

# Evde Bakım Hizmetlerine Genel Bir Bakış

## HOME CARE: AN OVERVIEW

Mustafa ÇOBAN\*, Afsun Ezel ESATOĞLU\*\*

\* Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Disiplinlerarası Sosyal Psikiyatri AD Yüksek Lisans Öğrencisi, Sağlık Yönetimi Bilim Uzmanı,

\*\* Yrd.Doç.Dr., Ankara Üniversitesi, Sağlık Eğitim Fakültesi, Sağlık Yönetimi AD, Öğretim Üyesi, ANKARA

### Özet

Evde bakım hizmetleri; sağlık düzeyini iyileştirmek ve yükseltmek için hastalara kendi yaşadıkları ortamlarında sağlık hizmeti ve hizmet donanımının sağlanmasıdır. Dinamik bir sürece sahip olan evde bakım hizmetlerinin tarihsel gelişimi Ortaçağ Avrupa'sına dayanmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri, Avrupa Birliği Ülkeleri, Çin ve diğer bazı ülkelerin sağlık sistemlerinde önemli yeri bulunan evde bakım hizmetleri, Türkiye'de de özel sağlık kurumları tarafından yürütülmeye başlanmıştır. Bu çalışmada evde bakım hizmetleri kavramı, kavramla ilgili tarihsel ve felsefi gelişim, evde bakım hizmetlerinin avantajları ve dezavantajları ile Türkiye'de evde bakım hizmetleri hakkındaki mevcut durum incelenmiştir. Türkiye'de evde bakım hizmetlerinin konumu incelendiğinde, hukuki ve toplumsal açıdan tartışılması gereken sorunların olduğu görülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Evde Bakım Hizmetleri, Sağlık Hizmeti, Sağlık Profesyoneli

T Klin Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi 2004, 12:109-120

### Summary

Home care services are supplying the health service and service equipment to the patient in their own living environment, in order for rehabilitating and increasing the health condition. Historical evolution of the home care services which has a dynamic progression starts in the Medieval Europe. These services, which have an important part in health services of the United States of America, European Union Countries, China and some other countries, have started to be run by private health institutions in Turkey. In this study, the concept of home care services, historical and philosophical progression related to this concept, advantages and disadvantages of home care services and present situation of home care services in Turkey are examined. When position of home care services in Turkey is analyzed, it's seen that there are problems that need to be discussed in legal and social aspects.

**Key Words:** Home Care, Health Care, Healthcare Professional

T Klin J Med Ethics, Law and History 2004, 12:109-120

20. yüzyıl gelişimin ve değişimin yüzyılı olmuştur. Batı Avrupa ve Kuzey Amerika'dan esen küreselleşme fırtınası, tüm sektörleri ve ülkeleri yakından etkilemiştir. Değişim yalnızca ekonomi alanında değil, toplumsal, siyasal, kültürel tüm değerlerde, kurum ve kurallarda da bir benzeşmeyi beraberinde getirmiştir (1). Değişen dünya ile birlikte sağlık hizmetlerinin sunumunda da farklılaşma kaçınılmaz olmuş (2); sağlık hizmetlerinin sunumunda baskın seçenek olan hastanelerden uzaklaşmaya başlanarak, gündüz hastaneleri ve evde bakım kuruluşları gibi alternatif sağlık hizmetleri ön plana çıkmıştır (3).

Bu çalışmanın amacı, evde bakım hizmetlerinin tarihsel ve felsefi gelişimi odağında, evde ba-

kım hizmetleri hakkında bir öngörü oluşturmaktır. Çalışmanın ilk ve ikinci bölümünde evde bakım hizmetleri kavramı ile kavramla ilgili tarihsel ve felsefi gelişim verilmiştir. Üçüncü bölüm evde bakım hizmetlerinin kapsamı, dördüncü ve beşinci bölüm evde bakım hizmetlerinin avantajları ve dezavantajlarından oluşmuştur. Son bölümde Türkiye'de evde bakım hizmetleri hakkındaki mevcut durum incelenmiştir.

### 1. Evde Bakım Hizmetleri Kavramı

Evde bakım, ev hastanesi, ev hospilitizasyonu, tıbbi evde bakım veya duvarsız hastane olarak bilinen, hastaya evinde sağlanan tıbbi hizmet anlamına gelmektedir (4). Evde bakım, profesyonel bir kişinin hastaya ve ailesine, hastanın evinde

yardım sağlaması girişimidir. Evde bakım kavramı çeşitli ülkelerde farklı terimlerle ifade edilmektedir. İsrail’de ev hastanesi (hospital at home), Amerika Birleşik Devletleri’nde evde bakım (home care), ev hemşireliği (home nursing), Batı Avrupa’da ise evde sağlık bakımı (home health care) ve ev ziyareti (home visiting) sık kullanılan terimlerdir.

Evde bakım hizmetleri; sağlık düzeyini iyileştirmek ve yükseltmek için hastalara ev ortamında sağlık hizmeti ve hizmet donanımının (araç,gereç) sağlanmasıdır (5). Schulmerich ve arkadaşlarına göre; (6) evde sağlık bakımı, toplumsal bakım, ev ziyaretleri ve hemşire ziyaretleri kavramlarının hepsi, evde profesyonel bakımı içermektedir. Evde bakım hizmetleri tarihsel süreç içerisinde pek çok değişikliğe uğramış, ancak bazı hasta grupları için evde bakım hizmetlerinin hastane hizmetlerine göre daha uygun olması durumu hiçbir zaman değişmeyen bir gerçek olarak kalmıştır.

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 sisteminde kronik hastalıkların bakımında, hastanın ve hasta yakınının bakım sırasında katılımcı olması beklenmektedir. Katılım amaca ulaşmada kolaylaştırıcı rol üstlenirken, hasta, hasta yakını ve sağlık personeli arasındaki koordinasyonu da artırmaktadır. Evde bakım hizmetlerinde amaç, günlük yaşam aktivitelerini en az etkileyerek maksimum tedavi ve bakıma ulaşmak yolu ile hastalığın ve engelliliğin etkilerini en aza indirmek ve aynı zamanda yaşam ve yaşama koşullarının niteliğini yükseltmektir (7). Erdoğan’a göre (8), evde bakım hizmetleri, gelişmiş sağlık hizmetinin alt grubudur. Akut, kronik veya kalıcı engelliliği olan kişi ve ailesine kendi ortamlarında; bağımsızlıklarını en üst düzeyde tutan, hastalık ve engelleri en aza indiren, sağlığı koruyan, sürdüren ve rehabilite eden, hasta ve ailesinin gereksinimlerine göre planlanan bir hizmet biçimidir. Erdoğan, evde bakım hizmetlerinin tanımında önemli bir konu olan sağlık hizmetlerinin “hasta ve ailenin gereksinimlerine” göre planlanmasına da vurgu yapmaktadır. Bu yaklaşım

sağlık hizmetlerinde yeni bir yaklaşım olan transmural bakım kavramını çağrıştırmaktadır. Transmural bakım, hastanın gereksinimlerine yönelmiş sorumlulukların paylaşılmasına dayalı olarak, genel ve özel bakıcıların eşgüdümü ve uyumu bağlamında sağlanan bakım olarak tanımlanabilir (9). Hollanda’da evde bakım hizmetleri uygulamalarında transmural bakım kavramı ön plana çıkmaktadır (10,11).

