



SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği Ana Bilim Dalı

EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ ÜZERİNE YAPILAN ÇALIŞMALARIN BİBLİYOMETRİK ANALİZİ: 1993-2022 DÖNEMİ

Yüksek Lisans Tezi

Merve KOŞAR

Sivas
Ağustos 2023

SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği Ana Bilim Dalı

**EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ ÜZERİNE YAPILAN ÇALIŞMALARIN
BİBLİYOMETRİK ANALİZİ: 1993-2022 DÖNEMİ**

Yüksek Lisans Tezi

Merve KOŞAR

Tez Danışmanı:
Dr. Öğr. Üyesi Abdullah MISIRLIOĞLU

Sivas
Ağustos 2023

ETİK İLKELERE UYGUNLUK BEYANI

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü bünyesinde hazırladığım bu Yüksek Lisans tezinin bizzat tarafımdan ve kendi sözcüklerimle yazılmış orijinal bir çalışma olduğunu ve bu tezde;

- 1- Çeşitli yazarların çalışmalarından faydalandığımda bu çalışmaların ilgili bölümlerini doğru ve net biçimde göstererek yazarlara açık biçimde atıfta bulunduğumu;
- 2- Yazdığım metinlerin tamamı ya da sadece bir kısmı, daha önce herhangi bir yerde yayımlanmışsa bunu da açıkça ifade ederek gösterdiğimi;
- 3- Başkalarına ait alıntılanan tüm verileri (tablo, grafik, şekil vb. de dahil olmak üzere) atıflarla belirttiğimi;
- 4- Başka yazarların kendi kelimeleriyle alıntıladığım metinlerini, tırnak içerisinde veya farklı dizerek verdiğim yine başka yazarlara ait olup fakat kendi sözcüklerimle ifade ettiğim hususları da istisnasız olarak kaynak göstererek belirttiğimi,

beyan ve bu etik ilkeleri ihlal etmiş olmam halinde bütün sonuçlarına katlanacağımı kabul ederim.

.../.../2023
Merve KOŞAR

ÖN SÖZ

Tez çalışmamı uygulayabilmem için yardımcı olan değerli eşim Mustafa Can ÖZDEŞ ve kızım Öykü Zeynep'e, çalışmamı destekleyen ve eleştirileri ile katkı sağlayan Cumhuriyet Üniversitesi Dr. Öğr. Üyesi sayın Abdullah MISIRLIOĞLU'na müteşekkirim.



İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	i
KISALTMALAR	v
TABLO LİSTESİ	vii
ŞEKİL LİSTESİ	ix
ÖZET	xi
ABSTRACT	xiii
GİRİŞ	1
BİRİNCİ BÖLÜM	5
1. SAĞLIK ve SAĞLIK HİZMETLERİ	5
1.1. Sağlık Kavramı	5
1.2. Sağlık Hizmetleri Kavramı	6
1.3. Sağlık Hizmetlerinin Amaçları	6
1.4. Sağlık Hizmetlerinin Kapsamı	7
1.5. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri	7
1.6. Sağlıkta Dönüşüm Programı	8
1.7. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	9
1.7.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	10
1.7.1.1. Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri	11
1.7.1.2. Kişiye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri	11
1.7.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	12
1.7.3. Rehabilitasyon Hizmetleri	13
1.7.4. Sağlığı Geliştirici Hizmetler	13

İKİNCİ BÖLÜM	15
2. EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ	15
2.1. Evde Sağlık Hizmetleri Kavramı	15
2.2. Evde Sağlık Hizmetlerinin Tarihçesi	16
2.3. Evde Sağlık Hizmetlerine Başvuran Hastaların Özellikleri	19
2.4. Evde Sağlık Hizmetlerinin Avantajları	21
2.5. Evde Sağlık Hizmetlerinin Dezavantajları	22
2.6. Evde Sağlık Hizmetlerinin Sonlandırılması	23
2.7. Sağlık Hizmeti Sunumu Açısından Evde Sağlık Hizmetleri	24
2.7.1. Evde Koruyucu Sağlık Hizmetleri	24
2.7.2. Evde Tanı Koyucu Sağlık Hizmetleri	25
2.7.3. Evde Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	25
2.7.4. Evde Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri	26
2.7.5. Evde Uzun Süreli Sağlık Hizmeti	26
2.8. Evde Sağlık Hizmetleri Hemşireliği	26
2.8.1. Evde Bakım Hemşireliği Uygulamaları Standartları	27
2.8.1.1. Bakım Standartları	27
2.8.1.2. Profesyonel Performans Standartları	28
2.8.2. Evde Sağlık Hizmetleri Hemşiresinin Rollerini	28
2.9. Evde Sağlık Hizmetlerinde Yaşam Kalitesi	29
2.10. Evde Sağlık Hizmetlerinin Mevcut Durumu	30
2.10.1. Dünyada Mevcut Durum	30
2.10.2. Türkiye’de Mevcut Durum	34
2.11. Evde Sağlık Hizmetlerinde Karşılaşılan Sorunlar	37
2.12. Evde Sağlık Hizmeti Sunan Kuruluşlar	38

2.12.1. Resmi Kurumlar	39
2.12.2. Özel Kurumlar.....	40
2.12.3. Gönüllü Kurumlar	40
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	43
3.EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ ALANINDA 1993-2022 YILLARI ARASI YAPILMIŞ ÇALIŞMALARIN BİBLİYOMETRİK ANALİZİ	43
3.1. Literatür İnceleme	43
3.2. Gereç ve Yöntem.....	47
3.3. Bulgular.....	47
TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER	59
KAYNAKÇA	65
ÖZ GEÇMİŞ.....	75



KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ADSM	: Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri
ANA	: Amerika Hemşireler Birliği
ANAP	: Anavatan Partisi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
KHK	: Kanun Hükmünde Kararname
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
MEB	: Milli Eğitim Bakanlığı
SHSK	: Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleşmesine Dair Kanunun
TRSM	: Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri
TSHŞM	: Toplum Sağlığı Hizmetleri Şube Müdürlüğü
TSM	: Toplum Sağlığı Merkezleri
UHK	: Umumi Hıfzısıhha Kanunu
UNICEF	: Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu



TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Sağlık Hizmetleri ve Endüstriyel Hizmetler	8
Tablo 2. Koruyucu Önlem Düzeyleri	11
Tablo 3. Koruyucu Önlem Düzeyleri	12
Tablo 4. Veri Seti İle İlgili Genel Bilgiler.....	47
Tablo 5. 1993-2022 Yılları Arasında “Medical Home” Anahtar Kelimesi Kullanılarak Yapılan Yıllık Çalışma Sayıları	48
Tablo 6. “Medical Home” Konusunda Çalışan En Verimli 10 Yazar.....	49
Tablo 7. “Medical Home” Konusunda Bilimsel Çalışma Çıkaran Ülkeler.....	49
Tablo 8. Evde Sağlık Hizmetleri Konusunda En Çok Atıf Alan 10 Ülke	50
Tablo 9. Evde Sağlık Hizmetleri Konusundaki Çalışmaları En Çok Yayınlayan İlk 10 Kaynak	51
Tablo 10. Evde Sağlık Hizmetleri Konusundaki Çalışmalarda En Çok Kullanılan 10 Anahtar Kelime	51



ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Evde Sağlık Hizmetleri Konusunda En Çok Çalışma Gerçekleştiren 10 Yazarın Zaman İçerisindeki Verimliliği	52
Şekil 2. Evde Sağlık Hizmetleri Konusundaki Çalışmalar İçin Yıllık Ortalama Atfin Zaman İçerisindeki Değişimi	53
Şekil 3. Çalışmaların Ülkelere Göre Dağılımı	54
Şekil 4. Referans Yayın Yılı Spektroskopisi	55
Şekil 5. Kaynaklara Göre Atıf Sayısı.....	56
Şekil 6. Kaynaklara Göre Atıf Sayısı.....	57
Şekil 7. Ülkeler İçin Ağ Grafiği.....	58



ÖZET

Evde sağlık hizmetleri, sağlık hizmetleri kapsamında yer alan bir sistem olarak günümüzde faaliyetlerini geliştirerek sürdüren bir hizmet türüdür. Bu bağlamda evde sağlık hizmetlerinin ortaya çıkışı, kapsamı, uygulamaları ve hem bakım alan hem de bakım verenlere yönelik ne gibi avantajlar veya dezavantajlar oluşturduğu tanımlayıcı yöntem üzerinden açıklanmaya çalışılmıştır.

İki bölümden oluşan çalışmanın ilk bölümünde evde sağlık hizmetlerini daha iyi kavrayabilmek adına sağlık ve sağlık hizmetleri kavramları genel haliyle ele alınmıştır. İkinci bölümde ise evde sağlık hizmetlerine giriş yapılarak çalışma tamamlanmıştır. Amacı bakımından bu çalışmayla evde sağlık hizmetleri hakkında kavramsal ve tarihsel bilgilendirmeler yapılarak, hizmet uygulamalarından, bu uygulamalardan kimlerin yararlanabileceğinden, kimlerin ne düzeyde etkilendiğinden ve hizmetin kimler tarafından ne amaçla verildiğinden bahsedilmiştir. Böylelikle hem yeni bir kaynak teşkil etmesi hem de bu hizmete başvuran veya başvurmayı düşünen bireylerin yararlanabilmesi hedeflenmiştir.

Yapılan çalışma sonucunda evde sağlık hizmetlerinin yalnızca bedensel sorunlara yönelik değil aynı zamanda ruhsal açıdan da birçok soruna yönelik bir hizmet uygulaması olduğu görülmüştür. Diğer yandan evde sağlık hizmetlerinin, bakıma muhtaç bireyler kadar bakım verenler için de gerekli olduğu gerçeği söz konusudur.

Evde sağlık hizmetlerinin sistematik olarak henüz yeni sayılan bir hizmet türü olmasına rağmen bu hizmetin, ilk çağlardan itibaren amatör düzeyde de olsa verildiği anlaşılmıştır. Elde edilen bu sonuçlar ile evde sağlık hizmetleri hakkında bilinmeyen veya irdelenmeyen birçok konuya ışık tutulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, Sağlık Hizmetleri, Evde Sağlık Hizmetleri



ABSTRACT

Home health services, as a system within the scope of health services, is a type of service that continues its activities by improving today. In this context, the emergence of home health services, its scope, applications and what advantages or disadvantages it creates for both care recipients and caregivers have been tried to be explained through the descriptive method.

In the first part of the study, which consists of two parts, the concepts of health and health services are discussed in general in order to better understand the home health services. In the second part, the study was completed by introducing home health services. In terms of its purpose, in this study, conceptual and historical information about home health services is given, service applications, who can benefit from these applications, who are affected to what extent and by whom the service is given for what purpose. Thus, it is aimed both to create a new resource and to benefit individuals who apply or are considering applying for this service.

As a result of the study, it has been seen that home health services are a service application not only for physical problems, but also for many mental problems. On the other hand, it is a fact that home health services are necessary for caregivers as well as individuals in need of care.

Although home health services are still a new type of service, it has been understood that this service has been provided at an amateur level since the early ages. These results shed light on many unknown or unexplored issues about home health services.

Keywords: Health, Health Service, Home Health Services



GİRİŞ

İnsanlık tarihinin başından itibaren yaşam ve ölüm tüm gerçekliğiyle hayatımızın daimi parçaları olarak kalmış ve kalmaya devam edecektir. Temel insani haklar çerçevesinde her insana vaat edilmiş olan yaşama hakkı beraberinde makro düzeyde bir sektörün doğuşuna sebep olmuştur. Sağlık sektörü adı altında ortaya çıkan bu alan, insana atfedilen değeri çok daha üst seviyelere taşımıştır. Bu noktada insanların yaşamlarını iyi ve rahat sürdürebilmesi adına verilen çaba geçmişten günümüze gelişerek ve değişerek farklılıklar göstermeye başlamıştır. Özellikle teknolojinin ilerlemesiyle sağlık çatısı altında yeni birimler meydana gelmeye başlamış ve bunlardan biri olan sağlık hizmetlerinin oluşması da teknolojiyle birlikte insan yaşamının daha uzun sürmesine olanak sağlamıştır. Bu noktada sağlık hizmetleri hastalık öncesi, hastalık dönemi ve hastalık sonrası süreçleri kapsayan ve bu süreçlerde ne gibi uygulama ve yöntemlerin kullanılacağını belirleyen sistemler olarak hayatımıza giriş yapmıştır. Ülkeden ülkeye dahası toplumdan topluma bile çok farklı parametreler üzerinden değişkenlik gösterebilen sağlık hizmetleri, kapsamı oldukça geniş bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu araştırmada sağlık hizmetlerinin bir parçası olan evde sağlık hizmetleri ele alınarak hem sağlık hizmetlerinin kendisinden hem de evde sağlık hizmetlerinden bahsedilmiştir.

Araştırmanın Tanımı ve Önemi

Terminolojik olarak sağlık kavramının inceleyerek başlanılan bu araştırmada daha sonra sağlık hizmetleri ana hatlarıyla ele alınmış olup sağlık hizmetlerinin tanımı, tarihçesi, özellikleri, kapsamı, amaçları vb. gibi alt başlıklar açıklanmaya çalışılmıştır. Evde sağlık hizmetlerinin ele alındığı bölümde ise kapsamlı bir tanımlamadan sonra geçmişten günümüze kadarki süreçte örnek ülkeler üzerinden evde sağlık hizmetlerinin tarihçesi sunulmuştur. Daha sonra bu hizmete başvuran hastalardan ve onların özelliklerinden bahsedilmiştir. Konuyu, evde sağlık hizmetlerinin avantajları, dezavantajları ve sona erdirilmesiyle alakalı açıklamalarla daha derinden irdelleyerek bir bütünlük oluşturulmaya çalışılmıştır. Tekrar sağlık hizmetlerinin geniş çatısı altında ele alınmak üzere bu hizmetlerin evde koruyucu, tanı koyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sunumlarıyla ilgili bilgiler verilmiştir.

Araştırmanın ilerleyen bölümlerinde evde sağlık hizmetinde görev alabilen personellerle alakalı standartlardan ve personellerin rollerinden bahsedilmiştir. Evde sağlık hizmetlerinin genel hatlarıyla bakım standartları yaşam kalitesi ve mevcut durumundan bahsederken aynı zamanda dünyada ve Türkiye’ deki durumları ele alınmıştır. Devamında evdeki sağlık hizmetlerinde karşılaşılabilecek sorunlardan bahsedilmiştir. Son olarak bu hizmeti sunan resmi, özel ve gönüllü kuruluşlar hakkında da bilgiler verilerek sonlandırılmıştır.

Araştırmanın önemine değinildiğinde ise evde sağlık hizmetlerinin sağladığı avantajlar oldukça büyük bir rol oynamaktadır. Durumu bu noktadan incelediğimizde öncelikle evde bakım alan hastalar açısından yaşam standartlarından taviz vermeden yaşadıkları ev ortamında kaliteli hizmet almaları ve hastane işlemleriyle uğraşmamaları cezbedici özellikler olarak görülmektedir. Diğer yandan hastane masraflarındaki düşüş, bulaşıcı hastalık ve enfeksiyon gibi tehditlerden uzak kalmaları, bireysel olarak gösterilen ilgi ve alakanın yanında daha hızlı iyileşme süresiyle vakitlerini daha verimli hale getirebilmeleri yine hastaların açısından araştırmanın önemini göstermektedir.

Konunun önemine evde hizmet vermek durumunda kalan aile, eş, akraba veya komşular üzerinden değerlendirecek olursak bu kişiler için de evde sunulan hizmetle daha kaliteli ve rahat bir yaşam şartlarının oluştuğunu, üstlerine düşen sorumluluklarda da gözle görülür bir azalmanın olduğunu söylemek mümkün olabilir. Aynı kişilerin, evde sağlık hizmeti birimleri tarafından verilen eğitim ve danışmanlıklarla hem psikolojik olarak hem de nerede, ne zaman, ne yapmaları gerektiklerinin bilinciyle hareket etmeleri onların zihnen rahatlamalarını sağlamıştır. Bu yönüyle araştırma hem hasta hem de bakım vermekle yükümlü bireylerin evde sağlık hizmetlerinin avantajlarını bilmeleri yönüyle oldukça önem arz etmektedir.

Araştırmanın Amacı

Bu araştırmada, sağlık ve sağlık hizmetleri çatısı altında evde sağlık hizmetlerine dair genel bilgiler verilerek özellikle yaşlı, engelli ve bakım veren bireylerin ne gibi hizmetlerle karşılaşılabilecekleri veya hangi sorun ve sıkıntıların oluşabileceği, bu hizmeti kimlerden ve hangi kurumlardan nasıl alabilecekleri gibi

konular hakkında ön bilgilerinin oluşması amaçlanmıştır. Bu araştırma literatür taraması çerçevesinde bilgilendirici ve tanımlayıcı modelde ele alınmıştır.





BİRİNCİ BÖLÜM

1. SAĞLIK ve SAĞLIK HİZMETLERİ

1.1. Sağlık Kavramı

Temel insani haklar arasında yer alan sağlıklı yaşam hakkı, Türkiye’de yasal olarak ilk defa 1961 Anayasası’nda yer almıştır. 1961 anayasasının 49. maddesine göre, “Devlet, tüm vatandaşların ruh ve beden sağlığının korunmasına yönelik gereken tıbbi bakım gereksinimlerini karşılamakla görevlidir” (T.C. Anayasası, 1961), Daha sonra bu madde 1982 Anayasası’nın 56. Maddesi olarak şöyle güncellenmiştir: “Herkes, sağlıklı ve dengeli koşullarda yaşama hakkına sahip olmaktadır” (T.C. Anayasası 1982).

Tanımlanabilmesi zor ve karmaşık olması itibariyle sağlık kavramı, zamansal ve kültürel anlamda da farklılıklar göstermektedir. Sağlık kavramının tanımlanması noktasında Amerika Birleşik Devletleri (ABD), 1.5 asırlık bir süreç içerisinde hayatı idame ettirebilme, gündelik hayatını devam ettirebilme, herhangi bir hastalığa yakalanmama veya kendini iyi hissetme gibi sağlık tanımlamalarını literatüre kazandırmıştır (Somunoğlu 1999: 51-62). Bütün insanlığı alakadar etmesi bakımından sağlık, ister kültürel isterse zamansal olarak değişkenlik gösteren bir kavram olarak kabul edilse de temelde genel bir tanıma sahiptir. Bu noktada toplum nezdinde daha çok fiziksel olarak ele alınan sağlık kavramı, hem bedensel hem zihinsel hem de sosyal olarak iyi olma hali şeklinde daha geniş kapsamlı bir tanımlamayla Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından onaylanmıştır (WHO 2009).

Sağlık kavramı, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleşmesine Dair Kanununda (SHSK)’ da yalnızca hastalık ve sakat olma gibi tanımlamalarla kısıtlanmamış; hem ruhen hem bedenen hem de sosyal anlamda iyi hissetme biçiminde açıklanmıştır (SHSK 1961).

1.2. Sağlık Hizmetleri Kavramı

İnsanların herhangi bir hastalığın etkisinde kalmamaları, ihtiyaç duyulan tedavi faaliyetlerinde yer alabilmeleri ve tedavileri sonrasında iyileşmeleriyle birlikte yakalandıkları hastalığa tekrar yakalanmamaları sağlık hizmetleri çerçevesinde gerçekleşmektedir (Aksoy, Subaşı 2015: 27-33).

Sağlık hizmetlerinin ortaya çıkmasındaki en önemli sebeplerden biri genel toplum sağlığını muhafaza edebilmektir. Diğer bir sebep ise sağlık alanındaki hakların korunabilmesini sağlamaktır. DSÖ'nün tanımlamasına göre sağlık hizmeti kavramı, refah seviyesi düşük olan ve sosyal devlet anlayışının olmadığı ülkelerde bile toplumsal bir vazife olarak lanse edilmektedir. Hiç kuşkusuz bu tanım, sağlık hizmetlerinin kamusal bir vazifeye tabi olduğunun göstergesidir (Akt. Tekin 1987: 270-273).

Özel olarak ticari açıdan kâr amacı taşıyan sağlık hizmeti kuruluşları olduğu gibi kamuya bağlı ya da vakıf olarak da faaliyet gösteren ve hiçbir şekilde ticari beklentisi olmayan sağlık hizmeti kuruluşları da vardır.

1.3. Sağlık Hizmetlerinin Amaçları

Toplumu oluşturan her bireyin hastalıklara karşı muhafaza edilmesini amaçlayan modern sağlık hizmetleri, bu amacında tam olarak başarılı bir sonuç elde edememiştir. Nitekim günümüzde bu alandaki bilgi ve istatistikler incelendiğinde her hastanın iyileşmesi gibi bir durumun mümkün olamayacağı, vefat ve maluliyet gibi durumlarla karşı karşıya kalındığı gözlemlenmiştir. Amaçları bakımından sağlık hizmetlerinin bir başka ideali ise engelli bireylerin, kimseye muhtaç olmadan kişisel ihtiyaçlarını yerine getirmelerini sağlayacak seviyede uyum sağlayabilmelerini sağlamaktır (Soyluoğlu 2003: 1-3).

Bakıldığında sağlık hizmetlerinin en önemli hedefleri arasında sağlık seviyesinin en elverişli aşamaya gelmesini sağlamak olduğu görülebilir. Herhangi bir ülkenin sadece hasta insanları iyileştirmesi veya aşı sayılarındaki yüksek oranlara sahip olmaları o ülkenin yeterli bir sağlık seviyesine ulaştığını göstermemektedir. Bunların yanında sağlığı etkileyen çevresel faktörler, düzenli ve dengeli bir beslenme

alışkanlığı, sağlık konusunda toplumun farkındalıklarını ve yetkinliklerini sağlamak, dikkatli biçimde uygulanan ve takip edilen aşı faaliyetleriyle birlikte kusursuz tedavi hizmeti verebilmek gibi faktörler de yeterli sağlık seviyesine ulaşabilmekte önem arz etmektedir (Sargutan 2005: 410-420).

Kamusal bir sağlık hizmetinin başarılı olabilmesi, insanların sorumlu oldukları kendi sağlık durumlarına dikkat etmekten geçmektedir. Aynı zamanda hasta bireylerin, hastalıklarıyla alakalı nereye başvurmasını bilecek kadar bilinçli olmaları ve her birinin ihtiyaçları doğrultusunda en az masrafla sağlık hizmetlerinden faydalanması gerekmektedir (Sargutan 2005: 410-420).

İnsanlarda görülen herhangi bir sağlık sorunu yalnızca sağlık kurum ve kuruluşlarını etkilememektedir. Kamusal bir varlık olarak insan, sağlığıyla kamuya ait her alanda sorun teşkil edeceğinden birçok kurum ve kuruluşun sağlık kuruluşlarıyla iletişim ve etkileşim halinde olmaları gerekmektedir (Sargutan 2005: 410-420).

1.4. Sağlık Hizmetlerinin Kapsamı

Sağlık hizmetleri sürekli ilerlemeye yönelik amacıyla iyileştirme ve uyum sağlamaya yönelik bütün hizmetleri çatısı altında toplamış çok geniş bir kapsama sahiptir. Tıbben ve teknolojik olarak sağlanan destekle insanların sağlığını tehdit eden faktörlerin ortadan kaldırılması, genel olarak bu faktörlerden halkın tamamının korunması, iyileşme süreçleri, fiziksel ve psikolojik olarak var olan yetkinliklerde düşüşler bu alanın kapsadığı bazı durumlardır. Bunlarla birlikte erken teşhisten temiz içme suyuna, düzenli beslenmeden teknolojik olarak üst düzey makinaların kullanılmasına kadar büyük bir alanı da bu kapsamda değerlendirmek mümkündür (Boztok vd., 2001: 181-188).

