

**AVRASYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ BİRİMİNDEN HİZMET ALANLARIN
HİZMETTEN FAYDALANMA DURUMLARININ YAŞAM
KALİTELERİNE ETKİSİ: İSHAKOĞLU ÇAYELİ VE RİZE DEVLET**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Derya ERDOĞDU

ARALIK 2019

TRABZON

**AVRASYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ BİRİMİNDEN HİZMET ALANLARIN
HİZMETTEN FAYDALANMA DURUMLARININ YAŞAM KALİTELERİNE
ETKİSİ: İSHAKOĞLU ÇAYELİ VE RİZE DEVLET HASTANESİ ÖRNEĞİ**

Derya ERDOĞDU

Avrasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünde

“YÜKSEK LİSANS TEZİ”

Unvanı Verilmesi İçin Kabul Edilen Tezdir

Tezin Enstitüye Verildiği Tarih : 06/03/2020

Tezin Savunma Tarihi : 25/12/2019

Tez Danışmanı: Dr. Öğretim Üyesi Osman YILDIZLAR

Trabzon 2019

T.C.
AVRASYA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğü

KABUL VE ONAY

Avrasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans programı çerçevesinde ve Dr. Öğretim Üyesi Osman YILDIZLAR danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Derya ERDOĞDU tarafından hazırlanan “Evde Sağlık Hizmetleri Biriminden Hizmet Alanların Hizmetten Faydalanma Durumlarının Yaşam Kalitelerine Etkisi: İshakoğlu Çayeli ve Rize Devlet Hastanesi Örneği” başlıklı bu çalışma, Enstitü Yönetim Kurulunun 10/ 12 / 2019 gün ve 28 sayılı kararıyla oluşturulan jüri tarafından yapılan sınavda Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Prof.Dr.Gülay YEGİNOĞLU

Jüri Başkanı

Dr.Öğr.Üyesi Belkız KIZILTAN

Üye

Dr.Öğr.Üyesi Osman YILDIZLAR

Üye

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylıyorum.

Prof.Dr.Mehmet TÜFEKÇİ

Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Günümüz sağlık hizmetlerinin önemli bir parçası olan ve sağlık hizmetlerinin verilmesinde alternatif bir yol olarak karşımıza çıkan evde sağlık hizmetleri; bu hizmete ihtiyaç duyan hastaların kendi yaşam ortamlarında ailelerinin yanında var olan sağlık durumlarının devamını sağlama ya da daha iyi duruma getirmek için organize edilen ve sağlık profesyonellerince verilen bakım hizmetlerini kapsar. Bu hizmetin sadece sağlık kuruluşlarında değil hastaların onların yaşam ortamlarında hakkaniyetle kolayca erişilebilir bir şekilde verilmesi alınan tedavinin başarısını ve yaşam kalitesini pozitif yönde etkileyecektir.

Dünyada artan bir ivme ile evde bakım gereksinimi artmaktadır. Evde bakım her ülkenin kendi koşulları içinde yapılan organizasyonlarla verilmektedir. Ülkemizde bu hizmet aile hekimleri, aile sağlığı merkezleri, belediyeler, kamu ve özel hastanelerde verilmektedir.

Bu çalışma İshakoğlu Çayeli ve Rize Devlet Hastanesi Evde Sağlık Birimlerinden hizmet alan hastaların hizmetten faydalanma durumlarının yaşam kaliteleri üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Derya ERDOĞDU

Trabzon 2019

TEZ BEYANNAMESİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “**Evde Sağlık Hizmetleri Biriminden Hizmet Alanların Hizmetten Faydalanma Durumlarının Yaşam Kalitelerine Etkisi: İshakoğlu Çayeli Ve Rize Devlet Hastanesi Örneği**” başlıklı bu çalışmayı baştan sona kadar danışmanım Dr. Öğretim Üyesi Osman YILDIZLAR’ın sorumluluğunda tamamladığımı, verileri/örnekleri kendim topladığımı, deneyleri/analizleri ilgili laboratuvarlarda yaptığımı/yaptırdığımı, başka kaynaklardan aldığım bilgileri metinde ve kaynakçada eksiksiz olarak gösterdiğimi, çalışma sürecinde bilimsel araştırma ve etik kurallara uygun olarak davrandığımı ve aksinin ortaya çıkması durumunda her türlü yasal sonucu kabul ettiğimi beyan ederim (25/12/2019)

(İmza)

Derya ERDOĞDU

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
KABUL VE ONAY	III
ÖNSÖZ	IV
TEZ BEYANNAMESİ	V
İÇİNDEKİLER	VI
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	VIII
TABLolar DİZİNİ	IX
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	XI
ÖZET	XII
ABSTRACT	XIII
1.GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Yaşlanma ve Yaşlılık	3
2.2. Dünyada Yaşlılık.....	4
2.3. Türkiye’de Yaşlılık	4
2.4. Evde Sağlık Hizmetleri	6
2.4.1. Evde Sağlık Hizmetlerinin Amacı	7
2.4.2. Dünyada Evde Sağlık Hizmetleri.....	7
2.4.3. Türkiye’de Evde Sağlık Hizmetleri	8
2.4.4. Evde Sağlık Hizmetlerine Başvuru	10
2.4.5. Evde Sağlık Hizmetlerinin Faydaları	10
2.4.6. Evde Sağlık Hizmetlerinde Karşılaşılan Sorunlar.....	11
2.5. Kalite, Yaşam Kalitesi Ve Evde Sağlık Hizmetlerinde Yaşam Kalitesi	12
2.5.1. Yaşam Kalitesi Kavramı	13
2.5.2. Yaşam Kalitesi Boyutları	13
2.5.3. Sağlık Perspektifinden Yaşam Kalitesi.....	14
2.5.4. Evde Sağlık Hizmetlerinde Yaşam Kalitesi	16
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	18
3.1. Yöntem.....	18
3.2. Araştırma Modeli ve Hipotezleri	18
3.3. Araştırmanın Değişkenleri	20
3.3.1. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri	20
3.3.2. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri	20

3.4. Araştırmanın Etik Yönü	20
3.5. Çalışmanın Evreni	21
3.6. Çalışmanın Örneklemi	21
3.7. Veri Toplama Tekniği	21
3.7.1. Veri Toplama Araçlarının Güvenirliği	24
3.7.2. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi	24
3.8. Maliyet Analizi	25
4. BULGULAR	28
5. TARTIŞMA	40
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	43
7. KAYNAKÇA	45
EKLER	50

ŞEKİLLER DİZİNİ

	<u>Sayfa No</u>
Şekil 1. Dünya Nüfus Piramidi: 2000 ve 2050	4
Şekil 2. Yaş Piramitleri Türkiye 1935, 2000 ve 2050.....	5
Şekil 3. Sağlık Boyutlarının Olası Hiyerarşik Yapısı	15
Şekil 4. Yaşam Kalitesi ve Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler	16
Şekil 5. Çalışma Modeli.....	18
Şekil 6. EQ-5D İndeks Skorun Şekilsel Gösterimi	23



TABLolar DİZİNİ

	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1. Soru Setlerinin Güvenirlik Analiz Sonuçları	24
Tablo 2. Hastane, Özel Hemşire Tesisi ve Evde Bakım Harcamalarının Karşılaştırılması	25
Tablo 3. Hasta Bakım Maliyetlerinin Ev ve Hastane Ortamına Göre Karşılaştırılması	26
Tablo 4. Evde Sağlık Hizmetinin Sağlık Tesisinde / Evde Sağlık Biriminden Hizmet Alma Ücret Karşılaştırması.....	26
Tablo 5. Evde Sağlık Hizmetleri Fatura Verileri (2017 Ocak-Haziran)	27
Tablo 6.Katılımcıların Cinsiyet Durumlarına Göre Dağılımı	28
Tablo 7. Katılımcıların Yaş Dağılımları	28
Tablo 8. Katılımcıların Sosyal Güvence Durumları.....	29
Tablo 9. Katılımcıların Medeni Durum	29
Tablo 10. Katılımcıların Yaşadığı Yer.....	29
Tablo 11. Katılımcıların Yaşanılan Yerin Evde Sağlık Hizmetlerine Uzaklığı(km)	29
Tablo 12. Katılımcıların Bu Hizmeti Almalarına Neden Olan Hastalıklar Dağılımı.....	30
Tablo 13. Katılımcıların Aylık Ortalama Gelir Durumları	31
Tablo 14. Katılımcıların İkamet ve Refakatçi Durumları	31
Tablo 15. Katılımcıların Evde Sağlık Hizmeti Almak İçin İlk Başvuru Şekli.....	31
Tablo 16. İlk Başvurudan Hizmeti Alana Kadar Geçen Süre	32
Tablo 17. Katılımcıların Evde Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma Durumlarının Dağılımı	33
Tablo 18. EQ-5D Ölçeği Boyutlarına Verilen Cevapların Dağılımı.....	34
Tablo 19.Hizmetten Faydalanma, EQ-5D Yaşam Kalitesi ve VAS Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Cinsiyet Değişkeni İle Karşılaştırılması.....	34
Tablo 20.Hizmetten Faydalanma, EQ-5D Yaşam Kalitesi ve VAS Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Yaş Değişkeni İle Karşılaştırılması.....	35
Tablo 21.Hizmetten Faydalanma, EQ-5D Yaşam Kalitesi ve VAS Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Medeni Durum Değişkeni İle Karşılaştırılması	36
Tablo 22.Hizmetten Faydalanma, EQ-5D Yaşam Kalitesi ve VAS Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Yaşanılan Yer Değişkeni İle Karşılaştırılması	36
Tablo 23.Hizmetten faydalanma, EQ-5D Yaşam Kalitesi ve VAS Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Yaşanılan Yerin Evde Sağlık Hizmetleri Birimine Uzaklığı Değişkeni İle Karşılaştırılması.....	37
Tablo 24.Hizmetten faydalanma, EQ-5D Yaşam Kalitesi ve VAS Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Aylık Ortalama Gelir Değişkeni İle Karşılaştırılması.....	38

Tablo 25. Hizmetten faydalanma, EQ-5D Yaşam Kalitesi ve VAS Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin İkamet Ve Refakatçi Durum Değişkeni İle Karşılaştırılması.....	38
Tablo 26. Hizmetten Faydalanma ve EQ-5D İndeks Skoru İlişkisi.....	39
Tablo 27. Hizmetten Faydalanma ve VAS Yaşam Kalitesi Skor.....	39
Tablo 28. Yaşam Kalitesi Ölçekleri ile Yapılan Diğer Çalışmalar	42



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	:Amerika Birleşik Devletleri
ADSM	:Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi
ALS	:Amyotrofik lateral skleroz
CVA	:Cerebrovascular accident
C	:Cilt
DSÖ(WHO)	:Dünya Sağlık Örgütü
Ed.	:Editör
KOAH	:Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
S.	:Sayı
s.	:Sayfa Numarası
SPSS	:Statistical Package for the Social Sciences
TKHK	:Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna
VAS	:Visual Analogue Scale

Yüksek Lisans Tezi

ÖZET

**EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ BİRİMİNDEN HİZMET ALANLARIN
HİZMETTEN FAYDALANMA DURUMLARININ YAŞAM KALİTELERİNE
ETKİSİ: İSHAKOĞLU ÇAYELİ VE RİZE DEVLET HASTANESİ ÖRNEĞİ**

Derya ERDOĞDU

Avrasya Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı

Danışman: Dr. Öğretim Üyesi Osman YILDIZLAR

2019, 62 (Tez Sayfa), 6 (Ek Sayfalar)

Amacı; İshakoğlu Çayeli ve Rize Devlet Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Birimlerinden hizmet alanların bu hizmete erişilebilirlik düzeylerini, hizmetten faydalanma durumlarını ve alınan hizmetin yaşam kalitesi üzerine etkilerini belirlemeye yönelik olan bu çalışma kesitsel ve tanımlayıcı araştırma modelinde yapılmak üzere tasarlandı. Çalışmada veriler iki farklı anket seti kullanılarak toplandı. Bunlardan birincisi, İncesu ve arkadaşları tarafından oluşturulmuş soru seti diğeri ise Batı Avrupa Yaşam Kalitesi Araştırma Topluluğu olan EuroQol grubu tarafından geliştirilen EQ-5D yaşam kalitesi ölçeğidir. Örneklem seçimi için tam sayım yöntemi benimsendi ve evrenin bütününe ulaşılmak hedeflendi. Çalışmada veriler, SPSS for Windows 16,0 paket programında değerlendirildi. Değerlendirme sürecinde tanımlayıcı istatistiksel metotlara ek olarak değişkenlerin normal dağılıp dağılmadığına bakmak için Shapiro-Wilk, normal dağılım göstermeyen sürekli değişkenlerin analizinde Mann Whitney-U ve Kruskall Wallis testleri, ölçekler arası ilişkinin ortaya çıkartılmasında ise Sperman Korelasyon testi uygulandı. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p<0,05$ düzeyinde değerlendirildi. Çalışmada; hastaların verilen hizmetten üst düzeyde faydalandıkları, hizmete rahatlıkla erişebildikleri ve hizmetten faydalanma durumları ile yaşam kalitesi ölçeği arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı, buna karşın VAS yaşam kalitesi skoru arasında pozitif yönlü bir ilişkinin olduğu ve çalışma modelinden hareketle oluşturulan toplam 23 hipotezden ise 17'si kabul 6'sı red edildi.

