

**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
HASTANE İŞLETMECİLİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**EVDE SAĞLIK BAKIM HİZMETLERİNİN TÜRKİYE'DE
UYGULANABİLİRLİĞİNE İLİŞKİN HEKİMLERİN GÖRÜŞLERİ VE
KARDİYOLOJİ HASTALARI İÇİN HASTANE DESTEKLİ EVDE BAKIM
HİZMETLERİ MODEL ÖNERİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Hazırlayan
Hüseyin KARABAĞ**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU**

Ankara –2007

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü'ne,

Hüseyin KARABAĞ'a ait "Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Türkiye'de Uygulanabilirliğine İlişkin Hekimlerin Görüşleri Ve Kardiyoloji Hastaları İçin Hastane Destekli Evde Bakım Hizmetleri Model Önerisi" adlı çalışma, jürimiz tarafından Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı'nda YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Başkan: Prof. Dr. Birol BUMİN

Üye: Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU
(Danışman)

Üye: Prof.Dr.Burhan AYKAÇ

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	i
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	iv
ŞEKİLLER VE TABLOLAR LİSTESİ	v
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

I. SAĞLIK SİSTEMİ VE SAĞLIK SİSTEMİNDE TEMEL KAVRAMLAR

1.1. SAĞLIK SİSTEMİ	5
1.2. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİ SİSTEMİ	8
1.2.1. Sağlık Sistemi Yönetim ve Organizasyon Yapısı	9
1.2.2. Sağlık Sektörünün Finansmanı Ve Sağlık Harcamaları	11
1.2.2.1. Sağlık Sektörünün Finansmanı	11
1.2.2.2. Sağlık Harcamaları	22
1.2.3. Sağlık İnsan Gücü Ve Sağlık Hizmeti Sunumu	25
1.2.4. Sağlıkta Yaşanan Yeniden Yapılanma Süreci	28

İKİNCİ BÖLÜM

II. EVDE SAĞLIK BAKIM HİZMETLERİ

2.1. EVDE SAĞLIK BAKIM HİZMETLERİ TANIMI	33
2.2. EVDE SAĞLIK BAKIM HİZMETLERİNİN TARİHSEL GELİŞİMİ VE UYGULAMALARI	36
2.2.1. Eski Çağlarda Evde Sağlık Bakım Hizmetleri Uygulamaları	37
2.2.2. Avrupa'da Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Tarihçesi ve Uygulamaları	38
2.2.3. ABD'de Evde Bakım Hizmetleri	43
2.2.4. Türkiye'de Evde Sunulan Sağlık Hizmetlerinin Tarihçesi	47
2.3. EVDE SAĞLIK BAKIM HİZMETLERİNİN KAPSAMI	48
2.4. EVDE SAĞLIK BAKIM HİZMETLERİNİN AVANTAJLARI VE DEZAVANTAJLARI	51
2.4.1. Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Avantajları	51
2.4.2. Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Dezavantajları	53
2.5. EVDE SAĞLIK BAKIM HİZMETLERİNİN FİNANSMAN YAPISI	54
2.6. TÜRKİYE'DE EVDE SAĞLIK BAKIM HİZMETLERİ	57
2.6.1. Türkiye'de Evde Bakım Hizmetleri İhtiyacı	61

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
III. HASTANE DESTEKLİ EVDE SAĞLIK BAKIM HİZMETLERİ

3.1. HASTANE DESTEKLİ EVDE BAKIM HİZMETLERİNİN TARİHÇESİ...	64
3.2. HASTANE DESTEKLİ EVDE BAKIM HİZMETLERİNİN FAYDALARI	64
3.3. HASTANE DESTEKLİ EVDE BAKIM HİZMETLERİNİN SAĞLIK MALİYETLERİNE ETKİLERİ.....	66
3.4. HASTANE DESTEKLİ EVDE BAKIM HİZMETLERİNİN SUNUMU İÇİN GEREKLİ ÖN KOŞULLAR.....	68
3.5. EVDE BAKIM PROGRAMLARI İÇİN HASTANE PLANLAMASI.....	68
3.6. HASTANE DESTEKLİ EVDE BAKIM HİZMETLERİNİN SUNUM SÜRECİ	70
3.6.1. Hastanede Yapılan Değerlendirme	70
3.6.2. Evde Yapılan Değerlendirme.....	72
3.6.2.1. Planlama.....	72
3.6.2.2. Uygulama.....	73
3.6.2.3. Değerlendirme	73

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM
IV. EVDE SAĞLIK BAKIM HİZMETLERİNİN TÜRKİYE'DE UYGULANABİLİRLİĞİNE İLİŞKİN HEKİM GÖRÜŞLERİNİN BELİRLENMESİNE YÖNELİK BİR SAHA ÇALIŞMASI

4.1. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	74
4.2. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	74
4.3. ARAŞTIRMANIN YERİ.....	75
4.4. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ.....	75
4.5. ARAŞTIRMANIN BAĞIMSIZ VE BAĞIMLI DEĞİŞKENLERİ	76
4.6. SINIRLILIKLAR	76
4.7. VARSAYIMLAR.....	77
4.8. HİPOTEZLER	77
4.9. VERİ TOPLAMA TEKNİĞİ	80
4.10. VERİLERİN ANALİZİ.....	81
4.11. BULGULAR VE TARTIŞMA.....	81

4.11.1. Katılımcıların Demografik ve Kurumsal Özelliklerine İlişkin Bulgular	82
4.11.2. Katılımcıların Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliğiyle İlgili Görüşlerine İlişkin Bulgular	84
4.11.3. Araştırma Hipotezlerine İlişkin Bulgular	87
4.11.3.1. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Evde Bakım Hizmetinin Uygulanabilirliği Konusundaki Görüşleri	87
4.11.3.2. Katılımcıların Mesleki ve Kurumsal Özelliklerine Göre Evde Bakım Hizmetinin Uygulanabilirliği Konusundaki Görüşleri	91

BEŞİNCİ BÖLÜM

V. KARDİYOLOJİ HASTALARI İÇİN HASTANE DESTEKLİ EVDE BAKIM HİZMETLERİ MODEL ÖNERİSİ

5.1. PROGRAMIN AMAÇLARI.....	117
5.2. EVDE BAKIM PROGRAMININ ÖRGÜTSEL YAPISI	118
5.3. KARDİYOLOJİ HASTALARININ EVDE BAKIMI	121
5.4. EV ZİYARETLERİ.....	121
5.5. SONUÇLARIN İZLENMESİ.....	122
SONUÇLAR VE ÖNERİLER	124
KAYNAKÇA	130
EK 1: EVDE BAKIM HİZMETLERİ DEĞERLENDİRME FORMU	138
EK 2: HEKİMLERİN UZMANLIK ALANLARININ TIBBIN BİLİM DALLARINA GÖRE AYRIMI	141
EK 3:KARDİYOLOJİ HASTALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ	142
EK 4: HASTALARIN KİŞİSEL BAKIMLARI İÇİN EVDE EĞİTİLMESİ	143
ÖZET	144
ABSTRACT.....	145

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
CMS	Centers for Medicare&Medicaid Services
HIV/AIDS	Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
KİT	Kamu İktisadi Teşekkülleri
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
M.Ö.	Milattan Önce
MEB	Milli Eğitim Bakanlığı
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
SHSHK	Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
UHK	Umumi Hıfzıssıha Kanunu
vb.	ve benzeri
WHO	World Health Organization

ŞEKİLLER VE TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1.1. Türkiye'deki Yataklı Tedavi Kurumlarının Hizmet Değerlendirmesi.....	11
Tablo 1.2. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Finansmanı	13
Tablo 1.3. Konsolide Bütçe Sağlık Harcamaları	14
Tablo 1.4. SSK Sağlık Harcamaları	16
Tablo 1.5. T.C. Emekli Sandığı Sağlık Harcamaları	18
Tablo 1.6. Bağ-Kur Sağlık Harcamaları	20
Tablo 1.7. Türkiye'de Sağlık Harcamaları	23
Tablo 1.8. Cari Sağlık Harcamalarının Temel Hizmet Sunucu Türlerine Göre Dağılımı	24
Tablo 1.9. Yıllara Göre Sağlık Personelinin Sayısal Dağılımı	26
Tablo 1.10. Bölgelere Göre Sağlık Ocakları ve Sağlık Evlerinde Çalışan Hekim, Ebe, Hemşire ve Sağlık Memuru Başına Düşen Ortalama Nüfus	28
Tablo 2.1. ABD'de Evde Bakım Hizmetleri Kronolojisi.....	44
Tablo 2.2. ABD'de Evde Bakım Kuruluşları ve Kriterleri	46
Tablo 3.1. Hasta Bakım Maliyetlerinin Ev Ve Hastane Ortamına Göre Karşılaştırılması	67
Tablo 4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	82
Tablo 4.2. Katılımcıların Mesleki ve Kurumsal Özelliklerine Göre Dağılımı	83
Tablo 4.3. Katılımcıların Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Türkiye'de Uygulanabilirliğiyle İlgili Görüşlerine Göre Dağılımları	85
Tablo 4.4. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Türkiye'de Uygulanabilirliğiyle İlgili Görüşleri	88
Tablo 4.5. Katılımcıların Yaşlarına Göre Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Türkiye'de Uygulanabilirliğiyle İlgili Görüşleri	90
Tablo 4.6. Katılımcıların Unvanlarına Göre Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Türkiye'de Uygulanabilirliğiyle İlgili Görüşleri	93
Tablo 4.7. Katılımcıların Uzmanlık Alanlarına Göre Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Türkiye'de Uygulanabilirliğiyle İlgili Görüşleri	96
Tablo 4.8. Katılımcıların Hekim Olarak Çalışma Sürelerine Göre Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Türkiye'de Uygulanabilirliğiyle İlgili Görüşleri	99
Tablo 4.9. Katılımcıların Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi'nde Çalışma Sürelerine Göre Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Türkiye'de Uygulanabilirliğiyle İlgili Görüşleri.....	101
Tablo 4.10. Katılımcıların Çalıştıkları Servis Türüne Göre Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Türkiye'de Uygulanabilirliğiyle İlgili Görüşleri	104
Tablo 4.11. Hekimlerin Günlük Baktıkları Hasta Sayısına Göre Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Türkiye'de Uygulanabilirliğiyle İlgili Görüşleri	109
Tablo 4.12. Hekimlerin Haftalık Çalışma Saatlerine Göre Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Türkiye'de Uygulanabilirliğiyle İlgili Görüşleri	112
Şekil 5.1. Organizasyon Yapısı	120

GİRİŞ

Gelecek 20 yılda, dünya nüfusunun sağlık ihtiyaçlarında çarpıcı değişiklikler olacağı tahmin edilmektedir. Beklenen değişikliklerin en önemlilerinden birisi de kronik hastalıklar, psikolojik rahatsızlıklar ve kazalara bağlı sakatlıklarda görülen artışlardır. Ayrıca, bir çok gelişmekte olan ülkede yaşlı nüfustaki artışın %300'den fazla olması beklenmekte ve HIV/AIDS'in en önemli sakatlık (ölüm) nedeni olmaya devam edeceği tahmin edilmektedir. Dolayısıyla, Dünyanın her yerinde uzun süreli bakım ihtiyacında hızlı bir artış söz konusudur (Ülker ve başk., 1995; WHO, 1999:4-5; WHO, 2000:1-14, 2002:1-5).

Bu değişiklikler, hasta odaklı yaklaşım yanında sağlık politikaları ve sağlık hizmetleri için farklı bir çok yaklaşımı gerektirmektedir. Bu demografik ve epidemiyolojik değişikliklerden kaynaklanan tek bir ortak payda, fonksiyonel bağımlılık ve günlük yaşamı idare edebilmek için bakım ihtiyacının artmasıdır. Dünyanın her yerinde sağlık hizmeti kullanımının ve dolayısıyla maliyetlerin artması, hastaları evde tedavi etme trendinin ve gerekliliğinin ortaya çıkmasına neden olmuştur. Bakıcılığın yükü temel olarak, ihtiyaç duyulan kaynaklara ulaşımı sınırlı olan veya bu kaynakların kontrolüne sahip olmayan kadınların üzerindedir. Ancak, iyi yönetilen ve desteklenen evde bakım tüm yaşlardaki hastaların ve aynı şekilde bakıcıların da yaşam kalitesini geliştirebilir (Tuncel ve başk., 1993: 27-28; WHO, 1999:4-5; WHO, 2000:1-14, 2002:1-5).

Tüm ülkelerde, aile her zaman uzun dönemli bakımın en önemli sağlayıcısı olmuştur ve olmaya devam etmektedir. Bu yaşlı insanların bakımı kadar HIV/AIDS, tüberküloz ve sıtma gibi durumu kronik olan hastaların bakımı için de doğrudur. Ancak, bakımın ağır yükünü aileler tek başlarına

taşıyamamaktadırlar. Çeşitli sosyal, ekonomik, demografik ve epidemiyolojik faktörler nedeniyle, aile kaynakları azalmaktadır (göç, kırsal ve kentsel sosyal çevrelerin değişimi, yoksulluk, aile üyelerinin yaşlı veya hasta olması, vb. gibi). Ayrıca, aile içinde bakıcılık rolünü üstlenenler, genellikle karmaşık bakım hizmetini yürütebilmek için rehberliğe, desteğe ve beceriye ihtiyaç duyarlar (WHO, 1999:4-5; WHO, 2000:1-14, 2002:1-5).

Günümüzde Avrupa ve Amerika'da sağlık harcamalarını düşürmesi ve hastanelerde yığılmayı engellemesi nedeniyle evde bakım sektörü devlet tarafından özellikle desteklenmekte ve sosyal güvenlik sistemleri tarafından tercih edilmektedir. Hastane tedavisinin ikamesi değil çağdaş tedavi anlayışında hastanede tedavi sürecinin bir parçası olan evde bakımın önemi, Türkiye'de de yeterince kavranamamıştır.

Evde bakım entegre sağlık hizmetlerinin bir bölümü olup hem teşhis hem de tedavi sonrası bakım süreçlerinde hastalara ailelerin bulunduğu ve yaşadığı ortamlarda ihtiyacı olan sağlık hizmetlerinin sunulmasıdır. Evde bakım hizmetleri, tıp profesyonelleri ile koordineli bir şekilde hemşireler ağırlıklı olmak üzere diğer sağlık personeli aracılığı ile evde, iş yerlerinde ya da hastaların buldukları mekanlarda sağlanır. Evde bakım hizmetlerinin amacı hastanelerdeki tedavi süresini mümkün olduğunca azaltmaktır. Bu nedenle aşağıdaki soruların evde bakım hizmetlerinin uygulanabilirliği için net olarak cevaplanması gerekmektedir;

1. Evde bakım hizmetlerini verebilecek kapasiteye sahip hekimleri iyi seçilmiş, iyi yapılanmış kurumlar mevcut mu?
2. Toplumdaki hekimler hastane dışı hizmetlere nasıl bakıyor?

Bu çerçevede bu çalışma ile evde sağlık bakım hizmetleri sunumu ile ilgili temel kavramların, Dünyada ve Türkiye'de evde sağlık bakım hizmetlerinin mevcut yapısının, Türkiye'de evde sağlık bakım hizmetlerine

yönelik gereksinimlerin incelenmesi ve evde sağlık bakım hizmeti sunumunun temel belirleyicisi olan hekimlerin bu hizmetlerin Türkiye’de uygulanabilirliğine yönelik görüşlerinin belirlenmesi ve kardiyoloji hastaları için hastane destekli evde sağlık hizmeti bakım modeli geliştirilmesi hedeflenmiştir. Türkiye’de evde sağlık bakım hizmetlerine duyulan ihtiyacı, bu hizmetlerin sunumu ile ilgili yaşanan sorunları dikkate alarak etkili, kaliteli ve hastane destekli evde bakım hizmetlerinin sunumunu sağlamaya katkıda bulunmak amacıyla yapılan bu araştırmanın evde sağlık bakım hizmet uygulamalarına ışık tutacağı ümit edilmektedir.

Araştırmanın birinci bölümünde, sağlık sisteminin temel kavramlarının tanımı yapılarak, birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri açıklanmış ve kısaca Türkiye’deki sağlık sistemi ve sunumuna yer verilmiştir.

İkinci bölümde evde bakım hizmetleri kavramının tanıtılması, tarihçesi, Avrupa ülkeleri, ABD ve Türkiye’de uygulamaları ve evde bakım hizmetlerinin kapsamı, avantaj ve dezavantajları ve finansman yapısı üzerinde durulmuştur.

Üçüncü bölümde hastane destekli evde bakım hizmetleri detaylı olarak açıklanmıştır.

Dördüncü bölümde araştırmanın materyal ve yöntemi açıklanmaktadır. Bunun yanında, sağlık politikalarının uygulanabilirliği ve kabulü açısından sağlık işgörenlerinin görüşlerinin alınması gerekliliği öngörüsü ile saha çalışması yapılarak elde edilen veriler istatistiksel olarak değerlendirilmiştir.

Beşinci bölümde yapılan literatür araştırmalarına ve saha çalışması sonuçlarına dayanarak kardiyoloji hastaları için hastane destekli evde sağlık

hizmeti bakım modeli önerilmiştir. Ancak bu model farklı sağlık problemleri olan hastalar için de uyarlanabilir niteliktedir.

Çalışmanın sonuç bölümünde ise; evde bakım hizmetlerinin Türk Sağlık Sistemi için gerekliliği vurgulanarak, yasal düzenlemelerin yapılması kurumlaştırmanın sağlanması üzerinde fikir ve önerilerde bulunulmuştur.

BİRİNCİ BÖLÜM

I. SAĞLIK SİSTEMİ VE SAĞLIK SİSTEMİNDE TEMEL KAVRAMLAR

1.1. SAĞLIK SİSTEMİ

Bugün yaygın olarak kullanılan sağlık tanımı, Dünya Sağlık Örgütü kuruluş yasasında yer alan tanımdır. Buna göre, "**Sağlık, sadece hastalık ve sakatlık halinin olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir**". Sistem ise en genel anlamı ile "karşılıklı ilişkileri olan parçalardan oluşan bir bütündür" şeklinde tanımlanabilir. Bu doğrultuda sağlık sistemi denilince, bir ülkede sağlığın geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi ve tıbbi bakım hizmetleri için var olan tüm kaynaklar, örgütler ve bunların aralarındaki ilişkiler anlaşılmaktadır (WHO, 2006:1-10; Kavuncubaşı, 2000:23-24).

Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde sağlık sistemleri insanların hayatı üzerinde çok önemli ve etkili bir rol oynamaktadır. Sağlık sistemlerinin birçoğu insanların sağlıklarını korumaya çalışmaları ve hastalıkları tedavi etmeleri ile ortaya çıkmıştır. Geleneksel uygulamalar ve hem koruyucu hem de tedavi edici bakım sağlama ve maneviyat ile sık sık bütünleşmiş şekilde binlerce yıldır mevcuttur ve sıklıkla modern tıpla birlikte varolmuştur (WHO, 2000:1-14).

Günümüzde kabul gören anlayışa göre sağlık hizmetleri; kişilerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalandıklarında tedavilerini yapmak, tam olarak iyileşmeyip sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumların sağlık düzeylerini yükseltmek için yapılan planlı çalışmaların tümüne denilmektedir. Sağlık hizmetleri; koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetler olmak üzere üç grupta ele alınmaktadır(Akdur, 2003: 12-13; Boerma, 2006; Devlet İstatistik Enstitüsü, 1992; Hayran, 1998; Sağlık Bakanlığı, 2002:5-6; Schulz&Johnson; 1976: 10; Öztekin, 2001; WHO, 1978:1-3).

- a) **Koruyucu Sağlık Hizmetleri;** sağlığın korunması, hastalıkların önlenmesi için verilen hizmetler ile yapılan düzenlemeleri içerir. Kişiyeye ve çevreyeye yönelik hizmetler olarak ikiye ayrılır;

Kişiyeye Yönelik Koruyucu Hizmetler

- Bağıışıklama,
- Hastalıkların erken tanı ve tedavisi,
- İlaçla koruma,
- Kişisel temizlik ve bakım,
- Yeterli ve dengeli beslenme,
- Aşırı doğurganlığın kontrolü
- Sağlık eğitimi

Çevreyeye Yönelik Koruyucu Hizmetler

- Besin kontrolü ve güvenliği,
- Yeterli ve temiz su sağlanması,
- Hava kirliliğinin kontrolü,
- Atıkların kontrolü,

- Konut sağlığı ve iş ortamında sağlığı tehdit edebilecek etkenlerin kontrolü

b) **İyileştirici/ Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri**; hastaları tedavi etmek amacıyla dzenlenen sağlık hizmetleri uę aşamada ele alınmaktadır (Akdur, 2003: 13-14; Karafakıoğlu, 1998: 107-108; Kavuncubaşı, 2000: 39; Sağlık Bakanlığı, 2002:5; Öztekin, 2001:60-61):

Birinci Basamak Hizmetler; hastalıkların evde ya da ayakta teşhis ve tedavisi için dzenlenen hizmetlerdir. Bu kuruluşlar genelde yataksızdır. Ülkemizdeki sağlık ocakları, muayenehaneler, Verem Savaş Dispanserleri, Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşların bazı örnekleridir.

- **İkinci Basamak Hizmetler**; hastalıkların teşhis ve yatırılarak tedavisi için dzenlenen hizmetlerdir. Bunlar 50-100 yataklı 4 uzman hekimin ęalıřtıđı hastaneler olabileceği gibi, tam teşekküllü hastaneler de olabilir.Ülkemizdeki tam teşekküllü devlet hastaneleri, özel hastaneler, yataklı sağlık merkezleri bu tür hizmet veren kuruluşların bazı örnekleridir.
- **Üçüncü Basamak Hizmetler**; özel dal ve eğitim ve araştırma hastaneleri tarafından yürütölen sağlık hizmetleridir. Ülkemizdeki ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri, kanser hastaneleri, sanatoryumlar, meslek hastalıkları hastaneleri, üniversite hastaneleri bu tür hizmet veren kuruluşların bazı örnekleridir.

İyileştirici hizmetleri basamaklar biçiminde ele almanın temel nedeni bu basamaklar arasında bir hasta sevk sisteminin gerekliliğini vurgulamak iğindedir.

c) **Rehabilitasyon Hizmetleri**; hastalık ve kazalara bağılı olarak gelişen kalıcı bozukluklar ve sakatlıkların günlük hayatı etkilemesini engellemek ya da bu etkiyi en aza indirmek, kişinin bedensel ve ruhsal yönden başkalarına bağımlı olmadan yaşamasını sağlamak amacıyla düzenlenen sağıık hizmetleridir. Bu hizmetler Tıbbi Rehabilitasyon ve Sosyal Rehabilitasyon olmak üzere iki şekilde verilmektedir (Akdu, 2003: 14-15; Hayran, 1998; Sağıık Bakanlığı, 2002:5-6; Özte, 2001:61-62).

1.2. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİ SİSTEMİ

Türkiye'de sağıık hizmetleri sistemi, gerek arz gerekse hizmetin talebi bakımından farklılıklar göstermektedir. Sağıık hizmetlerinin sınıflandırılmış olan birinci basamak ve ikinci basamak hizmetlerini özel, kamu sektöründe bulunan farklı kurumlar tarafından sunulurken, hizmet alımında ise sağıık sigorta güvencesi olanlar/olmayanlar olarak iki ayrı kesim ve sağıık sigorta güvencesi olup değışik kurumlara bağılı olanlar bulunmaktadır. Kamu sektöründe sağıık harcaması yapan, hizmet sunan kuruluşlar; Sağıık Bakanlığı, SSK, Bağı-kur, Emekli Sandığı, Üniversiteler, diğer bakanlıklar, Kamu İktisadi Teşekkülleri, Belediyeler ve fonlar, özel sektörde ise özel, yabancı ve azınlıklara ait hastaneler, özel muayenehane, poliklinik ve eczaneler birinci ve ikinci basamak hizmetleri sunmaktadırlar (Tokat, 1993:11).

Sosyal güvence kapsamındaki nüfusun bir kısmı, SSK, Bağı-kur ve Özel sigortaya ödenen primler karşılığı verilen hizmetten yararlanmaktadır. Emekli ve devlet memurları ise Emekli Sandığından, sağıık güvencesi olmayanlar ise bir bölümü direk ödeme yaparken diğer bir bölümü ise fonlardan, yeşil kart

gibi uygulamalar ile hizmet giderleri devletçe karşılanmaktadır. Yabancılar, azınlıklar, vakıflar ve özel sektöre ait kuruluşlarda sağlık hizmeti sunmaktadırlar. Nüfusun tamamının daha fazla sağlık sigortasından faydalanması için 2007 yılından itibaren Genel Sağlık Sigortasına geçilmesi planlanmıştır. Bu organizasyonla herkese düşük prim ödeyerek çağdaş kalitede sağlık hizmeti sunmak hedeflenmektedir (Velioğlu, ve Oktay, 1993:56-71).

Sağlık Bakanlığı sağlık politikasını yürütmekle görevli olmak yanında, koruyucu hizmetler, birinci ve genellikle ikinci basamak hizmetler ve üçüncü basamak hizmetler de sunmaktadır. Ülkedeki toplam hasta yatağının yarısından fazlasını, ülkedeki toplam sağlık personelinin çoğunu da bünyesinde çalıştırmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2004).

1.2.1. Sağlık Sistemi Yönetim ve Organizasyon Yapısı

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin organizasyon ve yönetim yapısı, çoğulcul bir yapı arz etmektedir. Hizmet planlaması, üretimi, finansmanı ve denetimiyle ilgili farklı kamu kurum ve kuruluşları rol oynamaktadır. Sağlık hizmetleri ağırlıklı olarak Sağlık Bakanlığı hastaneleri, Sağlık Bakanlığı’na devredilen Sosyal Sigortalar Kurumu tesisleri, diğer kamu kuruluşlarına ait tesisler, kamu ve vakıflara ait üniversite hastaneleri, belediyelere ait sağlık kurumları, azınlıklara ait sağlık kurumları ve diğer özel sağlık kuruluşlarınca verilmektedir. Sağlık hizmetlerinin üretim ve sunumunda varolan problemler, hizmeti veren kuruluşlar arasında etkili bir eşgüdüm sağlanamadığından daha da ağırlaşmaktadır. Türkiye’de ülke nüfusunun önemli bir kısmının üç büyük ilde bulunması nedeni ile toplam hasta yatağı sayısının %38’inin bu illerde toplanmıştır. Sağlık kurumlarının yatak kapasitesinin kullanım oranı yaklaşık %65 olması hastanelerde kaynakların verimsiz kullanıldığını

düşündürmektedir. Hastane yataklarının atıl durması, bir anlamda bu yataklara göre tahsis edilmiş personel kadrolarına yapılan cari ödemelerin ve diğer yatırım giderlerinin de verimsiz kullanılmasına yol açmaktadır. Özellikle özel kesime ait hastanelerin yatak işgal oranının %30 seviyesinde kalması verimsizliği belgeleyen, düşündürücü bir durumdur (DPT, 2005).

Sağlık sisteminin yönetim ve organizasyon yapısı, büyük ölçüde merkeziyetçi –hiyerarşik- bürokratik nitelik taşıdığından, stratejik ve operasyonel düzeyler arasında karar alma, iletişim, uygulama ve diğer yönetsel işlevler konularında sorunlara yol açmaktadır. Mevcut organizasyon ve yönetim yapısı, yerel düzeyde idarelerin ve toplumun sağlık hizmetleri ile ilgili kararlara katılımı da engellemektedir. Belediyeler, toplumun, sağlık hizmetleri dahil, yerel ihtiyaçlarını belirleyebilecek kurumlar olmasına rağmen, birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini sınırlı düzeyde sağlamaktadır. Bu nedenle ülkenin sağlık ihtiyaçlarının planlanmasında ve sunulan hizmetlerin değerlendirilmesinde yerel yönetimlerin etkinliği yok denecek kadar az olduğu gözlenmektedir. Belediyelerin kaynaklarının kısıtlı olması, belediyelerin bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile ilgili hizmetlerdeki etkinliğini sınırlandırmaktadır. Belediyelerin sundukları sağlık hizmetlerinin, Sağlık Bakanlığı'nın hizmetleri ile uyum içinde olabilmesini sağlayacak mekanizmalar oluşturulmamıştır, İllerde İl Sağlık Müdürlüğü ile, Belediye Sağlık Daire Başkanlığı arasında daha doğrudan ve yakın bir koordinasyona ihtiyaç olduğu gözlenmektedir (DPT, 2005).

Türk sağlık sisteminin organizasyon ve işleyişini düzenleyen çok sayıda mevzuat bulunmaktadır ve bu mevzuatın büyük bir kısmı da çağdaş sağlık yönetimi ve sağlık kurumları işletmeciliği ilkelerinin uygulanmasını kısıtlamaktadır. Mevcut sistemde, Sağlık Bakanlığı'nın mevcut merkez organizasyonu da çağdaş yönetim anlayışı ile bağdaşmamaktadır; Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı, bir yandan hizmet temeline (Örneğin Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü), bir yandan da özgün cinsiyet ve yaş grubu temeline (Örneğin AÇSAP Genel

Müdürlüğü), diğer yandan da belirli hastalıklara (Örneğin Kanser Savaş Daire Başkanlığı, Verem Savaş Daire Başkanlığı) dayandırılmıştır (DPT, 2005).

Tablo 1.1. Türkiye'deki Yataklı Tedavi Kurumlarının Hizmet Değerlendirmesi

	Hastane Sayısı	HİZMET DEĞERLENDİRMESİ					
		Yatak İşgal Oranı %	Bir Hastanın Ortalama Kalış Günü	Yatak Devir Hızı (Hasta)	Devir Aralığı (Gün)	Yatan Hasta Oranı %	Kaba Ölüm Hızı %
KURULUŞLAR							
Sağlık Bakanlığı Hastaneleri (*)	795	63,9	5,3	44,7	3,0	3,1	1,3
Tıp Fakülteleri Hastaneleri	53	79,2	8,2	35,4	2,1	8,9	3,3
Özel Hastaneler	269	37,3	2,0	63,5	3,4	8,3	0,9
Belediye Hastaneleri	9	63,9	16,5	33,1	9,3	7,8	0,5
Dernek ve Vakıf Hastaneleri	16	48,2	2,7	85,3	2,9	12,7	0,6
Yabancı ve Azınlık Hastaneleri	8	45,3	11,7	12,6	14,1	8,9	2,6
Diğer Resmi Kuruluş Hastaneleri (**)	6	64,7	7,4	31,8	4,0	3,1	2,4
GENEL TOPLAM	1.156	64,5	5,4	44,2	3,0	3,7	1,5

NOT:MSB 'na ait hastaneleri kapsamaz

* Sağlık Bakanlığı Eğitim Hastaneleri ve Genel Dal Hastanelerinin birlikte değerlendirilmesi sonucu ulaşılan rakamlardır.

** KİT ve Diğer Bakanlıklara ait hastaneleri kapsar.

Kaynak: Sağlık Bakanlığı (2005) Yataklı Tedavi kurumları İstatistik Yıllığı

1.2.2. Sağlık Sektörünün Finansmanı Ve Sağlık Harcamaları

1.2.2.1. Sağlık Sektörünün Finansmanı

Sağlık hizmetleri sektörünün finansman mekanizması hiçbir zaman açık olarak belirlenmemiştir. 1961'de ulusal sağlık sistemi oluşturmayı hedefleyen çabalar vergi gelirlerinin kapsamı şeklinde kullanılmasını öngörmenin yanı sıra

vatandaşlardan gelecek prim katkılarına da değinmiştir. Fakat SSK, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur'un kurulması neticesinde Türkiye sağlık sigortası sistemi oluşturma yolunda bir değişim sürecine girilmiştir. 1963 yılından bu yana da genel bir sağlık sigortasının kurulması tüm 5 yıllık planların hedefleri içinde yer almıştır (Thomson ve Mossialos, 2002).

Sağlık alanında kamu harcamalarını öncelik sırasına dizmeye ve hedeflemeye gelince, ekonomi teorisi kamu malları, değerli mallar ve yeniden dağıtım argümanlarının kullanıldığı bir yol göstermektedir. Bu zeminde, koruyucu sağlık faaliyetleri, sağlık eğitimi, zayıf durumdakiler için sağlık koruması ve yoksullar, çocuklar ile yaşlılar için sağlık kapsamı Türkiye'deki kamu fonlarının hedeflenmesinde ve tahsisatında öncelik arz etmektedir. Sağlık politikası hedeflerine paralel olarak, bunun anlamı ana ve çocuk sağlığı gibi koruyucu faaliyetler için ve yoksullara ve zayıflara yönelik sağlık kapsamının artırılması amacıyla SB bütçesinden daha fazla pay ayrılmasıdır. Fondan ayrılan miktarın mevcut seviyesi koruyucu hizmetleri tüm nüfusa yaymak için yeterli değildir (World Bank, 2003).

Tablo 1.2. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Finansmanı

Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı
Kamu Sağlık Bakanlığı Üniversiteler Milli Savunma Bakanlığı Diğer Bakanlıklar KİT'ler Belediyeler	Kamu Sağlık Bakanlığı Savunma Bakanlığı Diğer Kamu Kaynakları Sosyal Sigortalar Kurumu Bağ-Kur Emekli Sandığı
Özel Türk ve Uluslar arası Hastaneler Özel Doktorlar Eczaneler Özel Lab. Gönüllüler	Özel Özel Sigorta Fonları Kullanıcı Katkıları

Kaynak: Health Care System in transition: Turkey, WHO, (1996) ve Tatar,M., (1998), "Yerel Yönetimler ve Sağlık"

Türkiye'de sağlık hizmetleri finansmanının 3 temel kaynağı vardır:

1. Devlet Bütçesi

Vergi gelirleri ile oluşturulan devlet bütçesi, Hükümet, Maliye Bakanlığı ve Devlet Planlama Teşkilatı tarafından hazırlanmaktadır. Daha sonra TBMM'de incelenen ve görüşülen bütçe, kanunlaşarak Resmi Gazetede yayımlanır ve yürürlüğe girer. Devlet bütçesi vasıtası ile gelen vergi gelirleri, sağlık hizmeti sunan Sağlık Bakanlığı, Üniversite Hastaneleri, Savunma

Bakanlığı ve diğer kamu kurumlarının temel finansman kaynağını oluşturur. Halen çalışmakta olan devlet memurlarının ve bakmakla yükümlü oldukları kişilerin sağlık harcamaları da bu bütçeden karşılanır (Thomson ve Mossialos, 2002).

Tablo 1.3. Konsolide Bütçe Sağlık Harcamaları (Milyar TL)

BÜTÇE	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
TEDAVİ	102.491	190.191	285.429	479.749	839.776	1.063.078	1.240.000
İLAÇ	112.689	198.272	308.001	543.393	817.224	972.410	1.075.000
TOPLAM	215.180	388.463	593.430	1.023.142	1.657.000	2.035.488	2.315.000

Kaynak: Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü

Tablo 1.3.'de, konsolide bütçe içinde sağlığa ayrılan payın 1998 yılından bugüne kadar düzenli olarak artış gösterdiği görülmektedir. Bu artışın 2001 yılından sonra hükümetin sağlığa ilişkin politikalarındaki gelişmeler neticesinde daha yüksek oranda olduğu görülmüştür. Bunun sebepleri arasında yeşil karlı sayısındaki artış ve de sağlık hizmetleri kapsamının genişlemesi, Emekli Sandığı mensuplarının özel hastanelere sevk edilmesinin önü açılması şeklinde sıralanabilir. 2004 yılında ise, harcamalarda daha az oranda bir artış görülmüştür. Bunun sebepleri arasında da, ilaçta tasarruf amaçlı yapılan eşdeğer ilaç uygulaması, pozitif ilaç listesi, katkı payı uygulamaları şeklinde sıralanırken, tedavide ise sevk zincirinin katı bir şekilde uygulanması, paket tedavi programlarının uygulanması olarak gösterilebilir.

2. Sosyal Sigorta Kurumları

Türkiye’de 3 tane sosyal sigorta kurumu mevcuttur:

Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)

Çalışanların sosyal güvenliği açısından reform niteliğinde olan ilk kanun 506 Sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu¹ ile olmuştur. SSK, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı’na bağlı, mali ve idari bakımdan özerkliği ve tüzel kişiliği olan bir devlet kurumudur. SSK, finansman kurumu olmasına rağmen, üyelerine 19.01.2005 tarihine kadar kendi sağlık tesislerinde hizmet sunmaktaydı. Ancak 5283 sayılı Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun² ile 20.02.2005 tarihinde SSK’nın sağlık tesisleri Sağlık Bakanlığına devredilmiştir. SSK, işveren tarafından çalıştırılan sigortalıları çalışma yaşamının risklerine karşı sigorta ederek sosyal güvenliklerini sağlamak amacıyla kurulmuştur.

