

T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

132126

EVDE BAKIM HİZMETLERİ KONUSUNDA GÖRÜŞ BELİRLEME:
SOSYAL SİGORTALAR KURUMU ANKARA EĞİTİM HASTANESİ
DOKTORLARI VE HEMŞİRELERİ ÜZERİNDE BİR UYGULAMA

Mustafa ÇOBAN

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

132126

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Afsun Ezel ESATOĞLU

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMAN TAYIN BELİRTİR

2003-ANKARA

T.C.

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans Programı

Çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından
Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi : 02.07.2003


Prof. Dr. Recep AKDUR
Ankara Üniversitesi
Jüri Başkanı


Yrd. Doç. Dr. Ömer R. ÖNDER
Ankara Üniversitesi


Yrd. Doç. Dr. Ahmet M. ACUNER
Ankara Üniversitesi


Yrd. Doç. Dr. A. Ezel ESATOĞLU
Ankara Üniversitesi


Yrd. Doç. Dr. İsmail AĞIRBAŞ
Ankara Üniversitesi

ÖNSÖZ

Tolstoy, “eğer bir işe ne zaman başlayacağımı; kimi dinleyeceğimi ve yapmam gereken en önemli şeyin ne olduğunu bilseydim, girdiğim her işi başarırdım” diyor. Tolstoy, bu retorikte uygulanabilir politika üretme ve karar alma süreçlerini açıklamaktadır.

Sağlık hizmetlerinde uygulanabilir politika üretme aşamasında benzer yöntemler uygulamak gerekmektedir. Toplumsal ve bilimsel dinamikler doğrultusunda Türkiye sağlık hizmetleri içerisinde yer alması gerektiği düşünülen evde bakım hizmetlerinin uygulanabilirliği açısından alanda hizmet sunanlar ‘dinlenecek’ ve ‘danışılacak’ bireylerdir. Bu araştırmada evde bakım hizmetleri konusunda doktor ve hemşirelerin görüşlerine bu nedenle gereksinim duyuldu.

Bu araştırmada desteğini ve yardımlarını esirgemeyen danışmanım Yrd. Doç. Dr. Afsun Ezel Esatoğlu’na, verilerin toplanmasına yardımcı olan Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Öğretim Görevlisi Güldane Yıldırım’a, verilerin değerlendirilmesinde yardımcı olan Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Araştırma Görevlisi Murat Akyıldız’a, lisans ve yüksek lisans eğitimim süresindeki tüm hocalarıma, çalışma arkadaşlarıma ve araştırmaya katılarak ankete içten yanıt veren Sosyal Sigortalar Kurumu Ankara Eğitim Hastanesi hemşire ve doktorlarına teşekkür ederim.

Mustafa ÇOBAN

Temmuz 2003

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
Kabul ve Onay	
Önsöz	
İçindekiler	iii
Tablolar	ix
Kısaltmalar	xv
1. GİRİŞ	1
2. KONU İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER	4
2.1. Evde Bakım Hizmetleri Kavramı	4
2.2. Evde Bakım Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi ve Evde Bakım Hizmetleri Uygulamaları	7
2.2.1. Eski Çağlarda Evde Sağlık Hizmeti Uygulamaları	7
2.2.2. Avrupa’da Evde Bakım Hizmetlerinin Tarihçesi ve Evde Bakım Hizmetleri Uygulamaları	8
2.2.3. Amerika Birleşik Devletleri’nde Evde Bakım Hizmetlerinin Tarihçesi ve Evde Bakım Hizmeti Uygulamaları	13
2.2.4. Türkler’de Evde Sunulan Sağlık Hizmetlerinin Tarihçesi	17
2.3. Evde Bakım Hizmetlerinin Yapısı	18
2.3.1. Evde Bakım Hizmetinin Kapsamı	19
2.3.2. Evde Bakım Hizmetlerinde Sağlık İnsangücü	27
2.3.2.1. Evde Bakım Hizmetlerinde Profesyonel İnsangücü	28
2.3.2.2. Evde Bakım Hizmetlerinde Profesyonel Olmayan İnsangücü	29
2.3.3. Bakım Hizmetlerinin Avantajları ve Dezavantajları	31
2.3.3.1. Evde Bakım Hizmetlerinin Avantajları	32
2.3.3.2. Evde Bakım Hizmetlerinin Dezavantajları	40
2.3.4. Evde Bakım Hizmetlerinin Finansman Yapısı	43
2.4. Türkiye’de Evde Sağlık Hizmeti	45
2.4.1. Türkiye’de Evde Sağlık Hizmeti Uygulamaları	45
2.4.1.1. Umumi Hıfzıssıhha Kanunu Çerçevesince Yürütülen Evde Sağlık Hizmetleri	46
2.4.1.2. Sağlık Hizmetlerinin, Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun Çerçevesince Yürütülen Evde Sağlık Hizmetleri	46
2.4.1.3. 1980 Yılı Sonrası Evde Sağlık Hizmetleri	47
2.4.2. Türkiye ‘de Evde Bakım Hizmetleri İhtiyacı	49
3. GEREÇ VE YÖNTEM	53
3.1. Araştırmanın Amacı	53
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	53
3.3. Araştırmanın Modeli	53
3.4. Araştırmanın Evreni	54
3.5. Araştırma Örnekleme	54
3.6. Araştırmanın Bağımsız ve Bağımlı Değişkenleri	54
3.7. Sınırlılıklar	55
3.8. Varsayımlar	55

	Sayfa
	No
3.9. Hipotezler	56
3.10. Kullanılan Veri Toplama Aracı	58
3.10.1. Ölçülecek Görüşün Tanımlanması	58
3.10.2. Anketin Kapsamının Belirlenmesi	58
3.11. Ön Uygulama	59
3.12. İzinler	61
3.13. Veri Toplama Aracının Uygulanması	61
3.14. Araştırmada Karşılaşılan Sorunlar	61
3.15. Etik Sorunlar	62
3.16. Verilerin Değerlendirilmesi	62
4. BULGULAR	64
4.1. Tanımlayıcı Bulgular	64
4.1.1. Araştırma Grubunun Görevleri, Çalışma Süreleri, Öğrenim Düzeyleri, Önceden Sağlık Ocağında Çalışma Durumları, Ailelerinde 65 Yaş ve Üzeri Birey Bulunma Durumu ve Ailelerinde Uzun Süreli Bakım Gereksinimli Birey Bulunma Durumlarına İlişkin Bulguları	65
4.1.2. Araştırma Grubunda Daha Önce Sağlık Ocağında Çalışanların İçerisinde Ev Ziyareti Gerçekleştirme Durumları	66
4.1.3. Araştırma Grubunda Daha Önce Sağlık Ocağında Çalışma ve Görevlerine Göre Özellikleri	66
4.1.4. Araştırma Grubunun Çalıştıkları Servislere Göre Özellikleri	67
4.2. Deneme Anketinden Elde Edilen Betimsel Bulgular	68
4.3. Faktör Analizi Bulguları	71
4.3.1. Faktör Analizi Sonuçları	71
4.3.2. Anketin Güvenilirlik Bulguları	73
4.3.3. Evde Bakım Hizmetlerinin Yapısı Alt Ölçeğinden Elde Edilen Puanlarının Betimsel İstatistikleri	73
4.3.4. Evde Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliği Alt Ölçeğinden Elde Edilen Puanların Betimsel İstatistikleri	74
4.4. Araştırma Grubunun Evde Bakım Hizmetleri Hakkındaki Görüşleri	74
4.4.1. Araştırma Grubunun Evde Bakım Hizmetlerinin Yapısı Hakkında Görüşleri	75
4.4.1.1. Araştırma Grubunun Görevlerine Göre “Evde Bakım Hizmetlerinin Yapısı” Alt Ölçeği Kapsamındaki Görüşleri	75
4.4.1.2. Araştırma Grubunun Çalıştıkları Servislere Göre Evde Bakım Hizmetlerinin Yapısı” Alt Ölçeği Kapsamındaki Görüşleri	76
4.4.1.3. Araştırma Grubunun Çalışma Sürelerine Göre Evde Bakım Hizmetlerinin Yapısı” Alt Ölçeği Kapsamında Görüşleri	77
4.4.1.4. Araştırma Grubunun Ailelerinde 65 Yaş ve Üzeri Birey Bulunma Durumuna Göre “Evde Bakım Hizmetlerinin Yapısı” Alt Ölçeği Kapsamındaki Görüşleri	78

- 4.4.1.5. Araştırma Grubunun Daha Önceden Sağlık Ocağında Çalışma Durumuna Göre “Evde Bakım Hizmetlerinin Yapısı” Alt Ölçeği Kapsamındaki Görüşleri 78
- 4.4.1.6. Araştırma Grubunda Daha Önceden Sağlık Ocağında Çalışanların Ev Ziyareti Gerçekleştirme Durumuna Göre “Evde Bakım Hizmetlerinin Yapısı” Alt Ölçeği Kapsamındaki Görüşleri 79
- 4.4.1.7. Araştırma Grubunda Ailelerinde Uzun Süre Bakım Gereksinimi Birey Bulunma Durumuna “Evde Bakım Hizmetlerinin Yapısı” Alt Ölçeği Kapsamındaki Görüşleri 79
- 4.4.2. Araştırma Grubunun Evde Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliği Hakkında Görüşleri 80
- 4.4.2.1. Araştırma Grubunun Görevlerine Göre Evde Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliği Alt Ölçeği Kapsamındaki Görüşleri 80
- 4.4.2.2. Araştırma Grubunun Çalıştıkları Servislere Göre Evde Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliği Alt Ölçeği Kapsamındaki Görüşleri 81
- 4.4.2.3. Araştırma Grubunun Çalışma Sürelerine Göre Evde Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliği” Alt Ölçeği Kapsamındaki Görüşleri 82
- 4.4.2.4. Araştırma Grubunun Ailelerinde 65 Yaş ve Üzeri Birey Bulunma Durumuna Göre “Evde Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliği” Alt Ölçeği Kapsamındaki Görüşleri 83
- 4.4.2.5. Araştırma Grubunun Daha Önceden Sağlık Ocağında Çalışma Durumuna Göre “Evde Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliği” Alt Ölçeği Kapsamındaki Görüşleri 84
- 4.4.2.6. Araştırma Grubunda Daha Önceden Sağlık Ocağında Çalışanların Ev Ziyareti Gerçekleştirme Durumuna Göre “Evde Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliği ” Alt Ölçeği Kapsamındaki Görüşleri 85
- 4.4.2.7. Araştırma Grubunda Ailelerinde Uzun Süre Bakım Gereksinimi Olan Birey Bulunma Durumuna “Evde Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliği” Alt Ölçeği Kapsamındaki Görüşleri 85
- 4.4.3. Araştırma Grubunun “Evde Bakım Hizmetleri Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Ulaşılabilirliğini Artırır” Madde Puanı Kapsamındaki Görüşleri 86
- 4.4.3.1. Araştırma Grubunun Görevlerine Göre “Evde Bakım Hizmetleri Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Ulaşılabilirliğini Artırır” Madde Puanı Kapsamındaki Görüşleri 86
- 4.4.3.2. Araştırma Grubunun Çalıştıkları Servislere Göre “Evde Bakım Hizmetleri Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Ulaşılabilirliğini Artırır” Madde Puanı Kapsamındaki Görüşleri 87
- 4.4.3.3. Araştırma Grubunun Çalışma Sürelerine Göre ‘Evde Bakım Hizmetleri Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Ulaşılabilirliğini Artırır’ Madde Puanı Kapsamındaki Görüşleri 88

	Sayfa No
4.4.3.4. Araştırma Grubunun Ailelerinde 65 Yaş ve Üzeri Birey Bulunma Durumuna Göre “Evde Bakım Hizmetleri Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Ulaşılabilirliğini Artırır” Madde Puanı Kapsamındaki Görüşleri	89
4.4.3.5. Araştırma Grubunun Daha Önceden Sağlık Ocağında Çalışma Durumuna Göre “Evde Bakım Hizmetleri Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Ulaşılabilirliğini Artırır ” Maddesi Kapsamındaki Görüşleri	90
4.4.3.6. Araştırma Grubunda Daha Önceden Sağlık Ocağında Çalışanların Ev Ziyareti Gerçekleştirme Durumuna Göre “Evde Bakım Hizmetleri Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Ulaşılabilirliğini Artırır” Maddesi Kapsamındaki Görüşleri	91
4.4.3.7. Araştırma Grubunun Ailelerinde Uzun Süre Bakım Gereksinimi Birey Bulunma Durumuna Göre “Evde Bakım Hizmetleri Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Ulaşılabilirliğini Artırır” Madde Puanı Kapsamındaki Görüşleri	91
4.4.4. Araştırma Grubunun “Evde Bakım Hizmetleri Hastaların Yaşam Kalitesini Artırır” Madde Puanı Kapsamındaki Görüşleri	92
4.4.4.1. Araştırma Grubunun Görev Durumlarına Göre “Evde Bakım Hizmetleri Hastaların Yaşam Kalitesini Artırır” Madde Puanı Kapsamındaki Görüşleri	92
4.4.4.2. Araştırma Grubunun Çalıştıkları Servislere Göre “Evde Bakım Hizmetleri Hastaların Yaşam Kalitesini Artırır” Maddesi Kapsamındaki Görüşleri	93
4.4.4.3. Araştırma Grubunun Çalışma Sürelerine Göre “Evde Bakım Hizmetleri Hastaların Yaşam Kalitesini Artırır” Madde Puanı Kapsamındaki Görüşleri	94
4.4.4.4. Araştırma Grubunun Ailelerinde 65 Yaş ve Üzeri Birey Bulunma Durumuna Göre “Evde Bakım Hizmetleri Hastaların Yaşam Kalitesini Artırır” Madde Puanı Kapsamındaki Görüşleri	95
4.4.4.5. Araştırma Grubunun Daha Önceden Sağlık Ocağında Çalışma Durumuna Göre “Evde Bakım Hizmetleri Hastaların Yaşam Kalitesini Artırır ” Maddesi Kapsamındaki Görüşleri	96
4.4.4.6. Araştırma Grubunda Daha Önceden Sağlık Ocağında Çalışanların Ev Ziyareti Gerçekleştirme Durumuna Göre “Evde Bakım Hizmetleri Hastaların Yaşam Kalitesini Artırır” Maddesi Kapsamındaki Görüşleri	96
4.4.4.7. Araştırma Grubunun Ailelerinde Uzun Süre Bakım Gereksinimi Birey Bulunma Durumuna Göre “Evde Bakım Hizmetleri Hastaların Yaşam Kalitesini Artırır” Maddesi Kapsamındaki Görüşleri	97
4.4.5. Araştırma Grubunun “Evde Bakım Hizmetleri Hastanede Verilen Sağlık Hizmetinin Tamamlayıcısıdır” Madde Puanı Kapsamındaki Görüşleri	97
4.4.5.1. Araştırma Grubunun Görevlerine Göre “Evde Bakım Hizmetleri Hastanede Verilen Sağlık Hizmetinin Tamamlayıcısıdır” Madde Puanı Kapsamındaki Görüşleri	98
4.4.5.2. Araştırma Grubunun Çalıştıkları Servislere Göre “Evde Bakım Hizmetleri Hastanede Verilen Sağlık Hizmetinin Tamamlayıcısıdır” Madde Puanı Kapsamındaki Görüşleri	99

	Sayfa No
4.4.5.3. Araştırma Grubunun Çalışma Sürelerine Göre ‘Evde Bakım Hizmetleri Hastanede Verilen Sağlık Hizmetinin Tamamlayıcısıdır’ Madde Puanı Kapsamındaki Görüşleri	100
4.4.5.4. Araştırma Grubunun Ailelerinde 65 Yaş ve Üzeri Birey Bulunma Durumuna Göre “Evde Bakım Hizmetleri Hastanede Verilen Sağlık Hizmetinin Tamamlayıcısıdır” Madde Puanı Kapsamındaki Görüşleri	101
4.4.5.5. Araştırma Grubunun Daha Önceden Sağlık Ocağında Çalışma Durumuna Göre “Evde Bakım Hizmetleri Hastane Verilen Hizmetin Tamamlayıcısıdır ” Maddesi Kapsamındaki Görüşleri	101
4.4.5.6. Araştırma Grubunda Daha Önceden Sağlık Ocağında Çalışanların Ev Ziyareti Gerçekleştirme Durumuna Göre “Evde Bakım Hizmetleri Hastanede Verilen Sağlık Hizmetinin Tamamlayıcısıdır’ Maddesi Kapsamındaki Görüşleri	102
4.4.5.7. Araştırma Grubunun Ailelerinde Uzun Süre Bakım Gereksinimi Birey Bulunma Durumuna “Evde Bakım Hizmetleri Hastanede Verilen Sağlık Hizmetinin Tamamlayıcısıdır” Madde Puanı Kapsamındaki Görüşleri	103
4.4.6. Araştırma Grubunun “Evde Bakım Hizmetlerinin Finansmanını Devlet Sağlamalıdır ” Madde Puanı Kapsamındaki Görüşleri	103
4.4.6.1. Araştırma Grubunun Görevlerine Göre “Evde Bakım Hizmetlerinin Finansmanı Devlet Sağlamalıdır” Madde Puanı Kapsamındaki Görüşleri	103
4.4.6.2. Araştırma Grubunun Çalıştıkları Servislere Göre “Evde Bakım Hizmetlerinin Finansmanını Devlet Sağlamalıdır” Madde Puanı Kapsamındaki Görüşleri	104
4.4.6.3. Araştırma Grubunun Çalışma Sürelerine Göre ‘Evde Bakım Hizmetlerinin Finansmanını Devlet Sağlamalıdır’ Madde Puanı Kapsamındaki Görüşleri	106
4.4.6.4. Araştırma Grubunda Ailelerinde 65 Yaş ve Üzeri Birey Bulunma Durumuna Göre “Evde Bakım Hizmetlerinin Finansmanı Devlet Sağlamalıdır ” Madde Puanı Kapsamındaki Görüşleri	107
4.4.6.5. Araştırma Grubunun Daha Önceden Sağlık Ocağında Çalışma Durumuna Göre “Evde Bakım Hizmetlerinin Finansmanını Devlet Sağlamalıdır” Maddesi Kapsamındaki Görüşleri	107
4.4.6.6. Araştırma Grubunda Daha Önceden Sağlık Ocağında Çalışanların Ev Ziyareti Gerçekleştirme Durumlarına Göre “Evde Bakım Hizmetlerinin Finansmanı Devlet Sağlamalıdır” Maddesi Kapsamındaki Görüşleri	108
4.4.6.7. Araştırma Grubunda Ailelerinde Uzun Süre Bakım Gereksinimi Olan Birey Bulunma Durumuna Göre “Evde Bakım Hizmetlerinin Finansmanını Devlet Sağlamalıdır” Madde Puanı Kapsamındaki Görüşleri	109
5. TARTIŞMA	110
5.1. Tanımlayıcı Bulgulara İlişkin Tartışmalar	110
5.2. Deneme Anketinden Elde Edilen Betimsel Bulgulara İlişkin Tartışmalar	112
5.3. Faktör Analizi Bulgularına İlişkin Tartışmalar	112

	Sayfa No
5.4. Araştırma Grubunun Evde Bakım Hizmetleri Hakkındaki Görüşleri İle İlgili Tartışmalar	113
5.4.1 Araştırma Grubunun “Evde Bakım Hizmetlerinin Yapısı” Alt Ölçeği Kapsamındaki Görüşlerine İlişkin Tartışma	114
5.4.2 Araştırma Grubunun “Evde Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliği” Alt Ölçeği Kapsamındaki Görüşlerine İlişkin Tartışma	117
5.4.3 Araştırma Grubunun “Evde Bakım Hizmetleri Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Ulaşılabilirliğini Artırır” Maddesi Kapsamındaki Görüşlerine İlişkin Tartışma	120
5.4.4 Araştırma Grubunun “Evde Bakım Hizmetleri Hastaların Yaşam Kalitesini Artırır” Maddesi Kapsamındaki Görüşlerine İlişkin Tartışma	123
5.4.5 Araştırma Grubunun “Evde Bakım Hizmetleri Hastanede Verilen Sağlık Hizmetinin Tamamlayıcısıdır” Maddesi Kapsamındaki Görüşlerine İlişkin Tartışma	125
5.4.6 Araştırma Grubunun “Evde Bakım Hizmetlerinin Finansmanını Devlet Sağlamalıdır” Alt Maddesi Kapsamındaki Görüşlerine İlişkin Tartışma	127
6 SONUÇLAR ve ÖNERİLER	130
6.1. Sonuçlar	130
6.1.1 Araştırmanın Bağımsız Değişkenlerine İlişkin Tanımlayıcı Sonuçlar	130
6.1.2. Deneme Anketinden Elde Edilen Betimsel Sonuçlar	131
6.1.3. Faktör Analizi Sonuçları	131
6.1.4. Araştırma Grubunun Evde Bakım Hizmetleri Hakkındaki Görüşleri	132
6.2. Öneriler	141
ÖZET	143
SUMMARY	145
KAYNAKLAR	147
EKLER	159
EK 1	160
EK 2	162

TABLULAR

	Sayfa No
Tablo 2.1. Amerika Birleşik Devletleri”nde Evde Bakım Kuruluşlarından Hizmet Alanların Yaş, Cinsiyet, Irk ve Evlilik Durumlarına Göre Dağılımı (1994)	15
Tablo 2.2. Amerika Birleşik Devletleri”nde Evde Bakım Kuruluşları ve Kriterleri	17
Tablo 2.3. Amerika Birleşik Devletlerinde Evde Bakım Kuruluşları ve Hospice Kuruluşlarının Sağladıkları Hizmet Türleri ve Kuruluşların Tiplerine Göre Dağılım (1996)	22
Tablo 2.4. Altındağ Sağlık Ocağı Bölgesi Sakarya Mahallesi’nde Yaşayan 65 Yaş ve Üzeri Kişilerin Yaş Gruplarına Göre Hastalıklarının Dağılımları (2001)	26
Tablo 2.5. Akut Hastalıklı 246 Yaşlı Hastanın Tedavi Mekanı Olarak Ev ve Hastane İçin Görüşleri	27
Tablo 2.7. Erken Doğum Riski ve Hipertansiyon Riski Olan Grupların Doğum Öncesi Evde ve Hastanede İzlenmelerine Göre Doğum Sonrası Anne ve Bebeğin Doğum Sonrası Sonuçları	39
Tablo 3.1. Araştırma Grubunun Görevlerine Göre Tabaka Ağırlığının ve Örneklem Sayısının Belirlenmesi	54
Tablo 3.2. Anketin Ön Uygulamasının Yapıldığı Araştırma Grubunun Unvanlarına ve Çalıştıkları Hastanelere Göre Dağılımı	60
Tablo 4.1. Araştırma Grubunun Görevleri, Çalışma Süreleri, Öğrenim Düzeyleri, Önceden Sağlık Ocağında Çalışma Durumları, Ailelerinde 65 Yaş ve Üzeri Birey Bulunma Durumu ve Ailelerinde Uzun Süreli Bakım Gereksinimli Birey Bulunma Durumuna Göre Dağılımı	65
Tablo 4.2. Araştırma Grubunda Daha Önce Sağlık Ocağında Çalışanların Ev Ziyareti Gerçekleştirme Durumlarına Göre Dağılımı	66
Tablo 4.3. Araştırma Grubunda Daha Önce Sağlık Ocağında Çalışma ve Görevlerine Göre Dağılımı	66
Tablo 4.4. Araştırma Grubunun Çalıştıkları Servislere Göre Dağılımı	67
Tablo 4.5. Araştırma Grubunun Çalıştıkları Servisler ve Görevlerine Göre Dağılımı	68
Tablo 4.6. Madde Puanlarının Betimsel İstatistikleri	69
Tablo 4.7. Madde Analizi	70
Tablo 4.8. Faktör Analizi Sonuçları	72
Tablo 4.9. Evde Bakım Hizmetleri Hakkında Doktor ve Hemşirelerin Görüşlerini Belirlemeye Yönelik Anketin Güvenilirlik Katsayıları	73
Tablo 4.10. Evde Bakım Hizmetlerinin Yapısı Elde Edilen Puanlarının Betimsel İstatistikleri	73
Tablo 4.11. Evde Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliği Alt Ölçeği Puanlarının Betimsel İstatistikleri	74

	Sayfa No
Tablo 4.12. Araştırma Grubunun Evde Bakım Hizmetlerinin Yapısı Alt Ölçeği Puanlarının Görevlerine Göre Dağılımı	75
Tablo 4.13.. Araştırma Grubunun Evde Bakım Hizmetlerinin Yapısı Alt Ölçeği Ortalama Puanlarının Görevlerine Göre Karşılaştırılması	75
Tablo 4.14. Araştırma Grubunun Evde Bakım Hizmetlerinin Yapısı Alt Ölçeği Puanlarının Servislere Göre Dağılımı	76
Tablo 4.15. Araştırma Grubunun Evde Bakım Hizmetlerinin Yapısı Alt Ölçeği la Puanlarının Çalıştıkları Servislere Göre Karşılaştırılması	77
Tablo 4.16. Araştırma Grubunun “Evde Bakım Hizmetlerinin Yapısı” Alt Ölçeği Aldıkları Puanlarının Çalışma Sürelerine Göre Dağılımı	77
Tablo 4.17. Araştırma Grubunun “Evde Bakım Hizmetlerinin Yapısı” Alt Ölçeği Ortalama Puanlarının Çalışma Sürelerine Göre Karşılaştırılması	77
Tablo 4.18. Araştırma Grubunun “Evde Bakım Hizmetlerinin Yapısı” Alt Ölçeği Puanlarının Ailelerinde 65 Yaş ve Üzeri Birey Bulunma Durumuna Göre Dağılımı	78
Tablo 4.19. Araştırma Grubunun “Evde Bakım Hizmetlerinin Yapısı” Alt Ölçeği Puanlarının Sağlık Ocağında Çalışma Durumuna Göre Dağılımı	78
Tablo 4.20. Araştırma Grubunun “Evde Bakım Hizmetlerinin Yapısı” Alt Ölçeği Ortalama Puanlarının Sağlık Ocağında Çalışanlar İçerisinde Ev Ziyareti Gerçekleştirme Durumuna Göre Dağılımı	79
Tablo 4.21. Araştırma Grubunun “Evde Bakım Hizmetlerinin Yapısı” Alt Ölçeği Puanların Ailelerinde Uzun Süre Bakım Gereksinimi Bulunan Birey Durumuna Göre Dağılımı	79
Tablo 4.22. Araştırma Grubunun Evde Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliği Alt Ölçeği Puanlarının Görevlere Göre Dağılımı	80
Tablo 4.23. Araştırma Grubunun Evde Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliği Alt Ölçeği Ortalama Puanlarının Görevlere Göre Karşılaştırılması	81
Tablo 4.24. Evde Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliği Alt Ölçeği Puanlarının Servislere Göre Dağılımı	82
Tablo 4.25. Araştırma Grubunun “Evde Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliği” Alt Ölçeği Ortalama Puanlarının Çalıştıkları Servislere Göre Karşılaştırılması	82
Tablo 4.26. Araştırma Grubunun “Evde Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliği” Alt Ölçeği Puanlarının Çalışma Sürelerine Göre Dağılımı	83
Tablo 4.27. Araştırma Grubunun “Evde Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliği” Alt Ölçeği Ortalama Puanların Çalışma Sürelerine Göre Karşılaştırılması	83

	Sayfa No
Tablo 4.28. Araştırma Grubunun Evde Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliği Alt Ölçeği Puanlarının Ailelerinde 65 Yaş ve Üzeri Birey Bulunma Durumuna Göre Dağılımı	84
Tablo 4.29. Araştırma Grubunun “Evde Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliği” Alt Ölçeği Ortalama Puanlarının Daha Önceden Sağlık Ocağında Çalışma Durumuna Göre Karşılaştırılması	84
Tablo 4.30. Araştırma Grubunun “Evde Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliği” Alt Ölçeği Puanlarının Sağlık Ocağında Çalışanlar İçerisinde Ev Ziyareti Gerçekleştirme Durumuna Göre Dağılımı	85
Tablo 4.31. Araştırma Grubunun “Evde Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliği” Puanlarının Ailelerinde Uzun Süre Bakım Gereksinimli Birey Bulunma Durumuna Göre Dağılımı	86
Tablo 4.32. Araştırma Grubunun Evde Bakım Hizmetlerini Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Ulaşılabilirliğini Artırır” Madde Puanlarının Yaptıkları Görevlere Göre Dağılımı	87
Tablo 4.33.. Araştırma Grubunun “Evde Bakım Hizmetlerini Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Ulaşılabilirliğini Artırır” Maddesi Ortalama Puanlarının Yaptıkları Görevlere Göre Karşılaştırılması	87
Tablo 4.34. Araştırma Grubunun “Evde Bakım Hizmetleri Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Ulaşılabilirliğini Artırır” Madde Puanlarının Servislere Göre Dağılımı	88
Tablo 4.35. Araştırma Grubunun “Evde Bakım Hizmetleri Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Ulaşılabilirliğini Artırır” Maddesi Ortalama Puanlarının Servislere Göre Karşılaştırılması	88
Tablo 4.36. Araştırma Grubunun Çalışma Sürelerine Göre ‘Evde Bakım Hizmetleri Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Ulaşılabilirliğini Artırır’ Madde Puanlarının Dağılımı	89
Tablo 4.37. Araştırma Grubunun ‘Evde Bakım Hizmetleri Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Ulaşılabilirliğini Artırır’ Maddesi Ortalama Puanlarının Çalışma Sürelerine Göre Karşılaştırılması	89
Tablo 4.38. Araştırma Grubunun Evde Bakım Hizmetleri Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Ulaşılabilirliğini Artırır” Madde Puanının Ailelerinde 65 Yaş ve Üzeri Birey bulunma Durumuna Göre Dağılımı	90
Tablo 4.39. Araştırma Grubunun “Evde Bakım Hizmetleri Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Ulaşılabilirliğini Artırır” Madde Puanlarının Önceden Sağlık Ocağında Çalışma Durumuna Göre Dağılımı	90
Tablo 4.40. Araştırma Grubunun “Evde Bakım Hizmetleri Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Ulaşılabilirliğini Artırır” Madde Puanlarının Ev Ziyareti Gerçekleştirme Durumuna Göre Dağılımı	91

	Sayfa No
Tablo 4.41. Araştırma Grubunun “Evde Bakım Hizmetleri Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Ulaşılabilirliğini Artırır” Madde Puanlarının Ailelerinde Uzun Süre Bakım Gereksinimi Olan Birey Bulunma Durumuna Göre Dağılımı	92
Tablo 4.42. Araştırma Grubunun Görevlerine Göre “Evde Bakım Hizmetleri Hastaların Yaşam Kalitesini Artırır” Madde Puanının Dağılımı	93
Tablo 4.43. Araştırma “Evde Bakım Hizmetleri Hastaların Yaşam Kalitesini Artırır” Maddesi Ortalama Puanlarının Görevlerine Göre Karşılaştırılması	93
Tablo 4.44. Araştırma Grubunun.“Evde Bakım Hizmetleri Hastaların Yaşam Kalitesini Artırır” Madde Puanlarının Servislere Göre Dağılımı	94
Tablo 4.45. Araştırma Grubunun“Evde Bakım Hizmetleri Hastaların Yaşam Kalitesini Artır” Maddesi Ortalama Puanlarının Servislere Göre Karşılaştırılması	94
Tablo 4.46. Araştırma Grubunun ‘Evde Bakım Hizmetleri Hastaların Yaşam Kalitesini Artırır’ Madde Puanlarının Çalışma Sürelerine Göre Dağılımı	95
Tablo 4.47.. Araştırma Grubunun ‘Evde Bakım Hizmetleri Hastaların Yaşam Kalitesini Artırır’ Maddesi Ortalama Puanlarının Çalışma Sürelerine Göre Karşılaştırılması	95
Tablo 4.48. Araştırma Grubunun Evde Bakım Hizmetleri Hastaların Yaşam Kalitesini Artırır” Madde Puanlarının Ailelerinde 65 Yaş ve Üzeri Birey Bulunma Durumuna Göre Dağılımı	96
Tablo 4.49. Araştırma Grubunun “Evde Bakım Hizmetleri Hastaların Yaşam Kalitesini Artırır” Madde Ortalama Puanlarının Önceden Sağlık Ocağında Çalışma Durumuna Göre Dağılımı	96
Tablo 4.50. Araştırma Grubunun “Evde Bakım Hizmetleri Hastaların Yaşam Kalitesini Artırır” Maddesi Ortalama Puanlarının Daha Önce Sağlık Ocağında Çalışanlar içerisinde Ev Ziyareti Gerçekleştirme Durumuna Göre Dağılımı	97
Tablo 4.51. Araştırma Grubunun “Evde Bakım Hizmetleri Hastaların Yaşam Kalitesini Artırır” Maddesi Ortalama Puanlarının Ailelerinde Uzun Süre Bakım Alması Gereken Birey Olma Durumuna Göre Dağılımı	97
Tablo 4.52. Araştırma Grubunun Görevlerine Göre Evde Bakım Hizmetlerini Hastanede Verilen Sağlık Hizmetinin Tamamlayıcısıdır” Madde Puanının Dağılımı	98
Tablo 4.53. Araştırma Grubunun“Evde Bakım Hizmetlerini Hastanede Verilen Sağlık Hizmetinin Tamamlayıcısıdır” Maddesi Ortalama Puanlarının Puanının Görevlerine Göre Karşılaştırılması	98
Tablo 4.54. Araştırma Grubunun “Evde Bakım Hizmetleri Hastanede Verilen Sağlık Hizmetinin Tamamlayıcısıdır” Madde Puanlarının Servislere Göre Dağılımı	99

	Sayfa No
Tablo 4.55. Araştırma Grubunun Evde Bakım Hizmetleri Hastanede Verilen Sağlık Hizmetinin Tamamlayıcısıdır” Maddesi Ortalama Puanlarının Servislere Göre Karşılaştırılması	100
Tablo 4.56. Araştırma Grubunun ‘Evde Bakım Hizmetleri Hastanede Verilen Sağlık Hizmetinin Tamamlayıcısıdır’ Madde Puanlarının Çalışma Sürelerine Göre Dağılımı	100
Tablo 4.57. Araştırma Grubunun Çalışma Sürelerine Göre ‘Evde Bakım Hizmetleri Hastanede Verilen Sağlık Hizmetinin Tamamlayıcısıdır’ Madde Puanlarının Karşılaştırılması	101
Tablo 4.58. Evde Bakım Hizmetleri Hastanede Verilen Sağlık Hizmetinin Tamamlayıcısıdır” Madde Puanının Araştırma Grubunun Ailelerinde 65 Yaş ve Üzeri Birey Bulunma Durumuna Göre Dağılımı	101
Tablo 4.59. Araştırma Grubunun “Evde Bakım Hizmetleri Hastanede Verilen Sağlık Hizmetinin Tamamlayıcısıdır” Maddesi Ortama Puanlarının Önceden Sağlık Ocağında Çalışma Durumuna Göre Karşılaştırılması	102
Tablo 4.60. Araştırma Grubunun “Evde Bakım Hizmetleri, Hastanede Verilen Sağlık Hizmetinin Tamamlayıcısıdır” Maddesi Ortalama Puanlarının Ev Ziyareti Gerçekleştirme Durumuna Göre Dağılımı	102
Tablo 4.61. Araştırma Grubunun “Evde Bakım Hizmetleri Hastanede Verilen Sağlık Hizmetinin Tamamlayıcısıdır” Maddesi Puanlarının Ailelerinde Uzun Süre Bakım Alması Gereken Birey Bulunma Durumuna Göre Karşılaştırılması	103
Tablo 4.62. Araştırma Grubunun “Evde Bakım Hizmetlerinin Finansmanını Devlet Sağlamalıdır” Madde Puanının Görevlere Dağılımı	104
Tablo 4.63. Araştırma Grubunun “Evde Bakım Hizmetlerinin Finansmanını Devlet Sağlamalıdır” Maddesi Ortalama Puanlarının Görevlerine Göre Karşılaştırılması	104
Tablo 4.64. Araştırma Grubunun “Evde Bakım Hizmetlerinin Finansmanını Devlet Sağlamalıdır” Madde Puanlarının Servislere Göre Dağılımı	105
Tablo 4.65. Araştırma Grubunun “Evde Bakım Hizmetlerinin Finansmanını Devlet Sağlamalıdır” Maddesi Ortalama Puanlarının Servislere Göre Karşılaştırılması	105
Tablo 4.66. Araştırma Grubunun Çalışma Sürelerine Göre ‘Evde Bakım Hizmetlerinin Finansmanını Devlet Sağlamalıdır’ Madde Puanlarının Dağılımı	106
Tablo 4.67. Araştırma Grubunun Çalışma Sürelerine Göre ‘Evde Bakım Hizmetlerinin Finansmanını Devlet Sağlamalıdır’ Maddesi Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması	106
Tablo 4.68. Araştırma Grubunun Evde Bakım Hizmetlerinin Finansmanını Devlet Sağlamalıdır” Madde Puanlarının Ailelerinde 65 Yaş ve Üzeri Birey Bulunma Durumuna Göre Dağılımı	107

	Sayfa No
Tablo 4.69. Araştırma Grubunun Evde Bakım Hizmetlerinin Finansmanını Devlet Sağlamalıdır Madde Puanlarının Daha Önceden Sağlık Ocağında Çalışma Durumuna Göre Dağılımı	108
Tablo 4.70. Araştırma Grubunda Daha Önce Sağlık Ocağında Çalışanların Ev Ziyareti Gerçekleştirme Durumuna Göre “Evde Bakım Hizmetlerinin Finansmanını Devlet Sağlamalıdır” Madde Puanlarının Dağılımı	108
Tablo 4.71. Araştırma Grubunun “Evde Bakım Hizmetlerinin Finansmanını Devlet Sağlamalıdır” Maddesi Puanlarının Ailelerinde Uzun Süre Bakım Alması Gereken Birey Bulunma Durumuna Göre Dağılımı	109



KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
BAĞ- KUR	Esnaf Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigorta Kurumu
CMS	Centers for Disease Control and Prevention (ABD’leri Hastalık Denetim ve Önleme Merkezi)
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (Sağlık Organizasyonlarını Kredilendirme Birleşik Komisyonu)
İ.Ü.	İstanbul Üniversitesi
NCHS	National Center for Health Statistics
OASIS	Outcome and Assessment Information Set
ÖSYM	Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Merkezi
SB	Sağlık Bakanlığı
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanlığı
SHSHK	Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun
TİSK	Türkiye İşveren Sendikaları Konfederasyonu
TUBİTAK	Türkiye Bilimsel ve Teknik Araştırma Kurumu
TUSİAD	Türkiye Sanayiciler ve İşadamları Derneği
UHK	Umumi Hıfzıssıhha Kanunu
UNICEF	United Nations International Children’s Emergency Fund (Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuklara Yardım Fonu)
WHO	World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

1.GİRİŞ

Ortaçağ kültürlerinde dünya görüşlerini oluşturan unsurların hemen hepsinde din egemen durumda iken modern çağla birlikte birçok bilim dalı dinin şemsiyesinden çıkmıştır (Ceylan,1999:101) Aydınlanma Dönemi ile başlayan Akıl Çağı, modernizm kavramını gündeme getirerek on sekizinci yüzyıldan günümüze dek gelen çağların modern çağlar olarak nitelenmesine yol açmıştır. Modernizm ya da modern çağları betimleyen temel olgu ve kavramlar, rasyonellik, aklın egemenliği, mantık, bilimsel/ evrensel doğrular, bilimsellik, algoritmik, sistematik düşünme, pozitivistdir (Kale,2002:30). Heidegger modernitenin temel görüngülerini (fenomenlerini) bilim, sibernetik, sanat-estetik, kültür ve tanrıların ortadan kalkması olarak belirtmektedir (Çeğin,2002:169). Bu anlamda Fransız Devrimi; birincisi sağlık hizmetlerinde hekimlerin din adamlarının yerini alabileceği; ikincisi ise toplumun politik değişimle özgün sağlığına kavuşabileceğini içeren iki büyük mitin doğmasına yol açmıştır (Illich,1995:108).

Sağlık hizmetleri, modernizmle birlikte yalnızca hasta olan kişilerin sorunu olmaktan çıkarak toplumsal bir konu haline gelmiştir (Illich,1995:108). Sağlık hizmetlerinin toplumsal bir olgu olarak algılanması ile birlikte sağlık hizmetleri ve sağlık politikaları, ekonomi, siyaset gibi tüm üst politikalarla bir bütün olarak değerlendirilmiştir. Aynı dönemlerde sağlık hizmetlerinden felsefe, ekonomi, politik bilimler içerikli yayınlarda söz edildiği görülmektedir. Yazıldığı çağda ve sonrasında önemli değişimlerin kaynağı Karl Marx'ın ekonomi temelli yapıtı "Kapital" bu anlamda verilebilecek önemli örneklerden biridir (Marx,1997).

Sağlık hizmetlerinin üst politikalarla içselleştirilmesi ile birlikte birincisi sağlıklı yaşamın ve tıbbi bakımın doğuştan kazanılan temel insanlık hakkı olduğu ve ikincisi ise sağlık hizmetlerinin bireysel bir olgu olduğu ve toplumsal bir görev olmadığına dair iki temel politika ortaya çıkmıştır. Bu iki temel politika sağlık hizmetlerinin oluşmasında önemli rol oynamıştır (Akdur,1998).

Sağlık politikalarının gelişimi dinamik bir süreçtir; toplumsal olgu ve değerlerden de etkilenir. Bilimsel ve toplumsal dinamikler, sağlık hizmetlerindeki değişimin iki önemli parametresidir (Akdur,1998:25). Dünyada hakim olan politik ve kültürel görüngülerin değişim ve farklılaşma üzerindeki etkisi her çağda farklı ölçülerde hissedilmiştir. Bu anlamda yirminci yüzyıl gelişimin ve değişimin yüzyılı olmuştur. Batı Avrupa ve Kuzey Amerika'dan esen küreselleşme fırtınası tüm sektörleri ve ülkeleri etkilemiştir. Tüm dünyada yaşanan küreselleşme ve bilgi toplumuna geçiş süreci, beraberinde yeni kavramları, yeni değerleri ve yeni anlayışları gündeme taşımıştır (Narin,2002:22). Değişim yalnızca ekonomi alanında değil, toplumsal, siyasal, kültürel tüm değerlerde, kurum ve kurallarda da bir benzeşmeyi beraberinde getirmiştir (Sarp ve ark.,2001:1116). Değişen dünya ile birlikte sağlık hizmetlerinin sunumunda da farklılaşma kaçınılmaz olmuştur. (Kotler ve ark,2000:25; Tuncay,2002:59; Ergin,2002:72). Sağlık hizmetlerinin sunumunda baskın seçenek olan hastanelerden uzaklaşmaya başlanarak, terminal dönem bakımevleri (hospisler), gündüz hastaneleri ve evde bakım kuruluşları gibi alternatif sağlık hizmetleri ön plana çıkmıştır (Smith ve ark.,1992:2). Sağlık hizmetlerinde alternatif arayışının katalizörü de memnuniyet, ekonomik olma ve hizmet kalitesidir.

Hastalar, hasta yakınları ve sağlık çalışanlarının nasıl bir sağlık hizmeti istedikleri; sağlık hizmetlerinin maliyetlerin nasıl düşeceği; sağlık hizmetlerinin toplumsal yaygınlığı ve kabulünün nasıl sağlanacağı; post-moderniteden gücünü alan yeganelik, (einzigkeit) biricikliğin nasıl korunacağı, en önemlisi ve en zoru verilen yanıtların hem ulusal hem de küresel görüngülerle örtüşmesi gerektiğidir. Evde bakım hizmetleri bu sorulara verilen yanıtlardan biri olarak ortaya çıkan bir sağlık hizmeti sunum biçimi olarak ifade edilebilir. Evde bakım hizmetleri hastaların evlerinde, yaşadıkları ortamda tedavilerini ve bakımını temel alarak hastanın yeganeliğinin korunmasını sağlar. Evde bakım hizmetleri ile sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin düştüğü ve hastaların yaşam kalitelerinin yükseldiğine ilişkin bir çok çalışma mevcuttur (Bozzeti ve ark.2002; Peruselli ve ark.,1997; Cheh,2001, Puntis,1998; Grande ve ark, 1998). Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) evde bakım hizmetleri ile ilgili yayınında 35 temel bibliyografya, 1300'e yakın dergi ve kitap,

toplam 12 dilde incelenmiş ve yirmi bin civarında kaynağa ulaşıldığı izlenmektedir (WHO,1999a).

Devlet erkinin kararlarını etkilemek isteyen güçler ilk olarak on sekizinci yüzyılda İngiltere’de ortaya çıkmış (Habermas,2002:135), ve genellikle baskı grubu şeklinde örgütlenmişlerdir. Politika oluşturma süreci ve oluşturulan politikaların uygulanabilirliği açısından baskı grupları önemli bir güçtür. Sağlık hizmetlerinde hekimler ve hemşireler sivil toplum örgütü kararlığında ve yapılanmasında hareket edebildikleri gibi, bireysel olarak da mesleksi odaklı bir kazanç elde etmek amaçlı değişim isteyebilir ya da değişime karşı çıkabilirler. Ayrıca hekim ve hemşireler mesleksi edimlerinden öte kendileri ve yakınlarının hastalanması durumunda birer hasta ya da hasta yakını olduklarında, hizmet aldıklarında düşünceleri değişerek sistemin yanında veya değişimden yana olabilirler. Sağlık politikası yapma sürecinde sivil toplum kararlığında İngiltere’de ki ‘İngiliz Tıp Birliği’ bu anlamda verilebilecek örneklerdendir (Saybaşı,1999:36). Dror uygulanacak politikaların, karar vericiler ve söz konusu kararların adına alındığı çoğunluk için yeterli olması gerektiğini belirtmektedir (Saybaşı,1999:57). Bu çalışmada hekim ve hemşireler, hem sağlık çalışanı hem de bir hizmet alan veya herhangi bir anda alabilecek bireyler olarak düşünülmüş ve çalışma bu anlamda yapılandırılmıştır.

Birçok Avrupa Birliği ülkesi, Amerika Birleşik Devletleri (ABD), Avustralya, Kanada, Japonya ve Çin (WHO,2002a) sağlık sistemlerinde önemli yer tutan evde bakım hizmetleri, Türkiye sağlık sisteminde de zamanla etkin biçimde yer alacağı düşünülmektedir.

Bu araştırma sağlık politikalarının uygulanabilirliği ve kabulü açısından sağlık işgörenlerinin görüşlerinin alınması gerekliliği öngörüsü ile düzenlenmiştir. Araştırmanın amacı evde bakım hizmetleri konusunda doktor ve hemşirelerin görüşlerini belirlemektir. Bu araştırmanın önemi; evde bakım hizmetleri konusunda sağlık işgörenlerinin görüşlerini belirlemeye yönelik düzenlenmiş Türkiye’de ilk çalışma olmasından kaynaklanmaktadır.

2. KONU İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER

2.1. Evde Bakım Hizmetleri Kavramı

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

Evde bakım, ev hastanesi, ev hospilitizasyonu, tıbbi evde bakım veya duvarsız hastane olarak bilinir ve hastaya evinde sağlanan tıbbi hizmet anlamına gelmektedir (Bentur,2001:72).“Evde bakım” kavramı çeşitli ülkelerde farklı sözcüklerle ifade edilmektedir. İsrail’de ev hastanesi (hospital at home), ABD’nde evde bakım (home care), evde sağlık bakım (home health care), ev hemşireliği (home nursing), Batı Avrupa’da ise evde sağlık bakımı (home health care), ev ziyareti (home visiting), Fransa’da evde bakım (home care- fin de vie) sık kullanılan ifadelerdir (Hugles ve ark;1992; WHO,1999b; Joint Commission, 1991; Bercovitz ve ark, 2001).

Evde bakım hizmetleri, bireylere ve ailelere onların yaşadıkları ortamda sağlık hizmetleri almayı teşvik etmek, sağlığı düzenlemek için ya da hastanın bağımsızlığın en yüksek seviyesini sağlamak için oluşturulmuş hizmetlerdir (Taylor ve ark.,1993:38). Evde bakım hizmetleri; sağlık düzeyini iyileştirmek ve yükseltmek için hastalara ev ortamında sağlık hizmeti ve hizmet donanımının (araç, gereç)

sağlanmasıdır (Kavuncubaşı,2000:41). Scuhulmerich ve arkadaşlarına göre (1996:5), evde sağlık bakımı, toplumsal bakım, ev ziyaretleri ve hemşire ziyaretleri kavramlarının hepsi evdeki profesyonel bakımı içermektedir. Medicare, evde bakım hizmetlerini yara ya da hastalığın tedavisi için evde alınabilececek eğitimli hemşire bakımı ve diğer sağlık bakımları olarak tanımlamaktadır (CMS,2002:1).