Anahtar Kelimeler: Evde Sağlık Hizmetleri, Hizmetten Faydalanma, Yaşam Kalitesi

Master Thesis

ABSTRACT

**EFFECTS OF QUALIFICATIONS OF SERVICE BENEFITS ON LIFE
QUALITY OF SERVICE FIELDS FROM HOME HEALTH SERVICES UNIT:
ISHAKOGLU CAYELI AND RİZE STATE HOSPITAL SAMPLE**

Derya ERDOĞDU

Avrasya University

Institute of Medical Sciences

Nursing Department

Supervisor: Dr. Öğretim Üyesi Osman YILDIZLAR

2019, 62 Pages, 6 Appendix

Objectives; Ishakoglu Cayeli and Rize State Hospital this study is designed to determine the accessibility levels of the services of the Health Care Services Unit at home and the effects of service utilization and the quality of life of the service received in a cross-sectional and descriptive research model. In the study, data were collected using two different questionnaire sets. The first set of questionnaires created by Incesu et al. And the other is the EQ-5D quality of life scale developed by the EuroQol group, the Western European Quality of Life Research Group. For the selection of the sample, the method of counting was adopted and it was aimed to reach the whole of the universe. The study was evaluated in SPSS for Windows 16.0 package program. Shapiro-Wilk, Mann Whitney-U and Kruskall Wallis tests were used in the analysis of continuous variables without normal distribution, and Sperman Correlation test was used in determining the relationship between the scales in addition to the descriptive statistical methods in the evaluation process. The results were evaluated in a 95% confidence interval and a significance level of $p < 0.05$. Study; There is a positive relationship between the VAS quality of life score and the fact that the patients are benefited at the highest level of the service provided, the service is easily accessible and there is no significant relationship between the service utilization status and the quality of life scale and 23 hypotheses generated from the working model, 17 were rejected and 6 were rejected.

Keywords: Home Health Care Services, Service Benefit, Quality of Life

1.GİRİŞ

Günümüzde teknolojinin gelişmesine bağlı olarak yaşam süresinin uzaması, kanser ve kronik hastalıkların ivmelenerek artması, ülkelerin sağlık hizmetlerini etkin yürütülmesi için katlanılan maliyetlerin artmasına neden olmaktadır. Yaşam süresinin her geçen yıl artış göstermesi, kanser ve kronik hastalıkların görülme sıklığının artışı hastanelerin kapasitelerini zorlamakta, çoğu zamanda bu kapasitenin üzerine çıkmaktadır. Hastaların rahatsızlıklarına göre tedavilerinin optimum şekilde yapılması hastanelerde gerçekten tedaviye gerek duyulan hasta grubu için yapılmasını gerektirmektedir. Hastanelerde gereksiz yoğunluk gerek maliyetleri artırmakta gereksede alınan hizmetin kalitesini düşürerek sonuçta hastaların yaşam kalitelerini olumsuz etkilemektedir [1-3].

Hastanelerde gereksiz hasta kabullerinin ve yoğunluğun azaltılması için alternatif yollardan biri olan evde sağlık hizmetleri, günümüz de tercih edilen bir sağlık hizmeti olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu hizmetin ihtiyaç sahiplerine adil, şeffaf, etkili, etkin, eğitilmiş personel ile kolayca erişilebilecek şekilde sosyal devlet anlayışı içinde verilmesi hastanın yaşam kalitesini olumlu etkilemesi açısından önem arz etmektedir. Bu bağlamda hasta ve yakınlarını evde sağlık hizmetlerinden faydalanma durumlarını ve alınan hizmetin yaşam kalitelerine etkisini belirlemek verilen hizmetin etkinliği açısından önemli olarak değerlendirilmektedir [1-2].

Amacı, hastaların hastanelerde kalış sürelerini düşürerek hastane kaynaklı enfeksiyon riskini minimize etmek, yatak devri hızı artırarak hastanelerden daha çok hastaların hizmet almalarına katkıda bulunmak, verilen hizmetin aile ortamında verilmesi ile sosyopsikolojik destek sağlamak, sağlık harcamalarını düşürerek ülke ekonomisine katkıda bulunmak ve hastaların yaşam kalitesini iyileştirmek olan evde bakım, hekimin yönlendirmesi ve tavsiyesi dikkate alınarak koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin hastaların yaşam ortamında aile fertleri ile beraber sağlık profesyonelleri aracılığı ile verilmesidir [3].

Ailesi ya da tek başına yaşayan özürülülere, yaşlı, felçli, yatağa bağımlı, hayatını başkalarına bağımlı olarak idame ettiren bakıma muhtaçlara, KOAH (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı) vb. solunum sistemi hastalıkları , diabet hastaları, nörolojik hastalıklar ALS (Amyotrofik lateral skleroz), CVA (Cerebrovascular accident) v.b olan bireylere,

hastanede gördüğü tedavi veya ameliyatı sonrasında taburcu edilen ve idame tedavisinin evde sağlanması gereken hastalara ve kaza geçirmiş olup kısa süreli hemşirelik hizmetlerine gereksinim duyan hastalara sıklıkla karşılaşılmaktadır. Bu durum evde bakım hizmetinin gerekliliğini göz önüne sermektedir.

Ülkemizde evde bakım 2000’li yılların başından itibaren başlamış yeni bir uygulamadır. Profesyonel olarak ilk bakım hizmeti özel sektör öncülüğünde başlamış, arkasından 2000 li yılların başından itibaren belediyeler sonrasında da özel ve kamu hastaneleride bu sürece katılmışlardır. Evde sağlık hizmetleri verilirken son on yılda bir dizi yasal düzenlemeler yapılmıştır. Henüz ulusal boyutta bir evde bakım modelimiz olmamasına rağmen son 10 yılda sunulan hizmetin kapsamı ve hizmete erişebilirlik ve başvuru mekanizmasının kolaylığı hizmetin yaygınlaşmasına olumlu katkı sağlamıştır [1-3,4].

Evde sağlık hizmetlerinin temelde dikkat çeken iki önemli faydası bulunmaktadır. Bunlardan birincisi sağlık harcamalarındaki maliyeti düşürürerek sağlık harcamalarına ayrılan bütçenin düşürülmesine katkı sağlaması, ikincisi de hastanın kendisini kendi yaşam ortamında ve ailesinin yanında bu sağlık hizmetini alabilmesi olanağını bularak kendini güvende hissetmesidir [5].

Bu çalışma, genel amacı evde sağlık hizmeti alan hastaların hizmetten adil faydalanma ve kolay erişebilir şartları sağlayarak hastanın kendi yaşam ortamında ailesi ile birlikte etkin sağlık hizmeti vermek olan evde sağlık hizmeti birimlerinden hizmet alanların bu hizmete erişilebilirlik düzeylerini, hizmetten faydalanma durumlarını ve yaşam kalitelerini belirlemektir. Bu amaçla bu çalışma İshakoğlu Çayeli ve Rize Devlet Hastaneleri Evde Sağlık Hizmetleri Birimlerinden hizmet alanların bu hizmete erişilebilirlik düzeylerini, hizmetten faydalanma durumlarını ve yaşam kalitelerini tespit etmek amacı ile planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlanma ve Yaşlılık

Yaşlanma ve yaşlılık temelde aynı kulvarda ele alınan ve değerlendirilen, günlük hayatta birbirinin yerine sıkça kullandığımız kavram ya da olgu olarak karşımıza çıkmaktadır. Ancak her iki kavram incelendiğinde temelde fizyolojik olarak yıpranmayı ve belirli bir zaman sürecinde organizmada meydana gelen değişiklikler olarak değerlendirildiğinde ortak yönlerinin oldukça çok olduğu kavramlar olarak karşımıza çıkmaktadır.

Yaşlanma temelde yaşamın başlangıcı olarak nitelendirdiğimiz anne karnında başlayan ve ölüme kadar geçen zaman sürecinde doğal olarak yaşanan organizmada fiziksel ve psikolojik somut gerilemelerin sonucu organizmadaki değişiklikler olarak tanımlanmaktadır [1-5].

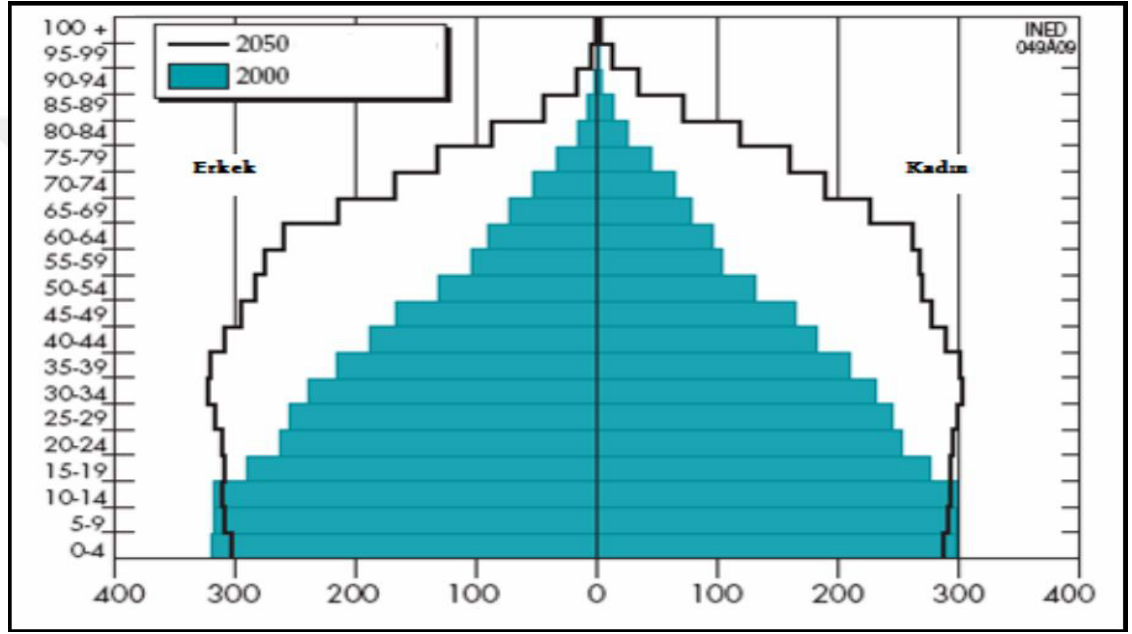
Yaşlılık ise yaşlanmada olduğu gibi organizmada yaşanan gerilemeleride içermekteyse de burada asıl nokta yaşlılığın daha çok yaşamın belirli bir bölümünü içermesidir. Daha basit olarak ifade etmek gerekirse, yaşlılık hayatın başlangıcı ile start alan ve olgunluk dönemi sonrası yaşanan ve yaşlanmayı da içine alan hayat evresi olarak tanımlayabiliriz [4-6].

