T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ
ANABİLİM DALI

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Serdar ÖZTORA

EDİRNE İLİ AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMALARINDA EV ZİYARETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

(Uzmanlık Tezi)

Dr. Aylin EVCİMEN YÜKSEL

EDİRNE – 2022

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca ve tezimin hazırlanmasında gösterdiği her türlü destek ve yardımlarından dolayı Trakya Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi ve tez danışmanım Prof. Dr. Serdar Öztora' ya yardımlarını ve katkılarını esirgemeyen Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. H. Nezih Dağdeviren'e, Prof. Dr. Ayşe Çaylan'a, Dr. Öğr. Üyesi Önder Sezer'e, eğitimimde emeği geçen tüm hocalarıma, birlikte çalıştığım tüm asistan arkadaşlarıma, her daim yanımda olan sevgili aileme ve eşim Tugay Yüksel'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ 1

GENEL BİLGİLER ….....3

AİLE HEKİMLİĞİ……..……...……...……3

EV ZİYARETİ……..……9

GEREÇ VE YÖNTEM.....18

BULGULAR …….....20

TARTIŞMA …….....59

SONUÇLAR 65

ÖZET…….....67

SUMMARY 69

KAYNAKLAR.....71

EKLER

SİMGE VE KISALTMALAR

ASM : Aile Sağlığı Merkezi

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

MHRS : Merkezi Hekim Randevu Sistemi

WONCA: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

GİRİŞ VE AMAÇ

Ev ziyareti; Amerikan Aile Hekimliği Akademisi tarafından "bir ya da daha fazla sağlık ekibi üyesince hastanın evine yapılan programlanmış gözlem ziyareti" olarak tanımlanır. Ev ziyaretleri birinci basamak aile hekimliği uygulamasında önemli rol alır. Aile hekiminin hastaları kendi ortamında tanıması hasta hekim ilişkisine yakınlık getirir (1,2). Akut veya kronik hastalık yönetimi, hastaneye yatış sonrası bakım, sağlık değerlendirmeleri, ölmek üzere olan hasta bakımı ev ziyareti için yaygın olan gerekçelerdir (1,3). Ev ziyareti ile klinik değerlendirmeye ek olarak hastalar hakkında poliklinik ortamında elde edilmesi zor olabilecek bilgiler elde edilebilir. Evin durumundan günlük yaşam aktivitesi, kendi ortamındaki hareketliliği ve güvenliği değerlendirilebilir. Hastanın ilaç uyumu, madde kötüye kullanımı, ev kazaları, şüpheli ihmal ve istismar durumu değerlendirmeleri yapılır (4).

Ev ziyaretleri yapılma sayısı ülkelere göre ve ülkelerde uygulanan sağlık sistemlerine göre değişkenlik gösterir. Öncelerde ev ziyareti hekim pratiğinin önemli parçası ve bir aile hekimliği geleneği sayılırdı. Yıllar içinde hekimlerin ev ziyareti yapma sayıları azalmıştır (5). Zaman yetersizliği, ücretlendirme eksikliği ve coğrafi hizmet alanının geniş olması şehir merkezinde çalışan aile hekimlerinin ev ziyareti yapmasını zorlaştırmaktadır. Ev ziyaretlerinin uygun şekilde yapılmasının hastalara, doktorlara ve tüm sağlık sistemine faydalı olacağına dair kanıtlar olmasına rağmen az sayıda ev ziyareti yapılmaktadır. Bu durumdan en çok etkilenen grup yaşlı hastalardır. Ev ziyareti ile acil servis başvuruları, hastane yatışlar ve taburculuk sonrası tekrar başvurular azalmıştır. Ev ziyareti yapılan geriatrik popülasyonda huzurevine yatış riski ve ölüm oranları azaldığı kanıtlanmıştır. Hastaların hastane ortamına girişi ile ilgili fiziksel

rahatsızlıkların, hastane kaynaklı enfeksiyon oluşmasını ve aynı zamanda psikolojik stresin de oluşmasını engeller (4).

Türkiye'de 2005 yılında birinci basamakta başlayan yeni gelişmelerle birlikte sağlık ocağı hizmetlerinde değişiklikler yapılmıştır. Kişiye yönelik koruyucu, tedavi edici, rehabilitasyon hizmetleri aile hekimlerince verilmeye devam edecektir. Diğer sağlık ocağı hizmetleri toplum sağlığı merkezince verilecektir. Düzce' de aile hekimliği pilot uygulaması başlatılmış, 2010 yılında tüm Türkiye kapsamına alınmıştır. Sağlık ocağı olarak çalışan birimler ASM (Aile Sağlığı Merkezi) adını almıştır. Günümüze kadar birçok yeni ASM açılmıştır. Aile hekimliği birimine il, ilçe, köylerde yerleşik olan ve mobil hizmet götürülen bireyler nüfus olarak bağlanmıştır. Hekimler kendilerine bağlı nüfusa koruyucu, önleyici ve tedavi edici hizmeti sunar. Aile hekimleri en az yılda bir kez kendisine kayıtlı kişilere sağlık hizmeti sunmuş olmalı ve dosyasına eklemelidir. Obezite takibi, 15-49 yaş izlemleri, kanser taramaları, evde bakım hastalarının takibi, bağlı mobil nüfusa gezici hizmet verilmesi, aşılamaların yapılması, gebe, bebek ve çocukların izlemi, hastalarına eğitici seminerler düzenlenmesi aile hekimin görevleri arasındadır (6).

Türkiye'de ev ziyaretleri aile hekimliği uygulamasından önce de uygulamada yer almaktaydı ve daha çok ebeler ev ziyaretleri uygulamaktaydı. Ev ziyaretleriyle kişilerin sağlıkları gözlenir, rutin aşılamalar yapılırdı. Hekimlerin belli nüfusu olmaması ile birlikte bakımın sürekliliğini sağlayamamak ev ziyaretlerini aksatmaktaydı. Türkiye'de Aile Hekimliği Pilot uygulamasını değerlendirmek için yapılan "Evaluation of the organizational model of primary care in Turkey" çalışmasında katılan hekimlerin yarıya yakını günde 1,7 ev ziyareti yaptığını ifade etmiştir. Burdur' da yapılan çalışmada aile hekimlerinin %68'i haftada bir kez ev ziyareti yaptığını ve toplam hekimlerin %54,2'si aile hekimliği uygulamasında ev ziyaretinin gerekliliğini düşündüğünü ifade etmiştir (7).

Ülkemizde ev ziyaretleri konusunda hekimler tarafından yapılan çalışmalar çok azdır. Çalışmamızda aile hekimliği uygulamalarında ev ziyaretinin yerini, birincil bakımda çalışan aile hekimlerinin ev ziyareti konusunda bilgi düzeylerini, ev ziyareti gerekliliği hakkında farkındalığını ve düşüncelerini değerlendirmeyi hedefledik.

GENEL BİLGİLER

AİLE HEKİMLİĞİ

Aile Hekimliğinin Tanımı

Aile hekimi; tıbbi bakım arayan kişilere yaş, cinsiyet, rahatsızlık ayrımı yapmadan kapsamlı ve sürekli sağlık bakım hizmetini sunan, kendi disiplinin özelliklerine göre yetişmiş uzman hekimdir (8). Çoğu ülkede genel pratisyenlik terimi ile eş anlamlı kullanılır. Bazı görüşlere göre genel pratisyenlik eskiden kullanılmış bir modeldir. Yeni gelişen aile hekimliği kavramı, aile hekimliği disiplinini de içeren ama bunun çok daha fazlasını barındıran bilgi kütlesi adı halini almıştır (9). Aile hekimleri kişilerin aile, toplum ve kültürel değerlerine saygı duyarak birey ve topluma karşı mesleksel sorumluluk taşırlar. Kişilerin tüm sağlık ihtiyaçlarını yönetirler. Diğer tıp disiplinleri ile bilgi paylaşımı yaparak kişilerin sağlık hizmetinden etkin şekilde faydalanmasını sağlar (10).

Tıp alanında bilimsel, teknolojik, toplumsal etkenlere bağlı olarak değişimler sıkça yaşanmaktadır. Aile hekimliği uzmanlığı da bu etkiler doğrultusunda şekillenen yeni disiplinlerdendir (9).

1923'de Francis Peabody teknolojik ilerlemeler ve modern tıbbın ilerlemesiyle birlikte özelleşmiş uzmanlık dallarının arttığını belirtmiştir. Sağlık hizmeti sunumunun aşırı bölünmesi nedeniyle hastalara birinci basamakta bütüncül ve kişisel bakım verebilecek hekimlerin de olması gerektiğini ifade etmiştir (10).

1966 yılında Amerika Tıp Birliği Millis ve Willard olarak bilinen iki rapor yayınlamıştır. Bu raporlarda birinci basamak sağlık hizmeti için mezuniyet sonrası eğitimin önemi ve aile hekimliği olarak isimlendirilen yeni bir uzmanlık dalının kurulması gerekliliği

vurgulanmıştır (9). 1969 yılında Amerika'da Amerikan Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu (American Board of Family Practice) 20. tıbbi uzmanlık dalı olarak kurulmuştur. Bu kurulun ismi 2004 yılında American Board of Family Medicine (ABFM) olarak değiştirilmiştir (10).

1974 yılında Hollanda'da aile hekimliği hakkında Leeuwenhorst tanımı olarak isimlendirilen bir tanımlama yapılmıştır. Bu tanıma göre aile hekimi kendisine bağlı nüfusa yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmadan hizmet sunan hekimdir. Hastalara kendi muayene alanında veya hastaların kendi evlerinde hizmet sunar. Amacı erken tanı koymaktır. Karşılaşılan her sorun için ilk kararı verir. Uzun dönem hastalıkların sürekli bakımını yapar. Tedavi, eğitim, koruma ile sağlığı geliştirme uygulamalarını yürütür. Sadece kişi sağlığı değil aile ve toplum sağlığından da sorumludur (8).

Alma Ata bildirgesinde (1978) herkes için sağlık başlığı altında hedefler belirlenmiş, özellikle birinci basamakta sağlık hizmetinin kendine özgü bilgi ve koşulları içermesi ve bu hizmetin uzman hekimlerce verilmesi vurgulanmıştır (11).

1991 yılında World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA) tanımına göre genel pratisyen veya aile hekimi, tıbbi bakım arayan herkese kapsamlı sağlık bakımı sunma ve gerekirse diğer sağlık personelini de harekete geçirme sorumluluğu olan hekimdir. Din, ırk, kültür ve toplumsal ayrım yapmadan bireye ve ailelerine hizmet verir (8).

2000 yılında Olesen tanımında genel pratisyenlik; sağlık hizmetinin ilk basamağında çalışan, hastaların sağlık sorunu olduğunda ilk başvuruyu yaptığı uzman hekimler olarak tanımlanmıştır. Genel pratisyen, toplum içinde kişi özelliklerine bakmadan tüm bireylere bütüncül bakım, tanı, tedavi, koruma, palyasyon alanlarında hizmet sunar (8).

Avrupa'da sağlık sistemleri ve aile hekimliği uygulamalarındaki farklılıklar nedeniyle Dünya Aile Hekimleri Birliği'nin Avrupa kolu olan WONCA-Avrupa 2002'de Aile Hekimliği/ Genel Pratisyen tanımını yapmıştır. Bu tanıma göre aile hekimi, kendine has eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel disiplinli ve birinci basamak yönelimli klinik uzman hekimdir (12).

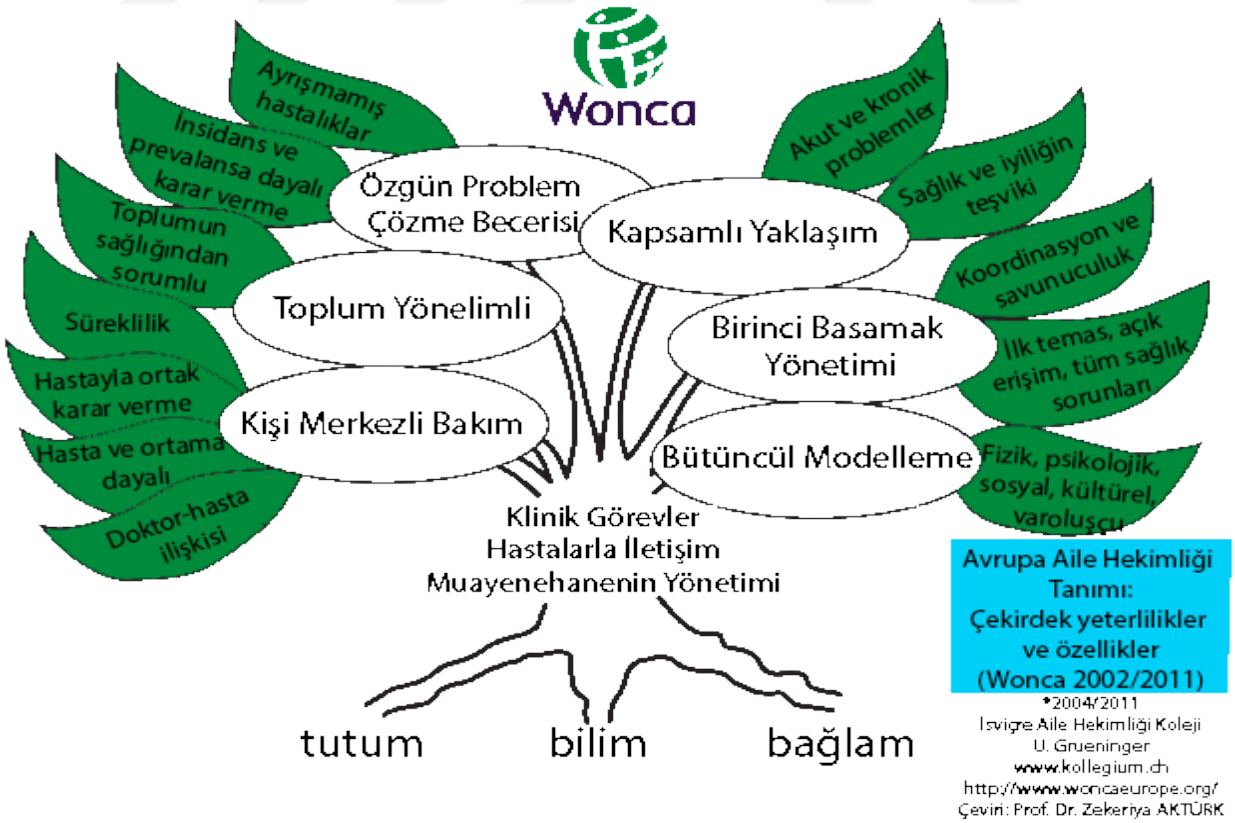
Türkiye'de 1973 yılı Tababet Uzmanlık Tüzüğünde yapılan değişikler sonrası 1983 yılında aile hekimliği klinik uzmanlık dalı olarak belirtilmiştir. Eğitim için farklı rotasyonlardan oluşan süre otuz altı ay olarak belirlenmiştir (13). 1993 tarihli YÖK kararı ile aile hekimliği anabilim dalı açılması uygun bulunmuştur. İlk olarak 1993 yılında Trakya Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı açılmıştır (14).

2005 yılında birinci basamak hizmetlerinde yeni gelişmeler yaşanmıştır. Kişiye yönelik koruyucu, tedavi edici, rehabilitasyon hizmetleri aile hekimlerince verilecektir. Diğer sağlık ocağı hizmetleri toplum sağlığı merkezlerince verilecektir. Aile hekimliği pilot uygulama ilk defa 2005 yılında Düzce'de Aile Sağlığı Merkezlerinin (ASM) açılmasıyla başlamıştır. 2010 yılından sonra da tüm Türkiye kapsamına alınmıştır (6).

Aile Hekimliği Disiplini ve Çekirdek Yeterlilikleri

Leeuwenhorst grubu ile Olesen ve ark. aile hekimi tanımını yapıp hekimin yapması gereken görevleri belirterek aile hekimliği disiplinin bileşenlerini oluşturdular. Bir başka yaklaşım ise bu disiplininin temel ilkelerini oluşturmaya çalışmaktı. WONCA Avrupa'nın bir toplantısında Gay tarafından bu ilkeler tanımlanmıştır. Gay, aile hekimliği ilkeleri ile görevleri arasında bir ilişki olduğunu ifade etmiştir. Bu ilişki ile aile hekimlerinin eğitiminin içeriğini belirleyici yeterlilikler tanımlanması gerekmektedir. Bu yaklaşım ile disiplinin temel ilkeleri ile aile hekimliği zorunlu görevleri arasında dinamik ilişki bulunduğu gösterilmektedir. Bu görevler, aile hekimlerinin içinde olduğu sağlık hizmeti sunma sistemi ve hastaların ihtiyaçları ve talepleri tarafından belirlenmektedir (8).

Aile hekimliğinin tüm özellikleri WONCA ağacı ile Şekil 1'de belirtilmiştir (15).



Şekil 1. WONCA ağacı (15)

Her aile hekimliği uzmanının usta olması gereken yetenekler disiplini tanımlayan on iki temel özellik olarak belirtilmiştir.

1. Kişilerin sağlık sistemine girişinin birinci basamağıdır.
2. Kaynaklardan verimli yararlanılmasını sağlar.
3. Kişilere aile ve içinde bulunduğu toplum yapısına göre bireysel yaklaşım sergiler.
4. Hastayı güçlendirme ve kendini geliştirme hedeflerini destekler.
5. Etkin iletişim ile güçlü hasta ve hekim ilişkisi geliştirir. Disipline özgü hastayla görüşme süreci mevcuttur.
6. Hastanın ihtiyacı ile belirlenen sağlık hizmetinin sürekliliğini sağlar.
7. Toplumda görülen hastalığın yaygınlığı ve insidansı tarafından belirlenen bir karar verme sürecine sahiptir.
8. Hastaların tüm sağlık sorunlarını eş zamanlı olarak yönetir.
9. Ayrışmamış hastaları ve farklılaşmamış rahatsızlıkları yönetir.
10. Sağlığı ve iyi olma halini geliştirir.
11. Toplum yönelimlidir.
12. Sağlık problemlerini fiziksel, ruhsal, toplumsal, varoluşsal boyutlarda ele alarak bütüncül yaklaşım sergiler (16).

Aile hekimliği disiplininin çekirdek yeterlilikleri için bağlam, tutum, bilim temel olarak kabul edilir. Bu temel üzerine altı çekirdek yeterlilik belirlenmiştir (8).

1. Birinci basamak yönetimi
2. Kişi merkezli bakım
3. Özgül sorun çözme becerileri
4. Kapsamlı yaklaşım
5. Toplum yönelimli olma
6. Bütüncül yaklaşım- modelleme

1. **Birinci basamak yönetimi:** Aile hekimliği ayrışmamış hastalıklar için sağlık sistemine ilk giriş noktasıdır. Yaş, cinsiyet ve diğer kişisel özellikleri ayırt etmeden tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenilir. Diğer tıp dalları ile koordineli, etkili ve amaca uygun sağlık hizmeti ile kişiye yönelik bakım verilir (12).
2. **Kişi merkezli bakım:** Hastanın önceliklerini belirleyip ihtiyacına uygun olarak kişi merkezli bakım oluşturma, hasta ve hekim arasında etkili iletişim sağlanıp ortak kararlar

alınması ve hastanın tüm yaşamını kapsayacak şekilde sürekli olarak sağlık bakımı verilmesidir.

3. **Özgül sorun çözme becerileri:** Kendine has karar verme sürecini toplumdaki hastalıkların yaygınlığı ve sıklığı ile ilişkilendirerek, öykü alma, fizik muayene ve diğer incelemelerle elde edilen bilgileri seçerek toplayıp yorumlayarak hasta ile iş birliği içinde uygun bir yönetim planı oluşturarak birinci basamakta ayrışmamış durumları yönetme kabiliyetidir.
4. **Kapsamlı yaklaşım:** Akut ve kronik sağlık problemlerini aynı anda yöneterek, sağlığı geliştirmek ve hastalıkları önlemek için uygun yöntemler oluşturarak sağlığı ve iyiliği teşvik etmektir.
5. **Toplum yönelimli olma:** kişisel sağlık ihtiyaçları ile hastaların içinde yaşadıkları toplumun sağlık ihtiyaçlarını mevcut kaynaklarla denge içinde uzlaştırma özelliğidir.
6. **Bütüncül yaklaşım- modelleme:** Sağlık problemlerini fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluşsal olarak tümüyle ele alma özelliğini ifade eder (16).

Aile hekimliği disiplin özellikleri içeriğinde belirtilen özellikler ile aile hekimleri evde bakım hizmeti için önemli konumdadır. Çekirdek yeterlilikler içinden birinci basamak yönetimi ve kişi merkezli bakım evde bakım ile yakından ilişkilidir. Birinci basamak yönetimi çekirdek yeterliliği içinde belirtilen özelliklerden aile hekimliğinin sağlık sisteminin ilk temas noktası olması, sınırsız iletişim ve koordinasyon evde bakım ile ilişkilidir.

İlk temas noktası olma; ciddi acil durumlar dışında kalan diğer sağlık problemleri için aile hekimliği ilk temas yeridir. Farklılaşmamış rahatsızlıklar ile sık karşılaşır ve yönetimini yapar. Hastanın ASM'ye ulaşamayacak kadar hasta olması ve yatağa bağlı olması durumunda aile hekiminin hastayı evinde görmesi gereklidir.

Koordinasyon özelliği; hastanın evde bakım gerektiren sürecinde bakım hizmetleri ve diğer sağlık ve sosyal hizmetlerinin koordine edilmesi aile hekiminin görevlerindendir.

Kişi merkezli bakım çekirdek yeterliliği içinde belirtilen sürekli bakım özelliği de evde bakım hizmeti ile yakından ilgilidir. Sürekli bakım; geleneksel anlamıyla hastanın aynı doktoru görmesi anlamındadır. Longitudinal (boylamsal) süreklilik olarak tanımlanan süreklilik özelliği ile aile hekimleri kişilerin hayatlarının önemli bir kısmında, yirmi dört saat sağlık hizmeti vermelidir. Bu kavram sağlıkla ilgili özellikli problem varlığına ve sorunun şekline bakılmadan, belli zaman içinde hizmet veren kişi, ekip veya birimin bulunması anlamındadır. Aile hekimlerinin süreklilik çerçevesinde hastalara evde bakım hizmeti sunması gerekli olacaktır. Bu hizmet ev ziyareti olarak da isimlendirilir. Kişi merkezi yaklaşım özelliği ile kişilerin

yaşamını sürdürdüğü ortamda kişilerle ve ortamla olan sorunlarla ilgilenme gerekir. Ev ziyaretleri ile aile hakkında bilgi edinilir. Kişinin işlevselliği, ev ortamı, hastalığın ailede nasıl karşılandığı gibi bilgiler elde edilir (17, 18).

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinde Aile Hekiminin Görevleri

Sağlık Bakanlığı'nın 25 Mart 2013 tarihinde Resmî Gazete' de yayınlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'ne göre aile hekimi "kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belirli bir ortamda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün yasasına göre çalışan aile hekimi uzmanı veya kurumun öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabip" olarak tanımlanmıştır (19). Sağlık Bakanlığı tarafından belirtilen usul ve esaslar çerçevesinde aile hekiminin görev, yetki ve sorumlulukları;

1. Çalıştığı bölgenin sağlık hizmetinin planlamasında bölgesindeki toplum sağlığı merkezi ile işbirliği yapmak.
2. Hekimlik uygulaması sırasında karşılaştığı toplum ve çevre sağlığını ilgilendiren durumları bölgesinde bulunduğu toplum sağlığı merkezine bildirmek.
3. Kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için altı ay içinde ev ziyaretinde bulunmak veya kişiler ile iletişime geçmek.
4. Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek.
5. Sağlıkla ilgili olarak kayıtlı kişilere rehberlik yapmak, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetlerini vermek.
6. Periyodik sağlık muayenesi yapmak.
7. Kayıtlı kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik izlem ve taramaları (kanser, kronik hastalıklar, gebe, lohusa, yenidoğan, bebek, çocuk sağlığı, adölesan (ergen), erişkin, yaşlı sağlığı ve benzeri) yapmak.
8. Evde takibi zorunlu olan engelli, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kendisine kayıtlı kişilere evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek.
9. Aile sağlığı merkezi şartlarında teşhis veya tedavisi yapılamayan hastaları sevk etmek, sevk edilen hastaların geri bildirimi yapılan muayene, tetkik, teşhis, tedavi ve yatış bilgilerini

değerlendirmek, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu sağlamak.

10. Tetkik hizmetlerinin verilmesini sağlamak ya da bu hizmetleri vermek.

11. Verdiği hizmetlerle ilgili olarak sağlık kayıtlarını tutmak ve gerekli bildirimleri yapmak.

12. Kendisine kayıtlı kişileri yılda en az bir defa değerlendirerek sağlık kayıtlarını güncellemek.

13. Gerektiğinde hastayı gözlem altına alarak tetkik ve tedavisini yapmak.

14. Entegre sağlık hizmetinin sunulduğu merkezlerde gerektiğinde hastayı gözlem amaçlı yatırarak tetkik ve tedavisini yapmak.

15. İlgili mevzuatta birinci basamak sağlık kuruluşları ve resmî tabiplerce kişiye yönelik düzenlenmesi öngörülen her türlü sağlık raporu, sevk evrakı, reçete ve sair belgeleri düzenlemek.

16. Kurumca belirlenen konularda hizmet içi eğitimlere katılmak.

17. Kurumca ve ilgili mevzuat ile verilen diğer görevleri yapmak.

Tanımlanan görev, yetki ve sorumluluklar içerisinde ev ziyaretleri ile ilişkili olan iki madde vardır (3 ve 8. maddeler). Bu maddelere göre aile hekiminin hangi hastalara ev ziyareti yapması gerektiği belirtilmiştir (19).