Evde bakım, profesyonel bir kişinin, hastaya ve ailesine, hastanın evinde yardım sağlama girişimidir. Evde sunulan yardım sosyal, duygusal, bilişsel ve tıbbi gereksinimler üzerine odaklanmaktadır. Evde bakım, evde bulunan tüm bireylere, çocuklardan kronik hastalığı olan yaşlılara kadar herkese hizmet sunmak için kullanılmaktadır. Evde bakım hizmetleri uygulamaları sırasında özellikle de kronik hastalıkların bakımında, hastanın ve hasta yakınının bakım sırasında katılımcı olması beklenmektedir. Evde bakım hizmetlerinde ailenin katılımcı olması, amaca ulaşmada kolaylaştırıcı rol üstlenirken, hasta, hasta ailesi ve sağlık personeli arasındaki eşgüdümü de artırmaktadır. Evde bakım hizmetlerinin özellikle tıbbi boyutunu vurgulayan bir diğer tanım da Tanlı tarafından yapılmıştır. Evde bakım hizmetleri, sağlık hizmetlerinin bir parçası olarak tıbbi kontrol altında hastalara ve ailelerine buldukları ve yaşadıkları ortamda gerekli sağlık hizmetlerinin götürülmesi olarak ifade edilmiştir. Evde bakım hizmetlerinde amaç, günlük yaşam aktivitelerini en az etkileyerek en uygun tedaviye ulaşarak hastalığın ve yetersizliğin etkilerini en aza indirmek ve aynı zamanda yaşam ve yaşama koşullarını yükseltmek olduğu belirtilmektedir (Tanlı,1996:1).

Erdoğan'a göre (2001:1), evde bakım hizmetleri, gelişmiş sağlık bakımının alt grubudur. Akut, kronik veya kalıcı yetersizliği olan kişi ve ailesine kendi ortamlarında; bağımsızlıklarını en üst düzeyde tutan, hastalık ve yetersizlikleri en aza indiren, sağlığı koruyan, sürdüren ve rehabilite eden, hasta ve ailesinin gereksinimlerine göre planlanan bir hizmet biçimidir. Erdoğan, evde bakım hizmetleri tanımında önemli bir araç olan, "hasta ve ailenin gereksinimlerine" göre sağlık hizmetlerinin planlanmasına vurgu yapmaktadır. Bu yaklaşım sağlık hizmetlerinde yeni bir yaklaşım olan transmural bakım kavramını çağrıştırmaktadır. Hollanda'da evde bakım hizmetleri uygulamalarında tras mural bakım kavramı ön

plana çıkmaktadır (Smeenk ve ark,1998a, Smeenk ve ark. 1998b). Transmural bakım, hastanın gereksinimlerine odaklanmış, sorumlulukların paylaşılmasına dayalı olarak genel ve özel bakıcıların da eşgüdümünde ve uyumunda sağlanan bakımdır (Linden ve ark.,2001:111).

Avrupa ve ABD' de çeşitli evde bakım hizmeti örgütlenmelerinden baskın olan "hastane temeli evde bakım hizmetleridir". Hastane temeline dayanan evde bakım; kronik bakım gerektiren yatan ve ayakta tedavisi yapılan hastalar için alternatif olarak doğmuş ve yayılan bir bakım türüdür (Rossman ve Schulmerich, 1996:5; Smith ve ark.,1992:1).

Wasik ve arkadaşları (1990:48) evde bakım hizmetlerinin mantığını tanımlamak için güçlendirmek, kolaylaştırmak, yükseltmek terimlerinin öneminden söz etmişlerdir. Güçlendirmek; kişinin ya da ailenin kendi hedeflerini tanımlamasının ve kendi kararlarını almasının sağlanmasıdır. Güçlendirme, aile merkezli hizmetin kalbini ve ruhunu temsil eden bir terim olarak kabul görmektedir. Güçlendirme teriminde üç temel yeti önem kazanmaktadır. Bunlar gereksinim duyulan kaynaklara ulaşabilme ve onları kontrol edebilme, karar verme ve problem çözme, kaynakları temin etmek amacıyla diğer kişilerle etkili ilişki kurabilmek için gerek duyulan davranışların kazanılmasıdır. Güçlendirme aynı zamanda etiğin temel ilkelerinden 'özerklik' (autonomy) ile yakından ilişkilidir. Tıbbın temel amacı insanı insan yapan temel unsurlardan biri olan özerkliği hastalık, yaşlılık gibi durumlarda, yani özerkliğin zedelenebildiği durumlarda onarmak ve desteklemektir. Evde bakım hizmetleri bireyin hükümlanlık alanını koruyarak ve onun kendi alışkanlıklarının olabildiğince çok kısmını elinde tutmasına olanak vererek özerkliğin en üst düzeyde saygı görmesini sağlar. Kolaylaştırmak; ailenin kendi kendisine faaliyette bulunmasını kolaylaştıracak kaynakları bulmasında ona yardımcı olmak anlamına gelmektedir. Kavramlardan üçüncüsü olan yükseltmek; halihazırda mevcut bulunan güçlerin üzerinde yapılanmanın sağlanmasını ifade eder.

2.2. Evde Bakım Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi ve Evde Bakım Hizmetleri Uygulamaları

Evde bakım hizmetlerinin tarihsel gelişimi incelenirken günümüz evde bakım hizmetlerinin temel dayanağını oluşturabilecek olgular ele alınmıştır.

2.2.1. Eski Çağlarda Evde Sağlık Hizmeti Uygulamaları

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

Evde sağlık hizmetleri sunmanın tarihsel gelişimini incelenirken bireye sunulan, en ilkel sağlık hizmeti olarak değerlendirilebilen doğumun, evde mi yapılması yoksa ev dışında mı yapılması gerektiği tartışmalarının yaşandığı Hititler, Romalılar dönemini göz ardı etmemek gerekmektedir. Eski toplumların bir çoğunda, doğum esnasında vücuttan kan çıktığından, doğumun kadını ve doğumda bulunanları kirli hale getirdiğine inanılmıştır. Bu sebeple doğuran kadının tecrit edilerek özel doğum mekanlarına götürülmesi gerektiği düşünülmüştür. Hastaların bu özel doğum mekanlarına götürülmesi mistik nedenlerle de olsa kişilerin kendi yaşadıkları mekanlardan uzaklaşarak farklı ama bu amaçla düzenlenmiş mekanlarda hizmet almalarını sağlamıştır. Doğum olgusuna farklı bir değer yükleyerek doğumun yalnızca kişi için değil, bütün toplum için önemli bir olay görüldüğü ve kutsal

sayıldığı bazı toplumlarda da, günlük bir yer yerine, bu tür özel durumlar için kullanılan ayrı bir yerde gerçekleştirilmiştir. (Erginöz,2002:156 aktarıyor Pieri,1982:7; Gilgil,2002:281 aktarıyor Pausanias,1967). Soronas, “Gynaecology” başlıklı eserinde, Roma’da doğumun genelde gebenin evinde gerçekleştirildiğinden ve doğum başladığında ebenin gerekli alet ve malzemeyi yanına alarak gebenin evine gittiğinden söz etmektedir. (Erginöz,2002: 156).

2.2.2. Avrupa’da Evde Bakım Hizmetlerinin Tarihçesi ve Evde Bakım Hizmetleri Uygulamaları

Avrupalılar, 1300’lü yıllarda nedeni bilinmeyen bir hastalıkla (veba) nasıl ve ne şekilde mücadele edeceğini bilmeden mücadele ederken bir taraftan da hastalığa çözüm arayışı içerisindeydiler. Bu arayışların sonucu olarak hastalığın doğudan geldiğine inanılmasından sonra ve Venedik Duka’sının 1348 yılında uyguladığı karantina, bilinen ilk karantınadır. Dukalık Konseyi, doğuya yaptıkları seyahatten dönen gezginleri tecrit etmek amacıyla kırk gün süreyle (İsa’nın çölde inzivada kaldığı süre kadar) karantina ilan etmiştir (Sobel,2000:175). Uygulanan karantina dinsel nitelikte de olsa, on yedinci yüzyılda veba salgınlarında uygulanan evde tecrit ve sağlık hizmeti sunma uygulamalarının kaynağını oluşturacaktır.

Avrupalılar on yedinci yüzyılda evlerdeki ve sokaklardaki ölü farelerin sayısına bakıp veba salgınının yaklaştığını fark edebilecek kadar tecrübe sahibi olmuşlardır. Veba ile mücadele Avrupa’da sağlık hizmetlerinin önemini ve hatta kralların halk nezdinde ki güvenilirliğini artıran önemli bir hastalıktır. Bu anlamda Toscana Grandükü 2. Ferdinand halkıyla barışık olmak, prestijini artırmak ve halkına moral vermek için mahalleri gezmiş ve ev ziyaretlerinde bulunmuştur (Sobel,2000:172). Evler, bu dönemde hastaların barındığı mekanlar olmuştur ve bu mekanlardan hastaların çıkmaları yasaklanmıştır. Hastaların temel gereksinimleri ev ziyaretçileri tarafından karşılanmaya başlamıştır (Sobel,2000). Bu dönemde uygulanan evde sağlık hizmeti hastaları tecrit ederek hasta olamayanları korumak ve olabildiğince de vebalılarının temel gereksinimlerini evlerinde sağlamaya yönelik

olmuştur. Bu dönemde uygulanan evde bakım hizmetinin medikal boyuttan öte sosyal hizmet boyutlu olduğunu söyleyebilir.

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

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

Avrupa'da evde bakım hizmetleri ile ilgili felsefi boyutta değişiklikler olurken, eğitilmiş ev ziyaretçileri ile evde bakım hizmeti verilmesi için kurumsallaşma çalışmaları başlamıştır. Kilisenin önderliğinde, gönüllü kuruluşlar tarafından evde hasta bakımı, hizmet sunma yöntemi olarak benimsenmesine rağmen, dini gruplar dışında evde hasta bakımı hizmeti, 1859 yılına kadar yapılmamıştır. Gerçek anlamda ziyaretçi hemşirelik hizmeti William Rathbone adlı bir İngiliz antropolog tarafından oluşturulmuştur. Rathbone, eşine, evde bir hemşire tarafından verilen bakımdan etkilenerak fakir hastalar için gönüllü bir ziyaretçi

hemşire servisi oluşturmuştur. Mary Robinson, Liverpool'da evde hasta bakımı veren ilk ziyaretçi hemşiredir. Robinson ev ziyaretleri sırasında sadece hasta bakımı yapmamış aynı zamanda, aile bireylerine evde hasta bakımı ve genel hijyen kuralları da öğretmiş, böylece İngiltere'de bölge hemşirelik sisteminin temeli atılmıştır (Galagher,1985:330; Öztekin ve Kubilay,1995:3).

Hastalarının evlerindeki bakımındaki çabalarından dolayı Florance Nightingale, evde bakım hizmetlerinin en önemli öncülerinden kabul edilebilir. Nightingale, hasta kişilerin bakımı için görevlendirilecek kadınların özel olarak eğitilmesini önermiş ve eğitilmiş kadınların hastanelerde, bölgelerde, ev ziyaretleri gerçekleştirecek özel hemşire olarak görevlendirilmeleriyle ilgili bir plan sunmuştur. Nightingale'nin önerileri üzerine, 1862 yılında Liverpool'da evlerde hasta bakımını gerçekleştirecek ziyaretçi hemşire yetiştiren ve 1,5 yıllık eğitim veren ilk okul açılmıştır (Galagher,1985:331; Öztekin ve Kubilay, 1995:3). Nightingale'nin hastalara, özellikle fakir hastalara ilgisi yaşamı boyunca sürmüştür. Nightingale'nin yazılarının ana konularından bir tanesi de hemşirelerin yeterli eğitim almasıyla birlikte, kırsal bölgelerde yaşayan annelere hijyen bilgilerinin verilebilmesi için, kırsal sağlık misyonerleri ve hemşire olmayan sağlık ziyaretçilerinin yetiştirilmesiyle ilgilidir. Ziyaretçi hemşirenin rolü yirminci yüzyılın başlarında genişlemeye başlamış ve ev ziyaretlerine, ziyaretçi öğretmen ve sosyal görevli de katılmaya başlamıştır. Ziyaretçi hemşireler çalışmalarına koruyucu bakım hizmetini de eklemiştir. Çoğu kentsel hemşire kuruluşu, 1910'lu yıllarda öğrenciler, bebekler, anneler ve tüberkülozlu hastalar için koruyucu programlar başlatmıştır. Ziyaretçi hemşirelerin ve halk sağlığı hemşirelerinin tedavi edici ve koruyucu hizmetlerdeki görevleriyle ilgili tartışmalar günümüze kadar sürmüş olmakla birlikte, her iki grup hemşire de tüm yüzyıl boyunca ev bakımında görev almışlardır (Buhler,1985:1157). Savaşlar, ekonomik krizler, endüstrileşme ve diğer sosyal faktörler halk sağlığı hemşireliğinin ve evde bakım hizmetlerinin gelişmesini hızlandıran önemli fikirlerdir (Rossman ve Schulmerich,1996:5).

Pekcan'a göre (2000:1), evde bakım hizmetlerinin, sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetler olmak üzere iki temel boyutu bulunmaktadır. Avrupa'daki evde bakım

hizmetleri programlarının bireylerinin psikososyal sorunları ve sosyal hizmetler boyutuna ABD'ne göre daha fazla önem verdiği düşünülmektedir. 1880 yılında İngiltere'de akıl hastanelerinden taburcu edilen hastaların hastalığının tekrarlamasına engel olmak için hastaların evlerine giden ziyaretçilerin hastanın ailesine ve arkadaşlarına hastanın bakım ile ilgili önemli özellikleri anlatma fikrinin doğması tıbbi sosyal hizmetlerin gelişmesinde önemli bir ögedir ((Durmuşoğlu;1998:421).

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

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

verilmesini sağlayacak programları desteklemektedirler (Boyoğlu,1998:68; Loor ve ark.,2002; Meiland ve ark;2002; Aksakoğlu, 1994:97, 99; Stevenson,1994).

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

Evde bakım hizmetlerini sağlık sistemlerine bütünleştirmiş ülkelerden biri olan Hollanda'da evde bakım hizmetleri medikal hemşirelik hizmetleri ve hastanın kişisel bakım ve sosyal desteğinin baskın olduğu hizmetler olmak üzere iki sınıfa ayrılır. (Brodsky ve ark.,2000:58). Hollanda'da yaşlılarda geropsikiyatik ve psikosomatik rahatsızlar için 300'den fazla evde bakım kuruluşu bulunmaktadır (Meiland ve ark 2002:1173).

Hastaların uzun süreli bakım politikalarının geliştirilmesinde yaşanan problemlerden biri kanunların zorunlu bakım için dayanak olarak kullanılmaması boyutudur. Şimdiye kadar sadece birkaç ülke Avusturya, Almanya, İsrail, Japonya ve Hollanda kişilere uzun süreli bakım hakkı tanıyan yasaları yürürlüğe koymuştur. Bu ülkeler, kişisel hakkın bütçe sınırlamaları ile kısıtlanmadığı yasal sigorta programları ile, uzun süreli bakım hizmetlerinin temini için özel, ayrı programlar formüle etmişlerdir. Programların çoğu bütün yaş gruplarını kapsamakta ve toplum içerisinde ve kurumsal bakımı da içerecek şekilde kapsamlı hizmetler sağlamaktadır. Bununla birlikte bu ülkelerin uzun süreli bakım konusunda yasalarını hazırlarken hedef nüfusun seçimi, uygunluğun değerlendirilmesi işlemleri ve değerlendirmeden sorumlu personel verilecek hizmetin tipi, hizmetlerin nasıl ve kimin tarafından sağlanacağı ve finansman mekanizmaları gibi konularda farklı yaklaşımlar benimsedikleri de dikkat çeken önemli bir unsurdur (WHO,2000a:23)

2.2.3. Amerika Birleşik Devletleri'nde Evde Bakım Hizmetlerinin Tarihçesi ve Evde Bakım Hizmeti Uygulamaları

Amerika da on sekizinci yüzyılda verilen evde bakım uygulaması ve ev ziyaretleri, fakir çocuklara ve onların ailelerine sağlanan kamusal bakım metodu olarak benimsenmiş ve evde bakım anlayışıyla birlikte kurumsal bakımdan uzaklaşmaya başlanmıştır. ABD'nde evde bakım hizmetleri anlamında ilk örgütlenme 1796 yılında Boston Dispanseri tarafından gerçekleştirilmiştir (Benjamin,1997:49). Ancak on dokuzuncu yüzyıla birlikte bu felsefede büyük bir değişim meydana gelmiş ve yoksul çocukların kurumlarda bakımı, evde bakıma göre daha üstün kabul edilmiştir. Aileler çocuklarının bakımlarını sağlayamadığında, çocuklarını ihmal ettiğinde veya çocuklar öksüz-yetim kaldıklarında, evlerinden alınarak bakımevlerine yerleştirilmişlerdir. Başta New York olmak üzere pek çok şehirde çocuklar ve yaşlılar için bakımevleri kurulmuştur. Eş zamanlarda, İngiltere'de de dullara ve onların çocuklarına evlerinde destek sağlanmamış bunun yerine, çocuklar ailelerinden alınarak binlerce çocuğun barındığı bakım evlerine yerleştirilmiştir. Bu girişimlere “aileleri bir arada tutma yerine onları ayırmanın olumsuz etkilerini tanımlayan” güçlü eleştiriler yapılmıştır. Bazı eyaletlerde ise, on dokuzuncu yüzyıl öncesi gibi evde hizmet sunumu devam etmiş ve daha sonra New York' da evde hizmet sunumu üzerine yoğunlaşmıştır (Wasik ve ark. 1990:18).

Amerika'da 1890 ile 1918 yılları arasındaki tüm dünyadaki sosyal ve kültürel değişimlerden etkilenmiştir. Bu dönemde Amerika'da evde bakım hizmetleri ile ilgili pek çok ilerleme kaydedilmiştir (Wasik ve ark.,1990:19). Hemşireler 1886 yılında, ABD'nin özellikle Philadelphia ve Boston eyaletlerinde bölgesel olarak örgütlenerek evde bakım hizmeti gerçekleştirmişlerdir (Gallagher,1985:330; Rossman ve Schulmerich, 1996:4).

Ev ziyareti hareketi, tüm dünyayı sarsan ve köklü değişimlerin hazırlayıcısı olan 1930'lardaki büyük ekonomik çöküşten etkilenmiştir. ABD'de, bir çok eyalet, evde bakım hizmetleri için yeterli kaynak yaratamamaya ve sorunlarını kendi

kaynakları ile çözememeye başlamıştır. Eyaletlerin sağlık hizmetlerinde yaşadıkları sorunun çözümü için “federal destek sağlanmıştır, ABD’de Sivil Hizmetler Müdürlüğü’nün yetkisi altında büyük bir çalışma ve özveri gösterilerek 10.000’den fazla hemşireye lokal sağlık kuruluşlarında görev verilmiştir. Bu yeni yetiştirilen hemşirelerin görevlerinin önemli bir parçası da, evde sağlık hizmeti sunmak olmuştur. II. Dünya Savaşı sırasında da, hastanelerdeki hemşire ve diğer sağlık personelinin sayılarının büyük ölçüde azalması ile birlikte normal olarak hastanede tedavi görmesi gereken kişiler, evde tedavi edildiğinden ev hemşireliği belirgin olarak artmıştır. 1942 yılı sonuna kadar 500.000 kadın Amerikan Kızıl Haç’ının verdiği ev hemşireliği kursunu tamamlayarak evde bakım sağlamaya başlamıştır (Robert, Heinrich, 1985:165).

ABD’de devlet hastane sistemine karşı yükselen tepkilere yanıt olarak 1963 yılında ‘Akıl Sağlığı Merkezleri Kanunu’ çıkartılmıştır. Bu kanunun hedefi evlerinde tedavi edilebilecek psikiyatrik rahatsızlığı olan hastaların hastane yerine evde tedavilerinin sağlanmasıdır. Evde tedavi, hastalara ‘hürmete layık’ bir hizmet sağlamıştır (Murphy,1995:145). Evde bakım hizmetleri 1965 yılında Medicare tarafından kabul edilmiştir (Benjamin,1997:49).

ABD’de 1970’lerde gebe ve çocuk sağlığına ilginin artması da, evde bakım kuruluşlarının gelişmesine olumlu katkı yapmıştır. 1965 yılında Medicare lisanslı evde bakım şirketlerinin sayısı 1753 iken bu rakam 1993 Şubat ayında 6497 olmuştur (Schulmerich,1996:12). Evde bakım kuruluşları büyük sıçramayı 1990- 96 yılları arasında %31,4'lük bir artışla gerçekleştirmiştir (Dudzinski ve ark,1998:1259). Amerikan Ulusal Evde Bakım Derneği kayıtlarına göre, 1995’te yaklaşık 15000 evde bakım şirketi ve bu evde bakım şirketlerinde 700.000 sağlık çalışanı bulunmaktadır (West,1995: 20).

ABD’lerinde 1994 yılında evde bakım kuruluşlarından 1.889.400 hasta yararlanmış evde bakım hizmetlerinden yararlananların %72,4’si 65 yaş ve üzeri bireylerden oluşmaktadır. Evde bakım kuruluşlarından hizmet alanların cinsiyetlere

göre dağılımı incelendiğinde ise kadınların erkeklerden daha fazla evde bakım kuruluşlarından yararlandıkları görülmektedir. (Tablo .2.1.).

Tablo 2.1. Amerika Birleşik Devletleri'nde Evde Bakım Kuruluşlarından Hizmet Alanların Yaş, Cinsiyet, Irk ve Evlilik Durumlarına Göre Dağılımı (1994)

Hasta Karakterleri	Hasta Sayısı (n)	Yüzde (%)
Yaş		
45 Yaş Altı	236.000	12,5
45-54	86.300	4,6
55- 64	187.300	9,9
65 Yaş ve Üzeri	1.367.900	72,4
65-69	176.000	9,3
70-74	237.800	12,66
75-79	283.700	15,0
80-84	299.900	15,9
85 ve Üzeri	370.600	19,6
Bilinmiyor	11.900	0,6
Cinsiyet		
Erkek	613.400	32,5
Kadın	1276.000	67,5
İrk		
Beyaz	1.196.000	63,3
Siyah	299.600	15,9
Diğer/ Bilinmiyor	393.800	20,8
Evlilik durumu		
Evli	579.000	30,6
Eşi Ölmüş	684.400	32,2
Boşanmış	89.100	4,7
Bekar	315.100	16,7
Bilinmiyor	221.700	11,7
Toplam	1.889.400	100

Kaynak: NCHS (1996:5), Advance Data, Number 274

ABD'nde evde bakım kuruluşların büyük çoğunluğu kar ortaklıkları şeklinde örgütlenmişlerdir ya da hastanelerle ortak çalışmaktadırlar. Evde bakım kuruluşlarının hastanelerle ortak olması hastaların hastaneden zamanında taburcu olmalarını sağlamıştır. Hastanelerin bu şekilde yapılanması talebi artırdığından evde bakım sağlayacak kuruluşların artışını da hızlandırmıştır. (Kurtz ve ark.,1991:175).

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

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

ABD’de evde bakım kurallarının ve kaidelerinin hükümet olarak güçlendirilmesi ve desteklenmesi için evde sağlık acentesi lisanslarının verilmesi, katılımın desteklenmesi, toplumun izlenmesi, cezalar verebilme işlevlerinin olması gerekmektedir (Gunther,1996:70).

ABD’de Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) (1991) evde bakım kuruluşlarını 4 temel sınıfa ayırarak bunları on bir farklı kriter açısından değerlendirmiştir (Tablo 2.2.) Farmakolojik hizmetler yalnızca evde infuzyon desteği sağlayan evde bakım kuruluşlarında istenen bir özellik, malzeme yönetimi kriteri ise, evde medikal malzeme yönetimi sağlayabilen kuruluşlarda ve evde infuzyon desteği sağlayan kuruluşlardan beklenen bir kriterdir.

Tablo 2.2. Amerika Birleşik Devletleri'nde Evde Bakım Kuruluşları ve Kriterleri

Kriterler	Evde Bakım Hizmeti Sağlayıcılar			
	Kişisel Bakım ve Hasta Bakıcılığı Hizmetleri	Evde Tıbbi Malzeme Desteği Hizmetleri.	Evde İnfuzyon Desteği Hizmetleri	Hemşirelik Hizmetleri
Hasta Hak ve Soruml.	X	X	X	X
Hasta Bakımı	X	X	X	X
Güvenlik Yönetimi ve Enfeksiyon Kontrolü	X	X	X	X
Evde Bakım Kayıtları	X	X	X	X
Kalite Güvenliği	X	X	X	X
Yönetim Yapısı	X	X	X	X
Evde Sağlık Hizmet.	X	X	X	X
Farmakolojik Hizmet.			X	
Kişisel Bakım ve Destek Hizmetleri	X			X
Malzeme Yönetimi		X	X	

Kaynak: Joint Commission, (1991), Accreditation Manuel for Home Care,ss:IX

2.2.4. Türkler de Evde Sunulan Sağlık Hizmetleri Tarihçesi

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

Anadolu Selçukluları döneminde açık hava yardımı şeklinde sağlanan sağlık hizmetlerine de rastlanılmaktadır. Hekimler, mahalle halkına, pazarlarda, çarşılarında ve evlerde sağlık hizmeti sunmuşlardır (Yasa,2002:128). İlk Türkçe deneysel tıp eseri olan Mücerreb- Name'de eserin yazarı hekim Şerafeddin Sabuncuoğlu felçli

hastalara evlerinde yaptığı ziyaretlerden söz etmektedir (Şerefeddin Sabuncuoğlu,1999:21).

Osmanlı İmparatorluğu döneminde, genel idari örgütlenmenin askeri baza oturmasına koşut olarak sağlık hizmetleri daha çok orduya yönelik sağlık hizmetlerinin devlet eliyle yürütülmesi dışında; padişah, sultan ve hayırsever kişilerin kurdukları hastane, şifa evleri ve benzeri kuruluşlarca verilmiştir (Akdur,1998:34). Osmanlılardaki ordu temelli bu sağlık anlayışı, hayırseverlerin büyük kentlere hastaneler kurması, özellikle büyük şehirlerin dışında yaşayan halkın kurumsal bir sağlık hizmeti alma seçeneğini azaltmıştır. Günümüzde folklorik bir davranış şeklinde etkisini gösteren evde doğum hizmetleri mahalle ebelerinin gebenin evinde yaptıkları temel sağlık hizmetlerinin başında gelmekte ve bu kaynağını Osmanlı ve öncesinden aldığı düşünülmektedir.

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

2.3.Evde Bakım Hizmetlerinin Yapısı

Yapı kavramı, genellikle toplum içinde kurumsallaşmış, oturmuş ilişkileri tanımlamak için kullanılmaktadır. Braduel yapı konusunda; 'Toplumsal yaşamın gözlemcileri için yapı sözcüğü, toplumsal gerçekliklerle kitleler arasında oldukça dengeli ilişkiler ve örgütlenme tutarlılık anlamını taşır' demektedir (Şeker, 1986:102).

Bundan sonraki bölümde evde bakım hizmetlerinin yapısı çerçevesinde, evde bakım hizmetlerinin kapsamı, evde bakım hizmetlerinin avantajları/ dezavantajları, evde bakım hizmetlerinde sağlık insan gücü ve evde bakım hizmetlerinin finansman yapısı hakkında bilgi verilmiştir.

2.3.1. Evde Bakım Hizmetinin Kapsamı

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

WHO'nun "Ev Temeline Dayanan Uzun Dönem Bakım 2000" raporunun bütününde uzun süreli sağlık problemi olan ve günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili yardıma ihtiyacı olan bütün yaşlardaki kişilerin yeterli kalitede bir yaşam sürdürmesini sağlayacak bakımın sağlanmasına yönelik bir vurgulama yapılmıştır. Bu anlamda, evde bakım hizmetlerinden yararlanacak hedef kitle; tüberküloz gibi bulaşıcı veya kalp damar hastalıkları, kanser gibi bulaşıcı olmayan kronik hastalığı olanlar, etiolojisine bakılmaksızın, gelişimsel veya poliomyelite (çocuk felci) bağlı özürlüleri de kapsayacak şekilde, özürlü olan kişiler, HIV/ AIDS'liler, kaza sonucu sakat kalanlar, duyuşsal kısıtlılığı olanlar, mental hastalığı olanlar, madde bağımlıları, belki de daha önemli olarak aile, arkadaş ve komşu gibi, yukarıdaki gruplardan birine mensup kişilerin bakımını yapan, profesyonel olmayan bakıcılardır (WHO,2000a:7).

Uzun yıllardır evde bakım hizmetlerini sağlık sistemlerine entegre etmiş ülkelerde, hizmeti sunan ve hizmetten yararlanan arasında daha çok işbirliğine dayalı ve danışmanlık şeklinde gelişen bir ilişkinin önemi konusunda görüş birliği olduğu görülmektedir. Batı'da evde bakım hizmetlerinin artışına bağlı olarak politika yapıcılar, hizmeti sunan kişiler ve finansal yöneticiler artışın sebebini araştırmakta, evde bakımın maliyet ve bakım kalitesi açısından hastane bakımına bir alternatif olup olmadığını sorgulamaktadırlar (Bentur,2001:71). Ülkelerde evde bakım hizmetleri oluşturulurken durum tespiti yapmaya yönelik bazı soruların cevaplandırılması gerekmektedir. Aşağıdaki listede verilen sorular, evde bakım hizmetlerinin organizasyonun kabul edilebilirliğini, verilecek hizmetin etkinliğinin ve başarısının artırılması için yanıtlanması gereken en önemli sorular olarak görülmektedir. Listedeki sorular öncelik sırasına göre sıralanmamıştır ekleme ve çıkarmaların yapılabileceği belirtilmektedir. Ülkeler sorular ve içerikleri konusunda gerekli gördükleri değişiklikleri yapabilirler. Bu sorular, evde bakım hizmetleri konusunda, uygun politika ve programların geliştirilmesine yönelik rehber niteliği taşımaktadır (WHO, 2000a: 22).

- Var olan olanaklar, evde bakım hizmetlerinin yürütülmesinin hızlandırılmasında nasıl kullanılabilir?
- Elde edilebilir kaynaklar, birikmiş deneyim nasıl tanımlanabilir ve daha ileri gelişmenin bir başlangıç noktası olarak nasıl kullanılabilir?
- Yapılacak faaliyet araştırması, evde bakım politikaları için bir temel oluşturmak için nasıl kullanılabilir ?
- Evde bakım hizmetleri konusunda hem hizmet alanların hem de bakıcıların görüşlerinin açığa çıkarılmasını sağlamak için hangi mekanizmalar geliştirilebilir ?
- Kamuoyu, evde bakım hizmetleri konusunda nasıl harekete geçirilebilir ?
- Hükümetin, sağlıkta kalite güvencesi ve sağlık hizmetlerinin yürütülmesindeki rolü nedir ?
- Evde bakım hizmetlerinde eşitlik ve kalite nasıl geliştirilebilir ?
- Evde bakım hizmetlerine ulaşılabilirlik ve devamlılığının garanti altına alınması için ne yapılabilir ?

- Evde bakım ve kuramsal bakım (hastanede bakım) arasındaki uygun denge nasıl sağlanabilir ?
- Yerel, bölgesel ve ulusal düzeylerde evde bakım hizmetleri girişimlerini sağlık sistemlerine uyarlamak için ne yapılabilir ?
- Hangi stratejiler tabandan tepeye politika gelişimini teşvik edecektir ?
- Toplumsal organizasyon ve karşılıklı bakım veya destek nasıl kolaylaştırılabilir?

Evde bakım hizmetleri, yalnızca hasta ve hastalığa dönük bir faaliyet değildir. Bütün medikal ve sosyal hizmetleri içermesi, kapsadığı alanın büyüklüğünü göstermektedir. ABD’lerinde evde bakım kuruluşları tıbbi ve sosyal hizmetleri içeren 25 çeşit hizmet sunmaktadır (Tablo 2.3.). Sağlık teknolojisi geliştikçe ve beklentiler değiştikçe evde bakım hizmetlerinin kapsamı ve ulaşılabilirliği de genişlemektedir. Evde sağlık bakımı sunmak için geliştirilen evde bakım teknolojisi aletleri pazarlayan sektörün giderek büyümesi duruma örnek olarak verilebilir. Küreselleşen dünya tüm sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de yeni teknolojilerin ve bilgilerin ulaşılabilirliğini artırarak oldukça büyük bir pazar olmuştur. Sağlık teknolojisinin değişiminin büyüklüğünü ithal edilen elektronik aletlerin rakamlarıyla da görmek olanaklıdır. Türkiye, yalnızca tıbbi elektronik cihaz olarak, 2000 yılında 270.984.000 dolarlık ithalat gerçekleştirmiştir (Türk Elektrik Sanayicileri Derneği,2001:50, 51).

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

- Hekim tarafından evde tedavinin gerektiğine karar verilmeli ve hekim tarafından evde tedavi için plan yapılmalı,
- Hastalık aralıklı veya sürekli olarak profesyonel hemşirelik bakımı, fizik tedavi, konuşma terapisi gerektirmesi,

- Hastanın eve bağımlı olması, hastanın evden ayrılması için büyük bir enerji gerektirmesi, hastanın evinden çok kısa süre ayrılabilir kadar gücü olması,
- Evde bakım hizmeti sunacak şirketinin Medicare tarafından onaylanmış olması gerekmektedir.

Tablo 2.3. Amerika Birleşik Devletlerinde Evde Bakım Kuruluşları ve Hospice Kuruluşlarının Sağladıkları Hizmet Türleri ve Kuruluşların Tiplerine Göre Dağılım (1996)

Kuruluşların Sağladıkları Hizmet Türleri	Kuruluş Çeşitleri							
	Tüm Kuruluşlar		Evde Bakım Kuruluşu		Hospice*		Karma**	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Tüm Hizmetler	13500	100.	10600	100.0	1300	100.0	1600	100.0
Ölüm Bakımı	6600	48.4	4000	37.7	1100	82.3	1500	90.9
Sürekli Evde Bakım	7000	51.3	4900	45.9	800	64.3	1200	76.6
Konsültasyon Hizmet.	8600	63.2	6300	59.3	1000	74.8	1300	80.0
Diş Tedavi Hizmetleri	300	2.2.						
Diyet Hizmetleri	7900	58.5	5800	54.7	1000	73.1	1100	71.7
Tıbbi Aletli Destek	5200	38.3	3600	33.9	800	59.1	800	49.9
Enterostomal Terapi	8500	62.7	6400	60.4	900	71.3	1100	71.8
Yüksek Teknoloji Bakımı	11400	84.1	9000	84.4	1100	81.0	1400	86.2
Refakatçi Hizmetleri	7200	53.0	5400	50.6	900	65.8	900	57.5
Yemek Hizmetleri	1100	8.2	800	7.8				
Tıbbi Hizmetler	5000	37.1	3300	31.1	900	66.4	800	52.1
Mesleki Rehabilitasyon	10100	74.9	7800	73.2	1000	76.2	1400	86.3
Ağız Sağlığı	1600	11.9	1100	10.4	300	20.7		
Pastoral Bakım	4400	32.8	2300	21.4	800	63.6	1300	83.7
Kişisel Bakım Hizmetleri	12500	92.4	9800	92.0	1200	92.4	1500	95.3
Fiziksel Rehabilitasyon	11600	85.3	9000	84.6	1100	81.4	1500	93.4
Fiziksel Bakım Hizmetleri	3000	22.5	1800	16.7	700	49.9	600	37.8
Danışma Hizmetleri	11400	84.1	8900	83.5	1100	82.1	1400	89.6
Yatan Hasta Servisi	4200	31.2	2200	20.8	800	64.2	1200	73.7
Hemşirelik Hizmetleri	12700	93.8	9900	93.6	1200	93.5	1500	95.9
Sosyal Hizmetler	10500	77.6	8000	75.2	1100	85.0	1400	87.8
Konuşma Terapisi	10800	79.7	8300	78.5	1000	75.4	1500	93.0
Dini Hizmetler	4500	33.5	2400	22.3	800	64.2	1300	83.5
Taşıma Hizmetleri	2400	17.6	1400	12.8	500	42.1	500	29.1
Gönüllü Hizmetler	3800	22.7	1500	14.4	900	69.6	1300	81.0
Diğer Hizmet	2400	17.7	1800	16.6	200	17.0	400	26.0

*Son dönem hastalara bakım sağlayan kuruluşlardır.

**Hem evde bakım hizmeti hem de hospice hizmeti de verebilen kuruluşlardır.

Kaynak: National Center for Health Statistics, U.S. Department of Health Human Services (NCHS) 1998, Center for Disease Control and Prevention, The National Home and Hospice Care Survey: 1996 Summary, Series 13 No: 141

Evde bakım hizmetleri bir çok hasta ve hastalık için uygulanabilir bir sağlık hizmeti olmakla birlikte hizmet götürülen hasta grupları içinde daha baskın olanlar vardır. Bu grupların başında son dönem hastalar, temel gereksinimini sağlayamayacak durumda olan yaşlılar, kanser hastaları, kronik hastalar, parenteral ve enteral beslenme gereksinimi duyulan hasta grupları, psikiyatri hastaları gelmektedir. Aşağıda kanser hastaları psikiyatri hastaları ve yaşlılar hakkında kısa bilgi verilmiştir.

Kanser Hastaları

Dünyada her yıl, altı milyondan fazla insan kansere yakalanmakta ve bunların büyük çoğunluğu da hayatını kaybetmektedir. Kanser, son yıllarda sebebi bilinen ölümler arasında kalp-damar hastalıklarından sonra ikinci sıraya yükselmiştir (Durmuşoğlu, 2001:15).

Müftüoğlu ve arkadaşları (2001:1259) hastane hizmetlerinin önemli bir bölümünün kanser hastalarına ayrılmasına rağmen bu tür hastalar için çoğu zaman tedaviden daha çok belirtilerin yatıştırılmasının söz konusu olduğunu, kanser hastaları için hastane dışı alternatifler bulunmasının hem hastanelere hem de hastalara çok büyük kolaylık sağlayacağı belirtilmektedir. Kanser hastalarının en önemli ortak şikayeti acıdır ve tedavi genellikle acının dindirilmesi odaklı olmaktadır. Acının gücü Eski Yunan mitolojisinde lmszlğu ölümlülüğe tercih eden Kheironran'un öyküsünde anlatılmıştır. "Entauroslar bir gün Herakles ile savaşırken Herakles'in oklarından birisi Kheiroran'a saplanmıştı. Kheiroran, lmsz olmasına rağmen duyduğu acı o derece büyüktü ki ölümsüzlüğünü Prometheus'a vererek ölmeyi tercih etmişti" (Gilgil,2002:279). Evde bakım hizmetleri kapsamında kanser hastalarına uygulanan hizmetler içinde ağrı yönetimi önemli bir yer tutar (Benjamin,1997:53).

Bozzetti ve arkadaşlarının (2002) kanser hastaları üzerinde yaptıkları çalışmada hastalarda kilo kaybı gerçekleştiği ve hastaların yaşam kalitelerinin dştğu tespit

edilmiştir. Kanser hastalarında evde parenteral beslenme uygulamaları hastaların yaşam kalitelerinin artmasında bir alternatif olarak belirtilmiştir. Maltoni ve arkadaşları (1997) tarafından İtalya'da terminal dönem kanser hastaları ile yapılan çalışmada yaşam kalitesi ve maliyetler incelenmiş ve evde bakım hizmetleri kanser hastalarının bakımında önerilen bir yöntem olmuştur.

Psikiyatri Hastaları

Psikiyatrik evde bakım hizmetleri, ruhsal durumu tanımlama, ilaçların etkileri ve yan etkilerini izleme ve gerektiğinde müdahale, hastalık hakkında hastaya ve ailesine bilgi verme, aile ve toplum destek sistemlerini belirleme, hasta ve ailesine sorun çözme becerisi kazandırma, hastanın günlük yaşam aktivitelerini kolaylaştırma, krize müdahale, aileye ve hastaya bakım verenlere destek verme, hastayı düzenli izleme etkinliklerini içermektedir (Watkins ve Berryman,1997:112).

Psikiyatrik evde bakım hizmetlerinde amaç hastanın yaşam kalitesini yükseltmek, gereksiz hospitalizasyonları önlemek, hastalara yaşadıkları ortamda hizmet sunmak, stigmatasyonu engellemek ve maliyetleri düşürmektir (Buzlu ve Pektekin, 1998:253 aktarıyor Carson ve Arnold, 1996).

Psikiyatrik evde bakım hizmeti sunulurken hastanın aile ortamının değerlendirilmesi, aile destek güçlerinin ortaya çıkarılması ya da hastalığı artırıcı etkenlerin azaltılmasına yönelik faaliyetlerin yapılması, aile üyelerinin hastalanma riskinin değerlendirilmesi işlemleri diğer hasta gruplarına göre psikiyatrik evde bakım hizmetlerinin daha fazla üzerinde durması gereken konulardır. Psikiyatrik tedavi kurumundan tedavi olan bir hastanın taburculuk sonrası yaşamında psikiyatrik sosyal hizmet uzmanı tarafından izlenmesi büyük önem taşımaktadır (Arıkan,1996:79).

Yaşlılar

Dünya Sağlık Örgütü, yaşlılık dönemini 65 yaş ve üzeri olarak kabul etmektedir (DSÖ:1998). Bu yaş sınırı demografik bir sınır olmasına karşın yaşlılığı bireyin biyolojik ve sosyal açılardan bağımsız konumundan bağımlı konumuna geçtiği dönem olarak da adlandırılmaktadır. (Bilir ve ark,2002:98). Türkiye’de yaşlı nüfusun artışına bağlı olarak iki temel sorun ortaya çıkmaktadır. Bunlardan birisi yaşlı nüfusun barındırılması ikincisi ise yaşlı grubun sağlık sorununun çözülmesidir (Akar ve ark,2001).

Yaşlı nüfusun artması ile birlikte sağlık hizmetlerine olan gereksim de artacaktır. Yaşlı nüfusun büyük bir bölümünde sağlık sorunları bulunduğu için sağlık hizmetlerinden büyük bir oranda yararlanan ve yararlanması gereken kesimin yaşlılar olduğu ifade edilebilir. Bilir ve arkadaşlarının 2001 yılında yaptıkları araştırmada yaşlılarda görülen hastalıkların dağılımı ortaya çıkmaktadır. 65 yaş ve üzeri bireylerin %56,1’inde hipertansiyon, %44.4’ünde romatizmal rahatsızlıklar, %36,6’sında kalp rahatsızlıkları, %22,4’ünde diyabet, %21,5’inde osteoporoz görülmektedir (Tablo 2.4).

ABD’de evde bakım kuruluşlarından yararlanan grupların başında 65 yaş ve üzeri kişiler gelmektedir. ABD’de 1996 yılında evde bakım kuruluşlarından satın alınan hizmet sayısı 2.427.500 ‘dür ve bu hizmetlerin 1.753.400’ü (%72.2) 65 yaş ve üzeri kişilere sağlanmıştır (NCHS,1999:14). Görüldüğü üzere ABD’de de evde bakım hizmeti veren kuruluşların müşterilerinin büyük bir kısmını yaşlılar oluşturmaktadır. Yaşlıların bakımında evde bakım hizmetleri yalnızca avrupa ülkeleri, Kanada ve ABD’de de kullanılan bir hizmet sunma yöntemi değildir. Çin’de evde bakım kuruluşlar yaşlılara hizmet sunmada bir yöntem olarak kullanılmakta ve Çin de ise bir çok ülkeden farklı olarak yaşlıları belirlemede alt yaş sınırı olarak 61 yaşı ölçüt almaktadır (Xu ve Hu,1996:358).

Tablo 2.4. Altındağ Sağlık Ocağı Bölgesi Sakarya Mahallesi'nde Yaşayan 65 Yaş ve Üzeri Kişilerin Yaş Gruplarına Göre Hastalıklarının Dağılımları (2001)

Hastalık Çeşitleri*	65-69 (n:110)%	70-74 (n:64) %	75-79 (n:24) %	80+ yaş (n:11) %	Toplam (n:205) %
Hipertansiyon	53.6	48.3	75.0	81.8	56.1
Romatizmal Hastalıklar	41.8	38.3	54.2	81.8	44.4
Kalp Hastalıkları	34.5	40	37.5	36.4	36.6
Diyabet	27.3	25	-----	9.1	22.4
Osteoporoz	26.4	13.3	16.7	27.3	21.5
Gastro İntestinal Sistem Hastalıkları	26.4	26.7	12.5	27.3	24.9
Katarakt	22.7	26.7	41.7	54.5	27.8
Bronşit	7.3	10	12.5	9.1	8.8
Astım	1.8	5	4.2	18.2	3.6
Disk Hernisi	7.3	10	16.7	9.1	9.3
İnme	7.3	13.3	8.3	36.4	10.7
Kanser	0.9	3.3	-----	9.1	2
Diğer	9.1	15	8.3	18.2	11.2

*Bir kişinin birden fazla hastalığı vardır.

Kaynak: Bilir ve ark..(2002) "Ankara'da Altındağ Sağlık Ocağı Bölgesi'ne Bağlı Sakarya Mahallesi'nde Yaşayan 65yaş Üzeri Kişilerin Bazı Sağlık ve Sosyal Durumlarının Saptanması", Geriatri, Turkish Journal of Geriatrics, 5: (3) ss: 97- 102

ABD'lerinde Fried ve arkadaşları (1999:320) tarafından akut hastalığı olan yaşlılar üzerinde yapılan bir çalışmada hastalara ev ve hastanede tedavi edilmeleri yönündeki tercihlerini belirlemeye yönelik sorular sorulmuştur. Cevapların geneline bakıldığında akut hastalığı olan yaşlı hastaların tedavi mekanı olarak hastaneyi tercih ettikleri gözlenmiştir. Araştırma grubunun evde tedavileri ile ilgili olumlu düşünceleri evde tedavi edilmenin daha konforlu olduğu yönündedir. Yaşlı hastalar hastanede tedavi sırasında daha çok enfeksiyon oluşacağına ilişkin görüş belirtmişlerdir (Tablo 2.5.).

Tablo 2.5. Akut Hastalıklı 246 Yaşlı Hastanın Tedavi Mekanı Olarak Ev ve Hastane İçin Görüşleri

Hastaların Görüşleri	Kabul Ediyorum (%)	Ne Kabul Ediyorum Ne de Kabul Etmeyorum (%)	Kabul Etmeyorum (%)	Bilmiyorum (%)
Evde tedavi edilirse kendimi daha iyi hissederim	42	11	44	3
Hastanedeki tedavilerimde deri problemleri, inme, konfüzyon, infeksiyon gibi komplikasyonlara daha sık rastlanır.	47	5	37	11
Hastanede tedavi olmak aileme ve arkadaşlarıma yük olacaktır.	33	2	64	1
Evde bakımda insanların evime gelmesi beni sıkıntıya sokacaktır.	32	3	64	1
Şu an benimki bir hastalığı olan kişinin evde tedavisi hastanedeki tedaviye kıyasla daha iyi olabilir.	37	6	51	6
Evde, acil durumlarda müdahale daha zor olabilir.	42	3	46	9
İnsanlar evde hastaneden daha uzun sürede iyileşirler.	41	20	27	12
Evde tedavi ediyor olmam ailemi ve arkadaşlarıma sıkıntıya sokacaktır.	40	3	54	3
Evde tedavi olmak hastanede tedavi olmaktan daha konforludur.	54	12	31	3
Hastanede tedavi edildiğimde kendimi daha güvenli hissederim.	93	4	3	0
Evde tedavi sonucunda deri problemleri, inme, konfüzyon, infeksiyon gibi komplikasyonlara daha sık rastlanır.	42	5	33	20
Hastanede tedavi edilmek evde tedavi edilmekten daha konforludur.	55	11	32	2
İnsanlar hastanede daha hızlı iyileşirler.	37	17	32	14

Kaynak: Fried ve ark.(1999) "Older Persons' Perceptions of Home and Hospital as Sites of Treatment for Acute Illness", The American Journal of Medicine, Vol. 107, pp: 317- 323

2.3.2. Evde Bakım Hizmetlerinde Sağlık İnsangücü

Sağlık insan gücü terimi kamu ve özel sektörde her çeşit sağlık hizmetini üretenlerin tümünü kapsamaktadır (Fişek,1985:124). İnsan kaynakları evde uzun süre bakımın en özünde (çekirdeğinde) yer alır (WHO,2000a:28). Evde bakım hizmetleri sağlık insan gücü açısından özel eğitime ve özenle seçilmiş sağlık işgörenlerine gereksim duyulan alanlardan biridir. Evde sağlık hizmeti sunacak bireylerin sağlık hizmetinin sunumunda uyulması gereken temel kuralları göz ardı etmeden; hastanın yeganeliği odağında hizmet sunması gerekmektedir. Bu anlamda evde bakım hizmetleri yaratıcı, yetenekli ve empati gücü yüksek profesyoneller gerektirmektedir

(Taylor ve ark.,1993:38). Evde bakım hizmetlerinde sağlık çalışanları yaptıkları eylemlerin sorumluluğunu etik ve emik ilkeler çerçevesince üstlenmek zorundadırlar.

Evde bakım hizmetleri gerçekleştirilirken farklı niteliklere sahip iřđören grubuna gereksinim duyulmaktadır. Aksayan ve Cimete'ye (1998:5) göre, evde bakım hizmeti sunan ekipte doktor, hemşire, ebe, psikolog, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı, fizyoterapist, ev ekonomistleri ve bu meslek gruplarının eğitim kurumları yer almalıdır. Sağlık eğitimcileri, sağlık yöneticileri, ocuk gelişim uzmanları evde bakım hizmetleri organizasyonunda yer almalıdır. Evde bakım hizmetlerine ait sorunların ve çözümlerin birbirin ardışığı olması, sunulan hizmetin çeşitliliği konuya çok disiplinli bir yaklaşım gerektirmektedir.

