İSTANBUL İLİNDE SOSYOEKONOMİK FARKLILIK GÖSTEREN DÖRT İLÇEDE EVDE BAKIM HASTALARININ EVDE BAKIM HARCAMALARI MALİYETİ

Nursena TOK
201505104

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Disiplinlerarası Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı
Sağlık Yönetimi Tezli Yüksek Lisans
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Onur Özlem ÖZTÜRK

İstanbul
T.C. Maltepe Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Eylül, 2022

İSTANBUL İLİNDE SOSYOEKONOMİK FARKLILIK GÖSTEREN DÖRT İLÇEDE EVDE BAKIM HASTALARININ EVDE BAKIM HARCAMALARI MALİYETİ

Nursena TOK
201505104
ORCID: 0000-0002-7876-8824

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Disiplinlerarası Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı
Sağlık Yönetimi Tezli Yüksek Lisans
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Onur Özlem ÖZTÜRK

İstanbul
T.C. Maltepe Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Eylül, 2022



JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli "Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge" ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli "Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge" ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

TEŞEKKÜR

Bu tez çalışmasının gerçekleştirilmesi sürecinde bilgi ve tecrübesi ile, zorlandığım her noktada bana yol gösteren, akademik çalışmalarındaki yoğun temposuna rağmen her zaman yanımda olan, desteklerini esirgemeyen kıymetli hocam ve tez danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Onur Özlem Öztürk'e; bu aşamaya gelmemde emekleri olan çok değerli hocam Prof. Dr. Ahmet Zafer Öztek'e; çalışmam için eğitime verdiği önem doğrultusunda gerekli desteği veren İstanbul Büyükşehir Belediyesi'nin değerli yönetim personellerine; çalışmamın her aşamasında yanımda olan, moral ve motivasyonlarını eksik etmeyen değerli arkadaşlarıma; ayrıca değerli zamanlarını ayırarak araştırmaya katılan hasta ve yakınlarına teşekkür ediyorum.

Bu vesileyle tez çalışmam esnasında bana sabır ve anlayış gösteren, daima arkamda olan en büyük destekçim annem, babam ve kardeşlerime sonsuz sevgilerimi sunuyorum.

Nursena TOK

Eylül, 2022

ÖZ

İSTANBUL İLİNDE SOSYOEKONOMİK FARKLILIK GÖSTEREN DÖRT İLÇEDE EVDE BAKIM HASTALARININ EVDE BAKIM HARCAMALARI MALİYETİ

Nursena Tok
Yüksek Lisans Tezi
Disiplinlerarası Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı
Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Onur Özlem Öztürk
Maltepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, 2022

Evde bakım, kişilerin mevcut sağlık durumunu iyileştirmek ve yükseltmek amacıyla yaşadıkları ortamda multidisipliner anlayış çerçevesinde sağlık ve hizmet bütünlüğünün sunulmasıdır. Evde bakımı, eğitim almış profesyonel ekip ile birlikte informal olarak aileleri ve ücretli bakıcılar sunmaktadır. Hasta yakınları bakım sebebiyle maddi harcamalar ile karşı karşıya kalmaktadır. Türkiye'de evde bakım ve sağlık hizmetlerinin kurum maliyet çalışmalarına rastlanılmasına karşın hasta yakınlarının maddi harcamalarına yönelik çalışma alanında boşluk olduğu gözlemlenmiştir. Bu çalışmada İstanbul ilinde sosyoekonomik farklılık gösteren Sultanbeyli, Sancaktepe, Şişli, Sarıyer ilçelerinde ikamet eden, İstanbul Büyükşehir Belediyesi'nden evde bakım desteği alan hasta ve yakınlarının bakım amacıyla yaptıkları harcamalar hesaplanmıştır. Kurum desteği aldığı ve almadığı dönemdeki bakım harcamaları karşılaştırılmış olup evde bakım ve sağlık hizmetinin hasta ve yakınlarının harcamalarını azalttığı sonucuna varılmıştır. Böylelikle evde bakımın hastanede kalış süresini azaltarak kurum giderlerini, sağlık harcamalarını azalttığı gibi hasta ve yakınlarının bakım harcamalarını da azalttığı saptanmıştır.

Anahtar Sözcükler: Evde bakım, hasta bakım harcamalarının maliyeti, sosyoekonomik farklılık

ABSTRACT

HOME CARE EXPENDITURES COST OF HOME CARE PATIENTS IN FOUR DISTRICTS WITH SOCIOECONOMIC DIFFERENCES IN ISTANBUL

Nursena Tok
Master Thesis
Department of Interdisciplinary Health Management
MSc in Health Management
Advisor: Dr. Instructor Member Onur Özlem Öztürk
Maltepe University Graduate Education Institute, 2022

Home care is the provision of health and service integrity within the framework of a multidisciplinary approach in the environment where people live in order to improve and increase their current health status. Home care is provided informally by families and paid caregivers together with a trained professional team. Relatives of patients come up against financial expenses due to care. Despite the presence of institutional cost studies of home care and health services in Turkey, it has been observed that there is a gap in the study area for the financial expenditures of patient relatives. In this study, the expenditures for care of patients and their relatives who reside in Sultanbeyli, Sancaktepe, Şişli, Sarıyer districts, which show socioeconomic differences in Istanbul and receive home care support from Istanbul Metropolitan Municipality, were calculated. Care expenditures during the period with and without institutional support were compared, and it was concluded that home care and health services reduced the expenditures of patients and their relatives. Thus, it has been determined that home care reduces hospitalisation, institutional expenses and health expenditures, as well as reduces care expenditures of patients and their relatives.

Keywords: Home care, cost of healthcare expenses, socioeconomic difference

İÇİNDEKİLER

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI i
ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI ii
TEŞEKKÜR iii
ÖZ iv
ABSTRACT v
İÇİNDEKİLER vi
TABLOLAR LİSTESİ ix
ŞEKİLLER LİSTESİ xiii
KISALTMALAR xiv
1. GİRİŞ 1
1.1 Problem 2
1.2 Amaç 3
1.3 Önem 3
1.4 Varsayımlar 5
1.5 Sınırlıklar 5
1.6 Tanımlar 5
2. GENEL BİLGİLER 9
2.1 Eski Çağlarda Evde Bakım Hizmetleri 10
2.2 Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde Evde Bakım Hizmetleri Gelişimi 10
2.3 Avrupa'da Evde Bakım Hizmetleri Gelişimi 11
2.4 Diğer Ülkelerde Evde Bakım Hizmetleri 12
2.5 Türkiye'de Evde Bakım Hizmetleri 14

2.6 Evde Bakım Hizmeti Kapsamı 24
2.7 Evde Bakım Hizmetleri Kapsamında Sunulan Hizmetler 25
2.8 Evde Bakım Hizmeti Uygulamasını Gerektiren Durumlar 25
2.9 Evde Bakım Hizmetlerinin Avantajları 26
2.10 Evde Bakım Hizmetlerinin Dezavantajları 27
2.11 Türkiye'de Evde Bakım Sunucuları 28
2.12 Evde Bakım Hizmetinin Gereksinimini Ortaya Çıkaran Nedenler 30
2.12.1 Demografik değişim ve yaşlı nüfusunun artışı 30
2.12.2 Aile yapısının değişmesi 35
2.12.3 Tıp teknolojisinin gelişmesi 36
2.12.4 Uzun süreli kurum bakım hizmetlerinin yetersizliği 36
2.12.5 Sağlık hizmetleri harcamalarında artan maliyetler 37
2.13 Evde Bakım Hizmetinin Finansmanı 38
2.14 Türkiye'de Evde Bakım Hizmetlerinin Finansmanı 39
2.15 Evde Bakımda Aile Bireyi veya Bakıcının Rolü 40
2.16 Evde Bakım Alan Hastaların Bakım Maliyeti 43
2.17 Sosyoekonomik Gelişmişlik Endeksi 46
3. YÖNTEM 51
3.1 Araştırma Modeli 51
3.2 Evren ve Örneklem 51
3.3 Veriler ve Toplanması 51
3.4 Verilerin Çözümlenmesi ve Yorumlanması 54
4. BULGULAR VE TARTIŞMA 56
4.1 Bulgular 56
4.2 Tartışma 101

5. SONUÇ ve ÖNERİLER 113
5.1 Özet 115
KAYNAKÇA 118
EKLER 127
EK 1. Anket Formu 127
EK 2. Bilgilendirilmiş Onam Formu 131
EK 3. KATZ Skoru Ölçeğinin Kullanım İzni 133
EK 4. Kurum İzni Başvuru Dilekçesi 134
EK 5. Kurum İzni 135
ÖZGEÇMİŞ 136

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Ülkelere Özgü Evde Sağlık ve Sosyal Bakım Hizmetlerinin Organizasyonu (Tarricone & Tsouros, 2008) 13
Tablo 2. Türkiye'de Evde Sağlık ve Bakım Uygulamaları İle İlgili İlk Uygulamalar, Kavramsal Kullanımlar ve Yapısal İlkler (Aybars, 2019) 19
Tablo 3. Türkiye'de Evde Sağlık Hizmetleri Sunucuları (Aslan, Uyar, & Güzel, 2018) 28
Tablo 4. Hastaların Evde Bakımı Tercih Etme Nedenleri (Aksayan & Cimete, 1998) . 40
Tablo 5. İlçe SEGE-2022 Çalışmasında Kullanılan Değişkenler (Acar, ve diğerleri, 2022) 46
Tablo 6. İstanbul İlçeleri Sosyoekonomik Gelişmişlik Endeksi Sıralaması (Acar, ve diğerleri, 2022) 49
Tablo 7. KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği 53
Tablo 8. Araştırmaya Katılan Hastaların Evde Bakım Harcamaları Maliyeti Normallik Testi Sonuçları 55
Tablo 9. Hasta Bireylere Ait Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı 56
Tablo 10. Araştırmaya Katılan Hasta ve Yakınlarının İkamet Ettikleri İlçeye Göre Dağılımı 57
Tablo 11. Evde Sağlık ve Bakım Hizmeti Verilen Hasta Bireylerin Gruplandırılmış Tanı Dağılımı 58
Tablo 12. Evde Sağlık ve Bakım Verilen Hasta Bireylerin Aldığı Bakım Türü Dağılımı 58
Tablo 13. Hemşirelik Bakım Hizmeti Dağılımı 59
Tablo 14. Hasta Bireylerin Evde Bakım Hizmeti Alma Süresi (Ay) 59
Tablo 15. Hasta bireylerin toplam KATZ Skoru Dağılımı 60
Tablo 16. Bakım İle İlgili Nicel Değişkenlerin Ortalama, Standart Sapma, Minimum ve Maksimum Değerleri 60
Tablo 17. Hasta Bireye En Çok Bakım Veren Kişiye Ait Bilgiler 61
Tablo 18. Hasta ve Yakınlarının Bakım Sebebiyle Maddi Kayıp Yaşama Durumları, Yardım Alma Durumları 61

Tablo 19. Kamu Kurumundan Alınan Yardım Türü Dağılımı 63
Tablo 20. Evde Bakım İçin Hizmet Alan Hastalara İstanbul Büyükşehir Belediyesi'nden Destek Türü Dağılımı 63
Tablo 21. Hastanın Bakımı İçin Kullanılan Tıbbi/Tıbbi Olmayan Malzeme Tür Dağılımı 64
Tablo 22. Girdiler İle İlgili Nicel Değişkenlerin Ortalama, Standart Sapma, Minimum ve Maksimum Değerleri (TL)*..... 64
Tablo 23. Çıktılar İle İlgili Nicel Değişkenlerin Ortalama, Standart Sapma, Minimum, Maksimum Değerleri 65
Tablo 24. Hasta ve Yakınlarının Son Bir Aydaki Evde Bakım Harcama Maliyetleri İle İlgili Nicel Değişkenlerin Ortalama, Standart Sapma, Medyan, Minimum ve Maksimum Değerleri (TL)*..... 68
Tablo 25. Hastaların KATZ Skoru İle Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması..... 71
Tablo 26. KATZ Skorunun Hastaya En Çok Bakım Veren Kişi İle Karşılaştırılması .. 73
Tablo 27. İlçe Grubunun Demografik Özellikler İle Karşılaştırılması 74
Tablo 28. İlçe Grubunun Hastaya En Çok Bakım Veren Kişi İle Karşılaştırılması 76
Tablo 29. Hastalık Grubun Bakım Süresi İle Karşılaştırması..... 76
Tablo 30. Hastaların Sosyal Güvenceleri İle Son Bir Aydaki Hane Gelir Durumlarının Karşılaştırılması..... 77
Tablo 31. Hastaların Belediye Haricinde Evde Sağlık Hizmeti Alma Durumları İle Yaş Gruplarının Karşılaştırılması 78
Tablo 32. Bakım Türü İle İlçe Grubun Karşılaştırılması 78
Tablo 33. Bakım Türü İle Hasta Yaş Grubunun Karşılaştırılması..... 79
Tablo 34. Bakım Türü İle Hasta Cinsiyetin Karşılaştırılması..... 79
Tablo 35. Bakım Türü İle Hasta Medeni Durumun Karşılaştırılması..... 80
Tablo 36. Bakım Türü İle Hasta Eğitimin Karşılaştırılması 80
Tablo 37. Bakım Türü İle Hastalık Grubunun Karşılaştırılması..... 81
Tablo 38. Bakım Türü İle Sosyal Güvencenin Karşılaştırılması 81
Tablo 39. Bakım Türü İle Hanenin Son Bir Aydaki Gelirinin Karşılaştırılması 82
Tablo 40. Bakım Türü İle Evde Bakım Süresinin Karşılaştırılması 82
Tablo 41. Bakım Türü İle KATZ Skorunun Karşılaştırılması 83
Tablo 42. Bakım Türü Hemşirelik Olanlar İle İlçe Grubun Karşılaştırılması 83

Tablo 43. Bakım Türü Hemşirelik Olanlar İle Hasta Yaş Grubun Karşılaştırılması 84
Tablo 44. Bakım Türü Hemşirelik Olanlar İle Cinsiyetin Karşılaştırılması 85
Tablo 45. Bakım Türü Hemşirelik Olanlar İle Medeni Durumun Karşılaştırılması 85
Tablo 46. Bakım Türü Hemşirelik Olanlar İle Eğitim Durumunun Karşılaştırılması ... 86
Tablo 47. Bakım Türü Hemşirelik Olanlar İle Hastalık Grubun Karşılaştırılması 86
Tablo 48. Bakım Türü Hemşirelik Olanlar İle Sosyal Güvencenin Karşılaştırılması.... 87
Tablo 49. Bakım Türü Hemşirelik Olanlar İle Hanenin Son Bir Aydaki Gelirin Karşılaştırılması 88
Tablo 50. Bakım Türü Hemşirelik Olanlar İle Evde Bakım Süresi Karşılaştırılması.... 88
Tablo 51. Bakım Türü Hemşirelik Olanlar İle KATZ Skorunun Karşılaştırılması 89
Tablo 52. Araştırmaya Katılan Hastaların Yaşadıkları İlçeye Göre Son Bir Aydaki Evde Bakım Maliyetleri (TL) 90
Tablo 53. Araştırmaya Katılan Hastaların Yaşına Göre Son Bir Aydaki Evde Bakım Maliyetleri (TL) 91
Tablo 54. Araştırmaya Katılan Hastaların Cinsiyetine Göre Son Bir Aydaki Evde Bakım Maliyetleri (TL) 92
Tablo 55. Araştırmaya Katılan Hastaların Medeni Durumuna Göre Son Bir Aydaki Evde Bakım Maliyetleri (TL) 93
Tablo 56. Araştırmaya Katılan Hastaların Eğitim Durumuna Göre Son Bir Aydaki Evde Bakım Maliyetleri (TL) 94
Tablo 57. Araştırmaya Katılan Hastaların Hastalık Grubuna Göre Son Bir Aydaki Evde Bakım Maliyetleri 95
Tablo 58. Araştırmaya Katılan Hastaların Sosyal Güvencesine Göre Son Bir Aydaki Evde Bakım Maliyetleri (TL) 96
Tablo 59. Araştırmaya Katılan Hastaların Ev Mülkiyetine Göre Son Bir Aydaki Evde Bakım Maliyetleri (TL) 97
Tablo 60. Araştırmaya Katılan Hastaların Evde Bakım Süresine Göre Son Bir Aydaki Evde Bakım Maliyetleri (TL) 98
Tablo 61. Araştırmaya Katılan Hastaların KATZ Skoruna Göre Son Bir Aydaki Evde Bakım Maliyetleri (TL) 99
Tablo 62. Araştırmaya Katılan Hastaların Belediye Haricinde Başka Bir Kurumdan Evde Sağlık Hizmeti Alma Durumuna Göre Son Bir Aydaki Evde Bakım Maliyetleri (TL)100

Tablo 63. Araştırmaya Katılan Hastalara En Çok Bakım Veren Kişiye Göre Son Bir Aydaki Evde Bakım Maliyetleri (TL) 101

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Doğum Sayısı ve Toplam Doğurganlık Hızı, 2001-2020 (TÜİK, 2021) 32
Şekil 2. Yaş Grubuna Göre Nüfus Oranı, 1935-2080 (TÜİK, 2021) 33
Şekil 3. Yaş Grubuna Göre Nüfus Oranı, 2015-2020 (TÜİK, 2021) 34
Şekil 4. Nüfus Piramidi, 1935, 1975, 2020 (TÜİK, 2021) 34
Şekil 5. Yaşlı Nüfus Oranının En Yüksek ve En Düşük Olduğu 10 Ülke, 2020 (TÜİK, 2021) 35
Şekil 6. İlçe SEGE-2022 Sosyoekonomik Gelişmişlik Kademeleri Haritası (Acar, ve diğerleri, 2022)..... 48
Şekil 7. Çıktılar İle İlgili Nicel Değişkenler (TL) 67
Şekil 8. Hasta ve Yakınlarının Son Bir Aydaki Evde Bakım Harcamaları Maliyetlerinin Ortalaması (TL) 70

KISALTMALAR

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

KOAH : Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

IV : Intravenöz

IM : Intramusküler

SC : Subkutan

UHK : Umumi Hıfzıssıhha Kanunu

ADSM : Ağız Diş Sağlığı Merkezi

TSM : Toplum Sağlığı Merkezleri

AHB : Aile Hekimliği Birimi

UNICEF : United Nations International Children's Emergency Fund/Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

USD : United States Dollar/Amerika Doları

TL : Türk Lirası

ICF : International Classification of Functioning Disability and Health/ İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırması

MEB : Milli Eğitim Bakanlığı

SUT : Sağlık Uygulama Tebliği

ASHB : Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı

SGK : Sosyal Güvenlik Kurumu

TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu

SPSS : Stastistical Package for Social Sciences

SEGE : Sosyoekonomik Gelişmişlik Endeksi

m^2 :Metrekare

km^2 :Kilometrekare

kWh :Kilowatt saat

TGB :Teknoloji Geliştirme Bölgesi

1. GİRİŞ

Bütüncül sağlık felsefesi, bireyin biyo-psiko-sosyal bir varlık olduğunu öngörerek tüm bireylerin kendi çevresi içinde bir bütün olarak değerlendirilmesini ele almaktadır (Birol, 2004).

Tıp bilimindeki ilerleyiş ile tanı ve tedavi olanakları artmış, yaşam süresi uzamış ve yaşam süresinin uzamasına bağlı yaşlı nüfus, engellilik ve kronik hastalıklarda artış meydana gelmiştir (Oğlak, 2007). Bu bağlamda bakıma muhtaç bireyler, kendi ev ortamlarında sosyal çevresinden uzaklaşmadan, yaşamlarını kaliteli bir şekilde sürdürmeleri için evde sağlık ve bakım hizmetlerine ihtiyaç duymaktadır (Benk, 2019).

Evde bakım hizmetleri; engellilere, yaşlılara, kronik hastalıklara veya hastalık sonrası iyileşme sürecinde olan bireylere ve bu kişilerin ailelerine yaşadıkları mekânda, destek olmak, sosyal yaşama ayak uydurmak, hayatlarını mutlu ve huzurlu bir şekilde devam ettirerek toplumla bütünleşmelerini sağlamak, bakım verenin yükünü azaltmak amacıyla birey ve aileye sağlanan psikolojik, fizyolojik, sosyal ve tıbbi destek hizmetlerini içine alan bir bakım modeli olarak karşımıza çıkmaktadır (Tekin, 2018). Evde bakım hizmeti alan kişiler, birlikte yaşadıkları ailesi ve çevresinden bağımsız düşünülemez. Dolayısıyla multidisipliner yaklaşım çerçevesinde birey, aile ve çevresi bakım sürecine katılım sağlayarak ikamet ettikleri mekânda hizmet alabilmektedir.

Evde bakım hizmetlerinde hedef öncelikle birey ve ailesinin mevcut sağlığını korumak, geliştirmek ve yükseltmek, sonrasında bireyin günlük yaşam aktivitelerinde olabildiğince bağımsız olabilmesini sağlamak, yetersizliklerinin en aza indirilmesini sağlamak ve yaşam kalitesini yükseltmektir (Ardahan & Arabacı, 2017).

Günümüzde endüstrileşme ve kentleşme nedeniyle aile yapısının geniş aileden çekirdek aileye dönüşü, kadınların iş hayatına atılması ile evdeki bakım verici roldeki kişilerde azalma ve bakım sorunlarının artmasına neden olmuştur. Evde bakım olgusu yaşlı, özürlü ve kronik hastalığı olan bireylerdeki artışa bağlı olarak aile dışı insan gücü ve teknolojinin kullanım gereksinimi ile önemli sağlık uygulamaları arasında yer almaktadır (Sayan, 2004).

Hastane ortamında uzun süreli bakım, maddi yükü arttırmakta, hastada hastaneye yatışla ilgili birçok fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden sorunlara neden olmaktadır. Teknolojik gelişmelerle birlikte evde bakım hizmetleri, sağlık hizmetlerinin ev ortamında sunulmasına olanak sağlamaktadır. Ülkemizde uygulanan evde sağlık ve bakım hizmetleri alanındaki araştırmalar ise bu yönde günden güne artarak gelişimini sürdürmektedir (Tekin, 2018).

1.1 Problem

Son yıllarda tıp ve teknolojik gelişmelerin artmasıyla beraber erken teşhis ve tedavi yöntemleri ile hastalıklara bağlı ölümler azalmaktadır. Beraberinde yaşam süresinin uzaması, kronik hastalıklarda artış ve bakıma muhtaç kişi sayısında artış meydana gelmektedir. Tüm dünyada ortalama yaşam süresinin uzaması, uzun süreli bakıma olan ihtiyacı arttırmaktadır. (Küçük, 2021).

Hastane ortamında uzun süreli bakım, sağlık hizmetlerindeki maddi yükü arttırmakta, hastada ise hastaneye yatışla ilgili birçok fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden sorunlara neden olabilmektedir (Tekin, 2018). Evde bakım hizmetleri ile hastanede yatış süresinin kısaltılarak, maddi yükün hafifletilmesi ve hasta-hasta yakınlarının fiziksel, psikolojik, sosyal açıdan sorunların azaltılması amaçlanmaktadır.

Evde verilen bakım ve sağlık uygulamaları bakımın süresine göre, hizmetin kimler tarafından sunulduğuna göre ve hizmetin içeriğine göre farklılık göstermektedir. Hizmeti sunan kişiye göre informal bakım, bakıma gereksinimi olan kişinin eşinin, arkadaşının, akrabalarının bakım sürecinde olması ve yürütmesi olarak tanımlanabilir (İlhan, ve diğerleri, 2015). Hasta yakınları, hastalarına bakım verme sırasında belirli miktarda mali kayıp yaşamaktadırlar. Manevi çökkünlük, tükenmişlik gibi psikolojik etkilerin yanında ekonomik açıdan da zarara uğramaktadırlar. Bu kayıp sağlık bakanlığına bağlı evde sağlık hizmetleri, il-ilçe belediyelerinin sağladığı evde bakım hizmetleri ile azaltılmaya çalışılmaktadır.

Konu kapsamında kurum ve personel maliyet çalışmalarına rastlanmış olup hastaların, hasta yakınları üzerindeki maliyeti üzerine araştırma alanında boşluk olduğu gözlemlenmiştir. İstanbul İlinde Sosyoekonomik Farklılık Gösteren Dört İlçede Evde

Bakım Hastalarının Evde Bakım Harcamaları Maliyeti konulu araştırma ile gelecek için kıymetli olan evde bakım ve sağlık hizmetini içeren araştırmalara katkı sağlaması amaçlanmaktadır.

1.2 Amaç

İstanbul İlinde Sosyoekonomik Farklılık Gösteren Dört İlçede Evde Bakım Hastalarının Evde Bakım Harcamaları Maliyeti konulu araştırmadaki temel amaç sosyoekonomik düzeyleri farklı olan İstanbul ili Sultanbeyli, Sancaktepe, Şişli, Sarıyer ilçelerinde ikamet eden hasta ve yakınlarının evde bakım harcamaları maliyetini belirlemektir. Bu amaçla cevaplandırılmaya çalışılan sorular şunlardır:

- Hastanın demografik bilgileri nelerdir?
- Hastalığının türü nedir?
- Verilen bakım türü nedir?
- Ne kadar süredir bakım hizmeti verilmektedir?
- Ailenin son bir aydaki gelir durumu nedir?
- Bakımı aileden birisi yapıyorsa işten geri kalma maliyeti nedir?
- Hastanın işten geri kalma maliyeti nedir?
- Kamu veya belediye desteği alınıyor mu?
- Hastanın bakımı için evde çalışan personel var mı? Varsa ücreti nedir?
- Hastanın bakımı için borç veya kredi alınmış mı?
- Hastanın bağımlılık durumu (KATZ Skoru) nedir?
- Hasta yakını hasta bakımı için kullanılan tıbbi malzemeler için son bir ayda kaç TL ödedi?
- Hasta yakını hastanın ilaçları için son bir ayda kaç TL ödedi?
- Hanehalkı İstanbul Büyükşehir Belediyesi'nden bakım hizmeti aldığında ve almadığında hastanın bakımı için son bir ayda kaç TL ödedi?

1.3 Önem

Hastalar için oldukça kıymetli olan evde bakım ve sağlık hizmeti, hastanede yatış süresini azaltmakta, hastane giderlerini azaltmakta, tedavi sürecinde olumlu etkiyi sağlamaktadır.

Evlerde verilen sağlık bakımının yurt dışında da görülen en önemli etkilerinden bazıları; sağlık harcamalarında sağlamış olduğu düşüş ve kişinin kendi ortamında, yakınları ile birlikteyken bakımın sağlanma olanağıdır. Bunun yanı sıra, kişiye özel bakımı sağlaması, iyileşmeyi hızlandırması, bakım maliyetini düşürmesi, teşhisten iyileşmeye kadar geçen sürede kesintisiz ve kaliteli hizmet sağlaması, hasta ve yakınlarına bakım sırasında eğitim hizmeti içermesi, zamandan tasarruf sağlaması, bağımsızlığı sağlaması ve beraberinde yaşam kalitesini yükseltmesi hizmetin önemini arttırmaktadır (Aydın, 2005).

Yapılan maliyet-yarar, maliyet etkililik araştırmalarına göre evde bakım hizmetlerinin, sağlık hizmetleri maliyetini dikkat çeker boyutta düşürdüğü, kurum maliyetine göre daha düşük maliyetli olduğu belirtilmiştir.

Avustralya'da evde bakım hizmetleri ile ilgili yapılan araştırma sonuçlarında evde ve hastanede yapılan bakım hizmetlerinden yararlanma, hastaların ölüm süresi karşılaştırılmış ve sonuçlara göre evde bakım hizmetlerinin hastane hizmetlerine oranla %38 daha ucuz olduğu saptanmıştır (Macintyre, Ruth, & Ansari, 2002).

Evde bakımın hastanede kalış süresine etkisinin araştırıldığı araştırmada 1964-1997 arasındaki veritabanları incelenmiş, elde edilen bulgulara göre evde bakım hizmetlerinin hastanede kalış süresini azalttığı, hastane maliyetlerini önemli düzeyde azalttığı saptanmıştır (Hughes, ve diğerleri, 1997).

İtalya'da 1985-2001 yılları arasında kronik solunum yetersizliği olan çocuklarda evde bakım hizmeti uygulanmış, sonuçlara göre hizmet uygulaması ile sağlık bakım maliyetlerinde önemli ölçüde azalma kaydedilmiştir (Appierto, ve diğerleri, 2002).

Türkiye'de ise daha çok kurum ve personel maliyetine yönelik çalışmalara rastlanmış olup evde bakım ve sağlık hizmeti alan hasta ve hasta yakınlarının bakım maliyeti harcamaları ile ilgili çalışmalara ulaşmada güçlük çekilmiştir. Yapılan bu araştırma ile evde bakım hizmetlerine yönelik yapılacak çalışmalara önemli bilgi ve veri sağlanacağı düşünülmektedir.

1.4 Varsayımlar

Ankette yer alan soruların eksiksiz ve doğru cevaplanacağı, kesitsel olarak planlanmış olan çalışmada cevaplama oranının %80'in üzerinde olacağı varsayılmıştır.

1.5 Sınırlıklar

Belediyenin evde bakım hasta sayısının fazla olması ve ikamet adreslerinin birbirine uzak olmasından kaynaklı tüm bakım hastaları araştırmaya dahil edilememiştir.

Maddi kayıp hesaplaması hasta ve yakınlarının beyanına dayalı yapılmıştır.

Bazı hasta yakınlarının Türkçe bilmemesi nedeniyle iletişim kurulamaması, araştırma sorularını cevaplamak istemeyen hasta yakınlarının olması araştırmanın sınırlıkları içerisindedir.

1.6 Tanımlar

Evde bakım hizmetini ifade eden birçok tanım mevcuttur. Bunlardan bazıları aşağıda sıralanmıştır:

Evde bakım; koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici bakımın sürekliliğinin etkili biçimde sağlanması gerekliliğinden hareketle tanımlanan, sağlık hizmetlerini desteklemek ve güçlendirmek amacını güden bakım sistemidir (Altuntaş, Yılmazer, Güçlü, & Öngel, 2010).

Kişinin yeniden sağlığına kavuşması ve yaşamını sürdürmesini desteklemek amacıyla, sağlık elemanları, sosyal hizmet görevlileri ya da aile bireyleri tarafından kişinin yaşadığı ortamda verilen hizmetlerdir (Yılmaz, ve diğerleri, 2010).

10.03.2005 tarihli, 25751 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumu Yönetmeliğine göre "hekimlerin önerileri doğrultusunda hasta kişilere, aileleri ile yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavi de dahil tıbbi ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sağlık ve bakım ile takip hizmetlerinin sunulması" olarak tanımlanmaktadır.

Evde bakım hizmetleri ile ilgili tanımlamalar, evde verilen sağlık hizmetlerinin süresine göre (kısa süreli, uzun süreli), hizmetlerin kim (ler) tarafından sunulduğuna göre (formal, informal), hizmetin içeriğine göre (koruyucu, tanı koyucu, tedavi edici, rehabilite edici bakım) farklılaşmaktadır. Aşağıda bu tanımlara daha ayrıntılı olarak yer verilmiştir:

Evde Kısa Süreli Bakım: Kısa süreli sunulan evde bakım hizmetleri, tıbbi hizmet ağırlıklıdır ve çoğunlukla hastane sonrası dönemi (postoperatif dönem) içinde verilmektedir. Bu süre genellikle 30 gün ile sınırlandırılmaktadır.

Bu hizmetlerin temel hedefi, tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmeti vererek kişinin en kısa sürede yardım almadan günlük işlerini yapabilecek duruma gelmesidir. Bu hizmetler arasında ameliyat sonrası bakım, yara bakımı, solunum tedavisi, enjeksiyonlar, damar içi tedaviler, mesane kateter bakımı, beslenme konularında destek, ayak bakımı, fizik tedavi, aileye ve kişinin kendisine sağlık sorunlarıyla başa çıkabileceği konularda eğitim, kişiye veya ailesine psikolojik danışmanlık hizmetleri sayılabilir (Öztek, 2020).

Evde Uzun Süreli Bakım: Bu hizmetler hem tıbbi hem de sosyal bakım hizmetlerini içermekte olup ve 6 aydan fazla bakım verilmesini gerektirir. Bu hastaların çoğu daha önce hastaneye başvurmuş, tanıları konulmuş hastalardır. İlk tanının evde konulması çoğu kez mümkün değildir, ayrıca evde bakım hizmetinin amacına uygun değildir. Evde ziyaret edilen bakım hastalarının ilk değerlendirmesi hekim ve hemşire tarafından yapıldıktan sonra hastalığa ve gereksinime göre ilgili hastanelere yönlendirilebilir (İlhan, ve diğerleri, 2015).

Uzun süreli evde bakımın hedefi, kronik hastalar, yaşlılar engelli kişiler ve ailelerin sağlığını korumak, mevcut sağlığını geliştirmek veya sağlığını kaybetmiş kişilerin günlük yaşamlarını olabildiğince bağımsız geçirmelerini sağlamaktır (Öztek, 2020). Uzun süreli evde bakım ihtiyacı olan hastalar ile ilgilenen kişilere, ailesine veya bakıcısına bakım hizmetleri ile ilgili eğitim verilmelidir. Eğitim sonrası bakım sürecinin takibi yapılmalıdır.

Evde Formal Bakım: Profesyonel meslek grupları tarafından sunulan uzmanlık düzeyinde verilen bakım hizmetlerini işaret eder. Hekimler, lisans eğitimini tamamlamış hemşirelik mezunu kişiler, evde bakım ile ilgili bölümlerden mezun olmuş kişiler, sağlık alanından

mezun olan ve konu ile alakalı sertifika almış kişiler, eğitimini tamamlamış psikolog, fizyoterapist, diyetisyenler tarafından yapılan bakımdır.

Uzmanlık düzeyinde verilen evde bakım hizmetleri şunlardır:

1. Hemşirelik hizmetleri: Hemşirelerin kişiyi evinde veya yaşadığı alanda düzenli ve belirli aralıklarla ziyaret ederek kişinin ihtiyacına yönelik verdiği profesyonel sağlık hizmetidir.

2. Destek sağlık hizmetler: Kişinin yaşamını destekleyen psikoterapi, fizik tedavi, nakil hizmeti, ayak bakımı, konuşma ve meslek terapisi gibi verilen hizmetlerdir.

3. Öz Bakım: Bakıma muhtaç kişinin giyinme, genel vücut banyosu, saç banyosu, saç kesimi, erkeklerde sakal tıraşı, tırnak kesimi gibi günlük faaliyetlerini yerine getirilmesine yardımcı olacak hizmetlerdir.

4. Ev işlerine yardım, hane temizliği: Kişinin kendi başına yapamayacağı ev temizliği, toz alma, ev süpürülüp silinmesi, iş sağlığı ve güvenliği talimatlarına uyarak cam silinmesi, ev düzeni, onarım gibi işlerine yardım amacıyla verilen hizmetlerdir.

5. Sosyal destek: Kişinin kendi başına yapamayacağı alışverişine yardım ev dışına çıkarılması, faturalarının ödenmesi, sosyal etkinliklere götürülmesi gibi hizmetlerdir.

6. Gıda ve beslenme hizmetleri: Kişinin kendi başına yapamayacağı yemek hazırlamasına yardım etme ya da evlere yemek dağıtım hizmetleridir.

7. Danışmanlık hizmetleri: Bireye hakları ve sorumlulukları ile ilgili verilen danışmanlık, kişinin isteklerinin karşılanması, şikâyetlerinin çözümü, gerekli kurumlarla iş birliği ve koordinasyon sağlanması için verilen hizmetlerdir (Yılmaz, ve diğerleri, 2010).

Evde İnformal Bakım: Bakıma gereksinimi olan kişinin eşinin, akrabalarının, arkadaşlarının bakım sürecinde olmasını ve yürütmesini tanımlamaktadır.

Koruyucu Evde Bakım: Bireyin ve ailesinin yaşadıkları ortamda, mevcut sağlık durumunu korumak ve yükseltmek amacıyla uygulanan bakım hizmetlerini tanımlamaktadır. Tarama testleri, aşı uygulamaları, sağlık eğitimleri örnek verilebilir.

Tanı Koyucu Bakım: Hastaneye ulaşamayan hastaların muayene yapılarak tanılarının ev ortamında belirlenmesini içeren bakımdır.

Tedavi Edici Bakım: Kişiye yönelik konulan tanı çerçevesinde ihtiyaçlarının karşılanmasına yönelik yapılan profesyonel girişimlerdir.

Evde Rehabilite Edici Bakım: Evde rehabilite edici bakım almanın sağlanmasının temel amacı, bireylerin var olan fiziksel kapasitelerinin korunması, geliştirilmesi, yaşam kalitesinin sağlanması, yaşadıkları toplum içinde "bağımsız" yaşama olanağının artırılmasıdır. Erken rehabilitasyon hizmeti almayan hastalarda yatak yarası (dekübitüs ülseri), eklem kontraktürü, kas atrofisi gibi komplikasyonlar gelişebilir. Bunların geç dönemde tedavisi hem hasta için hem hasta yakınları için oldukça zordur. Hasta bireylerin evde aldıkları bu hizmetle olası komplikasyonlar önlenmiş olup yaşam kalitesi ve bağımsız yaşama olanağı arttırılmış olacaktır (İlhan, ve diğerleri, 2015).

2. GENEL BİLGİLER

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) bakımı; kendi kişisel bakımını sağlama, yaşam kalitesini sürdürme kapasitesinde olmayan, kişisel tercihleri kullanmada ve yaşamının devamının sağlanmasında aile, akraba veya tıbbi, sosyal ve diğer uzmanların desteğine gereksinim duyulan etkinlikler olarak tanımlamaktadır.

Tıp teknolojisinin gelişmesi, erken tanı ve tedavi yöntemleri ile yaşam süresi uzamıştır. Türkiye'de 2013-2015 döneminde doğuşta beklenen yaşam süresi 78 yıl iken, 2017-2019 döneminde 78,6 yıla yükselmiştir (TÜİK, 2020). Ortaya çıkan demografik değişimler sonucunda artan yaşlılık, kronik hastalıklar, yaşam kalitesi yönündeki eğilimler, bakım hizmetlerine olan talebin artmasına neden olmuştur. Bu taleplerden biri olan evde sağlık ve bakım hizmetleri, son yıllarda artmakta olan sağlık ve sosyal bakım sistemi içerisinde yer almaya başlamıştır (Oğlak, 2007).

Evde bakım kavramı çeşitli tanımlamalar ve sözcüklerle ifade edilmektedir. Ülkeden ülkeye değişiklik gösteren bu ifadelerden bazıları 'home care', 'home healthcare', 'home nursing', 'home visiting' şeklindedir (Küçük, 2021).

'Evde bakım' ve 'evde sağlık bakımı' terimleri birbiri yerine kullanılan, kişiye evlerinde verilen her türlü bakımı ifade etmektedir (Küçük, 2021).

Evde bakım hizmetleri, bireyin sağlığını korumak, geliştirmek, yeniden sağlığına kavuşturmak amacıyla sağlık ve sosyal hizmetlerin profesyoneller veya aile bireyleri tarafından, bireyin kendi yaşadığı ortamda sunulması olarak genel tanım yapılmıştır. (World Health Organization, 1999).

10.03.2005 tarihli, 25751 sayılı Resmi Gazete 'de yayımlanan Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumu Yönetmeliğine göre; "hekimlerin önerileri doğrultusunda hasta kişilere, aileleri ile yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavi de dahil tıbbi ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sağlık ve bakım ile takip hizmetlerinin sunulması" olarak tanımlanmaktadır.

2.1 Eski Çağlarda Evde Bakım Hizmetleri

Birçok antik toplumda, doğumda vücuttan kan geldiği için doğumun kadınları ve doğumda olanları kirli yaptığına inanılıyordu. Bu sebeple doğuran kadının tecrit edilerek özel doğum mekânlarına götürülmesi gerektiği düşünülmüştü.

Hititler ve daha sonra Romalılar döneminde doğumun evde mi yoksa evin dışında mı yapılması gerektiği tartışılmaya başlandı. Soranus, "Jinekoloji" adlı kitabında, Roma'da doğum başladığında ebenin gerekli malzemeleri alıp gebenin evine gittiğinden bahsetmektedir (Aksoy, Kahveci, Şencan, Kasım, & Özkara, 2015).

2.2 Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde Evde Bakım Hizmetleri Gelişimi

ABD, evde bakım hizmetlerinin ilk kapsamlı kayıtlarına sahiptir. ABD'de 18. yüzyılda verilen evde bakım uygulaması, düşük gelirli çocuklara ve ailelerine sağlanan bir kamu bakımı yöntemi olarak benimsenmiş ve kurumsal bakım terk edilmeye başlanmıştır. ABD'de evde bakım hizmetleri açısından ilk organizasyon 1796 yılında Boston Dispanseri tarafından yapılmıştır (Aksoy, Kahveci, Şencan, Kasım, & Özkara, 2015).

1883 yılında Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'de Lillion Wald ilk ev hemşireliği yapmıştır. 1893 yılında New York'ta faaliyete geçen Henry Street Nursing Settlement, organize toplum sağlığı hemşireliğin ilk uygulamaları gerçekleştirilmiştir (Altuntaş, Yılmazer, Güçlü, & Öngel, 2010).

1947'de New York'taki Montefiore Hastanesi Evde Bakım Ünitesi kurulmuştur ve ilk hastane destekli evde bakım uygulamaları gerçekleştirilmiştir. O zamana kadar hemşirelik hizmetleriyle sınırlı olan evde bakım hizmetleri, hastane desteği ile diğer sağlık profesyonellerinin katılımıyla bütüncül bir hizmet haline gelmiştir. 1960 yılında yaşlılar için ücretsiz evde bakım hizmeti onaylanmıştır. 1965 yılından itibaren ABD'de Medicare ve Mediaid sigorta sisteminin uygulanmasıyla sosyal güvenlik sistemleri, evde bakım hizmetlerini karşılamaya başlamıştır. 1982'de ABD'de Ulusal Evde Bakım Derneği kurulmuştur. 1990'lı yıllarda evde bakım hizmetinin kapsamı ve hizmet veren kurumlar artmıştır. Evde bakım sektörü, ABD'de en hızlı büyüyen ikinci sektör haline gelmiştir (Aksoy, Kahveci, Şencan, Kasım, & Özkara, 2015).