Evde bakım hizmetlerinin temeli ev ziyaretleridir. Ev ziyaretçileri evde bakım hizmetlerini sunan kişilerdir. 20 yüzyıl ile birlikte ev ziyaretçiliği kavramı içerisinde hemşirelik hizmetleri yalnızca bir hizmet türü olarak kalmış ve diğer medikal ve sosyal hizmetler de ev ziyareti kavramı ile birlikte algılanmaya başlamıştır. Ev ziyaretleri hasta ya da hizmet alacak bireyi ve aileyi belirlemek, gerekli olan hizmeti sunmak ve kontrol etmek amacıyla gerçekleştirilmektedir. Ev ziyaretleri ile hedef kitleye erişim sağlanmaktadır (12).

## 2. Evde Bakımın Tarihsel ve Felsefi Gelişimi

Evde sağlık hizmeti sunmanın tarihsel gelişimini, bireye sunulan en ilkel sağlık hizmeti olarak değerlendirilebilecek olan doğumun evde mi yoksa ev dışında mı yapılması gerektiği tartışmalarının yaşandığı Hititler ve sonrasında Romalılar döneminden başlatmak yerinde olabilir. Soranus, “Gynaecology” başlıklı eserinde, Roma’da doğumun genelde gebe kadının evinde gerçekleştirildiğinden ve doğum başladığında ebeinin gerekli alet ve malzemeyi yanına alarak gebenin evine gittiğinden söz eder (13). Erginöz’ün (13) Pieril’den aktardığına göre doğum sadece kişi için değil, bütün toplum için önemli bir olay olarak görüldüğü ve kutsal sayıldığı için, bazı toplumlarda, günlük bir mekan yerine, bu tür özel durumlar için kullanılan ayrı bir mekanda gerçekleştirilmiştir. Hekimler, Anadolu Selçukluları döneminde mahalle halkına, pazarlarda, çarşılarında ve kendi evlerinde sağlık hizmeti sunmuşlardır (14).

Ortaçağ Avrupası’nda evde sağlık hizmeti uygulamaları, hastanın diğer hastalara hastalığını bulaştırmaması sağlamak amacı ile yapılmıştır. Burada sunulan hizmetin içeriği tıbbi boyuttan öte

sosyal hizmetleri (özellikle barınma ve yemek taşıma gibi) içermektedir (15) Bu çağda uygulanan evde sağlık hizmetleri uygulamaları daha sonra uygulanacak olan "evde tecrit" ve "evde sağlık hizmeti uygulamaları"nın temelini oluşturmuştur.

Birtakım koşullar, 19 yüzyılın ortalarından itibaren bakım ihtiyacı olan bireylere yardım etmek için organize resmi girişimlerin oluşturulmasında ve bu girişimlerin hızlanmasında aktif rol oynamışlardır. Kentlerde yaşayan ve sayıları gittikçe artan fakir ve özellikle hasta kişiler, hastanelerdeki bakım için gerekli parayı bulamadıklarından 19. yüzyılın sonlarında evde tedavi edilmeye ve desteklenmeye gereksinim duymuşlardır. 20. yüzyıla girilirken kentleşmedeki hızlı artış, şehirde yaşayan yoksul insan sayısındaki artışı ve buna bağlı sosyal koşullardaki bozulmayı da beraberinde getirmiş, evde bakım ve desteğe olan ihtiyacı artırmıştır. ABD’de, 1890 yılında kentlerde yaşayan nüfus %15.3 iken, bu oran 1938 yılına gelindiğinde % 45.1 olmuştur (16). Amerika’da 18. yüzyılda evde bakım uygulaması ve ev ziyaretleri, fakir çocuklara ve onların ailelerine sağlanan kamusal bakım metodu olarak benimsenmiş, kurumsal bakımdan uzaklaşmıştır. Ancak 19. yüzyılla birlikte felsefe büyük bir değişim meydana gelmiş ve yoksul çocukların kurumlarda bakımı, evde bakıma üstün kabul edilmiştir. Eş zamanlarda, İngiltere’de de dullara ve onların çocuklarına evlerinde destek sağlanması yerine, çocuklar alınarak binlerce çocuğun barındığı bakım evlerine yerleştirilmesi uygulamasına geçilmiştir. Bu girişimlere “aileleri bir arada tutma yerine onları ayırmanın olumsuz etkilerini tanımlayan” güçlü eleştiriler yapılmıştır. Bunun üzerine bazı eyaletler, 19. yüzyıl öncesi gibi evde bakıma devam etmiş ve daha sonra New York Eyaleti de evde bakım hizmetleri üzerine yoğunlaşmaya başlamıştır (17).

Evde bakım hizmetleri ile ilgili felsefi boyutta değişiklikler olurken, eğitilmiş ev ziyaretçileri yoluyla İngiltere’de evde bakım hizmeti verilmesi için kurumsallaşma çalışmaları başlamıştır. Evde hasta bakımı kilisenin önderliğinde, gönüllü kuruluşlar tarafından uzun yıllardır temel bir hizmet sunma yöntemi olarak benimsenmesine rağmen, dini gruplar dışında evde hasta bakımı hizmeti,

1859 yılına kadar yapılmamıştır. Gerçek anlamda ziyaretçi hemşirelik hizmeti bu tarihte William Rathbone adlı bir İngiliz antropolog tarafından oluşturulmuştur. Rathbone, eşine, evde bir hemşire tarafından verilen bakımdan etkilenerek 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 üyelerine evde hasta bakımını ve genel hijyen kurallarını da öğretmiştir. Böylece İngiltere’de bölge hemşirelik sisteminin temeli atılmıştır (18, 19).

Evde bakım hizmetlerinin en önemli öncülerinden olan Florance 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’in önerileri üzerine, 1862 yılında Liverpool’da evlerde hasta bakımını gerçekleştirecek, ziyaretçi hemşire yetiştiren ve 1,5 yıllık eğitim veren ilk okul açılmıştır (18,19). Nightingale’in hastalara, özellikle fakir hastalara ilgisi yaşamı boyunca sürmüştür. Nightingale’in 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. Nightingale’in bölge hemşireliği ve ev bakımıyla ilgili son raporları 1890’dan I. Dünya savaşına kadar Amerika’da olan büyük sosyal ve kültürel değişimlerle çakışmıştır. Bu dönemde ABD’de evde bakım hizmetleri ile ilgili pek çok ilerleme kaydedilmiştir (17). Hemşireler 1886 yılında, Amerika Birleşik Devletleri’nin özellikle Philadelphia ve Boston eyaletlerinde bölgesel olarak örgütlenerek evde bakım hizmeti gerçekleştirmişlerdir (18, 20).