Bir başka tanımda yaşlılık, fiziksel, fonksiyonel ve psikolojik değişikliklerin yaşandığı, bunlara bağlı olarak sıklıkla korunma, gözetim ve bakım gereksiniminin arttığı bir dönem olarak ifade edilmektedir [7]. Rakıcıoğlu ve Atilla yaşlılığı 65 ve üzerindeki yaş dönemi için kullanılan bir kavram olarak belirtmektedir [8].

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 1998 yılında yayınladığı Sağlık Deklarasyonunda yaşlanma, hayat koşullarına bağlı olarak doğal yaşam sürecinde yaşanan yıpranma ve iç-dış etkenlerin neden olduğu strese bağlı yaşanan fizyolojik ve psikolojik değişiklikler olarak ifade edilmektedir.

2.2. Dünyada Yaşlılık

Yaşlılık yaşamın doğal süreci içinde gerçekleşen olağan bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu süreçte dünya nüfusunun demografik özellikleride değişmekte belki de en hızlı ve etkisi hissedilen değişim toplumun yaş ortalamasında gözlenmektedir. Bu durum özellikle 20. yüzyılın ortalarından itibaren doğum oranının da düşmesine paralel olarak yaşlı nüfus oranının artmasına neden olmuştur [6,9].



Şekil 1. Dünya Nüfus Piramidi: 2000 ve 2050 [10]

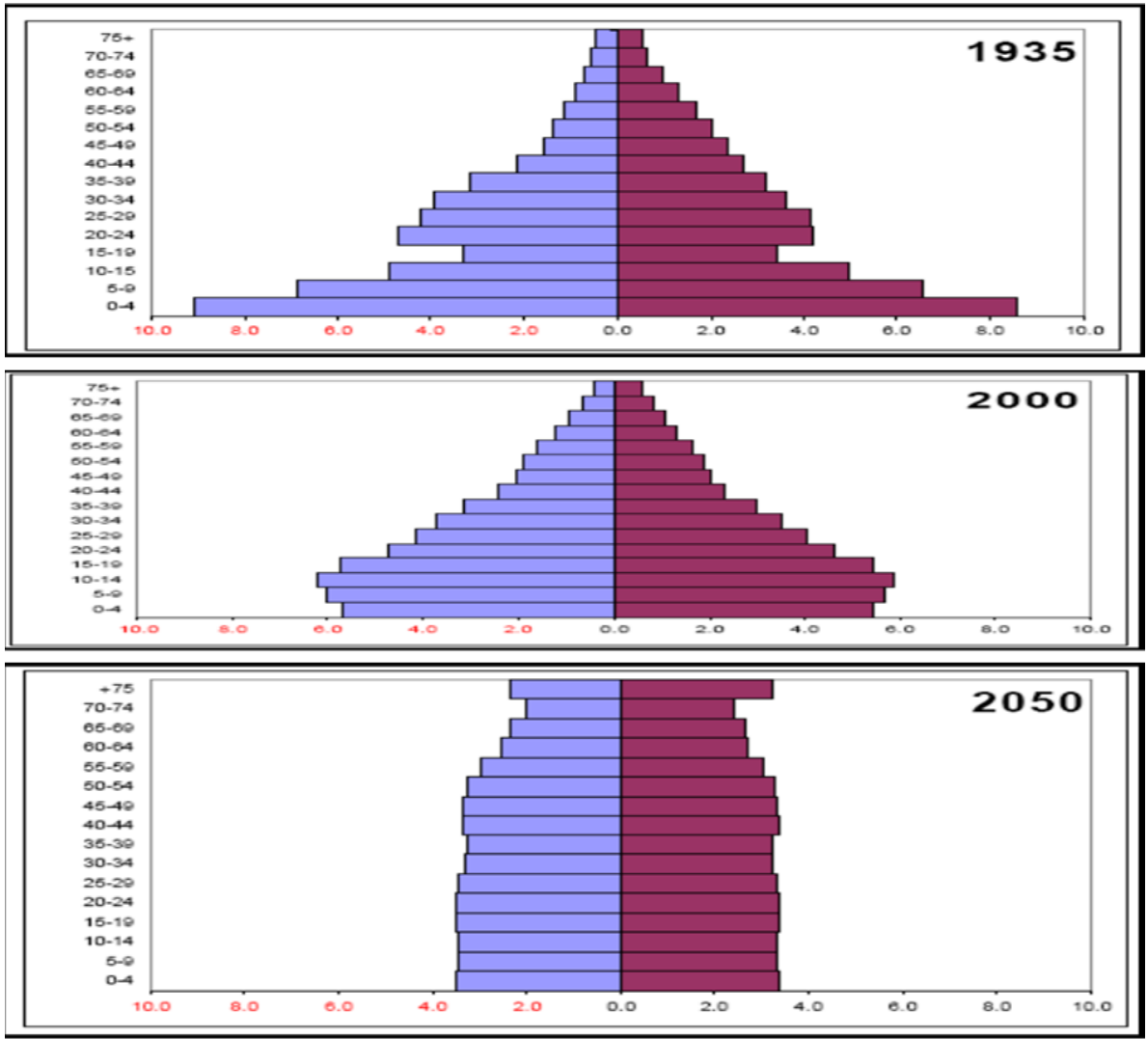
Yaşlı nüfusun Dünya da oransal olarak artışı, genel nüfus artışına göre daha fazla olmaktadır. Nüfus artış hızındaki düşüş 2050 yılına gelindiğinde içinde Japonya, Rusya ve Ukrayna gibi gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin bulunduğu 11 ülkenin nüfusu hâli hazırdaki nüfuslarının altında olacağı ve sözü geçen ülkelerdeki yaşlı nüfusun genel nüfus içindeki oranının artacağı ön görülmektedir. Şekil 1’de 2000-2050 yılları arasındaki dünya nüfusunun yaşa ve cinsiyete göre değişimi görülmektedir[10-12].

2.3. Türkiye’de Yaşlılık

Türkiye’de Cumhuriyetin ilanını takip eden yıllardan başlayarak 30 yılı aşan bir sürede nüfus artışını yükseltmeyi hedefleyen politikalar uygulanmış ancak 1950 yılından günümüze değin uygulanan bu politikalardan geri adım atılınca doğurganlık hızı belirgin

düzeyde azalış göstermiştir. Bu azalış dikkat çekici olarak 1970’li yıllarda ivme kazanarak doğurganlık hız düşüşü %60’ların üzerine çıkmıştır [9,13].

Ülkemizde 1990 yılında yapılan genel nüfus sayımı verilerine göre yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı %4.5 olarak tespit edildiği, 1998 sayımında bu oran %5.9’a, 2003 de ise %7, 2010 yılı verilerine göre ise %7.4 ve en son 2014 yılında 6 milyon 192 bin 962 kişi olan yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı %8 olarak belirlenmiştir. [5,9,14].



Şekil 2. Yaş Piramitleri Türkiye 1935, 2000 ve 2050, [9]

Ülkemiz, özellikle son 50 yıl içinde doğurganlık hızı düşüşünde etkisiyle yaşlanma sürecinin hızla gerçekleştiği ülkelerin başında gelmektedir. 1935, 2000 ve 2050 yıllarına

ait yaş piramidi verilerinin yer aldığı Şekil 2 incelendiğinde nüfusumuzun giderek yaşlandığı ve yaşlanacağı görülmektedir.

Yaşlılık ve yaşlanma kaçınılmaz ve geri dönülmez bir süreç. Dünya da ve Türkiye’de görüleceği üzere yaşlı nüfus oranı giderek artmaktadır. Tıp dünyasındaki gelişmeler, yaşam kalitesinin artması, doğurganlık hızının düşmesi, bebek ölüm hızında gerileme, erken dönemde teşhis ve tedavi, koruyucu sağlık hizmetlerinin gelişmesi ve yaygınlaşması ortalama yaşam süresini olumlu yönde etkileyerek ölüm yaşının her geçen yıl biraz daha yükselmesine neden olmuştur. Bu durum yaşlılığın başlangıcı olarak kabul edilen 65 yaş ve üzeri nüfus oranında yükselmesine neden olmuştur [13].

Teknolojik gelişmelerin olumlu yansıması sağlık hizmetlerinde de kendini hissettirmektedir. Bu bağlamda sağlık hizmetlerinin hastane dışında verilmesi gerek teknik anlamda gerekse hizmetin etkinliği ve erişilebilirliği açısından önemli katkılar sağlayacaktır. Günümüzde sağlık hizmetlerinin, belirli şartlarda ve belirli özellikteki hasta gruplarına hastane dışında verilmesi benimsenmekte ve teşvik edilmektedir [15].

2.4. Evde Sağlık Hizmetleri

Kavramsal olarak evde bakım, hekimin tavsiyesi dikkate alınarak koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin hastaların yaşadıkları ortamda aileleri ile birlikte sağlık profesyonelleri tarafından tıbbi ihtiyaçların giderilmesi amacıyla verilmesidir. Bu hizmetin asıl amacı, yaşlı ya da bu hizmeti almasına karar verilmiş ihtiyaç sahiplerine kendi yaşam ortamlarında ve şartlarında yaşayabilme olanağı sağlayarak yaşam kalitesini artırmaktır [16,17].

Bu hizmet genel olarak KOAH(Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı), diabet, vb. solunum sistemi hastalarına, terminal dönem hastaları, kimsesiz, özürlü, yaşlı, felçli, yatağa bağımlı, hayatını başkalarına bağımlı olarak idame ettiren bakıma muhtaç bireylere verilmektedir [18,19].

Günümüzde evde sağlık hizmetinin sıklıkla tercih edilmesinin en önemli sebebi, evde sağlık hizmeti alan ihtiyaç sahiplerinin sağlık gereksinimlerini kendi yaşam ortamlarında sağlık profesyonelleri tarafından giderme olanağının yatmasıdır. Bu sayede

hastaya kendini sosyo-psikolojik olarak rahat ve güvende hissetmesi olanağı sağlanmaktadır.

Bu hizmet, etkili bir ekip ve organizasyonu gerektiren bir hizmet olarak karşımıza çıkmaktadır. Evde sağlık hizmetlerinin etkin verilebilmesi multidisipliner bir yönetim anlayışında, gerek personel gereksede teknik donanımın sağlanması ile gerçekleştirilebilmektedir.

Evde sağlık hizmetleri, bu hizmeti alan hastanın bakım gereksinimine göre hekim, hemşire, eczacı, psikolog, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı gibi farklı meslek gruplarının multidisipliner bir işgücü planlaması ile gerçekleştirilmektedir. Hastanın tedavi ve bakım sürecinde aile bireylerinin bu sürece katılımı tedavinin etkinliğini artırmaktadır [20,21].

2.4.1. Evde Sağlık Hizmetlerinin Amacı

Tüm dünyada sağlık hizmetleri sunumunun alternatif olarak görülen ve sürekli yaygınlaşan evde sağlık hizmetlerinin tercih ve teşvik edilmesinin sebebi hizmet alanların bu hizmete rahatlıkla ve kolaylıkla erişebilmeleri yatmaktadır.