1.5. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Şahsına münhasır sistemi ile ilk hedefleri kâr etmek olmayan sağlık hizmetleri, alanında yetkin kadrolarıyla 7/24 hizmet verebilmesi; bunun yanında elektronik etkinliğe sahip olmaları ve her türlü piyasa faaliyetlerinden ayrı olarak içinde herhangi bir arz/talep durumunun bulunmaması itibariyle farklı nitelikleri

barındıran bir yapılanmadır (Tanrıverdi, Erdem 2010). Farklı alanlar olarak endüstriyel seviyede hizmet veren oluşumlarla sağlık hizmetleri arasında bazı değişkenlikler söz konusudur. Bu durum Tablo 1’ de görülmektedir (Çelikkalp vd., 2011: 1-14).

Tablo 1. Sağlık Hizmetleri ve Endüstriyel Hizmetler

Sağlık Hizmetler	Endüstriyel Hizmetler
Hizmette süreklilik söz konusudur.	Hizmetler sürekli yahut kesintili olabilmektedir.
Ertelenme olanağı bulunmaz.	Erteleme olanağı vardır.
Alternatif olarak başka bir ürün ve hizmet ile yer değiştirilemez.	Alternatif olarak başka bir ürün ve hizmet ile yer değiştirilebilir.
Çıktı olarak para odaklı değildir.	Çıktı olarak para odaklıdır.
Bedeli konusunda pazarlık içermez.	Bedeli konusunda pazarlık söz konusudur.
Toplumsal yararına gerçekleşir.	Birey, firma vb. yararına gerçekleşir.

Kaynak: (Çelikkalp vd., 2011: 1-14).

Toplumsal tamamını kapsayan genel bir sağlık hizmeti sunabilmek ve ihtiyaçları karşılamaya yönelik farklılaşmayı sağlamak için birtakım özellikler gerekmektedir. Bu noktada bir hedef ve planlama ile hem makro hem de mikro seviyede yapılanmanın sağlanması gerekir. Bu özelliklerin herhangi birisinin eksik kaldığı senaryoda hedeflenen etkiye ulaşılamayacağı görünen bir gerçektir (Kavuncubaşı, Yıldırım 2015: 15-19). Sağlık hizmetinin etkin ve nitelikli bir sunum sağlaması için sürdürülebilir olarak basit bir kullanılabilirlikle kaliteli ve verimli bir yapıya sahip olması gerekmektedir (Can, İbicioğlu 2008: 253-275).

1.6. Sağlıkta Dönüşüm Programı

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin dönüşüm ve ilerlemesini kronolojik olarak irdelediğimizde süreç, Refik Saydam Dönemiyle başlayan ve ara dönemlerde Behçet Uz Dönemi ardından Adnan Menderes’ in başında bulunduğu Demokrat Parti Dönemi ve beraberinde 1960-1980 Arası Sağlık Hizmetleri ile Sosyalleşme Programı olarak sürmüştür. Darbeyle birlikte Milli Güvenlik Kurulu Dönemi kendini gösterirken daha sonra sosyal devlet anlayışının iyiden iyiye etkisini göstermesiyle

söz konusu süreç, Turgut Özal hükümetiyle Anavatan Partisi (ANAP) Dönemi ve 2002 sonrası Sağlıkta Dönüşüm Programı ile hali hazırda devam etmektedir. Son dönemi kapsayan Sağlıkta dönüşüm programı ile varılmak istenilen hedef, ekonomik olarak güvencesi sağlanmış bir biçimde toplumsal açıdan daha eşit ve nitelikli bir hizmet sunabilmektir (Sağlık Bakanlığı 2012). Bu planlama ile üst düzey bir toplum sağlığı oluşturmak ve yalnızca iyileştirmekten ziyade hastalıklara yakalanmama noktasında engelleyici bir yapılanma inşa edilmeye çalışılmıştır. Diğer yandan planlamada hedeflenen başka iki durum ise, zamansal olarak ölüm yaşının ilerletmek ve anne-bebek vefat verilerini daha aşağıya çekmek olmuştur. Geniş bir kapsama sahip olan bu program ile çok daha az bir maliyetle ve doğru kullanılan kaynaklarla birlikte hem düzenli hem verimli hem de sürdürülebilir bir sağlık hizmeti kurulması konu edinmiştir. Sağlık alanına yönelik bütün insanları kapsayan ve adaletli olarak tüm ihtiyaçlarının yerine getirilmesi ve ekonomik açıdan kolaylık sağlanabilmesi de konu edinmiştir (Sağlık Bakanlığı 2012).

1.7. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Oluşturduğu kapsam bakımından sağlık hizmetleri bünyesinde evde sağlık hizmetleri sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetler olarak, verilen hizmetlerin zamanıyla alakalı olarak ise, kısa ve uzun süreli hizmetler olarak ikiye ayrılmaktadır. Bahsi geçen kısa süreli sağlık hizmetinin kapsamı, hastaneden çıkış işlemleri tamamlanmış hastaların daha sonra gerçekleştirilmesi gereken tedavi işlemlerini içermektedir. Bir aylık dönemden daha fazla bakım ihtiyacı duyan hastalar ise uzun süreli sağlık hizmeti çerçevesinde değerlendirilmektedir. Bu bağlamda uzun süreli sağlık hizmetleri en başta hastane kontrolleri yapılmış ve teşhisi koyulmuş, devamlı ve uzun bir gözetimle tedavi ihtiyacı duyan, sürekli var olan ve tekrar eden hastalıkları bulunan, hem zihinsel hem de bedensel anlamda yetilerinde zayıflama ve eksiklik hisseden hastaları kapsamaktadır. İlk kontrolleri aile doktorları tarafından sağlanan hastaların daha sonraki süreçte ise alacakları evde sağlık hizmetlerine ilişkin bir program hazırlanmaktadır. Hastalara aile fertleri, hısım ya da yakın akrabaları tarafından verilen hizmetler informal, yani resmi olmayan bakım olarak; alanında yetkin personeller tarafından verilen hizmetlerin ise formal, yani resmi olan

bakım olarak nitelendirilmektedir (Altunbaş, Cankurtaran 2006: 11-19; Dönümcü 2006: 42-46).

Hem bireysel hem de toplumsal olarak uygun ve etkili bir düzeye ulaşabilmek için sağlık hizmetlerinin sürdürülebilir olması oldukça önem arz etmektedir. Ekonomik, sosyal veya siyasi olarak fark etmeksizin toplumsal refah ne kadar yüksek ise sağlık hizmetleri de o kadar nitelikli ve verimli olduğu görülmektedir. Toplumsal açıdan incelendiğinde her toplum, hastalık konusuna aynı perspektiften bakmayabilir. Her toplumun kendi kültürel ve sosyal yapısı bulunması itibarıyla bu durum farklılıklara yol açar. Söz konusu farklılıklar beraberinde sağlık hizmetlerinin kapsamında da değişkenliklere sebep olur. Bu yönüyle sağlık hizmetlerinin kapsayıcılığı ve uygulanma biçimleri toplumdan topluma farklılık gösterebilmektedir (Dönümcü 2006: 42-46).

Uygulanma biçimleri açısından sağlık hizmetleri; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri ve son olarak sağlığın geliştirilmesi hizmetleri olarak dört ana başlık altında incelenir (Dönümcü 2006: 42-46).

1.7.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Henüz hastalığa yakalanmamış erkenden alınan önlemleri baz alan koruyucu sağlık hizmetleri, hastalıkla alakalı başından sonuna bütün süreci ve hastalığı engellemeye yönelik izlenecek yolları konu almaktadır (Avcı, Teyyare 2012: 199-221). Genel olarak toplumun tamamını kapsayan koruyucu sağlık hizmetleri, bireyin sağlığına zarar verecek faktörleri yok etme ve daha iyi şartlarda sağlık hizmetinin verilmesini hedefler. Devlet nezdinde bu hizmet herhangi bir ücret talep edilmeden gerçekleştirilmektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri kendi içinde üç farklı düzey barındırmaktadır.

- Primer Koruma
- Seconder Koruma
- Tersiyer Koruma

Tablo 2’de bu düzeylere yer verilmiştir (MEGEP 2008).

Tablo 2. Koruyucu Önlem Düzeyleri

Düzeyler
Primer Koruma: Hem kişisel hem de toplumsal düzeye uyum sağlayan mevcut sağlık düzeninin eyleme dönüşmesi için dengeli beslenme, çevresel faktörler, bedensel ve psikolojik sağlık gibi alanlarda gereksinim duyulan önlemlerdir.
Sekonder Koruma: Sağlık açısından meydana gelebilecek bazı öngörülebilir problemlere karşı erken teşhis ve iyileştirme tedbirlerinin hem kişisel hem de toplumsal noktada incelenmesidir.
Tersiyer Koruma: Hastanın şikayet meydana gelebilecek olan maluliyet durumu veya sürekli devam edecek olan problemleri en alt düzeye çekilebilmesi ve bu gibi hasta bireylerin hayat standartlarının en üst seviyeye çıkarılmasına yönelik alınan önlemler, bu korumanın kapsamını oluşturmaktadır. Bu koruma türü diğer yandan hastaların rehabilitasyon süreçleri yönüyle de ilgilenmektedir.

Kaynak: (MEGEP 2008).

1.7.1.1. Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Etrafta yer alan ve insan sağlığına zarar verme ihtimali bulunan hem biyolojik hem kimyasal hem de sosyal olarak oluşabilecek tüm faktörleri yok etmek amacıyla çevreyi daha yaşanabilir kılmaya yönelik yöntemleri konu almaktadır. Diğer yandan söz konusu hizmet, çevre kirliliğini kapsayan hava, su, toprak ve ses gibi kirliliklere karşı da mücadele etmektedir. Bunun yanında atıkların geri dönüşümünü sağlama, içilebilir temiz su kaynakları oluşturma ve radyasyona engel olma gibi durumlarla da ilgilenmektedir. Bu hizmet yalnızca sağlık alanına yönelik değil diğer bütün kurum kuruluş ve sektörleri de muhafaza etmeye yönelik tedbirleri esas almaktadır (Sargutan 2005: 419-425).

1.7.1.2. Kişiyeye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Bu hizmetin kapsamına bakıldığında kişisel düzeyde hastalıklara karşı dirençli olma ve yenik düşmeme, erken teşhise olanak sağlama ve en az derecede sorun ve sıkıntılarla karşılaşma gibi hizmetlerin olduğu görülmektedir (Hayran, Sur 1998: 359-371). Bu hizmetin içinde barındırdığı konuları ele aldığımızda ise tanıyı erkenden saptama ve ihtiyaç duyulan iyileştirme metodunun uygulanması, aşı planlamasının yapılması, ilaç tedavisiyle korunmaya yönelik bilgilendirme, düzenli ve sağlıklı beslenmeye yönelik faaliyetler, toplumsal açıdan her bireyi ilgilendiren

sağlıkla alakalı farkındalıkların artırılması ve son olarak planlı üremeye yönelik yöntemlerdir (Hayran, Sur 1998: 359-371).

1.7.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri, bireyin hasta olmasıyla birlikte gereken testlerin uygulanması ve tedavi sürecinin başlandığı hizmetlerdir (Çelikay, Gümüş 2010: 185-186). Maliyet ve verilen hizmetler açısından bakıldığında tedavi edici sağlık hizmetleri, koruyucu özellikli sağlık hizmetlerine nazaran daha fazla yükümlülük arz etmek durumundadır. Tedavi edici sağlık hizmetlerinin ekonomik olarak daha güçlü olmasının nedeni alanında uzman ve yetkin kadrolarının bulunması ve şartlar bakımından çevreye olan gereksiniminden kaynaklanmaktadır. Bu noktada söz konusu hizmetin başarıyla uygulanabilmesi beraberinde hem kişisel hem de toplumsal açıdan olumlu yönde çok büyük etkilere sebep olacaktır (Altay 2007: 34-35). Tedavi edici sağlık hizmetleri sistemselsel olarak üç başlıkta incelenmektedir (Erginöz, Erdoğan t.y).

Tablo 3’ te gösterilen başlıklar şu şekildedir (Çalış 2006: 154-156).

Tablo 3. Koruyucu Önlem Düzeyleri

Basamaklar
Birinci Basamak: Bu basamakta aile hekimliği, anne ve bebek sağlığı evleri, kişisel muayenahaneler, bakım ve aile planlama kuruluşları bulunmaktadır. Hastaların nakil işlemleri ilk olarak bu basamakta gerçekleşirken, bu noktada herhangi bir yatılı tedavi durumu söz konusu değildir. Sağlık ocakları, hastalık teşhis merkezleri ve poliklinik birimleri gibi hizmetler belediyelerin öncülüğünde bu aşamada yer almaktadır.
İkinci Basamak: İlk aşamada eksik kalan iyileştirme yöntemleriyle karşılaşıldığında hastalar, bu aşamaya nakil olarak alanında uzman doktorlar tarafından yatılı şekilde tedavi edilirler ve problemlerine çözüm aranır. Multidisipliner yapıya sahip sağlık merkezleri olarak bilinen bu kurumlara, belediye dahilinde olan veya özel şirketler üzerinden yönetilen hastaneler örnek gösterilebilir.
Üçüncü basamak: Genel veya daha lokal alanlarda hizmet veren akademik düzeydeki hekimlerin bulunduğu kurumlardır. Ruh ve sinir hastalıkları ya da onkoloji gibi alanlar bu basamakta örnek verilebilen bölümlerdir. Bu kurumlar tıp alanında ihtisas veren yerler olarak da lanse edilmektedir. Yine ikinci aşamada herhangi bir tedavi yöntemi bulamayan hastaların uğrayabilecekleri son nokta burasıdır (Çalış 2006: 156).

Kaynak: (Çalış 2006: 154-156)

1.7.3. Rehabilitasyon Hizmetleri

Rehabilitasyon hizmetleri beden, zihnen ve psikososyal düzeyde kabiliyetlerini kaybetmiş bireylerin tekrar bu kabiliyetlerini kazandırmaya ve çevresine en az derecede bağımlı kalmalarını sağlamaya çalışan hizmetlerdir. Bu noktada tıbbi ve sosyal uyumu sağlamaya yönelik rehabilitasyon hizmet süreçleri ortaya çıkmıştır. Engelli bireylere yönelik hem gündelik hayatta hem de literatürde terim haline gelmiş olan engellilik terimi ile rehabilitasyon, iş olanağı olarak bir sektör haline gelmiştir. Bu hizmetteki en önemli ve ilk hedef rehabilitasyon sürecine katılacak olan kişilerin bağımlılık oranlarını düşürerek tekrar toplum içinde yer almalarını sağlayabilmektir. Bu alana yönelik açılmış olan kurum ve kuruluşlara; Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri veya Hastaneleri, Ruh ve Sinir Hastalıkları Merkez ve Hastaneleri ya da özel olarak açılmış olan rehabilitasyon merkezleri gösterilebilir. Diğer yandan günümüzde oldukça fazla sayılabilecek miktarda açılmış olan Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) de verilebilecek örnek kuruluşlardan bir tanesidir. TRSM aynı zamanda özünde koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında hastane tarzı hizmet vermesi itibarıyla de bu alanda en önemli kuruluşlar arasında yer almaktadır. Rehabilitasyon hizmeti, bireylerin rehabilitasyon süreçleriyle beraber hem hastalık hem engellilik hem de yaşlılara yönelik bakım ve sağlıklarını korumayı amaçlayan çok kapsamlı bir alan olarak addedilmektedir (Gürhan ve Üstün, 1994: 46-51).

1.7.4. Sağlık Geliştirici Hizmetler

1986 yılında gerçekleştirilen uluslararası konferansta DSÖ tarafından kabul görülen Ottawa Bildirgesi'nde sağlık geliştirici hizmetler şöyle tanımlanmıştır. *"İnsanların kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerini artırma ve sağlık düzeylerini daha da iyiye götürme sürecinin bütünü"* (Tezel 2017: 7) İlk olarak halk sağlığı kavramının tanımını yapan Winslow, bu tanımlamasının içinde sağlığın geliştirilmesi kavramını da ilk kez geçiren kişidir (Şimşek 2013: 343-358). En temel manada sağlık sunumu ve geliştirilmesi ilk olarak Alma Ata Bildirgesi'nde DSÖ tarafından yayımlanmıştır. (WHO 1978). Sağlığın sunumu ve geliştirilmesine ilişkin stratejik olarak izlenecek yol ve yöntem ise ilk defa Ottawa Bildirgesi'nde yer almıştır (WHO 1986). Kişisel ve toplumsal yarar sağlaması açısından sağlık gıda, eğitim,

adalet, barınma, gelir gibi DSÖ tarafından belirlenen temel insani şartların yanında oluşturulacak bir plan ve program ile gelişip ilerlemesi öngörülmektedir. Bu noktada sağlığın geliştirilmesine yönelik uygulanacak olan planlamalar beş maddeden oluşmaktadır (Aldemir vd., 107-109; Şimşek 2013: 343-358).

Bu maddeler (Şimşek 2013: 343-358);

1. Sağlıklı ve gerçekleştirilebilir kamu politikaları sunmak
2. Destekleyici çevreler oluşturmak
3. Toplumsal sosyalizasyonu artırmak ve güçlendirmek
4. Kişisel yetenekleri geliştirmek
5. Sağlık hizmetini yeniden dizayn etmek

İKİNCİ BÖLÜM

2. EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ

2.1. Evde Sağlık Hizmetleri Kavramı

Tanım olarak çok çeşitli değişkenlere sahip olan evde sağlık hizmetleri; engellilerin, 60 yaş ve üstü yaşlı sayılan bireylerin, devamlı hastalığı bulunan kişilerin sağlıklarını, yetilerini ve rahat hissetmelerini sağlamak hatta artırmak; iyileşmeye ve gözetime ihtiyaç duyan kişileri tekrar sağlıklı duruma dönüştürmek, özellikle engelli ve yaşlı bireylerden sorumlu olan aile fertleri ya da özel hizmet görevlilerinin sorumluluklarını biraz olsun azaltmak için resmi veya gayri resmi olarak çok yönlü ve uzman kadrolarla kişinin şahsi evinde ya da bulunduğu çevrede verdiği hizmettir (Anker-Hansen vd., 2018: 15-20; Fikar, Hirsch 2017: 86-95).

Kavramsal açıdan ülkeler bazında değişkenlik gösterse de kaynak incelemelerinde evde bakım ya da evde sağlık hizmetleri terimi, bazı kaynaklarda daimi bakım bazılarında toplum düzeyinde uzun süreli bakım bazılarında ise evde uzun süreli bakım gibi anlamlar taşımaktadır. DSÖ tarafından düzenlenen ve “Evde Uzun Süreli Bakım Çalışma Grubu” nun doküman haline getirdiği “Evde Uzun Süreli Bakım Teknik Raporu’nda ‘uzun süreli bakım’ ve ‘evde uzun süreli bakım’ gibi farklı iki tanımlama görülmektedir (WHO, 2000). Söz konusu bu dokümanda evde uzun süreli bakım, hali hazırda var olan sağlık ve sosyal hizmet yapılarındaki bir eklentisi kabul edilerek bakıma ve sağlık hizmetine ihtiyacı olan her kişiye alışık olduğu yaşam alanından uzaklaştırılmadan ev atmosferinde; geleneksel düzeyde aile, akraba, arkadaş ve komşulardan oluşan kişiler tarafından veya işi gereği bu hizmeti resmi olarak veren alanında uzman kadrolar ile gerçekleştirilmesi gerekmektedir (Krick vd., 2019: 400; WHO 2000).

Eskiden tercih edilen veya zorunda kalınan huzurevleri veya bakım evleri bugün itibarıyla yerini daha çok evde sağlık hizmetlerine bırakmış durumdadır.

Nitekim evde sağlık hizmetleri ile hem ekonomik yönden sağlığa yönelik demeler azalmakta ve maliyetler düşmekte hem de kişinin toplumsal açıdan değerini kaybetmediği aynı zamanda yaşam çevresinden uzaklaştırılmadığı bir çözüm ortaya çıkmaktadır. Diğer yandan evde sağlık hizmetleri ile hastalarla ilgilenme noktasında hastane gibi kuruluşlardaki kısıtlı imkanlar sorun olmaktan çıkarak daha kaliteli, korunaklı, hızlı ve verimli bakım ortamının sağlandığı söylenebilir. Daha yakın ve bireysel bir bakım olması itibariyle sorunları saptama, gerekli müdahalelerde bulunma ve hemen iyileştirme sürecine girmenin çok daha hızlı bir şekilde olması sağlanmıştır (Chen vd., 2017: 1-10; Takahash vd., 2016: 30–35; WHO 2004).

2.2. Evde Sağlık Hizmetlerinin Tarihçesi

Tarihi açıdan evde sağlık hizmetlerini irdelediğimizde insan var olduğu andan itibaren bu hizmeti kullandığını söylemek mümkün olabilir. Henüz toplumsallaşma gibi bir oluşumla karşılaşmamış olması itibariyle yaralanmış, yaşlanmış veya sakatlanmış her bireye bakım hizmeti ya aile fertleri ya da yakın insanlar tarafından verilmiştir (Dieckmann 2015: 9-23).

Yine eski dönemlerde doktorların hastanın evine veya olay nerede gerçekleştiyse o bölgeye giderek ilk müdahaleyi orada yaptıkları ve incelemede bulundukları bilinmektedir. Zaman ilerleyip teknolojinin gelişmesi ile doktorlar, geleneksel yöntemlerden tıbbi cihazlara geçişi yavaş yavaş sağlamaya başlamıştır. Bu durum hem zamanı daha verimli kullanma açısından hem de hastalıklara tanı koyma ve tedaviye direk başlama noktasında çok büyük avantajları olmuştur. Tıpta makineleşmenin artması ve taşınamayacak düzeyde büyümesi ile ilk hastane yapılanmaları ortaya çıkmaya başlamıştır. Bu süreçle toplum nezdinde de artık hastaneler sağlık hizmetlerinin verildiği yer olarak kabul görmeye başlamış ve günümüze kadar gelişerek sregelmişlerdir. Hastanelerin avantajları kadar dezavantajları da yer yer kendini göstermesiyle bir sonraki aşama tekrar evde sağlık hizmetine dönmeye başlamıştır. Özellikle ekonomik olarak artan ücretlendirmeler ve daha çok ve hızlı yayılan bulaşıcı hastalıklar ile ev ortamı daha steril ve sağlıklı bir sağlık mekanı olarak görülmeye başlanmıştır (Dieckmann 2015: 9-23).

Orta Çağ Avrupa döneminde yaygın olan hastalıklar ve bu hastalıkların bulaş riskinin çok fazla olması nedeniyle evde sağlık hizmetleri çokça görülmekteydi. Bu durum beraberinde bir çatı altında barınma ve yeme içmeye bağlı beslenme gibi en temel gereksinimlerin oluşmasını göz önüne çıkarmıştır (Aksoy vd., 2015: 118-123).

Boston Dispanseri, 1796 yılı itibariyle evde sağlık ve bakım hizmeti vermek amacıyla ABD’ de kurulmuş olan ilk kuruluş olmuştur (Munchus vd., 1999: 21-30). Sanayi devrimi sonrası özellikle 19. yy. da tıp alanında hızla gerçekleşen gelişim ve ilerleme ile hastaneler daha donanımlı ve kaliteli alanlar haline dönüşmüştür. Bu yönüyle o dönemlerde hastanelerin vermiş olduğu kaliteli sağlık ve bakım hizmetleri ile ihtiyaç sahibi insanlara erişilerek daha uzman personeller tarafından evde sağlık hizmetleri verilmeye başlanmıştır. Ayrıca bu personeller bakıma muhtaç olan bireylerin aile, eş ve dostlarına evde sağlık bakımı hakkında eğitimler vererek bu konuda bilinçlendirilmişlerdir. Böylece hem bakıma muhtaç hem de bakmakta yükümlü olan bireylerin daha kaliteli ve rahat bir yaşam sürmeleri sağlanmıştır (Sezer vd., 2015: 160-165).