20. yüzyıl başlarında ziyaretçi hemşirelerin evlerdeki rolü genişlemeye başlamış ve ev ziyaretlerine, öğretmenler ve sosyal görevliler de katılmaya başlamıştır. Ziyaretçi hemşireler çalışmalarına koruyucu bakım hizmetini de eklemiştir. 1910’larda çoğu kentsel hemşire kuruluşu, okul

çocukları, bebekler, anneler ve tüberkülozlu hastalar için koruyucu programlar başlatmışlardır. 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 almıştır (22). Savaşlar, ekonomik krizler, endüstrileşme ve diğer sosyal faktörler, halk sağlığı hemşireliğinin ve evde bakım hizmetlerinin gelişmesini hızlandırmıştır (23).

Ev ziyareti hareketi, ABD'deki 1930'lardaki büyük ekonomik çöküşten etkilenmiş, bir çok eyalet, evde bakım hizmetleri için yeterli kaynak yaratamamaya ve sorunlarını kendi kaynakları ile çözememeye başlamıştır. Kaynak sorununu çözmek için "federal yardım" başlatılmış, Sivil Hizmetler Müdürlüğü'nün yetkisi altında büyük bir çalışma ve özveri gösterilerek 10.000'den fazla hemşireye lokal sağlık kuruluşlarında görev verilmiştir. Lokal sağlık kuruluşlarında çalışan hemşirelerin görevlerinin önemli bir parçası da, ev ziyareti olmuştur. II. Dünya Savaşı sırasında da, hastanelerdeki hemşire ve diğer sağlık işgörenlerinin sayılarının büyük ölçüde azalması ile birlikte normalde o zamana kadar hastanede tedavi gören hastalar, evde tedavi edilmiş ve ev hemşireliği hizmetleri, niteliksel ve niceliksel olarak artış göstermiştir. 1942 yılı sonuna kadar 500.000 kadın, Amerikan Kızıl Haç'ının ev hemşireliği kursunu tamamlayarak evde bakım sağlamaya başlamıştır (23). 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'ye ulaşmıştır (22). ABD'lerinde evde bakım kuruluşları büyük sıçramayı 1990- 96 yılları arasında %31,4 lük bir artışla gerçekleştirmiştir (24). Amerikan Ulusal Evde Bakım Derneği kayıtlarına göre, 1995'te yaklaşık 15000 evde bakım şirketi ve bu evde bakım şirketlerinin 700.000 sağlık çalışanı bulunmaktadır (25).

Pekcan'a göre (26), evde bakım hizmetlerinin, sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetler olmak üzere iki temel boyutu bulunmaktadır. Avrupa'daki evde bakım hizmetleri programları bireylerin psikososyal sorunları ve sosyal hizmetler boyutuna ABD'ye

göre daha fazla önem vermişlerdir. Danimarka'da başlatılan Avrupa'daki en geniş ev ziyareti programı, başarılı hizmet sunumu için örnek bir model olmuştur. Danimarka'daki ileri derecede gelişmiş evde bakım sistemi, evli olmayan annelerin çocuklarının, terkedilmiş ya da yetim-öksüz kalmış çocukların, sıklıkla kötü muamele gördükleri bakıcı ailelere yerleştirilme uygulamasına dünya çapında bir ilginin uyandığı, 19.yy. sonlarına dayanmaktadır. Danimarka'da 1937 yılında başlatılan, 4 coğrafik bölgede uygulanan 6 yıllık bir pilot çalışmanın sonuçlarının, ev ziyaretinin bebek ölüm hızını ve hastalanma oranını azalttığını göstermesi Danimarka'da, evde bakımın ve ev ziyaretlerinin öneminin artmasını büyük oranda hızlandırmıştır. Çalışmalar sonucunda, tüm ülkede çocuk haklarını savunan ve ev ziyaretleri gerçekleştirerek evde bakım sağlayan sivil toplum örgütlerinin oluşumunun desteklenmesi kararlaştırılmıştır. (17).

Evde bakım hizmetleri, en azından iki yüzyıldır bir aile hizmeti olarak sürmekte ve pek çok ülkede hastalara, özel topluluklara ve hem de genel nüfusa hizmet götürmektedir. Sanayi toplumu öncesi üretimde çok az yer alan kadınların temel işlevleri çocuk, hasta ve yaşlılara evde bakmak iken, endüstri devrimi ile birlikte kadının rolünde önemli değişimler gerçekleşmiş, artan işgücü talebini karşılamada kadın işgücü de kullanılmaya başlanmıştır (27). Bakım hizmetinin yükü öncelikle, bu sorumluluğu başarmak için gereksinim duyulacak kaynakların kullanım ve denetiminde çok az yetkiye sahip olan kadınlar tarafından yüklenilmiştir. Aslında kadınların gereksinim duyulacak yöntemlere ve bilgiye sahip olmayan ailelerin, bakım sorumluluğunu üstlenirken kendi olanakları ile başbaşa bırakılmaları konusunda gerçek ve artan bir tehlike vardır. (28). Aile kurumundaki yapısal değişiklikler, yüksek boşanma oranları, erken evlilik ve tek ebeveynli aile v.b yoksulluk içerisinde yaşayan kadın ve çocuk sayısını artırmıştır. Bunun sonucunda da, fakirlik ve ona bağlı problemler; bebek ölümü, prematüre doğum, çocuk ihmali ve suistimali, okuldan ayrılma hızlarındaki artış, evde bakım hizmetlerine olan toplumsal ilgiyi artırmıştır.

Çin'de ki sağlık sisteminde evde bakım hizmetleri, yaşlılara hizmet sunumunda (61 yaşı esas

olarak) bir yöntem olarak kullanılmaktadır. Çin'deki evde bakım hizmetlerinin gelişimindeki en önemli unsur, ekonomik nedenlerden öte, sosyokültürel dinamiklerdir. Hizmet sunumundaki esas kişiler aile içerisinde evde sağlık hizmeti sunumu için eğitilmiş bireylerdir (29). Evde bakım hizmetlerinde bu bireyler gayriresmi bakıcılar adı altında çalıştırılmaktadır. Avusturya'da da uzun dönem bakım gerektiren ağır hastalar için gayriresmi bakıcılar kullanılmakta ve onlara ayrıca bu ülkede maddi destek sağlanmaktadır (30).

Evde bakım hizmetlerinin tarihsel süreci içerisinde ev ziyaretinin başlangıcından bugüne kadarki durumuna bakıldığında, evde bakım hizmetlerinin değerinin sürekli yeniden keşfedilmekte olduğu ve bütün ülkelerde hızla yaygınlaştığı saptanmıştır. Yaygınlaşma ve artışın nedeni kısmen artan ihtiyaç olmakla birlikte aynı zamanda, gelişmiş ülkelerde, ekonomik nedenlerden dolayı hastanede bakımdan evde ve toplum içinde bakıma doğru bir yönelme olmasından da kaynaklanmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde temel olarak azalan kaynaklar nedeniyle, devlete ait sağlık hizmetleri ve özellikle hastane hizmetleri kalitesiz olduğu, nüfusun çoğunluğunun özel sağlık hizmetlerine ulaşabilme olanağından yoksun olduğu ve bundan dolayı hem akut ve hem de uzun süreli bakımın yükünün ailenin üzerine kaydığı ifade edilmektedir (28). ABD ve Kanada'da evde bakım hizmetleri kronik hastalıklar ve yaşlı bakımının etkinliği açısından önemli bir yer tutmaktadır. Benjamin'e göre (31), yaşlıların evde bakıma olan ilgilerinin artmasını belirleyen iki temel neden vardır. Bunlardan birincisi kronik hastalıkların yaşlıları diğer gruplara göre daha fazla etkilemesi, bu nedenle de ev ortamında belirlenecek sürekli bakım hizmetlerine yaşlıların daha çok gereksinim duymalarıdır. İkinci neden ise, yaşlıların göreceli olarak hastaneleri daha çok kullanmalarından dolayı büyük bir oranda hastane sonrası bakıma gereksinim duymalarıdır.

