

SEZARYENDE EVDE BAKIM: SAĞLIK FİNANSMANINA GENEL BİR BAKIŞ

Homecare in Caesarean Section: A General Overview of Health Financing

Nuriye ERBAŞ¹, Gülbahtiyar DEMİREL²

ÖZET

Doğumdan sonra hastanede kalış süresinin giderek azalma eğiliminde olması, özellikle sezaryen doğum gibi müdahaleli doğumlarda doğum sonu uyum sürecini uzatmakta ve hastanede alınan sağlık hizmeti sorunların çözümünde yetersiz kalmaktadır. Bu nedenle, sezaryen sonrası kadınların hastanede almaya başladıkları sağlık bakımının evde de devam etmesi çok önemli ve gerekli görülmektedir. Yapılan araştırmalarda da doğum sonu dönemde taburcu edilen kadınların evde, doktor, hemşire veya ebeler tarafından takip edildiklerinde veya telefonla izlendiklerinde doğum sonu sağlık sorunlarının daha az, anne ve bebeklerin hastaneye yatma ve herhangi bir sağlık sorunu için hastaneye başvurma oranlarının da daha düşük olduğu saptanmıştır. Böylece planlı ev ziyaretleri ile sezaryen sonrası kadın ve bebeğin sağlığını değerlendirme, sorunları erken saptama ve uygun müdahaleleri başlatma yoluyla, anne ve bebeklerin sağlığı korunabilmekte, geliştirilebilmekte ve sağlık hizmetlerinin finansmanı düşürülebilmektedir. Bu derlemenin amacı, günümüzde güncel olmaya başlayan sezaryende evde bakım ve finansmanına ilgili literatür doğrultusunda dikkatleri çekmektir.

Anahtar Sözcükler: Sezaryen, evde bakım, finansman

ABSTRACT

The decreasing trend observed in the duration of postnatal hospitalisation leads to the lengthening of the postnatal adaptation period specifically in interventional births such as caesarean section, and the healthcare services offered at hospitals remain insufficient for the resolution of problems. Therefore, the continuation of the healthcare services which women start to receive at the hospital after their caesarean section also in the home environment is regarded to be both important and necessary. The relevant studies in the literature identified that women who are followed up at home or on the telephone by doctors, nurses or midwives upon their postnatal discharge experience a lower rate of health problems, hospitalisation with their infants and application to a hospital for health problems. Thus, assessment of maternal and infant health after caesarean section, early detection of problems and initiation of suitable interventions with planned house visits may protect and improve maternal and infant health, reducing finances required for healthcare services. The aim of the present review is to attract attention to home care after caesarean section and its financing, an increasingly popular topic in today's agenda, in line with the relevant literature.

Key Words: Caesarean section, home care, finance

¹Yrd Doç. Dr. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, SİVAS

²Yrd. Doç. Dr. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, SİVAS

Yazışma Adresi

Yrd Doç. Dr. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, SİVAS

E-mail: nerbas2006@gmail.com

Tel: 0346 2191010-2512

Geliş tarihi/Received: 27/10/2015; **Kabul tarihi/Accepted:** 14/04/2017

GİRİŞ

Kadın hayatında önemli bir yere sahip olan doğum sonu dönemin sağlıklı geçirilmesi, kadının yalnızca kendi sağlığını değil aynı zamanda çocuğun, ailenin ve toplumun sağlığını da olumlu yönde etkilemektedir (Smith 2008; Taşkın 2009). Doğum sonu dönem kadının fiziksel, psikolojik ve sosyal adaptasyonunun gerçekleştiği bir dönemdir. Bu dönemde anneler özellikle ilk günlerde doğumun fiziksel etkilerinden dolayı kendi ve bebeklerinin bakım gereksinimlerini karşılamada güçlükler yaşayabilmekte ve çoğu zaman hemşirelerin desteğine ihtiyaç duymaktadırlar. Ancak, günümüzde hastanelerde doğum sonu dönemde annelerin bakım süreleri "postpartum erken taburculuk" yaklaşımı ile kısaltılmıştır. Sezaryen sonrası anne ve bebekte herhangi bir komplikasyonun olmadığı durumlarda 48 saat sonra taburculuk gerçekleştirilmektedir. Postpartum erken taburculukla anneler iyileşme süreçlerinin büyük bir kısmını evde geçirmektedirler ve bu dönemde gereksinim duyabilecekleri sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamamaktadırlar (Caroline et al. 2011; Kral 2012).

