



TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
MARMARA ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**EVDE SAĞLIK HİZMETLERİNDE YAŞAM KALİTESİ VE  
HASTA MEMNUNİYETİ**

NURCAN COŞKUN  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HASTANE İŞLETMECİLİĞİ  
ANABİLİM DALI

DANIŞMAN  
Doç. Dr. Nural BEKİROĞLU

İSTANBUL-2011

## TEZ ONAYI

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Programın seviyesi : Yüksek Lisans (x) Doktora ( )

Anabilim Dalı : **Hastane İşletmeciliği**

Tez Sahibi : **Nurcan ÇOŞKUN**

Tez Başlığı : **Evde Sağlık Hizmetlerinde Yaşam Kalitesi ve Hasta Memnuniyeti**

Sınav Yeri : **Hastane İşletmeciliği**

Sınav Tarihi : **19.09.2011**

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman (Unvan, Adı, Soyadı)

Kurumu

İmza

Doç. Dr. Nural BEKİROĞLU

Marmara Üniversitesi



Sınav Jüri Üyeleri (Unvan,  
Adı, Soyadı)

Prof. Dr. Atıf AKDAŞ

Marmara Üniversitesi



Doç. Dr. Mert UYDACI

Marmara Üniversitesi

Yukarıdaki jüri kararı Enstitü yönetim Kurulu'nun 22.09.2011 tarih ve 71 sayılı kararı ile onaylanmıştır.



Prof. Dr. Gülden Z. OMURTAG

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

## BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

29.09.2011

Nurcan COŞKUN

*Nurcan Coşkun*

## ÖNSÖZ

Yüksek Lisans eğitimim boyunca bilgi ve tecrübeleriyle bana katkıda bulunan, bizlerin Sağlık Kurumları Yöneticileri olarak yetiştirilmemizde öncü olan ve destekleyen Anabilim Dalı Başkanım değerli hocam Prof. Dr. Atıf AKDAŞ' a,

Bu tezin gerek araştırma safhasında gerekse yazılım aşamasında her türlü desteğini esirgemeyen değerli tez danışmanım sayın Doç. Dr. Nural BEKİROĞLU' na,

Kariyer planlamama yön vererek, bana büyük tecrübe kazandıran Sosyal Güvenlik Kurumu Rehberlik ve Teftiş Kurulu Müfettişi sevgili Yaşar TAŞDEMİR'e,

Bugünlere gelmemde emeğini benden esirgemeyen ve her zaman yanımda olan Ailem ve hayatımı paylaşacağım Dr. Alper US' a,

Tezimin her aşamasında desteğini ve katkılarını benden esirgemeyen, Araştırma Görevlisi Okan Cem KİTAPÇI' ya,

Bendeki emeklerinden dolayı bölümümdeki tüm Hocalarıma,

Yoğun işleri arasında zaman ayırarak benimle görüşmeyi kabul edip anket formlarını doldurmama izin veren İstanbul Büyükşehir Belediyesi Sağlık ve Sosyal Hizmetler Daire Başkanı Dr. Muzaffer SARAÇ' a, Sağlık ve Hıfzıssıhha Müdürü Uzm. Dr. Ömer AKÇAĞIL' a, Müdür Yardımcısı Dr. Gülten ÖZCAN' a ve Evde Sağlık Hizmetleri Proje Koordinatörü Dr. Gönül YILMAZ' a,

Sonsuz teşekkürler...

Saygılarımla

Nurcan COŞKUN

## İÇİNDEKİLER

Sayfa No

**ÖNSÖZ**

**ÖZET**

**SUMMARY**

**Tablolar ve Şekiller Listesi.....IV-V-VI**

**GİRİŞ VE AMAÇ**

**I. BÖLÜM : GENEL BİLGİLER**

**1. EVDE SAĞLIK HİZMETLERİNİN KAVRAMI**

1.1 Evde Sağlık Hizmetlerinin Tanımı.....6

1.2 Evde Sağlık Hizmetlerinin Tarihçesi.....6

**2. EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ KAPSAMI.....10**

2.1 Evde Sağlık Hizmetleri Gerektiren Sağlık Sorunları.....11

2.2 Evde Sağlık Hizmetleri Kapsamında Sunulan Hizmetler.....11

2.2.1 Evde koruyucu sağlık hizmeti.....12

2.2.2 Evde tanı koyucu sağlık hizmeti.....12

2.2.3 Evde tedavi edici sağlık hizmeti.....12

2.2.4 Evde rehabilite edici sağlık hizmeti.....13

2.2.5 Evde uzun süreli sağlık hizmeti.....13

2.2.6 Evde terminal dönem hasta bakımı.....13

2.3 Evde Sağlık Hizmetleri Sunan Kuruluşlar.....15

2.3.1. Resmi kuruluşlar.....15

2.3.2. Gönüllü kuruluşlar.....16

2.3.3. Özel kuruluşlar.....16

**3. TÜRKİYE’ DE EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ.....16**

3.1.Evde Sağlık Hizmetlerinde Personel Standartları.....18

3.1.1. Mesul müdür.....19

3.1.2. Hekim.....20

3.1.3. Hemşire veya sağlık memuru.....21

3.1.4. Diğer personel.....22

3.2. Evde Sağlık Hizmetleri Hukuki Durum.....22

## **4. YAŞAM KALİTESİ KAVRAMI**

- 4.1. Yaşam Kalitesinin Tanımı.....22  
4.2. Evde Sağlık Hizmetlerinin Yaşam Kalitesine Etkisi.....24

## **5. HASTA MEMNUNİYETİ KAVRAMI**

- 5.1. Sağlık Hizmetlerinde Müşteri Kavramı.....25  
5.2. Hasta Memnuniyetinin Tanımı.....25  
5.3. Hastanın Memnuniyetini Etkileyen Faktörler.....26  
5.3.1. Hastaya ilişkin faktörler.....26  
5.3.2. Hizmet verenlere ilişkin faktörler.....27  
5.3.3. Çevresel ya da kurumsal faktörler.....27  
5.4. Evde Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti.....28

## **II. BÖLÜM : GEREÇ VE YÖNTEM**

- 2.1. Araştırmanın Yeri Ve Zamanı.....29  
2.2. Araştırmanın Tipi.....29  
2.3. Araştırma Evreni.....29  
2.4. Örneklem Yöntemi.....29  
2.5. Veri Toplama.....29  
2.6. Anket Formları.....30  
2.7. Verilerin değerlendirilmesi.....32

## **III. BÖLÜM : BULGULAR**

## **IV. BÖLÜM : TARTIŞMA VE SONUÇ**

## **KAYNAKLAR**

## **V. BÖLÜM: EKLER**

**EK 1-** Aydınlatılmış Onam Formu

**EK 2-** Demografik Bilgiler Anket Formu

**EK 3-** Yaşam Kalitesi Anket Formu

**EK 4-** Hasta Memnuniyeti Anket Formu

**EK 5-** Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik

## **ÖZGEÇMİŞ**

## TABLolar DİZİNİ

Sayfa No

<b>Tablo 1.a.</b> Evde Sağlık Hizmetleri Alan Kişilerin Yaşa Göre Dağılımı.....	33
<b>Tablo 1.b.</b> Evde Sağlık Hizmetleri Alan Kişilerin Yaşa Göre Dağılımı.....	33
<b>Tablo 2.</b> Evde Sağlık Hizmetleri Alan Kişilerin Cinsiyete Göre Dağılımı.....	34
<b>Tablo 3.</b> Evde Sağlık Hizmetleri Alan Kişilerin Medeni Durumuna Göre Dağılımı.....	35
<b>Tablo 4.</b> Evde Sağlık Hizmetleri Alan Kişilerin Öğrenim Durumuna Göre Dağılımı.....	36
<b>Tablo 5.</b> Evde Sağlık Hizmetleri Alan Kişilerin Mesleğine Göre Dağılımı.....	37
<b>Tablo 6.</b> Evde Sağlık Hizmetleri Alan Kişilerin Kendisinin Hastalığını Bilmesine Göre Dağılımı.....	38
<b>Tablo 7.</b> Evde Sağlık Hizmetleri Alan Kişilerin Kullandıkları İlaçlar Hakkında Bilgisinin Olup-Olmadığına Göre Dağılımı.....	38
<b>Tablo 8.</b> Evde Sağlık Hizmetleri Alan Kişilerin Kullandıkları İlaçların Kullanım Saatlerini Bilip-Bilmemesine Göre Dağılımı.....	39
<b>Tablo 9.</b> Evde Sağlık Hizmetleri Alan Kişilerin Sigara Bağımlılığına Göre Dağılımı.....	40
<b>Tablo 10.</b> Evde Sağlık Hizmetleri Alan Kişilerin Alkol Bağımlılığına Göre Dağılımı.....	40
<b>Tablo 11.</b> Yaşam Kalitesi Anketi ve Hasta Memnuniyeti Anketi Skorlarına Ait Tanımlayıcı İstatistikler.....	41
<b>Tablo 12.</b> Yaşam Kalitesi Puanı İle Hasta Memnuniyeti Puanı Arasındaki İlişki....	42
<b>Tablo 13.</b> Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Cinsiyet Bakımından Karşılaştırılması.....	42
<b>Tablo 14.</b> Hasta Memnuniyeti Puanı Medyanlarının Cinsiyet Bakımından Karşılaştırılması.....	43
<b>Tablo 15.</b> Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Medeni Durum Bakımından Karşılaştırılması.....	43

<b>Tablo 16.</b> Hasta Memnuniyeti Puanı Medyanlarının Medeni Durum Bakımından Karşılaştırılması.....	44
<b>Tablo 17.</b> Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Hastanın Çalışma Durumuna Göre Karşılaştırılması.....	44
<b>Tablo 18.</b> Hasta Memnuniyeti Puanı Medyanlarının Hastanın Çalışma Durumuna Göre Karşılaştırılması.....	45
<b>Tablo 19.</b> “Kendisi hastalığını biliyor mu?” Sorusuna Verilen Yanıtların Cinsiyete Göre Dağılımı ve Ki-kare Testi Sonucu.....	46
<b>Tablo 20.</b> “Kendisinin Kullandığı İlaçlar Hakkında Bilgisi Var mı?” Sorusuna Verilen Yanıtların Cinsiyete Göre Dağılımı ve Ki-kare Testi.....	47
<b>Tablo 21.</b> “Kullandığı İlaçların Kullanım Saatlerini Biliyor mu?” Sorusuna Verilen Yanıtların Cinsiyete Göre Dağılımı ve Ki-kare Testi.....	48
<b>Tablo 22.</b> Sigara Kullanımının Cinsiyete Göre Dağılımı ve Ki-kare Testi.....	49
<b>Tablo 23.</b> Alkol Kullanımının Cinsiyete Göre Dağılımı ve Fisher’in Kesin Testi....	50

### **GRAFİKLER DİZİNİ**

<b>Grafik 1.</b> Evde Sağlık Hizmetleri Alan Kişilerin Yaşa Göre Dağılımı.....	34
<b>Grafik 2.</b> Evde Sağlık Hizmetleri Alan Kişilerin Cinsiyete Göre Dağılımı.....	34
<b>Grafik 3.</b> Evde Sağlık Hizmetleri Alan Kişilerin Medeni Durumuna Göre Dağılımı.....	35
<b>Grafik 4.</b> Evde Sağlık Hizmetleri Alan Kişilerin Öğrenim Durumuna Göre Dağılımı.....	36
<b>Grafik 5.</b> Evde Sağlık Hizmetleri Alan Kişilerin Mesleğine Göre Dağılımı.....	37
<b>Grafik 6.</b> Evde Sağlık Hizmetleri Alan Kişilerin Kendisinin Hastalığını Bilmesine Göre Dağılımı.....	38
<b>Grafik 7.</b> Evde Sağlık Hizmetleri Alan Kişilerin Kullandıkları İlaçlar Hakkında Bilgisinin Olup-Olmadığına Göre Dağılımı.....	39
<b>Grafik 8.</b> Evde Sağlık Hizmetleri Alan Kişilerin Kullandıkları İlaçların Kullanım Saatlerini Bilip-Bilmemesine Göre Dağılımı.....	39



<b>Grafik 9.</b> Evde Sağlık Hizmetleri Alan Kişilerin Sigara Kullanımına Göre Dağılımı.....	40
<b>Grafik 10.</b> Evde Sağlık Hizmetleri Alan Kişilerin Alkol Kullanımına Göre Dağılımı.....	41

## ÖZET

Tanımlayıcı tipteki bu araştırmada, İstanbul Büyükşehir Belediyesi sınırları içinde yer alan, İstanbul Büyükşehir Belediyesi'nin Evde Sağlık Hizmetleri verdiği kişilerin yaşam kalitesi ve hasta memnuniyetinin mevcut durumun değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır. Veriler, 2011 yılı Nisan ayında İstanbul Büyükşehir Belediyesi Evde Sağlık Hizmetleri kapsamında hizmet alan kişilere, İstanbul Avrupa yakasında (Edirnekapı, Küçükçekmece), İstanbul Anadolu yakasında (Üsküdar) her 3 bölgeden bu süreçler içerisinde hizmet alanlara tamamı gönüllülük esasına göre yüz yüze görüşme yöntemiyle anket formları aracılığıyla toplanmıştır. Çalışmada kullanılan hasta memnuniyeti ve demografik bilgiler anketleri literatürden yararlanılarak oluşturulmuştur. 15D©/Harri Sintonen yaşam kalitesi anketi, geçerliliği ve güvenilirliği test edilmiş türkçe versiyonu olan bir ölçektir. Araştırmaya 175 kişi katılmıştır. Çalışmamızda yaşam kalitesi üzerinde medeni durum ile çalışma durumunun etkisi olduğu bulunurken, hasta memnuniyeti ve cinsiyetin, yaşam kalitesi üzerinde etkisi olmadığı görülmüştür. Araştırmamız, hastaların yaşam kalitelerinin çok iyi düzeyde olmadığını göstermektedir. Araştırmaya katılan hastaların sosyo-ekonomik düzeyleri düşük olması sebebiyle herhangi bir kuruluştan sağlık hizmeti almaları söz konusu olamamaktadır. Araştırmamızda hasta memnuniyetinin tüm boyutlarda yüksek olduğu görülmektedir. Yaşam kalitesi ve hasta memnuniyeti birbirinden bağımsız, birbirlerini etkilemeyen kavramlar olarak ortaya çıkmıştır. Araştırma sonucunda çalışmaya katılan hastaların aldıkları evde sağlık hizmetlerinden memnun olmalarına rağmen, yaşam kalitelerinde herhangi bir değişiklik olmadığı görülmektedir. Yaşam kalitesi ve hasta memnuniyetini etkileyen faktörlerin sorgulanması için çeşitli araştırmaların belirli aralıklarla ve düzenli olarak yapılmasının faydalı olduğunu düşünmekteyiz. Evde sağlık hizmetlerinden memnun olan hastaların yaşam kalitesinin de artması beklenirdi. Yeni araştırmaların işaret edeceği hizmet sunumu doğrultusunda oluşacak değişikliklerin farkına varacak olan hastaların hem yaşam kalitelerinde bir iyileşme hem de evde sağlık hizmetleri memnuniyetlerinde bir artış olacağını düşünmekteyiz.

### **Anahtar Sözcükler**

**Evde sağlık hizmetleri, hasta memnuniyeti, yaşam kalitesi**

## **SUMMARY**

### **The Quality Of Life And Patient Satisfaction In Home Care Service**

This descriptive research was done to evaluate the present condition of the quality of life and patient satisfaction getting health service at home given by İstanbul Municipality. All the data has obtained via the inquiry and the interwiev made with the volunteers for this research who have service both in European (Edirnekapı, Küçükçekmece), and Asia (Üsküdar) parts in İstanbul on April, 2011. Patients' satisfaction and demographic data inquiries were obtained by using literature. Turkish version of 15D©/Harri Sintonen quality of life inquiry is a reliable and valid measurement. 175 people have participated in this research. In this study it is ascertained the marital status, professional conditional have an effect on quality of life; but sex or quality of life has no effect on patient satisfaction. The research showed that the patients' quality of life is not at a good level. Due to their low socio-economic level it is hard to make use of health service at any foundation. This research showed the quality of life and patient satisfaction are independents. It is noticed that the patients are satisfied to get service at home, but there is no change in their quality of life. We think it is necessary to have more research on these subjects regularly. Actually, we expected to find an increase in the quality of life of satisfied patients, but we did not. Therefore, we hope new researches will indicate better health service at home to increase quality of life and patient satisfaction at the same time.

#### **Key words**

**Health service at home, patient satisfaction, quality of life**

## GİRİŞ ve AMAÇ

Kamu hizmetleri içinde önemli bir yere sahip olan sağlık hizmetleri, devletin vatandaşlarına yeterli bir biçimde vermesi gereken başlıca hizmetlerden biridir. Sağlık hizmetlerini yerine getirmekle görevli kamu kuruluşları olarak müşteri ilişkilerinde müşteri memnuniyetine büyük önem vermeleri gerekmektedir. Tüm işletmelerde olduğu gibi sağlık sektöründe de müşteri memnuniyeti süreklilik arz edecek şekilde sağlanmalıdır. Hizmet işletmelerinde tüketicilerin tatmini büyük önem taşımaktadır.(37) Sağlık hizmetlerinde temel amaç, hastalara kaliteli ve tatmin edici sağlık hizmetleri sunarak, onları tedavi etmek ve yaşam kalitelerini yükseltmektir.

Dünya nüfusundaki dinamik değişiklikler; beklenen yaşam süresinin artışı ile dünya nüfusunun yaşlanması, kanserler, kardiyovasküler hastalıklar, HIV/AIDS ve Tüberküloz gibi kronik hastalıkların ölüm sebepleri sıralamasında üst sıralarda yer alması sonucu uzun dönem sağlık hizmeti ortaya çıkmıştır.(38) Sağlık sisteminin mevcut yapısında, hastaların hastanelere yatırılarak tedavisi öne çıkmaktadır. Sağlık hizmeti talebinin artması, hastalıkların tanı ve tedavisinde yüksek teknolojinin kullanılması birey başına sağlık harcamalarını yükseltmektedir. Maliyetlerdeki artış eğilimi, sağlık politika yapıcılarını alternatif sağlık hizmeti sunma yolları arayışına yöneltmektedir. Özellikle uzun dönem sağlık ihtiyacı olan hastalarda, bu alternatiflerden maliyeti daha düşük olan sağlık hizmetlerinin evde, yani hastanın kendi ortamında sunulması fikrini öne çıkarmıştır.

Evde sağlık hizmetleri genel anlamda, sağlık hizmetlerinin profesyonel veya profesyonel olmayan (bakıcı, aile içinden bireyler gibi) hizmet sunucular aracılığıyla ev ortamında, bireyin konforu, fonksiyonları ve sağlığının iyileştirilmesi, geri kazandırılması ve devamlılığının sürdürülmesi amacıyla yürütülen faaliyetler bütünüdür.

Evde sağlık hizmetleri aslında var olan bir uygulamadır. Çünkü ilk uygulama aile içi bireyin aile büyüklerine bakmakla sorumluluğu şeklindedir. Profesyonel olarak evde sağlık bakımı kavramı ise hemşirelik örgütlerinin yaşlı ve fakir hastalara sunduğu hizmetler şeklinde 19. yüzyıl sonlarına doğru karşımıza çıkmaktadır.

Evde sağlık hizmeti alanlar dahil toplumun genelinin bilgilendirilme ve eğitilme ihtiyaacı vardır. Hem hastalar, hem de hekimler, kimlerin evde bakım hizmetinden faydalanabileceği, sunulan hizmetlerin neler olabileceği, finansmanın nasıl yapıldığı gibi konularda yeterli bilgiye sahip değillerdir.

Hizmet sunucuları sağlık hizmetinde sũreç kalitesini iyi yũneterek sonuç kalitesini artırabilirler. Buradaki “sonuç”, hastanın sağlık durumundaki değişikliği ve hasta memnuniyetini ifade etmektedir. Hasta memnuniyeti hakkında elde edilen bilgiler, sağlık hizmetlerinin tasarımında ve yũnetiminde de çok ȃnemlidir. Hizmeti “alan” kişi olarak hastanın, hizmet sũreci ile ilgili gȃrũřleri ȃnem kazanmakta; hasta memnuniyeti, kaliteli hizmetin ayrılmaz bir parçası olarak değerlendirilmektedir.

Bir hastanın verilen tedaviyi uygulamaması ve ilişkiyi dũzenli olarak sũrdũrmesi memnun olmama olasılığını arttırır. Bu nedenle memnun olan ve memnun olmayan hastalar farklı şekilde davranmaktadırlar. Kaliteli sağlık hizmeti için hasta memnuniyetinin sağlanması ve geliştirilmesi hedeflenmelidir. Geliştirmek için ise memnuniyet dũzeylerinin ȃlçũlmesi gerekmektedir. Buna bağlı olarak hasta istek, ihtiyaç ve şikayetlerin saptanmasına yȃnelik sistemlerin kurulması sağlanmalıdır. Aynı zamanda bu sistemler doğrultusunda hizmet sunucularının hem problem çȃzũcũ hem de ȃnleyici ve iyileştirici yaklaşım uygulamalarını gerçekteşirmeleri gerekmektedir. Hastalardan geri bildirim toplamayı, değerlendirmeyi sũrekli hale getiren sağlık kuruluşları; verimliliği, etkililiği ve kaliteyi yakalamaları ile rekabet gũçlerini arttırırlar.(32)

Gelişmiş ũlkeler sağlık hizmetlerinde evde sağlık hizmetleri kalitesinin geliştirilmesi ve yaşam kalitesinin artırılması konusunda bũyũk mesafe kaydetmişlerken, Tũrkiye’deki evde sağlık hizmetleri için aynı dũřũnceye sahip olmak mũmkũn değildir. Evde sağlık hizmetleri bakımından ȃnemli bir dȃnũm noktasında bulunan Tũrkiye’ nin en bũyũk kenti İstanbul’da, İstanbul Bũyũkřehir Belediyesi’nin evde sağlık hizmeti verdiği kişilere yaşam kalitesi ve hasta memnuniyeti konusunda yapılmış olan bu çalışma ilktir ve bu yȃnũyle diğer hasta memnuniyeti araştırmalarından farklılık gȃstermektedir.

Bu çalışma ile, İstanbul Bũyũkřehir Belediyesi sınırları içindeki İstanbul Bũyũkřehir Belediyesi’nin evde sağlık hizmeti alan bireylere ulaşılarak yaşam

kalitelerinin ve hasta memnuniyetlerinin değerlendirilmesi yapılmış, memnuniyetlerini ve yaşam kalitelerini etkileyen faktörler tespit edilmeye çalışılmış, bu sonuçların ışığında yaşam kalitesini ve hasta memnuniyetini artırmak için neler yapılabileceği konusunda önerilerde bulunulması amaçlanmıştır.

# **I. BÖLÜM: GENEL BİLGİLER**

## **1. EVDE SAĞLIK HİZMETLERİNİN KAVRAMI**

### **1.1. Evde Sağlık Hizmetlerinin Tanımı**

Evde sağlık hizmetleri genel olarak, bireyin sağlığını korumak, yükseltmek, yeniden sağlığına kavuşturmak amacıyla sağlık ve sosyal hizmetlerin profesyonel düzeyde veya aile bireyleri tarafından, bireyin kendi evinde veya yaşadığı ortamda sunulmasıdır. Sözü edilen bu hizmetler, sağlık ve sosyal hizmetleri içine alan geniş bir yelpazede, bireyin gereksinimi doğrultusunda, yaşam kalitesi ve toplumsal saygınlığının korunmasını amaçlamaktadır. Bu anlamda evde sağlık hizmetleri genel olarak, kurum bakımının yerini alan, kurumlarda kalış gereksinimini azaltan ya da geciktiren hizmetler olarak ifade edilmektedir.(5)

Evde sağlık hizmetleri, kişilerin sağlığını korumak, geliştirmek ve gerektiğinde yeniden sağlığına kavuşturmak amacıyla gereksinimi olan kişilerin evde sağlık hizmeti alabilmesini kapsamaktadır. Evde sağlık hizmetinin istenilen düzeyde olabilmesi için hasta, aile ve profesyonellerin işbirliği gerekmektedir.(7)

### **1.2. Evde Sağlık Hizmetlerinin Tarihçesi**

Dünyada gelişmiş olsun, gelişmekte olsun bütün ülkelerde evde sağlık hizmeti verilmektedir. Ancak evde sağlık hizmetlerinin sağlık hizmetleri kapsamına alındığı, sunumuna yönelik kanun ve düzenlemelerin yapıldığı, finansman sorunlarının çözüldüğü, hizmete özel personel yetiştirildiği ve uygun ekipman ve malzemeye erişimin mümkün olduğu ülke sayısı sınırlıdır. Bu ülkeler genellikle yaşlı nüfus özelliğindeki nüfusa sahip, kronik hastalıkların yüksek olduğu gelişmiş ülkelerdir.

