



Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

**BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURULUŞLARI VE HASTANELER
TARAFINDAN VERİLEN EVDE SAĞLIK HİZMETLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ: ANKARA VE ESKİŞEHİR İLLERİ
ÖRNEĞİ**

Yavuz Selim KÜÇÜK

Doktora Tezi

Ankara, 2021

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURULUŞLARI VE HASTANELER TARAFINDAN
VERİLEN EVDE SAĞLIK HİZMETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: ANKARA
VE ESKİŞEHİR İLLERİ ÖRNEĞİ

Yavuz Selim KÜÇÜK

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Doktora Tezi

Ankara, 2021

TEŞEKKÜR

Bu tez çalışmasının gerçekleştirilmesi sürecinde akademik çalışmalarındaki yoğun temposuna rağmen her zaman yanımda olan ve desteklerini hiç esirgemeyen kıymetli hocam ve tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Bayram ŞAHİN'e; bu aşamaya gelmemde emekleri olan Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümünün değerli öğretim üyelerine; ayrıca değerli zamanlarımı ayrılarak araştırmaya katılan tüm sağlık personeline, hasta ve yakınlarına teşekkür ediyorum.

Bu vesileyle tez çalışmam esnasında bana sabır ve anlayış gösteren sevgili eşim Hatice'ye ve evlatlarım Oğuz Kaan ve Taha Emir'e sevgilerimi sunuyor ve tezimi onlara ithaf ediyorum.

ÖZET

KÜÇÜK, Yavuz Selim. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları ve Hastaneler Tarafından Verilen Evde Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi: Ankara ve Eskişehir İlleri Örneği, Doktora Tezi, Ankara, [2021].

Türkiye’de evde sağlık hizmetlerinin sunum ve koordinasyonu 2017 yılında birinci basamak sağlık kuruluşlarından (Toplum Sağlığı Merkezleri, TSM) hastanelere devredilmiştir. Bu çalışmada yapılan bu organizasyonel değişikliğin hizmet kullanım sıklığına ve maliyetlerine etkisini değerlendirmek ve aynı zamanda Eskişehir ve Ankara illerinde evde sağlık hizmetleri uygulamasında yer alan personel ile hasta ve yakınlarının hizmet sunumu ile ilgili bu değişiklik hakkında görüşlerini tespit etmek amaçlanmıştır. Çalışmada birincil ve ikincil veri kaynaklarından yararlanılmıştır. İkincil veri kaynağı olarak 304 hastanın devir öncesi ve sonrası hizmet kullanımları ve maliyetleri karşılaştırılmış ve kamu hastanelerinde sunulan evde sağlık hizmetlerinin birinci basamak sağlık kuruluşlarında sunulan evde sağlık hizmetlerine göre; bir hastaya yapılan ortalama ziyaret sayısının (3,64’e karşı 2,98), ortalama işlem sayısının (4,74’e karşı 3,80) ve ortalama ziyaret başı giderinin (13,71 TL’ye karşı 10,14 TL) daha fazla olduğu ve bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) olduğu görülmüştür. Çalışmada birinci veri kaynağı olarak ise evde sağlık hizmetlerindeki sağlık personeli ile hasta ve hasta yakınlarının hizmet sunumundaki değişikliklerle ilgili görüşlerini belirlemek için 74 sağlık çalışanı ile 322 hasta ve yakınına yüz-yüze görüşme tekniğine dayalı anket uygulanmıştır. Anketin geçerliliği açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri ile güvenilirliği ise Cronbach alfa katsayısı ile incelenmiş ve anketin yapısal olarak geçerli ve sorulara verilen yanıtların kabul edilebilir güvenilirlik düzeyinde (0,766) olduğu görülmüştür. Çalışmada hipotezleri test etmek için ise çok değişkenli regresyon analizi ve bağımlı gruplarda t testi kullanılmıştır. Ankete cevap veren katılımcılar evde sağlık hizmetlerinin TSM’lerden, kamu hastanelerine devredilmesiyle ziyaret sıklığı ve memnuniyet, izleme değerlendirme, teşhise erişim, sosyo-ekonomik destek ile personel ve mali destek boyutlarında olumlu gelişmeler yaşandığını belirtirken, kurumsal destek boyutu ile özel sektör ve güvenlik desteği ile hakkaniyet boyutuna ilişkin olumsuz gelişmeler yaşandığını ifade etmişlerdir. Evde sağlık

hizmetlerinin birinci basamak sağlık kuruluşları ve hastaneler tarafından sunulmasının sağladığı avantaj ve dezavantajı değerlendiren bu çalışmanın evde sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi yönünde geliştirilecek politikalara önemli veri ve bilgi sağlayacağı düşünölmektedir.

Anahtar Sözcükler

Evde sağlık, birinci basamak sağlık kuruluşları, hastaneler, uzun süreli bakım hizmetleri, sağlık personeli, hasta ve hasta yakınları

ABSTRACT

KÜÇÜK, Yavuz Selim. Evaluation of Home Health Services Provided By Primary Health Care Institutions and Hospitals; Example of Ankara and Eskişehir Provinces, PhD, Ankara, [2021].

The delivery and coordination of home healthcare services in Turkey have been transferred from primary health care institutions (Community Health Centers-CHC) to hospitals in 2017. In this study, it was aimed to evaluate the effect of this organizational change on service usage frequency and costs, as well as to determine the opinions of the staff and patients / patient relatives involved in home health services in Eskişehir and Ankara about this change in service provision. The study utilized primary and secondary data sources. As a secondary data source, pre-and post-transfer service usage and costs of 304 patients were compared and it was seen to be more that home health services provided in public hospitals according to home health services provided in primary health care institutions; the average number of visits to a patient (3.64 versus 2.98), the average number of procedures (4.74 versus 3.80) and the average cost per visit (13.71 TL versus 10.14 TL) and this difference was found to be statistically significant ($p < 0.05$). As the primary data source in the study, a questionnaire based on face-to-face interview technique was applied to 74 healthcare workers and 322 patients and their relatives in order to determine the opinions of healthcare professionals, patients and their relatives in home health services about the change in service provision. The validity of the questionnaire was examined with exploratory and confirmatory factor analyzes and its reliability was examined with the Cronbach alpha coefficient, and it was found that the questionnaire was structurally valid and the answers given to the questions were at an acceptable level of reliability (0.766). In the study, multivariate regression analysis was used to test the hypotheses and t test was used in dependent groups. Responding to the questionnaire, the participants stated that, with the transfer of home health services from CHCs to public hospitals, positive developments have been experienced in the dimensions of visit frequency and satisfaction, monitoring and evaluation, access to diagnosis, socio-economic support, personnel and financial support. They stated that there have been negative developments

regarding the institutional support dimension, private sector and security support and the equity dimension. It is thought that this study, which evaluates the advantages and disadvantages of providing home healthcare services by primary health care institutions and hospitals, will provide important data and information for policies to be developed to improve home healthcare services.

Keywords

Home health, primary health care institutions, hospitals, long-term care services, healthcare professionals, patients and their relatives

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER.....	ix
TABLolar DİZİNİ	xii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xvi
KISALTMALAR DİZİNİ.....	xvii
GİRİŞ	1
1. BÖLÜM: EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ.....	4
1.1. EVDE SAĞLIK HİZMETLERİNİN TANIMI	4
1.2. EVDE SAĞLIK HİZMETLERİNİN KAPSAMI	5
1.2.1. Evde Sağlık Hizmetlerinin Amacı.....	7
1.2.2. Evde Sağlık Hizmetlerinin İlkeleri ve Fonksiyonları	7
1.2.3. Evde Sağlık Hizmetlerinin Etkililiği	10
1.3. EVDE SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI	11
1.4. EVDE SAĞLIK HİZMETLERİNİN AVANTAJLARI VE DEZAVANTAJLARI.....	13
1.5. EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ İLE İLGİLİ YAPILMIŞ ÇALIŞMALAR	15
1.6. BAZI OECD ÜLKELERİNDE EVDE SAĞLIK BAKIM HİZMETLERİ	17
1.6.1. Amerika Birleşik Devletleri'nde Evde Sağlık Bakım Hizmetleri.....	19
1.6.2. İtalya'da Evde Sağlık Bakım Hizmetleri.....	22
1.6.3. Almanya'da Evde Sağlık Bakım Hizmetleri	25
1.6.4. İngiltere'de Evde Sağlık Bakım Hizmetleri.....	28
1.6.5. Danimarka'da Evde Sağlık Bakım Hizmetleri	32
1.6.6. İspanya'da Evde Sağlık Bakım Hizmetleri.....	34
1.6.7. Hollanda'da Evde Sağlık Bakım Hizmetleri	37
1.6.8. Avusturya'da Evde Sağlık Bakım Hizmetleri.....	40
1.6.9. Fransa'da Evde Sağlık Bakım Hizmetleri	43
1.6.10. İsveç'te Evde Sağlık Bakım Hizmetleri	45

1.6.11. Japonya’da Evde Sağlık Bakım Hizmetleri	48
1.6.12. Çin’de Evde Sağlık Bakım Hizmetleri	50
1.6.13. Güney Kore’de Evde Sağlık Bakım Hizmetleri.....	53
1.7. TÜRKİYE’DE EVDE SAĞLIK BAKIM HİZMETLERİ	55
1.7.1. Türkiye’de Evde Sağlık Hizmetlerinin Tarihçesi	56
1.7.2. Türkiye’de Evde Sağlık Hizmetlerinin Kapsamı ve Öğeleri	57
1.7.2.1. Sağlık Bakanlığı Tarafından Sunulan Evde Sağlık Hizmetleri	58
1.7.2.2. Aile Hekimliklerin Evde Sağlık Hizmetleriyle İlgili Görevleri	60
1.7.2.3. Özel Evde Bakım Kuruluşları Tarafından Sunulan Evde Sağlık Hizmetleri	61
1.7.2.4. Aile Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Tarafından Sunulan Evde Sağlık Bakım Hizmetleri.....	62
1.7.2.5. Belediyeler ve Gönüllü Kuruluşlar Tarafından Sunulan Evde Sağlık Hizmetleri.....	64
1.7.3. Türkiye’de Evde Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı.....	65
2. BÖLÜM: GEREÇ VE YÖNTEM	68
2.1. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	68
2.2. PROBLEM CÜMLESİ.....	68
2.3. HİPOTEZLER.....	69
2.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE VERİLERİN TOPLANMASI	71
2.5. VERİ TOPLAMA ARACI VE YÖNTEMİ	72
2.6. VARSAYIMLAR.....	80
2.7. KISITLILIKLAR	81
2.8. VERİ ANALİZİ	81
2.9. GEÇERLİLİK ANALİZİ.....	82
2.9.1. Açımlayıcı Faktör Analizi Bulguları.....	83
2.9.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi Bulguları.....	87
2.10. GÜVENİLİRLİK ANALİZİ	94
3. BÖLÜM: BULGULAR.....	96
3.1. ARAŞTIRMA KAPSAMINDAKİ KATILIMCILARA İLİŞKİN TANIMLAYICI BULGULAR.....	96
3.2. ARAŞTIRMA KAPSAMINDAKİ KATILIMCILARIN GÖRÜŞLERİNE İLİŞKİN BULGULAR	104

3.3. HİPOTEZLERE İLİŞKİN BULGULAR	112
4. BÖLÜM:TARTIŞMA.....	146
SONUÇ.....	162
KAYNAKÇA.....	167
EK 3. ANKETLER.....	196
EK 4. SAĞLIK BAKANLIĞI'NIN DEVİR ONAYI	206
EK 5. SAĞLIK BAKANLIĞI'NIN CEVAP YAZISI	208
EK 6. ARAŞTIRMANIN EVRENİ.....	209
EK 7. TÜRKİYE'DE EVDE HEMŞİRELİK BAKIMI HARCAMALARI (Milyon TL) (TÜİK, www.tuik.gov.tr, 18.5.2020).....	210
EK 8. REGRESYON ANALİZİ TABLOLARI.....	211

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Evde sağlık hizmetleri konusunda yapılan ulusal ve uluslararası lisansüstü tezlerin karşılaştırılması.....	16
Tablo 2. Bazı OECD ülkelerinde uzun süreli sağlık bakım harcamaları (2017 yılı)	18
Tablo 3. İtalya’da kamusal uzun süreli bakım hizmetleri ve sorumlu idare.....	23
Tablo 4. Almanya’da uzun süreli bakım sigortası kapsamında yapılan aylık yardımlar	27
Tablo 5. Sosyal Bakım İnceleme Komisyonuna (CSCI) ve Bakım Kalite Komisyonuna (CQC) kayıtlı bakım kuruluşlarının kurum türüne göre sayısı	31
Tablo 6. Türkiye’de evde sağlık bakım uygulamalarının hizmet içerikleri.....	58
Tablo 7. Türkiye’nin sağlık hizmeti sunucularına göre sağlık harcamaları, (2018)	67
Tablo 8. İkincil veri kaynağına ait veri toplama formu	71
Tablo 9. Araştırmanın evreni ve örnekleme	72
Tablo 10. Kalitatif Görüşmelere İlişkin Bilgiler	74
Tablo 11. ESH’lerinin birinci basamak sağlık kuruluşlarından kamu hastanelerine devrinin karşılaştırılmasını içeren maddelere ilişkin ikinci açımlayıcı faktör analizi bulguları	84
Tablo 12. ESH’lerinin mevcut sorunlarına getirilen çözüm önerilerini içeren maddelere ilişkin açımlayıcı faktör analizi bulguları	86
Tablo 13. ESH’lerinin birinci basamak sağlık kuruluşlarından kamu hastanelerine devrinin karşılaştırılmasını tanımlayan ilk ölçüm modelinin regresyon ağırlıkları	89
Tablo 14. ESH’nin birinci basamak sağlık kuruluşlarından kamu hastanelerine devrinin karşılaştırılmasını tanımlayan nihai ölçüm modelinin regresyon ağırlıkları	91
Tablo 15. ESH’nin sorunlarına getirilen çözüm önerilerini tanımlayan ilk ölçüm modelinin regresyon ağırlıkları.....	92
Tablo 16. ESH’nin sorunlarına getirilen çözüm önerilerini tanımlayan nihai ölçüm modelinin regresyon ağırlıkları	94

Tablo 17. Araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenilirlik düzeylerine ilişkin bulgular.....	95
Tablo 18. Eskişehir ilinde ESH’ni birinci basamak sağlık kuruluşlarından ve hastanelerden alan hastalara ilişkin bulgular	97
Tablo 19. Eskişehir ve Ankara illerinde ankete cevap veren katılımcılara ilişkin bulgular.....	98
Tablo 20. Eskişehir ve Ankara illerinde ankete cevap veren evde sağlık hizmeti alan hastalara ilişkin bulgular	99
Tablo 21. Eskişehir ve Ankara illerinde ankete cevap veren evde sağlık hizmeti alan hasta yakınlarına ilişkin bulgular.....	101
Tablo 22. Eskişehir ve Ankara illerinde ankete cevap veren evde sağlık hizmeti alan hasta ve yakınlarının aldıkları ESH’ne ilişkin tanımlayıcı bulgular	102
Tablo 23. Eskişehir ve Ankara illerinde ankete cevap veren evde sağlık hizmeti sunan çalışanlara ilişkin bulgular	103
Tablo 24. Ankete cevap veren sağlık personeli ve hasta/ hasta yakınlarının ESH’nin birinci basamak sağlık kuruluşlarından kamu hastanelerine devredilmesine ilişkin görüşleri.....	105
Tablo 25. ESH’inde yaşanan sorunların çözümü ile ilgili önerilere sağlık personeli, hasta ve yakınlarının katılım düzeylerine ilişkin tanımlayıcı bulgular.....	109
Tablo 26. Birinci basamak sağlık kuruluşları ve kamu hastaneleri tarafından verilen ESH’nin hizmet sayısı ve hizmet giderleri açısından karşılaştırması	113
Tablo 27. Hastalara evde sağlık hizmetleri kapsamında yapılan işlemlerin sayısını etkileyen faktörlere ilişkin bulgular	115
Tablo 28. Hastalara evde sağlık hizmetleri kapsamında yapılan işlemlerin maliyetini etkileyen faktörlere ilişkin bulgular.....	117
Tablo 29. Sağlık personeli ve hasta/yakınlarının ziyaret sıklığı ve memnuniyet boyutuna ilişkin görüşlerinin karşılaştırılması.....	120
Tablo 30. Sağlık personeli ve hasta/yakının kurumsal destek boyutuna ilişkin görüşlerinin karşılaştırılması.....	122

Tablo 31. Sağlık personeli ve hasta/yakının izleme değerlendirme boyutuna ilişkin görüşlerinin karşılaştırılması	123
Tablo 32. Sağlık personeli ve hasta/yakının hakkaniyet boyutuna ilişkin görüşlerinin karşılaştırılması.....	124
Tablo 33. Sağlık personeli ve hasta/yakının teşhise erişim boyutuna ilişkin görüşlerinin karşılaştırılması.....	125
Tablo 34. Eskişehir ve Ankara illerindeki sağlık personeli, hasta ve yakınlarının ziyaret sıklığı ve memnuniyet boyutuna ilişkin görüşlerinin karşılaştırılması	126
Tablo 35. Eskişehir ve Ankara illerindeki sağlık personeli, hasta ve yakınlarının kurumsal destek boyutuna ilişkin görüşlerinin karşılaştırılması.....	127
Tablo 36. Eskişehir ve Ankara illerindeki sağlık personeli, hasta ve yakınlarının izleme değerlendirme boyutuna ilişkin görüşlerinin karşılaştırılması	128
Tablo 37. Eskişehir ve Ankara illerindeki sağlık personeli, hasta ve yakınlarının hakkaniyet boyutuna ilişkin görüşlerinin karşılaştırılması.....	129
Tablo 38. Eskişehir ve Ankara illerindeki sağlık personeli, hasta ve yakınlarının teşhise erişim boyutuna ilişkin görüşlerinin karşılaştırılması.....	130
Tablo 39. ESH'nin birinci basamak sağlık kuruluşlarından kamu hastanelerine devri konusunda sağlık personelinin görüşlerini etkileyen faktörlere ait regresyon analizi bulguları	131
Tablo 40. ESH'nin birinci basamak sağlık kuruluşlarından kamu hastanelerine devri konusunda hasta/yakınlarının görüşlerini etkileyen faktörlere ait regresyon analizi bulguları	133
Tablo 41. Sağlık personeli ve hasta/hasta yakınlarının sosyo-ekonomik destek boyutuna ilişkin önerilerinin karşılaştırılması	136
Tablo 42. Sağlık personeli ve hasta/hasta yakınlarının personel ve mali destek boyutuna ilişkin görüşlerinin karşılaştırılması.....	137
Tablo 43. Sağlık personeli ve hasta/hasta yakınlarının özel sektör ve güvenlik desteği boyutuna ilişkin görüşlerinin karşılaştırılması.....	138
Tablo 44. Eskişehir ve Ankara illerindeki sağlık personeli, hasta ve yakınlarının sosyo-ekonomik destek boyutuna ilişkin önerilerinin karşılaştırılması	139

Tablo 45. Eskişehir ve Ankara illerindeki sağlık personeli, hasta ve yakınlarının personel ve mali destek boyutuna ilişkin görüşlerinin karşılaştırılması	140
Tablo 46. Eskişehir ve Ankara illerindeki sağlık personeli, hasta ve yakınlarının özel sektör ve güvenlik desteği boyutuna ilişkin görüşlerinin karşılaştırılması	141
Tablo 47. ESH'nin sorunlarına getirilen çözüm önerileri konusunda sağlık personelinin görüşlerini etkileyen faktörlere ait regresyon analizi bulguları.....	142
Tablo 48. ESH'nin sorunlarına getirilen çözüm önerileri konusunda hasta/yakınlarının görüşlerini etkileyen faktörlere ait regresyon analizi bulguları.....	143

ŞEKİLLER DİZİNİ

- Şekil 1.** ESH'lerinin birinci basamak sağlık kuruluşlarından kamu hastanelerine devrinin karşılaştırılmasının ilk ölçüm modeli ve uyum değerleri 88
- Şekil 2.** ESH'nin birinci basamak sağlık kuruluşlarından kamu hastanelerine devrinin karşılaştırılmasının nihai ölçüm modeli ve uyum değerleri 90
- Şekil 3.** ESH'nin sorunlarına getirilen çözüm önerilerinin birinci ölçüm modeli ve uyum değerleri 92
- Şekil 4.** ESH'nin sorunlarına getirilen çözüm önerilerinin nihai ölçüm modeli ve uyum değerleri 93

KISALTMALAR DİZİNİ

Bu çalışmada kullanılmış kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

<u>Kısaltmalar</u>	<u>Açıklamalar</u>
AAHCP	American Academy of Home Care Physicians
AÇSHB	Aile Çalışma Sosyal Hizmetler Bakanlığı
ADSM	Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi
AECC	Asociación Española Contra el Cáncer
AGYA	Aletli (Yardımcı) Günlük Yaşam Aktiviteleri
AHB	Aile Hekimliği Birimi
AMA	American Medical Association
AMOS	Analysis of Moment Structures
CABG	Koroner arter baypas greft
CAHPS	Consumer assessment of health provider satisfaction
CFI	Comparative Fit Index
CMS	Centers for Medicare and Medicaid Services
CSCI	Commission for Social Care Inspection
DW	Durbin Watson katsayısı
EBHY	Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik
ESH	Evde Sağlık Hizmetleri
GSYİH	Gayri Safi Yurtiçi Hasıla
GYA	Günlük Yaşam Aktiviteleri
HCBS	Home and Community Based Services
IMSERSO	Instituto de Mayores y Servicios Sociales
KATZ skoru	Sidney KATZ tarafından geliştirilen GYA ölçeği
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin
LIVINDHOME	Living Independently at Home
LTCI	Long Term Care Insurance (uzun süreli bakım sigortası)
MEDICAID	Yoksular için sağlık yardımı
MEDICARE	Yaşlılar için sağlık sigortası
MEDPAC	The Medicare Payment Advisory Commission

MSSSI	Ministry of Health, Social Services and Equality
NFI	Normed Fit Index
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
Ort.	Ortalama
PCMH	Patient centered medical home
PD	Parkinson Disease (parkinson hastalığı)
RMSEA	Root Mean Square Error of Approximation
SAAD	National System for the assistance of dependent people
SBESHY	Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik
SECPAL	Spanish Society for Palliative Care
SEK	İsveç kronu
sd	Serbestlik derecesi
SNS	İspanya Ulusal Sağlık Sistemi
Ss.	Satandart Sapma
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SVO	Serebrovasküler Olay
TLI	Tucker-Lewis indeksi
TSM	Toplum Sağlığı Merkezi
UHK	Umumi Hıfzısihha Kanunu
x^2	Ki-Kare
VIF	varyans şişme değerleri

GİRİŞ

Son yıllarda tıp ve teknoloji alanındaki ilerlemeler ile yaşam standartlarının yükselmesi, erken teşhis ve tedavi yöntemlerindeki gelişmeler hastalıklara bağlı ölümleri azaltmaktadır. Böylelikle beklenen yaşam süresinin uzaması ve kronik hastalıkların görülme sıklığının artmasıyla bakıma muhtaç kişi sayısındaki artış, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde önemli bir sağlık sorunu haline gelmektedir (Akdemir ve diğerleri, 2011, s.38). Tüm dünyada ortalama yaşam süresinin uzaması ve kronik hastalıkların artmasıyla birlikte uzun süreli bakım hizmetlerine olan gereksinim giderek artmakta ve artan bakım ihtiyacını karşılamaya yönelik olarak kurumsal bakım ve evde sağlık ya da bakım hizmetleri gibi hizmet sunum modelleri geliştirilmektedir (DePalma, 2008, s.186-188; Genet ve diğerleri, 2012, s.9,83; Parker ve diğerleri, 2014, s.17-33; Shang ve Wu, 2011, s.123-131; Simonazzi, 2009; Soma ve Yamashita, 2011, s.133-142; Weissert ve diğerleri, 2005, s.1-71).

Günümüzdeki evde bakım hizmet sunum modelleri genel olarak incelendiğinde, sadece hastalık odaklı bir yaklaşımın uygun olmadığı, sağlık ve sosyal hizmetlere farklı bir şekilde yaklaşılması gerektiği düşünülmektedir. Hastanelerdeki yatak sayısının ve görevli sağlık personeli sayısının sınırlı olması sebebiyle, hastaların ihtiyaç duydukları sağlık ve sosyal hizmetleri kendi evlerinde verilmesinin, kaynakların etkili ve verimli kullanılması açısından daha uygun olacağı düşünülmektedir. Ayrıca, yapılan araştırmalar da, engelli ve yaşlı insanların kurumsal bakımı istemediklerini, kendi evlerinde dostça bir ortamda, aile üyeleri ya da gayri resmi bakıcılar tarafından bakılmayı tercih ettiklerini göstermektedir. Bu nedenle karar vericiler şimdilerde ve gelecekte, bireyleri evlerinde ve toplumlarında mümkün olduğunca uzun süre korumak için evde bakımı sürdürülebilir bir yaklaşım olarak benimsemektedir (WHO, 2008, s.1-35).

Bazı OECD ülkelerindeki evde sağlık hizmetlerinin gelişimi genel olarak incelendiğinde, ülkeden ülkeye farklılık göstermekle birlikte “Uzun Süreli Bakım Sigortası” çatısı altında kurumsal bakımdan ziyade evde sağlık ve sosyal hizmetlerin birlikte verildiği görülmektedir. Ayrıca OECD ülkelerinde sunulan evde bakım

hizmetleri hızlı büyüyen bir sektör olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu ülkelerde, özellikle 2000’li yıllardan sonra evde bakım hizmetlerinin yaygınlaşmasıyla birlikte, %22 oranında hastane başvurularının azaldığı, hastanede yatış süresinde de %20’lik bir azalma olduğu belirlenmiştir. OECD ülkelerinin, toplam sağlık harcamaları içinden evde bakıma ayrılan pay giderek artmaktadır. Evde sağlık hizmetlerinin koordinasyonu ve sunumu ile ilgili gelişmiş ülke örnekleri incelendiğinde bu hizmetlerin genellikle birinci basamak sağlık hizmetleri olarak değerlendirildiği görülmektedir (Cohan, 2015; Mubangizi, 2015; Ogawa, 2008; Conrad, 2008; Eyers, 2003). Ülkemizde ise evde sağlık hizmetlerinin geçmişinin modern anlamda çok eskilere dayanmadığı bilinmektedir. Ancak evde sağlık hizmetleri ile ilgili mevzuat son yıllarda gelişme göstermektedir. Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik’te (EBHY) özel evde bakım kuruluşları tarafından verilecek evde bakım hizmetlerinin içeriği, yetki ve sorumluluklar tanımlanmaktadır. Bu yönetmeliğin dışında Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik (SBESHY) ile sağlık kuruluşlarına evde sağlık ile ilgili görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmış, koordinasyon görevi Halk Sağlığı Kurumuna verilmiştir. Aynı şekilde illerde ise Halk Sağlığı Müdürlükleri koordinasyondan sorumlu kılınmıştır. Ancak Sağlık Bakanlığı tarafından Ek-3’te yer alan 25 Nisan 2017 tarih ve 44063130 sayılı Bakanlık Olur'u ile evde sağlık hizmetlerinin koordinasyonu ve birincil hizmet sunumu Halk Sağlığı Kurumundan alınıp Kamu Hastaneleri Kurumuna devredilmiş ve böylece 15 Mayıs 2017 tarihinden itibaren evde sağlık hizmetlerinin koordinasyonu ve sunumu kamu hastaneleri tarafından yapılmaya başlanmıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan bu değişikliğin gerekçesinde “ihtiyacı olan hastaların muayene, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyonların evinde ve aile ortamında yapılması, hastalara ve ailelerine psiko-sosyal destek hizmetlerinin verilmesi” gerektiği, “hastaların daha çok uzman hekime ihtiyaç duyması, hastanelere sevk oranlarının fazla olması ve hastane yatışları, yatış sonrası evde uzman hekim ihtiyacının bulunması ile tıbbi cihaz ve malzemelerin daha kolay ve ekonomik olarak temin edilebilmeleri” ile ilgili konular ortaya konulmuştur. Ancak yapılan bu değişikliğin sonuçlarını gösteren herhangi bir veri bulunmamaktadır. Evde sağlık hizmeti ile ilgili mevcut literatür incelendiğinde de genel olarak yapılan çalışmaların daha çok hastalar ve sağlık personelinin üzerinde yapılan memnuniyet araştırmalarından (Akpınar, 2009; Çavuş, 2013; Erken, 2013; İnci, 2006; Taç, 2014;

Yeşiltaş, 2014) ve evde sağlık hizmetlerindeki mevcut sorunları belirlemeye yönelik çalışmalardan (Çoban, 2015; Karabağ, 2007) oluştuğu görülmektedir. Ayrıca uluslararası literatür incelendiğinde, evde sağlık hizmetlerindeki memnuniyet araştırmaları (Cohan, 2015; Foster, 2017; Serrano, 2014) ve gelişmiş ülkelerin sunduğu evde sağlık hizmetleri karşılaştırmaların yapıldığı (Conrad, 2008; Dawani ve diğerleri, 2014) çalışmalar olduğu görülmektedir. Ülkemizde evde sağlık hizmetlerinin birinci basamak sağlık kuruluşlarından (Toplum Sağlığı Merkezleri- TSM) kamu hastanelerine devredilmesi sonucunda yaşanan olumlu ve olumsuz gelişmeleri ortaya koyan herhangi bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu çalışmada, Eskişehir ve Ankara illerinde birinci basamak sağlık kuruluşları ve hastaneleri tarafından sunulan evde sağlık hizmetlerinin kapsamı, sıklığı, hizmet giderlerini karşılaştırmak ve sağlık personeli ile hasta ve hasta yakınlarının hizmet sunumundaki bu değişikliklerle ilgili görüşlerini tespit etmek amaçlanmıştır.

Bu amaç doğrultusunda çalışmada evde sağlık hizmetlerinin tanımı amacı, kapsamı, fonksiyonları, etkililiği, finansmanı, evde sağlık hizmetlerinin avantajları ve dezavantajları, bazı OECD ülkelerinde ve Türkiye’de evde sağlık hizmetleri açıklanmaya çalışılmıştır. Çalışmada, gereç ve yöntem, bulgular, tartışma ve sonuç bölümlerine yer verilmiştir.

1. BÖLÜM

EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ

1.1. EVDE SAĞLIK HİZMETLERİNİN TANIMI

Evde sağlık, sayısı giderek artan akut ve kronik hastalıkları bulunan hastalar için önemlidir. Akut ve kronik hastalıkların tedavisini büyük ölçüde değiştirmek için yeni teknolojiler, farmasötik gelişmeler, değişen geri ödeme politikaları, hastaların ve ailelerinin evlerinde kalma istekleri gibi etkenler önemli rol oynamıştır (American Medical Association [AMA] ve American Academy of Home Care Physicians [AAHCP], 2007, s.1-5). Evde bakım hizmetleri, ev ziyaretlerine dayalı bir sağlık hizmeti sunumu olup, evde bakım, evde sağlık ve evde sağlık bakım olarak bilinir ve hastaya ikametinde sağlanan sağlık bakım hizmeti anlamına gelmektedir (Bentur, 2001, s.71-79). “Evde bakım” kavramı ülkeden ülkeye çeşitli sözcüklerle ifade edilmektedir. Bunlardan; “home care”, “home health care”, “home nursing”, “home visiting” en sık kullanılan ifadelerdir (Çoban ve Esatoğlu, 2004, s.109-129). Türkiye’de ise ilk önce evde bakım olarak tanımlanmış daha sonraları ise evde sağlık hizmetleri şeklinde kullanılmaya devam etmiştir (Torun, 2016, s.68-74).

Evde bakım terimi, evde hizmet verebilecek evde çalışan, ev işleri ve yemek hizmetlerinden hemşirelik ve doktor bakımına kadar her türlü sağlık ve sosyal hizmeti kapsamaktadır. Amerikan Tabipler Birliği, evde bakımı “maksimum konfor, işlev ve sağlık düzeyini düzeltmek ve sürdürmek amacıyla evde hastaya çok çeşitli hizmet ve ekipman sağlanması” olarak tanımlamaktadır (AMA, 1990, s.1241-1244). Bu tanım tıbbi bakımın neredeyse tüm yönlerini kapsayacak şekilde genişletilebilir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) evde sağlığı “formal ya da informal tarzda yetişmiş çalışanların hastaya ikamet ettikleri ortamda bakım hizmetinin verilmesidir” şeklinde tanımlamıştır (WHO, 2008, s.1-35). “Evde bakım” ve “evde sağlık bakımı” terimleri, kendi evlerinde bir kişiye verilen her türlü bakımı ifade etmek için birbirlerinin yerine kullanılan terimlerdir. Son zamanlarda, nitelikli sağlık bakımı anlamına gelen “evde sağlık bakımı” ile tıbbi olmayan bakım anlamına gelen “evde bakım” arasında ayırım yapmak

için giderek artan bir akım vardır. Evde bakım, çeşitli bağımlılık derecelerine sahip kişilerin mesken, uzun süreli veya kurumsal temelli hemşirelik bakımı kullanmak yerine evde kalmasını desteklemeyi amaçlamaktadır (Van Campen ve Woittiez, 2003, s.229-241). Evde bakım sunucuları müşterilerin kendi evlerinde hizmet vermektedir. Bu hizmetler, profesyonel sağlık hizmetleri ve yaşam yardımı hizmetlerini içerebilir. Profesyonel evde sağlık hizmetleri hasta muayenesi, yara bakımı, ilaç kullanımı, ağrı yönetimi, hastalık eğitimi, fizik tedavi, konuşma terapisi ve ergoterapi gibi işlemleri içerebilir (Ejaz ve diğerleri, 2003, s.447-458; Shepperd, 1998, s.1786-1791). Evde sağlık bakımı, hemşireler, fizik ve mesleki terapistler ve doktorlar tarafından sağlanan sağlık hizmetleri için kullanılan terimdir (Levine ve Barry, 2003, s.121-131). Bütün bu tanımlamalar ışığında Türkiye’de 2005 ve 2015 yıllarında yayınlanan evde sağlık ve bakım hizmetleri yönetmelikleri, evde sağlık ve bakım hizmetlerini; bakım sürecindeki hastaların veya bakıma muhtaç kişilerin kendi ev ortamlarında kronik hastalığının izlenmesi, sağlık ve bakım hizmetlerinin verilmesi olarak tanımlamaktadır (EBHY, 2005; SBESHY, 2015). Evde sağlık hizmeti, çeşitli hastalıklara bağlı olarak evde sağlık hizmeti sunumuna ihtiyacı olan kişilere kendi evlerinde sosyal ve mental danışmanlık hizmetlerini de kapsayacak şekilde verilen muayene, tetkik, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmetlerini ifade eder (Sağlık Bakanlığı [SB], 2016).

1.2. EVDE SAĞLIK HİZMETLERİNİN KAPSAMI

DSÖ’ye göre dünyada yaşlı popülasyonu en fazla etkileyen kronik hastalıklar; koroner arter hastalığı ve hipertansiyon gibi kardiyovasküler sistem hastalıkları, kronik obstrüktif akciğer hastalığı gibi solunum sistem hastalıkları, kas-iskelet sistemi hastalıkları, demans ve depresyon gibi psikolojik sistem hastalıkları ile inme, diyabet, kanser gibi hastalıklardır (Aydın, 2014, s.11). Kronik hastalıkların yanı sıra yaşlılık dönemine özgü sorunlar da ortaya çıkmaktadır. Yaşlanmayla birlikte fiziksel, psikolojik ve sosyal fonksiyon yetersizlikleri gelişmekte ve bu durumla ilişkili olarak günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık düzeyi artmaktadır (Fielo ve Warren, 2001, s.239-247; Richardson ve diğerleri, 2002, s.178-182; Uncu ve Özçakır, 2003, s.31-37). Kronik hastalıkların günlük yaşam aktivitelerindeki (GYA) fonksiyonel durumu etkilediği ve yaşam kalitesini bozduğu anlaşılmıştır (Marinho ve diğerleri, 2010, s.151-155). GYA ve

aletli günlük yaşam aktivitelerindeki (AGYA) bağımlılık durumu her zaman tedavi edilir bir durum olmasa da, bağımlılık durumunun saptanıp ilerlemesini yavaşlatmak, böylece hastanın yaşamındaki olumsuzlukları azaltmak mümkündür (Kondo ve diğerleri, 2008, s.457-462).

Evde sağlık hizmetlerinin kapsamını açıklamak için öncelikle evde bakım hizmetlerinin kapsamını tanımlamak daha uygundur. Evde bakım hizmetleri, özelliklerine göre üç sınıfa ayrılmaktadır. Birincisi; evde bakım sadece sağlık hizmetlerinin verilmesi değil, sosyal hizmetlerin verilmesini de kapsamaktadır. İkincisi; evde bakım, hastalara kısa veya uzun süreli olarak sağlanmaktadır. Kısa süreli evde bakım hizmetleri, hastaneden eve taburculuk sonrası 30 gün ile sınırlandırılmış dönemde verilen sağlık hizmetleridir. Uzun süreli evde bakım hizmetleri ise, 6 aydan daha fazla bakım gereksiniminin duyulması halinde verilen hem sağlık hem de sosyal bakım hizmetlerini kapsamaktadır. Üçüncüsü ise; farklı meslek dallarındaki uzman personelin verdiği profesyonel evde bakım (formal care) ile profesyonel olmayan kişilerin veya aile bireylerinin verdikleri evde bakımdır (informal care). Profesyonel evde bakım (formal care) hizmetleri genel olarak; hemşirelik hizmetleri, destek sağlık hizmetleri, gündüz/gece bakımı, kişisel bakım, sosyal destek ve danışmanlık hizmetlerden oluşmaktadır (Yılmaz ve diğerleri, 2010, s.125-132).

Her durumda etkili ev temelli bakım için hasta, aile ve profesyonellerin ortak bir çaba göstermesi gerekir (Levine ve diğerleri, 2003, s.1203-1207). Hasta, aile ve profesyonellerin gösterdiği ortak çaba, bakımın sürekliliği ile ilgilidir. Bakımın sürekliliği, bakımın parçalanması nedeniyle önemi artmıştır. Uzmanlaşma ve multidisipliner yaklaşımlar, hastaların sağlık uzmanları tarafından görülme olasılığını artırmıştır (Dawani ve diğerleri, 2014, s.549-558). Haggerty ve arkadaşları (2003), bakımın sürekliliğinin entegrasyonu ve geliştirilmesi çağrısında bulunmuştur. Süreklilik, farklı uzmanlıklardaki sunucular tarafından bakımı verilen, özellikle kronik veya kliniği karmaşık olan hastalıklarda önemlidir. Evde sağlık hizmeti genellikle hastane veya vasıflı hemşirelik tesisinden daha ucuz ve daha uygundur (Haggerty ve diğerleri, 2003, s.1219-1221). Bu nedenle, evde bakım hizmetleri pek çok ülkede önemli ölçüde artmıştır (Murashima ve diğerleri, 2002, s.94-103).

1.2.1. Evde Sağlık Hizmetlerinin Amacı

Genel olarak evde sağlık hizmetlerinin amacı, hastaların daha iyi olmalarına, bağımsızlıklarını yeniden kazanmalarına ve mümkün olduğunca kendi kendine yeterli olmalarına yardımcı olmaktır (Murashima ve diğerleri, 2002, s.94-103). Evde sağlığın amaçları;

- Kapsamlı temel sağlık hizmeti, hemşirelik ve rehabilitasyon hizmetleri ile hastanın sağlığını ve yaşam kalitesini iyileştirmek,
- Hastanelere, bakımevine ve diğer kurumsal işletmelere duyulan ihtiyacı azaltmak,
- İnfomal bakıcılara¹ destek sağlamak,
- Acil servis başvurularını azaltmak,
- Hastanede kalış süresini ve hastaneye geri yatış riskini azaltmak,
- Hayatlarının son evresini rahat bir şekilde evde geçirmelerini sağlamak (AMA ve AAHCP, 2007, s.6-10).

Ülkemizdeki evde sağlık hizmetlerinin amacı; hastaların tedavisinin uygulanması, izlenmesi ve eğitiminin sağlanması ile birlikte ihtiyacı olan kişilere muayene, tetkik, sağlık bakım ve hizmetlerinin kendi evlerinde sağlanarak, hastalara ve ailelerine sosyal ve mental destek hizmetlerinin bir bütün olarak verebilmektir (Torun, 2016, s.68-74).

1.2.2. Evde Sağlık Hizmetlerinin İlkeleri ve Fonksiyonları

Evde sağlık hizmetleri, hastalar, hekimler ve hastanın ailesi arasındaki işbirliğini kolaylaştırır. Amerikan Aile Hekimleri Akademisi (AAFP), Amerikan Pediatri Akademisi (AAP), Amerikan Doktorlar Koleji (ACP), Amerikan Osteopatik Derneği (AOA), evde sağlığın özelliklerini tanımlamak için aşağıdaki ortak ilkeleri geliştirmiştir (AAFP, 2020).

¹ Gayri resmi olarak yani eş, çocuk, aile veya arkadaşları tarafından verilen bakım

- Hekim liderliğindeki sağlık ekibi: hastaların sürekli bakımı için kolektif olarak sorumluluk alan bireylerden oluşan ekibe, hekim liderlik eder.
- Ekip uyumu; hekim, diğer kalifiye personel ile uygun şekilde bakım yapma sorumluluğunu alır. Yaşamın her aşamasındaki; akut bakım, kronik bakım, önleyici hizmetler ve yaşam sonu bakım gibi hastanın tüm sağlık bakım ihtiyaçlarını karşılamaktan sorumludur.
- Hastaların ihtiyaç duydukları yerde ve zamanda ihtiyaç duydukları bakımları kültürel olarak uygun bir şekilde almalarını sağlamak için kayıt, bilgi teknolojisi, sağlık bilgi alışverişi yapılarak, bakım kolaylaştırılır.
- Kalite ve güvenlik evde sağlığın ayırt edici özellikleridir.
- Bakıma erişimin artırılması; şeffaf planlama, esnek çalışma saati, hasta, hekim ve diğer personel arasındaki iletişim sağlanarak bakıma erişim artırılır.
- Evde sağlık hizmeti verilen her hasta için uygun ödeme sağlık ekibine yapılır.

Amerikan Aile Hekimleri Akademisi (AAFP)'nin yan kuruluşu tarafından kurulan TransforMED ajansı tarafından belirlenen evde sağlık hizmetlerinin temel prensipleri şunlardır;

- Uygulama yönetimi,
- Sağlık bilgi teknolojisi,
- Kalite ve güvenlik,
- Uygulama temelli bakım ekibi,
- Bakım koordinasyonu,
- Bakım yönetimi,
- Uygulamaya dayalı hizmetler,

- Bakıma ve bilgiye erişim (Serrano, 2014, s.4-5).

Amerikan Aile Hekimleri Akademisine göre evde sağlığın beş temel fonksiyonu aşağıdaki gibidir;

- Erişim ve Süreklilik; evde sağlık, sürekli ve zamanında verilir, 7/24 bakıma erişim sağlanır. Bakımın sürekliliği doktor veya sistemden sorumlu olanlar tarafından takip edilir.
- Planlı Bakım ve Toplum Sağlığı; evde sağlık ekipleri, proaktif olarak ihtiyaçlarını belirlemek ve ilaç yönetimi ve incelemesi dahil olmak üzere uygun ve zamanında kronik ve önleyici bakım sağlamak için hastalarını değerlendirir. Doktorlar, yüksek riskli hastalar için kişiselleştirilmiş bir bakım planı geliştirir ve hasta ihtiyaçlarını verimli bir şekilde karşılamak için ekip tabanlı yaklaşımlar kullanır.
- Bakım Yönetimi; evde sağlık ekibi, tüm hastaları sınıflandırır ve ihtiyacı fazla olan hastalar için bakım yönetimi uygular. Bakım yönetiminin tüm hastalar için faydaları vardır, ancak ciddi veya çoklu hastalığı olan hastalar, ihtiyaç duydukları tıbbi bakımı ve/veya ilaçları aldıklarından emin olmak için ekstra destek ihtiyaçları nedeniyle daha fazla hizmet alırlar.
- Hasta ve Bakıcı Katılımı; evde sağlık ekibi, hastaları ve ailelerini bakımın her alanında karar alma süreçlerine dahil eder. Bu tür uygulamalar hem kendi kendine yetebilen hem de bazı durumlarda karar alabilen bir hasta ve bakıcı profili oluşturur.
- Kapsamlılık ve Koordinasyon; temel sağlık bakımı birçok hasta için ilk temas noktasıdır ve bu nedenle hastaların sağlık hizmetleriyle ilgili ilk deneyimleridir. Sonuç olarak, temel sağlık bakım, çoğu durumda sağlık tesisleri ve doktorlar arasında koordinasyonu sağlamak için en iyi şekilde konumlandırılır. Evde sağlık ekipleri, bir başka sunucuya devredilen bakımı, tavsiyeleri ve bilgi alışverişini koordine etmek ve yönetmek için hastaların diğer sağlık hizmeti sunucularıyla yakın çalışır (AAFP, 2020).

1.2.3. Evde Sağlık Hizmetlerinin Etkililiği

Etkili tıbbi ve mali yönetim için ölçülebilir hasta sonuçlarına odaklanmalıdır. Bu, evde bakımın yanı sıra tıbbi bakımın diğer yönleri için de geçerlidir (Shaughnessy ve diğerleri, 1994, s.35-65). Ölçülebilir evde bakım sonuçlarının örnekleri şunlardır;

- Hasta fonksiyonlarında iyileşme ve/veya stabilizasyon,
- Sağlık durumunda iyileşme ve/veya stabilizasyon,
- İlaç tedavisi ve diğer tedavilerin hasta/bakıcı yönetiminde ilerleme,
- Hasta/bakıcı ekipmanlarını yönetme yeteneğindeki ilerleme,
- Hastalık sürecini bilme ile belirtileri ve semptomları raporlamada ilerleme,
- Güvenlik bilgisinin artması ve güvenli ortamın sağlanması,
- Acil servis ve ambulans kullanımı ile aşırı hastanede yatışlarda azalma,
- Kurumsal/bakımevi ihtiyacında azalma (AMA ve AAHCP, 2007, s.3).

Evde bakım hizmetlerinin etkililik düzeyini ortaya koymak, evde bakım programlarının çeşitliliği ve ölçülen sonuçların çok farklı olması nedeniyle oldukça karmaşıktır. Evde bakımın yararlılığının belki de en etkileyici gösterimi, standart evde sağlık hizmetleri sistemlerinde hastaneye yatış oranlarındaki azalmanın ve hedeflenen klinik iyileşmenin bulunmasıdır (Shaughnessy ve diğerleri, 2002, s.1354-1364). Hastane taburculuğunun ve devamında hastaneye yeniden kabulleri azaltabilmenin bir parçası olarak evde bakım, taburcu olma ve hastaneye tekrar başvuru arasındaki süreyi uzatabilir ve hastaneye yeniden yatış riski yüksek yaşlılar için hastanede sağlanacak sağlık bakım maliyetlerini azaltabilir (Naylor ve diğerleri, 1999, s.613-620). Evde bakım, tedavi planına hastanın yanıt vermesini izlemeye etkilidir. Evde bakımda, hastanede olmayan yeni sorunların olduğu, bununla birlikte evde bakımın hastalığı ve diğer sağlık sorunlarını önlediği veya geciktirdiği görülmüştür (Kravitz ve diğerleri, 1994, s.1229-1234). Evde bakım programları, yüksek riskli anneler için doğum öncesi ziyaretlerdeki koruyucu bakımda (Hodnett ve Roberts, 2000, s.1-2; Kitzman ve diğerleri, 1997, s.644-

652), düşük doğum ağırlıklı bebekler için erken taburculuk (Casiro ve diğerleri, 1993, s.128-133) gibi akut hastalıkların tedavisinde, kronik obstrüktif akciğer hastalığının alevlenmesi (Ram ve diğerleri, 2003, s.1), konjestif kalp yetmezliği (Rich ve diğerleri, 1995, s.1190-1195), venöz tromboz (Schraibman ve diğerleri, 2001, s.3-4), inme (Ricauda ve diğerleri, 2004, s.278-283) ve genel durum bozukluğu (Melin ve diğerleri, 1993, s.356-362) gibi kronik hastalıkların tedavi ve rehabilitasyonunda dahil olmak üzere hastaneye yatırmaya alternatif olarak bakımın her alanında etkilidir. Yeni teknoloji ve ilaçlar, bulaşıcı hastalığın evde tedavisini mümkün ve pratik hale getirdi (Wolter ve diğerleri, 2004, s.263-268). Özetle, evde bakım, akut ya da kronik hastalığı olan birçok hasta için aşırı hastaneye yatışı ya da nitelikli kurumsal bakımevlerine başvuruyu önlemek amacıyla akılcı ve önemli bir alternatif olarak ortaya çıkmıştır. Bütün uzmanlık alanlarındaki doktorlar evde bakım hizmetlerini sunmaktadır. Teknolojideki ve geri ödemedeki değişiklikler, sürekli olarak evde bakımın kapsamını ve uygulamasını etkilemektedir (AMA ve AAHCP, 2007, s.15-21).

1.3. EVDE SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI

Sağlık hizmetlerinin finansmanında üç ana model kullanılmaktadır. Bunlar; genel bütçe gibi kamu mali kaynaklı sosyal güvenlik modeli (Beveridge modeli), prim gelirlerine dayalı sosyal sağlık sigorta uygulama modeli (Bismarck modeli), cepten yapılan harcamalar ya da özel sigorta modelidir. Bismarck modelinde merkezi yönetim, daha çok makro düzeyde sağlık politikalarını belirleyen ve sağlık hizmetlerini denetleyen bir konumdadır. Beveridge modelinde ise merkezi yönetim, makro ve mikro düzeyde sağlık hizmeti sunan, sağlık hizmetini finanse eden ve sağlık hizmetlerini denetleyen konumdadır (Özer ve Şantaş, 2012, s.96-103).

Evde sağlık hizmetleri finansmanı kapsamındaki; devletin katkı düzeyi, özel sigortaların rolü ve sosyal sigorta prim ödemeleri, bütün ülkeler için önemli bir konu olup, ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir (Oğlak, 2007, s.100-108). Ülkeler, evde sağlık bakım hizmetleri finansman politikalarını oluştururken aşağıdaki sorular üzerinde durmaktadır. Bunlar (Brodsky ve diğerleri, 2002, s.279-286);

- Kimlerin bakım hizmetlerinden faydalanacağı?
- Hizmetlerden faydalanma hakkının nasıl belirleneceği?
- Hangi kaynaklardan finansman sağlanacağı?
- Hizmetlerin nasıl sunulacağı? (Hangi stratejiler ve yöntemler belirlenecek)
- Sağlık ve sosyal hizmetlerin bakım hizmetleri sistemine nasıl entegre edileceği?

Kamu sorumluluğu açısından, bu beş temel soruya yanıt verebilen kişilere sağlanacak hizmetlerin kaliteli, ailenin finansal, fiziksel ve duygusal yükünü azaltacak olmasının önemli olduğu düşünülmektedir (Ikegami ve Campbell, 2002, s.719-739).

Ülkelerin finansman yapıları, kurumsal yapıları, politik tercihleri, sosyo-kültürel hedefleri ve değerleri bakım sigortasının finansmanında önemli rol oynamaktadır (Oğlak, 2007, s.100-108). Finansman kaynağı olarak esas alınan beş yaklaşım şu şekildedir (Gibson ve diğerleri, 2003, s.21; Ikegami ve Campbell, 2002, s.719-739);

- Genel vergilerden finanse edilen vergiye dayalı yaklaşım
- Primler yoluyla finanse edilen sosyal sigorta uygulama yaklaşımı
- Gönüllülük esasına dayanan özel sigorta yaklaşımı
- Kamu destekli özel sigorta yaklaşımı
- Özel cepten ödeme yaklaşımı

Birçok gelişmiş ülke, sosyal güvenlik ve özel sigorta finansman yaklaşımını benimsemiştir (Gibson ve diğerleri, 2003, s.1-29).

1.4. EVDE SAĞLIK HİZMETLERİNİN AVANTAJLARI VE DEZAVANTAJLARI

Evde sağlık hizmetleri, mobil sağlık hizmetleri olması ve sağlık kuruluşları binalarının dışında sunulması sebebiyle bazı avantaj ve dezavantajlara sahiptir. Evde sağlık hizmetlerinin bazı avantajları şu şekilde sıralanabilir;

- Hasta özerkliğini sağlar,
- Hastanın yaşam kalitesini artırır,
- Hasta uyumunu artırır,
- Hastane başvurularını azaltır,
- Hastane enfeksiyonu riskini azaltır,
- Sağlık giderlerini azaltır (Smith ve diğerleri, 2004, s.1-14; Tan ve diğerleri, 2016, s.634-641;).
- Evde sağlık bakım hizmetlerinin hastayı ailesinin yanında olmasına olanak vererek rahatlatır, sağlık hizmet sunumunun planlamasına destek olur ve sağlık ekibi ile aile arasında işbirliğinin gelişmesine olanak sağlayarak hastalığın tedavi edilmesine destek olur,
- Evde sağlık bakım hizmetlerinin, hastanın aile üyelerinden uzaklaşmamasıyla hastanın sosyal yaşamının gelişimine destek olur,
- Gereksiz hastane kullanımını azaltarak sınırlı kaynakların uygun kullanılmasını sağlar,
- Hasta yakınlarına gerekli desteği vererek, onların dinlenmesini sağlar,
- Hastalara, teşhisten rehabilite oluncaya kadar kesintisiz sağlık hizmeti sunar,
- Kişinin sağlık hizmetine ulaşımında kendini özel hissetmesini sağlar ve bu durum da hastanın daha hızlı iyileşmesine neden olur,

- Evde bakım hizmetlerinin sağlık hizmetlerinden yararlanamayanlar için bir alternatif olabildiği ve incinebilir gruplara hizmet sunma olanağı sunar (Çoban, 2015, s.130-134).

Evde sağlık hizmetlerinin bazı dezavantajları şu şekilde sıralanabilir;

- Kontrol mekanizması güçlükle oluşturulur,
- Özel yaşamın gizliliği zedelenir,
- Evde gelişebilecek komplikasyonların kontrolünde güçlükler yaşanır,
- Multidisipliner yaklaşımın hastane dışında verilmesinde güçlükler yaşanır,
- Hastaneler profesyonel ekip oluşturmada zorlanır,
- Yalnızca evde sağlık hizmetleri ile ilgilenebilecek sağlık çalışanı sayısının yetersizliği,
- Sağlık personelinin kişisel güvenlik problemleri (Smith ve diğerleri, 2004, s.1-14; Tan ve diğerleri, 2016, s.634-641).
- Hastaların acil durumlarda sağlık hizmetlerine hızlı erişememesi,
- Ev ortamının sağlık hizmeti sunmaya uygun olmaması,
- Bununla birlikte evde, kendi ortamında, kendi sosyal çevresinde hizmet almak bir avantaj olarak gözükmekle birlikte, sosyal desteklerin yetersizliği durumlarında, evde yalnız kalmak sosyal yaşamdan soyutlanmaya neden olarak dezavantaj haline gelir,
- Hastanelerin, kişilerin sosyal yaşamlarına katkı sağladığı için evde sağlık bakım hizmetlerinin hastaların sosyal yaşamını engelleyici durumlara neden olabilir (Çoban, 2015, s.130-134).
- Evde bakım hizmeti sunan personelin sağlık kurumu dışında hizmet verecek olması verimliliği azaltabilir. Sağlık personeli, hasta ve ailesi arasında etkili bir iletişim kurulamayabilir,

- Evde bakım hizmetlerinin kısıtlılıkları arasında sağlık personelinin sürekli hastanın yanında bulunamaması, sayılabilir (Karabağ, 2007, s.51-53).

1.5. EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ İLE İLGİLİ YAPILMIŞ ÇALIŞMALAR

Evde sağlık hizmeti ile ilgili literatürde yapılan çalışmalar incelenmiştir. Uluslararası literatürde; yaşlı bireylerin bakım sorumluluklarının aile tabanlı yapıdan toplum tabanlı yapıya geçiş sürecinin tartışıldığı (Jenike, 2002), hasta memnuniyeti ile bakım kalitesi arasındaki ilişkinin araştırıldığı (Cohan, 2015), evde sağlık uygulamalarında işbirliğini öğrenmenin kolay ve zor yönlerinin araştırıldığı (Mubangizi, 2015), İngiltere ve Almanya'daki yaşlıların ihtiyaçlarını karşılayan evde bakım kuruluşlarının karşılaştırıldığı (Eyers, 2003), evde bakım sistemlerinin birincil seviyede planlaması için formal ve matematiksel programlama model analizinin yapıldığı (Güçlü, 2015), evde sağlık hemşirelerinin iş yükünün araştırıldığı (Ogawa, 2008), Kanada'daki üç şehirdeki evde bakıma kaynak tahsisinin araştırılması ve model önerisi araştırması (Conrad, 2008), İngiltere ve Almanya'daki yaşlılar için verilen bakımın karşılaştırıldığı (Schunk, 1997), Ürdün'deki evde sağlık hizmetleri hakkında müşteri algısı ve memnuniyeti araştırması (Dawani ve diğerleri, 2014), informal bakım sağlayan bakıcının perspektifi ile Avustralya, Sidney'de ev tabanlı palyatif bakım araştırması (Zapart ve diğerleri, 2007), hasta odaklı evde sağlık hizmetleri sunum modelinin müşteri değerlendirmesi araştırması (Serrano, 2014), kronik hastalığı olan çocuklar için evde sağlık hizmetlerinin bakıcı ve sunucu görüşleri (Foster, 2017) ile ilgili çalışmalara rastlanmıştır. Ulusal literatürde ise; Almanya ve Türkiye'nin evde bakım sisteminin incelenmesi ve model önerisi çalışması (Çoban, 2015), evde sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti araştırması (Yeşiltaş, 2014), Türkiye'deki evde sağlık hizmetleri araştırması (Alpak, 2015), sağlık hizmetleri kapsamında evde bakım ve Diyarbakır örneği araştırması (Yıldırım, 2014), türk sağlık sistemindeki evde bakım hizmetleri araştırması (Kahraman, 2013), Aydın'da evde sağlık hizmetleri ağız ve diş sağlığı hizmetlerinden memnuniyeti araştırması (Taç, 2014), evde bakım hizmeti alan kişilerdeki sorunların araştırılması (Aydın, 2014), fototerapi uygulamasının evde sağlık hizmetlerindeki maliyet etkililik analizi çalışması (Torun, 2016), evde bakım hizmeti ve gelişimi araştırması (Koç, 2009), evde sağlık hizmetleri atama ve rotalama problemi

üzerine yapılan araştırma (Şimşek, 2019), Türkiye’de evde sağlık bakım hizmetlerinin uygulanabilirliğine ilişkin hekimlerin görüşleri ve model önerisi araştırması (Karabağ, 2007) bulunmaktadır. Günümüze kadar ulusal ve uluslararası literatürde evde sağlık hizmetleri üzerine çalışılmış lisansüstü tezler incelenmiş olup, Tablo 1’de çalışma konuları bakımından özet halinde sunulmuştur. Tablo 1 incelendiğinde maliyet karşılaştırma ve bölge karşılaştırma konusunun fazla çalışılmadığı görülmüş olup, çalışmamızda bu alandaki boşluğu doldurmak için evde sağlık hizmetlerinin çalışan, hasta veya hasta yakını, maliyet karşılaştırması, bölge karşılaştırması ve genel değerlendirilmesi yapılmıştır.

Tablo 1. Evde sağlık hizmetleri konusunda yapılan ulusal ve uluslararası lisansüstü tezlerin karşılaştırılması

Tez yazarı/Yılı/Türü	Çalışan değerlendirme	Hasta değerlendirme	Hasta Yakını değerlendirme	Maliyet karşılaştırması	Bölge karşılaştırma	Model önerisi	Genel değerlendirme
Aliya TALİBOVA, 2015, tıpta uzmanlık tezi			X				
Mehmet AYDIN, 2014, tıpta uzmanlık tezi		X	X				
Filiz KOÇ, 2009, tıpta uzmanlık tezi		X	X				X
Ömer Serkan TURAN, 2008, tıpta uzmanlık tezi		X					
Nazan TORUN, 2016, doktora tezi				X			
Khaled RASHİD, 2016, doktora tezi		X					
Mustafa ÇOBAN, 2015, doktora tezi					X	X	X
Deus Bazira MUBANGİZİ, 2015, doktora tezi						X	X
Janet COHAN, 2015, doktora tezi		X	X				
İlker GÜÇLÜ, 2015, doktora tezi						X	
Anna SERRANO, 2014, doktora tezi		X	X				
Patricia Ann CONRAD, 2008, doktora tezi					X	X	X
Keiko OGAWA, 2008, doktora tezi	X						
Ingrid Anne EYERS, 2003, doktora tezi	X	X	X		X	X	
Michaela SCHUNK, 1997, doktora tezi	X	X			X	X	
Noriko TSUKADA, 1997, doktora tezi		X				X	X
Carolyn C. FOSTER, 2017, yüksek lisans tezi	X	X	X				X
Jovannesha HUDSON, 2016, yüksek lisans tezi	X						X
Mehtap ALPAK, 2015, yüksek lisans tezi						X	X
Aysun YEŞİLTAŞ, 2014, yüksek lisans tezi		X	X				
Seviye TAÇ, 2014, yüksek lisans tezi		X	X				X
Ebru KELLEÇİ KAHRAMAN, 2013, yüksek lisans tezi		X	X				X
Fatma Özge ÇAVUŞ, 2013, yüksek lisans tezi		X	X				X
Medine ERKEN, 2013, yüksek lisans tezi	X						X
Burcu AKPINAR, 2009, yüksek lisans tezi			X				X
Fadime Hatice İNÇİ, 2006, yüksek lisans tezi	X		X				
Glenda HAWKİNS, 2005, yüksek lisans tezi		X				X	X

1.6. BAZI OECD ÜLKELERİNDE EVDE SAĞLIK BAKIM HİZMETLERİ

Evde sağlık bakım hizmetleri uygulamaları ülkeden ülkeye farklılık gösterebilmektedir (Blackman, 2000, s.181-190; Firbank, 2011, s.34-44; Gori, 2012, s.255-260; Grant ve Greene, 2012, s.1096-1103; Martínez-Buján, 2014, s.99-124; Molina ve diğerleri, 2013, s.2-9; Leitch ve diğerleri, 2012, s.107-111; Thumé ve diğerleri, 2011, s.868-874). Ana sorumluluğun hangi kurumda olduğu olgusu farklılığın oluşmasında etkili olmuştur. Ülkeler incelenecek olursa, İtalya, İspanya, Yunanistan, Avusturya ve Lüksemburg'da üç ve daha fazla farklı türde evde bakım örgüt yapısı bulunurken, Almanya, Fransa ve Belçika'da iki farklı tür örgüt yapısı, Hollanda, Portekiz, İngiltere, İrlanda, İsveç, Danimarka ve Finlandiya'da tek örgüt yapısı bulunmaktadır (Kerskra ve Hunten, 1996, s.1023-1032).

Evde sağlık bakım hizmetlerindeki farklılıkların; temelde hizmetin içeriği, finans kaynakları, hizmetin uygulanma biçimini kapsayan yapısal alanlarla ilişkili olduğu söylenebilir. Evde bakım hizmetleri uygulamaları, çoğu zaman ülkelerin uzun dönem bakım uygulamaları içerisinde yer aldığı için uzun dönem bakım hizmetlerinden bağımsız olarak değerlendirilmesi olanaksızdır (Bode ve Firbank, 2009, s.325-351; Gabriele ve Tediosi, 2014, s.61-70; Rostgaard, 2012, s.78-79). Evde bakım hizmetlerinde olduğu gibi, uzun dönem bakım hizmetleri de karmaşık bir yapı içerisinde olup, ülkelerin iç-dış kaynakları ve toplumsal değer sistemleri ile birlikte değerlendirmek gerekmektedir (Theobald ve Kern, 2011, s.325-342).

Amerika'da evde sağlık bakım hizmetlerinin finansmanı Medicare, Medicaid, özel sigorta ve cepten ödemeler şeklinde karşılanmaktadır. Medicare, harcamaları Sosyal Güvenlik İdaresi'nin finansmanı ile karşılanan bütün yaşlılara getirilen sağlık sigortasıdır. ABD'de kişiler gelir seviyesine ve zenginlik durumuna bakılmaksızın; 65 yaşının üstündeki herkes, engelliler ile kronik böbrek hastalığı olanlar bu program kapsamına alınır. Sosyal güvenlik sistemi içinde bulunan programdan nakit yardımı alan, yıllık geliri belirlenen düzeyden düşük olan bireyler veya aileler Medicaid kapsamına alınır. Yatarak veya ayakta tedavi, evde bakım, aile planlaması, hemşire hizmetleri, erken teşhis hizmetleri medicaid kapsamında verilen hizmetlerin bazılarıdır (Özer ve Santaş, 2012, s.96-103). Avusturya; 1994 yılında Federal Bakım Parası Yasası

ile fiziksel, sosyal ve mental anlamda bakıma muhtaç özürliülerin sürekli bakıma muhtaç olması ve bu muhtaçlığın 6 ay sürmesi ve bakım ihtiyacının ayda 50 saatten fazla olması halinde bakım parası ödenmekte ve bunun finansmanı da tümüyle vergilerden karşılanmaktadır. Almanya'da ise, 1995 yılında yürürlüğe giren Bakım Sigortası Yasasının finansman yapısı, zorunlu sosyal sigorta primlerine dayandırılmaktadır. Japonya'da ise, 2000 yılında yürürlüğe giren Bakım Sigortası Yasası'nın finansmanı, %50'si çalışan ve emeklilerden kesilen sosyal sigorta primleri ile %50'si vergilerden oluşan karma bir yapıya sahiptir (Oğlak, 2007, s.100-108). Diğer ülkeler incelenecek olursa, İzlanda, İsveç, Macaristan'da tıbbi hizmetlerin hepsi verilmekte olup, belediyeler geri ödeme yapmaktadır. Hollanda'da hemşirelik hizmetlerinden annelik bakımına kadar bütün hizmetler evde bakım hizmetleri bünyesinde bulundurmaktadır. Kanada, İngiltere, İrlanda, İtalya ve Fransa'da da evde bakım hizmetleri geri ödeme kapsamındadır. Norveç ve Danimarka'da sadece evlere yapılan sağlık amaçlı ziyaretlerin ve refakat hizmetlerinin bedeli ödenmektedir. Dünyadaki evde sağlık bakım sektörünün genel durumu incelendiğinde, ne kadar önemli bir hizmet alanı olduğu görülmektedir (Özer ve Santaş, 2012, s.96-103).

Tablo 2. Bazı OECD ülkelerinde uzun süreli sağlık bakım harcamaları (2017 yılı)

Ülkeler	Toplam uzun süreli sağlık bakım harcamaları		Uzun süreli sağlık bakım harcama bileşenleri		
	Euro, Milyon	GSYİH payı	Yatılı uzun süreli sağlık bakım € (%)	Evde uzun süreli sağlık bakım € (%)	Gündüz veya Ayakta uzun süreli sağlık bakım € (%)
ABD	94.242,0	%0,6	13.325,4 (%14)	80.916,6 (%86)	
Japonya*	77.486,7	%1,8	51.514,0 (%67)	12.567,3 (%16)	13.405,3 (%17)
Almanya	47.925,0	%1,5	19.755,0 (%41)	27.452,0 (%57)	718,0
Fransa	30.025,7	%1,3	23.634,1 (%79)	6.391,6 (%21)	-
Birleşik Krallık	26.652,2	%1,2	14.620,2 (%55)	11.829,3 (%44)	202,7
Hollanda	18.293,3	%2,5	13.692,7 (%75)	4.123,0 (%23)	477,6
İsveç	12.276,3	%2,7	7.813,3 (%64)	3.842,9 (%31)	620,1
İtalya	12.211,0	%0,7	6.226,0 (%51)	2.315,0 (%19)	3.670,0 (%30)
Kore	8.213,6	%0,6	6.277,0 (%76)	1.538,5 (%19)	398,0
İspanya	7.895,3	%0,7	5.048,8 (%64)	2.076,8 (%26)	769,7
Danimarka	6.553,1	%2,2	2.251,0 (%34)	4.302,1 (%66)	-
Avusturya	4.068,7	%1,1	1.644,4 (%40)	2.379,7 (%59)	44,6

Kaynak: OECD, 2019

* 2016 yılına ait veridir

Bazı OECD ülkelerinin uzun süreli sağlık bakım harcamalarına ilişkin 2017 yılına ait Tablo 2'deki veriler incelendiğinde en fazla harcamayı yapan ülke ABD'leri iken, en fazla harcama yapan ikinci ülkenin Japonya olduğu görülmektedir. Tablo 2'deki sıralamada en az harcama yapan ülkenin Avusturya olduğunu söylenebilir. Ülkelerin GSYİH oranları karşılaştırıldığında en fazla pay ayıran ülkelerin İsveç ve Hollanda olduğu görülmektedir. En az pay ayıran ülkenin Güney Kore olduğu söylenebilir. Harcamalarındaki oranlarına göre incelediğinde; yatılı uzun süreli sağlık bakım harcamalarına en fazla payı ayıran ülkelerin Fransa ve Hollanda olduğu görülmüştür. Yatılı uzun süreli sağlık bakım harcamalarına en az pay ayıran ülke ABD, evde sağlık hizmetleri harcamalarına en fazla pay ayıran ülke olmuştur. Evde sağlık bakım hizmetleri harcamalarına en az pay ayıran ülke İtalya, gündüz veya ayakta uzun süreli sağlık bakım harcamalarına en fazla pay ayıran ülke olmuştur. Farklı bakım modellerinin daha iyi anlaşılması için, farklı bakım sistemlerine sahip ülke örnekleri ile ele alınması gerekmektedir.

1.6.1. Amerika Birleşik Devletleri'nde Evde Sağlık Bakım Hizmetleri

ABD'de evde bakım hizmeti sunan ilk kuruluş, 1796 yılında kurulan Boston Dispanseri olmuştur (Benjamin, 1997, s.49-82). 1898'de Los Angeles Sağlık Ofisi fakir hastalara evde bakım hizmeti sunmak üzere hemşireleri maaşlı olarak çalıştırmaya başlamıştır. Böylece devletin ücretini ödediği ilk evde bakım hizmeti olmuştur. 1982'de Ulusal Evde Bakım Birliği kurulmuştur.

ABD'de uzun dönem bakım hizmetleri, yaşlı ve bakıma muhtaç hastalar için kişisel bakımı, günlük yaşamı destekleyici hizmetleri ve sağlık hizmetlerini içermektedir. ABD'de uzun dönem bakım hizmetlerindeki sunucular, huzurevleri gibi yatılı bakım kurumlarından, evde bakım kuruluşlarından ve gündüzlü bakım merkezlerinden oluşmaktadır (Harris-Kojetin ve diğerleri, 2013, s.2-8).

ABD'de uzun dönem bakım sigortaları kapsamında; nitelikli hemşire bakımı, orta derece hemşire bakımı, kişisel bakım, yaşam yardımı, evde bakım, hospis hizmetleri ve yetişkin günlük bakım hizmetleri olmak üzere yedi tip hizmet sunulmaktadır. Bunlar aşağıda açıklanmıştır (Fevurly, 2012, s.61-68);

- **Nitelikli Hemşire Bakımı:** Genelde bakım merkezlerinde ve profesyonel sağlık personeline sağlanan, üst düzey tıbbi bakım hizmetlerini içermektedir.
- **Orta Derece Hemşire Bakımı:** Günlük olmayıp ara sıra verilen, nitelikli hemşirelik bakımına benzeyen hizmet türüdür.
- **Kişisel Bakım:** Banyo yaptırma, yemek yedirme, evin düzeni, tuvalet kullanma gibi profesyonel beceri gerektirmeyen kişisel bakım hizmetleridir.
- **Yaşam Yardımı:** Hastanın günlük yaşam aktivitelerine destek olmak ve kişisel ihtiyaçlarını karşılamak için aralıklı olarak verilen hizmet türüdür.
- **Evde Bakım:** Hastanın evinde verilen nitelikli hemşirelik bakımı kapsamaktadır.
- **Hospis Hizmetleri:** Beklenen yaşam süresi altı ay ve daha az olan hastalar için uygulanan, hastaya ve ailesine ağrı yönetimi, dini, duygusal ve fiziksel desteklere odaklanan bir bakım biçimidir. Bakım hizmetleri, hastanede ve hospis merkezlerinde sunulabilir.
- **Yetişkin Günlük Bakımı:** Tamamen yardım ve gözetim ihtiyacı olan hasta için, eş veya aile bireylerinin dışarıda çalıştığı durumlarda evde sağlanan hizmetleri kapsar.

ABD’de evde bakım hizmetlerinde ödeme kaynakları dikkate alındığında; cepten ödemeler, özel sigortalar, Medicare ve Medicaid olmak üzere dört tip yapılanma mevcuttur. Evde bakım kuruluşlarının organizasyon ve hizmet sunum biçimleri, finans kaynaklarına göre değişiklik göstermektedir. Medicare ve Medicaid sadece kendileri tarafından akredite edilen kuruluşların finansmanlarını sağlamaktadır. ABD’de evde bakım kuruluşlarının yaklaşık dörtte üçü Medicare tarafından, tamamına yakını Medicaid tarafından akredite edilmiştir (Harris-Kojetin ve diğerleri, 2013, s.2-8).

ABD’de Medicare tarafından, evde bakım hizmetlerinin daha çok tıbbi hizmetlerini kapsayan nitelikli hemşire bakımı, fiziksel terapi, uğraş terapisi, sağlık sosyal hizmetleri karşılanmakta iken, tüm gün evde bakım hizmetleri, yemek hizmetleri, ev işleri ve kişisel bakım hizmetleri ise karşılanmamaktadır. Ancak belli bir bakım planı kapsamında hizmet sunulan ve bir hekim tarafından takip edilen evde bakım hizmetleri

Medicare tarafından karşılanabilmektedir. Medicare tarafından sunulan hospis hizmetleri kapsamında; kısa süreli ve uzun süreli evde bakım hizmetleri ile kısa süreli ve uzun süreli hastanede yatan hasta bakımı hizmetleri olmak üzere dört bakım türü yer almaktadır (MEDPAC, 2020).

ABD’de, evde bakım hizmetinin finansmanının Medicare tarafından sağlanması için çeşitli kriterler vardır. Bunlar; (Centers for Medicare and Medicaid Services [CMS], 2002)

- Hekim, bakım planı hazırlamalı ve tedavinin evde olması gerektiğine karar verilmelidir,
- Hastalar profesyonel bakıma aralıklı veya sürekli olarak ihtiyaç duymalıdır,
- Hastanın yatalak veya eve bağımlı olması gerekmektedir,
- Medicare tarafından onaylanmış bir kuruluşun evde bakım hizmeti vermesi gerekmektedir.

ABD’de, evde bakım hizmetleri kapsamında sunulan kişisel bakım hizmetleri, çamaşır yıkama gibi ev işleri Medicaid tarafından karşılanmaktadır. Medicaid tarafından evde bakım hizmetleri kapsamında hizmet alabilmek için öncelikle gelir durumunun düşük olması gerekmektedir. Ayrıca 65 yaş ve üzeri olanlar, yetkili kuruluşlar tarafından tespit edilen oranda sürekli engellilik durumu olanlar, hamileler ve bakıma muhtaç çocuklar bu kapsamda hizmet alabilmektedir (Çoban, 2015, s.20-29).

ABD’de, özel sağlık sigortaları genellikle evde sağlık hizmetlerini karşılamamaktadır. Günlük yaşam aktivitelerini destekleyecek, kişisel bakım ve yardım hizmetleri özel sigortalar tarafından karşılanmaktadır (Kozol, 2012, s.30-35). ABD’de özel sigortalar, Medicare tarafından evde bakım hizmetleri kapsamında karşılanmayan bölümleri karşılayarak, birer tamamlayıcı sigorta görevini üstlenmişlerdir. Medicare 2015 yılında yaklaşık 52 milyon Amerikalıya sağlık sigortası sağlamış ve federal harcamaların %17,3’ünü veya GSYİH’nın %3,6’sını oluşturmuştur (Conesa ve diğerleri, 2018, s.27-40). Amerika Birleşik Devletleri’nde 1991’de 15,1 milyar dolar olan evde sağlık

hizmetleri harcamaları 2015 yılında 88,8 milyar dolara yükselmiştir (CMS, 2017). Bu, aynı dönemde toplam sağlık harcamalarındaki yıllık %5,8'lik büyümenin oldukça üzerinde olup, yıllık %7,3 büyüme oranını ifade etmektedir (Ohsfeldt ve Li, 2018, s.1-19).

ABD'de evde sağlık hizmetlerinin maliyetleri 2013'te 80,5 milyar dolardan 2017'de 97,1 milyar dolara yükselmiştir. Ayrıca, ABD'de 2026 yılına kadar evde sağlık hizmetlerinin maliyetlerinde beklenen yıllık büyüme %6,7'dir ve bu da diğer sağlık hizmetlerinden daha yüksektir (Cuckler ve diğerleri, 2018, s.482-492).

ABD'de 2018 yılında yaklaşık 3,4 milyon hasta, evde sağlık bakımı kullanmıştır. Medicare, 2018 yılında evde sağlık bakımı için 17,9 milyar dolar ödeme yapmıştır (MEDPAC, 2020).

ABD'de 2017 yılında devlet ve zorunlu sigorta programlarının uzun süreli sağlık ve sosyal bakım harcamalarının GSYİH içindeki payı incelenmiştir. Uzun süreli sağlık bakım harcamaları 113.090,4 milyon US doları olup, harcamalarının GSYİH içindeki payı %0,6 olarak gerçekleşmiştir. Amerika Birleşik Devletleri yalnızca kurumsal bakıma ait harcama verilerini bildirdiği için devlet ve zorunlu sigorta programları tarafından uzun süreli bakım hizmetlerine yapılan toplam harcama miktarı gerçeğinden daha az olduğu düşünülmektedir (OECD, 2019).