Evde Sağlık Hizmetlerinin amaçları arasında hakkaniyetli olarak hizmet alıcılarının hizmete kolay erişebilirlikleri ve etkin olarak bu hizmetten faydalanmaları ön plana çıkmaktadır. Evde Sağlık Hizmetleri hastaların hastanelerde kalış sürelerini düşürmek bu sayede hastane kaynaklı enfeksiyon riskini minimize etmek ve yatak deviri hızı artırarak hastanelerden daha çok hastaların hizmet almalarına katkıda bulunmak, verilen hizmetin aile ortamında verilmesi ile sosyo-psikolojik destek sağlamak, sağlık harcamalarını düşürerek ülke ekonomisine katkıda bulunmayı ve hastaların yaşam kalitesini iyileştirmeyi amaçlamaktadır [22].

2.4.2. Dünyada Evde Sağlık Hizmetleri

Evde Sağlık Hizmetleri kavramı önce 1700 yıllarda İngiltere’de daha sonra ABD’de ortaya çıkmıştır. Görüleceği üzere bu kavram 300 yılı aşkın bir süre öncesinde var olan ve yeni bir uygulama olmadığı, günümüze ise gelişerek uzanan bir sağlık hizmeti olduğu anlaşılmaktadır [20,23].

Günümüz dünyasında Evde Sağlık Hizmetlerini uzun yıllardır uygulayan ve geliştiren ülkelerin başında ABD ve birçok Avrupa ülkesi gelmektedir. ABD’de evde bakım hizmetlerini yürüten organizasyon sayısı 15 binin üzerinde olduğu, bu sektöre ciddi oranda bütçe ayrıldığı, sağlık tesislerinden taburcu edilen hastaların %20 ye yakınının evde bakım hizmetlerine yönlendirildiği bildirilmektedir. ABD’de evde bakım hizmetlerini belediyeler, kiliseler, özel sektörde kurulu evde bakım organizasyonları ve sigorta şirketleri verebilmektedir [15].

Avrupada uygulanan evde bakım hizmeti uzun yıllar uygulanan ve sosyal sorumluluk anlayışı içinde verilen bir hizmet olarak karşımıza çıkmaktadır. Özellikle Avrupanın gelişmiş ülkeleri İngiltere, Danimarka, İsveç, Hollanda gibi ülkeler sosyal devlet ve sosyal sorumluluk anlayışı ile bu hizmeti sunarken hizmetin kalitesini ve etkinliğini sağlayacak uygulamaları ve projeleride desteklemektedirler. Bilindiği üzere Avrupa kıtası popülasyon olarak hızla yaşlanmakta ve buna bağlı olarakda alternatif bir sağlık hizmeti olarak evde bakım hizmetlerine önem vermektedirler. Son yıllarda İspanya’da 14 milyon, İngiltere’de ise yaşlı nüfusun yaklaşık %15’i evde sağlık hizmetlerinden yararlanmaktadır [20].

Yaşlı bakımı toplumların sosyo kültürel yapısına bağlı olarak değişim gösterebilmektedir. Şöyle ki Japonya’da olduğu gibi yaşlıların büyük bir kısmı geleneksel olarak ailelerinin yanında yaşamakta ve ev ortamında evde bakım almaktadır. Doğu Avrupa ülkelerinde evde bakım sıklıkla hastane ve diğer evde bakım veren birimlerde verilmekte, aileler bu bakım süreci içinde aktif rol almamaktadırlar [20,23,24].

2.4.3. Türkiye’de Evde Sağlık Hizmetleri

Türkiye’de özellikle 2000’li yılların başlarından itibaren Avrupa ve ABD’de verilen evde bakım hizmetlerine benzer, daha çok 65 yaş ve üzeri kronik ve uzun vadeli bakım ihtiyacı gösteren yaşlı hastalara, terminal dönemdeki kanserli çocuk ve yetişkin hastalara, yaşamının son günlerini yaşayan hastanın onurunu ve saygınlığını koruyacak şekilde evde bakım hizmeti verilmektedir [25].

Türkiye’de evde sağlık hizmetleri verilirken son on yılda bir dizi yasal düzenlemeler yapılmıştır. Bu düzenlemelerin ilki Mart 2005 de yürürlüğe giren “Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumu Hakkında Yönetmelik” tir. Daha sonra sırası ile, 2005 yılında

“Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Sağlık Bakanlığı Tebliği”, 2006 yılında 6244 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan “Bakıma Muhtaç Özürlülerin Tespiti ve Bakım Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik”, 2007 tarih ve 2669 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, 2010 yılında evde sağlık hizmetlerinin ülke geneline yaygınlaştırılması konusunda düzenlemeler içeren “Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” ve 2013 tarih ve 28254 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik yayınlanmıştır.

Kamuda 2004 yılından itibaren başlayan evde sağlık hizmetleri, ilk 5 yılın sonunda 10 ili kapsayacak şekilde yaygınlaştığı gözlenmiştir. Evde Sağlık Hizmetlerinin ülke genelinde yaygınlaştırılması ve hizmete erişebilirliği kolaylaştırmak için aile hekimleri ve aile sağlığı merkezlerinde bu sürece aktif olarak katılımının sağlanması yolunda çalışmalar ve düzenlemeler yapılmıştır. 2010 yılından sonra sağlık kurumlarında evde sağlık hizmetlerini vermek üzere personel ve donanım bulunduran evde sağlık birimlerinin oluşturulması hız kazanmıştır. Evde sağlık birimlerinin eğitim ve araştırma hastaneleri ile genel veya dal hastaneleri Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi (ADSM) bünyesinde yaygınlaştırılması hedeflenmiş olup bu organizasyonların kontrol ve takip organizasyonu mevzuat gereği İl Sağlık Müdürlükleri bünyesinde oluşturulan Koordinasyon Merkezleri tarafından gerçekleştirilmektedir.

Özel sektörün girişimi ile başlayan profesyonel hizmet sunumunda, özel evde bakım merkezleri bugün halen önemli bir rol üstlenmektedir. Evde bakım hizmetlerinin gerektirdiği multidisipliner, bütüncül, sistemli ve kalite standartlarında yaklaşımın en iyi örnekleri özel evde bakım merkezlerinde görülmektedir. Diğer yandan sosyal güvence sistemlerinde yer almaması ve özel sağlık sigortalarının sınırlı kapsamı nedeniyle maalesef bu hizmetler gereken şekilde yaygınlaşmamıştır. Ülkemizde henüz ulusal boyutta bir evde bakım modeli olmamasına rağmen özellikle son 10 yılda sunulan hizmetlerin kapsamı, nüfusun bu hizmetlere coğrafi ve ekonomik olarak erişim imkânı artmıştır. Bu ihtiyaç sahipleri açısından son derece olumlu bir gelişmedir, ancak diğer taraftan standart dışı, profesyonel olmayan hizmet sunumu da maalesef hala yaygın olarak devam etmektedir [26].

2.4.4. Evde Sağlık Hizmetlerine Başvuru

Yürüklükte olan yönetmelik ve yönerge gereği ülkemizde Evde Sağlık Hizmetlerine erişebilirlik konusunda bir dizi uygulamalar getirilmiştir. Özellikle hizmete ilk başvuru kolaylığı açısından hastalar Sağlık Müdürlüğü'nce kurulan Evde Bakım Hizmetleri Koordinasyon Merkezi hattını 444 38 33 (444 EV DE) Türkiye'nin her yerinden arayarak il deki evde sağlık birimine rahatlıkla ulaşılabilir. Mesai saatleri içinde aradığında çağrı merkezlerindeki kişilere hastanın durumu hakkında bilgiler verilebilmektedir [25].

Sağlık Müdürlüğü Koordinasyon Merkezine, Sağlık Bakanlığı'na bağlı devlet hastaneleri ve eğitim araştırma hastanelerinde kurulmuş olan Evde Sağlık Hizmeti birimlerine, aile hekimlerine veya toplum sağlığı merkezlerine telefonla ya da doğrudan yazılı olarak müracaat sonrası hasta hakkındaki bilgiler alınarak Evde Sağlık Hizmetleri Birimlerine ulaştırılır ve hastaya evinde muayene için randevu verilir. Hekim ve Evde Sağlık Hizmetleri ekibi ev ziyaretlerini gerçekleştirerek hastaların evde sağlık hizmetleri kriterlerine uygunluğunu değerlendirip kapsama alınan hastalar için kayıt dosyaları oluşturulur. Evde Sağlık Hizmetlerinin asıl amacı, hastaya tanı koymaktan ziyade tanısı konmuş hastanın düzenlenmiş olan tedavisinin uygulanması, takibi ve eğitiminin sağlanmasıdır. Bu uygulama ile hastaların rutin muayeneleri hastalığı ile ilgili kan tetkikleri, sonda takılması ve takibi, yara pansumanları, hastalıklara ait sürekli kullandıkları ilaçların reçetelendirilmesi, tekerlekli sandalye, alt bezi ve tedaviye yardımcı olabilecek diğer tıbbi malzemelerin alımına yardımcı olmak gibi sağlık hizmetleri, ilgili hastalara ulaştırılmaktadır [27,28].

2.4.5. Evde Sağlık Hizmetlerinin Faydaları

Evde Sağlık Hizmetinin faydaları arasında sağlık harcamalarında sağladığı düşüş ve kişinin kendi aile ortamında bakımına imkân vermesi en dikkat çekici ve önemli faydaları arasında yer almaktadır. Bu hizmetin sağlık sistemine ve hizmet alıcılarına yönelik yararlarını şu şekilde sıralamak mümkündür [22,27,29];

Evde Sağlık Hizmetleri;

a-Sağlık maliyetlerini düşürür.

b-Hasta ve bakıma ihtiyacı olan bireylere, kendi ortamında daha özgür yaşama imkânı sunmaktadır. Hastanın ya da bireyin ailesiyle birlikte ve kendi ev ortamında bulunması, bu hizmeti birey için cazip kılan en önemli faktörlerdendir. Birey/hastanın daha saygın hissettiği bir ortamda, sevdikleriyle yakın iletişim içinde olması, daha hızlı iyileşmesini ve bağımsızlığını kazanmasını sağlamaktadır.

a)Bireye ve aileye özgü olarak bakım planı hazırlama imkânı sunmaktadır.

b)Bireyin ve aile üyelerinin bakıma daha fazla katılmasını sağlamaktadır.

c)Hastanın hastanede yatış süresini kısaltarak yatak işgalini azaltır.

d)Evde Sağlık Hizmetinde enfeksiyon riski hastaneye göre daha azdır.

e)Kişiye özel bir bakım sağlayarak iyileşmeyi hızlandırır.

f)Teşhisten iyileşmeye kadar geçen süreçte kesintisiz kaliteli ve standart hizmet sağlar.

g)Zamandan tasarruf sağlar.

h)Ev ortamında hastanın aile içi yaşama katılması, daha etkili psikolojik destek sağlar.

I)Yaşam kalitesini yükseltir.

2.4.6. Evde Sağlık Hizmetlerinde Karşılaşılan Sorunlar

Tüm dünyada sağlık hizmetleri sunumunun alternatifi olarak görülen ve sürekli yaygınlaşan bu hizmetin uygulanması sırasında bazı sorunlarla karşılaşılmaktadır. Bu hizmetin sağlık hizmetlerinde yeni bir uygulama olması ve sağlık sistemine entegrasyonun zaman alması, sağlık profesyonellerin bu hizmete adaptasyonu, bu hizmeti verecek sağlık profesyonellerinin istihdamı açısından yeterli etkinlikte ve yetkinlikte çalışmasının olmaması, bu hizmeti alan hasta grubunun kendine özgü özellikler göstermesi gerek tedavinin verilmesinde gerekse aile bireylerine yönelik çalışmaların yapılmasını gerektirmesi yönünden hem tedavi hemde bir eğitim faaliyeti olarakta hizmet verilmesini gerektirmektedir [20]. Bu kritik özellikleri olan hizmetin kontrolü denetimi oldukça zor olacağı görülmektedir.

