



**T.C.**

**SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**EVDE SAĞLIK HİZMETLERİNDEN HASTALARIN VE HASTA  
YAKINLARININ BEKLENTİ VE MEMNUNİYET DÜZEYLERİNİN  
BELİRLENMESİNE YÖNELİK BİR ALAN ÇALIŞMASI**

**MÜRSEL TİRGİL  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI**

**SIVAS  
2018**

**T.C.**  
**CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**EVDE SAĞLIK HİZMETLERİNDEN HASTALARIN VE HASTA  
YAKINLARININ BEKLENTİ VE MEMNUNİYET DÜZEYLERİNİN  
BELİRLENMESİNE YÖNELİK BİR ALAN ÇALIŞMASI**

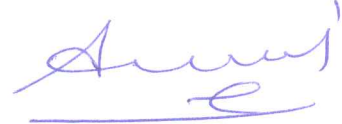
**MÜRSEL TİRGİL**  
**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI**  
**TEZ DANIŞMANI: Dr. Öğr. Üyesi ÜMİT NALDÖKEN**

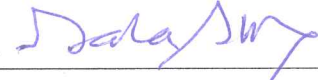
**SİVAS**  
**2018**

**“Evde Sağlık Hizmetlerinden Hastaların ve Hasta Yakınlarının Beklenti ve Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesine Yönelik Bir Alan Çalışması”** adlı **Yüksek Lisans** Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Sağlık Yönetimi** Ana Bilim Dalında **Yüksek Lisans** tezi olarak kabul edilmiştir.

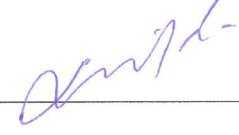
Başkan Dr. Öğr. Üyesi Ahmet İLHAN



Üye Dr. Öğr. Üyesi Enis Baha BİÇER



Üye (Danışman) Dr. Öğr. Üyesi Ümit NALDÖKEN



ONAY

Bu tez çalışması, 05.06.2018 tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Zübeyda AKIN POLAT  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
MÜDÜRÜ

Bu tez, Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 18.02.2015 tarihli ve 4/4 sayılı kararı ile kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna göre hazırlanmıştır.

## TEŞEKKÜR

Tez çalışmam boyunca bilgi ve deneyimleriyle benden desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, her zaman yanımda olan tez danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Ümit NALDÖKEN hocama sonsuz teşekkürlerimi sunarım. Lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca ders aldığım bölüm hocalarıma teşekkür ederim.

Eğitim hayatım boyunca sabırla maddi ve manevi her türlü desteğiyle arkamda duran babam Tufan TİRGİL'e annem Sebahat TİRGİL'e ve abim Şenol TİRGİL'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Çalışmamdaki analizlere desteğiyle yanımda olan arkadaşım Arş. Gör. Şenol DEMİRCİ'ye teşekkür ederim. Tez sürecim boyunca benden desteğini esirgemeyen ve beni her zaman motive eden Elif ÖZTÜRKMEN'e, anket çalışmamda bana destek olan Serdar ÇİKOT ve Mustafa Bora GÜRBÜZ'e, tezi yazarken tablo yapımında Ofis programları açısından bilgisiyle bana destek olan Alperen GÜNEŞ'e ve sabırla bu süreçte bana katlanan ailesine teşekkür ederim.

# İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
TEŞEKKÜR .....	ii
İÇİNDEKİLER .....	i
ŞEKİL LİSTESİ.....	iv
TABLO LİSTESİ.....	v
KISALTMALAR DİZİNİ .....	vii
ABSTRACT .....	x
GİRİŞ .....	1
<b>1. SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİ.....</b>	<b>3</b>
1.1. SAĞLIĞIN TANIMI .....	3
1.2. SAĞLIĞIN BELİRLEYİCİLERİ .....	4
1.2.1. Çevre .....	4
1.3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN TANIMI .....	6
1.3.1.Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	7
1.3.1.1.Sağlık Hizmetlerinin Sunumuna Göre Sınıflandırılması .....	7
1.3.1.1.1.Sevk Zinciri Yöntemi İle Sağlık Hizmetleri Sunumu .....	7
1.3.1.1.2.Serbest Başvuru Yöntemi İle Sağlık Hizmetlerinin Sunumu .....	8
1.3.1.2.Amaçlarına Göre Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	8
1.3.1.2.1.Koruyucu Sağlık Hizmetleri .....	9
1.3.1.2.1.1.Kişiyeye Yönelik Koruyucu Hizmetler .....	11
1.3.1.2.1.2.Çevreye Yönelik Koruyucu Hizmetler .....	11
1.3.1.2.1.2.1. Primer Koruma.....	12
1.3.1.2.1.2.2. Sekonder Koruma .....	12
1.3.1.2.1.2.3. Tersiyer Koruma .....	12
1.3.1.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri .....	12
1.3.1.2.2.1.Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri.....	13
1.3.1.2.2.2.İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri .....	15
1.3.1.2.2.3.Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri .....	15
1.3.1.2.3.Rehabilitasyon Hizmetleri.....	15
1.3.1.2.3.1.Tıbbi Rehabilitasyon .....	16
1.3.1.2.3.2.Sosyal Rehabilitasyon.....	16
1.3.1.2.4.Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri.....	16
<b>2.SAĞLIK SİSTEMİ VE TÜRK SAĞLIK SİSTEMİ .....</b>	<b>17</b>

2.1.Sağlık Sisteminin Unsurları .....	18
<b>3.TÜRK SAĞLIK SİSTEMİ .....</b>	<b>21</b>
3.1.Türk Sağlık Sisteminin Tarihi.....	22
3.1.1. 1920-1938 Dönemi Türk Sağlık Sistemi.....	22
3.1.2. 1939-1960 Dönemi Türk Sağlık Sistemi.....	23
3.1.3. 1961-1980 Dönemi Türk Sağlık Sistemi.....	24
3.1.4. 1981-Günümüze Dönemi Türk Sağlık Sistemi .....	25
4.1.Evde Sağlık Hizmetlerinin Tanımı .....	28
4.2.Evde Sağlık Hizmetinin Kapsamı .....	29
4.3.Evde Sağlık Hizmeti Gerektiren Sağlık Sorunları .....	30
4.4.Evde Sağlık Hizmetleri Adı Altında Sunulan Hizmetler .....	31
4.5.Sağlık Hizmeti Sunumu Açısından Evde Sağlık Hizmetleri.....	31
4.5.1.Evde Koruyucu Sağlık Hizmetleri .....	31
4.5.2. Evde Tanı Koyucu Sağlık Hizmetleri .....	32
4.5.3. Evde Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	32
4.5.4. Evde Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri.....	32
4.5.5. Evde Uzun Süreli Sağlık Hizmeti .....	33
4.5.6. Evde Terminal Dönem Hasta Bakımı .....	33
4.6.Evde Sağlık Hizmetleri Sunan Kuruluşlar .....	34
4.6.1.Resmi Kuruluşlar.....	34
4.6.2.Gönüllü Kuruluşlar.....	35
4.6.3.Özel Kuruluşlar .....	35
4.7. Evde Sağlık Hizmetlerine Başvuru.....	36
4.8. Evde Sağlık Hizmetlerinin Çalışma Usul Ve Esasları .....	36
4.9. Evde Sağlık Hizmetlerinde Konsültasyon .....	37
4.11. Evde Sağlık Hizmetleriyle İlgili Kayıtların Tutulması .....	38
4.12. Evde Sağlık Hizmetinin Sunumunda Uyulması Gereken İlkeler.....	38
4.13. Evde Sağlık Hizmetinin Sonlandırılması .....	38
4.14. Evde Sağlık Hizmetlerinde Sağlık Personelinin Eğitimi .....	39
4.15. Evde Sağlık Hizmetlerinde Karşılaşılan Sorunlar.....	40
4.16. Evde Sağlık Birimleri Ve Bu Birimlerin Açılıp Kapatılması .....	42
4.16.1. T Tipi Evde Sağlık Hizmet Birimleri .....	42
4.16.2. H Tipi Evde Sağlık Hizmet Birimleri.....	42
4.16.3. D tipi Evde Sağlık Hizmet Birimleri.....	42
<b>5. EVDE SAĞLIK HİZMETLERİNE TARİHSEL BAKIŞ .....</b>	<b>44</b>
<b>6. TÜRKİYE’DE EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ .....</b>	<b>46</b>

<b>7. EVDE BAKIM HİZMETLERİ .....</b>	<b>49</b>
7.1. Kısa Süreli Evde Bakım Hizmetleri.....	51
7.2. Uzun Süreli Evde Bakım Hizmetleri .....	51
7.3. Evde Bakım Hastasının Ailesi .....	51
7.4. Evde Bakım Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	52
<b>8. HASTA MEMNUNİYETİ.....</b>	<b>54</b>
8.1. Hasta Hizmetlerinde Müşteri .....	54
8.1.1. İç Müşteriler .....	54
8.1.2. Dış Müşteri.....	54
8.2. Hasta Memnuniyetinin Tanımı .....	54
8.3. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler .....	56
8.3.1. Hastaya İlişkin Faktörler.....	56
8.3.2. Hizmet Verenlere İlişkin Faktörler .....	56
8.3.3. Çevresel veya Kurumsal Faktörler.....	57
<b>9. EVDE SAĞLIK HİZMETLERİNDE HASTA MEMNUNİYETİ.....</b>	<b>58</b>
<b>10. EVDE SAĞLIK HİZMETLERİNDEN HASTALARIN VE HASTA YAKINLARININ BEKLENTİ VE MEMNUNİYET DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİNE YÖNELİK BİR ALAN ÇALIŞMASI.....</b>	<b>59</b>
10.1. Araştırmanın Konusu .....	59
10.2. Araştırmanın Amacı.....	59
10.3. Araştırmanın Önemi.....	59
10.4. Veri Toplama Aracı .....	59
10.5. Araştırmanın Evreni Ve Örnekleme .....	60
10.6. Araştırmanın Hipotezleri.....	61
10.7. İstatistiksel Yöntem .....	61
10.8. Araştırmanın Bulguları .....	61
Evde Sağlık Hizmeti Alan Hasta Ve Hasta Yakınlarının Demografik Özellikleri .....	62
<b>11. TARTIŞMA .....</b>	<b>77</b>
<b>12. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>80</b>
<b>13. KAYNAKLAR .....</b>	<b>86</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>94</b>
Ek 1. Anket Formu.....	94
Ek 2: .....	99
Ek 3: .....	101
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>103</b>



## ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa No

Şekil 1. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması ..... 9



## TABLO LİSTESİ

	<b>Sayfa No</b>
Tablo 1. Araştırmaya Katılan Hastaların Demografik özelliklerine göre Dağılımı .....	62
Tablo 2 Araştırmaya Katılan Hasta Yakınlarının Demografik Özellikleri .....	63
Tablo 3 Araştırmaya Katılan Hastaların İlaçla İlgili Bilgi Düzeyleri .....	64
Tablo 4 Başvuru Şekli ve Değerlendirme Süreci.....	65
Tablo 5 Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Cinsiyetlerine Göre Beklenti Ve Memnuniyet Toplam Puanlarının Karşılaştırılması.....	66
Tablo 6 Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Yaşa Göre Beklenti Ve Memnuniyet Toplam Puanlarının Karşılaştırılması .....	66
Tablo 7 Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Medeni Duruma Göre Beklenti Ve Memnuniyet Toplam Puanlarının Karşılaştırılması.....	66
Tablo 8 Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Beklenti Ve Memnuniyet Toplam Puanlarının Karşılaştırılması .....	67
Tablo 9 Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Evde Sağlık Hizmeti Alma Süresine Göre Beklenti Ve Memnuniyet Toplam Puanlarının Karşılaştırılması .....	68
Tablo 10 Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Rahatsızlıklarına Göre Beklenti Ve Memnuniyet Toplam Puanlarının Karşılaştırılması.....	69
Tablo 11 Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Yakınlarının Cinsiyetlerine Göre Beklenti Ve Memnuniyet Toplam Puanlarının Karşılaştırılması .....	69
Tablo 12 Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Yakınlarının Yaşlarına Göre Beklenti Ve Memnuniyet Toplam Puanlarının Karşılaştırılması .....	70
Tablo 13 Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Yakınlarının Medeni Durumlarına Göre Beklenti Ve Memnuniyet Toplam Puanlarının Karşılaştırılması.....	70
Tablo 14 Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların yakınlarının Hasta İle Birlikteliklerine Göre Beklenti Ve Memnuniyet Toplam Puanlarının Karşılaştırılması .....	71
Tablo 15 Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Yakınlarının Kronik Hastalıklarının Olma Durumuna Göre Beklenti Ve Memnuniyet Toplam Puanlarının Karşılaştırılması .....	71
Tablo 16 Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Yakınlarının Eğitim Durumlarına Göre Beklenti Ve Memnuniyet Toplam Puanlarının Karşılaştırılması.....	72
Tablo 17. Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Yakınlarının Mesleklerine Göre Beklenti Ve Memnuniyet Toplam Puanlarının Karşılaştırılması .....	72
Tablo 18. Evde Sağlık Hizmeti Alan “Hasta Hastalığını Biliyor Mu?” Sorusuna Göre Beklenti Ve Memnuniyet Toplam Puanlarının Karşılaştırılması.....	73
Tablo 19. Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların “Hasta İlaçlarını Biliyor Mu?” Sorusuna Göre Beklenti Ve Memnuniyet Toplam Puanlarının Karşılaştırılması .....	73
Tablo 20 Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların “Hasta İlaçların Kullanım Saatlerini Biliyor Mu?” Sorusuna Göre Beklenti Ve Memnuniyet Toplam Puanlarının Karşılaştırılması	73

Tablo 21. Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların ve Yakınlarının Evde Sağlık Hizmetini Nereden Öğrendiği Durumlarına Göre Beklenti Ve Memnuniyet Toplam Puanlarının Karşılaştırılması .....	74
Tablo 22. Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların ve Yakınlarının Evde Sağlık Hizmetine Başvuru Yöntemine Göre Beklenti Ve Memnuniyet Toplam Puanlarının Karşılaştırılması .....	74
Tablo 23. Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların ve Yakınlarının Evine İlk Başvurudan Kaç Gün Sonra Gelindiğine Dair Beklenti Ve Memnuniyet Toplam Puanlarının Karşılaştırılması .....	75
Tablo 24. Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların ve Yakınlarının Evine İlk Başvurudan Kaç Gün Sonra Hizmet Alınmaya Başlandığına Dair Beklenti Ve Memnuniyet Toplam Puanlarının Karşılaştırılması .....	76



## KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	:Amerika Birleşik Devletleri
ADSM	:Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi
AHB	:Aile Hekimliği Birimleri
ASM	:Aile Sağlığı Merkezi
BAĞ-KUR	:Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu
DSÖ	:Dünya Sağlık Örgütü
GSM	:Global System For Mobile Communications(Mobil İletişim İçin Küresel Sistem)
GSS	:Genel Sağlık Sigortası
HIV/AIDS	:Edinilmiş İmmün Yetmezlik Sendromu
KOAH	:Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
OECD	:Organisation For Economic Co-Operation And Development (Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü)
SGK	:Sosyal Güvenlik Kurumu
TBMM	:Türkiye Büyük Millet Meclisi
TSM	:Toplum Sağlığı Merkezi

## ÖZET

### EVDE SAĞLIK HİZMETLERİNDEN HASTALARIN VE HASTA YAKINLARININ BEKLENTİ VE MEMNUNİYET DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİNE YÖNELİK BİR ALAN ÇALIŞMASI

Mürsel Tirgil

Yüksek Lisans Tezi

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Danışman Dr. Öğr. Üyesi Ümit NALDÖKEN

2018, 120 sayfa

Bu çalışma evde sağlık hizmeti alan hasta ve bu hastaların yakınlarının aldıkları hizmet hakkında beklenti ve memnuniyetlerinin ölçülmesi amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı nitelikte olan bu araştırma Eylül 2017-Aralık 2017 tarihleri arasında Sivas il merkezinde evde sağlık hizmeti alan ve Sivas Kamu Hastaneler Birliği'ne bağlı olan Evde Sağlık Hizmeti Koordinasyon Merkezi'ne kayıtlı 1204 hastanın örneklem büyüklüğü hesaplanarak 303 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Elde edilen verilerin analizleri SPSS 23.00 programında yapılmış olup sonuçlar ortalama ve yüzde olarak ifade edilmiştir.

Araştırma kapsamında hastaların cinsiyete göre beklenti ve memnuniyetleri karşılaştırıldığında aralarındaki farklılık önemli bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Medeni durum için aynı karşılaştırılma yapıldığında beklenti önemli çıkmıştır ( $p<0,05$ ). Eğitim durumlarında karşılaştırma yapıldığında beklenti ve memnuniyet toplam puanları arasındaki farklılıklar önemli bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Sağlık güvencesinde memnuniyet toplam puanları arasındaki farklılıklar önemlidir. Evde sağlık hizmeti alma sürelerinin beklenti ve memnuniyet toplam puanlarının karşılaştırıldığında aralarındaki farklılıklar önemli bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Araştırma kapsamındaki hasta yakınlarının cinsiyete göre beklenti toplam puanları karşılaştırıldığında aralarındaki farklılıklar önemli bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Medeni durumlarının beklenti ve memnuniyet puanları önemli bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Hastayla birliktelik beklenti toplam puanları karşılaştırıldığında aralarındaki farklılık önemlidir ( $p<0,05$ ). Eğitim durumları memnuniyet toplam puanları arasındaki farklılık önemlidir ( $p<0,05$ ). Meslek durumlarının memnuniyet toplam puanları arasındaki farklılık önemli bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Evde sağlık hizmetlerinin nereden öğrendiklerine dair beklenti toplam puanları karşılaştırıldığında aralarındaki farklılık önemlidir ( $p<0,05$ ). İlk başvurudan sonra hastanın evine ne zaman geldiğine dair beklenti ve memnuniyet toplam puanlarının karşılaştırılmasında aralarındaki farklılıklar önemlidir ( $p<0,05$ ). İlk

başvurudan sonra ne zaman hizmet alınmaya başlandığına dair memnuniyet ve beklenti toplam puanlarının karşılaştırılmasındaki aralarındaki farklılıklar önemli bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

**Anahtar Kelimeler:** Evde Sağlık Hizmetleri, Beklenti, Memnuniyet, Sivas



## **ABSTRACT**

### **A FIELD STUDY ON DETERMINATION OF THE EXPECTATIONS AND SATISFACTION LEVELS OF PATIENTS AND PATIENT RELATIVES FROM HOME HEALTH SERVICES**

Mürsel TIRGİL

Master's Thesis

Department of Health Management

Supervisor: Asistant Prof. Dr. Ümit NALDÖKEN

2018, 120 pages

This study was carried out in order to measure the expectation and satisfaction of the patients and relations of these patients receiving home health care services. This descriptive study included 303 patients, where the sampling size is calculated from the 1204 patients registered between the dates of September 2017 and December 2017 at the Sivas province Home Health Care Coordination Center, which is administered by Sivas Public Hospitals Association, the scope of Sivas province center and affiliated to the Sivas Public Hospitals Union. Analyses of the obtained data were made in SPSS for Windows 23.0 program and the results were expressed as mean and percentage.

When the expectations and satisfaction of the patients were compared the difference with respect to sex was found out to be significant ( $p < 0.05$ ). When the same comparison was made with respect to marital status, the expectation was seen to be significant ( $p < 0.05$ ). Differences between expectation and satisfaction total scores were found to be significant when the comparison was based on education levels ( $p < 0.05$ ). Differences in satisfaction scores in regard to health insurance are important. Differences between the expectation and satisfaction scores of home health care service reception time were found to be significant ( $p < 0.05$ ). The differences between the patient relatives' total expectation scores with respect to sex were found to be significant ( $p < 0.05$ ). Expectation and satisfaction scores in regard to marital status were found to be significant ( $p < 0.05$ ). The difference between the total scores of expectation and the time spent with the patients is significant ( $p < 0.05$ ). The difference between total satisfaction scores and education levels is significant ( $p < 0.05$ ). The difference between the satisfaction scores with respect to occupational statuses was seen to be significant ( $p < 0.05$ ). When compared based on where the home health services were first heard of, the difference between total expectation scores is significant ( $p < 0.05$ ). Differences in the comparison of expectation and satisfaction total scores regarding the time of visitation of patient's home after first admission are significant ( $p < 0.05$ ). Differences in

satisfaction and expectation total scores compared with respect to the time when the service was initiated after the first application were found to be significant ( $p < 0.05$ ).

**Keywords:** Home Health Care, Expectation, Satisfaction, Sivas







## GİRİŞ

Kamunun sunduğu hizmetler içinde yeri ayrı olan sağlık hizmetleri, vatandaşa yeterli şekilde verilmesi gereken başlıca hizmetlerden biridir. Sağlık hizmetleri görevinin yerine getirilmesinden sorumlu kamu kuruluşları olarak müşteri memnuniyetine büyük önem verilmesi gerekmektedir. Tüm işletmeler de olduğu gibi sağlık sektöründe de müşteri memnuniyeti sürekli arz edilecek şekilde sağlanmalıdır. Sağlık hizmetlerinde temel amaç, kaliteli hizmet vererek memnuniyeti sağlamak, bireyleri tedavi etmek ve onların yaşam kalitesini yükseltmektir (Coşkun, 2011).

Beklenen yaşam süresinin artmasıyla görülen hastaların sıklık derecesi de artmaktadır. Bu sebeple kronik hastalığı artan ve hayatı boyunca sağlık hizmeti alması gereken hasta sayısındaki artış gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde önemli bir sağlık sorunu haline gelmiştir (Karaman ve ark., 2015).

Evde sağlık hizmeti denince neredeyse tüm ülkelerde akla ilk olarak kronik rahatsızlıkları olan ve uzun süreli olarak bakıma ihtiyacı olan hastalara verilen sağlık hizmeti gelmektedir. Asıl anlamda “Evde Sağlık Hizmetleri”nin tanımı; hastanın konfor, fonksiyon ve sağlık durumunu eski haline ya da daha uygun duruma getirebilmek için hastaların gerekli ekipman ve sağlık hizmetlerinin evinde verilmesidir. Türkiye’de evde sağlık hizmetleri 2005 yılında yayınlanan Evde Sağlık Hizmetleri Hakkındaki Yönetmelikte; “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 tanımlanmıştır (Çubukçu ve Yazıcıoğlu, 2016).

Tarih boyunca dünyanın birçok ülkesinde, evde sağlık hizmetleri; eğitilmiş aileler, kiliseler, gönüllüler, sosyal yardım kuruluşları, darülaceze, kamu ya da özel hastaneler ya da sağlık merkezleri tarafından verilmiş ve halen daha da verilmeye devam edilmektedir (Işık ve ark., 2016).

Bu çalışmada evde sağlık hizmeti alan hasta ve hasta yakınlarının aldıkları bu hizmetlerden beklenti ve memnuniyetlerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Bu amaç doğrultusunda hazırlanan çalışma 4 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde sağlık ve sağlık hizmetlerinin tanımı yapılmıştır. Sağlık hizmetlerin çeşitleri açıklanmaya ve son olarak Türk Sağlık Sisteminden bahsedilmiştir. İkinci bölümde evde sağlık hizmetlerinin tanımı, kapsamı, çeşitleri vs. hakkında bilgiler açıklanmıştır.

Üçüncü bölümde araştırmaya ilişkin kapsamlı bilgiler ve yapılan araştırma analizleri neticesinde bulgulara yer verilmiştir. Dördüncü bölümde ise ortaya çıkan sonuçlar açıklanmaya çalışılmış ve bu sonuçlar çerçevesinde önerilere yer verilmiştir.



# 1. SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİ

## 1.1. SAĞLIĞIN TANIMI

Günümüzde sağlıklı olmak; hasta, hastanın ailesi ve toplumun sağlığını koruyup iyi olma halini sürdürmesi ve geliştirmesini sağlayacak sağlık çerçevesindeki bakım yaklaşımını öngörür (Genç ve ark., 2015). Buna göre; bireyin iyilik halini koruyup, bu durumu sürdürmesi ve geliştirmesi gibi davranışlar kazandırılıp kendi sağlığı hakkında doğru kararlar verebilmesini sağlamak amaçlanmıştır. Davranış kelimesi, bireyin bilerek veya bilmeden yaptıkları veya yapmaktan kaçındıkları eylemlerdir. Sağlık davranışı da; “Sağlık ve sağlık düzeyinin korunması, iyileştirilmesinde ve geliştirilmesindeki eylemlerdir” şeklinde bir tanım yapmak mümkündür (Beydağ ve ark., 2014).

Dünya sağlık örgütüne göre; “Sağlık, sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam iyilik halidir” (Özbaş, Özkan, 2010). Bu yüzden hastalığın tanımlanması sağlığın daha iyi anlaşılmasını sağlayacaktır. Başka bir tanımda Dünya Sağlık Örgütü (WHO) hastalık tanımının şöyle yapmıştır;” Hastalık, doku ve hücrelerde yapı ve fonksiyon yönünden normal olmayan değişikliklerin ortaya çıkardığı bir durumdur”, “Sağlık; yalnızca belirli bir toplumdaki fertlerin hastalık, sakatlık ve rahatsızlığının olmayışı değil, bunun yanında, o toplumdaki fertlerin zihinsel, ruhsal, fiziksel, ekolojik, ekonomik, kültürel, siyasal ve toplumsal bakımdan tam bir huzur, harmoni, denge, uyum ve iyilik içinde bulunma durumudur” şeklinde tanımlamıştır (Erdem, 2007).

Sadece fiziki yönden bireysel olarak değil toplumsal bir boyutunun da olduğunun kanıtı olarak görürüz (Sayım, 2015).

Sağlık, bir toplumun, aydınlanma, kendine yetebilir gücü olma, saygı ve itibar görme, haysiyet ve servet gibi ana değerlerdendir. Burada saydığımız maddeler gibi kişinin ve toplumun, talep edip teminini sağlayabilmek adına farklı yollara ve yöntemlere başvurabildiği, hatta devletten de destek ve üretim beklediği bir değerdir. Kamu sektöründe bu değerın dağılımı ve tahsisi için kararlar alınmasının en önemli vizyonlarından biri toplumsal sağlık temini veya sağlıklı bireyler ve toplum üretmekten geçer (Çarkoğlu, 2012).

Sağlığın fiziksel ruhsal kültürel ve toplumsal yönlerden oluşan çok boyutlu bir olgu olmasından dolayı, sağlık ve hastalığı tek bir boyutta karşıt taraflarda tanımlama

yanlış olur. Fiziksel hastalık toplumsal destekle dengelenirken, duygusal sorunlar fiziksel eşitlik olsa dahi eksiklik duygusuna sürükleyebilir. Bu boyutlar genellikle birbirini etkiler ve sağlıklı olmaya yönelik en etkin duygu bu boyutların bütünleşmesi ve dengelenmesiyle sağlanır. Her ülke ve toplumda sağlık üzerine kaynaklar, öncelikler, olanakların ve sorunların farklılık göstermesi sağlıktaki arzda, finansmanda, örgütlenme ve denetim gibi konularda da farklılık göstermesiyle karşılaşmamıza neden olmuş. Bu uygulamalara dair yaptırımı olmayan fakat etkililiği yüksek olan ve Birleşmiş Milletlerin Uluslar arası bir kuruluşu olan Dünya Sağlık Örgütüne(DSÖ)'ne Türkiye de üyedir. DSÖ her ülkeyi ilgilendiren uygulamalar hazırlayıp ülkelere neler yapılması gerektiğini bildirir (Erdem, 2007).

Dünya Sağlık Örgütü, 1958 yılında “2000 Yılında Herkes İçin Sağlık” hedefine ulaşmak amacıyla 1986 yılında Kanada'nın Ottawa şehrinde bir toplantı düzenleyerek “sağlığın geliştirilmesi” kavramını tanıtmıştır. Bu yapılan toplantıda DSÖ sağlığın geliştirilmesini, “insanların kendi sağlıklarını üzerindeki sorumlulukları artırarak sağlık düzeyini yükseltme süreci” olarak tanımlamıştır. Sağlığın geliştirilmesi, toplumdaki bireylerin; sağlıklı beslenen, fizyolojik ihtiyaçlarıyla uyumlu olarak egzersiz yapan, sosyal, başkalarına yardım eden, dinlenmeye ve rahatlamaya zaman ayıran bireyler olmaları amaçlanmıştır (Şener, Samur, 2013).

## **1.2. SAĞLIĞIN BELİRLEYİCİLERİ**

### **1.2.1. Çevre**

İnsanların içinde buldukları fiziksel ve sosyal etmenler çevreyi oluşturmaktadır. Çevre çeşitlerini 3 başlık altında incelenebilir (Tengilimoğlu ve ark., 2011):

#### *1) Biyolojik Çevre*

Biyolojik çevrenin kapsamında mikroorganizmalar, vektörler, bitkiler ve hayvanlar ve besinler vardır. Mikroorganizmalar, kolera verem, çocuk felci gibi birçok hastalıkların doğma nedenidir. Vektörler ise hastalığı insan vücuduna taşıyan eklem bacaklı canlılardır.

#### *2) Fiziksel Çevre*

İklim, toprak yapısı, hava kirliliği, atıklar, su kaynakları ve benzeri etmenlerden oluşmaktadır. Bu etmenlerin her birinin insan sağlığına ayrı etkileri ve tehditleri vardır.

#### *3) Sosyal Çevre*

Sosyo-Kültürel çevre insanların birbiriyle ilişki kurmalarını sağlayan ve insan sağlığını doğrudan veya dolaylı yoldan etkileyen etmenlerden oluşmaktadır.

- *Davranış*

İnsanın hayata karşı tutumu, değerleri, davranışları ve alışkanlıkları yaşam biçimini saptamaktadır. Sigara, alkol, uyuşturucu, tehlikeli araç kullanımı, aşırı yemek yeme, kişisel temizliğin yetersiz olması ve sağlık hizmetlerinden yararlanmayı geciktirmek gibi etmenler sağlığı ve iyi olma halini olumsuz yönde etkilemektedir.

- *Kalıtım*

Bireylerin doğuştan sahip olduğu biyolojik ve organik yapısı, hastalıklar karşısındaki bünyesinin zayıflığından ve kalımsal olarak sağlık etkilenebilir. Kalıtım sadece doğuştan meydana çıkmaz aynı zamanda ilerleyen yaşlarda diyabet, artrit, kanser ve benzeri hastalıklarla da ortaya çıkıp sağlığı tehdit edebilir.

- *Sağlık Bakım Hizmetleri*

Bu hizmetler çevre ve kamu ajansları aracılığıyla verilen hizmetleri içermektedir. Sağlık bakım hizmetlerine kirliliğin neden olduğu çevre problemleri, iş güvenliği ve barınma koşullarına müdahaleyi örnek olarak gösterebiliriz (Tengilimoğlu ve ark., 2011).

### 1.3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN TANIMI

Sağlık hizmetleri amaç olarak üç alana ayrılmıştır. Bunlar; koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetleri olmuştur. Kademe yönünden sınıflandırma ise, 1'inci, 2'nci ve 3'üncü Basamak olarak belirlenip sağlık kurumlarının görev olarak paylaşımını yaptığı sağlık hizmetleridir (Sayım, 2015).

Sağlık hizmetlerinin tanımını yapan bazı açıklamaları şöyledir: Sağlık Hizmetleri için genel bir tanım olarak şöyle diyebiliriz; “Sağlığın korunması, hastalıkların tedavi ve rehabilitasyonu için yapılan çalışmaların tümüne” denir. Kişi ve toplumların sağlığını korumak, hasta olduklarında tedavilerini yapmak, tam anlamıyla iyileşmeyen ve sakat kalanların başkalarına bağlı kalmadan yaşamalarını sağlamak ve toplumların sağlık düzeyini yükseltmek için yapılan planlı tüm çalışmalara “Sağlık hizmeti” denir (Burçoğlu Karaca, 2014).

Sağlık hizmetleri; hastalıkların tanı, tedavi, rehabilitasyon ve önlenmesi üzerine, bireylerin veya toplumun sağlığını geliştirici hizmetlerin bütünüdür. Sağlık hizmetleri diğer hizmetlere göre üretim ve tüketim yönünden eş zamanlı gerçekleşen bir hizmet türü olarak farklı bir şekilde işler. Her bireyin ayrı ihtiyacı olduğu gibi her birey için de kendine özgü bir hizmet şekli uygulanır (Aydın, Hatırlı, 2003).

Sağlık hizmetleri, genel olarak sağlığın korunması ve hastalıkların tedavi edilmesi adına yapılan hizmetleri içermektedir. Daha geniş tanımıyla, insanların sağlığının korunması, gerektiğinde tedavi edilmesi ve esenlendirilmesi için yapılan çalışmaların tamamıdır (Kavuncubaşı, Yıldırım, 2010).

“Sağlık hizmetleri, bireyin bedensel olarak organizmasının tıp bilimleri tarafından kabul edilmiş standartlar dahilinde bütünlük, düzen ve uyum içinde olması ve ancak bununla birlikte psikiyatri bilimi tarafından kabul görmüş ölçüler içindeki ruhsal durumlar anlamına gelen sağlığını korumak, tedavi ve rehabilite etmek, toplumun sosyal ve çevresel yaşam standartlarını yükseltmek amaçlarını toplam kalite politikalarının odağı olarak görüp, bunların biri, birkaçı veya hepsini gerçekleştirmek gayesiyle, konularında uluslararası standartlara uygun yüksek öğrenim görmüş nitelikli insan kaynaklarını, ulaşılan bilimsel bilgi birikimlerini, ileri teknoloji ürünü her türlü faydalı cihazları kullanmak suretiyle harekete geçiren ve sağlık konusunda basta tıp ve işletme bilimleri olmak üzere bütün uluslararası kabul görmüş bilim dallarını kullanan kamuya, özel girişimcilere, sivil toplum kuruluşlarına, yerel yönetimlere ve diğer

kuruluşlara ait değişik fiziksel kaynaklar aracılığıyla sunulan evrensel nitelikli hizmetlerin toplamıdır” şeklinde tanımlamıştır (Erdem, 2007).