EV ZİYARETİ

Ev ziyareti; Amerikan Aile Hekimliği Akademisi tarafından "bir ya da daha fazla sağlık ekibi üyesince hastanın evine yapılan programlanmış gözlem ziyareti" olarak tanımlanır (2). Eskiden ev ziyareti sağlık hizmet ihtiyacı olanlara çok önemli bir sağlık hizmeti sunma şekliydi (2,20). Günümüzde sağlık sistemine ulaşma kolaylığı, iletişimin yaygın olması, teknolojinin yaygın kullanılması ev ziyaretinde azalmaya neden olmuştur (2). Bu gelişmeler sonucunda hekimler daha çok poliklinik ve hastane ortamında hizmet etmeye yönelmişlerdir. Yoğun poliklinik çalışması ve iş yükünün artması ile birlikte ev ziyaretinin uygulanması gittikçe azalmış, yeterince etkin hizmet verilmemeye başlanmıştır. 1980'lerden sonra ev ziyaretlerinde ciddi azalma gözlenmiştir. Günümüzde fiziki veya ruhsal engellilik nedeniyle günlük yaşamını idame ettiremeyen kişiler için ev ziyaretleri hizmeti belirlemek amacıyla yapılmaya devam etmektedir. Evde sağlık hizmetleri ev ziyaretinin günümüzde en sık kullanılan şeklidir. Sadece evde sağlık hizmetini sunmak ev ziyareti kavramını tam anlamıyla karşılamamaktadır. Ev ziyaretleri aile hekimliği uygulamalarının önemli bileşenlerindendir (20). Yapılan bir çalışmada ev ziyareti değerlendirmeleriyle ortalama dört yeni sağlık problemi tespit edilmiş. Bu sorunlar arasında cinsel işlev bozuklukları, yürüme ve denge bozuklukları, aşılanma yetersizlikleri ve

hipertansiyon sayılmıştır ve bu sorunların poliklinik ortamında alınan bilgiler ile saptanamayacağı belirtilmiştir (21).

Birinci basamak hizmeti veren hekimlerin sorumlu olduğu nüfusun sağlığını koruyabilmesi ve sağlık ihtiyacının karşılayabilmesi için hizmet sunum şeklinin nüfusun ihtiyacına göre belirlenmesi önemlidir. Dünyada ve ülkemizde 65 yaş üstü nüfus hızla artmaktadır. Yaş ilerlemesiyle birlikte kardiyovasküler problemler, diyabet, osteoporoz, demans gibi kronik hastalıkların da sıklığı artmaktadır. Yaşlanma ile birlikte işlevsellikte azalma ve engellilik, sosyal izolasyon ve yalnızlık, yoksulluk gibi durumlar yaşlı kişilerin sağlık hizmetine erişimini zorlaştırmaktadır. Yaşlı hastanın sağlığının geliştirilmesi, korunması ve bağımsız yaşamı sağlanabilmesi için yaşadığı ortamda gözlemlenip değerlendirilmesi çok önemlidir. Ev ziyaretleri bu noktada çok önem taşır (7). Yapılan bir çalışmada yaşlı hastaların kendi aile hekimleri tarafından yapılan ziyaretleri dostane karşıladıkları ve bu ziyaretler ile hekimlere güvenlerinin arttığını ifade etmişlerdir (22).

İkinci dünya savaşı yıllarında aile hekiminin en önemli görevlerinden biri ev ziyaretleriydi. İnfluenza epidemileri ile mücadelede ev ziyareti etkili olmuştur. Poliklinik hizmetinden daha çok ev ziyaretlerine ağırlık verilirdi. Zaman geçtikçe bu uygulamada azalmalar başladı. 1930 yılında doktor ile hasta görüşmelerinin %40'ı ev ziyareti şeklinde iken 1972'de yaklaşık %5 görüşme evde yapılıyordu. 1980 yılına gelindiğinde ev ziyareti uygulaması %1'in altına düşmüştür (9,23).

21. yüzyıl başına gelindiğinde doktorlar ev ziyareti yapanlar ve hiç yapmayanlar olarak ikiye ayrılmış. 2001 yılında Amerikan doktorların %18'den azı ev ziyareti yapmıştır. Haftada ortalama 5 ev ziyareti yapıldığı belirtilmiştir. Avrupa ve Kanada'da çoğu hekim önemli derecede ev ziyareti yapmaya devam etmiştir. İngiltere'de Amerikan doktorlarla karşılaştırıldığında yılda 10 kat daha fazla ve 85 yaş üstü kişilere 100 kat daha fazla ev ziyareti yapıldığı belirtilmiştir. Ev ziyareti yapan hekimlerin neredeyse hepsi kapsamlı bakım sağlayan birinci basamak hekimidir (24).

Türkiye'de 2005 yılında birinci basamakta başlayan yeni gelişmelerle birlikte sağlık ocağı hizmetlerinde değişiklikler yapılmıştır. Kişiye yönelik koruyucu, tedavi edici, rehabilitasyon hizmetleri aile hekimlerince verilmeye devam edecektir. Diğer sağlık ocağı hizmetleri toplum sağlığı merkezince verilecektir. Düzce' de aile hekimliği pilot uygulaması başlatılmış, 2010 yılında tüm Türkiye kapsamına alınmıştır. Sağlık ocağı olarak çalışan birimler ASM (Aile Sağlığı Merkezi) adını almıştır. Günümüze kadar birçok yeni ASM açılmıştır. Aile hekimliği birimine il, ilçe, köylerde yerleşik olan ve mobil hizmet götürülen bireyler nüfus

olarak bağlanmıştır. Hekimler kendilerine bağlı nüfusa koruyucu, önleyici ve tedavi edici hizmeti sunar. Aile hekimleri en az yılda bir kez kendisine kayıtlı kişilere sağlık hizmeti sunmuş olmalı ve dosyasına eklemelidir. Obezite takibi, 15-49 yaş izlemleri, kanser taramaları, evde bakım hastalarının takibi, bağlı mobil nüfusa gezici hizmet verilmesi, aşılamaların yapılması, gebe, bebek ve çocukların izlemi, hastalarına eğitici seminerler düzenlenmesi aile hekimin görevleri arasındadır (6).

Türkiye'de ev ziyaretleri aile hekimliği uygulamasından önce de uygulamada yer almaktaydı ve daha çok ebeler ev ziyaretleri uygulamaktaydı. Ev ziyaretleriyle kişilerin sağlıkları gözlenir, rutin aşılamalar yapılmaktaydı. Hekimlerin belli nüfusu olmaması ile birlikte bakımın sürekliliğini sağlayamamak ev ziyaretlerini aksatmaktaydı. Türkiye'de Aile Hekimliği Pilot uygulamasını değerlendirmek için yapılan "Evaluation of the organizational model of primary care in Turkey" çalışmasında katılan hekimlerin yarıya yakını günde 1,7 ev ziyareti yaptığını ifade etmiştir. Burdur' da yapılan çalışmada aile hekimlerinin %68'i haftada bir kez ev ziyareti yaptığını ve toplam hekimlerin %54,2'si aile hekimliği uygulamasında ev ziyaretinin gerekliliğini düşündüğünü ifade etmiştir (7).

Ev ziyareti, evde bakım ve acil çağrı kavramları farklı uygulamalardır. Ev ziyaretinde amaç hastanın kendi ortamında ayrıntılı değerlendirilmesinin sağlanması, sağlık ihtiyacının saptanıp sağlığı tehdit eden risk faktörlerinin belirlenmesidir (7).

Evde bakım hizmeti; Amerikan Tıp Birliği tarafından hastanın rahatını, işlevselliğini ve sağlığını en üst seviyeye çıkarıp sürdürmesini sağlamak için evinde verilen sağlık hizmetini tanımlanır. Hekimlerin önerisiyle hasta kişiye, ailesi ile yaşadığı ortamda, sağlık ekibi tarafından rehabilite edici hizmet, fizyoterapi, psikolojik tedavi gibi tıbbi gereksinimlerini karşılayacak sağlık bakımı ve takip hizmeti verilir.

Acil çağrı; ani gelişen sağlık problemi nedeniyle tıbbi bakım ve değerlendirme ihtiyacı olan hastalar için sağlık ekipleri tarafından sunulan hizmettir.

Gezici sağlık hizmeti; coğrafi, sosyal veya bedensel engellikler sebebiyle tıbbi hizmete ulaşamayan kişiler veya gruplara ikamet ettikleri yerde sunulan sağlık hizmetidir (huzurevi, bakımevi, uzak köy… vb.) (7,25).

Ev Ziyareti Çeşitleri

Ev ziyareti çeşitleri temel olarak dört başlık altında değerlendirilir. Bunlar hastalık ev ziyaretleri (acil, akut ve kronik hastalıklar), değerlendirme ev ziyaretleri (hastanın yaşadığı ortamın sağlığına etkisini değerlendirmek, çoklu ilaç kullanımı, tedavi uygunluğu, ihmal

istismar değerlendirilmesi) , ölmekte olan hasta ev ziyaretleri (terminal dönemdeki hastanın bakımı, aile bireylerine destek hizmeti vermek), taburculuk sonrası ev ziyaretleridir (2). Ev ziyaretinin temel çeşitleri Tablo 1'de özetlenmiştir (26).

Tablo 1. Başlıca ev ziyareti çeşitleri (26)

Ziyaretin çeşidi	**Ziyaretin içeriği**
Hastalık ev ziyaretleri	• Acil durum ve kazalar • Akut hastalık • Kronik hastalık
Ölümcül hastalığı olan hastaya ev ziyareti	• Terminal dönem bakımı • Ölümün haber edilmesi • Aile bireylerine yas desteği
Değerlendirme ev ziyareti	• Çoklu ilaç kullanımı veya çoklu tıbbi problemleri olan hastalar • Aşırı sağlık hizmeti kullanımı • Hareketsizlik, sosyal izolasyon veya ihmal ve istismar açısından risk değerlendirme • Yeni ve yıkıcı tanı almış hastayı ve aileyi değerlendirme • Bakımevi gereksinimi açısından değerlendirme
Taburculuk sonrası izlem ev ziyareti	• Yeni bebeği olan ebeveynler • Akut ciddi hastalık, yaralanma veya cerrahi girişim hastaneye yatış sonrası

Hastalık ev ziyareti; yeni görülen akut acil durumda veya var olan kronik hastalıkların ani alevlenmesinde, evde karşılaşılan kaza durumunda hastanın talebi üzerine yapılır. Hekim hastayı görerek veya telefon görüşmesi ile ziyaret yapılabilir. Acil durumlarda eve gidilerek yapılan ziyaretler nadirdir. Bu uygulama genelde kırsal ve uzak yerleşim yerlerinde ön tanıyı koymak ve sonrası için atılacak adımları belirlemek için yapılır. Kronik rahatsızlığı olup engeli ve ulaşım zorluğu olan hastanın düzenli izlenmesi önemlidir. Sağlık problemine karşı davranışı, başa çıkabilme durumu değerlendirilir. Hastanın kendi ortamında değerlendirilmesi ve desteklenmesi aile hekiminin önemli görevlerindendir. Aile hekimliğinin ve diğer toplum hizmetlerinin kesişimi açısından önemli bir görevdir. (2,9).

Ölümcül hastalığı olan hastaya ev ziyareti; eve bağımlı hale gelmiş terminal dönemde olan hastalara yapılan ziyaretlerdir. Genelde evde bakım ekibi ile koordineli gerçekleştirilir. Hasta yakınlarına tıbbi moral destek sağlanır. Bu destek bakım ve tedavi ile yaşamın son iki haftası acil servis başvuruları ve hastane yatışları azalmış, evinde yaşamı sonlanan hastaların sayısı artmıştır. Hastaların çoğunun fikri evde ölümün iyi ölüm olduğudur. Ölüme yakın ev ziyareti yapılması ile hastanede gerçekleşen ölümlerin azalması ilişkili bulunmuştur (27).

Değerlendirme ev ziyareti; hastanın sağlık durumuna ev ortamının etkisinin değerlendirildiği bir araştırma ziyaretidir. Uzun süreli bakım gerektiren hastalara da faydalı olabilir. Genellikle hastanın uyumsuz olduğundan şüphelenildiğinde ya da aşırı sağlık hizmeti kullanımı olduğunda yapılır. Çoklu tıbbi problemi olan hastanın çoklu ilaç kullanımı değerlendirilir. İhmal ve istismar gibi durumları değerlendirilebilir ve gerekirse bakımevi desteği sağlanabilir. Eve bağlı hastaların işlevselliğinin korunması ve hastane yatışının önlenmesi veya geciktirilmesi amaçlanır. Ev içinde ve dışında güvenlik kusuru oluşturacak durumlar değerlendirilir. Aynı zamanda hastanın bakıcısının işlevinin değerlendirilerek bakım kalitesinin saptanması da önemlidir (1). Japonya'da yapılan bir çalışmada yaşlı hastalarda düzenli ev ziyareti yapılması düşük mortalite ile ilişkili bulunmuştur (28). Gebelerde ruhsal durum değerlendirilmesi ile ilgili yapılan bir çalışmada, ruhsal durumun eğitim, iş, sosyal güvence, evlilik süresi, eşlerin ilişkisinin kalitesi, doğum sayısı, gebelik isteği, kronik hastalık olması, depresyon geçmişi gibi özelliklerden etkilendiği gösterilmiştir. Gebelikte anksiyete seviyesi ile depresyon arasında ilişki saptanmıştır. Gebelerin psikolojik problemleri sık görülmekte ama farkına varılması zor olabilir. Etkili ev ziyaretleri ile gebelerin fiziksel ve psikolojik değerlendirilmesi, sorunların erken tanınmasını, önlenmesini ve antenatal bakımın kalitesinin artmasını sağlar (29).

Taburculuk sonrası izlem ev ziyareti; yaşamda önemli bir değişim olduğu durumlarda yatış sonrası ev ziyareti önemlidir. Örneğin yeni ebeveyn olmuş ailenin hastane çıkışı sonrası sağlık ve korunma konuları açısından ziyaret edilmesi, ebeveynlik kaygılarını değerlendirmek için iyi bir fırsattır (1). Yapılan bir çalışmada, kronik kalp hastalarına taburculuk sonrası kardiyak bakım hemşiresi tarafından yapılan ev ziyaretleriyle hastaneye yatış oranında ve sağlık bakım maliyetlerinde azalma belirtilmiştir (30).

Ev ziyareti yapılan kişilerin bakımının verimli olmasında plan ve koordinasyon önemlidir. Öncelikle kime ev ziyareti yapılacağını belirlenip, tıbbi kayıtları ayrıntılı incelenmelidir. Profesyonel bakım hemşiresiyle çalışmak, ziyaret programlarını ihtiyaca göre düzenlemek ev ziyaretinin verimliliğini arttırır. Bu planı yaparken kullanılabilecek ihtiyaç

listesi ve algoritma etkin bir ziyaret yapılmasına fayda sağlar (1,9). Ev ziyareti kontrol listesi oluşturarak yapılması gerekenlerin atlanması önlenebilir. Bunun için Unwin ve arkadaşlarının önerisiyle hazırlanan ev ziyareti kontrol listesi kullanılabilir. Listenin ana başlıkları kişisel bilgiler, immobilite, beslenme, ev ve çevresi, diğer kişiler, ilaçlar, muayene, güvenlik, ruh sağlığı, hizmetler, tespit edilen ana sorunlar, müdahaleler ve plan şeklindedir (3).

Ev ziyareti yapmak için aile hekiminin yanında bulunması gereken malzemeler aşağıda Tablo 2'de belirtilmiştir (26).

Tablo 2. Ev Ziyaretleri İçin Önerilen Ekipman (26)

Ev Ziyaretleri İçin Önerilen Ekipman	
Gerekli olanlar	**İsteğe bağlı olanlar**
• Steteskop • Tansiyon aleti • Termometre • Dil basacağı • Bandaj, gazlı bez • Vazelin • Eldiven (steril- non steril) • Steril numune kapları	• Glukometre • Ses kayıt cihazı • Dizüstü bilgisayar • Hasta eğitimi materyalleri • Çeşitli ölçekler • PEF metre • Hastanın ihtiyacı olabilecek diğer gereçler

Aile hekiminin hastanın işlevselliğini ve yaşadığı ortamı değerlendirmek için yaptığı ev ziyaretinde değerlendirilmesi gereken durumları hatırlatmak için INOHOME kısaltması oluşturulmuştur. Bu kısaltmaya güvenlik, ruhsal durum ve evde sağlık kurumu araştırması da eklenince INHOMESSS olarak genişletilip kullanılabilir. Tablo 3'te INHOMESSS kısaltması açıklanmıştır (1,7).

Tablo 3. INHOMESSS (1, 7)

I (immobility) İmmobilite	• Gündelik yaşamdaki hareketlerini (ev içi fiziksel aktivite, yatağa gidebilmesi, ilaç kutusunu açma ve kişisel bakımını yapabilmesi) değerlendirme • Hastaya evi dolaştırılıp yürümesi istenir, kazalara karşı evin güvenliği değerlendirilir • Yetersizlik görülürse diğer aile bireyleri ile birlikte düzeltici fikirler konuşulur
N (Nutrition) Beslenme	• Hastanın yemeğinin nasıl hazırlandığı, kim tarafından yapıldığı • Günde kaç öğün yemek yediği • Beslenmesinde neleri tercih ettiği • Mutfağına ve buzdolabına bakılması için izin istenip yiyecek tercihleri gözlenir
H (Home Environment) Ev çevresi	• Çevre güvenliği ve komşu ilişkileri değerlendirilmesi • Sosyal ve sağlık hizmetlerine mesafe durumu • Kamu hizmetlerinden yararlanma durumu (su, elektrik vb.) • Ortam sıcaklığı

Tablo 3(Devam). INHOMESSS (1, 7)

O (Other People) Diğer kişiler	• Sosyal destekçi (aile üyeleri, komşular, arkadaşlar) • Acil yardımcı • Bakıcının stres ve tükenmişliğinin değerlendirilmesi
M (Medications) İlaçlar	• Evde kullanılan tüm ilaçların kontrol edilmesi • İlacın kullanım şekli, miktarı ve sıklığı • İlacını bakıcı mi veriyor? İlaca kendi başına ulaşabiliyor mu? • Kullandığı ilaçların endikasyonu • İlaç etkileşimi ve besinlerle ilaç etkileşimi • İlacın kötüye kullanım durumu sorgulanmalı
E (Examination) Muayene	• Hastanın ihtiyacına göre muayene • Vital bulguları • Kardiyopulmoner ve nörolojik değerlendirme • Deri muayenesi (ekimoz, bası yarası vb.) • Hastanın hareketinin ve hareketsizliğinin değerlendirilmesi • Bilişsel değerlendirme • Yardımcı alet varsa kullanımını değerlendirme
S (Spiritual Health Services) Manevi İnançlar	• Kültürel ve etnik etkilerin incelenmesi • Dinsel materyaller, okuma kaynaklarının incelenmesi
S Sağlık hizmeti	• Evde bakım kurumları ile birlikte ev ziyaretlerinin koordine edilmesi
S (Safety) Güvenlik	Yaşanılan ortamın güvenliği • Kullanılan suyun sıcaklığı 49^{o}C'nin altında olmalı • Baston, yürüteç veya tekerlekli sandalye kullanımı için evde dağınıklık oluşturabilecek durumlar var mı? • Aydınlatma yeterli mi? • Banyo, tuvalet ve merdivenlerin tutunma yeri var mı? • Mobilyalar dengeli mi? • Kapı, pencere kilitleri güvenli mi? • Acil durumlar için kaçış kolaylığı var mı? • Acil durum telefonları kolay ulaşılır yerde mi? • Halı ve kilimler sabit mi? • Mutfakta ocak yakınında tutuşabilecek eşya var mı? • Elektrik kabloları gizlenmiş mi? • Evcil hayvan var mı?

Ev Ziyareti Önemi

Aile hekimleri sağlığından sorumlu oldukları tüm bireylere ihtiyacı olan sağlık hizmetini sunmalıdır. Bu ihtiyacı her zaman poliklinik ortamında belirleyemeyebilir. İhtiyacın belirlenmesinde en uygun ortam hastanın kendi yaşadığı ev ortamıdır. Aile hekimliğinde bütüncül yaklaşım ile kişilerin fiziki, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluşsal özellikleri tümüyle ele alınır. Aile hekimi kişiyi ailesinden ve çevresinden ayrı değerlendiremez (1,7).

Ev ziyareti ile:

- Hekim ile hasta arasındaki ilişki güçlenir. Hasta memnuniyeti artar.
- Karşılanmamış sağlık gereksinimlerin tespiti daha kolay ve doğru yapılabilir.
- Sürekli bakım ihtiyacı olan hastaların tıbbi bakıma erişimi kolaylaşır.
- Yaşanılan ortamın hastanın sağlık durumuna olumlu veya olumsuz katkısı değerlendirilir.
- Tedaviye uyum kolaylaşır.
- Birincil, ikincil ve üçüncül korumanın yapılmasını sağlar.
- Daha önce saptanmamış veya poliklinik ortamında saptanamayacak sorunların tanınmasını sağlar.
- Özellikle yaşlı hastaların ev kazalarının ve yaralanmalarının önlenmesi için ev değerlendirilmesi yapılır.
- Hekimin, ailenin ve toplumun bakım yükü azalır. Gereksiz sağlık kaynağı kullanımı azaltılır (1,7).

Türkiye'de Ev Ziyaretleri

Ülkemizde ev ziyaretleri için belirtilmiş yönetmelik veya yönerge mevcut değildir. Sağlık Bakanlığı Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği ve Sağlık Bakanlığı'nın Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönergelerinde ev ziyaretleriyle alakalı bölümler mevcuttur.

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'ne göre ev ziyareti ile ilgili maddeler:

- Kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için altı ay içinde ev ziyaretinde bulunmak veya kişiler ile iletişime geçmek.
- Evde takibi zorunlu olan özürlü, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kendisine kayıtlı kişilere evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek.
- Kendisine kayıtlı kişileri yılda en az bir defa değerlendirerek sağlık kayıtlarını güncellemek.
- Aile sağlığı elemanı da gezici ve yerinde sağlık hizmetleri, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerini verir, evde bakım hizmetlerinin verilmesinde aile hekimine yardımcı olur (19).

Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Yönerge'de belirtilen ev ziyareti ile ilgili maddeler:

- Evde sağlık hizmeti; çeşitli hastalıklara bağlı olarak evde sağlık hizmeti sunumuna ihtiyacı olan bireylere evinde ve aile ortamında sosyal ve psikolojik danışmanlık hizmetlerini de kapsayacak şekilde verilen muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım, takip ve rehabilitasyon hizmetlerini kapsar.
- Evde sağlık hizmetleri, bakanlığa bağlı olarak faaliyet gösteren eğitim ve araştırma hastaneleri ile genel veya dal hastaneleri bünyesinde kurulan evde sağlık hizmeti birimleri ile toplum sağlığı merkezi, aile sağlığı merkezi ve aile hekimleri vasıtası ile verilir.
- Evde takibi zorunlu özürlü, yaşlı, yatalak ve benzeri durumda olan hastalar ile evde sağlık hizmeti alması gerektiği belirtilen usul ve esaslara göre tespit edilen kişilere yönelik birinci basamak koruyucu sağlık, tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetleri, ilgili mevzuatı gereği toplum sağlığı merkezi, aile sağlığı merkezi ve aile hekimleri aracılığıyla verilir. Yeni oluşan acil durumlar evde sağlık biriminin görev alanına girmez. Bu durumlarda 112 Ambulans Servisi veya acil servise direk başvuru yapılır (25).

Bu maddeler tam anlamıyla ev ziyaretinin kime, nasıl ve ne zaman yapılacağına dair ayrıntılı açıklama içermemektedir. Ev ziyaretini açıklayacak ayrıntılı yönetmelik, yönerge vb. bir uygulama mevcut değildir. 2011 yılında Burdur'da yapılan bir çalışmada hekimlerin %54,2'si aile hekimlerin ev ziyareti yapmasını gerekli bulmuştur. Yeterli zamanın olmaması, yetersiz ücret, ev ziyareti ile ilgili bilgi eksikliği, faydalı olmayacağının düşünülmesi, personel eksikliği, nüfus yükünün fazla olması, güvenlik sorunları gibi nedenlerle ev ziyareti yapılmadığını belirtmişlerdir (7).

Çalışmamızda aile hekimliği uygulamalarında ev ziyaretinin yerini, birincil bakımda çalışan aile hekimlerinin ev ziyareti konusunda bilgi düzeylerini, ev ziyareti gerekliliği hakkında farkındalığını ve düşüncelerini değerlendirmeyi hedefledik.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmamız, Edirne İl genelinde bulunan ASM'lerde çalışan aile hekimlerinin aile hekimliği uygulamalarında ev ziyaretinin yerini, ev ziyareti konusunda bilgi düzeylerini, ev ziyareti gerekliliği hakkında farkındalığını ve düşüncelerini değerlendirmek amacıyla yapılmış kesitsel ve tanımlayıcı bir çalışmadır.

Çalışmamızın evrenini Edirne il genelinde ASM'lerde çalışan aile hekimleri oluşturmaktadır. Çalışmanın yapıldığı dönemde il genelinde 127 aile hekimi görev yapmaktaydı. Evrenin tamamına ulaşmak hedeflenmiştir.

Etik kurul onayı (Ek-1) ve Edirne İl Sağlık Müdürlüğü onayı (Ek-2) alındıktan sonra 15.10.2021-01.01.2022 tarihleri arasında çalışmaya katılmayı kabul eden, gönüllü 112 aile hekimi ile görüşülmüştür.

Çalışmaya dahil edilme kriteri Edirne il genelinde aile sağlığı merkezlerinde çalışmak ve çalışmaya katılmaya gönüllü olmak olarak belirlenmiştir. Edirne'de aile sağlığı biriminde aile hekimi olarak çalışmamak, çalışmaya katılmak için gönüllü olmamak, iletişimi engelleyecek bir problemin olması çalışmaya dahil edilmeme kriterleri olarak bulunmuştur.

Veriler araştırmacı tarafından hazırlanan bir anket (Ek-3) yardımıyla yüz yüze görüşülerek, yüz yüze ulaşılamayan katılımcılara online olarak toplanmıştır. Çalışmamızda katılımcıların kimlik bilgileri toplanmamıştır. Anket katılımcıların sosyodemografik özelliklerine ek olarak ev ziyareti hakkında bilgi ve düşüncelerini içeren toplam 46 sorudan oluşmaktaydı.

