

ARAŞTIRMA MAKALESİ / RESEARCH ARTICLE

## MULTİDİSİPLİNER ÇÖZÜMLER İŞİĞİNDE SAĞLIK YÖNETİMİ: EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ VE FİZİKSEL TIP VE REHABİLİTASYON\*

### HEALTH MANAGEMENT IN THE LIGHT OF MULTIDISCIPLINARY SOLUTIONS: HOME HEALTH CARE AND PHYSICAL MEDICINE AND REHABILITATION

Dr. Askeri TÜRKEN<sup>1</sup>

Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Emin KURT<sup>2</sup>

Arş. Gör. Mehmet Aziz ÇAKMAK<sup>3</sup>

Arş. Gör. Dr. Cuma ÇAKMAK<sup>4</sup>

#### ÖZ

Bu çalışmanın amacı Evde Sağlık Hizmetleri (ESH) ile artan sağlık yükünü azaltmayı ve kaliteli sağlık hizmeti sunmayı hedefleyen “sağlık sistemlerinin ana kaleleri niteliğindeki sağlık tesisleri”ni nispeten rahatlatmak, sağlık hizmet sunum alanlarını değerlendirmek ve bu alanlarda uygulanabilecek yöntemler hakkında kritik yapmaktır. Multidisipliner bir yaklaşım ile Diyarbakır’da Evde Sağlık Hizmeti sunan 14 kamu hastanesine kayıtlı ESH verileri incelenmiştir. Evde sağlık hizmeti alan hastaların %53,7 (n=5009)’si kadın ve %46,3 (n=4325)’ü erkektir. Hastaların ortalama 2 tanılı ve hizmet sürelerinin ortalama 581 gün olduğu tespit edilmiştir. Örneklemin %44,03’ünün Ev Temelli Rehabilitasyon uygulamalarına aday olabileceği tespit edilmiştir. 822 günlük hizmet süresiyle Konjenital Malformasyon, Deformasyon ve Kromozom Anomalileri (Q00-Q99) ve 813 günlük hizmet süresiyle Kas-İskelet ve Bağ Dokusu Hastalıkları (M00-M99) tanılarında hastaların en uzun süreyle evde sağlık hizmetleri kapsamında takip edildiği tespit edilmiştir. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon uygulamalarından fayda görebilecek, sağlık tesislerine başvuru oranını düşürebilecek, hastalık yükünü hafifletecek, erken evrede hastaların sosyal yaşamlarına dönmesini hızlandırabilecek ev temelli rehabilitasyona gerek duyulmaktadır. Bu doğrultuda, Evde Rehabilitasyon (ER) uygulayabilecek özelleşmiş ekiplerin oluşturulması önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Evde Sağlık Hizmetleri, Evde Bakım Tanıları, Evde Tıbbi Rehabilitasyon, Sağlık Finansmanı.

**JEL Sınıflandırma Kodları:** I14, I15, I19, I39.


#### ABSTRACT


The study aims to relieve the health facilities that aim to reduce the increasing health burden and provide quality health services with Home Health Services (ESH), evaluate the service delivery areas and make critical about the methods that can be applied in these areas. ESH data registered in 14 public hospitals providing Home Health Services in Diyarbakır are examined. 53.7% (n=5009) of the patients are female, and 46.3% (n=4325) are male. It is determined that the patients are diagnosed with an average of 2 diagnoses, and the average length of service is 581 days and 44.03% of the sample can be candidates for Home Based Rehabilitation applications. It is determined that the patients diagnosed with Congenital Malformation, Deformation and Chromosomal Anomalies (Q00-Q99) with a service period of 822 days and Musculoskeletal and Connective Tissue Diseases with a service period of 813 days (M00-M99) are followed for the longest time within the scope of home health services. There is a need for home-based rehabilitation that can reduce the rate of admission to health facilities, alleviate the burden of disease, and accelerate the return of patients to their social lives at an early stage. In this direction, it is recommended to establish specialized teams that can implement Rehabilitation at Home (ER).


**Keywords:** Home Health Services, Home Care Diagnoses, Home Medical Rehabilitation, Health Financing.


**JEL Classification Codes:** I14, I15, I19, I39.

\* Bu çalışma için Diyarbakır İl Sağlık Müdürlüğü Etik Kurulundan 97893136-38948411-900.05.01-E.176198 sayılı ve 18/11/2021 tarihli etik kurul onayı alınmıştır.

<sup>1</sup>  Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Birimi, askeriturken@hotmail.com

<sup>2</sup>  Dicle Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, mekurt1@hotmail.com

<sup>3</sup>  Nişantaşı Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, mehmetazizcakmak21@gmail.com

<sup>4</sup>  Dicle Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, cuma.cakmak@dicle.edu.tr

## EXTENDED SUMMARY

### **Purpose and Scope:**

Home Health Services (HHS) is a type of service designed to enable patients to access health services at home. These services are usually provided by a healthcare professional (for example, a nurse or physical therapist) and are performed at the patient's home. These services are designed to monitor and treat patients' health conditions. HHS was designed to support health systems rather than burden them. For example, if a patient receives health services at home, this patient does not face a situation that requires hospitalization. This reduces hospital stays and lowers hospital costs. In addition, HHS provides the time and care needed to properly monitor and treat patients' health conditions, resulting in a faster recovery process for patients. HHS also improves the quality of health care. For example, when a nurse visits a patient at home, the nurse can create a treatment plan that fits the patient's home environment. Also, when a physiotherapist visits a patient at home, the physiotherapist can create an exercise program suitable for the patient's home environment. This allows patients to be treated better and to recover faster. Another purpose of the study is to evaluate the health service delivery areas and to criticize the methods that can be applied in these areas, which will relatively relieve the health facilities, which are the main castles of the health systems, which aim to reduce the health burden and provide quality health care in order to meet the increasing health needs, especially in Home Health services (HHS). forms. Within the framework of a multidisciplinary approach, it is aimed to increase the health level of the patients evaluated within the scope of Home Health Services by rehabilitating them at home with the Rehabilitation team.

### **Design/methodology/approach:**

Within the scope of the study, the necessary permissions were obtained and the data set was created by taking the data of the patients from 14 hospitals providing Home Health Care Services in Diyarbakır. The data set was subjected to necessary preprocessing and descriptive statistics were applied. The research was carried out according to the cross-sectional study method, and the analysis was carried out by examining the 10-year data on Home Health Services.

### **Findings:**

According to the findings obtained; It was determined that 53.7% (n=5009) of the patients receiving home health services were women and 46.3% (n=4325) were men. It was determined that the patients had at least 2 diagnoses on average and the average length of service they received was 581 days. It has been determined that 44.03% of the sample can be candidates for Home Based Rehabilitation applications. It was determined that the patients diagnosed with Congenital Malformation, Deformation and Chromosomal Anomalies (Q00-Q99) with a service period of 822 days and Musculoskeletal and Connective Tissue Diseases with a service period of 813 days (M00-M99) were followed for the longest time within the scope of home health services.

### **Conclusion and Discussion:**

It has been understood that home-based rehabilitation is needed that can benefit from Physical Medicine and Rehabilitation practices, reduce the rate of admission to health facilities, alleviate the burden of disease, and accelerate the return of patients to their social lives at an early stage. In this direction, it is recommended to create specialized teams that can implement Home Rehabilitation in parallel with the home health services implemented in our country. By making use of home-based rehabilitation, physical medicine and rehabilitation practices, it can alleviate the burden of disease and enable patients to return to their social lives more quickly. These services may offer special services such as creating a treatment plan appropriate for the patient's home environment and creating an appropriate exercise program in the patient's home environment. Home-based rehabilitation is designed to support health systems, rather than burden them, by reducing the rate of admission to health facilities. For example, if a patient receives rehabilitation services at home, this patient does not face a situation that requires hospitalization. This reduces hospital stays and lowers hospital costs. As a result, home-based rehabilitation can alleviate the burden of disease by utilizing physical medicine and rehabilitation practices, enable patients to return to their social lives faster, and support health systems instead of being a burden on health systems by reducing the rate of admission to health facilities. It provides a more suitable environment for the rehabilitation process of patients by providing special services such as creating a treatment plan suitable for the patient's home environment and creating an appropriate exercise program in the home environment of the patients. This provides a faster recovery process for patients and reduces the rate of admission to healthcare facilities.