### **1.3.1.Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması**

#### **1.3.1.1.Sağlık Hizmetlerinin Sunumuna Göre Sınıflandırılması**

Sevk zinciri yöntemi ile sağlık hizmetleri sunumu ve serbest başvuru yöntemi ile sağlık hizmetlerinin sunumu olmak üzere iki başlığa ayrılmıştır:

##### **1.3.1.1.1.Sevk Zinciri Yöntemi İle Sağlık Hizmetleri Sunumu**

Dünyada genel kabul görünen bu yöntemde sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli kullanılabilmesi için uygun basamakta verilmesi gerekmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerine ulaşımı kolaylaştırabilmek ve herkesin ihtiyacı oranında, eğitilmiş ve coğrafi açıdan dengeli sağlık ekipleri tarafından sunmak bugünkü çağdaş sağlık sistemin amacıdır. Böylelikle ikinci basamak sağlık hizmetlerindeki yığılmalar engellenecek ve ikinci basamakta asıl tedavi olması gereken hastalar hizmet görecektir (Başol, 2015).

Sevk zincirinin olmaması dal uzmanları ile birinci basamak hekimleri arasında kabul görülüp izlenen resmi bir iletişim yolunun kurulamamasına ve sonuç olarak birinci basamağın diğer basamaklarda koyulan tanı, tetkik ve izlemlerden haberdar olamamasına yol açar (Akman, 2014).

Bu yöntemde sağlık hizmetleri 3 basamak şeklinde sıralanmıştır. Niteliklerine göre sıralanıp basamaklar arası geçiş sevkle yapılması ilkesi öngörülmüştür. Bu şekilde kaynakların daha etkin kullanılması amaçlanmıştır.

Sevk zinciri gelişmiş ülkelerde (İngiltere, Almanya gibi) sıklıkla görülen bir uygulamadır. Sevk zincirleri ile oluşturulan sağlık hizmetlerini çeşitli düzeylerde incelemek mümkündür. Bunlar birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri olarak 3'e ayrılmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri kişi ve çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, ayakta tanı ve tedavi hizmetleri, sağlık kontrolleri, evde bakım ve ilk yardım hizmetlerini kapsamaktadır. İkinci basamak sağlık hizmetleri; tıbbi bilgiler çerçevesinde tanı, tedavi ve rehabilitasyon ayakta ve yatakta sunulan sağlık hizmetleridir. Üçüncü basamak sağlık hizmetleri; Eğitim Hastaneleri, Üniversite Hastaneleri ve Özel Dal Hastanelerinde (Onkoloji hastaneleri,



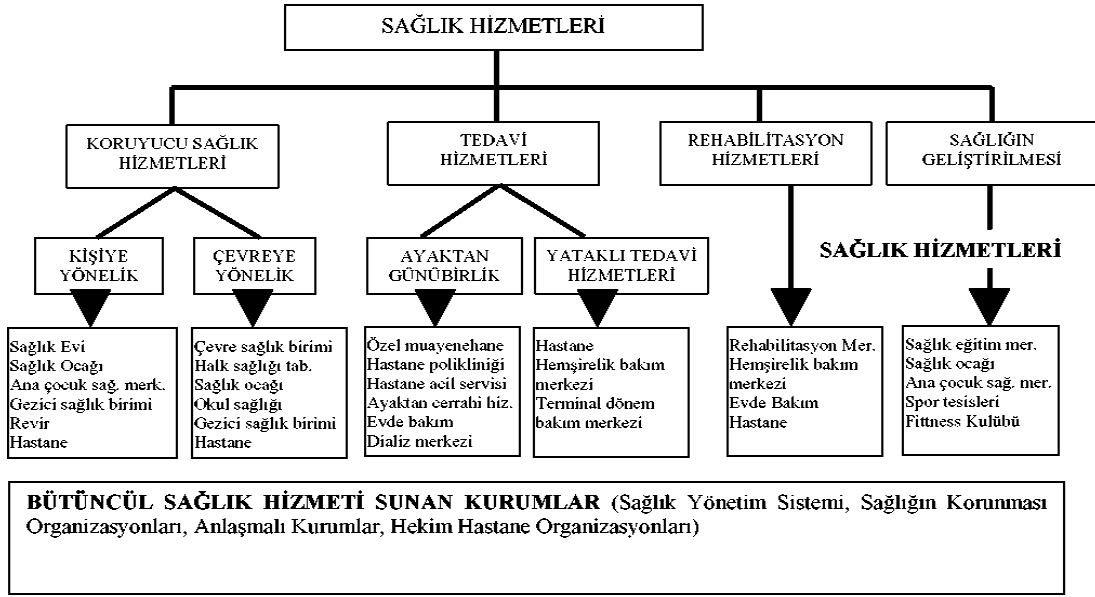
Senatoryumlar, Akıl ve Ruh Sağlığı hastaneleri) verilen hizmetlerden oluşur (Burçoğlu Karaca, 2014).

### **1.3.1.1.2.Serbest Başvuru Yöntemi İle Sağlık Hizmetlerinin Sunumu**

Birinci basamak sağlık hizmetleri hizmet çoğu zaman üst basamaklarla sevk zinciri oluşturamadığı zamanlarda kişiler üst basamaklara kişisel başvuru yapıp bu hizmeti almaya çalışmaktadır. Bu da kaynakların etkin kullanımını bozmakta ve irrasyonel kaynak tahsislerine sebep olmaktadır. Türkiye’de bütün SGK’lılar, Emekli Sandığı’na bağlı emekliler, Bağ-Kur çalışan ve emeklileri ve son düzenlemeyle Yeşil Kart sahiplerinin de üst basamaklardaki sağlık hizmetlerine başvuru serbestliğine sahip olmalarından doğan yoğun başvurular sonucu üst basamaklarda yoğunluklar arttı. Bu artışla birlikte asıl hizmete ihtiyacı olan kişilerin bu merkezlerde bekleme süreleri arttı ve aldıkları hizmetler ve hizmet süreleri azalmıştır. Bu yöntemle isteyen bu üç basamaktan birine başvuruda bulunup istediği sağlık hizmetini alabilmektedir. Ortaya çıkan sonuçlar yüzünden sağlık hizmetlerinin arzında rasyonel olmayan artış olur. Sağlık ocaklarında çözülebilecek bir problem için üniversite hastanelerine başvurulması gereksiz yığılmalardan dolayı vermesi gereken sağlık hizmetini zamanında ve yeterli düzeyde verememektedir (Burçoğlu Karaca, 2014).

### **1.3.1.2.Amaçlarına Göre Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması**

Sağlık kuruluşları verimlilik ve kaliteyi yükseltmek, rekabetin olumsuz etkilerinden uzak durmak, rekabette fark yaratıp üstünlük sağlamak, daha iyi hizmet sunmak, politikalarla dış çevreyi etkileme fırsatını artırmak amacıyla diğer kuruluşlarla işbirliği içine girebilmektedirler. Sağlık kurumları arasındaki bu işbirliği entegre (bütüncül) sağlık hizmeti veren kurumları ortaya çıkarmıştır. Örneğin bir hastane hizmet ve hasta sayısını, yatak kapasitesini ve tekniksel olanakları daha yükseltmek için işbirliği kurabilir. Bu iş birliği yatay ve dikey bütünleşme şeklinde olabilir. Yatay bütünleşmede benzer iki hastane birbiriyle iş birliği yaparken, dikey bütünleşmede bir hastane ile laboratuvarın iş birliği yapması gibi farklı kurumların işbirliği yapmasıdır (Erdem, 2007).



**Şekil 1.** Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Kaynak: Erdem (2007), Sağlık Hizmetleri Pazarlaması: Hastaların Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamaları Üzerine Bir Uygulama, Trakya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Edirne

Bireyin bedensel ve ruhsal sağlığı etkileyen içsel faktörler yanında sosyal ve çevresel yönden de sağlığını etkileyen faktörler değerlendirmektedir. Bireyin yaşam standartlarının iyileştirilmesi ve yükseltilmesi açısından sağlık hizmetleri temel hizmetlerin başında yer almaktadır. Sağlık hizmetlerinin koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici amaçlı olmasından dolayı doğabilecek herhangi bir hastalık durumunda kişilere ve topluluklara yaratabileceği sonuçlar açısından hangi finansmanın ne miktarda kullanılması gerektiği konusunda önem taşımaktadır (Burçoğlu Karaca, 2014).

### 1.3.1.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Sağlığın korunup hastalığın önlenmesi için yapılan düzenleme ve hizmetler bütünüdür (Karabağ H., 2007). Koruyucu sağlık hizmetleri, bireylerin henüz hastalanmadan önceki dönemlerdeki her türlü tedbir ve mücadeleyi kapsar. Koruyucu sağlık hizmetlerinin tüketilmesi sonucunda elde edilen fayda, bu hizmetten yararlananların haricindeki topluma da fayda oluşturur. Bu nedenle sosyal faydası özel faydasına göre daha fazla olan bir sağlık hizmetidir (Aktan, Işık, <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/anasayfa-saglikek.htm> Erişim:25.02.2018).

Koruyucu sağlık hizmetleri, hastalık veya sakatlık durumu oluşmadan bu riske karşı önceden verilen bir mücadele şeklini kapsar. Bu özelliğinden dolayı koruyucu

sağlık hizmetlerini devletin vermesi zorunludur. Bu tür hizmetlerin amacı toplumda hastalık riskini azaltırken sağlık seviyesini de yükseltmektir. Ödeme gücüne bakılmaksızın tüm topluma verilmek zorundadır. Hastalık oluşmadan önce verilen tüm sağlık hizmetlerinin tamamı koruyucu sağlık hizmeti kapsamındadır (Tengilimoğlu ve ark., 2017).

Sağlıklı hizmetlerinde öncelikle hastalıkların önlenmesi amaçlanmıştır. Kişilerin sağlıklı ve kaliteli yaşam sürmesi sağlanmaya çalışılmaktadır. Bu nedenle bilinçlendirme çalışmaları ile aynı zamanda sağlık hizmetleri kapsamında sayılabilmektedir (Alpak, 2015).

Koruyucu sağlık hizmetlerini, ana ve çocuk sağlığı, aile planlaması, hastalanma riski taşıyan grupların aşılınması, dengeli beslenme koşullarının oluşturulması, gıda denetimi ve kontrolü gibi hizmetler oluşturmaktadır (Bülbül, 2016).

Koruyucu sağlık hizmetleri, çevrede hastalığa sebebiyet verecek koşulların düzeltilmesi, halkı sağlık konusunda bilinçlendirmek, bulaşıcı hastalıkların yok edilmesi, beslenmeye dair koşulların geliştirilmesi ve aile planlaması gibi konuları içermektedir. Ülkemizde bu hizmetleri bir tek Sağlık Bakanlığı yürütmektedir. 1963 yılında Sağlık Hizmetleri Sosyalleştirme Hakkındaki 224 Sayılı Yasa'yla bu hizmetlere sosyalleştirme programında oldukça önem verilmiştir. Sosyal devlet olma durumu sağlık hizmetlerinin devlet tarafından teminini zorunlu kılar. Bundan dolayı koruyucu sağlık hizmetleri kamu tarafından sunulmaktadır. Bu gibi hizmetlerde sağlığın korunması hedefi olduğu için, ödeme olanaklarına bakılmaksızın toplumun tüm bireyleri önemli derecede yararlanabilmektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri; çoğu zaman kişisel fayda bölünemediğinden ve herkesin yararı söz konusu olduğu için gelir dağılımında azaltıcı rol oynamaktadır (Erdem, 2007).

Alma ata bildirgesinde koruyucu sağlık hizmetini; bir toplumda birey ve ailelerinin kabul edebileceği yollarla bu birey ve ailelerin tam katılımları ile ülke ve toplumca temin edilebilir bir harcama karşılığında sunulan sağlık hizmetleri olarak tanımlama yapılmıştır (Burçoğlu Karaca, 2014). Koruyucu sağlık hizmetleri ikiye ayrılmaktadır.

### **1.3.1.2.1.1.Kişiye Yönelik Koruyucu Hizmetler**

Kişilerin dolayısıyla toplumun hastalık etkenlerine karşı dirençli ve güçlü kılınmasını, hastalanmalar halinde erken tanı ile yıkımsız veya en az yıkımla tedavi etmeyi amaçlayan hizmetler bu grup altında toplanmaktadır (Tengilimoğlu ve ark., 2017).

Bireyleri, çevreyi, toplumu hastalık etkenlerine karşı korumak, hastalık halinde ise, erken tanı- teşhis koyularak, gereken tedaviler ile sekelsiz veya en az sekel ile sağlığına kavuşmasını saylamak adına yapılan tüm çalışmaları kapsar (Bülbül, 2016).

Doğrudan kişiye yönelik hizmetler hekim, ebe, hemşire gibi sağlık meslekleri mensuplarının yürüttüğü hizmetlerdir. Kişiye yönelik sağlık hizmetleri doğrudan doktor, hemşire ve ebe gibi sağlık meslekleri tarafından yapılan hizmetlerdir (Karabağ, 2007).

- Bağışıklık kazandırma
- Hastalıkların erken tanı ve tedavisi,
- İlaçla koruma,
- Kişisel temizlik ve bakım,
- Yeterli ve dengeli beslenme,
- Aşırı doğurganlığın kontrolü
- Sağlık eğitimi sağlama

### **1.3.1.2.1.2.Çevreye Yönelik Koruyucu Hizmetler**

Bu hizmetin amacı; çevremizde sağlığı olumsuz etkileyebilecek kimyasal, fiziksel ve biyolojik etmenleri ortadan kaldırarak veya kişinin bu etmenlerden etkilenmesinin engelleyerek çevreyi sağlıklı kılabilmek amacıyla yapılan çalışmaların tümüdür (Tengilimoğlu ve ark., 2017).

Bu hizmetlere çevre sağlığı hizmetleri de denir. Bu hizmeti eğitimini görmüş mühendis, kimyager, veteriner, biyolog, çevre sağlığı teknisyeni gibi mesleklerden olanlar tarafından verir (Erdem, 2007). Bu hizmetler aşağıdaki şekildedir (Karabağ H., 2007;6)

- Besin kontrolü ve güvenliği,
- Yeterli ve temiz su sağlanması,
- Hava kirliliğinin kontrolü,
- Atıkların kontrolü
- Konut sağlığı ve is ortamında sağlığı tehdit edebilecek etkenlerin kontrolü

Sağlığı koruyucu önlemlerini 3 başlık altında inceleyebiliriz.

#### **1.3.1.2.1.2.1. Primer Koruma**

Kişi ya da toplum çapında sağlığın geliştirilmesi amacıyla; Aşılama, dengeli beslenme, çevrenin güvenli hale getirilmesi, fiziksel ve duygusal yönden iyi halde olmak amacıyla gerekli önlemlerin alınmasıdır.

#### **1.3.1.2.1.2.2. Sekonder Koruma**

Sağlıklı olan kişi veya toplumun sağlığının bozulma ihtimaline karşı erken tanı ve tedavi yapılmasıdır.

#### **1.3.1.2.1.2.3. Tersiyer Koruma**

Hastalığın yol açabileceği sakatlık ve kalıcı bozuklukların minimuma indirilmesi, hastanın bu duruma uyum sağlamasına yardımcı olunması ve yaşam kalitesinin artırma amaçlı alınan önlemlerin tamamıdır. Bu koruma yöntemi rehabilite hizmetlerinin alanına da girmektedir.

#### **1.3.1.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri**

Koruyucu sağlık hizmetlerinin bir üst kademesinde bulunur ve alt kademesinde bulunan koruyucu sağlık hizmetlerine göre kişiye daha fazla özel hizmet içerir. Hastalık belirtisi ya da hastalık ortaya çıktığında, hastalığa dair tanı, teşhis ve tedavi süreçlerini kapsar (Burçoğlu Karaca, 2014). Ayaktan ve yataklı tedavi veren kurumların sunduğu hizmet şeklidir. Hastaneler yataklı ve ayakta tedavi kurumlarına örnek gösterilebilir (Alpak, 2015).

Bireylerde hastalık belirtileri görülmeye başladıktan sonra, hastalığın tanı-teşhis ve tedavi edilmesi sürecinin tamamını kapsayan hizmetler bütünüdür. Tedavi edici sağlık hizmetlerinin, kişilerin uzun ömürlü olmasına katkı sağlamasının yanında verimlilik ve kalite artışı ile milli gelire de katkısı bulunmaktadır (Bülbül, 2016)

Koruyucu sağlık hizmetlerinin bir üst aşamasını kapsar. Koruyucu sağlık hizmetlerine göre daha çok özel faydası olan bir hizmet türüdür. Hastalığın tedavileri sonucu oluşan faydalarla sosyal faydayı da sağlar. Hastalık ya da hastalık belirtilerinin ortaya çıktığı andan itibaren uygulanan teşhis, tedavi ve tanı sürecini içeren hizmetlerdir. Tedavi edici sağlık hizmetlerinin ortalama yaşam süresini uzattığı gibi

hizmet verimliliğini artırıp milli gelir artışına da katkı sağladığını söyleyebiliriz. Hastaların tedavileri sonucu ortaya çıkan verimli sonuçlardan dolayı sosyal yönden de fayda içermektedir (Aktan, Işık, <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/anasayfa-saglikek.htm> Erişim:25.02.2018).

Koruyucu sağlık hizmetleri açısından tedavi edici sağlık hizmetlerinde kişisel ön plandadır. Hizmetleri kullanan kişi bu tip hizmetlerden doğrudan yararlanmaktadır. Hastanın yatırılıp tedavi altına alınması ve hastalığının diğer bireylere bulaşmasının engellenmeye çalışılması dışsal fayda sağlar. Ruhsal yönden ağır hastaların da gözlem ve tedavi altında tutulması aynı şekilde fayda sağlar. Tedavi edici sağlık hizmetlerinin diğer bir özelliği de serbest piyasa bakımından cazip olmasıdır. Bu da sadece kamu kurumu tarafından değil özel girişimciler tarafından da sunulmasının sağlar. Hasta olmaları engellenemeyen bireyleri eski sağlıklarına kavuşabilmelerini sağlamaya yönelik çalışmaları içerir. Bu hizmetler hekim sorumluluğunda olup diğer sağlık profesyonelleriyle birlikte sunulur. Devlet bu hizmeti insanın bulunduğu her yere ulaştırmaktadır. Sağlık bakanlığı sosyal güvencesi olmayan ve ekonomik durumu kötü olan herkese doğrudan veya sosyal yardım kuruluşları desteği ile ücretsiz vermektedir. Tedavi hizmetlerinin diğer bir özelliği de, hizmet üretiminin hastanın vücuduna yapılmasıdır. Bu nedenle hastanın hastalığının bilip tedaviyi talep etmesi gerekmektedir. Bazı tedavilerin uzun sürmesi ve acılı sonuçlar vermesi talepteki eksikliğe de sebep olabilir. Tedavi edici sağlık hizmetleri, günübirlik (ayaktan) ve yataklı tedavi hizmetleri şeklinde ikiye ayrılmaktadır. Ayaktan tedavi hastanede yatışı gerektirmeyen tedavi şekliyle yataklı tedavi hasta yatırılarak uygulanan tedavi hizmetini kapsar (Erdem, 2007).

Tedavi edici hizmetler 3 basaktan oluşur. Bunlar;

Birinci basamak tedavi hizmetleri

İkinci basamak tedavi hizmetleri

Üçüncü basamak tedavi hizmetleridir.

#### **1.3.1.2.2.1. Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri**

Koruyucu sağlık hizmetlerini ve ayakta teşhis ve tedavi hizmeti veren sağlık hizmeti basamağını kapsar. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde ayakta ve evde tedavi edici hizmetler sunulmalıdır. Bu basamakta yapılamayan tanı ve tedaviler için sevk zinciri kullanılarak üst basamaklardaki sağlık hizmetlerine yönlendirilmelidir (Yiğit, 2004).

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri ve bireylerin ilk başvurusundaki sağlık hizmeti basamağında sunumu yapılan ayakta teşhis ve tedavi hizmetlerini kapsamaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerini ve hastanın ilk başvurduğu basamakta verilen ayakta teşhis ve tedavi hizmetlerini kapsar. Hastalıkların evde veya ayakta teşhis ve tedavi edilmesi için düzenlenen hizmetlerdir. Bu kuruluşlar yataksız olup ülkemizde, Sağlık Ocakları, Verem Savaş Dispanserleri, Muayenehaneler, Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezlerini bunların örneklerindedir.

1) Hastaların %90 gibi büyük bir çoğunluğunun evde tanı ve tedavisi yapılırken kronik hastalıklara dair izlemleri de yapılmalıdır.

2) Birinci basamakta verilmeyen hizmet için hastayı ikinci basamağa sevk etmeli ve ikinci basamaktan dönen hastanın bakımı ve tedavisi yapıp takip edilmeli.

3) Kişilerin sağlığını geliştirici, özellikle kişiye yönelik koruyucu hekimlik hizmetlerini sunmalıdır. Örneğin; aşılama, meme muayenesi, aile planlaması, koroner hastalıklardan korunma, geriatrik taramalar ve sağlık eğitimi (seyahat önerileri, sağlıklı yaşam şartları konusunda öneriler, sigara, alkol, diyet ve egzersiz).

4) Hasta olduklarını kabul eden bireylere destek sağlayıp önerilerde bulunmalıdır. Bunlar da; hızlı, etkili ve mümkün olduğunca düşük maliyetli olup kişilere rahatlık ve güven vermeli.

5) Bu hizmetler her zaman olmalı ve hastalar her ihtiyaçları olduğunda bu hizmetleri alabilmeli.

6) Modern ve çağdaş bir sağlık hizmeti sunabilmesi için gerekli ekipmana ve personele sahip olmalı.

7) Hizmetler bir ekip tarafından ekip anlayışı içinde sunulmalıdır. Bu ekiplerde hekimler, hemşireler, ebeler, sağlık memurları veya teknisyenleri, tıbbi sekreterler, hizmetli ve şoförlerden bulunmalıdır.

8) Hastalara bu basamakta hastalığın başlangıcında optimum şartlarda erken tanı ve tedavi uygulamak, hastalar için güven verme ve en iyi tedavi ve izleme konusunda araştırmalar yapmak gerekir. Bu çalışmalara kronik hastalıkları ve ölüm de dahildir (Karabağ, 2007).

1961 yılında “Sağlık Hizmetleri Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun”un yürürlüğe girmesiyle çeşitli sağlık faaliyetleri oluşturulmuştur. Bu faaliyetler türlere ayrılmış ve bu faaliyetlerin ilki olan birinci basamak sağlık hizmetleri de kendi içinde 4 aşamaya ayrılmıştır. Bu aşamalara göre kırsal kesimlerde bulunan nüfus sayıları şöyledir (Bülbül, 2016):

- 2000-2500 kişi (toplam 1 sağlık çalışanı)
- 5000-10000 kişi (toplam 8 sağlık çalışanı)
- 10000-30000 kişi (toplam 16 sağlık çalışanı)
- 30000'den fazla kişi (toplam 22 sağlık alışanı).

#### **1.3.1.2.2.2.İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri**

Hastaların teşhis ve tedavilerinin yatırılarak yapıldığı yataklı kurumlar olmakla birlikte, yatak sayıları 50-100 civarındadır. 4 uzman hekimin olmasının yanı sıra bunlar tam teşekküllü de olabilirler (Karabağ, 2007). Ülkemizdeki kuruluşlardan örnek verecek olursak; tam teşekküllü devlet hastaneleri, özel hastaneler, yataklı sağlık merkezleri bu basamakta yer alır (Alpak, 2015).

#### **1.3.1.2.2.3.Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri**

Özel dal ve eğitim ve araştırma hastanelerinin verdiği hizmetleri kapsamaktadır. Ülkemizde ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri, kanser hastaneleri, sanatoryumlar, meslek hastalıkları hastaneleri, üniversite hastanelerini örnek olarak gösterebiliriz (Karabağ, 2007). İleri tetkik ve özel tedavi gerektiren hastalarılar için verilen hizmetlerdir (Alpak, 2015).

#### **1.3.1.2.3.Rehabilitasyon Hizmetleri**

Kaza, ruhsal bozukluklar vücudun organlarının yeterli şekilde kullanılamaması gibi şartlarının ortadan kaldırılması gibi durumları içermektedir. Bu hizmetlerin amacı kişinin söz konusu kısıtlılık haliyle baş edebilmesini, bu şekilde yaşamaya alışmalarına yardımcı olmak, kendilerinin ve ailelerinin yaşadığı acıyı hafifletmektir (Burçoğlu Karaca, 2014).

Rehabilitasyona örnek olarak doğuştan veya kaza sonucu oluşan sakatlıklarla beraber kısıtlı hareket kabiliyetlerinin artırılması, engellilerin topluma uyum sağlandırılması gibi hizmetleri gösterebiliriz. Tıbbi rehabilitasyon ve sosyal rehabilitasyon bu hizmetin içeriğinde yer almaktadır (Aktan, Işık,



<http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/anasayfa-saglikek.htm>  
Erişim:25.02.2018).

#### **1.3.1.2.3.1.Tıbbi Rehabilitasyon**

Tıbbi rehabilitasyon hizmeti hasta kişinin fiziksel ve zihinsel işlevlerini ve bağımsızlığını en üst seviyeye çıkarmak ve onarmaktır. Bu hizmette amaç, hastanın yaşam kalitesini en üst seviyeye çıkarmak ve rahatlığının artmasını sağlamaktır (Elevli, 2012).

Bedensel kalıcı bozuklukların veya sakatlıkların düzeltilmesi ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi için verilen hizmetlerdir (Alpak, 2015).

Herhangi bir nedene bağlı olarak kaybedilen organlar yerine protez takılması ya da güçsüzleşen organların, fizik tedavi ve benzeri yöntemler ile, yeniden güçlü hale getirerek bireylerin günlük işlevlerini devam ettirebilmesine dair yapılan çalışmalardır (Akdur , 1999).

#### **1.3.1.2.3.2.Sosyal Rehabilitasyon**

Hastalık ve sakatlıktan dolayı eski işini yapamayacak durumda olan bireylere yapabilecekleri başka bir iş bulup, o iş konusunda onları eğitmeyi kapsar. Ayrıca kişilerin mevcut durumları konusunda desteklenme programları sunarak desteklenmelerini de kapsamaktadır. Kişinin topluma kazandırılıp mutlu ve üretken bir birey olmasını sağlamak sosyal rehabilitasyon hizmetlerinin kilometre taşı olma özelliğini taşımaktadır (Elevli, 2012). Başka bir tanımda da sakatlığı ve engelliliği olan kişilerin günlük hayata aktif olarak katılabilmelerine destek olan bir hizmet türüdür (Alpak, 2015).

Tıbbi rehabilitasyon hizmetleri sağlık sektörünce sağlanırken sosyal rehabilitasyonu sosyal hizmet kurum çalışanları tarafından yerine getirilmektedir (Akdur, 1999).

#### **1.3.1.2.4.Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri**

Sağlığın geliştirilmesi iyi olan sağlığı daha da iyi yapmak amaçlı verilen hizmetlerdir. Yaşam kalitesini, bedensel ve ruhsal sağlığı ve yaşam süresini daha yukarılara taşımaya çalışılmaktadır (Burçoğlu Karaca, 2014). Bireyin ve toplumun sağlıklı gelişimini sağlarken, yaşam kalitesini ve süresini artırmak amaçlanmıştır (Alpak, 2015).

## 2.SAĞLIK SİSTEMİ VE TÜRK SAĞLIK SİSTEMİ

Sistem, belli bir amaca yönelik bir arada toplanmış belirli bir sınır içerisinde etkileşim içinde olan parçalar bütünü olarak tanımlanabilir (Gökçen, 2005).

Sistemin başka bir tanımı da, başarılı sonuçlar elde edebilmek için belli bir düzene bağlı yol, usul ve metottur. Bu tanımı daha geniş bir şekilde açıklamak gerekirse; sistem, belli bir mantık çerçevesinde bir bütün oluşturan fikir ve prensipler topluluğu, karşılıklı ilişki ve etkileşim içinde olan parçaların ortaya çıkardığı bütün ya da belli kurallar çerçevesinde işleyen bir mekanizma şeklindedir (Dinçer ve Fidan, 1999).

Bir örnekle sistemi anlatmak gerekirse Tıp Biliminde insanı örnek verebiliriz. İnsan da kendi içinde alt sistemlerden oluşmaktadır. Bunların her birinin belirli görevleri vardır. Dokular, iskelet sistemi, dolaşım sistemi, solunum sistemi, sindirim sistemi, boşaltım sistemi ve üreme sistemini insanın alt sistemlerine örnek verebiliriz. Bu sistemler birbiriyle uyumlu ve etkileşim içinde çalışmaktadır. Sistemler girdi, işlevi yerine getiren etkinlikler ve çıktılardan oluşmaktadır. Çıktı, etkinlikleri geri besleyerek verimli ve işlevini yerine getirecek şekilde çalışmasını sağlar (Şahinkesen, 1990).

Sağlık sistemini açıklamak için birçok tanım yapılmaktadır. En kapsamlı tanımlarından biri; sağlık hizmetinden yararlananlar, finansman sağlayanlar, hizmeti verenler ve hizmeti denetleyiciler arasındaki ilişkileridir. Sağlık sistemi sağlık hizmetlerinin sunumu, finansmanı, sağlık çalışanlarının eğitimi, sağlık hizmetlerine dair politikaları gibi sağlık için ayrılmış olan ya da ayrılacağı taahhüt edilmiş kaynakların (insan, kültür, politik ve materyal) tümüdür (Demirci, 2012).

Sağlık sistemi, en karmaşık sistemlerden biridir. Sağlık sistemi kavramı, bir ülkede hastalıkların önlenmesi, sağlığın geliştirilmesi ve tıbbi bakım hizmetleri için gerekli olan bütün kaynaklar ve bu kaynaklar arasındaki ilişkiler bütünüdür. Sağlık sisteminin sınırlarını çizebilmek için bu sistemi oluşturan alt sistemlerin bilinmesi, alt sistemlerin işlevlerinin belirlenmesi ve bu alt sistemler arasındaki ilişkilerin analiz edilmesi gerekmektedir (Çakır, 2004).

Her ülkenin kendi tarihini, kültürünü, ekonomik kalkınmasını ve ülkesinde ağır basan politik ideolojiyi yansıtan ve tıbbi bilgi ve teknoloji, nüfusun demografik özellikleri, hastalık çeşitleri, toplumsal algı ve beklentiler gibi faktörlerden oluşan bir sağlık sistemine sahiptir. Her sağlık sistemi bulunduğu toplumun tercihleri, şartları ve araçlarına bağlı olarak şekillenmektedir (Öztürk ve Karakaş, 2015).

Sağlık sisteminin en geçerli tanımı olarak DSÖ'nün tanımını söyleyebiliriz. DSÖ'nün 2000 yılında hazırladığı Dünya Sağlık Raporu'na göre sağlık sistemi, toplumun sağlık halini korumak ve geliştirmek adına işlev gerçekleştiren organizasyon ve kaynakların toplamıdır. Sağlık sistemlerinin başlıca üç amacı vardır. Bunlar sağlık, beklentilerin karşılanması, adil finansmandır. Bu üç amaca ulaşıp ulaşılamadığı, sistemin başarısı açısından kontrol edilmeli ve elde edilen çıktılar dahilinde sağlık sistemini geliştirmek mümkündür. Sağlık sisteminin ana amacı sağlıktır ve sağlığı geliştirebilmek için beklentilerin karşılanması ve finansman birbiriyle ilişkilendirilmektedir. Sağlık sisteminin aynı zamanda ekonomik, siyasal, eğitim ve diğer sistemler üzerinde de etkisi vardır. Sağlık sistemine ayrılan kaynakların adaletsiz bir şekilde dağılımı ve bu kaynakların sağlık sorunlarıyla aynı doğrultuda dağıtılamaması, neredeyse tüm dünya ülkelerinde karşılaşılan en önemli iki problem olmuştur. Düşük ve orta gelirli ülkeler dünyadaki gelirin sadece %18'ini elde etmekte ve küresel anlamda sağlığa yapılan harcamaların %11'ini gerçekleştirmektedir. Dünyadaki nüfusun %84'ü bu ülkelerde yaşamakta ve dünyadaki hastalıkların %93'ü bu ülkelerdedir. Bu ülkeler, milletlerinin sağlık ihtiyaçlarının karşılayabilmek için adaletli ve ulaşılabilir bir şekilde finansman sağlamak için ve yetersiz olan kaynaklara çözüm yolu bulabilmek için çok önemli zorluklar çekmektedirler (Okursoy, 2010).

Dünya ekonomisinde şuan en büyük sektörlerden biri durumuna gelen sağlık sistemlerinde, 1997'den beri dünya genelinde ortalama 2985 milyar dolarlık sağlık harcaması yapılmıştır. Bu miktar dünyadaki brüt milli hâsılanın yaklaşık olarak %8'i kadardır (Uğurluoğlu, Çelik, 2005).