2.3.2.1. Evde Bakım Hizmetlerinde Profesyonel İnsangücü

Evde bakım hizmetlerinde resmi insan gücünü hemşire, hekim, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, ve diğer sağlık çalışanlarından oluşturmaktadır (WHO,2002b:19). Diğer sağlık çalışanları içerisinde fizyoterapist, ocuk gelişimci, ebe yer almaktadır.

Evde sağlık hizmeti sunumunda temel özne hemşireler ve hemşirelik hizmetleridir. Evde bakım hizmetleri önceleri yalnızca hemşirelik hizmeti sunum olarak görülmekte idi. Bu nedenden ev hemşireliği kavramı evde bakım kavramından önce ortaya çıkmış ve yıllarca baskın kullanım biçimi olmuştur.

Hemşirelerin ev ziyareti sırasında uyguladığı beş ana aktivite bulunmaktadır.

Bunlar:

- Hastayı, çevresini ve bakım planını değerlendirmek
- Hastayı ve gönüllü bakıcıları eğitmek
- Hastaya direkt fiziksel yardımda bulunmak.
- Hastaya ve gönüllü bakıcılara psikolojik destekte bulunmak

- Bakım hizmetlerinin diğer hizmetlerle ve kişilerle koordinasyonunu sağlamak.

Evde bakım hizmetlerinde doktorlar hizmetin daha çok tedavi edici ve medikal boyutunu yürüten gruplardır. ABD’nde evde bakım hizmetleri uygulamalarının finansmanının Medicare ve Medicaid tarafından karşılanabilmesi için hastanın evde bakım hizmetine gereksiniminin olduğunun doktoru tarafından onaylanması ve ayrıca bir de tedavi hizmetlerini içeren bir evde bakım planı yapması gerekmektedir (Spratt ve ark., 1997:8).

Sosyal hizmet uzmanları evde bakım hizmetlerinin medikal boyutundan öte sosyal hizmet boyutunda görev almaktadır. Temel görevleri hasta ve ailenin temel gereksinimlerin saptamaktır. Arıkan (1996:69) psikiyatrik tedavi sürecinde sosyal hizmet uzmanının etkinliklerini hastaneye yatış aşaması ve taburculuk aşaması olarak iki aşamada ele almıştır. Hastaneye yatış aşaması toplumda saptanan henüz hastaneye başvurmamış hastaların evlerinde ziyaret edilmelerini, hastane, hastane yetkilileriyle görüşmeyi, hastanın ve ailesinin tedavi kuruluşlarıyla ilişki kurmasına yardımcı olmayı, hastanın ve ailesinin hastaneye yatışa hazırlanmasını içermektedir. Taburculuk aşamasında ise hastanın eve hazırlanması ve hastanın takibini içermektedir.

2.3.2.2. Evde Bakım Hizmetlerinde Profesyonel Olmayan İnsangücü

Profesyonel olmayan bakım, hastalığı olan bireylere arkadaşları ve aileleri tarafından verilen hizmet olarak tanımlanmaktadır (WHO,2002a:9,19). Aile üyeleri evde bakım hizmetlerinde bakım sağlamada rol alırlar (WHO;2002b:11). Kişiler ve sivil toplum örgütleri yaptıkları çalışmalarda profesyonel olmayan bakıcıların daha baskın olarak kullanmaya başlamışlardır. Profesyonel olmayan bakımda hizmet sağlayanlar daha çok, eşler, ebeveynler ve çocuklar, özellikle de anneler, eşler (kadın

eşler) ve gelinlerdir. Politika üreticiler sağlık hizmetlerindeki mali yükü azalttığından profesyonel olmayan bakımın devam etmesini istemektedirler (WHO,2002b:19).

Profesyonel olmayan bakım genellikle ücretsiz ve resmi bir eğitim almaksızın yapılmaktadır (WHO,2000a:28; WHO,2002a:19), yakın zamanlarda ise bazı ülkelerde profesyonel olmayan bakım veren kişilerde eğitim ve öğretimde artma ile birlikte profesyonel olmayan bakıcılara yapılan ödemelerde yeni formlar geliştirilmiştir (WHO,2002a:20). Profesyonel olmayan bakıcılara finans desteği sağlanması bir çok politika yapıcı tarafından belirtilmektedir. Profesyonel olmayan bakıcılara ödeme yapıldığında stres azalacak, iş sağlanmış olacak ve hastaların uzun süreli bakımı sağlanmış olacaktır (WHO,2002a:20). Avusturya evde hastalarına bakan aile üyelerine ödenek sağlayan ülkeler içinde önemli bir örnektir. Avusturya'da uzun dönem bakım gerektiren hastalar yedi düzeyde sınıflandırılmakta ve hastalık düzeyleri beşinci düzey ve yukarısında hastalarına bakım sağlayan aile üyelerine daha çok maddi destek sağlanıyor (WHO,2000b:44).

WHO, evde hasta bakımında önemli bir yer tutan profesyonel olmayan bakım hizmetlerinin olabirliği, istenebilirliği ve sürdürülebilirliği açısından yanıtlanması gereken sorular olduğunu belirtmektedir. Bu sorulardan birincisi, dünya genelinde yaşlı ve hasta nüfusun artmasıyla birlikte bu artan gereksinimi karşılayabilecek profesyonel olmayan bakıcılara olan gereksiniminde artacağı düşüncesi ile bu gereksiniminin nasıl karşılanacağıdır. İkinci olarak gayri resmi bakımın daha çok kadınlar tarafından sağlanmasına karşın kadınların zamanla çalışma hayatında yer alması ile birlikte kadınların profesyonel olmayan bakım hizmetlerini sağlaması güçleşeceğinden bu durumda hangi politikaların üretileceğidir. Üçüncüsü hasta ve yaşlı bakımı profesyonel olmayan bakıcılarda fiziksel ve mental olarak rahatsızlık vermektedir, bu durumu önlemek için neler yapılmalıdır. Dördüncü ise profesyonel olmayan bakıma destek verilmeksizin geçmişteki gibi istekli bir şekilde sürdürülmesi önemli bir sorundur ve bu sorunun çözümü için hangi politikalar geliştirilebilir (WHO, 2002a:20).

WHO, profesyonel olmayan bakıcılara yapılacak desteklemelere ilişkin beş öneri sunmaktadır. profesyonel olmayan bakıcılara yapılacak desteklerden birincisi profesyonel olmayan bakıcıların sağlık eğitimlerinin artırılmasına yönelik çalışmalardır. İkinci bir destekleme yöntemi ise profesyonel olmayan bakıcıların rahatlamaları sağlanmalıdır. Üçüncü olarak ücretsiz hizmet sunan profesyonel olmayan bakıcılara bazı yasal haklar tanınmalı ve yasal olarak desteklemelidir. Dördüncü bir destekleme yöntemi ise emekli olma şansıdır.. Beşinci bir destekleme yöntemi ise profesyonel olmayan bakıcılara fidansal destek sağlanmasıdır (WHO, 2002a: 20).

Evde bakım hizmeti sunulurken yer, yaş ve bakımı zorunlu kılan nedene bakılmaksızın eğer profesyonel olmayan bakıcı yok ise, evde uzun süreli bakım hizmetlerinin sürdürülebilirliği güçleşir. Ekonomik açıdan en dezavantajlı bölge ve ülkelerde fonksiyonel bağımlılığı olanlara sağlık hizmeti sunumunda en önemli grup profesyonel olmayan bakıcılardır. Gelişmiş ülkelerde dahi, evde uzun süreli bakım, aileler ve/ veya diğer profesyonel olmayan bakıcılar olmadan devamlı olamayacaktır. Profesyonel bakım kaynakları, profesyonel olmayan bakımı tamamlar ve destekler. Hastanın görünür profesyonel olmayan desteği yoksa, resmi kaynaklar mümkün olan ölçüde bakımı sağlar, fakat yatılı/ kurumsal yapı/ ortam dışında bir uzun süreli bakım profesyonel olmayan bakıcılar olmadan kesinlikle sürdürülemez (WHO,2000a:28).

2.3.3. Bakım Hizmetlerinin Avantajları ve Dezavantajları

Alternatif hizmetlerinin temel dayanağı var olan sisteme karşın üstünlükleri ve yetersizlikleridir. Bu anlamda evde bakım hizmetlerinin kurumsal bakıma alternatif olduğu gibi kurumsal hizmeti tamamlayıcı özellikleri de bulunmaktadır. Bu bölümde evde bakım hizmetlerinin avantajları ve dezavantajları bu iki özellik çerçevesince incelenmiştir.

2.3.3.1. Evde Bakım Hizmetlerinin Avantajları

Sağlık hizmetleri sistemi içerisinde evde bakım hizmetlerinin gerekliliğini en iyi açıklama yöntemi, evde bakım hizmetlerinin birbirinden farklı pek çok avantajının olmasıdır. Spratt ve arkadaşları (1997:4) evde bakım hizmetlerinin yirmi temel avantajından söz etmektedir. Bunlar;

- Evde hizmet verilmesi,
- Evde bakım hizmetlerinin ABD sağlık bakımında en iyi geleneği temsil etmesi,
- Evde bakım hizmetinin aileleri birlikte ele alması,
- Evde bakım hizmetinin yaşlıları bağımsız olarak ele almaya çalışması,
- Evde bakım hizmetinin kurumsallaşmayı engellemesi,
- Evde bakım hizmetinin iyileşmeyi teşvik etmesi,
- Evde bakım hizmetinin hastane hizmetlerine göre daha güvenli olması,
- Evde bakım hizmetlerinin bireyler için özgürlüğün en yüksek seviyede olmasına olanak sağlaması,
- Evde bakım hizmetlerinin kişiselleştirilmiş bir bakım olması,
- Evde bakım hizmetinin tanımında yer verilen bakım kavramının yalnızca hastayı değil ailesini de içermesi,
- Evde bakım hizmetlerinin stresi azaltması,
- Evde bakım hizmetinin sağlık bakımının en etkili formu olması,
- Evde bakım hizmetinin sağlık bakımının en verimli formu olması,
- Evde bakım hizmetinin çok disiplinli bir anlayış içermesi tarafından verilmesi,
- Evde bakım bazı insanlara ulaşmanın tek yolu olması,
- Evde bakım hizmetlerinde suiistimal ve kötüye kullanma oranının düşük olması,
- Evde bakım hizmetlerinin yaşam kalitesini artırması,
- Evde bakım hizmetlerinin diğer formlardan daha ucuz olması,
- Evde bakım hizmetlerinin hayatı genişletmesi/ yayması,
- Evde bakım hastalığı son aşamada bulunan hasta bireyler için bile tercih edilen bir form olmasıdır.

Aşağıda literatür bilgileri kapsamında evde bakım hizmetlerinin avantajlarından önemli görülenler, evde bakım hizmetlerinin hastaların özerkliğine olan etkisi, evde bakım hizmetlerinin verimliğe olan etkisi, evde bakım hizmetlerinin koruyucu sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliğine olan etkisi ve evde bakım hizmetlerinin hastane kullanımına olan etkisi olmak üzere dört başlık altında açıklanmıştır.

Evde Bakım Hizmetlerinin Hastaların Özerkliğine Olan Etkisi

Stinner özgürlüğün mutlak değil sınırlı olduğunu, her şeyden değil bazı şeylerden kurtulma durumu olarak tasarlandığını ileri sürmektedir. Özgürlüğü bazı şeylerden kurtulma durumu olarak görmekte ama bizzat yaşamın doğasının mutlak özgürlüğü olanaksız kıldığını belirtmektedir (Hasanof,2002:65). Durheim'e göre ise haklar ve özgürlükler insanın bünyesine özgü şeyler değildir (Giddens,2001:107). İnsanların bazı durumlarda geçici olarak özerkliği sınırlanmaktadır. Özerkliği sınırlandırıcı etkenlerin başında hastalık gelmektedir. İnsan aklı bu tür geçici sınırlamaları ortadan kaldırmak için yöntemler üretmiş, toplum da bunları kurumsallaştırmıştır. Bunlardan biri olan tıbbın amacı, hastalığı ortadan kaldırarak bireyin özerkliğini onarmaktır. Bu amaçla tutarlı olarak tıp, kendi uygulandığı sırasında da çeşitli yöntemlerle hastanın özerkliğini korumak ve ona saygı göstermek zorundadır. (Oğuz,1998:51 aktarıyor Oğuz, 1997). Oğuz'a göre (1998:51) hastanın özerkliğini gerçekleştirmenin en etkili yolu aydınlatılmış onam uygulamasıdır. Aydınlatılmış onam; hastanın kendisine uygulanacak tanı ve tedavi yöntemlerinin kapsamını, yararını, olası istenmeyen sonuçlarını; söz konusu yöntem seçeneği oluşturabilecek öteki yöntemleri ve bunların yapısal ve sonuçsal özelliklerini bilerek uygulamayı kabul etmesidir. Hastanın özerkliği kültürel yapıdan da etkilenebileceği için hastaya uygulanacak tedavi yöntemi ve şekli hastanın kültürel yapı koşullarında özerkliği dikkate alınarak seçilmelidir (Werth ve ark,2002:207)

Spratt ve arkadaşları (1997:4), evde bakım hizmetlerinin hastalar için elde edebilecekleri en yüksek özgürlük düzeyine izin verdiğini belirtmektedirler. Evde bakım hizmetleri, hastalara özgürlüklerini ve bireyselliklerini koruma olanağı vererek, insanların yaşadıkları ortamda daha mutlu olmalarını sağlamaktadır. Şahin (1999:41) özgürlük tehdidi, hastanın hastalığından kaynaklanan sıkıntı, üzüntü ve kaygı ile birleştiğinde, hastanın yönetiminde güçlük yaratabileceğini belirtmektedir. Hastanede yatan hastanın özgürlüğü kısıtlanmaktadır. Yasaklamaların bazıları hastanın kendi iyiliği için olmakla birlikte, bazıları diğer hastaların özgürlüğünü korumak, tedavi ekibinin rahat hareket etmesini sağlamak ve hastanenin düzenli işleyişini gerçekleştirmek içindir. Hastanelerde hastaların özgürlüğü bir başka

hastanın özgürlüğünün başladığı yerde bitmektedir. Bu şekilde bir özgürlük anlayışı anarşist bir özgürlük anlayışı ile bağdaşmaz.

Bakunin (2000) özgürlük kavramından algıladığını "ben özgürlük derken, kelimenin gerçek anlamını hak eden tek özgürlüğü kastederim.; herkesin gizli bir yetenek biçiminde sahip olduğu her türlü maddi, entelektüel ve ahlaki gücün tam gelişmesiyle ortaya çıkan, bizim kendi doğa yasalarımız tarafından çizilmiş olanlardan başka sınırlama tanımayan özgürlüğü. Benim kastettiğim özgürlük, her bireyin tek tek sahip olduğu özgürlüktür; bu özgürlük, başkalarının özgürlüğünün başladığı yerde bitmez, aksine o noktada olumlanır ve oradan sonsuzluğa uzanır" sözleriyle tanımlamaktadır. Hastanelerde özgürlük hastalara kolektif bir şekilde sunulur. Anarşist özgürlük anlayışında özgürlüğün ancak doğa yasaları tarafından kısıtlandığı ifade edilirken hastanelerde doğa yasaları dışında da özgürlüğün kısıtlandığı görülmektedir. Evde bakım hizmetlerinde bu bağlamda anarşist özgürlük anlayışının izlerini görülmektedir.

Sağlık hizmetlerinde kamusal alan ile özel alan ayrışması da yaşanmaktadır. Özel ve kamusal alanlar arasındaki sınırları gevşeten önemli gelişmelerden biri de modern toplumdaki siyasi ve iktisadi ilişkiler doğrultusunda meydana gelmiştir. Modern toplumda aile geleneksel fonksiyonlarını neredeyse tamamen kamusal alana bırakırken; aile içindeki mikro sosyal ilişkiler de kamusal düzenlemelere konu olmuştur. On yedinci ve on sekizinci yüzyıllarda özel alanının sınırı çizilirken bu alanın temel öznesi kadın olmuştur. Oysa bugün için kadın kamusal alanında temel özne durumuna gelmiştir (Çaha,1998:85). Aile, bireylerini ve faaliyetlerini kamusal alana kaptırdığı gibi sınırlarını da bu alandaki değerlere ve düzenlemelere açmıştır.

Özel ve kamusal alandaki ayrışma kamusal yaşamı "erkeklikle" özdeşleştirirken, özel alanı da "kadınlıkla" özdeşleştirmiştir (Çaha,1998:82). Evlerde hasta ve yaşlı bakımını üstlenen kadınların kamusal alanda görev almaları ile birlikte hasta ve yaşlıların bakımında sorun yaşanmış ve yaşlıların ve hastaların bakımı kamusal bir hizmet olmuştur. Bu anlamda evde bakım hizmetleri kamusal alanın özel

alana taşınması olarak düşünülebilir. Kamusal hizmet sunan sağlık işgörenlerinin hizmet sunma yeri olarak evi, özel alanın en temel öznesine kadar genişletmesi ile birlikte özgürlük tartışmaları yaşanmakta ve evde bakım hizmetleri özgürlüğü kısıtlayan bir aygıt olarak değerlendirilebilir. Bir yanda hastanın kendi evinde kendine ait ortamda olması onun için özgürlüğünün genişletmesi olarak değerlendirilirken, sağlık işgörenlerinin kamusal alanı genişletmeleri ise özgürlüğü kısıtlayıcı bir aygıt olarak değerlendirilebilir. Bu yaşanan özgürlük paradoksunu Bauman (1998) “Hiçbir özgürlük mutlak, her şeyi kapsayıcı, sınırsız değildir. Bir bağımlıktan kurtulmanın tek yolu başka bir bağımlılığı kaldırma olarak kullanmaktır” demektedir. Hegel ise özgürlüğün ancak devlet ile sağlanabileceğini ifade etmektedir (Arslan, 2000.68).

Hastaların çevreyle olan iletişimi, daha iyi düzelmelerini sağlamaktadır (Tanlı,1996:8). Türkdoğan’a göre (1991:83), evinden ayrılan hasta, kabuğundan çıkarılmış midye gibidir. Hasta artık yeni bir ortama girmiştir ve uyum süreci yaşayacaktır. Hasta, hastanede hasta rolünü daha iyi oynamasından dolayı ve oynadığı hasta rolünün hastanın iyileşmesini geciktireceği düşünülmektedir. Nurullah Ataç (2003:61) aşağıda ki paragrafta hastanede oynadığı hastalık rolünü anlatmaktadır

‘Hele romatizmalılar!.. Aman ne gülünç hastalık o!.. Üç beş güne kadar, belki de aha çabuk geçecek bir kol, bacak ağrısını gözlerinde büyültüyor, büyültüyor, etraflarına tabiatın, insanların en büyük zulmüne uğramış gibi bakıyorlar. Hastanedeki günlerimi, en manasız şeyler için zile basıp adam çağırdığımı, ağrılarım belki pek o kadar artmadan da şikayet ettiğimi, inlediğimi hatırladıkça kendi kendimden utanıyorum’

İnsanların hastanelere olan duygularını Dr. Leighton’un, Navaro Kızılderilileri üzerine yapmış olduğu çalışmasından alınan metin, oldukça açık ifade etmektedir. “Saatle yatağa gitmeye ve yaşamaya, etrafta dolaşmadan bir odada çakılıp kalmaya alışık değilim” (Türkdoğan,1991:82). Mazhar Osman tarafından hazırlanan devrin önemli hastanelerini, hekimlerini, hastalıklarını, tanı ve tedavi yöntemlerinin anlatıldığı Sıhhat Almanası’nda bulunan Neyzen Tevfik’in şiiri hastanelere olan düşüncelerini ifade etmektedir (Bayazoğlu,2003:61).

‘Bir hazakat (doktor) zedeyim, midemi tıp tepti benim,
Kırk katır tepseydi yıkılmazdı bu sağlam bedenim,
Kapladı her yanımı sancı, elem, ağrı, bere
Bir mezar oldu cihan, sanki etıbbı (doktorlar) haşere,
Hastane sanarak çok yere girdim çıktım;
İbret aldım oralardan da canımdan bıktım.’

Evde Bakım Hizmetlerinin Verimliliğe Olan Etkisi

Evde bakım hizmetleri, hastane hizmetlerinden daha verimlidir (Spratt ve ark,1997:4). Evde bakım hizmetleriyle ilgili yapılan birçok araştırmada, evde bakım hizmetlerinin maliyetinin hastane hizmet maliyetlerinden önemli ölçüde düşük olduğu bulunmuştur (Stewart ve ark.,2002; Smith ve ark,1992). Evde bakım hizmetlerinin Avrupa’daki artışının önemli nedenleri arasında, hastane hizmetlerinden daha ekonomik olması yatmaktadır (Bentur, 2001).

ABD’lerinde Ulusal Kanser Enstitüsü’nün desteğiyle bir hemşire ve psikolog hastalığın son aşamasında olan çocuklar için bir bakım programı geliştirmişlerdir. Bu programda hemşire, ebeveynleri evlerinde desteklemiş ve böylece ebeveynler çocuklarının son dönemlerinde çocuklarıyla birlikte olabilme olanağı bulmuşlardır. 32 çocuk ve onların ailesini içeren bu çalışmada, bu yeni düzenleme için aileler minnettarlık ifade etmişlerdir Hastalığının son aşamasını evde sürdürmekte olan çocuk için (ortalama olarak) 827\$ ödeme yapılırken, hastalığın son döneminde hastanede geçiren bir çocuk için ödenen ortalama tutar 5880\$’dır. Aileler, kendilerinin ve hastaların çıkarlarını ve tedavi maliyetleri birlikte düşündüklerinde evde veya eve benzer çevrelerde sağlık profesyonelleri tarafından hizmet almayı istemektedirler. (Mumford,1983:385).

Tanlı (1996:8) evde bakım hizmetlerini kendi departmanı veya diğer firmalarla aracılığıyla sunan hastanelerin, toplum içinde de hizmet yelpazesini genişlettiklerinden değer kazandıklarını belirtmektedir. Kurumsal saygınlık artmakta ve çalışanların verimliliği de bu anlamda yükselebilir.

Simmons ve arkadaşlarının (2001) çalışmalarında evde bakım hemşireleri ve hastanede çalışan hemşirelerin pozitif ve negatif stres faktörleri değerlendirilmiş evde bakım hemşirelerinde kızgınlık, işe karşı önleyici tutumları gibi negatif stres faktörleri hastane hemşirelerine göre oldukça düşük bulunmuştur. Pozitif stres faktörleri arasında ise anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir. Ricco'nun gönüllü ve kar amacı gütmeyen evde bakım kuruluşunda 135 hasta, 99 doktor, 20 hemşire ile Amerika Hemşirelik Derneği'nin geliştirdiği ölçekle yaptığı çalışma da hemşirelerin %70'inin hemşirelik hizmetlerinden memnun oldukları, %20'sinin fikrinin olmadığı, yalnızca % 10'unun tatmin olmadığı tespit edilmiştir. Doktor ve hastaların büyük bir çoğunluğu evde hemşirelik bakımından memnun olduklarını ancak iletişim ve sağlık eğitimi boyutuyla ilgili değişik nedenlerden kaynaklı memnuniyetsizliklerini belirtmişlerdir (Ricco,2001:67).

Hastane enfeksiyonları hastanede yatan hastaların iyileşme sürelerini uzatarak büyük sorun oluşturmaktadır. Hastane enfeksiyonları maliyetleri artırmaktadır (Tezcan ve ark.,1995:136). Evde bakım hizmetlerinin organizasyonların gerçekleştirilmesi ve geliştirilmesi ile ikincil enfeksiyonların azalması ile birlikte tedavi maliyetleri de düşebilir.

Evde Bakım Hizmetlerinin Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Ulaşılabilirliğine Olan Etkisi

Evde bakım hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetlerinde erişilebilirliği artırmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin başarısı için bağışıklama hizmetlerinde hedef kitlenin bütününe ulaşmak gerekmektedir. Evde bakım hizmetleri, bağışıklama ve gebe- bebek izlemi gibi koruyucu sağlık hizmetlerinin taşıyıcısı olan iki temel hizmetin etkinliğini artırmaktadır (Harrison ve ark, 2001.984- 985)

Danimarka'da 1980 yılında 277 ilçeden 259'unda ziyaretçi hemşire programının uygulanması ile bebeklerin %88'inin bebek sağlığı konusunda uzman bir hemşire tarafından düzenli olarak görülmesi sağlanmıştır. Danimarka'da bazı

bölgelerde yüksek risk altındaki bebekler okula başlayıncaya kadar takip edilmektedir. Danimarkalıların %2'sinden daha azı bu hizmeti kabul etmemektedir. Danimarka'da ebeler ve doktorlar kanunen tüm doğumları ev ziyaretçisine bildirmekle yükümlüdür (Dawson,1980:274).

Karatepe araştırmasında (2001) Zonguldak'ta ölü doğumları, bir yaşından önce ölen bebek sayısının ve yapılan düşük sayısının fazla olmasının en önemli nedenini kadınların doğum öncesi ve sonrasında yeterli sağlık bilgisi ve yardımı almamış olmalarına bağlamaktadır. Son hamileliklerinde hiçbir şekilde hekim denetiminde olmayan kadınların oranı %25'dir. Buna koşut olarak şehir merkezindeki mahallerde yaşamalarına rağmen kadınların %20'si son doğumlarını hastane yerine evlerinde gerçekleştirmişlerdir.

Evde Bakım Hizmetlerinin Hastane Kullanımına Olan Etkisi

Evde bakım hizmetlerinin gereksiz hastane kullanımını azalttığı belirtilmektedir. Landi ve arkadaşlarının (2001) İtalya'da yaptıkları çalışmada, evde bakım programlarının uygulanması ile birlikte hastaneye başvurularda ve hastanede yatış gün sayısında azalmalar olduğu saptanmıştır.

Harrison ve arkadaşlarının araştırmalarında (2001:) erken doğum riski olan kadınların doğum sonrası hastanede kalış süreleri incelenmiş evde bakım sağlanan grubun hastanede ortalama kalış süresi 2 gün olurken, hastane hizmetinden yararlanan kişilerin ortalama hastanede kalış süresi 4 gün olarak saptanmıştır (Tablo 2.6.). Harrison ve arkadaşlarının (2001:) çalışmasının bir diğer boyutu da, erken doğum riski olan grupta, gebelik süresi ve bebeğin doğum ağırlığı açısından evde bakım hizmetleri tarafından izlemi yapılan grubun sonuçlarının daha olumlu olduğunun saptanmasıdır (Tablo 2.7.).

Tablo 2.6. Erken Doğum Riski ve Hipertansiyon Riski Olan Grupların Doğum Öncesi Evde ve Hastanede İzlenmelerine Göre Doğum Sonrası Hastane Hizmetlerini Kullanma Süresi

Kalış Süresi	Erken Doğum Riski Olan Grup (nN:437)			Hipertansiyon Riski Olan Grup (n: 308)		
	Evde Bakım (n:228)	Hastanede Bakım (n:209)	p	Evde Bakım (n:155)	Hastanede Bakım (n:153)	p
Doğum Öncesi Hastanede Kalış Süresi	3 (0-70)	0 (0-29)	<.001	0 (0-29)	0 (0-102)	*NS
Doğum Sonrası Hastanede Kalış Süresi	2 (1- 38)	4 (1- 59)	<.001	3 (1- 19)	4 (1-84)	<.001
2 günden Fazla Yoğun Bakımda Kalan Bebekler	82 (%36)	108 (%52)	<.001	26 (%17)	31 (%20)	*NS
Yoğun Bakımda Kalış Süresi	0 (0- 127)	3 (0- 125)	<.001	0 (0-59)	0 (0- 169)	*NS

*Anlamsız

Kaynak: Harrison ve ark (2001) "In- Home Nursing Care for Women With High- Risk Pregnancies, Obstetrics& Gynecology, Vol:97, No:6, pp:985

Tablo 2.7. Erken Doğum Riski ve Hipertansiyon Riski Olan Grupların Doğum Öncesi Evde ve Hastanede İzlenmelerine Göre Doğum Sonrası Anne ve Bebeğin Doğum Sonrası Sonuçları

Doğum Öncesi ve Doğum Sonrası İlişkin Olgular	Erken Doğum Riski Olan Grup (n:437)			Hipertansiyon Riski Olan Grup (n: 308)		
	Evde Bakım (n:228)	Hastanede Bakım (n:209)	p	Evde Bakım (n:155)	Hastanede Bakım (n:153)	p
Gebelik Haftası	36.1(3.1)	34.0 (4.0)	<.001	37.9 (2.3)	37.9 (2.8)	*NS
Doğum Ağırlığı	2732 (716)	2330 (749)	<.001	3158	3226	*NS
Apgar Skoru <7	17 (%7.5)	23 (%11.0)	*NS	5 (%3.2)	2 (%1.3)	*NS
Mekanik Ventilasyon	21 (%9.2)	28 (%13.4)	*NS	3 (%1.9)	8 (%5.2)	*NS
Beyinde Kanama	3 (% 1.3)	9 (%4.3)	*NS	1 (%0.6)	0	*NS
Perinetal Ölüm						
Fetal Ölümü	1 (%0.4)	0	*NS	0	0	
Neonetal Ölüm	3 (%1.3)	6 (%2.9)	*NS	0	0	
Bebeğin Doğumsal Nedenler İle İlgili 14 Gün İçinde Hastaneye Yeniden Yatış	11 (%4.8)	10 (%4.8)	*NS	11 (%7.1)	11 (%7.2)	*NS
Eklemsi	0	1 (%0.5)		1 (%0.6)	1 (%0.7)	
Sezeryan	47 (%20.6)	58 (%27.8)	*NS	46 (%29.7)	52 (%34)	*NS
Annenin Doğumsal Nedenler İle İlgili 14 Gün İçinde Hastaneye Yeniden Yatış	4 (%1.8)	3 (51.4)	*NS	4 (%2.6)	4 (2.6)	*NS
Anne Ölümü	0	0		0	0	

*Anlamsız

Kaynak. Harrison ve ark. (2001), "In- Home Nursing Care for Women With High- Risk Pregnancies, Obstetrics& Gynecology, Vol:97, No:6,

2.3.3.2. Evde Bakım Hizmetlerinin Dezavantajları

Tüm alternatif hizmetler gibi evde bakım hizmetlerinin de dezavantajları vardır. Evde bakım hizmetlerinin bir çok ülke için yeni bir sektör olması yeni riskler ve denetim sorununu beraberinde getirmektedir. Evde bakım hizmetleri, bir çok dış etkene karşı acık, detaylı bir eğitim programı ve yakın bir kontrol mekanizması gerektiren zor organizasyonlardır. Evde bakım hizmetleri verilirken karışık, sarmal, birbirinin içerisine girmiş sağlık bakımı gerektirecek durumlarla karşılaşmaktadır (Schulmerich,1996:12). Evde bakım hizmeti verecek bireyin alışmış olduğu bir ortam dışında bakım verecek olması verimliliğini azaltabilir. Sağlık personeli, hasta ve ailesi arasında etkili etkileşim kurulmayabilir. İletişim problemi hastanelerde de yaşanabilirliğine rağmen evde bakım hizmetlerinde daha büyük önem arz etmektedir (Ricco,2001).

Hastaneler ve tıbbi birlikler hastaneler için yapılacak ödemelerde baskı uygulayabilecek güçlü lobilere sahiptir. Evde bakım kuruluşlarının lobicilik yapma gücü hastanelere oranla daha düşüktür (Mumford,1983:387). Bu anlamda evde bakım hizmetlerinin örgütlenme ve çevreye müdahale konusunda etki güçleri azdır.

Aşağıda evde bakım hizmetlerinin dezavantajlarından,aile üzerinde gerginliği artırması, acil durumlarda müdahale kısıtlılığı, komplikasyon riski, güvenlik sorunu, özel hizmet içi eğitim gerektirmesi, tıbbi atıkların kontrolü başlıkları altında incelenmiştir.

Evde Bakım Hizmetlerinin Aile Üzerindeki Gerginliği Artırması

Sürekli bir hasta ile birlikte olmak aile üyeleri üzerinde gerginliği artırır. Aileler hastaneyi bir kurtuluş olarak seçebilir (Mumford,1983:387) Aksayan ve Cimete tarafından yapılan araştırmada (1998) hastaların hastaneyi tercih etme nedenleri arasında %78 oranında aile üyelerine yük olmama hastalar tarafından

belirtilmiştir. Fried ve arkadaşlarının (1999:20) yapmış olduğu çalışmada akut hastalığı olan hastalar ise evde tedavi edilmenin ailesini ve arkadaşlarını sıkıntıya sokmayacağı şeklinde görüş bildirmişlerdir.

Mumford'a göre (1983:387) hasta evde tedavisi sırasında çok dikkat çektiğinde, odak noktası olduğunda ve ayrıca diğer aile bireylerine rolünü cazip gösterdiğinde, hastalık rolünde sosyal bulaşım yaşanacaktır ve ciddi bir sorundur. Tedavi planında değişiklik yapılmasını gerektirir.

Evde Bakım Hizmetlerinin Acil Durumlarda Müdahale Kısıtlılığı

Sağlık personelinin, sürekli hastanın yanında bulunamaması, evde bakım hizmetlerinin kısıtlılıkları arasında sayılabilir. İletişim ve ulaşım teknolojisinin güçlenmesi ve hasta yakınlarının eğitimi ile evde bakım hizmetlerinin acil durumlarda müdahale kısıtlılığı sorunun azalabileceği düşünülmektedir.

Evde İnfüzyon Tedavi Sırasında Oluşan Komplikasyon Riski

Evde damar yolu tedavisi alanlarda, ileri teknolojinin hatalı kullanımından dolayı sepsis, tromboz ve damar tıkanıklığı gibi komplikasyonlar gelişmektedir (Tanlı,1996:10). Bu tür komplikasyonlar hastanelerde de gelişmektedir fakat servis hemşiresinin komplikasyonun başlangıcını yakalama ihtimali hastanede daha yüksek olabileceği düşünülmektedir. Penisilin uygulamaları sırasında gelişebilecek anafilaktik şok sırasında evde müdahale kısıtlılığı ve evde infüzyon tedavisi uygulamalarında daha çok geniş spektrumlu antibiyotik kullanılması dezavantaj olarak değerlendirilebilir (Huang ve Polk,1997:41).

Evde Sağlık Hizmeti Sunumunda Güvenlik Sorunu

Evde bakım hizmetlerinde güvenlik sorunu iki boyutta incelenmelidir. Boyutlardan biri sağlık işgörenlerinin yaşayabileceği güvenlik sorunlarıdır ikinci bir boyut ise hasta ve hasta yakınlarının yaşayabilecekleri güvenlik sorunlarıdır.

Evde bakım hizmetleri sunulurken yaşanabilecek tıbbi hatalar ve diğer sorunlarla ilgili yasalar oluşturmamış ülkelerde, sağlık çalışanı, hasta ve hasta yakını tedavi ve bakım sırasında sorunlar yaşayabilir.

Evde Bakım Hizmetlerinin Özel Hizmet İçi Eğitim Gerektirmesi

Evde bakım hizmetlerini yürütecek sağlık personelinin diğer sağlık personeline göre, evde bakım hizmetleri ve uygulamaları konusunda daha özel ve sürekli hizmet içi eğitim alması gerekmektedir. Bu işlemler sırasında zaman ve nakdi harcamalar gerçekleşebilir. Evde bakım hizmetleri sırasında hizmet sunumunun hastaneden farklılık göstermesi nedeniyle yeni tarz profesyoneller gerektirmesi sağlık profesyonellerinin verimliliği açısından önemli bir dezavantaj olarak değerlendirilebilir (Mumford,1983:387)

Evde Bakım Hizmeti Tıbbi Atıkların Kontrolünün Zorluğu

Evde hasta tedavisi sonrası oluşacak tıbbi atıkların kontrolü zor olacağı düşünülmektedir. Nüfus artışına bağlı olarak hastane atıkları miktarı da her geçen gün hızla artmaktadır. Ayrıca son yıllarda bulaşıcı hastalıklardan korunmak amacıyla tek kullanımlık aletlerin (enjektör, kan setleri) kullanımı ile birlikte tıbbi atıkların miktarı da artış göstermektedir. Sağlık kuruluşlarında ortaya çıkabilecek, patojen mikroorganizma içeren maddeler, kesici aletler, enjektörler, kirlenmiş sargılar vb. tıbbî atıklar evde oluşacak ve bunların kontrolünü zorlaşacaktır. Türkiye’de 20.05.2002 tarih ve 21586 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliğinde uygulanacak yerler arasında evde tıbbi atık oluşabileceği düşünülmemiştir (TC Resmi Gazete, 2002a). Evde bakım hizmetlerini sağlık

sistemlerine bütünleştirmiş ülkelerdeki tıbbi atıklar ile ilgili uygulamalar hakkında yeterince bilgiye ulaşamamıştır.

2.3.4. Evde Bakım Hizmetlerinin Finansman Yapısı

Sağlık hizmetlerinin finansmanında dünyada uygulanan beş farklı yöntem bulunmaktadır. Bunlar vergi kaynaklı finansman, zorunlu kamu sigortacılığı, özel sigortacılık, kapalı ağ yöntemi ve hizmet başı ağ yöntemidir (Akdur,2001:1573). Evde bakım hizmetlerinin finansmanında ülkeler gelişmişlik düzeylerine göre farklı yöntemler benimsemişlerdir. Geri kalmış ülkeler kamu finansmanını arttıracak hemen hemen hiçbir olanağa sahip değildirler. Bu ülkelerde, evde uzun süreli bakım tümüyle profesyonel olmayan bakıcılar tarafından sağlanmakta ya da karşılıklı ayarlama takas yöntemiyle ödenmektedir.

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

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

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

Çoğu ülkede, evde bakımın sosyal sigortalar fonundan karşılanmasını sağlamak için birkaç yeni yasal girişim mevcuttur. Finansman genel vergilendirme üzerinden sağlanmaktadır. Bu fonlar sağlık sigortasına bağlı olmak yerine, özel hedef gruplar için düzenlenmek ve hizmete uygunluk için birincil kriter olarak maluliyet üzerine odaklanmak eğilimindedirler. Bunlar aynı zamanda her düzeyde talebin değerlendirildiği hizmet hakkının kapsamı konusunda çok sıkı bir şekilde tanımlanmış kriterlere sahiptir. Evde bakım hizmetlerinin finansmanının sosyal güvenlik kuruluşları tarafından sağlanmasını, sağlık ve sosyal sistemlerine diğer ülkelere örnek oluşturabilecek biçimde yerleştirmiş ülkelere Avusturya, Almanya, Hollanda, İsrail ve Japonya verilebilir (WHO, 2000b:39,44,55,64,75). Bu ülkelerde evde bakım hizmeti kapsamında hizmet sunulan grup uzun dönem bakım gereksinimi bulunan gruptur.

ABD'lerinde evde bakım hizmetlerinin finansmanı sekiz farklı yöntemle karşılanmaktadır. Bunlar aşağıda belirtilmektedir (OASIS:2000:2).

ABD'lerinde Evde Bakım Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri

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

Adams ve arkadaşları (1995) tarafından yapılan çalışmada, evde bakım hizmetlerinin maliyetlerinin Medicare tarafından 'Health Maintenance Organization' ve hizmet başı ödeme formlarıyla karşılanan her iki grup hizmet kalitesi açısından karşılaştırılmış ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır

2.4 . Türkiye’de Evde Sağlık Hizmeti

Türkiye’de ‘evde bakım hizmetleri’ Avrupa Birliği ülkeleri ve ABD’deki evde bakım hizmetleri uygulamaları ile özdeşleştirerek değerlendirilmediği için evde bakım hizmetleri kavramı yerine evde sağlık hizmeti kavramının kullanılması tercih edilmiştir.

2.4.1. Türkiye’de Evde Sağlık Hizmeti Uygulamaları

Türkiye Cumhuriyeti’nin kurulması ile birlikte sağlık hizmetlerinde köklü bir değişim gerçekleşmiş devlet tarafından sağlık hizmetlerinin tüm yurttaşları kapsamı hedeflenmiştir. Evde sağlık hizmetleri uygulamalarında Türkiye ‘de ki üç evre dikkat çekmektedir. Bu evreler, Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (UHK) çerçevesince yürütülen evde sağlık hizmeti uygulamaları Sağlık Hizmetlerinin, Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun (SHSHK) çerçevesinde yürütülen evde sağlık hizmeti uygulamaları ve 1980 yılı sonrası yürütülen evde sağlık hizmeti uygulamalarıdır.

UHK ve SHSHK kapsamında yürütülen evde sağlık hizmetinin temel yürütücüsü ebe, hemşire ve pratisyen hekim iken 1980 yılı sonrası yürütülen evde sağlık hizmeti uygulamalarında, hizmetinin temel uygulayıcısı uzman hekim ve hemşiredir.

UHK ve SHSHK başatlı yürütülen evde sağlık hizmeti uygulamalarını birbirinden keskin çizgilerle ayırmak güçtür. Ancak 1980 yılı sonrası yürütülen evde sağlık hizmeti uygulamaları evresinde, kırılma noktası tüm sağlık hizmetleri gibi evde sağlık hizmeti uygulamalarının da devlet tarafından yürütülmemesi ve finanse edilmemesi gerektiği anlayışlarıdır. Diğer önemli bir ayrıcı nokta da 1980 yılı sonrası dönemde evde sağlık hizmeti uygulamaları anlayışında temel felsefe tedavi edici

hizmetler ve hasta bakımı iken diğher her iki dönemde ise koruyucu sağlık hizmetleri temelli evde sağlık hizmeti uygulamaları yürütölmeye çalışılmıştır.

2.4.1.1. Umumi Hıfzısıhha Kanunu Çerçevesince Yürütölen Evde Sağlık Hizmetleri

UHK çerçevesince yürütölen evde sağlık hizmetleri uygulamaları bulaşıcı ve salgın hastalıklarla mücadele kapsamında yürütölen hizmetlerin içerisinde bir hizmet sunum şekli olarak yer almakta yapılacak işlemler arasında hastaların evlerinde tecrit ve muayenelerini esas almaktadır..UHK ilgili maddeleri kapsamında yer alan evde sağlık hizmeti uygulamaları yalnızca tıbbi boyutu temel almamaktadır. UHK 83. Maddesi'nden de anlaşılacağı üzere sosyal destek de sağlamaktadır.

UHK 67. Madde'de salgın hastalıklar durumunda hekimlerin hastayı evlerinde ziyaret edeceği anlaşılmakta ve UHK'nin 72. Maddesi'nde salgın hastalıklar durumunda bu kişilerin evlerinde karantinaya alınabileceği belirtilmektedir. Karantinaya alınan hastaların tedavileri evlerinde tedavileri ile ilgili düzenlemeler UHK 73. madde de açıklanmıştır. Evlerinde tecrit ve bakımı sağlanan kişilerin gıda gereksinimlerinin de karşılanması UHK 83. Madde'de düzenlenmiştir.

2.4.1.2. Sağlık Hizmetlerinin, Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun Çerçevesince Yürütölen Evde Sağlık Hizmetleri

SHSHK gereğince yürütölen evde sağlık hizmeti uygulamalarının en belirgin özelliği koruyucu sağlık hizmetlerini içermesidir. Koruyucu sağlık hizmetleri çalışmaları gereğince bağışıklama, gebe ve çocuk takibi çalışmaları yürütölür. Bu çalışmalar sağlık evi, sağlık ocağında yürütöldüğü gibi riskli grubunun evinde de yürütölmüştür. Türkiye'de SHSHK çerçevesinde yürütölen evde sağlık hizmeti uygulamalarında da referans alınan nokta bağışıklama ve gebe ve bebek izlemi çalışmalarıdır.

SHSHK (Resmi Gazete,1964) 1. Maddesi'nde yer alan sağlık hizmetlerinin ana ilkesi ve temel prensipleri başlığı altında ‐Tedavi hekimliği ise, halk sağlığı çalışmalarını tamamlayan bir unsur olarak, evde ve ayakta tedaviye öncelik verecektir‐ hkm yer almaktadır. Yine ilgili yönetmeliğin 6. Maddesinin I bendinde yer alan hastanedeki hizmetlerin yürütülmesi ile ilgili özel hükümlerden biri de ‐Mütehassıs tabipler, sağlık ocağı tabibinin daveti üzerine konsültasyon için eve hasta muayenesine giderler. Bu muayeneler ücrete tabi değildir‐, hkm yer almaktadır.

SHSHK'da yukarıdaki maddelerden açıkça anlaşılacağı üzere evde hastaların tedavilerinin öncelikli tercih edilmesi gerektiği belirtilmektedir . Ayrıca uzman hekimlerin sağlık ocağı hekiminin konsültasyon istemesi üzerine hastanın evine gideceği ve bu işlemlerin ücretsiz olduğu belirtilmektedir.

2.4.1.3. 1980 Yılı Sonrası Evde Sağlık Hizmetleri

Dünyada entelektüel olarak zenginleşmiş klasik liberalizm, 1980'lerin sonlarına doğru, yeniden canlanmış ve gelişmiş (hatta gelişmekte olan) 1980'lerin sonlarına doğru, gelişmiş (hatta gelişmekte olan) hem düşünce hem de eylem alanlarında doğruluğu kabul edilen bir güç haline gelmiştir (Raico,2002:146). Türkiye de tüm dünyadaki bu yeni liberal anlayıştan etkilenmiş ve bu dönemde zelleştirme kavramı Türk aydınlarının söylevlerinde sık kullanılan bir kavram olarak yerini almıştır.

Liberalizm temelini bireycilik üzerine kuran, bireyin kendine güvenini, öz sorumluluğunu, öz saygısını ve kendi kendini var etmesini azaltan zorlayıcı sınırlamalar üzerine vurgu yapan bir düşüncedir (Machlup,2002:149). Sağlık hizmetleri de tüm dünyayı saran klasik liberal sylevlerden etkilenmiştir. Bu anlamda liberal sağlık anlayışında özne bireydir. Neoliberalizmin sağlık sektöründeki

temel yaklaşımı, sağlığı devletin sorumlu olduğu temel bir insanlık hakkı olarak gören anlayışı yıkararak, fiyatlandırılarak piyasada arz- talep koşullarında ¼retilmesi gereken bir hizmet olarak ele almaktadır (Soyer,2003:301). T¼rkiye’de sağlık hizmetleri t¼m d¼nyadaki liberal akım ve siyasi iktidar koşutluğunda yeni politikalar ¼retilmeye başlanmıştır. Sosyalizasyon yasası göz ardı edilmeye ve aşındırılmaya başlanmış bu bağlamda koruyucu sağlık hizmetleri çalışmaları ve temel sağlık hizmetleri çalışmaları siyasal erk tarafından destek görmemeye başlanmıştır.

1980 yılı öncesi dönemde evde sağlık hizmetleri koruyucu sağlık hizmetleri odaklı ve devlet tarafından y¼r¼t¼len bir hizmet olmuşken, 1980 sonrası hastaların evde bakımı özel sağlık kuruluşları ve kişiler tarafından hastaların hastane sonrası tedavilerinin ve bakımının y¼r¼t¼lmesi olarak işlev göstermiştir. T¼rkiye’de evde bakım hizmeti ve benzer hizmet sunan kuruluşların sayısı hakkında sağlıklı bilgiye ulaşılamamıştır. Ancak b¼y¼k şehirlerde hastane önlerinde bu t¼r kuruluşları tanıtıcı broř¼rlere rastlamak olanaklıdır. T¼rkiye’de özel sigorta kuruluşların sağlık hizmetlerinin kapsamı incelendiğinde Koçbank’a ait sigorta kuruluşunda evde bakım hizmetleri yer almaktadır. Bu poliçe ancak b¼y¼k şehirlerde geçerlidir.

1 şubat 2003 tarihli Tedavi Yardımı B¼te Uygulama Talimatı’nda, hastaların tedavilerini hastanede yapılmasını teşvik eden buna karşın evde ve ayakta tedaviyi doğrudan ya da dolaylı engelleyebilecek maddeler bulunmaktadır. Bu maddeler daha çok tedavi işlemleri sırasında hastalardan katılım payı alınması ve çeşitli kısıtlamalar şeklindedir. rnek olarak ilgili tebliğin 16. Maddesi verilebilir. “Resmi sağlık kurum ve kuruluşlarında yatarak sağlanan tedaviler sonucu doğan ilaç bedellerinin tamamı hastanın kurumu tarafından ödenecektir. Ayakta veya evde yapılan tedavilerde kullanılan ilaç bedellerinden, eczane tarafından yapılan indirim d¼ř¼ld¼kten sonra kalan tutarlar kurum tarafından ödenecektir” (TC Resmi Gazete,2003).

1 şubat 2003 tarihli Tedavi Yardımı B¼te Uygulama Talimatı’nın ‘Resmi Sağlık Kurumları Fiyat Tarifleri Başlıklı 8. Bl¼m¼’nde psikiyatri hastaları için

yapılan özel işlemlerden biri olan aile, iş yeri ya da okul ziyareti bulunmaktadır. Bu ilgili tebliğdeki evde tedavi de ödeme yapılan tek başlıktır ve 2003 fiyatı 36.000.000TL'dir. Bu ödeme dışında evde bakım hizmetleri kapsamında sunulacak hizmetler için bir ödeme yapılmaması evde bakım hizmetlerinin gelişmesini doğrudan engelleyen bir durumdur.