Bunların dışında, genel anlamda sağlık hizmeti bir sağlık merkezinde sağlık profesyonelince hastanın sürekli gözetiminin sağlanması ile gerçekleştirildiğidir. Evde

sağlık hizmetlerinin sürekli bir sağlık çalışanın gözetimi olmadan verilmesi, acil bir durum karşısında müdahalenin yapılamaması bu hizmetin dez avantajları olarak görebiliriz.

2.5. Kalite, Yaşam Kalitesi Ve Evde Sağlık Hizmetlerinde Yaşam Kalitesi

Kalite kavramı gündelik yaşamımızda oldukça sık kullandığımız kavramlar arasında yer almaktadır. Kalite kavramı literatürde özellikle 1900 yıllardan sonra sıkça kullanılmaya başlamış olup 1980 yılından sonra günlük hayatımız da hissedilir biçimde yer almaya başlamıştır. Kalite kelime olarak "Qualis" kelimesinden türemiş ve Latince "nasıl oluştuğu" anlamına gelmektedir [30]. Sözlük anlamına bakıldığında kalite "nitelik", "müşteri isteklerine cevap verebilmek" olarak karşılık bulmaktadır [31].

Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesini, kişinin bireysel ve çevresel etkileşimine bağlı olarak değişebileceğini belirtmektedir. DSÖ kaliteli yaşamı;

- a) Fiziksel sağlık,
- b) Psikolojik durum,
- c) Bağımsızlık düzeyi,
- d) Sosyal ilişkiler,
- e) Çevresel özellikler ve
- f) Maneviyat

Unsurlarını içeren altı ana başlıkta ele almaktadır. DSÖ yaşam kalitesini bireylerin yaşam standartlarını belirleyen bireysel ve çevresel etkileşimlerinin bir sonucu olarak görmektedir [31].

Teknolojinin gelişimi ve sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılmasına bağlı olarak sağlık hizmetlerinin doğru teşhis, doğru tedavi, doğru yöntem, hizmete kolay erişebilirlik ve güler yüzlü hizmet, otelcilik hizmetleri dediğimiz temizlik, konforlu bir ortam, uygun fiyat gibi kendine münhasır unsurlara sahip olması alınan hizmetin etkin verilmesinde etkili olan unsurların başında gelmektedir. Sağlık hizmetlerinin kapsamı doğrudan insanı ve onun sağlığını ilgilendirmesi sağlık hizmetlerindeki kalite kavramını diğer kalite kavramlarından farklı kılmakta ve kalite kavramının önemini artırmakta olup bu durum sağlık hizmetlerinde kaliteyi kaçınılmaz kılmaktadır [30-35].

2.5.1. Yaşam Kalitesi Kavramı

Günümüzde çok sık kullanır hale geldiğimiz terimlerin başında gelen yaşam kalitesi subjektif değerlendirme özelliği ile dikkat çekmektedir. Yaşam kalitesi, bireyin yaşamında meydana gelen iyi ya da kötü yönlerin beraberce değerlendirildiği ve kişinin algısına göre değişen bir durum değişikliği olarak tanımlanmaktadır.

Yaşam kalitesi kavramı herkes için farklı anlamlara gelebilmektedir. Bu kavramın kapsamı içinde yer alan sağlık en önemli unsurunu oluşturmakla beraber çalışma ortamı şartları, ev yaşam koşulları, eğitim alınma şekli ve eğitim alınan okul, sosyal iletişim anlamında komşularla ilişkiler gibi diğer etkenlerde önemli yer tutmaktadır. Ayrıca bunlara ek olarak bireyin yaşadığı sosyo kültürel ortam ve değerlerde kişinin yaşam kalitesini etkileyen unsurlar içinde yer almaktadır [36].

İlk ABD’de ortaya çıkan yaşam kalitesi kavramı o zamanlardan günümüze değin kapsamı gittikçe genişleyerek kullanılır olmuştur. İlk zamanlar insanlığın refahını oluşturan maddi gelire göre değerlendirilmiştir. Daha sonraları kapsam genişleyerek eğitim, yaşanan yer ve iş statüsü gibi unsurlar eklenmiştir.

Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesini, bireylerin kendi durumları ve kültürel değerleri içinde hedefledikleri yaşam standartları ile ilgili algılama düzeyi olarak tanımlamaktadır.

2.5.2. Yaşam Kalitesi Boyutları

Yaşam kalitesini uluslararası kuruluşlar 3 temel boyutta ele almaktadırlar [37];

- 1)Uzun aynı zamanda sağlıklı yaşam
- 2)Bilgi ve eğitim seviyesi ve
- 3)Kişi başı gelir

Ancak bu boyutlara ek olarak güvenlik boyutu; bugün sadece ulusal güvenlik ya da toplumun huzur güvenliğini sağlamak değil, bunların yanında bireyin zarar görmemesi, ekonomik (geçim) güvence, iş güvencesi gibi güvenlik unsurlarında düşünmek gerekmektedir. Bu durum yaşam kalitesi boyutları içinde önemli bir yer tutan güvenli yaşam ortamı oluşturulmasını sağlamada gereken unsurlar olarak karşımıza çıkmaktadır.

Yaşam kalitesini belirlemede etkili olan diğer bir boyut ise bireyin diğer insanlarla bereber eşit ve adil bir ortamda yaşamasıdır. Adalet ve eşitlik insanın en temel haklarının başında gelmektedir. Hayatta haksızlığa uğrama ya da kötü muameleye maruz kalma bireyin yaşam hevesinin kırılmasına neden olmaktadır.

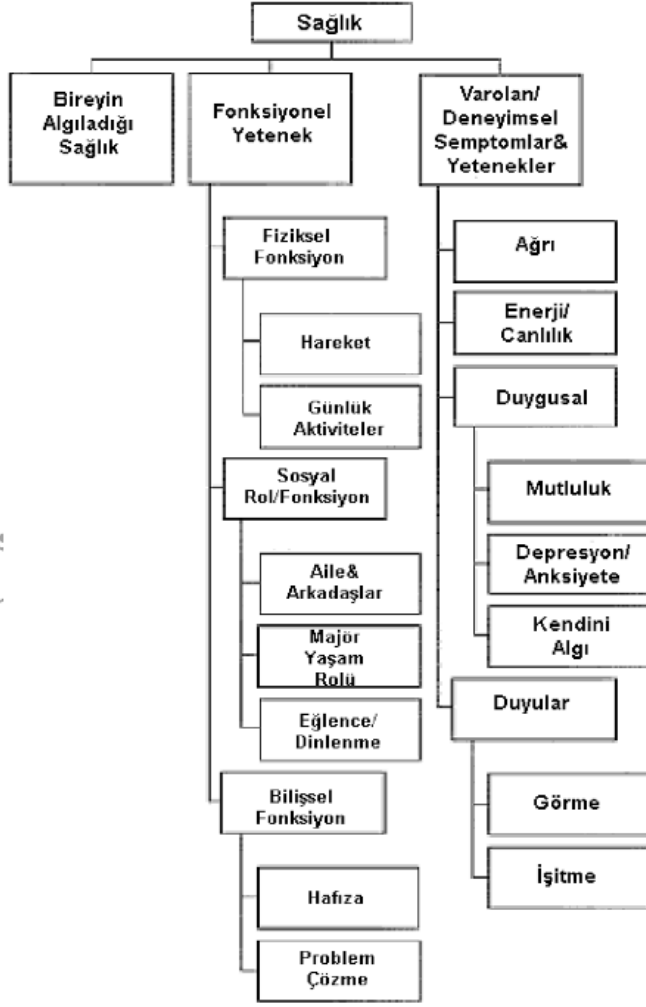
Yaşam kalitesini belirlemede etkili olan boyutlardan bir diğeri de insan haklarına saygı olgusudur. Gerek makro gereksede mikro ölçekte bir toplumda insan haklarına saygı olgusuna gereken önem verilmemesi ve uygulamada gereken hassasiyetin gösterilmemesi bireyin yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkilere neden olacaktır.

Yaşam kalitesini belirlemede etkili olan bir diğer boyut ise sorumluluk alınarak başkaları için faydalı olmaktır. Sorumluluk ve yardımlaşma çabası sonucunda bireyin hissettiği manevi duygu onun yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyecektir.

2.5.3. Sağlık Perspektifinden Yaşam Kalitesi

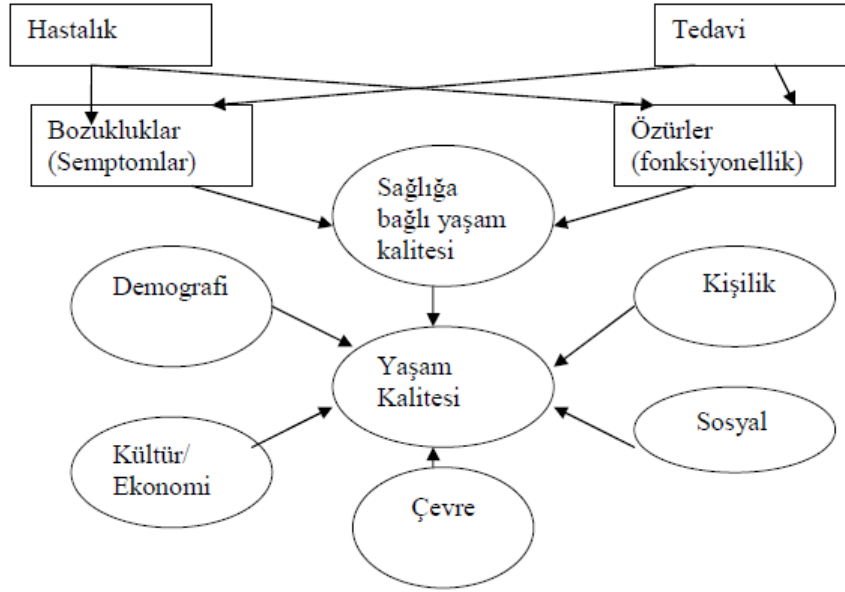
Sağlık, günlük hayatımızın merkezinde olan ve hayatın anlamını anlatan olgunun ta kendisidir. Sağlık yalın halde bireyin kendini “iyi hissetmesi” olarak tanımlansa da burada “iyi hissetmek” kişiden kişiye değişen bir olgu olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlıklı olmak bireyin en temel ihtiyacı ve devamlılığı hedeflenen bir durumdur. DSÖ sağlığı, "sadece hastalıklardan ve mikroplardan korunma değil, bir bütün olarak fiziki, ruhi ve sosyal açıdan iyi olma hali" olarak tanımlamaktadır [38,39].

Sağlıklı olmak bireyin yaşamında esenlik ve yaşam sevinci içinde olmasının kaynağıdır. Bu bağlamda sağlıklı olmak bireyin yaşam kalitesinide olumlu yönde etkilemektedir. Bu durum sağlık ile yaşam kalitesi arasında bir organik bağın varlığını göstermektedir.



Şekil 3. Sağlık Boyutlarının Olası Hiyerarşik Yapısı[40]

Sağlığa dayalı yaşam kalitesinden bahsedebilmek için temel iki unsurun bir arada bulunması gerekmektedir. Bunlar duygusal ve fiziksel olarak sağlıklı olmayı içerir. Bu iki unsurun yanında bireyin sosyal çevresi ve bu ortamdaki sosyal rolüde etkili olmaktadır [40].