## **2.1.Sağlık Sisteminin Unsurları**

Sağlık sistemlerinin yönetim (hükümet), finansman, kaynak yaratma ve hizmet sunumu olmak üzere dört ana unsuru vardır (DSÖ, 2000). Bir sağlık sistemi içerisinde işlev gösteren ne kadar organizasyon olursa olsun son süreçte sorumluluk her zaman yönetimdedir. Bir ülkede sağlık kalitesini yükseltmek adına politika geliştirme ve uygulama yapma gücü elinde olan hükümetler, bu güçle sisteme ait girdi ve çıktılarından da sorumludur. Yönetimlerin sağlık sistemleri içerisindeki sorumluluklarını genel olarak şöyle sıralayabiliriz (Okursoy, 2010).

- Sağlık sisteminin sürekli gelişimi, denetimi, politika geliştirmesi ve düzenleme yapma

- Toplumun bilgi düzeyini artırmak
- Toplumdaki bireyleri ve kurumları sağlık politikalarındaki etkinliğini artıracak şekilde harekete geçirmek.,
- Sağlık sistemi içinde olan sivil toplum kuruluşlarının, özel sağlık kuruluşlarının ve kliniklerin etkinliklerinin artıracak seviyede yönetim becerisine sahip olmak
- Sağlık sisteminin finansmanını sürdürüebilmek amacıyla yeterli kaynağı toplayıp bir araya getirip dağıtımını yapmak

Çoğu ülke, son zamanlarda, performansı yükseltmeye dair sağlık sektöründe reformlarla tanışmıştır. Reformlar idareye, finansmana, hizmet sunumuna, kaynak geliştirmeye yöneliktir. Sağlık sektöründeki reformlar ve reformların değerlendirilmesi için, performansın en iyi şekilde nasıl ölçülebileceğine dair ortaya çıkar son tartışmalar hakkında kapsamlı bir literatür bulunmaktadır. Performansın ölçümü için, sağlık sisteminin amaçlarını belirleyen, çıktılarının değerlendirileceği ve performansın ölçülebileceği net bir modelin gerekliliği söz konusudur (Uğurluoğlu, Çelik, 2005).

Bir ülkedeki sağlık sistemini etkin olmasındaki tek faktör hükümetin sorumluluğu değildir. Hükümetler ne kadar iyi politikalar geliştirse de bu politikaların uygulamasında etkisi olan bölgesel yönetimler (kaymakamlıklar, valilikler ve belediyeler vb.) ve özel sağlık kuruluşları da hayati önem taşımaktadır. Sağlık sisteminin ikinci bir unsuru da kaynak üretmektir. Kaynakları da iki gruba ayırabiliriz. Bunların biri maddi biri de beşeri kaynaklardır. Maddi kaynaklar sağlık ve bakım için gerekli tıbbi malzemeyi ifade eder. Beşeri kaynaklar da insan unsuru olan ve sağlık hizmeti sunacak olan uzmanları, hemşireleri ve benzerini ifade eder. Sağlık sistemleri beşeri kaynakların yanında bir de gelişimin bir vasıtası olan eğitim ve yatırım faaliyetlerini de gerçekleştirmesi gerekir. Politikacılar, sağlık hizmetlerinin işlevini sürdürmesi için gereken kaynakları üretmek için birçok strateji izlemeli. Eğer sağlık sisteminde sorunlar yaşanırsa da düzeltmek için sürekli ölçümler yoluyla denetimler yapılmalıdır (Okursoy, 2010).

Sağlık sistemlerinin üçüncü unsuru da finansmandır. Sağlık hizmeti verebilmek için belli harcamalar gerekmektedir, bu harcamaların da finanse edilebilmesi için yeterli miktarda ve devamlı olarak kaynaklara ihtiyaç duyulmaktadır. Kaynakların sağlanması, uygulaması yapılan sağlık sistemi ile doğrudan ilişkilidir. Aynı zamanda sağlık hizmetlerinin finansmanı, sosyal güvenlik sisteminin bir parçası olarak ele alınmalıdır (Aktan ve Işık, 2010).

Sağlık sistemlerinin dördüncü ve son unsuru da hizmet sağlamasıdır. Toplum gelişiminde en önemli kavramlardan biri sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde sunulmasıdır. Hizmet sunumunda kaliteyi yakalamak için sağlık hizmetlerinde nitelik ve niceliğin artırılması ve devletin yarı kamusal niteliği olan bu hizmetlere önem verilmesi gerekmektedir. Bununla birlikte sağlıklı bir toplum için sağlık hizmetlerinde üretim büyük bir öneme sahiptir. Sağlık sisteminin amaçları ve sağlık sisteminin unsurları içinde çok yönlü bir ilişki vardır. Amaçlara ulaşmak için yönetimler kaynaklar sağlarken hizmetin sunumunu organize etmeli ve ayrıca kaynaklar ve hizmet sunumu için de gerekli finansmanı sağlamalı. Bu dört unsurun temel amacı toplum sağlığını iyileştirmek (Altay, 2007).



### 3.TÜRK SAĞLIK SİSTEMİ

Finansmanda kullanılan ödeme sistemlerine göre sağlık sistemleri 3'e ayrılmaktadır. Bunlar; kamu yardımı sistemi, sağlık sigortası sistemi, ulusal sağlık hizmeti sistemidir. Kamu yardımının sisteminde amaç, yoksul olan bireylerin sağlık sisteminden yararlanırken hiçbir şekilde ödeme yapmalarının sağlanmasıdır. Geliri yüksek olan bireyler ise belirli bir maliyetle sigortalanıp sağlık sisteminden yararlanabilmektedir. Sağlık sigortası sisteminin temelinde ise, kendisi için riskli sigorta yapmış bireyler arasında paylaşılması vardır. Kişiler sağlık sigortalarının primlerini ödeyerek sağlık sistemine katkı sağlamaktadırlar. Ulusal sağlık sistemi de tüm sağlık harcamaları devlet tarafından karşılanması temeline dayanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin kaynakları kamu gelirleri tarafından karşılanır ve sağlık hizmetindeki üretim faktörleri devletin denetimi altında gerçekleşir. Sağlıkta bu üç ödeme sisteminin her birinin Türkiye'de bir bileşkesi bulunmaktadır. Türkiye'nin sistemi bu üç ödeme şekline sadece herhangi birinin özelliğini taşımadığı için karmaşık bir yapıdadır. Belli bir kesim zorunlu sigorta modeline tabi tutulurken, memur ve yeteri kadar mali gücü olmayanlara da kamu modeli uygulanmaktadır. Başka bir konu da sağlık hizmetleri tamamıyla sosyalleştirmeye tabi tutulmuştur. Bunun haricinde sağlık hizmetlerini halk serbest piyasadan da satın alabilmektedir. Sağlık sisteminden hizmet almak amacıyla oluşan kuyrukların sebebi kaynakların eksik olması değil, kaynakların etkin bir şekilde kullanılmamasıdır (Yıldırım, 1994).

Türkiye'de son 15-20 yıl içinde toplumun sağlık durumu, sağlık hizmetlerinin ölçek ve işleyişinde meydana gelen iyileşmelerle önemli bir oranda ilerleme kat etmiştir. Sağlık hizmetlerine ulaşmada hakkaniyetin artırılması adına yapılan hizmet sunumu yenilikleri ve sağlık sigortalarının kapsamını genişletip daha derin hale getirmesinden dolayı nüfusun mali açıdan korunmasının genişletilmesi hakkında önemli bir yol sarf edilmiştir. Son 15-20 yıl içinde gelir artışı ile sağlık harcamaları orantılı olarak artış göstermiştir (OECD, 2008).

2003 yılında Türkiye'de uygulanmaya başlanan "Sağlıkta Dönüşüm Projesi" öncesi sağlık sistemi, topluma sınırlı sayıda sağlık hizmetini ücretsiz veren, ulusal bir sağlık hizmetiyle kayıtlı, sektör çalışanları ve bu çalışanların bakmakla yükümlü olduğu kişileri içeren bir takım sosyal sigorta sistemleri birleşiminden oluşuyordu. Yoksul ve

ödeme gücü olmayan bireyler için de sosyal destek programı bulunuyordu (Okursoy, 2010).

### **3.1.Türk Sağlık Sisteminin Tarihi**

Selçuklu-Osmanlı tıp geleneğinde süreklilik konusunun yanında bir de sağlık hizmetlerinin organizasyonundan kültür birliği vardı. Cumhuriyetimizin kurulmasıyla birlikte bu yapı daha da geliştirilirken bütün kurumların devlet ile örgütlenerek hizmet politikaları oluşturulmasında batıdan esinlenilmiştir. Bu süreçte dünyadaki sağlık politikalarından uzak kalınmayıp temel değişikliklere gidilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2008).

#### **3.1.1. 1920-1938 Dönemi Türk Sağlık Sistemi**

Bu dönemlerde sağlık programlarının planlanması, düzenlenmesi ve uygulanması amacıyla birçok yasal düzenleme hayata geçirilmiştir. Bu düzenlemelerdeki hedefleri, savaş sonrası sorunların çözümlenmesi, sağlık personellerinin nicelik ve nitelik açısından desteklenmesi, merkezden köylere kadar uzanan organizasyonların oluşturulması ve koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması şeklinde sıralamak mümkündür. Koruyucu halk sağlığı programları özellikle tüberküloz, sıtma ve cüzam gibi bulaşıcı hastalıkların denetimine yöneliktir. Bu dönemde çıkan yasalar birkaç küçük değişiklikler olsa da günümüzde hala yürürlüktedirler. Bunlar (Sağlık Bakanlığı, 2003):

- “1920 tarih ve 38 sayılı Tababet-i Adliye Kanunu
- 1927 tarih ve 992 sayılı Bakterioloji ve Kimya Laboratuarları Kanunu
- 1928 tarih ve 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatların Tarz-ı İcrasına Dair Kanun
- 1930 tarih 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu
- 1936 tarih ve 3017 sayılı Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti Teşkilat ve Memurin Kanunu
- 1937 tarih ve 3153 sayılı Radyoloji Radyum ve Elektrikle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanunu”dur.

Türkiye’de kurulmuş ilk hükümeti, 2 Mayıs 1920 tarihinde çıkardığı 3 sayılı kanunla “Sıhhiye ve Muavenet-i İctimaiye Vekaleti”ni, yani bugünkü adıyla, Sağlık Bakanlığı’ni kurmuştur. 1923-1937 yıllarında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı yapan Refik Saydam o döneme damgasının vurmuştur. Sağlık Hizmetlerinin plan, programı ve yönetimi tek elde Sağlık Bakanlığında toplanmasını sağlamıştır (Karacaer, 2014).

Bu dönemin teşkilat modeli “dikey” örgütlenmiştir. İlçe düzeyinde tanı ve tedavi merkezleri kurulmuştur; Ankara, Diyarbakır, Erzurum ve Sivas gibi illerde Tam teşekküllü hastaneler açılmıştır (Yıldırım, 2013).

### **3.1.2. 1939-1960 Dönemi Türk Sağlık Sistemi**

Bu dönemde merkezi yapıyı güçlendirici ve sosyal kapsamlı politikalar geliştirmeye yönelik yasal düzenleme ve uygulamalar yapılmıştır. İkinci Dünya Savaşı sonrasında ortaya çıkan suçiçeği, sıtma, cüzam ve sifilis ile mücadele etmek amacıyla “Olağandışı Sıtma Savaş Kanunu Yasası” çıkarılmış ve hastalığa odaklı dikey örgütsel yapılar geliştirilmiştir. İl özel idareleri ve yerel yönetimler tarafından sağlanan hastane hizmetleri Sağlık Bakanlığı’na devredilmiştir. Sigortalar Kurumu’nun da temelleri bu dönemde atılmıştır. Böylelikle istihdam ve hizmet alanındaki Sağlık Bakanlığının tekelliği ortadan kaldırılmıştır. Bu dönemde çıkarılan yasaların birçoğu halen yürürlükte ve sağlıkta örgütlenmemizin temelinde hala bu yasalar oluşturuyor. Bunlardan bir kaç şöyledir; (Okursoy, 2010)

- Optisyenlik ve Optisyenler Yasası (Yıl 1940, Sayı 3958)
- Türk Tabipler Birliği Yasası (Yıl 1953, Sayı 6023)
- Eczacılar ve Eczaneler Yasası (Yıl 1953, Sayı 6197)
- Hemşirelik Yasası (Yıl 1954, Sayı 6283)
- Türk Eczacılar Birliği Yasası (Yıl 1956, Sayı 6643)

Bu dönemde de birçok yenilikler karşılaşılmıştır. Sağlık ocaklarının kurulması, yerel yönetimde olan tüm hastanelerin bakanlığa devredilmesi ve SSK’nın kurulması bunların içerisinde bir kaçıdır (Soysal ve Yağar, 2015).

Bölgesel örgüt yapılanmaları bu dönemde başlamıştır. Bu dönemde numune hastaneleri, doğum çocuk, verem, ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri kurulmuştur. 1950-1960 yılları arasında tedavi edici sağlık hizmetlerine büyük önem verilirken, koruyucu sağlık hizmetleri ikinci planda tutulmuştur (Karacaer, 2014).



### 3.1.3. 1961-1980 Dönemi Türk Sağlık Sistemi

1965 yılının Mart ayı başlarında yürürlüğe giren bu kanun; iş kazası, meslek hastalığı, hastalık gibi risklere karşı korumayı amaçlayan sigorta kolları, kapsamı genişletilerek bünyesinde toplanmıştır. 1971 yılında esnaf ve sanatkârlar ile tarımsal işler dışında faaliyet diğer bağımsız çalışanların sosyal güvenlik hakları BAĞ-KUR kanunu ile sağlanmıştır. Yine bu dönemde “Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun” yürürlüğe konulmuştur ancak başarılı olamamıştır (Karacaer, 2014).

1960 sonrası planlı döneme geçilmiş ve sağlık politikalarının belirlenmesinde beş yıllık kalkınma planları oldukça etkili olmuştur. Sağlığa ilk kez 1963 yılında beş yıllık kalkınma planında yer verilmiştir. Beş yıllık kalkınma planında ilk kez sağlığa değinilen amaçlar şunlardır:

- Koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi,
- SB aracılığıyla halk sağlığı hizmetleri sunulması,
- Sağlık personelinin ülke genelinde eşit şekilde dağıtılması,
- Toplum sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi,
- Ulusal ilaç sanayinin teşvik edilmesi,
- Özel hastanelerin kurulmasının desteklenmesi,
- Genel Sağlık Sigortası'nın (GSS) kurulması,
- Devlet hastanelerinde döner sermaye2 sisteminin kurulması.

Sonraki yıllarda Genel Sağlık Sigortası Yasası taslak halinde hazırlanıp 1971 yılında TBMM'ye sunulsa da kabul edilmemiştir. Aynı yasa 1974 yılında da tekrar TBMM'ye sunulmuştur ama yine kabul edilmemiştir (Sağlık Bakanlığı, 2003).

İlk beş yıllık kalkınma planı 1963 yılında yapılmıştır. 1980-2002'li yıllarda sosyal sigorta kapsamında ve sağlık hizmetlerine erişim konusunda Türk halkına çok önemli anayasal haklar tanınmıştır (OECD, 2008).

Bu dönemde 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleşmesi Kanunu hayata geçirilmiştir. Bu kanun ile sağlık hizmetlerinden sosyal adalete uygun şekilde insanlara temel hak olarak verilen sağlık hizmetlerinden yararlanmaları amaçlanmıştır. Başlarda başarılı olan bu kanunun yürütülmesinde zamanla yönetsel problemlerden doğan sorunlar yaşanmıştır. Bu nedenle kanunun ülkemize uygun olmadığı 4 sonucuna varılmıştır.

Oysa 224 sayılı kanun,

- Herkese, her yerde ve her zaman sağlık hizmetleri,

- Koruyucu sağlık hizmetlerine ve halk sağlığı açısından önemli sağlık sorunlarına öncelik verilmesi,
- Başvurmayanlara da hizmet verilmesi,
- Sevk zinciri,
- Halkın, sağlık hizmetlerinin planlanması ve sunulması kararlarına katılımı,
- Ekip hizmeti,
- Planlı hizmet ve esnek model (hizmet kapsamındaki nüfusun özelliklerine göre uyarlanmış hizmet sunumu) ilkelerini benimsemiştir.

Halk Sağlığı Uzmanları Derneği'nin 2007 yılındaki "Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Sunumuna İlişkin Görüş ve Öneriler" Rapor'unda bu ilkelerin eskimedieği ve halen çağdaş oldukları belirtilmektedir (Yılmaztürk, 2013).

#### **3.1.4. 1981-Günümüze Dönemi Türk Sağlık Sistemi**

Sağlık hizmetlerinin finansmanı ve örgütlenmesi tartışmaya sunulmuş ve devamlı bir reform arayışı içinde olunmuştur. 1982 yılında 'Devlet Hizmet Yükümlülüğü Hakkında Kanun' ile doktorlar için zorunlu hizmet uygulaması getirilmiştir. 1983 yılında Aile Hekimliği Uzmanlık Dalı olarak tanımlanmıştır (Karacaer, 2014). 1982 Anayasasının 60.maddesinde herkesin sosyal güvenlik hakkı olduğu ve devletin de bu sorumluluğu üstlendiği belirtilmektedir (Yıldırım, 2013).

1982 Anayasası, 1961 Anayasasına göre sağlık hizmetleri ve yönetimi açısından paralel düzenlemeler içermektedir. Genel Sağlık Sigortası'nın kurulabileceği ifadesine 1982 Anayasasının 56. maddesinde yer verilmiştir. Bu dönemde 1961 Anayasasındaki sosyalleştirme politikalarının daha geniş çaplı olması için çaba sarf edildiği görülmüştür. Sağlıkta finans yönteminin değerin artmasıyla birlikte Genel Sağlık Sigortası 1987'de tekrar gündeme gelse de bu konuda düzenlemeler henüz gerçekleştirilememiştir. Bunun yanında yine bu tarihte "Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu" çıkarılmıştır. 1992 yılında düzenlenmiş olan Birinci Ulusal Sağlık Kongresi'nde Genel Sağlık Sigortası uygulamasının başlatılma fikri tekrar ele alınsa da bu konuda herhangi bir ilerleyiş sergilenememiştir. Fakat aynı yıl içerisinde Yeşil Kart programı başlatılarak, sigortası olmayan insanların sağlık harcamalarının karşılanması yönünde artırımlar meydana gelerek önemli bir gelişme sağlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2003).

2000-2001 yılları arasında Türkiye'nin yaşadığı ekonomik kriz sonucu bir çok insan işsiz kalmış ve Yeşil Kart kapsamına alınmıştır (Yıldırım, 2013). 2003 yılında sağlık sistemi daha önceki dönemlerin yansımalarını yaşamaktadır. Sözü edilen sağlık sistemi, belirli sayıda ücretsiz sağlık hizmeti veren ulusal bir sağlık hizmeti ve kayıtlı sektörlerdeki nüfusun farklı kesimlerini içine alan bir sosyal sigorta sistemi ile yoksul ve zayıf kesimin yararlandığı sosyal destek programlarının birleşmesinden oluşmaktadır (Okursoy, 2010).

2008 yılında Genel Sağlık Sigortası'na geçilmiştir ancak Yeşil kart'lular bu kapsama 2012 yılında dahil edilmiştir. Bu süre zarfında Yeşil Kart sahiplerinin giderlerinin ödemesi Sağlık Bakanlığı tarafından karşılanmıştır. 2012 yılında Yeşil Kart sahiplerine gelir testi yapıldı ve gelir düzeylerine göre GSS primleri Hazine tarafından karşılanması benimsenmiştir (Karacaer, 2014).

#### 4. EVDE SAĞLIK HİZMETİ

Sağlık Bakanlığı tarafından; “Evde sağlık hizmeti: Çeşitli hastalıklar nedeniyle evde sağlık hizmeti almaya ihtiyacı olan bireylere evinde ve aile ortamında sosyal ve psikolojik danışmanlık hizmetlerini de kapsayacak şekilde verilen muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım, takip ve rehabilitasyon hizmetlerini ifade eder” şeklinde tanımlanmıştır (www.resmigazete.gov.tr Erişim Tarihi: 27.01.2018).

Evde sağlık hizmetleri en az bir hekim, hemşire veya terapistin eve gönderilerek yoğun bir şekilde tedavi ve rehabilitasyon sağladığı bir programdır (Council on Scientific Affairs, 1990).

Yaşlanma geri dönüşü olmayan ve tüm sistemleri etkileyen fizyolojik bir süreçtir. Bununla birlikte yaşlılığın getirdiği sorunların da nasıl çözümleneceği önemli bir tartışma konusu olmuştur. Yaşlılığın doğurduğu en büyük sorun bakım sorunudur. Bu sorun üzerine yapılan araştırmalarda yaşlıların kendi ev ortamında tedavi ve bakım istediği tespit edilmiştir ve bunun üzerine evde sağlık hizmetlerinin önemi gittikçe artmıştır. Evde sağlık hizmetleri günlük aktivitelerin yapılabilmesi destek sağlamak, mevcut sağlık sorununun çözülmesi veya hemşirelik, tıbbi ve sosyal bakım ihtiyacı olan hastaların desteklenmesi, kronik ya da terminal dönemde olan hastaların iyileşmesi veya yetersizliğinin giderilmesi hizmetlerini kapsar (Çatak ve ark., 2012).

Tedavi sonucu düzelmeyen kronik hastalıklar, ruh sağlığı bozuklukları ve yaşlılık nedeniyle ortaya çıkan işlev kayıpları sağlık hizmetlerine duyulan gereksinimi artırmaktadır. Sağlık hizmetlerinin hastane ortamında verilmesi hem maliyeti artırmaktadır hem de memnuniyet düzeyini azaltmaktadır (Karataş, 2011).

“Evde sağlık hizmetleri ile ameliyat sonrası bakım gereksinimi olanlara, tedavisini evde sürdürebilecek yeni doğum yapan anne ve bebeklere, ortopedi ve travmatoloji, kalp, damar ve hipertansiyon, felçli, onkoloji, akciğer ve solunum, diyabet, nöroloji hastalarına ve bakıma ihtiyacı olan yaşlı ve engellilere, yara bakımı, enjeksiyon, infüzyon ve diğer kısa süreli hemşirelik hizmetlerine ihtiyaç duyanlara hastalık ya da sağlık ihtiyaçları sonlanıncaya kadar düzenli hizmetlerin sağlık ekibi tarafından haftada en az bir kez ya da hastanın durumuna göre her gün ziyaret edildiği hizmet uygulaması amaçlanmaktadır.” Hastanın durumu merkeze bildirilip evde sağlık hizmeti için uygun görüldükten sonra hastanın ya da hasta yakınının adres ve kimlik bilgileri alınır ve hasta için gerekli işlemler başlatılır. Hastanın rutin muayeneleri, tedaviye dair planları ve takipleri yapılır, her türlü tıbbi bakımları, tıbbi cihaz ihtiyaçları, hastaların sağlık

raporlarının düzenlenmesi veya bu raporların yenilenmesi, gerektiği yerlerde hastaların hastaneye nakilleri gibi hizmetler verilmektedir. Hastanın evde sağlık hizmeti alma süreci şu durumlarda; hasta ve hasta yakınları bu hizmeti istemiyorsa, hasta vefat ederse, hastaya yapılacak tedavi ve bakımı hasta yakını sağlık personeline ihtiyaç duymadan yapabiliyorsa, hastanın hastaneye kaldırılarak tedavisine hastanede devam edilmesi gereken tıbbi endikasyon gibi durumlar olduğunda sonlandırılabilir” (Işık ve ark., 2016).

Neredeyse hastanede sunulan taşınabilir birçok sağlık hizmeti evde sağlık hizmeti için de sağlanabilir (Council on Scientific Affairs, 1990). Evde sağlık hizmetleri birinci basamak hekimleri ve uzman sağlık personeli tarafından desteklenen multidisipliner bir yapıdadır (Reid ve ark., 2010). Evde sağlık hizmetleri sağlık ve sosyal sistemlerin ayrılmaz bir parçasıdır (Home-Based Long-Term Care, 2000).

#### **4.1.Evde Sağlık Hizmetlerinin Tanımı**

Evde sağlık hizmetleri bireyin sağlığını korumak, yükseltmek ve bireyi tekrar sağlığına kavuşturmak amacıyla, profesyonel veya aile bireyleri tarafından hastanın kendi evinde veya yaşadığı ortamda sağlık hizmetinin sunulmasıdır. Bireyin yaşam kalitesini ve toplumsal saygınlığını korumak amacıyla sağlık ve sosyal hizmetleri içine alan evde sağlık hizmetleri oluşturulmuştur. Evde sağlık hizmetleri sağlık kurumlarındaki bakım hizmetlerini, kurumlardaki hasta yoğunluğunu ve hastaların bu kurumlarda kalma ihtiyaçlarını azaltmayı veya geciktirmeyi amaçlayan hizmetlerdir. Evde sağlık hizmetlerinin en verimli şekilde sağlanabilmesi için sağlık profesyonelleri ve aile bireyleri işbirliği sağlamalıdır (Coşkun, 2011).

Özellikle de yaşlı olan hastaların hastanelerdeki yatakları gereksiz kullanımı hastanelerdeki yoğunluğu daha da artırmıştır (Çayır ve ark., 2013).

Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge'deki evde sağlık hizmetleri tanımına göre; çeşitli hastalıklardan dolayı evde sağlık hizmeti sunumuna ihtiyacı olan bireylere evinde ve aile ortamında sosyal ve psikolojik danışmanlık hizmetlerini de kapsayacak şekilde verilen muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım, takip ve rehabilitasyon hizmetlerini ifade etmektedir (Evmez, 2018).

Genel anlamda Evde Sağlık Hizmetleri; hekimlerin önerileri doğrultusunda hasta kişilere, aileleri ile yaşadıkları ortamda, sağlık ekipleri tarafından rehabilitasyon,

fizyoterapi, psikolojik tedavi de dahil olmak üzere ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sağlık ve bakım hizmeti sunulmasıdır ( Beşer Tunç, 2018).

Son yıllarda birçok ülkede sağlık hizmetini hastalara ulaştırmaya çalışan ve bu konuda önemli ölçüde çaba gösteren evde sağlık hizmetleri, Türkiye’de de Sağlık Bakanlığı tarafından üzerinde önemle durulan ve geliştirilmek için önemli adımlar atılan bir sağlık hizmeti olmuştur (Bulut ve ark., 2017).

#### **4.2.Evde Sağlık Hizmetinin Kapsamı**

Evde sağlık hizmetlerinden faydalanacak hedef kitle; Kanser ve kalp damar hastalıkları olanlar, tüberküloz gibi bulaşıcı hastalıkları olan kişiler, gelişimsel veya poliomiyelite sekonder engelleri de kapsayacak şekilde, engelli olan kişiler, HIV/AIDS“liler, kaza sonucu sakat kalanlar, duyuşsal kısıtlılığı olanlar, mental hastalığı olanlar ve madde bağımlılarıdır (Coşkun, 2011).

Evde sağlık hizmetlerinin genel olarak hizmet verdiği kesin 65 yaş üstü kronik hastalığı olan, engelli olan ve bilişsel bozukluğu olan bireyler faydalanmaktadır. Bu hastalara kendi ev ortamlarında sağlık hizmeti vermekle yükümlüdürler. Ayrıca kanser hastalığı olan, tedavisi mümkün olmayan hastalığa sahip olanlar, her yaştan nörolojik bir hastalık veya kas ve iskelet sistemi rahatsızlığı sonucu bağımlı olan, bası ülseri gelişen hastalar, geçirilmiş bir hastalık sonrası tedavi ve bakım gereksinimi olan hastalar ile fototerapi ihtiyacı gören yenidoğanlar faydalanabilmektedir ( Beşer Tunç, 2018).

Evde sağlık hizmetlerinde yaş sınırlaması yoktur. Başta yaşlılar ve kronik hastalıkları olanlar olmak üzere yeti kaybı olanlar, kendi kendine yaşamını sürdüremeyenler, özel bakıma ihtiyaç duyulan bir hastalığı olan herkes için bu hizmetin varlığı önemli ve gereklidir. Özellikle yaşlılık döneminde bu hizmete ihtiyaç hastalıklarla yakından ilişkilidir (Sargın, 2018).

Evde sağlık hizmetinin hangi hastalara hangi sıklıkla ve nasıl bir yolla verileceğinin iyi bir şekilde saptanıp sunulması, hem gereksiz iş yoğunluğunu engellerken hem de ihtiyaç sahiplerine odaklanarak daha kaliteli bir sağlık hizmeti vermiş olur (Çayır, 2013).

“Evde Sağlık Hizmetleri aşağıdaki işlemleri;

a) Hastaya konulmuş olan tanı ve planlanan tedavi çerçevesinde, bulunduğu ev ortamında muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin verilmesini,

b) İlacın reçete edilmesindeki özel düzenlemeler saklı kalmak kaydıyla, uzun süreli kullanımı sağlık raporu ile belgelendirilen ilaçların reçete edilmesini,

c) Tıbbi cihaz ve malzeme kullanımına ilişkin raporların çıkarılmasına yardımcı olunmasını,

ç) Hastanın ve ailesinin, evde bakım sürecinde üstlenebilecekleri görevler ile hastalık ve bakım süreçleri hakkında bilgilendirilmesini,

d) Hastaya, evde kullanması gereken tıbbi cihaz ve ekipmanlar konusunda, eğitim ve danışmanlık gibi hizmetlerin verilmesini,

e) Gerekli görülen hallerde hastanın ilgili sağlık kuruluşuna ve/veya sağlık kuruluşundan evine naklini” kapsar (Ören, 2016).

#### **4.3.Evde Sağlık Hizmeti Gerektiren Sağlık Sorunları**

Evde sağlık hizmetleri sunumunda en önemli husus hizmetin ihtiyaç sahiplerine ulaştırılmasıdır. Evde sağlık hizmetlerinde en önemli konu bu hizmetin, ihtiyacı olan bireylere ulaştırılmasıdır (Ayar ve ark. 2014).

Evde sağlık hizmeti sunumu için gerekli ekipman malzeme ve personel olduğu sürece her türlü sağlık sorununa hizmet verilebilir. Ancak hastanın ve hastanın ailesinin yaşadığı ev ortamının ve o evin çevresinin de evde sağlık hizmetine elverişli olması gerekmektedir. “Diyabet, böbrek hastalıkları veya felç gibi sıkı izlem gerektiren kronik sağlık sorunları olan kişilere kanser hastalığı olan, kardiyovasküler sorunları olan ve hipertansif hastalarına evde sağlık hizmeti sunulur. Bunların yanı sıra, KOAH hastaları, artiritli hastalar, fiziksel ve zihinsel yetersizliği bulunan hastalar, yaşamsal aktivitelerinde bir başkasına bağımlılığını söz konusu olduğu yaşlılar, herhangi bir nedenle ameliyat geçiren ve bakım gereksinimi devam eden hastalar, normal veya sezaryen doğum sonrası taburcu edilen ancak bakım gereksinimi süren lohusalar, yeni doğanlar da ishaller ve üst solunum yolu enfeksiyonları gibi bulaşıcı hastalıklar, yakın hemşire bakımı ile günlük yaşamını sürdürebilecek çocuk ve yetişkinler ile tedavi planı hastanede kalmasını gerektirmeyen hastalar evde sağlık hizmeti için uygun görülmektedir” (Tanlı, 1996).

#### **4.4.Evde Sağlık Hizmetleri Adı Altında Sunulan Hizmetler**

Bir sağlık hakkı olan evde sağlık hizmeti ve sosyal hizmetler bir biri ile koordine olarak sunulması gerekmektedir. Bu hizmetleri şöyle sıralayabiliriz (Evde Bakım Derneği, 2010):

- 1- Sağlık hizmetleri,
- 2- Sosyal bakım hizmetleri,
- 3- Sosyal destek hizmetleri,
- 4- Psikolojik danışmanlık hizmetleri,
- 5- Cihaz ekipman hizmetleri,
- 6- Eğitim hizmetleri,
- 7- Tıbbi ve sosyal rehabilitasyon hizmetleri,
- 8- Beslenme takibi,
- 9- Ulaşım desteği hizmetleridir

Sağlık hizmeti sunumu açısından evde sağlık hizmetlerini şu şekilde sıralayabiliriz (Coşkun, 2011).

- Evde koruyucu sağlık hizmetleri
- Evde tanı koyucu sağlık hizmetleri
- Evde tedavi edici sağlık hizmetleri
- Evde rehabilite edici sağlık hizmetleri
- Evde uzun süreli sağlık hizmetleri
- Evde terminal dönem hasta bakımı

#### **4.5.Sağlık Hizmeti Sunumu Açısından Evde Sağlık Hizmetleri**

##### **4.5.1.Evde Koruyucu Sağlık Hizmetleri**

Bu sağlık hizmetinde sağlığını geri kazanan hastanın tekrar hastalanması engellemek, iyilik halinin sürdürülmesi, fonksiyonlarının en iyi şekilde sürdürülmesinin sağlanması ve sakatlıkların önlenmesi gibi hizmetler sunulur. Evde koruyucu sağlık hizmetleri kurumsal hizmetin bir parçası olarak görülmelidir. Hastanın evde yaşamını daha iyi sürdürüp sakatlanma yaralanma ya da sağlığına etki edebilecek evdeki etmenleri en aza indirilmesi için hasta veya hastanın ailesine danışmanlık hizmeti verilmelidir. Bunlara örnek olarak hastanın evde yürürken takılıp veya kayıp düşebileceği halıların kaldırılması, evdeki aydınlatmanın hastaya uygun seçilmesi ve yine hastanın yürürken



veya merdivenden çıkarken tutunabileceği yerler yapmak ve benzeri çalışmalar yapılabilir (Council on Scientific Affairs, 1990).

