

HASTANE DESTEKLİ EVDE BAKIM HİZMETLERİ VE SUNUMU

Bil. Uzm. Rahşan BOYOĞLU

Prof. Dr. Sevgi OKTAY

İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu

ÖZET

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

Araştırma, evde sağlık bakımına duyulan ihtiyacı (bireylerin evde sağlık bakım gereksinimlerinin neler olduğunu ve evde bakım almasına neden olan fiziksel, sosyal v.b. faktörleri) ve ihtiyacın hangi kaynaklardan, nasıl, kimler tarafından, ne ölçüde karşılandığını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini, İstanbul İli'nin Avrupa Yakasında bulunan 50 özel hastane veya hasta aileleri oluştururken, seçilen örneklem grubunu ise 6 özel hastane ve 11 özel bakım büro yöneticileri ile 1 Mart 1997-1 Nisan 1997 tarihleri arasında bu kuruluşlara evde bakım hizmeti alma talebinde bulunan 110 hasta veya hasta ailesi oluşturmuştur.

Veriler literatür bilgisi ışığında hazırlanan, çoktan seçmeli sorulardan oluşan kuruluş yöneticilerine yönelik anket formu ve hasta/hasta ailelerine yönelik görüşme formu kullanılarak anket yöntemiyle toplanmıştır. Veriler yüzdeler halinde analiz edilmiştir.

* Bu çalışma, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim Yüksek Lisans Programında tez olarak sunulmuştur.

Sonuçta, evde sağlık bakım hizmetine en çok gereksinim duyan bireylerin 60-80 yaş grubu olduğu (% 44), hastaların tanılarının fiziksel yetersizliğe neden olan serebrovasküler olaylar (CVA) ve hemipleji olduğu (% 31) saptanmıştır. Hastaların büyük bir çoğunluğu (% 66) "bakımın eğitimsiz bir personel tarafından sağlanması" nedeniyle evde bakımdan memnun kalmamıştır. Evde sağlık bakım hizmetlerinin özel bakım büroları tarafından sunulduğu (% 73), evde bakım hizmeti için kurumlarda standartların oluşturulmadığı (% 76), organize edilmiş ayrı bir "evde sağlık bakım birimi" nin hiçbir kurumda olmadığı, % 82'sinde "evde sağlık bakım ekibi" olmadığı ve büro yöneticilerinin çoğunun yükseköğretim mezunu olmadığı (% 65) belirlenmiştir.

Bu sonuçların rehberliğinde, öncelikle "Yaşlılara Yönelik Evde Bakım hizmetleri" ile işe başlanması, personelin ve yöneticilerin eğitimi ve geliştirilmesi gerektiği, "Hastane Destekli Evde Bakım Hizmetleri"nin artırılması, özel bakım bürolarının yönetiminin ve sundukları hizmetlerin geliştirilmesi, kurumların finansmanı, hasta veya hasta ailelerinin eğitimi ve bilinçlendirilmesi ile ilgili öneriler sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Evde bakım.

SUMMARY

Hospital-Supported Home Care Services and Presentation:

Home health care services is a new, fast-developing and very efficient health services model. Home health care services have a lot of benefits, including decrease in patient recovery time, decreased risk of infection, decreased stress, strengthened family ties, reduced need for nursing home care, increased quality and length of life. Day by day it is gaining a more important role in the health sector.

Our study was planned and performed to determine the need for home health care services what the individual home health care needs care, what physical, social and other factors affected that need, as well as how and by whom the care was provided.

Data was collected from the institution managers using a multiple choice questionnaire, which was based on the literature. In addition, some of the data was gathered using a literature-based interview form.

Data was evaluated using the "percentage test".

In conclusion, those most in need of home health care services were found to be the 60-80 years old age group (% 44) and those with physical limitations due to CVA and paraplegia (% 31). A large percentage of the patients (%66) are dissatisfied with the care because "it is provided by untrained personnel". Most of the home health care is provided by private care agencies (%73), it was found that % 76 of the facilities had no standards of care, that none of them had an organized home care department, that % 82 had no home care team and that most of facility directors had only a high school education.

Based on these conclusions, home care agencies for the elderly should be the first priority, personnel and managers should be trained and developed, the number of hospital-supported home care agencies should be increased, private nursing agencies should improve the quality of their services, facilities should investigate methods for payment and reimbursement, patients and patient families should be better educated with recommendations is presented.

Key Words: Home health care.

GİRİŞ

Toplumun sosyal güvenliğinin sağlandığı ülkelerde, sağlık hizmetlerinin sürekliliğini garanti altına almak için, her yaş grubuna, her sağlık düzeyindeki bireylere, bulunduğu ortamda bakım vermek üzere kullanılan sağlık bakım hizmeti modelleri vardır (19,20).

Bunların arasında "evde bakım modeli" gerek bakımı alanlar gerekse bakım verenler ve finanse edenler açısından; bireylerin kendi sağlık bakımına katılımının sağlanması, hastanede yatış süresinin kısaltılması, dolayısıyla maliyetin düşürülmesi, değişik sektör ve disiplinlerin işbirliği ve sağlık hizmetlerinin sürekliliğinin sağlanmasına katkıları nedeniyle en çok kabul gören modeldir (19,20).

Hastane destekli evde sağlık bakım hizmeti, hastanenin "evde bakım birimi" tarafından, günlük yaşam aktivitelerinde yardıma ihtiyaç duyan özürlü, kronik veya terminal hastalığı olan kişilere, kendi evlerinde tıbbi/terapötik tedavi, hemşirelik ve sosyal hizmetlerin sağlanmasıdır (7,12).

Evde bakım hizmetlerinin gerekliliğini ortaya koyabilmek için, ülkemizin demografik yapısındaki değişikliklerin, değişen sağlık sorunlarının, sağlık hizmetlerinin sunumunun ve gelişen sağlık teknolojisinin dikkate alınması gerekir.

Demografik Eğilimler ve Sağlık Sorunları

1970'li yıllardan sonra kaba doğum hızı, kaba ölüm hızı ve bebek ölüm oranlarında düşüşler başlamış, "doğuştan beklenen yaşam süresi" uzayarak toplam nüfus içindeki yaşlı nüfus oranı ve kronik hastalıklı birey sayısı hızlı bir artış göstermiştir. 1990 yılında erişkin nüfusun % 63'ünde dolaşım sistemi hastalıkları saptanmıştır. Her yıl beklenen yeni kanser vakalarının sayısı 90-100 bin arasında olup, yine kanser nedeniyle ölüm sayısının 40-50 bin olduğu tahmin edilmektedir. Ayrıca toplumumuzda özürlü bireylerin sayısında da bir artış göz-