ABD’de Sağlık Kuruluşları Akreditasyonu Üst Kurulu (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations, JCAHO) evde bakım kuruluşlarını dört temel sınıfa ayırarak değerlendirmiştir. Bunlar:

1.Kişisel bakım ve hasta bakıcılığı hizmetleri,

2.Evde tıbbi malzeme desteği hizmetleri,

3.Evde infüzyon desteği hizmetleri,

4.Hemşirelik hizmetleridir (Aksoy, Kahveci, Şencan, Kasım, & Özkara, 2015).

2.3 Avrupa’da Evde Bakım Hizmetleri Gelişimi

Orta Çağ Avrupa'sında hastalığın diğer hastalara geçmesini engellemeye yönelik karantina uygulamaları, 17. yüzyılda veba salgınlarında uygulanan "evde izolasyon" ve "evde sağlık hizmetlerinin" kaynağını oluşturmuştur. 17. yüzyıl veba salgınları sırasında evler, hastaların barındığı ve hastaların evlerini terk etmelerinin yasaklandığı yerler haline gelmiştir. Bu dönemde uygulanan evde sağlık hizmeti ile hastalar izole edilerek ve hasta bireylerin temel ihtiyaçları olabildiğince karşılanarak hasta olmayanların korunması amaçlanmıştır.

Evde bakım hizmetlerinin en önemli öncülerinden Florance Nightingale, hasta bakımı ile görevlendirilecek kadınların özel eğitim almasını ve eğitimli kadınların ev ziyaretleri için özel hemşire olarak görevlendirilmesi gerektiğini öne sürmüştür.

Nightingale'in önerileri üzerine, 1862 yılında Liverpool'da evde hasta bakımı sağlayan, misafir hemşire yetiştiren eğitim süreci 1,5 yıl olan okul açılmıştır. Nightingale ayrıca, hemşirelerin eğitim aldıktan sonra kırsal kesimde yaşayan annelere hijyen bilgilerinin sağlanması için kırsal sağlık personeli ve hemşire olmayan sağlık ziyaretçilerini eğitmesi konusunda tavsiyelerde bulunmuştur.

Avrupa'da 1937 yılında Danimarka'da başlatılan ev ziyareti programı, başarılı bir hizmet sunumu için örnek bir model olmuştur. Danimarka'da altı yıllık bir pilot çalışma yapılmış, ev ziyaretlerinin bebek ölüm oranını ve hastalık oranını azalttığını göstermiştir. Böylece evde bakım hizmetlerinin önemi daha da artmıştır.

İngiltere'de 1980 ile 1990 yılları arasında sağlık hizmetlerindeki büyük değişikliğin bir sonucu olarak, evde bakım hizmetleri, büyük bir sorun olan İngiltere sağlık sisteminde hastaneye yatış için kısmi bir çözüm olmuştur.

1862 yılından sonra İngiltere- Liverpool'da Bölge Hemşirelik Sistemi'nin temeli atılmıştır.

Mary Robinson isimli kişi, evde hasta bakımı veren ilk hemşire olarak kayıtlara geçmiştir. Evde hastane odaklı tıbbi bakımın yanında evde kalan kişilere hijyen ve evde hasta bakımı konusunda eğitim de vermiştir.

Bu hizmetlerin finansmanı ilk olarak 1909'da sigortalar tarafından ödenmeye başlanmıştır. Onun öncesinde kiliseler gönüllü ziyaretçiler tarafından hasta evlerinde hizmet vermişlerdir. Kiliselerden sonra belediyeler 1898 yılında bu hizmeti üstlenmiştir (Yılmaz, 2019).

Danimarka, Finlandiya, İsveç gibi ülkelerde evde bakım hizmetleri belediyelerin sorumluluğu altındadır.

İrlanda'da, evde bakım hizmetlerinin tamamını eyalet karşılamaktadır.

İzlanda, İsveç, Macaristan'da belediyeler geri ödeme yapmakta ve bütün tıbbi hizmetleri kişilere sağlamaktadır.

İngiltere, İtalya ve Fransa'da da evde bakım hizmetleri geri ödeme kapsamındadır.

Hollanda'da evde bakım hizmetleri kapsamında hemşirelik hizmetleri verilirken annelik bakımı ile ilgili hizmetler de verilmektedir. Halihazırda 300'ü aşkın evde bakım kuruluşu hizmet vermektedir (Aksoy, Kahveci, Şencan, Kasım, & Özkara, 2015).

2.4 Diğer Ülkelerde Evde Bakım Hizmetleri

Kanada'da evde bakım hizmetleri kavramı 1970'lerde sağlık sistemine, 1970-1980 döneminde bütün eyaletlerde sağlık sistemine dahil edilmiştir. Giderler esas olarak eyaletin kendi gelirlerinden elde edilirken, federal hükümet tarafından da desteklenmektedir.

İsrail'de bakım hizmetleri Ulusal Sigorta Enstitüsü tarafından yürütülmekte ve kurumsal bakım yasa kapsamında değildir. Güncel yasa 1 Nisan 1988'den beri yürürlükte olup, günlük yaşam aktivitelerinde engelli, yalnız yaşayan ve günde en az iki saat desteğe ihtiyaç duyan veya yalnız yaşamayan ancak en az iki buçuk saat desteğe ihtiyaç duyan 60 yaş üstü kadınları ve 65 yaş üstü erkekleri içermektedir. Kişinin hizmetlerden tam olarak yararlanabilmesi için gelirinin ortalamanın üzerinde olmaması şartı vardır. Aksi takdirde yapılan harcamalar için katkı payı alınmaktadır.

Japonya'da nüfusun yaşlanmasıyla birlikte bakıma muhtaç yaşlılar için sosyal bakım hizmetlerinin önemi de artmaktadır. Kurumsal bakım hizmetleri çoğunlukla kimsesiz yaşlıların bakımına yönelik sunulmaktadır. Japonya'da 70 yaşın üzerindeki her yaşlı için evde veya kurumsal bakımda ücretsiz tıbbi hizmetler de sağlanmaktadır. Japon bakım sigortası programı, yerel yönetimler (belediyeler) tarafından yürütülmeye devam etmektedir.

Çin'de evde bakım sisteminin önemi ekonomik sebeplerden ziyade sosyokültürel değerleridir. Hizmeti sunan ve devamlılığını sağlayan kişiler aile içerisindeki kişilerdir. Aile içerisinden bir üye seçilip, evde bakım hakkında eğitilerek bakım sorumluluğu devredilmektedir. Bu kişiler evde bakım hizmetlerini gayri resmi bakıcılar ismi altında uygulamaktadır (Aksoy, Kahveci, Şencan, Kasım, & Özkara, 2015).

Birçok ülkede evde bakım hizmeti uygulamaları gerek uygulama koşulları bakımından gerekse maliyet karşılanış bakımından farklılıklar göstermektedir. Aşağıda Ülkelere Özgü Evde Sağlık ve Sosyal Bakım Hizmetlerinin Organizasyonu tablosu yer almaktadır:

Tablo 1. Ülkelere Özgü Evde Sağlık ve Sosyal Bakım Hizmetlerinin Organizasyonu (Tarricone & Tsouros, 2008)

Ülke	Evde Sağlık Bakımı	Evde Sosyal Bakımı
Belçika	Merkezi veya bölgesel hükümet	Yerel hükümet veya belediye
Danimarka	Yerel hükümet veya belediye	Yerel hükümet veya belediye

Finlandiya	Yerel hükümet veya belediye	Yerel hükümet veya belediye
Fransa	Sosyal sigorta ve yerel hükümet veya belediye	Yerel hükümet veya belediye
Almanya	Sosyal sigorta	Sosyal sigorta
İrlanda	Merkezi veya bölgesel hükümet	Merkezi veya bölgesel hükümet
İtalya	Merkezi veya bölgesel hükümet	Yerel hükümet veya belediye
Hollanda	Sosyal sigorta	Sosyal sigorta
Portekiz	Merkezi veya bölgesel hükümet	Yerel hükümet veya belediye
İspanya	Sosyal sigorta	Yerel hükümet veya belediye
İsveç	Yerel hükümet veya belediye	Yerel hükümet veya belediye
İngiltere	Merkezi veya bölgesel hükümet	Yerel hükümet veya belediye

2.5 Türkiye'de Evde Bakım Hizmetleri

Ülkemizde sağlık hizmetleri uygulamalarındaki gelişmelerin ilki Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (UHK) kapsamında başlamıştır. 1930 yılında çıkarılan 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu evde bulaşıcı hastalıkların tanı ve tedavisi, salgın hastalıklarda tecrit uygulamaları, ana-çocuk izlemi ve hekimlerin evde hasta muayenesi hükümlerini getirmiştir (Yılmaz & Şara, 2014).

1961 yılında çıkarılan 224 sayılı Sosyalizasyon Yasası ile 'Süreğen hastalıklı bireylerin, evde izlemlerinin halk sağlığı hemşirelerince sürdürülmesi' hükmü getirilmiştir (Altuntaş, Yılmazer, Güçlü, & Öngel, 2010). Bireylerin eşit şartlar altında sağlığını korumak, sağlık durumunu yükseltmek, meydana gelen rahatsızlıkları gidermek amacıyla

Temel Sağlık Hizmetleri ilkelerinden ‘kademeli hizmet ilkesi’ evde sağlık bakımı hizmetleri açısından önem taşımaktadır (Küçük, 2021).

1963 yılında birinci beş yıllık kalkınma planında az sayıda nüfusun faydalandığı ve maliyeti yüksek hastane tedavileri yerine evden ve ayaktan tedaviye yönelik bir sağlık teşkilatının kurulması gerekliliğine yer verilmiştir (Altuntaş, Yılmazer, Güçlü, & Öngel, 2010).

Evde bakım ifadesi ‘’uzun süreli evde bakım’’ olarak ilk defa Milli Eğitim Bakanlığına bağlı Sağlık Hizmetlerinin Kuruluş ve Çalışmaları hakkındaki yönetmelikte yer almıştır (Çoban, Esatoğlu, & İzgi, 2014).

Evde bakım ve sağlık uygulamaları içerisinde ruh sağlığı hizmetlerin geliştirilmesine yönelik ilk hukuki metin yayımlanmıştır. Resmî Gazete’de yayımlanan 12 Şubat 1988 gün ve 88/12616 sayılı "1988 Yılı Programının Uygulanması, Koordinasyonu ve İzlenmesine Dair" Bakanlar Kurulu Kararında “Ruh sağlığı hizmetlerinin hastanede verilen hizmetin yanında evde bakım ve takip yoluyla verilmesi sağlanacak, rehabilitasyon hizmetleri geliştirilecek.” hükmü yer almıştır. Böylece ruh sağlığı hizmetlerinin de evde bakım çerçevesinde verilebileceği belirtilmiştir (Çoban, Esatoğlu, & İzgi, 2014).

İstanbul Büyükşehir Belediyesi 2001 yılında Evde Sağlık Hizmetleri projesini başlatmıştır (Katıtaş, 2019).

Sağlıkta Dönüşüm Programının 2003 yılında başlaması ile aile hekimlerinin ev ziyareti uygulamaları mobil hizmet kapsamında düzenlenmiştir (Küçük, 2021). Bu uygulamaları takiben Türkiye’de evde bakım hizmetleri 10/03/2005 tarihli ve 2575 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan ‘’Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik’’ ile hizmeti içeren yasal düzenleme gerçekleşmiştir. (Aslan, Uyar, & Güzel, 2018). Yönetmeliğin amacı; evde bakım hizmeti veren özel sağlık kuruluşlarının açılması, çalışması ve denetlenmesi ile ilgili usul ve esasları düzenlemektir.

Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kurumları bünyesinde evde bakım hizmetleri sunulması için evde sağlık hizmetleri birimleri ve sistemin çalıştırılmasına ilişkin sağlık bakanlığınca sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge (01.02.2010 tarihli 3895 sayılı) yürürlüğe konmuştur (Aslan, Uyar, & Güzel, 2018). 2010 yılında çıkarılan bu yönergeye göre bakanlığa bağlı sağlık kuruluşların, eğitim araştırma hastanelerinin, genel veya dal hastanelerinin, Ağız Diş Sağlığı Merkezlerinin (ADSM) bünyesinde kurulan evde sağlık hizmetleri birimleri ile toplum sağlığı merkezi, aile sağlığı merkezi ve aile hekimleri aracılığı ile sunulmaktadır. Devamında 2015 yılında Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik (27.02.2015/29280 sayılı) Resmi Gazete'de yayımlanmıştır. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmeliğe (27.02.2015/29280 sayılı) göre amaç;

> İhtiyacı olan bireylerin muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyonlarının evinde ve aile ortamında yapılması, bu kişilere ve aile bireylerine sosyal ve psikolojik destek hizmetlerinin bir bütün olarak birlikte verilmesi amacıyla Bakanlık ve bağlı kuruluşları tarafından sunulacak olan evde sağlık hizmetlerinin teşekkül ettirilmesi, sevk ve idaresi ile ilgili kurum ve kuruluşlar arasında koordinasyonun sağlanmasına dair usul ve esasları belirlemek; bu hizmetlerin, sosyal devlet anlayışına uygun olarak, yurt genelinde eşit, ulaşılabilir, kaliteli, etkin ve verimli bir şekilde uygulanmasını sağlamaktır (s. 1).

Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik (27.02.2015/29280 sayılı)'e göre evde sağlık hizmet tipleri üçe ayrılmıştır:

a) T Tipi Evde Sağlık Hizmet Birimleri:

- TSM'lere (Toplum Sağlığı Merkezleri) bağlı olarak kurulan birimlerdir.
- Evde sağlık hizmetini öncelikli olarak sunmakla görevlidir.
- Ekip, evde sağlık hizmeti konusunda eğitilmiş hekim, yaşlı bakım teknikeri/evde hasta bakım teknikeri ve yardımcı sağlık personeli olmak üzere üç kişiden oluşturulur.

- Yaşlı bakım teknikeri/evde hasta bakım teknikeri olmadığı hallerde bir yardımcı sağlık personeli ekibe dâhil edilir.
- İhtiyaç halinde psikolog, sosyal çalışmacı ve benzeri destek elemanları da hizmetin sunumunda görev alır.
- Evde sağlık hizmeti sunulan günlük hasta sayısı on ve üzerinde olan yerlerde en az bir T tipi birim kurulur. Birbirine yakın olan küçük ilçelerde aynı kriter doğrultusunda ortak hizmet birimi açılabilir.

b) H Tipi Evde Sağlık Hizmet Birimleri:

- Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı hastaneler bünyesinde kurulan birimlerdir.
- Öncelikli olarak uzman hekim konsültasyonu, fizyoterapi gibi T tipi birimler tarafından verilmesi mümkün olmayan hizmetlerin sunumuyla mükelleftir.
- T tipi birimleri destekler.
- Ekip, evde sağlık hizmeti konusunda eğitilmiş hekim, yaşlı bakım teknikeri/evde hasta bakım teknikeri ve yardımcı sağlık personeli olmak üzere üç kişiden oluşturulur.
- Yaşlı bakım teknikeri/evde hasta bakım teknikeri olmadığı hallerde bir yardımcı sağlık personeli ekibe dâhil edilir.
- İhtiyaç halinde psikolog, sosyal çalışmacı ve benzeri destek elemanları da hizmetin sunumunda görev alır.
- Hastanın ihtiyacına göre ekibe uzman hekim ya da hekimler dâhil edilir.
- Hastane rollerinin belirlendiği gruplamaya göre A, B ve C tipi hastanelerin bulunduğu ilçelerde en az bir H tipi birim kurulur.

c) D Tipi Evde Sağlık Hizmet Birimleri:

- Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı ADSM'ler (Ağız Diş Sağlığı Merkezleri) bünyesinde kurulan birimlerdir.
- Ekipte bir diş hekimi ile birlikte bir ağız ve diş sağlığı teknikeri ya da diş protez teknikeri bulunur.

Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik (27.02.2015/29280 sayılı)'e göre;

Başvuru: hasta, hasta yakını, diğer kişi veya kurumlar tarafından 444 3 833 numaralı telefon hattı aranarak ya da "Evde Sağlık Hizmeti Başvuru Formu" doldurularak veya TSM (Toplum Sağlığı Merkezi)/AHB (Aile Hekimliği Birimi)'ler aracılığıyla il koordinasyon merkezine yapılır.

Hastaneden taburcu aşamasında olup evde sağlık hizmet ihtiyacı olduğu değerlendirilen hastalar, hekim tarafından koordinasyon merkezine bildirilir. Hastanın ihtiyacı doğrultusunda gerekli gün sıklığı belirlenerek hizmet verilemeye başlanır.

Verilen hizmetler:

• Hastaya, konulmuş olan tanı ve planlanan tedavi çerçevesinde, bulunduğu ev ortamında muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin verilmesi,

• İlacın reçete edilmesindeki özel düzenlemeler saklı kalmak kaydıyla, uzun süreli kullanımı sağlık raporu ile belgelendirilen ilaçların reçete edilmesi,

• Tıbbi cihaz ve malzeme kullanımına ilişkin raporların çıkarılmasına yardımcı olunması,

• Hastanın ve ailesinin, evde bakım sürecinde üstlenebilecekleri görevler ile hastalık ve bakım süreçleri hakkında bilgilendirilmesi,

• Hastaya, evde kullanması gereken tıbbi cihaz ve ekipman konusunda, eğitim ve danışmanlık vb. hizmetlerin verilmesi,

• Gerekli görülen hallerde hastanın ilgili sağlık kuruluşuna ve/veya sağlık kuruluşundan evine nakli, diğer sağlık kuruluşları ile koordinasyonu sağlar.

Kayıt: Hastalara ait veriler Halk Sağlığı Bilgi Sistemi çalışmaları kapsamında oluşturulan Evde Sağlık Hizmetleri Modülü kullanılarak kayıt altına alınır.

Hizmetin Sonlandırılması: Hastaya sunulan evde sağlık hizmeti aşağıdaki hallerde sonlandırılır:

• Evde sağlık hizmeti sunulan hastanın iyileşmesi,

• Hasta için uygulanan bakım ve tedavinin, sağlık personeli gerektirmeden yapılabilecek hale gelmesi,

• Hastanın kendisinin veya hastanın yakınının hizmeti sonlandırmayı talep etmesi,

• Hastanın vefat etmesi,

• Hasta veya yakınlarının tedaviye uyumsuz davranışları, direnç göstermeleri, önerilere uymamaları halinde,

• Hasta veya hastanın yakınının personelin güvenliğine yönelik uygun olmayan davranışlarda bulunmaları,

• Evde sağlık hizmeti sunulan hastanın, çeşitli nedenlerle ikamet ettiği bölgenin değişmesi.

Tablo 2. Türkiye'de Evde Sağlık ve Bakım Uygulamaları İle İlgili İlk Uygulamalar, Kavramsal Kullanımlar ve Yapısal İlkler (Aybars, 2019)

Tarih	**Kullanılan Kavram/Uygulama**	**Kullanıldığı Mevzuatın Adı**
19.07.1931	Ev ziyareti	UHK Tatbikatına Dair 1852 sayılı 21 No'lu Tamim
17.05.1934	Evde muayene	Zührevi Hastalıklar ve Fuhuşla Mücadele Nizamnamesinin 14. Maddesine Tevfikan Yapılmış Olan Talimatname
06.10.1934	Evde tedavi	Seyyar Tabiplerin Vazifeleri Hakkında Talimatname
16.07.1935	İnformal bakıma atıfta bulunulmuştur.	Hava Harbinden Korunmada Yurt Sıhhat İşleri Talimatı
12.06.1937	Kamu kurumu personeline ve kurum çalışanlarına evde tedavi sunulması	Emniyet Teşkilatı Kanunu

08.02.1963	Evde tedavi hizmetleri örgütlemesinin geliştirilmesi önerisi	Birinci Kalkınma Planı
08.02.1963	Evde tedavi birimlerinin kurulması pilot bölge çalışmalarına bağlama önerisi.	Birinci Kalkınma Planı
12.12.1968	Kamu hastaneleri bünyesinde evde ve ayakta tedavi sisteminin geliştirilmesi amacıyla Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı ve Sosyal Sigortalar Kurumu'nca Seçilecek birer hastanede gerekli servisler kurularak deneme uygulaması yapılması.	1969 Yılı Programının Uygulanması Koordinasyonu ve İzlenmesine Dair Karar
05.11.1976	Uzun sureli evde bakım kullanımı	Milli Eğitim Bakanlığı'na Bağlı Sağlık Merkezlerinin Kuruluş ve Çalışmaları Hakkında Yönetmelik
29.08.1983	Uzman hekimler ve diş hekimleri evde muayene ve tedavi hizmetlerinde yer almıştır.	Yargıtay İç Yönetmeliği
30.10.1989	Evde hasta bakımı yıllık programlara dahil edildi.	"1990 Yılı Programının uygulanması, Koordinasyonu ve İzlenmesine Dair" Bakanlar Kurulu Kararı

30.10.1989	Evde bakım kapsamında hizmet verilecek grup ilk kez yatalak yaşlı olarak tanımlanmakta ve hizmet içeriğinin tedavi edici sağlık hizmeti dışında bireylerin sosyal gereksinimleri de karşılamaya yönelik geliştirileceği belirtilmektedir.	"1990 Yılı Programının uygulanması, Koordinasyonu ve İzlenmesine Dair" Bakanlar Kurulu Kararı
22.10.1989	İlk defa uluslararası bir anlaşmada "evde tedavi (home care)" kavramı kullanılmıştır.	Türk Hükümeti ile UNICEF Arasında 1988-1992 İş Birliği Programı kapsamında Uygulama Planı
28.10.1990	İlk defa sosyal hizmetler ve kapsamında evde bakım hizmeti vermek üzere yatalak yaşlıların evde bakımı için Ankara'da bir merkez kurulduğunda bildirilmiştir. Bu evde bakım hizmeti vermek üzere açılmış olan ilk özelleşmiş merkezdir.	"1991 Yılı Programının uygulanması, Koordinasyonu ve İzlenmesine Dair" Bakanlar Kurulu Kararı
19.08.1993	"Evde hizmet" kavramı ilk defa engellileri de kapsayacak bicimde kullanıldı "'de" yer almıştır.	Özürlülerin Tespiti, İncelenmesi, Bakım ve Rehabilitasyonuna Dair Yönetmelik
04.12.2004	Evde bakım hizmetlerinde çalışanlar sağlık iş kolunda kabul edilmiştir.	İş Kolu Tespit Kararı

10.03.2005	Doğrudan ve sadece evde bakım hizmetlerini konu edinen ilk yasal düzenleme.	Evde Bakım Hizmetleri Hakkında Sunumu Hakkında Yönetmelik
06.07.2005	Evde bakım hizmetleri, aile hekimlerinin görevi olarak belirlenmiştir.	Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik
02.02.2008	"Evde bakım hemşireliği" ve klinik eğitim içerisinde evde bakım hemşireliğinin yer alması gerektiği belirtildi.	Doktorluk, Hemşirelik, Ebelik, Diş Hekimliği, Veterinerlik, Eczacılık, Mimarlık Eğitim Programlarının Asgari Eğitim Koşullarının Belirlenmesine Dair Yönetmelik
28.05.2008	Evde verilen hizmeti, bakım ve tedavi ayırımı yapmadan sağlık hizmeti vermek olarak tanımlayan ilk metin yayınlanmıştır.	Uludağ Üniversitesi Halk Sağlığı Eğitim, Araştırma ve Uygulama Merkezi Yönetmeliği
01.02.2010	"Evde Bakım Hizmeti" "Evde Sağlık Hizmeti" olarak değiştirildi.	Sağlık Bakanlığı'nca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkındaki Yönerge

24.02.2011	Ağız ve diş sağlığı merkezi (ADSM) ve hastaneleri de evde sağlık hizmeti kapsamına alınmıştır.	Sağlık Bakanlığı'nca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönergede Değişiklik Yapılmasına Dair Yönerge
21.01.2012	İlk defa evde sağlık hizmetleri bedellerinin hizmet başına ödeme yöntemi ile kamu bütçesinden ödeneceği belirtildi.	Sağlık Uygulama Tebliği
27.02.2015	Bakanlık ve bağlı kuruluşları tarafından sunulacak olan evde sağlık hizmetlerinin teşekkül ettirilmesi, sevk ve idaresi ile ilgili kurum ve kuruluşlar arasında koordinasyonun sağlanmasına dair usul ve esasları belirlenmiştir.	Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik

Mevcut hizmet ilk yıllarda ev ziyareti olarak kayıtlara geçmiş, ilerleyen yıllarda yönetmelik çerçevesinde evde bakım ve evde sağlık ismini almıştır. Ele alınan sağlık hizmeti genel olarak incelendiğinde, insanın biyo-psiko-sosyal bir varlık olduğu ve ihtiyaçları belirlenirken bu özellik temel alınarak hizmetin, insanı bir bütün olarak ele alması söz konusudur. Verilen hizmetler kişilerin durum değerlendirmesini yaparken belirleyeceği problemleri sistemsel olarak değil, bireyi bir bütün olarak ele alması önemlilik arz etmektedir. Bu doğrultuda verilen hizmet devamlı ve kişiye yarar sağlayacak nitelikte olmalıdır. Ayrıca evde bakım sürecinde, sadece kişilere verilen hizmetin değerlendirilmesi amaçlanmamalı, bireylerin ihtiyaçlarını karşılayarak sağlık düzeylerinin ve bağımsızlıklarının arttırılması amaç edinilmelidir. Fakat Türkiye'de bakım uygulamalarında bireylere hekim odaklı tedavi anlayışı ile hizmet verilmektedir.

2.6 Evde Bakım Hizmeti Kapsamı

Evde bakım hizmetleri; bireyin yaşadığı ortamda gereksinimine uygun olarak koruyucu bakım, tedavi, rehabilitasyon ve sosyal bakım hizmetlerini içine alan kapsamlı hizmet bütünüdür (Oğlak, 2007). Koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetlerin yerini alan veya devamının sağlanması amacıyla verilen evde bakım hizmetlerinden yararlanabilecek kişiler aşağıda sıralanmıştır:

• Kronik hastalığı olan kişiler (Diyabet, hipertansiyon, kanser, KOAH- Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı vb.),

• ICF (International Classification of Functioning Disability and Health) kriterlerine göre engellilik düzeyi belirlenen kişiler,

• Nöroloji hastası kişiler,

• Yara bakımına gereksinim duyan kişiler,

• İnvaziv girişime gereksinim duyan kişiler (Intravenöz-IV, Intramusküler-IM, Subkutan-SC enjeksiyon, mesane sondası, trakeostomi bakımı),

• Terminal dönem hastaları,

• Evde laboratuvar tetkiki gereksinimi olan hastalar,

• Evde psikolojik danışmanlık hizmeti gereksinimi olan kişiler,

• Evde fizyoterapi hizmeti gereksinimi olan kişiler,

• Kendi kendine ihtiyaçlarını karşılayamayan kişiler için evde refakat, hane temizliği veya kişisel temizlik hizmeti ihtiyacı olan kişiler,

• Hastaneden eve, evden hastaneye nakil hizmeti ihtiyacı olan hastalar,

• Genellikle 65 yaş ve üzeri yaşlılar,

• Ameliyat sonrası postoperatif bakıma ihtiyaç duyan kişiler,

• Yenidoğan,

• Lohusa kişilerdir.

2.7 Evde Bakım Hizmetleri Kapsamında Sunulan Hizmetler

Thome ve arkadaşları evde bakımı ‘‘bireyin kendi evinde, uzmanlar tarafından öncelikle yaşam kalitesi ve sağlığını yeniden kazandırmanın yanı sıra hastane bakımı yerine geçecek, koruyucu bakımdan yaşamın sonuna kadar olan geniş etkinleri kapsayan hizmetler olarak’’ tanımlamıştır (Bibbi, Anna-Karin, & Rahm, 2003).

Sağlık ve sosyal hizmetlerin bir arada koordineli bir şekilde yürütüldüğü, koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici evde bakım ve sağlık hizmetleri kapsamında verilen hizmetler aşağıda sıralanmıştır:

• Sağlık hizmetleri,
• Psikolojik danışmanlık hizmetleri,
• Fizik tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri,
• Tıbbi cihaz desteği hizmetleri,
• Eğitim hizmetleri (hasta ve yakını),
• Yeterli ve dengeli beslenme takibi,
• Sosyal destek hizmetleri,
• Danışmanlık hizmetleri,
• Hane ve kişisel temizlik hizmetleri,
• Gece/gündüz bakımı,
• Ulaşım yardımı ve nakil hizmetleridir.

2.8 Evde Bakım Hizmeti Uygulamasını Gerektiren Durumlar

Evde uygulanılması mümkün, gerekli araç gereçlerin kullanımı ve yeterli sağlık ekibi sağlandığında risk oluşturmayacak girişimler doğrultusunda her türlü sağlık hizmeti verilebilmektedir. İnsan biyo-psiko-sosyal bir varlık olduğundan çevresi ile birlikte bu hizmetler verilmektedir. İlk olarak uygulama yapılacak evin şartlarının uygunluğu değerlendirilir. Değerlendirme sonuçları doğrultusunda gereksinimler belirlenerek karşılanmalıdır. Bu gereksinimler öncelik sırasına konularak müdahale edilmelidir. Ev ortamında uygun koşullar sağlandığında sağlık hizmeti kesintisiz bir şekilde verilir. Günümüz koşullarında yatağa bağımlı 65 yaş üzeri yaşlıların ve kronik hastalığı olan kişilerin evde sağlık ve bakım ihtiyacının fazla olduğu görülmektedir. Bu hastaların yanı

sıra, hipertansiyon hastalarının, serebrovasküler hastalığı olan kişilerin, böbrek hastalarının, KOAH gibi solunum sistemi hastalarının, karar verme yetisi olmayan engelli kişilerin, zihinsel yetersizliği olan kişilerin, ameliyat sonrası dönemde bakıma ihtiyacı olan kişilerin, terminal dönem hastaların ve evde izlemi yapılabilecek, hastaneden taburcu edilmiş hastaların evde verilen sağlık ve bakım hizmetlerinden yararlanması uygun görülmektedir (Öksüz, 2018).

2.9 Evde Bakım Hizmetlerinin Avantajları

Evde bakım hizmetleri, hastanede yatış süresini azaltmaktadır. Kişinin hastanede yatış süresi kısalmış olacak ve maliyet kaybı azalacaktır. Böylelikle hastane enfeksiyonlarının ve mortalitenin azalması sağlanacaktır.

Bireyin tedavi ve bakımının evde sürdürülmesi kişinin benliğinin korunmasını sağlar. Evde ailesinin yanında ve yaşadığı alanda bakım alması yaşam kalitesini arttırmaktadır. Tanıdığı çevre içerisinde olması kişiye güven vermektedir. Aynı zamanda evinde sürdürülen bakım hizmetleri, süregelmiş alışkanlıklarının devam etmesine olanak sağlamaktadır. Bu da kişiyi özgür kılması açısından yararlıdır.

Halamandaris yapmış olduğu çalışmada evde bakımın üstün kılan nedenlerin arasında en dikkat çekici olanlarından; bireyin gereksinimine yönelik verilmesi, bireyi ve ailesini tedavinin bir parçası olarak ele alınması, bireyin yaşam kalitesini yükseltmesi ve bireye özgürlük sağlaması olduğunu vurgulamıştır (Oğlak, 2007).

Bireyin çevresi ile iletişimi sağlığına olumlu etki oluşturmaktadır. Evinden ayrılmış olan hasta kabuğundan ayrılmış midyeye benzetilmektedir. Yeni bir ortama alışma süreci ve hastane ortamında kişinin hasta rolünü etkin kullanacağı, dolayısıyla hastalığının iyileşme sürecini geciktirdiği düşünülmektedir (Çoban & Esatoğlu, 2004). Dolayısıyla kişinin kendi yaşadığı alanda tedavi görmesi, tedavi sürecini hızlandırmaktadır.

Evde bakım hizmeti kişiye özel sağlık hizmeti sağlamaktadır. Hastanın biricikliğine odaklanarak kendisini değerli hissetmesini sağlamaktadır. Bireyin özerkliğini ve onurunu korumasına yardımcı olmaktadır.

Hasta ve yakınlarına eğitim hizmetleri verilerek bilinçlendirilmeleri sağlanmaktadır. Hangi durumda nasıl bir yol izleyeceğini bilen hasta yakınları, ilerleyen zamanlarda bağımsız olarak bakım verebilmektedir. Böylelikle hasta ve yakınlarının stres faktörleri azalmaktadır.

Koruyucu sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliğine olanak sağlamaktadır. Evde bakım hizmetleri ile bağışıklama ve gebe-bebek izlem takibi sağlanabilmektedir (Çoban & Esatoğlu, 2004).

Kişi kendi yaşadığı alanda psikolojik olarak rahat hissedeceğinden, bütüncül bakım içerisinde aktif olabilmesine ve öz bakım aktivitelerine katılmasına olanak sağlamaktadır.

Amerikan Evde Bakım Birliği'nin senato ve meclise sunduğu raporda ''Evde bakım sadece hastaların tercih ettiği hizmet değil, aynı zamanda sağlık hizmetlerinin sunumunda da maliyet etkili bir hizmet.'' olduğunu ifade etmiştir (Oğlak, 2007).

Evde bakımın hastanede kalış süresine etkisi amacıyla yapılan araştırmada 1964-1997 yılları arasındaki veri tabanları incelendiğinde hastane kullanımı ve maliyetlerle ilgili 412 makale çalışması araştırılmış, bulgulara göre evde bakım hizmetlerinin hastanede kalış gün sayısını azalttığı, hastane maliyetlerinde azalma sağladığı ortaya konulmuştur (Oğlak, 2007).

Yapılan araştırmalar bireyin yaşadığı alanda verilen bakım hizmetlerinin sadece maliyet etkililiği değil, yataklı kuruluşlar üzerindeki baskıyı da azalttığı gözlemlenmiştir (Oğlak, 2007).

2.10 Evde Bakım Hizmetlerinin Dezavantajları

Evde bakım hizmetleri denetim ve kontrolü güç organizasyonlardır. Geniş çaplı hizmetler kapsamı olup hem personel hem de hasta yakınları eğitim ile desteklenmelidir.

Uygulama sonrası sağlık personeli gerekli bilgilendirme ve eğitim verdikten sonra evden ayrılmaktadır. Evden ayrıldıktan sonra özellikle intravenöz uygulama sonrası ödem, hematom veya cilt altında sıvı birikmesi söz konusu olabilmektedir.

Hastanın ailesinin eğitim düzeyinin düşük olması, verilen eğitimlerin anlaşılamaması, verilen talimatların uygulanamayışı da olumsuzlukları arasında sayılabilir.

Hastanın ailesi tükenmişlik duygusunu hissederek yıllardır bakım vermenin yorgunluğunu yaşayabilmektedir. Bu nedenle verilen talimatlara uymamaları, özensiz oluşları bakım sürecini olumsuz etkilemektedir.

Hastanın evinin imkânlarının verilecek hizmete uygun olmayışı (hasta yatağının olmamasından kaynaklı yerde yatması gibi) hizmet kalitesini olumsuz anlamda etkilemektedir.

Hastanın durumunun ağır ve riskli olduğu, hastanede tedavi ve gözetim altında takip edilmesinin uygun olduğu durumlar hizmetin kısıtlılıkları arasındadır.

Hasta veya ailesinin tedaviye uyumsuzluğu veya direnç göstermesi bakım sürecini aksatabilmektedir.

Hizmet veren personelin güvenliğinin sağlanması konusunda karşılaşılan problemler, hizmetin personel açısından dezavantajları arasında sayılabilir (Çoban & Esatoğlu, 2004).

2.11 Türkiye'de Evde Bakım Sunucuları

Evde bakım hizmetleri, personel ve verilen hizmet açısından iş birliği gerektirmektedir. Aşağıda Türkiye'de evde bakım ve sağlık hizmetlerini yürüten ekip, kurum ve kuruluşlar tablo halinde yer almaktadır:

Tablo 3. Türkiye'de Evde Sağlık Hizmetleri Sunucuları (Aslan, Uyar, & Güzel, 2018)

EKİP	KURUMLAR	KURULUŞLAR
Hekim	Milli Eğitim Kurumları (MEB)	Meslek Kuruluşları
Hemşire	İlgili Bakanlıklar	Gönüllü Kuruluşlar
Diyetisyen	Hastaneler	Sigorta Şirketleri
Fizyoterapist	Belediyeler (il-ilçe)	Firmalar

Sosyal Hizmet Uzmanı		Özel Sağlık Kuruluşları
Psikolog		Hemşirelik Kuruluşları
Sağlık Yöneticisi		
Yardımcı Personel		

İstanbul Büyükşehir Belediyesi'nin sunduğu evde bakım ve sağlık hizmetleri ile İstanbul'da ikamet eden bakıma muhtaç birey ve yakınlarının yaşadıkları ortamda sağlık, bakım ve rehabilitasyon hizmetleri sağlanmaktadır. 2001 yılında başlatılmış olan bu proje ile amaç bakım ve sağlık hizmetlerine ihtiyacı olan bireylerin yaşadıkları ortamda sağlık ve sosyal ihtiyaçların karşılanması, iyileşme sürecinin hızlandırılması, hastane enfeksiyonlarının önlenmesi, hastanede yatış süresinin azaltılması, sağlık harcama maliyetlerinin azaltılması, hasta ve yakınlarına eğitim verilerek kendilerine yeterli hale gelmesini sağlamak, yaşadıkları ortamın sağlık açısından uygun hale gelmesini sağlamak amaçlanmaktadır. Hizmetin hedef grubu öncelikle yalnız yaşayan, ailesi ile birlikte yaşayan engelli ve yaşlı bireyler, yatağa bağımlı bakıma muhtaç bireylerdir. Özellikle yatağa bağımlı kişilerde ortaya çıkan yatak yarası bakımı ihtiyacı olan, diğer yara bakımı ihtiyacı olan, enjeksiyon, katater bakımı gereksinimi olan bireyler, kronik hastalığı mevcut bireyler, terminal dönemdeki bireyler, hastaneden taburcu olmuş bakımının evde devamı uygun olan bireyler, evde fizyoterapi ve psikoterapi ihtiyacı olan bireyler diğer hedef gruplarıdır.

Hizmet kapsamında hemşirelik bakımı hizmeti, nakil ambulans hizmeti, fizyoterapi hizmeti, psikolojik danışmanlık hizmeti, sosyal çalışma hizmeti, evde kişisel temizlik hizmeti, ev (hane) temizlik hizmeti verilmektedir. Hemşirelik bakımı içerisinde; yara bakımı, mesane-sonda bakımı, postoperatif (ameliyat sonrası) bakım, enjeksiyon, serum, trakeostomi-gastrostomi bakımı, kan alımı yer almaktadır.

İstanbul Büyükşehir Belediyesi'nden evde bakım ve sağlık hizmetine başvuru, Alo 153 veya web adresinden (https://saglik.ibb.istanbul/evde-saglik-basvuru-formu/) yapılmaktadır.

Hastanın iyileşme ve bakıma ihtiyacı kalmadığı durumlarda, hasta veya yakınının hizmeti kendilerinin yapabilecek duruma gelmesi halinde, sosyal çalışma ekiplerinin uygunluk vermediği durumlarda, hasta veya yakının uyumsuzluk göstermesi durumunda, yapılan hizmetten hastanın yarar görmediği tespit edildiğinde, hastanın ölümünün gerçekleşmesi durumunda, hasta ve yakınının ikametini değiştirerek İstanbul dışında yaşamını sürdürmesi halinde hizmet sonlandırılmaktadır (İstanbul Büyükşehir Belediyesi, 2022).

2.12 Evde Bakım Hizmetinin Gereksinimini Ortaya Çıkaran Nedenler

Toplumların hızla modernleşmesi, teknolojik gelişmelerin artışı, yaşlı nüfusun toplam nüfus içerisinde ağırlıklı olarak artması, sağlık hizmetlerindeki yataklı tedavi hizmetlerinde maliyet artışının meydana gelişi ile dünya ülkeleri çözüm arayışına girmektedir (Oğlak, 2007).

Demografik ve toplumsal yaşamdaki köklü değişiklikler, sağlık hizmetlerinde artan maliyetler, kurumsal bakım hizmetindeki yetersizlikler, sosyal güvenlik sistemindeki değişiklikler, bilim, teknoloji ve sosyal haklardaki gelişmeler evde bakım hizmetlerindeki gerekliliği ortaya koymaktadır (Genç & Barış, 2015).

Gelişmekte olan ve gelişmiş ülkelerde evde bakım hizmetlerine olan eğilimlerin beş temel nedeni olduğu söylenebilir. Bunlar:

1. Demografik değişim ve yaşlı nüfusun artışı

2. Aile yapısının değişmesi

3. Tıp teknolojisinin gelişmesi

4. Uzun süreli kurum bakım hizmetlerinin yetersizliği

5. Sağlık hizmetleri harcamalarında artan maliyetler (Oğlak, 2007).

2.12.1 Demografik değişim ve yaşlı nüfusunun artışı

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımına göre yaşlılık "çevresel faktörlere uyum sağlama yetisinin giderek azalmasıdır" (Ardahan, 2010). DSÖ; 65-74 yaş arasını genç

yaşlı, 75-84 yaş arasını orta yaşlı, 85 yaş ve üzerini ileri yaşlı olarak kabul ederek üç gruba ayırmıştır (Bilir, 2018).