1.6.2. İtalya'da Evde Sağlık Bakım Hizmetleri

İtalya'daki bakım sistemi yerel (belediyeler) ve bölgesel idarelerin sorumluluğundadır. Her bölgenin farklı kurumsal yönetim modeli olduğundan, finansmanı, yönetim ve denetim sorumlulukları farklıdır. Bakım hizmetlerinin organizasyonunda doğrudan yer alan aktörler; belediyeler, yerel sağlık idareleri, bakım evleri ve Ulusal Sosyal Güvenlik Enstitüsü'dür. Ancak merkezi hükümet ile bölgedeki ve ildeki gibi diğer kurumlar, bu hizmetleri planlamak ve finanse etmekle ilgilenmektedir (Tediosi ve Gabriela, 2010, s.4-10).

Gori (2011) tarafından İtalya’da üçlü yapılanma (merkezi yönetim, bölgesel yönetim ve belediyeler) şeklinde verilen bakıma muhtaç yaşlılara yönelik kamusal uzun dönem bakım hizmetleri beş farklı biçimde sınıflandırılarak Tablo 3’de gösterilmiştir.

Tablo 3. İtalya’da kamusal uzun süreli bakım hizmetleri ve sorumlu idare

Ana Hizmet Yapısı	Hizmet Türü	Sorumlu İdare
Profesyonel evde bakım hizmeti	Evde sağlık bakım	Bölgesel yönetim
	Evde yardım	Belediyeler
Evde bakım için nakit yardımı	İnformal bakım için nakit yardımı	Merkezî Yönetim
	Bakım ödenekleri	Bölgesel yönetim / Belediyeler
Yatılı kurumda bakım	Bakımevi/Huzurevi	Bölgesel Yönetim
	Bakım merkezi	Belediyeler
Gündüzlü bakım hizmetleri	Gündüzlü bakım merkezi	Bölgesel yönetim / Belediyeler
İnformal ve özel bakıma destek	Vergi indirimi	Merkezî Yönetim
	Eğitim kursları	Belediyeler

Kaynak: Gori (2011:188)

İtalya’da, kamunun yaşlılara sunduğu uzun dönemli bakım; belediyenin sunduğu bakım, yatılı bakım (bakımevi) ve nakit yardımlar şeklinde üç temel yardım türünü içerir. İtalyan Ulusal Sağlık Hizmetleri, yerel sağlık birimleri aracılığıyla evde sağlık hizmetlerini ve diğer sağlık hizmetlerini planlar ve yönetir. Evde sağlanan ev içi ve kişisel bakım işleri ile kişisel sosyal hizmetler ve kurumsal sosyal bakım, evde sağlık hizmetleri ile koordineli olarak planlanması gerekmektedir. Belediyeler tarafından yerel düzeyde verilmektedir. Uzun süreli bakım, hem kamu hem de akredite edilen özel sağlık ve kişisel sosyal bakım sağlayıcıları tarafından sağlanmaktadır. İtalyan Ulusal Sağlık Hizmetleri tarafından sağlanan sağlık hizmetleri ücretsizdir (Tediosi ve Gabriela, 2010, s.14-22).

İtalya’da bakım hizmetleri, bir kamu hizmeti olarak görülmekte ve kamu tarafından finanse edilmektedir. Bu hizmetlerin hedefleri ve kalite standartları kamunun sorumluluğundadır. Ancak bu hizmetler, kamu kurumları ile mutabakata varılarak, çoğunlukla kâr amacı gütmeyen kuruluşlar olan özel kuruluşlar tarafından da sunulabilir. Çeşitli bakım hizmetlerini yönetme sorumlulukları, 20 Bölgeye ve yaklaşık 8000 Belediyeye bölünmüştür. Devlet, bakıcı ödemelerinden ve vergi indirimlerinden sorumludur. Bölgeler, sorumluluk altındaki nüfusa sağlık bakımı veren kuruluşları

doğrudan ya da diğer kurumlar aracılığıyla koordine ve finanse eder. Belediyeler sosyal bakım hizmetlerinden sorumludur (Gori, 2012, s.255-256).

Kamuya ait evde bakım hizmetleri şunlardır;

- Entegre Evde Bakım (Assistenza Domiciliare Integrata [ADI]); Bölgesel yönetimlerin yetkisi altında verilen aynı bir hizmettir. En azından teoride, hem evde yardım hem de sağlık hizmetleri (evde bakım, fizyoterapi, uzman veya aile hekimleri tarafından yapılan ziyaretler) verilmektedir. Çoğu zaman, bakım paketi sadece ihtiyaçlara göre ücretsiz olarak sağlanan sağlıkla ilgili hizmetlerden (özellikle evde bakım) oluşur.
- Evde yardım; Belediyelerin yetkisi altında verilen aynı bir hizmettir. Çoğunlukla kişisel bakım ve küçük ölçüde ev işleri içeren sosyal bakım hizmetidir.
- Bakıcı ödemesi; Yaşları ne olursa olsun, ihtiyaçları değerlendirilen ciddi engelli insanlar için sağlanan nakit paradır. Kişilerin mali durumuna bakılmaksızın ödenir ve vergi yoluyla merkezi hükümet tarafından finanse edilir. Fiziksel veya zihinsel sağlık sorunları nedeniyle engellilere, bir bakıcının yardımı olmadan yürüyemeyen veya günlük işlevlerini yerine getiremedikleri için sürekli yardıma ihtiyaç duyan kişilere verilir. Ödeme, engelli kişinin hizmet satın almasını sağlar veya bakım veren akrabalarına verilir. Herhangi bir bakım planı olmazken, verilen paranın kullanımı üzerinde bir kısıtlama yoktur (Gori, 2012, s.255-256).

Bakım hizmetleri, Ulusal Sağlık Hizmetleri (SSN), Ulusal Sosyal Güvenlik Enstitüsü (INPS), bölgeler/belediyeler ve kullanıcılar tarafından finanse edilmektedir. Ulusal Sağlık Hizmetleri, Ulusal Sosyal Güvenlik Enstitüsü ve belediyeler tarafından sağlanan fonların tamamı genel vergilerden elde edilir. İtalya'daki bakım harcamalarına ilişkin veriler sınırlı ve eksiktir. Ragioneria Generale dello Stato, mevcut ve gelecekteki kamu bakım harcamalarını hesaplamaktadır. 2007 yılında kamu bakım harcaması 25,6 milyar € civarında, yani GSYİH'nın yaklaşık %1,66'sı olmuştur. Kamu bakım harcamalarının ana bileşenleri; sağlık hizmetleri (12,5 milyar € veya GSYİH'nın %0,81'i), INPS tarafından sağlanan nakdi yardımlar (10,8 milyar € veya GSYİH'nın %0,70'i) ve kişisel

sosyal bakım hizmetleridir (2,5 milyar € veya GSYİH'nın %0,16'sı). Kamu bakım harcamalarının yaklaşık %68'i 65 yaş ve üzerindeki kişilere sunulan hizmetlerdir. Bakımevleri için toplam harcamaların 2004 yılında 6,27 milyar Euro civarında olduğu hesap edilmektedir. Bunun %43,6'sı Ulusal Sağlık Hizmetleri, %9,4'ü belediyeler ve %47'si kullanıcılar tarafından karşılanmıştır. Böylece bakımevleri için cepten yapılan özel harcamaların 2,95 milyar € olduğu hesaplanmıştır. Bakım sigorta primleri 2008 yılı için yaklaşık 50 milyon € olarak hesaplanmıştır. Evde yapılan sosyal bakım için özel harcamalar hakkında resmi veri yoktur. Yapılan bir araştırmada, yaşlılara çeşitli kaynaklardan sağlanan özel, ev tabanlı sosyal bakım hesaplanmış, piyasadan satın alınan hizmetler 9,3 milyar €, kamu tarafından finanse edilen hizmetler 0,5 milyar € olarak bulunmuş, toplamda 9,8 milyar € civarında olması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır (Gabriela ve Tediosi, 2014, s.61-70).

İtalya'da 2017 yılında devlet ve zorunlu sigorta programlarının uzun süreli sağlık bakım harcamalarının GSYİH içindeki payı %0,7 olarak gerçekleşmiştir. Uzun süreli sağlık bakım harcamaları sunum şekline göre incelendiğinde, 6.226,0 milyon Euro yatılı (bakımevi) sağlık bakım hizmetleri (%50,99), 2.315,0 milyon Euro evde sağlık bakım hizmetleri (%18,96), 3.670,0 milyon Euro gündüz ve ayakta uzun süreli sağlık bakım hizmetleri (%30,05) olduğu görülmüştür (OECD, 2019).

1.6.3. Almanya'da Evde Sağlık Bakım Hizmetleri

Almanya'da Uzun Süreli Bakım Sigortasının (LTCI) başlangıcı olan 1995 yılına kadar, çoğu yaşlının bakım sorumluluğu yerindelik ilkesi gereği aile üyelerindedir. 1962'den beri, aile üyelerinin evde yeterli bakım sağlayamadıkları durumlarda sosyal yardım kuruluşları, kişilere yaptıkları gelir testi sonrasında, yerel yönetimler finans yardımıyla bulunmuştur. 1970'lerin sonundan bu yana, uzun süreli bakım ihtiyaçları için kapsamlı kamu desteğinin bulunmaması, bakıma muhtaç yaşlıların desteklenmesi adına sosyal politika odaklı tartışmayı başlatmıştır. Ayrıca, 1980'lerde bakımevi hizmetlerindeki sosyal yardım maliyetlerinin artması, mevcut fonlama planının finansal sürdürülebilirliğini zorlaştırmıştır. Sonunda, sosyal yardım programının yüksek maliyetleri, uzun süreli bakım sigortasının başlatılmasını sağlamıştır. Uygulamanın

ülkeye özgü içeriği: federal düzeyde güçlü düzenleyici bir devlet; kesin olarak tanımlanmış finans planı; hem özel kâr amaçlı hem de kâr amacı gütmeyen hizmet sunucuları için eşit şartlarda düzenlenmiş evde bakım hizmetleri pazarının oluşturulması; aile içerisinde bakım vermek için kamu desteği verilmesi şeklinde özetlenebilir (Theobald ve diğerleri, 2011, s.139-161).

Almanya'da evde bakım hizmeti, başta uzun süreli bakım sigortası olmak üzere, çeşitli programlar tarafından desteklenmektedir. Almanya sosyal güvenlik sistemi büyük bir bölümü işsizlik sigortası, sağlık sigortası, emeklilik sigortası, kaza sigortası ve zorunlu uzun süreli bakım sigortası olmak üzere beş temel sigortadan oluşmaktadır (Heinicke ve Thomsen, 2010, s.10-12).

Alman uzun süreli bakım sigortası, formal veya informal bakıcılar tarafından verilebilecek hemşirelik bakımı, bireysel ihtiyaçları kapsayacak şekilde yürürlüğe girmiştir. Hastalık, emeklilik, kaza, işsizlik ve uzun süreli bakım sigortasını içeren genel ulusal sosyal sigorta programının bir parçasıdır. Bu sosyal sigorta programı, tüm nüfus için çeşitli yaşam risklerine karşı teminat sağlayan zorunlu bir sigorta sistemidir (Geraedts ve diğerleri, 2000, s.375-401). Temel amacı maliyet önleme olan uzun süreli bakım sigortası politikası, kapsamlı destek sağlamayı amaçlamıştır. Politika geliştirme sürecinde, yardımların alt sınırı, yardım türleri ve düzeyleri gibi çeşitli boyutlar, evrensellik ve maliyet önleme politikaları çerçevesinde kullanılmıştır. Bu programın genel ilkesi, sigorta ücretlerinin, yarısını işverenler, diğer yarısını çalışanlar tarafından paylaşılarak ödenmesidir (Theobald ve diğerleri, 2011, s.139-161).

“Hemşirelik bakımına bağımlılık” kavramını ortaya koyan uygunluk kriterleri, uzun dönemli bakım ihtiyaçlarını tanımlamıştır. Buna göre, en az altı ay boyunca fiziksel veya akıl hastalığı/sakatlık nedeniyle kişisel hijyen, beslenme, hareketlilik ve evde bakım alanlarındaki günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirememesi durumunda, kişinin uzun süreli bakım yardımı alması uygundur. Bağımlılığın şiddeti üç seviyede tanımlanmıştır (Büscher ve diğerleri, 2011, s.2):

- Seviye 1: önemli ölçüde bakım ihtiyacı vardır. Günlük hijyen, beslenme veya hareketlilik faaliyetlerinden en az ikisinde günde bir kez yardıma ihtiyaç duyulduğu ve

ayrıca haftada birkaç kez evde bakımın gerekli olduğu anlamına gelir. İnfomal bakımının kişinin bakımı için harcayacağı süre, günde en az 90 dakikadır (bunun dışında 45 dakika hijyen, beslenme, hareketlilik için harcanmalıdır).

- Seviye 2: ciddi bakım ihtiyacı vardır. Farklı zamanlarda günde en az üç kez kişisel hijyen, beslenme veya harekete yardımcı olmayı ve haftada birkaç kez ev bakımında yardımcı olmayı gerektirir. Gerekli süre, günde en az 180 dakikadır (hijyen, beslenme, hareketlilik için 120 dakika).
- Seviye 3: çok ciddi bakım ihtiyacı vardır. Tüm gün ve gece kişisel hijyen, beslenme ve harekete yardımcı olmayı ve ayrıca haftada birkaç kez evde bakımda yardımcı gerektirir. Gerekli süre, günde en az 300 dakikadır (hijyen, beslenme, hareketlilik için 240 dakika).

Bu tanım mevcut sistemde sadece hemşirelik bakımına bağımlılık derecesinin değil, seçilen bakım faaliyetlerinin performansının tahmini süresinin de değerlendirildiğini göstermektedir (Bartholomeyczik ve Hunstein, 2004, s.97-104). Uzun süreli bakım sigortası olan kişiler, evde sağlık hizmeti, evlerinde bakım hizmetleri veya nakit ödemeler için yardım alabilirler. Yardımların miktarı bağımlılık seviyesine göre belirlenir ve her zaman yasal olarak tanımlanan seviyeyle sınırlı olup, Tablo 4'te gösterilmiştir (Büscher ve diğerleri, 2011, s.3).

Tablo 4. Almanya'da uzun süreli bakım sigortası kapsamında yapılan aylık yardımlar

Düzeyleri	Nakit ödeme	Evde Bakım	Evde Sağlık
Seviye I	225 €	440 €	1.023 €
Seviye II	430 €	1.040 €	1.279 €
Seviye III	685 €	1.510 €	1.510 €

Buna ek olarak, insanlar, hastalık sigortası veya ek sosyal yardım kapsamındaki sağlık yönleriyle ilgili olarak evde bakım hemşireliği gibi sosyal güvenlik sisteminin diğer bölümlerindeki hizmet ve yardımlardan faydalanabilirler (Büscher ve diğerleri, 2011, s.3). Almanya'da sağlık hizmetleri, hizmet sektörleri içerisinde önemli bir yer tutmakta ve sürekli gelişim göstermektedir. Almanya'da 2013 yılında evde bakım harcamalarının

GSYİH'nın yüzdesi 0,49 olarak bulunmuştur (Verbeek-Oudijk ve diğerleri, 2019, s.203-227). Almanya'da sağlık sektörünün 2009 yılında yaklaşık 370 milyar Dolarlık işlem hacmi bulunurken, bu miktar 2013 yılında 407,4 milyar Dolar olmuştur. Almanya 2013 yılı sağlık sektörü harcamalarının kısımları incelendiğinde, ayakta bakılan hastalar %28,8'ini oluştururken, uzun dönem bakım sektörü %12,2'lik kısmını oluşturmaktadır (Çoban, 2015, s.41-42).

Almanya'da 2017 yılında devlet ve zorunlu sigorta programlarının uzun süreli sağlık bakım harcamalarının GSYİH içindeki payı %1,5 olarak gerçekleşmiştir. Uzun süreli sağlık bakım harcamaları sunum şekline göre incelendiğinde, 19.755,0 milyon Euro yatılı (bakımevi) sağlık bakım hizmetleri (%41,22), 27.452,0 milyon Euro evde sağlık bakım hizmetleri (%57,28) olduğu görülmüştür (OECD, 2019).

1.6.4. İngiltere'de Evde Sağlık Bakım Hizmetleri

İngiltere'de evde bakım hizmetleri merkezi yönetim ve yerel yönetimlerin sorumlulukları içerisinde yürütülmektedir. Merkezi yönetim olan Ulusal Sağlık Hizmetleri (NHS), nitelikli ve uzmanlaşmış bakım hizmetleri sağlayan evde sağlık hizmetlerine odaklanmışken, yerel yönetimler ise barınma hizmetleri ve sosyal bakım hizmetlerine yönelmiştir. Ulusal Sağlık Hizmetlerinin kullanımı büyük ölçüde ücretsizdir ve doğrudan merkezi hükümete bağlıdır. Evlerinde yaşayan insanlar için Ulusal Sağlık Hizmetlerinin arasında, genel ve uzman hemşirelik bakımı ile demans ve akıl hastalığı olan kişiler için özel hizmetler bulunmaktadır. Kamu tarafından finanse edilen evde bakım için uygunluk kriterleri, yerel idaredeki bakım yöneticileri tarafından değerlendirilmektedir. Değerlendirmelerde, bireyin belirlediği ihtiyaçlar değil, informal bakıcılar tarafından sağlanan hizmetler dikkate alınır. İngiliz hükümeti tarafından hazırlanan yönergede ihtiyacı; düşük, orta, önemli ve kritik şeklinde dört düzeyde belirlemiştir. Yerel idareler, genel bütçe kapsamında hangi ihtiyaç düzeylerini finanse edeceklerini kendileri belirlemektedir. Çoğu yerel idare, hizmetleri yalnızca önemli veya kritik ihtiyaçları olan kişilere finans sağlamaktadır. Çoğu yerel idare tarafından, kamunun finanse ettiği evde bakımın verilmesi uygun kişilere, uzun süreli destek hizmetlerine yönlendirilmeden önce, altı haftaya kadar değerlendirme süresi

verilmektedir (Glendinning ve Wilde, 2011, s.95-116). İngiliz evde bakım hizmetlerinin yapısında ve finansmanında, sosyal devlet anlayışı esastır (Means ve Smith, 1998, s.1-11).

İngiltere’de evde bakım hizmetlerinin finansmanında da ikili yapı mevcuttur. Evde sağlık hizmetlerinden sorumlu olan merkezî yönetimin finansmanı genel vergilerden sağlanırken; evde bakım hizmetlerinden sorumlu olan yerel yönetimlerin finansmanı, genel ve yerel vergilerden sağlanmaktadır. Kişilerin gelir durumları dikkate alınarak, ihtiyaç durumlarına göre evde bakım hizmetlerinin finansmanında destek sağlanmaktadır. Yerelde evde bakım hizmetlerinin finansman kaynakları şunlardır (Glendinning ve Wilde, 2011, s.95-116);

- Yerel idare tarafından finanse edilen evde bakım hizmetlerinin alıcıları tarafından ödenen gelire göre test edilmiş kullanıcı ücretleri,
- Yerel yönetim tarafından verilen hizmetler için uygun olmayan ve evde bakım hizmetlerini tamamen kendi özel kaynaklarından satın alan kişiler tarafından ödenen ücretler,
- Yerel idare tarafından finanse edilen evde bakım hizmeti alan ancak bunun için özel olarak satın alınan ek evde bakım hizmeti ücretleridir.

Evde bakım hizmetlerinin yanı sıra, kişisel bakım için düzenli olarak ödenen nakit yardımı hizmeti de vardır. Bunlar, ihtiyaç düzeyine göre farklı miktarlarda olup, engellilikle ilgili ihtiyaçları karşılaması amaçlanmıştır. Bununla birlikte, yardım paraları bakım için ödenmektedir ve genellikle yardım miktarı gelir testi hesaplamaları ile belirlenmektedir (Corden ve diğerleri, 2010, s.39-65). Aile ve informal bakımla ilgili sorulara cevap bulmak için İngiltere'nin on yıllık nüfus sayımında araştırılmıştır. 2001 nüfus sayımından elde edilen rakamlar, toplam İngiliz nüfusunun yaklaşık %10'unun (yetişkin nüfusun %12'si) bakıcı olduğunu ve bunların %20'sinin haftada 50 saatten fazla bakım sağladığını göstermiştir (Glendinning ve Wilde, 2011, s.95-116).

Genel olarak, evde bakım hizmetleri de dahil olmak üzere İngiliz sosyal bakım hizmetlerinin, ihtiyaç düzeylerine göre önemli ölçüde yetersiz finanse edildiği kabul

edilmektedir. Son yirmi yıldaki kapsamlı ve sürdürülebilir finans reformlarını gerçekleştirmedeki başarısızlık, artan demografik ve politik baskılardan kaynaklanmıştır. Sosyal bakımın yetersiz fonlanması, yerel yönetimlerin yeterlilik kriterlerini daha sıkı bir şekilde uygulanmasına yol açmıştır. Bu kriterler kişilerin finansal varlıkları, gelirleri ve karşılanmayan ihtiyaç düzeylerini içermektedir. 2006 ve 2007'de İngiltere'de destek ihtiyacı fazla olan yaklaşık 6.000 yaşlı ve ihtiyacı daha az olan 275.000 kişinin hiçbir sosyal bakım hizmeti almadığı ve informal bakımları olmadığı, ayrıca 1,5 milyon kişinin aldıkları bakımda bazı eksikliklerin olduğu görülmüştür. İngiltere'de, sosyal bakıma ayrılan bütçenin düşürülmesiyle yerel yönetimlerin çoğu hizmet kapsamlarını daraltmıştır. Ayrıca, kişilerin seçiminde daha katı davrandıkları ve bakıma muhtaçlık kriterlerini yükselttikleri için düşük ihtiyaç sahibi kişilerin bakım hizmetlerinden yararlanmalarında sorunlar yaşanmıştır (Commission for Social Care Inspection, [CSCI], 2008).

İngiltere'deki toplam evde bakım pazarının yaklaşık %20'sini cepten ödeme yapan müşterilerin oluşturduğu ve 2004 yılında 417 milyon £ değerinde bakım satın alındığı hesaplanmaktadır. 65 yaş üstü kişilerin yaklaşık 751.000 kişinin (%3,96'sı) toplum tabanlı sosyal bakım aldığı, özel ev yardımı (temizlik ve kişisel bakım dahil) için ödeme yaptığı görülmüştür. Bunların %19'u tüm bakımları için para öderken, %21'i yerel idarelerce sunulan hizmetlerin haricinde ek özel hizmet almak için para ödemişlerdir. Diğer bir deyişle, 65 yaşın üzerindeki tüm kişilerin %40'ı toplum temelli hizmetlerinin bir kısmı veya tamamı için kendi kaynaklarından ödeme yapmıştır. Demografik baskıları ve kamu harcamalarındaki kısıtlamalar nedeniyle bakım endüstrisinin gelecekte kendi kendini finanse edeceği beklenmektedir (Institute of Public Care, [IPC], 2011).

Evde bakım hizmetleri son yirmi yılda, yerel idareler tarafından sağlanmaktan ziyade hayırsever veya kar amaçlı özel kuruluşlardan sağlanmaya başlanmıştır. Pazar geliştikçe, hizmetlerin kontrolü ve denetlenmesi için kalite ile ilgili süreçler de getirilmiştir. Evde bakım hizmeti veren kuruluşlar genellikle küçük ve yereldir. Seçkin hastalara evde bakım hizmeti sunmak için sözleşme yapan bu kuruluşlar, yerel yönetimlerin taleplerine yanıt vermek için kendilerini geliştirmişlerdir. Bu sözleşmeler

yerel yönetimlerin ölçek ekonomilerini güvence altına almasını ve fiyatları düşürmesini sağlamıştır (Glendinning ve Wilde, 2011, s.95-116).

Özel evde bakım kuruluşu sayısında sürekli bir artış olmuştur. 2009 yılı Mart ayında İngiltere'de bir önceki yıla göre 237 artışla 5.134 kayıtlı evde bakım hizmeti kuruluşu bulunmaktadır. Beşte dördü yetişkinlere ve fiziksel engelli yaşlılara evde bakım sağlarken, dörtte üçü demansı olan yaşlılara bakım sağlamaktadır (Care Quality Commission, [CQC], 2009, s.23-24). Bu durum, yerel idareler tarafından sağlanan evde bakım hizmetlerinin sayısında belirgin bir düşüşü yansıtmaktadır. Tablo 5'de, kalite düzenleyici kurumunda tutulan kayıtlardan elde edilen bağımsız (özel ve gönüllü) kurumların sayısında son zamanlarda görülen istikrarlı büyümeyi göstermektedir.

Tablo 5. Sosyal Bakım İnceleme Komisyonuna (CSCI) ve Bakım Kalite Komisyonuna (CQC) kayıtlı bakım kuruluşlarının kurum türüne göre sayısı

Evde Bakım Kuruluşları	Mart 2004	Mart 2005	Mart 2006	Mart 2007	Mart 2008	Mart 2009	Ağustos 2009	2005-2009 %lik değişim
Özel Kuruluşlar	1320	2910	3286	3473	3687	3845	4033	% 39
Vakıf ve diğer gönüllü kuruluşlar	214	438	511	491	483	619	618	%41
Ara toplam	1534	3348	3797	3964	4170	4464	4651	% 39
Yerel İdare kuruluşu	340	731	794	717	680	624	624	%-15
Ulusal Sağlık Hizmetleri (NHS)	7	32	41	48	47	46	44	% 38
Toplam	1,881	4,111	4,632	4,729	4,897	5,134	5,319	% 29

Kaynak: Glendinning ve Wilde, 2011.

Özel evde bakım kuruluşlarının pazarı, yerel idarenin taleplerini karşılmasına rağmen, hem parçalanmış hem de istikrarsızdır. Evde bakım kuruluşlarının çoğu orta (50-199 çalışan) ve büyük (200+ çalışan) kuruluşlardır. Tipik olarak, çok sayıda bakım çalışanı ve az sayıda merkezi yönetim, denetim ve idari işleri olan sade bir yapıya sahiptirler. Gönüllü/hayırsever ya da kar amacı gütmeyen kuruluşlar, özel sahiplikleri, ortaklıkları, üyelikleri ve limited şirketleri de dahil olmak üzere önemli sahiplik çeşitliliği olan sosyal girişimlerdir (Glendinning ve Wilde, 2011, s.95-116).

Birleşik Krallık'ta 2017 yılında devlet ve zorunlu sigorta programlarının uzun süreli sağlık ve sosyal bakım harcamalarının GSYİH içindeki payı incelenmiştir. Uzun süreli sağlık bakım harcamalarının GSYİH içindeki payı %1,2 iken, uzun süreli sosyal bakım

harcamalarının GSYİH içindeki payı %0,3 olup, toplamda %1,5 olarak gerçekleşmiştir. Uzun süreli sağlık bakım harcamaları sunum şekline göre incelendiğinde, 13.291,1 milyon Sterlin yatılı (bakımevi) sağlık bakım hizmetleri (%54,86), 10.753,9 milyon Sterlin evde sağlık bakım hizmetleri (%44,38) olduğu görülmüştür (OECD, 2019).

1.6.5. Danimarka’da Evde Sağlık Bakım Hizmetleri

Danimarka'da yaşlılar ve engelliler için evde bakım hizmetleri esas olarak evrenselcilik ilkesine sahip olup, kamu tarafından finanse edilerek ve örgütlenerek verilmektedir. Danimarka'da yaşlılar ve engelliler için bakım sağlanması, süreklilik, öz bakıma yardım, bağımsız olma ve güçlendirme ilkelerine dayanmaktadır. Evde bakımda zaman kontrolü, kodlama, yönetim, yapılan sözleşmelerin sevk ve idaresi gibi Yeni Kamu Yönetimi (NPM) stratejilerini uygulama anlayışı vardır. 2000’li yılların başından itibaren, esnek, kişiselleştirilmiş, yüksek kalite ve düşük maliyetli bakım sağlamak temel hedef olmuştur. Son yıllarda, “Kalite Reformu” adlı yeni bir reform da yaşlı bakımı sektöründe yönetim ve liderliği iyileştirmeyi, bürokrasiyi azaltmayı ve yaşlı bakımında hasta memnuniyetini geliştirmeyi amaçlamaktadır. Danimarka yaşlı bakım hizmetlerinin temel felsefesi “yerde yaşlanma” yani yaşlı insanların mümkün olduğunca uzun süre kendi evlerinde kalmalarına olanak sağlayacak toplumsal bakımı sağlamaktır. Dolayısıyla Danimarka diğer bütün Avrupa ülkelerinden daha açık bir şekilde önceliği, kurumsal bakım yerine toplumsal bakıma vermiştir. Evde bakım veya evde yardımın hedefi, yaşına, servetine, gelirine ve informal bakıma erişebilme potansiyeline bakılmaksızın, ihtiyaç duyan herkese sağlamaktır. Esas olarak evde bakım hizmetleri kamu kuruluşları ve belediyeler tarafından sağlanmaktadır. Gönüllü kuruluşlar ve aile yakınları da bakımın sağlanmasına katılmakta ancak yalnızca destek hizmetleri sunmaktadırlar. Evde yardım sisteminde, 2000’li yılların başından bu yana kar amaçlı hizmet kuruluşlarının sayısı sürekli artmaktadır. Danimarka evde bakım hizmetleri yönünden zengindir ve aynı zamanda bu hizmetler ücretsizdir (Rostgaard, 2011, s.73-94).

Danimarka’da yaşlılara yapılan ev ziyaretleri, 75 yaş ve üzeri herkesi kapsayacak biçimde, bakım ihtiyaçları göz önüne alınarak, koruyucu amaçlı ve yılda en az iki kez

olacak şekilde 1998 yılından beri uygulanmaktadır. Ev ziyaretleri, yaşlıların sağlıklarını geliştirmek ve kendilerini güvenli hissetmelerini sağlamak amacıyla yapılmaktadır (Yamada ve diğerleri, 2012, s.1-6).

Ev ziyaretleri, belediye yetkilileri tarafından düzenlenir ve bağımsız yaşam durumları, kişisel ihtiyaçlar ve ev işlerinde yardım açısından değerlendirilir. Bakım ihtiyacı olan kişinin sağlık durumu, öncelikle fiziksel, ruhsal ve sosyal bozukluklar açısından değerlendirilir. Daha sonra kişinin bakım ihtiyacı belirlenir. Ev ziyaretleri hemşireler tarafından yapılmaktadır. Ayrıca sosyal hizmet uzmanı, fizyoterapist, uğraş terapisti gibi diğer meslek grupları da ev ziyaretleri yapmaktadır (Schulz, 2010, s.1038).

Belediyeler ve yerel idareler, piyasa tabanlı diğer kuruluşlar tarafından sağlanabilecek bakım hizmetlerinin yöneticisi, satın alıcısı ve düzenleyicisi olarak yeni bir rol kazanmışlardır. Belediyeler bu nedenle sosyal hizmetler açısından en önemli idari yapıdır. Her belediye kendi politikasını yapabilir ve hizmetlerin yeterli olup olmadığını değerlendirmek büyük ölçüde belediyelere bağlıdır. Merkezi düzeyde hükümet, sosyal hizmetlerle ilgili mevzuattan sorumludur. Belediyeler evde bakımın finansmanında temel rolü üstlenmektedir. Bakıma muhtaç olanlara yönelik sosyal hizmetler belediyeler tarafından %99'a kadar finanse edilmektedir. Bununla birlikte, belediyeler çeşitli sübvansiyonlar ve hibeler ile harcamaların yaklaşık %10'u için geri ödeme almaktadır. Geri kalan kısımlar esas olarak belediyelerin merkezi hükümetle anlaştığı bir oranda vergi almakta serbest oldukları yerel vergilerle finanse edilmektedir. Sürekli ev yardımı 1992'den beri ücretsizdir. Geçici ev yardımı fiili masraflara göre ücretlendirilir. Ayrıca OECD, talepleri kontrol altında tutmak için kullanıcı ödemesinin yapılmasını tavsiye etmiştir (Rostgaard, 2011, s.73-94).

Her yaştan evde yardım alan kişi sayısı 1982'de 141.253'ten 2005'te 203.261'e çıkmıştır. Bu temel olarak 67 yaş üstü yaşlıları kapsamaktadır ve 67 yaş altı nüfusun %1'inden daha azı bu süre zarfında sürekli evde yardım almıştır. Özellikle 1982-2002 yılları arasındaki bu artış, 80 yaşın üzerindekielerde %36'dan, %60'a yükseldiği bulunmuştur. 2005 yılına kadar, bu yaş grubuna verilen evde yardım hizmetleri tamamının %61'ini kapsamaktadır. 2009 itibariyle, 65 yaş üstü kişilerin %18'i ve 80 yaş üstü kişilerin

%44'ü evde yardım almıştır. Hizmet alanların %82'si 67 yaşın üzerindedir (Rostgaard, 2011, s.73-94).

Danimarka'da 2017 yılında devlet ve zorunlu sigorta programlarının uzun süreli sağlık ve sosyal bakım harcamalarının GSYİH içindeki payı incelenmiştir. Uzun süreli sağlık bakım harcamalarının GSYİH içindeki payı %2,2 iken, uzun süreli sosyal bakım harcamalarının GSYİH içindeki payı %0,3 olup, toplamda %2,5 olarak gerçekleşmiştir. Uzun süreli sağlık bakım harcamaları sunum şekline göre incelendiğinde, 17.315,9 milyon Danimarka kronu yatılı (bakımevi) sağlık bakım hizmetleri (%34,34), 33.092,8 milyon Danimarka kronu evde sağlık bakım hizmetleri (%65,65) olduğu görülmüştür (OECD, 2019).

1.6.6. İspanya'da Evde Sağlık Bakım Hizmetleri

İspanya Ulusal Sağlık Sistemi (SNS), evrensellik, serbest erişim, finansman eşitliği ve adalet ilkelerine dayanan bir ulusal sağlık sistemidir ve temel olarak vergilerle finanse edilirken, ulusal ve bölgesel düzeyde yapılandırılmıştır. Sağlık yönetimi, ulusal düzeyde sorumlu olan 17 Özerk Bölgeye (AC) ayrılmıştır. Özerk Bölgeler, sivil toplum kuruluşlarının ve kar amacı gütmeyen kuruluşların öncelikli olarak kabul edildiği sunucular ağını kurma özgürlüğüne sahiptir. Hizmetlere erişimde öncelik, başvuranların bağımlılık derecesinin ve finansal durumunun değerlendirilmesi ile belirlenir. Hizmetlerdeki yardımlar, ihtiyaç olan hizmet türüne ve ödeme yeteneğine göre belirlenir. Kişisel özerkliğin artırılması ve bağımlılığın önlenmesi için tele-yardım, ev bakımı, kişisel bakım, özel günlük bakım hizmetlerini içeren yardımlar ve konut hizmetleri bakım yardım paketini oluşturmaktadır. Bakım yardımlarına ek olarak, bağımlılık derecesine ve finansal duruma bağlı olarak yapılan finansal yardımlar şunlardır (Bernal-Delgado ve diğerleri, 2018, s.113-116):

- Hizmet sağlayacak kamu-özel ortak merkezi bulunmadığında, sistem dışındaki hizmet alımına bağlı mali yardımlar,
- Akrabanın asıl bakıcı olduğu durumlarda bakım için aile içi maddi yardım,

- Profesyonel hizmet alımını desteklemeyi amaçlayan ücretli kişisel yardım için finansal yardımlardır.

2016 Aralık ayı konsolide rakamlarına göre, Engellilere Yardım Kurumu (SAAD) kendisine başvuranların %79,9'una hizmet vermiştir. Artan başvuru sayısı son 5 yılda gerçekleşse de, bunlardan sadece %71,3'ü hak ettikleri hizmet veya yardımları almıştır. Hizmetlerin bileşimine gelince, yardımların %63,2'si kişisel, %36,8'i finansal yardımdır. 2016 yılı sonunda sistemin toplam maliyeti 7.986 milyon Euro'ya ulaşmıştır. Engellilere Yardım Kurumunun uygulanmasındaki olağanüstü çabalara rağmen, iyileştirilmesi gereken pek çok konu olduğu için, merkezi hükümet temsilcilerinden ve yedi Özerk Bölgeden (Katalonya, Galiçya, Endülüs, Asturias, Aragon, Kanarya Adaları ve Kastilya-Leon) oluşan özel bir komisyon, tüm yararlanıcıların kapsamını garanti altına almak için mevcut finansman mekanizmasını yeniden değerlendirmiştir (OECD/EU, 2016).

İnformal bakıcı olan hastanın yakınına veya bakıcısına her gün sınırlı bir süre için ödenen ekonomik yardım mevcuttur. İnformal bakıcılar, İspanya Sağlık Bakanlığına bağlı olan Yaşlı ve Sosyal Hizmetler Enstitüsü (IMSERSO) ile bir anlaşma yapmak zorundadır. 2016 yılı Aralık ayında Engellilere Yardım Kurumu yararlanıcısı olarak adlandırılan 865.564 kişiye sağlanan hizmetlerin %34'ü informal bakım hizmetidir (Bernal-Delgado ve diğerleri, 2018, s.115).

Uluslararası karşılaştırmalarla ilgili olarak, 18 OECD ülkesini kapsayan 2015 verilerini kullanan yakın tarihli bir raporda, ortalama olarak 50 yaş ve üstü kişilerin %13'ünün en az haftada bir kez informal bakım aldığını; İspanya'da bu rakamın %11'e ulaştığını, günlük informal bakım hizmeti verenlerin %60'ının kadınlardan oluştuğunu ve İspanya'da bu rakamın %61,8'e ulaştığını göstermektedir (OECD, 2017).

İspanya'da palyatif bakım;

- Kamu sistemi tarafından satın alınmış olsun veya olmasın Engellilere Yardım Kurumu kapsamında sunulan hizmetleri,

- Cepten ödemeler yoluyla kar amacı güden veya gütmeyen hastaneler ile akut hastanelerin sunduğu hizmetleri,
- Palyatif bakım kapsamında uzmanların sunduğu temel sağlık hizmetleri,
- Birinci basamak sağlık profesyonelleri tarafından doğrudan sağlanan uzmanlaşmamış hizmetleri

kapsamaktadır. İspanyol Palyatif Bakım Derneği'nin son raporuna göre, palyatif bakım gerektiren hastaların sadece %49'u Ulusal Sağlık Sistemi'nin kapsadığı hizmetlere erişebilmektedir. 2010-2014 Palyatif Bakım Ulusal Stratejisi ve Ulusal Amaçlı Palyatif Bakım Stratejisinde benimsenen ana hedefler şunlardan oluşmaktadır (Bernal-Delgado ve diğerleri, 2018, s.115):

- Çocuklar için palyatif bakımın sağlanmasına yönelik gerçek bakım ihtiyaçlarını tanımlamak,
- Hastaların ve ailelerin kendi kendine yetebilmesinin teşvik edilmesi,
- Profesyoneller ve akrabalar için özel eğitim programları geliştirmek,
- Konuyla ilgili özel araştırma alanları geliştirmektir.

Kâr amacı gütmeyen İspanyol Kanseri Birliği tarafından yakın zamanda yayınlanan bir raporda, 2013 yılında 383'ü palyatif bakım konusunda uzmanlaşmış 458 ekip olduğu ve 15 Özerk Bölgenin mevcut arzını artırması gerektiği belirtilmektedir (Asociación Española Contra el Cáncer [AECC], 2014).

İspanya'da 2017 yılında devlet ve zorunlu sigorta programlarının uzun süreli sağlık ve sosyal bakım harcamalarının GSYİH içindeki payı incelenmiştir. Uzun süreli sağlık bakım harcamalarının GSYİH içindeki payı %0,7 iken, uzun süreli sosyal bakım harcamalarının GSYİH içindeki payı %0,1 olup, toplamda %0,8 olarak gerçekleşmiştir. Uzun süreli sağlık bakım harcamaları sunum şekline göre incelendiğinde, 5.048,8 milyon Euro yatılı (bakımevi) sağlık bakım hizmetleri (%63,95), 2.076,8 milyon Euro evde sağlık bakım hizmetleri (%26,30) olduğu görülmüştür (OECD, 2019).

1.6.7. Hollanda'da Evde Sağlık Bakım Hizmetleri

Hollanda, Avrupa'daki en eski evde bakım yasasına sahip olup, kamu tarafından uzun dönemli bakım sağlayan ülke olarak toplumun tümünü kapsamaktadır. 17 Ocak 1968'den beri yürürlükte olan yasadaki Sağlık Bakanlığı sorumludur. Evde uzun süreli bakım hem sağlık hem de sosyal hizmetleri içermektedir. Bireyin sağlık sorununun olması ve fiziksel engelinin bulunması, bakım hizmeti alabilmesi için yeterlidir. Avrupa'da sadece Hollanda'da bakıma muhtaç kişinin ailesi ile ilgili kriterler göz önünde bulundurulmamaktadır (Brodsky ve diğerleri, 2000, s.15-34).

Hollanda'da uzun süreli bakım 2015'ten beri kapsamlı bir şekilde yeniden düzenlenerek üç yasa kapsamında verilmektedir. Birincisi, günde 24 saat kontrole ihtiyaç duyan insanlar için kurumlarda bakımı kapsayan Uzun Süreli Bakım Yasası'dır. İkincisi, evde bakım ve kişisel bakım verilen, sağlık sigortaları aracılığıyla finanse edilen, Sağlık Sigortası Yasası'dır. Üçüncüsü, evde yaşayan insanlar için diğer desteklerin verildiği ve belediyenin sorumluluğunda olan Sosyal Destek Yasası'dır (Kroneman ve diğerleri, 2016, s.153-157).

7/24 bağımlı kişiler için evde bakım hizmetlerine erişim, İhtiyaç Değerlendirme Merkezi tarafından yapılan değerlendirmeye bağlıdır. İhtiyaç Değerlendirme Merkezi, hükümet tarafından Uzun Süreli Bakım Yasası kapsamında uygunluk değerlendirmesi yapmak üzere görevlendirilmiştir. Hastalar, yakınları veya sağlık hizmeti sunucuları İhtiyaç Değerlendirme Merkezinden uzun süreli bakım talep edebilirler. İhtiyaç Değerlendirme Merkezi, hastanın durumunu değerlendirir ve hangi bakımın gerekli olduğuna karar verir ve bu kararı bakım ofisine gönderir. Hastalar bakımevinde veya kendi evlerinde bakım alma seçeneğine sahiptir. Huzurevlerinde yatılı bakım sağlanmaktadır. Evde bakım için iki seçenek vardır. Hastalar "Evde Tam Paket" seçeneği ile aynı bakım veya özel yardım parası alabilmekte iken, bakımlarını kendileri organize edebilmektedirler. Sahtekârlığı önlemek için özel bütçeler 2015'ten beri doğrudan hastaya ödenmemekte, ancak tutar Sosyal Sigortalar Bankası hesabına yatırılmaktadır. Sosyal Sigorta Bankası, hasta ve sunucu arasındaki sözleşmeyi ve çalışılan saatlerin kaydını kontrol ettikten sonra bakım sunucusuna ödeme yapmaktadır (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2014; 2015).

7/24 bağımlı olmayan hastalar için evde uzun süreli bakım ve hemşirelik bakım ihtiyaçları bölge hemşireleri tarafından değerlendirilerek koordine edilmektedir. Bakım, evde bakım kuruluşları, bölge hemşireleri ve bakım yardımcıları tarafından sağlanmaktadır. Bu tür bakımlar 2015'ten beri Sağlık Sigortası Kanunu kapsamındadır. 2014 yılında 18 yaş ve üzerindeki nüfusun yaklaşık %3,7'si bu tür evde bakım hizmeti almıştır. Bunlar; güvenli konut, sosyal katılımı destek, informal bakıcılar için destek ve hastaların yaşamlarını organize etme desteğini içerir. Bu bakım türlerinin sorumluluğu 2015 yılında belediyelere kaydırılmıştır (Kroneman ve diğerleri, 2016, s.154-155).

Evde bakım ve sosyal destek, evde bakım kuruluşları tarafından sağlanmaktadır. Sosyal destek, zihinsel veya fiziksel engeli olan kişilerin topluma katılımı ve gerekirse hayatlarını organize etmede, ayrıca tıbbi yardımların (örneğin tekerlekli sandalyeler) ve ev işlerinin sağlanmasında yardım alması anlamına gelir. Evde bakım ve sosyal destek için uygunluk; belediyelerin sorumluluğunda olup, belediye tarafından değerlendirilir ve çoğunlukla belediye çalışanları veya sosyal bölge ekipleri tarafından gerçekleştirilir. Bu değerlendirmelerde önce hastaların sosyal yaşamındaki destek seçenekleri araştırılır. Bu yetersiz görünüyorsa, profesyonel bakım uygulanabilir. Bu sorumluluk Sosyal Destek Yasası'na aittir. Bazı durumlarda belediyeler bu değerlendirmeleri İhtiyaç Değerlendirme Merkezine devreder. Birçok belediye, sorunları belirlemek ve vatandaşların informal bakıcılar yardımıyla sorunlarını çözmelerine yardımcı olmak için sosyal bölge ekipleri oluşturmuştur. Bu sosyal bölge ekipleri çoğunlukla çok disiplinli bir karaktere sahiptir ve mahallelerindeki vatandaşlar için sosyal desteği koordine etmektedir (Kroneman ve diğerleri, 2016, s.155).

Son yıllarda Hollanda sağlık politikası, informal bakıcıların hasta ve özürülülerin bakımında daha merkezi bir rol oynadığını savunmaktadır. Uzun süreli bakımı hükümetin sorumluluğu olarak gören Hollanda vatandaşları, bakım vermeye istekli olduklarını belirtmektedir (Kooiker ve Hoeymans, 2014). 2012 yılında yaklaşık 1,5 milyon kişi (nüfusun %12'si) hasta veya engelli kişilere informal bakım sağlamıştır. İnfomal bakım, hasta veya engelli kişilere haftada sekiz veya daha fazla saat veya üç aydan fazla bakım sağlamak olarak tanımlanmıştır. Kadınlar (%15) erkeklerden (%9) daha sık informal bakım sağlamaktadır. İnfomal bakımın sık görülen biçimi; duygusal

destek, ev işleri, hastaya refakat etmektir. Çoğu informal bakıcı uzun süre bakım sağlamaktadır. Yani %75'i yılda üç aydan fazla ve ortalama beş yıldan fazla bakım sağlamıştır. İnfomal bakıcı haftada yaklaşık ortalama 22 saat bakım vermektedir (de Boer ve diğerleri, 2009).

Palyatif bakımın çoğu düzenli sağlık sistemine entegredir. Palyatif bakım, aile hekimleri, evde bakım kuruluşları, huzurevleri, sağlık profesyonelleri ve gönüllü çalışanlar tarafından sağlanmaktadır. Ayrıca, artan sayıda bakımevi ve palyatif ünite vardır. Sağlık, Sosyal ve Spor Bakanlığı, palyatif bakımın genel sağlık sistemine daha fazla entegrasyonu için çabalamaktadır (de Bakker, 2004, s.262). 2014 yılında Hollanda'da yatılı bakım sağlayan 319 hospice (düşkünlerevi/darülaceze) ve palyatif bakım ünitesi vardı. En büyük gruplar palyatif bakım sağlayan evde bakım kuruluşlarından (247) ve gönüllü kuruluşlarından (190) oluşmaktadır. Gönüllülerin bu tür bakımlara katılımı yüksektir. 70 hospice gönüllüler tarafından işletilirken, hayırseverler tarafından işletilen 190 kuruluş tarafından ayakta bakım desteği sağlanmaktadır (Agora, 2014, s.1-8).

2014 yılı itibariyle nüfusun yaklaşık %7'si bakımevlerinde yaşarken, bunların %65'i kadın ve %44'ü 80 yaşından büyük olduğu görülmüştür. Bakımevine yeni katılanların sayısı 2009-2012 döneminde yılda %5 oranında azalmıştır. Bununla birlikte, toplam yaşayan sayısı artmıştır, çünkü insanlar bu tür bakımı eskisinden daha uzun süre kullanmaktadır. Aynı dönemde, bu tür bir bakım için özel bütçelerin kullanımı hem yeni hastalar hem de genel hastalar için artmıştır. Evde bakım hizmeti alanların yaklaşık %4'ü özel bütçe almaktadır. 2012 yılında özel bütçe isteyen yeni alıcıların oranı %2,8 olmuştur. 2015 yılından bu yana evde bakım fonu baskı altındadır, çünkü belediye fonuna evde bakım katkısı, bir önceki yıldaki Özel Sağlık Harcamaları Yasası uyarınca bu tür bakım için harcanan miktara kıyasla yaklaşık %30 oranında azalmıştır (van Ginneken ve Kroneman, 2015, s.47-50).

Bazı belediyeler verilen bakım saatlerini büyük ölçüde azaltırken, bazıları evde bakımı tamamen kaldırmıştır. 2014 yılında nüfusun %2,75'i evde yardım veya sosyal destek almıştır. 80 yaş üstü yaşlılar arasında %23,5'i evde bakım veya sosyal destek almıştır. Özel Sağlık Giderler Yasası (AWBZ) kapsamında finanse edilen uzun süreli bakım

harcamalarındaki sürekli büyümenin, uzun süre tahammül edilemeyeceği düşünülmektedir. 2014 yılında Özel Sağlık Giderler Yasası kapsamındaki harcamalar, toplam sağlık bütçesinin %29'unu ifade eden 27.840 milyon € tutarındadır (Kroneman ve diğerleri, 2016, s.153-157).

Hollanda'da 2017 yılında devlet ve zorunlu sigorta programlarının uzun süreli sağlık ve sosyal bakım harcamalarının GSYİH içindeki payı incelenmiştir. Uzun süreli sağlık bakım harcamalarının GSYİH içindeki payı %2,5 iken, uzun süreli sosyal bakım harcamalarının GSYİH içindeki payı %1,2 olup, toplamda %3,7 olarak gerçekleşmiştir. Uzun süreli sağlık bakım harcamaları sunum şekline göre incelendiğinde, 13.692,7 milyon Euro yatılı (bakımevi) sağlık bakım hizmetleri (%74,85), 4.123,0 milyon Euro evde sağlık bakım hizmetleri (%22,54) olduğu görülmüştür (OECD, 2019).

1.6.8. Avusturya'da Evde Sağlık Bakım Hizmetleri

Avusturya'daki uzun süreli bakım politikaları; aile bakımı, bakım ödeneği ve sosyal hizmet sunumu şeklinde üç temel unsur üzerine inşa edilmiştir. 1993 reformu iki ana unsur üzerine kuruludur: ulusal bakım parası sistemi ile evde bakımın ve kurumsal bakımın geliştirilmesi üzerine yapılan merkez-yerel sözleşme sistemidir. Nakit yardımı hizmetinin kullanımıyla, evde bakım hizmetlerinde önemli bir artış olmuştur. Özellikle, daha önceki bölgesel eşitsizlikler azalmıştır. İnfomal bakım rolünü destekleyerek, insanlara bakım için nakit sağlayarak ve toplumdaki sosyal hizmetlerin gelişimini güçlendirerek hastaların evinde sağlanan bakım ve yardım, Avusturya'daki uzun süreli bakım politikalarının ana hedefi olarak anlaşılmaktadır (Österle ve Bauer, 2011, s.49-72).

Avusturya'da, Çalışma Sağlık ve Sosyal İşler Bakanlığı tarafından yürütülen evde bakım hizmetleri, 1994'te yürürlüğe giren Federal Uzun Süreli Bakım Yardım Yasası ile Yerel Uzun Süreli Bakım Yasası adı altında sağlık sisteminden ayrı iki özel yasa mevcuttur. Kişinin yasa kapsamında olması için günlük yaşam aktivitelerinde en az altı ay süreyle bakıma muhtaç olması ve ayda 50 saatten fazla bakıma ihtiyacı olması gerekmektedir. Görme kaybı ve işitme kaybı olanlar ile tekerlekli sandalyeye bağımlı olanlar doğrudan yasa kapsamına girmektedir. Doktor tarafından ihtiyaç duyulan bakım

süresi ve yedi farklı bakım düzeyi değerlendirilir. Değerlendirmeden sorumlu olan kişi sigorta elemanıdır. Değerlendirme sonunda kişiye ihtiyaç düzeyine göre finansman sağlanır ve kişi bu para ile hangi hizmetleri alacağına kendisi karar vermektedir. Kişi kamu kurumlarından hizmet alabileceği gibi kar amaçlı kuruluşlardan da hizmet alabilmektedir. Bu hizmetler için hizmet alan kişi hiçbir ek ücret ödememekte ve kaynak tümüyle vergilerden karşılanmaktadır. Ancak katkı payı ödeme işlemi, evde bakım dışında kurumda yatarak bakım alanlarda gerçekleşmektedir (Brodsky ve diğerleri, 2000, s.15-34).

Genel olarak, Avusturya'da evde bakım hizmeti evde sağlık ve evde yardım hizmeti olarak anlaşılmaktadır. Hizmetler kalifiye hemşireler, sağlık asistanları, sosyal bakım personeli ve özel nitelikleri olmayan işçiler tarafından verilmektedir. Avusturya'da evde sağlık, kendi kendine yetebilmelerini desteklemek ve korumak amacıyla her yaşta bakıma muhtaç insanların evlerinde verilen kapsamlı bakım olarak tanımlanmaktadır. Evde sağlık yalnızca doktor tarafından istenmesi durumunda sağlanır. Yalnızca kalifiye hemşireler tarafından yapılmasına izin verilen özel olarak tanımlanmış bakım ve sağlık hizmetlerinin sağlanmasını kapsar. Sağlık mesleklerinin yeterlilikleri tüm ülke için Federal Sağlık ve Hemşirelik Yasası ile standartlaştırılmıştır (Österle ve Bauer, 2011, s.49-72).

Evde bakım ve yardım hizmetleri ise genellikle ev işleri (pişirme, yemek pişirme, yıkama), günlük yaşam aktiviteleri ile bakıma muhtaç insanların ve tüm yaş gruplarının yardımı için temel bakım (örn. kişisel hijyen) faaliyetleridir. Evde bakım ve yardımda somut yeterlilikler ve iş tanımları (hemşire ve hemşire asistanı olarak çalışanlar hariç) yerel yönetimler arasında farklılık göstermiştir. 2005 yılında standardizasyon süreci başlatılmıştır. Bu temel hizmetlere ek olarak, taşınmalı yemek, ziyaret hizmetleri ve arkadaşlık ile temizlik ve çamaşırhane hizmetleri sunulmaktadır. Sosyal bakım yerel sorumluluk olduğundan, hizmet türleri ve bunların sunulma şekilleri ülke çapında büyük ölçüde farklılık göstermektedir (Wild, 2001).

Avusturya'da evde bakım büyük ölçüde yerel yönetimlerin sorumluluğundadır, oysa bakım ödeneği programı merkezi bir programdır. Bakım ödeneği planını düzenleyen kanun, yerelde uygulanacak kalite değerlendirmesini ve hizmetler için bazı asgari

standartları içermektedir. Evde bakım alanındaki yeterlilikler, evde sağlık ve hastanın evinde sağlanan mediko-teknik hizmetler (örn. Fizyoterapi vb.) tarafından verilen spesifik hizmetler hariç büyük ölçüde sosyal sektördedir. Bu hizmetler sosyal sağlık sigorta fonu tarafından finanse edilir. Sosyal sektördeki organizasyon ve finansman yerelin sorumluluğudur (Österle ve Bauer, 2011, s.49-72).

Egger da Campo (2008) tarafından yapılan bir sınıflandırmanın ardından, Avusturya'da üç farklı evde bakım hizmeti modeli tanımlanabilir. Batı Vorarlberg ve Tirol şehirlerinde, evde bakım hizmetlerinin sunumunda “aşağıdan yukarıya model” hakimdir. Vorarlberg'de evde bakım, yerel Evde Hemşirelik Birliklerine dayanmaktadır. Bu eyaletteki tüm vatandaşların yaklaşık üçte ikisi, tüm şehirde hizmet sunan 66 yerel birlikte üye olarak temsil edilmektedir. Hemşireler bu birlikler tarafından istihdam edilirken birlik yöneticileri tamamen gönüllü olarak hareket etmektedir. Birlik üyeleri, ayrıca bir ödeme yapmadan hizmetlere erişirken, üye olmayanlar birlikler tarafından sağlanan hizmetleri kullanmak için ek ücret ödemek zorundadır (Österle ve diğerleri, 2011).

Vorarlberg'deki evde bakım hizmetinin ikinci unsuru, Vorarlberg nüfusunun yaklaşık %99'una erişilebilen Mobil Yardım Hizmetleridir. Mobil Yardım Hizmetlerinin yaklaşık %60'ı Evde Hemşirelik Birliklerinin bir parçası iken, diğerleri belediyeler tarafından kamu hizmetleri olarak veya yerel sosyal hizmet kuruluşlarının bir parçası olarak organize edilmektedir. Vorarlberg'de evde bakım hizmetlerinin üçüncü unsuru 2007'den beri uygulanmaktadır. Mobil Yardım Hizmetleri ve Evde Hemşirelik Birlikleri işbirliği içerisinde günün 24 saati bakım ve desteğe ihtiyaç duyanlar için kişisel bakım çalışanlarının görevlendirmeleri yapılmaktadır. Salzburg eyaletlerinde ve özellikle başkent Viyana'da evde bakım hizmetinin sunumunda “yukarıdan aşağıya model” hakimdir. Bu illerde kamu yönetimi, sosyal, sağlık ve bakım hizmetlerinin değerlendirilmesinde ve organizasyonunda güçlü bir rol oynamaktadır. Viyana'da evde bakım ve yardım merkezinin ana yönetim organı, Sosyal Fon Viyana'dır (Fonds Soziales Wien, FSW). Sosyal Fon Viyana, tüm evde bakım ve yardım hizmetlerinin sunucusu olarak hareket eden, akredite edilmiş 21 kar amacı gütmeyen kuruluşla işbirliği yapmaktadır. Sistem, bakıma muhtaç insanların özel finansal durumlarına

bakılmaksızın gerekli sosyal hizmetleri kullanabilmelerini sağlamaya çalışır (Österle ve Bauer, 2011, s.49-72).

Diğer beş ildeki (Burgenland, Karintiya, Aşağı Avusturya, Steiermark ve Yukarı Avusturya) sosyal örgütler, kamu idaresinin yararına “kamu-özel sektör ortaklık modeli”nde faaliyet göstermektedir. Kamu idaresinin sözleşme yaptığı sosyal hizmet sunucular, hizmetlerin değerlendirilmesinde ve sunumunda bağımsızdır. Hizmetler 18 sosyal yardım birliği tarafından verilmektedir. Bakım ödeneğinin hesaplanmasında, hastanın ve eşlerin geliri dikkate alınmaktadır (Landesregierung, 2006).

Çalışma, Sosyal İşler ve Tüketiciyi Koruma Bakanlığı'nın yıllık uzun süreli bakım raporuna göre, 2008 yılında uzun süreli bakım için kamu harcaması, bakım ödeneklerine harcanan 2.098 milyon € (%64,1), evde bakıma harcanan 288 milyon € (%8,8) ve kurumsal bakıma harcanan 887 milyon € (%27) dahil olmak üzere 3.275 milyon € 'dur (Österle ve Bauer, 2011, s.49-72).

Avusturya'da 2017 yılında devlet ve zorunlu sigorta programlarının uzun süreli sağlık bakım harcamalarının GSYİH içindeki payı %1,1 olarak gerçekleşmiştir. Uzun süreli sağlık bakım harcamaları sunum şekline göre incelendiğinde, 1.644,4 milyon Euro yatılı (bakımevi) sağlık bakım hizmetleri (%40,42), 2.379,7 milyon Euro evde sağlık bakım hizmetleri (%58,49) olduğu görülmüştür (OECD, 2019).

1.6.9. Fransa'da Evde Sağlık Bakım Hizmetleri

Fransa'da yaşlılar ve engelliler için uzun süreli bakım, sağlık ve sosyal bakım unsurlarını birleştiren ve “sağlık ve sosyal bakım sektörü” olarak adlandırılan belirli bir sektöre aittir. Sağlık ve sosyal bakım sektörü, evde bakım ve kurumsal bakım diye iki alt sektöre ayrılmıştır. Evde bakım, esas olarak serbest çalışan doktor ve hemşireler tarafından ve daha az oranda Evde Bakım Hizmetleri Kurumu (Services de Soins Infirmiers à Domicile, SSIAD) tarafından sağlanmaktadır. Evde Bakım Hizmetleri Kurumu, hem özürllülere hem de yaşlılara, istihdam edilen yardımcı hemşireler ve serbest çalışan hemşireler ile evde bakım hizmeti vermektedir. Evde Bakım Hizmetleri Kurumuna ait birimlerin yaklaşık üçte ikisi özel ve kar amacı gütmeyen kuruluşlardır.

Geri kalan birimler sağlık ve sosyal bakım sektöründeki kamu kurumları tarafından yönetilmektedir. Evde Bakım Hizmetleri Kurumu tamamen Özerk Ulusal Dayanışma Fonu (CNSA) tarafından yönetilmekte ve Zorunlu Sağlık Sigortası (Statutory Health Insurance, SHI) fonları tarafından finanse edilmektedir. Yaşlılara yönelik kurumsal bakım, toplu konut tesisleri, huzurevleri ve uzun süreli bakım üniteleri tarafından sağlanmaktadır. Toplu konut tesisleri, tıbbi olmayan, yemek ve çamaşırhane gibi çeşitli hizmetler sunmaktadır ve neredeyse hiç tıbbi bakım sağlamaz. Huzurevleri, yaşlıları barındırmaktadır ancak tıbbi bakım da sunmaktadır. Uzun süreli bakım üniteleri, sürekli bakım ve tıbbi izleme gerektiren insanları barındıran bu birimler sağlık sektörüne ait olup, özerk bakım evlerinde veya tam bağımlı insanlar için hastane servislerinde sağlanmaktadır. Yaşlılar için kurumsal bakım veren kurumların finansmanı Özerk Ulusal Dayanışma Fonu tarafından karşılanmaktadır (Chevreul ve diğerleri, 2015, s.140-146).

Fransa'da, engelli kişilere veya ailelerine yardım sağlamak için istihdam edilen kişilerin ücretlerini veya gerekli teknik yardımları finanse etmeyi amaçlayan ödenekler mevcuttur. Bakım hizmetlerine ulaşımdaki finans sorununu çözmek ve engelliler için hizmetlere daha fazla erişimi sağlamak için verilmektedir (Inspection générale des affaires sociales, [IGAS], 2010).

Aile içindeki bakım genellikle gönüllü olarak yapılmasına rağmen, diğer Avrupa ülkelerinde olduğu gibi Fransa'da, ailenin üyeleri arasında mirasla ilgili bir dizi düzenleme vardır. Bakıcıya maaş ödenmesi için mali yardımın uygunluğu, ihtiyacı olan kişiyle olan ilişkisine bağlıdır. Fransız nüfusunun yaklaşık %7'si hastalık, sakatlık veya yaş nedeniyle bakıma ihtiyacı olan bir kişi için "temel bakıcı" olarak tanımlanmaktadır (Chevreul ve diğerleri, 2015, s.140-146).

Hastanelerde palyatif bakım, özel birimler içinde, belirli bir bölümdeki özel yataklarda veya mobil palyatif bakım ekibi tarafından verilebilir. Palyatif bakım üniteleri, hastanın sürekli izlenmesini sağlayan en az beş yataklı uzmanlaşmış bölümlerdir. Genellikle doktorlar, hemşireler ve psikologların yanı sıra diğer sağlık görevlileri ile multidisipliner bir ekip çalıştırırlar. Mobil palyatif bakım ekipleri, palyatif bakım derecesine sahip en az bir doktor, bir hemşire, bir psikolog ve bir kişisel asistandan

oluşur. Palyatif bakım ekibi, doktorlara, hemşirelere, psikologlara ve diğer profesyonellere palyatif bakım konusunda aile hekimlerine yardımcı olmak için bir araya gelen yerel organizasyonlardır. Aile hekiminin talebi üzerine evde hastaları ziyaret ederler ve hasta bakımını koordine etmeye yardımcı olurlar. Palyatif bakım kapasitesi 1980'lerin sonlarından bu yana istikrarlı bir şekilde artmıştır. 2011 yılında Fransız hastaneleri palyatif bakıma ayrılmış 6500 yatağı içeriyordu; faaliyette 420 mobil palyatif bakım ekibi ve 110 aktif palyatif bakım organizasyonu vardı. Bununla birlikte, palyatif bakım kapasitesi hala bu hizmetlere olan talepten daha düşüktür ve bölgeler arasında çok heterojendir (Chevreul ve diğerleri, 2015, s.140-146).

Fransa'da 2017 yılında devlet ve zorunlu sigorta programlarının uzun süreli sağlık ve sosyal bakım harcamalarının GSYİH içindeki payı incelenmiştir. Uzun süreli sağlık bakım harcamalarının GSYİH içindeki payı %1,3 iken, uzun süreli sosyal bakım harcamalarının GSYİH içindeki payı %0,6 olup, toplamda %1,9 olarak gerçekleşmiştir. Uzun süreli sağlık bakım harcamaları sunum şekline göre incelendiğinde, 23.634,1 milyon Euro yatılı (bakımevi) sağlık bakım hizmetleri (%78,71), 6.391,6 milyon Euro evde sağlık bakım hizmetleri (%21,29) olduğu görülmüştür (OECD, 2019).

1.6.10. İsveç'te Evde Sağlık Bakım Hizmetleri

İsveç, Avrupa'da evde bakıma öncülük eden ülkelerdendir. 1960'lardan beri yaşlı ve düşkünler için evde bakım uygulamaları bulunmaktadır. İsveç'teki yaşlı bakım hizmetleri, ödeme gücünden ziyade ihtiyaca göre tüm vatandaşlara kapsamlı, kamu tarafından finanse edilen ve yüksek kaliteli hizmetleri evrensel nitelikte tüm sosyal gruplara yönelik olarak sunulmaktadır (Sipilä, 1997, s.1-16).

İsveç'te evde bakım, 1982'de kabul edilen Sosyal Hizmetler Yasası kapsamındadır. İsveç hükümeti, standartları belirleyip, belediyelerin evde bakım hizmetlerini vermesi için gerekli önlemlerin alınmasında düzenleyici bir rol oynamaktadır. Sosyal hizmetler yasası, yaşlı ve düşkünlere araştırarak tespit etmek ve gerekli hizmetleri sunması için belediyeleri görevlendirmiştir. 2008 yılında, 65 yaş üstü 1,7 milyon yaşlıdan yaklaşık 300.000 kişi (%18) Sosyal Hizmetler Yasası'na göre bir veya daha fazla hizmet almıştır. Bunların 145.000'i (%9) evde bakım hizmeti ve 96.000'i (%6) kurumsal bakım hizmeti

almıştır. Geri kalanlar (yaklaşık 60.000 kişi veya %3,5) gündüz bakımı, kısa süreli ev hizmetleri veya taşınabilir yemek gibi diğer destek hizmetlerini almıştır. Sosyal Hizmetler Yasası İsveç'teki yaşlı bakımını düzenleyen temel mevzuattır. 1994 yılında, Bazı Fonksiyonel Bozuklukları Olan Kişilere Destek ve Hizmet Hakkında Kanun ve Yardım Parası Yasası olmak üzere yeni engellilik yasaları çıkarılmıştır (Szebehely ve Trydegård, 2011, s.231-249).

Merkezi hükümetin sorumlulukları; yasa, politika ve devlet sübvansiyonlarıdır. Devlet aynı zamanda Ulusal Sağlık ve Sosyal Kurulu aracılığıyla denetim yürütmektedir. Evde bakım hizmetlerinin yürütülmesinden belediyeler sorumludur. Bölge/il meclisleri (toplam 21 il/bölge) sağlık ve tıbbi bakımın büyük kısmından sorumludur. Yerel düzeyde, farklı büyüklükte ve nitelikte illere bağlı 290 belediye, her yaşta bakıma muhtaç kişiler için kurumsal hizmetlerinin yanı sıra yasal olarak evde bakım hizmetlerini sağlamakla yükümlüdür. Belediyeler, hem hasta için gereken hizmetlerin tespitini hem de kaynak ve personel teminini gerçekleştirmektedir (Lagergren, 2005, s.314-324).

Evde bakım hizmetleri arasında temizlik, alışveriş, çamaşırhane ve yemek pişirme gibi ev işlerinde yardımın yanı sıra banyo, giyinme ve hareket etme gibi kişisel bakım yer almaktadır. Duygusal ve sosyal destek de hizmetin önemli yönleri olarak kabul edilir. Evde bakım miktarı, ayda bir kez yardımdan, günde 6-8 veya daha fazla ziyarete kadar değişebilir. 2008 yılında evde bakım kullanıcılarının %35'i ayda 9 saatten az yardım alırken, %35'i ayda 10 ila 49 saat arasında, %17'si ayda 50-119 saat arasında ve %3'ü ayda 120 saat veya daha fazlasını almıştır. Bir evde bakım kullanıcısı ortalama olarak haftada yaklaşık 7 saat yardım almıştır. Bölge/il meclisleri evde sağlık hizmetleri dahil olmak üzere sağlık hizmetlerinden sorumludur. Ancak 290 İsveç belediyesinin üçte ikisinde olduğu gibi bu sorumluluğu yerel makamlara devredebilir. Bu bölünmüş sorumluluk nedeniyle, evde sağlık hizmetleri hakkında ulusal bir istatistik yoktur. Ancak bu tür hizmetleri alan yaşlıların sayısı son yıllarda artmıştır ve bugün evde bakım kullanıcılarının yarısından fazlasının aldığı evde sağlık hizmetleridir. Sağlık ve Tıbbi Hizmetler Yasası, sağlık hizmetlerini tüm nüfusa eşit şartlarda ve tüm bakım gereksinimlerini sağlayacak şekilde sunulmasını sağlamaktadır. Yasa, hastane tedavisi, birinci basamak sağlık hizmeti ve evde bakım gibi sağlık hizmetlerini kapsamaktadır.

Evde sağlık ve evde bakım arasındaki fark tamamen net değildir. Belediyeler arasında farklılık gösterebilir. Prensip olarak, evde bakım hizmetleri, kişinin giyinmek veya ilaç almak da dahil olmak üzere kendisi için yapacağı vücut bakımı ve kişisel bakımın tüm yönlerine yardımcı olmaktır. Genellikle yara tedavisi ve diyabet enjeksiyonları evde bakım hizmetlerinin sorumluluğundadır. Evde sağlık hizmetleri ise daha ileri tıbbi görevlerden sorumludur. Çalışan hemşire, sağlık bakım hizmetleriyle ilgili görevlerini bir evde bakım çalışanına devretse bile bu görevlerden sorumludur (Szebehely ve Trydegård, 2011, s.231-249).

1991 yılında yerel özerkliği artıran Yerel Yönetim Yasası yürürlüğe girmiştir. Bu yasa, hastalara bakım hizmeti verilebilmesi için belediyelere kar amaçlı kuruluşlarla sözleşme yapma fırsatı vermiştir. 1993 yılına gelindiğinde, İsveç belediyelerinin %10'u bu modeli uygulamaya koymuş, sadece on yıl sonra, bu pay %82'ye ulaşmış ve bugün neredeyse tüm belediyeler bu modeli uygulamaktadır (Gustafsson ve Szebehely, 2009, s.81-94).

İsveç hükümeti, son yıllarda, harcamalardaki aşırı artış sebebi ile özel şirketlerden hizmet almaya başlamış, hizmetlerdeki kamu oranı düşmüştür. Özellikle büyük nüfusa sahip bölgelerde, özel şirketlerin çoğalması ile insanlar istedikleri şirketi seçebilme olanağı bulmuşlardır. Belediyeler, ödenen yerel gelir vergilerinden sağlanan hizmetlerin finansmanı ile hastanın seçtiği şirketten bakım hizmeti almakla beraber, ortalama %5 oranında kişiler ödemeye katılım göstermektedir. Merkezi hükümet, belediyelere genel gelirden pay vererek veya demografik özelliklere göre ek ödeme yaparak evde bakıma katkıda bulunmaktadır. Burada amaç, yaşlı nüfusu fazla olan belediyeleri daha fazla desteklenmektir. (Szebehely ve Trydegård, 2011, s.231-249).

İsveç'te 2008'de yaşlıların %9'u evde bakım almaktadır (Nordic Social-statistical Committee [NOSOSCO], 2009). Evde bakım alma olasılığı 2000'li yılların başlarında 1980'lerin sonuna kıyasla net bir şekilde daha düşüktü (Larsson, 2006, s.413-429). İsveç'te, tüm İskandinav ülkelerinde olduğu gibi, çocukların ebeveynlerinin bakımından resmi olarak sorumlu olmamalarına rağmen, ailelerine sağladıkları bakım miktarında artış görülmüştür. 1994 ve 2000 yılları arasında ailelerin sunduğu bakımın tüm bakımdaki payının %60'tan %70'e yükseldiği hesaplanmıştır (Sundström ve diğerleri, 2002, s.350-355).

Son yıllarda, yaşlı bakımı için yapılan kamu harcamaları, yaşlanan nüfusa ayak uyduramamıştır. Nüfustaki 80 yaş ve üzerindeki yaşlıların bakımı için 1990 ile 2000 yılları arasında kamu kaynakları %15, 2000 ile 2005 yılları arasında %10 azalmıştır. Son yıllardaki diğer önemli eğilim ise, vergi destekli evde bakım hizmetlerinin kar amaçlı özel hizmet kuruluşlarına geçiştir. 1993 yılında, vergi destekli evde bakım hizmeti hastalarının sadece %2'si, özellikle kar amacı gütmeyen bir özel sunucudan hizmet almıştır. 2010 yılında, evde bakım hizmetlerinin %19'u kâr amaçlı özel şirketler tarafından sağlanmaktadır (Szebehely ve Trydegård, 2011, s.231-249).

İsveç'te 2017 yılında devlet ve zorunlu sigorta programlarının uzun süreli sağlık ve sosyal bakım harcamalarının GSYİH içindeki payı incelenmiştir. Uzun süreli sağlık bakım harcamalarının GSYİH içindeki payı %2,7 iken, uzun süreli sosyal bakım harcamalarının GSYİH içindeki payı %0,5 olup, toplamda %3,2 olarak gerçekleşmiştir. Uzun süreli sağlık bakım harcamaları sunum şekline göre incelendiğinde, 79.002 milyon SEK yatılı (bakımevi) sağlık bakım hizmetleri (%63,65), 38.856 milyon SEK evde sağlık bakım hizmetleri (%31,30) olduğu görülmüştür (OECD, 2019).

1.6.11. Japonya'da Evde Sağlık Bakım Hizmetleri

Japonya'da nüfusun %22'si 65 yaş ve üzerinde olup, yaşlanan topluma sahip ülkelerin başında gelmektedir. Japon Uzun Süreli Bakım Sigortası (Long Term Care Insurance, LTCI), düşük yaşlıların bakımının sosyalleşmesini teşvik etmek için 2000 yılında yürürlüğe girmiştir (Tsutsui ve Muramatsu, 2005, s.522-527).

Uzun Süreli Bakım Sigortası yasasının uygulanmasıyla, Japonya hükümeti Doğu Asya'da yaşlı vatandaşlarının bakımının önemli bir bölümünü üstlenen ilk hükümet olmuştur. Japonya'da uzun süreli bakım hizmetlerinin geliştirilmesindeki gecikmenin sebebi, ailenin yaşlı üyelerinin bakımı için tüm sorumluluğu üstlenmesidir. “Bakım işinin sosyalleştirilmesini” teşvik eden uzun süreli bakım sigortası yasasının yasalaşması, sosyal sistemi yeniden yapılandırmıştır. 65 yaş ve üzerindeki kişiler arasında uzun süreli bakım hizmetleri için uygun olan kişilerin yüzdesi, yasanın uygulanmasından bu yana istikrarlı bir şekilde artmış ve 2008 yılında %16'ya ulaşmıştır. Evde bakım hizmetlerinde, kurumsal bakım hizmetlerinden daha büyük bir artış

görülmüştür. Uzun Süreli Bakım Sigortası yasaının beş amacı vardır: Bakım işinin toplumsallaştırılması, hastanın tercihlerine önem verilmesi, özel işletmeler ve kar amacı gütmeyen kuruluşlara ait pazarının oluşturulması, kişisel sosyal hizmetler için sosyal sigorta sisteminin geliştirilmesi ve yerel özerkliğin teşvik edilmesidir. Uzun Süreli Bakım Sigortası programı kapsamındaki uzun süreli bakım hizmetleri, hem evde bakım hem de kurumsal bakım hizmetlerini kapsamaktadır. Finansman sistemi, sosyal sigorta sistemi (%45), vergi (%45) ve hasta payından (%10) oluşmaktadır (Soma ve Yamashita, 2011, s.133-142).

Japonya'daki sağlık hizmetleri poliçesi hem tıbbi bakımı hem de uzun süreli bakım sigorta sistemlerini içermektedir. Tıbbi bakım sigorta hizmeti, hastaneye yatış, rehabilitasyon, ilaç tedavisi, tıbbi tedavi, ameliyat ve poliklinik hizmetlerini kapsar. Uzun süreli bakım sigortası hizmeti, evde bakım ve kurumsal bakım gibi toplum temelli bakımı kapsar. Sigortalı bir kişi 65 yaşın üzerindeyse, tıbbi bakım sigorta hizmeti ve uzun süreli bakım sigorta hizmetinden yararlanma hakkına sahiptir. Sigortalı kişinin akut tıbbi bakıma ihtiyacı varsa, bir hastaneye yatırılacak ve tıbbi tedavi alacaktır. Kişi, taburcu olduktan sonra günlük olarak ev içi bakım ve hemşirelik bakımı dahil olmak üzere evde bakım hizmetlerini kullanabilir, fiziksel aktivite yeteneğini sürdürmek için rehabilitasyon hizmeti alabilmektedir. Bunlar uzun süreli bakım sigortası tarafından sağlanan hizmetlerdir. Ancak, iki sigorta hizmeti ayrıdır ve bağımsız olarak sağlanır (Akiyama ve diğerleri, 2018, s.1-15).