lenmektedir. Her yıl 150 bin kişi ya sakat doğmakta ya da kaza ve hastalıklar nedeniyle sakat kalmaktadır (23). Ülkemizde 1985 yılında toplam nüfusun % 4.2'sini oluşturan yaşlı nüfusun, 2000 yılında % 5.3'e çıkması beklenmektedir (1,23). Ancak onları barındırabilecek kurumsal bakım merkezlerinin sayısı aynı oranda artış göstermemektedir (1). Yaşlı bakım merkezleri ve huzurevlerinin ülkemizdeki toplam sayısı 75'dir. Bu merkezler yaklaşık 10 000 yaşlıya hizmet vermektedir. Toplam 4 milyon yaşlı (60 yaş ve üzeri) nüfusa karşı yetersiz kalmaktadır (21). Huzurevinde kalan yaşlıların % 38'inin, evde kalanların % 26'sının sorunları ile başedemedikleri görülmüştür. Huzurevinde yaşayan yaşlıların % 82'si, evde yaşayan yaşlıların ise % 68'inin yaşantısından memnun olmadığı belirtilmiştir. Huzurevinde yaşayan yaşlıların evde yaşayan yaşlılara göre yaşamdan daha az zevk aldıkları görülmüştür. Yapılan araştırmalarda da, herhangi bir kurumda kalan yaşlılarda depresyon oranının yüksek olduğu bildirilmektedir (9).

Hem sosyo-ekonomik veriler hem de kültürel yapı ve geleneklerimiz Türkiye'de yaşlı bireylerin bakım hizmetlerinin, huzurevleri ya da gelişmiş ülkelerdeki gibi bakımevleri açarak çözümlenmesinin olanaksız olduğunu göstermiştir (21). Bütün bu verilere dayanarak, son yıllarda gelişmiş ülkelerde de ekonomik sorun haline gelen yaşlı nüfusun bakımı ile ilgili olarak geliştirilen "evde sağlık bakım hizmetleri" nin Türkiye'de de bu sorunlara çözüm olabileceği söylenebilir (1,9,20,21).

Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Türkiye'de sağlık hizmetleri sunumu, çoğunlukla devlet kaynaklı olmaktan özelleştirmeye doğru kayan ve teknolojinin son gelişmelerine ayak uydurma çabasında, geçiş dönemindedir (49).

Son onbeş yıl içerisinde serbest ekonominin gelişmesine rağmen, devletin sağlık hizmetlerine ayırdığı pay hemen hemen aynı kalmıştır. Başarılı sağlık sisteminin en büyük nedenlerinden biri sağlık hizmetlerine ayrılan devlet harcamaları payının yeterliliğidir (16). Dünya Bankası tarafından 1991 yılında yayınlanan Dünya Gelişim Raporu'nda belirtildiği gibi Türkiye'nin ulusal gelirinin sadece % 4'ü sağlık hizmetlerine ayrılmış durumdadır. Bu ortalama, gelişmiş ülkelerin % 8-10'luk ve ABD'nin % 14'lük oranının çok altında seyretmektedir (4).

Ülkemizde sağlık hizmetlerinde tedavi ve bakımın sürekliliği çeşitli nedenlerle kesintiye uğramaktadır. Bu nedenler:

- *Birinci basamaktaki aksaklıklar ve özellikle sevk sisteminin işlememesi:* 1961 tarihli, 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi” ile ilgili kanunda birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri veren kuruluşlar arasında çift yönlü bir sevk sistemi düzenlenmiştir (23). Yani hastaların önce birinci basamak sağlık hizmetleri veren kuruluşlara başvurmaları, EVDE, ayakta tanı ve tedavi yapılamayanların ikinci basamak olan hastanelere sevk edilmeleri doğrultusundadır. Böylece hastanelerde yığılmalar önlenecek, hizmet gerçekten gereksinimi olan bireylere sunulacaktır (19,22). Ancak bu sistem işlerliğe kavuşturulamamıştır. Dolayısıyla birinci basamak sağlık hizmetleri veren kuruluşlar, hastanelere başvuruları ve hastaneden taburcu olan hastaların evde bakım hizmetlerini kontrol edememektedir (23).
- *Tedavi edici hizmetlerdeki yetersizlik ve aksaklıklar:* Türkiye’de hasta yatak sayısının azlığı önemli bir konudur. Yaklaşık 500 kişiye bir hasta yatağı düşmektedir. Üstelik bu yatak kapasitesinin önemli bölümü de verimli ve iyi bir planlama ile kullanılmamaktadır. Bu yetersizlik, hastanede yatarak tedavi gereksinimi olanların bu olanaktan yararlanma olasılığının azalmasına yol açmakta ve giderek erken taburcu etme zorunluluğunu doğurmaktadır ya da tersine hastaneden çıkış ülkemizde planlamasının ve evde bakım hizmetlerinin olmamasının diğer bir sonucu olarak da hastaların hastanede kalış süreleri uzayabilmektedir. Bu da, hastaya psikolojik, fiziksel ve sosyal sorunlar ekleyebilmekte ve aile bütçesine olduğu kadar ülke ekonomisine de yük getirebilmektedir (23).

1995 yılında yapılan “Ülkemizde Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumuna İlişkin Temel İlkeler” toplantısının grup raporunda şu sorunlar bildirilmiştir:

“Hemşirelik Yasa tasarısında hemşirelik uygulamasını sadece hemşire ünvanı olanlara sınırlı tutan bir madde düzenlenmiştir. Ancak bu yasa diğer bakanlıklara ulaşmadan, Milli Eğitim Bakanlığı, hemşirelik bakımı kapsamına giren “yaşlı bakımı alanında ara insan gücü” yetiştirilmesi projesi ile karşımıza çıkmıştır (20). Ara insan gücünün sağladığı hizmet, insan sağlığı gibi yaşamsal bir konuda eğitim, yönetim ve denetim sorunlarına yol açabilir. Uygulanan kurslarda eğitim düzeyi yeterli olmayan kişilere hastalıklarda ve acil durumlarda müdahale etme sorumluluğu verecek kadar yoğun bir eğitim sağlanamayacak ve mesleki ahlak kazandırılmayacaktır” (20).

Evde Sağlık Bakımı Sunulacak Hastalar

Kapsamlı ve hastane desteğine ihtiyaç duyan evde sağlık bakımı sunulacak hastalar için gerekli ön koşullar şunlardır (3):

- Hastanın genel durumunun tıbbi açıdan stabil olması (yaşam bulguları, hemodinamisi, psikolojisi, vb.)
- Hasta ailesinin evde sağlık bakım hizmeti için istekli olması (gerektiğinde bakım vermeye veya bakıma yardımcı olmaya hazır olmaları, ihtiyaçları karşılamaya razı olmaları, vb)
- Uygun ev ortamının sağlanması (aydınlatma, ısıtma, havalandırma vb, güvenlik sanitasyonu, fiziksel koşullar, yeterli oda sayısı, vb)
- Finansal kaynakların olması (özel sigorta, devlet kaynakları, hasta veya ailesinin nakit ödeme olanakları, vb)

Evde Bakım Hizmetleri

Evde bakım veren kuruluşlar, profesyonel hemşirelik ve evde bakıma yardımcı olan fizikoterapi, iş terapisi, solunum terapisi ve konuşma terapisine kadar çeşitlilik gösteren çok sayıda sağlık bakım ve destek hizmetleri sağlamaktadır (3,15). Sağlanan temel hizmetler, "hekim tarafından sunulan tıbbi tedavi, uzman hemşirelik, evde sağlık bakımına yardım hizmetleri, fizikoterapi, ergoterapi, konuşma terapisi, solunum terapisi, beslenme ve diyet danışmanlığı ve sosyal hizmetleri" içermektedir (8). Evde sağlık bakımında görevli *profesyonel evde sağlık bakım ekibi* dışında daha çok hastaların ev ortamının düzeniyle uğraşan, profesyonel olmayan diğer personeller, ev hizmetçileri/gündelikçiler, refakatçiler, gönüllülerdir (12).