Günümüzde doğumdan sonra hastanede kalış süresinin giderek azalma eğiliminde olması özellikle sezaryen doğum gibi müdahaleli doğumlarda doğum sonu uyum sürecini uzatmakta ve hastanede alınan sağlık hizmeti sorunların çözümünde yetersiz kalmaktadır (Smith 2008). Ayrıca medikal gereklilik dışında da yaygın uygulanması nedeniyle sezaryen oranlarında artış dikkati çekmekte ve gelişmiş ülkelerin global sağlık problemi olarak karşımıza çıkmaktadır. Sezaryen oranlarının yüksek olduğu ülkeler arasında Meksika (%43.9), İtalya (%39.8), Güney Kore (%35.3) yer almaktadır (Niino 2011). Türkiye'de ise Sağlık Bakanlığının 2012 yılı sağlık istatistiklerinde sezaryenle doğumların tüm doğumlar içerisindeki payının 2002'de %21, 2009'da %42.7, 2010'da %45.5, 2011'de %46.6 iken 2012'de %48'e yükseldiği bildirilmiştir. Bu veri, Dünya Sağlık Örgütü tarafından konulan %15 hedefinin üzerinde (WHO 1985) olup en yüksek sezaryen oranına sahip ülkeler arasında yer aldığımızı göstermektedir. Sezaryen oranlarındaki artışın sebepleri için ülkemizde maliyet /etki araştırması somut yapılamamasına karşın, batı ülkelerinde ve özellikle Amerika Birleşik Devletleri'nde vajinal doğumlarla karşılaştırıldığında, çok yüksek maliyet getirdiğinden, son zamanlarda sezaryen oranlarının azaltılmasına yönelik programlar uygulanmaya başlanmıştır (Geidam ve ark. 2009; Niino 2011).

Sezaryen oranının giderek artış göstermesi ve doğumdan sonra hastanede kalış süresinin giderek azalma eğiliminde olması nedeniyle doğum sonrası kadınların hastanede almaya başladıkları sağlık bakımının evde de devam etmesi çok önemli ve gerekli görülmektedir. Kanıt temelli yaklaşımlarda, postpartum erken taburculuğun neonatal, mortalite ve morbidite riskini, özellikle de primipar annelerin yeniden hastaneye başvurma olasılığını arttırdığı belirtilmektedir (Bilgin ve Potur 2010; Güneri 2015; Soergel et al. 2012). Gelişmekte olan ülkelerde anne ölümlerinin %60'dan fazlasının doğum sonu dönemde gerçekleştiği ve annelerin %70'inin doğum sonu bakım hizmetlerinden yeterince yararlanamadıkları belirtilmiştir (Duman ve Karataş 2011; Fink 2011). Ülkemizde ise Ulusal Anne Ölümleri Çalışması (UAÖÇ) (2006)'na göre Türkiye'de 2005 yılı için anne ve bebek ölümlerinin %54'ünün doğum sonu döneminde gerçekleştiği, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'na (2014) göre kadınların %94'ünün doğum sonrası bakım aldığı, bunların %70'ine doğum sonrası bakımın doktor tarafından verildiği, %74'ünün bu bakımı doğumdan sonra 4 saatten kısa bir süre içerisinde aldığı belirtilmiştir. Bu sonuçlar kadınların yeterince evde bakım hizmeti almadıklarını ve doğum sonu dönemde bakım hizmetlerinden yararlanamadıklarını düşündürmektedir (Duman ve Karataş 2011; Fink 2011). Bu nedenle doğum sonu dönemde annelerde gelişebilecek olan komplikasyonların (kanama, enfeksiyon, ağrı vb) erken dönemde tespit edilmesi, annenin gereksinim duyduğu konularda eğitim-/danışmanlık hizmetlerinin verilmesi (kanama takibi, beslenme, hijyen, cinsellik, bebek bakımı, emme sorunları, sarılık vb.) açısından taburculuk sonrası planlı evde bakım hizmetlerinin yapılması oldukça önem kazanmaktadır (Murray ve McKinney 2010; Odomosu et al 2012).