Yaşlı ve engelliler gibi bakıma muhtaç olan bireylerin nüfus olarak artışı beraberinde daimi ve sürekli tekrar eden rahatsızlıkların da artmasına sebep olmuştur. 1965 yılında Medicare ve Medicaid sağlık programlarının ABD’ de devreye girmesiyle söz konusu kesime erişim daha rahat sağlanmaya başlamıştır. Medicaid programı, tüm yaş kategorilerini kapsayan ve ekonomik yönden muhtaç bireylerin sağlık ödemelerini karşılamaya yönelik geliştirilmiş bir sistemdir. Medicare programıyla birlikte ise 1965 ve 1993 yılları arasında evde sağlık hizmeti veren oluşumlar 1753’ ten 6497’ye yükselerek bu alanda büyük bir artış görülmüştür. 1996’ ya kadar devam eden süreçte %31,4 gibi bir oranla söz konusu kuruluşların sayılarındaki yükseliş dikkat çekmiştir (Bao vd., 2013: 121-132; Harrington ve Kitchener 2010: 22-28; Marek vd., 2012: 123-129).

Özellikle birinci dünya ülkelerinde ekonomik sebeplere bağlı olarak gerçekleşen evlerde ya da kişilerin yaşam çevresinde verilmeye başlayan sağlık ve bakım hizmetleri, bu alana olan rağbeti artırmış ve insanların hastanelerden daha çok evde sağlık hizmetlerini tercih etmeye başlamasını sağlamıştır. Bu durumun dikkat çekmesiyle beraber global bir etkiye bürünen evde sağlık hizmetleri başka ülkelerde

de tercih sebebi haline gelerek çoğalmaya başlamıştır. İkinci dünya devletleri olarak lanse edilen ve gelişmekte olan ülkeler olarak bilinen bölgelerde ise aynı durumun yaşandığını söylemek pek mümkün olmamıştır. Nitekim bu ülkelerin ekonomik açıdan sağlık alına yönelik yatırımları yeterli düzeyde olamaması itibariyle evde sağlık hizmetleri, gelişmiş ülkelere göre daha az kalitede ve uzman personellerden yoksun olarak aile bireyleri tarafından verilmek zorunda kalınmıştır. Bu durum ülkelerin ekonomik yapılarına bağlı olması sebebiyle kısa veya uzun süreçler içerisinde değişkenlik göstermesi mümkün sayılmaktadır (WHO 2000). Sürekli ve tekrar etmesi ile kronik rahatsızlık olarak adlandırılan hastalıkların artış göstermesiyle birlikte ABD ve Kanada gibi ülkelerde özellikle yaşlı ve engelli bakımına yönelik evde sağlık hizmetleri çok daha önem arz etmeye başlamıştır. Benjamin, özellikle yaşlılar olmak üzere evde sağlık hizmetlerini tercih etmelerindeki sebebi iki noktada değerlendirmektedir. İlk olarak hemen hemen her yaş grubunda görülen kronik rahatsızlıkların yaşlı insanların bünyelerinde daha etkili ve sancılı olması sebebiyle evde sağlık hizmetlerini tercih ettikleri ve buna gereksinim duydıkları; ikinci olarak ise tedavi sebebiyle hastanelerde gerekli müdahaleleri yapılan 65 yaş üstü bireylerin, bu süreçten sonra da bakıma ve gözetime ihtiyaç duyarak evde sağlık hizmetlerini tercih ettikleri durumlar olarak değerlendirmiştir (Benjamin 1992: 18-23).

1992 ve 2005 yılları arası değerlendirildiğinde ABD’ de evde sağlık hizmetleri bölümünün sağlık alanında en hızlı ilerleme kat eden birinci, istihdam açısından ise 500.000 insana ulaşmaya yaklaşılarak endüstriyel alanda en hızlı ilerleme gösteren ikinci bölüm olduğu görülmektedir (AMA/AAHC 2007).

Avrupa ülkelerinin bir bölümünü oluşturan İngiltere, İsveç, Hollanda, Danimarka ve İskoçya evde sağlık hizmetleri alanında oluşturdukları sistematik programlar ile uzun vadede merkezi yönetimlerin desteklediği faaliyetlerde bulundukları, bu doğrultuda da çok daha nitelikli ve gelişmiş bir evde sağlık hizmeti verdikleri görülmüştür. Bu sistemde verilebilecek en önemli örnek Hollanda örneğidir. Yürürlüğe soktukları sağlık politikaları ile sentezledikleri evde sağlık hizmet programları, yaşlı bireylerin zihinsel ve nörolojik rahatsızlıklarının yanında psikolojik kaynaklı oluşan bedensel rahatsızlıklarına müdahale etmeyi amaçlayan ve

tıp alanında uzmanlaşmış hemşirelerden oluşan 300' e yakın evde sağlık hizmeti kuruluşlarının oluşmasına olanak sağlamıştır (Genet vd., 2011: 2013: 84-93).

Evde sağlık hizmetleri, bugün itibariyle 28 Avrupa Birliği ülkesine ek olarak Türkiye' den Japonya' ya, Endonezya'dan İngiltere'ye kadar birçok ülkede de faaliyetlerini sürdürmektedir. Kişisel yükümlülükler ve sosyal eşitlik gibi Temel Sağlık Hizmetleri'nin temelini oluşturan ilkeler ışığında, hem kişisel hem de toplumsal bağlamda bireylere kendi sağlık durumlarına ilişkin farkındalıkların kazandırılması amaçlanmaktadır. Yine bu ilkeler doğrultusunda, birey ve ailelere evde sağlık hizmetlerine katılmaları yönünde bilinçlendirme çalışmalarında bulunularak bu hizmetin kamusal etkinliğini daha da artırmak hedeflenmiştir (ESPN 2018: 7-12).

2.3. Evde Sağlık Hizmetlerine Başvuran Hastaların Özellikleri

Herhangi bir yaş kategorisi gözetmeyen evde sağlık hizmetleri, istatistiklere göre daha çok yaşı ilerlemiş ve hem bedensel hem de zihinsel açıdan kabiliyet kaybı yaşayan, bireysel ihtiyaçları doğrultusunda etrafındakilere tam veya yarı bağımlı olan, sürekli ve tekrar eden hastalıklarla mücadele eden ve ameliyat sonrası ilk dönem bakım gereksinimi duyan bireylere hizmetlerini sunmaktadır. Evde sağlık hizmetlerinin genelini oluşturan grup, hem bağımlılık seviyeleri yükselen hem kronik rahatsızlıkları tekrar eden hem de engellilik durumlarında gittikçe artış olan yaşlı insanlardan oluşmaktadır. Evde sağlık hizmetlerine gereksinim duyan bireylerde görülen kronik rahatsızlıklar çok geniş bir yelpaze oluşturmaktadır. Parapleji ve tetrapleji ya da multipl skleroz veya nöromüsküler gibi omuriliğe bağlı rahatsızlıklardan; daha çok beyin hastalıkları olarak sayılabilen demans, parkinson ya da serebral palsi rahatsızlıklarına kadar birçok hastalık bu yelpazede yer almaktadır. Yine zihinsel açıdan meydana gelen zeka geriliği, solunum yolu rahatsızlığına bağlı damarlarda hasara yol açan Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH), inme ve omurilikte bulunan sinirlerde meydana gelen hasarlarla oluşan meningomiyelose hastalığı da bu yelpazede yer alan bazı kronik rahatsızlıklara verilen örneklerdir. Bu gibi hastalıklarla mücadele etmeye çalışan ve evde sağlık hizmetine başvuran bireyler, kişisel bakım faaliyetlerini tam yapamazlar ve gündelik yaşamda yapılabilecek uygulamalarda her an birilerinden yardım almak zorunda kalırlar. Bu

noktada resmi (hemşire, bakım ve sağlık personeli vb.) veya gayri resmi (aile bireyleri, akraba, komşu vb.) evde sağlık hizmeti veren kişi ve kişilere bağımlı olarak yaşamlarını sürdürmektedirler. Toplumsal olarak nüfus içerisinde yaşlı grubun artış göstermesiyle evde sağlık hizmetlerine olan gereksinim de o kadar artış göstermiştir (Altunbaş, Cankurtaran 2006: 11-19).

Evde bakım ya da sağlık hizmeti gereksinim duyan yaşlılarda genel olarak:

- Nörolojik,
- Ortopedik,
- Kardiyak,
- Solunum sistemi hastalıkları,
- Diyabet
- Kanser gibi kronik hastalıklarla sıklıkla karşılaşmaktadır.

DSÖ tarafından yapılan kronik hastalık tanımı; geri dönüşü olmayan, patolojik değişiklikler nedeni ile oluşan, uzun vadede takip ve bakıma gerek duyulan, tıbbi tedavi ve rehabilitasyona karşılık genellikle engellenemeyen ve beden üzerinde kalıcı işlev ya da doku bozukluklarının oluşmasına yol açan hastalık şeklindedir (WHO 2014).

Türkiye’ de Sağlık Bakanlığı bünyesinde açıklanan Ulusal Hastalık ve Maliyet Etkinlik Raporu’nda, 60 yaş ve bu yaş grubunun üstündeki maluliyet durumundaki bireylerde Yaşam Yılı (Years of Life with Disabilities/YLD)’na sebebiyet veren 10 farklı hastalık öne sürülmüştür. Bunlar, devamlı görülen solunum yetersizliğine bağlı akciğer hastalığı, şeker, beyinde oluşan damar tıkanıklarına bağlı nörolojik rahatsızlıklar, eklem iltihaplanmaları, bunamaya bağlı bilişsel fonksiyonların kaybolması, duyma kaybı, demir yetersizliğine bağlı oluşan kan hastalıkları, hem kan dolaşımına hem de basıncına bağlı oluşan kalp hastalıkları ve son olarak unipolar depresif rahatsızlıklarıdır (Sağlık Bakanlığı 2004).

Türkiye’de evde sağlık hizmetlerine başvuran yaşlı veya hasta bireylerin şikayetleri ise çoğunlukla yatağa mahkum kalmalarına sebep olan beyin damarlarındaki problemlere bağlı inme ve kalp dolaşımındaki sorunlara bağlı felç

hastalıkları, bilişsel fonksiyonların kaybıyla oluşan unutkanlık, şeker, yüksek tansiyon, kardiyomiyopati gibi rahatsızlıklara bağlı kalp yetmezliği, kemiklerde oluşan zayıflama ve kırılmalıklar gibi rahatsızlıklardır (Sağlık Bakanlığı 2021). En genel manasıyla devamlı tekrar eden hastalıkların hem teşhisi hem tedavileri hem de uygulama yöntemi, düzensiz ve eksik beslenme, bağımlılık düzeyinde ve fazla ilaç tüketimine bağlı problemler evde sağlık hizmetine başvuran yaşlı bireylerde görülen şikayetlerin kapsamını oluşturan faktörlerdir (Sağlık Bakanlığı 2021).

2.4. Evde Sağlık Hizmetlerinin Avantajları

Evde sağlık hizmetlerinin yeni bir sistem olması itibarıyla bu hizmete başvuran hastalara sunulan birçok avantajı bulunmaktadır. Bu noktada Aksoy ve ark. 'ları sunulan avantajları aşağıdaki gibi sıralamışlardır (Akt. Aksoy vd., 2015: 118-123; WHO Technical Report 2000):

- Hastane erişimi olamayan veya zor olan hastaların tespiti ve onlara ulaşılabilmesi
- Hali hazırda var olan yaşam alanlarında hastaların durumlarının değerlendirilmesi
- Yaşam alanlarındaki tehlike arz edebilecek faktörleri önceden belirleyip güvenli bir ortam oluşturulması
- Reçeteli veya reçetesiz eczanelerden alınan ilaçların detaylı olarak incelenmesi
- Bakım hizmeti veren hasta yakınlarının veya çalışan personelin araştırılması ve sorumluluklarının hafifletilmesi
- Hastanın daha özerk ve özgür olması
- Hastanelerde tehdit oluşturan bulaşıcı hastalık ve enfeksiyonlara karşı korunma
- Ekonomik olarak sağlık alanında azalan ödemeler
- Herhangi bir hastalığa yakalanmama noktasında evde sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetlerine erişimi yükseltmektedir

- Hastanelerde oluşan yoğunluğun azalması
- Daha bireysel bir hizmet vaat etmesi bakımından hastalara ve bakım veren bireylere nitelikli ve verimli bir yaşam sunması

Evde sağlık hizmetleri, kapsamlı bir araştırma yöntemi ile sadece günü kurtarmaya yönelik adımlar atmazlar. Geçmişte hem hastaların kendilerine hem hastaların yakınlarına hem de başvuruda bulundukları sağlık kuruluşlarında meydana gelmiş olabilecek hatalı uygulamaları irdelerler ve böyle bir durum gerçekleşmişse onarımına ilişkin adımlar atarlar. Evde sağlık hizmetleri sistematik ve çok yönlü bir planlama ile hem hastaları daha detaylı inceleyip gözlemleyebilmeyi hem de tespit edilememiş herhangi bir hastalıkla karşılaşmamayı amaçlamıştır. Evde sağlık hizmeti verme noktasında oldukça gelişmiş olan Kanada’ da gerçekleştirilen araştırmada, verilen hizmet sürecinde hastalarda %4,2 oranında advers bir durum yaşandığı görülmüştür (Dönümcü 2006: 42-46). Bu yöntemlerden hemen hemen yarısının basit düzeyde tedbirlerle önlenebileceği de gözlemlenen bir başka bulgudur. Düşme ve düşmeye bağlı yaralanmayla oluşan bölgede enfeksiyon ve hem psiko-sosyal hem davranışsal hem de zihinsel sağlık sorunları söz konusu advers durumlara örnek teşkil etmektedir. Bu durumlara sebebiyet veren faktörlerin hemen hemen tamamına yakını, sağlık hizmetine ilişkin kaynakların çok fazla bir şekilde kullanılması olarak saptanmıştır. Doktorların hastaların ve bakım veren bireylerin birbirleriyle aralarında oluşturacağı bağla birlikte advers etkilerin giderek azalabileceği söylenmektedir (Dönümcü 2006: 42-46).

2.5. Evde Sağlık Hizmetlerinin Dezavantajları

Avantajlarından bahsedilen evde sağlık hizmetlerinin beraberinde dezavantajlar da getirdiği ve belli başlı riskler oluşturduğu gözlemlenmiştir. Bu dezavantajlar ise maddeler halinde şöyle sıralanmıştır (WHO 2000):

- Evde sağlık hizmetleri, nitelikli eğitimlerle birlikte belli bir sistem çerçevesinde gerçekleştirilen kontrol yapılarına gereksinim duymaktadır.
- Evde sağlık hizmetleri sürekli devam eden bir hizmet sunmaması itibarıyla ara ara faaliyet gösteren bir programdır.

- Evde sağlık hizmeti kapsamında bakım veren bireylerin güvenliğinden sorumlu olacak çalışanların eksikliği
- Hizmetin verileceği evin fiziki açıdan durumu, hastaya bakım verenlerin aldıkları eğitim ve nitelikleri ve hastanın tıbbi hali evde sağlık hizmetlerini etkileyen diğer önemli unsurlar olarak göze çarpmaktadır.

Yeni bir program olması itibariyle evde sağlık hizmetlerinin bazı özel riskler taşıyabileceği ve bu hizmetlerin yeterli düzeyde incelenip incelenmemesi noktasında sıkıntıların olabileceği gerçeği söz konusudur. Evde sağlık hizmetlerinin detaylı ve nitelikli bir eğitimle sunulması göz ardı edilemeyecek bir gerçektir. Bu hizmette çalışacak olan sağlık personellerinin yalnızca bu alanda görev yapmalarına zen gösterilmelidir. Nitekim farklı alanlarla birlikte bu hizmette görev alacak personellerin verimlilikleri açısından pozitif bir geri dönüş sağlamaları pek mümkün olmayacaktır. Yer yer farklılık gösteren çalışma alanları sonucunda bakım veren personelle hasta arasında bir bağ oluşamayacağından etkili bir hizmet verme durumu söz konusu olmaktan çıkacaktır. Yine evde sağlık hizmeti verecek olan oluşumun hastaların gereksinimlerini göz önünde tutarak doğru planlamalar dahilinde hareket etmelidir. Buradan anlaşılacağı üzere evde sağlık hizmetleri sürekli erişim sağlanabilecek bir hizmet olmaması yönüyle hastaların devamlı şekilde gözlemlenebilmesi mümkün değildir (Işık vd., 2016: 171-186).

Kendi içinde küçük birimlerden oluşan evde sağlık hizmetlerinde, bu birimlerin birbirleriyle haberleşme ve ortak hareket etme noktasında sıkıntılar yaşadığı görülmektedir. Hastane işlemlerini tamamlamış hastalara teslim edilen belgelerin ilgili evde sağlık ve bakım hizmeti personellerine verilmediği ya da verilemediği gözlemlenmiştir (Işık vd., 2016: 171-186).

2.6. Evde Sağlık Hizmetlerinin Sonlandırılması

Evde sağlık hizmetlerinin sona erdirilmesine ilişkin 2015 senesinde yrrlēe dahil edilen Evde Sağlık Hizmetleri Sunuma Yönelik Yönerge' de şu maddeler yer almaktadır (Tekin 2018: 115-117):

- Hizmete tabi tutulan hasta bireyin tamamen iyileşmesi

- Hasta bireye verilmiş olan hizmetin bundan sonra herhangi bir sağlık çalışanı tarafından verilmesine gerek duyulmayacak hale gelmesi
- Hizmetin sonlandırılmasına ilişkin bizzat hasta bireyin veya hasta üzerinde hukukten söz hakkı olan bireylerin talepleri
- Hastanın yaşamını yitirmesi
- Evde sağlık hizmeti için çalışan personele hasta veya hasta yakınları tarafından uygulanan olumsuz davranışlar, verilen çözümleri göz ardı etmeleri ve pragmatik açıdan doktor nezdinde bu hizmetin bir sonuca varamayacağı görüşü
- Hastanın veya hasta vasisinin bakım veren çalışanların güvenliğini tehdit edecek hal ve hareketleri
- Mevcut adresi değişen hastanın yeni adresiyle birlikte o bölgeden sorumlu olan evde sağlık birimiyle irtibat sağlaması ve hizmete devam etmesiyle eski adresi sonlandırma

Evde sağlık hizmetleri çalışanlarına veya direk kuruluşa yönelik güvenliğı tehdit edecek hareketlerde bulunmaya kalkışan hasta ve hasta yakınları hakkında, o evden sorumlu birim tarafından tutanak tutulmaktadır. Koordinasyon merkezi tarafından tutanağın evde sağlık hizmetleri komisyonuna iletilmesiyle işlem yapılması ve bir karara varma süreçleri gerçekleşir (Tekin 2018: 115-117).

2.7. Sağlık Hizmeti Sunumu Açısından Evde Sağlık Hizmetleri

2.7.1. Evde Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Evde koruyucu sağlık hizmetlerinin hastalara sunduğı hizmetler incelendiğinde iyileşmiş olan hastaların yeniden hastalanmalarını önlemek, iyi hissetme durumunun devamını sağlamak, zihinsel ve bedensel kabiliyetlerinin en verimli biçimde kullanabilmelerini sağlamak ve herhangi bir maluliyete sebep olabilecek bir durumla karşılaşmamak adına sunulan hizmetlerdir. Evde koruyucu sağlık hizmetleri, kurumsallaşmış sağlık hizmetleri alanının bir parçası olarak görülmektedir. Evde meydana gelebilecek her türlü olumsuz duruma karşı hastanın daha güvenli ve kaliteli bir ortama sahip olması amaçlanarak hastanın kendisine ve

aile fertlerine küçük eğitimler verilmelidir. Hastanın yürümesine engel olacak ve düşmesine sebebiyet verecek serili halıların kaldırılarak daha rahat yürüme ortamı sağlamak, ev ışıklandırmalarını hastaya uygun bir biçimde tercih etmek ve hareket ederken veya merdivenlerden çıkarken yardım alabileceği destek yapılarına yer vermek söz konusu olumsuz durumların oluşmasına engel olabilecek bazı uygulamalardır (CSA 1990).

Hastanın ilgili araç gereçler yardımıyla eklem ve kas gücü gibi bedensel fonksiyonlarını kaybetmemesini sağlamak ve hatta daha iyi bir hale getirmek için uygulanacak olan fizik tedavi süreci de evde koruyucu sağlık hizmetlerinin ele aldığı farklı bir konudur. Hasta ve hasta yakınlarının aralarındaki ilişki de evde koruyucu sağlık hizmetlerinin önemli parçalarından bir tanesidir. Nitekim ev içerisinde hasta bakımından sorumlu olan aile fertlerinin yükümlülükleri çok daha fazladır. Dolayısıyla bu kişilere yönelik verilecek olan eğitim ve danışmanlıklar, fertlerin hal ve hareketlerinin gözlemlenmesi ve psikolojik düzeyde davranışsal birtakım farklılıklar dikkat edilmesi gereken konulardır (Coşkun 2011: 10-12).

2.7.2. Evde Tanı Koyucu Sağlık Hizmetleri

Ekonomik olarak problemlerin meydana geldiği sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşlar, gelişen teknolojiyle birlikte yerlerinin ev ve daha küçük sayılabilecek muayenehanelere bırakmıştır. Diğer yandan hastalığın teşhisine yönelik evde sağlık hizmetlerinin, hastaların bazıları için daha fazla avantaj sağladığı söylenebilir. Bu yönüyle söz konusu hasta bireyler için hastalığın teşhisinin ev ortamında yapılması verimli bir uygulama olarak görülebilmektedir. Bu hizmetten yararlanan hastalar, birçok hastalıkla mücadele eden, yürürken zorluk yaşayan, birçok tedavi işlemi uygulanan ve sürekli olarak düşme olayları yaşayan kimselerdir. Hasta gruplarının bu hizmete başvurma sebepleri açısından bazı durumlar söz konusudur. Bu durumlar; birden çok kronik özellikle rahatsızlıklarının bulanması, tedavi süreçlerinde olumlu geri dönüşler alamamaları, hem iletişim hem de bakım noktasında kendileriyle yeterli ilgilenilememe durumlarıdır (CSA 1990).

2.7.3. Evde Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Yoğun bakım hizmeti almış hastalar günümüz itibariyle artık kalabalık hastaneler yerine kendi yaşam ortamlarında tedavi süreçlerine devam

edebileceklerdir. Nitekim bu hizmetin sunulabilmesi adına gerekli makine ve araçlar üretilmiştir. Böylelikle hem hasta hem de hasta yakınlarının daha kaliteli ve rahat bir yaşam sürdürebilmeleri sağlanmıştır (Akdemir, Akkuş 2006: 82-91).

2.7.4. Evde Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri

Hastanın yeniden sosyal çevresiyle bağlantı kurabilmesi amacıyla hastanede oluşturulan planlama doğrultusunda, hizmet verilecek ev hazır hale getirilir ve rehabilitasyon süreci hem hasta hem de hastanın ailesinin destekleriyle uygulanmaya başlar (Akdemir, Akkuş 2006: 82-91).

2.7.5. Evde Uzun Süreli Sağlık Hizmeti

Özellikle yaşlı ve engelliler olmak üzere kronik özellikli rahatsızlıkları olan hasta bireylerin mevcut sağlık durumlarını korumayı amaç edinen evde uzun süreli sağlık hizmetleri, bakılmaya mecbur hasta bireylerin ihtiyaçlarına karşılık verme, hastalık ve maluliyet hallerine karşı kendilerine belli başlı yetiler kazandırılarak bağımlılık düzeylerin en aza indirmeyi sağlama gibi hizmetler vermektedir. Hastalarda görülen gündelik hayatta gerçekleştirilen ana düzeydeki uygulamaları sağlayamama ve yardımcı yaşam eylemlerinden herhangi bir tanesinin eksikliği durumları bakıma muhtaç hal olarak değerlendirilmektedir. Çoğu ülke bu tarzdaki eylemlerin eksikliği ve eylemlerde zorlanması durumunu, hastaların gözlem altına alınarak bakım hizmetinin verilmesindeki koşulları olarak görmektedir (Oğlak 2007: 100-108).