Evde bakım veren kuruluşlar aynı zamanda laboratuvar, diş, göz, eczane, pediatri, röntgen, medikal donatım ve gereç hizmetleri de sağlayabilirler (8). Birreyin, gereksiniminin karmaşıklığına bağlı olarak tek tür bir bakım hizmeti ya da hizmetler kombinasyonu sağlanabilir (16). Yine genellikle günde 24 saat ve haftada 7 gün sunulan bu hizmetler hastanın ihtiyaçlarına bağlı olarak aralıklı, saatlik veya vardiya şeklinde verilebilir. Evde sağlık bakım kuruluşlarının % 80'den fazlası uzman hemşirelik, evde sağlık bakımına yardım hizmeti ve fizikoterapi hizmeti vermektedir (12,15,16). Tedaviye yönelik hizmetler genellikle hekim tarafından onaylanan tedavi planına göre sunulur (7).

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Amacı: Bu çalışma, evde sağlık bakımına duyulan ihtiyacı (bireylerin evde sağlık bakım gereksinimlerinin neler olduğunu ve evde sağlık bakımı almasına neden olan fiziksel, sosyal, vb. faktörleri) ve bu ihtiyacın *hangi kaynaklardan, nasıl, kimler tarafından, ne ölçüde karşılandığını belirlemek* amacı ile yapılmıştır.

Araştırmanın Tipi: Araştırma İstanbul İli'nin Avrupa Yakasında evde sağlık bakım hizmeti sunan veya sunmayı destekleyen 17 kuruluşun yöneticileri ve bu kuruluşlardan evde sağlık bakım hizmeti alma talebinde bulunan 110 hasta/hasta ailesinin katılımı ile gerçekleştirilen anket yöntemi ile veri toplanarak yapılan "tanımlayıcı" bir çalışmadır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi: Araştırmanın çalışma evrenini İstanbul İli'nin Avrupa Yakasında faaliyet gösteren, Sağlık İstatistik Yılığında saptanan toplam 50 özel hastane ile Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü'ne bağlı derneklere kayıtlı 20 özel bakım bürosunun yöneticileri ve bu hastanelere ya da bürolara 1 aylık sürede "evde bakım hizmeti için başvuran" hasta/hasta aileleri oluşturmuştur. Araştırmanın evrenin resmi hastanelerin katılmamasının nedeni, onların İşletme Mevzuatı'nda "hastane destekli evde bakım hizmetine" yer verilmemiş olmasındandır.

Örneklem grubunu oluşturan kuruluşları seçmek için, "Amaçlı Örneklem Yöntemi" ile İstanbul'un Avrupa Yakasındaki "evde sağlık bakım hizmetleri sunan veya sunmayı destekleyen" özel hastaneler ile özel bakım büroları belirlenmeye çalışılmıştır. Bunun için, öncelikle araştırma ile ilgili öngörüşmeleri kabul eden 35 özel hastane ile 15 özel bakım bürosunun yöneticileri belirlenmiştir. Belirlenen toplam 50 yönetici ile araştırmanın konusu ve amacı hakkında karşılıklı görüşmeler yapılmıştır. Bu görüşmeler sonunda evde sağlık bakım hizmeti sunan/sunmak isteyen 6 özel hastane ile 11 özel bakım bürosunun yöneticileri ve ayrıca 1 Mart 1997-1 Nisan 1997 tarihleri arasında, 1 aylık sürede (birbirleriyle ilişkisi olmayan) bu kuruluşlardan "evde sağlık bakım hizmeti alma talebinde bulunan" 110 hasta/hasta ailesi örneklemi oluşturmuştur.

Verilerin Toplanması: Araştırma ile ilgili verilerin toplanmasında, kuruluş yöneticileri için hazırlanan "anket formu" ve hasta/hasta ailelerine yönelik olarak hazırlanan "görüşme formu" kullanılmıştır.

Kuruluş yöneticilerine yönelik olarak literatür bilgisi ışığında hazırlanan, çoktan seçmeli sorulardan oluşan anket formunda, "kurum yöneticilerinin özel-

likleri, kurumun verdiği hizmetin genel özellikleri, kurumun evde bakım hizmetleri sunan personelinin özellikleri, kurumun hizmet sunumunda “hastanedeki planlama ve izleme süreci”, kurumun hizmet sunumunda “evdeki planlama ve izleme süreci” olmak üzere beş ana gruptan oluşan sorular yer almaktadır.

Araştırmada veriler 1 Mart 1997-1 Nisan 1997 tarihleri arasında bu kuruluşlara başvuruda bulunan hasta/hasta ailelerine yönelik olarak hazırlanan görüşme cetveli ile toplanmıştır. Görüşme formunda başlıca şu soru grupları yer almaktadır: Hastaların özellikleri, hastaların evde bakım gereksinimlerini etkileyen faktörler, hastaların evde günlük yaşam aktivitelerini yapabilme/fiziksel gereksinimlerini karşılayabilme durumu, hastaların evde sağlık bakımı istemelerinin nedenleri, evde sağlık bakım gereksinimlerinin karşılanma durumu.

Evde sağlık bakım hizmetleri sunan veya sunmayı destekleyen özel hastane ve özel bakım bürosu yöneticilerine anket formları karşılıklı görüşmeler yapılarak uygulanmıştır.

1 Mart 1997-1 Nisan 1997 tarihleri arasında özel bakım bürolarından ve özel hastanelerden taburcu olurken “evde sağlık bakım hizmeti” almak için talepte bulunan hastalara veya hasta ailelerine doldurulmak üzere hazırlanan görüşme formları, biri yönetici olmak üzere en az iki elemanla işbirliği yapılarak uygulanmıştır. Haftada iki ya da üç kez telefonla veya bizzat kuruluşlara gidilerek görüşme formlarının uygulanması izlenmiştir.

Verilerin Değerlendirilmesi: Anket formları ve görüşme formlarından elde edilen veriler, sadece yüzdeler halinde analiz edilmiştir.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Evde sağlık bakım hizmeti alma talebinde bulunan “hastaların özellikleri” incelendiğinde, evde sağlık bakım hizmeti talebinde bulunan hastaların %31’inin CVA+hemiplejili hastalar oldukları, örnekleme alınan hastaların %60’ının kadın, % 44’ünün 61-80 yaş arası olduğu saptanmıştır (Tablo1).