## 1. GİRİŞ

Günümüz sağlık sistemi, dünya ekonomisi perspektifinden bakıldığında, büyük sektörlerden biri haline gelmiştir. Teknolojik ilerlemeler, küresel ekonomik göstergelerin iyileşmesi ve koruyucu sağlık hizmetlerindeki gelişmeler, beklenen yaşam sürelerinde artışa sebep olmuş, dolayısıyla yaşlı nüfus oranlarında da artışa yol açmıştır. Söz konusu durum iyi bir sağlık göstergesi olmakla beraber, sağlık sistemleri üzerinde önemli bir yük oluşturmuştur. Çünkü yaşlı insanlar, kronik hastalıklara, fiziksel engellere ve bilişsel sorunlara daha yatkındırlar. Bu nedenle, sağlık sistemleri, yaşlı nüfusun ihtiyaçlarını karşılamak için daha fazla kaynak ve çaba harcamak durumundadır (Faronbi vd., 2020).

Yaşlı nüfusun sağlık sorunları; kronik hastalıklar, fiziksel engeller ve bilişsel sorunlar şeklinde ortaya çıkabilmektedir. Bu nedenle, sağlık sistemleri, yaşlı nüfusun ihtiyaçlarına uygun olarak tasarlanmalıdır. Sağlık sistemleri, yaşlı nüfusun sağlık sorunlarına odaklanarak, daha iyi bir yaşam kalitesi sağlamak için çaba göstermelidir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre, 65 yaş ve üstü nüfus oranı, 2019 yılında %9 iken 2050 yılında %16'ya yükselmesi beklenmektedir (WHO, 2019). 21. yüzyılda, nüfusun medyan yaşı arttıkça, geriatik sağlık hizmetlerine duyulan ihtiyaç da artacaktır. Bu nedenle, sağlık sistemleri, yaşlı nüfusun ihtiyaçlarına uygun olarak yeniden yapılandırılmalıdır. Geriatri ile ilgili akademik bölümler tarafınca gerçekleştirilen bilimsel araştırmalar, önceden bu değişimi hisseden ülkelerin yapısal düzenlemeler gerçekleştirdiğini ortaya koymuştur. Amerika Birleşik Devletleri özelinde yapılan bir araştırmada; modern tıbbı alternatif bir strateji olarak, dâhiliye bölümlerinin, yaşlanmaya karşı çok departmanlı ve tüm kurumların ihtiyaçlarına yanıt verecek şekilde evrileceği öngörülmüştür (Riffin vd., 2019).

Söz konusu açıklamalar göz önünde bulundurulduğunda, yüzyılın değişen dünyasında, yaşlı nüfusun artması, kronik ve multipl hastalıkların bir arada görülmesi fiziksel yetersizliğin gelişmesi ve bununla beraber hastanın bağımlılığında meydana gelecek olası artış (Vega-Ramírez vd., 2017) hastane şartlarında sunulan sağlık hizmetleri ihtiyacında değişimlerin meydana gelebileceğine, hastalara yaşadıkları ev ortamlarında hizmet sunulmasını ile ilgili yeni tür alternatif sağlık hizmetlerini ortaya çıkmasına neden olmaktadır.

Bu araştırmada, gelecekte ortaya çıkabilecek olası sağlık yükünün hafifletilmesinde önemli bir rol oynayacağı düşünülen evde sağlık hizmetleri incelenmiştir. Literatüre bakıldığında evde sağlık hizmetleri ile ilgili olarak tanımlayıcı çalışmaların yapıldığı görülmektedir. Fakat evde sağlık hizmetleri tanılarına göre multidisipliner yaklaşımlara rehber olabilecek, evde sağlık hizmetlerinin bölgesel tanı haritasını çıkaran, geniş örneklemli çalışmalar açısından literatürde boşlukların olduğu görülmüştür. Araştırma sonucunda elde edilen bulgular ışığında; yaşlılıkla birlikte evde sağlık hizmetleri kapsamında teşhis konulan hastalıklar kapsamında eklem, kemik, kas, sinir hastalıklarının artış göstereceği düşünülmüştür. Bu durum evde sağlık hizmetlerine konu olan hastaların, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon (FTR) çerçevesinde rehabilite edilebilir hastalıkları ICD-10 (International Classification of Diseases) kodlarıyla irdelenmiştir.

## 2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Kavramsal arka plan ve incelenen konseptlerin daha net bir şekilde değerlendirilebilmesi adına; literatür belirli bir akış düzeyinde incelenmiştir. Bu çalışma kapsamında test edilmeye çalışılan en önemli hipotez olan "*Belirli bir bölgede evde sağlık hizmetleri alan hastaların profilleri ortaya konup multidisipliner çözümler önerilebilir mi?*" sorusuna aranan cevabın kavramsal düzeyde belirli bir standardı takip ederek aktarılması gerektiği anlaşılmıştır. Çalışma kapsamında değerlendirilen evde sağlık hizmeti alan hastalara ait sosyodemografik ve tıbbi verilerin tam anlamıyla anlaşılabilmesi, belirli bir tarih arasında elde edilen verilerden yola çıkarak örneklem olarak seçilen bölgenin hastalık yükü, evde sağlık hizmeti almaya yatkınlığı, genel olarak takip edilen tıbbi tanımlar gibi öznitelikler özellikle irdelenmiştir.

Şekil 1. Diyarbakır Haritası



Kaynak: (Türkiye Rehberi, 2022).

Şekil 1’de fiziki haritası gösterilen Diyarbakır ilinde; 2011 yılından itibaren -kademeli bir şekilde- büyükşehir genelinde evde sağlık hizmetinin sunulmaya başlandığı anlaşılmaktadır. Bu sebeple çalışmaya konu olan il düzeyinde görece uzun bir süre olarak addedilebilecek bir zaman aralığında elde edilen verilerin kullanılması, araştırmanın önemini ortaya koymaktadır.

Bir bölge üzerinde dağıtılmış bir şekilde sunulan sağlık hizmetinde merkez birimler teknik donanım ve görece personel kapasitesi açısından ilçelerdeki birimlerden daha etkin olabilmektedir. Bu sebeple ev temelli rehabilitasyon gibi uygulamalar söz konusu dezavantajı ortadan kaldırmaya aday multidisipliner yaklaşımlar olarak tayin edilebilir.

## 2.1. Evde Sağlık Hizmetleri

Evde Sağlık Hizmetleri, hastaların, teşhis veya tedavileri sonrası kronik-bakım hastalıklarının takibi, koruyucu sağlık ve tetkik hizmetlerinin ev ortamında istenen ya da beklenen sağlık bakımının verilmesidir (Gümüş ve Sarıbaş, 2017). DSÖ evde uzun süreli bakım hizmetlerin kapsamını birçok başlık altında sıralanmış (Dostálová vd., 2022) bu başlıklar arasında; kişinin anatomik, fizyolojik yetersizlik durumunda kişinin istek, yaşam taleplerine uygun fiziksel, sosyal ve ruhsal kapsamda eğitimsel potansiyeli, mesleki durumu, hobileri, sağlık kalitesini rehabilitatif yaklaşımla üst düzeye çıkartmaktır. Bu çerçevede başta Tıbbi Rehabilitasyon olmakla beraber her türlü rehabilitasyon hizmetlerinde erken veya ileri yaşlanma periyodunda gelişen kas-iskelet hastalıklar, nörolojik bozukluklar, kardiyopulmoner yetersizlikle bağımlılığa neden olan durumlarda saptamıştır (Kurt vd., 2019).

Birçok çalışma, evde sağlık hizmetlerinin hastaların yaşam kalitesini artırabileceğini göstermektedir. Örneğin, Avrupa Birliği (AB) tarafından yayınlanan bir rapora göre; evde sağlık hizmetleri, hastaların daha fazla bağımsızlık hissetmelerine, sosyal izolasyondan kaçınmalarına ve daha iyi psikolojik sağlık durumlarına sahip olmalarına yardımcı olabilmektedir (WHO, 2017). Ancak, evde sağlık hizmetlerinin sağlık sonuçları üzerindeki etkileri hala tartışılmaktadır. Bazı araştırmalar, evde sağlık hizmetlerinin hastaların sağlık sonuçlarını iyileştirdiğini gösterirken, diğerleri ise evde sağlık hizmetlerinin hastaların sağlık sonuçları üzerinde belirgin bir etkisi olmadığını belirtmektedir.