Şekil 4. Yaşam Kalitesi ve Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler[42]

2.5.4. Evde Sağlık Hizmetlerinde Yaşam Kalitesi

Evde sağlık, bu hizmeti alan hastaların var olan şikâyetlerini kendi yaşam ortamlarında dindirmeği amaçlayan bir sağlık hizmeti olarak tanımlanmaktadır [41,42].

Evde sağlık hizmetleri özünde bir bakım organizasyonudur. Bu organizasyon koruyucu, tedavi ve rehabilite edici faaliyetleri belirli periyotlarda hastanın kendi yaşam ortamında ailesi yanında verilmesi ve bu sayede hastanın gerek fizyolojik gerekse de duygusal yönden iyileşmesinin sağlanması amaçlanır.

Yaşam kalitesi, kişiden kişiye değişebilen bireyin kendi yaşamından memnun olma durumu olarak tanımlanmaktadır. Yaşam kalitesi ve sağlıklı olmak birbirlerini tamamlayan iki olgudur. Bireyin kendini sağlıklı hissetmesi başta amaçladığı ya da olmak istediği yaşam kalitesini doğrudan etkileyecektir. Bu bağlamda evde sağlık hizmetleri alan hastaların yaşam kalitelerini yükseltmesi beklenmektedir [30].

Evde sağlık hizmetlerinin birçok faydası bulunmakla beraber bunlardan ikisi diğerlerine göre daha çok dikkat çekici olarak değerlendirilmektedir. Bunlardan birincisi sağlık harcamalarındaki maliyeti düşürerek sağlık harcamalarının düşmesine yardımcı olması, ikincisi de hastanın kendisini kendi yaşam ortamında ve ailesinin yanında bu sağlık hizmetini alabilmesi olanağını bularak kendini güvende hissetmesidir. Bu faydaların

yanısıra enfeksiyon riskinde azalma, duygusal yönden iyileşme, hastanelere tekrar yatışların önlenmesi, yaşam süresinin uzaması, hasta memnuniyetini ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemesi gibi faydalarıda bulunmaktadır.



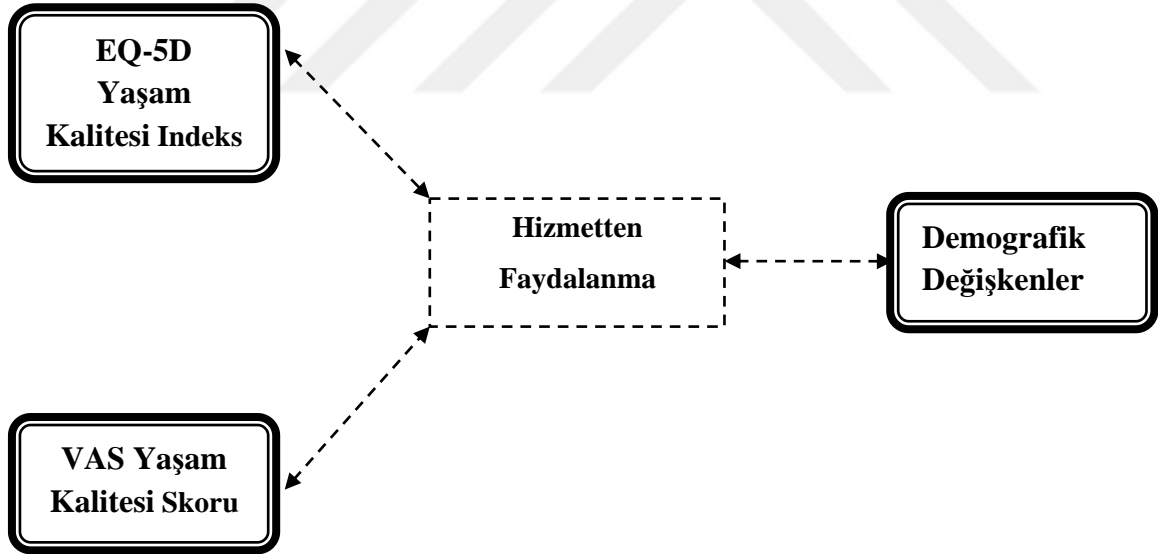
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Yöntem

Çalışmanın bu kısmında, çalışmanın modeli, amacı, önemi, evreni ve örnekleme, veri toplama yöntemi, veri setinin güvenilirliği, verilerin analizi ve değerlendirilmesi üzerinde durulacaktır.

3.2. Araştırma Modeli ve Hipotezleri

İshakoğlu Çayeli ve Rize Devlet Hastaneleri Evde Sağlık Hizmetleri birimlerinden hizmet alanların hizmetten faydalanma durumları ile yaşam kalitelerinin değerlendirilmesini amaçlayan bu çalışma kesitsel (cross sectional) ve tanımlayıcı araştırma modelinde yapılmak üzere planlandı.



Şekil 5. Çalışma Modeli

Bu çalışma modelinden hareketle oluşturulan hipotezler şu şekildedir;

H₁: Katılımcıların Hizmetten faydalanma durumları cinsiyetlerine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

H₂: Katılımcıların EQ-5D yaşam kalitesi indeks skoru cinsiyetlerine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

H₃: Katılımcıların VAS yaşam kalitesi skoru cinsiyetlerine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

H₄: Katılımcıların Hizmetten faydalanma durumları yaşa göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

H₅: Katılımcıların EQ-5D yaşam kalitesi indeks skoru yaşa göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

H₆: Katılımcıların VAS yaşam kalitesi skoru yaşa göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

H₇: Katılımcıların Hizmetten faydalanma durumları medeni duruma göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

H₈: Katılımcıların EQ-5D yaşam kalitesi indeks skoru medeni duruma göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

H₉: Katılımcıların VAS yaşam kalitesi skoru medeni duruma göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

H₁₀: Katılımcıların Hizmetten faydalanma durumları yaşanan yere göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

H₁₁: Katılımcıların EQ-5D yaşam kalitesi indeks skoru yaşanan yere göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

H₁₂: Katılımcıların VAS yaşam kalitesi skoru yaşanan yere göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

H₁₃: Katılımcıların Hizmetten faydalanma durumları yaşanan yerin evde sağlık hizmetleri birimine uzaklığına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

H₁₄: Katılımcıların EQ-5D yaşam kalitesi indeks skoru yaşanan yerin evde sağlık hizmetleri birimine uzaklığına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

H₁₅: Katılımcıların VAS yaşam kalitesi skoru yaşanan yerin evde sağlık hizmetleri birimine uzaklığına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

H₁₆: Katılımcıların Hizmetten faydalanma durumları aylık ortalama gelire göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

H₁₇: Katılımcıların EQ-5D yaşam kalitesi indeks skoru aylık ortalama gelire göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

H₁₈: Katılımcıların VAS yaşam kalitesi skoru aylık ortalama gelire göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

H₁₉: Katılımcıların Hizmetten faydalanma durumları ikamet ve refakatçi durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

H₂₀: Katılımcıların EQ-5D yaşam kalitesi indeks skoru ikamet ve refakatçi durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

H₂₁: Katılımcıların VAS yaşam kalitesi skoru ikamet ve refakatçi durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

H₂₂: Hizmetten faydalanma ile EQ-5D yaşam kalitesi indeks skoru arasında anlamlı bir ilişki vardır

H₂₃: Hizmetten faydalanma ile VAS yaşam kalitesi skoru arasında anlamlı bir ilişki vardır.

3.3. Araştırmanın Değişkenleri

Çalışmada bağımlı ve bağımsız değişkenler olmak üzere iki değişken belirlenmiştir

3.3.1. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

Katılımcıların, cinsiyet, yaş, medeni durum, sosyal güvence, yaşanılan yer, yaşanılan yerin evde bakım merkezine olan uzaklık, hizmeti almaya neden olan hastalık, aylık gelir, ikamet ve refakatçi durumları çalışmanın bağımsız değişkenleridir.

3.3.2. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

Katılımcıların memnuniyet algıları, genel yaşam kalitesi ve o anki sağlık durumu algıları çalışmanın bağımlı değişkenleridir.

3.4. Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmaya başlamadan önce Rize İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden ve İncesu ve arkadaşları tarafından hazırlanan soru setinin kullanılması için ilgili izinler alınmıştır. Katılımcılara anket, anketin içeriği ve bu çalışmanın amacı konusunda bilgilendirilme yapıldıktan sonra araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır.

3.5. Çalışmanın Evreni

Çalışmanın evrenini İshakoğlu Çayeli ve Rize Devlet Hastaneleri Evde Sağlık Hizmetleri birimlerinden hizmet alan toplam 350 hasta oluşturmaktadır.

3.6. Çalışmanın Örnekleme

Çalışmada tam sayım yöntemi temel alınarak örneklem seçimine gidilmiş ve evrenin bütününe ulaşılmak hedeflenmiştir. Çalışmaya katılan yaş ortalamasının yüksek olması, eğitim düzeylerinin düşüklüğü ve sorulara gönüllü cevap vermeme gibi nedenlerden dolayı bazı katılımcılar ile yaşanan iletişim sorunları nedeniyle toplam 350 hastanın 170'ine ulaşılmıştır.

3.7. Veri Toplama Tekniği

EQ-5D Yaşam Kalitesi İndeksi 1990 yılında ilk defa yayınlanmış ve 1991 yılından beri de aynı özelliğini (5 boyut) korumaktadır. Ölçek iki parçadan oluşmaktadır [43].

İlk bölüm,

- a)Hareket (mobility),
- b)Öz-bakım (self-care),
- c)Olağan aktiviteler (usual activities),
- d)Ağrı/rahatsızlık (pain/discomfort) ve
- e)Anksiyete /depresyon (anxiety/depression) olmak üzere beş boyuttan oluşmaktadır

A- Hareket

- (1) Yürürken, hiç bir güçlük çekmiyorum
- (2) Yürürken bazı güçlüklerim oluyor
- (3) Yatalağım

B- Öz-bakım

- (1) Kendime bakmakta güçlük çekmiyorum

(2) Kendi kendime yıkanırken veya giyinirken bazı güçlüklerim oluyor

(3) Kendi kendime yıkanacak veya giyinebilecek durumda değilim

C- Olağan aktiviteler

(örneğin, iş, ders çalışma, ev işleri, aile içi veya boş zaman faaliyetleri)

(1) Olağan işlerimi yaparken herhangi bir güçlük çekmiyorum

(2) Olağan işlerimi yaparken bazı güçlüklerim oluyor

(3) Olağan işlerimi yapabilecek durumda değilim

D- Ağrı/rahatsızlık

(1) Ağrı veya rahatsızlığım yok

(2) Orta derecede ağrı veya rahatsızlıklarım var

(3) Aşırı derecede ağrı veya rahatsızlıklarım var

E- Anksiyete/Depresyon

(1) Endişeli veya moral bozukluğu içinde değilim

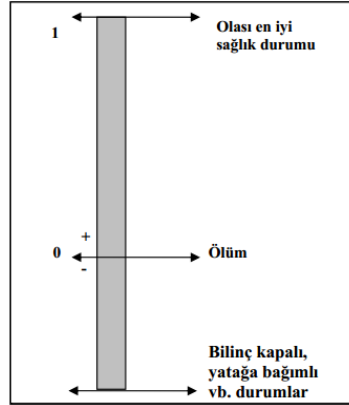
(2) Orta derecede endişeliyim veya moralim bozuk

(3) Aşırı derecede endişeliyim veya moralim çok bozuk

Her bir boyuta verilen cevaplar; problem yok, biraz problem var ve majör problem olmak üzere 3 seçenektir. Sonuç olarak ölçekle 243 ($3^5=243$) olası farklı sağlık sonucu tanımlanmaktadır

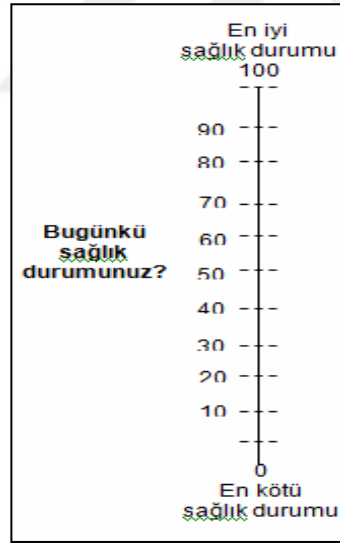
Her profil bir yararlanım skoruna dönüştürülür. Herhangi bir kişinin skorunun belirlenmesi, genel popülasyonda yapılan sağlık durumu değerlendirme çalışmalarına dayanan matematik algoritmaları geliştirilerek gerçekleştirilmiştir

Ölçeğin 5 boyutundan -0.59 ile 1 arasında değişen indeks skor hesaplanır. Skor fonksiyonunda 0 değeri ölümü, 1 değeri kusursuz sağlığı gösterirken negatif değerler bilinç kapalı, yatağa bağımlı olarak yaşamak vb. durumları göstermektedir



Şekil 6. EQ-5D İndeks Skorun Şekilsel Gösterimi

İkinci bölümde Bireylerin bugünkü sağlık durumları hakkında 0 ile 100 arası değerler verdikleri ve bunu bir termometre benzeri ölçek üzerinde işaretledikleri görsel analog ölçek (Visual Analogue Scale=VAS) dir. Ölçekle 0-100 arasında değişen yaşam kalitesi skorları elde edilmektedir.