Dinamik bir sürece sahip olan evde sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi Ortaçağ Avrupa'sına dayanmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri, Avrupa Birliği Ülkeleri, Çin ve diğer bazı ülkelerin sağlık sistemlerinde önemli yeri bulunan evde sağlık hizmetleri, Türkiye'de de yerel yönetimler ve özel sağlık kurumları tarafından yürütülmeye başlanmıştır.(14)

Çin'de ki sağlık sisteminde evde sağlık hizmetleri, yaşlılara hizmet sunumunda (61 yaşı esas alarak) bir yöntem olarak kullanılmaktadır. Çin'deki evde sağlık

hizmetlerinin gelişimindeki en önemli unsur, ekonomik nedenlerden daha çok sosyokültürel dinamikler etkili olmuştur. Hizmet sunumundaki esas kişiler, aile içerisinde evde sağlık hizmeti sunumu için eğitilmiş bireylerdir. Evde sağlık hizmetlerinde çalışan bu bireyler gayri resmi bakıcılar adı altında çalıştırılmaktadır.(14)

Amerika’ da evde sağlık hizmetleri 1880’li yıllarda sektör olarak oluşumunu başlatmıştır. Günümüzde 12 milyon hizmet alıcısı ve 33 bin kadar hizmet sunucusuyla güçlenmektedir. Evde sağlık hizmetlerinin bazıları Medicare akreditasyonuna sahiptir ve evde sağlık hizmeti alan hastalar harcamalarını bu sigorta kapsamında geri alabilmektedirler. Amerikan sağlık politikası evde sağlık hizmetlerinin, 1960 yılında yaşlılar için ve 1966’da Medicare ve Medicaid kapsamında, finansmanını üstlenmiştir. Böylece evde sağlık hizmetleri yasal düzenlemeyle toplum geneline ulaşılabilir hale getirilmiştir.(33)

On dokuzuncu yüzyıl sonlarında hemşirelik hizmetleri evlerde uygulanmaya başlanmıştır. Genel olarak görevleri, yeni doğum yapan annelere yardımcı olmak ve hasta ev halkının tedavisini takip etmektir. Hemşirelerin gerçekleştirdiği ev ziyaretlerine talep giderek artmış ve 20. yüzyıl başlarında profesyonel hemşirelik örgütleri kendileri için güçlü sponsorlar bulabilmişlerdir. Bu sponsorlardan en önemlileri Amerikan Kızıl Haç’ ı ve Metropolitan Hayat isimindeki bir sigorta komisyoncusudur. Birinci Dünya Savaşı takip eden yıllarda Kızılhaç’ın öncülüğünde hemşirelerin ev ziyareti programları Amerika çapında yaygınlaşmıştır. 1930’ lu yıllara gelindiğinde enfeksiyon hastalıkları ve kronik dejeneratif hastalıklar en sık ölüm sebepleri sıralamasında üst basamaklara yerleşmiş ve her ekonomik düzeyden insanın sağlık hizmeti için hastanelere yönelmesine sebep olmuştur. 20. yüzyılın ortalarında ise artık evde sağlık hizmeti eski popülerliğini yitirmiştir ve sıradan bir uygulama niteliğine bürünmüştür. 1950’lerde artan hastane maliyetleri ve hemşire örgütlerinin yürüttükleri kampanyalar sayesinde, evde sağlık hizmetleri kaybettiği prestijini geri kazanmaya başlamıştır.

Kanada’da evde sağlık hizmetleri ilk olarak 1970 yılında, Ontario eyaletinde kamu tarafından finanse edilmiştir. Kanada hükümetleri sağlık hizmetleri sunucuları, evde sağlık hizmetlerinin sistemi için oynadığı kilit rolü fark etmişlerdir. 1988 yılına



gelindiğinde ülke genelinde hem akut hem de kronik veya uzun dönem bakım hizmeti sunan kamunun finansmanında, evde sağlık hizmeti programları hayata geçirilmiştir. 1990 yılında hastanelerin yeniden yapılandırılmasıyla başlayan süreç, bakım hizmetlerinin sunumunda ‘‘eve daha yakın’’ prensibinin taraftar kazanması ve 2002 yılında ‘‘sağlık hizmeti sisteminin en hızlı büyüyen parçası’’ olarak tanımlanması ile en dikkat çekici politika olarak öne çıkmıştır. Evde sağlık sektörü 2002-2007 yıllarında dikkat çekici hızla büyümesi, genişleyen hizmet yelpazesi ve 2004 yılında temel akut ve palyatif bakım hizmetlerini tanımlayan ‘‘Sağlık Hizmetlerini Güçlendirme 10 Yıllık Plan’’ yayınlanmasıyla birlikte daha da ivme kazanmıştır.(8)

İngiltere’de evde sağlık hizmetlerinin kurumsallaşma çalışmaları 19. yüzyıl sonlarına doğru başlamıştır. William Rathbone ve Mary Robinson ziyaret hemşireliği hizmetinin sunumu sağlamışlardır. Evde sağlık hizmetlerinin en önemli öncülerinden olan Florance Nightingale, hasta kişilerin bakımı için görevlendirilecek kadınların özel olarak eğitilmesini önermiş ve eğitilmiş kadınların hastanelerde, ev ziyaretleri gerçekleştirilecek özel hemşire olarak görevlendirilmesi için bir plan sunmuştur.(40)

Türkiye’de evde sağlık hizmetleri uygulamaları, 1980 yılı öncesi dönemde koruyucu sağlık hizmetleri odaklı ve devlet tarafından yürütülen bir hizmet olmuştur. Fakat 1980 sonrası hastaların evde sağlık hizmeti özel sağlık kuruluşları ve kişiler tarafından hastaların hastane sonrası tedavilerinin ve bakımının yürütülmesi olarak işlev göstermiştir. Türkiye’de bu hizmeti sunan kuruluşların sayısı hakkında sağlıklı bilgiye ulaşılamamıştır. Ancak büyük şehirlerde bu tür kuruluşların tanıtıcı broşürlerine rastlamak mümkündür. Türkiye’de özel sigorta kuruluşların sağlık hizmetlerinin kapsamı incelendiğinde, 2 özel sağlık sigortasında kısmen de olsa evde sağlık hizmetleri yer almaktadır. 9 Şubat 2005 tarihli ‘‘Tedavi Yardımı Bütçe Uygulama Talimatında’’, hastaların tedavilerini hastanede yapılmasını teşvik eden, buna karşın evde ve ayakta tedaviyi, doğrudan ya da dolaylı engelleyebilecek maddeler bulunmaktadır. Bu maddeler daha çok tedavi işlemleri sırasında hastalardan katılım payı alması ve çeşitli kısıtlamalar şeklindedir. 12.01.2005 tarih 25698 sayılı ‘‘Milletvekillere, Yasama Organı Eski Üyelerine, Dışarıdan Atandıkları Bakanlık Görevi Sona Erenlere; Bunların Eşlerine ve Bakmakla Yükümlü Oldukları Çocukları ile Ana ve Babalarına, Ölenlerin Dul ve Yetimlerine

Tedavi Yardımı Yapılmasına Dair Yönetmeliğin” üçüncü maddesinde evde tedavi kavramı; “tabiplerin hastayı bulunduğu yerde (evinde, ikametgahında) tedavi etmeleri” olarak ifade edilmektedir. Aynı yönetmeliğin 14. maddesinde “resmi sağlık kuruluşu tabiplerinin hastayı evde tedavi etmeleri halinde, kendilerine ayrılan bir araç yok ise, gidip döndüğü yer arasındaki ücreti Türkiye Büyük Millet Meclisi’nce ödenir” hükmü yer almaktadır. Resmi sağlık kuruluşu hekimlerinin evde tedaviyi gerçekleştirdikleri ve bu işlemler sırasındaki hastanın evine gidiş dönüş ulaşım masraflarının da Türkiye Büyük Millet Meclisi tarafından karşılanacağı belirtilmektedir.(12)

Türkiye’de evde sağlıkla ilgili ilk olan pilot proje 1993 yılında Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) Genel Müdürlüğü’nce Ankara, Adana, İzmir ve İstanbul illerinde uygulanmış “Evde Bakım Hizmet Modeli”, “Özürülülerin Tespiti, İncelenmesi, Bakım ve Rehabilitasyonuna ilişkin Yönetmelik” te (19.08.1993/21673 sayılı RG.) “Evde Hizmet” olarak yer aldığı, Ankara Büyükşehir Belediyesi bünyesinde 1994 yılında kurulan ‘Yaşlılara Hizmet Merkezi’ nde uygulanan “Evde Bakım Projesi” dir. Ancak pilot uygulamalardan etkili sonuç alınamadığı için sürdürülememiştir.(6)

Türkiye’ de Sağlık Bakanlığımızca ilk aşamada özel sağlık kuruluşları tarafından evde sağlık hizmetleri verilmesine imkan sağlayan “Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik” 10.03.2005 tarihli ve 25751 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmiş ve bu şekilde özel sektör tarafından yürütülen uygulamalar disipline edilmiştir. Ayrıca Sağlık Bakanlığı’na bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarınca evde sağlık hizmetlerinin verilmesine yönelik “Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” 01.02.2010 tarihinde yürürlüğe konulmuştur.

İstanbul Büyükşehir Belediyesi Sağlık ve Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı tarafından 2001 yılında Dünya Sağlık Örgütü’nün, “Sağlıklı Kentler Projesinde” fakir ve muhtaç hastalara evlerinde sağlık hizmeti vermek amacıyla kurulmuş bir proje ile sunulmaya başlanmış, 2001 yılından günümüze kadar bireylere hizmet vermeye devam etmektedir.

([www.ibb.gov.tr/sites/SaglikVeSaglik/evdesaglik/Pages/AnaSayfa.aspx](http://www.ibb.gov.tr/sites/SaglikVeSaglik/evdesaglik/Pages/AnaSayfa.aspx), Erişim Tarihi: 01 Temmuz 2011).

Evde sağlık hizmetleri konusunda danışmanlık hizmeti veren ABD kuruluğu The Corridor Group ve Eczacıbaşı ortaklığı ile kurularak 2001 yılında faaliyete geçen Eczacıbaşı Sağlık Hizmetleri, Türkiye'nin özel kuruluşlar arasında ilk organize evde sağlık kuruluşudur. Eczacıbaşı Sağlık Hizmetleri, 2005 yılında Sağlık Bakanlığı'ndan ruhsat alan ilk 'Evde Sağlık Merkezi' olmuştur. ([www.eczacibasi.com.tr/channels/1.asp?id=44](http://www.eczacibasi.com.tr/channels/1.asp?id=44), Erişim Tarihi: 10 Temmuz 2011).

## **2. EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ KAPSAMI**

Uluslararası düzeyde evde sağlık hizmetlerinde anlaşmaya varılmış asgari veya temel bir hizmet listesi yoktur. Bu nedenle her ülke kendi olanakları ve sosyokültürel düzeyleri açısından aralıklı olarak yenileyebildiği bir hizmet listesi oluşturmuştur. Dünya Sağlık rgt'nün Ev Temeline Dayanan Uzun Dönem Bakım 2000 raporunun bütününde, uzun süreli bakımın tanımına uygun olarak, uzun süreli sağlık sorunu olan ve günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili olarak yardıma ihtiyacı olan bütün yaşlardaki kişilerin yeterli kalitede bir yaşam sürdürmesini sağlayacak bakım hizmeti konusuna önem vermiştir. Evde sağlık hizmetlerinden faydalanacak hedef kitle; kanser ve kalp damar hastalıkları olanlar, tüberküloz gibi bulaşıcı hastalıkları olan kişiler, gelişimsel veya poliomiyelite sekonder zrleri de kapsayacak şekilde, zrl olan kişiler, HIV/AIDS'liler, kaza sonucu sakat kalanlar, duyuusal kısıtlılığı olanlar, mental hastalığı olanlar ve madde bağımlılarıdır. Evde sağlık hizmetlerinin yöneldiği yaş grupları, ağırlıklı olarak 65 yaş ve üzerindeki kronik ve uzun süreli bakımı gereken yaşlı hastalar, kronik hastalığı olan her yaş grubu, bebek ve çocuklar da çok yönlü bakım hizmetlerini güvenli ev koşullarında alabilmektedirler. Ayrıca terminal dönemdeki kanserli yetişkin ve ocuk hastaların onur ve saygınlığını korumak, yaşamın son günlerini daha sevgi dolu ve şefkatle geçirilmesini sağlamak amacıyla bakım hizmetleri evde verilebilmektedir.(21)

## **2.1.Evde Sağlık Hizmetleri Gerektiren Sağlık Sorunları**

Evde sağlık hizmeti için gereken tıbbi ekipman malzeme ve personelin bulunması durumunda, her türlü sağlık sorununa evde sağlık hizmeti verilebilir. Evde sağlık hizmeti verilebilmesi için sağlık sorununun yanı sıra hasta ve hasta ailesinin, hastanın yaşadığı evin koşullarının, evin bulunduğu çevrenin de uygun olması gerekir. Bugün kronik hastalıklara sahip olan kişiler ve özürlü kişiler evde sağlık hizmeti için en uygun hasta gruplarıdır. 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.(31)

## **2.2. Evde Sağlık Hizmetleri Kapsamında Sunulan Hizmetler**

Evde sağlık hizmetleri bir sağlık hakkı olarak kabul edilerek, sağlık ve sosyal hizmetler birbirleri ile koordineli şekilde yürütülmelidir. Evde sağlık hizmetleri, birbirleri ile koordinasyon içinde sunulması gereken aşağıdaki hizmetleri kapsamalıdır.(17)

- 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.

Evde sağlık hizmetlerini sağlık hizmet sunumu açısından incelenirse, alt başlığa ayırmak mümkündür. Bunlar;

### **2.2.1. Evde koruyucu sağlık hizmeti**

Hastanın sağlığını geri kazanmasından sonra fonksiyonlarının en st düzeye tutulmasını, sakatlıkların önlenmesini, sağlığın ve iyilik halinin sürdürülmesini sağlar. Evde koruyucu bakım, kurumsal bakımın bir uzantısı olarak görülmelidir. Hastaların düşmelerinin için uygun aydınlatma sağlanması, merdiven trabzanlarının yapılması, kayan halıların kaldırılması gibi konularla ilgili olarak sağlıklı vre bilincinin geliştirilmesi amacıyla danışmanlık verilir. Hasta eğitimini; eklemlerinin koruyucu uygulamalar ile yaşamsal aktivitelere yardımcı gereçlerin kullanılmasını; eklem ve kasların güçlenmesinin ve dengenin artırılması amacıyla uygulanacak fizik tedavi programlarını kapsar.

Hasta bakımında yükün büyük kısmının, hasta kişinin kendisine ve aile üyelerine düşmesi sebebiyle aile içi dinamiklerin yakından izlenmesi, davranışsal bazı değişikliklerin yapılması ve hasta eğitimi ve danışmanlı hizmetler ile tıbbi tedavi planına uyum sağlanması, koruyucu evde sağlık hizmetinin bakımın en önemli parçasını oluşturmaktadır.

### **2.2.2. Evde tanı koyucu sağlık hizmeti**

Sağlık hizmeti sunulan hastane, klinik gibi yerlerde mali baskıların artması nedeniyle teknolojinin sağladığı olanaklar ile tanı koydurucu hizmetleri hastanelerden muayenehane ve evlere taşımıştır. Aynı zamanda bazı hastalar için ev ziyareti uygun bir tanı koyma yolu olabilir. Bu hastalar çok sayıda tıbbi problemi olan, yürüme güçlüğü çeken, çok sayıda tedavi uygulanan ve sık düşen kişilerdir. Çok sayıda kronik hastalığı olan, tedaviye cevabı zayıf hastalar, kronik hastalığı olan ve iletişimini zayıf ve bakımlarını yeterli bulmayan hastalar, eve bağımlı zrl hastalar, sorunları ile baş etme güçlüğü çeken hastalar evde tanı konulmaya uygun hastalardır.(10)

### **2.2.3. Evde tedavi edici sağlık hizmeti**

Bugün artık hastalar hastanelerin yoğun bakım ünitelerinden doğrudan eve gidebilmektedirler. Bu durum evde tedavi edici hizmetler kapsamında kullanılan malzeme ve ekipmanları üretilmesinden kaynaklanmaktadır. Bu hizmetlerde temel

amaç hastanın ve ailesinin günlük yaşamlarına devam etmelerinde yeterli hale getirilerek sağlanır.

#### **2.2.4. Evde rehabilite edici sağlık hizmeti**

Bu hizmet ile hastaneye yatışı takiben dikkatli bir biçimde hazırlanmış ev programı yardımıyla aile bireyleri ve hastanın da katılımı sağlanmaktadır. Tedavi edici işlemler sürdürülürken bireyin bağımsızlığının ve en kısa sürede sosyoekonomik yaşama dönmesi ve topluma katılımın yeniden sağlanması amaçlanmaktadır. Örneğin; AIDS hastalarının evde rehabilitasyonu da giderek önem kazanmaktadır.(1)

#### **2.2.5. Evde uzun süreli sağlık hizmeti**

Uzun süreli evde sağlık hizmetlerinin hedefi, bakım hizmetlerine sürekli olarak gereksinim duyan kronik hastalar, yaşlılar ve özürlülerin sağlığını korumak amacıyla sunulan hizmettir. Bakıma muhtaçlık derecesinin daha fazla artmasını önlemek, hastalık ve özürlülüğün ortadan kaldırılamadığı durumlarda olabildiğince bağımsız yaşamayı sağlayacak eğitim ve beceriler kazandırmak için bu bakım hizmeti sunulur. Bakıma muhtaçlık, günlük yaşam aktiviteleri ve yardımcı yaşam aktivitelerinden en az birini yardımsız yerine getirememesi durumu olarak tanımlanmaktadır. Bu sayılan fonksiyonları yerine getirmede zorluk çekme, zorunlu gözetim altında tutulma gereksinimi, bakım hizmetlerinden yararlanma koşulu olarak birçok ülkede kullanılmaktadır. Yaşlılığa bağlı oluşabilecek sağlık ve bakım sorunlarından dolayı bakıma muhtaç olanlar da kapsam içine alınmıştır.(26)

#### **2.2.6. Evde terminal dönem hasta bakımı**

Hospice kavramı, terminal dönem hastalar ile ailelerine yoğun bakım olanakları sağlayan bir yaklaşımdır. Hospice hastalarda tedavi edici bakım değil, palyatif bakımı esas almaktadır. Palyatif bakım kişinin hastalığına bağlı ortaya çıkan, hastaya sıkıntı veren sağlık sorunlarının giderilmesini veya azaltılmasını amaçlar. Bu şekilde hastanın günlük yaşam kalitesi yükseltilmeye çalışılır. Hospice hareketinin amaçları; kişilerin tıbbi, duygusal ve manevi sorunları ile ilgilenmek, ailenin tümüne destek olmak, mümkün olduğunca uzun süre hastanın kendi evinde kalmasını sağlamak ve kalan yaşamını mümkün olduğu kadar rahat ve anlamlı geçmesine yardımcı olmak,

gönüllülerin de desteğini alan sağlık personeli tarafından sunulan hizmetlerin sağlanarak hastanın ağrı ve diğer sıkıntılarını ortadan kaldırmaktır.(35)

ABD’de 1990 sonrasında hospice hizmetleri kurumlardan ev ortamına kaymıştır. Kişinin hospice hizmetini alabilmesi için hekim tarafından terminal dönem hasta olduğunun (6 ay ve daha az yaşam süresi kalma durumu) belirlenmesi gerekmektedir.

Kanada’dan Potter’ e göre terminal dönemi genellikle yaşamın son 6 haftası olarak belirlemekte, hospice bakımını hasta, hasta ailesi ve hekim birlikte yapılacak tedavinin hastalığın gidişatı üzerinde etkisi olmadığına karar vermelerinden sonra olabileceğini düşünmektedir. Hasta ve ailesinin hospice bakımı sırasında kardiyopulmoner resusitasyon gibi acil girişimlerin yapılmayacağını kabul etmesi gerekmektedir. Bu uygulamalar yerine ağrı kontrolü gibi yaşam kalitesini üst düzeyde sürdürmeyi amaçlayan tedaviler kullanılır. Hekim, hemşire, sosyal hizmet uzmanı gibi kişilerden oluşan multidisipliner ekip hospice programını yürütür. Ancak bu sistemde bazı durumlarda hasta ailesi yaşadıkları sürecin yüküne dayanamamakta ve kurumsal bakım istemektedir. Bu hizmetleri karşılayabilecek hospice üniteleri, hastaneler veya diğer yataklı tedavi kurumları içinde ayrı üniteler olarak kurulmaktadır. Hospice programlarında gönüllülerin hasta evlerine yapacakları düzenli ziyaretlere yer verilmektedir.(35)

Gönüllüler, rahatlatıcı bakım (respice care) konusunda ailelere destek sağlamaktadır. Terminal dönem hastalığı olan kişilerin eşleri veya diğer yakınları duygusal ve fiziksel yönden tükenmekte olabilirler. Rahatlatıcı bakım hasta bireyin bakımından birincil derecede sorumlu olan kişilere, bir süre kendi başlarına, yalnız kalabilme olanağı sağlar. Hemşire veya eğitilmiş gönüllü kişiler hastanın evine gelmekte, bakım veren kişi de bu sayede işlerini halledebilme olanağına kavuşmaktadır. Ev sahibi bir süre hastanın sorumluluğunu taşımaktan kurtulmaktadır. Rahatlatıcı bakım, bakım veren kişi ve ailenin diğer üyelerinin bakım işlevini sürdürebilmeleri için önemlidir.(24)

Türkiye’ de çeşitli dernekler (Kanser hastalarına yardım derneği, Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu vb) tarafından ileri safhadaki kanser hastalarının misafir edilerek, daha kaliteli hizmet alabilmelerini sağlayacak “Hospice” (misafirhane)

yapılması için girişimlerde bulunmuşlardır. Hastalara ve hasta yakınlarına misafirhane hizmeti verecek olan Hospice’ de, hastaların tıbbi tedavilerinin yapılmasının yanında, yemek, temizlik, çamaşır gibi diğer temel ihtiyaçları da karşılanması amaçlanmaktadır. Ülkemizde son dönem bakım merkezleri örgütlenmeleri henüz gerçekleşmemiş olup son zamanlarda bu konuda ivmelenme mevcuttur. Konu ile ilgili olarak yapılacak düzenlemelerde Türkiye’nin bilimsel ve kültürel dinamikleri de dikkate alınarak yapılmalıdır.(13)

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

Evde sağlık hizmetlerinin sunumunda yapısal ve yönetsel olarak birbirinden farklı özellikleri olan kuruluşlar vardır. Ülkemizde Sağlık Bakanlığımızca ilk aşamada özel sağlık kuruluşları tarafından evde sağlık hizmetleri verilmesine imkan sağlayan “Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik” 10.03.2005 tarihli ve 25751 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmiş ve bu şekilde özel sektör tarafından yürütülen uygulamalar disipline edilmiştir. Ayrıca Sağlık Bakanlığı’na bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarınca evde sağlık hizmetlerinin verilmesine yönelik “Sağlık Bakanlığınca Sunulan “Evde Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” 01.02.2010 tarihinde yürürlüğe konulmuştur. Sağlık Bakanlığımızın yönetmeliğine göre, evde sağlık merkezler özel hukuk tüzel kişiler ve gerçek kişilerce müstakil olarak açılıp işletilebilirler. Evde sağlık birimleri ise, 9.3.2000 tarihli ve 23988 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik hükümlerine göre poliklinikler ile özel hastaneler mevzuatı uyarınca ruhsatlandırılan özel hastaneler bünyesinde açılabilir.(30)

#### **2.3.1. Resmi kuruluşlar**

Devlet veya yerel yönetimlerin sağlık idareleri tarafından yönetilirler. Esas olarak vergi fonları ile finanse edilir ve kâr amacı gütmeyenler. Ancak bu kuruluşlar da diğerleri gibi evde sağlık hizmeti için ödeme yapan kuruluşlarla anlaşma yapılabilirler. Verdikleri hizmetlerin karşılığı olarak bu kuruluşlardan ödeme kabul edebilirler. Bu kuruluşlar sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi gibi amaçları da olması ve aynı zamanda bütçelerinin sıklıkla kamu kaynaklarınca karşılanması sebebiyle diğer kuruluşlara göre daha kapsamlı toplum sağlığı



hizmetleri sunabilirler. Örneğin ülkemizde Sağlık Bakanlığı, Yerel yönetimler kapsamında Belediyeler tarafından bu hizmet sunulmaktadır.