### *Bir Gereklilik Olarak Evde Sağlık Hizmetleri*

Evde sağlık hizmetleri, özellikle yaşlı hastalar için önemlidir. Dünya genelinde yaşlanan nüfusun artmasıyla birlikte, evde sağlık hizmetlerine olan talep de artmaktadır. 2017 yılında yayınlanan bir rapora göre, yaşlı hastaların yaklaşık %90’ı evde sağlık hizmetleri almayı tercih etmektedir (Flaatten vd., 2017). Ulusal ölçekte bakıldığında, Türkiye’de Sağlık Bakanlığı tarafından 2011 yılında başlatılan düzenlemelerle kısmen de rehabilitasyon hizmeti verilmeye çalışılan evde sağlık hizmetleri birçok noktada sunulduğu görülmektedir (Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, 2022). Aşağıda maddeler halinde sıralanan önemli çalışmalar bir gereklilik olarak evde sağlık hizmetlerinin önemini ortaya koymaktadır;

- Evde sağlık hizmetleri, kronik hastalıkları olan hastalar için önemlidir. Kronik hastalıklar, uzun süreli bakım gerektirmekte ve bu nedenle hastanın evde bakımı öncelikli olarak tercih edilebilmektedir. 2014 yılında

yayınlanan bir araştırmaya göre; evde sağlık hizmetleri, kronik hastalığı olan hastaların sağlık sonuçlarını iyileştirebilmekte ve hastaneye yatış oranlarını azaltabilmektedir (Verhaegh vd., 2014).

- Son zamanlarda, COVID-19 pandemisi nedeniyle evde sağlık hizmetleri daha da önemli hale gelmiştir. Pandemi, hastanelerin yoğunluğunu artırdığı için, evde sağlık hizmetleri gibi alternatif sağlık hizmetleri, hastaların sağlık ihtiyaçlarını karşılamak adına önemli bir seçenek haline gelmiştir. Evde sağlık hizmetleri, sağlık hizmetlerinin maliyetini düşürmede de önemli bir sağlık hizmeti türüdür (Brian Cassel vd., 2016).
- WHO'nun 2015 yılındaki verilerine göre, dünya genelindeki hane halklarının %70'inden fazlası, bir sağlık hizmeti sunucusuna erişememekte veya evde bakım hizmetlerine ihtiyaç duymaktadır (World, 2015). Bu durum, evde sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve bu hizmetlere erişimin artırılması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Evde sağlık hizmetleri, birçok farklı sağlık hizmeti sunabilen geniş bir hizmet yelpazesine sahiptir. Bu hizmetler arasında aşağıdakiler yer alabilmektedir (Coughlin vd., 2006):

1. **Hasta bakımı:** Evde sağlık hizmetleri ile hasta bakımını yapılabilmektedir. Bu hizmet, hasta temizliği, yemek hazırlığı, ilaç yönetimi ve hastanın günlük aktivitelerini desteklemeyi içermektedir.
2. **Tıbbi bakım:** Evde sağlık hizmetleri ile tıbbi bakım sunulmaktadır. Bu hizmetler arasında yara bakımı, ilaç yönetimi, kan basıncı takibi ve IV tedavileri yer alabilmektedir.
3. **Fizik tedavi:** Evde sağlık hizmetleri ile fizik tedavi hizmetleri sunulabilir. Bu hizmetler, evde egzersizler, hareket terapisi ve kas güçlendirme çalışmalarını içermektedir.
4. **Danışmanlık ve destek:** Evde sağlık hizmetleri ile danışmanlık ve destek hizmetleri de sunulabilir. Bu hizmetler, hasta ve ailesine destek sağlamak, hastalığın yönetimi hakkında tavsiyelerde bulunmak ve hastalığın ilerlemesini izlemek için düzenli ziyaretler içerebilmektedir.
5. **Psikolojik destek:** Evde sağlık hizmetleri ile psikolojik destek sunulabilmektedir. Bu hizmetler kapsamında; hasta ve ailelerinin hastalıkla başa çıkmalarına yardımcı olmak için psikolojik danışmanlık, terapi ve destek hizmetleri sunulmaktadır.
6. **Diğer hizmetler:** Evde sağlık hizmetleri ile tıbbi ekipmanların evde kullanımı, hastanın hastalığı ile ilgili ev yaşamının düzenlenmesi ve diğer özel hizmetler sunulmaktadır.

## 2.2. Evde Rehabilitasyon Hizmetleri (ERH-HBR)

Literatür incelendiğinde rehabilitasyon kavramı ile ilgili farklı tanımlamaların yapıldığı görülmüştür. DeLisa vd. (1993) göre rehabilitasyon; bireyin doğuştan itibaren, herhangi bir nedenle geçici ya da kalıcı olarak meydana gelen yetersizliğin her aşamasındaki fonksiyonel durumunun belirlenerek fiziksel, zihinsel ve sosyal durumunu bağımsız hale getirmek olarak tanımlanmaktadır. Hotta'ya göre rehabilitasyon; vücudun sağlam kısmına en iyi fonksiyonalliteyi kazandırmak, kayıp kısmı geri getirmek veya yerinde tutarak kişiye bağımsız yaşam sürdürme olanağı sunmak şeklinde tanımlanmaktadır (Hotta, 2015).

Deaver ise rehabilitasyonu 5 ana amaca ayırmıştır; (1) Yatak ve tekerlekli sandalyeden kurtarmak (2) Üst ekstermitelerine maksimum düzeyde güç kazandırmak (3) Basamak çıkmak dâhil, toplum düzeyinde bağımsız yürüme imkânı kazandırmak (4) İletişimi kazandırmak (5) ve en nihayetinde bağımsız normal yaşama hastayı döndürmektir (Deaver, 1919). Başlangıçta lokomotor sistem bozukluklar rehabilitasyon kapsamına alınmışsa da zamanla yatak yaraları, üriner, gastrointestinal sistem bozuklukları, kardiyopulmoner bozukluklar, psikolojik ve sosyal uyum bozuklukları da rehabilitasyon kapsamına alınmıştır.

Evde Rehabilitasyon Hizmetleri (HBR) ile hastaya daha çok söz hakkı verme, ortam aşinalığı, bakıcı desteği kolaylaşması, aileye düştüğü yeni ortama uyarlamak gibi, kişinin kendine yetecek seviyeleri kazandırmak ve uzun vadeli planlamada potansiyel yararlar sağladığı tespit edilmiştir (Vega-Ramírez vd., 2017; Brauner vd., 2018; Piotrowicz vd., 2010). Yapılan bir çalışmada kalp yetmezliği veya sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu %50 den az olan hastalar, kişiye yönelik HBR programı kapsamında haftada 3 gün, her seferinde 30 dk ve 3 ay süreyle aerobik egzersiz uygulanmış sonuçta hastaların aerobik kapasitesi artmış ve bunun yanında günlük yaşamda iyileşme, motivasyonda artış, hastaneye yatış oranında azalma ve bu süreçte evde rehabilitasyonda herhangi bir olumsuz durum bildirilmemiştir (Chen vd., 2018; Piotrowicz vd., 2010).



### 2.3. Sağlıkta Multidisipliner Yaklaşım

Multidisipliner yaklaşım, sağlık alanında birden fazla disiplinin bir araya gelerek hastaların sağlık sorunlarına müdahale ettiği bir yaklaşımdır. Bu yaklaşım, hastaların daha iyi bir sağlık hizmeti alması, daha hızlı iyileşmesi ve daha uzun bir yaşam beklentisi elde etmesi açısından oldukça önemlidir (Leonardi ve Fheodoroff, 2021). Sağlıkta multidisipliner yaklaşımın kullanılması, hastanın tedavi sürecinin daha iyi yönetilmesine yardımcı olmaktadır. Bu yaklaşım, bir hasta için en iyi tedavi seçeneğini belirlemek için hekim, hemşire, rehabilitasyon uzmanları, psikologlar ve diğer sağlık uzmanlarının bir araya gelerek iş birliği yapmasını gerektirmektedir (Patel vd., 2021). Bu yaklaşım, hastanın tedavi sürecinin her aşamasında en iyi bakımı almasını ve tedavinin daha etkili bir şekilde yönetilmesini sağlamaktadır.