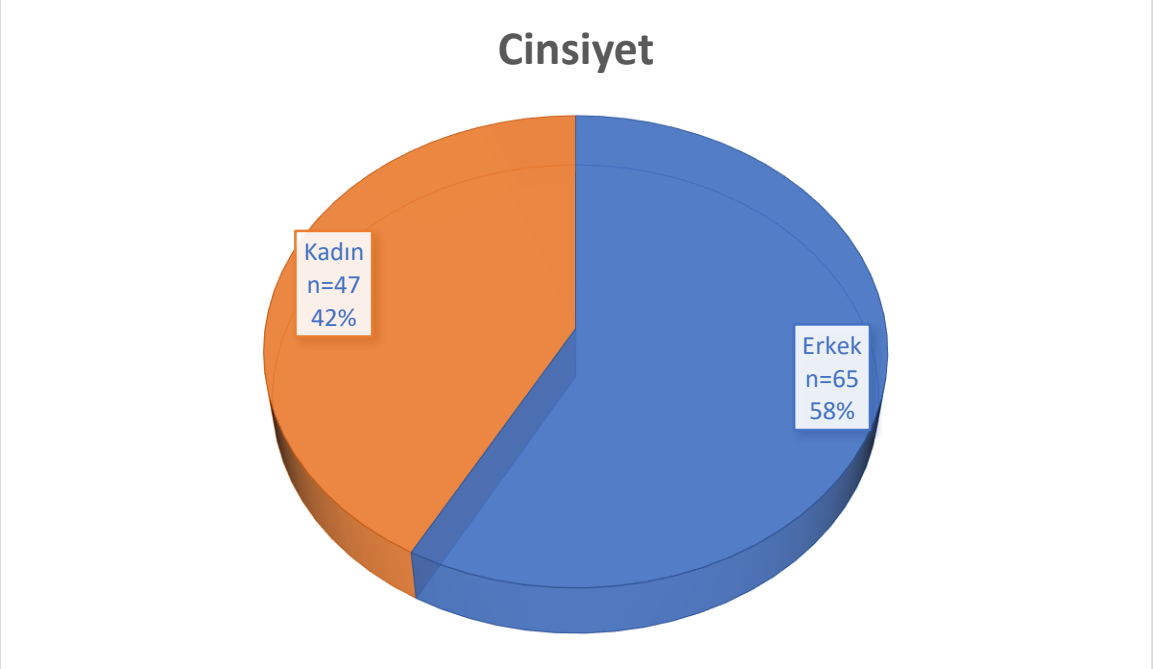
İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Araştırmada elde edilen verilerin istatistiksel analizleri SPSS 22 (Statistical Package for the Social Sciences, version 22) istatistik programı kullanılarak yapıldı. Verilerin dağılımı

normallik testleri ve histogram ile değerlendirilmiştir ve normal dağılmadıkları tespit edilmiştir. Sayısal veriler ortalama ve medyan olarak, kategorik veriler kişi sayısı ve yüzde olarak verilmiştir. İstatistiksel karşılaştırma amacı ile kategorik verilerde Pearson chi square, sayısal verilerde ise Mann-Whitney U ve Kruskall-Wallis testleri kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık değeri yüzde 5 hata payı ile $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Çalışmamıza katılan hekimlerin 65'i (%58) erkek, 47'si (%42) kadındır (Şekil 2). Hekimlerin yaş ortalaması 46,47±8,16 (medyan 48) yıl olarak saptanmıştır.



Şekil 2. Hekimlerin cinsiyet dağılımı

Hekimlerin medeni durumları incelendiğinde 18'i (%16) bekar, 94'ü (%84) evlidir (Şekil 3).



Şekil 3. Hekimlerin medeni durum dağılımı

Hekimlerin uzmanlık durumları incelendiğinde 20 (%17,86) aile hekimliği uzmanı olduğu saptanmıştır.

Hekimlerin meslekteki yılları incelendiğinde ortalama 13,35±7,11 yıl aile hekimliği yaptıkları saptanmıştır.

Hekimlerin çalıştığı ASM birimleri ile ilgili bilgiler Tablo 4'te sunulmuştur. ASM birimlerinin ortalama nüfusu 2997.78±540,85 kişi olarak saptanmıştır.

Tablo 4. Hekimlerin Çalıştıkları ASM ile ilgili bilgiler

		n(%)
Çalıştığınız ASM yeri	Belde/köy	18(16,1)
	İlçe Merkezi	43(38,4)
	İl Merkezi	51(45,5)
Merkezi Hekim Randevu Sistemini (MHRS) kullanıyor musunuz?	Hayır	33(29,5)
	Evet	79(70,5)
Gezici hizmet uygulaması yapıyor musunuz?	Hayır	76(67,9)
	Evet	36(32,1)

Hekimlerin 38'inin (%33,9) ev ziyareti yaptığı saptanmıştır. Ev ziyareti sıklıkları incelendiğinde 28 (%25,0) hekimin ayda 1-2 defa, 10 (%8,9) hekimin gerektiğinde ya da talep olduğunda yaptığı saptanmıştır (Tablo 5).

Hekimlerin 55'inin (%49,9) hekimlerin ev ziyareti yapması gerektiğini düşündüğü saptanmıştır. Hekimlerin aile hekimliği uygulama yönetmeliğine göre aile hekiminin görev, yetki ve sorumlulukları arasında ev ziyaretleri olduğu önermesine verdikleri yanıtlar incelendiğinde 29'unun (%25,8) hayır, 53'ünün (%47,3) evet, 30' unun (%26,9) bilmiyorum yanıtını verdiği saptanmıştır (Tablo 5).

Hekimlerin 30'unun (%26,8) ev ziyaretine istekli olduğunu belirtmiştir. Hekimlerin 110'unun (%97,3) 65 yaş üstü hastalarına ev ziyareti yapılması gerektiğini düşündüğü saptanmıştır (Tablo 5).

Tablo 5. Hekimlerin ev ziyareti anket soruları yanıt dağılımı

		n(%)
Ev ziyareti yapıyor musunuz?	Hayır	74(66,1)
	Evet	38(33,9)
Ev ziyaretlerini kaç kez yapıyorsunuz?	Yapmıyorum	74(66,1)
	Ayda 1-2	28(25,0)
	Gerektiğinde/talep olduğunda	10(8,9)
Aile hekimlerinin ev ziyareti yapması gerektiğini düşünüyor musunuz?	Hayır	57(50,1)
	Evet	55(49,9)
Aile hekimliği uygulama yönetmeliğine göre aile hekiminin görev, yetki ve sorumlulukları arasında ev ziyaretleri yönetmelik kapsamında belirtiliyor mu?	Hayır	29(25,8)
	Evet	53(47,3)
	Bilmiyorum	30(26,9)
Ev ziyareti yapmak için istekli misiniz?	Hayır	82(73,2)
	Evet	30(26,8)
Sizce hangi yaş grupları için ev ziyareti daha çok gereklidir?	0-6 yaş	4(3,5)
	46-65 yaş	4(3,5)
	65 yaş üstü	110(97,3)

Hekimlerin 22 (%19,6)'sı yeterli sayıda ev ziyareti yaptığını belirtmiştir. Ev ziyareti hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünen hekim sayısı 66 (%58,6) olarak bulunmuştur.

"Aile hekimi kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için altı ay içinde ev ziyareti yapmalıdır." önermesine 65 (%58,0) hekim katılmıyorum yanıtını vermiştir.

"Tedaviye uyumsuz hastaya ev ziyareti yapmak gereksizdir." önermesine 33 (%29,5) hekim katılıyorum yanıtını vermiştir.

Yaşlıların sağlık durumu ve sağlık bakımını kullanımı üzerine olumlu etkisi olduğunu düşünen hekimler 66 (%58,9) olarak bulunmuştur.

Aile hekimliği uygulamasında ev ziyaretlerine daha fazla yer verilmesi gerektiğini düşünen hekimler 42 (%37,5) olarak bulunmuştur.

Kayıtlı nüfusun fazla olmasının ev ziyaretini aksattığını düşünen hekimlerin sayısı 102 (%91,1), ek ücretlendirme olmadığı için yetersiz ev ziyareti yapıldığını düşünen hekimlerin sayısı 85 (%75,9), malpraktis endişesinden dolayı ev ziyaretlerinin aksadığını düşünen hekimlerin sayısı 89 (79,4) olarak bulunmuştur.

Hekimlerin ev ziyareti ile ilgili önermelere verdikleri yanıt dağılımı Tablo 6 'da sunulmuştur.

Tablo 6. Hekimlerin ev ziyareti ile ilgili önermelere yanıt dağılımı

	Katılmıyorum n(%)	**Kararsızım n(%)**	**Katılıyorum n(%)**
Ev ziyaretlerinin yeterli sayıda yapıyorum.	**71(63,4)**	19(17,0)	22(19,6)
Ev ziyaretleri ile ilgili yeterli bilgim var.	19(17,0)	27(24,1)	66(58,9)
Ev ziyaretleri planlama için sistematik bir yaklaşım geliştirilmesi önemlidir.	15(13,4)	10(8,9)	87(77,7)
Ev ziyaretleri gerektiği zaman yapılmalıdır.	**13(11,6)**	26(23,2)	73(65,2)
Akut veya kronik bir hastalığın değerlendirilmesi için ev ziyareti yapılmalıdır.	40(35,8)	45(40,1)	27(24,1)
Aile hekimi kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için altı ay içinde ev ziyareti yapmalıdır.	**65(58,0)**	32(28,6)	15(13,4)
Özellikle yaşlı hastalarda kaza ve yaralanmaların önlenebilmesi için hastanın ve bakıcının işlevselliğini ve ev çevresini değerlendirme önemlidir.	18(16,0)	32(28,6)	62(55,4)
Ev ziyaretleri yaşlıların sağlık durumu ve sağlık bakımını kullanımı üzerine olumlu etkilidir.	13(11,6)	32(29,5)	66(58,9)
Ev ziyaretleri kronik hastalıkları olan yaşlılarda hastaneye ya da bakım kurumuna yatışları ve sağlık hizmeti kullanımını azaltır.	21(18,7)	34(30,4)	57(50,9)
Ev ziyaretleri mortaliteyi etkilemez.	31(27,7)	70(62,5)	11(9,8)
Ev ziyaretleri çocukların ihmal ve istismarının önlenmesi açısından yararlıdır.	18(16,1)	54(48,2)	40(35,7)
Aile hekimi yeni doğan bebeği ve yeni ebeveyn olmuş aileyi ev güvenliği açısından değerlendirilmek için ev ziyareti yapmalıdır.	43(38,4)	47(42,0)	22(19,6)

Tablo 6 (Devam). Hekimlerin ev ziyareti ile ilgili önermelere yanıt dağılımı

	Katılmıyorum n(%)	Kararsızım n(%)	Katılıyorum n(%)
Evde bakım hizmeti alan hastalara ev ziyareti yapılması gereksizdir.	47(42,0)	39(34,8)	26(23,2)
Evde bakımı yapılan hasta için ev ziyareti yapıldığında bakıcının da değerlendirilmesi önemlidir.	21(18,8)	52(46,4)	39(34,8)
Demans hastalarında ev ziyareti yapılmasına gerek yoktur.	**73(65,2)**	30(26,8)	9(8,0)
Özellikle yaşlı hastaların ev ziyaretinde asıl amaç hastanın işlevsel kapasitesinin olabildiğince korunmasına yönelik önlemler almaktır.	12(10,7)	37(33,0)	**63(56,3)**
Ev ziyaretleri psikososyal değerlendirme açısından önemlidir.	11(9,8)	30(26,8)	**71(63,4)**
Aile hekimi sık sağlık kuruluşuna başvuran hastayı değerlendirmek için ev ziyareti yapmalıdır.	39(34,8)	55(49,1)	**18(16,1)**
Ölmekte olan hastanın ve hasta yakınlarının desteklenmesi için ev ziyareti gereklidir.	41(36,6)	50(44,6)	21(18,8)
Polikliniğe gelebilen hastanın ev ziyaretinde kullandığı ilaçları değerlendirmek gereksizdir.	38(33,9)	41(36,6)	33(29,5)
Ev ziyareti yapılması planlanan hasta ya da yakınları ziyareti kabul etmezse ertelenebilir.	12(10,7)	26(23,2)	74(66,1)
Ev ziyareti yapacak kişinin güvenliğinin sağlanması önemlidir.	4(3,6)	14(12,5)	94(83,9)
Poliklinik ortamında saptanamayan birçok sağlık problemi ev ziyareti ile saptanabilir.	14(12,5)	52(46,4)	46(41,1)
Tedaviye uyumsuz hastaya ev ziyareti yapmak gereksizdir.	30(26,8)	49(43,7)	**33(29,5)**
Evde sağlığı ve güvenliği tehdit edici unsurları değerlendirmek ev ziyaretinin amaçlarındandır.	14(12,5)	38(33,9)	**60(53,6)**
Aile hekimliği uygulamasında ev ziyaretlerine daha fazla yer verilmelidir.	37(33,0)	33(29,5)	42(37,5)
Yeterli sayıda ev ziyareti yapılmama sebeplerinden biri ev ziyaretleri hakkında bilgi eksikliği olmasıdır.	27(24,1)	47(42,0)	38(33,9)
Aile hekimlerinin kayıtlı nüfusunun çok olması ev ziyareti uygulamasını aksatır.	7(6,2)	3(2,7)	**102(91,1)**
Yeterli sayıda ev ziyareti yapılmama sebeplerinden biri ek ücretlendirme yapılmamasıdır.	11(9,8)	16(14,3)	**85(75,9)**
Malpraktis konusunda endişe olması ev ziyareti uygulamasını aksatır.	5(4,5)	18(16,1)	**89(79,4)**

Hekimlerin ünvanı ile "Aile hekimlerinin ev ziyareti yapması gerektiğini düşünüyor musunuz?" önermesi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,039). Uzman hekimlerin evet yanıtı verme oranı pratisyen hekimlerden daha yüksek saptanmıştır (Tablo 7).

Tablo 7. Hekimlerin ünvanı ile bağımsız değişkenlerin karşılaştırılması

		Pratisyen hekim n(%)	**Uzman hekim n(%)**	**p**
Ev ziyareti yapıyor musunuz?	Hayır	62(67,4)	12(60)	0,527
	Evet	30(32,6)	8(40)	
Ev ziyaretlerini kaç kez yapıyorsunuz?	Yapmıyorum	62(67,4)	12(60)	0,105
	Ayda 1-2	20(21,7)	8(40)	
	Gerektiğinde/talep olduğunda	10(10,8)	0(0)	
Aile hekimlerinin ev ziyareti yapması gerektiğini düşünüyor musunuz?	Hayır	51(55,4)	6(30)	**0,039**
	Evet	41(44,6)	14(70)	
Aile hekimliği uygulama yönetmeliğine göre aile hekiminin görev, yetki ve sorumlulukları arasında ev ziyaretleri yönetmelik kapsamında belirtiliyor mu?	Hayır	26(28,3)	3(15)	0,489
	Evet	42(45,6)	11(55)	
	Bilmiyorum	24(26,1)	6(30)	
Ev ziyareti yapmak için istekli misiniz?	Hayır	69(75)	13(65)	0,360
	Evet	23(25)	7(35)	
Sizce hangi yaş grupları için ev ziyareti daha çok gereklidir?	Diğer yaş grupları	5(8,8)	1(6,2)	0,746
	65 yaş üstü	52(91,2)	15(93,8)	

Hekimlerin ünvanı ile önermelerin karşılaştırmalı istatistiksel bulguları Tablo 8'de sunulmuştur.

Hekimlerin ünvanı ile "Akut veya kronik bir hastalığın değerlendirilmesi için ev ziyareti yapılmalıdır." önermesi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,001). Uzman hekimlerin katılıyorum yanıtı verme oranı pratisyen hekimlerden daha yüksek saptanmıştır (Tablo 8).

Hekimlerin ünvanı ile "Aile hekimi kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için altı ay içinde ev ziyareti yapmalıdır." önermesi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0,001). Uzman hekimlerin katılıyorum yanıtı verme oranı pratisyen hekimlerden daha yüksek saptanmıştır (Tablo 8).

Hekimlerin ünvanı ile "Özellikle yaşlı hastalarda kaza ve yaralanmaların önlenebilmesi için hastanın ve bakıcının işlevselliğini ve ev çevresini değerlendirme önemlidir." önermesi

karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,013). Uzman hekimlerin katılıyorum yanıtı verme oranı pratisyen hekimlerden daha yüksek saptanmıştır.

Hekimlerin ünvanı ile "Ev ziyaretleri yaşlıların sağlık durumu ve sağlık bakımını kullanımı üzerine olumlu etkilidir." önermesi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,032). Uzman hekimlerin katılıyorum yanıtı verme oranı pratisyen hekimlerden daha yüksek saptanmıştır (Tablo 8).

Hekimlerin ünvanı ile "Özellikle yaşlı hastaların ev ziyaretinde asıl amaç hastanın işlevsel kapasitesinin olabildiğince korunmasına yönelik önlemler almaktır." önermesi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,016). Uzman hekimlerin katılıyorum yanıtı verme oranı pratisyen hekimlerden daha yüksek saptanmıştır (Tablo 8).

Tablo 8. Hekimlerin ünvanı ile önermelerin karşılaştırılması

		Pratisyen hekim n(%)	**Uzman hekim n(%)**	**p**
Ev ziyaretlerini yeterli sayıda yapıyorum	Katılmıyorum	60(65,2)	11(55)	0,226
	Kararsızım	13(14,1)	6(30)	
	Katılıyorum	19(20,7)	3(15)	
Ev ziyaretleri ile ilgili yeterli bilgim var.	Katılmıyorum	15(16,3)	4(20)	0,571
	Kararsızım	24(26,1)	3(15)	
	Katılıyorum	53(57,6)	13(65)	
Ev ziyaretleri planlama için sistematik bir yaklaşım geliştirilmesi önemlidir.	Katılmıyorum	13(14,1)	2(10)	0,671
	Kararsızım	9(9,8)	1(5)	
	Katılıyorum	70(76,1)	17(85)	
Ev ziyaretleri gerektiği zaman yapılmalıdır.	Katılmıyorum	11(11,9)	2(10)	0,258
	Kararsızım	24(26,2)	2(10)	
	Katılıyorum	57(61,9)	16(80)	
Akut veya kronik bir hastalığın değerlendirilmesi için ev ziyareti yapılmalıdır.	Katılmıyorum	37(40,2)	3(15)	**0,001**
	Kararsızım	39(42,4)	6(30)	
	Katılıyorum	16(17,4)	11(55)	
Aile hekimi kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için altı ay içinde ev ziyareti yapmalıdır.	Katılmıyorum	59(64,1)	6(30)	**<0,001**
	Kararsızım	27(29,4)	5(25)	
	Katılıyorum	6(6,5)	9(45)	
Özellikle yaşlı hastalarda kaza ve yaralanmaların önlenebilmesi için hastanın ve bakıcının işlevselliğini ve ev çevresini değerlendirme önemlidir.	Katılmıyorum	17(18,5)	1(5)	**0,013**
	Kararsızım	30(32,6)	2(10)	
	Katılıyorum	45(48,9)	17(85)	

Tablo 8 (Devam). Hekimlerin ünvanı ile önermelerin karşılaştırılması

		Pratisyen hekim n(%)	Uzman hekim n(%)	p
Ev ziyaretleri yaşlıların sağlık durumu ve sağlık bakımını kullanımı üzerine olumlu etkilidir.	Katılmıyorum	12(13)	1(5)	**0,032**
	Kararsızım	31(33,7)	2(10)	
	Katılıyorum	49(53,3)	17(85)	
Ev ziyaretleri kronik hastalıkları olan yaşlılarda hastaneye ya da bakım kurumuna yatışları ve sağlık hizmeti kullanımını azaltır.	Katılmıyorum	18(19,6)	3(15)	0,369
	Kararsızım	30(32,6)	4(20)	
	Katılıyorum	44(47,8)	13(65)	
Ev ziyaretleri mortaliteyi etkilemez.	Katılmıyorum	23(25)	8(40)	0,378
	Kararsızım	60(65,2)	10(50)	
	Katılıyorum	9(9,8)	2(10)	
Ev ziyaretleri çocukların ihmal ve istismarının önlenmesi açısından yararlıdır.	Katılmıyorum	15(16,3)	3(15)	0,121
	Kararsızım	48(52,2)	6(30)	
	Katılıyorum	29(31,5)	11(55)	
Aile hekimi yeni doğan bebeği ve yeni ebeveyn olmuş aileyi ev güvenliği açısından değerlendirilmek için ev ziyareti yapmalıdır.	Katılmıyorum	38(41,3)	5(25)	0,238
	Kararsızım	38(41,3)	9(45)	
	Katılıyorum	16(17,4)	6(30)	
Evde bakım hizmeti alan hastalara ev ziyareti yapılması gereksizdir.	Katılmıyorum	37(40,2)	10(50)	0,302
	Kararsızım	35(38,1)	4(20)	
	Katılıyorum	20(21,7)	6(30)	
Evde bakımı yapılan hasta için ev ziyareti yapıldığında bakıcının da değerlendirilmesi önemlidir.	Katılmıyorum	18(19,6)	3(15)	0,290
	Kararsızım	45(48,9)	7(35)	
	Katılıyorum	29(31,5)	10(50)	
Demans hastalarında ev ziyareti yapılmasına gerek yoktur.	Katılmıyorum	57(61,9)	16(80)	0,307
	Kararsızım	27(29,4)	3(15)	
	Katılıyorum	8(8,7)	1(5)	
Özellikle yaşlı hastaların ev ziyaretinde asıl amaç hastanın işlevsel kapasitesinin olabildiğince korunmasına yönelik önlemler almaktır.	Katılmıyorum	11(11,9)	1(5)	**0,016**
	Kararsızım	35(38,1)	2(10)	
	Katılıyorum	46(50)	17(85)	
Ev ziyaretleri psikososyal değerlendirme açısından önemlidir.	Katılmıyorum	10(10,9)	1(5)	**0,022**
	Kararsızım	29(31,5)	1(5)	
	Katılıyorum	53(57,6)	18(90)	
Aile hekimi sık sağlık kuruluşuna başvuran hastayı değerlendirmek için ev ziyareti yapmalıdır.	Katılmıyorum	34(36,9)	5(25)	**0,039**
	Kararsızım	47(51,2)	8(40)	
	Katılıyorum	11(11,9)	7(35)	

Tablo 8 (Devam). Hekimlerin ünvanı ile önermelerin karşılaştırılması

		Pratisyen hekim n(%)	Uzman hekim n(%)	p
Ölmekte olan hastanın ve hasta yakınlarının desteklenmesi için ev ziyareti gereklidir.	Katılmıyorum	36(39,1)	5(25)	**0,026**
	Kararsızım	43(46,7)	7(35)	
	Katılıyorum	13(14,2)	8(40)	
Polikliniğe gelebilen hastanın ev ziyaretinde kullandığı ilaçları değerlendirmek gereksizdir.	Katılmıyorum	26(28,3)	12(60)	**0,024**
	Kararsızım	37(40,2)	4(20)	
	Katılıyorum	29(31,5)	4(20)	
Ev ziyareti yapılması planlanan hasta ya da yakınları ziyareti kabul etmezse ertelenebilir.	Katılmıyorum	12(13,1)	0(0)	0,207
	Kararsızım	20(21,7)	6(30)	
	Katılıyorum	60(65,2)	14(70)	
Ev ziyareti yapacak kişinin güvenliğinin sağlanması önemlidir.	Katılmıyorum	3(3,2)	1(5)	0,511
	Kararsızım	13(14,2)	1(5)	
	Katılıyorum	76(82,6)	18(90)	
Poliklinik ortamında saptanamayan birçok sağlık problemi ev ziyareti ile saptanabilir.	Katılmıyorum	13(14,2)	1(5)	0,142
	Kararsızım	45(48,9)	7(35)	
	Katılıyorum	34(36,9)	12(60)	
Tedaviye uyumsuz hastaya ev ziyareti yapmak gereksizdir.	Katılmıyorum	19(20,7)	11(55)	**0,007**
	Kararsızım	44(47,8)	5(25)	
	Katılıyorum	29(31,5)	4(20)	
Evde sağlığı ve güvenliği tehdit edici unsurları değerlendirmek ev ziyaretinin amaçlarındandır.	Katılmıyorum	12(13)	2(10)	**0,025**
	Kararsızım	36(39,2)	2(10)	
	Katılıyorum	44(47,8)	16(80)	
Aile hekimliği uygulamasında ev ziyaretlerine daha fazla yer verilmelidir.	Katılmıyorum	33(35,8)	4(20)	0,182
	Kararsızım	28(30,5)	5(25)	
	Katılıyorum	31(33,7)	11(55)	
Yeterli sayıda ev ziyareti yapılmama sebeplerinden biri ev ziyaretleri hakkında bilgi eksikliği olmasıdır.	Katılmıyorum	22(23,9)	5(25)	0,758
	Kararsızım	40(43,5)	7(35)	
	Katılıyorum	30(32,6)	8(40)	
Aile hekimlerinin kayıtlı nüfusunun çok olması ev ziyareti uygulamasını aksatır.	Katılmıyorum	6(6,5)	1(5)	0,758
	Kararsızım	2(2,2)	1(5)	
	Katılıyorum	84(91,3)	18(90)	
Yeterli sayıda ev ziyareti yapılmama sebeplerinden biri ek ücretlendirme yapılmamasıdır.	Katılmıyorum	9(9,8)	2(10)	0,716
	Kararsızım	12(13,1)	4(20)	
	Katılıyorum	71(77,2)	14(70)	
Malpraktis konusunda endişe olması ev ziyareti uygulamasını aksatır.	Katılmıyorum	3(3,3)	2(10)	0,336
	Kararsızım	14(15,2)	4(20)	
	Katılıyorum	75(81,5)	14(70)	

Hekimlerin cinsiyetleri ile bağımsız değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 9).

Hekimlerin cinsiyeti ile değişkenlerin istatistiksel karşılaştırılması Tablo 9 ile sunulmuştur.

Tablo 9. Hekimlerin cinsiyeti ile bağımsız değişkenlerin karşılaştırılması

		Erkek n(%)	Kadın n(%)	p
Ev ziyareti yapıyor musunuz?	Hayır	43(66,15)	31(65,96)	0,983
	Evet	22(33,85)	16(34,04)	
Ev ziyaretlerini kaç kez yapıyorsunuz?	Yapmıyorum	42(64,62)	32(68,09)	0,647
	Ayda 1-2	16(24,62)	12(25,53)	
	Gerektiğinde/talep olduğunda	7(10,77)	3(6,38)	
Aile hekimlerinin ev ziyareti yapması gerektiğini düşünüyor musunuz?	Hayır	37(56,92)	20(42,55)	0,133
	Evet	28(43,08)	27(57,45)	
Aile hekimliği uygulama yönetmeliğine göre aile hekiminin görev, yetki ve sorumlulukları arasında ev ziyaretleri yönetmelik kapsamında belirtiliyor mu?	Hayır	14(21,54)	15(31,91)	0,456
	Evet	33(50,77)	20(42,55)	
	Bilmiyorum	18(27,69)	12(25,53)	
Ev ziyareti yapmak için istekli misiniz?	Hayır	48(73,85)	34(72,34)	0,859
	Evet	17(26,15)	13(27,66)	
Sizce hangi yaş grupları için ev ziyareti daha çok gereklidir?	Diğer yaş grupları	5(12,82)	1(2,94)	0,125
	65 yaş üstü	34(87,18)	33(97,06)	

Hekimlerin cinsiyetleri ile önermeler arasında istatistiksel karşılaştırma Tablo 10 ile sunulmuştur.