01.08.2002 tarih 24833 sayılı 'Milletvekillere, Yasama Organı Eski Üyelerine, Dışarıdan Atandıkları Bakanlık Görevi Sona Erenlere; Bunların Eşlerine Ve Bakmakla Yükümlü Oldukları Çocukları İle Ana Ve Babalarına, Ölenlerin Dul Ve Yetimlerine Tedavi Yardımı Yapılmasına Dair Yönetmeliğin' üçüncü maddesinde evde tedavi kavramı; 'tabiplerin hastayı bulunduğu yerde (evinde, ikametgahında) tedavi etmeleri' olarak ifade edilmektedir (TC Resmi Gazete,2002b). Aynı yönetmeliğin 13. maddesinde 'Resmi sağlık kuruluşu tabiplerinin hastayı evde tedavi etmeleri halinde, kendilerine ayrılan bir araç yok ise, gidip döndüğü yer arasındaki taşıt ücreti Türkiye Büyük Millet Meclisi'nce ödenir' hükmü yer almaktadır. Maddeden anlaşılacağı üzere resmi hekimlerin evde tedavi gerçekleştirdikleri ve bu işlemler sırasındaki hastanın evine gidiş dönüş ulaşım masraflarının da Türkiye Büyük Millet Meclisi tarafından karşılanacağı belirtilmektedir. İlgili yönetmelik Türkiye'de evde bakım hizmetlerinin kamu tarafından hizmetin sunumu ve finansmanın karşılanmasına yönelik bilinen en gelişmiş yönetmeliktir.

2.4.2. Türkiye 'de Evde Bakım Hizmetleri İhtiyacı

Sağlık sektöründe öncelik belirleme, büyük ölçüde kamu kaynaklarından ve prim yoluyla toplanan kaynaklardan finanse edilen sağlık hizmetlerinin gelecekteki politikalarının ve kapsamının belirlenmesi açısından büyük önem taşımaktadır (Varlık,2001:1101). Sağlık hizmetlerinde gereksinimi tanımlamakta istatistiksel ve niceliksel metotlar arasında karşılıklı ilişkiye daha fazla dikkat çekme ihtiyacı vardır. Ayrıca niteliksel çalışmaların sonuçları, sağlık hizmetinin gerekliliği konusunda daha inandırıcıdır (Blaxter,1996:37). Bu anlamda Türkiye'de evde bakım hizmetlerinin

gerekliliğini, arz- talep ilişkisi, hasta memnuniyeti- verimlilik, kültürel yapı ve özerklik çgeni çerçevesince açıklamak gerekmektedir.

Sanayi toplumu öncesinde üretimde daha az yer alan kadınların temel işlevleri evde, ocuk, hasta ve yaşlılara bakmaktır. Endüstri devrimi ile birlikte kadının rolünde önemli değişimler gerçekleşti. Artan işgücü talebini karşılamada kadın işgücü de kullanılmaya başlandı (olak ve Kılıç,2001:15). Eskiden ailesinde yaşlı ve hastaların bakımında görev alan kadınların iş yaşamında yer alması, aile yapısının değişimi ve yaşlı nüfusun artması talebi evde bakım hizmetlerine olan talebi artırmaktadır (Tanlı,1996:43). Bakım hizmetinin yükü öncelikle, bu sorumluluğu başarmak için gereksinim duyulacak kaynakların kullanım ve denetiminde çok az yetkiye sahip olan kadınlar tarafından yüklenilmektedir. Bundan dolayı bir yandan evde bakıma olan gereksinim büyürken, öte yandan da gereksinim duyulacak yöntemlere ve bilgiye sahip olmayan ailelerin, bakım sorumluluğunu üstlenmesi nedeniyle, ailenin kendi olanakları ile baş başa bırakılmaları konusunda gerçek ve artan bir tehlike mevcuttur (WHO,2000b).

Aile kurumundaki yapısal değişiklikler, yüksek boşanma oranları, erken evlilik ve tek ebeveynli aile v.b yoksulluk içerisinde yaşayan kadın ve ocuk sayısını artırmıştır. Bunun sonucunda da fakirlik ve ona bağlı problemler; bebek ölümü, prematüre doğum, ocuk ihmali ve suiistimali, okuldan ayrılma hızlarında artma, evde bakım hizmetlerine olan toplumsal ilgiyi artırmıştır. Güvenç'e (1996: 166) göre, sağlık hizmetlerinin pahalılaşması, herkesin kendisinin doktoru (koruyucu hekimi) olmaya yöneltecektir. Kendine yardım konuları geleneksel tıbbi bakım tarafından giderilmeyen sosyal ve duygusal problemleri içeren yetersiz ve kronik Őarlarla ilgili insanların ihtiyaç duyduğu hizmetleri gerekli desteği kapsar kendine yardım fikri ayrıca kadın sağlık hareketleri gibi alternatif hizmetlerin gelişmesini sağlamaktadır (Conrad ve Kern.,1990:416).

Evde bakım, bütün ülkelerde yaygınlaşmaktadır. Yaygınlaşma ve artışın nedeni artan ihtiyaçtır ve aynı zamanda, gelişmiş ülkelerde, ekonomik nedenlerden dolayı hastanede bakımdan evde ve toplum içinde bakıma doğru bir geçiş

olmasından da kaynaklanmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde temel olarak azalan kaynaklar nedeniyle, devlete ait sağlık hizmetleri ve özellikle hastane hizmetleri kalitesizdir ve nüfusun çoğunluğu da özel sağlık hizmetlerine ulaşabilme olanağından yoksundur. Bundan dolayı hem akut ve hem de uzun süreli bakımın yükü ailenin üzerine kayarak profesyonel sağlık çalışanlarının etkin kullanılmadığı evde sağlık hizmeti sunma oluşmaktadır (WHO, 2000a: 2).

Bilir'e göre (2001: 955), bulaşıcı hastalıklarla mücadelede kazanılan başarılar ve yaşam koşullarının iyileşmesi sonucunda insanların yaşam süreleri uzamıştır. Türkiye'de nüfusun giderek yaşlanması geriatrik hizmetlerde düzenlemeye gidilmesi gerekliliğini göstermektedir (Önder,2001:1274). Türkiye'deki 65 yaş ve üzeri nüfus, genel nüfusun %6.9'unu oluşturmakta ve bu oranın 2015 yılında %9'lara ulaşılacağı tahmin edilmektedir (TİSK,2000). Türkiye'de yaşlı nüfusun artması ile birlikte yeni demografik gerçeklere uygun politikalar üretmek zorundadır (Sayan,2001:244) Artan yaşlı nüfus nedeniyle birinci basamak sağlık kurumlarında gerek koruyucu, gerekse yaşlılarda görülen kronik hastalıkların takibi ve evde bakım hizmetleri programlarda yer almalı ve yeni bir yapılandırılmaya gidilmelidir (Önder,2001:1274-1275). Gerek akut, gerekse kronik hastaların bakımı, evde bakım sistemi olmadığı için aile bireylerine yüklenmektedir. Bu durum hasta için evde bakıcı problemi ile birlikte, aile üyelerinde zamanla tükenmişlik sendromuna yol açabilmektedir. Ayrıca, gelişen tıbbi teknoloji, diyabette kan şekeri izlemi, ayaktan periton diyalizi gibi tedavilerin evde uygulanmasını mümkün kılmakta ve Türkiye'de bu tür uygulamalar yaygınlık kazanmaktadır. Bu tür uygulamaların istenen şekilde gerçekleştirilmesi de, çoğunlukla evde profesyonel ekibin desteğini gerekli kılmaktadır (Cimete,1998:14).

Türkiye'de sosyal güvenlik kuruluşları, artan sağlık hizmetlerini maliyetlerini karşılamak için açık vermekte ve açıkları karşılamak için hazineden aktarmalar yapılmaktadır (Başbakanlık Yüksek Denetleme Kurulu,2001:231). Sosyal Sigortalar Kurumu ve Bağkur için 2003 Mart ayında bütçeden mahsup edilecek toplam miktar 839 trilyon TL'dir (1\$=1.600.000TL.), (Maliye Bakanlığı:2003). Türkiye'de yataklı tedavi kurumlarında artan bir iş yükü vardır. 1999 yılından 2001 yılına Sağlık Bakanlığı'na (SB) bağlı hastanelerde yatan hasta sayısında % 6.9'luk bir artış

gerçekleşmiştir (SB,2002:68). Akhan (1998) tarafından yapılan bir araştırmada hastaların hastanede kaldıkları günlerin %60'ının uygun olmayan kalış günleri olduğu bulunmuştur. Günümüzde hızlı artan yaşlı nüfus ve çeşitlenen hastalıkların bakımında maliyet etkililik çerçevesinde alternatif sağlık hizmetleri oluşturmak gerekmektedir.

Evde bakım hizmetlerinin günün koşullarının bir gereği olduğunu Uluslararası Çalışma Örgütü ve WHO gibi uluslararası örgütlerin yanında Türkiye'de de Sağlık Bakanlığı, Devlet Planlama Teşkilatı, Türkiye Sanayici ve İşadamları Derneği'ne kadar geniş bir kitle belirtmektedir. Devlet Planlama Teşkilatı evde bakım hizmetlerine kalkınma planlarında yer vermektedir. 2000 Yılı Kalkınma Programı ve Sekizinci 5 Yıllık Kalkınma Planı'nda evde bakım hizmetine yönelik bir modelden. 'Ayakta teşhis ve tedavi merkezleri ve yataklı tedavi kurumları ile irtibatlı evde hasta bakımına yönelik bir hizmet modeli geliştirilecektir' diyerek söz etmektedir (DPT,2000:87). TÜSİAD'ın Türk Sosyal Güvenlik Sisteminin Sorunları ve Çözüm Önerileri 1996 adlı raporunda sağlığın geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması için gereken standartların içerisinde evde bakım hizmetleri yer almaktadır. Akdemir'e göre (2002), Avrupa Topluluğu'na tam üyelik aşamasında olan Türkiye için yetkililerin ivedilikle, evde bakım hizmetlerinin devlet güvencesi altına alınması çalışmalarını başlatması gerekmektedir.

WHO (2000a:7) kişilerin nasıl ve nerede yaşadığının, gelir düzeylerinin, kadınların üretim ve hizmet sektöründeki rollerinin, profesyonel olmayan bakıcıların evde bakım hizmetlerine katılımının, hastanın evinin kalıcı veya geçici olmasının ya da hiç mevcut olmaması, evin kentsel ya da kırsal bölgede olması, iklim ve coğrafyanın, yerel toplumun altyapısının, evde bakım hizmetinin içeriğini ve kapsamını etkilediğini belirtmektedir. Türkiye'de evde bakım hizmetleri oluşturulurken belirtilen tüm bu değişkenler irdelenmelidir. Toplumsal destek sistemleri, sağlık personellerinin evde bakım ile ilgili görüşlerinin, sağlanacak hizmetin ve oluşturulacak evde bakım modelinin toplumsal işlevselliğini ve içeriğini değiştirebilecek önemli parametreler olduğu düşünülmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma; sağlık politikalarının uygulanabilirliği ve kabulü açısından sağlık işgörenlerinin görüşlerinin alınması gerekliliği öngörüsü ile düzenlenmiştir. Araştırmanın amacı evde bakım hizmetleri konusunda doktor ve hemşirelerin görüşlerini belirlemektir.

3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Sosyal ve Sigortalar Kurumu Başkanlığı (SSK), Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü Ankara Eğitim Hastanesi'nde gerçekleştirilmiştir. SSK Ankara Eğitim Hastanesi'nin yatak sayısı 987, yatak işgal oranı %73 ve hastanın ortalama kalış günü 7,6 gündür (SB,2001:163,34). Göstergeler Türkiye ortalamasının üzerindedir. Araştırma yapılan kurumda poliklinik hizmetleri Etlik SSK Polikliniği tarafından yürütülmektedir. Çocuk hastalıkları, göz hastalıkları ve kadın doğum servisleri araştırma yapılan kurumda bulunmadığı için bu servislerle ilgili bir değerlendirme yapılamamıştır.

3.3. Araştırmanın Modeli

Araştırma SSK Ankara Eğitim Hastanesinde görev yapan doktor ve hemşirelerin evde bakım hizmetleri ile ilgili görüşlerini belirlemeye yönelik tanımlayıcı nitelikte bir çalışmadır.

3.4. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın çalışma evreni SSK Ankara Eğitim Hastanesi'nde çalışan hekim ve hemşirelerden oluşmaktadır. Araştırma evreninde 196 uzman hekim, 287 asistan hekim, 38 pratisyen hekim ve 376 hemşire bulunmakta; çalışma evreni toplam 897 kişiden oluşmaktadır.

3.5. Araştırma Örnekleme

Araştırmada örneklem seçiminde tabakalı rastgele örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Örneklem seçiminde tabakalar, servis ve görev değişkenleri kullanılarak belirlenmiş, örneklem oranı %40 olarak saptanmıştır (Sencer ve Irmak,1984:661). Araştırma örnekleme, 151 hemşire, 76 uzman hekim, 117 asistan hekim ve 38 pratisyen hekimden oluşmuştur. Görev değişkenine göre yapılan örnekleme işlemi aşağıda verilmiştir. Pratisyen hekimlerin sayısının az olması nedeniyle örneklem seçilmemiş pratisyen hekimlerin tamamı araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırma sonunda belirlenen örnekleme hemşirelerin %98'ine, uzman hekimlerin %94'üne, asistan hekimlerin %96'sına, pratisyen hekimlerin %63'üne ulaşılmıştır.

Tablo 3.1. Araştırma Grubunun Görevlerine Göre Tabaka Ağırlığının ve Örneklem Sayısının Belirlenmesi

Tabaka No	Görev	Sayı (N)	Tabaka Ağırlığı $N_i/N = a_i$	Örnekleme Girecek Sayı $A_i \times n = n_i$
1	Hemşire	376	$376/859=0,44$	$0,44 \times 344=151$
2	Uzman Hekim	196	$196/859=0,22$	$0,22 \times 344=76$
3	Asistan Hekim	287	$287/859=0,34$	$0,34 \times 344=117$
	Toplam	859	1	344

3.6. Araştırmanın Bağımsız ve Bağımlı Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenleri olarak;

Görev durumu,

Çalışılan servis,

Çalışma süresi,
Önceden sağlık ocağında çalışma durumu,
Önceden sağlık ocağında çalışanların ev ziyareti gerçekleştirme durumu,
Ailede uzun süre bakıma gereksinimi olan birey olup olmama durumu
Ailede 65 yaş ve yukarısı birey olup olmama durumu alınmıştır.

Araştırmanın bağımlı değişkenleri olarak;

Anketten elde edilen evde bakım hizmetleri konusunda görüşlerini açıklayan faktörler,

Evde bakım hizmetlerinin finansmanının devlet tarafından sağlanmasına yönelik madde puanı,

Evde bakım hizmetlerinin hastanede verilen sağlık hizmetinin tamamlayıcı olduğuna ilişkin madde puanı,

Evde bakım hizmetlerinin hastaların yaşam kalitesini artıracığına ilişkin madde puanı,

Evde bakım hizmetlerinin koruyucu sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliğini artıracığına ilişkin madde puanı alınmıştır.

3.7. Sınırlılıklar

Araştırma, Ankara SSK Eğitim Hastanesi'nde 01.9.2002- 30.10.2002 tarihleri arasında çalışan doktor ve hemşirelerin 'Evde Bakım Hizmetleri Konusunda Doktor ve Hemşirelerin Görüşlerini Belirlemeye Yönelik Anket Formuna' verdikleri yanıtlar ile sınırlıdır.

3.8. Varsayımlar

Araştırma grubunun 'Evde Bakım Hizmetleri Konusunda Doktor ve Hemşirelerin Görüşlerini Belirlemeye Yönelik Anket Formuna' verdikleri yanıtlarda gerçek görüşlerini yansıttıkları varsayılmıştır.

3.9. Hipotezler

3.9.1. Sağlık çalışanlarının evde bakım hizmetleri ile ilgili görüşleri birbirinden bağımsız faktörlerle temsil edilebilir.

Birinci hipotezin sınanması için yapılan faktör analizi sonucunda araştırma grubunun değerlendirmelerinin iki bağımsız faktör tarafından açıklandığı görülmüştür. Bulgular kısmında faktör yapısının içeriği verilmiştir. Bundan sonraki hipotezler, saptanan iki faktörle birlikte aşağıdaki gibi yazılmıştır.

3.9.2. Araştırma grubunun evde bakım hizmetlerin yapısı alt ölçeği puan düzeyleri;

- a) Görev durumu,
- b) Çalışılan servis,
- c) Çalışma süresi,
- d) Ailede 65 yaş ve yukarısı birey olup olmama durumu
- e) Önceden sağlık ocağında çalışma durumu,
- f) Önceden sağlık ocağında çalışanların ev ziyareti gerçekleştirme durumu,
- g) Ailesinde uzun süre bakıma gereksinimli birey olup olmama durumuna

göre farklıdır.

3.9.3. Araştırma grubunun evde bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliği alt ölçeği puan düzeyleri;

- a) Görev durumu,
- b) Çalışılan servis,
- c) Çalışma süresi,
- d) Ailede 65 yaş ve yukarısı birey olup olmama durumu
- e) Önceden sağlık ocağında çalışma durumu,
- f) Önceden sağlık ocağında çalışanların ev ziyareti gerçekleştirme durumu,
- g) Ailesinde uzun süre bakıma gereksinimli birey olup olmama durumuna

göre farklıdır.

3.9.4. Araştırma grubunun evde bakım hizmetleri koruyucu sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliğini artırır madde puanı düzeyleri;

- a) Görev durumu,
- b) Çalışılan servis,
- c) Çalışma süresi,
- d) Ailede 65 yaş ve yukarısı birey olup olmama durumu
- e) Önceden sağlık ocağında çalışma durumu,
- f) Önceden sağlık ocağında çalışanların ev ziyareti gerçekleştirme durumu,
- g)Ailesinde uzun süre bakıma gereksinimli birey olup olmama durumuna göre farklıdır.

3.9.5. Araştırma grubunun evde bakım hizmetleri hastaların yaşam kalitesini artırır madde puan düzeyleri;

- a) Görev durumu,
- b) Çalışılan servis,
- c) Çalışma süresi,
- d) Ailede 65 yaş ve yukarısı birey olup olmama durumu
- e) Önceden sağlık ocağında çalışma durumu,
- f) Önceden sağlık ocağında çalışanların ev ziyareti gerçekleştirme durumu,
- g)Ailesinde uzun süre bakıma gereksinimli birey olup olmama durumuna göre farklıdır.

3.9.6. Araştırma grubunun evde bakım hizmetleri hastanede verilen sağlık hizmetinin tamamlayıcısıdır madde puan düzeyleri;

- a) Görev durumu,
- b) Çalışılan servis,
- c) Çalışma süresi,
- d) Ailede 65 yaş ve yukarısı birey olup olmama durumu
- e) Önceden sağlık ocağında çalışma durumu,
- f) Önceden sağlık ocağında çalışanların ev ziyareti gerçekleştirme durumu,
- g)Ailesinde uzun süre bakıma gereksinimli birey olup olmama durumuna göre farklıdır.

3.9.7. Araştırma grubunun evde bakım hizmetlerinin finansmanı devlet sağlamalıdır;

- a) Görev durumu,
- b) Çalışılan servis,
- c) Çalışma süresi,
- d) Ailede 65 yaş ve yukarısı birey olup olmama durumu
- e) Önceden sağlık ocağında çalışma durumu,
- f) Önceden sağlık ocağında çalışanların ev ziyareti gerçekleştirme durumu,
- g) Ailesinde uzun süre bakıma gereksinimli birey olup olmama durumuna göre farklıdır.

3.10. Kullanılan Veri Toplama Aracı

Veriler araştırmacı tarafından geliştirilen “Evde Bakım Hizmetleri Konusunda Doktor ve Hemşirelerinin Görüşlerini Belirlemeye Yönelik Anket Formu’ ile toplanmıştır (Ek 1). Anket formu, araştırmacı tarafından anket geliştirme kurallarına uyularak aşağıda belirtilen sıra ile oluşturulmuştur.

3.10.1. Ölçülecek Görüşün Tanımlanması

Bu araştırmada ölçülecek görüş, doktor ve hemşirelerin evde bakım hizmetleri konusundaki görüşleridir.

3.10.2. Anketin Kapsamının Belirlenmesi

Ölçülecek görüş kapsamında literatür taraması yapılarak evde bakım hizmetlerinin kuramsal yapısı belirlenmiştir. Türkiye’de kamu tarafından verilen sağlık hizmet sunumu içerisinde evde bakım hizmetleri olarak tanımlanabilecek hizmet çeşidi azdır. Bu, nedenle araştırma öncesinde 10 hekim, 10 hemşire, 3 psikolog ve 2 sosyal hizmet uzmanından evde bakım hizmetleri hakkında

kompozisyon yazmaları istenmiştir. Evde bakım hizmetleri hakkında kompozisyon yazması istenen grup rastgele seçilmiş ve deneklerin konu hakkında önceden bilgileri olup olmadığı araştırmacı tarafından sorulmamıştır. Kompozisyonların ve literatür bilgilerinin değerlendirilmesi sonucu belirlenen görüş ifadeleri uzmanlara sunulmuş ve uzmanların görüşleri doğrultusunda gerekli düzeltmeler yapılarak deneme anketi hazırlanmıştır.

İki bölümden oluşan anketin ilk kısmında araştırma grubunu tanıtan 8 soruya, ikinci bölümde ise evde bakım hizmetleri konusunda doktor ve hemşirelerin görüşlerini belirlemeye yönelik 5'li Likert ölçeğine göre düzenlenmiş 50 yargı cümlesine yer verilmiştir.

Araştırmada kullanılan anketin güvenilirliği için ölçek içinde bulunan maddelerin iç tutarlılığının (homojenliğinin) ölçüsü olan Crombach Alfa katsayısı kullanılmıştır. (Tezbaşaran,1997:46). Anketin iç tutarlılık katsayısı (Crombach Alfa), 0,94 bulunmuştur.

3.11. Ön Uygulama

Hazırlanan anketin ön uygulaması sekiz farklı hastanede toplam 15 hekim 15 hemşire, 2 psikolog ve 1 sosyal hizmet uzmanı ile gerçekleştirilmiştir. Ön uygulamanın gerçekleştiği hastanelerde anket uygulanan personelin, görevlerine göre dağılımı Tablo 3.2'de görülmektedir. Ön uygulama sonuçlarına göre soru formunu yanıtlama süresi 15 dakika olarak saptanmıştır

Tablo 3.2. Anketin Ön Uygulamasının Yapıldığı Araştırma Grubunun Unvanlarına ve Çalıştıkları Hastanelere Göre Dağılımı

Unvan	Çalıştığı Hastane
Uzman Hekim	SSK Ankara Eğitim Hastanesi
Uzman Hekim	SSK Ankara Eğitim Hastanesi
Uzman Hekim	SSK Ankara Eğitim Hastanesi
Uzman Hekim	SSK Ankara Eğitim Hastanesi
Uzman Hekim	Ankara Özel Bayındır Hastanesi
Uzman Hekim	İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi
Asistan Hekim	SB Adana Numune Hastanesi
Asistan Hekim	SSK Ankara Eğitim Hastanesi
Asistan Hekim	SSK Ankara Eğitim Hastanesi
Asistan Hekim	SSK Ankara Eğitim Hastanesi
Asistan Hekim	SSK Ankara Eğitim Hastanesi
Asistan Hekim	S.B. Ankara Hastanesi
Pratisyen Hekim	SSK Ankara Eğitim Hastanesi
Pratisyen Hekim	SSK Ankara Eğitim Hastanesi
Pratisyen Hekim	SSK Ankara Eğitim Hastanesi
Hemşire	SSK Ankara Eğitim Hastanesi
Hemşire	SSK Ankara Eğitim Hastanesi
Hemşire	SSK Ankara Eğitim Hastanesi
Hemşire	SSK Ankara Eğitim Hastanesi
Hemşire	SSK Ankara Eğitim Hastanesi
Hemşire	SSK Ankara Eğitim Hastanesi
Hemşire	SSK Ankara Eğitim Hastanesi
Hemşire	SSK Ankara Eğitim Hastanesi
Hemşire	SSK Ankara Eğitim Hastanesi
Hemşire	SSK Ankara Eğitim Hastanesi
Hemşire	SSK Ankara Eğitim Hastanesi
Hemşire	SB Adana Numune Hastanesi
Hemşire	SB Adana Numune Hastanesi
Hemşire	İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi
Hemşire	İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi
Hemşire	SB Ereğli Devlet Hastanesi
Psikolog	SB Ankara Numune Hastanesi
Psikolog	SB Ankara Numune Hastanesi
Sosyal Hizmet Uzmanı	Ankara Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hastanesi

3.12. İzinler

Araştırmanın yapılabilmesi için SSK Ankara Eğitim Hastanesi Başhekimliği'nden gerekli izinler alınmıştır (Ek. 2).

3.13. Veri Toplama Aracının Uygulanması

Araştırmanın anket yoluyla elde edilen verileri 01.9.2002-30.10.2002 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmacı tarafından anketörlere veri toplama teknikleri hakkında, hepsinin katıldığı bir ortamda 1 saatlik bir eğitim verilmiştir. Araştırma formu; araştırmacının kendisi ve altı anketör (2 asistan, 1 pratisyen hekim ve 3 hemşire), toplam 7 kişi tarafından bireylerin çalıştıkları servislerde, araştırmanın amacı ve veri toplama formunun doldurulmasına yönelik kısa bilgi verildikten sonra yüz yüze uygulanmıştır.

3.14. Araştırmada Karşılaşılan Sorunlar

Türkiye'de doktor ve hemşirelerin evde bakım hizmetleri konusunda görüşlerini belirlemeye yönelik olarak yapılmış bir araştırma bulunmamaktadır. Türkiye'de bu alandaki ilk çalışma olması, araştırmanın kapsamını ve içeriğini belirleme aşamasının planlanandan uzun olmasına neden olmuştur. Alandaki uzmanlarla konu hakkında sürekli iletişim halinde bulunulmuştur. Uzmanların geri bildirimlerinin değerlendirilmesi ise planlanandan daha uzun süre almıştır.

Verilerin toplanması aşamasında ise araştırma grubunun hekim ve hemşirelerden oluşması ve ilgili grubun nöbetle çalışması, nöbet sonrası izinlerin olması, deneklerin yerlerinde bulunmaması, deneklerin işlerinin yoğunluğu önemli sorunlar olarak yaşanmıştır.

3.15. Etik Sorunlar

Araştırmaya katılanlara araştırmanın amacı açıklanmış ve bireyler araştırmaya katılıp katılmamada özgür bırakılmıştır. Anketlerin doldurulması sırasında denekler herhangi bir şekilde etkilenmemiş ve anketin kendileri tarafından istekli olarak doldurulması sağlanmıştır. Araştırma sonucunun, araştırmanın yapılacağı kuruma iletileceği belirtilmiştir.

3.16. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen verilerin değerlendirilmesinde SPSS for Windows 10.0 istatistik paket programı kullanılmıştır.

Araştırma grubunun ankete verdikleri yanıtlar, olumlu ifadelerde;

Hiç Katılmıyorum	=1
Katılmıyorum	=2
Kararsızım	=3
Katılıyorum	=4
Tamamen Katılıyorum	=5 biçiminde puanlanmıştır.

Araştırma grubunun ankete verdiği yanıtlar olumsuz ifadelerde;

Hiç Katılmıyorum	=5
Katılmıyorum	=4
Kararsızım	=3
Katılıyorum	=2
Tamamen Katılıyorum	=1 biçiminde puanlanarak madde ham puanları elde edilmiştir.

Araştırma grubunun görüşlerini belirleyen temel boyutlarını saptayabilmek için çok değişkenli bir çözümleme yöntemi olan faktör analizi yapılmıştır. Evde bakım hizmetlerinin yapısı ve evde bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliği alt ölçeklerine ilişkin görüşler için karşılaştırmalar, grup sayısı 2 olduğu durumlarda t testi ile grup sayısının 2’den fazla olduğu durumlarda tek faktörlü varyans analizi (ANOVA) ile yapılmıştır. Madde puanları ile ölçülmek istenen görüşler içinde aynı

istatistiksel çalışmalar yapılmıştır. Varyans analizi sonucunda fark gözlendiği durumlarda, Tukey HSD çoklu karşılaştırılmalı (post-hoc) testi kullanılmıştır.

Faktör analizi sonucunda 1. ve 4. maddenin ölçeğin yapısını oluşturan iki faktöre de girmedikleri saptanmış ve bu iki madde nihai ölçekten çıkarılmıştır.

İlk faktör için puanı 120'nin altında 9 ve 190'ın üzerinde olan 15 kişi ölçekten çıkartılmıştır. Benzer şekilde ikinci faktör için puanı 11 altında 6 kişi ve 30'un üzerinde 11 kişi analizden çıkartılmıştır. Bu kişilerin puan dağılımını normalden uzaklaştırdıkları için analizlerde çıkarılmaları önerilmektedir (Tabachnick ve Fidell, 2000; Kırk,1982). Madde ayırt ediciliklerini bulabilmek amacıyla madde toplam korelasyonlarına bakılmıştır.



4. BULGULAR

Araştırmada elde edilen bulgular; tanımlayıcı bulgular, denemelik anketten elde edilen bulgular, faktör analizi bulguları ve araştırma grubunun evde bakım hizmetleri ile ilgili görüşleri olmak üzere 4 bölümde incelenmiştir.

4.1. Tanımlayıcı Bulgular

Araştırmada tanımlayıcı bulgular; araştırma grubunun görevleri, çalışma süreleri, öğrenim düzeyleri, önceden sağlık ocağında çalışma durumları, ailelerinde 65 yaş ve üzeri birey bulunma durumu ve ailelerinde uzun süreli bakım gereksinimli birey bulunma durumu, daha önceden sağlık ocağında çalışanlar içerisinde ev ziyareti gerçekleştirme durumu, daha önceden sağlık ocağında çalışanların görevleri, çalıştıkları servisler olmak üzere açıklanmıştır.

4.1.1. Araştırma Grubunun Görevleri, Çalışma Süreleri, Öğrenim Düzeyleri, Önceden Sağlık Ocağında Çalışma Durumları, Ailelerinde 65 Yaş ve Üzeri Birey Bulunma Durumu ve Ailelerinde Uzun Süreli Bakım Gereksinimli Birey Bulunma Durumlarına İlişkin Bulguları

Araştırma grubunun görevlerine göre dağılımı incelendiğinde %41,5'inin hemşire, %20,3'ünün uzman doktor, %31,7'sinin asistan doktor, %6,7'sini pratisyen doktor olduğu saptanmıştır. Araştırma grubunun çalışma sürelerine göre dağılımı incelendiğinde %38,2'sinin 5 yıl ve daha az, %24,4'ünün 6-10 yıl arası %14,3'ünün 11-15 yıl arası, %12,9'unun 16-20 yıl arası, %10,4'ünün 21 yıl ve daha fazla yıldır çalıştığı saptanmıştır. Araştırma grubunun daha önceden sağlık ocağında çalışma durumu incelendiğinde, %19,6'sının daha önceden sağlık ocağında çalıştığı ve %80,4'ünün daha önceden sağlık ocağında çalışmadığı saptanmıştır. Araştırma grubunda ailelerinde uzun süre bakıma gereksinimi olanlar %9,2 ve uzun süre bakım gereksinimi olmayanlar ise %90,8'dir. Araştırma grubunda ailelerinde 65 yaş ve üzeri birey bulunanlar %52,1 ve 65 yaş ve üzeri birey bulunmayanlar ise %47,9'dur.

Hemşire ve doktorların öğrenim düzeyleri incelendiğinde, hemşirelerin %29,7'sinin lise mezunu, %51,4'ünün ön lisans mezunu, %14,2'sinin lisans mezunu, %4'ünün yüksek lisans mezunu, %0,7'sinin doktora mezunu olduğu saptanmıştır. Doktorların öğrenim düzeyleri incelendiğinde; %11,5'inin pratisyen doktor, %54,1'inin asistan doktor, %34,6'sının uzman doktor olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1.).

Tablo 4.1. Araştırma Grubunun Görevleri, Çalışma Süreleri, Öğrenim Düzeyleri, Önceden Sağlık Ocağında Çalışma Durumları, Ailelerinde 65 Yaş ve Üzeri Birey Bulunma Durumu ve Ailelerinde Uzun Süreli Bakım Gereksinimli Birey Bulunma Durumuna Göre Dağılımı

Görev	Sayı (N)	Yüzde (%)
Hemşire	148	41,5
Uzman Doktor	72	20,3
Asistan Doktor	113	31,7
Pratisyen Doktor	24	6,7
Çalışma Süresi (Yıl)		
1-5	136	38,2
6- 10	87	24,4
11-15	51	14,3
16-20	46	12,9
21-25	37	10,4
Öğrenim Durumu		
Hemşirelerin Öğrenim Durumu		
Lise Mezunu	44	29,7
Ön Lisans Mezunu	76	51,4
Lisans Mezunu	21	14,2
Yüksek Lisans Mezunu	6	4
Doktora Mezunu	1	0,7
Doktorların Öğrenim Durumu*		
Pratisyen Doktor	24	11,5
Asistan Doktor	113	54,1
Uzman Doktor	72	34,6
Önceden Sağlık Ocağında Çalışma Durumu		
Çalışan	70	19,6
Çalışmayan	287	80,4
Ailelerinde 65 Yaş ve Üzeri Birey Bulunup Bulunmama Durumu		
Bulunan	185	52,1
Bulunmayan	172	47,9
Ailelerinde Uzun Süre Bakım Gereksinimli Birey Bulunup Bulunmama Durumu		
Bulunan	32	9,2
Bulunmayan	325	90,8
Toplam	357	100,0

* Doktorların öğrenim durumu unvanları ile eş tutulmuştur.

4.1.2. Araştırma Grubunda Daha Önce Sağlık Ocağında Çalışanların İçerisinde Ev Ziyareti Gerçekleştirme Durumları

Araştırma grubunda daha önceden sağlık ocağında çalışanların ev ziyareti gerçekleştirme durumları incelendiğinde %41,4'ünün ev ziyareti gerçekleştirdikleri %58,6'sının ev ziyareti gerçekleştirmedikleri saptanmıştır (Tablo 4.2.).

Tablo 4.2. Araştırma Grubunda Daha Önce Sağlık Ocağında Çalışanların Ev Ziyareti Gerçekleştirme Durumlarına Göre Dağılımı

Ev Ziyareti Gerçekleştirme Durumu	Sayı (N)	Yüzde (%)
Gerçekleştiren	29	41,4
Gerçekleştirmeyen	41	58,6
Toplam	70	100

4.1.3. Araştırma Grubunda Daha Önce Sağlık Ocağında Çalışma ve Görevlerine Göre Özellikleri

Araştırma grubunda daha önceden sağlık ocağında çalışanların %7,1'i hemşire, %45,7'si uzman doktor, %35,7'si asistan doktor, %11,4'ü pratisyen doktorlardan oluştuğu tespit edilmiştir (Tablo 4.3.).

Tablo 4.3. Araştırma Grubunda Daha Önce Sağlık Ocağında Çalışma ve Görevlerine Göre Dağılımı

Görev	Önceden Sağlık Ocağında Çalışma Durumu					
	Çalışan		Çalışmayan		Toplam	
	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)
Hemşire	5	7,1	143	49,8	148	41,5
Uzman Doktor	32	45,7	40	13,9	72	20,2
Asistan Doktor	25	35,7	88	30,7	113	31,7
Pratisyen Doktor	8	11,4	16	5,6	24	6,7
Toplam	70	100	287	100	357	100

4.1.4. Araştırma Grubunun Çalıştıkları Servislere Göre Özellikleri

Araştırma grubunun çalıştıkları servislere göre dağılımı incelendiğinde, acil servis %13,7 ile en yüksek paya sahip servis iken cildiye servisi % 2,5 ile en düşük sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4.)

Tablo 4.4. Araştırma Grubunun Çalıştıkları Servislere Göre Dağılımı

Servis Adı*	Sayı (N)	Yüzde (%)
Dahiliye 1	13	3,6
Dahiliye 2	12	3,4
Dahiliye 3	12	3,4
Acil	49	13,7
Genel Cerrahi 1 **	18	5,0
Genel Cerrahi 2**	13	3,6
Genel Cerrahi 3**	14	3,9
Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	16	4,5
Anestezi ve Reanimasyon	17	4,8
Ortopedi 1	13	3,6
Ortopedi 2	15	4,2
Nöroşirurji	19	5,3
Üroloji	13	3,6
Psikiyatri	12	3,4
Nöroloji	17	4,8
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	11	3,1
Göğüs Hastalıkları	12	3,4
Cildiye	9	2,5
İntaniye	12	3,4
Acil Dahiliye	22	6,2
Koroner Yoğun Bakım	11	3,1
Diğer Servisler ***	27	7,6
Toplam	357	100

* Bu servisler hastanedeki mevcut durumu yansıtmaktadır.

** Ameliyathane servisinde çalışan hemşireler cerrahi servislerinde kabul edilmiştir

*** Beslenme Ünitesi, Biyokimya Laboratuvarı, Röntgen ve Görüntüleme Ünitesi, Patoloji Laboratuvarı, Başhemşirelik, diğer servisler şeklinde isimlendirilmiştir

4.5. Araştırma Grubunun Çalıştıkları Servisler ve Görevlerine Göre Dağılımı

Servis Adı*	Görev									
	Hemşire		Uzman Doktor		Asistan Doktor		Pratisyen Doktor		Toplam	
	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)
Dahiliye 1	5	38,5	3	23,1	5	38,5			13	100
Dahiliye 2	5	41,7	2	16,7	5	41,7			12	100
Dahiliye 3	5	41,7	3	25	4	33,3			12	100
Acil	27	55,1	1	2	1	2	20	40,8	49	100
Genel Cerrahi 1 **	7	38,9	5	27,8	6	33,3			18	100
Genel Cerrahi 2**	6	46,2	3	23,1	4	30,8			13	100
Genel Cerrahi 3**	6	42,9	3	21,4	5	35,7			14	100
Kulak Burun Boğaz	6	41,2	5	23,5	5	35,3			16	100
Anestezi ve Reanim.	7	30,8	4	23,1	6	46,2			17	100
Ortopedi 1	4	26,7	3	20	6	53,3			13	100
Ortopedi 2	4	36,8	3	31,6	8	31,6			15	100
Nöroşirurji	7	30,8	6	23,1	6	2			19	100
Üroloji	4	41,7	3	25	6	33,3			13	100
Psikiyatri	5	41,7	3	25	4	33,3			12	100
Nöroloji	6	35,3	4	25	7	33,3			17	100
Fizik Tedavi ve Reh.	4	36,4	2	18,2	5	45,5			11	100
Göğüs Hastalıkları	4	33,3	2	16,7	6	50			12	100
Cildiye	4	44,4	2	22,2	3	33,3			9	100
İntaniye	4	33,3	3	25	5	41,6			12	100
Acil Dahiliye	10	45,5	3	13,6	6	27,3	3	13,6	22	100
Koroner Yoğun Bak.	4	36,4	3	27,3	4	36,4			11	100
Diğer Servisler***	14	51,9	6	22,2	6	22,2	1	3,7	27	100
Toplam	148		72		113		24		357	

* Bu servisler hastanedeki mevcut durumu yansıtmaktadır.

** Ameliyathane servisinde çalışan hemşireler cerrahi servislerinde gösterilmiştir.

*** Beslenme Ünitesi, Biyokimya Laboratuvarı, Röntgen ve Görüntüleme Ünitesi, Patoloji Laboratuvarı, Başhemşirelik, diğer servisler şeklinde isimlendirilmiştir.

4.2. Deneme Anketinden Elde Edilen Betimsel Bulgular

Madde puanlarının betimsel istatistikleri incelendiğinde madde 13'ün 4,20 puan ortalamasıyla en yüksek değere sahip olduğu, madde 22 ve 23'ün ise 2.23 puan ortalamasıyla en düşük değere sahip olduğu saptanmıştır. Standart sapma 0,79 ve 2,86 arasında değişmektedir (Tablo 4.6.).

Korelasyonlara dayalı madde analizi işlemleri için her maddeye dayalı ait puan dizisi ile ölçeğin puan dizisi arasında korelasyon katsayısı hesaplanmıştır (Tezbaşaran,1997:29). Tablo 4.7. incelendiğinde yirmi iki maddenin madde toplam

korelasyonları 0,60'nın üzerinde on üç maddenin toplam madde korelasyonları puan düzeyleri 0,40 puanın altında olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.6. Madde Puanlarının Betimsel İstatistikleri

Madde Numarası	Sayı (N)	Ranj	Min.	Max.	Ortalama (\bar{X})	Standart Sapma
M2	357	4	1	5	3,09	1,21
M3	357	4	1	5	2,99	1,14
M5	357	5	0	5	3,93	1,11
M6	357	5	0	5	3,19	1,17
M7	357	5	0	5	3,00	1,23
M8	357	5	0	5	3,78	1,04
M9	357	5	0	5	3,53	1,18
M10	357	5	0	5	4,07	,99
M11	357	5	0	5	3,97	1,04
M12	357	5	0	5	3,99	1,05
M13	357	5	0	5	4,20	,79
M14	357	5	0	5	4,17	,83
M15	357	5	0	5	4,08	,85
M16	357	5	0	5	3,56	1,09
M17	357	5	0	5	2,31	,99
M18	357	5	0	5	4,02	,93
M19	357	5	0	5	2,44	1,10
M20	357	5	0	5	3,37	,99
M21	357	5	0	5	4,05	,86
M22	357	5	0	5	2,23	1,07
M23	357	5	0	5	2,23	,98
M24	357	5	0	5	2,34	1,02
M25	357	5	0	5	4,11	,91
M26	357	5	0	5	3,91	,99
M27	357	5	0	5	3,45	1,08
M28	357	5	0	5	3,89	1,00
M29	357	5	0	5	4,07	,89
M30	357	5	0	5	3,38	1,13
M31	357	5	0	5	4,06	1,00
M32	357	5	0	5	3,46	1,09
M33	357	5	0	5	3,95	,91
M34	357	5	0	5	3,75	1,10
M35	357	5	0	5	4,05	,89
M36	357	5	0	5	4,36	2,86
M37	357	5	0	5	3,43	1,15
M38	357	5	0	5	3,76	1,00
M39	357	5	0	5	4,18	,94
M40	357	5	0	5	4,19	,86
M41	357	5	0	5	4,05	,94
M42	357	5	0	5	3,48	1,13
M43	357	5	0	5	3,99	,97
M44	357	5	0	5	4,17	,88
M45	357	5	0	5	4,17	,95
M46	357	5	0	5	3,94	1,01
M47	357	5	0	5	3,97	1,06
M48	357	5	0	5	3,38	1,11
M49	357	5	0	5	3,92	,92
M50	357	5	0	5	3,97	1,00

Tablo 4.7. Madde Analizi

Madde No	Madde Toplam Korelasyonları
22	0,0574
23	0,1258
24	0,0951
2	0,0757
3	0,0814
17	0,1650
19	0,1868
7	0,2411
5	0,4546
6	0,3401
8	0,5278
9	0,3091
10	0,6047
11	0,6106
12	0,6127
13	0,6821
14	0,7035
15	0,6303
16	0,5863
18	0,3489
20	0,6468
21	0,6525
25	0,5675
26	0,5265
27	0,4974
28	0,5368
29	0,6149
30	0,5522
31	0,6493
32	0,5541
33	0,6580
34	0,6345
35	0,6624
36	0,2745
37	0,4882
38	0,6704
39	0,6652
40	0,7096
41	0,5644
42	0,3602
43	0,5558
44	0,6928
45	0,6530
46	0,7416
47	0,7420
48	0,5750
49	0,6681
50	0,7210

4.3 Faktör Analizi Bulguları

Faktör analizi ile ilgili bulgular; faktör analizi sonuçları, anketin güvenilirlik bulguları, evde bakım hizmetlerinin yapısı alt ölçeği ve evde bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliği alt ölçeklerinden elde edilen betimsel istatistikler olmak üzere dört başlık altında incelenmiştir.

4.3.1. Faktör Analizi Sonuçları

Evde bakım hizmetleri hakkında doktor ve hemşirelerin görüşlerini belirlemeye yönelik geliştirilmiş olan anketin yapılan faktör analizi sonucuna göre iki faktörlü olduğu tespit edilmiştir. Hipotez 3.9.1. kabul edilmiştir.

Birinci faktör ankete ilişkin toplam varyansın %33,33’ini, ikinci faktör %6,935’ini açıklamaktadır. İki faktörün açıkladıkları toplam varyans %40,28’dir. Birinci faktörün kırk maddeden, ikinci faktörün sekiz maddeden oluşmuştur. Birinci faktörde yer alan maddelerin faktördeki yük değerleri 0,771- 0,318 arasında değişmektedir. İkinci faktörde yer alan maddelerin yük değerleri 0,604- 0,319 arasında değişmektedir Birinci faktörün özdeğeri 15,99 ikinci faktörün özdeğeri 3,32 olarak bulunmuştur (Tablo 4.8.).

Faktörlere maddelerin içerikleri dikkate alınarak isim verilmeye çalışılmıştır. İlk faktörde yer alan maddelerin evde bakım hizmetleri ile ilgili genel bilgi ve düşüncelere ait olduğu dikkate alınarak bu faktöre, “evde bakım hizmetlerinin yapısı” ismi verilmiştir. İkinci faktörde yer alan maddelerin ise evde bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliği ile ilgili olgularla ilgili olduğu düşünülerek ‘evde bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliği” ismi verilmiştir.

Tablo 4.8. Faktör Analizi Sonuçları

Madde No	Faktör Ortak Varyansı	Faktör -1 Yük Değeri	Faktör- 2 Yük Değeri
M50	,600	,771	
M46	,596	,771	
M47	,591	,767	
M40	,613	,766	
M44	,612	,753	
M14	,555	,737	
M35	,578	,723	
M39	,547	,718	
M45	,569	,716	
M49	,516	,715	
M13	,521	,714	
M38	,510	,712	
M33	,497	,701	
M21	,480	,692	
M29	,514	,677	
M31	,461	,674	
M34	,450	,670	
M20	,476	,658	
M15	,460	,650	
M12	,451	,636	
M11	,443	,634	
M10	,435	,627	
M41	,454	,625	
M43	,459	,625	
M48	,396	,623	
M25	,415	,621	
M16	,417	,599	
M28	,367	,589	
M30	,351	,583	
M26	,335	,573	
M8	,327	,567	
M27	,299	,543	
M32	,425	,541	
M37	,324	,473	
M5	,267	,469	
M42	,224	,416	
M18	,251	,414	
M6	,151	,352	
M9	,117	,341	
M36	,117	,318	
M17	,373		,604
M19	,351		,577
M23	,306		,550
M7	,320		,529
M3	,254		,503
M22	,246		,496
M24	,195		,440
M2	,105		,319

Açıklanan Varyans : Toplam: %40,248, Faktör1: %33,313, Faktör 2: %6,935
 Özdeğerler : Faktör 1=15.99, Faktör 2=3.32

4.3.2. Anketin Güvenilirlik Bulguları

Anketi oluşturan 48 maddeye ilişkin güvenilirlik katsayısı 0,94 bulunmuştur. 40 maddeden oluşan birinci faktörün güvenilirlik katsayısı 0,95, 8 maddeden oluşan ikinci faktörün güvenilirlik katsayısı 0,70 bulunmuştur. (Tablo 4.9.).

Tablo 4.9. Evde Bakım Hizmetleri Hakkında Doktor ve Hemşirelerin Görüşlerini Belirlemeye Yönelik Anketin Güvenilirlik Katsayıları

	Güvenilirlik Katsayısı (crombach alfa)
Anket	0,94
Faktör 1 (Evde bakım hizmetlerinin yapısı)	0,95
Faktör 2 (Evde bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliği)	0,70

4.3.3. Evde Bakım Hizmetlerinin Yapısı Alt Ölçeğinden Elde Edilen Puanlarının Betimsel İstatistikleri

Evde bakım hizmetlerinin yapısı alt ölçeğinin betimsel istatistikleri ranj 90, minimum puan 100, maksimum puan 190, ortalama 158,29, standart sapma 16,45, varyans 270,43, çarpıklık 0,49 ve sivrilik 0,64 olarak saptanmıştır (Tablo 4.10.).

Tablo 4.10. Evde Bakım Hizmetlerinin Yapısı Elde Edilen Puanlarının Betimsel İstatistikleri

Betimsel İstatistikler	Puan
Ranj	90
Minumum Puan	100
Maksimum Puan	190
Ortalama	158,29
Standart Sapma	16,45
Varyans	270,43
Çarpıklık	0,49
Sivrilik	0,64

4.3.4. Evde Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliği Alt Ölçeğinden Elde Edilen Puanların Betimsel İstatistikleri

Evde bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliği alt ölçeğinin betimsel istatistikleri ranj 19, minimum puan 11, maksimum puan 30, ortalama 20,48, standart sapma 4,32, varyans 18,69, çarpıklık 0,04 ve sivrilik 0,47 olarak saptanmıştır (Tablo4.11.).