Multidisipliner yaklaşım, tıbbi bir durumun tam bir resmini oluşturmak için hastanın tam tıbbi geçmişini, aile geçmişini ve yaşam tarzını dikkate alarak bir hastayı değerlendirmeyi de içermektedir. Bu, hastanın sadece mevcut tıbbi durumuna değil, aynı zamanda yaşam tarzına ve diğer faktörlere de odaklanarak tedavinin daha iyi bir şekilde planlanmasını sağlar. Multidisipliner yaklaşımın bir diğer önemli avantajı, hastanın tedavi sürecindeki maliyeti azaltmasıdır (Koukourikos vd., 2019). Farklı sağlık disiplinlerinden uzmanların bir araya gelmesi, gereksiz test ve müdahalelerin azaltılmasına yardımcı olmayı hedefleyen yaklaşım, hastanın hastanede kalma süresinin de kısalmasına yardımcı olmakta ve hastanın tedavi sürecindeki psikososyal ihtiyaçlarına odaklanılmaktadır. Böylelikle, hastanın psikolojik sağlığına da odaklanılarak hastanın tedavi sürecindeki kaygı ve stres seviyelerini azaltmaya yardımcı olmaktadır (Han vd., 2020).

Multidisipliner yaklaşımın dezavantajı, birçok disiplin arasında koordinasyonu sağlamak için zaman ve kaynak ihtiyacı olmasıdır. Bununla birlikte, doğru şekilde uygulandığında, bu yaklaşım hastanın tedavi sürecinde daha iyi sonuçlar elde etmesine yardımcı olur. Evde sağlık hizmetleri, bireylerin kendi evlerinde sağlık hizmetlerine erişebilmesini sağlamaktadır. Bu hizmetler, birçok farklı sağlık çalışanının bir araya gelerek çalışmasını gerektirir. Bu açıdan bakıldığında multidisipliner yaklaşım, evde sağlık hizmetlerinin etkili bir şekilde sunulabilmesi için oldukça önemlidir. Multidisipliner yaklaşım, farklı sağlık meslekleri arasında iş birliği yaparak bireylere bütünsel bir yaklaşım sunar. Bu yaklaşım, evde sağlık hizmetlerinde de uygulanabilir. Bu hizmetlerin başarılı bir şekilde sunulabilmesi için, evde bakım hizmetleri sunan sağlık çalışanlarının bir araya gelerek hastanın ihtiyaçlarını karşılamak için koordineli bir şekilde çalışması gereklidir. Evde sağlık hizmetleri sunan sağlık çalışanlarının birbirleriyle uyumlu çalışmasını sağlayan bu yaklaşım, hasta bakımı sürecindeki farklı disiplinlerin bir arada çalışması ve hastanın ihtiyaçlarının karşılanması için en uygun tedavi planının belirlenmesine olanak tanır.

Evde sağlık hizmetleri açısından multidisipliner yaklaşımın bir diğer avantajı, sağlık hizmetlerinin daha etkili bir şekilde sunulmasına yardımcı olmasıdır. Farklı disiplinler arasındaki iş birliği, tedavi sürecinde ortaya çıkan sorunların daha hızlı ve etkili bir şekilde çözülmesine olanak sağlar. Bu da hastanın tedavi sürecinde daha hızlı iyileşmesine yardımcı olur.

Multidisipliner yaklaşımın evde sağlık hizmetlerinde uygulanması, hasta bakımında da birçok avantaj sağlar. Evde sağlık hizmetlerinde, hastanın evinde bakım sağlanır ve bu da hastanın rahat etmesini sağlar. Ayrıca, evde sağlık hizmetleri sunan sağlık çalışanlarının, hastanın evinde bakım sağlaması, hastanın aile üyelerinin de hastaya daha fazla zaman ayırmasını sağlayabilmektedir.

- Bir çalışmada, multidisipliner bir yaklaşımın, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) olan hastaların tedavisinde olumlu sonuçlar gösterdiği belirtilmektedir. Çalışmada, hastalara solunum fizyoterapistleri, diyetisyenler ve psikologlar tarafından destek verildi. Tedavi sonuçları incelendiğinde, hastaların nefes darlığı semptomlarında, yaşam kalitesinde ve genel sağlık durumlarında iyileşmeler görülmüştür (Stavarache vd., 2022).
- Bir diğer çalışmada ise, multidisipliner bir yaklaşımın, kanser hastalarının tedavisinde etkili olduğu gösterilmiştir (Jnr, 2011). Söz konusu çalışmada, hastalara onkologlar, hemşireler, diyetisyenler ve psikologlar tarafından destek verilmiştir. Tedavi sonuçlarına bakıldığında, hastaların tedaviye uyumu artmış ve yaşam kaliteleri yükselmiştir.

### 3. YÖNTEM

Bu çalışmada, Evde Sağlık Hizmetleri özelinde takip ve tedavi edilen hastalara ait veriler kullanılmıştır. Kullanılan veriler ilgili yerlerden talep edilirken kimlik numarası, ad, soyad gibi özel bilgilere yer verilmemesi yönünde

talepte bulunulmuştur. Çalışmada kişisel veriler kullanılmamış, her hastaya özel bir numara verilerek analizler gerçekleştirilmiştir. Çalışma dahilinde Helsinki Bildirgesi prensiplerine uygun hareket edilmiştir.

### 3.1. Etik Onay

Bu çalışma kapsamında; 18/11/2021 tarih E-90410089-799 Diyarbakır İl Sağlık Müdürlüğü Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı tarafından verilen izin ile Evde Sağlık Hizmetleri çerçevesinde değerlendirilen hastalara ait tüm veriler incelenmiştir. Çalışma hasta verilerinin demografik verileri dâhil tüm verilerinin kodlanmış halini anonim olarak içerdiğinden etik kurul gerektirmemektedir.

### 3.2. Veri Seti

Veriler, Diyarbakır İl Sağlık Müdürlüğü Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı bağlı olarak sağlık hizmeti sunan, 14 kamu hastanesinde faal durumda hizmet veren Evde Sağlık Hizmetleri Birimlerinden hizmet almış, ana ve ek tanıları ICD-10'a göre tanımlanmış, Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik" Madde 24'te belirtilen hususlar doğrultusunda iyileşmiş, adres değişikliği, ölüm gibi nedenlerle tedavisi sonlandırılmış bunlardan tanı almayla doğrudan bazıları da süreçle tıbbi tedavinin yanıtına göre değerlendirilerek FTR branşı kriterine göre rehabilitasyon programına ihtiyaç duyanlara ait demografik ve tıbbi kayıtlarından oluşmaktadır (Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik, 2015).

FTR branşına göre tanımlanan hastalarda sunulan rehabilitasyon programında her kişinin fonksiyonel düzeyine göre özel reçeteler hazırlanır, uygulanacak rehabilitasyon programında hastanın günlük yaşam aktivitesi, kas-iskelet sistem performansı ve klinik pratikte hastalığın prognozunun düzeltilmesi hedeflenir. Tanıların bazıları hastalığın başlamasıyla fonksiyonel kayıpların meydana gelmesini önleme ve kısa sürede normal fonksiyonel durumu kazanabilme açısından hastanın hastanede kaldığı sürede rehabilite edilmesi için yeterli olabilmektedir. Revesibl grubu hastalara ilk aşamada ev programı verilip ihtiyaç durumunda rutin kontrollerle takip yapılabilmektedir. Fakat çalışmanın asıl amacı, uzun süreli bakım ihtiyacı gereken hastalara ve aynı doğrultuda hastanede kalması gerekmeyen hastaları, evde sağlık hizmeti veren ekip gibi apayrı FTR merkezli ve FTR ekibini organize eden ekipler tarafınca hastayı yerinde, hastanın hizmete katılım potansiyeline göre rehabilitasyon ekibi tarafından aktif rehabilite etmekten ve rehabilitasyonun gerekliliklerini yerinde uygulamaktır. Söz konusu hastalar, rehabilitasyon kapsamında, uzman doktor tarafından değerlendirilir, egzersiz reçetesi hazırlanır ve reçete edilen egzersiz programı rehabilitasyon eğitimi almış ekip tarafınca düzenli rehabilite edilerek takibi yaptırılır.