Hastaların tanı ve yaş grupları ABD’de ve diğer ülkelerde yapılan araştırma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. 1994’de ABD’de Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezi tarafından yapılan bir incelemede, evde bakım vakalarının %30’unu dolaşım sistemi hastalıkları olanların oluşturduğu ve hemipleji, diabet, hipertansiyonun sıklıkla karşılaşılan giriş teşhislerinden olduğu görülmüştür. Yine ABD’de 1990 da yapılan Ulusal Tıp Harcamaları incelemesi sonucunda evde

Tablo 1: Hastaların Özellikleri (N=110)

Hastanın Tanısı	Sayı	%	Eğitim Durumu	Sayı	%
CVO+Hemipleji	34	31	Okur-yazar değil	0	0
Kanser	23	21	İlkokul mezunu	5	4
Travmalar	16	15	Ortaokul mezunu	3	3
Bebek bakımı	14	13	Lise mezunu	44	40
Kardiyolojik Hastalıklar	12	10	Üniversite mezunu	58	53
Psikiyatrik bozukluklar	5	5	Mesleği		
Diğer (3 diyabet, 2 KOAH, 1 kolon perforasyonu)	6	5	Memur	12	11
Cinsiyet			İşçi	0	0
Kadın	65	60	Öğrenci	1	1
Erkek	45	40	Emekli	13	12
Yaşı			Serbest	31	28
21-40 yaş arası	18	16	Ev hanımı	36	33
41-60 yaş arası	14	13	Diğer	17	15
61-80 yaş arası	48	44	Sağlık Güvencesi		
80 yaş üstü	30	27	SSK	11	10
Medeni Durum			Bağ-Kur	7	6
Evli	68	62	Emekli Sandığı	18	16
Bekar	4	4	Özel sigorta	35	32
Dul	38	34	Yok	39	36
			Gelir Kaynağı		
			Emekli maaşı	12	11
			Sosyal sigorta	0	0
			Kurum maaşı	13	12
			Ailesinden	50	45
			Kendi geliri	35	32

bakım hizmeti alanların yarısına yakını 65 yaşın üzerindedir (11). Ayrıca ülkemizde Ankara'da evde sağlık bakım hizmetleri veren Başkent Sosyal Hizmetler ve Sağlık İrtibat Limited Şirketi'nin kayıtlarına göre, talepte bulunan hastaların hemen hemen yarısını yatağa bağımlı felçli ve yaşlı hasta/hasta yakınları oluşturmuştur (17).

Avrupa'da yapılan bir çalışmaya göre, hızla artan yaşlı oranının ve evde bakım verilenlerin büyük bir kısmını kadınlar oluşturmaktadır (5). Bizim örneklemimizde evde bakım hizmeti talebinde bulunan hastaların çoğunluğu (%60) kadınlardan oluşmaktadır (Tablo 1). Vakaların % 33'ü ev hanımıdır.

Hastaların % 39'unun sağlık güvencesinin olmadığı ancak % 45'inin gelir kaynağının ailesinden olduğu ve % 32'sinin özel sigortası olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Evde bakım talebinin evli hastalarda daha fazla görülmesi, çoğunun (% 44) ve eşlerinin yaşlı olması ve ihtiyaçlarının karşılanamamasına bağlanmıştır. *Büyükcoşkun'un* çalışmalarına benzer şekilde evde sağlık bakımı almak için başvuruda bulunanların (% 53) çoğunluğunun üniversite mezunu olması evde

bakım hizmetleri ve sunumunun belli eğitim düzeyindeki kişiler tarafından bilindiği ve benimsendiğini düşündürmektedir (1).

Araştırmada hastaların % 36'sının sağlık güvencesinin olmadığına saptanması, çoğunun yaşlı ve kadın olması ve ülkemizdeki nüfusun % 47.8'inin hiçbir sağlık ve sosyal güvencesinin olmamasına bağlanmıştır. Buna karşılık hastaların % 32'sinin özel sigortasının olması, özel sigorta şirketlerinin ülkemizde evde bakım hizmetlerini karşılamaları açısından önemlidir (1).

Hastalara evde yardım edecek kişilerin (% 42) aile üyelerinden olması (Tablo 2), ülkemizde özellikle yaşlı hastaların bakımında varolan geleneksel aile ilişkilerinden ve huzurevi ortamlarının olumsuz etkilerinin fazla olmasından kaynaklanmış olabilir. Aile üyelerinin bu tutumu evde sağlık bakım hizmetlerinin sunulması ve geliştirilmesini desteklemektedir. Hastaların % 43'ünün evde arasıra da olsa yalnız kalmasının nedeni (hastaların büyük çoğunluğunun yaşlıların oluşturması nedeniyle) geleneksel aile tipinin değişmesi ve çekirdek aile yapısına dönüşmesine bağlanmaktadır. Ayrıca ekonomik güçlükler nedeniyle aile üyelerinin hemen hepsinin çalışmak zorunda olması da aile içinde bakım verici roldeki kişilerin azalmasına neden olmaktadır. Bu da yaşlı aile bireylerinin yalnız yaşadığı ve bunun sonucu olarak da evde sağlık bakımına ihtiyaç duyduğu bir toplum yaratmaktadır (1,9,16,21,24).

Hastaların büyük bir çoğunluğunun günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken ya tam bağımlı ya da yarı bağımlı oldukları tespit edilmiştir (Tablo 3).

Tablo 2: Hastaların Evde Bakım Gereksinimlerini Etkileyen Faktörler (N=110)

Kendisine evde yardım edecek kişi	Sayı	%	Günlük hayatta kullanılan malzeme ve aletleri (çatal, bıçak, kalem vb) kullanma durumu	Sayı	%
Yok	22	20	Kullanamaz	40	36
Yardımcı	32	29	Kısmen	35	32
Aile üyeleri	46	42	Kullanır	35	32
Diğer (aşçı, hizmetçi, vb)	10	9	Kronik hastalık durumu		
Evde yalnız kalma durumu			En az 4 kronik hastalık	1	1
Çoğunlukla	24	22	En az 3 kronik hastalık	6	5
Bazen	47	43	En az 2 kronik hastalık	14	13
Hiç	39	35	En az 1 kronik hastalık	59	54
Duyularındaki azalma durumu			Yok	30	27
Her ikisinde	22	20	Hastalığın teşhisini bilme durumu		
Görme	10	9	Bilmiyor	35	32
İşitme	11	10	Biliyor	75	6
Yok	67	61	Yalnızken yardıma gereksinim durumu		
Duyulardaki azalmanın kendine bakmaya engel durumu			Var	61	56
Var	26	60	Yok	49	44
Kısmen	8	19	Sürekli veya şu anki hastalığı ile ilgili kullandığı ilaçlar		
Yok	9	21	Var	94	85
			Yok	16	15

Tablo 3: Hastaların Evde Sağlık Bakımı İstemlerinin Nedenleri (N=100).