Uzun süreli bakım sigortası yasaının uygulanmasıyla, daha önce bir aile sorumluluğu olan bakım işleri kurumsallaşmış ve parasal olarak değerlendirilmiştir. Uzun süreli bakım sigortası yasaı, “kar amacı gütmeyen kuruluşlar” ve “özel işletmeler” tanımlarını getirmiştir. Yasanın uygulanmasından bu yana, özel şirketler ve kar amacı gütmeyen kuruluşlar, 2001-2008 döneminde evde bakım hizmeti sunumundaki paylarını özel şirketler için %19,5'ten %37,2'ye ve kar amacı gütmeyen kuruluşlar için %1,2'den %3,5'e genişleten tek sektördür (Soma ve Yamashita, 2011, s.133-142). Evde bakımı destekleyen kliniklerin sayısı Mayıs 2004'te 8595'ten, Haziran 2009'da 10480'e yükselmiştir. Buna karşılık, doğrudan yerel yönetimler tarafından yönetilen kuruluşlar ve yarı devlet kuruluşları olarak kabul edilen Sosyal Yardım Kuruluşları, hizmet sunumundaki paylarının azaldığı görülmüştür. Özel şirketler tarafından işletilen

kurumsal bakım hizmeti veren tesislerin sayısı 2000-2008 yılları arasında 10 kat artarken, yerel yönetimler ve sağlık kurumları tarafından sağlanan kurumsal bakım azalmıştır. Bu nedenle, evde bakım alanında, özel şirketler ve kar amacı gütmeyen kuruluşların rolü artarken, kurumsal bakım alanında, özel şirketlerin rollerinin genişlediğini görülmüştür. Japon uzun süreli bakım sigortası programının özelliklerinden biri, prensipte nakit ödeme sağlamaması, sadece aynı hizmetler sunmasıdır (Soma ve Yamashita, 2011, s.133-142).

2010 yılında, sağlık hizmetleri sigortası için toplam harcama 458 milyar Dolara ulaşmıştır ve bunun 203 milyar Doları yaşlılar için harcanmıştır. Uzun süreli bakım sigortası için toplam harcama 2000'de 45 milyar Dolardan 2010'da 99 milyar Dolara yükselmiştir. Sağlık hizmetleri maliyetleri, tıbbi bakım maliyetleri ve uzun süreli bakım maliyetlerinin toplamıdır. Sağlık hizmetleri maliyetlerindeki hızlı artış, Japonya'daki tıbbi bakım ve uzun süreli bakım sigorta sistemlerinin sürdürülebilirliği konusunda şüphe uyandırmıştır. Bununla birlikte, Japonya'daki sağlık bakımı harcamaları, Amerika Birleşik Devletleri ve diğer OECD üye ülkelere kıyasla nispeten düşüktür (Akiyama ve diğerleri, 2018, s.1-15).

Japonya'da 2016 yılında devlet ve zorunlu sigorta programlarının uzun süreli sağlık ve sosyal bakım harcamalarının GSYİH içindeki payı %1,8 olarak gerçekleşmiştir. Uzun süreli sağlık bakım harcamaları sunum şekline göre incelendiğinde, 6.520.764,3 milyon Japon Yen'i yatılı (bakımevi) sağlık bakım hizmetleri (%66,48), 1.590.802,0 milyon Japon Yen'i evde sağlık bakım hizmetleri (%16,22) olduğu görülmüştür (OECD, 2019).

1.6.12. Çin'de Evde Sağlık Bakım Hizmetleri

Çin, dünyanın en yaşlı nüfusuna ve ikinci en büyük ekonomisine sahip bir ülkedir. Çin İstatistik Kurumunun yayınına (2019) göre 65 yaş ve üstü yaşlı nüfus 2018'de 167 milyona ulaşarak toplam nüfusun %11,9'unu oluşturmaktadır. Birleşmiş Milletler Ekonomik ve Sosyal İşler Dairesinin yayınladığı Dünya Nüfus Beklentilerine (2019) göre, 2050'de Çin'in yaşlı nüfus oranının %26,1'e yükselmesi beklenmektedir. Yaşlılık bağımlılık oranı, 2000 yılında %9,9'dan 2018'de %16,8'e çıkmıştır. Çin'deki 2045-

2050'de ortalama yaşam süresinin 81,52 yıla ulaşması beklenmektedir. Gelişmiş ülkelerde ortalama yaşam süresi 83,43 yıldır (Zeng ve diğerleri, 2020, s.2-16).

Gelişmiş ülkelerde olduğu gibi, Çin'in sağlık sisteminde sorunlar bulunmaktadır. Hükümet, hastaların daha kısa sürede hastanede kalmasını sağlayarak, hastalara kendi evlerinde daha fazla sağlık hizmeti sunmayı desteklemektedir. Genel bütçe için daha az külfetli ve kendi evinde bakım alabilen hastalar için faydalı olduğu düşünülmektedir (Wang ve diğerleri, 2020, s.2-10).

Çin'in kentsel bölgelerinde evde bakım hizmetlerine olan ihtiyaç üzerine yapılan bir araştırmaya göre, yaşlıların %49'unun resmi yardım gerektiren belirli günlük ihtiyaçları bulunmaktadır. %25'inin ev işlerinde, %18'inin kişisel bakımda ve %14'ünün sosyal iletişimde kendilerine yardım edecek birine ihtiyaç bulunmaktadır. Mevcut kentsel evde bakım hizmetlerinin ifade edilen ihtiyacın yalnızca %16'sını karşıladığı tahmin edilmektedir (Yen, 2008, s.2-4). Bu nedenle, evde bakım hizmetleri için karşılanmamış ihtiyaç yüksektir. Yaşlılar, evde toplum temelli uzun süreli bakım hizmetlerinin yetersizliği veya olmaması nedeniyle hastanede tıbbi tedaviden sonra taburcu olmayı reddetmektedir. Yaşlılara yönelik hizmetlerin geliştirilmesine yönelik genel politika her zaman “evde bakımın temel olduğu, toplum bakımının gerekli desteği sağladığı ve yatılı bakımın tamamlayıcı olduğu” şeklindedir. Son zamanlarda ev tabanlı toplum bakım hizmetlerinin geliştirilmesine öncelik verildiği görülmektedir. Bunlar, yaşlı insanlara ev ve yemek işlerinde yardım, ulaşım ve refakat hizmetleri, rehabilitasyon bakımı ve manevi destek gibi bir dizi toplum destek hizmetleri sağlanmaktadır. Bu hizmetler, günlük yaşam desteği ile tıbbi ve hemşirelik bakımını içerebilir. Vatandaşlık İşleri Bakanlığının Yıllık Raporu, yaşlılar da dahil olmak üzere vatandaşlara çeşitli sosyal yardım hizmetleri sunan 175.000 toplum hizmet merkezinin olduğunu göstermektedir (Ministry of Civil Affairs [MCA], 2010, s. 1).

Evde bakım hizmetlerini güçlendirmek için hükümet 2008 yılında, yaşlılar için evde bakım çalışmalarının teşvik edilmesine ilişkin yönetmeliği yayınlamıştır. Bu yönetmelik ile yerel yönetimin evde bakım hizmetleri kurmasını, hükümetin finansmanını, yönetimini ve denetimini sağlamasını amaçlamıştır. Yerel yönetimlerin evde bakım hizmetleri için kendi sunum modelleri ve ücretlendirme politikaları mevcuttur. 2008

yılında Şangay hükümeti evde bakım hizmeti alan 170.000 yaşlıdan %58'ine mali destek sağlamıştır. Bu oran, Şangay'daki toplam yaşlı sayısının %6'sını temsil etmektedir. Hükümet tarafından toplam 234 toplum temelli vakıf kurulmuştur. Bu vakıflar, 32.000 işsiz, işten çıkarılmış işçiye evde bakım işçisi olarak hizmet vermek üzere geçici istihdam sağlamaktadır (Wong ve Leung, 2012, s. 570–586).

Çin'de, aile tarafından evde sağlanan informal bakım gelenekseldir ve hâlâ baskın olan bakım hizmeti modelidir. Bununla birlikte, son demografik değişimler ve sosyo-ekonomik değişiklikler bu geleneği bozmaktadır. 2012'de Çin'de 45.000 kurumsal bakım tesisi ve 4,3 milyon bakımevi yatağı bulunmaktadır. 1000 yaşlı başına düşen yatak sayısı 2011 yılında 22,24'e ulaşmıştır (Feng ve diğerleri, 2012, s.2764-2773).

Çin'in kurumsal uzun süreli bakım tesisleri üç kategoriye ayrılmaktadır. Birincisi yaşlı bakım merkezleridir. Burada yaşlılara tipik olarak yemek, temizlik ve çamaşırhane hizmetleri ile birlikte kişisel hijyen, giyinme, yemek yeme ve yürüme gibi günlük aktivitelerle ilgili yardım ve mobilyalı bir oda da sağlanmaktadır. İkincisi, özelleşmiş uzun süreli bakım olarak bilinen huzurevleridir. Huzurevleri, sürekli bakıma ihtiyaç duyan ve günlük yaşamda normal aktivitelerinde zorlanan kişiler için tasarlanmıştır. Üçüncüsü, genellikle akut bakım hastanelerine bağlı olan ve yaşam tehlikesi olan yaşlı insanlar için yoğun bakım sağlayan akut palyatif bakım tesisleridir (Yang ve diğerleri, 2016, s.2-4).

Çin'de devlete, vakıflara ve özel sektöre ait üç tür bakım kurumu tanımlanmıştır. Çin'deki pek çok kamu sosyal kurumu giderek daha fazla kamu dışı kurumlara dönüşmektedir. Bazı bakım kurumları kısmen devlet tarafından finanse edilirken, bakım kurumlarının çoğu, çeşitli kamu finansman kaynaklarından, bireysel sigorta kuruluşlarından, yardım kuruluşu bağışlarından ve cepten ödemeler ile finanse edilmektedir. Evde bakım uygulaması, farklı kamu dairelerinin merkez ve taşra teşkilatlarının koordinasyonu içerisindedir. Evde bakım hizmetlerinin içeriğini değerlendiren Jing (2009), yerel yönetimleri, pazarı, aileyi ve toplumu birleştiren evde bakım uygulamalarındaki ana hizmetin “yemek yardımı” olduğunu öne sürmüştür. Son yıllarda evde bakımın hızlı gelişmesiyle birlikte, evde bakımda yemek yardımı dışında çeşitli bakım hizmetleri bulunmaktadır (Zhang, 2018, s.67-69).

Çin'deki sosyal hizmetler, büyük ölçüde desantralizedir. Yerel yönetimler, sosyal yardım, eğitim ve toplum hizmetleri gibi zorunlu sosyal hizmetleri düzenlemek, finanse etmek ve sunmaktan sorumludur. Merkezi hükümet, politikaları, standartları ve yönetmelikleri düzenlemekten ve yerel girişimleri teşvik etmekten sorumludur. Sonuç olarak, şehirler, köyler ve ilçeler arasında hizmet gelişimi dengesizdir. (Wong ve Leung, 2012, s. 570–586).

Çin'de uzun süreli bakım finansmanı karma bir sistemdir. Mevcut düzenleme kapsamındaki kurumsal uzun süreli bakım hizmetleri, özel olarak finanse edilen yerlerin yanı sıra ağırlıklı olarak kamu tarafından finanse edilmektedir. Kamu finansmanı ile sermaye yatırımı, işçilik maliyetleri ve çeşitli operasyonel harcamalar yapılmaktadır. Merkezi hükümet, yerel yönetimlerden uzun süreli bakım için fon ayırmalarını zorunlu kılmıştır. Ayrıca, sosyal fonlarından kazanılan kazancın en az yarısının uzun süreli bakım sistemlerinin geliştirilmesi için tahsis edilmesi şart koşulmuştur. Kamu finansmanı, Çin'deki uzun süreli bakım finansmanının ana kaynağını oluşturmaktadır, ancak bu tek kaynak yeterli değildir. Maliyetlerin büyük bir kısmı hala yaşlılar tarafından cepten ödenmektedir ve engelli yaşlılar arasında karşılanmamış ihtiyaçlar yüksektir. 2013 yılında, kentsel engelli yaşlıların %11,3'ü hiç bakım almadıklarını bildirirken, bu oran kırsal alanlarda %13,2'dir (Yang ve diğerleri, 2016, s.2-4).

Çin'de 2016 yılında devlet ve zorunlu sigorta programlarının uzun süreli sağlık bakım harcamalarının GSYİH içindeki payı %0,02 ile %0,04 arasında gerçekleşmiştir (Glinskaya ve Feng, 2018, s.20).

1.6.13. Güney Kore'de Evde Sağlık Bakım Hizmetleri

Güney Kore'deki nüfus hızla yaşlanmaktadır. 65 yaş ve üzerindeki kişilerin oranı 2000'de %7,2'den 2010'da %11'e yükselmiştir. Doğurganlık ve ölüm oranına göre, 2026'da Güney Korelilerin %20,8'i 65 yaşın üzerinde olacağı tahmin edilmektedir (Kang ve diğerleri, 2012, s.41-46).

Evde sağlık hizmeti, 9 Ocak 1990'da kabul edilen bir tıbbi yasa ile düzenlenmiştir. Bu yasanın yürürlüğe girmesinden sonra, Güney Kore hükümeti 1994 yılında üçüncü

basamak dört hastanede pilot proje başlatmıştır. Ancak 2000 yılından sonra özel evde bakım kurumlarına çalışma izni verilmemiştir. Uzun süreli hastanede kalış süresi ve kronik hastalıkların artması nedeniyle sürekli artan sağlık harcamalarını kontrol altına almak için evde bakım hizmetleri başlatılmıştır (Lee ve diğerleri, 2009, s.234-244).

Yaşlı yetişkinlerin ve bakıcıların üzerindeki ekonomik ve psikososyal yük artmaktadır. Güney Koreli yaşlı nüfustaki hızlı artış göz önüne alındığında, geniş siyasi sonuçları olan büyük bir sosyal sorun olarak kabul edilmektedir. Bu zorluğa karşı, Güney Kore hükümeti 1 Ağustos 2008'de yaşlı yetişkinler için devlet ve zorunlu sigorta programlarından uzun süreli bakım sigortasını uygulamaya koymuştur. Uzun süreli bakım sigortasının amacı, hastaların sağlığını iyileştirmek ve bakıcılarının yaşam kalitesini korumakla birlikte yaşlı vatandaşlara istikrarlı geçim koşullarının sağlanması ve aile üyeleri üzerindeki bakım yükünün azaltılmasıdır (Kang ve diğerleri, 2012, s.41-46).

Güney Kore'deki hastanelerde yatak sayısı sınırlı olduğu için hastalar hastane yerine evde kalmayı tercih etmektedir. Evde bakım hizmetleri, hastalara evde gerekli bakımı sağlamak ve hastanede kalış sürelerini azaltmaktadır. Ek olarak, evde bakım, daha düşük maliyetle yüksek kaliteli bakım sağladığı için verimli bir sağlık hizmeti sunum sistemi olarak kabul edilmektedir. Bu nedenlerle hükümet, hastaneye bağlı evde sağlık bakım üniteleri kurmuştur (Lee ve diğerleri, 2009, s.234-244).

Güney Kore'de uzun süreli bakım hizmetleri, evde bakım ve kurumsal bakımdan oluşmaktadır. Evde bakım, evde sağlık, evde banyo, gündüz/gece bakımı ve kısa süreli geçici bakımı içermektedir. Kurumsal bakım, uzun süreli bakım tesislerine kabul edilen yaşlılara, hemşirelik bakımı ve fiziksel veya zihinsel işlevlerini sürdürmek ve geliştirmek için sağlanan hizmetleri içermektedir (Kang ve diğerleri, 2012, s.41-46).

Güney Kore'de evde sağlık hizmeti, hastanelerde/kliniklerde, toplum sağlığı merkezlerinde veya hemşire dernekleri veya bağlı üniversiteler gibi kar amacı gütmeyen tesislerde çalışan hemşirelerle sağlanmaktadır. Güney Kore'de, 155 hastane/klinik, 248 toplum sağlığı merkezi ve sekiz kâr amacı gütmeyen vakıfta evde sağlık hizmetleri sunulmaktadır. Lisans sonrası 1 yıllık programda eğitim almış yaklaşık 5349 evde

bakım hemşiresi bulunmaktadır. Çoğu hastanede evde bakım hizmetleri sunmak için iki ila üç evde bakım hemşiresi çalışmaktadır (Lee ve diğerleri, 2009, s.234-244).

Uzun süreli bakım yardımları, aylık olarak ödenir. Aylık limitler, ihtiyaç seviyesi ve sağlanan yardım türlerine göre hesaplanır. Birinci seviyede ihtiyacı bulunanlara evde bakım için aylık 1.097.000 Kore Won'u, kurumsal bakım için aylık 2.590.000 Kore Won'u iken, ikinci seviye evde bakım için aylık 879.000 Kore Won'u, kurumsal bakım için aylık 2.316.000 Kore Won'u, üçüncü seviye evde bakım için aylık 760.000 Kore Won'u, kurumsal bakım için aylık 2.040.000 Kore Won'u ödeme yapılmaktadır. Kang ve arkadaşlarının (2012) çalışmasına göre birden fazla kronik hastalığı bulunan 258.476 kişi aylık yardım almıştır. Kurumsal hizmetler gündüzdür. Günlük hizmetler, kişinin bakım ihtiyacı düzeyine ve tesisin türüne bağlıdır. Hizmetler için %15 ile %20 oranında katkı payı ödenmekte, kalanı ise sigorta tarafından karşılanmaktadır. Uzun süreli bakım sigortasının toplam harcaması 2009 yılında 1,7 trilyon won (yaklaşık 1,5 milyar ABD dolar) olmuştur. Toplam harcamaların %56'sı evde bakım yardımları ve %43'ü kurumsal bakım için yapılmıştır. Uzun süreli bakım sigortası, primler, kullanıcı katkı payları ve devlet sübvansiyonlarından sağlanan katkılarla finanse edilmektedir. Uzun süreli bakım sigortasının sorumlusu Ulusal Sağlık Sigortası Kurumu altında yer almakta olup, maliyetler uzun süreli bakım sigortası primleri ile karşılanmaktadır (Kang ve diğerleri, 2012, s.41-46).

Güney Kore'de 2017 yılında devlet ve zorunlu sigorta programlarının uzun süreli sağlık bakım harcamalarının GSYİH içindeki payı %0,6 olarak gerçekleşmiştir. Uzun süreli sağlık bakım harcamaları sunum şekline göre incelendiğinde, 8.369.350,1 milyon Kore Won'u yatılı (bakımevi) sağlık bakım hizmetleri (%76,42), 2.051.392,9 milyon Kore Won'u evde sağlık bakım hizmetleri (%18,73) olduğu görülmüştür (OECD, 2019).

1.7. TÜRKİYE'DE EVDE SAĞLIK BAKIM HİZMETLERİ

Ülkemizdeki evde sağlık bakım uygulamalarının hizmet içeriklerinin incelenmesiyle, farklı uygulamaların olduğu görülmüştür. Türkiye'de evde sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı, Aile Çalışma Sosyal Hizmetler Bakanlığı, belediyeler, gönüllü kuruluşlar ve özel sektör tarafından verilmektedir.

1.7.1. Türkiye’de Evde Sağlık Hizmetlerinin Tarihçesi

Dünya’da evde sağlığın tarihsel süreci, insanlık tarihinin başlangıcıyla birlikte başlamaktadır (Yılmaz ve diğerleri, 2010, s.125-132). Ülkemizin evde bakım hizmetlerine dair geçmişteki ilk uygulamanın, 15’nci yüzyılda Osmanlı Devleti’nin gezici hekimlik hizmeti sunması gösterilebilir (Karahan, 2002, s.155-164). Sonraki süreçte, ücretli sağlık personeli veya hasta bakıcı ve aile bireyleri tarafından evde bakım hizmetleri verilmeye devam etmiştir (Taşdelen ve Ateş, 2012, s.22-29). Türkiye’de evde sağlık hizmetleriyle ilgili ilk uygulama; bulaşıcı hastalıkların evde muayenesi ile ilgili düzenlemeyi barındıran Umumi Hıfzıssıhha Kanunu olmuştur (Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, 1930). 1946 yılında yapılan sağlık planı çerçevesinde sağlık merkezleri içerisinde ev ziyaretleri yapması amacıyla gezici hizmet ekipleri oluşturulmuştur. 1961 yılında çıkarılan 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleşmesine Dair Yasada sağlık ocaklarının sorumluluklarına kronik hastalıkları olanların izlem, takip ve bakımı dahil edilmiştir. Kişilerin eşit koşullar altında sağlığını korumak, sağlık seviyesini yükseltmek, zamanla ortaya çıkan rahatsızlıkları gidermek, sağlık durumunun devamlılığının sağlanması amacıyla ortaya koyulan “Temel Sağlık Hizmetleri” ilkelerinden “kademeli hizmet ilkesi” evde sağlık hizmetleri sunumu açısından önemlidir (224 Sayılı Kanun, 1961). Sağlıkta Dönüşüm Programının 2003 yılında başlaması ile mobil hizmetler kapsamında aile hekimlerinin ev ziyaretleri yapmaları düzenlenmiştir. 2005 yılında yayınlanan Evde Sağlık Hizmetleri Hakkında Yönetmelikte evde sağlık hizmetlerinin tanımı ve düzenlenmesi yapılmıştır (EBHY, 2005). 1 Şubat 2010 tarihinde evde sağlık hizmetlerinin Sağlık Bakanlığı’na bağlı tüm sağlık kurum ve kuruluşları tarafından verilmesine ilişkin yönerge yürürlüğe konulmuştur (SB, 2010). Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik, 27.02.2015 tarih 29280 sayılı resmi gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu yönetmeliğe göre Bakanlık ve bağlı kuruluşları bünyesindeki eğitim ve araştırma hastaneleri, genel hastaneler veya dal hastaneleri, ağız ve diş sağlığı merkezleri, toplum sağlığı merkezleri bünyesinde kurulan birimler ve aile hekimliği birimleri vasıtasıyla bu hizmetler sunulacaktır (SBESHY, 2015).

Mezkur yönetmelik ile Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşların evde sağlık ile ilgili görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmış, koordinasyon görevi Halk Sağlığı Kurumuna verilmiştir. Aynı şekilde illerde ise Halk Sağlığı Müdürlükleri koordinasyondan sorumlu kılınmıştır. Ancak, Ek-3’de yer alan “ihtiyacı olan bireylerin muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyonlarının evinde ve aile ortamında yapılması, bu kişilere ve aile bireyelerine sosyal ve psikolojik destek hizmetlerinin bir bütün olarak birlikte verilmesi gerektiğinden; bu bireylerin daha çok uzman konsültasyonuna ihtiyaç duyması, hastanelere sevk oranlarının yüksek olması ve hastane yatışları ile yatış sonrası evde uzman hekim ihtiyacının bulunması ile tıbbi cihaz ve malzemelerin daha kolay ve ekonomik olarak temin edilebilmeleri amacıyla bu hizmetlerin koordinasyonunun ve birincil hizmet sunum yerlerinin Kamu Hastaneleri Kurumu ve bu kuruma bağlı kamu hastane birliklerinin olmasının daha uygun olduğu” değerlendirildiğinden 25 Nisan 2017 tarih ve 44063130 sayılı Sağlık Bakanlığı Olur'u ile evde sağlık hizmetlerinin koordinasyonun ve birincil hizmet sunumunun Halk Sağlığı Kurumu'ndan alınıp Kamu Hastaneler Kurumuna devredilmiştir. 15 Mayıs 2017 tarihinden itibaren evde sağlık hizmetlerinin koordinasyonu ve sunumu kamu hastaneleri tarafından yapılmaya başlanmıştır.

1.7.2. Türkiye’de Evde Sağlık Hizmetlerinin Kapsamı ve Öğeleri

Ülkemizde evde bakım hizmetleri kapsamında verilen hizmetler ikiye ayrılmaktadır. Tıbbi ve sağlık bakım hizmetlerini içeren evde sağlık hizmetleri ile nakit yardımı, ev işleri, kişisel bakım, yemek hizmetleri gibi benzeri sosyal hizmetleri içeren evde sosyal hizmetlerdir.

Türkiye’de evde sağlık hizmetleri, Sağlık Bakanlığı, Aile Çalışma Sosyal Hizmetler Bakanlığı, belediyeler, gönüllü kuruluşlar ve özel sektör tarafından verilmektedir. Tablo 6’da hizmetin kapsamı, hizmetten sorumlu kuruluş ve verilen hizmetin içeriği verilmektedir.

Tablo 6. Türkiye’de evde sağlık bakım uygulamalarının hizmet içerikleri

Hizmetin Kapsamı	Sorumlu Kuruluş	Sunulan hizmetin içeriği
Evde Sağlık Hizmetleri	Kamu Hastaneleri	Tıbbi bakım, tedavi, muayene, psiko-sosyal rehabilitasyon, hasta nakli, ağız ve diş sağlığı
	Aile Hekimlikleri	Tıbbi bakım, tedavi, muayene, psiko-sosyal rehabilitasyon
	Özel Evde Bakım Kuruluşları	Ev işleri, yemek hazırlama, kişisel bakım, tıbbi bakım, tedavi, muayene, psiko-sosyal rehabilitasyon, hasta nakli
Evde Bakım Hizmetleri	AÇSHB bağlı SGK	AÇSHB tarafından aile üyelerine sağlanan nakit yardım
	AÇSHB’na bağlı yatılı ve gündüzlü bakım merkezleri	Ev işleri, yemek hazırlama, kişisel bakım, psiko-sosyal rehabilitasyon
	Belediyeler ve Gönüllü Kuruluşlar (Kızılay vb.)	Ev işleri, yemek hazırlama, kişisel bakım, tıbbi bakım, tedavi, muayene, psiko-sosyal rehabilitasyon, hasta nakli, ağız ve diş sağlığı

1.7.2.1. Sağlık Bakanlığı Tarafından Sunulan Evde Sağlık Hizmetleri

Evde sağlık hizmetleri, Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşların bünyesindeki eğitim ve araştırma hastaneleri, genel veya dal hastaneleri, ADSM ve TSM bünyesinde kurulan birimler ve AHB vasıtası ile sunulur. Halk Sağlığı Müdürlükleri bünyesinde evde sağlık birimleri ve ilgili kurum ve kuruluşlarla koordinasyonu sağlayan koordinasyon merkezi kurulmuştur. Bu merkez evde sağlık hizmetleri kapsamındaki başvuruları karşılamakta, ildeki tüm evde sağlık hizmet birimleri ve aile sağlığı merkezleri ile irtibatı sağlamakta, evde sağlık hizmetinin hangi düzeyde verileceğini belirleyip, yönlendirmesini yapmaktadır (SBESHY, 2015). Ek-3’de yer alan 25 Nisan 2017 tarih ve 44063130 sayılı Sağlık Bakanlığı Olur’u ile 15 Mayıs 2017 tarihinden itibaren halk sağlığı müdürlüklerine bağlı koordinasyon merkezi kamu hastaneleri genel sekreterliklerine devredilmiştir.

25 Ağustos 2017 tarih 30165 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan olağanüstü hal kapsamında bazı düzenlemeler yapılması hakkında 694 sayılı kanun hükmünde kararname ile illerdeki halk sağlığı müdürlükleri ve kamu hastaneleri genel sekreterlikleri kaldırılmış olup, il sağlık müdürlüğü bünyesinde halk sağlığı hizmetleri başkanlığı ve kamu hastaneleri hizmetleri başkanlığı adı altında hizmet vermektedir (694 sayılı Kanun Hükmünde Kararname [KHK], 2017). Dolayısıyla kamu hastaneleri genel sekreterliklerine bağlı olan tüm hizmetlerin sorumlulukları ve evde sağlık hizmetleri koordinasyon merkezi kamu hastaneleri hizmetleri başkanlığı bünyesindedir.

Evde sağlık hizmetleri, ekip çalışması şeklinde sunulmaktadır. Bu ekip içerisinde hekim, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, fizyoterapist, psikolog, uğraşı ve konuşma terapisti, beslenme ve diyet uzmanı yer almaktadır. Evde sağlık hizmetleri ekibinde yer alan bütün üyelerinin işbirliği ve koordinasyon içerisinde çalışabilmesi gerekmektedir. Evde sağlık hizmetlerine başvurunun yapılması ve değerlendirilmesi aşağıdaki gibidir (Güzel ve Toprak, 2018, s.15-19):

- Hasta, hasta yakını, diğer kişi veya kurumlar tarafından 444 3 833 numaralı telefon hattı aranarak il koordinasyon merkezine başvuru yapılmakla birlikte, TSM / AHB aracılığıyla “Evde Sağlık Hizmeti Başvuru Formu” doldurularak il koordinasyon merkezine başvuru yapılır.
- Hastaneden taburcu edilen ve evde sağlık hizmet ihtiyacı olduğu değerlendirilen hastalar, ilgili hekim tarafından koordinasyon merkezine bildirilir.
- Koordinasyon merkezi uygun gördüğü birimi ya da hastanın kayıtlı olduğu AHB görevlendirir. Bu değerlendirmeyi yaparken, talepleri uygun görülen hastanın ikamet ettiği yer, sağlık hizmeti ihtiyaç düzeyi ve hasta yoğunluğu dikkate alınır.
- Görevlendirilen birim tarafından yapılan yerinde değerlendirme sonucunda hastanın evde sağlık hizmetine kabul edilip edilmediği koordinasyon merkezine ve kayıtlı olduğu aile hekimine iletilir.

Hizmet sunumunda üç tip evde sağlık hizmet birimi tanımlanmıştır. Toplum sağlığı merkezlerine bağlı olarak “T” tipi evde sağlık hizmet birimleri, kamu hastaneleri bünyesinde kurulan “H” tipi evde sağlık hizmet birimleri, ağız ve diş sağlığı merkezi/hastanesi bünyesinde kurulan “D” tipi evde sağlık hizmet birimlerinin açıklamaları kısaca şu şekildedir (SBESHY, 2015);

- T Tipi ESH Birimleri: Toplum Sağlığı Merkezleri’ne (TSM) bağlı olarak, günlük hasta sayısı on ve üzerinde olan ilçelerde kurulan, temel evde sağlık hizmet birimleridir.
- H Tipi ESH Birimleri: Kamu hastaneleri bünyesinde kurulan birimlerdir. Öncelikli olarak uzman hekim konsultasyonu, fizyoterapi gibi T tipi birimler tarafından verilmesi

mümkün olmayan hizmetlerin sunumuyla mükellef olup, T tipi birimleri desteklemektedir.

- D Tipi ESH Birimleri: ADSM bünyesinde kurulan birimlerdir. T tipi ve H tipi birimler tarafından verilmesi mümkün olmayan, ağız dış sağlığı hizmetleri verilmektedir. Ekipte bir diş hekimi ile birlikte bir ağız ve diş sağlığı teknikeri bulunur.

Ancak 25 Nisan 2017 tarih ve 44063130 sayılı Sağlık Bakanlığı Olur'u ile evde sağlık hizmetlerinin birincil sunum ve koordinasyon görevi tamamen kamu hastanelerine devredildiği için T tipi evde sağlık hizmet birimleri işlevini kaybetmiştir.

1.7.2.2. Aile Hekimliklerin Evde Sağlık Hizmetleriyle İlgili Görevleri

Ülkemizde 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanun kapsamında aile hekimliği sistemi uygulanmaktadır. Bu kanun kapsamında yürürlükte olan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinin dördüncü maddesinin “g” bendinde, “evde takibi zorunlu olan engelli, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kendisine kayıtlı kişilere evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek” aile hekiminin görev yetki ve sorumlulukları arasında sıralanmıştır. Ayrıca yönetmelikte aile hekimlerinin görev yetki ve sorumlulukları arasında, hastaların ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına sevk işlemleri ile evde sağlık hizmetlerinin koordinasyon görevi de bulunmaktadır (Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 2013). Aile hekimlerinin kendisine kayıtlı kişi sayısı dikkate alındığında görev ve sorumluluklarının kapsamının çok geniş olduğu düşünülmektedir.

Aile hekimliği ödeme ve sözleşme yönetmeliği incelendiğinde, aile hekimine yapılacak ödemelerde uygulanacak usul ve esaslarda dört başlıkta ödeme yapıldığı görülmektedir. Bunlar; kayıtlı kişiler için ödenecek ücret, sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi ücreti, aile sağlığı merkezi giderleri, gezici sağlık hizmeti giderleridir. Performans değerlendirme sistemine göre aile hekiminden yapılacak kesintiler incelendiğinde, koruyucu hekimlik hizmetlerinden; aşılama, gebe, bebek-çocuk takibi hizmetleri için ayrı ayrı, başarı oranına göre kesinti uygulanacağı belirtilmiştir (Aile Hekimliği Ödeme

ve Sözleşme Yönetmeliği, 2010). Bu kapsamda aile hekimlerinin odaklandığı koruyucu hekimlik hizmetlerinin sadece aşı, gebe ve bebek-çocuk takip hizmetleri olmaktadır. Bu çerçevede değerlendirildiği takdirde evde sağlık hizmetine ihtiyaç duyan hastalara aile hekimliklerinin sadece evde sağlık koordinasyon merkezine yönlendirerek evde sağlık hizmetlerindeki koordinasyon görevini üstlendikleri görülmektedir.

1.7.2.3. Özel Evde Bakım Kuruluşları Tarafından Sunulan Evde Sağlık Hizmetleri

Ülkemizde özel evde bakım kuruluşlarının, evde sağlık hizmetlerini sunabilmesinin yasal altyapısı 2005 yılında yayınlanan “Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik” olmuştur. Bu yönetmelik, sağlık kabini, tıp merkezi, özel hastane gibi özel sağlık kuruluşlarında sunulan evde bakım hizmeti ile ilgili usul ve esasları düzenlemektedir.

Evde bakım hizmeti veren sağlık kuruluşları özelliklerine göre, merkez veya birim olarak açılabilir. Merkezler, hekim sorumluluğunda ve sadece evde bakım hizmetleri verilmek üzere müstakil olarak açılan kuruluşlardır. Birimler özel sağlık kuruluşları bünyesinde evde bakım hizmetleri sunan kuruluşlardır. Merkezlerde Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatına ve il sağlık müdürlüğünün muhatabı, idari işlerden bizzat sorumlu hekim olan bir mesul müdür bulunmaktadır. Sağlık kuruluşunda mesul müdür veya birim sorumlusu haricinde en az iki hekim, kadrolu en az dört hemşire veya sağlık memuru görev yapma zorunluluğu vardır. Bu kuruluşlarda psikolog, fizyoterapist, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı gibi hekim dışı sağlık personeli bulunabileceği ifade edilmiş, zorunlu tutulmamıştır. Evde bakım hizmetinde devamlılık esas olup, 7 gün 24 saat kesintisiz hizmet verilmelidir. Evde bakım hizmeti almak isteyen kişi, sağlık kuruluşuna müracaatı sonrasında, hekim ve hemşire tarafından hasta evinde ziyaret edilerek, hekim hastanın teşhis ve tedavi planını, hemşire ise bakım planını hazırlamaktadır. Evde bakım planına göre ziyaret günleri ve saatleri, ziyarette sunulacak sağlık hizmetleri planlanarak, bakım sözleşmesi yapılabilir. Evde sağlık hizmeti sunan özel sağlık kuruluşları laboratuvar ve radyolojik hizmetler sunabilirler, ancak özel evde bakım kuruluşları, hasta nakli gerektiğinde uygun sağlık kuruluşuna ambulans ile hastayı nakletmek zorundadır. İl sağlık müdürlüğü tarafından oluşturulan en az iki

sağlık personeli tarafından Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı veya il sağlık müdürlüğünün talebi üzerine yapılacak olağan dışı denetimler hariç olmak üzere, en az altı ayda bir özel evde bakım merkezlerinin denetimi yapılır. Bu denetimlerde tespit edilen eksikliklerin giderilmesi için önce süre verilir, süre sonunda hala eksiklik giderilmedi ise geçici faaliyet durdurma cezası verilmektedir. Faaliyet durdurma cezasından sonra en geç üç ay içinde eksiklikler giderilmezse özel evde bakım merkezinin ruhsatı iptal edilmektedir. İl sağlık müdürlüğü tarafından görevlendirilecek bir ekip ile olağan dışı denetimler hariç olmak üzere en az üç ayda bir, sağlık kuruluşu tarafından en az iki hastaya verilen hizmet, yerinde denetlenmektedir (EBHY, 2005).

Ülkemizde özel evde bakım kuruluşları tarafından sunulan hizmetler incelendiğinde, çoğunlukla hekim muayenesi, pansuman, sonda, tahlil, hasta bakımı, kişisel bakım, laboratuvar hizmetleri, fizik tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri olduğu görülmüştür. Özel evde bakım kuruluşlarının finansmanı anlaşmalı özel sigorta şirketleri veya cepten ödeme şeklinde yapılmaktadır. Özel evde bakım merkezi veya evde bakım birimi ruhsatı olan ve aktif olarak hizmet sunan kurumlar daha çok büyükşehirlerde ve ülkemizin batı bölgelerinde yoğunlaşmıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsat verilen ve özel evde bakım hizmeti sunan 664 adet özel tıp merkezi, 577 özel hastane bulunmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2019). Türkiye’de 2018 yılında toplam özel sağlık harcaması olan 8.558 milyon TL’nin içerisinde özel evde sağlık bakım harcamalarının oranının %0,0117 (onbinde 1,17) olduğu görülmüştür (TUİK, 2020).

1.7.2.4. Aile Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Tarafından Sunulan Evde Sağlık Bakım Hizmetleri

Ülkemizdeki 1982 Anayasasınının 61’nci maddesiyle devletçe yaşlıların korunması, sağlanacak yardım ve diğer haklar güvence altına alınmıştır. Türkiye’de yaşlılara, kamu kurumları ile sosyal güvenlik hizmetleri, sağlık hizmetleri, sosyal yardım ve hizmetler ile sivil toplum ve özel kuruluşlarca götürülen hizmetler olarak değerlendirilmektedir.

Aile Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığına bağlı Sosyal Güvenlik Kurumu’nca yaşlılara sağlanan sosyal güvenlik hakları 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunuyla sağlanmaktadır. Herhangi bir sosyal güvenlik kurumundan gelir ve

aylık almayan ve muhtaç olan 65 yaş üstü vatandaşlara 2022 sayılı Kanuna göre aylık bağlanmaktadır (Zıplar, 2017, s.173-194).

Ülkemizde 5263 sayılı kanunla Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Genel Müdürlüğüne (SYDGM) bağlı 81 il ve ilçelerde, gıda, yakacak, giyim, eğitim ve sağlık yardımları gerçekleştiren 973 tane Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma (SYD) Vakfı bulunmaktadır (Zengin ve diğerleri, 2012, s.133-142).

Aile Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığına bağlı huzurevi ya da darülaceze tarafından yaşlıların günlük bakım, evde bakım, sağlık ihtiyaçlarının karşılanması için bakım hizmetleri verilmektedir. Huzurevlerine ekonomik gücü olmayan veya kimsesi bulunmayan yaşlılar ücretsiz olarak kabul edilmektedir. Ekonomik gücü yerinde olup, huzurevinde kalmak isteyen yaşlılar ücretli olarak kabul edilmektedir. Huzurevlerinde bakım hizmetleri, doktor, hemşire, fizyoterapist, psikolog, diyetisyen ve sosyal hizmet uzmanı gibi profesyonel sağlık çalışanları tarafından koordineli olarak verilmektedir (Zıplar, 2017, s.173-194).

Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı tarafından 2015 yılı faaliyet raporuna göre 2022 sayılı kanun kapsamında yaşlılık aylığı ödenmekle birlikte, evde bakıma muhtaç engelli yakınlarına nakdi yardımlar yapılmaktadır. Türkiye’de 59 ilde Bakanlığa bağlı huzurevi veya huzurevi yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezi, 15 ilde ise özel huzurevi bulunmaktadır. Bakanlığa bağlı 129 huzurevi bulunmakla beraber diğer kamu kurum ve kuruluşları, belediyeler, vakıf ve dernekler ile özel şahıslara ait 349 huzurevi bulunmaktadır (AÇSHB, 2015).

Yaşlı hizmet merkezlerinde “Gündüzlü Bakım Hizmeti” kapsamında; yalnız veya ailesiyle birlikte sağlıklı veya demans, alzheimer vb. hastalığı olan yaşlılara, sosyal, psikolojik ve sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasında yardımcı olmak, günlük yaşam faaliyetlerine destek vererek yaşlının yaşam kalitesini arttırmak amaçlı hizmetler sunulmaktadır. “Evde Bakım Hizmetleri” kapsamında ise akıl ve ruh sağlığı yerinde ve engelli olmayan, tıbbi bakıma ihtiyacı olmayan yaşlının bakımı ile ilgili olarak ailesinin ilgilenemediği durumlarda yaşlılara evinde yaşamlarını sürdürmeleri için günlük yaşam faaliyetlerine yardımcı olunmaktadır (Zıplar, 2017, s.173-194).

1.7.2.5. Belediyeler ve Gönüllü Kuruluşlar Tarafından Sunulan Evde Sağlık Hizmetleri

Ülkemizdeki 1982 Anayasasının 127'nci maddesi ile 1580 sayılı Belediye Kanuna göre belediyeler, vatandaşın mahalli nitelikteki ortak ve medeni ihtiyaçlarını karşılamakla yükümlü olan kamu kuruluşlarıdır. Belediyelerin sosyo kültürel gelişmişlik düzeylerine göre farklılık gösterse de verilen ortak hizmetler genel olarak; ücretsiz muayene ve ilaç yardımı, gıda ve yakacak yardımı, belediye otobüslerinden ücretsiz veya indirimli yararlanmaları, poliklinik hizmetleri, evlere yemek dağıtımı, nakdi yardım, ambulansla evden alınarak sağlık hizmeti verilmektedir (Zıplar, 2017, s.173-194).

Ülkemizde birçok belediye tarafından sunulan evde bakım hizmetleri genel olarak incelenmiştir. Belediyeler, 65 yaş üstü yaşlılara, 2022 sayılı Kanun'a tabi olanlar ile yaş sınırı gözetilmeksizin, engelliler ve yatalak olanlar, evde sağlık bakıma ve tedaviye ihtiyaç duyan hastalar, sosyal güvencesi bulunmayan veya sağlık hizmetlerine ulaşamayan hastalara koruyucu, önleyici, tedavi edici ve iyileştirici evde bakım ve sağlık hizmeti sunmaktadır. Evde sağlık bakım ekibinde, kurum hekimi, hemşire, birim koordinatörü, sosyolog, psikolog, hasta bakım teknikerleri ve temizlik personelleri görev almaktadır. Belediyeler sunmuş oldukları evde sağlık bakım hizmetlerinin finansmanını kendi bütçeleri ile karşılamaktadır. Evde sağlık bakım hizmetleri kapsamında sunmuş oldukları hizmetler şunlardır;

- Sağlık Hizmetleri; Evde verilen periyodik sağlık bakımı (tansiyon, ateş, şeker, kolesterol, trigiliserit, oksijen saturasyon ölçümü), tıbbi malzeme desteği (hasta bezi, hasta besini), yardımcı araç desteği (havalı yatak, hasta karyolası, tekerlekli sandalye, yürüteç, oksijen tüpü), hastaneye ulaşım, bilgilendirme ve sağlık kurumlarına yönlendirme,
- Psikolojik ve Sosyal-Kültürel Hizmetler; Psikolojik danışmanlık, sosyal kurumlara yönlendirme ve takip, sosyal etkinlikler, özel gün ziyaretleri (bayram, kandil, hasta ve taziye ziyaretleri, öğrenci katılımlı ziyaretler),

- Sosyal Hizmetler; Sıcak yemek desteği, gıda desteği, ikinci el eşya desteği, ev temizliği, halı yıkama, tamirat ve tadilat, boya badana, haşere ile mücadele kapsamında ilaçlama hizmetleri verilmektedir.

Gönüllü kuruluşlar kapsamında örneğin Türkiye Kızılay Derneği, yaşlının gayrimenkul bağışında bulunması durumunda kişiye evde bakım hizmetleri sunulmaktadır. Evde bakım hizmetleri almak isteyen yaşlılara evlerinde sağlık hizmetleri verilmekte, odun, kömür yakacak ihtiyaçları her türlü masrafları ve bakıcı kadın ücretleri dernek tarafından karşılanmaktadır. Sivil toplum kuruluşları veya gönüllü kuruluşlara örnek olarak Türkiye Güçsüzler ve Kimsesizlere Yardım Vakfı, Geriatri Vakfı, Geriatri Fizyoterapistleri Derneği, Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma Merkezi (GEBAM), Geriatri ve Gerontoloji Derneği, Milli Eğitim Sağlık Eğitimi Vakfı (MESEV) ve Türkiye Yaşlılık Konseyi Derneği (TURİYAK) gibi kuruluşlardır (Zıplar, 2017, s.173-194).

1.7.3. Türkiye’de Evde Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Ülkeden ülkeye farklılık gösteren evde bakım hizmetlerinin finansmanı, kamunun katkı düzeyi, özel sigortaların rolü ve sosyal sigorta prim ödemeleri tüm ülkeler için önemli bir konudur. Türkiye’de evde bakım hizmetlerinin finans kaynaklarını; Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı (AÇSHB), Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ve belediyelerden oluşturmaktadır. AÇSHB, evde bakım hizmetleri alanında ihtiyaç sahiplerine bakım ücreti ve yatılı/gündüzlü bakım merkezi hizmeti sunmaktadır. Evde bakım hizmetleri kapsamındaki Sağlık Bakanlığınca sunulan evde sağlık hizmetlerinin finansman kaynağı SGK’dır. Yerel yönetimler; evde bakım hizmet giderlerini kendi kurumlarının bütçesinden karşılamaktadır. Temizlik, yemek, boya, kuaförlük gibi bakım hizmetinin diğer bileşenlerinin ve özellikle de sosyal bakım desteğinin finansal kaynağı bulunmamaktadır (Yılmaz ve Şara, 2014, s.117-127).

Ülkemizde, ekonomik yoksunluk içerisinde bulunan kişilerle, ağır engelliler ücretsiz olarak evde bakım hizmetlerinden yararlanabilmektedir. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı tarafından, özel bakım hizmetlerinden bakım hizmeti alan

engelliler için her ay asgari ücretin net olarak iki katı tutarında para, hizmet karşılığı olarak özel bakım merkezine ödeme yapılmaktadır. Bakıma muhtaç engellilere verilecek evde bakım ücreti ise bakıcıya verilmektedir. Ancak engelli ile bakıcının aynı evde yaşaması zorunlu olup, engelli ve bakıcının arasında kan bağı olmalıdır (Bakım Hizmetleri Stratejisi ve Eylem Planı, 2011, s.3-5).

Ülkemizde Sağlık Uygulama Tebliği'nde (SUT) 1 Mart 2011 tarihinde değişiklik yapılmış olup, Sağlık Bakanlığı birimlerince gününbirlik tedavi kapsamında verilen evde sağlık hizmetleri Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından ödenmeye başlanmıştır. Evde sağlık hizmetleri birimi tarafından evde sağlık hastalarına yapılacak olan her türlü serum, ilaç, enjeksiyon, pansuman hizmeti ve malzemelerine ait harcamalar hastane otomasyon sistemindeki gününbirlik tedavi kısmına işlenmesi sonucunda oluşturulan fatura SGK tarafından ödenmektedir. Hastanın evde sağlık hizmetini kamu hastanelerine bağlı evde sağlık birimlerinden aldığı takdirde; muayene, tedavi ve kullanılacak malzemeye herhangi bir para ödemesi gerekmemektedir (Sağlık Uygulama Tebliği, 2013, s.11-13).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerinden faydalanılarak oluşturulan tablo, Ek-7'de sunulmuştur. Ek-7 incelendiğinde sadece özel sektör tarafından sunulan evde hemşirelik bakım hizmetlerine ait harcamalar görülebilmektedir. Sağlık Bakanlığı'na bağlı kuruluşlar tarafından verilen evde hemşirelik bakım hizmetleri bedeli Sağlık Bakanlığı bütçesi içerisinde karşılanmaktadır. Türkiye'de ilk defa 2001 yılında özel sektör tarafından evde hemşirelik bakım hizmetleri vermeye başlamıştır. Bu tarihten yönetmeliğin çıktığı tarihe kadar tüm hizmet bedelleri aileler tarafından karşılanmıştır. Evde hemşirelik bakım harcaması, 2001 yılında 46 Milyon TL iken, 2003 yılında 78 Milyon TL'ye çıkmıştır. 2005 yılında yürürlüğe giren yönetmelikle birlikte çok düşük seviyede kalan evde hemşirelik bakım hizmetlerinin bedelleri aileler tarafından ödenmemektedir. Ek-7'deki tabloda, özel sigorta şirketleri ve kar amacı gütmeyen kuruluşların harcamaları diğer özel sektör sağlık harcamaları adı altında gösterilmektedir. 2010 yılında Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurum ve kuruluşları tarafından evde bakım hizmetlerinin verilmesine yönelik yönergenin yürürlüğe konmasıyla birlikte, evde hemşirelik bakımı hizmetlerinin bedelleri ise Sağlık Bakanlığı harcamaları içerisinde yer almakta ve bakanlık bütçesinden karşılanmaktadır. Sağlık

Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü'nden 2016-2017-2018 yıllarına ait evde sağlık hizmetlerine yapılan kamu harcama verileri istenmiş olup, ilgili verilerin bulunmadığına dair yazı EK-5'de sunulmuştur.

Tablo 7'de Türkiye'deki kamu ve özel sektör sağlık kuruluşlarının sağlık harcamaları gösterilmiştir. Ülkemizde 2018 yılında toplam kamu sağlık harcamasının gayri safi yurtiçi hasılaya oranı %3,4 iken, toplam özel sağlık harcamasının gayri safi yurtiçi hasılaya oranı %1 olup, toplam sağlık harcamasının gayri safi yurtiçi hasılaya oranı %4,4 olmuştur (TÜİK, 2020).

Tablo 7. Türkiye'nin sağlık hizmeti sunucularına göre sağlık harcamaları, (2018)

Harcamalar	Genel toplam	Kamu sektörü (Milyon TL)				Özel sektör (Milyon TL)		
		Toplam	Merkezi devlet	Yerel devlet	Sosyal güvenlik	Toplam	Hanehalkları	Diğer ⁽¹⁾
Toplam sağlık harcaması	165 234	128 021	40 461	1 439	86 121	37 213	28 655	8 558
Cari sağlık harcaması	154 998	119 941	34 027	1 316	84 598	35 057	27 111	7 946
Hastaneler	80 701	65 373	18 523	101	46 748	15 328	10 975	4 354
Evde sağlık bakım	1	-	-	-	-	1	-	1
Ayakta bakım sunanlar	20 117	13 262	7 626	634	5 002	6 855	5 428	1 427
Perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunanlar	41 424	31 438	81	29	31 328	9 986	8 685	1 301
Halk sağlığı programlarının sunumu ve yönetimi	7 324	7 324	7 105	219	-	-	-	-
Genel sağlık yönetimi ve sigorta	931	374	-	-	374	557	-	557
Sınıflandırılmayan diğer kategori	4 501	2 171	692	332	1 146	2 330	2 024	306
Yatırım	10 236	8 080	6 433	123	1 523	2 156	1 543	612

Kaynak: TÜİK, Sağlık Harcamaları İstatistikleri, (1)“Diğer” sağlık harcamaları; özel sigorta şirketleri, hanehalklarına hizmet eden kar amacı gütmeyen kuruluşlar ve diğer işletmelerin yaptığı sağlık harcamalarını kapsar.

2015 yılı itibariyle Türkiye'de toplam sosyal yardım harcaması 25,8 milyar TL iken, GSYİH'nin %1,33'dür. Sosyal yardım alan hanehalkı sayısı 3.017.969 iken, tüm hanehalklarının %15,49'u olarak hesaplanmıştır. 2015 yılı itibariyle Türkiye'de evde bakım desteği alan kişi sayısı 467,778 iken, bu programa tahsis edilen toplam tutar 4.378.200.241 TL'dir. Maluliyet aylığı 2006 yılında engellilere yönelik en yüksek kamu harcamasına sahipken, evde bakım aylığı harcamaları, 2015 yılında maluliyet aylığı harcamalarını geçmiştir (Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı [AÇSHB], 2017).

2. BÖLÜM

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmanın bu bölümünde araştırmanın amacı, problem cümlesi, hipotezleri, evren ve örneklem, varsayımlar, veri toplama aracı ve yöntemi, araştırmanın kısıtlılıkları, veri analizi ile geçerlilik ve güvenilirlik analizine ilişkin bilgiler sunulmuştur.

2.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Sağlık Bakanlığı 15/05/2017 tarihinden itibaren evde sağlık hizmetlerinin sunum ve koordinasyonunu birinci basamak sağlık kuruluşlarından kamu hastanelerine devretmiştir. Bu çalışmada, yapılan bu değişikliğin hem hizmet kullanım ve giderlerine olan etkisini karşılaştırmak hem de "Evde Sağlık Hizmetleri (ESH)" sunan personel ile alan hasta ve hasta yakınlarının hizmet sunum sürecinde yaşanan bu değişikliğe ilişkin görüşlerini tespit etmek amaçlanmıştır.

2.2. PROBLEM CÜMLESİ

Yukarıdaki çalışma amacından anlaşılacağı üzere çalışmanın birbiriyle ilişkili iki amacı bulunmaktadır. Bu amaç doğrultusunda çalışmada;

1. Evde sağlık hizmetlerinin sunumunun birinci basamak sağlık kuruluşlarından kamu hastanelerine devredilmesi hizmet sıklığını ve maliyetini etkilemiş midir?
2. Evde sağlık hizmetlerinin sunumunda yer alan sağlık personeli ve hasta/hasta yakınlarının hizmet sunum sürecinde yaşanan bu değişiklik ile ilgili görüş ve önerileri nelerdir? Görüş ve önerileri arasında anlamlı bir farklılık var mıdır? ve Görüş ve önerilerini etkileyen faktörler nelerdir? şeklindeki problem cümlesine yanıt bulunmaya çalışılacaktır.

2.3. HİPOTEZLER

Araştırma amacı doğrultusunda geliştirilmiş problem cümlesine yanıt bulmak için test edilecek hipotezler aşağıdaki gibidir:

Hipotez 1. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında (TSM) sunulan evde sağlık hizmetleri ile kamu hastanelerinde sunulan evde sağlık hizmetlerinin hizmet kullanım sıklığı [1- muayene sayıları, 2-pansuman sayıları, 3-sonda sayıları, 4-tahlil sayıları, 5-sağlık raporu sayıları, 6-eğitim sayıları, 7-diğer işlem sayıları, 8-toplam ziyaret, 9-toplam işlem] ve hizmet maliyetleri [10- muayene ücretleri, 11- pansuman ücretleri, 12- sonda ücretleri, 13- tahlil ücretleri, 14- sağlık raporu ücretleri, 15-eğitim ücretleri, 16- diğer işlem ücretleri, 17-toplam harcama ve 18-toplam ziyaret başı harcama] arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Hipotez 2. Evde sağlık hizmetlerini alan hastaların sosyo-demografik (*cinsiyet, yaş ve teşhis*) özellikleri ile hizmet kullanım sıklığı [1-muayene sayıları, 2-pansuman sayıları, 3-sonda sayıları, 4-tahlil sayıları, 5-sağlık raporu sayıları, 6-eğitim sayıları, 7-diğer işlem sayıları, 8-toplam ziyaret, 9-toplam işlem] ve hizmet maliyetleri [10- muayene ücretleri, 11- pansuman ücretleri, 12- sonda ücretleri, 13- tahlil ücretleri, 14- sağlık raporu ücretleri, 15-eğitim ücretleri, 16- diğer işlem ücretleri, 17-toplam harcama ve 18-toplam ziyaret başı harcama] arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 3. Evde sağlık hizmetlerinin sunumunun birinci basamak sağlık kuruluşlarından (TSM), kamu hastanelerine devredilmesi konusunda sağlık personel ile hasta/hasta yakınlarının görüşleri [1-Ziyaret sıklığı ve memnuniyet, 2- Kurumsal destek, 3- İzleme değerlendirme, 4- Hakkaniyet ve 5- Teşhise erişim boyutları itibariyle] arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Hipotez 4. Evde sağlık hizmetleri sunumunun birinci basamak sağlık kuruluşlarından (TSM), kamu hastanelerine devredilmesi konusunda Ankara ve Eskişehir illeri [1-Ziyaret sıklığı ve memnuniyet, 2-Kurumsal destek, 3- İzleme değerlendirme, 4- Hakkaniyet ve 5- Teşhise erişim boyutları itibariyle] arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Hipotez 5. Evde sağlık hizmetlerinin sunumunun birinci basamak sağlık kuruluşlarından (TSM), kamu hastanelerine devredilmesi konusunda hizmet sunumunda yer alan sağlık personelinin görüşleri [*1-Ziyaret sıklığı ve memnuniyet, 2- Kurumsal destek, 3- İzleme değerlendirme, 4- Hakkaniyet ve 5- Teşhise erişim boyutları itibariyle*] ile sosyo-demografik özellikleri (*yaşı, mesleği, eğitim ve sertifika*) arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 6. Evde sağlık hizmetleri sunumunun birinci basamak sağlık kuruluşlarından (TSM), kamu hastanelerine devredilmesi konusunda hizmet alan hasta/hasta yakınlarının görüşleri [*1-Ziyaret sıklığı ve memnuniyet, 2- Kurumsal destek, 3- İzleme değerlendirme, 4- Hakkaniyet ve 5- Teşhise erişim boyutları itibariyle*] ile sosyo-demografik özellikleri (*hastanın tanısı-yatak yarası olup olmadığı-bağımlılık durumu, hasta yakınının yaşı-cinsiyeti-eğitimi-hasta bakımı eğitimi alıp almadığı-devletten parasal yardım alıp almadığı, hasta ailesinin geliri, ekibi aradıktan ne kadar sonra hizmet aldığı, hizmeti ne kadar sıklıkla aldığı, hizmeti almak istediği yer*) arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 7. Evde sağlık hizmetlerinde yaşanan sorunlarla ilgili çözüm nerileri [*1-sosyo-ekonomik destek, 2-personel ve mali destek, 3-özel sektör ve güvenlik desteği boyutları itibariyle*] konusunda sağlık personeli ve hasta/hasta yakınları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Hipotez 8. Evde sağlık hizmetlerinde yaşanan sorunlarla ilgili çözüm nerileri [*1-sosyo-ekonomik destek, 2-personel ve mali destek, 3-özel sektör ve güvenlik desteği boyutları itibariyle*] konusunda, Ankara ile Eskişehir illeri arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Hipotez 9. Evde sağlık hizmetlerinde yaşanan sorunlarla ilgili çözüm nerileri [*1-sosyo-ekonomik destek, 2-personel ve mali destek, 3-özel sektör ve güvenlik desteği boyutları itibariyle*] ile sağlık personelinin sosyo-demografik özellikleri (*yaşı, mesleği, eğitim ve sertifika*) arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 10. Evde sağlık hizmetlerinde yaşanan sorunlarla ilgili çözüm önerileri [*1-sosyo-ekonomik destek, 2-personel ve mali destek, 3-özel sektör ve güvenlik desteği boyutları itibariyle*] ile hasta/hasta yakınlarının sosyo-demografik özellikleri (*hastanın tanısı-yatak yarası olup olmadığı-bağımlılık durumu, hasta yakınının yaşı-cinsiyeti-eğitimi-hasta bakımı eğitimi alıp almadığı-devletten parasal yardım alıp almadığı, hasta ailesinin geliri, ekibi aradıktan ne kadar sonra hizmet aldığı, hizmeti ne kadar sıklıkla aldığı, hizmeti almak istediği yer*) arasında anlamlı bir ilişki vardır.

2.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE VERİLERİN TOPLANMASI

Çalışmada, evde bakım hizmetlerinin birinci basamak sağlık kuruluşlarından kamu hastanelerine devredilmesi sonucunda sunulan hizmetlerin sıklığı, kapsamı ve maliyetinde herhangi bir değişiklik olup olmadığını belirlemek için Mülga Eskişehir Halk Sağlığı Müdürlüğü ile Yunus Emre Devlet Hastanesine ait veri tabanlarından yararlanılmıştır. Hizmet sunumundaki bu organizasyonel değişikliğin hizmet sunum miktarı ve maliyetine etkisini değerlendirmek için devir öncesi ve sonrası verilerin değerlendirilmesi gerektiği için veri tabanlarından devirden 6 ay öncesi (15 Kasım 2016) ile 6 ay sonrası (14 Kasım 2017) dönemleri kapsayacak şekilde Tablo 8'deki veri toplama formuna dayalı veriler çekilmiştir. Mülga Halk Sağlığı Müdürlüğü verilerine göre 15 Kasım 2016 – 14 Mayıs 2017 tarihleri arasında evde sağlık hizmetlerinden yararlanan kayıtlı hasta sayısı 730 olup, %95 güven düzeyinde %5 birimlik hata ile ulaşılması gereken hasta sayısı 304 olarak belirlenmiş ve belirlenen örneklem büyüklüğü rastgele olarak seçilmiştir.

Tablo 8. İkincil veri kaynağına ait veri toplama formu

Hasta sıra no	İşlem no	Hastanın doğum tarihi	Hastanın cinsiyeti	Hastanın teşhisi	Ziyaret eden birim	Ziyaret tarihi	Yapılan işlemler
1	1	.../.../...	.....	.....	.....	.....	.....
2	1	.../.../...	.....	.....	.....	.....	.....

Çalışmada evde sağlık hizmetlerindeki sağlık personeli ve hasta/hasta yakınlarının hizmet sunumundaki bu organizasyonel değişiklikle ilgili görüş ve önerilerini belirlemek için ise Ankara ve Eskişehir illerinde evde sağlık hizmetlerinin hem birinci basamak sağlık kuruluşları hem de kamu hastaneleri tarafından verilmesi süreçlerinde

çalışmış personel ile her iki dönemde de evde sağlık hizmetleri alan hasta ve yakınlarına başvurulmasına karar verilmiştir.

Eskişehir ilinde Eskişehir Şehir Hastanesi ve Yunus Emre Devlet Hastanesi evde sağlık birimlerindeki sağlık personeli ve bu birimlerden hizmet alan hasta ve yakınlarına araştırma yapma başvurusunda bulunmuş her iki hastane için olumlu yanıt alınmış ve protokol imzalanmıştır. Ankara ili'nde ise EK 6'da yer alan hastanelerden sadece Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi, Yıldırım Beyazıt Yenimahalle Eğitim Araştırma Hastanesi, Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi ve Porsaklar Devlet Hastanesinden olumlu yanıt alınmıştır. Araştırmanın evreni ve örneklemini Tablo 9'da gösterilmiştir. Her iki ilde de araştırmaya katılmayı kabul eden hastanelerin evde sağlık birimlerinde çalışan personel sayısı az olduğu için örneklem seçilmeyerek tamamına ulaşılmaya karar verilmiştir. Hasta ve hasta yakınları için ise %95 güven düzeyinde %5 birimlik hata ile ulaşılmaya gereken hasta sayısı ise 372 olarak belirlenmiş, ancak araştırmaya katılmayı kabul eden hasta/hasta yakını sayısı 322 olarak sonuçlanmıştır.

Tablo 9. Araştırmanın evreni ve örneklemini

Kurum	Hasta Sayısı			Sağlık Personeli Sayısı		
	Evren	Örneklem	Geri dönüşü	Evren	Örneklem	Geri dönüşü
Ankara Yıldırım Beyazıt Üni. Yenimahalle EAH	1282	34	29	9	8	8
Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji EAH	2629	55	48	9	9	9
Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi	2048	36	31	16	16	16
Ankara Porsaklar Devlet Hastanesi	598	23	20	9	9	9
Eskişehir Şehir Hastanesi	1639	104	90	11	5	5
Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi	3295	120	104	29	27	27
Toplam	11491	372	322	83	74	74

2.5. VERİ TOPLAMA ARACI VE YÖNTEMİ

Çalışmada ESH'nin organizasyonel değişikliğin evde sağlık hizmetlerinin kullanımı, kapsamı ve maliyeti üzerinde bir etkisinin olup olmadığı ile hizmet sunumunda yaşanan

bu organizasyonel değişikliğe ilişkin hizmet sunan personel ve hasta/ yakınlarının görüş ve önerilerini belirlemek için birincil ve ikincil veri kaynaklarından yararlanılmıştır.

İkincil veri kaynağı olarak Eskişehir ilinde hem devir öncesi hem de devir sonrası dönemde evde sağlık hizmetlerinden yararlanan 304 hastanın hizmet kullanımına ilişkin verilerine ulaşmak için Mülga Eskişehir Halk Sağlığı Müdürlüğü ile Yunus Emre Devlet Hastanesine ait veri tabanlarından yararlanılmıştır. Veri tabanından, seçilen hasta grubunun cinsiyeti, yaşı, teşhisi, ziyaret tarihleri, ziyaretlerin hangi sağlık hizmet sunucusu tarafından gerçekleştirildiği, ziyaretlerde verilen hizmet ve yapılan işlemlerle ilgili veriler alınmıştır. Hastalara verilen hizmetler kapsamında muayene, pansuman, sonda, tahlil, sağlık raporları, eğitim ve diğer işlemlerin (enjeksiyon, sütür alınması, diş çekimi vb.) yapıldığı görülmüş ve her bir hasta için devir öncesi ve sonrası dönemde yapılan hizmet ve işlem sayıları toplanmıştır. Daha sonra her bir işlemin Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) karşılığı maliyetleri çıkarılarak her bir evde sağlık hizmeti kullanımına ilişkin maliyetler hesaplanmıştır.

Araştırmada hizmeti sunanlar ile hizmeti alanların evde sağlık hizmetleri ile ilgili görüş ve önerilerini belirlemek üzere kalitatif ve kantitatif araştırma yaklaşımları kullanılmıştır. Kalitatif araştırma, istatistiksel ve diğer kantitatif yöntemlerle ortaya konulamayan bulguları veya konuları incelenmek üzere başvurulmuş bir araştırma türü olarak bilinmektedir (Stingleton ve diğerleri, 1993). Kalitatif araştırma yöntemleri, sağlık hizmetleri ile ilgili araştırmalarda yaygın olarak kullanılmaktadır (Pope ve Mays, 2000). Kantitatif araştırmalar ise ölçümler, istatistiksel yöntemler ile kişi ve olayların miktarları (az ve çok, büyük ve küçük, sık ve nadiren, benzer ve farklı gibi) üzerine odaklanır (King ve diğerleri, 1994).

Kalitatif araştırma aşamasında veri toplama yöntemi olarak yapılandırılmış görüşme yöntemi kullanılmıştır. Kalitatif araştırma yapılmasının amacı, çalışmanın amacına uygun olarak Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatındaki yönetici, çalışan, hasta veya yakınlarının evde sağlık hizmetlerinde yapılan organizasyon değişikliğiyle ilgili sahadaki yansımalarını veya yaşanan sorunları tespit etmektir. Şubat 2018 ile Mayıs 2018 tarihleri arasında evde sağlık hizmetleri konusunda 3 yönetici, 3 sağlık çalışanı ve 2 hasta yakını olmak üzere toplam sekiz görüşme yapılmış ve görüşmeler 60-120 dakika

arasında sürmüştür. Görüşmelerde evde sağlık hizmetlerindeki organizasyonel değişiklikle birlikte yaşanan sorunlar ile bu sorunlara ilişkin çözüm önerileri şeklinde iki soruya yer verilmiş ve tüm görüşler kayıt altına alınmıştır. Tablo 10’da kalitatif görüşme aşamasındaki, görüşme yapılan kişilerin unvanı, görüşme tarihi ve görüşme sürelerine ilişkin bilgilere yer verilmiştir.

Tablo 10. Kalitatif Görüşmelere İlişkin Bilgiler

Görüşülen Kişinin Unvanı	Görüşme Tarihi	Görüşme Süresi
Sağlık Bakanlığı Daire Başkanı	19.02.2018	90 dakika
Sağlık Bakanlığı Evde Sağlık Hizmetleri Koordinatörü	19.02.2018	60 dakika
Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğü Evde Sağlık Hizmetleri Koordinatörü	18.04.2018	90 dakika
Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğü Evde Sağlık Hizmetleri Koordinatörlüğü Personeli	18.04.2018	60 dakika
Yunus Emre Devlet Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Personeli	11.04.2018	120 dakika
Eskişehir Devlet Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Personeli	04.04.2018	120 dakika
Yunus Emre Devlet Hastanesi Evde Sağlık Hizmetlerinden faydalanan Hasta Yakını	15.03.2018	60 dakika
Eskişehir Devlet Hastanesi Evde Sağlık Hizmetlerinden faydalanan Hasta Yakını	01.03.2018	60 dakika

Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü’nde görev yapan daire başkanı ile yapılan kalitatif görüşme aşamasında şu görüşler ortaya çıkmıştır;

“Evde sağlık ve evde bakım tanımlarının ayrıştırılması gerekmektedir. Evde bakım; daha kapsamlı bir şekilde sağlık bakımı, sosyal bakımı ve lojistik desteği içerir. Sağlık hizmetlerini Sağlık Bakanlığı, sosyal hizmetleri Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, lojistik destek hizmetlerini ilgili Belediyeler üstlenerek tarafların eş zamanlı ve uyum içerisinde bu hizmetleri bir bütün halinde vermesi hedeflenmelidir. Evde sağlık hizmetlerinde iç denetim ve dış denetim olmalıdır. Evde sağlık hizmetlerinin ekibini hekim, hemşire ve yaşlı bakım teknikerinin oluşturması gerekir. Ekipler özel eğitim almış müstakil birimler olmalı. Bir başka yere tayin olsa dahi yine bu hizmet birimlerinde istihdam edilmelidir. Daha önceleri hastayı evde sağlık hizmetleri ile evinde rehabilite etmek amaçlanırken, 15 Mayıs 2017 tarihinden sonra verilen hizmetler hastayı hastaneye transfer etme üzerine odaklanmıştır. Aile

hekimlerinin evde sağlık hizmetlerine tam anlamıyla katılması çok önemlidir. Hasta yakınına para desteğinin dışında psikolojik rehabilitasyon ve aktif dinlenme desteği de verilmelidir. Öncelikle aile fertlerinin bakıma dahil edilmesi gerekir. Hastanın hiçbir aile ferdi yok ise bakım elemanı eliyle evde bakım hizmeti sunulmalıdır. Finansman konusu ile ilgili özel evde bakım merkezlerinin önünün açılması gerekir. Ancak kültür-kurgu-izleme-değerlendirme-denetim ve yaptırım araçlarının oluşturulmasında ve uygulanmasında dikkat edilmesi gerekir. Hastanelerde 3-5 yataklı evde sağlık üniteleri oluşturulmalıdır.”

Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü’nde görev yapan eski evde sağlık hizmetleri koordinatörü ile yapılan kalitatif görüşme aşamasında şu görüşler ortaya çıkmıştır;

“Evde sağlık hizmetlerinin temel mantığı hastanın mobil olmaması idi. şu anda bu ilkedен uzaklaşmış durumda. 15.05.2017 tarihinden önce verilen evde sağlık hizmetleri merkez teşkilat tarafından kontrolü var idi. şu anda bakanlık kontrolünün olmadığı görülüyor. 15.05.2017 tarihinden bu yana hasta sayısı veya aktif hasta sayısında herhangi bir artışın olmadığı görülmektedir. 15.05.2017 tarihinden önce evde sağlık hizmetleri taleplerine geri dönüş süresi ortalama 3 gün iken, şu anda 15 günü buluyor.”

Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğü evde sağlık hizmetleri koordinatörü ile yapılan kalitatif görüşme aşamasında şu görüşler ortaya çıkmıştır;

“şikayet, tehdit ve suiistimal nedeniyle gereksiz talepler olmaktadır. Güncel bir evde sağlık hizmetleri yönetmeliğin olmaması en büyük dezavantajdır. 15.05.2017 tarihinden sonra ekiplere nöbet konuldu, uygulanamadığı için ekiplere nöbet kaldırıldı. Bunun yerine esnek mesai oluşturuldu. Mesela, iki ekip 12:00-20:00 hizmet veriyor, diğer ekipler 08:00-16:00 hizmet vermektedirler. Aynı şekilde hafta sonları 09:00-16:00 hizmet verilmektedir. 15.05.2017 tarihinden sonra koordinasyon birimine nöbet konuldu. Tüm

yurttan 444 38 33 numaralı telefon aranınca tek merkez karşılmasını yapıyor, arayan kişinin ikamet ettiği ilin koordinasyon ekibinin sistemine aktarılıyor, ilgili ekip 15 dakika içinde arayan hastaya geri dönüp 24 saat belki daha fazla süre sonrasına randevu veriyor. 15.05.2017 tarihinden sonra ekip sayısı azaldı, 9 araçtan 6 araca düştü. Ekipler doktorlu ve doktorsuz ekip diye iki şekilde oluşturuldu. 15.05.2017 tarihinden sonra ekiplere haftanın belirli günleri devamlı fizyoterapist, psikolog eklendi. Yine ekiplere genel cerrahi ve uzmanı anestezi uzmanı gibi uzman hekimler de eklendi. Ama hemşire sayısı azaldı. 15.05.2017 tarihinden sonra günlük 7 ekip sahaya çıkıyor. Doktorlu ekip günlük 8-10, doktorsuz ekip günlük 15-20, Toplamda günlük 80-100 civarında ortalama ziyaret sayısı gerçekleşiyor. Verilen hizmetler; mama raporu, bez raporu, karyola raporu, raporlu ilaçların reçetelenmesi, idrar ve nazogastirik sonda takipleri, yara bakımı gibi hizmetlerdir. Evde sağlık hizmetleri palyatif bakım merkezlerinde verilen sağlık hizmetlerine nazaran hasta yakınları açısından çok daha iyi bir hizmet olduğu bir gerçektir. Hasta ve yakınlarının sosyal yardımlara ihtiyacı çok fazla olduğu için profesyonel bir sistem olmalıdır. Hasta yakınlarının psikolojik yardıma ihtiyaçları var. Hiç kimsesi olmayan hastaların hem psikolojik hem de sosyal yardıma ihtiyaçları var. Bakım parası konusu çok önemli; arz-talep ve ihtiyaç analizinin yapılması gerekir. Yapılan tehditler ekipleri endişelendiriyor, bu yüzden ekiplere hastanelerden güvenlik personeli takviyesi yapılmalı. Evde sağlık hizmetleri psikolojik yorgunluğu çok fazla olan bir hizmettir. Asıl sorun hasta yakınlarının tehditleri, güvenli bir sağlık hizmet ortamı değil, ayrıca sürekli mobil olmak yaz-kış arazide olmak bu işin zorlukları arasında. Önerim kamu spotu gibi veya açık öğretim usulü TV kanallarında hasta bakım tekniklerinin verilmesidir.”

Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğü evde sağlık hizmetleri koordinatörlüğü personeli ile yapılan kalitatif görüşme aşamasında şu görüşler ortaya çıkmıştır;

“15.05.2017 tarihinden sonra; hasta sayısı arttı, malzeme ve ekipman sıkıntısı arttı, ortalama ziyaret süresi kısaldı, çalışan personel sayısı azaldı,

ekip araç sayısı azaldı.15.05.2017 tarihinden sonra hastane yönetimi evde sağlığı kar amaçlı bir hizmet olarak görmediğinden, tıbbi malzeme ve ekipmanları yeterli sayıda ve kalitede vermiyor. Bu hastanın iyileşmesinde de etkili olduğundan tıbbi kalite düşmüştür. 15.05.2017 tarihinden sonra, ekiplere esnek mesai uygulanmaya başlandı, koordinasyon birimine nöbet konuldu. ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra uygulamaya konulan koordinasyon biriminin 7/24 olarak çalışması sonucunda hastalara daha kısa sürede cevap verildiğini düşünüyorum. Esnek mesai sisteminin daha etkili ve verimli olduğunu düşünüyorum. Hizmet sunum süreçleri Evde Sağlık Koordinasyon Merkezi tarafından düzenli aralıklarla izlendiği için verilen hizmetlerin daha güvenilir ve kaliteli olduğunu düşünüyorum.”

Yunus Emre Devlet Hastanesi evde sağlık hizmetleri personeli ile yapılan kalitatif görüşme aşamasında şu görüşler ortaya çıkmıştır;

“Evde Sağlık Hizmetleri (ESH), hastanelere bağlandıktan sonra hastaları daha sık ziyaret etmeye başladık. Aktif hastalara talep olmasa da altı ayda bir rutin ziyaret yapılmaya başlandı ve daha fazla hastaya ulaşıldığını düşünüyorum. Gerçek ihtiyaç sahipleri yerine daha çok mobil hastalara hizmet verildiğini, hizmetlerin bakım-ihtiyaç analizine dayalı olarak sunulmadığını ve sunulan evde sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin arttığını düşünüyorum. Hasta yakınlarının bakım hizmeti sunma kabiliyetlerinin düzenli olarak izlendiğini ve değerlendirildiğini ve elektronik sağlık bilgi sistemlerini kullanarak hastaların tıbbi geçmişi hakkında daha fazla bilgiye sahip olduğunu düşünüyorum. Kırsal alanlarda sabit bir ESH ekibinin olmaması nedeniyle sunulan hizmetin niceliği ve niteliğinin kentsel alanlara göre daha düşük olduğunu düşünüyorum. ESH'leri ekibinin yükünün azaltılması için İl genelindeki ESH ekibi sayısı ve ulaşım aracı sayısı arttırılmalıdır.”

Eskişehir Devlet Hastanesi (Eskişehir Şehir Hastanesi) evde sağlık hizmetleri personeli ile yapılan kalitatif görüşme aşamasında şu görüşler ortaya çıkmıştır;

“ESH’leri hastanelere bağlandıktan sonraki süreçte, ESH ekibi tarafından gerçekleştirilen ortalama ziyaret süresinin daha da arttığını düşünüyorum. Sağlık hizmetlerinin daha fazla hasta odaklı olarak verildiğini düşünüyorum. Ziyaret edilen hasta ve/veya yakınlarına hastalık, tedavi ve bakım konusunda daha fazla bilgi verilmektedir. ESH ekibi tarafından yapılan hasta ziyaretlerinde özellikle yatak yarasının önlenmesine yönelik eğitimlere, tedavi ve pansumanına daha fazla ilgi gösterildiğini düşünüyorum. Ziyaret edilen hasta ve/veya yakınlarına özellikle tıbbi ve psikolojik destek konularında daha fazla destek verilmektedir. Hizmet kullanıcılarının, hasta ve hasta yakınlarının daha fazla memnun kaldığını düşünüyorum. Hastaların bakım planlarına daha çok uyulduğunu düşünüyorum. ESH’lerinde çalışan personelin memnuniyetinin artırılması için görevli personele sık sık hizmet içi eğitim verilmelidir. ESH’leri acil ve yoğun bakım hizmetleri gibi özellikli hizmetler olarak kabul edilerek ek ödeme puanları buna göre düzenlemelidir.”