Doğum sonu dönem, annelerin eğitim ve sağlık hizmetine en fazla gereksinim duydukları bir dönemdir. Bu dönemde taburcu edilen kadınların evde doktor, hemşire veya ebeler tarafından takip edildiklerinde veya telefonla izlendiklerinde doğum sonu sağlık sorunlarının daha az, anne ve bebeklerin hastaneye yatma ve herhangi bir sağlık sorunu için hastaneye başvurma oranlarının da daha düşük olduğu saptanmıştır (Lichtenstein et al. 2004; Lieu ve Braveman 2000). Maternal komplikasyonların sıkça görüldüğü ve anne ölümlerinin gerçekleştiği önemli devrelerden biri olan doğum sonrası dönemde kadın sağlığı ihmal edilmektedir. Literatür incelendiğinde, doğum sonu döneme ilişkin çok sayıda çalışma yapıldığı ancak postpartum erken taburcu-

luk ve evde bakım hizmetlerine ilişkin sınırlı sayıda çalışma olduğu görülmektedir (Koç 2005; Weis 2009). Doğum sonu dönemde erken taburculuğun ve evde bakımın önem kazanması ile birlikte finansman konusunun da değerlendirilmesi gerektiğini düşünmekteyiz. Literatür bilgileri doğrultusunda sezaryen sonrası maliyeti değerlendiren hastane odaklı çalışmalar olmasına rağmen sezaryen sonrası evde bakıma yönelik maliyeti değerlendiren çalışmalara rastlanmamıştır. Bu derleme çalışması, günümüzde güncel olmaya başlayan sezaryende evde bakım ve finansmanına ilgili literatür doğrultusunda dikkatleri çekmek amacıyla ele alınmıştır.

Sezaryende Evde Bakım Hizmetleri

Evde sağlık hizmetleri ile ameliyat sonrası bakım gereksinimi olanlara, tedavisini evde sürdürebilecek yeni doğum yapan anne ve bebeklere, ortopedi ve travmatoloji, kalp, damar ve hipertansiyon, felçli, onkoloji, akciğer ve solunum, diyabet, nöroloji hastalarına ve bakıma ihtiyacı olan yaşlı ve engellilere, yara bakımı, enjeksiyon, infüzyon ve diğer kısa süreli hemşirelik hizmetlerine ihtiyaç duyanlara hastalık ya da sağlık ihtiyaçları sonlanıncaya kadar düzenli hizmetlerin sağlık ekibi tarafından haftada en az bir kez ya da hastanın durumuna göre her gün ziyaret edildiği hizmet uygulaması amaçlanmaktadır. Hastanın durumu merkeze bildirildikten ve uygun görüldükten sonra kimlik ve adres bilgileri alınarak gerekli işlemler başlatılmaktadır. Hastaların rutin muayeneleri, tedavi planları ve takipleri yapıp her türlü tıbbi bakımları (serum takılması, enjeksiyon, pansuman, sonda, kateter uygulaması), tıbbi cihaz ihtiyaçları, sağlık raporlarının düzenlenmesi veya yenilenmesi, ihtiyaç halinde hastaların hastaneye nakillerinin yapılması gibi hizmetler verilmektedir. Hastanın iyileşerek tedavi ihtiyacının ortadan kalkması, uygulanacak tedavinin sağlık personeline gerek duyulmadan kendi kendine ya da yakını tarafından yapılabilecek olması, hastanın sağlık kurumuna yatırılarak tedavi edilmesini gerektiren tıbbi endikasyonun oluşması, hastanın kendisi veya kanuni temsilcilerinin hizmeti sonlandırmayı talep etmesi, hastanın vefat etmesi, hasta veya yakınlarının tedaviye direnç göstermeleri durumunda verilen hizmet sonlandırılabilir (TC. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2010).

Ülkemizde yürürlüğe giren Aile hekimliği uygulama yönetmeliğinde doğum yapan her kadının; 2-5. günler arasında, 2. haftada ve 4-8. haftalar arasında evinde kanama, idrar problemleri, ağrı, çarpıntı, nefes darlığı, bağırsak faaliyetleri, psikolojik durum deği-

şiklikleri açısından değerlendirilmesi gerektiği belirtilmektedir. Dolayısıyla hemşirelerin doğum sonu dönemde evde bakım hizmetleri ile ilgili sorumlulukları; anne, bebek ve aile için kapsamlı bir evde bakım hizmeti planlamalı, uygulamalı, koordinasyonunu sağlamalı, gereksinime göre eğitim/danışmanlık yapmalı ve bakımı değerlendirmelidir (Bilgin ve Potur 2010; Duman ve Karataş 2011; Kaya ve Akdolun 2011; TC. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2010). Yapılan çalışmalarda doğum sonu dönemde evde hemşirelik bakımının; anne ve bebeğin fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlığını pozitif yönde etkilediği, gelişebilecek riskli durumları önlediği, ailenin yeni rol ve sorumluluklarına adaptasyonunu sağladığı ve annelerin memnuniyet ve konforlarını artırdığı bildirilmiştir (Caroline et al. 2011; Fenwick et al. 2010; Mirjana et al. 2011). Bu nedenle ülkemizde doğum sonu dönemde evde bakım hizmetlerinin geliştirilmesi, hemşirelerin bu hizmetlerde aktif rol alarak etkili müdahalelerde bulunmaları anne/bebek sağlığının artırılması açısından son derece önemlidir.

Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Sağlık hizmetlerinin finansmanında dünyada uygulanan temel finansman yöntemleri; devlet gelirleri, sosyal ve özel sigortalar, kullanıcı ücretleri ve toplumsal finansman olup birçok ülkede birden fazla yöntem kullanılmaktadır (HSİAO 2000). Evde bakım hizmetlerinin finansmanında da ülkeler gelişmişlik düzeylerine göre farklı yöntemler benimsemektedirler. Geri kalmış ülkeler kamu finansmanını arttıracak hemen hemen hiçbir olanağa sahip değildirler. Bu ülkelerde evde uzun süreli bakım tümüyle profesyonel olmayan bakıcılar ya da aileler tarafından sağlanmaktadır (Özer ve Şantaş 2012; Tatar 2006). WHO (2000a) tarafından evde uzun süreli bakımın finansmanı ile ilgili olarak aşağıdaki beş yaklaşım belirtilmektedir;

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

Bu yaklaşımlar genel ya da spesifik olabilmektedir. Örneğin; uzun süreli bakım genel sağlık sigortasının kapsamında olabilir veya spesifik olarak uzun süreli bakımı sağlayan bir sigorta programı olabilir. Ülkeler ve hatta toplumlar bu yaklaşımların kombinasyonlarını kullanabilirler veya farklı uzun süreli bakım hizmetleri için farklı finansman

mekanizmaları geliştirebilirler (Shaughnessy et al. 2002; Tatar 2006; WHO 2000a).

Gelişmiş ülkeler sağlık hizmetleri finansmanını özel finansman, kamu sağlık sigortacılığı ya da sosyal sigorta ile sağlamaktadırlar. Bu ülkelerden biri olan Amerika Birleşik Devletleri'nde evde bakım hizmetlerinin finansmanı; medicare, medicaid, çalışanların desteği, çeşitli programlar, diğer devlet ödemeleri, özel sigorta, cepten ödeme gibi farklı yöntemlerle karşılanmaktadır. Bir ülkenin olumlu sağlık ölçütlerinden olan bebek ölümlerinin azalması, genel ölüm oranının düşmesi, yaşam süresinin uzaması, hastalık görülme oranlarının düşmesi ABD'de tıbbi bakımın kalitesinin artmasıyla birlikte oldukça yüksektir. Diğer gelişmiş ülkeler arasında yer alan Kanada, İngiltere, İtalya ve Fransa'da da evde bakım hizmetleri geri ödeme kapsamındadır. İngiltere'de sosyal güvenlik ve sağlık hizmetlerinin finansmanı, %66.5'i devlet tarafından, %11.5'i yerel yönetimlerin topladığı vasıtalı vergilerden, %15'i işveren, işçi ve esnafın ulusal sigortaya katkısından, %7'si halkın gözlük, tıbbi cihaz vb araçların alınmasında ödedikleri küçük miktarlardan karşılanmaktadır (Akhmedjonov ve ark. 2011; Shaughnessy et al. 2002; Tatar 2006).

Fransada evde sağlık sistemi vergilerle ve isteğe bağlı tamamlayıcı hastalık sigortaları ile desteklenen ulusal sosyal sigorta sistemi üzerine kuruludur. Fransa sağlık sistemi 2000 yılında WHO tarafından en iyi sağlık sistemi seçilmiştir. Herkes istediği hekimi seçmede özgürdür. Kişi gün içerisinde birden fazla doktora muayene olabilir, kamu hastaneleri, özel hastaneler ve üniversite hastanelerine gidebilir. Uygulamada genel olarak hasta önce ödemeyi yapar, sonra kısmen ya da tamamını geri ödeme şeklinde hastalık sigortasından alır. İtalya'da bölgesel ve yerel sağlık birimlerine dayalı bir sistem kurulmuştur. Sağlık sisteminin finansman kaynakları işverenlerinden alınan primler, çalışanlardan alınan primler, genel bütçeden yapılan finansman ve tüketici ödentilerinden oluşmaktadır. Genel bütçe vergi gelirlerinden sağlanan gelirler Ulusal Sağlık Hizmetlerinin finansmanında ve açıkların kapatılmasında kullanılmaktadır. Kişilerin ayrıca özel bir sigortaları yoksa ilaçlara katkı payı ödemektedirler (Ramesh ve ark. 2009; Shaughnessy et al. 2002; Tatar 2006).