Tablo 4.11. Evde Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliği Alt Ölçeği Puanlarının Betimsel İstatistikleri

Betimsel İstatistikler	Puan
Ranj	19
Minimum Puan	11
Maksimum Puan	30
Ortalama	20,48
Standart Sapma	4,32
Varyans	18,69
Çarpıklık	0,04
Sivrilik	0,47

4.4. Araştırma Grubunun Evde Bakım Hizmetleri Hakkındaki Görüşleri

Araştırma grubunun evde bakım hizmetleri hakkındaki görüşleri; evde bakım hizmetleri hakkında doktor ve hemşirelerin görüşlerini belirlemeye yönelik geliştirilmiş anketten elde edilen ‘evde bakım hizmetlerinin yapısı’ ve ‘evde bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliği’ alt ölçekleri ve anketten seçilen ‘evde bakım hizmetleri koruyucu sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliğini artırır’ “evde bakım hizmetleri hastaların yaşam kalitesini artırır”, “evde bakım hizmetleri hastanede verilen sağlık hizmetinin tamamlayıcısıdır”, “evde bakım hizmetlerinin finansmanını devlet sağlamalıdır” maddeleri kapsamında görev durumları, çalıştıkları servis, çalışma süreleri, önceden sağlık ocağında çalışma durumu, önceden sağlık ocağında çalışanların ev ziyareti gerçekleştirme durumu, ailelerinde 65 yaş ve üzeri birey bulunma durumu, ailelerinde uzun süreli bakım gereksinimi bulunan birey durumu değişkelerine göre incelenmiştir.

4.4.1. Araştırma Grubunun Evde Bakım Hizmetlerinin Yapısı Hakkında Görüşleri

Araştırma grubunun evde bakım hizmetlerinin yapısına ilişkin görüşleri görev durumları, çalıştıkları servis, çalışma süreleri, önceden sağlık ocağında çalışma durumu, önceden sağlık ocağında çalışanların ev ziyareti gerçekleştirme durumu, ailelerinde 65 yaş ve üzeri birey bulunma durumu, ailelerinde uzun süreli bakım gereksinimi bulunan birey durumu bağımsız değişkenlerine göre incelenmiştir.

4.4.1.1. Araştırma Grubunun Görevlerine Göre “Evde Bakım Hizmetlerinin Yapısı” Alt Ölçeği Kapsamındaki Görüşleri

Araştırma grubunun görevlerine evde bakım hizmetlerinin yapısı alt ölçeğinden almış oldukları puanlar incelendiğinde, hemşirelerin en yüksek puanı aldıkları ($\bar{X}=159,56$), pratisyen doktorların ise en düşük puan aldıkları ($\bar{X}=153,80$) tespit edilmiştir. (Tablo 4.12.). Hemşirelerin ve pratisyen doktorların evde bakım hizmetlerinin yapısı alt ölçeğinden aldıkları puanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($F_{(3-329)}=0,873$, $p> 0,05$), (Tablo 4.13.). Hipotez 3.9.2.a reddedilmiştir.

Tablo 4.12. Araştırma Grubunun Evde Bakım Hizmetlerinin Yapısı Alt Ölçeği Puanlarının Görevlerine Göre Dağılımı

Görev	Sayı (N)	Ortalama (\bar{X})	Standart Sapma (S)
Hemşire	138	159,56	15,66
Uzman Doktor	70	158,40	14,71
Asistan Doktor	105	157,40	18,21
Pratisyen Doktor	20	153,80	17,89
Toplam	333	158,28	16,45

Tablo 4.13.. Araştırma Grubunun Evde Bakım Hizmetlerinin Yapısı Alt Ölçeği Ortalama Puanlarının Görevlerine Göre Karşılaştırılması

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi (sd)	Kareler Ortalaması
Gruplar arası	709,09	3	236,36
Gruplar içi	89073,24	329	270,74
Toplam	89782,32	332	

$$F_{(3-329)}=0,873 \quad p=0,455$$

4.4.1.2. “Araştırma Grubunun Çalıştıkları Servislere Göre Evde Bakım Hizmetlerinin Yapısı” Alt Ölçeği Kapsamındaki Görüşleri

Araştırma grubunun evde bakım hizmetlerinin yapısı alt ölçeği puanlarının servislere göre dağılımı adlı tablo incelendiğinde, göğüs hastalıkları servisinin 170,09 puan ortalamasıyla en yüksek puan alan servis olduğu, beslenme ünitesi, biyokimya laboratuvarı, röntgen ve görüntüleme ünitesi, patoloji laboratuvarı, başhemşirelikten oluşan ve diğer servisler şeklinde isimlendirilen servisin ise 144,85 puan ortalamasıyla en düşük puana sahip olduğu izlenmektedir. Araştırma grubunun “Evde bakım hizmetlerinin yapısı” puanları çalıştıkları servislere göre istatistiksel olarak anlamlıdır [$F_{(21-311)};2,137 p<0,05$]. Hipotez 3.9.2b kabul edilmiştir.

Tablo 4.14. Araştırma Grubunun Evde Bakım Hizmetlerinin Yapısı Alt Ölçeği Puanlarının Servislere Göre Dağılımı

Servis Adı	Sayı (N)	Ortalama (\bar{X})	Standart Sapma(S)	Min	Max
Dahiliye 1	13	164,92	10,67	147,00	183,00
Dahiliye 2	12	158,08	16,08	122,00	186,00
Dahiliye 3	11	157,18	13,18	133,00	183,00
Acil	43	163,93	14,20	121,00	187,00
Genel Cerrahi 1	17	160,88	23,55	105,00	190,00
Genel Cerrahi 2	11	153,55	7,84	142,00	166,00
Genel Cerrahi 3	12	163,00	14,27	143,00	190,00
Kulak Burun Boğaz	15	156,87	15,30	135,00	184,00
Anestezi ve Reanimasyon	17	154,18	20,82	100,00	181,00
Ortopedi 1	13	156,08	12,55	132,00	180,00
Ortopedi 2	15	162,73	18,10	128,00	190,00
Nöroşirurji	19	159,37	15,67	117,00	189,00
Üroloji	11	162,45	15,96	133,00	188,00
Psikiyatri	9	149,56	20,82	107,00	166,00
Nöroloji	16	161,94	14,97	132,00	190,00
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	10	155,10	18,44	130,00	189,00
Göğüs Hastalıkları	12	170,09	13,65	144,00	190,00
Cildiye	9	154,11	9,01	137,00	166,00
İntaniye	11	157,00	15,95	130,00	184,00
Acil Dahiliye	19	155,68	16,24	111,00	180,00
Koroner Yoğun Bakım	11	158,18	11,69	140,00	174,00
Diğer Servisler	27	144,85	16,90	111,00	181,00
Toplam	333	158,28	16,45	100,00	190,00

Tablo 4.15. Araştırma Grubunun Evde Bakım Hizmetlerinin Yapısı Alt Ölçeği la Puanlarının Çalıştıkları Servislere Göre Karşılaştırılması

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması
Gruplar arası	11323,343	21	539,207
Gruplar içi	78458,982	311	252,280
Toplam	89782,324	332	

$$F_{(21-311)} = 2,137 \quad p = 0,003$$

4.4.1.3. Araştırma Grubunun Çalışma Sürelerine Göre Evde Bakım Hizmetlerinin Yapısı” Alt Ölçeği Kapsamında Görüşleri

Araştırma grubunun “evde bakım hizmetlerin yapısı” alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanların çalışma sürelerine göre dağılımı incelendiğinde, beş yıl ve daha kısa süre çalışanların 158,76, altı ve on yıl arası çalışanların 157,89, on bir ve on beş yıl arası çalışanların 156,85, on altı ve yirmi yıl arası çalışanların 162,42, yirmi yıl ve üzeri çalışanların 154,80 olduğu saptanmıştır (Tablo 4.16.). Araştırma grubunun “evde bakım hizmetlerin yapısına” ilişkin görüşleri çalışma sürelerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir [$F_{(4-328)} = 1,182$; $p > 0,05$], (Tablo 4.17.). Hipotez 3.9.2.c reddedilmiştir.

Tablo 4.16. Araştırma Grubunun “Evde Bakım Hizmetlerinin Yapısı” Alt Ölçeği Aldıkları Puanlarının Çalışma Sürelerine Göre Dağılımı

Çalışma Süresi (yıl)	Sayı (N)	Ortalama (\bar{X})	Standart Sapma (S)	Min	Max
5 yıl ve daha az	127	158,76	16,8780	105,00	190,00
6-10	81	157,86	17,0204	111,00	189,00
11-15	48	156,85	13,4702	121,00	184,00
16-20	41	162,41	17,3839	111,00	190,00
21 ve üzeri	36	154,81	15,8760	100,00	182,00
Toplam	333	158,29	16,4447	100,00	190,00

Tablo 4.17. Araştırma Grubunun “Evde Bakım Hizmetlerinin Yapısı” Alt Ölçeği Ortalama Puanlarının Çalışma Sürelerine Göre Karşılaştırılması

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Standart Sapma (S)	Kareler Ortalaması
Gruplar arası	1275,816	4	318,954
Gruplar içi	88506,509	328	269,837
Toplam	89782,324	332	

$$F_{(4-328)} = 1,182 \quad p = 0,319$$

4.4.1.4. Araştırma Grubunun Ailelerinde 65 Yaş ve Üzeri Birey Bulunma Durumuna Göre “Evde Bakım Hizmetlerinin Yapısı” Alt Ölçeği Kapsamındaki Görüşleri

Araştırma grubunun “evde bakım hizmetlerinin yapısı” alt ölçeği puan ortalamaları değerlendirildiğinde ailelerinde 65 yaş ve üzeri birey bulunan grubun 157,92 ortalama puan aldıkları, ailelerinde 65 yaş ve üzeri birey bulunmayan grubun 158,69 ortalama puan aldıkları tespit edilmiştir; bulunan fark istatistiksel olarak anlamlı değildir [$t_{(331)}=0,609$, $p>0,05$] (Tablo 4.18.). Hipotez 3.9.2.d reddedilmiştir.

Tablo 4.18. Araştırma Grubunun “Evde Bakım Hizmetlerinin Yapısı” Alt Ölçeği Puanlarının Ailelerinde 65 Yaş ve Üzeri Birey Bulunma Durumuna Göre Dağılımı

Ailede 65 Yaş Üzeri Birey Bulunma Durumu	Sayı (N)	Ortalama (\bar{X})	Standart Sapma (S)	Serbestlik Derecesi (sd)
Bulunan	174	157,92	15,89	331
Bulunmayan	159	158,69	17,08	
Toplam	333			

$t_{(331)}=0,956$ $p=0,609$

4.4.1.5. Araştırma Grubunun Daha Önceden Sağlık Ocağında Çalışma Durumuna Göre “Evde Bakım Hizmetlerinin Yapısı” Alt Ölçeği Kapsamındaki Görüşleri

Araştırma grubunun “evde bakım hizmetlerin yapısı” alt ölçeği puan düzeyleri, önceden sağlık ocağında çalışmayanlarda ($\bar{X}=158,32$), çalışanlara ($\bar{X}=158,16$) daha yüksek bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. [$t_{(331)}=0,345$, $p>0,05$]. Hipotez 3.9.2.e reddedilmiştir.

Tablo 4.19. Araştırma Grubunun “Evde Bakım Hizmetlerinin Yapısı” Alt Ölçeği Puanlarının Sağlık Ocağında Çalışma Durumuna Göre Dağılımı

Daha Önceden Sağlık Ocağında Çalışma Durumu	Sayı (N)	Ortalama (\bar{X})	Standart Sapma (S)	Serbestlik Derecesi (sd)
Çalışan	63	158,16	17,44	331
Çalışmayan	270	158,32	16,24	
Toplam	333			

$t_{(331)}=$ $p=0,945$

4.4.1.6 Araştırma Grubunda Daha Önceden Sağlık Ocağında Çalışanların Ev Ziyareti Gerçekleştirme Durumuna Göre “Evde Bakım Hizmetlerinin Yapısı” Alt Ölçeği Kapsamındaki Görüşleri

Araştırma grubunda önceden sağlık ocağında çalışıp ev ziyareti gerçekleştirenlerde “evde bakım hizmetlerin yapısı” alt ölçeği puan düzeyleri ($\bar{X}=161,41$), ev ziyareti gerçekleştirilmeyenlere göre ($\bar{X}=156,15$) daha yüksektir. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. [$t_{(61)}= 1,167$, $p>0,05$]. Hipotez 3.9.2.f reddedilmiştir.

Tablo 4.20. Araştırma Grubunun “Evde Bakım Hizmetlerinin Yapısı” Alt Ölçeği Ortalama Puanlarının Sağlık Ocağında Çalışanlar İçerisinde Ev Ziyareti Gerçekleştirme Durumuna Göre Dağılımı

Ev Ziyareti Gerçekleştirme Durumu	Sayı (N)	Ortalama (\bar{X})	Standart Sapma (S)	Serbestlik Derecesi (sd)
Gerçekleştiren	24	161,41	19,79	61
Gerçekleştirmeyen	39	156,15	15,75	
Toplam	63			

$t_{(61)}=1,167$, $p=0,248$

4.4.1.7. Araştırma Grubunda Ailelerinde Uzun Süre Bakım Gereksinimi Birey Bulunma Durumuna “Evde Bakım Hizmetlerinin Yapısı” Alt Ölçeği Kapsamındaki Görüşleri

Araştırma grubunun “evde bakım hizmetlerin yapısı” alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları ailelerinde uzun süre bakım gereksinimli birey olup olmama durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir [$t_{(333)}=0.194$, $p>0,05$], (Tablo 4.21.). Hipotez 3.9.2.g reddedilmiştir.

Tablo 4.21. Araştırma Grubunun “Evde Bakım Hizmetlerinin Yapısı” Alt Ölçeği Puanların Ailelerinde Uzun Süre Bakım Gereksinimi Bulunan Birey Durumuna Göre Dağılımı

Ailede Uzun Süre Bakım Gereksinimi Bulunma Durumu	Sayı (N)	Ortalama (\bar{X})	Standart Sapma (S)	Serbestlik Derecesi (sd)
Olan	30	158,37	18,61	331
Olmayan	303	158,28	16,25	
Toplam				

$t_{(30-303)}=0,027$ $p=0,194$

4.4.2. Araştırma Grubunun Evde Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliği Hakkında Görüşleri

Araştırma grubunun evde bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliğine ilişkin görüşleri görev durumları, çalıştıkları servis, çalışma süreleri, önceden sağlık ocağında çalışma durumu, önceden sağlık ocağında çalışanların ev ziyareti gerçekleştirme durumu, ailelerinde 65 yaş ve üzeri birey bulunma durumu, ailelerinde uzun süreli bakım gereksinimi bulunan birey durumu bağımsız değişkenlerine göre incelenmiştir.

4.4.2.1. Araştırma Grubunun Görevlerine Göre Evde Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliği Alt Ölçeği Kapsamındaki Görüşleri

Araştırma grubunun görevlerine göre evde bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliği alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde hemşirelerin 19,91, uzman doktorların 21,52, asistan doktorların 20,47, pratisyen doktorların 21,05 olduğu saptanmıştır (Tablo 4.22.). Araştırma grubunun yaptıkları görevlere evde bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliğine ilişkin görüşleri arasında görev durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($F_{(3-336)}=2.227, p>0,05$), (Tablo 4.23.). Hipotez 3.9.3.a reddedilmiştir.

Tablo 4.22. Araştırma Grubunun Evde Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliği Alt Ölçeği Puanlarının Görevlere Göre Dağılımı

Görev	Sayı (N)	Ortalama (\bar{X})	Standart Sapma (S)
Hemşire	142	19,91	4,15
Uzman Doktor	67	21,52	4,69
Asistan Doktor	109	20,47	4,19
Pratisyen Doktor	22	21,05	4,58
Toplam	340	20,48	4,32

Tablo 4.23. Araştırma Grubunun Evde Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliği Alt Ölçeği Ortalama Puanlarının Görevlere Göre Karşılaştırılması

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler ortalaması
Gruplar arası	126,24	3	42,08
Gruplar içi	6208,62	336	18,48
Toplam	6334,85	339	

$F_{(3-336)}=2.227$ $p=0.079$

4.4.2.2. “Araştırma Grubunun Çalıştıkları Servislere Göre Evde Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliği” Alt Ölçeği Kapsamındaki Görüşleri

Evde bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliği alt ölçeği puanların servislere göre dağılımı incelendiğinde, anestezi ve reanimasyon servisinin 22,88 puan ortalamasıyla en yüksek puan alan servis, beslenme ünitesi, biyokimya laboratuvarı, röntgen ve görüntüleme ünitesi, patoloji laboratuvarı, başhemşirelikten oluşan ve diğer servisler şeklinde isimlendirilen servisin ise 18,46 puan ortalamasıyla en düşük puan düzeyine sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 4.24.). Araştırma grubunun “evde bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliği” alt ölçeğinden aldıkları puanlar çalıştıkları servislere göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermemektedir [$F_{(21-318)}:1,036$ $p>0,05$], (Tablo 4.25). Hipotez 3.9.3.b reddedilmiştir.

Tablo 4.24. Evde Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliği Alt Ölçeği Puanlarının Servislere Göre Dağılımı

Servis Adı	Sayı (N)	Ortalama (\bar{X})	Standart Sapma (S)	Min	Max
Dahiliye 1	12	18,67	4,4381	11,00	29,00
Dahiliye 2	12	20,42	3,6296	15,00	27,00
Dahiliye 3	12	19,92	4,4407	12,00	29,00
Acil	47	21,04	4,2781	13,00	30,00
Genel Cerrahi 1	16	21,00	4,8166	15,00	30,00
Genel Cerrahi 2	12	20,92	3,5280	16,00	27,00
Genel Cerrahi 3	11	21,18	4,9562	13,00	29,00
Kulak Burun Boğaz	16	19,50	4,7188	13,00	26,00
Anestezi ve Reanimasyon	17	22,88	4,4142	11,00	30,00
Ortopedi 1	13	20,77	2,8330	16,00	25,00
Ortopedi 2	15	20,67	4,2706	13,00	28,00
Nöroşirurji	18	21,55	4,8413	14,00	30,00
Üroloji	11	19,90	5,5399	11,00	30,00
Psikiyatri	12	20,17	5,5732	12,00	29,00
Nöroloji	17	19,65	3,6045	13,00	25,00
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	10	20,70	3,6833	16,00	26,00
Göğüs Hastalıkları	11	22,36	3,2641	18,00	28,00
Cildiye	9	21,44	4,5583	14,00	28,00
İntaniye	11	19,82	4,8129	13,00	26,00
Acil Dahiliye	21	20,43	2,7124	16,00	25,00
Koronar Yoğun Bakım	11	19,00	5,1381	12,00	27,00
Diğer Servis	26	18,46	4,4202	11,00	30,00
Toplam	340	20,48	4,3228	11,00	30,00

Tablo 4.25. Araştırma Grubunun “Evde Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliği” Alt Ölçeği Ortalama Puanlarının Çalıştıkları Servislere Göre Karşılaştırılması

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması
Gruplar arası	405,471	21	19,308
Gruplar içi	5929,385	318	18,646
Toplam	6334,856	339	

$$F_{(21-318)} = 1,036 \quad p=0,420$$

4.4.2.3. Araştırma Grubunun Çalışma Sürelerine Göre Evde Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliği” Alt Ölçeği Kapsamındaki Görüşleri

Araştırma grubunun çalışma sürelerine göre evde bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliğine ilişkin puan düzeyleri incelendiğinde; beş yıl ve daha

kısa süre çalışanları $\bar{X}=20,34$, altı ve on yıl arası çalışanların $\bar{X}=20,12$, on bir ve on beş yıl arası çalışanların $\bar{X}=20,63$, on altı ve yirmi yıl arası çalışanların $\bar{X}=20,2955$, yirmi bir yıl ve üzeri çalışanların $\bar{X}= 21,89$ puan olduğu saptanmıştır.(Tablo 3.26.) Araştırma grubunun “evde bakım hizmetlerin Türkiye’de uygulanabilirliğine” ilişkin görüşleri çalışma sürelerine göre anlamlı bir fark göstermemektedir [$F_{(4-335)}=1,142$, $p> 0,05$], (Tablo 4.27). Hipotez 3.9.3.c reddedilmiştir.

Tablo 4.26. Araştırma Grubunun “Evde Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliği” Alt Ölçeği Puanlarının Çalışma Sürelerine Göre Dağılımı

Çalışma Süresi (yıl)	Sayı (N)	Ortalama (\bar{X})	Standart Sapma (S)	Min	Max
5 ve daha kısa	130	20,34	4,03	11,00	30,00
6-10	82	20,12	4,44	11,00	30,00
11-15	49	20,63	4,36	11,00	30,00
16-20	44	20,30	4,67	12,00	30,00
21 ve üzeri	35	21,89	4,55	11,00	30,00
Toplam	340	20,48	4,32	11,00	30,00

Tablo 4.27. Araştırma Grubunun “Evde Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliği” Alt Ölçeği Ortalama Puanların Çalışma Sürelerine Göre Karşılaştırılması

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Standart Sapma (Sd)	Kareler Ortalaması
Gruplar arası	85,209	4	21,302
Gruplar içi	6249,647	335	18,656
Toplam	6334,856	339	

$F_{(4-335)}=1,142$ $p=0,337$

4.4.2.4. Araştırma Grubunun Ailelerinde 65 Yaş ve Üzeri Birey Bulunma Durumuna Göre “Evde Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliği” Alt Ölçeği Kapsamındaki Görüşleri

Araştırma grubunun “evde bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliği” alt ölçeği puan ortalamaları değerlendirildiğinde ailelerinde 65 yaş ve üzeri birey bulunan grubun 20,70 ortalama puan aldıkları, ailelerinde 65 yaş ve üzeri birey bulunmayan grubun 20,25ortalama puan aldıkları tespit edilmiştir. Bulunan fark

istatistiksel olarak anlamlı değildir [$t_{(338)}=-0,913$, $p>0,05$], (Tablo 4.28.). Hipotez 3.9.3.d reddedilmiştir.

Tablo 4.28. Araştırma Grubunun Evde Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliği Alt Ölçeği Puanlarının Ailelerinde 65 Yaş ve Üzeri Birey Bulunma Durumuna Göre Dağılımı

65 Yaş Üzeri Birey Bulunma Durumu	Sayı (N)	Ortalama (\bar{X})	Standart Sapma (S)	Serbestlik Derecesi (sd)
Bulunan	175	20,70	4,32	338
Bulunmayan	165	20,25	4,33	
Toplam	340			

$t_{(338)}=0,956$ $p=0,913$

4.4.2.5. Araştırma Grubunun Daha Önceden Sağlık Ocağında Çalışma Durumuna Göre “Evde Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliği” Alt Ölçeği Kapsamındaki Görüşleri

Araştırma grubunun daha önceden sağlık ocağında çalışma durumuna göre “evde bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliği” alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanların dağılımı incelendiğinde önceden sağlık ocağında çalışanlarda 20,65, önceden sağlık ocağında çalışmayanlarda 20,44 olarak saptanmıştır. Araştırma grubunun “evde bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliği” alt ölçeği puanları, önceden sağlık ocağında çalışma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir [$t_{(338)}=0,345$, $p>0,05$], (Tablo 4.29.). Hipotez 3.9.3.e reddedilmiştir.

Tablo 4.29. Araştırma Grubunun “Evde Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliği” Alt Ölçeği Ortalama Puanlarının Daha Önceden Sağlık Ocağında Çalışma Durumuna Göre Karşılaştırılması

Sağlık Ocağında Çalışma Durumu	Sayı (N)	Ortalama (\bar{X})	Standart Sapma (S)	Serbestlik Derecesi (sd)
Çalışan	65	20,65	4,56	338
Çalışmayan	275	20,44		
Toplam	330			

$t_{(338)}=0,345$ $p=0,730$

4.4.2.6. Araştırma Grubunda Daha Önceden Sağlık Ocağında Çalışanların Ev Ziyareti Gerçekleştirme Durumuna Göre “Evde Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliği ” Alt Ölçeği Kapsamındaki Görüşleri

Araştırma grubunda daha önce sağlık ocağında çalışanlar içerisinde ‘evde bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliği alt ölçeği ortalama puanları ev ziyareti gerçekleştirenlerde ortalama 19.60 ve gerçekleştirilmeyenlerde 21,30 olarak saptanmıştır (Tablo 4.29.). Araştırma grubunda daha önce sağlık ocağında çalışanlar içerisinde ‘evde bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliği alt ölçeği puanları ev ziyareti gerçekleştirme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir [$t_{(63)}=1,476$, $p>0,05$], (Tablo 4.29.). Hipotez 3.9.3.f reddedilmiştir.

Tablo 4.30 Araştırma Grubunun “Evde Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliği” Alt Ölçeği Puanlarının Sağlık Ocağında Çalışanlar İçerisinde Ev Ziyareti Gerçekleştirme Durumuna Göre Dağılımı

Ev Ziyareti Gerçekleştirme Durumu	Sayı (N)	Ortalama (\bar{X})	Standart Sapma (S)	Serbestlik Derecesi (sd)
Gerçekleştiren	25	19,6000	4,97	63
Gerçekleştirmeyen	40	21,3000	4,21	
Toplam	65			

$t_{(63)}=1,476$, $p=0,145$

4.4.2.7.. Araştırma Grubunda Ailelerinde Uzun Süre Bakım Gereksinimi Olan Birey Bulunma Durumuna “Evde Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliği” Alt Ölçeği Kapsamındaki Görüşleri

Araştırma grubunun “evde bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliği” alt ölçeği puan düzeyleri ailelerinde uzun süre bakım gereksinimli birey bulunmayanlarda 20,44, bulunanlara 19,52 göre daha yüksektir. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir [$t_{(338)}=1,303$, $p>0,05$]. Hipotez 3.9.3.g reddedilmiştir.

Tablo 4.31. Araştırma Grubunun “Evde Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliği” Puanlarının Ailelerinde Uzun Süre Bakım Gereksinimli Birey Bulunma Durumuna Göre Dağılımı

Ailede Uzun Süre Bakım Gereksinimi Bulunma Durumu	Sayı (N)	Ortalama (\bar{X})	Standart Sapma (S)	Serbestlik Derecesi (sd)
Olan	31	19,52	3,95	338
Olmayan	309	20,58	4,35	
Toplam	340			

$t_{(338)}=1,303$ $p=0,194$

4.4.3. Araştırma Grubunun “Evde Bakım Hizmetleri Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Ulaşılabilirliğini Artırır” Madde Puanı Kapsamındaki Görüşleri

Araştırma grubunun “evde bakım hizmetleri koruyucu sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliğini artırır” maddesi kapsamındaki görüşleri görev durumları, çalıştıkları servis, çalışma süreleri, önceden sağlık ocağında çalışma durumu, önceden sağlık ocağında çalışanların ev ziyareti gerçekleştirme durumu, ailelerinde 65 yaş ve üzeri birey bulunma durumu, ailelerinde uzun süreli bakım gereksinimi bulunan birey durumu bağımsız değişkenlerine göre incelenmiştir.

4.4.3.1. Araştırma Grubunun Görevlerine Göre “Evde Bakım Hizmetleri Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Ulaşılabilirliğini Artırır” Madde Puanı Kapsamındaki Görüşleri

Araştırma grubunun yaptıkları görevlere göre “evde bakım hizmetleri koruyucu sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliğini artırır” madde puan düzeyleri arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır [$F_{(3-353)}=5,897$, $p<0,01$], (Tablo 4.32.). Görevler arası farkın hangi gruplar arasında olduğunu bulmak amacıyla yapılan Tukey HSD testinin sonuçlarına göre, hemşirelerin ($\bar{X}=4,06$) uzman doktorların ($\bar{X}=3,97$), ve asistan doktorların ($\bar{X}=4,01$) madde puan düzeylerinin pratisyen doktorlardan ($\bar{X}=3,17$) daha olumlu olduğu belirlenmiştir. Hipotez 3.9.4.a kabul edilmiştir.

Tablo 4.32. Araştırma Grubunun Evde Bakım Hizmetlerini Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Ulaşılabilirliğini Artırır” Madde Puanlarının Yaptıkları Görevlere Göre Dağılımı

Görev	Sayı (N)	Ortalama \bar{X}	Standart Sapma (S)
Hemşire	148	4,06	1,01
Uzman Doktor	72	3,97	,71
Asistan Doktor	113	4,01	,95
Pratisyen Doktor	24	3,17	1,46
Toplam	357	3,97	1,00

Tablo 4.33.. Araştırma Grubunun “Evde Bakım Hizmetlerini Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Ulaşılabilirliğini Artırır” Maddesi Ortalama Puanlarının Yaptıkları Görevlere Göre Karşılaştırılması

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	Anlamlı Fark
Gruplar arası	16,875	3	5,625	Hemşire-Pratisyen H.; Uzman H. -Pratisyen H, Asistan H. -Pratisyen H.
Gruplar içi	336,722	353	,954	
Toplam	353,597	356		

$F_{(3-353)}5,897, p=0,001$

4.4.3.2. Araştırma Grubunun Çalıştıkları Servislere Göre “Evde Bakım Hizmetleri Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Ulaşılabilirliğini Artırır” Madde Puanı Kapsamındaki Görüşleri

Araştırma grubunun çalıştıkları servislere göre evde bakım hizmetlerinin koruyucu sağlık hizmetlerinin madde puanlarının dağılımı incelendiğinde göğüs hastalıkları servisinin 4,42 puan ortalamasıyla en yüksek değere sahip olduğu, psikiyatri servisinin 3,42 puan ortalamasıyla en düşük değere sahip olduğu saptanmıştır. Dahiliye 2 servisi 4,33, dahiliye 3 servisi 4,17 ve dahiliye 1 servisi de 4,15 ortalama puan almışlardır (Tablo 4.34.). Araştırma grubunun “evde bakım hizmetleri koruyucu sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliğini artırır” maddesinden aldıkları puanlar çalıştıkları servislere göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermemektedir [$F_{(21-335)}=1,005, p>0,05$], (Tablo 4.35.). Hipotez 3.9.4.b reddedilmiştir.

Tablo 4.34. Araştırma Grubunun “Evde Bakım Hizmetleri Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Ulaşılabilirliğini Artırır” Madde Puanlarının Servislere Göre Dağılımı

Servis Adı	Sayı (N)	Ortalama (\bar{X})	Standart Sapma(S)	Min	Max
Dahiliye 1	13	4,15	,80	2	5
Dahiliye 2	12	4,33	,49	4	5
Dahiliye 3	12	4,17	,58	3	5
Acil	49	3,86	1,24	0	5
Genel Cerrahi 1	18	4,06	1,00	1	5
Genel Cerrahi 2	13	3,92	,76	2	5
Genel Cerrahi 3	14	4,29	,83	2	5
Kulak Burun Boğaz	16	3,94	1,18	2	5
Anestezi ve Reanimasyon	17	3,76	1,03	1	5
Ortopedi 1	13	4,08	,76	2	5
Ortopedi 2	15	4,13	,74	3	5
Nöroşirurji	19	3,89	1,05	1	5
Üroloji	13	4,08	1,44	0	5
Psikiyatri	12	3,42	1,56	0	5
Nöroloji	17	4,06	,90	2	5
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	11	4,09	,83	2	5
Göğüs Hastalıkları	12	4,42	,67	3	5
Cildiye	9	4,11	,33	4	5
İntaniye	12	4,17	,39	4	5
Acil Dahiliye	22	3,45	1,34	0	5
Koroner Yoğun Bakım	11	4,18	,87	2	5
Diğer Servis	27	3,74	,76	2	5
Toplam	357	3,97	1,00	0	5

Tablo 4.35. Araştırma Grubunun “Evde Bakım Hizmetleri Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Ulaşılabilirliğini Artırır” Maddesi Ortalama Puanlarının Servislere Göre Karşılaştırılması

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi (sd)	Kareler Ortalaması
Gruplar arası	20,966	21	,998
Gruplar içi	332,631	335	,993
Toplam	353,597	356	

$F_{(21-335)} = 1,005$ $p = 0,456$

4.4.3.3. Araştırma Grubunun Çalışma Sürelerine Göre ‘Evde Bakım Hizmetleri Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Ulaşılabilirliğini Artırır’ Madde Puanı Kapsamındaki Görüşleri

Tablo 4.36. incelendiğinde araştırma grubunun çalışma sürelerine göre “evde bakım hizmetleri koruyucu sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliğini artırır” puanlarının

dağılımının 5 yıl ve daha kısa süre çalışanlarda 4,08, 6 ve 10 yıl arası çalışanlarda 3,93, 11 ve 15 yıl arası çalışanlarda 3,65, 16 ve 20 yıl arası çalışanlarda 4,09, 21 yıl ve üzeri çalışanlarda 3,89 olduğu saptanmıştır. Araştırma grubunun “evde bakım hizmetleri koruyucu sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliğini artırır” madde puanları çalışma sürelerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir [$F_{(4-351)}=2,029$, $p > 0,05$]. Hipotez 3.9.4.c reddedilmiştir.

Tablo 4.36. Araştırma Grubunun Çalışma Sürelerine Göre ‘Evde Bakım Hizmetleri Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Ulaşılabilirliğini Artırır’ Madde Puanlarının Dağılımı

Çalışma Süresi (yıl)	Sayı (N)	Ortalama (\bar{X})	Standart Sapma (S)	Min	Max
5 ve daha az	136	4,08	0,84	1	5
6-10	86	3,93	1,13	0	5
11-15	51	3,65	1,23	0	5
16-20	46	4,09	1,01	0	5
21 ve üzeri	37	3,89	,74	1	5
Toplam	356	3,96	1,00	0	5

Tablo 4.37. Araştırma Grubunun ‘Evde Bakım Hizmetleri Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Ulaşılabilirliğini Artırır’ Maddesi Ortalama Puanlarının Çalışma Sürelerine Göre Karşılaştırılması

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması
Gruplar arası	7,967	4	1,992
Gruplar içi	344,558	351	,982
Toplam	352,525	355	

$F_{(4-351)}=2,029$ $p=0,090$

4.4.3.4. Araştırma Grubunun Ailelerinde 65 Yaş ve Üzeri Birey Bulunma Durumuna Göre “Evde Bakım Hizmetleri Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Ulaşılabilirliğini Artırır” Madde Puanı Kapsamındaki Görüşleri

Araştırma grubunun “evde bakım hizmetleri koruyucu sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliğini artırır” madde puan ortalamaları değerlendirildiğinde, ailelerinde 65 yaş ve üzeri birey bulunan grubun 3,92 ortalama puan aldıkları, ailelerinde 65 yaş ve

üzeri birey bulunmayan grubun 4,02 ortalama puan aldıkları tespit edilmiştir. Bulunan fark istatistiksel olarak anlamlı değildir [$t_{(355)}=0,930$, $p>0,05$], (Tablo 4.38.). Hipotez 3.9.4.d reddedilmiştir.

Tablo 4.38. Araştırma Grubunun Evde Bakım Hizmetleri Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Ulaşılabilirliğini Artırır” Madde Puanının Ailelerinde 65 Yaş ve Üzeri Birey bulunma Durumuna Göre Dağılımı

65 Yaş Üzeri Birey Bulunma Durumu	Sayı (N)	Ortalama (\bar{X})	Standart Sapma (S)	Serbestlik Derecesi (sd)
Bulunan	186	3,92	1,04	355
Bulunmayan	171	4,02	0,95	
Toplam	357			

$t_{(355)}=0,930$ $p=0,310$

4.4.3.5. Araştırma Grubunun Daha Önceden Sağlık Ocağında Çalışma Durumuna Göre “Evde Bakım Hizmetleri Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Ulaşılabilirliğini Artırır ” Maddesi Kapsamındaki Görüşleri

Araştırma grubunun “evde bakım hizmetleri koruyucu sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliğini artırır” madde puan ortalamaları önceden sağlık ocağında çalışıp çalışmama durumuna göre değerlendirildiğinde önceden sağlık ocağında çalışanların 3,86 ortalama puan aldıkları, sağlık ocağında çalışmayanların ise 3,96 ortalama puan aldıkları saptanmıştır. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. [$t_{(355)}=1,023$, $p>0,05$], (Tablo 4.39). Hipotez 3.9.4.e reddedilmiştir.

Tablo 4.39. Araştırma Grubunun“Evde Bakım Hizmetleri Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Ulaşılabilirliğini Artırır” Madde Puanlarının Önceden Sağlık Ocağında Çalışma Durumuna Göre Dağılımı

Sağlık Ocağında Çalışma Durumu	Sayı (N)	Ortalama (\bar{X})	Standart Sapma (S)	Serbestlik Derecesi (sd)
Çalışan	70	3,86	1,04	355
Çalışmayan	287	3,99	,99	
Toplam	357			

$t_{(355)}=1,023$ $p=0,486$

4.4.3.6. Araştırma Grubunda Daha Önceden Sağlık Ocağında Çalışanların Ev Ziyareti Gerçekleştirme Durumuna Göre “Evde Bakım Hizmetleri Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Ulaşılabilirliğini Artırır” Maddesi Kapsamındaki Görüşleri

Araştırma grubunun “evde bakım hizmetleri koruyucu sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliğini artırır” madde puan ortalamaları önceden sağlık ocağında çalışıp ev ziyareti gerçekleştirme durumuna göre değerlendirildiğinde, ev ziyareti gerçekleştirenlerin 3,97 ortalama puan aldıkları, ev ziyareti gerçekleştirilmeyenlerin ise 3,78 ortalama puan aldıkları saptanmıştır (Tablo 4.40)..Araştırma grubunun evde bakım hizmetleri koruyucu sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliğini artırır maddesinden aldıkları puanlar, ev ziyareti gerçekleştirme durumuna istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir [$t_{(63)}=0,731$, $p>0,05$ }. Hipotez 3.9.4.f reddedilmiştir.

Tablo 4.40. Araştırma Grubunun “Evde Bakım Hizmetleri Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Ulaşılabilirliğini Artırır” Madde Puanlarının Ev Ziyareti Gerçekleştirme Durumuna Göre Dağılımı

Ev Ziyareti Gerçekleştirme Durumu	Sayı (N)	Ortalama (\bar{X})	Standart Sapma (S)	Serbestlik Derecesi (sd)
Gerçekleştiren	29	3,97	1,18	68
Gerçekleştirmeyen	41	3,78	,94	

$t_{(68)}=0,731$ $p=0,467$

4.4.3.7. Araştırma Grubunun Ailelerinde Uzun Süre Bakım Gereksinimi Birey Bulunma Durumuna Göre “Evde Bakım Hizmetleri Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Ulaşılabilirliğini Artırır” Madde Puanı Kapsamındaki Görüşleri

Araştırma grubunun “evde bakım hizmetleri koruyucu sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliğini artırır” madde puan ortalamaları ailelerinde uzun süre bakım alması gereken birey olup olmama durumuna göre değerlendirildiğinde, ailesinde uzun süre bakım gereksinimleri olanların 4,00 ortalama puan, ailesinde uzun süre bakıma gereksinimi olmayanların 3,96 ortalama puan aldıkları saptanmıştır (Tablo 4.41.). Araştırma grubunun “evde bakım hizmetleri koruyucu sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliğini artırır” madde puan ortalaması ailelerinde uzun süre bakım alması

gereken birey olup olmama durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir [$t_{(355)}=0,203, p>0,05$]. Hipotez 3.9.4.g reddedilmiştir.

Tablo 4.41. Araştırma Grubunun “Evde Bakım Hizmetleri Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Ulaşılabilirliğini Artırır” Madde Puanlarının Ailelerinde Uzun Süre Bakım Gereksinimi Olan Birey Bulunma Durumuna Göre Dağılımı

Ailede Uzun Süre Bakım Gereksinimi Bulunma Durumu	Sayı (N)	Ortalama (\bar{X})	Standart Sapma (S)	Serbestlik Derecesi (sd)
Olan	33	4,00	1,06	355
Olmayan	324	3,96	0,99	
Toplam	357			

$t_{(355)}=0,203$ $p=0,839$

4.4.4. Araştırma Grubunun “Evde Bakım Hizmetleri Hastaların Yaşam Kalitesini Artırır” Madde Puanı Kapsamındaki Görüşleri

Araştırma grubunun “evde bakım hizmetleri hastaların yaşam kalitesini artırır” maddesi kapsamındaki görüşleri görev durumları, çalıştıkları servis, çalışma süreleri, önceden sağlık ocağında çalışma durumu, önceden sağlık ocağında çalışanların ev ziyareti gerçekleştirme durumu, ailelerinde 65 yaş ve üzeri birey bulunma durumu, ailelerinde uzun süreli bakım gereksinimi bulunan birey durumu bağımsız değişkenlerine göre incelenmiştir.

4.4.4.1. Araştırma Grubunun Görev Durumlarına Göre “Evde Bakım Hizmetleri Hastaların Yaşam Kalitesini Artırır” Madde Puanı Kapsamındaki Görüşleri

Araştırma grubunun görev durumuna göre evde bakım hizmetleri hastaların yaşam kalitesini artırır madde puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. [$F_{(3-353)}=3,776, p<0,05$]. Görevler arası farkın hangi gruplar arasında olduğunu bulmak amacıyla yapılan Tukey HSD testinin sonuçlarına göre, hemşirelerin ($\bar{X}=3,95$), uzman doktorların ($\bar{X}=4,04$), asistan doktorların ($\bar{X}=4,01$),

madde puanlarının pratisyen doktorlardan ($\bar{X}=3,29$) daha olumlu olduğu belirlenmiştir. Hipotez 3.9.5.a kabul edilmiştir.

Tablo 4.42. Araştırma Grubunun Görevlerine Göre “Evde Bakım Hizmetleri Hastaların Yaşam Kalitesini Artırır” Madde Puanının Dağılımı

Görev	Sayı (N)	Ortalama (\bar{X})	Standart Sapma (S)
Hemşire	148	3,95	1,11
Uzman Doktor	72	4,04	,68
Asistan Doktor	113	4,01	,90
Pratisyen Doktor	24	3,29	1,49
Toplam	357	3,94	1,01

Tablo 4.43. Araştırma “Evde Bakım Hizmetleri Hastaların Yaşam Kalitesini Artırır” Maddesi Ortalama Puanlarının Görevlerine Göre Karşılaştırılması

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	Anlamlı Fark
Gruplar arası	11,373	3	3,791	Hemşire-Pratisyen H., Uzman H.-Pratisyen H., Asistan H-Pratisyen H.
Gruplar içi	354,392	353	1,004	
Toplam	365,765	356		

$F_{(3-353)}=3,776$ $p=0,011$

4.4.4.2. Araştırma Grubunun Çalıştıkları Servislere Göre “Evde Bakım Hizmetleri Hastaların Yaşam Kalitesini Artırır” Maddesi Kapsamındaki Görüşleri

Araştırma grubunun “evde bakım hizmetleri hastaların yaşam kalitesini artırır” madde puanları çalıştıkları servislere göre dağılımı incelendiğinde göğüs hastalıkları servisinin 4,33 puan ortalamasıyla en yüksek değere sahip olduğu, psikiyatri servisi 3,42 puan ortalamasıyla en düşük değere sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 4.44.). Araştırma grubunun “evde bakım hizmetleri hastaların yaşam kalitesini artırır” madde puanları çalıştıkları servislere göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermemektedir [$F_{(21- 335)}=1,375$, $p>0,05$], (Tablo 4.45). Hipotez 3.9.5.b reddedilmiştir.

Tablo 4.44. Araştırma Grubunun.“Evde Bakım Hizmetleri Hastaların Yaşam Kalitesini Artırır” Madde Puanlarının Servislere Göre Dağılımı

Servis Adı	Sayı (N)	Ortalama (\bar{X})	Standart Sapma(S)	Min	Max
Dahiliye 1	13	4,23	,60	3	5
Dahiliye 2	12	4,00	,60	3	5
Dahiliye 3	12	3,92	,67	3	5
Acil	49	3,94	1,27	0	5
Genel Cerrahi 1	18	4,22	1,00	1	5
Genel Cerrahi 2	13	3,69	,85	2	5
Genel Cerrahi 3	14	4,29	,83	2	5
Kulak Burun Boğaz	16	4,19	,83	3	5
Anestezi ve Reanimasyon	17	3,76	1,03	1	5
Ortopedi 1	13	4,15	,69	3	5
Ortopedi 2	15	4,40	,63	3	5
Nöroşirurji	19	4,05	,97	1	5
Üroloji	13	3,85	1,41	0	5
Psikiyatri	12	3,42	1,38	0	5
Nöroloji	17	4,12	,86	2	5
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	11	4,00	1,00	2	5
Göğüs Hastalıkları	12	4,42	,51	4	5
Cildiye	9	3,67	,71	2	4
İntaniye	12	4,08	,90	2	5
Acil Dahiliye	22	3,59	1,44	0	5
Koroner Yoğun Bakım	11	3,73	,65	3	5
Diğer Servis	27	3,41	1,01	2	5
Toplam	357	3,94	1,01	0	5

Tablo 4.45. Araştırma Grubunun“Evde Bakım Hizmetleri Hastaların Yaşam Kalitesini Artırır” Maddesi Ortalama Puanlarının Servislere Göre Karşılaştırılması

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması
Gruplar arası	29,025	21	1,382
Gruplar içi	336,740	335	1,005
Toplam	365,765	356	

$$F_{(21;335)} = 1,375 \quad p = 0,127$$

4.4.4.3 Araştırma Grubunun Çalışma Sürelerine Göre ‘Evde Bakım Hizmetleri Hastaların Yaşam Kalitesini Artırır’ Madde Puanı Kapsamındaki Görüşleri

Araştırma grubunun çalışma sürelerine göre “evde bakım hizmetleri hastaların yaşam kalitesini artırır” puanlarının dağılımı 5 yıl ve daha az süre çalışanlarda 4,06, 6 ve 10 yıl arası çalışanlarda 3,78, 11 ve 15 yıl arası çalışanlar 3,76, 16 ve 20 yıl arası çalışanlarda 4,07, 21 yıl ve üzeri çalışanlarda 3,97 olarak

saptanmıştır (Tablo 4.46.). Araştırma grubunun “evde bakım hizmetleri hastaların yaşam kalitesini artırır” görüşü çalışma sürelerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir [$F_{(4-351)}=1,582, p> 0,05$]. Hipotez 3.9.5.c reddedilmiştir.

Tablo 4.46 Araştırma Grubunun ‘Evde Bakım Hizmetleri Hastaların Yaşam Kalitesini Artırır’ Madde Puanlarının Çalışma Sürelerine Göre Dağılımı

Çalışma Süresi (yıl)	Sayı (N)	Ortalama (\bar{X})	Standart Sapma (S)	Min	Max
5 ve daha az	136	4,06	,80	2	5
6-10	86	3,78	1,17	0	5
11-15	51	3,76	1,16	0	5
16-20	46	4,07	1,24	0	5
21 ve üzeri	37	3,97	,76	1	5
Toplam	356	3,94	1,02	0	5

Tablo 4.47.. Araştırma Grubunun ‘Evde Bakım Hizmetleri Hastaların Yaşam Kalitesini Artırır’ Maddesi Ortalama Puanlarının Çalışma Sürelerine Göre Karşılaştırılması

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması
Gruplar arası	6,476	4	1,619
Gruplar içi	359,286	351	1,024
Toplam	365,761	355	

$F_{(4-351)}= 1,582, p= 0,179$

4.4.4.4. Araştırma Grubunun Ailelerinde 65 Yaş ve Üzeri Birey Bulunma Durumuna Göre “Evde Bakım Hizmetleri Hastaların Yaşam Kalitesini Artırır” Madde Puanı Kapsamındaki Görüşleri

Araştırma grubunun “evde bakım hizmetleri hastaların yaşam kalitesini artırır” madde puan ortalamaları ailesinde 65 yaş ve üzeri birey bulunma durumuna göre değerlendirildiğinde ailelerinde 65 yaş ve üzeri birey bulunan grubun 3,85 ortalama puan aldıkları, ailelerinde 65 yaş ve üzeri birey bulunmayan grubun 4,04 ortalama puan aldıkları tespit edilmiştir. Bulunan fark istatistiksel olarak anlamlı değildir [$t_{(355)}=1,683, p>0,05$], (Tablo 4.48). Hipotez 3.9.5.d reddedilmiştir.

Tablo 4.48. Araştırma Grubunun Evde Bakım Hizmetleri Hastaların Yaşam Kalitesini Artırır” Madde Puanlarının Ailelerinde 65 Yaş ve Üzeri Birey Bulunma Durumuna Göre Dağılımı

Ailede 65 Yaş Üzeri Birey Bulunma Durumu	Sayı (N)	Ortalama (\bar{X})	Standart Sapma (S)	Serbestlik Derecesi (sd)
Bulunan	186	3,85	1,08	355
Bulunmayan	171	4,04	0,93	
Toplam	357			

$t_{(355)}=1,683$ $p=0,100$

4.4.4.5. Araştırma Grubunun Daha Önceden Sağlık Ocağında Çalışma Durumuna Göre “Evde Bakım Hizmetleri Hastaların Yaşam Kalitesini Artırır” Maddesi Kapsamındaki Görüşleri

Araştırma grubunun “evde bakım hizmetleri hastaların yaşam kalitesini artırır” madde puanları önceden sağlık ocağında çalışıp çalışmama durumuna göre, önceden sağlık ocağında çalışanlar 3,83 ortalama puan, önceden sağlık ocağında çalışmayanlar 3,97 ortalama puan almışlardır. Araştırma grubunun “evde bakım hizmetleri hastaların yaşam kalitesini artırır” madde puanları önceden sağlık ocağında çalışıp çalışmama durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermemektedir [$t_{(355)}=1,037$, $p>0,05$], (Tablo 4.49). Hipotez 3.9.5.e reddedilmiştir.