SSK sağlık harcamaları, sigortalılara, malullük ve yaşlılık aylığı alanlar ve bunların bakmakla yükümlü oldukları kişiler ile aylık alan dul ve yetimlerinin ayakta ve yatarak tedavileri için yapılan harcamalar, hastalık ve analık sigortalarından karşılanan protez araç-gereç giderleri ve diğer giderlerden oluşmaktadır. Ancak, her yıl yatırım programları çerçevesinde yapılan sağlık yatırımları bu harcamalara dâhil değildir (Sıvacı, 2005).

Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), tüm özel sektör ve kamu sektörü çalışanlarına ve bakmakla yükümlü oldukları kişilere sağlık hizmeti sunan

¹ 29.07.1964 tarih ve 11766 sayılı Resmi Gazete.

² 19.01.2005 tarih ve 25705 sayılı Resmi Gazete.

entegre bir kurumdur. Sağlık hizmeti, anne ve çocuk hizmeti, meslek hastalıkları ve yaralanmaları ve emeklilik SSK kapsamında yer alan farklı hizmet dallarıdır. SSK'nın 2005 yılı temmuz ayına kadarki verilerine göre 7.266.571 aktif sigortalısı mevcuttur. Buna göre SSK sosyal sigorta kurumları arasında en fazla sigortalı sayısına sahiptir.

SSK sağlık hizmetleri harcamaları 2 şekilde meydana gelir.

- Sağlık kurumlarında oluşan harcamalar
- Anlaşmalı doktorlara yapılan ödemeler

SSK, koruyucu sağlık hizmetleri alanında faaliyet göstermemekte olup, sağlık sigortasının finansmanı işçi ve işverenden sigorta primlerinden sağlanmaktadır. Sağlık ve emeklilik primleri aynı mekanizma içinde toplanıyor olsa da, prim gelirleri hesapları bağımsız yapılmaktadır. 506 sayılı yasaya göre "Hastalık Sigortası prim oranı" sigortalının prime esas kazancının %11'i olup, bunun %6'sı işveren ve %5'i de sigortalı payıdır. SSK'da primler dışındaki gelir kaynağı ise, gelir olma özelliği dışında ayakta yapılan tedavilerde genel ilaç harcamalarını da kontrol altında tutan iştirak bedelidir (Işık, 2001).

Tablo 1.4. SSK Sağlık Harcamaları (Milyar TL)

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Tedavi	204.596	389.238	622.780	1.123.942	1.493.315	2.495.000	3.287.500
İlaç (kurum)	165.585	304.017	572.409	992.616	1.878.558	2.101.496	2.471.528
İlaç (ant.ecz.)	36.000	55.445	85.000	141.400	222.477	384.698	446.500
Toplam	406.181	748.700	1.280.189	2.257.958	3.594.350	4.981.194	6.205.528

Kaynak: Bütçe Mali Kontrol Genel Müdürlüğü

T.C. Emekli Sandığı

Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı 1949 yılında kurulmuş olup, 5434 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanunu'nda³ düzenlenen sosyal sigorta programını yürütmektedir. Kanunun amacı, kamu kesiminde çalışan memurlarla, askeri personelin emekliliklerinde ve maluliyetlerinde kendilerinin, ölümleri halinde ise dul ve yetimlerinin sosyal güvenliklerini sağlamaktır. Ayrıca primsiz rejim ile ilgili görevlerde bulunmaktadır. Bu kuruma tabi olanlar kısa dönemli riskler (iş kazası, meslek hastalığı ve analık) bakımından emekli sandığından değil, kendilerini çalıştıran kurumlardan yardımlarını alırlar. Emekli Sandığı sadece emekli, malul, dul ve yetimler ile bağımlılarına sağlık hizmeti sağlar (Kısa, 1999).

Fonun gelirleri 4 kaynaktan toplanır:

- Primler (çalışanlar tarafından maaşlarının %11'i oranında, devlet tarafından ve işveren payı olarak, çalışan maaşlarının %18'i oranında sağlanmaktadır),
- Genel devlet bütçesinden sağlanan sübvansiyon,
- Depozitolardan alınan faizler,
- Diğer yatırımlardan elde edilen gelirler

Maliye Bakanlığı fonun yönetimini yürütür ve prim oranları ile bu primler karşılığı üyelere sağlanacak hizmetleri belirler. Diğer sosyal sigorta sistemlerinden farklı olarak, emekli devlet memurlarından sağlık hizmetleri için ayrı bir prim alınmaz. Bu nedenle Emekli Sandığı'nın sağlık sigortası fonu devlet bütçesinden karşılanır ve sağlık harcamaları için Emekli Sandığı'na bağlı olanların çalıştıkları (veya emeklilik öncesi çalışmış oldukları) kurumların bütçelerine doğrudan aktarma yapılması ile sağlanır. Emekli

³ 17.06.1949 tarih ve 7235 sayılı Resmi Gazete.

Sandığı üyelerinin acil ve yatan hasta hizmetleri masraflarının tümünü karşılar. Ancak üyeler ayaktan hasta ilaç masraflarının %10'luk kısmının kendileri karşılamak zorundadırlar (Thomson ve Mossialos, 2002).

Tablo 1.5. T.C. Emekli Sandığı Sağlık Harcamaları (Milyar TL)

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Tedavi	68.031	135.635	222.152	345.171	645.117	867.046	1.135.000
İlaç	106.044	198.076	358.185	660.135	1.099.664	1.516.601	1.524.000
Diğer	12.965	25.737	42.736	84.089	95.440	114.543	136.000
Toplam	187.040	359.448	623.073	1.089.395	1.840.221	2.498.190	2.795.000

Kaynak: Bütçe Mali Kontrol Genel Müdürlüğü

Bağ-Kur

Bağ-Kur, belli bir prim karşılığında devlet eliyle esnaf ve sanatkârlar ve bağımsız çalışan vatandaşların sosyal güvenliğini sağlamak amacıyla, 1972 yılında, 1479 sayılı Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu⁴ ile kurulmuştur.

Bağ-Kur'un kapsamı, 1983 yılında, 2926 sayılı Tarımda Kendi Adına ve Hesabına Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kanunu⁵ ile kırsal kesimde bağımsız çalışanları ve köy mahalle muhtarları ile yurtdışında çalışan Türk vatandaşlarının yanlarında bulunan ve çalışmayan eşlerini, ev hanımlarını ve belli bir işi olmayanları isteğe bağlı olarak sigortalamak şeklinde genişletilmiştir.

⁴ 14. 09.1971 tarih ve 13956 sayılı Resmi Gazete.

⁵ 20.10.1983 tarih ve 18197 sayılı Resmi Gazete

Bağ-Kur'un sağlık sigortası yardımlarından; 1479 sayılı Kanuna tabi sigortalılar ile eş ve bakmakla yükümlü oldukları çocukları, anne ve babaları, yaşlılık ve malûllük aylığı almakta olanlar ile eş ve bakmakla yükümlü oldukları çocukları, ana ve babaları ile ölüm aylığı almakta olanlar yararlanırlar.

Bağ-Kur'un kendisi sağlık hizmeti sunmamaktadır. Sağlık hizmetini, Sağlık Bakanlığı, Sosyal Sigortalar Kurumu, mahalli idareler, üniversiteler, kamu iktisadi teşebbüslerine ait sağlık tesisleri ile diğer sağlık tesislerinden satın alma yoluyla sağlanmaktadır. Sigortalılara bu hizmetler ihtiyaca göre, ayakta ve yataklı sağlık müesseselerinde sunulur. İhtiyaç duyulan ilaç ve iyileştirme araçları temin edilir. Belirtilen bu hizmetler 1479 sayılı Kanun kapsamında sunulur (Sıvacı, 2005).

Sağlık primleri, sabit oranlarda, emeklilik ve diğer primler ile beraber toplanmaktadır. Sigortalılar, buldukları gelir basamağının %20'si oranında emeklilik ve diğer sigorta primlerini ve %12'si oranında sağlık sigortası primi ödemektedirler. Primler, Maliye Bakanlığı tarafından 1 ile 24 seviyeleri arasında belirlenen ve düzenli olarak güncellenen, gelir basamaklar üzerinden belirli oranlar esas alınarak hesap edilen ve aylık olarak ödenmesi gereken miktarlardır. Sigortalanmak isteyenler primlerini ödeyecekleri seviyeyi seçmektedirler. Basamak yükseltmek isteyen sigortalının ödemesi gereken fark, sigortalının bulunduğu gelir basamağı ile bir üst gelir basamağı arasındaki ödenmesi gereken farktır (Thomson ve Mossialos, 2002).

Tablo 1.6. Bağ-Kur Sağlık Harcamaları (Milyar TL)

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Tedavi	52.920	140.327	215.605	330.043	692.900	996.700	1.111.000
İlaç	121.417	231.419	458.336	780.446	1.321.531	1.892.100	2.302.000
Diğer	26.918	41.672	56.355	118.360	180.900	200.700	247.000
Toplam	201.255	413.418	730.296	1.228.849	2.195.331	3.089.500	3.660.000

Kaynak: Bütçe Mali Kontrol Genel Müdürlüğü

Özel Sosyal Sigorta Sandıkları Uygulaması

506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanununun geçici 20. maddesine göre faaliyet gösteren sosyal sigorta sandıkları; vakıf statüsündedir. Bunlar kanunla kurulan sosyal güvenlik sandıkları olarak tanımlanmaktadır (Tuncay, 1998:96). Bankalar, sigorta ve reasürans şirketleri, ticaret odaları, sanayi odaları, borsalar ve bunların teşkil ettiği birliklere ait olarak faaliyet gösteren 24 sandık bulunmaktadır. Bunlardan 16'sı banka, 7'si sigorta, 1'i TOBB mensuplarına aittir. Sandık üyelerine, 506 sayılı kanunla sağlanan haklardan az olmamak üzere, hastalık, analık, iş kazaları, meslek hastalıkları, yaşlılık, malullük ve ölüm hallerinde sosyal sigorta garantisi sağlanmaktadır. Bu sandıklar Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığının denetimine tabi bulunmaktadır (Ernam, 1990).

Sandıklar tarafından sunulan sağlık yardımlarının asgari düzeyi 506 sayılı kanun ile belirlenmiştir. Ancak azami sınırları ile ilgili herhangi bir sınırlama getirilmemiştir. Sandık uygulaması özel sağlık sektörünün sosyal sağlık sigortacılığına iyi bir örnek oluşturmaktadır.

Özel sosyal sigorta sandığı kapsamında yer alan kişi sayısı 324.302 kişi ile sınırlı bulunmaktadır. Bu kişilerin genel rejim içerisinde önemli bir paya sahip olmadığı açıkça görülmektedir.

3. Özel Sağlık Harcamaları

a. Cepten Yapılan Harcamalar

Cepten harcamalar özel kurumlara ve doktorlara doğrudan ödeme, ihtiyari sağlık sigortası için ödenen primler, ilaç ve servis için ödenen katkı payları şeklinde olabilir.

b. Özel Sağlık Hizmetleri Sistemi Uygulamaları

Kişilerin doğrudan yaptığı harcamaların dışında, organizasyonlar aracılığı ile gerçekleştirdikleri sağlık yardımları arasında en yaygın olanı özel sigorta harcamalarıdır. Özel sigorta şirketlerinin sağlık sigortaları içinde sahip olduğu pay, toplam sağlık güvencesine sahip nüfus içerisinde oldukça düşüktür.

Özel sağlık sigortalarının temel farklılıklarından birisi kapsamının sosyal sigorta kapsamına göre oldukça dar olmasıdır. Diğer bir farklılık sağlık sigortalarının yıllık olması ve her an için kişilerin kapsamdan çıkarılma olasılığının bulunmasıdır.

Doğrudan yapılan sağlık harcamalarının bir sistem olarak değerlendirilmemesi nedeniyle özel sağlık sisteminde özel sigorta şirketlerinin uygulamalarına yer verilecektir. Özellikle kamu sağlık

hizmetlerinde kalite, erişilebilirlik ve hakkaniyet açısından görülen yetersizlikler uygulamada kişilerin özel sağlık sigortalarına yönelmesine neden olmaktadır. Bu durumun bir sonucu olarak da özel ve kamu sağlık sistemlerinin sıklıkla karşılaştırılmasına ve birbirine olan üstünlüklerine yer verilmeye başlanmıştır.

1.2.2.2. Sağlık Harcamaları

2004 yılında yayınlanan Ulusal Sağlık Hesapları çalışması ülkemizdeki toplam sağlık harcaması 1999 yılında 26.000 milyon ABD doları (Satın Alma Gücü Paritesi ile) ve 2000 yılında 30.057 milyon ABD doları olarak gerçekleştiğini göstermektedir. Bu rakam 1999 yılında Gayri Safi Yurt İçi Hasıla (GSYİH)'nin %6,4'üne, 2000 yılında ise %6,6'sına denk gelmektedir. Kamu artı özel sektör toplam sağlık harcamaları bugün Genel Sağlık Harcaması'na oran olarak ülkemizde %6-7 bandına yükselmekle birlikte hala gelişmiş ülkelerin sahip olduğu oranların altındadır (Sağlık Bakanlığı, 2004).

Kişi başı toplam sağlık harcaması ise 2000 yılında 443 (cari olarak 424) ABD doları, (Satın Alma Gücü Paritesi ile) olarak gerçekleşse de, bu değerlere bakarak harcama miktarı ve toplumun genel sağlık düzeyi arasında olumlu yönde bir ilişki olduğundan (harcama ve verimlilik) söz etme imkanı bulunmamaktadır (DPT, 2005).

Tablo 1.7. Türkiye’de Sağlık Harcamaları (1999-2000)

	1999			2000		
	Milyon YTL	Milyon ABD \$	Milyon SGP ABD \$	Milyon YTL	Milyon ABD \$	Milyon SGP ABD \$
Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (GSYİH)	77.374	183.099	403.587	124.982	199.044	455.454
Cari Sağlık Harcaması (CSH)	4.785	11.323	24.958	7.888	12.563	28.746
CSH/GSYİH %	6,2			6,3		
Yatırım Harcaması (YH)	200	473	1.042	360	573	1.311
YH/GSYİH %	0,2			0,3		
Toplam Sağlık Harcaması (TSH)	4.985	11.796	26.000	8248	13.135	30.057
TSH/GSYİH %	6,4			6,6		
Genel Sağlık Harcaması (GSH)	5.244	12.409	27.353	8.619	13.726	31.407
GSH / GSYİH %	6,8			6,9		

Kaynak: OECD Sağlık Hesapları Sistemine Göre Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları 1999-2000, s.XIV.

Türkiye nüfusunun değişik katmanları arasında sağlık hizmetleri açısından sosyal güvencenin sağlanmasında sigorta sistemleri arasında büyük farklılıklar vardır. Sosyal güvenlik haklarını sağlayan üç ana sosyal güvenlik kuruluşu Emekli Sandığı, SSK ve Bağ-Kur devlet tarafından oluşturulmuştur. Yeşil kart uygulamasına rağmen, nüfusun azımsanmayacak bir bölümü ise tamamen kapsam dışı kalmaktadır. Sağlık sigortası güvencesine sahip olmayanlar cepten ödeme yapmak zorunda kalmaktadır. Bu durum ödeme yapanları ekonomik anlamda zor durumda bırakmaktadır. Fiili olarak sağlık güvencesi kapsamına alınmış nüfusun oranı 2001 yılında %77 iken 2004 yılında %85,7’ye ulaşmıştır (DPT 2006 Programı). Ulusal Sağlık Hesapları Çalışması 2000 yılında toplam sağlık harcamasının %34,9’u sosyal güvenlik kurumlarınca, %28’i sosyal güvenlik kurumları dışında kalan

kamu kurumlarınca, %27,6'sı cepten bireylerin yapmış olduğu ödemelerden ve %4,4'ü ise özel sağlık sigortalarınca göstermektedir. Toplam sağlık harcamalarının %27,8'i tıbbi malzeme ve ilaç için, %28,4'ü ise ayaktan sağlık bakımı ve %19,0'ı ise yatarak tedavi hizmeti için yapılmış olup kamu kaynakları ile sağlık sektörünün finansmanı %61,67'yi bulmaktadır (DPT, 2005).

Tablo 1.8. Cari Sağlık Harcamalarının Temel Hizmet Sunucu Türlerine Göre Dağılımı, Türkiye (1999-2000)

Temel Hizmet Sunucu Türleri	1999 yılı Cari Harcamaları %	2000 yılı Cari Harcamaları %
Hastaneler	39,43	38,03
Sağlık Bakanlığı	14,53	14,01
Üniversite Hastaneleri	7,39	7,13
SSK Hastaneleri	11,14	10,74
Özel Hastaneler	4,34	4,19
Diğer	2,03	1,96
Ayakta Sağlık Hizmeti Sunucuları	24,06	23,71
Kamu	5,41	5,33
Sigorta	0,01	0,01
Özel	18,64	18,37
Perakende Satış ve Diğer Tıbbi Malzeme Sunucuları	27,57	28,36
Halk Sağlığı Programlarının Sunumu ve Yönetimi	0,12	0,44
Genel Sağlık Yönetimi ve Sigorta	1,98	2,13
Sınıflanamayan	6,83	7,33
Toplam	100,00	100,00

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, OECD Sağlık Hesapları Sistemine Göre Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları 1999-2000

Toplam sağlık harcamasının %36,38'inin (cari olarak %38,03'ü) hastanelere yapıldığı belirlenmektedir. Sağlık harcamalarının kurumsal yapıya göre farklılık gösterdiği, ve büyük oranda hastaneler tarafından

tüketilen kaynakların halk sağlığı ve koruyucu sağlık hizmetler için yeterli olmadığı gözlenmektedir. Birinci basamaktaki yetersizlikler ve sevk zincirinin çalıştırılmaması hizmet maliyetlerini yükseltmekte ve hizmet kalitesini düşürmektedir. Özellikle genel hastanelerde hastane harcamalarının büyük bir bölümünü ayakta tedavi hizmetleri oluşturmaktan olduğundan, birinci basamak sağlık sisteminin güçlendirilmesi ve hastane ile sevk zinciri ile bağlanmaları bu harcama kalemlerini azaltabilecektir.⁶ Harcamalardaki azalmanın sosyal güvenlik kurumları üzerindeki mali yükü hafifleteceği düşünülmektedir (DPT, 2005).

1.2.3. Sağlık İnsan Gücü Ve Sağlık Hizmeti Sunumu

Sağlık personeli sayısındaki artışa rağmen, sağlık personelinin bölgeler arasında dengesiz dağılımı sorunu hala önemini korumaktadır. Bölgeler arasındaki dengesizliği gidermek için sözleşmeli personel istihdamı, zorunlu hizmet gibi uygulamalara başvurulmuştur. Sağlık sektörünün en büyük istihdam sağlayan kurumlarının başında Sağlık Bakanlığı ve Üniversitelere ait sağlık kurumları gelmektedir (DPT, 2005).

⁶ Resmi Gazete, Sayı: 25665 Yayın Tarihi: 09.12.2004

Tablo 1.9. Yıllara Göre Sağlık Personelinin Sayısal Dağılımı

Personel Grupları	Yıllar						
	1995	1996	1997	1998	1999	2001	2003
Toplam Hekim Sayısı	69.349	70.947	73.659	77.344	81.988	90.757	97.763
Uzman Hekim	29.846	31.126	32.511	34.189	36.854	41.907	46.563
Pratisyen Hekim	39.503	39.821	41.148	43.155	45.134	48.850	51.200
Diş Hekimi	11.717	12.406	12.737	13.421	14.226	15.866	18.073
Eczacı	19.090	19.681	20.557	21.441	22.065	22.922	23.632
Sağlık Memuru	39.342	39.165	39.658	41.461	43.032	45.560	50.432
Hemşire	64.243	64.526	67.265	69.146	70.270	75.879	82.246
Ebe	39.551	38.945	40.230	41.059	41.271	41.158	41.273

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, Araştırma, Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı; Sağlık İstatistikleri 2004

Türkiye’de tedavi edici sağlık hizmetlerinin koruyucu sağlık hizmetlerinden öncelikli görülmesi, hekimlerin uzmanlaşma talepleri nedeniyle uzman hekim sayısı 1990’lı yıllara kadar pratisyen hekim sayısından yüksek olmuştur. Uzmanlık eğitimi kontenjanlarının, hekim arzına oranla dar tutulması ve koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi nedeniyle, 1990’lı yıllardan itibaren pratisyen hekim sayısı, uzman hekim sayısını geçmiştir. Bu gelişime paralel olarak, temelde koruyucu sağlık hizmeti veren sağlık ocaklarındaki hekim sayısı artmaya başlamıştır. Hekim ve diğer sağlık personeli sayısında önemli gelişmeler sağlanmasına karşın, özellikle hekimlerin bölgeler arasında dengesiz dağılımı sorunu hala önemini korumaktadır. Kamunun en önemli istihdam kurumlarının başında gelmesi nedeni ile başta hemşireler olmak üzere birçok sağlık personelinin istihdamı tasarruf tedbirleri nedeni ile yapılamamaktadır. Bu nedenle işsiz birçok sağlık profesyoneli bulunmaktadır. Son dönemlerde uygulamaya konulan sözleşmeli personel istihdamı, zorunlu hizmet uygulaması gibi müdahalelerle bölgeler arası eşitsizliğin giderilmesi hedeflenmektedir. 2004 yılı Sağlık

Bakanlığı istatistik yıllığı, hekimlerin % 86'sının kamuya ait sağlık kurumlarında ve %14'ünün ise özel sektöre ait sağlık kurumlarında çalıştığını belirtmektedir (DPT, 2005).

Hekim personel sayısının artırılması için tıp fakóltesi sayısı ve öğrenci kontenjanlarının artırılması, tıp eğitiminin kalitesini olumsuz yönde etkilediği düşünölmektedir. Sağlık personelinin yetiştirilmesi ve istihdamında ülkenin mevcut hastalık yükünün ve gelecekteki ihtiyaçları göz önünde bulundurulması önem taşımaktadır. Ayrıca, sağlık personelinin özlük haklarında ciddi sorunlar bulunmaktadır. Hekim ve diğer sağlık personelinin maař ve diğer sosyal hakları, yaptıkları için gerekleri ile uyumlu değildir. Ayrıca, sağlık personelinin görev yetki ve sorumluluklarını içeren iş tanımlarının güncellenmesi ve yeni performans değerlendirme kriterleri ihtiyacı gözlenmektedir (DPT, 2005).

Tablo 1.10. Bölgelere Göre Sağlık Ocakları ve Sağlık Evlerinde Çalışan Hekim, Ebe, Hemşire ve Sağlık Memuru Başına Düşen Ortalama Nüfus, Türkiye, 2004

Bölgeler	Nüfus	Hekim Başına Düşen Ortalama Nüfus	Hemşire Başına Düşen Ortalama Nüfus	Ebe Başına Düşen Ortalama Nüfus	Sağlık Memuru Başına Düşen Ortalama Nüfus	Hekimi Olmayan Sağlık Ocağı Oranı (%)	Ebesi Olmayan Köy Sağlık Evi Oranı (%)
Marmara	18760364	7801	10081	5408	26839	12	65
Ege	9308118	3302	3539	2080	8245	19	60
Akdeniz	9237999	3956	5741	2305	12187	14	53
İç Anadolu	12065455	5223	6134	3699	10621	28	72
Karadeniz	8338896	5069	5328	2713	7226	27	58
Doğu Anadolu	6346668	6543	5495	3107	9093	38	83
Güneydoğu Anadolu	7094500	7476	7645	5167	16051	22	72
Türkiye	71152000	5297	6074	3278	11827	22	66

Kaynak: Temel Sağlık Hizmetleri-Genel Müdürlüğü Çalışma Yılığ-2004

1.2.4. Sağlıkta Yaşanan Yeniden Yapılanma Süreci

Türkiye’de 1920-1940 döneminde sağlık sektörüne yönelik önemli kanunlar çıkarılmış, pek çok sağlık sorununun üstesinden gelinmiştir. Bunlar arasında; 38 Sayılı Tababet-i Adliye Kanunu (1920), 992 Sayılı Bakteriyoloji ve Kimya Laboratuvarları Kanunu (1927), 1962 Sayılı İspençiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu (1928), 1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun (1928), 1593 Sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu (1930), 3017 Sayılı Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti Teşkilat ve Memurin Kanunu (1936), 3153 Sayılı Radyoloji, Radyum ve Elektrikle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanun (1937) sayılabilir (DPT, 2005).

1960’larda sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli gelişmeler olmuştur. “224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun” (1961) ve “554 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkındaki Kanun” bu dönemin önemli kazanımlarıdır. Daha sonraki yıllarda çok tartışılacak olan Genel Sağlık Sigortası, ilk defa bu dönemde gündeme gelmiştir. 1967 yılında genel sağlık sigortası için bir kanun taslağı hazırlanmış ancak Bakanlar Kurulu’na sevk edilememiştir. 1969 yılında 2.Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda Genel Sağlık Sigortası’nın kurulması tekrar öngörülmüştür. 1971’de Genel Sağlık Sigortası Kanun Taslağı Türkiye Büyük Millet Meclisi’ne gönderilmiş ancak kabul edilmemiştir. 1974 yılında Meclise tekrar sunulmuş ancak taslak üzerinde görüşme yapılmamıştır (DPT, 2005).

1982 Anayasası; vatandaşların sosyal güvenlik hakkına sahip olmalarının yanı sıra bu hakkın gerçekleşmesinin Devletin sorumluluğunda olduğuna yönelik düzenlemeleri içermektedir (Madde 60). Türkiye Büyük Millet Meclisi 1987 yılında “Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu”nu çıkarmıştır. Ancak bu Kanunun uygulanmasına yönelik düzenlemeler halen yapılmamıştır. 1982 Anayasası 60. Maddesi’nde, sosyal güvenliğin evrensel bir hak olduğunu belirten 1961 Anayasası’na paralel düzenlemeler yer almaktadır. 1982 Anayasasında “genel sağlık sigortası kurulabileceğine” dair bir hüküm yer almaktadır (Madde 58) (DPT, 2005).

1990 yılında Devlet Planlama Teşkilatı tarafından (DPT) tarafından, sağlık sektörü ile ilgili bir master plan hazırlanmış, bunun sonucunda da Genel Sağlık Sigortası hazırlıkları ilk olarak, 1967 yılındaki Hükümet tarafından hazırlıklarına başlanmış olmasına rağmen, 1980’li yılların son çeyreğinde, SAĞ-KUR adıyla bilinen çalışmalar ile aynı yıllarda Sağlık Reformu stratejilerinin ana çerçevesinin belirlendiği Sağlık Bakanlığı ve Devlet Planlama Teşkilatı tarafından yürütölen Sağlık Sektörü Master Plan Etüt Çalışması, konunun sistem bütönlüğü ile ele alındığı hazırlıklar olmuştur. 1992 ve 1993’de birinci ve ikinci Ulusal Sağlık Kongreleri yapılarak, Sağlık

Reformu süreci başlatılmıştır. Ulusal sağlık politikası belirlenmiş ve sosyal güvenlik kapsamında olmayan düşük gelirliler için Yeşil Kart Uygulaması başlatılmıştır. İkinci Ulusal Sağlık Kongresi'nden sonra, Sağlık Bakanlığı tarafından Birinci Sağlık Projesi kapsamında başlatılan ve sektörde ilk defa yapılan sağlık hizmetleri araştırmaları sonuçlanmış ve "Yapısal Uyum Programı"yla Sağlık Reformu bağlantısı gerçekleştirilmiştir. 1995-1996 yıllarında Hazine Müsteşarlığı koordinatörlüğünde yürütülerek, sosyal güvenlik ve sağlık alanında yapılacak yapısal değişikliklerin harmonizasyonu sağlamaya yönelik hazırlanan "Yapısal Uyum Programı" şu ana başlıkları içermektedir(DPT, 2005);

1. SOSYAL GÜVENLİK REFORMU

- Emeklilik Planlarının Sağlık Planlarından Ayrılması
- Emeklilik ve Sağlık Güvencesi Sistemlerinin Nüfusun Tamamını Kapsaması
- Sağlık Finansmanının Yönetiminde Kamu Ağırlıklı Kontrol(Genel Sağlık Sigortası)

2. VERGİ REFORMU

- Ortak / Uniform Prim Toplama Sistemi
- Ortak / Uniform Veri Tabanı / Tek Tanımlayıcı Numara Sistemi

3. KAMU YÖNETİMİ REFORMU

- Yerinden Yönetim

4. KAMU FİNANSMANI REFORMU

5. ÖZELLEŞTİRME

1995-1996 yıllarında, teknik ve hukuki açıdan, amaç-strateji ve uygulama takvimi itibarıyla, Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Temel Yapısal Değişim Projeleri içinde yer alan Sağlık Reformu, Yasa Tasarı Taslaklarının teknik olgunlaşması amacıyla, Adalet-Maliye-Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlıkları ile Devlet Planlama Teşkilatı ve Hazine Müsteşarlıkları ve Sosyal Sigortalar Kurumu Genel Müdürlüğü yetkilileriyle ortak çalışılarak teknik anlamda fikir birliğine varılmıştır. Bu kapsamda, "Hastane ve Sağlık

İşletmeleri Temel Kanun Tasarı Taslağı” ile “Sağlık Finansmanı Kurumu Kuruluş ve İşleyiş Kanunu Tasarı Taslağı” 1995 yılında Bakanlar Kurulu’na sunulmuştur. Bakanlar Kurulu tarafından benimsenen bu taslaklar, Genel Sağlık Sigortası ile ilgili olarak “Kanun Tasarısı” şeklinde TBMM’ne sunulabilen ilk örneğidir. 1997 yılında; Genel Sağlık Sigortası, Bakanlıklar arası teknik mutabakat sonucu olarak, “Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı Kuruluş ve İşleyiş Kanunu Tasarı Taslağı” adı altında, Bakanlar Kurulu’nca “Kanun Tasarısı” olarak, TBMM’ne 1998 yılında sunulmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2003).

Genel olarak 1990’lardaki sağlık hizmetleri reformunun hedefleri şunlardan oluşmaktaydı (DPT, 2005);

- Tüm toplumu sosyal sağlık sigortası kapsamına alarak tüm nüfusun sağlık durumunun geliştirilmesi,
- Sağlık hizmetlerinde hakkaniyetin sağlanması,
- Koruyucu hizmetler, sağlığı geliştirmeye ve birinci basamak tedavi hizmetlerine gereken önemin verilmesi,
- Hizmet sunumunda verimliliğin artırılması,
- Sağlık hizmetini tedarik eden ve sunanların birbirinden ayrılması,
- Hizmet sunucuları arasında rekabet ortamının yaratılması,
- Teknolojinin uygun kullanımının sağlanması,
- Sağlık hizmetlerinde sektörlerarası işbirliğinin geliştirilmesi,
- Bilgiye dayalı karar verme süreçlerini geliştirmek için etkin, zamanında ve doğru bilginin toplanması,
- İnsan kaynakları için uygun yönetim biçimlerinin güçlendirilmesi,
- Karar verme yetkisinin hizmetin sunulduğu birimlere aktarılması.

2000 yılında, Genel Sağlık Sigortası ile ilgili olarak, “Sağlık Sandığı” adı altında tanımlanan bir kanun tasarı taslağı Bakanlıkların görüşüne gönderilmiştir.

2002 yılında yapılan genel seçimlerden sonra hazırlanan “Acil Eylem Planı”; tüm nüfusu kapsayan bir sosyal güvenlik sisteminin kurulacağını ve Devletin tüm vatandaşlarına temel sağlık hizmetlerini sunmakla sorumlu olduğunu ifade etmektedir. Acil Eylem Planı'nın uygulanmasının bir parçası olarak Sağlık Bakanlığı tarafından Sağlıkta Dönüşüm Projesi başlatılmıştır. Temel prensipler şunlardır(Sağlık Bakanlığı, 2003);

- Türkiye'deki Hasta Hakları Kanunu'nun uluslararası standartlara uygun olarak yeniden düzenlenmesi,
- Sağlık bilgi sistemlerinde bilgisayara dayalı ulusal bir izleme sistemine imkan verecek dönüşümün sağlanması,
- Tüm vatandaşları kapsayacak bir genel sağlık sigortası sistemi kurulması,
- Sosyal Sigortalar Kurumu, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur dahil olmak üzere kamu ve sosyal güvenlik sigorta programlarının aktüeryal yapılarının ve mali durumlarının güçlendirilmesi,
- Özel sağlık ve hayat sigortası şirketleri için teşvikler sağlanması,
- Sağlık Bakanlığı'nın sağlık sistemi için merkezi planlayıcı ve düzenleyici rolünü üstlenmesi, sağlık hizmetlerinin kamu ve özel sunucular tarafından sunulması,
- Mevcut sosyal güvenlik programları içinde emeklilik ve sağlık sigortalarının ayrıştırılması,
- Sağlık sigortasının kapsamını ve sağlık hizmetlerinin kullanımını izlemekte yararlanılacak, tüm vatandaşlara tek bir kimlik numarasının verildiği bir bilgi sisteminin oluşturulması,
- En iyi uygulamaları sağlamak üzere sağlık çıktılarının ve göstergelerinin ölçümüne yönelik sistemlerin oluşturulması için ulusal bir kalite ve akreditasyon kurumunun kurulması,
- İlaçlara yönelik ruhsatlandırma, üretim ve pazarlama ile araştırma geliştirme faaliyetlerini kolaylaştıracak ve destekleyecek bağımsız bir “Ulusal İlaç Kurumu”nun kurulması,
- Benzer şekilde;bağımsız bir “Ulusal Tıbbi Gereç Kurumu”nun kurulması.

İKİNCİ BÖLÜM

II. EVDE SAĞLIK BAKIM HİZMETLERİ

2.1. EVDE SAĞLIK BAKIM HİZMETLERİ TANIMI

Evde bakım hizmetleri sağlık hizmetlerinin bir parçası olup tıbbi kontrol altında hastalara ve ailelerine buldukları ve yaşadıkları ortamda gerekli sağlık hizmetlerinin götürülmesidir. Amaç günlük yaşam şartlarını en az etkileyerek maksimum tedaviye ulaşmak yolu ile hastalığın ve yetersizliğin etkilerini en aza indirmek ve aynı zamanda yaşam ve yaşama şartlarını yükseltmektir (Tanlı, 1996:10; Karamercan, 2001:926).

Evde bakım hizmetleri, ev ziyaretleri temeline dayalı bir sağlık hizmeti sunum şeklidir. Ev ziyaretçileri de evde bakım hizmetlerini sunan kişilerdir. Ev ziyaretçiliği kavramı yirminci yüzyılla birlikte hemşirelik hizmetlerinin ötesine geçmiştir. Ev ziyaretleri hasta ya da hizmet alacak bireyi ve aileyi belirlemek, gerekli olan hizmeti sunmak ve kontrol etmek amacıyla gerçekleştirilmektedir (Dawson, 1980). Ev ziyaretleri ile hedef kitleye erişim sağlanmaktadır. Evde bakım hizmeti (home sevice); kendine yeterli olup da kısmi destek ve yardımla evinde yaşamak isteyen ya da kurumda bakımı gerekmeyecek denli sağlıklı olan özel gereksinim gruplarına onların yaşadığı ortamda gerekli sosyal meslek elamanları tarafından zaman zaman hastanın evine gidilerek verilen hizmet olarak tanımlanmaktadır(Tomanbay; 1999:86).

Evde bakım, ev hastanesi, ev hospilitizasyonu, tıbbi evde bakım veya duvarsız hastane olarak bilinir ve hastaya evinde sağlanan tıbbi hizmet anlamına gelmektedir(Bentur, 2001:72). “Evde bakım” kavramı çeşitli

ülkelerde farklı sözcüklerle ifade edilmektedir. İsrail'de ev hastanesi (hospital at home), ABD'nde evde bakım(home care), evde sağlık bakım (home health care), ev hemşireliği (home nursing), Batı Avrupa'da ise evde sağlık bakımı (home health care), ev ziyareti (home visiting), Fransa'da evde bakım (home care –fin de vie) sık kullanılan ifadelerdir (Çoban, 2003; WHO,1999; Joint Commission, 1991).

Evde bakım hizmetleri, bireylere ve ailelere onların yaşadıkları ortamda sağlık hizmetleri almayı teşvik etmek, sağlığı düzenlemek için ya da hastanın bağımsızlığın en yüksek seviyesini sağlamak için oluşturulmuş hizmetlerdir (Tatlor ve ark, 1993:38). Evde bakım hizmetleri; sağlık düzeyini iyileştirmek ve yükseltmek için hastalara ev ortamında sağlık hizmetleri ve hizmet donanımının (araç, gereç) sağlanmasıdır (Kavuncubaşı, 2000:41). Scuhulmerich ve arkadaşlarına göre (1996:5), evde sağlık bakımı, toplumsal bakım, ev ziyaretleri ve hemşire ziyaretleri kavramlarının hepsi evdeki profesyonel bakımı içermektedir. Medicare, evde bakım hizmetlerini yara ya da hastalığın tedavisi için evde alınabilecek eğitimli hemşire bakımı ve diğer sağlık bakımları olarak tanımlamaktadır (CMS, 2002:1).