Evde koruyucu sağlık hizmetlerinin kapsadığı bir başka konu ise hastanın gerek eklem hareketleri gerek diğer yaşamsal hareketleri veya hastanın eklemleri ve kaslarının kuvvetine tekrar kavuşabilmesi için kullanabileceği gereçlerin kullanımı gibi fizik tedavi programlarıdır. Evde hasta bakımında hasta ve ailenin sorumluluğu daha büyük olduğundan, ev içindeki ailenin hareketlerinin detaylı izlenmesi, davranışsal bazı değişikliklerin yapılması ve hasta eğitimi ve danışmanlık hizmetleri birlikte tıbbi tedavi sürecine uyum sağlaması evde sağlık hizmetlerinin en önemli parçalarındandır (Coşkun, 2011).

#### **4.5.2. Evde Tanı Koyucu Sağlık Hizmetleri**

Sağlık hizmeti veren hastaneler klinikler gibi yerlerde mali açıdan baskılar ve sıkıntılar oluşmasından dolayı, teknolojinin de yardımı ile evde koruyucu sağlık hizmetleri muayenehanelere ve evlere getirilmiştir. Bununla birlikte bazı hastalar için evde tanı koyma iyi bir yöntem olabilir. Bu hasta kitlesi çok sayıda sağlık problemi olan, yürümekte güçlük çeken, çok sayıda tedavi uygulanan ve sık sık düşen hastalardır. Kronik hastalığı çok olan, uygulanan tedavilere etkili yanıt veremeyen, iletişimini ve bakımını az bulan hastalar evde tanı koyma hizmetine uygun görülen hasta kitlesi içindedir (Council on Scientific Affairs, 1990).

#### **4.5.3. Evde Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri**

Günümüzde yoğun bakım sonrası hastalar artık evlerinde tedavi görebilecek ve hastanenin yoğunluğundan uzak olabilecekler. Çünkü artık evde tedavi hizmeti sağlayabilmek adına gerekli ekipman ve malzeme üretilmeye başlamıştır. Bununla birlikte hasta ve hastanın ailesi günlük yaşamlarına yine rahat bir şekilde devam edebilecektir (Akdemir ve Akkuş, 2006).

#### **4.5.4. Evde Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri**

Bu hizmette hastanın hastanedeki yatış işlemleri de takibe alınıp hazırlanan evde rehabilitasyon programını hasta ve hasta yakınının da yardımıyla yapılır. Buradaki amaç hastayı tekrar sosyoekonomik çevresine ve topluma kazandırmaktır (Akdemir ve Akkuş, 2006).

Evde çeşitli şekilde hizmetleri sunulabilir. Bu çeşitlendirme hastaların mevcut durumu ve yeteneklerine göre her hasta için bireyselleştirilebilir (Council on Scientific Affairs, 1990).

#### **4.5.5. Evde Uzun Süreli Sağlık Hizmeti**

Evde uzun süreli bakım hizmetlerinin amacı, evde devamlı olarak bakım gereksinimi duyan kronik hastalığı olan hastaların, yaşlıların ve engellilerin mevcut sağlığını korumaktır. Bakıma muhtaç olan hastaların bakım ihtiyaçlarının daha da artmasını engellemek, hastalık ve engelliliğin ortadan kalkmadığı durumlarda bağımsız yaşayabilmeleri açısından eğitim ve beceri kazandırılması için bakım hizmeti sunulur. Bakıma ihtiyaçlılık, günlük yaşam aktivitelerinin ve yardımcı yaşam aktivitelerinin en az birinin yerine getirilememesi hali olarak açıklanmaktadır. Bu tür fonksiyonların yerine getirilmesinde sıkıntı yaşanması ve zorunlu olarak gözetim altında tutulmak bakım hizmetlerinden yararlanma şartlarından olarak birçok ülkede uygulanmaktadır (Oğlak, 2007).

#### **4.5.6. Evde Terminal Dönem Hasta Bakımı**

Bu hizmette hospice hastalara uygulanan bakım hizmetleri yer alır. Hospice kavramı terminal döneme gelmiş hastalara ve hastanın ailelerine verilen bakım hizmeti esas alınır. Hospice tedavi edici değil palyatif bir bakımı temel alan bir hizmettir (Coşkun, 2011). Palyatif bakım, hastalığa bağlı olarak oluşan sıkıntıların azaltılması veya giderilmesi ve yaşam kalitesinin artırılmasını sağlayan bakım şeklidir. Palyatif bakım bazı toplum ve sağlıkçılarca “destekleyici bakım” olarak da adlandırılmaktadır (Fadıloğlu ve Ark, 2010).

Hospice’in amaçları; hastanın tıbbi, manevi anlamda ve duygusal sıkıntılarıyla ilgilenmek, aileye hasta hakkında destek olmak, hastanın evinde mümkün olduğunca rahat ve uzun süre kalabilmesini sağlamak, bu hizmet için gönüllülerin de desteği ile hastaya iyi bir yaşam şartı sunmak ve sağlık sorunuyla ilgili ağrı ya da diğer sorunları yok etmektir (Coşkun, 2011).

#### **4.6.Evde Sağlık Hizmetleri Sunan Kuruluşlar**

Dünya genelinde evde sağlık hizmetlerini tarih boyunca eğitilmiş aileler başta olmak üzere kiliseler, gönüllüler, sosyal yardım kuruluşları, darülaceze, kamu, özel hastaneler ya da sağlık merkezleri vasıtasıyla verilmektedir (Işık ve ark., 2016).

“ Evde sağlık hizmetleri, Bakanlık ve bağlı kuruluşları bünyesindeki eğitim ve araştırma hastaneleri, genel hastaneler veya dal hastaneleri, ADSM’ler ve TSM’ler bünyesinde kurulan birimler ve AHB’ler vasıtası ile sunulur.” (Coşkun, 2011). Ülkemizde hem de devlet kuruluşları hem de özel kuruluşlarla evde sağlık hizmeti verilebilmektedir (Çayır ve ark., 2013).

Türkiye’de özel kuruluşlarının evde sağlık hizmeti sunabilmesine olanak sağlayan “Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik” 10.03.2005 tarihli ve 25751 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir ve özel sektörde verilen hizmetler denetime alınmıştır. Bunun yanında Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurum ve kuruluşları tarafından evde sağlık hizmeti verilmesine dair Sağlık bakanlığı tarafından sunulan “Evde Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” 01.02.2010 tarihinde yürürlüğe koyulmuştur. Sağlık bakanlığımızın yönetmeliğine göre özel hukuk tüzel kişiler ve gerçek kişiler özel sağlık merkezleri açıp işletebilirler. Evde sağlık birimleri ise, 09.03.2000 tarihli ve 23988 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan “Ayakta Teşhis ve tedavi Yapılan özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik” hükümlerine göre poliklinikler ve özel hastaneler mevzuatı uyarınca özel hastaneler ruhsatlandırılıp evde sağlık birimleri açılabilir (Sağlık Bakanlığı, 2015).

##### **4.6.1.Resmi Kuruluşlar**

Devlet ve yerel sağlık yönetimlerinin sağlık idarecileri tarafından yönetimleri yapılır. Kar amacı olmayan finansmanı vergi fonlarına ait olan kuruluşlardır. Bunun yanında bu kuruluşlar da diğer kuruluşlar gibi evde sağlık hizmeti için ödeme yapan kuruluşlarla anlaşmalı çalışıp verdikleri hizmetlerin karşılığı olan ödemeleri kabul edebilirler. Resmi kuruluşları sağlığın korunması ve geliştirilmesi gibi hedeflerinin yanında bütçelerinin genel olarak kamu kaynaklarından karşılandığı için diğer kuruluşlardan daha kapsamlı sağlık hizmeti sunabilmektedirler. Örneğin, ülkemizde Sağlık Bakanlığı, Yerel yönetimler kapsamında Belediyeler tarafından bu hizmet sunulmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2015).

#### **4.6.2.Gönüllü Kuruluşlar**

Gönüllü kuruluşlar, kar amacı olmayan hayır kuruluşlarıdır. Ancak sigorta kuruluşları, özel sigorta şirketleri ve hastaların verdiği ödenekleri de finanse edebilmektedirler. Bu kuruluşlar genel olarak kamunun yararına olan kuruluşlar arasında oldukları için vergiden muaf tutulurlar. Bu kuruluşlar çeşitli dernekler vasıtasıyla oluşturulmaktadır. Türkiye’de henüz böyle bir kuruluş yoktur (Sağlık Bakanlığı, 2015).

#### **4.6.3.Özel Kuruluşlar**

Kar amaçlı kuruluşlar olup özel sigorta şirketleri ve hastaların doğrudan yaptıkları ödemeleri finanse ederler. Evde sağlık hizmetleri konusunda danışmanlık hizmeti veren ABD kuruluşu The Corridor Group ve Eczacıbaşı’nın ortaklaşa kurduğu ve 2001 yılında faaliyete geçen Eczacıbaşı Sağlık Hizmetleri, Türkiye’nin evde sağlık hizmeti konusunda organize ilk özel kuruluşudur. Aynı zamanda Eczacıbaşı Sağlık Hizmetleri, 2005 yılında Sağlık Bakanlığı’ndan ruhsat alan ilk “Evde Sağlık Merkezi” olmuştur (Coşkun, 2011).

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

kendisi veya kanuni temsilcilerinin hizmeti sonlandırmayı talep etmesi, hastanın vefat etmesi, hasta veya yakınlarının tedaviye direnç göstermeleri durumunda verilen hizmet sonlandırılabilir” (Işık ve ark., 2016).

Evde sağlık hizmetinin yönetim şekli; koordinasyon ve iletişimi için Toplum Sağlığı Hizmetleri Şube Müdürlüğüne bağlı olarak bir “koordinasyon merkezi” oluşturulmuştur. Koordinasyon merkezinin yönetimi Toplum Sağlığı Hizmetleri Şube müdürlüğünden de sorumlu olan Halk Sağlığı müdür yardımcısının elinde olmakla birlikte, aynı zamanda halk sağlığı müdür yardımcısı bu koordinasyon merkezinin başkanıdır. “Koordinasyon merkezi için müdürlükçe uygun bir mekân ayrılır. Evde sağlık hizmeti sunan tüm birimler ile irtibatı sağlayacak; yeterli sayıda; şehir içi, şehirlerarası ve GSM görüşmelere açık; kayıt ve yönlendirme yapılabilen ve mesaj bırakılabilen sabit ve mobil telefon ve hattının bulunduğu santral donanımı tahsis edilir. Evde sağlık hizmetlerine başvuruların alındığı 444 3 833 numaralı telefon hattı da müdürlüğe bağlı koordinasyon merkezi bünyesinde hizmet verir. İletişim, haberleşme, kayıt, arşiv ve sekreteryaya işlemlerinin yürütülebilmesi için müdürlükçe, yeterli sayı ve nitelikte personel görevlendirilir.” Müdürlük tarafından bir hekim "koordinasyon merkezi sorumlu hekimi" olarak görevlendirilir (Sağlık Bakanlığı, 2015).

#### **4.7. Evde Sağlık Hizmetlerine Başvuru**

*Başvurular;* hasta, hasta yakını, diğer kişiler, kurumlar tarafından 444 3 833 numaralı hat aranarak veya ASM/AHB aracılıkları ile “Evde Sağlık Hizmeti Başvuru Formu” doldurulup il koordinasyon merkezine yapılır. Hastaneden taburcu olan hastalar onların tedavisini yapan hekimler tarafından koordinasyon merkezine bildirilir. Başvuru sonrasında yapılan değerlendirmeye hastanın durumuna göre ziyaret planı belirlenir ve günlük, haftalık, aylık periyotlarla verilecek hizmetin zamanı hasta veya hasta yakınlarına bildirilir (Ören, 2016).

#### **4.8. Evde Sağlık Hizmetlerinin Çalışma Usul Ve Esasları**

Evde Sağlık Hizmetleri, birimden sorumlu tabip veya dış tabibi ya da Aile Hekimleri Birimlerince gerekli durumlarda hastayı muayene eden hekim ya da ilgili uzman hekimler ile istişare edilerek hazır duruma getirilen ve koordinasyon merkezindeki sorumlu tarafından uygun kabul edilerek onaylanan çalışma ve iş planlamasına göre yürütülür. Hastanın durumuna göre günlük haftalık veya aylık dilimlerde önceden

belirlenmiş gün ve saatleri, hastayı ziyaret edecek ekipte yer alacak personelin unvan ve kimlik bilgilerini içeren hizmet planları hasta ziyaretinden önce hasta veya hasta yakınlarına bildirilir. Birimler, hizmet planında yapacak oldukları değişiklikleri önceden hasta veya hasta yakınlarına bildirmeleri gerekmektedir. Ziyaret saati ve tarihi, hastanın yanında kalınan süre, uygulanan tıbbi girişimler ve işlemler, kullanılan ilaç, araç gereklere ve tıbbi sarf malzemeler kayıt altına alınır ve hastanın durumu ve ziyaretin detayları raporlanır. Koordinasyon merkezi tarafından yapılan görüşmeler kayıt altına alınmalı ve güvenlikleri sağlanması mecburidir. Evde sağlık hizmetleri mesai saatleri içerisinde sunulan ve randevu sistemine dayalı bir hizmettir Sağlık Bakanlığı, 2015).

Hastanın evinde gerçekleştirilemeyecek tıbbi işlemler (tomografi çekimi, derin yara bakımı) için hastanın, hasta nakil aracı ile alınarak hastaneye götürülmesi ve işlemleri bitiminde tekrar evine getirilmesi işlemleri de evde sağlık hizmeti kapsamındadır (khgm.saglik.gov.tr).

#### **4.9. Evde Sağlık Hizmetlerinde Konsültasyon**

Hizmeti veren birimlerin sorumlu hekimlerin gerekli görmeleri durumunda ilgili uzman hekimlerce hastanın durumu konsülte edilir. Birim tarafından yapılan konsültasyonun ve yeniden değerlendirmenin sağlık kuruluşunda görevli gerekli uzman hekimlerce zamanında yerine getirilmesi gerekmektedir. Konsültasyon hizmetinin planlamasını, koordinasyon merkezi ve ilgili uzman hekimlerin bulunduğu hastanenin hizmetten sorumlu yöneticisi yapar (Sağlık Bakanlığı, 2015).

#### **4.10. Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Sağlık Kuruluşuna Sevki**

Hasta için daha iyi tetkik ve tedavi gerektiren durumlarda, sağlık raporunun yenilenmesi gerektiği durumlarda evde sağlık hizmeti sunan birim tarafından hastaneye sevk edilebilir. Sevk işlemi evde sağlık hizmeti veren birimler tarafından bu hizmet için kullanılan ambulansla gerçekleştirilir. Nakil için ambulans yetersizliğinde koordinasyon merkezi 112 acil komuta kontrol merkezinden yeni bir ambulans isteyebilir. Nakil işlemlerinin giderleri hastaya faturalandırılmaz. Hastaya randevuyu sevk kararı veren birimler tarafından eğer mümkünse hasta yoğunluğunun az olduğu bir tarih ve saatte alır. Hastaların sevk edildikleri sağlık kuruluşlarında, tetkik ve tedavilerin uzun sürmesi veya diğer ünlere sarkmaları halinde hastalara mağdur olmamaları açısından en az 5 yatak kapasitesine sahip bir “Evde Sağlık Hizmet Ünitesi” oluşturulur. Bu üniteler bazı

fiziki yetersizlik nedenleri ile oluşturulamazsa evde sağlık hizmeti komisyonuna rapor hazırlanarak bildirilir ve bu komisyonun kararı doğrultusunda hareket edilir. Rapor uygun görülürse evde sağlık hizmeti alan hasta gerekli görülen servislere yatırılmasına dair düzenlemeler yapılır. Bu işten, hizmetten sorumlu idareci bizzat yükümlüdür. Meydana gelen yeni hizmetler evde sağlık hizmetleri kapsamına girmez. Böyle hallerde acil sağlık hizmetlerine dair mevzuatla hareket edilir (Sağlık Bakanlığı, 2015).

#### **4.11. Evde Sağlık Hizmetleriyle İlgili Kayıtların Tutulması**

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

Evde sağlık hizmetlerini müştereken yürütmekle mükellef olan Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ve Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, kendilerine bağlı sağlık kuruluşlarının mezkûr modülü kullanmalarını sağlamak, bunun için gerekli olan düzenlemeleri ve eğitimleri yaptırmakla yükümlüdürler (Sağlık Bakanlığı, 2015).

#### **4.12. Evde Sağlık Hizmetinin Sunumunda Uyulması Gereken İlkeler**

Evde sağlık hizmeti verilirken bu hizmete uygun kişilerin rızası alınması gerekmektedir. Eğer sağlık durumu onay vermeye elverişli değilse “Aydınlatılmış Onam Formu” kullanılarak rızası alınır. Hizmet uygulanırken tıbbi deontoloji ve mesleki etik ile ahlak ve nezaket kurallarına uyulması gerekmektedir ve hasta hakları mevzuatına göre hareket etmek zorunludur. Bu hizmeti alan hastaların yanında en az aileden veya yakınlarından biri bulunmalıdır eğer yoksa ekipten en az sağlık elemanı ziyarete gelmek zorundadır (Sağlık Bakanlığı, 2015).

#### **4.13. Evde Sağlık Hizmetinin Sonlandırılması**

Evde sağlık hizmetinin verilmesinin sonlandırılacak etmenleri şöyle sıralayabiliriz (Ören, 2016):

- Bu hizmetten yararlanan hastanın iyileşmesi durumunda,
- Evde sağlık hizmeti alan hastaya uygulanacak bakım ve tedavi gibi hizmetler için sağlık personeline gerek kalmadığından,
- Hastanın veya küçük olmayan, ayırt etme gücüne sahip bir yakınının verilen hizmeti sonlandırmak istediğinde,

- Hastanın vefat etmesinde, hasta veya hasta yakınının uygulanan tedaviye karşı uyumsuz davranışlarında,
- Direnç göstermelerinde sorumlu hekim veya diş hekimini veya aile hekimini tarafından sunulacak hizmetin pek bir fayda sağlayamayacağına kanaat getirildiğinde,
- Hastanın veya küçük olan hastanın velisi ya da yakını tarafından sağlık personelinin güvenliğine dair sakıncalı davranışlar sergilediğinde, evde sağlık hizmeti alan hastanın bazı nedenlerden dolayı ikamet ettiği yeri değiştirmesi durumunda
- Ailelerin uyumsuz davranışları ve sağlık personelinin güvenliğinin tehlikeye düştüğü hallerde sonlandırılabilir.

Hizmetin sonlandırılması planlayan birim, hazırlayacağı tutanağı koordinasyon merkezi aracılığıyla evde sağlık evde sağlık hizmeti komisyonuna sunar ve evde sağlık hizmeti komisyonu değerlendirip karara bağlanır. İkametini değerştiren hastanın diğer bölgelere devri gerçekleştirir ve evde sağlık hizmet alma surumu devam ettirilir (Sağlık Bakanlığı, 2015).

#### **4.14. Evde Sağlık Hizmetlerinde Sağlık Personelinin Eğitimi**

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu son yıllarda evde sağlık hizmeti konusunda son derece önemli adımlar atılmakta ve başarılı uygulamalar yürütölmektedir. Türkiye Halk Sağlığı Kurumunun stratejik planında evde sağlık hizmetinin güvenli, etkili ve sunumun kaliteli şekilde verilmesine dair hedefleri saptama, bu hizmetleri yaygınlaştırıp evde sağlık hizmetine ihtiyaç duyanlara buldukları ortamda verilmesi çabaları hız kazanmıştır. Evde sağlık hizmetinin yaygınlaştırılmasıyla birlikte önemli başka bir konu da değerşen ve gelişen koşulların sebep olduğu bilgi gereksiniminin doğmasıdır. Bu çerçevede sağlık personeline gerekli bilgi ve beceri yeterliliğini kazandırmak için yapılan eğitim programlarının önemi her geçen gün daha da artmaktadır. Çalışanlara eğitim verirken bu eğitimin içeriğinin çalışanın ihtiyaçını karşılayacak nitelikte olması gerekmektedir. Evde sağlık hizmetleri, personelin hizmet süreci boyunca kendilerini geliştirmesi ve eğitim süresince daha dinamik hizmet sunmalarını gerektiren bir yapılanmadır. Evde sağlık hizmetleri sunumunda ortaya çıkan sorunlardan birinin hizmet sunumu sağlayan personelin eğitimi olduğu saptanmıştır, verilen bu eğitimlerin evde sağlık hizmetleri üzerine olduğu halde bu hizmetin karmaşık ve çeşitli bir yapıya sahip olması nedeniyle



planlı bir eğitim verilmesi gerekliliğini vurgulamıştır. Bu açıdan personele verilecek eğitimin içeriği hem verimliliği ve motivasyon düzeyini yükseltecek hem de personelin daha rahat ve sağlıklı bir şekilde hizmet sunmasını sağlayacak şekilde olmalıdır (Bulut ve ark., 2017).

#### **4.15. Evde Sağlık Hizmetlerinde Karşılaşılan Sorunlar**

Bütün alternatif hizmetler gibi evde sağlık hizmetinde de karşılaşılan bazı sorunlar olmaktadır. Yeni bir alan olan evde sağlık hizmetleri beraberinde yeni riskleri ve denetimle ilgili sorunları getirmiştir. Evde sağlık hizmeti, geniş çaplı bir eğitim programı ve önemli bir kontrol mekanizması gerektiren bir organizasyondur. Evde sağlık hizmetini sunan personelin alışmış olduğu ortamın dışında bir ortamda hizmet vermesi hizmet sunumunu zorlaştırırken verimi de zor hale sokmaktadır. Bazen de hizmeti sunanlar, hasta ve ailesiyle arasında iyi bir iletişim kuramayabilir. Aile bireylerinin sürekli hasta ile bir arada olmasının getirdiği gerginlik iyi bir iletişime engel teşkil edebilmektedir. Başka bir konu da evde sağlık hizmeti veren personelin, hastanın yanında sürekli bulunamaması hizmetin kısıtlı sağlanmasına neden olmaktadır. Ayrıca acil durumlarda anında müdahale edebilecek bir sağlık personelinin olmaması evde sağlık hizmetinin hastaneye göre dezavantajlı olduğu bir konudur (Başgöl ve ark., 2012).

Günümüze bakıldığında, bilimsel ve teknolojik gelişmelerle birlikte koruyucu sağlık hizmetleri de önemli bir gelişim göstermekte ve erken tanı ve tedavi yöntemleri artmaktadır. Bunlara bağlı olarak yaşam süreleri de uzamaktadır. Yaşlı nüfusu ülkemizde giderek arttığı gözlemlenmektedir. Bu artışla 2025 yılında Türkiye'deki yaşlı nüfusu %9-10 olması beklenmektedir. Bu nüfus artışıyla beraber yaşlılıkta meydana gelen psikolojik, fizyoloji, sosyal değişiklikler de tespit edilip tedavisi için planlamalar yapılmalıdır. Ayrıca ortaya çıkacak fiziksel ve mental sağlığı etkileyici unsurlar da tespit edilmeli. Beklenen yaşam süresinin artması kronik hastalıkların da görülmesini beraberinde getirir. Bu yüzden gelişmek ve gelişmekte olan ülkeler için önemli bir sorun haline gelmiştir. Kronik hastalıklar uzun dönemlidir, yavaş ilerleyen ve tıbbi girişimlerle tedavi edilemeyen hastalıklar olduğu için, hastalığın yükünü azaltmak ve kişisel yeterliliği en üst noktaya taşıyıp, belirli zamanlarda kontrol edilme ve bakım gereksinimi olmaktadır (Karaman ve ark., 2015).

20. yüzyılda yaşlı nüfusun giderek artması, kronik hastalıklardaki artış, ruhsal hastalıklarda ve engellilik durumundaki artış beraberinde sağlık hizmetlerine olan ihtiyaçta da artışına neden olmuştur. Bu sorunlarla birlikte yataklı tedavi kurumları daha fazla kullanılma zorunluluğu doğdu. Yatak işgal oranlarında uzama görüldü. Yataklı tedavi kurumlarına olan bu taleple birlikte hastaların erken ya da hastalıktan tam kurtulmadan taburcu olmalarına sebep olmuştur. Belirtildiği gibi sorunlar yaşayan bireylerin ihtiyaç duydukları bakım ve tedavileri uzun süreli olduğundan, yataklı tedavi kurumlarına sürekli olarak bağlı kalarak sağlık hizmeti almak, hem sağlık sistemi hem aile ve hasta bireyler için sorun teşkil etmekteydi. Bu sorunları ve hastanın bakımının ağır yükünü aileler tek başlarına kaldıramamaktadır. Ailelerin bakım gücü sosyal ve ekonomik, demografik ve epidemiyoloji nedenlerden dolayı yetersiz hale gelmektedir. Her sektörde olduğu gibi sağlık sektöründe de alanındaki uzmanların değişen ve gelişen dünya için sağlık alanında yenileşmeye gitmeye başlamışlardır. Bu yenileşmeyle sağlık sisteminde yeni hizmetler üretme amaçlanmıştır (Kaçan Softa ve ark., 2015).

Bakım ve sağlık ihtiyaçları olan hastaların ihtiyaçlarını karşılayabilmek adına Evde Sağlık Hizmetleri geniş bir hizmet kapsamına sahiptir. Hasta ve hasta yakınının fiziksel, duygusal, sosyal, ekonomik ve çevresel tüm ihtiyaçlarını araştırmak için disiplinli bir çalışma yapılmalıdır. Hastaların sağlık ve bakım durumlarına göre hekim, hemşire, sosyal çalışmacı, psikolog, fizyoterapist, konuşma terapisti, uğraşı terapisti, ev ekonomisti, eczacı gibi farklı daldan meslek grupları bu süreçte görev almaktadır. Evde sağlık hizmetleri 3 şekilde sunulmaktadır. Bunlardan ilki aile hekimliğinin sunduğu ve aile hekimliği mevzuatına uygun olan sağlık hizmetidir. İkinci olarak hastaneler bünyesinde oluşturulan evde sağlık hizmetleridir ve son olarak sağlık müdürlüğü tarafından oluşturulan mobil ekip destekleriyle verilen sağlık hizmetleridir. Evde sağlık hizmetlerinin en iyi iki özelliğinden biri sağlık harcamaları bakımından düşüşün olması ve bireyin kendi ev ortamında sağlık hizmeti alabilmesidir. Bunun yanında, kişilere özel bakım, iyileşme sürecindeki hızlanma, kesinti olmadan kaliteli ve standart hizmet, hasta birey ve yakınlarına hasta bakımı konusunda eğitilmesi, zamana dair daha tasarruflu olma gibi avantajlar da sağlar. Evde sağlık hizmetleri sağladıkları hizmetlerle, kalite ve maliyet yönünden finansal yöneticiler ve araştırmacılar tarafından hastaneler için alternatif bir hizmet olup olmadığı araştırılmaktadır. Bir başka özelliği olan herkes tarafından ulaşılabilir olması da sosyal devlet anlayışını ortaya koymaktadır (Işık ve ark., 2016).

#### **4.16. Evde Sağlık Birimleri Ve Bu Birimlerin Açılıp Kapatılması**

Evde sağlık birimleri 3 tipe ayrılmıştır. Bunlar;

##### **4.16.1. T Tipi Evde Sağlık Hizmet Birimleri**

TSM'lere bağlı olarak kurulmuştur ve sağlık hizmeti sunumunda öncelikli birimdirler. Bu birimin ekibi evde sağlık hizmeti konusunda eğitim almış hekim, yaşlı bakım teknikeri/evde hasta bakım teknikeri ve yardımcı bir sağlık personelinden oluşmaktadır. Yaşlı bakım teknikeri/ evde hasta bakım teknikeri olmadığı durumlarda bir yardımcı sağlık personeli bu birime eklenir (Ören, 2016).

Gerekli durumlarda psikolog, sosyal çalışmacı gibi destek elemanları da bu birimlere eklenebilir. Evde sağlık hizmeti verilen günlük hasta sayısı 10 ve üzerinde olan yerlerde en az bir T tipi birim kurularak hizmet vermesi sağlanır. Başka bir durum olarak da birbirine yakın olan küçük ilçelerde aynı şartlarda ortak şekilde birimler açılabilir (Yücel, Ünalın 2015).

##### **4.16.2. H Tipi Evde Sağlık Hizmet Birimleri**

Türkiye Kamu Hastaneleri kurumuna bağlı hastanelerin bünyesinde kurulmuş birimlerdir. T tipi Evde Sağlık Hizmet Birimleri'nin veremediği uzman hekim konsültasyonu, fizyoterapi gibi hizmetleri sağlamaktan sorumludur. Bu birimler Koordinasyon Merkezinin planlaması doğrultusunda T tipi birimlere destek olmaktadır (Ören, 2016). Bu ekip de hekim/ uzman hekim, yaşlı bakım teknikeri/ evde hasta bakım teknikeri ve yardımcı sağlık personelinden oluşmaktadır. T tipindeki birimlerde olduğu gibi H tipi birimlerde de yaşlı bakım teknikeri/ evde hasta bakım teknikeri olmadığı durumlarda yerine yardımcı sağlık personeli göreve getirilir. Gerekli durumlarda psikolog, fizyoterapist, diyetisyen gibi destek elemanları da bu birimin sunduğu hizmette görev alabilir. Hastanın ihtiyacı dahilinde bu hizmet ekibine uzman hekim veya hekim eklenebilir (Yücel, Ünalın 2015).

##### **4.16.3. D tipi Evde Sağlık Hizmet Birimleri**

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı olarak ADSM ( Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi)'ler bünyesinde kurulan birimlerdir. Bu ekip bir tane diş hekimi, bir tane ağız ve diş sağlığı teknikeri ya da diş protez teknikerinden oluşur. "T tipi birimler ihtiyaca göre, evde sağlık hizmetleri komisyonunun talebi ve müdürlüğün teklifi üzerine Valilik

onayı ile açılır ve aynı yolla kapatılır. H ve D tipi birimler ise evde sağlık hizmetleri komisyonunun talebi, genel sekreterliğin uygun görüşü ve müdürlüğün teklifi üzerine Valilik onayı ile açılır ve aynı yolla kapatılır. Birim tescili, Genel Müdürlük tarafından yapılır.” (Sağlık Bakanlığı, 2015).

Evde sağlık hizmeti verecek sağlık kuruluğu bünyesinde kayıt, arşiv, sekreteryaya, iletişim, planlama ve koordinasyon hizmetlerinin yürütülebileceği genişlikte fiziki mekân ayrılır. Bu faaliyetlerin gerektirdiği tefriş ve donanım, birimin bünyesinde kurulacak sağlık kuruluğu tarafından sağlanır (Yücel, Ünalın 2015).



## 5. EVDE SAĞLIK HİZMETLERİNE TARİHSEL BAKIŞ

İnsanlık tarihinin ilk toplumlarında tüm sağlık bakımlarının yaşanılan ve olayların gerçekleştiği yerlerde yapılması, evde sağlık hizmetinin tarihsel sürecinin bu zamanlara dayandığının göstergesi olduğunu söylemek mümkündür. Sonrasında ilk hekimlik uygulamalarıyla birlikte hastaların evlerine giderek orada tanı ve tedavilerini yapmaları şeklinde devam etmiştir. Bu uygulamanın getirdiği zorluklarla birlikte ilk hastane oluşumları da başlamış ve hasta bakımları hastanelere taşınmıştır. Hastanelerdeki maliyetlerin artması, hastane enfeksiyonları ve evin sıcak ortamının aranmasıyla birlikte evde sağlık bakım hizmetleri tekrar önem kazanmıştır. Evde bakım hizmetleri bakımın kapsamlı olarak ilk kayıtlar ABD'ye ait olmakla birlikte, gelir seviyesi düşük çocuklar ve ailelerine sağlanan kurumsal bir bakım metodu olmuştur. Evde sağlık alanında ilk örgütlenme ise 1796 yılında Boston Dispanseri tarafından gerçekleştirilmiştir (Sargın, 2018).

Ortaçağda Avrupa'da hastanın diğer insanlara hastalığını bulaştırmasını engellemek ve salgın hastalıkları önlemek amacıyla evde sağlık hizmetleri uygulanmaya başlanmıştır. Evde tecrit ve evde sağlık hizmetlerinin temelini oluşturan bu uygulama, sağlık hizmetleri yanı sıra barınma ve beslenme gibi sosyal hizmetlerin varlığından a söz edilebilmektedir. İngiltere'de evde sağlık hizmetleri kiliseler eşliğinde gönüllü kuruluşlar tarafından yıllarca yürütülmesine karşın 19. Yüzyılın ikinci yarısına kadar dini gruplar harici evde sağlık hizmeti sunumu yapılmamıştır. 1859 yılında Rathborne tarafından gönüllü ziyaretçi hemşirelik sistemi kurulmasıyla birlikte profesyonel anlamda hasta bakımı başlamıştır. Bu ziyaretler ile birlikte İngiltere'de bölge hemşirelik sisteminin temelleri de atılmıştır (Evmez, 2018).