### **2.3.2. Gönüllü kuruluşlar**

Kâr amaçlı olmayan evde sağlık hizmeti kuruluşlarıdır. Bu kuruluşlar hayır kurumları olduğu kadar sigorta kuruluşları, özel sigorta şirketleri ve hastaların yaptıkları ödemelerde finanse edebilmektedir. Bu kuruluşlar genellikle kamuya yararlı kurumlar olarak sınıflandırılmaları sebebiyle vergiden muaf tutulurlar. Gönüllü kuruluşlar çeşitli dernekler aracılığıyla gerçekleştirilirken, henüz Türkiye’de bu tür kuruluşlar bulunmamaktadır.

### **2.3.3. Özel kuruluşlar**

Kâr amaçlı kuruluşlardır. Hizmetler özel sigorta şirketleri ve hastaların doğrudan yaptıkları ödemeler ile finanse edilirler. Örneğin ülkemizde evde sağlık hizmetleri konusunda danışmanlık hizmeti veren ABD kuruluşu The Corridor Group ve Eczacıbaşı ortaklığı ile kurularak 2001 yılında faaliyete geçen Eczacıbaşı Sağlık Hizmetleri, Türkiye’nin özel kuruluşlar arasında ilk organize evde sağlık kuruluşudur. Eczacıbaşı Sağlık Hizmetleri, 2005 yılında Sağlık Bakanlığı’ndan ruhsat alan ilk ‘Evde Sağlık Merkezi’ olmuştur.

## **3. TÜRKİYE’ DE EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ**

Evde sağlık; 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 sunulmasıdır.(30)

Evde sağlık hizmetlerinin kanuni çerçevesinin oluşturulduğu “Evde bakım hizmetleri sunumu hakkında yönetmelikte”; fertlerin ve toplumun sağlığını korumak amacıyla, evde sağlık hizmeti veren sağlık kuruluşlarının açılması, çalışması ve denetlenmesi ile bunları işleten kurum ve kuruluşların, özel hukuk tüzel kişilerinin ve gerçek kişilerin uyması gereken usul ve esaslar düzenlenmiştir. Yönetmelikte evde sağlık hizmetinin, özel merkezler veya hastane, tıp merkezi, poliklinik gibi özel

sağlık kuruluşları bünyesinde bulunan birimler tarafından verilebilecek olduğu ifade edilmektedir. Yönetmelik, bağımsız işyerleri şeklinde veya tıp merkezi, dal merkezi, poliklinik ve özel hastane bünyesinde evde sağlık hizmeti sunmak amacıyla açılan sağlık kuruluşları evde sağlık hizmeti faaliyetlerini kapsamaktadır.(30)

Yönetmeliğin evde sağlık hizmetinin sunumu hakkında bazı önemli maddeleri ise şöyledir;

- Sağlık kuruluşları, faaliyet alanları, verilen hizmetin kapsamına göre altyapı özellikleri ile hizmet veren personelin niteliğine göre, “özel hukuk tüzel kişilerine veya gerçek kişilere ait olabilir. Sadece evde sağlık hizmeti sunmak üzere açılan ve faaliyet gösteren müstakil evde sağlık merkezi” veya “evde sağlık hizmeti vermek üzere hastane, tıp merkezi, özel dal merkezi, poliklinik gibi özel sağlık kuruluşları bünyesinde bulunan evde sağlık merkezi” olarak açılabilirler.(30)

- Halka sağlık hizmeti sunumu ile ilgili düzenleme yer alan kamu kurum ve kuruluşları ile kamu hastaneleri, yönetmelik kapsamında evde sağlık hizmeti verebilirler.(30)

- Gece veya gündüz devamlı evde sağlık hizmeti verilen hastalar, verilen hizmetlerin niteliğini denetlemek amacıyla hekim tarafından en az haftada bir kez ziyaret edilerek ve denetim kayıt altına alınmalıdırlar.(30)

- Evde sağlık hizmeti veren merkez veya birimler, hizmet sunacağı alanla ilgili olarak psikolog, fizyoterapist, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı gibi hekim dışı sağlık personeli bulundurabilirler. Bunların görev ve sorumlulukları kendi mesleki mevzuatı ile sınırlı olmalıdır. Ayrıca bunlara yardımcı olmak üzere bakım destek personeli de çalıştırılabilir.(30)

- Merkezler, betonarme binada veya ashap ise müstakil bir binada kurulmalıdır. Bütün bölümler aynı bina içerisinde ve birbirlerine bitişik konumda olmalıdır. Binada ilgili mevzuat uyarınca yangına karşı güvenlik önlemleri bulunmalıdır.(30)

- Evde sağlık hizmetinde devamlılık esas olmalı, hastanın talebi ve hizmetin gereklerine göre gece ve gündüz, hafta sonu ve tatil günleri dahil olmak üzere gerektiğinde 24 saat kesintisiz hizmet verilebilecek şekilde olmalıdır. İhtiyaç durumunda belirli saatlerde evde sağlık hizmeti verilebilmelidir. Evde sağlık hizmeti

almak isteyen kişi, sağlık kuruluşuna bizzat giderek veya telefon ile müracaat etmelidir.(30)

- Sağlık kuruluşu, evde tedavi veya bakımını yapabileceği kişi sayısı ve mevcut personel durumunu dikkate alarak uygun sayıda kişi ile bakım sözleşmesi yapabilir.(30)

- Sağlık kuruluşları isterse tıbbi tahlil laboratuar hizmetlerini ruhsatlı laboratuar hizmeti sunan özel tıbbi tahlil laboratuarları ile sözleşme yapabilirler. Radyolojik görüntüleme hizmetlerini ise ruhsatlı radyoloji laboratuarları ile sözleşme yaparak sunabilirler.(30)

- Sağlık kuruluşları evde sağlık hizmeti sundukları kişilerin acil durumlarında ambulans ile en uygun bir sağlık kurulusuna naklini yapmak/yaptırmak ile yükümlüdür.(30)

- Merkez veya birimler, evde sağlık hizmeti verdikleri sırada gerekli olabilecek oksijen, oksijen konsantretörü, pulseoksimetre, her türlü solunum araçları, ortopedik malzemeler, havalı yatak, hasta karyolası, tekerlekli sandalye gibi cihazları sağladıkları taktirde bu cihazların kalibrasyon, temizlik ve kontrollerinden sorumludurlar.(30)

- Evde sağlık hizmeti veren sağlık personeli, ev ziyaretlerinde mesleğine ve hizmetlerine uygun önlük veya üniforma giymek ve adını, soyadını, unvanını veya mesleğini belirten fotoğraflı ve mesul müdürün imzasını taşıyan bir yaka kartı takmalılardır.(30)

- Hastanın ırkı, rengi, inancı, cinsiyeti, doğum yeri, etnik kökeni,yası, zihinsel ya da bedensel engeli ve iletişim rahatsızlığı, kabul açısından hiçbir şekilde olumsuz etken olarak değerlendirilmemelidir.(30)

### **3.1. Evde Sağlık Hizmetlerinde Personel Standartları**

Merkezlerde hekim olan bir mesul müdür, mesul müdür veya birim sorumlusu haricinde en az iki hekim, kadrolu en az dört hemşire veya sağlık memuru bulundurulmalıdır. Eğer istenirse bu dört personelden biri ebe olabilir. Evde sağlık hizmeti veren merkez veya birimin hizmet sunacağı alanla ilgili olarak psikolog, fizyoterapist, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı gibi hekim dışı sağlık personeli

bulanabilir. Ayrıca bunlara yardımcı olmak üzere bakım destek personeli çalıştırılabilir.(30)

### **3.1.1. Mesul müdür**

Merkezlerde hekim olan bir mesul müdür bulunur. Mesul müdürün bulunmadığı ve merkezin hizmet verdiği saatlerde yetki devri yaptığı bir hekim bulunur. Mesul müdür sadece bir merkezde mesul müdürlük görevini üstlenebilir. Mesul müdür, idari işlerden bizzat, tıbbi işlemlerden ise diğer hekimler ile birlikte sorumludur. Mesul müdürün idari işlerinden, merkezin işleyişinden ve sunulan sağlık hizmetinin gerektirdiği alt yapı olanaklarının sağlanmasından, sağlık kuruluşunun sahipleri de bizzat sorumludurlar.(30)

Mesul müdürün görevleri şunlardır:

- ❖ Açılış ve işleyiş ile ilgili her türlü izin işlemlerini yürütmek,
- ❖ İşleyişte tanımlanmış alt yapı ve hizmetin kalite standartlarının korunması ve sürdürülmesini sağlamak,
- ❖ Merkezde görevine son verilen veya ayrılan sağlık personelinin çalışma izin belgelerini en geç bir hafta içerisinde Müdürlüğe iade etmek,
- ❖ Merkez adına ilgili belgeleri onaylamak,
- ❖ Tanımlanan düzenlemelerin ilgililer tarafından yerine getirilmesini sağlamak üzere gerekli iş tetkikleri yürütmek,
- ❖ Denetim sırasında yetkililere gereken bilgi ve belgeleri sunmak ve denetime yardımcı olmak,
- ❖ Çalışan personelin başta HIV, hepatit markerleri olmak üzere gerekli görülen tetkiklerini ve muayenelerini en az yılda bir defa periyodik olarak yaptırmak,
- ❖ Sağlık mevzuatında belirtilen ve yetkililerce tanımlanacak diğer görevleri yerine getirebilirler.(30)

Mesul müdür, merkezin kuruluşu, işleyişi ve denetimi ile ilgili her türlü işleminde Müdürlük ve Bakanlığın birinci derecede muhatabıdır. Mesul müdür değişiklikleri en geç, yeni mesul müdürün göreve başlayacağı güne kadar Müdürlüğe bildirilir. Birim sorumlusu, yukarıda belirtilen görevlerin yerine

getirilmesinde, evde sağlık biriminin bünyesinde bulunduğu sağlık kuruluşunun mesul müdürüne karşı sorumludur. Evde sağlık biriminin bünyesinde bulunduğu sağlık kuruluşunun mesul müdürü, aynı zamanda birim sorumlusu görevini de yapabilir.(30)

### **3.1.2. Hekim**

Sağlık kuruluşunda mesul müdür veya birim sorumlusu haricinde en az iki hekim bulunur. Bu hekimlerden en az biri tam zamanlı görev yapmak zorundadır.(30)

Hekim;

- Hastanın kapsamlı olarak tıbbi değerlendirmesini yapmaktan,
- Hastanın tanısını koyup ve tedavisini planlayan hekimi ile bağlantı kurarak, gerekli bilgi ve önerileri doğrultusunda tedavi planını hazırlamaktan,
- Hastaları belli aralıklarla ziyaret ederek, hastaların durumuna ve bakımına ilişkin bilgi toplayarak, gereksinimlerini ve bakım sonuçlarını sürekli değerlendirerek gerektiğinde yeni gereksinim ve sorunlara yönelik hastanın tanısını koyup ve tedavisini planlayan hekimi ile görüşerek yeni tedavi planı düzenlemekten,
- Hastaya evde sağlık hizmeti veren sağlık personeli ile bağlantı kurarak hastanın durumuna göre bakım planındaki değişikliklere yönelik rapor hazırlama ve gerektiğinde hastanın tanısını koyup ve tedavisini planlayan diğer hekimlere bildirmekten,
- Hasta bakım planları, hasta dosyası ve diğer kayıtların doğru, eksiksiz ve zamanında tutulmasını sağlamaktan,
- Evde sağlık hizmeti veren personele bilgi ve eğitim vermek, danışmanlık sağlamak, hizmetleri geliştirmeye yönelik kararlar almak ve sorunları tartışmak üzere toplantılar düzenlemekten,
- Tüm uygulama ve işlemlerin etik kurallara uyularak, hasta hakları doğrultusunda yapılmasını sağlamaktan,
- Tedavi sırasında kullanılacak ilaçların, tıbbi malzeme ve cihazların sağlanması, uygun koşullarda saklanması, yanlış kullanımının önlenmesi, tıbbi atıkların toplanması ve imhası, bulaşıcı hastalıklardan korunma, bildirimi zorunlu

hastalıklar ile adli vakaların bildirimi konularında evde sağlık hizmeti ekibi üyeleri ile hasta ve hasta yakınlarını bilgilendirmekten,

- Evde sağlık hizmeti verdikleri kişilere uyguladıkları tıbbi işlemlerden, yapılan işlemlerin hasta dosyalarına işlenmesinden, sağlık kuruluşunun işleyişinde, kendi çalışma alanı ile ilgili aksaklıklar öncelikli olmak üzere, gördüğü bütün aksaklıkları mesul müdüre ya da birim sorumlusuna bildirmekten sorumludur.(30)

### **3.1.3. Hemşire veya sağlık memuru**

Sağlık kuruluşunda kadrolu en az dört hemşire veya sağlık memuru görev yapar. İstenirse bu dört personelden biri ebe olabilir.(30)

Hemşire ve sağlık memurunun sorumluluğu ise kısaca şunlardır:

- ✓ Hekimin tedavi için yazılı ve imzalı istemini almak, hemşire formlarına kaydetmek ve uygulamak, uygulama sonuçlarını kaydetmek,
- ✓ Hasta için gerekli özel işlemlerin uygulanmasında hekime ve diğer ekip üyelerine destek sağlamak,
- ✓ Hasta bakım planındaki işleri yapmak, yaşamsal bulgularını değerlendirmek, kaydetmek, değişiklikleri hekime rapor etmek,
- ✓ Tedavi planına göre hastaya oral, parenteral ve haricen verilecek ilaçlarını vermek ve kaydetmek, uygulanan ilaçların etki ve yan etkilerini gözlemek, kaydetmek,
- ✓ Hizmetlerde gerekli olacak araç-gereç, malzemeler için istek yapmak, bunların yeterli ve çalışır şekilde bakımı için görüş bildirmek,
- ✓ Araç-gereçleri kullandıktan sonra temizlemek, dezenfekte etmek ve gerektiğinde sterilizasyon için hazırlamak,
- ✓ Hasta ve ailesine, hastalık ile tedavi ve bakımına ilişkin, sınırları önceden hekimi ile birlikte belirlenmiş olarak bilgi vermek,
- ✓ Hasta ve ailesine, gereksinimlerine göre, hastalığa özel, kendi kendine bakım yada yardımla bakım teknikleri gibi konularda ve genel sağlık konularında eğitim yapmak,

- ✓ Tüm uygulama ve işlemlerini etik kurallarına uyarak, hasta hakları doğrultusunda uygulamaktır. (30)

#### **3.1.4. Diğer personel**

Evde sağlık hizmeti veren merkez veya birimin hizmet sunacağı alanla ilgili olarak psikolog, fizyoterapist, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı gibi hekim dışı sağlık personeli bulunabilir. Ancak bunların görev ve sorumlulukları kendi mesleki mevzuatı ile sınırlıdır. Ayrıca bunlara yardımcı olmak üzere bakım destek personeli çalıştırılabilir. (30)

#### **3.2. Evde Sağlık Hizmetleri Hukuki Durum**

Sağlık Bakanlığının yayınladığı “Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik” ; 11/4/1928 tarihli ve 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, 5/7/1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun 9 uncu maddesinin (c) bendi ve 13/12/1983 tarihli ve 181 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 43 üncü maddesine dayanılarak hazırlanmıştır. “Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik” 10.03.2005 tarihli ve 25751 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmiş ve bu şekilde özel sektör tarafından yürütülen uygulamalar disipline edilmiştir.(30) Ayrıca Sağlık Bakanlığı’na bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarınca evde sağlık hizmetlerinin verilmesine yönelik “Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” 01.02.2010 tarihinde yürürlüğe konulmuştur.

### **4. YAŞAM KALİTESİ KAVRAMI**

#### **4.1. Yaşam Kalitesi Tanımı**

Yaşam kalitesi günümüzde yaygın olarak kullanılan bir terim olmakla birlikte sadece günlük konuşmada değil aynı zamanda psikoloji, sosyoloji, tıp, hemşirelik, coğrafya, ekonomi, tarih ve felsefe gibi özel uzmanlık alanlarıyla bağlantılı araştırmalarda incelenen bir kavramdır.(4)

Araştırmacılar tarafından farklı tanımları yapılan yaşam kalitesi araştırmaları 1970’lerden itibaren hız kazanmıştır. Abrams (1973) yaşam kalitesini, insanların

yaşamlarının çeşitli yönlerinden doyum yada doyumsuzluk hissetme derecesi olarak tanımlamıştır. Andrews (1974) yaşam kalitesini kişinin yaşamını doyum ve haz ile ilişkilendirmiştir.(4)

Dalkey ve Rourke (1973) yaşam kalitesini, kişinin kendini iyi hissetmesi, yaşamdan doyum yada doyumsuzluk, mutluluk yada mutsuzluk olarak tanımlamıştır.(4)

Hanested (1990) ise yaşam kalitesini bireyin yaşam durumu, bireysel yaşam deneyimleri ve kendini iyi hissetmesi olarak tanımlamıştır. Yaşam kalitesi yaşam koşullarını ve yaşam deneyimlerini içerir.(4)

Havighurst (1963)' a göre, yaşam kalitesi; kişinin yaşamı hakkındaki öznel düşüncelerini içeren, iç faktörlerle ile sosyal temas ve sosyal aktiviteler gibi ölçülebilir davranışları konu edinen dışsal faktörleri kapsar.(4)

Shin ve Johnson (1978) yaşam kalitesini; bireyin isteklerini gerçekleştirme, etkinliklere katılması, kişisel gelişim olanaklarından yararlanması, nitelikleri bakımından yeterli kaynaklara sahip olması ve bu kaynakların sosyal karşılaştırmalar yoluyla yeterli bulunması şeklinde ele almışlardır. Mendola ve Pellegrini (1979) yaşam kalitesini tanımlarken, kişinin algıladığı fiziksel kapasitesinin sınırları kapsamında doyum verici öğelerin fazlalığına temas etmişlerdir. Holmes ve Dickerson (1987) kişinin önceki deneyimleri ve bilgilerine bağlı bir durum olarak yaşam kalitesini ele almışlardır.(4)

George ve Bearon (1980) ise yaşam kalitesinin dört alt boyutunun olduğunu, bunların ikisinin objektif boyutları ikisinin de bireyin yargılarına dayalı öznel boyutları olduğunu belirtmişlerdir. Objektif boyutlar; genel sağlık, işlevsel durumlar ve sosyo-ekonomik durum-statüdür. Kişinin bireysel yargılarına ya da öznel değerlendirmesine dayalı boyutlar, yaşam doyumunu ile ilgili ölçümler ve benlik saygısı ile ilgili ölçümlerdir.(4)

Patterson (1975) yaşam kalitesini tanımlamada anahtar kelimeler olarak; sağlık, işlev, rahatlık, duygusal tepki ve ekonomiyi belirlemiştir. Holmes ve Dickerson (1987) günlük yaşama katkıda bulunan fiziksel, zihinsel ve sosyal faktörlere gösterilen bireysel tepki olarak soyut ve bileşik terimi temsil eden bir yaşam kalitesi tanımı yapmışlardır. Ayrıca Holmes ve Dickerson yaşam kalitesini sağlık



bakımından dinamik bir kavram olarak ele almışlardır. Yaşam kalitesi hastalığın sosyal, psikolojik ve fiziksel etkilerini temsil eder.(4)

Andrews ve Withey (1976) yaşam kalitesini bireyin sosyal ilişkilerinden doyumunu olarak görmektedir. Schuessler ve Fisher (1985) yaşam kalitesini, sosyal politikaların ve programların istenilen sonucuna bağlamıştır. McCall (1975), yaşam kalitesini, çevresel koşulların iyiliğinin derecesi olarak değerlendirmiştir. Zautra ve Goodhart (1979) kalitenin genel olarak toplumun iyiliği ile ilişkili olduğuna işaret etmiştir.(4)

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) yaşam kalitesini, hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak, kişilerin yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde durumlarını algılama biçimi olarak tanımlar. Bir diğer ifadeyle; yaşam kalitesi, kişinin içinde yaşadığı sosyokültürel ortamda kendi sağlığını öznel olarak algılayışını tanımlamaktadır.(39)

#### **4.2. Evde Sağlık Hizmetlerinin Yaşam Kalitesine Etkisi**

Evde sağlık hizmeti, günlük yaşam şartlarını en az etkileyerek en doğru tedaviye ulaşmak ile hastalığın ve yetersizliğin etkilerini en aza indirmektir. Bunun sonucunda hastanın yaşam kalitesini yükselmesi beklenir.

Evlerde sağlık bakımının en önemli iki faydası, sağlık harcamalarında sağladığı düşüş ve kişinin kendi huzurlu ortamında, ailesi ve bakımına olanak vererek yaşam kalitesini yükselmesidir. Bunların yanında bu hizmetin yararları, kişiye özel bir bakım sağlaması, bakım alan aileyi bir arada tutması, iyileşmeyi hızlandırması, teşhisten iyileşmeye kadar geçen süreçte kesintisiz kaliteli ve standart hizmet sağlaması, hasta ve yakınlarına bakım konusunda eğitimi içermesi, zamanınızdan tasarruf sağlamasıdır.(9) Evde sağlık hizmeti; enfeksiyon riskini azaltması, iyileşmeyi hızlandırması, kuruma tekrarlı yatışları ve stresi azaltması, yaşam süresini uzatması, hasta memnuniyetini ve yaşam kalitesini artırması gibi yararlar sağlamaktadır.(18)

## **5. HASTA MEMNUNİYETİ KAVRAMI**

### **5.1. Sağlık Hizmetlerinde Müşteri Kavramı**

Sağlık kurumlarının tek müşterisi hastalar değildir. Sağlık kurumlarının müşterilerini iki grupta toplayabiliriz.

**İç Müşteriler:** Sağlık kurumunda çalışan veya sağlık kurumu ile organik ilişkisi bulunan kişi veya grupları içermektedir. Kurum personeli, pay sahipleri ve danışmanlar iç müşterilere örnek gösterilebilir.

**Dış Müşteriler:** Sağlık kurumunun temel çıktılarından doğrudan veya dolaylı olarak yararlanan kişi ve kurumları kapsamaktadır. Hastalar, hasta ailesi ve çevresi, refakatçiler, devlet, diğer sağlık kurumları, anlaşmalı kuruluşlar, eczaneler, dernekler, medya, sigorta şirketleri, tıbbi malzeme ve ilaç işletmeleri dış müşteri grubu olarak çeşitlendirilebilir.(27)

Sağlık kurumlarının başarısını devam ettirebilmesi, büyük ölçüde müşterilerinin istek ve beklentileri birbirinden farklı olduğu için sağlık kurumları yöneticileri her müşterisini tatmin etmek için farklı stratejiler geliştirmesi gerekebilir.