Evde bakım, profesyonel bir kişinin, hastaya ve ailesine, hastanın evinde yardım sağlama girişimidir. Evde sunulan yardım sosyal, duygusal, bilişsel ve tıbbi gereksinimler üzerine odaklanmaktadır. Evde bakım, evde bulunan tüm bireylere, çocuklardan kronik hastalığı olan yaşlılara kadar herkese hizmet sunmak için kullanılmaktadır. Evde bakım hizmetleri uygulamaları sırasında özellikle de kronolojik hastalıkların bakımında, hastanın ve hasta yakınının bakım sırasında katılımcı olması beklenmektedir. Evde bakım hizmetlerinde ailenin katılımcı olması, amaca ulaşmada kolaylaştırıcı rol üstlenirken, hasta, hasta ailesi ve sağlık personeli arasındaki eşgüdümü de artırmaktadır. Evde bakım hizmetlerinin özellikle tıbbi boyutunu vurgulayan bir diğer tanım da Tanlı tarafından yapılmıştır. Evde bakım hizmetleri, sağlık hizmetlerinin bir parçası olarak tıbbi kontrol altında

hastalara ve ailelerine buldukları ve yaşadıkları ortamda gerekli sağlık hizmetlerinin götürülmesi olarak ifade edilmiştir. Evde bakım hizmetlerinde amaç, günlük yaşam aktivitelerini en az etkileyerek en uygun tedaviye ulaşarak hastalığın ve yetersizliğin etkilerini en aza indirmek ve aynı zamanda yaşam ve yaşama koşullarını yükseltmek olduğu belirtilmektedir(Tanlı, 1996:1).

Erdoğan'a göre (2001:1), evde bakım hizmetleri, gelişmiş sağlık bakımının alt grubudur. Akut, kronik veya kalıcı yetersizliği olan kişi ve ailesine kendi ortamlarında; bağımsızlıklarını en üst düzeyde tutan, hastalık ve yetersizlikleri en aza indiren, sağlığı koruyan, sürdüren ve rehabilite eden, hasta ve ailesinin gereksinimlerine göre planlanan bir hizmet biçimidir. Erdoğan, evde bakım hizmetleri tanımında önemli bir araç olan, "hasta ve ailenin gereksinimlerine" göre sağlık hizmetlerinin planlamasına vurgu yapmaktadır. Bu yaklaşım sağlık hizmetlerinde yeni bir yaklaşım olan transmural bakım kavramını çağrıştırmaktadır. Hollanda'da evde bakım hizmetleri uygulamalarında transmural bakım kavramı ön plana çıkmaktadır (Smeenk ve ark, 1998a, Smeenk ve ark, 1998b). Transmural bakım, hastanın gereksinimlerine odaklanmış, sorumlulukların paylaşılmasına dayalı olarak genel ve özel bakıcıların da eşgüdümünde ve uyumunda sağlanan bakımdır (Linden ve ark, 2001:111).

Avrupa ve ABD'de çeşitli evde bakım hizmeti örgütlenmelerinden baskın olan "hastane temelli evde bakım hizmetleridir". Hastane temeline dayanan; kronik bakım gerektiren yatan ve ayakta tedavisi yapılan hastalar için alternatif olarak doğmuş ve yayılan bir bakım türüdür.

Wasik ve arkadaşları (1990:48) evde bakım hizmetlerinin mantığını tanımlamak için güçlendirmek, kolaylaştırmak, yükseltmek terimlerini öneminden söz etmişlerdir. Güçlendirmek; kişinin ya da ailenin kendi

hedeflerini tanımlamasını ve kendi kararlarının almasının sağlanmasıdır. Güçlendirme, aile merkezli hizmetin kalbini ve ruhunu temsil eden bir terim olarak kabul görmektedir. Güçlendirme, terimde üç temel yeti önem kazanmaktadır. Bunlar gereksinim duyulan kaynaklara ulaşabilme ve onları kontrol edebilme, karar verebilme ve problem çözme, kaynakları temin etmek amacıyla diğer kişilerle etkili ilişki kurabilmek için gerek duyulan davranışların kazanılmasıdır. Güçlendirme aynı zamanda etiğin temel ilkelerinde “özerklik” (autonomy) ile yakından ilişkilidir. Tıbbın temel amacı insanı insan yapan temel unsurlardan biri olan özerkliği hastalık, yaşlılık gibi durumlarda, yani özerkilğin zedelenebildiği durumlarda onarmak ve desteklemektir. Evde bakım hizmetleri bireyin hükümlanlık alanını koruyarak ve onun kendi alışkanlıklarını olabildiğince çok kısmını elinde tutmasına olanak vererek özerkliğin en üst düzeyde saygı görmesini sağlar. Kolaylaştırma; ailenin kendi kendisine faaliyette bulunmasını kolaylaştıracak kaynakları bulmasında ona yardımcı olmak anlamına gelir. Kavramlardan üçüncüsü olan yükseltmek hali hazırda mevcut bulunan güçlerin üzerinde yapılanmanın sağlanmasını ifade eder.

2.2. EVDE SAĞLIK BAKIM HİZMETLERİNİN TARİHSEL GELİŞİMİ VE UYGULAMALARI

Evde bakım hizmetleri uygulamalarının ortaya çıkışı milattan öncesine dayanmaktadır. Bu kapsamda, eski çağlarda evde sağlık bakım hizmetleri, Avrupa’da, Amerika’da ve Türkiye’de evde bakım hizmetlerinin tarihçesi aşağıda alt başlıklar olarak incelenmektedir.

2.2.1. Eski Çağlarda Evde Sağlık Bakım Hizmetleri Uygulamaları

Sağlık hizmetlerinde M.Ö. 15. ve 16. yüzyıllar arasında mitolojik ve mistik tıp uygulamaları egemen olmuştur. Ege'de pek çok asklepion kurulmuş ve buralarda özellikle telkine dayalı bir tedavi yürütülmüştür. Hamilelerin ve ölümcül hastaların kabul edilmediği bu tapınaklarda ayrıca basit ilaçla, güneş ve banyo tedavileri, tiyatro ve müzik uygulamalarının da olduğu kaydedilmektedir (Arda, 1998: 94). "Asklepios'un kutsal korusu her yandan sınırlarla çevrelenmiştir. Bu sınırlar dahilinde ne insanların ölmesi ne de kadınların doğum yapması mümkündür, aynı yasa Delos adasında da geçerlidir" (Pausanias, 1967 akt Gilgil, 2002). Eski Yunan'da son dönem hastaların ve hamilelerin kurumsal hizmet dışı bırakılması ilgili gruba sağlık hizmeti sunulmadığı, sunulsa da kurum dışında sunulduğu kanılarını güçlendirmektedir.

Evde sağlık hizmetleri sunmanın tarihsel gelişimi incelenirken bireye sunulan, en ilkel sağlık hizmeti olarak değerlendirilebilen doğumun, evde mi yapılması yoksa ev dışında mı yapılması gerektiği tartışmalarının yaşandığı Hititler, Romalılar dönemini göz ardı etmemek gerekmektedir. Eski toplumların bir çoğunda doğum esnasında vücuttan kan çıktığından, doğumun kadını ve doğumda bulunanları kirli hale getirdiğine inanılmıştır. Bu sebeple doğuran kadının tecrit edilerek özel doğum mekanlarına götürülmesi gerektiği düşünülmüştür. Hastaların bu özel doğum mekanlarına götürülmesi mistik nedenlerle de olsa kişilerin kendi yaşadıkları mekanlardan uzaklaşarak farklı ama bu amaçla düzenlenmiş mekanlarda hizmet almalarını sağlamıştır. Doğum olgusuna farklı bir değer yükleyerek doğumun yalnızca kişi için değil, bütün toplum için önemli bir olay olarak görüldüğü ve kutsal sayıldığı bazı toplumlarda da, günlük bir yer yerine, bu tür özel durumlar için kullanılan ayrı bir yerde gerçekleştirilmiştir (Pieri, 1982:7 akt Erginöz, 2002:156; Pausanias, 1967 akt Gilgil, 2002: 281). Soronas, "gynaegology" başlıklı

eserinde Roma'da doğumun genelde gebenin evinde gerçekleştirildiğinden ve doğum başladığında ebenin gerekli alet ve mazlemeyi yanına alarak gebenin evine gittiğinden söz etmektedir (Erginöz, 2002: 156).

2.2.2. Avrupa'da Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Tarihçesi ve Uygulamaları

Avrupalılar, 1300'lü yıllarda nedeni bilinmeyen bir hastalıkla (veba) nasıl ve ne şekilde mücadele edileceğini bilmeden, mücadele ederken bir taraftan da hastalığa çözüm arayışı içerisindeydiler. Bu arayışların sonucu olarak hastalığın Doğu'dan geldiğine inanılmıştır. Hastalığın yayılmasını önlemek amacıyla Venedik Duka'sınca 1348 yılında ilk karantina uygulaması gerçekleştirilmiştir. Dukalık konseyi, Doğu'ya yaptığı seyahatten dönen gezginleri tecrit etmek amacıyla kırk gün süreyle (İsa'nın çölde inzivada kaldığı süre kadar) karantina ilan etmiştir (Sobel, 2000: 175). Uygulanan karantina dinsel nitelikli de olsa, 17. yüzyılda veba salgınlarında uygulanan evde tecrit ve sağlık hizmeti sunma uygulamalarının kaynağını oluşturmuştur.

Avrupalılar 17. yüzyılda evlerdeki ve sokaklardaki ölü farelerin sayısına bakıp veba salgınının yaklaştığını fark edebilecek kadar tecrübe sahibi olmuşlardır. Veba ile mücadele Avrupa'da sağlık hizmetlerinin önemini ve hatta kralların halk nezdindeki güvenilirliğini artıran önemli bir hastalıktır. Bu anlamda Toscana Grandükü II. Ferdinand halkıyla barışık olmak, prestijini artırmak ve halkına moral vermek için mahalleleri gezmiş ve ev ziyaretlerinde bulunmuştur (Sobel, 2000: 172). Evler, bu dönemde hastaların barındığı mekanlar olmuştur ve bu mekanlardan hastaların çıkmaları yasaklanmıştır. Hastaların temel gereksinimleri ev ziyaretçileri tarafından karşılanmaya başlanmıştır (Sobel, 2000). Bu dönemde uygulanan evde sağlık hizmeti,

hastaları tecrit ederek hasta olmayanları korumak ve olabildiğince de vebaluların temel gereksinimlerini evlerinde sağlamaya yönelik olmuştur. Bu dönemde uygulanan evde bakım hizmetinin medikal boyuttan öte sosyal hizmet boyutlu olduğu söylenebilir.

Avrupa'da, ortaçağda, yoksulları gözeten hayır kurumları olarak hastaneler kentsel mimarinin bir bölümü haline gelmiştir. Illich (1995: 109) 18. yüzyılın sonlarına değin, hastaneye gidilmesinin tipik olarak, dönüşü olmayan bir yolculuk olarak bilindiğini belirtmektedir. Hastaneler, 18. yüzyılda deliler, sakatlar, saralılar, diğer şifasız hastalar, yetimler ve bir organı kesilecek hastaların her yaşta ve cinsiyette olanı hep bir arada, karmaşık bir biçimde yattığı yerlerdir. Bu dönemdeki hastaneler hakkındaki olumsuz yargılar evde bakım hizmeti uygulamaları için hazırlayıcı faktör olarak değerlendirilebilir.

Avrupa'da demografik ve ekonomik temelli yaklaşımlar 19. yüzyılın ortalarından itibaren bakım gereksinimi olan bireylere yardım etmek için, organize resmi girişimlerin oluşturulması ve hızlanmasında aktif rol oynamıştır. Demografi ve ekonomik hazırlayıcılar, kentlerde yaşayan ve sayıları gittikçe artan fakir ve özellikle hasta kişilerin, hastanelerdeki bakım için gerekli parayı bulamamaları ve bu nedenle evde tedavilerinin ve gerekli desteğin sağlanması olarak belirtebilir. 20. yüzyıla girilirken kentleşmedeki hızlı artış, özellikle de kentte yaşayan insan sayısındaki artış, buna bağlı sosyal koşullardaki bozulmayı da beraberinde getirmiş, evde bakım ve desteğe olan ihtiyacı artırmıştır (Wasik ve başk., 1990).

Avrupa'da evde bakım hizmetleri ile ilgili felsefi boyutta değişiklikler olurken, eğitilmiş ev ziyaretçileri ile evde bakım hizmeti verilmesi için kurumsallaşma çalışmaları başlamıştır. Kilisenin önderliğinde, gönüllü kuruluşlar tarafından evde hasta bakımı, hizmet sunma yöntemi olarak benimsenmesine rağmen, dini gruplar dışında evde hasta bakımı hizmeti,

1859 yılına kadar yapılmamıştır. Gerçek anlamda ziyaretçi hemşirelik hizmeti William Rathbone adlı bir İngiliz antropolog tarafından oluşturulmuştur. Rathbone, eşine, evde bir hemşire tarafından verilen bakımdan etkilenecek fakir hastalar için gönüllü bir ziyaretçi hemşire servisi oluşturmuştur. Mary Robinson, Liverpool'da evde hasta bakımı veren ilk ziyaretçi hemşiredir. Robinson ev ziyaretleri sırasında sadece hasta bakımı yapmamış aynı zamanda, aile bireylerine evde hasta bakımı ve genel hijyen kuralları da öğretmiş, böylece İngiltere'de bölge hemşirelik sisteminin temeli atılmıştır (Galagher, 1985:330; Öztekin ve Kubilay, 1995:3).

Hastaların evlerinde bakımı konusundaki çabalarından dolayı Florence Nightingale, evde bakım hizmetlerinin en önemli öncülerinden kabul edilebilir. Nightingale, hasta kişilerin bakımı için görevlendirilecek kadınların özel olarak eğitilmesini önermiş ve eğitilmiş kadınların hastanelerde, bölgelerde, ev ziyaretleri gerçekleştirecek özel hemşire olarak görevlendirilmeleriyle ilgili bir plan sunmuştur. Nightingale'in önerileri üzerine, 1862 yılında Liverpool'da evlerde hasta bakımını gerçekleştirecek ziyaretçi hemşire yetiştiren ve 1,5 yıllık bir eğitim veren ilk okul açılmıştır (Galagher, 1985:331; Öztekin ve Kubilay, 1995:3). Nightingale'in hastalara, özellikle gelir düzeyi düşük hastalara ilgisi yaşamı boyunca sürmüştür. Nightingale'in yazılarının ana konularından biri tanesi de hemşirelerin yeterli eğitim almasıyla birlikte, kırsal kesimde yaşayan annelere hijyen bilgilerinin verilebilmesi için, kırsal sağlık misyonerleri ve hemşire olmayan sağlık ziyaretçilerinin yetiştirilmesiyle ilgilidir. Ziyaretçi hemşirenin rolü 20. yüzyılın başlarında genişlemeye başlamış ve ev ziyaretlerine, ziyaretçi öğretmen ve sosyal görevli de katılmaya başlamıştır. Ziyaretçi hemşireler çalışmalarına koruyucu bakım hizmetini de eklemiştir. Çoğu kentsel hemşire kuruluşu, 1910'lu yıllarda öğrenciler, bebekler, anneler ve tüberkülozlu hastalar için koruyucu programlar başlatmıştır. Ziyaretçi hemşirelerin ve halk sağlığı hemşirelerinin tedavi edici ve koruyucu hizmetlerdeki görevleriyle ilgili tartışmalar günümüze kadar sürmüş olmakla birlikte, her iki grup hemşire de tüm yüzyıl boyunca ev

bakımında görev almışlardır (Buhler, 1985:1157). Savaşlar, ekonomik krizler, endüstrileşme ve diğer sosyal faktörler halk sağlığı hemşireliğinin ve evde bakım hizmetlerinin gelişmesini hızlandıran önemli olaylardır (Rossman ve Schulmerich, 1996:5).

Avrupa'da 1937 yılında Danimarka'da başlatılan ev ziyareti programı, başarılı hizmet sunumu için örnek bir model olmuştur. Danimarka'daki ileri düzeyde gelişmiş evde bakım sistemi, evli olmayan annelerin çocuklarının ve terkedilmiş ya da yetim-öksüz kalmış, sıklıkla kötü muamele gören çocukların, özel ailelere yerleştirilme uygulamasına dünya çapında bir ilginin uyandırdığı, 19. yüzyılın sonlarına dayanır. Danimarka'da, dört coğrafik bölgede uygulanan altı yıllık bir pilot çalışmanın olumlu sonuçları, ev ziyaretinin bebek ölüm hızını ve hastalanma oranını azalttığını göstermesi, evde bakım ve ev ziyaretlerinin öneminin artmasını büyük oranda hızlandırmıştır. Danimarka'da 6 yıl süren çalışmalar sonucunda, tüm ülkede çocuk haklarını savunan ve ev ziyaretleri gerçekleştirerek evde bakım sağlayan sivil toplum örgütlerinin oluşumunun desteklenmesi kararlaştırılmıştır. Çocuk haklarını savunan gruplar, "Çocuk ve Gençlik Komiteleri" (Child and Youth Committees) olarak adlandırılmıştır. Komitelerin görevi koruma, destekleme ve engellemedir. Komitelerde daha çok, sosyal hizmet çalışanları ve aile yardımcıları bulunmaktadır. Aile yardımcılarının yardımcı çalışan olarak kullanılmasının nedeni, gerekli hizmetleri sağlamada sosyal hizmet çalışanlarının sayısının yetersiz olmasından kaynaklanmaktadır. Danimarka'nın bazı bölgelerinde bir sosyal hizmet çalışanı, on ile yirmi aile yardımcısına rehberlik ve denetleme hizmeti vermiştir. Bir aile yardımcısı, aileyi ihtiyaçlarına göre günlük, haftalık veya ayda bir ziyaret etmekle görevlendirilmiştir. Burada öncelik, problemin aile bağlamı içerisinde çözülmesine verilmiştir (Wasik ve başk., 1990: 25).

Avrupa'da evde sağlık bakımı yıllardır uygulanan bir toplum hizmeti. Hollanda, İsveç, Danimarka ve İngiltere, İskoçya gibi ülkelerde merkezi hükümetler evde sağlık bakım hizmetlerini sunarken bir yandan da kaliteli

hizmetlerin verilmesini sağlayacak programları desteklemektedirler (Boyoğlu, 1998:68; Loo ve başk., 2002; Meiland ve başk.; 2002; Aksakoğlu, 1994: 97-99; Stevenson, 1994).

İngiltere'de sağlık hizmetlerinde 1980 ve 1990 yılları arasında gerçekteştirilen büyük değişim (West, 1997:1), evde bakım hizmetleri alanında da etkisini 1983 ile 1999 yılları arasında göstermiştir. Evde bakım hizmetleri İngiltere sağlık bakım sisteminde büyük bir sorun olan hastanelerdeki yatış için kısmen çözümlenmiştir (Kerrison ve başk., 2001:490).

Evde bakım hizmetlerini sağlık sistemlerini bütünleştirmiş ölkelerden biri olan Hollanda'da evde bakım hizmetleri medikal hemşirelik hizmetleri ve hastanın kişisel bakım ve sosyal desteğinin baskın olduğu hizmetler olmak üzere iki sınıfa ayrılır (Brodsky ve başk., 2000:58). Hollanda'da yaşlılarda geropsikiyatrik ve psikomatik rahatsızlıklar için 300'den fazla evde bakım kuruluğu bulunmaktadır (Meiland ve başk., 2002: 1173).

Hastaların uzun süreli bakım politikalarının geliştirilmesinde yaşanan problemlerden biri kanunların zorunlu bakım için dayanak olarak kullanılmasıdır. şimdiye kadar sadece Avusturya, Almanya, İsrail, Japonya ve Hollanda gibi birkaç ölkede kişilere uzun süreli bakım hakkı sağlayan yasaları yürürlüğe koymuştur. Bu ölkeler, kişisel hakkın bütçe sınırlamaları ile kısıtlanmadığı yasal sigorta programları ile, uzun süreli bakım hizmetlerinin temini için özel, ayrı programlar oluşturmuşlardır. Programların çoğu bütün yaş gruplarını kapsamakta ve toplum içerisinde ve kurumsal bakımı da içerecek şekilde kapsamlı hizmetler sağlamaktadır. Bununla birlikte bu ölkelerin uzun süreli bakım konusunda yasalarını hazırlarken hedef nüfusun seğimi, uygunluğun değerlendirilmesi işlemi ve değerlendirmeden sorumlu personel, verilecek hizmetin tipi, hizmetlerin nasıl ve kim tarafından

sağlanacağı ve finansman mekanizmaları gibi konularda farklı yaklaşımlar benimsedikleri de dikkat çeken önemli bir noktadır (WHO, 2000a:23).

2.2.3. ABD’de Evde Bakım Hizmetleri

Amerika’da 18. yüzyılda verilen evde bakım uygulaması ve ev ziyaretleri, gelir düzeyi düşük çocukları ve ailelerine sağlanan kamusal bakım metodu olarak benimsenmiş ve evde bakım anlayışıyla birlikte kurumsal bakımdan uzaklaşmaya başlanmıştır. ABD’de evde bakım hizmetleri anlamında ilk örgütlenme 1796 yılında Boston Dispanseri tarafından gerçekleştirilmiştir (Benjamin, 1997:49). Ancak 19. yüzyılla birlikte bu felsefede büyük bir değişim meydana gelmiş ve yoksul çocukların kurumlarda bakımı, evde bakıma göre daha üstün kabul edilmiştir. Aileler çocuklarının bakımını sağlayamadığında, çocuklarını ihmal ettiklerinde veya çocuklar öksüz-yetim kaldıklarında, evlerinden alınarak bakımevlerine yerleştirilmişlerdir. Başta New York olmak üzere pek çok şehirde çocuklar ve yaşlılar için bakımevleri kurulmuştur. Aynı zamanlarda, İngiltere’de de dullara ve çocuklarına evlerinde destek sağlanmamış bunun yerine, çocuklar ailelerinden alınarak binlerce çocuğun yaşadığı bakımevlerine yerleştirilmiştir. Bu girişimlere, “aileleri bir arada tutma yerine onları ayırmanın olumsuz etkilerini tanımlayan” güçlü eleştiriler yapılmıştır. Bazı eyaletlerde ise, 19. yüzyıl öncesinde olduğu gibi evde hizmet sunumu devam etmiş ve daha sonra New York’da evde hizmet sunumu üzerine yoğunlaşmıştır (Munchus ve başk., 1999;Wasik ve başk., 1990: 18).

1980 ile 1918 yılları arasında tüm dünyadaki sosyal ve kültürel değişimlerden Amerika da etkilenmiştir. Bu dönemde Amerika’da evde bakım hizmetleri ile ilgili pek çok ilerleme kaydedilmiştir (Wasik ve başk., 1990: 19).

Hemşireler 1886 yılında, ABD'nin özellikle Philadelphia ve Boston eyaletlerinde bölgesel olarak örgütlenerek evde bakım hizmeti gerçekleştirmişlerdir (Gallagher, 1985: 330; Munchus ve başk., 1999; Rossman ve Schulmerich, 1996:4). Evde bakım hizmetlerinin kronolojik olarak incelenmesi bu hizmetlerin ABD'deki gelişmesini anlamak açısından çok önemlidir. Tablo 2.1'de evde bakım hizmetleri kronolojisinden bazı önemli yapı taşları gösterilmektedir.

Tablo 2.1. ABD'de Evde Bakım Hizmetleri Kronolojisi

1813	South Carolina'da Benevolent Society adlı ilk kadın örgütü fakir hastalara bakım için kurulur.
1832	Philadelphia Hemşirelik Örgütü fakirlere evlerinde bakım verir.
1877	New York Şehri Kilisesi eğitimli hemşireleri fakir hastaların evlerine gönderir.
1898	İlk belediye evde bakım hemşiresi fakir hastalara hizmet vermek üzere işe alınır
1901	Toplam 58 kurum 130 hemşireyle kamu sağlığı hizmeti verir.
1909	Visiting Nurse Quarterly, ilk meslek dergisi aylık basılmaya başlanır.
1909	Metropolitan Life sigorta şirketi sigortalılarına ilk defa evde bakım hizmetini sunar.
1916	1922 halk sağlığı kurumu 5150 hemşireyle hizmet verir.
1921	Evde prenatal ve yenidoğan bakımı hükümetçe kabul edilir.
1935	Devlet finansı ile sağlık müdürlüklerinin resmi evde bakım hizmetleri başlar.
1947	İlk organize evde bakım programı Montefiore Hastanesi'nde başlar (New York).
1950	Halk sağlığı hemşire sayısı 25100'e ulaşır.
1953	Yaşam sigortaları evde hemşire bakımını poliçelerinden çıkarır.
1960	Yaşlılar için devlet tarafından ücretsiz evde bakım onaylanır.
1966	Medicare ve Medicaid evde bakım hizmetlerini kabul edip sunmaya başlar.
1982	Ulusal evde bakım organizasyonu kurulur.
1983	Devlet hastanelerinde kalış süresini azaltan ödeme planını uygulamaya koyar.
1993	Evde ve huzurevinde bakım dünya organizasyonu kurulur.

Kaynak: M.D. Harris, Handbook of Home Health Care Administration, Gaithersburg, Md. Aspen Publication, 1994.

ABD’de evde bakım kuruluşlarının büyük çoğunluğu kar ortaklıkları şeklinde örgütlenmişler ya da hastanelerle ortak çalışmaktadır. Evde bakım kuruluşlarının hastanelerle ortak olması hastaların hastaneden zamanında taburcu olmalarını sağlamıştır. Hastanelerin bu şekilde yapılanması talebi artırdığından evde bakım sağlayacak kuruluşların artışı da hızlandırmıştır (Kurtz ve başk., 1991: 175; Munchus ve başk., 1999).

Chromiak (1992: 41) evde bakım hizmetlerinin kabulü ve uygulanabilirliği açısından çeşitli kriterler belirtmektedir. Bunlar;

- Hizmet öncelikli olarak, sosyal ve çevre gereksinimi üzerinde değil, sağlık gereksinimi üzerinde temellenir.
- Hasta temel olarak evle sınırlıdır.
- Evde bakım şirketi gerekli ve zorunlu hizmetin miktarını ve çeşidini geliştirme kapasitesine sahiptir.
- Evin düzenlenmesi hasta için önemlidir.
- Hastanın korunması, yiyecek, giyecek temini sağlanabilir.
- Hastanın bakımına, hastanın ailesi ya da onu seven birisi gönüllü olarak katılabilir.
- Çevre verilecek hizmetin etkililiği açısından önemlidir ve göz ardı edilmemelidir.

ABD’de evde bakım kurallarının ve kaidelerinin hükümet olarak güçlendirilmesi ve desteklenmesi için evde sağlık acentası lisanlarının verilmesi, katılımın desteklenmesi, toplumun izlenmesi, cezalar verebilme işlevlerinin olması gerekmektedir (Gunther, 1996: 70; Munchus ve başk., 1999).

ABD’de Sağlık Kuruluşları Akreditasyonu Üst Kurulu (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations; JCAHO) (1991) evde bakım

kuruluşlarını dört temel sınıfa ayırarak bunları onbir farklı kriter açısından değerlendirmiştir (Tablo 2.2.).

Tablo 2.2. ABD’de Evde Bakım Kuruluşları ve Kriterleri

Kriterler	Evde Bakım Hizmeti Sağlayıcılar			
	Kişisel bakım ve hasta bakıcılığı hizmetleri	Evde tıbbi malzeme desteği hizmetleri	Evde infüzyon desteği hizmetleri	Hemşirelik hizmetleri
Hasta hak ve Soruml.	X	X	X	X
Hasta bakımı	X	X	X	X
Güvenlik yönetimi	X	X	X	X
Enfeksiyon kontrolü	X	X	X	X
Evde bakım kayıtları	X	X	X	X
Kalite değerlendirme ve geliştirme	X	X	X	X
Yönetim yapısı	X	X	X	X
Evde sağlık hizm.	X	X	X	X
Farmakolojik hizmet.			X	
Kişisel bakım ve destek hizmetleri	X			X
Malzeme yönetimi		X	X	
Klinik solunum hizm.		X		

Kaynak: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (1993 edition), Accreditation Manual for Home Care.

Farmakolojik hizmetler yalnızca evde infüzyon desteği sağlayan evde bakım kuruluşlarında istenen bir özellik, malzeme yönetimi kriteri ise, evde medikal malzeme yönetimi sağlayabilen kuruluşlarda ve evde infüzyon desteği sağlayan kuruluşlardan beklenen bir kriterdir.

2.2.4. Türkiye’de Evde Sunulan Sağlık Hizmetlerinin Tarihçesi

Türklerin İslamı kabul etmelerinden önceki dönemlerde toplumun sağlığını korumakla ve hastalıklarla savaşmakla görevli olanlar başlıca iki gruba ayrılabilir. Bunlardan ilki “kam”lardır. Genellikle erkeklerin yürüttüğü ve onlara kendi soylarından geçen bir özellik olan kamlık; insan ruhuna “musallat” olan, onu çalan ya da yolunu şaşırtan kötü ruhlarla mücadele etmektedir. Öteki grupta ise, ampirik tıp uygulayıcıları olan, “emci”, “otacı”, “atasagun”lar bulunmaktadır. Bunlar bitkisel ve hayvansal kökenli ilaçlar kullanmakta, tedavi yöntemlerinde büyük yer vermekte; toz ve pomat gibi formlarda ilaçlar hazırlamaktadırlar (Arda, 1998: 97). Türklerin bu dönemde yaşam tarzlarının göçebe olması ve yerleşik hayata geçmemelerinden sağlık hizmeti sunum işlemlerini hasta bireylerin evlerinde sundukları düşünülmektedir.

Anadolu Selçukluları döneminde açık hava yardımı şeklinde sağlanan sağlık hizmetlerine de rastlanmaktadır. Hekimler, mahalle halkına pazarlarda, çarşılarda ve evlerde sağlık hizmeti sunmuşlardır (Yasa, 2002: 128). İlk Türkçe deneysel tıp eseri olan Mücerreb- Name’de eserin yazarı hekim Şerafeddin Sabuncuoğlu felçli hastalara evlerinde yaptığı ziyaretlerden söz etmektedir (Sabuncuoğlu, 1998: 21).

Osmanlı İmparatorluğu döneminde, genel idari örgütlenmenin askeri temele oturmasına koşut olarak sağlık hizmetleri daha çok orduya yönelik sağlık hizmetlerinin devlet eliyle yürütülmesi dışında; padişah, sultan ve hayırsever kişilerin kurdukları hastane şifa evleri ve benzeri kuruluşlarca verilmiştir (Akdur, 1998:34). Osmanlılardaki ordu temelli bu sağlık anlayışı, hayırseverlerin büyük kentlere hastaneler kurması, özellikle büyük şehirlerin dışında yaşayan halkın kurumsal bir sağlık hizmeti alma seçeneğini

azaltmıştır. Günümüzde folklorik bir davranış şeklinde etkisini gösteren evde doğum hizmetleri mahalle ebelerinin gebenin evinde yaptıkları temel sağlık hizmetlerinin başında gelmektedir ve bu kaynağını Osmanlı ve öncesinden aldığı düşünülmektedir.

Evde bakım hizmetlerinin tarihsel süreci incelenerek ev ziyaretinin başlangıcından bugünkü durumuna kadar bakıldığında, evde bakım hizmetlerinin değerinin sürekli yeniden keşfedilmekte olduğu görülmektedir. Evde bakım hizmetleri, en azından iki yüzyıldır sürmekte olan pek çok ülkede hastalara, özel topluluklara ve hem de genel nüfusa hizmet sunmada bir yöntem olarak benimsenmiştir.

2.3. EVDE SAĞLIK BAKIM HİZMETLERİNİN KAPSAMI

Uluslar arası düzeyde evde bakım hizmetlerinde anlaşmaya varılmış minimum veya çekirdek bir hizmet listesi bulunmamaktadır. Bu nedenle her ülke kendi olanak ve sosyo-kültürel dinamikleri açısından aralıklı olarak yenileyebildiği bir hizmet listesi oluşturmuştur. Evde bakım hizmetlerinin kapsamı konusunda alınacak kararın çok dikkatli alınması ve topluma oldukça anlaşılır biçimde açıklanması gerekmektedir. Toplumlar, gerksinimlerinin karşılanmasında, ekonomik koşulların dikkate alınmasında, kişisel ve topluluğa ait tercihlerde, hizmet alan ve hizmet sunanın hareketlilik olanağında ve ulaşım olanaklarının sağlanabilirliği ölçüsünde alternatif yolları göz önüne alınmasını isteyebilir (WHO,2000a:8).

Uzun yıllardır evde bakım hizmetlerini sağlık sistemlerine entegre etmiş ülkelerde, hizmeti sunan ve hizmetten yararlanan arasında daha çok işbirliğine dayalı ve danışmanlık şeklinde gelişen bir ilişkinin önemi konusunda görüş birliği olduğu görülmektedir. Batı'da evde bakım

hizmetlerinin artışına bağlı olarak politika oluşturucular, hizmeti sunan kişiler ve finansal yöneticiler artışın sebebini araştırmakta, evde bakımın maliyet ve bakım kalitesi açısından hastane bakımına bir alternatif olup olmadığını sorgulamaktadırlar (Bentur, 2001:71). Ülkelerde evde bakım hizmetleri oluşturulurken, durum tespiti yapmaya yönelik bazı soruların cevaplandırılması gerekmektedir. Aşağıdaki listede verilen sorular, evde bakım hizmetleri organizasyonunun kabul edilebilirliğini, verilecek hizmetin etkinliğinin ve başarısının artırılması için yanıtlanması gereken en önemli sorular olarak görülmektedir. Listedeki sorular öncelik sırasına göre sıralanmamıştır, ekleme ve çıkarmaların yapılabileceği belirtilmektedir. Ülkeler sorular ve içerikleri konusunda gerekli gördükleri değişiklikleri yapabilirler. Bu sorular; evde bakım hizmetleri konusunda uygun politika ve programların geliştirilmesine yönelik rehber niteliği taşımaktadır (WHO, 2000a:22).

- Var olan olanaklar, evde bakım hizmetlerinin yürütülmesinin hızlandırılmasında nasıl kullanılabilir?
- Elde edilebilir kaynaklar, birikmiş deneyimler nasıl tanımlanabilir ve daha ileri gelişmenin bir başlangıç noktası olarak nasıl kullanılabilir?
- Yapılacak faaliyet araştırması, evde bakım politikaları için bir temel oluşturmada nasıl kullanılabilir?
- Evde bakım hizmetleri konusunda hem hizmet alanların hem de bakıcıların görüşlerinin açığa çıkarılmasının sağlanması için hangi mekanizmalar geliştirilebilir?
- Kamuoyu, evde bakım hizmetleri konusunda nasıl harekete geçirilebilir?
- Hükümetin sağlıkta kalite güvencesi ve sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde rolü nedir?
- Evde bakım hizmetlerinde eşitlik ve kalite nasıl geliştirilebilir?
- Evde bakım hizmetlerine ulaşabilirlik ve devamlılığının garanti altına alınması için ne yapılabilir?
- Evde bakım ve kurumsal bakım(hastanede bakım) arasındaki uygun denge nasıl sağlanabilir?

- Yerel, bölgesel ve ulusal düzeylerde evde bakım hizmetleri girişimlerini sağlık sistemlerine uyarlamak için ne yapılabilir?
- Hangi stratejiler tabandan tepeye politika gelişimini teşvik edecektir?
- Toplumsal organizasyon ve karşılıklı bakım veya destek nasıl kolaylaştırılabilir?

Evde bakım hizmetlerinden yararlandırılması için uygun hasta seçiminde bazı kriterler gerekmektedir. ABD'de Medicare tarafından evde bakım hizmetinin finansmanının sağlanması için gerekli temel kriterler aşağıda belirtilmiştir (CMS, 2002:1);

- Hekim tarafından evde tedavinin gerektiğine karar verilmeli ve evde tedavi için plan yapılmalı,
- Hastalık aralıklı veya sürekli olarak profesyonel hemşirelik bakımı, fizik tedavi, konuşma terapisi gerektirmesi,
- Hastanın eve bağımlı olması, hastanın evden ayrılması için büyük bir enerji gerektirmesi, hastanın evinden çok kısa bir süre ayrılacak kadar gücü olması,
- Evde bakım hizmeti sunacak şirketin Medicare tarafından onaylanmış olması gerekmektedir.

Evde bakım hizmetleri bir çok hasta ve hastalık için uygulanabilir bir sağlık hizmeti olmakla birlikte hizmet götürülen hasta grupları içinde daha baskın olanlar vardır. Bu grupların başında son dönem hastalar, temel gereksinimleri sağlayamayacak durumda olan yaşlılar, kanser hastaları, kronik hastalar, parenteral ve enteral beslenme gereksinimi duyulan hasta grupları, psikiyatri hastaları gelmektedir (Çoban, 2003:23).

2.4. EVDE SAĞLIK BAKIM HİZMETLERİNİN AVANTAJLARI VE DEZAVANTAJLARI

Evde sağlık bakım hizmetleri hem yeni hem de kurumsal bakıma alternatif bir sağlık hizmeti olarak bir çok avantajın yanı sıra dezavantajı da beraberinde getirmektedir.