Şekil 7. EQ-5D VAS ölçek şekilsel gösterimi

Anket yolu ile toplanan veriler 2018-2019 tarihleri arasında araştırmacı tarafından katılımcılara yüz yüze görüşme yöntemi ile ortalama 10-15 dakikalık sürede uygulandı.

3.7.1. Veri Toplama Araçlarının Güvenirliği

Çalışmada kullanılan anket setleri için en popüler iç tutarlılık analizi olarak kabul gören Cronbach's alpha değeri kullanılmıştır. Bu değer ile ölçüm soru seti ya da ölçekte yer alan değişkenlerin homojenliğine bakarak ya da ölçeği genel anlamda bir bütün olarak ifade edip etmediğini değerlendirir. Cronbach alfa katsayı değeri 0 ile 1 arasında değişen değerler almaktadır. Cronbach's Alpha katsayısı ile ölçeğin güvenirliliği hakkında değerlendirme yapılır. Katsayının 1'e yaklaşması ile güvenirliliğin arttığı, 0'a yaklaşması ile azalacağı şeklinde değerlendirilir.

Cronbach alfa katsayısı; $0 < 0.40$ ise ölçek güvenilir değil, $0.40-0.60$ arasında ise ölçek düşük güvenilir, $0.60-0.80$ arasında ise orta derecede güvenilir, $0 > 0.80$ ise yüksek derecede güvenilir yorumu yapılır [44,45].

EQ-5D genel sağlık ölçeği ve hizmet alanların hizmetten faydalanma durumlarını belirlemeye yönelik değişkenlerin bulunduğu soru setine güvenilirlik analizi uygulanarak elde edilen güvenilirlik (Cronbach- α) katsayıları Tablo 1'de verilmiştir. Buna göre EQ-5D genel ölçeğin güvenilirlik katsayısı 0.748 hizmet alanların hizmetten faydalanma durumlarını belirlemeye yönelik değişkenlerin bulunduğu soru setinin güvenilirlik katsayısı ise 0.795 olarak belirlenmiştir.

Literatürde belirtildiği üzere, Hizmetten Faydalanma Ölçeği ve Euro-QOL 5D Yaşam Kalitesi Ölçeği için belirlenen alpha katsayılarına göre her iki setin güvenilir olduğunu göstermektedir (Tablo 1)

Tablo 1. Soru Setlerinin Güvenirlik Analiz Sonuçları

Ölçekler	Soru Sayısı	İç Tutarlılık(Cronbach's alpha kat sayısı)
Hizmetten Faydalanma Ölçeği	13	0.79
Euro-QOL 5D Yaşam Kalitesi Ölçeği	15	0.74

3.7.2. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi

Çalışmada veriler, SPSS for Windows 16.0 paket programında değerlendirildi. Değerlendirme sürecinde tanımlayıcı istatistiksel metotlara ek olarak değişkenlerin normal dağılıp dağılmadığına bakmak için Shapiro-Wilk, normal dağılım göstermeyen sürekli

değişkenlerin analizinde Mann Whitney-U ve Kruskal Wallis testleri, ölçekler arası ilişkinin ortaya çıkartılmasında ise Sperman Korelasyon testi uygulandı. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p<0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

3.8. Maliyet Analizi

Yurt dışında yapılan araştırmalar, evde sağlık hizmetlerinin hastanelerde yatak doluluk oranlarını düşürmesi, gereksiz yatış ve tedavi giderlerini azaltması nedeniyle sağlık harcamalarını ciddi ölçüde azalttığını göstermektedir. Bu çalışmaların birkaçına değinecek olursak;

2001 yılında Amerika'da bir özel hemşirelik bakım hizmeti veren birim, hastanede günlük bakım ile evde bakım ziyareti harcamalarının karşılaştırmalı verileri tablo 2 de verilmiştir. Görüleceği üzere evde bakım hizmetinin ciddi oranda harcamaları azalttığı görülmektedir [46].

Tablo 2. Hastane, Özel Hemşire Tesisi ve Evde Bakım Harcamalarının Karşılaştırılması

	1998	1999	2000
Hastane Harcamaları (Günlük)	2.370 \$	2.533 \$	2.753 \$
Özel Hemşire Tesisi Harcamaları (Günlük)	498 \$	425\$	421 \$
Evde Bakım Harcamaları (1 Ziyaret)	93 \$	93 \$	100 \$

Tablo 3. Hasta Bakım Maliyetlerinin Ev ve Hastane Ortamına Göre Karşılaştırılması

Vaka	Hastane Bakımı (Amerikan Doları)	Evde Bakım (Amerikan Doları)	Tasarruf (Amerikan Doları)
Beslenme ve solunum güçlüğü olan yenidoğan	60.970	20.209	40.700(% 67)
Omurilik zedelenmesi olan felçli hasta	23.862	13.931	9.931(% 42)
AİDS Hastası	23.190	2.820	20.370(% 88)
Tüple beslenen hastalar	16.600	6.000	10.600(% 64)
Kanser kemoterapi	10.500	3.500	7.000(% 67)
Serebral felçli hasta	8.400	4.800	3.600(% 43)
Solunum cihazına bağlı hasta	2.320	1.766	554(% 24)
Böbrek diyalizi olan hasta	2.000	1.200	800(% 40)
Normal hemşirelik bakımı	2.000	750	1250(% 63)

Med Pro Month dergisinde yayınlanan örnek vakalara göre belirlenmiş fiyatlar üzerinden yapılan bir maliyet analizinde yukarıdaki verilere paralel olarak evde sağlık hizmetlerinin harcamaları düşürdüğü görülmüştür (Tablo 3)[46].

Evde sağlık biriminde 6 kilometre uzaklıkta bu hizmeti alan bir hastanın aynı hizmeti hastaneye gelerek alması ile evde sağlık biriminde alması durumunda ödenecek tutarın detayları tablo 4 de görülmektedir.

Tablo 4. Evde Sağlık Hizmetinin Sağlık Tesisinde / Evde Sağlık Biriminden Hizmet Alma Ücret Karşılaştırması

Hizmet Adı	Sağlık Tesis(TL)**	Evde Sağlık(TL)
Araç	130.00***	46.00
Acil Poliklinik Muayensi	15.50	15.50
Dekübit Yara Pansumanı	4.45	4.45
Toplam	149.95	65.95

**Kamu Sağlık Tesis

***Hastanın özel ambulans hizmeti olarak sağlık tesisine transferi ücreti

Türkiye’de evde sağlık hizmetlerinin sağlık harcamalarına yönelik kapsamlı bir maliyet analizi çalışması bulunmamaktadır. Bu çalışmanın yapıldığı evde sağlık hizmetleri ele alındığında; hastane evde sağlık birimi ve faturalama birimlerinden alınan verilere göre, İshakoğlu Çayeli ve Rize Devlet Hastanesine bağlı evde sağlık hizmetleri biriminden 170 hasta hizmet almaktadır. Evde sağlık birimi belirli bir programa göre ayda ortalama 150 kez hastaları ziyaret etmektedir. Bu ziyaretlerin karşılığı olarak her bir ziyaret için ortalama SGK ya 332.79 TL olarak fatura edilmektedir (Tablo 5). Hastaneler Kamu Satış Tarifesi fiyat karşılığı her bir ziyarete mesafe fark etmeksizin 34 TL açılış ücreti daha sonra kilometre başına 2 TL olmak üzere yol ücreti tanzim etmektedir. Tanzim edilen bu ücret faturada belirtilmekte ancak tahsilâta eklenmemektedir (Ek 4). Yol ücreti ayrıca kurumca muhasebeleştirilerek her ay ayrı olarak kayıt altına alınmaktadır. Evde sağlık hizmeti alan bir hasta için yapılan muayene, tetkik ve diğer işlemler faturası ile hastanın bu hizmeti bir sağlık kuruluşunda alması durumunda yapılan muayene, tetkik ve diğer işlemler için kesilen fatura ile bir farklılık olmadığı ancak hasta transferinde hastanın bu transfer hizmetini bir özel hasta transfer aracı ile gerçekleştirdiği zaman mesafe fark etmeksizin şehir içi 130 TL, şehirlerarası ayrıca bu ücrete ilaveten kilometre başına 4.5 TL olarak ödemektedir (Ek 5). Görüleceği üzere hastanın sağlık tesisinde aldığı muayene ve diğer işlemler için her hangi bir fark görülmezken hastanın sağlık tesisine gelmesi için ciddi ücret farkı ödemeye maruz kalmaktadır. Bu durumda kurumsal olarak yürütülen evde sağlık hizmetlerinin daha düşük maliyetle verildiğini göstermektedir.

Tablo 5. Evde Sağlık Hizmetleri Fatura Verileri (2017 Ocak-Haziran)

Fatura tutarı(TL)*	Yol ücreti dahi(TL)*	Toplam fatura tutarı(fatura+yol) (TL)*	Hasta sayısı	Toplam fatura tutarı(fatura+yol)/Hasta sayısı*
17950	38620	56570	170	332.79

*2017 yılı Ocak-Haziran döneminde hasta başı tutarı.

4. BULGULAR

Bu bölümde 2018-2019 tarihleri arasında tanımlayıcı olarak İshakoğlu Çayeli ve Rize Devlet Hasataneleri Evde Sağlık birimlerinden hizmet alan hastaların hizmetten faydalanma durumlarını ve alınan bu hizmetin yaşam kaliteleri üzerine etkilerini belirlemeyi amaçlayan bu çalışmada elde edilen bulgular tablolar kullanılarak verilmiştir.

Tablo 6. Katılımcıların Cinsiyet Durumlarına Göre Dağılımı

Cinsiyet	n	%
Erkek	63	37.1
Kadın	107	62.9
Toplam	170	100

Katılımcıların (n=107) %62.9'u sıklıkla kadın, (n=63) %37.1'i ise erkek katılımcı olarak belirlenmiştir (Tablo 6).