1909 yılında Halk sağlığı hizmetleri sunan hemşirelik kurumlarının girişimleri ile Evde Bakım hizmetleri açısından bir dönüm noktası yaşanmıştır. ABD'de Metropolitan Yaşam Sigortası Şirketi, evlere yapılan Halk Sağlığı hizmeti vizitelerini ödeme kapsamı içerisine almıştır. Başka bir dönüm noktası olarak Montefiore Hastanesi bir Evde Bakım birimi kurarak hasta oluşturarak hastane destekli evde bakım uygulamalarının ilkinin gerçekleştirmiştir. Bu uygulama aynı zamanda çok disiplinli bir evde sağlık hizmetlerinin de ilk adımı olarak görülmektedir. ABD'nin yanı sıra Avrupa ülkeleri, Kanada, Avusturya gibi diğer ülkelerde Evde Bakım Hizmetleri yine gönüllü kuruluşlarla başlamış ve tüm uygulamalarda görülen yararları üzerine günümüze kadar gelişimi devam etmiştir (Altuntaş ve ark., 2010).

Türklerin İslamiyet'i kabul etmesinden önceki zamanlarda sağlığı koruyup hastalıkla mücadele etmekle görevli iki grup vardı. Bunların biri "Kam"lardır. Kamlık genellikle aynı soydaki insanlardan geçen bir yetki gibidir. İnsanların ruhunu çalan, onları şaşırtan ya da insanlara musallat olan kötü ruhlarla mücadele etmekle yükümlüdürler. Erken dönemde İslam tıbbında hastaların tedavi edildiği mekansal bir yapının varlığından söz edememekteyiz. Sağlık hizmetleri savaşta yaralanan askerleri savaş meydanında kurulmuş olan çadırlarda tedavilerinin sağlandıkları bilinmektedir. Günlük hasta bakımı hizmeti de evlerde sağlanmaktadır. Anadolu Selçukluları zamanında Anadolu Bacıları "Bacıyan-ı Rum" adı altında Ahilik Teşkilatının kadınlar kolunu oluşturmuşlar, dokumacılık, askerlik gibi faaliyetlerin yanı sıra yolcu ve kimsesizlerin bakılması gibi önemli hizmetler yürütmüşlerdir. Osmanlı döneminde evde bakım hizmetleri yasal bir temele oturtulmuştur (Demirsoy, 2017).

Evde sağlık hizmetleri dünyanın birçok gelişmiş ülkesinde sağlık konusunda tercih edilen bir hizmet şeklidir. Bu alanda Amerika Birleşik Devletleri en gelişmiş olan ülkelerin başında yer almaktadır. ABD evde bakım hizmetlerini 1965 yılında yasalaştırmış ve bununla birlikte 1970'lerde özel sağlık sigortaları da evde sağlık hizmeti daha az maliyetli ve sağlıktaki harcamayı düşürdüğü için bu alana yönelmiştir. Bu sektörün büyüklüğü ABD'de 170 milyar dolar civarında olduğu ve hastaneden taburcu olan hastaların ortalama %15-20'sinin evde bakım hizmetlerine yönlendirildiği tahmin ediliyor. ABD'de evde sağlık hizmetlerinin harcamaları tüm sağlık hizmetlerinin %7,8'i kadardır. Günümüzde ABD'de hastaneler, belediyeler, sigorta şirketleri, gönüllü kuruluşlar ve kiliseler aracılığıyla evde sağlık hizmeti verilmektedir. ABD'de şuan ortalama 17.000 kuruluş bu hizmeti verdiği tahmin edilmektedir. Evde bakım hizmetlerine dair dünyadaki diğer ülkelere bakıldığında İspanya da bu hizmetten yararlanan ortalama 14 milyon kişi vardır. İngiltere'deki yaşlı hastaların 6'da 1'i yararlanabilmektedir. 1998 yılından itibaren 65 yaş üstü hastalarda evde bakım hizmeti alan yaşlı nüfus oranı Kanada'da %17, ABD'de %16, Avusturya'da %11.7, İsveç'te %11.2, Almanya'da %9.6, Fransa'da %6.1, ve Japonya'da da %5'tir. Doğu Avrupa'da uzun süreli bakım hizmetleri genellikle hastanelerde yapıldığı için evde bakımı genel olarak evde hastaların aileleri yapar. Moldova, Ukrayna ve Belarus'ta devlet tarafından ailelere verilen tek hizmet kızıl haç(hemşire grubu ve sağlık merkezleri) hizmetidir (Yorulmaz ve ark., 2013).

## 6. TÜRKİYE’DE EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ

Ülkemiz tarihinde evde sağlık hizmetleri üzerine ilk olarak Fatih Sultan Mehmet’in 1453’te yayınlattığı çevreyle ilgili “Tababet ve Çevre Fermanı”nda bahsedildiği söylenebilir. Bu fermanla “... ayrıca 10 cerrah, 10 tabip ve 3 de yara sarıcı tayin ve nasp eyledi. Bunlar ki ayın belli günlerinde İstanbul’a çıkalar bilâistisna her kapuyu vuralar ve o evde hasta olup olmadığını soralar; var ise şifası ya da mümkün ise şifayab olalar. Değilse kendilerinden hiçbir karşılık beklemezsiniz Darülacezeye kaldırılarak orada salâh buldurulalar.” Denilmiş ve evde hastaların ziyaret edilmesinden söz edilmiştir (Saygın, 2018).

Türkiye’de ise 1930 yılında çıkarılan 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ile ‘Evde bulaşıcı hastalıkların tanı ve tedavisi, ana-çocuk izlemi ve hekimlerin evde hasta muayenesi’ hükümleri getirilmiştir (Altuntaş ve ark., 2010).

Umumî Hıfzıssıhha Kanunu Tatbikatına Dair 19 Temmuz 1931 tarihli 1852 sayılı 21 No’lu Tamim’de ilk defa “ev ziyareti” teriminde resmi bir şekilde bahsedilmiştir. 17 Mayıs 1934 “Evde muayene” Zührevî Hastalıklar ve Fuhuşla Mücadele Nizamnamesinin 14. Maddesine Tevfikan Yapılmış Olan Talimatname yayınlanmıştır”. 6 Ekim 1934 “Evde tedavi” bahsi Seyyar Tabiplerin Vazifeleri Hakkında Talimatnamesinde yer almıştır, 12 Haziran 1937 “Kamu Kurumu Personeline ve Kurum Çalışanlarına Evde Tedavi Sunulması” başlığı Emniyet Teşkilatı Kanunda yayınlanmıştır (Demirsoy, 2017).

09.07.1943 tarihli “Köy Ebeleri ve Köy Sağlık Memurları Teşkilatı Yapılmasına Ve 3017 Numaralı Muavenet Vekaleti Teşkilat ve Memurin Kanunu”, Vilayet Sıhhat Müdürü ve Hükümet Tabipleri ile Belediye Sağlık İşleri Müdür ve Belediye Tabiplerine ait Vazife Talimatnamesi ve Kaza Sağlık İdareleri ve Sağlık Merkezleri talimatnamesi’ne göre; hekim ve ebeler için evde hasta muayenesi tanı ve tedavi hizmetlerinin yürütülmesiyle ilgili düzenlemeler olduğu görülmektedir ( Bilge ve ark., 2014).

15. yüzyılda Osmanlı Devletinde gezici hekimlerin olması ve bu hekimlerin sunduğu sağlık hizmetlerinden sonra hasta bireye ailesinin bakması, Türkiye’de evde sağlık hizmetine dair ilk uygulama olduğunun kanıtıdır. Bunlardan sonraki zamanlarda evde hizmet veren hemşire ve hasta bakıcıları tarafından formal, aileler tarafından da informal olarak evde bakım hizmetleri devam etmiştir. “Evde sağlık hizmetleri uygulaması Türkiye’de yeni sayılabilecek bir uygulama olmasına karşın temellerinin 12

Ocak 1961 tarihinde 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun ile atıldığı görülmektedir.” Bu kanun ile sağlık hizmetlerini tek elde toplamak, sağlık personellerinin ülke geneline dengeli bir şekilde dağıtmak ve hastanelerde yatışlarla beraberinde gelen hastanelerdeki yoğunluğu azaltmak amaçlı köylere de ulaşılabilir bir tedavi hizmeti örgüt oluşturmanın gerekliliğinden bahsedilmiştir (Işık ve ark., 2016).

Türkiye’de ise evde sağlık hizmetleri 1963 yılında hazırlanan “Beş Yıllık Kalkınma Planları” hedeflerinin içinde yer almasına rağmen evde sağlık hizmetleri alanındaki gelişim daha yeni başlamıştır. Türkiye’de evde sağlık hizmetleri veren kurumlar ile ilgili olarak ilk yasal düzenlemeler 10 Mart 2005 tarihli 25751 sayılı resmi gazete yayınlanan “Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik” ile gerçekleştirilmiştir. Bu yönerge ile bakanlığa bağlı sağlık kurum ve kuruluşları bünyesinde ortaya konacak sağlık hizmetleri birimlerinin tanımı bu hizmetten yararlanacak hastaların tıbbi ve sosyal kriterlerinin belirlenmesi, evde sağlık hizmeti sunan ekibe gerekecek donanımın belirlenmesi, personele atfedilen görev yetki sorumluluklarının belirlenmesi ile otomasyon (randevu kayıt takip) sistemlerinin oluşturulması bu mevzuata ilişkin usul ve esaslar ile denetim esaslarına ilişkin mevzuatlar ve altyapı düzenlemesi yapılarak evde sağlık hizmetlerinin sosyal devlet anlayışı gereği olarak ayırım yapılmaksızın bütün vatandaşlara hakkaniyet ilkesiyle verilmeli ve ulaşılabilirlik açısından tüm ülkeye dağılımı sağlanması amaçlanmıştır (Yorulmaz ve ark., 2013).

9.9.1964 tarih ve 11802 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönetmeliğin 1.maddesine göre “... evde ve ayakta tedaviye öncelik verilecektir.” hükmü yer almaktadır. Aynı yönetmeliğin 6. Maddesinin i bendinde ise “*mütehassıs tabipler ve sağlık ocağı hekimlerinin konsültasyon için eve hasta muayenesine gidecekleri, bu ziyaretin ücrete tabi olmadığı belirtilmektedir*”. 15 Kasım 1976 “Uzun süreli evde bakım kullanımı”, “Millî Eğitim Bakanlığı’na Bağlı Sağlık Merkezlerinin Kuruluş ve Çalışmaları Hakkında Yönetmelik”te yer almıştır. 30 Ekim 1989’da evde hasta bakımı yıllık programlara dâhil edilmiş, konu “1990 Yılı Programının Uygulanması, Koordinasyonu ve İzlenmesine Dair” Bakanlar Kurulu Kararı’nda yer almıştır. 19Ağustos 1993’te sunulan “Evde hizmet” kavramı ilk kez engellileri içerecek şekilde “Özürlülerin Tespiti, İncelenmesi, Bakım ve Rehabilitasyonuna Dair Yönetmelik ”te yer almıştır (Demirsoy, 2017).



2 Şubat 2008 tarihli “Evde bakım hemşireliği” ve klinik eğitim içerisinde evde bakım hemşireliğinin yer alması gerektiği belirtilmiştir. “Doktorluk, Hemşirelik, Ebelik, Diş Hekimliği, Veterinerlik, Eczacılık ve Mimarlık Eğitim Programlarının Asgari Eğitim Koşullarının Belirlenmesine Dair Yönetmelik” yayınlanmıştır. 28 Mayıs 2008 tarihli evde verilen hizmeti, bakım ve tedavi ayırımı yapmadan sağlık hizmeti vermek olarak tanımlayan ilk metin Uludağ Üniversitesi Halk Sağlığı Eğitim, Araştırma ve Uygulama Merkezi yönetmeliğidir. 18.01.2010 tarihli ve 2620 sayılı makam oluru ile yürürlüğe giren “Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” hizmete başlamıştır. 21 Ocak 2012’de İlk defa evde sağlık hizmetleri bedellerinin hizmet başına ödeme yöntemi ile kamu bütçesinden ödeneceği belirtilerek Sağlık Uygulama Tebliği’nde yer verilmiştir. 04.04.2013 tarih ve 28254 sayılı Resmi Gazete’de “Evde Bakım Hizmetleri Türkiye’de Yaşlı Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik” yayımlanmıştır. 27.02.2015 tarihli ve 29280 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik” uygulamaya geçmiştir. Ankara Büyükşehir Belediyesi, Türkiye’de evde bakım hizmetleri uygulamasını başlatan ilk büyükşehir belediyesidir. Ankara Büyükşehir Belediyesi’nde evde bakım hizmetleri, Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı’na bağlı, Yaşlı Hizmetleri ve Şefkat Evleri Şube Müdürlüğü çatısı altında bulunan Yaşlılara Hizmet Merkezi tarafından yürütülmektedir (Demirsoy, 2017).

Sağlık Bakanlığı Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün 25.04.2017 tarihli ve 49644233-020-435 sayılı Makam Onayı ile ihtiyacı olan bireylerin muayene, tetkik, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyonlarının evinde ve aile ortamında yapılması, bu bireylere ve ailelerine sosyal ve psikolojik destek hizmetlerinin bir bütün halinde verilmesi için evde sağlık hizmetleri sunumunun Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu tarafından yürütülmesine karar verilmiştir (Evmez, 2018).

## 7. EVDE BAKIM HİZMETLERİ

Dünya’da ve Türkiye’de yaşlı nüfus artmakta ve yaşam süresi hızla uzamaktadır. Türkiye’de de 2012 yılında yaş ortalamaları verilerine bakıldığında nüfusun %7,5’i 65 yaş ve üzerini oluşturmaktadır. Yaşın artmasıyla ortaya çıkan bazı fiziksel psikolojik ve duygusal değişiklikler nedeni ile yaşlının sağlığı riske girmektedir. Bu sağlık sorunları yaşanınca birlikteliğinde ekonomik, kültürel ve çevresel gibi birçok toplumsal sorun da ortaya çıkmaktadır. Ayrıca yaşlılarda birçok kronik rahatsızlık, sakatlık, aktivite kısıtlanması ve yeti kaybı daha fazla görülmektedir (Bulucu, Ünsal, 2014).

DSÖ Çalışma Grubu’nun tanımına göre: uzun süreli bakım ve uzun süreli bakım, sağlık ve sosyal sistemlerin bir parçasıdır. Bakıma ihtiyacı olan kişilere aileleri, arkadaşları ve komşuları gibi bakım mesleğinin dışındaki bakıcılar tarafından, geleneksel bakıcılar ve gönüllüler tarafından verilen bakım hizmetidir (Subaşı, 2001).

Kronik hastalar ve engelliler günlük aktivitelerini yerine getirebilmeleri için tıbbi ve destekleyici bakıma sürekli olarak ihtiyaç duymaktadırlar (Council on Scientific Affairs, 1990).

Evde bakım hizmetleri; sağlığı korumayı, tedavi ve rehabilite etmeyi nitelikli bir biçimde sağlamanın gerekliliğinden dolayı sağlık hizmetlerini destekleyerek güçlendirmeyi esas alan bir hizmettir sağlık hizmetidir. Engelli, yaşlı, bakıma muhtaç veya sürekliliği devam eden bir hastalığı olan kişilerin hasta halden kurtarılması, sosyal yaşama ayak uydurmalarına yardımcı olmak, topluma katılabilmelerini sağlamak, bakım gereksinimi duyan hastaların ihtiyaçlarının karşılanması, bunların yanında ailedeki özellikle evde bulunan kadınların yüklerinin hafifletilmesi, sunulan psiko-sosyal, fizyolojik ve sosyal hizmetler bakımından hizmetler içeren bir bakım şeklidir. Başka bir tanım olarak şöyle açıklayabiliriz; kendi aile ve ev ortamında sağlık ve bakım hizmeti almak isteyen fakat ailesinin yeterli olmadığı sağlık, ekonomi ve sosyal hizmetleri, kendi alanlarında uzman kişiler tarafından ev ortamında verilmesidir (Öngel ve ark., 2010).

Bakıma Muhtaçlık; bireylerin yaşamındaki temel ve zorunlu olan aktivitelerini gerçekleştirebilmesi için yeterli olmadığı durumlarda bakım ve desteğe ihtiyaç duyma durumudur (Bilge ve ark., 2014).

Aile bireylerinin evde bakım yapma boyutlarının tespit edilmesi adına yapılan çalışmalar sonucu Ebeveyn Destek Oranı (ParentSupportRatio) ismi verilen bir ölçüt

geliştirilmiştir. Bu ölçüt ile toplumdaki evde bakım verme sorumluluğu derecesi ölçülebilmesi amacıyla kullanılabilir. Bu oran aynı zamanda 80 yaş ve üzeri ve 50-64 yaş arasındaki nüfusların oranı açıklamaktadır (Koç, 2009).

Bakım sürecinin devamlılığının sağlanmasında evde bakım hizmetleri önemli bir yere sahiptir. Hastanelerde sürekli sağlık ve bakım hizmeti verilmesi gerek aile gerek ülke açısından maddi yük olmakta, hızla artan nüfus ve yaşlı sayısı kişi başı düşen yatak sayılarında azaltmakta, hastanelerde sürekli yatmaya bağlı fiziksel ve psikolojik sorunlar oluşturmaktadır. Bu tür sorunlar evde sağlık ve bakım hizmeti gibi bir seçeneğin gerekliliğini ortaya çıkarmıştır. Dolayısıyla bu hizmeti, sağlık hizmetlerinin bir diğer sunum şekli olan evde sağlık hizmetleri ile ev ortamında psikolojik ve sosyal destekle, genel olarak 65 yaş üzeri yaşlı olup bakıma ihtiyaç duyan hastalar, kronik hastalığı olan bütün yaş grupları, bebek ve çocuklar ve engelliler alabilecekler. Evde bakım hizmeti; profesyonel ve multidisipliner bir ekiple hastanın içinde bulunduğu durumun günlük aktivitelerini etkileme ihtimalini en aza indirip yaşam standardını en üste düzeye çıkarmayı amaçlayan bir hizmettir. Evde bakım ekipleri yürüttükleri bu evde bakım tedavi ve rehabilite hizmetinde çok önemli role sahiptirler. Bu profesyoneller evde bakım hizmeti alan hasta ve hasta yakınlarına gereksinim duydukları her türlü desteği holistik ve hümanistik bakış açısıyla vermelidir. Bu amaçla verilecek olan hizmetlerin planlanmasında; hasta ve hasta yakınlarının ihtiyaçlarının iyi görülmesi ve tedarik edilmesi çok önemlidir (Karaman ve ark., 2015).

“Evde bakım hizmetleri; engelli, yaşlı, süregen hastalığı olan veya hastalık sonrası iyileşme dönemindeki bireyleri buldukları ortamda destekleyerek sosyal yaşama ayak uydurabilmelerini sağlamak, yaşamlarının mutlu ve huzurlu bir biçimde sürdürerek toplumla bütünleşmelerini sağlamak, bakıma gereksinim duyan bireyin aile üyeleri ve özellikle de ailedeki kadınlar üzerindeki yükünü hafifletmek için birey ve aileye sunulan psiko-sosyal, fizyolojik ve tıbbi destek hizmetleri ile sosyal hizmetleri içeren bir bakım modeli şeklinde tanımlanabilmektedir”. ‘Evde bakım hizmetlerinin Sağlık Bakanlığı tarafından ülkemizde yapılan net tanımı ise; 10 Mart 2005 tarihinde 25751 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan ‘Evde Bakım Hizmetleri’nin Sunumu Yönetmeliği’ne göre oluşturulmuştur. Bu yönetmelikteki Evde Bakım Hizmetleri; hekimlerin önerileri doğrultusunda hasta kişilere, aileleri ile yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavi de dahil tıbbi gereksinimlerini karşılayacak şekilde sağlık bakımı ile sağlık hizmetlerinin sunulması şeklinde tanımlanmıştır’ (Erkan, 2017).

### **7.1. Kısa Süreli Evde Bakım Hizmetleri**

Kısa süreli evde bakım hizmeti genellikle 30 gün ile sınırlandırılmaktadır. Tıbbi hizmet ağırlıklıdır ve hastane sonrası nekahat dönemi içerisinde verilmektedir (Yılmaz ve ark., 2010).

Kısa süreli evde sağlık hizmetlerinde hedef; tıbbi bakım ve rehabilitasyon gibi hizmetler sonrası bireyin kendi başına hayatını devam ettirebilecek duruma gelmesinin sağlanması amacıyla bireye evinde bakım hizmet verilmesi. Kısa süreli evde sağlık hizmeti, bireyin yeniden sağlığına kavuşması, sağlık düzeyinin yükseltilmesi, bireye ve ailesine eğitim ve danışmanlık hizmeti vererek sağlık sorunuyla baş edebilecekleri temel becerileri kazandırılması gibi birçok disiplinli hizmetler bütünüdür (Oğlak, 2007).

### **7.2. Uzun Süreli Evde Bakım Hizmetleri**

Uzun süreli evde bakım hizmetleri sosyal ve tıbbi bakım içermektedir. Yalnız sosyal bakım ağırlıktadır. 6 aydan daha fazla süre bakım gereksinimi duyulduğunda verilen bakım hizmetidir (Erkan 2017).

Uzun süreli evde bakım hastaları genellikle yaşlılar, engelliler ve kronik hastalığı olanlardan oluşmaktadır. Bu hizmetin amacı kesimlerin sağlığını korumak, bakıma muhtaçlık seviyelerinin daha da artmasını engellemek, hastalık ve engelliliğin tamamen ortadan kaldırılamadığı durumlarda mümkün olduğu kadar bağımsız yaşamalarını sağlamak için eğitim ve beceri kazanmalarını sağlamak ve profesyonel bir şekilde bakım hizmeti sunmaktır (Oğlak, 2007).

### **7.3. Evde Bakım Hastasının Ailesi**

Ülkemizde ve çoğu ülkelerde evde bakım hizmetini aile bireyleri vermektedir (Erkan, 2017). Evde bakım hastalarının %80'ine hastanın aileleri bakım yapmaktadır. Evde bakım hastalarının özellikle %75'ine ise eşi veya kızı bakmaktadır yani bakımlarını evdeki kadınlar üstlenmektedir. Aile bireyi kadınlar erkeklere oranla daha yoğun bir bakım yapabilmektedirler. Fakat zor ve stresli bir iş olan hasta bakımı evdeki kadın bakıcı bireyleri oldukça tükenmişlik yaratmaktadır. Çünkü bakım yükü kadınların evdeki diğer sorumluluklarıyla birleşince onları bayağı yormaktadır. Bakımın günlük süresi 4-8 saat arası olup ortalama 1-3 yıl kadar sürebilir. Bunun için aile bireyleri bakım sağlayabilmek için işten ayrılmaları, işlerine gerektiğinden az vakit ayırmaları ya

da bakım için bir bakıcı tuttuklarında da mali kayıplar meydana gelebilmektedir. Bunun yanında bakıcıda fiziksel ve ruhsal açıdan sağlık kayıplarına da sebep olabilir. Evde bakım hizmeti alan hastanın bakım ve sağlığının yanında resmi işlemleri ve bakımla ilgili diğer sorunları ile ilgili gördükleri tek kişi hekim olduğu için hekimden gelen destek de bakım yapan bireylerin ve hastanın stresini azaltabilmektedir. Hasta bakıcının eğitilmesi, sorduğu soruların cevaplandırılıp kaygılarının azaltılması ve ruhsal yönden değerlendirilip motive edilmesi de hekimin görevidir. Hasta bakıcıda meydana gelen tükenmişlikten sonra dinlendirilmesi veya tatile çıkarılması da stresinin azalmasında etkili rol oynar (Can, Ünal, 2008).

#### **7.4. Evde Bakım Hizmetlerinin Sınıflandırılması**

Evde bakım hizmetlerini sunan kişiye göre ikiye ayırabiliriz. Bunlar;

##### ***a) Farklı meslek alanlarına göre uzman kişiler (formal care):***

Hemşirelik hizmetleri, psikoterapi, fizik tedavi vb. destek sağlık hizmetleri, sosyal destek, gıda ve beslenme hizmetleri, ev işlerine yardım ve danışmanlık hizmetlerini içerir.

##### ***b) Aile bireylerinin verdiği (informal care):***

Ülkemizde ve dünyada evde bakım çoğunlukla aile bireyleri tarafından verilen bakım hizmetidir (Erkan, 2017).

Formal bakım; evde ya da sağlık kurumunda sağlık bakımı ve kişisel bakım gibi hizmetleri, hemşire, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen ve evde bakım yardımcılarının sunduğu hizmettir. İnfomal bakım; herhangi bir uzman gerektirmeyen hasta ile kalan aile bireyleri ya da arkadaşları tarafından verilen bakım şeklidir (Türken Gel, Tokur Kesgin, 2017).

Bunlarla birlikte; evde bakım hizmetlerinin; evde sağlık hizmetleri ve evde sosyal hizmet şeklinde iki sınıfa ayırabiliriz. Evde Sağlık Hizmetleri; Hekimlik hizmeti, hemşirelik hizmeti, fizyoterapi, tıbbi malzeme ve aygıt hizmetleri, ilaçların eve ulaştırılması, ve psikolojik destek hizmetlerini kapsamaktadır. Bu hizmetten yararlanan kişiler hastalardır. Amaç; sağlık durumu bozulmuş olan hastaların durumlarını iyileştirip düzeltmek ve hastanelerdeki yatışları azaltmaktır. Evde sağlık hizmetlerinin başarı durumu hastane sonrası hasta ve hasta yakınlarının ihtiyaçlarının değerlendirip; tedavi, bakım yaşam düzenlemelerinin yapılması ile yanı sıra, çıkış işlemlerinin iyi yapılması ve evde bakım hizmetleri ekibinin etkili bir koordinasyonuna bağlı

olmaktadır. “Evde Sosyal Destek Hizmetleri ise; Sosyal hizmet çalışanları, bakım destek elemanları, aile bireyleri ve din gevlileri gibi destek elemanlar ile taşıma, ulaşım, ev ve kişisel bakım, eve yemek sağlama gibi hizmetleri kapsayan ve sağlık hizmeti dışındaki gereksinim alanlarını dolduran hizmetlerdir. Bu kapsamda sağlanan hizmetler arasında; hemşirelik hizmetleri, destek sağlık hizmetleri, gündüz/gece bakımı, kişisel bakım (zbakım), gıda ve beslenme, ev işlerine yardım, ev düzenini yeniden oluşturma, sosyal destek sağlama ve danışmanlık hizmetleri sayılabilir” (Karaman ve ark., 2015).



## **8. HASTA MEMNUNİYETİ**

### **8.1. Hasta Hizmetlerinde Müşteri**

Sağlık kurumlarının müşteri kesimi sadece hastalardan ibaret değildir. Bu kurumların müşterilerini iç ve dış müşteriler olarak iki gruba ayırılır.

#### **8.1.1. İç Müşteriler**

Sağlık kurumunda çalışan veya bu sağlık kurumları ile organik ilişkisi olan kişi veya gruplardır. Bunlara örnek olarak, kurum personeli, pay sahipleri ve danışmanları gösterilebilir.

#### **8.1.2. Dış Müşteri**

Sağlık kurumlarının çıktılarından doğrudan veya dolaylı olarak yararlanabilen kişi veya kurumları içermektedir. Dış müşterilerine, hastalar, hasta ailesi ve çevresi, refakatçiler, devlet, diğer sağlık kurumları, anlaşmalı kuruluşlar, eczaneler, dernekler, medya, sigorta şirketleri, tıbbi malzeme ve ilaç işletmelerini örnek gösterebiliriz. Sağlık kurumlarında müşteri memnuniyeti sağlayabilmek ve başarısını devam ettirebilmek için, farklılıklar gösteren müşteri istek ve beklentilerine uygun şekilde değişik stratejiler geliştirmesi gerekmektedir (Coşkun, 2011).

### **8.2. Hasta Memnuniyetinin Tanımı**

Hasta memnuniyeti çeşitli faktörlerden etkilenen karmaşık bir kavramdır ve kalite hasta bakımının da en önemli göstergelerden biridir. Hasta memnuniyeti genel anlamda verilen hizmetin hasta beklentisini karşılaması ve hastanın verilen hizmeti algılamasına dayanmaktadır (Kıdak, Aksaraylı, 2008).

Hastanın tatminini etkileyen faktörlerden bazılarını örnek vermek gerekirse; Hijyen, ilgi, teknolojik alt yapı, zamanlılık gibi fiziksel hizmetlerin yanı sıra uygun fiyat, gereksinim duyulduğunda ulaşılabilme ve uygun kalite ve benzeridir. Hasta memnuniyeti algılanan kalite ile beklenen kalitenin bir fonksiyonudur. Buna göre hastanın hizmet almadan önce bazı beklentileri olmakta ve hizmeti aldıktan sonra da geçirdiği deneyime dayalı belli algılara sahip olmaktadır. Hasta aldığı hizmet kalitesi ile beklentisi arasında yaptığı belirli bir kıyaslama sonucunda tatmin olup olmadığına karar vermektedir ( Tükel ve ark., 2004). Yani hasta memnuniyeti, hastanın hastaneden ne

umduğu ve ne bulduğu ile ilgili psikolojik bir tatmin düzeyi olarak görölmektedir ( Erdem ve ark., 2008).

Sağlık hizmetlerinden faydalananların korunması amacıyla hasta memnuniyeti geliştirilmiştir. Hasta memnuniyeti hastaların uygulanan sağlık hizmetinde memnun olup olmadıklarını ve memnun olmadıklarından haklarını arayabilmelerini içerir. Sağlık sektörü yöneticileri hizmet verdikleri kesimlerin hizmet kalitelerini koruyup yükseltebilmek adına memnuniyetlerini belirlemelidirler. Hastanın beklentisini sunulan hizmetin karşılama derecesine memnuniyet düzeyi denir. Sağlık sektöründeki deneyimlerle hastaların sunulan hizmetlerden memnun olup olmadıkları saptanabilir. Her hastanın belli bir beklentisi vardır o beklentinin karşılanıp karşılanmadığını hastanın memnuniyetinden ya da hoşnutsuzluğundan saptanabilir. Hasta memnuniyeti genellikle hastaların daha önceki hastane inanç ve tecrübelerinden edindiği bakış açısıyla saptanabilmektedir. Sağlık hizmetlerinde kalitenin değerlendirilebilmesi için hastaların bakış açılarının iyi saptanması gerekmektedir (Meral Y., 2006). Sağlık kurumlarındaki temel çıktılardan biri olan memnuniyet için hastaların beklenti ve isteklerinin karşılanması veya beklentilerinin üzerinde hizmet verilmesi gerekmektedir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010). Eskiden hekimlerin verdiği kararları ve yaptığı uygulamaları kabullenen hastalar şimdi bilgi paylaşımı ve araştırmaların olması sayesinde bilinçli hastalara dönüşmüştür. Bununla birlikte beklentiler artmalar görölmektedir. Beklenti de hastanenin kapasitesinin ve hekimin artmasına yeni pazar arayışlarına, hastalarla doğrudan ilişki kurmaya ve farklı hasta isteklerinin dikkate alınması gerekliliğine neden olmuştur. Hasta memnuniyeti sürekli ve düzenli olarak güvenilir ölçüm araçlarıyla değerlendirilmelidir (Oğlak, 2007).

Hasta memnuniyetini ölçme ve değerlendirme çalışmalarında, dolaylı ve dolaysız olmak üzere iki ana yöntem kullanılmaktadır. Dolaysız yöntemler, tatmin düzeyinin önceden belirlenmiş parametreler çerçevesinde hastaya doğrudan sorulan yazılı anket ve yüz yüze görüşme, telefonla anketi gibi yöntemleri içermektedir. Dolaylı yöntemler ise, hastaya memnuniyet düzeylerinin sorulmadığı hastanın teşekkür ettiği ya da şikâyetleri gibi hastanın geri bildirimlerinden ve hasta başına düşen hemşire sayısı gibi hastayı etkileyen fakat hastanın bilmediği değerlerin elde edildiği yöntemdir (Kıdak, Aksaraylı, 2008).



Hastalar için algılanan memnuniyet düzeylerinin belirlenip gerekli izlem ve sonuçlardan sonra gerekli düzenlemelerin yapılması sağlık hizmetlerinde kalite ve memnuniyetin artmasında etkili olacaktır. Hasta memnuniyetine yönelik çalışmalar hastalara verilen hizmetin doğru yönlendirilebilmesi önemli ölçüde yardımcı olur. Bununla birlikte sağlık sektöründe memnuniyetin önemi de daha iyi anlaşılmaktadır. Memnuniyet sağlanabilmesi için sağlık kurumlarında hastanın sağlık sorununa çözüm bulunulması gerekmektedir. Bunun için de doktorlara büyük bir görev düşmektedir. Hekimin iyi bir hizmet verebilmesini etkileyen birçok etmen vardır. Çalışma ortamı, destek elemanı ve benzeri faktörler hekimin başarısı için önemli rol oynar (Coşkun, 2011).

### **8.3. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler**

Hasta memnuniyetinde doğru tanı ve tedavinin gerekliliği ile birlikte memnuniyeti etkileyen birçok neden vardır. Bunlar; hastaya ilişkin faktörler, hizmet verenlere ilişkin faktörler ve çevresel veya kurumsal faktörlerdir (Akbaş, 2014).

#### **8.3.1. Hastaya İlişkin Faktörler**

Kişilerin daha önceki deneyimleri, arkadaşları vasıtasıyla edindiği bilgiler, yazılı veya sözlü basın araçlarından edindiği bilgilerden dolayı beklentileri, yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, sosyal güvence, gelir düzeyi, yerleşim yeri, sağlık durumu, hastalığın tanısı ve hastanın kendi sağlık durumunu anlayışı hasta memnuniyetini etkilemektedir (Akbaş, 2014). Hastanın beklentilerinin karşılanıp fiziksel ve ruhsal açıdan onlara rahatlık sağlanması memnuniyette artışı sağlayan öncelikli öğelerdir (Coşkun, 2011).