Personele ihtiyaç duyulan alan ve neden	Sayı *
Hastalığı nedeni ile kendine bakacak durumda olmadığından	74
Evde bakacak kimse olmadığı için	27
Doktoru istediği için	25
Hastanede yapılacak bir işlem olmadığı ve tedavinin evde devam etmesi gerektiği için	71
İlaçların düzenli verilip tedavilerin uygulanması için	67
Hastalığa özgü bakım uygulamaları ve gereksinimlerin karşılanması için	66
Yalnızlığın giderilmesi ve arkadaşlık yapılması için	15
Rehabilite edici hizmetler sırasında yardım edilmesi için	52
Diğer (bebek bakımı için)	15

(*) Birden fazla yanıt verilmiştir.

Avrupa'da yapılan bir çalışmaya göre de, evde bakıma ihtiyacı olan insanların çoğu kronik hastalıklı ve evde günlük faaliyetlerini yerine getiremeyen kişiler olduğu saptanmıştır (5). Ayrıca ABD'de yapılan Ulusal Tıp Harcamaları İncelemesi sonucunda da, evde bakım hizmeti alanların yaklaşık % 40'ının günlük yaşam aktivitelerinden bir veya daha fazlasında fonksiyonlarının sınırlı olduğu tespit edilmiştir (11).

Hastaların evde sağlık bakım gereksinimlerinin karşılanması ile ilgili saptanan bulgular incelendiğinde, hasta/hasta ailelerinin evde sağlık bakımı verecek personeli bulmak için özel hastanelere (%40) ve özel bakım bürolarına (%39) başvurma oranlarının yakın olduğu, %60'ının hastaneden bu konuda bilgi ve destek alamadığı saptanmıştır. Yine hasta/hasta ailelerinin % 59'u evde sağlık bakım hizmetinin "hemşire" tarafından sunulmasını ve % 41'i hastaneden kendilerine "evde bakım verecek uygun personeli" bulmalarını istemişlerdir (Tablo 4).

Evde bakım hizmetlerinin sunum sürecinde, ilk sırayı "hastanede yapılan değerlendirme ve izleme" almalıdır; yani hasta henüz hastanedeyken problemleri gözlenip tanımlanarak evde bakım gereksinimleriyle ilgili ön değerlendirme yapılmalıdır (8).

ABD'de 1994 yılı Medicaid ödemeleri ile ilgili yapılan bir inceleme evde bakım hizmetlerinde hemşirelere olan talebi göstermektedir.

Hasta/hasta ailelerinin % 14 gibi bir oranının daha önce evde bakım gereksinimi olduğu, bunların % 40'ının verilen bakımdan memnun kalmadığı,

Tablo 4: Hastaların Evde Sağlık Bakımı İstemlerinin Nedenleri (N=100).

Evde bakım verecek personelin bulunuş şekli	Sayı	%	Hasta veya ailesinin hastaneden evde bakım için beklentileri	Sayı	%
Hastanenin ilgili bölümüne başvurma	44	40	Evde bakım verecek uygun personeli bulması	45	41
Özel bakım bürolarına başvurma	43	39	Evde gerekebilecek araç gereç teminini sağlaması	8	7
Diğer (tanıdık, hekim vasıtası ile)	23	21	Eve transferin güvenli bir şekilde sağlanması	17	16
Personel bulma konusunda hastaneden bilgi ve destek alma			Diğer	40	36
Hayır	66	60	Daha önce evde sağlık bakımı gereksinim durumu ve karşılanması		
Evet	44	40	Var	15	14
Hizmet sunması istenen personel			Yok	95	86
Hekim	3	3	Bu bakımdan memnun kalma durumu		
Hemşire	65	59	Hayır	6	40
Hastabakıcı	35	32	Evet	9	60
Farketmez	1	1	Memnun kalmadıysa nedeni		
Diğer (çocuk gelişim uzmanı, bebek hemşiresi)	6	5	Bakımın eğitimsiz bir personel tarafından verilmesi	4	66
			Maddi açıdan zorlanma	1	17
			Bakım verecek personeli bulmada zorlanma	1	17

memnun kalmama nedenleri arasında ilk sırada bakımın eğitimsiz bir personel tarafından verilmesi gelmektedir (%66). Literatürde de ara insan gücünün sağladığı hizmetin bu ve benzeri durumlara neden olabileceği belirtilmiştir (20). Hastaların bakım verecek personelin hemşire olmasını istemelerinde (% 59) bu durumun da etkisi olduğu düşünülmektedir (Tablo 4).

Bu nedenle kurumların özellikle “insan kaynakları yönetimi” nde daha bilinçli hareket etmeleri gerekmektedir. Çünkü bir organizasyonun başarısının ve verilen hizmet kalitesinin anahtarı, hizmeti sağlayan kişilerdir. Bireylerin kendi rollerini ve bu rollerden neler beklendiğini çok açık olarak anlamaları gerekmektedir. İş tanımları ve performans standartları spesifik olmalıdır. Personelin nitelikleri işin sorumlulukları ile uyumlu olmalıdır. Hizmetiçi eğitim ve oryantasyon programları düzenlenmeli ve değerlendirilmelidir. Ayrıca personel dosyaları tutulmalı ve çalışanlar periyodik olarak, iş sorumluluklarını nasıl yerine getirdikleri konusunda değerlendirilmelidir (6).

Araştırma kapsamına alınan yöneticilerin eğitim düzeyleri ve kurumlardaki görevleri açısından özellikleri incelendiğinde; % 47’sinin lise mezunu ve % 65’inin de özel bakım büro yöneticisi olduğu görülmüştür (Tablo 5).

Ülkemizde evde bakım hizmetlerinin sunumunda hastanelerden çok özel bakım bürolarının bu sektörde aktif hale geçtiği görülmüştür. Ancak özel bakım büro yöneticilerinin eğitim ve görevleri açısından literatür bilgilerine tamamen

Tablo 5: Yöneticilerin Özellikleri (N=17)

	Özel Hastaneler n=6		Özel Bakım Büroları n=11		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Eğitim						
Lise	0	0	8	73	8	47
Önlisans	2	33	1	9	3	18
Yükseköğrenim	4	67	2	18	6	35
Kuramdaki görevi						
Hemşirelik Direktörleri	6	100	0	0	6	35
Özel Bakım Büro Yöneticileri	0	0	11	100	11	65

ters düştüğü gözlenmiştir. Çünkü özel evde bakım büroları hizmetlerini hekimler, hemşireler, terapistler, sosyal hizmet görevlileri v.b aracılığı ile sağlarlar. Tedaviye yönelik hizmetler hekim tarafından onaylanan tedavi planına göre sunulurken, evde sağlık bakımına destek hizmetler hemşirelerin hazırladığı bakım planına göre sunulmalı ve denetlenmelidir (6,7,8,15). Profesyonel evde sağlık bakım ekibi lise mezunu bir büro yöneticisi tarafından idare edilemeyeceği düşünülmektedir.