Wasik ve arkadaşları (17) evde bakım hizmetlerinin mantığını tanımlamak için güçlendirmek, kolaylaştırmak, yükseltmek terimleri kullanmışlardır. 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 tanımında üç temel yeti önem kazanmaktadır. Bunlar gereksinim duyulan kaynaklara ulaşabilme ve onları kontrol edebilme, karar verme ve problem çözme ile kaynakları temin etmek amacıyla diğer kişilerle etkili ilişki kurabilmek için gerek duyulan davranışların kazanılmasıdır. Güçlendirme aynı zamanda etiğin temel ilkelerinden 'özerklik' ile de yakından ilişkilidir. Tıbbın temel amaçlarından birisi de insanı insan yapan temel unsurlardan biri olan özerkliği hastalık, yaşlılık gibi durumlarda, yani özerkliğin zedelenebildiği durumlarda onarmak ve desteklemektir. Evde bakım hizmetleri bireyin hükümlanlık alanının 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.

Evde bakım hizmetlerini sağlık sistemlerine uzun yıllardır entegre etmiş ülkelerde, hizmeti sunan ve hizmetten yararlanan arasında daha çok işbirliğine dayanan ve danışmanlık şeklindeki bir ilişkinin önemi konusunda görüş birliği olduğu görülmektedir. Evde bakım hizmetleri, yalnızca hasta ve hastalığa dönük bir faaliyet değildir. Bütün sağlık hizmetlerini ve sosyal hizmetleri içermesi, kapsadığı alanın büyüklüğünü göstermektedir. Avrupa ve ABD' de çeşitli evde bakım hizmeti örgütlenmelerinden biri de "hastane temelli evde bakım hizmetleridir". Hastane temeline dayanan evde bakım; kronik bakım gerektiren yatan ve ayakta tedavisi yapılan hastalar için alternatif olarak doğmuş ve yayılmakta olan bir bakım türüdür (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 durumu buna örnek olarak verilebilir. Küreselleşen dünyada tüm sektörler gibi sağlık sektörü de yeni teknolojilerin

ve bilgilerin ulaşılabilirliğini artırarak oldukça büyük bir pazar oluşturmuştur. 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 (32).

### 3. Evde Bakım Hizmetlerinin Kapsamı

Uluslararası düzeyde evde bakım hizmetlerinde anlaşmaya varılmış asgari veya temel bir hizmet listesi yoktur. Bu nedenle her ülke kendi olanakları ve sosyokültürel 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 alanın ve bakıcının hareketlilik olanağında ve ulaşım olanaklarının sağlanabilirliğinde alternatif yolların göz önüne alınmasını isteyebilirler (28).

WHO'nun Ev Temeline Dayanan Uzun Dönem Bakım 2000 Raporu'nun bütününde, uzun süreli bakımın tanımına uygun olarak, uzun süreli sağlık sorunu olan ve günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili yardıma gereksinimi olan bütün yaşlardaki kişilerin yeterli kalitede bir yaşam sürdürmesini sağlayacak bakım üzerine vurgulama yapılmıştır. Bu bağlamda, evde bakım hizmetlerinden yararlanacak hedef kitle; tüberküloz gibi bulaşıcı hastalıkları veya kalp damar hastalıkları, kanser gibi bulaşıcı olmayan kronik hastalığı olanlar; etyolojisine bakılmaksızın, gelişimsel veya poliomiyelite kaynaklı özürleri de kapsayacak şekilde, özürlü olan kişiler; HIV/AIDS'liler; kaza sonucu sakat kalanlar; duyuşsal kısıtlılığı olanlar; mental hastalığı olanlar ve madde bağımlıları, belki de daha önemli olarak aile, arkadaş ve komşu gibi, yukarıdaki gruplardan birine mensup kişilerin bakımını yapan, gayri resmi bakıcılarıdır (28).

Batı ülkelerinde politika üretenler hizmeti sunanlar ve finansal yöneticiler, evde bakımın maliyet ve bakım kalitesi açısından hastaneler için bir alternatif olup olmadığını sorgulamaktadırlar (4).

Ülkelerde evde bakım hizmetleri oluşturulurken durum tespiti yapmaya yönelik bazı soruların cevaplandırılması gerekmektedir. Aşağıdaki listede verilen sorular, evde bakım hizmetlerinin organizasyonunun kabul edilebilirliğinin, verilecek hizmetin etkinliğinin ve başarısının artırılması için yanıtlanması gereken en önemli sorular olarak görülmektedir. Liste değişebilir niteliktedir ve sorular öncelik sırasına göre sıralanmamıştır. Ülkeler, evde bakım hizmetleri konusunda, uygun politika ve programların geliştirilmesine yönelik rehber niteliği taşıyan sorular ve içerikleri konusunda gerekli gördükleri değişiklikleri yapabilmektedirler. Sorulardan bazıları aşağıda verilmiştir (28).

- ⇒ Var olan olanaklar, evde bakım hizmetlerinin hızla yürütülmesinde nasıl kullanılabilir?
- ⇒ Elde edilebilir kaynaklar, birikmiş deneyim nasıl tanımlanabilir ve daha ileri gelişmenin başlangıç noktası olarak nasıl kullanılabilir?
- ⇒ Yapılacak uygulamaya yönelik araştırma, evde bakım politikaları için bir temel oluşturmak üzere nasıl kullanılabilir?
- ⇒ Evde bakım hizmetleri hakkında hem hizmet alanların hem de hizmet sunanların 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 kurumsal 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 hizmetlerini farklı niteliklere sahip işgören grubu gerçekleştirmektedir. Evde bakım ekibinde genellikle doktor, hemşire, ebe, psikolog, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı, fizyoterapist, ev ekonomistleri yer almaktadır (33, 34). Sağlık eğitimcileri, sağlık yöneticileri, öğretmenler, çocuk gelişim uzmanları v.b. gibi pek çok meslek grubu üyesinin de, evde bakım hizmetleri organizasyonunda yer alması uygun olabilir. Evde bakım hizmetlerine ait sorunların ve çözümlerin birbirin ardışığı olması, kapsamının genişliği konuya çok disiplinli bir yaklaşım gerektirmektedir.