2.4.1. Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Avantajları

Sağlık hizmetleri sistemi içerisinde evde bakım hizmetlerinin gerekliliğini en iyi açıklama yöntemi, evde bakım hizmetlerinin bir çok avantajının olmasıdır. Evrensel olarak kabul edilmiş olmasa da, uygulamaları örgütlenme, eğitim ve finansal kaynak gerektirse de evde sağlık bakım hizmetleri uygulamalarından genel olarak aşağıdaki avantajların elde edilmesi beklenmektedir (Akdemir, 2001; Çoban, 2003; Karamercan, 2001; Spratt ve başk., 1997:4; Tanlı, 1996);

- Evde bakım kurumsal hasta bakımına alternatif bir sağlık hizmeti sağlayarak, hasta ve ihtiyaçlıya daha özgür ve kendi otonomisinde olma şansı verir.
- Ailenin ve tanıdık çevrenin varlığı, evde bakım hizmetini hasta için cazip kılar.
- Ev ortamında hastanın aile içi yaşama katılarak daha fazla faaliyette bulunması, çevresiyle olan iletişimi durumunun daha hızla düzelmesini sağlar.
- Evde bakımda hastanın yiyeceği kendine özel olarak hazırlandığından “hastane yemeği” şikayetine rastlanmaz.
- Hastaların kendi kurallarına değer verilir.

- Hastalar kendi kimliklerini hastane ortamına göre evlerinde daha iyi muhafaza ederler.
- Hastanede kalışta hasta için her zaman bir enfeksiyon riski söz konusu iken, evde bakımda enfeksiyona yakalanma olasılığı daha azdır.
- Uzun süreli bakım gerektiren hastalıkların bakımı evde daha kolaydır. Bu tür hastalar ihtiyaç duydukları psikolojik desteği evde daha rahat bulabilirler.
- Hastaların evde bakım maliyetleri, kısa ve uzun süreli bakımlarında hastanede kalış maliyetlerine göre çok daha düşüktür. Sadece hastalar ve ödeme kaynakları için değil, hastaneler için de bu önemli bir faktördür.
- İleri teknoloji, kullanım kolaylıklı ve emniyetli aletler evde verilen hizmetlerin çeşitlenmesini sağlamaktadır. Bu tür yüksek teknolojinin kullanımı sayesinde hastaların daha erken taburcu olarak tedavilerinin devamı sağlanabilir.
- Evde bakım hizmetlerinin hastane hizmetlerine göre daha güvenilirdir.
- Evde bakım hizmetleri hastanın ve ailesinin stresi azaltır.
- Evde bakım hizmetleri yaşam kalitesini artırır.
- Evde bakım hizmetlerinde suiistimal ve kötüye kullanma oranı daha düşüktür.
- Evde bakım bazı bireylere ulaşmanın tek yoludur.
- Evde bakım hizmetleri hastane hizmetlerinden daha verimlidir.
- Evde bakım hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetlerine erişilebilirliği artırmaktadır.
- Evde bakım hizmetleri gereksiz hastane kullanımını azaltmaktadır.

2.4.2. Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Dezavantajları

Tüm alternatif hizmetler gibi evde bakım hizmetlerinin de dezavantajları bulunmaktadır. Evde bakım hizmetlerinin bir çok ülke için yeni bir alan olması yeni riskler ve denetim sorununu beraberinde getirmektedir. Evde bakım hizmetleri, bir çok dış etkene maruz kalabilen, detaylı bir eğitim programı ve ciddi bir kontrol mekanizması gerektiren zor organizasyonlardır. Evde bakım hizmetleri verilirken, karışık, sarmal, birbirinin içine girmiş sağlık bakımı gerektirecek durumlarla karşılaşmaktadır (Schulmerich, 1996: 12).

Evde bakım hizmetlerini verecek personelin alışmış olduğu bir ortam dışında hizmet vermesi verimliliği azaltabilir. Hekimin hasta bakım tarzlarında bazı değişiklikler yapması gerekliliği hizmet sunumunu zorlaştırabilir. Sağlık personeli, hasta ve aile arasında etkili iletişim kurulamayabilir (Çoban, 2003; Ricco, 2001; Tanlı, 1996).

Profesyonel sağlık personeli olarak yetişmemiş aile üyeleri için giydirme, yemek yapma, banyo yaptırma, kaldırma, ev temizliği, çamaşır, ilaç verme gibi yapılması gereken günlük hasta ve ev bakım faaliyetleri zor gelebilir ve bu da aile fertleri üzerinde artan bir baskıya neden olabilir. Aile fertleri açısından baktığımızda bir diğer dezavantaj da sürekli bir hasta ile birlikte olmanın yarattığı gerginliktir (Arras, 1995; Karamercan, 2001; Mumford, 1983: 387; Tanlı, 1996).

Sağlık personelinin sürekli hastanın yanında bulunamaması, evde bakım hizmetlerinin kısıtlılıkları arasında sayılabilir. Acil durumlarda hemen müdahale edecek profesyonel bir kişinin olmaması evde bakımın hastane bakımı karşısında bir dezavantajdır (Çoban, 2003; Marks ve diğerleri, 1994).

Evde bakım hizmeti sunan organizasyonlar açısından karşılaşılan dezavantajlar ise; evde bakım kuruluşlarının lobicilik yapma gücünün hastanelere oranla daha düşük olması; örgütlenme ve çevreye müdahale konusunda etki güçlerinin az olması şeklinde sıralanabilir (Çoban, 2003; Mumford, 1983: 387).

2.5. EVDE SAĞLIK BAKIM HİZMETLERİNİN FİNANSMAN YAPISI

Sağlık hizmetlerinin finansmanında dünyada uygulanan temel finansman yöntemleri; devlet gelirleri, sosyal ve özel sigortalar, kullanıcı ücretleri ve toplumsal finansmandır. Ancak çok az ülkede sadece bir yöntem kullanılmaktadır (Hsiao, 2000: 17). Evde bakım hizmetlerinin finansmanında da ülkeler gelişmişlik düzeylerine göre farklı yöntemler benimsemektedirler. Geri kalmış ülkeler kamu finansmanını arttıracak hemen hemen hiçbir olanağa sahip değildirler. Bu ülkelerde evde uzun süreli bakım tümüyle profesyonel olmayan bakıcılar tarafından sağlanmakta ya da karşılıklı ayarlama takas yöntemiyle ödenmektedir.

WHO (2000a: 23) tarafından evde uzun süreli bakımın finansmanı ile ilgili olarak aşağıdaki beş yaklaşım belirtilmektedir;

- Genel vergilendirme
- Sosyal veya sağlık sigortası
- Kullanıcı ücretleri, gönüllü veya hükümet tarafından zorlamayla, kapsamı değişebilen değerlendirme oranlarında (peşin veya takasla ödeme)
- Özel sigorta
- Ücretsiz personel kullanımı

Bu yaklaşımlar genel ya da spesifik olabilmektedir. Örneğin; uzun süreli bakım genel sağlık sigortasının kapsamında olabilir veya spesifik olarak uzun süreli bakımı sağlayan bir sigorta programı olabilir. Ülkeler ve hatta toplumlar bu yaklaşımların kombinasyonlarını kullanabilirler veya farklı uzun süreli bakım hizmetleri için farklı finansman mekanizmaları geliştirebilirler (WHO, 2000a:23).

Bir çok ülkede evde bakımın sosyal sigortalar fonundan karşılanmasını sağlamak için birkaç yeni yasal girişim mevcuttur. Bu ülkelerde evde bakım hizmetlerinin finansmanı genel vergilendirme üzerinden sağlanmaktadır. Bu fonlar sağlık sigortasına bağlı olmak yerine, özel hedef gruplar için düzenlenmek ve hizmete uygunluk için birincil kriter olarak sakatlık üzerine odaklanma eğilimindedir. Bunlar aynı zamanda her düzeyde talebin değerlendirildiği hizmet hakkının kapsamı konusunda ciddi bir şekilde tanımlanmış kriterlere sahiptir. Evde bakım hizmetlerinin finansmanının sosyal güvenlik kuruluşları tarafından sağlanmasını, sağlık ve sosyal sistemlerine diğer ülkeler örnek oluşturabilecek biçimde yerleştirmiş ülkelere Avusturya, Almanya, Hollanda, İspanya ve Japonya verilebilir (WHO, 2000b:39-75). Bu ülkelerde evde bakım hizmeti kapsamında hizmet sunulan grup uzun dönemli bakım gereksinimi olan kişilerden oluşmaktadır.

ABD'de evde bakım hizmetlerinin finansmanı sekiz farklı yöntemle karşılanmaktadır. Bunlar (OASIS, 2000:2);

- Medicare
- Medicaid
- Çalışanların desteği
- Çeşitli programlar
- Diğer devlet ödemeleri
- Özel sigorta
- Cepten ödeme
- Diğer

Medicare; yaklaşık olarak 40 milyon kişilik 65 yaş ve üstü tüm yaşlı nüfusu ve bedensel engellileri kapsayan bir kamu sigorta programıdır; işveren ve işçilerden kesilen gelir vergisi ve üyelerinin ödediği primlerle finanse edilmektedir. Medicare iki bölüme ayrılmaktadır; A bölümü (hastane sigortası) yatan hasta hizmetlerini kapsamakta, işveren ve çalışanların gelir vergisinin yarısından karşılanmakta ve hastane sigortasını finanse etmektedir. B bölümü (tıbbi sigorta) ise hekimlik hizmetleri, laboratuvar hizmetleri, tıbbi malzemeler ve aylık primlerle sübvans edilen hizmetleri kapsamaktadır. Yüzde 75 oranında genel vergi gelirlerinden ve primlerden finanse edilmektedir (Kısa, 2005).

Medicaid ise; yoksul ve yoksulluk sınırında çocuklu aileleri, düşük gelire sahip yaşlı kimseleri ve bedensel engellileri kapsayan kamu sigorta programıdır. Her eyalet kendi programını yürütmekte ve finansmanı da eyalet gelirlerinden sağlanmaktadır (Kısa, 2005).

2.6. TÜRKİYE’DE EVDE SAĞLIK BAKIM HİZMETLERİ

Türkiye’de evde sağlık hizmetleri uygulamalarında üç evre dikkat çekmektedir. Bu evreler, Umumi Hıfzısıhha Kanunu (UHK) çerçevesince yürütülen evde sağlık hizmeti uygulamaları, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun (SHSHK) çerçevesinde yürütülen evde sağlık hizmeti uygulamaları ve 1980 yılı sonrası yürütülen evde sağlık hizmeti uygulamalarıdır. Yasal çerçeve açısından durum değerlendirildiğinde ise 2005 yılına kadar evde bakım hizmetlerini sağlayacak teşekküller oluşturulmamıştır. Evde sağlık bakım hizmetlerinin kanuni çerçevesi 10.03.2005 tarih ve 25751 sayılı (Evde bakım hizmetleri sunumu hakkında yönetmelik) Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe girmiştir.

UHK ve SHSHK kapsamında yürütülen evde sağlık hizmetinin temel yürütücüsü ebe, hemşire ve pratisyen hekim iken 1980 yılı sonrasında bu hizmetlerin temel uygulayıcısı uzman hekimler ve hemşireler olmuştur.

UHK çerçevesince yürütülen evde sağlık hizmetleri uygulamaları bulaşıcı ve salgın hastalıklarla mücadele kapsamında yürütülen hizmetlerin içerisinde bir hizmet sunum şekli olarak yer almakta yapılacak işlemler arasında hastaların evlerinde tecrit ve muayenelerini esas almaktadır. UHK ilgili maddeleri kapsamında yer alan evde sağlık hizmeti uygulamaları yalnızca tıbbi boyutu temel almamakta, sosyal destek de sağlamaktadır.

SHSHK gereğince yürütülen evde sağlık hizmeti uygulamalarının en belirgin özelliği koruyucu sağlık hizmetlerini içermesidir. Koruyucu sağlık hizmetleri çalışmaları gereğince bağışıklama, gebe ve çocuk takibi çalışmaları yürütülür. Bu çalışmalar sağlık evi, sağlık ocağında yürütüldüğü gibi riskli grubun evinde de yürütülmekteydi. Türkiye’de SHSHK çerçevesinde

yürütülen evde sağlık hizmeti uygulamalarında da referans alınan nokta bağışıklama ve gebe ve bebek izlemi çalışmalarıdır.

1980 yılı öncesi dönemde evde sağlık hizmetleri koruyucu sağlık hizmetleri odaklı ve devlet tarafından yürütülen bir hizmet olmuşken, 1980 sonrası hastaların evde bakımı özel sağlık kuruluşları ve kişiler tarafından hastaların hastane sonrası tedavilerinin ve bakımının yürütülmesi olarak işlev görmüştür.

Evde sağlık bakım hizmetlerinin kanuni çerçevesinin oluşturulduğu “Evde bakım hizmetleri sunumu hakkında yönetmelikte¹; fertlerin ve toplumun sağlığını korumak amacıyla, evde bakım hizmeti veren sağlık kuruluşlarının açılması, çalışması ve denetlenmesi ile bunları işleten kurum ve kuruluşların, özel hukuk tüzel kişilerinin ve gerçek kişilerin uyması gereken usul ve esaslar düzenlenmiştir. Yönetmelikte evde bakım hizmetinin, özel merkezler veya hastane, tıp merkezi, poliklinik gibi özel sağlık kuruluşları bünyesinde bulunan birimler tarafından verilebilecek olduğu ifade edilmektedir.

Yönetmelik, bağımsız işyerleri şeklinde veya tıp merkezi, dal merkezi, poliklinik ve özel hastane bünyesinde evde bakım hizmeti sunmak amacıyla açılan sağlık kuruluşları ile bu sağlık kuruluşlarının sahip ve işletenlerini ve evde bakım hizmeti faaliyetlerini kapsamaktadır. Yönetmelikte “evde bakım hizmeti, hekimlerin önerileri doğrultusunda hasta kişilere, aileleri ile yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavi de dahil tıbbi ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sağlık ve bakım ile takip hizmetlerinin sunulması” şeklinde tanımlanmaktadır.

¹ <http://rega.basbakanlik.gov.tr/index.aspx>

Yönetmeliğe göre;

- Sağlık kuruluşları, faaliyet alanları, verilen hizmetin kapsamına göre altyapı özellikleri ile hizmet veren personelin niteliğine göre, “özel hukuk tüzel kişilerine veya gerçek kişilere ait olup; sadece evde bakım hizmeti sunmak üzere açılan ve faaliyet gösteren müstakil evde bakım merkezi” veya “evde bakım hizmeti vermek üzere hastane, tıp merkezi, özel dal merkezi, poliklinik gibi özel sağlık kuruluşları bünyesinde bulunan evde bakım birimi” olarak açılabilir.
- Mevzuatında halka sağlık hizmeti sunumu ile ilgili düzenleme yer alan kamu kurum ve kuruluşları ile kamu hastaneleri, yönetmelik kapsamında evde bakım hizmeti verebileceklerdir.
- Merkezlerde hekim olan bir mesul müdür bulunacaktır. Mesul müdürün bulunmadığı ve merkezin hizmet verdiği saatlerde yetki devri yaptığı bir hekim bulunacaktır. Mesul müdür, idari işlerden bizzat, tıbbi işlemlerden ise diğer hekimler ile birlikte sorumlu olacaktır.
- Sağlık kuruluşunda mesul müdür veya birim sorumlusu haricinde en az iki hekim bulunacak ve bu hekimlerden en az biri tam zamanlı görev yapmak zorunda olacaktır.
- Gece veya gündüz devamlı evde bakım hizmeti verilen hastalar, verilen hizmetlerin niteliğini denetlemek amacıyla hekim tarafından en az haftada bir kez ziyaret edilecek ve denetim kayıt altına alınacaktır.
- Sağlık kuruluşunda kadrolu en az 4 hemşire veya sağlık memuru görev yapacaktır. İstenirse bu personelden biri ebe olabilir.
- Evde bakım hizmeti veren merkez veya birimin hizmet sunacağı alanla ilgili olarak psikolog, fizyoterapist, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı gibi hekim dışı sağlık personeli bulunabilecektir. Ancak bunların görev ve sorumlulukları kendi mesleki mevzuatı ile sınırlı olacaktır. Ayrıca bunlara yardımcı olmak üzere bakım destek personeli de çalıştırılabilir.
- Merkezler betonarme binada veya ahşap ise müstakil bir binada kurulacaktır. Bütün bölümler aynı bina içerisinde ve birbirlerine bitişik

konumda olacaktır. Binada ilgili mevzuat uyarınca yangına karşı güvenlik önlemleri bulunacaktır.

- Evde bakım hizmetinde devamlılık esas olacaktır. Bu devamlılık, hastanın talebi ve hizmetin gereklerine göre gece ve gündüz, hafta sonu ve tatil günleri dahil olmak üzere gerektiğinde 24 saat kesintisiz hizmet verilebilecek şekilde olmalıdır. İhtiyaç durumunda belirli saatlerde evde bakım hizmeti verilebilecektir. Evde bakım hizmeti almak isteyen kişi, sağlık kuruluşuna bizzat veya telefon ile müracaat edebilir.
- Sağlık kuruluşu, evde tedavi veya bakımını yapabileceği kişi sayısı ve mevcut personel durumunu dikkate alarak uygun sayıda kişi ile bakım sözleşmesi yapabilir.
- Sağlık kuruluşları isterse tıbbi tahlil laboratuvar hizmetlerini ruhsatlı laboratuvar hizmeti sunan özel tıbbi tahlil laboratuvarları; radyolojik görüntüleme hizmetlerini ise ruhsatlı radyoloji laboratuvarları ile sözleşme yaparak sunabilirler.
- Sağlık kuruluşları evde bakım hizmeti sundukları kişilerin acil durumlarında ambulans ile en uygun bir sağlık kuruluşuna naklini yapmak/yaptırmak ile yükümlüdür.
- Merkez veya birimler, evde bakım hizmeti verdikleri sırada gerekli olabilecek oksijen, oksijen konsantretörü, pulse oksimetre, her türlü solunum araçları, ortopedik malzemeler, havalı yatak, hasta karyolası, tekerlekli sandalye gibi cihazları sağladıkları takdirde bu cihazların kalibrasyon, temizlik ve kontrollerinden de sorumludurlar.
- Evde bakım hizmeti veren sağlık personeli, ev ziyaretlerinde mesleğine ve hizmetlerine uygun önlük veya üniforma giymek ve adını, soyadını, unvanını veya mesleğini belirten fotoğraflı ve mesul müdürün imzasını taşıyan bir yaka kartı takacaktır.
- Hastanın ırkı, rengi, inancı, cinsiyeti, doğum yeri, etnik kökeni, yaşı, zihinsel ya da bedensel engeli ve iletişim rahatsızlığı, kabul açısından hiçbir şekilde olumsuz etken olarak değerlendirilemeyecektir.

- Sağlık kuruluşlarının denetimi; İl Sağlık Müdürlüğü tarafından oluşturulan bir hekim, bir hemşire olmak üzere en az iki sağlık personeli tarafından gerçekleştirilecek.
- Sağlık kuruluşunda çalışan hekim ve diğer sağlık personeli başka bir özel sağlık kuruluşunda çalışamayacak ve çalıştırılmayacaktır.

2.6.1. Türkiye’de Evde Bakım Hizmetleri İhtiyacı

Türkiye’de 1961 yılında “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi” ile ilgili yasa çıkarılmış ve 1978 yılındaki Alma-Ata Deklerasyonu ile güncellik kazanan “Temel Sağlık Hizmetleri” felsefesi benimsenmiştir. Bu yasa, bireylerin eşit koşullar ve geniş olanaklarla sağlığını korumak, sağlık düzeyini yükseltmek, doğal ve sonradan ortaya çıkan eksikliklerini gidermek, sağlık durumunun devamlılığını sağlamak amaçlarını içermektedir. Bu yasanın ilkelerinden özellikle “kademeli hizmet ilkesi” evde sağlık hizmetleri sunumu açısından önemlidir. Hastaların önce birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlara başvurmalarını, evde, ayakta tanı ve tedavileri yapılamayanların ikinci basamak hastanelerine sevk edilmeleri yönündedir. Böylece hastanelerde yığılmaların önlenmesi, hastane hizmetlerinin gerçekten ihtiyacı olanlara sunulması hedeflenmektedir. Türkiye’de evde bakım hizmetlerinin gerekliliğini ve önemi gösteren diğer bir ilke de “sürekli hizmet ilkesi”dir. Türkiye’nin Ulusal Sağlık Politikasını belirleyen bu ilkeye göre, herkese, her yerde, her zaman yerleşik planlı ve programlı bir sağlık politikası sunulacaktır (Tuncel, Şanlı ve Perk, 1993; 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu).

Tüm dünya ülkelerinde yaşanan demografik değişimlere paralel olarak Türkiye’de de yaşlı nüfus giderek artmaktadır. Bu artışın yanı sıra, daha fazla

sayıda kadının çalışma yaşantısına girmesi, çekirdek aileye dönüşüm, konutların küçülmesi ve ekonomik yetersizlikler gibi nedenler yaşlının aile içinde bakımını güçleştirmektedir. Bu da sonuç olarak evde sağlık bakımına ihtiyaç duyan bir toplum yaratmaktadır. Bu nedenle Türkiye’de başta yaşlılara sunulacak bakım hizmetlerinde olmak üzere “evde sağlık bakım hizmetleri” ve “gündüz hastaneleri” gibi örgütlenmelere ihtiyaç duyulmaktadır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

III. HASTANE DESTEKLİ EVDE SAĞLIK BAKIM HİZMETLERİ

Hastane destekli evde sağlık bakım hizmeti, hastanenin “evde bakım birimi” tarafından, günlük yaşam aktivitelerinde yardıma ihtiyaç duyan özürlü, kronik veya terminal hastalığı olan kişilere, kendi evlerinde tıbbi/terapötik tedavi, hemşirelik ve sosyal hizmetlerin sağlanmasıdır (JCOAH, 1987; National Association for Home Care;1992).

Başka bir deyişle, “hastane destekli evde sağlık bakımı” özellikle hasta-sağlam birey üzerinde yoğunlaşmış; hemşirelik hizmetleri, gözlem, bakım, danışmanlık, fizik tedavi, konuşma ve meşguliyet terapisi, beslenme rehberliği, evde sağlık bakımına destek hizmetler ve sosyal hizmetleri içeren bir çok disiplinin oluşturduğu bir sağlık ekibi işlevidir (Boyoğlu, 1998:6).

Hastaneler dört önemli nedenden dolayı evde bakım hizmetlerini sunmak istemektedirler (Lerman, 1993: 4);

- Hasta bakım ihtiyaçlarını tatmin etmek
- Bakımın sürekliliğini sağlamak ve maliyet, kalite ve hizmetlere ulaşım üzerinde iç kontrol sağlamak
- Hastanede yatış süresini daha etkin olarak yönetmek
- Gelir yaratıcı fırsatları artırmak

3.1. HASTANE DESTEKLİ EVDE BAKIM HİZMETLERİNİN TARİHÇESİ

ABD ve Avrupa ülkelerinde bağımsız hemşirelik hizmetleri temelinde ortaya çıkan “evde bakım” sektörü, 1920 yılından sonra çok sayıda sağlık kuruluşu tarafından desteklenmiştir. 1940 yıllarına doğru hastaneler de evde bakım alanına girmeye başlamışlardır. 1948’de New York’da Montefiore Hastanesi “duvarları olmayan hastane” programını geliştirerek ilk hastane destekli evde sağlık bakım hizmetlerini başlatmıştır. Bu hizmetler çok yönlü ekip çalışmasını içermiştir. 1950’den 1970’lere kadar evde bakım, halk sağlığı departmanları aracılığıyla gelişim göstermişlerdir. Bu süreçte hastaneler de halk sağlığı departmanları da devlete bağlı olarak faaliyetlerini yürütmüşlerdir (Schwartz, 1994; Tahmiscioğlu, 1994).

Evde bakım alma gereksinimi olan insanların sayısındaki hızlı artış sonucu, 1966 yılında Medicare adı verilen, 65 yaş ve üzerindeki fiziksel ve maddi yetersizliği olan yaşlılar için Amerikan Federal Sağlık Sigortası yürürlüğe konmuştur. Bu düzenleme, Amerika’daki evde sağlık bakımının gelişimi üzerinde çok etkili olmuştur. 1973’de başlayan bazı sakat ve daha genç yaşta Amerikalılara da uygulanan “Medicare programının” evde bakım kapsamı ise daha sınırlıdır (Aksakoğlu, 1990; Tahmiscioğlu, 1994).

3.2. HASTANE DESTEKLİ EVDE BAKIM HİZMETLERİNİN FAYDALARI

Hastane destekli bir evde bakım programı, muhasebe, veri işleme, tıbbi kayıtlar, risk yönetimi, endüstri mühendisliği, kullanım yönetimi, kalite yönetimi/risk yönetimi /enfeksiyon kontrolü, hemşirelik, rehabilitasyon, sosyal

hizmetler ve eczane gibi hastane bölümlerinin klinik ve finansal uzmanlıklarından çok fazla fayda sağlayabilir. Deneyimli sağlık kurumları yöneticileri ve profesyoneller, hastanenin evde bakım programının geliştirilmesini, genişlemesi ve faaliyetlerinin devam etmesini destekleyebilir ve en son klinik ve kalite yenilikleri, hasta bakım fırsatları ve yönetim teknikleri konusunda danışılacak evde bakım yöneticilerini istihdam edebilirler. Bunların yanı sıra (Lerman, 1993: 3-4);

- Hastane tabanlı evde bakım programlarında hastalar kendi hekimlerine çok kolay ulaşabilirler, aynı zamanda program için potansiyel hastalara da doğrudan ulaşmak çok kolaydır.
- Büyük bir kuruluşun finansal yapısı geçici nakit problemlerini aşmada yardımcı olabilir.
- Özel sigorta sözleşmeleri ve anlaşmalı tedavi hizmetleri avantajları bütünleştirilmiş bir hastane sisteminin parçasıdır.
- Bağımsız bir evde bakım kuruluşunun idari ve genel maliyetleri hastane ortamında sağlanan evde bakım hizmetlerine göre daha yüksektir.
- Hastaneler finansal fayda elde etmek için genel yönetim giderlerini maliyet tabanlı bir evde bakım kuruluşuna kaydırabilirler.

Tanlı (1996:8) evde bakım hizmetlerini kendi departmanı veya diğer firmalar aracılığıyla sunan hastanelerin, toplum içinde de hizmet yelpazesini genişlettiklerinden değer kazandıklarını belirtmektedir. Kurumsal saygınlık artmakta ve çalışanların verimliliği de bu anlamda yükselebilir. Hastane destekli evde bakım hizmetleri, daha optimal ve etkin taburcu planlamasının yapılmasını sağlayarak talebin yoğun olduğu durumlarda hastaların erken taburcu edilmelerini önleyerek kalite ve verimlilik yönlerinden önemli katkılar sağlayabilecektir.

3.3. HASTANE DESTEKLİ EVDE BAKIM HİZMETLERİNİN SAĞLIK MALİYETLERİNE ETKİLERİ

Evde bakım hizmetlerinin toplam maliyetlere olumlu etkisinin olduğu yapılan bir çok çalışma ile kanıtlanmıştır. Örneğin Aetna Sağlık Sigortası şirketi terminal dönemdeki hastalarda evde bakım hizmeti vererek hasta başına yıllık 78.000\$'lık bir tasarruf sağlamıştır (MedPro, 1991:165). Terminal dönem hastalar dışında, hastanede uzun süre bakımı gereken yaşlı hastalar için uygulanan özel halk sağlığı programları kapsamındaki evde bakım hizmetleri, personel sayısını artırdığı için maliyeti yükseltiyor gibi görünse de uzun dönemde hastane kalış maliyetlerini azaltarak toplum üzerinde olumlu etki yapmaktadır (Challis ve başk., 1991).

MedPro Month dergisi tarafından değişik sağlık sektörü kaynaklarının verilerinden hazırlanan örnek vaka başına ortalama tasarruflar hesaplanmıştır (Tablo 3.1.). Bu fiyatlar hazırlanırken ortalama komplikasyonu olan hastalar düşünülmüş ve yine ortalama bir bakım ve tedavi planı üzerinden evde bakım fiyatları çıkarılmıştır. Türkiye'de maaşların ABD'ye göre daha düşük olması nedeniyle vaka başına maliyetin daha düşük olacağı tahmin edilmektedir. Evde bakımın en önemli maliyet unsurunun maaşlar olduğu düşünüldüğünde, evde bakım hizmetlerinin çok daha ucuza mal edileceğine inanılmaktadır (Tanlı,1996:25).

Tablo 3.1. Hasta Bakım Maliyetlerinin Ev Ve Hastane Ortamına Göre Karşılaştırılması

Vaka	Hastane bakımı	Evde bakım	Tasarruf
Beslenme ve solunum güçlüğü olan yeni doğan	60.790\$	20.209\$	40.700\$(%67)
Omurilik zedelenmesi olan felçli hasta	23.682	13.931	9.931(%42)
AIDS Hastası	23.190	2.820	20.370 (%88)
Tüple beslenen hastalar	16.600	6.000	10.600 (%64)
Kanser kemoterapi	10.500	3.500	7.000 (%67)
Cerebral felçli hasta	8.400	4.800	3.600 (%43)
Solunum cihazına bağlı hasta	2.320	1.766	554 (%24)
Böbrek diyalizi olan hasta	2.000	1.200	800 (%40)
Normal hemşire bakımı	2.000	750	1.250 (%63)

Kaynak:MedPro Month, November 1991, Vol.1:No:11.

New York'da yapılan bir çalışmada çok sayıda hastane yatışı gerektiren kronik akciğer hastalarına evde bakım programı uygulandığında hastane günlerinin evde bakım programıyla istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde azaldığı gösterilmiştir. Acil servis başvurularında da yine istatistiksel açıdan anlamlı bir düşüş saptanmıştır. Bakım maliyetleri de hasta başına ayda 300\$'in üzerinde olmak üzere azalmıştır (Haggerty, Stockdale-Woolley ve Nair, 1991). Bir başka çalışmada, solunum cihazına bağlı çocuklardaki evde bakımın sağladığı tasarruf hasta başına yılda yaklaşık ortalama 80.000\$olarak bulunmuştur. Bu rakam çalışma içindeki 50 hasta için yılda toplam yaklaşık 4 milyon \$ kadar bir tasarruf sağlamıştır (Fields ve başk., 1991).

3.4. HASTANE DESTEKLİ EVDE BAKIM HİZMETLERİNİN SUNUMU İÇİN GEREKLİ ÖN KOŞULLAR

Kapsamlı ve hastane desteğine ihtiyaç duyan evde sağlık bakım hizmetlerinin sunumu için farklı önkoşullar tanımlanabilmektedir. Ancak genellikle 1987'de Haddad tarafından tanımlanan koşullar kabul edilmektedir. Bunlar (Como, 1990:26; Spratt, Hawley&Hoye (ed), 1997:60);

- *Hastanın genel durumunun tıbbi açıdan stabil olması.* Tıbbi açıdan durumu stabil olan hasta, sürekli hekim denetimine gereksinim duymayan veya daha az duyan durumda olan hastadır.
- *Ailenin evde sağlık bakımı için istekli olması.* Hasta tarafından belirtilen evde bakım isteği, dikkatli değerlendirilmelidir. Evde sağlık bakımını izlemek için ailenin de istekli olması ve hastanın ihtiyaçlarını karşılamaya razı olması gerekir.
- *Uygun ev ortamı.* Ev ortamı öncelikle elektrik, ısıtma, güvenlik sanitasyonu, yemek pişirme olanakları, fiziksel yapı gibi özellikler yönünden değerlendirilmelidir.
- *Finansal kaynaklar.* Hastanın ve ailesinin finansal durumu da göz önünde bulundurulmalıdır. Hastanın finansal durumu evde sağlık bakımı ve tedavisinin planlanmasında önemli rol oynar.

3.5. EVDE BAKIM PROGRAMLARI İÇİN HASTANE PLANLAMASI

Hastane, bir evde bakım programı kurulmasına eğer hastanenin diğer amaçları ile örtüşüyor ise katılabilir. Evde bakım programının hedefleri belirlenirken kurum kendi beklenti ve idraklerinin toplumda nasıl

algılanacağını açık şekilde belirlemelidir. Evde bakım toplumda kabul görmesi için sosyo- ekonomik açıdan da hazır olması gerekir. Evde bakım, kar amaçlı evde bakım kuruluşları ve kar amacı taşımayan hemşire ziyaretleri kuruluşları gibi geniş kapsamda uzman kuruluşları içerir (Bernstein, 1993: 87).

Başlangıçta hastane vereceği hizmetin diğer sağlık bakımı kuruluşları ile nasıl ilişki içerisinde olacağını belirlemelidir. Bu başlangıç sürecinde hastane şu soruları sormalıdır(Bernstein, 1993: 87);

- Evde bakım hizmetlerini verebilecek kapasiteye sahip hekimleri belirlenmiş, iyi yapılanmış kurumlar mevcut mu?
- Toplumdaki hekimler hastane dışı hizmetlere nasıl bakıyor?
- Bu çabalar özel uygulamalar ile rekabetçi olarak görülebilir mi?

Her bir hastane yeniden bir evde bakım yapısı oluşturmasının avantajları ve dezavantajlarının farklı birleşik yapılar ile karşılaştırarak değerlendirmelidir. Bu süreçte belli tuzaklar ve sorun çıkartacak konulara karşı önlem alınmalıdır. Örneğin, hekim topluluklarıyla daha önceden olan anlaşmalar, bağlılıklar ve şartlar dikkate alınmalıdır. Bu konuları göz ardı etmek ve hekimlerin ayrıcalıklarını zorla alan, karar veren ve hasta kontrol eden sağlık bakımı programı oluşturmak, yabancılaşmaya ve itilafa neden olabilir (Bernstein, 1993: 87).

Hekim katılım potansiyelini maksimize edebilmek için başarılı bir evde bakım kuruluşu politikalarını ve prosedürlerini destekleyici bir hekim tepkisini besleyen, hekime hastasının bağımsız yeterliliklerini tanımada yardımcı olan, uygulama esnasında evde bakım çalışanları ve hekimler arasındaki

iletişimi en verimli hale getiren şekilde yapılandırılmalıdır (Bernstein, 1993: 87).

3.6. HASTANE DESTEKLİ EVDE BAKIM HİZMETLERİNİN SUNUM SÜRECİ

Hastane destekli evde bakım hizmetlerinin sunumu; hastanede ve evde yapılan değerlendirmeler olarak iki aşamalı bir süreç olarak ele alınabilir.

3.6.1. Hastanede Yapılan Değerlendirme

Evde bakım hizmetlerinin sunum süreci, hasta henüz hastanede yatarken problemlerinin gözlemlenmesi ve tanımlanması ile başlar. Bu tanımlama yapıldıktan sonra; hasta ve ailesi, hastanın hekimi, primer hemşiresi ve diğer sağlık ekibi üyeleri birlikte hastanın evde sağlık bakım gereksinimleriyle ilgili ön değerlendirmeleri yaparlar (Como, 1990:330; Jo Ryan&Wassenbeg, 1990:321).

Hastanın hekimi ve diğer sağlık ekibi üyeleri ön değerlendirmeyi yaptıktan sonra değerlendirme sürecinde belirlenen tüm işlemlerin yapılması için hasta ve hasta ailesini hastaneden hastanın taburcu olma işlemlerini planlayan kişiye havale ederler. Taburcu olma işlemlerini planlayan kişinin amacı ise; hastanın hastaneden eve en iyi koşullar altında transferini sağlamak ve takip etmektir. Bu nedenle taburcu olma işlemlerini planlayan

kişi hastanın tıbbi durumu için hastanın hekimiyle, bakım gereksinimleri için hastanın hemşiresi ve ailesi ile görüşmeler yaparak ve hastanın dosyasını inceleyerek hastaya uygun evde bakım programı planlar ve uygular. Evde bakım programının kapsamında genellikle (JCOAH, 1987; Jo Ryan&Wassenbeg, 1990:321);

- Hastanın fiziksel, psikososyal ve duygusal ihtiyaçları hakkında doğru ve tam bilgi,
- Hastanın tıbbi durumuna ilişkin bilgiler, (bunun için hastanın hekimi mutlaka evde de uygulanacak bir tedavi planı hazırlar)
- Kendi bakımına katılmak için hastanın kapasitesinin yeterliliği, eğer yeterli değilse evde hastanın ihtiyacı olan bakımı uygun bir şekilde yerine getirmeye ve üstlenmeye istekli bir kimsenin varlığı,
- Sağlıklı bakım hizmetlerinin sunumunu hastanın kaldığı/yattığı yerin uygunluğu,
- Hastaneden eve ve gerektiğinde diğer klinik ünitelerine hastanın naklini gerektiren koşullar ve temini,
- Evde sağlanabilecek veya yapılabilecek işlemler ve hizmetler (örn; tekerlekli sandalye, oksijen tüpleri, yürüteç, vb. araç gereç ve teçhizatın sağlanması),
- Hangi koşullar altında, evde bakım programının sonlandırılacağı ile ilgili bilgiler yer alır.