### 3.3. Tanısal Ayrım ve Rehabilitasyon Kriterleri

Hastalığa bağlı olarak günlük yaşam aktivitesi ve kas-iskelet sistem performansı etkilenir. Klinik pratikte hastalığın prognozu ve yapısına göre rehabilitasyon programı düzenlenmektedir. Bazı hastalıklarda tanı konulduğunda bazıların da ise süreçle tıbbi tedaviye verilen cevaba ve değerlendirmeye göre rehabilitasyon programı uygulanmaktadır. Bazı hastalık tanılarında olası fonksiyonel kayıpların meydana gelmesini önleme ve kısa sürede normal fonksiyonel durumu kazanabilme açısından hastanın hastanede kaldığı sürede rehabilite edilmesi yeterli olmaktadır.

Revesibl grubu hastalara ilk aşamada ev programı verilip ihtiyaç durumunda periyodik kontrollerle takip yapılabilmektedir. Bu gruptaki hasta bireylere tanı konulduğu anda aktif tıbbi rehabilitasyon programı düzenlenir, hastanın durumuna göre hastaneye yatırılarak veya ayaktan kabul edilerek hastane rehabilitasyon programı tamamlanır. Uzun süreli bakım ihtiyacı gereken hastalara aynı doğrultuda yaşam boyu rehabilitasyon gerekli olabileceğinden tıbbi risk bulunmama şartıyla hastalar yaşam ortamlarında rehabilite edilebilmektedir.

### 3.4. İstatistiksel Analiz

Tüm istatistiksel analizler SPSS 25.0 (IBM SPSS, Armonk, NY: IBM Corp.) kullanılarak yapıldı. Veri setindeki değişkenlere ait frekans (f), yüzdelik (%), standart sapma (SD) değerlerine bakılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkiyi gösteren korelasyon tablosunda 0,05'ten küçük p değeri anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir.

## 4. BULGULAR

2011 yılından günümüze kadar evde sağlık hizmeti almış ve hizmeti sonlandırılmış (vefat, iyileşme, tedaviye uyumsuzluk vs. nedenlerle) 9334 hastaya ait veriler incelenmiştir. Tanımlayıcı istatistiklerle elde edilen bulgulara

göre; araştırma örnekleminin %53,7 (n=5009)'si kadın ve %46,3 (n=4325)'ünün erkeklerden oluştuğu tespit edilmiştir. Hizmet alan hastaların yaş ortalaması ve standart sapması 66,3 ±28,7'tür. Hastaların en az ortalama 2 tanıya sahip olduğu ve aldıkları hizmet sürelerinin ortalama 581 gün olduğu tespit edilmiştir. Verilere ait frekans, yüzdelik, minimum-maksimum değer, ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 1'de ayrıntılı olarak gösterilmiştir.

**Tablo 1.** Tanımlayıcı İstatistikler

Değişkenler	Min-Max	Ort.	SD.
Yaş	1-121	66,36	28,711
Hastalık Sayısı	1-9	1,80	0,99
Hizmet Süresi	1-3932	581	569,9
<b>Cinsiyet</b>	<b>f</b>		<b>(%)</b>
Erkek	4325		46,3
Kadın	5009		53,7
<b>Sonlandırma Nedeni</b>	<b>f</b>		<b>(%)</b>
Ailenin Bakım Yapabilmesi	146		1,6
Diğer Evde Sağlık Birimlerine Devir	365		3,9
Ekip Reddi	7		0,1
Evde Sağlık Hizmetine Uygun Değil	593		6,4
Hasta/Ailesinin Sonlandırma Talebi	205		2,2
İkamet Değişikliği	1425		15,3
İyileşme	537		5,8
Tedaviye Uyumsuzluk	24		0,3
Tedaviye Yanıt Alamama	4		0,01
Tedaviyi Reddetme	16		0,2
Vefat	6012		64,4
<b>Toplam</b>	<b>9334</b>		<b>100,0</b>

Yaş grubu, hastalık sayısı ve hizmet süreleri arasındaki ilişki Pearson Korelasyon Yöntemiyle incelenmiştir. Söz konusu değişkenler arasında anlamlı ilişkilerin bulunduğu tespit edilmiştir. Korelasyon istatistikleri Tablo 2'de ayrıntılı olarak gösterilmiştir.

**Tablo 2.** Korelasyon Tablosu

Değişkenler	(1)	(2)	(3)
(1) Yaş Grubu	1	0,133**	<b>-0,020*</b>
(2) Hastalık Sayısı	0,133**	1	<b>0,035**</b>
(3) Hizmet Süresi	-0,020*	0,035**	<b>1</b>

\*p: 0,01

Araştırmada hastaların ana ve ek tanıları incelenmiştir. Ek tanıları genellikle eşlik eden (komorbidit) hastalıklar olduğundan ana tanı sınıfı incelenerek ek tanıları sadece sayısal olarak değerlendirilmiştir. Tüm hastaların ana tanıları ICD-10 hastalık sınıflandırma yöntemine göre gruplandırılmıştır. Tanı sınıfları, frekansları ve yüzdelikleri Tablo 3'te gösterilmiştir.



**Tablo 3.** Ana Tanı İstatistikleri

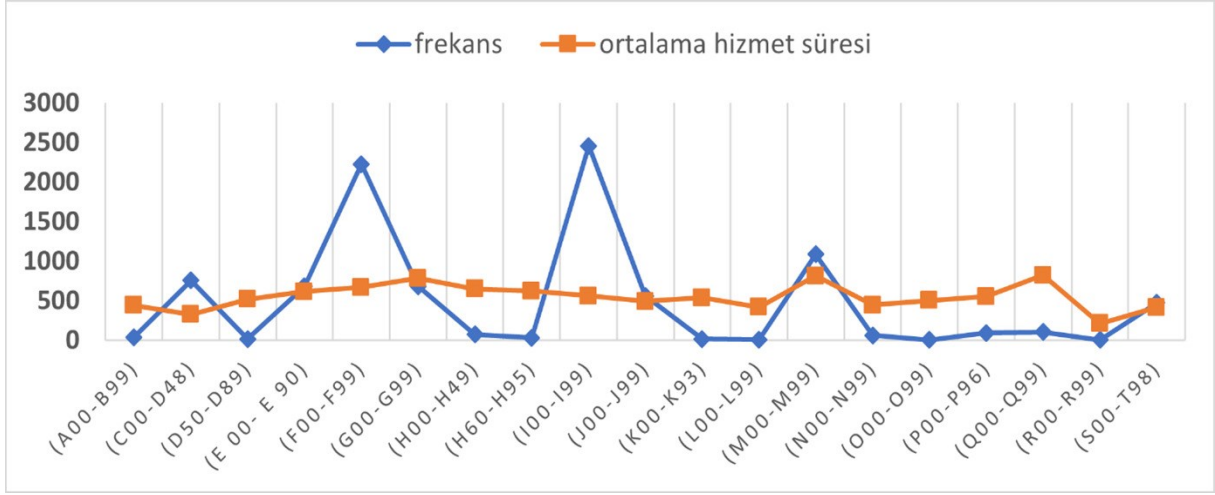
Hastalık Sınıfları	f	Yüzdelerik (%)	Ortalama Hizmet Süresi (Gün)
Enfeksiyon ve Paraziter Hastalıklar (A00-B99)	36	0,39	439
Neoplazmlar (C00-D48)	754	8,08	326
Kan ve Kan Yapıcı Organ Hastalıkları ve Bağışıklık Sistemini İçeren Hastalıklar (D50-D89)	16	0,17	518
Endokrin, Nutrisyonel ve Metabolik Hastalıklar (E 00- E 90)	677	7,25	614
Akıl ve Davranış Bozuklukları (F00-F99)	2224	23,8	668
Sinir Sistemi Hastalıkları (G00-G99)	682	7,31	783
Göz ve Gözle Bağlantılı Doku Hastalıkları (H00-H49)	73	0,78	647
Kulak ve Mastoid Oluşum Hastalıkları (H60-H95)	28	0,3	619
Dolaşım Sistemi Hastalıkları (I00-I99)	2454	26,3	560
Solunum Sistemi Hastalıkları (J00-J99)	561	6,01	492
Sindirim Sistemi Hastalıkları (K00-K93)	13	0,14	535
Cilt ve Cilt altı Dokusu Hastalıkları (L00-L99)	5	0,05	419
Kas-İskelet ve Bağ Dokusu Hastalıkları (M00-M99)	1084	11,6	813
Ürogenital Sistem Hastalıkları (N00-N99)	59	0,63	444
Gebelik, Doğum ve Lohusalık Dönemi Hastalıkları (O00-O99)	2	0,02	500
Perinatal Dönemden Kaynaklanan Hastalıklar (P00-P96)	90	0,96	550
Konjenital Malformasyon, Deformasyon ve Kromozom Anomalileri (Q00-Q99)	101	1,08	822
Semptomlar ve Anormal Klinik ve laboratuvar Bulguları (R00-R99)	4	0,04	211
Yaralanma, Zehirlenme ve Dış Nedenlere Bağlı Diğer Durumlar (S00-T98)	471	5,05	413
<b>Toplam</b>	<b>9334</b>	<b>100</b>	<b>545</b>