Tablo 4.49. Araştırma Grubunun “Evde Bakım Hizmetleri Hastaların Yaşam Kalitesini Artırır” Madde Ortalama Puanlarının Önceden Sağlık Ocağında Çalışma Durumuna Göre Dağılımı

Sağlık Ocağında Çalışma Durumu	Sayı (N)	Ortalama (\bar{X})	Standart Sapma (S)	Serbestlik Derecesi (sd)
Çalışan	70	3,83	1,05	355
Çalışmayan	287	3,97	1,00	
Toplam	357			

$t_{(355)}=1,037$ $p=0,809$

4.4.4.6. Araştırma Grubunda Daha Önceden Sağlık Ocağında Çalışanların Ev Ziyareti Gerçekleştirme Durumuna Göre “Evde Bakım Hizmetleri Hastaların Yaşam Kalitesini Artırır” Maddesi Kapsamındaki Görüşleri

Araştırma grubunun evde bakım hizmetleri hastaların yaşam kalitesini artırır madde puanı araştırma grubunun ev ziyareti gerçekleştirme durumuna göre

istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir [$t_{(68)}=0,453, p>0,05$], (Tablo 4.50.). Hipotez “2.9.5.f” reddedilmiştir.

Tablo 4.50.Araştırma Grubunun “Evde Bakım Hizmetleri Hastaların Yaşam Kalitesini Artırır” Maddesi Ortalama Puanlarının Daha Önce Sağlık Ocağında Çalışanlar içerisinde Ev Ziyareti Gerçekleştirme Durumuna Göre Dağılımı

Ev Ziyareti Gerçekleştirme Durumu	Sayı (N)	Ortalama (\bar{X})	Standart Sapma (S)	Serbestlik Derecesi (sd)
Gerçekleştiren	29	3,90	1,11	68
Gerçekleştirmeyen	41	3,78	1,01	
Toplam	60			

$t_{(68)}=0,453$ $p=0,652$

4.4.4.7. Araştırma Grubunun Ailelerinde Uzun Süre Bakım Gereksinimi Birey Bulunma Durumuna Göre “Evde Bakım Hizmetleri Hastaların Yaşam Kalitesini Artırır” Maddesi Kapsamındaki Görüşleri

Araştırma grubunun “evde bakım hizmetleri hastaların yaşam kalitesini artırır” madde puan ortalamaları ailelerinde uzun süre bakım alması gereken birey olma durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir [$t_{(355)}=0,011, p>0,05$], (Tablo 4.51.). Hipotez 3.9.5.g reddedilmiştir.

Tablo 4.51.Araştırma Grubunun “Evde Bakım Hizmetleri Hastaların Yaşam Kalitesini Artırır” Maddesi Ortalama Puanlarının Ailelerinde Uzun Süre Bakım Alması Gereken Birey Olma Durumuna Göre Dağılımı

Ailesinde Uzun Süre Bakım Gereksinimi Olan Birey Bulunma Durumu	Sayı (N)	Ortalama (\bar{X})	Standart Sapma (S)	Serbestlik Derecesi (sd)
Olan	33	3,94	1,09	355
Olmayan	324	3,94	1,01	
Toplam	357			

$t_{(355)}=0,011$ $p=0,992$

4.4.5. Araştırma Grubunun “Evde Bakım Hizmetleri Hastanede Verilen Sağlık Hizmetinin Tamamlayıcısıdır” Madde Puanı Kapsamındaki Görüşleri

Araştırma grubunun “evde bakım hizmetleri hastanede verilen sağlık hizmetinin tamamlayıcısıdır” maddesi kapsamındaki görüşleri, görev durumları,

çalıştıkları servis, çalışma süreleri, önceden sağlık ocağında çalışma durumu, önceden sağlık ocağında çalışanların ev ziyareti gerçekleştirme durumu, ailelerinde 65 yaş ve üzeri birey bulunma durumu, ailelerinde uzun süreli bakım gereksinimi bulunan birey durumu bağımsız değişkenlerine göre incelenmiştir.

4.4.5.1. Araştırma Grubunun Görevlerine Göre “Evde Bakım Hizmetleri Hastanede Verilen Sağlık Hizmetinin Tamamlayıcısıdır” Madde Puanı Kapsamındaki Görüşleri

Araştırma grubunun görevlerine göre, ‘evde bakım hizmetleri hastanede verilen sağlık hizmetinin tamamlayıcısıdır’ madde puanları arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır [$F_{(3-353)}=3,776$, $p<0,05$]. Görevler arası farkın hangi gruplar arasında olduğunu bulmak amacıyla yapılan Tukey HSD testinin sonuçlarına göre, hemşirelerin ($\bar{X}=4,28$) uzman doktorların ($\bar{X}=4,13$), madde puanlarının pratisyen doktorlardan ($\bar{X}=3,63$) daha olumlu olduğu belirlenmiştir. Hipotez 3.9.6.a kabul edilmiştir..

Tablo 4.52 Araştırma Grubunun Görevlerine Göre Evde Bakım Hizmetlerini Hastanede Verilen Sağlık Hizmetinin Tamamlayıcısıdır” Madde Puanının Dağılımı

Görev	Sayı (N)	Ortalama (\bar{X})	Standart Sapma (S)
Hemşire	148	4,28	,89
Uzman Doktor	72	4,13	,47
Asistan Doktor	113	4,25	,77
Pratisyen Doktor	24	3,63	1,56
Toplam	357	4,19	,86

Tablo 4.53. Araştırma Grubunun“Evde Bakım Hizmetlerini Hastanede Verilen Sağlık Hizmetinin Tamamlayıcısıdır” Maddesi Ortalama Puanlarının Puanının Görevlerine Göre Karşılaştırılması

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler ortalaması	Anlamlı Fark
Gruplar arası	9,460	3	3,153	Hemşire-Pratisyen H, Uzman H.-Pratisyen H.
Gruplar içi	256,204	353	,726	
Toplam	265,664	356		

$F_{(3-353)}= 4,345$ $p= 0,005$

4.4.5.2. Araştırma Grubunun Çalıştıkları Servislere Göre “Evde Bakım Hizmetleri Hastanede Verilen Sağlık Hizmetinin Tamamlayıcısıdır” Madde Puanı Kapsamındaki Görüşleri

Araştırma grubunun “evde bakım hizmetleri hastanede verilen sağlık hizmetinin tamamlayıcısıdır” madde puanlarının çalıştıkları servislere göre dağılımı incelendiğinde genel cerrahi 3 servisinin 4,50 puan ortalamasıyla en yüksek değere sahip olduğu, psikiyatri ve üroloji servislerin 3,92 puan ortalamasıyla en düşük değere sahip olduğu saptanmıştır. Diğer genel cerrahi servislerinin de 4,33 ve 4,00 puan aldıkları görülmektedir (Tablo 4.54.). Araştırma grubunun “evde bakım hizmetleri hastanede verilen sağlık hizmetinin tamamlayıcısıdır” madde puanları çalıştıkları servislere göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermemektedir [$F_{(21-335)}=0,961, p>0,05$], (Tablo 4.55.). Hipotez 3.9.6.b reddedilmiştir.

Tablo 4.54. Araştırma Grubunun “Evde Bakım Hizmetleri Hastanede Verilen Sağlık Hizmetinin Tamamlayıcısıdır” Madde Puanlarının Servislere Göre Dağılımı

Servis Adı	Sayı (N)	Ortalama (\bar{X})	Standart Sapma(S)	Min	Max
Dahiliye 1	13	4,38	,51	4	5
Dahiliye 2	12	4,33	,49	4	5
Dahiliye 3	12	4,17	,58	3	5
Acil	49	4,18	1,20	0	5
Genel Cerrahi 1	18	4,33	,49	4	5
Genel Cerrahi 2	13	4,00	,71	2	5
Genel Cerrahi 3	14	4,50	,52	4	5
Kulak Burun Boğaz	16	4,38	,72	3	5
Anestezi ve Reanimasyon	17	3,94	1,20	1	5
Ortopedi 1	13	4,15	,80	2	5
Ortopedi 2	15	4,13	,52	3	5
Nöroşirurji	19	4,37	,50	4	5
Üroloji	13	3,92	1,26	0	5
Psikiyatri	12	3,92	1,31	0	5
Nöroloji	17	4,24	,75	2	5
Diğer Servis	27	4,19	,56	3	5
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	11	4,18	,60	3	5
Göğüs Hastalıkları	12	4,33	,49	4	5
Cildiye	9	4,11	,33	4	5
İntaniye	12	4,33	,65	3	5
Acil Dahiliye	22	4,00	1,48	0	5
Koroner Yoğun Bakım	11	4,18	,75	3	5
Toplam	357	4,19	,86	0	5

Tablo 4.55. Araştırma Grubunun Evde Bakım Hizmetleri Hastanede Verilen Sağlık Hizmetinin Tamamlayıcısıdır” Maddesi Ortalama Puanlarının Servislere Göre Karşılaştırılması

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması
Gruplar arası	8,401	21	,400
Gruplar içi	257,263	335	,768
Toplam	265,664	356	

$$F_{(21-335)}=0,521 \quad p=0,961$$

4.4.5.3. Araştırma Grubunun Çalışma Sürelerine Göre ‘Evde Bakım Hizmetleri Hastanede Verilen Sağlık Hizmetinin Tamamlayıcısıdır’ Madde Puanı Kapsamındaki Görüşleri

Araştırma grubunun çalışma sürelerine göre “evde bakım hizmetleri hastanede verilen sağlık hizmetinin tamamlayıcısıdır” puanlarının dağılımı incelendiğinde 5 yıl ve daha kısa süre çalışanların 4,27, 6 ve 10 yıl arası çalışanların 4,25, 11 ve 15 yıl arası çalışanların 3,90, 16 ve 20 yıl arası çalışanların 4,30, 21 yıl ve üzeri çalışanların 4,03 olduğu saptanmıştır (Tablo 4.56.). Araştırma grubunun “evde bakım hizmetleri hastanede verilen sağlık hizmetinin tamamlayıcısıdır” görüşü çalışma sürelerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir [$F_{(4-352)}=2,406$, $p > 0,05$], (Tablo 4.57). Hipotez 3.9.6.c reddedilmiştir.

Tablo 4.56. Araştırma Grubunun ‘Evde Bakım Hizmetleri Hastanede Verilen Sağlık Hizmetinin Tamamlayıcısıdır’ Madde Puanlarının Çalışma Sürelerine Göre Dağılımı

Çalışma Süresi (yıl)	Sayı (N)	Ortalama (\bar{X})	Standart Sapma (S)	Min.	Max.
5 ve daha kısa	136	4,27	,60	2	5
6-10	87	4,25	1,03	0	5
11-15	51	3,90	1,17	0	5
16-20	46	4,30	,84	0	5
21 ve üzeri	37	4,03	,73	1	5
Toplam	357	4,19	,86	0	5

Tablo 4.57. Araştırma Grubunun Çalışma Sürelerine Göre ‘Evde Bakım Hizmetleri Hastanede Verilen Sağlık Hizmetinin Tamamlayıcısıdır’ Madde Puanlarının Karşılaştırılması

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması
Gruplar arası	7,071	4	1,768
Gruplar içi	258,593	352	,735
Toplam	265,664	356	

$$F_{(356)} = 2,406 \quad p = 0,049$$

4.4.5.4. Araştırma Grubunun Ailelerinde 65 Yaş ve Üzeri Birey Bulunma Durumuna Göre “Evde Bakım Hizmetleri Hastanede Verilen Sağlık Hizmetinin Tamamlayıcısıdır” Madde Puanı Kapsamındaki Görüşleri

Araştırma grubunun “evde bakım hizmetleri hastanede verilen sağlık hizmetinin tamamlayıcısıdır” madde puan ortalamaları değerlendirildiğinde ailelerinde 65 yaş ve üzeri birey bulunan grubun 4,16 ortalama puan aldıkları, ailelerinde 65 yaş ve üzeri birey bulunmayan grubun 4,23 ortalama puan aldıkları tespit edilmiştir. Bulunan fark istatistiksel olarak anlamlı değildir [$t_{(355)} = 0,852$, $p > 0,05$], (Tablo 4.58.). Hipotez 3.9.6.d reddedilmiştir.

Tablo 4.58 Evde Bakım Hizmetleri Hastanede Verilen Sağlık Hizmetinin Tamamlayıcısıdır” Madde Puanının Araştırma Grubunun Ailelerinde 65 Yaş ve Üzeri Birey Bulunma Durumuna Göre Dağılımı

Ailesinde 65 Yaş Üzeri Birey Bulunma Durumu	Sayı (N)	Ortalama (\bar{X})	Standart Sapma (S)	Serbestlik Derecesi (sd)
Bulunan	186	4,16	,92	355
Bulunmayan	171	4,23	,80	
Toplam	357			

$$t_{(355)} = 0,852, \quad p = 0,920$$

4.4.5.5. Araştırma Grubunun Daha Önceden Sağlık Ocağında Çalışma Durumuna Göre “Evde Bakım Hizmetleri Hastane Verilen Hizmetin Tamamlayıcısıdır” Maddesi Kapsamındaki Görüşleri

Araştırma grubunun “evde bakım hizmetleri hastanede verilen sağlık hizmetinin tamamlayıcısıdır” madde puanı önceden sağlık ocağında çalışıp çalışmama

durumuna göre, önceden sağlık ocağında çalışanların ortalama puanları 4,04, çalışmayanların ise 4.23 olarak saptanmıştır. Araştırma grubunun “evde bakım hizmetleri hastanede verilen sağlık hizmetinin tamamlayıcıdır” madde puanı önceden sağlık ocağında çalışıp çalışmama durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermemektedir [$t_{(355)}=1,629$, $p>0,05$], (Tablo 4.59). Hipotez 3.9.6.e reddedilmiştir.

Tablo 4.59. Araştırma Grubunun “Evde Bakım Hizmetleri Hastanede Verilen Sağlık Hizmetinin Tamamlayıcıdır” Maddesi Ortama Puanlarının Önceden Sağlık Ocağında Çalışma Durumuna Göre Karşılaştırılması

Sağlık Ocağında Çalışma Durumu	Sayı (N)	Ortalama (\bar{X})	Standart Sapma (S)	Serbestlik Derecesi (sd)
Çalışan	70	4,04	1,00	355
Çalışmayan	287	4,23	,83	
Toplam	357			

$t_{(355)}=1,629$ $p=0,709$

4.4.5.6. Araştırma Grubunda Daha Önceden Sağlık Ocağında Çalışanların Ev Ziyareti Gerçekleştirme Durumuna Göre “Evde Bakım Hizmetleri Hastanede Verilen Sağlık Hizmetinin Tamamlayıcıdır” Maddesi Kapsamındaki Görüşleri

Araştırma grubunun evde bakım hizmetleri hastanede verilen sağlık hizmetinin tamamlayıcıdır madde puanları ev ziyareti gerçekleştirme durumuna göre, ev ziyareti gerçekleştirenlerde 4,07, gerçekleştirmeyenlerde 4,02 olarak saptanmıştır. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir [$t_{(68)}=0,183$, $p>0,05$], (Tablo 4.60.). Hipotez 3.9.6.f reddedilmiştir.

Tablo 4.60. Araştırma Grubunun “Evde Bakım Hizmetleri, Hastanede Verilen Sağlık Hizmetinin Tamamlayıcıdır” Maddesi Ortalama Puanlarının Ev Ziyareti Gerçekleştirme Durumuna Göre Dağılımı

Ev Ziyareti Gerçekleştirme Durumu	Sayı (N)	Ortalama (\bar{X})	Standart Sapma (S)	Serbestlik Derecesi (sd)
Gerçekleştiren	29	4,07	1,10	68
Gerçekleştirmeyen	41	4,02	,94	
Toplam	60			

$t_{(68)}=0,183$ $p=0,856$

4.4.5.7. Araştırma Grubunun Ailelerinde Uzun Süre Bakım Gereksinimi Birey Bulunma Durumuna “Evde Bakım Hizmetleri Hastanede Verilen Sağlık Hizmetinin Tamamlayıcısıdır” Madde Puanı Kapsamındaki Görüşleri

Araştırma grubunun “evde bakım hizmetleri hastanede verilen sağlık hizmetinin tamamlayıcısıdır” madde puanı ailelerinde uzun süre bakım alması gereken birey olma durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir [$t_{(355)}=0,291$, $p>0,05$]. Hipotez 3.9.6.g reddedilmiştir.

Tablo 4.61. Araştırma Grubunun “Evde Bakım Hizmetleri Hastanede Verilen Sağlık Hizmetinin Tamamlayıcısıdır” Maddesi Puanlarının Ailelerinde Uzun Süre Bakım Alması Gereken Birey Bulunma Durumuna Göre Karşılaştırılması

Araştırma Grubunun Ailelerinde Uzun Süre Bakım Gereksinimi Olan Birey Bulunma Durumu	Sayı (N)	Ortalama (X̄)	Standart Sapma (S)	Serbestlik Derecesi (sd)
Olan	33	4,15	0,94	355
Olmayan	324	4,20	0,86	
Toplam	357			

$t_{(355)}=0,291$, $p=0,771$

4.4.6 Araştırma Grubunun “Evde Bakım Hizmetlerinin Finansmanını Devlet Sağlamalıdır ” Madde Puanı Kapsamındaki Görüşleri

Araştırma grubunun “evde bakım hizmetlerinin finansmanını devlet sağlamalıdır” maddesi kapsamındaki görüşleri görev durumları, çalıştıkları servis, çalışma süreleri, önceden sağlık ocağında çalışma durumu, önceden sağlık ocağında çalışanların ev ziyareti gerçekleştirme durumu, ailelerinde 65 yaş ve üzeri birey bulunma durumu, ailelerinde uzun süreli bakım gereksinimi bulunan birey durumu bağımsız değişkenlerine göre incelenmiştir.

4.4.6.1. Araştırma Grubunun Görevlerine Göre “Evde Bakım Hizmetlerinin Finansmanı Devlet Sağlamalıdır” Madde Puanı Kapsamındaki Görüşleri

Araştırma grubunun görevlerine evde bakım hizmetlerinin finansmanını devlet sağlamalıdır maddesinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde

hemşirelerin 3,60, uzman doktorların 3,35, asistan doktorların 3,49, pratisyen doktorların 3,79 olduğu saptanmıştır (Tablo 4.62.). Araştırma grubunun evde bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliğine ilişkin görüşleri arasında görev durumlarına göre, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($F_{(3-353)}=1,193$, $p>0,05$), (Tablo 4.63). Hipotez 3.9.7.a reddedilmiştir.

Tablo 4.62 Araştırma Grubunun “Evde Bakım Hizmetlerinin Finansmanını Devlet Sağlamalıdır” Madde Puanının Görevlere Dağılımı

Görev	Sayı (N)	Ortalama (\bar{X})	Standart Sapma (S)
Hemşire	148	3,60	1,18
Uzman Doktor	72	3,35	1,05
Asistan Doktor	113	3,49	1,20
Pratisyen Doktor	24	3,79	1,44
Toplam	357		

Tablo 4.63. Araştırma Grubunun “Evde Bakım Hizmetlerinin Finansmanını Devlet Sağlamalıdır” Maddesi Ortalama Puanlarının Görevlerine Göre Karşılaştırılması

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması
Gruplar arası	5,010	3	1,670
Gruplar içi	493,988	353	1,399
Toplam	498,997	356	

$$F_{(3-353)}= 1,193 \quad p= 0,312$$

4.4.6.2. Araştırma Grubunun Çalıştıkları Servislere Göre “Evde Bakım Hizmetlerinin Finansmanını Devlet Sağlamalıdır” Madde Puanı Kapsamındaki Görüşleri

Araştırma grubunun çalıştıkları servislere göre “evde bakım hizmetlerinin finansmanını devlet sağlamalıdır” madde puanlarının dağılımı genel cerrahi 2 ve intaniye servisinin 3,00 puan ortalamasıyla en düşük değere sahip olduğu, acil dahiliye servisinin 3,91 puan ortalamasıyla en yüksek değere ve ikinci en yüksek puana sahip servisin ise acil servis 3,82 olduğu saptanmıştır. (Tablo 4.64). Araştırma grubunun çalıştıkları servislere göre “evde bakım hizmetlerinin finansmanını devlet

sağlamalıdır” madde puanları istatistiksel olarak anlamlı fark göstermemektedir [$F_{(21-335)}=0,816$ $p>0,05$], (Tablo 4.65). Hipotez 3.9.7.b reddedilmiştir.

Tablo 4.64. Araştırma Grubunun “Evde Bakım Hizmetlerinin Finansmanını Devlet Sağlamalıdır” Madde Puanlarının Servislere Göre Dağılımı

Servis Adı	Sayı (N)	Ortalama (\bar{X})	Standart Sapma (S)	Min	Max
Dahiliye 1	13	3,54	,97	2	5
Dahiliye 2	12	3,42	1,16	1	5
Dahiliye 3	12	3,42	,79	2	4
Acil	49	3,82	1,32	0	5
Genel Cerrahi 1	18	3,78	1,06	2	5
Genel Cerrahi 2	13	3,00	1,22	1	5
Genel Cerrahi 3	14	3,14	1,23	1	5
Kulak Burun Boğaz	16	3,44	1,21	2	5
Anestezi ve Reanimasyon	17	3,35	1,32	1	5
Ortopedi 1	13	3,54	1,20	1	5
Ortopedi 2	15	3,80	1,15	2	5
Nöroşirurji	19	3,63	,90	1	5
Üroloji	13	3,62	1,56	0	5
Psikiyatri	12	3,42	1,24	1	5
Nöroloji	17	3,47	1,23	1	5
Diğer Servis	27	3,26	1,20	1	5
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	11	3,73	,79	2	5
Göğüs Hastalıkları	12	3,50	1,09	2	5
Cildiye	9	3,78	1,39	1	5
İntaniye	12	3,00	1,04	2	5
Acil Dahiliye	22	3,91	1,11	0	5
Koroner Yoğun Bakım	11	3,18	1,47	1	5
Toplam	357	3,53	1,18	0	5

Tablo 4.65. Araştırma Grubunun “Evde Bakım Hizmetlerinin Finansmanını Devlet Sağlamalıdır” Maddesi Ortalama Puanlarının Servislere Göre Karşılaştırılması

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması
Gruplar arası	24,283	21	1,156
Gruplar içi	474,714	335	1,417
Toplam	498,997	356	

$F_{(21-335)}=0,816$ $p=0,700$

4.4.6.3. Araştırma Grubunun Çalışma Sürelerine Göre ‘Evde Bakım Hizmetlerinin Finansmanını Devlet Sağlamalıdır’ Madde Puanı Kapsamındaki Görüşleri

Araştırma grubunun çalışma sürelerine göre “evde bakım hizmetlerinin finansmanı devlet sağlamalıdır” madde puanı ortalamaları incelendiğinde 5 yıl ve daha kısa süre çalışanların ortalamaları 3,54, altı ve on yıl arası çalışanların ortalamaları 3,47, on bir ve on beş yıl arası çalışanların ortalamaları 3,71, on altı ve yirmi yıl arası çalışanların ortalamaları 3,43, yirmi yıl ve üzeri çalışanların ortalamaları 3,49 olduğu belirlenmiştir. Araştırma grubunun “evde bakım hizmetlerinin finansmanı devlet sağlamalıdır” madde puan ortalamaları çalışma sürelerine göre, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir [$F_{(356)}=0,419$, $p > 0,05$], (Tablo 4.67.). Hipotez 3.9.7.c reddedilmiştir.

Tablo 4.66. Araştırma Grubunun Çalışma Sürelerine Göre ‘Evde Bakım Hizmetlerinin Finansmanını Devlet Sağlamalıdır’ Madde Puanlarının Dağılımı

Çalışma Süresi (yıl)	Sayı (N)	Ortalama (\bar{X})	Standart Sapma (S)	Min	Max
5 ve daha az	136	3,54	1,20	1	5
6-10	87	3,47	1,15	0	5
11-15	51	3,71	1,35	0	5
16-20	46	3,43	1,11	1	5
21 ve üzeri	37	3,49	1,07	1	5
Toplam	357	3,53	1,18	0	5

Tablo 4.67. Araştırma Grubunun Çalışma Sürelerine Göre ‘Evde Bakım Hizmetlerinin Finansmanını Devlet Sağlamalıdır’ Maddesi Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması
Gruplar arası	2,367	4	,592
Gruplar içi	496,630	352	1,411
Toplam	498,997	356	

$F_{(4-352)}= 0,795$ $p=0,795$

4.4.6.4. Araştırma Grubunda Ailelerinde 65 Yaş ve Üzeri Birey Bulunma Durumuna Göre “Evde Bakım Hizmetlerinin Finansmanı Devlet Sağlamalıdır” Madde Puanı Kapsamındaki Görüşleri

Araştırma grubunun “evde bakım hizmetleri hastaların yaşam kalitesini artırır” madde puan ortalamaları, ailelerinde 65 yaş ve üzeri birey bulunup bulunmama durumuna göre, ailelerinde 65 yaş ve üzeri birey bulunanlarda ($\bar{X}=3,49$), ailelerinde 65 yaş ve üzeri birey bulunmayanlarda ($\bar{X}=3,57$) olduğu saptanmıştır.. Bulunan fark istatistiksel olarak anlamlı değildir [$t_{(355)}=0,621$, $p>0,05$], (Tablo 4.68.). Hipotez 3.9.7.d reddedilmiştir.

Tablo 4.68. Araştırma Grubunun Evde Bakım Hizmetlerinin Finansmanını Devlet Sağlamalıdır” Madde Puanlarının Ailelerinde 65 Yaş ve Üzeri Birey Bulunma Durumuna Göre Dağılımı

Ailede 65 Yaş Üzeri Birey Bulunma Durumu	Sayı (N)	Ortalama (\bar{X})	Standart Sapma (S)	Serbestlik Derecesi (sd)
Bulunan	186	3,49	1,18	355
Bulunmayan	171	3,57	1,19	
Toplam	357			

$t_{(355)}=0,621$ $p=0,962$

4.4.6.5. Araştırma Grubunun Daha Önceden Sağlık Ocağında Çalışma Durumuna Göre “Evde Bakım Hizmetlerinin Finansmanını Devlet Sağlamalıdır” Maddesi Kapsamındaki Görüşleri

Araştırma grubunun “evde bakım hizmetlerinin finansmanını devlet sağlamalıdır” madde puanları önceden sağlık ocağında çalışıp çalışmama durumuna göre incelendiğinde daha önceden sağlık ocağında çalışanların ortalama 3,44, çalışmayanların 3,55 ortalama puan aldıkları saptanmıştır. Araştırma grubunun “evde bakım hizmetlerinin finansmanını devlet sağlamalıdır” madde puanları önceden sağlık ocağında çalışıp çalışmama durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermemektedir [$t_{(355)}=0,660$, $p>0,05$], (Tablo 4.69). Hipotez 3.9.7.e reddedilmiştir.

Tablo 4.69. Araştırma Grubunun Evde Bakım Hizmetlerinin Finansmanını Devlet Sağlamalıdır Madde Puanlarının Daha Önceden Sağlık Ocağında Çalışma Durumuna Göre Dağılımı

Sağlık Ocağında Çalışma Durumu	Sayı (N)	Ortalama (\bar{X})	Standart Sapma (S)	Serbestlik Derecesi (sd)
Çalışan	70	3,44	1,085	355
Çalışmayan	287	3,55	1,208	
Toplam	357			

$t_{(355)}=0,660$ $p=0,510$

4.4.6.6. Araştırma Grubunda Daha Önceden Sağlık Ocağında Çalışanların Ev Ziyareti Gerçekleştirme Durumlarına Göre “Evde Bakım Hizmetlerinin Finansmanı Devlet Sağlamalıdır” Maddesi Kapsamındaki Görüşleri

Araştırma grubunun evde bakım hizmetlerin finansmanını devlet sağlanmalıdır madde puanı sağlık ocağında çalışıp ev ziyareti gerçekleştirip gerçekleştirilmeme durumuna göre incelendiğinde, ev ziyareti gerçekleştirenlerin ortalamalarının 3,48, gerçekleştirilmeyenlerin ortalamalarının 3,41 olduğu saptanmıştır. Araştırma grubunun evde bakım hizmetlerin finansmanını devlet sağlanmalıdır madde puan ortalamaları sağlık ocağında çalışıp ev ziyareti gerçekleştirme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir [$t_{(68)}=0,257$, $p>0,05$], (Tablo 4.70.). Hipotez 3.9.7.g reddedilmiştir.

Tablo 4.70. Araştırma Grubunda Daha Önce Sağlık Ocağında Çalışanların Ev Ziyareti Gerçekleştirme Durumuna Göre “Evde Bakım Hizmetlerinin Finansmanını Devlet Sağlamalıdır” Madde Puanlarının Dağılımı

Ev Ziyareti Gerçekleştirme Durumu	Sayı (N)	Ortalama (\bar{X})	Standart Sapma (S)	Serbestlik Derecesi (sd)
Gerçekleştiren	29	3,48	1,02	68
Gerçekleştirmeyen	41	3,41	1,14	
Toplam	60			

$t_{(68)}=0,257$ $p=0,798$

4.4.6.7. Araştırma Grubunda Ailelerinde Uzun Süre Bakım Gereksinimi Olan Birey Bulunma Durumuna Göre “Evde Bakım Hizmetlerinin Finansmanını Devlet Sağlamalıdır” Madde Puanı Kapsamındaki Görüşleri

Araştırma grubunun “evde bakım hizmetlerinin finansmanı devlet sağlamadığı” madde puan ortalamaları değerlendirildiğinde ailelerinde uzun süre bakım gereksinimi bulunan grubun ($\bar{X}=3,73$) ortalama puan aldıkları, ailelerinde uzun süre bakım gereksinimi bulunmayan grubun ($\bar{X}=3,51$) ortalama puan aldıkları tespit edilmiştir. Bulunan fark istatistiksel olarak anlamlı değildir [$t_{(355)}=1,022$, $p>0,05$], (Tablo 4.71). Hipotez 3.9.7.g reddedilmiştir.

Tablo 4.71. Araştırma Grubunun “Evde Bakım Hizmetlerinin Finansmanını Devlet Sağlamalıdır” Maddesi Puanlarının Ailelerinde Uzun Süre Bakım Alması Gereken Birey Bulunma Durumuna Göre Dağılımı

Ailesinde Uzun Süre Bakım Gereksinimi Olan Birey Bulunma Durumu	Sayı (N)	Ortalama (\bar{X})	Standart Sapma (S)	Serbestlik Derecesi (sd)
Olan	33	3,73	1,21	355
Olmayan	324	3,51	1,18	
Toplam	357			

$t_{(355)}=1,022$ $p=0,307$

5. TARTIŞMA

Araştırmada elde edilen bulgular doğrultusunda tartışmalar; tanımlayıcı bulgulara ilişkin tartışmalar, deneme anketinden elde edilen bulgulara ilişkin tartışmalar, faktör analizi bulgularına ilişkin tartışmalar ve araştırma grubunun evde bakım hizmetleri ile ilgili görüşlerine ilişkin tartışmalar olmak üzere dört bölümde incelenmiştir.

Literatürde yapılan bu araştırmaya benzer bir araştırma olmadığı için, araştırma bulguları benzer konulu diğer araştırmalarla ile tartışılmıştır.

5.1. Tanımlayıcı Bulgulara İlişkin Tartışmalar

Araştırma grubunun %41,5'i hemşire, %20,3'ü uzman doktor, %31,7'si asistan doktor, %6,7'si pratisyen doktordur. Araştırma grubunun çalışma sürelerine göre dağılım incelendiğinde, %38,2'sinin beş yıl ve daha az, %24,4'ünün altı ve on yıl arası %14,3'ünün on bir ve on beş yıl arası, %12,9'unun on altı ve yirmi yıl arası, %10,4'ünün yirmi bir yıl ve üzeri yıldır çalıştığı saptanmıştır Çalışma süresi beş ve beş yıldan az olanların oranının diğer gruplara göre daha yüksek olması ve pratisyen doktorların oranının düşük bulunması durumu, araştırma yapılan kurumun eğitim hastanesi olması ve özellikle de nedeniyle özellikle asistan doktor istihdam edilmesi ile açıklanabilir.

Araştırma grubunun %80,4'ü daha önceden bir sağlık ocağında çalışmamıştır; daha önceden sağlık ocağında çalışanların oranı %19,6'dır. Sağlık ocağında çalışma oranının düşük olmasının nedeni, araştırma yapılan kurumun SSK'ya bağlı olması ve SSK bünyesinde sağlık ocaklarının bulunmamasıdır. Sağlık ocakları Sağlık Bakanlığı'na bağlı faaliyet gösteren birinci basamak sağlık kuruluşlarıdır. Araştırma yapılan kurumda daha önceden sağlık ocağında çalışanların, SSK'ya Sağlık Bakanlığı'ndan nakil olanlar olduğu düşünülmektedir.

Araştırma grubu içerisinde ailelerinde 65 yaş ve daha üzerinde birey bulunanların oranı %52,1 ve 65 yaş ve daha üzerinde birey bulunmayanların oranı ise % 47,9 olmasına karşın, ailelerinde uzun süre bakıma gereksinimi olanlar %9,2 ve uzun süre bakım gereksinimi olmayanlar ise %90,8 olması düşündürücüdür. Bilir ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada (2002) 65 yaş ve üzeri kişileri %56,1'inin hipertansiyon, %44,4'ünün romatizmal hastalıklar, %36,6'sının kalp rahatsızlıkları, %22,4'ünün diyabet hastalığı gibi uzun süre bakım gereksinimi olan hastalıklara sahip olduğu saptanmıştır. Bu anlamda da bu çalışmada ailesinde uzun süre bakım gereksinimi bulunan grubun en az %30'luk bir orana tekabül etmesi gerektiği düşünülmektedir. Literatür bilgileri ile çalışmada ailesinde uzun süre bakım gereksinimi bulunan bireylerin oranı örtüşmemektedir. Verilerin toplanması esnasında uzun süre bakım kavramının denekler arasında anlaşılmasında her hangi bir sorun yaşanmadığından, sorunun algılanması ile ilgili bir problem olmadığı söylenebilir.

Araştırma grubu içerisinde daha önce sağlık ocağında çalışanların %41,4'ünün ev ziyareti gerçekleştirdiği, %58,6'sının ev ziyareti gerçekleştirmediği saptanmıştır. Araştırma grubunda daha önceden sağlık ocağında çalışanların %7,1'i hemşire, %45,7'si uzman doktor, %35,7'si asistan doktor, %11,4'ü pratisyen doktordur. Daha önceden sağlık ocağında çalışanlar içerisinde uzman doktorların ve asistan doktorların oranı hemşirelere oranla yüksek saptanmıştır.

Sağlık ocaklarında ev ziyaretleri daha çok sağlık memuru ve ebelerin yürüttükleri işlemler olarak görülmektedir. Doktorların sağlık ocaklarında ev ziyareti işlemleri yasal düzenlemelerle belirlenmiş olsa da, daha çok bir gönüllü çalışması şeklinde algılanarak bu şekilde yerine getirildiği söylenebilir. Ancak sağlık ocağında çalışanların sağlık ocaklarının işlevleri gereğince ev ziyareti gerçekleştirme sıklığının daha yüksek olması beklenmektedir. Araştırma da sağlık ocağında çalışanlar içerisinde ev ziyareti gerçekleştirenlerin sıklığının %41,4 olarak bulunma nedeni kişilerin ev ziyareti çalışmalarını gönüllülük rızası şeklinde gerçekleştirmeleri olarak açıklanabilir. Ayrıca çalışmada daha önceden sağlık ocağında çalışanların çalıştıkları sağlık ocağının kent tipi ya köy tipi olduğu bilinmemektedir. Ev

ziyaretlerini, sağlık ocağının kent ve köy tipi olmasının değiştireceği düşünülmektedir.

Araştırma grubunun servislere göre dağılımı incelendiğinde, acil servis %13,7 ile en yüksek değere sahip servis iken Cildiye Servisi % 2,5 ile en düşük değere sahip olduğu saptanmıştır. Araştırma rneklemi ile bulgular benzeşmektedir.

5.2. Deneme Anketinden Elde Edilen Betimsel Bulgulara İlişkin Tartışmalar

Madde puanlarının betimsel istatistikleri incelendiğinde, madde 13'n 4,20 puan ortalamasıyla en yüksek değere sahip olduğu, madde 22 ve 23'n ise 2.23 puan ortalamasıyla en düşük değere sahip olduğu saptanmıştır. Standart sapma 0,79 ve 2,86 arasında değişmektedir. (Tablo 4.6.).

Korelasyonlara dayalı madde analizi işlemleri için her maddeye dayalı ait puan dizisi ile ölçeğin puan dizisi arasında korelasyon katsayısı hesaplanmaktadır (Tezbaşaran,1997:29).Tablo 4.7. incelendiğinde 47. maddenin en yüksek madde toplam korelasyonuna (0,7420), 22. maddenin ise en düşük madde toplam korelasyonuna (0,0574) sahip oldukları gözlenmektedir. Maddelerin birbirleriyle ve ölçek puanlarıyla yüksek korelasyonlara sahip olmaları aynı boyutta lme yaptıklarının bir göstergesidir (Tezbaşaran:1997:29 aktarıyor Ghiselli ve ark, 1981:414).

5.3. Faktör Analizi Bulgularına İlişkin Tartışmalar

Evde bakım hizmetleri hakkında doktor ve hemşirelerin görüşlerini belirlemeye yönelik geliştirilmiş olan anket iki faktörlüdür. Birinci faktör, ankete ilişkin toplam varyansın % 33,33'ini, ikinci faktör %6,93'n açıklamaktadır. İki faktörün açıkladıkları toplam varyans %40,28'dir. Birinci faktör kırk, ikinci faktör sekiz maddeden oluşmaktadır. Birinci faktörde yer alan maddelerin faktördeki yük değerleri 0,771- 0,318 arasında değişmektedir. İkinici faktörde yer alan maddelerin

yük değerleri 0,604- 0,319 arasında değişmektedir Birinci faktörün özdeğeri 15,99 ikinci faktörün özdeğeri 3,32' dir.

Büyüköztürk (2002:118) maddelerdeki faktör yük değerinin 0,45 ya da yüksek olmasının yeterli bir ölçü olduğunu, ancak uygulamada az sayıda madde için bu faktör yük değerinin 0.30'a kadar indirilebileceğini belirtmektedir. Çalışmada birinci faktöre ilişkin bulgularda, faktör yük değeri 0,45'in altında 5 madde bulunmaktadır. İkinci faktörde ise 0,45'in altında 2 madde bulunmaktadır (Tablo 4.8.).

Amerikan Eğitim Araştırmaları Birliği, Amerikan Psikoloji Birliği ve Eğitim Ölçümleri Uluslararası Konseyi, (1998:26) bir ölçeğin alt ölçek puanları da bulunuyorsa, yalnız toplam puanlar için güvenilirlik ölçmenin yetersiz olacağını belirtmektedir. Bu anlamda araştırma da ölçeğin bütününe ve alt ölçeklerin güvenilirliği ayrı ayrı incelenmiştir. Anketi oluşturan toplam 48 maddeye ilişkin güvenilirlik katsayısı 0,94 bulunmuştur. 40 madden oluşan birinci faktörünün güvenilirlik katsayısı 0,95 iken 8 maddeden oluşan ikinci faktörün güvenilirlik katsayısı 0,70 olarak bulunmuştur (Tablo 4.9.).

Anketin geçerliliği için bir dış ölçüt bulunamadığından anketin geçerliliği tespit edilememiştir. Akdur (1996:82) bir araştırmanın sonuçlarının geçerli olmasının aynı zamanda güvenilir olması olarak açıklamakta, ayrıca yüksek güvenilirliğin her zaman yüksek geçerlilik anlamına gelebileceğini belirtmektedir. Bu anlamda yapılan bu araştırma da yüksek bir oranda güvenilirlik bulunması araştırmanın geçerliğinin yüksek olacağı anlamına da gelmektedir.

5.4. Araştırma Grubunun Evde Bakım Hizmetleri Hakkındaki Görüşleri İle İlgili Tartışmalar

Araştırma grubunun evde bakım hizmetleri hakkındaki görüşlerine ilişkin tartışmalar; 'evde bakım hizmetlerinin yapısı' ve 'evde bakım hizmetlerinin

Türkiye’de uygulanabilirliği’ alt ölçekleri ‘evde bakım hizmetleri koruyucu sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliğini artırır’ “evde bakım hizmetleri hastaların yaşam kalitesini artırır”, “evde bakım hizmetleri hastanede verilen sağlık hizmetinin tamamlayıcısıdır”, “evde bakım hizmetlerinin finansmanını devlet sağlamalıdır” maddeleri ile sınırlı olacak şekilde, görev durumları, çalıştıkları servis, çalışma süreleri, önceden sağlık ocağında çalışma durumu, önceden sağlık ocağında çalışanların ev ziyareti gerçekleştirme durumu, ailelerinde 65 yaş ve üzeri birey bulunma durumu, ailelerinde uzun süreli bakım gereksinimi bulunan birey durumu değişkenleri esas alınarak yürütülmüştür.

5.4.1 Araştırma Grubunun “Evde Bakım Hizmetlerinin Yapısı” Alt Ölçeği Kapsamındaki Görüşlerine İlişkin Tartışma

Evde bakım hizmetlerinin yapısı alt ölçeğinin betimsel istatistikleri ranj 90, minimum puan 100, maksimum puan 190, ortalama 158,29, standart sapma 16,45, varyans 270,43, çarpıklık 0,49 ve sivrilik 0,64’dür.

Araştırma grubunun görevlerine evde bakım hizmetlerinin yapısı alt ölçeği puan düzeyleri hemşirelerde en yüksek, pratisyen doktorlarda ise en düşük olarak saptanmıştır. Araştırma grubunun evde bakım hizmetlerinin yapısı alt ölçeğinden aldıkları puanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($F_{(3-329)}=0,873$, $p > 0,05$). Hemşirelerin evde bakım hizmetlerinin yapısı hakkında diğer gruplara oranla daha fazla bilgilerinin olduğu söylenebilir. Yapılan bu araştırma da hemşirelerin evde bakım hizmetlerinin yapısı hakkındaki bilgilerinin yüksek olduğu söylenebilir. Tzeng ve arkadaşlarının (2002) Taiwan’da yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin evde bakım hizmetleri hakkında bilgileri, maksimum 9 puanlık bir ölçekte ortalama 6.47 olarak bulunmuştur. Yapılan bu çalışmada hemşirelerin evde bakım hizmetleri yapısı konusundaki görüşleri literatür bilgileri ile benzeşmektedir.

Yapılan bu araştırma da pratisyen doktorların evde bakım hizmetlerinin yapısı hakkındaki görüşlerinin araştırma grubundaki hemşire, asistan doktor ve

uzman doktorlardan daha düşük çıkma nedeni olarak, çalıştıkları servislerin ve sundukları hizmetlerin pratisyen doktorların görüşlerini etkileyebilmiş olabileceği söylenebilir. Yapılan bu araştırma da pratisyen doktorların büyük çoğunluğu acil servis ve acil dahiliye servisinde çalışmaktadır (Tablo 4.5.). Pratisyen doktorların acil serviste sundukları hizmetlerin bir çoğunun evde bakım hizmetleri kapsamında sağlanabilecek hizmetler olarak görülmediği gözlenmiştir ABD'lerinde de evde bakım kuruluşlarının sundukları sağlık hizmetlerinin içeriğine bakıldığında evde bakım kuruluşları tarafından sağlanan hizmetlerin çoğunluğunun acil serviste verilen hizmetler olmadığı saptanmıştır. (NCHS,1999:7). Bu anlamda araştırma yapılan kurumda sürekli acil serviste çalışan doktorların, evde bakım hizmetlerinin yapısı hakkında diğer gruplara nazaran daha düşük puan alma nedenlerinden biri olarak sundukları hizmetin içeriğinin evde bakım hizmetleri kapsamında sunulan hizmetler olmaması olarak açıklanabilir.

Evde bakım hizmetlerinin yapısı alt ölçeği puan düzeyleri, göğüs hastalıkları servisi çalışanlarında ($\bar{X}=170,08$) en yüksek, beslenme ünitesi, biyokimya laboratuvarı, röntgen ve görüntüleme ünitesi, patoloji laboratuvarı, başhemsirelikten oluşan ve diğer servisler şeklinde isimlendirilen servisler de ise ($\bar{X}=144,85$) en düşük olarak saptanmıştır. Araştırma grubunun evde bakım hizmetlerinin yapısı alt ölçeği puan düzeyleri, çalıştıkları servislere göre istatistiksel olarak anlamlıdır [$F_{(21-311)}=2,137$ $p<0,05$]. Diğer servisler olarak adlandırılan servislerin hizmet sunum biçimleri ve sundukları hizmetin içeriği nedeniyle hastaların evlerinde hizmet sunmaları araştırma grubundaki başka servislere göre daha güçtür. Bu bakış açısının diğer servisler olarak adlandırılan servis çalışanlarının görüşlerini etkilediği söylenebilir. Yurtdışında bu servislerde verilen hizmetleri de kapsayan şekilde evde bakım hizmeti sunulmasına karşın Türkiye'de böyle bir oluşuma henüz rastlanılmaktadır .

Araştırma grubunun “evde bakım hizmetlerin yapısı” alt ölçeğinden aldıkları puan düzeyleri, 16 ve 20 yıl arası çalışanların en yüksek ($\bar{X}=162,42$), 21 yıl ve üzeri çalışanların en düşüktür ($\bar{X}=154,80$). Araştırma grubunun “evde bakım hizmetlerin

yapısına” ilişkin görüşleri çalışma sürelerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir [$F_{(4-328)}=1,182$; $p>0,05$],

Araştırma grubunun “evde bakım hizmetlerinin yapısı” alt ölçeği puan ortalamaları değerlendirildiğinde ailesinde 65 yaş ve üzeri birey bulunan grubun ($\bar{X}=157,92$) ortalama puan aldıkları, ailesinde 65 yaş ve üzeri birey bulunmayan grubun ($\bar{X}=158,69$) ortalama puan aldıkları tespit edilmiştir bulunan fark istatistiksel olarak anlamlı değildir [$t_{(331)}=0,609$, $p>0,05$].

Araştırma grubunun “evde bakım hizmetlerin yapısı” alt ölçeği puanları önceden sağlık ocağında çalışma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemektedir [$t_{(331)}=0,345$, $p>0,05$]. Sağlık ocağında çalışanların, sağlık ocaklarının önemli işlevlerinden biri olan ev ziyaretleri çalışmalarını doğrultusunda, evde bakım hizmetleri hakkında ön bilgileri/ yaşantıları olduğu varsayımı ile çalışmayanlar arasında fark olacağı öngörüsü ile hipotez geliştirilmiştir. Ancak araştırma grubunun sağlık ocağında çalışma durumu ile evde bakım hizmetlerinin yapısı alt ölçeğine ilişkin görüşleri arasında fark olmadığı saptanmıştır. Araştırma sağlık ocağında çalışan sayısının az olmasının bu durum üzerinde etkili olduğu söylenebilir.

Araştırma grubunun evde bakım hizmetlerinin yapısı alt ölçeği puan düzeyleri daha önceden sağlık ocağında çalışanlar içerisinde ev ziyaretleri gerçekleştirme durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir [$t_{(61)}=1,167$, $p>0,05$]. Sağlık ocağında çalışıp çeşitli nedenlerle ev ziyareti gerçekleştiren grubun çalışma ön yaşantılarından kaynaklanan deneyimleri sonucunda evde bakım hizmetlerinin yapısı ile ilgili puanlarının yüksek çıkacağı ve aradaki farkın anlamlı olacağı düşünülmüştür. Ev ve köy ziyaretleri çalışmalarını çeşitli yasal düzenlemelerle zorunluluk haline getirilmiş olsa da çeşitli nedenler ileri sürülerek bu çalışmaların yapılmaması olanaklıdır. Ev ziyareti gerçekleştiren grubun ev ziyaretinin gerekliliğine inandıkları ve bu nedenle bu çalışmalara önem verdikleri öngörülmüştür.

Araştırma grubunun “evde bakım hizmetlerin yapısı” alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları ailelerinde uzun süre bakım gereksinimi bulunan birey durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir [$t_{(333)}=0.194$, $p>0,05$]. Gruplar arası fark olmaması nedeninin ailesinde uzun süre bakım gereksinim olan bireylerin de evde bakım hizmetleri ile ilgili bir taleplerini karşılayabilecek bir yapılanmanın olmaması ve bu tür örgütlerden hizmet alamamalarından kaynaklanabileceği söylenebilir.