### **5.2. Hasta Memnuniyetinin Tanımı**

Hasta memnuniyeti, sağlık hizmetinden yararlananların korunması amacıyla geliştirilmiştir. Hastaların sağlık hizmetinden memnun olup olmadıklarını ifade edebilmelerini ve gerekirse haklarını arayabilmelerini kapsamaktadır. Sağlık sektöründe yöneticiler, hizmet kalitelerini koruyabilmek ve arttırmak için hasta memnuniyetini ölçmek, hizmet ettikleri kesimin memnuniyet düzeyini ve beklentilerini saptamaları gerekmektedir. Sunulan hizmetin hastanın beklentisini karşılama derecesi hasta memnuniyetidir. Hastanın memnun olup olmamasını sağlık sektörü ile ilgili deneyimleri belirler. Bir başka deyişle, hastaların aldıkları hizmetten standart bir beklentileri vardır. Memnuniyet ya da hoşnutsuzluk aldıkları sonucun, beklentilerini karşılayıp karşılamamasına bağlıdır. Hasta memnuniyeti ile ilgili olarak genellikle hastaların daha önceden sağlık hizmetleriyle ilgili inanç ve beklentileri rol oynamaktadır. Hasta memnuniyeti kavramı, sağlık bakımının hastanın bakış açısından ölçümü olarak tanımlanabilir. Sağlık hizmetlerinin kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla, hastaların bakış açısının belirlenmesi

gerekmektedir. (25) Sağlık kurumlarının temel çıktılarında biri olan hasta memnuniyeti, hastaların istek ve beklentilerinin karşılanması veya bu istek ve beklentilerin üstünde hizmet verilmesi'' olarak tanımlanabilir.(22)

Geçmişte hekimin verdiği kararı olduğu gibi kabullenen hastalar yerini şimdilerde bilgiye ulaşım kolaylığı, teknolojinin yaygınlaşması, bilgi paylaşımı gibi faktörlerden dolayı daha bilinçli hastalara bırakmaktadırlar. Bunun sonucu olarak beklentiler artmaktadır. Hastanelerin kapasite artışı, hekim fazlalığı ve yeni pazar arayışları; hastanelerin hastalarla doğrudan ilişki kurmalarına ve değişik hasta tercihlerini dikkate almalarına neden olmaktadır. Hastaların bu farklı ihtiyaç ve isteklerini dikkate alan hastaneler, önemli bir rekabet avantajı elde etmektedir. Hasta memnuniyeti düzenli olarak geçerli ve güvenilir ölçüm araçlarıyla değerlendirilmelidir. Hastalar tarafından algılanan kalitenin düzeyini izleme ve sonuçları doğrultusunda sağlık kurumunda hasta beklentilerine yönelik gerekli düzenlemelerin yapılmasına olanak sağlamak, sağlık hizmetlerinin kalitesinin yükselmesinde etkili olacaktır. Verilen hizmetin doğru yönlendirilmesi için hasta memnuniyetine yönelik çalışmalar yapılmalıdır. Sağlık sektörü kalite ölçümünde, hasta memnuniyetinin önemli bir ölçüm olduğu gittikçe daha iyi anlaşılmaktadır. Sağlık kuruluşlarından hastaların memnun olması, öncelikle sağlık sorunlarına çözüm bulunmasına bağlıdır. Bu da öncelikle doktorlarının bulunması gereken bir çözümdür. Doktorların etkili, gerektiği gibi hizmet sunabilmeleri; bir çok faktöre bağlıdır. Çalışma ortamı, destek elemanları ve benzeri faktörler başarı için gereklidir.(26)

### **5.3. Hastanın Memnuniyetini Etkileyen Faktörler**

Genel olarak hasta memnuniyetinin beklentilerle ilişkili olduğuna inanılmaktadır.(41) Hastalara, hizmet verenlere, çevresel ya da kuruma yönelik faktörler şeklinde gruplandırılabilir.(28)

#### **5.3.1. Hastaya ilişkin faktörler**

Bireyin geçmiş deneyimleri, arkadaşları aracılığı ile edindiği bilgiler, yazılı ve sözlü basın aracılığı ile edindiği beklentileri, yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, sosyal statüsü, sağlık durumu, hastalığının tanısı ve hastanın kendi sağlık durumunu algılayışı hasta memnuniyetini etkileyebilmektedir. Hastaların beklentilerin

karşılanması, fiziksel ve ruhsal rahatlıklarının sağlanması memnuniyetlerinin artmasında öncelikli unsurlardır.(36)

### **5.3.2. Hizmet verenlere ilişkin faktörler**

Sağlık personelinin kişilik özellikleri, gösterilen nezaket, şefkat, ilgi ve anlayış, profesyonel tutumları, bilgi, becerilerini sunma biçimleri, özellikle hasta-hemşire ilişkisi hasta memnuniyeti üzerinde önemli rol oynamaktadır. Literatürde hasta memnuniyetini etkileyen en önemli faktörün iletişim ve hastayı yeterli bilgilendirme olarak görülmektedir. Çünkü sağlık bakım hizmeti verenlerin hastalar ile iletişim kurma becerileri hastaların kendilerini değerli ya da değersiz hissetmelerinde başlıca rolü oynamaktadır. Hasta merkezli ve bireyselleştirilmiş bakım hastaya kendisinin değerli olduğunu hissettirirken, kişiler arasında da bir güven ilişkisinin kurulmasına neden olmaktadır.(20)

### **5.3.3. Çevresel ya da kurumsal faktörler**

Sağlık hizmeti veren kurumun ulaşılabilirliği, ortamı, çalışma saatleri, temizlik, hizmetin kalitesi gibi konular çevresel ve kurumsal faktörleri içermektedir. Kurumların, hastalara fiziksel ve sosyal yönden sağlayacağı rahatlık, bireylerin kendilerini evinde hissetmelerine neden olarak memnuniyetlerinin arttırmasını sağlayabilmektedir. Yeterince bilgilendirilen, değer verilen ve kendini evinde gibi hisseden hastalar alışmış oldukları tedavi ve bakıma, aynı zamanda bu hizmeti veren sağlık ekibine daha çok güven duymaktadır.(19)

Sonuç olarak hasta memnuniyeti, hizmetin sunumunu, hasta ile hizmeti verenlerin etkileşimini, hizmetin varlığını, hizmetin sürekliliğini, hizmeti verenlerin yeterliliği ve iletişim özelliklerini içeren çok boyutlu bir kavramdır. Bu nedenle hasta memnuniyeti sağlık hizmetlerinin bir sonucu ve genellikle bakım kalitesinin bir göstergesi olarak kabul edilebilir. Hasta memnuniyetini sağlamak, bir sağlık kuruluşunun önündeki en zor ve hassas olan bir konudur. Konunun hassasiyetinin kanıtı, algılanan değerler ile olması gereken değerler arasında, farklılıkların olmasıdır.(29) Sağlık hizmetlerinde, kaliteli hizmet sunulduğunda hasta memnuniyeti en önemli göstergelerindendir.(23)

#### **5.4. Evde Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti**

Evde sağlık hizmeti; hastalara ve bakıma ihtiyaç duyan bireylere ev ortamında; bakım, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin sunulduğu ağdaş bir sistemdir. Tüm dünyada uygulanan ağdaş evde sağlık hizmeti; sağlığı korumanın ve yaşam kalitesini arttırmanın en uygun yöntemidir. Hastane koşullarında gereksinim duyulan tüm personel, ilaç, tıbbi malzeme ve ekipman, ev ortamında sağlanır.

Evde sağlık hizmeti ile hastanın bağımsızlığı en st düzeyde tutulur. Bakımın yanında bireye ve aileye psikolojik destek ve eğitim verilir. Güvenli ve hijyenik koşullarda sunulan evde sağlık hizmeti; bireyin günlük aktivitesini en az etkileyen ve yaşam kalitesini en çok arttıran hizmettir. Evde sağlık hizmeti ile zamandan ve maliyetten tasarruf sağlanır. Evde sağlık hizmeti ile hasta memnuniyeti artmakta, hasta daha kısa sürede iyileşmekte ve sağlığına kavuşmaktadır.

## **BÖLÜM 2 : GEREÇ –YÖNTEM**

### **2.1. Araştırmanın Yeri Ve Zamanı :**

Bu araştırma, İstanbul Büyükşehir Belediyesi sınırları içindeki Evde Sağlık Hizmetleri verilen tüm ilçelerde, 2011 yılı Nisan ayında yapılmıştır.

### **2.2. Araştırmanın Tipi :**

Bu araştırma, İstanbul Büyükşehir Belediyesi sınırları içindeki İstanbul Büyükşehir Belediyesi'nin Evde Sağlık Hizmetleri verdiği kişilerin yaşam kalitesi ve hasta memnuniyetinin değerlendirilmesi amacı ile yapılmış kesitsel ve tanımlayıcı bir araştırmadır.

### **2.3. Araştırma Evreni :**

Araştırmanın evreni, İstanbul Büyükşehir Belediyesi sınırları içinde İstanbul Büyükşehir Belediyesi'nin Evde Sağlık Hizmetleri verdiği tüm ilçelerdir.

### **2.4. Örneklem Yöntemi :**

Araştırma kapsamındaki anketler, hastaların bağlı oldukları merkezlerden rastgele örneklem yöntemiyle belirlenen hastalara, gönüllülük esasına dayalı olarak uygulandı. Bazı hastaların sağlık hizmeti almak üzere hastaneye gitmeleri, hastalıkları ağır olduğundan iletişim kurmak istememeleri gibi nedenlerden dolayı hastaların 1/15'ine ulaşamadı.

Hastaların bağlı olduğu merkezler, İstanbul Avrupa yakasında, Edirnekapı, ve Küçükçekmece; İstanbul Anadolu yakasında ise Üsküdar'da yer almaktadır. Bir ay boyunca bu üç bölgeye gitmek için bölgeler ve günler eşleştirildi. Toplamda, 175 evde sağlık hizmeti alan bireye ulaşıldı.

### **2.5. Veri Toplama :**

Veriler, hazırlanan anket formları aracılığı ile yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Anketler uygulanmadan önce çalışmaya katılan hastalara gerekli açıklamalar yapılmıştır.

## 2.6. Anket Formları :

Çalışmada demografik bilgiler, hasta memnuniyeti ve 15D©/Harri Sintonen yaşam kalitesi anketleri kullanılmıştır. Hasta memnuniyeti ve demografik bilgiler anketleri literatürden yararlanılarak oluşturulmuştur. 15D©/Harri Sintonen yaşam kalitesi anketi, geçerliliği ve güvenilirliği test edilmiş türkçe versiyonu olan anket kullanılmıştır.(2)

Demografik bilgiler anketi kodlanması;

Yaş; 20-30 aralığına “1”, 31-40 aralığına “2”, 41-50 aralığına “3”, 51-60 aralığına “4”, 61 ve üstü “5”olarak kodlandı.

Cinsiyetiniz sorusunda;

- “Erkek” ise “1”,
- “Kadın” ise “2” olarak kodlandı.

Medeni durumunuz sorusunda;

- “Evli” ise “1”,
- “Bekar” ise “2”,
- “Dul” ise “3” olarak kodlandı.

Öğrenim durumunuz sorusunda;

- “Okur-yazar değil” ise “1”,
- “Okur-yazar” ise “2”,
- “İlkokul” ise “3”,
- “İlköğretim” ise “4”,
- “Lise” ise “5”,
- “Lisans ve Lisansüstü” ise “6” olarak kodlandı.

Mesleğiniz sorusunda;

- “Memur” ise “1”,
- “İşçi” ise “2”,
- “Serbest Meslek” ise “3”,

- “Çiftçi” ise “4”,
- “Öğrenci” ise “5”,
- “Ev hanımı” ise “6”,
- “Emekli” ise “7”,
- “Çalışmıyor” ise “8” olarak kodlandı.

Hasta memnuniyeti puanı medyanlarının hastanın çalışma durumuna göre istatistiksel karşılaştırılması için “Memur, İşçi, Serbest Meslek, Çiftçi” , “Çalışan” olarak gruplandırıldı ve “1” kodu, “Öğrenci, Ev Hanımı, Çalışmıyor” ise “Çalışmayan” olarak gruplandırılarak “2” kodu, “Emekli” için ise “3” kodları verildi.

“Kendisi hastalığını biliyor mu ?” sorusunda;

- “Evet” için “1”,
- “Hayır” için “2” olarak kodlandı.

“Hastanın kullandığı ilaçlar hakkında bilgisi var mı?” sorusunda;

- “Evet” için “1”,
- “Hayır” için “2” olarak kodlandı.

“Hasta kullandığı ilaçların kullanım saatlerini biliyor mu?” sorusunda;

- “Evet” için “1”,
- “Hayır” için “2” olarak kodlandı.

“Hastanın sigara kullanıyor musunuz?” sorusunda;

- “Evet” için “1”,
- “Hayır” için “2” olarak kodlandı.

“Hastanın alkol kullanıyor musunuz?” sorusunda ise;

- “Evet” için “1”,
- “Hayır” için “2” olarak kodlandı.

Hasta memnuniyeti anketinde; 13 sorudan oluşmaktadır. Sorulara verilen yanıt kategorileri;

- “Kesinlikle kabul ediyorum” için “1”,



- “Kabul ediyorum” için “2”,
- “Emin değilim” için “3”,
- “Kabul etmiyorum” için “4”,
- “Kesinlikle kabul etmiyorum” için “5” kodları verilirken,

Ters yönde sorulmuş 6 sorunun yanıt kategorileri ise;

- “Kesinlikle kabul ediyorum” için “5”,
- “Kabul ediyorum” için “4”,
- “Emin değilim” için “3”,
- “Kabul etmiyorum” için “2”,
- “Kesinlikle kabul etmiyorum” için “1” kodları verilmiştir.

Böylece anketin toplam puanı, puanların toplanmasıyla elde edilmiştir. Buna göre 13 puan en memnun durumu gösterirken, 65 puan en memnun olunmayan durumu göstermektedir.

Yaşam Kalitesi anketinde; 15 soru ve her soruya ait 5 seçenek bulunmaktadır. Her seçenek 1’den başlayarak 5 puanları verilmiştir. Bu durumda 15 puan en iyi yaşam kalitesine sahip olduğunu gösterirken, 75 puan en kötü yaşam kalitesine sahip olduğunu göstermektedir.

### **3.7 Verilerin Değerlendirilmesi :**

Veriler, veri tipi ve verilerin dağılımına göre uygun olacak şekilde; bağımsız örneklem t testi, Mann-Whitney U testi, Tek Yönlü ANOVA, Kruskal-Wallis testi ve çoklu karşılaştırma testleri, ki-kare testi, Fisher’in kesin testi ve Spearman’s rho, korelasyon testleriyle değerlendirilmiştir.

### BÖLÜM 3 :BULGULAR

Araştırma sonucunda İstanbul Büyükşehir Belediyesi Evde Sağlık Hizmetleri kapsamında hizmet alan 175 bireye ulaşılmıştır. Bu bireylerin demografik bilgilerine ait sıklıklar Tablo 1, Tablo 2, Tablo 3, Tablo 4, Tablo 5, Tablo 6, Tablo 7, Tablo 8, Tablo 9, Tablo10'da yer almaktadır.

**Tablo 1.a.** Evde Sağlık Hizmetleri Alan Kişilerin Yaşa Göre Dağılımı.(İstanbul, 2011)

Yaş	Sıklık	%
20-30	12	6,9
31-40	11	6,3
41-50	20	11,4
51-60	23	13,1
61 ve üstü	109	62,3
<b>Toplam</b>	175	100,0

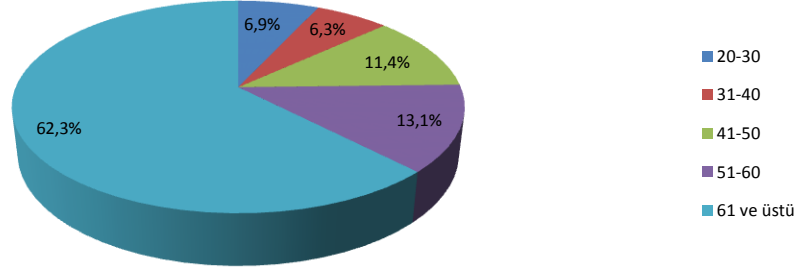
Araştırmaya katılan kişilerin yaklaşık yarısından fazlası 61 yaş üstünde olduğunu ifade etmiştir. (% 62,3)

**Tablo 1.b.** Evde Sağlık Hizmetleri Alan Kişilerin Yaşa Göre Dağılımı.(İstanbul, 2011)

	Ortalama	Standart Sapma	Medyan	Minimum	Maksimum
Yaş	64,24	18,839	69,000	16,000	99,000

Araştırmaya katılan kişilerin yaş ortalaması 64,24 olduğu görülmektedir.

**Grafik 1.** Evde Sağlık Hizmetleri Alan Kişilerin Yaşa Göre Dağılımı.(İstanbul, 2011)

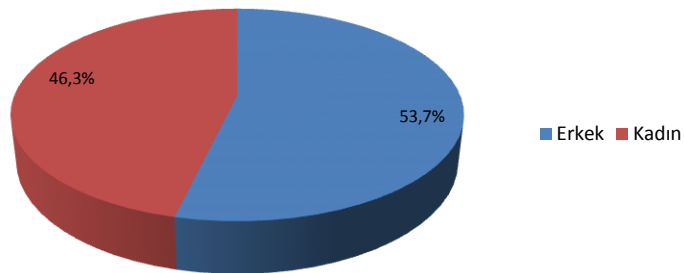


**Tablo 2.** Evde Sağlık Hizmetleri Alan Kişilerin Cinsiyete Göre Dağılımı. (İstanbul, 2011)

Cinsiyet	Sıklık	%
Erkek	94	53,7
Kadın	81	46,3
<b>Toplam</b>	<b>175</b>	<b>100,0</b>

Araştırmaya katılanların yaklaşık yarısı “Erkek” diğer yarısını da “Kadın”lar oluşturmaktadır.

**Grafik 2.** Evde Sağlık Hizmetleri Alan Kişilerin Cinsiyete Göre Dağılımı. (İstanbul, 2011)

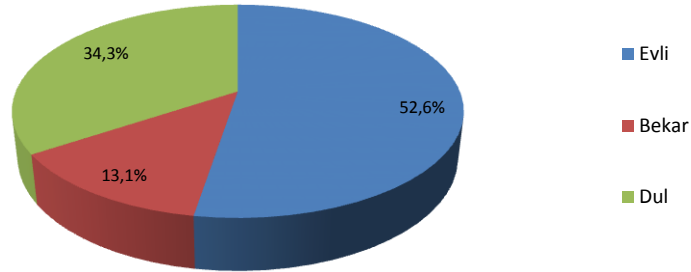


**Tablo 3.** Evde Sağlık Hizmetleri Alan Kişilerin Medeni Durumuna Göre Dağılımı.(İstanbul, 2011)

Medeni Durumunuz	Sıklık	%
Evli	92	52,6
Bekar	23	13,1
Dul	60	34,3
<b>Toplam</b>	175	100,0

Araştırmaya katılanların yaklaşık yarısı “Evli” (%52,6) olurken, 1/3’i “Dul” olduğunu ifade etmişlerdir.

**Grafik 3.** Evde Sağlık Hizmetleri Alan Kişilerin Medeni Durumuna Göre Dağılımı.(İstanbul, 2011)

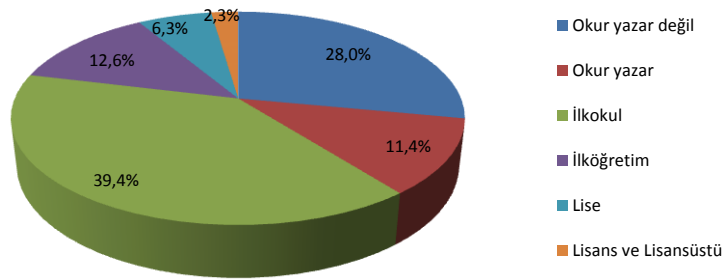


**Tablo 4.** Evde Sağlık Hizmetleri Alan Kişilerin Öğrenim Durumuna Göre Dağılımı. (İstanbul, 2011)

Öğrenim Durumunuz	Sıklık	%
Okur yazar değil	49	28,0
Okur yazar	20	11,4
İlkokul	69	39,4
İlköğretim	22	12,6
Lise	11	6,3
Lisans ve Lisansüstü	4	2,3
<b>Toplam</b>	<b>175</b>	<b>100,0</b>

Araştırmaya katılanlar 1. sırada “İlkokul” mezunu(%39,4) 2. sırada “Okur yazar değil”(%28,0) 3. sırada “İlköğretim” (%12,6) mezunu olduklarını ifade etmişlerdir.

**Grafik 4.** Evde Sağlık Hizmetleri Alan Kişilerin Öğrenim Durumuna Göre Dağılımı. (İstanbul, 2011)

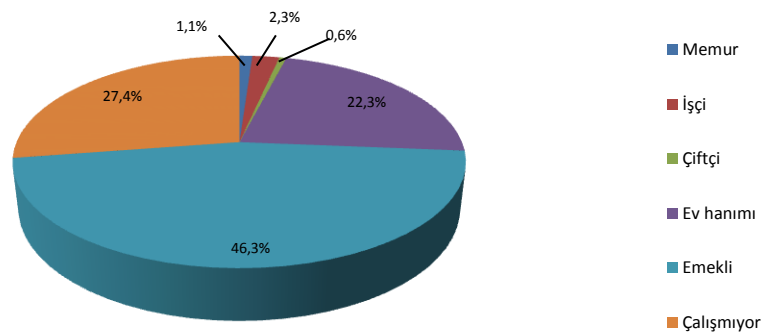


**Tablo 5.** Evde Sağlık Hizmetleri Alan Kişilerin Mesleğine Göre Dağılımı.(İstanbul, 2011)

	Sıklık	%
Memur	2	1,1
İşçi	4	2,3
Çiftçi	1	0,6
Ev hanımı	39	22,3
Emekli	81	46,0
Çalışmıyor	48	27,4
Toplam	175	100,0

Araştırmaya katılanların yaklaşık olarak yarısı “Emekli” olduklarını ifade etmişlerdir. (%46,0)

**Grafik 5.** Evde Sağlık Hizmetleri Alan Kişilerin Mesleğine Göre Dağılımı.(İstanbul, 2011)

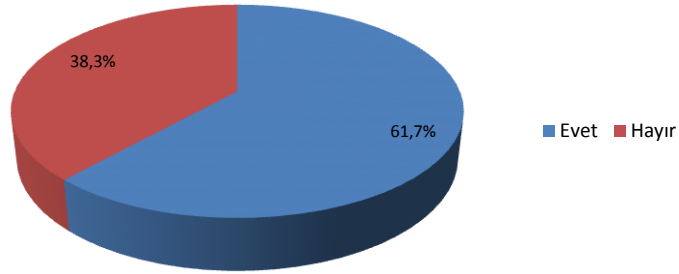


**Tablo 6.** Evde Sağlık Hizmetleri Alan Kişilerin Kendisinin Hastalığını Bilmesine Göre Dağılımı.(İstanbul, 2011)

	Sıklık	%
Evet	108	61,7
Hayır	67	38,3
<b>Toplam</b>	175	100,0

Araştırmaya katılanların yaklaşık olarak yarısından fazlası kendilerinin hastalıklarını bildiklerini ifade etmişlerdir.(%61,7)

**Grafik 6.** Evde Sağlık Hizmetleri Alan Kişilerin Kendisinin Hastalığını Bilmesine Göre Dağılımı.(İstanbul, 2011)

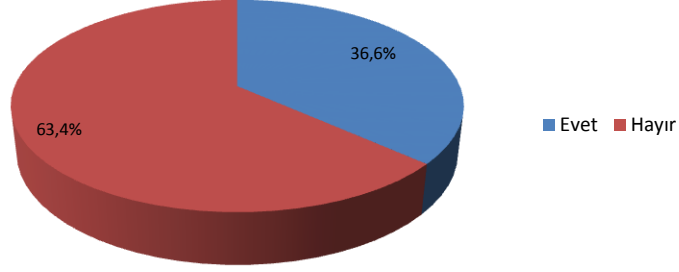


**Tablo 7.** Evde Sağlık Hizmetleri Alan Kişilerin Kullandıkları İlaçlar Hakkında Bilgisinin Olup-Olmadığına Göre Dağılımı.(İstanbul, 2011)

	Sıklık	%
Evet	64	36,6
Hayır	111	63,4
<b>Toplam</b>	175	100,0

Araştırmaya katılanların yaklaşık olarak yarısından fazlası kişilerin kullandıkları ilaçlar hakkında bilgilerinin olduklarını ifade etmişleridir. (%63,4)

**Grafik 7.** Evde Sağlık Hizmetleri Alan Kişilerin Kullandıkları İlaçlar Hakkında Bilgisinin Olup-Olmadığına Göre Dağılımı.(İstanbul, 2011)

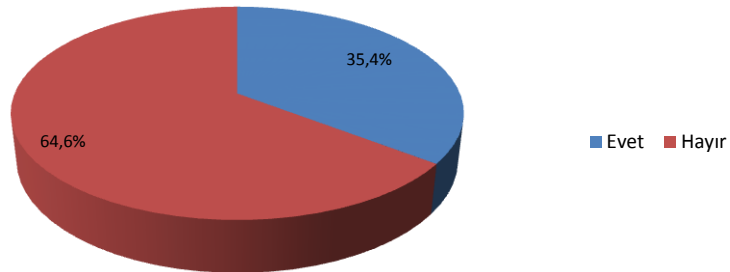


**Tablo 8.** Evde Sağlık Hizmetleri Alan Kişilerin Kullandıkları İlaçların Kullanım Saatlerini Bilip-Bilmemesine Göre Dağılımı.(İstanbul, 2011)

	Sıklık	%
Evet	62	35,4
Hayır	113	64,6
<b>Toplam</b>	175	100,0

Araştırmaya katılanların yaklaşık olarak yarısından fazlası kullandıkları ilaçların kullanım saatlerinin bilmediklerini ifade etmişlerdir. (%64,6)

**Grafik 8.** Evde Sağlık Hizmetleri Alan Kişilerin Kullandıkları İlaçların Kullanım Saatlerini Bilip-Bilmemesine Göre Dağılımı.(İstanbul, 2011)



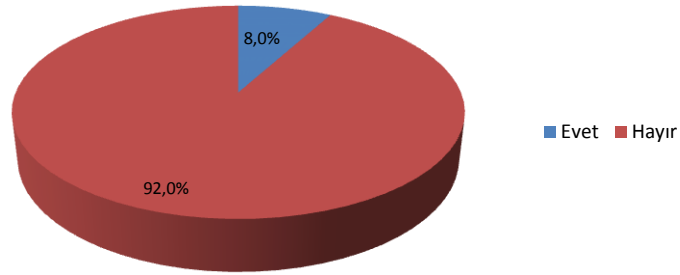


**Tablo 9.** Evde Sağlık Hizmetleri Alan Kişilerin Sigara Kullanımına Göre Dağılımı.(İstanbul, 2011)

	<b>Sıklık</b>	<b>%</b>
Evet	14	8,0
Hayır	161	92,0
<b>Toplam</b>	<b>175</b>	<b>100,0</b>

Araştırmaya katılan kişiler sigara içmediklerini ifade etmişlerdir. (% 92)

**Grafik 9.** Evde Sağlık Hizmetleri Alan Kişilerin Sigara Kullanımına Göre Dağılımı.(İstanbul, 2011)

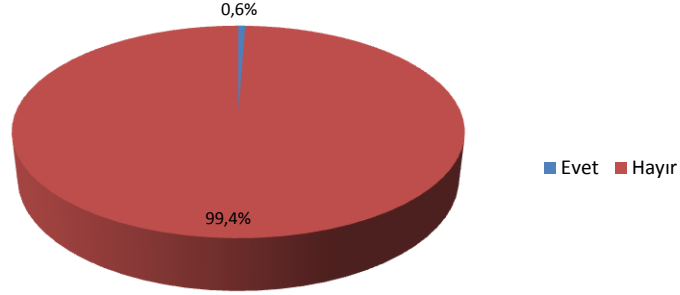


**Tablo 10.** Evde Sağlık Hizmetleri Alan Kişilerin Alkol Kullanımına Göre Dağılımı.(İstanbul, 2011)

	<b>Sıklık</b>	<b>%</b>
Evet	1	0,6
Hayır	174	99,4
<b>Toplam</b>	<b>175</b>	<b>100,0</b>

Araştırmaya katılan kişiler yaklaşık olarak tamamı alkol kullanmadıklarını ifade etmişlerdir. (% 99,4)

**Grafik 10.** Evde Sağlık Hizmetleri Alan Kişilerin Alkol Kullanımına Göre Dağılımı.(İstanbul, 2011)



**Tablo 11.** Yaşam Kalitesi Anketi ve Hasta Memnuniyeti Anketi Skorlarına Ait Tanımlayıcı İstatistikler. (İstanbul, 2011)

	<b>Yaşam Kalitesi</b>	<b>Hasta Memnuniyeti</b>
Ortalama	51,84	15,87
Standart Sapma	13,661	4,396
Medyan	54	14
Minimum	20	13
Maksimum	75	48

Yaşam kalitesi medyan değerinin 54 olması; yaşam kalitesi puanlamasının 15-75 değerleri arasında değiştiği göz önünde bulundurulursa, hastaların yaşam kalitelerinin çok iyi düzeyde olmadığını göstermektedir.