#### 4. Evde Bakım Hizmetlerinin Avantajları

Evde bakım hizmetleri, hastalara özerkliklerini ve kendiliklerini koruma olanağı vererek, insanların yaşadıkları ortamda daha mutlu olmalarını sağlamaktadır. Oğuz'a göre (35) hastanın özerkliğini gerçekleştirmenin en etkili yolu aydınlatılmış onam uygulamasıdır. Bu bağlamda aydınlatılmış onam uygulamasının hastaların biricikliğin temel olduğu evde bakım hizmetlerinde göz ardı edilmeyeceği ve hastaların özerkliğinin gerçekleştirilebileceği düşünülmektedir.

Dr. Leighton'un, Navaro Kızılderilileri üzerine yapmış olduğu çalışmadan alınan şu metin insanların hastanelere olan duygularını oldukça açık ifade etmektedir. "Saatle yatağa gitmeye ve yaşamaya, etrafta dolaşmadan bir odada çakılıp kalmaya alışık değilim" (36). Hastanede yatan hastanın özgürlüğü hastalığın doğası dışında hastanenin yapısı nedeniyle de kısıtlanır ve kullanılan araç ise yasaktır. Yasaklamaların bazıları hastanın kendi iyiliği için olmakla birlikte, bazıları diğer hastaların özgürlüğünü korumak, tedavi ekibinin rahat hareket etmesini sağlamak ve hastanenin düzenli işlemlerini gerçekleştirmek içindir (37). Evde bakım hizmetleri hastalar için elde edebilecekleri özgürlüğün en yüksek düzeyine izin vermektedir (38). Stinner özgürlüğün mutlak değil sınırlı olduğunu, herşeyden değil bazı şeylerden kurtulma durumu olarak tasarlandığını ileri sürmektedir (39). Evde bakım hizmetleri kamusal alanın özel alana taşınması olarak

düşünüldüğünde özgürlüğü kısıtlayan bir aygıt olarak algılanabilir. Kamusal hizmet sunan sağlık işgönerlerinin hizmet sunma yerini, özel alanın en temel öznesi hastanın evine kadar genişletmesi özel alanın daraltılması, buna karşın kamusal alanın genişletilmesi olarak değerlendirilebilir. Bir yanda hastanın kendi evinde kendine ait ortamda olması hasta için özgürlüğünün genişletmesi olarak değerlendirilirken sağlık işgönerlerinin kamusal alanı genişletmeleri özgürlüğün kısıtlanması olarak görülebilir. Bu yaşanan özgürlük paradoksunu Bauman (40) "Hiçbir özgürlük mutlak, her şeyi kapsayıcı, sınırsız değildir; bir bağımlıktan kurtulmanın tek yolu başka bir bağımlılığı kaldırarak kullanmaktır" diyerek açıklamaktadır.

Hastaların çevreyle olan iletişimi, daha hızlı düzelmelerini sağlamaktadır (7). Türkdogan'a göre (36), evinden ayrılan hasta, kabuğundan çıkarılmış midye gibidir. Hasta artık yeni bir ortama girmiştir ve uyum süreci yaşayacaktır. Hastanın, hastanede hasta rolünü daha iyi oynadığı ve oynadığı hasta rolünün hastanın iyileşmesini geciktirdiği düşünülmektedir.

Evde bakım hizmetlerinin batı ülkelerindeki yaygınlaşmasının nedenleri arasında hastane hizmetlerinden daha etkili olması (38) ve daha ekonomik olması bulunmaktadır (4). Batılı ülkelerde sosyal güvenlik kuruluşları, evde bakım hizmetlerini sigorta kapsamlarına alarak hastaya yeni bir seçenek olarak sunmaları ile risk/ yarar olumlu dengesini kurarak evde bakım olanağını hastaya bir seçenek olarak sunmamayı etik bir sorun olmaktan çıkarmışlardır.

Evde bakım hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetlerinde erişilebilirliği artırmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin başarısı için bağışıklama hizmetlerinde hedef kitlenin bütününe ulaşmak gerekmektedir. Evde bakım hizmetleri uygulamaları ile, bağışıklama, gebe- bebek izlemi gibi koruyucu sağlık hizmetlerinin taşıyıcısı olan iki temel hizmetin etkinliği artırmaktadır. 1980 yılında Danimarka'daki 277 ilçeden 259'unda ziyaretçi hemşire programı uygulanması ile birlikte 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 edilmekte, toplumun yalnızca %2'sinden daha azı bu hizmeti kabul etmemektedir. Ebeler ve doktorlar kanunen tüm doğumları ev ziyaretçisine bildirmekle yükümlüdür (12).

Sağlık sisteminin hastane hizmetlerinden yararlanma zorunluluğu olan hastalar ile hastanede yatması gerekmeyen ancak bakım gereksinimi olan hastalara yükümlülükleri vardır. Evde bakım hizmetlerinin olmadığı sistemlerde hastaneye yatışlarda bir tercih zorunluluğu olmakta bu iki gruptan sadece birisine bu yükümlülük yerine getirilebilmektedir. Sistemde evde bakım hizmetlerine de yer verilerek hizmeti her iki grup için de verebilmek etik açıdan olumlu bir uygulama olmaktadır.

Evde bakım hizmetleri uygunsuz hastane kullanımını azaltmaktadır (41). Landi ve arkadaşlarının (41) İtalya'da yaptıkları bir çalışmada, evde bakım programlarının uygulanması ile birlikte hastaneye başvurularda, hastanede kalış süresinde ve hastane enfeksiyonlarında azalma olduğu saptanmıştır. Hastane enfeksiyonları, maliyetleri oldukça artırmaktadır (42). Evde bakım hizmetleri organizasyonlarının gerçekleştirilmesi ve geliştirilmesi ile hastanede oluşabilecek enfeksiyonlardan da korunulmasını sağlamaktadır.

Simmons ve arkadaşlarının (43) yapmış olduğu çalışmada, evde bakım hemşireleri ile hastanede çalışan hemşirelerin pozitif ve negatif stres faktörleri değerlendirilmiş; evde bakım hemşirelerinde kızgınlık, işe karşı önleyici tutumlar gibi negatif stres faktörleri hastane hemşirelerine göre oldukça düşük bulunmuştur; pozitif stres faktörleri açısından ise anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Riccio'nun gönüllü ve kar amacı gütmeyen bir evde bakım kuruluşunda hasta, hemşire ve doktorlar ile yaptığı çalışmada hemşirelerin %70'inin verdikleri hemşirelik hizmetlerinden memnun oldukları, %20'sinin fikrinin olmadığı, yalnızca %10'nunun ise hizmetten tatmin olmadığı tespit edilmiştir. Doktorlar ve hastaların büyük bir çoğunluğu, evde hemşirelik bakımından memnun olduklarını ancak

iletişim ve sağlık eğitimi boyutuyla ilgili değişik nedenlerden dolayı memnuniyetsizlik duyduklarını belirtmişlerdir (44).