Yunus Emre Devlet Hastanesi evde sağlık hizmetlerinden faydalanan hasta yakını ile yapılan kalitatif görüşme aşamasında şu görüşler ortaya çıkmıştır;

“ESH’leri hastanelere bağlandıktan sonra, Aile Sosyal Politikalar İl Müdürlükleri ve valiliklerce hasta yakınlarına verilen mali desteğin hakkaniyetli olmadığını düşünüyorum. Hasta yakınının bakım planındaki rolünün daha da arttığını düşünüyorum. Cepten daha çok harcama yaptığımızı düşünüyorum. Sadece Genel Sağlık Sigortası tarafından değil tamamlayıcı sigorta uygulamasına da yer verilmesi gerektiğini düşünüyorum. Bu hizmetlerin özel kuruluşlar yoluyla daha iyi verileceğini düşünüyorum. Sağlık Bakanlığı tarafından verilen bu hizmetlerin belediyeler ve Aile Sosyal Politikalar Bakanlığınca verilecek bakım ve sosyal hizmetlerle desteklenmesi gerektiğini düşünüyorum. Aile hekimleri bu

hizmetleri vermelidir. Mahremiyetin sağlanması için kadın hastalara kadın personelin, erkek hastalara erkek personelin hizmet vermesi gerekir.”

Eskişehir Şehir (Devlet) Hastanesi evde sağlık hizmetlerinden faydalanan hasta yakını ile yapılan kalitatif görüşme aşamasında şu görüşler ortaya çıkmıştır;

“ESH’leri hastanelere bağlandıktan sonra, karşılaştığım sağlık sorunlarının çözümünde Valilik, Belediyeler, Aile Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü ve gönüllü vakıf ve derneklerden daha fazla destek alabiliyorum. Hastaların problemleri daha iyi çözüldüğü için diğer sağlık kurumlarına yapılan başvuru sayısının azaldığını düşünüyorum. Aynı zamanda hastaneye yatışın kolaylaştığını ve hastaların sağlık kuruluşuna transferi/ulaşımı konusunda daha fazla destek olduğunu düşünüyorum. Röntgen ve laboratuvar testlerinin daha çok kullanıldığını ve laboratuvar test sonuçlarının daha kısa sürede çıkarıldığını düşünüyorum. Hasta yakınlarına verilen bakım parasının adil olması için hastaların sağlık durumlarına göre bir ödeme yapılması gerektiğini düşünüyorum.”

Birinci aşamada yapılan görüşmelerden elde edinilen bu bilgiler, ikinci aşamada kantitatif araştırmada veri toplama aracı olarak kullanılan anketin oluşturulmasında kullanılmıştır. Anketin geliştirilmesinde, görüşmelerden elde edilen bilgiler dışında uluslararası kabul edilebilirliği ispatlanmış, Sağlık Kuruluşu Memnuniyetine ilişkin Tüketici Değerlendirmesi (Consumer Assessment of Health Provider Satisfaction [CAHPS]) ve Hasta Odaklı Evde Sağlık (The Patient Centered Medical Home [PCMH]) anketi başta olmak üzere benzeri anketlerin (Scholle ve diğerleri, 2012, s.2-10) sorularından da yararlanılmıştır.

Sonuç olarak evde sağlık hizmetlerinin Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) ve kamu hastaneleri tarafından sunulması halinde hizmet sunum süreci ve sonucu ile ilgili ne tür değişikliklerin olduğunu hasta ve personel gözüyle ortaya koyacak bir soru kağıdı oluşturulmuştur. Anket formu 3 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm, personel veya hasta/hasta yakınının demografik bilgilerinin olduğu bölümdür. Bu bölümde ek olarak hasta/hasta yakını anketinde Katz’ın Günlük Yaşam Aktiviteleri ölçeği’ne de yer

verilmiştir. Bu ölçeğin bulunma sebebi Devlet tarafından yapılan parasal yardımlarla kişinin reel ihtiyaç durumu arasındaki uyumu ortaya koymaktır. İkinci bölüm, TSM'lerde ve hastanelerde sunulan evde sağlık hizmetlerinin karşılaştırılmasının yapıldığı bölümdür ve 32 önermeden oluşmaktadır. Üçüncü bölümde ise, evde sağlık hizmetlerinde yaşanan sorunlara yönelik 14 öneriye yer verilmiştir. Bu iki bölümdeki toplam 46 yargının cevap seçenekleri beşli Likert ölçeğine göre hazırlanmıştır. Ölçeğe göre 1=Kesinlikle Katılıyorum, 2=Katılıyorum, 3=Kararsızım, 4=Katılmıyorum, 5=Kesinlikle Katılmıyorum anlamına gelmektedir. Ayrıca soru kağıdında katılımcıların ilave olarak ifade etmek istedikleri hususları kaçırmamak için açık uçlu 2 yargıya daha yer verilmiştir.

Ek-3'de yer alan anket formu hazırlandıktan sonra etik kurul izni için Hacettepe Üniversitesi'ne, saha çalışması için ise Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğüne başvurulmuş ve Ek-2'de yer alan izinler alınmıştır. Anketler evde sağlık hizmetleri personeli ve hasta/hasta yakınlarına araştırmacı tarafından yüz-yüze görüşme yöntemine dayalı olarak uygulanmıştır. Araştırmacı hasta/hasta yakınlarına evlerinde anket uygulayabilmek için evde sağlık hizmetleri ekibi ile birlikte ziyaret gerçekleştirmiştir.

2.6. VARSAYIMLAR

Katılımcıların verdikleri cevapların yansız olduğu, başka kişilerin görüşlerinden etkilenmedikleri ya da bilinçli olarak yanlış/eksik bilgi vermediği düşünülmektedir. Anketi cevaplayanlar şayet hasta yakınları ise cevapların hastaların fikirleri olduğu varsayılmaktadır. Araştırmada kullanılan anket sorularının bizzat araştırmaya katılan personel ile hasta ve yakınları tarafından doğru ve içtenlikle cevaplandırıldığı, araştırmada kullanılan veri toplama aracının personel ile hasta ve yakınlarının evde sağlık hizmetleri uygulamalarına ilişkin görüş, düşünce ve tutumlarını tespit ederek, ankette Likert ölçeğine dayalı yargılar yanı sıra açık uçlu soruların da yer almasının katılımcıların görüşlerinin yakalanması açısından uygun olacağı kabul edilmiştir.

2.7. KISITLILIKLAR

Araştırmanın başlıca kısıtlılıklarından biri çalışmanın tüm Türkiye’de yapılamayıp sadece Ankara ve Eskişehir İllerinde yapılması ve üstelik bu iki ilde de evde sağlık hizmetleri sunan 20 Sağlık Bakanlığı hastanesine araştırma izni için başvurulmuş olmasına rağmen çalışmanın araştırmayı kabul eden 6 hastane ile sınırlı kalmasıdır. Araştırmada verilen hizmet ya da yapılan işlemlerin giderleri SUT fiyatları üzerinden hesaplanmıştır. Dolayısıyla yapılan karşılaştırmada, maliyetler gerçek harcamaları yansıtmamaktadır. Araştırmanın Türkiye genelindeki illerde ve tüm Sağlık Bakanlığı hastanelerinde yapılamamış olması sonuçların genellenebilirliği açısından önemli bir kısıtlılıktır. Araştırmanın diğer bir kısıtlılığı ise Eskişehir ve Ankara illerinde 83 evde sağlık hizmetleri sunan personelden 74 personelin, 372 hizmet alan hasta/ hasta yakınımından 322’inin ankete cevap vermesi ve cevap vermeme yanlılığının kontrol edilememiş olmasıdır.

2.8. VERİ ANALİZİ

Çalışmada veri girişi ve analizi için istatistik programları kullanılmış, verilerinin analizinde tanımlayıcı ve analitik çözümlene yöntemlerinden yararlanılmıştır. Eksik veriler için seri ortalamaları kullanılarak değerler atanmıştır.

Çalışma amacı ve hipotezleri ile ilgili analizlerden önce kullanılan soru kağıdının geçerlilik ve güvenilirliği değerlendirilmiştir. Geçerlilik testi, faktör analizleri ile yapılmış olup, ölçekte bulunan fazla sayıdaki yargılardan az sayıda faktöre ulaşmak için önce açımlayıcı faktör analizi uygulanmıştır. Açımlayıcı faktör analizinde, temel bileşenler analizi, rotasyon yöntemi olarak varimax yöntemi kullanılmıştır. Açımlayıcı faktör analizinde soru kağıdındaki her bir yargı için faktör yükleri, her bir faktörün açıklanan varyansı, faktörlerin toplam açıklanan varyansı, Kaiser-Meyer-Olkin katsayısı, Bartlett's küresellik testi hesaplanmıştır. Daha sonra hesaplanan bu değerler için referans aralıklara erişildikten sonra oluşturulmuş boyutların doğruluğunu belirlemek için doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Çalışmadaki kavramların ölçüm modellerinin uyum iyiliği değerleri referans aralıklara erişinceye kadar modeller değerlendirilmiştir. Son modellere erişildikten sonra Cronbach alfa katsayısına dayalı

güvenilirlik analizi yapılmıştır. Çalışmada hipotezleri test etmek için ise çok değişkenli regresyon analiz modeli ve paired sample t testi kullanılmıştır.

2.9. GEÇERLİLİK ANALİZİ

Geçerlilik, bir testin ölçmek istediği özelliği ölçmesi ile ilgili bir kavramdır. Şayet bir test ölçmek istediği özelliği doğru ve diğer özelliklerle karıştırmadan ölçüyor ise bu testin geçerli olduğu söylenir (Alpar, 2010, s.408-483).

Geçerlilik literatürde çok farklı şekillerde ölçülmekle birlikte en temel ölçüm biçimleri “kapsam, referans kriter ve yapı geçerliliği” yöntemlerdir. Kapsam geçerliliği, “ölçeğin ve ölçekteki her bir maddenin araştırma amacına ne derece hizmet ettiği” ile ilgilidir (Tekin, 2016, s.248-319).

Yapı geçerliliğinde ise “bir testin doğrudan ölçülemeyen bir özelliği (yapıyı) ölçme derecesi” olarak tanımlanabilir (Alpar, 2010, s.408-483). Yapı geçerliliğini belirlemede kullanılan en yaygın yöntemlerden biri faktör analizidir. Faktör analizi, birbirleriyle ilişkili çok sayıdaki yargıyı az sayıda anlamlı ve birbirinden bağımsız boyutlar haline getiren bir yöntemdir. Faktör analizinde, aralarında yüksek korelasyon olan maddeler bir araya getirilerek faktör adı verilen genel yapı oluşturulur. Faktör analizinin amacı değişken sayısını azaltmak ve değişkenleri sınıflandırmaktır (Kalaycı, 2009, s.321-331).

Faktör analizi yapılırken her bir ölçek için “Bartlett testi” ve “Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)” değerlerinin hesaplanması gereklidir. Örneklemin yeterliliği hakkında bilgi veren KMO değeri, Bartlett testi faktör analizinin bu değişken kümesine uygulanabileceğini ortaya koymaktadır. Bartlett testinde p değerinin 0,05’ten küçük olması anlamlı iken, KMO değerinin 0,70’ten yüksek olması gerekmektedir (Tekin, 2016, s.248-319).

Bu çalışmada açımlayıcı faktör analizi yapılırken açıklayıcılık katsayıları da hesaplanmış olup, boyutlandırma yapılmıştır. Doğrulayıcı faktör analizi ile soruların boyutları ne kadar ölçtüğü incelenmiştir.

2.9.1. Açımlayıcı Faktör Analizi Bulguları

Açımlayıcı faktör analizi birden fazla sayıda maddeyi gruplara ayırarak, grup içindeki maddeler arasındaki ilişkiyi en yüksek, gruplar arasındaki ilişkiyi ise en düşük yaparak, grupları yeni boyutlara dönüştüren bir analiz türüdür. Oluşturulan bu yeni boyutlara faktör adı verilir (Alpar, 2010, s.408-483). Açımlayıcı faktör analizi, yeni oluşturulan ölçeklerin güvenilirliğini ve yapı geçerliğini test eder (Karagöz ve Ağbektaş, 2016, s.274-290).

Çalışmada kullanılan soru kâğıdının evde sağlık hizmetlerinin birinci basamak sağlık kuruluşlarından kamu hastanelerine devrinin karşılaştırılması üzerine kullanılan yargıların bir faktör yapısı oluşturup oluşturmadığını tespit etmek için yapılan varimax rotasyona dayalı faktör analizi sonucunda beş boyutlu bir yapıya ulaşılmıştır. Birincisinin 1, 3, 4, 5, 6, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17 ve 28 numaralı yargıları içeren “ziyaret sıklığı ve memnuniyet” faktörü olduğu, ikincisinin 2, 7, 8, 21 ve 24 numaralı yargıları içeren “kurumsal destek” faktörü olduğu, üçüncüsünün 26, 27, 29 ve 30 numaralı yargıları içeren “izleme değerlendirme” faktörü olduğu, dördüncüsünün 9, 13, 19, 25, 31 ve 32 numaralı yargıları içeren “hakkaniyet” faktörü olduğu ve beşincisinin 20, 22 ve 23 numaralı yargıları içeren “teşhise erişim” faktörü olduğu görülmüştür. Diğer yandan 18 numaralı yargının tek faktör yapısı oluşturduğu görülmektedir. Bunun üzerine 18 numaralı yargı dışarıda bırakılarak ikinci model çalıştırılmış ve yukarıda açıklanan beş boyutlu yapıya tekrar ulaşılmıştır.

Tablo 11. ESH'lerinin birinci basamak sağlık kuruluşlarından kamu hastanelerine devrinin karşılaştırılmasını içeren maddelere ilişkin ikinci açılımlayıcı faktör analizi bulguları

Yargılar	Ziyaret sıklığı ve memnuniyet	Kurumsal destek	İzleme değerlendirme	Hakkaniyet	Teşhise erişim
10-ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, sağlık hizmetlerinin daha fazla hasta odaklı olarak verildiğini düşünüyorum.	,868				
15-ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra hasta ve hasta yakınlarının daha fazla memnun kaldığını düşünüyorum.	,834				
14-ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra ziyaret edilen hasta ve/veya yakınlarına özellikle tıbbi ve psikolojik destek konularında daha fazla destek verilmektedir.	,832				
11-ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra ziyaret edilen hasta ve/veya yakınlarına hastalık, tedavi ve bakım konusunda daha fazla bilgi verilmektedir.	,826				
12-ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, ESH ekibi tarafından yapılan hasta ziyaretlerinde özellikle yatak yarasının önlenmesine yönelik eğitimlere, tedavi ve pansumanına daha fazla ilgi gösterildiğini düşünüyorum.	,814				
6-ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonraki süreçte, ESH ekibi tarafından gerçekleştirilen ortalama ziyaret süresinin daha da arttığını düşünüyorum.	,711				
5-ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra uygulamaya konulan esnek mesai sisteminin daha etkili ve verimli olduğunu düşünüyorum.	,680				
28-ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra hizmet kullanıcılarının memnuniyetlerine daha fazla önem verildiğini düşünüyorum.	,679				
1-Evde Sağlık Hizmetleri (ESH), hastanelere bağlandıktan sonra hastaları daha sık ziyaret etmeye başladık.	,667				
17-ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, hastaların bakım planlarına daha çok uyulduğunu düşünüyorum.	,650				
4-ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra uygulamaya konulan koordinasyon biriminin 7/24 olarak çalışması sonucunda hastalara daha kısa sürede cevap verildiğini düşünüyorum.	,600				
3-ESH'lerinin, hastanelere bağlı birim olmasıyla daha fazla hastaya ulaşıldığını düşünüyorum.	,599				
16-ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra hasta ve hasta yakınlarının problemleri daha iyi çözüldüğü için diğer sağlık kurumlarına yapılan başvuru sayısının azaldığını düşünüyorum.	,547				
24-ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, hastalara tıbbi malzemelerin temini konusunda daha fazla destek olunduğunu düşünüyorum.	,710				
7-ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, ekipte hastaya gerekli desteği verecek sağlık personeli sayısı ve çeşidi (Psikolog, Sosyal Hizmet Uzmanı, Fizyoterapist, Diş Hekimi veya Konsultan Hekim) daha da arttı.	,693				
21-ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, hastaların sağlık kuruluşuna transferi/ulaşımı konusunda daha fazla destek olunduğunu düşünüyorum.	,609				
2-ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, aktif hastalara talep olmasa da altı ayda bir rutin ziyaret yapılmaya başlandı.	,589				
8-ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, evde sağlık hizmetlerinin Valilik, Belediyeler, Aile Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü ve gönüllü vakıf ve dernekler tarafından daha çok desteklendiğini düşünüyorum.	,507				
26-ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, takip gerektiren hastaların aile hekimleri de bilgilendirildiği için ilaç ve tıbbi malzemelerin reçetelendirilmesinin daha kolay olduğunu düşünüyorum.			,658		

30-ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, elektronik sağlık bilgi sistemlerini kullanarak hastaların tıbbi geçmişi hakkında daha fazla bilgiye sahip olduğunu düşünüyorum.			,604		
29-ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, aile bakıcılarının bakım hizmeti sunma kabiliyetlerinin düzenli olarak izlendiğini ve değerlendirildiğini düşünüyorum.			,571		
27-ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, hizmet sunum süreçleri Evde Sağlık Koordinasyon Merkezi tarafından düzenli aralıklarla izlendiği için verilen hizmetlerin daha güvenilir ve kaliteli olduğunu düşünüyorum.			,512		
32-ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, kırsal alanlarda sabit bir ESH ekibinin olmaması nedeniyle sunulan hizmetin niceliği ve niteliğinin kentsel alanlara göre daha düşük olduğunu düşünüyorum.			-,705		
31-ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, gerçek ihtiyaç sahipleri yerine daha çok mobil hastalara hizmet verildiğini düşünüyorum.			,698		
25-ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra hastane yönetimi evde sağlık hizmetlerini kar amaçlı bir hizmet olarak görmediğinden bu alana yeterli sayı ve kalitede tıbbi malzeme ve ekipman ayırmadığı için hizmet kalitesinin düştüğünü düşünüyorum.			,617		
13-ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, hizmetlerin bakım-ihtiyaç analizine dayalı olarak sunulmadığını düşünüyorum.			,610		
19-ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, sunulan evde sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin arttığını düşünüyorum.			,585		
9-ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, Aile Sosyal Politikalar İl Müdürlükleri ve valiliklerce hasta yakınlarına verilen mali desteğin hakkaniyetli olmadığını düşünüyorum.			,554		
22-ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra röntgen ve laboratuvar testlerinin kullanımında artış olduğunu düşünüyorum.					,687
20-ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, hastaların hastaneye yatışının arttığını düşünüyorum.					,680
23-ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, laboratuvar test sonuçlarının daha kısa sürede çıkarıldığını düşünüyorum.			,528		,621
Açıklanan Varyans (%)	38,96	8,80	6,21	4,69	3,44
Toplam Açıklanan Varyans (%)	62,10				
Kaiser-Meyer-Olkin	0,939				
Bartlett Küresellik Testi	7510,00; p<0,001				

Tablo 11'de yer alan ikinci açımlayıcı faktör analizi sonucunda oluşan KMO katsayısı 0,939 olduğundan örneklem sayısı araştırma kapsamındaki evde sağlık hizmetlerinin birinci basamak sağlık kuruluşlarından kamu hastanelerine devrinin karşılaştırılmasını ölçmek için yeterlidir. Toplam açıklanan varyans değeri ise %62,1'dir.

Tablo 12. ESH’lerinin mevcut sorunlarına getirilen çözüm önerilerini içeren maddelere ilişkin açımlayıcı faktör analizi bulguları

Yargılar	Sosyo-ekonomik destek	Personel ve Mali destek	Özel sektör ve güvenlik desteği
36-Hasta yakınlarına en az ayda iki gün ESH merkezinden görevlendirilecek bir bakıcı sayesinde dinlenme, dışarıda yemek yeme, gezme ve sinemaya gitme gibi sosyal faaliyetlerde bulunma imkanı verilmelidir.	,839		
35-Hasta yakınlarına belirli program dahilinde psikolojik destek sağlanması gerektiğini düşünüyorum.	,779		
39-Aile Sosyal Politikalar Bakanlığı ve valiliklerce hasta yakınlarına verilen mali desteğin hakkaniyetli olması için hastaların “Günlük Yaşam Aktiviteleri”ni yapabilme kapasitelerine göre bir ödeme bareminin geliştirilmesi gerektiğini düşünüyorum.	,692		
43-Hasta yakınlarını yara bakımı, pansuman, beslenme gibi temel konularda bilgilendirmek için kamu spotu veya açık öğretim tekniklerinden yararlanılmalıdır.	,653		
40-Sağlık Bakanlığı tarafından verilen ESH’lerinin belediyeler ve Aile Sosyal Politikalar Bakanlığınca verilecek bakım ve sosyal hizmetlerle desteklenmesi gerektiğini düşünüyorum.	,617		
41-ESH’lerinde çalışan personelin memnuniyetinin artırılması için görevli personele sık sık hizmet içi eğitim verilmelidir.	,596		
44-Vatandaşların ESH’leri ile ilgili farkındalığını sağlamak için ESH ile ilgili tanıtım çalışmalarına önem verilmelidir.	,575	,553	
45-Hastane ekibi tarafından sunulan ESH’lerinin maliyetini düşürmek için hastaların bağlı oldukları aile hekimleri ESH’lerinin bir parçası haline getirilmelidir.		,746	
42-ESH’leri acil ve yoğun bakım hizmetleri gibi özellikli hizmetler olarak kabul edilerek ek ödeme puanları buna göre düzenlemelidir.		,713	
34-ESH ekibinin hasta ziyaretlerine zamanında gidebilmesi için ulaşım aracı sayısı artırılmalıdır.		,623	
33-ESH’leri ekibinin yükünün azaltılması için İl genelindeki ESH ekibi sayısı artırılmalıdır.		,599	
37-ESH’leri için ihtiyaç duyulan finansmanın sadece Genel Sağlık Sigortası tarafından karşılanması sürdürülebilir olmadığı için tamamlayıcı sigorta uygulamasına da yer verilmesi gerektiğini düşünüyorum.			,771
38-ESH’lerinin özel kuruluşlar yoluyla daha iyi verileceğini düşünüyorum.			,752
46-ESH ekibinin güvenliğini sağlamak için şüpheli vaka ziyaretlerinde ekipte güvenlik personelinin de olması ve kadın hastaya kadın personel erkek hastaya erkek personelin hizmet vermesi gerektiğini düşünüyorum.			,605
Açıklanan Varyans (%)	38,30	12,40	7,80
Toplam Açıklanan Varyans (%)	58,40		
Kaiser-Meyer-Olkin	0,829		
Bartlett Küresellik Testi	2507,22; p<0,001		

Soru kâğıdının üçüncü bölümünde evde sağlık hizmetlerinde yaşanan sorunlara yönelik 14 maddeden oluşan çözüm önerilerinin anlamlı bir faktör yapısı ortaya koyup koymadığını belirlemek için yapılan faktör analizi sonucunda ise üç faktörlü bir yapıya ulaşılmıştır. Boyutlardan birincisinin 35, 36, 39, 40, 41, 43 ve 44 numaralı maddeleri içeren “sosyo-ekonomik destek” faktöründen oluştuğu, ikincisinin 33, 34, 42 ve 45 numaralı maddeleri içeren “personel ve mali destek” faktöründen oluştuğu ve son olarak üçüncüsünün ise 37, 38 ve 46 numaralı maddeleri içeren “özel sektör ve güvenlik

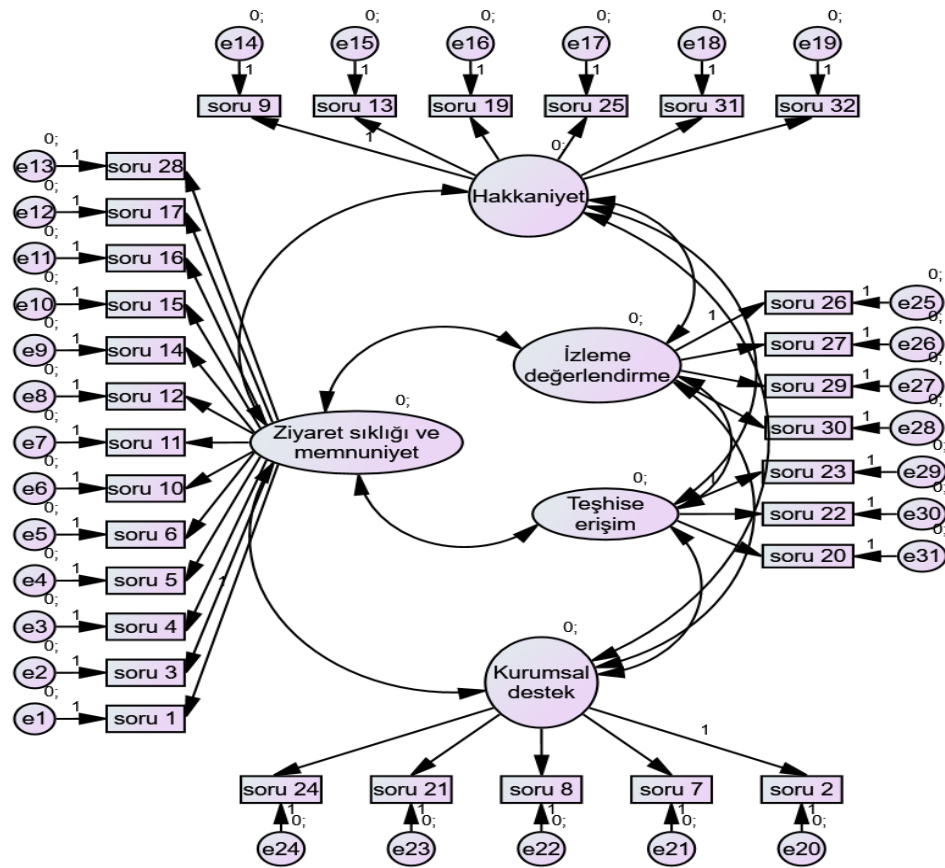
desteği” faktöründen oluştuğu görölmektedir. Tablo 12’de yer alan açımlayıcı faktör analizi sonucunda oluşan KMO katsayısı 0,829 olduğundan örneklem sayısının evde sağlık hizmetlerinde yaşanan sorunlara ilişkin çözümlerini ölçmek için yeterli olduğu, toplam açıklanan varyans ise %58,4 olup ölçeğin faktör yapısının güçlü olduğu söylenebilir.

2.9.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi Bulguları

Açımlayıcı faktör analizleri yoluyla belirlenen faktörlerin doğruluğunu test etmek için doğrulayıcı faktör analizinden yararlanılmıştır. Doğrulayıcı faktör analizinde açımlayıcı faktör analizi ile elde edilen faktörler ile değişkenler arasında istenen seviyede ilişki olup olmadığı, faktörlerin birbirinden bağımsız olup olmadığı ve belirlenen faktörlerin ölçölmek istenen yapıyı açıklamakta yeterli olup olmadığı test edilir (Karagöz ve Ağbekaş, 2016, s.274-290).

Çalışmada kullanılan soru kağıdının ikinci bölümünde, evde sağlık hizmetlerinin birinci basamak sağlık kuruluşlarından kamu hastanelerine devrini karşılaştırmak için yer verilen 31 maddenin açımlayıcı faktör analizi sonucunda ortaya koyduğu beş faktörlü yapıyı (ziyaret sıklığı ve memnuniyet, kurumsal destek, izleme değerlendirme, hakkaniyet, teşhise erişim boyutları) test etmek için Şekil 1’deki doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Modelin uyum indekslerine bakıldığında kıkare/serbestlik derecesinin (χ^2/sd) 3,402 olduğu görölmektedir. Bazı kaynaklarda χ^2/sd ’nin 2’den küçük ise mükemmel uyumu, 3’den küçük ise kabul edilebilir bir uyum gösterdiği belirtilmiştir (Kelloway, 1998, s.23-39). Bazı kaynaklarda ise örneklem büyüklüğu 250’den küçük olduğu durumda kıkare/serbestlik derecesi 2,5’ten küçük olmalı, örneklem büyüklüğünün 250’den büyük olduğu durumda ise bu değer 5’ten küçük olmalıdır (Byrne, 2011). Kelloway’ın referans verisine göre χ^2/sd ’nin başlangıç modelinde yüksek olduğu, Byrne’ın referans verisine göre χ^2/sd ’nin başlangıç modelinde geçerli olduğu görölmektedir. Karşılaştırmalı uyum indeksi (CFI;0,860), yaklaşık hataların ortalama karekökü (RMSEA;0,078), normlaştırılmış uyum indeksi (NFI;0,813), Tucker-Lewis indeksi (TLI;0,846) Şekil 1’de görölmektedir. Byrne’e göre (2011) CFI ve NFI’nın 0,90 veya daha üstü değerlere sahip olmasının kabul edilebilir

uyumu gösterdiği belirtilirken, literatürde RMSEA'nın 0,08'den küçük olmasının kabul edilebilir uyumu gösterdiği belirtilmektedir (Stevens, 2001; Hu ve Bentler, 1999, s.1-55). Literatürde TLI eşik değerinin 0,80'den büyük olmasını ifade eden çalışmaların yanısıra 0,95'ten büyük olması gerektiğini belirten çalışmalar da bulunmaktadır (Byrne, 2011; Hu ve Bentler, 1999, s.1-55). Buna göre başlangıç modelin CFI ve NFI uyum iyiliği değerlerinin referans değer aralıklarında olmadığı, buna karşılık RMSEA ve TLI değerlerinin ise referans değer aralıklarında olduğu görülmektedir.



x2 (CMIN)	sd	x2/sd	TLI	CFI	NFI	RMSEA
1442,422	424	3,402	0,846	0,860	0,813	0,078

Şekil 1. ESH'lerinin birinci basamak sağlık kuruluşlarından kamu hastanelerine devrinin karşılaştırılmasının ilk ölçüm modeli ve uyum değerleri

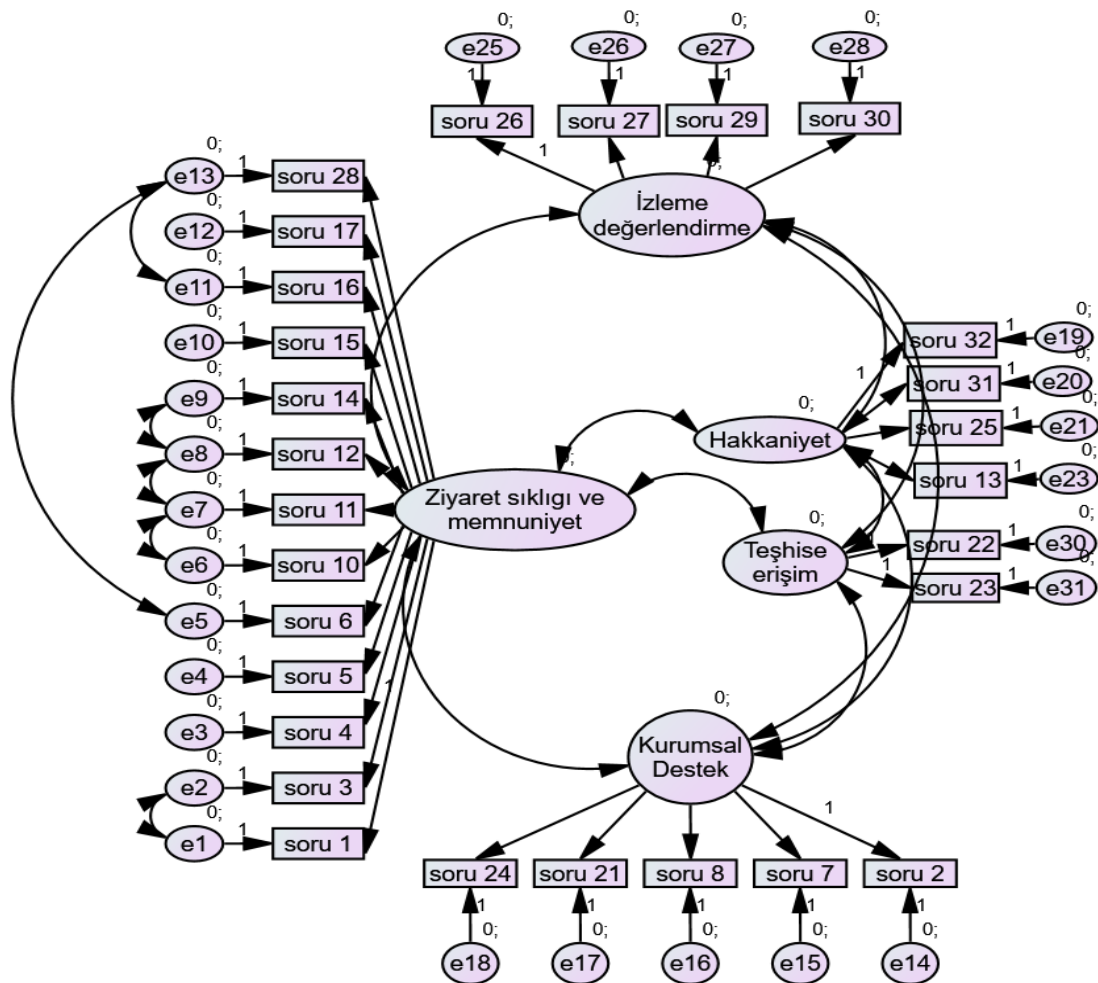
Şekil 1'de yer alan başlangıç modelin regresyon ağırlıkları Tablo 13'de yer almaktadır. Regresyon değerleri, faktör yüklenimlerini göstermektedir. Bulgulara göre soru 9'un (ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, Aile Sosyal Politikalar İl Müdürlükleri ve valiliklerce hasta yakınlarına verilen mali desteğin hakkaniyetli olmadığını

düşünüyorum) standardize edilmiş regresyon ağırlığının ($\beta=0,329$, $P=<,001$), soru 19'un (ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, sunulan evde sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin arttığını düşünüyorum) standardize edilmiş regresyon ağırlığının ($\beta=0,343$, $P==<,001$) ve soru 20'nin (ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, hastaların hastaneye yatışının arttığını düşünüyorum) standardize edilmiş regresyon ağırlığının ($\beta=0,446$, $P==<,001$) 0,50'den daha büyük olmadığı için (Truong ve McColl, 2011, s.555-561) bu maddelerin evde sağlık hizmetlerinin birinci basamak sağlık kuruluşlarından kamu hastanelerine devrinin karşılaştırılmasını açıklamada yeterince güçlü olmadığına ve modelden çıkarılmasına karar verilmiştir.

Tablo 13. ESH'lerinin birinci basamak sağlık kuruluşlarından kamu hastanelerine devrinin karşılaştırılmasını tanımlayan ilk ölçüm modelinin regresyon ağırlıkları

Soru	Faktörler	Regresyon Ağırlığı	Standardize Regresyon Ağırlığı	Standart Hata	P değeri
s1	Ziyaret sıklığı ve memnuniyet	1,000	,751		
s3	Ziyaret sıklığı ve memnuniyet	,773	,685	,055	<,001
s4	Ziyaret sıklığı ve memnuniyet	,787	,635	,061	<,001
s5	Ziyaret sıklığı ve memnuniyet	,794	,654	,059	<,001
s6	Ziyaret sıklığı ve memnuniyet	1,086	,804	,064	<,001
s10	Ziyaret sıklığı ve memnuniyet	1,077	,844	,060	<,001
s11	Ziyaret sıklığı ve memnuniyet	1,069	,836	,061	<,001
s12	Ziyaret sıklığı ve memnuniyet	1,071	,811	,063	<,001
s14	Ziyaret sıklığı ve memnuniyet	1,099	,840	,062	<,001
s15	Ziyaret sıklığı ve memnuniyet	1,057	,872	,057	<,001
s16	Ziyaret sıklığı ve memnuniyet	,823	,650	,062	<,001
s17	Ziyaret sıklığı ve memnuniyet	,968	,789	,059	<,001
s28	Ziyaret sıklığı ve memnuniyet	,891	,768	,056	<,001
s9	Hakkaniyet	1,000	,329		
s13	Hakkaniyet	2,101	,629	,379	<,001
s19	Hakkaniyet	1,268	,343	,288	<,001
s25	Hakkaniyet	1,717	,519	,327	<,001
s31	Hakkaniyet	2,642	,766	,460	<,001
s32	Hakkaniyet	1,968	,640	,353	<,001
s2	Kurumsal destek	1,000	,623		
s7	Kurumsal destek	1,190	,780	,098	<,001
s8	Kurumsal destek	,878	,608	,087	<,001
s21	Kurumsal destek	1,079	,687	,097	<,001
s24	Kurumsal destek	1,183	,793	,096	<,001
s26	İzleme değerlendirme	1,000	,588		
s27	İzleme değerlendirme	1,245	,846	,102	<,001
s29	İzleme değerlendirme	1,179	,785	,101	<,001
s30	İzleme değerlendirme	1,074	,750	,094	<,001
s23	Teşhise erişim	1,000	,884		
s22	Teşhise erişim	,891	,759	,067	<,001
s20	Teşhise erişim	,563	,446	,068	<,001

Şekil 2’de görüldüğü gibi soru 9, soru 19 ve soru 20 çıkartılarak doğrulayıcı faktör analizi yeniden çalıştırılmış ve 1-3, 6-28, 10-11, 11-12, 12-14, 16-28 numaralı soruların hataları arasında ortak ilişkiler (kovaryanslar) olduğu tespit edilerek modelde kullanılmıştır. Sonuç olarak aşağıda Şekil 2’de yer alan nihai modelin sonuçlarına bakıldığında uyum iyiliklerinde düzelme olduğu görülmektedir $\chi^2/sd=2,879$, TLI=0,897, CFI=0,909, NFI=0,867, RMSEA=0,069). Şekil 2’de yer alan nihai modelin regresyon ağırlıkları ise Tablo 14’de yer almaktadır.

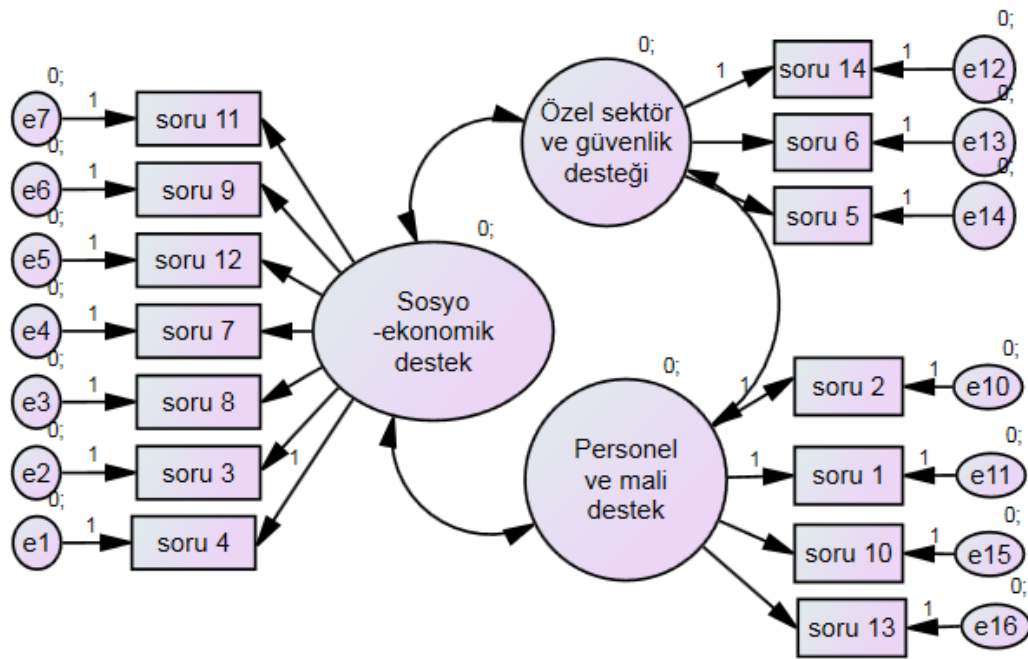


Şekil 2. ESH'nin birinci basamak sağlık kuruluşlarından kamu hastanelerine devrinin karşılaştırılmasının nihai ölçüm modeli ve uyum değerleri

Tablo 14. ESH'nin birinci basamak sağlık kuruluşlarından kamu hastanelerine devrinin karşılaştırılmasını tanımlayan nihai ölçüm modelinin regresyon ağırlıkları

Soru	Faktörler	Regresyon Ağırlığı	Standardize Regresyon Ağırlığı	Standart Hata	p değeri
s1	Ziyaret sıklığı ve memnuniyet	1,000	,749		
s3	Ziyaret sıklığı ve memnuniyet	,774	,685	,049	<,001
s4	Ziyaret sıklığı ve memnuniyet	,799	,644	,061	<,001
s5	Ziyaret sıklığı ve memnuniyet	,795	,654	,060	<,001
s6	Ziyaret sıklığı ve memnuniyet	1,110	,820	,065	<,001
s10	Ziyaret sıklığı ve memnuniyet	1,059	,829	,061	<,001
s11	Ziyaret sıklığı ve memnuniyet	1,034	,811	,061	<,001
s12	Ziyaret sıklığı ve memnuniyet	1,028	,781	,063	<,001
s14	Ziyaret sıklığı ve memnuniyet	1,081	,825	,063	<,001
s15	Ziyaret sıklığı ve memnuniyet	1,065	,877	,057	<,001
s16	Ziyaret sıklığı ve memnuniyet	,824	,649	,063	<,001
s17	Ziyaret sıklığı ve memnuniyet	,977	,795	,059	<,001
s28	Ziyaret sıklığı ve memnuniyet	,909	,783	,056	<,001
s2	Kurumsal Destek	1,000	,621		
s7	Kurumsal Destek	1,196	,781	,098	<,001
s8	Kurumsal Destek	,882	,608	,087	<,001
s21	Kurumsal Destek	1,081	,686	,097	<,001
s24	Kurumsal Destek	1,190	,794	,097	<,001
s32	Hakkaniyet	1,000	,629		
s31	Hakkaniyet	1,369	,768	,135	<,001
s25	Hakkaniyet	,858	,501	,109	<,001
s13	Hakkaniyet	1,093	,633	,116	<,001
s26	İzleme değerlendirme	1,000	,587		
s27	İzleme değerlendirme	1,246	,845	,102	<,001
s29	İzleme değerlendirme	1,186	,788	,101	<,001
s30	İzleme değerlendirme	1,072	,748	,094	<,001
s22	Teşhise erişim	1,000	,796		
s23	Teşhise erişim	1,000	,868		

Çalışmada kullanılan anketin üçüncü bölümünde, evde sağlık hizmetlerinde yaşanan sorunlara yönelik çözüm önerilerini ölçmek için kullanılan 14 maddenin açımlayıcı faktör analizi sonucunda ortaya koyduğu üç faktörlü yapının (sosyo-ekonomik destek, personel ve mali destek, özel sektör ve güvenlik desteği boyutları) doğruluğunu test etmek için Şekil 3'deki doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Şekil 3'de yer alan başlangıç modelin regresyon ağırlıkları Tablo 15'de yer almaktadır.



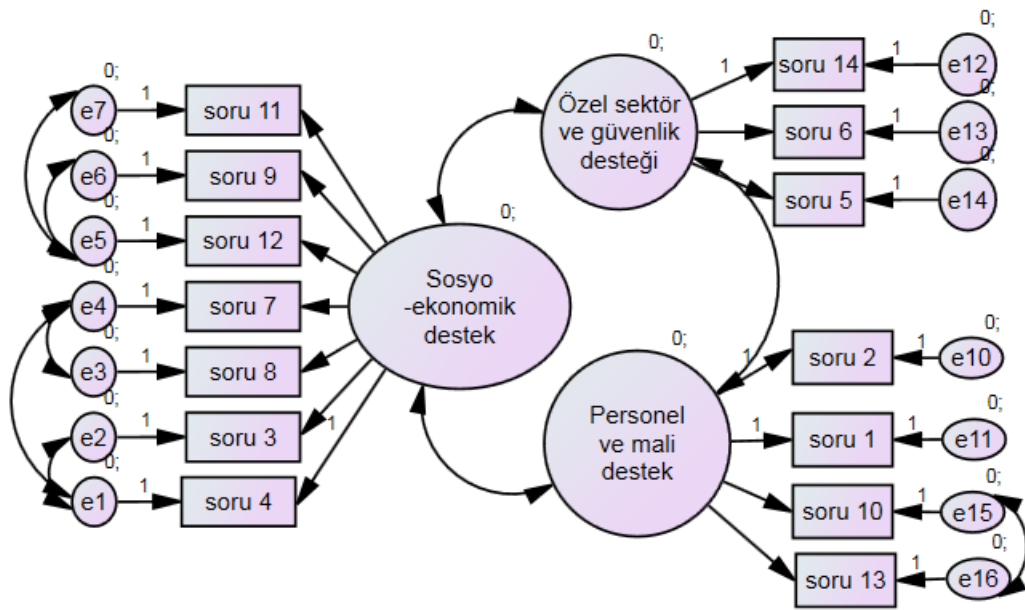
x2 (CMIN)	sd	x2/sd	TLI	CFI	NFI	RMSEA
503,583	74	6,805	0,785	0,825	0,802	0,121

Şekil 3. ESH'nin sorunlarına getirilen çözüm önerilerinin birinci ölçüm modeli ve uyum değerleri

Tablo 15. ESH'nin sorunlarına getirilen çözüm önerilerini tanımlayan ilk ölçüm modelinin regresyon ağırlıkları

Soru	Faktörler	Regresyon Ağırlığı	Standardize Regresyon Ağırlığı	Standart Hata	P değeri
s43	Sosyo-ekonomik destek	,901	,808	,067	<,001
s41	Sosyo-ekonomik destek	,809	,571	,081	<,001
s40	Sosyo-ekonomik destek	,824	,688	,070	<,001
s39	Sosyo-ekonomik destek	,893	,640	,081	<,001
s36	Sosyo-ekonomik destek	1,000	,655		
s35	Sosyo-ekonomik destek	,985	,693	,083	<,001
s44	Sosyo-ekonomik destek	,864	,775	,067	<,001
s33	Personel mali destek	1,000	,907		
s34	Personel mali destek	1,000	,941		
s42	Personel mali destek	,516	,418	,059	<,001
s45	Personel mali destek	,498	,457	,051	<,001
s37	Özel sektör ve güvenlik desteği	,958	,598	,166	<,001
s38	Özel sektör ve güvenlik desteği	1,044	,590	,181	<,001
s46	Özel sektör ve güvenlik desteği	1,000	,501		

Şekil 3’deki modelin uyum iyiliklerinin kabul edilebilir referans değerleri arasında yer almadığından sosyo-ekonomik destek, personel ve mali destek, özel sektör ve güvenlik desteği boyutları altındaki maddeler arasındaki kovaryanslar da modele dahil edilmiştir. Bu kapsamda 35-36, 36-39, 39-40, 41-44, 43-44, 42-45 numaralı soruların hataları arasında ortak ilişki olduğu tespit edilerek modelde kullanılmıştır. Sosyo-ekonomik destek, personel ve mali destek, özel sektör ve güvenlik desteği arasındaki kovaryans muhafaza edilmiştir. Sonuç olarak aşağıda Şekil 4’de yer alan nihai modelin sonuçlarına bakıldığında uyum iyiliklerinde düzelme olduğu görülmektedir ($\chi^2 /sd =3,392$, TLI=0,911, CFI=0,933, NFI=0,908, RMSEA=0,078). Şekil 4’de yer alan mevcut evde sağlık hizmetlerinin sorunlarına getirilen çözüm önerilerini ölçen nihai modelin regresyon ağırlıkları Tablo 16’da yer almaktadır.



x2 (CMIN)	sd	x2/sd	TLI	CFI	NFI	RMSEA
234,043	69	3,392	0,911	0,933	0,908	0,078

Şekil 4. ESH’nin sorunlarına getirilen çözüm önerilerinin nihai ölçüm modeli ve uyum değerleri

Tablo 16. ESH'nin sorunlarına getirilen çözüm önerilerini tanımlayan nihai ölçüm modelinin regresyon ağırlıkları

Soru	Faktörler	Standardize Regresyon Ağırlığı	Regresyon Ağırlığı	Standart Hata	P değeri
s36	Sosyo-ekonomik destek	0,597	1		
s35	Sosyo-ekonomik destek	0,67	1,043	0,076	<,001
s41	Sosyo-ekonomik destek	0,611	0,951	0,101	<,001
s43	Sosyo-ekonomik destek	0,774	0,947	0,087	<,001
s40	Sosyo-ekonomik destek	0,663	0,87	0,086	<,001
s39	Sosyo-ekonomik destek	0,586	0,899	0,088	<,001
s44	Sosyo-ekonomik destek	0,752	0,921	0,088	<,001
s34	Personel ve mali destek	0,943	1		
s33	Personel ve mali destek	0,908	1		
s42	Personel ve mali destek	0,408	0,503	0,059	<,001
s45	Personel ve mali destek	0,447	0,486	0,051	<,001
s46	Özel sektör ve güvenlik desteği	0,501	1		
s37	Özel sektör ve güvenlik desteği	0,601	0,962	0,167	<,001
s38	Özel sektör ve güvenlik desteği	0,587	1,038	0,18	<,001

2.10. GÜVENİLİRLİK ANALİZİ

Çalışmada kullanılan soru kağıdının yapı geçerliliği değerlendirildikten sonra ortaya konulması gereken diğer bir özellik ise ölçümün güvenilir olmasıdır. Genel olarak güvenilirlik zamana göre değişmezlik, farklı uygulayıcılar arası tutarlılık ve aynı kavramı ölçen maddeler arası içsel tutarlılık gibi yöntemler ile ölçülmektedir. İçsel tutarlılık yönteminde yaygın şekilde Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı kullanılmakta olup, literatürde alfa güvenilirlik katsayısının 0,7 ve daha yukarısı olması önerilmesine rağmen, 0,5 ya da daha yukarı olduğunda da güvenilirliğin yeterli bir düzey olduğunu ifade eden çalışmalar da mevcuttur (Stewart ve diğerleri, 1988, s.734-732).

Çalışmada kullanılan soru kağıdının güvenilirlik düzeylerine ilişkin bulgular Tablo 17'de yer almaktadır. Buna göre soru kağıdının ikinci bölümünde, evde sağlık hizmetlerinin birinci basamak sağlık kuruluşlarından kamu hastanelerine devrini karşılaştıran 28 maddenin içsel tutarlılık katsayısının 0,791 olduğu, bu bölüm altında yer alan beş boyutun güvenilirlik katsayılarının ise madde sayısı az olan hakkaniyet boyutu dışında 0,882-0,957 arasında yer aldığı; anketin üçüncü bölümünde ESH'lerinde yaşanan sorunlara yönelik çözüm önerilerini ortaya koyan 14 maddenin genel güvenilirlik

katsayısının ise 0,594 olmasına karşın bu bölüm altında yer alan 3 boyutun güvenilirlik katsayılarının 0,787-0,894 arasında olduğu görülmüştür.

Tablo 17. Araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenilirlik düzeylerine ilişkin bulgular

Boyutlar	Madde Sayısı	Cronbach Alfa
Birinci basamak sağlık kuruluşları ve hastaneler tarafından verilen evde sağlık hizmetlerinin karşılaştırılması	28	0,791
Ziyaret sıklığı ve memnuniyet	13	0,957
Kurumsal Destek	5	0,882
İzleme değerlendirme	4	0,896
Hakkaniyet	4	0,410
Teşhise erişim	2	0,938
Evde sağlık hizmetlerinde yaşanan sorunlara ilişkin çözüm önerileri	14	0,594
Sosyo-ekonomik destek	7	0,894
Personel ve mali destek	4	0,863
Özel sektör ve güvenlik desteği	3	0,787
Genel Güvenirlik katsayısı	42	0,766

3. BÖLÜM

BULGULAR

Çalışmanın bu bölümünde tanımlayıcı ve hipotezlere ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Tanımlayıcı bulgular kapsamında; ESH'lerinin birinci basamak sağlık kuruluşlarından (TSM'ler) kamu hastanelerine devredilmesi sonucunda sunulan hizmetlerin sıklığı ve maliyetinde herhangi bir değişiklik olup olmadığını belirlemek için kullanılan veri tabanından seçilen 304 hastanın kişisel özellikleri ile ESH'lerinin sunumundaki organizasyonel değişikliği hizmet sunan ve alanların nasıl bulduklarını belirlemek için yapılan anket araştırmasına katılan 74 personel ve 322 hasta/ hasta yakınının özellikleri ile ilgili tanımlayıcı bilgiler sunulmuştur. Ayrıca, tanımlayıcı bulgular kapsamında ikincil veri kaynağına dayalı olarak devir öncesi ve devir sonrası verilen hizmetlerin sıklığı ve maliyetine ilişkin tanımlayıcı bilgilere ve birincil veri kaynağı olarak yapılan saha araştırmasında hizmeti sunanlar ile alanların evde sağlık hizmetleri ile ilgili değerlendirmelerine ilişkin tanımlayıcı bilgilere de yer verilmiştir.

Hipotezlere ait bulgular kapsamında ise önce evde sağlık hizmetlerinin sunumunun birinci basamak sağlık kuruluşlarından kamu hastanelerine devredilmesinin hizmet kullanım sıklığı ve maliyeti üzerindeki etkileri ile hizmet kullanım ve maliyetini etkileyen faktörlere ilişkin analitik sonuçlara yer verilmiştir. Daha sonra hizmeti sunanlar ile alanların evde sağlık hizmetleri ile ilgili değerlendirmeleri arasındaki karşılaştırmalar ile katılımcıların evde sağlık hizmetleri ile görüşlerini etkileyen faktörlere ilişkin analitik sonuçlara yer verilmiştir.

3.1. ARAŞTIRMA KAPSAMINDAKİ KATILIMCILARA İLİŞKİN TANIMLAYICI BULGULAR

Eskişehir ilinde ikincil verilerden elde edilen evde sağlık hizmetlerinin birinci basamak sağlık kuruluşlarından kamu hastanelerine devrinden 6 ay öncesi ve 6 ay sonrası hizmet alan 730 hastadan örneklem seçilen 304 hastanın kişisel özelliklerine ilişkin bulgular

Tablo 18’de yer almaktadır. Buna göre hastaların %55,9’unu kadınlar oluştururken, %52,3’ü 81 yaş ve üzerindedir. En çok görülen hastalık grubu, %35,2 oranında SVO, MS, alzheimer, parkinson, demans, mental retardasyon, felç gibi nörolojik sistem hastalıkları grubudur. Maliyet araştırması kapsamında incelenen evde sağlık hizmetlerindeki ziyaretlerin %56,3’ünü kamu hastaneleri tarafından verilirken, en çok verilen hizmet %40,2 ile hasta muayenesidir.

Tablo 18. Eskişehir ilinde ESH’ni birinci basamak sağlık kuruluşlarından ve hastanelerden alan hastalara ilişkin bulgular

Değişkenler	Sayı	Yüzde
Cinsiyet		
Erkek	134	44,1
Kadın	170	55,9
Yaş		
3-65 yaş	41	13,5
66-80 yaş	104	34,2
81-104 yaş	159	52,3
Tanı		
Nörolojik sistem hastalıklar	107	35,2
Kardiyolojik sistem hastalıklar	30	9,9
Ortopedik sistem hastalıklar	12	4,0
Göğüs ve KBB sistem hastalıklar	11	3,6
Kanser ve diğer hastalıklar	22	7,2
Cevap yok	122	40,1
ESH’ni sunan birimin ziyaret sayısı		
Halk Sağlığı birimi	853	43,7
Kamu Hastaneleri birimi	1098	56,3
ESH’nde en çok sunulan hizmetler		
Hasta muayenesi hizmeti	998	40,2
Yara pansumanı hizmeti	577	23,2
Mesane sonda uygulaması hizmeti	445	17,9
Kan tahlili hizmeti	225	9,0
Diğer işlemler*	240	9,7

* Hastalara verilen eğitim, sağlık kurulu raporu, enjeksiyon, ağız dış sağlığı hizmetleri, lavman gibi işlemler

Tablo 19’a göre araştırmaya katılan hasta veya yakınlarının %60,3’ü Eskişehir ilinde iken, çalışanların %56,8’i Ankara ilindedir.

Tablo 19. Eskişehir ve Ankara illerinde ankete cevap veren katılımcılara ilişkin bulgular

İl/Hastaneler	Hasta/Yakını		Sağlık personeli	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Eskişehir ili	194	60,3	32	43,2
Yunus Emre Devlet Hastanesi	104	32,3	27	36,5
Eskişehir Şehir Hastanesi	90	28,0	5	6,7
Ankara ili	128	39,7	42	56,8
Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Hastanesi	48	14,9	9	12,2
Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi	31	9,6	16	21,6
Yenimahalle Eğitim Araştırma Hastanesi	29	9,0	8	10,8
Pursaklar Devlet Hastanesi	20	6,2	9	12,2
Toplam	322	100,0	74	100,0

ESH'lerinin sunumundaki organizasyonel değişiklik hakkında hizmet sunan ve alanların ne düşündüklerini belirlemek için 17 Ocak - 30 Nisan 2019 tarihleri arasında Eskişehir ve Ankara illerinde yapılan anket çalışmasına katılan 322 hastanın özellikleri ile ilgili tanımlayıcı bulgular Tablo 20'de yer almaktadır. Araştırmaya katılan hastaların %59'u kadın iken, %51,9'u dul veya bekarıdır. Hastaların %72,7'si 66 yaş ve üzerinde olup, en çok görülen hastalık grubu %48,1 oranında SVO, MS, beyin damarı tıkanıklığı, epilepsi, alzheimer, parkinson, demans, mental retardasyon, felç ve buna bağlı yatak yarası gibi nörolojik sistem hastalıkları grubudur. Bu bulgulara göre ikincil veri kaynağından yararlanarak ulaşılan maliyet araştırmasındaki evde sağlık hizmeti alan hastalar ile 17 Ocak - 30 Nisan 2019 tarihleri arasında yapılan anket araştırmasına katılan hastaların yaş, cinsiyet ve teşhisleri bakımından birbirlerine benzerlik göstermektedir.

Tablo 20. Eskişehir ve Ankara illerinde ankete cevap veren evde sağlık hizmeti alan hastalara ilişkin bulgular

Değişkenler	Sayı	Yüzde
Cinsiyet		
Erkek	132	41,0
Kadın	190	59,0
Medeni Durum		
Evli	152	47,2
Bekar	167	51,9
Cevap yok	3	0,9
Yaş		
3-65 yaş	86	26,7
66-80 yaş	119	37,0
81-104 yaş	115	35,7
Cevap yok	2	0,6
Eğitimi		
Okur-yazar değil	71	22,0
Okur-yazar	67	20,8
İlköğretim	127	39,4
Orta Öğretim	44	13,7
Lisans	8	2,5
Cevap yok	5	1,6
Tanısı		
Nörolojik sistem hastalıkları	155	48,1
Kardiyolojik sistem hastalıkları	38	11,8
Ortopedik sistem hastalıkları	27	8,4
Göğüs ve KBB sistem hastalıkları	14	4,3
Kanser ve diğer hastalıklar	20	6,2
Cevap yok	68	21,1
Sosyal Güvencesi		
SGK Çalışan	18	5,6
SGK Emekli	279	86,6
Özel Sağlık Sigortası	6	1,9
Yeşil Kart	6	1,9
Sosyal Güvencesi Yok	8	2,5
Cevap yok	5	1,5
Yaşadığınız evin mülkiyeti		
Kendimizin	229	71,1
Kira	85	26,4
Cevap yok	8	2,5
Ailenizin toplam geliri		
1000 TL'den az	14	4,4
1000-2000 TL arası	145	45,0
2001-5000 TL arası	148	46,0
5000 TL'den fazla	11	3,4
Cevap yok	4	1,2
Parasal yardım alıyor mu		
Evet	73	22,7
Hayır	246	76,4
Cevap yok	3	0,9
Aynı yardım alıyor mu		
Evet	31	9,6
Hayır	290	90,1
Cevap yok	1	0,3
Kaç yıldır Bakıma Muhtaç		
1-3 yıl arası	151	46,9
3 yıldan fazla	169	52,5
Cevap yok	2	0,6

Yatak yarası		
Var	152	47,2
Yok	170	52,8
Kendi kendine banyo yapması		
Var	40	12,4
Yok	281	87,3
Cevap yok	1	0,3
Kendi kendine giyinmesi		
Var	50	15,5
Yok	271	84,2
Cevap yok	1	0,3
Kendi kendine tuvalet yapması		
Var	63	19,6
Yok	258	80,1
Cevap yok	1	0,3
Kendi kendine transferi		
Var	75	23,3
Yok	245	76,1
Cevap yok	2	0,6
Dışkı veya idrar tutması		
Var	77	23,9
Yok	244	75,8
Cevap yok	1	0,3
Kendi kendine beslenmesi		
Var	108	33,5
Yok	211	65,6
Cevap yok	3	0,9
KATZ skoru		
Bağımlı	242	75,2
Yarı Bağımlı	52	16,1
Bağımsız	25	7,8
Cevap yok	3	0,9

Tablo 20'deki hastaların %86,6'sının SGK kapsamında emekli olduğu tespit edilirken, %39,4'ü ilköğretim mezunudur. Hastaların %71,1'inin kendi evleri varken, yaklaşık yarısının aylık geliri 2000 TL'nin altındadır. Hastaların sadece %22,7'si evde sağlık hizmetleri kapsamında devlet kurumlarından parasal yardım alırken, yine hastaların sadece %9,6'sı aynı yardım almaktadır. Hastaların %52,5'i üç yıldan fazla bakıma muhtaçken, hastaların %47,2'sinde yatalak hastalarda görülen yatak yarası bulunmaktadır. Hastaların %80'inden fazlasında banyo yapma, giyinme ve kendi başına tuvalet yapma konusunda başka bir kişiye bağımlıyken, %76'sından fazlasında dışkı veya idrarını tutamama ve kendi başına hareket edememesi mevcuttur. Yine hastaların %65,6'sı kendi başına beslenememektedir. Hastaların günlük yaşam aktivitelerini yapabilme durumları KATZ skoruna dayalı belirlendiğinde; %75,2'sinin başka bireye tam bağımlı iken, %16,1'inin yarı bağımlı ve %7,8'inin bağımsız olduğu görülmektedir.

Tablo 21. Eskişehir ve Ankara illerinde ankete cevap veren evde sağlık hizmeti alan hasta yakınlarına ilişkin bulgular

Değişkenler	Sayı	Yüzde
Cinsiyet		
Erkek	89	29,3
Kadın	214	70,4
Cevap yok	1	0,3
Medeni Durum		
Evli	243	80,0
Bekar	60	19,7
Cevap yok	1	0,3
Yaş		
50 yaş altı	166	54,6
50 yaş ve üstü	137	45,1
Cevap yok	1	0,3
Eğitimi		
Okur-yazar değil	6	1,9
Okur-yazar	5	1,7
İlköğretim	118	38,8
Orta Öğretim	121	39,8
Lisans	46	15,1
Lisansüstü	3	1,0
Cevap yok	5	1,7
Hasta yakınının hasta ile yakınlık derecesi		
Ebeveyn	10	3,3
Çocuk	210	69,1
Akraba	71	23,4
Yabancı	6	1,9
Cevap yok	7	2,3
Kaç yıldır bakım veriyor		
1-3 yıl arası	148	48,7
3 yıldan fazla	152	50,0
Cevap yok	4	1,3
ESH vermek için eğitim alıp almadığı		
Evet	50	16,5
Hayır	253	83,2
Cevap yok	1	0,3

Tablo 21'deki hasta yakınlarına ilişkin tanımlayıcı bulgular incelendiğinde; %70,6'sı kadın iken, %80'i evli ve %54,6'sı elli yaş altındadır. Hasta yakınlarının %78,6'sı ilköğretim veya ortaöğretim mezunu olup, %69,1'i hastaların çocuklarıdır. Hasta yakınlarının %50'si üç yıldan fazla süredir bakım verirken, %83,2'si ESH konusunda herhangi bir eğitim almadığını ifade etmiştir.

Tablo 22. Eskişehir ve Ankara illerinde ankete cevap veren evde sağlık hizmeti alan hasta ve yakınlarının aldıkları ESH'ne ilişkin tanımlayıcı bulgular

Değişkenler	Sayı	Yüzde
ESH'lerine kaydınızı nasıl yaptınız		
Hastanede yatarken görevliler bilgilendirdi	86	26,7
Sağlık raporu sonrası bilgilendirildik	12	3,7
Aile Sağlığı Merkezi bilgilendirdi	46	14,3
112 Acil Sağlık Hizmetleri bilgilendirdi	7	2,2
Kendimiz araştırdık	152	47,2
Diğer	17	5,3
Cevap yok	2	0,6
ESH'lerini ne kadar süredir alıyorsunuz		
12-23 ay arası	190	59,0
24 ay ve üstü	124	38,5
Cevap yok	8	2,5
ESH'lerini ne kadar sıklıkla alıyorsunuz		
Günaşırı	47	14,6
Haftada bir	87	27,0
İki haftada bir	44	13,7
Ayda bir	64	19,9
Bir aydan daha uzun	79	24,5
Cevap yok	1	0,3
ESH'lerini ne kadar sıklıkla almak isterdiniz		
Hergün	5	1,6
Günaşırı	78	24,2
Haftada bir	81	25,2
İki haftada bir	42	13,0
Ayda bir	54	16,8
Bir aydan daha uzun	52	16,1
Cevap yok	10	3,1
ESH ekibini aradıktan sonra genellikle ne kadar sürede bakım alıyorsunuz		
Aynı gün	37	11,5
Ertesi gün	153	47,5
Üç gün sonra	68	21,1
Bir hafta sonra	57	17,7
Üç hafta sonra	6	1,9
Üç haftadan daha uzun	1	0,3
ESH'lerini nereden almak isterdiniz		
Aile hekimimden	78	24,2
TSM'lerden	37	11,5
Belediyelerden	7	2,2
S.B. hastanelerinden	162	50,3
Üniversite hastanelerinden	20	6,2
Cevap yok	18	5,6

Tablo 22’de görüldüğü üzere, araştırmaya katılan hasta ve yakınlarının %47,2’si evde sağlık hizmetlerine kayıtlarını kendileri araştırarak yaptırırken, %59’u 12-23 ay arası evde sağlık hizmetlerini almaktadır. Hasta ve yakınlarının %27’si evde sağlık hizmetlerini haftada bir alırken, yine %24,5’i bir aydan daha uzun sürede almaktadır. Buna karşılık hasta ve yakınlarının %25,2’si evde sağlık hizmetlerini haftada bir almak isterken, yine %24,2’si gūnaşırı almak istemektedir. Hasta ve yakınlarının %47,5’i evde sağlık hizmetleri ekibini aradıktan sonra genellikle ertesi gün sağlık hizmetini almaktadır. Hasta ve yakınlarının %50,3’ü evde sağlık hizmetlerini Sağlık Bakanlığı hastanelerinden almak isterken, yine %24,2’si aile hekiminden almak istemektedir.

Tablo 23. Eskişehir ve Ankara illerinde ankete cevap veren evde sağlık hizmeti sunan çalışanlara ilişkin bulgular

Değişkenler	Sayı	Yüzde
Cinsiyet		
Erkek	24	32,4
Kadın	50	67,6
Medeni Durum		
Evli	51	68,9
Bekar	23	31,1
Yaş		
40 yaş altı	38	51,4
40 yaş ve üstü	33	44,6
Cevap yok	3	4,0
Meslek		
Hekim	20	27,0
Diğer (Ebe-Hemşire ve Sağlık Memuru)	54	73,0
ESH konusunda eğitim alıp almadığı		
Evet	51	68,9
Hayır	23	31,1
ESH konusunda sertifika olup olmadığı		
Var	8	10,8
Yok	66	89,2
ESH’lerdeki görev süresi		
1-3 yıl arası	43	58,1
3 yıldan fazla	31	41,9
Daha önce görev yaptığı ESH birimi		
TSM Birimi	67	90,5
Hastane Birimi	7	9,5

Tablo 23’de görüldüğü üzere, araştırmaya katılan ESH’leri personelinin ise %67,6’sının kadın, %68,9’unun evli, %51,4’ünün 40 yaş altı ve %73’ünün ebe-hemşire ve sağlık memurundan oluştuğu görülmektedir. ESH personelinin %68,9’u ESH konusunda eğitim alırken, %89,2’sinin ESH konusunda herhangi bir sertifikası yoktur. Sağlık personelinin %58,1’inin ESH’lerindeki görev süresi 1-3 yıl arasında olup, bunların %90,5’i TSM’ne bağlı evde sağlık biriminde görev yapmıştır.

3.2. ARAŞTIRMA KAPSAMINDAKİ KATILIMCILARIN GÖRÜŞLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Araştırmaya katılan sağlık personeli ile hasta ve yakınlarının, evde sağlık hizmetlerini birinci basamak sağlık kuruluşlarından (TSM’ler), kamu hastanelerine devri konusundaki görüşleri Tablo 24’de yer almaktadır. Araştırmamızdaki en yüksek ve en düşük katılım gösterilen boyutların her biri değerlendirilmiştir. Daha sonra tüm boyutlar hem katılım yüzdesi açısından hem de ortalama değer açısından en yüksek ve en düşük katılım gösterilen maddeler incelenmiştir. Boyutları oluşturan yargılara ankete cevap verenlerin katılım durumları, “kesinlikle katılıyorum” ve “katılıyorum” tercihini işaretleyenler Tablo 24’de görüldüğü gibi birleştirilerek gösterilmiştir. Aynı şekilde “kesinlikle katılmıyorum” ve “katılmıyorum” tercihini işaretleyenler de birlikte gösterilmiştir.

Tablo 24. Ankete cevap veren sağlık personeli ve hasta/ hasta yakınlarının ESH'nin birinci basamak sağlık kuruluşlarından kamu hastanelerine devredilmesine ilişkin görüşleri

Yargılar	Kesinlikle Katılmıyorum ve Katılmıyorum (%)	Kararsızım (%)	Kesinlikle Katılıyorum ve Katılıyorum (%)	Ort.	Ss.
1-) Evde Sağlık Hizmetleri (ESH), hastanelere bağlandıktan sonra hastalar daha sık ve düzenli ziyaret edilmektedir.	31,0	12,4	56,6	3,34	1,24
3-) ESH'lerinin, hastanelere bağlı birim olmasıyla daha fazla hastaya ulaşıldığını düşünüyorum.	17,3	33,9	48,8	3,41	1,06
4-) ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra uygulamaya konulan koordinasyon biriminin 7/24 olarak çalışması sonucunda hastalara daha kısa sürede cevap verildiğini düşünüyorum.	24,4	12,2	63,4	3,52	1,16
5-) ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra uygulamaya konulan esnek mesai sisteminin daha etkili ve verimli olduğunu düşünüyorum.	19,3	14,0	66,7	3,59	1,13
6-) ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonraki süreçte, ESH ekibi tarafından gerçekleştirilen ortalama ziyaret süresinin daha da arttığını düşünüyorum.	29,4	11,9	58,7	3,36	1,26
10-) ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, sağlık hizmetlerinin daha fazla hasta odaklı olarak verildiğini düşünüyorum.	23,9	12,2	63,9	3,48	1,19
11-) ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra ziyaret edilen hasta ve/veya yakınlarına hastalık, tedavi ve bakım konusunda daha fazla bilgi verilmektedir.	26,2	11,7	62,1	3,45	1,19
12-) ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, ESH ekibi tarafından yapılan hasta ziyaretlerinde özellikle yatak yarasının önlenmesine yönelik eğitimlere, tedavi ve pansumanına daha fazla ilgi gösterildiğini düşünüyorum.	29,7	12,9	57,4	3,37	1,23
14-) ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra ziyaret edilen hasta ve/veya yakınlarına özellikle tıbbi ve psikolojik destek konularında daha fazla destek verilmektedir.	28,1	13,4	58,5	3,37	1,22
15-) ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra hasta ve hasta yakınlarının daha fazla memnun kaldığını düşünüyorum.	19,8	16,2	64,0	3,59	1,13
16-) ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra hasta ve hasta yakınlarının problemleri daha iyi çözüldüğü için diğer sağlık kurumlarına yapılan başvuru sayısının azaldığını düşünüyorum.	28,2	16,3	55,5	3,40	1,18
17-) ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, hastaların bakım planlarına daha çok uyulduğunu düşünüyorum.	24,4	16,8	58,9	3,47	1,14
28-) ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra hizmet kullanıcılarının memnuniyetlerine daha fazla önem verildiğini düşünüyorum.	18,5	15,6	65,9	3,62	1,09
Ziyaret sıklığı ve memnuniyet boyutu				3,46	0,92
2-) ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, aktif hastalara talep olmasa da altı ayda bir rutin ziyaret yapılmaya başlandı.	56,9	11,2	32,0	2,68	1,29
7-) ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, ekipte hastaya gerekli desteği verecek sağlık personeli sayısı ve çeşidi (Psikolog, Sosyal çalışmacı, Fizyoterapist, Diş Hekimi veya Uzman Hekim) daha da arttı.	61,1	15,0	23,9	2,55	1,23
8-) ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, evde sağlık hizmetlerinin Valilik, Belediyeler, Aile Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü ve gönüllü vakıf ve dernekler tarafından daha çok desteklendiğini düşünüyorum.	53,9	20,4	25,7	2,67	1,16
21-) ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, hastaların sağlık kuruluşuna transferi/ulaşımı konusunda daha fazla destek olduğunu düşünüyorum.	44,2	15,5	40,4	3,02	1,26
24-) ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, hastalara tıbbi malzemelerin temini konusunda daha fazla destek olduğunu düşünüyorum.	53,5	16,8	29,7	2,78	1,12
Kurumsal destek boyutu				2,74	0,94
26-) ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, takip gerektiren hastaların aile hekimleri de bilgilendirildiği için ilaç ve tıbbi malzemelerin reçetelendirilmesinin daha kolay olduğunu düşünüyorum.	36,1	15,6	48,3	3,21	1,22
27-) ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, hizmet sunum süreçleri Evde Sağlık Koordinasyon Merkezi tarafından düzenli aralıklarla izlendiği için verilen hizmetlerin daha güvenilir ve kaliteli olduğunu düşünüyorum.	16,6	30,4	53,0	3,47	1,05
29-) ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, aile bakıcılarının bakım hizmeti sunma kabiliyetlerinin düzenli olarak izlendiğini ve değerlendirildiğini düşünüyorum.	22,7	38,7	38,7	3,23	1,08
30-) ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, elektronik sağlık bilgi sistemlerini kullanarak hastaların tıbbi geçmişi hakkında daha fazla bilgiye sahip olduğunu düşünüyorum.	18,6	38,5	42,9	3,36	1,03
İzleme değerlendirme boyutu				3,31	0,89

13-) ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, hizmetlerin bakım-ihtiyaç analizine dayalı olarak sunulmadığını düşünüyorum.	20,9	20,9	58,2	3,47	1,13
25-) ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra hastane yönetimi evde sağlık hizmetlerini kar amaçlı bir hizmet olarak görmediğinden bu alana yeterli sayı ve kalitede tıbbi malzeme ve ekipman ayırmadığı için hizmet kalitesinin düştüğünü düşünüyorum.	31,5	31,6	36,9	3,04	1,12
31-) ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, gerçek ihtiyaç sahipleri yerine daha çok mobil hastalara hizmet verildiğini düşünüyorum.	26,1	20,9	53,0	3,33	1,16
32-) ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, kırsal alanlarda sabit bir ESH ekibinin olmaması nedeniyle sunulan hizmetin niceliği ve niteliğinin kentsel alanlara göre daha düşük olduğunu düşünüyorum.	31,7	44,8	23,5	2,88	1,04
Hakkaniyet boyutu				3,07	0,54
22-) ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra röntgen ve laboratuvar testlerinin kullanımında artış olduğunu düşünüyorum.	25,0	22,3	52,7	3,37	1,09
23-) ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, laboratuvar test sonuçlarının daha kısa sürede çıkarıldığını düşünüyorum.	20,5	21,5	58,0	3,49	1,05
Teşhise erişim boyutu				3,30	0,79

Tablo 24’de görüldüğü gibi ankete cevap veren katılımcıların (sağlık personeli ve hasta/hasta yakınlarının) görüşleri açımlayıcı faktör analizi sonucu ulaşılan beş faktör altında toplanan 28 madde katılım yüzdeleri ve ortalama değer açısından değerlendirilmiştir.

ESH’nin birinci basamak sağlık kuruluşlarından kamu hastanelerine devrinin karşılaştırılması ile ilgili beş faktör ortalama değer açısından incelenmiştir. Ziyaret sıklığı ve memnuniyet boyutunun diğer boyutlara göre daha yüksek ve “katılıyorum” düşüncesine daha yakın bir ortalama değere (Ort:3,46 ±0,92) sahip olduğu görülmüştür. Buna karşın, kurumsal destek boyutunun diğer boyutlara göre daha düşük ve “katılmıyorum” düşüncesine daha yakın bir ortalama değere (Ort:2,74 ±0,94) sahip olduğu görülmüştür. Ayrıca sağlık personeli ile hasta veya yakınları araştırmanın bu bölümünde tüm yargılara minimum “1-kesinlikle katılmıyorum” ifadesiyle, maksimum “5-kesinlikle katılıyorum” ifadesiyle cevap vermişlerdir.

ESH’nin birinci basamak sağlık kuruluşlarından kamu hastanelerine devrinin ziyaret sıklığı ve memnuniyet boyutu ile ilgili görüşler incelenmiş olup, bu boyutun “katılıyorum” düşüncesine daha yakın bir değer olan 3,46 (±0,92) ortalama değere sahip olduğu görülmüştür. Katılımcıların uygulamaya konulan esnek mesai sisteminin daha etkili ve verimli olduğunu ifade eden 5’inci maddeye “kesinlikle katılıyorum” ve “katılıyorum” diyenlerin yüzdesinin (%66,7) diğer yargılara göre çok daha fazla olduğu görülmüştür. Buna karşılık katılımcıların, ESH’lerinin hastanelere bağlanmasıyla daha fazla hastaya ulaşıldığını ifade eden 3’ncü maddeye “kesinlikle katılıyorum” ve “katılıyorum” diyenlerin yüzdesinin (%48,8) diğer yargılara göre daha az olduğu

görülmüştür. Hasta ve yakınlarının memnuniyetlerine daha fazla önem verildiğini ifade eden 28'nci maddenin diğer yargılara göre daha yüksek ve "katılıyorum" düşüncesine daha yakın bir ortalama değere (Ort:3,62 \pm 1,09) sahip olduğu görülmüştür. Buna karşılık hastaların daha sık ve düzenli ziyaret edildiğini ifade eden 1'inci maddenin diğer yargılara göre daha düşük ve "kararsızım" düşüncesine daha yakın bir ortalama değere (Ort:3,34 \pm 1,24) sahip olduğu görülmüştür.