1982 yılında Birleşmiş Milletler Dünya Yaşlılar Asamblesi'nde bağımsızlık, katılım, bakım, kendini gerçekleştirme, itibar konu başlıklarını içeren yaşlılık prensiplerini yayınlamıştır. ''Bakım'' başlığı altında yaşlılar için şu öneriler getirilmiştir:

• Aile ve toplum tarafından desteklenmeli, ihtiyacı olanlara uygun bakım hizmetleri verilmelidir.

• Her toplumun kültürel değer sistemine uygun bir biçimde korunmalı ve gözetilmelidir.

• Asgari düzeyde fiziksel, zihinsel ve ruhsal iyiliği kazandıracak ve sürdürecek sağlık bakımına sahip olmalıdır.

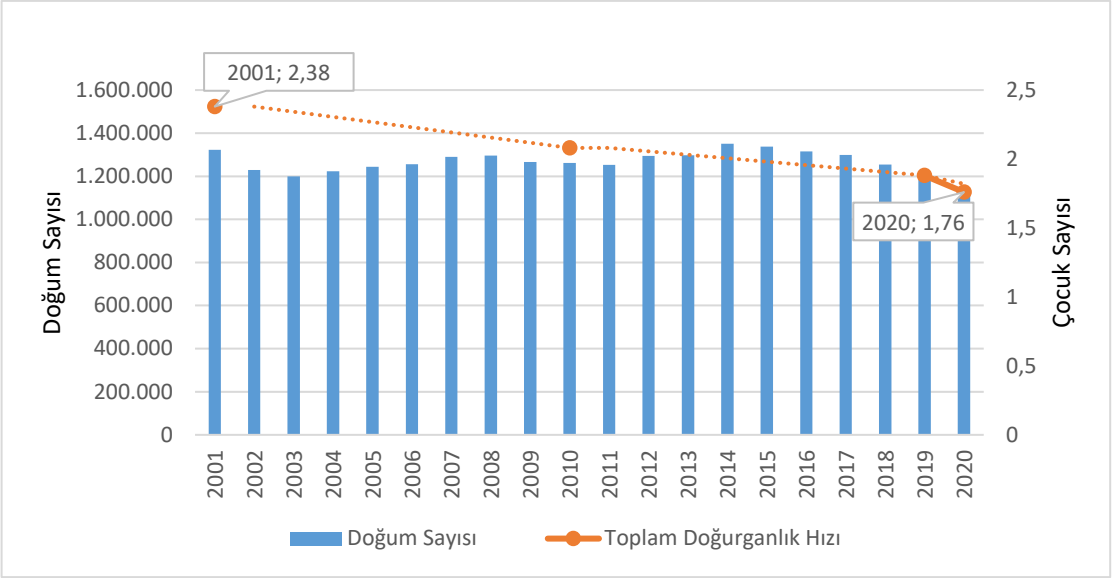
• Yaşamlarını kendi başlarına sürdürebilecekleri, gereksinim duyduklarında korunabilecekleri ve bakılabilecekleri çeşitli sosyal hizmetlere ve yasal düzenlemelere sahip olmalıdır.

• İnsana yakışır ve güvenli bir ortamda, sosyal ve zihinsel yönden desteklenecekleri, kendilerini geliştirebilecekleri, koruma ve rehabilitasyon hizmeti alabilecekleri, uygun kurumsal bakım modellerinden yararlanmalıdır.

• Bir huzurevi ya da rehabilitasyon merkezinde yaşamaları durumunda; ihtiyaçlarına, inançlarına, haysiyetlerine, özel yaşamlarına (mahremiyetlerine), bakımları ve yaşam biçimleri hakkında kendi kararlarını vermelerinde tam olarak saygı görmelidir.

• İnsan haklarından ve temel özgürlüklerden tam olarak yararlanmalıdır (Genç & Barış, 2015).

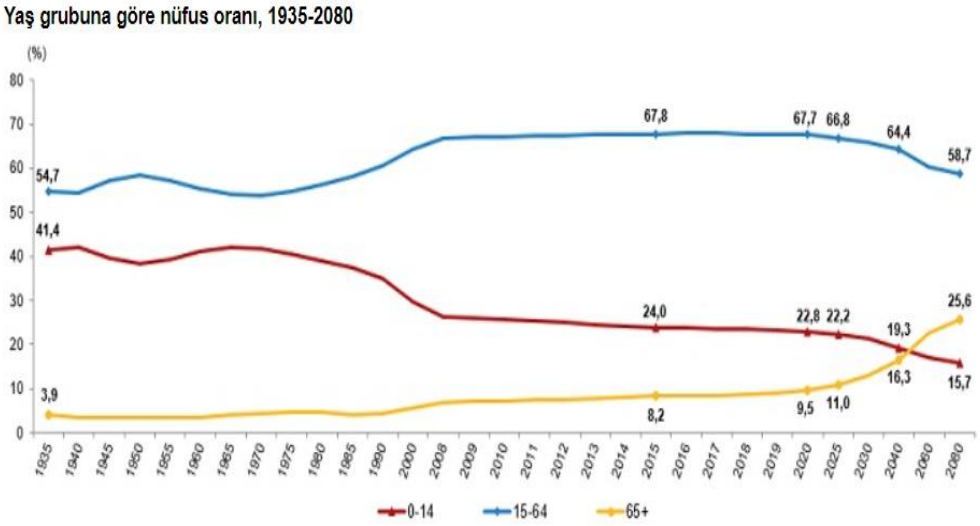
Toplumun yaşlanması en önemli demografik değişimlerin başında gelmektedir. Nüfusun yaşlanması, doğurganlığın azalması ile beraber yaşlı nüfus oranında değişimler meydana gelmiştir (Oğlak, 2007).



Şekil 1. Doğum Sayısı ve Toplam Doğurganlık Hızı, 2001-2020 (TÜİK, 2021)

Şekil 1'de görüldüğü gibi canlı doğan bebek sayısı 2019 yılında 1 milyon 186 bin 560 iken, 2020 yılında 1 milyon 112 bin 859'dur. Toplam doğurganlık hızı, bir kadının doğurgan olduğu dönem olan 15-49 yaş grubunda doğurabileceği ortalama çocuk sayısını ifade etmektedir. Toplam doğurganlık hızı, 2001 yılında 2,38 çocuk iken 2020 yılında 1,76 çocuğa gerilediği görülmektedir (TÜİK, 2021).

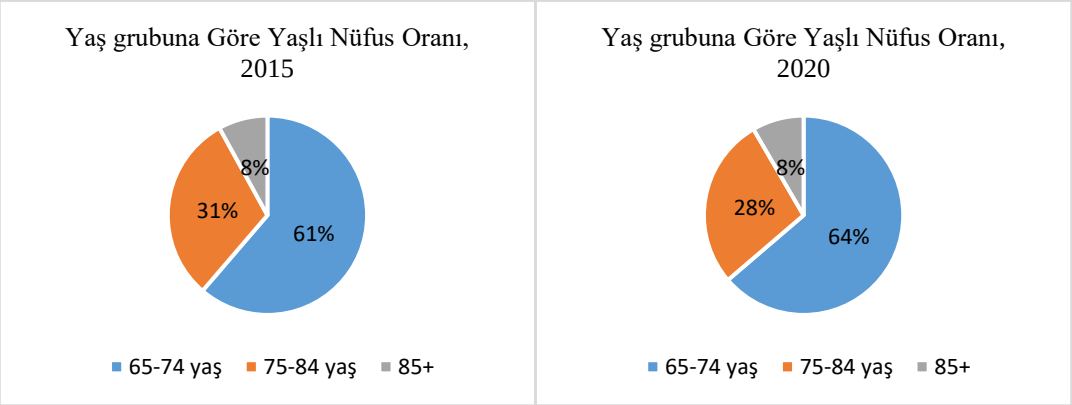
Artan teknolojik gelişmeler, uygun tanı ve tedavi yöntemleri, koruyucu hizmetler ile ölüm yaşı ortalaması yükselmesi sağlanmıştır. Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de doğum oranları düşmüş, yaşlı nüfus ise artmaya devam etmektedir. Bu durum yaşlı bakımına olan önemi daha da arttırmıştır (Aydemir, 2018).



Şekil 2. Yaş Grubuna Göre Nüfus Oranı, 1935-2080 (TÜİK, 2021)

65 ve daha yukarı yaştaki nüfus, 2015 yılında 6 milyon 495 bin 239 kişi iken son beş yılda %22,5 artarak 2020 yılında 7 milyon 953 bin 555 kişiye ulaşmıştır. Şekil 2'de görüldüğü gibi yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı ise 2015 yılında %8,2 iken, 2020 yılında %9,5'e yükselmiştir. TÜİK verilerine göre yaşlı nüfusun 2020 yılında %44,2'sini erkek nüfus oluştururken, %55,8'ini kadın nüfus oluşturduğu kayıtlara geçmiştir (TÜİK, 2021).

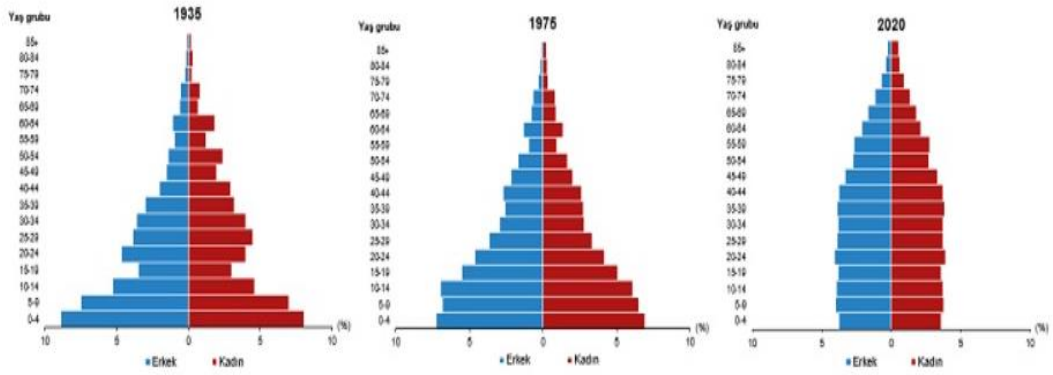
Türkiye dünyanın hızlı yaşlanan ülkeler içerisinde yer alıp 65 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfusa oranı 2030 yılında 12,1'e, 2050 yılında ise %20,6'ya ulaşması tahmin edilmektedir (UNDESA, 2015).



Şekil 3. Yaş Grubuna Göre Nüfus Oranı, 2015-2020 (TÜİK, 2021)

Grafikteki rakamlar, yuvarlamadan dolayı toplamı vermeyebilir.

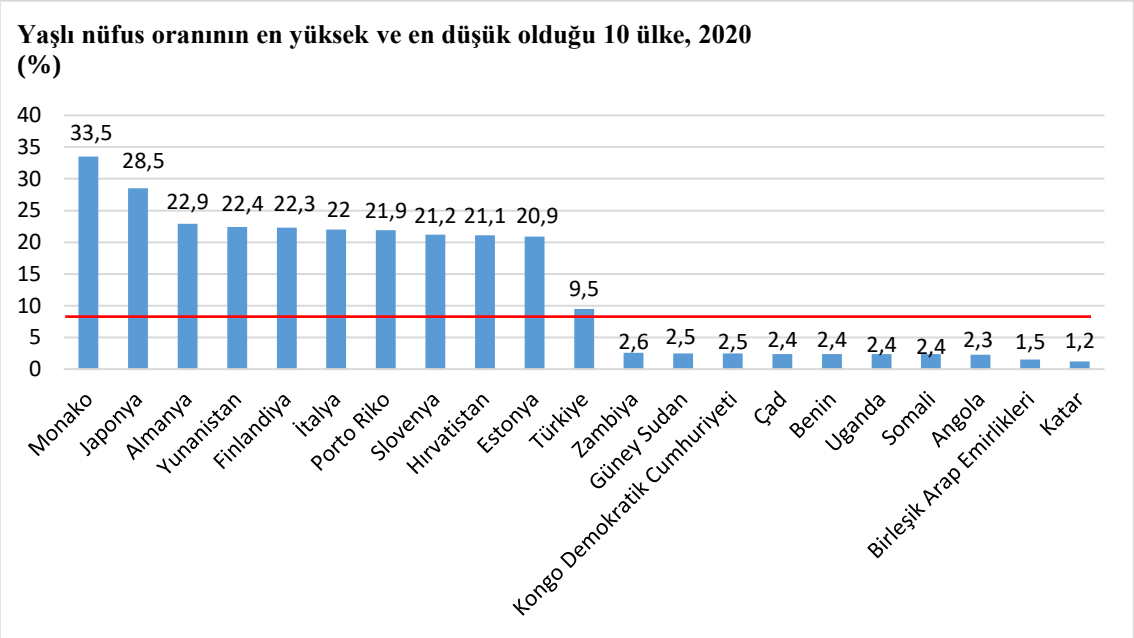
Yaşlı nüfus yaş grubuna göre incelendiğinde ise; Şekil 3'e göre 2015 yılında yaşlı nüfusun %61'inin 65-74 yaş grubunu, %31'inin 75-84 yaş grubunu ve %8'inin 85 ve daha yukarı yaş grubunu oluşturduğu görülmektedir. 2020 yılında ise %64''ünün 65-74 yaş grubunu, %28'inin 75-84 yaş grubunu ve %8'inin 85 ve daha yukarı yaş grubunu oluşturduğu görülmektedir (TÜİK, 2021).



Şekil 4. Nüfus Piramidi, 1935, 1975, 2020 (TÜİK, 2021)

Şekil 4'te görüldüğü gibi küresel yaşlanma süreci içerisinde ''demografik dönüşüm'' süreci olarak adlandırılan dönemde olan Türkiye'de doğurganlık hızında ve ölüm hızında azalma olurken sağlık alanındaki gelişmeler, doğuşta beklenen yaşam süresinin artması ile nüfusun yaş yapı şekli beraberinde değişmiştir. Çocuk ve genç nüfusun toplam nüfus

içerisindeki oranı azalırken, yaşlı nüfusun toplam nüfus içerisindeki oranı artmaktadır (TÜİK, 2021).



Şekil 5. Yaşlı Nüfus Oranının En Yüksek ve En Düşük Olduğu 10 Ülke, 2020 (TÜİK, 2021)

Nüfus tahminlerine göre dünya nüfusunun 2020 yılında 7 milyar 693 milyon 348 bin 454 kişi, yaşlı nüfusun ise 729 milyon 887 bin 660 kişi olduğu tahmin edilmiştir. Yapılan bu tahminlere göre dünya nüfusunun %9,5'ini yaşlı nüfus oluşturmaktadır. Şekil 5'te görüldüğü gibi en yüksek yaşlı nüfus oranına sahip ilk üç ülke sırasıyla %33,5 ile Monako, %28,5 ile Japonya ve %22,9 ile Almanya olmuştur. 167 ülke arasında Türkiye ise 66. sırada yer almıştır (TÜİK, 2021).

2.12.2 Aile yapısının değişmesi

Sosyal değişim, aile yapısındaki küçülmeler, büyük aileden çekirdek aileye geçiş, ekonomik durum, bakıma muhtaç bireylerin toplumsal ve aile içi statüsünün değişmesine yol açmıştır. Bunlarla birlikte evde bakımda önemli rolü olan kadınların iş hayatına katılması, yaşlı bireylerin çocukları ile yaşama oranının azalması, aile içi yapının değişmesi gibi nedenlerle bakım gereksinimleri artmaktadır. Aile yapısındaki bu değişikliklerle geleneksel yardım yetersiz kalmakta ve evde verilen bakım hizmetinin önemi daha da artmaktadır (Oğlak, 2007), (Genç & Barış, 2015).

2.12.3 Tıp teknolojisinin gelişmesi

Bilim ve teknoloji alanındaki yenilikler, gelişmeler evde bakım ve sağlık hizmetlerine olan talebi etkilemektedir. Tıbbi ilaç, tıbbı malzeme, tıbbi cihazlar, cerrahi teknolojiler ve tıp alanındaki gelişmeler ortalama yaşam süresini uzatmış, bakıma muhtaç engelli ve yaşlıların yaşam kalitesinin artmasına olanak sağlamıştır. (Tarricone & Tsouros, 2008).

Kişileri yaşadıkları ortamda evlerinden ve ailesinden kopmadan sağlık hizmetlerinden yaralanma gibi daha birçok avantajı olan evde bakım hizmeti, tıbbi teknolojinin de gelişmesi ile kurum bakımına göre tercih edilme nedeni olmaktadır. Örneğin solunum cihazlarının kullanımı, damar içi tedavi, kan tetkikleri, yüksek riskli gebelik ilaçların uygulaması ileri teknoloji sayesinde evde sağlık ve bakım hizmetleri ile uygulanabilmektedir. Daha az maliyetli olan evde sağlık ve bakım hizmetleri, hastaneye alternatif hizmet olarak karşımıza çıkmaktadır (Oğlak, 2007).

2.12.4 Uzun süreli kurum bakım hizmetlerinin yetersizliği

Türkiye'de sosyal güvenlik ve sosyal hizmet programları içerisinde yer alan kurum bakımı olan huzurevleri yer almaktadır. Ülkemizde yaşlı bakımı, Sosyal Hizmet ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) tarafından yürütülmektedir (Ardahan, 2010).

Uzun süreli sağlık ve sosyal bakımın verildiği huzurevlerindeki bakımının yaşlı bireyler üzerinde hem sağlık açısından hem de psikolojik açıdan olumsuz etkilerine rastlanmıştır (Oğlak, 2007).

Yaşlılık ile beraber fizyolojik problemler ile beraber psikolojik sorunlar da meydana gelmektedir. Bireyin özerkliğini kaybetmesi, yaşam kalitesinin düşmesine ve bakım ihtiyacının artmasına neden olmaktadır. Özellikle 60 yaş üzeri bireylerde yalnızlık ve çevreye uyumda güçlükler görülmektedir. Yaşlı bireyin fiziksel gücünü kaybetmesiyle rol değişimleri de psikolojik olarak kişiyi karamsarlığa sürüklemektedir (Ardahan, 2010).

Britanya Krallığı'nda yapılan bir çalışmada huzurevlerindeki tıbbi bakım kalitesinde yetersizlik görülmüştür. Gereksiz ve zararlı ilaçların yüksek dozda verildiği, gereğinden fazla ilaç yazıldığı ve özellikle laksatif türü ilaç kullanımının huzurevinde bakım verilen hastalarda daha fazla kullanıldığı belirtilmiştir. Başka bir çalışmada ise huzurevlerinin

politik, ekonomik ve sosyal yönden yetersiz bulunmasının sebebinin hekim sayısındaki yetersizlik, düşük ücret, iş doyum düşüklüğü, yetersiz denetim konularının olduğu belirlenmiştir (Oğlak, 2007).

Kurum bakımının yetersizliği sebepleri arasında kurumsal istismarın yaygın oluşu önemle üzerinde durulması gereken konular arasında yer almaktadır.

Ankara'da yaşlılar üzerinde yapılan bir çalışmada 1300 yaşlı kişi ile görüşülmüş, %91,7'sinin huzurevinde kalmayı istemedikleri belirlenmiştir. Huzurevinde kalmayı istememe nedenleri arasında %50,1'i ailesi kalmaktan mutlu olduğunu, %21,0'i çocuklarının izin vermeyeceğini, %9,9'u yalnız kalmaktan hoşlandığını, %2,2'si huzurevi ortamından rahatsız olduğunu, %1,8'i toplum baskısı nedeniyle olduğunu ifade etmişlerdir (Ardahan, 2010).

2.12.5 Sağlık hizmetleri harcamalarında artan maliyetler

1978'te Alma-Ata Bildirgesi, tüm ülkeler için kabul edilebilir, evrensel, eşitlikçi ve kapsamlı sağlık hizmetleri temin edilebilmesi amacıyla temel bakım hizmetlerini kabul etmiştir (Kılavuz, 2010).

Son yıllarda sağlık hizmetlerine yapılan harcamaların toplam gelir içerisindeki oranı artmaktadır. Bu artışın bazı sebepleri şunlardır:

- Ortalama yaşam süresinin artması,
- Demografik değişimler,
- Kronik hastalıkların artışı,
- Sağlıkta yüksek maliyetli teknoloji kullanımı,
- Sağlık bilincinin artması,
- Eğitim seviyesinin yükselmesidir (Oğlak, 2007), (Kılavuz, 2010).

Tıp alanındaki gelişmeler yaşam süresini uzatarak demografik yapının değişmesine neden olmuştur. İnsan ömründeki uzama kronik hastalıkları beraberinde getirmiş ve yetersizlik oranında artmaya neden olarak sağlık hizmetlerinde talep artışı meydana gelmiştir. Böylelikle talep artışı, sağlık harcamalarının artmasına neden olmuştur (Kılavuz, 2010).

2.13 Evde Bakım Hizmetinin Finansmanı

Sağlık hizmetlerinin finansmanında üç ana model rol oynamaktadır. Bunlar; genel bütçe gibi kamu kaynaklı sosyal güvenlik modeli (Beveridge Modeli), prime dayalı sosyal sağlık sigortası modeli (Bismarck Modeli), cepten yapılan harcamalar veya özel sigorta modelidir. Bismarck modelinde devlet, sağlık hizmetlerinde makro düzeyde sağlık politikalarını belirleyen ve uygulamaları denetleyen konumdadır. Beveridge modelinde ise devlet hem makro hem de mikro düzeyde hizmet sunarak sağlık hizmetlerini finanse eden ve sağlık hizmetlerini denetleyen konumdadır (Küçük, 2021), (Yılmaz & Şara, 2014).

Evde bakım hizmetlerinin finansmanı, sosyal sigortanın prim ödemesi, özel sigortanın rolü tüm ülkeler için önemli bir konudur ve ülkeler arası farklılık göstermektedir (Oğlak, 2007), (Küçük, 2021). Ülkelerin evde bakım finansman politikalarını oluşturmasında beş temel soru yer almaktadır (Brodsky, Habib, Hirschfeld, & Siegel, 2002):

- Bakım hizmetlerinden kimler yararlanacak?
- Hizmetlerden yararlanma hakkı nasıl belirlenecek?
- Finansmanı hangi kaynaklardan sağlanacak?
- Bu hizmetler nasıl sunulacak (Hizmet sunum stratejileri ve yöntemleri)?
- Bakım hizmetleri sistemi içinde sağlık ve sosyal hizmetlerin entegrasyonu nasıl sağlanacak?

Bakım sigortası finansmanında ülkelerin ekonomik durumları, siyasal görüşleri, sosyokültürel değerleri ve kurumsal yapılardaki farklılıklar önemli rol oynamaktadır. Böylelikle ülkeler arasında finansman kaynağında farklı yapılar karşımıza çıkmaktadır. Finansman kaynağında beş temel yaklaşım esas alınmıştır (Küçük, 2021), (Oğlak, 2007) (Gibson, Gregory, & Pandya, 2003):

- Genel vergilerden finanse edilen vergiye dayalı yaklaşım,
- Prim yoluyla finanse edilen sosyal sigorta yaklaşımı,
- Gönüllülüğe dayalı özel sigorta yaklaşımı,
- Kamu destekli özel sigorta yaklaşımı,
- Kişinin özel cepten ödeme yaklaşımı.

Vergiye dayalı sistemi benimseyen ülkeler arasında Danimarka, Avusturya, Britanya Krallığı yer alırken, Sosyal Sigorta Sistemini benimseyen ülkeler arasında ise Almanya, İsrail, Japonya, Hollanda yer almaktadır (Oğlak, 2007).

Birçok gelişmiş ülke, uygulamada sosyal güvenlik ve özel sigorta finansmanını benimsemiştir (Gibson, Gregory, & Pandya, 2003), (Küçük, 2021).

2.14 Türkiye'de Evde Bakım Hizmetlerinin Finansmanı

Ülkeden ülkeye farklılık gösteren evde bakım hizmetlerinin finansmanı devlet katkısı, özel sigorta ve sosyal prim ödemeleri açısından önemlilik arz etmektedir. Türkiye'de ise evde bakımın finansmanını Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı (ASHB), Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ve belediyeler oluşturmaktadır. Evde bakım kapsamında Sağlık Bakanlığı tarafından sunulan evde sağlık hizmetlerinin finansman kaynağını SGK karşılamaktadır. Yerel yönetimler ise evde bakım hizmetlerinin giderlerini kendi bütçelerinden karşılamaktadır (Yılmaz & Şara, 2014).

Türkiye'de ekonomik yetersizliği olan ve ağır engelli bireylere ücretsiz olarak evde bakım hizmeti sunulmaktadır. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı tarafından, özel bakım hizmetlerinden yararlanan engelliler için hizmet karşılığında özel bakım merkezine ücret ödemesi yapılmaktadır (Küçük, 2021).

Bakıma muhtaç engellilere evde bakım ücreti bakan kişiye verilmektedir. Bu ücreti alabilmenin şartı ise; engelli ile aynı evde yaşıyor olması ve engelliye bakmakla yükümlü olan kişinin engelli ile kan bağının olmasıdır (Yılmaz & Şara, 2014).

2011 yılında Sağlık Uygulama Tebliğ'inde (SUT) değişiklik yapılmıştır. Bu değişiklik, Sağlık Bakanlığınca günübirlik verilen evde sağlık hizmetleri, Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından ödenmeye başlanmıştır. Evde sağlık hastalarına yapılan tetkik, pansuman, enjeksiyon, serum, ilaç uygulamalarına ait harcamalar SGK tarafından karşılanmaktadır. Hasta veya yakınları kamu hastanelerine bağlı evde sağlık hizmetlerinden hizmet aldığı takdirde ücret ödememektedir (Küçük, 2021).

Yerel yönetimlerce verilen evde bakım hizmetlerindeki mevcut harcamalar ise kendi bütçelerinden karşılanmakta olup hasta veya yakınları hizmet karşılığında ücret ödememektedir.

2.15 Evde Bakımda Aile Bireyi veya Bakıcının Rolü

Günümüzde kurum ve evde bakım hizmetleri ülkemizde gün geçtikçe artmaktadır. Sosyal ve kültürel nedenlerden kaynaklı evdeki hasta bireyin bakımını sağlamak ailenin görevi olarak görüldüğünden büyük çoğunlukla aile üyeleri hastanın bakımını sağlamaktadır. Bakım vericilerinin büyük çoğunluğunu kadınların oluşturduğu söylenebilir (Yılmaz, ve diğerleri, 2010). Altun'un (1998) araştırmasında bakım vericilerin %78,13'ünün kadın olduğu belirlenmiştir (Altun, 1998). Dramalı, Demir ve Yavuz'un yapmış olduğu çalışmada da bakım vericilerin %89,9'unun kadın olduğu saptanmıştır (Öztop, Şener, & Güven, 2008). Fakat kadınların çalışma hayatına katılması ile hasta bakımında ücret karşılığı çalışan bakıcılar veya kurumsal bakım yer almaya başlamıştır. Gelişmiş ülkelerde bakım yükünün ekonomik ve sosyal açıdan ailenin desteklenmesini hedef alan bakım sigortasına yönelik yasal düzenlemeler yapılmıştır. Örneğin Almanya, Hollanda, İsrail, Japonya'da bakım sigortası uygulamaları yer almaktadır. Bunların yanı sıra İngiltere, Norveç, İsveç, Hollanda'da devlet hasta bakımını sağlayan ailelere ve bakıcılara yönelik destekleyici programlar oluşturmuştur (Yılmaz, ve diğerleri, 2010).

Evde bakıma muhtaç kişilerin evde hizmet alma talebinin temel sebebi aile fertleriyle bir arada yaşama arzusudur. Aileler de kurum bakımı veya hastane bakımından ziyade kendi yaşadıkları ortamda bakım vermeyi tercih etmektedir (Karataş, 2011).

Cimete ve Aksayan'ın yapmış olduğu araştırmada hastaların %63,1'inin (n=178) evde bakımı, %36,9'unun (n=104) hastanede bakımı tercih ettikleri belirlenmiştir. Evde bakımı tercih etme nedenleri sırasında ilk sırayı aile üyelerinin yanında olması (%86,5) almıştır (Aksayan & Cimete, 1998).

Tablo 4. Hastaların Evde Bakımı Tercih Etme Nedenleri (Aksayan & Cimete, 1998)

Tercih Nedenleri	Sayı	%
Aile üyelerinin yanında olma	154	86,5
Evin sakin, rahat, huzurlu ve bilinen bir ortam olması	147	82,6
Hastane ortamını sevmeme	145	81,5
Hastanenin zaman kaybettirmesi	128	71,9
Evde bakım verecek bir bireyin bulunması	110	61,8

Geleneksel aile yapısındaki değişimler ile kadınlar iş hayatına katılmış, sürekli bakım ihtiyacını ise bakıcı bireyler üstlenmiştir. Gelişmiş ülkelerde genç nüfusun azalması ile birlikte yeterli bakıcı istihdamı sağlanamadığından dış ülkelerden bakım amacıyla göç başlamıştır. Göçmen bakıcılar bakım hizmetlerini daha ucuz verdiklerinden tercih sebebi olmaktadır. Özellikle Türki Cumhuriyetlerden Türkiye'ye göç eden göçmen bakıcılar evde bakım alanında, düşük ücretle ve sosyal güvencesiz çalıştıklarından tercih edilmektedir. (Karataş, 2011).

2010 yılında ülkemizde Milli Eğitim Bakanlığı tarafından Mesleki Eğitim Geliştirme Programı kapsamında bakım elemanı olmak için 2.000-2.500 saat (8-12 ay) eğitim verilmektedir. Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) tarafından aile bireyi bakıcılara yapılan bakım yardımından faydalanabilmek için böyle bir eğitimi alma şartı yoktur. Bu da bakım hizmetinin kalitesi konusunda soru işaretleri oluşturmaktadır (Karataş, 2011). Bakım veren aile ve ücretli bakıcılara, bakım kalitesini arttırmak amacıyla; bakım konusunda teori ve uygulama içeren bir eğitime tabi tutularak belgelendirilmeleri sonucunda sahada rol almaları sağlanmalıdır.

Bakıcı aile bireyi kişinin bakım faaliyetlerini ve sorumluluklarını üstlenmiş kişidir. Bu faaliyetler; ev düzenini sağlama, tıbbi bakım desteğini sağlama (yara temizliği, sonda bakımı, pozisyon verme vb.) kişisel bakımı yapma (banyo yaptırma, tırnak kesme vb.) ve finansal yönetimi sağlamayı kapsamaktadır. Bir kişinin bakımını üstlenmek ve sürekli olarak uzun süreli bu sorumluluğu yerine getirmek aile bireyi bakıcılarında tükenmişlik olgusunu ortaya çıkartmaktadır. Bakım veren, bu sorumluluğu tek başına yerine getirmesi halinde ise bakım yükü altında ezilmektedir. Aynı zamanda günlük yerine getirdiği rol ve görevleri bakım sebebiyle terk etmek zorunda kaldığında depresyon, anksiyete ve stres yaşamaktadır (Uğur, 2006), (Karataş, 2011).

Bakım rolü, bakıcı aileyi birçok yönden etkilemektedir. Fiziksel yönden, ruhsal yönden sağlığını olumsuz etkilerken, sosyal yaşamlarını ve çalışma hayatlarını da kesintiye uğratmaktadır. Bakım yükünün zorluğu açısından, bakım verme sorumluluklarının uzun süreli devamı amacıyla birçok ülkede bakım sigorta sistemleri bakıma muhtaç bireylerin bakım gereksinimlerini tümüyle karşılayamamaktadır. Bakım sigorta sistemlerinin amacı aile bireyinin yerini almaktan ziyade aile bireylerinin yükünü hafifletmektir. Bakım

rollerinin devamlılığının sağlanması, hastane ve kurumlara yatış sayısını azaltmakta önemli rol oynamaktadır (Oğlak, 2007).

Evde bakım hizmetleri ile, aile ve profesyonel bakım hizmetleri (hemşirelik hizmeti, rehabilitasyon hizmeti, doktor hizmeti vb.) entegre bir şekilde ilerlemelidir. Bu sayede hastaya bakım veren kişinin hem maddi hem manevi yükü azalmış olacaktır. Ayrıca yasal olarak profesyonel kurumun sağlık takibi yapması, bakım ile ilgili güvenilir bilgi almaları, dış kurumlara ulaşma yolu hakkında bilgi almaları, bakıma muhtaç kişiye kendilerinin verebileceği bakım hakkında eğitim almaları, bakımın devamlılığı sürecinde psikolojik olarak yalnız olmadıklarını sağlamakta ve güven duygusu vermektedir.

Hastaya bakım veren aile üyeleri veya bakıcıları özel hayatlarını, eğitim hayatını, kariyer ve iş yaşamını, sosyal ilişkilerini uzun süreli evde bakımın sorumluluğunu kendilerine yüklemiş olduğu rolleri yerine getirme kaygısı yaşamaktadırlar. Bu rollerle beraber sorumlulukları aşağıdaki şekilde sıralanabilir (Karataş, 2011):

• Aile üyesi veya bakıcı, bireyi ‘‘çevresi içinde birey’’ anlayışı ile multidisipliner yaklaşım ile değerlendirmelidir. Bakıma muhtaç bireyin sosyal yaşama katılmasına olanak sağlamalıdır.

• Bireyin kişisel ihtiyaçlarına yönelik bakım planı hazırlanarak uyulması sağlanmalıdır. Her insanın öncelikleri farklıdır (beslenme, giyim, eğlence vb.). Bakıma muhtaç bireyin ihtiyaçları ve öncelikleri dikkate alınarak kişisel tercihleri önemsenmelidir.

• Bakıma muhtaç bireyin bağımsızlığı hedef alınarak bireyi bakıma katan uygulamalar esas alınmalıdır.

• İnsan sevgisi, hoşgörü duyguları ile sabırlı, özverili ve strese dayanıklı bir psikolojiye sahip olunmalıdır.

Yaşlanma 2002 Uluslararası Eylem Planı’nda ‘Yaşlılara Verilen Sunum ve Hizmetlerin Sürekliliğin Sağlanması ve Bakım Verenlerin Desteklenmesi’ hedefine yönelik çeşitli eylem planları oluşturulmuştur. Bu eylemler aşağıda sıralanmıştır (Uluslararası Yaşlanma Asamblesi, 2002):

• Aile içinde bakımın desteklenmesi ve topluma dayalı hizmetlerin sağlanması,

• Hastanede ve bakımevlerinde kalma gibi durumlara alternatif olarak yalnız yaşayan yaşlıların bağımlı olmadan yaşama kapasitelerinin artırılması için topluma dayalı uzun süreli bakım olanaklarına ulaşımın sağlanması ve kalitenin artırılması,

• Eğitim, bilgilendirme, psikolojik, ekonomik, sosyal ve yasal mekanizmalar ile bakım verenlerin desteklenmesi,

• Aile içinde desteğin olmadığı, kaybedildiği ve istenmediği durumlarda, yaşlılara yardım sağlanması için önlemler alınması,

• Farklı kültür ve durumlardaki bakım sistemlerinin araştırılması için çalışmaların kolaylaştırılması,

• Algılama sorunları olan bireylere bakan yaşlıların gereksinimlerinin araştırılması için çalışmaların kolaylaştırılması,

• Bakım veren kurumlarda, kalitenin sağlanması için standartların ve değerlendirme yöntemlerinin belirlenerek uygulanması,

• Sayıları giderek artan risk altındaki yaşlılar için, aile içinde bakımın sağlanması amacıyla ailelerin güçlendirilmesi esas alınarak, uzun süreli destek ve hizmetler de dahil olmak üzere resmi ya da resmi olmayan sosyal destekleme sistemleri geliştirilmesi,

• Uygun önlemlerle, yaşlıların kendilerine güvenlerinin artırılması, yaşam kalitesini geliştiren koşullar sağlanması ve mümkün olduğu ya da istendiği sürece kendi toplumları içinde bağımsız olarak çalışma ve yaşamalarına olanak tanınması,

• Çalışma ortamı ve aile yaşamını dengelemek amacıyla önlemler alınarak kadın ve erkek arasında bakım sorumluluklarının eşit dağılımının sağlanması, toplum hizmetlerinin güçlendirilmesi ve aile içinde desteklenmesidir.

2.16 Evde Bakım Alan Hastaların Bakım Maliyeti

Hasta yakınları ve bakım vericiler sağlık bakım sisteminin dayandığı en temel iskeleti oluşturmaktadır (Aydın, 2005). Bakıma muhtaç bireylerin mevcut yaşam kalitesini korumak ve yükseltmek için aile üyelerinin ve bakım vericilerin önemi oldukça büyüktür.

Bakım verici aile üyeleri mental, fiziksel, ruhsal olarak etkilendikleri gibi mali olarak da kayıp yaşamaktadır.

Bakıma muhtaç bireylerin günlük bakım hizmeti, bakım veren aileye mali sorumluluklar yüklemektedir (Karataş, 2011). Kullandıkları tıbbi malzemeler, kişisel temizlik malzemeleri, ilaçlar, gerekli teknik cihazlar, hastaneye ulaşım amaçlı ödemeler hasta yakınlarına mali bir kayıp olarak karşılarına çıkmaktadır. Sosyoekonomik düzeyi yeterli olmayan yoksul aileler hasta bakımı için çok daha fazla zorlanmaktadır.

Hasta bakımı, kurum hizmetinin yanında aile veya bakıcı bakımı ile birlikte entegre bir şekilde sağlanmalıdır. Bu sebeple aile ile kurum sürekli iletişim halinde olmalıdır. Öncelikle evde bakım hizmeti veren kuruma yeni bir başvuru alındığında hastanın anamnezi alınmaktadır. Hastanın tanısal ve demografik bilgilerinin yanı sıra sosyal açıdan da değerlendirme yapılmaktadır. Kişinin ihtiyacına binaen bakım hizmetleri (hemşirelik hizmeti, nakil hizmeti, kişisel temizlik vb.) başlatılmaktadır. Sosyal açıdan değerlendirilen hasta ve ailesinin durumuna göre bakım maaşı, raporlu bez veya engelli maaşı sağlanması amacıyla gerekli başvurular yapılmaktadır. İhtiyaç analizi sonrası hastalara hasta yatağı, yürüteç, tekerlekli sandalye, bakım için pansuman malzemeleri sağlanabilmektedir.

Finansal olarak; bakım tedavi masrafları, pansuman ihtiyacı olan hastalar için kullanılan pansuman malzemeleri, sonda malzemeleri, egzersiz, ulaşım, kişisel temizlik ve hane temizlik için yapılan harcamalar hasta yakınlarının bütçe planlamalarında zorlanmasına yol açabilmektedir. Bakım yükünü mali olarak arttıran birden çok sebep vardır:

- Bakım hizmetinin uzaması,
- Bakım çeşitliliğinin artması (birden fazla bakım verilmesi),
- Hastanın günlük yaşam aktivitelerine katılımın azalması, bakım verecek birine bağımlı olması,
- Çoklu ilaç kullanımı,
- Karmaşık bakım sistemi,
- Ücretli bakıcının hizmet vermesi,
- Bakım veren kişinin hastaya bakım vermek amacıyla işini kısmen ya da tamamen bırakmış olması,

- Bakıma muhtaç bireyin çalışıyorsa, mevcut durumu sebebiyle işini kısmen ya da tamamen bırakmış olması,
- Bakım amacıyla borç veya kredi alınması bunlardan bazılarıdır.

Hasta bakımı, hasta yakınlarının iş hayatlarını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bakım amacıyla birçok hasta yakını iş saatlerinde değişiklik yapmak, yeri geldiğinde erken çıkmak veya geç gitmek zorunda kalmaktadır. Bu durumun ilerisinde işinden ayrılarak yarı zamanlı işe geçmek ve işinden ayrılmak zorunda kalmaktadır (Aydın, 2005).

Hastaya bakım vermesi amacıyla borç veya kredi alınması aile bireylerini ekonomik olarak zorlamaktadır.

Uzun süreli hasta bakımı yapan kişiler sosyal yaşamlarından da uzaklaşmaktadır. Bakım hizmetinin yoğunluğu, bakım süresinin artması, hastanın kişiye bağımlılık düzeyinin artması hasta yakınlarında fiziksel rahatsızlıkların artmasına ve ruhsal yönden stresin artmasına neden olur. Bu stresin sonucunda hem bakım veren kişi zarar görür, hem de hastaya verilen bakımın kalitesi düşer (Aydın, 2005).

Sağlık ulaşım kaynaklarının kısıtlı olması, özellikle yatağa bağımlı kişilerin tedavi ve bakım amacıyla her seferinde hastaneye ulaşmasındaki zorluklar hanehalkını zorlamaktadır. Hindistan'da yapılan bir çalışmaya göre şu verilere ulaşılmıştır: Eğer bir haftada köy içerisinden 8 hasta tedavi amacıyla hastaneye gelirse ulaşım maliyeti 64 rupidir (Ulaşım aracının günlük kiralanması 8 rupi). İlaçlar için 80 rupi, kaybedilen ücret için 32 rupi olacaktır (hasta ve yakını için günlük 2 rupi). Bunun yerine bu hastaları tedavi etmek amacıyla bulundukları bölgeye mobil ekip gelmiş olsaydı ulaşımın maliyeti 20 rupi, ilaç maliyeti 20,5 rupi olacaktı. Buradan anlaşılacağı üzere mobil ekip uygulamasının hem hanehalkının maliyetini, hem de hizmet sunucularının maliyetini düşüreceği görülmektedir (Creese & Parker, 1994).

Profesyonel düzeyde evde bakım ve sağlık hizmeti sunan kurumlar ile hasta yakınlarının, bakım vericilerin maddi, manevi yükü azaltılmakta, fiziksel, ruhsal ve mental olarak kendilerini iyi hissetmeleri sağlanmaktadır. Sosyoekonomik düzeyi düşük ailelere kurum hizmeti almadığı günlerde bakımı devam ettirmek amacıyla tıbbi malzeme desteği

sağlanmaktadır. Sosyal hizmet uzmanları ise şartları sağlayan ailelere gerekli ayni ve maddi yardım almaları için dış kurumlar ile koordinasyon sağlamaktadır.