5.4.2 Araştırma Grubunun “Evde Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliği” Alt Ölçeği Kapsamındaki Görüşlerine İlişkin Tartışma

Evde bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliği alt ölçeği puan düzeyleri en yüksek ($\bar{X}=22,88$) anestezi ve reanimasyon servisi, beslenme ünitesi, biyokimya laboratuvarı, röntgen ve görüntüleme ünitesi, patoloji laboratuvarı, başhemşirelikten oluşan ve diğer servisler şeklinde isimlendirilen servis de ise en düşük ($\bar{X}=18,46$) olarak saptanmıştır. “Evde bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliği” alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları çalıştıkları servislere göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermemektedir [$F_{(21-318)}=1,036$ $p>0,05$]. Diğer servisler olarak adlandırılan serviste çalışanların sundukları hizmetlerinin içeriği gereğince hastaya evinde hizmet sunmanın güç olması ve Türkiye’de laboratuvar hizmetlerinin hastane merkezli olmasının, evde bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliği görüşlerinin diğer servisler olarak adlandırılan serviste daha düşük çıkmasının nedeni olarak açıklanabilir. Araştırma yapılan hastanenin anestezi ve reanimasyon servisinde yatan hastaların daha çok son dönem hastalar olduğu servis çalışanlarından öğrenilmiştir. Serviste daha çok son dönem hastaların yatması servis çalışanlarının görüşlerini etkilemiş olabileceği söylenebilir.

Araştırma grubunun görevlerine göre evde bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliği alt ölçeği puan düzeyleri yüksekten düşüğe uzman doktor, asistan doktor, pratisyen doktor ve hemşirelerdir. Araştırma grubunun yaptıkları görevlere evde bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliğine ilişkin görüşleri arasında

görev durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($F_{(3-336)}=2.227, p>0,05$).

Hemşirelerin evde bakım hizmetinin Türkiye’de uygulanabilirliğine ilişkin görüşlerinin diğer gruplara oranla daha olumsuz olması iki şekilde açıklanabilir. Bu açıklamalardan ilki hemşirelerin evde bakım hizmetlerinin yapısı konusundaki görüşleri de dikkate alınarak, hemşirelerin gerçekten evde bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliğine inanmıyor olmaları olabilir. İkinci bir açıklama ise evde bakım hizmetlerinin temel uygulayıcılarının hemşireler olması ve evde bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanması ile birlikte kendilerinin iş yüklerinin artacağına ilişkin endişelerinin olabilmesi olabilir. Özel sektör tarafından Türkiye’de yürütülen evde hasta ve yaşlı bakımı hizmetlerinin öncelikli çalışanlarının hemşireler olduğu ve bu kuruluşların sürekli olarak hastane önlerinde dağıttıkları broşürlerden de izlenebildiği gibi, evde bakım hizmetlerinin hemşire bakımı ile eş tutulduğu gözlenmektedir.

Araştırma da evde bakım hizmetlerin yapısı ve evde bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliğine ilişkin görüşleri ortak değerlendirildiğinde, evde bakım hizmetlerinin yapısına ilişkin görüşleri yüksek olanların (görev durumuna göre) evde bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliğine yönelik daha olumsuz olması, aksine evde bakım hizmetlerinin yapısı konusunda görüşleri diğer gruplara göre daha olumsuz olanların evde bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliğine daha olumlu baktıkları söylenebilir.

Araştırma grubunun çalışma sürelerine göre evde bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliğine ilişkin ortalama puan düzeyleri 5 yıl ve daha kısa süre çalışanlarda 20,33, 6 ve 10 yıl arası çalışanlarda 20,12, 11 ve 15 yıl arası çalışanlarda 20,63, 16 ve 20 yıl arası çalışanlarda 20,29, 21 yıl ve üzeri çalışanlarda 21,88 olduğu saptanmıştır. Araştırma grubunun “evde bakım hizmetlerin Türkiye’de uygulanabilirliğine” ilişkin görüşleri araştırma grubunun çalışma sürelerine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir [$F_{(4-335)}=1,142, p> 0,05$],

Çalışma süresi on altı yirmi yıl ve üzeri olan grubun evde bakım hizmetlerinin yapısı alt ölçeğinden en düşük puan alan grup olmasına rağmen evde bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliği alt ölçeğinden en yüksek puan alması dikkat çekicidir. Bu anlamda evde bakım hizmetleri örgütlenmeleri gerçekleşse dahi, yirmi bir yıl ve üzeri çalışanların evde sağlık hizmeti sunmalarının yeni işe girenlere oranla daha az mümkün olacağı söylenebilir. Çalışma süresi beş yıl ve daha az olanlar ve çalışma süresi altı ve on yıl arası olanların evde bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliğine ilişkin görüşlerinin düşük bulunması yeni iş yaşantısına girenlerin evde bakım hizmetlerinin uygulanması ile iş yüklerinin artacağına yönelik endişelerinin olabileceği ile açıklanabilir.

Yapılan bu araştırmada araştırma yapılan kurumda ailesinde 65 yaş ve üzeri birey bulunanların, ailesinde 65 birey bulunmayanlara göre evde bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliği puanlarının yüksek çıkması şu şekilde açıklanabilir. Ailesinde 65 yaş ve daha üzeri birey bulunanların evde bakım hizmetleri konusunda hizmet talepleri daha fazladır ve bu konuda bir yapılanmanın ilgili grupta daha elzemdir.

Araştırma grubunun daha önceden sağlık ocağında çalışma durumuna göre ‘evde bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliği alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanların dağılımı önceden sağlık ocağında çalışanlarda 20,65, önceden sağlık ocağında çalışmayanlarda 20,44 olarak saptanmıştır. Araştırma grubunun “evde bakım hizmetlerin Türkiye’de uygulanabilirliği” alt ölçeği puanları önceden sağlık ocağında çalışma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir [$t_{(338)}=0,345$, $p>0,05$], (Tablo 4.29..). Hipotez kurulurken önceden sağlık ocağında çalışan doktor ve hemşirelerin sağlık ocaklarındaki çalışmalar sırasında yaşadıkları sorunlar ve sistemin işleyişindeki sorunları fark etmeleri ve sistemle ilgili olumsuz ön yaşantıların evde bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliği alt ölçeğine verecekleri yanıtları etkileyeceği, böylece sağlık ocağında çalışmayanlardan daha düşük puan alacakları düşünülmüştür. Araştırma yapılan kurumda sağlık ocağında çalışanların oranının düşük çıkması ve ev ziyaretlerinin köy tipi sağlık ocaklarında daha etkin kullanılması ve sağlık ocağında

çalışan grubunun hangi tip sağlık ocağında çalıştıklarının bilinmemesi göz ardı edilmemesi gereken önemli karıştırıcı faktörlerdir. Kent tipi ve kırsal tip sağlık ocaklarındaki bu anlamdaki farkı Öztekin (2001:29) gebe izlemlerinin kentsel yerlerde sağlık ocaklarında, kırsal yerlerde ise sağlık personeli tarafından evlerde yapılması ile ifade etmektedir.

Araştırma grubunda daha önce sağlık ocağında çalışanlar içerisinde ‘evde bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliği alt ölçeği puanları ev ziyareti gerçekleştirme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir [$t_{(63)}=1,476$, $p>0,05$]. Önceden sağlık ocağında çalışanlar içerisinde ev ziyareti gerçekleştirenlerin bu çalışmalar sırasında yaşadıkları bürokratik sorunlar nedeniyle geliştirdikleri varsayılan ön yargı hipotezinin geliştirilmesinde önemli görülmüştür. Ancak araştırma grubunda ev ziyareti gerçekleştirenlerin %55,2’sinin şu an uzman doktor olarak görev yapması önceden sağlık ocağında çalışıp da ev ziyareti gerçekleştirmeyenlerin %48,8’inin asistan doktor olarak şu an görev yapması göz ardı edilmemelidir.

Araştırma grubunun “evde bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliği” alt ölçeğinden aldıkları puanlar araştırma grubunun ailelerinde uzun süre bakım gereksinimi bulunan birey durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir [$t_{(338)}=1,303$, $p>0,05$].

5.4.3 Araştırma Grubunun “Evde Bakım Hizmetleri Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Ulaşılabilirliğini Artırır” Maddesi Kapsamındaki Görüşlerine İlişkin Tartışma

Araştırma grubunun yaptıkları görevlere göre “evde bakım hizmetleri koruyucu sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliğini artırır” madde puanları arasında anlamlı bir farklılık vardır [$F_{(3-353)}=5,897$, $p<0,01$]. Hemşirelerin, uzman doktorların ve asistan doktorların madde puanları pratisyen doktorlardan daha olumludur. Pratisyen doktorların tümünün acil ve acil dahiliye servisinde çalışmasının evde

bakım hizmetlerinin koruyucu sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliğini artıracığına dair görüşlerinin diğer gruplara göre düşük çıkmasının nedeni olarak açıklanabilir.

Araştırma grubunun çalıştıkları servislere göre evde bakım hizmetlerinin koruyucu sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliğini artırır madde puan düzeyleri göğüs hastalıkları servisinde en yüksek ($\bar{X}=4,42$), psikiyatri servisi çalışanlarında madde puan düzeyleri en düşük ($\bar{X}=3,42$) olarak saptanmıştır. Evde bakım hizmetlerinin koruyucu sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliği artırır madde puan düzeyleri dahiliye 1 servisi çalışanlarında ($\bar{X}=4,15$) ve dahiliye 2 servisi çalışanlarında ($\bar{X}=4,33$), dahiliye 3 servisi çalışanlarında ($\bar{X}=4,17$)'dir. Araştırma grubunun “evde bakım hizmetleri koruyucu sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliğini artırır” maddesinden aldıkları puanlar çalıştıkları servislere göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermemektedir [$F_{(21-335)}=1,005$ $p>0,05$], Her üç dahiliye servisi çalışanlarının evde bakım hizmetlerinin koruyucu sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliğini artırır madde puan düzeylerinin birbirlerine yakın olması servislerinin tedavi ettikleri hastalıkların benzer olması ile açıklanabilir. Bu anlamda her üç dahiliye servisi çalışanların puanların benzer olması çalışanların yaptıkları işlerden dolayı evde bakım hizmetlerinin görüşlerinin etkilendiği söylenebilir.

Psikiyatri servisinde çalışanlarda evde bakım hizmetlerinin koruyucu sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliğini artırmasına yönelik görüşleri diğer servisler arasında en düşük çıkmasının nedeni birkaç şekilde yorumlanabilir. Mental rahatsızlığı olan hastaların belirlenmesinde ev ziyaretleri önemli bir yer tutmaktadır. Erken tanı koruyucu sağlık hizmetlerinin önemli bir işlevidir. Psikiyatri servisinde çalışanlarının evde bakım hizmetlerinin koruyucu sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliğini artıracığına ilişkin puanlarının düşük bulunmasının Türkiye’de koruyucu sağlık hizmetleri çalışmaları sırasında psikiyatrik rahatsızlıkların göz ardı edilmesinden kaynaklandığını düşündürmektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından koruyucu sağlık hizmetlerinin temel yürütücüsü birinci basamak sağlık personeli için hazırlanan ‘Sağlık Programları’ adlı eğitim ve uyum materyalinde psikiyatrik hizmetlerle ilgili bir program olmadığı gibi belirtilen programlar çerçevesince de yürütülecek

faaliyetler içerisinde de psikiyatrik hizmetlerden söz edilmemektedir (SB, 2001). Bu durum psikiyatrik hizmetlerin koruyucu sağlık hizmetleri içerisindeki yerini ve durumunu gösteren önemli bir gösterge olarak değerlendirilebilir.

Öztürk (1994:547) koruyucu sağlık hizmetleri içerisinde psikiyatrik hizmetlerin de yer alması gerektiğini şu şekilde belirtmektedir. ”Ruh sağlığı hizmetleri temel sağlık hizmetlerinden ayrı tutulmamalı, toplumun genel sağlık sorunları içinde bir bütün olarak ele alınmalıdır”.

Araştırma grubunun “evde bakım hizmetleri koruyucu sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliğini artırır” maddesi puan ortalamaları ailesinde 65 yaş ve üzeri birey bulunan grubun ($\bar{X}=3,92$), ailesinde 65 yaş ve üzeri birey bulunmayan gruba göre ($\bar{X}=4,02$) daha düşüktür. Bulunan fark istatistiksel olarak anlamlı değildir [$t_{(355)}=0,930$, $p>0,05$].

Araştırma grubunun “evde bakım hizmetleri koruyucu sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliğini artırır” madde puanları önceden sağlık ocağında çalışıp çalışmama durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermemektedir [$t_{(355)}=1,023$, $p>0,05$], Sağlık ocaklarının temel işlevi, koruyucu sağlık hizmetleridir. Öztekin (2001:14) sağlık ocağının bulunduğu yerleşim yerine ulaşımı güç olan yerlerde yaşayanların sağlık ocağı hizmetlerinden daha az yararlandıklarından söz etmekte ve bu sorunun çözümü ve bu kişilere hizmet götürebilmek için, haftanın belirli günlerinde ziyaret gerçekleştirmeleri gerektiğini belirtmektedir. Bertan ve Özcebe (2001:78) bağışıklama hizmetlerinde hedef kitleye ulaşımında gezici sağlık ekipleri ve kitlesel aşılama kampanyalarının öneminden söz etmektedir. Sağlık ocağı çalışanları bağışıklama, hasta tedavisi ve muayenesi gibi nedenlerle ev ve köy ziyaretleri gerçekleştirmektedirler. Bu ön yaşantı sağlık ocağında çalışan grubun evde bakım hizmetleri uygulamaları ile koruyucu sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliğinin artıracığına ilişkin görüşlerine pozitif etki yapacağı düşünülmüştür.

Araştırma grubunun evde bakım hizmetleri koruyucu sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliğini artırır maddesinden aldıkları puanlar, daha önce ev ziyareti

gerçekleştirme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir [$t_{(68)}=0,731, p>0,05$]. Hipotez geliştirilmesinde sağlık ocağında çalışanların işlerin büyük bir kısmının ancak ev ziyaretleri gerçekleştirilerek etkin bir şekilde yapılabileceğinin mümkün olabileceğini düşünülmüştür. Sağlık ocağı çalışmalarının kayıtlarını içeren toplam 31 formun yarısından çoğu olan 16 tanesi ancak ev ziyaretleri çalışmaları ile doğru olarak doldurulması olanaklı formlardır. Bu anlamda koruyucu sağlık hizmetleri çalışmalarında ev ziyaretlerinin önemi açıktır. Bu formlara Ev Halkı Tespit Fişi (Form No:001), Gebe-Loğusa Takip Fişi (Form No:005), Bebek ve Çocuk İzleme Fişi (Form No:006), örnek verilebilir.

ABD'lerinde evde bakım hizmeti sunan hemşireden koruyucu sağlık hizmetleri çerçevesince, hizmet sunmak için gitmiş olduğu evde bulunan çocukların beslenmesi, fiziksel gelişimi, istismara maruz kalıp kalmadıkları, solunum yolu rahatsızlıklarının bulunup bulunmadığı, ailede kanser hastası bulunup bulunmadığı, çocukta ortopedik ve mental bozukluklarının olup olmadığı ve aile dinamiklerini değerlendirilmesi istenmektedir. Bu çalışmalar evde bakım hizmetlerinde stratejik öneme sahip çalışmalar olarak değerlendirilmektedir (Twardan ve ark, 1992:50).

5.4.4 Araştırma Grubunun “Evde Bakım Hizmetleri Hastaların Yaşam Kalitesini Artırır” Maddesi Kapsamındaki Görüşlerine İlişkin Tartışma

Araştırma grubunun “evde bakım hizmetleri hastaların yaşam kalitesini artırır” madde puan düzeyleri çalışılan servislere göre değerlendirildiğinde, göğüs hastalıkları servisi 4,33 puan ortalamasıyla en yüksek, psikiyatri servisi ise 3,42 puan ortalamasıyla en düşük olarak saptanmıştır. Psikiyatri servisinde çalışanlar evde bakım hizmetlerinin hastaların yaşam kalitesinin artıracağına ilişkin görüşleri diğer servislere göre daha olumsuz, göğüs hastalıkları servisi çalışanlarında daha olumlu olduğu söylenebilir. Araştırma grubunun “evde bakım hizmetleri hastaların yaşam kalitesini artırır” madde puanları çalıştıkları servislere göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermemektedir [$F_{(21-335)}=1,375 p>0,05$].

ABD’nde evde bakım hizmetlerinden yararlananların hastaların birincil tanılarına göre banyo, elbise giyinme, yemek yiyebilme, yatak ve nevresimleri değiştirebilme, yürüme, yalnızca idrarını tutamama, yalnızca gaitasını tutamama, idrarını ve gaitasının her ikisini de tutamama gibi günlük yaşam aktiviteleri açısından değerlendirildiği bir çalışma da, göğüs hastalıkları servisinin kapsamı içinde yer alan solunum sistemi hastalarının tek başına banyo yapma, elbisesini giyme, yürüyüş yapabilme, yatak ve nevresimlerini değiştirme ve tuvaleti kullanabilme konusunda yetersiz oldukları tespit edilmiştir. Mental rahatsızlığı olanların günlük yaşam aktivitelerini yapma konusunda yetersizlikleri diğer hastalıklara oranla daha düşük bulunmuştur (NCHS, 1999:46).

Yapılan bu araştırmada psikiyatri servisinin evde bakım hizmetlerinin hastaların yaşam kalitesinin artıracağına yönelik görüşlerinin düşük çıkması, yaşam kalitesi kavramının bir kısmını oluşturan yukarıda söz edilen değişkenler açısından düşünüldüğünde bulgularla örtüşmektedir. Ancak psikiyatri hastalarının hastanelerde uzun süre tedavi edilmeleri sonucunda ‘kurumsal nevroz’ geliştirmektedirler (Inglebey,1980 aktaran Murphy,1995:145). Gelişen kurumsal nevroz hastaların yaşam kalitesini etkilemektedir. Bu çalışmada psikiyatri çalışanlarının günlük yaşam kalitesi parametreleri içerisinde yalnızca günlük yaşam aktivitelerini dikkate aldığı ve yaşam kalitesini oluşturan diğer parametrelerini göz ardı etmiş olabileceği söylenebilir.

Araştırma grubunun “evde bakım hizmetleri hastaların yaşam kalitesini artırır” madde puan düzeyleri, ailesinde 65 yaş ve üzeri birey bulunan grupta ($\bar{X}=3,85$), 65 yaş ve üzeri birey bulunmayan gruba göre ($\bar{X}=4,04$) daha düşük olarak saptanmıştır. Bulunan fark istatistiksel olarak anlamlı değildir [$t_{(355)}=1,68$, $p>0,05$].

Araştırma grubunun evde bakım hizmetleri hastaların yaşam kalitesini artırır madde puanı, araştırma grubunun ev ziyareti gerçekleştirme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir [$t_{(68)}=0,453$, $p>0,05$].

5.4.5 Araştırma Grubunun “Evde Bakım Hizmetleri Hastanede Verilen Sağlık Hizmetinin Tamamlayıcısıdır” Maddesi Kapsamındaki Görüşlerine İlişkin Tartışma

Araştırma grubunun çalıştıkları servislere göre “evde bakım hizmetleri hastanede verilen sağlık hizmetinin tamamlayıcısıdır” madde puan düzeyleri genel cerrahi 3 servisinde en yüksek değere ($\bar{X}=4,50$) sahip olduğu, psikiyatri ve üroloji servislerin en düşük değere ($\bar{X}=3,92$) sahip olduğu saptanmıştır. Diğer genel cerrahi servislerinin madde puan ortalamaları 4,33 ve 4,00 dür. Araştırma grubunun “evde bakım hizmetleri hastanede verilen sağlık hizmetinin tamamlayıcısıdır” madde puanları çalıştıkları servislere göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermemektedir [$F_{(21-335)}=0,961, p>0,05$].

Psikiyatri hastalarının tedavisinde depo hastane kavramından uzaklaşmakta çağdaş psikiyatrik tedavi içerisinde hastane yerine gündüz hastaneleri veya evde bakım tercih edilmektedir (Özbek,1971:241, Arıkan, 1996:13). İtalya’da tüm akıl hastaneleri 1978 yılında kapatılmıştır (Öztürk, 1994:547). Dilek (1996) psikiyatrik hastalara taburculuk sonrası yapılacak işlemler içerisinde ev ziyaretlerinden söz etmekte ve yapılacak ev ziyaretleri sırasında yapılacak işlemleri; ev ortamının değerlendirilmesi, aile üyelerinin hasta ve hastalığı hakkında bilgilendirilmesi, güçlüklerini ifade etmeleri yönünde teşvik edilmeleri, aile bireyleri ve diğer yakın çevre üyeleri ile ilişki güçlüklerinin giderilmesi, tarafların birbirin anlama ve iletişimi amaçlayan girişimler ve hastayı üretken olmaya teşvik etmeye yönelik çalışmalar olarak açıklamaktadır.

Türkiye’de sosyal psikiyatrinin öncülerinden Abdulkadir Özbek (1971:241) psikiyatrik tedavinin başarısı için hastaların evlerinde ve işyerlerinde ziyaret edilmesi gerektiğini ve psikiyatrik tedavinin sürekliliğinin bu şekilde sağlanacağından söz etmektedir. ABD’lerinde evde bakım hizmetlerinin sunduğu hastalıklar içerisinde mental rahatsızlıklar %1,7’lik bir orana sahiptir (NCHS:1999:141). Psikiyatrik tedavide tedavinin sürekliliği ve hastaların evlerinde izlemi saptamaları çerçevesinde düşünüldüğünde yapılan bu araştırmada, psikiyatrik hizmetlerinin hastane

hizmetlerinin tamamlayıcı olmasına yönelik görüşlerine ilişkin puanların psikiyatri servisi çalışanlarında başka servis çalışanlarına göre düşük çıkması, literatür bilgileri ile benzeşmemektedir.

Erden ve arkadaşları (1998:292) tarafından yapılan çalışmada kalça kırığı olan yaşlı hastaların ameliyat sonrası hastaneden taburcu olduktan sonra bakım olanakları; aile üyelerinin evde bakım sağlaması %86, evde profesyonel tıbbi yardım %8 ve rehabilitasyon merkezleri tarafından sağlanan yardım %6 olarak tespit edilmiştir.

Bentur (2001) evde bakım hizmetlerinin bağımsız bir servis olarak düşünülmemesi gerektiğini; diğer sağlık hizmetleri ve hastanelerle desteklenen hizmetler olduğunu, bu nedenle diğer sağlık hizmetleri ile bütünleşerek başarının artacağını belirtmektedir. ABD’de yeni doğan bebeklerin ve annelerin taburculukları sonrası evlerinde hemşire, doktor ve sosyal hizmet uzmanı tarafından takip edilmektedir (American Academy of Pediatrics,1957:41).

Araştırma grubunun “evde bakım hizmetleri hastanede verilen sağlık hizmetinin tamamlayıcısıdır” madde puan ortalamaları değerlendirildiğinde ailesinde 65 yaş ve üzeri birey bulunan grubun 4,16 ortalama puan aldıkları, 65 yaş ve üzeri birey bulunmayan grubun 4,23 ortalama puan aldıkları tespit edilmiştir. Bulunan fark istatistiksel olarak anlamlı değildir [$t_{(355)}=0,852, p>0,05$].

ABD ve Kanada’da evde bakım hizmetleri kronik hastalıklar ve yaşlı bakımının etkinliği açısından önemli bir yer tutmaktadır. Benjamin’e göre (1992), yaşlıların sağlık durumu ile ilgili iki boyut evde bakım hizmetlerine olan ilginin artmasını belirleyen koşulları yaratmıştır. Koşullardan birincisi kronik hastalıkların yaşlıları gereğinden fazla etkilemesi ve bu nedenle ev ortamında belirlenecek süreğen bakım ihtiyaçlarına yaşlılar daha çok gereksinim duymalarıdır. Koşullardan ikincisi yaşlıların göreceli olarak hastaneleri daha çok kullanmaları ve bu nedenle büyük bir oranda hastane sonrası bakıma gereksinim duymalarıdır.

Araştırma grubunun “evde bakım hizmetleri hastanede verilen sağlık hizmetinin tamamlayıcıdır” madde puanı önceden sağlık ocağında çalışıp çalışmama durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermemektedir [$t_{(355)}=1,629$ $p>0,05$]. Sağlık ocaklarının önemli işlevlerinden bir tanesi de, 2. Basamak tedavi kuruluşlarının ayakta tedavi yöntemini seçtiği hastaların özellikle de kırsal alandaki tedavilerini takip etmek ve yürütmektir. Sağlık ocakları koruyucu hizmetler yanında evde ve ayakta tedavi hizmetleri ile yükümlüdürler (Akdu,1998:39). Bu anlamda sağlık ocağı çalışanları önemli bir misyonu üstlenmişlerdir. Ayaktan takip ettikleri hastaları “Ayaktan Takip Edilen Hastalar Hakkında Sağlık Müdürlüğüne Bilgi Gönderme Formu” (Form No: RS:30) ile kayıtlarında tutmak zorundadırlar. Hasta Sevk Kağıdı Formu (Form No: 019) ile de sağlık ocağı çalışanları hastaların sevk sonrası işlemlerini takip edebilirler. İlgili formlar sağlık ocağı hizmetlerinde hastaların takiplerinin önemli göstergelerindedir.

Araştırma grubunun evde bakım hizmetleri hastanede verilen sağlık hizmetinin tamamlayıcısıdır madde puanı doktor ve hemşirelerin ev ziyareti gerçekleştirme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir [$t_{(68)}= 0,183$, $p>0,05$]. Sağlık ocağında çalışanlar içerisinde ev ziyareti gerçekleştirenlerin ev ziyaretleri sırasında sağlık hizmetinin sürekliliği ve takibinin öneminin farkına vardığı öngörüsü ile hipotez geliştirilmiştir. Özellikle de köy tipi sağlık ocaklarında hastaneden taburcu olan hastaların tedavilerinin ve takibinin sağlık ocağı çalışanları tarafından yapılması yasalarla belirtilse de, doktor ve hemşirelerin çoğu zaman ev ziyaretlerini yasal zorunluluktan öte görev ahlakı bilinci ve sorumluluğu ile yaptıkları söylenebilir.

5.4.6 Araştırma Grubunun “Evde Bakım Hizmetlerinin Finansmanını Devlet Sağlamalıdır” Alt Maddesi Kapsamındaki Görüşlerine İlişkin Tartışma

Araştırma grubunun çalıştıkları servislere göre “evde bakım hizmetlerinin finansmanını devlet sağlamalıdır” madde puan düzeyleri genel cerrahi 2 ve intaniye servisinin 3,00 puan ortalamasıyla en düşük acil dahiliye servisinin 3,91 puan ortalamasıyla en yüksek değere ve ikinci en yüksek puana sahip servisin ise acil

servis 3,82 olduğu saptanmıştır. Araştırma grubunun çalıştıkları servislere göre “evde bakım hizmetlerinin finansmanını devlet sağlamalıdır” madde puanları istatistiksel olarak anlamlı fark göstermemektedir [$F_{(21-335)}=0,816, p>0,05$].

Evde bakım hizmetlerinin finansmanının devlet tarafından sağlanmasına yönelik hipotez, araştırma grubunda özel muayenecilik hizmetlerinin daha çok görülebileceği dahiliye, genel cerrahi servislerinin evde bakım hizmetlerinin finansmanını devlet tarafından sağlanmasına daha olumsuz bakacağı buna karşın özel muayenecilik hizmetlerinin daha az rastlanıldığı intaniye, anestezi ve reanimasyon servislerinin evde bakım hizmetlerinin finansmanını devlet tarafından sağlanmasına daha olumlu bakacağı öngörüsüyle geliştirilmiştir. Araştırma yapılan kurumda intaniye servisinde bulunan uzman doktorlarının hiçbirinin özel muayenesi bulunmamaktadır. Bu anlamda evde bakım hizmetlerinin finansmanının devlet tarafından sağlanmasına yönelik görüşlerin oluşmasında çalışılan servisin bir etkisi olmadığı söylenebilir.

Araştırma grubunun “evde bakım hizmetlerinin finansmanını devlet sağlamalıdır” madde puanları önceden sağlık ocağında çalışıp çalışmama durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermemektedir [$t_{(355)}= 0,660, p>0,05$]. Sağlık ocağında çalışan grubun hastaları ile sağlık ocağında çalışmayan gruba göre daha az parasal ilişkilere girmesinden dolayı evde bakım hizmetlerinin finansmanını devlet tarafından sağlanmasına daha olumlu bakacakları düşünülmüştür. Sağlık ocaklarında çalışan doktorun mesai dışında hastaların evlerinde gerçekleştirdiği muayenelerde hastanın gerçekten sağlık kuruluşuna gelemeyecek durumda olması halinde muayene ücreti almaması gerekmektedir (Öztek, 2001: 16).

Araştırma grubunun evde bakım hizmetlerinin finansmanını devlet sağlamalıdır madde puanı sağlık ocağında çalışanlar içerisinde ev ziyareti gerçekleştirme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir [$t_{(68)}= 0,257, p>0,05$]. Sağlık ocaklarında çalışan personel aşılama, enjeksiyon, muayene gibi çeşitli nedenlerle gerçekleştirdikleri ev ziyaretlerinde

hizmet alandan herhangi bir ücret almamaktadır. Hastanede çalışan doktorlarda muayenehanecilik sisteminin yaygın olması ve gerçekleştikleri ev ziyaretler sırasında ücret talep etmektedirler. Hasta doktor arasındaki nakdi ilişkinin sağlık hizmeti sunumunda da devlet ödemeleri dışında bir ödeme şeklinin daha baskın hale getirebileceği kanısıyla hipotez geliştirilmiştir. Ancak bulgular hipotezi desteklememektedir. Ayrıca taşra sağlık ocaklarında çalışan doktorların da özel muayenehane açtıkları gözlemlenmektedir.

Araştırma grubunun “evde bakım hizmetlerinin finansmanı devlet sağlamadır” madde puan ortalamaları değerlendirildiğinde, ailesinde uzun süre bakım gereksinimi bulunan grubun 3,73 ortalama puan aldıkları, ailesinde uzun süre bakım gereksinimi bulunmayan grubun 3,51 ortalama puan aldıkları tespit edilmiştir, bulunan fark istatistiksel olarak anlamlı değildir [$t_{(355)}=1,022$, $p>0,05$]. Hipotez geliştirilirken evde ailesinde uzun süre bakım gereksinimi bulunan grubun evde bakım hizmetlerinin finansmanın devlet tarafından sağlanmasından yana görüş bildirecekleri öngörülmüştür.

6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Araştırmanın sonuçları bağımsız değişkenlere ilişkin tanımlayıcı sonuçlar, deneme anketinden elde edilen sonuçlar, faktör analizi sonuçları ve araştırma grubunun evde bakım hizmetleri ile ilgili görüşleri olmak üzere dört ana bölümde incelenmiştir.

6.1.1 Araştırmanın Bağımsız Değişkenlerine İlişkin Tanımlayıcı Sonuçlar

6.1.1.1. Araştırma grubu içerisinde en yüksek (%41,5) dağılım gösteren grup hemşirelerdir. Asistan doktorlar %31,7, uzman doktorlar %20,3 ve pratisyen doktorlar % 6,7'lik paya sahiptir.

6.1.1.2. Araştırma grubunun çalışma sürelerine dağılımında çoğunluğu %38,2'lik bir payla 5 yıl ve daha az çalışanlar oluştururken, çalışma sürelerine göre dağılımın en düşük (%10,4) olduğu grup 21 yıl ve üzeri çalışanlar %10,4'lük bir payla en düşük dağılım gösteren gruptur

6.1.1.3. Araştırma grubunda daha önceden sağlık ocağında çalışmış olanlar %19,6'lık paya sahipken daha önceden sağlık ocağında çalışmayanlar %80,4'lük bir paya sahiptir.

6.1.1.4. Araştırma grubunun ailelerinde uzun süre bakıma gereksinimi olanlar %9,2 ve uzun süre bakım gereksinimi olmayanlar ise %90,8'dir.

6.1.1.5. Araştırma grubunun ailelerinde 65 yaş ve üzeri birey bulunanlar %52,1 ve 65 yaş ve üzeri birey bulunmayanlar ise %47,9'dur

6.1.1.6. Hemşirelerin %29,7'si lise mezunu, %51,4'ü ön lisans mezunu, %14,2'sinin lisans mezunu, %4'ünün yüksek lisans mezunu, %0,7'sinin doktora mezunudur.

6.1.1.7. Doktorların %11,5'i pratisyen doktor, %54,1'i uzman doktor, %34,6'sı uzman doktordur.

6.1.1.8. Araştırma grubunda daha önce sağlık ocağında çalışanların %41,4'ü ev ziyareti gerçekleştirirken, %58,6 ev ziyareti gerçekleştirmemiştir.

6.1.1.9. Araştırma grubunda daha önceden sağlık ocağında çalışanların %7,1'i hemşire, %45,7'si uzman doktor, %35,7'si asistan doktor, %11,4'ü pratisyen doktordur.

6.1.1.10. Araştırma grubunda acil servis en yüksek (%13,7), cildiye servisi ise en düşük (%2,5) paya sahiptir.

6.1. 2.Deneme Anketinden Elde Edilen Betimsel Sonuçlar

Madde puanlarının betimsel istatistikleri incelendiğinde, madde 13'ün 4,20 puan ortalamasıyla en yüksek değere sahip olduğu, madde 22 ve 23'ün ise 2.23 puan ortalamalarıyla en düşük değerlere sahip olduğu saptanmıştır.

6.1.3. Faktör Analizi Sonuçları

Faktör analizi sonucuna göre iki faktör tespit edilmiştir. Faktörlere maddelerin içerikleri dikkate alınarak isim verilmiş, İlk faktörde yer alan maddelerin evde bakım hizmetleri ile ilgili genel bilgi ve düşüncelere ait olduğu dikkate alınarak bu faktöre, "evde bakım hizmetlerinin yapısı", ikinci faktörde yer alan maddeler ise

evde bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliği ile ilgili olgularla ilgili olduğu düşünülerek ‘evde bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliği’ ismi verilmiştir. Birinci faktör kırk maddeden, ikinci faktör sekiz maddeden oluşmaktadır.

Birinci faktör, ankete ilişkin toplam varyansın % 33,33’ini, ikinci faktör %6,93’ini açıklamaktadır.

İki faktörün açıkladıkları toplam varyans %40,28’dir. Birinci faktörün özdeğeri 15.99, ikinci faktörün özdeğeri 3.32’dir.

Birinci faktörde yer alan maddelerin faktördeki yük değerleri 0,771- 0,318 arasında değişmektedir. İkinci faktörde yer alan maddelerin yük değerleri 0,604- 0,319 arasında değişmektedir.

Anketi oluşturan 48 maddeye ilişkin güvenilirlik katsayısı 0,94 bulunmuştur. Birinci faktörü oluşturan 40 madde 0,95 güvenilirlik katsayısına sahipken 8 maddeden oluşan ikinci faktörün güvenilirlik katsayısı 0,70 bulunmuştur.

6.1.4. Araştırma Grubunun Evde Bakım Hizmetleri Hakkındaki Görüşleri

6.1.4.1. Evde bakım hizmetlerinin yapısı alt ölçeğinden hemşireler en yüksek puanı, pratisyen doktorlar ise en düşük puanı almışlardır. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

6.1.4.2. Evde bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliği alt ölçeğinden pratisyen doktorlar en yüksek puanı, hemşireler en düşük puanı almışlardır. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır.

6.1.4.3. “Evde bakım hizmetlerinin koruyucu sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliğini artırır” madde puan düzeyleri en yüksek puandan en düşük puana

göre sıralanması, görev durumuna göre hemşire, asistan doktor, uzman doktor ve pratisyen doktor şeklindedir. Pratisyen doktorlar ile diğer gruplar arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlıdır.

6.1.4.4. “Evde bakım hizmetleri hastaların yaşam kalitesini artırır” madde puanları görev durumuna göre yüksek puandan en düşüğe doğru uzman doktor, asistan doktor, hemşire ve pratisyen doktor olarak sıralanmaktadır. Pratisyen doktor ile diğer gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır.

6.1.4.5. “Evde bakım hizmetleri hastanede verilen sağlık hizmetinin tamamlayıcısıdır” madde puanları görev durumuna göre yüksek puandan en düşüğe doğru hemşire, asistan doktor, uzman doktor, pratisyen doktor olarak sıralanmaktadır. Pratisyen doktor ile diğer gruplar arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlıdır.

6.1.4.6. “Evde bakım hizmetlerinin finansmanını devlet sağlamalıdır” madde puan düzeyleri görev durumuna göre yüksek puandan en düşük puana hemşire, uzman doktor, asistan doktor, pratisyen doktor olarak sıralanmaktadır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

6.1.4.7. Araştırma grubunun çalıştıkları servislere göre; evde bakım hizmetlerinin yapısı alt ölçeği puan düzeyleri, göğüs hastalıkları servisi çalışanlarında en yüksek, diğer servisler olarak adlandırılan servis çalışanlarında ise en düşük olarak bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır.

6.1.4.8. Araştırma grubunun çalıştıkları servislere göre; evde bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliği alt ölçeği puan düzeyleri, anestezi ve reanimasyon servisi çalışanlarında en yüksek, diğer servisler olarak adlandırılan servis çalışanlarında ise en düşük olarak bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

6.1.4.9. Araştırma grubunun çalıştıkları servislere göre; “evde bakım hizmetleri koruyucu sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliğini artırır” madde puan düzeyleri, göğüs hastalıkları çalışanlarında en yüksek, psikiyatri servisi çalışanlarında ise en düşük olarak bulunmuştur. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

6.1.4.10. Araştırma grubunda çalıştıkları servislere göre; “evde bakım hizmetleri hastaların yaşam kalitesini artırır” madde puan düzeyleri, göğüs hastalıkları servisi çalışanlarında en yüksek, psikiyatri servisi çalışanlarında ise en düşük olarak bulunmuştur. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

6.1.4.11. Araştırma grubunda servislere göre; “evde bakım hizmetleri hastanede verilen sağlık hizmetinin tamamlayıcısıdır” madde puan düzeyleri, genel cerrahi 3 servisi çalışanlarında en yüksek, psikiyatri servisi ve üroloji servisi çalışanlarında ise en düşük olarak bulunmuştur. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

6.1.4.12. Araştırma grubunda servislere göre; “evde bakım hizmetlerinin finansmanını devlet sağlamalıdır” madde puan düzeyleri, genel cerrahi 2 servisi çalışanlarında en yüksek, intaniye servisi çalışanlarında ise en düşük olarak bulunmuştur. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

6.1.4.13. Araştırma grubunun çalışma sürelerine göre; “evde bakım hizmetlerinin yapısı” alt ölçeği puan düzeyleri, 20- 25 yıl arası çalışanlarda en yüksek, 21 yıl ve üzeri çalışanlarda ise en düşük olarak bulunmuştur. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

6.1.4.14. Araştırma grubunun çalışma sürelerine göre; “evde bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliği” alt ölçeği puan düzeyleri, 16- 20 yıl arası çalışanlarda en yüksek, 5 yıl ve daha az çalışanlarda ise en düşük olarak bulunmuştur. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

6.1.4.15. Araştırma grubunun çalışma sürelerine göre; “evde bakım hizmetlerinin finansmanını devlet sağlamalıdır” madde puan düzeyleri, 11- 15 yıl arası çalışanlarda en yüksek, 16- 20 yıl arası çalışanlarda ise en düşük olarak bulunmuştur. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

6.1.4.16. Araştırma grubunun çalışma sürelerine göre; “evde bakım hizmetleri koruyucu sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliğini artırır” madde puan düzeyleri, 5 yıl ve daha az çalışanlarda en yüksek, 11- 15 yıl arası çalışanlarda ise en düşük olarak bulunmuştur. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

6.1.4.17. Araştırma grubunun çalışma sürelerine göre; “evde bakım hizmetleri hastaların yaşam kalitesini artırır” madde puan düzeyleri, 16- 20 yıl arası çalışanlarda en yüksek, 11- 15 yıl arası çalışanlarda ise en düşük olarak bulunmuştur. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

6.1.4.18. Araştırma grubunun çalışma sürelerine göre; “evde bakım hizmetleri hastanede verilen sağlık hizmetinin tamamlayıcısıdır” madde puan düzeyleri, 5 yıl ve daha az çalışanlarda en yüksek, 11- 15 yıl arası çalışanlarda ise en düşük bulunmuştur. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

6.1.4.19. Araştırma grubunda ailesinde 65 yaş ve üzeri birey bulunma durumuna göre; “evde bakım hizmetlerinin yapısı” alt ölçeği puan düzeyleri ailesinde 65 yaş ve üzeri birey bulunmayanlarda bulunanlara göre yüksek bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

6.1.4.20. Araştırma grubunda ailesinde 65 yaş ve üzeri birey bulunma durumuna göre evde bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliği alt ölçeği puan düzeyleri ailesinde 65 yaş ve üzeri birey bulunanlarda bulunmayanlara göre yüksek bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

6.1.4.21. Araştırma grubunda ailesinde 65 yaş ve üzeri birey bulunma durumuna göre evde bakım hizmetleri koruyucu sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliğini artırır puan düzeyleri, ailesinde 65 yaş ve üzeri birey bulunmayanlarda bulunanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

6.1.4.22. Araştırma grubunda ailesinde 65 yaş ve üzeri birey bulunma durumuna göre evde bakım hizmetleri hastaların yaşam kalitesini artırır puan düzeyleri ailesinde 65 yaş ve üzeri birey bulunmayanlarda bulunanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

6.1.4.23. Araştırma grubunda ailesinde 65 yaş ve üzeri birey bulunma durumuna göre evde bakım hizmetleri hastanede verilen sağlık hizmetinin tamamlayıcısıdır madde puan düzeyleri, ailesinde 65 yaş ve üzeri birey bulunmayanlarda bulunanlara göre yüksek bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

6.1.4.24. Araştırma grubunda ailesinde 65 yaş ve üzeri birey bulunma durumuna göre evde bakım hizmetlerinin finansmanı devlet sağlamalıdır madde puan düzeyleri, ailesinde 65 yaş ve üzeri birey bulunmayanlarda bulunanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

6.1.4.25. Araştırma grubunda daha önceden sağlık ocağında çalışma durumuna göre; evde bakım hizmetlerinin yapısı alt ölçeği puan düzeyleri, daha önceden sağlık ocağında çalışmayanlarda çalışanlara göre yüksek bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

6.1.4.26. Araştırma grubunda daha önceden sağlık ocağında çalışma durumuna göre; evde bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliği alt ölçeği puan düzeyleri daha önceden sağlık ocağında çalışanlarda önceden sağlık ocağında

çalışmayanlara göre yüksek bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

6.1.4.27. Araştırma grubunda daha önceden sağlık ocağında çalışma durumuna göre; evde bakım hizmetleri koruyucu sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliğini artırır madde puan düzeyleri daha önceden sağlık ocağında çalışmayanlarda önceden sağlık ocağında çalışanlara göre yüksek bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

6.1.4.28. Araştırma grubunda daha önceden sağlık ocağında çalışma durumuna göre; evde bakım hizmetlerini hastaların yaşam kalitesini artırır madde puan düzeyleri daha önceden sağlık ocağında çalışmayanlarda önceden sağlık ocağında çalışanlara göre yüksek bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

6.1.4.29. Araştırma grubunda daha önceden sağlık ocağında çalışma durumuna göre; evde bakım hizmetlerini hastanede verilen sağlık hizmetinin tamamlayıcısıdır madde puan düzeyleri daha önceden sağlık ocağında çalışmayanlarda önceden sağlık ocağında çalışanlara göre yüksek bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

6.1.4.30. Araştırma grubunda daha önceden sağlık ocağında çalışma durumuna göre; evde bakım hizmetlerinin finansmanını devlet sağlamalıdır madde puan düzeyleri daha önceden sağlık ocağında çalışmayanlarda önceden sağlık ocağında çalışanlara göre yüksek bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

6.1.4.31. Araştırma grubunda daha önceden sağlık ocağında çalışanlar içerisinde ev ziyareti gerçekleştirme durumuna göre; evde bakım hizmetlerinin yapısı alt ölçeği puan düzeyleri ev ziyareti gerçekleştirenlerde ev ziyareti

gerçekleştirmeyenlere göre yüksek bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

6.1.4.32. Araştırma grubunda daha önceden sağlık ocağında çalışanlar içerisinde ev ziyareti gerçekleştirme durumuna göre; evde bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliği alt ölçeği puan düzeyleri ev ziyareti gerçekleştirenlerde, ev ziyareti gerçekleştirmeyenlere göre yüksek bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

6.1.4.33. Araştırma grubunda daha önceden sağlık ocağında çalışanlar içerisinde ev ziyareti gerçekleştirme durumuna göre; evde bakım hizmetleri koruyucu sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliğini artırır madde puan düzeyleri ev ziyareti gerçekleştirenlerde, ev ziyareti gerçekleştirmeyenlere göre yüksek bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

6.1.4.34. Araştırma grubunda daha önceden sağlık ocağında çalışanlar içerisinde ev ziyareti gerçekleştirme durumuna göre; evde bakım hizmetleri hastaların yaşam kalitesini artırır madde puan düzeyleri, ev ziyareti gerçekleştirenlerde, ev ziyareti gerçekleştirmeyenlere göre yüksek bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

6.1.4.35. Araştırma grubunda daha önceden sağlık ocağında çalışanlar içerisinde ev ziyareti gerçekleştirme durumuna göre, evde bakım hizmetleri hastanede verilen sağlık hizmetinin tamamlayıcısıdır madde puan düzeyleri ev ziyareti gerçekleştirenlerde, ev ziyareti gerçekleştirmeyenlere göre yüksek bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

6.1.4.36. Araştırma grubunda daha önceden sağlık ocağında çalışanlar içerisinde ev ziyareti gerçekleştirme durumuna göre; evde bakım hizmetlerinin finansmanı devlet sağlamalıdır madde puan düzeyleri ev ziyareti gerçekleştirenlerde,

ev ziyareti gerçekleştirmeyenlere göre yüksek bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

6.1.4.37. Araştırma grubunda ailesinde uzun süreli bakıma gereksinimi olan birey durumuna göre; evde bakım hizmetlerinin yapısı alt ölçeği puan düzeyleri ailesinde uzun süre bakım gereksinimi bulunanlarda, bulunmayanlara göre yüksek bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

6.1.4.38. Araştırma grubunda ailesinde uzun süreli bakıma gereksinimi olan birey durumuna göre; “evde bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliği” alt ölçeği puan düzeyleri ailesinde uzun süre bakım gereksinimi bulunmayanlarda, bulunanlara göre yüksek bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

6.1.4.39. Araştırma grubunda ailesinde uzun süreli bakıma gereksinimi olan birey durumuna göre, evde bakım hizmetlerini koruyucu sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliğini artırır madde puan düzeyleri ailesinde uzun süre bakım gereksinimi bulunanlarda, bulunmayanlara göre yüksek bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

6.1.4.40. Araştırma grubunda ailesinde uzun süreli bakıma gereksinimi olan birey durumuna göre; evde bakım hizmetlerini hastaların yaşam kalitesini artırır madde puan düzeyleri her iki grupta aynı bulunmuştur.

6.1.4.41. Araştırma grubunda ailesinde uzun süreli bakıma gereksinimi olan birey durumuna göre, evde bakım hizmetlerini hastanede verilen sağlık hizmetinin tamamlayıcısıdır madde puan düzeyleri ailesinde uzun süre bakım gereksinimi bulunmayanlarda, bulunanlara göre yüksek bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

6.1.4.42. Araştırma grubunda ailesinde uzun süreli bakıma gereksinimi olan birey durumuna göre, “evde bakım hizmetlerinin finansmanını devlet sağlamalıdır” madde puan düzeyleri ailesinde uzun süre bakım gereksinimi bulunanlarda bulunmayanlara göre yüksek bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.



6.2. Öneriler

Araştırmada bulguların değerlendirilmesi ile elde edilen sonuçlara göre aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir.

6.2.1. Bu araştırmada kullanılan anket, başka çalışmalarda kullanılarak anketin geçerlilik ve güvenilirliğine ilişkin veriler yeniden sınanabilir.

6.2.2 Anket, sayısal olarak daha büyük bir örnekleme uygulanarak faktör yapısının değişip değişmediği sınanabilir.

6.2.3. Literatürde evde bakım hizmetleri konusunda görüş ölçen başka bir ankete ulaşamadığından bir dış ölçüt kullanılarak sınanamamıştır. Bu konuda geliştirilecek yeni anketlerin ölçüt geçerliliği için, bu çalışmada geliştirilen anket kullanılabilir.

6.2.4. Ölçeğin random çalışması yapılarak elde edilen puanların yüksek olup olmadığı belirlenebilir.

6.2.5. Hemşirelerin 'evde bakım hizmetlerin Türkiye'de uygulanabileceğine ilişkin görüşleri' alt ölçeğinden diğer gruplara göre düşük bulunmasının nedeni araştırılabilir.

6.2.6. Türkiye'de evde bakım hizmetleri örgütlenmeleri gerçekleştirilmeden önce, hemşirelerin evde bakım hizmetlerinin Türkiye'de uygulanabilirliği için neler gerektiğine ilişkin görüşleri alınabilir ve bir çalıştay düzenlenebilir.

6.2.7. Evde bakım hizmetlerinin Türkiye'de uygulamasına yönelik çalışma yapılmadan önce hemşirelerin evde bakım hizmetlerinin Türkiye'de uygulanabilirliğine yönelik olumsuz düşünceleri giderilmelidir.