2.8. Evde Sağlık Hizmetleri Hemşireliği

Evde bakım ve sağlık hizmetleri alanında çalışan grupları incelediğimizde en büyük oran evde bakım hemşirelerinden ve evde bakım yardımcıları tarafından olduğu görülmektedir (Allender vd., 2010: 5-9).

Hem sağlık hem de sosyal hizmetler çatısı altında verilmekte olan evde sağlık hizmetleri, evde bulunan her bireyin birbirleriyle koordineli çalışmasını gerektirmektedir. Dolayısıyla bakım hizmetinin süresi boyunca evde sağlık hemşireleri veya evde sağlık yardımcıları da hem hasta hem de hasta yakınları gibi aile üyesi sayılmakta ve sistemin daha verimli şekilde gerçekleşmesini sağlamaktadırlar. Evde bakım hemşireliği ibaresi ilk defa 2008 yılında yayımlanmış

olan, ‘Doktorluk, Hemşirelik, Ebelik, Diş Hekimliği, Eczacılık ve Mimarlık Eğitim Programlarının Asgari Eğitim Programlarının Belirlenmesine Dair Yönetmelik’ adlı dokümanda yer almıştır. Bu noktada evde bakım hemşireliği tanımı; hem koruyucu hem tedavi hem de rehabilite edici sağlık hizmetlerinin, hasta ve hasta yakınlarının hayatlarını sürdürdükleri yerde ihtiyaç duyulan hemşirelik hizmetinin saptanması, bir program oluşturularak izlenecek yolun belirlenmesiyle eyleme dönüştürülmesi ve son olarak durum raporlaması yapılarak gerekli hizmetin sunulması olarak açıklanabilmektedir. Evde bakım hemşiresi, hastanın ve hasta yakınlarının bedensel, toplumsal ve bilişsel sağlık durumlarını bir bütün halinde ele alarak değerlendirmektedir (Akın, Güler 2006: 1277; Çoban vd., 2014: 154-176; Evde Bakım Derneği 2008: 44-49; Sezer vd., 2015: 160-165).

2.8.1. Evde Bakım Hemşireliği Uygulamaları Standartları

Amerikan Hemşireler Birliği (ANA)’nin 1999 yılında belirlemiş olduğu evde bakım hemşireliğinin faaliyet alanı ve standartları iki parçada açıklanmıştır. Bunlardan biri bakım standartları, diğeri ise profesyonel performans standartlarıdır (ANA 2015: 4-6).

2.8.1.1. Bakım Standartları

1. **Durum Değerlendirme:** Evde bakım ve veya sağlık hemşiresi hasta bireye ait olan sağlık raporlarını alır ve inceler
2. **Tanımlama:** Hastanın raporlarını inceleyerek bir tanıda bulunur ve uygulama geliştirir
3. **Sonuç Tanımlama:** Hasta birey ve yakınları için kişiselleştirilmiş olası sonuçları saptar.
4. **Planlama:** Olası sonuçlara erişebilmek adına bakım aşamalarını oluşturma
5. **Uygulama:** Oluşturulan aşamalar eyleme dönüştürülür
6. **Değerlendirme:** Oluşturulan plan dahilinde hastanın beklenen sonuçları verip vermediği ve ne derecede bir ilerleme kat edildiği gözlemlenerek irdelenir.

2.8.1.2. Profesyonel Performans Standartları

1. **Bakım Kalitesi:** evde bakım veya sağlık hemşiresi, hemşirelik faaliyetlerinin verimliliğini belli bir sistem dahilinde irdeler.
2. **Performans Değerlendirme:** Evde bakım hemşiresi, kişisel hemşirelik faaliyetlerini, bilimsel kanıtlara dayanan mesleki faaliyet koşullarını, ilgili kanun ve sistemleri irdelemektedir.
3. **Eğitim:** Almış olduğu eğitimi ve hemşirelik yetilerini muhafaza eder.
4. **Mesleki İşbirliği:** Evde bakım hemşireleri ile aynı meslek grupları, kendi aralarında oluşturdukları sistematik iletişim ağı ile mesleki ilerleme ve gelişme göstermeye başlarlar.
5. **Etik:** Alınacak olan her türlü karar ve aktivitelerde hasta bireyler adına önceden belirlenmiş olan etik şartlara uygun adımlar atılır.
6. **İşbirliği (Uyum):** Başlanmış olunan bakım sürecinde hem hasta hem hasta yakınları hem de sağlık hizmeti veren personel koordineli şekilde hareket eder.
7. **Araştırma:** Hizmete ilişkin eylemlerde inceleme sonucu ortaya çıkan bulgular değerlendirilerek kullanıma hazır olur.
8. **Kaynak Kullanımı:** Hasta birey ve yakınları, hasta bakımına ilişkin aşamalar ve verilecek olan hizmetin risk durumları, faydaları ve ekonomik götürüleri konularında aydınlatılırlar (Stanhope ve Lancaster, 2006).

2.8.2. Evde Sağlık Hizmetleri Hemşiresinin Roller

1. **Eğitici Rolü:** Evde bakım hemşireleri hasta ve yakınlarıyla devamlı görüşme halinde olması itibarıyla hastanın ve ailesinin sosyokültürel niteliklerine göre onlara aydınlatıcı bilgiler sunmaktadır.
2. **Hasta Savunuculuğu:** Hastanın kimseye bağımlı kalmayacak şekilde yaşamını sürdürmesi amaçlanarak bütün sahip olduğu haklarını belirtilir ve hastanın hakları gözetilir.

3. **Vaka Yöneticisi:** Kapsamı bakımından vaka yönetimi, değerlendirme, faaliyet, kurulan bağlantı veya ilişkiler ve çıkan sonuçların irdelenmesinden oluşur. Bu sistemde hizmete tabi olan, hizmeti sunan ve masrafları karşılayan oluşumlar arasında süregelen bir bağlantı söz konusudur.
4. **Danışmanlık Rolü:** Bakım hemşiresi, hasta bireyin ve yakınlarının ihtiyaç duydukları noktalarda onların kullanabilir hazır kaynakları öğrenmelerini sağlar ve kullanımlarına ilişkin danışmanlık verir.
5. **Bakım Verici Rolü:** Hastayı toplumsal açıdan hem biyolojik hem de psikolojik açıdan tanıyan bakım hemşiresi, bu doğrultuda onların ihtiyaçlarına yönelik teşebbüste bulunur.
6. **Spiritüelite ve Estetik Roller:** Evde bakım veya sağlık hemşiresinin, hastanın önemli olduğunu hissetmesini sağlayarak hayatının anlamlı olduğunu fark ettirmek ve anlık durumunu kabullendirerek bu duruma ayak uydurmasını sağlamak gibi vazifeleri bulunmaktadır. Felsefi açıdan bütüncül bir yaklaşımı benimsemesi gereken evde sağlık hizmetleri çalışanları, hastaların inandıkları değer ve düşünceleri doğrultusunda gereksinimlerini irdelemeleri gerekir. Bu noktada kendilerinden donanımlı olmaları beklenmektedir. Diğer yandan hemşirelerden istenilen estetik rollere baktığımızda ise sorumluluklarının bilincinde, realist, hoşgörülü ve hassas olan, öz saygısı yüksek, güvenilir kimseler olarak belirtilmektedir (Fadıloğlu vd., 2013).

2.9. Evde Sağlık Hizmetlerinde Yaşam Kalitesi

Evde sağlık hizmetleri, bu hizmete başvuran hastaların hali hazırdaki rahatsızlıklarını hayatlarını sürdürdükleri yerde sona erdirmeyi hedefleyen bir oluşum olarak iade edilebilir (Kavuncubaşı, Yıldırım 2010: 447-460). Evde sağlık hizmetleri bakıldığında sistematik bir bakım oluşumudur. Yani bir organizasyonu temsil etmektedir. Bu sistem, hem koruyucu hem tedavi hem de rahabilite edici uygulamaları, planlanmış aralıklarla hastaların hayatlarını sürdürdükleri yakınlarının da bulunduğu bir ortamda vermektedir. Dolayısıyla bu organizasyonla birlikte

hastaların hem fiziksel hem de duygusal açıdan iyi olmaları amaçlanır. Her bireyde farklı algılanabilen ve değişkenlik gösteren yaşam kalitesi, insanların mevcut hayatlarından mutlu oldukları hal olarak açıklanabilir. Sağlığını kaybetmiş bir bireyin mutlu olması mümkün olmayacağı gibi mutlu olmayan bir bireyin hayat kalitesinin de iyi olması mümkün olmayacaktır. Bu bağlamda sağlık ve hayat kalitesi bir bütünü oluşturan iki parça olarak görülebilir. Bu noktada bir insanın sağlıklı olma durumu, hayatının kalitesine direkt yön veren bir etmendir. Dolayısıyla hastaların evde sağlık hizmetleri alarak hayat kalitelerinin yükseleceği ön görülmektedir (İncesu, Yorulmaz 2011:3-4).

Çokça sağladığı faydalar yönünden evde sağlık hizmetlerinin sunduğu avantajları fazladır. Fakat en önemli ve diğerlerinden ayrılan iki faydadan bahsetmek gerekebilir. İlk olarak ekonomik açıdan sağlık ödemelerine ayrılan bütçenin aşağıya çekilmesi ve sağlık ödemelerinin azalmasıdır. İkinci olarak ise kendi güvenlikleri açısından hasta bireylerin, mevcut yaşam alanlarında yakınlarıyla beraber olarak aldıkları bu hizmetle daha rahat hissetmeleridir. Bunların yanında enfeksiyon tehditlerinden ömrün uzamasına, duygu-durum hallerinin ve hayat kalitelerinin olumlu yönde iyileşmesinden, bakım memnuniyetlerine kadar sağladığı birçok faydadan da bahsedilebilir (Kavuncubaşı, Yıldırım 2010: 447-460).

2.10. Evde Sağlık Hizmetlerinin Mevcut Durumu

Evde sağlık hizmetleri, bu hizmete muhtaç olan insanların temel gereksinimlerinin giderilmesi, makul ve verimli bir şekilde bakım faaliyetlerinin az masrafla, etkili, kapsayıcı ve hem devlet hem de hasta yakınlarının koordinasyonlu çalışmasıyla ister kısa ister uzun olması itibarıyla sağlık hizmetlerinin gelişebilmesine ve yasal bir zeminde yürütülmesine yönelik çalışmalardır (Genç, Barış 2015: 53). Bu yönü itibarıyla evde sağlık hizmetlerinin dünyada ve Türkiye’deki geçmiş ve mevcut durumları hakkında hem benzer hem de farklılıklardan söz edilebilmektedir (Genç, Barış 2015: 53).

2.10.1. Dünyada Mevcut Durum

Sürecin en başına baktığımızda evde sağlık hizmetleri, ilk olarak planlı koşullara göre gerçekleşmemekteydi. Daha sonra 18. yy.’dan itibaren bu hizmetler

Dini açıdan buyurulan emirler doğrultusunda ekonomik olarak dar gelirli hastalarla yapılan görüşmeler üzerinden sağlanmaktaydı. Sağlık hizmetinin sistematik olarak verildiği ilk kurum, 1796’ da ABD’ nin Boston bölgesinde Verem Savaş kuruluğu olduğu bilinmektedir (Nıbbelink, Brewer 2018: 917-928). Tarihsel olarak evde sağlık hizmetleri incelendiğinde bu sürecin temelini hemşirelerin evlere giderek verdikleri bakımlar olduğu gözlemlenmektedir. Bunun yanında bir süre aynı uygulamanın devam ettiği de bilinmektedir (Dağdeviren vd., 2019: 232-243).

Evde sağlık hizmetlerinin sistematikleşmesindeki ilk adımın atılması, 1850’ senelerde İngiltere’nin Liverpool şehrinde W. Rathbone isimli bir adamın ölmek üzere olan eşini kurtarması için evine çağırđıđı hemşireyle olmuştur. Bu olaydan sonra evde bakım vermeye yönelik hemşireler bazı evlere uğramaya başlamışlardır. Devam eden süreçte Florance Nightingale’nin desteğiyle Liverpool Reviri’ ne ziyaret amacıyla Rathbone tarafından bir okul inşa edilmiştir. Bu okulun amacı, kendi bünyesinden mezun olan insanların dar gelirli hastaların evlerine giderek bakım ihtiyaçlarını orada görmeleri olmuştur. Liverpool’ da bakıma muhtaç olan hasta bireyleri Mary Robinson adında bir hemşire gözlemlemeye başlamış ve ev uğramalarını gerçekleştirmiştir (Maurer, Smith 2009: 58-59).

ABD’ de evde sağlık hizmetleri ise ancak 18. yy.’ ın sonlarında kendini göstermeye başlamış ve genel sağlık sistemine sonradan birleştirilmiş bir hizmet olarak varlığını sürdürmüştür. 1814 senesinde ABD’ de Philadelphia Topluluğu adı altında hizmet vermeye başlayan, kadınlardan oluşan ve amacı bakıma muhtaç bireylere hemşirelik hizmeti vermek olan bu topluluk, 1833 yılı itibariyle maddi yönden zor durumda olan bireyler içinde hizmetlerini sürdürmüştür (Danış 2004: 58-59).

Yine ABD’ nin Buffalo eyaletinde yoksul insanlara sağlık hizmeti sunmak adına Hayırseverlik Teşkilatı kurulmuştur. Bu kuruluş 1877 yılı itibariyle hizmetlerini geliştirmiş ve din görevlileri aracılığıyla hem ekonomik hem de sağlık açısından muhtaç insanlara evlerinde hizmet sunmaya başlamışlardır (Danış 2004: 58-59).

20. yy.’ a kadar dini ilkelere dayanan kuruluşlar ve din adamları üzerinden gerçekleştirilen evde sağlık hizmetleri, 20. yy. itibariyle idari yönetimler tarafından

da verilmeye başlandığı görülmüştür. Öncelikle ilçe merkez idareleri tarafından verilmeye başlayan hizmetler, 1901 yılında idari kurumlar yönetiminde 60 sağlık kuruluşunun daha açılmasıyla devam etmiştir. 1908 yılına gelindiğinde evde sağlık hizmetlerini geliştirmeye devam eden ABD, Ev Hizmetleri Organizasyonu adı altında bir oluşum kurmuştur. 1909 yılı itibariyle de bu oluşuma bağlı ve amacı evde sağlık bakımının genele yayılmasını sağlamak olan Ziyaretçi Hemşirelere ait Dergi dokümanlarını her ay olmak üzere aksatmadan yayımlamışlar ve dağıtmışlardır. 1909 senesinde yaşam sağlık sigorta şirketi adı altında hizmet sunan evde sağlık hizmetleri, 1916 yılına gelindiğinde toplum sağlığı hizmeti, 1922 yılında sistematikleşmiş bir kurum yapısıyla çalışmaya başlamıştır. Kurumsal hizmet vermeye başlamadan bir sene önce, 1921 yılında hamile kadınlara yönelik doğumdan hemen önce ve doğum dönemi ile doğumdan sonraki ilk dört haftayı kapsayan süreçlerde evde sağlık hizmeti sunulmuştur. Devlet destekli sağlık kurumları tarafından sağlanan ilk evde sağlık hizmeti ise 1935 senesinde gerçekleştirilmiştir. Herhangi bir ödeme yapılmadan ücretsiz bir şekilde, yaşlılara yönelik yapılan ilk evde sağlık hizmeti ise 1960 yılında görülmüştür. Amerika’ da 1966 yılında oluşturulan ve kabul edilen ilk ulusal sağlık sigortası olma özelliği taşıyan Medicare ve Medicaid adlı sistemle Ulusal Evde Bakım Organizasyonun temelleri atılmıştır (Danış 2004: 58-59).

1929’ da başlayan ve 1930 yılında tamamen hissedilmiş olan büyük buhran dönemiyle Amerika’ ın birçok bölgesindeki evde sağlık hizmetleri ekonomik açıdan büyük sıkıntılar çekmiştir. İhtiyaç duyulan sermayenin bulunamaması dolayısıyla çeşitli bağış organizasyonları düzenlenerek mevcut olan sıkıntılı sürecin atlatılması amaçlanmıştır. Fakat 9 sene sonra başlayacak olan 2. Dünya Savaşı ile evde sağlık hizmetleri beklenenin aksine farklı bir etkilenme yaşamıştır. Şöyle ki, savaş sebebiyle sağlık kurumlarında çalışan doktor ve hemşire sayılarının azalmış olması, evde sağlık hizmetlerinin artışına sebebiyet vererek evde bakım hemşireliğinin önemini gözler önüne sermiştir (Danış 2004: 58-59).

Medicare ve Medicaid’ in 1965 yılı itibariyle ülke genelinde resmileşmesiyle Medicare kapsamında 65 yaşında ve üstündeki bireylerin sağlık ödemelerine yönelik güvenceleridir. Medicaid ise herhangi bir yaş kategorisini kapsamadan dar az gelirli veya geliri olmayan bireylere yönelik sağlık masraflarına kaynak olan sistemi temsil

etmektedir. 1966 yılında evde sağlık hizmetleri biriminin Medicare sistemine dahil edilmesi ile bu sistem önemini oldukça arttırmıştır. Medicare sistemi ile resmi izinlere sahip evde sağlık şirketlerindeki artış oranları özellikle 1965 ve 1993 yılları arasında oldukça fazla olmuştur. Genel olarak hasta bireylere bakım hizmeti veren kuruluşların en çok artış gösterdiği dönemler de 1990 ve 2000’li yılların ilk senelerinde gerçekleşmiştir (Yılmaz vd., 2010: 125-132).

Sağlık hizmeti verme noktasında Amerika haricindeki diğer ülkelere baktığımızda ise bu hizmetlerin daha yakın tarihlerde ortaya çıktığı ve ilerleme kaydettiği söylenebilmektedir. Bu ülkelerde Amerika’ dan farklı olarak devlet destekli sağlık hizmetleri özel teşebbüslere göre daha fazla görülmektedir. Avrupa bölgesindeki Danimarka, İngiltere ve Hollanda gibi ülkeler evde sağlık hizmetlerini nitelikli şekilde geliştirmiş bazı ülkelerdir. 27 bin insanın istihdamını gerçekleştiren Danimarka’ da, hemen hemen her 100 evin 20’ sini oluşturan kısmında 65 ve üstü yaşında yaşlı kategorisinde sayılan bireylere sağlık hizmeti verilmektedir. Evde sosyal yardım hizmetleri kapsamında yürütülen politikalar 1987 yılında yasal bir zemine oturtulmuştur. 1800’ lü yılların ortalarında Avrupa nüfusunun toplumsal ve ekonomik açıdan gösterdiği gelişimlere dayanılarak evde sağlık hizmetlerine ilişkin çalışmalar resmiyet kazanmaya başlamıştır (Aydın 2005: 68-78).

1982 yılı itibariyle Avrupa’ da 75 yaş ve üzerindeki kişilerin profesyonel ve nitelikli bakım hizmeti alma oranı %16 iken yaklaşık 20 sene sonra bu oran %9’lara kadar düştüğü görülmektedir. Ekonomik açıdan sosyal yardım hizmetlerinin kaynağını büyük bölümünü vergilerin oluşturması sebebiyle bu hizmetler ücretsiz olarak verilmektedir. İngiltere’ de büyük bölümünün fakir ve yüksek derece engelli bireylerden oluştuğu evde sağlık hizmetlerinin kabul gören genel bir düzeni bulunmamaktadır. Bu yönüyle ülke sınırları içerisinde yer alan bölgelerde bu hizmetin sunduğu ilkeler farklılık gösterebilmektedir (Doğan, Subaşı 2006 1020-1023).

Uzakdoğu bölgelerindeki ülkelerin evde sağlık hizmetlerine bakıldığında bu ülkelerin daha çok devletçi bir yaklaşımla hizmetlerini gerçekleştirdiklerini görmekteyiz. Bu noktada demografik yapısı bakımından Japonya’ yı incelediğimizde, aile planlamasına ilişkin yürürlüğe giren yasalarla doğum

oranlarının azaltılması sonucunda yaşlı bireylerdeki artış oranında yükselmeler meydana gelmiştir. Dolayısıyla bakıma ihtiyaç duyan yaşlı bireylerin bakım hizmetlerinin devlet gözetimi altında sunulması söz konusu hale gelmiştir. Bu durum beraberinde yaşlı ve engellilere destek sağlanması noktasında bakım sigortası yasanın gerekliliğini doğurmuş 2000 yılında bu yasa kabul edilmiştir. Söz konusu yasanın kapsamına, hem hemşirelik hizmetleri hem rehabilitasyon uygulamaları hem de ev ortamında verilebilmesi mümkün varsayılan tıbbi sağlık hizmetleri dahil edilmiştir (Matsuda, Yamamoto 2001: 28).

2.10.2. Türkiye’de Mevcut Durum

Türkiye’deki bakım hizmetlerinin gelişim ve ilerleyişini tarihi açıdan değerlendirebilmek için ilk olarak sağlık sektöründeki gelişimlerin araştırılıp irdelenmesi gerekmektedir. Bu noktadan itibaren Anadolu üzerinden konuya giriş yapılacak olunursa sağlık merkezlerinin tanımlamalarına ilişkin Selçuklu döneminde çok fazla farklı açıklamalar mevcuttur. Bu dönemde sağlık kurumları için bazen Darü’ş-şifa bazen şifahane kimi zaman da maristan, bimaristan veya darülafiye gibi isimlerin kullanıldığı bilinmektedir. Darü’ş-şifa oluşumları, vakıf özelliği taşıyan ve halkın sağlık ihtiyaçlarını gidermeye yönelik ücretsiz hizmet veren kamu kurumları olarak kayıtlarda yer almaktadır (Kemaloğlu 2014: 289-301).

Anadolu Selçuklu Devleti dönemi incelendiğinde ise sağlık ve bakım hizmetlerine oldukça önem verilerek bakım gereksinimi duyan bireylere hem kamusal alanlarda hem de evlerde hizmetler sunulmuştur. Türk dilinde yazılmış ilk deneysel tıp eseri niteliğindeki Mücerrebname adlı kitap, Cerrah Amasyalı Şerafeddin Sabuncuoğlu tarafından kaleme alınmıştır. Kitabın, birtakım hastalıklara ve bu hastalıkların çözümüne ilişkin tedavi yöntemlerini barındırması itibarıyla önemli bir yapıt olduğu söylenebilir. Eserinde evde bakıma muhtaç olan felçli hastalardan ve onları tedavi etmek maksadıyla gerçekleştirdiği ev ziyaretlerinden bahsetmiştir (Bayat 1985: 195-200).

Osmanlı Dönemine gelindiğinde ise sağlık hizmetleri, Selçuklu Dönemindeki gibi sultan ya da varlık sahibi yardımseverlerin destek sağlayarak oluşturdukları hastane ve şifaevleri gibi vakıflar özelinde yürütülmekteydi. Fakat Osmanlı Döneminin Selçuklu Döneminden ayrıldığı bir nokta vardı. O dönemdeki sağlık

hizmetleri ilk defa ordu çatısı altında da yürütölmeye başlanmıştır. Bu durum taşradaki vatandaşları olumsuz anlamda etkilemişse de bu insanlar merkeze uzak kaldıkları için amatör de olsa sık sık evde bakım hizmeti almak durumunda kalmışlardır. Herhangi bir doğum, yaralanma gibi durumlarda özellikle ebeler evde sağlık hizmeti veren kişi konumunda yer almışlardır (Akdur 1998: 23-24).

Sağlık hizmetlerinin Türkiye Cumhuriyeti’ nde yasal olarak yürürlüğe girmesi, 1590 sayılı Sağlık Koruma yasası ile ilk defa 1931 yılında gerçekleşmiştir. Yürürlüğe giren bu yasa kapsamında çok kısa sürede ve kolay biçimde yayılım gösteren bulaşıcı hastalıkların saptanması ve gerekli tedbirlerin alınmasını sağlamak amacıyla doktorların hasta insanları evlerinde gözlemleyip incelemeleri istenmiştir (UHK 1930). 1932 tarihli Sağlık Koruma yasasının 1852 numaralı 21. maddesinde, yatalak olan hastalara verilen sağlık hizmetine ilişkin bazı terimlerden söz bahsedilmiştir (UHK 1930).