Örnekleme dâhil edilen hastaların %26,29'unun Dolaşım Sistemleri Hastalıkları (I00-I99), %23,83'ünün Akıl ve Davranış Bozuklukları (F00-F99), %11,61'inin ise Kas-İskelet ve Bağ Dokusu Hastalıkları (M00-M99) tanı grubunda değerlendirildiği tespit edilmiştir.

%26,29'luk dilimde yer alan Dolaşım Sistemi Hastalıkları (I00-I99), %11,61'lik dilimde yer alan Kas-İskelet ve Bağ Dokusu Hastalıkları (M00-M99), %5,05'lik dilimde yer alan Yaralanma, Zehirlenme ve Dış Nedenlere Bağlı Diğer Durumlar (S00-T98) ve %1,08'lik dilimde yer alan Konjenital Malformasyon, Deformasyon ve Kromozom Anomalileri (Q00-Q99) olmak üzere toplam örneklemin %44,03'ü Evde Temelli Rehabilitasyon uygulamalarına aday olabileceği tespit edilmiştir.

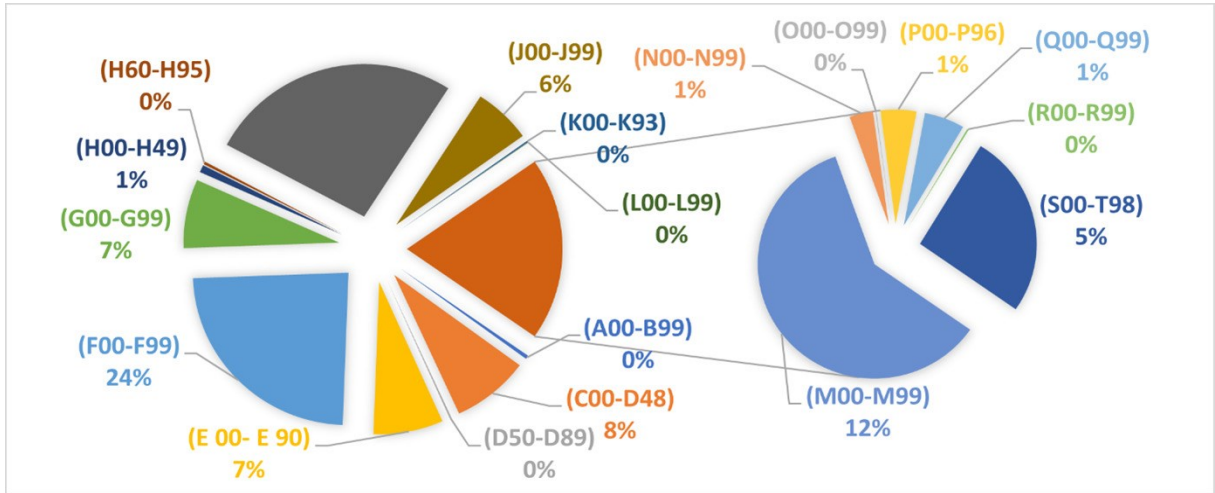
Tüm örneklem baz alındığından tanı fark etmeksizin hastaların ortalama 545 gün (yaklaşık 1 yıl 6 ay) gibi bir sürede evde sağlık hizmeti aldığı tespit edilmiştir. 822 günlük hizmet süresiyle Konjenital Malformasyon, Deformasyon ve Kromozom Anomalileri (Q00-Q99) ve 813 günlük hizmet süresiyle Kas-İskelet ve Bağ Dokusu Hastalıkları (M00-M99) tanılarında sahip hastaların en uzun süreyle evde sağlık hizmetleri kapsamında takip edildiği tespit edilmiştir. Şekil 2'de ICD-10 kod gruplarına göre frekans ve ortalama hizmet süreleri grafik halinde gösterilmiştir.

Şekil 2. ICD Kodlara Göre Tanıların Frekans ve Ortalama Hizmet Süresi Grafiği



Hastaların tanıları incelendiğinde Evde Sağlık Hizmetleri kapsamında hem uzun süreli bakıma ihtiyaç duyduğu düşünülen hem de reversible hastalıklar sınıfına giren tanılarına dâhil olan hastalara ev egzersizi uygulanmasıyla, bu araştırma çerçevesinde hedeflenen çıktılar destekler nitelikte istatistiklerin elde edilmiş olduğu görülmektedir. Şekil 3'te ICD-10 tanı gruplarına göre hasta sayıları pasta grafiğiyle gösterilmiştir.

Şekil 3. Evde Egzersiz Programı Uygulanabilecek Tanılar



## 5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Çalışmada elde edilen bulgulara göre; araştırma örnekleminin %53,7'si kadın ve %46,3'ünün erkeklerden oluştuğu tespit edilmiştir. Hizmet alan hastaların yaş ortalaması ve standart sapması  $66,3 \pm 28,7$ 'tür. Hastaların en az ortalama 2 tanıya sahip olduğu ve aldıkları hizmet sürelerinin ortalama 581 gün olduğu tespit edilmiştir. Hastaların %26,29'unun Dolaşım Sistemleri Hastalıkları (I00-I99), %23,83'ünün Akıl ve Davranış Bozuklukları (F00-F99), %11,61'inin ise Kas-İskelet ve Bağ Dokusu Hastalıkları (M00-M99) tanı grubunda değerlendirildiği tespit edilmiştir.

2015 yılında evde ölen Malaga nüfusu üzerinde gerçekleştirilen kesitsel çalışmada; ortalama yaş 78,6, en sık görülen hastalıklar; kanser (%61,9), demans ve alzheimer (%19,9), kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) (%6,2) ve kalp yetmezliği (%4,1) olarak tespit edilmiştir. Cinsiyete göre, erkekler kanser tanılarını ve kadınlar ise demans tanısını görece daha fazla almıştır (Gümüş ve Sarıbaş, 2016; Martínez vd., 2018). Literatür incelendiğinde evde sağlık hizmeti alan hastaların yaş ortalamaları ve cinsiyet özellikleri arasında bir paralellik olduğu

gözlemlenmiş fakat hastaların sahip oldukları tanılar açısından farklılıkların olduğu görülmüştür. Söz konusu farklılığın toplulukların farklı kültürel, toplumsal ve çevresel yapılarından ve hastalığa yatkın olma durumlarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Her yıl 4 milyondan fazla yetişkinin yoğun bakım ünitesinde kaldıktan sonra hayatta tutunduğu ve birçoğunun yeni veya kötüleşen fiziksel sakatlık, zihinsel sağlık sorunları ve/veya yoğun bakım sonrası sendromu (PICS) olarak bilinen bilişsel bozukluklar yaşadığı tahmin edilmektedir. Kritik hastalıktan sonra fiziksel bozuklukların yaygınlığı ve büyüklüğü göz önüne alındığında, birçok kişi hastaneden taburcu olduktan sonra fizyoterapist hizmetlerinden yararlanabilmektedir (Smith vd., 2020). Literatür bilgisine paralel olarak çalışmada; %26,29'luk dilimde yer alan Dolaşım Sistemi Hastalıkları (I00-I99), %11,61'lik dilimde yer alan Kas-İskelet ve Bağ Dokusu Hastalıkları (M00-M99), %5,05'lik dilimde yer alan Yaralanma, Zehirlenme ve Dış Nedenlere Bağlı Diğer Durumlar (S00-T98) ve %1,08'lik dilimde yer alan Konjenital Malformasyon, Deformasyon ve Kromozom Anomalileri (Q00-Q99) olmak üzere toplam örneklemin %44,03'ü Evde Temelli Rehabilitasyon uygulamalarına aday olabileceği tespit edilmiştir.