6.2.8. Pratisyen doktorların evde bakım hizmetlerinin yapısı hakkında bilgilendirilmeleri gerekebilir.

6.2.9. Pratisyen doktora evde bakım hizmetlerinin hastaneden taburcu olan hastaların izleminin sağlık hizmetlerinin etkinliğini artırdığına yönelik eğitim verilebilir.

6.2.10. Psikiyatri servisi çalışanlarına evde bakım hizmetleri uygulamaları sonucunda hastaların yaşam kalitesinin artacağına ilişkin eğitim verilebilir.

6.2.11. Evde bakım hizmetlerinin finansman kaynakları ile ilgili bir çalışma yapılarak doktor ve hemşirelerin bilgilendirilmesi sağlanabilir.

6.2.12. Araştırma yapılan kurumda evde bakım hizmetleri uygulamaları pilot çalışmalar yapılabilir. Bu çalışmalar, evde bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliğine yönelik olumlu görüş bildiren anestezi ve reanimasyon, göğüs hastalıkları ve genel cerrahi servislerinden başlatılabilir.

6.2.13. Kurumdaki yapılacak pilot çalışmalarda servis çalışanlarının evde bakım hizmetlerinin hastanede verilen sağlık hizmetinin tamamlayıcısı olduğu görüşleri de dikkate alınarak “hastane destekli evde bakım” modeli uygulanabilir.

ÖZET

Evde Bakım Hizmetleri Konusunda Görüş Belirleme: Sosyal Sigortalar Kurumu Ankara Eğitim Hastanesi Doktorları ve Hemşireleri Üzerine Bir Uygulama

Bu araştırma, SSK Ankara Eğitim Hastanesi'nde görev yapan hemşire ve hekimlerin evde bakım hizmetleri konusundaki görüşlerinin belirlenmesine yönelik betimsel nitelikte olarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evreni SSK Ankara Eğitim Hastanesi'nde çalışan hekim ve hemşirelerden oluşmaktadır. Araştırmada tabakalı rastgele örnekleme yöntemi, servis ve görev tabaka değişkenleri kullanılarak uygulanmıştır. Araştırma anketleri 357 kişi (148 hemşire, 209 hekim) tarafından yanıtlanmıştır.

Araştırma araştırmacı tarafından geliştirilen evde bakım hizmetleri konusunda doktor ve hemşirelerin görüşlerini belirlemeye yönelik olarak düzenlenen bir anket formu kullanılarak, yüz yüze görüşme yöntemi ile 01.09.2002-30.10.2002 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde faktör analizi, t testi, tek faktörlü varyans analizi ve Tukey HSD kullanılmıştır.

Yapılan faktör analizinde 'evde bakım hizmetlerinin yapısı' ve 'evde bakım hizmetlerinin Türkiye'de uygulanabilirliği' adları verilen iki alt boyut saptanmıştır. Bu araştırmada bağımsız değişkenlerle, saptanan iki alt boyut ve anket içerisinden seçilen farklı konulu dört ayrı sınırlı görüşe ilişkin madde puanları (evde bakım hizmetlerinin finansmanını devlet sağlamalıdır, evde bakım hizmetleri koruyucu sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliğini artırır, evde bakım hizmetleri hastaların yaşam kalitesini artırır, evde bakım hizmetleri hastanede verilen sağlık hizmetin tamamlayıcısıdır) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olup olmadığı araştırılmıştır.

Evde bakım hizmetlerinin yapısı alt ölçeği puan düzeyleri arasındaki fark servislere göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Evde bakım hizmetlerinin koruyucu sağlık hizmetinin ulaşılabilirliğini artırır madde puanı, evde bakım hizmetleri hastaların yaşam kalitesini artırır madde puanı ve evde bakım hizmetleri

hastanede verilen sağlık hizmetinin tamamlayıcısıdır madde puanlarının da görev durumuna göre, istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır. Araştırmanın diğer hipotezlerine ilişkin bulgularında ise istatistiksel olarak anlamlı fark saptanamamıştır. Bu konuyla ilgili yeni araştırmaların Türkiye genelinde bir tartışma zemini oluşturmak amacıyla, görüş belirlenmesine yönelik olarak sağlık kurumlarında çalışan, özellikle de evde sağlık hizmeti veren sağlık profesyonellerini kapsayacak şekilde daha geniş bir grupta yapılmasının uygun olacağı söylenebilir.

Anahtar Sözcükler: Sağlık Hizmetleri, Evde Bakım Hizmetleri, Sağlık Profesyoneli,



SUMMARY

Determining the Opinions Regarding Home Care Services: A Study Undertaken in Physicians and Nurses of Social Insurance Institute Ankara Training Hospital

This research has been carried out for the purpose of establishing the opinions towards desribal characteristic about home care services of the doctors and the nurses who have worked in the Ankara Training Hospital of Institution of Social Insurance Institute. Random, stratified sampling method, using service and job strata variables, has been carried out in the research. Research questionnaires has been filled in by 357 individuals in total (148 nurses and 209 doctors).

The research has been performed by face to face interviewing method, using a questionnaire which was developed by the researches in order declare individual opinions of doctors and nurses on home care between 01.04.2002 and 30.10.2002. In statistical assessing of datas have been carried out factor analysis, t test, variance analysis with one factor and Tukey HSD.

In the performed factor analysis, two sub-dimensions, that is “structure of home care services” and “practice of home care services in Turkey” have been established. In this research it has been searched that whether there is statistically meaningful difference between independent variables and established two sub-dimensions and item scores that have been chosen among the inquiry related to four different limited aspects having different theme (home care funds should be provided by the state;home care services increase the availability of supportive health services; home care services increase the life quality of patients; home care services supplement the services at hospital).

It has been an established that there have been statistically meaningful differences in sub-scale scores of home care services increase the availability of supportive health services home care services increase the life quality of patient, and item scores of home care services supplement the services at hospital in contract to job conditions. There haven't been found any statistically meaningful differences in

findings related to the other hypothesis of the research. It can be mentioned that new further researches might be carried out in larger groups including especially home care health professionals and those who work at health institutions in order to determine point of views on the subject aiming to develop a discussion base throughout Turkey

Key Words: Health Services, Home Care, Health Professional



KAYNAKLAR

ADAMS, E.C., KRAMER, S., WILSON, M. (1995), "Home Health Quality Outcomes- Fee For Service Versus Health Maintenance Organization Enrollees", The Journal of Nursing Administration, Vol: 25, No:11, pp: 39- 45

AKAR, C., ŞAHİN,İ., GİDER, Ö., İNAN, N. (2001) "Hastanelerin Finansal Yönetiminde Gelecek Trendleri", Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı 2. Cilt, ss: 1124- 1139

AKDEMİR, N., "Sağlık Hizmetlerinde Süreklilik Evde Bakım Hizmeti", Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı 1, Ankara, ss: 926- 934.

AKDUR, R.(1996), Sağlık Bilimlerinde Araştırma ve Tez Yapma Rehberi, A.Ü. Yayınları, Ankara

AKDUR, R (1998), Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Politikaları, Yazarlar: Akdur, R., Çöl, M., Işık, A., Durmuşoğlu, M., Tuçbilek, A, Halk Sağlığı, Antip AŞ Tıp Kitapları ve Bilimsel Yayınlar Yayın No:26, Ankara

AKDUR, R. (2001) 'Sağlık Hizmetlerinde Finansman ve Ulusal Ekonomi', Yeni Türkiye Dergisi, Sağlık Özel Sayısı, Sayı: 40, ss: 1571- 1585

AKHAN, A.S.(1998) "Hacettepe Üniversitesi İç Hastalıkları Bölümünde Hastaneden Yararlanım Değerlendirilmesi ve Uygunsuz Hospitalizasyonun Ekonomik Yükünün Araştırılması", H.Ü. Tıp Fakültesi Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Ankara

AKSAKOĞLU, G. (1994), 'İngiltere Sağlık Sistemi', Editörler: Gazenfer Aksakoğlu, Bülent Kılınç, Toplum ve Hekim, Özel Sayı: Sağlık Sistemleri, Cilt 9, Sayı: 64- 65, ss:96- 100

AKSAYAN,S., CİMETE,G. (1998). 'Kronik Hastalıklı Bireylerin Evde Bakım Gereksinimleri, Olanakları ve Tercihleri', 1.Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı, Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu ve Tıp Fakültesi Yayını, İstanbul, ss: 79-90

American Academy of Pediatrics (1957), Hospital Care of Newborn Infants,

Amerikan Eğitim Araştırmaları Birliği, Amerikan Psikoloji Birliği, Eğitim Ölçümleri Uluslararası Konseyi. (1998) Eğitimde ve Psikolojide Ölçme Standartları, Çevirenler: Selim Hovardaoğlu, Nilhan Sezgin, ÖSYM ve Türk Psikologları Derneği Yayınları, Ankara

ARDA, B. (1998), 'Tıp Tarihi Konularına Genel Giriş', Arda, B., Oğuz, Y., Pelin, Ş. S., Deontoloji, 2. Baskı, Bilimsel Yayınlar Serisi, A.Ü. Tıp Fakültesi, ANTIP A.Ş: Yayınları, Ankara

ARIKAN, Ç. (1996). "Çağdaş Psikiyatrik Tedavide Psikiyatrik Sosyal Hizmetin Yeri", Arıkan, Ç., DİLEK, L. Ruh Hastalıklarının Tedavisinde Psiko- Sosyal Bir Boyut , Şafak Matbaası, Ankara.

ATAÇ,N. (2003) 'Hastalık', Kitaplık, Yıl:10, Sayı:61, Yapı Kredi Yayınları, ss:58- 61

Başbakanlık Yüksek Denetleme Kurulu (2001). Genel Rapor 1999- Kamu İktisadi Teşekkülleri, Sosyal Güvenlik Kuruluşları, Fonlar, Diğer Kuruluşlar, Başbakanlık Yüksek Denetleme Kurulu Yayınları, Ankara

- ARSLAN, Z.(2000) “Devletin Hukuku, Hukuk Deleti ve Özgürlük Sarkacı, Doğu Batı, Yıl 4, Sayı 13, ss.65- 85
- BAKUNIN, M. (2000) Tanrı ve Devlet, Öteki Yayınları, Ankara
- BAUMAN, Z. (1998) “Postmodern Etik”, Çeviren: Alev Türker, Ayrıntı Yayınları, İstanbul
- BAUMAN, Z. (2000) “Postmodernlik ve Hoşnutsuzları”, Çeviren: İsmail Türkmen, Ayrıntı Yayınları, İstanbul
- BAYAZOĞLU,Ü. (2003). ‘Tam Mazhar Osmanlık Bir Almanak’,Kitap-lık, Yıl: 10, sayı:61, Yapı Kredi Yayınları, ss:59- 63
- BENJAMIN,A.E. (1992) “An Overview of In Home Health and Supportive Services for Older Persons”, In- Home Care for Older People, Editor Ory, M.G., Duncker, P.A., Sage Publications, London
- BENJAMIN,M.R., (1997), “Pain Control in Home Care”, Editörs, Spratt, S.J., Hawley, L.R., Hoyer, E.R., Home Health Care, GR/ St. Luice Press, Florida, pp: 49-82
- BENTUR, N. (2001), “Hospital at Home: What Is Its Place In the Health System”, Health Policy, pp: 71- 79
- BERCOVITZ, A., LIMAGNE, M.P., MONKAM, S.A. (2001), “Le Retour au Domicile Des Enfants En Fin De Vie”, Arc Pediatr, (8), pp: 1175- 1177
- BERTAN,M., ÖZCEBE, H. (2001) Bölge Sağlık Yönetiminde Epidemiyolojiye Giriş-Birinci Basamak Sağlık Personeli İçin, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara
- BİLİR,N. (2001). “Kronik Hastalıklar ve Kalp Hastalıkları”, Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı 1, Ankara, ss: 953- 961
- BİLİR, N., ARSLAN, D., GÜNGÖR, N., AĞAÇ, M., SİDDİQUI, Z., ULUÇ, F., ÜLGER, Z., YILMAZ, Ö. (2002) “Ankara’da Altındağ Sağlık Ocağı Bölgesi’ne Bağlı Sakarya Mahallesi’nde Yaşayan 65 Yaş Üzeri Kişilerin Bazı Sağlık ve Sosyal Durumlarının Saptanması”, Geriatri, Turkish Journal of Geriatrics, Cilt:5 Sayı:3 ss: 97- 102
- BLAXTER, M. (1996), ‘The signifinance of socioeconomic factors in health for medical care and the National Health Service’,Editörler, BLANE, D., BRUNNER, E. WILKINSON, R., Health and Social Organization, Routleedge, London, pp: 32- 41
- BUHLER, K. (1985). ‘Public Health Nursing : In Sickness or In Health’ , American Journal of Public Health, pp:1155- 1167
- BOYOĞLU,R.(1998), Hastane Destekli Evde Bakım hizmetleri ve Sunumu, İÜ., Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi,
- BOZZETTI, F., COZZAGLIO, L., BIGANZOLİ,E.,CHIAVENNA, G., CICCIO, M., DONATI, D., GILLI, G., PERCOLLA, S., PIRONI, L.(2002), ‘Quality of life and length of survival in advanced cancer atients on home parenteral nutrition’, Clinical Nutrition 21(4) pp:281- 288

BURY, M.(1988) "Postmodernity and Health", SCAMLER, G., HIGGS, P. Modernity, Medicine and Health, Routledge, London, pp: 1- 29

BÜYÜKÖZTÜRK,Ş.(2002) Sosyal Bilimler İçin Veri Analiz El Kitabı, 1. Baskı, Pagem Yayıncılık, Ankara

BUZLU,S., PEKTEKİN, Ç.(1998). 'Psikiyatrik Hastalara Evde Bakım', 1.Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı, Editör: Güler Cimete, Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu ve Tıp Fakültesi Yayını, İstanbul, ss: 153- 159

BRODSKY,J., HABİB, J., MIZRAHI, I. (2000), Long term Care Laws In Five Developed Countries A Review, WHO/NMH/CCL/00.2

CHROMIAK, D (1992), "Referral Sources in Home Healthcare", The Journal of Nursing Administration, Vol:22, No:12, pp: 39- 45

ÇAHA, Ö. (1998) "İdeolojik Kamusalın Sivil Kamusala Dönüşümü", Doğu Batı, Yıl 2 Sayı:5, ss:74- 95)

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (1998). ILO Anayasası ve Türkiye Cumhuriyeti Tarafından Onaylanan ILO Sözleşmeleri, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ,Yayın No 86, Ankara.

CHEH, V.(2001), The final Evaluation report on the National Home Mealth Prospective Payment demonstration: agencies Reduce Visists While Preserving Quality, Mathematica Policy Research Inc. , Baltimore

CİMETE, G(1998). 'Evde Sağlık Bakımı Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi ve Evde Bakımda Hemşirelerin Yeri', 1.Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı, Editör: Güler Cimete Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu ve Tıp Fakültesi Yayını, İstanbul, ss: 7-16

CEYLAN,Y.(1999)'Din ve Ahlak',Doğu Batı ,Yıl:1 Sayı:4 ,ss:101-107

CMS (2002) Centers for Medicare & Medicaid Services, Depatmant of Health & Human Services- USA (2002a), Medicare and Home Health Care, Publication No. CMS- 10969, Baltimore

CONRAD, P., KERN, R.(1990), 'The Sociology of Health and Inness', St. Martin's Press, New York

ÇEĞİN,G. (2002) "Epistemolojik Anarşizmi Anlamak, Bilimizm ve Metodizm Tartışmalarına Bir Bakış", Düşünen Siyaset, Sayı 11, ss:167- 197

ÇOLAK,Ö. F., KILIÇ, C. (2001). Yeni Sanayileşen Bölgelerde Kadın İşgücü Arzı: Şanlıurfa Örneği, TİSK Yayınları, Ankara

DAWSON, P. (1980). 'Home Visiting in Europe', Conferance Exploring the Use of Home Visitors to Improve the Delivery of Preventive Services to Mothers With Young Chidren, American Academy of Pediatrics, Washington, pp: 272- 274.

Devlet Planlama Teşkilatı (2000). Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, DPT Yayınları, Ankara,

DİLEK, L (1996) "Psikiyatrik Tedavide Ekip Çalışması: Uyumlu Bir Ekip Çalışmasını Etkileyen Faktörler, Arıkan, Ç., Dilek, L. Ruh Hastalıklarının Tedavisinde Psiko- Sosyal Boyut, Şafak Matbaacılık, Ankara

DUDZINSKI, C EREKSON, H., ZIEGERT, A (1998). 'Estimating an Hedonic Translog Cost Function for The Home Health Care Industry', Applied – Economics, pp: 1259- 1267

DURMUŞOĞLU, M. (1998) "Tıbbi Sosyal Hizmet1" Akdur, R., Çöl, M., Işık, A., Durmuşoğlu, M., Tuçbilek, A., Halk Sağlığı, Antip AŞ Tıp Kitapları ve Bilimsel Yayınlar Yayın No:26, Ankara

DURMUŞOĞLU, O. (2001) "Sağlık Sistemi, Tarihçe ve Mevcut Durum, Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı, I. Cilt, Sayı: 39 ss:11- 23

DSÖ (1998), Dünya Sağlık Raporu, Dünya Sağlık Örgütü Yayınları, Genova,

ERDEN, Z., TUGAY, N., AKARCALI, İ., ÇITAK, İ, SURAT, A. (1998) 'Kalça Kırığı Olan Yaşlı Hastalarda Postoperatif Erken Dönem Bakım Olanakları, 1.Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı, Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu ve Tıp Fakültesi Yayını, İstanbul, ss: 289-294

ERDOĞAN, S. (2001). 'Evde Bakım Süreci' İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Evde Bakım Hemşireliği Eğitim Programı 1-28 Ocak 2001 İstanbul

ERGİN, B. (2002), " Türkiye'de Çalışma İlişkilerinin Yasal Düzenlemesinde Çağa Uyum Sağlanacaktır", Mercek, Yıl. 7, Sayı: 28, Türkiye Metal Sanayicileri Sendikası ,İstanbul, pp: 72- 76

ERGİNÖZ, Ş.G. (2002), "İlk Çağlarda Akdeniz Havzasında ve Anadolu'da Doğum ve Doğum Yardımı", Düşünen Siyaset, Sayı:16 ss: 148- 160

ESATOĞLU, A.E. (1997) Hastanelerde Hasta Tatminin Hastane Yönetimi Açısından Değerlendirilmesi ve Kullanıma Yönelik Model Önerisi, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,

FİŞEK, N.(1985). Halk Sağlığına Giriş, Hacettepe Üniversitesi- Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını, Yayın No: 2, Ankara

FRIED, T.R., DOORN, C.V., LEARY, R.J., TINETTI, E.M., RICKAMER, E.M., (1999) "Older Persons' Perceptions of Home and Hospital as Sites of Treatment for Acute Illness", The American Journal of Medicine, Vol. 107 October 1999, pp: 317- 323

GALLAGHER, M.B. (1985) "Nursing Role In Home Health Care", Community Health Nursing: Keeping The Public Healthy , Editor, Jarvis, L. L., Davis Company, USA

GIDDENS, A.(2001) Siyaset, Sosyoloji ve Toplumsal Teori, Çeviren, Tuncay Birkan, Metis Yayınları, 2. Baskı, İstanbul

GİLGİL, E.(2002) "Asklepion'dan Nosokomein'a Antikçağ'da Tedavi Kurumlarını Gelişimi" Tıp Etiği- Hukuku- Tarihi, Cilt:10 Sayı:4, Kasım, ss: 279- 284

GRANDE, G.E., ADDINGTON-HALL, J.M., TODD, C.J. (1998) 'Place of Death Access to Home Care Services: Are Certain Patient Groups at a Disadvantage

GUNTHER, R.W. (1996), 'SELECTED Legal Issues in Home Health Care', Home Health Care Administration, Editör: Schulmerich,S.,C., Timothy,J., Riordan, Jr., Davis, Delmar Publishers, pp:61- 74

GÜVENÇ, B (1996). Kültür ve Demokrasi, Gündoğan Yayınları, Ankara

HABERMAS, J. (2002), 'Kamusal Yaşamın Yapısal Dönüşümü, Çevirenler: Tanıl BORA, Mithat SANCAR, İletişim Yayınları, 4. Baskı, İstanbul

HARRISON,M.J., KUSHNER, E.K., BENZIES, K., KIMAK, C., JACOBS, P., MITCHELL, B.F.,(2001) "In- Home Nursing Care for Women With High- Risk Pregnancies: Outcomes and Cost", Obstetrics& Gynecology, Vol:97, No:6, pp: 982- 987

HASANOF, K. (2002), "Az Devletten Devletsizliğe: Max Stinner'in Egoist Bireyciliği", Düşünen Siyaset, Sayı:11, ss: 61- 81

HCFA (2001) U.S. Department of Health and Human Services, HCFA Financial Report, Fiscal Year 2000.

HUANG,K.A., POLK,C.H. (1997), "Home Intravenous Antibiotic Therapy", Editör: Spratt, S.J., Hawley, L.R., Hoye, E.R., Home Health Care, GR/ St. Lucie Press, Florida, pp:35- 48

HUGLES, L.S., CUMMINGS, J., WEAVER, F., MANHEIM, F., BRAUN,B., CONRAD, K. (1992) 'A Randomized Trial of the Cost Effectiveness of VA Hospital- Based Home Care for the Terminally Ill', Health Services Research, Volume:26, Number:6, pp:801- 817

ILLICH, I. (1995) "Sağlığın Gaspi", Çeviren: Süha Sertabiboğlu, Ayrıntı Yayınları, İstanbul

JOINT COMMISSION (1991) Accreditation Manuel for Home Care, Volume 1 Standarts, Joint Cmission on Accreditation of Healthcare Organizations One Renaissance Boulevard, Oakbrook Terrace, Illinois

KALE, N.(2002) "Modernizmden Postmodernist Söylemlere Doğru" Doğu Batı, Yıl 5, Sayı:19 ss: 29- 51

KARATEPE,F. (2001 " Toplumsal Cinsiyet : Toplumsal Yapıda Kadının Durumu ve Rolü" Derleyenler: Melih Ersoy, H. Tarık Songül, Sanayileşme Sürecinin Kentsel Yaşama Etkileri, Zonguldak Örneği, ODTÜ Kentsel Politika Planlaması ve Yerel Yönetimler AD. Yayın No: 5 Ankara, ss:162- 174

KAVUNCUBAŞI, Ş. (2000) Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Siyasal Kitabevi, Ankara

KERRISON,H.E., POLOCK,M.A. (2001) Absent Voices Compromise the Effectiveness of Nursing Home Regulation: A Critique of Regulatory Reform in the UK Nursing Home Industry, Health and Social Care in the Community , Vol 9 (6), pp :490- 494

KEYMAN, F.E.(2000) " Modernite Sorunsalı ve 21. Yüzyıla Girerken Türkiye", Doğu Batı, Yıl 3 Sayı:10 ss. 49- 62

KIRK, R. (1982) *Experinetal Design: Procedures for the Behavioral Sciens*, Brooks/ Cole Publishing, California

KOTLER,P., JATUSRIPITAK,S., MAESINCEE,S. (2000). *Ulusların Pazarlanması, Çeviren Ahmet Buğdaycı, Türkiye İş Bankası Yayınları, Genel Yayın No: 489, İstanbul*

KURTZ,A.R.,CHALFANT, P.H. (1991), ‘The Sociology of Medicine and Illness’, A Division of Simon & Schuster, Inc. Needman Heights

LANDI, F., ONDER, G., RUSSO, A., TABACCANTİ, S., ROLLO, R., FEREDICI, S., TUA,E., CESARİ, M., BERNABEL, R. (2001) “A New Model of Integrated Home Care for the Elderly: Impact on Hospital Use”, *Journal of Clinical Epidemiology*, pp: 968- 970

LINDEN,A.B., SPREEUWENBERG, C., SCHRIJVERS, J.P.,(2001) “Integration of Care In The Netherlands: the Development of Transmural Care Since 1994, *Health Policy*, Vol: 55, , pp:111-120

LOOR, S., JAARSMA, T. (2002), “Nurse- Managed Heart Failure Programmes in The Netherlands”, *European Journal of Cardiovascular Nursing*, Volume 1, ss:123- 129

MACHLUP, F. (2002) “Liberalizm ve Özgürlüklerin Seçimi”, Çeviren: Suriri Aktaş, *Liberal Düşünce*, Yıl 7, Sayı 28, ss:149- 171

MARX, K.(1997) *Kapital- Kapital Üretim Eleştirel Bir Tarihi, Birinci Cilt, 5. Baskı, Çeviren: Alaattin Bilgi, Sol Yayınları, Ankara*

Maliye Bakanlığı (2003) *Kamu Hesapları Aylık Bülteni Mart, Maliye Bakanlığı Muhasebat Genel Müdürlüğü,*

MALTONI,M., TRAVAGLINI, C., SANTI, M., NANNI, O., SCARPI, E., BENVENUTI, S., ALBERTAZZI, L., AMADUCCI, L., DERNI, S., FABBRI, L., MASI, A., MONNATARI, L., PAINI, G., POLSELLI, A., TONELLI, U., TURCI, P., AMADORI, (1997) “Evaluation of the Cost of Home Care for Terminally Ill Canser Patients”, *Supportive Care In Canser*, Volume 5, Issue:5, pp: 396- 501

MEILAND, F.J.M.,DANSE, J.F., WENDTE, J.F., GUNNING, L.J., KAZINGA, N.S. (2002) “ Urgency Coding as Adynamic Tool in Management of Waiting Lists for Psychogeriatric Nursing Home Care in The Netherlands” *Health Policy*, 60 ss:171- 184

MÜFTÜOĞLU, O., GÖKA, E., ÖZBEK, M., KUT, A., SAPÇI, H., CEBECİ, S. (2001) “Sağlık Sistemimizin Değişim Zorunluluğu ve metropol Kentler İçin yeni Bir Model Önerisi”, *Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı 2.Cilt*, ss: 1240- 1265

MUMFORD, E. (1983), ‘ *Medical Sociology- Patients, Providers and Policies*, Random House, Newyork

MURPHY,J.W.(1995) *Postmodern Toplumsal Analiz ve Postmodern Eleştiri*, Çeviren: Hüsamettin Arslan, Eti Yayınları, 1. Baskı, İstanbul

NCHS (1996) *National Center for Health Statistics, Advance Data, Number 274, Us Depatment of Health and Human Services*

NCHS (1999) National Center for Health Statistics, U.S. Department of Health Human Services, Center for Disease Control and Prevention, ,The National Home and Hospice Care Survey: 1996 Summary, Series 13 No: 141

NARİN, H (2002) “Çağdaş Çalışma Mevzuatı”, Mercek, Yıl 7, Sayı: 28, Türk Metal Sanayicileri Sendikası Yayınları; İstanbul, ss: 22-24

OASIS (2000), Center for Health Services and Policy Research, Denver, CO, OASIS- B1 SOC

OĞUZ, Y. (1998) ‘Özerkliğe Saygı İlkesi’, Arda, B., Oguz,Y., Pelin, Ş. S., Deontoloji, 2. Baskı, Bilimsel Yayınlar Serisi, A.Ü. Tıp Fakültesi, ANTIP A:Ş: Yayınları, Ankara

ÖNDER,Ö.R. (2001). ‘Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Sorunlarına Bir Bakış ve Sağlık Yönetimi’, Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı 2, Ankara, ss: 1271- 1275.

ÖZBEK,A. (1971) “Sosyal Psikiyatri’ye Giriş, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları Sayı:243, Ankara

ÖZTEK,Z., KUBİLAY,G., (1995) , Toplum Sağlığı ve Hemşireliği, Somgür Yayıncılık, Ankara

ÖZTEK,Z. (2001), Sağlık Ocağı İşlevi ve Yönetimi, Birinci Basamak Sağlık Personeli İçin, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, 2001

ÖZTÜRK,O. (1994) Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Hekimler Yayın Birliği, Ankara

PEKCAN,H. (2000). ‘Evde Bakım Hizmetleri’, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:5, Sayı:3, Ankara ss: 1-5

PERUSELLI,C., PACI, E., FRANCENSHI, P., LEGORI, T., MANNUCCI, F. (1997). ‘Outcome Evaluation n a home Palliative care Service’, Journal of Pain and symptom Management, Vol13 No:3 , pp:158- 165)

PUNTIS,L.W.J. (1998), ‘The Economics of Home Parenteral Nutrition’, Nutrition, Vol:14, No:10, pp: 809- 812

RAICO, R.(2002), “Yirminci Yüzyılda Klasik Liberalizm”, Çeviren: Mustafa Demirci, Liberal Düşünce, Yıl 7, Sayı: 28, ss:135- 147

RICCO, P. (2001 Jan.). ‘Quality Evaluation of Home Nursing Care’. Journal of Nursing Care Quality, Vol. 24 No. 3 pp: 58-67

ROBERT, D. E.,HEINRICH, J.(1985), ‘Public Health Nursing Comes of Age’. American Journal of Public Health. pp:1162-1172

ROSSMAN, I., SCHULMERICH, S., C. (1996). ‘Historical Overview of Community Health in the United States’. Home Health Care Administration, Delmar Publishers, New York. pp: 3- 9

Sağlık Bakanlığı, (1992) Birinci Ulusal Sağlık Kongresi , S.B.Yayınları, Ankara

Sağlık Bakanlığı, (2001), Sağlık Programları, Birinci Basamak Sağlık Personeli İçin, Ankara, 2001

Sağlık Bakanlığı, (2002) Türkiye Sağlık Hizmetlerinde Üç Yıl, S.B. Yayınları, Ankara

SARP, N., ESATOĞLU, A.E., AKBULUT, Y., “Globalleşmenin Türk Sağlık Sektörüne Etkileri”, Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı 2, Ankara, ss: 1116- 1123

SAYAN, S (2001) “Demografik Gelişmeler ve Türkiye Ekonomisi, Doğu Batı, Yıl 4, Sayı 17, ss: 227- 245

SAYBAŞILI,K. (1999), ‘Geleneksel Yaklaşımlar’, Derleyen: Kemali Saybaşı, Siyaset Biliminde Temel Yaklaşımlar, Doruk Yayıncılık, Ankara

SCHULMERICH,S.,C (1996). ‘General Information’. Editör: Schulmerich,S.,C., Timothy, J., Riordan, Jr., Davis, Home Health Care Administration, Delmar Publishers, New York. pp. 12- 19

SCHULMERICH,S.,C., TIMOTHY, J., RIORDAN, JR., DAVIS, S., T.(1996 b). Home Health Care Administration, Delmar Publishers, New York

SENCER,M, IRMAK, Y. (1984), “Toplum Bilimlerinde Yöntem”, Onur Basımevi, 2. Basım, İstanbul

STEVENSON,D.(1994), ‘İskoçya’da Ulusal Sağlık Sistemi’, Çeviren: Pınar Okyay, Editörler: Gazenfer Aksakoğlu, Bülent Kılınç, Toplum ve Hekim, Özel Sayı: Sağlık Sistemleri, Cilt 9, Sayı: 64- 65, ss:102-106

SMITH,E. M., BAKER, R. C., BRANCH, G. L., WALLS, C. R., GRIMES, M. R., BURRAGE, R., KARKLINS, M. J., PARKS, A., ROGERS, P., SACZUK, A., WEARE, W. M. (1992). ‘Case- Mix Groups for VA Hospital- Based Home Care’, Medical Care, Vol. 30, No. 1, Philadelphia pp: 1- 16

SIMMONS, B., NELSON, D., NEAL, L.(2001). ‘A Comparasion of the Positive and Negative Stress Response Work Attitudes of Home Health Care and Hospital Nurses’, Health Care Management Review. Vol 26 No. 3 pp: 63-74

SOYER, A.(2003). ‘1980’den Günümüze Sağlık Politikaları, Praksis, 9, ss: 301- 319

SMEENK, F.W.J.M., WITTE,P.L., HAASTREGT,J., SCHIPPER, M.R., BIEZEMANS, P. H. H., CREBOLDER, F.J.H., (1998a) “Transmural care. A new approach in the care for terminal cancer patients: its effects on re- hospitalization and quality of life” , Patient Education and Counseling, 35, pp: 189- 199

SMEENK, F.W.J.M., WITTE, P.L., HAASTREGT,J., SCHIPPER, M.R., GUBBELS, M. A.C., CREBOLDER, F. J. M. (1998b) “ Care process and satisfaction analysis of a transmural home care program” , Internation Journal of Nursing Studies 35, pp: 146- 154

SOBEL, D. (2000) Galileo’nun Kızı, Çeviren: Bahadır Sina Şener, Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, İstanbul

SPRATT, S.J., HAWLEY, L.R., KOLF, J. (1997) "Home Health Care : A Physician's Perspective", Editörs, Spratt, S.J., Hawley, L.R., Hoyer, E.R., Home Health Care, GR/ St. Luice Press, Florida, pp: 1- 16

STEWART, S., JENINS, A., BUCHAN, S., McGUIRE, A., CAPEWELL, S., McMURRAY, J. (2002), 'the current cost of heart failure to the National Health Service in the UK2, European Journal of Heart Failure, 4, pp: 361- 371

ŞAHİN, D. (1999) "Hasta- Tedavi Ekibi İlişkisi", Sağlık Psikolojisi, Editör: Ülgen H. Okyayuz, Türk Psikologlar Derneği, Ankara ss: 38- 78

ŞEKER, M. (1986), İktisadi ve Sosyal Bilimlerde Yöntem ve Yaklaşım Sorunları, Değişim Yayınları, Ankara

ŞEREFEDDİN SABUNCUOĞLU (1999), Mücerreb- Name: İlk Deneysel Tıp Eseri- 1468; inceleyenler: İlder Uzel, Kenan Süveren, Atatürk Kültür Merkezi Yayınları, Birinci Baskı, Ankara

TABACNICK, B.G., FIDELL, S.L. (2000) Using Multivariate Statistics, 4. Edition, Harper Collins Collage Publishers, New York

TANLI, S. (1996). 'Evde Bakım Hizmetlerinin Firmalaştırılması: Bir İşletme Planı Önerisi' İ.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

TAYLOR, C., LILLIS, C., LEMONE, P.(1993) Fundamentals of Nursing, J.B. Lipincott Company, Philadelphia

TC Resmi Gazete, (1930) "Umumi Hıfzıssıha Kanunu", Yayınlanma Tarihi: 06.05.1930, Sayı: 1593

TC Resmi Gazete (1973) "Devlet Memurlarının Tedavi Yardımı ve Cenaze Giderleri Yönetmeliği" Yayınlanma Tarihi. 11.08.1973, Sayı:14622

TC Resmi Gazete (1964) "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönetmelik",Yayınlanma Tarihi: 09.9.1964, No: 11802

TC Resmi Gazete (2002a), "Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği", Yayınlanma Tarihi: 20.05.2002, Sayı: 21586

TC Resmi Gazete (2002b) Milletvekillerine, Yasama Organı Eski Üyelerine, Dışarıdan Atandıkları Bakanlık Görevi Sona Erenlere; Bunların Eşlerine ve Bakmakla Yükümlü Oldukları Çocukları İle Ana Ve Babalarına, Ölenlerin Dul ve Yetimlerine Tedavi Yardımı Yapılmasına Dair Yönetmelikte Değişiklik Yapılması Hakkında Yönetmelik", Yayınlanma Tarihi: 01.08.2002, No:24833

TC Resmi Gazete (2003), "Tedavi Yardımı Bütçe Uygulama Talimatı" Yayın Tarihi: 1 Şubat 2003, Sayı: 25011

TEZBAŞARAN.A.A (1997). 'Likert Tipi Ölçek Geliştirme Klavuzu', 2. Baskı, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara

TEZCAN, S., Çelik, Y. (1995). Toplum ve Hekim, Cilt 10 ,

TOMANBAY, İ (1999), Sosyal Çalışma Sözlüğü, Selvi Yayınları, Ankara

TUNCAY, C. A. (2002) “ Esneklik Gerçeği Karşısında çalışma Mevzuatı ve Olması Gerekenler”, Mercek, Yıl:7, Sayı: 28, Türkiye Metal Sanayicileri Sendikası, pp: 59- 68

TÜRKDOĞAN. O. (1991). Kültür ve Sağlık Hastalık Sistemi ,Milli Eğitim Yayınevi , İstanbul ,

TZENG, M.H., KETEFIAN, S., REDMAN, W.R. (2002) “Relationship of Nurses’ Assessment of Organizational Culture, Job Satisfaction, and Patient satisfaction With Nursing Care, International Journal of Nursing Studies, no: 39, pp: 79- 84

TWARDAN, C., GARTNER, M. (1992), “A Strategy for Growth in Home Care”, The Journal of Nursing Administration, Vol 22, No: 10, pp: 49- 53

Türk Elektrik Sanayicileri Derneği, (Ağustos 2001). Elektronik Sanayi Almanacağı 2001, Türk Elektrik Sanayicileri Derneği, Yayın No:22, İstanbul,

TİSK (Kasım 2000). Avrupa Birliği’ne Üyelik Sürecinde AB Ülkeleri ve Diğer Aday Ülkeler Karşısında Türkiye’nin Durumu, TİSK Yayınları Yayın No:202 .

YASA, A. A.(2002), “13. Yüzyıl Selçuklu Konya’sında Eğitim Kurumları”, Düşünen Siyaset, Sayı:1, ss:118- 131

VARLIK, M. (2001) “ Sağlıkta Öncelikler, Değişim, Küreselleşme, ve Gelecek Trendi, Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel sayısı, 2. Cilt ss: 1101- 1106

WASİK, B. H., BRAYANT, D.M., LYONS, M.C. (1990) Home Visiting, Sage Publications, London

WATKINS,R.D., BERRYMAN,J. (1997), “Home Care Rehabilitation”, Editörs, Spratt, S.J., Hawley, L.R., Hoye, E.R., Home Health Care, GR/ St. Luice Press, Florida, pp:111- 124

WERTH, L.J., TOUSSAINT, L.K., DURHAM, R.M. (2002), “The Influence of Cultural Diversity on End of Life Care and Decisions, American Behavioral Scientist, Vol:46, No: 2, ss:204- 219

WEST, D. (1995). ‘Home Health Care ReshapingThe Delivery of Medical Care’ National Underwriter – Life Health Financial Services, Vol. 99 No: 1 pp:20

WEST, A.P.(1997) Understanding The National Health Service Reforms,, Open University Pres, Bunkingham

WHO (1999a). Home Based and Long Term Care, Home Care Issues at the Approach of the 21st Century from a World Health Organization Perspective, An Annotated Bibliography, A Literature Review, WHO/HSC/LTH/99/1

WHO (1999b). Home Based and Long Term Care, Home Care Issues, WHO/HSC/LTH/99/2

WHO, (2000a). ‘Home –Based Long – Term Care’ WHO Technical Report Series 898, Geneva

WHO, (2000b) Long Term Care Laws in Five Developed Countries A Review,

WHO (2002a) Lesson for Long Term Care Policy, WHO/NMH/CCL/02.1

WHO (2002b) Ethical Choices In Long- Term Care: What Does Justice Require?,

XU,K., HU,S., (1996) "Home Care for Elderly", World Health Forum, Volume: 17, Number:4, pp: 357- 359



EKLER



ANKET FORMU

Değerli katılımcı;

Bu anket 'Evde Bakım Hizmetleri' konusunda doktor ve hemşirelerin görüşlerini belirlemeye yönelik olarak düzenlenmiştir. Bu çalışma ile evde bakım hizmeti konusunda ülke çapında bir politika belirlenmeden önce, konu ile ilgili sağlık işgörenlerinin görüşlerini ortaya çıkarmak hedeflenmiştir.

Evde bakım hizmetleri, hasta ve ailesine gerekli olan sağlık hizmetinin, tıbbi kontrol altında ve onların yaşadıkları ortamda sunulmasıdır. Evde bakım hizmetlerinde amaç, günlük yaşam aktivitelerini en az etkileyecek uygun tedaviye ulaşmak yolu ile hastalığın ve yetersizliğin etkilerini en aza indirmek ve aynı zamanda yaşam kalitesini yükseltmektir.

Araştırmanın amacına ulaşması açısından ankete vereceğiniz cevaplardaki içtenliğiniz büyük önem taşımaktadır. Anket iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm kişisel bilgileri, ikinci bölüm evde bakım hizmetleri konusunda görüşlerinizi belirlemeye yöneliktir.

Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

Mustafa ÇOBAN
Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans

BÖLÜM I KİŞİSEL BİLGİLER

1. Göreviniz:

- () Servis Hemşiresi () Servis Sorumlu Hemşiresi () Başhemşire Yardımcısı
() Uzman Hekim () Asistan Hekim () Pratisyen Hekim

2. Çalıştığınız servis:

3. Meslekte kaçınıcı yılınızı çalışıyorsunuz ?.....

4. Öğrenim durumunuz ?

- () Lise () Ön Lisans () Lisans () Yüksek Lisans () Doktora

5. Önceden hiç sağlık ocağında çalıştınız mı?

- () Evet () Hayır

6. Eğer sağlık ocağında çalıştıysanız ev ziyareti gerçekleştirdiniz mi?

- () Evet () Hayır

7. Ailenizde uzun süre bakım almasını gerektiren birey var mı?

- () Evet () Hayır

8. Ailenizde 65 ve yukarı yaşta birey var mı?

- () Evet () Hayır

BÖLÜM II
EVDE BAKIM HİZMETLERİ KONUSUNDA DOKTOR VE HEMŞİRELERİN GÖRÜŞLERİNİ
BELİRLEMeye YÖNELİK ANKET FORMU

	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1. Evde hasta bakımı kolaydır	()	()	()	()	()
2. Evde hasta bakımı hastane bakımına göre daha masraflıdır.	()	()	()	()	()
3. Türkiye’de evde hasta bakımın yapılacağına inanmıyorum	()	()	()	()	()
4. Doktorlar, hastanede hastalarına yeterli bilgi veremezler	()	()	()	()	()
5. Evde bakım hizmetleri hastanede hasta yoğunluğunu azaltır.	()	()	()	()	()
6. Geniş ailelerde hastaya evde bakım daha iyi uygulanır.	()	()	()	()	()
7. Evde bakım hizmetleri Türkiye için erken olan bir sistemdir	()	()	()	()	()
8. Hastalar hastanede daha çok strese girerler.	()	()	()	()	()
9. Evde bakım hizmetlerinin finansmanını devlet sağlamalıdır.	()	()	()	()	()
10. Evde bakım hizmetleri hastane enfeksiyonunu azaltır.	()	()	()	()	()
11. Evde bakım gereksiz hastane masraflarını azaltacaktır.	()	()	()	()	()
12. Evde bakım hizmetleri ile sağlık personelinin hastanedeki iş yükü azalacaktır.	()	()	()	()	()
13. Hastalar evlerinde daha rahat hareket ederler.	()	()	()	()	()
14. Evde hastalar kendilerini daha huzurlu hissederler.	()	()	()	()	()
15.. Evde bakım hizmetleri yeni bir iş alanı olabilir.	()	()	()	()	()
16. Evde bakım hizmetleri sağlıkta kaliteyi artırır.	()	()	()	()	()
17. Türkiye’de evde bakım hizmetlerini uygulamak oldukça güçtür.	()	()	()	()	()
18. Türkiye’de evde bakım hizmetleri konusunda gerekli bilgi ve yapılanma yoktur	()	()	()	()	()
19. Evde bakım hizmetleri güç organizasyonlardır.	()	()	()	()	()
20. Evde bakım hizmeti alan hastalar daha hızlı iyileşirler.	()	()	()	()	()
21. Hastanede uzun süre kalmak hastaların kaygılarını yükseltir.	()	()	()	()	()
22. Hasta yakınları hastalarının evde bakılmasını istemezler.	()	()	()	()	()
23. Hastaların evde bakımı aile üzerinde gerginliği artırır.	()	()	()	()	()
24. Sağlık personeli evde bakım hizmetlerinde güvenlik sorunu yaşar.	()	()	()	()	()
25. Sağlık personelinin evde bakım üzerine hizmet içi eğitim alması gerekir	()	()	()	()	()
26. Hasta, hasta yakını ve sağlık personelinin karşılıklı güven duygusu; evde bakım kuruluşlarında, hastanelere göre daha fazla önemlidir.	()	()	()	()	()
27. Hastanede tedavi, hastaların korkularını artırır.	()	()	()	()	()
28. Hastalar, eve göre hastanede daha çok hasta rolüne girerler.	()	()	()	()	()

	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
29. Hasta rolünü yoğun yaşayan hastaların iyileşmesi daha güçtür.	()	()	()	()	()
30. Hastanede yatan hastaların tedavisinin büyük kısmı evde yapılabilir.	()	()	()	()	()
31. Kronik hastalıkların bakımı uzun sürdüğünden evde bakım gereklidir.	()	()	()	()	()
32. Evde, hastaya gerekli tedavi yapılamaz.	()	()	()	()	()
33. Hastalar gereksinim duydukları psikolojik desteği evde daha rahat bulurlar.	()	()	()	()	()
34. Hastaneler, evde bakım hizmetlerini organizasyonları gerçekleştirerek maliyetlerini düşürebilirler.	()	()	()	()	()
35. Sağlık personeli ile iletişimi iyi olan hastaların iyileşme arzusu daha yüksektir.	()	()	()	()	()
36. Hastanelerde kalış hasta için her zaman bir enfeksiyon riskidir.	()	()	()	()	()
37. Sağlık personeli evde uygun tedavi yapamaz.	()	()	()	()	()
38. Hastalara hastane ortamında değil de kendi ortamında sunulan hizmet, hastaların verilen bakımı kabul etmelerini kolaylaştırır.	()	()	()	()	()
39. Evde bakım hizmetlerinde hasta ve ailesinin hastalık konusunda bilgilendirilmesi önemli yer tutar.	()	()	()	()	()
40. Evde bakım hizmetleri, hastanede verilen sağlık hizmetinin tamamlayıcısıdır.	()	()	()	()	()
41. Evde bakım hizmetleri hastane destekli olursa etkili olur	()	()	()	()	()
42. Sosyal Güvenlik Kuruluşları, maliyetleri artıracığı endişesiyle evde bakım hizmetlerinden kaçınırlar.	()	()	()	()	()
43. Gönüllü kuruluşlar evde bakım hizmetlerine katılmalıdır.	()	()	()	()	()
44. Hastalara evlerinde sağlık hizmeti verecek kuruluşlara gereksinim vardır.	()	()	()	()	()
45. Hastalar yaşamının son günlerini evlerinde geçirmek isterler.	()	()	()	()	()
46. Evde bakım hizmetleri hastaların yaşam kalitesini artırır.	()	()	()	()	()
47. Evde bakım hizmetleri hastaneden çabuk taburcu olmayı sağlar.	()	()	()	()	()
48. Sağlık personeli evde bakım verirken daha yaratıcı olur.	()	()	()	()	()
49. Hasta ve hasta yakınları evde tedavide katılımcı olurlar.	()	()	()	()	()
50. Evde bakım hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliğini artır.	()	()	()	()	()



T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

Sayı : B.30.2.ANK.0.A1.00.00/ 2281
Konu :

21.6.02

Ankara Üniversitesi
Sağlık Eğitim Fakültesi
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Başkanlığı'na

Ankara Eğitim Hastanesi Baştabibliği'nin 31.05.2002 tarih ve B.13.2.SSK.4.06.06.OD/XXIII-69-165152 sayılı yazısı ile Anabilim Dalımız Yüksek Lisans Programı öğrencisi Mustafa ÇOBAN'ın adı geçen hastanede anket çalışması yapması uygun görülmüştür. (Ek 1)

Bilgilerinizi saygılarımla rica ederim.

Prof.Dr. Ferda ÖZYURDA
Enstitü Müdürü

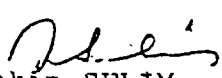
165
31-5.

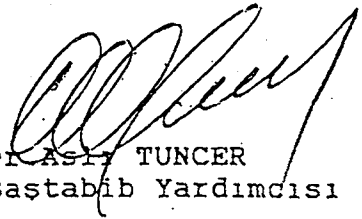
T.C.
ÇALIŞMA VE SOSYAL GÜVENLİK BAKANLIĞI
SOSYAL SİGORTALAR KURUMU BAŞKANLIĞI
SAĞLIK İŞLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
ANKARA EĞİTİM HASTANESİ BAŞTABİBLİĞİ

SAYI:B.13.2.SSK.4.06.06.00/XXIII-69
KONU:Anket Çalışmaları

T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
MÜDÜRLÜĞÜNE
ANKARA

İLGI:28.5.2002 tarih ve 1924 sayılı yazınız;
Enstitünüz Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı Öğrencilerinden Mustafa ÇOBAN'ın, Evde Bakım Hizmetleri Konusunda, Doktorları ve Hemşireleri üzerinde bir uygulama konusunda anket çalışmalarını Hastanemizde yapması Baştabibliğimizce uygun görülmektedir.
Gereğini bilgilerinize arz ederiz.


Tekin SELİM
Hastane Müdürü


Dr. ASİT TUNCER
Baştabib Yardımcısı

4 işleri sefi
Zeli
İçeri
ASD ve
değerlendirilmesi.
5.6.2002
Amatlı

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM BAKANLIĞI
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

ANKARA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Müdürlüğü

Sayı 1958
Tarih 0306-2002