Yapılan anketler sırasında aile bireyleri ‘‘hasta yakınları olarak yalnız olmadığımızı hissetmek, bir telefon kadar uzağımızda olduğunuzu bilmek bize güç veriyor. İyi ki bu hizmet var.’’ şeklinde geri bildirimler vermişlerdir.

2.17 Sosyoekonomik Gelişmişlik Endeksi

Ülkelerin ekonomik ve sosyal gelişimi, bireylerin temel hizmetlere erişimini ve yaşam kalitesinin arttırılmasını amaçlamalıdır. Bu doğrultuda Türkiye'de sosyoekonomik gelişmişlik seviyesini ilçe bazında ölçmek amacıyla İlçelerin Sosyoekonomik Gelişmişlik Sıralaması Araştırması yapılmıştır. Çalışmada demografi, istihdam ve sosyal güvenlik, eğitim, sağlık, finans, rekabetçilik ve yaşam kalitesi boyutlarında toplam 56 değişken kullanılarak ilçelerin gelişmişlik skorları, sıraları ve kademeleri belirlenmiştir (Acar, ve diğerleri, 2022). Sosyoekonomik Gelişmişlik Endeksini elde ederken kullanılan değişkenler Tablo 5'te sıralanmıştır:

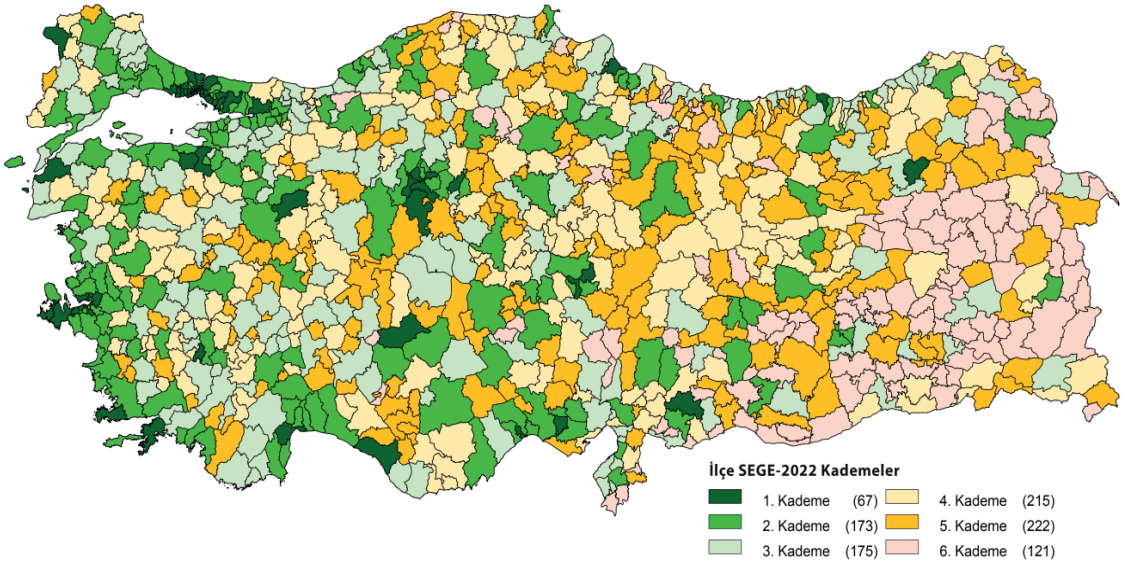
Tablo 5. İlçe SEGE-2022 Çalışmasında Kullanılan Değişkenler (Acar, ve diğerleri, 2022)

	Yılı	**Birimi**
Demografi Değişkenleri		
Nüfusun Türkiye Payı	2020	Binde
Nüfus Yoğunluğu	2020	Kişi/km²
Net Göç Hızı	2016-2020	Binde
Şehirleşme Oranı	2019	Yüzde
Toplam Doğurganlık Hızı	2019	Çocuk Sayısı
Ortalama İlk Evlenme Yaşı-Kadın	2018-2020	Yaş
Kaba Boşanma Hızı	2018-2020	Binde
İstihdam ve Sosyal Güvenlik Değişkenleri		
Çalışma Çağındaki Nüfusun (15-64) Payı	2020	Yüzde
Aktif Çalışanların Çalışma Çağı Nüfusuna Oranı	2020	Yüzde
Aktif Kadın Çalışanların Çalışma Çağı Kadın Nüfusuna Oranı	2020	Yüzde
Ortalama Günlük Kazanç	2020	TL
Primi Devlet Tarafından Ödenen Nüfus Oranı	2020	Yüzde
İmalat Sanayii İş Yeri Türkiye Payı	2020	Binde
Hizmetler Sektörü İş Yeri Türkiye Payı	2020	Binde
Kişi Başına Sosyal Yardım Tutarı	2019-2020	TL
Eğitim Değişkenleri		
Özel Okulların Toplam Okula Oranı-İlköğretim	2019-2020	Yüzde
Ortalama LGS Puanı	2018-2019	Puan
Ortalama TYT Puanı	2019-2021	Puan

Üniversite Öğrencisi Sayısının Toplam Nüfusa Oranı	2019-2020	Yüzde
İlkokul ve Üzeri Mezun Oranı-Kadın	2019	Yüzde
Üniversite Mezunu Oranı	2019	Yüzde
Sağlık Değişkenleri		
Bebek Ölüm Hızı	2017-2019	Binde
Kişi Başına Hekim Sayısı	2019	Kişi
Kişi Başına Diş Hekimi Sayısı	2019	Kişi
Kişi Başına Toplam Sağlık Personeli Sayısı	2019	Kişi
Kişi Başına Hastane Yatağı Sayısı	2019	Adet
Kişi Başına Eczane Sayısı	2020	Adet
Finans Değişkenleri		
Kişi Başına Banka Şubesi Sayısı	2020	Adet
Kişi Başına POS Cihazı Sayısı	2020	Adet
Kişi Başına Kartlı Ödeme Tutarı	2020	TL
Kişi Başına Belediye Gideri	2019-2020	TL
İşletmelerin Net Ticari Satış Tutarının Türkiye Payı	2019	Yüzde
Rekabetçilik Değişkenleri		
Faal İşletme Sayısının Türkiye Payı	2019	Yüzde
Sanayi Elektrik Tüketiminin Türkiye Payı	2019	Yüzde
Kurulan İşletme Sayısının Türkiye Payı	2020	Yüzde
Gayrimenkul Birim Satış Fiyatı	2019-2020	TL
OSB'lerde Üretim Yapılan Parsel Sayısının Türkiye Payı	2020	Yüzde
Yatırım Teşvik Belgeli Yatırım Tutarının Türkiye Payı	2019-2020	Yüzde
Turizm Tesisleri Yatak Kapasitesinin Türkiye Payı	2020	Yüzde
Kişi Başına Tarımsal Üretim Değeri	2020	TL
Yenilikçilik Değişkenleri		
Yüksek ve Orta-Yüksek Teknolojili İmalat Sanayi Sektörlerinde İş Yeri Sayısının Türkiye Payı	2020	Yüzde
Bilgi Yoğun Hizmetler Sektöründe İş Yeri Sayısının Türkiye Payı	2020	Yüzde
Yüksek Lisans ve Doktora Mezunu Oranı	2019	Yüzde
İşletme Başına Ar-Ge ve Tasarım Merkezi Sayısı	2021	Adet
TGB'lerdeki (Teknoloji Geliştirme Bölgesi) Firma Sayısının Türkiye Payı	2020	Yüzde
Kişi Başına Faydalı Model Başvurusu Sayısı	2019-2020	Adet
Kişi Başına Marka Başvurusu Sayısı	2019-2020	Adet
Kişi Başına Patent Başvurusu Sayısı	2019-2020	Adet
Yaşam Kalitesi Değişkenleri		
Atık Hizmeti Verilen Nüfus Oranı	2018	Yüzde
Kişi Başına Kiralanabilir AVM Alanı	2020	m²
Hane Başına ADSL Abonesi Sayısı	2020	Adet
Kişi Başına Sinema Koltuğu Sayısı	2020	Adet
Akaryakıt İstasyonu Sayısının Türkiye Payı	2021	Yüzde
Kadın Sürücü Belgesi Sahipliği Oranı	2020	Yüzde
Pasaport Sahipliği Oranı	2020	Yüzde
Kişi Başına Mesken Elektrik Tüketimi	2019	kWh
Değişken Sayısı: 56		

Kullanılan değişkenlerin genel nedensel faktörü, birinci temel bileşenleri oluşturmaktadır. Birinci temel bileşenler kullanılarak ilçelerin Sosyoekonomik Gelişmişlik Endeks değerleri oluşturulmuştur. Bu endeks değerler esas alınarak Türkiye'deki ilçelerin sosyoekonomik gelişmişlik düzeyi altı gelişmişlik kademesinde sınıflandırılmıştır. Türkiye'deki 67 ilçe 1. gelişmişlik kademesinde, 173 ilçe 2. gelişmişlik kademesinde, 175 ilçe 3. gelişmişlik kademesinde, 215 ilçe 4. gelişmişlik kademesinde, 222 ilçe 5. gelişmişlik kademesinde, 121 ilçe ise 6. gelişmişlik kademesinde yer almaktadır.

En gelişmiş birinci kademede çoğunlukla Marmara, Ege, İç Anadolu ve Akdeniz bölgelerindeki ilçeler yer almaktadır. Altıncı kademede ise Güneydoğu Anadolu ve Doğu Anadolu bölgelerindeki ilçeler yer almaktadır. Şekil 6'da Türkiye'deki illerin sosyoekonomik gelişmişlik kademeleri renk farklılığı ile görülmektedir:



Şekil 6. İlçe SEGE-2022 Sosyoekonomik Gelişmişlik Kademeleri Haritası (Acar, ve diğerleri, 2022)

İstanbul ili ilçeleri birinci kademe ve ikinci kademede yer almaktadır. Tablo 6'da İstanbul'un ilçelerinin sosyoekonomik gelişmişlik endeksi, kademesi, il içindeki sıralaması ve Türkiye'deki sıralaması görülmektedir:

Tablo 6. İstanbul İlçeleri Sosyoekonomik Gelişmişlik Endeksi Sıralaması (Acar, ve diğerleri, 2022)

İlçe Adı	Genel Sıralama	İldeki Sıralama	Skor	Kademe
Şişli	1	1	6,959	1
Beşiktaş	3	2	5,940	1
Kadıköy	4	3	4,910	1
Bakırköy	6	4	4,465	1
Fatih	7	5	4,226	1
Ataşehir	9	6	3,545	1
Başakşehir	10	7	3,468	1
Beyoğlu	12	8	3,394	1
Ümraniye	13	9	3,364	1
Sarıyer	14	10	3,249	1
Üsküdar	16	11	3,045	1
Tuzla	19	12	2,730	1
Maltepe	20	13	2,685	1
Beylikdüzü	23	14	2,503	1
Pendik	24	15	2,485	1
Esenyurt	26	16	2,479	1
Bahçelievler	28	17	2,423	1
Zeytinburnu	29	18	2,382	1
Bağcılar	33	19	2,346	1
Kartal	35	20	2,321	1
Bayrampaşa	36	21	2,266	1
Kağıthane	38	22	2,174	1
Küçükçekmece	39	23	2,161	1
Güngören	50	24	1,920	1
Büyükçekmece	51	25	1,891	1
Eyüpsultan	54	26	1,839	1
Adalar	55	27	1,822	1
Beykoz	61	28	1,732	1

Avcılar	66	29	1,640	1
Gaziosmanpaşa	85	30	1,460	2
Çekmeköy	86	31	1,450	2
Esenler	90	32	1,354	2
Silivri	94	33	1,312	2
Sancaktepe	95	34	1,275	2
Sultangazi	161	35	0,816	2
Arnavutköy	167	36	0,771	2
Çatalca	169	37	0,761	2
Şile	176	38	0,698	2
Sultanbeyli	183	39	0,684	2

İstanbul İlinde Sosyoekonomik Farklılık Gösteren Dört İlçede Evde Bakım Hastalarının Evde Bakım Harcamaları Maliyeti Araştırması; sosyoekonomik seviyesi düşük olarak Sultanbeyli, Sancaktepe ilçelerindeki, sosyoekonomik seviyesi yüksek olarak Şişli ve Sarıyer ilçelerindeki hastalar üzerinde yapılmıştır.

3. YÖNTEM

Bu bölümde, araştırma modeli, evren ve örneklem, veriler ve toplanması, verilerin çözümlenmesi ve yorumlanması ile süre bilgilerine yer verilmiştir.

3.1 Araştırma Modeli

Bu araştırma İstanbul Büyükşehir Belediyesi Evde Sağlık Hizmetleri'nden bakım hizmeti alan, Sultanbeyli, Sancaktepe, Sarıyer ve Şişli ilçelerinde ikamet eden hastaların bakım maliyetini belirlemek amacıyla yapılmış kesitsel bir araştırmadır.

3.2 Evren ve Örneklem

Araştırma, İstanbul Büyükşehir Belediyesi Evde Sağlık Hizmetleri'nden bakım hizmeti alan, Kasım 2021-Aralık 2021 tarihlerinde Sultanbeyli, Sancaktepe, Şişli ve Sarıyer ilçelerinde ikamet eden 468 hasta ve yakınları üzerinde yapılmıştır. Örneklem seçilmeyecek olup araştırmaya 4 ilçedeki bütün hastalar dahil edilmiştir. Araştırmaya 407 hasta ve yakını katılmıştır. 3 hasta yakını araştırmaya katılmak istememiş, 9 hasta ve yakını Türkçe bilmediğinden iletişim kurulamamış, 49 hasta ise araştırma için görüşmeye gidene kadar vefat etmiş ve dosyası çeşitli sebeplerden kapanmıştır. Araştırmanın cevaplanma oranı ise %86,96'dır.

Araştırma grubu hastalardan 1 aydan daha yeni hizmet alanlar çalışmaya dahil edilmemiştir.

3.3 Veriler ve Toplanması

Etik kurul izni alındıktan sonra çalışmanın yapılacağı kurumdan gerekli izinler alınmıştır. Araştırma, örneklem olan İstanbul ili Sultanbeyli, Sancaktepe, Şişli ve Sarıyer ilçelerinde ikamet eden, araştırmayı kabul eden hastalar üzerinde yapılmıştır. Veriler, anket yöntemiyle yüz yüze hasta ve yakınları ile görüşme yapılarak toplanmıştır. Anket uygulaması öncesinde hasta ve yakınlarının rızası alınmıştır. Görüşme yapılan hasta yakınları arasında eşi, çocuğu, gelini/damadı, akrabası, annesi, bakıcı, kendisi, diğer (arkadaşı, kardeşi, komşusu) yer almaktadır.

Maliyet girdi ve çıktılarına yönelik yapılan literatür çalışmalarından elde edilen bilgiler çerçevesinde ankette hastaların bakım maliyetini belirlemeye yönelik sorular sorulmuştur. Anket sorularını cevaplama süresi hastaya ve yakınına göre değişiklik göstermiştir. Ortalama cevaplama süresi yaklaşık 15-20 dakika sürmüştür.

Araştırma verileri toplanırken evde bakım hastalarının bakım harcamaları maliyetini belirlemek amacıyla literatür araştırmaları sonucu oluşturulan anket formu kullanılmıştır. Anket formu içerisinde hastanın sosyodemografik bilgilerine yönelik yaşadığı ilçe, hastanın yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, bakım gerektiren sağlık sorunu\hastalık tanısı, sosyal güvencesi, yaşadığı evin mülkiyeti, gelir durumu soruları yer almaktadır.

İstanbul ilçeleri sosyoekonomik gelişmişlik endeksi sıralamasına göre Şişli 1. sırada, Sarıyer 10. sırada, Sancaktepe 34. sırada, Sultanbeyli 39. sırada yer almaktadır (Acar, ve diğerleri, 2022). Araştırma, sosyoekonomik seviyesi yüksek olarak Şişli ve Sarıyer, sosyoekonomik seviyesi düşük olarak Sultanbeyli, Sancaktepe ilçelerinde ikamet eden hastalar üzerinde yapılmıştır.

Anket soruları devamında ise başka bir kurumdan hizmet alıp almadığı, hizmet aldığı bakım türü, ne kadar süredir evde bakım hizmeti alındığı, hastanın bağımlılık düzeyini belirlemek amacıyla KATZ Skoru ölçeği, hastaya en çok bakım veren kişinin kim olduğu, hastaya bakım veren aileden birisiyse işini bu sebeple bırakıp bırakmadığı, bıraktı ise maddi kaybının ne olduğu, ücretli personel (bakıcı) olup olmadığı, var ise aylık ücreti, hastanın işe gidememe durumunun olup olmadığı, var ise maddi kaybı ve işten geri kalma süresi, kamu kurumundan parasal destek alınıp alınmadığı, alınıyorsa kaç TL alındığı, evde bakım için İstanbul Büyükşehir Belediyesi'nden destek alınıp alınmadığı, bakım sebebiyle borç alınıp alınmadığı, alındıysa ne kadar süre önce ve kaç TL alındığı, hasta için kullanılan tıbbi malzemeler/malzemelerin neler olduğu, bunlar için son bir ayda kaç TL ödeme yapıldığı, hastanın kullandığı ilaçlar ve bu ilaçlara son bir ayda kaç TL ödeme yapıldığı, evde bakım için belediye hizmete geldiğinde ve gelmediğinde son bir ayda ortalama kaç TL harcama yapıldığı soruları yer almaktadır (EK 1).

Araştırmanın yapıldığı tarih aralığında dolar kuru, Türkiye Cumhuriyet Merkez Bankası Döviz Kurları'na göre en düşük 1 USD=9,53 TL, en yüksek ise 1 USD=13,85 TL ve ortalama 1 USD=11,48 TL'dir (Türkiye Cumhuriyet Merkez Bankası, 2021).

Hastanın bağımlılık durumunun tespiti için ise KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği kullanılmıştır. Tablo 7'de KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği yer almaktadır:

Tablo 7. KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği

Etkinlikler	Puan	Bağımsız (1)	Bağımlı (0)
Banyo Yapma	……	Kendi başına yıkanabiliyor veya vücudunun küçük bir parçasının yıkanması için yardım alıyor.	Kendi başına yıkanamıyor veya vücudunun büyük bir kısmının yıkanmasında başkasına ihtiyaç duyuyor.
Giyinme	……	Dolaptan kendi başına kıyafetlerini çıkarıp giyinebilir (Ayakkabısını bağlarken yardım alabilir).	Giyinirken yardım alıyor veya tamamen başkası tarafından giydiriliyor.
Tuvalet yapma	……	Tuvalete gitme, tuvaletini yapma, temizlenme, üzerini tekrar giyme gibi aktiviteleri kendi başına yapabiliyor.	Tuvalete giderken yardım alıyor, tek başına temizlenme vb. etkinlikleri yapamıyor ya da lazımlık (sürgü) veya lazımlıklı iskemle kullanıyor.
Transfer	……	Yataktan kanepeye veya tersi etkinliği tek başına veya baston vb. cihaz ile yapabiliyor.	Yataktan sandalyeye geçerken kısmi Veya tam olarak bir başkasının yardımına ihtiyaç duyuyor.
Kontinans	……	Defekasyon ve mesane üzerine tam kontrolü mevcut.	Kısmi veya tam mesane veya bağırsak inkontinansı mevcut.
Beslenme	……	Yemeği tabaktan ağzına kendisi götürebiliyor (Yemeği başkası hazırlayabilir).	Bir başkası tarafından yediriliyor veya parenteral beslenmeye muhtaç.
Toplam:…….(6 puan: Hasta bağımsız /0 puan: Hasta tam bağımlı)			

Ölçekte alınacak en yüksek puan 6, en düşük puan ise 0'dır. Toplam puan sayısının düşmesi hastanın bağımlılık düzeyinin arttığını, toplam puan sayısının artması ise hastanın bağımlılık düzeyinin azaldığını göstermektedir.

Toplam değer 0, 1, 2 ise ciddi bağımlı, 3, 4, 5 ise orta düzey bağımlı, 6 ise bağımsız olarak değerlendirilmektedir (Pehlivanoğlu E. F., Özkan, Balcıoğlu, Bilge, & Ünlüoğlu, 2018).

Kronik hastalıklarda ve yaşlılarda tedavi durumunu ve gidişatı değerlendirmek amacıyla 1963 yılında Katz ve arkadaşları Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA) Endeksi geliştirmiştir. Özkan Pehlivanoğlu ve ark. Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeğinin Türkçeye uyarlanması ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi amacıyla 173 hasta üzerinde uygulama yapmıştır. Ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0,83 olduğunu ve bu değer ölçeğin güvenilir olduğunu kanıtlamıştır (Pehlivanoğlu E. F., Özkan, Balcıoğlu, Bilge, & Ünlüoğlu, 2018).

3.4 Verilerin Çözümlenmesi ve Yorumlanması

Toplanan verilerin istatistiksel analizi SPSS 25,0 (Statistical Package for the Social Sciences) programında yapılmıştır.

Araştırmada tanımlayıcı istatistikler yüzde (%) olarak, sürekli değişkenler ise ortalama, standart sapma (Ss**)**, minimum-maksimum olarak yorumlanmıştır.

Kategorik değişkenlerin analizinde Ki-Kare testi kullanılmıştır.

Araştırma sonucunda elde edilen verilerin dağılımının normal olup olmadığı analiz öncesi kontrol edilerek istatistik yöntem seçimi yapılmıştır.

Tablo 8. Araştırmaya Katılan Hastaların Evde Bakım Harcamaları Maliyeti Normallik Testi Sonuçları

Hastaların Evde Bakım Harcamaları Maliyetine İlişkin Veriler	Kolmogorov Smirnov	
	İstatistik	p değeri
Ailenin (Hanenin) Son Bir Aydaki Geliri (TL)	0,180	0,000
Girdiler	0,166	0,000
Hizmet Alınmadığında Maliyet	0,397	0,000
Hizmet Alındığında Maliyet	0,419	0,000
Maliyet Fark	0,209	0,000
Gelir Gider Farkı 1	0,319	0,000
Gelir Gider Farkı 2	0,319	0,000

Araştırmadan elde edilen verilerin normal dağılım gösterip göstermediği, analiz sürecinde hangi istatistiksel yöntemin kullanılacağı konusunda yön gösterici olacaktır. Veri analizi öncesi normallik değerine bakılmış ve bu sonuca göre uygun istatistiksel yöntem kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan hastaların evde bakım harcamaları maliyeti verilerinin normalliğini araştırmak için Kolmogorov-Smirnov Testi yapılmıştır. Tablo 8'de görüldüğü gibi p anlamlılık değeri 0,000 çıkmış, 0,05'ten küçük olduğu için normal dağılım göstermediğinden yapılan istatistiksel işlemlerde parametrik olmayan yöntemler kullanılmıştır. İki kategoriye sahip değişkenlerle yapılan karşılaştırmalarda Mann Whitney U, üç ve daha fazla kategoriye sahip değişkenlerle yapılan karşılaştırmalarda Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır.

4. BULGULAR VE TARTIŞMA

Bu bölümde, önce araştırmanın amaçlarını yansıtan belli başlıklar halinde, elde edilen bulgulara; sonra onların kümeler ve bütün halinde anlamlandırılmaya çalışıldığı yorumlara yer verilmiştir.

4.1 Bulgular

Tablo 9. Hasta Bireylere Ait Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Demografik Özellikler	**n**	**%**
Yaş		
64 yaş ve altı	118	29,0
65-74 yaş	97	23,8
75-84 yaş	106	26,0
85 yaş ve üzeri	86	21,1
Cinsiyet		
Erkek	191	46,9
Kadın	216	53,1
Medeni Durum		
Evli	191	46,9
Bekar	37	9,1
Eşi Ölmüş	179	44,0
Eğitim Düzeyi		
Okuryazar değil	60	14,7
Okuryazar	2	0,5
İlkokul	208	51,1
Ortaokul	15	3,7
Lise	101	24,8
Üniversite	21	5,2
Sosyal Güvence		
Var	356	87,5
Yok	51	12,5
Yaşanılan Evin Mülkiyeti		
Kendisinin\Eşinin Evi	228	56,0
Akraba Evi (Kira Vermiyor)	78	19,2
Kira	101	24,8
Hanenin Son Bir Aydaki Geliri (TL)*		

3.000 ve daha az	118	29,0
3.001-5.000	165	40,5
5.001-10.000	105	25,8
10.001-15.000	15	3,7
15.000'den çok	4	1,0
Toplam	407	100

*Türkiye Cumhuriyet Merkez Bankası Döviz Kurları'na göre en düşük 1 USD=9,53 TL, en yüksek ise 1 USD=13,85 TL ve ortalama 1 USD=11,48 TL'dir.

Tablo 9'da çalışmaya katılan kişilere ait demografik bilgiler ayrıntılı olarak yer almaktadır. Çalışma kapsamında ulaşılan kişilerin %46,9'u erkek (n=191), %53,1'i (n=216) kadın olmak üzere toplamda 407 kişidir. Hasta bireylerin yaşı 7 ve 102 arasında değişmekte olup, ortalama yaş 69,40±18,02 olarak saptanmıştır. Katılımcıların %29,0'ı (n=118) 64 yaş ve altı, %23,8'i (n=97) 65-74 yaş arası, %26,0'ı (n=106) 75-84 yaş arası ve %21,1'i (n=86) ise 85 yaş ve üzeri olarak saptanmıştır. Hastaların %70,9'unun (n=289) 65 yaş ve üzeri olduğu görülmekte olup evde bakım hizmetlerinin büyük bir çoğunluğunu oluşturmaktadır. Katılımcıların %46,9'u (n=191) evli, %9,1'i (n=37) bekâr, %44,0'ının (n=179) ise eşi ölmüştür. Eğitim düzeyi ilkokul olan katılımcılar %51,1'lik (n=208) dilim ile en yüksek oranı oluşturmaktadır. Katılımcıların %87,5'inin (n=356) sosyal güvencesi var iken 12,5'inin (n=51) sosyal güvencesi yoktur. Katılımcıların %56,0'ının (n=228) ev mülkiyeti kendisine aittir. Araştırmaya katılan kişilerin son bir aydaki geliri 750 TL-20.000 TL arasında değişmekte olup, ortalama gelir 4.895,42±2.810,94 olarak saptanmıştır. Gruplandırılmış geliri 3.001-5.000 TL arasında olan katılımcılar %40,5'lik (n=165) dilim ile en yüksek oranı oluşturmaktadır.

Tablo 10. Araştırmaya Katılan Hasta ve Yakınlarının İkamet Ettikleri İlçeye Göre Dağılımı

İlçe	**n**	**%**
Sultanbeyli	125	30,7
Sancaktepe	105	25,8
Şişli	76	18,7
Sarıyer	101	24,8
İlçe Grup		
Sosyoekonomik düzeyi düşük ilçeler (Sultanbeyli, Sancaktepe)	230	56,5
Sosyoekonomik düzeyi yüksek ilçeler (Şişli, Sarıyer)	177	43,5
Toplam	407	100

Tablo 10'da araştırmaya katılan hasta ve yakınlarının ikamet ettikleri ilçeye dayalı bilgiler yer almaktadır. Bu araştırma İstanbul ilinde yer alan Sultanbeyli, Sancaktepe, Şişli ve Sarıyer ilçelerinde ikamet eden, İstanbul Büyükşehir Belediyesi'nden evde sağlık ve bakım hizmeti alan hasta ve yakınları üzerinde yapılmıştır. Çalışma kapsamında ulaşılan kişilerin %30,7'si (n=125) Sultanbeyli'de, %25,8'i (n=105) Sancaktepe'de, %18,7'si (n=76) Şişli'de, %24,8'i (n=101) Sarıyer'de ikamet etmektedir.

Tablo 11. Evde Sağlık ve Bakım Hizmeti Verilen Hasta Bireylerin Gruplandırılmış Tanı Dağılımı

Tanı	**n**	**%**
Nörolojik ve Kas Hastalıkları	**109**	**26,8**
Dekübit Ülseri	**120**	**29,5**
Ortopedik Hastalıklar	84	20,6
Hematolojik-Onkolojik Hastalıklar	33	8,1
Diğer*	61	15,0
Toplam	407	100

*Diğer Hastalık= Kronik endokrin hastalıkları, kardiyovasküler hastalıklar, idrar ve cinsel organ hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları, sindirim sistemi hastalıkları, psikiyatrik hastalıklar.

Tablo 11'de evde sağlık ve bakım hizmeti verilen hasta bireylerin gruplandırılmış tanılara ait bilgiler yer almaktadır. Hastalık gruplandırılması, araştırmaya katılan hastanın hizmet dosyasında ve sisteminde yazan ifadeye göre yapılmıştır. Dekübit ülseri olan hasta bireyler %29,5 (n=120) ile en yüksek oranı oluşturmaktadır. Takibinde ise %26,8 (n=109) ile nörolojik ve kas hastalığına sahip hastalar gelmektedir.

Tablo 12. Evde Sağlık ve Bakım Verilen Hasta Bireylerin Aldığı Bakım Türü Dağılımı

Bakım Türü	**n***	**%**
Nakil Hizmeti	104	17,6
Hemşirelik Bakım Hizmeti	**342**	**58,0**
Fizyoterapi Hizmeti	92	15,6
Psikolojik Danışmanlık Hizmeti	8	1,4
Hane Temizlik Hizmeti	22	3,7
Kişisel Temizlik Hizmeti	22	3,7
Toplam	**590**	**100**

*Katılımcı birden fazla bakım türü alabilmektedir, n, örnek sayısını geçmiştir.

Tablo 12'de Evde sağlık ve bakım verilen hasta bireylerin aldığı bakım türüne yönelik bilgiler yer almaktadır. Hizmet kapsamında ulaşılan katılımcıların %58,0'ı (n=342)

hemşirelik bakımı, %17,6'sı (n=104) nakil hizmeti, %15,6'sı (n=92) fizyoterapi hizmeti aldığı görülmektedir.

Tablo 13. Hemşirelik Bakım Hizmeti Dağılımı

Hemşirelik Bakımı	**n***	**%**
Yara Bakımı	**205**	**43,8**
Sonda Bakımı	95	20,3
Postoperatif (ameliyat sonrası) Bakım	62	13,2
Enjeksiyon	53	11,3
Serum	32	6,8
Trakeostomi-Gastrostomi Bakımı	12	2,6
Diyabet	1	0,2
Kan Alımı	8	1,7
Toplam	**468**	**100**

*Katılımcı birden fazla hemşirelik bakım türü alabilmektedir, n, örnek sayısını geçmiştir.

Tablo 13'te hemşirelik bakım hizmetine yönelik bilgilere bakıldığında %43,8'i (n=205) yara bakımını, %20,3'ü (n=95) sonda bakımını, takibinde ise %13,2'si (n=62) postoperatif bakımı oluşturduğu görülmektedir.

Tablo 14. Hasta Bireylerin Evde Bakım Hizmeti Alma Süresi (Ay)

Bakım Hizmeti Alma Süresi (Ay)	**n**	**%**
1 ay	**115**	**28,3**
2 ay	50	12,3
3 ay	50	12,3
4-7 ay	83	20,4
8-12 ay	46	11,3
13 ay ve üzeri	63	15,5
Toplam	407	100

Tablo 14'te hasta bireylerin evde bakım hizmeti alma süresine ilişkin bilgiler yer almaktadır. Bakım hizmeti alma süresi açık uçlu soru olarak sorulmuş olup hasta ve yakınları bu soruyu tam sayı olarak cevaplamıştır. 1 aydır hizmet alan hastalar %28,3'ü (n=115) oluşturmaktadır.

Tablo 15. Hasta bireylerin toplam KATZ Skoru Dağılımı

KATZ Skoru	**n**	**%**
Ciddi Bağımlı	**286**	**70,3**
Orta Düzey Bağımlı	69	17,0
Bağımsız	52	12,8
Toplam	407	100

Tablo 15'te hasta bireylerin KATZ Skoruna ilişkin bilgiler yer almaktadır. Toplam puan sayısının düşmesi hastanın bağımlılık düzeyinin arttığını, toplam puan sayısının artması ise hastanın bağımlılık düzeyinin azaldığını göstermektedir. Toplam değer 0, 1, 2 ise ciddi bağımlı, 3, 4, 5 ise orta düzey bağımlı, 6 ise bağımsız olarak değerlendirilmektedir (Pehlivanoğlu E. F., Özkan, Balcıoğlu, Bilge, & Ünlüoğlu, 2018). Katılımcıların %70,3'ünün (n=286) ciddi bağımlı olduğu Tablo 15'te görülmektedir.

Tablo 16. Bakım İle İlgili Nicel Değişkenlerin Ortalama, Standart Sapma, Minimum ve Maksimum Değerleri

Bakım İle İlgili Nicel Değişkenler	$\bar{x}$ ± **Ss**	**Min.-Max.**
Bakım Hizmeti Alma Süresi (Ay)	8,85 ± 15,08	1-120
KATZ Skoru Puanı	1,73 ± 2,23	0-6

$\bar{x}$*:Ortalama, Ss:Standart Sapma*

Tablo 16'da hastaların bakım hizmeti alma süresi en düşük 1 ay, en yüksek ise 120 ay olduğu görülmektedir. Hizmet alma süresi ay olarak ortalama 8,85±15,08 olarak saptanmıştır. Tablo 16'da görüldüğü gibi KATZ Skoru ölçeğinde alınacak en yüksek puan 6, en düşük puan ise 0'dır. Toplam KATZ Skoru puanının ortalaması 1,73±2,23 olarak saptanmıştır. Hizmet alan hastaların KATZ Skoru puan ortalamasının oldukça düşük olduğu görülmektedir.

Tablo 17. Hasta Bireye En Çok Bakım Veren Kişiye Ait Bilgiler

Bakım Veren Kişi	**n**	**%**
Eşi	**121**	**29,7**
Kızı	91	22,4
Oğlu	34	8,4
Diğer Akrabası	97	23,8
Ücretli Bakıcı	39	9,6
Diğer*	25	6,1
Bakım Veren Kişinin Cinsiyeti		
Erkek	80	19,7
Kadın	**327**	**80,3**

*Bakım veren diğer kişi içerisinde komşu, kendi, arkadaşı, annesi yer almaktadır.

Tablo 17'de hastaya en çok bakım veren kişi hakkında bilgiler yer almaktadır. Hastaya en çok bakım veren kişi %29,7 (n=121) ile eşi olduğu görülmektedir. Bu çalışma kapsamında evde bakım hastalarına en çok bakım veren kişilerin %80,3'ü (n=327) kadın olduğu saptanmıştır. Evde bakımda kadınların fazlaca rol aldığı söylenebilir.

Tablo 18. Hasta ve Yakınlarının Bakım Sebebiyle Maddi Kayıp Yaşama Durumları, Yardım Alma Durumları

İstanbul Büyükşehir Belediyesi Haricinde Başka Bir Kurumdan Evde Sağlık ve Bakım Hizmeti Alınıyor mu?	**n**	**%**
Evet	35	8,6
Hayır	372	91,4
Bakım Veren Aileden Birisiyse Bakım Nedeniyle İşi Bırakma Durumu		
Evet/Tamamen	20	4,9
Evet/Kısmen	10	2,5
Hayır	377	92,6
Ücretli Bakıcı		
Evet/Sürekli	44	10,8
Evet/Zaman Zaman	8	2,0
Hayır	355	87,2
Hasta İşe Gidememe Nedeniyle Maddi Kayıp Yaşadı mı?		
Evet	20	4,9
Hayır	387	95,1
Hasta Son Bir Ayda İşten Geri Kaldı mı?		
Evet	20	4,9
Hayır	387	95,1

Herhangi Bir Kamu Kurumundan Parasal Destek Alınıyor mu?		
Evet	57	14,0
Hayır	338	83,0
Bilinmiyor/Cevapsız	12	2,9
Herhangi Bir Sivil Toplum Kuruluşu veya Yardımseverden Parasal Destek Alınıyor Mu?		
Hayır	390	95,8
Bilinmiyor/Cevapsız	17	4,2
Herhangi Bir Kamu Kurumundan Destek Alınıyor mu?		
Evet	134	32,9
Hayır	273	67,1
Evde Bakım İçin İstanbul Büyükşehir Belediyesi'nden Destek Alınıyor mu?		
Evet	119	29,2
Hayır	288	70,8
Borç/Kredi Alma Durumu		
Evet	9	2,2
Hayır	391	96,1
Bilinmiyor/Cevapsız	7	1,7
Toplam	407	100

Tablo 18'e göre katılımcıların %8,6'sı (n=35) İstanbul Büyükşehir Belediyesi haricinde başka bir kurumdan evde sağlık ve bakım hizmeti alırken, %91,4'ü (n=372) başka bir kurumdan hizmet almamaktadır.

Hastaya bakım veren kişilerin işi bırakma durumu incelendiğinde, bakım veren kişi aileden birisi ise bakım nedeniyle %7,4'ü (n=30) işini bıraktığı görülmektedir (tamamen/kısmen). Bakım veren ailelerin bakım verme yükümlülüklerinden dolayı işyerindeki verimliliklerinin olumsuz yönde etkilendiği söylenebilir.

Katılımcıların %12,8'inin (n=52) ücretli bakıcısı olduğu (sürekli/zaman zaman) görülmektedir. Tablo 17'de en çok bakım veren kişi ücretli bakıcı olanların %9,6'lık (n=39) dilimi oluşturduğu görülmektedir. Bu fark, ücretli bakıcısı olanların hepsinin hastaya evde bakım hizmeti vermediklerinden kaynaklanmaktadır.

Hasta bireyin %4,9'unun (n=20) işe gidememe nedeniyle maddi kayıp yaşadığı ve bu kişilerin (%4,9) son bir ayda işten geri kaldığı görülmektedir.

Katılımcıların %14,0'ının (n=57) kamu kurumundan parasal destek aldığı görülmektedir.

Katılımcıların %95,8'i (n=390) herhangi bir sivil toplum kuruluşu veya yardımseverden parasal destek almadığı görülmektedir.

Katılımcıların %32,9'unun (n=134) kamu kurumundan destek aldığı görülmektedir.

Katılımcıların %29,2'si (n=119) evde bakım için İstanbul Büyükşehir Belediyesi'nden destek aldığı görülmektedir.

Katılımcıların %2,2'sinin (n=9) hasta bakımı için borç/kredi aldığı görülmektedir.

Tablo 19. Kamu Kurumundan Alınan Yardım Türü Dağılımı

Yardım Türü	**n***	**%**
Bakım Maaşı	36	22,0
Engelli Maaşı	22	13,4
Raporlu Bez	**96**	**58,5**
Diğer**	10	6,1
Toplam	164	100

*Katılımcı birden fazla destek türü alabilmektedir, n, örnek sayısını geçmiştir.
**Diğer yardım türü içerisinde kaymakamlık, yaşlılık maaşı, yemek yardımı bulunmaktadır.

Tablo 19'da katılımcıların kamu kurumundan destek alınıyorsa (parasal olan/parasal olmayan) bu desteğin türü ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Yardım alan katılımcılardan %58,5'inin (n=96) raporlu bez yardımı aldığı görülmektedir.

Tablo 20. Evde Bakım İçin Hizmet Alan Hastalara İstanbul Büyükşehir Belediyesi'nden Destek Türü Dağılımı

İstanbul Büyükşehir Belediyesi Destek Türü	**n***	**%**
Havalı Yatak	16	11,5
Hasta Yatağı	26	18,7
Yürüteç	6	4,3
Tekerlekli Sandalye	8	5,8
Pansuman Malzemeleri	**80**	**57,6**
Diğer**	3	2,2
Toplam	139	100

*Katılımcı birden fazla destek türü alabilmektedir, n, örnek sayısını geçmiştir.
**Diğer destek türü içerisinde koltuk değneği, temizlik malzemesi, sonda malzemesi yer almaktadır.

Tablo 20'de destek alan katılımcıların %57,6 'sının (n=80) İstanbul Büyükşehir Belediyesi'nden pansuman malzemesi desteği aldığı görülmektedir.

Tablo 21. Hastanın Bakımı İçin Kullanılan Tıbbi/Tıbbi Olmayan Malzeme Tür Dağılımı

Malzeme Türü	**n***	**%**
Pansuman Malzemeleri	259	20,7
Sonda Malzemeleri	104	8,3
Enjeksiyon Malzemeleri	63	5,0
Serum Malzemeleri	35	2,8
Hane Temizlik Malzemeleri	392	31,4
Kişisel Temizlik Malzemeleri	396	31,7
Toplam	1249	100

*Katılımcı birden fazla malzeme türü alabilmektedir, n, örnek sayısını geçmiştir.

Tablo 21'de hastanın bakımı için hasta yakınları tarafından %31,7'si (n=396) kişisel temizlik malzemeleri, %31,4'ü (n=392) hane temizlik malzemeleri, %20,7'si (n=259) pansuman malzemeleri kullandığı görülmektedir.

Tablo 22. Girdiler İle İlgili Nicel Değişkenlerin Ortalama, Standart Sapma, Minimum ve Maksimum Değerleri (TL)*

Girdiler İle İlgili Nicel Değişkenler (TL)	$\bar{x} \pm$ **Ss**	**Min.-Max.**
Hanenin Son Bir Aydaki Geliri (TL)	4.895,42 ± 2.810,93	750-20.000
Herhangi Bir Kamu Kurumundan Alınan Aylık parasal destek (TL)	1.612,11 ± 743,90	500-4.000

*Türkiye Cumhuriyet Merkez Bankası Döviz Kurları'na göre en düşük 1 USD=9,53 TL, en yüksek ise 1 USD=13,85 TL ve ortalama 1 USD=11,48 TL'dir.