Çalışmada, kadınlarda “yerleşmiş dönem” olarak değerlendirilen 3 yıl ve daha fazla takip edilen dönemin erkeklere göre daha fazla olduğu, uzun ömürlü hastaların diğer hasta gruplarına göre daha fazla frekansta yerleşmiş dönem içerisinde olduğu, 1 ile 3 hastalık tanısıyla değerlendirilen hastaların diğer gruplara göre daha yüksek frekansla plato dönemi içerisinde olduğu tespit edilmiştir. Plato dönemindeki hastalar (%50,7) ve Yerleşmiş dönemdeki hastaların (%14,7) fazla olması ve bu hastaların uzun süreli bakım ihtiyacı göz önüne alındığında ev temelli rehabilitasyona ciddi anlamda ihtiyaç duyacağı ve ev temelli rehabilitasyonun önemi ve gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Ev temelli rehabilitasyonun etkinliği değerlendirildiğinde bu çalışmayı destekleyen nitelikte aşağıda detaylı olarak belirtilen çalışmalara ulaşılmıştır;

- Wu ve diğerleri (2018) tarafından yapılan, 87 hastayı içeren dokuz randomize kontrol araştırmasını içeren bir meta-analiz çalışmasında; evde yapılan rehabilitasyonun hareketliliği önemli ölçüde iyileştirdiği bulunmuştur. Meta-analizin sonuçları, ev tabanlı rehabilitasyonun kalça kırığı sonrası fiziksel işlevsellik üzerinde önemli olumlu etkilerinin olduğunu göstermiştir. Bu nedenle kalça kırığı için evde rehabilitasyon önerilmiştir.
- Lopez-Liria ve diğerleri (2015) tarafından yapılan bir çalışmada; evde veya hastane ortamında sunulan rehabilitasyon tedavilerinin eşit derecede etkili olduğu gösterilmiştir.
- Chen ve diğerleri (2018) tarafından yapılan bir çalışmada; ev tabanlı kardiyak rehabilitasyon, fonksiyonel kapasite ve yaşam kalitesi açısından en iyi sonuçlar sağladığı ve 90 gün içinde yeniden hastaneye yatış oranını azalttığı tespit edilmiştir.

Bu çalışmanın odak noktasında yer alan sağlık tesisi dışında, kişilerin yaşam ortamlarından tanı gruplarına göre rehabilite edilmesiyle elde edilecek olumlu çıktılar ve evde rehabilitasyon uygulamalarına duyulan ihtiyaç, araştırmacıları konuyu farklı açılardan ele almaya yönlendirmiştir.

- Sheehy ve diğerleri (2019) tarafından yapılan çalışmada; Deney grubundaki katılımcılara, ayakta denge, adım atma, uzanma, güçlendirme ve hafif aerobik kondisyon için rehabilitasyon egzersizleri yapmak için ev tabanlı Sanal Gerçeklik ile Terapi (VRT) kullanılabileceği gösterilmiştir.
- Lonsdale ve diğerleri (2017) tarafından yapılan çalışmada; Fizyoterapistler için iletişim becerileri eğitiminin hasta uyumu üzerinde kısa vadeli olumlu etkileri olduğu, bu eğitim, davranış değişikliği için motivasyonel bir temel sağlayabilir ve uyumu teşvik etmek için karmaşık müdahalelerde yararlı bir bileşen olabileceği gösterilmiştir.

Bu çalışma kapsamında değerlendirilen evde sağlık hizmeti ile bütünleşmiş bir evde rehabilitasyon sistematığının gelecek projeksiyonda daha fazla önemseneceği literatür ile sabittir. Konu ile ilgili olarak literatürün genişlediği, farklı bakış açılarıyla ele alınmaya başlandığı ve araştırmacılarla daha fazla irdeleneceği tahmin edilmektedir. Bu bakımdan Diyarbakır ili özelinde evde sağlık hizmeti alan bireylerin demografik özellikleri ve tanı gruplarının istatistiksel olarak ortaya konması çalışmanın özgün yanını ve değerinin ortaya koymaktadır. Evde Sağlık Hizmetlerinin bu hastalık yükü ve talebiyle baş edilebilmesi için multidisipliner yaklaşımlara ihtiyacı vardır. Genel olarak immobil ve yarı bağımlı hastaların uzun süreli bakımını üstlenen evde sağlık hizmetleri ile ilgili olarak 11 yıllık

veriler incelenmiş ve FTR uygulamalarından fayda görebilecek, sağlık tesislerine başvuru oranını düşürebilecek, hastalık yükünü hafifletecek, erken evrede hastaların sosyal yaşamlarına dönebilmesini hızlandırabilecek ev temelli rehabilitasyona gerek duyulduğu tahmin edilmiştir. Mevcut evde sağlık hizmeti sunan ekiplere yardımcı olabilecek özelleşmiş bir rehabilitasyon ekibinin oluşturulmasıyla hedeflenen olumlu çıktılara ulaşılacağı öngörülmektedir.

Uzun rehabilitasyon süreci kamudaki ve özel sektördeki sağlık kuruluşları ile, hasta ve yakınlarına ekonomik yük oluşturmaktadır. Sağlık Bakanlığının evde sağlık hizmetleri yönetmeliği ile evde rehabilitasyon hizmetleri verilmesine olanak tanınmıştır. Evde rehabilitasyon hizmetleri ile yaşlı veya yatağa bağımlı, ihtiyacı olan bireylerin muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyonlarının evinde ve aile ortamında sağlanması, bu kişilere ve aile bireylerine sosyal ve psikolojik destek hizmetlerinin bir bütün olarak birlikte verilmesi, ekonomik yükün azaltılması, bireyin çevreye katılımını artırmak amaçlanmaktadır.

Özel hastaneler, özel evde sağlık merkezleri ve kamu hastanelerinin evde sağlık birimleri evde rehabilitasyon hizmeti sunumunda yer almaktadır. Özel sektör sağlık kuruluşları bünyelerinde ilgili mevzuata göre evde bakım merkezleri birimleri oluşturmaktadır. Bu birimlerde mutlaka bireyin ilk aşamada değerlendirilmesinde ve programının oluşturulmasında FTR hekimi, programının uygulanmasında fizyoterapist, bireyin sağlık bakımını sağlayacak bir hemşire bulunmalıdır. Özel sağlık kuruluşlarında evde bakım hizmetlerinin oluşturulması kamu sağlık kuruluşlarının yükünü hafifletmesi, daha çok bireye daha hızlı ulaşımının sağlanmasında önemli katkılar sağlayacak olup, bu konuda özel sağlık kuruluşlarının daha çok teşvik edilip desteklenmesi, özel sağlık sigortalarının evde rehabilitasyon hizmetlerini ödeme kapsamına daha fazla alması için gerekli adımlar atılması gerekmektedir.

#### YAZARLARIN BEYANI

**Katkı Oranı Beyanı:** Yazarlar çalışmaya eşit oranda katkı sağlamıştır.

**Destek ve Teşekkür Beyanı:** Çalışmada herhangi bir kurum ya da kuruluştan destek alınmamıştır.

**Çatışma Beyanı:** Çalışmada herhangi bir potansiyel çıkar çatışması söz konusu değildir.

#### KAYNAKÇA

- Brauner, D., Werner, R. M., Shippee, T. P., Cursio, J., Sharma, H. ve Konetzka, R. T. (2018). Does nursing home compare reflect patient safety in nursing homes? *Health Affairs*, 37(11), 1770-1778.
- Brian Cassel, J., Kerr, K. M., McClish, D. K., Skoro, N., Johnson, S., Wanke, C. ve Hoefler, D. (2016). Effect of a home-based palliative care program on healthcare use and costs. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(11), 2288-2295.
- Chen, Y. W., Wang, C. Y., Lai, Y. H., Liao, Y. C., Wen, Y. K., Chang, S. T., ... ve Wu, T. J. (2018). Home-based cardiac rehabilitation improves quality of life, aerobic capacity, and readmission rates in patients with chronic heart failure. *Medicine*, 97(4).
- Coughlin, J. F., Pope, J. E. ve Leedle Jr, B. R. (2006). Old age, new technology, and future innovations in disease management and home health care. *Home Health Care Management ve Practice*, 18(3), 196-207.
- Deaver, G. G. (1919). Physical training of the wounded in Egypt. *Physical Training*, 16(4), 723-730.
- DeLisa, J. A., Martin, G. A. ve Currie, D. M. (1993). Rehabilitation medicine: past, present, and future. In: DeLisa JA and Gans B, editors. *Rehabilitation medicine: Principles and practice*. Philadelphia: JB Lippincott Co.
- Dostálová, V., Bártová, A., Bláhová, H. ve Holmerová, I. (2022). The experiences and needs of frail older people receiving home health care: A qualitative study. *International Journal of Older People Nursing*, 17(1), e12418.