ESH'nin birinci basamak sağlık kuruluşlarından kamu hastanelerine devrinin kurumsal destek boyutu ile ilgili görüşler incelenmiş olup, bu boyutun "katılmıyorum" düşüncesine daha yakın bir değer olan 2,74 (\pm 0,94) ortalama değere sahip olduğu görülmüştür. Katılımcıların ESH ekibinde hastaya gerekli desteği verecek sağlık personeli sayısının ve çeşidinin daha fazla arttığını ifade eden 7'nci maddeye "kesinlikle katılmıyorum" ve "katılmıyorum" diyenlerin yüzdesinin (%61,1) diğer yargılara göre çok daha fazla olduğu ve bu maddenin diğer yargılara göre daha düşük ve "katılmıyorum" düşüncesine daha yakın bir ortalama değere (Ort:2,55 \pm 1,23) sahip olduğu görülmüştür. Buna karşılık hastaların sağlık kuruluşuna transferi konusunda daha fazla destek olunduğunu ifade eden 21'inci maddeye "kesinlikle katılmıyorum" ve "katılmıyorum" diyenlerin yüzdesinin (%44,2) diğer yargılara göre daha az olduğu ve bu maddenin diğer yargılara göre daha yüksek ve "kararsızım" düşüncesine daha yakın bir ortalama değere (Ort: 3,02 \pm 1,26) sahip olduğu görülmüştür.

ESH'nin birinci basamak sağlık kuruluşlarından kamu hastanelerine devrinin izleme değerlendirme boyutu ile ilgili görüşler incelenmiş olup, bu faktörün "katılıyorum" düşüncesine daha yakın bir değer olan 3,31 (\pm 0,89) ortalama değere sahip olduğu görülmüştür. Katılımcıların, sunulan hizmetlerin düzenli aralıklarla izlendiği için daha güvenilir ve kaliteli olduğunu ifade eden 27'nci maddeye "kesinlikle katılıyorum" ve "katılıyorum" diyenlerin yüzdesinin (%53,0) diğer yargılara göre daha fazla olduğu ve bu maddenin diğer yargılara göre daha yüksek ve "katılıyorum" düşüncesine daha yakın bir ortalama değere (Ort:3,47 \pm 1,053) sahip olduğu görülmüştür. Buna karşılık aile bakıcılarının bakım hizmeti sunma kabiliyetlerinin düzenli olarak izlendiğini ve değerlendirildiğini ifade eden 29'uncu maddeye hem "kararsızım" diyenlerin hem de "katılmıyorum" diyenlerin yüzdesinin (%38,7) diğer yargılara göre daha az olduğu görülmüştür. İlaç ve tıbbi malzemelerin reçetelendirilmesinin daha kolay olduğunu

ifade eden 26'ncı maddenin diğer yargılara göre daha düşük ve “kararsızım” düşüncesine daha yakın bir ortalama değere (Ort:3,21 \pm 1,22) sahip olduğu görülmüştür.

ESH'nin birinci basamak sağlık kuruluşlarından kamu hastanelerine devrinin hakkaniyet boyutu ile ilgili görüşler incelenmiş olup, bu boyutun “kararsızım” düşüncesine daha yakın bir değer olan 3,07 (\pm 0,54) ortalama değere sahip olduğu görülmüştür. Katılımcılar, hizmetlerin bakım-ihiyaç analizine dayalı olarak sunulmadığını ifade eden 13'üncü maddeye “kesinlikle katılıyorum” ve “katılıyorum” diyenlerin yüzdesinin (%58,2) diğer yargılara göre daha fazla olduğu ve bu maddenin diğer yargılara daha yüksek “katılıyorum” düşüncesine daha yakın bir ortalama değere (Ort:3,47 \pm 1,13) sahip olduğu görülmüştür. Buna karşılık hastane yönetiminin ESH alanına yeterli sayı ve kalitede tıbbi malzeme ve ekipman ayırmadığı için hizmet kalitesinin düştüğünü ifade eden 25'inci maddeye “kesinlikle katılıyorum” ve “katılıyorum” diyenlerin yüzdesinin (%36,9) diğer yargılara göre daha az olduğu görülmüştür. Kırsal alanlarda sunulan hizmetin niceliği ve niteliğinin kentsel alanlara göre daha düşük olduğunu ifade eden 32'nci maddenin diğer yargılara göre daha düşük ve “kararsızım” düşüncesine daha yakın bir ortalama değere (Ort:2,88 \pm 1,12) sahip olduğu görülmüştür.

ESH'nin birinci basamak sağlık kuruluşlarından kamu hastanelerine devrinin teşhise erişim boyutu ile ilgili görüşler incelenmiş olup, bu boyutun “katılıyorum” düşüncesine daha yakın bir değer olan 3,30 (\pm 0,79) ortalama değere sahip olduğu görülmüştür. Laboratuvar test sonuçlarının daha kısa sürede çıkarıldığını ifade eden 23'üncü maddeye “kesinlikle katılıyorum” ve “katılıyorum” diyenlerin yüzdesinin (%58,0) diğer yargıya göre daha fazla olduğu ve bu maddenin diğer yargıya göre daha yüksek “katılıyorum” düşüncesine daha yakın bir ortalama değere (Ort:3,49 \pm 1,05) sahip olduğu görülmüştür. Buna karşılık katılımcıların röntgen ve laboratuvar testlerinin kullanımında artış olduğunu ifade eden 22'nci maddeye “kesinlikle katılıyorum” ve “katılıyorum” diyenlerin yüzdesinin (%52,7) diğer yargıya göre daha az olduğu ve bu maddenin diğer yargıya göre daha düşük ve “kararsızım” düşüncesine daha yakın ortalama değere (Ort:3,37 \pm 1,09) sahip olduğu görülmüştür.

Tablo 25. ESH’inde yaşanan sorunların çözümü ile ilgili önerilere sağlık personeli, hasta ve yakınlarının katılım düzeylerine ilişkin tanımlayıcı bulgular

Yargılar	Kesinlikle Katılmıyorum ve Katılmıyorum (%)	Kararsızım (%)	Kesinlikle Katılıyorum ve Katılıyorum (%)	Ort.	Ss.
35-) Hasta yakınlarına belirli program dahilinde psikolojik destek sağlanması gerektiğini düşünüyorum.	7,6	6,4	86,0	4,27	0,95
36-) Hasta yakınlarına en az ayda iki gün ESH merkezinden görevlendirilecek bir bakıcı sayesinde dinlenme, dışarıda yemek yeme, gezme ve sinemaya gitme gibi sosyal faaliyetlerde bulunma imkanı verilmelidir.	8,4	13,9	77,7	4,15	1,02
39-) Aile Sosyal Politikalar Bakanlığı ve valiliklerce hasta yakınlarına verilen mali desteğin hakkaniyetli olması için hastaların “Günlük Yaşam Aktiviteleri”ni yapabilme kapasitelerine göre bir ödeme bareminin geliştirilmesi gerektiğini düşünüyorum.	6,6	14,0	79,4	4,10	0,94
40-) Sağlık Bakanlığı tarafından verilen ESH’lerinin belediyeler ve Aile Sosyal Politikalar Bakanlığınca verilecek bakım ve sosyal hizmetlerle desteklenmesi gerektiğini düşünüyorum.	4,1	8,4	87,5	4,22	0,80
41-) ESH’lerinde çalışan personelin memnuniyetinin artırılması için görevli personele sık sık hizmet içi eğitim verilmelidir.	7,6	13,5	78,9	4,02	0,95
43-) Hasta yakınlarını yara bakımı, pansuman, beslenme gibi temel konularda bilgilendirmek için kamu spotu veya açık öğretim tekniklerinden yararlanılmalıdır.	2,8	6,3	90,9	4,32	0,75
44-) Vatandaşların ESH’leri ile ilgili farkındalığını sağlamak için ESH ile ilgili tanıtım çalışmalarına önem verilmelidir.	3,3	4,8	91,9	4,32	0,75
Sosyo-ekonomik destek boyutu				4,20	0,66
33-) ESH’leri ekibinin yükünün azaltılması için İl genelindeki ESH ekibi sayısı artırılmalıdır.	7,3	7,8	84,9	4,22	0,92
34-) ESH ekibinin hasta ziyaretlerine zamanında gidebilmesi için ulaşım aracı sayısı artırılmalıdır.	5,8	7,6	86,6	4,27	0,86
42-) ESH’leri acil ve yoğun bakım hizmetleri gibi özelliği hizmetler olarak kabul edilerek ek ödeme puanları buna göre düzenlemelidir.	7,6	18,2	74,2	4,03	1,01
45-) Hastane ekibi tarafından sunulan ESH’lerinin maliyetini düşürmek için hastaların bağlı oldukları aile hekimleri ESH’lerinin bir parçası haline getirilmelidir.	4,1	15,7	80,2	4,17	0,89
Personel ve mali destek boyutu				4,17	0,71
37-) ESH’leri için ihtiyaç duyulan finansmanın sadece Genel Sağlık Sigortası tarafından karşılanması sürdürülebilir olmadığı için tamamlayıcı sigorta uygulamasına da yer verilmesi gerektiğini düşünüyorum.	25,4	39,2	35,3	3,21	1,08
38-) ESH’lerinin özel kuruluşlar yoluyla daha iyi verileceğini düşünüyorum.	55,0	25,4	19,6	2,55	1,19
46-) ESH ekibinin güvenliğini sağlamak için şüpheli vaka ziyaretlerinde ekipte güvenlik personelinin de olması ve kadın hastaya kadın personel erkek hastaya erkek personelin hizmet vermesi gerektiğini düşünüyorum.	31,6	18,0	50,4	3,40	1,35
Özel sektör ve güvenlik desteği boyutu				3,05	0,89

Tablo 25’de sağlık personel ile hasta/yakınlarının, evde sağlık hizmetlerinde yaşanan sorunlara yönelik çözüm önerilerine katılım durumları yer almaktadır. Tablo 25’de görüldüğü gibi katılımcıların, açılımlayıcı faktör analizi sonucunda üç faktör altında

toplanan 14 çözüm önerisine katılım düzeyleri hem katılım yüzdesi hem de ortalama değerler açısından gösterilmiştir.

ESH’nde yaşanan mevcut sorunlara yönelik çözüm önerileri ile ilgili 3 faktör katılım yüzdeleri ve ortalama değer açısından incelenmiştir. Sosyo-ekonomik destek boyutunun diğer boyutlara göre daha yüksek ve “katılıyorum” düşüncesine daha yakın bir ortalama değere (Ort: 4,20 \pm 0,66) sahip olduğu görülmüştür. Buna karşın özel sektör ve güvenlik desteği boyutunun diğer boyutlara göre daha düşük ve “kararsızım” düşüncesine daha yakın bir ortalama değere (Ort: 3,05 \pm 0,89) sahip olduğu görülmüştür. Ayrıca bu bölümde sadece sağlık personelleri, 39’uncu maddedeki “Günlük Yaşam Aktiviteleri”ni yapabilme kapasitelerine göre bir ödeme bareminin geliştirilmesi gerektiğini düşünüyorum” yargısına minimum “2-katılmıyorum” ifadesiyle, maksimum “5-kesinlikle katılıyorum” ifadesiyle cevap vermişlerdir. Bunun dışında sağlık personeli ile hasta veya yakınları araştırmanın bu bölümünde tüm yargılara minimum “1-kesinlikle katılmıyorum” ifadesiyle, maksimum “5-kesinlikle katılıyorum” ifadesiyle cevap vermişlerdir.

ESH’nin mevcut sorunlarına getirilen çözüm önerileri arasındaki sosyo-ekonomik destek ile ilgili görüşler incelenmiş olup, bu boyutun “katılıyorum” düşüncesine daha yakın bir değer olan 4,20 (\pm 0,66) ortalama değere sahip olduğu görülmüştür. ESH ile ilgili tanıtım çalışmalarına önem verilmesini gerektiğini ifade eden 44’ncü maddeye “kesinlikle katılıyorum” ve “katılıyorum” diyenlerin yüzdesinin (%91,9) diğer önerilere göre çok daha fazla olduğu görülmüştür. Buna karşılık hasta yakınlarına dinlenme, dışarıda yemek yeme, gezme ve sinemaya gitme gibi sosyal faaliyetlerde bulunma imkanı verilmesi gerektiğini ifade eden 36’ncı maddeye “kesinlikle katılıyorum” ve “katılıyorum” diyenlerin yüzdesinin (%77,7) diğerlerine göre daha düşük olduğu görülmüştür. Hasta yakınlarını hasta bakımı konularında bilgilendirmek için kamu spotu veya açık öğretim tekniklerinden yararlanılması gerektiğini ifade eden 43’üncü maddenin diğerlerine göre en yüksek ve “katılıyorum” düşüncesine daha yakın bir ortalama değere (Ort:4,32 \pm 0,75) sahip olduğu görülmektedir. Buna karşılık ESH’lerinde çalışan personelin memnuniyetinin arttırılması için görevli personele sık sık hizmet içi eğitim verilmesi gerektiğini ifade eden 41’inci maddenin diğerlerine göre

en düşük ve “katılıyorum” düşüncesine daha yakın bir ortalama değere (Ort:4,02 \pm 0,95) sahip olduğu görülmektedir.

ESH'nin mevcut sorunlarına getirilen çözüm önerileri arasındaki personel ve mali destek ile ilgili görüşler incelenmiş olup, bu boyutun “katılıyorum” düşüncesine daha yakın bir değer olan 4,17 (\pm 0,71) ortalama değere sahip olduğu görülmüştür. ESH ekibindeki ulaşım aracı sayısının artırılması gerektiğini ifade eden 34'üncü maddeye “kesinlikle katılıyorum” ve “katılıyorum” diyenlerin yüzdesinin (%86,6) diğer önerilere göre daha fazla olduğu ve bu önerinin diğerlerine göre daha yüksek ve “katılıyorum” düşüncesine daha yakın bir ortalama değere (Ort:4,27 \pm 0,86) sahip olduğu görülmüştür. Buna karşılık, ESH'leri özellikli hizmetler olarak kabul edilerek ek ödeme puanları buna göre düzenlemesi gerektiğini ifade eden 42'nci maddeye “kesinlikle katılıyorum” ve “katılıyorum” diyenlerin yüzdesinin (%74,2) diğerlerine göre daha az olduğu ve bu önerinin diğerlerine göre daha düşük ve “katılıyorum” düşüncesine daha yakın bir ortalama değere (Ort:4,03 \pm 1,01) sahip olduğu görülmüştür.

ESH'nin mevcut sorunlarına getirilen çözüm önerileri arasındaki özel sektör ve güvenlik desteği ile ilgili görüşler incelenmiş olup, bu boyutun “kararsızım” düşüncesine daha yakın bir değer olan 3,05 (\pm 0,89) ortalama değere sahip olduğu görülmüştür. ESH'lerinin özel kuruluşlar yoluyla daha iyi verileceğini ifade eden 38'inci maddeye “kesinlikle katılmıyorum” ve “katılmıyorum” diyenlerin yüzdesinin (%55,0) diğer önerilere göre daha fazla olduğu ve bu önerinin diğerlerine göre daha düşük ve “katılmıyorum” düşüncesine daha yakın bir ortalama değere (Ort:2,55 \pm 1,19) sahip olduğu görülmüştür. Buna karşılık, ESH'leri için tamamlayıcı sigorta uygulamasına yer verilmesi gerektiğini ifade eden 37'nci maddeye “kararsızım” diyenlerin yüzdesinin (%39,2) diğerlerine göre daha az olduğu görülmüştür. ESH ekibinde güvenlik personelinin olmasını ve kadın hastaya kadın personel erkek hastaya erkek personelin hizmet vermesi gerektiğini ifade eden 46'nci maddenin diğer önerilere göre daha yüksek ve “katılıyorum” düşüncesine daha yakın bir ortalama değere (Ort:3,40 \pm 1,35) sahip olduğu görülmüştür.

Araştırmada, ESH kapsamında sunulması istenilen ilave hizmetlerin neler olduğuna dair sorulan soruya 396 katılımcıdan 106 katılımcı cevap vermiştir. Cevaplayanların %12'si

teşekkürlerini iletip, aldıkları hizmetten memnun olduklarını, başka ihtiyaçları olmadıklarını söylerken, katılımcıların %11'i ekibe fizyoterapist, psikolog ve sosyal çalışma uzmanı gibi mesleklerin dahil edilmesi gerektiğini ifade etmiştir. Cevaplayanların %8'si nakil ambulans ve engelli bakım parası isterken, katılımcıların %6'sı eve doktor gelmesini, branş doktorlara erişemediklerini, aranmadan ekibin rutin ziyaretler yapması gerektiğini ve aldıkları hizmetten memnun olmadıklarını ifade etmişlerdir. Katılımcıların %5,6'sı ekipteki personel ve araç sayısının yetersiz olduğunu düşünürken, EKG, EKO, ultrason gibi tıbbi cihazlarla evde hizmet verilmesi gerektiğini ve tıbbi malzeme desteği verilmesi gerektiğini düşünmektedir. Araştırmada, ESH'lerinde değiştirilmesini veya geliştirilmesini istenilen şeylerin neler olduğunu öğrenmek için sorulan soruya 396 katılımcıdan 70 katılımcı cevap vermiştir. Cevaplayanların %18'si evde sağlık ekiplerinin ve araçlarının çoğaltılması gerektiğini söylerken, katılımcıların %10'u hasta yakınlarının bakım konusunda eğitilmesi gerektiğini, daha fazla, kaliteli, güler yüzlü hizmet beklentisindedir. Katılımcıların %7'si devletten tıbbi malzeme desteği beklerken, cevaplayanların %5,7'si muayene ve işleyiş sistemlerinin değişmesi gerektiğini, denetimlerin artması gerektiğini, fizyoterapist, psikolog ve sosyal çalışmacı personelinin ekipte bulunması gerektiğini ifade etmiştir.

3.3. HİPOTEZLERE İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde çalışmanın hipotezlerine ilişkin bulgulara yer verilmektedir. Bu kapsamda; evde sağlık hizmetlerinin birinci basamak sağlık kuruluşlarından kamu hastanelerine devredilmesinin hizmet kullanım sıklığı ve maliyetlerine etkisini göstermek için hastaların (n=304) hizmet kullanımları ile maliyetlerinin karşılaştırılmasına, hastalar için verilen hizmetler ya da yapılan işlemler ile bunlara ait giderleri etkileyen tahmin ediciler ile ilgili sonuçlara, evde sağlık hizmetlerinin birinci basamak sağlık kuruluşlarından kamu hastanelerine devredilmesine ilişkin görüşlerin personel ve hasta/hasta yakınları ile Eskişehir ve Ankara illeri açısından karşılaştırılmasına, personel ve hasta/hasta yakınlarının görüşlerini etkileyen faktörlerle ilgili sonuçlara ve evde sağlık hizmetlerinde yaşanan sorunlarına yönelik çözüm önerilerini etkileyen faktörlere

ait sonuçlara yer verilmiştir. Aşağıda önce ilgili hipotez, daha sonra o hipoteze ilişkin bulgular verilmiştir.

Hipotez 1. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında (TSM) sunulan evde sağlık hizmetleri ile kamu hastanelerinde sunulan evde sağlık hizmetlerinin hizmet kullanım sıklığı [1- muayene sayıları, 2-pansuman sayıları, 3-sonda sayıları, 4-tahlil sayıları, 5-sağlık raporu sayıları, 6-eğitim sayıları, 7-diğer işlem sayıları, 8-toplam ziyaret, 9-toplam işlem] ve hizmet maliyetleri [10- muayene ücretleri, 11- pansuman ücretleri, 12- sonda ücretleri, 13- tahlil ücretleri, 14- sağlık raporu ücretleri, 15-eğitim ücretleri, 16- diğer işlem ücretleri, 17-toplam harcama ve 18-toplam ziyaret başı harcama] arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Tablo 26. Birinci basamak sağlık kuruluşları ve kamu hastaneleri tarafından verilen ESH'nin hizmet sayısı ve hizmet giderleri açısından karşılaştırması

Hizmetler	N	Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları		Kamu Hastaneleri		t	p
		Ort.	Ss.	Ort.	Ss.		
Muayene sayısı	304	1,46	1,16	2,10	2,20	-4,34	<,001
Muayene ücreti	304	13,84	10,99	32,58	34,16	-8,85	<,001
Pansuman sayısı	304	1,09	3,29	,82	2,70	1,64	,101
Pansuman ücreti	304	3,43	10,37	2,58	8,51	1,64	,101
Sonda sayısı	304	0,93	2,75	,75	1,57	1,18	,239
Sonda ücreti	304	4,80	11,41	4,99	10,49	-0,27	,787
Tahlil sayısı	304	0,02	0,18	,72	1,71	-7,15	<,001
Tahlil ücreti	304	0,19	1,73	6,92	16,43	-7,15	<,001
Sağlık raporu sayısı	304	0,14	0,42	,24	0,57	-2,48	,014
Sağlık raporu ücreti	304	0,19	0,69	,34	0,86	-2,46	,014
Eğitim sayısı	304	0,31	0,58	,05	0,26	7,05	<,001
Eğitim ücreti	304	2,57	4,84	,42	2,17	7,05	<,001
Diğer işlem sayısı	304	0,04	0,33	,07	0,30	-1,12	,263
Diğer işlem ücreti	304	0,18	1,14	,67	3,43	-2,33	,021
Toplam ziyaret sayısı	304	2,98	3,48	3,64	3,39	-2,67	,008
Toplam işlem sayısı	304	3,80	4,18	4,74	4,62	-2,76	,006
Toplam harcama	304	25,39	20,60	48,49	47,36	-7,22	<,001
Ziyaret başı harcama	304	10,14	3,64	13,71	6,21	-9,19	<,001

Tablo 26'da birinci basamak sağlık kuruluşları ve kamu hastaneleri tarafından sunulan evde sağlık hizmetleri ile bu hizmetlerin ücretlerine ilişkin karşılaştırmalar yer almaktadır. Evde sağlık hizmetleri kapsamında kamu hastanelerinin birinci basamak sağlık kuruluşlarına ($Ort_{IB}=2,10$ karşı $Ort_{BB}=1,46$) göre daha fazla muayene hizmeti

verdikleri ve dolayısıyla daha fazla muayene ücreti tahsil ettikleri ($Ort_{IB}=32,58$ karşı $Ort_{BB}=13,84$), daha fazla tahlil yaptıkları ($Ort_{IB}=0,72$ karşı $Ort_{BB}=0,02$) ve daha fazla tahlil ücreti tahsil ettikleri ($Ort_{IB}=6,92$ karşı $Ort_{BB}=0,19$), daha fazla sağlık raporu verdikleri ($Ort_{IB}=0,24$ karşı $Ort_{BB}=0,14$) ve daha fazla sağlık raporu ücreti tahsil ettikleri ($Ort_{IB}=0,34$ karşı $Ort_{BB}=0,19$), hasta ve hasta yakınlarına daha az eğitim verdikleri ($Ort_{IB}=0,05$ karşı $Ort_{BB}=0,31$), daha az eğitim ücreti tahsil ettikleri ($Ort_{IB}=0,42$ karşı $Ort_{BB}=2,57$), yapılan diğer işlemler açısından aralarında fark olmamakla birlikte diğer işlemlerden daha fazla ücret tahsil ettikleri ($Ort_{IB}=0,67$ karşı $Ort_{BB}=0,18$), daha fazla hasta ziyareti yaptıkları ($Ort_{IB}=3,64$ karşı $Ort_{BB}=2,98$), yaptıkları toplam işlem sayısının ($Ort_{IB}=4,74$ karşı $Ort_{BB}=3,80$) dolayısıyla toplam tedavi giderinin ($Ort_{IB}=48,49$ karşı $Ort_{BB}=25,39$) ve ziyaret başı tedavi giderinin daha fazla olduğu ($Ort_{IB}=13,71$ karşı $Ort_{BB}=10,14$) ve bu farklılıkların istatistiksel olarak da anlamlı olduğu ($p<0,05$) görülmüştür. Buna karşın, birinci basamak sağlık kuruluşları ile kamu hastanelerinin yaptıkları pansuman sayıları ve ücretleri, sonda sayıları ve ücretleri ve diğer işlem sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Dolayısıyla bu bulgulara göre Hipotez 1.1, Hipotez 1.4, Hipotez 1.5, Hipotez 1.6, Hipotez 1.8, Hipotez 1.9, Hipotez 1.10, Hipotez 1.13, Hipotez 1.14, Hipotez 1.15, Hipotez 1.16, Hipotez 1.17, Hipotez 1.18 kabul edilirken, Hipotez 1.2, Hipotez 1.3, Hipotez 1.7, Hipotez 1.11 ve Hipotez 1.12 red edilmiştir.

Hipotez 2. Evde sağlık hizmetlerini alan hastaların sosyo-demografik (*cinsiyet, yaş ve teşhis*) özellikleri ile hizmet kullanım sıklığı [*1-muayene sayıları, 2-pansuman sayıları, 3-sonda sayıları, 4-tahlil sayıları, 5-sağlık raporu sayıları, 6-eğitim sayıları, 7-diğer işlem sayıları, 8-toplam ziyaret, 9-toplam işlem*] ve hizmet maliyetleri [*10- muayene ücretleri, 11- pansuman ücretleri, 12- sonda ücretleri, 13- tahlil ücretleri, 14- sağlık raporu ücretleri, 15-eğitim ücretleri, 16- diğer işlem ücretleri, 17-toplam harcama ve 18-toplam ziyaret başı harcama*] arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo 27. Hastalara evde sağlık hizmetleri kapsamında yapılan işlemlerin sayısını etkileyen faktörlere ilişkin bulgular

Değişkenler	Standardize β Katsayısı								
	Muayene sayısı	Pansuman sayısı	Sonda sayısı	Tahlil sayısı	Sağlık raporu sayısı	Eğitim sayısı	Diğer işlem sayısı	Toplam ziyaret sayısı	Toplam işlem sayısı
Cinsiyet	-,277*	,197*	,037	-,207*	-,061*	,019	,046	,029	-,054
Yaş	-,209*	,122*	,102*	-,115*	-,043	-,089*	-,097*	,035	-,025
Nörolojik sistem hastalıkları olan hastalar	,090*	-,138*	-,119*	-,056	,314*	,068	-,169*	-,184*	-,150*
Kardiyolojik sistem hastalıkları olan hastalar	,094*	-,032	,021	-,087*	,125*	,021	-,181*	,005	,002
Ortopedik sistem hastalıkları olan hastalar	-,104*	,234*	-,120*	-,113*	,033	,041	-,115*	,055	,009
Göğüs ve KBB sistem hastalıkları olan hastalar	,103*	-,125*	-,093*	,007	,001	-,007	-,116*	-,147*	-,133*

*: $p < 0,05$

Evde sağlık hizmetleri alan hastalara yapılan işlem sayılarının kişisel özelliklerine (cinsiyet, yaş, teşhis) göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla çok değişkenli regresyon analizi yapılmıştır. Tablo 27'de görüldüğü gibi yapılan analiz sonucunda; muayene, pansuman, sonda, tahlil, sağlık raporu, diğer işlem, toplam ziyaret ve toplam işlem sayılarında varyasyonu tahminleyen anlamlı modellere ulaşılmış ($p < 0,001$) olup, cinsiyet, yaş ve teşhis durumlarına göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p < 0,05$).

Bulgulara göre; kadın hastaların muayene sayısının ($\beta = -0,277$; $t = -9,468$; $p < 0,001$), tahlil sayısının ($\beta = -0,21$; $t = -6,849$; $p < 0,001$) ve sağlık raporu sayısının ($\beta = -0,06$; $t = -2,022$; $p = 0,043$) erkeklerden daha fazla olduğu, erkek hastaların pansuman sayısının ($\beta = 0,197$; $t = 6,813$; $p < 0,001$) kadınlardan daha fazla olduğu görülmüştür.

Hastaların yaşları ilerledikçe muayene sayısının ($\beta = -0,209$; $t = -6,975$; $p < 0,001$), tahlil sayısının ($\beta = -0,115$; $t = -3,714$; $p < 0,001$), eğitim sayısının ($\beta = -0,089$; $t = -2,815$; $p = 0,005$) ve diğer işlem sayısının ($\beta = -0,097$; $t = -3,118$; $p = 0,002$) azaldığı görülürken, pansuman sayısının ($\beta = 0,122$; $t = 4,102$; $p < 0,001$) ve sonda sayısının ($\beta = 0,102$; $t = 3,251$; $p = 0,001$) arttığı görülmüştür.

Nörolojik sistem hastalıkları olan hastaların muayene sayısının ($\beta=0,090$; $t=2,089$; $p=0,037$) ve sağlık rapor sayısının ($\beta=0,314$; $t=7,117$; $p<0,001$) diğer sistem hastalıkları olan hastalara göre daha fazla olduğu görülürken, pansuman sayısının ($\beta=-0,138$; $t=-3,242$; $p=0,001$), sonda sayısının ($\beta=-0,119$; $t=-2,650$; $p=0,008$), diğer işlem sayısının ($\beta=-0,169$; $t=-3,781$; $p=0,002$), toplam ziyaret sayısının ($\beta=-0,184$; $t=-4,125$; $p<0,001$) ve toplam işlem sayısının ($\beta=-0,150$; $t=-3,347$; $p=0,001$) diğer sistem hastalıkları olan hastalara göre daha az olduğu anlaşılmaktadır.

Kardiyolojik sistem hastalıkları olan hastaların muayene sayısının ($\beta=0,094$; $t=2,399$; $p=0,017$) ve sağlık raporu sayısının ($\beta=0,125$; $t=3,112$; $p=0,002$) diğer sistem hastalıkları olan hastalara göre daha fazla olduğu görülürken, tahlil sayısının ($\beta=-0,087$; $t=-2,156$; $p=0,031$) ve diğer işlem sayısının ($\beta=-0,181$; $t=-4,438$; $p<0,001$) diğer sistem hastalıkları olan hastalara göre daha az olduğu anlaşılmaktadır.

Ortopedik sistem hastalıkları olan hastaların muayene sayısının ($\beta=-0,104$; $t=-3,119$; $p=0,002$), sonda sayısının ($\beta=-0,120$; $t=-3,451$; $p=0,001$), tahlil sayısının ($\beta=-0,113$; $t=-3,270$; $p=0,001$) ve diğer işlem sayısının ($\beta=-0,115$; $t=-3,317$; $p=0,001$) diğer sistem hastalıkları olan hastalara göre daha az olduğu görülürken, pansuman sayısının ($\beta=0,234$; $t=7,113$; $p<0,001$) diğer sistem hastalıkları olan hastalara göre daha fazla olduğu anlaşılmaktadır.

Göğüs ve KBB sistem hastalıkları olan hastaların pansuman sayısının ($\beta=-0,125$; $t=-3,912$; $p<0,001$), sonda sayısının ($\beta=-0,093$; $t=-2,742$; $p=0,006$), diğer işlem sayısının ($\beta=-0,116$; $t=-3,452$; $p=0,001$), toplam ziyaret sayısının ($\beta=-0,147$; $t=-4,387$; $p<0,001$) ve toplam işlem sayısının ($\beta=-0,133$; $t=-3,929$; $p<0,001$) diğer sistem hastalıkları olan hastalara göre daha az olduğu görülürken, muayene sayısının ($\beta=0,103$; $t=3,205$; $p=0,001$) diğer sistem hastalıkları olan hastalara göre daha fazla olduğu anlaşılmaktadır.

Düzeltilmiş açıklayıcılık katsayıları (R^2) incelendiğinde, kişisel özelliklerin (yaş, cinsiyet ve teşhisler) pansuman sayısının %13,4'ünü, muayene sayısının %11,5'ini, sağlık rapor sayısının %6,3'ünü, tahlil sayısının %5'ini, toplam ziyaret sayısının %4,7'sini, diğer işlem sayısının %3,6'sını, sonda sayısının %2,8'ini, toplam işlem sayısının %2,8'ini, eğitim sayısının %0,5'ini açıkladığı görülmektedir. Varyans şişme

değerleri ($VIF \leq 5$) çoklu bağlantı sorunu olmadığına işaret etmektedir. Regresyon analiz sonuçlarına ait detaylı tablolar Ek 8’de sunulmaktadır. Sonuç olarak bu bulgulara göre, muayene, pansuman, sonda, tahlil, sağlık raporu, diğer işlem, toplam ziyaret, toplam işlem sayıları katılımcıların yaş, cinsiyet ve teşhislerine göre farklılaştığını öne süren Hipotez 2.1, Hipotez 2.2, Hipotez 2.3, Hipotez 2.4, Hipotez 2.5, Hipotez 2.7, Hipotez 2.8 ve Hipotez 2.9 kabul edilmiştir. Eğitim sayısında ise katılımcıların kişisel özelliklerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadığı ($p=0,067$) için Hipotez 2.6 red edilmiştir.

Tablo 28. Hastalara evde sağlık hizmetleri kapsamında yapılan işlemlerin maliyetini etkileyen faktörlere ilişkin bulgular

Değişkenler	Standardize β Katsayısı								
	Muayene gideri	Pansuman gideri	Sonda gideri	Tahlil gideri	Sağlık raporu gideri	Eğitim gideri	Diğer işlem gideri	Toplam ziyaret başı harcama	Toplam harcama
Cinsiyet	-,295*	,197*	,037	-,207*	-,067*	,019	,043	-,259*	-,256*
Yaş	-,227*	,122*	,102*	-,115*	-,049	-,089*	-,167*	-,229*	-,176*
Nörolojik sistem hastalıkları olan hastalar	,082	-,138*	-,119*	-,056	,245*	,068	,071	,121*	-,030
Kardiyolojik sistem hastalıkları olan hastalar	,045	-,032	,021	-,087*	,083*	,021	-,057	,019	,005
Ortopedik sistem hastalıkları olan hastalar	-,108*	,234*	-,120*	-,113*	,018	,041	-,035	-,101*	-,124*
Göğüs ve KBB sistem hastalıkları olan hastalar	,076*	-,125*	-,093*	,007	-,035	-,007	-,050	,095*	-,014

*: $p < 0,05$

Evde sağlık hizmetleri alan hastalara yapılan harcamaların kişisel özelliklerine (cinsiyet, yaş, teşhis) göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla çok değişkenli regresyon analizi yapılmıştır. Tablo 28’de görüldüğü gibi yapılan analiz sonucunda; muayene, pansuman, sonda, tahlil, sağlık raporu, diğer işlem, toplam ziyaret başı harcama ve toplam harcamalarında varyasyonu tahminleyen anlamlı modellere ulaşılmış ($p < 0,001$) olup, cinsiyet, yaş ve teşhis durumlarına göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p < 0,05$).

Bulgulara göre, kadın hastaların muayene giderinin ($\beta=-0,295$; $t=-10,130$; $p<0,001$), tahlil giderinin ($\beta=-0,207$; $t=-6,849$; $p<0,001$), sağlık raporu giderinin ($\beta=-0,067$; $t=-2,200$; $p=0,028$), toplam harcamasının ($\beta=-0,259$; $t=-8,588$; $p<0,001$), toplam ziyaret başı harcamasının ($\beta=-0,256$; $t=-8,870$; $p<0,001$) erkeklerden daha fazla olduğu görülürken, erkek hastaların pansuman giderinin ($\beta=0,197$; $t=6,813$; $p<0,001$) kadınlardan daha fazla olduğu anlaşılmaktadır.

Hastaların yaşları ilerledikçe muayene giderlerinin ($\beta=-0,227$; $t=-7,612$; $p<0,001$), tahlil giderinin ($\beta=-0,115$; $t=-3,714$; $p<0,001$), eğitim giderinin ($\beta=-0,089$; $t=-2,815$; $p=0,005$), diğer işlem giderinin ($\beta=-0,167$; $t=-5,357$; $p<0,001$), toplam harcamasının ($\beta=-0,176$; $t=-5,749$; $p<0,001$) ve toplam ziyaret başı harcamasının ($\beta=-0,229$; $t=-7,654$; $p<0,001$) azaldığı görülürken, pansuman giderinin ($\beta=0,122$; $t=4,102$; $p<0,001$) ve sonda giderinin ($\beta=0,102$; $t=3,251$; $p=0,001$) arttığı anlaşılmaktadır.

Nörolojik sistem hastalıkları olan hastaların pansuman giderinin ($\beta=-0,138$; $t=-3,242$; $p=0,001$) ve sonda giderinin ($\beta=-0,119$; $t=-2,650$; $p=0,008$) diğer sistem hastalıkları olan hastalara göre daha az olduğu görülürken, sağlık rapor giderinin ($\beta=0,245$; $t=5,507$; $p<0,001$) ve toplam ziyaret başı harcamasının ($\beta=0,121$; $t=2,809$; $p=0,005$) diğer sistem hastalıkları olan hastalara göre daha fazla olduğu anlaşılmaktadır.

Kardiyolojik sistem hastalıkları olan hastaların tahlil giderinin ($\beta=-0,087$; $t=-2,156$; $p=0,031$) diğer sistem hastalıkları olan hastalara göre daha az olduğu görülürken, sağlık raporu giderinin ($\beta=0,083$; $t=2,040$; $p=0,042$) diğer sistem hastalıkları olan hastalara göre daha fazla olduğu anlaşılmaktadır.

Ortopedik sistem hastalıkları olan hastaların muayene giderinin ($\beta=-0,108$; $t=-3,267$; $p=0,001$), sonda giderinin ($\beta=-0,120$; $t=-3,451$; $p=0,001$), tahlil giderinin ($\beta=-0,113$; $t=-3,270$; $p=0,001$), toplam harcamasının ($\beta=-0,124$; $t=-3,651$; $p<0,001$) ve toplam ziyaret başı harcamasının ($\beta=-0,101$; $t=-3,040$; $p=0,002$) diğer sistem hastalıkları olan hastalara göre daha az olduğu görülürken, pansuman giderinin ($\beta=0,234$; $t=7,113$; $p<0,001$) diğer sistem hastalıkları olan hastalara göre daha fazla olduğu anlaşılmaktadır.

Göğüs ve KBB sistem hastalıkları olan hastaların muayene giderinin ($\beta=0,076$; $t=2,356$; $p=0,019$) ve toplam ziyaret başı harcamasının ($\beta=0,095$; $t=2,948$; $p=0,003$) diğer sistem hastalıkları olan hastalara göre daha fazla olduğu görülürken, pansuman giderinin ($\beta=-0,125$; $t=-3,912$; $p<0,001$) ve sonda giderinin ($\beta=-0,093$; $t=-2,742$; $p=0,006$) diğer sistem hastalıkları olan hastalara göre daha az olduğu anlaşılmaktadır.

Düzeltilmiş açıklayıcılık katsayıları (R^2) incelendiğinde, kişisel özelliklerin (yaş, cinsiyet ve teşhisler) pansuman giderinin %13,4'ünü, muayene giderinin %11,5'ini, toplam ziyaret başı harcamasının %11,4'ünü, toplam harcamasının %7,9'unu, tahlil giderinin %5'ini, sağlık rapor giderinin %4,6'sını, diğer işlem harcamasının %4,1'ini, sonda harcamasının %2,8'ini, eğitim harcamasının %0,5'ini açıkladığı görülmektedir. Varyans şişme değerleri ($VIF \leq 5$) çoklu bağlantı sorunu olmadığına işaret etmektedir. Regresyon analiz sonuçlarına ait detaylı tablolar Ek 8'de sunulmaktadır. Sonuç olarak bu bulgulara göre, muayene, pansuman, sonda, tahlil, sağlık raporu, diğer işlem giderlerinin, toplam harcamaların ve toplam ziyaret başı harcamaların hastaların yaş, cinsiyet ve teşhislerine göre farklılaştığını öne süren Hipotez 2.10, Hipotez 2.11, Hipotez 2.12, Hipotez 2.13, Hipotez 2.14, Hipotez 2.16, Hipotez 2.17 ve Hipotez 2.18 kabul edilmiştir. Eğitim giderinde ise katılımcıların kişisel özelliklerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadığı ($p=0,067$) için Hipotez 2.15 red edilmiştir. Aşağıda önce Hipotez 3, daha sonra o hipoteze ilişkin analiz sonuçları verilmiştir.

Hipotez 3. Evde sağlık hizmetlerinin sunumunun birinci basamak sağlık kuruluşlarından (TSM), kamu hastanelerine devredilmesi konusunda personel ile hasta/hasta yakınlarının görüşleri [*1-Ziyaret sıklığı ve memnuniyet, 2- Kurumsal destek, 3- İzleme değerlendirme, 4- Hakkaniyet ve 5- Teşhise erişim boyutları itibariyle*] arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Tablo 29. Sağlık personeli ve hasta/yakınlarının ziyaret sıklığı ve memnuniyet boyutuna ilişkin görüşlerinin karşılaştırılması

	Gruplar	Sayı	Ort.	Ss.	t	p
Ziyaret sıklığı ve memnuniyet faktörü	Personel	74	3,19	1,14	-2,808	,005
	Hasta/Yakını	321	3,52	0,85		
1-Evde Sağlık Hizmetleri (ESH), hastanelere bağlandıktan sonra hastaları daha sık ziyaret etmeye başladık.	Personel	74	3,05	1,46	-2,190	,029
	Hasta/Yakını	320	3,40	1,18		
3-ESH'lerinin, hastanelere bağlı birim olmasıyla daha fazla hastaya ulaşıldığını düşünüyorum.	Personel	73	3,34	1,38	-0,635	,526
	Hasta/Yakını	319	3,43	0,97		
4-ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra uygulamaya konulan koordinasyon biriminin 7/24 olarak çalışması sonucunda hastalara daha kısa sürede cevap verildiğini düşünüyorum.	Personel	74	3,68	1,18	1,260	,210
	Hasta/Yakını	320	3,48	1,15		
5-ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra uygulamaya konulan esnek mesai sisteminin daha etkili ve verimli olduğunu düşünüyorum.	Personel	73	2,89	1,34	-6,080	<,001
	Hasta/Yakını	321	3,75	1,02		
6-ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonraki süreçte, ESH ekibi tarafından gerçekleştirilen ortalama ziyaret süresinin daha da arttığını düşünüyorum.	Personel	74	3,07	1,44	-2,232	,026
	Hasta/Yakını	320	3,43	1,21		
10-ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, sağlık hizmetlerinin daha fazla hasta odaklı olarak verildiğini düşünüyorum.	Personel	74	3,05	1,33	-3,427	,001
	Hasta/Yakını	319	3,57	1,14		
11-ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra ziyaret edilen hasta ve/veya yakınlarına hastalık, tedavi ve bakım konusunda daha fazla bilgi verilmektedir.	Personel	73	3,21	1,40	-1,928	,055
	Hasta/Yakını	320	3,50	1,14		
12-ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, ESH ekibi tarafından yapılan hasta ziyaretlerinde özellikle yatak yarasının önlenmesine yönelik eğitimlere, tedavi ve pansumanına daha fazla ilgi gösterildiğini düşünüyorum.	Personel	74	3,18	1,46	-1,494	,136
	Hasta/Yakını	320	3,41	1,17		
14-ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra ziyaret edilen hasta ve/veya yakınlarına özellikle tıbbi ve psikolojik destek konularında daha fazla destek verilmektedir.	Personel	74	2,97	1,42	-3,164	,002
	Hasta/Yakını	321	3,46	1,15		
15-ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra hasta ve hasta yakınlarının daha fazla memnun kaldığını düşünüyorum.	Personel	74	3,19	1,29	-3,446	,001
	Hasta/Yakını	320	3,68	1,07		
16-ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra hasta ve hasta yakınlarının problemleri daha iyi çözüldüğü için diğer sağlık kurumlarına yapılan başvuru sayısının azaldığını düşünüyorum.	Personel	74	3,27	1,19	-1,041	,300
	Hasta/Yakını	319	3,43	1,18		
17-ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, hastaların bakım planlarına daha çok uyulduğunu düşünüyorum.	Personel	74	3,19	1,31	-2,353	,019
	Hasta/Yakını	320	3,53	1,09		
28-ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra hizmet kullanıcılarının memnuniyetlerine daha fazla önem verildiğini düşünüyorum.	Personel	74	3,41	1,22	-1,850	,065
	Hasta/Yakını	316	3,67	1,05		

Tablo 29’da görüldüğü gibi evde sağlık hizmetlerinin birinci basamak sağlık kuruluşlarından kamu hastanelerine devri konusunda sağlık personeli ile hasta/yakınlarının “ziyaret sıklığı ve memnuniyet” boyutuna ilişkin görüşleri karşılaştırıldığında; hasta/hasta yakınlarının ($Ort_{Hasta/yakını}=3,52 \pm 0,85$) sağlık personeline ($Ort_{personel}=3,19 \pm 1,14$) göre daha olumlu görüşler bildirdiği ve istatistiksel olarak anlamlı ($p=0,005$) bir fark olduğu bulunmuştur. Bu sonuca göre Hipotez 3.1 kabul edilmiştir.

ESH personeli ile hasta/hasta yakınlarının “ziyaret sıklığı ve memnuniyet” boyutuna ilişkin görüşlerindeki farklılığın bu boyut altında yer alan hangi maddelerden kaynaklanmış olabileceğine bakıldığında ise; hasta/ hasta yakınlarının sağlık personeline göre “ESH hastanelere bağlandıktan sonra hastalar daha sık ve düzenli ziyaret edilmeye başlandı” ($Ort_{Hasta/yakını}= 3,40$ karşı $Ort_{personel}=3,05$), “ESH’leri hastanelere bağlandıktan sonra uygulamaya konulan esnek mesai sisteminin daha etkili ve verimli olduğunu düşünüyorum” ($Ort_{Hasta/yakını}=3,74$ karşı $Ort_{personel}=2,89$), “ESH’leri hastanelere bağlandıktan sonraki süreçte, ESH ekibi tarafından gerçekleştirilen ortalama ziyaret süresinin daha da arttığını düşünüyorum” ($Ort_{Hasta/yakını}=3,42$ karşı $Ort_{personel}=3,06$), “ESH’leri hastanelere bağlandıktan sonra, sağlık hizmetlerinin daha fazla hasta odaklı olarak verildiğini düşünüyorum” ($Ort_{Hasta/yakını}=3,57$ karşı $Ort_{personel}=3,05$), “ESH’leri hastanelere bağlandıktan sonra ziyaret edilen hasta ve/veya yakınlarına özellikle tıbbi ve psikolojik destek konularında daha fazla destek verilmektedir” ($Ort_{Hasta/yakını}=3,46$ karşı $Ort_{personel}=2,97$), “ESH’leri hastanelere bağlandıktan sonra hasta ve hasta yakınlarının daha fazla memnun kaldığını düşünüyorum” ($Ort_{Hasta/yakını}=3,68$ karşı $Ort_{personel}=3,18$) ve “ESH’leri hastanelere bağlandıktan sonra, hastaların bakım planlarına daha çok uyulduğunu düşünüyorum” ($Ort_{Hasta/yakını}=3,53$ karşı $Ort_{personel}=3,18$) maddelerine daha fazla katıldıkları ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0,05$) görülmektedir.

Tablo 30. Sağlık personeli ve hasta/yakının kurumsal destek boyutuna ilişkin görüşlerinin karşılaştırılması

Kurumsal destek faktörü	Gruplar	Sayı	Ort.	Ss.	t	p
	Personel	74	2,90	1,08		
	Hasta/Yakını	321	2,71	0,90	1,569	,117
2-ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, aktif hastalara talep olmasa da altı ayda bir rutin ziyaret yapılmaya başlandı.	Personel	73	2,60	1,32	-0,558	,578
	Hasta/Yakını	321	2,70	1,28		
7-ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, ekipte hastaya gerekli desteği verecek sağlık personeli sayısı ve çeşidi (Psikolog, Sosyal Hizmet Uzmanı, Fizyoterapist, Diş Hekimi veya Konsultan Hekim) daha da arttı.	Personel	72	2,79	1,42	1,879	,061
	Hasta/Yakını	321	2,49	1,17		
8-ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, evde sağlık hizmetlerinin Valilik, Belediyeler, Aile Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü ve gönüllü vakıf ve dernekler tarafından daha çok desteklendiğini düşünüyorum.	Personel	72	2,64	1,29	-0,244	,808
	Hasta/Yakını	321	2,68	1,13		
21-ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, hastaların sağlık kuruluşuna transferi/ulaşımı konusunda daha fazla destek olduğunu düşünüyorum.	Personel	74	3,28	1,21	2,099	,038
	Hasta/Yakını	320	2,95	1,27		
24-ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, hastalara tıbbi malzemelerin temini konusunda daha fazla destek olduğunu düşünüyorum.	Personel	74	3,11	1,20	2,581	,011
	Hasta/Yakını	320	2,71	1,19		

Tablo 30'da görüldüğü gibi evde sağlık hizmetlerinin birinci basamak sağlık kuruluşlarından kamu hastanelerine devri konusunda sağlık personeli ile hasta/yakınlarının “kurumsal destek” boyutuna ilişkin görüşleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ($p=0,117$) bir fark olmadığı bulunmuştur. Bu sonuca göre Hipotez 3.2 red edilmiştir.

ESH personeli ile hasta/hasta yakınlarının “kurumsal destek” boyutu altında yer alan maddeler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığına bakıldığında ise; sağlık personelinin hasta/yakınlarına göre “ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, hastaların sağlık kuruluşuna transferi/ulaşımı konusunda daha fazla destek olduğunu düşünüyorum” ($Ort_{\text{personel}}=3,28$ karşı $Ort_{\text{Hasta/yakını}}=2,95$), “ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, hastalara tıbbi malzemelerin temini konusunda daha fazla destek olduğunu düşünüyorum” ($Ort_{\text{personel}}=3,11$ karşı $Ort_{\text{Hasta/yakını}}=2,71$) maddelerine daha fazla katıldıkları ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0,05$) görülmektedir.

Tablo 31. Sağlık personeli ve hasta/yakının izleme değerlendirme boyutuna ilişkin görüşlerinin karşılaştırılması

İzleme değerlendirme faktörü	Gruplar	Sayı	Ort.	Ss.	t	p
	Personel	74	3,05	1,03			-2,882	,004
Hasta/Yakını	321	3,38	0,85			
26-ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, takip gerektiren hastaların aile hekimleri de bilgilendirildiği için ilaç ve tıbbi malzemelerin reçetelendirilmesinin daha kolay olduğunu düşünüyorum.	Personel	73	2,81	1,31	-2,978	,004
	Hasta/Yakını	318	3,31	1,18		
27-ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, hizmet sunum süreçleri Evde Sağlık Koordinasyon Merkezi tarafından düzenli aralıklarla izlendiği için verilen hizmetlerin daha güvenilir ve kaliteli olduğunu düşünüyorum.	Personel	74	3,24	1,31	-2,036	,042
	Hasta/Yakını	318	3,52	0,98		
29-ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, aile bakıcılarının bakım hizmeti sunma kabiliyetlerinin düzenli olarak izlendiğini ve değerlendirildiğini düşünüyorum.	Personel	74	2,95	1,20	-2,287	,024
	Hasta/Yakını	314	3,29	1,04		
30-ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, elektronik sağlık bilgi sistemlerini kullanarak hastaların tıbbi geçmişi hakkında daha fazla bilgiye sahip olduğunu düşünüyorum.	Personel	74	3,18	1,20	-1,681	,093
	Hasta/Yakını	313	3,40	0,99		

Tablo 31'de görüldüğü gibi evde sağlık hizmetlerinin birinci basamak sağlık kuruluşlarından kamu hastanelerine devri konusunda sağlık personeli ile hasta/yakınlarının “izleme değerlendirme” boyutuna ilişkin görüşleri karşılaştırıldığında; hasta/hasta yakınlarının ($Ort_{Hasta/yakını}=3,38 \pm 0,85$) çalışanlara ($Ort_{personel}=3,05 \pm 1,03$) göre daha olumlu görüşler bildirdiği ve istatistiksel olarak anlamlı ($p=0,004$) bir fark olduğu bulunmuştur. Bu sonuca göre Hipotez 3.3 kabul edilmiştir.

ESH personeli ile hasta/hasta yakınlarının “izleme değerlendirme” boyutuna ilişkin görüşlerindeki farklılığın bu boyut altında yer alan hangi maddelerden kaynaklanmış olabileceğine bakıldığında ise; hasta/ hasta yakınlarının sağlık personeline göre “ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, takip gerektiren hastaların aile hekimleri de bilgilendirildiği için ilaç ve tıbbi malzemelerin reçetelendirilmesinin daha kolay olduğunu düşünüyorum” ($Ort_{Hasta/yakını}=3,31$ karşı $Ort_{personel}=2,81$), “ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, hizmet sunum süreçleri Evde Sağlık Koordinasyon Merkezi tarafından düzenli aralıklarla izlendiği için verilen hizmetlerin daha güvenilir ve kaliteli olduğunu düşünüyorum” ($Ort_{Hasta/yakını}=3,52$ karşı $Ort_{personel}=3,24$), “ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, aile bakıcılarının bakım hizmeti sunma kabiliyetlerinin düzenli olarak izlendiğini ve değerlendirildiğini düşünüyorum” ($Ort_{Hasta/yakını}=3,29$ karşı

$Ort_{\text{personel}}=2,95$) maddelerine daha fazla katıldıkları ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0,05$) görülmektedir.

Tablo 32. Sağlık personeli ve hasta/yakının hakkaniyet boyutuna ilişkin görüşlerinin karşılaştırılması

	Gruplar	Sayı	Ort.	Ss.	t	p
Hakkaniyet faktörü (r)	Personel	74	2,97	0,57	-3,537	,001
	Hasta/Yakını	321	3,23	0,55		
13-ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, hizmetlerin bakım-ihtiyaç analizine dayalı olarak sunulmadığını düşünüyorum.	Personel	72	3,13	1,14	-2,824	,006
	Hasta/Yakını	321	3,54	1,11		
25-ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra hastane yönetimi evde sağlık hizmetlerini kar amaçlı bir hizmet olarak görmediğinden bu alana yeterli sayı ve kalitede tıbbi malzeme ve ekipman ayırmadığı için hizmet kalitesinin düştüğünü düşünüyorum.	Personel	73	2,90	1,18	-1,110	,270
	Hasta/Yakını	320	3,07	1,01		
31-ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, gerçek ihtiyaç sahipleri yerine daha çok mobil hastalara hizmet verildiğini düşünüyorum.	Personel	74	2,54	1,27	-6,847	<,001
	Hasta/Yakını	318	3,51	1,06		
32-ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, kırsal alanlarda sabit bir ESH ekibinin olmaması nedeniyle sunulan hizmetin niceliği ve niteliğinin kentsel alanlara göre daha düşük olduğunu düşünüyorum.	Personel	73	3,33	1,14	4,209	<,001
	Hasta/Yakını	318	2,77	0,99		

Tablo 32'de görüldüğü gibi evde sağlık hizmetlerinin birinci basamak sağlık kuruluşlarından kamu hastanelerine devri konusunda sağlık personeli ile hasta/yakınlarının "hakkaniyet" boyutuna ilişkin görüşleri karşılaştırıldığında; hasta/hasta yakınlarının ($Ort_{\text{Hasta/yakını}}=3,23 \pm 0,55$) sağlık personeline ($Ort_{\text{personel}}=2,97 \pm 0,57$) göre daha fazla katılım gösterdiği ve istatistiksel olarak anlamlı ($p=0,001$) bir fark olduğu bulunmuştur. Bu sonuca göre Hipotez 3.4 kabul edilmiştir.

ESH personeli ile hasta/hasta yakınlarının "hakkaniyet" boyutuna ilişkin görüşlerindeki farklılığın bu boyut altında yer alan hangi maddelerden kaynaklanmış olabileceğine bakıldığında ise; hasta/ hasta yakınlarının sağlık personeline göre "ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, hizmetlerin bakım-ihtiyaç analizine dayalı olarak sunulmadığını düşünüyorum" ($Ort_{\text{Hasta/yakını}}=3,54$ karşı $Ort_{\text{personel}}=3,13$), "ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, gerçek ihtiyaç sahipleri yerine daha çok mobil hastalara hizmet verildiğini düşünüyorum" ($Ort_{\text{Hasta/yakını}}=3,51$ karşı $Ort_{\text{personel}}=2,54$) maddelerine daha fazla katıldıkları ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0,05$) görülmektedir. Sağlık personeli hasta/ hasta yakınlarına göre "ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, kırsal alanlarda sabit bir ESH ekibinin olmaması nedeniyle sunulan hizmetin niceliği ve

niteliğinin kentsel alanlara göre daha düşük olduğunu düşünüyorum” ($Ort_{\text{personel}}=3,33$ karşı $Ort_{\text{Hasta/yakını}}=2,77$) maddesine daha fazla katıldıkları ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0,05$) görülmektedir.

Tablo 33. Sağlık personeli ve hasta/yakının teşhise erişim boyutuna ilişkin görüşlerinin karşılaştırılması

	Gruplar	Sayı	Ort.	Ss.	t	p
Teşhise erişim faktörü	Personel	74	3,63	0,92	2,015	,046
	Hasta/Yakını	321	3,39	0,99		
22-ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra röntgen ve laboratuvar testlerinin kullanımında artış olduğunu düşünüyorum.	Personel	73	3,53	1,13	1,380	,171
	Hasta/Yakını	318	3,33	1,08		
23-ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, laboratuvar test sonuçlarının daha kısa sürede çıkarıldığını düşünüyorum.	Personel	74	3,72	1,00	2,127	,036
	Hasta/Yakını	321	3,44	1,05		

Tablo 33’de görüldüğü gibi evde sağlık hizmetlerinin birinci basamak sağlık kuruluşlarından kamu hastanelerine devri konusunda sağlık personeli ile hasta/yakınlarının “teşhise erişim” boyutuna ilişkin görüşleri karşılaştırıldığında; sağlık personelinin ($Ort_{\text{personel}}=3,63 \pm 0,92$) hasta/hasta yakınlarına ($Ort_{\text{Hasta/yakını}}=3,39 \pm 0,99$) göre daha olumlu görüşler bildirdiği ve istatistiksel olarak anlamlı ($p=0,046$) bir fark olduğu bulunmuştur. Bu sonuca göre Hipotez 3.5 kabul edilmiştir. ESH personeli ile hasta/hasta yakınlarının “teşhise erişim” boyutuna ilişkin görüşlerindeki farklılığın bu boyut altında yer alan hangi maddelerden kaynaklanmış olabileceğine bakıldığında ise; sağlık personelinin hasta/ hasta yakınlarına göre “ESH’leri hastanelere bağlandıktan sonra, laboratuvar test sonuçlarının daha kısa sürede çıkarıldığını düşünüyorum” ($Ort_{\text{personel}}=3,72$ karşı $Ort_{\text{Hasta/yakını}}=3,44$) maddesine daha fazla katıldıkları ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0,05$) görülmektedir. Aşağıda önce Hipotez 4, daha sonra o hipoteze ilişkin analiz sonuçları verilmiştir.

Hipotez 4. Evde sağlık hizmetleri sunumunun birinci basamak sağlık kuruluşlarından (TSM), kamu hastanelerine devredilmesi konusunda Ankara ve Eskişehir illeri [1- Ziyaret sıklığı ve memnuniyet, 2- Kurumsal destek, 3- İzleme değerlendirme, 4- Hakkaniyet ve 5- Teşhise erişim boyutları itibariyle] arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Tablo 34. Eskişehir ve Ankara illerindeki sağlık personeli, hasta ve yakınlarının ziyaret sıklığı ve memnuniyet boyutuna ilişkin görüşlerinin karşılaştırılması

Ziyaret sıklığı ve memnuniyet faktörü	Gruplar	Sayı	Ort.	Ss.	t	p
	Eskişehir	226	3,40	0,98	-1,406	,161
Ankara	169	3,53	0,88			
1-Evde Sağlık Hizmetleri (ESH), hastanelere bağlandıktan sonra hastaları daha sık ziyaret etmeye başladık.	Eskişehir	226	3,37	1,31	,645	,519
	Ankara	168	3,29	1,14		
3-ESH'lerinin, hastanelere bağlı birim olmasıyla daha fazla hastaya ulaşıldığını düşünüyorum.	Eskişehir	226	3,40	1,12	-,336	,737
	Ankara	166	3,43	0,97		
4-ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra uygulamaya konulan koordinasyon biriminin 7/24 olarak çalışması sonucunda hastalara daha kısa sürede cevap verildiğini düşünüyorum.	Eskişehir	226	3,62	1,16	2,082	,038
	Ankara	168	3,38	1,13		
5-ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra uygulamaya konulan esnek mesai sisteminin daha etkili ve verimli olduğunu düşünüyorum.	Eskişehir	226	3,65	1,17	1,323	,187
	Ankara	168	3,50	1,07		
6-ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonraki süreçte, ESH ekibi tarafından gerçekleştirilen ortalama ziyaret süresinin daha da arttığını düşünüyorum.	Eskişehir	226	3,28	1,33	-1,414	,158
	Ankara	168	3,46	1,15		
10-ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, sağlık hizmetlerinin daha fazla hasta odaklı olarak verildiğini düşünüyorum.	Eskişehir	226	3,32	1,29	-2,989	,003
	Ankara	167	3,68	1,02		
11-ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra ziyaret edilen hasta ve/veya yakınlarına hastalık, tedavi ve bakım konusunda daha fazla bilgi verilmektedir.	Eskişehir	226	3,33	1,27	-2,338	,020
	Ankara	167	3,61	1,07		
12-ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, ESH ekibi tarafından yapılan hasta ziyaretlerinde özellikle yatak yarasının önlenmesine yönelik eğitimlere, tedavi ve pansumanına daha fazla ilgi gösterildiğini düşünüyorum.	Eskişehir	226	3,31	1,32	-1,173	,241
	Ankara	168	3,45	1,09		
14-ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra ziyaret edilen hasta ve/veya yakınlarına özellikle tıbbi ve psikolojik destek konularında daha fazla destek verilmektedir.	Eskişehir	226	3,21	1,31	-3,047	,002
	Ankara	169	3,59	1,05		
15-ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra hasta ve hasta yakınlarının daha fazla memnun kaldığını düşünüyorum.	Eskişehir	226	3,47	1,20	-2,511	,012
	Ankara	168	3,76	1,00		
16-ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra hasta ve hasta yakınlarının problemleri daha iyi çözüldüğü için diğer sağlık kurumlarına yapılan başvuru sayısının azaldığını düşünüyorum.	Eskişehir	226	3,27	1,20	-2,565	,011
	Ankara	167	3,58	1,14		
17-ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, hastaların bakım planlarına daha çok uyulduğunu düşünüyorum.	Eskişehir	226	3,46	1,19	-,281	,779
	Ankara	168	3,49	1,09		
28-ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra hizmet kullanıcılarının memnuniyetlerine daha fazla önem verildiğini düşünüyorum.	Eskişehir	226	3,54	1,13	-1,519	,130
	Ankara	164	3,71	1,02		

Tablo 34'de görüldüğü gibi evde sağlık hizmetlerinin birinci basamak sağlık kuruluşlarından kamu hastanelerine devri konusunda Eskişehir ile Ankara illerindeki katılımcıların “ziyaret sıklığı ve memnuniyet” boyutuna ilişkin görüşleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ($p=0,161$) bir fark olmadığı bulunmuştur. Bu sonuca göre Hipotez 4.1 red edilmiştir.

Eskişehir ile Ankara illerindeki katılımcıların görüşlerinde “ziyaret sıklığı ve memnuniyet” boyutu altında yer alan maddeler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığına bakıldığında ise; Ankara'daki katılımcıların Eskişehir'deki

katılımcılara göre “ESH’leri hastanelere bağlandıktan sonra, sağlık hizmetlerinin daha fazla hasta odaklı olarak verildiğini düşünüyorum” ($Ort_{Ank}=3,68$ karşı $Ort_{Esk}=3,32$), “ESH’leri hastanelere bağlandıktan sonra ziyaret edilen hasta ve/veya yakınlarına hastalık, tedavi ve bakım konusunda daha fazla bilgi verilmektedir” ($Ort_{Ank}=3,61$ karşı $Ort_{Esk}=3,33$), “ESH’leri hastanelere bağlandıktan sonra ziyaret edilen hasta ve/veya yakınlarına özellikle tıbbi ve psikolojik destek konularında daha fazla destek verilmektedir” ($Ort_{Ank}=3,59$ karşı $Ort_{Esk}=3,21$), “ESH’leri hastanelere bağlandıktan sonra hasta ve hasta yakınlarının daha fazla memnun kaldığını düşünüyorum” ($Ort_{Ank}=3,76$ karşı $Ort_{Esk}=3,47$), “ESH’leri hastanelere bağlandıktan sonra hasta ve hasta yakınlarının problemleri daha iyi çözüldüğü için diğer sağlık kurumlarına yapılan başvuru sayısının azaldığını düşünüyorum” ($Ort_{Ank}=3,58$ karşı $Ort_{Esk}=3,27$) maddelerine daha fazla katıldıkları ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0,05$) görülmektedir. Eskişehir’deki katılımcıların Ankara’daki katılımcılara göre “ESH’leri hastanelere bağlandıktan sonra uygulamaya konulan koordinasyon biriminin 7/24 olarak çalışması sonucunda hastalara daha kısa sürede cevap verildiğini düşünüyorum” ($Ort_{Esk}=3,62$ karşı $Ort_{Ank}=3,38$) maddelerine daha fazla katıldıkları ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0,05$) görülmektedir.

Tablo 35. Eskişehir ve Ankara illerindeki sağlık personeli, hasta ve yakınlarının kurumsal destek boyutuna ilişkin görüşlerinin karşılaştırılması

	Gruplar	Sayı	Ort.	Ss.	t	p
Kurumsal destek faktörü	Eskişehir	226	2,85	0,95	2,769	,006
	Ankara	169	2,59	0,91		
2-ESH’leri hastanelere bağlandıktan sonra, aktif hastalara talep olmasa da altı ayda bir rutin ziyaret yapılmaya başlandı.	Eskişehir	225	2,79	1,33	1,921	,055
	Ankara	169	2,54	1,23		
7-ESH’leri hastanelere bağlandıktan sonra, ekipte hastaya gerekli desteği verecek sağlık personeli sayısı ve çeşidi (Psikolog, Sosyal Hizmet Uzmanı, Fizyoterapist, Diş Hekimi veya Konsultan Hekim) daha da arttı.	Eskişehir	225	2,66	1,28	2,080	,038
	Ankara	168	2,40	1,13		
8-ESH’leri hastanelere bağlandıktan sonra, evde sağlık hizmetlerinin Valilik, Belediyeler, Aile Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü ve gönüllü vakıf ve dernekler tarafından daha çok desteklendiğini düşünüyorum.	Eskişehir	225	2,62	1,20	-,991	,322
	Ankara	168	2,74	1,10		
21-ESH’leri hastanelere bağlandıktan sonra, hastaların sağlık kuruluşuna transferi/ulaşımı konusunda daha fazla destek olduğunu düşünüyorum.	Eskişehir	226	3,24	1,25	4,189	<,001
	Ankara	168	2,71	1,21		
24-ESH’leri hastanelere bağlandıktan sonra, hastalara tıbbi malzemelerin temini konusunda daha fazla destek olduğunu düşünüyorum.	Eskişehir	226	2,95	1,22	3,197	,002
	Ankara	168	2,57	1,13		

Tablo 35’de görüldüğü gibi evde sağlık hizmetlerinin birinci basamak sağlık kuruluşlarından kamu hastanelerine devri konusunda Eskişehir ile Ankara illerindeki

katılımcıların “kurumsal destek” boyutuna ilişkin görüşleri karşılaştırıldığında; Eskişehir’deki katılımcıların ($Ort_{Esk}=2,85 \pm 0,95$) Ankara’daki katılımcılara ($Ort_{Ank}=2,59 \pm 0,91$) göre daha olumlu görüşler bildirdiği ve istatistiksel olarak anlamlı ($p=0,006$) bir fark olduğu bulunmuştur. Bu sonuca göre Hipotez 4.2 kabul edilmiştir.

Eskişehir ile Ankara illerindeki katılımcıların “kurumsal destek” boyutuna ilişkin görüşlerindeki farklılığın bu boyut altında yer alan hangi maddelerden kaynaklanmış olabileceğine bakıldığında ise; Eskişehir’deki katılımcıların Ankara’daki katılımcılara göre “ESH’leri hastanelere bağlandıktan sonra, ekipte hastaya gerekli desteği verecek sağlık personeli sayısı ve çeşidi (Psikolog, Sosyal Hizmet Uzmanı, Fizyoterapist, Diş Hekimi veya Konsultan Hekim) daha da arttı” ($Ort_{Esk}=2,66$ karşı $Ort_{Ank}=2,40$), “ESH’leri hastanelere bağlandıktan sonra, hastaların sağlık kuruluşuna transferi/ulaşımı konusunda daha fazla destek olduğunu düşünüyorum” ($Ort_{Esk}=3,24$ karşı $Ort_{Ank}=2,71$), “ESH’leri hastanelere bağlandıktan sonra, hastalara tıbbi malzemelerin temini konusunda daha fazla destek olduğunu düşünüyorum” ($Ort_{Esk}=2,95$ karşı $Ort_{Ank}=2,57$) maddelerine daha fazla katıldıkları ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0,05$) görülmektedir.

Tablo 36. Eskişehir ve Ankara illerindeki sağlık personeli, hasta ve yakınlarının izleme değerlendirme boyutuna ilişkin görüşlerinin karşılaştırılması

İzleme değerlendirme faktörü	Gruplar	Sayı	Ort.	Ss.	t	p
	Eskişehir	226	3,37	0,88			1,352	,177
Ankara	169	3,24	0,90			
26-ESH’leri hastanelere bağlandıktan sonra, takip gerektiren hastaların aile hekimleri de bilgilendirildiği için ilaç ve tıbbi malzemelerin reçetelendirilmesinin daha kolay olduğunu düşünüyorum.	Eskişehir	225	3,31	1,21	1,785	,075
	Ankara	166	3,08	1,22		
27-ESH’leri hastanelere bağlandıktan sonra, hizmet sunum süreçleri Evde Sağlık Koordinasyon Merkezi tarafından düzenli aralıklarla izlendiği için verilen hizmetlerin daha güvenilir ve kaliteli olduğunu düşünüyorum.	Eskişehir	226	3,48	1,08	,342	,733
	Ankara	166	3,45	1,02		
29-ESH’leri hastanelere bağlandıktan sonra, aile bakıcılarının bakım hizmeti sunma kabiliyetlerinin düzenli olarak izlendiğini ve değerlendirildiğini düşünüyorum.	Eskişehir	226	3,27	1,11	1,034	,302
	Ankara	162	3,16	1,04		
30-ESH’leri hastanelere bağlandıktan sonra, elektronik sağlık bilgi sistemlerini kullanarak hastaların tıbbi geçmişi hakkında daha fazla bilgiye sahip olduğunu düşünüyorum.	Eskişehir	226	3,40	1,01	,932	,352
	Ankara	161	3,30	1,07		

Tablo 36’da görüldüğü gibi evde sağlık hizmetlerinin birinci basamak sağlık kuruluşlarından kamu hastanelerine devri konusunda Eskişehir ile Ankara illerindeki

katılımcıların “izleme değerlendirme” boyutuna ilişkin görüşleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ($p=0,177$) bir fark olmadığı bulunmuştur. Bu sonuca göre Hipotez 4.3 red edilmiştir.

Tablo 37. Eskişehir ve Ankara illerindeki sağlık personeli, hasta ve yakınlarının hakkaniyet boyutuna ilişkin görüşlerinin karşılaştırılması

	Gruplar	Sayı	Ort.	Ss.	t	p
Hakkaniyet faktörü	Eskişehir	226	3,19	0,57	,456	,649
	Ankara	169	3,16	0,55		
13-ESH’leri hastanelere bağlandıktan sonra, hizmetlerin bakım- ihtiyaç analizine dayalı olarak sunulmadığını düşünüyorum.	Eskişehir	226	3,50	1,14	,800	,424
	Ankara	167	3,41	1,10		
25-ESH’leri hastanelere bağlandıktan sonra hastane yönetimi evde sağlık hizmetlerini kar amaçlı bir hizmet olarak görmediğinden bu alana yeterli sayı ve kalitede tıbbi malzeme ve ekipman ayırmadığı için hizmet kalitesinin düştüğünü düşünüyorum.	Eskişehir	225	2,95	1,20	-1,942	,053
	Ankara	168	3,17	0,98		
31-ESH’leri hastanelere bağlandıktan sonra, gerçek ihtiyaç sahipleri yerine daha çok mobil hastalara hizmet verildiğini düşünüyorum.	Eskişehir	226	3,50	1,16	3,364	,001
	Ankara	166	3,10	1,13		
32-ESH’leri hastanelere bağlandıktan sonra, kırsal alanlarda sabit bir ESH ekibinin olmaması nedeniyle sunulan hizmetin niceliği ve niteliğinin kentsel alanlara göre daha düşük olduğunu düşünüyorum.	Eskişehir	225	2,82	1,10	-1,320	,188
	Ankara	166	2,96	0,94		

Tablo 37’de görüldüğü gibi evde sağlık hizmetlerinin birinci basamak sağlık kuruluşlarından kamu hastanelerine devri konusunda Eskişehir ile Ankara illerindeki katılımcıların “hakkaniyet” boyutuna ilişkin görüşleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ($p=0,649$) bir fark olmadığı bulunmuştur. Bu sonuca göre Hipotez 4.4 red edilmiştir.

Eskişehir ile Ankara illerindeki katılımcıların görüşlerinde “hakkaniyet” boyutu altında yer alan maddeler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığına bakıldığında ise; Eskişehir’deki katılımcıların Ankara’daki katılımcılara göre “ESH’leri hastanelere bağlandıktan sonra, gerçek ihtiyaç sahipleri yerine daha çok mobil hastalara hizmet verildiğini düşünüyorum” ($Ort_{Esk}=3,50$ karşı $Ort_{Ank}=3,10$) maddelerine daha fazla katıldıkları ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0,05$) görülmektedir.

Tablo 38. Eskişehir ve Ankara illerindeki sağlık personeli, hasta ve yakınlarının teşhise erişim boyutuna ilişkin görüşlerinin karşılaştırılması

	Gruplar	Sayı	Ort.	Ss.	t	p
Teşhise erişim faktörü	Eskişehir	226	3,25	0,99	-4,252	<,001
	Ankara	169	3,67	0,91		
22-ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra röntgen ve laboratuvar testlerinin kullanımında artış olduğunu düşünüyorum.	Eskişehir	225	3,14	1,12	-5,077	<,001
	Ankara	166	3,69	0,97		
23-ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, laboratuvar test sonuçlarının daha kısa sürede çıkarıldığını düşünüyorum.	Eskişehir	226	3,37	1,06	-2,766	,006
	Ankara	169	3,66	1,01		

Tablo 38’de görüldüğü gibi evde sağlık hizmetlerinin birinci basamak sağlık kuruluşlarından kamu hastanelerine devri konusunda Eskişehir ile Ankara illerindeki katılımcıların “teşhise erişim” boyutuna ilişkin görüşleri karşılaştırıldığında; Ankara’daki katılımcıların ($Ort_{Ank}=3,67 \pm 0,91$) Eskişehir’deki katılımcılara ($Ort_{Esk}=3,25 \pm 0,99$) göre daha olumlu görüşler bildirdiği ve istatistiksel olarak anlamlı ($p<,001$) bir fark olduğu bulunmuştur. Bu sonuca göre Hipotez 4.5 kabul edilmiştir.

Eskişehir ile Ankara illerindeki katılımcıların “teşhise erişim” boyutuna ilişkin görüşlerindeki farklılığın bu boyut altında yer alan hangi maddelerden kaynaklanmış olabileceğine bakıldığında ise; Ankara’daki katılımcıların Eskişehir’deki katılımcılara göre “ESH’leri hastanelere bağlandıktan sonra röntgen ve laboratuvar testlerinin kullanımında artış olduğunu düşünüyorum” ($Ort_{Ank}=3,69$ karşı $Ort_{Esk}=3,14$), “ESH’leri hastanelere bağlandıktan sonra, laboratuvar test sonuçlarının daha kısa sürede çıkarıldığını düşünüyorum” ($Ort_{Ank}=3,66$ karşı $Ort_{Esk}=3,37$) maddelerine daha fazla katıldıkları ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0,05$) görülmektedir. Aşağıda önce Hipotez 5, daha sonra o hipoteze ilişkin analiz sonuçları verilmiştir.

Hipotez 5. Evde sağlık hizmetlerinin sunumunun birinci basamak sağlık kuruluşlarından (TSM), kamu hastanelerine devredilmesi konusunda hizmet sunumunda yer alan personelin görüşleri [1-Ziyaret sıklığı ve memnuniyet, 2- Kurumsal destek, 3- İzleme değerlendirme, 4- Hakkaniyet ve 5- Teşhise erişim boyutları itibariyle] ile sosyo-demografik özellikleri (yaşı, mesleği, eğitim ve sertifika) arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo 39. ESH'nin birinci basamak sağlık kuruluşlarından kamu hastanelerine devri konusunda sağlık personelinin görüşlerini etkileyen faktörlere ait regresyon analizi bulguları

Değişkenler	Standardize β katsayıları				
	Ziyaret sıklığı ve memnuniyet	Kurumsal destek	İzleme değerlendirme	Hakkaniyet	Teşhise erişim
Meslek (Hekim)	-,207	-,233	-,382*	,070	-,133
Meslek (Ebe-hemşire)	-,302*	-,331*	-,250	-,141	-,101
Yaş	-,212	-,176	-,166	,108	-,032
ESH eğitimi (Var)	-,173	-,226*	-,207	,115	-,045
ESH sertifikası (Var)	,298*	,461*	,286*	-,054	,088

*: $p < 0,05$

Sağlık personelinin ESH'nin birinci basamak sağlık kuruluşlarından kamu hastanelerine devri konusundaki görüşlerinin kişisel özelliklerine (mesleği, yaşı, eğitim-sertifika durumu) göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla çok değişkenli regresyon analizi yapılmıştır. Tablo 39'da görüldüğü gibi yapılan analiz sonucunda; ziyaret sıklığı ve memnuniyet boyutunda, kurumsal destek boyutunda ve izleme değerlendirme boyutunda varyasyonu tahminleyen anlamlı modellere ulaşılmış ($p < 0,05$) olup, mesleğine, eğitim ve sertifika durumlarına göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p < 0,05$).