Hasta memnuniyeti medyan değerinin 14 olması; hasta memnuniyeti 13- 65 değerleri arasında değiştiği göz önünde bulundurulduğunda, hastaların memnuniyet düzeylerinin oldukça iyi düzeyde olduğunu göstermektedir.

**Tablo 12.** Yaşam Kalitesi Puanı ile Hasta Memnuniyeti Puanı Arasındaki İlişki. (İstanbul, 2011)

	<b>Spearman’ın rho korelasyon katsayısı</b>	<b>p</b>
Yaşam kalitesi puanı*Hasta memnuniyeti puanı	0,025	0,746

Anketleri cevaplayan kişilerin Yaşam Kalitesi puanları ile Hasta Memnuniyeti puanları arasındaki ilişki “Spearman's rho korelasyon katsayısı testi” ile değerlendirilmiştir. Test sonucunda elde edilen p değeri 0,05’ten büyük olduğundan (p=0,746) Yaşam Kalitesi puanları ile Hasta Memnuniyeti puanları arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

**Tablo 13.** Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Cinsiyet Bakımından Karşılaştırılması. (İstanbul, 2011)

<b>Yaşam Kalitesi Puanı</b>	<b>Ortalama</b>	<b>Standart Sapma</b>	<b>p</b>
Kadın	53,938	12,530	0,0591
Erkek	50,032	14,386	

Yaşam kalitesi puan ortalamaları, cinsiyet bakımından “bağımsız örneklem t testi” ile karşılaştırılmıştır. Test sonucunda elde edilen p değeri 0,05’ten sınırdadır. Bu durumda, cinsiyet bakımından yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Yaşam kalitesi puanlarının cinsiyete göre ortalama ve standart sapmaları Tablo 13’te verilmiştir.

**Tablo 14.** Hasta Memnuniyeti Puanı Medyanlarının Cinsiyet Bakımından Karşılaştırılması. (İstanbul, 2011)

<b>Hasta Memnuniyeti</b>	<b>Medyan</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maksimum</b>	<b>p</b>
Kadın	14	13	48	0,6138
Erkek	14	13	31	

Hasta memnuniyeti puanlarına ait medyanlar, cinsiyet bakımından “Mann-Whitney U testi” ile karşılaştırılmıştır. Test sonucunda, elde edilen p değeri 0,05’ten büyüktür. Bu durumda, cinsiyet bakımından hasta memnuniyeti puanlarına ait medyanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Hasta memnuniyeti puanlarının cinsiyete göre medyan ve minimum-maksimum değerleri Tablo 14’te verilmiştir.

**Tablo 15.** Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Medeni Durum Bakımından Karşılaştırılması. (İstanbul, 2011)

<b>Yaşam Kalitesi Puanı</b>	<b>Ortalama</b>	<b>Standart Sapma</b>	<b>p</b>
Evli	51,576	13,799	0,0212
Bekar	45,478	13,554	
Dul	54,683	12,810	

Yaşam kalitesi puan ortalamaları, medeni durum bakımından “ Tek yönlü ANOVA” ile karşılaştırılmıştır. Test sonucunda, elde edilen p değeri 0,05’ten küçük olduğundan yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında medeni durum bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. Bu farkın hangi grup veya gruplardan kaynaklandığını belirlemek üzere Tukey-Kramer çoklu karşılaştırma testi kullanılmıştır. Buna göre, bekar ve dul gruplarının yaşam kalitesi puan ortalamaları

arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Dul grupların yaşam kalitesi çok iyi değil iken, bekar grupların yaşam kalitesi çok daha iyidir. Yaşam kalitesi puanlarının medeni duruma göre ortalama ve standart sapmaları Tablo 15’te verilmiştir.

**Tablo 16.** Hasta Memnuniyeti Puanı Medyanlarının Medeni Durum Bakımından Karşılaştırılması. (İstanbul, 2011)

Hasta memnuniyeti puanı	Medyan	Minimum	Maksimum	p
Evli	14	13	31	0,3370
Bekar	16	13	25	
Dul	14	13	48	

Hasta memnuniyeti puanlarına ait medyanlar, medeni durum bakımından “Kruskal-Wallis testi” ile karşılaştırılmıştır. Test sonucunda, elde edilen p değeri 0,05’ten büyüktür. Bu durumda, medeni durum bakımından hasta memnuniyeti puanlarına ait medyanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Hasta memnuniyeti puanlarının medeni duruma göre medyan ve minimum-maksimum değerleri Tablo 16’da verilmiştir.

**Tablo 17.** Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Hastanın Çalışma Durumuna Göre Karşılaştırılması. (İstanbul, 2011)

Yaşam Kalitesi puanı	Ortalama	Standart Sapma	p
Çalışan	64,429	5,740	0,0171
Çalışmayan	49,931	13,543	
Emekli	52,802	13,693	

\* “Memur, İşçi, Serbest Meslek, Çiftçi” , “Çalışan” olarak gruplandırıldı ve “1” puan, “Öğrenci, Ev Hanımı, Çalışmıyor” ise “Çalışmayan” olarak gruplandırılarak “2” puan, “Emekli” için ise “3” puanları verildi.

Yaşam kalitesi puan ortalamaları, hastanın çalışma durumu bakımından “ Tek yönlü ANOVA” ile karşılaştırılmıştır. Test sonucunda, elde edilen p değeri 0,05’ten küçük olduğundan hastanın çalışma durumu bakımından yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir. Bu farkın hangi grup veya gruplardan kaynaklandığını belirlemek üzere Tukey-Kramer çoklu karşılaştırma testi kullanılmıştır. Buna göre, çalışan ve çalışmayan gruplarının yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). ). Çalışan grubun yaşam kalitesi çok iyi değil iken, çalışmayan grubun yaşam kalitesi çok daha iyidir. Yaşam kalitesi puanlarının çalışma durumuna göre ortalama ve standart sapmaları Tablo 17’de verilmiştir.

**Tablo 18.** Hasta Memnuniyeti Puanı Medyanlarının Hastanın Çalışma Durumuna Göre Karşılaştırılması. (İstanbul, 2011)

	Medyan	Minimum	Maksimum	p
Çalışan	13	13	20	0,6425
Çalışmayan	14	13	48	
Emekli	14	13	31	

Hasta memnuniyeti puanlarına ait medyanlar, hastanın çalışma durumu bakımından “Kruskal-Wallis testi” ile karşılaştırılmıştır. Test sonucunda, elde edilen p değeri 0,05’ten büyük olduğundan hastanın çalışma durumu bakımından hasta memnuniyeti puanlarına ait medyanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Hasta memnuniyeti puanlarının hastanın çalışma durumuna göre medyan ve minimum-maksimum değerleri Tablo 18’de verilmiştir.

**Tablo 19.** “Kendisi hastalığını biliyor mu?” Sorusuna Verilen Yanıtların Cinsiyete Göre Dağılımı ve Ki-kare Testi Sonucu. (İstanbul, 2011)

	Kendisi Hastalığını Biliyor mu?		X <sup>2</sup>	P
	Evet	Hayır		
Kadın	%53	%47	4,095	0,043
Erkek	%69	%31		

Demografik bilgiler anketinde, “Kendisi hastalığını biliyor mu?” sorusuna verilen yanıtların, cinsiyete göre dağılımının farklı olup olmadığı, süreklilik düzeltmeli Pearson ki-kare testi ile değerlendirilmiştir. Buna göre, p değeri 0,05’ten küçük olduğundan, “Kendisi hastalığını biliyor mu?” sorusuna verilen yanıtlar cinsiyet bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir. Kadın ve erkeklerin bu soruya verdikleri yanıtların yüzde dağımı Tablo 19’da gösterilmiştir. Buna göre, “Kendisi hastalığını biliyor mu?” sorusuna,

- Kadınların %53’ü “Evet”, %47’si “Hayır”;
- Erkeklerin %69’u “Evet”, %31’i “Hayır” yanıtını vermiştir.

Bu durum erkekler, kadınlara göre daha fazla hastalıklarının farkındadırlar.

**Tablo 20.** “Kendisinin Kullandığı İlaçlar Hakkında Bilgisi Var mı?” Sorusuna Verilen Yanıtların Cinsiyete Göre Dağılımı ve Ki-kare Testi. (İstanbul, 2011)

	Kendisinin Kullandığı İlaçlar Hakkında Bilgisi Var mı?		X <sup>2</sup>	p
	Evet	Hayır		
Kadın	%28	%72	3,715	0,054
Erkek	%44	%56		

Demografik bilgiler anketinde, “Kendisinin Kullandığı İlaçlar Hakkında Bilgisi Var mı?” sorusuna verilen yanıtların, cinsiyete göre dağılımının farklı olup olmadığı, süreklilik düzeltmeli Pearson ki-kare testi ile değerlendirilmiştir. Buna göre, p değeri 0,05’ten büyük olduğundan, “Kendisinin Kullandığı İlaçlar Hakkında Bilgisi Var mı?” sorusuna verilen yanıtlar cinsiyet bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Kadın ve erkeklerin bu soruya verdikleri yanıtların yüzde dağılımı Tablo 20’de gösterilmiştir.

Buna göre, “Kendisi kullandığı ilaçlar hakkında bilginiz var mı?” sorusuna,

- Kadınların %28’i “Evet”, %72’si “Hayır”;
- Erkeklerin %44’u “Evet”, %56’i “Hayır” yanıtını vermiştir.

Bu durum yine erkeklerin , kadınlara göre daha fazla, kullandıkları ilacın farkında olduklarını göstermektedir.



**Tablo 21.** “Kullandığı İlaçların Kullanım Saatlerini Biliyor mu?” Sorusuna Verilen Yanıtların Cinsiyete Göre Dağılımı ve Ki-kare Testi. (İstanbul, 2011)

	Kullandığı İlaçların Kullanım Saatlerini Biliyor mu?		X <sup>2</sup>	p
	Evet	Hayır		
Kadın	%27	%73	3,858	0,049
Erkek	%43	%57		

Demografik bilgiler anketinde, “Kullandığı İlaçların Kullanım Saatlerini Biliyor mu?” sorusuna verilen yanıtların, cinsiyete göre dağılımının farklı olup olmadığı, süreklilik düzeltmeli Pearson ki-kare testi ile değerlendirilmiştir. Buna göre, p değeri 0,05’ten küçük olduğundan, “Kullandığı İlaçların Kullanım Saatlerini Biliyor mu?” sorusuna verilen yanıtlar cinsiyet bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir. Kadın ve erkeklerin bu soruya verdikleri yanıtların yüzde dağılımı Tablo 21’de gösterilmiştir.

Buna göre, “Kullandığı ilaçların kullanım saatlerini biliyor mu?” sorusuna,

- Kadınların %27’i “Evet”, %73’ü “Hayır”;
- Erkeklerin %43’ü “Evet”, %57’si “Hayır” yanıtını vermiştir.

Bu durum, erkeklerin kadınlara göre ilaç saatleri konusunda titiz oldukları göstermektedir.

**Tablo 22.** Sigara Kullanımının Cinsiyete Göre Dağılımı ve Ki-kare Testi. (İstanbul, 2011)

	Sigara kullanıyor musunuz?		X <sup>2</sup>	p
	Evet	Hayır		
Kadın	%4	%96	2,773	0,096
Erkek	%12	%88		

Sigara kullanımının cinsiyete göre dağılımının farklı olup olmadığı, süreklilik düzeltilmeli Pearson ki-kare testi ile değerlendirilmiştir. Buna göre, p değeri 0,05'ten büyük olduğundan, sigara kullanılmasının cinsiyet bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Kadın ve erkeklerin sigara kullanımına göre yüzde dağılımı Tablo 22' de gösterilmiştir.

Buna göre, "Sigara kullanıyor musunuz?" sorusuna,

- Kadınların %4'ü "Evet", %96'sı "Hayır";
- Erkeklerin %12'si "Evet", %88'i "Hayır" yanıtını vermiştir.

Hastaların geneli sigara içmemektedir.

**Tablo 23.** Alkol Kullanımının Cinsiyete Göre Dağılımı ve Fisher’in Kesin Testi. (İstanbul, 2011)

	Alkol kullanıyor musunuz?		p
	Evet	Hayır	
Kadın	%0	%100	1,000
Erkek	%1	%99	

Alkol kullanımının cinsiyete göre dağılımının farklı olup olmadığı, Fisher’in kesin testi ile değerlendirilmiştir. Buna göre, p değeri 0,05’ten büyük olduğundan, alkol kullanımı cinsiyet bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Kadın ve erkeklerin alkol kullanımına göre yüzde dağılımı Tablo 23’de gösterilmiştir.

Buna göre, “Alkol kullanıyor musunuz?” sorusuna,

- Kadınların %0’ ı “Evet”, %100’ ü “Hayır”;
- Erkeklerin %1’ i “Evet”, % 99’ u “Hayır” yanıtını vermiştir.

Hastaların büyük bir çoğunluğu alkol kullanmamaktadır.

## BÖLÜM 4 : TARTIŞMA ve SONUÇ

Sağlık hizmetlerinden yararlanmak doğuştan kazanılmış haktır. Herkese, her yerde ve her zaman (3 H ilkesi) verilmesi gerekir. Ancak bu hizmeti topluma sunmak yetmez. Önemli olan bu hizmetlerin, hizmeti alması beklenen kişilerce kabul edilebilir ve kullanılabilir olmasıdır. Aynı zamanda sunulan hizmeti alamayanlara da ulaşılarak sunulmasıdır.(15)

Evde sağlık hizmeti, İstanbul Büyükşehir Belediyesi Sağlık ve Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı tarafından 2001 yılında Dünya Sağlık Örgütü'nün "Sağlıklı Kentler Projesinde", fakir ve muhtaç hastalara, evlerinde sağlık hizmeti vermek amacıyla kurulmuş bir projedir. Bu hizmet 2001 yılından günümüze kadar bireylere hizmet vermeye devam etmektedir. Bu araştırma, İstanbul Büyükşehir Belediyesi sınırları içindeki İstanbul Büyükşehir Belediyesi'nin Evde Sağlık Hizmetleri verdiği kişilerin yaşam kalitesi ve hasta memnuniyetinin değerlendirilmesi amacı ile yapılmıştır.

Evde sağlık hizmetleri alan kişilerin demografik bilgilere ilişkin sonuçlar;

Yaşa göre dağılımı ise; araştırmaya katılanların, 20-30 yaş aralığında % 6,9'unu, 31-40 yaş aralığında % 6,3' ünü, 41-50 yaş aralığında % 11,4' ünü, 51-60 yaş aralığında %13,1'ini , 61 ve üstü yaş aralığında % 62,32'sini oluşturmaktadır. Bu hastaların yaş ortalaması 64,24' dür. Buna göre, araştırmaya katılan kişilerin yaklaşık yarısından fazlası 61 yaş üstündedir.

Hastaların cinsiyete göre dağılımı ise; araştırmaya katılanların erkek hastalar % 53,7'si, kadın hastalar ise % 46,3 'ünü oluşturur. Buna göre araştırmaya katılanların kabaca yarısını "Erkek" diğer yarısını da "Kadın"lar oluşturmaktadır.

Hastaların medeni durumuna göre dağılımı; hastaların % 52, 6' sı Evli, %13,1' i Bekar, % 34,3' ü Dul' dur. Buna göre, araştırmaya katılanların yaklaşık yarısı "Evli" (%52,6) olurken, 1/3'ünün "Dul" olduğu gözlemlenmektedir.

Hastaların öğrenim durumuna göre dağılımında; % 28' i Okur-yazar değil, % 11,4'ü Okur-yazar, % 39,4' ü İlkokul mezunu, % 12,6' sı İlköğretim mezunu, %6,3' ü Lise mezunu, % 2,3'ü Lisans ve Lisans üstü mezunu olduklarını ifade etmişlerdir. Buna göre, araştırmaya katılanlar 1. Sırada "İlkokul" mezunu(%39,4),

2. sırada “Okur yazar değil”(28,0), 3. sırada “İlköğretim” ( 12,6) mezunu oldukları gözlemlenmektedir. Araştırmaya katılanların oldukça yüksek oranda ilkokul ve altı bir eğitim düzeyine sahip olmaları araştırma yapılan bölgelerdeki kişiler hakkında daha önce yapılmış çalışmalarla uyumlu sonuçlar göstermektedir.(32)

Hastaların mesleklerine göre dağılımında; % 1,1’ i Memur, % 2,3’ ü İşçi, % 0,6’ sı Çiftçi, % 22,3’ ü Ev hanımı, % 46,0 Emekli, % 27,4’ü Çalışmıyor olduklarını ifade etmişlerdir. Buna göre, araştırmaya katılanların yaklaşık olarak yarısının “Emekli” olduklarını gözlemlenmektedir.

Kişilerin kendisinin hastalıklarını bilmesine göre dağılımı; % 61, 7’ si hastalığını bildiğini söylerken, %38,3’ ü hastalığını bilmediğini ifade etmiştir. Buna göre, araştırmaya katılanların yaklaşık olarak yarısından fazlası kendilerinin hastalıklarını bildiklerini ifade etmişlerdir.

Kişilerin kullandıkları ilaçlar hakkında bilgisinin olup-olmadığına göre dağılımında; % 36, 6’ sı evet derken, % 63, 4’ ü hayır diye yanıtlamıştır. Buna göre, araştırmaya katılanların yaklaşık olarak yarısından fazlası kendilerinin kullandıkları ilaçlar hakkında bilgilerinin olduklarını ifade etmişleridir.

Kişilerin kullandıkları ilaçların kullanım saatlerini bilip-bilmemesine göre dağılımında; %35,4’ ü evet derken, % 64,6’ sı hayır diye yanıtlamıştır. Buna göre, araştırmaya katılanların yaklaşık olarak yarısından fazlası kullandıkları ilaçların kullanım saatlerini bilmediklerini ifade etmişlerdir.

Kişilerin sigara kullanımına göre dağılımında; % 8’i evet derken, % 92’ si hayır diye yanıtlamışlardır. Buna göre, araştırmaya katılan kişilerin büyük bir kısmı sigara kullanmadıklarını ifade etmişlerdir.

Kişilerin alkol kullanımına göre dağılımında; % 0,6’ sı evet derken, % 99,4’ü hayır diye yanıtlamışlardır. Buna göre, araştırmaya katılan kişiler yaklaşık olarak tamamı alkol almadıklarını ifade etmişlerdir.

Yaşam kalitesi anketi ve hasta memnuniyeti anketi skorlarına göre; yaşam kalitesi puanlamasının 15-75 değerleri arasında değiştiği göz önünde bulundurulursa, yaşam kalitesi medyan değerinin 54 olması; hastaların yaşam kalitelerinin çok iyi

düzyeyde olmadığını göstermektedir. Sağlık güvenceleri vasıtasıyla ya da ücretli olarak zamanında sağlık hizmeti almaya başvuramadıkları için sağlıklarının iyi durumunu koruyamadıkları, kötü duruma gitmesine de engel olamadıkları gözlenmektedir. Bu durum hastaların yaşam kalitesinin çok iyi seviyeye gelmesini zorlamaktadır. Hizmet sunulan ve aynı zamanda araştırmaya katılan hastaların genellikle sosyo-ekonomik düzeyleri oldukça düşüktür. Ekonomik düzeylerinin düşük olması sebebiyle, herhangi bir kuruluştan sağlık hizmeti almalarını söz konusu olamamaktadır. İstanbul Büyükşehir Belediyesinin sunduğu bu hizmetten yararlanmak için başvurduklarında ise genellikle bu hastaların sağlık durumu zaten kötü yönde ilerlemekteydi. Sağlık durumu, ilk gidildiğinde çok daha kötü durumda olan bir hastanın, hizmet sunulmaya başlandığında yaşam kalitesi değişmemesine rağmen hizmetten yararlandıkça iyi yönde ilerlemenin olduğu da bir gerçektir.

Hasta memnuniyeti puanı 13-65 değerleri arasında değiştiği göz önünde bulundurulduğunda, hasta memnuniyeti medyan değerinin 14 olması; hastaların memnuniyet düzeylerinin oldukça iyi düzeyde olduğunu göstermektedir. Bu araştırmada hasta memnuniyetinin tüm boyutlarda yüksek olduğu görülmektedir. Evde sağlık hizmetleri, İstanbul Büyükşehir Belediyesi tarafından ücretsiz olarak sunulmaktadır. Bu hizmeti almak için hizmet sunucusundan talep etmek yeterli olmaktadır. Tedaviye ihtiyacı olduğu tespit edilen kişilerin tedavilerinin düzenlenmesi, tedavi giderlerinin karşılanması, hastaların memnuniyet düzeylerini olumlu yönde artmasına sebep olmuştur. Hasta ve yakınlarının, sahip olduğu hastalıkları hakkında eğitilmiş ve kendine yeterli hale gelmeleri sağlanarak; bilinçsiz sağlık uygulamaları ile oluşabilecek komplikasyonlar önlenmiş ve hastalık seyrinin ağırlaşmasının engellenmesi memnuniyeti olumlu yönde etkilemiştir. Yine aynı şekilde günlük aktivitelerini tek başına yapamayacak durumda olan bakıma muhtaç kişilere, kişisel bakım hizmeti de sunulduğundan, memnuniyet düzeylerinin olumlu yönde etkilendiği çok açık bir şekilde görülmektedir.

Yaşam kalitesi puanı ile hasta memnuniyeti puanı arasındaki ilişkiye bakıldığında; araştırmaya katılan kişilerin yaşam kalitesi ile hasta memnuniyeti arasında ilişki olmadığı tespit edilmiştir. Yaşam kalitesi ve hasta memnuniyeti birbirinden bağımsız, birbirlerini etkilemeyen kavramlar olarak ortaya çıkmıştır. Araştırma sonucunda, çalışmaya katılan hastaların evde sağlık hizmetleri

almalarından memnun olmalarına rağmen, bu hizmetin yaşam kalitelerini etkilemediği hatta yaşam kalitelerinin pek de iyi olmadığı görülmüştür. Araştırmaya katılan hastalar daha önce evde sağlık hizmetleri almadıklarından, hizmetin onlara yalnızca sunulmuş olması bile memnuniyetlerini olumlu ölçüde etkilemiş olabilir diye düşünmekteyiz.