Evde bakım hizmetlerinin finansmanının sosyal güvenlik kuruluşları tarafından sağlanmasına örnek ülkelere ise; Avusturya, Almanya, Hollanda, İspanya ve Japonya verilebilir (Tatar 2006; WHO 2000b). Bu ülkelerde evde bakım hizmeti kapsamında hizmet sunulan grup uzun dönemli bakım gereksinimi olan kişilerden oluşmaktadır. Almanya'da sağlık finansmanı açısından tama-

men karma bir sistem uygulanmaktadır. Bu sistem içerisinde hastalık sigorta fonları tamamen merkezi hükümetin dışında kendi kendini yöneten bağımsız organizasyonlar tarafından yerine getirilmektedir. Almanya'da nüfusun tamamına yakını sigorta kapsamındadır. Hastaların doktor ücretlerini Ulusal Doktor Birliği ve hastalık fonları arasındaki görüşme belirler. Hastanelerin finansmanı ise, değişik şekillerde olmaktadır (Özer ve Şantaş 2012; WHO 2000a).

Sağlık sistemi içerisinde arz ve talep aşamalarında sosyal devlet olma ilkesini göz önünde tutan İspanya'da ise, sigortaya dayalı ve çoğunluğa ulaşan bir sağlık hizmeti anlayışı tercih edilmiştir. Ödeme biçimi, genel vergilerden ayrılan paya ilave olarak prim toplama şeklinde oluşan İspanya sağlık sisteminde koruyucu ve tedavi edici hizmetlere eşit oranda önem verilmektedir. Sağlık hizmetleri genelde herkese yönelik olmakta, ödemeler çoğunlukla dolaylı olarak yapılmaktadır. İrlanda'da devlet, evde bakım hizmetlerinin tamamını ödemektedir. İzlanda, İsveç, Macaristan'da belediyeler geri ödeme yapmakta ve tıbbi hizmetlerin hepsini vermektedir. Hollanda'da bu hizmetler, hem hemşirelik hizmetlerini hem de annelik bakımına kadar geniş bir yelpazeyi bünyesinde bulundurmaktadır. Norveç ve Danimarka'da sadece evlere yapılan sağlık amaçlı ziyaretlerin bedeli ödenmekte ve refakat hizmetleri de ödeme kapsamında değerlendirilmektedir (Akhmedjonov et al. 2011; Shaughnessy et al. 2002; WHO 2000a).

Literatüre göre Dünya'da ülkelerin evde bakım hizmetlerinin finansmanı ile ilgili yasa ve politikaların olmasına rağmen, Türkiye'de evde bakım hizmetlerinin finansmanı ile ilgili 'yeterli' düzenlemelerin bulunmadığı belirlenmiştir. Sağlık Bakanlığı bünyesinde yürürlükte olan sağlık hizmetleri, yatarak veya ayaktan tedaviyi kapsamakla birlikte evde bakım hizmetlerine ve finansmanına yönelik herhangi bir düzenlemeye yer verilmemiştir. Maliye Bakanlığı Bütçe Uygulama Talimatları'nın sağlık hizmetleri sunumunda da evde bakım hizmetlerinin ücretlerinin ödemesine ilişkin uygulama henüz oluşturulmamıştır (Özer ve Şantaş 2012; Tatar 2006). Türkiye'de 1 Mart 2011 tarihinde Sağlık Uygulama Tebliği'nde yapılan değişiklikle, Sağlık Bakanlığı birimlerince verilen sezaryen doğum sonrası gibi evde bakım hizmetleri gününbirlik tedavi kapsamında Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından ödenmektedir. Bu hizmetle tarafından ödenmeye başlanmıştır. Evde sağlık hizmetleri kapsamında yer alacak olan hastalara yapılacak olan harcamalar (serum, ilaç, enjeksiyon, enjektör, pansuman, pansuman malzemeleri vb.) Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından ödenmektedir. Bu hizmetlerin, hastane bünyesi-

nde kurulan Evde Sağlık Hizmetleri Birimi tarafından hastane otomasyonunda açılacak olan gününbirlik tedavi kısmına işlenmesi sonucunda faturası Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından kesilebilmektedir. Sezaryen doğum sonrası verilen evde sağlık hizmeti için hastanın muayene, tedavi ve kullanılacak malzemeye (örn. serum, enjektör, spanç vb) para ödememesi için bu hizmeti hastanelere bağlı evde sağlık birimlerinden alması gerekmektedir (Tatar 2006; TC. Sağlık Ba-kanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2011).