Bulgulara göre, mesleği hekim olanların izleme değerlendirme boyutuna ($\beta = -0,382$; $t = -2,747$; $p = 0,008$) ilişkin görüşlerinin diğer meslek gruplarındaki personelden daha olumsuz olduğu görülmüştür. Mesleği ebe-hemşire olanların “ziyaret sıklığı ve memnuniyet” boyutuna ($\beta = -0,302$; $t = -2,140$; $p = 0,036$) ve kurumsal destek boyutuna ($\beta = -0,331$; $t = -2,522$; $p = 0,014$) ilişkin görüşlerinin diğer meslek gruplarındaki personelden daha olumsuz olduğu anlaşılmıştır. ESH eğitimi alanların kurumsal destek boyutuna ($\beta = -0,226$; $t = -2,045$; $p = 0,045$) ilişkin görüşlerinin ESH eğitimi almayanlardan daha olumsuz olduğu görülmüştür. ESH sertifikası olanların “ziyaret sıklığı ve memnuniyet” boyutuna ($\beta = 0,298$; $t = 2,489$; $p = 0,015$), kurumsal destek boyutuna ($\beta = 0,461$; $t = 4,134$; $p < 0,001$) ve izleme değerlendirme boyutuna ($\beta = 0,286$; $t = 2,439$; $p = 0,017$) ilişkin görüşlerinin ESH sertifikası olmayanlardan daha olumlu olduğu anlaşılmaktadır.

Düzeltilmiş açıklayıcılık katsayıları (R^2) incelendiğinde, çalışanların sosyo-demografik özellikleri (mesleği, yaşı, eğitim-sertifika durumu) kurumsal destek düzeyinin %22,9'unu, izleme değerlendirme düzeyinin %14,6'sını, ziyaret sıklığı ve memnuniyet düzeyinin %11,1'ini, teşhise erişim düzeyinin %5,4'ünü, hakkaniyet düzeyinin %2,2'sini açıkladığı görülmektedir. Varyans şişme değerleri ($VIF \leq 5$) çoklu bağlantı sorunu olmadığına işaret etmektedir. Regresyon analiz sonuçlarına ait detaylı tablolar Ek 8'de sunulmaktadır. Sonuç olarak bu bulgulara göre, çalışanların ziyaret sıklığı ve memnuniyet boyutuna, kurumsal destek boyutuna ve izleme değerlendirme boyutuna ilişkin görüşlerinin yaşına, mesleğine eğitim ve sertifika durumlarına göre farklılaştığını öne süren Hipotez 5.1, Hipotez 5.2, Hipotez 5.3 kabul edilmiştir. Çalışanların hakkaniyet boyutuna ($p=0,629$) ve teşhise erişim boyutuna ($p=0,924$) ilişkin görüşlerinin ise kişisel özelliklerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadığı için Hipotez 5.4 ve Hipotez 5.5 red edilmiştir. Aşağıda önce Hipotez 6, daha sonra o hipoteze ilişkin analiz sonuçları verilmiştir.

Hipotez 6. Evde sağlık hizmetleri sunumunun birinci basamak sağlık kuruluşlarından (TSM), kamu hastanelerine devredilmesi konusunda hizmet alan hasta/ hasta yakınlarının görüşleri [*1-Ziyaret sıklığı ve memnuniyet, 2- Kurumsal destek, 3- İzleme değerlendirme, 4- Hakkaniyet ve 5- Teşhise erişim boyutları itibarıyla*] ile sosyo-demografik özellikleri (*hastanın tanısı-yatak yarası olup olmadığı-bağımlılık durumu, hasta yakınının yaşı-cinsiyeti-eğitimi-hasta bakımı eğitimi alıp almadığı-devletten parasal yardım alıp almadığı, hasta ailesinin geliri, ekibi aradıktan ne kadar sonra hizmet aldığı, hizmeti ne kadar sıklıkla aldığı, hizmeti almak istediği yer*) arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo 40. ESH'nin birinci basamak sağlık kuruluşlarından kamu hastanelerine devri konusunda hasta/yakınlarının görüşlerini etkileyen faktörlere ait regresyon analizi bulguları

Değişkenler	Standardize β katsayıları				
	Ziyaret sıklığı ve memnuniyet	Kurumsal destek	İzleme değerlendirme	Hakkaniyet	Teşhise erişim
Hasta yakını yaşı	,086	,110	,106	,215*	,101
Hasta yakının cinsiyeti	-,127*	-,119	-,105	,042	-,161*
Devletten parasal yardım alan hasta yakını	,074	,125	,100	,034	,027
Hasta yakınının eğitimi	,046	,076	,060	,051	,088
Hasta bakımı eğitim sertifikası olan hasta yakını	-,052	,182*	,166*	-,195*	,100
Nörolojik sistem hastalığı olan hasta	-,328*	-,185	-,304*	-,157	-,044
Kalp, Göğüs ve KBB sistem hastalığı olan hasta **	-,286*	-,155	-,279*	-,180	,046
Ortopedik sistem hastalığı olan hasta	-,231*	-,152	-,226*	,035	-,152
Yatak yarası olan hasta	-,152*	-,077	-,159*	-,108	-,222*
Katz (Bağımlı olan hasta)	-,062	,111	,105	,127	,198
Katz (Yarı Bağımlı olan hasta)	-,031	,111	,025	,064	,134
Hasta ekibi aradıktan ne kadar süre sonra bakım aldığı durum	-,196*	-,208*	-,217*	-,150*	,023
Hasta hizmeti ne kadar sıklıkla aldığı durum	-,004	-,262*	-,067	,174*	-,107
Hasta ailesinin toplam gelir durumu	-,114	-,171*	-,052	-,056	,047
ESH almak istediği yer (Sağlık Bakanlığı ve Üniversite hastaneleri)	,086	,160*	,298*	,119	,006

*: $p < 0,05$

**Kardiyolojik hastalıkları olan 38 hasta ile göğüs ve KBB hastalıkları olan 14 hasta birleştirilmiştir.

Hasta/yakınlarının ESH'nin birinci basamak sağlık kuruluşlarından kamu hastanelerine devri konusundaki görüşlerinin sosyo-demografik özelliklerine (hasta yakınının cinsiyeti, yaşı, geliri, eğitim-sertifika durumu, hastanın teşhisi, bağımlılık durumu, hizmet almak istediği yeri, alma sıklığı ve süresi) göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla çok değişkenli regresyon analizi yapılmıştır. Tablo 40'da görüldüğü gibi yapılan analiz sonucunda; ziyaret sıklığı ve memnuniyet, kurumsal destek, izleme değerlendirme, hakkaniyet, teşhise erişim boyutlarının varyasyonu tahminleyen anlamlı modellere ulaşılmış ($p < 0,05$) olup, hasta/yakınlarının sosyo-demografik özelliklerine göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p < 0,05$).

Bulgulara göre, hasta yakınının yaşı ilerledikçe anlamca olumsuzluğu ifade eden hakkaniyet boyutuna ($\beta = 0,215$; $t = 3,291$; $p = 0,001$) ilişkin görüşlere daha fazla katılım gösterdiği görülmüştür. Kadın hasta yakınlarının ziyaret sıklığı ve memnuniyet

boyutuna ($\beta=-0,127$; $t=-1,992$; $p=0,048$) ve teşhise erişim boyutuna ($\beta=-0,161$; $t=-2,318$; $p=0,021$) ilişkin görüşleri erkek hasta yakınlarına göre daha olumlu olduğu anlaşılmıştır. Hasta bakımı eğitim sertifikası olan hasta yakınların kurumsal destek boyutuna ($\beta=0,182$; $t=2,822$; $p=0,005$) ve izleme değerlendirme boyutuna ($\beta=0,166$; $t=2,476$; $p=0,014$) ilişkin görüşleri hasta bakımı eğitim sertifikası olmayan hasta yakınlarına göre daha olumlu olduğu görülürken, bu hasta yakınlarının hakkaniyet boyutuna ($\beta=-0,195$; $t=-2,894$; $p=0,004$) ilişkin görüşleri hasta bakımı eğitim sertifikası olmayan hasta yakınlarına göre daha az katılım gösterdiği anlaşılmıştır.

Nörolojik sistem hastalığı olan hastaların ziyaret sıklığı ve memnuniyet boyutuna ($\beta=-0,328$; $t=-2,792$; $p=0,006$) ve izleme değerlendirme boyutuna ($\beta=-0,304$; $t=-2,490$; $p=0,014$) ilişkin görüşleri diğer sistem hastalıkları olan hastalara göre daha olumsuz olduğu görülmüştür. Kalp-göğüs-KBB sistem hastalığı olanların ziyaret sıklığı ve memnuniyet boyutuna ($\beta=-0,286$; $t=-2,584$; $p=0,010$) ve izleme değerlendirme boyutuna ($\beta=-0,279$; $t=-2,429$; $p=0,016$) ilişkin görüşleri diğer sistem hastalıkları olan hastalara göre daha olumsuz olduğu görülmüştür. Ortopedik sistem hastalığı olanların ziyaret sıklığı ve memnuniyet boyutuna ($\beta=-0,231$; $t=-2,488$; $p=0,014$) ve izleme değerlendirme boyutuna ($\beta=-0,226$; $t=-2,342$; $p=0,020$) ilişkin görüşleri diğer sistem hastalıkları olan hastalara göre daha olumsuz olduğu görülmüştür. Yatak yarası olanların ziyaret sıklığı ve memnuniyet boyutuna ($\beta=-0,152$; $t=-2,093$; $p=0,038$), izleme değerlendirme boyutuna ($\beta=-0,159$; $t=-2,116$; $p=0,036$) ve teşhise erişim boyutuna ($\beta=-0,222$; $t=-2,826$; $p=0,005$) ilişkin görüşleri yatak yarası olmayanlara göre daha olumsuz olduğu anlaşılmaktadır.

Ekip arandıktan sonra ESH alma süresi uzadıkça ziyaret sıklığı ve memnuniyet boyutuna ($\beta=-0,196$; $t=-2,929$; $p=0,004$), kurumsal destek boyutuna ($\beta=-0,208$; $t=-3,111$; $p=0,002$), izleme değerlendirme boyutuna ($\beta=-0,217$; $t=-3,113$; $p=0,002$) ve hakkaniyet boyutuna ($\beta=-0,150$; $t=-2,146$; $p=0,033$) ilişkin hasta/yakınlarının görüşlerinin daha olumsuz olduğu görülmüştür. ESH daha sık alanların kurumsal destek boyutuna ($\beta=-0,262$; $t=-3,587$; $p<0,001$) ilişkin görüşlerinin ESH nadir sıklıkla alanlara göre daha olumlu olduğu görülürken, ESH nadir sıklıkla alanların anlamca olumsuzluğu ifade eden hakkaniyet boyutuna ($\beta=0,174$; $t=2,275$; $p=0,024$) ilişkin görüşlerinin ESH daha sık alanlara göre daha fazla katıldıkları anlaşılmaktadır. Aile geliri yüksek

olanların kurumsal destek boyutuna ($\beta=-0,171$; $t=-2,640$; $p=0,009$) ilişkin görüşleri aile geliri daha düşük olanların göre daha olumsuz olduğu görülmüştür. ESH'ini Sağlık Bakanlığı ve Üniversite hastanelerinden almak isteyenlerin ziyaret sıklığı ve memnuniyet boyutuna ($\beta=0,40$; $t=6,298$; $p<0,001$), kurumsal destek boyutuna ($\beta=0,160$; $t=2,538$; $p=0,012$) ve izleme değerlendirme boyutuna ($\beta=0,298$; $t=4,556$; $p<0,001$) ilişkin görüşlerinin diğer yerlerden almak isteyenlere göre daha olumlu olduğu anlaşılmaktadır.

Düzeltilmiş açıklayıcılık katsayıları (R^2) incelendiğinde, hasta/yakınlarının sosyo-demografik özellikleri (hasta yakınının cinsiyeti, yaşı, geliri, eğitim-sertifika durumu, hastanın teşhisi, bağımlılık durumu, hizmet almak istediği yeri, alma sıklığı ve süresi) kurumsal destek düzeyinin %21,4'ünü, ziyaret sıklığı ve memnuniyet düzeyinin %21,2'sini, izleme değerlendirme düzeyinin %14,8'ini, hakkaniyet düzeyinin %14,3'ünü, teşhise erişim düzeyinin %6,9'unu açıkladığı görülmektedir. Varyans şişme değerleri ($VIF=<5$) çoklu bağlantı sorunu olmadığına işaret etmektedir. Regresyon analiz sonuçlarına ait detaylı tablolar Ek 8'de sunulmaktadır. Sonuç olarak bu bulgulara göre, hasta/yakınlarının bu beş faktöre ilişkin görüşlerinin sosyo-demografik özelliklerine göre farklılaştığını öne süren Hipotez 6.1, Hipotez 6.2, Hipotez 6.3, Hipotez 6.4 ve Hipotez 6.5 kabul edilmiştir ($p<0,05$). Aşağıda önce Hipotez 7, daha sonra o hipoteze ilişkin analiz sonuçları verilmiştir.

Hipotez 7. Evde sağlık hizmetlerinde yaşanan sorunlarla ilgili çözüm önerileri [*1-sosyo-ekonomik destek, 2-personel ve mali destek, 3-özel sektör ve güvenlik desteği boyutları itibariyle*] konusunda personel ve hasta/hasta yakınları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Tablo 41. Sağlık personeli ve hasta/hasta yakınlarının sosyo-ekonomik destek boyutuna ilişkin önerilerinin karşılaştırılması

Sosyo-ekonomik destek faktörü	Gruplar	Sayı	Ort.	Ss.	t	p
	Personel	74	3,93	0,70	-3,725	<,001
Hasta/Yakını	321	4,26	0,64			
35-Hasta yakınlarına belirli program dahilinde psikolojik destek sağlanması gerektiğini düşünüyorum.	Personel	74	4,05	1,08	-1,954	,054
	Hasta/Yakını	319	4,32	0,91		
36-Hasta yakınlarına en az ayda iki gün ESH merkezinden görevlendirilecek bir bakıcı sayesinde dinlenme, dışarıda yemek yeme, gezme ve sinemaya gitme gibi sosyal faaliyetlerde bulunma imkanı verilmelidir.	Personel	74	3,43	1,32	-7,074	<,001
	Hasta/Yakını	321	4,31	0,86		
39-Aile Sosyal Politikalar Bakanlığı ve valiliklerce hasta yakınlarına verilen mali desteğin hakkaniyetli olması için hastaların “Günlük Yaşam Aktiviteleri”ni yapabilme kapasitelerine göre bir ödeme bareminin geliştirilmesi gerektiğini düşünüyorum.	Personel	72	3,89	0,87	-2,270	,025
	Hasta/Yakını	321	4,15	0,95		
40-Sağlık Bakanlığı tarafından verilen ESH’lerinin belediyeler ve Aile Sosyal Politikalar Bakanlığınca verilecek bakım ve sosyal hizmetlerle desteklenmesi gerektiğini düşünüyorum.	Personel	74	4,34	0,65	1,708	,090
	Hasta/Yakını	321	4,19	0,83		
41-ESH’lerinde çalışan personelin memnuniyetinin artırılması için görevli personele sık sık hizmet içi eğitim verilmelidir.	Personel	73	3,53	1,26	-5,011	<,001
	Hasta/Yakını	320	4,13	0,83		
43-Hasta yakınlarını yara bakımı, pansuman, beslenme gibi temel konularda bilgilendirmek için kamu spotu veya açık öğretim tekniklerinden yararlanılmalıdır.	Personel	74	4,12	0,92	-2,106	,038
	Hasta/Yakını	321	4,36	0,69		
44-Vatandaşların ESH’leri ile ilgili farkındalığını sağlamak için ESH ile ilgili tanıtım çalışmalarına önem verilmelidir.	Personel	74	4,18	0,82	-1,667	,099
	Hasta/Yakını	319	4,35	0,73		

Tablo 41’de görüldüğü gibi evde sağlık hizmetlerinde karşılaşılan sorunların çözümüne ilişkin “sosyo-ekonomik destek” boyutu kapsamındaki önerilere sağlık personel ile hasta/yakınlarının katılım düzeyleri karşılaştırıldığında; hasta/hasta yakınlarının ($Ort_{hst/ykn}=4,26 \pm 0,64$) çalışanlara ($Ort_{per}=3,93 \pm 0,70$) göre daha olumlu görüş bildirdikleri ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0,001$) görülmüştür. Bu bulguya göre Hipotez 7.1 kabul edilmiştir.

ESH personeli ile hasta/hasta yakınlarının “sosyo-ekonomik destek” boyutu altında yer alan önerilere katılım düzeylerine daha ayrıntılı bakıldığında ise hasta/ hasta yakınlarının sağlık personeline göre; “Hasta yakınlarına en az ayda iki gün ESH merkezinden görevlendirilecek bir bakıcı sayesinde dinlenme, dışarıda yemek yeme, gezme ve sinemaya gitme gibi sosyal faaliyetlerde bulunma imkanı verilmelidir” ($Ort_{hst/ykn}=4,31$ karşı $Ort_{per}=3,43$), “Aile Sosyal Politikalar Bakanlığı ve valiliklerce hasta yakınlarına verilen mali desteğin hakkaniyetli olması için hastaların Günlük Yaşam Aktiviteleri”ni yapabilme kapasitelerine göre bir ödeme bareminin geliştirilmesi

gerektiğini düşünüyorum” ($Ort_{hst/ykn}=4,15$ karşı $Ort_{per}=3,89$), “ESH'lerinde çalışan personelin memnuniyetinin artırılması için görevli personele sık sık hizmet içi eğitim verilmelidir” ($Ort_{hst/ykn}=4,13$ karşı $Ort_{per}=3,53$) ve “Hasta yakınlarını yara bakımı, pansuman, beslenme gibi temel konularda bilgilendirmek için kamu spotu veya açık öğretim tekniklerinden yararlanılmalıdır” ($Ort_{hst/ykn}=4,36$ karşı $Ort_{per}=4,12$) maddelerine ilişkin daha olumlu görüşler bildirdikleri ve istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu görülmüştür ($p<0,05$).

Tablo 42. Sağlık personeli ve hasta/hasta yakınlarının personel ve mali destek boyutuna ilişkin görüşlerinin karşılaştırılması

Personel ve mali destek faktörü	Gruplar	Sayı	Ort.	Ss.	t	p
	Personel	74	4,48	0,71	4,200	<,001
Hasta/Yakını	321	4,10	0,69			
33-ESH'leri ekibinin yükünün azaltılması için İl genelindeki ESH ekibi sayısı artırılmalıdır.	Personel	74	4,42	0,84	2,172	,032
	Hasta/Yakını	321	4,18	0,93		
34-ESH ekibinin hasta ziyaretlerine zamanında gidebilmesi için ulaşım aracı sayısı artırılmalıdır.	Personel	74	4,47	0,82	2,313	,023
	Hasta/Yakını	321	4,23	0,86		
42-ESH'leri acil ve yoğun bakım hizmetleri gibi özellikli hizmetler olarak kabul edilerek ek ödeme puanları buna göre düzenlemelidir.	Personel	74	4,57	0,89	5,645	<,001
	Hasta/Yakını	321	3,90	0,99		
45-Hastane ekibi tarafından sunulan ESH'lerinin maliyetini düşürmek için hastaların bağlı oldukları aile hekimleri ESH'lerinin bir parçası haline getirilmelidir.	Personel	74	4,47	0,83	3,436	,001
	Hasta/Yakını	321	4,10	0,89		

Tablo 42’de görüldüğü gibi evde sağlık hizmetlerinde karşılaşılan sorunların çözümüne ilişkin “personel ve mali destek” boyutu kapsamındaki önerilere sağlık personeli ile hasta/yakınlarının katılım düzeyleri karşılaştırıldığında; sağlık personelinin ($Ort_{per}=4,48 \pm 0,71$) hasta/hasta yakınlarına ($Ort_{hst/ykn}=4,10 \pm 0,69$) göre daha olumlu görüş bildirdikleri ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0,001$) görülmüştür. Bu bulguya göre Hipotez 7.2 kabul edilmiştir.

ESH personeli ile hasta/hasta yakınlarının “personel ve mali destek” boyutu altında yer alan önerilere katılım düzeylerine daha ayrıntılı bakıldığında ise sağlık personelinin hasta/ hasta yakınlarına göre; “ESH'leri ekibinin yükünün azaltılması için İl genelindeki ESH ekibi sayısı artırılmalıdır” ($Ort_{per}=4,42$ karşı $Ort_{hst/ykn}=4,18$), “ESH ekibinin hasta ziyaretlerine zamanında gidebilmesi için ulaşım aracı sayısı artırılmalıdır” ($Ort_{per}=4,47$ karşı $Ort_{hst/ykn}=4,23$), “ESH'leri acil ve yoğun bakım hizmetleri gibi özellikli hizmetler olarak kabul edilerek ek ödeme puanları buna göre düzenlemelidir” ($Ort_{per}=4,57$ karşı $Ort_{hst/ykn}=3,90$) ve “Hastane ekibi tarafından sunulan ESH'lerinin maliyetini düşürmek

için hastaların bağlı oldukları aile hekimleri ESH'lerinin bir parçası haline getirilmelidir" ($Ort_{per}=4,47$ karşı $Ort_{hst/ykn}=4,10$) maddelerine ilişkin daha olumlu görüşler bildirdikleri ve istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu görülmüştür ($p<0,05$).

Tablo 43. Sağlık personeli ve hasta/hasta yakınlarının özel sektör ve güvenlik desteği boyutuna ilişkin görüşlerinin karşılaştırılması

	Gruplar	Sayı	Ort.	Ss.	t	p
Özel sektör ve güvenlik desteği faktörü	Personel	74	3,63	0,75	7,179	<,001
	Hasta/Yakını	321	2,92	0,87		
37-ESH'leri için ihtiyaç duyulan finansmanın sadece Genel Sağlık Sigortası tarafından karşılanması sürdürülebilir olmadığı için tamamlayıcı sigorta uygulamasına da yer verilmesi gerektiğini düşünüyorum.	Personel	73	3,52	1,03	2,842	,005
	Hasta/Yakını	320	3,14	1,08		
38-ESH'lerinin özel kuruluşlar yoluyla daha iyi verileceğini düşünüyorum.	Personel	74	2,97	1,39	3,409	,001
	Hasta/Yakını	319	2,46	1,12		
46-ESH ekibinin güvenliğini sağlamak için şüpheli vaka ziyaretlerinde ekipte güvenlik personelinin de olması ve kadın hastaya kadın personel erkek hastaya erkek personelin hizmet vermesi gerektiğini düşünüyorum.	Personel	74	4,41	1,06	7,611	<,001
	Hasta/Yakını	321	3,17	1,30		

Tablo 43'de görüldüğü gibi evde sağlık hizmetlerinde karşılaşılan sorunların çözümüne ilişkin "özel sektör ve güvenlik desteği" boyutu kapsamındaki önerilere sağlık personeli ile hasta/yakınlarının katılım düzeyleri karşılaştırıldığında; sağlık personelinin ($Ort_{per}=3,63 \pm 0,75$) hasta/hasta yakınlarına ($Ort_{hst/ykn}=2,92 \pm 0,87$) göre daha olumlu görüş bildirdikleri ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0,001$) görülmüştür. Bu bulguya göre Hipotez 7.3 kabul edilmiştir.

ESH personeli ile hasta/hasta yakınlarının "özel sektör ve güvenlik desteği" boyutu altında yer alan önerilere katılım düzeylerine daha ayrıntılı bakıldığında ise sağlık personelinin hasta/ hasta yakınlarına göre; "ESH'leri için ihtiyaç duyulan finansmanın sadece Genel Sağlık Sigortası tarafından karşılanması sürdürülebilir olmadığı için tamamlayıcı sigorta uygulamasına da yer verilmesi gerektiğini düşünüyorum" ($Ort_{per}=3,52$ karşı $Ort_{hst/ykn}=3,14$), "ESH'lerinin özel kuruluşlar yoluyla daha iyi verileceğini düşünüyorum" ($Ort_{per}=2,97$ karşı $Ort_{hst/ykn}=2,46$) ve "ESH ekibinin güvenliğini sağlamak için şüpheli vaka ziyaretlerinde ekipte güvenlik personelinin de olması ve kadın hastaya kadın personel erkek hastaya erkek personelin hizmet vermesi gerektiğini düşünüyorum" ($Ort_{per}=4,41$ karşı $Ort_{hst/ykn}=3,17$) maddelerine ilişkin daha

olumlu görüşler bildirdikleri ve istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu görülmüştür ($p < 0,05$).

Hipotez 8. Evde sağlık hizmetlerinde yaşanan sorunlarla ilgili çözüm önerileri [1-sosyo-ekonomik destek, 2-personel ve mali destek, 3-özel sektör ve güvenlik desteği boyutları itibariyle] konusunda, Ankara ile Eskişehir illeri arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Tablo 44. Eskişehir ve Ankara illerindeki sağlık personeli, hasta ve yakınlarının sosyo-ekonomik destek boyutuna ilişkin önerilerinin karşılaştırılması

Sosyo-ekonomik destek faktörü	Gruplar	Sayı	Ort.	Ss.	t	p
	Eskişehir	226	4,21	0,65			,443	,658
Ankara	169	4,18	0,68			
35-Hasta yakınlarına belirli program dahilinde psikolojik destek sağlanması gerektiğini düşünüyorum.	Eskişehir	226	4,24	0,92	-,630	,529
	Ankara	167	4,31	0,99		
36-Hasta yakınlarına en az ayda iki gün ESH merkezinden görevlendirilecek bir bakıcı sayesinde dinlenme, dışarıda yemek yeme, gezme ve sinemaya gitme gibi sosyal faaliyetlerde bulunma imkanı verilmelidir.	Eskişehir	226	4,18	0,91	,654	,513
	Ankara	169	4,11	1,16		
39-Aile Sosyal Politikalar Bakanlığı ve valiliklerce hasta yakınlarına verilen mali desteğin hakkaniyetli olması için hastaların “Günlük Yaşam Aktiviteleri”ni yapabilme kapasitelerine göre bir ödeme bareminin geliştirilmesi gerektiğini düşünüyorum.	Eskişehir	225	4,13	0,91	,765	,445
	Ankara	168	4,06	0,97		
40-Sağlık Bakanlığı tarafından verilen ESH’lerinin belediyeler ve Aile Sosyal Politikalar Bakanlığınca verilecek bakım ve sosyal hizmetlerle desteklenmesi gerektiğini düşünüyorum.	Eskişehir	226	4,25	0,77	,924	,356
	Ankara	169	4,17	0,84		
41-ESH’lerinde çalışan personelin memnuniyetinin artırılması için görevli personele sık sık hizmet içi eğitim verilmelidir.	Eskişehir	226	4,08	0,88	1,344	,180
	Ankara	167	3,95	1,04		
43-Hasta yakınlarını yara bakımı, pansuman, beslenme gibi temel konularda bilgilendirmek için kamu spotu veya açık öğretim tekniklerinden yararlanılmalıdır.	Eskişehir	226	4,31	0,73	-,205	,838
	Ankara	169	4,33	0,78		
44-Vatandaşların ESH’leri ile ilgili farkındalığını sağlamak için ESH ile ilgili tanıtım çalışmalarına önem verilmelidir.	Eskişehir	226	4,27	0,76	-1,558	,120
	Ankara	167	4,38	0,73		

Tablo 44’de görüldüğü gibi evde sağlık hizmetlerinde karşılaşılan sorunların çözümüne ilişkin “sosyo-ekonomik destek” boyutu kapsamındaki önerilere Ankara ve Eskişehir illerindeki katılımcıların katılım düzeyleri karşılaştırıldığında; istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p > 0,05$) görülmüştür. Bu bulguya göre Hipotez 8.1 red edilmiştir.

Tablo 45. Eskişehir ve Ankara illerindeki sağlık personeli, hasta ve yakınlarının personel ve mali destek boyutuna ilişkin görüşlerinin karşılaştırılması

Personel ve mali destek faktörü	Gruplar	Sayı	Ort.	Ss.	t	p
	Eskişehir	226	4,10	0,72		
Ankara	169	4,28	0,68	-2,572	,010	
33-ESH'leri ekibinin yükünün azaltılması için İl genelindeki ESH ekibi sayısı artırılmalıdır.	Eskişehir	226	4,18	0,91	-1,029	,304
	Ankara	169	4,28	0,93		
34-ESH ekibinin hasta ziyaretlerine zamanında gidebilmesi için ulaşım aracı sayısı artırılmalıdır.	Eskişehir	226	4,25	0,82	-,561	,575
	Ankara	169	4,30	0,91		
42-ESH'leri acil ve yoğun bakım hizmetleri gibi özellikli hizmetler olarak kabul edilerek ek ödeme puanları buna göre düzenlemelidir.	Eskişehir	226	3,94	1,06	-1,990	,047
	Ankara	169	4,14	0,93		
45-Hastane ekibi tarafından sunulan ESH'lerinin maliyetini düşürmek için hastaların bağlı oldukları aile hekimleri ESH'lerinin bir parçası haline getirilmelidir.	Eskişehir	226	4,00	0,92	-4,459	<,001
	Ankara	169	4,39	0,80		

Tablo 45’de görüldüğü gibi evde sağlık hizmetlerinde karşılaşılan sorunların çözümüne ilişkin “personel ve mali destek” boyutu kapsamındaki önerilere Ankara ve Eskişehir illerindeki katılımcıların katılım düzeyleri karşılaştırıldığında; Ankara’nın ($Ort_{Ank}=4,28 \pm 0,68$) Eskişehir’e ($Ort_{Esk}=4,10 \pm 0,72$) göre daha olumlu görüş bildirdikleri ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p=0,010$) görülmüştür. Bu bulguya göre Hipotez 8.2 kabul edilmiştir.

ESH personeli ile hasta/hasta yakınlarının “personel ve mali destek” boyutu altında yer alan önerilere katılım düzeylerine daha ayrıntılı bakıldığında ise Ankara’daki katılımcıların Eskişehir’deki katılımcılara göre; “ESH’leri acil ve yoğun bakım hizmetleri gibi özellikli hizmetler olarak kabul edilerek ek ödeme puanları buna göre düzenlemelidir” ($Ort_{Ank}=4,14$ karşı $Ort_{Esk}=3,94$) ve “Hastane ekibi tarafından sunulan ESH’lerinin maliyetini düşürmek için hastaların bağlı oldukları aile hekimleri ESH’lerinin bir parçası haline getirilmelidir” ($Ort_{Ank}=4,39$ karşı $Ort_{Esk}=4,00$) maddelerine ilişkin daha olumlu görüşler bildirdikleri ve istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu görülmüştür ($p<0,05$).

Tablo 46. Eskişehir ve Ankara illerindeki sağlık personeli, hasta ve yakınlarının özel sektör ve güvenlik desteği boyutuna ilişkin görüşlerinin karşılaştırılması

Özel sektör ve güvenlik desteği faktörü	Gruplar	Sayı	Ort.	Ss.	t	p
	Eskişehir	226	3,01	0,88			1,135	,257
Ankara	169	2,99	0,90			
37-ESH'leri için ihtiyaç duyulan finansmanın sadece Genel Sağlık Sigortası tarafından karşılanması sürdürülebilir olmadığı için tamamlayıcı sigorta uygulamasına da yer verilmesi gerektiğini düşünüyorum.	Eskişehir	225	3,25	1,18	,947	,344
	Ankara	168	3,15	0,94		
38-ESH'lerinin özel kuruluşlar yoluyla daha iyi verileceğini düşünüyorum.	Eskişehir	226	2,45	1,20	-2,045	,042
	Ankara	167	2,70	1,18		
46-ESH ekibinin güvenliğini sağlamak için şüpheli vaka ziyaretlerinde ekipte güvenlik personelinin de olması ve kadın hastaya kadın personel erkek hastaya erkek personelin hizmet vermesi gerektiğini düşünüyorum.	Eskişehir	226	3,59	1,33	3,292	,001
	Ankara	169	3,15	1,33		

Tablo 46'da görüldüğü gibi evde sağlık hizmetlerinde karşılaşılan sorunların çözümüne ilişkin “özel sektör ve güvenlik desteği” boyutu kapsamındaki önerilere Ankara ve Eskişehir illerindeki katılımcıların katılım düzeyleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ($p=0,257$) bir fark olmadığı bulunmuştur. Bu sonuca göre Hipotez 8.3 red edilmiştir.

Ankara ile Eskişehir'deki katılımcıların görüşlerinde “özel sektör ve güvenlik desteği” boyutu altında yer alan maddeler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığına bakıldığında ise; Ankara'daki katılımcıların Eskişehir'deki katılımcılara göre “ESH'lerinin özel kuruluşlar yoluyla daha iyi verileceğini düşünüyorum” ($Ort_{Ank}=2,70$ karşı $Ort_{Esk}=2,45$) maddesine ilişkin daha olumlu görüşler bildirdikleri ve istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu görülmüştür ($p=0,042$). Eskişehir'deki katılımcıların Ankara'daki katılımcılara göre “ESH ekibinin güvenliğini sağlamak için şüpheli vaka ziyaretlerinde ekipte güvenlik personelinin de olması ve kadın hastaya kadın personel erkek hastaya erkek personelin hizmet vermesi gerektiğini düşünüyorum” ($Ort_{Esk}=3,59$ karşı $Ort_{Ank}=3,15$) maddesine ilişkin daha olumlu görüşler bildirdikleri ve istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu görülmüştür ($p=0,001$).

Hipotez 9. Evde sağlık hizmetlerinde yaşanan sorunlarla ilgili çözüm önerileri [1-sosyo-ekonomik destek, 2-personel ve mali destek, 3-özel sektör ve güvenlik desteği boyutları itibariyle] ile sağlık personelinin sosyo-demografik özellikleri (yaşı, mesleği, eğitim ve sertifika) arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo 47. ESH'nin sorunlarına getirilen çözüm önerileri konusunda sağlık personelinin görüşlerini etkileyen faktörlere ait regresyon analizi bulguları

Değişkenler	Standardize β katsayıları		
	Sosyo-ekonomik destek	Personel ve mali destek	Özel sektör ve güvenlik desteği
Meslek (Hekim)	-,149	,129	,167
Meslek (Ebe-hemşire)	,110	,207	,111
Yaş	-,231*	-,253*	-,250*
ESH eğitimi (Var)	-,479*	-,331*	-,172
ESH sertifikası (Var)	,223	,194	,333*

*: p<0,05

Sağlık personelinin ESH'nin mevcut sorunlarına getirilen çözüm önerileri kapsamındaki görüşlerinin kişisel özelliklerine (mesleği, yaşı, eğitim-sertifika durumu) göre farklılaşmış farklılaşmadığını belirlemek amacıyla çok değişkenli regresyon analizi yapılmıştır. Tablo 47'de görüldüğü gibi yapılan analiz sonucunda; sosyo-ekonomik destek, personel ve mali destek, özel sektör ve güvenlik desteği boyutunda varyasyonu tahminleyen anlamlı modellere ulaşılmış (p<0,05) olup, yaşına, eğitim ve sertifika durumlarına göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir (p<0,05).

Bulgulara göre, sağlık personelinin yaşı ilerledikçe “sosyo-ekonomik destek” boyutuna ($\beta=-0,231$; $t=-2,120$; $p=0,038$), personel ve mali destek boyutuna ($\beta=-0,253$; $t=-2,169$; $p=0,034$), özel sektör ve güvenlik desteği boyutuna ($\beta=-0,250$; $t=-2,133$; $p=0,037$) ilişkin önerileri daha olumsuz değerlendirdiği anlaşılmaktadır. ESH eğitimi alanların sosyo-ekonomik destek boyutuna ($\beta=-0,479$; $t=-4,304$; $p<0,001$), personel ve mali destek boyutuna ($\beta=-0,331$; $t=-2,775$; $p=0,007$) ilişkin önerileri ESH eğitimi almayanlara göre daha olumsuz değerlendirdiği anlaşılmaktadır. ESH sertifikası olanların özel sektör ve güvenlik desteği boyutuna ($\beta=0,333$; $t=-2,752$; $p=0,008$) ilişkin önerileri ESH sertifikası olmayanlara göre daha olumlu değerlendirdiği anlaşılmaktadır.

Düzeltilmiş açıklayıcılık katsayıları (R^2) incelendiğinde, sağlık personelinin sosyo-demografik özellikleri (hasta yakınının cinsiyeti, yaşı, geliri, eğitim-sertifika durumu, hastanın teşhisi, bağımlılık durumu, hizmet almak istediği yeri, alma sıklığı ve süresi) sosyo-ekonomik destek düzeyinin %21,7'sini, personel ve mali destek düzeyinin %10,2'sini, özel sektör ve güvenlik desteği düzeyinin %8,9'unu açıkladığı görülmektedir. Varyans şişme değerleri ($VIF=<5$) çoklu bağlantı sorunu olmadığına

işaret etmektedir. Regresyon analiz sonuçlarına ait detaylı tablolar Ek 8’de sunulmaktadır. Sonuç olarak bu bulgulara göre, çalışanlarının bu üç faktöre ilişkin görüşlerinin sosyo-demografik özelliklerine göre farklılaştığını öne süren Hipotez 9.1, Hipotez 9.2, Hipotez 9.3 kabul edilmiştir ($p<0,05$). Aşağıda önce Hipotez 10, daha sonra o hipoteze ilişkin analiz sonuçları verilmiştir.

Hipotez 10. Evde sağlık hizmetlerinde yaşanan sorunlarla ilgili çözüm önerileri [*1-sosyo-ekonomik destek, 2-personel ve mali destek, 3-özel sektör ve güvenlik desteği boyutları itibariyle*] ile hasta/hasta yakınlarının sosyo-demografik özellikleri (*hastanın tanısı-yatak yarası olup olmadığı-bağımlılık durumu, hasta yakınının yaşı-cinsiyeti- eğitimi-hasta bakımı eğitimi alıp almadığı-devletten parasal yardım alıp almadığı, hasta ailesinin geliri, ekibi aradıktan ne kadar sonra hizmet aldığı, hizmeti ne kadar sıklıkla aldığı, hizmeti almak istediği yer*) arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo 48. ESH’nin sorunlarına getirilen çözüm önerileri konusunda hasta/yakınlarının görüşlerini etkileyen faktörlere ait regresyon analizi bulguları

Değişkenler	Standardize β katsayıları		
	Sosyo-ekonomik destek	Personel ve mali destek	Özel sektör ve güvenlik desteği
Hasta yakını yaşı	-,094	,017	<,001
Hasta yakınının cinsiyeti	-,149*	-,152*	-,091
Devletten parasal yardım alan hasta yakını	,044	,074	,097
Hasta yakınının eğitimi	-,049	-,002	-,053
Hasta bakımı eğitim sertifikası olan hasta yakını	-,094	-,101	,196*
Nörolojik sistem hastalığı olan hasta	-,310*	-,334*	-,174
Kalp, Göğüs ve KBB sistem hastalığı olan hasta**	-,267*	-,271*	-,286*
Ortopedik sistem hastalığı olan hasta	-,175	-,222*	-,105
Yatak yarası olan hasta	,085	,078	,042
Katz (Bağımlı olan hasta)	,013	-,077	,010
Katz (Yarı Bağımlı olan hasta)	-,103	-,053	,023
Hasta ekibi aradıktan ne kadar süre sonra bakım aldığı durum	,110	,138	-,114
Hasta hizmeti ne kadar sıklıkla aldığı durum	-,032	-,061	-,160*
Hasta ailesinin toplam gelir durumu	-,144*	-,078	-,142*
ESH almak istediği yer (Sağlık Bakanlığı ve Üniversite hastaneleri)	,166*	,121	-,004

*: $p<0,05$

**Kardiyolojik hastalıkları olan 38 hasta ile göğüs ve KBB hastalıkları olan 14 hasta birleştirilmiştir.

Hasta/yakınlarının ESH’nin mevcut sorunlarına getirilen çözüm önerileri kapsamındaki görüşlerinin sosyo-demografik özelliklerine (hasta yakınının cinsiyeti, yaşı, geliri, eğitim-sertifika durumu, hastanın teşhisi, bağımlılık durumu, hizmet almak istediği yeri, alma sıklığı ve süresi) göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla çok

değişkenli regresyon analizi yapılmıştır. Tablo 48’de görüldüğü gibi yapılan analiz sonucunda; sosyo-ekonomik destek, personel ve mali destek, özel sektör ve güvenlik desteği boyutlarının varyasyonu tahminleyen anlamlı modellere ulaşılmış ($p < 0,05$) olup, hasta/yakınlarının sosyo-demografik özelliklerine göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p < 0,05$).

Bulgulara göre, kadın hasta yakınlarının sosyo-ekonomik destek boyutuna ($\beta = -0,149$; $t = -2,175$; $p = 0,031$), personel ve mali destek boyutuna ($\beta = -0,152$; $t = -2,166$; $p = 0,031$) ilişkin önerileri erkek hasta yakınlarına göre daha olumlu olduğu ifade edilebilir. Hasta bakımı eğitimi alan hasta yakınlarının özel sektör ve güvenlik desteği boyutuna ($\beta = 0,196$; $t = 2,896$; $p = 0,004$) ilişkin önerileri hasta bakımı eğitimi almayan hasta yakınlarına göre daha olumlu olduğu görülmüştür.

Nörolojik sistem hastalığı olanların sosyo-ekonomik destek boyutuna ($\beta = -0,310$; $t = -2,464$; $p = 0,015$), personel ve mali destek boyutuna ($\beta = -0,334$; $t = -2,587$; $p = 0,010$) ilişkin önerileri diğer sistem hastalığı olan hastalara göre daha olumsuz olduğu söylenebilir. Kalp-göğüs-KBB sistem hastalığı olanların sosyo-ekonomik destek boyutuna ($\beta = -0,267$; $t = -2,249$; $p = 0,026$), personel ve mali destek boyutuna ($\beta = -0,271$; $t = -2,233$; $p = 0,027$), özel sektör ve güvenlik desteği boyutuna ($\beta = -0,286$; $t = -2,472$; $p = 0,014$) ilişkin önerileri diğer sistem hastalığı olan hastalara göre daha olumsuz olduğu görülmüştür. Ortopedik sistem hastalığı olanların personel ve mali destek boyutuna ($\beta = -0,222$; $t = -2,173$; $p = 0,031$) ilişkin önerileri diğer sistem hastalığı olan hastalara göre daha olumsuz olduğu anlaşılmaktadır.

ESH daha sık alanların özel sektör ve güvenlik desteği boyutuna ($\beta = -0,160$; $t = -2,089$; $p = 0,038$) ilişkin önerileri ESH nadir sıklıkla alanlara göre daha olumlu olduğu ifade edilebilir. Ailesinin toplam geliri yüksek olanların sosyo-ekonomik destek boyutuna ($\beta = -0,144$; $t = -2,078$; $p = 0,039$), özel sektör ve güvenlik desteği boyutuna ($\beta = -0,142$; $t = -2,097$; $p = 0,037$) ilişkin önerileri ailesinin toplam geliri düşük olanlara göre daha olumsuz olduğu söylenebilir. ESH Sağlık Bakanlığı ve Üniversite hastanelerinden almak isteyenlerin sosyo-ekonomik destek boyutuna ($\beta = 0,166$; $t = 2,464$; $p = 0,015$) ilişkin önerileri diğer yerlerden almak isteyenlere göre daha olumlu olduğu anlaşılmaktadır.

Düzeltilmiş açıklayıcılık katsayıları (R^2) incelendiğinde, hasta/yakınlarının sosyo-demografik özellikleri (hasta yakınının cinsiyeti, yaşı, geliri, eğitim-sertifika durumu, hastanın teşhisi, bağımlılık durumu, hizmet almak istediği yeri, alma sıklığı ve süresi) özel sektör ve güvenlik desteği düzeyinin %13,5'ini, sosyo-ekonomik destek düzeyinin %9,5'ini, personel ve mali destek düzeyinin %5,1'ini, açıkladığı görülmektedir. Varyans şişme değerleri ($VIF \leq 5$) çoklu bağlantı sorunu olmadığına işaret etmektedir. Regresyon analiz sonuçlarına ait detaylı tablolar Ek 8'de sunulmaktadır. Sonuç olarak bu bulgulara göre, hasta/yakınlarının bu üç faktöre ilişkin görüşlerinin sosyo-demografik özelliklerine göre farklılaştığını öne süren Hipotez 10.1, Hipotez 10.2, Hipotez 10.3 kabul edilmiştir ($p < 0,05$).

4. BÖLÜM

TARTIŞMA

Çalışmanın bu bölümünde elde edilmiş bulgular, literatürdeki çalışma sonuçlarıyla birlikte ele alınarak tartışılmıştır. Bu çalışmanın sonuçları literatürdeki çalışma sonuçları bazı noktalarda benzerlik göstermekle birlikte bazı noktalarda ayrılmaktadır.

Evde sağlık hizmetleri kapsamında yapılan işlemler incelendiğinde hasta muayenesi, pansuman, sonda uygulaması, test/tahlil, sağlık raporu düzenlenmesi, hasta bakımı kapsamında ilaç, beslenme ve hijyen eğitimi yapıldığı tespit edilmiştir. Ülkemizde evde sağlık hizmetleri kapsamında yapılan araştırmalarda benzer nitelikte sağlık hizmetlerinin sunulduğu görülmüştür (Cindoruk ve diğerleri, 2010; Çatak ve diğerleri, 2012; Gümüş ve Sarıbaş, 2017; Işık ve diğerleri, 2016; Karaman ve diğerleri, 2015). Evde bakım hizmetinin daha çok kadınlar tarafından kullanıldığına dair bu çalışmadaki bulgu daha önce yapılmış pek çok çalışma ile aynı doğrultudadır (Çatak ve diğerlerinin, 2012; Çavuş, 2013; Kouta ve diğerleri, 2015; Subaşı ve Öztekin, 2006;).

Evde sağlık hizmetleri kapsamında kamu hastanelerinin birinci basamak sağlık kuruluşlarına göre daha fazla muayene hizmeti verdikleri, daha fazla tahlil yaptıkları ve daha fazla sağlık raporu verdikleri görülmüştür. Bu farklılık sebebiyle daha fazla muayene, tahlil ve sağlık raporu ücreti tahsil ettikleri anlaşılmıştır. Hasta ve hasta yakınlarına daha az eğitim verdikleri, dolayısıyla daha az eğitim ücreti tahsil ettikleri söylenebilir. Yapılan diğer işlemler (enjeksiyon, sutür alınması, lavman, nazogastrik sonda uygulaması vb.) açısından aralarında fark olmamakla birlikte diğer işlemlerden daha fazla ücret tahsil ettikleri, daha fazla hasta ziyareti yaptıkları, yaptıkları toplam işlem sayısının ve dolayısıyla toplam tedavi giderinin ve ziyaret başı tedavi giderinin daha fazla olduğu görülmüştür. Strand ve arkadaşları (2011), birinci basamak tabanlı hemşirelerin liderliğinde sunulan evde bakımın, hastane tabanlı cerrah doktorların liderliğinde sunulan evde bakıma kıyasla daha güvenli, uygun maliyetli ve benzer hasta memnuniyetinin olduğunu ifade etmişlerdir. Birinci basamak tabanlı hemşire liderliğinde sunulan evde bakımın, hastalar için güvenli, verimli, düşük maliyetli ve

tatmin edici bir model olduğunu gösteren başka çalışmalar da bulunmaktadır (Batehup ve diğerleri, 2017; Knowles ve diğerleri, 2007; McFarlane ve diğerleri, 2012). Qaderi ve arkadaşlarının (2020), cerrah doktorların liderliğindeki hastane tabanlı sunulan evde bakım hizmeti ile pratisyen hekim liderliğindeki birinci basamak tabanlı sunulan evde bakım hizmetini karşılaştıran çalışmada, hastaların eşit yaşam kalitesine sahip olduğu ve anksiyete ve depresif belirtilerinde herhangi bir farklılık olmadığı bulunmuştur. Ancak Wattchow ve arkadaşları (2006) ile Augestad ve arkadaşlarının (2013) çalışmalarında pratisyen hekim liderliğindeki birinci basamak evde bakım hizmetlerinde aynı hasta memnuniyetinin daha uygun maliyetle sunulduğu ifade edilmiştir. Bu sonuçlar, pratisyen hekim liderliğindeki birinci basamak tabanlı evde bakımı inceleyen diğer çalışmada da tekrarlanmıştır (Gall ve diğerleri, 2007). Birinci basamak evde sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin hastane tabanlı evde sağlık hizmetlerinin maliyetlerinden daha düşük olduğunu gösteren bu çalışmanın literatürdeki diğer çalışma (Augestad ve diğerleri, 2013; Batehup ve diğerleri, 2017; Gall ve diğerleri, 2007; Knowles ve diğerleri, 2007; McFarlane ve diğerleri, 2012; Strand ve diğerleri, 2011; Wattchow ve diğerleri, 2006) sonuçları ile benzerlik gösterdiği söylenebilir. Kamu hastaneleri birinci basamak sağlık kuruluşlarına göre daha az eğitim yapmış ve daha az eğitim ücreti tahsil etmişlerdir. Bunun sebebi olarak kamu hastanelerinin daha çok gelir getiren işlemleri yapmayı tercih ettikleri ve evde bakım hizmetleri konusunda eğitim vermeye vakit ayırmadıkları söylenebilir. Akdemir ve arkadaşlarının 2011 yılında yaptığı çalışmada, yatağa bağımlı evde bakım hizmeti hastalarının ilaç, beslenme ve hijyene ilişkin bilgi gereksinimlerinin oldukça yüksek olduğu; hastanelerde hasta veya yakınlarına taburculuk sonrası verilmesi gereken sağlık eğitiminin yetersizliği vurgulanmıştır. Akdemir ve arkadaşlarının (2011) yapmış olduğu tespit ile bu çalışmadaki kamu hastanelerinin daha az eğitim yaptığı ile ilgili sonuç benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmanın önemli bulgularından bir diğeri de evde sağlık hizmetleri kapsamında verilen hizmetlerin hastaların cinsiyetlerine göre farklılık göstermesidir. Kadın hastaların muayene sayısının ve giderinin, tahlil sayısının ve giderinin, sağlık raporu sayısının ve giderinin, toplam harcamasının, toplam ziyaret başı harcamasının erkeklerden daha fazla olduğu görülmüştür. Zielinski ve Halling'in çalışması (2015), yaş, cinsiyet ve multimorbidite düzeyine bağlı olarak evde sağlık hizmeti alma

olasılıklarında önemli farklılıklar olduğunu göstermiştir. Kadınların, özellikle 80 yaşın üzerindeyse, evde sağlık hizmeti alma olasılığının önemli derecede yüksek olduğu ve kadınların, yaş ayarlaması yapıldıktan sonra bile evde sağlık hizmeti alma olasılıklarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Zielinski ve Halling, 2015). Başka bir çalışma da, yaşlı kadınların erkeklerden daha çok kronik hastalıklarının olduğunu, daha çok hastaneye yattıklarını ve daha uzun süre hizmet aldıklarını göstermiştir (Gruneir ve diğerleri, 2013). Kadınların birinci basamak teşhis ve tedavi hizmetlerine ortalama başvuru sayıları erkeklere göre anlamlı derecede yüksektir. Bu nedenle kadınların birinci basamak, özel bakım, acil teşhis ve tedavi hizmetleri ile ilgili yıllık ortalama ücretlerinin, erkeklerden anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur (Bertakis ve diğerleri, 2000). Buna karşın, erkeklerin toplam pansuman sayısı ve giderinin kadınlardan daha yüksek düzeyde olduğu görülmüştür. Kayser-Jones ve arkadaşları (2008) tarafından yapılan çalışmada da Amerika Birleşik Devletleri'nde, 65 yaş ve üstü erkeklerin evde sağlık hizmetlerini kadınlardan daha düşük oranda kullandıkları, evde bakım hizmeti alan 65 yaş ve üstü kadınların yara bakımı ve fizik tedavi alma olasılığının erkeklere göre daha az, buna karşın evde bakım hizmeti alma olasılığının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu açıdan literatürdeki çalışmalar (Bertakis ve diğerleri, 2000; Gruneir ve diğerleri, 2013; Kayser-Jones ve diğerleri, 2008; Zielinski ve Halling, 2015) ile bu çalışmadaki kadın ve erkek hastaların evde sağlık hizmetleri kullanım oranları arasındaki farklar açısından benzerlik gösterdiği ifade edilebilir.

Bu çalışmanın ortaya koyduğu bir diğer bulguya göre ise evde sağlık hizmetleri alan hastaların yaşları ilerledikçe muayene sayısının ve giderinin, tahlil sayısının ve giderinin, eğitim sayısının ve giderinin, diğer işlem sayısının ve giderinin, toplam tedavi harcamasının ve toplam ziyaret başı harcamasının azaldığı görülürken, pansuman sayısının ve giderinin, sonda sayısının ve giderinin ise arttığı görülmüştür. Aslında konu ile ilgili literatürde artan yaşla birlikte sağlık hizmetlerinin kullanımının arttığına dikkat çekilmektedir (Vegda ve diğerleri, 2009). Nguyen-Oghalai ve arkadaşlarının (2008) ile Roth ve arkadaşları (1988) çalışmalarında yaşlı hastalarda artrit ve kalp hastalığı gibi fiziksel fonksiyondaki gelişmeleri azaltan daha fazla komorbiditenin olduğu vurgulanmıştır. Zielinski ve Halling'in (2015) çalışmasında, daha yüksek yaş ve daha yüksek multimorbidite düzeyinin, hem erkekler hem de kadınlar için daha fazla evde

sağlık hizmeti kullanma olasılığı ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. Plaisier ve arkadaşları (2017) tarafından yapılan çalışmada da ileri yaştaki insanların toplum temelli bakımı kullanma olasılıklarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmada hastaların yaşları ilerledikçe evde sağlık hizmetleri kapsamında almış oldukları muayene, tahlil, eğitim gibi verilen hizmetlerin ve giderlerinin azalması, Nguyen-Oghalai ve arkadaşlarının (2008), Plaisier ve arkadaşlarının (2017), Roth ve arkadaşlarının (1988), Vegda ve arkadaşları (2009) ile Zielinski ve Halling'in (2015) çalışma sonuçları ile çelişmekle birlikte ileri yaştaki hastaların pansuman ve sonda sayıları ile ücretlerinin fazla olduğuna dikkat etmek gerekir. Bunun muhtemel nedeninin yatak yaralarının aşırı yaşlılık döneminde daha fazla olması, prostat ve ürolojik sistem hastalıklarının yaşlılık döneminde daha fazla görülmesi ile açıklanabilir. Buna karşın muayene ve tahlil işlemlerinin ise daha çok orta yaştaki hastalara yapılabileceği söylenebilir. Hastaların yaşları ilerledikçe hasta bakımı kapsamında ilaç, beslenme ve hijyen eğitimi ile enjeksiyon, sütür alınması gibi diğer işlem sayısı ve ücretinin azaldığı görülmektedir. Hasta bakımı eğitimlerinin daha çok hastalıkların erken evrelerinde veya akut rahatsızlıkları olan genç hasta veya yakınlarına verildiği ifade edilebilir. Ayrıca daha yaşlı hastaların uzun süredir kronik rahatsızlıkla yaşadıkları için hastalıkları ve bakımları hakkında yeterince bilgi sahibi oldukları ve bu nedenle bu gruba yönelik ilave eğitim yapılmasına gerek görülmediği söylenebilir. Diğer yandan hastaların yaşları ilerledikçe toplam tedavi giderlerinin ve ziyaret başı tedavi giderlerinin azalmasının nedeninin ise, ileri yaşlı hastalar daha kronik ve stabil hastalıklara sahip olduğu için onlara genellikle daha az işlemli ve daha az maliyetli ziyaretlerin yapılmasından kaynaklandığı söylenebilir.

Çalışmada hastalık türü ile evde sağlık hizmeti kullanım yoğunluğu ve gideri arasındaki ilişki incelendiğinde ise nörolojik sistem hastalıkları olan hastaların muayene sayısının, sağlık rapor sayısının ve giderinin, toplam ziyaret başı harcamasının diğer sistem hastalıkları olan hastalara göre daha fazla olduğu görülürken, pansuman sayısının ve giderinin, sonda sayısının ve giderinin, diğer işlem sayısının, toplam ziyaret sayısının ve toplam işlem sayısının diğer sistem hastalıkları olan hastalara göre daha az olduğu anlaşılmaktadır. Nörolojik sistem hastalığı olan hastaların, ziyaret sıklığı ve memnuniyet boyutuna, izleme değerlendirme boyutuna ilişkin görüşlerinin, sosyo-

ekonomik destek boyutuna, personel ve mali destek boyutuna ilişkin önerilerinin diğer sistem hastalıkları olan hastalara göre daha olumsuz olduğu görülmüştür. Tuncay ve Fertelli'nin (2019) yapmış olduğu çalışmada ise rutin izlem ve tedavi gerektiren hastalıklar yelpazesinde yer alan nörolojik sistem hastalıklarda izlem ve koordinasyonda ciddi eksikler olduğu tespit edilmiştir. Demans ve diğer nörolojik durumları olan hastalarda, sağlık hizmeti kullanımının daha düşük olduğu gösterilmiştir (Vu ve diğerleri, 2014). Tuncay ve Fertelli (2019) ile Vu ve arkadaşlarının (2014) çalışma sonuçları ile bu çalışmadaki nörolojik sistem hastalığı olan hastaların hizmet kullanım sıklıkları ile ilgili sonuçlar benzerlik göstermektedir.

Diğer yandan bu çalışmanın bulgularına göre göğüs ve KBB sistem hastalıkları olan hastaların pansuman sayısının ve giderinin, sonda sayısının ve giderinin, diğer işlem sayısının, toplam ziyaret sayısının ve toplam işlem sayısının diğer sistem hastalıkları olan hastalara göre daha az olduğu görülürken, muayene sayısının ve giderinin, toplam ziyaret başı harcamasının diğer sistem hastalıkları olan hastalara göre daha fazla olduğu anlaşılmaktadır. Kardiyolojik sistem hastalıkları olan hastaların ise muayene sayısının, sağlık raporu sayısının ve giderinin diğer sistem hastalıkları olan hastalara göre daha fazla olduğu görülürken, tahlil sayısının ve giderinin, diğer işlem sayısının, diğer sistem hastalıkları olan hastalara göre daha az olduğu anlaşılmaktadır. Öztürk ve Toprak'ın (2018) çalışmasında hipertansiyon ve endokrin hastalığı tanıları olanlarda ziyaret sayısı ve tahlil sayısı diğer tanılara göre fazla çıkmıştır. Bu açıdan bakıldığında bu çalışma ile Öztürk ve Toprak'ın (2018) çalışmasındaki ziyaret sayısı benzerlik gösterirken tahlil sayısı farklılık göstermektedir. Öztürk ve Toprak (2018), tahlil sayısının fazla çıkmasının sebebini; esansiyel hipertansiyon ve endokrin bozukluklar takibinde fizik muayene kadar periyodik test/tahlil işleminin olması ve tahlil sonrası çıkan sonuçların hatalı olması nedeniyle tekrar tahlil yapıldığı şeklinde açıklamıştır. Kalhan ve Mutharasan'ın (2018) yaptığı çalışmada, KOAH ve kalp yetmezliği hastalarının sağlık sistemine yüksek maliyetler yüklediği ifade edilmiştir. KOAH ve kalp yetmezliği, sağlık hizmeti kullanımını ve maliyetini artıran iki yaygın hastalık olduğunu ve bu hastalıkların benzer sebeplerden dolayı sıklıkla birlikte ortaya çıktığı ifade edilmiştir (Goto ve diğerleri, 2017). Dolayısıyla bu çalışmanın evde sağlık hizmeti alan solunum sistemi hastalıkları olan hastaların, diğer hastalıkları olan hastalara göre maliyetlerinin

daha fazla olduğunu gösteren bulgusu ile Kalhan ve Mutharasan (2018) ile Goto ve arkadaşlarının (2017) çalışma bulguları benzerlik göstermektedir.

Kalp-göğüs-KBB sistem hastalığı olanların ziyaret sıklığı ve memnuniyet boyutuna ve izleme değerlendirme boyutuna ilişkin görüşlerinin, sosyo-ekonomik destek boyutuna, personel ve mali destek boyutuna, özel sektör ve güvenlik desteği boyutuna ilişkin önerilerinin diğer sistem hastalıkları olan hastalara göre daha olumsuz olduğu görülmüştür. Literatürde solunum sistem hastalıkları olan hastaların sağlıkla ilişkili daha düşük yaşam kalitesine sahip olduğuna (Simonds ve Elliott, 1995; Sullivan ve Karlsson, 1998), daha fazla fiziksel ve psikososyal bakım ihtiyaçları olduğuna (Claessens ve diğerleri, 2000) ve yüksek düzeyde anksiyete ve depresyon yaşadıklarına (Pehrsson ve diğerleri, 1994; Solano ve diğerleri, 2006) dair sonuçlar, bu çalışmadaki kalp-göğüs-KBB sistem hastalığı olanların hasta veya yakınlarına gerek psikolojik ve sosyal, gerekse mali yardımları içeren sosyo-ekonomik destek önerilerini daha olumsuz değerlendirdiği sonucu ile çelişmektedir. Aksu ve Fadıoğlu'nun (2013) solunum sistemi hastalığı olan bireylerin evde bakım gereksiniminin incelendiği çalışmada, hastaların %81,6'sının daha fazla evde bakıma ihtiyaç duyduğu, %62,5'inin evde bakımdan memnun olmadığı saptanmıştır. Currow ve arkadaşlarının (2011) yaptığı çalışmada solunum sistem hastalıkları olan hastaların daha az uzman palyatif bakım hizmeti aldıkları görülmüştür. Bu çalışmadaki solunum sistemi hastalığı olan hastaların evde sağlık hizmeti ziyaret sayılarını, sürelerini ve ziyaretlerdeki memnuniyeti değerlendiren ziyaret sıklığı ve memnuniyet boyutunu daha olumsuz değerlendirmeleri, Aksu ve Fadıoğlu (2013) ile Currow ve arkadaşlarının (2011) çalışma sonuçlarını desteklemektedir.

Evde sağlık hizmeti alan hastaların hastalıkları ile yapılan işlem sayısı ve giderleri arasındaki ilişki konusundaki bu çalışmada ortopedik sistem hastalıkları olan hastaların muayene sayısının ve giderinin, sonda sayısının ve giderinin, tahlil sayısının ve giderinin, diğer işlem sayısının, toplam harcamasının ve toplam ziyaret başı harcamasının diğer sistem hastalıkları olan hastalara göre daha az olduğu görülmüştür. Çeşitli ülkelerde yapılan çalışmaların sonuçları, osteoporotik kalça kırıklarının toplumlara yüksek bir mali yük getirdiğini göstermektedir (Autier ve diğerleri, 2000; Bubshait and Sadat-Ali, 2007; Clark ve diğerleri, 2008; Lawrence ve diğerleri 2005;

Lee ve diğ erleri, 2008; Levy ve diğ erleri, 2002; Wiktorowicz ve diğ erleri, 2001). Literatürdeki ortopedik sistem hastalıklarının aş ırı maliyetli olduğ una dair bu sonuçlar, bu çalışmadaki evde sağ lik hizmetlerinden hizmet alan ortopedi hastalarının diğ er hastalıklara göre toplam harcamasının ve toplam ziyaret baş ı harcamasının daha az olduğ u sonucu ile ç elişmektedir. Bu ç elişkinin sebebinin literatürdeki osteoporotik kalça kırıklarının çoğ unlukla hastane maliyetleri ile iliş kili olabileceğ i düşünülürken, evde sağ lik hizmetleri kapsamında ortopedik sistem hastalığı olan hastalara, iş lem hacmi az olan pansuman gibi az maliyetli iş lemler olduğ u görülmektedir. Yine bulgular arasında pansuman sayısının ve giderinin diğ er sistem hastalıkları olan hastalara göre daha fazla olduğ u anlaşılmaktadır. Ortopedik sistem hastalıkları olan evde bakım hastalarının diğ erlerine göre toplam pansuman sayısının ve giderinin daha fazla olması, bu tür cerrahi hastalıklarda pansuman gibi cerrahi iş lemlerin daha fazla yapılmasından kaynaklandığı düşünölmektedir.

Ortopedik sistem hastalığı olanların ziyaret sıklığı ve memnuniyet boyutuna ve izleme değ erlendirme boyutuna iliş kin görüşlerinin diğ er sistem hastalıkları olan hastalara göre daha olumsuz olduğ u görölmüştür. Dal ve arkadaşlarının (2012) hastaların taburculuk sonrası evde yaşadıkları sorunları incelediğ i çalışmada, ortopedik cerrahi uygulanan hastaların genel durum takiplerinin daha az yapıldığı ve özbakıma iliş kin sorunları diğ er hastalardan daha fazla yaşadıkları belirlenmiştir. Dal ve arkadaşlarının (2012) çalışma sonucu, bu çalışmadaki hastaların evde sağ lik hizmetlerindeki organizasyon değ iş ikliğı ile ziyaret sayıları, süreleri ve ziyaretlerdeki memnuniyeti iç eren ziyaret sıklığı ve memnuniyet boyutu ile hastaları takip hizmetlerini iç eren izleme değ erlendirme boyutunu diğ er hastalıkları olan hastalara göre daha olumsuz değ erlendirmesini desteklemektedir. Ş endir ve arkadaşlarının (2012) yaptığ ı çalışmaya katılan ortopedi ve travmatoloji hastalarının evde aldıkları hemş irelik bakımlarından çok iyi düzeyde memnun olduğ u belirlenmiştir. Bu çalışmada, katılımcıların evde sağ lik hizmetlerindeki organizasyon değ iş ikliğı ile ziyaret sayılarını ve hizmetlerden duyulan memnuniyeti ölç en boyutları olumsuz değ erlendirmesi, Ş endir ve arkadaşlarının (2012) çalışma sonuçları ile ç elişmektedir.

Bu çalışmanın bir diğ er temel bulgusu ise evde sağ lik hizmeti alan hasta/yakınları ile hizmet sunum sürecinde yer alan personelin hizmetin çeş itli yönlerine iliş kin

görüşlerindeki farklılıklardır. ESH'nin organizasyon değişikliği konusundaki “ziyaret sıklığı ve memnuniyet”, “izleme değerlendirme”, “hakkaniyet” boyutları ile ESH'ndeki sorunların çözüm önerilerine ilişkin “sosyo-ekonomik destek” boyutuna hasta veya yakınlarının çalışanlara göre daha olumlu görüş bildirdikleri görülürken, ESH'nin organizasyon değişikliği konusundaki “teşhise erişim” boyutu ile ESH'ndeki sorunların çözüm önerilerine ilişkin “personel ve mali destek” ve “özel sektör ve güvenlik desteği” boyutlarına sağlık personelinin hasta veya yakınlarına göre daha olumlu görüş bildirdikleri görülmüştür. Literatürde hasta ve personelin sağlık hizmetlerine ilişkin değerlendirmelerini karşılaştıran çalışmalar incelendiğinde; Young ve arkadaşlarının (2009) yaptığı bir çalışmada birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanlar ile hastaların hizmet kalitesine ilişkin değerlendirilmeleri incelenmiş, çalışanların değerlendirmesinin hastalara göre daha düşük olduğu görülmüştür. Zhang ve arkadaşlarının (2019) Çin'deki poliklinik hizmetleriyle ilgili olarak hastaların ve doktorların tedavi memnuniyetlerini karşılaştırdıkları çalışmada da hastaların tedaviye ilişkin memnuniyet düzeylerinin doktorlardan daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Benzer şekilde Zandbelt ve arkadaşlarının (2004) yaptığı çalışmada da dahiliye polikliniğine başvuran hastalar ile hekimlerin ziyarete ilişkin memnuniyetleri karşılaştırılmış ve hastaların genel memnuniyet düzeyinin hekimlerden daha yüksek olduğu görülmüştür. Diğer yandan Lee ve Yom'un (2007) hastaların ve hemşirelerin sağlık hizmetleri ile ilgili değerlendirmelerini karşılaştırdıkları bir çalışmada ise, hastaların tıbbi ve hemşirelik hizmetleri ile ilgili görüşlerinin hemşirelerden anlamlı düzeyde daha olumlu olduğu ya da başka bir ifadeyle hastaların aldıkları hizmetlerden hemşirelere göre daha fazla memnun olduğu görülmüştür. Lee ve Yom (2007) bu farklılığın nedenini hemşirelerin hastalık ve tedavi süreci hakkında hastalara göre çok daha fazla bilgiye sahip olmaları ve hastaların hastanede kaldıkları süre boyunca tıbbi bakım ve hemşirelik hizmetlerinden beklentilerinin düşük olması ile açıklamışlardır. Idvall ve arkadaşlarının (2002) hasta ve hemşirelerin bakım kalitesini değerlendirdikleri çalışmada da, hastaların hemşirelere göre daha olumlu görüşlerinin olduğu ve daha fazla memnun oldukları ifade edilmiştir. Gerek Lee ve Yom'un (2007) gerekse Idvall ve arkadaşlarının (2002) yaptığı çalışmalar evde sağlık hizmetleri ile ilgili olmasalar da hasta ve çalışanların verilen hizmetle ilgili görüşlerinin karşılaştırması ile ilgili oldukları ve hasta veya yakınlarının

çalışanlara göre daha olumlu görüş bildirmeleri yönüyle bu çalışmanın bulgularıyla benzerlik gösterdikleri söylenebilir.

Çalışmada, evde sağlık hizmetlerinin birinci basamaktan kamu hastanelerine devri konusunda Ankara ve Eskişehir illeri karşılaştırılmıştır. Evde sağlık hizmetlerinde yapılan organizasyonel değişiklik sonucunda sağlık kuruluşlarından veya diğer kamu kurumlarından, hastaneye nakil için ambulans, tıbbi malzeme, sosyal ve ekonomik destekleri içeren “kurumsal destek” boyutuna ilişkin olarak Eskişehir’deki katılımcılar Ankara’daki katılımcılara göre daha olumlu görüş bildirmişlerdir. Eskişehir ilinde nüfus ve buna bağlı olarak evde sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyan hasta sayısı Ankara’ya nazaran daha az olduğu için hastalara daha fazla ilgi ve desteğin gösterilebildiği ve diğer kurumlarla işbirliğinin sağlanarak sosyal hizmetlerin verilebildiği düşünülmektedir. Diğer taraftan evde sağlık hizmetlerindeki organizasyonel değişikliğin “teşhise erişim” boyutu üzerindeki etkileri ile mevcut evde sağlık hizmetleri sunum sisteminde karşılaşılan sorunların çözümüne yönelik “personel ve mali destek” konuları ile ilgili önerilere Ankara’daki katılımcıların Eskişehir’deki katılımcılara göre daha olumlu görüş bildirdikleri görülmüştür. Ankara ilinde Eskişehir’e göre daha fazla hastane ve laboratuvar merkezi olduğu için teşhise erişimin daha fazla olduğu düşünülmektedir. Robinson ve arkadaşları (2012) tarafından yapılan bir çalışmada, Kanada’nın iki şehrindeki (Alberta ve British Columbia) bakımevlerinde yaşayan yaşlıların, acil sağlık hizmetlerine ulaşımı (kurumsal destek) ile teşhis ve tedaviye erişimleri (teşhise erişim) karşılaştırılmış ve şehirlerin büyük (Alberta) ve küçük (British Columbia) olmasının etkili bir faktör olmadığı bulunmuştur. Yeşiltaş (2014) tarafından yapılan bir çalışmada ise evde sağlık hizmetleri il ve ilçeler düzeyinde karşılaştırılmış ve ilçelerde hizmet alanların ildekilere göre daha fazla memnun oldukları ve bunun büyük ölçüde il merkezinde personel başına düşen hasta sayısının, ilçelere göre daha fazla olmasından kaynaklandığı öne sürülmüştür. Bu araştırmadaki evren (Tablo 9) incelendiğinde, Eskişehir’de personel başına yaklaşık 123 hasta düşerken, Ankara’da personel başına yaklaşık 152 hasta düşmektedir. Bu çalışmadaki Ankara’nın Eskişehir’e göre daha metropol bir şehir olduğu ve Yeşiltaş’ın (2014) çalışmasındaki Isparta il merkezinin ilçelerine göre daha metropol olduğu değerlendirildiğinde, daha fazla metropol şehirlerin, daha az metropol şehirlere göre

daha fazla insan kaynağına ihtiyacı olduğundan hareketle, bu çalışmadaki personel sayısının artırılmasını öneren personel ve mali destek boyutuyla ilgili sonuçların, Yeşiltaş'ın (2014) çalışma sonuçlarıyla benzerlik gösterdiği düşünülmektedir.

Çalışmada evde sağlık hizmetlerinin sunumundaki değişikliğin, hastaların sağlık durumlarını takip hizmetlerini içeren izleme değerlendirme boyutu üzerindeki etkisi hizmet sunum sürecinde yer alan personel tarafından değerlendirildiğinde; hekimlerin görüşlerinin diğer meslek gruplarındaki çalışanlardan daha olumsuz olduğu görülmüştür. Buna karşın mesleği ebe-hemşire olanların ziyaret sıklığı ve memnuniyet boyutuna ve kurumsal destek boyutuna ilişkin görüşlerinin ise diğer meslek gruplarındaki çalışanlardan daha olumsuz olduğu anlaşılmıştır. Riccio'nun (2001) hasta, hemşire ve doktorlar ile evde bakım hizmetleri hakkında yaptığı çalışmada, hemşirelerin %70'inin verdikleri hemşirelik hizmetlerinden memnun oldukları, %10'nunun ise hizmetten tatmin olmadığı görülmüştür. Doktorların büyük bir çoğunluğu, evde hemşirelik bakımından memnun olduklarını, ancak iletişim ve sağlık eğitimi ile ilgili yaşanan problemlerden dolayı memnuniyetsizlik duyduklarını ifade etmişlerdir. Öztürk ve arkadaşlarının (2017) evde sağlık bakım hizmetlerine ilişkin hemşirelerin görüşlerinin tespit edilmesi amacıyla yaptığı çalışmada, hemşirelerin en az %70'i evde sağlık bakım hizmetinin; güvenle sunulabileceği, hastaların hastaneye daha az muhtaç olduğu, iyileşme sürecini hızlandırdığı, bu alanda uzmanlaşmış kişiler tarafından kişiye özelleştirilerek verildiği, güvenilir, etkili ve verimli bir hizmet sunum şekli olduğu, stresi azalttığı, yaşam kalitesini arttırdığı düşüncelerine katılmaktadır. Bu çalışmada ESH'lerinde yapılan organizasyon değişikliğini değerlendirirken, doktorların izleme değerlendirme boyutunu, hemşirelerin ziyaret sıklığı ve memnuniyet ile kurumsal destek boyutları hakkında diğer meslek gruplarına göre olumsuz görüş bildirmeleri, Riccio'nun (2001) ile Öztürk ve arkadaşlarının (2017) çalışma sonuçları ile çelişmektedir. Ancak, Yurtsever ve Yılmaz'ın (2016) yaptığı çalışmada, evde sağlıkta çalışan hemşirelerin yarısından fazlası önemsenmemek, ast-üst ilişkileri ve sistemin işlememesi gibi sebeplerle işinden ayrılmayı düşündüğünü ifade etmişlerdir. Çalışanlar evde bakım hizmetlerinde yaşadıkları güçlükleri ise kurumsal güçlükler, fiziksel ortam güçlükleri ve hasta/ hasta yakını odaklı güçlükler olarak sıralamışlardır. Çoban'ın çalışmasında (2013) ise evde bakım hemşirelerinin çalışma alanında en çok fiziksel

ortamdan kaynaklanan güçlüklerle karşılaştıklarını belirtmiştir. Bir başka benzer çalışmada ise profesyonel gelişim fırsatlarının olmaması, evde bakımda çalışan hemşireler için evde bakım hizmetlerinden ayrılmak için bir etken olduğu bildirilmiştir (Ellenbecker ve diğerleri, 2006). Bu çalışma ile Yurtsever ve Yılmaz'ın (2016), Çoban (2013) ile Ellenbecker ve arkadaşlarının (2006) çalışma sonuçları, hemşirelerin ESH'lerinde yapılan organizasyon değişikliğini değerlendirirken, sağlık kuruluşlarından veya diğer kamu kurumlarından, ambulans, tıbbi malzeme, sosyal ve ekonomik destekleri içeren kurumsal destek boyutları hakkında diğer meslek gruplarına göre olumsuz görüş bildirmeleri yönüyle benzerlik gösterdiği düşünülmektedir.

Diğer yandan ESH eğitimi alan sağlık personelinin, sağlık kuruluşlarından veya diğer kamu kurumlarından hastaneye nakil için ambulans, tıbbi malzeme, sosyal ve ekonomik destekleri içeren kurumsal destek boyutuna ilişkin görüşleri ile hasta veya yakınlarına ruhsal, sosyal ve mali yardımları içeren sosyo-ekonomik destek boyutuna, personel sayısının, çeşidinin, kalifiyesinin artırılması ile özlük haklarının iyileştirilmesini içeren personel ve mali destek boyutuna ilişkin önerilerinin ESH eğitimi almayanlara göre daha olumsuz olduğu görülmüştür. Benzer şekilde ESH sertifikası olan personelin ziyaret sıklığı ve memnuniyet boyutuna, kurumsal destek boyutuna, izleme değerlendirme boyutuna ilişkin görüşleri ile özel sektör ve güvenlik desteği boyutuna ilişkin önerilerinin daha olumlu olduğu anlaşılmaktadır. Sağlık personelinin yaşı ilerledikçe sosyo-ekonomik destek boyutuna, personel ve mali destek boyutuna, özel sektör ve güvenlik desteği boyutuna ilişkin önerilerinin daha olumsuz olduğu anlaşılmaktadır. McGuinness'in (2008) yaptığı çalışmada, evde sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerin eğitim seviyesi arttıkça memnuniyetinin arttığı, ancak bu çalışmanın bulgularından farklı olarak sertifikası olmayan hemşirelerin, sertifikası olan hemşirelere göre memnuniyetinin daha yüksek olduğu, buna karşın evde sağlık hizmetlerindeki çalışma deneyimi arttıkça memnuniyet seviyesinin düştüğü bulunmuştur. McGuinness'in yaptığı çalışma ile bu çalışmanın bulguları ESH konusunda eğitim ve sertifika alan personel ile almayan personelin görüşleri itibariyle karşılaştırıldığında iki çalışmanın farklılık gösterdiği söylenebilir. Honinx ve arkadaşlarının (2019) beş Avrupa ülkesindeki huzurevlerinde çalışan hemşireler üzerinde yaptığı çalışmada, palyatif bakım eğitim sertifikası alan personelin palyatif

bakım prensiplerine daha fazla katıldığı görülmüştür. Başka çalışmalarda da; eğitim-sertifika almanın personelin görüşleri üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğu ve eğitim eksikliğinin bakım sonuçlarını etkileyebilecek olumsuz tutumlara yol açtığına dair benzer sonuçlar bildirilmiştir (Janssen ve diğerleri, 2008; Kassa ve diğerleri, 2014; Vejlgard ve Addington, 2005).