Evde bakım programında yer alan tüm düzenlemeler tamamlandıktan sonra Evde Bakım Departmanına bilgi verilir. Evde hastayı takip edecek evde sağlık bakımı üyeleri belirlenir ve bu üyelerin, hasta henüz hastanedeyken hastayı ziyaret etmeleri, tedavisi ve bakımı hakkında bilgi sahibi olmaları sağlanır (Jo Ryan&Wassenbeg, 1990:322).

3.6.2. Evde Yapılan Değerlendirme

Hastaneden eve taburcu edilen hastanın evdeki durumunun ilk değerlendirilmesi hasta eve ulaştığı gün veya ertesi sabah yapılır. Öncelikle hastanın fiziksel, psikososyal ve çevresel değerlendirmesi yapılır. Böylece hasta ve ailesi hakkında bilgi sağlanır. Hasta ve ailesi ile yapılan görüşmelerden elde edilen tüm verilerin, hastanın dosyasından alınan bilgilere uygun olup olmadığı, hastalığının hikayesi, fizik muayene, şu anki teşhisi, hastanede yapılan uygulamalar, hekimin direktifleri (tedavi planı), hastanın durumu ile ilgili en son gelişme notları, varsa cerrahi ve laboratuvar raporları, ayrıca hastanın hastanedeki primer hemşiresi ya da hekimi, terapisti ve tıbbi sosyal hizmet görevlisi ile yapılan görüşmeler de değerlendirmede dikkate alınır. Hastanın problemlerinin tanımlanarak teşhisin saptandığı bu ilk değerlendirme hastanın evde bakım hemşiresi ve hastadan sorumlu vaka yöneticisi tarafından yapılır (Ellenbecker, 1994; Jo Ryan&Wassenbeg, 1990:322; Rose, 1991). Evde yapılan değerlendirme süreci üç aşamadan meydana gelmektedir;

3.6.2.1. Planlama

Hastanın hastaneden taburcu olma işlemlerini planlayan kişi(çoğunlukla bu kişi hemşirelerden seçilir) hazırladığı evde bakım programını uygun olarak bu aşama boyunca hasta için gerekli olan tedaviyi ve bakım uygulamalarını planlar. Hastanın evde bakım hemşiresi de hastanın problemlerinin saptanmasına yardım ederek ve hemşirelik bakım gereksinimlerini belirleyerek işleri kolaylaştırır. Hasta, ailesi ve hemşire hep birlikte bakım planını hazırlar ve problemleri listelerler. Hastanenin hekimi tarafından hazırlanan tedavi planı da hemşire bakım planının ana hatlarını belirlemeye

yardımcı olur. Planlama aşamasında özellikle bu iki faktör önemli yer tutar (Como, 1990:330; Jo Ryan&Wassenbeg, 1990:321).

3.6.2.2. Uygulama

Bu aşama boyunca yazılı tedavi planı ve hemşire bakım planı hemşire ve diğer evde sağlık bakımı üyeleri tarafından uygulanır. Bu planların uygulamaya aktarılmasında ev idaresi hizmetleri, ruh sağlığı büroları gibi toplum örgütleri de kullanılabilir. Tedavi planı, hasta iyileştiğinde hekim istemiyle veya hasta başka bir bölgeye taşındığı zaman sonlandırılır. Yine tedavi planındaki değişiklikler de hastanın tıbbi durumuna ve hastalığın prognozuna göre hekim tarafından yapılır (Ellenbecker, 1994; Jo Ryan&Wassenbeg, 1990:322).

3.6.2.3. Değerlendirme

Sürecin bu aşamasında hemşire, hekim ve diğer evde sağlık bakım üyelerinin tedavi planı ve problemler listesini gözden geçirmeleriyle başlar, böylece problemlerin çözülebilmiş olup olmadığı ve hastanın evdeki fonksiyonlarını yerine getirmede beklenen düzeye erişip erişmediği kararı verilir (Jo Ryan&Wassenbeg, 1990:323).

Elde edilen sonuç, ya beklenen sonuçtur yani amaca ulaşılmıştır, ya da beklenen sonuca ulaşmak için tedavi planı değiştirilir veya yeniden geliştirilir. Eğer beklenen sonuca ulaşıldıysa, hastaya sunulan evde sağlık bakım hizmeti sonlandırılır, ancak verilen hizmet sonlandırılmadan önce olası sorunlar başta olmak üzere hasta her yönüyle bir kez daha değerlendirilir (Jo Ryan&Wassenbeg, 1990:324).

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

IV. EVDE SAĞLIK BAKIM HİZMETLERİNİN TÜRKİYE'DE UYGULANABİLİRLİĞİNE İLİŞKİN HEKİM GÖRÜŞLERİNİN BELİRLENMESİNE YÖNELİK BİR SAHA ÇALIŞMASI

4.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Hastanelerde yatış maliyetlerinin ve bunun yanı sıra enfeksiyon riskinin de yüksek olması, basit birkaç işlem için uzun süre hasta yataklarının işgal edilmesine hem de hastaları ruhsal yönden kendilerini daha kötü hissetmesine neden olmaktadır. Günümüzde tedavi hizmetleri sadece hastane hizmetleri ile sınırlı kalmamakta ve hastanede sunulan birçok tedavi yöntemi gelişen teknoloji ile birlikte evde sunulmaktadır. Bu çalışmanın amacı; evde sağlık bakım hizmetinin uygulanabilirliğine ilişkin hekimlerin görüşlerini tespit etmek ve Türkiye'de kardiyoloji hastaları için hastane destekli evde sağlık bakım modeli önermektir.

4.2. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ

Araştırma Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi'nde görev yapan hekimlerin evde sağlık bakım hizmetlerinin Türkiye'de uygulanabilirliğine ilişkin görüşlerini belirlemeye yönelik gerçekleştirilen tanımlayıcı nitelikte bir araştırmadır.

4.3. ARAŞTIRMANIN YERİ

Araştırma Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi'nde yapılmıştır. Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi 1964 yılında Sağlık Bakanlığı'na bağlı ileri dal hastanesi olarak Ankara'da kurulmuştur. Hastane 1995 yılında özerk yapıya kavuşturularak sağlık işletmesine dönüştürülmüş, son derece gelişmiş ve uzmanlaşmış bir eğitim araştırma hastanesidir. Hastanenin kadrolu 490, fiili 401 yatağı bulunmaktadır. Hastane faaliyetlerini 1344 personel ile sürdürmektedir. 2005 yılı verilerine göre; poliklinik (ayaktan tedavi) sayısının 205.086, yatan sayısının 16.086 olduğu ve ortalama yatış süresinin 7.2 gün olduğu belirlenmiştir.

4.4. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Araştırma evrenini, Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi'nde 2006 Ocak-Şubat aylarında fiilen (kadrolu) çalışan hekimler oluşturmaktadır. Hastanede 2005 yılı Aralık ayı itibarıyla 321 hekim kadrolu olarak çalışmaktadır. Araştırma evrenini oluşturan tüm hekimlerin araştırma kapsamına alınması kararlaştırılmıştır. Bu nedenle bir örneklem seçimine başvurulmamıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak kullanılan anket hekimlere yüzyüze görüşme ile uygulanmıştır. Ancak hekimlerin bir kısmının izinde olması ve bir kısmının da araştırmaya katılmak istememesi nedenleriyle 254 hekime ulaşılabilmektedir. Bu durumda çalışmaya katılım oranı % 79,1 olarak belirlenmiştir.

4.5. ARAŞTIRMANIN BAĞIMSIZ VE BAĞIMLI DEĞİŞKENLERİ

Aşağıdaki değişkenler araştırmanın bağımsız değişkenleri olarak alınmıştır;

Yaş,
Cinsiyet,
Medeni Durum,
Unvan,
Uzmanlık Alanı,
Hekim olarak çalışma süresi,
Hastanede çalışma süresi,
Çalışılan servis türü,
Günlük bakılan hasta sayısı,
Haftalık çalışma saati.

Araştırmanın bağımlı değişkenleri olarak da; anketin ikinci bölümünde yer alan evde bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliği konusunda görüşleri açıklayan faktörler alınmıştır.

4.6. SINIRLILIKLAR

Araştırma, Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi’nde 2006 Şubat-Mayıs aylarında fiilen (kadrolu) çalışan hekimlerin “Evde Bakım Hizmetleri Değerlendirme Anket Formu”na verdikleri yanıtlar ile sınırlıdır. Bu nedenle araştırma sonuçları yalnızca bu hastane için genellenebilir olacaktır.

4.7. VARSAYIMLAR

Bu araştırmada;

1. Araştırmada veri toplama aracı olarak kullanılacak anket sorularına hekimlerin verdikleri cevapların gerçek durumu yansıttığı ve güvenilir olduğu varsayılmakta;
2. Araştırma konusunu test etmede kullanılacak istatistiksel analizlerin bu konularda yapılan araştırmalarda sıklıkla kullanılmakta olup, yeterli ve geçerli oldukları kabul edilmektedir.

4.8. HİPOTEZLER

1. H_0 : Araştırmaya katılan hekimlerin evde bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliğine ilişkin görüşlere katılım düzeyleri arasında yaşa göre farklılık yoktur.
 H_1 : Araştırmaya katılan hekimlerin evde bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliğine ilişkin görüşlere katılım düzeyleri arasında yaşa göre farklılık vardır.
2. H_0 : Araştırmaya katılan hekimlerin evde bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliğine ilişkin görüşlere katılım düzeyleri arasında cinsiyete göre farklılık yoktur.
 H_1 : Araştırmaya katılan hekimlerin evde bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliğine ilişkin görüşlere katılım düzeyleri arasında cinsiyete göre farklılık vardır.

3. H_0 : Araştırmaya katılan hekimlerin evde bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliğine ilişkin görüşlere katılım düzeyleri arasında ünvana (pratisyen ve asistan hekim ve uzman ve öğretim elemanı hekim grupları arasında) göre farklılık yoktur.
 H_1 : Araştırmaya katılan hekimlerin evde bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliğine ilişkin görüşlere katılım düzeyleri arasında ünvana (pratisyen ve asistan hekim ve uzman ve öğretim elemanı hekim grupları arasında) göre farklılık yoktur.
4. H_0 : Araştırmaya katılan hekimlerin evde bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliğine ilişkin görüşlere katılım düzeyleri arasında uzmanlık alanına (temel tıp, dahili tıp ve cerrahi tıp grupları arasında) göre farklılık yoktur.
 H_1 : Araştırmaya katılan hekimlerin evde bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliğine ilişkin görüşlere katılım düzeyleri arasında uzmanlık alanına (temel tıp, dahili tıp ve cerrahi tıp grupları arasında) göre farklılık vardır.
5. H_0 : Araştırmaya katılan hekimlerin evde bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliğine ilişkin görüşlere katılım düzeyleri arasında hekim olarak çalışma süresine göre farklılık yoktur.
 H_1 : Araştırmaya katılan hekimlerin evde bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliğine ilişkin görüşlere katılım düzeyleri arasında hekim olarak çalışma süresine göre farklılık vardır.
6. H_0 : Araştırmaya katılan hekimlerin evde bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliğine ilişkin görüşlere katılım düzeyleri arasında hastanede çalışma süresine göre farklılık yoktur.

H_1 : Araştırmaya katılan hekimlerin evde bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliğine ilişkin görüşlere katılım düzeyleri arasında hastanede çalışma süresine göre farklılık vardır.

7. H_0 : Araştırmaya katılan hekimlerin evde bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliğine ilişkin görüşlere katılım düzeyleri arasında çalışılan servis türüne (poliklinik, yatan hasta servisi, poliklinik ve yatan hasta servisi ve diğer grupları arasında) göre farklılık yoktur.

H_1 : Araştırmaya katılan hekimlerin evde bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliğine ilişkin görüşlere katılım düzeyleri arasında çalışılan servis türüne (poliklinik, yatan hasta servisi, poliklinik ve yatan hasta servisi ve diğer grupları arasında) göre farklılık vardır.

8. H_0 : Araştırmaya katılan hekimlerin evde bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliğine ilişkin görüşlere katılım düzeyleri arasında günlük bakılan hasta sayısına göre farklılık yoktur.

H_1 : Araştırmaya katılan hekimlerin evde bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliğine ilişkin görüşlere katılım düzeyleri arasında günlük bakılan hasta sayısına göre farklılık vardır.

9. H_0 : Araştırmaya katılan hekimlerin evde bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliğine ilişkin görüşlere katılım düzeyleri arasında haftalık çalışma saatine göre farklılık yoktur.

H_1 : Araştırmaya katılan hekimlerin evde bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliğine ilişkin görüşlere katılım düzeyleri arasında haftalık çalışma saatine göre farklılık vardır.

4.9. VERİ TOPLAMA TEKNİĞİ

Verilerin toplanmasında anket yöntemi kullanılmıştır. Araştırmada'da, Hoye ve arkadaşları (1997) tarafından geliştirilen, Kısa ve Ersoy (2005) tarafından geçerlilik ve güvenilirlik analizine tabi tutulmuş "Evde Bakım Hizmetleri Değerlendirme Anket Formu" kullanılmıştır (Ek-1). Hazırlanan anket formu Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi'nde çalışan 10 hekime uygulanarak ön denemesi yapılmış; daha sonra gerekli değişiklikler yapılarak son şekli verilmiştir.

İki bölümden oluşan anketin ilk kısmında hekimlerin demografik ve kurumsal özelliklerini saptamaya yönelik 10 soru, ikinci bölümde ise evde bakım hizmetleri konusunda hekimlerin görüşlerini belirlemeye yönelik 5'li Likert ölçeğine göre düzenlenmiş 20 yargı cümlesi yer almaktadır. Ölçeğe göre katılımcıların yargı cümlelerine verdikleri yanıtlar şu şekilde sınıflandırılmıştır;

1=Kesinlikle Katılmıyorum

2= Katılmıyorum

3= Fikrim Yok

4=Katılıyorum

5=Kesinlikle Katılıyorum

Araştırmada kullanılan anketin güvenilirliği için ölçek maddelerin iç tutarlılığının (homojenliğinin) ölçüsü olan Cronbach Alfa katsayısı kullanılmıştır. Anketin iç tutarlılık katsayısı (Cronbach Alfa) 0,857 bulunmuştur. Bu kullanılan anketin yüksek güvenilirliği olduğunu göstermektedir.

Araştırmanın anket yoluyla elde edilen verileri 01.02.2006-31.05.2006 tarihleri arasında, katılımcılarla yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Bir anket ortalama 10-15 dakikada tamamlanmıştır.

4.10. VERİLERİN ANALİZİ

Araştırmada toplanan veriler SPSS for Windows 12.0 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Araştırma hipotezlerinin test edilmesinde bağımsız iki örneklem t testi ve tek yönlü varyans analizine (F testi) başvurulmuştur. T testi sürekli bir değişken yönünden iki grup arasında ortalamalar bakımından gözlenen farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını ortaya koyan parametrik bir testtir. İki veya daha fazla grup arasındaki ortalama farklılıkların anlamlı olup olmadığını test etmek için de, tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Verilerin bu testlerin varsayımlarını yerine getirmediği durumlarda, bu testlerin parametrik olmayan karşılıkları olan Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis Varyans analizi kullanılmıştır (Özdamar,1999; Sümbüloğlu,1998).

4.11. BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırmadan elde edilen bulgular aşağıda başlıklar halinde gruplandırılarak sunulmaktadır.

4.11.1. Katılımcıların Demografik ve Kurumsal Özelliklerine İlişkin Bulgular

Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi'nde 2006 Şubat-Mayıs aylarında yapılan araştırmaya toplam 254 hekim katılmıştır. Tablo 4.1'de araştırmaya katılan hekimlerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları verilmektedir. Araştırmaya katılan 1 hekim demografik özellikleri ile ilgili bilgilerini vermediği için tabloda 253 hekimin dağılımı gösterilmektedir.

Tablo 4.1.'den de görüldüğü gibi araştırmaya katılan hekimlerin %60,9'u (154 kişi) erkek, %39,1'i (99 kişi) kadındır. Hekimlerin medeni durumlarına bakıldığında %68'inin (172 kişi) evli olduğu, geri kalan %32'si (81 kişi) ise bekar, boşanmış veya ayrı yaşamaktadır.

Tablo 4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n = 253)

Sosyo-Demografik Özellikler		Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Erkek	154	60,9
	Kadın	99	39,1
Medeni Durum	Evli	172	68,0
	Bekar	81	32,0
Yaş	23-33 arası	119	47,0
	34-44 arası	83	32,8
	45-55 arası	37	14,6
	56-66 arası	14	5,5

Araştırmaya katılan hekimlerin yaşları 23 ile 63 yıl arasında dağılım göstermektedir, yaş ortalaması 36,46 yıldır ($SS^1 = \pm 9,76$ yıl). Tablo 5.1.'de de

¹ SS: Standart Sapma

görüldüğü gibi hekimlerin büyük çoğunluğu 23-44 yaşları arasında yer almaktadır.

Araştırmaya katılan hekimlerin mesleki ve kurumsal özelliklerine göre dağılımları Tablo 4.2'de gösterilmektedir.

Tablo 4.2. Katılımcıların Mesleki ve Kurumsal Özelliklerine Göre Dağılımı (n = 253)

Mesleki ve Kurumsal Özellikler		Sayı (n)	Yüzde (%)
Unvan	Pratisyen Hekim	11	4,3
	Uzman Hekim	101	39,9
	Asistan Hekim	102	40,3
	Doç. Dr. veya Prof. Dr.	39	15,4
Bilim Dalı	Temel Tıp Bilimleri	2	0,8
	Dahili Tıp Bilimleri	93	36,6
	Cerrahi Tıp Bilimleri	140	55,1
	Diğer (Pratisyen, Diş Hekimi)	19	7,5
Hekim Olarak Çalışma Süresi	0-9 yıl	118	46,5
	10-19 yıl	78	30,7
	20-29 yıl	38	15,0
	30-39 yıl	20	7,9
Hastanede Çalışma Süresi	0-9 yıl	170	66,9
	10-19 yıl	53	20,9
	20-29 yıl	25	9,8
	30-39 yıl	6	2,4
Çalıştığı Servis Türü	Poliklinik	51	20,1
	Yatan hasta servisi	23	9,1
	Poliklinik ve Yatan hasta servisi	124	48,8
	Diğer	56	22,0
Bakılan Günlük Hasta Sayısı	0-22 hasta	116	45,7
	23-45 hasta	82	32,3
	46-68 hasta	28	11,0
	69-91 hasta	25	9,8
	92-114 hasta	3	1,2
Haftalık Çalışma Saati	30-48 saat	157	59,8
	49-67 saat	80	31,5
	68-86 saat	17	6,7
	87-105 saat	3	1,2
	106-124 saat	2	0,8

Araştırmaya katılan hekimler ortalama 12,14 yıldır ($SS=\pm 9,79$ yıl) hekim olarak çalışmakta ve 7,96 yıldır ($SS= \pm 8,00$ yıl) da araştırma yapılan hastanede görev yapmaktadırlar. Hekimlerin haftalık çalışma saatleri 30 ile 116 saat arasında dağılım göstermektedir ve ortalama 49,68 saattir ($SS= \pm 13,04$ saat). Hekimlerin günlük ortalama baktıkları hasta sayısı 31,29 kişidir ($SS= \pm 22,03$ kişi).

4.11.2. Katılımcıların Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliğiyle İlgili Görüşlerine İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan 254 hekimin evde sağlık bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliğine ilişkin görüşleri anketin ikinci bölümünde beşli likert ölçeği şeklinde hazırlanmış 20 ifadeye katılıp katılmama düzeyleri belirlenerek elde edilmiştir. Tablo 4.3’de hekimlerin evde sağlık bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliğine ilişkin görüşlerine göre dağılımları gösterilmektedir.

Tablo 4.3. Katılımcıların Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliğiyle İlgili Görüşlerine Göre Dağılımları

Görüşler	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Fikrim Yok		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		Ortalama	Standart Sapma
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Evde bakım hizmeti güvenle evde sunulabilir	8	3,1	39	15,4	41	16,1	138	54,3	28	11,0	3,47	0,94
Evde bakım hizmeti Türk Sağlık sistemine uygun bir hizmet türüdür	15	5,9	75	29,5	72	28,3	76	29,9	16	6,3	3,01	1,04
Evde bakım hizmeti aileyi bir arada tutar	9	3,5	44	17,3	41	16,1	131	51,6	29	11,4	3,5	1,021
Evde bakım hizmeti yaşlılara bağımsız olarak yaşamalarına yardımcı olur.	8	3,1	27	10,6	27	10,6	162	63,8	30	11,8	3,7	0,92
Evde bakım hizmeti bireyin yataklı bir kurumu sık sık kullanmasını engeller	5	2,0	22	8,7	19	7,5	150	59,1	58	22,8	3,92	0,90
Evde bakım hizmeti iyileşme sürecini hızlandırır	3	1,2	25	9,8	67	26,4	128	50,4	31	12,2	3,63	0,88
Evde bakım hizmeti güvenilirdir	5	2,0	39	15,4	91	35,8	100	39,4	19	7,5	3,35	0,89
Evde bakım maksimum miktarda özgürlüğü mümkün kılar	5	2,0	30	11,8	67	26,4	132	60,0	20	7,9	3,67	2,56
Evde bakım hizmeti kişiye özelleştirilmiştir	4	1,6	25	9,8	34	1,4	165	65,0	26	10,2	3,88	2,66
Evde bakım hizmeti aileyi bakım kapsamında tutar	4	1,6	26	10,2	54	21,3	150	59,1	20	7,9	3,61	0,83
Evde bakım hizmeti stresi azaltır	5	2,0	35	13,8	53	20,9	138	54,3	23	9,1	3,55	0,90
Evde bakım hizmeti çok etkili bir hizmet sunum şeklidir	5	2,0	47	18,5	91	35,8	92	36,2	19	7,5	3,29	0,92
Evde bakım hizmeti en verimli sağlık hizmet sunum şeklidir	7	2,8	63	24,8	91	35,8	65	25,6	28	11,0	3,17	1,01
Evde bakım hizmeti bu alanda uzmanlaşmış kişiler tarafından verilir	2	0,8	15	5,9	34	13,4	145	57,1	58	22,8	3,95	0,18
Evde bakım hizmeti bazı bireylere ulaşabilmenin tek yoludur	5	2,0	43	16,9	58	22,8	124	48,8	24	9,4	3,47	0,94
Evde bakım hizmeti sunumunda istismar ve korku çok küçük düzeydedir.	9	3,5	72	28,3	76	29,9	82	32,3	15	5,9	3,09	0,99
Evde bakım hizmeti yaşam kalitesini artırır	6	2,4	22	8,7	41	16,1	148	58,3	37	14,6	3,74	0,89
Evde bakım hizmeti diğer sağlık bakım hizmetlerinden daha ucuzdur	7	2,8	35	13,8	78	30,7	109	42,9	25	9,8	3,43	0,94
Evde bakım hizmeti bireyin yaşam süresini uzatır	5	2,0	36	14,2	107	42,1	89	35,0	17	6,7	3,30	0,86
Evde bakım hizmeti yalnızca ölüm öncesi dönemdeki hastalar için değil diğer bireylerce de tercih edilen bir hizmet türüdür	9	3,5	26	10,2	59	23,2	132	52,0	28	11,0	3,57	0,94

Tablo 4.3'de de görüldüğü gibi hekimlerin evde sağlık bakım hizmetlerinin Türkiye'de uygulanabilirliğiyle ilgili kesinlikle katıldıkları görüşler arasında 58 kişi (%22,8) ile "Evde bakım hizmeti bu alanda uzmanlaşmış kişiler tarafından verilir" ve "Evde bakım hizmeti bireyin yataklı bir kurumu sık sık kullanmasını engeller" birinci sırada yer almaktadır.

Araştırma grubunun %81,9'u (kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum cevabı veren 208 kişi) evde bakım hizmetinin bireylerin yataklı bir kurumu sık sık kullanmasını engellediği yargısına katılmaları literatürde yer alan çalışmaları desteklemektedir. Literatürde evde bakım hizmetlerinin gereksiz hastane kullanımını azalttığı belirtilmektedir. Landi ve arkadaşlarının(2001) İtalya'da yaptıkları çalışmada, evde bakım programlarının uygulanması ile birlikte hastaneye başvurularda ve hastanede yatış gün sayısında azalmalar olduğu saptanmıştır. Harrison ve arkadaşlarının araştırmalarında da (2001) erken doğum riski olan kadınların doğum sonrası hastanede kalış süreleri incelenmiş evde bakım sağlanan grubun hastanede ortalama kalış süresi 2 gün olurken, hastane hizmetinden yaralanan kişilerin hastanede kalış süresi ortalama 4 gün olarak belirlenmiştir.

Hekimlerin evde sağlık bakım hizmetlerinin uygulanabilirliğiyle ilgili katıldıkları görüşler arasında, 165 kişi (%65) ile "Evde bakım hizmeti kişiye özelleştirilmiştir" görüşü birinci sırada, 162 kişi (%63,8) ile "Evde bakım hizmeti yaşlılara bağımsız olarak yaşamalarına yardımcı olur." görüşü ikinci sırada yer almaktadır.

Araştırmaya katılan hekimlerin en az fikir sahibi oldukları konular 107 kişi (%42,1) ile "Evde bakım hizmeti bireyin yaşam süresini uzatır" ve 91 kişi ile (%35,8) "Evde bakım hizmeti güvenilirdir", "Evde bakım hizmeti çok etkili bir hizmet sunum şeklidir" ve "Evde bakım hizmeti en verimli sağlık hizmet sunum şeklidir" olarak belirlenmiştir.

Hekimlerin evde sağlık bakım hizmetlerinin uygulanabilirliğiyle ilgili katılmadıkları görüşler arasında, 75 kişi (%29,5) ile “Evde bakım hizmeti Türk Sağlık sistemine uygun bir hizmet türüdür” birinci sırada, 72 kişi (%28,3) ile “Evde bakım hizmeti sunumunda istismar ve korku çok küçük düzeydedir.” yer almaktadır.

Araştırmaya katılan hekimlerin kesinlikle katılmadıkları görüşler arasında ise yine “Evde bakım hizmeti Türk Sağlık sistemine uygun bir hizmet türüdür” görüşü 15 kişi (%5,9) ile ilk sıradadır.

4.11.3. Araştırma Hipotezlerine İlişkin Bulgular

4.11.3.1. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Evde Bakım Hizmetinin Uygulanabilirliği Konusundaki Görüşleri

Araştırmaya katılan hekimlerin evde bakım hizmetinin Türkiye’de uygulanabilirliği konusundaki görüşleri demografik özelliklerine göre incelenmiştir. Bu noktada hekimlerin cinsiyeti ve yaşı bağımsız değişkenler olarak kabul edilmiş ve evde bakım hizmetlerinin uygulanabilirliği konusundaki görüşlerinin farklılık gösterip göstermediği değerlendirilmiştir.

Araştırmaya katılan hekimlerin cinsiyetlerine göre evde bakım hizmetlerinin uygulanabilirliği konusundaki görüşleri Tablo 4.4’de karşılaştırmalı olarak gösterilmektedir. Cinsiyet bağımsız değişkeni kendi içinde iki gruba ayrıldığı için görüşler yönünden farklılık olup olmadığı incelenirken bağımsız iki örneklem t testi uygulanmıştır. Test sonucunda öncelikle (Levene’s Test for Equality of Variance) varyansların eşit olup olmamaları değerlendirilmiş ve “Evde Bakım Hizmeti Bu Alanda

Uzmanlaşmış Kişiler Tarafından Verilir” ($p= 0.048$) ve “Evde Bakım Hizmeti Güvenle Evde Sunulabilir” ($p=0.022$) ifadeleri hariç varyansların eşit olduğu varsayımı kabul edilmiş ve bu doğrultuda t istatistik değeri ve ona ilişkin p değerleri dikkate alınmıştır. Buna göre, hekimlerin cinsiyetlerine göre evde sağlık bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliğiyle ilgili hiçbir görüşte istatistiksel olarak farklılık bulunmamıştır ve bu konuyla ilgili H_0 hipotezi red edilemez.

Tablo 4.4. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliğiyle İlgili Görüşleri

Görüşler	Cinsiyet	Sayı (n)	Ort ² .	Std. Sapma ³	t	p
Evde Bakım Hizmeti Aileyi Bir Arada Tutar.	Erkek	154	3,52	1,049	0,339	0,735
	Kadın	99	3,47	,983		
Evde Bakım Hizmeti Aileyi Bakım Kapsamında Tutar.	Erkek	154	3,64	,845	0,623	0,534
	Kadın	99	3,58	,822		
Evde Bakım Hizmeti Bazı Bireylere Ulaşabilmenin Tek Yoludur.	Erkek	154	3,54	,937	1,521	0,130
	Kadın	99	3,35	,962		
Evde Bakım Hizmeti Bireyin Yasam Suresini Uzatır.	Erkek	154	3,31	,895	0,019	0,985
	Kadın	99	3,30	,826		
Evde Bakım Hizmeti Bireyin Yataklı Bir Kurumu Sık Sık Kullanmasını Engeller.	Erkek	154	3,94	,887	0,449	0,654
	Kadın	99	3,89	,946		
Evde Bakım Hizmeti Bu Alanda Uzmanlaşmış Kişiler Tarafından Verilir.	Erkek	154	4,00	,784	1,122	0,263
	Kadın	99	3,88	,872		
Evde Bakım Hizmeti Çok Etkili Bir Hizmet Sunum Şeklidir.	Erkek	154	3,33	,929	0,918	0,360
	Kadın	99	3,22	,910		
Evde Bakım Hizmeti Diğer Sağlık Bakım Hizmetlerinden Daha Ucuzdur.	Erkek	154	3,45	,929	0,279	0,781
	Kadın	99	3,41	,969		
Evde Bakım Hizmeti En Verimli Sağlık Hizmet Sunum Şeklidir.	Erkek	154	3,18	,991	-	0,960
	Kadın	99	3,18	1,053		
Evde Bakım Hizmeti Güvenle Evde Sunulabilir.	Erkek	154	3,56	1,048	0,271	0,787
	Kadın	99	3,53	,885		
Evde Bakım Hizmeti Güvenlidir.	Erkek	154	3,36	,898	0,118	0,906
	Kadın	99	3,34	,905		

² Ort.: Ortalama

³ Std. Sapma: Standart Sapma

Tablo 4.4. devamı

Görüşler	Cinsiyet	Sayı (n)	Ort.	Std. Sapma	t	p
Evde Bakım Hizmeti İyileşme Sürecini Hızlandırır.	Erkek	154	3,66	,895	0,865	0,388
	Kadın	99	3,57	,823		
Evde Bakım Hizmeti Kişiyi Özelleştirilmiştir.	Erkek	154	3,74	,831	-1,050	0,295
	Kadın	99	4,10	4,139		
Evde Bakım Hizmeti Stresi Azaltır.	Erkek	154	3,60	,903	1,275	0,203
	Kadın	99	3,45	,918		
Evde Bakım Hizmeti Sunumunda İstismar ve Korku Çok Küçük Düzeydedir.	Erkek	154	3,14	1,013	1,041	0,299
	Kadın	99	3,01	,953		
Evde Bakım Hizmeti Türk Sağlık Sistemine Uygun bir Hizmet Türüdür.	Erkek	154	3,04	1,078	0,440	0,660
	Kadın	99	2,98	,990		
Evde Bakım Hizmeti Yalnızca Ölüm Öncesi Dönemdeki Hastalar için Değil Diğer Bireylerce de Tercih Edilen Bir Hizmet Türüdür.	Erkek	154	3,56	,963	-0,006	0,995
	Kadın	99	3,57	,917		
Evde Bakım Hizmeti Yaşam Kalitesini Arttırır.	Erkek	154	3,78	,924	0,886	0,376
	Kadın	99	3,68	,855		
Evde Bakım Hizmeti Yaşlılara Bağımsız Olarak Yaşamalarına Yardımcı Olur.	Erkek	154	3,66	,972	-0,885	0,377
	Kadın	99	3,77	,843		
Evde Bakım Maksimum Miktarda Özgürlüğü Mümkün Kılar.	Erkek	154	3,87	3,199	1,563	0,119
	Kadın	99	3,35	,940		

Araştırmaya katılan hekimlerin yaşlarına göre evde bakım hizmetlerinin uygulanabilirliği konusundaki görüşleri Tablo 4.5’de karşılaştırmalı olarak gösterilmektedir. Yaş bağımsız değişkeni kendi içinde ortalamanın altı ve üstü şeklinde iki gruba ayrılmıştır. Bu iki grup arasında görüşler yönünden farklılık olup olmadığı incelenirken bağımsız iki örneklem t testi uygulanmıştır. Test sonucunda öncelikle (Levene’s Test for Equality of Variance) varyansların eşit olup olmamaları değerlendirilmiş ve “Evde Bakım Hizmeti Bireyin Yataklı Bir Kurumu Sık Sık Kullanmasını Engeller.” (p= 0.024) ve “Evde Bakım Hizmeti Stresi Azaltır.” (p= 0.022) ifadeleri hariç varyansların eşit olduğu varsayımı kabul edilmiş ve bu doğrultuda t istatistik değeri ve ona ilişkin p değerleri dikkate alınmıştır. Buna göre, hekimlerin yaşlarına göre evde sağlık bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliğiyle ilgili sadece “Evde Bakım Hizmeti Stresi Azaltır.” ($t_{(250)} = -3,294$; $p < 0,05$) ifadesinde hekimlerin katılım düzeyleri (grup ortalamaları) arasındaki fark istatistiksel

olarak anlamlı bulunmuştur ve yaşı ortalamasının üstünde olan hekimlerin bu ifadeye ilişkin ortalamaları daha yüksektir.

Tablo 4.5. Katılımcıların Yaşlarına Göre Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliğiyle İlgili Görüşleri

Görüşler	Yaş	Sayı (n)	Ort.	Std. Sapma	t	p
Evde Bakım Hizmeti Aileyi Bir Arada Tutar.	<37 yıl	136	3,49	,981	-0,156	0,876
	≥37 yıl	117	3,51	1,072		
Evde Bakım Hizmeti Aileyi Bakım Kapsamında Tutar.	<37 yıl	136	3,52	,825	-1,952	0,052
	≥37 yıl	117	3,73	,837		
Evde Bakım Hizmeti Bazı Bireylere Ulaşabilmenin Tek Yoludur.	<37 yıl	136	3,41	,939	-0,987	0,324
	≥37 yıl	117	3,53	,961		
Evde Bakım Hizmeti Bireyin Yaşam Suresini Uzatır.	<37 yıl	136	3,25	,884	-1,075	0,283
	≥37 yıl	117	3,37	,847		
Evde Bakım Hizmeti Bireyin Yataklı Bir Kurumu Sık Sık Kullanmasını Engeller.	<37 yıl	136	3,82	,973	-1,870	0,063
	≥37 yıl	117	4,03	,819		
Evde Bakım Hizmeti Bu Alanda Uzmanlaşmış Kişiler Tarafından Verilir.	<37 yıl	136	3,90	,851	-1,007	0,315
	≥37 yıl	117	4,01	,782		
Evde Bakım Hizmeti Çok Etkili Bir Hizmet Sunum Şeklidir.	<37 yıl	136	3,19	,865	-1,820	0,070
	≥37 yıl	117	3,40	,974		
Evde Bakım Hizmeti Diğer Sağlık Bakım Hizmetlerinden Daha Ucuzdur.	<37 yıl	136	3,37	,901	-1,222	0,223
	≥37 yıl	117	3,51	,988		
Evde Bakım Hizmeti En Verimli Sağlık Hizmet Sunum Şeklidir.	<37 yıl	136	3,18	1,010	-0,024	0,981
	≥37 yıl	117	3,18	1,022		
Evde Bakım Hizmeti Güvenle Evde Sunulabilir.	<37 yıl	136	3,46	,988	-1,563	0,119
	≥37 yıl	117	3,65	,977		
Evde Bakım Hizmeti Güvenlidir.	<37 yıl	136	3,29	,912	-1,100	0,272
	≥37 yıl	117	3,42	,883		
Evde Bakım Hizmeti İyileşme Sürecini Hızlandırır.	<37 yıl	136	3,60	,872	-0,426	0,671
	≥37 yıl	117	3,65	,864		
Evde Bakım Hizmeti Kişiyi Özelleştirilmiştir.	<37 yıl	136	3,64	,858	-1,559	0,120
	≥37 yıl	117	4,16	3,801		
Evde Bakım Hizmeti Stresi Azaltır.	<37 yıl	136	3,38	,926	-3,294	0,001*
	≥37 yıl	117	3,74	,853		
Evde Bakım Hizmeti Sunumunda İstismar ve Korku Çok Küçük Düzeydedir.	<37 yıl	136	3,10	,926	0,081	0,936
	≥37 yıl	117	3,09	1,063		
Evde Bakım Hizmeti Türk Sağlık Sistemine Uygun bir Hizmet Türüdür.	<37 yıl	136	2,96	1,003	-0,986	0,325
	≥37 yıl	117	3,09	1,087		

Tablo 4.5. devamı

Görüşler	Yaş	Sayı (n)	Ort.	Std. Sapma	t	p
Evde Bakım Hizmeti Yalnızca Ölüm Öncesi Dönemdeki Hastalar için Değil Diğer Bireylerce de Tercih Edilen Bir Hizmet Türüdür.	<37 yıl	136	3,55	,926	-0,249	0,803
	≥37 yıl	117	3,58	,967		
Evde Bakım Hizmeti Yaşam Kalitesini Arttırır.	<37 yıl	136	3,66	,880	-1,483	0,139
	≥37 yıl	117	3,83	,912		
Evde Bakım Hizmeti Yaşlılara Bağımsız Olarak Yaşamalarına Yardımcı Olur.	<37 yıl	136	3,67	,911	-0,639	0,523
	≥37 yıl	117	3,74	,939		
Evde Bakım Maksimum Miktarda Özgürlüğü Mümkün Kılar.	<37 yıl	136	3,46	,851	-1,417	0,158
	≥37 yıl	117	3,91	3,664		

* 0,05 önemlilik düzeyinde anlamlı

4.11.3.2. Katılımcıların Mesleki ve Kurumsal Özelliklerine Göre Evde Bakım Hizmetinin Uygulanabilirliği Konusundaki Görüşleri

Araştırmaya katılan hekimlerin evde bakım hizmetinin Türkiye’de uygulanabilirliği konusundaki görüşleri mesleki ve kurumsal özelliklerine göre incelenmiştir. Bu noktada hekimlerin ünvanları, uzmanlık alanları, hekim olarak çalışma süreleri, hastanede çalışma süreleri, çalıştıkları servis türleri, baktıkları günlük hasta sayısı, haftalık çalışma saatleri bağımsız değişkenler olarak kabul edilmiş ve evde bakım hizmetlerinin uygulanabilirliği konusundaki görüşlerinin farklılık gösterip göstermediği değerlendirilmiştir.

