilendirir ve danışmanlık hizmeti verir.			
7.Aile Hekimi kendisine başvuran ya da yerinde veya gezici hizmet sunumu esnasında tespit ettiği evde sağlık hizmetine ihtiyacı olan hastayı koordinasyon merkezine bildirir.			
8.Evde Bakım başvuru; hasta, hasta yakını, diğer kişi veya kurumlar tarafından 444 3 833 numaralı telefon hattı aranarak "Evde Sağlık Hizmeti Başvuru Formu" doldurularak veya TSM/AHB'ler aracılığıyla il koordinasyon merkezine yapılır.			
9.Evde Bakım kapsamında hastaya konulmuş olan tanı ve planlanan tedavi çerçevesinde, bulunduğu ev ortamında muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmetleri verilir.			
10. Evde Bakım kapsamında İlacın reçete edilmesindeki özel düzenlemeler saklı kalmak kaydıyla, uzun süreli kullanımı sağlık raporu ile belgelendirilen ilaçları reçete edilebilir.			
11. Aile Hekimi tarafından hastanın ve ailesinin, evde bakım sürecinde üstlenebilecekleri görevler ile hastalık ve bakım süreçleri hakkında bilgi verilir			
12. Evde Bakım kapsamında gerekli görülen hallerde hastanın ilgili sağlık kuruluşuna ve/veya sağlık kuruluşundan evine nakli sağlanır.			
13. Evde sağlık hizmeti sunulan hastanın, iyileşmesi,uygulanan bakım ve tedavinin, sağlık personeli gerektirmeden yapılabilecek hale gelmesi,hastanın kendisinin veya küçük ya da ayırt etme gücüne sahip olmayan hastanın veli/vasisinin hizmeti sonlandırmayı talep etmesi, çeşitli nedenlerle ikamet ettiği bölgenin değişmesi,hastanın vefat etmesi nedeniyle Evde Sağlık Hizmeti sonlandırılabilir.			

14. Hasta veya yakınlarının tedaviye uyumsuz davranışları, direnç göstermeleri, önerilere uymamaları halinde sorumlu tabip, diş tabibi ya da aile hekimi tarafından verilen hizmetin faydası olmayacağına kanaat getirilmesi, Hasta veya küçük ya da ayırt etme gücüne sahip olmayan hastanın veli/vasisinin personelin güvenliğine yönelik uygun olmayan davranışlarda bulunmaları nedeniyle Evde Sağlık Hizmeti sonlandırılabilir.			
15. Palyatif bakım hizmetleri; yataklı sağlık tesislerinde palyatif bakım merkezleri, yataklı sağlık tesisleri dışında ise aile hekimleri ve evde sağlık hizmet birimleri tarafından yürütülür.			
16. Palyatif Bakım merkezlerinde devam tedavisi sağlanan hastaların, tedavilerine düzenli devam edip etmediği, ağrı kesicilerin doğru zamanda ve dozda kullanıp kullanmadığı, yan etkilerinin olup olmadığı gibi süreçlerin takip edilmesi esastır.			
17. Palyatif Bakım merkezleri 24 saat esasına göre çalışır. Mesai saatleri haricinde hizmet, sorumlu tabibin planlamasına ve nöbet esasına göre yürütülür.			
18. Palyatif Bakım Merkezleri yaşamı tehdit eden hastalıklara bağlı olarak ortaya çıkan sorunlarla karşılaşan hastalarda ağrı ve diğer semptomları erken tanımlamak ve değerlendirmek, bu kişilere ve aile bireylerine tıbbi, psikolojik, sosyal ve manevi destek vererek acılarını hafifletmek veya önlemek, yaşam kalitesini geliştirmek için faaliyet göstermek amacıyla kurulur.			
19. Psikososyal destek, psikososyal değerlendirme (sıkıntı, ansiyete, depresyon, umut, kayıp, yas, keder), ağrı yönetimi , beslenme desteği gibi hizmetler sunulur. ilaç, tıbbi cihaz ve malzeme kullanımına ilişkin sağlık raporlarının çıkarılması sağlanır.			
20. Palyatif Bakım hizmetleri klinik ortamda ve poliklinik şartlarında verilir.			
21. Başvurular, palyatif bakım hizmeti almak isteyen hastaların kendisi veya aile bireyleri tarafından bizzat yapılabilir			
22.Başvurular Aile hekimi veya hastanın takip ve tedavisini yapan tabip tarafından taburcu aşamasında gerekli görüşme ve koordinasyon sağlanmak suretiyle palyatif bakım hizmeti veren merkez veya sağlık hizmet sunucusuna yapılabilir.			
23. Palyatif Bakım merkezlerinde Muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmetleri verilir.			