Hastanelerin % 67'sinin 6 aydan daha az süredir bu hizmeti sunmaya başladıkları, özel bakım bürolarının ise % 35'inin 5 yıl ve daha fazla süreden beri evde sağlık bakım hizmeti sundukları saptanmıştır (Tablo 6).

Araştırmada özel evde bakım kuruluşların sunabildiği hizmetlerin % 94'ünü evde bakıma destek olan hizmetler oluşturmaktadır. Bu durum literatür bilgileri ile ters düşmektedir (11).

Her iki tip kuruluştan elde edilen verilere göre % 82'sinin kadrolu evde sağlık bakım ekibi olmadığı ve ülkemizde evde sağlık bakım hizmeti sunumunda aktif bir kuruluş olan özel bakım bürolarının bu hizmeti daha çok evde bakıma yardımcı olan personele ev hizmetlisine (hastabakıcı) yaptırdıkları anlaşılmaktadır. Ülkemizde sağlık hizmetleri sunumunda yetiştirilmeye çalışılan "ara insan gücü"nü kullanımı ispatlamaktadır (10). Yine kuruluşların % 65'inin personelle ilgili iş tanımlarının olmadığı, % 82'sinin personele oryantasyon programı uygulamadığı ve uygulayanların da % 94'ünün yeterli bir değerlendirme yapmadığı saptanmıştır (Tablo 7). Bu durum bu kuruluşlarda "insan kaynakları yönetimi"nin önemsenmediğini göstermektedir (6).

Kuruluşların %65'inde taburcu olmadan önce hastaların biyo-psiko-sosyal durumunun değerlendirilmesi yapılmamaktadır. % 59'unda evdeki ortam (daha çok kullanılacak tıbbi malzeme ve araç-gereçler yönünden) değerlendirmesinin yapıldığı gözlenmiştir (Tablo 8). Bunun nedeni ise özel bakım büroları-

Tablo 6: Kurumun Verdiği Hizmetin Genel Özellikleri (N=17)

	Özel Hastaneler		Özel Bakım Büroları		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evde bakım hizmetlerinin standartları						
Var	1	17	3	27	4	24
Yok	5	83	8	73	13	76
Evde bakıma ihtiyacı olan hastaları belirleme şekli						
Hasta ve ailesi ile ilgili bölümden istiyor	2	33	8	73	10	59
Hekimi talepte bulunuyor	2	33	0	0	2	12
Hemşiresi aile ve ilgili bölüm arasında ilişki kuruyor	1	17	0	0	1	6
Diğer (ilan yolu ile)	1	17	3	27	4	23
EBH'ne ihtiyacı olan en sık rastlanan hasta grubu (*)						
Terminal dönemde olup evde ölmek isteyenler	2	33	6	55	8	47
Yaşlı ve kronik hastalığı olanlar	1	17	3	27	4	24
Yatağa bağımlı	3	50	4	36	7	41
Fiziksel özürülü	0	0	1	9	1	6
Subakut dönemi evde geçirecekler	2	33	1	9	3	18
Diğer (bebek bakımı)	1	17	2	18	3	18
Kurumun evde sunabildiği hizmetler(*)						
Tıbbi-tedavi hizmetleri	4	67	1	9	5	29
Rehabilitasyon hizmetleri	2	33	2	18	4	24
Profesyonel hemşirelik hizmetleri	1	17	11	100	12	71
Solunum terapi hizmetleri	0	0	9	1	6	
Evde bakıma destek olan hizmetler	5	83	11	100	16	94
Sağlık eğitimi	0	0	0	0	0	0
Tıbbi sosyal hizmetler	6	10	8	73	14	82
Kurumun hizmet sunumunda işbirliği yaptığı kuruluşlar						
Var	3	50	11	100	14	82
Yok	3	50	0	0	3	18
Varsa hangi kuruluşlar						
Fizik tedavi ve rehabilitasyon merkezleri	0	0	1	9	1	7
Sosyal hizmet kuruluşları	1	33	2	18	3	21
Özel bakım/hemşirelik büroları	2	67	3	27	5	36
Ruh Sağlığı/Psikiyatri klinikleri	0	0	1	9	1	7
Diğer (özel hastaneler)	0	0	4	37	4	29

(*) Birden fazla cevap verilmiştir.

nın çoğunun aynı zamanda tıbbi ekipman ve malzeme pazarlama işiyle de uğraşmalarından kaynaklanmıştır.

Kuruluşların hepsinde hastanın hekimi tarafından tıbbi tedavi planı hazırlanırken, % 71'inde destek personelin evde bakım hizmet sunumunu yönlendirecek bakım planının hazırlanmadığı saptanmıştır (Tablo 8). Çoğu eğitimsiz olan bu personeli yönlendirecek bakım planının olmaması ve sonuçta sundukları hizmetlerin değerlendirilmemesi (belki hasta açısından tehlikeli sonuçların doğmasına ve) araştırmada da saptandığı gibi memnuniyetsiz hastaların olmasına neden olur (Tablo 4).

Tablo 7: Kurumun Evde Bakım Hizmeti Sunan Personeline İlişkin Özellikleri

	Özel Hastaneler		Özel Bakım Büroları		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evde sağlık bakım ekibi						
Var	1	17	2	18	3	18
Yok	5	83	9	82	14	82
Personelin iş tanımları						
Var	1	17	5	45	6	35
Yok	5	83	6	55	11	65
Personelin evde bakım hizmeti ile ilgili oryantasyon programı uygulaması						
Var	2	33	1	9	3	18
Yok	4	67	10	91	14	82
Personelin hizmet içi eğitimi (HİE) programları uygulaması						
Var	0	0	1	9	1	6
Yok	6	100	10	91	16	94
Uygulanan HİE ve oryantasyon programlarının değerlendirilmesi						
Var	0	0	1	9	1	6
Yok	6	100	10	91	16	94

Tablo 8: Kurumun Evde Bakım Hizmetinin Sunumu İçin Hasta Hastanede Yatarken Yaptığı Planlama ve İzleme

	Özel Hastaneler		Özel Bakım Büroları		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Eve çıkmadan önce hastanın değerlendirilmesi						
Yapılıyor	2	33	4	36	6	35
Yapılmıyor	4	67	7	64	11	65
Evde bakım için gerekebilecek ortamın değerlendirilmesi						
Yapılıyor	2	33	6	55	10	59
Yapılmıyor	4	67	5	45	7	41
Hastanın hekimi tarafından hazırlanan tedavi planı						
Var	6	100	11	100	17	100
Yok	0	0	0	0	0	0
Evde bakım veren destek personeli yönlendirmek için hemşirenin hazırladığı bakım planı						
Var	2	33	3	27	5	29
Yok	4	67	8	73	12	71
Evde bakım verirken personelin tuttuğu tıbbi kayıtlar						
Var	4	67	5	45	9	53
Yok	2	33	6	55	8	47
Hastanın eve transferi için gerekli hastane desteği						
Var	6	100	3	27	9	53
Yok	0	0	8	73	8	47
Hastanelerden taburcu olma işlemlerini planlayan kişi						
Var	2	33	4	33	6	35
Yok	4	67	7	67	11	65

Destek personel (ev hizmetlisi) tarafından sunulan evde bakım hizmetlerinin hekim ve hemşire tarafından denetimi yetersizdir. Denetim yapan hekim veya hemşirelerin % 75'i 2 hafta-1 ay ara ile bu denetimleri gerçekleştirmektedir ki, bu durum literatür bilgileri ile uyumlu değildir. Çünkü destek personelin denetim sıklığının 2 haftayı geçmemesi gerekmektedir (7).