Tablo 22'de girdiler ile ilgili nicel değişkenlere baktığımızda, hanenin son bir aydaki geliri en düşük 750 TL, en yüksek ise 20.000 TL'dir. Hanenin son bir aylık geliri ortalama 4.895,42±2.810,93 olarak saptanmıştır.

Herhangi bir kamu kurumundan alınan parasal desteğin en düşük 500 TL, en yüksek ise 4.000 TL olduğu görülmektedir. Aylık alınan parasal desteğin ortalama 1.612,11±743,90 olduğu saptanmıştır.

Tablo 23. Çıktılar İle İlgili Nicel Değişkenlerin Ortalama, Standart Sapma, Minimum, Maksimum Değerleri

Çıktılar İle İlgili Nicel Değişkenler	$\bar{x}$ ± **Ss**	**Min.-Max.**
Bakım Veren Aileden Birisiyse Bakım Nedeniyle İşi Bırakmış İse Şimdiye Kadar Toplam Maddi Kayıp (TL)	63.625,00 ± 78.368,42	1.000-360.000
Bakım Veren Aileden Birisiyse Bakım Nedeniyle İşi Bırakmış İse Son Bir Ay İçindeki Maddi Kayıp (TL)	3.315,83 ± 1.721,20	360-10.000
Aylık bakıcı ücret (TL)	3.437,50 ± 1.548,43	0-8.000
Hastanın İşe Gidememe Nedeniyle Şimdiye Kadar Toplam Maddi Kayıp (TL)	50.360,00 ± 58.140,28	2.000-210.000
Hastanın İşe Gidememe Nedeniyle Son Bir Ay İçindeki Maddi Kayıp (TL)	3.842,50 ±1.267,12	2.000-7.000
Hastanın İşe Gidememe Nedeniyle Şimdiye Kadar İşten Geri Kalma Süresi (Ay)	14,40 ±18,66	1-60
Bakım İçin Borç/Kredi Alınmışsa Ne Kadar Süre Önce Alındığı	7,22 ± 3,96	2-12
Bakım İçin Borç/Kredi Alınmışsa Kaç TL Alındığı	30.300,00 ± 63.923,74	1.000-200.000
Hasta İçin Kullanılan Tıbbi/Tıbbi Olmayan Malzemeler İçin Son Bir Aydaki Ödeme (TL)	565,60 ± 641,69	50-5.000
Hasta İçin Kullanılan İlaçlar İçin Son Bir Aydaki Ödeme (TL)	127,62 ± 170,03	0-1.600
Evde Bakım İçin Hizmet Alındığında Son Bir Aydaki Malzeme ve İlaç Harcamaları (TL)	692,73 ± 688,65	70-5.200
Evde Bakım İçin Hizmet Alınmadığında Son Bir Aydaki Malzeme ve İlaç Harcamaları (TL)	1.465,49 ± 1.412,55	100-15.000

$\bar{x}$*:Ortalama, Ss:Standart Sapma*

Tablo 23'e göre hastaya bakım veren kişi aileden birisiyse, bakım sebebiyle işi tamamen veya kısmen bırakmış ise şimdiye kadar toplam maddi kaybına ve son bir ay içerisindeki maddi kaybına ilişkin; şimdiye kadar toplam maddi kayıp en düşük 1.000 TL, en yüksek

ise 360.000 TL'dir. Ortalama şimdiye kadar toplam maddi kayıp 63.625,00±78.368,42 olarak saptanmıştır. Son bir aydaki maddi kayıp 360 TL ve 10.000 TL arasında değişmekte olup ortalama 3.315,83±1.721,20 olduğu görülmektedir.

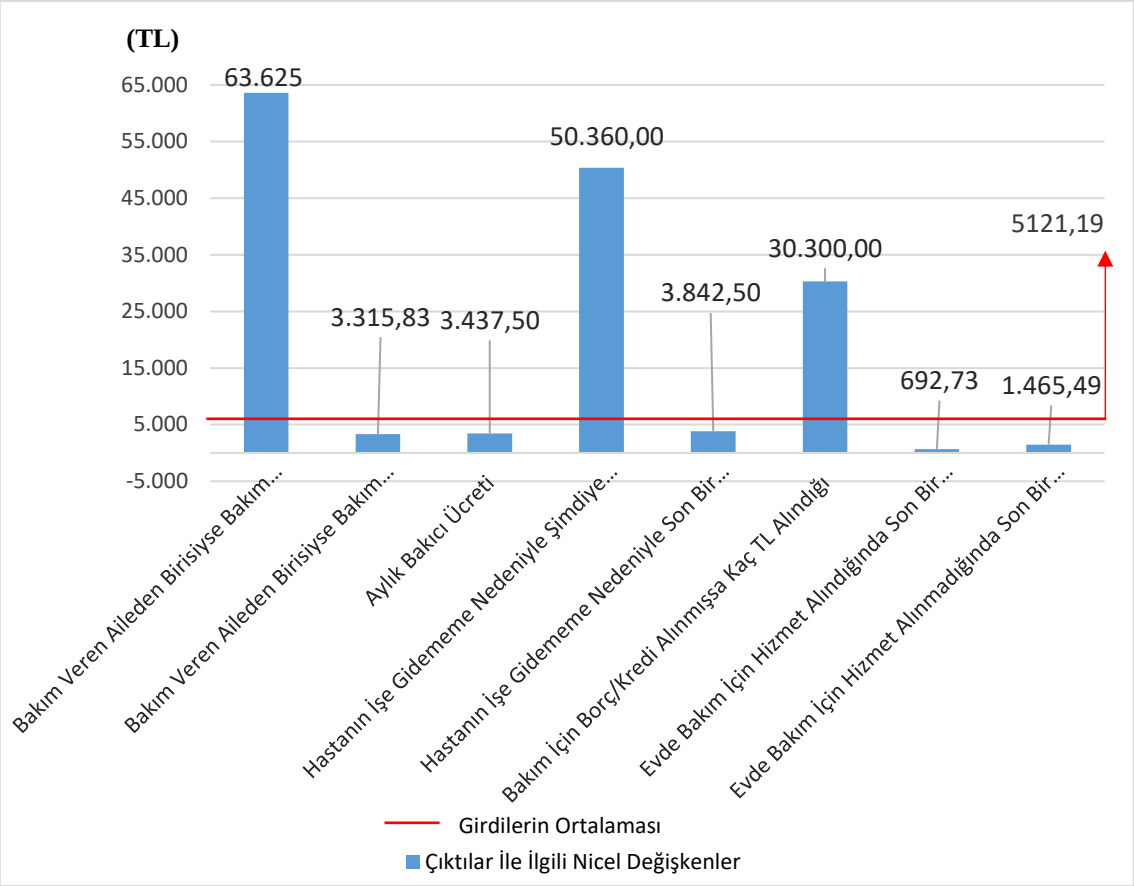
Ücretli bakıcısı olan 52 kişinin bakıcıya ödediği aylık ücret 0 TL ile 8.000 TL arasında değiştiği görülmektedir. Ortalama ücret 3.437,50±1.548,43 olarak saptanmıştır.

Hastanın işe gidememe nedeniyle maddi kayıp yaşayan 20 kişinin şimdiye kadar toplam maddi kaybı 2.000 TL ile 210.000 TL arasında değişmekte olup ortalama 50.360,00±58.140,28 olarak saptanmıştır. Son bir ay içerisindeki maddi kaybı 2.000 TL ile 7.000 TL arasında değişmekte ve ortalaması 3.842,50±1.267,12'dir. Hastanın işe gidememe nedeniyle işten geri kalma süresi ise 1 ay ile 60 ay arasında değişmekte, ortalama ise 14,40 ±18,66 olarak saptanmıştır.

Hastaya bakım için borç/kredi en yakın 2 ay önce, en uzak ise 12 ay önce alındığı görülmektedir. Borç/kredinin ne kadar süre önce alındığının ortalaması ise 7,22±3,96'dır. Bakım için borç/kredi 1.000 TL ile 200.000 TL arasında değişmekte olup ortalama borç/kredi miktarının 30.300,00±63.923,74 olduğu saptanmıştır.

Hasta yakınları tarafından hasta için kullanılan tıbbi/tıbbi olmayan malzeme için son bir ayda en düşük 50 TL, en yüksek 5.000 TL ödeme yapıldığı görülmekte olup ortalamanın 565,60±641,69 olduğu saptanmıştır. Hasta için kullanılan ilaçlar için ise son bir ayda en düşük 0, en yüksek 1.600 TL ödeme yapıldığı görülmektedir. İlaç için ortalama bir ayda yapılan ödeme 127,62±170,03'dür.

Hasta için evde bakım hizmetine gelindiğinde hanehalkının son bir aydaki malzeme ve ilaç harcamaları en düşük 70 TL, en yüksek ise 5.200 TL'dir. Hizmete gelindiğinde ortalama ilaç ve malzeme harcamaları 692,73±688,65'tir. Evde bakım hizmeti alınmadığı dönemde ise hanehalkının son bir aydaki malzeme ve ilaç harcamaları en düşük 100 TL, en yüksek 15.000 TL olup ortalaması 1.465,49 ± 1.412,55 olarak saptanmıştır.



Şekil 7. Çıktılar İle İlgili Nicel Değişkenler (TL)

Tablo 24. Hasta ve Yakınlarının Son Bir Aydaki Evde Bakım Harcama Maliyetleri İle İlgili Nicel Değişkenlerin Ortalama, Standart Sapma, Medyan, Minimum ve Maksimum Değerleri (TL)*

Maliyet İle İlgili Nicel Değişkenler (TL)	$\bar{x}$ **± Ss**	**Medyan**	**Min.-Max.**
Girdiler (TL)	5.121,19 ± 2.772,04	4.300,00	750-20.000
Hizmet Alınmadığındaki Maliyet (TL)	3.007,94 ± 11.163,84	1.250,00	100-220.000
Hizmet Alındığındaki Maliyet (TL)	2.235,67 ± 10.595,24	600,00	70-209.200
Maliyet Farkı	772,27 ± 886,63	500,00	0,00-10.800
Gelir Gider Farkı 1	2.113,25 ± 11.311,84	2.750,00	-217.000-18.000
Gelir Gider Farkı 2	2.885,52 ± 10.825,12	3.400,00	-206.200-19.600

$\bar{x}$*:Ortalama, Ss:Standart Sapma*

*Türkiye Cumhuriyet Merkez Bankası Döviz Kurları'na göre en düşük 1 USD=9,53 TL, en yüksek ise 1 USD=13,85 TL ve ortalama 1 USD=11,48 TL'dir.

Girdiler: Ailenin (Hanenin) son bir aydaki geliri (TL), Herhangi bir kamu kurumundan parasal destek alınıyor mu?, Herhangi bir sivil toplum kuruluşu ya da yardımseverden parasal destek alınıyor mu?, Evet ise toplam olarak ayda yaklaşık ne kadar parasal yardım alınıyor?, Kamu kurumundan destek alınıyor mu, alınıyorsa alınan yardımın türü nedir?, Evde bakım için İstanbul Büyükşehir Belediyesi'nden destek alınıyor mu?, Evet ise ne alınıyor?

Hizmet Alınmadığındaki Maliyet: Bakım veren aileden birisiyse, bakım nedeniyle gelir getiren işini bırakmış mı?, Evet ya da kısmen ise son bir ay içinde kaç TL maddi kayıp yaşamış?, Hastaya sürekli ya da zaman zaman olarak ücretli bakım veren personel (bakıcı) var mı?, Bakım veren personel (bakıcı) varsa aylık ücreti kaç TL'dir?, Hasta, işe gidememe nedeniyle maddi kayıp yaşadı mı?, Evet ise, hastanın işe gidememe nedeniyle son bir ay içindeki maddi kaybı ne kadar?, Bakım için borç veya kredi alınmış mı?, Alınmış ise ne kadar?, Aile evde bakım hizmeti almadığı dönemde aylık ortalama kaç TL harcama yapıyordu?

Hizmet Alındığındaki Maliyet: Bakım veren aileden birisiyse, bakım nedeniyle gelir getiren işini bırakmış mı?, Evet ya da kısmen ise son bir ay içinde kaç TL maddi kayıp yaşamış?, Hastaya sürekli ya da zaman zaman olarak ücretli bakım veren personel (bakıcı) var mı?, Bakım veren personel (bakıcı) varsa aylık ücreti kaç TL'dir?, Hasta, işe gidememe nedeniyle maddi kayıp yaşadı mı?, Evet ise, hastanın işe gidememe nedeniyle son bir ay içindeki maddi kaybı ne kadar?, Bakım için borç veya kredi alınmış mı?, Alınmış ise ne kadar?, Hasta yakınları, hasta için kullanılan tıbbi malzemeler/malzemeler için son bir ay içinde kaç TL ödedi?, Hasta yakınları, hastanın ilaçları için son bir ay içinde kaç TL ödedi?

Maliyet Farkı: Hizmet Alınmadığındaki Maliyet- Hizmet Alındığındaki Maliyet

Gelir Gider Farkı 1: Girdiler- Hizmet Alınmadığındaki Maliyet

Gelir Gider Farkı 2: Girdiler- Hizmet Alındığındaki Maliyet

Tablo 24'te hanehalkının aylık girdilerin toplamı en düşük 750 TL, en yüksek 20.000 TL olduğu görülmektedir. Ortalama girdi 5.121,19±2.772,04'dir.

Hizmet alınmadığındaki maliyet, hastaların İstanbul Büyükşehir Belediyesi'nden evde bakım hizmeti almadığındaki toplam çıktıları ifade etmekte olup 100 TL ile 200.000 TL arasında değişmektedir. Hizmet alınmadığındaki maliyetin ortalaması 3.007,94±11.163,84'tür.

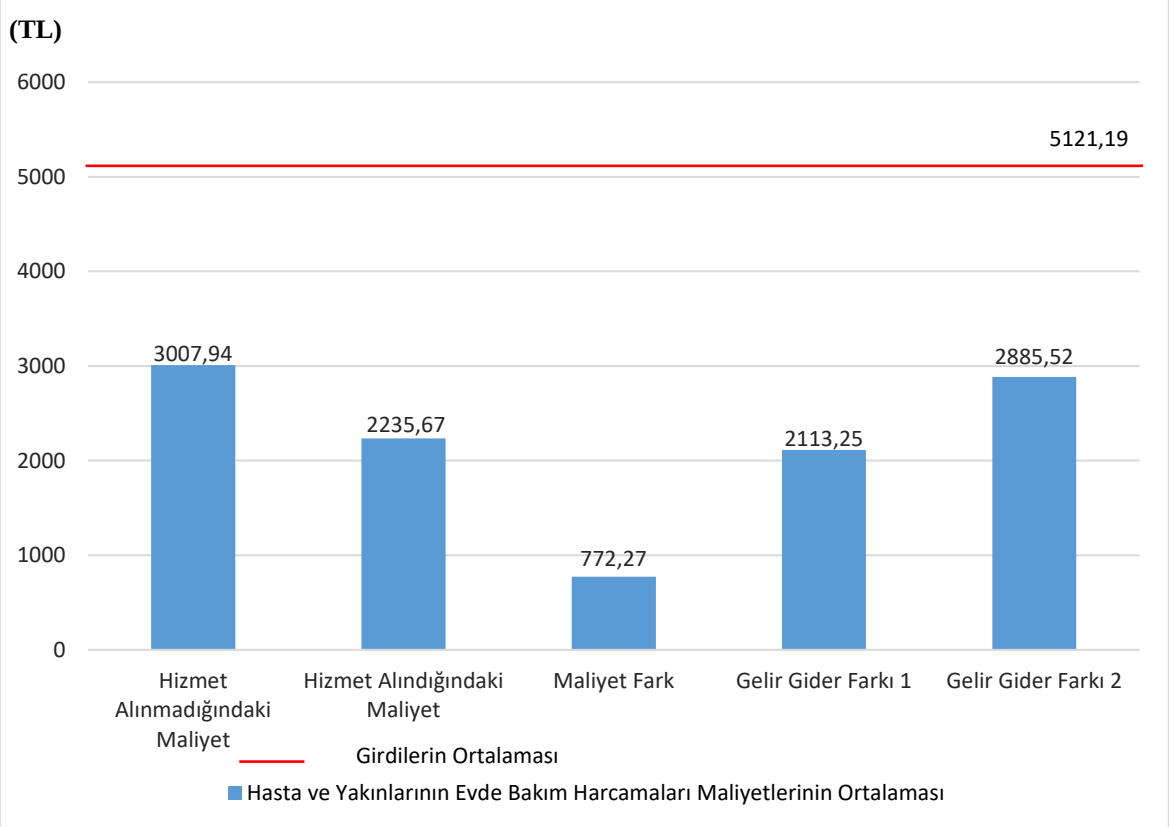
Hizmet alındığındaki maliyet, hastaların İstanbul Büyükşehir Belediyesi'nden evde bakım hizmeti aldığındaki toplam çıktıları ifade etmekte olup 70 TL ile 209.200 TL arasında değişmektedir. Ortalaması ise 2.235,67±10.595,24'tür. Hasta ve yakınlarının hizmet alındığındaki harcamaları, alınmadığındaki harcamalara göre daha az evde bakım için harcama yaptığı saptanmıştır.

Maliyetlerin farkı 0,00 ile 10.800 TL arasında değişmekte, ortalaması ise 772,27±886,63'tür. Hasta ve yakınlarının hizmet alınmadığında ve alındığındaki ortalama evde bakım harcamaları arasındaki fark burada görülmektedir. Kurum tarafından evde bakım ve sağlık uygulamalarının hasta ve yakınlarına ekonomik açıdan yararı sayısal olarak görülmektedir.

Gelir gider farkına bakıldığında gelir gider farkı1 -217.000 ile 18.000 TL arasında değişmekte, ortalaması 2.113,25±11.311,84'tür.

Gelir gider farkı2 ise -206.200-19.600 arasında değişmiş olup ortalaması 2.885,52±10.825,12'dir.

Girdilerin medyan değeri 4.300,00, hizmet alınmadığındaki maliyetin medyan değeri 1.250,00, hizmet alındığındaki maliyetin medyan değeri 600,00, maliyetlerin farkının medyan değeri 500,00, gelir gider farkı 1'in medyan değeri 2.750,00, gelir gider farkı 2'nin medyan değeri ise 3.400,00'dır.



Şekil 8. Hasta ve Yakınlarının Son Bir Aydaki Evde Bakım Harcamaları Maliyetlerinin Ortalaması (TL)

Tablo 25. Hastaların KATZ Skoru İle Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Demografik Özellikler	KATZ Skoru Ciddi Bağımlı	KATZ Skoru Orta Düzey Bağımlı	KATZ Skoru Bağımsız	Toplam
İlçe				
SES Düşük İlçe*	165 (%71,7)	37 (%16,1)	28 (%12,2)	230 (%100)
SES Yüksek İlçe*	121 (%68,4)	32 (%18,1)	24 (%13,6)	177 (%100)
	X^2= 0,55 p=0,761			
Yaş				
64 yaş ve altı	69 (%58,5)	29 (%24,6)	20 (%16,9)	118 (%100)
65-74	56 (%57,7)	20 (%20,6)	21 (%21,6)	97 (%100)
75-84	85 (%80,2)	16 (%15,1)	5 (%4,7)	106 (%100)
85 yaş ve üzeri	76 (%88,4)	4 (%4,7)	6 (%7,0)	86 (%100)
	X^2=37,95 p<0,001			
Cinsiyet				
Erkek	127 (%66,5)	39 (%20,4)	25 (%13,1)	191 (%100)
Kadın	159 (%73,6)	30 (%13,9)	27 (%12,5)	216 (%100)
	X^2= 3,31 p= 0,191			
Eğitim**				
Okuryazar değil	52 (%86,7)	5 (%8,3)	3 (%5,0)	60 (%100)
Ortaokul ve altı	163 (%72,4)	34 (%15,1)	28 (%12,4)	225 (%100)
Lise ve üzeri	71 (%58,2)	30 (%24,6)	21 (%17,2)	122 (%100)
	X^2=16,99 p=0,002			
Hastalık Tanı				
Nörolojik ve Kas Sistemi Hastalıkları	**93 (%85,3)**	13 (%11,9)	3 (%2,8)	109 (%100)
Dekübit Ülseri	**103(%85,8)**	10(%8,3)	7(%5,8)	120 (%100)
Ortopedik Hastalıklar	42 (%50,0)	22(%26,2)	20(%23,8)	84 (%100)
Onkolojik Hastalıklar	18(%54,5)	7(%21,2)	8(%24,2)	33 (%100)
Diğer Hastalık***	30(%49,2)	17(%27,9)	14(%23,0)	61 (%100)
	X^2=62,78 p<0,001			
Sosyal Güvence				
Var	246 (%69,1)	64 (%18,0)	46 (%12,9)	356 (%100)
Yok	40 (%78,4)	5 (%9,8)	6 (%11,8)	51 (%100)
	X^2= 2,36 p=0,308			

X^2=Ki-kare test istatistiği

*SES= Sosyoekonomik seviye

**Eğitim Ortaokul ve altı:=okuryazar, ilkokul, ortaokul

Lise ve üzeri= lise, üniversite

***Diğer Hastalık=Kronik endokrin hastalıkları, kardiyovasküler hastalıklar, idrar ve cinsel organ hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları, sindirim sistemi hastalıkları, psikiyatrik hastalıklar.

Tablo 25'te hastaların KATZ Skoru derecesi ile demografik özellikleri karşılaştırılmıştır. Tablo 25'e göre araştırmaya katılan hastaların KATZ Skoru derecesi ile yaşadıkları ilçeler, cinsiyetleri ve sosyal güvenceleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. Yaşa göre medeni durum tabakalandırıldığında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan 64 yaş ve altı hastaların %58,5'i (n=69) ciddi bağımlı, 65-74 yaş grubu hastaların %57,7'si (n=56) ciddi bağımlı, 75-84 yaş grubu hastaların %80,2'si (n=85) ciddi bağımlı, 85 yaş ve üzeri hastaların %88,4'ünün (n=76) ciddi bağımlı oldukları saptanmıştır. Hastanın yaşı arttıkça bağımlılık oranının arttığı görülmektedir. Araştırmaya katılan hastaların KATZ Skoru derecesi ile yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0,001$).

KATZ Skoru derecesi ile hastaların medeni durumu karşılaştırıldığında; evli olanların %61,8'i (n=118) ciddi bağımlı, bekar olanların %78,4'ü (n=29) ciddi bağımlı, eşi ölmüş olanların %77,7'si (n=139) ciddi bağımlı oldukları saptanmıştır. Hastaların KATZ Skoru derecesi ile medeni durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0,05$).

Tablo 25'te eğitim durumu okuryazar olmayan hastaların %86,7'si(n=52), ortaokul ve altı hastaların %72,4'ü (n=163), lise ve üzeri hastaların %58,2'si (n=71) ciddi bağımlı olduğu görülmektedir. Buradan eğitim düzeyi arttıkça hastaların bağımlılık derecesinin azaldığı görülmektedir. Hastaların KATZ Skoru derecesi ile eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0,05$).

Araştırmaya katılan hastaların yarısından fazlası (%70,3'ü) ciddi bağımlı olarak saptanmış olup, diğer hastalık gruplarına göre nörolojik ve kas sistemi hastalığı olan kişilerin %85,3'ünün (n=93) ve dekübit ülseri olan hastaların %85,8'nin (n=103) ciddi bağımlı olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan hastaların KATZ Skoru derecesi ile mevcut hastalıkları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0,001$).

Tablo 26. KATZ Skorunun Hastaya En Çok Bakım Veren Kişi İle Karşılaştırılması

Hastaya En Çok Bakım Veren Kişi	KATZ Skoru Ciddi Bağımlı	KATZ Skoru Orta Düzey Bağımlı	KATZ Skoru Bağımsız	Toplam
Eşi	**65 (%53,7)**	33 (%27,3)	23 (%19,0)	121 (%100)
Kızı	73 (%80,2)	7 (%7,7)	11 (%12,1)	91 (%100)
Oğlu	28 (%82,4)	4 (%11,8)	2 (%5,9)	34 (%100)
Diğer Akrabası	75 (%77,3)	16 (%16,5)	6 (%6,2)	97 (%100)
Ücretli Bakıcı	**34 (%87,2)**	4 (%10,3)	1 (%2,6)	39 (%100)
Diğer*	11 (%44,0)	5 (%20,0)	9 (%36,0)	25 (%100)
	X^2=47,37		**p<0,001**	

*Bakım veren diğer kişi içerisinde komşu, kendi, arkadaşı, annesi yer almaktadır.

Tablo 17'de hastaya en çok bakım veren kişi %29,7 (n=121) ile eşi olduğu görülmektedir. Tablo 26'da ise hastaya en çok bakım veren kişi eşi olan hastaların %53,7'sinin (n=65) ciddi bağımlı olduğu görülmektedir. Hastaya en çok bakım veren kişinin ücretli bakıcı olan hastaların ise %87,2'sinin (n=34) ciddi bağımlı hastalar olduğu saptanmıştır. KATZ Skoru derecesi ile hastaya en çok bakım veren kişi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p<0,001).

Tablo 27. İlçe Grubunun Demografik Özellikler İle Karşılaştırılması

Demografik Özellikler	**SES* Düşük İlçe**	**SES* Yüksek İlçe**	**Test İstatistiği** *(X^2)*	**p değeri**
Yaş				
64 yaş ve altı	76 (%33,0)	42 (%23,7)	X^2=4,75	0,191
65-74	53 (%23,0)	44 (%24,9)		
75-84	58 (%25,2)	48 (%27,1)		
85 yaş ve üzeri	43 (%18,7)	43 (%24,3)		
Toplam	230 (%100)	177 (%100)		
Cinsiyet				
Erkek	115 (%50,0)	76 (%42,9)	X^2= 2,00	0,157
Kadın	115 (%50,0)	101 (%57,1)		
Toplam	230 (%100)	177 (%100)		
Medeni Durum				
Evli	108 (%47,0)	83 (%46,9)	X^2=0,11	0,948
Bekar	20 (%8,7)	17 (%9,6)		
Eşi Ölmüş	102 (%44,3)	77 (%43,5)		
Toplam	230 (%100)	177 (%100)		
Eğitim				
Okuryazar değil	**44 (%19,1)**	16 (%9,0)	**X^2=18,76**	**<0,001**
Ortaokul ve altı	135 (%58,7)	90 (%50,8)		
Lise ve üzeri	**51 (%22,2)**	**71 (%40,1)**		
Toplam	230 (%100)	177 (%100)		
Hastalık Tanı				
Nörolojik ve Kas Sistemi Hastalıkları	52 (%22,6)	57 (%32,2)	X^2=6,20	0,185
Dekübit Ülseri	76(%33,0)	44(%24,9)		
Ortopedik Hastalıklar	47 (%20,4)	37(%20,9)		
Onkolojik Hastalıklar	18(%7,8)	15 (%8,5)		
Diğer Hastalık**	37(%16,1)	24 (%13,6)		
Toplam	230 (%100)	177 (%100)		
Sosyal Güvence				
Var	201 (%87,4)	155 (%87,6)	X^2= 0,00	0,957
Yok	29 (%12,6)	22 (%12,4)		
Toplam	230 (%100)	177 (%100)		

Ev Mülkiyeti				
Kendisinin evi	119(%51,7)	109 (%61,6)	X^2= 4,18	0,124
Akrabasının evi	50 (%21,7)	28 (%15,8)		
Kira	61 (%26,5)	40 (%22,6)		
Toplam	230 (%100)	177 (%100)		
Hanenin Son Bir Aydaki Geliri				
3.000 TL ve altı	89 (%38,7)	29 (%16,4)	**X^2=74,20**	**<0,001**
3.001-5.000 TL	**110 (%47,8)**	55 (%31,1)		
5.001 TL ve üzeri	31 (%13,5)	**93 (%52,5)**		
Toplam	230 (%100)	177 (%100)		

*SES= Sosyoekonomik seviye

**Diğer Hastalık=Kronik endokrin hastalıkları, kardiyovasküler hastalıklar, idrar ve cinsel organ hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları, sindirim sistemi hastalıkları, psikiyatrik hastalıklar.

Tablo 27'de araştırmaya katılan hastaların ikamet ettikleri ilçelere ait gruplar ile sosyodemografik özellikleri karşılaştırılmıştır.

Araştırmaya katılan hastaların yaşadığı ilçe ile yaş grubu, cinsiyetleri, medeni durumları, hastalıkları, sosyal güvenceleri, ev mülkiyet durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p>0,05).

Tablo 27'ye göre araştırmaya katılan sosyoekonomik seviyesi düşük olan ilçedeki hastaların %19,1'inin (n=44) eğitim durumu okuryazar değil, %22,2'sinin (n=51) lise ve üzeridir. Sosyoekonomik seviyesi yüksek olan ilçedeki hastaların %40,1'inin (n=71) eğitim durumu ise lise ve üzeridir. Hastaların yaşadığı ilçe ile eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p<0,001).

Sosyoekonomik seviyesi düşük ilçede yaşayan hastaların %47,8'inin (n=110) son bir aylık geliri 3.001 TL-5.000 TL arası, sosyoekonomik seviyesi yüksek ilçede yaşayan hastaların ise %52,5'inin (n=93) son bir aylık geliri 5.001 TL ve üzeridir. Sosyoekonomik farklılığın önemli bir ölçütü olan gelir durumunda beklenen sonuç çıkmıştır. Araştırmaya katılan hastaların yaşadığı ilçeye göre son bir aydaki hane gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir (p<0,001).

Tablo 28. İlçe Grubunun Hastaya En Çok Bakım Veren Kişi İle Karşılaştırılması

Hastaya En Çok Bakım Veren Kişi	SES* Düşük İlçe	SES* Yüksek İlçe	Test İstatistiği (X^2)	p değeri
Eşi	**77 (%33,5)**	**44 (%24,9)**		
Kızı	50 (%21,7)	41 (%23,2)		
Oğlu	21 (%9,1)	13 (%7,3)	**X^2=13,55**	**0,019**
Diğer Akrabası	56 (%24,3)	41 (%23,2)		
Ücretli Bakıcı	**12 (%5,2)**	**27 (%15,3)**		
Diğer**	14 (%6,1)	11 (%6,2)		
Toplam	230 (%100)	177 (%100)		

*SES= Sosyoekonomik seviye

**Bakım veren diğer kişi içerisinde komşu, kendi, arkadaşı, annesi yer almaktadır.

Tablo 28'de araştırmaya katılan hastaların ikamet ettikleri ilçelere ait gruplar ile hastaya en çok bakım veren kişi karşılaştırıldığında; sosyoekonomik seviyesi düşük ilçede yaşayan hastaların %33,5'i (n=77) en çok eşi tarafından bakım aldığı, sosyoekonomik seviyesi yüksek ilçede yaşayan hastaların %24,9'u (n=44) en çok eşi tarafından bakım aldığı görülmektedir. Sosyoekonomik seviyesi düşük ilçedeki hastaların %5,2'sine (n=12), sosyoekonomik seviyesi yüksek ilçedeki hastaların ise %15,3'üne (n=27) en çok bakım veren kişi ücretli bakıcıdır. Araştırmaya katılan hastaların yaşadıkları ilçe ile hastaya en çok bakım veren kişi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0,05$).

Tablo 29. Hastalık Grubun Bakım Süresi İle Karşılaştırması

Bakım Süresi	Hastalık Grubu Nörolojik ve Kas	Hastalık Grubu Dekübit Ülseri	Hastalık Grubu Ortopedik	Hastalık Grubu Onkolojik	Hastalık Grubu Diğer Hastalık*	Toplam
1 Ay	25(%21,7)	29(%25,2)	35(%30,4)	11(%9,6)	15(%13,0)	115 (%100)
2 Ay	14(%28,0)	12(%24,0)	15(%30,0)	4(%8,0)	5(%10,0)	50 (%100)
3Ay	13(%26,0)	15(%30,0)	10(%20,0)	2(%4,0)	10(%20,0)	50 (%100)
4-7 Ay	19(%22,9)	24(%28,9)	17(%20,5)	7(%8,4)	16(%19,3)	83 (%100)
8-12 Ay	16(%34,8)	17(%37,0)	4(%8,7)	2(%4,3)	7(%15,2)	46 (%100)
13 Ay ve Üzeri	**22(%34,9)**	**23(%36,5)**	3(%4,8)	7(%11,1)	8(%12,7)	63 (%100)
Test İstatistiği	**X^2=31,83**		**p=0,045**			

Diğer Hastalık*= Kronik endokrin hastalıkları, kardiyovasküler hastalıklar, idrar ve cinsel organ hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları, sindirim sistemi hastalıkları, psikiyatrik hastalıklar.

Hastalık grubu ile bakım süreleri karşılaştırıldığında; 1 aydır bakım alan hastaların %30,4'ün (n=35) ortopedik hastalığa, 2 aydır bakım alan hastaların %30,0'ı (n=15) ortopedik hastalığa, 3 aydır hizmet alan hastaların %30,0'ı (n=15) dekübit ülserine, 4-7 aydır hizmet alan hastaların %28,9'u (n=24) dekübit ülserine, 8-12 aydır hizmet alan hastaların %37,0'ı (n=17) dekübit ülserine, 13 ay ve üzeri bakım alan hastaların %36,5'i (n=23) dekübit ülserine sahiptir. Tablo 25'te nörolojik ve kas sistemi hastalığı olan, dekübit ülseri olan hastaların %85 'inin ciddi bağımlı olduğu saptanmış, Tablo 29'da ise bu hastalık grubuna sahip hastaların 13 ay ve üzeri süredir evde bakım aldığı görülmektedir. Hastaların mevcut hastalıkları ile bakım süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p<0,05).

Tablo 30. Hastaların Sosyal Güvenceleri İle Son Bir Aydaki Hane Gelir Durumlarının Karşılaştırılması

Sosyal Güvence	**Son Bir Aydaki Hane Gelir Durumu**	**Son Bir Aydaki Hane Gelir Durumu**	**Son Bir Aydaki Hane Gelir Durumu**	**Toplam**
	3.000 TL ve Altı	**3.001-5.000 TL**	**5.001 TL ve Üzeri**	
Sosyal Güvence Yok	**29 (%56,9)**	13 (%25,5)	35 (%17,6)	51(%100)
Sosyal Güvence Var	89 (%25,0)	152 (%42,7)	115 (%32,2)	356 (%100)
Test İstatistiği	**$X^{2=}$22,02**		**p<0,001**	

Tablo 30'da araştırmaya katılan hastaların sosyal güvencesi olmayan hastaların %56,9'u (n=29) 3.000 TL ve altı, sosyal güvencesi olanların %42,7'sinin (n=152) gelir durumu 3.001-5.000 TL olduğu görülmektedir. Hastaların sosyal güvenceleri ile hane geliri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p<0,05).

Tablo 31. Hastaların Belediye Haricinde Evde Sağlık Hizmeti Alma Durumları İle Yaş Gruplarının Karşılaştırılması

Belediye Haricinde Başka Kurumdan Evde Sağlık Hizmeti Alınıyor Mu?	**Yaş Grup**	**Yaş Grup**	**Yaş Grup**	**Yaş Grup**	**Toplam**
	64 Yaş ve Altı	**65-74 Yaş**	**75-84 Yaş**	**85 Yaş ve Üzeri**	
Evet	4 (%11,4)	7 (%20,0)	11(%31,4)	**13 (%37,1)**	35 (%100)
Hayır	114(%30,6)	90(%24,2)	95(%25,5)	73 (%19,6)	372 (%100)
Test İstatistiği	***X*²=9,38**		**p=0,025**		

Tablo 31'de belediye haricinde başka bir kurumdan evde sağlık hizmeti alanların %37,1'i (n=13) 85 yaş ve üzeri, başka bir kurumdan evde sağlık hizmeti almayanların %%30,6'sı (n=114) 64 yaş ve altı grupta yer aldığı görülmektedir. Belediye haricinde başka bir kurumdan evde sağlık hizmeti alma durumu ile hasta yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p<0,05).

Tablo 32. Bakım Türü İle İlçe Grubun Karşılaştırılması

Bakım Türü	**İlçe Grup**	
	SES* Düşük İlçe	**SES* Yüksek İlçe**
Nakil	54 (%23,5)	50 (%28,2)
Hemşirelik	**203 (%88,3)**	**139 (%78,5)**
Fizyoterapi	56 (%24,3)	36 (%20,3)
Psikolojik Danışmanlık	3 (%1,3)	5 (%2,8)
Hane Temizlik	7 (%3,0)	15 (%8,5)
Kişisel Temizlik	8 (%3,5)	14 (%7,9)
Test İstatistiği	***X*²=19,98**	**p=0,003**

*SES= Sosyoekonomik seviye

Tablo 32'de hastaların ikamet ettikleri ilçe grupları ile bakım türü karşılaştırıldığında; sosyoekonomik seviyesi düşük ilçedeki hastaların %88,3'ü (n=203) hemşirelik hizmeti, sosyoekonomik seviyesi düşük ilçedeki hastaların da %78,5'i (n=139) hemşirelik hizmeti aldığı görülmektedir. Hastaların ikamet ettikleri ilçe grupları ile bakım türü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p<0,05).

Tablo 33. Bakım Türü İle Hasta Yaş Grubunun Karşılaştırılması

Bakım Türü	Yaş			
	64 yaş ve altı	**65-74 yaş**	**75-84 yaş**	**85 yaş ve üzeri**
Nakil	29 (%24,6)	23 (%23,7)	28 (%26,4)	24 (%27,9)
Hemşirelik	**97 (%82,2)**	**78 (%80,4)**	**88 (%83,0)**	**79 (%91,9)**
Fizyoterapi	24 (%20,3)	24 (%24,7)	23 (%21,7)	21 (%24,4)
Psikolojik Danışmanlık	4 (%3,4)	1 (%1,0)	2 (%1,9)	1 (%1,2)
Hane Temizlik	7 (%5,9)	7 (%7,2)	3 (%2,8)	5 (%5,8)
Kişisel Temizlik	7 (%5,9)	6 (%6,2)	5 (%4,7)	4 (%4,7)

Tablo 33'te hastaların yaşı ile aldıkları bakım türü karşılaştırıldığında; 64 yaş ve altındaki hastaların %82,2'sinin (n=97), 65-74 yaş hastaların %80,4'ünün (n=78), 75-84 yaş hastaların %83,0'ının (n=88), 85 yaş ve üzeri hastaların %91,9'unun (n=79) hemşirelik hizmeti aldığı görülmektedir.

Tablo 34. Bakım Türü İle Hasta Cinsiyetin Karşılaştırılması

Bakım Türü	Cinsiyet	
	Erkek	**Kadın**
Nakil	50 (%26,2)	54 (%25,0)
Hemşirelik	**159 (83,2)**	**183 (%84,7)**
Fizyoterapi	44 (%23,0)	48 (%22,2)
Psikolojik Danışmanlık	2 (%1,0)	6 (%2,8)
Hane Temizlik	8 (%4,2)	14 (%6,5)
Kişisel Temizlik	7 (%3,7)	15 (%6,9)

Tablo 34'te hastaların cinsiyeti ile aldıkları bakım türü karşılaştırıldığında; erkek hastaların %83,2'sinin (n=159), kadın hastaların %84,7'sinin (n=183) hemşirelik hizmeti aldığı görülmektedir.

Tablo 35. Bakım Türü İle Hasta Medeni Durumun Karşılaştırılması

Bakım Türü	Medeni Durum		
	Evli	**Bekar**	**Eşi Ölmüş**
Nakil	47 (%24,6)	11 (%29,7)	46 (%25,7)
Hemşirelik	**155 (%81,2)**	**30 (%81,1)**	**157 (%87,7)**
Fizyoterapi	50 (%26,2)	5 (%13,5)	37 (%20,7)
Psikolojik Danışmanlık	3 (%1,6)	1 (2,7)	4 (%2,2)
Hane Temizlik	5 (%2,6)	5 (%13,5)	12 (%6,7)
Kişisel Temizlik	5 (%2,6)	5 (%13,5)	12 (%6,7)

Tablo 35'te hastaların medeni durumları ile aldıkları bakım türü karşılaştırıldığında; evli hastaların %81,2'sinin (n=155), bekar hastaların %81,1'inin (n=30), eşi ölmüş hastaların %87,7'sinin (n=157) hemşirelik hizmeti aldığı görülmektedir.

Tablo 36. Bakım Türü İle Hasta Eğitimin Karşılaştırılması

Bakım Türü	Eğitim		
	Okuryazar değil	**Ortaokul ve altı**	**Lise ve üzeri**
Nakil	14 (%23,3)	64 (%28,4)	26 (%21,3)
Hemşirelik	**51 (%85,0)**	**192 (%85,3)**	**99 (%81,1)**
Fizyoterapi	12 (%20,0)	46 (%20,4)	34 (%27,9)
Psikolojik Danışmanlık	0 (%0,0)	6 (%2,7)	2 (%1,6)
Hane Temizlik	1 (%1,7)	13 (%5,8)	8 (%6,6)
Kişisel Temizlik	2 (%3,3)	15 (%6,7)	5 (%4,1)

Tablo 36'da hastaların eğitim durumları ile aldıkları bakım türü karşılaştırıldığında; eğitim durumu okuryazar olmayanların %85,0'ının (n=51), ortaokul ve altı olanların %85,3'ünün (n=192), lise ve üzeri olanların %81,1'inin (n=99) hemşirelik hizmeti aldığı görülmektedir.