Tablo 10. Hekimlerin cinsiyeti ile önermelerin karşılaştırılması

		Erkek n(%)	Kadın n(%)	p
Ev ziyaretlerini yeterli sayıda yapıyorum	Katılmıyorum	41(63,1)	30(63,8)	0,140
	Kararsızım	8(12,3)	11(23,4)	
	Katılıyorum	16(24,6)	6(12,8)	
Ev ziyaretleri ile ilgili yeterli bilgim var.	Katılmıyorum	12(18,5)	7(14,9)	0,699
	Kararsızım	17(26,1)	10(21,3)	
	Katılıyorum	36(55,4)	30(63,8)	

Tablo 10 (Devam). Hekimlerin cinsiyeti ile önermelerin karşılaştırılması

		Erkek n(%)	Kadın n(%)	p
Ev ziyaretleri planlama için sistematik bir yaklaşım geliştirilmesi önemlidir.	Katılmıyorum	11(16,9)	4(8,5)	0,417
	Kararsızım	6(9,2)	4(8,5)	
	Katılıyorum	48(73,9)	39(83,0)	
Ev ziyaretleri gerektiği zaman yapılmalıdır.	Katılmıyorum	9(13,8)	4(8,5)	0,679
	Kararsızım	15(23,1)	11(23,4)	
	Katılıyorum	41(63,1)	32(68,1)	
Akut veya kronik bir hastalığın değerlendirilmesi için ev ziyareti yapılmalıdır.	Katılmıyorum	27(41,5)	13(27,7)	0,297
	Kararsızım	23(35,4)	22(46,8)	
	Katılıyorum	15(23,1)	12(25,5)	
Aile hekimi kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için altı ay içinde ev ziyareti yapmalıdır.	Katılmıyorum	43(66,2)	22(46,8)	0,054
	Kararsızım	17(26,2)	15(31,9)	
	Katılıyorum	5(7,6)	10(21,3)	
Özellikle yaşlı hastalarda kaza ve yaralanmaların önlenebilmesi için hastanın ve bakıcının işlevselliğini ve ev çevresini değerlendirme önemlidir.	Katılmıyorum	11(16,9)	7(14,9)	0,493
	Kararsızım	21(32,3)	11(23,4)	
	Katılıyorum	33(50,8)	29(61,7)	
Ev ziyaretleri yaşlıların sağlık durumu ve sağlık bakımını kullanımı üzerine olumlu etkilidir.	Katılmıyorum	8(12,3)	5(10,6)	0,217
	Kararsızım	23(35,4)	10(21,3)	
	Katılıyorum	34(52,3)	32(68,1)	
Ev ziyaretleri kronik hastalıkları olan yaşlılarda hastaneye ya da bakım kurumuna yatışları ve sağlık hizmeti kullanımını azaltır.	Katılmıyorum	13(20,0)	8(17,0)	0,759
	Kararsızım	18(27,7)	16(34,1)	
	Katılıyorum	34(52,3)	23(48,9)	
Ev ziyaretleri mortaliteyi etkilemez.	Katılmıyorum	15(23,1)	16(34,0)	0,321
	Kararsızım	42(64,6)	28(59,6)	
	Katılıyorum	8(12,3)	3(6,4)	
Ev ziyaretleri çocukların ihmal ve istismarının önlenmesi açısından yararlıdır.	Katılmıyorum	12(18,5)	6(12,8)	0,581
	Kararsızım	32(49,2)	22(46,8)	
	Katılıyorum	21(32,3)	19(40,4)	
Aile hekimi yeni doğan bebeği ve yeni ebeveyn olmuş aileyi ev güvenliği açısından değerlendirilmek için ev ziyareti yapmalıdır.	Katılmıyorum	29(44,6)	14(29,8)	0,271
	Kararsızım	24(36,9)	23(48,9)	
	Katılıyorum	12(18,5)	10(21,3)	
Evde bakım hizmeti alan hastalara ev ziyareti yapılması gereksizdir.	Katılmıyorum	24(36,9)	23(48,9)	0,436
	Kararsızım	25(38,5)	14(29,8)	
	Katılıyorum	16(24,6)	10(21,3)	
Evde bakımı yapılan hasta için ev ziyareti yapıldığında bakıcının da değerlendirilmesi önemlidir.	Katılmıyorum	14(21,5)	7(14,9)	0,672
	Kararsızım	29(44,6)	23(48,9)	
	Katılıyorum	22(33,9)	17(36,2)	

Tablo 10 (Devam). Hekimlerin cinsiyeti ile önermelerin karşılaştırılması

		Erkek n(%)	Kadın n(%)	p
Demans hastalarında ev ziyareti yapılmasına gerek yoktur.	Katılmıyorum	39(60,0)	34(72,3)	0,298
	Kararsızım	19(29,2)	11(23,4)	
	Katılıyorum	7(10,8)	2(4,3)	
Özellikle yaşlı hastaların ev ziyaretinde asıl amaç hastanın işlevsel kapasitesinin olabildiğince korunmasına yönelik önlemler almaktır.	Katılmıyorum	7(10,8)	5(10,6)	0,811
	Kararsızım	23(35,4)	14(29,8)	
	Katılıyorum	35(53,8)	28(59,6)	
Ev ziyaretleri psikososyal değerlendirme açısından önemlidir.	Katılmıyorum	7(10,8)	4(8,5)	0,872
	Kararsızım	18(27,7)	12(25,5)	
	Katılıyorum	40(61,5)	31(66,0)	
Aile hekimi sık sağlık kuruluşuna başvuran hastayı değerlendirmek için ev ziyareti yapmalıdır.	Katılmıyorum	23(35,4)	16(34,0)	0,970
	Kararsızım	32(49,2)	23(48,9)	
	Katılıyorum	10(15,4)	8(17,1)	
Ölmekte olan hastanın ve hasta yakınlarının desteklenmesi için ev ziyareti gereklidir.	Katılmıyorum	24(36,9)	17(36,2)	0,994
	Kararsızım	29(44,6)	21(44,7)	
	Katılıyorum	12(18,5)	9(19,1)	
Polikliniğe gelebilen hastanın ev ziyaretinde kullandığı ilaçları değerlendirmek gereksizdir.	Katılmıyorum	22(33,8)	16(34,0)	0,856
	Kararsızım	25(38,5)	16(34,0)	
	Katılıyorum	18(27,7)	15(32,0)	
Ev ziyareti yapılması planlanan hasta ya da yakınları ziyareti kabul etmezse ertelenebilir.	Katılmıyorum	7(10,8)	5(10,6)	0,363
	Kararsızım	12(18,5)	14(29,8)	
	Katılıyorum	46(70,7)	28(59,6)	
Ev ziyareti yapacak kişinin güvenliğinin sağlanması önemlidir.	Katılmıyorum	2(3,1)	2(4,3)	0,753
	Kararsızım	7(10,8)	7(14,9)	
	Katılıyorum	56(86,2)	38(80,8)	
Poliklinik ortamında saptanamayan birçok sağlık problemi ev ziyareti ile saptanabilir.	Katılmıyorum	10(15,4)	4(8,5)	0,127
	Kararsızım	25(38,5)	27(57,5)	
	Katılıyorum	30(46,1)	16(34,0)	
Tedaviye uyumsuz hastaya ev ziyareti yapmak gereksizdir.	Katılmıyorum	15(23,1)	15(32,0)	0,536
	Kararsızım	29(44,6)	20(42,5)	
	Katılıyorum	21(32,3)	12(25,5)	
Evde sağlığı ve güvenliği tehdit edici unsurları değerlendirmek ev ziyaretinin amaçlarındandır.	Katılmıyorum	10(15,5)	4(8,5)	0,533
	Kararsızım	22(33,8)	16(34,0)	
	Katılıyorum	33(50,7)	27(57,5)	
Aile hekimliği uygulamasında ev ziyaretlerine daha fazla yer verilmelidir.	Katılmıyorum	25(38,5)	12(25,5)	0,343
	Kararsızım	17(26,1)	16(34,0)	
	Katılıyorum	23(35,4)	19(40,5)	

Tablo 10 (Devam). Hekimlerin cinsiyeti ile önermelerin karşılaştırılması

		Erkek n(%)	Kadın n(%)	p
Yeterli sayıda ev ziyareti yapılmama sebeplerinden biri ev ziyaretleri hakkında bilgi eksikliği olmasıdır.	Katılmıyorum	14(21,5)	13(27,7)	0,278
	Kararsızım	25(38,5)	22(46,8)	
	Katılıyorum	26(40,0)	12(25,5)	
Aile hekimlerinin kayıtlı nüfusunun çok olması ev ziyareti uygulamasını aksatır.	Katılmıyorum	5(7,7)	2(4,3)	0,717
	Kararsızım	2(3,1)	1(2,1)	
	Katılıyorum	58(89,2)	44(93,6)	
Yeterli sayıda ev ziyareti yapılmama sebeplerinden biri ek ücretlendirme yapılmamasıdır.	Katılmıyorum	7(10,8)	4(8,5)	0,745
	Kararsızım	8(12,3)	8(17,0)	
	Katılıyorum	50(76,9)	35(74,5)	
Malpraktis konusunda endişe olması ev ziyareti uygulamasını aksatır.	Katılmıyorum	3(4,6)	2(4,3)	0,433
	Kararsızım	8(12,3)	10(21,3)	
	Katılıyorum	54(83,1)	35(74,4)	

Hekimlerin medeni durumu ile bağımsız değişkenlerin karşılaştırması Tablo 11'de sunulmuştur.

Tablo 11. Hekimlerin medeni durumu ile bağımsız değişkenlerin karşılaştırılması

		Bekar n(%)	Evli n(%)	p
Ev ziyareti yapıyor musunuz?	Hayır	15(83,3)	59(62,8)	0,091
	Evet	3(16,7)	35(37,2)	
Ev ziyaretlerini kaç kez yapıyorsunuz?	Yapmıyorum	15(83,3)	59(62,8)	0,176
	Ayda 1-2	3(16,7)	25(26,6)	
	Gerektiğinde/talep olduğunda	0(0,0)	10(10,6)	
Aile hekimlerinin ev ziyareti yapması gerektiğini düşünüyor musunuz?	Hayır	11(61,1)	46(48,9)	0,186
	Evet	7(38,9)	48(51,1)	
Aile hekimliği uygulama yönetmeliğine göre aile hekiminin görev, yetki ve sorumlulukları arasında ev ziyaretleri yönetmelik kapsamında belirtiliyor mu?	Hayır	6(33,3)	23(24,4)	0,633
	Evet	5(27,8)	48(51,1)	
	Bilmiyorum	7(38,9)	23(24,5)	
Ev ziyareti yapmak için istekli misiniz?	Hayır	14(77,8)	68(72,3)	0,338
	Evet	4(22,2)	26(27,7)	
Sizce hangi yaş grupları için ev ziyareti daha çok gereklidir?	Diğer yaş grupları	0(0,0)	6(9,4)	0,935
	65 yaş üstü	9(100)	58(90,6)	

Hekimlerin medeni durumu ile ‘’Ev ziyaretleri planlama için sistematik bir yaklaşım geliştirilmesi önemlidir.’’ önermesi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,013). Bekar hekimlerin katılıyorum yanıtı verme oranı evli hekimlerden daha yüksek saptanmıştır (Tablo 12).

Hekimlerin medeni durumu ile “Evde bakımı yapılan hasta için ev ziyareti yapıldığında bakıcının da değerlendirilmesi önemlidir.” önermesi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,013). Evli hekimlerin katılmıyorum yanıtı verme oranı bakar hekimlerden daha yüksek saptanmıştır (Tablo12).

Tablo 12. Hekimlerin medeni durumu ile önermelerin karşılaştırılması

		Bekar n(%)	**Evli n(%)**	**p**
Ev ziyaretlerini yeterli sayıda yapıyorum	Katılmıyorum	12(66,7)	59(62,8)	0,935
	Kararsızım	3(16,7)	16(17)	
	Katılıyorum	3(16,6)	19(20,2)	
Ev ziyaretleri ile ilgili yeterli bilgim var.	Katılmıyorum	3(16,7)	16(17)	0,111
	Kararsızım	5(27,8)	22(23,4)	
	Katılıyorum	10(55,5)	56(59,6)	
Ev ziyaretleri planlama için sistematik bir yaklaşım geliştirilmesi önemlidir.	Katılmıyorum	0(0)	15(15,9)	**0,013**
	Kararsızım	3(16,7)	7(7,5)	
	Katılıyorum	15(83,3)	72(76,6)	
Ev ziyaretleri gerektiği zaman yapılmalıdır.	Katılmıyorum	1(5,6)	12(12,7)	0,354
	Kararsızım	9(50)	17(18,1)	
	Katılıyorum	8(44,4)	65(69,2)	
Akut veya kronik bir hastalığın değerlendirilmesi için ev ziyareti yapılmalıdır.	Katılmıyorum	7(38,9)	33(35,1)	0,362
	Kararsızım	9(50)	36(38,3)	
	Katılıyorum	2(11,1)	25(26,6)	
Aile hekimi kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için altı ay içinde ev ziyareti yapmalıdır.	Katılmıyorum	13(72,2)	52(55,3)	0,567
	Kararsızım	4(22,2)	28(29,8)	
	Katılıyorum	1(5,6)	14(14,9)	
Özellikle yaşlı hastalarda kaza ve yaralanmaların önlenebilmesi için hastanın ve bakıcının işlevselliğini ve ev çevresini değerlendirme önemlidir.	Katılmıyorum	4(22,2)	14(14,9)	0,925
	Kararsızım	6(33,3)	26(27,7)	
	Katılıyorum	8(44,5)	54(57,4)	
Ev ziyaretleri yaşlıların sağlık durumu ve sağlık bakımını kullanımı üzerine olumlu etkilidir.	Katılmıyorum	2(11,1)	11(11,7)	0,326
	Kararsızım	6(33,3)	27(28,7)	
	Katılıyorum	10(55,6)	56(59,6)	

Tablo 12 (Devam). Hekimlerin medeni durumu ile önermelerin karşılaştırılması

		Bekar n(%)	Evli n(%)	p
Ev ziyaretleri kronik hastalıkları olan yaşlılarda hastaneye ya da bakım kurumuna yatışları ve sağlık hizmeti kullanımını azaltır.	Katılmıyorum	2(11,2)	19(20,2)	0,227
	Kararsızım	8(44,4)	26(27,7)	
	Katılıyorum	8(44,4)	49(52,1)	
Ev ziyaretleri mortaliteyi etkilemez.	Katılmıyorum	2(11,1)	29(30,9)	0,740
	Kararsızım	14(77,8)	56(59,6)	
	Katılıyorum	2(11,1)	9(9,5)	
Ev ziyaretleri çocukların ihmal ve istismarının önlenmesi açısından yararlıdır.	Katılmıyorum	2(11,1)	16(17)	0,720
	Kararsızım	10(55,6)	44(46,8)	
	Katılıyorum	6(33,3)	34(36,2)	
Aile hekimi yeni doğan bebeği ve yeni ebeveyn olmuş aileyi ev güvenliği açısından değerlendirilmek için ev ziyareti yapmalıdır.	Katılmıyorum	8(44,4)	35(37,2)	0,973
	Kararsızım	6(33,3)	41(43,6)	
	Katılıyorum	4(22,3)	18(19,2)	
Evde bakım hizmeti alan hastalara ev ziyareti yapılması gereksizdir.	Katılmıyorum	8(44,4)	39(41,5)	0,587
	Kararsızım	6(33,3)	33(35,1)	
	Katılıyorum	4(22,3)	22(23,4)	
Evde bakımı yapılan hasta için ev ziyareti yapıldığında bakıcının da değerlendirilmesi önemlidir.	Katılmıyorum	2(11,1)	19(20,2)	**0,033**
	Kararsızım	10(55,6)	42(44,7)	
	Katılıyorum	6(33,3)	33(35,1)	
Demans hastalarında ev ziyareti yapılmasına gerek yoktur.	Katılmıyorum	9(50)	64(68,1)	0,466
	Kararsızım	9(50)	21(22,3)	
	Katılıyorum	0(0)	9(9,6)	
Özellikle yaşlı hastaların ev ziyaretinde asıl amaç hastanın işlevsel kapasitesinin olabildiğince korunmasına yönelik önlemler almaktır.	Katılmıyorum	1(5,6)	11(11,7)	0,174
	Kararsızım	8(44,4)	29(30,8)	
	Katılıyorum	9(50)	54(57,5)	
Ev ziyaretleri psikososyal değerlendirme açısından önemlidir.	Katılmıyorum	1(5,6)	10(10,6)	0,415
	Kararsızım	8(44,4)	22(23,4)	
	Katılıyorum	9(50)	62(66)	
Aile hekimi sık sağlık kuruluşuna başvuran hastayı değerlendirmek için ev ziyareti yapmalıdır.	Katılmıyorum	7(38,9)	32(34)	0,882
	Kararsızım	10(55,6)	45(47,9)	
	Katılıyorum	1(5,5)	17(18,1)	
Ölmekte olan hastanın ve hasta yakınlarının desteklenmesi için ev ziyareti gereklidir.	Katılmıyorum	6(33,3)	35(37,3)	0,064
	Kararsızım	9(50)	41(43,6)	
	Katılıyorum	3(16,7)	18(19,1)	

Tablo 12 (Devam). Hekimlerin medeni durumu ile önermelerin karşılaştırılması

		Bekar n(%)	Evli n(%)	p
Polikliniğe gelebilen hastanın ev ziyaretinde kullandığı ilaçları değerlendirmek gereksizdir.	Katılmıyorum	2(11,1)	36(38,3)	0,717
	Kararsızım	10(55,6)	31(32,9)	
	Katılıyorum	6(33,3)	27(28,8)	
Ev ziyareti yapılması planlanan hasta ya da yakınları ziyareti kabul etmezse ertelenebilir.	Katılmıyorum	1(5,6)	11(11,7)	0,717
	Kararsızım	4(22,2)	22(23,4)	
	Katılıyorum	13(72,2)	61(64,9)	
Ev ziyareti yapacak kişinin güvenliğinin sağlanması önemlidir.	Katılmıyorum	0(0)	4(4,3)	0,391
	Kararsızım	1(5,6)	13(13,8)	
	Katılıyorum	17(94,4)	77(81,9)	
Poliklinik ortamında saptanamayan birçok sağlık problemi ev ziyareti ile saptanabilir.	Katılmıyorum	3(16,7)	11(11,7)	0,207
	Kararsızım	11(61,1)	41(43,6)	
	Katılıyorum	4(22,2)	42(44,7)	
Tedaviye uyumsuz hastaya ev ziyareti yapmak gereksizdir.	Katılmıyorum	4(22,2)	26(27,7)	0,870
	Kararsızım	8(44,4)	41(43,6)	
	Katılıyorum	6(33,4)	27(28,7)	
Evde sağlığı ve güvenliği tehdit edici unsurları değerlendirmek ev ziyaretinin amaçlarındandır.	Katılmıyorum	2(11,1)	12(12,8)	0,975
	Kararsızım	6(33,3)	32(34)	
	Katılıyorum	10(55,6)	50(53,2)	
Aile hekimliği uygulamasında ev ziyaretlerine daha fazla yer verilmelidir.	Katılmıyorum	6(33,3)	31(32,9)	0,901
	Kararsızım	6(33,3)	27(28,8)	
	Katılıyorum	6(33,3)	36(38,3)	
Yeterli sayıda ev ziyareti yapılmama sebeplerinden biri ev ziyaretleri hakkında bilgi eksikliği olmasıdır.	Katılmıyorum	7(38,9)	20(21,2)	0,239
	Kararsızım	7(38,9)	40(42,6)	
	Katılıyorum	4(22,2)	34(36,2)	
Aile hekimlerinin kayıtlı nüfusunun çok olması ev ziyareti uygulamasını aksatır.	Katılmıyorum	1(5,6)	6(6,4)	0,734
	Kararsızım	0(0)	3(3,2)	
	Katılıyorum	17(94,4)	85(90,4)	
Yeterli sayıda ev ziyareti yapılmama sebeplerinden biri ek ücretlendirme yapılmamasıdır.	Katılmıyorum	2(11,1)	9(9,6)	0,543
	Kararsızım	4(22,2)	12(12,8)	
	Katılıyorum	12(66,7)	73(77,6)	
Malpraktis konusunda endişe olması ev ziyareti uygulamasını aksatır.	Katılmıyorum	0(0)	5(5,3)	0,480
	Kararsızım	4(22,2)	14(14,9)	
	Katılıyorum	14(77,8)	75(79,8)	

Gezici sağlık hizmeti veren hekimlerin ev ziyareti yapma oranı gezici sağlık hizmeti vermeyen hekimlerden daha yüksek saptanmıştır (p<0,001) (Tablo 13).

Gezici sağlık hizmeti verme ile değişkenlerin istatistiksel karşılaştırılması Tablo 13'te sunulmuştur.

Tablo 13. Gezici hizmet verme ile bağımsız değişkenlerin karşılaştırılması

		Gezici hizmet yok n(%)	**Gezici hizmet var n(%)**	**p**
Ev ziyareti yapıyor musunuz?	Hayır	59(77,6)	15(41,7)	**<0,001**
	Evet	17(22,4)	21(58,3)	
Ev ziyaretlerini kaç kez yapıyorsunuz?	Yapmıyorum	60(78,9)	14(38,8)	**<0,001**
	Ayda 1-2	11(14,5)	17(47,2)	
	Gerektiğinde/talep olduğunda	5(6,6)	5(13,89)	
Aile hekimlerinin ev ziyareti yapması gerektiğini düşünüyor musunuz?	Hayır	41(53,9)	16(44,4)	0,374
	Evet	35(46,1)	20(55,6)	
Aile hekimliği uygulama yönetmeliğine göre aile hekiminin görev, yetki ve sorumlulukları arasında ev ziyaretleri yönetmelik kapsamında belirtiliyor mu?	Hayır	21(27,6)	8(22,2)	0,487
	Evet	33(43,4)	20(55,6)	
	Bilmiyorum	22(29)	8(22,2)	
Ev ziyareti yapmak için istekli misiniz?	Hayır	59(77,6)	23(63,9)	0,125
	Evet	17(22,4)	13(36,1)	
Sizce hangi yaş grupları için ev ziyareti daha çok gereklidir?	Diğer yaş grupları	2(5)	4(12,1)	0,270
	65 yaş üstü	38(95)	29(87,8)	

Hekimlerin gezici sağlık hizmeti verme durumu ile "Ev ziyaretlerini yeterli sayıda yapıyorum" önermesi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0,001). Gezici sağlık hizmeti veren hekimlerin katılıyorum yanıtı verme oranı gezici sağlık hizmeti vermeyen hekimlerden daha yüksek saptanmıştır (Tablo 14).

Hekimlerin gezici sağlık hizmeti verme durumu ile "Ev ziyaretleri gerektiği zaman yapılmalıdır." önermesi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,001). Gezici sağlık hizmeti veren hekimlerin katılıyorum yanıtı verme oranı gezici sağlık hizmeti vermeyen hekimlerden daha yüksek saptanmıştır (Tablo 14).

Hekimlerin gezici sağlık hizmeti verme durumu ile "Akut veya kronik bir hastalığın değerlendirilmesi için ev ziyareti yapılmalıdır." önermesi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak

anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,042). Gezici sağlık hizmeti veren hekimlerin katılıyorum yanıtı verme oranı gezici sağlık hizmeti vermeyen hekimlerden daha yüksek saptanmıştır (Tablo 14).

Hekimlerin gezici sağlık hizmeti verme durumu ile "Ev ziyaretleri mortaliteyi etkilemez." önermesi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,022). Gezici sağlık hizmeti veren hekimlerin katılıyorum yanıtı verme oranı gezici sağlık hizmeti vermeyen hekimlerden daha yüksek saptanmıştır (Tablo 14).

Hekimlerin gezici sağlık hizmeti verme durumu ile "Ev ziyaretleri çocukların ihmal ve istismarının önlenmesi açısından yararlıdır." önermesi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,036). Gezici sağlık hizmeti veren hekimlerin katılıyorum yanıtı verme oranı gezici sağlık hizmeti vermeyen hekimlerden daha yüksek saptanmıştır (Tablo 14).

Hekimlerin gezici sağlık hizmeti verme durumu ile "Evde bakım hizmeti alan hastalara ev ziyareti yapılması gereksizdir." önermesi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,010). Gezici sağlık hizmeti veren hekimlerin katılıyorum yanıtı verme oranı gezici sağlık hizmeti vermeyen hekimlerden daha yüksek saptanmıştır (Tablo 14).

Hekimlerin gezici sağlık hizmeti verme durumu ile "Evde bakımı yapılan hasta için ev ziyareti yapıldığında bakıcının da değerlendirilmesi önemlidir." önermesi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,041). Gezici sağlık hizmeti veren hekimlerin katılıyorum yanıtı verme oranı gezici sağlık hizmeti vermeyen hekimlerden daha yüksek saptanmıştır (Tablo 14).

Hekimlerin gezici sağlık hizmeti verme durumu ile "Ev ziyaretleri psikososyal değerlendirme açısından önemlidir." önermesi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,032). Gezici sağlık hizmeti veren hekimlerin katılıyorum yanıtı verme oranı gezici sağlık hizmeti vermeyen hekimlerden daha yüksek saptanmıştır (Tablo 14).

Hekimlerin gezici sağlık hizmeti verme durumu ile "Polikliniğe gelebilen hastanın ev ziyaretinde kullandığı ilaçları değerlendirmek gereksizdir." önermesi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,007). Gezici sağlık hizmeti veren hekimlerin katılıyorum yanıtı verme oranı gezici sağlık hizmeti vermeyen hekimlerden daha yüksek saptanmıştır (Tablo 14).

Hekimlerin gezici sağlık hizmeti verme durumu ile "Ev ziyareti yapılması planlanan hasta ya da yakınları ziyareti kabul etmezse ertelenebilir." önermesi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,027). Gezici sağlık hizmeti veren

hekimlerin katılmıyorum yanıtı verme oranı gezici sağlık hizmeti vermeyen hekimlerden daha yüksek saptanmıştır (Tablo 14).

Hekimlerin gezici sağlık hizmeti verme durumu ile "Poliklinik ortamında saptanamayan birçok sağlık problemi ev ziyareti ile saptanabilir." önermesi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,001). Gezici sağlık hizmeti veren hekimlerin katılıyorum yanıtı verme oranı gezici sağlık hizmeti vermeyen hekimlerden daha yüksek saptanmıştır (Tablo 14).