- Faronbi, J., Ajadi, A. ve Gobbens, R. (2020). Associations of chronic illnesses and socio-demographic factors with health-related quality of life of older adults in Nigeria: A cross-sectional study. *Ghana Medical Journal*, 54(3), 164-172.
- Flaatten, H., De Lange, D. W., Morandi, A., Andersen, F. H., Artigas, A., Bertolini, G., ... ve VIP1 Study Group. (2017). The impact of frailty on ICU and 30-day mortality and the level of care in very elderly patients ( $\geq 80$  years). *Intensive Care Medicine*, 43, 1820-1828.
- Gümüş, R. ve Sarıbaş, S. (2016). Utilization of home health care services provided by government among elderly individuals between 2010 and 2015 in Diyarbakır, Turkey. *Turkish Journal of Geriatrics/Türk Geriatri Dergisi*, 19(3).
- Gümüş, R. ve Sarıbaş, S. (2017). Diyarbakır ili ve ilçelerinde 2015 yılında sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerin sunduğu evde bakım hizmetlerinin değerlendirilmesi. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 3(1), 17-27.
- Han, R. H., Schmidt, M. N., Waits, W. M., Bell, A. K. ve Miller, T. L. (2020). Planning for mental health needs during COVID-19. *Current Psychiatry Reports*, 22, 1-10.
- Hotta, A. (2015). Home rehabilitation. *Japan Medical Association*, 1(58), 40-43.
- Jnr, G. A. (2011). The effect of multidisciplinary team care on cancer management. *Pan African Medical Journal*, 9(1).
- Koukourikos, K., Georgopoulou, A., Kourkouta, L. ve Tsaloglidou, A. (2019). Benefits of animal assisted therapy in mental health. *International Journal of Caring Sciences*, 12(3), 1898-1905.
- Kurt, M. E., Çemberlitaş, İ. ve Şen, M. A. (2019). Evde sağlık hizmetleri birimi tarafından sunulan hizmetlerin sosyal devlet olma ilkesi açısından incelenmesi. *Dicle Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 9(18), 306-318.
- Leonardi, M. ve Fheodoroff, K. (2021). Goal setting with ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) and multidisciplinary team approach in stroke rehabilitation. *Clinical Pathways in Stroke Rehabilitation: Evidence-based Clinical Practice Recommendations*, 35-56.
- Lonsdale, C., Hall, A. M., Murray, A., Williams, G. C., McDonough, S. M., Ntoumanis, N., ... ve Hurley, D. A. (2017). Communication skills training for practitioners to increase patient adherence to home-based rehabilitation for chronic low back pain: results of a cluster randomized controlled trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 98(9), 1732-1743.
- López-Liria, R., Padilla-Góngora, D., Catalan-Matamoros, D., Rocamora-Pérez, P., Pérez-de la Cruz, S. ve Fernández-Sánchez, M. (2015). Home-based versus hospital-based rehabilitation program after total knee replacement. *BioMed Research International*, 2015.
- Martínez Ríos, I., López Alonso, S. R., Martín Caravante, S., Morales Infante, L., Soriano Ruiz, S. I. ve Martínez García, A. I. (2018). Prevalencia y tipología de pacientes susceptibles de cuidados paliativos fallecidos en el domicilio. In *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* 41 (3), 321-328.
- Martínez, F. M., Farré, G. F., ve Andreu, E. L. (Eds.). (2014). *Rehabilitación domiciliaria: Principios, indicaciones y programas terapéuticos*. Elsevier España.
- Patel, A. A., Woodrell, C., Ufere, N. N., Hansen, L., Tandon, P., Verma, M., ... ve Palliative Care Education, Advocacy, and Research in Liver Disease (PEARL) Workgroup and the AASLD Public Health/Healthcare Delivery Special Interest Group (SIG). (2021). Developing priorities for palliative care research in advanced liver disease: a multidisciplinary approach. *Hepatology Communications*, 5(9), 1469-1480.



- Piotrowicz, E., Baranowski, R., Bilinska, M., Stepnowska, M., Piotrowska, M., Wójcik, A., ... ve Piotrowicz, R. (2010). A new model of home-based telemonitored cardiac rehabilitation in patients with heart failure: effectiveness, quality of life, and adherence. *European journal of heart failure*, 12(2), 164-171.
- Riffin, C., Van Ness, P. H., Wolff, J. L. ve Fried, T. (2019). Multifactorial examination of caregiver burden in a national sample of family and unpaid caregivers. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67(2), 277-283.
- Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü. (2022). *Evde sağlık hizmeti erişim*. <https://khgmozellikli.saglik.gov.tr/svg/evde.php> adresinden 11 Ocak 2022 tarihinde alınmıştır.
- Sağlık Bakanlığı. (2015). *Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşları tarafından evde sağlık hizmetlerinin sunulmasına dair yönetmelik*. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/02/20150227-14.htm> adresinden 25 Mayıs 2022 tarihinde alınmıştır.
- Sheehy, L., Taillon-Hobson, A., Sveistrup, H., Bilodeau, M., Yang, C., Welch, V., ... ve Finestone, H. (2019). Home-based virtual reality training after discharge from hospital-based stroke rehabilitation: A parallel randomized feasibility trial. *Trials*, 20(1), 1-9.
- Smith, J. M., Lee, A. C., Zeleznik, H., Coffey Scott, J. P., Fatima, A., Needham, D. M. ve Ohtake, P. J. (2020). Home and community-based physical therapist management of adults with post-intensive care syndrome. *Physical Therapy*, 100(7), 1062-1073.
- Stavarache, I. E., Buculei, I., Cernomaz, A., Vicol, C., Dabija, R. A. C. ve Trofor, A. C. (2022). Role of pulmonary rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease - a historical perspective. *Medicine and Pharmacy Reports*, 95(4), 475-485.
- Türkiye Rehberi. (2022). *Dişarbakır Haritası*. <https://www.turkiye-rehberi.net/diyarbakir-haritasi.asp> adresinden 4 Haziran 2022 tarihinde alınmıştır.
- Vega-Ramírez, F. A., López-Liria, R., Granados-Gómez, G., Aguilar-Parra, J. M. ve Padilla-Góngora, D. (2017). Analysis of home-based rehabilitation in patients with motor impairment in primary care: A prospective observational study. *BMC Geriatrics*, 17(1), 1-8.
- Verhaegh, K. J., MacNeil-Vroomen, J. L., Eslami, S., Geerlings, S. E., de Rooij, S. E. ve Buurman, B. M. (2014). Transitional care interventions prevent hospital readmissions for adults with chronic illnesses. *Health affairs*, 33(9), 1531-1539.
- WHO. (2017). *Europe Home Care in Europe Report*. [https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0005/96467/E91884.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/96467/E91884.pdf) adresinden 12 Mart 2023 tarihinde alınmıştır.
- WHO. (2019). *World population ageing*. <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Highlights.pdf> adresinden 12 Mart 2023 tarihinde alınmıştır.
- World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean. (2015). *The growing need for home health care for the elderly: home health care for the elderly as an integral part of primary health care services*. World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean.
- Wu, D., Zhu, X. ve Zhang, S. (2018). Effect of home-based rehabilitation for hip fracture: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of rehabilitation medicine*, 50(6), 481-486.