Sezaryende Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Bireyin, ailenin ve toplumun bedensel, ruhsal ve sosyal sağlığının korunması ve geliştirilmesi evde bakım hizmeti ile sağlanabilir. Dünyanın pek çok ülkesinde uygulanan ve giderek yaygınlaşan evde bakım hizmeti, sağlığı korumanın, yaşam kalitesini artırmanın en uygun yöntemlerinden biridir. Yapılan çalışmalar da evde bakım hizmetinin önemini ortaya koymaktadır (Koç 2005; Duman ve Karataş 2011; Kealy ve ark. 2010; Öztürk 2011; İsbir 2011; Apay 2011). Duman ve Karataş (2011) erken taburculukla birlikte doğum yapan kadın ve ailesine hastanede verilen bakım, eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin taburculuk sonrası evde de devam etmesinin gerekliliğini vurgulamıştır. Koç (2005) evde bakım hizmeti ile verilen hemşirelik bakımının ve danışmanlığın kadınların yaşadıklarını ifade ettikleri meme, boşaltım, uykusuzluk ve yorgunluk gibi sorunlar ile depresyon puan ortalamalarını azalttığını belirlemiştir. Yine Kealy ve ark. (2010), Öztürk (2011), İsbir (2011) ve Apay (2011) ise, doğum sonu dönemde verilen bakım hizmetleri ile kadınlarda görülebilecek sorunların azaltılabileceğini belirtmişlerdir. Bireye uygun bakım sistemi olduğu kabul edilen evde bakım hizmetleri, tüm gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde hızla kurum bakım sisteminin yerini almaya

başlamıştır. Tüm bu gelişmeler, sosyal politikalar üzerinde çok önemli etki yapmaya başlamıştır. Sağlık ve sosyal gereksinimlerle ilgili yasal düzenlemelerin yeniden gözden geçirilmesine, bakım sigortası ile ilgili uygulamaların yürürlüğe konulmasına neden olmuştur (Oğlak 2007; Tatar 2006).

Doğum sonrası hastanede yatış maliyetlerinin hızlı artışı ve sigorta şirketlerinin baskısı ile çoğu kurumda yatış süresi 24 saatten daha kısa olmaya başlamıştır (Bilgin ve Potur 2010; Caroline et al. 2011). Doğumdan sonra 48 saat ya da daha az süre hastanede yatma erken taburculuk olarak ifade edilmektedir. Doğum şekline göre tanımlandığında ise; normal vajinal doğumdan sonra 6-24 saat ve sezaryen doğumdan sonra 48-72 saat içinde olan taburculuklar erken taburculuk olarak nitelendirilmektedir (Caroline et al. 2011). Yatış süresi Amerika'da 2003 yılında yasa ile düzenlenerek, komplikasyonsuz vajinal doğumda 48 saat, komplikasyonsuz sezaryen doğum için 96 saat olarak belirlenmiştir (Bilgin ve Potur 2010). İsviçre'de sezaryen doğum ilgili yapılan karma kohort çalışmasında, komplikasyonsuz gebelik ve vajinal doğum yapan kadınların 24-48 saat arası taburculuğu, 4-5 gün arasındaki taburculuk ile karşılaştırıldığında maliyet etkin bulunmuştur. 24 saatten önce yapılan taburculuğun maliyet etkinliğine yönelik bir kanıt yoktur (NICE 2016). Yapılan çalışmalarda evde sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde uygulanması ile sağlıklı anne ve yenidoğanda hastaneye yeniden yatış, emzirme ve maternal depresyona yönelik herhangi bir olumsuz etkisinin olmadığı saptanırken hastane bakım maliyetlerini düşürdüğü özellikle bebek ve beş yaş altı ölüm hızı ve kaba ölüm oranlarının azaltılmasında kişi başı sağlık harcamalarının önemli bir faktör olduğuna dair güçlü kanıtlar bulunmuştur (Akmedjonov et al. 2011; Gani 2009; Kruk ve ark 2007; Ramesh ve ark. 2009).

SONUÇ

Sezaryenin evde bakım hizmetlerinin kamu kaynaklarıyla finanse edilmesi, sağlık giderlerinin kontrol altına alınması ve yataklı tedavi hizmetleriyle ilgili giderleri azaltması için önemlidir. Bazı ülkelerde evde bakım hizmetlerinin sosyal güvenlik sistemlerinin kapsamında olmaması sonucunda, ailelerin bu hizmetleri kendi kaynakları ile ödemek zorunda kalması ailelerin oldukça yüksek maliyetlerle karşı karşıya kalmasına neden olmaktadır. Bu durumda, maddi açıdan güçlü olmayan kişiler sezaryen doğum sonrasında evde bakım hizmetleriyle ilgili gereksinimlerini tam olarak karşılayamamaktadır

ve kişiler arasında eşitsizlikler ortaya çıkmaktadır. Bugün gündelik yaşamda çoğunlukla özel sektör tarafından yürütülen evde bakım hizmetlerinin, sosyal devlet anlayışıyla kamusal hizmetler olarak sunulması öncelikli olmalıdır.