### 5. Evde Bakım Hizmetlerinin Dezavantajları

Tüm alternatif hizmetler gibi evde bakım hizmetlerinin de çekinceleri vardır. Evde bakım hizmetlerinin bir çok ülke için yeni bir sektör olması yeni riskleri ve denetim sorununu beraberinde getirmektedir. Evde bakım hizmetleri, bir çok dış etkene karşı açık, detaylı bir eğitim programı ve yakın bir kontrol mekanizması gerektiren güç organizasyonlardır. Evde bakım hizmetleri verilirken karışık, sarmal, birbirinin içerisine girmiş sağlık bakımı gerektirecek uygulamalarla karşılaşılır (22). Evde bakımın etik ilkelerinin ve deontolojik kurallarının belirlenmesi ve uygulamanın bunlar çerçevesince yapılması gerekmektedir. Evde bakım hizmeti verecek bireyin normal bakım dışındaki bir ortamda bakım verecek olması verimliliği azaltabilir. Sağlık personeli, hasta ve ailesi arasında etkili etkileşim kurulmayabilir. Bu problem hastanelerde de yaşanabilir, ancak evde bakım hizmetlerinde daha büyük önem arz etmektedir (44).

Sağlık personelinin, sürekli hastanın yanında bulunamaması, evde bakım hizmetlerinin kısıtlılıkları arasında sayılabilir. İletişim ve ulaşım teknolojisinin güçlenmesi ve hasta yakınlarının eğitimi ile söz konusu sorunun azalacağı düşünülmektedir. Aile, bir hasta ile sürekli beraber yaşamaktan dolayı rahatsızlık duyabilir. Evde damar yolu tedavisi alanlarda, ileri teknolojinin hatalı kullanımından dolayı sepsis, tromboz ve damar tıkanıklığı gibi komplikasyonlar gelişebilir (7). Evde bakım gerçekleştirecek sağlık personelinin güvenliğinin sağlanmasında problemler yaşanabilir. Sağlık işgörenlerinin güvenli bir ortamda, mesleki kararlarını özgürce vererek çalışma hakkı uygun planlanmamış ev ziyaretleri sırasında zedelenebilir. Çevreye karşı sorumluluk sağlık işgörenleri tarafından göz ardı edilmemesi gereken önemli bir etik ödevidir ve sağlık işgörenlerinin evde hasta tedavisi sonrası oluşacak tıbbi atıkların kontrolünde sorunlar yaşayabileceği düşünülmektedir.

## 6. Evde Bakım Hizmetleri Konusunda Türkiye'deki Durum

Bilir'e göre (45), bulaşıcı hastalıklarla mücadelede kazanılan başarılar ve yaşam koşullarının iyileşmesi sonucunda insanların yaşam süreleri uzamıştır. Türkiye'de nüfusun giderek yaşlanması geriatrik hizmetlerde düzenlemeye gidilmesi gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır (46). Türkiye'deki 65 yaş ve üzeri nüfus, genel nüfusun %6.9'unu oluşturmakta ve bu oranın 2015 yılında %9'lara ulaşacağı tahmin edilmektedir (47). Önder (46), artan yaşlı nüfus nedeniyle birinci basamak sağlık kurumlarında gerek koruyucu hizmetler, gerekse yaşlılarda görülen kronik hastalıkların takibi ve evde bakım hizmetleri programlarda yer alması ve yapılandırılması gerektiğini belirtmektedir.

Türkiye'de gerek akut, gerekse kronik hastalıkları olan bireylerin bakımının evde bakım sistemi olmadığı için aile bireylerine yüklenmesi, aile üyelerinde zamanla tükenmişlik sendromuna yol açabilmektedir. Gelişen tıbbi teknoloji, diyabette kan şekeri izlemi, ayaktan periton diyalizi gibi tedavilerin evde uygulanmasını mümkün kılmakta ve Türkiye'de bu tür uygulamalar giderek yaygınlık kazanmaktadır. Bu uygulamaların istenen şekilde gerçekleştirilmesi de, çoğunlukla evde profesyonel bir ekibin desteğini gerekli kılmaktadır (48).

Türkiye'de evde bakım hizmetlerinin günün koşullarının bir gereği olduğu, Uluslararası Çalışma Örgütü (49), Dünya Sağlık Örgütü (28), Sağlık Bakanlığı (50), Devlet Planlama Teşkilatı (51), Türkiye Sanayici ve İşadamları Derneği (52) gibi kurumlara değin uzanan geniş bir kitle tarafından belirtmektedir. Devlet Planlama Teşkilatı'nın, Birinci 5 Yıllık Kalkınma Planı, 2000 Yılı Kalkınma Programı ve Sekizinci 5 Yıllık Kalkınma Planı'nda evde bakım hizmetine yönelik bir modelden söz edilmekte; "ayakta teşhis ve tedavi merkezleri ve yataklı tedavi kurumları ile irtibatlı evde hasta bakımına yönelik bir hizmet modelinin geliştirileceği" belirtilmektedir (51). TÜSİAD'ın "Türk Sosyal Güvenlik Sisteminin Sorunları ve Çözüm Önerileri 1996" adlı raporunda sağlığın geliştirilmesi ve

yaygınlaştırılması için gereken standartların içerisinde evde bakım hizmetleri de yer almaktadır. Akdemir' e göre de (53), Avrupa Birliğine tam üyelik aşamasında olan Türkiye için yetkililerin ivedilikle, evde bakım hizmetlerinin devlet güvencesi altına alınması çalışmalarını başlatması gerekmektedir.

"Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönetmeliğin " (54) 1. maddesinde yer alan sağlık hizmetlerinin ana ilkesi ve temel prensipleri başlığı altında "Tedavi hekimliği, halk sağlığı çalışmalarını tamamlayan bir unsur olarak, evde ve ayakta tedaviye öncelik verecektir" hükmü 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" hükmüdür. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesini Kanunu gereğince Türkiye'de evlerde sağlık hizmeti uygulamalarının ebe, hemşire ve sağlık memurları tarafından gebe takibi ve bağışıklama hizmetleri çerçevesinde kısmen de olsa gerçekleştirildiği söylenebilir.

Türkiye'de yürürlükteki bir diğer uygulama, Yürürlükteki Tedavi Yardımı ve Bütçe Uygulama Talimatı'nda sadece psikiyatri hastaları için sağlık personelinin yapacağı ziyaretler için cüzi miktarda bir ödeme kaleminin ayrılmasıdır. Bu ödeme dışında evde sağlık hizmeti sunumu için herhangi bir ödeme kalemi bulunmamaktadır. Türkiye'nin, Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) ile yaptığı 'Sosyal Güvenliğin Asgari Normları Hakkında 102 Sayılı' sözleşmesinin (49) ilgili maddelerinde işçilere sağlanacak sağlık yardımının-bakımının sürekliliğinden ve verilen tedavinin sağlık kurumu tarafından gerektiğinde evde de devam ettirilmesi zorunluluğundan söz edilmektedir.

Türkiye'de son yıllarda özellikle büyük şehirlerde, özel sağlık kuruluşları tarafından verilen evde bakım hizmetlerine rastlanmakta ancak bu yapılanma hakkında sağlıklı istatistiksel verilere ulaşılamamaktadır. Verilen evde bakım

hizmetlerinin yapıları incelendiğinde, çoğunlukla hastane destekli hizmet sunum modelinin kullanıldığı izlenmektedir. Ayrıca hastanelerden bağımsız bazı özel firmalar tarafından sağlanan ve yine finansmanı cepten ödemelerle karşılanan evde bakım hizmetleri sunumları da vardır.