Yaşam kalitesi puan ortalamaları cinsiyet bakımından karşılaştırıldığında; istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Özellikle araştırmaya katılanların yaşlarının oldukça yüksek olduğu da göz önünde tutulursa, yaşam kalitesinin cinsiyetle bir ilgisinin olmadığı yaşlanma ve hastalık sonucu hayat kalitesinin düştüğü söylenebilir. Daha önceden yapılmış bir araştırmada bizim araştırmamızda olduğu gibi cinsiyetin yaşam kalitesini etkilemediği tespit edilmiştir.(3)

Hasta memnuniyeti medyan puanları cinsiyet bakımından karşılaştırıldığında; cinsiyet bakımından hasta memnuniyeti puanlarına ait medyanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Araştırmaya katılanların hasta memnuniyet düzeylerini etkileyen faktörlerde, hemen hemen herkesin memnun olması, cinsiyetler arasında bir fark yaratmadığını göstermektedir. Daha önceki yapılmış araştırmalarda ise, cinsiyetin hasta memnuniyetini etkileyen bir faktör olduğunu düşünmekle birlikte bizim araştırmamızda olduğu gibi bazı araştırmalarda da cinsiyetin hasta memnuniyeti ile ilişki olmadığı da bildirilmiştir.(16, 34)

Yaşam kalitesi puan ortalamaları medeni durum bakımından karşılaştırıldığında; yaşam kalitesi puan ortalamaları ile medeni durum bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. Buna göre, bekar ve dul olan hastaların yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Dul olan hastaların yaşam kalitesi çok iyi değil iken, bekar grubuna giren hastaların yaşam kalitesinin göreceli olarak daha iyi olduğu saptanmıştır. Daha önceden yapılan bir araştırmada, bekar olanların yaşam kalitelerinin, bizim çalışma bulgularımıza da uygun olarak evli ve dul olanlara göre daha yüksek olduğunu saptamıştır.(3) Başka bir araştırmada ise, yaşam kalitesi ile medeni durum arasında bir ilişki saptanmıştır.(11)

Hasta memnuniyeti medyan puanları medeni durum bakımından karşılaştırıldığında; hasta memnuniyeti puanlarına ait medyanlar arasında istatistiksel

olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bu durumda araştırmaya katılanların medeni durumu ne olursa olsun herkes evde sağlık hizmetlerinden memnundur denebilir. Selvi' nin yaptığı araştırmada da bizim araştırmamızda olduğu gibi hastaların medeni durumu ile memnuniyetleri arasında anlamlı bir farkın olmadığı tespit edilmiştir.(29)

Yaşam kalitesi puan ortalamalarının hastanın çalışma durumuna göre karşılaştırılması yapıldığında; hastanın çalışma durumu bakımından yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir. Buna göre, çalışan ve çalışmayan gruplarının yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Çalışan grubun yaşam kalitesi iyi değil iken, çalışmayan grubun yaşam kalitesinin çok daha iyi olduğunu saptanmıştır. Çalışan grubun iş ortam koşulları, yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir. Zira sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan bu grubun çalıştığı iş ortamlarının da pek iyi olmayacağı düşünülmektedir.

Hasta Memnuniyeti medyan puanlarının hastanın çalışma durumuna göre karşılaştırılması yapıldığında; hastanın çalışma durumu bakımından hasta memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Mesleğin, araştırmaya katılanların hasta memnuniyeti düzeylerini etkileyen bir faktör olmadığı söylenebilir.

“Kendisi hastalığını biliyor mu?” sorusuna verilen yanıtların cinsiyete göre dağılımı sonucu; “Kendisi hastalığını biliyor mu?” sorusuna verilen yanıtlar cinsiyet bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir. Buna göre, “Kendisi hastalığını biliyor mu?” sorusuna, kadınların %47’sinin “Hayır” demesi, yaklaşık yarısının hastalığını bilmediğini ortaya koymuştur. Erkeklerde ise %69’u hastalığını bildiğini söylemiştir. Bu durum araştırmaya katılan erkeklerin, kadınlara göre daha fazla hastalıklarının farkında olduğunu göstermektedirler. Bu durumun araştırmaya katılan kadınların öğrenim durumlarının “okur-yazar olmamaları” ya da erkeklere göre daha düşük eğitim düzeyine sahip olmalarından kaynaklandığını düşünmekteyiz. Araştırmaya katılan kişilerin genellikle sosyo-ekonomik ve eğitim düzeyi düşük olduğundan bu ailelerdeki kadınların hem konum olarak, hem de aileyi ayakta tutma sorumluluğunu üstlenmeleri nedeniyle, kendi hastalıkları hakkında yeteri kadar bilgi sahibi olmayı önemsemedikleri görülmektedir.



“Kendisinin kullandığı ilaçlar hakkında bilgisi var mı?” sorusuna verilen yanıtların cinsiyete göre dağılımında ise; bu soruya verilen yanıtlar cinsiyet bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Buna göre, “Kendisinin kullandığı ilaçlar hakkında bilgisi var mı?” sorusuna, araştırmaya katılan kadınların %72’si “Hayır”, erkeklerin %56’i “Hayır” yanıtını vermiştir. Bu durum yine erkeklerin, kadınlara göre, kullandıkları ilacın daha fazla farkında olduklarını göstermektedir. Bu bilgisizliğin araştırmaya katılan kadınların öğrenim durumlarının “okur-yazar olmamaları” ya da erkeklere göre daha düşük eğitim düzeyine sahip olmalarından kaynaklanmış olacağını düşünmekteyiz.

“Kullandığı ilaçların kullanım saatlerini biliyor mu?” sorusuna verilen yanıtların cinsiyete göre dağılımında ise; bu soruya verilen yanıtlar cinsiyet bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir. Buna göre, “Kullandığı ilaçların kullanım saatlerini biliyor mu?” sorusuna, kadınların %73’ü “Hayır”; erkeklerin %57’si “Hayır” yanıtını vermiştir. Bu durumun araştırmaya katılan kadınların “okur-yazar olmamaları” ya da erkeklere göre daha düşük eğitim düzeyine sahip olmalarından kaynaklanmış olması olasıdır diye düşünmekteyiz.

Kadınların, “Kendisi hastalığını biliyor mu?”, “Kendisinin kullandığı ilaçlar hakkında bilgisi var mı?”, “Kullandığı ilaçların kullanım saatlerini biliyor mu?” sorularına erkeklere göre kendilerine daha az ilgili olma sebepleri, araştırmaya katılan ailelerin sosyo-ekonomik ve sosyo-kültürel özelliklerinden kaynaklandığını düşündürmektedir. Kadınların öğrenim durumlarının “okur-yazar olmamaları” ya da erkeklere göre daha düşük eğitim düzeyine sahip olmaları da bu durumun bir açıklama olabilir.

Sigara içmenin cinsiyete göre dağılımına bakıldığında; sigara içip-içmediğine göre cinsiyet bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Buna göre, “Sigara kullanıyor musunuz?” sorusuna, % 96’sı “Hayır”, erkeklerin %88’i “Hayır” yanıtını vermiştir. Hastaların büyük bir çoğunluğunun sigara içmediği gözlemlenmiştir. Bu kişilerin özellikle kanser, kardiyovasküler gibi hastalıklara sahip olmaları ve bu hastalıkların en önemli risk faktörü olan sigara kullanımının doktorları tarafından yasaklanmış olması, büyük bir çoğunluğunun sigara içmediğini ortaya koymaktadır. Son zamanlarda sağlık politikalarında sigara bıraktırmaya yönelik

girişimlerin artması da çalışmamız ile eş zamanlı olması bakımından dikkat çekici bir durumdur.

Alkol kullanımının cinsiyete göre dağılımında ise; alkol kullanımı cinsiyet bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Buna göre, “Alkol kullanıyor musunuz?” sorusuna, kadınların % 100’ ü “Hayır” erkeklerin % 99’ u “Hayır” yanıtını vermiştir. Hastaların hemen hemen tamamı alkol kullanmamaktadırlar.

Yaşam kalitesi ve hasta memnuniyetini etkileyen faktörlerin sorgulanması için araştırmaların belirli aralıklarla ve düzenli olarak yapılmasının faydalı olduğunu düşünmekteyiz. Çalışmamızda hasta memnuniyeti ile yaşam kalitesi birbirinden bağımsız iki faktör olarak karşımıza çıkmıştır. Evde sağlık hizmetlerinden memnun olan hastaların yaşam kalitesinin de artması beklenirdi oysa yaşam kalitelerinde herhangi bir değişiklik tespit edilmediği gibi düzeyi de oldukça düşüktür. Bu nedenle bu yöndeki çalışmaların ve eğitimin artırılması gerektiğini önermekteyiz. Yeni araştırmaların işaret edeceği hizmet sunumu doğrultusunda değişikliklerin farkına varacak olan hastaların, hem yaşam kalitelerinde bir iyileşme hem de evde sağlık hizmetleri memnuniyetlerinde bir artış olacağını düşünmekteyiz.

## KAYNAKLAR

1. Akdemir N, Akkuş Y. (2006). Rehabilition and Nursing. *Hacettepe Üniversitesi Yüksekokulu Dergisi*, Ankara, s 82-91
2. Akıncı F, Yıldırım A, Oğutman B, Ateş M, Gozu H, Deyneli O, Aydar S, İscı E, Balcıoğlu L, Sayhan OZ. (2003). Translation Cultural Adaptation Initial Reliability, and Validation of Turkish 15D's Version. *Evaluation&The Health Professions*.
3. Akyol DA. (1992). Hemodiyalize Giren Hastaların Yaşam Kalitesi Saptanması ve Bilgilendirici Hemşirelik Yaklaşımlarının Yaşam Kalitesine Olan Etkisinin İncelenmesi. Ege Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Danışman: Doç. Dr. K Ergin).
4. Annak BB. (2005). Sosyal Destek, Sosyal Ağ, Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumu: Duygu Durum ve Anksiyete Bozukluğu Tanısı Alan Kişiler ve Düzenli Hemodiyaliz Tedavisi Gören Hastalar Açısından Bir Karşılaştırma. Mersin Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Mersin, (Danışman: Prof. Dr. Ü Yetim).
5. Annual Report. (2004) Medical Management of the Home Care Patient. American Association-American Academy of Home Care Physicians, America.
6. Bahar G, Bahar A, Savaş HA. (2009). Yaşlılık ve Yaşlılara Sunulan Sosyal Hizmetler, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 12(4).
7. Can ÖS, Ünal N. (2008). Evde Bakım ve Tedavi. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 6(4), s 6-13.
8. Canadian Home Care Assosiation. (2008). Potraits of Home Care in Canada, Canada.
9. Coşkun N. (2010). Türkiye' de Evde Bakım Hizmetleri, *Hastane Dergisi*, 65, s 118-120.
10. Council on Scientific Affairs.(1990). Home Care in the 1990s, *The Journal oft he American Medical Assosiation*, 263, s 1241-1244.

11. Çıtıl R, Günay O, Elmalı F, Öztürk Y. (2010). Diyabetik Hastalarda Tıbbi ve Sosyal Faktörlerin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. *Erciyes Tıp Dergisi*, 32(4), s 253- 264.
12. Çoban M, Bilgici S, Oğuz Y. (28-30 September 2005). Home Care Services in Turkey and Potential Ethical Problems. Health and Hospital Management Congress (Internationally participation).
13. Çoban M. (22-26 Ekim 2008). Son Dönem Bakım Merkezlerinde (Hospice) Verilen Hizmetler, Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi Uluslar arası Katılımlı, Antalya.
14. Çoban M, Esatoğlu AE. (2004). Home Care: An Overview, *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics, Law and History* 12 (2), s 109-120.
15. Doğanay P. (2008). Kaizen Sürekli İyileştirme İle Hastanelerde İnsan Kaynaklarının Geliştirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. B. Aydınant).
16. Donabedian A. (1992). Kalite Güvencesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 1:19.
17. Evde Bakım Derneği. (Nisan 2010). Ülkemiz İçin Evde Bakım Modeli Oluşturma Çalıştayı: Çalıştay Sonuç Raporu, Ankara.
18. Kantar G, Deveci F. (22-26 Ekim 2008). Türkiye’de Evde Bakım. Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi Uluslar Arası Katılımlı, Antalya.
19. Karadağ Z. (2007). Aile Hekimliği Uygulamasını Müşteri/ Hasta Memnuniyetine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı, Ankara, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. B. Aydınant)
20. Karadağ Ş. (2007). Acil Üniteye Yönelik Hasta Memnuniyeti. Yüksek Lisans Tezi, M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. FE. Aslan).
21. Karahan A. (2002). Yaşlılıkta Evde Bakım, *Turkish Journal of Geriatrics*, 2 s 155-9.
22. Kavuncubaşı, Ş. (2000) Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. Siyasal Kitabevi, Ankara.

23. Koçak S. (2009). Sağlık Sektöründe Müşteri Memnuniyetinin Önemi: Niğde Devlet Hastanesinde Bir Araştırma. Yüksek Lisans Tezi, Niğde Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Niğde, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. İ. Yalçın).
24. Koffman J, Higginson I, Naysmith A. (September 1996). Hospice at Home-Service for Patients with Advanced HIV/AIDS: A Pilot Evaluation of Referrals and outcomes, *British Journal of General Practice*, 46, s 539-540.
25. Meral Y. (2006). Sağlık Kuruluşlarında Dış Kaynaklardan Yararlanmanın Hasta Memnuniyetine Olan Etkisi ve Bu Konuya İlişkin Bir Araştırma. Yüksek Lisans Tezi. İ.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim Bilim Dalı, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. G. Dünder).
26. Oğlak S. (2007). Uzun Süreli Evde Bakım Hizmetleri ve Bakım Sigortası. *Turkish Journal of Geriatrics*, 10, s 100-8.
27. Onur T. ( 2007). Ayaktan Sağlık Hizmeti Veren Sağlık Kuruluşu Olan Özel Hastanelerde Uygulanan Rekabet Stratejilerinin Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. M. Akgün).
28. Özkara Y. ( 2006). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetinin Sağlık Ekonomisindeki Yeri ve Önemi: Bir Uygulama. Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Antalya, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. M. Şanlı).
29. Selvi Ö. (2008). Sağlık Kurumlarında Halkla İlişkiler ve Hasta Memnuniyetine Etkisi Üzerine Teorik ve Uygulamalı Bir Çalışma. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Halkla İlişkiler ve Tanıtım Anabilim Dalı, Konya, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Ö. Bakan).
30. T.C Resmi Gazete. Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik. 10.03.2005, 25751.

31. Tanlı S. (1996). Evde Bakım Hizmetlerinin Firmalaştırılması, Bir İşletme Planı Önerisi. Yüksek Lisans Tezi, İ.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. F. Salvan).
32. Taşdemir M. (1998). Ayaktan Bakım Hizmeti Veren Çeşitli Sağlık Kuruluşlarında Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesi, M.Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. O. Hayran).
33. The National Association for Home Care & Hospice. (2007). Basic Statistics About Home Care, Washington, DC.
34. Tükel B, Acuner AM, Önder ÖR, Üzgül A. (2004). A.Ü. İbn-i Sina Hastanesi'nde Yatan Hasta Memnuniyeti. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 57:4.
35. U.S. Department of Health and Human Services. (January 2010). Medicare Hospice Benefits.
36. Uçan Ö. (2005). Üst Gastrointestinal Endoskopi İşleminde Dinletilen Müziğin, Hastanın Nabzına, Kan Basıncına, Oksijen Saturasyonuna, Memnuniyetine ve İşlemin Başarısına Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Gantep. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. N. Ovayolu, Doç. Dr. MC. Savaş).
37. Vavra T G. (Kasım 1999). Müşteri Tatmini Ölçümlerinizi Geliştirmenin Yolları. Kalde Yayınları.
38. WHO publications. (2000). Home-Based and Long Term Care, Geneva.
39. WHOQOL GROUP. (1996). What Quality of Life, World Health Forum 17.
40. Yılmaz M, Sametoğlu F, Akmeşe G. ve ark. (2010). Sağlık Hizmetinin Alternatifi Bir Sunum Şekli Olarak Evde Hasta Bakımı, *İstanbul Med J*. 11(3) s 125-132, İstanbul.
41. Yılmaz M. (2001). Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü : Hasta Memnuniyeti, *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 5(2).

## **EK 1: AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU**

Evde Sağlık Hizmetlerinde Yaşam Kalitesi ve Hasta Memnuniyeti ölçmek üzere yeni bir araştırma yapmaktayız. Araştırmanın adı "Evde Sağlık Hizmetlerinde Yaşam Kalitesi ve Hasta Memnuniyeti " dir.

Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Araştırmaya davet edilmenizin nedeni sizde Evde Sağlık Hizmetleri alıyor/alacak olmanızdır. Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz İstanbul Büyükşehir Belediyesi Evde Sağlık Hizmetleri sunucuları tarafından aldığımız hizmetten memnuniyetiniz ve yaşam kaliteniz ölçülecektir. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Böyle bir analiz sonucunda sunulan hizmetin iyileştirilmesi ve geliştirilmesi planlanmaktadır.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavide ya da bundan sonra alacağınız hizmetlerde size karşı davranışlarımızda herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

### ***Hastanın Beyanı***

Sayın Nurcan Coşkun tarafından Marmara Üniversitesi Hastane İşletmeciliği Anabilim Dalı'nda Evde Sağlık Hizmetlerinde Yaşam Kalitesi ve Hasta Memnuniyeti konulu araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” (denek) olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam Hizmet sunucuları ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılabacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla

kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” (denek) olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

**Katılımcı**

Adı, soyadı:

Ünvan:

Adres:

Tel:

İmza

**Katılımcı ile görüşen kişi**

Nurcan COŞKUN

Hastane İşletmeciliği

Anabilim Dalı Tezli

Yüksek Lisans Öğrencisi

(212) 455 32 88



## EK 2: DEMOGRAFİK BİLGİLER ANKETİ

1. Yaşınız ?

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

2. Cinsiyetiniz ?

- Erkek     Kadın

3. Medeni Durumunuz?

- Evli     Bekar     Dul

4. Öğrenim Durumunuz?

- Okur-yazar değil  
 Okur-yazar  
 İlkokul  
 İlköğretim  
 Lise  
 Lisans ve Lisansüstü

5. Mesleğiniz?

- Memur  
 İşçi  
 Serbest Meslek  
 Çiftçi  
 Öğrenci  
 Ev Hanımı  
 Emekli  
 Çalışmıyor

6. Kendisi hastalığını biliyor mu?

- Evet     Hayır

7. Hastanın kullandığı ilaçlar hakkında bilgisi var mı?

- Evet     Hayır

8. Hasta kullandığı ilaçların kullanım saatlerini biliyor mu?

- Evet     Hayır

9. Sigara kullanıyor musunuz?

- Evet     Hayır

10. Alkol kullanıyor musunuz?

- Evet     Hayır

### **EK 3: HAYAT KALİTESİ ANKETİ (15D©)**

Şu anki sağlık durumunuzu en iyi tanımlayan seçeneğin yanına çarpı işareti (x) koymadan önce, lütfen her sorunun farklı cevaplarının tamamını okuyunuz. Bu yöntemle, her birine sadece bir cevap vererek, 15 sorunun tamamını cevaplamayı sürdürünüz.

#### **SORU 1. HAREKET YETENEĞİ**

- 1 ( ) İçeride, dışarıda ve merdivenlerde normal olarak (güçlük çekmeden) yürüyebilmekteyim.
- 2 ( ) İçeride zorluk çekmeden yürüyebilmekteyim, fakat dışarıda ve/veya merdivenlerde hafif bir zorluk çekmekteyim.
- 3 ( ) Yardım almadan (aletli veya aletsiz) ev içinde yürüyebilmekteyim, fakat dışarıda ve/veya merdivenlerde oldukça güçlük çekerek veya başkalarının yardımı ile yürüyebilmekteyim
- 4 ( ) İçeride ancak başkalarının yardımıyla yürüyebilmekteyim.
- 5 ( ) Tamamen yatalağım ve bir yerden bir yere gidememekteyim.

#### **SORU 2. GÖRME YETENEĞİ**

- 1 ( ) Normal görmekteyim, yani gazeteleri ve televizyonda çıkan yazıları zorluk çekmeden (gözlükle veya gözlüksüz) okuyabilmekteyim.
- 2 ( ) Gazeteleri ve/veya televizyonda çıkan yazıları hafif zorlukla (gözlükle veya gözlüksüz) okuyabilmekteyim.
- 3 ( ) Gazete ve T.V. yazılarını gözlüklü veya gözlüksüz oldukça zor bir şekilde okuyabilmekteyim.
- 4 ( ) Gözlükle veya gözlüksüz gazeteleri veya televizyonda çıkan yazıları okuyamamaktayım, fakat yardım almadan yürüyebilecek kadar görebilmekteyim.
- 5 ( ) Yardım almaksızın yürüyebilecek kadar yeterli oranda göremiyorum, hemen hemen veya tamamen körüm.

#### **SORU 3. İŞİTME YETENEĞİ**

- 1 ( ) İşitme cihazı kullanarak ve/veya kullanmadan normal olarak duyabiliyorum.
- 2 ( ) Normal konuşmaları biraz güçlükle duymaktayım.
- 3 ( ) Normal konuşmaları güçlükle duymaktayım, sohbet esnasında seslerin normalden daha yüksek olmasına ihtiyaç duymaktayım.
- 4 ( ) Çok yüksek sesleri bile çok zor duyabiliyorum. Neredeyse sağırım.

5 ( ) Tamamen sağırım.

#### **SORU 4. SOLUNUM**

1 ( ) Normal olarak, yani solunum yetersizliği veya başka solunum güçlüğü yaşamadan nefes alabilmekteyim.

2 ( ) Ağır iş veya spor yaparken ya da düz yolda veya yokuş yukarı tempolu yürürken solunum yetersizliği çekmekteyim.

3 ( ) Benim yaşındakilerle aynı hızda düz yolda yürürken solunum yetersizliği çekmekteyim.

4 ( ) Kendi kendime temizlenme, elbise giyme gibi normal aktivitelerimde bile solunum yetersizliği çekmekteyim.

5 ( ) Hemen hemen her zaman, dinlenirken bile solunum güçlüğü çekmekteyim.

#### **SORU 5. UYKU DURUMU**

1 ( ) Normal olarak uyuyabilmekteyim, yani uyku sorunum yok.

2 ( ) Uykuya dalmada zorluk, veya geceleyin bazen uyanma gibi hafif uyku sorunlarım var.

3 ( ) Huzursuz uyku veya yeterli uyuyamama hissi gibi, orta derece uyku sorunlarım var.

4 ( ) Sık sık veya sürekli uyku hapı kullanmak zorunda kalmak veya genellikle geceleri ve/veya sabah çok erken uyanmak gibi çok önemli uyku sorunlarım var.

5 ( ) Şiddetli uykusuzluk çekiyorum. Örneğin, düzenli uyku hapı kullandığım halde uyumak neredeyse imkansız, veya bütün gece boyunca gözüme uyku girmiyor.

#### **SORU 6. YEMEK YEME DURUMU**

1 ( ) Normal olarak, başkalarından yardım almadan yemek yiyebilmekteyim.

2 ( ) Kendi başıma hafif güçlüklerle(örneğin yavaşça, sakarca, titreyerek veya özel araçlar yardımıyla) yemek yiyebilmekteyim.

3 ( ) Yemek yiyebilmek için bir başka kişinin biraz yardımına ihtiyaç duyuyorum.

4 ( ) Kendi başıma hiç yemek yiyemiyorum, dolayısıyla bir başkasının beni yedirmesi gerekiyor.

5 ( ) Hiç yemek yiyemiyorum, dolayısıyla ya burnumdan konan bir tüple ya da damardan besleniyorum.

### **SORU 7. KONUŞMA YETENEĞİ**

- 1 ( ) Normal olarak, yani akıcı, net ve duyulabilir bir şekilde konuşabilmekteyim.
- 2 ( ) Hafif konuşma güçlüklerim var. Örneğin, kelimeler için duraklama, mırıldanma, ses tonunun değişmesi gibi.
- 3 ( ) Kendimi ifade edebiliyorum, fakat konuşmam düzensiz, dilim sürçüyor, veya kekeliyorum.
- 4 ( ) Bir çok insan benim konuşmamı anlamakta güçlük çekiyor.
- 5 ( ) Kendimi sadece el kol hareketleri ile anlatabiliyorum.