Sezaryen sonrası evde bakım uygulamalarının fazla olması ile anne ve bebek morbidite/mortalite oranlarının azaltılması için bu uygulamaların maliyet etkinliğinin değerlendirilmesi önem taşımaktadır. Bu nedenle sezaryen sonrası evde sağlık uygulamalarında olanak ve koşulların geliştirilmesi, maliyet konusunda bakım vericilerin uzmanlaş-

maya motive edilmesi, maliyet değerlendirme faaliyetlerinin yönetim tarafından desteklenmesi, hizmet içi eğitimlerde maliyet konusunun kapsamlı olarak ele alınması, evde

bakım uygulamalarında maliyetin her yönüyle derinlemesine inceleyen araştırmaların yapılması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

- Akhmedjonov A, Güç Y, Akinci F. Healthcare financing: how does Turkey compare?. *Hospital Topics* 2011;89 (3):59-68.
- Apay ES (2011) Sezaryen ile Doğum Yapan Loğusalara Roy'un Modeline Göre Verilen Bakımın Değerlendirilmesi. Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- Bilgin NÇ, Potur DC. Doğum sonu dönem kanıt temelli yaklaşımlar ve hemşirelik. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2010;3 (3):79-86.
- Caroline SE, Homer RM, Maralyn J. Birth after caesarean section: changes over a nine-year period in one Australian state. *Midwifery* 2011;27 (2):165-169.
- Duman NB, Karataş N. Sezaryen sonrası erken taburcu olan kadınlara verilen evde bakım hizmetinin anne sağlığına ve öz bakım gücüne etkisi. *Sağlık Bilimleri Dergisi* 2011;20 (1):54-67.
- Fenwick J, Staff L, Gamble J et al. Why do women request caesarean section in a normal, healthy first pregnancy?. *Midwifery* 2010;26 (4):394-400.
- Fink AM. Early hospital discharge in maternal and newborn care. *Jognn* 2011;40 (2):149-156.
- Gani A. Health care financing and health outcomes in Pacific Island countries. *Health Policy and Planning* 2009;24 (2):72-81.
- Geidam AD, Audu BM, Kawuwa BM et al. Rising trend and indications of caesarean section at the university of Maiduguri teaching hospital, Nigeria. *Annals of African Medicine* 2009;8 (2):127-132.
- Güneri SE. Postpartum erken dönem kanıt dayalı uygulamalar. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2015;4 (3):482-496
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2014) "2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması". Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf(erişim: 15.09.2016).
- HSIAO W (2000) Gelişmekte Olan Ülkelerde Sağlık Finansmanı, Sağlık Bakım ve Koruma Finansmanının Arka Plan Belgesi, Dünya Bankası. <http://www.sbu.saglik.gov.tr/ekutuphan/e/kitaplar/sarefdoyap.pdf>(erişim: 20.06.2016).
- İsbir GG (2011) Roy Adaptasyon Modeline Dayalı Danışmanlığın Gebelikte Bulantı Kusmaya Etkisi. Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Kaya B, Akdolun N. Postpartum evde bakım hizmetleri ve ebe/hemşirenin sorumlulukları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2011;6 (16):19-33.
- Kealy MA, Small RE, Liamputtong P. Recovery after caesarean birth: a qualitative study of women's accounts in Victoria, Australia. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2010;10 (47):2-11.
- Kral TL. Preventing primary cesarean sections: intrapartum care. *Seminars in Perinatology* 2012;36 (5):357-364.
- Kruk ME, Galea S, Prescott M et al. Health care financing and utilization of maternal health services in developing countries. *Health Policy and Planning* 2007;22 (5):303-310.
- Koç G (2005) Doğum Sonu Erken Dönemde Taburcu Edilen Anneler İçin Geliştirilen Evde Bakım Hizmet Modelinin Etkinliğinin İncelenmesi. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Lichtenstein B, Brumfield C, Cliver S et al. Giving birth, going home: influences on when low-income women leave hospital. *Health (London)* 2004;8 (1):81-100.
- Lieu TA, Braveman PA, Escobar GJ et al. Randomized comparison of home and clinic follow-up visits after early postpartum hospital discharge-part. *Pediatrics* 2000;105 (5):1058-1065.
- Mirjana V, Goran B, Dragan L et al. The increased cesarean section incidence - is there a clinical justification?. *Macedonian Journal of Medical Sciences* 2011;4 (3):281-284.
- Murray SS, McKinney ES (2010) Postpartum Physiologic Adaptations. *Foundations of Maternal-Newborn and Women's Health Nursing, Fifth Edition*, New York, Saunders,390-419p.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2016) Postnatal Care: Routine Postnatal Care of Women and Their Babies, Nice Guideline 37. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10988/30146/30146> (Erişim Tarihi: 20.08.2015).
- Niino Y. The increasing cesarean rate globally and what we can do about it. *Biosci Trends* 2011;5 (4):139-150.
- Odumosu M, Pathak S, Barnet-Lamb E et al. Understanding and recollection of the risks associated with cesarean delivery during the consent process. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2012;118 (2):153-155.
- Oğlak S. Uzun süreli evde bakım hizmetleri ve bakım sigortası. *Turkish Journal of Geriatrics* 2007;10 (2):100-108
- Özer Ö, Şantaş F. Kamunun sunduğu evde bakım hizmetleri ve finansmanı. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2012;3 (2):96-103.
- Öztürk S (2011) Roy Adaptasyon Modeline Göre Postpartum Dönemdeki Annelere Verilen Eğitimin Anne Duyarlılığına Etkisi. Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.

- Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yılığ 2012 (2013) Sentez Matbaacılık ve Yayıncılık. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Ankara, s.54-8.
- Bhat R, Mavalankar DV, Singh PV et al. Maternal healthcare financing: Gujarat's Chiranjeevi Scheme and its beneficiaries. *Journal of Health, Population and Nutrition (JHPN)* 2009;27 (2):249-258.
- Smith RP (2008) *Obstetrik Jinekoloji ve Kadın Sağlığı*. Çeviri Editörleri: Erenus M, Yoldemir T, Ankara, Güneş Kitapevi.
- Shaughnessy PW, Crisler KS, Hittle DF et al (2002) OASIS and outcome-based quality improvement in home health care: Research and demonstration findings, policy implications, and considerations for future change. Denver, CO: Center for Health Services Research. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4529994> (erişim: 30.12.2015)
- Soergel P, Jensen T, Makowski L et al. Characterisation of the learning curve of caesarean section. *Archives of Gynecology and Obstetrics* 2012;286 (1):29-30.
- Taşkın L (2009) *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. 9. Baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, s455-486.
- Tatar M (2006) "Genel Sağlık Sigortası: Türkiye Uygulamalarının Teoride ve Uluslararası Uygulamalardaki Yeri", (General Health Insurance: Theory and Practice) Makro Bakış, ;2
- TC. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü (2010) *Doğum ve Sezaryen Eğitimi Yönetim Rehberi*. 2010:68. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/YayınTur/Kitap/sayfa=5> (erişim:16.08.2016).
- TC. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2011) *Evde Sağlık Hizmetleri Yönetmelik ve Yönergeler Uygulama Örnekleri*. <http://www.ailehekimleri.net/index.:evde-salk-hizmetleri-yonetmelik-ve-yoergeler-uygulama-ornekleri&catid=82:ulusal> (erişim: 30.06.2015).
- TC. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2010) *Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği*. Ankara. <http://www.ankarahalksagligi.gov.tr/yetkilen-dirilmis-aile-hekimligi-uygulama-rehberi.html> (erişim 12.05.2015).
- Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması (Ulusal Toplantısı) (2006) TC. Sağlık Bakanlığı, Ankara. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/uao_p_ankara/UAOC_ana_rapor.pdf (erişim: 02.01.2015)
- Weiss M, Fawcett J, Aber C. Adaptation, postpartum concerns, and learning needs in the first two weeks after cesarean birth. *Journal of Clinical Nursing* 2009;18 (21):29-38.
- World Health Organization (WHO). (2000a) *Home-Based Long Term Care*, WHO Technical Report Series 898, Geneva: World Health Organization. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42343/1/WHO_TRS_898.pdf (erişim: 10.12.2016).
- World Health Organization (WHO). (2000b) *Long Term Care Laws in Five Developed Countries: A Review*. WHO Technical Report Series 898, Geneva: World Health Organization. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42769/1/9241562498.pdf> (erişim: 10.12.2016).
- WHO. Appropriate technology for birth. *Lancet* 1985;24 (2):436-437.