### 7. Sonuç

Evde bakım hizmetlerinin sosyal güvenlik sistemlerinin kapsamında olmadığı ülkelerde, hasta ve ailesinin kendi kaynaklarından karşılayacakları mali külfet çok yüksek olmaktadır. Türkiye’de sosyal güvenlik sistemi evde bakım hizmetlerini tam anlamıyla kapsamadığı için, bu çekince evde bakım hizmetlerinin artmasını engelleyen önemli sorunlardandır.

Türkiye’de sosyal güvenlik kuruluşları, artan sağlık hizmetleri maliyetlerini karşılamak için açık vermekte ve bu açıkları karşılamak için hazine den aktarmalar yapılmaktadır (55). Yataklı tedavi kurumlarında sürekli artan bir iş yükü vardır. Akhan (56) tarafından yapılan bir araştırmada, hastaların hastanede kaldıkları günlerin %60’ının uygun olmayan kalış günleri olduğu bulunmuştur. 1999 yılından 2001 yılına kadar Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde yatan hasta sayısında %6.9’luk bir artış gerçekleşmiştir (57). Günümüzde hızlı artan yaşlı nüfusun ve çeşitlenen hastalıkların bakımında maliyet-etkililik çerçevesinde alternatif sağlık hizmetleri oluşturmak gerekmektedir. Düşük maliyetle etkin koruma ve tedavi sağlayan evde bakım hizmetleri, Türkiye için alternatif sağlık hizmetleri modelleri içerisinde düşünülebilir.

Kişilerin nasıl ve nerede yaşadığı, gelir düzeyi, kadınların üretim ve hizmet sektöründeki rolleri, gayri resmi bakıcıların evde bakım hizmetlerine katılımı, hastanın evinin kalıcı veya geçici olması ya da hiç mevcut olmaması, evin kentsel ya da kırsal bölgede olması, iklim ve coğrafya, yerel toplumun altyapısı, evde bakım hizmetinin içeriğini ve kapsamını etkilemektedir (28). Türkiye’de evde bakım hizmetleri oluşturulurken belirtilen tüm bu değişkenler irdelenmelidir. Toplumsal destek sistemlerinin özellikleri ve sağlık personellerinin evde bakım ile ilgili görüşleri, sağlanacak bakımın

ve oluşturulacak modelin, toplumsal işlevselliğini ve içeriğini değiştirebilecek önemli parametrelerdir.

Elçioğlu ve Kırımlıoğlu (58)'na göre kaynakların sınırlı ve talebin fazla olduğu durumlarda sağlık hizmetleri sunumunda doğru davranış "toplumda herkese eşit davranmak ve herkesin mevcut kaynaklardan eşit olarak faydalanma hakkının var olduğunu topluma hissettirmek" tir. Evde bakım hizmetlerinin kamu toplumun her kesiminin yararlanabileceği bir sistem olarak yaygınlaştırılmaması durumunda, tıbbi etiğin temel ilkelerinden biri olan adalet ilkesinin ciddi olarak zedelenebileceği söylenebilir.

### Teşekkür

“Evde Bakım Hizmetlerine Genel Bir Bakış” adlı çalışmada iletişime açık yönünü ve deneyimlerini esirgemyen Doç. Dr. N. Yasemin Oğuz’a teşekkür ederiz.

### KAYNAKLAR

1. Sarp N, Esatoğlu AE, Akbulut Y, “Globalleşmenin Türk Sağlık Sektörüne Etkileri”, Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı 2001; 2:1116-23.
2. Kotler P, Jatusripitak S, Maesincee S, Ulusların Pazarlanması, Çev. Ahmet Buğdaycı, Türkiye İş Bankası Yayınları, 2001, Genel Yayın No: 489, İstanbul.
3. Smith, EM, Baker RC, Branch GL, Walls CR, Grimes, MR, Burrage R, et al. "Case-mix groups for VA Hospital-based home care", Medical Care, 1992; 30 (1):1-16.
4. Bentur N. "Hospital at home: what is its place in the health system", Health Policy, 2001; 55:71-9.
5. Kavuncubaşı Ş, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara: Siyasal Kitabevi, 2000.
6. Schulmerich SC, Timothy J, Riordan JR, Davis ST. Home Health Care Administration, New York: Delmar Publishers, 1996.
7. Tanlı S, "Evde Bakım Hizmetlerinin Firmalaştırılması: Bir İşletme Planı Önerisi" İ.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1996.
8. Erdoğan S. "Evde Bakım Süreci" İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Evde Bakım Hemşireliği Eğitim Programı Kitabı, İstanbul, 2001; 1-28 Ocak.
9. Linden AB, Spreuwenberg C, Schrijvers JP. "Integration of care in the Netherlands: the development of transmurals care since 1994, Health Policy, 2001; 55:111-20.
10. SMEENK F W J M, WITTE P L, HAASTREGT J, SCHIPPER M R, BIEZEMANS P H H, CREBOLDER F J H, "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, 1998;35: 189- 199
11. Smeenk FWJM, Witte PL, Haastregt J, Schipper MR, Gubbels MAC, Crebolder FJM. "Care process and satis-