Hekimlerin gezici sağlık hizmeti verme durumu ile "Tedaviye uyumsuz hastaya ev ziyareti yapmak gereksizdir." önermesi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,006). Gezici sağlık hizmeti veren hekimlerin katılıyorum yanıtı verme oranı gezici sağlık hizmeti vermeyen hekimlerden daha yüksek saptanmıştır (Tablo 14).

Hekimlerin gezici sağlık hizmeti verme durumu ile "Evde sağlığı ve güvenliği tehdit edici unsurları değerlendirmek ev ziyaretinin amaçlarındandır." önermesi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,002). Gezici sağlık hizmeti veren hekimlerin katılmıyorum yanıtı verme oranı gezici sağlık hizmeti vermeyen hekimlerden daha yüksek saptanmıştır (Tablo 14).

Gezici hizmet verme ile önermelerin istatistiksel karşılaştırılması Tablo 14'te sunulmuştur.

Tablo 14. Gezici hizmet verme ile önermelerin karşılaştırılması

		Gezici hizmet yok n(%)	**Gezici hizmet var n(%)**	**p**
Ev ziyaretlerini yeterli sayıda yapıyorum	Katılmıyorum	58(76,4)	13(36,1)	**<0,001**
	Kararsızım	9(11,8)	10(27,8)	
	Katılıyorum	9(11,8)	13(36,1)	
Ev ziyaretleri ile ilgili yeterli bilgim var.	Katılmıyorum	15(19,7)	4(11,1)	0,497
	Kararsızım	17(22,4)	10(27,8)	
	Katılıyorum	44(57,9)	22(61,1)	
Ev ziyaretleri planlama için sistematik bir yaklaşım geliştirilmesi önemlidir.	Katılmıyorum	9(11,9)	6(16,7)	0,577
	Kararsızım	8(10,5)	2(5,6)	
	Katılıyorum	59(77,6)	28(77,7)	
Ev ziyaretleri gerektiği zaman yapılmalıdır.	Katılmıyorum	11(14,5)	2(5,6)	**0,001**
	Kararsızım	24(31,6)	2(5,6)	
	Katılıyorum	41(53,9)	32(88,8)	

Tablo 14 (Devam). Gezici hizmet verme ile önermelerin karşılaştırılması

		Gezici hizmet yok n(%)	Gezici hizmet var n(%)	p
Akut veya kronik bir hastalığın değerlendirilmesi için ev ziyareti yapılmalıdır.	Katılmıyorum	26(34,2)	14(38,9)	**0,042**
	Kararsızım	36(47,4)	9(25)	
	Katılıyorum	14(18,4)	13(36,1)	
Aile hekimi kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için altı ay içinde ev ziyareti yapmalıdır.	Katılmıyorum	48(63,2)	17(47,2)	0,230
	Kararsızım	20(26,3)	12(33,3)	
	Katılıyorum	8(10,5)	7(19,5)	
Özellikle yaşlı hastalarda kaza ve yaralanmaların önlenebilmesi için hastanın ve bakıcının işlevselliğini ve ev çevresini değerlendirme önemlidir.	Katılmıyorum	11(14,5)	7(19,5)	0,157
	Kararsızım	26(34,2)	6(16,7)	
	Katılıyorum	39(51,3)	23(63,8)	
Ev ziyaretleri yaşlıların sağlık durumu ve sağlık bakımını kullanımı üzerine olumlu etkilidir.	Katılmıyorum	7(9,2)	6(16,7)	0,340
	Kararsızım	25(32,9)	8(22,2)	
	Katılıyorum	44(57,9)	22(61,1)	
Ev ziyaretleri kronik hastalıkları olan yaşlılarda hastaneye ya da bakım kurumuna yatışları ve sağlık hizmeti kullanımını azaltır.	Katılmıyorum	11(14,5)	10(27,8)	0,190
	Kararsızım	27(35,5)	7(19,4)	
	Katılıyorum	38(50)	19(52,8)	
Ev ziyaretleri mortaliteyi etkilemez.	Katılmıyorum	19(25)	12(33,3)	**0,022**
	Kararsızım	53(69,7)	17(47,2)	
	Katılıyorum	4(5,3)	7(19,5)	
Ev ziyaretleri çocukların ihmal ve istismarının önlenmesi açısından yararlıdır.	Katılmıyorum	10(13,2)	8(22,2)	**0,036**
	Kararsızım	43(56,6)	11(30,6)	
	Katılıyorum	23(30,2)	17(47,2)	
Aile hekimi yeni doğan bebeği ve yeni ebeveyn olmuş aileyi ev güvenliği açısından değerlendirilmek için ev ziyareti yapmalıdır.	Katılmıyorum	26(34,2)	17(47,2)	0,234
	Kararsızım	36(47,4)	11(30,6)	
	Katılıyorum	14(18,4)	8(22,2)	
Evde bakım hizmeti alan hastalara ev ziyareti yapılması gereksizdir.	Katılmıyorum	30(39,5)	17(47,2)	**0,010**
	Kararsızım	33(43,4)	6(16,7)	
	Katılıyorum	13(17,1)	13(36,1)	
Evde bakımı yapılan hasta için ev ziyareti yapıldığında bakıcının da değerlendirilmesi önemlidir.	Katılmıyorum	14(18,4)	7(19,4)	**0,041**
	Kararsızım	41(53,9)	11(30,6)	
	Katılıyorum	21(27,7)	18(50)	
Demans hastalarında ev ziyareti yapılmasına gerek yoktur.	Katılmıyorum	47(61,8)	26(72,2)	0,051
	Kararsızım	25(32,9)	5(13,9)	
	Katılıyorum	4(5,3)	5(13,9)	

Tablo 14 (Devam). Gezici hizmet verme ile önermelerin karşılaştırılması

		Gezici hizmet yok n(%)	Gezici hizmet var n(%)	p
Özellikle yaşlı hastaların ev ziyaretinde asıl amaç hastanın işlevsel kapasitesinin olabildiğince korunmasına yönelik önlemler almaktır.	Katılmıyorum	8(10,5)	4(11,1)	0,234
	Kararsızım	29(38,2)	8(22,2)	
	Katılıyorum	39(51,3)	24(66,7)	
Ev ziyaretleri psikososyal değerlendirme açısından önemlidir.	Katılmıyorum	6(7,9)	5(13,9)	**0,032**
	Kararsızım	26(34,2)	4(11,1)	
	Katılıyorum	44(57,9)	27(75)	
Aile hekimi sık sağlık kuruluşuna başvuran hastayı değerlendirmek için ev ziyareti yapmalıdır.	Katılmıyorum	26(34,2)	13(36,2)	0,728
	Kararsızım	39(51,3)	16(44,4)	
	Katılıyorum	11(14,5)	7(19,4)	
Ölmekte olan hastanın ve hasta yakınlarının desteklenmesi için ev ziyareti gereklidir.	Katılmıyorum	26(34,2)	15(41,7)	0,678
	Kararsızım	36(47,4)	14(38,9)	
	Katılıyorum	14(18,4)	7(19,4)	
Polikliniğe gelebilen hastanın ev ziyaretinde kullandığı ilaçları değerlendirmek gereksizdir.	Katılmıyorum	26(34,2)	12(33,3)	**0,007**
	Kararsızım	34(44,7)	7(19,4)	
	Katılıyorum	16(21,1)	17(47,3)	
Ev ziyareti yapılması planlanan hasta ya da yakınları ziyareti kabul etmezse ertelenebilir.	Katılmıyorum	5(6,6)	7(19,4)	**0,027**
	Kararsızım	22(28,9)	4(11,2)	
	Katılıyorum	49(64,5)	25(69,4)	
Ev ziyareti yapacak kişinin güvenliğinin sağlanması önemlidir.	Katılmıyorum	2(2,6)	2(5,6)	0,083
	Kararsızım	13(17,1)	1(2,8)	
	Katılıyorum	61(80,3)	33(91,6)	
Poliklinik ortamında saptanamayan birçok sağlık problemi ev ziyareti ile saptanabilir.	Katılmıyorum	5(6,6)	9(25)	**0,001**
	Kararsızım	44(57,9)	8(22,2)	
	Katılıyorum	27(35,5)	19(52,8)	
Tedaviye uyumsuz hastaya ev ziyareti yapmak gereksizdir.	Katılmıyorum	16(21,1)	14(38,9)	**0,006**
	Kararsızım	41(53,9)	8(22,2)	
	Katılıyorum	19(25)	14(38,9)	
Evde sağlığı ve güvenliği tehdit edici unsurları değerlendirmek ev ziyaretinin amaçlarındandır.	Katılmıyorum	4(5,3)	10(27,8)	**0,002**
	Kararsızım	30(39,5)	8(22,2)	
	Katılıyorum	42(55,2)	18(50)	
Aile hekimliği uygulamasında ev ziyaretlerine daha fazla yer verilmelidir.	Katılmıyorum	21(27,6)	16(44,4)	0,176
	Kararsızım	23(30,3)	10(27,8)	
	Katılıyorum	32(42,1)	10(27,8)	
Yeterli sayıda ev ziyareti yapılmama sebeplerinden biri ev ziyaretleri hakkında bilgi eksikliği olmasıdır.	Katılmıyorum	17(22,4)	10(27,8)	0,788
	Kararsızım	32(42,1)	15(41,7)	
	Katılıyorum	27(35,5)	11(30,5)	

Tablo 14 (Devam). Gezici hizmet verme ile önermelerin karşılaştırılması

		Gezici hizmet yok n(%)	Gezici hizmet var n(%)	p
Aile hekimlerinin kayıtlı nüfusunun çok olması ev ziyareti uygulamasını aksatır.	Katılmıyorum	3(3,9)	4(11,1)	0,341
	Kararsızım	2(2,6)	1(2,8)	
	Katılıyorum	71(93,5)	31(86,1)	
Yeterli sayıda ev ziyareti yapılmama sebeplerinden biri ek ücretlendirme yapılmamasıdır.	Katılmıyorum	7(9,2)	4(11,2)	0,504
	Kararsızım	9(11,8)	7(19,4)	
	Katılıyorum	60(79)	25(69,4)	
Malpraktis konusunda endişe olması ev ziyareti uygulamasını aksatır.	Katılmıyorum	2(2,6)	3(8,3)	0,384
	Kararsızım	12(15,8)	6(16,7)	
	Katılıyorum	62(81,6)	27(75)	

Belde/köy ASM de çalışan hekimlerin ev ziyareti yapma oranı diğer hekimlerden daha yüksek saptanmıştır (p=0,015) (Tablo 15).

Tablo 15. ASM'nin yeri ile bağımsız değişkenlerin karşılaştırılması

		Belde/köy n(%)	İlçe Merkezi n(%)	İl Merkezi n(%)	p
Ev ziyareti yapıyor musunuz?	Hayır	7(38,9)	28(65,1)	39(76,5)	**0,015**
	Evet	11(61,1)	15(34,9)	12(23,5)	
Ev ziyaretlerini kaç kez yapıyorsunuz?	Yapmıyorum	6(33,3)	28(65,1)	40(78,4)	**0,011**
	Ayda 1-2	8(44,4)	12(27,9)	8(15,7)	
	Gerektiğinde/talep olduğunda	4(22,3)	3(6,98)	3(5,9)	
Aile hekimlerinin ev ziyareti yapması gerektiğini düşünüyor musunuz?	Hayır	7(38,9)	21(48,8)	29(56,9)	0,399
	Evet	11(61,1)	22(51,2)	22(43,1)	
Aile hekimliği uygulama yönetmeliğine göre aile hekiminin görev, yetki ve sorumlulukları arasında ev ziyaretleri yönetmelik kapsamında belirtiliyor mu?	Hayır	2(11,1)	12(27,9)	15(29,4)	0,646
	Evet	10(55,6)	20(46,5)	23(45,1)	
	Bilmiyorum	6(33,3)	11(25,6)	13(25,5)	
Ev ziyareti yapmak için istekli misiniz?	Hayır	11(61,1)	32(74,4)	39(76,5)	0,438
	Evet	7(38,9)	11(25,6)	12(23,5)	
Sizce hangi yaş grupları için ev ziyareti daha çok gereklidir?	Diğer yaş grupları	2(16,7)	1(3,9)	3(8,6)	0,407
	65 yaş üstü	10(83,3)	25(96,1)	32(91,4)	

Hekimlerin ASM'nin yeri durumu ile "Ev ziyaretleri mortaliteyi etkilemez." önermesi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,027). Belde/köy ASM'de çalışan hekimlerin katılmıyorum yanıtı verme oranı diğer hekimlerden daha yüksek saptanmıştır (Tablo 16).

Hekimlerin ASM'nin yeri durumu ile "Ev ziyareti yapacak kişinin güvenliğinin sağlanması önemlidir." önermesi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,047). Belde/köy ASM'de çalışan hekimlerin katılmıyorum yanıtı verme oranı diğer hekimlerden daha yüksek saptanmıştır (Tablo 16).

Aile Sağlığı Merkezi yeri ile önermelerin istatistiksel karşılaştırılması Tablo 16'da sunulmuştur.

Tablo 16. ASM'nin yeri ile önermelerin karşılaştırılması

		Belde/köy n(%)	İlçe Merkezi n(%)	İl Merkezi n(%)	p
Ev ziyaretlerini yeterli sayıda yapıyorum	Katılmıyorum	7(38,9)	28(65,1)	36(70,6)	0,101
	Kararsızım	5(27,8)	9(20,9)	5(9,8)	
	Katılıyorum	6(33,3)	6(14)	10(19,6)	
Ev ziyaretleri ile ilgili yeterli bilgim var.	Katılmıyorum	0(0)	12(27,9)	7(13,7)	0,066
	Kararsızım	4(22,2)	11(25,6)	12(23,5)	
	Katılıyorum	14(77,8)	20(46,5)	32(62,8)	
Ev ziyaretleri planlama için sistematik bir yaklaşım geliştirilmesi önemlidir.	Katılmıyorum	3(16,7)	5(11,6)	7(13,7)	0,650
	Kararsızım	0(0)	4(9,3)	6(11,8)	
	Katılıyorum	15(83,3)	34(79,1)	38(74,5)	
Ev ziyaretleri gerektiği zaman yapılmalıdır.	Katılmıyorum	1(5,6)	5(11,6)	7(13,7)	0,772
	Kararsızım	3(16,7)	10(23,3)	13(25,5)	
	Katılıyorum	14(77,8)	28(65,1)	31(60,8)	
Akut veya kronik bir hastalığın değerlendirilmesi için ev ziyareti yapılmalıdır.	Katılmıyorum	6(33,3)	14(32,6)	20(39,2)	0,166
	Kararsızım	6(33,3)	23(53,5)	16(31,4)	
	Katılıyorum	6(33,3)	6(13,9)	15(29,4)	
Aile hekimi kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için altı ay içinde ev ziyareti yapmalıdır.	Katılmıyorum	11(61,1)	23(53,5)	31(60,8)	0,139
	Kararsızım	7(38,9)	15(34,9)	10(19,6)	
	Katılıyorum	0(0,0)	5(11,6)	10(19,6)	

Tablo 16 (Devam). ASM'nin yeri ile önermelerin karşılaştırılması

		Belde/köy n(%)	İlçe Merkezi n(%)	İl Merkezi n(%)	p
Özellikle yaşlı hastalarda kaza ve yaralanmaların önlenebilmesi için hastanın ve bakıcının işlevselliğini ve ev çevresini değerlendirme önemlidir.	Katılmıyorum	3(16,7)	10(23,3)	5(9,8)	0,200
	Kararsızım	4(22,2)	15(34,9)	13(25,5)	
	Katılıyorum	11(61,1)	18(41,8)	33(64,7)	
Ev ziyaretleri yaşlıların sağlık durumu ve sağlık bakımını kullanımı üzerine olumlu etkilidir.	Katılmıyorum	3(16,7)	5(11,6)	5(9,8)	0,773
	Kararsızım	5(27,8)	15(34,9)	13(25,5)	
	Katılıyorum	10(55,5)	23(53,5)	33(64,7)	
Ev ziyaretleri kronik hastalıkları olan yaşlılarda hastaneye ya da bakım kurumuna yatışları ve sağlık hizmeti kullanımını azaltır.	Katılmıyorum	3(16,7)	9(20,9)	9(17,6)	0,616
	Kararsızım	8(44,5)	13(30,3)	13(25,5)	
	Katılıyorum	7(38,8)	21(48,8)	29(56,8)	
Ev ziyaretleri mortaliteyi etkilemez.	Katılmıyorum	1(5,6)	10(23,3)	20(39,2)	**0,027**
	Kararsızım	14(77,8)	31(72,1)	25(49,1)	
	Katılıyorum	3(16,6)	2(4,6)	6(11,7)	
Ev ziyaretleri çocukların ihmal ve istismarının önlenmesi açısından yararlıdır.	Katılmıyorum	6(33,3)	6(13,9)	6(11,7)	0,180
	Kararsızım	8(44,4)	23(53,5)	23(45,1)	
	Katılıyorum	4(22,3)	14(32,4)	22(43,2)	
Aile hekimi yeni doğan bebeği ve yeni ebeveyn olmuş aileyi ev güvenliği açısından değerlendirilmek için ev ziyareti yapmalıdır.	Katılmıyorum	7(38,9)	18(41,9)	18(35,3)	0,656
	Kararsızım	9(50)	18(41,9)	20(39,3)	
	Katılıyorum	2(11,1)	7(16,2)	13(25,5)	
Evde bakım hizmeti alan hastalara ev ziyareti yapılması gereksizdir.	Katılmıyorum	10(55,6)	15(34,9)	22(43,1)	0,056
	Kararsızım	1(5,6)	19(44,1)	19(37,3)	
	Katılıyorum	7(38,8)	9(21)	10(19,6)	
Evde bakımı yapılan hasta için ev ziyareti yapıldığında bakıcının da değerlendirilmesi önemlidir.	Katılmıyorum	4(22,2)	8(18,6)	9(17,7)	0,914
	Kararsızım	9(50)	21(48,8)	22(43,1)	
	Katılıyorum	5(27,8)	14(32,6)	20(39,2)	
Demans hastalarında ev ziyareti yapılmasına gerek yoktur.	Katılmıyorum	11(61,1)	26(60,5)	36(70,6)	0,842
	Kararsızım	5(27,8)	13(30,2)	12(23,5)	
	Katılıyorum	2(11,1)	4(9,3)	3(5,9)	

Tablo 16 (Devam). ASM'nin yeri ile önermelerin karşılaştırılması

		Belde/köy n(%)	İlçe Merkezi n(%)	İl Merkezi n(%)	p
Özellikle yaşlı hastaların ev ziyaretinde asıl amaç hastanın işlevsel kapasitesinin olabildiğince korunmasına yönelik önlemler almaktır.	Katılmıyorum	3(16,7)	4(9,3)	5(9,8)	0,685
	Kararsızım	4(22,2)	17(39,5)	16(31,4)	
	Katılıyorum	11(61,1)	22(51,2)	30(58,8)	
Ev ziyaretleri psikososyal değerlendirme açısından önemlidir.	Katılmıyorum	3(16,7)	5(11,6)	3(5,9)	0,601
	Kararsızım	3(16,7)	12(27,9)	15(29,4)	
	Katılıyorum	12(66,6)	26(60,5)	33(64,7)	
Aile hekimi sık sağlık kuruluşuna başvuran hastayı değerlendirmek için ev ziyareti yapmalıdır.	Katılmıyorum	6(33,3)	14(32,6)	19(37,3)	0,430
	Kararsızım	11(61,1)	23(53,5)	21(41,1)	
	Katılıyorum	1(5,6)	6(13,9)	11(21,6)	
Ölmekte olan hastanın ve hasta yakınlarının desteklenmesi için ev ziyareti gereklidir.	Katılmıyorum	8(44,4)	14(32,6)	19(37,3)	0,320
	Kararsızım	9(50)	22(51,2)	19(37,3)	
	Katılıyorum	1(5,6)	7(16,3)	13(25,4)	
Polikliniğe gelebilen hastanın ev ziyaretinde kullandığı ilaçları değerlendirmek gereksizdir.	Katılmıyorum	4(22,2)	12(27,9)	22(43,1)	0,316
	Kararsızım	8(44,4)	19(44,2)	14(27,5)	
	Katılıyorum	6(33,4)	12(27,9)	15(29,4)	
Ev ziyareti yapılması planlanan hasta ya da yakınları ziyareti kabul etmezse ertelenebilir.	Katılmıyorum	2(11,1)	3(6,9)	7(13,7)	0,494
	Kararsızım	2(11,1)	10(23,3)	14(27,5)	
	Katılıyorum	14(77,8)	30(69,8)	30(58,8)	
Ev ziyareti yapacak kişinin güvenliğinin sağlanması önemlidir.	Katılmıyorum	2(11,1)	2(4,6)	0(0)	**0,047**
	Kararsızım	0(0)	4(9,3)	10(19,6)	
	Katılıyorum	16(88,9)	37(86,1)	41(80,4)	
Poliklinik ortamında saptanamayan birçok sağlık problemi ev ziyareti ile saptanabilir.	Katılmıyorum	4(22,2)	6(13,9)	4(7,8)	0,562
	Kararsızım	7(38,9)	21(48,9)	24(47,1)	
	Katılıyorum	7(38,9)	16(37,2)	23(45,1)	
Tedaviye uyumsuz hastaya ev ziyareti yapmak gereksizdir.	Katılmıyorum	6(33,3)	10(23,3)	14(27,5)	0,760
	Kararsızım	7(38,9)	22(51,2)	20(39,2)	
	Katılıyorum	5(27,8)	11(25,5)	17(33,3)	
Evde sağlığı ve güvenliği tehdit edici unsurları değerlendirmek ev ziyaretinin amaçlarındandır.	Katılmıyorum	5(27,8)	4(9,3)	5(9,8)	0,180
	Kararsızım	5(27,8)	18(41,8)	15(29,4)	
	Katılıyorum	8(44,4)	21(48,9)	31(60,8)	
Aile hekimliği uygulamasında ev ziyaretlerine daha fazla yer verilmelidir.	Katılmıyorum	7(38,9)	13(30,4)	17(33,3)	0,872
	Kararsızım	4(22,2)	15(34,8)	14(27,5)	
	Katılıyorum	7(38,9)	15(34,8)	20(39,2)	

Tablo 16 (Devam). ASM'nin yeri ile önermelerin karşılaştırılması

		Belde/köy n(%)	İlçe Merkezi n(%)	İl Merkezi n(%)	p
Yeterli sayıda ev ziyareti yapılmama sebeplerinden biri ev ziyaretleri hakkında bilgi eksikliği olmasıdır.	Katılmıyorum	6(33,3)	6(13,9)	15(29,4)	0,064
	Kararsızım	10(55,6)	17(39,6)	20(39,2)	
	Katılıyorum	2(11,1)	20(46,5)	16(31,4)	
Aile hekimlerinin kayıtlı nüfusunun çok olması ev ziyareti uygulamasını aksatır.	Katılmıyorum	1(5,6)	4(9,3)	2(3,9)	0,744
	Kararsızım	0(0)	1(2,3)	2(3,9)	
	Katılıyorum	17(94,4)	38(88,4)	47(92,2)	
Yeterli sayıda ev ziyareti yapılmama sebeplerinden biri ek ücretlendirme yapılmamasıdır.	Katılmıyorum	1(5,6)	4(9,3)	6(11,7)	0,798
	Kararsızım	2(11,1)	5(11,6)	9(17,7)	
	Katılıyorum	15(83,3)	34(79,1)	36(70,6)	
Malpraktis konusunda endişe olması ev ziyareti uygulamasını aksatır.	Katılmıyorum	0(0)	4(9,3)	1(1,9)	0,307
	Kararsızım	2(11,1)	6(13,9)	10(19,6)	
	Katılıyorum	16(88,9)	33(76,8)	40(78,5)	

Ev ziyareti yapmıyorum yanıtını veren hekimlerin yaş ortalaması anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır (p=0,011) (Tablo 17).

Tablo 17. Hekimlerin yaşı ile bağımsız değişkenlerin karşılaştırılması

		Ortalama ± ss	Medyan	p
Ev ziyareti yapıyor musunuz?	Hayır	47,85±7,9	50	**0,011**
	Evet	43,79±8,1	45,5	
Ev ziyaretlerini kaç kez yapıyorsunuz?	Yapmıyorum	47,73±8	50	0,195
	Ayda 1-2	43±8,3	44	
	Gerektiğinde/talep olduğunda	46,9±7,1	47,5	
Aile hekimlerinin ev ziyareti yapması gerektiğini düşünüyor musunuz?	Hayır	47,14±8,4	50	0,339
	Evet	45,78±7,9	46	
Aile hekimliği uygulama yönetmeliğine göre aile hekiminin görev, yetki ve sorumlulukları arasında ev ziyaretleri yönetmelik kapsamında belirtiliyor mu?	Hayır	49,69±7,4	52	0,040
	Evet	46,02±8,1	48	
	Bilmiyorum	44,17±8,4	43,5	

Tablo 17 (Devam). Hekimlerin yaşı ile bağımsız değişkenlerin karşılaştırılması

		Ortalama ± ss	Medyan	p
Ev ziyareti yapmak için istekli misiniz?	Hayır	46,4±8,3	48	0,929
	Evet	46,67±7,8	48	
Sizce hangi yaş grupları için ev ziyareti daha çok gereklidir?	Diğer yaş grupları	43,17±7,4	47	0,381
	65 yaş üstü	45,15±8,2	47	

Hekimlerin yaşı ile "Aile hekimi kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için altı ay içinde ev ziyareti yapmalıdır." önermesi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,015). Katılıyorum yanıtı veren hekimlerin yaş ortalaması diğer hekimlerden daha düşük saptanmıştır (Tablo 18).

Hekimlerin yaşı ile "Özellikle yaşlı hastalarda kaza ve yaralanmaların önlenebilmesi için hastanın ve bakıcının işlevselliğini ve ev çevresini değerlendirme önemlidir." önermesi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,026). Katılıyorum yanıtı veren hekimlerin yaş ortalaması diğer hekimlerden daha düşük saptanmıştır (Tablo18).

Hekimlerin yaşı ile "Ev ziyaretleri yaşlıların sağlık durumu ve sağlık bakımını kullanımı üzerine olumlu etkilidir." önermesi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,008). Katılıyorum yanıtı veren hekimlerin yaş ortalaması diğer hekimlerden daha düşük saptanmıştır(Tablo18).