Ayrıca, çalışmada hasta yakınının yaşı ilerledikçe, ESH'lerini gerçekten ihtiyaç sahibi hastaların alamadığını içeren hakkaniyet boyutuna ilişkin görüşlere daha fazla katılım gösterdiği görülmüştür. Wei ve arkadaşları (2011) tarafından evde bakım hizmetlerini alan hasta yakınlarının memnuniyetlerinin ve beklentilerinin incelendiği çalışmada, 30 yaşından büyük olan hasta yakınlarının, daha genç olanlara göre hizmet ile ilgili değerlendirmelerinin daha olumlu olduğu bulunmuştur.

Yine çalışma bulgularına göre yatak yarası olanların ziyaret sayıları, süreleri ve ziyaretlerdeki memnuniyeti içeren ziyaret sıklığı ve memnuniyet boyutuna, hastaları takip hizmetlerini içeren izleme değerlendirme boyutuna ve röntgen ve laboratuvar hizmetlerine erişimi içeren teşhise erişim boyutuna ilişkin görüşlerinin yatak yarası olmayanlara göre daha olumsuz olduğu anlaşılmaktadır. Sebba Tosta de Souza ve arkadaşlarının (2015) yapmış olduğu çalışmada, yatak yarası olan yaşlı hastalar yatak yarası olmayanlara kıyasla, fiziksel işlevsellik, fiziksel rol, sosyal işlevsellik ve duygusal rolde anlamlı olarak daha düşük (daha kötü) SF-36 skorlarına sahip olduğu bulunmuştur. Benzer bir çalışmada da yatak yarası olan hastaların yatak yarası olmayanlara kıyasla, tüm SF-36 alanlarında önemli ölçüde daha düşük sağlıkla ilişkili yaşam kalite (HRQoL) skorlarına sahip olduğu ve en düşük skorların ise fiziksel işlev, fiziksel rol ve duygusal rol olduğu rapor edilmiştir (Galhardo ve diğerleri, 2010). Rodrigues ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışmada, hastalarında yatak yarası olan informal bakıcıların düşük yaşam kalitesine sahip olduğu ve aşırı iş yükü altında olduğu gözlemlenmiştir. Bakıcıların deneyim eksikliği, yatak yarası bakımındaki iş yükünün fazla olması, maddi kazanç eksikliği ve işsizlikle birlikte informal bakıcıların yaşam kalitesi azalmıştır (Rodrigues ve diğerleri, 2016). Literatürdeki sonuçlar, bu çalışmadaki yatak yarası olan hastaların yatak yarası olmayanlara kıyasla, ESH'lerinde yapılan organizasyon değişikliğiyle ziyaret sayıları, süreleri ve ziyaretlerdeki memnuniyeti,

hastaların sağlık durumlarını takip hizmetlerini içeren faktörleri daha olumsuz değerlendirdiğine dair sonuçları desteklediği düşünülmektedir.

Ekip arandıktan sonra ESH alma süresi uzadıkça ziyaret sayıları, süreleri ve ziyaretlerdeki memnuniyeti içeren ziyaret sıklığı ve memnuniyet boyutuna, sağlık kuruluşlarından veya diğer kamu kurumlarından nakil için ambulans, tıbbi malzeme, sosyal ve ekonomik destekleri içeren kurumsal destek boyutuna, hastaları takip hizmetlerini içeren izleme değerlendirme boyutuna ve ESH'lerini gerçekten ihtiyaç sahibi hastaların alamadığını içeren hakkaniyet boyutuna ilişkin hasta/yakınlarının görüşlerinin daha olumsuz olduğu görülmüştür. ESH'ini Sağlık Bakanlığı ve Üniversite hastanelerinden almak isteyenlerin ziyaret sıklığı ve memnuniyet boyutuna, kurumsal destek boyutuna ve izleme değerlendirme boyutuna ilişkin görüşleri ile sosyo-ekonomik destek boyutuna ilişkin önerilerinin diğer yerlerden almak isteyenlere göre daha olumlu olduğu anlaşılmaktadır. Çatak ve arkadaşları (2012) tarafından Burdur'da yapılan çalışmada yaşlı hastalara evde sağlık hizmetlerinden faydalanma süresi sorulmuştur. Sağlık hizmeti kullanım süresi; iki ay %48, üç ay %23, dört ay ve üzeri %22 olduğu görülmüştür. Evde sağlık hizmeti aldıkları süre içinde yaşlıların %61'i bir kez, %19'u iki kez, %10'u üç kez, %9'u dört kez ve daha fazla hizmet almıştır. Bu çalışmada, ESH'nden faydalanma süresi ile ilgili sunulan sağlık hizmetinin kapsamlı olmadığı ve multidisipliner ekip anlayışından yoksun olduğu görülmüştür. Aynı çalışmada yaşlılara evde verilen sağlık hizmetlerinin %87,0'sini sadece devlet hastanesi, %9,3'ünün devlet hastanesi ve aile hekimi, %3,7'sini ise aile hekimi tarafından verildiği görülmüştür (Çatak ve diğerleri, 2012). Çatak ve arkadaşlarının (2012) yaptığı çalışmadaki ESH'nden faydalanma süresi ile ilgili sunulan evde sağlık hizmetinin kapsamlı olmadığı ve multidisipliner ekip anlayışından yoksun olduğu sonuçları, çalışmamızın ESH alma süresi uzadıkça hasta/yakınlarının görüşlerinin daha olumsuz olduğu sonucunu destekler nitelikte olduğu ifade edilebilir. Aynı zamanda Çatak ve arkadaşlarının (2012) yaptığı çalışmada hastaların hizmet alma yeri olarak daha çok kamu hastanelerini tercih etmeleri açısından bu çalışmadan elde edilen sonuçları desteklemektedir.

ESH'ni daha sık alanların sağlık kuruluşlarından veya diğer kamu kurumlarından nakil için ambulans, tıbbi malzeme, sosyal ve ekonomik destekleri içeren kurumsal destek boyutuna ilişkin görüşleri ile özel sektörün teşvik edilmesi ve ek güvenlik önlemlerinin

alınmasını içeren özel sektör ve güvenlik desteği boyutuna ilişkin önerilerinin ESH nadir sıklıkla alanlara göre daha olumlu olduğu görülmüştür. ESH nadir sıklıkla alanların ESH'lerini gerçekten ihtiyaç sahibi hastaların alamadığını içeren hakkaniyet boyutuna ilişkin görüşlerinin ESH daha sık alanlara göre daha fazla katılım gösterdiği anlaşılmaktadır. Coppa ve arkadaşları (2018) tarafından yapılan bir çalışmada evde sağlık hizmetleri alan komorbid hastaların yeniden hastaneye yatışları ve acil servis ziyaret oranları araştırılmış ve evde sağlık hizmetleri programının uygulamasından 6 ay sonra acil servis ziyaretinde %35,6 azalma, yeniden hastaneye yatışlarda ise %59,4 azalma olurken, ESH programın uygulamasından 1 yıl sonra ise, acil servis ziyaretinde %23,7 azalma, yeniden hastaneye yatışlarda %34,9 azalma olmuştur. Tung ve arkadaşları (2012) tarafından Kanada'da yapılan bir çalışmada, ESH ziyareti alan evde bakım hastaları ile aile hekimliği ofislerinden veya kamu-özel sosyal yardım ekiplerinden normal bakım alan evde bakım hastaları arasındaki acil servis ziyaretlerinin sayısı karşılaştırılmıştır. ESH ziyareti alan hastaların, normal bakım alanlara kıyasla 2 haftada ve 4 haftada daha az acil servis ziyaretleri olduğunu bulmuşlardır (Tung ve diğerleri, 2012). Bu çalışmada kurumsal destek boyutunu oluşturan maddelerin arasında, hastaneye veya acil servis/poliklinik hizmetlerine transferlerini vurgulayan maddeler olduğu görülmüştür. Coppa ve arkadaşları (2018) ile Tung ve arkadaşlarının (2012) çalışma sonuçlarındaki ESH ziyaretlerinin ardından hastaneye yatış veya acil servis ziyaretlerindeki azalma, bu çalışmadaki ESH'ni daha sık alanların kurumsal destek boyutuna daha fazla katılım gösterdiğine dair bulguları destekler nitelikte olduğu ifade edilebilir.

Aile geliri yüksek olanların sağlık kuruluşlarından veya diğer kamu kurumlarından nakil için ambulans, tıbbi malzeme, sosyal ve ekonomik destekleri içeren kurumsal destek boyutuna ilişkin görüşleri ile hasta veya yakınlarına ruhsal, sosyal ve mali yardımları içeren sosyo-ekonomik destek boyutuna, özel sektörün teşvik edilmesi ve ek güvenlik önlemlerinin alınmasını içeren özel sektör ve güvenlik desteği boyutuna ilişkin önerilerinin aile geliri daha düşük olanlara göre daha olumsuz olduğu görülmüştür. Jang ve Kawachi (2019) tarafından yapılan çalışmada da, hanehalkı geliri yüksek olan katılımcıların, düşük ve orta gelirli olanlara göre daha fazla bakım aldıkları görülmüştür. Jang ve Kawachi'ye (2019) göre bir ailenin mali kaynakları, bakıma

erişimiyle yakından ilişkilidir. Bu çalışmaya göre aile geliri düşük olanların, bakıcıya ödeme yapmak için çok az kaynağı olabilir veya yetişkin bir aile üyesinin çalışması gerekeceğinden bakıcı rolünü üstlenemezken, yüksek gelir düzeyine sahip bakıcıların, akraba ve arkadaş olma olasılığı daha yüksek olduğu için informal bakıcıların işe alınma oranı gelire göre değişebilecektir (Jang ve Kawachi, 2019). Aile geliri yüksek olan bireylerin sadece kamusal evde sağlık hizmetlerinden faydalanmayacağı, diğer özel kuruluşlardan veya informal bakıcılardan ücretini cebinden ödeyerek hizmet alabileceği düşünüldüğünde, aile geliri yüksek olanların düşük olanlara göre Sağlık Bakanlığı tarafından sunulan evde sağlık hizmetlerinin değerlendirildiği boyutları daha olumsuz değerlendirebileceği ifade edilebilir. Buradan hareketle Jang ve Kawachi'nin (2019) çalışma sonuçları, bu çalışmadaki sonuçları desteklemektedir.

Hasta bakımı eğitim sertifikası olan hasta yakınlarının sağlık kuruluşlarından veya diğer kamu kurumlarından nakil için ambulans, tıbbi malzeme, sosyal ve ekonomik destekleri içeren kurumsal destek boyutuna ve hastaları takip hizmetlerini içeren izleme değerlendirme boyutuna ilişkin görüşleri ile özel sektörün teşvik edilmesi ve ek güvenlik önlemlerinin alınmasını içeren özel sektör ve güvenlik desteği boyutuna ilişkin önerilerinin hasta bakımı eğitim sertifikası olmayan hasta yakınlarına göre daha olumlu olduğu görülmüştür. Bu hasta yakınlarının ESH'lerini gerçekten ihtiyaç sahibi hastaların alamadığını içeren hakkaniyet boyutuna ilişkin görüşlerinin hasta bakımı eğitim sertifikası olmayan hasta yakınlarına göre daha olumsuz olduğu anlaşılmıştır. Öğür ve arkadaşları (2019) tarafından yapılan çalışmada, yatağa bağımlı hastaların bakıcılarına verilen eğitimlerin; bakıcıların bakımla ilgili bilgi düzeyinin artmasında, bakıcıların yeterliliğini arttırmada, bakım sırasında yaşanan güçlükleri azaltmada ve bakıcı yükünü azaltmada etkili olduğu bulunmuştur. Cingil ve Gözüm (2016) tarafından yapılan çalışmada, bakıcılara yönelik yapılan eğitim ve destek hizmetlerinin hasta ve bakıcı sonuçlarını olumlu etkilediği belirtilmiştir. Avcı ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışmada, bakıcılara verilen eğitimlerin; bakıcıların yeterliliğini, iyilik halini, yaşam kalitesini geliştirmiş, hastanın hastaneye yeniden yatışını, ailelerin bakım yükü algısını, depresyon ve stresi azalttığı görülürken, bakıcılara yapılan eğitimsel girişimlerin etkin olduğu belirlenmiştir. Öğür ve arkadaşlarının (2019), Cingil ve Gözüm'ün (2016), Avcı ve arkadaşlarının (2016) çalışmalarındaki verilen eğitimin bakıcıların bakımla ilgili

bilgi düzeyini arttırdığı ve bakım verenlerin yeterliliğini geliştirdiği düşünüldüğünde, bu çalışmadaki bakım sertifikası olan hasta yakınlarının ESH ile ilgili bilgi düzeylerinin sertifikası olmayanlardan daha fazla olmasını destekler nitelikte olduğu ifade edilebilir.

SONUÇ

Bu bölümde birinci basamak sağlık kuruluşları ve kamu hastaneleri tarafından sunulan evde sağlık hizmetlerinin maliyeti, kapsamı, sıklığı ile ESH'lerinde gidilen organizasyonel değişikliğin, hasta veya hasta yakını ile sağlık personeli tarafından nasıl değerlendirildiğine ilişkin elde edilen sonuçlara ve bu sonuçlara ilişkin önerilere yer verilecektir.

ESH'nin birinci basamak sağlık kuruluşlarından kamu hastanelerine devri ile ilgili olarak katılımcıların, ziyaret sıklığı ve memnuniyet boyutuna, izleme değerlendirme boyutuna, teşhise erişim boyutuna olumlu katılım gösterdiği, ancak kurumsal destek ve hakkaniyet boyutu kapsamındaki yargıları olumsuz değerlendirdiği sonucuna ulaşılabilir. Birincil veri kaynağı olan ankete verilen cevaplardan ise kamu hastanelerinin hastaları daha sık ziyaret ettiği, yapılması gereken kan ve idrar tahlillerine erişimin daha kolay gerçekleştiği ve sonuçta hastaların kamu hastanelerinin sunduğu hizmetlerden daha fazla memnun kaldıkları anlaşılmıştır. Ancak yapılan bu değişiklik ile birlikte personel sayısı ve çeşidi artırılmadığı ve tıbbi malzeme konusunda yeterince destek sağlanmadığı için gerçek ihtiyaç sahiplerinin evde sağlık hizmetlerini yeterince alamadığı ve verilen hizmetin hakkaniyete uygun olmadığı bildirilmiştir. ESH'nin mevcut sorunlarına getirilen çözüm önerileri ile ilgili katılımcıların hasta veya yakınlarına ruhsal, sosyal ve mali yardımları içeren sosyo-ekonomik destek sağlanması gerektiği ile personel sayısının artırılması ve özlük haklarının iyileştirilmesini içeren personel ve mali destek sağlanması gerektiği sonuçlarına ulaşılabilir.

Evde sağlık hizmetleri kapsamında kamu hastanelerinin birinci basamak sağlık kuruluşlarına göre daha fazla hasta ziyareti ve işlem yaptıkları, dolayısıyla toplam tedavi giderinin ve ziyaret başı tedavi giderinin daha fazla olduğu görülmüştür. Çalışmanın ikincil verilerinden, evde sağlık hizmetlerinin birinci basamakta sunulması halinde daha az ziyaret başı harcama gerçekleştiği görülmüştür. Erkek hastaların veya yaşlı hastaların; toplam harcamasının, toplam ziyaret başı harcamasının daha az olduğu söylenebilir. Hasta yakınının yaşı ilerledikçe hakkaniyet boyutuna ilişkin görüşlerinin daha olumsuz olduğu ifade edilebilir. Kadın hasta yakınlarının ziyaret sıklığı ve memnuniyet boyutu ile teşhise erişim boyutuyla ilgili görüşlerinin daha olumlu olduğu

anlaşılmıştır. Nörolojik veya solunum sistem hastalıkları olan hastaların toplam ziyaret sayısının diğer sistem hastalıkları olan hastalara göre daha az olması, bu hastalıkları olan hastaların ziyaret sıklığı ve memnuniyet boyutuna ilişkin görüşlerinin diğer sistem hastalıkları olan hastalara göre daha olumsuz değerlendirdiği sonucuna ulaşılabilir. Evde sağlık hizmetleri kapsamında; hasta veya yakınlarının çalışanlara göre ziyaret sıklığı ve memnuniyet, izleme değerlendirme, hakkaniyet ve sosyo-ekonomik destek boyutlarına daha olumlu katılım gösterip, daha çok önem verirken, çalışanların hasta veya yakınlarına göre teşhis ve tedaviye erişim, personel ve mali destek, özel sektör ve güvenlik desteği boyutlarına daha olumlu katılım gösterip, daha çok önem verdiği sonuçlarına ulaşılabilir. ESH'nin organizasyonel değişikliği konusundaki kurumsal destek boyutuna Eskişehir'deki katılımcılar daha olumlu görüş bildirmiştir. ESH'nin organizasyon değişikliği konusundaki teşhise erişim boyutu ile ESH'ndeki sorunların çözüm önerilerine ilişkin personel ve mali destek boyutuna Ankara'daki katılımcılar daha olumlu görüş bildirdikleri görülmüştür. Bu bulgular çerçevesinde; nüfusu ve sosyo-demografik yapısı daha küçük olan şehirlerin teşhise erişim olanakları büyük şehirlere nazaran daha kısıtlı olurken, kurumsal destek ile ilgili yeteneklerinin daha fazla olduğu sonucuna ulaşılabilir. Mesleği hekim olanların izleme değerlendirme boyutuna ilişkin görüşlerinin daha olumsuz olduğu görülmüştür. İzleme değerlendirme boyutunu oluşturan maddeler incelendiğinde; daha çok teşhis ve tetkik hizmetlerinin takip işlemleri ile ilaç ve tıbbi malzemelerin reçete işlemlerinden oluştuğu söylenebilir. Bu hizmetleri gerçekleştiren meslek grubunun hekim olması sebebiyle hekimlerin diğer meslek grubundan daha olumsuz değerlendirmesinin, hastalara sunulan muayene, tetkik isteme ve ilaç reçete işlemlerinin yeterli olmadığı sonucuna ulaşılabilir. Mesleği ebe-hemşire olanların ziyaret sıklığı ve memnuniyet boyutuna ve kurumsal destek boyutuna ilişkin görüşlerinin daha olumsuz olduğu anlaşılmıştır. Ziyaret sıklığı ve memnuniyet boyutu ile kurumsal destek boyutunu oluşturan maddeler incelendiğinde; ziyaret sayıları, ziyaret sırasındaki hasta memnuniyeti, hastaya doğrudan sunulan hizmetlerin verimliliği ile personel sayısını ve uzmanlıklarını değerlendiren yargılardan oluştuğu ifade edilebilir. Uluslararası literatürde ifade edilen; hemşirelerin, hastaların biyolojik ve psikolojik yönlerine önem verdiğine dair bulguya dayanarak, bu boyutlara ebe-hemşire grubunun diğer meslek gruplarına nazaran daha olumsuz cevap vermesinin sebebi olarak iş yükünün daha fazla olabileceği söylenebilir. ESH sertifikası olan

çalışanların ziyaret sıklığı ve memnuniyet boyutuna, kurumsal destek boyutuna, izleme değerlendirme boyutuna ilişkin görüşleri ile özel sektör ve güvenlik desteği boyutuna ilişkin önerilerinin daha olumlu olduğu anlaşılmaktadır. Hasta bakımı eğitim sertifikası olan hasta yakınlarının kurumsal destek boyutuna ve izleme değerlendirme boyutuna ilişkin görüşlerinin daha olumlu olduğu, anlamca olumsuzluğu ifade eden hakkaniyet boyutuna ilişkin görüşlerinin ise daha olumsuz olduğu anlaşılmıştır. Daha yaşlı veya çalışma yılı daha fazla olan çalışanların daha genç veya çalışma yılı daha az olan çalışanlara göre ESH'nin mevcut sorunlarına getirilen önerileri daha olumsuz değerlendirmesi, tükenmişliğin göstergesi veya iş tatmininin olmamasının göstergesi olarak değerlendirilebilir. Yatak yarası olanların ziyaret sıklığı ve memnuniyet boyutuna, izleme değerlendirme boyutuna ve teşhise erişim boyutuna ilişkin görüşlerinin daha olumsuz olduğu anlaşılmaktadır. Ekip arandıktan sonra ESH alma süresi uzadıkça hasta/yakınlarının ziyaret sıklığı ve memnuniyet boyutuna, kurumsal destek boyutuna, izleme değerlendirme ve hakkaniyet boyutuna ilişkin görüşlerinin daha olumsuz olduğu görülmüştür. ESH nadir sıklıkla alanların kurumsal destek ve hakkaniyet boyutlarına ilişkin görüşlerinin daha olumsuz olduğu anlaşılmaktadır. ESH'lerinin birinci basamak sağlık kuruluşlarından kamu hastanelerine devrinden sonra bu hizmetleri Sağlık Bakanlığı ve Üniversite hastanelerinden almak isteyen katılımcılar, ziyaret sıklığı ve memnuniyet boyutuna, kurumsal destek boyutuna ve izleme değerlendirme boyutuna ilişkin görüşlere aile hekimliğinden, TSM'lerden, belediyelerden almak isteyenlere göre daha fazla katılım göstermiştir. Bu bulgu, katılımcıların kamu hastanelerine daha fazla güvendiği ile açıklanabilir. Aile geliri düşük olanların kurumsal destek boyutuna ilişkin görüşleri ile sosyo-ekonomik destek boyutuna, özel sektör ve güvenlik desteği boyutuna ilişkin önerileri aile geliri daha yüksek olanlara göre daha olumlu olduğu görülmüştür.

Sağlık Bakanlığı'nın 2019/18 sayılı sağlık hizmet sunucularının basamaklandırılması konulu genelgesinde (SB, 2019); "Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik" kapsamında hizmet veren birimleri, birinci basamak ayakta teşhis ve tedavi hizmeti sunan sağlık kuruluşları olarak tanımlamasına rağmen, Sağlık Bakanlığı tarafından sunulan evde sağlık hizmetlerinin sunum ve koordinasyonunun kamu hastaneleri tarafından verilmesi çelişmektedir.

Bu sonuçlar çerçevesinde politika yapıcılara ve karar vericilere; hakkaniyet, kurumsal destek, sosyo-ekonomik destek, personel ve mali destek boyutları kapsamında iyileştirmeler yapılması hususunda öneriler sunulabilir. Evde sağlık hizmetlerinden en fazla hizmet alan nörolojik veya solunum sistem hastalıkları olan hastaların ziyaret sıklığı ve memnuniyet boyutuna ilişkin olumsuz görüşlerinin iyileştirilmesi için toplam ziyaret sayısının artırılması gerektiği söylenebilir. Hasta ve çalışan memnuniyetinin artırılması için her iki grubun önem verdiği, odaklandığı boyutların iyileştirilmesi önerilebilir. Nüfusu ve sosyo-demografik yapısı nispeten daha küçük şehirlerde hizmete erişim olanaklarının artırılması, daha büyük şehirlerdeki hasta veya yakınlarına sunulan kurumsal destek hizmetlerinin koordinasyonunun ve organizasyonunun iyileştirilmesi önerilebilir. Evde sağlık hizmetleri birimlerine daha fazla sayıda hekim tahsis edilmesi ve ebe-hemşire grubunun iş yükünü hafifletecek, motivasyonunu artıracak uygulamaların yapılması önerilebilir. Uluslararası literatürde ifade edilen; ESH'leri ile ilgili sertifika almış personelin veya hasta yakınının bu hizmetler hakkında yeterli bilgi ve beceriye sahip olduğu görüşüne dayanarak, çalışanların veya hasta yakınlarının ESH'leri kapsamındaki hizmetlerle ilgili sertifikasyon veya hizmetiçi eğitim programına tabi tutulması söylenebilir. ESH'leri birimlerine personel tahsisinde, daha genç veya çalışma yılı daha az olan çalışanın tercih edilmesi tavsiye edilir. Uluslararası literatürde ifade edilen; yatak yaralarının ölmekte olan hastalar ve aileler için acı verici trajik bir yük olduğuna dair bulguya dayanarak, evde sağlık hizmeti sunucularına yatak yarası olan hastaların ziyaret sıklığı, yaraların takip ve bakımı, gerekli tetkiklere zamanında erişimi gibi evde sağlık hizmetleri sunumunun daha özenle yapılması önerilebilir. Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan Sağlıkta Kalite Standartları evde sağlık hedefleri arasında, teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin hastanın ihtiyaçlarına göre en uygun ve kabul edilebilir bir zaman aralığı içerisinde sunulması şeklinde tanımlanan “zamanlılık” hedefi çerçevesinde, evde sağlık hizmetleri sunucularına, ESH'lerinin belirlenen zamanlılık hedefine uygun olarak verilmesi tavsiye edilir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarının sağlık hizmet kabiliyetlerinin ve olanaklarının artırılarak hasta veya yakınlarının güveninin kazanılması önerilebilir. Uluslararası literatürde de belirtildiği gibi aile geliri düşük olanların evde sağlık hizmetlerini kamu kuruluşları yerine özel sektörden almaları kısıtlı olacağından, özellikle aile geliri düşük

olanlara sunulan evde sağlık ve sosyal hizmetlerin kapsamının arttırılması gerekmektedir.

Elde edilen bulgular çerçevesinde ikincil verilerden elde edilen bulgulara göre evde sağlık hizmetlerinin birinci basamak sağlık kuruluşları tarafından daha az giderle sunulduğu, ancak Eskişehir ve Ankara'da yapılan araştırmada personel, hasta ve hasta yakınları, evde sağlık sağlık hizmetlerini kamu hastaneleri tarafından sunulması halinde ziyaret sıklığı ve memnuniyet, izleme değerlendirme, teşhise erişim boyutları açısından daha etkili ve verimli olduğunu ifade etmişlerdir. Evde sağlık hizmetlerinin birinci basamak sağlık kuruluşları ve hastaneler tarafından sunulmasının sağladığı avantaj ve dezavantajı değerlendiren bu çalışmanın evde sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi yönünde geliştirilecek politikalar için önemli veri ve bilgi sağlayacağı düşünölmektedir.

Çalışmanın sadece Ankara ve Eskişehir illerinde gerçekleşmiş olduğu göz önüne alınarak dışsal geçerliliği daha yüksek sonuçlara ulaşabilmek için daha geniş kapsamlı çalışmaların yapılması önerilebilir.

KAYNAKÇA

- 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun. (1961). T.C. Resmi Gazete, 10705,12 Ocak 1961.
- 694 Sayılı Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname (KHK). (2017). T.C. Resmi Gazete, 30165, 25 Ağustos 2017
- Aarsland, D., Larsen, J.P., Karlsen, K., Lım N.G. ve Tandberg, E. (1999). Mental symptoms in parkinson's disease are important contributors to caregiver distress. *International Journal Of Geriatric Psychiatry*;14: 866- 874.
- Agora, (2014). Palliative care. Factsheet 2015, pp. 1–8. Agora.
- Aile Hekimliği Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği (2010). T.C. Resmi Gazete, 27801, 30/12/2010, <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/3.5.20101237.pdf>
- Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. (2013). T.C. Resmî Gazete, 28539, 25.01.2013: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=17051&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>
- Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı [ASPB], (2017). Türkiye'nin Bütünleşik Sosyal Yardım Sistemi. Ankara.
- Akdemir, N., Bostanoğlu, H., Yurtsever, S., Kutlutürkan, S., Kapucu, S. ve Canlı-Özer, Z. (2011). Yatağa bağımlı hastaların evde yaşadıkları sağlık sorunlarına yönelik evde bakım hizmet gereksinimleri. *Dicle Tıp Dergisi / Dicle Medical Journal*; 38 (1):57-65
- Akiyama, N., Shiroya, T., Fukuda, T., Murashima, S. and Hayashida, K., (2018). Healthcare costs for the elderly in Japan: Analysis of medical care and long-term care claim records. *PLoS ONE* 13(5): e0190392; s. 1-15 <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190392>

- Aksu, T. ve Fadıloğlu, . (2013). Solunum sistemi hastalığı olan bireylerin evde bakım gereksinimi ve Yaşam kalitesinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 29 (2):1-12.
- Alpak, M. (2015). Evde sağlık hizmetlerinin Türkiye'deki yeri (Antalya rneği). Beykent Üniversitesi Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi
- Alpar, R. (2010). Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik-Güvenirlik. Ankara:Detay Yayıncılık.
- American Medical Association and American Academy of Home Care Physicians, (2007). Medical Management of the Home Care Patient Guidelines for Physicians. All rights reserved. (ISBN-13: 978-1-57947-865-0) (ISBN-10: 1-57947-865-4) (OP 221201). Third edition
- American Medical Association, (1990). Council on Scientific Affairs. Home care in the 1990s. JAMA.;263:1241-1244.
- Amerikan Aile Hekimleri Akademisi (AAFP) resmi web sitesi <https://www.aafp.org/practice-management/transformation/pcmh.html> (erişim tarihi:09.05.2020)
- Asociación Española Contra el Cáncer [AECC], (2014). Report on the current situation of palliative care in Spain, 2014 [Informe de la Situación Actual de los Cuidados Paliativos en Espaņa, 2014]. Madrid. (https://www.aecc.es/Investigacion/observatoriodelcancer/Estudiosrealizados/Documents/CP_FactSheet.pdf).
- Augestad, K.M., Norum, J., Dehof, S., Aspevik, R., Ringberg, U. ve Nestvold, T. (2013). Costeffectiveness and quality of life in surgeon versus general practitioner organised colon cancer surveillance: a randomised controlled trial. BMJ Open;3(4).

- Autier, P., Haentjens, P., Bentin, J., Baillon, J.M., Grivegnee, A.R., Colson, M.C., et al. (2000). Costs induced by hip fractures: a prospective controlled study in Belgium. Belgian Hip Fracture Study Group. *Osteoporos Int.*;11(5):373-80.
- Avcı, Y.D., Gözüm S. ve Özer Z.. (2016). İnmeli hastaların ailelerinin, bakım verme yeterliliğini geliştirmek için yapılan girişimler: Sistemik Derleme. *TJFM&PC*;10(3):164-174. DOI:10.21763/tjfmpe.46799,
- Aydın, M. (2014). Evde Bakım Hizmeti Alan Kişilerde Sık Karşılaşılan Tıbbi ve Sosyal Sorunlar. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi
- Bakım Hizmetleri Stratejisi ve Eylem Planı (2011-2013). (2011). T.C. Resmi Gazete, 27820, 19 Ocak 2011, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/01/20110119-6.htm>
- Bartholomeyczik, S. ve Hunstein, D. (2004). Time distribution of selected care activities in home care in Germany. *Journal of Clinical Nursing*;13(1):97–104.
- Batehup, L., Porter, K., Gage, H., Williams, P., Simmonds, P. ve Lowson, E. (2017). Followup after curative treatment for colorectal cancer: longitudinal evaluation of patient initiated follow-up in the first 12 months. *Support Care Canc: Off J Multinatl Assoc Support Care Canc*;25(7):2063e73
- Benjamin, M.R. (1997). Pain Control in Home Care. In: Spratt, J.S., Hawley, R.L., Hoyer, R.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.
- Bernal-Delgado, E., García-Armesto, S., Oliva, J., Martínez, F.I.S., Repullo, J.R., Peña-Longobardo, L.M., Ridao-López, M., Hernández-Quevedo, C. (2018). Spain Health system review. *Health Systems in Transition*. ISSN 1817-6127 Vol. 20 No. 2. Publications, WHO Regional Office for Europe, UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

- Bertakis, K.D., Azari, R., Helms, L.J., Callahan, E.J. ve Robbins J.A. (2000). Gender differences in the utilization of health care services. *J Fam Pract.*;49(2):147–52.
- Blackman, T. (2000). Defining responsibility for care: approaches to the care of older people in six European countries. *Int J Soc Welfare*: 9: 181–190
- Bode, I. ve Firbank, O. (2009). Barriers to co-governance: Examining the “chemistry” of home-care networks in Germany, England, and Quebec. *The Policy Studies Journal*,37(2), 325-351.
- Brodsky, J., Habb J. ve Mızrahi, I. (2000). Long Term Care Laws In Five Developing Countries: A Review, WHO/NMH/CCL/00.2 s.15-34
- Brodsky, J., Habib, J., Hirschfeld, M. ve Siegel, B. (2002). Care of the frail elderly in developed and developing countries: The experience and the challenges. *Aging Clinical and Experimental Research.*;14:279-286.
- Bubshait, D. and Sadat-Ali, M., (2007). Economic implications of osteoporosis-related femoral fractures in Saudi Arabian society. *Calcif Tissue Int. Dec*;81(6):455-8.
- Büscher, A., Wingenfeld, K. ve Schaeffer, D. (2011). Determining eligibility for long-term care—lessons from Germany. *International Journal of Integrated Care-* Volume 11, 31 May
- Byrne, B. (2011). *Structural equation modeling with AMOS Basic concepts, applications, and programming, Multivariate Applications Series.* New York: Routledge.
- Care Quality Commission [CQC], (2009). *The quality and capacity of adult social care services. An overview of the adult social care market in England 2008/09.* London.
- Casiro, O., McKenzie, M.E. ve McFadyen, L. (1993). Earlier discharge with community-based intervention for low birth weight infants: a randomized trial. *Pediatrics.*;92:128-133.

- Centers for Medicare and Medicaid Services, (2002). Department of Health-Human Services, Medicare and Home Health Care, Publication:10969, Baltimore USA,
- Centers for Medicare and Medicaid Services. (2017). National health expenditure data. <https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/NationalHealthExpendData/index.html>.
- Chevreur, K., Brigham, K.B., Durand-Zaleski, I. ve Hernández-Quevedo, C. (2015). France Health system review. Health Systems in Transition Vol. 17 No. 3
- Chi, N.F., Huang, Y.C., Chiu, H.Y., Chang, H.J. ve Huang, H.C. (2019). Systematic Review and Meta-analysis of Home-Based Rehabilitation on Improving Physical Function Among Home-dwelling Patients with a Stroke, ARCHIVES OF PHYSICAL MEDICINE AND REHABILITATION.
- Cindoruk, M., Yetkin, İ., Şahin, M., Ekici, E., Görgül, A., İleri, F. ve diğerleri (2010). “Evde Bakım Hizmetleri.” Akademik Geriatri 2: 121-127.
- Cingil, D. ve Gözüm S. (2016). Hastasına evde bakım veren aile bakım vericilerinin güçlendirilmesi: Sistematik derleme. Türkiye Klinikleri Halk Sağlığı Hemşireliği Özel Dergisi (E-Dergi), Sağlık ve Sosyal Boyutlarıyla Evde Bakım Özel Sayısı,;2(3):60-72.
- Claessens, M.T., Lynn, J., Zhong, Z., Desbiens, N.A., Phillips, R.S., Wu, A.W. ve diğerleri (2000). Dying with lung cancer or chronic obstructive pulmonary disease: insights from Support. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments. J Am Geriatr Soc, 48(5 Suppl):S146-153
- Clark, P., Carlos, F., Barrera, C., Guzman, J., Maetzel, A., Lavielle P, et al. (2008). Direct costs of osteoporosis and hip fracture: an analysis for the Mexican healthcare system. Osteoporos Int. Mar;19(3):269-76.
- Cohan, J. (2015). Relationship of the Patient-Centered Medical Home to Patient Satisfaction/Experience and Quality of Care. the Faculty of Business Administration of Jones International University, doktora tezi

- Commission for Social Care Inspection (CSCI), (2008). The state of social care in England 2006-07, London: Commission for Social Care Inspection. Presented to Parliament under section 129 1(b) of the Health and Social Care (Community Health and Standards) Act 2003.
- Conesa, J.C., Costa, D., Kamali, P., Kehoe, T.J., Nygard, V.M., Raveendranathan, G. ve Saxena, A., (2018). Macroeconomic effects of Medicare. *The Journal of the Economics of Ageing*; 11:27-40
- Conrad, P.A. (2008). Do regional models matter? Resource allocation to home care in the Canadian provinces of prince Edward Island, Nova Scotia & New Brunswick. Department of Health Policy Management and Evaluation University of Toronto, Doktora Tezi.
- Coppa, D., Winchester S.B. ve Roberts, M.B. (2018). Home-based nurse practitioners demonstrate reductions in rehospitalizations and emergency department visits in a clinically complex patient population through an academic–clinical partnership. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*: June - Volume 30 - Issue 6 - p 335-343
- Corden, A., Samsbury, R., Irvine, A. ve Clarke S. (2010). The impact of Disability Living Allowance and Attendance Allowance: Findings from exploratory qualitative research. Research Report 649, London, Department for Work and Pensions.
- Cuckler, G.A., Sisko, A.M., Poisal, J.A., Keehan, S.P., Smith, S.D., Madison, A.J. ve diğerleri, (2018). National health expenditure projections, 2017-26: despite uncertainty, fundamentals primarily drive spending growth *Health Aff (Millwood)*, 37, pp. 482-492
- Currow, D.C., Farquhar, M., Ward, A.M., Crawford, G.B. ve Abernethy, A.P. (2011). Caregivers' perceived adequacy of support in end-stage lung disease: results of a population survey. *BMC Pulmonary Medicine*; London Vol. 11, 55.

- Çatak, B., Kılınç, A.S., Badıllıoğlu, O., Sütü, S., Sofuoğlu, A.E. ve Aslan, D. (2012). Burdur’da Evde Sağlık Hizmeti Alan Yaşlı Hastaların Profili ve Evde Verilen Sağlık Hizmetleri. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi* 10(1): 13-21
- Çavuş, F.Ö. (2013). Yaşlılara Yönelik Evde Bakım Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. Ankara, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi.
- Çoban, S. (2013). Evde Bakım hemşirelerinin çalışma alanındakarşılaştıkları güçlüklerin ve bakım vermede duyulan gereksinim alanlarının belirlenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Çoban, M. (2015). Evde bakım hizmet sisteminin Almanya ve Türkiye örneğinde incelenmesi ve Türkiye için bir model önerisi. Gazi Üniversitesi, Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, doktora tezi
- Çoban, M. ve Esatoğlu, A.E. (2004). Evde bakım hizmetlerine genel bir bakış. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics*, 12(2), 109-129.
- Dal, Ü., Bulut, H. ve Demir, S. (2012). Cerrahi Girişim Sonrası Hastaların Evde Yaşadıkları Sorunlar. *Bakırköy Tıp Dergisi*; 8:34-40
- Dawani, H.A., Hamdan-Mansour, A.M. ve Ajlouni A. T. (2014). Users' Perception and Satisfaction of Current Situation of Home Health Care Services in Jordan. *Health* 6(7): 549-558.
- De Bakker, D. (2004). Is er nog huisarts voor de dood? [Is there still access to their GP for those who are dying?]. *Huisarts en Wetenschap*, 47(6):262.
- De Boer, A., Broese van Groenou, M. ve Timmermans J. (2009). Mantelzorg: een overzicht van steun van en aan mantelzorgers in 2007 [Informal care: an overview of support for and from informal carers in 2007]. The Hague: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP). Retrieved from http://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2009/Mantelzorg,

- DePalma, J.A. (2008). Evidence Needed to Support Home Care in the Future Home Health Care Management & Practice / February / Volume 20, Number 2, 186-188
- Diebo, B.G., Cherkalin, D., Jalai, C.M., Shah, N.V., Poorman, G.W., Beyer, G.A. ve diğerleri (2018). Comparing psychological burden of orthopaedic diseases against medical conditions: Investigation on hospital course of hip, knee, and spine surgery patients. *Journal of Orthopaedics* 15; 297–301
- Ejaz, F.K., Straker, J.K., Fox, K. ve Swami, S. (2003) Developing a Satisfaction Survey for Families of Ohio’s Nursing Home Residents. *The Gerontologist*, 43, 447-458. <http://dx.doi.org/10.1093/geront/43.4.447>
- Ellenbecker, C.H., Neal-Boylan, L. and Samia L. (2006). What home healthcare nurses are saying about their jobs. *Home Healthcare Nurse*, 24(5), 315-324
- Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik. (2005). T.C. Resmi Gazete, 25751, 10 Mart 2005.
- Eyers, I.A. (2003). Meeting the needs of older people? A comparative study of care home staff in England and Germany. Department of Sociology School of Human Sciences University of Surrey, Doktora Tezi.
- Feng, Z., Liu, C., Guan, X. and Mor, V., (2012). China’s rapidly aging population creates policy challenges in shaping a viable long-term care system. *Health Affairs* 31: 2764–73
- Fevurly, K.R. (2012). Alternatives to long term care insurance. *Journal of Financial Service Professionals*, 66(6), 61-68.
- Fielo S.B. ve Warren S.B. (2001). Home adaptation: helping older people age in place. *Geriatr Nurs.*; 22(5): 239-247.
- Firbank, O.E. (2011). Framing home-care policy: A case study of reforms in a Canadian jurisdiction. *Journal of Aging Studies* 25; 34–44

- Foster, C.C. (2017). Caregiver and Provider Experiences of Home Healthcare for Children with Medical Complexity. University of Washington, Yüksek Lisans Tezi
- Gabriela, S. ve Tediosi, F. (2014). Intergovernmental relations and Long Term Care reforms: Lessons from the Italian case. *Health Policy* Volume 116, Issue 1, May, Pages 61-70
- Galhardo, V.A.C., Magalhães, M.G., Blanes, L., Juliano, Y. and Ferreira, L.M., (2010). Health-related quality of life and depression in older patients with pressure ulcers. *WOUNDS*;22(1):20–26
- Gall, C.A., Weller, D., Esterman, A., Pilotto, L., McGorm, K. ve Hammett, Z. (2007). Patient satisfaction and health-related quality of life after treatment for colon cancer. *Dis Colon Rectum*;50(6):801e9.
- Genet, N., Boerma, W., Kroneman, M., Hutchinson, A. ve Saltman, R.B. (2012). Home care across Europe, current structure and future challenges. Denmark: World Health Organization (acting as the host organization for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies), 9, 83
- Geraedts, M., Heller, G.V. ve Harrington, C.A. (2000). Germany's long-term-care insurance: Putting a social insurance model into practice. *The Milbank Quarterly*;78(3):375–401.
- Gibson, J.M., Gregory, R.S. ve Pandya, M.S. (2003). Long-term care in developed nations: A brief Overview. AARP Public Policy Institute.
- Glendinning, C. and Wilde, A.T. (2011). Home Care in England, Livindhome, Editors: Tine Rostgaard, Caroline Glendinning, Cristiano Gori, Teppo Gröger, August Österle, Marta Szebehely, Hildegard Theobald, Virpi Timonen, Mia Vabø; *Living Independently at Home*, Copenhagen: The Danish National Centre for Social Research, 95-116

- Glinskaya, E. and Feng, Z., (2018). Option for Aged Care in China, Building an Efficient and Sustainable Aged Care System. International Bank for Reconstruction and Deveelopment The World Bank Group, s.20.
- Gori, C. (2011). Home Care in Italy. Livindhome, Editors: Tine Rostgaard, Caroline Glendinning, Cristiano Gori, Teppo Gröger, August Österle, Marta Szebehely, Hildegard Theobald, Virpi Timonen, Mia Vabø; Living Independently at Home, Copenhagen: The Danish National Centre for Social Research, 185,188.
- Gori, C. (2012). Home care in Italy: A system on the move, in the opposite direction to what we except. *Health and Social Care in the Community*, 20(3), 255-266.
- Goto, T., Faridi, M.K. ve Gibo, K., (2017). Trends in 30-day readmission rates after COPD hospitalization, 2006-2012. *Respir Med*, 130, pp. 92-97
- Grant, R ve Greene, D. (2012). The Health Care Home Model: Primary Health Care Meeting Public Health Goals. *American Journal of Public Health* 102, no. 6: pp. 1096-1103.
- Gruneir, A., Forrester, J., Camacho, X., Gill, S.S. ve Bronskill, S.E. (2013). Gender differences in home care clients and admission to long-term care in Ontario, Canada: a population-based retrospective cohort study. *BMC Geriatr*;13:48.
- Gustafsson R.Å. ve Szebehely M. (2009). Outsourcing of elder care services in Sweden: Effects on work environment and political legitimacy. in King D. & Meagher G., *Paid Care in Australia: Politics, Profits, Practices*, Sydney, Sydney University Press.
- Güçlü, İ. (2015). A formal model and a mathematical programming based analysis framework for tactical-level planning of home care systems. In Department of Industrial Engineering Boğaziçi University, Doktora Tezi.
- Gümüş, R. ve Sarıbaş, S. (2017). Diyarbakır ili ve ilçelerinde 2015 yılında Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerin sunduğu evde bakım hizmetlerinin değerlendirilmesi. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, Cilt:3,Sayı:1

- Güzel, E.Ç. ve Toprak D., (2018). Türkiye’de Evde Sağlık Hizmetleri. Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi Cilt: 10 Sayı:5; Eylül - Ekim
- Haggerty, J.L., Reid, R.J., Freeman, G.K., Starfield, B.H., Adair C.F. ve McKendry, R. (2003). Continuity of Care: A Multidisciplinary Review. *British Medical Journal*, 327, 1219-1221. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219> [Citation Time(s):3]
- Harris-Kojetin, L., Sengupta, M., Park-Lee, E. ve Valverde, R. (2013). Long-term care services in the United States: 2013 overview. *National health care statistics reports; No 1*. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. s.2-8.
- Heinicke, K. ve Thomsen, L.S. (2010). The social long term care insurance in Germany: origin, situation, threats and perspectives. Discussion Paper, 10-12. Bonn: Center of Economic Research (ZEW), 2,4,5,13.
- Hodnett, E.D. ve Roberts I. (2000). Home-based social support for socially disadvantaged mothers. *Cochrane Database Syst Rev.*;(2):CD000107.
- Honinx, E., Smets, T., Piers, R., Deliens, L., Payne, S., Kyllanen, M. ve diğerleri (2019). Agreement of Nursing Home Staff With Palliative Care Principles: A PACE Cross-sectional Study Among Nurses and Care Assistants in Five European Countries. *Agreement of Nursing Home Staff With Palliative Care Principles*, Vol. 58 No. 5
- Hu, L.T. ve Bentler, P.M. (1999). Cut off criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling. A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1-55.
- Idvall, E., Hamrin, E., Sjöström, B. ve Unosson M. (2002). Patient and nurse assessment of quality of care in postoperative pain management. *Qual Saf Health Care*;11:327–334
- Ikegami, N. ve Campbell, C.J. (2002). Choices, policy logics and problems in the design of long-term care systems. *Social policy and administration*;;36(7):719-739.

- Inspectie voor de Gezondheidszorg, (2014). Verbetering kwaliteit ouderenzorg gaat langzaam [Slow improvement of quality of care for the elderly]. http://www.igz.nl/actueel/nieuws/Verbetering_kwaliteit_ouderenzorg_gaat_langzaam.aspx,
- Inspectie voor de Gezondheidszorg, (2015). Betere verpleegzorg sinds 2014 in 150 instellingen die afgelopen half jaar zijn bezocht [Better care since 2014 in 150 residential institutions that have been visited in the past half year]. <http://www.igz.nl/actueel/nieuws/betere-verpleegzorg-sinds-2014-in-150>.
- Inspection générale des affaires sociales [IGAS], (2010). Bilan du fonctionnement et du rôle des Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH). Paris, <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000024/0000.pdf>,
- Institute of Public Care [IPC], (2011). People who pay for care: Quantitative and qualitative analysis of self-funders in the social care market. Oxford Brookes University,.
- Işık, O., Kandemir, A., Erişen, M.A. ve Fidan, C. (2016). Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Profili ve Sunulan Hizmetin Değerlendirilmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi; 19(2): 171-186
- Jang, S. ve Kawachi, I. (2019). Care inequality: care received according to gender, marital status, and socioeconomic status among Korean older adults with disability. *International Journal for Equity in Health*. 18:105 <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1008-0>
- Janssen, A.L., MacLeod, R.D. ve Walker, S.T., (2008). Recognition, reflection, and role models: Critical elements in education about care in medicine. *Palliat Support Care*;6: 389-395.
- Jenike, B.R. (2002). From the Family to the Community: Renegotiating Responsibility for the Care of the Elderly in Japan. University of California in Anthropology, Doktora tezi

- Jing, Y., (2009). Action on Ageing in China: A Multi-Perspective Analysis. *Fudan Journal of the Humanities and Social Sciences*, 2, 83-103.
- Kahraman, E.K. (2013). Türk Sağlık Sisteminde Evde Bakım Hizmetlerinin Yeri ve İstanbul İli Beşiktaş İlçesindeki Alzheimer Hastalarına Evde Bakım Hizmetlerine Yönelik Bir Araştırma (anket uygulaması). *Beykent Üniversitesi Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi*
- Kalaycı, Ş. (2009). *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri*. Ankara: Asil Yayın Dağıtım.
- Kalhan R. ve Mutharasan R.K. (2018). Reducing Readmissions in Patients With Both Heart Failure and COPD. *Chest*, Volume 154, Issue 5, November, Pages 1230-1238
- Kang, I.O., Park, C.Y. and Lee, Y., (2012). Role of Healthcare in Korean Long-Term Care Insurance. *J Korean Med Sci*; 27: s.41-46
- Karabağ, H. (2007). Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliğine İlişkin Hekimlerin Görüşleri ve Kardiyoloji Hastaları için Hastane Destekli Evde Bakım Hizmetleri Model Önerisi, *Yüksek Lisans Tezi*, Ankara
- Karagöz, Y. ve Ağbektas, A. (2016). Yapısal Eşitlik Modellemesi İle Yaşam Memnuniyeti Ölçeğinin Geliştirilmesi; Sivas İli Örneği. *Bartın Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi Cilt: 7 Sayı: 13*, 274-290.
- Karahan A. (2002). Yaşlılıkta evde bakım. *Turkish Journal of Geriatrics*;5:155-164.
- Karaman, D., Kara, D. ve Atar N. (2015). Evde bakım Hizmeti verilen Bireylerin Hastalık durumlarının ve bakım ihtiyaçlarının değerlendirilmesi: Zonguldak Örneği. *Gümüşhane Sağlık Bilimleri Dergisi* 24(3), 347-360
- Kassa, H., Murugan, R., Zewdu, F., Hailu, M. ve Woldeyohannes, D. (2014). Assessment of knowledge, attitude and practice and associated factors towards palliative care among nurses working in selected hospitals, Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Palliat Care*;13:6.

- Kayser-Jones, J., Kris, A.E., Kyung-Choon L., Walent, R.J., Halifax, E. ve Paul, S.M. (2008). Pressure Ulcers Among Terminally Ill Nursing Home Residents. *Research in Gerontological Nursing*, Vol:1, No:1.
- Kelloway, E.K. (1998). *Using LISREL for Structural equation modeling*. Thousand Oaks, CA: Sage Publishing.
- Kersktra, A. ve Hutten, J.B.F. (1996). Organization and financing of home nursing in the European Union. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 1023-1032
- King, G., Keohane, R.O. ve Verba, S. (1994). *Designing Social Inquiry: Scientific Inference in Qualitative Research*. Princeton University Press
- Kitzman, H., Olds, D. ve Henderson, C. (1997). Effect of prenatal and infancy home visitation by nurses on pregnancy outcomes, childhood injuries, and repeated childbearing. *JAMA*.;78:644-652.
- Knowles, G., Sherwood, L., Dunlop, M.G., Dean, G., Jodrell, D., McLean, C. (2007). Developing and piloting a nurse-led model of follow-up in the multidisciplinary management of colorectal cancer. *Eur J Oncol Nurs: Off J Eur Oncol Nurs Soc*;11(3):212e23. discussion 24-7.
- Koç, F. (2009). *Evde Bakım Hizmeti ve Gelişimi*. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi
- Kondo, N., Kazama, M., Suzuki, K. ve Yamagata, Z. (2008). Impact Of Mental Health On Daily Living Activities Of Japanese Elderly. *Preventive Medicine*.; 46: 457–462.
- Kooiker S. ve Hoeymans N. (2014). *Burgers en gezondheid. Themarapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning [Citizens and health. Thematic report for the Dutch Healthcare Performance Report]*. Retrieved from: http://www.rivm.nl/dsresource?objectid=rivmp:243712&type=org&disposition=inline&ns_nc=1

- Kouta, C., Kaite, C.P., Papadopoulos, I. ve Phellas, C.N. (2015). Evaluation of Home Care Nursing for Elderly People in Cyprus. *International Journal of Caring Sciences* 8(2): 376-384.
- Kozol, G.B. (2012). The long term care conundrum. *Journal of Financial Service Professionals*, 67(1), 30-35.
- Kravitz, R., Reuben, D. ve Davis, J. (1994). Geriatric home assessment after hospital discharge. *J Am Geriatr Soc.*;42:1229-1234.
- Kroneman, M., Boerma, W., van den Berg, M., Groenewegen, P., de Jong, J. ve van Ginneken E. (2016). Netherlands Health system review. *Health Systems in Transition*, Vol. 18 No. 2.
- Lagergren, M. (2005). What happened to the care of older persons in Sweden? A retrospective analysis based upon simulation model calculations, 1985-2000. *Health Policy* 74, 314-324.
- Landesregierung, O.Ö. (2006). Richtlinien zur Förderung professioneller sozialer Dienste in OÖ, Linz.
- Larsson, K. (2006). Care needs and home-help services for older people in Sweden: Does improved functioning account for the reduction in public care? *Ageing & Society*, no. 26(3), pp. 413-429.
- Lawrence, T.M., White, C.T., Wenn, R. and Moran, C.G., (2005). The current hospital costs of treating hip fractures. *Injury*. Jan;36(1):88-91.
- Lee, E.J., Lee, M., Moorhead, S., (2009). Developing an Electronic Nursing Record System for Clinical Care and Nursing Effectiveness Research in a Korean Home Healthcare Setting. *Computers, Informatics, Nursing & Vol. 27, No. 4, 234–244* & Copyright B Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins
- Lee, Y.H., Lim, Y.W., Lam, K.S., (2008). Economic cost of osteoporotic hip fractures in Singapore. *Singapore Med J*. Dec;49(12):980-4.

- Lee, M.A. ve Yom, Y.H. (2007). A comparative study of patients' and nurses' perceptions of the quality of nursing services, satisfaction and intent to revisit the hospital: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies* 44; 545-555
- Leitch, K., Hall, R. ve Reed, C. (2012). Homecare in Washington State Moves Toward an Independent Provider Attendant Care Model. *Generations*, Number 1 / Spring, pp. 107-111(5) Publisher: American Society on Aging
- Levine S.A. ve Barry P.P. (2003) Home Care. In: *Geriatric Medicine*. Springer, New York, NY pp.121-131
- Levine, S.A., Boal, J. ve Boling, P.A. (2003). Home care. *JAMA*;290:1203-1207.
- Levy, P., Levy, E., Audran, M., Cohen-Solal, M., Fardellone, P. and Le Parc, J.M., (2002). The cost of osteoporosis in men: the French situation. *Bone*. Apr;30(4):631-6.
- Marinho, P.E.M., Melo, K., Apolina, A.D., Bezerra, E., Freitas, J., Melo, M. ve diğerleri (2010). Undertreatment of Depressive Symptomatology in The Elderly Living in Long Stay Institutions (LSIS) And In The Community In Brazil. *Archives of Gerontology and Geriatrics*.; 50: 151–155.
- Martínez-Buján, R. (2014). Regional Models of Social Organization of in-home Care for the Elderly. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 145: 99-124.
- McFarlane, K., Dixon, L., Wakeman, C.J., Robertson, G.M., Eglinton, T.W. ve Frizelle, F.A. (2012). The process and outcomes of a nurse-led colorectal cancer follow-up clinic. *Colorectal Dis.: Off J Assoc Coloproctol G B Irel*;14(5):e245e9.
- McGuinness, S.T. (2008). Home Healthcare Practice Environment: Predictors of RN Satisfaction. *Research in Nursing & Health*, 31, 252–260
- Means, R. ve Smith, R. (1998). From poor law to community care: The development of welfare services for elderly people. Bristol The Policy Press.

- MEDPAC. (2020). The Medicare Payment Advisory Commission
<http://www.medpac.gov/>
- Melin, A.L., Hakansson, S. ve Bygren, L.O. (1993). The cost-effectiveness of rehabilitation in the home: a study of Swedish elderly. *Am J Public Health*.;83:356-362.
- Ministry of Civil Affairs [MCA]. (2010). 2009 Civil affairs development statistical report. Retrieved from
<http://www.mca.gov.cn/article/zwgk/mzyw/201006/20100600080798.shtml>
- Molina, E.H., Nuño-Solinis, R., Idioaga, G.E., Flores, S.L., Hasson N., ve Medía, J.F.O. (2013). Impact of a home-based social welfare program on care for palliative patients in the Basque Country (SAIATU Program). *BMC Palliat Care* 12, 3.
- Mubangizi, D.B. (2015). Use of learning collaborative in the implementation of patient-centered medical home model in the state of Maryland: what are the facilitators and barriers? University of North Carolina in the Department of Health Policy and Management, Doktora Tezi.
- Murashima, S., Nagata, S., Magilvy, J., Fukui, S. ve Kayma, M. (2002). Home Care Nursing in Japan: A Challenge for Providing Good Care at Home. *Journal of Public Health Nursing*, 19, 94-103. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1525-1446.2002.19204.x>
- Naylor, M.D., Brooten, D., Campbell, R., Jacobsen, B.S., Mezey, M.D. ve Pauly, M.V. (1999). Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: a randomized clinical trial. *JAMA*.;281:613-620.
- Nguyen-Oghalai, T.U., Wu, H. ve McNearney, T.A. (2008). Functional outcome after stroke in patients with rheumatoid arthritis and systemic lupus erythematosus. *Arthritis and rheumatism*;59(7):984-988.
- Nordic Social-statistical Committee [NOSOSCO], (2009). Social Protection in the Nordic Countries. Scope, expenditure and financing 2007/2008, Copenhagen,.

- OECD. (2017). Health at a Glance 2017: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris
(http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en).
- OECD. (2019). Health at a Glance 2019: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris,
- OECD/EU. (2016). Health at a Glance: Europe 2016: State of Health in the EU Cycle. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development
(<http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>).
- Ogawa, K. (2008). Workload of home health care nurses in Japan. Bolton School of Nursing Case Western Reserve University, Doktora Tezi
- Oğlak, S. (2007). Uzun Süreli Evde Bakım Hizmetleri ve Bakım Sigortası, Turkish Journal of Geriatrics,10(2):100-108
- Ohsfeldt, R. L. ve Li, P. (2018). State entry regulation and home health agency quality ratings. Journal of Regulatory Economics; Norwell Vol. 53, Iss. 1,: 1-19.
- Öğür, Z., Gözüm, S., Taş, E., Yalçındağ, N., Alpak, M., Hayran, O. (2019). Evde Sağlık Hizmeti Alan Bağımlı Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerine Verilen Eğitimin Hastalara ve Bakım Verenlere Etkisi: Randomize Kontrollü Bir Çalışma. TJFMPC www.tjfmpe.gen.tr; 13 (3) :318-334
- Österle, A. ve Bauer, G. (2011). Home Care in Austria. LIVINDHOME Living independantly at home Reforms in home care in 9 European countries. Syf:49-72
- Österle, A., Mittendrein, L. ve Meichenitsch K. (2011). Long-term care in Austria. Between Family Orientation, Cash for Care and Service Provision. In Österle A. (dir), Long-Term Care in Central and South Eastern Europe, Frankfurt, Peter Lang Publishing.
- Özer, Ö. ve Şantaş F. (2012). Kamunun Sunduğu Evde Bakım Hizmetleri ve Finansmanı. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi Cilt:3 -Sayı:2 Nisan, s.96-103

- Öztürk, G.Z. ve Toprak, D. (2018). Evde Sağlık Hizmetleri Birimine Kayıtlı Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ve Sunulan Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. *Med Bull Sisli Etfal Hosp*;52(1):41–46
- Öztürk, Y.E., Kıracı, R. ve Bilgin, A. (2017). Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Konya'da Uygulanabilirliğine İlişkin Sağlık Çalışanlarının Görüşlerinin Tespit Edilmesi. III. IBANESS Kongreler Serisi – Edirne / Türkiye
- Parker, E., Zimmerman, S. , Rodriguez, S. ve Lee, T. (2014). Exploring Best Practices in Home Health Care: A Review of Available Evidence on Select Innovations. *Home Health Care Management & Practice*, Vol. 26(1) 17–33
- Pehrsson, K., Olofson, J. ve Larsson, S. (1994). Quality of life of patients treated by home mechanical ventilation due to restrictive ventilatory disorders. *Respir Med.*; 88 21-26
- Plaisier,I., Verbeek-Oudijk, D. ve Klerk, M. (2017). Developments in home-care use. Policy and changingcommunity-based care use by independentcommunity-dwelling adults in the Netherlands. Contents lists available at ScienceDirect. *Health Policy* 121;82–89
- Pope, C. ve Mays, N. (2000). *Qualitative Methods in Health Research. Qualitative Research in Health Care*, 2nd Edition
- Qaderi, S.M., Swartjes, H., Custers, J.A.E. ve de Wilt J.H.W. (2020). Health care provider and patient preparedness for alternative colorectal cancer follow-up; a review, *European Journal of Surgical Oncology*,
- Ram, F.S., Wedzicha, J.A., Wright, J., Greenstone, M. (2003). Hospital at home for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev.*;(4):CD003573.
- Ricauda, N.A., Bo, M., Molaschi, M., Massaia, M., Salerno, D., Amati, D. ve diğerleri (2004). Home hospitalization service for acute uncomplicated first ischemic stroke in elderly patients: a randomized trial. *J Am Geriatr Soc.*;52:278-283.

- Ricco, P., (2001). Quality evaluation of home nursing care. *Journal of Nursing Care Quality*, January;24 (3):58-67.
- Rich, M., Beckham, V., Wittenberg, C. (1995). A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure. *N Engl J Med.*;333:1190-1195.
- Richardson, D.R., Hicks, M.J. ve Walker, R.B. (2002). Falls in rular elders: an empirical study of risk factors. *J Am Board Fam Pract.*; 15(3): 178-182.
- Robinson, C.A., Bottorf, J.L., Lilly, M.B., Reid, C., Abel, S., Lo, M. ve Cumming, G.G. (2012). Stakeholder perspectives on transitions of nursing home residents to hospital emergency departments and back in two Canadian provinces. *Journal of Aging Studies* Volume 26, Issue 4, December, Pages 419-427
- Rodrigues, A.M., Ferreira, P.L. and Ferre-Grau, C., (2016). Providing informal home care for pressure ulcer patients: how it affects carers' quality of life and burden. John Wiley & Sons Ltd. *Journal of Clinical Nursing*, doi: 10.1111/jocn.13356
- Rostgaard, T. (2011) Home care in Denmark, *LIVINDHOME Living independantly at home Reforms in home care in 9 European countries. Living Independently at Home*, Copenhagen: The Danish National Centre for Social Research, 78-79.
- Rostgaard, T. (2012). Quality reforms in Danish home care – balancing between standardisation and individualisation. *Health and Social Care in the Community*, 20(3), 247–254.
- Roth, E.J., Mueller, K. ve Green, D. (1988). Stroke rehabilitation outcome: impact of coronary artery disease. *Stroke*;19(1):42-47.
- Sağlık Bakanlığı, (2010). Sağlık Bakanlığı Tarafından Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge, 1 Şubat 2010 tarih ve 3895 sayılı makam oluru. Ankara.

- Sağlık Bakanlığı (2016). Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge,
<https://www.saglik.gov.tr/TR,11271/saglik-bakanliginca-sunulan-evde-saglik-hizmetlerinin-uygulama-usul-ve-esaslari-hakkinda-yonerge.html>
- Sağlık Bakanlığı, (2019). Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2018. Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. Ankara.
- Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik. (2015). 29280, 27 Şubat 2015:
<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/02/20150227-14.html>
- Sağlık Uygulama Tebliği. (2013). T.C. Resmi Gazete, 28597, 24 Mart 2013. Ankara: Sosyal Güvenlik Kurumundan. s.11-12
- Scholle, S.H., Vuong, O., Ding, L., Fry, S., Gallagher, P., Brown, J.A. ve diğerleri (2012). Development of and Field-Test Results for the CAHPS PCMH Survey, Med Care. November; 50(Suppl): s.2-10. doi:10.1097/MLR.0b013e3182610aba
- Schrag, A., Hovris, A., Morley, D., Quinn, N., Jahanshahi M. (2006). Caregiver-burden in parkinson's disease is closely associated with psychiatric symptoms, falls, and disability. Parkinsonism and Related Disorders 12, 35–41
- Schraibman, I.G., Milne, A.A. ve Royle, E.M. (2001). Home vs. in-patient treatment for deep vein thrombosis. Cochrane Database Syst Rev.:(2):CD003076.
- Schulz, E. (2010). The long-term care system in Denmark. Berlin: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW). Discussion Paper (1038).
- Schunk, M.V. (1997). A Comparative study of car efor elderly in Britain and Germany. University of Manchester in the Faculty of Economic and Social Studies, doktora tezi
- Sebba Tosta de Souza, D.M., Veiga, D.F., Santos, I.D.A.O., Abla, L.E.F., Juliano, Y. and Ferreira, L.M. (2015). Health-Related Quality of Life in Elderly Patients With

- Pressure Ulcers in Different Care Settings. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing* Issue: Volume 42(4), July/August, p 352-359
- Serrano, M.A. (2014). Consumer assessment of the patient-centered medical home health care delivery model in federally qualified health centers. The University of Texas School of Public Health, doktora tezi
- Shang, X. ve Wu, X. (2011). The care regime in China: elder and child care. *Journal of Comparative Social Welfare* Vol. 27, No. 2, June, pp. 123–131
- Shaughnessy, P., Crisler, K. ve Schlenker, R. (1994). Measuring and assuring the quality of home health care. *Health Care Financing Rev.*;16:35-65.
- Shaughnessy, P.W., Hittle DF, Crisler KS, Powell MC, Richard AA, et al. (2002). Improving patient outcomes of home health care: findings from two demonstrations of outcome-based quality improvement. *J Am Geriatr Soc.*; 50:1354-1364.
- Shepperd, S. (1998). Randomized Controlled Trial Comparing Hospital at Home Care with Inpatient Hospital Care. II. Cost Minimization Analysis, 316, 1786-1791.
- Simonazzi, A. (2009). Home care and cash transfers. Effects on the elderly care-female employment trade-off. <http://www.aiel.it/page/home.php>
- Simonds, A.K. ve Elliott, M.W. (1995). Outcome of domiciliary nasal intermittent positive pressure ventilation in restrictive and obstructive disorders. *Thorax.*; 50 604-609
- Sipilä, J. (1997). Social care services: the key to the Scandinavian welfare model, Aldershot, Avebury.
- Smith, B.M., Malay, K.A. ve Hawkins, D.J. (2004). Basic statistics about home care updated. National Association for Home Care & Hospice. p.1-14.

- Solano, J.P., Gomes, B. ve Higginson, I.J. (2006). A comparison of symptom prevalence in far advanced cancer, AIDS, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease and renal disease. *J Pain Symptom Manage*, 31:58-69.
- Soma, N. and Yamashita J., (2011). Child care and elder care regimes in Japan. *Journal of Comparative Social Welfare* Vol. 27, No. 2, June, pp. 133–142
- Stevens, J. (2001). *Applied Multivariate Statistics for the Social Sciences*. Taylor&Francis.
- Stewart, A., Hays, R. ve Ware, J. (1988). The MOS Short- Form General Health Survey: Reliability and Validity in a Patient Population. *Medical Care*, 26(7), 724-732.
- Stingleton, R.A., Straits, B.C. ve Straits, M.M. (1993). *Approaches to Social Sciences*. New York, Oxford: Oxford University Press.
- Strand, E., Nygren, I., Bergkvist, L. ve Smedh, K. (2011). Nurse or surgeon follow-up after rectal cancer: a randomized trial. *Colorectal Dis: Off J Assoc Coloproctol G B Irel*;13(9):999e1003.
- Subaşı N. ve Öztekin Z. (2006). Unmet Need In Turkey: Home Care Service. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 5(1): 19–31.
- Sullivan, M. ve Karlsson, J. (1998). The Swedish SF-36 Health Survey III. Evaluation of criterion-based validity: results from normative population. *J Clin Epidemiol.*; 51 1105-1113
- Sundström, G., Johansson, L. ve Hassing, L. (2002). The Shifting Balance of Long-Term Care in Sweden. *The Gerontologist*, no. 42, pp. 350-355.
- Szebehely, M. ve Trydegård, G.B. (2011). Home Care in Sweden. *LIVINDHOME Living independantly at home Reforms in home care in 9 European countries*. 231-249

- Şendir, M., Büyükyılmaz, F., Yazgan, İ., Bakan, N., Mutlu, A. ve Tekin, F. (2012). Ortopedi ve Travmatoloji Hastalarının Hemşirelik Bakımına İlişkin Deneyim ve Memnuniyetlerinin Değerlendirilmesi. İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, Cilt 20 - Sayı 1: 35-42
- Şimşek, A.B. (2019). Evde sağlık hizmetleri atama ve rotalama problemi üzerine. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Sayısal Yöntemler Bilim Dalı, Doktora tezi
- Taç, S. (2014). Aydın'da Evde Sağlık Hizmeti Alan Engelli Hastalarda Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinden Memnuniyet. Beykent Üniversitesi Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi
- Tan, W.S., Lee, A., Yang, S.Y., Chan, S., Wu, H.Y., Ng, C.W. ve diğerleri (2016). Integrating palliative care across settings: A retrospective cohort study of a hospice home care programme for cancer patients. *Palliat Med.*;30(7):634-641.
- Taşdelen, P. ve Ateş, M. (2012). Evde Bakım Gerektiren Hastaların Bakım Gereksinimleri ile Bakım Verenlerin Yükünün Değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*; 9(3): 22-29.
- Tediosi, F. ve Gabriele, S. (2010). The long-term care system for elderly in Italy report. Italy: European Network of Economic Policy Research Institutes (ENEPRI).
- Tekin, H. (2016). Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme. Ankara:Yargı Yayınevi.
- Theobald, H. ve Kern, K. (2011). The introduction of long-term care policy schemes: policy development, policy transfer and policy change. *Policy and Politics*, 39 (3), 325-342 .
- Theobald, H., Hampel, S. ve Mansfeld, T. (2011). Living independently at home, Reforms in home care in 9 European countries. Centre for Research on Ageing and Society, University of Vechta, Germany

- Thumé, E., Facchini, L.A., Wyshak, G. ve Campbell, P. (2011). The Utilization of Home Care by the Elderly in Brazil's Primary Health Care System. *American Journal of Public Health* 101, no. 5: pp. 868-874.
- Torun, N. (2016). Evde sağlık hizmetleri kapsamında fototerapi uygulamasına yönelik maliyet etkililik analizi Ankara ili örneği. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, Doktora Tezi,
- Tsutsui, T. and Muramatsu, N., (2005). Care-Needs Certification in the Long-Term Care Insurance System of Japan. *JAGS* 53:522–527, by the American Geriatrics Society
- TUİK. (2020). Türkiye İstatistik Kurumu, 2018 yılı sağlık harcamaları. <https://data.tuik.gov.tr/tr/display-bulletin/?bulletin=saglik-harcamalari-istatistikleri-2018-30624>
- Tuncay, F.Ö. ve Fertelli, T.K. (2019). Nörolojik hastalığı olan bireylerin kronik hastalık bakımına ilişkin değerlendirmeleri. *Bozok Tıp Derg*;9(1):14-21
- Tung, T.K., Kaufmann, J.A. ve Tanner, E. (2012). The effect of nurse practitioner practice in home care on emergency department visits for homebound older adult patients: an exploratory pilot study *Home Healthc Nurse*, 30 (6), pp. 366-372,
- Truong, Y., ve McColl, R. (2011). Intrinsic motivations, self-esteem, and luxury goods consumption. *Journal of Retailing and Consumer Services*, 18(6), 555-561.
- Umumi Hıfzıssıhha Kanunu. (1930). T.C. Resmi Gazete, 1489, 6 Mayıs 1930: Ankara Başbakanlık Mevzuat Geliştirme Dairesi Başkanlığı.
- Uncu Y. ve Özçakır A. (2003). Yaşlı hastaya birinci basamakta yaklaşım. *Turkish Journal of Geriatrics.*; 6(1): 31-37.
- Van Campen, C. ve Woittiez, I.B. (2003) Client Demands and the Allocation of Home Care in the Netherlands. A Multinomial Logit Model of Client Types, Care Needs and Referrals. *Health Policy*, 64, 229-241. [http://dx.doi.org/10.1016/S0168-8510\(02\)00156-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0168-8510(02)00156-2)

- van Ginneken E. ve Kroneman, M. (2015). Long-term care reform in the Netherlands: too large to handle? *Eurohealth*, 21(3):47–50.
- Vegda K., Nie J.X., Wang L., Tracy C.S., Moineddin R. ve Upshur R.E. (2009). Trends in health services utilization, medication use, and health conditions among older adults: a 2 year retrospective chart review in a primary care practice. *BMC Health Serv Res.*;9:217.
- Vejlgaard, T. ve Addington-Hall, J.M. (2005). Attitudes of Danish doctors and nurses to palliative and terminal care. *Palliat Med*;19:119-127.
- Verbeek-Oudijk, D., Woittiez, I. ve Boer, A. (2019). The effect of public home-care expenditure on unpaid caring: differences between the over-50s in work and not in work. The Netherlands Institute for Social Research, the Netherlands, *International Journal of Care and Caring*, vol 3, no 2, 203–227; Policy Press
- Vu, M., Hogan, D.B., Patten, S.B., Jette', N., Bronskill, S.E., Heckman, G. ve diğeri (2014). A comprehensive profile of the sociodemographic, psychosocial and health characteristics of Ontario home care clients with dementia. *Chronic Diseases and Injuries in Canada*, Vol 34, No 2-3
- Wang, D., Liu, S., Wu, J. and Lin, Q., (2020). Purchase and use of home healthcare devices for the elderly: a pilot study in Shanghai, China. *BMC Public Health* 20:615 s.2-10: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08757-8>
- Wattchow, D.A., Weller, D.P., Esterman, A., Pilotto, L.S., McGorm, K. ve Hammett, Z. (2006). General practice vs surgical-based follow-up for patients with colon cancer: randomised controlled trial. *Br J Canc*;94(8):1116e21.
- Wei, S.P., Shih, S.C., Lin, S.C., Liu, C.J., Lu, Y.W. ve Chang, W.L. (2011). Primary Caregivers Satisfaction and its Related Factors in Home Health Care Services. *International Journal of Gerontology*;5: 107-111
- Weissert, W.G., Cready, C.M. ve Pawelak, J.E. (2005). The Past and Future of Home- and Community-Based Long-Term Care. *The Milbank Quarterly*, Vol. 83, No. 4, (pp. 1–71). Milbank Memorial Fund. Published by Blackwell Publishing

- WHO. (2008). Home Care in Europe: The Solid Facts. Milan, Italy.
- Wiktorowicz, M.E., Goeree, R., Papaioannou, A., Adachi, J.D., Papadimitropoulos, E., (2001). Economic implications of hip fracture: health service use, institutional care and cost in Canada. *Osteoporos Int.*;12(4):271-8.
- Wild, M. (2001). Ambulante Pflege und Betreuung in Österreich. In Kollak I. (dir), *Internationale Modelle häuslicher Pflege. Eine Herausforderung und verschiedene Antworten*, Frankfurt am Main, Mabuse-Verlag.
- Wolter, J.M., Cagney, R.A. ve McCormack, J.G. (2004). A randomized trial of home vs hospital intravenous antibiotic therapy in adults with infectious diseases. *J Infect.*;48:263-268.
- Wong, Y.C. and Leung, J., (2012). Long-term Care in China: Issues and Prospects. *Journal of Gerontological Social Work*, 55:s. 570–586
- Yamada, Y., Ekman, A., Nilson, J.C., Vass, M. ve Avlund, K. (2012). Are acceptance rates of a national preventive home visit programme for older people socially imbalanced?: A cross sectional study in Denmark are acceptance rates of a national preventive home visit programme for older people socially imbalanced?. *BMJ Public Health*, 12(396).
- Yang, W., He, A.J., Fang L. and Mossialos, E., (2016). Financing institutional long-term care for the elderly in China: a policy evaluation of new models. *Health Policy and Planning*, 1–11. s.2-4
- Yeşiltaş, A. (2014). Evde sağlık hizmetlerinin sunumunda hasta yakınlarının memnuniyeti: Isparta örneği. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek lisans Tezi
- Yen, Q., (2008). Report on the study of urban home care services. Retrieved from: <http://www.cncaprc.gov.cn/info/156.html>

- Yıldırım, A. (2014). Sağlık Hizmetleri Kapsamında Evde Bakım Hizmetleri (Diyarbakır İl Merkezi Kamu Hastaneleri Örneği). Beykent Üniversitesi Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi
- Yılmaz, M. ve Şara, E. (2014). Yaşlılık ve Evde Sağlık Hizmetinde Finansman. Sağlık Akademisyenleri Dergisi; 1(2):117-127.
- Yılmaz, M., Sametoğlu, F., Akmeşe, G., Tak, A., Yağbasan, B., Gökçay, S. ve diğerleri, (2010). Sağlık Hizmetinin Alternatif Bir Sunum Şekli Olarak Evde Hasta Bakımı. İstanbul Tıp Derg - İstanbul Med J;11(3):125-132)
- Young, G.J., Meterko, M.M., Mohr, D., Shwartz, M., Lin, H., (2009). Congruence in the assessment of service quality between employees and customers: A study of a public health care delivery system. Journal of Business Research 62: 1127–1135
- Yurtsever, N. ve Yılmaz, M. (2016). Evde Bakım Alanında Çalışan Hemşirelerin Çalışma Koşulları, Yaşadıkları Güçlükler ve Eğitim Gereksinimlerinin Belirlenmesi. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi; 1(1): 19-25
- Zandbelt, L.C., Smets, E.M.A., Oort, F.J., Godfried, M.H. ve de Haes, H.C.J.M. (2004). Satisfaction with the Outpatient Encounter A Comparison of Patients' and Physicians' Views. J Gen Intern Med . Nov;19(11):1088-95.
- Zapart, S., Kenny, P. ve Hall, J. (2007). Home-based palliative care in Sydney, Australia: the carer's perspective on the provision of informal care health and social care in the community.15: (2)97–107
- Zeng, Q., Wang, Q., Zhang, L. and Xu, X., (2020). Comparison of the Measurement of Long-Term Care Costs between China and Other Countries: A Systematic Review of the Last Decade. www.mdpi.com/journal/healthcare, Healthcare, 8, 117, s.2-16; doi:10.3390/healthcare8020117
- Zengin, E., Şahin, A. ve Özcan, S., (2012). Türkiye'de Sosyal Yardım Uygulamaları. Yönetim ve Ekonomi Dergisi. 19(2): 133-142.