Koruyucu sağlık hizmetine ilişkin Cumhuriyet Dönemi’nde çıkarılmış ve halen mevzuatta yer alan Umumi Hıfzısıhha Kanunu (UHK) ile beraber, bulaşıcı nitelikteki hastalıklara yakalanmış kişilerin hem evde sağlık hizmetleri hem de gıda ihtiyaçları devlet desteğinde gerçekleşmiştir. Bu hizmetin, günümüz itibariyle birçok belediyenin evde sağlık hizmetleri adı altında yapmaya çalıştığı faaliyetlere öncülük ettiği varsayılmaktadır (UHK 1930).

Sağlık hizmetleri ayrıntılı şekilde ele alındığında bu alanın sadece insanların sağlık sorunlarıyla ilgilenmediği söylenebilmektedir. Nitekim planlanmış rehabilitasyon süreci ile hastanın bireysel gereksinimleri en alt düzeye indirilerek başka bireylere olan bağımlılık seviyesi de asgari ölçüde kalması sağlanmaktadır. Yatalak hastalar için sunulan sağlık hizmetleri ve güncellemeler Danimarka, Hollanda ve İngiltere gibi Avrupa ülkelerine benzer gelişmeler gösterecek şekilde Türkiye’de UHK tarafından sağlanmaya çalışılmıştır (UHK 1930).

Buradaki benzerlik durumu sağlık hizmetlerinin ilk olarak çocukları hedeflemesidir. Günümüzde geçmişe göre evde sağlık hizmetleri alan hastaların büyük bölümünü yaşlı bireyler oluşturmaktadır. Geçmişte ise hizmete başvuranların büyük bölümünü çocuklar, yeni doğan bebekler, kadın bireyler ve işçi grubunun oluşturduğu görölmektedir. İlk defa ‘evde Muayene’ kavramı, 1935 senesinde

yayımlanan Cilt hastalarına ilişkin tam resmi olmayan savaş kanunun 14.maddesinde yer almıştır. Sözü geçen durum, hiçbir şekilde bir sağlık hizmetinden yararlanamayacak aşamada sağlığını yitirmiş kadın hastalara yönelikti. Diğer yandan ilgili maddede geçen Hekimlerin Görevleri başlığı çerçevesinde, bulaşıcı özellik taşıyan yatağa mahkum hastalar için sunulan sağlık hizmetlerinin kapsamı genişletilmiştir (UHK 1930).

“Emniyet Teşkilat Kanunu”nda yapılan düzenleme ile birlikte evde sağlık hizmeti uygulamalarına ilişkin hem özel personelleri hem de kamu görevlilerini ele alan yasal işlemler gerçekleştirilmiştir. Bu kanuna göre hizmete kapsamına ilişkin herhangi bir sağlık kısıtlaması olmayıp hizmetin verileceği grubun ise kamu görevlilerinden oluşacağı belirtilmiştir. Türkiye’ de uygulamaya giren ve hem ekonomi hem sağlık hem de kültürel alanları kapsayan 1. Beş Yıllık Kalkınma Planı’ nda yatağa mahkum olan hastaların daha nitelikli hizmetler almalarına ilişkin çalışmalar da yer almıştır. Bu planlamada bir dönem hem tüm Avrupa’ yı hem de Türkiye’ yi etkileyen verem başta olmak üzere birçok bulaş özellikli hastalıklara yönelik tedbir amacıyla evde sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi fikri tartışılmıştır. İlk zamanlarda verilen hizmetin kapsamı yatağa mahkum hasta bireyler ve hastalıkları saptamaya yönelik iken ‘Evde Bakım’ hizmeti olarak kapsamın genişletilmesi, ilk kez Milli Eğitim Bakanlığı’ (MEB) na bağlı hastane hizmetinde bulunan kuruluşlara ilişkin yönetmelikte yer almıştır. Uluslararası açıdan ilk defa evde tedavi kavramına ise 1988 ve 1992 yılları arasında sağlanan Türkiye ile Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) arasındaki anlaşmada rastlanmaktadır. ‘Evde Tedavi’ kavramı bu anlaşma metninde “Home Care” olarak ifade edilmiştir (Çoban vd., 2014: 154-176).

21. yy.’la baktığımızda ise 2004 ve 2005 yıllarında sağlık hizmeti gereksinimi olan yatağa mahkum hastalara yönelik hizmet verecek kurum ve kuruluşların açılması, gerekli çalışmaların yapılması ve açılan ilgili kurumların gözetimini kapsayan yasal düzenleme oluşturulmuştur. Ne var ki bu düzenleme, yatağa muhtaç bireylerin bakım hizmetlerinin özel kuruluşlar tarafından sağlanmasını desteklemekteydi (Aslan vd., 2018: 55-56).

Bu durum 2010 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından ele alınarak söz konusu hizmetin, hastanelere bağlı alt birimler ve Aile Hekimlikleri tarafından hizmete ihtiyaç duyan bireylere evde sunulabileceği ön görülerek uygulanması amaçlanmıştır. Buna yönelik sistematik bir planlama ile ilke ve esaslar belirlenmeye çalışılmıştır (Güzel, Toprak 2018: 15-19).

2015 senesinde bu duruma yönelik yayımlanan “ Sağlık hizmetlerine ihtiyacı olan yatağa bağımlı hastaların sağlık ihtiyaçlarının giderilmesi” konulu yönerge ile yatağa mahkum olmuş hasta bireylere uygulanması gereken tıbbi inceleme, teşhis, test ve tedavilerin yanında ruhsal olarak iyi olmalarını sağlayacak rehabilitasyon faaliyetlerinin de gerçekleştirilmesi amaçlanmıştır (Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetleri Sunulmasına Dair Yönetmelik 2015).

Bu konu 2017 yılında Sağlık Bakanlığı Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğünün 49.644.233-020-435 numaralı mevzuatı ile resmi olarak kabul edilmiştir. Bu mevzuata göre bahsi geçen tüm uygulamaların yanında hastaların bakım hizmeti aldıkları bireylere de kamu hastaneleri tarafından hem uğraş terapisi eğitimi verilmesi hem de sosyal yardımda bulunulması kararlaştırılmıştır (Sağlık Bakanlığı Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğünün makam onayı 2017).

Yine 2017 yılı içerisinde yürürlüğe giren 694 numaralı Kanun Hükmünde Kararname (KHK) ile yatağa mahkum hastaların kamuya bağlı devlet hastaneleri tarafından aldıkları hizmetin, direk ilgili bakanlık bünyesindeki sağlık müdürlüklerine aktarılması kararlaştırılmıştır (KHK 2017).

2.11. Evde Sağlık Hizmetlerinde Karşılaşılan Sorunlar

Evde sağlık hizmetleri uygulaması yönünden genel sağlık hizmetlerinde yer alan fakat farklı bir yol izleyen, tüm dünyada gelişerek yaygınlaşan ve giderek tercih edilen bir hizmettir. Fakat her alanda olabileceği gibi bu alanda da bazı problemlerle karşı karşıya kalındığı söylenilebilir. Şöyle ki, bu hizmet henüz yeni sayılabilecek bir sistem olması itibarıyla mevcut sağlık hizmetlerine uyum sağlayabilmesi ve sağlık hizmeti veren personellerin bu sisteme alışabilmeleri oldukça zaman alan bir süreci beraberinde getirmiştir. Aynı zamanda bu hizmette çalışacak olan personellerin de alanlarında uzmanlaşması ve verimli olmaları bu süreç içerisinde bazı zamansal

sorunlara sebep olmuştur. Konunun diğer problem sayılabilecek tarafı ise hasta ve hasta yakınlarına ilişkin bazı durumlardır. Hasta bireylerin kişisel özellikleri açısından istekleri ve yine hem hastanın hem de hasta yakınlarının bu hizmete yabancılik duyarak şüpheli yaklaşımları karşılaşılabilecek sorunlardan bazılarıdır. Bu yönüyle sunulacak hizmetle alakalı hasta ve hasta yakınlarına verilecek eğitim danışmanlıklar oldukça önem arz etmektedir (Karabağ 2007: 34). İçinde barındırdığı ayrıntılar yönüyle bu hizmetin gözetim ve denetimini sağlamak da dikkat edilmesi bir konu olmaktadır. Sağlık hizmetleri ister merkezi kuruluşlarda ister evde olsun yapısı itibariyle hastaların, alanında uzman personeller tarafından devamlı takiplerinin yapılması gereken hizmetlerdir. Bu bakımdan evde sağlık hizmetlerinin herhangi bir çalışanın gözetimi olmadan gerçekleştirilmesi ve ani gelişen ataklarda anlık müdahalelerin yapılamaması durumları başka bir problem olarak görülmektedir.

2.12. Evde Sağlık Hizmeti Sunan Kuruluşlar

Tarihsel olarak incelendiğinde dünya üzerinde evde sağlık hizmetlerinin daha çok ihtisas sahibi aileler başta olmak üzere, kilise veya camii gibi ibadethaneler, gönüllü yardımsever bireyler, çeşitli toplumsal yardım grupları, darülacezeler ve hem özel hem kamu hem de daha küçük sayılabilecek sağlık merkezleri tarafından verildiği görülmektedir (Işık vd., 2016: 171-186).

Sağlık bakanlığı ve ilgili kuruluşlara bağlı olan eğitim ve araştırma hastaneleri ile özel poliklinik ve genel hastaneler tarafından verilen evde sağlık hizmetleri, aynı zamanda hem Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri (ADSM) ve Toplum Sağlığı Merkezleri' (TSM) ne bağlı bulunan oluşumlarda hem de Aile Hekimliği Birimleri bünyesinde verilmektedir (Coşkun 2011: 10-12).

Türkiye, özel ve devlet kuruluşları olmak üzere her iki sektörde de evde sağlık hizmeti sunan ülkeler arasındadır (Çayır vd., 2013: 9-12). Bununla alakalı olarak Türkiye' de özel kuruluşların hizmet sunabilmelerini ve denetime tabi tutulmalarını sağlayan mevzuat, 2005 tarihli Resmi Gazete' de "Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik" olarak yayımlanarak kabul edilmiştir. Diğer yandan idari olarak Sağlık bakanlığı bünyesi dahilinde olan kurum ve

kuruluşlar vasıtasıyla evde sağlık hizmetlerinin sunabilmesi, yine bakanlığın 2010 yılında yayımladığı “Evde Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönergesi” ile resmiyet kazanmıştır. Bu kapsamda bakanlığın yayımladığı tüm yönetmelikler göz önünde bulundurulduğunda, hem özel hukuk tüzel kişilerin hem de gerçek kişilerin kamu yararına hizmet veren özel sağlık merkezleri açabilmelerine ve yönetmelerine olanak sağlanmıştır (Sağlık Bakanlığı 2015).

23988 numaralı Resmi Gazete’ de 2000 yılında yürürlüğe giren “Ayakta Teşhis ve tedavi Yapılan özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik” kararı ile özel hastaneler ve poliklinikler yönergesi kapsamına dayanılarak özel hastanelerin de remi olarak evde sağlık hizmeti vermelerine olanak sağlanmıştır (Sağlık Bakanlığı 2015).

İdare ve işleyiş biçimleri açısından farklılık gösteren üç ayrı nitelikteki evde sağlık hizmeti kuruluşundan bahsetmek mümkündür (Subaşı, 2001: 6).

Gönüllü, resmi ve özel kuruluşlar olmak üzere varlık gösteren bu yapılar özellikleri itibariyle birbirlerinden ayrılmaktadırlar (Subaşı 2001: 6-7).

Bazı kaynaklarda yalnızca gönüllü, resmi ve özel kuruluşlara yer verilse de hastane destekli kuruluşlar adı altında da bir sağlık hizmetinden daha bahsetmek mümkündür (Subaşı 2001: 6-7).

Bu bağlamda hastane destekli kuruluşlar, hızlı başlayan fakat kısa süreli olan akut olarak nitelendirilen hastalıklara karşı ilk müdahaleyi yapması ve sonrasında da tedavinin devamlılığını sağlamsıyla resmi hastaneler için gelir kapısı oluşturan kuruluşlardır. Özel kuruluşlara bakıldığında diğer kuruluşlardan daha ayrı bir çerçevede, ekonomik açıdan kar beklentisini esas alarak hem özel sigorta şirketlerinden hem de bu kuruluşlardan hizmet alan hastalardan sağladıkları gelirlerle devamlılıklarını sağlayan kuruluşlar olarak görülmektedir (Kaplan, Ateş 2013: 123).

2.12.1. Resmi Kurumlar

Resmi olarak hizmet veren kurumlar, idari açıdan hem devlet hem de bölgesel yönetimlerin sağlık müdürlüklerine bağlı olan, sermayeleri toplanan vergilerden karşılanan ve hiçbir şekilde kar sağlama hedefi bulunmayan kurumlardır. Fakat evde sağlık hizmeti vermek amacıyla işbirliği yapmak isteyen başka kuruluşlarla

aralarında anlaşmalar sağlayarak ticari ilişkilerde bulunabilirler. Bu kurumlar sağlığı muhafaza etme ve daha iyi hale getirmeyi amaçlarken sermayelerini kamu gelirleri üzerinden oluşturdıkları için sundukları hizmetin kapsamı yönünden diğer kuruluşlara göre daha avantajlı konumdadırlar. Bu doğrultuda Sağlık Bakanlığının olanak sağladığı bölgesel idareler çerçevesinde belediyeler, sağlık hizmeti uygulamalarını halka arz edebilmektedir (Sağlık Bakanlığı 2015).

2.12.2. Özel Kurumlar

Gönüllü kuruluşlar ise bir yandan kar sağlamayı amaçlamaz iken diğer yandan sigorta kurumlarınca sağlık hizmeti alan hastaların buradan kesilen sağlık masrafları ile özel sigorta şirketleri üzerinden gelir sağlayabilmektedirler. Birtakım dernekler tarafından oluşturulan ve toplumsal açıdan fayda sağlayan bu kuruluşlara özel vergi muafiyeti durumu söz konusudur. Türkiye’de sözü edilen nitelikte kuruluşlar henüz bulunmamaktadır (Sağlık Bakanlığı 2015).

2.12.3. Gönüllü Kurumlar

Özel kuruluşlara bakıldığında diğer kuruluşlardan daha ayrı bir çerçevede, ekonomik açıdan kar beklentisini esas alarak hem özel sigorta şirketlerinden hem de bu kuruluşlardan hizmet alan hastalardan sağladıkları gelirlerle devamlılıklarını sağlayan kuruluşlar olarak görülmektedir (Coşkun 2011: 10-12).

ABD’ de evde sağlık hizmetleri kapsamında danışmanlık sunan The Corridor Group ve Eczacıbaşı arasında yapılan işbirliği ile 2001 senesinde aktif olarak hizmete başlayan Eczacıbaşı Sağlık Hizmetleri, sistematik olarak görev yapan Türkiye’ deki ilk özel evde sağlık hizmeti kuruluşu olmuştur. Bir diğer açıdan bakılacak olursa Eczacıbaşı Sağlık Hizmetleri, 2005 yılında Sağlık Bakanlığınca “Evde Sağlık Merkezi” niteliği taşıyan ruhsata sahip ilk özel kuruluş olmuştur (Coşkun 2011: 10-12).

Evde sağlık hizmetlerinin ulaşmayı amaçladığı çok büyük bir kesim söz konusudur. Nitekim bu kesimlerden bazıları şunlardır; cerrahi operasyon sonrası bakım ihtiyacı olanlar, lohusa döneminde olan anne ve bebeklerin yanında kas ve iskelet sisteminde sıkıntı yaşayan, kardiyolojik ve yüksek tansiyon rahatsızlıkları bulunan, şeker ve kanser tedavisi gören, alt-üst solunum yolları rahatsızlıkları bulunan ve nörolojik şikayetleri olan tüm yaşlı ve engellilerdir. Bakıma ihtiyaç

duyan bu kesime çeşitli pansuman işlemleri, aşı, iğne ve serum gibi kısa süreli bakım hizmetlerinin evde sağlık hizmeti çalışanları tarafından hastanın durumuna göre ya en az haftada bir kez ya da her gün olmak üzere tedavi sürecinin sonuna kadar uygulanması hedeflenmiştir (Işık vd., 2016: 171-186).

Evde bakım hizmetine ilişkin süreç, hastanın mevcut halinin ilgili yerlere bildirildikten sonra birimlerin uygun bulmaları ile hastanın şahsi ve ikametgah bilgileri alınarak başlamaktadır. Daha sonraki bölümde ise hastaların hem rutin muayeneleri hem tedavi aşamaları hem de hasta gözetiminin yapıldığı kısımlardan oluşmaktadır. Bu bölümde aynı zamanda kısa süreli bakım hizmetleri, gerekli tıbbi cihazların temini, tetkiklerin düzenlenerek değerlendirilmesi ve ihtiyaç durumunda hastanın sevk işlemlerinin gerçekleştirilmesi gibi hizmetler de yer almaktadır. Hizmet gören hastanın tamamen iyileşerek tedavi gereksiniminin son bulması, hastaya verilmiş olan hizmetin bundan sonraki süreçte herhangi bir sağlık personeli tarafından verilmesine gerek duyulmayacak düzeye gelmesi ve yakınlarının yapabilecekleri seviyede işlemlerin olması, evde bakım gören hastanın sevk ve yatış işlemi gerektiren ataklar geçirmesi, hizmetin sonlandırılmasına yönelik bizzat hastanın veya hukuki açıdan hasta üzerinde söz hakkı olan yakınlarının talepleri, hastanın hayatının sonlanması ya da evde bakım hizmeti veren çalışanların uygulamalarına karşı çıkılması gibi durumlarda evde sağlık hizmetlerinin sonlanmasına sebep olan faktörlerdir (Işık vd., 2016: 171-186).

Sistematiik bir yapıya sahip olan evde sağlık hizmetleri, kendi içinde koordineli bir biçimde çalışan birimlere ayrılmaktadır. Buna bağılı olarak gerekli bağlantıların kurulması ve iletişimin sağlanabilmesi için Toplum Sağılığı Hizmetleri Şube Müdürlüğü (TSHŞM) bünyesinde oluşturulan bir “koordinasyon merkezi” bulunmaktadır. Bahsi geçen koordinasyon merkezinin idaresi TSHŞM’ den de yükümlü olan Halk Sağılığı müdür yardımcısındadır. İlgili kişı diğeri yandan koordinasyon merkezinin başkanlığını da yürütmektedir (Işık vd., 2016: 171-186).

Detaylı bir planlamaya yönelik oluşturulan bu hizmette ilk olarak koordinasyon merkezinin sağılıklı çalışabilmesi için müdürlük vasıtasıyla gereken yer bulunur. Evde sağlık hizmeti veren bütün gruplarla iletişimin kurulacağı; bant kaydı ve aktarma yapabilen, sesli mesaj bırakılabilen hem sabit hem de mobil telefon ve

bağlantılarının sağlanabileceği donanımlı bir santral sistemi kurulur. 444 3 833 telefon numarasından müdürlük bünyesindeki koordinasyon merkezi aranarak hastalar, evde sağlık hizmetine başvuruda bulunabilirler. İlgili işlemlerin aksatılmadan yapılabilmesi adına müdürlük tarafından, ihtiyaç duyulan sayı ve özellikle personel istihdam ederek başvuru kayıtları, dosya ve doküman işlemleri ve ön görüşme gibi vazifelendirmeler yapmaktadır. Aynı zamanda yine müdürlüğün dahilinde koordinasyon merkezinden sorumlu olacak bir doktor da bu merkeze tahsis edilir (Sağlık Bakanlığı 2015).



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3.EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ ALANINDA 1993-2022 YILLARI ARASI YAPILMIŞ ÇALIŞMALARIN BİBLİYOMETRİK ANALİZİ

3.1. Literatür İnceleme

Solmaz ve Birsen (2019: 150-156), “Yaşlılara Yönelik Evde Bakım Hizmetleri” çalışmalarında yaşlanmayı, hem bedensel hem de zihinsel anlamda yetilerinin yitilmesi veya zayıflaması ve bir daha eskisi gibi olmasının mümkün olamayacağı bir süreç olarak ifade etmişlerdir. Bu bağlamda yaşlı nüfusunun dünya üzerinde giderek artış gösterdiğini belirten yazarlar, evde bakım hizmetlerini, insanların bakım gereksinimlerini aile fertleri veya akrabaları tarafından evde görebildikleri bir sunum olarak tarif etmişlerdir. Çalışmanın amacının ise Türkiye’ de yakın tarihte faaliyet gösteren evde sağlık hizmetlerini ayrıntılarıyla göstermek olduğunu belirtmişlerdir.

Araştırmanın bulgularına bakıldığında ise birinci düzey bakım hizmetinde ve evde sağlık hizmetlerinde, son yıllardaki yaşlı nüfusunun artışından kaynaklanan önemli gelişmelerin olduğu saptanmıştır. Sağlık harcamalarını azaltarak daha nitelikli ve etkili bir hizmet sunumu evde sağlık hizmetlerinin amacı olduğu belirtilmiştir. Önceki dönemlerde geleneksel usullere göre gerçekleştirilen yatak tedavi hizmetlerine nazaran, daha az masraf sarf edilen ve buna bağlı olarak sağlık hizmetleri sektörüne yeterince sermaye ayıramayan ülkeler için çok daha önemli bir durum haline geldiği ifade edilen çalışmada, evde sağlık hizmetlerin tercih edilebilirlik açısından kendisini ispatlamış bir alan olduğu söylenmektedir.

Çalışmanın sonucu itibarıyla de yaşlı grubu oluşturan insanların devamlılık arz eden ve tekrarlanan hastalık ve çeşitli şikayetleri evde sağlık hizmetlerinin daha popüler bir alan olmasını sağladığı ifade edilmiştir. Diğer yandan evde sağlık hizmetlerinin yalnızca temel problemlerin teşhisini değil, bunun yanında bakıma muhtaç bireylerle alakalı yaşlı veya hasta yakınlarına birtakım danışmanlık ve

eğitimler verilerek söz konusu problemlerin çözümüne ilişkin yöntemler de geliştirildiği söylenmektedir (Solmaz, Birsen 2019: 150-156).

Güdük vd., (2021: 78-83), “Evde Sağlık Hizmetlerinden Yararlanan Hastaların Karakteristik Özellikleri ve Hizmet Talebinin İncelenmesi” başlıklı çalışmalarını hem verilmekte olan evde sağlık hizmetlerini hem de hizmeti alan hasta bireylerin sağlık durumlarını irdeleyebilmek amacıyla oluşturmuşlardır. Gereç ve yöntemi bakımından çalışma, İstanbul’ da hizmet vermekte olan İl Sağlık Müdürlüğü Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı-2 bünyesindeki Üsküdar Evde Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Merkezi’nde kayıtlı olan ve Basit Tesadüfi Örneklem Yöntemi ile tercih edilen 525 hasta birey üzerinden değerlendirilmiştir. Söz konusu hastaların verileri, dijital ve mekanik arşivlerden sağlanmıştır. Çalışma hem tanımlayıcı hem de kesitsel bir şekilde planlanarak toplanan bilgiler sayılar ve yüzdelik oranlarla belirtilmiştir (Güdük vd., 2021: 78-83).

Bağımlılıkları yüksek hastalara rastlanan bu çalışmada %8 oranında ağız yoluyla beslenemeyen ve %32 oranında yardımcı beslenme ürünlerine başvuran bireyler tespit edilmiştir. Diğer yandan %11 oranında idrar kateterizasyonuna maruz kalan, %2 oranında ise solunuma bağlı gerçekleştirilen trakeostomi kanülü bulunmaktadır. Hastaların yüzde 7’ si mevsimsel grip aşılarını yaptırırken, sadece iki kişi zatürre aşısı olmuştur. Çalışmanın kapsamında yer alan hastaların %12’ si kabızlık problemi yaşarken %10’ unda ise en az bir kere görülmüş olan idrar yolu enfeksiyonu rahatsızlığı rastlanmıştır. Yine %12’lik bir bölümde ise kan dolaşımına bağlı cilt ve deri hastalıkları görülmüştür. %43 gibi büyük bir kesimi ifade eden grubun bilişsel çerçevede duygu durum bozuklukları yaşadıkları ve ilaç desteği aldıkları saptanmıştır(Güdük vd., 2021: 78-83).