Hekimlerin yaşı ile "Tedaviye uyumsuz hastaya ev ziyareti yapmak gereksizdir." önermesi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,019). Katılmıyorum yanıtı veren hekimlerin yaş ortalaması diğer hekimlerden daha düşük saptanmıştır(Tablo18).

Hekimlerin yaşı ile önermelerin karşılaştırılması Tablo 18 ile sunulmuştur.

Tablo 18. Hekimlerin yaşı ile önermelerin karşılaştırılması

		Ortalama ± ss	Medyan	p
Ev ziyaretlerini yeterli sayıda yapıyorum	Katılmıyorum	47,34±8,3	50	**0,009**
	Kararsızım	41,42±7,4	40	
	Katılıyorum	48,05±7	49,5	
Ev ziyaretleri ile ilgili yeterli bilgim var.	Katılmıyorum	47,79±9,5	52	0,740
	Kararsızım	46,59±7,8	49	
	Katılıyorum	46,05±8	47,5	

Tablo 18 (Devam). Hekimlerin yaşı ile önermelerin karşılaştırılması

		Ortalama ± ss	Medyan	p
Ev ziyaretleri planlama için sistematik bir yaklaşım geliştirilmesi önemlidir.	Katılmıyorum	48,73±7,4	52	0,305
	Kararsızım	47,9±11	53,5	
	Katılıyorum	45,92±7,9	47	
Ev ziyaretleri gerektiği zaman yapılmalıdır.	Katılmıyorum	49±8	52	0,063
	Kararsızım	48,42±9,4	52	
	Katılıyorum	45,33±7,6	46	
Akut veya kronik bir hastalığın değerlendirilmesi için ev ziyareti yapılmalıdır.	Katılmıyorum	47,7±7,9	49,5	0,194
	Kararsızım	46,93±7,9	48	
	Katılıyorum	43,89±8,6	44	
Aile hekimi kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için altı ay içinde ev ziyareti yapmalıdır.	Katılmıyorum	48,12±7,9	50	**0,015**
	Kararsızım	45,09±8,4	47,5	
	Katılıyorum	42,27±7	40	
Özellikle yaşlı hastalarda kaza ve yaralanmaların önlenebilmesi için hastanın ve bakıcının işlevselliğini ve ev çevresini değerlendirme önemlidir.	Katılmıyorum	46,83±8,5	51	**0,026**
	Kararsızım	49,44±7,7	51,5	
	Katılıyorum	44,84±8	46	
Ev ziyaretleri yaşlıların sağlık durumu ve sağlık bakımını kullanımı üzerine olumlu etkilidir.	Katılmıyorum	47,23±8,8	52	**0,008**
	Kararsızım	49,67±8	53	
	Katılıyorum	44,73±7,7	45,5	
Ev ziyaretleri kronik hastalıkları olan yaşlılarda hastaneye ya da bakım kurumuna yatışları ve sağlık hizmeti kullanımını azaltır.	Katılmıyorum	46,71±8,6	50	0,449
	Kararsızım	47,65±8,7	49	
	Katılıyorum	45,68±7,7	47	
Ev ziyaretleri mortaliteyi etkilemez.	Katılmıyorum	44,77±7,7	47	0,274
	Kararsızım	46,97±8,3	49	
	Katılıyorum	48,09±8,1	52	
Ev ziyaretleri çocukların ihmal ve istismarının önlenmesi açısından yararlıdır.	Katılmıyorum	44,89±9	47,5	0,021
	Kararsızım	48,5±8,2	52	
	Katılıyorum	44,45±7,2	44	
Aile hekimi yeni doğan bebeği ve yeni ebeveyn olmuş aileyi ev güvenliği açısından değerlendirilmek için ev ziyareti yapmalıdır.	Katılmıyorum	47,51±8,5	50	0,338
	Kararsızım	45,17±8	46	
	Katılıyorum	47,23±7,6	48	
Evde bakım hizmeti alan hastalara ev ziyareti yapılması gereksizdir.	Katılmıyorum	45,55±7,7	46	0,083
	Kararsızım	48,69±8,2	52	
	Katılıyorum	44,81±8,5	46	
Evde bakımı yapılan hasta için ev ziyareti yapıldığında bakıcının da değerlendirilmesi önemlidir.	Katılmıyorum	46,81±8	48	0,339
	Kararsızım	47,42±8,4	49	
	Katılıyorum	45,03±8	46	

Tablo 18 (Devam). Hekimlerin yaşı ile önermelerin karşılaştırılması

		Ortalama ± ss	Medyan	p
Demans hastalarında ev ziyareti yapılmasına gerek yoktur.	Katılmıyorum	45,82±8	47	0,517
	Kararsızım	47,33±9,1	49,5	
	Katılıyorum	48,89±6,4	52	
Özellikle yaşlı hastaların ev ziyaretinde asıl amaç hastanın işlevsel kapasitesinin olabildiğince korunmasına yönelik önlemler almaktır.	Katılmıyorum	47,58±7,7	49,5	0,159
	Kararsızım	48,16±8,5	50	
	Katılıyorum	45,27±8	46	
Ev ziyaretleri psikososyal değerlendirme açısından önemlidir.	Katılmıyorum	46,36±8,5	49	0,056
	Kararsızım	49,33±8	52	
	Katılıyorum	45,28±8	46	
Aile hekimi sık sağlık kuruluşuna başvuran hastayı değerlendirmek için ev ziyareti yapmalıdır.	Katılmıyorum	46,05±8,6	48	0,791
	Kararsızım	46,96±8,4	49	
	Katılıyorum	45,89±6,6	47,5	
Ölmekte olan hastanın ve hasta yakınlarının desteklenmesi için ev ziyareti gereklidir.	Katılmıyorum	46,78±8,4	49	0,746
	Kararsızım	46,64±8,2	47,5	
	Katılıyorum	45,48±8	47	
Polikliniğe gelebilen hastanın ev ziyaretinde kullandığı ilaçları değerlendirmek gereksizdir.	Katılmıyorum	46,42±8,1	48	0,497
	Kararsızım	47,49±8,3	50	
	Katılıyorum	45,27±8,2	46	
Ev ziyareti yapılması planlanan hasta ya da yakınları ziyareti kabul etmezse ertelenebilir.	Katılmıyorum	45,75±7,1	47,5	0,827
	Kararsızım	46,15±8,7	48,5	
	Katılıyorum	46,7±8,2	48,5	
Ev ziyareti yapacak kişinin güvenliğinin sağlanması önemlidir.	Katılmıyorum	41±9,1	39,5	0,390
	Kararsızım	46,93±8,5	51	
	Katılıyorum	46,64±8,1	48	
Poliklinik ortamında saptanamayan birçok sağlık problemi ev ziyareti ile saptanabilir.	Katılmıyorum	45,86±8,2	48	0,558
	Kararsızım	47,25±8,6	50	
	Katılıyorum	45,78±7,7	46,5	
Tedaviye uyumsuz hastaya ev ziyareti yapmak gereksizdir.	Katılmıyorum	43,07±7,8	43,5	**0,019**
	Kararsızım	47,73±8,3	49	
	Katılıyorum	47,7±7,6	51	
Evde sağlığı ve güvenliği tehdit edici unsurları değerlendirmek ev ziyaretinin amaçlarındandır.	Katılmıyorum	46,21±8,3	50	0,362
	Kararsızım	48,03±8,1	49,5	
	Katılıyorum	45,55±8,1	46	
Aile hekimliği uygulamasında ev ziyaretlerine daha fazla yer verilmelidir.	Katılmıyorum	46,16±8,2	49	0,946
	Kararsızım	46,7±9	48	
	Katılıyorum	46,57±7,6	47,5	

Tablo 18 (Devam). Hekimlerin yaşı ile önermelerin karşılaştırılması

		Ortalama ± ss	Medyan	p
Yeterli sayıda ev ziyareti yapılmama sebeplerinden biri ev ziyaretleri hakkında bilgi eksikliği olmasıdır.	Katılmıyorum	44,81±8,8	46	0,484
	Kararsızım	47,34±8,7	50	
	Katılıyorum	46,58±7	46,5	
Aile hekimlerinin kayıtlı nüfusunun çok olması ev ziyareti uygulamasını aksatır.	Katılmıyorum	45,86±10	52	0,852
	Kararsızım	47,67±11,8	54	
	Katılıyorum	46,48±8	48	
Yeterli sayıda ev ziyareti yapılmama sebeplerinden biri ek ücretlendirme yapılmamasıdır.	Katılmıyorum	47,55±8,1	53	0,242
	Kararsızım	43,19±8,3	40	
	Katılıyorum	46,95±8,1	48	
Malpraktis konusunda endişe olması ev ziyareti uygulamasını aksatır.	Katılmıyorum	46±9,9	52	0,095
	Kararsızım	42,67±8,3	42,5	
	Katılıyorum	47,27±7,9	49	

Ev ziyareti yapmayan hekimlerin aile hekimliğindeki yıl ortalaması anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p=0,005) (Tablo 19).

Hekimlerin aile hekimliğindeki yılı ile bağımsız değişkenlerin istatistiksel karşılaştırılması Tablo 19'da sunulmuştur.

Tablo 19. Hekimlerin aile hekimliğindeki yılı ile bağımsız değişkenlerin karşılaştırılması

		Ortalama ± ss	Medyan	p
Ev ziyareti yapıyor musunuz?	Hayır	14,66±7,2	15	**0,005**
	Evet	10,79±6,3	10,5	
Ev ziyaretlerini kaç kez yapıyorsunuz?	Yapmıyorum	14,55±7,3	15	0,516
	Ayda 1-2	10,57±6,3	10,5	
	Gerektiğinde/talep olduğunda	12,2±6,1	12,5	
Aile hekimlerinin ev ziyareti yapması gerektiğini düşünüyor musunuz?	Hayır	13,61±7,3	14	0,718
	Evet	13,07±7	12	
Aile hekimliği uygulama yönetmeliğine göre aile hekiminin görev, yetki ve sorumlulukları arasında ev ziyaretleri yönetmelik kapsamında belirtiliyor mu?	Hayır	16,31±7,1	15	0,068
	Evet	12,32±6,5	13	
	Bilmiyorum	12,3±7,6	13	

Tablo 19 (Devam). Hekimlerin aile hekimliğindeki yılı ile bağımsız değişkenlerin karşılaştırılması

		Ortalama ± ss	Medyan	p
Ev ziyareti yapmak için istekli misiniz?	Hayır	13,21±7	14	0,882
	Evet	13,73±7,5	13	
Sizce hangi yaş grupları için ev ziyareti daha çok gereklidir?	Diğer yaş grupları	8,17±5,1	7	0,246
	65 yaş üstü	10,87±5,7	12	

Hekimlerin aile hekimliğindeki yılı ile "Akut veya kronik bir hastalığın değerlendirilmesi için ev ziyareti yapılmalıdır." önermesi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,040). Katılıyorum yanıtı veren hekimlerin aile hekimliğindeki yıl ortalaması evet yanıtı veren hekimlerden daha düşük saptanmıştır (Tablo 20).

Hekimlerin aile hekimliğindeki yılı ile "Ev ziyaretleri mortaliteyi etkilemez." önermesi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,033). Katılmıyorum yanıtı veren hekimlerin aile hekimliğindeki yıl ortalaması evet yanıtı veren hekimlerden daha düşük saptanmıştır (Tablo 20).

Hekimlerin aile hekimliğindeki yılı ile "Malpraktis konusunda endişe olması ev ziyareti uygulamasını aksatır." önermesi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,002). Katılıyorum yanıtı veren hekimlerin aile hekimliğindeki yıl ortalaması evet yanıtı veren hekimlerden daha yüksek saptanmıştır (Tablo 20).

Hekimlerin aile hekimliğindeki yılı ile önermelerin istatistiksel karşılaştırmaları sunulmuştur (Tablo 20).

Tablo 20. Hekimlerin aile hekimliğindeki yılı ile önermelerin karşılaştırılması

		Ortalama ± ss	Medyan	p
Ev ziyaretlerini yeterli sayıda yapıyorum	Katılmıyorum	14,07±7,4	15	0,194
	Kararsızım	11,11±6,9	11	
	Katılıyorum	12,95±6,3	13,5	
Ev ziyaretleri ile ilgili yeterli bilgim var.	Katılmıyorum	15±8,2	15	0,563
	Kararsızım	13,19±7	14	
	Katılıyorum	12,94±6,8	13,5	
Ev ziyaretleri planlama için sistematik bir yaklaşım geliştirilmesi önemlidir.	Katılmıyorum	13,4±4,7	14	0,775
	Kararsızım	15,5±8,6	12,5	
	Katılıyorum	13,09±7,3	13	

Tablo 20 (Devam). Hekimlerin aile hekimliğindeki yılı ile önermelerin karşılaştırılması

		Ortalama ± ss	Medyan	p
Ev ziyaretleri gerektiği zaman yapılmalıdır.	Katılmıyorum	12,15±5	14	0,063
	Kararsızım	16,35±8,6	18,5	
	Katılıyorum	12,49±6,6	12	
Akut veya kronik bir hastalığın değerlendirilmesi için ev ziyareti yapılmalıdır.	Katılmıyorum	13,37±5,7	15	**0,040**
	Kararsızım	15,04±8,1	15	
	Katılıyorum	10,48±6,6	10	
Aile hekimi kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için altı ay içinde ev ziyareti yapmalıdır.	Katılmıyorum	14,23±7,1	15	0,165
	Kararsızım	12,91±7,5	12	
	Katılıyorum	10,47±6,1	10	
Özellikle yaşlı hastalarda kaza ve yaralanmaların önlenebilmesi için hastanın ve bakıcının işlevselliğini ve ev çevresini değerlendirme önemlidir.	Katılmıyorum	11,39±5,6	13,5	0,058
	Kararsızım	16,22±8	15,5	
	Katılıyorum	12,44±6,7	12,5	
Ev ziyaretleri yaşlıların sağlık durumu ve sağlık bakımını kullanımı üzerine olumlu etkilidir.	Katılmıyorum	11±5,6	14	0,089
	Kararsızım	15,91±8,2	15	
	Katılıyorum	12,53±6,5	13	
Ev ziyaretleri kronik hastalıkları olan yaşlılarda hastaneye ya da bakım kurumuna yatışları ve sağlık hizmeti kullanımını azaltır.	Katılmıyorum	11,24±5,7	14	0,220
	Kararsızım	15,15±8,5	15,5	
	Katılıyorum	13,05±6,5	14	
Ev ziyaretleri mortaliteyi etkilemez.	Katılmıyorum	10,65±5,6	10	**0,033**
	Kararsızım	14,7±7,5	15	
	Katılıyorum	12,36±6,7	14	
Ev ziyaretleri çocukların ihmal ve istismarının önlenmesi açısından yararlıdır.	Katılmıyorum	10,56±6	12,5	**0,010**
	Kararsızım	15,54±8,1	16	
	Katılıyorum	11,65±5,1	12	
Aile hekimi yeni doğan bebeği ve yeni ebeveyn olmuş aileyi ev güvenliği açısından değerlendirilmek için ev ziyareti yapmalıdır.	Katılmıyorum	12,88±7,1	14	0,779
	Kararsızım	13,85±7,2	14	
	Katılıyorum	13,18±7,2	14,5	
Evde bakım hizmeti alan hastalara ev ziyareti yapılması gereksizdir.	Katılmıyorum	12,94±6,9	14	0,095
	Kararsızım	15,54±7,5	14	
	Katılıyorum	10,81±6,2	13	
Evde bakımı yapılan hasta için ev ziyareti yapıldığında bakıcının da değerlendirilmesi önemlidir.	Katılmıyorum	12,19±6,1	13	0,175
	Kararsızım	14,87±7,4	14,5	
	Katılıyorum	11,95±6,9	14	

Tablo 20 (Devam). Hekimlerin aile hekimliğindeki yılı ile önermelerin karşılaştırılması

		Ortalama ± ss	Medyan	p
Demans hastalarında ev ziyareti yapılmasına gerek yoktur.	Katılmıyorum	12,64±6,6	12	0,260
	Kararsızım	15,5±8,5	14,5	
	Katılıyorum	11,89±5,6	15	
Özellikle yaşlı hastaların ev ziyaretinde asıl amaç hastanın işlevsel kapasitesinin olabildiğince korunmasına yönelik önlemler almaktır.	Katılmıyorum	11,5±4,9	13,5	**0,027**
	Kararsızım	16,11±7,4	16	
	Katılıyorum	12,08±6,9	12	
Ev ziyaretleri psikososyal değerlendirme açısından önemlidir.	Katılmıyorum	10,91±5,2	13	**0,014**
	Kararsızım	16,8±7,5	16,5	
	Katılıyorum	12,27±6,8	12	
Aile hekimi sık sağlık kuruluşuna başvuran hastayı değerlendirmek için ev ziyareti yapmalıdır.	Katılmıyorum	12±6,8	14	0,213
	Kararsızım	14,45±7,5	15	
	Katılıyorum	12,89±6,1	12	
Ölmekte olan hastanın ve hasta yakınlarının desteklenmesi için ev ziyareti gereklidir.	Katılmıyorum	12±6,7	13	0,082
	Kararsızım	15±7,3	15	
	Katılıyorum	12,05±6,9	12	
Polikliniğe gelebilen hastanın ev ziyaretinde kullandığı ilaçları değerlendirmek gereksizdir.	Katılmıyorum	12,76±7	14	**0,024**
	Kararsızım	15,68±7,4	16	
	Katılıyorum	11,12±6,1	13	
Ev ziyareti yapılması planlanan hasta ya da yakınları ziyareti kabul etmezse ertelenebilir.	Katılmıyorum	11,33±6,3	12	0,497
	Kararsızım	13,04±8	13	
	Katılıyorum	13,78±6,9	14,5	
Ev ziyareti yapacak kişinin güvenliğinin sağlanması önemlidir.	Katılmıyorum	7,5±5,5	7	0,195
	Kararsızım	14,64±8,5	14	
	Katılıyorum	13,4±6,9	14	
Poliklinik ortamında saptanamayan birçok sağlık problemi ev ziyareti ile saptanabilir.	Katılmıyorum	10,43±5,3	12,5	0,209
	Kararsızım	14,33±7,9	14	
	Katılıyorum	13,13±6,5	14,5	
Tedaviye uyumsuz hastaya ev ziyareti yapmak gereksizdir.	Katılmıyorum	10,6±6	10	**0,009**
	Kararsızım	15,71±7,8	16	
	Katılıyorum	12,33±5,9	13	
Evde sağlığı ve güvenliği tehdit edici unsurları değerlendirmek ev ziyaretinin amaçlarındandır.	Katılmıyorum	9,14±5,6	11	**0,027**
	Kararsızım	15,16±7,3	15	
	Katılıyorum	13,18±7	14	
Aile hekimliği uygulamasında ev ziyaretlerine daha fazla yer verilmelidir.	Katılmıyorum	10,89±5,6	13	0,054
	Kararsızım	14,67±7,7	15	
	Katılıyorum	14,48±7,4	14,5	

Tablo 20 (Devam). Hekimlerin aile hekimliğindeki yılı ile önermelerin karşılaştırılması

		Ortalama ± ss	Medyan	p
Yeterli sayıda ev ziyareti yapılmama sebeplerinden biri ev ziyaretleri hakkında bilgi eksikliği olmasıdır.	Katılmıyorum	10,44±5,9	12	0,077
	Kararsızım	13,72±7,8	15	
	Katılıyorum	14,95±6,5	14,5	
Aile hekimlerinin kayıtlı nüfusunun çok olması ev ziyareti uygulamasını aksatır.	Katılmıyorum	9,86±5,5	10	0,237
	Kararsızım	17,33±11	18	
	Katılıyorum	13,47±7,1	14	
Yeterli sayıda ev ziyareti yapılmama sebeplerinden biri ek ücretlendirme yapılmamasıdır.	Katılmıyorum	11,82±6	15	**0,005**
	Kararsızım	8,44±4,7	7,5	
	Katılıyorum	14,47±7,2	15	
Malpraktis konusunda endişe olması ev ziyareti uygulamasını aksatır.	Katılmıyorum	10,6±5,5	10	**0,002**
	Kararsızım	8,22±4,7	6	
	Katılıyorum	14,54±7,1	15	

Ev ziyareti yapmayan hekimlerin kayıtlı nüfus ortalaması anlamlı olarak yüksek saptanmıştır (p=0,005) (Tablo 21).

Hekimlerin kayıtlı nüfusu ile "Ev ziyareti yapmak için istekli misiniz?" önermesi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,037). Hayır yanıtı veren hekimlerin kayıtlı nüfus ortalaması evet yanıtı veren hekimlerden daha yüksek saptanmıştır (Tablo 21).

Tablo 21. Hekimlerin kayıtlı nüfusu ile bağımsız değişkenlerin karşılaştırılması

		Ortalama ± ss	Medyan	p
Ev ziyareti yapıyor musunuz?	Hayır	3,117.62±466,1	3100	**0,007**
	Evet	2,764.39±603,6	2925	
Ev ziyaretlerini kaç kez yapıyorsunuz?	Yapmıyorum	3,113.57±472,8	3100	0,573
	Ayda 1-2	2,793.71±609	3000	
	Gerektiğinde/talep olduğunda	2,712.30±593	2458	
Aile hekimlerinin ev ziyareti yapması gerektiğini düşünüyor musunuz?	Hayır	3,061.07±494,2	3100	0,316
	Evet	2,932.18±582,6	3000	

Tablo 21 (Devam). Hekimlerin kayıtlı nüfusu ile bağımsız değişkenlerin karşılaştırılması

		Ortalama ± ss	Medyan	p
Aile hekimliği uygulama yönetmeliğine göre aile hekiminin görev, yetki ve sorumlulukları arasında ev ziyaretleri yönetmelik kapsamında belirtiliyor mu?	Hayır	3,113.38±345,4	3100	0,432
	Evet	2,946.02±655	3000	
	Bilmiyorum	2,977.47±465,3	2975	
Ev ziyareti yapmak için istekli misiniz?	Hayır	3,070.41±520,3	3100	**0,037**
	Evet	2,799.23±554,9	2925	
Sizce hangi yaş grupları için ev ziyareti daha çok gereklidir?	Diğer yaş grupları	2,710.17±831,6	2400	0,252
	65 yaş üstü	3,080.45±606,2	3150	

Hekimlerin kayıtlı nüfusu ile "Ev ziyaretleri gerektiği zaman yapılmalıdır." önermesi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,009). Katılıyorum yanıtı veren hekimlerin kayıtlı nüfus ortalaması diğer hekimlerden daha düşük saptanmıştır (Tablo 22).

Hekimlerin kayıtlı nüfusu ile "Akut veya kronik bir hastalığın değerlendirilmesi için ev ziyareti yapılmalıdır." önermesi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,016). Katılmıyorum yanıtı veren hekimlerin kayıtlı nüfus ortalaması diğer hekimlerden daha yüksek saptanmıştır (Tablo 22).

Hekimlerin kayıtlı nüfusu ile "Ev ziyaretleri yaşlıların sağlık durumu ve sağlık bakımını kullanımı üzerine olumlu etkilidir." önermesi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,030). Katılmıyorum yanıtı veren hekimlerin kayıtlı nüfus ortalaması diğer hekimlerden daha yüksek saptanmıştır (Tablo 22).

Hekimlerin kayıtlı nüfusu ile "Ev ziyaretleri mortaliteyi etkilemez." önermesi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,029). Katılmıyorum yanıtı veren hekimlerin kayıtlı nüfus ortalaması diğer hekimlerden daha yüksek saptanmıştır (Tablo 22).

Hekimlerin kayıtlı nüfusu ile "Aile hekimi yeni doğan bebeği ve yeni ebeveyn olmuş aileyi ev güvenliği açısından değerlendirilmek için ev ziyareti yapmalıdır." önermesi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,023). Katılıyorum yanıtı veren hekimlerin kayıtlı nüfus ortalaması diğer hekimlerden daha yüksek saptanmıştır (Tablo 22).

Hekimlerin kayıtlı nüfusu ile "Aile hekimi sık sağlık kuruluşuna başvuran hastayı değerlendirmek için ev ziyareti yapmalıdır." önermesi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,016). Katılıyorum yanıtı veren hekimlerin kayıtlı nüfus ortalaması diğer hekimlerden daha yüksek saptanmıştır (Tablo 22).

Hekimlerin kayıtlı nüfusu ile "Ölmekte olan hastanın ve hasta yakınlarının desteklenmesi için ev ziyareti gereklidir." önermesi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,004). Katılıyorum yanıtı veren hekimlerin kayıtlı nüfus ortalaması diğer hekimlerden daha yüksek saptanmıştır (Tablo 22).

Hekimlerin kayıtlı nüfusu ile "Polikliniğe gelebilen hastanın ev ziyaretinde kullandığı ilaçları değerlendirmek gereksizdir." önermesi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,024). Kararsızım yanıtı veren hekimlerin kayıtlı nüfus ortalaması diğer hekimlerden daha düşük saptanmıştır (Tablo 22).

Hekimlerin kayıtlı nüfusu ile "Tedaviye uyumsuz hastaya ev ziyareti yapmak gereksizdir." önermesi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,037). Katılıyorum yanıtı veren hekimlerin kayıtlı nüfus ortalaması diğer hekimlerden daha yüksek saptanmıştır (Tablo 22).

Hekimlerin kayıtlı nüfusu ile önermelerin karşılaştırılması Tablo 22'de sunulmuştur.