Araştırmaya katılan hekimlerin ünvanlarına göre evde bakım hizmetlerinin uygulanabilirliği konusundaki görüşleri Tablo 4.6’da karşılaştırmalı olarak gösterilmektedir. Veri toplama aracı olarak kullanılan ankette hekimlerin ünvanı bağımsız değişkeni dört gruba ayrılmıştır. Ancak bu dört grup hekimin uzmanlığının olup olmamasına göre iki grupta toplanabileceği için pratisyen hekim ve asistan hekim birinci grup, uzman hekim ve öğretim elemanı hekim ikinci grup olarak ayrılmıştır. Hekim ünvanı bu şekilde iki gruba ayrıldığı için de görüşler yönünden farklılık olup olmadığı

incelenirken bağımsız iki örneklem t testi uygulanmıştır. Test sonucunda öncelikle (Levene's Test for Equality of Variance) varyansların eşit olup olmamaları değerlendirilmiş ve "Evde Bakım Hizmeti Aileyi Bakım Kapsamında Tutar." ($p= 0.020$), "Evde Bakım Hizmeti Bireyin Yataklı Bir Kurumu Sık Sık Kullanmasını Engeller." ($p=0.001$), "Evde Bakım Hizmeti Güvenle Evde Sunulabilir." ($p=0.004$) ve "Evde Bakım Hizmeti Yaşlılara Bağımsız Olarak Yaşamalarına Yardımcı Olur." ($p=0.001$) ifadelerinde varyansların eşit olduğu varsayımı reddedilmiş ve bu doğrultuda ortalamaların eşitliği için t istatistik değerine ve ona ilişkin p değerine bakılmıştır. Diğer ifadelerde ise varyansların eşitliği varsayımı kabul edilerek t ve p değerleri dikkate alınmıştır. Buna göre, hekimlerin ünvanlarına göre evde sağlık bakım hizmetlerinin Türkiye'de uygulanabilirliğiyle ilgili istatistiksel olarak ortaya çıkan farklılıkları şu şekilde özetleyebiliriz. Hekimlerin ünvanlarına göre;

1. "Evde Bakım Hizmeti Aileyi Bakım Kapsamında Tutar." ($t_{(228)}=-2,996$; $p<0.05$),
2. "Evde Bakım Hizmeti Bireyin Yataklı Bir Kurumu Sık Sık Kullanmasını Engeller." ($t_{(201)}=-3,457$; $p<0.05$),
3. "Evde Bakım Hizmeti Çok Etkili Bir Hizmet Sunum Şeklidir." ($t_{(251)}=-2,582$; $p<0.05$),
4. "Evde Bakım Hizmeti Güvenle Evde Sunulabilir." ($t_{(221)}=-3,168$; $p<0.05$),
5. "Evde Bakım Hizmeti Yaşam Kalitesini Arttırır." ($t_{(251)}=-2,496$; $p<0.05$)
ve
6. "Evde Bakım Hizmeti Yaşlılara Bağımsız Olarak Yaşamalarına Yardımcı Olur." ($t_{(220)}=-2,658$; $p<0.05$)

ifadelerine ilişkin grup ortalamaları arasında farklılık vardır ve ikinci grupta yer alan uzman ve öğretim elemanı hekimlerin bu ifadelere ilişkin katılım düzeyleri (ortalamaları) daha yüksektir. Bu durum ikinci gruptaki hekimlerin bu görüşlere daha fazla katıldıklarını göstermektedir.

Tablo 4.6. Katılımcıların Unvanlarına Göre Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliğiyle İlgili Görüşleri

Görüşler	Unvan	Sayı (n)	Ort.	Std. Sapma	t	P
Evde Bakım Hizmeti Aileyi Bir Arada Tutar.	Pratisyen ve asistan	113	3,38	1,055	-1,704	0,090
	Uzman ve öğretim elemanı	140	3,60	,988		
Evde Bakım Hizmeti Aileyi Bakım Kapsamında Tutar.	Pratisyen ve asistan	113	3,44	,865	-2,996	0,003*
	Uzman ve öğretim elemanı	140	3,76	,785		
Evde Bakım Hizmeti Bazı Bireylere Ulaşabilmenin Tek Yoludur.	Pratisyen ve asistan	113	3,42	,962	-0,626	0,532
	Uzman ve öğretim elemanı	140	3,50	,941		
Evde Bakım Hizmeti Bireyin Yaşam Suresini Uzatır.	Pratisyen ve asistan	113	3,27	,916	-0,640	0,523
	Uzman ve öğretim elemanı	140	3,34	,828		
Evde Bakım Hizmeti Bireyin Yataklı Bir Kurumu Sık Sık Kullanmasını Engeller.	Pratisyen ve asistan	113	3,70	1,025	-3,457	0,001*
	Uzman ve öğretim elemanı	140	4,10	,761		
Evde Bakım Hizmeti Bu Alanda Uzmanlaşmış Kişiler Tarafından Verilir.	Pratisyen ve asistan	113	3,84	,882	-1,960	0,051
	Uzman ve öğretim elemanı	140	4,04	,757		
Evde Bakım Hizmeti Çok Etkili Bir Hizmet Sunum Şeklidir.	Pratisyen ve asistan	113	3,12	,908	-2,582	0,010*
	Uzman ve öğretim elemanı	140	3,42	,914		
Evde Bakım Hizmeti Diğer Sağlık Bakım Hizmetlerinden Daha Ucuzdur.	Pratisyen ve asistan	113	3,42	,843	-0,151	0,880
	Uzman ve öğretim elemanı	140	3,44	1,020		
Evde Bakım Hizmeti En Verimli Sağlık Hizmet Sunum Şeklidir.	Pratisyen ve asistan	113	3,18	,984	-0,012	0,990
	Uzman ve öğretim elemanı	140	3,18	1,041		
Evde Bakım Hizmeti Güvenle Evde Sunulabilir.	Pratisyen ve asistan	113	3,33	1,047	-3,168	0,002*
	Uzman ve öğretim elemanı	140	3,72	,898		
Evde Bakım Hizmeti Güvenlidir.	Pratisyen ve asistan	113	3,25	,882	-1,659	0,098
	Uzman ve öğretim elemanı	140	3,44	,907		
Evde Bakım Hizmeti İyileşme Sürecini Hızlandırır.	Pratisyen ve asistan	113	3,57	,895	-0,958	0,339
	Uzman ve öğretim elemanı	140	3,67	,843		

Tablo 4.6. devamı

Görüşler	Unvan	Sayı (n)	Ort.	Std. Sapma	t	P
Evde Bakım Hizmeti Kişiyi Özelleştirilmiştir.	Pratisyen ve asistan	113	3,57	,854	-1,694	0,091
	Uzman ve öğretim elemanı	140	4,14	3,487		
Evde Bakım Hizmeti Stresi Azaltır.	Pratisyen ve asistan	113	3,45	,886	-1,481	0,140
	Uzman ve öğretim elemanı	140	3,62	,925		
Evde Bakım Hizmeti Sunumunda İstismar ve Korku Çok Küçük Düzeydedir.	Pratisyen ve asistan	113	3,06	,938	-0,417	0,677
	Uzman ve öğretim elemanı	140	3,11	1,032		
Evde Bakım Hizmeti Türk Sağlık Sistemine Uygun bir Hizmet Türüdür.	Pratisyen ve asistan	113	2,88	,980	-1,801	0,073
	Uzman ve öğretim elemanı	140	3,12	1,083		
Evde Bakım Hizmeti Yalnızca Ölüm Öncesi Dönemdeki Hastalar için Değil Diğer Bireylerce de Tercih Edilen Bir Hizmet Türüdür.	Pratisyen ve asistan	113	3,47	,983	-1,461	0,145
	Uzman ve öğretim elemanı	140	3,64	,906		
Evde Bakım Hizmeti Yaşam Kalitesini Arttırır.	Pratisyen ve asistan	113	3,58	,904	-2,496	0,013*
	Uzman ve öğretim elemanı	140	3,86	,875		
Evde Bakım Hizmeti Yaşlılara Bağımsız Olarak Yaşamalarına Yardımcı Olur.	Pratisyen ve asistan	113	3,53	,992	-2,658	0,008*
	Uzman ve öğretim elemanı	140	3,84	,842		
Evde Bakım Maksimum Miktarda Özgürlüğü Mümkün Kılar.	Pratisyen ve asistan	113	3,41	,852	-1,452	0,148
	Uzman ve öğretim elemanı	140	3,88	3,364		

* 0,05 önemlilik düzeyinde anlamlı

Araştırmaya katılan uzman hekimlerin uzmanlık alanlarına göre evde bakım hizmetlerinin uygulanabilirliği konusundaki görüşleri Tablo 4.7'de karşılaştırmalı olarak gösterilmektedir. Veri toplama aracı olarak kullanılan ankette hekimlerin uzmanlık alanları açık uçlu soru niteliğindedir. Gruplandırma kategorisi ekte verilmiştir (Ek-2). Veriler tıbbın üç temel dalına (temel tıp bilimleri, dahili tıp bilimleri ve cerrahi tıp bilimleri) göre sınıflandırılmış ve istatistiksel karşılaştırmalar bu sınıflandırmaya göre

yapılmıştır. Hekimlerin uzmanlık alanları bu şekilde üç gruba ayrıldığı için de görüşler yönünden farklılık olup olmadığı incelenirken birinci grupta (temel tıp bilimleri) $n < 30$ olduğu için tek yönlü varyans analizinin parametrik olmayan karşılığı Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. Kruskal Wallis testi sonuçları incelendiğinde; hekimlerin uzmanlık alanlarına göre “Evde Bakım Hizmeti Bazı Bireylere Ulaşabilmenin Tek Yoludur.” ifadesi hakkında görüşleri istatistiksel olarak farklılık göstermektedir ($X^2_{(2)} = 6,543$; $p < 0,05$) yani, bu ifade için H_0 hipotezi reddedilmiştir. Diğer tüm ifadeler içinse H_0 hipotezi kabul edilmiş, yani hekimlerin uzmanlık alanlarına göre evde sağlık bakım hizmetinin Türkiye’de uygulanabilirliğine ilişkin görüşleri yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur. “Evde Bakım Hizmeti Bazı Bireylere Ulaşabilmenin Tek Yoludur” ifadesi hakkında görüşlerin farklılığının kaynağını belirlemek için 1. ve 2. grup, 1. ve 3. grup ve 2. ve 3. grup kendi içlerinde Mann-Whitney U- Testi ile karşılaştırılmıştır. Bu testin sonucuna göre “Evde Bakım Hizmeti Bazı Bireylere Ulaşabilmenin Tek Yoludur.” ifadesine ilişkin görüşlerin ortalaması; dahili ve cerrahi bilimler arasında ($z = -2,510$; $p = 0,012$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Uzmanlığı dahili tıp bilimlerinden olan hekimler evde bakım hizmetlerinin bazı bireylere ulaşabilmede tek yol olduğu ifadesine daha fazla katılmaktadırlar.

Tablo 4.7. Katılımcıların Uzmanlık Alanlarına Göre Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliğiyle İlgili Görüşleri

Görüşler	Uzmanlık Alanı	Sayı (n)	Min.	Maks.	Ort.	X ²	p
Evde Bakım Hizmeti Aileyi Bir Arada Tutar.	Temel Tıp	21	1	5	3,67	1,040	0,594
	Dahili Tıp	93	1	5	3,47		
	Cerrahi Tıp	140	1	5	3,49		
Evde Bakım Hizmeti Aileyi Bakım Kapsamında Tutar.	Temel Tıp	21	2	5	3,62	4,408	0,110
	Dahili Tıp	93	1	5	3,73		
	Cerrahi Tıp	140	1	5	3,54		
Evde Bakım Hizmeti Bazı Bireylere Ulaşabilmenin Tek Yoludur.	Temel Tıp	21	2	5	3,38	6,543	0,038*
	Dahili Tıp	93	1	5	3,67		
	Cerrahi Tıp	140	1	5	3,35		
Evde Bakım Hizmeti Bireyin Yasam Suresini Uzatır.	Temel Tıp	21	2	5	3,14	2,853	0,240
	Dahili Tıp	93	1	5	3,42		
	Cerrahi Tıp	140	1	5	3,25		
Evde Bakım Hizmeti Bireyin Yataklı Bir Kurumu Sık Sık Kullanmasını Engeller.	Temel Tıp	21	1	5	3,86	0,929	0,629
	Dahili Tıp	93	1	5	3,98		
	Cerrahi Tıp	140	1	5	3,89		
Evde Bakım Hizmeti Bu Alanda Uzmanlaşmış Kişiler Tarafından Verilir.	Temel Tıp	21	2	5	3,86	1,414	0,493
	Dahili Tıp	93	1	5	4,03		
	Cerrahi Tıp	140	1	5	3,91		
Evde Bakım Hizmeti Çok Etkili Bir Hizmet Sunum Şeklidir.	Temel Tıp	21	1	4	3,05	1,530	0,465
	Dahili Tıp	93	1	5	3,38		
	Cerrahi Tıp	140	1	5	3,26		
Evde Bakım Hizmeti Diğer Sağlık Bakım Hizmetlerinden Daha Ucuzdur.	Temel Tıp	21	1	5	3,38	0,151	0,927
	Dahili Tıp	93	1	5	3,48		
	Cerrahi Tıp	140	1	5	3,41		
Evde Bakım Hizmeti En Verimli Sağlık Hizmet Sunum Şeklidir.	Temel Tıp	21	2	5	3,05	1,402	0,496
	Dahili Tıp	93	1	5	3,27		
	Cerrahi Tıp	140	1	5	3,13		
Evde Bakım Hizmeti Güvenle Evde Sunulabilir.	Temel Tıp	21	1	5	3,62	1,208	0,547
	Dahili Tıp	93	1	5	3,60		
	Cerrahi Tıp	140	1	5	3,50		
Evde Bakım Hizmeti Güvenlidir.	Temel Tıp	21	1	4	3,24	0,373	0,830
	Dahili Tıp	93	2	5	3,41		
	Cerrahi Tıp	140	1	5	3,33		

Tablo 4.7. devamı

Görüşler	Uzmanlık Alanı	Sayı (n)	Min.	Maks.	Ort.	X ²	p
Evde Bakım Hizmeti İyileşme Sürecini Hızlandırır.	Temel Tıp	21	2	5	3,38	2,324	0,313
	Dahili Tıp	93	1	5	3,71		
	Cerrahi Tıp	140	1	5	3,61		
Evde Bakım Hizmeti Kişiyi Özelleştirilmiştir.	Temel Tıp	21	2	5	3,71	0,137	0,901
	Dahili Tıp	93	1	5	3,70		
	Cerrahi Tıp	140	1	5	3,74		
Evde Bakım Hizmeti Stresi Azaltır.	Temel Tıp	21	1	5	3,62	0,429	0,807
	Dahili Tıp	93	1	5	3,54		
	Cerrahi Tıp	140	1	5	3,54		
Evde Bakım Hizmeti Sunumunda İstismar ve Korku Çok Küçük Düzeydedir.	Temel Tıp	21	2	4	3,24	0,825	0,662
	Dahili Tıp	93	1	5	3,04		
	Cerrahi Tıp	140	1	5	3,09		
Evde Bakım Hizmeti Türk Sağlık Sistemine Uygun bir Hizmet Türüdür.	Temel Tıp	21	1	5	2,86	0,601	0,740
	Dahili Tıp	93	1	5	3,05		
	Cerrahi Tıp	140	1	5	3,01		
Evde Bakım Hizmeti Yalnızca Ölüm Öncesi Dönemdeki Hastalar için Değil Diğer Bireylerce de Tercih Edilen Bir Hizmet Türüdür.	Temel Tıp	21	1	5	3,38	0,658	0,719
	Dahili Tıp	93	1	5	3,61		
	Cerrahi Tıp	140	1	5	3,56		
Evde Bakım Hizmeti Yaşam Kalitesini Arttırır.	Temel Tıp	21	1	5	3,52	0,643	0,725
	Dahili Tıp	93	1	5	3,78		
	Cerrahi Tıp	140	1	5	3,74		
Evde Bakım Hizmeti Yaşlılara Bağımsız Olarak Yaşamalarına Yardımcı Olur.	Temel Tıp	21	1	5	3,43	2,698	0,260
	Dahili Tıp	93	1	5	3,71		
	Cerrahi Tıp	140	1	5	3,74		
Evde Bakım Maksimum Miktarda Özgürlüğü Mümkün Kılar.	Temel Tıp	21	2	4	3,48	0,100	0,951
	Dahili Tıp	93	1	5	3,54		
	Cerrahi Tıp	140	1	4	3,79		

* 0,05 önemlilik düzeyinde anlamlı

Araştırmaya katılan hekimlerin hekim olarak çalışma sürelerine göre evde bakım hizmetlerinin uygulanabilirliği konusundaki görüşleri Tablo 4.8'de karşılaştırmalı olarak gösterilmektedir. Veri toplama aracı olarak kullanılan ankette hekimlerin çalışma süreleri açık uçlu soru niteliğindedir. Ancak hekim olarak çalışma süresi sürekli bir bağımsız değişken olduğu için toplanan veriler ortalamanın altı ve üstü olarak sınıflandırılmıştır. Bu noktada amaç

daha uzun süreli çalışan hekimlerin evde bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliği konusunda hekimlik süresi daha az olanlara göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemektir. Katılımcıların hekim olarak çalışma süreleri bu şekilde iki gruba ayrıldığı için de görüşler yönünden farklılık olup olmadığı incelenirken bağımsız iki örneklem t testi uygulanmıştır. Test sonucunda öncelikle (Levene’s Test for Equality of Variance) varyansların eşit olup olmamaları değerlendirilmiş ve “Evde Bakım Hizmeti Bireyin Yataklı Bir Kurumu Sık Sık Kullanmasını Engeller.” ($p=0.028$), “Evde Bakım Hizmeti Kişiyi Özelleştirilmiştir.” ($p=0.008$) ve “Evde Bakım Hizmeti Stresi Azaltır.” ($p=0.016$) ifadelerinde varyansların eşit olduğu varsayımı reddedilmiş ve bu doğrultuda ortalamaların eşitliği için t istatistik değerine ve ona ilişkin p değerine bakılmıştır. Diğer ifadelerde ise varyansların eşitliği varsayımı kabul edilerek t ve p değerleri dikkate alınmıştır. Buna göre, katılımcıların hekim olarak çalışma sürelerine göre evde sağlık bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliğiyle ilgili istatistiksel olarak ortaya çıkan farklılıkları şu şekilde özetleyebiliriz. Hekimlerin çalışma sürelerine göre;

1. “Evde Bakım Hizmeti Aileyi Bakım Kapsamında Tutar.” ($t_{(252)} = -2,207$; $p < 0.05$),
2. “Evde Bakım Hizmeti Bireyin Yataklı Bir Kurumu Sık Sık Kullanmasını Engeller.” ($t_{(252)} = -2,596$; $p < 0.05$),
3. “Evde Bakım Hizmeti Çok Etkili Bir Hizmet Sunum Şeklidir.” ($t_{(252)} = -2,077$; $p < 0.05$),
4. “Evde Bakım Hizmeti Güvenle Evde Sunulabilir.” ($t_{(252)} = -1,984$; $p < 0.05$),
5. “Evde Bakım Hizmeti Kişiyi Özelleştirilmiştir.” ($t_{(252)} = -2,843$; $p < 0.05$)
ve
6. “Evde Bakım Hizmeti Stresi Azaltır.” ($t_{(251)} = -3,476$; $p < 0.05$)

ifadelerine ilişkin grup ortalamaları arasında farklılık vardır ve hekimlik süresi 12 yılın üstünde yer alan hekimlerin bu ifadelerle ilişkin ortalamaları daha yüksektir. Bu durum ikinci gruptaki hekimlerin bu görüşlere daha fazla katıldıklarını göstermektedir.

Tablo 4.8. Katılımcıların Hekim Olarak Çalışma Sürelerine Göre Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliğiyle İlgili Görüşleri

Görüşler	Hekim Olarak Çalışma Süresi	Sayı (n)	Ort.	Std. Sapma	t	p
Evde Bakım Hizmeti Aileyi Bir Arada Tutar.	<12 yıl	136	3,44	1,002	-0,986	0,325
	≥12 yıl	118	3,57	1,042		
Evde Bakım Hizmeti Aileyi Bakım Kapsamında Tutar.	<12 yıl	136	3,51	,825	-2,207	0,028*
	≥12 yıl	118	3,74	,831		
Evde Bakım Hizmeti Bazı Bireylere Ulaşabilmenin Tek Yoludur.	<12 yıl	136	3,45	,926	-0,360	0,719
	≥12 yıl	118	3,49	,976		
Evde Bakım Hizmeti Bireyin Yasam Süresini Uzatır.	<12 yıl	136	3,27	,898	-0,614	0,540
	≥12 yıl	118	3,34	,829		
Evde Bakım Hizmeti Bireyin Yataklı Bir Kurumu Sık Sık Kullanmasını Engeller.	<12 yıl	136	3,79	,969	-2,596	0,010*
	≥12 yıl	118	4,08	,808		
Evde Bakım Hizmeti Bu Alanda Uzmanlaşmış Kişiler Tarafından Verilir.	<12 yıl	136	3,88	,844	-1,475	0,141
	≥12 yıl	118	4,03	,784		
Evde Bakım Hizmeti Çok Etkili Bir Hizmet Sunum Şeklidir.	<12 yıl	136	3,18	,868	-2,077	0,039*
	≥12 yıl	118	3,42	,964		
Evde Bakım Hizmeti Diğer Sağlık Bakım Hizmetlerinden Daha Ucuzdur.	<12 yıl	136	3,40	,881	-0,520	0,604
	≥12 yıl	118	3,47	1,010		
Evde Bakım Hizmeti En Verimli Sağlık Hizmet Sunum Şeklidir.	<12 yıl	136	3,18	1,003	0,055	0,957
	≥12 yıl	118	3,17	1,032		
Evde Bakım Hizmeti Güvenle Evde Sunulabilir.	<12 yıl	136	3,43	,994	-1,984	0,048*
	≥12 yıl	118	3,68	,960		
Evde Bakım Hizmeti Güvenlidir.	<12 yıl	136	3,28	,908	-1,355	0,177
	≥12 yıl	118	3,43	,882		
Evde Bakım Hizmeti İyileşme Sürecini Hızlandırır.	<12 yıl	136	3,59	,873	-0,746	0,457
	≥12 yıl	118	3,67	,858		
Evde Bakım Hizmeti Kişiyeye Özelleştirilmiştir.	<12 yıl	136	3,59	,856	-2,843	0,005*
	≥12 yıl	118	3,88	,786		
Evde Bakım Hizmeti Stresi Azaltır.	<12 yıl	136	3,37	,925	-3,476	0,001*
	≥12 yıl	118	3,75	,847		

Tablo 4.8. devamı

Görüşler	Hekim Olarak Çalışma Süresi	Sayı (n)	Ort.	Std. Sapma	t	P
Evde Bakım Hizmeti Sunumunda İstismar ve Korku Çok Küçük Düzeydedir.	<12 yıl	136	3,09	,915	0,028	0,978
	≥12 yıl	118	3,08	1,075		
Evde Bakım Hizmeti Türk Sağlık Sistemine Uygun bir Hizmet Türüdür.	<12 yıl	136	2,91	,992	-1,648	0,101
	≥12 yıl	118	3,13	1,090		
Evde Bakım Hizmeti Yaşam Kalitesini Arttırır.	<12 yıl	136	3,63	,901	-2,073	0,039*
	≥12 yıl	118	3,86	,876		
Evde Bakım Hizmeti Yaşlılara Bağımsız Olarak Yaşamalarına Yardımcı Olur.	<12 yıl	136	3,65	,906	-0,934	0,351
	≥12 yıl	118	3,76	,940		
Evde Bakım Maksimum Miktarda Özgürlüğü Mümkün Kılar.	<12 yıl	136	3,42	,874	-1,979	0,049*
	≥12 yıl	118	3,64	,864		

* 0,05 önemlilik düzeyinde anlamlı

Araştırmaya katılan hekimlerin Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi'nde çalışma sürelerine göre evde bakım hizmetlerinin uygulanabilirliği konusundaki görüşleri Tablo 4.9'da karşılaştırmalı olarak gösterilmektedir. Veri toplama aracı olarak kullanılan ankette hekimlerin araştırma yapılan hastanede çalışma süreleri açık uçlu soru niteliğindedir. Ancak hastanede çalışma süresi sürekli bir bağımsız değişken olduğu için toplanan veriler ortalamanın altı ve üstü olarak sınıflandırılmıştır. Bu noktada amaç bu hastanede daha uzun süredir çalışan hekimlerin evde bakım hizmetlerinin Türkiye'de uygulanabilirliği konusunda daha kısa zamandır çalışanlara göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemektir. Katılımcıların hastanede çalışma süreleri bu şekilde iki gruba ayrıldığı için de görüşler yönünden farklılık olup olmadığı incelenirken bağımsız iki örneklem t testi uygulanmıştır. Test sonucunda öncelikle (Levene's Test for Equality of Variance) varyansların eşit olup olmamaları değerlendirilmiş ve "Evde Bakım Hizmeti Kişiyeye Özelleştirilmiştir." ($p=0.005$) ifadesi hariç varyansların eşit olduğu varsayımı kabul edilerek buna ilişkin t ve p değerleri dikkate alınmıştır. Buna göre, hekimlerin araştırma yapılan hastanede çalışma sürelerine göre evde sağlık bakım hizmetlerinin Türkiye'de uygulanabilirliğiyle ilgili istatistiksel

olarak ortaya çıkan farklılıkları şu şekilde özetleyebiliriz. Hekimlerin araştırma yapılan hastanede çalışma sürelerine göre;

1. “Evde Bakım Hizmeti Bireyin Yasam Suresini Uzatır.” ($t_{(252)} = -1,989$; $p < 0,05$),
2. “Evde Bakım Hizmeti Kişiyi Özelleştirilmiştir.” ($t_{(202)} = -2,066$; $p < 0,05$)
ve
3. “Evde Bakım Hizmeti Stresi Azaltır.” ($t_{(252)} = -2,082$; $p < 0,05$)

ifadelerine ilişkin ortalamalar arasında farklılık vardır ve araştırma yapılan hastanede çalışma süresi 8 yılın üstünde yer alan hekimlerin bu ifadelere ilişkin ortalamaları daha yüksektir. Bu durum ikinci gruptaki hekimlerin bu görüşlere daha fazla katıldıklarını göstermektedir.

Tablo 4.9. Katılımcıların Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi’nde Çalışma Sürelerine Göre Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliğiyle İlgili Görüşleri

Görüşler	Hastanede Çalışma Süresi	Sayı (n)	Ort.	Std. Sapma	t	p
Evde Bakım Hizmeti Aileyi Bir Arada Tutar.	<8 yıl	165	3,48	1,016	-0,450	0,653
	≥8 yıl	89	3,54	1,034		
Evde Bakım Hizmeti Aileyi Bakım Kapsamında Tutar.	<8 yıl	165	3,56	,829	-1,475	0,141
	≥8 yıl	89	3,72	,839		
Evde Bakım Hizmeti Bazı Bireylere Ulaşabilmenin Tek Yoludur.	<8 yıl	165	3,43	,951	-0,874	0,383
	≥8 yıl	89	3,54	,942		
Evde Bakım Hizmeti Bireyin Yasam Suresini Uzatır.	<8 yıl	165	3,22	,900	-1,989	0,048*
	≥8 yıl	89	3,45	,784		
Evde Bakım Hizmeti Bireyin Yataklı Bir Kurumu Sık Sık Kullanmasını Engeller.	<8 yıl	165	3,86	,943	-1,453	0,147
	≥8 yıl	89	4,03	,832		
Evde Bakım Hizmeti Bu Alanda Uzmanlaşmış Kişiler Tarafından Verilir.	<8 yıl	165	3,94	,853	-0,354	0,724
	≥8 yıl	89	3,98	,753		
Evde Bakım Hizmeti Çok Etkili Bir Hizmet Sunum Şeklidir.	<8 yıl	165	3,21	,902	-1,784	0,076
	≥8 yıl	89	3,43	,940		

Tablo 4.9. devamı

Görüşler	Hastanede Çalışma Süresi	Sayı (n)	Ort.	Std. Sapma	t	p
Evde Bakım Hizmeti Diğer Sağlık Bakım Hizmetlerinden Daha Ucuzdur.	<8 yıl	165	3,41	,910	-0,622	0,535
	≥8 yıl	89	3,48	1,001		
Evde Bakım Hizmeti En Verimli Sağlık Hizmet Sunum Şeklidir.	<8 yıl	165	3,19	1,010	0,313	0,755
	≥8 yıl	89	3,15	1,029		
Evde Bakım Hizmeti Güvenle Evde Sunulabilir.	<8 yıl	165	3,51	1,004	-0,841	0,401
	≥8 yıl	89	3,62	,948		
Evde Bakım Hizmeti Güvenlidir.	<8 yıl	165	3,32	,917	-0,705	0,482
	≥8 yıl	89	3,40	,862		
Evde Bakım Hizmeti İyileşme Sürecini Hızlandırır.	<8 yıl	165	3,62	,880	-0,195	0,845
	≥8 yıl	89	3,64	,843		
Evde Bakım Hizmeti Kişiyeye Özelleştirilmiştir.	<8 yıl	165	3,65	,868	-2,066	0,040*
	≥8 yıl	89	3,87	,757		
Evde Bakım Hizmeti Stresi Azaltır.	<8 yıl	165	3,46	,901	-2,082	0,038*
	≥8 yıl	89	3,71	,907		
Evde Bakım Hizmeti Sunumunda İstismar ve Korku Çok Küçük Düzeydedir.	<8 yıl	165	3,01	,978	-1,773	0,077
	≥8 yıl	89	3,24	1,000		
Evde Bakım Hizmeti Türk Sağlık Sistemine Uygun bir Hizmet Türüdür.	<8 yıl	165	3,02	1,030	0,258	0,796
	≥8 yıl	89	2,99	1,071		
Evde Bakım Hizmeti Yalnızca Ölüm Öncesi Dönemdeki Hastalar için Değil Diğer Bireylerce de Tercih Edilen Bir Hizmet Türüdür.	<8 yıl	165	3,56	,952	-0,215	0,830
	≥8 yıl	89	3,58	,927		
Evde Bakım Hizmeti Yaşam Kalitesini Arttırır.	<8 yıl	165	3,68	,882	-1,343	0,181
	≥8 yıl	89	3,84	,916		
Evde Bakım Hizmeti Yaşlılara Bağımsız Olarak Yaşamalarına Yardımcı Olur.	<8 yıl	165	3,65	,948	-1,183	0,238
	≥8 yıl	89	3,80	,868		
Evde Bakım Maksimum Miktarda Özgürlüğü Mükün Kılar.	<8 yıl	165	3,46	,887	-1,470	0,143
	≥8 yıl	89	3,63	,845		

* 0,05 önemlilik düzeyinde anlamlı

Araştırmaya katılan hekimlerin çalıştıkları servis türüne göre evde bakım hizmetlerinin uygulanabilirliği konusundaki görüşleri Tablo 4.10'da karşılaştırmalı olarak gösterilmektedir. Veri toplama aracı olarak kullanılan ankette hekimlerin çalıştıkları servisler dört başlıkta toplanmıştır. Bu noktada çalışılan servis türü 2'den fazla gruba ayrıldığı için ve 2. grupta n<30 olduğu

için gruplar arasındaki ortalama farkının önemliliğini test etmede tek yönlü varyans analizinin parametrik olmayan karşılığı Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. Bu analizle amaç hekimlerin çalıştığı servis türüne göre evde sağlık bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliği noktasında görüşlerinin istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemektir. Bu doğrultuda Kruskal Wallis testi sonuçları incelendiğinde; hekimlerin çalıştıkları servis türüne göre “Evde Bakım Hizmeti Bireyin Yasam Suresini Uzatır.” ifadesi hakkında görüşleri istatistiksel olarak farklılık göstermektedir ($X^2_{(3)} = 9,496$; $p < 0,05$) yani, bu ifade için H_0 hipotezi reddedilir. Diğer tüm ifadeler içinse H_0 hipotezi kabul edilir, yani hekimlerin uzmanlık alanlarına göre evde sağlık bakım hizmetinin Türkiye’de uygulanabilirliğine ilişkin görüşleri yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur. “Evde Bakım Hizmeti Bireyin Yasam Suresini Uzatır.” ifadesi hakkında görüşlerin farklılığının kaynağını belirlemek için 1. ve 2. grup, 1. ve 3. grup, 1. ve 4. grup, 2. ve 3. grup, 2. ve 4. grup ve 3. ve 4. grup kendi içlerinde Mann-Whitney U- Testi ile karşılaştırılmıştır. Bu testin sonucuna göre “Evde Bakım Hizmeti Bireyin Yasam Suresini Uzatır.” ifadesine ilişkin görüşlerin ortalaması; poliklinik ve yatan hasta servisi arasında ($z = -2,504$; $p = 0,012$); yatan hasta servisi ve diğer arasında ($z = -2,768$; $p = 0,006$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Yatan hasta servisinde çalışan hekimler evde bakım hizmetinin bireyin yaşam süresini uzatacağı ifadesine daha fazla katılmaktadırlar.