### **SORU 8. BOŞALTIM**

- 1 ( ) Mesane ve bağırsaklarım normal ve sorun olmaksızın çalışmaktadır.
- 2 ( ) Mesanem ve/veya bağırsaklarımın çalışmasıyla ilgili ufak sorunlarım var. Örneğin; İdrar yapmakta zorluk veya ishal ya da kabızlık.
- 3 ( ) Mesane ve/veya bağırsak fonksiyonlarımda belirgin zorluklar yaşıyorum. Örneğin; Ara sıra altıma kaçırdığım oluyor veya ishal ya da kabızlık çekiyorum.
- 4 ( ) Mesane ve/veya bağırsak fonksiyonlarımda ciddi sorunlarım var. Örneğin; düzenli olarak altıma kaçırıyorum veya sonda ya da lavmana ihtiyaç duyuyorum.
- 5 ( ) Mesane ve/veya bağırsak fonksiyonlarımı kontrol edemiyorum.

### **SORU 9. NORMAL AKTİVİTELER**

- 1 ( ) Normal aktivitelerimi zorlukla karşılaşmadan yerine getirebiliyorum. (İşte çalışma, ders çalışma, ev işleri, boş zaman aktiviteleri gibi)
- 2 ( ) Normal aktivitelerimi çok az zorlukla veya daha az etkili olarak yerine getirebiliyorum.
- 3 ( ) Normal aktivitelerimi çok daha az etkili veya oldukça güçlükle veya hiç yerine getiremiyorum.
- 4 ( ) Daha önce rahatlıkla yaptığım normal aktivitelerimin ancak küçük bir bölümünü yapabilmekteyim.
- 5 ( ) Daha önce yaptığım normal aktivitelerimin hiç birini yerine getirememekteyim.

### **SORU 10. ZİHİNSEL FONKSİYON**

- 1 ( ) Açık seçik ve mantıklı düşünebilmekteyim ve hafızam iyidir.
- 2 ( ) Açık seçik ve mantıklı düşünmede biraz güçlük çekiyorum veya hafızam bazen beni yanıltıyor.

3 ( ) Açık seçik ve mantıklı düşünmede belirgin güçlükler çekiyorum veya hafızam oldukça zayıfladı.

4 ( ) Açık seçik ve mantıklı düşünmede büyük güçlükler çekiyorum veya hafızam ciddi oranda zayıfladı.

5 ( ) Sürekli kafam karışık ve zaman ve mekanı karıştırıyorum.

#### **SORU 11. RAHAT BOZUKLUĞU VE BELİRTİLER**

1 ( ) Ağrı, sızı, bulantı, kaşıntı gibi belirtiler veya fiziksel rahatsızlıklarım yok.

2 ( ) Ağrı, sızı, bulantı, kaşıntı gibi hafif belirtiler veya fiziksel rahatsızlıklarım var.

3 ( ) Ağrı, sızı, bulantı, kaşıntı gibi belirgin belirtiler veya fiziksel rahatsızlıklarım var.

4 ( ) Ağrı, sızı, bulantı, kaşıntı gibi şiddetli belirtiler veya fiziksel rahatsızlıklarım var.

5 ( ) Ağrı, sızı, bulantı, kaşıntı gibi dayanılmaz belirtiler veya fiziksel rahatsızlıklarım var.

#### **SORU 12. DEPRESYON**

1 ( ) Kendimi hiç üzgün, melankolik ve depresyonda hissetmiyorum.

2 ( ) Kendimi biraz üzgün, melankolik ve depresyonda hissediyorum.

3 ( ) Kendimi oldukça üzgün, melankolik ve depresyonda hissediyorum.

4 ( ) Kendimi çok üzgün, melankolik ve depresyonda hissediyorum.

5 ( ) Kendimi aşırı derecede üzgün, melankolik ve depresyonda hissediyorum.

#### **SORU 13. SIKINTI**

1 ( ) Kendimi hiç endişeli, sıkıntılı veya sinirli hissetmiyorum.

2 ( ) Kendimi hafif endişeli, sıkıntılı veya sinirli hissediyorum.

3 ( ) Kendimi oldukça endişeli, sıkıntılı veya sinirli hissediyorum.

4 ( ) Kendimi çok endişeli, sıkıntılı veya sinirli hissediyorum.

5 ( ) Kendimi aşırı endişeli, sıkıntılı veya sinirli hissediyorum.

#### **SORU 14. CANLILIK**

1 ( ) Kendimi sağlıklı ve enerjik hissediyorum.

2 ( ) Kendimi biraz bezgin, yorgun veya zayıf hissediyorum.

3 ( ) Kendimi oldukça bezgin, yorgun veya zayıf hissediyorum.

4 ( ) Kendimi çok bezgin, yorgun veya zayıf, neredeyse tükenmiş hissediyorum.

5 ( ) Kendimi aşırı bezgin, yorgun ve zayıf, tamamen tükenmiş hissediyorum.

**SORU 15. CİNSEL AKTİVİTE**

- 1 ( ) Sağlık durumumun cinsel yaşantım üzerinde olumsuz bir etkisi yok.
- 2 ( ) Sağlık durumumun cinsel yaşantım üzerinde hafif bir etkisi var.
- 3 ( ) Sağlık durumumun cinsel yaşantım üzerinde belirgin bir etkisi var.
- 4 ( ) Sağlık durumum cinsel yaşantımı neredeyse imkansız hale getiriyor.
- 5 ( ) Sağlık durumum cinsel yaşantımı imkansız hale getiriyor.

#### EK 4: HASTA MEMNUNİYETİ ANKETİ

	Kesinlikle kabul ediyorum	Kabul ediyorum	Emin değilim	Kabul etmiyorum	Kesinlikle kabul etmiyorum
1.Sağlık personeliniz bana hastalığım hakkında yeterince bilgi verdiler					
2.Hastalığımın takip ve tedavisi için bana uygulanan sağlık hizmeti mükemmeldir					
3.Bazen beni muayene ve tedavi eden sağlık personelinizin bana koydukları teşhis ve uyguladıkları tedavi doğru mu diye şüphe ediyorum.					
4.Beni muayene ve tedavi eden sağlık personeliniz son derece dikkatli					
5.İhtiyacım olduğu zaman hastalığım ile ilgili uzmanlara kolayca ulaşabiliyorum.					
6.Sağlık personeliniz beni vazife icabı çok sıradan bir şekilde muayene ediyorlar					
7.Sağlık personeliniz bana son derece dostça ve nazik davranıyorlar					
8.Bana sağlık hizmeti verenler beni tedavi ederken çok acele ediyorlar					
9.Sağlık personeliniz benim onlara anlattıklarımı dinlemiyorlar					
10. Beni tedavi eden sağlık personeliniz bilgisinden ve becerisinden bazen şüphe duyuyorum					
11. Sağlık personeliniz bana yeterince zaman ayırıyorlar					
12. Aldığım sağlık hizmetinde beni mutlu etmeyen yönler var					
13. Şu anki rahatsızlığım ile ilgili, ne zaman ihtiyacım olsa, bu sağlık kuruluşuna kolayca ulaşabilirim					

## **EK 5: EVDE BAKIM HİZMETLERİ SUNUMU HAKKINDA YÖNETMELİK**

Sağlık Bakanlığından:

**R.G. Tarihi:10.03.2005 R.G. Sayısı:25751**

### **BİRİNCİ BÖLÜM**

**Amaç, Kapsam, Dayanak ve Tanımlar**

#### **Amaç**

**Madde 1** — Bu Yönetmeliğin amacı; fertlerin ve toplumun sağlığını korumak maksadıyla, evde bakım hizmeti veren sağlık kuruluşlarının açılması, çalışması ve denetlenmesi ile bunları işleten kurum ve kuruluşların, özel hukuk tüzel kişilerinin ve gerçek kişilerin uyması gereken usul ve esasları düzenlemektir.

#### **Kapsam**

**Madde 2** — Bu Yönetmelik, bağımsız işyerleri şeklinde veya tıp merkezi, dal merkezi, poliklinik ve özel hastane bünyesinde evde bakım hizmeti sunmak amacıyla açılan sağlık kuruluşları ile bu sağlık kuruluşlarının sahip ve işletenlerini ve evde bakım hizmeti faaliyetlerini kapsar.

#### **Dayanak**

**Madde 3** — Bu Yönetmelik; 11/4/1928 tarihli ve 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, 5/7/1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun 9 uncu maddesinin (c) bendi ve 13/12/1983 tarihli ve 181 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 43 üncü maddesine dayanılarak hazırlanmıştır.

#### **Tanımlar**

**Madde 4** — Bu Yönetmelikte geçen;

- a) Bakanlık: Sağlık Bakanlığını,
- b) **(Değişik 06/11/2007-26692 R.G.)**Genel Müdürlük: Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğünü,
- c) Müdürlük: İl Sağlık Müdürlüğünü,



d) Evde Bakım Hizmeti: 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 sunulmasını,

e) Sağlık Kuruluşu: Evde bakım hizmeti sunmak üzere faaliyet gösteren merkez ve birimi,

f) Merkez: Özel hukuk tüzel kişilerine veya gerçek kişilere ait olup; sadece evde bakım hizmeti sunmak üzere açılan ve faaliyet gösteren müstakil evde bakım merkezini,

g) Birim: Evde bakım hizmeti vermek üzere hastane, tıp merkezi, özel dal merkezi, poliklinik gibi özel sağlık kuruluşları bünyesinde bulunan evde bakım birimini,

h) Tedavi Planı Hastanın tıbbi olarak tedavisini üstlenen hekim tarafından hazırlanan tedavi planını,

ı) Bakım Planı: Evde bakım merkezi/biriminde çalışan hekim dışı sağlık personeli tarafından hazırlanan ve evde bakım hekimi tarafından onaylanan, hastaya verilecek bakım içeriği ve sıklığını detaylı anlatan yazılı planı

ifade eder.

## İKİNCİ BÖLÜM

### Sağlık Kuruluşlarının Türleri ve Açılması

#### **Sağlık Kuruluşu Türleri**

**Madde 5** — Sağlık kuruluşları, faaliyet alanları, verilen hizmetin kapsamına göre altyapı özellikleri ile hizmet veren personelin niteliğine göre, merkez veya birim olarak açılabilirler.

## **Merkezler**

**Madde 6** — Merkezler, tabip sorumluluğunda ve gerekli asgari standart donanım ve personel desteği ile sadece evde bakım hizmetleri verilmek üzere müstakil olarak açılan kuruluşlardır.

## **Birimler**

**Madde 7** — Birimler, hastane, tıp merkezi, özel dal merkezi veya poliklinik olarak ilgili mevzuatına göre ruhsatlandırılmış özel sağlık kuruluşları bünyesinde, bir birim olarak gerekli asgari standart donanım ve personel desteği ile evde bakım hizmetleri sunan kuruluşlardır.

## **Sağlık Kuruluşunun Açılması**

**Madde 8** — Merkezler, özel hukuk tüzel kişiler ve gerçek kişilerce müstakil olarak açılıp işletilebilirler.

Birimler ise, 9/3/2000 tarihli ve 23988 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik hükümlerine göre açılan merkezler, poliklinikler ile özel hastaneler mevzuatı uyarınca ruhsatlandırılan özel hastaneler bünyesinde açılabilir.

Mevzuatında halka sağlık hizmeti sunumu ile ilgili düzenleme yer alan kamu kurum ve kuruluşları ile kamu hastaneleri, bu Yönetmelik kapsamında evde bakım hizmeti verebilirler.

## **Başvuru İçin Gereken Belgeler**

**Madde 9** — Sağlık kuruluşu açacakların bizzat veya mesul müdürleri vasıtasıyla sağlık kuruluşunun unvanı, sahibi veya sahiplerini, faaliyet göstereceği adresi, merkez olarak açılacak ise mesul müdürün, birim olarak açılacak ise birim sorumlusunun ismi, unvanı, hizmet vereceği alanları ve sağlık kuruluşunun açılması ile ilgili işlemlerin başlatılmasını talep eden ve bir örneği Ek-1’de bulunan dilekçe ile Müdürlüğe başvurmaları gerekir.

Dilekçeye ekli olarak başvuru dosyasında bulunması gereken bilgi ve belgeler şunlardır:

a) Sağlık kuruluşunun oda esasında bütün mekanlarının ne amaçla kullanılacağını gösterir en az 1/100 ölçekli onaylanmış plan örneği,

b) Merkez olarak açılacak sağlık kuruluşu bir ticaret şirketi tarafından açılacak ise, şirket ortaklarını gösterir ticaret sicil gazetesinin aslı veya noter tasdikli örneği,

c) Birim olarak faaliyet gösterilecek ise bünyesinde bulunduğu sağlık kuruluşunun uygunluk belgesi/ruhsatnamesinin Müdürlükçe onaylı örneği,

d) Sağlık kuruluşunda çalışacak tüm personelin listesi ile diplomalarının Müdürlükçe onaylı örnekleri, nüfus cüzdanlarının fotokopisi ve ikişer adet vesikalık fotoğrafları,

e) Sağlık kuruluşunda çalışacak bütün sağlık personelinin herhangi bir kamu kuruluşunda görev yapıp yapmadıklarını beyan eden dilekçeleri ile görev yaptıklarını beyan edenlerin dilekçe ekinde görev yaptıkları kamu kurum ve kuruluşlarında 2368 sayılı Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanunda öngörülen tazminatların, söz konusu sağlık personeli için düzenlenecek personel çalışma belgesinin tarihinin bildirilmesinden itibaren, maaşlarından kesilmeye başlanacağını bildirir belgeleri,

f) Sağlık kuruluşunda ve evde bakım hizmeti verecek personelin yanında bulundurulacak asgari araç-gereç ve cihazları gösterir ayrıntılı bir liste,

g) Hizmet alacak kişilerin bakımı ve tedavisi için gerekli olan malzeme ve tıbbi cihazların sağlık kuruluşu tarafından temin edileceğine dair mesul müdür ve sağlık kuruluşu sahipleri tarafından imzalı taahhütname (Ek-2),

h) Evde bakım hizmeti alan kişinin gerekli durumlarda herhangi bir gerekçe göstermeksizin ikinci basamak sağlık kuruluşuna nakledileceğine dair mesul müdür ve sağlık kuruluşu sahipleri tarafından imzalı taahhütname (Ek-3).

## **Açılma İzni**

**Madde 10** — Sağlık kuruluşu açılmak üzere 9 uncu maddeye göre yapılan başvuru, Müdürlük tarafından, başvuru tarihinden itibaren onbeş iş günü içinde dosya üzerinde incelenerek, başvuru dosyasında eksikleri var ise sağlık kuruluşunu açmak isteyenlere bildirilir. Başvuru dosyasında eksiklik yok ise, Müdürlük tarafından sağlık kuruluşunun kuruluş ve faaliyetlerinin bu Yönetmeliğe uygun olup olmadığının incelenmesi ve denetlenmesi için en az bir hekim olmak üzere iki sağlık personeli ile ekip oluşturulur ve bu ekip tarafından sağlık kuruluşu yerinde incelenir.

Bu inceleme sonucunda uygun görülenlere Müdürlük tarafından Ek-4'de yer alan "uygunluk belgesi", Ek-5'de yer alan "mesul müdürlük belgesi" düzenlenir. İlave olarak çalışanların her birine Ek-6'da yer alan "personel çalışma belgesi"nden ikişer nüsha düzenlenir. Düzenlenen bu belgeler ve başvuru dosyasının bir örneği Müdürlükte saklanıp diğer nüshaları sağlık kuruluşu mesul müdürüne imza karşılığında verilir.

Birim olarak faaliyet gösterecek olan sağlık kuruluşları için mesul müdürlük belgesi yerine "birim sorumlusu" belgesi düzenlenir.

Bu Yönetmelik kapsamındaki mevcut sağlık kuruluşunu açanlar ve işletenlerce, şube niteliğinde ikinci bir kuruluşun açılmak istenmesi durumunda, 9 uncu maddede belirtilen şekilde yeniden başvuru yapılır.

Sağlık kuruluşunun diğer şartlarının korunması kaydıyla sadece faaliyet gösterdiği adresin değişmesi durumunda, durumu belirtir dilekçe ve merkezler için 9 uncu maddenin (a) ve (g) bentlerinde, birimler için (a), (c) ve (g) bentlerinde istenilen belgelerle başvuru yapılır.

## **ÜÇÜNCÜ BÖLÜM**

### **Personel Standartları**

#### **Mesul Müdür**

**Madde 11** — Merkezlerde hekim olan bir mesul müdür bulunur. Mesul müdürün bulunmadığı ve merkezin hizmet verdiği saatlerde yetki devri yaptığı bir

hekim bulunur. Mesul müdür sadece bir merkezde mesul müdürlük görevini üstlenebilir. Mesul müdür, idari işlerden bizzat, tıbbi işlemlerden ise diğer hekimler ile birlikte sorumludur. Mesul müdürün idari işlerinden, merkezin işleyişinden ve sunulan sağlık hizmetinin gerektirdiği alt yapı olanaklarının sağlanmasından sağlık kuruluşunun sahipleri de bizzat sorumludurlar.

Mesul müdürün görevleri şunlardır:

- a) Açılış ve işleyiş ile ilgili her türlü izin işlemlerini yürütmek,
- b) İşleyişte tanımlanmış alt yapı ve hizmet kalite standartlarının korunması ve sürdürülmesini sağlamak,
- c) Merkezde görevine son verilen veya ayrılan sağlık personelinin çalışma izin belgelerini en geç bir hafta içerisinde Müdürlüğe iade etmek,
- d) Merkez adına ilgili belgeleri onaylamak,
- e) Tanımlanan düzenlemelerin ilgililer tarafından yerine getirilmesini sağlamak üzere gerekli iş tetkikleri yürütmek,
- f) Denetim sırasında yetkililere gereken bilgi ve belgeleri sunmak ve denetime yardımcı olmak,
- g) Çalışan personelin başta HIV, hepatit markerleri olmak üzere gerekli görülen tetkiklerini ve muayenelerini en az yılda bir defa periyodik olarak yaptırmak,
- h) Sağlık mevzuatında belirtilen ve yetkililerce tanımlanacak diğer görevleri yerine getirmek.

Mesul müdür, merkezin kuruluşu, işleyişi ve denetimi ile ilgili her türlü işleminde Müdürlük ve Bakanlığın birinci derecede muhatabıdır.

Mesul müdür değişiklikleri en geç, yeni mesul müdürün göreve başlayacağı güne kadar Müdürlüğe bildirilir.

Birim sorumlusu, yukarıda belirtilen görevlerin yerine getirilmesinde, evde bakım biriminin bünyesinde bulunduğu sağlık kuruluşunun mesul müdürüne karşı sorumludur.

Evde bakım biriminin bünyesinde bulunduğu sağlık kuruluşunun mesul müdürü, aynı zamanda birim sorumlusu görevini de yapabilir.

### **Hekim**

**Madde 12** — Sağlık kuruluşunda mesul müdür veya birim sorumlusu haricinde en az iki hekim bulunur. Bu hekimlerden en az biri tam zamanlı görev yapmak zorundadır.

Hekim;

a) Hastanın kapsamlı olarak tıbbi değerlendirmesini yaptıktan,

b) Hastanın tanısını koyup ve tedavisini planlayan hekimi ile bağlantı kurarak, gerekli bilgi ve önerileri doğrultusunda tedavi planını hazırlamaktan,

c) Hastaları belli aralıklarla ziyaret ederek, hastaların durumuna ve bakımına ilişkin bilgi toplayarak, gereksinimlerini ve bakım sonuçlarını sürekli değerlendirerek gerektiğinde yeni gereksinim ve sorunlara yönelik hastanın tanısını koyup ve tedavisini planlayan hekimi ile görüşerek yeni tedavi planı düzenlemekten,

d) Hastaya evde bakım hizmeti veren sağlık personeli ile bağlantı kurarak hastanın durumuna göre bakım planındaki değişikliklere yönelik rapor hazırlama ve gerektiğinde hastanın tanısını koyup ve tedavisini planlayan diğer hekimlere bildirmekten,

e) Hasta bakım planları, hasta dosyası ve diğer kayıtların doğru, eksiksiz ve zamanında tutulmasını sağlamaktan,

f) Bakım hizmeti veren personele bilgi ve eğitim vermek, danışmanlık sağlamak, hizmetleri geliştirmeye yönelik kararlar almak ve sorunları tartışmak üzere toplantılar düzenlemekten,

g) Tüm uygulama ve işlemlerin etik kurallara uyularak, hasta hakları doğrultusunda yapılmasını sağlamaktan,

h) Tedavi sırasında kullanılacak ilaçların, tıbbi malzeme ve cihazların sağlanması, uygun koşullarda saklanması, yanlış kullanımının önlenmesi, tıbbi atıkların toplanması ve imhası, bulaşıcı hastalıklardan korunma, bildirim zorunlu hastalıklar ile adli vakaların bildirim konularında evde bakım ekibi üyeleri ile hasta ve hasta yakınlarını bilgilendirmekten,

ı) Evde bakım hizmeti verdikleri kişilere uyguladıkları tıbbi işlemlerden, yapılan işlemlerin hasta dosyalarına işlenmesinden, sağlık kuruluşunun işleyişinde, kendi çalışma alanı ile ilgili aksaklıklar öncelikli olmak üzere gördüğü bütün aksaklıkları mesul müdüre/birim sorumlusuna bildirmekten

sorumludur.

Gece veya gündüz devamlı evde bakım hizmeti verilen hastalar, verilen hizmetlerin niteliğini denetlemek amacıyla hekim tarafından en az haftada bir kez ziyaret edilir ve denetim kayıt altına alınır.

### **Hemşire veya Sağlık Memuru**

**Madde 13** — Sağlık kuruluşunda kadrolu en az dört hemşire veya sağlık memuru görev yapar. İstenirse bu dört personelden biri ebe olabilir.

Hemşire ve sağlık memurunun sorumluluğu şunlardır:

a) Hekimin tedavi için yazılı ve imzalı istemini almak, hemşire formlarına kaydetmek ve uygulamak, uygulama sonuçlarını kaydetmek,

b) Hasta için gerekli özel işlemlerin uygulanmasında hekime ve diğer ekip üyelerine destek sağlamak,

c) Hasta bakım planındaki işleri yapmak, yaşamsal bulgularını değerlendirmek, kaydetmek, değişiklikleri hekime rapor etmek,

d) Tedavi planına göre hastaya oral, parenteral ve haricen verilecek ilaçlarını vermek ve kaydetmek, uygulanan ilaçların etki ve yan etkilerini gözlemek, kaydetmek,

e) Hizmetlerde gerekli olacak araç-gereç, malzemeler için istek yapmak, bunların yeterli ve çalışır şekilde bakımı için görüş bildirmek,

f) Araç-gereçleri kullandıktan sonra temizlemek, dezenfekte eder ve gerektiğinde sterilizasyon için hazırlamak,

g) Hasta ve ailesine, hastalık ile tedavi ve bakımına ilişkin, sınırları önceden hekimi ile birlikte belirlenmiş olarak bilgi vermek,

h) Hasta ve ailesine, gereksinimlerine göre, hastalığa özel, kendi kendine bakım ya da yardımla bakım teknikleri gibi konularda ve genel sağlık konularında eğitim yapmak,

ı) Tüm uygulama ve işlemlerini etik kurallarına uyarak, hasta hakları doğrultusunda uygulamaktır.

### **Diğer Personel**

**Madde 14** — Evde bakım hizmeti veren merkez veya birimin hizmet sunacağı alanla ilgili olarak psikolog, fizyoterapist, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı gibi hekim dışı sağlık personeli bulunabilir. Ancak bunların görev ve sorumlulukları kendi mesleki mevzuatı ile sınırlıdır. Ayrıca bunlara yardımcı olmak üzere bakım destek personeli çalıştırılabilir.

## **DÖRDÜNCÜ BÖLÜM**

### **Fiziki Alt Yapı Standardı ve Donanım**

#### **Binanın İç Mekan ve Fiziki Altyapı Durumu**

**Madde 15** — Merkezler betonarme binada veya ahşap ise müstakil bir binada kurulur. Bütün bölümler aynı bina içerisinde ve birbirlerine bitişik konumda olmak zorundadır. Binada ilgili mevzuat uyarınca yangına karşı güvenlik önlemleri bulunmalıdır.