Tablo 22. Hekimlerin kayıtlı nüfusu ile önermelerin karşılaştırılması

		Ortalama ± ss	**Medyan**	**p**
Ev ziyaretlerini yeterli sayıda yapıyorum	Katılmıyorum	3127.44±487,8	3100	**0,011**
	Kararsızım	2776.79±469,2	3000	
	Katılıyorum	2770.18±639,5	2900	
Ev ziyaretleri ile ilgili yeterli bilgim var.	Katılmıyorum	3028.37±315	3100	0,682
	Kararsızım	3083.48±575,5	3025	
	Katılıyorum	2953.91±578,2	3007	
Ev ziyaretleri planlama için sistematik bir yaklaşım geliştirilmesi önemlidir.	Katılmıyorum	3203.27±471,3	3150	0,277
	Kararsızım	2955.10±594,4	2975	
	Katılıyorum	2967.25±544	3000	
Ev ziyaretleri gerektiği zaman yapılmalıdır.	Katılmıyorum	3334.77±385	3400	**0,009**
	Kararsızım	3104.23±450,5	3100	
	Katılıyorum	2899.85±567	2970	
Akut veya kronik bir hastalığın değerlendirilmesi için ev ziyareti yapılmalıdır.	Katılmıyorum	3179.23±465,7	3200	**0,016**
	Kararsızım	2920.58±451	2950	
	Katılıyorum	2857.63±705,7	3025	

Tablo 22 (Devam). Hekimlerin kayıtlı nüfusu ile önermelerin karşılaştırılması

		Ortalama ± ss	Medyan	p
Aile hekimi kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için altı ay içinde ev ziyareti yapmalıdır.	Katılmıyorum	3072.00±500,9	3100	0,278
	Kararsızım	2846.00±616,9	2925	
	Katılıyorum	2999.93±501,4	3100	
Özellikle yaşlı hastalarda kaza ve yaralanmaların önlenebilmesi için hastanın ve bakıcının işlevselliğini ve ev çevresini değerlendirme önemlidir.	Katılmıyorum	3246.22±381,3	3294	0,052
	Kararsızım	2997.22±421	3000	
	Katılıyorum	2925.94±615	3000	
Ev ziyaretleri yaşlıların sağlık durumu ve sağlık bakımını kullanımı üzerine olumlu etkilidir.	Katılmıyorum	3302.46±349,3	3400	**0,030**
	Kararsızım	2958.21±422,3	3060	
	Katılıyorum	2957.55±606,8	3000	
Ev ziyaretleri kronik hastalıkları olan yaşlılarda hastaneye ya da bakım kurumuna yatışları ve sağlık hizmeti kullanımını azaltır.	Katılmıyorum	3167.10±375,9	3200	0,247
	Kararsızım	2951.29±372,4	3100	
	Katılıyorum	2963.12±659	3000	
Ev ziyaretleri mortaliteyi etkilemez.	Katılmıyorum	3178.16±543,4	3220	**0,029**
	Kararsızım	2915.64±491,4	2985	
	Katılıyorum	3012.09±739,4	3120	
Ev ziyaretleri çocukların ihmal ve istismarının önlenmesi açısından yararlıdır.	Katılmıyorum	3080.56±590,5	3219	0,326
	Kararsızım	2940.07±407,4	3000	
	Katılıyorum	3038.42±667,5	3110	
Aile hekimi yeni doğan bebeği ve yeni ebeveyn olmuş aileyi ev güvenliği açısından değerlendirilmek için ev ziyareti yapmalıdır.	Katılmıyorum	3072.77±507,7	3100	**0,023**
	Kararsızım	2841.36±498	2950	
	Katılıyorum	3185.36±619,9	3210	
Evde bakım hizmeti alan hastalara ev ziyareti yapılması gereksizdir.	Katılmıyorum	2,960.02±630,7	3000	0,794
	Kararsızım	3039.05±430,8	3100	
	Katılıyorum	3004.12±528,5	3050	
Evde bakımı yapılan hasta için ev ziyareti yapıldığında bakıcının da değerlendirilmesi önemlidir.	Katılmıyorum	3099.05±440,1	3150	0,340
	Kararsızım	2935.27±494,8	3000	
	Katılıyorum	3026.59±642	3100	

Tablo 22 (Devam). Hekimlerin kayıtlı nüfusu ile önermelerin karşılaştırılması

		Ortalama ± ss	Medyan	p
Demans hastalarında ev ziyareti yapılmasına gerek yoktur.	Katılmıyorum	2959.66±596,4	3000	0,685
	Kararsızım	3048.20±372,9	3100	
	Katılıyorum	3138.89±555	3150	
Özellikle yaşlı hastaların ev ziyaretinde asıl amaç hastanın işlevsel kapasitesinin olabildiğince korunmasına yönelik önlemler almaktır.	Katılmıyorum	3197.67±486,7	3344	0,349
	Kararsızım	2966.76±417,5	3100	
	Katılıyorum	2977.92±609,7	3000	
Ev ziyaretleri psikososyal değerlendirme açısından önemlidir.	Katılmıyorum	3156.27±466,9	3200	0,529
	Kararsızım	2975.80±386,8	3030	
	Katılıyorum	2982.51±605,3	3014	
Aile hekimi sık sağlık kuruluşuna başvuran hastayı değerlendirmek için ev ziyareti yapmalıdır.	Katılmıyorum	3066.33±473,7	3100	**0,016**
	Kararsızım	2873.69±555,6	2950	
	Katılıyorum	3228.39±557,8	3200	
Ölmekte olan hastanın ve hasta yakınlarının desteklenmesi için ev ziyareti gereklidir.	Katılmıyorum	3074.80±502,8	3120	**0,004**
	Kararsızım	2863.36±466,9	2950	
	Katılıyorum	3167.43±704,4	3220	
Polikliniğe gelebilen hastanın ev ziyaretinde kullandığı ilaçları değerlendirmek gereksizdir.	Katılmıyorum	3140.16±503,3	3150	**0,024**
	Kararsızım	2842.41±513,3	2950	
	Katılıyorum	3026.85±580,1	3100	
Ev ziyareti yapılması planlanan hasta ya da yakınları ziyareti kabul etmezse ertelenebilir.	Katılmıyorum	3040.92±487,2	3200	0,561
	Kararsızım	3119.27±527,4	3100	
	Katılıyorum	2948.09±552,9	3007	
Ev ziyareti yapacak kişinin güvenliğinin sağlanması önemlidir.	Katılmıyorum	3022.25±483,6	3094	0,980
	Kararsızım	3042.57±450	3050	
	Katılıyorum	2990.06±559,4	3042	
Poliklinik ortamında saptanamayan birçok sağlık problemi ev ziyareti ile saptanabilir.	Katılmıyorum	3053.71±640	3219	0,676
	Kararsızım	2995.77±415,2	3000	
	Katılıyorum	2983.02±637,7	3110	
Tedaviye uyumsuz hastaya ev ziyareti yapmak gereksizdir.	Katılmıyorum	3062.03±717,7	3110	**0,037**
	Kararsızım	2879.63±417,7	2950	
	Katılıyorum	3114.79±496,8	3200	

Tablo 22 (Devam). Hekimlerin kayıtlı nüfusu ile önermelerin karşılaştırılması

		Ortalama ± ss	Medyan	p
Evde sağlığı ve güvenliği tehdit edici unsurları değerlendirmek ev ziyaretinin amaçlarındandır.	Katılmıyorum	3117.86±591,5	3000	0,795
	Kararsızım	2970.08±486,3	3080	
	Katılıyorum	2987.30±566,5	3019	
Aile hekimliği uygulamasında ev ziyaretlerine daha fazla yer verilmelidir.	Katılmıyorum	3019.65±551,3	3014	0,849
	Kararsızım	3043.52±565,4	3100	
	Katılıyorum	2942.57±519,9	3062	
Yeterli sayıda ev ziyareti yapılmama sebeplerinden biri ev ziyaretleri hakkında bilgi eksikliği olmasıdır.	Katılmıyorum	3071.33±598,3	3200	0,427
	Kararsızım	2923.72±564,7	3000	
	Katılıyorum	3037.11±465,9	3042	
Aile hekimlerinin kayıtlı nüfusunun çok olması ev ziyareti uygulamasını aksatır.	Katılmıyorum	3284.14±476,7	3300	0,147
	Kararsızım	3233.33±208,2	3300	
	Katılıyorum	2971.20±546,9	3007	
Yeterli sayıda ev ziyareti yapılmama sebeplerinden biri ek ücretlendirme yapılmamasıdır.	Katılmıyorum	3250.91±387,5	3300	0,094
	Kararsızım	3122.31±666,6	3194	
	Katılıyorum	2941.58±524,2	3000	
Malpraktis konusunda endişe olması ev ziyareti uygulamasını aksatır.	Katılmıyorum	3100.00±447,2	3200	0,382
	Kararsızım	3108.28±707,5	3344	
	Katılıyorum	2969.69±509,2	3000	

TARTIŞMA

Aile hekimliği uygulamasında hekimin hastaları kendi ortamında tanıması ile hekim ve hasta arasındaki ilişkinin güçlü olmasında ev ziyaretleri önemli yer tutar. Çalışmamızda aile hekimliği uygulamalarında ev ziyaretinin yerini, birincil bakımda çalışan aile hekimlerinin ev ziyareti konusunda bilgi düzeylerini, ev ziyareti gerekliliği hakkında farkındalığını ve düşüncelerini değerlendirmek hedeflenerek anket soruları hazırlanmıştır. Verilen yanıtlar değerlendirilerek literatür ile karşılaştırılmıştır.

Çalışmamıza %58'i erkek, %42'si kadın toplam 112 hekim katılmıştır. Öner ve ark'nın (31) çalışmasında %81,9 erkek, % 18,1'i kadın toplam 72 aile hekimine ulaşılmış. Hemşirelik bölümü öğrencilerinin staj sırasında yaptıkları ev ziyaretlerinde karşılaşılan güçlükler ile ilgili yapılan çalışmada öğrencilerin %83,5'i kadın, %16,5'i erkektir (32). Yine hemşirelik öğrencileri ile yapılan ev ziyaretlerine yönelik görüşlerinin incelendiği başka bir çalışmada katılımcıların %68,8'i kadın, %31,2'si erkek olarak saptanmıştır (33). Türkiye'de hemşirelik mesleğini kadınların daha fazla tercih ediyor olması hemşirelere yönelik yapılan çalışmalarda kadınların oranının bizim çalışmamızdan daha yüksek saptandığını düşünmekteyiz.

Hekimlerin uzmanlık durumları incelendiğinde %17,9'sının aile hekimliği uzmanı olduğu saptanmıştır. Diğer ülkelerde yapılan çalışmalarda aile hekimliği ve genel pratisyenlik terimi aynı anlamda kullanılmıştır (34,35). Aile hekimliği uzmanı sayısının az olmasının Türkiye'de aile hekimliği disiplininin ve aile hekimliği uygulamasının diğer ülkelere göre daha yeni olması ve aile hekimliği uzmanlarının yetersiz sayıda olmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Meslekteki çalışma yılları incelendiğinde ortalama 13,35±7,11 yıl olarak saptanmıştır. Öner'in yaptığı çalışmada hekimlerin ortalama çalışması 157,28 ay olarak saptanmıştır (31).

Almanya'da yapılan bir çalışmada birinci basamak polikliniğinde çalışma ortalama 13 (4-22) yıl olarak saptanmıştır. Mesleki çalışma yılları benzerlik göstermektedir.

Hekimlerin %33,9'u ev ziyareti yaptığını belirtmiştir. Ev ziyaretini sıklık olarak hekimlerin %25'i ayda 1-2 defa, %8,9'u gerektiğinde ya da talep olduğunda yaptığı saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada, katılan hekimlerin %87,7'sinin ev ziyareti yaptığı ve %31,5'i ayda en az bir defa, %16,4'ü haftada en az bir defa ev ziyareti yaptığı belirtilmiştir (4). Almanya'da yapılan nitel bir çalışmada da hekimlerin sık sık ev ziyareti yaptıkları belirtilmiştir. Hekimlerin haftada ortalama 34 ev ziyareti yaptığı ve serbest olarak çalışan aile hekimlerinin daha fazla ev ziyareti yaptığı belirtilmiştir (35). Başka bir çalışmada %58,1 hekim ev ziyareti yaptığını belirtmiştir (36). Türkiye'de ev ziyareti sıklığının araştırıldığı çalışmalara rastlanmamıştır. Yabancı kaynaklarda ev ziyaretinin daha fazla olmasının nedenini aile hekimliği uygulamasının farklılıklarından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

T.C. Sağlık Bakanlığı Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'ne göre ev ziyaretleri aile hekimlerinin görevleri arasındadır (19). Çalışmamızda hekimlerin aile hekimliği uygulama yönetmeliğine göre aile hekiminin görev, yetki ve sorumlulukları arasında ev ziyaretlerinin sorgulandığı önermeye verdikleri yanıtlarda %25,8'i hayır, %47,3'ü evet, %26,9'u bilmiyorum yanıtını vermiştir. Öner'in (7) çalışmasında ev ziyaretinin yönetmelikteki yeri sorgulandığında %79,2 evet yanıtı verildiği bulunmuştur. Verilen eğitim sonrasında alınan evet cevabı %91,9'a yükselmiştir. Çalışmamızda doğru yanıtın az olma nedenini uygulama yönetmeliğinde ev ziyareti ile ilgili tam olarak açık bir ifade olmaması ve uygulamadaki yerinin yetersiz olmasından dolayı olduğunu düşünmekteyiz. Ev ziyaretlerinin uygulamada daha fazla yer alması, hekimlere ev ziyareti öneminin ve gerekliliğinin anlatıldığı kısa bir eğitim verilmesi ile ev ziyaretinin öneminin artacağını düşünmekteyiz.

Ev ziyareti hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünen hekim oranı %58,9 olarak saptanmıştır. Hekimlerin %49,9'u hekimlerin ev ziyareti yapması gerektiğini belirtmiştir. %26,8 hekim ev ziyaretine istekli olduğunu belirtmiştir. Yeterli sayıda ev ziyareti yaptığını düşünen hekimler %19,6 olarak saptanmıştır. %37,5 oranında hekimler ev ziyaretlerine daha fazla yer verilmesi gerektiğini düşünmektedir. Öner'in (7) çalışmasında aile hekimlerinin ev ziyareti yapması gerektiğini düşünen %54,2 ve yapılan ev ziyaretini yeterli bulma oranı %43,1 olarak bulunmuştur. Bilgisi olan hekimlerin ve ev ziyaretinin gerekli olduğunu düşünen hekimlerin fazla olup uygulamanın az olmasından aile hekimliği uygulamasında ev ziyaretine yeterince yer verilemediğini düşünmekteyiz.

Ev ziyaretlerinin amaçları hakkında sorulan önermelerde hekimlerin yeterli bilgisi olmadığı saptandı. Öner'in (7) çalışmasında da hekimlerin ev ziyareti amaçları konularında yetersiz olduğu saptanmıştır. Hekimlere verilen eğitim sonrası bu konularda anlamlı olarak farkındalığın arttığı saptanmıştır. Hekimlere verilecek hatırlatma eğitimi ile ev ziyareti farkındalığı arttırılabilir.

"Ev ziyaretleri yaşlıların sağlık durumu ve sağlık bakımını kullanımı üzerine olumlu etkilidir." önermesine %58,9, "Ev ziyaretleri kronik hastalıkları olan yaşlılarda hastaneye ya da bakım kurumuna yatışları ve sağlık hizmeti kullanımını azaltır." önermesine %50,9 katılıyorum yanıtını verilmiştir. Ev ziyaretlerinin mortalite üzerine olumlu sonucu olduğunu düşünenler %37,7 olarak bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada kronik konjestif kalp yetmezliği olan hastaların ev tabanlı bakımının hastaneye yatış oranlarında ve bakım maliyetlerinin azalmasında, yaşam kalitesinin iyileştirilmesinde potansiyel taşıdığı belirtilmiştir (37). Geriatrik hastalara ev ziyaretlerinin planlanması modeli oluşturmak üzerine yapılan bir çalışmada ev ziyaretlerinin hastane bakımının yerini alma olasılığı ortaya konulmuştur. Hasta ve bakıcıların hastane ziyareti öncesi bir doktor ile görüşme olanağı olmasının hastane ve acil servis ziyaretlerini azaltabileceği vurgulanmıştır (38). Üç yıllık kapsamlı geriatrik evde değerlendirme programı ile bakım evine geçiş sayısının azaldığı ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede yardıma duyulan ihtiyacın azaldığı sonucuna ulaşılmıştır (39). 75 yaş üzeri popülasyonun dahil edildiği bir başka çalışmada da düzenli ev ziyaretlerinin yapılmasıyla birlikte acil tıbbi aramaların önemli ölçüde azaldığı ve müdahale grubunda ölüm oranlarının anlamlı olarak azaldığı saptanmıştır (40). Elkan ve ark.'nın (41) çalışmasında ev ziyaretlerinin uzun süreli bakımda hastaneye yatışları azalttığı ve mortaliteyi önemli oranda azalttığı belirtilmiştir. Geriatrik değerlendirmelerin yapıldığı koruyucu ev ziyaretlerinin özellikle genç yaşlılarda ölüm oranında azalma sağladıkları bulunmuştur (42,43). Yapılan çalışmalarda ev ziyaretinin hastalar açısından faydalı olduğunu görmekteyiz. Ev ziyaretleri ile ilgili hekimlerin daha fazla bilgilendirilmesi ve uygulamaya daha kolay yer verilebilmesinin hastalar açısından önemli olacağını düşünmekteyiz.

Çalışmamızda hekimlerin %97,3'ü ev ziyaretinin en çok gerektiği yaş grubu olarak 65 yaş üstü hastaları belirtmişlerdir. Hekimlerin çoğunluğu ev ziyaretine en çok ihtiyacın 65 yaş üstü kişilerde olduğunun farkında olmakla birlikte diğer ev ziyareti gerekliliklerinin farkında değillerdi. Hekimler yaşlı bireylerin eve bağlı olma ihtimalinin daha fazla olmasını ve evde bakıma daha fazla ihtiyaç duyma ihtimalinin olmasını göz önüne alarak bu cevabı vermiş olabilirler. Ev ziyaretlerinin yaşlıların sağlık durumu ve sağlık bakımını kullanımı üzerine

olumlu etkisi olduğunu %58,9 hekim belirtmiştir. Yaşlı hastaların ev ziyaretlerinde asıl amacın hastanın işlevsel kapasitenin korunmasına yönelik önlemlerin alınması olduğunu düşünen hekimler %56,3 olarak saptanmıştır. Öner'in (7) çalışmasında hekimlerin %94,4'ü ev ziyaretine 65 yaş üstü kişilerin ihtiyacı olduğunu belirtmiştir. Yunanistan'daki bir çalışmada yapılan ev ziyaretlerinin %47,8'inin 65 yaş üstü bireylere yapıldığını raporlanmıştır (44). Kersnic'in (45) çalışmasında ev ziyareti alan hastaların değerlendirilmesi yapılmış ve ziyaretlerin büyük bir kısmını yaşlılara ve kadınlara yapıldığı bildirilmiştir. Keenan ve ark.'nın (46) yaptığı çalışmada ev ziyaretlerinin %92 oranında geriatrik hastalara yapıldığı belirtilmiştir. Almanya'da yapılan bir çalışmada ev ziyaretlerinin çoğunlukla yaşlı hastalara yapıldığı bildirilmiş ve demografik değişimler göz önüne alınarak yaşlı hastalar için yapılan ev ziyaretlerinin arttırılması gerektiği vurgulanmıştır (47). Her yaşlı birey hasta ve bakıma muhtaç olmasa da hastalanma v fiziksel yetersizlik riskinde artış vardır. Bu nedenle de yardıma ihtiyaç duyma ihtimalleri artar. Evin idare edilmesi, temizlik, alışveriş vb. günlük ihtiyaçları karşılamakta zorlanır. Bunlarla birlikte sağlık hizmetine erişimi de zorlaştığından ev ziyareti ve evde bakım ihtiyacı daha fazla olmaktadır. Literatür ile karşılaştırıldığında çalışmamızda da yaşlı kişilerin daha çok ev ziyaretine ihtiyaç duyduğu ifade edilmiştir.

Yeni doğmuş bebek ve yeni ebeveyn olmuş aileye ev ziyareti yapılması gerektiğini %19,6 hekim belirtmiştir. Çocukların ihmal ve istismarının önlenmesi için ev ziyaretinin gerekli olduğunu düşünenler %35,7 olarak saptanmıştır. Hekimlerin çocuklar açısından ev ziyaretlerine yeterince gerekli görmediklerini saptadık. Doğum sonrası dönem hem anne hem de bebeğin iyi değerlendirilmesi çok önemlidir. Sağlık hizmeti sunucular tarafından yapılan ev ziyaretleri ile emzirme, ten teması, vücut temizliği, göbek bakımı vb. uygulamalar iyileştirilir. Annenin ruh sağlığının değerlendirilmesi ve ev güvenliğinin kontrol edilmesi için ev ziyaretleri iyi bir fırsattır (48).

Evde bakım yapılan hastalara ev ziyareti gerektiğini düşünen hekimlerin oranı %42,0 olarak saptanmıştır. Ev ziyaretinin evde bakımdan çok farklı bir uygulama olduğu, bakıma muhtaç olmayan hastalara da ev ziyaretinin faydalı olduğu farkındalığının hekimlere kazandırılması gerekmektedir.

Ev ziyaretlerinin yeterli yapılamaması hakkında yöneltilen önermelerde %33,9 hekim bilgi eksikliği, %91,1 hekim kayıtlı nüfusun fazla olması, %75,9 hekim ek ücretlendirme olmaması, %79,4 hekim malpraktis endişesi olması olarak belirtilmiştir. Öner'in (7) çalışmasında yeterli ev ziyareti yapılmaması; yeterli zaman yokluğu, yetersiz ücretlendirme, hata yapma endişesi, bilgi eksikliği, faydalı olmayacağını düşünme, personel yetersizliği, nüfus

yükü ve misafir hastaların eklenmesiyle poliklinik yükünün fazla olması, hasta yakınlarının ziyaretleri önemsememesi veya istismar edilmesi, gereksiz ev çağrılarının olması, güvende olduğunu düşünmeme gibi nedenlerle belirtilmiştir. Yapılan nitel bir çalışmada ev ziyaretlerini yapmak istememe nedenlerini hava koşulları kötü olduğunda ev ziyaretine gitmek çok zor, evde tanı koymak zor, çok fazla zaman alıyor, hastanın evde tutulması sosyal izolasyonu arttırır, ödeme yetersiz olarak ifade etmişlerdir (35). Yapılan başka bir çalışmada hekimlerin çoğunun evde bakımın öneminin farkında olduğu, zaman ve finansal olarak desteklendiklerinde daha fazla ev ziyareti yapacağı belirtilmiştir (49). Çalışmalarda genel olarak ev ziyaretlerinin yapılmama sebepleri benzerlik göstermektedir. Aile hekimlerinin kayıtlı nüfusunun azaltılması, ev ziyaretinin aile hekimliği çalışma planlarında yer alması, ücretlendirmenin düzenlenmesi sağlanırsa ev ziyaretlerinin yapılabilirliği artabilir.

Uzman hekimler pratisyen hekimlere göre anlamlı fark ile ev ziyaretinin gerekli olduğunu düşünmektedir. Aile hekimleri ve dahiliye uzmanlarının ev ziyareti ile ilgili tutumlarını araştıran bir çalışmada aile hekimlerinin dahiliye uzmanlarından daha fazla ev ziyareti yaptığı anlamlı bulunmuştur (50).

Aile hekimliği uzmanlarının ev ziyareti ile ilgili bilgi sorularında da anlamlı farkla doğru cevapladığı saptandı. Yapılan bir çalışmada ev ziyareti ve evde bakımın tıp eğitimi programlarında olması ve uzmanlık eğitiminin bir parçası olması hekimlerin tutumu için önemli rol alacağı belirtilmiştir (51). Aile hekimliği disiplini eğitimini almış olan uzman doktorlar ev ziyaretini daha çok önemsiyor ve uygulamalarında ev ziyaretine daha çok yer veriyor olabilir. Aile hekimliği birimlerinde aile hekimliği uzmanlık eğitimi almış hekimlerin hizmet etmesinin ev ziyaretleri açısından olumlu etki sağlayacağını düşünmekteyiz.

Çalışmamızda hekimlerin cinsiyetleri ile diğer değişkenler arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Öner'in (7) çalışmasında erkek hekimlerin kadınlara göre anlamlı olarak daha fazla ev ziyareti yaptığı bulunmuştur. Yabancı kaynaklardaki bazı araştırmalarda da erkek hekimlerin anlamlı olarak daha fazla ev ziyareti yaptığı saptanmıştır (35,36,52).

Gezici sağlık hizmeti veren hekimler ve belde/köy ASM'lerinde çalışan hekimler de anlamlı olarak daha fazla ev ziyareti yapmaktadır. Yapılan bir çalışmada da kırsal bölgelerde çalışan hekimlerin ev ziyareti yapması anlamlı olarak fazla bulunmuş (50). Bir başka çalışmada şehirde çalışan aile hekimlerinin ev ziyaretini zorlaştıran faktörler arasında zaman yetersizliği, ücret azlığı ve coğrafi hizmet alanlarının geniş olması gibi birçok sistemik faktör belirtilmiştir (4). Almanya'da yapılan bir çalışmada kırsal kesimde çalışan hekimlerin şehirde çalışanlara göre haftalık olarak daha fazla ev ziyareti yaptığı saptanmış (35). Kırsal bölgelerdeki hekimler

oradaki topluluğun parçası haline gelir ve nüfusu ile ilgili daha geniş bilgiye sahip olabilir. Ev ziyareti gereken hastalara daha fazla hakim olabildiğinden ve vakit ayırabildiğinden kırsal bölgelerdeki hekimler daha fazla ziyaret yapabiliyor olabilir.

Ev ziyareti yapmayan hekimlerin yaş ortalaması yapan hekimlere göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Aile hekimliğindeki yıl ortalaması yüksek olan hekimlerin de anlamlı olarak ev ziyareti yapmadığı bulunmuştur. Yabancı kaynaklardaki çalışmalarda yaşı daha büyük olan hekimlerin daha fazla ev ziyareti yaptığı bulunmuştur (46,53,54). Ev ziyareti ile ilgili bilgi sorularına yaş ortalaması düşük olan hekimlerin anlamlı olarak daha fazla doğru cevap verdiği saptandı. Ev ziyareti ile ilgili bilgi sorularına uzman hekimlerin doğru cevapları pratisyen hekimlerden yüksekti. Aile hekimliği disiplini eğitimi almış olan uzmanların ev ziyaretini daha iyi bildiklerini ve önemsediklerini düşünmekteyiz. Aile hekimliği uzmanlarının daha genç yaşlarda olması bu farkı ortaya çıkarmış olabilir.

Kayıtlı nüfusu daha az olan hekimlerin daha fazla ev ziyareti yaptığı ve ev ziyareti için daha fazla istekli olduğu saptanmıştır. Kayıtlı nüfusu fazla olan hekimlerin ev ziyareti gerektiğinde yapılmalıdır cevabı anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Öner'in (7) çalışmasında hekimlere daha fazla ev ziyareti yapılması için ne düşündükleri sorulduğunda en çok nüfusun ve iş yükünün azaltılması gerektiğini ifade edilmiş. Joyce ve Piteman (55) düşkün bireylerin bakımı, sürekliliği ve kalitesi için ek planlamalar oluşturulmadan aile hekimlerinin yaptığı ev ziyaretlerin sayısını arttırmanın mümkün olmadığını bildirmişlerdir. Nüfus yoğunluğu ile iş yükünün fazla olması nedeniyle ev ziyaretleri uygulamada daha az yer tutuyor olabilir. Hekimlerin nüfus yoğunluğu daha uygun düzeylere getirilebilirse ev ziyareti yapmayı gerekli gören hekimlerin de sayısının artacağını düşünmekteyiz.