Tablo 37. Bakım Türü İle Hastalık Grubunun Karşılaştırılması

Bakım Türü	Hastalık Grup				
	Nörolojik ve Kas	**Dekübit Ülseri**	**Ortopedik**	**Onkolojik**	**Diğer Hastalık***
Nakil	33 (%30,3)	28 (%23,3)	18 (%21,4)	9 (%27,3)	16 (%26,2)
Hemşirelik	**69 (%63,3)**	**120(%100,0)**	**70 (%83,3)**	**29 (%87,9)**	**54 (%88,5)**
Fizyoterapi	43 (%39,4)	21 (%17,5)	21 (%25,0)	2 (%6,1)	5 (%8,2)
Psikolojik Danışmanlık	3 (%2,8)	1 (%0,8)	2 (%2,4)	2 (%6,1)	0 (%0,0)
Hane Temizlik	14 (%12,8)	1 (%0,8)	1 (%1,2)	3 (%9,1)	3 (%4,9)
Kişisel Temizlik	17 (%15,6)	1 (%0,8)	2 (%2,4)	0 (%0,0)	2 (%3,3)

Diğer Hastalık*= Kronik endokrin hastalıkları, kardiyovasküler hastalıklar, idrar ve cinsel organ hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları, sindirim sistemi hastalıkları, psikiyatrik hastalıklar.

Tablo 37'de hastaların mevcut hastalıkları ile aldıkları bakım türü karşılaştırıldığında; nörolojik ve kas sistemi hastalığı olanların %63,3'ünün (n=69), dekübit ülseri olanların %100,0'ının (n=120), ortopedik hastalığa sahip olanların %83,3'ünün (n=70), onkolojik hastalığa sahip olanların %87,9'unun (n=29), diğer hastalığa sahip olanların %88,5'inin (n=54) hemşirelik hizmeti aldığı görülmektedir.

Tablo 38. Bakım Türü İle Sosyal Güvencenin Karşılaştırılması

Bakım Türü	Sosyal Güvence	
	Sosyal Güvence Yok	**Sosyal Güvence Var**
Nakil	17 (%33,3)	87 (%24,4)
Hemşirelik	**43 (%84,3)**	**299 (84,0)**
Fizyoterapi	8 (%15,7)	84 (%23,6)
Psikolojik Danışmanlık	2 (%3,9)	6 (%1,7)
Hane Temizlik	3 (%5,9)	19 (%5,3)
Kişisel Temizlik	3 (%5,9)	19 (%5,3)

Tablo 38'de hastaların sosyal güvenceleri ile aldıkları bakım türü karşılaştırıldığında; sosyal güvencesi olmayanların %84,3'ünün (n=43), sosyal güvencesi olanların %84,0'ının (n=299) hemşirelik hizmeti aldığı görülmektedir.

Tablo 39. Bakım Türü İle Hanenin Son Bir Aydaki Gelirinin Karşılaştırılması

Bakım Türü	Hanenin Son Bir Aydaki Geliri		
	3.000 TL ve Altı	**3.001-5.000 TL**	**5.001 TL ve Üzeri**
Nakil	33(%28,0)	40(%24,2)	31(%25,0)
Hemşirelik	**104(%88,1)**	**136(%82,4)**	**102(%82,3)**
Fizyoterapi	16(%13,6)	44(%26,7)	32(%25,8)
Psikolojik Danışmanlık	2(%1,7)	4(%2,4)	2(%1,6)
Hane Temizlik	10(%8,5)	9(%40,9)	3(%2,4)
Kişisel Temizlik	8(%6,8)	11(%6,7)	3(%2,4)

Tablo 39'da hanenin son bir aydaki geliri ile aldıkları bakım hizmeti karşılaştırıldığında; 3.0000 TL ve altı olanların %88,1'inin (n=104), 1.001-5.000 TL olanların %82,4'ünün (n=136), 5.001 TL ve üzeri olanların %82,3'ünün (n=102) hemşirelik hizmeti aldığı görülmektedir.

Tablo 40. Bakım Türü İle Evde Bakım Süresinin Karşılaştırılması

Bakım Türü	Evde Bakım Süresi					
	1 Ay	**2 Ay**	**3 Ay**	**4-7 Ay**	**8-12 Ay**	**13 Ay ve Üzeri**
Nakil	19 (%16,5)	14 (%28,0)	17 (%34,0)	23 (%27,7)	9 (%19,6)	22 (%34,9)
Hemşirelik	**97 (%84,3)**	**39 (%78,0)**	**41 (%82,0)**	**67 (%80,7)**	**43 (%93,5)**	**55 (%87,3)**
Fizyoterapi	31 (%27,0)	12 (24,0)	15 (30,0)	22 (%26,5)	5 (%10,9)	7 (%11,1)
Psikolojik Danışmanlık	2 (%1,7)	0 (%0,0)	0 (%0,0)	1 (%1,2)	1 (%2,2)	4 (%6,3)
Hane Temizlik	2 (%1,7)	1 (%2,0)	3 (%6,0)	4 (%4,8)	3 (%6,5)	9 (%14,3)
Kişisel Temizlik	3 (%2,6)	1 (%2,0)	3 (%6,0)	4 (%4,8)	5 (%10,9)	6 (%9,5)

Tablo 40'da hastaların evde bakım aldığı süre ile aldıkları bakım türü karşılaştırıldığında; 1 aydır hizmet alanların %84,3'ünün (n=97), 2 aydır hizmet alanların %78,0'ının (n=39), 3 aydır hizmet alanların %82,0'ının (n=41), 4-7 aydır hizmet alanların %80,7'sinin (n=67), 8-12 ay hizmet alanların %93,5'inin (n=43), 13 ay ve üzeri süredir hizmet alanların %87,3'ünün (n=55) hemşirelik hizmeti aldığı görülmektedir.

Tablo 41. Bakım Türü İle KATZ Skorunun Karşılaştırılması

Bakım Türü	**KATZ Skoru**		
	Ciddi Bağımlı	**Orta Düzey Bağımlı**	**Bağımsız**
Nakil	83 (%29,0)	15 (%21,7)	6 (%11,5)
Hemşirelik	**241 (%84,3)**	**57 (%82,6)**	**44 (%84,6)**
Fizyoterapi	71 (%24,8)	16 (23,2)	5 (9,6)
Psikolojik Danışmanlık	3 (%1,0)	4 (%5,8)	1 (%1,9)
Hane Temizlik	11 (%3,8)	5 (%7,2)	6 (%11,5)
Kişisel Temizlik	16 (%5,6)	4 (%5,8)	2 (%3,8)

Tablo 41'de hastaların KATZ Skoru ile aldıkları bakım türü karşılaştırıldığında; ciddi bağımlı olanların %84,3'ünün (n=241), orta düzey bağımlı olanların %82,6'sının (n=57), bağımsız olanların %84,6'sının (n=44) hemşirelik hizmeti aldığı görülmektedir.

Tablo 42. Bakım Türü Hemşirelik Olanlar İle İlçe Grubun Karşılaştırılması

Hemşirelik Bakım Türü	**İlçe Grup**	
	SES* Düşük İlçe	**SES* Yüksek İlçe**
Yara Bakımı	**129 (%63,5)**	**76 (%54,7)**
Sonda Bakımı	60 (%29,6)	35 (%25,2)
Postoperatif Bakım	37 (%18,2)	25 (%18,0)
Enjeksiyon	34 (%16,7)	19 (%13,7)
Serum	19 (9,4)	13 (%9,4)
Trakeostomi Gastrostomi Bakımı	5 (%2,5)	7 (%5,0)
Diyabet	0 (%0)	1 (%0,7)
Kan Alımı	4 (%2,0)	4 (%2,9)

*SES= Sosyoekonomik seviye

Tablo 42'de hastaların ikamet ettikleri ilçe grubu ile hemşirelik bakım türü karşılaştırıldığında; sosyoekonomik seviyesi düşük olan ilçedeki hastaların %63,5'inin (n=129), sosyoekonomik seviyesi yüksek ilçedeki hastaların %54,7'sinin (n=76) yara bakımı hizmeti aldığı görülmektedir.

Tablo 43. Bakım Türü Hemşirelik Olanlar İle Hasta Yaş Grubun Karşılaştırılması

Hemşirelik Bakım Türü	**Yaş Grup**			
	64 yaş ve altı	**65-74 yaş**	**75-84 yaş**	**85 yaş ve üzeri**
Yara Bakımı	**59 (%60,8)**	**44 (%56,4)**	**52 (%59,1)**	**50 (%63,3)**
Sonda Bakımı	20 (%20,6)	18 (%23,1)	28 (%31,8)	29 (%36,7)
Postoperatif Bakım	26 (%26,8)	13 (%16,7)	12 (%13,6)	11 (%13,9)
Enjeksiyon	13 (%13,4)	17 (%21,8)	14 (%15,9)	9 (%11,4)
Serum	8 (%8,2)	4 (%5,1)	11 (%12,5)	9 (%11,4)
Trakeostomi Gastrostomi Bakımı	3 (%3,1)	4 (%5,1)	3 (%3,4)	2 (%2,5)
Diyabet	1 (%1,0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)
Kan Alımı	0 (%0)	2 (%2,6)	4 (%4,5)	2 (%2,5)

Tablo 43'te hastanın yaşı ile hemşirelik bakım türü karşılaştırıldığında; 64 yaş ve altı hastaların %60,8'inin (n=59), 65-74 yaş hastaların %56,4'ünün (n=44), 75-84 yaş hastaların %59,1'inin (n=52), 85 yaş ve üzeri hastaların %63,3'ünün (n=50) yara bakımı hizmeti aldığı görülmektedir.

Tablo 44. Bakım Türü Hemşirelik Olanlar İle Cinsiyetin Karşılaştırılması

Hemşirelik Bakım Türü	Cinsiyet	
	Erkek	Kadın
Yara Bakımı	**96 (%60,4)**	**109 (%59,6)**
Sonda Bakımı	41 (%25,8)	54 (%29,5)
Postoperatif Bakım	33 (%20,8)	29 (%15,8)
Enjeksiyon	22 (%13,8)	31 (%16,9)
Serum	13 (%8,2)	19 (%10,4)
Trakeostomi Gastrostomi Bakımı	5 (%3,1)	7 (%3,8)
Diyabet	1 (%0,6)	0 (%0)
Kan Alımı	3 (%1,9)	5 (%2,7)

Tablo 44'te hastanın cinsiyeti ile aldığı hemşirelik bakım türü karşılaştırıldığında; erkek hastaların %60,4'ünün (n=96), kadın hastaların ise %59,6'sının (n=109) yara bakımı hizmeti aldığı görülmektedir.

Tablo 45. Bakım Türü Hemşirelik Olanlar İle Medeni Durumun Karşılaştırılması

Hemşirelik Bakım Türü	Medeni Durum		
	Evli	Bekar	Eşi Ölmüş
Yara Bakımı	**90(%58,1)**	**19(%63,3)**	**96(%61,1)**
Sonda Bakımı	38 (%24,5)	5 (%16,7)	52 (%33,1)
Postoperatif Bakım	30 (%19,4)	7 (%23,3)	25 (%15,9)
Enjeksiyon	25 (%16,1)	3 (%10,0)	25 (%15,9)
Serum	15 (%9,7)	1 (%3,3)	16 (%10,2)
Trakeostomi Gastrostomi Bakımı	7 (%4,5)	2 (%6,7)	3 (%1,9)
Diyabet	1 (%0,6)	0 (%0)	0 (%0)
Kan Alımı	4 (%2,6)	0 (%0)	4 (%2,5)

Tablo 45'te hastaların medeni durumu ile hemşirelik bakım türü karşılaştırıldığında; evli hastaların %%58,1'inin (n=90), bekar hastaların %63,3'ünün (n=19), eşi ölmüş hastaların %61,1'inin (n=96) yara bakımı hizmeti aldığı görülmektedir.

Tablo 46. Bakım Türü Hemşirelik Olanlar İle Eğitim Durumunun Karşılaştırılması

Hemşirelik Bakım Türü	Eğitim		
	Okuryazar değil	**Ortaokul ve altı**	**Lise ve üzeri**
Yara Bakımı	**33 (%64,7)**	**116 (%60,4)**	**56 (%56,6)**
Sonda Bakımı	24 (%47,1)	46 (%24,0)	25 (%25,3)
Postoperatif Bakım	6 (%11,8)	36 (%18,8)	20 (%20,2)
Enjeksiyon	7 (%13,7)	34 (%17,7)	12 (%12,1)
Serum	2 (%3,9)	21 (%10,9)	9 (%9,1)
Trakeostomi Gastrostomi Bakımı	1 (%2,0)	6 (%3,1)	5 (%5,1)
Diyabet	0 (%0)	0 (%0)	1 (%1,0)
Kan Alımı	1 (%2,0)	6 (%3,1)	1 (%1,0)

Tablo 46'da hastaların eğitim durumları ile hemşirelik bakım türü karşılaştırıldığında; okuryazar olmayanların %64,7'sinin (n=33), ortaokul ve altı olanların %60,4'ünün (n=116), lise ve üzeri olanların %56,6'sının (n=56) yara bakımı hizmeti aldığı görülmektedir.

Tablo 47. Bakım Türü Hemşirelik Olanlar İle Hastalık Grubun Karşılaştırılması

Hemşirelik Bakım Türü	Hastalık Grup				
	Nörolojik ve Kas	**Dekübit Ülseri**	**Ortopedik**	**Onkolojik**	**Diğer Hastalık***
Yara Bakımı	29 (%42,0)	**119 (%99,2)**	18 (%25,7)	6 (%20,7)	**33 (%61,1)**
Sonda Bakımı	**31 (%44,9)**	41(%34,2)	8 (%11,4)	6 (%20,7)	9 (%16,7)
Postoperatif Bakım	3 (%4,3)	5 (%4,2)	**47 (%67,1)**	2 (%6,9)	5 (%9,3)
Enjeksiyon	11 (%15,9)	6 (%5,0)	20 (%28,6)	7 (%24,1)	9 (%16,7)
Serum	5 (%7,2)	8 (%6,7)	1 (%1,4)	**14 (%43,3)**	4 (%7,4)
Trakeostomi Gastrostomi Bakımı	5 (%7,2)	4 (%3,3)	0 (%0)	1 (%3,4)	2 (%3,7)
Diyabet	0 (%0)	0 (%0)	1 (%1,4)	0 (%0)	0 (%0)
Kan Alımı	2 (%2,9)	3 (%2,5)	1 (%1,4)	1 (%3,4)	1 (%1,9)

*Diğer Hastalık= Kronik endokrin hastalıkları, kardiyovasküler hastalıklar, idrar ve cinsel organ hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları, sindirim sistemi hastalıkları, psikiyatrik hastalıklar.

Tablo 47'de hastaların mevcut hastalıkları ile hemşirelik bakım türü karşılaştırıldığında; nörolojik ve kas sistemi hastalığı olanların %44,9'unun (n=31) sonda bakımı hizmeti aldığı, dekübit ülseri olanların %99,2'sinin (n=119) yara bakımı hizmeti aldığı, ortopedik hastalığı olanların %67,1'inin (n=47) postoperatif bakım aldığı, onkolojik hastaların %43,3'ünün (n=14) serum hizmeti aldığı, diğer hastalığı olanların %61,1'inin (n=33) yara bakımı hizmeti aldığı görülmektedir.

Tablo 48. Bakım Türü Hemşirelik Olanlar İle Sosyal Güvencenin Karşılaştırılması

Hemşirelik Bakım Türü	**Sosyal Güvence**	
	Sosyal Güvence Var	**Sosyal Güvence Yok**
Yara Bakımı	**177 (%59,2)**	**28 (%65,1)**
Sonda Bakımı	79 (%26,4)	16 (%37,2)
Postoperatif Bakım	56 (%18,7)	6 (%14,0)
Enjeksiyon	50 (%16,7)	3 (%7,0)
Serum	30 (%10,0)	2 (%4,7)
Trakeostomi Gastrostomi Bakımı	11 (%3,7)	1 (%2,3)
Diyabet	1 (%0,3)	0 (%0)
Kan Alımı	8 (%2,7)	0 (%0)

Tablo 48'de hastaların sosyal güvencesi ile hemşirelik bakım türü karşılaştırıldığında; sosyal güvencesi olanların %59,2'sinin (n=177), sosyal güvencesi olmayanların %65,1'inin (n=28,) yara bakımı hizmeti aldığı görülmektedir.

Tablo 49. Bakım Türü Hemşirelik Olanlar İle Hanenin Son Bir Aydaki Gelirin Karşılaştırılması

Hemşirelik Bakım Türü	Hanenin Son Bir Aydaki Geliri		
	3.000 TL ve Altı	**3.001-5.000 TL**	**5.001 TL ve Üzeri**
Yara Bakımı	**65 (%62,5)**	**80 (%58,8)**	**60 (%58,8)**
Sonda Bakımı	25 (%24,0)	40 (%29,4)	30 (%29,4)
Postoperatif Bakım	15 (%14,4)	25 (%18,4)	22 (%21,6)
Enjeksiyon	18 (%17,3)	25 (%18,4)	10 (%9,8)
Serum	4 (%3,8)	18 (%13,2)	10 (%9,8)
Trakeostomi Gastrostomi Bakımı	1 (%1,0)	6 (%4,4)	5 (%4,9)
Diyabet	0 (%0)	1 (%0,7)	0 (%0)
Kan Alımı	2 (%1,9)	4 (%2,9)	2 (%2,0)

Tablo 49'da hanenin son bir aydaki gelir durumu ile hemşirelik bakım türü karşılaştırıldığında; geliri 3.000 TL ve altı olanların %62,5'inin (n=65), 3.001-5.000 TL olanların %58,8'inin (n=80), 5.001 TL ve üzeri olanların %58,8 'inin (n=60) yara bakımı hizmeti aldığı görülmektedir.

Tablo 50. Bakım Türü Hemşirelik Olanlar İle Evde Bakım Süresi Karşılaştırılması

Hemşirelik Bakım Türü	Evde Bakım Süresi					
	1 Ay	**2 Ay**	**3 Ay**	**4-7 Ay**	**8-12 Ay**	**13 Ay ve Üzeri**
Yara Bakımı	**39 (%40,2)**	**22 (%56,4)**	**25 (%61,0)**	**43 (%64,2)**	**33 (%76,7)**	**43 (%78,2)**
Sonda Bakımı	16 (%16,5)	11 (%28,2)	13 (%31,7)	19 (%28,4)	13 (%30,2)	23 (%41,8)
Postoperatif Bakım	26 (%26,8)	11 (%28,2)	6 (%14,6)	17 (%25,4)	2 (%4,7)	0 (%0,0)
Enjeksiyon	27 (%27,8)	7 (%17,9)	4 (%9,8)	6 (%9,0)	4 (%9,3)	5 (%9,1)
Serum	13 (%13,4)	5 (%12,8)	2 (%4,9)	7 (%10,4)	4 (%9,3)	1 (%1,8)

Trakeostomi Gastrostomi Bakımı	3 (%3,1)	2 (%5,1)	1 (%2,4)	3 (%4,5)	0 (%0,0)	3 (%5,5)
Diyabet	0 (%0)	0 (%0,0)	0 (%0,0)	1 (%1,5)	0 (%0,0)	0 (%0,0)
Kan Alımı	3 (%3,1)	0 (%0,0)	2 (%4,9)	0 (%0,0)	1 (%2,3)	2 (%3,6)

Tablo 50'de hastaların evde bakım aldıkları süre ile hemşirelik bakım türü karşılaştırıldığında; 1 aydır hizmet alan hastaların %40,2'sinin (n=39), 2 aydır hizmet alanların %56,4'ünün (n=22), 3 aydır hizmet alanların %61,0'ının (n=25), 4-7 aydır hizmet alan hastaların %64,2'sinin (n=43), 8-12 aydır hizmet alan hastaların %76,7'sinin (n=33), 13 ay ve süredir hizmet alan hastaların %78,2'sinin (n=43) yara bakımı hizmeti aldığı görülmektedir.

Tablo 51. Bakım Türü Hemşirelik Olanlar İle KATZ Skorunun Karşılaştırılması

Hemşirelik Bakım Türü	**KATZ Skoru**		
	Ciddi Bağımlı	**Orta Düzey Bağımlı**	**Bağımsız**
Yara Bakımı	**152 (%63,1)**	**31 (%54,4)**	**22 (%50,0)**
Sonda Bakımı	93 (%38,6)	2 (%3,5)	0 (%0)
Postoperatif Bakım	31 (%12,9)	16 (%28,1)	15 (%34,1)
Enjeksiyon	28 (%11,6)	10 (%17,5)	15 (%34,1)
Serum	27 (%11,2)	4 (%7,0)	1 (%2,3)
Trakeostomi Gastrostomi Bakımı	12 (%5,0)	0 (%0)	0 (%0)
Diyabet	0 (%0)	0 (%0)	1 (%2,3)
Kan Alımı	8 (%3,3)	0 (%0)	0 (%0)

Tablo 51'de hastaların KATZ Skoru ile aldıkları hemşirelik bakım türü karşılaştırıldığında; ciddi bağımlı olanların %63,1'inin (n=152), orta düzey bağımlı olanların %54,4'ünün (n=31), bağımsız olanların %50,0'ının (n=22) yara bakımı hizmeti aldığı görülmektedir.

Tablo 52. Araştırmaya Katılan Hastaların Yaşadıkları İlçeye Göre Son Bir Aydaki Evde Bakım Maliyetleri (TL)

İlçe Grup	N	Girdiler (TL)	Hizmet Alınmadığı Maliyet (TL)	Hizmet Alındığı Maliyet (TL)	Maliyet Fark (TL)	Gelir Gider Farkı 1 (TL)	Gelir Gider Farkı 2 (TL)
		Ortanca (IQR*)	Ortanca (IQR*)	Ortanca (IQR*)	Ortanca (IQR*)	Ortanca (IQR*)	Ortanca (IQR*)
**SES Düşük İlçe	230	3.850,00 (2000,00)	1.000,00 (1350,00)	450,00 (700,00)	450,00 (510,00)	2.500,00 (2000,00)	3.157,50 (1855,00)
**SES Yüksek İlçe	177	6.000,00 (4100,00)	2.000,00 (3275,00)	900,00 (3185,50)	610,00 (740,00)	3.200,00 (3550,00)	4.000,00 (3505,00)
p değeri		**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**

*IQR=Interquartile Range

**SES= Sosyoekonomik seviye

Tablo 52'de araştırmaya katılan hastaların yaşadıkları ilçeye göre evde bakım maliyetlerinin karşılaştırılması, Mann Whitney U Testi ile yapılmıştır. Tablo 52'de hastaların yaşadıkları ilçe ile girdiler, hizmet alınmadığı maliyet, hizmet alındığı maliyet, maliyet farkı, gelir gider farkı 1, gelir gider farkı 2 arasında %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$). Sosyoekonomik durumu düşük ilçede yaşayan hastaların girdiler, hizmet alınmadığı maliyet, hizmet alındığı maliyet, maliyet farkı, gelir gider farkı 1, gelir gider farkı 2 ortanca değerinin, sosyoekonomik durumu yüksek olan ilçede yaşayan hastaların girdiler, hizmet alınmadığı maliyet, hizmet alındığı maliyet, maliyet farkı, gelir gider farkı 1, gelir gider farkı 2 ortanca değerinden daha az olduğu sonucuna varılmıştır. Burada sosyoekonomik gelişmişlik faktörlerinde önemli bir etken olan gelirin etkisinin bakım maliyeti harcamalarına yansıması görülmektedir.

Tablo 53. Araştırmaya Katılan Hastaların Yaşına Göre Son Bir Aydaki Evde Bakım Maliyetleri (TL)

Yaş	N	Girdiler (TL)	Hizmet Alınmadığı Maliyet (TL)	Hizmet Alındığı Maliyet (TL)	Maliyet Fark (TL)	Gelir Gider Farkı 1 (TL)	Gelir Gider Farkı 2 (TL)
		Ortanca (IQR*)	Ortanca (IQR*)	Ortanca (IQR*)	Ortanca (IQR*)	Ortanca (IQR*)	Ortanca (IQR*)
64 yaş ve altı	118	4.000,00 (2275,00)	1.200,00 (3062,50)	525,00 (2718,75)	455,00 (518,75)	2.500,00 (3036,25)	3.145,00 (2212,50)
65-74 yaş	97	4.200,00 (3025,00)	1.200,00 (2250,00)	550,00 (810,00)	540,00 (615,00)	2.800,00 (2750,00)	3.400,00 (2593,00)
75-84 yaş	106	4.625,00 (3525,00)	1.500,00 (1237,50)	620,00 (700,00)	515,00 (605,00)	**3.150,00 (2650,00)**	**3.682,50 (2797,50)**
85 yaş ve üzeri	86	4.975,00 (3800,00)	1.500,00 (3345,00)	652,50 (3260,00)	500,00 (636,25)	2.325,00 (2642,50)	3.012,50 (2537,50)
p değeri		0,060	0,648	0,344	0,225	**0,036**	**0,020**

*IQR=Interquartile Range

Tablo 53'te araştırmaya katılan hastaların yaşına göre evde bakım maliyetlerinin karşılaştırılması, Kruskal Wallis Testi ile yapılmıştır. Tablo 53'te hastaların yaşı ile girdiler, hizmet alınmadığı maliyet, hizmet alındığı maliyet, maliyet farkı arasında %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Hastaların yaşı ile gelir gider farkı 1, gelir gider farkı 2 arasında %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). 75-84 yaş hastaların gelir gider farkı 1 ortanca değerinin diğer yaşlardaki hastalara göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Benzer şekilde 75-84 yaş hastaların gelir gider farkı 2 ortanca değerinin diğer yaşlardaki hastalara göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Hastaların yaşı arttıkça girdilerin ve bakım harcamalarının da arttığı görülmektedir.

Tablo 54. Araştırmaya Katılan Hastaların Cinsiyetine Göre Son Bir Aydaki Evde Bakım Maliyetleri (TL)

Cinsiyet	**N**	**Girdiler (TL)**	**Hizmet Alınmadığı Maliyet (TL)**	**Hizmet Alındığı Maliyet (TL)**	**Maliyet Fark (TL)**	**Gelir Gider Farkı 1 (TL)**	**Gelir Gider Farkı 2 (TL)**
		Ortanca (IQR*)	**Ortanca (IQR*)**	**Ortanca (IQR*)**	**Ortanca (IQR*)**	**Ortanca (IQR*)**	**Ortanca (IQR*)**
Erkek	191	4.000,00 (2500,00)	1.500,00 (2700,00)	600,00 (2245,00)	500,00 (530,00)	2.350,00 (2420,00)	3.155,00 (2300,00)
Kadın	216	**4.800,00 (3075,00)**	1.200,00 (2250,00)	600,00 (1217,50)	500,00 (617,50)	**3.000,00 (2672,50)**	**3.535,00 (2737,50)**
p değeri		**0,002**	0,723	0,799	0,847	**0,008**	**0,008**

*IQR=Interquartile Range

Tablo 54'te araştırmaya katılan hastaların cinsiyetine göre evde bakım maliyetlerinin karşılaştırılması, Mann Whitney U Testi ile yapılmıştır**.** Tablo 54'te hastaların cinsiyeti ile hizmet alınmadığı maliyet, hizmet alındığı maliyet, maliyet farkı arasında %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Hastaların cinsiyeti ile girdiler, gelir gider farkı 1, gelir gider farkı 2 arasında %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Erkek hastaların girdiler ortanca değerinin kadın hastaların girdiler ortanca değerine göre daha az olduğu, benzer şekilde erkek hastaların gelir gider farkı 1 ortanca değerinin kadın hastaların gelir gider farkı 1 ortanca değerine göre daha az olduğu ve erkek hastaların gelir gider farkı 2 ortanca değerinin kadın hastaların gelir gider farkı 2 ortanca değerine göre daha az olduğu sonucuna varılmıştır. Kadın hastalardaki gelir gider farkının fazla olması hanehalkının girdileri ile bakım için harcamaları arasındaki farkın fazla olduğu anlamına gelmektedir. Hanehalkı girdileri kadın hastalarda fazla olduğundan bakım harcamalarının erkek hastalara oranla daha az olduğu ve gelir gider farkının daha fazla çıktığı söylenebilir.

Tablo 55. Araştırmaya Katılan Hastaların Medeni Durumuna Göre Son Bir Aydaki Evde Bakım Maliyetleri (TL)

Medeni Durum	**N**	**Girdiler (TL)**	**Hizmet Alınmadığı Maliyet (TL)**	**Hizmet Alındığı Maliyet (TL)**	**Maliyet Fark (TL)**	**Gelir Gider Farkı 1 (TL)**	**Gelir Gider Farkı 2 (TL)**
		Ortanca (IQR*)	**Ortanca (IQR*)**	**Ortanca (IQR*)**	**Ortanca (IQR*)**	**Ortanca (IQR*)**	**Ortanca (IQR*)**
Evli	191	4.000,00 (3000,00)	1.500,00 (2700,00)	570,00 (2025,00)	**550,00 (635,00)**	2.500,00 (2350,00)	3.250,00 (2500,00)
Bekar	37	4.500,00 (2295,00)	1.150,00 (1300,00)	650,00 (890,00)	400,00 (360,00)	3.350,00 (2225,00)	3.770,00 (2127,50)
Eşi Ölmüş	179	4.800,00 (3120,00)	1.200,00 (2450,00)	600,00 (2200,00)	500,00 (590,00)	2.800,00 (2600,00)	3.400,00 (2500,00)
p değeri		0,397	0,163	0,830	**0,014**	0,071	0,290

*IQR=Interquartile Range

Tablo 55'te araştırmaya katılan hastaların medeni durumuna göre evde bakım maliyetlerinin karşılaştırılması, Kruskal Wallis Testi ile yapılmıştır. Tablo 55'te hastaların medeni durumu ile girdiler, hizmet alınmadığı maliyet, hizmet alındığı maliyet, gelir gider farkı 1, gelir gider farkı 2 arasında %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Hastaların cinsiyeti ile maliyet fark arasında %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Evli hastaların maliyet fark ortanca değerinin bekar ve eşi ölmüş hastaların maliyet fark ortanca değerine göre daha fazla olduğu sonucuna varılmıştır. İstanbul Büyükşehir Belediyesi'nden evde bakım desteği ile en çok evli hastaların yararlanarak bakım harcamalarını düşürdüğü söylenebilir.

Tablo 56. Araştırmaya Katılan Hastaların Eğitim Durumuna Göre Son Bir Aydaki Evde Bakım Maliyetleri (TL)

Eğitim	**N**	**Girdiler (TL)**	**Hizmet Alınmadığı Maliyet (TL)**	**Hizmet Alındığı Maliyet (TL)**	**Maliyet Fark (TL)**	**Gelir Gider Farkı 1 (TL)**	**Gelir Gider Farkı 2 (TL)**
		Ortanca (IQR*)	**Ortanca (IQR*)**	**Ortanca (IQR*)**	**Ortanca (IQR*)**	**Ortanca (IQR*)**	**Ortanca (IQR*)**
Okur-yazar Değil	60	4.000,00 (2360,00)	900,00 (1275,00)	487,50 (722,50)	350,00 (463,75)	2.550,00 (1612,50)	3.180,00 (1515,00)
Orta-okul ve Altı	225	4.000,00 (2800,00)	1.200,00 (2235,00)	550,00 (1000,00)	500,00 (557,50)	2.500,00 (2300,00)	3.305,00 (2365,00)
Lise ve Üzeri	122	**5.000,00 (4500,00)**	**2.000,00 (3410,00)**	**800,00 (3337,50)**	**650,00 (750,00)**	**3.250,00 (3365,00)**	**3.780,00 (3580,00)**
p değeri		**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**0,040**	**0,007**

*IQR=Interquartile Range

Tablo 56'da araştırmaya katılan hastaların eğitim durumuna göre evde bakım maliyetlerinin karşılaştırılması, Kruskal Wallis Testi ile yapılmıştır. Tablo 56'da hastaların eğitim durumu ile girdiler, hizmet alınmadığı maliyet, hizmet alındığı maliyet, maliyet fark, gelir gider farkı 1, gelir gider farkı 2 arasında %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Lise ve üzeri eğitim almış hastaların girdiler, hizmet almadığı maliyet, hizmet aldığı maliyet, maliyet fark, gelir gider farkı 1, gelir gider farkı 2 ortanca değeri, okuryazar olmayan ve ortaokul ve altı eğitim düzeyine sahip hastaların girdiler, hizmet almadığı maliyet, hizmet aldığı maliyet, maliyet fark, gelir gider farkı 1, gelir gider farkı 2 diğer eğitim durumuna sahip hastaların maliyet ortanca değerlerine göre daha fazla olduğu sonucuna varılmıştır. Eğitim düzeyi arttıkça girdilerin ve evde bakım harcamalarının arttığı görülmektedir.

Tablo 57. Araştırmaya Katılan Hastaların Hastalık Grubuna Göre Son Bir Aydaki Evde Bakım Maliyetleri

Hastalık Grup	N	Girdiler (TL)	Hizmet Alınmadığı Maliyet (TL)	Hizmet Alındığı Maliyet (TL)	Maliyet Fark (TL)	Gelir Gider Farkı 1 (TL)	Gelir Gider Farkı 2 (TL)
		Ortanca (IQR*)	Ortanca (IQR*)	Ortanca (IQR*)	Ortanca (IQR*)	Ortanca (IQR*)	Ortanca (IQR*)
Nörolojik ve Kas	109	4.600,00 (2825,00)	1.500,00 (2975,00)	620,00 (2385,00)	510,00 (530,00)	3.160,00 (2280,00)	3.550,00 (2527,50)
Dekübit Ülseri	120	4.725,00 (3687,50)	1.500,00 (3131,25)	**650,00 (2715,00)**	562,50 (632,50)	2.500,00 (2500,00)	3.370,00 (2515,00)
Ortopedik	84	4.150,00 (2975,00)	1.225,00 (2825,00)	525,00 (2693,75)	465,00 (636,25)	2.650,00 (2887,50)	3.242,50 (2687,50)
Onkolojik	33	4.000,00 (3110,00)	1.150,00 (1275,00)	500,00 (525,00)	500,00 (800,00)	2.900,00 (2535,00)	3.600,00 (2450,00)
Diğer Hastalık**	61	4.000,00 (2640,00)	1.000,00 (1825,00)	480,00 (840,00)	430,00 (460,00)	2.300,00 (2600,00)	2.825,00 (2380,00)
p değeri		0,107	0,113	**0,041**	0,053	0,670	0,552

*IQR=Interquartile Range

**Diğer Hastalık= Kronik endokrin hastalıkları, kardiyovasküler hastalıklar, idrar ve cinsel organ hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları, sindirim sistemi hastalıkları, psikiyatrik hastalıklar.

Tablo 57'de araştırmaya katılan hastaların mevcut hastalık durumuna göre evde bakım maliyetlerinin karşılaştırılması, Kruskal Wallis Testi ile yapılmıştır. Tablo 57'de hastaların mevcut hastalık durumu ile girdiler, hizmet alınmadığı maliyet, maliyet fark, gelir gider farkı 1, gelir gider farkı 2 arasında %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Araştırmaya katılan hastaların mevcut hastalıkları ile hizmet alındığı maliyet arasında %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Dekübit ülseri olan hastaların hizmet alındığı maliyet ortanca değerinin, nörolojik ve kas hastalığı olan, ortopedik hastalığı olan, onkolojik hastalığı olan ve diğer hastalığı olan kişilerin hizmet alındığı maliyet ortanca değerine göre daha fazla olduğu sonucuna varılmıştır.

Tablo 58. Araştırmaya Katılan Hastaların Sosyal Güvencesine Göre Son Bir Aydaki Evde Bakım Maliyetleri (TL)

Sosyal Güvence	**N**	**Girdiler (TL)**	**Hizmet Alınmadığı Maliyet (TL)**	**Hizmet Alındığı Maliyet (TL)**	**Maliyet Fark (TL)**	**Gelir Gider Farkı 1 (TL)**	**Gelir Gider Farkı 2 (TL)**
		Ortanca (IQR*)	**Ortanca (IQR*)**	**Ortanca (IQR*)**	**Ortanca (IQR*)**	**Ortanca (IQR*)**	**Ortanca (IQR*)**
Sosyal Güvence Yok	51	3.800,00 (2580,00)	900,00 (1000,00)	400,00 (500,00)	340,00 (500,00)	2.300,00 (2300,00)	2.850,00 (2150,00)
Sosyal Güvence Var	356	4.500,00 (3137,50)	1.500,00 (2700,00)	620,00 (2212,50)	520,00 (590,00)	2.800,00 (2650,00)	3.400,00 (2456,25)
p değeri		**0,020**	**<0,001**	**0,003**	**<0,001**	0,752	0,191

*IQR=Interquartile Range

Tablo 58'de araştırmaya katılan hastaların sosyal güvencelerine göre evde bakım maliyetlerinin karşılaştırılması, Mann Whitney U Testi ile yapılmıştır. Tablo 58'de hastaların sosyal güvenceleri ile gelir gider farkı 1, gelir gider farkı 2 arasında %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Hastaların sosyal güvenceleri ile girdiler, hizmet alınmadığı maliyet, hizmet alındığı maliyet, maliyet fark arasında %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Sosyal güvencesi olmayan hastaların girdiler, hizmet alınmadığı maliyet, hizmet alındığı maliyet, maliyet fark ortanca değerinin sosyal güvencesi olan hastaların girdiler, hizmet alınmadığı maliyet, hizmet alındığı maliyet, maliyet fark ortanca değerine göre beklendik biçimde daha az olduğu sonucuna varılmıştır.

Tablo 59. Araştırmaya Katılan Hastaların Ev Mülkiyetine Göre Son Bir Aydaki Evde Bakım Maliyetleri (TL)

Ev Mülkiyeti	**N**	**Girdiler (TL)**	**Hizmet Alınmadığı Maliyet (TL)**	**Hizmet Alındığı Maliyet (TL)**	**Maliyet Fark (TL)**	**Gelir Gider Farkı 1 (TL)**	**Gelir Gider Farkı 2 (TL)**
		Ortanca (IQR*)	**Ortanca (IQR*)**	**Ortanca (IQR*)**	**Ortanca (IQR*)**	**Ortanca (IQR*)**	**Ortanca (IQR*)**
Kendi Evi	228	4.850,00 (3500,00)	1.500,00 (2700,00)	600,00 (2050,00)	580,00 (627,50)	3.000,00 (2837,50)	3.575,00 (2612,50)
Akraba Evi-Kira Vermiyor	78	4.300,00 (2850,00)	1.150,00 (2112,50)	600,00 (1422,50)	460,00 (500,00)	2.800,00 (2662,50)	3.490,00 (2192,50)
Kira	101	**3.500,00 (2200,00)**	1.000,00 (2400,00)	550,00 (1930,00)	**400,00 (472,50)**	**2.050,00 (2400,00)**	**2.600,00 (2020,00)**
p değeri		**<0,001**	0,174	0,407	**0,003**	**0,003**	**<0,001**

*IQR=Interquartile Range

Tablo 59'da araştırmaya katılan hastaların ev mülkiyet durumuna göre evde bakım maliyetlerinin karşılaştırılması, Kruskal Wallis Testi ile yapılmıştır. Tablo 59'da hastaların ev mülkiyet durumu ile hizmet alınmadığı maliyet, hizmet alındığı maliyet arasında %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir (p>0,05). Hastaların ev mülkiyet durumu ile girdiler, maliyet fark, gelir gider farkı 1, gelir gider farkı 2 arasında %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir (p<0,05). Kirada olan hastaların girdiler, maliyet fark, gelir gider farkı 1, gelir gider farkı 2 ortanca değerinin, evi kendisine ait olan ve akraba evinde oturan hastaların girdiler, maliyet fark, gelir gider farkı 1, gelir gider farkı 2 ortanca değerine göre daha az olduğu sonucuna varılmıştır.

Tablo 60. Araştırmaya Katılan Hastaların Evde Bakım Süresine Göre Son Bir Aydaki Evde Bakım Maliyetleri (TL)

Evde Bakım Süresi	N	Girdiler (TL)	Hizmet Alınmadığı Maliyet (TL)	Hizmet Alındığı Maliyet (TL)	Maliyet Fark (TL)	Gelir Gider Farkı 1 (TL)	Gelir Gider Farkı 2 (TL)
		Ortanca (IQR*)	Ortanca (IQR*)	Ortanca (IQR*)	Ortanca (IQR*)	Ortanca (IQR*)	Ortanca (IQR*)
1 Ay	115	4300,00 (3300,00)	**1200,00 (1300,00)**	500,00 (730,00)	**450,00 (550,00)**	3000,00 (2700,00)	3610,00 (2620,00)
2 Ay	50	4650,00 (3150,00)	**1350,00 (2800,00)**	540,00 (1420,00)	**462,50 (575,00)**	3150,00 (2287,50)	3610,00 (2225,00)
3 Ay	50	4650,00 (2287,50)	**1500,00 (3112,50)**	647,50 (2903,75)	**500,00 (605,00)**	2500,00 (3000,00)	3000,00 (2631,25)
4-7 Ay	83	4850,00 (5000,00)	**1600,00 (4150,00)**	660,00 (3850,00)	**650,00 (850,00)**	2550,00 (3300,00)	3315,00 (3410,00)
8-12 Ay	46	3730,00 (2412,50)	**1500,00 (2437,50)**	650,00 (2216,25)	**575,00 (578,75)**	2100,00 (1762,50)	2780,00 (1810,00)
13 Ay ve Üzeri	63	4160,00 (2760,00)	**1000,00 (1500,00)**	550,00 (1000,00)	**500,00 (550,00)**	2500,00 (2075,00)	3155,00 (2020,00)
p değeri		0,166	**0,046**	0,071	**0,010**	0,077	0,074

*IQR=Interquartile Range

Tablo 60'da araştırmaya katılan hastaların evde bakım aldığı süresine göre evde bakım maliyetlerinin karşılaştırılması, Kruskal Wallis Testi ile yapılmıştır. Tablo 60'da hastaların evde bakım aldığı süreleri ile girdiler, hizmet alındığı maliyet, gelir gider farkı 1, gelir gider farkı 2 arasında %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Hastaların evde bakım aldığı süreleri ile hizmet alınmadığı maliyet ve maliyet fark arasında %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). 13 ay ve üzeri evde bakım hizmeti alan hastaların hizmet alınmadığı maliyet ortanca değeri 1 ay, 2 ay, 3 ay, 4-7 ay, 8-12 ay hizmet alan hastaların hizmet alınmadığı maliyet ortanca değerine göre daha az olduğu saptanmıştır. 1 aydır evde bakım hizmeti alan hastaların ise maliyet fark ortanca değeri 2 ay, 3 ay, 4-7 ay, 8-12 ay, 13 ay ve üzeri hizmet alan hastaların maliyet fark ortanca değerine göre daha az olduğu sonucuna varılmıştır. Diğer yandan hastaların evde

bakım aldığı süre 1 aydan 4-7 aya kadar artması ile birlikte hizmet alınmadığı maliyet ve maliyet farkta da artış görülmektedir. 8-12 ay ve daha uzun süreli bakım alan hastaların bakım harcama maliyetlerinde azalma olduğu görülmektedir. Hasta yakınlarının beyanları doğrultusunda, hastaların kronikleşen bakımında kullanılan malzeme ve ilaç konusundaki hassasiyetlerinde azalma olduğu ve bu durumun bakım harcamalarına yansımış olduğu düşünülmekte olup, Tablo 60'da 8-12 ay ve daha uzun süreli bakım hizmeti alan hastaların hizmet alınmadığı maliyet ve maliyet farkının azaldığı görülmektedir.