En fazla rastlanılan hastalıkların yüksek tansiyon, bunamaya bağlı unutkanlık ve beyin fonksiyonlarının zayıflaması, kardiyolojik rahatsızlıklar, şeker ve beyin damalarında oluşan tıkanıklığa bağlı nörolojik hastalıklar olduğu ifade edilmiştir (Güdük vd., 2021: 78-83).

Tüm bu bulgular doğrultusunda çalışma grubunda yer alan hastaların yüksek derecede sağlık gereksinimleri olduğu sonucuna varılmıştır (Güdük vd., 2021: 78-83).

Çayır vd., (2013: 9-12), “Evde Sağlık Hizmetleri Alan Hastaların Özellikleri ve Bakım Verenlerin Beklentileri” isimli çalışmalarında evde sağlık hizmetlerinin lüzumsuz sağlık ödemelerine son verecek, hastanelerin yoğunluklarını düşürerek hem tıbbi cihazların hem de yatakların daha etkili ve doğru bir planlamada kullanılabilmesini sağlayacak bir sistem olduğundan bahsetmektedirler. Bu yönüyle çalışmanın amacını, evde sağlık hizmeti veren kuruluşların hastalara sundukları tedavi ortamları ile hasta yakınlarının evde sağlık hizmetlerinden beklenti ve sunulan hizmetten hoşnut olup olmadıkları konusundaki değerlendirmeler oluşturmaktadır.

Bu çalışma evde sağlık hizmetlerince gözetim altında olan 57 hasta ve bakım uygulayanları kapsamıştır. Hastaların gündelik hayat aktivitelerinin hangi düzeyde yeterli olup olmadığı konusunda Katz indeksi kullanılmıştır. Hasta bireylerin ve bakım uygulayan bireylerin hem sosyal hem de demografik yapılarının yanında özellikle hasta yakınlarının hizmetten beklenti ve hoşnutluk durumları ile hastanın tedavi ortamının nitelikleri düzenli bir form vasıtasıyla kayıt altına alınmıştır. Elde edilen bilgiler SPSS veri analizi programı ile değerlendirilmiştir (Çayır vd., 2013: 9-12).

Yapılan değerlendirmeler ile ortaya şu bulgular çıkmıştır; yaş ortalaması 68.7 ± 19.2 olarak hesaplanan hastaların %64,4’ü kadınlardan, %38,6’sı ise erkeklerden oluşmuştur. Yoğunlukla rastlanılan teşhislerin %26,3’ ünü hemipleji, %21,1’ini bunamaya Alzheimer, %17,5’ini tedavisi olmayan kanser, %10,5’ ini KOAH, %7’sini Parkinson ve son olarak %7’sini ise cerrahi müdahale sonrası gereken genel bakım ihtiyaçları olduğu saptanmıştır. Diğer yandan hastaların %42,1’lik bir kısmında kan dolaşımındaki basınca bağlı oluşan cilt ve deri hastalıklarına da rastlanmıştır. Hastaların yatağa mahkumiyet süreleri arttıkça söz konusu hastalığın da doğru orantılı olarak arttığı görülmüştür. Bakım uygulayanların %59,6’sı evde sağlık hizmetlerinden hastalarının tıbbi kontrollerinin evde yapılmasını beklediği görülmüştür. Bakım sunan bireylerin %89,5’lik kısmı evde sağlık hizmetleri ile hasta bireylerle oluşacak hastanelerde yatılı tedavi yoğunluğunda düşüş olacağı fikrindeydi. Evde sağlık hizmetlerinden olduğunca yararlandığını düşünenler ise %82,5 gibi bir orana sahip olduğu görülmüştür (Çayır vd., 2013: 9-12).

Tüm bu bulgular ışığında alanında uzman bir ekiple sunulacak olan evde sağlık hizmetlerinin hem hasta ve hasta yakınlarının sağlık beklentilerini yerine getireceği hem hastanelerin yataklı işlemlerdeki yoğunluğunu azaltacağı hem de lüzumu olmayan poliklinik başvurularına engel olacağı ön görülmüştür. Bu hizmetten daha fazla muhtaç insanın yararlanması adına aile doktorlarının adrese dayalı kayıt sistemleri ile evde sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyan bireylerin tespitini ve ilgili birimlerin yönlendirilmesini sağlayabilecekleri ifade edilmiştir. (Çayır vd., 2013: 9-12).

Güdük vd., (2020: 648-660), “Evde Sağlık Hizmetlerinde İnformal Bakım Verenlerin Bilgi ve Beceri Düzeyinin Belirlenmesi” ismiyle oluşturdukları çalışmalarının amacını, evde sağlık hizmetlerinden faydalanan hasta yakınlarının sahip oldukları bilgi ve becerileri üzerinden değerlendirmek olduğunu belirtmişlerdir. Bu amaç doğrultusunda 2019 yılı Ocak ve Mart aylarını kapsayan üç aylık bir sürede 616 hasta yakınına ulaşılmış ve çalışmacıların kaynak taramaları sonucunda düzenlenen anketler yine hasta yakınlarına uygulanarak ilgili değerlendirmeler yapılmıştır. Değerlendirmelerin analizinde SPSS programından yararlanılmıştır.

Elde edilen bulgulara göre bakım uygulayan bireylerin %74,2’si 34 ile 65 yaş kategorisinde yer alan ve %84,4 oranında kadınlardan oluşmaktaydı. Bakım veren grubun %63’ü hastaların akrabası iken bu kısmın %44,9’unun ilkökul ve daha alt seviyede bir eğitime sahip olduğu görülmektedir. Hasta bakımıyla alakalı herhangi bir eğitimi veya bilgisi olmayanların oranı ise %85’tir. %46,5’lik bir kısmı oluşturan hastaların tam bağımlı hastalar olduğu ve %20,8’inde bası ülseri olduğu gözlemlenmiştir. Çalışmaya katılanların %50,5 gibi yarısından fazlasını oluşturan kısım henüz 3 seneden fazla bir bakım verme tecrübesi olmayan bir kısmı oluşturmaktadır. Bu oranın %69,2’lik kısmının ise gün içerisinde akşam 5 ve gece 12 saatleri arasında bakım görevlerini ifa etmekte oldukları saptanmıştır. Yine ortaya çıkan bulgular doğrultusunda bakım hizmeti uygulayan bireylerin kendilerine bir ay içerisinde ayırdıkları gün ortalamasının 2,24 gün olduğu ifade edilmiştir. Hizmet çerçevesindeki tıbbi cihazların işlevsellikleri ve hem temizlik hem de bakımları konusunda bakım sunumunda bulunan bireylerin yeterli bilgilere sahip olmadıkları anlaşılmıştır. Fakat hastanın uygulaması gereken beslenme düzeni, alması gereken ilaçları ve temizliği konularında üst seviyede hassasiyet gösterdikleri görülmüştür.

Bu kapsamda hasta bakımında bulunan bireylerin eğitim düzeyleri, yaşları, hastayla ilgilendikleri süre ve hasta bakımına ilişkin tecrübeleri bilgi/beceri alanlarındaki verimliliklerinde etkili olan etmenler olduğu ifade edilmiştir (Güdük vd., 2020: 648-660).

Araştırmanın sonucu itibarıyla de hastanın bakımından sorumlu olan bireylerin bilgi ve beceri seviyelerinin, hastaya sunulacak bakımın kalitesini doğrudan etkilediği görülmüştür. Aynı zamanda bu seviyelerin hastaları kötü sağlık şartlarından da koruyacağı ön görülmüştür (Güdük vd., 2020: 648-660).

3.1. Gereç ve Yöntem

Bu araştırmada evde sağlık hizmetleri ile ilgili çalışmaların bibliyometrik analizi yapılmıştır. Buna yönelik olarak araştırmada Web of Science veri tabanından yararlanılmış ve “Medical Home” anahtar kelimesi ile tarama yapılmıştır. Yapılan araştırmalarda konu hakkında 1895 bilimsel çalışma yapıldığı tespit edilmiştir. Araştırmada RStudio “bibliometrix” paketi (Aria ve Cuccurullo 2017: 959-975.) ile taranan bilimsel çalışmaların özellikleri incelenmiştir.

3.2. Bulgular

Tablo 4. Veri Seti İle İlgili Genel Bilgiler

Timespan	1993 : 2022
Sources (Journals, Books, etc)	661
Documents	1895
Annual Growth Rate	% 14.52
Document Average Age	7.49
Average citations per doc	17.23
Average citations per year per doc	1.815
References	44566

Web of Science veritabanında ilk kez 1993 yılında “Medical Home” anahtar kelimesi ile bilimsel çalışma gerçekleştirildiği Tablo 4’de görülmektedir. Çalışma kapsamında incelenen 1895 makalenin 661 farklı kaynaktan elde edildiği görülmüştür. Konu hakkındaki çalışma sayılarının yıllık büyüme oranı %14.52’dir. Bu çalışmada incelenen 1895 çalışmanın ortalama yaşı yaklaşık 7 yıldır. Çalışma

başına atıf sayısı yaklaşık 17 iken, yıllık makale başına ortalama atıf sayısı yaklaşık 2'dir. Bahse konu çalışmalarda toplam 44566 kaynağa atıf verilmiştir.

Yıllara göre “Medical Home” anahtar kelimesi ile yapılan bilimsel çalışma sayıları Tablo 5’de verilmiştir.

Tablo 5. 1993-2022 Yılları Arasında “Medical Home” Anahtar Kelimesi Kullanılarak Yapılan Yıllık Çalışma Sayıları

Yıl	Çalışma
1993	2
1995	2
1996	6
1997	3
1998	7
1999	9
2000	3
2001	9
2002	4
2003	9
2004	19
2005	29
2006	31
2007	38
2008	42
2009	62
2010	96
2011	90
2012	126
2013	132
2014	163
2015	128
2016	118
2017	130
2018	156
2019	126
2020	118
2021	127
2022	89

1993-2022 yılları arasında “Medical Home” anahtar kelimesi kullanılarak yapılan yıllık çalışma sayıları yukarıda verilmiştir. Tabloya göre bu konuda en çok

çalışma yapılan yıl 163 çalışma ile 2014 yılı iken, en az çalışma yapılan yıl bu konuda hiç çalışma yapılmayan 1994 yılıdır.

“Medical Home” konusunda çalışan en verimli 10 yazar Tablo 6’da verilmiştir.

Tablo 6. “Medical Home” Konusunda Çalışan En Verimli 10 Yazar

Yazar	Çalışma
RUBENSTEIN LV	14
SCHOLLE SH	14
YANO EM	14
COOLEY WC	13
STOCKDALE SE	12
DOMINO ME	10
TURCHI RM	10
FIHN SD	9
SOLBERG LI	9
CHIN MH	8

Tablo 6’ya bakıldığında evde sağlık hizmetleri konusunda en verimli yazarların 14’er makale ile Rubenstein, Scholle ve Yano olduğu görülmektedir. En verimli 10 yazar içerisinde Chin 8 çalışma ile bu konuda en az çalışma yapan yazardır.

“Medical Home” konusunda bilimsel çalışma çıkaran ülkeler Tablo 7’de verilmiştir.

Tablo 7. “Medical Home” Konusunda Bilimsel Çalışma Çıkaran Ülkeler

Ülke	Makaleler
ABD	1304
Japonya	84
Almanya	46
Çin	44
Avustralya	42
Kanada	38
Fransa	36
Birleşik Krallık	35
İsveç	30
İspanya	16

Tablo 7’ye bakıldığında evde sağlık hizmetleri konusunda bilimsel çalışma yapma açısından en verimli ülkenin 1304 çalışma ile açık ara Amerika Birleşik Devletleri olduğu görülmektedir. Evde sağlık hizmetleri konusunda en verimli 10 ülke arasında en az çalışma gerçekleştiren ülkenin 16 çalışma ile İspanya olduğu görülmektedir.

Evde sağlık hizmetleri konusunda en çok atıf alan 10 ülke Tablo 8’de verilmiştir.

Tablo 8. Evde Sağlık Hizmetleri Konusunda En Çok Atıf Alan 10 Ülke

Ülke	Toplam	Ortalama Makale Atıfları
ABD	23829	18.27
Birleşik Krallık	575	16.43
İsveç	518	17.27
Kanada	485	12.76
İtalya	444	34.15
Japonya	441	5.25
Hollanda	396	26.40
Avustralya	381	9.07
Almanya	350	7.61
Fransa	235	6.53

Tablo 8’e bakıldığında evde sağlık hizmetleri konusunda çalışılan makaleler için atıf sayısı en çok atıf alan ülke beklendiği gibi en çok çalışma gerçekleştirilen Amerika Birleşik Devletleri iken, Fransa 235 atıf ile en çok atıf alan 10 ülke arasında sonuncu sıradadır.

Evde sağlık hizmetleri konusundaki çalışmaları en çok yayınlayan ilk 10 kaynak Tablo 9’da verilmiştir.

Tablo 9. Evde Sağlık Hizmetleri Konusundaki Çalışmaları En Çok Yayınlayan İlk 10 Kaynak

Kaynaklar	Makaleler
PEDIATRICS	99
JOURNAL OF GENERAL INTERNAL MEDICINE	67
MATERNAL AND CHILD HEALTH JOURNAL	62
JOURNAL OF AMBULATORY CARE MANAGEMENT	57
ANNALS OF FAMILY MEDICINE	49
MEDICAL CARE	46
ACADEMIC PEDIATRICS	45
JOURNAL OF THE AMERICAN BOARD OF FAMILY MEDICINE	29
HEALTH SERVICES RESEARCH	27
CLINICAL PEDIATRICS	26

Tablo 9’a bakıldığında Evde sağlık hizmetleri konusunda en çok yayın yapan dergi Pediatrics iken, en çok yayın yapan ilk 10 kaynak arasında sonuncu sırada 26 çalışma ile Clinical Pediatrics bulunmaktadır.

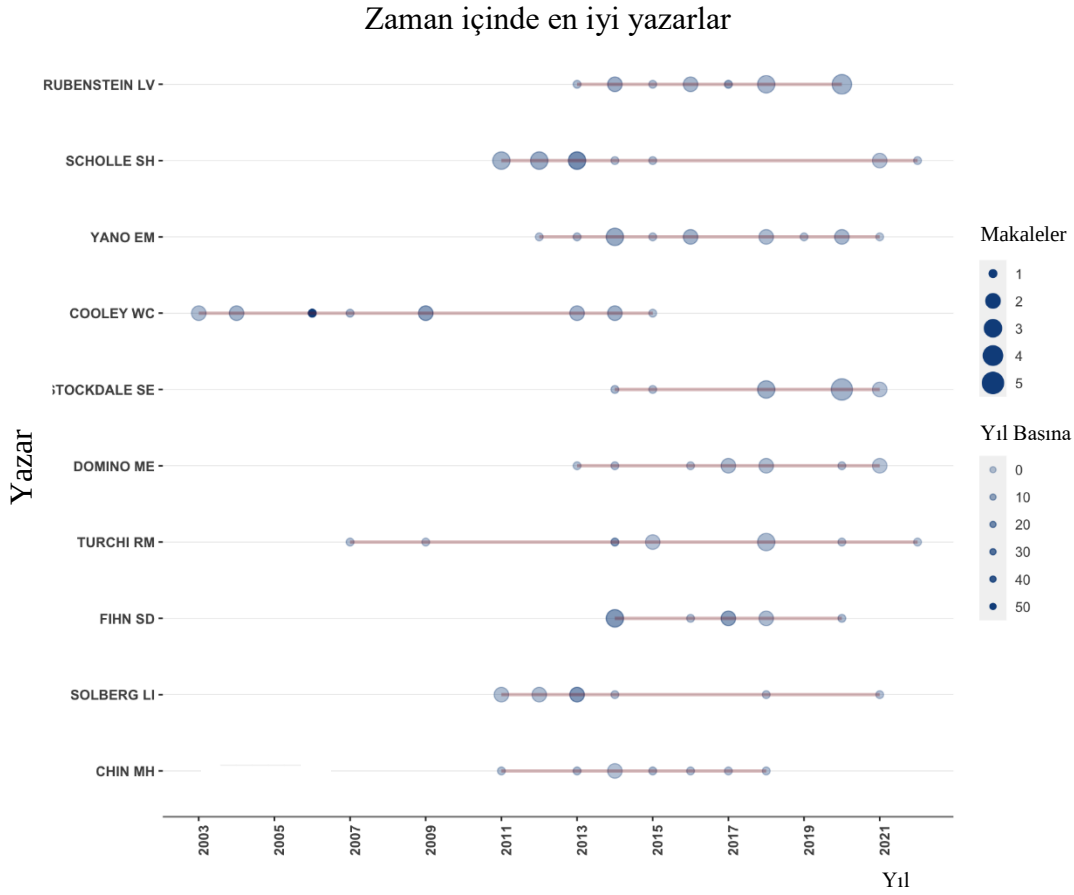
Evde sağlık hizmetleri konusundaki çalışmalarda en çok kullanılan 10 anahtar kelime Tablo 10’da verilmiştir.

Tablo 10. Evde Sağlık Hizmetleri Konusundaki Çalışmalarda En Çok Kullanılan 10 Anahtar Kelime

Yazar Anahtar Kelimeler	Makaleler
Medical Home	573
Patient-Centered Medical Home	336
Primary Care	290
Home	95
Medical	95
Care	88
Care Coordination	72
Nursing Homes	71
Patient-Centered Care	68
Nursing Home	63

Tablo 10’a bakıldığında evde sağlık hizmetleri konusunda yapılan çalışmalarda en çok kullanılan anahtar kelimenin beklendiği gibi “medical home” kelimesi olduğu görülmektedir. “Medical home” kelimesini ise “Patient-centered medical home” anahtar kelimesi takip etmektedir.

Evde sağlık hizmetleri konusunda en çok çalışma gerçekleştiren 10 yazarın zaman içerisindeki verimliliği Şekil 1’de verilmiştir.

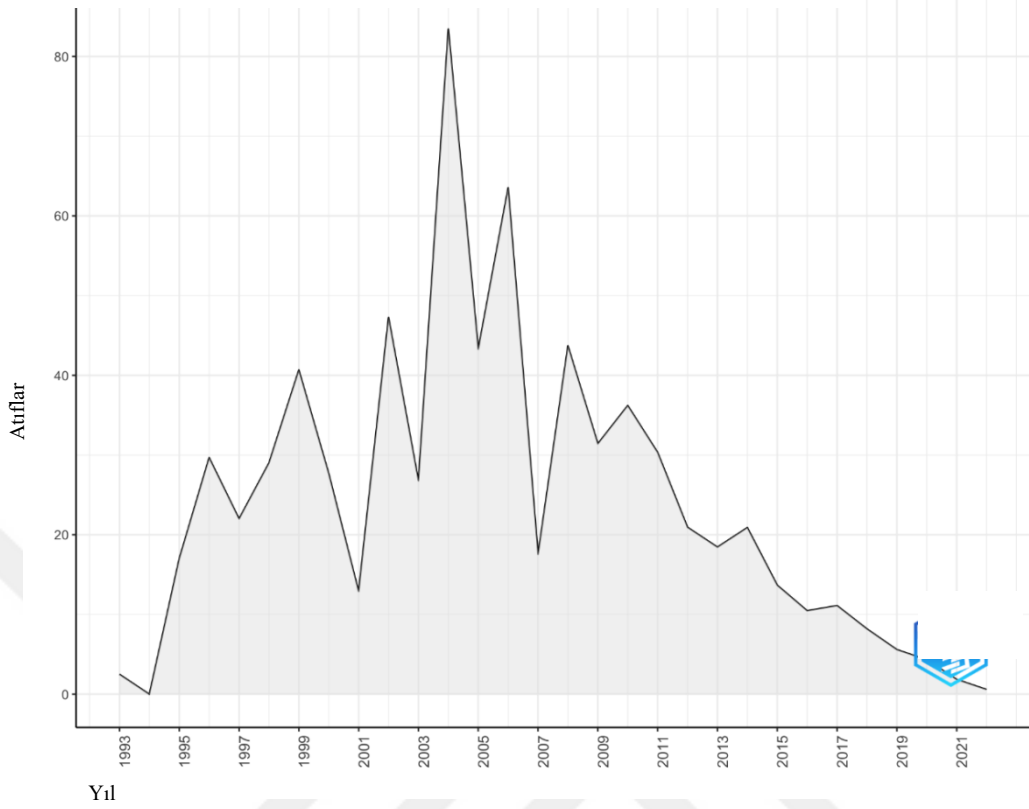


Şekil 1. Evde Sağlık Hizmetleri Konusunda En Çok Çalışma Gerçekleştiren 10 Yazarın Zaman İçerisindeki Verimliliği

Beklendiği gibi Rubenstein evde sağlık hizmetleri konusunda en çok çalışma yapan yazardır, yazar 2014-2020 yılları arasını oldukça verimli geçirmiştir. Turchi ise, bu konuda en uzun süre çalışan yazardır, yazar 2007 yılında 2022 yılına kadar evde sağlık hizmetleri konusunda çalışmalar yapmıştır.

Evde sağlık hizmetleri konusundaki çalışmalar için yıllık ortalama atfın zaman içerisindeki değişimi Şekil 2’de verilmiştir.

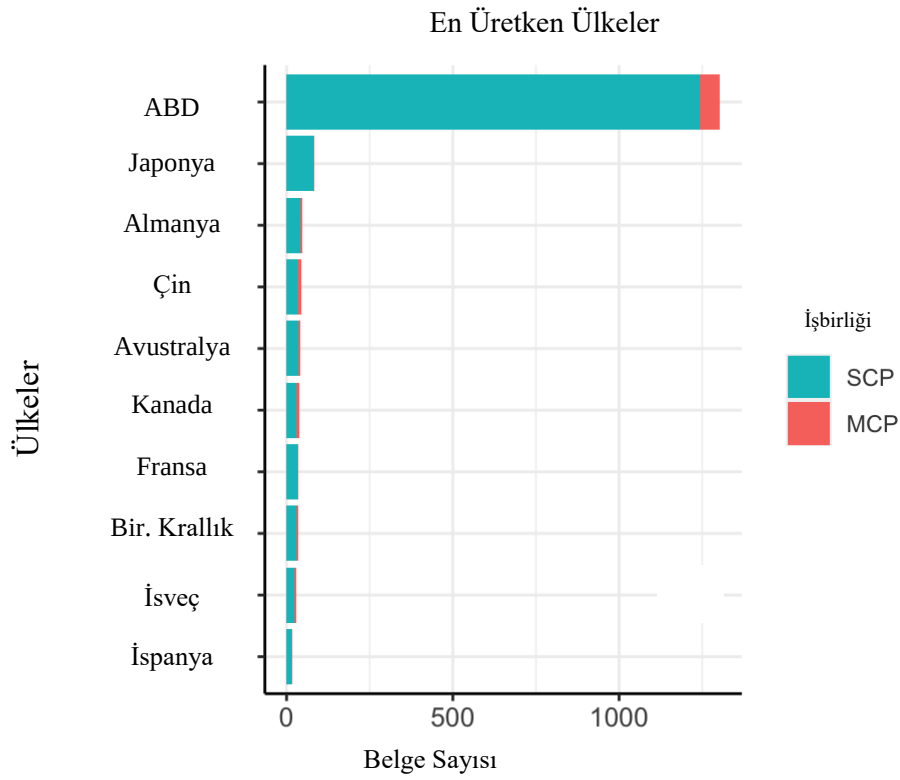
Yıl Başına Ortalama Toplam Atıf



Şekil 2. Evde Sağlık Hizmetleri Konusundaki Çalışmalar İçin Yıllık Ortalama Atfın Zaman İçerisindeki Değişimi

Şekil 2'ye bakıldığında evde sağlık hizmetleri konusunda ortalama atıf sayısının en yüksek olduğu yılın 2004 yılı, en az olduğu yılın ise 1993 yılı olduğu görülmektedir. Yıllık ortalama atıf sayılarında 2008 yılından sonra büyük bir düşüş meydana gelmiş ve bu düşüş günümüze kadar ulaşmıştır.