SONUÇLAR

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda yapılan bu çalışma ile Edirne İl'inde aile hekimliği uygulamalarında ev ziyaretlerinin yeri, birincil bakımda çalışan aile hekimlerinin ev ziyareti konusunda bilgileri, ev ziyareti gerekliliği hakkında farkındalık ve düşüncelerin değerlenmek hedeflendi. Çalışmamızın sonuçları şöyle özetlenebilir;

1. Aile hekimliği uygulamasında ev ziyaretinin çok fazla yeri olmadığı görülmüştür. Çalışmaya katılan hekimlerin büyük bir kısmının ev ziyareti yapmadığı saptandı. Ev ziyareti yapanların da çoğunluğunun ayda 1-2 defa ile sınırlı kaldığı saptandı.
2. Ev ziyareti yapılmama nedenlerine verilen cevap oranları sırasıyla kayıtlı nüfusun fazla olması, malpraktis endişesi, ek ücretlendirme olmaması, bilgi eksikliği olması olarak saptandı.
3. Aile hekimliği uygulama yönetmeliği ile belirtilen ev ziyaretinin çalışmaya katılan hekimlerin yarıdan fazlasının bilmediğini saptandı. Ev ziyareti amaçları ile ilgili soruların ve bilgi sorularının çoğunlukla doğru cevaplanmadığı saptandı.
4. Aile hekimliği uzmanı olan hekimlerin ev ziyaretinin gerekliliğini diğer hekimlerden daha çok bildiği anlamlı olarak bulunmuştur. Bilgi sorularında da uzman hekimlerin anlamlı olarak daha fazla doğru cevapladığı saptanmıştır. Uzmanlık eğitiminin ev ziyaretini olumlu yönde etkilediğini görmekteyiz.
5. Kayıtlı nüfusu fazla olan hekimlerin anlamlı olarak daha az ev ziyareti yaptığı saptanmıştır.
6. Hekimlerin çoğunluğu ev ziyaretine en çok ihtiyacın 65 yaş üstü kişilerde olduğunun farkında olmakla birlikte diğer ev ziyareti gerekliliklerinin farkında değillerdi.

Ev ziyaretleri yıllar öncesinden gelen aile hekimliği disiplininin bir parçasıdır. Aile hekimliği uygulamasında ev ziyaretlerinin daha fazla yer kazanması için kayıtlı nüfusun azaltılması, uygun ücretlendirme yapılması, yasal ve bilimsel düzenlemeler ile malpraktis ve güvenlik endişelerinin giderilerek ev ziyaretlerinde standart sağlanması, mezuniyet öncesi eğitimde ev ziyaretlerine yer verilmesi ve aile hekimliği uzmanlık eğitimin desteklenmesi gerekmektedir.

Ev ziyaretleri ile ilgili hekimlerin yaptığı yeni çalışmalara yeterince rastlanmamıştır. Ev ziyaretlerinin yeniden önem kazanması, hekimlerin bilgilendirilmesi ve farkındalığının arttırılması için yeni çalışmalar planlanması faydalı sonuçlar verecektir.

ÖZET

Ev ziyareti sağlık ekibince hastaların evine yapılan programlanmış gözlem ziyaretidir. Önceden sağlık hizmetine ihtiyaç duyanlara önemli bir hizmet sunma şekli ev ziyaretiydi. Yaygınlaşan teknoloji kullanımı, sağlık sistemine ulaşım kolaylığı, iletişimin yaygınlaşması ile birlikte ev ziyaretlerinde önemli azalma olmuştur. Ev ziyaretinden çok hastaların poliklinik ve hastane ortamında görülmesi yaygınlaşmıştır. Nüfusun yaşlanmasıyla birlikte ev ziyaretlerine olan ihtiyaç daha da fazla olacaktır. Ev ziyaretleri her yaştaki bireyler için yapılabilir. Günümüzde ev ziyaretleri daha çok evde bakıma muhtaç olan kişilere evde bakım hizmetleri adı altında yapılmaktadır. Evde bakım ev ziyareti uygulamasını tam karşılamamaktadır.

Çalışmamızı Etik Kurul onayı ve Edirne İl Sağlık müdürlüğü izni alınarak Edirne İl genelindeki aile hekimlerinin uygulamalarında ev ziyaretlerinin yerini, ev ziyareti ile ilgili bilgilerini, düşüncelerini ve farkındalıklarını değerlendirmek için yaptık.

Araştırmaya dahil edilen aile hekimlerinin çoğunluğunun ev ziyareti yapmadığını saptadık. Hekimlerin çoğunluğunun ev ziyaretinin yaşlı hastalara gerektiğinin farkında olmaları ile birlikte diğer gruplar için gerekli olan ev ziyaretlerinin farkında değillerdi. Aile hekimliği uzmanlarının ev ziyareti bilgi ve farkındalığı daha fazladır.

Hekimlere kayıtlı nüfusun azaltılması, uygun ücretlendirme yapılması, yasal ve bilimsel düzenlemelerle ev ziyaretinde standart sağlanması, eğitimlerin yapılmasıyla ev ziyareti önem kazanacaktır.

Türkiye'de ev ziyareti ile ilgili hekimler tarafından yapılmış çalışmalar çok azdır. Ev ziyaretlerinin önem kazanması, hekimlerin bilgi ve farkındalığının attırılması için yeni çalışmalar faydalı olacaktır.

Anahtar kelimeler: Aile hekimliği, aile hekimi, ev ziyaretleri, birinci basamak

EVALUATION OF HOME VISITS IN FAMILY MEDICINE PRACTICE IN EDIRNE PROVINCE

SUMMARY

A home visit is a scheduled observation visit to patients' homes by the medical team. A home visit used to be an important way to provide services to those who needed health care. There has been a significant decrease in home visits with the widespread use of technology, ease of access to the health system, and the spread of communication. It has become common for patients to be seen in an outpatient clinic and hospital environment rather than a home visit. With the ageing of the population, the need for home visits will be even greater. Home visits can be made for individuals of any age. Today, home visits are mostly made under the name of home care application for people in need of home care. Home care does not completely fulfill the home visit services.

We carried out our study with the approval of the Ethics Committee and the permission of Edirne Provincial Health Directorate. He aim of this study was to evaluate the part of home visits in family medicine practice and the knowledge, thoughts and awareness of family physicians about home visits throughout Edirne Province.

We determined that the majority of family physicians who were included in the study did not perform home visits. Although the majority of physicians were aware that home visits

were needed for elderly patients, they were not aware of the home visits necessary for other groups. Family physicians have more knowledge and awareness about home visits.

By reducing the population registered with physicians, with appropriate incentives, providing standards in home visits with legal and scientific regulations, and conducting trainings, home visits will gain importance. Studies conducted on home visits are rare in Turkey. New studies will be useful to promote home visits and to increase the knowledge and awareness of physicians.

Keywords: family practice, family physician, home visits, primary health care

KAYNAKLAR

1. Unwin BK, Tatum PE. House Calls. Am Fam Physcian 2011;83(8):925-31.

2. Çaylan A. Birinci basamakta ev ziyaretinin önemi. Actual Medicine 2014;22:45-8.

3. Rerucha CM, Salinas R, Shook J, Duane M. House Calls. Am Fam Physcian 2020;102:211-20.

4. Hammett T. What do Victoria family physicians think about housecalls?. Can Fam Physician 2013;59(1):33-38.

5. Seah JY. Barriers to making house calls by primary care physicians and solutions: a literature review. Malays Fam Physician 2020;15(3):3-9.

6. Yardımcı Y, Akbıyık Dİ,Aypak C, Yıkılkan H, Görpelioğlu S. Türkiye'de Aile Hekimliği Uygulaması ve Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care 2016;10:81-90.

7. Öner M. Aile Hekimlerine Ev Ziyaretleri Konusunda Verilecek Eğitimin Bilgi, Beceri ve Tutumlarına Etkileri (tez). Antalya: Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2011.

8. Avrupa Aile Hekimliği Tanımı. WONCA Avrupa. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları; 2011.

9. Freeman TR (Çeviri: AD. Güldal). McWhinney'in Aile Hekimliği. Adana: Nobel Tıp Kitabevi; 2016:393-404.

10. Rakel RE, Rakel DP. (Çeviri: Saatcı E). Aile Hekimliği 9. baskı. 2019;1:3-16.

11. Primary Health Care, Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Geneva: World Health Organization 1978.

12. Akdeniz M, Ungan M, Yaman H. Aile hekimliği: çağdaş bir sağlık hizmeti biçimi. GeroFam 2010;1:15-28.

13. Öner C. Tıpta uzmanlık mevzuatında aile hekimliği uzmanlığının evrimi. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2015;19:165-69.

14. Ersoy E, Saatcı E. Türkiye'de aile hekimliğinin gelişimi ve sağlık çevrelerine etkileri. Türkiye Klinikleri 2020;1:6-13.

15. Ungan M, Özdemir K. Aile hekimliği ağacı. Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği 2016;7(6):8-14.

16. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. The European definition of general practice/family medicine [internet]. Barcelona: WONCA Europe; 2011 (Erişim Tarihi 18.02.2022). Available from: https://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition%203rd%20ed%202011%20with%20revised%20wonca%20tree.pdf.

17. Çifçili SS. Aile hekimliği gözü ile evde bakım. Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi 2018;1:23-29.

18. Başak O. Sürekli bakım: aile hekimliği uygulamasında ne yapıyoruz, neler yapmalıyız?. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2003;7(3):122-30.

19. Sağlık Bakanlığı T.C. Aile hekimliği uygulama yönetmeliği. T.C. Resmi Gazete, 25.01.2013 Sayı:28539.

20. Suvak Ö, Akbıyık Dİ. Aile hekimliğinde ev ziyaretleri ve evde sağlık hizmetlerinin psikososyal müdahale açısından değeri. Türkiye Klinikleri 2019;1:16-40.

21. Pereles L. Home visits. An Access to care issue fort he 21st century. Can Fam Physician 2000;46(10):2044-48.

22. Kempen JAL, Robben SHM, Schers HJ. Home visits for frail older people: a qualitative study on the needs and preferences of frail older people and their informal caregivers. British Journal of General Practice 2012;62(601):554-560.

23. Ensign SF, Baca-Motes K, Steinhubl SR, Topol EJ. Characteristics of the modern-day physician house call. Medicine (Baltimore) 2019;98(8):14671.

24. Kao H, Conant R, Soriano T, McCormick W. The Past, Present, and Future of House Calls. Clinics in Geriatric Medicine 2009;25(1):19-34.

25. Sağlık Bakanlığı T.C. Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik. T.C. Resmi Gazete, 10.03.2005 Sayı:25751.

26. Unwin BK, Jerant AF. The home visit. Am Fam Physician 1999;60(5):1481-88.

27. Tanuseputro P,Beach S, Chalifoux M, Wodchis WP, Hsu AT, Seow H, et al. Associations between physician home visits for the dying and place of death: A population-based retrospective cohort study. Plos One 2018;13(2):0191322.

28. Kaneko M, Watanabe T, Fujinuma Y, Yokobayashi K, Matsushima M. Overall mortality in older people receiving physician-led home visits: a multicentre prospective study in Japan. Family Practise 2021;38(4):395-402.

29. Daştan NB, Deniz N, Şahin B. Kars'ta gebelerin ev ziyareti ile ruhsal durumlarının belirlenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2015;6(2):71-8.

30. Mao N, Xue F, Cai W, Li J. Effects of nurse-led home-based telephone support or home visits on cognitive function Clin Transl Sci. 2022;15(3):741-48.

31. Oner M. Kavukcu E, Akdeniz M., Senol Y. Assessment of Effects of Education Provided to the Family Physicians on Home Visits in Primary Care Setting in Burdur Province in 2011 on Physicians' Knowledge, Skills and Attitudes. Erciyes Med Journal 2014;36(2):68-74.

32. Altay B, Öz Ö. Hemşirelik Bölümü Son Sınıf Öğrencilerinin Halk Sağlığı Kapsamında Yaptıkları Ev Ziyaretlerinde Karşılaştıkları Güçlükler ve Profesyonel Hemşirelik Rolleri. Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi 2016;1(1):87-98.

33. Uğur HG, Çatıker A. Halk Sağlığı Hemşireliği Dersi Kapsamında Yapılan Ev Ziyaretleri İle İlişkili Öğrenci Hemşirelerin Görüşlerinin Belirlenmesi. Ordu Universty J Nurs Stud 2019;2(3):139-49.

34. Giesen P,Lin N, Mokkink H, Bosch W, Grol R. General practice cooperatives: long waiting times for home visits due to long distances?. BMC Health Services Research 2007;7:19.

35. Theile G, Kruschinski C, Buck M, Muller CA, Hummers-Pradier E. Home visits - central to primary care, tradition or an obligation? A qualitative study. BMC Fam Pract 2011;12:24.

36. Bergeron R, Laberge A, Vézina L, Aubin M. Which physicians make home visits and why? A survey. Cmaj 1999;161(4):369-73.

37. Stewart S, Marley JE, Horowitz JD. Effects of a multidisciplinary, home-based intervention on planned readmissions and survival among patients with chronic congestive heart failure: a randomised controlled study. The Lancet 1999;354(9184):1077-83.

38. Fried TR, Wachtel TJ, Tinetti ME. When the patient cannot come to the doctor: a medical housecalls program. J Am Geriatr Soc 1998;46(2):226-31.

39. Stuck AE, Aronow HU, Steiner A, Alessi CA, Büla CJ, Gold MN, et al. A Trial of Annual in-Home Comprehensive Geriatric Assessments for Elderly People Living in the Community. New England Journal of Medicine 1995;333(18):1184-9.

40. Hendriksen C, Lund E, Stromgard E. Consequences of assessment and intervention among elderly people: a three year randomised controlled trial. British Medical Journal (Clinical research ed) 1984;289(6457):1522-4.

41. Elkan R, Kendrick D, Dewey M, Hewitt M, Robinson J, Blair M, et al. Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis. Bmj 2001;323(7315):719-25.

42. Stuck AE, Egger M, Hammer A, Minder CE, Beck JC. Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis. Jama 2002;287(8):1022-8.

43. Sahlen KG, Dahlgren L, Hellner BM, Stenlund H, Lindholm L. Preventive home visits postpone mortality – a controlled trial with time-limited results. BMC Public Health 2006;6(1):220.

44. Peppas G, Theocharis G, Karveli EA, Falagas ME. An analysis of patient house calls in the area of Attica, Greece. BMC Health Services Research 2006;6(1):112.

45. Kersnik J. Observational study of home visits in Slovene general practice: patient characteristics, practice characteristics and health care utilization. Fam Pract 2000;17(5):389-93.

46. Keenan JM, Bland CJ, Webster L, Myers S. The home care practice and attitudes of Minnesota family physicians. Journal of the American Geriatrics Society 1991;39(11):1100-4.

47. Snijder EA, Kersting M, Theile G, Kruschinski C, Koschak J, Hummers-Pradier E, et al. Home visits in German general practice: findings from routinely collected computer data of 158,000 patients. Gesundheitswesen 2007;69(12):679-85.

48. Bay F, Özerdoğan N. Doğum sonrası bakım ve ev ziyaretlerinin önemi. Ebelik ve SağlıkBilimleri Dergisi 2021;4(1):77-90.

49. Weaver FM, Hughes SL, Giobbie-Hurder A, Ulasevich A, Kubal JD, Fuller J, et al. The involvement of physicians in VA home care: results from a national survey. Journal of the American Geriatrics Society 2000;48(6):677-81.

50. Keenan JM, Boling PE, Schwartzberg JG, Olson L, Schneiderman M, McCaffrey DJ, et al. A national survey of the home visiting practice and attitudes of family physicians and internists. Arch Intern Med 1992;152(10):2025-32.

51. Schwartzberg JG, Guttman R. Effect of training on physician attitudes and practices in home and community care of the elderly. Arch Fam Med 1997;6(5):439-44.

52. Mueller Y, David S, Cohidon C, Locatelli I, Senn N. Home visits made by general practitioners in the canton of Vaud between 2006 and 2015. Swiss Med Wkly 2019;149:20037.

53. Ingram CJ, Brien-Gonzales AO, Main DS, Barley G, Westfall JM. The family physician and house calls. A survey of Colorado family physicians. The Journal of Family Practise 1999;48(1):62-5.

54. Svab I, Kravos A, Vidmar G. Factors influencing home visits in Slovenian general practice. Family Practice 2003;20(1):58-60.

55. Joyce C, Piterman L. Trends in GP home visits. Aust Fam Physician 2008;37(12):1039-1042.

EKLER

EK-1

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-BAEK 2021/400	
	PROTOKOL ADI	Edirne İli Aile Hekimliği Uygulamalarında Ev Ziyaretlerinin Değerlendirilmesi	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Prof. Dr. Serdar ÖZTORA	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası

KARAR BİLGİLERİ	**Karar No:20/02** **Tarih:18.10.2021**
	Fakültemiz Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Serdar ÖZTORA'nın sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Araş. Gör. Dr. Aylin EVCİMEN YÜKSEL'in tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.
ETİK KURUL BİLGİLERİ	
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-BAEK Yönergesi

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Dr. Öğr. Üyesi Fatma Gülsüm ÖNAL Başkan	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E H	E H	
Prof. Dr. Hakan GÜRKAN Başkan Yardımcısı	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Selçuk KORKMAZ Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. BiyoistatistikA.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Mehmet Erdal VARDAR Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Sernaz UZUNOĞLU Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	K	E H	E H	
Dr. Öğr. Üyesi Sezgi SARIKAYA SOLAK Üye	Deri ve Zührevi Hastalıklar	T.Ü.T.F. Deri ve Zührevi Hastalıklar A.D.	K	E H	E H	
Dr. Öğr. Üyesi Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Galip EKUKLU Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Filiz TÜTÜNCÜLER KÖKENLİ Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	K	E H	E H	
Öğr. Gör. Dr. Sinan ATEŞ Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E H	E H	
Dr. Öğr. Üyesi Doğan ALBAYRAK Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Burhan Can ÇANAKÇI Üye		T.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi	E	E H	E H	
Doç. Dr. Hilal KEKLİCEK Üye		T.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi	K	E H	E H	
Avukat Emine NURLU Üye		T.Ü. Rektörlüğü	K	E H	E H	
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye		Serbest Üye	E	E H	E H	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Ahmet TEZEL

EK-2

Evrak Tarih Sayısı: 13.12.2021-170900

EDİRNE HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI

1. BASAMAK ARAŞTIRMA KOMİSYONU RAPORU

Sayı: 2021/8

Karar: 2021/8

1.Basamak Araştırma Komisyonumuz 02/12/2021 tarih saat 14:00'da İl Sağlık Müdürlüğü Gülden YÖRÜTEN Eğitim Salonunda tüm komisyon üyelerinin katılımıyla toplanmış, ilgili dosya inceleyerek aşağıdaki kararı almıştır.

1- 1- Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof.Dr.Serdar ÖZTORA'nın danışmanlığını üstlendiği, Araştırma Görevlisi Dr.Aylin EVCİMEN YÜKSEL'in uzmanlık tez çalışması olan''**Edirne İli Aile Hekimliği Uygulamalarında Ev Ziyaretlerinin Değerlendirilmesi**'' konulu uzmanlık tezi,

Komisyonumuzca uygun görülmüş olup; Aile Sağlığı Merkezlerine gereken bilgilendirme yapılmasına oy birliği ile karar verilmiştir.

Dr. Selma [illegible] YILMAZ
Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanı

Dr. Şebnem ERGİN TOSUN
Halk Sağlığı Hizmetleri Başkan Yardımcısı

Dr.Necla TÜRKSEVEN
Toplum Sağlığı Birim Sorumlusu

Uzm. Dr. Esin SEÇGİN SAYHAN
Merkez İlçe Toplum Sağlığı Merkezi Başkanı

Yudray ÇETİNTAŞ
Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Birim Sorumlusu

EK-3

Anket No: ……..

EDİRNE İLİ AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMALARINDA EV ZİYARETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

T.C TRAKYA ÜNİVERİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

Arş. Gör. Dr. Aylin EVCİMEN YÜKSEL

Danışman: Prof. Dr. Serdar ÖZTORA

Sayın katılımcı; Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı olarak "Edirne İli Aile Hekimliği Uygulamalarında Ev Ziyaretlerinin Değerlendirilmesi" isimli hazırladığımız bu çalışmaya katılımınızı rica ediyoruz.

Çalışmaya katılmak zorunlu olmayıp katılıp katılmamaktan dolayı herhangi bir ödül ya da ceza ile karşılaşmayacaksınız. Vermiş olduğunuz bilgiler yalnızca bilimsel araştırma amacıyla kullanılacak olup, hiçbir şekilde kimlik bilgilerinizle ilişkilendirilmeyecek ve tamamen gizli tutulacaktır.

1) Yaşınız: ……..

2) Cinsiyetiniz: 1) Kadın 2) Erkek

3) Medeni durumunuz: 1) Evli 2) Bekar

4) Uzmanlık eğitimi aldınız mı? 0) Hayır 1) Evet

5) Kaç yıldır aile hekimi olarak görev yapmaktasınız? …… yıl

6) Çalıştığınız Aile Sağlığı Merkezi nerededir?

1) İl merkezi 2) İlçe merkezi 3) Belde/Köy

7) Aile hekimliği biriminizde kayıtlı kişi sayısını belirtiniz: …….

8) Merkezi Hekim Randevu Sistemini (MHRS) kullanıyor musunuz?

0) Hayır 1) Evet

9) Gezici hizmet uygulaması yapıyor musunuz?

0) Hayır 1) Evet

10) Ev ziyareti yapıyor musunuz?

0) Hayır 1) Evet

11) Ev ziyaretlerini kaç kez yapıyorsunuz?

0) Yapmıyorum

1) Ayda 1-2

2) Haftada 2 den fazla

3) Haftada 1

4) Diğer …….

12) Aile hekimlerinin ev ziyareti yapması gerektiğini düşünüyor musunuz?

0) Hayır 1) Evet 2) Kararsızım (lütfen açıklayınız):

……

13) Aile hekimliği uygulama yönetmeliğine göre aile hekiminin görev, yetki ve sorumlulukları arasında ev ziyaretleri yönetmelik kapsamında belirtiliyor mu?

0) Hayır 1) Evet 2) Bilmiyorum

14) Ev ziyareti yapmak için istekli misiniz?

0) Hayır 1) Evet 2) Kararsızım (lütfen açıklayınız):

……..……..

……

15) Sizce hangi yaş grupları için ev ziyareti daha çok gereklidir?

1) 0-6 yaş

2) 7-18 yaş

3) 19-45 yaş

4) 46-65 yaş

5) 65 yaş üstü

16-45. sorular arasında aile hekimlerinin ev ziyareti yapmalarına dair bazı ifadeler verilmiştir. Lütfen her bir madde için düşüncenizi en iyi karşılayan ya da size en uygun yanıtı işaretleyiniz**.**

	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum
16) Ev ziyaretlerini yeterli sayıda yapıyorum.			
17) Ev ziyaretleri ile ilgili yeterli bilgim var.			
18) Ev ziyaretleri planlama için sistematik bir yaklaşım geliştirilmesi önemlidir.			

19) Ev ziyaretleri gerektiği zaman yapılmalıdır.			
20) Akut veya kronik bir hastalığın değerlendirilmesi için ev ziyareti yapılmalıdır.			
21)Aile hekimi kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için altı ay içinde ev ziyareti yapmalıdır.			
22) Özellikle yaşlı hastalarda kaza ve yaralanmaların önlenebilmesi için hastanın ve bakıcının işlevselliğini ve ev çevresini değerlendirme önemlidir.			
23) Ev ziyaretleri yaşlıların sağlık durumu ve sağlık bakımını kullanımı üzerine olumlu etkilidir.			
24) Ev ziyaretleri kronik hastalıkları olan yaşlılarda hastaneye ya da bakım kurumuna yatışları ve sağlık hizmeti kullanımını azaltır.			
25) Ev ziyaretleri mortaliteyi etkilemez.			
26) Ev ziyaretleri çocukların ihmal ve istismarının önlenmesi açısından yararlıdır.			
27) Aile hekimi yeni doğan bebeği ve yeni ebeveyn olmuş aileyi ev güvenliği açısından değerlendirilmek için ev ziyareti yapmalıdır.			
28) Evde bakım hizmeti alan hastalara ev ziyareti yapılması gereksizdir.			
29) Evde bakımı yapılan hasta için ev ziyareti yapıldığında bakıcının da değerlendirilmesi önemlidir.			
30) Demans hastalarında ev ziyareti yapılmasına gerek yoktur.			
31) Özellikle yaşlı hastaların ev ziyaretinde asıl amaç hastanın işlevsel kapasitesinin olabildiğince korunmasına yönelik önlemler almaktır.			
32) Ev ziyaretleri psikososyal değerlendirme açısından önemlidir.			
33) Aile hekimi sık sağlık kuruluşuna başvuran hastayı değerlendirmek için ev ziyareti yapmalıdır.			
34) Ölmekte olan hastanın ve hasta yakınlarının desteklenmesi için ev ziyareti gereklidir.			
35) Polikliniğe gelebilen hastanın ev ziyaretinde kullandığı ilaçları değerlendirmek gereksizdir.			
36) Ev ziyareti yapılması planlanan hasta ya da yakınları ziyareti kabul etmezse ertelenebilir.			
37) Ev ziyareti yapacak kişinin güvenliğinin sağlanması önemlidir.			
38) Poliklinik ortamında saptanamayan birçok sağlık problemi ev ziyareti ile saptanabilir.			
39) Tedaviye uyumsuz hastaya ev ziyareti yapmak gereksizdir.			
40) Evde sağlığı ve güvenliği tehdit edici unsurları değerlendirmek ev ziyaretinin amaçlarındandır.			
41) Aile hekimliği uygulamasında ev ziyaretlerine daha fazla yer verilmelidir.			
42) Yeterli sayıda ev ziyareti yapılmama sebeplerinden biri ev ziyaretleri hakkında bilgi eksikliği olmasıdır.			

43) Aile hekimlerinin kayıtlı nüfusunun çok olması ev ziyareti uygulamasını aksatır.			
44) Yeterli sayıda ev ziyareti yapılmama sebeplerinden biri ek ücretlendirme yapılmamasıdır.			
45) Malpraktis konusunda endişe olması ev ziyareti uygulamasını aksatır.			

46) Ev ziyareti yapma hakkında eklemek istediğiniz düşüncelerinizi lütfen yazınız.

……

……

……

Katıldığınız için teşekkürler.