## **Bölümler**

**Madde 16** — Sağlık kuruluşlarında, asgari olarak aşağıdaki bölümlerin bulunması zorunludur:

a) Başvuru ve müşteri hizmetleri bölümü: En az 20 metrekare genişlikte ve hizmete uygun şekilde döşenmiş mekan olup burada; sağlık kuruluşuna ait uygunluk belgesinin aslı, mesul müdürlük belgesinin aslı, hizmet verilen alanların isimlerinin bulunduğu bir tabela, sağlık kuruluşu ile ilgili şikayetlerin yapılabileceği Müdürlüğün ve meslek odalarının belirlenmiş telefonlarının bulunduğu liste bulunur,

b) Çağrı merkezi: Hasta isteklerini kabul eden çalışanların rahatlıkla hizmet verebileceği, iletişimi sağlayacak telefon, faks, yazıcı, internet bağlantısı ve bilgisayar bulunan mekan,

c) Muayene ve acil odası: Asgari 8 metrekare yüzölçümünde ve içerisinde asgari tıbbi malzemenin ve donanımın bulunduğu ayrı bir oda veya bölünmüş mekan,

d) Malzeme odası:Usulüne uygun olarak tıbbi araç-gereç ve malzemelerin saklanabileceği ve gerekli donanımın bulunduğu bir mekan,

e) Soyunma-giyinme odası: Personel için ayrılmış, rahatlıkla soyunma giyinme yapılabilecek ve kişisel eşyaların konabileceği dolaplar bulunan oda,

f) Atık toplama bölümü: Kişilerin kullanım alanlarından izole edilmiş ve atıklar için kapalı bir konteynır veya kabın bulunduğu alan,

g) Arşiv bölümü: Kişilerin kullanım alanından izole edilmiş kapalı bir bölme veya oda,

Birim olarak açılacak evde bakım hizmeti verecek kuruluşlarda; çağrı merkezi dışındaki bölümler ortak bölüm olarak kullanılabilir.

## **Tıbbi Cihaz, Malzeme ve İlaçlar**

**Madde 17** — Sağlık kuruluşlarında bulundurulması zorunlu asgari tıbbi cihaz, araç gereç ve ilaçlar ile evde bakım hizmeti veren personelin yanında bulunması gereken malzeme ve ilaçlar Bakanlıkça çıkarılacak bir Genelge ile düzenlenir.

## **Tabelalar**

**Madde 18** — Sağlık kuruluşunun bütün oda ve birimlerine ait kapılarında 5 cm. x 20 cm. boyutlarında, oda veya birimin ne amaçla kullanıldığını bildirir tabela bulunur.

Sağlık kuruluşunun dış tabelasında sadece uygunluk belgesinde belirtilen kuruluş ismi ve unvanı yazılır. Tabelalarda ve kullanılan basılı materyaldeki isimlendirmede, "Özel" ibaresini takiben sağlık kuruluşunun ismi ve bu ismi takiben ise bu Yönetmelik hükümlerine uygun olarak Müdürlükçe verilmiş "Evde Bakım Merkezi" unvanı yer alır.

Başka bir tabela ile sağlık kuruluşunda hizmet verilen alanların ve çalışan personelin isimleri, unvanları ve kuruluşun açık olduğu saatler gösterilebilir. Hizmet alanları tabelada uygunluk belgesinde yer alması şartı ile ve sadece uygunluk belgesinde belirtilen şekli ile yer alabilir.

## **BEŞİNCİ BÖLÜM**

### **Çalışma Usul ve Esasları**

#### **Hizmet Sunumu**

**Madde 19** — Evde bakım hizmetinde devamlılık esastır. Bu devamlılık, hastanın talebi ve hizmetin gereklerine göre gece ve gündüz, hafta sonu ve tatil günleri dahil olmak üzere gerektiğinde 24 saat kesintisiz hizmet verilebilecek şekilde olmalıdır. İhtiyaç durumunda belirli saatlerde evde bakım hizmeti verilebilir.

Evde bakım hizmeti almak isteyen kişi, sağlık kuruluşuna bizzat veya telefon ile müracaat edebilir. Çağrı merkezi görevlisi personel hizmet talep eden kişi ile görüşme yapar, gerekli bilgileri verir. İlk görüşmeyi takiben hekim veya hemşire tarafından görüşme yapılır. Hizmet alacak kişinin durumu ve sunulacak hizmet belirlenir. Bakım hizmeti alacak kişi hekim ve hemşire tarafından evde ziyaret edilir, kişinin bakım ihtiyaçları, ev şartları belirlenir. Hekim tarafından evde bakım hizmeti alacak kişinin varsa tanısını koyup ve tedavisini planlayan diğer hekimler ile bağlantı kurulur, tedavi planı alınır ve son olarak da evde bakım planı ve tedavi planı

oluşturulur. Hastanın tanısını koyup ve tedavisini planlayan diğer hekimler bulunmuyor veya bağlantı kurulamıyorsa hizmet alacak kişinin sağlık durumuna göre sağlık kuruluşunun hekimi tarafından muayene edilerek, tanı ve tedavi planı hazırlanır. Hemşire tarafından da bakım planı hazırlanarak hekimin onayına sunulur varsa gerekli değişiklikler yapılarak uygulanacak bakım planı hazırlanır. Gerektiği durumlarda ilgili uzmanlık alanlarındaki uzman hekimlerle hasta konsültasyonu sağlanır.

Evde bakım planına göre hekim dışı sağlık personelinin görev saatleri ve uygulayacakları işlemler belirlenir ve görev dağılımı yapılır.

Sağlık kuruluşu, evde tedavi veya bakımını yapabileceği kişi sayısı ve mevcut personel durumunu dikkate alarak uygun sayıda kişi ile bakım sözleşmesi yapabilir.

### **Laboratuvar ve Radyolojik Görüntüleme Hizmetleri**

**Madde 20** — Sağlık kuruluşları isterse tıbbi tahlil laboratuvar hizmetlerini 19/3/1927 tarihli ve 992 sayılı Seriri Taharriyat ve Tahlilat Yapılan ve Masli Teamüller Aranılan Umuma Mahsus Bakteriyoloji ve Kimya Laboratuvarları Kanun hükümlerine uygun olarak Bakanlık tarafından ruhsat verilmiş laboratuvar hizmeti sunan özel tıbbi tahlil laboratuvarları; radyolojik görüntüleme hizmetlerini ise 19/4/1937 tarihli ve 3153 sayılı Radyoloji, Radyom ve Elektrikle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanun hükümlerine uygun olarak Bakanlık tarafından ruhsat verilmiş radyoloji laboratuvarları ile sözleşme yaparak sunabilirler.

Birimler, varsa bünyesinde bulunduğu sağlık kuruluşunda faaliyet gösteren ruhsatlı tıbbi tahlil ve/veya radyoloji laboratuvarından hizmet alabilir.

### **Acil Hizmetler**

**Madde 21** — Sağlık kuruluşları evde bakım hizmeti sundukları kişilerin acil durumlarında ambulans ile en uygun bir sağlık kuruluşuna naklini yapmak/yaptırmak ile yükümlüdür. Evde bakım merkezi bünyesinde ambulans bulundurabilir veya her türlü acil durumlarda başvurulması için bir ambulans şirketi ile sözleşme yapabilir.

## **Tıbbi Cihaz Hizmetleri**

**Madde 22** — Merkez veya birimler, evde bakım hizmeti verdikleri sırada gerekli olabilecek oksijen, oksijen konsantretörü, pulse oksimetre, her türlü solunum araçları, ortopedik malzemeler, havalı yatak, hasta karyolası, tekerlekli sandalye gibi cihazları sağladıkları taktirde bu cihazların kalibrasyon, temizlik ve kontrollerinden de sorumludur. Bu hizmeti, tescilli distribütör veya üreticilerden sağladığı taktirde bu firmalarla yaptığı sözleşmeleri belgelemekle yükümlüdür.

## **Kıyafet**

**Madde 23** — Evde bakım hizmeti veren sağlık personeli, ev ziyaretlerinde mesleğine ve hizmetlerine uygun önlük veya üniforma giymek ve adını, soyadını, unvanını veya mesleğini belirten fotoğraflı ve mesul müdürün imzasını taşıyan bir yaka kartı takmak zorundadır.

## **ALTINCI BÖLÜM**

### **Kayıt ve Bildirim Sistemi**

## **Kayıtlar**

**Madde 24** — Sağlık kuruluşundan hizmet alan her kişinin bir dosyası bulunur.

Açılacak dosyanın içerisinde hastanın tanısını koyup ve tedavisini planlayan hekim veya hekimlerin istekleri, tanıları, evde bakım hizmeti veren sağlık ekibinin takip notları, görüşleri, laboratuvar ve görüntüleme tetkik sonuçları ve diğer tıbbi bilgiler olacaktır. Bu dosya hastanın tedavi ve tıbbi durumunu ve gelişimini devamlı kaydetmek amacıyla kullanılacaktır.

Hasta, dosyasındaki bilgileri görmeyi istediği herhangi bir zamanda talep edebilir. Hastanın hakları ve sorumluluklarıyla ilgili bilgiler bir dosya halinde hastaya sunulacaktır.

Evde tedavi ve bakım süresince hastanın yanında tutulan hasta dosyaları hizmet tamamlanınca sağlık kuruluşunun arşivine kaldırılır.

## **Hastalara Verilecek Belgeler**

**Madde 25** — Sağlık kuruluşları, hastalarca istenirse aşağıdaki belgeleri ücretsiz olarak vermek zorundadırlar:

- a) Hasta için kullanılıp bedeli hastadan alınan pansuman malzemesinin tür ve miktarını gösterir liste,
- b) Röntgen filmleri ve bunlara ait raporları (Adli olaylara ait olanların asılları verilmez),
- c) Hastaların klinik ve laboratuvar bulguları, hastalığın tanısı ve seyri, yapılan inceleme, tedaviye ve sonucuna ilişkin olarak düzenlenen ve hekim tarafından imzalanan bir sonuç özeti.

## **YEDİNCİ BÖLÜM**

**Hastanın Evde Bakıma Kabulü ve Evde Bakımdan Taburcu Edilmesi**

### **Hastanın Evde Bakıma Kabulü**

**Madde 26** — Aşağıdaki durumlara uyan hastalara evde bakım hizmeti verilebilir:

- a) Sağlık kuruluşunda, hastanın veya hastanın tıbbi durumu onay vermeye elverişli değilse kanuni temsilcilerinin bilgilendirilmiş onay formu ile rızası alındıktan sonra işlem yapılır.
- b) Evde bakım hizmeti için kabul edilen hastalar, mevzuat tarafından belirlenen hakları korunacak şekilde, hasta hakları ve yükümlülükleri ve hizmet içeriği konusunda bilgilendirilir. Hastanın kendisi veya kendisi karar verme yetisine sahip değilse kanuni temsilcisi, sunulacak hizmetin varsa riskleri konusunda her türlü bilgiyi almaya ve değerlendirme yaptıktan sonra hizmeti kabul etmeme hakkına sahiptir.
- c) Evde bakım hizmeti almak isteyen hasta kendi hekimi tarafından takip altında olmalıdır. Kendisini takip eden bir hekimi olmayan hastalar, sağlık

kuruluşunun evde bakım hizmeti sunan hekimleri tarafından ve gerekirse konsültan hekimler tarafından değerlendirilir ve bir hekim atanır.

d) Evde bakım hizmeti için, hasta ve/veya hasta ailesi tarafından istem yapılabilir. Bu durumda evde bakıma uygunluğu ve tedavi sorumluluğu açısından hastanın durumu tanısını koyup ve tedavisini planlayan hekim veya evde bakım hekimi tarafından değerlendirilir. Planlamada yapılacak değişiklikler ya da ileri düzey yeni hizmet seçenekleri için hekim onayı alınır.

e) Hasta evindeki fiziksel ortam ve ekipman, güvenli ve etkin bakım vermeye uygun olmalıdır.

f) Hastanın ırkı, rengi, inancı, cinsiyeti, doğum yeri, etnik kökeni, yaşı, zihinsel ya da bedensel engeli ve iletişim rahatsızlığı, kabul açısından hiçbir şekilde olumsuz etken olarak değerlendirilemez.

g) Hasta bakımı açısından sağlık kuruluşu tarafından önerilen tedavi planının kabul edilmemesi durumunda, bu tedavi planının uygulanmamasının yol açabileceği riskler anlatılarak hizmetin kabul edilmediğine ilişkin yazılı beyan istenir.

### **Hastaya Verilen Evde Bakım Hizmetinin Sonlandırılması**

**Madde 27** — Aşağıdaki durumlarda, evde bakım hizmeti sonlandırılır veya hasta yataklı tedavi kurumlarına transfer edilir:

a) Evde bakım hizmeti sunulan hastanın uygulanan tedavi ile iyileşerek tedavi gerekliliğinin ortadan kalkması,

b) Hastaya özgü hazırlanan bakım planlarında belirlenen amaçlara ulaşılması,

c) Evde bakım hizmeti sunulan hasta için uygulanacak ilaç, bakım ve tedavinin, belli bir aşamadan sonra sağlık personeli gerektirmeden uygulanabilecek hale gelmesi,

d) Evde bakım hizmeti için tıbbi açıdan gerekli ekipman veya eğitimli sağlık personelinin tam olarak sağlanamaması,

e) Evde bakım hizmeti sunulan hastanın, hastaneye yatırılma endikasyonunun ortaya çıkması,

f) Hasta veya temsilcilerinin hizmeti sonlandırmak istemesi.

### **Evde Bakım Hizmeti Verilemeyecek Durumlar**

**Madde 28** — Aşağıdaki durumlarda hastalar evde bakım hizmetine kabul edilemezler:

a) Talep edilen tedavinin, sağlık personeli eşliğinde uygulanacak olsa bile, ev ortamında yapılabilmesi açısından sağlık kuruluşu hekimi tarafından tıbbi kontrindikasyon bulunması,

b) Hasta ve hastalık grubunun evde tedavisi için tıbbi açıdan gerekli ekipman veya eğitimli sağlık personelinin sağlık kuruluşu tarafından sağlanamaması,

c) Akıl ya da ruh hastalığından veya madde bağımlılığından dolayı mahkemelerce hastanelerde tıbbi gözlem ve/veya tedavi altına alınmasına karar verilmesi.

Hastanın veya ailesinin tedavi/bakım planına ve çalışma şartlarına uymaması, kendi sorumluluklarını yerine getirmemesi ya da evde bakım hizmeti sunan personeline karşı uygunsuz ya da suç teşkil edecek davranışta bulunması durumunda sağlık kuruluşu tek taraflı olarak hizmeti durdurabilir ve hizmet sözleşmesini sona erdirebilir.

## **SEKİZİNCİ BÖLÜM**

### **Çeşitli ve Son Hükümler**

#### **Denetim**

**Madde 29** — Sağlık kuruluşlarının denetimi; Müdürlük tarafından oluşturulan bir hekim, bir hemşire olmak üzere en az iki sağlık personeli tarafından gerçekleştirilir. Olağan denetimler, şikayet, soruşturma ve Bakanlık merkez teşkilatının veya Müdürlüğün talebi üzerine yapılacak olağan dışı denetimler hariç olmak üzere, en az altı ayda bir yapılır. Denetimlerde Ek-7'de yer alan Denetleme

Formu kullanılır. Denetim ile ilgili bulgular ve sonuçlar Müdürlüğe ait teftiş ve denetim defterine yazılır.

Olağan denetimler, düzenli aralıklarla gerçekleştirilir. Bu denetimlerde tespit edilen eksiklikler için, denetim formunda eksikliğin giderilmesi için verilecek süre sütununda belirlenen süreler verilir. Bu süre içerisinde, belirlenen eksikliğini gidermediği tespit edilen sağlık kuruluşuna, denetim formunda eksikliğin devamında verilecek faaliyet durdurma süresinde belirlenen süre boyunca faaliyet durdurması uygulanır. Bu şekilde faaliyeti geçici olarak durdurulan sağlık kuruluşu, verilen süre sonunda; süresiz durdurulan ise üç ay içerisinde eksikliklerini gidermediği takdirde sağlık kuruluşunun uygunluk belgesi iptal edilip geri alınır.

Denetimlerde, Denetim Formundaki birden çok eksikliğin aynı anda tespit edildiği durumlarda, eksikliklerin giderilmesi için tanınacak süre veya eksiklikler giderilmediğinde uygulanacak faaliyeti durdurma süresi, Formda belirlenen en uzun süredir.

Sağlık kuruluşunun görevlendirdiği hekim dışı sağlık personeli tarafından hastaya verilen evde bakım hizmetleri; Müdürlük tarafından görevlendirilecek bir sağlık personeli başkanlığında; tabip odası temsilcisi ile hekim dışı sağlık personeli temsil eden derneklerden bir temsilciden oluşturulacak bir ekip ile denetlenir. Denetim, şikayet, soruşturma ve Bakanlık merkez teşkilatının veya Müdürlüğün talebi üzerine yapılacak olağan dışı denetimler hariç olmak üzere en az üç ayda bir, her bir sağlık kuruluşu tarafından en az iki hastaya verilen hizmet yerinde denetlenir. Denetim sonucu bir rapor hazırlanarak Müdürlüğe sunulur. Rapor Müdürlük tarafından değerlendirilerek sağlık kuruluşu hakkında mevzuat doğrultusunda gerekli işlemler uygulanır.

Denetim formunda belirtilen geçici süreli kapatmalarda, sağlık kuruluşunun hizmet verdiği hastalar bilgilendirilir. Hastaların talep etmeleri halinde, sağlık kuruluşunun teklif edeceği ve Müdürlük tarafından uygun görülen bir özel sağlık kuruluşunun gözetiminde hastaya geçici olarak hizmet verilmeye devam edilir. Bu hizmet ile ilgili olarak sağlık kuruluşu tarafından hastadan ek bir ücret talep edilemez.



ve yapılacak tüm harcamalar geçici süreli kapatılan sağlık kuruluşu tarafından karşılanır.

### **Tanıtım ve Bilgilendirme**

**Madde 30** — Sağlık kuruluşları, insanları yanıltıcı, paniğe sevk edici, yanlış yönlendirici, benzer nitelikteki kuruluşlar ve çalışanları arasında haksız rekabete yol açıcı davranışlarda bulunamazlar.

Ancak, sadece sağlık kuruluşundan evde bakım hizmeti talep eden kişilerin kullanımına yönelik olarak, temel olarak sağlığı geliştirici ve koruyucu nitelikte, faaliyet gösterdiği alan ile ilgili sağlık sorunları, bu sorunlardan korunma veya sağlık sorunlarının kişide meydana getirdiği olumsuzlukların şahsi tedbirler aracılığı ile giderilmesi veya azaltılması hakkında bilgiler içeren eğitim materyalleri hazırlayabilirler.

Sağlık kuruluşları ve çalışanları, yukarıda açıklanan hususlara riayet etmek şartıyla tanıtım ve bilgilendirme niteliğindeki her türlü faaliyetleri için Müdürlükten izin almak zorundadır.

### **Yasaklar**

**Madde 31** — Sağlık kuruluşları ile personeli aşağıdaki hususlara uymak zorundadır.

- a) Sağlık kuruluşları uygunluk belgesi almadan faaliyette bulunamaz.
- b) Müdürlükçe adlarına personel çalışma belgesi düzenlenmemiş personel, her ne surette olursa olsun, sağlık kuruluşunda çalıştırılmaz.
- c) Sağlık kuruluşunda çalışan hekim ve diğer sağlık personeli başka bir özel sağlık kuruluşunda çalışamaz ve çalıştırılmaz.
- d) Sağlık kuruluşu bir şirket ise, şirketin faaliyetine giren genel sağlık hizmetleri dışındaki diğer işler sağlık kuruluşunda yapılamaz.
- e) Birimlerde görevli asgari personel, birimin bünyesinde bulunduğu sağlık kuruluşunun başka bir bölümünde geçici de olsa görevlendirilemezler.

f) Sağlık kuruluşları vatandaşın yanlış algılamasının ve haksız rekabetin önlenmesi amacıyla; resmi sağlık kuruluşlarınca kullanılan isimleri ticari isim olarak kullanamaz ve tabelalarında belirtmezler.

g) Sağlık kuruluşları tıbbi ve etik gerekleri yerine getiremeyeceği sayıda hasta ile sözleşme yapamaz, bakımını ve tedavisini üstlenemez.

h) Hasta ile ilgili sonuçlar, hastanın yakınları, rızayı verenler; teftiş ve mahkeme istekleri hariç olmak üzere hiçbir şekilde üçüncü kişilere bildirilemez.

### **Ek Düzenlemeler**

**Madde 32** — Bu Yönetmelikte belirtilen asgari araç-gereç, tıbbi malzeme ve donanım, her türlü kayıt defterleri, hasta dosyasında bulunması gerekli formlar, sağlık kuruluşlarının bildirimleri ve bu Yönetmelikte belirtilmeyen işleyiş ile ilgili diğer usul ve esaslar, bu Yönetmeliğin yayımı tarihinden itibaren en geç iki ay içinde Bakanlıkça çıkarılacak bir Tebliğ ile düzenlenir.

### **Müeyyideler**

**Madde 33** — Bu Yönetmelikte belirlenen usul ve esaslara uymayanlar ile yasalara aykırı hareket edenlere bu Yönetmelikte öngörülen müeyyideler uygulanır; bunlar, cezai ve hukuki sorumlulukları bakımından genel hükümlere tabidir.

**Geçici Madde 1** — Bu Yönetmeliğin yürürlüğe girmesinden önce faaliyete geçmiş olan sağlık kuruluşları, bu Yönetmeliğin yürürlüğe girdiği tarihten itibaren en geç üç ay içerisinde, bu Yönetmelik hükümlerine uygun hale getirilir. Yapılan denetimler sonucunda uygunluğu sağlamamış olduğu anlaşılan sağlık kuruluşlarının faaliyetleri, eksiklikleri veya aykırılıkları giderilinceye kadar Müdürlükçe durdurulur.

### **Yürürlük**

**Madde 34** — Bu Yönetmelik yayımı tarihinde yürürlüğe girer.

### **Yürütme**

**Madde 35** — Bu Yönetmelik hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür.

## ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

<b>Adı</b>	Nurcan	<b>Soyadı</b>	COŞKUN
<b>Doğum Yeri</b>	Isparta	<b>Doğum Tarihi</b>	28.01.1985
<b>Uyruğu</b>	T.C	<b>TC Kimlik No</b>	24943433350
<b>E-mail</b>	<a href="mailto:nurcan_coskun@yahoo.com">nurcan_coskun@yahoo.com</a>	<b>Tel</b>	0 530 333 67 28

### Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
<b>Lisans</b>	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Biyoloji Bölümü	2007
<b>Lise</b>	Y.D.A.L Burdur Cumhuriyet Lisesi	2003

### İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1. Kontrol Teşkilatı ve Hakediş Birimi	İstanbul Sağlık A.Ş Kadın ve Aile Sağlığını Koruma Hizmetleri Projesi	(2008- )

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	Çok İyi	İyi	İyi

### Yabancı Dil Sınav Notu #

KPDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE
50								

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
<b>ALES Puanı</b>	63,823	66,177	67,074

**Bilgisayar Bilgisi**

<b>Program</b>	<b>Kullanma becerisi</b>
Microsoft Office 2007 ; Excel, Word, Power Point, Access, İnternet	Çok İyi

**Yayınlar**

Hastane Dergisi	Türkiye' de Evde Bakım Hizmetleri	Temmuz-Ağustos 2010 Sayı : 65
-----------------	-----------------------------------	-------------------------------



**MARMARA ÜNİVERSİTESİ**

**Sağlık Bilimleri Enstitüsü Klinik Araştırmalar**

**Ön Değerlendirme Komisyonu**

**PROJENİN ADI:** Evde Sağlık Hizmetlerinde Yaşam Kalitesi ve Hasta Memnuniyeti


**PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ:** Doç. Dr. Nural BEKİROĞLU

**PROJEDEKİ ARAŞTIRICILAR:** Nurcan COŞKUN

**ONAY TARİHİ VE ONAY SAYISI:** 30.03.2011 – 07

**Sayın Doç. Dr. Nural BEKİROĞLU**

35 protokol nolu “Evde Sağlık Hizmetlerinde Yaşam Kalitesi ve Hasta Memnuniyeti” isimli projeniz Enstitümüzün ön değerlendirme komisyonunda incelenmiş ve araştırmanın Komisyonumuzun ön değerlendirme kriterlerine uygunluğuna karar verilmiştir.


  
Doç. Dr. Ebru IŞIK ALTURFAN  
Komisyon Başkan Yardımcısı

  
Prof. Dr. Gül AYANOĞLU DÜLGER

Prof. Dr. Refika ERSU


  
Doç. Dr. Asım CİNGİ

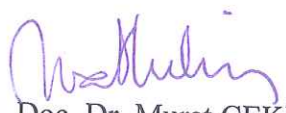
Yrd. Doç. Dr. Mustafa TAŞDEMİR

  
Prof. Dr. Gülten Z. OMURTAG  
Komisyon Başkanı

  
Prof. Dr. Bahar GÜRSOY

  
Prof. Dr. Can İKİZLER

  
Doç. Dr. Oğuzhan DEYNELİ

  
Yrd. Doç. Dr. Murat ÇEKİN

Öğr. Gör. Dr. Tolga GÜVEN