#### **8.3.2. Hizmet Verenlere İlişkin Faktörler**

Hizmeti sunan sağlık personelinin kişilik özellikleri hastalara gösterdiği nezaket, ilgi, şefkat ve anlayış, profesyonel tutumları, bilgisi, becerilerini sunma şekilleri, bilhassa hasta hemşire ilişkileri memnuniyette oldukça önemli rol oynamaktadır (Karadağ, 2007).

Yazınsal konularda hasta bilgilendirilmesi ve iletişim en önemli etmen olarak görülmektedir. Çünkü hizmeti sunanların iletişim kurma yeteneği, hastanın kendini değerli ya da değersiz hissetmesinde önemli bir rol almaktadır. Hasta odaklı ve bireyselleştirilmiş sağlık bakım hizmetleri hastanın hem kendini değerli hissederken

hem de hasta ve hizmeti sunan arasında güven bağı oluşmasına neden olur (Coşkun, 2011).

Sağlık personelinin kişilik özellikleri hastaya olan davranışını etkiler. Hastaların eskiden kullandıkları hastaneyi tekrar seçmek istemelerinde, hastanenin teknik ve klinik faktörlerinin o kadar etkili olmadığı, asıl etkenin sağlık personelinin tutum ve davranışları olduğu tespit edilmiştir (Özer, Çakıl, 2007).

### **8.3.3. Çevresel veya Kurumsal Faktörler**

Sağlık hizmeti sunan kurumun ulaşılabilirliği, ortamı, kurum içi temizlik hizmetinin kalitesi, çalışma saatlerinin uygunluğu, otopark, gibi konular kurumsal faktörler içinde yer almaktadır. Hastaların kurumdaki fiziksel ve sosyal rahatlığın kuruma ait memnuniyetin daha fazla olmasını sağlar. Yeteri kadar bilgilendirilmiş, kendine değer verilen ve kendi evinde gibi hisseden hastalar alıştıkları tedavi ve bakıma ve hizmet veren sağlık ekibine daha fazla güvenir (Narlı, 2009).

Sonuç olarak hasta memnuniyeti, hizmetin sunumu, hasta ile hizmeti sunanın etkileşimi, hizmetin varlığı, hizmeti sunan personelin yeterliliği, hasta ve hizmet verenin iletişimi özelliklerini kapsayan çok yönlü bir kavramdır. Bundan dolayı hasta memnuniyeti genellikle verilen sağlık hizmetlerinden doğan bir sonuç ve bakım kalitesini ifade eder (Selvi, 2008).

Bir sağlık kurumunda hasta memnuniyeti en zor ve hassas konuların başında yer almaktadır. Bu hassasiyetin sebebi, olması gereken sonuçlar ile algılanan sonuçlar arasındaki farklılığı ifade eder. Sağlık hizmetlerinin kalitesinin ölçülmesinde en büyük gösterge hasta memnuniyetidir (Coşkun, 2011).

## **9. EVDE SAĞLIK HİZMETLERİNDE HASTA MEMNUNİYETİ**

Evde sağlık hizmeti, hastalar ve bakım ihtiyacı duyan kişilere evinde tedavi, bakım ve rehabilitasyon hizmeti sunulan çağdaş bir sistemdir. Tüm dünyada sunulan bu evde sağlık hizmeti şekli hizmet, sağlığı korumak ve yaşam kalitesini artırmak için en ideal bir yöntemdir. Evde sağlık hizmetlerinde, hastanede ihtiyaç duyulan tüm ilaç, personel, tıbbi malzeme ve ekipman ev ortamında da sağlanmaktadır. Evde sağlık hizmeti hastanın bağımsızlığını en üst seviyede tutmayı amaçlar. Bakımla birlikte birey ve bireyin ailesine psikolojik destek ve eğitim de verilir. Sağlık hizmetinin hijyenik ve güvenli şartlarda verilmesi, bireyin günlük aktivitelerini en az şekilde etkiler ve yaşam kalitesini en fazla artırılmasını sağlar. Evde sağlık hizmeti verilmesinin başka bir yönü de zamandan ve maliyetten de tasarruf edilmesini sağlar. Evde sağlık hizmeti ile hasta daha kısa sürede iyileşip sağlığına kavuşabilmektedir (Öksüz, 2018).

## **10. EVDE SAĞLIK HİZMETLERİNDEN HASTALARIN VE HASTA YAKINLARININ BEKLENTİ VE MEMNUNİYET DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİNE YÖNELİK BİR ALAN ÇALIŞMASI**

### **10.1. Araştırmanın Konusu**

Araştırma dünyanın birçok yerinde özellikle ABD’de uygulanan Türkiye’de son zamanlarda önemi artan Evde Sağlık Hizmetlerini içermektedir.

### **10.2. Araştırmanın Amacı**

Sivas ilinde Evde Sağlık Hizmetleri açısından hasta ve hasta yakınlarının aldıkları hizmetin beklentilerini karşılayıp karşılayamadığının ölçülmesidir. Bu araştırma, Sivas ili merkezi sınırlar içindeki Sivas İl Halk Sağlığı Müdürlüğü’nün Evde Sağlık Hizmetleri verdiği kişilerin ve yakınlarının memnuniyetinin değerlendirilmesi amacı ile yapılmış kesitsel ve tanımlayıcı bir araştırmadır.

### **10.3. Araştırmanın Önemi**

Evde sağlık hizmetleri Türkiye’de yeni uygulamaya başlanan bir hizmet olduğu için yapılan bu araştırmalar Sağlık Bakanlığı için iyi birer geri bildirim niteliği taşımaktadır. Bu vesileyle evde sağlık hizmetlerinde verilen hizmetin eksik yanları görülüp daha iyi hizmet verilmesi açısından önem arz etmektedir.

### **10.4. Veri Toplama Aracı**

Araştırma için veri toplamak amacıyla anket yöntemi kullanılmıştır. Anketlerle ilgili ulusal literatürler taranmıştır. Daha önce yapılmış ve geçerlilik ve güvenilirliği test edilmiş ölçekler kullanılmıştır.

Ankette yer alan sorular 5’li likert şeklinde hazırlanmış olup seçenekler; Çok Zayıf (1), Zayıf (2), Orta (3), İyi (4), Çok İyi (5) şeklinde kodlanmış ve puanlanmıştır.

Hasta ve hasta yakınlarının memnuniyet ölçümünde Yeşiltaş’ın “Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Hasta Yakınlarının Memnuniyeti: Isparta Örneği” ve Coşkun’un “Evde Sağlık Hizmetlerinde Yaşam Kalitesi Ve Hasta Memnuniyeti” başlıklı çalışmalarından geliştirdikleri ölçekler izin alarak kullanılmıştır. Yeşiltaş

çalışmasında memnuniyeti ölçmek adına 17 sorudan faydalanmıştır. Coşkun ise memnuniyeti ölçmek için 13 sorudan yararlanmıştır.

Araştırmada elde edilen veriler SPSS 23.0 programında analiz edilmiştir.

Evde sağlık hizmeti hasta ve hasta yakınlarına beklenti ve memnuniyet açısından 30 soru sorulmuştur ve bu sorular ilk 13 ve sonraki 17 soru olarak ikiye ayrılmıştır. Beklentiye yönelik sorular ilk 13 soruda cronbach's alpha katsayısı 0,91 olarak bulunmuştur. Beklentiye yönelik sonraki 17 soruda ise cronbach's alpha katsayısı 0,74 olarak bulunmuştur. Yine aynı şekilde hasta ve hasta yakınlarına memnuniyete yönelik sorular ilk 13 soruda cronbach's alpha katsayısı 0,94 olarak bulunmuş, memnuniyete dayalı sonraki 17 soruda ise cronbach's alpha katsayısı 0,97 bulunmuştur.

### **10.5. Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini 01.09.2017 ve 30.10.2017 tarihleri arasında Sivas ili Halk Sağlığı Müdürlüğünden alınan verilere göre, 1204 kişi oluşturmaktadır.

Araştırmaya başlamadan gerekli kurumlardan izinler alınmış ve veri toplama işlemleri araştırmacının kendisi tarafından yapılmıştır. Araştırmanın anket yöntemi için hasta ve hasta yakınlarının telefon numaraları izin çerçevesinde gerekli birimden alınıp telefonla görüşme yapılmıştır. 1204 kişiden 486 kişi telefonla aranmıştır 178 kişi müsait olmadığı, değerlendirebilecek kadar süre hizmet almadığı, ankete katılmak istemediği gerekçeleriyle ve bazı bireylerin de telefona bakmadığı ya da telefonlarını artık kullanmadıkları için çalışmaya dâhil edilmemiştir. 5 kişi anketi eksik yanıtladığı için çalışma kapsamı dışında tutulmuştur. Bunların sonucunda tam ve doğru olarak yanıtlanmış 303 anket analize alınmıştır. Hem hasta hem de hasta yakını sorulara birlikte cevap vermiş ve cevap verme yeterliliğine sahip olmayan hastalar anket kapsamına alınmamıştır.

Araştırmanın evrenini temsil edecek örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde aşağıdaki formül kullanılmıştır:

$$n = N \frac{t^2 pq}{d^2(N-1) + t^2 pq}$$

N: Hedef kitledeki birey sayısı

n: Örneklem alınacak birey sayısı

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (gerçekleşme olasılığı)

q: İncelenen olayın görülmeysi sıklığı (gerçekleşmeme olasılığı)

t: Belirli bir anlamlılık düzeyinde, t tablosuna göre bulunan teorik değer

d: Olayın görölüş sıklığına göre kabul edilen örnekleme hatasıdır (Yeşiltaş, 2014). Bu evren için %95 güven seviyesinde ve  $\pm 8$  güven aralığında gerekli örnekleme büyüklüğü  $n = 303$  olarak hesaplanmıştır.

## 10.6. Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmanın amacını gerçekleştirmek için belirlenen hipotezler şunlardır:

**H1:** Evde Sağlık Hizmeti alan hastaların beklenti ve memnuniyet düzeyleri demografik değişkenlere göre farklılık göstermektedir.

**H2:** Evde Sağlık Hizmeti alan hastaların yakınlarının beklenti ve memnuniyet düzeyleri demografik değişkenlere göre farklılık göstermektedir.

**H3:** Evde sağlık hizmeti alan hastaların ve hasta yakınlarının memnuniyetleri beklentilerinden yüksektir.

## 10.7. İstatistiksel Yöntem

Bu çalışmada elde edilen veriler SPSS 23.0 programına yüklenerek verilerin değerlendirilmesinde parametrik test varsayımları getirilemediğinden Non-Parametrik testler kullanılmıştır. Kolmogorov –Simirnov bağımsız iki gruptan elde edilen ölçümler karşılaştırılırken Mann Whiyney U testi ölçümle elde edilmiş bir değişken yönünden bağımsız ikiden fazla gruptan elde edilen ölçümler karşılaştırılırken Kruskal Wallis testi kullanılmıştır ve verilerin frekans dağılımları belirtilip yanılma düzeyi 0,05 olarak alınmıştır.

## 10.8. Araştırmanın Bulguları

Bu bölümde, hem araştırma probleminin çözümü için, araştırmaya katılan hasta yakınlarından anket yoluyla toplanan verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgular hem de araştırmacının araştırma süresince evde sağlık hizmetlerini sunan kurumlara ilişkin gözlemleri yer almaktadır. Elde edilen bulgulara dayalı olarak açıklama ve yorumlar yapılmıştır.

## Evde Sağlık Hizmeti Alan Hasta Ve Hasta Yakınlarının Demografik Özellikleri

**Tablo 1. Araştırmaya Katılan Hastaların Demografik özelliklerine göre Dağılımı**

Değişken	Frekans (f)	Yüzde (%)	
<b>Cinsiyet</b>			
Kadın	173	57,1	
Erkek	130	42,9	
<b>Yaş</b>			
20 ve Altı	26	8,6	
21-30	17	5,6	
31-40	10	3,3	
41-50	22	7,3	
51-60	30	9,9	
61 ve Üzeri	198	65,3	
<b>Medeni Durum</b>			
Evli	165	54,5	
Bekar	138	45,5	
<b>Eğitim</b>			
Okur-Yazar Değil	149	49,2	
Okur-Yazar	28	9,2	
İlkokul	83	27,4	
Ortaokul	9	3,0	
Lise	20	6,6	
Önlisans ve Lisans	10	3,3	
Lisans Üstü	4	1,3	
<b>Sağlık Güvencesi</b>			
GSS	SGK	173	57,1
	BAĞ-KUR	34	11,2
	Emekli Sandığı	74	24,4
	Yeşil Kart	22	7,3
Diğer Sosyal Güvenceler	0	0,0	
<b>Rahatsızlığı</b>			
Kas ve İskelet Sistemleri	118	38,9	
Nörolojik	87	28,7	
Doğumsal Rahatsızlık	8	2,6	
Solunum Sistemi Rahatsızlığı	37	12,2	
Kanser	19	6,3	
Diğer	34	11,2	
<b>Evde Sağlık Hizmeti alma Süresi (Yıl)</b>			
1	176	58,1	
2	34	11,2	
3	30	9,9	
4	16	5,3	
5 ve Üzeri	47	15,5	
<b>Toplam</b>	<b>303</b>	<b>100</b>	

Tablo 1'e göre araştırmaya katılan 303 hastanın demografik özelliklerine bakıldığında; %57,1'inin (173 kişi) kadınlardan oluştuğu, %65'inin (198kişi) 61 yaş üzeri hastalardan oluştuğu, %54,5'inin (165 kişi) evli olduğu, %49,2'sinin (149 kişi)'sinin okur-yazar olmadığı tespit edilmiştir. Sağlık güvenceleri açık uçlu sorulduğunda verilen cevaplara göre seçenek oluşturulmuştur işaretleme yapanların tamamının (303kişi) GSS'den yararlanmakta olduğu, evde sağlık hizmeti alma süreleri sorulduğunda verilen cevaplara göre yıl bazında gruplama yapılmıştır. Bu gruplamaya göre ortalama 1 yıl ve daha az süre evde sağlık hizmeti alanların %58,1 (176 kişi) olduğu mevcut rahatsızlıkları hakkında soru yönlendirdiğimizde %38,9'unun Kas ve İskelet Sistemlerini seçtiği gözlemlenmiştir.

**Tablo 2 Araştırmaya Katılan Hasta Yakınlarının Demografik Özellikleri**

Değişken	Frekans (n)	Yüzde (%)
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	186	61,4
Erkek	117	38,6
<b>Yaş</b>		
20 ve Altı	5	1,7
21-30	25	8,3
31-40	57	18,8
41-50	82	27,1
51-60	83	27,4
61 ve Üstü	51	16,8
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	253	83,5
Bekar	50	16,5
<b>Hasta İle Birliktelik</b>		
10 yıl ve Altı	108	35,6
10-20 yıl	58	19,1
20 ve Üzeri Yıl	137	45,2
<b>Kronik Hastalık</b>		
Evet	101	33,3
Hayır	202	66,7
<b>Eğitim Durumu</b>		
Okur Yazar Değil	18	5,9
Okur Yazar	10	3,3
İlkokul	104	34,3
Ortaokul	51	16,8
Lise	69	22,8
Önlisans ve Lisans	49	16,2
Lisansüstü	2	0,7
<b>Meslek</b>		
Emekli	38	12,5
İşçi	23	7,6
Memur	38	12,5
Serbest Meslek	40	13,2
Çalışmıyor	164	54,1
<b>Toplam</b>	<b>303</b>	<b>100</b>



Tablo 2’de çalışmaya katılan hasta yakınlarının demografik özellikleri incelendiğinde; %62’sinin (188 Kişi) kadın olduğu, %27,4’ünün (83 kişi) 51-60 yaş grubunda olduğu, % 83,8’inin (254 kişi) evli olduğu saptanmıştır. Hastayla birliktelik süresi açık uçlu sorulmuştur ve verilen cevaplara göre gruplama yapılmıştır buna göre; sorulduğunda %45,2’sinin (137) 20 yıl ve üzeri süre birlikte olduğu tespit edilmiştir. Çalışmaya katılan hasta yakınlarının % 66,7’sinin (202 kişi) kronik rahatsızlığı olmadığını, %34,3’ünün (104 kişi) ilkokul mezunu olduğu saptanmıştır. Çalışma yakınlarının meslekleri açık uçlu şekilde sorulmuştur ve verilen cevaplara göre meslek gruplaması yapılmıştır. Bunun neticesinde %54,1’inin (164 Kişi) şuan aktif olarak çalışmadığı saptanmıştır.

**Tablo 3 Araştırmaya Katılan Hastaların İlaçla İlgili Bilgi Düzeyleri**

Değişken	Frekans (f)	Yüzde (%)
<b>Hasta Hastalığını Biliyor mu?</b>		
Evet	221	72,9
Hayır	82	27,1
<b>Kullandığı İlaçları Biliyor mu?</b>		
Evet	193	63,7
Hayır	110	36,3
<b>Kullanım Saatlerini Biliyor mu?</b>		
Evet	180	59,4
Hayır	123	40,6
<b>Toplam</b>	<b>303</b>	<b>100</b>

Tablo 3’te hasta yakınına sorulan hasta ile ilgili sorulardan; “Hastalıklarını Biliyor mu?” sorusuna %72,9’unun (221 kişi) “Evet” yanıtını verdiği, “Kullandığı İlaçları Biliyor mu?” sorusuna %63,7’sinin (193 kişi) “Evet” cevabını verdiği, “İlaçların Kullanım Saatlerini Biliyor mu?” sorusuna %59,4’ünün (180 Kişi) evet yanıtını verdiği saptanmıştır.

**Tablo 4 Başvuru Şekli ve Değerlendirme Süreci**

Değişken	Frekans (f)	Yüzde (%)
<b>Evde Sağlık Hizmetini Nereden Öğrendiniz?</b>		
Aile Hekimi	57	18,8
Hastane	123	40,6
Tanıdıklar	85	28,1
İletişim Araçları	38	12,5
<b>Toplam</b>	<b>303</b>	<b>100</b>
<b>Nasıl Başvurdunuz?</b>		
Telefonla	186	61,4
Evde Sağlık Hizmeti Merkezine Giderek	108	35,6
Aile Hekime Başvurarak	9	3,0
<b>Toplam</b>	<b>303</b>	<b>100</b>
<b>İlk Başvurudan Sonra Evinize Ne Zaman Gelindi? (Gün)</b>		
<b>1</b>	94	31,0
<b>2</b>	109	36,0
<b>3</b>	44	14,5
<b>4</b>	12	4,0
<b>5</b>	4	1,3
<b>6</b>	1	0,3
<b>7</b>	39	12,9
<b>İlk Başvurudan ne kadar süre sonra hizmet almaya başladınız? (Gün)</b>		
<b>1</b>	86	28,4
<b>2</b>	91	30,0
<b>3</b>	56	18,5
<b>4</b>	13	4,3
<b>5</b>	9	3,0
<b>6</b>	1	0,3
<b>7</b>	47	15,5
<b>Toplam</b>	<b>303</b>	<b>100</b>

Tablo 4'te çalışmaya katılanların evde sağlık hizmetinin nereden öğrenildiği incelendiğinde %40,6'sının (123 Kişi) hastaneden öğrendiği, evde sağlık hizmetlerine nasıl başvurduğu incelendiğinde, %61,4'ünün (186 Kişi) telefonla başvurduğu saptanmıştır. Hasta ve hasta yakınına evde sağlık hizmeti personelinin ilk başvurudan sonra evlerine kaç gün içinde geldiğini ve kaç gün içinde hizmet almaya başladıklarını açık uçlu sordüğümüzda verilen cevaba göre gruplandırma yapılmıştır. İlk başvurudan sonra evinize ne zaman gelindi diye gün olarak sorulduğunda %36'sının (109 kişinin) 2 gün içinde gelindi cevabı verdiği ilk başvurudan ne kadar süre sonra hizmet almaya başladığı sorusu iletilindiğinde %30'unun (91 kişi) 2 gün içinde hizmet almaya başladıkları tespit edilmiştir.

**Tablo 5 Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Cinsiyetlerine Göre Beklenti Ve Memnuniyet Toplam Puanlarının Karşılaştırılması**

	Cinsiyet (Hasta)	N	Ortalama	Standart Sapma	Sonuç
Beklenti Toplam Puanı	Kadın	173	148,21	4,60	0,001*
	Erkek	130	149,38	2,06	
Memnuniyet Toplam Puanı	Kadın	173	126,63	31,82	0,028*
	Erkek	130	124,18	25,78	

\*p<0,05 önemli

Tablo 5’te hastaların cinsiyetlere göre beklenti toplam puanları karşılaştırıldığında farklılık istatistiksel önemli bulunmuştur (p<0,05). Görüldüğü gibi erkeklerin beklentileri kadınlardan daha fazladır. Aynı şekilde hastaların cinsiyetlere göre memnuniyet toplam puanları karşılaştırıldığında farklılık istatistiksel olarak önemli bulunmuştur (p<0,05). Kadınların memnuniyetlerinin erkeklerden fazla olduğu saptanmıştır.

**Tablo 6 Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Yaşa Göre Beklenti Ve Memnuniyet Toplam Puanlarının Karşılaştırılması**

	Yaş (Hasta)	N	Ortalama	Standart Sapma	Sonuç
Beklenti Toplam Puanı	20 ve altı	26	149,38	1,47	KW=5,67 p=0,339
	21-30	17	145,58	8,80	
	31-40	10	149,20	1,68	
	41-50	22	146,90	8,18	
	51-60	30	149,73	1,01	
	61 ve üstü	198	148,91	2,51	
Memnuniyet Toplam Puanı	20 ve altı	26	131,84	22,54	KW=10,36 p=0,066
	21-30	17	125,88	25,23	
	31-40	10	95,30	39,03	
	41-50	22	124,22	35,59	
	51-60	30	121,26	36,38	
	61 ve üstü	198	127,07	27,36	

Tablo 6’da yaşa göre beklenti ve memnuniyet toplam puanları karşılaştırıldığında farklılık istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (p>0,05).

**Tablo 7 Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Medeni Duruma Göre Beklenti Ve Memnuniyet Toplam Puanlarının Karşılaştırılması**

	Medeni Durum (Hasta)	N	Ortalama	Standart Sapma	Sonuç
Beklenti Toplam Puanı	Evli	165	149,10	3,39	p=0,011*
	Bekâr	138	148,25	4,14	
Memnuniyet Toplam Puanı	Evli	165	123,13	30,99	p=0,159
	Bekâr	138	128,50	27,10	

Tablo 7’de medeni durumlarına göre kişilerin beklenti toplam puanı karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur (p<0,05). Görüldüğü gibi evlilerin beklentileri bekârlardan daha fazladır.

Tablo 7’de medeni durumlarına göre kişilerin memnuniyet puanı karşılaştırıldığında farklılık önemsiz bulunmuştur ( $p>0,05$ ).

**Tablo 8 Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Beklenti Ve Memnuniyet Toplam Puanlarının Karşılaştırılması**

	Eğitim (Hasta)	N	Ortalama	Standart Sapma	Sonuç
Beklenti Toplam Puanı	Okur Yazar Değil	149	149,12	1,98	KW=22.38 0,001*
	Okur Yazar	28	147,57	4,26	
	İlkokul	83	149,08	4,11	
	Ortaokul	9	150,00	0,00	
	Lise	20	149,60	1,23	
	Önlisans ve Lisans	14	142,35	9,35	
Memnuniyet Toplam Puanı	Okur Yazar Değil	149	129,16	28,47	KW=18.93 0,002*
	Okur Yazar	28	117,67	23,73	
	İlkokul	83	124,97	30,97	
	Ortaokul	9	133,00	15,45	
	Lise	20	128,25	23,02	
	Önlisans ve Lisans	14	98,35	39,08	

Tablo 8’de bireylerin eğitim durumlarına göre beklenti puanları karşılaştırıldığında eğitim grupları arası farklılık önemli bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Eğitim gruplarına ilişkin puanlar ikişerli karşılaştırıldığında okur-yazar olmayanlar, okur-yazar, ilkokul, ortaokul, lise mezunu olanlarla, önlisans ve lisans mezunu olanlar arasındaki farklılık önemli bulunurken ( $p<0,05$ ) diğer eğitim grupları arası farklılık önemsiz bulunmuştur. Görüldüğü gibi lisans ve yüksek lisans beklenti puanları daha düşüktür.

Tablo 8’de bireylerin eğitim durumlarına göre memnuniyet puan toplamaları karşılaştırıldığında eğitim grupları aralarındaki farklılık önemli bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Okur-yazar olmayan, okur-yazar olan, ilkokul ve lisede farklılıklar birbirine yakınken, ortaokul mezunu olan bireylerin memnuniyeti en fazla olduğu önlisans, lisans ve lisansüstü memnuniyet toplam puanı en düşük olduğu saptanmıştır.

**Tablo 9 Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Evde Sağlık Hizmeti Alma Süresine Göre Beklenti Ve Memnuniyet Toplam Puanlarının Karşılaştırılması**

	Evde Sağlık Hizmeti Alma Süresi (Yıl)	N	Ortalama	Standart Sapma	Sonuç
Beklenti Toplam Puan	1	176	148,15	4,70	KW=11,91 0,002*
	2	34	149,52	1,30	
	3	30	148,93	2,33	
	4	16	149,50	1,36	
	Daha fazla	47	149,82	0,8	
Memnuniyet Toplam Puanı	1	176	123,56	32,06	KW=11,20 0,031*
	2	34	118,61	31,46	
	3	30	132,10	21,43	
	4	16	119,56	22,77	
	Daha fazla	47	136,08	19,40	

Tablo 9’da evde sağlık hizmeti alan bireylerin yıl bazlı evde sağlık hizmeti alma sürelerine göre beklenti toplam puanları karşılaştırıldığında yıllar arasındaki farklılık önemli bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Beklenti puanı ikişerli karşılaştırıldığında 1,2,3,4 yıl ile daha fazla yıl arasında, 1,2 ile 3 yıl arasında 3 ile 4 yıl arasındaki farklılık önemli bulunurken ( $p<0,05$ ) diğer gruplar arası farklılık önemsiz bulunmuştur ( $p>0,05$ ). 1, 2, 3 yıl ve 4 yıl evde sağlık hizmeti alan hastaların beklenti puanları daha fazla süre evde sağlık hizmeti alanlara göre daha düşük olup aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur.

Yine aynı şekilde evde sağlık hizmeti alanların yıl bazlı evde sağlık hizmeti alma sürelerine göre memnuniyet toplam puanları karşılaştırıldığında yıllar arası farklılıklar önemli bulunmuştur ( $P<0,05$ ). 1, 2, 3 ve dört yıl evde sağlık hizmeti alan hastaların memnuniyet toplam puanları ve daha fazla süre evde sağlık hizmeti gören hastaların memnuniyet toplam puanları arasındaki farklılıklar önemli bulunmuş ( $p<0,05$ ) ve daha fazla süre evde sağlık hizmeti alanların memnuniyet puanları daha fazla olduğu saptanmıştır.

**Tablo 10 Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Rahatsızlıklarına Göre Beklenti Ve Memnuniyet Toplam Puanlarının Karşılaştırılması**

	Rahatsızlık (Hasta)	N	Ortalama	Standart Sapma	Sonuç
Beklenti Toplam Puanı	Kas ve İskelet	118	148,22	5,01	KW=4,65 0,460
	Nöroloji	87	149,14	2,12	
	Doğumsal Rahatsızlık	8	150,00	0,00	
	Solunum Sistemi	37	148,78	3,10	
	Kanser	19	148,73	3,78	
	Diğer	34	148,94	3,00	
Memnuniyet Toplam Puanı	Kas ve İskelet	118	124,40	29,25	KW=8,52 0,130
	Nöroloji	87	128,60	29,77	
	Doğumsal Rahatsızlık	8	137,50	11,67	
	Solunum Sistemi	37	117,91	29,99	
	Kanser	19	119,31	37,92	
	Diğer	34	130,97	23,85	

Tablo 10’da hastaların rahatsızlıklarına göre beklenti toplam puanları karşılaştırıldığında rahatsızlıklar arasındaki farklılığın önemsiz olduğu saptanmıştır ( $p>0,05$ ).

Tablo 10’da evde sağlık hizmeti alan hastaların rahatsızlıklarına göre memnuniyet puan toplamları karşılaştırıldığında rahatsızlıklar arası farklılık önemsiz bulunmuştur ( $p>0,05$ ).

**Tablo 11 Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Yakınlarının Cinsiyetlerine Göre Beklenti Ve Memnuniyet Toplam Puanlarının Karşılaştırılması**

	Cinsiyet(Yakını)	N	Ortalama	Standart Sapma	Sonuç
Beklenti Toplam Puan	Kadın	186	148,14	4,62	0,001*
	Erkek	117	149,62	1,25	
Memnuniyet Toplam Puanı	Kadın	186	126,61	30,37	0,602
	Erkek	117	123,94	29,36	

Tablo 11’de evde sağlık hizmeti alan hastaların yakınlarının cinsiyet durumlarına göre beklenti puanların toplamları karşılaştırıldığında hasta yakınlarının cinsiyetleri arası farklılık önemli bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Buna göre erkek olan hasta yakınlarının beklenti puanları kadın hasta yakınlarına göre yüksek çıkmıştır.

Tablo 11’de aynı şekilde evde sağlık hizmeti alan hastaların yakınlarının memnuniyet beklenti puanları karşılaştırıldığında cinsiyetler arası farklılık önemsiz bulunmuştur ( $p>0,05$ ).

**Tablo 12 Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Yakınlarının Yaşlarına Göre Beklenti Ve Memnuniyet Toplam Puanlarının Karşılaştırılması**

	Yaş (Yakını)	N	Ortalama	Standart Sapma	Sonuç
Beklenti Toplam Puan	20 ve altı	5	139,40	15,99	KW=7.27 p=0,201
	21-30	25	149,04	1,74	
	31-40	57	148,52	2,96	
	41-50	82	149,31	2,15	
	51-60	83	148,31	4,57	
	61 ve üstü	51	149,37	1,46	
Memnuniyet Toplam Puanı	20 ve altı	5	118,40	14,53	KW=7.57 p=0,181
	21-30	25	114,80	36,68	
	31-40	57	129,57	23,50	
	41-50	82	129,98	26,98	
	51-60	83	126,66	27,54	
	61 ve üstü	51	118,27	36,50	

Tablo 12’de evde sağlık hizmeti alan hasta yakınlarının yaş gruplarının beklenti puanları karşılaştırıldığında aradaki fark önemsiz bulunmuştur ( $p>0,05$ ).

Yine tablo 12’de hasta yakınlarının yaş gruplarının memnuniyet toplam puanları arası farklılık da önemsiz bulunmuştur ( $p>0,05$ ).

**Tablo 13 Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Yakınlarının Medeni Durumlarına Göre Beklenti Ve Memnuniyet Toplam Puanlarının Karşılaştırılması**

	Medeni Durum (Yakını)	N	Ortalama	Standart Sapma	Sonuç
Beklenti Toplam Puan	Evli	253	149,08	2,89	p=0,001*
	Bekâr	50	146,86	6,35	
Memnuniyet Toplam Puanı	Evli	253	128,06	28,85	p=0,001*
	Bekâr	50	113,02	28,98	

Tablo 13’te hasta yakınlarının medeni durumlarına göre beklenti puanları toplamları karşılaştırıldığında aradaki farklılık önemli bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Buna göre evli olan hasta yakınlarının beklenti puanları daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 13’te hasta yakınlarının medeni durumlarına göre memnuniyet puanları toplamları karşılaştırıldığında da aradaki farklılık önemli bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Aynı şekilde memnuniyet açısından da evlilerin memnuniyet puanı yüksek çıkmıştır.

**Tablo 14 Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların yakınlarının Hasta İle Birlikteliklerine Göre Beklenti Ve Memnuniyet Toplam Puanlarının Karşılaştırılması**

	Hasta İL Birliktelik (Yakını)	N	Ortalama	Standart Sapma	Sonuç
Beklenti Toplam Puan	<10	108	149,44	1,59	KW=20,51 p=0,001*
	11-20	58	146,70	6,17	
	>20	137	148,99	3,37	
Memnuniyet Toplam Puanı	<10	108	128,57	29,82	KW=5,86 p=0,053
	11-20	58	121,50	27,65	
	>20	137	124,95	29,66	

Tablo 14’te hasta yakınlarının hasta ile birliktelik süreleri yıl bazında beklenti toplam puanı açısından karşılaştırıldığında aradaki farklılık önemli bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Beklenti toplam puanları ikişerli karşılaştırıldığında 11-20 yıl, >20 yıl ile <10 yıl arasında farklılık önemli bulunurken ( $p<0,05$ ) 10 yıl ve daha az süre olanların beklentileri daha yüksektir.

Tablo 14’te hasta yakınların hasta ile birliktelik sürelerinin yıl bazında memnuniyet toplam puanları karşılaştırıldığında aradaki farklılık önemsiz bulunmuştur ( $p>0,05$ ).

**Tablo 15 Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Yakınlarının Kronik Hastalıklarının Olma Durumuna Göre Beklenti Ve Memnuniyet Toplam Puanlarının Karşılaştırılması**

	Kronik Hastalık (Yakını)	N	Ortalama	Standart Sapma	Sonuç
Beklenti Toplam Puan	Evet	101	148,17	4,38	p=0,044
	Hayır	202	148,98	3,40	
Memnuniyet Toplam Puanı	Evet	101	127,98	23,90	p=0,975
	Hayır	202	124,38	31,73	

Tablo 15’te evde sağlık hizmetleri alan hastaların yakınlarında kronik hastalık durumlarına göre beklenti puanı karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Görüldüğü gibi hasta yakınlarında kronik hastalığı olmayan kişiler, olanlardan daha fazladır.