Tablo 4.10. Katılımcıların Çalıştıkları Servis Türüne Göre Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliğiyle İlgili Görüşleri

Görüşler	Servis Türü	Sayı (n)	Min. ⁴	Maks. ⁵	Ort.	X ²	p
Evde Bakım Hizmeti Aileyi Bir Arada Tutar.	Poliklinik	51	1	5	3,57	0,834	0,841
	Yatan hasta servisi	23	1	5	3,57		
	Poliklinik ve yatan hasta servisi	124	1	5	3,45		
	Diğer	56	1	5	3,52		
Evde Bakım Hizmeti Aileyi Bakım Kapsamında Tutar.	Poliklinik	51	1	5	3,75	4,461	0,216
	Yatan hasta servisi	23	2	5	3,61		
	Poliklinik ve yatan hasta servisi	124	1	5	3,65		
	Diğer	56	1	5	3,43		
Evde Bakım Hizmeti Bazı Bireylere Ulaşabilmenin Tek Yoludur.	Poliklinik	51	2	5	3,51	0,157	0,984
	Yatan hasta servisi	23	2	5	3,57		
	Poliklinik ve yatan hasta servisi	124	1	5	3,45		
	Diğer	56	1	5	3,43		
Evde Bakım Hizmeti Bireyin Yasam Suresini Uzatır.	Poliklinik	51	2	5	3,24	9,496	0,023*
	Yatan hasta servisi	23	2	5	3,74		
	Poliklinik ve yatan hasta servisi	124	1	5	3,34		
	Diğer	56	1	5	3,11		
Evde Bakım Hizmeti Bireyin Yataklı Bir Kurumu Sık Sık Kullanmasını Engeller.	Poliklinik	51	1	5	3,86	4,425	0,219
	Yatan hasta servisi	23	2	5	3,78		
	Poliklinik ve yatan hasta servisi	124	1	5	4,06		
	Diğer	56	1	5	3,73		

⁴ Min. : Minimum değer

⁵ Maks.: Maksimum değer

Tablo 4.10. devamı

Görüşler	Servis Türü	Sayı (n)	Min.	Maks.	Ort.	X ²	p
Evde Bakım Hizmeti Bu Alanda Uzmanlaşmış Kişiler Tarafından Verilir.	Poliklinik	51	2	5	3,92	3,831	0,280
	Yatan hasta servisi	23	2	5	4,04		
	Poliklinik ve yatan hasta servisi	124	1	5	4,03		
	Diğer	56	1	5	3,77		
Evde Bakım Hizmeti Çok Etkili Bir Hizmet Sunum Şeklidir.	Poliklinik	51	1	5	3,25	2,208	0,530
	Yatan hasta servisi	23	2	5	3,48		
	Poliklinik ve yatan hasta servisi	124	1	5	3,32		
	Diğer	56	1	5	3,16		
Evde Bakım Hizmeti Diğer Sağlık Bakım Hizmetlerinden Daha Ucuzdur.	Poliklinik	51	1	5	3,51	2,822	0,420
	Yatan hasta servisi	23	2	5	3,70		
	Poliklinik ve yatan hasta servisi	124	1	5	3,40		
	Diğer	56	1	5	3,32		
Evde Bakım Hizmeti En Verimli Sağlık Hizmet Sunum Şeklidir.	Poliklinik	51	2	5	3,25	5,060	0,167
	Yatan hasta servisi	23	2	5	3,52		
	Poliklinik ve yatan hasta servisi	124	1	5	3,17		
	Diğer	56	1	5	2,96		
Evde Bakım Hizmeti Güvenle Evde Sunulabilir.	Poliklinik	51	1	5	3,53	1,682	0,641
	Yatan hasta servisi	23	1	5	3,43		
	Poliklinik ve yatan hasta servisi	124	1	5	3,64		
	Diğer	56	1	5	3,41		

Tablo 4.10. devamı

Görüşler	Servis Türü	Sayı (n)	Min.	Maks.	Ort.	X ²	p
Evde Bakım Hizmeti Güvenlidir.	Poliklinik	51	1	5	3,43	2,921	0,404
	Yatan hasta servisi	23	2	5	3,61		
	Poliklinik ve yatan hasta servisi	124	1	5	3,32		
	Diğer	56	1	5	3,23		
Evde Bakım Hizmeti İyileşme Sürecini Hızlandırır.	Poliklinik	51	2	5	3,61	3,909	0,271
	Yatan hasta servisi	23	2	5	3,83		
	Poliklinik ve yatan hasta servisi	124	1	5	3,67		
	Diğer	56	1	5	3,46		
Evde Bakım Hizmeti Kişiyi Özelleştirilmiştir.	Poliklinik	51	2	5	3,76	1,279	0,734
	Yatan hasta servisi	23	2	5	3,83		
	Poliklinik ve yatan hasta servisi	124	1	5	3,73		
	Diğer	56	1	5	3,64		
Evde Bakım Hizmeti Stresi Azaltır.	Poliklinik	51	1	5	3,67	3,064	0,382
	Yatan hasta servisi	23	2	5	3,78		
	Poliklinik ve yatan hasta servisi	124	1	5	3,52		
	Diğer	56	1	5	3,41		
Evde Bakım Hizmeti Sunumunda İstismar ve Korku Çok Küçük Düzeydedir.	Poliklinik	51	2	5	3,24	2,034	0,565
	Yatan hasta servisi	23	1	5	3,17		
	Poliklinik ve yatan hasta servisi	124	1	5	3,02		
	Diğer	56	1	5	3,05		

Tablo 4.10. devamı

Görüşler	Servis Türü	Sayı (n)	Min.	Maks.	Ort.	X ²	p
Evde Bakım Hizmeti Türk Sağlık Sistemine Uygun bir Hizmet Türüdür.	Poliklinik	51	1	5	3,06	3,091	0,378
	Yatan hasta servisi	23	1	5	3,17		
	Poliklinik ve yatan hasta servisi	124	1	5	3,06		
	Diğer	56	1	5	2,80		
Evde Bakım Hizmeti Yalnızca Ölüm Öncesi Dönemdeki Hastalar için Değil Diğer Bireylerce de Tercih Edilen Bir Hizmet Türüdür.	Poliklinik	51	1	5	3,47	2,447	0,485
	Yatan hasta servisi	23	2	5	3,78		
	Poliklinik ve yatan hasta servisi	124	1	5	3,62		
	Diğer	56	1	5	3,45		
Evde Bakım Hizmeti Yaşam Kalitesini Arttırır.	Poliklinik	51	1	5	3,71	5,377	0,146
	Yatan hasta servisi	23	2	5	3,70		
	Poliklinik ve yatan hasta servisi	124	1	5	3,85		
	Diğer	56	1	5	3,54		
Evde Bakım Hizmeti Yaşlılara Bağımsız Olarak Yaşamalarına Yardımcı Olur.	Poliklinik	51	2	5	3,75	1,711	0,635
	Yatan hasta servisi	23	1	5	3,70		
	Poliklinik ve yatan hasta servisi	124	1	5	3,75		
	Diğer	56	1	5	3,57		
Evde Bakım Maksimum Miktarda Özgürlüğü Mümkün Kılar.	Poliklinik	51	2	5	3,55	0,675	0,879
	Yatan hasta servisi	23	2	5	3,61		
	Poliklinik ve yatan hasta servisi	124	1	5	3,53		
	Diğer	56	1	5	3,43		

* 0,05 önemlilik düzeyinde anlamlı

Araştırmaya katılan hekimlerin baktıkları günlük hasta sayısına göre evde bakım hizmetlerinin uygulanabilirliği konusundaki görüşleri Tablo 4.11'de karşılaştırmalı olarak gösterilmektedir. Veri toplama aracı olarak kullanılan ankette hekimlerin günlük baktıkları hasta sayısı açık uçlu soru niteliğindedir. Ancak günlük bakılan hasta sayısı sürekli bir bağımsız değişken olduğu için toplanan veriler medyan değerinin altı ve üstü olarak sınıflandırılmıştır. Burada amaç günlük daha fazla hasta bakan hekimlerin evde bakım hizmetlerinin Türkiye'de uygulanabilirliği konusunda daha az hasta bakan hekimlere göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemektir. Katılımcıların baktıkları günlük hasta sayısı bu şekilde iki gruba ayrıldığı için de görüşler yönünden farklılık olup olmadığı incelenirken bağımsız iki örneklem t testi uygulanmıştır. Test sonucunda öncelikle (Levene's Test for Equality of Variance) varyansların eşit olup olmamaları değerlendirilmiş ve "Evde Bakım Hizmeti Aileyi Bakım Kapsamında Tutar." ($p=,006$) , "Evde Bakım Hizmeti Güvenle Evde Sunulabilir." ($p=,006$) , "Evde Bakım Hizmeti Kişiyi Özelleştirilmiştir." ($p=,000$) ve "Evde Bakım Maksimum Miktarda Özgürlüğü Mümkün Kılar" ($p=,008$) ifadelerinde varyansların eşit olduğu varsayımı reddedilmiş ve bu doğrultuda ortalamaların eşitliği için t istatistik değerine ve ona ilişkin p değerine bakılmıştır. Diğer ifadelerde ise varyansların eşitliği varsayımı kabul edilerek t ve p değerleri dikkate alınmıştır. Buna göre, hekimlerin günlük baktıkları hasta sayısına göre evde sağlık bakım hizmetlerinin Türkiye'de uygulanabilirliğiyle ilgili istatistiksel olarak ortaya çıkan farklılıkları şu şekilde özetleyebiliriz. Hekimlerin günlük baktıkları hasta sayısına göre;

1. "Evde Bakım Hizmeti Aileyi Bakım Kapsamında Tutar." ($t_{(231)}= -2,328$; $p<0.05$) ,
2. "Evde Bakım Hizmeti En Verimli Sağlık Hizmet Sunum Şeklidir." ($t_{(252)}= -2,052$; $p<0.05$) ve
3. "Evde Bakım Hizmeti Güvenlidir." ($t_{(252)}= -2,023$; $p<0.05$)

ifadelerine ilişkin grup ortalamaları arasında farklılık vardır ve günlük baktıkları hasta sayısı medyan değerinin üstünde yer alan hekimlerin bu ifadelerle ilişkin ortalamaları daha yüksektir. Bu durum ikinci gruptaki hekimlerin bu görüşlere daha fazla katıldıklarını göstermektedir.

Tablo 4.11. Hekimlerin Günlük Baktıkları Hasta Sayısına Göre Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliğiyle İlgili Görüşleri

Görüşler	Bakılan Günlük Hasta Sayısı	Sayı (n)	Ort.	Std. Sapma	t	p
Evde Bakım Hizmeti Aileyi Bir Arada Tutar.	<30 kişi	118	3,48	1,084	-0,246	0,806
	≥30 kişi	136	3,51	,966		
Evde Bakım Hizmeti Aileyi Bakım Kapsamında Tutar.	<30 kişi	118	3,48	,894	-2,328	0,021*
	≥30 kişi	136	3,73	,765		
Evde Bakım Hizmeti Bazı Bireylere Ulaşabilmenin Tek Yoludur.	<30 kişi	118	3,44	1,000	-0,435	0,664
	≥30 kişi	136	3,49	,903		
Evde Bakım Hizmeti Bireyin Yaşam Suresini Uzatır.	<30 kişi	118	3,24	,864	-1,130	0,260
	≥30 kişi	136	3,36	,866		
Evde Bakım Hizmeti Bireyin Yataklı Bir Kurumu Sık Sık Kullanmasını Engeller.	<30 kişi	118	3,86	,880	-1,069	0,286
	≥30 kişi	136	3,98	,931		
Evde Bakım Hizmeti Bu Alanda Uzmanlaşmış Kişiler Tarafından Verilir.	<30 kişi	118	3,91	,847	-0,834	0,405
	≥30 kişi	136	3,99	,793		
Evde Bakım Hizmeti Çok Etkili Bir Hizmet Sunum Şeklidir.	<30 kişi	118	3,20	,957	-1,358	0,176
	≥30 kişi	136	3,36	,883		
Evde Bakım Hizmeti Diğer Sağlık Bakım Hizmetlerinden Daha Ucuzdur.	<30 kişi	118	3,38	,995	-0,815	0,416
	≥30 kişi	136	3,48	,894		
Evde Bakım Hizmeti En Verimli Sağlık Hizmet Sunum Şeklidir.	<30 kişi	118	3,03	1,078	-2,052	0,041*
	≥30 kişi	136	3,29	,944		

Tablo 4.11. devamı

Görüşler	Bakılan Günlük Hasta Sayısı	Sayı (n)	Ort.	Std. Sapma	t	P
Evde Bakım Hizmeti Güvenle Evde Sunulabilir.	<30 kişi	118	3,46	1,067	-1,338	0,182
	≥30 kişi	136	3,63	,902		
Evde Bakım Hizmeti Güvenlidir.	<30 kişi	118	3,23	,947	-2,023	0,044*
	≥30 kişi	136	3,46	,842		
Evde Bakım Hizmeti İyileşme Sürecini Hızlandırır.	<30 kişi	118	3,55	,902	-1,291	0,198
	≥30 kişi	136	3,69	,830		
Evde Bakım Hizmeti Kişiyeye Özelleştirilmiştir.	<30 kişi	118	3,63	,941	-1,704	0,090
	≥30 kişi	136	3,81	,725		
Evde Bakım Hizmeti Stresi Azalır.	<30 kişi	118	3,47	,922	-1,188	0,236
	≥30 kişi	136	3,61	,896		
Evde Bakım Hizmeti Sunumunda İstismar ve Korku Çok Küçük Düzeydedir.	<30 kişi	118	3,07	,976	-0,282	0,778
	≥30 kişi	136	3,10	1,006		
Evde Bakım Hizmeti Türk Sağlık Sistemine Uygun bir Hizmet Türüdür.	<30 kişi	118	2,95	1,053	-0,892	0,373
	≥30 kişi	136	3,07	1,034		
Evde Bakım Hizmeti Yalnızca Ölüm Öncesi Dönemdeki Hastalar için Değil Diğer Bireylerce de Tercih Edilen Bir Hizmet Türüdür.	<30 kişi	118	3,58	,881	0,147	0,883
	≥30 kişi	136	3,56	,995		
Evde Bakım Hizmeti Yaşam Kalitesini Arttırır.	<30 kişi	118	3,72	,914	-0,328	0,743
	≥30 kişi	136	3,76	,882		
Evde Bakım Hizmeti Yaşlılara Bağımsız Olarak Yaşamalarına Yardımcı Olur.	<30 kişi	118	3,71	,925	0,115	0,909
	≥30 kişi	136	3,70	,922		
Evde Bakım Maksimum Miktarda Özgürlüğü Mümkün Kılar.	<30 kişi	118	3,44	,966	-1,324	0,187
	≥30 kişi	136	3,59	,784		

* 0,05 önemlilik düzeyinde anlamlı

Araştırmaya katılan hekimlerin haftalık çalışma saatlerine göre evde bakım hizmetlerinin uygulanabilirliği konusundaki görüşleri Tablo 4.12’de karşılaştırmalı olarak gösterilmektedir. Veri toplama aracı olarak kullanılan ankette hekimlerin haftalık çalışma saatleri açık uçlu soru niteliğindedir. Ancak haftalık çalışma saati sürekli bir bağımsız değişken olduğu için toplanan veriler ortalamanın altı ve üstü olarak sınıflandırılmıştır. Bu noktada amaç haftalık çalışma saati fazla olan hekimlerin evde bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliği konusunda daha az çalışan hekimlere göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemektir. Katılımcıların haftalık çalışma saatleri bu şekilde iki gruba ayrıldığı için de görüşler yönünden farklılık olup olmadığı incelenirken bağımsız iki örneklem t testi uygulanmıştır. Test sonucunda öncelikle (Levene’s Test for Equality of Variance) varyansların eşit olup olmamaları değerlendirilmiş ve “Evde Bakım Hizmeti Aileyi Bakım Kapsamında Tutar.” ($p=,035$) , “Evde Bakım Hizmeti Bireyin Yataklı Bir Kurumu Sık Sık Kullanmasını Engeller.” ($p=,000$) ve “Evde Bakım Hizmeti Kişiyi Özelleştirilmiştir.” ($p=,019$) ifadelerinde varyansların eşit olduğu varsayımı reddedilmiş ve bu doğrultuda ortalamaların eşitliği için t istatistik değerine ve ona ilişkin p değerine bakılmıştır. Diğer ifadelerde ise varyansların eşitliği varsayımı kabul edilerek t ve p değerleri dikkate alınmıştır. Buna göre, hekimlerin haftalık çalışma saatlerine göre evde sağlık bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliğiyle ilgili istatistiksel olarak ortaya çıkan farklılıkları şu şekilde özetleyebiliriz. Hekimlerin haftalık çalışma saatlerine göre;

1. “Evde Bakım Hizmeti Aileyi Bakım Kapsamında Tutar.” ($t_{(208)}= 2,554$; $p<0.05$) ,
2. “Evde Bakım Hizmeti Bireyin Yataklı Bir Kurumu Sık Sık Kullanmasını Engeller.” ($t_{(184)}= 2,038$; $p<0.05$)

ifadelerine ilişkin grup ortalamaları arasında farklılık vardır ve haftalık çalışma saati ortalamasının altında yer alan hekimlerin bu ifadelere ilişkin ortalamaları daha yüksektir. Bu durum birinci gruptaki hekimlerin bu görüşlere daha fazla katıldıklarını göstermektedir.

Tablo 4.12. Hekimlerin Haftalık Çalışma Saatlerine Göre Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliğiyle İlgili Görüşleri

Görüşler	Haftalık Çalışma Saati	Sayı (n)	Ort.	Std. Sapma	t	p
Evde Bakım Hizmeti Aileyi Bir Arada Tutar.	<50 saat	152	3,57	,974	1,256	0,210
	≥50 saat	102	3,40	1,083		
Evde Bakım Hizmeti Aileyi Bakım Kapsamında Tutar.	<50 saat	152	3,72	,807	2,554	0,011*
	≥50 saat	102	3,45	,852		
Evde Bakım Hizmeti Bazı Bireylere Ulaşabilmenin Tek Yoludur.	<50 saat	152	3,49	,970	0,376	0,707
	≥50 saat	102	3,44	,918		
Evde Bakım Hizmeti Bireyin Yaşam Suresini Uzatır.	<50 saat	152	3,30	,860	-0,159	0,874
	≥50 saat	102	3,31	,879		
Evde Bakım Hizmeti Bireyin Yataklı Bir Kurumu Sık Sık Kullanmasını Engeller.	<50 saat	152	4,02	,818	2,038	0,043*
	≥50 saat	102	3,77	1,014		
Evde Bakım Hizmeti Bu Alanda Uzmanlaşmış Kişiler Tarafından Verilir.	<50 saat	152	3,98	,826	0,653	0,514
	≥50 saat	102	3,91	,810		
Evde Bakım Hizmeti Çok Etkili Bir Hizmet Sunum Şeklidir.	<50 saat	152	3,37	,918	1,720	0,087
	≥50 saat	102	3,17	,913		
Evde Bakım Hizmeti Diğer Sağlık Bakım Hizmetlerinden Daha Ucuzdur.	<50 saat	152	3,42	,973	-0,248	0,804
	≥50 saat	102	3,45	,897		
Evde Bakım Hizmeti En Verimli Sağlık Hizmet Sunum Şeklidir.	<50 saat	152	3,16	1,032	-0,168	0,867
	≥50 saat	102	3,19	,992		
Evde Bakım Hizmeti Güvenle Evde Sunulabilir.	<50 saat	152	3,57	,967	0,496	0,620
	≥50 saat	102	3,51	1,012		
Evde Bakım Hizmeti Güvenlidir.	<50 saat	152	3,39	,907	0,818	0,414
	≥50 saat	102	3,29	,885		
Evde Bakım Hizmeti İyileşme Sürecini Hızlandırır.	<50 saat	152	3,63	,859	0,126	0,900
	≥50 saat	102	3,62	,879		
Evde Bakım Hizmeti Kişiyi Özelleştirilmiştir.	<50 saat	152	3,78	,791	1,180	0,240
	≥50 saat	102	3,65	,897		

Tablo 4.12. devamı

Görüşler	Haftalık Çalışma Saati	Sayı (n)	Ort.	Std. Sapma	t	p
Evde Bakım Hizmeti Stresi Azaltır.	<50 saat	152	3,61	,907	1,385	0,167
	≥50 saat	102	3,45	,908		
Evde Bakım Hizmeti Sunumunda İstismar ve Korku Çok Küçük Düzeydedir.	<50 saat	152	3,09	,996	-0,021	0,983
	≥50 saat	102	3,09	,986		
Evde Bakım Hizmeti Türk Sağlık Sistemine Uygun bir Hizmet Türüdür.	<50 saat	152	3,07	1,030	1,131	0,259
	≥50 saat	102	2,92	1,059		
Evde Bakım Hizmeti Yalnızca Ölüm Öncesi Dönemdeki Hastalar için Değil Diğer Bireylerce de Tercih Edilen Bir Hizmet Türüdür.	<50 saat	152	3,62	,906	1,064	0,288
	≥50 saat	102	3,49	,992		
Evde Bakım Hizmeti Yaşam Kalitesini Arttırır.	<50 saat	152	3,76	,949	0,356	0,722
	≥50 saat	102	3,72	,813		
Evde Bakım Hizmeti Yaşlılara Bağımsız Olarak Yaşamalarına Yardımcı Olur.	<50 saat	152	3,76	,884	1,095	0,274
	≥50 saat	102	3,63	,974		
Evde Bakım Maksimum Miktarda Özgürlüğü Mümkün Kılar.	<50 saat	152	3,54	,883	0,440	0,661
	≥50 saat	102	3,49	,865		

* 0,05 önemlilik düzeyinde anlamlı

Yapılan hipotez testleri sonucunda özetle şunları söylemek mümkündür;

Hekimlerin cinsiyetlerine göre evde sağlık bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliğiyle ilgili hiçbir görüşte istatistiksel olarak farklılık bulunmamıştır.

Hekimlerin yaşlarına göre evde sağlık bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliğiyle ilgili “Evde Bakım Hizmeti Stresi Azaltır.” ifadesinde hekimlerin katılım düzeyleri (grup ortalamaları) arasındaki fark istatistiksel

olarak anlamlı bulunmuştur ve yaşı ortalamasının üstünde olan hekimlerin bu ifadeye ilişkin ortalamaları daha yüksektir. Bu sonuç hekimlerin zaman içerisinde evde bakım hizmetinin önemi noktasında farkındalıklarının arttığı şeklinde yorumlanabilir.

Hekimlerin unvanlarına göre; “Evde Bakım Hizmeti Aileyi Bakım Kapsamında Tutar.”, “Evde Bakım Hizmeti Bireyin Yataklı Bir Kurumu Sık Sık Kullanmasını Engeller.”, “Evde Bakım Hizmeti Çok Etkili Bir Hizmet Sunum Şeklidir.”, “Evde Bakım Hizmeti Güvenle Evde Sunulabilir.” , “Evde Bakım Hizmeti Yaşam Kalitesini Arttırır.” ve “Evde Bakım Hizmeti Yaşlılara Bağımsız Olarak Yaşamalarına Yardımcı Olur. ifadelerine ilişkin grup ortalamaları arasında farklılık vardır ve uzman ve öğretim elemanı hekimlerin bu ifadelere ilişkin katılım düzeyleri (ortalamaları) daha yüksektir. Bu durum uzman hekimlerin bu görüşlere daha fazla katıldıklarını göstermektedir. Bu noktada uzman hekimlerin daha fazla deneyim ve bilgi sahibi olmalarının bu farklılığı yarattığı dolayısıyla evde bakım hizmetlerine daha fazla önem verdiklerini düşünmek mümkündür.

Hekimlerin uzmanlık alanlarına göre “Evde Bakım Hizmeti Bazı Bireylere Ulaşabilmenin Tek Yoludur.” ifadesi hakkında görüşleri istatistiksel olarak farklılık göstermektedir. Bu ifadeye ilişkin görüşlerin ortalaması; dahili ve cerrahi bilimler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Uzmanlığı dahili tıp bilimlerinden olan hekimler evde bakım hizmetlerinin bazı bireylere ulaşabilmede tek yol olduğu ifadesine daha fazla katılmaktadırlar. Bu sonucu dahili tıp bilimlerinde çalışanların alanları itibariyle evde bakım hizmetlerinden daha fazla yararlanacağı dolayısıyla bu konuya daha fazla önem verdikleri şeklinde yorumlamak mümkündür.

Hekimlerin çalışma sürelerine göre; “Evde Bakım Hizmeti Aileyi Bakım Kapsamında Tutar.”, “Evde Bakım Hizmeti Bireyin Yataklı Bir Kurumu Sık Sık Kullanmasını Engeller.”, “Evde Bakım Hizmeti Çok Etkili Bir Hizmet Sunum

Şeklidir.”, “Evde Bakım Hizmeti Güvenle Evde Sunulabilir.”, “Evde Bakım Hizmeti Kişiyi Özelleştirilmiştir.” ve “Evde Bakım Hizmeti Stresi Azaltır.” ifadelerine ilişkin grup ortalamaları arasında farklılık vardır ve hekimlik süresi 12 yılın üstünde yer alan hekimlerin bu ifadelerle ilişkin ortalamaları daha yüksektir. Bu durum çalışma süresi fazla olan hekimlerin bu görüşlere daha fazla katıldıklarını göstermektedir. Bu noktada istatistiksel olarak çıkan farklılığın yaş ve unvan değişkenlerinde çıkan sonuçlara benzer olması deneyimin ve daha fazla bilgi sahibi olmanın bu konuya verilen önemle ilişkisi olduğu düşüncesini desteklemektedir.

Hekimlerin araştırma yapılan hastanede çalışma sürelerine göre; “Evde Bakım Hizmeti Bireyin Yaşam Süresini Uzatır.”, “Evde Bakım Hizmeti Kişiyi Özelleştirilmiştir.” ve “Evde Bakım Hizmeti Stresi Azaltır.” ifadelerine ilişkin ortalamalar arasında farklılık vardır ve araştırma yapılan hastanede çalışma süresi ortalamadan üstünde yer alan hekimlerin bu ifadelerle ilişkin ortalamaları daha yüksektir. Bu durum ikinci gruptaki hekimlerin bu görüşlere daha fazla katıldıklarını göstermektedir. Hastanede çalışma süresi de hekim olarak çalışma süresine paralel bir değişken olarak düşünülürse, sonucu benzer şekilde yorumlamak, yani tam teşekküllü bir devlet hastanesinde daha uzun süre çalışmış olmak evde bakım hizmetlerinin yararlarını fark etmede önem taşımaktadır.

Hekimlerin çalıştıkları servis türüne göre “Evde Bakım Hizmeti Bireyin Yaşam Süresini Uzatır.” ifadesi hakkında görüşleri istatistiksel olarak farklılık göstermektedir. Bu ifadeye ilişkin görüşlerin ortalaması; poliklinik ve yatan hasta servisi arasında; yatan hasta servisi ve diğer arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Yatan hasta servisinde çalışan hekimler evde bakım hizmetinin bireyin yaşam süresini uzatacağı ifadesine daha fazla katılmaktadırlar. Bu durum da hekimin çalıştığı bilim dalına göre görüşlerinin değişmesini desteklemektedir. Yatan hasta servisinde çalışanlar büyük olasılıkla evde bakım hizmetlerinin uygulanmasından daha fazla yarar

göreceklendir, bunu dikkate alarak da evde bakım hizmetlerinin uygulanmasını daha fazla destekliyor olmaları mümkündür.

Hekimlerin günlük baktıkları hasta sayısına göre; “Evde Bakım Hizmeti Aileyi Bakım Kapsamında Tutar.”, “Evde Bakım Hizmeti En Verimli Sağlık Hizmet Sunum Şeklidir.” ve “Evde Bakım Hizmeti Güvenlidir.” ifadelerine ilişkin grup ortalamaları arasında farklılık vardır ve günlük baktıkları hasta sayısı medyan değerinin üstünde yer alan hekimlerin bu ifadelere ilişkin ortalamaları daha yüksektir. Bu durum ikinci gruptaki hekimlerin bu görüşlere daha fazla katıldıklarını göstermektedir. Etkin bir evde bakım hizmetlerinin uygulamasının hekimlerin günlük baktıkları hasta sayısında bir azalmaya neden olacağı literatürde de sıkça ifade edilmektedir. Bu doğrultuda gün içerisinde daha fazla hasta ile ilgilenen hekimler daha az hastaya bakarak çalışmayı tercih edeceklerinden bahsedilen görüşlere daha fazla katılıyor olmaları beklenen bir sonuçtur.

BEŞİNCİ BÖLÜM

V. KARDİYOLOJİ HASTALARI İÇİN HASTANE DESTEKLİ EVDE BAKIM HİZMETLERİ MODEL ÖNERİSİ

Kardiyovasküler hastalıklar Türkiye’de en önemli sağlık sorunlarından biridir. Kardiyovasküler hastalıklar nedeniyle her yıl yaklaşık 200.000 kişinin hayatını kaybettiği ve Türkiye’de yaklaşık 2 milyon koroner kalp hastası olduğu tahmin edilmektedir (Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Çalışması, 2004). Bu kadar yaygın bir sağlık probleminin ekonomik yüğü, maliyetleri karşılamak zorunda olanların finansal kapasitesini sıkıntıya sokmaktadır. Burada maliyetleri karşılamakla yükümlü olanlar devlet kurumları, sigorta şirketleri ve üçüncü parti ödeyicilerdir. Bu çıkmaz durumu karşılamak için, evde bakım hastane kalış sürelerini (dolayısıyla maliyetleri) azaltma ve ihtiyaç duyulan iyi bir vaka yönetimini sağlama çabalarıyla hızla büyümektedir. Bu bölümde kardiyoloji hastaları için hastanenin evde bakım programının amaçları ve organizasyonu açıklanmaktadır. Bu model kardiyoloji hastaları için olduğu kadar farklı diğer tıbbi problemleri olan hastalar için de uygulanabilir.

5.1. PROGRAMIN AMAÇLARI

Kardiyoloji hastaları için evde bakım programının amaçları şu şekilde özetlenebilir;

- Hemşirelik, meşguliyet terapisi, fiziksel terapi, konuşma terapisi, sosyal hizmet, beslenme danışmanlığı, ilaç hizmetleri ve laboratuvar hizmetleri

alanlarında kardiyoloji hastaları için kişiselleştirilmiş ve uzmanlaşmış en iyi evde bakım hizmeti sunumunun sağlanması,

- Kardiyoloji hastaları için özel olarak tasarlanmış maliyet-etkili, dayanıklı tıbbi donanım, malzeme ve yardımcı malzemenin sağlanması,
- Hastanın ailesi ve diğer bakıcılarının hastanın bakımını bağımsız olarak yapmada ihtiyaç duyacakları ve hekimin tanımlamaları kadar ailenin yetenek ve isteklerine göre bilgi ve öğrenme deneyiminin sağlanması,
- Hastane kayıtlarından evde bakım kayıtlarına ve personeline bilgi akışı sağlanarak bakımın sürekliliğinin sağlanmasıdır.

5.2. EVDE BAKIM PROGRAMININ ÖRGÜTSEL YAPISI

Evde bakım hizmetleri birey ve ailesinin fiziksel, duygusal,ekonomik ve çevresel tüm boyutları ile dikkate alınmasını gerektirdiğinden multidisipliner ekip çalışmasını zorunlu kılmaktadır. Bu hizmetlerin verildiği bazı ülkelerde özellikle kronik hastalık, sakatlık ve cerrahi müdahale uygulanan olgulara hastanede tedavi hizmetlerinin sunulması sırasında hasta çıkış (taburculuk işlemini yapan personel) ekibi ile evde bakım ekibi koordinasyon içinde çalışmak durumundadır.

Bakım vermek amacıyla ev ortamına giren sağlık profesyonellerinden, hasta/sakat birey ile birlikte diğer aile üyeleri de sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi anlamında yararlanma olanağı bulacağından, evde bakım hizmetleri sağlıklı aile ve sağlıklı toplum amacına ulaşmada da bir araç olarak düşünülebilir. Bu anlamda, evde bakım hizmetleri ekibi genel olarak;

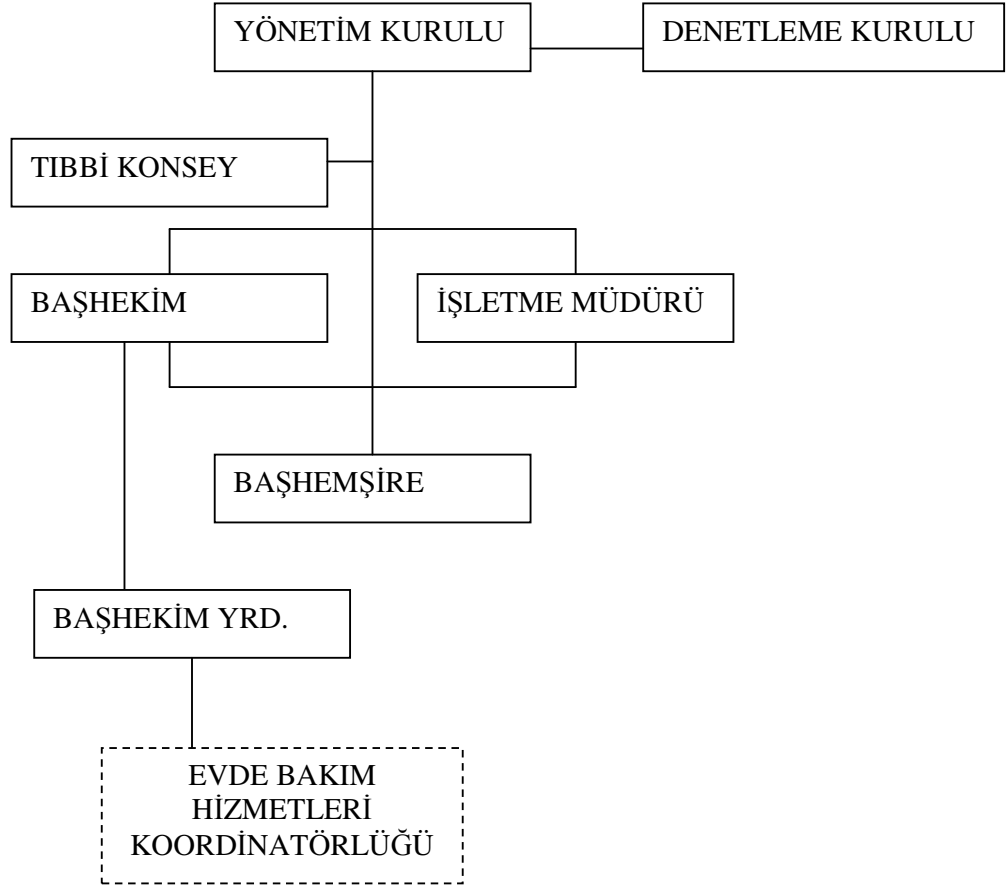
- Hekim
- Hemşire
- Diyetisyen
- Fizyoterapist

- Psikolog
- Sosyal hizmet personeli
- Ev ekonomisti
- Sağlık yöneticisinden oluşmaktadır.¹

Şekil 5.1'de Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi'nin mevcut örgüt yapısı dikkate alınarak evde bakım hizmetlerinin sunumu noktasında önerilen örgüt yapısı sunulmaktadır. Şekil 5.1'de örgüt yapısı Başhekim Yardımcılarından birinin koordinatörlüğünde bu hizmetlerin örgütlenmesi esasına dayandırılmıştır.

Evde bakım hizmetlerinde ekibin anahtar üyesi olan hekimler Şekil 5.1 ile açıklanan sürece aktif olarak katılır ve ev ziyaretleri sık gerçekleşirse ekibin diğer üyeleri arasında, hasta ve ailesi arasında olduğu gibi olumlu ilişkiler gelişebilir. Dolayısıyla bu hizmetlerin örgütlenmesinde hekim kökenli yönetici konumundaki başhekim yardımcısı koordinatör olarak öngörülmüştür. Evde bakım hizmetleri koordinatörünün temel işlevi bu hizmeti sunmayı amaçlayan kliniklerin gereksinimlerinin planlanması ve işletme müdürü kanalı ile işletmecilik boyutuna yönelik olarak koordinasyonun sağlanması olacaktır.

¹ Evde Bakım Kavramı, İçinde: **Ulusal Evde Bakım Kongresi, Program Özet Kitabı**,(İstanbul: Marmara Üniversitesi, Eylül, 1998).

Şekil 5.1. Organizasyon Yapısı

5.3. KARDİYOLOJİ HASTALARININ EVDE BAKIMI

Hastanenin taburcu planlayıcısı, sigorta vaka yöneticisi, kardiyolog veya temel bakım hekimi kardiyoloji hastalarını evde bakıma sevk edebilir. Bir kardiyoloji hastasının evde bakıma sevk edilebilmesi için gerekli kriterler (Martinson ve başk., 2002:418);

- Kalp hastalıkları nedeniyle yılda 2'den fazla hastane girişi yapanlar
- İlaç kullanımı, sodyum alımı, ve kişisel takip (ağırılık, semptomlar, tansiyon) konusunda bireysel yönetimi sağlamak için eğitime ihtiyaç duyanlar
- Stabil olmayan ikinci bir hastalığın varlığı (diyabet, hipertansiyon, KOAH)
- Hastalıkla ilgili rejimi etkileyen bakıcı sorunları olanlar
- Yaşlı veya durumu ciddi olanlar

Evde bakımın kalp hastası olanlar için bakımın yataklı tedaviden ayaktan tedavi yerlerine kaymasında önemli bir rolü vardır (Sherman, 1995).

5.4. EV ZİYARETLERİ

Ev sağlık hemşiresi tarafından ilk ziyaret, hasta hastaneden taburcu olduktan ve hekim ve hastane taburcu planlayıcı arasında uygun konsültasyonlar yapıldıktan kısa bir süre sonra yapılır. Bu ilk ziyarette hemşire, hastanın iyileşme dönemi için çevrenin tatmin edici olup olmadığını belirlemek için evin durumunu değerlendirir. Bu değerlendirme yatak odası ve banyo tesisleri, ısıtma ve havalandırma sistemlerinin yeterliliği gibi faktörler açısından yapılır. Hemşire aynı zamanda, bakıcıların talimatları izleyip

izleyemeyeceği, ihtiyaç duyulduğunda yara temizleme, elbise değiştirme gibi önemli prosedürleri öğrenip öğrenemeyeceklerini değlendirmeye çalışır. Ailenin finansal kaynakları da, ilaç, malzeme ve özel beslenme ihtiyaçlarının satın alınması yönünden dikkate alınmalıdır (Goldin, 1997:362).