Ayrıca kuruluşların çoğunluğunda (%65) taburcu etme işlemlerini planlayan kişi de bulunmamaktadır (Tablo 8). Bu durum, literatür bilgileri ile uyumlu değildir. Hollanda'da tüm sağlık kuruluşlarında evde sağlık bakımı birimi (genelde uzun süreli evde bakım hizmetleri için) ve hemşirelik hizmetleri birimi (uzun ve kısa süreli evde bakım hizmetleri için) bulunmaktadır (18).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda,

- Evde sağlık bakım hizmetine gereksinim duyan bireylerin çoğunun (%44) 61-80 yaşları arasındaki yaşlı hastalar olduğu belirlenmiştir. Evde sağlık bakım hizmeti talebinde bulunan hastaların çoğunun (%31) CVA+Hemipleji gibi fiziksel aktivitelerini büyük ölçüde kısıtlayan hastalığa sahip olduğu saptanmıştır.
- Hastaların evde bakım gereksinimlerini etkileyen faktörler, evde yalnızken, yardıma gereksinim duymaları (%56), özellikle görme ve işitme duyularındaki azalma nedeniyle gereksinimlerini karşılayamamaları (%60), günlük hayatta kullanılması gereken malzemeleri kullanamamaları (%36), en az bir kronik hastalığa sahip olmaları (%54) ve sürekli ya da hastalık süresince ilaç kullanmaları (%8) olarak saptanmıştır ki tüm bu faktörler evde bakım gereksinimini arttırmaktadırlar.
- Hastalar çoğunlukla "hastalıkları nedeniyle kendilerine bakacak durumda olmamaları" (%67) nedeniyle evde bakım verecek personele gereksinim duymaktadır.
- Hasta veya hasta ailelerinin evde bakım verecek personeli bulmak için sıklıkla "hastanelerin ilgili bölümleri" (%40) ve "özel bakım büroları"na (%39) başvurdukları ve bu konuda hastaların büyük çoğunluğunun hastaneden bilgi ve destek almadığı (%60) görülmüştür. Ayrıca hasta veya hasta ailelerinin (%59)'unun evde sağlık bakım hizmetinin "hemşire" tarafından sunulmasını istediği de saptanmıştır.
- Hasta veya hasta ailelerinin özel hastanelerden çoğunlukla kendilerine "evde bakım verecek uygun personeli bulma" (%41) konusunda beklentilerinin olduğu saptanmıştır.
- Hasta veya ailelerinin az bir bölümünün (%14) daha önceden evde sağlık bakımına gereksinim duydukları ve büyük bir çoğunluğunun da "ba-

kımın eğitimsiz bir personel tarafından verilmesi" (%66) nedeniyle bakımdan memnun kalmadıkları saptanmıştır.

- Evde sağlık bakım hizmeti sunan veya sunmayı destekleyen özel hastaneler ve özel bakım büroları yöneticilerinin özellikleri genel olarak incelendiğinde; çoğunluğunun lise mezunu (%47) olduğu görülmüştür.
- Evde sağlık bakım hizmeti sunan veya sunmayı destekleyen özel hastaneler ve özel bakım büroları yöneticilerinin özellikleri genel olarak incelendiğinde; çoğunluğunun lise mezunu (%47) olduğu görülmüştür.
- Evde sağlık bakım hizmeti sunan kurumların çoğunluğunun 5 yıl veya daha fazla süredir bu hizmeti sunduğu (%35), hiçbirinde evde bakım hizmetlerinin "evde sağlık bakım birimi" tarafından yönetilmediği, %76'sında gerekli standartların olmadığı, evde bakım ihtiyacı olan hastaları belirleme şekillerinin "hasta veya ailesinin talepte bulunması" ile gerçekleştiği (%59), en sık karşılaştıkları hasta grubunun "terminal dönemde olup evde ölmek isteyen yaşlı hastalar" olduğu (%47) saptanmıştır.
- Kuruluşların çoğunda "evde sağlık bakım ekibi" nin olmadığı (%82), evde bakım hizmetini destek personel (hastabakıcılar, gönüllüler) ile sunduğu (%57), personel ile ilgili iş tanımlarının olmadığı (%65), yine çoğunun personele oryantasyon programı (%82) ve HİE programları uygulamadığı (%94), uygulayanların da HİE ve oryantasyon programları ile ilgili değerlendirme yapmadıkları (%94) saptanmıştır.
- Kuruluşların hastalar eve çıkmadan önce hastanın durumunun değerlendirmesini yapmadıkları (%65), evdeki ortamın değerlendirmesini yaptıkları (%59) saptanmıştır. Hepsinde hastanın hekimi tarafından tedavi planının hazırlandığı ancak destek personelin hizmet sunumunu yönlendirecek bakım planının hazırlanmadığı (%71), evde bakım verirken personelin %53'ünün tıbbi kayıt tuttuğu anlaşılmıştır. Ayrıca kuruluşların çoğunun hastanın eve transferini sağladığı (%53), "hastaneden taburcu olma işlemlerini planlayan kişi"nin olmadığı (%65) saptanmıştır.
- Kuruluşların çoğunda hastanın evdeki durum değerlendirmesi (%53) ilk bir haftada (%67) yapıldığı saptanmıştır. Ancak destek personelinin sunduğu evde bakım hizmetinin hekim veya hemşire tarafından çoğunlukla denetlenmediği (%76), denetleyenlerin ise (%24) denetlemeyi

sıklıkla iki hafta ile bir ay arası bir sürede yaptıkları görülmüştür (%75).