- faction analysis of a transmural home care program” , *International Journal of Nursing Studies* 1998; 35: 146- 154
12. Dawson P. ‘Home visiting in Europe’, *Conference Exploring the Use of Home Visitors to Improve the Delivery of Preventive Services to Mothers With Young Children*, American Academy of Pediatrics, Washington, 1980: 272-274.
  13. Erginöz ŞG (2002). “İlk Çağlarda Akdeniz Havzasında ve Anadolu’da Doğum ve Doğum Yardımı”, *Düşünen Siyaset*, 2002;16 :148-60.
  14. Yasa AA. “13. Yüzyıl Selçuklu Konya’sında Eğitim Kurumları”, *Düşünen Siyaset*, 2002;1:118-31.
  15. Sobel D. Galileo’nun Kızı, Çev: Bahadır Sina Şener, Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, İstanbul, 2000.
  16. Kennedy P. Büyük Güçlerin Yükseliş ve Çöküşleri, Çev.:Birtane Bardakçı, Türkiye İş Bankası Yayınları, İstanbul, 2001; Genel Yayın No: 306.
  17. Wasik BH, Brayant DM, Lyons MC. Home Visiting, London: Sage Publications, 1990.
  18. Gallagher MB. “Nursing Role In Home Health Care”, In:Community Health Nursing: Keeping The Public Healthy, Ed: Linda L, Jarvis MS, Davis Company, USA. 1985:327-50.
  19. Öztekin Z, Kubilay G. Toplum Sağlığı ve Hemşireliği, Ankara: Somgür Yayıncılık, 1995.
  20. Rossman I, Schulmerich SC. "Historical overview of community health in the United States", *Home Health Care Administration*, New York: Delmar Publishers, 1996: 3-9.
  21. Buhler WK. ‘Public Health Nursing:In Sickness or In Health’, *American Journal of Public Health*, 1985;75:1155-62.
  22. Schulmerich SC, "General Information", *Home Health Care Administration*, New York: Delmar Publishers, 1996:12-9.
  23. Robert DE, Heinrich J. "Public health nursing comes of age", *American Journal of Public Health*. 1985;75:1162-72.
  24. Erekson H, Dudzinski C. "Estimating an hedonic translog cost function for the home health care industry", *Applied-Economics*, September, 1998:1259-67.
  25. West D. "Home health care reshaping the delivery of medical care" *National Underwriter-Life Health Financial Services*, 1995; 99 (1):20.
  26. Pekcan H. "Evde Bakım Hizmetleri", *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 2000; 5(3):1-5.
  27. Çolak ÖF, Kiliç C. Yeni Sanayileşen Bölgelerde Kadın İşgücü Arzı: Şanlıurfa Örneği, Ankara: TİSK Yayınları, 2001.
  28. WHO, "Home-Based Long-Term Care" WHO Technical Report Series 898, Geneva, 2000.
  29. Xu K, Hu S. “Home care for elderly”, *World Health Forum*, 1996;17(4):357-9.
  30. WHO. Long Term Care Laws in Five Developed Countries A Review, Genova, 2000.
  31. Benjamin AE. “An Overview of In Home Health and Supportive Services for Older Persons”, In- *Home Care for Older People*, Ed. Ory, M.G., Duncker, P.A., London: Sage Publications, 1992.
  32. Türk Elektrik Sanayicileri Derneği, *Elektronik Sanayi Almanığı 2001*, Türk Elektrik Sanayicileri Derneği, Yayın No:22, İstanbul. Ağustos, 2001.
  33. WHO, *Ethical Choices In Long- Term Care: What Does Justice Require*, Genova, 2002.
  34. Aksayan S, Cimete G. "Kronik Hastalıklı Bireylerin Evde Bakım Gereksinimleri, Olanakları ve Tercihleri", 1.Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı, Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu ve Tıp Fakültesi Yayını, İstanbul, 1998:79-90
  35. Oğuz Y. "Özerkliğe Saygı İlkesi", *Deontoloji*, Arda, B., Oğuz,Y., Pelin, Ş. S., 2. Baskı, Ankara: Bilimsel Yayınlar Serisi, A.Ü. Tıp Fakültesi, ANTIP A.Ş. Yayınları, 1998.
  36. Türkoğlu O. Kültür ve Sağlık Hastalık Sistemi, İstanbul: Milli Eğitim Yayınevi, 1991.
  37. Şahin D. “Hasta-Tedavi Ekibi İlişkisi”, *Sağlık Psikolojisi*, Ed.: Ülgen H. Okyayuz, Türk Psikologlar Derneği, Ankara 1999:38-78.
  38. Spratt SJ, Hawley LR, Kolf J. “Home Health Care:A Physician’s Perspective”, *Home Health Care*, Ed.: Spratt, S.J., Hawley, L.R., Hoye, E.R., Florida: GR/St. Luice Press, 1997:1-16.
  39. Hasanof K. “Az Devletten Devletsizliğe:Max Stinner’in Egoist Bireyciliği”, *Düşünen Siyaset*, 2002;11: 61-81.
  40. Bauman Z. “Postmodern Etik”, Çev.: Alev Türker, İstanbul: Ayrıntı Yayınları, 1998.
  41. Landi F, Onder G, Russo A, Tabaccanti S, Rollo R, Feredici S, et al. “A new model of integrated home care for the elderly: impact on hospital use”, *Journal of Clinical Epidemiology*, 2001;54: 968-70.
  42. Özgen H, Çelik Y, Tezcan Sİ. "Hacettepe Üniversitesi Uygulama Hastanesi Beyin Cerrahi Dahiliye ve Genel Cerrahi Yoğun Bakım Ünitelerinde Hastane Enfeksiyonunun Hastaya Olan Ek Maliyeti Konulu Tanımlayıcı Bir Araştırma", *Toplum ve Hekim*, 1995;10:131-41.
  43. Simmons B, Nelson D, Neal L, "A comparasion of the positive and negative stress response work attitudes of home health care and hospital nurses", *Health Care Management Review*. 2001;26 (3): 63-74.
  44. Ricco P, "Quality evaluation of home nursing care" *Journal of Nursing Care Quality*, January, 2001;24 (3):58-67.
  45. Bilir N. “Kronik Hastalıklar ve Kalp Hastalıkları”, *Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı* 2001;1:953-61.
  46. Önder ÖR. "Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Sorunlarına Bir Bakış ve Sağlık Yönetimi", *Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı* 2001;2:1271-5.
  47. Türkiye İşveren Sendikaları Konfederasyonu, Avrupa Birliği’ne Üyelik Sürecinde AB Ülkeleri ve Diğer Aday Ülkeler Karşısında Türkiye’nin Durumu, TİSK Yayınları, Yayın 2000;20

48. Cimete G. "Evde Sağlık Bakımı Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi ve Evde Bakımda Hemşirelerin Yeri", 1.Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı, Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu ve Tıp Fakültesi Yayını, İstanbul, 1998:7-16.
49. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, ILO Anayasası ve Türkiye Cumhuriyeti Tarafından Onaylanan ILO Sözleşmeleri, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Yayın No 286, Ankara, 1998.
50. Sağlık Bakanlığı, Birinci Ulusal Sağlık Kongresi, S.B.Yayımları, Ankara, 1992.
51. Devlet Planlama Teşkilatı, Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, DPT Yayınları, Ankara, 2000.
52. Türkiye Sanayici ve İşadamları Derneği, Türk Sosyal Güvenlik Sisteminin Sorunları ve Çözüm Önerileri, İstanbul, 1996.
53. Akdemir N. "Sağlık Hizmetlerinde Süreklilik Evde Bakım Hizmeti", Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı 2001;1:926-34.
54. Resmi Gazete Yayın Tarihi: 09.9.1964,: 11802
55. Başbakanlık Yüksek Denetleme Kurulu, Genel Rapor 1999-Kamu İktisadi Teşebbüleri, Sosyal Güvenlik Kuru-

- luşları, Fonlar, Diğer Kuruluşlar, Başbakanlık Yüksek Denetleme Kurulu Yayınları, Ankara, 2001.
56. Akhan AS (1998). "Hacettepe Üniversitesi İç Hastalıkları Bölümünde Hastaneden Yararlanım Değerlendirilmesi ve Uygunsuz Hospitalizasyonun Ekonomik Yükünün Araştırılması", H.Ü. Tıp Fakültesi Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Ankara, 1998.
57. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlık Hizmetlerinde Üç Yıl, S.B. Yayınları, Ankara, 2002.
58. Elçioğlu Ö, Kırımhoğlu N. "Tıp Etiği İlkeleri", Çağdaş Tıp Etiği, Ed.: Erdemir, A.D., Öncel, Ö., Aksoy, Ş., İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 2003.

---

**Geliş Tarihi:** 25.03.2003

**Yazışma Adresi:** Mustafa ÇOBAN  
Ankara Üniversitesi,  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü,  
Disiplinlerarası Sosyal Psikiyatri AD,  
Yüksek Lisans Öğrencisi,  
Sağlık Yönetimi Bilim Uzmanı, ANKARA