Kardiyoloji hastaları için evde bakım hizmetleri kapsamında yapılabilecek müdahaleler şu şekilde listelenebilir(Martinson ve ark, 2002:419);

- Değlendirmelerin yürütülmesi (Ek-3)
- Hasta, aile veya bakıcının hastalık konusunda eğitilmesi (Ek-4)
- Laboratuvar testleri ve izleme sonuçları için kateterizasyon yapılması
- Temel tıp doktoru, hemşire ve kardiyolog ile yakın iletişimin sağlanması

5.5. SONUÇLARIN İZLENMESİ

Sonuç lmlerinin takip edilmesi programın revize edilmesi veya diğer hastalık yönetimi yaklaşımlarının geliştirilmesi için esas teşkil etmektedir. Kardiyoloji hastaları için evde bakımla ilgili önerilen sonuç ölçümlerinde kullanılan kriterler (Martinson ve ark, 2002:430);

- Hastanede yatış sayısı
- Hastanede kalış süresi
- Bakıcı ve ailenin yükü
- Hasta tatmini
- Hastanın yaşam kalitesi
- Evde bakım kaynak kullanımı

Sonuçta; kalp cerrahisindeki ilerlemelere paralel olarak dikkatle ve iyi bir koordinasyonla planlanmış bir evde bakım programının yaygın olarak kullanılması hasta memnuniyetini, klinik sonuçların başarısını önemli oranda artırabilir ve maliyetleri anlamlı olarak düşürebilir. Düşük yatış günü ve yatak kullanım oranının yükseltilmesi maliyetlerin düşürülerek karlılık oranının önemli ölçüde artırılmasını sağlayacaktır.

SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Bu çalışmada evde bakım hizmetlerinin sağlık sistemi içindeki yeri ve önemi genel bilgiler verilerek anlatılmaya çalışılmış, evde bakım hizmetlerinin gerekliliğine ve yasal düzenleme ihtiyaçlarına değinilmiş, günümüzde Avrupa ve daha çok da ABD'de rağbet gören evde bakım hizmetlerinin geleceğin endüstrisi olacağı vurgulanmıştır. Yapılan saha araştırmasının sonuçlarını şu şekilde özetleyebiliriz;

- ✓ Hekimlerin evde sağlık bakım hizmetlerinin Türkiye'de uygulanabilirliğiyle ilgili kesinlikle katıldıkları görüşler arasında 58 kişi (%22,8) ile "Evde bakım hizmeti bu alanda uzmanlaşmış kişiler tarafından verilir" ve "Evde bakım hizmeti bireyin yataklı bir kurumu sık sık kullanmasını engeller" birinci sırada yer almaktadır.
- ✓ Hekimlerin evde sağlık bakım hizmetlerinin uygulanabilirliğiyle ilgili katıldıkları görüşler arasında, 165 kişi (%65) ile "Evde bakım hizmeti kişiye özelleştirilmiştir" görüşü birinci sırada yer almaktadır.
- ✓ Araştırmaya katılan hekimlerin en az fikir sahibi oldukları konular 107 kişi (%42,1) ile "Evde bakım hizmeti bireyin yaşam süresini uzatır" ve 91 kişi ile (%35,8) "Evde bakım hizmeti güvenilirdir", "Evde bakım hizmeti çok etkili bir hizmet sunum şeklidir" ve "Evde bakım hizmeti en verimli sağlık hizmet sunum şeklidir" olarak belirlenmiştir.
- ✓ Hekimlerin evde sağlık bakım hizmetlerinin uygulanabilirliğiyle ilgili katılmadıkları görüşler arasında, 75 kişi (%29,5) ile "Evde bakım hizmeti Türk Sağlık sistemine uygun bir hizmet türüdür" birinci sırada yer almaktadır.
- ✓ Araştırmaya katılan hekimlerin kesinlikle katılmadıkları görüşler arasında ise yine "Evde bakım hizmeti Türk Sağlık sistemine uygun bir hizmet türüdür" görüşü 15 kişi (%5,9) ile ilk sıradadır.

- ✓ Hekimlerin cinsiyetlerine göre evde sağlık bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliğiyle ilgili hiçbir görüşte istatistiksel olarak farklılık bulunmamıştır ve 5.7.2’de yer alan H_0 hipotezi ret edilememiştir.
- ✓ Hekimlerin yaşlarına göre evde sağlık bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliğiyle ilgili “Evde Bakım Hizmeti Stresi Azaltır.” ($t_{(250)} = -3,294$; $p < 0,05$) ifadesinde hekimlerin katılım düzeyleri (grup ortalamaları) arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ve yaşı ortalamasının üstünde olan hekimlerin bu ifadeye ilişkin ortalamaları daha yüksektir.
- ✓ Hekimlerin unvanlarına göre;
 - “Evde Bakım Hizmeti Aileyi Bakım Kapsamında Tutar.” ($t_{(228)} = -2,996$; $p < 0,05$),
 - “Evde Bakım Hizmeti Bireyin Yataklı Bir Kurumu Sık Sık Kullanmasını Engeller.” ($t_{(201)} = -3,457$; $p < 0,05$),
 - “Evde Bakım Hizmeti Çok Etkili Bir Hizmet Sunum Şeklidir.” ($t_{(251)} = -2,582$; $p < 0,05$),
 - “Evde Bakım Hizmeti Güvenle Evde Sunulabilir.” ($t_{(221)} = -3,168$; $p < 0,05$),
 - “Evde Bakım Hizmeti Yaşam Kalitesini Arttırır.” ($t_{(251)} = -2,496$; $p < 0,05$) ve
 - “Evde Bakım Hizmeti Yaşlılara Bağımsız Olarak Yaşamalarına Yardımcı Olur.” ($t_{(220)} = -2,658$; $p < 0,05$)
 ifadelerine ilişkin grup ortalamaları arasında farklılık vardır ve uzman ve öğretim elemanı hekimlerin bu ifadelere ilişkin katılım düzeyleri (ortalamaları) daha yüksektir. Bu durum uzman hekimlerin bu görüşlere daha fazla katıldıklarını göstermektedir.
- ✓ Hekimlerin uzmanlık alanlarına göre “Evde Bakım Hizmeti Bazı Bireylere Ulaşabilmenin Tek Yoludur.” ifadesi hakkında görüşleri istatistiksel olarak farklılık göstermektedir ($X^2_{(2)} = 6,543$; $p < 0,05$). Bu ifadeye ilişkin görüşlerin ortalaması; dahili ve cerrahi bilimler arasında

($z=-2,510$; $p=0,012$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Uzmanlığı dahili tıp bilimlerinden olan hekimler evde bakım hizmetlerinin bazı bireylere ulaşabilmede tek yol olduğu ifadesine daha fazla katılmaktadırlar.

- ✓ Hekimlerin çalışma sürelerine göre;
 - “Evde Bakım Hizmeti Aileyi Bakım Kapsamında Tutar.” ($t_{(252)}= -2,207$; $p<0.05$) ,
 - “Evde Bakım Hizmeti Bireyin Yataklı Bir Kurumu Sık Sık Kullanmasını Engeller.” ($t_{(252)}= -2,596$; $p<0.05$),
 - “Evde Bakım Hizmeti Çok Etkili Bir Hizmet Sunum Şeklidir.” ($t_{(252)}=-2,077$; $p<0.05$),
 - “Evde Bakım Hizmeti Güvenle Evde Sunulabilir.” ($t_{(252)}= -1,984$; $p<0.05$) ,
 - “Evde Bakım Hizmeti Kişiyi Özelleştirilmiştir.” ($t_{(252)}= -2,843$; $p<0.05$)

ve

 - “Evde Bakım Hizmeti Stresi Azaltır.” ($t_{(251)}= -3,476$; $p<0.05$)

ifadelerine ilişkin grup ortalamaları arasında farklılık vardır ve hekimlik süresi 12 yılın üstünde yer alan hekimlerin bu ifadelerle ilişkin ortalamaları daha yüksektir. Bu durum çalışma süresi fazla olan hekimlerin bu görüşlere daha fazla katıldıklarını göstermektedir.
- ✓ Hekimlerin araştırma yapılan hastanede çalışma sürelerine göre;
 - “Evde Bakım Hizmeti Bireyin Yaşam Süresini Uzatır.” ($t_{(252)}= -1,989$; $p<0.05$) ,
 - “Evde Bakım Hizmeti Kişiyi Özelleştirilmiştir.” ($t_{(202)}= -2,066$; $p<0.05$)
 - “Evde Bakım Hizmeti Stresi Azaltır.” ($t_{(252)}= -2,082$; $p<0.05$)

ifadelerine ilişkin ortalamalar arasında farklılık vardır ve araştırma yapılan hastanede çalışma süresi ortalamasının üstünde yer alan hekimlerin bu ifadelerle ilişkin ortalamaları daha yüksektir. Bu durum

ikinci gruptaki hekimlerin bu görüşlere daha fazla katıldıklarını göstermektedir.

- ✓ Hekimlerin çalıştıkları servis türüne göre “Evde Bakım Hizmeti Bireyin Yasam Süresini Uzatır.” ifadesi hakkında görüşleri istatistiksel olarak farklılık göstermektedir ($X^2_{(3)} = 9,496$; $p < 0,05$) yani, bu ifade için 5.7.7’de yer alan H_0 hipotezi reddedilir. Bu ifadeye ilişkin görüşlerin ortalaması; poliklinik ve yatan hasta servisi arasında ($z = -2,504$; $p = 0,012$); yatan hasta servisi ve diğer arasında ($z = -2,768$; $p = 0,006$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Yatan hasta servisinde çalışan hekimler evde bakım hizmetinin bireyin yaşam süresini uzatacağı ifadesine daha fazla katılmaktadırlar.
- ✓ Hekimlerin günlük baktıkları hasta sayısına göre;
 - “Evde Bakım Hizmeti Aileyi Bakım Kapsamında Tutar.” ($t_{(231)} = -2,328$; $p < 0,05$) ,
 - “Evde Bakım Hizmeti En Verimli Sağlık Hizmet Sunum Şeklidir.” ($t_{(252)} = -2,052$; $p < 0,05$) ve
 - “Evde Bakım Hizmeti Güvenlidir.” ($t_{(252)} = -2,023$; $p < 0,05$)
 ifadelerine ilişkin grup ortalamaları arasında farklılık vardır ve günlük baktıkları hasta sayısı medyan değerinin üstünde yer alan hekimlerin bu ifadelerle ilişkin ortalamaları daha yüksektir. Bu durum ikinci gruptaki hekimlerin bu görüşlere daha fazla katıldıklarını göstermektedir.
- ✓ Hekimlerin haftalık çalışma saatlerine göre;
 - “Evde Bakım Hizmeti Aileyi Bakım Kapsamında Tutar.” ($t_{(208)} = 2,554$; $p < 0,05$) ,
 - “Evde Bakım Hizmeti Bireyin Yataklı Bir Kurumu Sık Sık Kullanmasını Engeller.” ($t_{(184)} = 2,038$; $p < 0,05$)
 ifadelerine ilişkin grup ortalamaları arasında farklılık vardır ve haftalık çalışma saati ortalamasının altında yer alan hekimlerin bu ifadelerle ilişkin

ortalamaları daha yüksektir. Bu durum birinci gruptaki hekimlerin bu görüşlere daha fazla katıldıklarını göstermektedir.

Evde bakım hizmetleri yeni ve hızlı gelişen en etkili ve verimli sağlık hizmeti modelidir. Hastanın iyileşmesini hızlandırma, enfeksiyon riskini azaltma, stresi azaltma, aileyi bir arada tutma, bakımevlerine ihtiyacı azaltma, maliyeti azaltma gibi birçok yararları olan evde sağlık bakım hizmetleri sağlık sektöründe önemli bir yere sahiptir.

Sağlık hizmetlerine alternatif değil tamamlayıcı bir nitelik taşıyan evde bakım hizmetleri, Türkiye’de ancak 2005 yılında çıkan yönetmelikle sağlık sektöründe yerini bulurken, hizmetlerin bugünkü finansman şekline göre ancak toplumun özel sağlık sigortası kapsamında yer alan %1’lik kesimi bu hizmetleri kullanabilmektedir. Devletin sosyal güvenlik şemsiyesi altında yer alan %90’lık kesim ise, evde bakım hizmetleri devlet tarafından karşılanmadığı için bu hizmetlerden yararlanamamaktadır. Dolayısıyla evde bakım hizmetlerinin geniş kitlelere yayılabilmesi ve herkes tarafından kullanılabilir bir hizmet haline gelmesi ancak devletin evde bakım hizmetlerini geri ödemesi ile mümkün olacaktır.

Evde bakım hizmetlerinin sunumunda hastanelerin katkıları artırılmalı, hastane yöneticileri bu hizmetlere teşvik edilmeli ve “Hastane Destekli Evde Bakım Hizmetleri” hızla geliştirilmelidir.

Taburcu planlaması hastanelerde daha etkin yapılmalıdır. Doğru bir taburcu planlaması evde bakım hizmetinin gelişmesini ve yaygınlaşmasını sağlayacaktır.

Kurumlarda evde bakım hizmetleri organize edilmiş, ayrı bir birim tarafından sunulmalıdır. Böylece sunulan hizmetlerin takibi ve değerlendirmesi daha kolaylaşır.

Evde bakım hizmetlerinin finansmanı için ödeme olanakları geliştirilmelidir. Bu konuda özellikle özel sigorta şirketlerinin sayıca artırılması ve bu şirketlerin hizmet kapsamlarını genişletmeleri kamu tarafından teşvik edilmelidir. Ayrıca özel sigortalı bireylerin “evde bakım hizmetleri” sigorta şirketlerinin karşılaması konusunda bilinçlendirilmesi gereklidir.

Hasta veya hasta ailelerine yönelik evde bakım hizmetleri ve sunumu ile ilgili bilgilerin kısa ve öz olarak anlatıldığı rehber bir kitapçık hazırlanabilir.

Evde bakım hizmetleri ile ilgilenen kurum ve bireylerin bilgi edinebileceği, konuyla ilgili dergi, kitap,bülten gibi yayınlar artırılmalı ve bu konuda Sağlık Bakanlığı, Üniversiteler, MEB, Hemşirelik Yüksekokulları, Türk Hemşireler Derneği, Evde Bakım Dernekleri gibi kuruluşlarla işbirliği yapılmalıdır.

KAYNAKÇA

- AKDEMİR, Nuran
2001 "Sağlık Hizmetlerinde Süreklilik: Evde Bakım Hizmeti", Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı 39:926-934, Mayıs-Haziran.
- AKDUR, Recep
1998 "Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Politikaları", İçinde: AKDUR, R. ve başk. (ed), Halk Sağlığı, Antıp AŞ Tıp Kitapları ve Bilimsel Yayınlar Yayın No:26, Ankara
- AKSAKOĞLU, G.
1990 "Evde Sağlık Hizmeti". *II. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Özet Kitabı*. İ.Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yayını, İstanbul, 22-25 Mayıs
- ARDA, B.
1998 "Tıp Tarihi Konularına Genel Giriş", İçinde: ARDA, B., Y. OGUZ, Ş.S. PELİN, *Deontoloji*, 2. Baskı, Bilimsel Yayınlar Serisi, A.Ü. Tıp Fakültesi, Antıp AŞ. Yayınları, Ankara.
- ARRAS, John D.
1995 *Bringing The Hospital Home: Ethical and Social Implications of High-Tech Home Care*, The Johns Hopkins University Press, Baltimore
- BENJAMIN, M.R.
1997 "Pain Control in Home Care", In: SPRATT, John S., HAWLEY, Rhonda L., HOYE, Robert E.(eds), *Home Health Care: Principles and Practices*, GR/St. Lucie Press:49-82
- BENTUR, N.
2001 "Hospital at home: What is its place in the health system", Health Policy:71-79
- BERNSTEIN, Lawrence H.
1993 "Home Care Marketing from the Physician's Perspective" In: LERMAN, Dan ve Eric B. LINNE (ed), *Hospital Home Care: Strategic Management for Integrated Care Delivery*, American Hospital Publishing, Inc, AHA, USA.:85-92
- BOYOĞLU, Raşan
1998 "Hastane Destekli Evde Bakım Hizmetleri ve Sunumu", Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul

- BRODSKY, J., J. HABİB ve I. MIZRAHI
2000 *Long Term Care Laws In Five Developing Countries: A Review*, WHO/NMH/CCL/00.2
- BUHLER, K.
1985 "Public Health Nursing: In Sickness or in Health", American Journal of Public Health:1155-1167
- CHALLIS, D. ve başk.
1991 "An evaluation of an alternative to long-stay hospital care for frail elderly patients", Age Ageing, 20(4), July
- CHROMLAK, D.
1992 "Referral Sources in Home Healthcare", The Journal of Nursing Administration, 22 (12):39-45
- Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS)
2002 *Medicare and Home Health Care*, Department of Health&Human Services, Publication No. CMS-10969, Baltimore, USA.
- COMO, N.D.
1990 "Nursing Roles in the Community: Home Health Care Nursing." In: BULLOUGH, B.V. (ed), *Nursing in the Community*, C.V.Mosby Company, 26-33
- ÇOBAN, Mustafa
2003 "Evde Bakım Hizmetleri Konusunda Görüş Belirleme: Sosyal Sigortalar Kurumu Ankara Eğitim Hastanesi Doktorları ve Hemşireleri Üzerinde Bir Uygulama", Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- DAWSON, P.
1980 "Home Visiting in Europe", *Conference Exploring the Use of Home Visitors to Improve the Delivery of Preventive Services to Mothers with Young Children*, American Academy of Pediatrics, Washington:272-274
- DPT
2005 *Dokuzuncu Kalkınma Planı Sağlık Özel İhtisas Komisyonu Raporu*. Ankara.
- ELLENBECKER, C.H. ve K. SHEA
1994 "Documentation in home health care practice", Nurs. Clin.North.Am., 3:495-504
- ERNAM, Nuri

- 1990 *Açıklamalı ve Uygulamalı Sosyal Sigortalar Mevzuatı*, Kamu-İş Yayınları, Türk Tarih Kurumu Basımevi, Ankara.
- FIELDS, A.I. ve başk.
1991 "Home care cost effectiveness for respiratory technology-dependent children", American Journal of Disabled Children, 145(7), July
- FINKELSTEIN, Stanley M. ve başk.
2001 "TeleHomeCare: Virtual Visits From The Patient Home", Home Health Care Management & Practice, 13: 219-226
- FRANTZ, Ann ve C. LYNN
1999 "Cardiac Technology in the Home", Home Health Care Management & Practice, 11(3): 9-16
- GALLAGHER, M.B.
1985 "Nursing Role in Home Health Care", In: JARVIS, L.L. (ed), *Community Health Nursing: Keeping The Publicly Healthy*, Davis Company, USA
- GINGERICH, Barbara Stover
2005 "Home Health Compare: What's It Mean and What's Happening", Home Health Care Management & Practice, 18: 70-72
- GOLDIN, Albert G.
1997 "Home Health Care for Cardiac Patients" In: SPRATT, John S., HAWLEY, Rhonda L., HOYE, Robert E.(eds), *Home Health Care: Principles and Practices*, GR/St. Lucie Press:361-370.
- GUNTHER, R.W.
1996 "Selected Legal Issues In Home Health Care", In: SCHULMERICH, S.C., J. TIMOTHY ve Jr. RIORDAN (eds), *Home Health Care Administration*, Davis, Delmar Publishers:61-74
- GÜROL, Hacer
2002 "Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumu ve Türkiye'deki Potansiyeli İle İlgili Görüşlere Yönelik Bir Araştırma", Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul
- HAGGERTY, M.C., R. STOCKDALE-WOOLLEY ve S. NAIR
1991 "An innovative home care program for the patient with chronic obstructive pulmonary disease", Chest, 100 (3), September

- HARRIS, Marilyn D.
1997 *Handbook of Home Health Care Administration*, An Aspen Publication, Gaithersburg
- HARRISON, M.J. ve başk.
2001 "In Home Nursing Care for Women With High-Risk Pregnancies: Outcomes and Costs", Obstetrics&Gynecology, 97(6):982-987
- HSIAO, William
2000 *Gelişmekte Olan Ülkelerde Sağlık Finansmanı*, Sağlık Bakım ve Koruma Finansmanın Arka Plan Belgesi, Dünya Bankası.
- ILLICH, I.
1995 *Sağlığın Gaspı*, Çeviren: Süha Sertabiboğlu, Ayrıntı Yayınları, İstanbul
- IŞIK, Hayriye
2001 Sağlık Hizmetleri, Finansmanı, Ülke Örnekleri ve Çözüm Önerileri, Yüksek Lisans Tezi.
- JCOAH
1987 *Home Care Service Standarts. Accreditation Manual for Hospital.*
- JO RYAN, S. ve C. WASSENBERG
1990 "A Hospital Based Home Care Program", Nurs. Clin. North Am, 2:323-331
- JOHNSTONE, Margaret
1996 *Home Care for The Stroke Patient: Living in A Pattern*, Churchill Livingstone, New York
- KARAMERCAN, Erdal
2001 "Evde Bakım; Sağlık Hizmetlerinde Yeni Bir Olgı", Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı, 39:935-944, Mayıs-Haziran.
- KAVUNCUBAŞI, Şahin
2000 *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, Siyasal Kitabevi, Ankara
- KHAN, Mahmud ve başk.
2001 "Inappropriate Utilization of Hospital Services in Turkey", World Hospitals and Health Services, 37(1):6-13, 33-4
- KISA, Adnan
1999 *Sağlık Ekonomisine Giriş*. Usta Matbaacılık. Ankara.

- 2005 "Herşey İnsan İçin: Sağlık Reformları", Sağlık Politikası Gündemi, Makrobakış, Sayı:1:5-18.
- KISA, Adnan and K. ERSOY
 2005 "Physicians' Concerns About Home Health Care in Turkey: How Supportive Are They?", Home Health Care Management & Practice, 17: 448-455
- KUTLU, Sultan
 1999 "Osmangazi Üniversitesi Eğitim Uygulama ve Araştırma Hastanesinde Evde Bakım Hizmetleri Biriminin Organizasyonu İçin Bir Model Önerisi", Yüksek Lisans Tezi, Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eskişehir
- LERMAN, Dan
 1993 "The Hospital Home Care Market", In: LERMAN, Dan and LINNE Eric B.(ed), *Hospital Home Care: Strategic Management for Integrated Care Delivery*, American Hospital Publishing, Inc, AHA, USA.:1-14.
- LERMAN, Dan ve E. B. LINNE (ed)
 1993 *Hospital Home Care: Strategic Management for Integrated Care Delivery*, American Hospital Publishing, Inc, AHA, USA.
- MARKS, I.M. ve başk.
 1994 "Home-based versus hospital based care for people with serious mental illness", British Journal of Psychiatry, 165 (2), August
- MARTINSON, Ida M., A.G. WIDMER ve C. J. PORTILLO,
 2002 *Home Health Care Nursing*, Second Edition, W.B. Saunders Company, America.
- MONKS, Karen McGough
 2003 *Home Health Nursing: Assessment and Care Planning*, Mosby, St. Louis
- MUNCHUS,George ve başk.
 1999 "The US Home Health Industry:Past, Present, and Future", Home Health Care Management & Practice,11(4): 21-30
- NELL DI LIMA Sara ve S. NIEMEYER
 1996 *Home Health Care: Forms, Checklists & Guidelines*, An Aspen Publication, Gaithersburg
- ÖZDAMAR, Kazım
 1999 *SPSS İle Biyoistatistik*, 3. Baskı, Kaan Kitabevi, Eskişehir

ÖZTEK, Z.

- 2001 "Türkiye'de Sağlık Hizmetleri", Yeni Türkiye, Mayıs Haziran 2001 Yıl 7, Sayı 39: 60-64.

ROSE , M.A.

- 1991 "Home Care Nursing Practice: The New Frontier", In: SAUCIER, K.A., *Perspectives in Family and Community Health*, Mosby Year Book, New York

SCHWARTZ, R.

- 1994 "Home health's origins", Advanced Practice Nurse, 39-41

SIVACI, Celalettin

- 2005 *Genel Sağlık Sigortası ve Türkiye'de Uygulanabilirliği*. Devlet Bütçe Uzmanlığı Araştırma Raporu.

SOZEN, Cenk, A. KISA ve S. KAVUNCUBASI

- 2003 "Can Rural Telemedicine Help To Solve The Health Care Access Problems in Turkey?", Clinical Research And Regulatory Affairs, 20 (1): 117-126

SPRATT, John S., R.L. HAWLEY ve R.E. HOYE

- 1997 *Home Health Care: Principles and Practices*, GR/St. Lucie Press

SUBAŞI, Nüket ve ÖZTEK, Zafer

- 2006 "Türkiye'de Karşılanamayan Bir Gereksinim: Evde Bakım Hizmeti", TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 5(1):19-31.

SÜMBÜLOĞLU, Kadir

- 1998 *Biyoistatistik*, Hatiboğlu Yayınevi, Ankara

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

- 2002 *Aday Memur Hazırlayıcı Eğitim Ders Notları*. Ankara.
<http://www.saglik.gov.tr/extras/pdf/adaymemur.pdf>
- 2003 *Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı*. Ankara
- 2004a *OECD Sağlık Hesapları Sistemine Göre Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları 1999-2000*, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara
- 2004b *Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet-Etkililik Projesi, Hastalık Yükü, Final Rapor*, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Başkent Üniversitesi
- 2004c *Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet-Etkililik Projesi, Maliyet Etkililik Analizi, Final Rapor*, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi

- Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Başkent Üniversitesi
- 2005 Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı.” Ankara
- TAFT, Susan H., C. A. PIERCE ve C.L. GALLO
- 2005 “From Hospital to Home and Back Again: A Study in Hospital Admissions and Deaths for Home Care Patients”, Home Health Care Management & Practice, 17: 467-480
- TAHMİSCİOĞLU, B.
- 1994 “Osteoporozlu Hastalara Sunulan Evde Bakım Hizmetleri/Yaklaşımları”, Yüksek lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul
- TALENTO, Barbara
- 1991 “Deloughery L. Grace Issues and Trends in Nursing”, *Social Policy and Health Care Delivery*, Mosby Year Book, St Louis
- TANLI, Sarpel
- 1996 “Evde Bakım Hizmetlerinin Firmalaştırılması: Bir İşletme Planı Önerisi”, Yüksek lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul
- TEKE, Kadir ve başk.
- 2004 “Appropriateness of Hospital Stay in A Turkish Military Teaching Hospital”, Journal of Medical Systems, 28(6):653-63
- TENGİLIMOĞLU, Dilaver, A. KISA ve S.F. DZIEGIELEWSKI
- 1999a “Patient Satisfaction in Turkey: Differences Between Public and Private Hospitals”, Journal of Community Health
- 1999b “Consumer Opinions of Ancillary Hospital Services: Improving Service Delivery in Turkish Hospitals”, Journal of Medical Systems, 23(5):363-75
- THOBABEN, Marshelle
- 2005 “Telehomecare”, Home Health Care Management & Practice, 17: 487-488.
- THOMSON, S. ve E. MOSSIALOS (Ed.)
- 2002 *Health care systems in transition: Turkey*. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems.
- TOKAT, Mehmet
- 1993 *Türkiye’de Sağlık Sektörünün Finansmanı*, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara

- TUNCAY, A.Can
1998 *Sosyal Güvenlik Hukuku Dersleri*, 8.Basım, Beta Basım Yayım, İstanbul.
- TUNCEL, N., T. ŞANLI ve N. PERK
1993 *Halk Sağlığı Hemşireliği*, Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları, Eskişehir, Ekim
- ÜLKER, S. ve başk.
1995 “Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Sunumuna İlişkin Temel İlkeler Toplantısının Grup Raporu ”, Şişli Etfal Hastanesi Hemşirelik Dergisi, İstanbul
- VELİOĞLU, Perihan ve S. OKTAY
1993 *Sağlık Kurumları Yönetimi*, T.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları No: 715, Eskişehir
- WHITTON, James R.
1995 *Managing to Care in Homes for The Elderly*, Patten Press, Newmill
- WHO
1978 “Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care: Alma-Ata, 6–12 September 1978 Available from: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf.
- 1999 *Home Based Long Term Care, Home Care Issues and Evidence*. WHO/HSC/LTH/99/2. Available from: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/home_based_and_ltc_issues_evidence.pdf
- 2000a *Home-Based Long Term Care*, WHO Technical Report Series 898, Geneva
- 2000b *Long Term Care Laws in Five Developed Countries: A Review*. Available from: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/ltc_laws_5developed_countries.pdf
- 2006 Basic Documents, Forty-fifth edition, Supplement, October. Available from: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
- WORLD BANK
2002 *Turkey: Reforming The Health Sector for Improved Access and Efficiency*, Report No. 24358-TU, Washington DC.
- 2003 *Health Care Reform for more accessible and efficiable: Turkey*, Report No. 24358, Volume:2. Washington DC.

EK 1: EVDE BAKIM HİZMETLERİ DEĞERLENDİRME FORMU**AÇIKLAMA**

Sayın Katılımcı, Bu anketin amacı siz değerli hekimlerin son yıllarda çok tartışılan bir konu olan evde sağlık hizmeti sunumuna ilişkin görüşlerini öğrenmektir. Bu çalışmada elde edilecek sonuçlar gizli kalacak olup sonuçlar sizlerle de paylaşılacaktır. Lütfen adınız ve soyadınız ankete yazmayınız. Vereceğiniz içten yanıtlar için şimdiden teşekkür ederim.

Saygılarımla,

Hüseyin Karabağ

Yaşınız(Lütfen belirtiniz):
Cinsiyet: <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Erkek <input type="radio"/> Kadın
Medeni Durumunuz: <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Evli <input type="radio"/> Bekar <input type="radio"/> Boşanmış <input type="radio"/> Ayrı yaşıyor
Aşağıdakilerden hangisi sizi en iyi şekilde tanımlıyor: <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Pratisyen Hekim <input type="radio"/> Uzman Hekim <input type="radio"/> Asistan Hekim <input type="radio"/> Öğretim Elemanı Hekim
Lütfen uzman hekimseniz alanızı belirtiniz:
Kaç yıldır hekim olarak çalışmaktasınız:
Bu hastanede kaç yıldır çalışmaktasınız:
Çalıştığınız servis türü: <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Poliklinik <input type="radio"/> Yatan Hasta Servisi <input type="radio"/> Poliklinik ve Yatan Hasta Servisi <input type="radio"/> Diğer
Baktığınız günlük hasta sayısı:
Haftalık Çalışma Saati:

Evde Bakım Hizmetleri: Evde Bakım hizmeti Sağlık Hizmetlerinin bir bölümü olup hem teşhis hem de tedavi sonrası bakım süreçlerinde hastalara ailelerin bulunduğu ve yaşadığı ortamlarda ihtiyacı olan sağlık hizmetlerinin sunulmasıdır. Bu hizmet türü evde enjeksiyon yapılması gibi küçük sağlık hizmeti sunumundan evde diyalize kadar uzanan bir hizmet türünü kapsamaktadır. Hizmetin temeli hekimin bu hizmet türüne onaylaması ile mümkündür. Siz değerli hekimlerin aşağıda sorulara vereceği içten yanıtlar benim için çok önemli.

1: Kesinlikle Katılmıyorum 2: Katılmıyorum 3: Kararsızım 4: Katılıyorum 5: Kesinlikle Katılıyorum

	1	2	3	4	5
Evde bakım hizmeti güvenle evde sunulabilir					
Evde bakım hizmeti Türk Sağlık sistemine uygun bir hizmet türüdür					
Evde bakım hizmeti aileyi bir arada tutar					
Evde bakım hizmeti yaşlılara bağımsız olarak yaşamalarına yardımcı olur.					
Evde bakım hizmeti bireyin yataklı bir kurumu sık sık kullanmasını engeller					
Evde bakım hizmeti iyileşme sürecini hızlandırır					
Evde bakım hizmeti güvenilirdir					
Evde bakım maksimum miktarda özgürlüğü mümkün kılar					
Evde bakım hizmeti kişiye özelleştirilmiştir					
Evde bakım hizmeti aileyi bakım kapsamında tutar					
Evde bakım hizmeti stresi azaltır					
Evde bakım hizmeti çok etkili bir hizmet sunum şeklidir					
Evde bakım hizmeti en verimli sağlık hizmet sunum şeklidir					
Evde bakım hizmeti bu alanda uzmanlaşmış kişiler tarafından verilir					
Evde bakım hizmeti bazı bireylere ulaşabilmenin tek yoludur					
Evde bakım hizmeti sunumunda istismar ve korku çok küçük düzeydedir.					
Evde bakım hizmeti yaşam kalitesini artırır					
Evde bakım hizmeti diğer sağlık bakım hizmetlerinden daha ucuzdur					
Evde bakım hizmeti bireyin yaşam süresini uzatır					
Evde bakım hizmeti yalnızca ölüm öncesi dönemdeki hastalar için değil diğer bireylerce de tercih edilen bir hizmet türüdür					

EK 2: HEKİMLERİN UZMANLIK ALANLARININ TIBBIN BİLİM DALLARINA GÖRE AYRIMI

Temel Tıp Bilimleri

- Biyokimya
- Mikrobiyoloji
- Patoloji

Dahili Tıp Bilimleri

- Çocuk Sağlığı
- Dahiliye
- Dermatoloji
- Gastroen
- Halk Sağlığı
- Hematoloji
- İç hastalıkları
- Kardiyoloji
- Nefroloji
- Nöroloji
- Onkoloji
- Pediatri
- Psikiyatri
- Kadın Doğum

Cerrahi Tıp Bilimleri

- Acil
- Anestezi
- Beyin cerrahi
- Genel Cerrahi
- Göğüs Hastalıkları
- KBB
- Ortopedi ve travma
- Radyoloji
- Üroloji

EK 3:KARDİYOLOJİ HASTALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Hastanın öznel algılaması ile ilgili rapor

- Nefes darlığı düzeyi
- Yorgunluk düzeyi
- Ortopne (Hastada yatar durumda beliren, oturduğunda kaybolan nefes darlığı)
- PND
- Göğüs ağrısı
- Karında şişkinlik
- İştahsızlık
- Ayak veya bileklerde şişme

Fiziksel muayene

- Ağırlık
- Tansiyon (ayakta ve oturarak)
- Apikal kalp atım hızı
- Vücudun ısı derecesi
- JVP
- Abdominojugular reflux(AJR)
- Kalp
 - Maksimum baskının olduğu yer
 - Kalbi dinlerken duyulan hırıltılar
 - S3'ün varlığı
- Karın bölgesi
- Son safha
 - Ödem
 - Vücudun ısı derecesi

İşlevsel durum

Psikolojik sorunlar

Çevresel değerlendirme

Kişisel takip ve tedavi planına bağlılık

- Ağırlık kontrolü
- İlaç kullanımı
- Düşük-sodyum diyeti
- Egzersiz

EK 4: HASTALARIN KİŞİSEL BAKIMLARI İÇİN EVDE EĞİTİLMESİ

1. Yapılacak işlerin tanımlanması ve açıklanması
2. Sağlık hizmeti sunucusunun, hastanın ve ailenin rollerinin tanımlanması
3. Her bir rolden beklenenlerin bildirilmesi
4. Güçlüklerin, destek sistemlerinin ve kaynakların tanımlanması
5. Bilgi ve beceri gelişimi alanlarının tanımlanması
6. Rol ve beklentilerin oluşturulduğu eğitim sözleşmesinin görüşülmesi
7. Odaklı yol göstericilik veya eğitimin sağlanması
8. Kişisel yönetimde yeterlilik sağlandığında denetimin de standartlaştırılması

ÖZET

Evde sağlık bakımı geleneksel yataklı tedavi hizmetleri için düşük maliyetli bir alternatiftir ve özellikle sağlık hizmetleri için finansal kaynakların kıt olduğu gelişmekte olan ülkeler için cazip bir alternatiftir. Evde bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliği konusunda hekimlerin görüşlerini almak için, büyük bir devlet hastanesinde çalışan 254 hekim üzerinde bir araştırma yürütülmüştür. Çalışmanın sonuçları katılımcıların %35,4’ünün, genel olarak evde sağlık bakımının Türkiye için uygun olmadığını düşündüğünü göstermektedir. çalışmanın sonuçları, evde sağlık bakımının ekonomik olarak cazip görüldüğünü ve Türkiye’de ve diğer benzer ülkelerde gelecekte gelişmesi beklenen tıbbi alanlardan biri olduğunu desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: Evde sağlık bakımı, hastane temelli evde sağlık hizmetleri, kardiyoloji hastaları

ABSTRACT

Home health care is a low-cost alternative to traditional inpatient care and an appealing alternative for developing countries such as Turkey, where financial resources for health care are particularly scarce. To gain insight into the concerns of physicians regarding this possibility, a survey was administered to 254 physicians sampled at a large state hospital in capital of Turkey. The results of the study indicate that 35,4% of the participants think that home health care in general is not appropriate for Turkey. The results of the study suggest that home health care is seen as an economically appealing but somewhat medically controversial area that nonetheless shows promise for future development in Turkey and other similarly developing countries.

Key Words: home health care, hospital based home care, cardiac patients.