Çalışmaların ülkelere göre dağılımı Şekil 3'de verilmiştir.



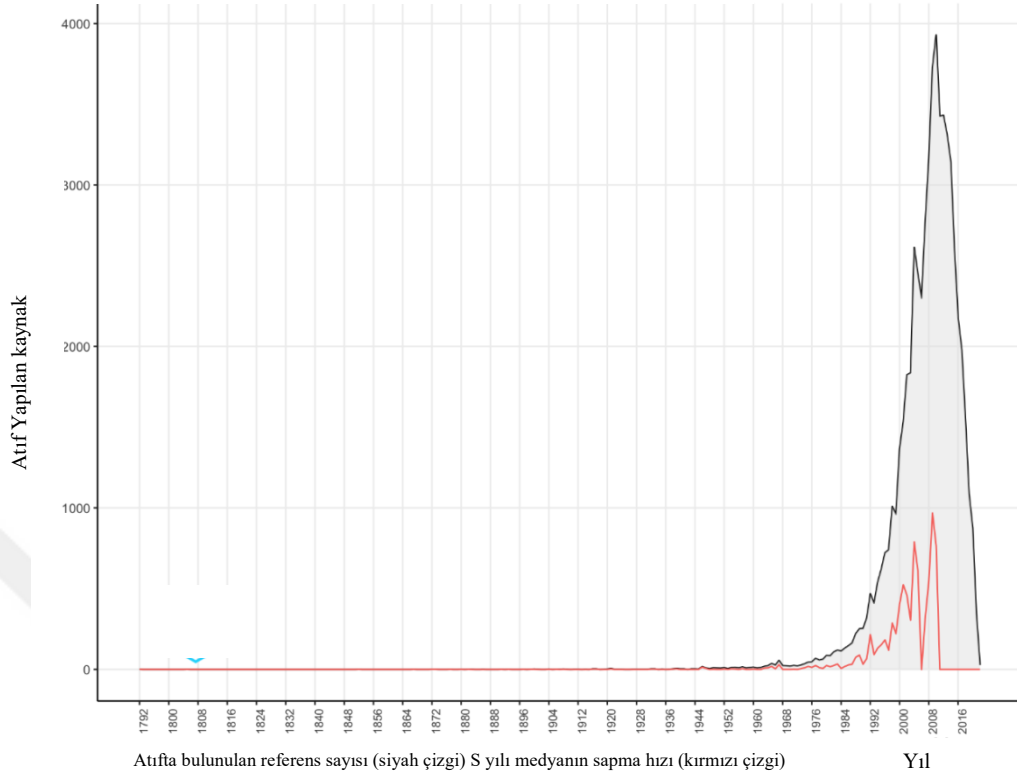
SCP: Tek Ülke Yayınları MCP: Çok ülkeli yayınlar

Şekil 3. Çalışmaların Ülkelere Göre Dağılımı

Şekil 3'e bakıldığında evde sağlık hizmetleri konusunda tek yazarlı ya da çok yazarlı en çok makale yayınlayan ülkenin Amerika olduğu görülmektedir. Verimlilik konusunda Amerika Birleşik Devletleri'ni Japonya ve Almanya takip etmektedir.

Referans yayın yılı spektroskopisi Şekil 4'de verilmiştir.

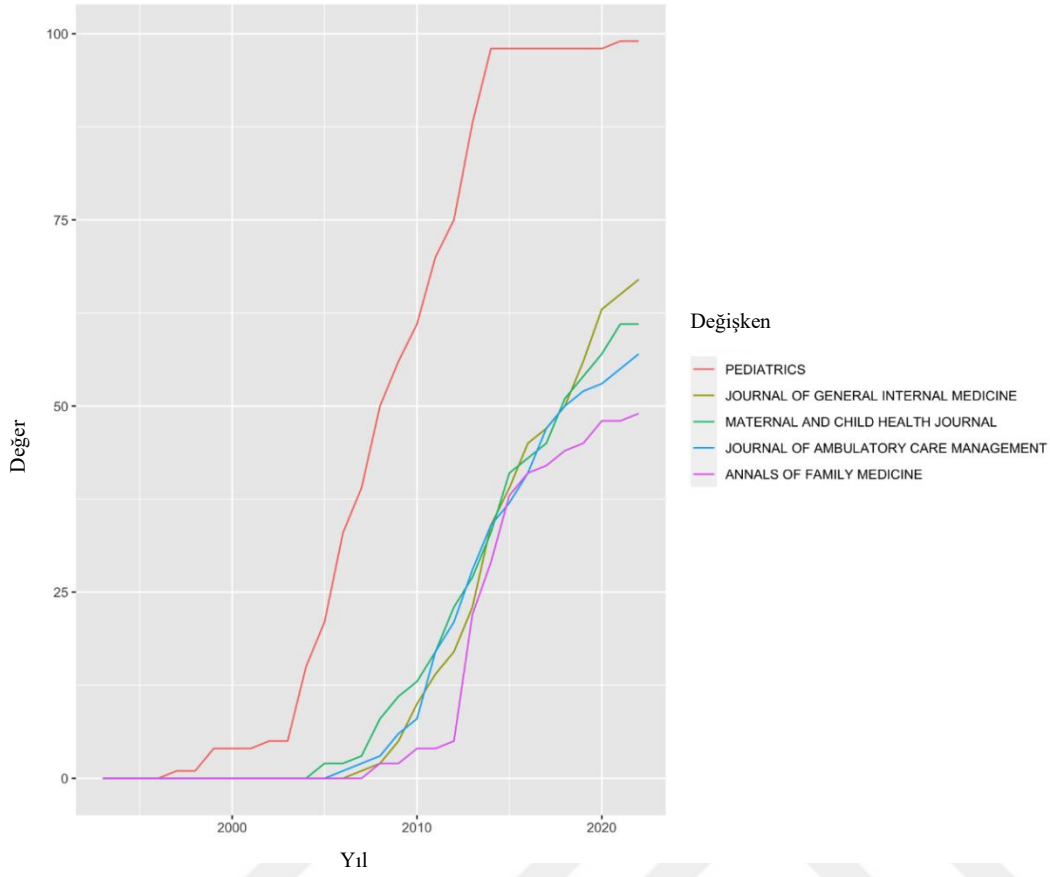
Referans Yayın Yılı Spektroskopisi



Şekil 4. Referans Yayın Yılı Spektroskopisi

Şekil 4'e bakıldığında bu çalışma kapsamında taranan çalışmaların yıllara göre atıf sayısı 2008 yılına kadar yükseliş eğilimindeyken bu yıldan sonra atıf sayılarında büyük bir düşüş görülmektedir.

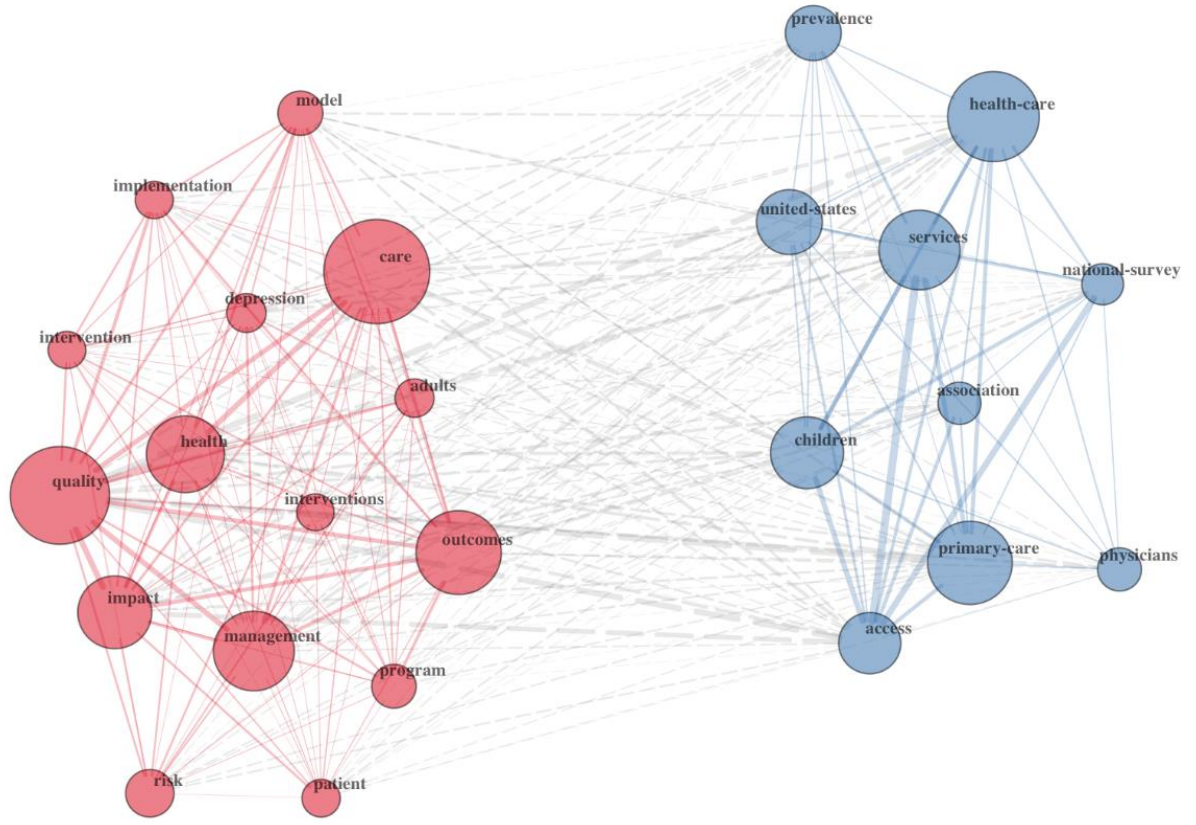
Kaynaklara göre atıf sayısı Şekil 5'de verilmiştir.



Şekil 5. Kaynaklara Göre Atıf Sayısı

Şekil 5'e bakıldığında evde sağlık hizmetleri konusunda Pediatrics'de yayınlanan makale sayısının 2000'li yılların başında büyük bir artış gösterdiği görülürken, diğer dergilerde evde sağlık hizmetleri konusunda yayınlanan makale sayılarının 2000'li yılların bitişi ve 2010'lu yılların başlangıcında büyük bir artış gösterdiği görülmektedir.

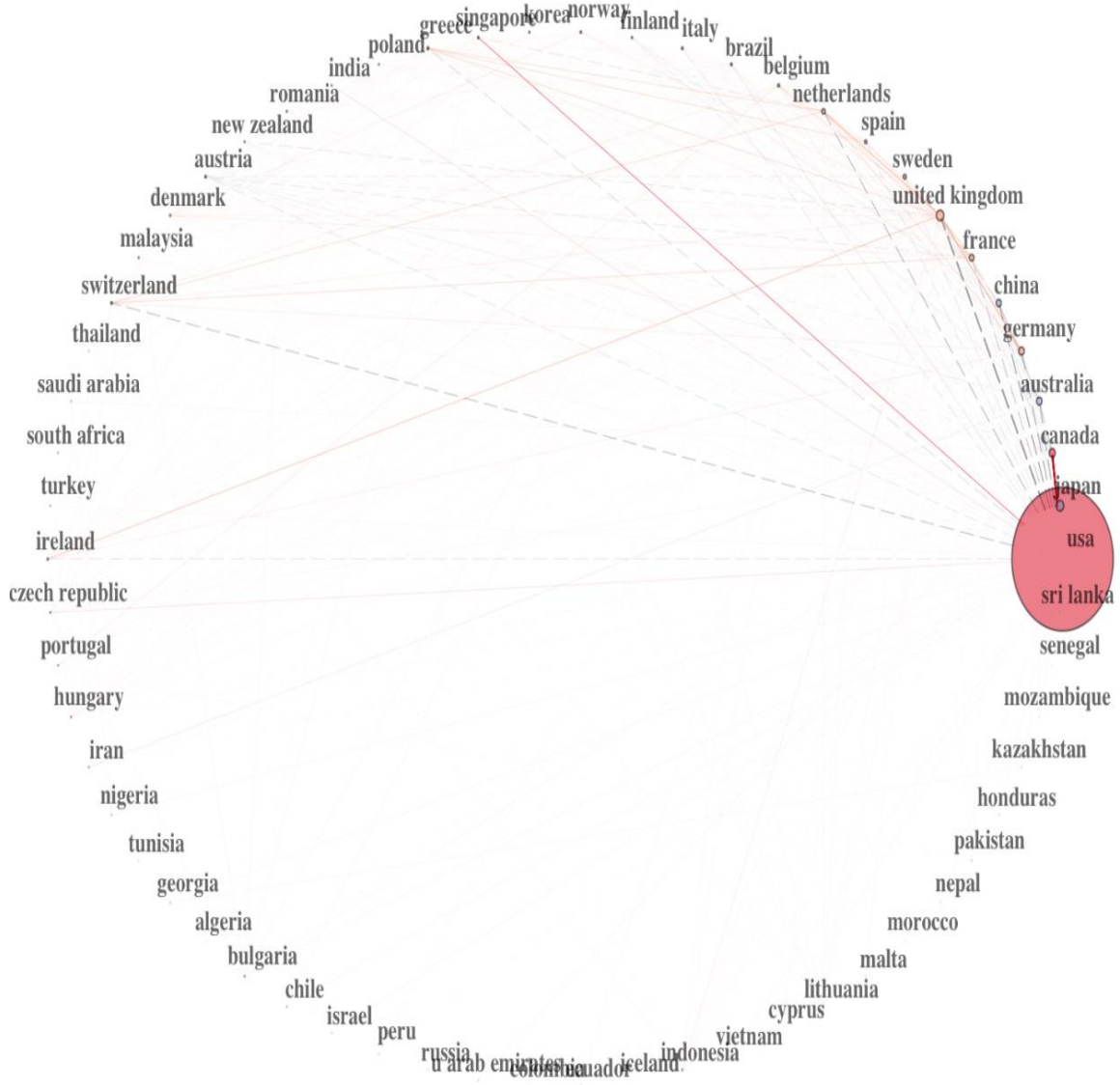
Anahtar kelimelere göre ağ grafiği Şekil 6'da verilmiştir.



Şekil 6. Anahtar Kelimelere Göre Atıf Sayısı

Şekil 6'ya göre en çok atıfı “care” ve “health-care” kelimelerini içeren çalışmaların aldığı görülmektedir.

Ülkeler için ağ grafiği Şekil 7’de verilmiştir.



Şekil 7. Ülkeler İçin Ağ Grafiği

Şekil 7'ye bakıldığında uluslararası ortak yazarlı en çok çalışma yapan ülkelerin ABD, Çin, Kanada ve İngiltere olduğu görülmektedir.

TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma ile evde sağlık hizmetlerine yönelik 1993-2022 yılları arası verilerin bibliyometrik analizi yapılması amaçlanmıştır. Bu bağlamda evde sağlık hizmetlerini ele alırken sağlık ve sağlık hizmetleri kavramlarından da bahsedilmiştir.

Genel bir bakış açısıyla evde sağlık hizmetlerini ayrıntılı ve daha kapsamlı şekilde incelemek için çalışmanın ilk bölümüne sağlık kavramı üzerinden giriş yapılmıştır. Sağlık kavramının terminolojik açıdan bölgeden bölgeye değişkenlik göstermesi itibarıyla konuyu hem dünya hem de Türkiye özelinde açıklamaya çalışılarak tarihsel süreçlerde yaşadığı dönüşümlerden bahsedilmiştir. Buna bağlı olarak sağlık kavramının yasal olarak Türkiye’ de ilk defa, 1961 Anayasası ile insani temel haklar çerçevesinde bulunan sağlıklı yaşama hakkı kapsamında yer almıştır. ABD’ de ise hayatı sürdürme, gündelik yaşamın devamlılığı, hastalıklara yakalanmamış olan ve iyi hissetme gibi tanımlamalarla sağlık kavramı açıklanmaya çalışılmıştır. Genel olarak sağlık kavramının tanımına ilişkin elde edilen sonuç ise canlıların hem bedensel hem de ruhsal yönden herhangi bir şikayetin olmaması durumudur diyebiliriz.

Konuyu daha sonra sağlık hizmetleri kapsamında ele alırken bu noktada da sağlık hizmetleri kavramı açıklanmaya çalışılmıştır. Sağlık hizmetleri sistemsal bir bütünü ifade etmesi açısından net bir tanımlamadan ziyade ne gibi çalışmalar yaptığına yönelik açıklamalarda bulunulmuştur. Bu bağlamda sağlık hizmetleri, hasta olan bireylerin yakalandıkları hastalıkların etkisinde kalmamalarını, gereksinim duydukları tedavi işlemlerinden yararlanabilmelerini ve tedavi sonrası hastalıklarının tekrar yaşanmasını önlemek amacıyla çeşitli yöntemler uygulayan çalışmalardır. DSÖ konuyu daha geniş bir kapsamdan ele alarak sağlık hizmetlerinin, kamu sağlığını korumaya yönelik sistemler bütünü olarak ifade etmiştir. DSÖ diğer yandan sağlık hizmetlerinin ülkelerin ekonomik yapılarına göre değişkenlik gösteren bir yapı olduğuna da belirtmektedir.

Sağlık hizmetlerini amaçlarına yönelik neyi hedefledikleri de bu çalışmanın kapsamında yer almıştır. Bu bağlamda en verimli şekilde toplumsal sağlığı elde ederek bunu korumak, daha kişisel perspektifte ise engelli ve yaşlıların bireysel

gereksinimlerini sağlayabilecek düzeyde bağımlılıklarını en aza indirmek olduğu saptanmıştır.

Sağlık hizmetlerinin kapsamının ise barındırdığı birçok etmenlerle birlikte geniş bir yelpazeden oluştuğu görülmüştür. Hem teknolojinin hem de sağlık sektörünün kendi içindeki gelişimi ile insan sağlığını tehdit eden problemlerin yok edilmesi, söz konusu problemlerden sadece bireysel olarak değil toplumsal bağlamda da koruyabilmek ve hastaların hem tedavi süreçlerini hem de fiziksel ve psikolojik düzeylerinin gözlenebilmesi gibi konular yelpazede yer alan durumlardır.

Sağlık hizmetleri özellikleri açısından değerlendirildiğinde bu sistemin günün her saatinde hizmet veriyor olmaları, hem dijital hem de mekanik sistemsel alt yapılarının bulunması, bu alanda kendini geliştirmiş uzman personellerden oluşması ve herhangi bir şekilde kar amacı olmaması gibi nitelikler barındırdığı sonucuna ulaşılmıştır.

Çalışmanın ilerleyen kısmında özellikle Türkiye’ de sağlık sektörü açısından çok önemli bir yere sahip olan Sağlıkta Dönüşüm Programından bahsedilmiş ve devamında Türkiye’ deki sağlık hizmetlerinin sınıflandırılmasından bahsedilmiştir.

Bu bağlamda sağlık hizmetlerinin uygulanabilirliği açısından dört sınıfa ayrıldığı görülmüştür. Koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, rehabilitasyon ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri başlıklarında incelenen bu kısımda sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması ile bu hizmetlerin sürdürülebilirliğinin olumlu anlamda değişmesi hedeflenmiştir. Her başlığın kendi içinde oluşturduğu alt başlıkları ile sağlık hizmetlerinin belirli aşamalar doğrultusunda çok çeşitli bir alanı kapsadığı görülmüştür.

Gelenen bu nokta itibarıyla bu çalışma evde sağlık hizmetlerini bünyesinde bulunduran sağlık ve sağlık hizmetleri konularını hem kavramsal hem tarihsel hem de bölgesel açıdan amaçları, özellikleri ve kapsamaları ile açıklanması amaçlanmıştır.

Sonrasında evde sağlık hizmetleri birçok faktör üzerinden irdelenmiştir. Bu kapsamda hizmetin kavramsal yönü, tarihsel gelişimi, hizmetten yararlanan hastaların özellikleri, hizmetin avantajları ve dezavantajları, Türkiye ve dünyadaki mevcut durumu, yaşam kalitesine olan etkisi, bakım hizmetinde bulunan

personellerin standartları ve rolleri, hizmette karşılaşılabilen sorunlar ve hizmeti veren kurum kuruluşlar gibi konulara açıklık getirilmeye çalışılmıştır.

Kavramsal olarak bahsedilen sağlık ve sağlık hizmetleri kavramları gibi farklı tanımlamaları bulunan evde sağlık hizmetlerinin en bilindik ve karşılaşılan tanımları, evde bakım, sürekli bakım, sosyal düzeyde uzun süreli bakım veya evde uzun süreli bakım gibi ifadelerdir. DSÖ de yayımladığı raporlar üzerinden bu hizmeti uzun süreli bakım veya evde uzun süreli bakım olarak tanımlamıştır.

Evde sağlık hizmetlerinin yaşlı veya engelli bireylerin, kronik rahatsızlığı bulunan hastaların, yatağa mahkum olan insanların tedavi süreçlerini kendi evlerinde veya yaşadıkları ortamda resmi ya da resmi olmayan sıfatlarda hizmet veren kişilerle yürütülen hizmetler olarak kısa şekilde açıklandığı görülmektedir. Bakım vermek durumunda olan aile bireyleri, akraba ve komşuların da bu hizmetten farklı açılardan yararlanabildikleri de çalışma itibariyle varılan sonuçlardan biridir.

Evde sağlık hizmetlerinin çıkış noktası ve gelişimi itibariyle tarihsel açıdan yapılan değerlendirmeler sonucunda birtakım farkındalıkların oluşacağı ön görülmüştür. Bu bağlamda insanlık tarihinin başından itibaren aslında var olan bu hizmet günümüze kadar gelen süreç içerisinde ekonomik, sosyal, teknolojik ve siyasal açıdan bir gelişime uğramış ve varlığını en başından itibaren sürdürmüştür. İlk çağlarda görülen yaralanma veya çeşitli hastalıkların tedavileri, kamusal bir hizmetin sunulacağı yerler olmaması itibariyle zorunlu olarak bulunulan ortamda yapılmaktaydı. Orta çağda ise bulaşıcı hastalıkların çok yoğun şekilde görüldüğü bir dönem olması itibariyle de tanı ve tedaviler için hekim veya hemşirelerin evlere ziyaretlerde bulundukları bilinmektedir. Türkiye özelinde ise özellikle doğum olaylarında ebe gibi doğum işlemlerini yapabilecek insanların varlığı aslında tarih boyunca evde sağlık hizmetlerinin iyi veya kötü, doğru ya da yanlış bir şekilde sunulduğunu bizlere göstermektedir. Günümüze kadar gelen süreçte artan nüfusla birlikte yaşlı nüfusunun da artış göstermesi doğal olarak bu hizmetlerin önem kazanmasını etki etmiştir. Diğer yandan teknolojinin gelişimiyle ise daha mobil cihazlar üzerinden tedavi ve bakımların hastalara sunulması hem kolaylaşmış hem de istenilen ortamlarda pratik şekilde sunulması sağlanmıştır. Tarihsel yönünden evde

sağlık hizmetlerinin başından bu yana varlığını sürdüren ve giderek tercih edilen bir hizmet olduğu gerçeği ile karşılaşmıştır.

Hizmete başvuran bireylerde çoğunlukla görülen hastalıklara da değinilen bu çalışmada çeşitli nörolojik hastalıklardan omurilik rahatsızlıklarına, solunum yolu ve kalp damar rahatsızlıklarından, ruhsal bozukluklara kadar çok geniş bir hastalık portföyünü evde sağlık hizmetleri çatısı altında değerlendirildiği görülmektedir. Aynı zamanda bu hizmetin hasta yakınlarına belirli danışmanlık ve eğitimler yoluyla bilinçlendirme çalışmalarında da bulunduğu saptanmıştır. Bu yönüyle hasta yakınlarının veya bakım veren bireylerin de ruhsal açıdan iyi olmaları amaçlanmıştır.