Tablo 61. Araştırmaya Katılan Hastaların KATZ Skoruna Göre Son Bir Aydaki Evde Bakım Maliyetleri (TL)

KATZ Skoru	**N**	**Girdiler (TL)**	**Hizmet Alınmadığı Maliyet (TL)**	**Hizmet Alındığı Maliyet (TL)**	**Maliyet Fark (TL)**	**Gelir Gider Farkı 1 (TL)**	**Gelir Gider Farkı 2 (TL)**
		Ortanca (IQR*)	**Ortanca (IQR*)**	**Ortanca (IQR*)**	**Ortanca (IQR*)**	**Ortanca (IQR*)**	**Ortanca (IQR*)**
Ciddi Bağımlı	286	**4.500,00 (3062,50)**	**1.500,00 (2700,00)**	**625,00 (2221,25)**	**505,00 (600,00)**	2.725,00 (2612,50)	3.400,00 (2412,50)
Orta Düzey Bağımlı	69	4.300,00 (3250,00)	1.200,00 (3300,00)	600,00 (2837,50)	500,00 (670,00)	2.900,00 (2825,00)	3.450,00 (2485,00)
Bağımsız	52	3.500,00 (2750,00)	1.000,00 (900,00)	420,00 (360,00)	400,00 (415,00)	2.300,00 (2092,50)	2.707,50 (2340,00)
p değeri		**0,020**	**0,009**	**0,006**	**0,008**	0,697	0,452

*IQR=Interquartile Range

Tablo 61'de araştırmaya katılan hastaların KATZ Skoruna göre evde bakım maliyetlerinin karşılaştırılması, Kruskal Wallis Testi ile yapılmıştır. Tablo 61'de hastaların KATZ Skoruna ile gelir gider farkı 1, gelir gider farkı 2 arasında %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Hastaların KATZ Skoruna ile girdiler, hizmet alınmadığı maliyet, hizmet alındığı maliyet, maliyet fark arasında %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). KATZ Skoru sonucu ciddi bağımlı olan hastaların girdiler, hizmet alınmadığı maliyet, hizmet alındığı maliyet, maliyet fark ortanca değerinin KATZ Skoru sonucu orta düzey bağımlı olan ve bağımsız olan

hastaların girdiler, hizmet alınmadığı maliyet, hizmet alındığı maliyet, maliyet fark ortanca değerine göre daha fazla olduğu sonucuna varılmıştır.

Tablo 62. Araştırmaya Katılan Hastaların Belediye Haricinde Başka Bir Kurumdan Evde Sağlık Hizmeti Alma Durumuna Göre Son Bir Aydaki Evde Bakım Maliyetleri (TL)

Belediye Haricinde Başka Kurumdan Evde Sağlık Hizmeti Alınıyor mu?	**N**	**Girdiler (TL)**	**Hizmet Alınmadığı Maliyet (TL)**	**Hizmet Alındığı Maliyet (TL)**	**Maliyet Fark (TL)**	**Gelir Gider Farkı 1 (TL)**	**Gelir Gider Farkı 2 (TL)**
		Ortanca (IQR*)	**Ortanca (IQR*)**	**Ortanca (IQR*)**	**Ortanca (IQR*)**	**Ortanca (IQR*)**	**Ortanca (IQR*)**
Evet	35	5000,00 (5200,00)	**2500,00 (4300,00)**	**1150,00 (3790,00)**	**850,00 (1270,00)**	2500,00 (3200,00)	3200,00 (3800,00)
Hayır	372	4300 (2800,00)	1200,00 (2250,00)	550,00 (1198,75)	500,00 (590,00)	2800,00 (2500,00)	3400,00 (2330,00)
p değeri		0,159	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	0,463	0,969

*IQR=Interquartile Range

Tablo 62'de araştırmaya katılan hastaların İstanbul Büyükşehir Belediyesi haricinde başka kurumdan evde sağlık hizmeti alma durumuna göre evde bakım maliyetlerinin karşılaştırılması, Mann Whitney U Testi ile yapılmıştır. Tablo 62'de İstanbul Büyükşehir Belediyesi haricinde başka kurumdan evde sağlık hizmeti alma durumu ile girdiler, gelir gider farkı 1, gelir gider farkı 2 arasında %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir (p>0,05). Hastaların İstanbul Büyükşehir Belediyesi haricinde başka kurumdan evde sağlık hizmeti alma durumu ile hizmet alınmadığı maliyet, hizmet alındığı maliyet, maliyet fark arasında %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir (p<0,001). İstanbul Büyükşehir Belediyesi haricinde evde sağlık hizmeti almayan hastaların hizmet alınmadığı maliyet, hizmet alındığı maliyet, maliyet fark ortanca değerinin, İstanbul Büyükşehir Belediyesi haricinde başka kurumdan evde sağlık hizmeti alan hastaların hizmet alınmadığı maliyet, hizmet alındığı maliyet, maliyet fark ortanca değerine göre daha az olduğu sonucuna varılmıştır.

Tablo 63. Araştırmaya Katılan Hastalara En Çok Bakım Veren Kişiye Göre Son Bir Aydaki Evde Bakım Maliyetleri (TL)

Hastaya En Çok Bakım Veren Kişi	N	Girdiler (TL)	Hizmet Alınmadığı Maliyet (TL)	Hizmet Alındığı Maliyet (TL)	Maliyet Fark (TL)	Gelir Gider Farkı 1 (TL)	Gelir Gider Farkı 2 (TL)
		Ortanca (IQR*)	Ortanca (IQR*)	Ortanca (IQR*)	Ortanca (IQR*)	Ortanca (IQR*)	Ortanca (IQR*)
Eşi	121	3.900,00 (2000,00)	1.500,00 (2200,00)	530,00 (810,00)	550,00 (685,00)	2.400,00 (2400,00)	3.100,00 (1970,00)
Kızı	91	4.800,00 (3500,00)	1.200,00 (1120,00)	600,00 (720,00)	560,00 (650,00)	3.000,00 (2600,00)	3.710,00 (2850,00)
Oğlu	34	4.000,00 (3187,50)	1.000,00 (2037,50)	595,00 (2065,00)	410,00 (638,75)	2.580,00 (3125,00)	3.152,50 (3118,75)
Diğer Akraba	97	4.500,00 (2400,00)	1.000,00 (975,00)	480,00 (515,00)	450,00 (435,00)	**3.200,00 (2140,00)**	3.700,00 (2215,00)
Ücretli Bakıcı	39	**8.000,00 (4050,00)**	**5.800,00 (3250,00)**	**4.750,00 (2699,00)**	**900,00 (1350,00)**	2.250,00 (3800,00)	3.250,00 (3700,00)
Diğer**	25	3.200,00 (2400,00)	800,00 (900,00)	360,00 (625,00)	400,00 (180,00)	2.100,00 (2300,00)	**2.413,00 (2175,00)**
p değeri		**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**0,007**	**0,031**

*IQR=Interquartile Range

**Bakım veren diğer kişi içerisinde komşu, kendi, arkadaşı, annesi yer almaktadır.

Tablo 63'te araştırmaya katılan hastalara en çok bakım veren kişiye göre evde bakım maliyetlerinin karşılaştırılması, Kruskal Wallis Testi ile yapılmıştır. Tablo 63'te hastalara en çok bakım veren kişi ile girdiler, hizmet alınmadığı maliyet, hizmet alındığı maliyet, maliyet fark, gelir gider farkı 1, gelir gider farkı 2 arasında %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

4.2 Tartışma

Çalışmanın bu bölümünde elde edilen bulgular, literatürde yapılan evde bakım ve sağlık hizmetleri ile ilgili araştırma sonuçları ele alınarak tartışılmıştır. Evde bakım hastalarının yakınları tarafından yapılan bakım harcamalarına yönelik araştırmanın kısıtlı olduğu görülmüş olup gelecek araştırmalara katkı sağlaması amaçlanmaktadır.

Evde bakım hizmetleri kapsamında verilen hizmetler incelendiğinde hemşirelik hizmetleri, destek sağlık hizmetleri (nakil, psikolojik danışmanlık, fizik tedavi hizmeti) hane temizlik, kişisel temizlik hizmeti ve danışmanlık hizmetleri yapıldığı tespit edilmiştir. Hemşirelik hizmeti bakımın geniş bir yelpazesini oluşturmakla birlikte; yara bakımı, sonda bakımı, postoperatif bakım, enjeksiyon, serum, trakeostomi-gastrostomi bakımı, insülin uygulaması, kan alımı uygulamalarının yapıldığı görülmüştür. Türkiye'de evde bakım kapsamında yapılan çalışmalarda benzer nitelikte sağlık hizmetlerinin sunumuna rastlanmıştır (Yılmaz, ve diğerleri, 2010), (Benk, 2019), (Aydemir, 2018), (Aslan & Ertem, 2012).

Bu çalışmada evde bakım alan hastaların yaş ortalaması 69,40±18,02 olarak saptanmıştır. Evde bakım hizmeti alan ve çalışmaya katılan hastaların %70,9'unun (n=289) 65 yaş ve üzeri olduğu saptanmıştır. Literatürde evde sağlık hizmeti verilen bireylerin hastalık ve sosyo-demografik özellikleri değerlendirilmiş, araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması bu çalışma ile benzer şekilde 68,45 bulunmuştur (Taşdemir & Oğuzöncül, 2019). Yaşlılara yönelik evde bakım hizmetlerinin incelendiği çalışmada, evde bakım hizmeti alanların %75'inin 65 yaş ve üzeri bireylerin olduğu yer almaktadır (Solmaz & Altay, 2019). Yaşlı Hastalarına Bakım Veren Kadınların Deneyimleri Işığında 'Evde Bakım Hizmetinin' Değerlendirilmesi isimli çalışmada evde bakım alan katılımcıların demografik verilerinde yaş ortalaması 79 bulunmuştur (Gözübüyük Tamer, 2017). Evde bakım ve sağlık ile ilgili yapılan birçok çalışmada yaşın artması ile birlikte kronik hastalıkların arttığı, buda daha fazla evde bakım ve hizmetin gereksinimini ortaya çıkardığı sonucuna varılmaktadır (Vedga, ve diğerleri, 2009), (Yörük, Çalışkan, & Gündoğdu, 2012), (Taşdemir & Oğuzöncül, 2019).

Araştırmaya katılan ve evde bakım alan hastalarının %53,1'i (n=216) kadın, %46,9'u (n=191) erkek olduğu görülmüştür. Literatürde 2015 yılında yapılan bir çalışmada yaş, cinsiyet ve multimorbidite düzeyi ile evde sağlık hizmeti alma arasındaki ilişki incelenmiş ve önemli farklılıklar ortaya koymuşlardır. Özellikle 80 yaş üzeri kadınların evde bakım ve sağlık alma olasılığının önemli ölçüde yüksek olduğu vurgulanmıştır (Zielinski & Halling, 2015). Balıkesir'de yapılan çalışmada bakım alan 377 yaşlının %68,7'sinin (n=259) kadın, %31,3'ü (n=118) erkek olduğu görülmektedir (Yörük, Çalışkan, & Gündoğdu, 2012). Başka bir çalışmada evde bakım hizmeti verilen bireylerin

hastalık durumları ve sosyo-demografik verileri değerlendirilmiş, çalışmaya katılan 54 bireyin %63'ü (n=34) kadın, %37'si (n=20) erkek olduğu saptanmıştır (Taşdemir & Oğuzöncül, 2019). Türkiye'de karşılanamayan bir gereksinim olarak evde bakım hizmeti ile ilgili yapılan çalışmada evde bakım alan hastaların %62,5'ini kadınların oluşturduğunu ve evde bakım hizmetine kadın, yaşlı ve yoksul kişilerin daha fazla gereksinim duyduğu belirtilmektedir (Subaşı & Öztek, 2006). Kadınlar, erkeklere göre daha uzun yaşamaktadır (TÜİK, 2021). Doğuşta beklenen yaşam süresi kadınlarda daha uzun olup kronik hastalıklar da beraberinde daha sık gözlemlenmektedir. TÜİK verilerinde erkeklerin ölüm oranının kadınlara göre fazla olduğu belirtilmektedir (TÜİK, 2019). Bu sebeple evde bakım alan hastaların kadın oranının daha fazla olduğu düşünülmektedir.

Araştırma verilerine göre evde bakım alan hastaların %87,5'inin (n=356) sosyal güvencesinin olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuç kişilerin sağlık kuruluşuna ulaşılabilirliği ve sağlık hizmetlerinden yararlanarak mevcut sağlık durumlarını koruma ve hastalıklarının tedavi edilmesi açısından sosyal güvence varlığı önemli bir etken olarak karşımıza çıkmaktadır. Araştırma verisini destekler biçimde evde sağlık hizmeti verilen bireylerin hastalık durumları ve sosyodemografik özelliklerin değerlendirildiği çalışmada, evde sağlık hizmeti alan bireylerin %100'ünün (54) bir sosyal güvenceye sahip olduğu saptanmıştır (Taşdemir & Oğuzöncül, 2019). Zonguldak'ta evde sağlık hizmeti verilen bireylerin hastalık durumlarının ve bakım ihtiyaçlarının değerlendirildiği çalışmada evde bakım alan hastaların %91,2'sinin sosyal güvencesi olduğu belirlenmiştir (Karaman, Kara, & Yalçın Atar, 2015).

Araştırma verilerine göre evde bakım hizmeti alan hastaların %58,0'ı (n=342) hemşirelik hizmeti almaktadır. Hemşirelik hizmeti alan hastaların ise %43,8'inin (n=205) yara bakımı hizmeti aldığı tespit edilmiştir. Ürdün'de yapılan çalışmada Ürdün'deki evde sağlık hizmetlerinin mevcut durumuna ilişkin algı ve memnuniyetleri incelenmiş olup, araştırma bulguları ile benzer biçimde %61'inin hemşirelik bakımı aldığı, %25'inin ise uzman bakımı aldığı belirtilmiştir (Dawani, Hamdan-Mansour, & Ajlouni, 2014). Örnek çalışma ile benzer şekilde bu çalışmada evde bakım hizmetinin çoğunluğunu hemşirelik bakımının oluşturduğu ve hemşirelik bakımı içerisindeki yara bakımının önemli bir yere sahip olduğu söylenebilir.

Araştırma verilerine göre 407 hastanın %26,8'inin (n=109) nörolojik ve kas sistemi hastalığı, %29,5'inin (n=120) dekübit ülseri olduğu saptanmıştır. Araştırmadaki hastalık gruplandırılması hasta dosyalarında ve sisteminde yer alan ifadeye göre yapılmıştır. Balıkesir'de yapılan çalışmada evde bakım hizmeti alan yaşlıların bakım nedenlerinin %23,3'ü (n=88) kardiyovasküler hastalık ve hemipleji (nörolojik) olduğu saptanmıştır (Yörük, Çalışkan, & Gündoğdu, 2012). Evde sağlık hizmeti alan hastaların sosyo-demografik değerlendirilmesinin yapıldığı çalışmada araştırmaya katılan hastalarda görülen en sık hastalığın %44,4 ile (n=20) Serebro Vasküler Hastalık (nörolojik) olduğu, hastaların %53,7'sinin yatağa bağımlı olduğu ve %18,5'inde (n=10) dekübit ülseri olduğu saptanmıştır (Taşdemir & Oğuzöncül, 2019). Türkiye'de karşılanamayan bir gereksinim olarak evde bakım hizmeti ile ilgili yapılan çalışmada evde bakım hizmeti alan bireylerin bakım alma nedenlerinin birincil olarak inme ve Serebro Vasküler Hastalık olduğu belirtilmiştir (Subaşı & Öztek, 2006). Aktürk ve arkadaşlarının çalışmasında evde sağlık hizmeti alan hastalarda dekübit ülseri görülme oranı %23,8 olduğu görülmektedir (Aktürk, Atmaca, Zengin, & Bayramgürler, 2010). Evde sağlık hizmetlerinden yararlanan hastaların karakteristik özellikleri ve hizmet talebi incelenen araştırmada çalışmaya dahil edilen hastaların %12'sinde (n=64) dekübit ülseri oluştuğu saptanmıştır (Güdük, Güdük, & Sertbaş, 2021). Evde sağlık hizmeti verilen bireyleri hastalık durumları ve bakım ihtiyaçları değerlendirilen çalışmada bireylerin birçoğunun sırası ile fizik muayene hizmeti, dekübitüs bakımı ve üriner katater bakımı aldığı saptanmıştır (Karaman, Kara, & Yalçın Atar, 2015). Örnek çalışma verileri ile örtüşür biçimde bu çalışmada, evde bakım hastalarının mevcut hastalıklarına bakıldığında en sık dekübit ülserinin, takibinde ise nörolojik ve kas hastalıklarının oluşturduğu söylenebilir.

Araştırma verilerine göre evde bakım hastalarının %70,3'ünün (n=286) KATZ Skoruna göre ciddi bağımlı olduğu tespit edilmiştir. Bakım alan hastaların yarısından fazlasının ciddi bağımlı olduğu görülmektedir. Hastaların yaşı arttıkça ciddi bağımlılık seviyesi artmakta, 85 yaş ve üzeri hastaların ciddi bağımlılık oranı %88,4'e (n=76) ulaşmaktadır. Hastaların eğitim durumu okuryazar olmayan hastaların %86,7'si(n=52), ortaokul ve altı hastaların %72,4'ü (n=163), lise ve üzeri hastaların %58,2'si (n=71) ciddi bağımlı olduğu saptanmış olup eğitim düzeyi arttıkça hastaların bağımlılık derecesinin azaldığı söylenebilir. Eğitim düzeyi arttıkça hane girdilerinde artış saptanmıştır. Hane şartlarında artış ve yardımcı medikal malzeme varlığına bağlı başkasına bağımlılık düzeyinin

azalabileceği düşünülmektedir. Evde izlemi yapılan kronik kardiyopulmoner hastaların evde bakım sürecindeki tıbbi ihtiyaçlarının belirlenmesine yönelik yapılan çalışmada, KATZ Skoru puanları ile yaş ortalaması karşılaştırılmış olup, yaş arttıkça bakım ihtiyacının arttığı vurgulanmıştır (Turan, 2008). Hastalık tanı grubuna göre ise diğer hastalık gruplarına göre nörolojik ve kas sistemi hastalığı olan hastaların %85,3'ünün (n=93) ve dekübit ülseri olan hastaların %85,8'nin (n=103) ciddi bağımlı olduğu saptanmıştır. Evde bakım hastalarında bası yaraları ve demografik özellikleri üzerinde yapılan çalışmaya göre bası yarası olan hastaların (n=71) %50,7'sinin (n=36) yatağa tam bağımlı olduğu görülmektedir (Demirci Şahin, Seyrek, Ertürk, & Baydar Artantaş, 2017). Yaşlı Hastalarına Bakım Veren Kadınların Deneyimleri Işığında 'Evde Bakım Hizmetinin' Değerlendirilmesi isimli çalışmada ise evde bakım hizmeti alan katılımcıların öz bakım yeterlilikleri değerlendirilmiş, 40 katılımcının 38'inin tam bağımlı, 2'sinin kısmen kendi öz bakım ihtiyaçlarını karşıladıkları tespit edilmiştir (Gözübüyük Tamer, 2017). Evde sağlık hizmeti alan hastaların sosyo-demografik değerlendirilmesinin yapıldığı çalışmaya göre evde sağlık hizmeti verilen ve çalışmaya katılan hastaların %53,7'si (n=29) yatağa bağımlı oldukları belirtilmiştir (Taşdemir & Oğuzöncül, 2019). Literatürde evde bakım hastalarının KATZ Skoru ve bağımlılık durumları ile bu araştırma verisi benzerlik göstermektedir.

Araştırma verilerine göre evde bakım hastalarına en çok bakım veren kişi %29,7 (n=121) ile eşi olduğu ve en çok bakım veren kişinin cinsiyetinin %80,3'ünün (n=327) kadın olduğu saptanmıştır. Evde bakımda kadınların rolünün yüksek oranda seyrettiği görülmektedir. Literatürde geleneksel yapıda ev ve temizlik işlerinin kadınlar tarafından yapılması nedeniyle evde bakım işlerinin çoğunluğunu kadınlara kaldığını ifade edilmektedir (Karataş, 2011). Evde bakımın yaşlı ve aile açısından olumlu ve olumsuz yönlerinin araştırıldığı çalışmada aile ortamında yaşlı bakımından birincil olarak eş, kız çocuklar, gelinler olarak kadınların sorumlu tutulduğu yer almaktadır (Öztop, Şener, & Güven, 2008). Evde kronik hastaya bakım veren hasta yakınlarının karşılaştıkları sorunların araştırıldığı çalışmada bakım verenlerin %89,0'ının kadın olduğu ve %56,0'ının eş olduğu yer almaktadır (Dramalı, Demir, & Yavuz, 1998). Hasta yakınlarının bakım verme rolünde zorlanma durumları incelenen araştırmada bakım vericilerin %78,3'ünün kadın ve %34,85'inin bakımını eşinin üstlendiği belirtilmiştir (Altun, 1998). Evde sağlık birimine kayıtlı 210 hasta üzerinde evde bakım gerektiren

hastaların bakım gereksinimleri ve bakım verenlerin yükünün değerlendirildiği çalışmada bakım verenlerin sosyo-demografik özelliklerinde %83,6'sının kadın olduğu bulgusu yer almaktadır (Taşdelen & Ateş, 2012). Yaşlı hastalarına bakım veren katılımcıların deneyimleri ile evde bakım hizmeti değerlendirilen çalışmada 40 katılımcının 37'sinin kadın, 3'ünün erkek olduğu saptanmıştır. 3 tane bakım verici 'oğlu' olarak yazılsa da gündüz çalıştıklarından evde bakım hizmetini eş/gelinlerinin sağladığı görülmüş olup katılımcılarının tamamının kadın olduğu saptanmıştır (Gözübüyük Tamer, 2017). Kültürel bakış açısı ile ev işleri, temizlik işleri, bakım işleri genellikle kadınlara görev olarak yüklendiği görülmektedir. Gereksinim duyan kişilere yemek yedirme, yıkama, kişisel bakımını sağlama, bakım hizmetleri işin fiziksel boyutunu oluştururken düşünmek, sorumluluk hissetmek, kaygı, üzüntü, duygusal emek boyutunu oluşturmaktadır. Günümüz Türkiye'sinde bakım işleri ev içinde kadınlara görev olarak temel bir kabul haline gelmiştir (Gelmez, 2015). Evde verilen hasta bakımının da informal olarak eşinin, çocuğunun ve gelin/kızlarının omuzlarına yüklendiği söylenebilir. Literatürde evde bakım vericilerinin büyük bir kısmının kadın olduğuna dair yapılan çalışmalar bu araştırma verisi ile benzerlik göstermektedir.

Araştırma verilerine göre 1 aydır evde bakım hizmeti alan hastalar %28,3 (n=115) ile en yüksek dilimi oluşturmaktadır. Nörolojik ve kas sistemi hastalığı olan hastaların %34,9'u (n=22), dekübit ülseri olan hastaların ise %36,5'i (n=23) 13 ay ve üzeri süredir evde bakım hizmeti aldığı görülmektedir. Nörolojik ve kas sistemi hastalığı olan, dekübit ülseri olan hastaların, diğer hastalık tanısına sahip hastalara göre daha uzun süredir evde bakım hizmeti aldıkları görülmektedir. Bu hastalığa sahip kişilerin kronik bakım gerektiren durumları göz önüne alındığında daha uzun süreli bakım alan hastalarda görüldüğü düşünülmektedir. Burdur'da yapılan çalışmada evde sağlık hizmeti alan yaşlı hastaların profilleri incelenmiş, evde sağlık hizmeti alan katılımcıların en fazla kalp-damar hastalıklarına (hipertansiyon) ve nörolojik hastalıklara (inme) sahip olduğu saptanmıştır. Bu hastaların günlük yaşam aktivitelerinde neredeyse tamamen bağımlı oldukları ifade edilmektedir. Evde sağlık bakımının kullanım süresinin ise ortalama 2,8 ay olduğu ve araştırmaya katılan hastaların %48,1'inin (n=52) bakım hizmeti alma süresinin 2 ay olduğu ifade edilmiştir (Çatak, ve diğerleri, 2012). Evde bakım hizmeti ile ilgili yapılan çalışmada evde bakım verilen kişilerin bakım nedenlerinin en fazla %15,4 ile (n=16) cerrahi operasyonlar ve inme, serebrovasküler olay olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada

evde bakım verilen hastaların bakım süre dağılımında ise hastaların %48,1'inin (n=39) 365 gün ve daha fazla bakım aldığı belirtilmiştir (Subaşı & Öztek, 2006). Hasta ve yakınlarının evde sağlık hizmetinden beklenti ve memnuniyetinin yapıldığı araştırmada, evde sağlık hizmeti alma süresinin bir yıl ve daha az süreli hizmet alanların oranının %58,1 olduğu belirtilmiştir (Tirgil & Naldöken, 2019). Literatürdeki çalışmalar, bu araştırmada elde edilen veriler ile aynı doğrultudadır.

Araştırmaya katılan hastaların yaşadıkları ilçeye göre evde bakım maliyetlerinin karşılaştırılması yapıldığında sosyoekonomik durumu düşük ilçede yaşayan hastaların girdiler, hizmet alınmadığı maliyet, hizmet alındığı maliyet, maliyet farkı, gelir gider farkı 1, gelir gider farkı 2 ortanca değerinin, sosyoekonomik durumu yüksek olan ilçede yaşayan hastaların ortanca değerinden daha az olduğu saptanmıştır. Sosyoekonomik faktör belirleyicileri arasında önemli bir etken olan gelirin etkisinin bakım maliyeti harcamalarına yansıması görülmektedir. ABD için yapılan bir çalışmada demografik değişimlerin sağlık harcamaları üzerine etkisini simülasyon yöntemi ile incelenmiş, sağlığa yönelik harcamaların insanların gelirinin artması ile bağlantılı olarak artış gösterdiği ifade edilmiştir (Hall & Jones, 2004). Literatürde Nepal'de hanehalkının cepten sağlık harcamalarının belirleyicilerini saptamak için araştırma yapılmış, hanehalkı gelirinin sağlık harcamaları üzerinde doğrudan etkisi olduğunu ortaya koyulmuştur. Geliri yüksek olan hanelerin daha fazla ve pahalı olan sağlık hizmetini tercih ettikleri saptanmıştır (Rous & Hotchkiss, 2003).

Araştırma verilerine göre İstanbul Büyükşehir Belediyesi'nden evde bakım ve sağlık hizmeti alan hastaların kurumdan hizmet almadığı dönemde ortalama aylık bakım maliyeti 3.007,94 TL (medyan=1.250,00) iken kurumdan hizmet aldığı dönemde ortalama aylık bakım maliyeti 2.235,67 TL'ye (medyan=600,00) gerilediği saptanmıştır. Evde bakım ve sağlık hizmetlerinin, ekonomik anlamda bakım maliyetinin hasta ve yakınlarına yansıyan kısmına olumlu etki ettiği görülmektedir. Evde bakım, hanehalkının maliyetini azalttığı gibi sağlık kurumlarındaki harcamaları da azalttığı yönünde çalışmalara rastlanmıştır. Hollanda'da yapılan bir çalışmada kurum, huzurevi ve evde bakım hizmetleri arasında maliyet çalışması yapılmış, kişilere evde verilen bakımın kurum bakımına göre %17 daha düşük maliyetli olduğu ve devlet harcamalarında %38-53 oranında azalışa neden olduğu vurgulanmıştır (Wijk, 1999). Burada da evde bakımın

devlet sağlık harcamalarına katkısı ortaya konulmuştur. Yurtdışında yapılan başka bir çalışmada Koroner Bypass operasyonu geçiren hastaların hastaneden erken taburcu edilmesi, hastaneye tekrar yatışı ve maliyetleri, hastaneden taburcu olduğu dönemde evde bakım hizmeti alan ve almayan hastalarla karşılaştırma yapılmış, evde bakım hizmetinin güvenli ve maliyet etkili olduğu saptanmıştır (Penque, Petersen, Arom, Ratner, & Halm, 1999). Avustralya'da evde damaryolu ile antibiyotik tedavisi alan hastaların maliyet etkililiği, uygulanabilirliği ve güvenliği ile ilgili çalışma yapılmış, evde gerçekleştirilen tedavinin hasta tarafından iyi tolere edildiği, güvenli olduğu, verimlilik ve maliyet etkililiği yönünden evde yapılan tedavinin önemli oranda maliyeti azalttığı sonucuna ulaşılmıştır (Grayson, Silvers, & Turnidge, 1995). Yapılan bu çalışma ile evde bakım ve sağlık hizmetlerinin, ekonomik anlamda hasta ve yakınlarının bakım maliyetini azalttığı saptanmış, literatürde ise sağlık kurumlarındaki harcamaları azalttığı ortaya konmuştur.

Aileden birisinin bakım verme yükümlülüğü, işyerindeki verimi olumsuz yönde etkilenmektedir (Oğlak, 2017). Araştırma verilerine göre bakım veren kişi aileden birisi ise bakım nedeniyle %7,4'ü (n=30) işini bırakmıştır (tamamen/kısmen). Araştırma verisine benzer şekilde ABD'de yapılan bir çalışmada evde bakım hizmeti verirken her 10 kişiden 6'sının (%61) çalıştığını, işe sahip olanların %61'inin bakım sebebiyle işe geç gittiği, işten erken çıktığı, hiç gitmediği veya izin almış olduğu, her 10 çalışan kişiden 1'inin (%10'unun) evde bakım hizmeti vermek zorunda olduklarından işinden ayrılmış olduğu görülmüştür (The National Alliance for Caregiving, AARP, 2020). Evde bakım veren kişinin bakım sebebiyle işten kısmen veya tamamen ayrılması verimi düşürdüğü gibi mali kayıplara da neden olduğu söylenebilir.

Bu araştırmada yaş artışı ile girdilerin de arttığı görülmüştür. Bunun sebebinin yaşlı birey ile evde daha fazla gelir getiren kişilerin evde kalması halinde hastanın yaşının artması ve beraberinde hane girdilerinde artış olduğu düşünülmektedir. 75-84 yaş aralığındaki hastaların gelir gider farkı 1 (medyan=3.150,00) ve gelir gider farkı 2 (medyan=3.682,50) diğer yaştaki hastalara göre fazla olduğu saptanmıştır. Gelir ile gider arasındaki farkın fazla olması ise bakım harcamalarının hizmet alımı ile azaldığı anlamına gelmektedir. 75-84 yaş aralığındaki hastaların gelir gider farkının fazlalığı, verilen bakım hizmeti ile harcamalarının azaltılmasından kaynaklı olduğu söylenebilir.

Araştırmaya katılan ve evde bakım alan kadın hastaların (n=216) erkek hastalara göre yaşadıkları hanehalkı girdilerinin ve gelir gider farklarının daha fazla olduğu görülmektedir. Gelir gider farkı, hanehalkının girdilerinden bakım harcamalarının çıkartılması ile elde edilmiştir. Erkek hastalara göre kadın hastaların, hanehalkı girdilerinin fazla olduğu, bakım harcamalarının erkek hastalara oranla daha az olduğu ve gelir gider farkının erkek hastalara göre daha fazla olduğu görülmektedir. Birinci basamak sağlık kuruluşları tarafından verilen evde sağlık hizmetlerinin değerlendirildiği çalışmada evde sağlık hizmetlerinden yararlanan kadın hastaların teşhis, tedavi, tahlil ve toplam ziyaret başı harcamasının erkek hastalara göre daha fazla olduğu sonucuna varılmıştır (Küçük, 2021). Bu veri, yapılan araştırma verisi ile aynı doğrultuda değildir. Türkiye'de ve Zambiya'da yapılan başka bir araştırmada ise kişinin kadın olma durumu ile cepten yapmış olduğu sağlık harcaması arasında negatif bir ilişki bulunduğu ortaya konulmuştur (Bora Başara & Şahin, 2008). Kadın erkek işgücüne katılma oranına bakıldığında erkeklerin kadınlara oranla daha fazla işgücü sağladığı görülmektedir (TÜİK, 2021). Genellikle kadın hasta olduğunda gelir getiren erkek çalışmaya devam edecek ve kayıp yaşanmayacaktır. Erkek hasta olduğunda evin gelirinin düşeceği tahmin edilmektedir. Bu sebeple kadın hastalarının girdilerinin, gelir gider farkının daha fazla olduğu düşünülmektedir.

Yapılan araştırmaya göre eğitim düzeyi arttıkça hanehalkı girdilerinin ve evde bakım harcamalarının arttığı saptanmıştır. Hastanın eğitimi ile hane geliri karşılaştırıldığında okuryazar olmayanların %45,0'ı (n=27) 3.001-5.000 TL, okuryazar olanları %50,0'ı (n=1) 3.000 TL ve altı, %50,0'ı (n=1) ise 5.001 TL ve üzeri, ilkokul mezunu olanların %41,3'ü (n=86) 3.001-5.000 TL, ortaokul mezunu olanların % 53,3'ü (n=8) 3.001-5.000 TL, lise mezunu olanların %42,6'sının (n=43) 5.001 TL ve üzeri, üniversite mezunu olanların %71,4'ünün (n=15) 5.001 TL ve üzeri bulunmuş olup eğitim seviyeleri ilkokul mezunu sonrası arttıkça hanehalkının gelir seviyesinin de arttığı görülmektedir. Hane gelirinin artması ile hastanın sağlık ve bakımına verilen önem de artmaktadır. Böylece sağlığa ve bakıma verilen önem ile bakım harcamalarının da arttığı söylenebilir.

Dekübit ülseri olan hastaların kurumdan hizmet alındığındaki evde bakım harcamaları maliyeti (medyan=650,00) diğer hastalık tanılarına sahip kişilere göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Araştırma verisini destekler biçimde basınç ülserlerinin

değerlendirilmesi, önlenmesi ve tedavisi hakkında yapılan araştırmada, basınç ülserlerinin hastanın yaşam kalitesini etkilediği gibi sağlık bakım maliyetini de arttırdığı vurgulanmıştır (Karadağ, 2003). Hizmet alındığında dahi dekübit ülseri hastalarının bakım maliyetinin diğer hastalığa sahip hastalara göre fazla olması, dekübit ülseri için gerekli bakım uygulamalarının maliyetli olduğunu göstermektedir.

Araştırmaya göre sosyal güvencesi olmayan evde bakım hastalarının girdiler (medyan=3.800,00), hizmet alınmadığındaki maliyet (medyan=900,00), hizmet alındığındaki maliyet (medyan=400,00) ve maliyet farklar (medyan=340,00) sosyal güvencesi olan hastalara göre beklendik şekilde daha az çıkmıştır. Sosyal güvence ve gelir durumu karşılaştırıldığında sosyal güvencesi olmayan hastaların %56,9'unun (n=29) geliri 3.000 TL ve altı olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Sosyal güvencesi olan ve olmayan hastaların, evde bakım hizmeti desteği aldıklarında evde bakım harcamalarının daha az olduğu saptanmıştır. Dolayısıyla evde bakım hizmeti desteği ile hasta ve yakınlarının kendi yaptıkları evde bakım harcamalarının aza indirgenmiş olduğu söylenebilir. Türkiye'de cepten yapılan sağlık harcamalarını etkileyen etmenleri içeren çalışmada, sosyal güvencesi olan kişilerde finansal sınırlamaların azalması ile sağlık hizmetlerine talep ve başvuru sayısının artması sonucu orantısal olarak cepten yapılan sağlık harcamalarının artmasının olası olduğu belirtilmiştir (Bora Başara & Şahin, 2008). Sosyal güvencesi olmayan hastaların hane gelirinin düşük olması, girdilerin sosyal güvencesi olanlara göre daha az olması, beraberinde evde bakım harcamalarının hizmet alındığında ve alınmadığında daha az olmasını getirmektedir. Sosyal güvencesi olmayan hastaların finansal sınırlamaların artışının, bakım harcamalarının azalmasına neden olduğu söylenebilir.

Araştırmaya göre hastanın evde bakım alma süresi 8-12 aya kadar olan hastaların bakım süresi arttıkça hizmet alınmadığı maliyet ve maliyet fark artmış, 8-12 ay ve daha uzun süreli bakım alan hastalarda bu maliyet değerlerinin azaldığı görülmüştür. Yeni tanı konan ve hizmet verilen hastalarda bakım maliyeti harcamaları, bakımın ilerleyen zamanlarında düşüşe geçtiği gözlemlenmiştir. Yeni tanı konulmuş hasta ile kronik bakımı devam eden hastaya verilen bakımda kullanılan malzeme miktarında, malzemenin kullanım süresinde, malzemenin değişim sıklığında azalma olduğu ve bunun evde bakım

harcamalarını düşürdüğü söylenebilir. Hasta yakınlarının beyanları bu duyguyu düşündürmüştür.

Araştırmaya göre evde bakım alan hastaların ciddi bağımlı olanların girdiler (medyan=4.500,00), hizmet alınmadığı maliyet (medyan=1.500,00), hizmet alındığı maliyeti (medyan=625,00), maliyet farkı (medyan=505,00) diğer orta düzey bağımlı olan ve bağımsız olan hastalara göre fazla olduğu saptanmıştır. Hastaların bağımlılık derecelerinin artması ile evde bakım harcamaları maliyetinin de arttığı görülmektedir. Ciddi bağımlı hastaların bakım maliyetinin daha fazla olduğu ve evde bakım hizmeti desteği ile bakım harcamalarını azalttığı söylenebilir. Ankara'da evde izlemi yapılan kronik kardiyopulmoner hastaların evde bakım sürecinde tıbbi gereksinimlerini saptayan çalışmada, KATZ Skoru Endeksi'nin diğer ölçeklere göre hasta bakım maliyetinin tahmini için en iyi ölçek olduğunu vurgulamıştır. Bu çalışmada KATZ Skoru puan ortalamaları ile yaş grubu karşılaştırılmış, KATZ Skorunun bağımlılık düzeyi arttıkça yaş grubunun ve bakım gereksiniminin arttığı belirtilmiştir (Turan, 2008). Dolayısıyla bağımlılık düzeyinin artması ile hanenin bakım harcamasının artması olası görülmektedir.

Araştırmaya göre hastaya en çok bakım veren kişi ücretli bakıcı olan hastaların girdilerin (medyan=8.000,00), hizmet alınmadığı maliyetin (medyan=5.800,00), hizmet alındığı maliyetin (medyan=4.750,00), maliyet farkın (medyan=900,00) diğer bakım veren kişiye sahip olan hastalara göre daha fazla olduğu saptanmıştır. Evinde ücretli bakıcı bulunan hanelerin girdilerinin bakıcı olmayan hanelere oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır. Sosyoekonomik düzeyi yüksek olan hanelerde hastaları için bakım maliyeti harcamalarının daha fazla olduğu söylenebilir. En çok diğer akrabası bakım veren hastalarda, hastaya evde bakım hizmeti gelmediğindeki gelir ve gider hesabında gelir gider farkı 1 (medyan=3.200,00) en yüksek bulunmuştur. Bakıma Muhtaç Engellilerin Tespiti Ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmeliğe göre; bakıma muhtaç engellinin veya akrabasının talep etmesi halinde Bakım Hizmeti Genel Müdürlüğü'nün denetimi eşliğinde bakıma muhtaç engellinin akrabasına aylık ücret ödenmektedir denmektedir (T.C. Aile Ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2006). Bu nedenle akrabası bakan kişilerin gelir gider farkının diğer maliyet değişkenlerine göre en yüksek çıkması, evde bakım ücreti alabileceğinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Girdi ve hizmet alındığındaki maliyet farkı 2 (medyan=2.413,00) ise en düşük hastaya diğer bakım

veren kişilerde (komşu, kendi, arkadaşı, annesi) görülmüştür. Buradan da hastaya diğer bakım veren kişilerde, evde bakım hizmeti alındığında girdilere göre en fazla bakım harcamasının yapıldığı sonucu çıkarılabilir. Sosyoekonomik seviyesi yüksek olan ilçede ikamet eden hastaların %15,3'üne (n=27), sosyoekonomik seviyesi düşük olan ilçede ikamet eden hastaların %5,2'sine (n=12) en çok ücretli bakıcının bakım verdiği saptanmıştır. Oğlak'ın çalışmasına göre Türkiye'de yaşlı bakımında profesyonel bakım hizmetinden (ücretli) yararlanma oranı %1,5'dir. Araştırma verisini destekler biçimde sosyoekonomik seviyesi düşük gruplarda bakım noktasında aile bireylerinin bakımının öne çıktığı, sosyoekonomik düzeyi yüksek gruplarda ise ücretli profesyonel bakımın daha fazla öne çıktığı saptanmıştır (Oğlak, 2017).