Tablo 15’te hastaların yakınları kronik hastalık durumlarına göre kişilerin memnuniyet puanı karşılaştırıldığında farklılık önemsiz bulunmuştur ( $p>0,05$ ).



**Tablo 16 Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Yakınlarının Eğitim Durumlarına Göre Beklenti Ve Memnuniyet Toplam Puanlarının Karşılaştırılması**

	Eğitim (Yakını)	N	Ortalama	Standart Sapma	Sonuç
Beklenti Toplam Puan	Okur Yazar Değil	18	149,55	1,29	KW=2,164 p=0,706
	İlkokul	114	148,96	2,36	
	Ortaokul	51	148,74	2,79	
	Lise	69	148,84	4,60	
	Önlisans ve Lisans	51	147,66	5,87	
Memnuniyet Toplam Puanı	Okur Yazar Değil	18	125,88	36,41	KW=17,394 p=0,002*
	İlkokul	114	128,58	29,09	
	Ortaokul	51	128,15	22,94	
	Lise	69	128,59	26,38	
	Önlisans ve Lisans	51	112,11	33,86	

Tablo 16’da evde sağlık hizmeti alan hastaların yakınlarının eğitim durumlarına göre beklenti toplam puanları karşılaştırıldığında aralarındaki farklılık önemsiz bulunmuştur ( $p>0,05$ ).

Tablo 16’da evde sağlık hizmeti alan hastaların yakınlarının eğitim durumlarının memnuniyet toplam puanları karşılaştırıldığında aralarındaki farklılık önemli bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Memnuniyet puanı ikiyeşerli karşılaştırıldığında okur yazar olmayan, lise mezunu olan, önlisans, lisans ve lisansüstü mezunu olanlar ile okur yazar olan, ilkokul mezunu olan ve ortaokul mezunu olanlar arasındaki farklılık ve ortaokul mezunu ile diğer gruplar arasındaki farklılıklar önemli bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

**Tablo 17. Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Yakınlarının Mesleklerine Göre Beklenti Ve Memnuniyet Toplam Puanlarının Karşılaştırılması**

	Meslek(Yakını)	N	Ortalama	Standart Sapma	Sonuç
Beklenti Toplam Puan	Emekli	38	148,42	3,29	KW=8,020 p=0,091
	İşçi	23	149,47	1,37	
	Memur	38	146,34	8,27	
	Serbest meslek	40	149,60	1,44	
	Çalışmıyor	164	149,01	2,42	
Memnuniyet Toplam Puanı	Emekli	38	120,60	34,19	KW=13,037 p=0,011*
	İşçi	23	137,04	21,04	
	Memur	38	112,86	37,57	
	Serbest meslek	40	127,20	20,07	
	Çalışmıyor	164	127,68	28,07	

Tablo 17’de hasta yakınlarının meslek gruplarına göre beklenti toplam puanları karşılaştırıldığında aralarındaki farklılık önemsiz bulunmuştur ( $p>0,05$ ).

Tablo 17’de hasta yakınlarının meslek gruplarına göre memnuniyet toplam puanları karşılaştırıldığında aralarındaki farklılık önemli bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Memnuniyet puanları ikiye bölünmüş karşılaştırıldığında emekli, memur, serbest çalışan, çalışmıyor olan ile işçi arasındaki farklılık önemliyken ( $p < 0,05$ ) işçinin memnuniyeti diğer mesleklerden fazladır.

**Tablo 18. Evde Sağlık Hizmeti Alan “Hasta Hastalığını Biliyor Mu?” Sorusuna Göre Beklenti Ve Memnuniyet Toplam Puanlarının Karşılaştırılması**

	Hasta Hastalığını Biliyor mu?	N	Ortalama	Standart Sapma	Sonuç
Beklenti Toplam Puan	Evet	221	148,55	4,21	p=0,450
	Hayır	82	149,14	2,14	
Memnuniyet Toplam Puanı	Evet	221	123,49	31,91	p=0,458
	Hayır	82	131,20	20,09	

Tablo 18’de evde sağlık hizmetleri alan hastaların hastalığını bilmeleri göre beklenti puanı karşılaştırıldığında farklılık önemsiz bulunmuştur ( $p > 0,05$ ).

Tablo 18’de hastaların hastalıklarını bilme durumlarına göre kişilerin memnuniyet puanı karşılaştırıldığında farklılık önemsiz bulunmuştur ( $p > 0,05$ ).

**Tablo 19. Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların “Hasta İlaçlarını Biliyor Mu?” Sorusuna Göre Beklenti Ve Memnuniyet Toplam Puanlarının Karşılaştırılması**

	Hasta İlaçlarını Biliyor Mu?	N	Ortalama	Standart Sapma	Sonuç
Beklenti Toplam Puan	Evet	193	148,61	4,27	p=0,795
	Hayır	110	148,89	2,68	
Memnuniyet Toplam Puanı	Evet	193	123,61	31,90	p=0,604
	Hayır	110	129,03	24,01	

Tablo 19’da evde sağlık hizmetleri alan hastaların ilaçlarını bilmeleri göre beklenti puanı karşılaştırıldığında farklılık önemsiz bulunmuştur ( $p > 0,05$ ).

Tablo 19’da hastaların ilaçlarını bilme durumlarına göre kişilerin memnuniyet puanı karşılaştırıldığında farklılık önemsiz bulunmuştur ( $p > 0,05$ ).

**Tablo 20 Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların “Hasta İlaçların Kullanım Saatlerini Biliyor Mu?” Sorusuna Göre Beklenti Ve Memnuniyet Toplam Puanlarının Karşılaştırılması**

	Hasta İlaçların Kullanım Saatlerini Biliyor Mu?	N	Ortalama	Standart Sapma	Sonuç
Beklenti Toplam Puan	Evet	180	148,45	4,45	p=0,178
	Hayır	123	149,10	2,41	
Memnuniyet Toplam Puanı	Evet	180	122,68	32,78	p=0,381
	Hayır	123	129,82	22,95	

Tablo 20’de evde sağlık hizmetleri alan hastaların ilaçlarının kullanım saatini bilemeleri göre beklenti puanı karşılaştırıldığında farklılık önemsiz bulunmuştur ( $p>0,05$ ).

Tablo 20’de hastaların ilaçlarının kullanım saatini bilme durumlarına göre kişilerin memnuniyet puanı karşılaştırıldığında farklılık önemsiz bulunmuştur ( $p>0,05$ ).

**Tablo 21. Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların ve Yakınlarının Evde Sağlık Hizmetini Nereden Öğrendiği Durumlarına Göre Beklenti Ve Memnuniyet Toplam Puanlarının Karşılaştırılması**

	Evde Sağlık Hizmetini Nereden Öğrendiniz	N	Ortalama	Standart Sapma	Sonuç
Beklenti Toplam Puanı	Aile Hekimi	57	149,29	1,53	KW=9,891 p=0,020*
	Hastane	123	148,83	4,10	
	Tanıdıklar	85	148,47	4,57	
	İletişim Araçları	38	148,00	2,86	
Memnuniyet Toplam Puanı	Aile Hekimi	57	125,85	33,22	KW=2,054 0,561
	Hastane	123	124,44	31,18	
	Tanıdıklar	85	128,30	23,47	
	İletişim Araçları	38	122,76	29,64	

Tablo 21’de evde sağlık hizmeti alanların evde sağlık hizmetini nereden öğrendiği durumuna göre beklenti toplam puanları karşılaştırıldığında aralarındaki farklılıklar önemli bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Hastane, tanıdıklar, iletişim araçları ile aile hekimliği arasındaki farklılık önemli bulunmuşken ( $p<0,05$ ), aile hekimliğinden öğrenenlerin beklentileri daha yüksektir.

Tablo 21’de evde sağlık hizmeti alanların evde sağlık hizmetini nereden öğrendiği durumuna göre memnuniyet toplam puanları karşılaştırıldığında aralarındaki farklılık önemsiz bulunmuştur ( $p>0,05$ ).

**Tablo 22. Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların ve Yakınlarının Evde Sağlık Hizmetine Başvuru Yöntemine Göre Beklenti Ve Memnuniyet Toplam Puanlarının Karşılaştırılması**

	Evde Sağlık Hizmetine Başvuru Yöntemi	N	Ortalama	Standart Sapma	Sonuç
Beklenti Toplam Puan	Telefonla	186	148,56	4,30	KW=1,733 p=0,420
	Giderek	108	149,09	2,33	
	Aile Hekimine Başvuru	9	147,22	5,60	
Memnuniyet Toplam Puanı	Telefonla	186	124,81	31,53	KW=0,610 p=0,737
	Giderek	108	128,00	23,73	
	Aile Hekimine Başvuru	9	112,44	41,63	

Tablo 22’de evde sağlık hizmetine başvuru yöntemine göre beklenti toplam puanları karşılaştırıldığında aralarındaki farklılık önemsiz bulunmuştur ( $p>0,05$ ).

Tablo 22’de evde sağlık hizmetine başvuru yöntemine göre memnuniyet toplam puanları karşılaştırıldığında aralarındaki farklılık önemsiz bulunmuştur ( $p>0,05$ ).

**Tablo 23. Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların ve Yakınlarının Evine İlk Başvurudan Kaç Gün Sonra Gelindiğine Dair Beklenti Ve Memnuniyet Toplam Puanlarının Karşılaştırılması**

	İlk Başvurudan Sonra Evinize Kaç Gün İçinde Gelindi?	N	Ortalama	Standart Sapma	Sonuç
Beklenti Toplam Puan	1	94	147,97	4,63	KW=16,628 p=0,005*
	2	109	149,32	1,92	
	3	44	148,63	5,57	
	4	12	148,66	1,96	
	5	5	146,00	4,00	
	Daha Fazla	39	149,25	2,88	
Memnuniyet Toplam Puanı	1	94	134,52	23,47	KW=27,047 p=0,001*
	2	109	124,58	31,59	
	3	44	122,97	24,18	
	4	12	115,50	31,32	
	5	5	92,60	30,99	
	Daha Fazla	39	117,10	34,09	

Tablo 23'te ilk başvurudan sonra hastanın evine evde sağlık hizmetleri personelinin kaç gün içinde geldiği durumuna göre beklenti toplam puanları karşılaştırıldığında aralarındaki farklılık önemli bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Beklenti puanları karşılaştırıldığında; 1, 2, 3, 4, 5 gün ile daha fazla gün arasında, 1, 3, 4, 5 gün ile 2 gün arasında 1, 3, 4, 5 gün ile daha fazla gün arasında, 1, 3, 4, 5 gün ile 2 gün ve daha fazla gün arasında farklılıklar önemli bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Evine iki gün içinde gelen hastaların beklentileri daha fazladır.

Tablo 23'te ilk başvurudan sonra hastanın evine evde sağlık hizmetleri personelinin kaç gün içinde geldiği durumuna göre memnuniyet toplam puanları karşılaştırıldığında aralarındaki farklılık önemli bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Beklenti puanları karşılaştırıldığında; 2, 3, 4, 5 gün ve daha fazla gün ile 1 gün arasında farklılıklar önemli bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Evine iki gün içinde gelen hastaların memnuniyetler daha fazladır.

**Tablo 24. Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların ve Yakınlarının Evine İlk Başvurudan Kaç Gün Sonra Hizmet Alınmaya Başlandığına Dair Beklenti Ve Memnuniyet Toplam Puanlarının Karşılaştırılması**

	İlk Başvurudan Sonra Kaç Gün İçinde Hizmet Almaya Başladınız?	N	Ortalama	Standart Sapma	Sonuç
Beklenti Toplam Puan	1	86	147,79	4,80	KW=14,348 p=0,014*
	2	91	149,18	2,08	
	3	56	148,92	4,95	
	4	13	148,76	1,92	
	5	10	148,00	3,39	
	Daha Fazla	47	149,38	2,63	
Memnuniyet Toplam Puanı	1	86	135,77	23,12	KW=29,220 p=0,001*
	2	91	125,36	30,73	
	3	56	121,80	28,74	
	4	13	114,30	29,67	
	5	10	115,80	28,40	
	Daha Fazla	47	117,06	33,25	

Tablo 24’te ilk başvurudan sonra hastanın kaç gün içinde hizmet almaya başladığı durumuna göre beklenti toplam puanları karşılaştırıldığında aralarındaki farklılıklar önemli bulunmuştur. 1, 2, 3, 4, 5 gün ve daha fazla arasında, 1, 3, 4, 5 gün ile 2 gün ve daha fazla zaman arasında farklılıklar önemli bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Evine 5 günden daha uzun sürede gelinip hizmet vermeye başlanan bireylerin beklentileri daha fazladır.

Tablo 24’te ilk başvurudan sonra hastanın kaç gün içinde hizmet almaya başladığı durumuna göre memnuniyet toplam puanları karşılaştırıldığında aralarındaki farklılıklar önemli bulunmuştur. 2, 3, 4, 5 ve daha fazla ile 1 arasında farklılıklar önemli bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Evine bir gün içinde gelip hizmet vermeye başlanan bireylerin memnuniyetleri daha fazladır.

## 11. TARTIŞMA

Ülkemizde kronik hastalıklar ve yaşlı nüfusunun artması, hastanelerdeki yoğunluğun artması ve bu yoğunluktan dolayı yatak sayılarının yetersiz kalması, hastalığından dolayı sürekli hastaneye gelmek zorunda kalan hasta ve hasta yakınının zorluk çekmesi, hastaların hastanelerden erken taburcu edilmeleri, evde aile bireylerinin hasta ile yeteri kadar ilgilenememesi evde sağlık hizmetlerine gereksinimi artırmıştır.

Evde sağlık hizmetlerinde çoğunluğu 65 yaş ve üzerindeki kronik hastalığı olan ve uzun süreli tedavisi gereken hastalar oluşturmaktadır. Onun haricinde her yaş grubunda kronik rahatsızlığı olan, uzun süre tedaviye ihtiyaç duyan hastalar da bulunmaktadır.

Sivas ili il merkezinde evde sağlık hizmeti alan hastalardan çalışmaya alınanların %57,1'i kadındır. Işık ve arkadaşlarının (2016) Kırıkkale'de yaptığı çalışma kapsamındaki evde sağlık hizmeti alan hastaların %57,9'u kadın olduğu saptanmıştır. Karaman ve arkadaşlarının Zonguldak'ta yaptığı çalışmada evde sağlık hizmeti alan hastaların %61,4'ü kadındır. Genç ve Alptekin'in (2012) Düzce'de yaptığı araştırmada evde sağlık hizmeti alan hastaların %77,8'i kadındır. Yıkılkan ve arkadaşlarının (2013) Ankara'da Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve araştırma Hastanesine bağlı olarak evde sağlık hizmeti alan hastalardan çalışma kapsamındakilerin %60,6'sı kadındır. Çatak ve arkadaşlarının (2012) Burdur'da yaptığı çalışmada evde sağlık hizmeti alan hastaların %67,6'sı kadındır. Limnili ve Özçakar'ın (2013) Uşak ili Ulubey ilçesinde yapılan araştırmanın kapsamında evde sağlık ve bakım hizmeti alanların %69,1'i kadındır. Caffrey ve arkadaşlarının (2011) Amerika'da yaptığı çalışmada hastaların %64'ü kadındır. Bu çalışma da diğer çalışmalar gibi evde sağlık hizmetini daha çok kadınların aldığını göstermektedir.

Bu çalışmada evde sağlık hizmeti alanların %65,3 ile yarısından çoğunun 60 yaş üstü bireylerin oluşturduğu görülmektedir. Coşkun'un (2011) İstanbul'da yaptığı çalışma kapsamında %62,3'ünün 60 yaş üzeridir. Hisar ve Erdoğan'ın (2014) Konya'nın Selçuklu ilçesinde yaptığı çalışma kapsamında evde sağlık hizmeti alanların %71,1'i 70 yaş üstüdür. Karaman ve arkadaşlarının (2015) Zonguldak ilinde yaptığı çalışma kapsamında evde sağlık hizmeti alanların %88,1'i 65 yaş üzeridir. Caffrey ve arkadaşlarının (2011) Amerika'da yaptığı çalışmada evde sağlık hizmeti alanların %68,7'sinin yaşı 65 yaş ve üzeridir. Bu çalışmada ve diğer çalışmalarda da olduğu gibi

evde sağlık hizmeti alan hastaların büyük çoğunluğunun 60 yaş üzerinde olduğunu söyleyebiliriz.

Yine aynı şekilde bu çalışma kapsamında evde sağlık hizmeti alan hastaların %54,5'i evli bireyler olduğu grlmektedir. Yeşiltaş'ın (2014) Isparta'da evde sağlık hizmeti alan hastalar %62,9'u evlidir. Coşkun'un (2011) İstanbul Büyükşehir Belediyesi evde sağlık hizmetleri kapsamında çalışmaya katılanların %52,6'sı evlidir. Karaman ve arkadaşlarının (2015) Zonguldak İli kapsamında evde sağlık hizmeti alan hastaların %52,3' evlidir. Bu alışma kapsamındaki hastaların %50'den fazla olduğu ve diğer karşılaştırılanlarla paralellik gösterdiği görülmüştür.

Bu çalışmada evde sağlık hizmeti alan hastaların %49,2'sinin okur-yazar olmadığı tespit edilmiştir. Rençber'in (2017) Samsun İli Merkez İlçeleri kapsamında çalışmaya aldığı evde sağlık hizmeti alan hastaların %44,1'i okur-yazar değildir. Erkan'nın (2017) İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi'nden Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların alışma kapsamında olanların %43,1'i okuma yazma bilmemektedir. Limnili ve zakar'ın (2013) Uşak ili Ulubey ilçesinde yapılan araştırmanın kapsamında evde sağlık ve bakım hizmeti alanların %53,6'sı okur-yazar değildir? Bu çalışmada da karşılaştırılan diğer çalışmalar gibi eğitim düzeyi oldukça düşüktür. Okur-yazar olmayanların sayısı neredeyse çalışmaya katılan tüm kişi sayısının yarısı kadardır.

Çalışma kapsamında evde sağlık hizmeti alan hastaların sağlık güvenceleri sorulduğunda tamamının GSS'den yararlandığı tespit edilmiştir. Söğüt ve Erbay Dündar'ın (2017) Manisa'da bir toplum sağlığı merkezi bölgesinde yaptıkları çalışma kapsamında evde sağlık hizmeti alan hastaların %91'i sağlık güvencesi olarak SGK'dan yararlanmaktadır. Yeşiltaş'ın (2014) Ispartada yaptığı çalışma kapsamında %84,3 SGK'den yararlanmaktadır. Bu çalışmada yeni sağlık güvencesinden dolayı GSS'den yararlanılma saptanmıştır, diğer çalışmalarda da evde sağlık hizmeti alan hastaların büyük çoğunluğunun SGK'dan yararlandığı grlmektedir.

Bu çalışmada evde sağlık hizmeti alan hastaların bu hizmeti alma süreleri yıl bazlı soruldu. ıkan sonuçlarda ortalama bir yıl ve daha az süreli hizmet alanların oranı %58,1'dir. Yeşiltaş'ın (2014) Isparta ilinde yaptığı çalışma kapsamında evde sağlık hizmeti alan hastaların %24,1'inin evde 4-10 ay evde sağlık hizmeti aldığı grlmektedir.

Bu çalışmada hasta yakınlarının hasta ile birliktelikleri sorulduğunda 20 yıl ve üzeri süre hastayla birlikte olanların %45,2 olduğu tespit edilmiştir. Caffrey ve

arkadaşlarının (2011) Amerika'da yaptığı çalışmada evde sağlık hizmeti alanların %68,5'inin ailesiyle yaşadığı grlmektedir.

Bu çalışmada evde sağlık hizmeti alan hastaların evde sağlık hizmeti alma süreleri %58,1'inde 1 yıl ve daha az süre olduğu tespit edilmiştir. Caffrey ve arkadaşlarının (2011) Amerika'da yaptığı çalışmada evde sağlık hizmeti alanların ortalama 70 ve 315 gün arasında hizmet aldığı grlmektedir.

Çalışma kapsamındaki hastaların rahatsızlıklarının %38,9'unun Kas ve İskelet Sistemi rahatsızlığı olduğu tespit edilmiştir. Caffrey ve arkadaşlarının (2011) Amerika'da yaptığı çalışmada hastaların %41,1'inin Hipertansiyon hastalığı olduğu saptanmıştır.





## 12. SONUÇ VE ÖNERİLER

Ülkemizde kronik hastalıklar ve yaşlı nüfusunun artması, hastanelerdeki yoğunluğun artması ve bu yoğunluktan dolayı yatak sayılarının yetersiz kalması, hastalığından dolayı sürekli hastaneye gelmek zorunda kalan hasta ve hasta yakınının zorluk çekmesi, hastaların hastanelerden erken taburcu edilmeleri, evde aile bireylerinin hasta ile yeteri kadar ilgilenememesi Evde Sağlık Hizmetlerine gereksinimi artırmıştır.

Evde sağlık hizmetlerinde çoğunluğu 60 yaş ve üzerindeki kronik hastalığı olan ve uzun süreli tedavisi gereken hastalar oluşturmaktadır. Bunun haricinde her yaş grubunda kronik rahatsızlığı olan, uzun süre tedaviye ihtiyaç duyan hastalar da bulunmaktadır.

Bu çalışma kapsamında evde sağlık hizmeti alan hastaların %57,1'inin kadın olduğu görülmektedir. Diğer incelenen birkaç çalışmada da evde sağlık hizmeti alan kadın hastaların oranının daha yüksek olduğu görülmüştür. Çalışmada yaş faktörü ele alındığında evde sağlık hizmeti alan hastaların 65,3'ünün 60 yaş ve üzeri olduğu görülmüştür. Buna kanıt olarak yaş ilerledikçe hastalığın artmasını örnek gösterilebilir. Bu çalışmada medeni durum incelendiğinde evde sağlık hizmeti alan hastaların 54,5'inin evli olduğu tespit edilmiştir.

Bu araştırmaya katılan hastaların %49,2'sinin okur-yazar olmadığı saptanmıştır. Eğitim durumu oranının %4,6 ile önlisans, lisans ve lisansüstü olduğu gözlemlenmiştir. Bu da çalışma kapsamındaki hastaların eğitim durumlarının düşük olduğunu göstermektedir.

Evde sağlık hizmeti alan hastaların bu hizmeti alma süresi yıl bazlı incelendiğinde 58,1'inin evde sağlık hizmetini 1 yıl ve daha az süre boyunca aldığı saptanmıştır. Bu sonuçla hem evde sağlık hizmetinin yeni öğrenilen bir uygulama olduğu hem de evde sağlık hizmetlerinin kısa süreliğine verilip bitirildiğini düşünülmektedir. Bu çalışmada evde sağlık hizmeti alan hastaların %38,9'unda kas ve iskelet sistemleri rahatsızlıkları edilmiştir. Bu sonuca göre yaşlılığa bağlı hastalıkların ortaya çıktığı tahmin edilmektedir.

Bu çalışmada evde sağlık hizmetleri alan hastaların yakınlarının %61,4'ünün kadın olduğu tespit edilmiştir. Anket sunulmak üzere yapılan telefon görüşmelerinde hasta yakınlarında cinsiyet sorusuna kadın cevabını veren kişilerinin çoğunun ev hanımı olduğu tespit edilmiştir. Bununla birlikte evde sağlık hizmeti alan hastaların çoğunun bakımını kadınların üslendiği tahmin edilmektedir. Evde sağlık hizmeti alan hastaların

yakınlarının yaş grupları incelendiğinde 51-60 yaş grubunun %27,4 olduğu tespit edilmiştir. İkinci en yakın yaş grubu olarak %27,1 oranla 41-50 yaş grubu olduğu saptanmıştır.

Evde sağlık hizmeti alan hastalarının yakınlarının %83,5'inin evli olduğu tespit edilmiştir. Hasta yakınlarının hastayla birliktelik süreleri yıl bazlı incelendiğinde %45,2'sinin 20 yıl ve üzeri süre boyunca hastayla birlikte olduğu saptanmıştır.

Bu çalışma kapsamında evde sağlık hizmetleri alan hastaların yakınlarının kronik hastalıkları olup olmadığı incelendiğinde %66,7'sinin kronik hastalığı olmadığı tespit edilmiştir. Hasta yakınlarının %34,3'ünün ilkokul mezunu olduğu gözlemlenmiştir. Eğitim durumunun düşük olması hasta yakınlarının evde sağlık hizmeti hakkında yeterli bilgi sahibi olmadıkları için bu hizmetin iyi ya da kötü, eksik ya da fazla sunulup sunulmadığına dair ölçüm yapabilmeye durumlarını kısıtlamaktadır.

Hasta yakınlarının %54,1'inin herhangi bir işte çalışmadığı tespit edilmiştir. Anket için yapılan telefon görüşmelerinde meslekleri sorulduğunda kimisinin ev hanımı olduğu, kimisinin hastasına bakmak için işinden ve ya okulundan ayrıldığı tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların yakınlarına sorulan, "Hasta, hastalığını biliyor mu?" sorusuna %72,9'unun evet cevabı verdiği tespit edilmiştir. Aynı şekilde hasta yakınlarının, "Hasta, kullandığı ilaçları biliyor mu?" sorusu yöneltildiğinde %63,7'sinin evet cevabı verdiği gözlemlenmiştir. "Hasta, ilaçlarını kullanım saatlerini biliyor mu?" sorusu yöneltildiğinde %59,4'ünün evet cevabı verdiği tespit edilmiştir.

Çalışmaya katılan hastalarının yakınlarının sigara kullanım durumu incelendiğinde %92,1'inin hayır cevabı verdiği tespit edilmiştir. Aynı şekilde alkol kullanım durumları incelendiğinde %99,3'ünün hayır cevabı verdiği tespit edilmiştir. Bu cevaplar doğrultusunda hasta yakınlarının hastalarının sağlık problemlerini olumsuz yönde etkileyecek alışkanlıklarının pek fazla olmadığı tespit edilmiştir.

Evde sağlık hizmetleri alan hastaların, "Evde sağlık hizmetini nereden öğrendiniz?" sorusuna %40,6'sının hastane cevabı verdiği tespit edilmiştir. Bundan yola çıkarak ameliyat ve ya tedavi sonrası hem hastanelerdeki yığılmayı engelleme amaçlı hem de ev ortamında sağlık hizmetleri sunabilmek amacıyla hastanelerin evde sağlık hizmetlerine sevk ettiği öğrenilmiştir. "Evde sağlık hizmetine nasıl başvurduunuz?" sorusu yöneltildiğinde %61,4'ünün telefon ile ulaştığı tespit edilmiştir.

Çalışmaya katılan hastaların, "İlk başvurudan sonra evinize ne zaman gelindi?" sorusuna %36'sının iki gün sonra cevabı verdiği saptanmıştır. Verilen cevaplardan yola çıkarak evde sağlık hizmetlerine önem verildiği tahmin edilmektedir. "İlk başvurudan ne kadar süre sonra hizmet almaya başladınız?" sorusu yöneltildiğinde %30'unun iki gün sonra almaya başladığı tespit edilmiştir.

Bu araştırma kapsamında evde sağlık hizmeti alan hasta ve hasta yakınlarının demografik özelliklerine göre beklenti ve memnuniyet puanları aralarındaki farklılıklar karşılaştırılmıştır.

Evde sağlık hizmeti alan erkek bireylerin beklentileri kadınlara göre daha fazla bulunmuş, kadınların da memnuniyetleri erkeklere göre daha fazla bulunmuştur. Buradan da erkeklerde beklentinin çok olmasına rağmen memnuniyet yine aynı şekilde sağlanamamıştır.

Evde sağlık hizmeti alan hastaların beklenti ve memnuniyet toplam puanlarının yaşa göre farklılık göstermediği görülmüştür.

Evde sağlık hizmeti alan hastaların medeni durumlarının beklenti toplam puanları karşılaştırıldığında farklılık anlamlı bulunmuş ve evli olan hastaların evde sağlık hizmetlerinden beklentileri daha yüksek çıkmıştır.

Evde sağlık hizmeti alan hastalardan ortaokul mezunu olan hastaların beklenti düzeyi diğerlerine göre fazla ve önemli bulunmuştur. Memnuniyet puan ortalamaları karşılaştırıldığında memnuniyet düzeyi en yüksek grubun ortaokul mezunları olduğu görülmüştür.

Bir yıl ve daha az süre evde sağlık hizmeti alanların beklenti toplam puanları en düşükken 4 yıldan daha fazla süre alanları en yüksek çıkmıştır. Memnuniyet toplam puanları karşılaştırıldıklarında en düşük memnuniyet ortalama 2 yıl hizmet alanlar oluştururken en yüksek memnuniyeti de 4 yıldan daha fazla hizmet alanlar oluşturmaktadır.

Evde sağlık hizmeti alan hastaların rahatsızlıkları açısından beklenti ve memnuniyet toplam puanlarının ikisi önemsiz çıkmıştır.

Evde sağlık hizmeti alan hastalarının yakınlarının cinsiyetleri açısından beklenti toplam puanları karşılaştırıldığında aralarındaki farklılıklar önemlidir ve kadınların beklentileri erkeklerden daha fazla olduğu saptanmıştır. Aynı şekilde memnuniyet toplam puanları karşılaştırıldığında aralarındaki fark önemsiz bulunmuştur.

Evde sağlık hizmeti alan hastaların yakınlarının yaş açısından beklenti ve memnuniyet toplam puanları ayrı ayrı karşılaştırıldığında yaş grupları arası farklar ikisinde de önemsiz bulunmuştur.

Evde sağlık hizmeti alan hastaların yakınlarının medeni duruma göre beklenti toplam puanları karşılaştırıldığında evli olan hasta yakınlarının beklentileri bekar olanların beklentilerine göre daha çok olduğu saptanmıştır. Aynı Şekilde memnuniyet toplam puanları karşılaştırıldığında evliler beklentide olduğu gibi memnuniyette de yüksek çıkmıştır. Bu da beklenti ile memnuniyetin birbirini paralel doğrultuda olduğunu göstermektedir.

Hasta ile hasta yakınının birliktelik süresi yıl bazında incelendiğinde beklenti toplam puanları arasındaki fark önemlidir ve 10 yıl ve daha az süre hasta ile birlikteliği olanların beklentileri diğer yıl gruplarına göre daha fazladır. Hastayla birliktelik durumu memnuniyet toplam puanları yönünden incelendiğinde aralarındaki farklılık önemsiz bulunmuştur.

Hasta yakınının “Kronik Hastalığınız Var Mı?” sorusunun beklenti toplam puanları karşılaştırıldığında aralarındaki farklılık önemli çıkmıştır. Kronik hastalığı olmayan hasta yakınlarının beklentileri daha yüksektir. “Kronik Hastalığınız var mı?” sorusunun memnuniyet toplam puanları karşılaştırıldığında ise aralarındaki farklılıklar önemsizdir.

Evde sağlık hizmeti alan hastaların yakınlarının eğitim durumlarının beklenti toplam puanları karşılaştırıldığında aralarındaki farklılık önemsiz bulunmuştur. Memnuniyet toplam puanları karşılaştırıldığında ortaokul mezunlarının memnuniyetleri yüksek olduğu saptanmıştır.

Evde sağlık hizmeti alan hastalarının yakınlarının mesleklerinin beklenti toplam puanları karşılaştırıldığında aralarındaki farklılıklar önemsizdir. Memnuniyet puanları toplamları memnuniyet puanı en yüksek olan meslek işçilerdir.

Hasta yakınına sorulan “Hasta Hastalığını Biliyor Mu?” sorusunun beklenti ve memnuniyet puan toplamları karşılaştırıldığında aralarındaki farklılıklar önemsiz bulunmuştur. Hasta yakınına sorulan “Hastanın Kullandığı İlaçlar Hakkında Bilgisi Var Mı?” sorusunun beklenti toplam puanları ve memnuniyet toplam puanları kendi içlerinde karşılaştırıldığında aralarındaki farklılıklar önemsizdir. Aynı Şekilde hasta yakınına sorulan “Hasta Kullandığı İlaçların Kullanım Saatlerini Biliyor mu? “

sorusunun beklenti toplam puanları ve memnuniyet toplam puanları kendi içlerinde karşılaştırıldığında aralardaki farklılıklar önemsiz saptanmıştır.

“Evde Sağlık Hizmetini Nereden Öğrendiniz?” sorusunun beklenti toplam puanları karşılaştırıldığında Aile Hekimi cevabı verenlerin beklentileri diğerlerine göre yüksek olduğu görülmüştür. Aynı şekilde memnuniyet toplam puanları karşılaştırıldığında aralarındaki farklılıklar önemsiz bulunmuştur.

“Hastanız İçin Evde Sağlık Hizmeti Başvurusunu Hangi Yöntemle Yaptınız” sorusunun beklenti ve memnuniyet toplam puanları karşılaştırıldığında aralarındaki farklılık önemsiz olduğu saptanmıştır.

“İlk başvurunuzdan sonra kaç gün içinde talebiniz incelenmek üzere evinize gelindi?” sorusunun beklenti toplam puanları karşılaştırıldığında evlerine 2 gün içinde gelen hasta ve yakınlarının beklentisi daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Memnuniyet toplam puanları karşılaştırıldığında evlerine 1 gün içinde gelen hasta ve yakınlarının memnuniyet düzeylerinin daha fazla olduğu saptanmıştır.