Bu sonuçlar doğrultusunda sunulan öneriler şunlardır;

- Evde bakım hizmetlerine gereksinim duyan hasta grubu daha çok yaşlılardan oluştuğu için öncelikle “Yaşlılara Yönelik Evde Bakım Hizmetleri”nin sunulması ve geliştirilmesi teşvik edilmelidir. Bu nedenle ülkemizde ya varolan “Yaşlılara Yönelik Konut Geliştirme Politikaları” (huzurevlerinin düzenlenmesi ve sayıca artırılması ile başlanabilir), “Sağlık ve sosyal Güvence Politikaları” geliştirilmelidir ya da ABD’inde “Medicare” adı verilen 65 yaş veya daha yaşlı yaş grubunda, maddi yetersizliği olan yaşlılar için yürürlüğe konulmuş ve evde sağlık bakımının gelişmesi yönünde oldukça etkili olan Amerikan Federal Sağlık Sigortası gibi bir sistemin benzeri ülkemiz şartlarına uygun bir şekilde hazırlanmalı ve uygulanmalıdır. Böylece hem çok sayıda yaşlı bireye hemde kaliteli evde sağlık bakım hizmeti sunulmuş olacaktır.
- Kuruluşlarda evde bakım hizmeti sunan personelin eğitilmesi ve geliştirilmesine yönelik yoğun HİE ve oryantasyon programları düzenlenmeli ve değerlendirilmelidir. Ayrıca kurum yöneticilerine yönelik “Evde bakım Hizmetleri ve Sunumu” ile ilgili paneller, kongreler, konferanslar düzenlenmeli ve yöneticiler bu faaliyetlere katılmaları için teşvik edilmelidir. Bu faaliyetlerle ilgili olarak 1998 yılının Eylül ayında düzenlenen “I. Ulusal Evde Bakım Kongresi” başlangıç sayılmalı ve devamı getirilmelidir.
- Evde bakım hizmetlerinin sunumunda hastanelerin katılımları artırılmalı, hastane yöneticileri bu hizmetlere teşvik edilmeli ve “Hastane Destekli Evde Bakım Hizmetleri” hızla geliştirilmelidir.
- Evde bakım hizmetlerini yıllardır farklı şekillerde sunmaya çalışan ve kendilerini “özel bakım büroları” olarak adlandıran bürolar hizmet sunumu, yönetimi, finansmanı ve yöneticilerinin özellikleri açısından “evde sağlık bakım büroları” haline getirilmeli ve mümkünse hepsi (Sağlık Bakanlığı gibi) bir merkezi kuruluşa karşı sorumlu olarak hizmet sunmalıdır.
- “Evde Bakım Hizmetleri ve Sunumuna Yönelik Standartlar” oluşturulup, evde bakım hizmetlerinin belli standartlara göre sunulması ve gerekli denetimler yapıldıktan sonra hizmetin kalitesinin değerlendirilme-

si gerekmektedir. Bu konuda büyük ölçüde yardımı olacak "Kalite Kontrol Komitesi"nin oluşturulması da kaçınılmazdır.

- Kuruluşlarda evde bakım hizmetleri organize edilmiş, ayrı bir birim tarafından sunulmalıdır. Böylece sunulan hizmetlerin takibi ve değerlendirilmesi daha kolaylaşır.
- Evde bakım hizmetlerinin finansmanı için ödeme olanakları geliştirilmelidir. Ayrıca özel sağlık sigortası olan bireylerin "evde bakım hizmetleri" ödemelerini sigorta şirketlerinin karşılaması konusunda bilinçlendirilmesi gereklidir.
- Hasta veya hasta ailelerine yönelik evde bakım hizmetleri ve sunumu ile ilgili bilgilerin kısa ve öz olarak anlatıldığı rehber bir kitapçık hazırlanabilir.
- Evde bakım hizmetleri ile ilgilenen kurum ve bireylerin bilgi edinebileceği, konuyla ilgili dergi, kitap, bülten gibi yayınlar arttırılmalı ve bu konuda ilgili Bakanlıkların, Hemşirelik Yüksekokulları, Türk Hemşireler Derneği gibi kuruluşlarla işbirliği sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Büyükcoşkun, A.: Yaşlılık ve evde bakım hizmetleri, Sağlıklı Yaşlanma Sempozyum Kitabı. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Yayını, Ankara, 26-27 Kasım, (1992).
2. Coleman, B.J.: European model of long-term care in the home and community. *International Journal of Health Services*, 25: 455-474, (1995).
3. Como, N.D.: Nursing Roles in The Community: Home Health Care Nursing. Ed: B.V. Bulough, Nursing in The Community. C.V.Mosby Company, 26-33, (1990).
4. Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE): İstatistik Yıllığı (1994).
5. Heikkinen, E., Waters, W.E., Brezzezinski, Z.J.: The Elderly in Eleven Countries. "A Socio-medical Survey". World Health Organization, WHO Publications Centre, USA, (1990).
6. Hughes, M.M., Mattheis, A.. Home Medical Equipment: Home Oxygen and Durable Medical Equipment. Improving Quality in Home Care, Gaithersburg, Maryland, (1997).
7. JCOAH: "Home Care Services Standarts". Accrediation Manual for Hospital, (1987).

8. Jo Ryan, S., Wassenbeg, C: A hospital based home care program, *Nurs. Clin. Nort. Am.* 2:323-331, (1990).
9. Köşgeroğlu, N., Aksoy, F., Özkaya, G.: Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlıların karşılaştıkları sorunlar ve başatme yollarının değerlendirilmesi. Sağlıklı Yaşlanma Sempozyumu Kitabı. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Yayını, Ankara, 26-27 Kasım, (1992).
10. Milli Eğitim Bakanlığı: Hasta ve Yaşlı Bakımı Refakatçi Yetiştirme Eğitim Projesi. Ankara, Nisan, (1995).
11. National Association for Home Care: Basic Statistics About Home care, Department of Research, Washington, (1996).
12. National Association for Home Care: How to Choose a Home Care Provider: A Consumer's Guide, Washington, (1996).
13. Rusch, S. C.: Countunity of Care: From hospital unit in to home, *Nursing Management*, 12:38, (1990).
14. Scwartz, R.: Home heal'ts origins, *Advanced Practice Nurse*, 39-41 (1994).
15. Tahmiscioğlu, B.: "Osteoporozlu Hastalara Sunulan Evde Bakım Hizmetleri/Yaklaşımları". İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (1994).
16. Tanlı, S.: "Evde Bakım Hizmetlerinin Firmalaştırılması. Bir İşletme Planı Örneği", İ.Ü. İşletme Fakültesi Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (1996).
17. Temizkan, N.: Evlerde Uygulanan Hasta Bakım Hizmetlerinde Kalite İyileştirme İle İlgili Bildiri, Ankara, (1997).
18. Tjassing, H.: Home care in Europe and the Netherlands, *Caring Magazine*, 18:20-24, (1995).
19. Tuncel, N., Şanlı, T., Perk, M.: Halk Sağlığı Hemşireliği. Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları, Eskişehir, Ekim (1993).
20. Ülker, S., Oktay, S., Erdoğan, S.ve ark.: "Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Sunumuna ilişkin Temel İlkeler Toplantısının Grup Raporu", *Şişli Etfal Hastanesi Hemşirelik Dergisi*, İstanbul, (1995).
21. Yazgan, R.: "İstanbul'da Dört Huzurevinde Yapılan Araştırma". İ.Ü. İşletme Fakültesi Yüksek Lisans Tezi, İstanbul (1992).
22. 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu"
23. "I.Ulusal Evde Bakım Kongresi Program Özet Kitabı" Vehbi Koç Vakfı Yayını, İstanbul (1998).