Çalışmada evde sağlık hizmetlerinin sistemsel açıdan yeni bir yapı olması itibariyle hem avantajlar hem de dezavantajlar barındırdığı belirtilmiştir. Bu bakımdan evde sağlık hizmetleri, hastane ulaşımı gibi problemlerle karşılaşmamaları, yaşam ortamlarında sağlık durumlarının değerlendirilebiliyor olması, kendilerini güvenli hissettikleri ve daha hijyenik bir yerde bakım işlemlerinin görülüyor olması, sağlık masraflarında düşüş olması, diğer yandan hastanelerdeki yoğunluğun da azalması gibi birçok avantajlar sağlamaktadır. Tüm bu avantajlara dayanarak hastaların ruhsal yönlerindeki olumlu ilerleme bedensel aktivitelerine de olumlu yönde etki ederek tedavi süreçlerinin daha hızlı ve verimli geçirildiği söylenebilmektedir. Fakat her alanda olduğu gibi bu alanın da beraberinde getirdiği bazı dezavantajlar bulunmaktadır. Sistematik bir yapı olması itibariyle birtakım eğitim ve bilgilendirmelere ihtiyaç duyulması, ara ara faaliyet gösteriyor olması, evde hem bakım verenler hem de bakım alan insanların güvenliğini sağlayacak personel eksikliği ve bakım hizmetinin sunulacağı ortam şartlarının belirsizliği gibi dezavantajlar evde sağlık hizmetlerinin işleyişini etkileyen faktörler olarak göze çarpmaktadır. Çözümlerine ilişkin çalışmalar yapılması durumunda avantajlarıyla bu hizmetin çok fazla tercih edilmesi doğal karşılanmaktadır.

Sunumları açısından evde sağlık hizmetleri evde koruyucu, tanı koyucu, tedavi edici, rehabilite edici ve uzun süreli hizmetler olarak bölümlere ayrılmaktadır. Tüm bu bölümler kendi içlerinde evde sağlık hizmetleri adına farklı biçimde önem arz etseler de evde koruyucu sağlık hizmetlerinin önemi biraz daha fazla olduğu söylenebilir. Nitekim evde koruyucu sağlık hizmetlerinin eksiksiz ve doğru

yapılması diğer hizmetleri doğrudan etkilemektedir. Kısaca koruyucu sağlık hizmetleri diğer sağlık hizmetlerinin sebebidir diyebiliriz.

Çalışmada yer verilen evde sağlık hizmetleri hemşireliği, uygulamalarına ilişkin standartları ve rolleri ile alakalı kısımda birtakım alt başlıklar üzerinden konu detaylı bir biçimde sunulmak istenmiştir. Evde sağlık hizmetlerinin yeni bir alan olması itibariyle istihdam edilecek hemşirelerde bulunması ve yapmaları gereken etmenlerden bahsedilmiştir.

Evde sağlık hizmetleri ile yaşam kalitesinin birbirleriyle bağlantılı olduğu hem bu alanda yapılmış diğer çalışmalarda hem de bu çalışmada ön görülmekte olan bir durumdur. Bu bakımdan konuyu değerlendirdiğimizde hem ruhsal olarak hem de bedensel olarak sağlığı yerinde olan bir bireyin yaşadığı hayattan zevk aldığı ve mutlu olduğu söylenebilir. Bu durum ise bireylerin yaşam kalitelerini doğrudan etkileyen bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Buradan yola çıkarak, insanların güvenli ve konfor alanları olarak bildiğimiz ev veya buna benzer yaşam alanları, hastaların hayatlarını sağlıklı olarak veya sağlıklı olmaya çalışarak sürdürmek istedikleri ve bu yönüyle yaşam kalitelerinden taviz vermek istemedikleri bir konudur. Evde sağlık hizmetlerinin hedefleri arasından bu konu yine bu hizmete olan rağbeti artıran önemli sebepler arasında görülmektedir.

Evde sağlık hizmetlerinin hem dünyada hem Türkiye’deki mevcut durumuna ilişkin yapılmış olan uygulanış ve tarihsel değerlendirmelerle farklılıklar ve benzerlikler ortaya konulmaya çalışılmıştır. Bu noktada evde sağlık kuruluşlarının ortaya çıkış noktaları bakımından dünya ve Türkiye’de benzerlikler gösterdiği fakat gelişimleri açısından özellikle ekonomik kaynaklı bazı farklılıkların olduğu görülmüştür.

Çalışmanın devamında evde sağlık hizmetlerinin yeni bir sistem olmasından kaynaklı bazı karşılaşılan sorunlardan bahsedilirken bu sorunların zamanla çözüme kavuşabilecek problemler olduğu söylenebilmektedir.

Çalışmada ise evde sağlık hizmetleri sunan resmi, özel ve gönüllü kuruluşlardan bahsedilmiştir. Bu noktada söz konusu kuruluşların evde sağlık hizmetlerini hangi nitelikte, ne amaçla ve ne düzeyde uyguladıkları irdelenerek bilgilendirici açıklamalarda bulunulmuştur.

Sonuç olarak bu çalışmada evde sağlık hizmetlerinin temelini oluşturmak amacıyla ilk olarak sağlık ve sağlık hizmetleri kavramları genel anlamda incelenmiştir. Daha sonra ise 1993-2022 yılları arası bibliyometrik analiz yapılarak, evde sağlık hizmetleri hem kavramsal hem tarihsel hem de bölgesel kapsamda hastalar, hasta yakınları ve bakım verilenler üzerinden değerlendirilerek hem tanımlayıcı hem de bilgilendirici bir çalışma ortaya konulmak istenmiştir.



KAYNAKÇA

- Akdemir Nuran ve Akkuş Yeliz (2006), “Rehabiliton and Nursing”, *Hacettepe Üniversitesi Yüksekokulu Dergisi*, Ankara, 82-91
- Akdur Recep (1998). *Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Politikaları*. Ankara: Tıp Kitapları ve Bilimsel Yayınlar, 23-24.
- Aksoy H, vd., (2015). “Historical Progression and İmplementation of Home Care Services”. *Turkish Medical Journal*, 7(1): 118-123.
- Aksoy, Mustafa ve Subaşı, Asena Tugba Evren (2015). “Quality and Worker Satisfaction in Health Care Services: in Diyarbakır”. *The Russian Academic Journal*, 31 (1), 27-33.
- Aldemir, Osman Selçuk, vd., (2020). Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesi 2. <https://iksadyayinevi.com/wp-content/uploads/2020/12/sagligin-korunmasi-ve-gelistirilmesi-%E2%80%93II-1.pdf>
- Allender, Rector Chronie, ve Warner Kristine. (2010). *Community Health Nursing Promoting and Protecting the Public’s Health* (7th ed.). New York: Lippincot William & Wilkins.
- Altay, Asuman (2007). “Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi.” *Sayıştay Dergisi*, (64), 34-35.
- Altunbaş A, Cankurtaran M. (2006). *Yaşlıda Bakım*. Arıoğlu S. (ed) *Temel Geriatri’de* . Ankara. MN Medikal&Nobel Kitapevi.
- American Medical Association/American Academy Of Home Care Physicians (AMA/AAHCP) (2007). *Medical Management of the Home Care Patient, Guidelines for Physicians*. p.:1-5.
- American Nurses Association (ANA), 2015. *Nursing: Scope and Standards of Practice*, Third Edition, The Publishing Program of ANA. <https://www.nursingworld.org/~4af71a/globalassets/catalog/book-toc/nssp3e-sample-chapter.pdf>
- Anker-Hansen, Camilla, et al. (2018). *The Third Person in the Room: The Needs of Care Partners of Older People in Home Care Services-A Systematic Review*

- From a Person-Centred Perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 27(7-8): e1309–e1326. Erişim Tarihi: 07.09.2022 <https://doi.org/10.1111/jocn.14205>.
- Aria Massimo ve Cuccurullo Corrado (2017). “Bibliometrix: An R-tool for Comprehensive Science Mapping Analysis”. *Journal of informetrics*, 11(4), 959-975.
- Aslan Şebnem, Uyar Seda, Güzel Şerife (2018). “Evde Sağlık Hizmetleri Uygulamasında Türkiye”. *Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi*, 1:55-56.
- Avcı Mehmet ve Teyyare Erdoğan (2012). Sağlık Sektöründe Yolsuzluk: Teorik Bir Değerlendirme. *Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 8 (2), 199-221.
- Aydın Dursun (2005). *Evde Bakım Hizmetleri*. 1.Baskı, Ankara: Sağlıklı Nesiller Derneği Sağlık ve Eğitim Yayınları, 68-78.
- Bao Yuhua, Casalino Lawrence P., Pincus Harold Alan (2013). “Behavioral Health and Health Care Reform Models: Patient-Centered Medical Home, Health Home, and Accountable Care Organization.” *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 40(1): 121-132.
- Bayat, Ali Haydar (1985), “*Sabuncuoğlu Şerafeddin’in Hayatı ve Eserleri Hakkında Yayınlanmış Müstakil Kitap ve Makaleler*”, Şerafeddin Sabuncuoğlu (1386-1470) 14 Mart 1985 Kayseri [Gevher Nesibe Sultan Anısına Düzenlenen “*Şerafeddin Sabuncuoğlu Kongresi*” Tebliğleri], Ed.: A. Hulusi Köker, Yusuf Erdoğan, Erciyes Üniversitesi Gevher Nesibe Tıp Tarihi Enstitüsü Yayın No: 2, Kayseri, s. 195-200.
- Benjamin AE (1992). A’n Overview of in-Home Health and Supportive Services for Older Persons.” *In-Home Care for Older People: Health and Supportive Services*, p.: 9-52.
- Boztok, D., Gündoğdu, H.F., Ahsen, Ü. ve Korkmaz, F. (2001). “Sağlık Hizmetlerinin Etkinleşmesi İçin Temel İlke ve Politikalar.” *Yeni Türkiye Sağlık-II Dergisi*, 40 (2).

- Can, Ali (2008). “Yönetim ve Yöneticilik Yönünden Üniversite Hastanelerinin Değerlendirilmesi.” *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 13(3), 253-275.
- Chen Ming-Chun, et al. (2017). “Effects of Home-Based Long-Term Care Services on Caregiver Health According to Age”. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15(1): 1-10.
- Coşkun, Nurcan (2011), *Evde Sağlık Hizmetlerinde Yaşam Kalitesi Ve Hasta Memnuniyeti*, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi İstanbul.
- Council on Scientific Affair (CSA) “Home Care in the 1990s. (1990).” *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 263(9), 1241.
- Çalış, Serkan (2006). *Türkiye’de Sosyal Güvenlik Reformu Kapsamında Genel Sağlık Sigortasının İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Çayır Yasemin vd., (2013), *Evde Sağlık Hizmetleri Alan Hastaların Özellikleri ve Bakım Verenlerin Beklentileri*, *Konuralp Tıp Dergisi*, 5(3), 9-12.
- Çelikay Ferdi Çelikay ve Gümüş Erdal (2010). “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı.” *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11 (1), 185-186.
- Çelikkalp, Ülfiye (2011). “Bir Kamu Hastanesinde Yatan Hastaların Hizmet Memnuniyeti.” *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 6(17), 1-14.
- Çoban Mustafa, Esatoğlu Afsun Ezel ve İzgi Mustafa Cumhuri (2014). Türkiye’de Evde Sağlık ve Bakım Hizmetleri Uygulamalarının Mevzuat İçindeki Tarihsel Değişimi. *Türkiye Biyoetik Dergisi*, 3(1):154-176.
- Dağdeviren, Tanyel Sema vd., (2019). “Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Bakım Verenlerinin Sosyo-Demografik Özellikleri”. *Ankara Medical Journal*, 19(2): 232-43.
- Danış, Zafer (2004). Yaşlıların *Evde Bakım Gereksinimleri ve Evde Bakıma İlişkin Düşünceleri*. Ankara: Güç-Vakfı Yayınları, 58-59.

- Declaration of Alma-Ata International Conference on PrimaryHealthCare, 1978.
Erişim Tarihi: 09.09.2022 https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf
- Dieckmann JL (2015). Home Health Care: a Historical. *Handbook of Home Health Care Administration*, Chapter 2. Pages 9-23.
- Doğan Giz, Subaşı Neslihan P., (2006). Evde Bakım. (Güler , Akın L, Eds).
“Halk Sağlığı Temel Bilgiler”. *Hacettepe Üniversitesi Yayınları*. Bölüm 27.
- Dönümcü şadiye (2006). “Yaşlı ve Sosyal Hizmetler”. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg*; 52: 42-6.
- Enginyurt zgr, ngel K (2012). “Evde Bakım Hizmeti Kapsamındaki Hastaların Sosyo-Demografik zellikleri ve Tıbbi Durumları”, *Smyrna Tıp Derg*, 2: 46-8.
- Erginöz, E. ve Erdoğan, M. S. (t.y.). *Dünyada ve Türkiye'de Sağlık Sistemi*, İstanbul Üniversitesi, Açık ve Uzaktan Eğitim Fakültesi.
- ESPN/European Social Policy Network (2018). “Challenges in Long-Term Care in Europe. A Study of National Policies 2018”. *Brussels: European Commission*. ISBN 978-92-79-87174-0 doi:10.2767/84573.
- Evde Bakım Derneği. (2008). 2. *Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı*. 1. Baskı, Harbiye Askeri Müze ve Kültür Sitesi, İstanbul, s. 43-125.
- Fadıloğlu ek, Ertem Gl ve şenuzun Aykar Fisun (2013). *Evde Sağlık ve Bakım*. 1. Baskı, Gktağ Basım Yayın ve Dağıtım, Ankara, s. 3-55.
- Fıkar Christian ve Hirsch Patrick (2017). “Home Health Care Routing and Scheduling: A Review.” *Computers & Operations Research*, 77: 86-95.
- Genç Yusuf ve Barış İsmail (2015). “Yaşlı Bakım Hizmetlerinde ağdaş Yaklaşım: Kurumsal Bakım Yerine Evde Bakım Hizmetlerinin Güçlendirilmesi”. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*. 3.10: 36-57.
- Genet, Nadine (2011). Home Care in Europe: A Systematic Literature Review. *BMC Health Services Research*, 11: 207. Erişim Tarihi: 08.09.2022 <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-207>.

- Genet Nadine, Kroneman Madelon, Boerma Wienke G (2013). “Explaining Governmental Involvement in Home Care Across Europe: An International Comparative Study.” *Health Policy* (Amsterdam, Netherlands), 110(1): 84–93. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.01.009>.
- Güdük Özden, Güdük Özlem ve Sertbaş Yaşar (2020). “Evde Sağlık Hizmetlerinde İnfomal Bakım Verenlerin Bilgi ve Beceri Düzeyinin Belirlenmesi”. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi* 5(4):648-660
- Güler Çağatay, Akın (2006). *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*. 1. Baskı, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, s. 1277-1294.
- Gürhan Nermin ve Üstün Besti (1994). “Rehabilitasyon Hizmetleri.” *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 8(31), 46-51.
- Güzel Eda ve Toprak Dilek (2018). “Türkiye’de Evde Sağlık Hizmetleri”. *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi*, 10(5):15-19.
- Harrington Terence ve Kitchener Martin (2010). “Medicare and Medicaid in Long-Term Care.” *Health Affairs*, 29(1): 22-28.
- Hayran Osman ve Sur Haydar (1998). *Sağlık Hizmetleri*. İstanbul: Yüce Yayım.
- Işık, Oğuz (2016), “Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Profili ve Sunulan Hizmetin Değerlendirilmesi”, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 19(2): 171-186.
- İncesu Emrullah ve Yorulmaz Mehmet (2011). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı Ve Toplam Kalite Yönetimi. 5.Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi. İstanbul: Okan Üniversitesi.
- Karabağ Hüseyin (2007). *Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliğine İlişkin Hekimlerin Görüşleri ve Kardiyoloji Hastaları için Hastane Destekli Evde Bakım Hizmetleri Model Önerisi*, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Kavuncubaşı Şahin ve Yıldırım Selami (2010). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, Ankara: Siyasal Kitabevi

- Kemaloğlu, Muhammet (2014). “XI-XIII. Yüzyıl Türkiye Selçuklu Devletinde Darüşşifalar.” *Hikmet Yurdu Düşünce - Yorum Sosyal Bilimler Araştırma Dergisi*, 7(3):289-301.
- Krick Tobias, et al. (2019). “Digital Technology and Nursing Care: a Scoping Review on Acceptance, Effectiveness and Efficiency Studies of Informal and Formal Care Technologies”. *BMC Health Services Research*, 19(1): 400. Erişim Tarihi: 06.09.2022 <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4238-3>.
- Marek, Karen Dorman, et al. (2012). “Aging in place versus nursing home care: Comparison of costs to Medicare and Medicaid.” *Research in Gerontological Nursing*, 5(2): 123-129.
- Matsuda Shinya, Yamamoto Mieko (2001). “Long-term care insurance and integrated care for the aged in Japan”. *International Journal of Integrated Care*, 1:28.
- Maurer Frances A, Smith Claudia M. (2009) “Community/Public Health Nursing Practice: Health for Families and Population. 4th ed”, *Sounders Elsevier*, 58-59.
- MEGEP (Meslekî Eğitim ve Öğretim Sisteminin Güçlendirilmesi Projesi). (2008). Büro Yönetimi ve Sekreterlik Tıbbi Terminoloji (Tedavi Hizmetleri). Ankara: *Millî Eğitim Bakanlığı*.
- Munchus George et al., (1999). “The US Home Health Care Industry: Past, Present, and Future.” *Home Health Care Management & Practice*, 11(5): 21-30.
- Nibbelink Christine W, ve Brewer Barbara B. (2018). “Decision- Making in Nursing Practice: An Integrative Literature Review”. *Journal of Nursing*, 27(5-6):917-928.
- Oğlak, Sema (2007), “Uzun Süreli Evde Bakım Hizmetleri ve Bakım Sigortası”, *Türk Geriatri Dergisi*, 10 (2): 100-108.
- Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında *Kanun Hükmünde Kararname*, 2017 Karar Sayısı; khk/694.
- Ottawa Charter for Health Promotion, (1986). *WHO Europe*. Erişim Tarihi: 05.09.2022

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf?ua=1

Sağlık Bakanlığı (2004). Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Projesi, *Hastalık Yüğü Final Raporu*. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzısıhha Merkezi Müdürlüğü, Başkent Üniversitesi.

Sağlık Bakanlığı (2021). Evde Sağlık Hizmetleri Raporu. Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı *Türkiye Halk Sağlığı ve Kronik Hastalıklar Enstitüsü* Yayın No: 48569, İstanbul, Haziran, ISBN: 978-625-44323-1-6.

Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetleri Sunulmasına Dair Yönetmelik (*Resmi Gazete* Tarihi: 27.02.2015 *Resmi Gazete* Sayısı: 29280).

Sağlık Bakanlığı Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğünün 25.04.2017 tarihli ve 49644233-020-435 Sayılı *Makam Onayı*.

Sağlık Bakanlığı, (2012). Sağlıkta Dönüşüm Programı, Değerlendirme Raporu (2003-2011). Erişim 05.09.2022, <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/SDPturk.pdf>,

Sağlık Bakanlığı, (2015), *Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik*, Erişim Tarihi: 27.01.2018<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/02/20150227-14.htm>.

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun (*Resmi Gazete* Tarihi: 12.1.1961 *Resmi Gazete* Sayısı: 10705). Erişim Tarihi: 07.09.2022 <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.4.224.pdf>

Sargutan, A. Erdal (2005). “Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı”. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(3), 400-428.

Sezer Ayşe, Demirbaş Hülya ve Kadioğlu Hülya (2015). Evde bakım hemşireliği: mesleki yetkinlikler ve eğitim standartları. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 23(2): 160-165.

- Solmaz Tuğba ve Birsan Altay (2019). “Yaşlılara Yönelik Evde Bakım Hizmetleri”. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*. 6, (2), 150.
- Somunoğlu, Sinem (1999). “Kavramsal Açıdan Sağlık”. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 4 (1), 51-62.
- Soyluoğlu, B. (2003). *Çağdaş Sağlık Anlayışı*., Erişim 9.09.2022 <http://bilheal.bilkent.edu.tr/aykonu/Ay2003/kasim03/cagdasaglik.html>, Bilkent Üniver., Eğitimi Sempozyumu, 23-26 Nisan, Gebze.
- Stanhope Marcia, Lancaster Janetta. (2006). “Foundations of Nursing in the Community”. 2. Baskı. St. Louis, Missouri 63146: by Mosby; s. 589-602.
- Şimşek Zeynep (2013). Sağlığı geliştirmenin tarihsel gelişimi ve örneklerle sağlığı geliştirme stratejileri. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(3):343-358.
- Takahashi Paul Y., et al. (2016). Short-term and Long-term Effectiveness of a Post-Hospital Care Transitions Program in an Older, Medically Complex Population. *Healthcare* (Amsterdam, Netherlands), 4(1): 30–35. Erişim Tarihi: 07.09.2022 <https://doi.org/10.1016/j.hjdsi.2015.06.006>.
- Tanrıverdi Haluk ve Erdem Şennur (2010). “Sağlık Hizmetlerinde Hizmet Kalitesi ile Tatmin düzeyi Arasındaki ilişkinin İncelenmesi ve Bir Uygulama”. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 14 (1), 73-92.
- Tekin, Çiğdem (2018). “Evde Hasta Bakım Hizmetlerini Alanındaki Gelişmeler”. *F. Ü. Sağ. Bil. Derg.* 32(2):115-117.
- Tekin, Fazıl (1987). “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı”. *Eskişehir Anadolu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 5(1), 263-298.
- Türkiye Cumhuriyeti Anayasası (1961), 49. Madde. (Resmi Gazete Tarihi: 20.07.1961 Resmi Gazete Sayısı: 10859). Erişim Tarihi: 07.09.2022 <https://www.anayasa.gen.tr/1961ay.htm>
- Türkiye Cumhuriyeti Anayasası (1982), 56. Madde. (Resmi Gazete Tarihi: 09.11.1982 Resmi Gazete Sayısı: 17863 (Mükerrer)). Erişim Tarihi: 07.09.2022 <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.2709.doc#:~:text>

=Madde%2056%20%E2%80%93%20Herkes%2C%20sa%C4%9Fl%C4%B1kl%C4%B1%20ve,%C3%B6nlemek%20Devletin%20ve%20vatanda%C5%9Flar%C4%B1n%20%C3%B6devidir.

Ulusoy Esin ve Alpar Şule (2013). “Hemşirelerde Meslektaş Dayanışması ve İş Doyumu ile İlişkisi”. *F.N. Hem. Dergisi*. 21 (3): 154-163.

World Health Organization Technical Report Series 898. (2000) *Home-Based LongTerm Care*, Geneva. Erişim Tarihi: 26.09.2022.http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_898.pdf.

World Health Organization, A glossary of terms for community health care and services for older persons. (2004) *WHO Centre for Health Development Ageing and Health Technical Report*. Volume 5. p.: 7-38.

World Health Organization. (2009). Basic documents, 47th ed. *World Health Organization*. Erişim 05.09.2022, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44192>.

Yılmaz, Mesut (2010). “Sağlık hizmetlerinin alternatif bir sunum şekli olarak evde hasta bakımı”. *İstanbul Tıp Dergisi*, 11(3):125-132.



ÖZ GEÇMİŞ

Kişisel bilgiler

Adı Soyadı Merve KOŞAR

Doğum Yeri ve Tarihi

Medeni Hali

Yabancı Dil

İletişim Adresi

E-posta Adresi

Eğitim ve Akademik Durumu

Lise

Lisans

Yüksek Lisans

Unvan

Hemşire

İş Tecrübesi

Ebe hemşire