“İlk başvurunuzdan kaç gün sonra evde sağlık hizmeti almaya başladınız?” sorusunun beklenti toplam puanları karşılaştırıldığında 2 gün içinde hizmet alanların beklentileri daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Yine aynı şekilde memnuniyet toplam puanları karşılaştırıldığında 1 gün içinde hizmet almaya başlayanların memnuniyetleri daha fazla olduğu saptanmıştır.

Hasta ve hasta yakınlarına evde sağlık hizmetini nereden öğrenildiği sorulduğunda “Aile Hekimliği” cevabını verenlerin beklentilerinin diğer cevaplara göre daha fazla olduğu saptanmıştır. Evde sağlık hizmetlerinin daha çok duyurulması evde sağlık hizmetine ihtiyacı olan hastaların daha kolay ulaşabilmesine ve ihtiyaçlarının karşılanmasına yardımcı olur. Bu konuda iletişim araçlarında daha fazla tanıtım yapılarak daha çok kişiye ulaşılması mümkün olacağı düşünülmektedir.

Hasta ve hasta yakınlarına evinize ilk başvurudan sonra kaç gün içinde geldiği sorusu iletilindiğinde 2 gün içinde evine gelenlerin beklentisi, 1 gün içinde gelenlerin ise memnuniyeti yüksek çıkmıştır. Aynı şekilde ne zaman hizmet almaya başladınız sorusuna 5 günden daha fazla sürede gelenlerin beklentileri, 1 gün içinde gelenlerin de memnuniyetleri yüksek çıkmıştır. Buradan da eve ne kadar erken gelinirse memnuniyetin de o kadar yüksek olacağı düşünülmektedir. Evde sağlık hizmeti başvurularına en kısa zamanda cevap verebilmek ve evlerine bir an önce gidebilmek adına evde sağlık hizmet araçlarının ve bu hizmeti vermek için gidecek sağlık personellerinin sayısının artırılmasının uygun olacağı düşünülmektedir.

Evde sağlık hizmetlerinin daha yaygın, daha nitelikli ve daha kolay ulaşılabilir hale getirilmesi hem hasta memnuniyetinin artmasına hem de hastanelerdeki yığılmaların azalıp masrafların düşmesine yardımcı olabileceği düşünölmektedir. Evde sağlık hizmeti olarak ne kadar çok kitleye ulaşılabilirse o kadar memnuniyet sağlanmış olur.

Diğer bir husus da evde sağlık hizmetlerine ulaşamayan ve bu hizmetin esaslarını bilmeyen hastaların çokluğudur. Genel olarak yeni yeni duyulan bir hizmet olan evde sağlık hizmetleri hakkında yeterli bilgi sahibi olmayan aileler hangi durumlarda çağırılması gerektiğini hangi durumlarda evde sağlık hizmeti kapsamına alınıp alınmayacağını bilmemektedir. Bu yüzden evde sağlık hizmetinin hastalara doğru öğretilmesi ve ulaşabilmeleri için yol gösterilmesi gerektiği düşünölmektedir.

Başka bir konu evde sağlık hizmeti alan hastaların okuma yazması olmaması ve yakınlarının olmadığı durumlarda evde sağlık hizmetlerini gerekli durumlarda çağırabilmesi onların mağdur olmasına sebep olmaktadır. Daha önceki zamanlarda kadına yönelik şiddeti önlemeye yönelik çıkartılan panik butonları, yaşlılara yönelik acil yardım butonlarına benzer bir uygulama yapılabileceği düşünölmektedir.

Evde sağlık hizmeti alan hastalara anket yapılırken eksik olduğunu düşündükleri başka bir konu ise araç ve personelin yetersiz olmasıdır, nakil aracının yetersizliğinden dolayı evden hastaneye sevk edilmesi gereken hastaların günler öncesinde randevu alması gerekebilmektedir. Aynı şekilde hastanın nakli gerçekleşirken araçta bulunan taşımakta görevli kişilerin eksikliğinden dolayı da hasta yakınlarının birilerini bulmaları istenilmektedir taşıyabilme durumu olmayan hasta yakınlarının bu konuda zorluklar çektiği ve mahalleden adam toplamak gibi zorluklar yaşadıkları anket esnasında dile getirildi. En azından iki taşıma aracı ve her araca da ikişer taşıma personelinin yerleştirilmesinin uygun olacağı düşünölmektedir.

Diğer bir konu evde tahlilleri yapılan hastaların tahlillerinin hastaneye hasta yakınları tarafından götürölmesinin istenmesidir. Bazı hastaların yalnız bırakılmaları hastalığından dolayı tehlike arz ettiği için hasta yakınlarının mecburi olarak hastayı eve kilitleyerek evden çıkmak zorunda kaldığı tespit edilmiştir.

### 13. KAYNAKLAR

Akbaş E., (2014), Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti Ve Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler (Manisa Merkezefendi Devlet Hastanesi Örneği), Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Akdemir N., Akkuş Y. (2006), Rehabiliton and Nursing, Hacettepe Üniversitesi Yüksekokulu Dergisi, Ankara, 82-91

Akdur R., (1999), Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri İle Kıyaslanması, Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, <http://www.recepakdur.com/yayinlar.asp?offset=10> Erişim Tarihi: 05.03.2018.

Akman M., (2014), Türkiye’de Birinci Basamağın Gücü, Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 18(2):70-78.

Aktan C.C., Işık A.K., Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Alternatif Yöntemler, <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/anasayfa-saglikek.htm> Erişim Tarihi: 05.02.2018

Aktan C.C., Işık A.K., Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Alternatif Yöntemler <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/sunum-alternatif.pdf> Erişim: 06.09.2017.

Alpak M., (2015), Evde Sağlık Hizmetinin Türkiye’deki Yeri (Antalya Örneği), Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Alptekin K., Genç Y., 2013, “Korunmaya Muhtaç Yaşlılara EvdeSağlık Ve Bakım Hizmeti Sunulması”Adlı Proje Üzerine Bir Araştırma, Yalova Sosyal Bilimler Dergisi, 1:79-92.

Altay A., (2007), Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi, Sayıştay Dergisi, 18 (64): 33-58.

Altuntaş M., Yılmaz T.T., Güçlü Y.A., Öngel K., (2010), Evde Sağlık Hizmeti Ve Günümüzdeki Uygulama Şekilleri, Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi, 20 (3): 153-158.

Ayar G.,Şahin Ş., Uysal M., Gündüz R. C., Yakut H. İ., Demirel F., (2014), Çocuk Hastalarda Evde Bakım Hizmetlerinin Değerlendirilmesi, Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi, 1:12-17.

Aydın S., Hatırlı Y., (2003), Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi, Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 7(3): 131-134.

Başgöl Ç., Keskin İ., Kara H., Aksoy M., (2012), Sağlık Alanında Yeni Bir Hizmet: Evde Sağlık Hizmetleri, [www.asm.gov.tr/UploadGenelDosyalar/Dosyalar/143/E%25C4%259E%25C4%25B0T%25C4%25B0M/02\\_02\\_2012\\_10\\_52\\_37.doc+&cd=1&hl=tr&ct=clnk&gl=tr](http://www.asm.gov.tr/UploadGenelDosyalar/Dosyalar/143/E%25C4%259E%25C4%25B0T%25C4%25B0M/02_02_2012_10_52_37.doc+&cd=1&hl=tr&ct=clnk&gl=tr)  
Erişim tarihi: 26.02.2018.

Başol E., (2015), Gelişmekte Olan Ülkelerde Strateji: Sağlık Sisteminde Sevk Zinciri Balkan Sosyal Bilimler Dergisi, 8(4):128-140

Beşer Tunç M., (2018), Ankara Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Biriminden Hizmet Alan Hastaların Bakım Veren Yakınlarının Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, T.C. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara.

Beydağ K. D., Uğur E., Sonakın C., Yürügen B., (2014), Sağlık Ve Yaşam Dersinin Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 3(1), 599-609.

Bilge U., Elçioğlu Ö., Ünalacak M., Ünlüoğlu İ., (2014), Türkiye’de Yaşlı Evde Bakım Hizmetleri, Eurasian Journal of Family Medicine, 3(1): 1-8.

Bulucu G. D., Ünsal A., (2014), Sosyoekonomik Düzeyi Düşük Bir Bölgede Evde Yaşayan Yaşlıların Bakım Gereksinimleri, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 3(1), 577-587.

Bulut S., Yiğitbaşıoğlu Ö., Keklik K., Yücel A., Kartal Ş.B., Şencan İ., (2017), Evde Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Eğitim İhtiyacının Belirlenmesi, Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi, 74(2), 147 – 154.

Burçoğlu Karaca Ş., (2014), Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi Ve Hasta Beklentileri Konusunda Bir Uygulama, Adnan Menderes Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Aydın.

Caffrey C., Sengupta M., Moss A., Harris-Kojetin L., Valverde R., (2011), Home Health Care and Discharged Hospice Care Patients: United States, 2000 and 2007, National Health Statistics Reports, 38, 1-28.

Can Ö. S., Ünal N., (2008), Evde Bakım ve Tedavi, Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi, 6(4), 6-13.

Coşkun N., (2011), Evde Sağlık Hizmetlerinde Yaşam Kalitesi Ve Hasta Memnuniyeti, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi İstanbul.



Çakır Ö., (2004), Müşteri İlişkileri Yönetimi ve Evde Bakım Hizmetlerinde Uygulanmasına İlişkin Bir Organizasyon Modeli, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, İşletme Yönetimi ve Organizasyonu Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Çarkoğlu A., Kalaycıoğlu E., (2012), Türkiye'de Sağlık: Toplumbilimsel bir Değerlendirme Erişim: [http://research.sabanciuniv.edu/19127/1/Saglik\\_Raporu.pdf](http://research.sabanciuniv.edu/19127/1/Saglik_Raporu.pdf) 22.11.2017.

Çatak B.,Kılınç A.S., Badıllıoğlu O., Sütü S., Sofuoğlu Erkan A., 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.

Çayır Y., (2013), Birinci basamakta evde sağlık hizmetleri: Neler yapabiliriz?, Dicle Tıp Dergisi, 40 (2): 340-344.

Çayır Y., Avşar Ü. Z., Avşar Ü., Cansever Z., Khan A. S., (2013), Evde Sağlık Hizmetleri Alan Hastaların Özellikleri ve Bakım Verenlerin Beklentileri, Konuralp Tıp Dergisi, 5(3), 9-12.

Çubuklu M., Yazıcıoğlu B., (2016), Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Birimine Kayıtlı Hastaların Değerlendirilmesi, Ankara Tıp Dergisi, 16(4):325-31.

Demirci, (2012), Türk Sağlık Sisteminde Yerelleşme Ve Finansmana Yönelik Dönüşüm Çabaları, Bunların Etkileri ve İngiltere Modeli İle Benzerlikler, Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara.

Demirsoy A., (2017), Hizmet Kalitesi, Kurumsal İmaj, Müşteri Tatmini ve Müşteri Sadakati Arasındaki İlişkilerin Ar-Ge Projeleri Fonlayan Bir Kuruluşta Araştırılması, Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi Ankara.

Dinçer Ö. ve Fidan Y., (1999), İşletme Yönetimine Giriş, Beta Yayınları, İstanbul.

Elevli E., (2012), Evde Bakım Hizmetlerine Olan İhtiyacın Tespit Edilmesi Konusunda Bir Araştırma, Beykent Üniversitesi , Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Erdem R., Rahman S., Avcı L., Demirel B., Köseoğlu S., Fırat G., Kesici T., Kırmızıgül Ş., Üzel S., Kubat C., (2008), Hasta Memnuniyetinin Hasta Bağlılığı

Üzerine Etkisi, Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 35, 95-110.

Erdem Ş., (2007),Sağlık Hizmetleri Pazarlaması:Hastaların Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamaları Üzerine Bir Uygulama, Trakya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Edirne.

Erkan H., (2017), Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi'nden Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Yakınlarının Bakım Yükünün Değerlendirilmesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği, Uzmanlık Tezi, İstanbul.

Evde Bakım Derneği, (2010), Ülkemiz için Evde Bakım Modeli Oluşturma Çalıştayı: Çalıştay Sonuç Raporu, Ankara.

Evmez M., (2018), Evde Sağlık Hastalarına Bakan Hasta Yakınlarının Güçlükler Karşısında Tutumlarının Belirlenmesi, T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Keçiören Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği, Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, Ankara.

Fadıloğlu Ç., Uyar M., Karabulut B., Özçelik H., (2010), Kanser Hastaları Ve Aileleri İçin Palyatif Bakım, İzmir.

Genç F., Yeşilyurt G., Eroğlu G., Altıparmak A., Polat A., Soğüt D., (2015), Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışlarının Belirlenmesi, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 4(1), 15-27.

Gıdak L. B., Aksaraylı M., (2008), Yatan Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesi ve İzlenmesi: Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Uygulaması, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Entitüsü Dergisi, 10(3), 87-122.

Gökçen H., (2005), Yönetim Bilgi Sistemleri, Epi Yayınları, Ankara.

Hisar K. M., Erdoğan H., (2014), Evde sağlık hizmeti alanlarda yaşam kalitesi durumu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Genel Tıp Dergisi, Konya,24:138-142.

Işık O., Kandemir A., Erişen M. A., Fidan C., (2016), Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Profili ve Sunulan Hizmetin Değerlendirilmesi, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 19(2): 171-186.

Kaçan Softa H., Uçukoğlu H., Oral A., (2015),Sağlık Öğrencilerinin Evde Bakım Hizmetlerine Yönelik Görüşleri, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 4(4), 563-573.

Karabağ H., (2007), Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliğine İlişkin Hekimlerin Görüşleri Ve Kardiyoloji Hastaları İçin Hastane Destekli Evde Bakım Hizmetleri Model Önerisi, Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Karadağ Ş., (2007), Acil Üniteye Yönelik Hasta Memnuniyeti, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

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 Başa Çıkmadaki Etkisi, Rize Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Felsefe Ve Din Bilimleri Anabilim Dalı, Din Psikolojisi Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Rize.

Kavuncubaşı Ş., Yıldırım S., (2010), Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Siyasal Kitabevi, Ankara

Koç F., (2009), Evde Bakım Hizmeti Ve Gelişimi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir.

Limnili G.,Özçakar N., (2013), Evde sağlık hizmetlerine başvuru özelliklerine beklentiler, Türk Aile Hekimliği Dergisi, Uşak, 17(1):13-17.

Meral Y., (2006), Sağlık Kuruluşlarında Dış Kaynaklardan Yararlanmanın Hasta Memnuniyetine Olan Etkisi ve Bu Konuya İlişkin Bir Araştırma, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Narlı Y., (2009), Sağlık Sektöründe Hasta Memnuniyetini Arttırıcı Süreç İyileştirme Çalışmaları Üzerine Örnek Bir Uygulama: Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Örneği, Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya.

OECD, (2008), Sağlık Sistemi İncelemeleri: Türkiye, OECD ve Dünya Bankası Yayını.

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

Okursoy A., (2010), Türkiye’de Sağlık Sistemi Ve Kamu Hastanelerinin Performanslarının Değerlendirilmesi, Adnan Menderes Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Aydın.

Öksüz H., (2018), Evde Sağlık Hizmetleri ve Hasta Memnuniyeti, Namık Kemal Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Tekirdağ.

Ören M. M., (2016), İstanbul’un Bir İlçesinde Evde Sağlık Hizmeti Alan Bireylerin Yeti Yitimlerinin Değerlendirilmesi, T.C. İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul.

Özbaş S., Özkan S.,(2010), TAF Preventive Medicine Bulletin, Kadın Sağlığını Geliştirmede Medyanın Kullanımı ve Etkisi, 9(5): 541-546.

Özer A., Çakıl E., (2007), Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler, Tıp Araştırmaları Dergisi, 5(3), 140-143.

Öztürk Z., Karakaş E. T., (2015), Avrupa Birliği’ne Üye Ülkelerde Sağlık Sistemleri Yönetim Ve Organizasyon Yapısı Almanya, Fransa, İrlanda Ve İngiltere Örnekleri, Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi, 2 (1): 39-59.

Reid R. J., Coleman K., Johnson E. A., Fishman P.A., Hsu C., Soman M. P., Trescott C. E., Erikson M., Larson E. B., (2010), The Group Health Medical Home At Year Two: Cost Savings, Higher Patient Satisfaction, And Less Burnout For Providers, The People-to-People Health Foundation, 29(5), 834-843.

Rençber E.,(2017), Samsun İli Merkez İlçelerinde Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler, On dokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Samsun.

Sağlık Bakanlığı, (2003), Sağlıkta Dönüşüm Programı, Ankara.

Sağlık Bakanlığı, (2008), Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri, Ankara.

Sağlık Bakanlığı, (27 Şubat 2015), Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik, Erişim Tarihi: 27.01.2018 <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/02/20150227-14.htm>.

Sargın Ö., (2018), Evde Sağlık Birimine Kayıtlı 65 Yaş ve Üstü Hastalarda Uygunuz İlaç Kullanımı Ve Düşmelerin Değerlendirilmesi, T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Numune Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği, Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara.

Sayım F., (2015), “Sağlık Hizmetlerinin Özellikler”, Akademik Arge Dergisi- Sosyal Bilimler, Erişim Tarihi: 04.02.2017 [http://www.academia.edu/9971081/SAĞLIK\\_HİZMETİNİN\\_ÖZELLİKLERİ](http://www.academia.edu/9971081/SAĞLIK_HİZMETİNİN_ÖZELLİKLERİ).

Selvi Ö., (2008), Sağlık Kurumlarında Halkla İlişkiler ve Hasta Memnuniyetine Etkisi Üzerine Teorik ve Uygulamalı Bir Çalışma, Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Halkla İlişkiler ve Tanıtım Anabilim Dalı, Konya.

Soysal A., Yağar F., (2015), Sağlıkta Dönüşüm Programı: Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde Bir Araştırma, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, 12(2): 313-344.

Subaşı N., (2001), Ankara İli Çankaya İlçesinde “Evde Bakım Durumu” Araştırması, Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara.

Şahinkesen, A., (1990), Sistem Yaklaşımı, Analiz ve Program Hazırlama, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2 (23): 645-676.

Şener E., Samur M., (2013), Sağlığı Geliştirici Bir Unsur Olarak Sosyal Medya: Facebook'ta Sağlık, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2 (4): 508-523.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Finansal Analiz Daire Başkanlığı, Evde Sağlık Hizmeti Maliyet Analizi Çalışması, Erişim Tarihi: 15.02.2018, <https://khgm.saglik.gov.tr/Dosyalar/77e7fcfd60b340578e1b6a7364df9f2a.pdf>.

Tanlı S. (1996). Evde Bakım Hizmetlerinin Firmalaştırılması, Bir İşletme Planı Önerisi, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Tengilimoğlu D., Işık O., Akbolat M., (2017), Sağlık İşletmeleri Yönetimi, Nobel Yayıncılık, 67-101.

Tükel B., Acuner A.M., Önder Ö. R., Üzgül A., (2004), Ankara Üniversitesi İbn-İ Sina Hastanesi'nde Yatan Hasta Memnuniyeti, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 57(4), 206-214.

Türken Gel K., Tokur Kesgin M., (2017), İnfomal Bakım Verenlerin Bakım Yüküne İlişkin Hemşirelerin Görüşleri, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 20(4):267-278.

Uğurluoğlu Ö., Çelik Y., (2005), Sağlık Sistemleri Performans Ölçümü, Önemi ve Dünya Sağlık Örgütü Yaklaşımı, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 8(1), 3-29.

Yeşiltaş A., (2014), Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Hasta Yakınlarının Memnuniyeti: Isparta Örneği, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Isparta.

Yıkılkan H., Akbaş Güneş N., Aypak C., Görpelioğlu S., (2013), Bir Üçüncü Basamak Evde Sağlık Hizmetleri Örneği: Başvuru nedenleri ve Konsültasyon Durumları, Turgut Özal Tıp Dergisi, 20(4):322-325.

Yıldırım, S., (1994), Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi, Devlet Planlama Teşkilatı, Yayın No.2350,Uzmanlık Tezi, Ankara.

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

Yılmaztürk A., (2013), Türkiye’de Sağlık Reformlarının Tarihsel Gelişimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın Küresel Niteliğinin Değerlendirilmesi, Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi, 1, 176-188.

Yiğit S., (2004), Evde Bakım Hizmetlerinde Müşteri Memnuniyeti, Sakarya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sakarya.

Yorulmaz M., Özata M., Küçükkendirci H., Demirkıran M., (2013), Sağlık Bakanlığı Evde Sağlık Hizmetleri Uygulaması: Konya İli İle İç Anadolu Bölgesi Ve Türkiye Geneli Verilerinin Karşılaştırılması, Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi, 4(8), 1-13.

Yücel D., Ünalın P. C., (2015), Sağlık Bakanlığı Evde Sağlık/Bakım Hizmetleri Sunumu Mevzuatında Güncel Durum, The Journal of Turkish Family Physician Dergisi, 6(2), 87-95.

WHO, (2000), Health Systems: Improving Performance, The World Health Report.

## EKLER

### Ek 1. Anket Formu

Sayın Katılımcı

Bu katılacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “**Evde Sağlık Hizmetlerinden Hastaların Ve Hasta Yakınlarının Beklenti Ve Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesine Yönelik Bir Alan Çalışması**”dır. Bu çalışmanın amacı, Sivas merkezinde evde sağlık hizmeti alan hasta ve hasta yakınların beklenti ve memnuniyetlerinin ölçülmesidir. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Bu araştırma ile ilgili olarak sizden beklenen araştırıcının sorularına uygun ve doğru cevap vermenizdir. Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size derhal bildirilecektir.

#### HASTA BİLGİLERİ

Lütfen aşağıdaki ifadeleri dikkatlice okuyarak, mevcut duygu ve düşüncelerinizi en iyi yansıtan seçeneği (X) ile işaretleyiniz.

##### 1) Cinsiyet?

Kadın  Erkek

##### 2) Yaş Grubu?

20 ve altı  21-30  31-40  41-50  51-60  61 ve üstü

##### 3) Medeni Durumu?

Evli  Bekâr

##### 4) Öğrenim Durumunuz?

Okur-yazar değil  Okur-yazar  İlkokul  Ortaokul

Lise  Önlisans ve Lisans  Lisansüstü

##### 5) Sağlık Güvencesi?.....

##### 6) Ne kadar süredir evde sağlık hizmeti

alıyor?.....

##### 7) Rahatsızlığı nedir?

- Kas ve İskelet  
 Nöroloji  
 Doğumsal Rahatsızlık  
 Solunum Sistemi Rahatsızlık  
 Kanser  
 Diğer

#### HASTA YAKINI BİLGİLERİ

1) Cinsiyetiniz?  Kadın  Erkek

##### Yaş Grubunuz?

20 ve altı  21-30  31-40  41-50  51-60  61 ve üstü

##### 2) Medeni Durumunuz?

Evli  Bekâr

**3) Hasta ile ne kadar süredir birliktesiniz?**

.....

**4) Kronik hastalığınız var mı?**

Evet  Hayır

**5) Eğitim Durumunuz?**

Okur-yazar değil

Okur-yazar

İlkokul

Ortaokul

Lise

Önlisans ve lisans  Lisansüstü

**6) Mesleğiniz? .....**

**HASTANIN İLAÇLARI HAKKINDA BİLGİSİ**

**1) Kendisi hastalığını biliyor mu?**

Evet  Hayır

**2) Hastanın kullandığı ilaçlar hakkında bilgisi var mı?**

Evet  Hayır

**3) Hasta kullandığı ilaçların kullanım saatlerini biliyor mu?**

Evet  Hayır

**BAŞVURU ŞEKLİ VE DEĞERLENDİRİLMESİ SÜRECİ**

Lütfen aşağıdaki ifadeleri dikkatlice okuyarak, mevcut duygu ve düşüncelerinizi en iyi yansıtan seçeneği (X) ile işaretleyiniz.

**1) Evde sağlık hizmetini nereden öğrendiniz?**

Aile hekiminden

Hastaneden

Tanıdıklardan

İletişim araçlarından (Televizyon, gazete vb.)

**2) Hastanız için evde sağlık hizmeti başvurusunu hangi yöntemle yaptınız?**

Evde sağlık hizmeti merkezini telefonla arayarak

Evde sağlık hizmeti merkezine giderek

Aile hekimliğine başvurarak

**3) İlk başvurunuzdan sonra kaç gün içinde talebiniz incelenmek üzere evinize gelindi?**

.....gün.

**4) İlk başvurunuzdan kaç gün sonra evde sağlık hizmeti almaya başladınız.**

.....gün.



## HASTA MEMNUNİYET ANKETİ

Evde sağlık hizmeti ile ilgili olarak hastanıza sunulan aşağıdaki belirtilmiş hizmetlerden memnuniyet düzeyinizi en iyi yansıtan seçeneği (X) ile işaretleyiniz.

**1-Çok zayıf 2-Zayıf 3-Orta, 4-İyi 5-Çok iyi**

**SİZİN İÇİN ÖNEM  
DERECESİ  
(BEKLENTİNİZ)**

**EVDE SAĞLIK  
HİZMETLERİNDEN  
TATMİN DÜZEYİNİZ  
(PERFORMANSI)**

1.Sağlık personeli bana hastalığım hakkında yeterince bilgi verdiler.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2.Hastalığının takip ve tedavisi için bana uygulanan sağlık hizmeti mükemmeldir

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3.Bazen beni muayene ve tedavi eden sağlık personellerinin bana koydukları teşhis ve uyguladıkları tedavi doğru mu diye şüphe ediyorum.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4.Beni muayene ve tedavi eden sağlık personeli son derece dikkatli

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5.İhtiyacım olduğu zaman hastalığım ile ilgili uzmanlara kolayca ulaşabiliyorum.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6.Sağlık personeli beni vazife icabı çok sıradan bir şekilde muayene ediyorlar

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7.Sağlık personeli bana son derece dostça ve nazik davranıyorlar

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

8.Bana sağlık hizmeti verenler beni tedavi ederken çok acele ediyorlar

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9.Sağlık personeli benim onlara anlattıklarımı dinlemiyorlar

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10. Beni tedavi eden sağlık personeli bilgisinden ve becerisinden bazen şüphe duyuyorum

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

11. Sağlık personeli bana yeterince zaman ayırıyorlar

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

12. Aldığım sağlık hizmetinde beni mutlu etmeyen yönler var

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

13. Şu anki rahatsızlığım ile ilgili, ne zaman ihtiyacım olsa, bu sağlık kuruluşuna kolayca ulaşabilirim

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

14. Hastanız için evde sağlık hizmeti başvurunuz sırasında telefondaki veya merkezdeki görevlilerin size gösterdiği nezaket düzeyi

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

15. Evde sağlık hizmetine gelen sağlık personelinin size ve hastanıza karşı nezaket düzeyi

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

16. Evde sağlık hizmeti veren sağlık personelinin tedavi işlemlerinde titiz davranma düzeyi

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

17. Hastanızın çeşitli nedenlerle (Röntgen, vb) hastaneye getirilip götürülme durumu oldu ise, evde sağlık hizmeti veren personelin bu transferde dikkatli ve titiz davranma düzeyi.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

18. Evde sağlık hizmeti sunan sağlık personelinin hastanıza ayırdığı sürenin yeterlilik düzeyi

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

19. Evde sağlık hizmeti veren sağlık personeli hastanın mahremiyetine önem verme düzeyi

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

20. Evde sağlık hizmeti sunumunda yapılan girişimsel işlemler için alınan rıza/onam ile ilgili bilgilendirme düzeyi.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

21. Evde sağlık hizmeti veren personelin önceden belirlenmiş programa uyma düzeyi

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

22. Evde sağlık hizmetini sunan personelin hastanız ile ilgili kayıtların tutulmasındaki dikkat düzeyi

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

23. Evde sağlık hizmeti sunan personelin hizmet sunumuna yönelik isteklilik düzeyi

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

24. Evde sağlık hizmeti veren sağlık personelinin hastanızın sağlık durumu ve tedavi işlemleri ile ilgili sorularınıza açıklayıcı ve yeterli cevap verme düzeyi

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

25. Evde sağlık hizmeti sunan personelin hizmet sunumuna yönelik kıyafetinin uygunluğu

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

26. Evde sağlık hizmeti veren sağlık personelinin hastanın hastalığı dışında beslenmesi, yatak yarası, vb. konularla ilgilenme düzeyi

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

27. Evde sağlık hizmeti veren sağlık personelinin hastanızın kullanacağı ilaçların ve tıbbi cihazların kullanım şekli konusunda sizi ve hastanızı yeterince bilgilendirme düzeyi

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

28. Evde sağlık hizmeti veren sağlık personelinin hastanızın kullanacağı ilaçların yan etkileri konusunda sizi ve hastanızı bilgilendirme düzeyi

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

29. Evde sağlık hizmeti veren sağlık personelinin hastanızın problemi olduğunda problemi çözmek için samimiyet düzeyi

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

30. Hastanıza sunulan evde sağlık hizmetlerinden genel memnuniyet düzeyiniz

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---



C. Ü. GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU  
BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Sayın Katılımcı

Bu katılacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “Evde Sağlık Hizmetlerinden Hastaların Ve Hasta Yakınlarının Beklenti Ve Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesine Yönelik Bir Alan Çalışması”dır.

Bu çalışmanın amacı, Sivas merkezinde Evde Sağlık hizmeti alan hasta ve hasta yakınların beklenti ve memnuniyetlerinin ölçülmesidir. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırmada veriler hasta ve hasta yakını bilgileri, başvuru şekli ve değerlendirilmesi süreci ve hasta memnuniyet anketi ile toplanacaktır. Hasta ve hasta yakını bilgileri cinsiyet, yaş, medeni durum, öğrenim durumu gibi bazı sosyodemografik bilgileri meslek hasta ve hasta yakınıın iş ve gelir durumuna ilişkin faktörleri belirlenmek amacıyla hazırlanmıştır. Bu form 24 sorudan oluşmaktadır. Bunlar için anket süresi 5 dakikadır.

Başvuru şekli ve değerlendirilmesi süreci ve hasta memnuniyet anketinde 31 soru bulunmaktadır bunlar 1-5 arası puanlanan Likert tipli bir ölçektir. Hizmet sunumunun ve memnuniyetin ölçülmesi için uygulanacak bu anket sorularının süresi de 10 dakikadır.

Bu araştırma ile ilgili olarak sizden beklenen araştırmacının sorularına uygun ve doğru cevap vermenizdir.

Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size derhal bildirilecektir.

Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun olduğunda 05378109023 no’lu telefondan Mürsel TIRGİL’e başvurabilirsiniz. Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Ayrıca bu araştırma kapsamındaki harcamalar için sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır, çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmamız durumunda, sizle ilgili veriler de başka hiçbir yerde kullanılmayacaktır.

Size ait tüm kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait bilgilere ulaşabilirsiniz.

**Bu çalışmada Sivas’ta evde sağlık hizmeti alan hastaların ve hasta yakınlarının memnuniyet düzeyleri ölçülme çalışılıp, elde edeceğimiz sonuçlar geri bildirim olarak Evde Sağlık Hizmetlerine bildirilecektir. Sağlık bakanlığının buna bağlı olarak memnuniyet konusunda daha faydalı olması amaçlanacaktır.**

Ek 2 Devamı:

**Çalışmaya Katılma Onayı:**

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

**Gönüllünün,**

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

**Açıklamaları yapan araştırmacının,**

Adı-Soyadı: Mürsel TİRGİL

Görevi: Yüksek Lisans Öğrencisi (Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı)

Adresi: Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü

Tel: 05378109023

Tarih ve İmza:

**Ek 3:****GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU**

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Evde Sağlık Hizmetlerinden Hastaların ve Hasta Yakınlarının Beklenti ve Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesine Yönelik Bir Alan Çalışması
-----------------------	---

<b>ETİK KURUL BİLGİLERİ</b>	ETİK KURULUN ADI	Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Cumhuriyet Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıp Fakültesi Ek Derslik Binası (Acil Karşısı), Klinik Araştırmalar Etik Kurulu TR-58140 Merkez/Sivas
	TELEFON	0 346 258 00 25
	FAKS	0 346 258 00 24
	E-POSTA	gokaek2014@gmail.com

<b>BAŞVURU BİLGİLERİ</b>	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd. Doç. Dr. Ümit Naldöken			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Sağlık Yönetimi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yüksek lisans tezi			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

Etik Kurul Başkanı  
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç. Dr. Gülşay Yıldırım  
İmza:

Ek 3 Devamı:

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Evde Sağlık Hizmetlerinden Hastaların ve Hasta Yakınlarının Beklenti ve Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesine Yönelik Bir Alan Çalışması
-----------------------	---

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
DİĞER:	<input type="checkbox"/>			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2016-06/03	Tarih: 21.06.2016		
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerden gerekli izin alınarak gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.			

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, Helsinki Bildirgesi, Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yönergesi
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Doç. Dr. Gülay Yıldırım

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişki	Katılım *	İmza
Prof. Dr. Şahande Elagöz	Patoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Serpil Değerli	Parazitoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Naim Nur	Halk Sağlığı	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ercan Özdemir	Fizyoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Dığdem Eren	Diş Hastalıkları ve Tedavisi	Cumhuriyet Üniversitesi, Diş Hekimliği	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Sulhaddin Arslan	Göğüs Hastalıkları	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Doç. Dr. Gülay Yıldırım	Tıp Tarihi ve Etik	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Zehra Gölbaşı	Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği	Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimler Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Ceylan Hepokur	Eczacılık Biyokimya	Cumhuriyet Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	

\* Toplantıda bulunma

Etik Kurul Başkanı  
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç. Dr. Gülay Yıldırım  
İmza:

## ÖZGEÇMİŞ