Bu çalışmada belediye haricinde başka bir kurumdan evde sağlık hizmeti alan kişilerin, hizmet alınmadığı maliyet (medyan=2.500,00), hizmet alındığı maliyet (medyan=1.150,00) ve maliyet fark (medyan=850,00) başka kurumdan hizmet almayanlara göre daha fazla olduğu görülmektedir. Belediye haricinde başka bir kurumdan hizmet alma durumu ile hastanın yaşları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark ortaya çıkmış olup, başka kurumdan hizmet alanların %37,1'i (n=13) 85 yaş ve üzeri olduğu saptanmıştır. Yaşa bağlı bakım harcamalarının arttığı düşünülerek başka kurumdan evde bakım desteği alanların bakım harcamalarının daha fazla olduğu saptanmıştır. Ayrıca belediye haricinde başka kurumdan hizmet alanların maliyet farkın da (medyan=850) daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Hastaların belediyenin ve başka kurumların evde bakım hizmetinden destek aldığından bakım harcamalarının belirgin biçimde düştüğü söylenebilir.

TÜİK verilerinde toplam sağlık harcaması 2019 yılında %48,5(97 milyar 446 milyon TL) ile, 2020 yılında %49,4 (123 milyar 397 milyon TL) ile en büyük payı hastaneler oluşturmaktadır (TÜİK, 2020). Evde bakım ve sağlık hizmetlerinin artarak yaygınlaştırılması ile hastanelerde giderek artan sağlık harcamalarının azalmasını sağlayacağı ve araştırma bulgularında görüldüğü üzere hanehalkının da mali yükünün azalacağı düşünülmektedir.

5. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu bölümde İstanbul ilinde sosyoekonomik farklılık gösteren Sultanbeyli, Sancaktepe, Şişli, Sarıyer ilçelerinde ikamet eden evde bakım hastalarının evde bakım harcamalarının maliyetine yönelik sonuçlara, İstanbul Büyükşehir Belediyesi'nden evde bakım ve sağlık hizmeti aldığında ve almadığındaki hastaların evde bakım harcamalarına yönelik sonuçlara, hasta ve hastanın yakınlarına ilişkin verilere ve bu verilere ilişkin önerilere yer verilecektir.

Araştırmaya katılan evde bakım ve sağlık hizmeti alan 407 hastanın %70,9'unun (n=289) 65 yaş ve üzeri olduğu saptanmıştır. Hastaların %70,3'ünün (n=286) KATZ Skoruna göre ciddi bağımlı olduğu saptanmıştır. Yaş arttıkça sistem hastalıklarının artması sonucu bağımlılık ve bakım ihtiyacı da artmaktadır. Türkiye yaşlanan bir ülkedir. Dolayısıyla ileriki yıllarda evde bakım hizmetine olan ihtiyaç daha da artacaktır. Evde bakıma yönelik verilen hizmet ve kurumların bu yönde artışı beklenmektedir.

Araştırmaya katılan hastalara en çok bakım veren kişi %29,7 (n=121) ile eşi olmuştur. En çok bakım veren kişinin cinsiyeti ise %80,3 (n=327) ile kadındır. İster hastanın yakını olsun ister ücretli bakıcı olsun evde bakımda kadın bakım vericilerin aktif rol aldığı söylenebilir. Özellikle aile içerisinde eşlerin ve kız çocukların/gelinlerin evde bakım alan hastaya baktıkları saptanmıştır. İleriki yıllarda kadınların iş hayatına katılması ile hastaya bakan aile üyesinin evde bakımdaki rolü azalacak, bakım ve sağlık hizmetleri veren kurumlara olan ihtiyacın daha da artacağı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların İstanbul Büyükşehir Belediyesi'nden hizmet almadan önce evde bakım için son 1 ayda 3007,94 TL (medyan=1.250,00), hizmet aldıktan sonra ise evde bakım için son bir ayda 2.235,67 TL (medyan=600,00) maliyeti olduğu saptanmıştır. Bu maliyet hesabı içerisinde bakım veren kişinin bakım sebebiyle işi bırakmasından kaynaklı yaşadığı maddi kaybı, hastaya bakım veren ücretli bakıcı varsa aylık ücreti, hastanın işe gidememe sebebiyle yaşadığı maddi kaybı, evde bakım harcaması için kredi veya borç alınmışsa buna bağlı yaşanan maddi kaybı, hasta için kullanılan tıbbi malzemeler/malzemeler ve kullanılan ilaçlar için son bir aydaki maddi kaybı yer

almaktadır. Kurumun evde bakım ve sağlık hizmetleri ile hastaya bakım veren ailenin maddi kaybını azalttığı görülmektedir. Böylelikle evde bakım ve sağlık hizmetlerinin, hizmet alanlara maddi açıdan yararı ortaya konmuştur.

Literatürde hastane hizmetlerinde yapılan sağlık harcamaları ile evde bakım harcamaları karşılaştırılan araştırmalarda, evde bakım ve sağlık hizmetlerinin kurum maliyetini önemli ölçüde azalttığı görülmüştür. Böylece evde bakım hizmetinin hastane giderlerini azalttığı gibi hasta ve yakınlarının bakım harcamaları maliyetini de düşürdüğü saptanmıştır. Bu sonuç çerçevesinde karar vericilere, bakım veren ailelere mali destek, kurumsal destek verilerek, kurum ve personel sayısının arttırılmasına yönelik iyileştirmeler yapılması önerilmektedir.

Yapılan araştırmalar doğrultusunda ülkemizde evde bakımın hastane hizmetlerine ve ülkenin sağlık harcamalarına katkı sağladığı, maliyet açısından hastane hizmetlerine göre daha avantajlı olduğu, 65 yaş ve üzeri nüfusun artmasına bağlı olarak evde bakım ve sağlık hizmetine olan ihtiyacın gün geçtikçe arttığı saptanmıştır. Literatür araştırmaları sırasında Türkiye'de evde bakım alan hastaların ve ailelerinin ekonomik değerini ortaya koyan çalışmaların kısıtlı olduğu görülmüştür. Evde bakımın maliyetine yönelik yapılan çalışmaların arttırılması ve objektif ölçütlere dayalı daha fazla araştırmaların yapılması önerilmektedir.

Hizmet ile ilgili sosyal politikaların oluşturulmasında ülkelerin ekonomileri, sağlık harcamaları, evde bakım alan hastaların ailelerinin cepten yapmış olduğu harcamaları, gelenek görenekleri bakımı ekonomik açıdan etkileyeceği düşünülmektedir. Aile bireyleri bu açıdan eğitim, danışmanlık ve sağlanan bakım ücretleri ile desteklenerek güçlendirilmelidir.

Bu çalışma kapsamında İstanbul ilinde evde bakım alan hastaların bakım amacıyla hasta ve yakınlarının yaptıkları evde bakım harcamaları maliyetine ulaşılmaya çalışılmış, araştırma sonucunda hedeflenen sonuca ulaşılmıştır. Evde bakım ve sağlık hizmetlerine yönelik maliyet ve bakım harcamaları ile ilgili daha geniş ve kapsamlı çalışmaların yapılması önerilmektedir. Bu araştırmanın, gelecekte yapılacak olan bu tür çalışmalara önemli veri ve bilgi sağlayacağı düşünülmektedir.

5.1 Özet

Tıp ve teknolojinin gelişmesiyle erken tanı ve tedavi yöntemlerinin gelişmesi, hastalıklara bağlı ölümlerin azalması ve yaşam süresinin uzaması ile uzun süreli bakım ihtiyacı gün geçtikçe artmaktadır. Uzun sürekli bakım, hastaya olumsuz etkileri, hastanede yatış süresini ve sağlık harcamalarını arttırması sebebiyle evde bakım hizmetleri tercih sebebi haline gelmektedir. Evde bakım hizmetleri engelli, yaşlı, kronik hastalığa sahip kişilere, hastalık veya ameliyat sonrasındaki iyileşme dönemindeki kişilere ailesi ile birlikte, yaşadığı mekanda gerekli bakım ve tedavisini sağlamak amacıyla multidisipliner yaklaşım ile kişiye ve ailesine sağlanan psikolojik, fizyolojik ve sosyal hizmetler bütünüdür. Evde bakım ile hastanede yatış süresi kısalması, maddi yükün hafiflemesi, hasta ve yakınlarının kendi ortamlarında bakım alması ile fizyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan sorunların azalmasına katkı sağlanacaktır. İstanbul İlinde Sosyoekonomik Farklılık Gösteren Dört İlçede Evde Bakım Hastalarının Evde Bakım Harcamaları Maliyeti konulu araştırmadaki temel amaç sosyoekonomik düzeyleri farklı olan Sultanbeyli, Sancaktepe, Şişli, Sarıyer ilçelerinde ikamet eden hasta ve yakınlarının evde bakım sürecindeki maliyetlerini belirlemektir. Araştırmaya 407 hasta ve hasta yakını katılmıştır. Araştırmaya katılan hastaların %70,9'unun (n=289) 65 yaş ve üzeri, %53,1'inin (n=216) kadın, %46,9'unun (n=191) erkek, %46,9'unun (n=191) evli, %51,1'inin (n=208) ilkokul mezunu, %87,5'inin (n=356) sosyal güvencesinin olduğu, %56,0'ının (n=228) evinin kendisine ait olduğu, %40,5'inin (n=165) hanenin son bir aydaki gelirinin 3001-5000 TL arasında olduğu saptanmıştır. Bakım hizmeti alan hastaların %29,5'inin (n=120) dekübit ülserine, %26,8'inin (n=109) nörolojik ve kas hastalıklarına sahip olduğu, %58,0'ının (n=342) hemşirelik hizmeti aldığı, hemşirelik hizmeti içerisinde ise %43,8'inin (n=205) yara bakımı hizmeti aldığı görülmüştür. Evde bakım hastalarının %70,3 'ünün (n=286) KATZ Skoruna göre ciddi bağımlı olduğu saptanmıştır. Hasta bireye en çok bakım veren kişinin %29,7 ile (n=121) eşi olduğu ve bakım veren kişinin %80,3'ünün (n=327) cinsiyetinin kadın olduğu görülmektedir.

Araştırma bulgularına göre hastaların;

KATZ Skoru ile yaş, eğitim durumu, hastalık tanıları, hastaya en çok bakım veren kişi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.

İkamet ettikleri ilçeler ile eğitim durumu, hanenin son bir aydaki geliri, en çok bakım veren kişi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.

Evde bakım alma süresi ile hastalıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.

Sosyal güvencesi ile son bir aydaki hane gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.

İstanbul Büyükşehir Belediyesi harici başka bir kurumdan evde sağlık hizmeti alma durumu ile yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.

Aldığı bakım türü ile ikamet ettiği ilçeler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.

İkamet ettiği ilçeler ile son bir aydaki girdiler, hizmet alınmadığı maliyet, hizmet alındığı maliyet, maliyet fark, gelir gider farkı 1, gelir gider farkı 2 arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.

Yaşı ile gelir gider farkı 1 ve gelir gider farkı 2 arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.

Cinsiyeti ile girdiler, gelir gider farkı 1, gelir gider farkı 2 arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.

Medeni durumu ile maliyet fark arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.

Eğitim durumu ile girdiler, hizmet alınmadığı maliyet, hizmet alındığı maliyet, maliyet fark, gelir gider farkı 1, gelir gider farkı 2 arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.

Hastalık grupları ile hizmet alındığı maliyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.

Sosyal güvenceleri ile girdiler, hizmet alınmadığı maliyet, hizmet alındığı maliyet, maliyet fark arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.

Ev mülkiyet durumu ile girdiler, maliyet fark, gelir gider farkı 1, gelir gider farkı 2 arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.

Evde bakım aldığı süre ile hizmet alınmadığı maliyet, maliyet fark arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.

KATZ Skoru ile girdiler, hizmet alınmadığı maliyet, hizmet alındığı maliyet, maliyet fark arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.

İstanbul Büyükşehir Belediyesi haricinde başka bir kurumdan evde sağlık hizmeti alma durumu ile hizmet alınmadığı maliyet, hizmet alındığı maliyet, maliyet fark arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.

Hastaya en çok bakım veren kişi ile girdiler, hizmet alınmadığı maliyet, hizmet alındığı maliyet, maliyet fark, gelir gider farkı 1, gelir gider farkı 2 arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.

Hanenin evde bakım hizmeti alınmadığındaki maliyeti son bir ayda 3.007,94 TL (medyan=1.250,00) iken, hizmet alındığındaki maliyeti son bir ayda 2.235,67 TL (medyan=600,00) olarak bulunmuştur. Böylelikle evde bakım hizmetlerinin, ailenin evde bakım amacıyla yapmış olduğu harcamaları düşürdüğü saptanmıştır.

KAYNAKÇA

Acar, S., Şahin Cinoğlu, D., Karagöz, T., Kayğısız, G., Meydan, M. C., & Işık, M. (2022). *İlçelerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması Araştırması SEGE.* Araştırma Raporu, T.C. Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı, Ankara. Haziran 28, 2022 tarihinde https://www.sanayi.gov.tr/assets/pdf/birimler/2022-ilce-sege.pdf adresinden alındı

Aksayan, S., & Cimete, G. (1998). Kronik Hastalıklı Bireylerin Evde Bakım Gereksinimleri, Olanakları ve Tercihleri. G. Cimete (Dü.) içinde, *1. Ulusal Evde Bakım Kongresi* (s. 80). İstanbul.

Aksoy, H., Kahveci, R., Şencan, İ., Kasım, İ., & Özkara, A. (2015). Evde Bakım Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi ve Uygulamaları. 118-123. Ankara.

Aktürk, A. Ş., Atmaca, E., Zengin, S., & Bayramgürler, D. (2010). Kocaeli İlinde Evde Bakım Hizmeti Alan Hastalarda Bası Ülserlerinin Prevalansı ve Klinik Özellikleri. *Türkderm Dergisi, 44*(3), 128-131.

Altun, İ. (1998). Hasta Yakınlarının Bakım Verme Rolünde Zorlanma Durumları. G. Cimete (Dü.) içinde, *1. Ulusal Evde Bakım Kongresi* (s. 71-78). İstanbul.

Altuntaş, M., Yılmazer, T., Güçlü, Y., & Öngel, K. (2010). Evde Sağlık Hizmeti ve Günümüzdeki Uygulama Şekilleri. *Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi*, 153-158.

Appierto, L., Cori, M., Bianchi, R., Onofri, A., Catena, S., & Ferrari, M. (2002). Home Care for Choronic Respiratory Failure in Children: 15 Years Experience. *12(4)*, 345-350.

Ardahan, M. (2010). Yaşlılık ve Huzurevi. *Aile ve Toplum Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi, 5*(20), 25-32.

Ardahan, M., & Arabacı, Z. (2017). Evde Bakımda Sosyal Politikalar ve Evde Bakım Hemşireliği. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 26*(1), 38-43.

Aslan, D., & Ertem, M. (2012). Halk Sağlığı Bakışıyla Evde Bakım Hizmetleri; Durum Tespiti. M. E. Dilek Aslan (Dü.) içinde, *Yaşlı Sağlığı: Sorunlar ve Çözümler* (Cilt 1.cilt, s. 80-86). Palme Yayıncılık.

Aslan, Ş., Uyar, S., & Güzel, Ş. (2018). Evde Sağlık Hizmetleri Uygulamasında Türkiye. *Sosyal Araştırmalar ve Yönetim*(1), 45-56.

Aydemir, H. (2018). Yaşlılık ve Evde Bakım. *Academia,* 1-7.

Aydın, D. (2005). *Evde Bakım Hizmetleri.* Ankara: Sağlık ve Eğitim Yayınları.

Benk, F. (2019). Türkiye'de Evde Bakım Hizmetlerinin Entegrasyonuna Yönelik Bir Model Önerisi. 5-43. Sakarya.

Bibbi, T., Anna-Karin, D., & Rahm, H. I. (2003). Home Care with Regard to Definition, Care Recipients, Content and Outcome:Systematic Litarature Review. *Journal of Clinical Nursing, 12*(6), 860-872.

Bilir, N. (2018). Yaşlılık Tanımı, Yaşlılık Kavramı, Epidemiyolojik Özellikler. A. Ertürk, A. Bahadır, & F. Koşar (Dü) içinde, *Yaşlılık ve Solunum Hastalıkları* (s. 13-31). Ankara.

Birol, L. (2004). Bütüncül Sağlık Kavramı. L. Birol içinde, *Hemşirelik Süreci-Hemşirelik Sürecinde Sistematik Yaklaşım* (s. 18). İzmir: Etki Yayıncılık.

Bora Başara, B., & Şahin, İ. (2008). Türkiye'de Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarını Etkileyen Etmenler. *Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 26*(2), 319-340.

Brodsky, J., Habib, J., Hirschfeld, M., & Siegel, B. (2002). Care of the frail elderly in developed and developing countries: The experience and the challenges. *Aging Clinical and Experimental Research, 14*(4), 279-286. Şubat 26, 2022 tarihinde https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12462373/ adresinden alındı

Creese, A., & Parker, D. (1994). Hanehalkı Maliyetleri. *Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Maliyet Analizi* (s. 78-82). içinde Cenevre, New York.

Çatak, B., Kılınç, A. S., Badıllıoğlu, O., Sütlü, S., Sofuoğlu, A. E., & Aslan, D. (2012). Burdur'da Evde Sağlık Hizmeti Alan Yaşlı Hastaların Profili ve Evde Verilen Sağlık Hizmetleri. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi, 10*(1), 13-21.

Çoban, M., & Esatoğlu, A. (2004). Evde Bakım Hizmetlerine Genel Bir Bakış. *T Klin Tıp Etiği Hukuku Tarihi, 12*, 109-120.

Çoban, M., Esatoğlu, A., & İzgi, M. (2014). Türkiye'de Evde Sağlık Hizmetleri Uygulamalarının Mevzuat İçindeki Tarihsel Değişimi. *Türkiye Biyoetik Dergisi, 1*(3), 154-176.

Dawani, H., Hamdan-Mansour, A., & Ajlouni, M. T. (2014). Users' Perception and Satisfaction of Current Situation of Home Health Care Services in Jordan . *Health, 6*(7), 549-558.

Demirci Şahin, A., Seyrek, S., Ertürk, A., & Baydar Artantaş, A. (2017). Evde Bakım Hastalarında Bası Yaraları ve Hastaların Demografik Özellikleri. *Konuralp Tıp Dergisi, 9*(1), 14-18. Nisan 5, 2022 tarihinde https://doi.org/10.18521/ktd.286610 adresinden alındı

Dramalı, A., Demir, F., & Yavuz, M. (1998). Evde Kronik Hastaya Bakım Veren Hasta Yakınlarının Karşılaştıkları Sorunlar. *I. Ulusal Evde Bakım Kongresi Özet Kitabı.* içinde İstanbul.

Gelmez, Ö. S. (2015). Ailevileştirilen bakımın kürek mahkûmları: Evde bakım uygulaması kapsamında bakım veren kadınların deneyimleri. *Feminist Eleştiri, 7*(2), 59-69. Haziran 21, 2022 tarihinde https://doi.org/10.1501/Fe0001_0000000143 adresinden alındı

Genç, Y., & Barış, İ. (2015). Yaşlı Bakım Hizmetlerinde Çağdaş Yaklaşım: Kurumsal Bakım Yerine Evde Bakım Hizmetlerinin Güçlendirilmesi. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*(10), 36-57.

Gibson, M. J., Gregory, S. R., & Pandya, S. M. (2003). *Long-term care in developed nations: A brief Overview.* AARP Public Policy Institute.

Gözübüyük Tamer, M. (2017). Yaşlı Hastalarına Bakım Veren Kadınların Deneyimleri Işığında "Evde Bakım Hizmetinin" Değerlendirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi Türkiyat Araştırmaları Dergisi*(26), 157-186.

Grayson, M. L., Silvers, J., & Turnidge, J. (1995, March). Home intravenous antibiotic therapy: A safe and effective alternative to inpatient care. *The Medical Journal Of Australia, 162*(5), 249-53. Kasım 28, 2021 tarihinde https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7891605/ adresinden alındı

Güdük, Ö., Güdük, Ö., & Sertbaş, Y. (2021). Evde Sağlık Hizmetlerinden Yararlanan Hastaların Karakteristik Özellikleri ve Hizmet Talebinin İncelenmesi. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 8*(1), 78-83.

Hall, R. E., & Jones, C. I. (2004). *The Value of Life And Te Rise In Health Spending.* National Bureau of Economic Resarch, Cambridge.

Hughes, S. L., Bonarigo, F., Handerson, W., Ulasevich, A., Weaver , F. M., Manheim, L., & Kubal, J. D. (1997, Oct.). Impact of Home Care on Hospital Days: A Meta Analysis. *32(4)*, 415-432.

İlhan, B., Özdemir, Ç., Aslan , D., Erdoğdu , D., Çalagan, F., Bilgili, N., & Ersoy, V. (2015). *Evde Bakım Hizmetleri İle İlgili Sağlık Emek ve Meslek Örgütlerinin Görüş ve Yaklaşımları.* Kasım 10, 2021 tarihinde Türk Tabipleri Birliği: https://www.ttb.org.tr/kutuphane/evdebakim.pdf adresinden alındı

İstanbul Büyükşehir Belediyesi. (2022). *Sağlık Dairesi Başkanlığı*. Nisan 10, 2022 tarihinde Evde Sağlık Hizmetleri: https://saglik.ibb.istanbul/evde-saglik-hizmeti-2-2/ adresinden alındı

Karadağ, A. (2003). Basınç Ülserleri: Değerlendirme, Önleme ve Tedavi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, 7*(2), 41-48.

Karaman, D., Kara, D., & Yalçın Atar, N. (2015). Evde Sağlık Hizmeti Verilen Bireylerin Hastalık Durumlarının ve Bakım İhtiyaçlarının Değerlendirilmesi: Zonguldak Örneği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 4*(3), 347-359.

Karataş, Z. (2011). Evde Bakım Hizmeti Sunan Aile Bireyi Bakıcıların Moral ve Manevi Değerlerinin Başaçıkmadaki Etkisi. Rize: Rize Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Felesefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalı Yüksek Lİsans Tezi.

Katıtaş, S. (2019). İstanbul'da Evde Bakım Hemşirelerinin İş Doyumu, Yaşadığı Güçlükler ve Çözüm Önerileri. 5-14. İstanbul.

Kılavuz, E. (2010). Sağlık Harcamalarındaki Artış ve Temel Bakım Hizmetleri. *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2*(29), 173-192.

Küçük, Y. S. (2021). Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları ve Hastaneler Tarafından Verilen Evde Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi: Ankara ve Eskişehir İlleri Örneği. 1-223. Ankara.

Macintyre, C. R., Ruth, D., & Ansari, Z. (2002). Hospital in the home is cost saving for appropriately selected patients: A comparison with in hospital care. *International Journal for Quality in Health Care, 14*(4), 285-293. Nisan 5, 2022 tarihinde https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12201187/ adresinden alındı

Oğlak, S. (2007). Bakım Sigortası. *Evde Bakım Hizmetleri ve Bakım Sigortası (Ülke Örnekleri ve Türkiye)* (s. 71-149). içinde İskenderun: İskenderun Belediyesi Kültür Yayınları.

Oğlak, S. (2007). Evde Bakım Hizmetleri. *Evde Bakım Hizmetleri ve Bakım Sigortası (Ülke Örnekleri ve Türkiye)* (s. 14-233). içinde İskenderun: İskenderun Belediyesi Kültür Yayınları.

Oğlak, S. (2007). Uzun Süreli Evde Bakım Hizmetleri ve Bakım Sigortası. *Türk Geriatri Dergisi, 10*(2), 100-108.

Oğlak, S. (2017). Yaşlı Bakımında Görünmeyen İşgücü: Aile Bakımı ve Ekonomik Değeri. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 4*(2), 73-87. Mayıs 14, 2022 tarihinde https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/358242 adresinden alındı

Öksüz, H. (2018). Evde Sağlık Hizmetleri ve Hasta Memnuniyeti. 21-32. Tekirdağ.

Öztek, Z. (2020). Evde Bakım Hizmetleri. *Halk Sağlığı Kuramlar ve Uygulamalar* (s. 674-677). içinde Ankara.

Öztop, H., Şener, A., & Güven, S. (2008). Evde Bakımın Yaşlı ve Aile Açısından Olumlu ve Olumsuz Yönleri. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, 1*, 39-49.

Pehlivanoğlu, E. F., Özkan, M. U., Balcıoğlu, H., Bilge, U., & Ünlüoğlu, İ. (2018). Adjustment and Reliability of Katz Daily Life Activity Measures for Elderly in Turkish. *Ankara Medical Journal, 18*(2), 219-223. Kasım 23, 2021 tarihinde https://www.readcube.com/articles/10.17098/amj.435264 adresinden alındı

Penque, S., Petersen, B., Arom, K., Ratner, E., & Halm, M. (1999). Early discharge with home health care in the coronary artery bypass patient. *Dimensions Of Critical Care Nursing, 18*(6), 40-8. Mayıs 11, 2022 tarihinde https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10640054/ adresinden alındı

Rous, J. J., & Hotchkiss, D. R. (2003). "Estimation of the Determinants of Household Health Care Expenditure in Nepal with controls for Endogenous Illness and Provider Choice. *Health Economics, 12*(6), 431-451. Mart 5, 2022 tarihinde https://doi.org/10.1002/hec.727 adresinden alındı

Sayan, A. (2004). Günümüzde Evde Bakım. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 7*(3), 91-96.

Solmaz, T., & Altay, B. (2019). Yaşlılara Yönelik Evde Bakım Hizmetleri. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 6*(2), 150-157.

Subaşı, N., & Öztek, Z. (2006). Unmet Need In Turkey: Home Care Service. *TAF Preventive Medicine Bulletin, 5*(1), 19-31.

T.C. Aile Ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. (2006). *Engelli Ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü*. Ağustos 3, 2022 tarihinde Bakıma Muhtaç Engellilerin Tespiti Ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik: https://www.aile.gov.tr/eyhgm/mevzuat/ulusal-mevzuat/yonetmelikler/bakima-muhtac-engellilerin-tespiti-ve-bakim-hizmeti-esaslarinin-belirlenmesine-iliskin-yonetmelik/ adresinden alındı

Tarricone, R., & Tsouros, A. D. (2008). Home Care In Europe. *The Solid Facts. World Health Organisation Europe.*, 14. Italy.

Taşdelen, P., & Ateş, M. (2012). Evde Bakım Gerektiren Hastaların Bakım Gereksinimleri İle Bakım Verenlerin Yükünün Değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 9*(3), 22-29.

Taşdemir, R., & Oğuzöncül, A. F. (2019). Evde Sağlık Hizmeti Verilen Bireylerin Hastalık Durumlarının ve Sosyo-demografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, 17*(2), 11-28.

Tekin, Ç. (2018). Evde Hasta Bakım Hizmetleri Alanındaki Gelişmeler. *Fırat Üniversitesi Sağlım Bilimleri Tıp Dergisi*, 115-117.

The National Alliance for Caregiving, AARP. (2020). *Caregiving in the U.S. 2020.* Washington. Temmuz 10, 2022 tarihinde https://www.caregiving.org/wp-content/uploads/2020/08/AARP1316_ExecSum_CaregivingintheUS_508.pdf adresinden alındı

Tirgil, M., & Naldöken, Ü. (2019). Hasta ve Hasta Yakınlarının Evde Sağlık Hizmetlerinden Beklenti ve Memnuniyet Düzeyleri. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 6*(2), 122-135.

Turan, Ö. S. (2008). Evde İzlenimi Yapılan Kronik Kardiyopulmoner Hastaların Evde Bakım Sürecinde Tıbbi Gereksinim Düzeylerinin Saptanması. Ankara.

TÜİK. (2019). *Türkiye İstatistik Kurumu*. Ağustos 20, 2022 tarihinde Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2019: hhttps://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710 adresinden alındı

TÜİK. (2020). *Türkiye İstatistik Kurumu*. Ağustos 12, 2022 tarihinde Sağlık Harcamaları İstatistikleri: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamalari Istatistikleri-2020-37192 adresinden alındı

TÜİK. (2020). *Türkiye İstatistik Kurumu*. Temmuz 25, 2022 tarihinde Hayat Tabloları 2017-2019: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hayat-Tablolari-2017-2019-33711 adresinden alındı

TÜİK. (2021). *Türkiye İstatistik Kurumu*. Temmuz 20, 2022 tarihinde İstatistiklerle Kadın, 2021: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Kadin-2021-45635 adresinden alındı

TÜİK. (2021). *Türkiye İstatistik Kurumu*. Aralık 30, 2021 tarihinde Dünya Nüfus Günü: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Dunya-Nufus-Gunu-2021-37250 adresinden alındı

TÜİK. (2021). *Türkiye İstatistik Kurumu*. Kasım 26, 2021 tarihinde İstatistiklerle Yaşlılar, 2020: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Elderly-Statistics-2020-37227 adresinden alındı

Türkiye Cumhuriyet Merkez Bankası. (2021). *Türkiye Cumhuriyet Merkez Bankası Döviz Kurları*. Eylül 25, 2022 tarihinde https://www.tcmb.gov.tr/kurlar/kur2021_tr.html adresinden alındı

Uğur, Ö. (2006). Onkoloji Hastasına Evde Bakım Verenlerin Bakım Yükünün İncelenmesi. İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilimdalı Programı Doktora Tezi.

Uluslararası Yaşlanma Asamblesi. (2002). *Yaşlanma 2002 Uluslararası Eylem Planı.* Hacettepe Üniversitesi. Ankara: Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi Yayını. Mart 8, 2022 tarihinde https://www.aile.gov.tr/uploads/eyhgm/uploads/pages/uluslararasi-mevzuat/bm-madrid-2002-yaslanma-uluslararasi-eylem-plani.pdf adresinden alındı

UNDESA. (2015). *World Population Ageing, 2015.* Nisan 15, 2022 tarihinde https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf adresinden alındı

Vedga, K., Nie, J. X., Wang, L., Tracy, C. S., Moineddin, R., & Epshur, R. E. (2009). Trends in health services utilization, medication use, and health conditions among older adults: a 2 year retrospective chart review in a primary care practice. *BMC Health Serv Res.;9:217*.

Wijk, P. (1999). Economics: charon of medicine? Economic evaluation of alternative ways for delivering nursing home,Chapter 6 care. 87-101.

World Health Organization. (1999). Home Based and Long-Term Care. *Home Care Issues and Evidence*, 1.

Yılmaz, M., & Şara, E. (2014). Yaşlılık ve Evde Sağlık Hizmetinde Finansman. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 1*(2), 117-127.

Yılmaz, M., Sametoğlu, F., Akmeşe, G., Tak, A., Yağbasan, B., Gökçay, S., . . . Erdem, S. (2010). Sağlık Hizmetlerinin Alternatif Bir Sunum Şekli Olarak Evde Hasta Bakımı. *İstanbul Tıp Dergisi, 11*(3), 125-132.

Yörük, S., Çalışkan, T., & Gündoğdu, H. (2012). Balıkesir Devlet Hastanesi Evde Bakım Hizmet Biriminden Hizmet Alan 65 Yaş ve Üzeri Bireylerin Bakım Alma Nedenleri ve Sağlanan Hizmetlerin Belirlenmesi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, 1*(1), 12-15.

Zielinski, A., & Halling, A. (2015). Association between age, gender and multimorbidity level and receiving home health care: a population-based Swedish study. *BMC Research Notes* . Şubat 20, 2022 tarihinde https://doi.org/10.1186/s13104-015-1699-2 adresinden alındı

EKLER

EK 1. Anket Formu

Sayın katılımcı,

Bu araştırma bilimsel nitelik taşımakta olup İstanbul Büyükşehir Belediyesi'nden faydalanan evde bakım hastalarının Sultanbeyli, Sancaktepe, Şişli, Sarıyer ilçelerinde ikamet edenlerin evde bakım harcamaları maliyetini belirleyebilmek amacıyla yapılmaktır. Ankete vereceğiniz cevaplar araştırmanın bulguları için büyük önem taşımaktadır. Zaman ayırdığınız için teşekkür ederim.

Nursena TOK
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Öğrencisi

İlçe : ( ) Sultanbeyli ( )Sancaktepe ( )Şişli ( )Sarıyer

Cevaplayan kişinin hastaya yakınlık derecesi: ( ) Eşi ( ) Çocuğu ( ) Gelin / Damat ( ) Akraba ( ) Arkadaş ( ) Bakıcı ( ) Kendisi ( ) Diğer: …….

1. Hastanın Yaşı:
2. Hastanın Cinsiyeti: ( ) Erkek ( ) Kadın
3. Hastanın Medeni Durumu: ( )Evli ( )Bekar ( )Eşi ölmüş
4. Hastanın Eğitimi: ( ) Okuryazar değil ( ) İlkokul ( ) Ortaokul ( ) Lise ( )Üniversite ( ) Diğer……
5.Hastanın bakım gerektiren sağlık sorunu / Hastalık Tanısı:
6. Hastanın sosyal güvencesi: ( ) Var ( )Yok
7. Belediye haricinde başka bir kurumdan evde sağlık hizmeti alınıyor mu? ( )Evet ( )Hayır ( ) Bilinmiyor
8.Yaşadığınız evin mülkiyeti: ( )Kendisinin /Eşinin evi ( ) Akraba evi (Kira vermiyor) ( ) Kira ( ) Diğer: ……
9. Ailenin (Hanenin) son bir aydaki geliri (TL): …… **9.a. (Aylık gelire cevap alınamıyorsa) Ailenin / Hanenin son bir aydaki geliri:** ( ) ≤ 3.000 TL ( ) 3.001 –5.000 ( ) 5.001 - 10.000 ( ) 10.001 - 15.000 ( ) 15.000 'den çok
10. Bakım Türü: ( ) Nakil ( ) Hemşirelik Bakımı ( ) Fizyoterapi ( ) Psikolojik Danışmanlık ( ) Hane Temizlik ( ) Kişisel Temizlik

11. Bakım Türü Hemşirelik ise: ( ) Yara Bakımı ( ) Mesane Sonda Bakımı ( ) Postoperatif Bakım ( ) Enjeksiyon ( )Serum ( ) Trakeostomi-Gastrostomi Bakımı ( ) Yanık ( ) Diyabet ( ) Kan alımı ( ) Diğer: ……..
12. Hasta ne kadar süredir evde bakım hizmeti alıyor?
13. Hastanın kendi kendine banyo yapması: ( )Bağımlı:0 puan ( )Bağımsız:1 puan
14. Hastanın kendi kendine giyinmesi: ( )Bağımlı:0 puan ( )Bağımsız:1 puan
15. Hastanın kendi kendine tuvalet yapması: ( )Bağımlı:0 puan ( )Bağımsız:1 puan
16. Hastanın kendi kendine transferi: ( )Bağımlı:0 puan ( )Bağımsız:1 puan
17. Hastanın dışkı veya idrar tutması: ( )Bağımlı:0 puan ( )Bağımsız:1 puan
18. Hastanın kendi kendine beslenmesi: ( )Bağımlı:0 puan ( )Bağımsız:1 puan
19. Toplam KATZ Skoru:
20. Evde hastaya en çok bakım veren kişi kim? ( ) Eşi ( ) Kızı ( ) Oğlu ( ) Diğer Akrabası ( ) Arkadaşı ( ) Ücretli Bakıcı ( ) Diğer **20.a. Evde hastaya en çok bakım veren kişinin cinsiyeti**: ( )Erkek ( )Kadın
21. Bakım veren aileden birisiyse, bakım nedeniyle gelir getiren işini bırakmış mı? ( ) Evet / Tamamen ( ) Evet / Kısmen ( ) Hayır
22. Evet ya da kısmen ise işi bırakma nedeniyle şimdiye kadar toplam olarak kaç TL maddi kayıp yaşamış? **22. a. Evet ya da kısmen ise son bir ay içinde kaç TL maddi kayıp yaşamış?**
23. Hastaya sürekli ya da zaman zaman olarak ücretli bakım veren personel (bakıcı) var mı? ( ) Evet / Sürekli ( ) Evet / Zaman zaman ( ) Hayır
24. Bakım veren personel (bakıcı) varsa aylık ücreti kaç TL'dir?
25. Hasta, işe gidememe nedeniyle maddi kayıp yaşadı mı? ( ) Evet ( ) Hayır

26. Evet ise, hastanın işe gidememe nedeniyle şimdiye kadarki maddi kaybı ne kadar?

26.a. Evet ise, hastanın işe gidememe nedeniyle son bir ay içindeki maddi kaybı ne kadar?

27. Hastanın işe gidememe nedeniyle şimdiye kadar işten geri kalma süresi nedir?

27.a. Hastanın işe gidememe nedeniyle son bir ay içinde işten geri kalma süresi nedir?

28. Herhangi bir kamu kurumundan parasal destek alınıyor mu?

( ) Evet ( ) Hayır ( ) Bilinmiyor / Cevapsız

28.a. Herhangi bir sivil toplum kuruluşu ya da yardımseverden parasal destek alınıyor mu?

( ) Evet ( ) Hayır ( ) Bilinmiyor / Cevapsız

28.b. Evet ise toplam olarak ayda yaklaşık ne kadar parasal yardım alınıyor?

29. Kamu kurumundan destek alınıyor mu? ( ) Evet ( ) Hayır ( ) Bilinmiyor / Cevapsız

29.a. Kamu kurumundan destek alınıyorsa alınan yardımın türü nedir?

( ) Bakım maaşı ( ) Engelli maaşı ( ) Raporlu bez ( ) Diğer

30. Evde bakım için İstanbul Büyükşehir Belediyesi'nden destek alınıyor mu?

( ) Evet ( ) Hayır

31. Evet ise ne alınıyor?

( ) Havalı yatak ( ) Hasta yatağı ( ) Yürüteç ( ) Tekerlekli sandalye ( ) Pansuman malzemeleri
( ) Diğer: ……..

32. Bakım için borç veya kredi alınmış mı?

( ) Evet ( ) Hayır ( ) Bilinmiyor / Cevapsız

32.a. Evet ise ne kadar süre önce? ……..

32.b. Alınmış ise ne kadar? ……

33. Hasta için kullanılan tıbbi malzemeler/malzemeler nelerdir?

( ) Pansuman malzemeleri ( ) Sonda malzemeleri ( ) Enjeksiyon malzemeleri ( )Serum malzemeleri
( ) Hane temizlik malzemeleri ( ) Kişisel temizlik malzemeleri

34. Hasta yakınları, hasta için kullanılan tıbbi malzemeler/malzemeler için son bir ay içinde kaç TL ödedi?

35. Hasta için kullanılan ilaçlar nelerdir (ticari isimleri)? **35.a. Hasta yakınları, hastanın ilaçları için son bir ay içinde kaç TL ödedi?**
36. Aile, evde bakım için hizmete gelindiğinde son 1 ay içinde ortalama kaç TL harcama yaptı?
37. Aile, evde bakım hizmeti almadığı dönemde son 1 ay içinde ortalama kaç TL harcama yapıyordu?

EK 2. Bilgilendirilmiş Onam Formu

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi Nursena Tok tarafından yürütülen "İstanbul İlinde Sosyoekonomik Farklılık Gösteren Dört İlçede Evde Bakım Hastalarının Evde Bakım Harcamaları Maliyeti" başlıklı **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkına sahipsiniz. **Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

1. **Araştırmayla İlgili Bilgiler:**

   a. Araştırmanın Amacı: İstanbul İlinde Sosyoekonomik Farklılık Gösteren Dört İlçede Evde Bakım Hastalarının Evde Bakım Harcamaları Maliyeti konulu araştırmadaki temel amaç sosyoekonomik düzeyleri farklı olan ilçelerdeki hasta ve yakınlarının evde bakım harcamaları maliyetini belirlemektir.

   b. Araştırmanın İçeriği: Araştırma, İstanbul Büyükşehir Belediyesi Evde Sağlık Hizmetleri'nden bakım hizmeti alan, Sultanbeyli, Sancaktepe, Sarıyer ve Şişli ilçelerinde ikamet eden hasta ve yakınları ile yüz yüze görüşme sağlanarak yapılacaktır. Anket çalışması içeriğinde evde sağlık ve bakım hizmeti alan hastaların bakım harcamaları maliyetine ilişkin sorular yer almaktadır.

   c. Araştırmanın Nedeni: □ Bilimsel araştırma √ Tez çalışması

2. Çalışmaya Katılım Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)
İmzası:

(Varsa) Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin;

Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)

İmzası:

EK 3. KATZ Skoru Ölçeğinin Kullanım İzni

"Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli *"Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge"* ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

EK 4. Kurum İzni Başvuru Dilekçesi

"Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli *"Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge"* ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

EK 5. Kurum İzni

"Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli *"Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge"* ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

ÖZGEÇMİŞ

Nursena TOK

Eğitim

Derece	Yıl	Üniversite, Enstitü, Anabilim/Anasanat Dalı
Yüksek Lisans	2021-…..	Maltepe Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı
Lisans	2014-2018	Kocaeli Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı
Lise	2010-2014	Gebze Anadolu Sağlık Meslek Lisesi

İş/İstihdam (Varsa)

Yıl	Görev
2019-….	Hemşire-İstanbul Büyükşehir Belediyesi

Alınan Burs ve Ödüller (Varsa)

Yıl	Burs/Ödül
2018	Kocaeli Üniversitesi Hemşirelik Bölüm Birinciliği
2021	Maltepe Üniversitesi %20 Yüksek Lisans Eğitim Bursu

Yayınlar ve Diğer Bilimsel/Sanatsal Faaliyetler

Yıl	Yayınlar
2021	Evde Bakım Hizmetleri, Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı, Ankara