- Zhang, W., (2018). Home Care for Older People in Urban China: An Analysis of the Marketisation Process. This electronic thesis or dissertation has been downloaded from Explore Bristol Research, s.67-69
- Zhang, Y., Fang, J., Gao, W., Han, Y., Zhang, R., He, L., ve Liu, B. (2019). Treatment satisfaction in Chinese medicine outpatient care: a comparison of patients' and doctors' views. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 19:300
- Zielinski, A. and Halling, A. (2015). Association between age, gender and multimorbidity level and receiving home health care: a population-based Swedish study. *BMC Res Notes* 8:714
- Zıplar, Ü.T., (2017). Dünyada ve Türkiye'de Yaşlılık Hizmetleri. *Çankırı Karatekin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 6(2): 173-194

EK 3. ANKETLER

ÇALIŞANLAR İÇİN ANKET ÖRNEĞİ

Sayın Katılımcı

Bu araştırma tamamen bilimsel bir nitelik taşımakta olup, Eskişehir ve Ankara illerinde verilen "Evde Sağlık Hizmetlerini (ESH)" sunan personelin hizmet sunum sürecine ilişkin görüşlerini tespit etmek amacıyla yapılmaktadır. Sağlık Bakanlığı 15/05/2017 tarihinden itibaren evde sağlık hizmetlerinin sunum ve koordinasyonunu birinci basamak sağlık hizmet sunucularından (yani TSM birimlerinden) ikinci basamak sağlık hizmetleri sunucularına (yani hastanelere) vermiştir. Hizmet sunumunda yapılan bu değişikliğin olumlu ve olumsuz yönlerinin değerlendirilmesi için ankete vereceğiniz cevaplar büyük önem taşımaktadır. Zaman ayırdığınız için teşekkür ederim.

Yavuz Selim KÜÇÜK
Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Doktora Öğrencisi

BÖLÜM 1- PERSONELİN DEMOGRAFİK VERİLERİ

1	Cinsiyetiniz	<input type="checkbox"/> Kadın	<input type="checkbox"/> Erkek
2	Medeni Durumunuz	<input type="checkbox"/> Evli	<input type="checkbox"/> Bekar
3	Doğum Yılıınız	.....
4	Mesleğiniz	<input type="checkbox"/> Hekim <input type="checkbox"/> Tıbbi Sekreter (Yazınız).....	<input type="checkbox"/> Ebe-Hemşire <input type="checkbox"/> Şoför <input type="checkbox"/> Sağlık Memuru <input type="checkbox"/> Diğer
5	ESH konusunda eğitim aldınız mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
6	ESH konusunda sertifika veya diplomanız var mı?	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok
7	ESH'lerde ne zamandan beri görev yapmaktasınız?	<input type="checkbox"/> <1 yıl	<input type="checkbox"/> 1 yıl-3 yıl <input type="checkbox"/> >3 yıl
8	ESH'lerinde 15/05/2017 tarihinden önce de çalıştınız mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
9	Şayet ESH'lerinde 15/05/2017 tarihinden önce de çalıştıysanız hangi birimde görev yaptınız?	<input type="checkbox"/> TSM biriminde	<input type="checkbox"/> Hastane biriminde

**BÖLÜM 2- TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE VE HASTANELERDE SUNULAN
EVDE SAĞLIK HİZMETLERİNİN KARŞILAŞTIRMASI**

Bu bölümde, Evde Sağlık Hizmetlerinin kalitesini ve memnuniyet derecesini ölçmede 15/05/2017 tarihinden önce ve sonra karşılaştırma yapabilmek amacıyla düşüncelerinize başvurulmuştur.

		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	Evde Sağlık Hizmetleri (ESH), hastanelere bağlandıktan sonra hastaları daha sık ziyaret etmeye başladık.	1	2	3	4	5
2	ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, aktif hastalara talep olmasa da altı ayda bir rutin ziyaret yapılmaya başlandı.	1	2	3	4	5
3	ESH'lerinin, hastanelere bağlı birim olmasıyla daha fazla hastaya ulaşıldığını düşünüyorum.	1	2	3	4	5
4	ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra uygulamaya konulan koordinasyon biriminin 7/24 olarak çalışması sonucunda hastalara daha kısa sürede cevap verildiğini düşünüyorum.	1	2	3	4	5
5	ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra uygulamaya konulan esnek mesai sisteminin daha etkili ve verimli olduğunu düşünüyorum.	1	2	3	4	5
6	ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonraki süreçte, ESH ekibi tarafından gerçekleştirilen ortalama ziyaret süresinin daha da arttığını düşünüyorum.	1	2	3	4	5
7	ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, ekipte hastaya gerekli desteği verecek sağlık personeli sayısı ve çeşidi (Psikolog, Sosyal Hizmet Uzmanı, Fizyoterapist, Diş Hekimi veya Konsultan Hekim) daha da arttı.	1	2	3	4	5
8	ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, evde sağlık hizmetlerinin Valilik, Belediyeler, Aile Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü ve gönüllü vakıf ve dernekler tarafından daha çok desteklendiğini düşünüyorum.	1	2	3	4	5
9	ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, Aile Sosyal Politikalar İl Müdürlükleri ve valiliklerce hasta yakınlarına verilen mali desteğin hakkaniyetli olmadığını düşünüyorum.	1	2	3	4	5
10	ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, sağlık hizmetlerinin daha fazla hasta odaklı olarak verildiğini düşünüyorum.	1	2	3	4	5
11	ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra ziyaret edilen hasta ve/veya yakınlarına hastalık, tedavi ve bakım konusunda daha fazla bilgi verilmektedir.	1	2	3	4	5
12	ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, ESH ekibi tarafından yapılan hasta ziyaretlerinde özellikle yatak yarasının önlenmesine yönelik eğitimlere, tedavi ve pansumanına daha fazla ilgi gösterildiğini düşünüyorum.	1	2	3	4	5
13	ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, hizmetlerin bakım-ihiyaç analizine dayalı olarak sunulmadığını düşünüyorum.	1	2	3	4	5
14	ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra ziyaret edilen hasta ve/veya yakınlarına özellikle tıbbi ve psikolojik destek konularında daha fazla destek verilmektedir.	1	2	3	4	5
15	ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra hasta ve hasta yakınlarının daha fazla memnun kaldığını düşünüyorum.	1	2	3	4	5
16	ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra hasta ve hasta yakınlarının problemleri daha iyi çözüldüğü için diğer sağlık kurumlarına yapılan başvuru sayısının azaldığını düşünüyorum.	1	2	3	4	5
17	ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, hastaların bakım planlarına daha çok uyulduğunu düşünüyorum.	1	2	3	4	5

18	ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, aile bakıcısının bakım planındaki rolünün daha da arttığını düşünüyorum.	1	2	3	4	5
19	ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, sunulan evde sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin arttığını düşünüyorum.	1	2	3	4	5
20	ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, hastaların hastaneye yatışının arttığını düşünüyorum.	1	2	3	4	5
21	ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, hastaların sağlık kuruluşuna transferi/ulaşımı konusunda daha fazla destek olduğunu düşünüyorum.	1	2	3	4	5
22	ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra röntgen ve laboratuvar testlerinin kullanımında artış olduğunu düşünüyorum.	1	2	3	4	5
23	ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, laboratuvar test sonuçlarının daha kısa sürede çıkarıldığını düşünüyorum.	1	2	3	4	5
24	ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, hastalara tıbbi malzemelerin temini konusunda daha fazla destek olduğunu düşünüyorum.	1	2	3	4	5
25	ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra hastane yönetimi evde sağlık hizmetlerini kar amaçlı bir hizmet olarak görmediğinden bu alana yeterli sayı ve kalitede tıbbi malzeme ve ekipman ayırmadığı için hizmet kalitesinin düştüğünü düşünüyorum.	1	2	3	4	5
26	ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, takip gerektiren hastaların aile hekimleri de bilgilendirildiği için ilaç ve tıbbi malzemelerin reçetelendirilmesinin daha kolay olduğunu düşünüyorum.	1	2	3	4	5
27	ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, hizmet sunum süreçleri Evde Sağlık Koordinasyon Merkezi tarafından düzenli aralıklarla izlendiği için verilen hizmetlerin daha güvenilir ve kaliteli olduğunu düşünüyorum.	1	2	3	4	5
28	ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra hizmet kullanıcılarının memnuniyetlerine daha fazla önem verildiğini düşünüyorum.	1	2	3	4	5
29	ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, aile bakıcılarının bakım hizmeti sunma kabiliyetlerinin düzenli olarak izlendiğini ve değerlendirildiğini düşünüyorum.	1	2	3	4	5
30	ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, elektronik sağlık bilgi sistemlerini kullanarak hastaların tıbbi geçmişi hakkında daha fazla bilgiye sahip olduğunu düşünüyorum.	1	2	3	4	5
31	ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, gerçek ihtiyaç sahipleri yerine daha çok mobil hastalara hizmet verildiğini düşünüyorum.	1	2	3	4	5
32	ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, kırsal alanlarda sabit bir ESH ekibinin olmaması nedeniyle sunulan hizmetin niceliği ve niteliğinin kentsel alanlara göre daha düşük olduğunu düşünüyorum.	1	2	3	4	5

BÖLÜM 3- MEVCUT EVDE SAĞLIK HİZMETLERİNİN SORUNLARINA ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Bu bölümde, Evde Sağlık Hizmetlerinin sunumu sırasında karşılaştığınız sorunlara ve yetersizliklere olası çözüm önerilerini tespit etmek amacıyla düşüncelerinize başvurulmuştur.

		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Karasızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
33	ESH'leri ekibinin yükünün azaltılması için İl genelindeki ESH ekibi sayısı artırılmalıdır.	1	2	3	4	5
34	ESH ekibinin hasta ziyaretlerine zamanında gidebilmesi için ulaşım aracı sayısı artırılmalıdır.	1	2	3	4	5
35	Hasta yakınlarına belirli program dahilinde psikolojik destek sağlanması gerektiğini düşünüyorum.	1	2	3	4	5
36	Hasta yakınlarına en az ayda iki gün ESH merkezinden görevlendirilecek bir bakıcı sayesinde dinlenme, dışarıda yemek yeme, gezme ve sinemaya gitme gibi sosyal faaliyetlerde bulunma imkanı verilmelidir.	1	2	3	4	5
37	ESH'leri için ihtiyaç duyulan finansmanın sadece Genel Sağlık Sigortası tarafından karşılanması sürdürülebilir olmadığı için tamamlayıcı sigorta uygulamasına da yer verilmesi gerektiğini düşünüyorum.	1	2	3	4	5
38	ESH'lerinin özel kuruluşlar yoluyla daha iyi verileceğini düşünüyorum.	1	2	3	4	5
39	Aile Sosyal Politikalar Bakanlığı ve valiliklerce hasta yakınlarına verilen mali desteğin hakkaniyetli olması için hastaların "Günlük Yaşam Aktiviteleri"ni yapabilme kapasitelerine göre bir ödeme bareminin geliştirilmesi gerektiğini düşünüyorum.	1	2	3	4	5
40	Sağlık Bakanlığı tarafından verilen ESH'lerinin belediyeler ve Aile Sosyal Politikalar Bakanlığınca verilecek bakım ve sosyal hizmetlerle desteklenmesi gerektiğini düşünüyorum.	1	2	3	4	5
41	ESH'lerinde çalışan personelin memnuniyetinin artırılması için görevli personele sık sık hizmet içi eğitim verilmelidir.	1	2	3	4	5
42	ESH'leri acil ve yoğun bakım hizmetleri gibi özellikli hizmetler olarak kabul edilerek ek ödeme puanları buna göre düzenlemelidir.	1	2	3	4	5
43	Hasta yakınlarını yara bakımı, pansuman, beslenme gibi temel konularda bilgilendirmek için kamu spotu veya açık öğretim tekniklerinden yararlanılmalıdır.	1	2	3	4	5
44	Vatandaşların ESH'leri ile ilgili farkındalığını sağlamak için ESH ile ilgili tanıtım çalışmalarına önem verilmelidir.	1	2	3	4	5
45	Hastane ekibi tarafından sunulan ESH'lerinin maliyetini düşürmek için hastaların bağlı oldukları aile hekimleri ESH'lerinin bir parçası haline getirilmelidir.	1	2	3	4	5
46	ESH ekibinin güvenliğini sağlamak için şüpheli vaka ziyaretlerinde ekipte güvenlik personelinin de olması gerektiğini düşünüyorum.	1	2	3	4	5
47	ESH kapsamında sunulmasını istediğiniz ilave hizmetler nelerdir yazınız;.....					
48	ESH'lerinin daha iyi bir şekilde sunulabilmesi için değiştirilmesini veya geliştirilmesini istediğiniz şeyleri yazınız;.....					

HASTA VEYA HASTA YAKINI İÇİN ANKET ÖRNEĞİ

Sayın Katılımcı

Bu araştırma tamamen bilimsel bir nitelik taşımakta olup, Eskişehir ve Ankara illerinde verilen "Evde Sağlık Hizmetlerini" alan hasta ile hasta yakınlarının hizmet sunum sürecine ilişkin görüşlerini tespit etmek amacıyla yapılmaktadır. Sağlık Bakanlığı 15/05/2017 tarihinden itibaren evde sağlık hizmetlerinin sunum ve koordinasyonunu birinci basamak sağlık hizmet sunucularından (yani TSM birimlerinden) ikinci basamak sağlık hizmetleri sunucularına (yani hastanelere) vermiştir. Hizmet sunumunda yapılan bu değişikliğin olumlu ve olumsuz yönlerinin değerlendirilmesi için ankete vereceğiniz cevaplar büyük önem taşımaktadır. Vereceğiniz cevaplar araştırmanın bulguları için büyük önem taşımaktadır. Zaman ayırdığınız için teşekkür ederim.

Yavuz Selim KÜÇÜK
Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Doktora Öğrencisi

Anketi dolduran kişi	() Hasta () Hasta Yakını (EĞER ANKETİ CEVAPLAYAN "HASTA" İSE 1'nci SORUYU CEVAPLADIKTAN SONRA 6'ncı SORUYA GEÇİNİZ. "HASTA YAKINI" İSE ANKETİ 1'nci SORUDAN BAŞLAYARAK CEVAPLAYINIZ)
----------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

BÖLÜM 1- HASTA VE/VEYA HASTA YAKINININ DEMOGRAFİK BİLGİLERİ

1	Hastanın	Doğum Yılı : Cinsiyeti : () Erkek () Kadın Medeni Durum: () Evli () Bekar Tanısı : Sosyal Güvence: () SGK Çalışan () SGK Emekli () Özel Sağlık Sigortası () Yeşil Kart () Sosyal Güvencesi Yok Eğitimi : () Okur-yazar değil () Okur-yazar () İlköğretim () Orta Öğretim () Lisans () Lisansüstü Kaç Yıldır Bakıma Muhtaç: () <1 yıl () 1-3 yıl () >3 yıl Yaşadığınız evin mülkiyeti: () Kendimizin () Kira Ailenizin toplam geliri: () <1000 tl () 1000-2000 tl () 2001-5000 tl () >5000 tl
2	Hasta yakınının hasta ile yakınlık derecesi?	() Ebeveyn () Çocuk () Akraba () Yabancı

3	Hasta yakınının	Doğum Yılı : Cinsiyeti : () Erkek () Kadın Medeni Durum : () Evli () Bekar Eğitimi : () Okur-yazar değil () Okur-yazar () İlköğretim () Orta Öğretim () Lisans () Lisansüstü Kaç Yıldır Bakım Veriyor: () <1 yıl () 1-3 yıl () >3
4	Evde Sağlık Hizmeti (ESH) vermek için herhangi bir eğitim aldınız mı?	() Evet () Hayır
5	Evde sağlık hizmeti kapsamında devlet kurumlarından herhangi bir parasal yardım alıyor musunuz?	() Evet () Hayır
6	Evde sağlık hizmeti kapsamında devlet kurumlarından herhangi bir parasal olmayan aynı yardım alıyor musunuz?	() Evet () Hayır
7	ESH'lerine kaydınızı nasıl yaptırınız?	() Hastanede yatarken görevliler bilgilendirdi () Sağlık raporu sonrası bilgilendirildik () Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü yönlendirdi () Aile Sağlığı Merkezi bilgilendirdi () 112 Acil Sağlık Hizmetleri bilgilendirdi () Kendimiz araştırdık () Diğer (YAZINIZ):
8	ESH'lerini ne kadar süredir alıyorsunuz?	.....aydır/yıldır
9	ESH'lerini ne kadar sıklıkla alıyorsunuz?	() Her gün () Günaşırı () Haftada 1 () 2 haftada 1 () Ayda 1 () Bir aydan daha uzun
10	ESH'lerini ne kadar sıklıkla almak istediniz?	() Her gün () Günaşırı () Haftada 1 () 2 haftada 1 () Ayda 1 () Bir aydan daha uzun
11	İhtiyaç duyduğunuz bakımı almak üzere ESH ekibini aradıktan sonra genellikle ne kadar sürede bakım alıyorsunuz?	() Aynı gün () Ertesi gün () 3 gün sonra () 1 hafta sonra () 3 hafta sonra () 3 haftadan daha uzun
12	ESH'lerini nereden almak istediniz?	() Aile hekimimden () TSM'lerden () Belediyelerden () Aile üyelerinden () Özel kuruluşlardan () S.B. hastanelerinden () Üniversite hastanelerinden
13	Yatalak hastalarda görülen yatak yarası mevcut mu?	() Evet () Hayır

BÖLÜM 2- KATZ GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ ÖLÇEĞİ

Bu bölümde hastanın günlük yaşamında sıklıkla yapmak zorunda olduğu aktiviteleri bağımsız olarak yapabilme kapasitesini ölçmek ya da başkalarına olan bağımlılık düzeyini belirlemek amacıyla düşüncelerinize başvurulmuştur.

Etkinlikler	Puan	Bağımsız (1 Puan)	Bağımlı (0 Puan)
Banyo yapma	Kendi başına yıkanabiliyor veya vücudunun küçük bir parçası için yardım alıyor.	Kendi başına yıkanamıyor veya vücudunun büyük bir kısmının yıkanmasında başkasına ihtiyaç duyuyor.
Giyinme	Dolaptan kendi kıyafetlerini çıkarıp giyinebilir (Ayakkabısını bağlarken yardım alabilir).	Giyinirken yardım alıyor veya tamamen başkası tarafından giydiriliyor.
Tuvalet yapma	Tuvalete gitme, tuvaletini yapma, temizlenme, üzerini tekrar giyme gibi aktiviteleri kendi başına yapabiliyor.	Tuvalete giderken yardım alıyor, tek başına temizlenme vb. aktiviteleri yapamıyor ya da lazımlık (sürgü) veya lazımlıklı iskemle kullanıyor.
Transfer	Yataktan kanepeye veya tersi etkinliği tek başına veya baston vb. cihazla yapabiliyor.	Yataktan sandalyeye geçerken kısmi veya tam olarak bir başkasının yardımına ihtiyaç duyuyor.
Kontinans (dışkı veya idrar tutma)	Defekasyon (dışkı yapma) ve mesane üzerine tam kontrolü mevcut.	Kısmi veya tam mesane veya bağırsak inkontinasyonu (dışkı veya idrar kaçıрма) mevcut.
Beslenme	Yemeği tabaktan ağzına kendisi götürebiliyor (Yemeği başkası hazırlayabilir).	Bir başkası tarafından yediriliyor veya parenteral (mama ile beslenme) beslenme mevcut.
Toplam		

**BÖLÜM 3- TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZLERİ VE HASTANELER TARAFINDAN
SUNULAN EVDE SAĞLIK HİZMETLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

Bu bölümde, Evde Sağlık Hizmetlerinin kalitesini ve memnuniyet derecesini ölçmede 15/05/2017 tarihinden önce ve sonra karşılaştırma yapabilmek amacıyla düşüncelerinize başvurulmuştur.

		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Karasızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	Evde Sağlık Hizmetleri (ESH) hastanelere bağlandıktan sonra, ESH ekibinin daha düzenli hasta ziyaretleri yaptığını düşünüyorum.	1	2	3	4	5
2	ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, hastalarımıza talebimiz olmasa dahi rutin ziyaretler yapılmaya başlandı.	1	2	3	4	5
3	ESH'lerinin, hastanelere bağlı birim olmasıyla mahallemizde, semtimizde daha fazla hastanın ESH'lerinden faydalandığını düşünüyorum.	1	2	3	4	5
4	ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, hastalara daha kısa sürede randevu verilerek ziyaret edildiğini düşünüyorum.	1	2	3	4	5
5	ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra evde sağlık hizmetlerine 7 gün 24 saat kolaylıkla ulaşabiliyorum.	1	2	3	4	5
6	ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, ESH ekibinin hastalara daha fazla zaman ayırdığını düşünüyorum.	1	2	3	4	5
7	ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra ESH ekibindeki sağlık personeli sayısının arttığını ve fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı veya psikolog desteği gibi uzmanlık hizmetlerinin daha fazla verildiğini düşünüyorum.	1	2	3	4	5
8	ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, karşılaştığım sağlık sorunlarının çözümünde Valilik, Belediyeler, Aile Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü ve gönüllü vakıf ve derneklerden daha fazla destek alabiliyorum.	1	2	3	4	5
9	ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, Aile Sosyal Politikalar İl Müdürlükleri ve valiliklerce hasta yakınlarına verilen mali desteğin hakkaniyetli olmadığını düşünüyorum.	1	2	3	4	5
10	ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra ESH ekibinin hasta bakımı konusundaki özen ve ilgisinin arttığını düşünüyorum.	1	2	3	4	5
11	ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, ESH ekibi tarafından hastalık, tedavi ve bakım konusunda daha fazla bilgi verildiğini düşünüyorum.	1	2	3	4	5
12	ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, ESH ekibi tarafından yapılan hasta ziyaretlerinde özellikle yatak yarasının önlenmesine yönelik eğitimlere, tedavi ve pansumanına daha fazla ilgi gösterildiğini düşünüyorum.	1	2	3	4	5
13	ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, verilen hizmetlerin hastaların ihtiyaçlarına uygun olmadığını düşünüyorum.	1	2	3	4	5
14	ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra ESH ekibinin tıbbi ve psikolojik destek konularındaki sorunlarımızı çözmeye daha istekli olduğunu düşünüyorum.	1	2	3	4	5
15	ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra genel olarak, hastaların ve aile bakıcılarının aldıkları hizmetlerden memnuniyet düzeylerinin arttığını düşünüyorum.	1	2	3	4	5
16	ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra hasta ve hasta yakınlarının problemleri daha iyi çözüldüğü için diğer sağlık kurumlarına yapılan başvuru sayısının azaldığını düşünüyorum.	1	2	3	4	5
17	ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, hastaların bakım planlarına daha çok uyulduğunu düşünüyorum.	1	2	3	4	5
18	ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, aile bakıcısının bakım	1	2	3	4	5

	planındaki rolünün daha da arttığını düşünüyorum.					
19	ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, evde sağlık hizmetleri için cepten daha çok harcama yaptığımızı düşünüyorum.	1	2	3	4	5
20	ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, hastaneye yatışın kolaylaştığını düşünüyorum.	1	2	3	4	5
21	ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, hastaların sağlık kuruluşuna transferi/ulaşımı konusunda daha fazla destek olunduğunu düşünüyorum.	1	2	3	4	5
22	ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra röntgen ve laboratuvar testlerinin daha çok kullanıldığını düşünüyorum.	1	2	3	4	5
23	ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, laboratuvar test sonuçlarının daha kısa sürede çıkarıldığını düşünüyorum.	1	2	3	4	5
24	ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, ESH ekibinin eksik tıbbi malzeme konusunda bize daha fazla yardımcı olduğunu düşünüyorum.	1	2	3	4	5
25	ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, ESH ekibinin tıbbi malzeme ve ekipman imkanı azaldığı için hizmet kalitesinin düştüğünü düşünüyorum.	1	2	3	4	5
26	ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, takip gerektirecek konularda aile hekimimiz daha fazla bilgilendirildiğinden, ilaç ve tıbbi malzemelerin reçetelendirilmesi konusunda sorun yaşamıyorum.	1	2	3	4	5
27	ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, hizmet sunum süreçleri Evde Sağlık Koordinasyon Merkezi tarafından düzenli aralıklarla izlendiği için verilen hizmetlerin daha güvenilir ve kaliteli olduğunu düşünüyorum.	1	2	3	4	5
28	ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra hasta ve yakınlarının memnuniyetlerine daha fazla önem verildiğini düşünüyorum.	1	2	3	4	5
29	ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, aile bakıcılarının bakım hizmeti sunma kabiliyetlerinin düzenli olarak izlendiğini ve değerlendirildiğini düşünüyorum.	1	2	3	4	5
30	ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, ESH ekibi, elektronik sağlık bilgi sistemlerini (tablet, mobil telefon vb.) kullanarak hastamızın tıbbi geçmişi hakkında daha fazla bilgiye sahip olduğunu düşünüyorum.	1	2	3	4	5
31	ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, gerçek ihtiyaç sahibi hastaların hizmet alamadığını düşünüyorum.	1	2	3	4	5
32	ESH'leri hastanelere bağlandıktan sonra, hizmetlerin sosyo-ekonomik düzeyi yüksek olan semtlerde daha özenli verildiğini düşünüyorum.	1	2	3	4	5

BÖLÜM 4- MEVCUT EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ SORUNLARINA YÖNELİK ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Bu bölümde, Evde Sağlık Hizmetlerinin sunumu sırasında karşılaştığımız sorunlara ve yetersizliklere olası çözüm önerilerini tespit etmek amacıyla düşüncelerinizi başvurulmuştur.

		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Karasızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
33	Hastaların hizmete kolayca ulaşabilmesi için İl genelindeki ESH ekibi sayısı artırılmalıdır.	1	2	3	4	5
34	ESH ekibinin hasta ziyaretlerine zamanında gidebilmesi için ulaşım aracı sayısı artırılmalıdır	1	2	3	4	5
35	Hasta yakınlarına psikolojik destek verilmelidir.	1	2	3	4	5
36	Hasta yakınlarına en az ayda iki gün ESH merkezinden görevlendirilecek bir bakıcı sayesinde dinlenme, dışarıda yemek yeme, gezme ve sinemaya gitme gibi sosyal faaliyetlerde bulunma imkanı verilmelidir.	1	2	3	4	5
37	ESH'leri için ihtiyaç duyulan finansmanın sadece Genel Sağlık Sigortası tarafından karşılanması sürdürülebilir olmadığı için tamamlayıcı sigorta uygulamasına da yer verilmesi gerektiğini düşünüyorum.	1	2	3	4	5
38	ESH'lerinin özel kuruluşlar yoluyla daha iyi verileceğini düşünüyorum.	1	2	3	4	5
39	Hasta yakınlarına verilen bakım parasının adil olması için hastaların sağlık durumlarına, iş göremezlik durumlarına ve başkalarının yardım/desteğine ihtiyaç duyma düzeylerine göre bir ödeme yapılması gerektiğini düşünüyorum.	1	2	3	4	5
40	Sağlık Bakanlığı tarafından verilen ESH'lerinin belediyeler ve Aile Sosyal Politikalar Bakanlığınca verilecek bakım ve sosyal hizmetlerle desteklenmesi gerektiğini düşünüyorum.	1	2	3	4	5
41	ESH'lerinde çalışan personelin memnuniyetinin artırılması için görevli personele sık sık hizmet içi eğitim verilmelidir.	1	2	3	4	5
42	ESH'lerinde çalışan personelin işini seyerek yapabilmesi için maaşları daha da artırılmalıdır.	1	2	3	4	5
43	Hasta yakınlarını yara bakımı, pansuman, beslenme gibi temel konularda bilgilendirmek için kamu spotu veya açık öğretim tekniklerinden yararlanılmalıdır.	1	2	3	4	5
44	Vatandaşların ESH'leri ile ilgili farkındalığını sağlamak için ESH ile ilgili tanıtım çalışmalarına önem verilmelidir.	1	2	3	4	5
45	Hastane ekibi tarafından sunulan ESH'lerinin hizmet maliyetini düşürmek için hastaların bağlı oldukları aile hekimleri ESH'lerinin bir parçası haline getirilmelidir.	1	2	3	4	5
46	Hasta güveni ve mahremiyetinin sağlanması için kadın hastalara kadın personelin, erkek hastalara erkek personelin hizmet vermesi gerektiğini düşünüyorum.	1	2	3	4	5
47	ESH kapsamında ihtiyaç duyduğunuz ancak erişemediğiniz hizmetler nelerdir yazınız;					
48	ESH'lerinin daha iyi bir şekilde sunulabilmesi için değiştirilmesini veya geliştirilmesini istediğiniz şeyleri yazınız;					

EK 4. SAĞLIK BAKANLIĞI'NIN DEVİR ONAYI



T.C
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı

Sayı :
Konu : Evde sağlık hizmetleri

BAKANLIK MAKAMINA

663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün görev ve yetkilerinin belirlendiği 8 inci maddesinin birinci fıkrasının (b) bendinde evde sağlık hizmetlerini planlamak ve bu hizmetleri sunan kurum ve kuruluşlar arasında koordinasyonu sağlamak görevi yer almış akabinde bu alanı düzenleyen Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik 27/02/2015 tarihli ve 29280 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiştir.

Mezkûr yönetmelik ile Bakanlığımız ve bağlı kuruluşlarına evde sağlık ile ilgili görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmış koordinasyon görevi ise Türkiye Halk Sağlığı Kurumuna verilmiştir. Aynı şekilde illerde ise halk sağlığı müdürlükleri koordinasyondan sorumlu kılınmıştır.

Ancak ihtiyacı olan bireylerin muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyonlarının evinde ve aile ortamında yapılması, bu kişilere ve aile bireylerine sosyal ve psikolojik destek hizmetlerinin bir bütün olarak birlikte verilmesi gerektiğinden; bu bireylerin daha çok uzman konsültasyonuna ihtiyaç duyması, hastanelere sevk oranlarının yüksek olması ve hastane yatışları ile yatış sonrası evde uzman hekim ihtiyacının bulunması ile tıbbi cihaz ve malzemelerin daha kolay ve ekonomik olarak temin edilebilmeleri amacıyla bu hizmetlerin koordinasyonunun ve birincil hizmet sunum yerlerinin Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ve bu kuruma bağlı kamu hastaneleri birliklerinin olmasının daha uygun olduğu değerlendirilmiştir.

Bu kapsamda;

1-) Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmeliğin gerekçeye uygun olarak revizyon çalışmalarının Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunca yapılması,

2-) Evde sağlık hizmetleri kapsamında Türkiye Halk Sağlığı Kurumu bünyesinde görev yapan personelin, Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Atama ve Yer Değiştirme Yönetmeliğinin 17 nci ve 23 üncü maddesi kapsamında atanacak personel listesinin Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna bildirilmesini müteakip Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunca atama işlemlerinin bu kurumun illerdeki birimlerine yapılması, ilgili personelce atama işlemine itiraz edilmesi halinde illerde il sağlık müdürü başkanlığında, halk sağlığı müdürü ve kamu hastaneleri birliği genel sekreterinden oluşan itiraz komisyonlarınınca itiraz işlemlerinin sonuçlandırılması,

3-) Halk sağlığı müdürlüklerince evde sağlık hizmetlerinde kullanılan tıbbi cihaz, tıbbi malzeme, ekipman ve kıyafetler ile evde sağlık koordinasyon merkezlerinde bulunan telsiz, telefon, cihaz ve demirbaş dahil tüm malzemelerin aynı ildeki ilgili kamu hastaneleri birliklerine devredilmesi,

4-) Halk sağlığı m¼d¼rl¼klerinde sadece evde sağlık hizmetlerinde hasta nakli için kullanılan ambulansların ilgili B¼te Kanunu T cetveline eklenme işlemleri yapılıncaya kadar ilgili halk sağlığı m¼d¼rl¼ę¼ ile kamu hastaneleri birliği arasında yapılacak protokole istinaden devredilmesi, 4734 sayılı Kanun kapsamında kiralanana ekip araçlarının (řof¼rl¼ ve řof¼rs¼z dahil) ise s¼zleřme s¼relerinin bitimlerine kadar ¼cretleri kamu hastane birliklerinde karşılanmak kaydıyla ilgili halk sağlığı m¼d¼rl¼ę¼ ile kamu hastaneleri birliği arasında yapılacak hizmet alım protokol¼ne istinaden kamu hastane birliklerinin kullanımına bırakılması,

5-) Evde sağlık hizmetleri için T¼rkiye Halk Sağlığı Kurumunca geliştirilen Halk Sağlığı Y¼netim Sistemi Evde Sağlık Hizmetleri mod¼l¼n¼n t¼m hak ve yetkileri ile birlikte T¼rkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna devredilmesi,

6-) T¼m bu işlemlerin 15/05/2017 tarihine kadar tamamlanması,

hususlarını tensiplerinize arz ederim.

Prof. Dr. İrfan ŐENCAN
Kurum Başkanı

Uygun G¼r¼řle Arz Ederim.

...../04/2017
Prof. Dr. F.Meriç YILMAZ
M¼steřar Yardımcısı

Uygun G¼r¼řle Arz Ederim.

...../04/2017
Prof. Dr. Ey¼p G¼M¼Ő
M¼steřar

OLUR

.../04/2017
Prof. Dr. Recep AKDAĞ
Bakan

EK 5. SAĞLIK BAKANLIĞI'NIN CEVAP YAZISI



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü

KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ - FİNANSAL
ANALİZ VE FAKTURALANDIRMA DAİRESİ BAŞKANLIĞI
22/09/2020 09:56 - 96773357 - 869 - E.818



Sayı : 96773357-869
Konu : Veri Talebi

Sayın YAVUZ SELİM KÜÇÜK
Vişnelik Mah.Gül Sok. No:99/1
Odunpazarı/ESKİŞEHİR

Doktora tez çalışmanız için "*Türkiye'de 2016, 2017, 2018 yıllarına ait evde sağlık hizmetlerine yapılan kamu harcamalarının ne kadar olduğuna*" dair bilgi talep eden 15.09.2020 tarihli ve 243858 sayılı dilekçeniz incelenmiş olup, evde sağlık hizmetlerine yapılan kamu harcamalarına ilişkin Genel Müdürlüğümüzde bilgi belge bulunmamaktadır. Bilgilerinize sunulur.

Selim BENER
Bakan a.
Genel Müdür Yardımcısı

GÜVENLİ ELEKTRONİK
İMZALI ASLI İLE AYNIYDIR
22.09.20
Cevdet YILMAZ
Teknisyen

Sağlık Bakanlığı Bilkent Yerleşkesi Üniversiteler Mah. Dumlupınar Bulvarı 6001
Cad. No:9
Telefon: Faks No: .

Bilgi için: Devrim YALÇINKAYA

e-Posta: devrim.yalcinkaya@saglik.gov.tr İnternet Adresi: .

SAĞLIK MEMURU

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 7a42c375-aab7-41cd-afe4-b2805b01af38 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Telefon No: (0 312) 565 03 95

EK 6. ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Kurum	Hasta Sayısı	Dr.	YSP	Şoför
Ankara Gazi Mustafa Kemal Devlet Hastanesi	1803	4	3	1
Ankara Yıldırım Beyazıt Üni. Yenimahalle EAH	1282	4	3	2
Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji EAH	2629	3	5	1
Ankara Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları EAH	85	1	3	1
Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji EAH	157	1	2	1
Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt EAH	1764	3	7	2
Ankara Dr. Sami Ulus Kadın Doğum Çocuk Sağlığı EAH	228	2	1	1
Ankara Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı EAH	41	4	8	1
Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2048	4	10	2
Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon EAH	18	1	2	1
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi	1210	1	8	1
Ankara Ulucanlar Göz EAH	11	1	1	1
Ankara Yıldırım Beyazıt Üni. Atatürk EAH	721	2	7	1
Ankara Etimesgut Şehit Sait Ertürk Devlet Hastanesi	3239	6	10	2
Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH	855	1	7	1
Ankara Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2287	3	5	2
Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi	1978	2	3	0
Ankara Pursaklar Devlet Hastanesi	598	4	4	1
Eskişehir Şehir Hastanesi	1639	2	7	2
Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi	3295	4	19	6
TOPLAM	25888	53	115	30

Kaynak: <https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR,53566/evde-saglik-hizmetleri-personel-arac-ve-ekip-standartlari-cetveliekip-envanter-cizelgesi-2019-yili-ocak-ayi.html> (05.03.2019)

EK 7. TÜRKİYE’DE EVDE HEMŞİRELİK BAKIMI HARCAMALARI (Milyon TL) (TÜİK, www.tuik.gov.tr, 18.5.2020).

Yıllar	Toplam (1+2)	Genel Devlet Harcamaları (1)					Özel Sektör Harcamaları (2)			
		Toplam (1)	%	Merkezi Devlet	Yerel Devlet	Sosyal Güvenlik	Toplam (2)	%	Hane halkları	Diğer
2001	46	-	-	-	-	-	46	100	46	-
2002	62	-	-	-	-	-	62	100	62	-
2003	78	-	-	-	-	-	78	100	78	-
2004	0	-	-	-	-	-	0	-	-	-
2005	1	-	-	-	-	-	1	100	-	1
2006	1	-	-	-	-	-	1	100	-	1
2007	1	-	-	-	-	-	1	100	-	1
2008	2	-	-	-	-	-	2	100	-	2
2009	1	-	-	-	-	-	1	100	-	1
2010	2	-	-	-	-	-	2	100	-	2
2011	2	-	-	-	-	-	2	100	-	2
2012	2	-	-	-	-	-	2	100	-	2
2013	2	-	-	-	-	-	2	100	-	2
2014	1	-	-	-	-	-	1	100	-	1
2015	1	-	-	-	-	-	1	100	-	1
2016	1	-	-	-	-	-	1	100	-	1
2017	1	-	-	-	-	-	1	100	-	1
2018	1	-	-	-	-	-	1	100	-	1

EK 8. REGRESYON ANALİZİ TABLOLARI

Tablo 1.1. Katılımcıların Toplam Muayene Sayısına İlişkin Regresyon Analizi Bulguları

	Unstd. β Katsayısı	Std. Hata	Std. β Katsayısı	t	Sig.	VIF
Sabit	8,906	,586		15,200	<,001	
Cinsiyet	-1,509	,159	-,277	-9,468	<,001	1,091
Yaş	-,042	,006	-,209	-6,975	<,001	1,147
Tanı (Nörolojik Sistem Hastalıkları)	,489	,234	,090	2,089	,037	2,350
Tanı (Kardiyolojik Sistem Hastalıkları)	,657	,274	,094	2,399	,017	1,944
Tanı (Ortopedik Sistem Hastalıkları)	-1,124	,360	-,104	-3,119	,002	1,411
Tanı (Göğüs ve KBB Sistem Hastalıkları)	1,224	,382	,103	3,205	,001	1,329

$R^2=0,119$; Adjusted $R^2=0,115$; $F=25,387$; $p<0,001$; $DW=0,274$

Tablo 1.2. Katılımcıların Toplam Muayene Ücretine İlişkin Regresyon Analizi Bulguları

	Unstd. β Katsayısı	Std Hata	Std. β Katsayısı	t	Sig.	VIF
Sabit	131,356	8,495		15,463	<,001	
Cinsiyet	-23,408	2,311	-,295	-10,130	<,001	1,091
Yaş	-,666	,087	-,227	-7,612	<,001	1,147
Tanı (Nörolojik Sistem Hastalıkları)	6,514	3,397	,082	1,918	,055	2,350
Tanı (Kardiyolojik Sistem Hastalıkları)	4,623	3,972	,045	1,164	,245	1,944
Tanı (Ortopedik Sistem Hastalıkları)	-17,075	5,226	-,108	-3,267	,001	1,411
Tanı (Göğüs ve KBB Sistem Hastalıkları)	13,048	5,538	,076	2,356	,019	1,329

$R^2=0,119$; Adjusted $R^2=0,115$; $F=25,387$; $p<0,001$; $DW=0,277$

Tablo 1.3. Katılımcıların Toplam Pansuman Sayısına İlişkin Regresyon Analizi Bulguları

	Unstd. β Katsayısı	Std Hata	Std. β Katsayısı	t	Sig.	VIF
Sabit	-2,044	,872		-2,344	,019	
Cinsiyet	1,616	,237	,197	6,813	<,001	1,091
Yaş	,037	,009	,122	4,102	<,001	1,147
Tanı (Nörolojik Sistem Hastalıkları)	-1,130	,349	-,138	-3,242	,001	2,350
Tanı (Kardiyolojik Sistem Hastalıkları)	-,341	,408	-,032	-,837	,403	1,944
Tanı (Ortopedik Sistem Hastalıkları)	3,815	,536	,234	7,113	<,001	1,411
Tanı (Göğüs ve KBB Sistem Hastalıkları)	-2,224	,568	-,125	-3,912	<,001	1,329

$R^2=0,139$; Adjusted $R^2=0,134$; $F=30,144$; $p<0,001$; $DW=0,224$

Tablo 1.4. Katılımcıların Toplam Pansuman Ücretine İlişkin Regresyon Analizi Bulguları

	Unstd. β Katsayısı	Std Hata	Std. β Katsayısı	t	Sig.	VIF
Sabit	-6,435	2,745		-2,344	,019	
Cinsiyet	5,087	,747	,197	6,813	<,001	1,091
Yaş	,116	,028	,122	4,102	<,001	1,147
Tanı (Nörolojik Sistem Hastalıkları)	-3,559	1,098	-,138	-3,242	,001	2,350
Tanı (Kardiyolojik Sistem Hastalıkları)	-1,075	1,284	-,032	-,837	,403	1,944
Tanı (Ortopedik Sistem Hastalıkları)	12,013	1,689	,234	7,113	<,001	1,411
Tanı (Göğüs ve KBB Sistem Hastalıkları)	-7,002	1,790	-,125	-3,912	<,001	1,329

$R^2=0,139$; Adjusted $R^2=0,134$; $F=30,144$; $p<0,001$; $DW=0,224$

Tablo 1.5. Katılımcıların Toplam Sonda Sayısına İlişkin Regresyon Analizi Bulguları

	Unstd. β Katsayısı	Std Hata	Std. β Katsayısı	t	Sig.	VIF
Sabit	,267	,735		,364	,716	
Cinsiyet	,239	,200	,037	1,198	,231	1,091
Yaş	,025	,008	,102	3,251	,001	1,147
Tanı (Nörolojik Sistem Hastalıkları)	-,779	,294	-,119	-2,650	,008	2,350
Tanı (Kardiyolojik Sistem Hastalıkları)	,176	,344	,021	,513	,608	1,944
Tanı (Ortopedik Sistem Hastalıkları)	-1,560	,452	-,120	-3,451	,001	1,411
Tanı (Göğüs ve KBB Sistem Hastalıkları)	-1,314	,479	-,093	-2,742	,006	1,329

$R^2=0,033$; Adjusted $R^2=0,028$; $F=6,443$; $p<0,001$; $DW=0,216$

Tablo 1.6. Katılımcıların Toplam Sonda Ücretine İlişkin Regresyon Analizi Bulguları

	Unstd. β Katsayısı	Std Hata	Std. β Katsayısı	t	Sig.	VIF
Sabit	1,786	4,907		,364	,716	
Cinsiyet	1,599	1,335	,037	1,198	,231	1,091
Yaş	,164	,051	,102	3,251	,001	1,147
Tanı (Nörolojik Sistem Hastalıkları)	-5,199	1,962	-,119	-2,650	,008	2,350
Tanı (Kardiyolojik Sistem Hastalıkları)	1,177	2,294	,021	,513	,608	1,944
Tanı (Ortopedik Sistem Hastalıkları)	-10,419	3,019	-,120	-3,451	,001	1,411
Tanı (Göğüs ve KBB Sistem Hastalıkları)	-8,771	3,199	-,093	-2,742	,006	1,329

$R^2=0,033$; Adjusted $R^2=0,028$; $F=6,443$; $p<0,001$; $DW=0,216$

Tablo 1.7. Katılımcıların Toplam Tahlil Sayısına İlişkin Regresyon Analizi Bulguları

	Unstd. β Katsayısı	Std Hata	Std. β Katsayısı	t	Sig.	VIF
Sabit	3,752	,443		8,465	<,001	
Cinsiyet	-,826	,121	-,207	-6,849	<,001	1,091
Yaş	-,017	,005	-,115	-3,714	<,001	1,147
Tanı (Nörolojik Sistem Hastalıkları)	-,222	,177	-,056	-1,253	,210	2,350
Tanı (Kardiyolojik Sistem Hastalıkları)	-,447	,207	-,087	-2,156	,031	1,944
Tanı (Ortopedik Sistem Hastalıkları)	-,891	,273	-,113	-3,270	,001	1,411
Tanı (Göğüs ve KBB Sistem Hastalıkları)	,064	,289	,007	,221	,825	1,329

$R^2=0,055$; Adjusted $R^2=0,050$; $F=10,994$; $p<0,001$; $DW=0,253$

Tablo 1.8. Katılımcıların Toplam Tahlil Ücretine İlişkin Regresyon Analizi Bulguları

	Unstd. β Katsayısı	Std Hata	Std. β Katsayısı	t	Sig.	VIF
Sabit	36,017	4,255		8,465	<,001	
Cinsiyet	-,7927	1,157	-,207	-6,849	<,001	1,091
Yaş	-,163	,044	-,115	-3,714	<,001	1,147
Tanı (Nörolojik Sistem Hastalıkları)	-,2132	1,701	-,056	-1,253	,210	2,350
Tanı (Kardiyolojik Sistem Hastalıkları)	-,4289	1,989	-,087	-2,156	,031	1,944
Tanı (Ortopedik Sistem Hastalıkları)	-,8559	2,618	-,113	-3,270	,001	1,411
Tanı (Göğüs ve KBB Sistem Hastalıkları)	,613	2,774	,007	,221	,825	1,329

$R^2=0,055$; Adjusted $R^2=0,050$; $F=10,994$; $p<0,001$; $DW=0,253$

Tablo 1.9. Katılımcıların Toplam Sağlık Raporu Sayısına İlişkin Regresyon Analizi Bulguları

	Unstd. β Katsayısı	Std Hata	Std. β Katsayısı	t	Sig.	VIF
Sabit	,372	,146		2,547	,011	
Cinsiyet	-,080	,040	-,061	-2,022	,043	1,091
Yaş	-,002	,002	-,043	-1,401	,162	1,147
Tanı (Nörolojik Sistem Hastalıkları)	,415	,058	,314	7,117	<,001	2,350
Tanı (Kardiyolojik Sistem Hastalıkları)	,212	,068	,125	3,112	,002	1,944
Tanı (Ortopedik Sistem Hastalıkları)	,088	,090	,033	,978	,328	1,411
Tanı (Göğüs ve KBB Sistem Hastalıkları)	,004	,095	,001	,045	,964	1,329

$R^2=0,068$; Adjusted $R^2=0,063$; $F=13,601$; $p<0,001$; $DW=0,315$

Tablo 1.10. Katılımcıların Toplam Sağlık Raporu Ücretine İlişkin Regresyon Analizi Bulguları

	Unstd. β Katsayısı	Std Hata	Std. β Katsayısı	t	Sig.	VIF
Sabit	,675	,219		3,086	,002	
Cinsiyet	-,131	,059	-,067	-2,200	,028	1,091
Yaş	-,004	,002	-,049	-1,588	,113	1,147
Tanı (Nörolojik Sistem Hastalıkları)	,481	,087	,245	5,507	<,001	2,350
Tanı (Kardiyolojik Sistem Hastalıkları)	,209	,102	,083	2,040	,042	1,944
Tanı (Ortopedik Sistem Hastalıkları)	,071	,134	,018	,530	,596	1,411
Tanı (Göğüs ve KBB Sistem Hastalıkları)	-,149	,142	-,035	-1,049	,295	1,329

$R^2=0,051$; Adjusted $R^2=0,046$; $F=10,176$; $p<0,001$; $DW=0,316$

Tablo 1.11. Katılımcıların Toplam Eğitim Sayısına İlişkin Regresyon Analizi Bulguları

	Unstd. β Katsayısı	Std Hata	Std. β Katsayısı	t	Sig.	VIF
Sabit	,574	,145		3,945	<,001	
Cinsiyet	,024	,040	,019	,610	,542	1,091
Yaş	-,004	,001	-,089	-2,815	,005	1,147
Tanı (Nörolojik Sistem Hastalıkları)	,087	,058	,068	1,500	,134	2,350
Tanı (Kardiyolojik Sistem Hastalıkları)	,034	,068	,021	,497	,619	1,944
Tanı (Ortopedik Sistem Hastalıkları)	,104	,089	,041	1,163	,245	1,411
Tanı (Göğüs ve KBB Sistem Hastalıkları)	-,018	,095	-,007	-,195	,845	1,329

$R^2=0,010$; Adjusted $R^2=0,005$; $F=1,971$; $p=0,067$; $DW=0,317$

Tablo 1.12. Katılımcıların Toplam Eğitim Ücretine İlişkin Regresyon Analizi Bulguları

	Unstd. β Katsayısı	Std Hata	Std. β Katsayısı	t	Sig.	VIF
Sabit	4,819	1,221		3,945	<,001	
Cinsiyet	,203	,332	,019	,610	,542	1,091
Yaş	-,035	,013	-,089	-2,815	,005	1,147
Tanı (Nörolojik Sistem Hastalıkları)	,732	,488	,068	1,500	,134	2,350
Tanı (Kardiyolojik Sistem Hastalıkları)	,283	,571	,021	,496	,620	1,944
Tanı (Ortopedik Sistem Hastalıkları)	,874	,751	,041	1,163	,245	1,411
Tanı (Göğüs ve KBB Sistem Hastalıkları)	-,155	,796	-,007	-,195	,845	1,329

$R^2=0,010$; Adjusted $R^2=0,005$; $F=1,970$; $p=0,067$; $DW=0,317$

Tablo 1.13. Katılımcıların Toplam Diğer İşlem Sayısına İlişkin Regresyon Analizi Bulguları

	Unstd. β Katsayısı	Std Hata	Std. β Katsayısı	t	Sig.	VIF
Sabit	,518	,130		3,989	<,001	
Cinsiyet	,053	,035	,046	1,493	,136	1,091
Yaş	-,004	,001	-,097	-3,118	,002	1,147
Tanı (Nörolojik Sistem Hastalıkları)	-,196	,052	-,169	-3,781	<,001	2,350
Tanı (Kardiyolojik Sistem Hastalıkları)	-,270	,061	-,181	-4,438	<,001	1,944
Tanı (Ortopedik Sistem Hastalıkları)	-,265	,080	-,115	-3,317	,001	1,411
Tanı (Göğüs ve KBB Sistem Hastalıkları)	-,292	,085	-,116	-3,452	,001	1,329

R²=0,042; Adjusted R²=0,036; F=8,140; p<0,001; DW=0,295

Tablo 1.14. Katılımcıların Toplam Diğer İşlem Ücretine İlişkin Regresyon Analizi Bulguları

	Unstd. β Katsayısı	Std Hata	Std. β Katsayısı	t	Sig.	VIF
Sabit	2,409	,547		4,402	<,001	
Cinsiyet	,209	,149	,043	1,403	,161	1,091
Yaş	-,030	,006	-,167	-5,357	<,001	1,147
Tanı (Nörolojik Sistem Hastalıkları)	,348	,219	,071	1,590	,112	2,350
Tanı (Kardiyolojik Sistem Hastalıkları)	-,360	,256	-,057	-1,406	,160	1,944
Tanı (Ortopedik Sistem Hastalıkları)	-,338	,337	-,035	-1,005	,315	1,411
Tanı (Göğüs ve KBB Sistem Hastalıkları)	-,531	,357	-,050	-1,487	,137	1,329

R²=0,046; Adjusted R²=0,041; F=9,141; p<0,001; DW=0,293

Tablo 1.15. Katılımcıların Toplam Ziyaret Sayısına İlişkin Regresyon Analizi Bulguları

	Unstd. β Katsayısı	Std Hata	Std. β Katsayısı	t	Sig.	VIF
Sabit	7,693	,798		9,642	<,001	
Cinsiyet	,208	,217	,029	,958	,338	1,091
Yaş	,009	,008	,035	1,117	,264	1,147
Tanı (Nörolojik Sistem Hastalıkları)	-1,316	,319	-,184	-4,125	<,001	2,350
Tanı (Kardiyolojik Sistem Hastalıkları)	,042	,373	,005	,111	,911	1,944
Tanı (Ortopedik Sistem Hastalıkları)	,777	,491	,055	1,583	,114	1,411
Tanı (Göğüs ve KBB Sistem Hastalıkları)	-2,282	,520	-,147	-4,387	<,001	1,329

R²=0,052; Adjusted R²=0,047; F=10,389; p<0,001; DW=0,287

Tablo 1.16. Katılımcıların Toplam İşlem Sayısına İlişkin Regresyon Analizi Bulguları

	Unstd. β Katsayısı	Std Hata	Std. β Katsayısı	t	Sig.	VIF
Sabit	12,345	,998		12,370	<,001	
Cinsiyet	-,483	,271	-,054	-1,779	,076	1,091
Yaş	-,008	,010	-,025	-,788	,431	1,147
Tanı (Nörolojik Sistem Hastalıkları)	-1,335	,399	-,150	-3,347	,001	2,350
Tanı (Kardiyolojik Sistem Hastalıkları)	,022	,467	,002	,047	,963	1,944
Tanı (Ortopedik Sistem Hastalıkları)	,166	,614	,009	,270	,787	1,411
Tanı (Göğüs ve KBB Sistem Hastalıkları)	-2,556	,651	-,133	-3,929	<,001	1,329

$R^2=0,033$; Adjusted $R^2=0,028$; $F=6,460$; $p<0,001$; $DW=0,308$

Tablo 1.17. Katılımcıların Toplam Harcamasına İlişkin Regresyon Analizi Bulguları

	Unstd. β Katsayısı	Std Hata	Std. β Katsayısı	t	Sig.	VIF
Sabit	170,626	10,431		16,357	<,001	
Cinsiyet	-24,367	2,837	-,256	-8,588	<,001	1,091
Yaş	-,617	,107	-,176	-5,749	<,001	1,147
Tanı (Nörolojik Sistem Hastalıkları)	-2,815	4,171	-,030	-,675	,500	2,350
Tanı (Kardiyolojik Sistem Hastalıkları)	,568	4,877	,005	,116	,907	1,944
Tanı (Ortopedik Sistem Hastalıkları)	-23,432	6,418	-,124	-3,651	<,001	1,411
Tanı (Göğüs ve KBB Sistem Hastalıkları)	-2,948	6,800	-,014	-,433	,665	1,329

$R^2=0,084$; Adjusted $R^2=0,079$; $F=17,215$; $p<0,001$; $DW=0,297$

Tablo 1.18. Katılımcıların Toplam Ziyaret Başı Harcamasına İlişkin Regresyon Analizi Bulguları

	Unstd. β Katsayısı	Std Hata	Std. β Katsayısı	t	Sig.	VIF
Sabit	21,806	1,150		18,969	<,001	
Cinsiyet	-2,773	,313	-,259	-8,870	<,001	1,091
Yaş	-,091	,012	-,229	-7,654	<,001	1,147
Tanı (Nörolojik Sistem Hastalıkları)	1,291	,460	,121	2,809	,005	2,350
Tanı (Kardiyolojik Sistem Hastalıkları)	,264	,538	,019	,491	,624	1,944
Tanı (Ortopedik Sistem Hastalıkları)	-2,150	,707	-,101	-3,040	,002	1,411
Tanı (Göğüs ve KBB Sistem Hastalıkları)	2,209	,749	,095	2,948	,003	1,329

$R^2=0,118$; Adjusted $R^2=0,114$; $F=25,146$; $p<0,001$; $DW=0,313$

Tablo 2.1. ESH çalışanlarının ziyaret sıklığı ve memnuniyet boyutuna ilişkin görüşlerini etkileyen faktörlere ait regresyon analizi bulguları

	Unstd. β Katsayısı	Std Hata	Std. β Katsayısı	t	Sig.	VIF
Sabit	3,914	,782		5,006	<,001	
Mesleği (Hekim)	-,527	,362	-,207	-1,455	,150	1,587
Mesleği (Ebe hemşire)	-,682	,319	-,302	-2,140	,036	1,569
Çalışan yaşı	-,486	,265	-,212	-1,833	,071	1,059
ESH eğitimi alan çalışan	-,422	,290	-,173	-1,455	,151	1,109
ESH sertifikası olan çalışan	1,064	,428	,298	2,489	,015	1,128

$R^2=0,175$; Adjusted $R^2=0,111$; $F=2,756$; $p=0,026$; $DW=1,690$

Tablo 2.2. Çalışanların Kurumsal Destek Düzeyine İlişkin Regresyon Analizi Bulguları

	Unstd. β Katsayısı	Std Hata	Std. β Katsayısı	t	Sig.	VIF
Sabit	3,091	,680		4,547	<,001	
Mesleği (Hekim)	-,555	,315	-,233	-1,760	,083	1,587
Mesleği (Ebe hemşire)	-,699	,277	-,331	-2,522	,014	1,569
Çalışan yaşı	-,377	,231	-,176	-1,634	,107	1,059
ESH eğitimi alan çalışan	-,515	,252	-,226	-2,045	,045	1,109
ESH sertifikası olan çalışan	1,537	,372	,461	4,134	<,001	1,128

$R^2=0,284$; Adjusted $R^2=0,229$; $F=5,157$; $p<0,001$; $DW=1,750$

Tablo 2.3. Çalışanların İzleme değerlendirme Düzeyine İlişkin Regresyon Analizi Bulguları

	Unstd. β Katsayısı	Std Hata	Std. β Katsayısı	t	Sig.	VIF
Sabit	3,771	,685		5,505	<,001	
Mesleği (Hekim)	-,872	,317	-,382	-2,747	,008	1,587
Mesleği (Ebe hemşire)	-,506	,279	-,250	-1,810	,075	1,569
Çalışan yaşı	-,340	,232	-,166	-1,463	,148	1,059
ESH eğitimi alan çalışan	-,453	,254	-,207	-1,783	,079	1,109
ESH sertifikası olan çalışan	,914	,375	,286	2,439	,017	1,128

$R^2=0,207$; Adjusted $R^2=0,146$; $F=3,399$; $p=0,009$; $DW=1,756$

Tablo 2.4. Çalışanların Hakkaniyet Düzeyine İlişkin Regresyon Analizi Bulguları

	Unstd. β Katsayısı	Std Hata	Std. β Katsayısı	t	Sig.	VIF
Sabit	2,691	,416		6,466	<,001	
Mesleği (Hekim)	,089	,193	,070	,462	,646	1,587
Mesleği (Ebe hemşire)	-,158	,170	-,141	-,929	,356	1,569
Çalışan yaşı	,123	,141	,108	,869	,388	1,059
ESH eğitimi alan çalışan	,140	,154	,115	,905	,369	1,109
ESH sertifikası olan çalışan	-,096	,228	-,054	-,421	,675	1,128

$R^2=0,051$; Adjusted $R^2=-0,022$; $F=0,696$; $p=0,629$; $DW=1,723$

Tablo 2.5. Çalışanların Teşhise Erişim Düzeyine İlişkin Regresyon Analizi Bulguları

	Unstd. β Katsayısı	Std Hata	Std. β Katsayısı	t	Sig.	VIF
Sabit	3,722	,686		5,425	<,001	
Mesleği (Hekim)	-,272	,318	-,133	-,857	,395	1,587
Mesleği (Ebe hemşire)	-,184	,280	-,101	-,656	,514	1,569
Çalışan yaşı	-,060	,233	-,032	-,256	,799	1,059
ESH eğitimi alan çalışan	-,088	,254	-,045	-,346	,731	1,109
ESH sertifikası olan çalışan	,254	,375	,088	,678	,500	1,128

$R^2=0,021$; Adjusted $R^2=-0,054$; $F=0,277$; $p=0,924$; $DW=1,965$

Tablo 3.1. Hasta/hasta yakınlarının ziyaret sıklığı ve memnuniyet boyutuna ilişkin görüşlerini etkileyen faktörlere ait regresyon analizi bulguları

	Unstd. β Katsayısı	Std Hata	Std. β Katsayısı	t	Sig.	VIF
Sabit	4,984	,530		9,404	<,001	
Hasta yakını yaşı	,142	,104	,086	1,373	,171	1,103
Hasta yakının cinsiyeti	-,238	,120	-,127	-1,992	,048	1,144
Devletten parasal yardım alan hasta yakını	,144	,133	,074	1,080	,281	1,301
Hasta yakınının Eğitimi	,104	,146	,046	,712	,477	1,177
Hasta bakımı eğitimi alan hasta yakını	-,114	,141	-,052	-,812	,418	1,167
Tanı (Nörolojik Sistem Hastalıkları)	-,553	,198	-,328	-2,792	,006	3,875
Tanı (Kalp, Göğüs ve KBB Sistem Hastalıkları)	-,571	,221	-,286	-2,584	,010	3,430
Tanı (Ortopedik Sistem Hastalıkları)	-,624	,251	-,231	-2,488	,014	2,418
Yatak yarası olan hasta	-,251	,120	-,152	-2,093	,038	1,470
Katz (Bağımlı)	-,127	,211	-,062	-,601	,548	2,994
Katz (Yarı Bağımlı)	-,077	,239	-,031	-,321	,748	2,681
Hasta ekibi aradıktan sonra ne kadar sürede bakım aldığı	-,170	,058	-,196	-2,929	,004	1,259
Hasta hizmeti ne kadar sıklıkla aldığı	-,002	,042	-,004	-,055	,956	1,506
Hasta ailesinin toplam geliri	-,151	,086	-,114	-1,757	,080	1,179
ESH almak istediği yer (Sağlık Bakanlığı ve Üniversite hastaneleri)	,676	,107	,397	6,298	<,001	1,113

$R^2=0,266$; Adjusted $R^2=0,212$; $F=4,975$; $p<0,001$; $DW=1,712$

Tablo 3.2. Hasta/Yakını Kurumsal Destek Düzeyine İlişkin Regresyon Analizi Bulguları

	Unstd. β Katsayısı	Std Hata	Std. β Katsayısı	t	Sig.	VIF
Sabit	3,665	,567		6,467	<,001	
Hasta yakını yaşı	,194	,111	,110	1,749	,082	1,103
Hasta yakınının cinsiyeti	-,238	,128	-,119	-1,861	,064	1,144
Devletten parasal yardım alan hasta yakını	,262	,142	,125	1,841	,067	1,301
Hasta yakınının Eğitimi	,183	,156	,076	1,170	,243	1,177
Hasta bakımı eğitimi alan hasta yakını	,425	,151	,182	2,822	,005	1,167
Tanı (Nörolojik Sistem Hastalıkları)	-,334	,212	-,185	-1,575	,117	3,875
Tanı (Kalp, Göğüs ve KBB Sistem Hastalıkları)	-,333	,236	-,155	-1,408	,161	3,430
Tanı (Ortopedik Sistem Hastalıkları)	-,438	,268	-,152	-1,635	,104	2,418
Yatak yarası olan hasta	-,136	,128	-,077	-1,066	,288	1,470
Katz (Bağımlı)	,244	,226	,111	1,078	,282	2,994
Katz (Yarı Bağımlı)	,290	,255	,111	1,138	,256	2,681
Hasta ekibi aradıktan sonra ne kadar sürede bakım aldığı	-,194	,062	-,208	-3,111	,002	1,259
Hasta hizmeti ne kadar sıklıkla aldığı	-,160	,045	-,262	-3,587	<,001	1,506
Hasta ailesinin toplam geliri	-,243	,092	-,171	-2,640	,009	1,179
ESH almak istediği yer (Sağlık Bakanlığı ve Üniversite hastaneleri)	,291	,115	,160	2,538	,012	1,113

$R^2=0,268$; Adjusted $R^2=0,214$; $F=5,018$; $p<0,001$; $DW=1,328$

Tablo 3.3. Hasta/Yakını İzleme Değerlendirme Düzeyine İlişkin Regresyon Analizi Bulguları

	Unstd. β Katsayısı	Std Hata	Std. β Katsayısı	t	Sig.	VIF
Sabit	3,862	,546		7,070	<,001	
Hasta yakını yaşı	,174	,107	,106	1,624	,106	1,103
Hasta yakınının cinsiyeti	-,196	,123	-,105	-1,587	,114	1,144
Devletten parasal yardım alan hasta yakını	,193	,137	,100	1,406	,161	1,301
Hasta yakınının Eğitimi	,134	,151	,060	,890	,375	1,177
Hasta bakımı eğitimi alan hasta yakını	,360	,145	,166	2,476	,014	1,167
Tanı (Nörolojik Sistem Hastalıkları)	-,508	,204	-,304	-2,490	,014	3,875
Tanı (Kalp, Göğüs ve KBB Sistem Hastalıkları)	-,553	,228	-,279	-2,429	,016	3,430
Tanı (Ortopedik Sistem Hastalıkları)	-,605	,258	-,226	-2,342	,020	2,418
Yatak yarası olan hasta	-,261	,123	-,159	-2,116	,036	1,470
Katz (Bağımlı)	,214	,218	,105	,980	,328	2,994
Katz (Yarı Bağımlı)	,061	,246	,025	,249	,804	2,681
Hasta ekibi aradıktan sonra ne kadar sürede bakım aldığı	-,187	,060	-,217	-3,113	,002	1,259
Hasta hizmeti ne kadar sıklıkla aldığı	-,038	,043	-,067	-,877	,382	1,506
Hasta ailesinin toplam geliri	-,069	,089	-,052	-,774	,440	1,179
ESH almak istediği yer (Sağlık Bakanlığı ve Üniversite hastaneleri)	,504	,111	,298	4,556	<,001	1,113

$R^2=0,206$; Adjusted $R^2=0,148$; $F=3,557$; $p<0,001$; $DW=1,877$

Tablo 3.4. Hasta/Yakını Hakkaniyet Düzeyine İlişkin Regresyon Analizi Bulguları

	Unstd. β Katsayısı	Std Hata	Std. β Katsayısı	t	Sig.	VIF
Sabit	3,260	,376		8,674	<,001	
Hasta yakını yaşı	,242	,074	,215	3,291	,001	1,103
Hasta yakınının cinsiyeti	,053	,085	,042	,629	,530	1,144
Devletten parasal yardım alan hasta yakını	,046	,094	,034	,483	,629	1,301
Hasta yakınının Eğitimi	,079	,104	,051	,762	,447	1,177
Hasta bakımı eğitimi alan hasta yakını	-,289	,100	-,195	-2,894	,004	1,167
Tanı (Nörolojik Sistem Hastalıkları)	-,180	,140	-,157	-1,284	,200	3,875
Tanı (Kalp, Göğüs ve KBB Sistem Hastalıkları)	-,244	,157	-,180	-1,559	,121	3,430
Tanı (Ortopedik Sistem Hastalıkları)	,063	,178	,035	,357	,721	2,418
Yatak yarası olan hasta	-,121	,085	-,108	-1,431	,154	1,470
Katz (Bağımlı)	,176	,150	,127	1,176	,241	2,994
Katz (Yarı Bağımlı)	,106	,169	,064	,629	,530	2,681
Hasta ekibi aradıktan sonra ne kadar sürede bakım aldığı	-,089	,041	-,150	-2,146	,033	1,259
Hasta hizmeti ne kadar sıklıkla aldığı	,067	,030	,174	2,275	,024	1,506
Hasta ailesinin toplam geliri	-,050	,061	-,056	-,827	,409	1,179
ESH almak istediği yer (Sağlık Bakanlığı ve Üniversite hastaneleri)	,138	,076	,119	1,815	,071	1,113

$R^2=0,201$; Adjusted $R^2=0,143$; $F=3,455$; $p<0,001$; $DW=2,073$

Tablo 3.5. Hasta/Yakını Teşhise Erişim Düzeyine İlişkin Regresyon Analizi Bulguları

	Unstd. β Katsayısı	Std Hata	Std. β Katsayısı	t	Sig.	VIF
Sabit	3,381	,710		4,759	<,001	
Hasta yakını yaşı	,206	,139	,101	1,481	,140	1,103
Hasta yakınının cinsiyeti	-,372	,160	-,161	-2,318	,021	1,144
Devletten parasal yardım alan hasta yakını	,065	,179	,027	,363	,717	1,301
Hasta yakınının Eğitimi	,244	,196	,088	1,245	,215	1,177
Hasta bakımı eğitimi alan hasta yakını	,271	,189	,100	1,432	,154	1,167
Tanı (Nörolojik Sistem Hastalıkları)	-,092	,266	-,044	-,348	,728	3,875
Tanı (Kalp, Göğüs ve KBB Sistem Hastalıkları)	,114	,296	,046	,386	,700	3,430
Tanı (Ortopedik Sistem Hastalıkları)	-,506	,336	-,152	-1,507	,133	2,418
Yatak yarası olan hasta	-,453	,160	-,222	-2,826	,005	1,470
Katz (Bağımlı)	,500	,283	,198	1,765	,079	2,994
Katz (Yarı Bağımlı)	,403	,320	,134	1,259	,210	2,681
Hasta ekibi aradıktan sonra ne kadar sürede bakım aldığı	,024	,078	,023	,311	,756	1,259
Hasta hizmeti ne kadar sıklıkla aldığı	-,075	,056	-,107	-1,338	,182	1,506
Hasta ailesinin toplam geliri	,076	,115	,047	,662	,509	1,179
ESH almak istediği yer (Sağlık Bakanlığı ve Üniversite hastaneleri)	,014	,144	,006	,094	,925	1,113

$R^2=0,132$; Adjusted $R^2=0,069$; $F=2,089$; $p=0,012$; $DW=1,809$

Tablo 4.1. ESH çalışanlarının sosyo-ekonomik destek boyutu kapsamındaki önerilere katılımlarını etkileyen faktörlere ait regresyon analizi bulguları

	Unstd. β Katsayısı	Std Hata	Std. β Katsayısı	t	Sig.	VIF
Sabit	5,107	,449		11,371	<,001	
Mesleği (Hekim)	-,232	,208	-,149	-1,116	,268	1,587
Mesleği (Ebe hemşire)	,152	,183	,110	,831	,409	1,569
Çalışan yaşı	-,323	,152	-,231	-2,120	,038	1,059
ESH eğitimi alan çalışan	-,717	,167	-,479	-4,304	<,001	1,109
ESH sertifikası olan çalışan	,487	,246	,223	1,983	,052	1,128

R²=0,273; Adjusted R²=0,217; F=4,872; p=0,001; DW=2,113

Tablo 4.2. Çalışanların Personel ve Mali Destek Düzeyine İlişkin Regresyon Analizi Bulguları

	Unstd. β Katsayısı	Std Hata	Std. β Katsayısı	t	Sig.	VIF
Sabit	5,215	,494		10,551	<,001	
Mesleği (Hekim)	,206	,229	,129	,901	,371	1,587
Mesleği (Ebe hemşire)	,295	,202	,207	1,462	,148	1,569
Çalışan yaşı	-,364	,168	-,253	-2,169	,034	1,059
ESH eğitimi alan çalışan	-,509	,183	-,331	-2,775	,007	1,109
ESH sertifikası olan çalışan	,437	,270	,194	1,616	,111	1,128

R²=0,167; Adjusted R²=0,102; F=2,599; p=0,033; DW=1,968

Tablo 4.3. Çalışanların Özel Sektör ve Güvenlik Desteği Düzeyine İlişkin Regresyon Analizi Bulguları

	Unstd. β Katsayısı	Std Hata	Std. β Katsayısı	t	Sig.	VIF
Sabit	3,683	,525		7,015	<,001	
Mesleği (Hekim)	,283	,243	,167	1,165	,248	1,587
Mesleği (Ebe hemşire)	,167	,214	,111	,780	,438	1,569
Çalışan yaşı	-,380	,178	-,250	-2,133	,037	1,059
ESH eğitimi alan çalışan	-,279	,195	-,172	-1,433	,157	1,109
ESH sertifikası olan çalışan	,790	,287	,333	2,752	,008	1,128

R²=0,154; Adjusted R²=0,089; F=2,375; p=0,048; DW=1,583

Tablo 5.1. Hasta/hasta yakınlarının psikolojik, sosyo-ekonomik, eğitim ve tanıtım desteği boyutu kapsamındaki önerilere katılımlarını etkileyen faktörlere ait regresyon analizi bulguları

	Unstd. β Katsayısı	Std Hata	Std. β Katsayısı	t	Sig.	VIF
Sabit	5,157	,389		13,246	<,001	
Hasta yakını yaşı	-,107	,076	-,094	-1,405	,162	1,103
Hasta yakınının cinsiyeti	-,191	,088	-,149	-2,175	,031	1,144
Devletten parasal yardım alan hasta yakını	,059	,098	,044	,604	,547	1,301
Hasta yakınının Eğitimi	-,076	,107	-,049	-,710	,479	1,177
Hasta bakımı eğitimi alan hasta yakını	-,141	,103	-,094	-1,366	,173	1,167
Tanı (Nörolojik Sistem Hastalıkları)	-,359	,146	-,310	-2,464	,015	3,875
Tanı (Kalp, Göğüs ve KBB Sistem Hastalıkları)	-,365	,162	-,267	-2,249	,026	3,430
Tanı (Ortopedik Sistem Hastalıkları)	-,324	,184	-,175	-1,761	,080	2,418
Yatak yarası olan hasta	,097	,088	,085	1,102	,272	1,470
Katz (Bağımlı)	,018	,155	,013	,116	,907	2,994
Katz (Yarı Bağımlı)	-,172	,175	-,103	-,979	,329	2,681
Hasta ekibi aradıktan sonra ne kadar sürede bakım aldığı	,066	,043	,110	1,534	,127	1,259
Hasta hizmeti ne kadar sıklıkla aldığı	-,012	,031	-,032	-,406	,686	1,506
Hasta ailesinin toplam geliri	-,131	,063	-,144	-2,078	,039	1,179
ESH almak istediği yer (Sağlık Bakanlığı ve Üniversite hastaneleri)	,194	,079	,166	2,464	,015	1,113

$R^2=0,157$; Adjusted $R^2=0,095$; $F=2,551$; $p=0,002$; $DW=1,960$

Tablo 5.2. Hasta/Yakını Personel ve Mali Destek Düzeyine İlişkin Regresyon Analizi Bulguları

	Unstd. β Katsayısı	Std Hata	Std. β Katsayısı	t	Sig.	VIF
Sabit	4,836	,465		10,401	<,001	
Hasta yakını yaşı	,023	,091	,017	,250	,803	1,103
Hasta yakınının cinsiyeti	-,227	,105	-,152	-2,166	,031	1,144
Devletten parasal yardım alan hasta yakını	,115	,117	,074	,988	,324	1,301
Hasta yakınının Eğitimi	-,003	,128	-,002	-,023	,982	1,177
Hasta bakımı eğitimi alan hasta yakını	-,176	,124	-,101	-1,428	,155	1,167
Tanı (Nörolojik Sistem Hastalıkları)	-,450	,174	-,334	-2,587	,010	3,875
Tanı (Kalp, Göğüs ve KBB Sistem Hastalıkları)	-,433	,194	-,271	-2,233	,027	3,430
Tanı (Ortopedik Sistem Hastalıkları)	-,478	,220	-,222	-2,173	,031	2,418
Yatak yarası olan hasta	,103	,105	,078	,979	,329	1,470
Katz (Bağımlı)	-,125	,185	-,077	-,675	,501	2,994
Katz (Yarı Bağımlı)	-,104	,209	-,053	-,498	,619	2,681
Hasta ekibi aradıktan sonra ne kadar sürede bakım aldığı	,096	,051	,138	1,880	,062	1,259
Hasta hizmeti ne kadar sıklıkla aldığı	-,028	,037	-,061	-,760	,448	1,506
Hasta ailesinin toplam geliri	-,083	,075	-,078	-1,100	,273	1,179
ESH almak istediği yer (Sağlık Bakanlığı ve Üniversite hastaneleri)	,164	,094	,121	1,744	,083	1,113

$R^2=0,115$; Adjusted $R^2=0,051$; $F=1,784$; $p=0,039$; $DW=1,827$

Tablo 5.3. Hasta/Yakını Özel Sektör ve Güvenlik Desteği Düzeyine İlişkin Regresyon Analizi Bulguları

	Unstd. β Katsayısı	Std Hata	Std. β Katsayısı	t	Sig.	VIF
Sabit	3,685	,555		6,638	<,001	
Hasta yakını yaşı	,000	,109	,000	-,001	,999	1,103
Hasta yakınının cinsiyeti	-,171	,125	-,091	-1,363	,175	1,144
Devletten parasal yardım alan hasta yakını	,190	,140	,097	1,359	,176	1,301
Hasta yakınının Eğitimi	-,121	,153	-,053	-,788	,432	1,177
Hasta bakımı eğitimi alan hasta yakını	,427	,148	,196	2,896	,004	1,167
Tanı (Nörolojik Sistem Hastalıkları)	-,294	,207	-,174	-1,415	,158	3,875
Tanı (Kalp, Göğüs ve KBB Sistem Hastalıkları)	-,572	,231	-,286	-2,472	,014	3,430
Tanı (Ortopedik Sistem Hastalıkları)	-,283	,263	-,105	-1,079	,282	2,418
Yatak yarası olan hasta	,069	,125	,042	,551	,582	1,470
Katz (Bağımlı)	,020	,221	,010	,091	,927	2,994
Katz (Yarı Bağımlı)	,056	,250	,023	,225	,822	2,681
Hasta ekibi aradıktan sonra ne kadar sürede bakım aldığı	-,099	,061	-,114	-1,620	,107	1,259
Hasta hizmeti ne kadar sıklıkla aldığı	-,091	,044	-,160	-2,089	,038	1,506
Hasta ailesinin toplam geliri	-,189	,090	-,142	-2,097	,037	1,179
ESH almak istediği yer (Sağlık Bakanlığı ve Üniversite hastaneleri)	-,006	,112	-,004	-,055	,956	1,113

$R^2=0,194$; Adjusted $R^2=0,135$; $F=3,303$; $p<0,001$; $DW=1,663$