Tablo 7. Katılımcıların Yaş Dağılımları

Yaş	n	%	Ort./Std
20 den az	3	1.8	75.65±15.19
20-30	2	2.5	
31-40	1	0.6	
41-50	5	2.9	
51-60	12	7.1	
61-70	23	13.5	
71 ve üzeri	124	72.9	
Toplam	170	100	

Katılımcıların sıklıkla (n=124, %72.9) 71 ve üzeri yaş aralığında olduğu ve genel yaş dağılımına bakıldığı zaman hizmeti daha çok (n=147, %86.4) 61 ve üzeri yaş aralığındaki katılımcıların aldığı belirlenmiştir. Yaş ortalamasının 75.65±15.19 olarak belirlenmesi katılımcıların sıklıkla 60 yaş üstü katılımcılardan olduğunu teyit eder niteliktedir (Tablo 7).

Tablo 8. Katılımcıların Sosyal Güvence Durumları

Sosyal Güvence	n	%
Var	168	98.8
Yok	2	1.2
Toplam	170	100

Tablo 8'e bakıldığında katılımcıların büyük çoğunluğunun (n=168, %98.8) bir sosyal güvenceye sahip olup bu hizmeti aldıkları anlaşılmıştır.

Tablo 9. Katılımcıların Medeni Durum

Medeni Durum	n	%
Evli	79	46.5
Bekâr	6	3,5
Dul	85	50
Toplam	170	100

Katılımcıların medeni durumu sıklıkla dul kategorisinde (n=85, %50) olduğu belirlenmiştir (Tablo 9).

Tablo 10. Katılımcıların Yaşadığı Yer

Yaşanılan Yer	n	%
İlçe Merkezi	129	75.9
Köy	41	24.1
Toplam	170	100

Katılımcıların yaşadıkları yerlere göre dağılımlarına bakıldığında sıklıkla (n=129, %75.9) ilçe merkezinde yaşadıkları görülmüştür.

Tablo 11. Katılımcıların Yaşanılan Yerin Evde Sağlık Hizmetlerine Uzaklığı(km)

Yaşanılan Yerin Evde Sağlık Hizmetlerine Uzaklığı(km)	n	%	Ort./Std
1 den az	21	12,4	3878.82±41.08
1-5	110	64,7	
6-15	36	21,2	
16-20	2	1,2	
21-30	1	0,6	
Toplam	122	100	

Katılımcıların yaşadığı yerin evde sağlık hizmetleri birimine olan uzaklığı sıklıkla (n=110, %64.7) 1-5 Km arasında olduğu belirlenmiştir (Tablo 11).

Tablo 12. Katılımcıların Bu Hizmeti Almalarına Neden Olan Hastalıklar Dağılımı

Hastalıklar	n	%
Ampute defekt	2	1,1
Alzheimer	22	12,9
Anemi	2	1,1
Artroz	1	0,5
Dekübüt Ülser	17	10.0
Demans	11	6.4
Diyabetik Ayak	1	0.5
DM	1	0.5
Down Sendromu	1	0.5
Emboli	1	0.5
Epilepsi	2	1.1
Fraktür	12	7.0
Genel Durum Bozukluğu	2	1.1
Histerektomi	1	0.5
HT	4	2.3
HT-DM	2	1.1
Kalp Krizi	5	2.9
Kalp Yetmezliği	7	4.1
KOAH	6	3.5
Kronik Enfeksiyon	1	0.5
MS	1	0.5
Parkinson	1	0.5
Pnömoni	2	1.1
Protez İltihabı	1	0.5
Serebral Enfaktüs	4	2.3
Spinal Masküler Atrofi	1	0.5
Serebrovasküler Olay (SVO)	42	24.7
Şizofren	1	0.5
Tendon Kesi	1	0.5
Tibia Protez	1	0.5
Trafik Kazası	1	0.5
Trakeotomi	1	0.5
Yatalak	2	1.1
Kanser	9	5.2
Bası Yarası	1	0.5
Diğer	1	0.5
Toplam	170	100

Katılımcıların bu hizmeti almalarına neden olan hastalıkların gösterildiği tablo 12 incelendiğinde ilk beş hastalık sırası ile (n=45, %24.7) Serebrovasküler Olay (SVO), (n=22, %12.9) Alzheimer, (n=17, %10) Dekübit Ülser, (n=1, %7.05) fraktür ve (n=11, %6.4) demans olarak belirlenmiştir.

Tablo 13. Katılımcıların Aylık Ortalama Gelir Durumları

Gelir(TL)	n	%	Ort./Std
1000 den az	52	30.6	1337.58±607.75
1001-1500	90	52.9	
1501-2000	19	11.2	
2001-2500	6	3.5	
2501 ve yukarı	3	1.8	
Toplam	170	100	

Katılımcıların sıklıkla aylık ortalama geliri (n=90, %52.9) 1001-1500 TL olarak belirlendi (Tablo 13).

Tablo 14. Katılımcıların İkamet ve Refakatçi Durumları

İkamet ve Refakatçi	n	%
Kendi evimde tek başıma	1	0.6
Kendi evimde 1.derece yakınım ile beraber	126	74.1
Kendi evimde bakıcımla	5	2.9
1.Derecede yakınımın yanında	29	17.1
1.Derecede yakınımın ve bakıcımla beraber	4	2.4
Diğer	5	2.9
Toplam	170	100

Katılımcıların büyük çoğunluğunun (n=126, %74.1) kendi evinde 1. Derecede yakını ile beraber yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 14).

Tablo 15. Katılımcıların Evde Sağlık Hizmeti Almak İçin İlk Başvuru Şekli

Başvuru Şekli	n	%
En yakın evde sağlık Birimini telefonla arayarak	1	0.6
En yakın evde sağlık birimine şahsen başvurma ve yüz yüze görüşme yaparak	10	5.9
İl Sağlık müdürlüğüne başvurarak	8	4.7
Aile hekimimin aracılığı ile	16	9.4
Hastanede ilgili doktorumun bildiri ile	135	79.4
Toplam	170	100

Katılımcıların bu hizmeti almak için yapacağı başvuru yöntemleri tablo 15 de verilmiştir. Katılımcıların kendileri için en kolay ve ulaşılabilir yol olarak sıklıkla (n=135, %79.4) hastaneden ilgili hekimin bildiri ile gerçekteği görülmüştür.

Tablo 16. İlk Başvurudan Hizmeti Alana Kadar Geçen Süre

Gün	n	%	Ort./Std
1-5	98	57.6	1.51±0.71
6-10	60	35.3	
11-15	10	5.9	
16-20	-	-	
21 ve üzeri	2	1.2	
Toplam	170	100	

Katılımcılar sıklıkla başvuru işlemlerini yaptıktan sonra 1-5 gün içinde (n=98, %57.6) hizmeti almaya başlamıştır (Tablo 16).

Tablo 17. Katılımcıların Evde Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma Durumlarının Dağılımı

Değişkenler	Evet		Biraz/ Kısmen		Hayır		Ort-Std	Genel Ort-Std
	n	%	n	%	n	%		
Bu hizmetten faydalanmam kolay oldu	142	83.5	21	12.4	7	4.1	2.79±0.49	2.85±0.23
Başvurumdan sonraki ilk ziyarette bana verilecek hizmet ile ilgili yeterince bilgi verildi.	148	87.1	15	8.8	7	4.1	2.82±0.47	
Evde sağlık hizmetleri birimine telefonla ulaşabiliyorum.	156	91.8	13	7.6	0 1	0.6	2.91±0.30	
Evde sağlık hizmetleri birimi öneri ve şikâyetlerimi değerlendiriyor.	151	88.8	17	10	2	1.2	2.87±0.36	
Hasta ya da hasta yakını olarak bana hastalık ve bakım süreçlerine ilişkin bilgilendirme yapıldı.	132	77.6	23	13.5	1 5	8.8	2.68±0.62	
Bakım süresince kullanılan ilaç ve ekipmanla ilgili bana ve aileme yeterli eğitim verildi.	133	78.2	25	14.7	1 2	7.1	2.71±0.59	
Önceden belirlenen zamanda ziyaret ediliyorum.	156	91.8	10	5.9	4	2.4	2.89±0.37	
Gerektiğinde hastaneye naklim sağlanıyor.	163	98.9	4	2.4	3	1.8	2.94±0,30	
Tıbbi cihaz ve malzeme kullanımına ilişkin raporların çıkarılmasına yardım ediliyor.	136	80	13	7.6	2 1	12.4	2.67±0.68	
Tedavim için gerekli ilaçlar reçete ediliyor.	164	96.5	3	1.8	3	1.8	2.94±0.29	
Tedavilerim zamanında yapılıyor.	164	96.5	5	2.9	1	0.6	2.95±0.22	
Bakım ekibi, yeterince nazik ve saygılı.	159	93.5	7	4.2	4	2.4	2.91±0.35	
Bu hizmeti veren personele güveniyorum.	161	94.7	5	2.9	4	2.4	2.92±0.34	

Tablo 17 incelendiğinde genel olarak katılımcıların çoğunluğunun verilen hizmetten üst düzeyde faydalandıkları ve hizmete rahatlıkla erişebildikleri (ort=2.85±0.23) görülmektedir.

Tablo 18. EQ-5D Ölçeği Boyutlarına Verilen Cevapların Dağılımı

Boyutlar	Problem yok		Biraz Problem var		Majör problem	
	n	%	n	%	n	%
Hareket	-	-	57	33.5	113	66.5
Öz-Bakım	1	0.6	33	19.4	136	80
Olağan Aktiviteler	1	0.6	38	22.4	131	77.1
Ağrı-Rahatsızlık	24	14.4	110	64.7	36	21.2
Anksiyete/depresyon	31	18.2	110	64.7	29	17.1

Katılımcıların EQ-5D ölçeği boyutlarına verilen cevapların dağılımı tablo 18 de verilmiştir. Tablo verilerine göre katılımcıların hareket boyutunu ilgilendiren soruya %33.5'i biraz problem var, %66.5'i ise majör problem yaşadıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların öz-bakım boyutunu ilgilendiren soruya %0.6'sı problem yok, %19.4'ü biraz problem var, %80'i ise majör problem yaşadıklarını belirtmişlerdir. Olağan aktiviteler boyutunu ilgilendiren soruya katılımcılar %0.6'sı problem yok, %22.4'ü biraz problem var, %77.1'i ise majör problem yaşadıklarını belirtmişlerdir. Ağrı-rahatsızlık boyutunu ilgilendiren soruya katılımcıların %14.4'ü problem yok, %64.7'si biraz problem var, %21.2'si ise majör problem yaşadıklarını belirtmişlerdir. Anksiyete-depresyon boyutunu ilgilendiren soruya katılımcıların %18.2'si problem yok, %64.7'si biraz problem var, %17.1'i ise majör problem yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 19. Hizmetten Faydalanma, EQ-5D Yaşam Kalitesi ve VAS Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Cinsiyet Değişkeni İle Karşılaştırılması

Değişkenler	Ölçekler		
	Hizmetten faydalanma	EQ-5D yaşam kalitesi	VAS yaşam kalitesi
Cinsiyet	MWU=3243.0* P=0.650	MWU=3213.5* P=0.606	MWU=3317.0* P=0.861

*Mann-Whitney-U testi

Katılımcıların hizmetten faydalanma, EQ-5D yaşam kalitesi ve VAS yaşam kalitesi Ölçeklerinin Cinsiyet değişkeni ile karşılaştırmasını yapmak için Mann Whitney-U testi sonucunda $p > 0.05$ değerine göre ölçekler ile katılımcıların cinsiyetleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (Tablo 19) .

Bu sonuç ışığında

a)H₁: “Katılımcıların Hizmetten faydalanma durumları cinsiyetlerine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir” hipotezi kabul edilir.

b)H₂: “Katılımcıların EQ-5D yaşam kalitesi indeks skorunun cinsiyetlerine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir” hipotezi kabul edilir.

c)H₃: “Katılımcıların VAS yaşam kalitesi skorunun cinsiyetlerine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir” hipotezi kabul edilir.

Tablo 20. Hizmetten Faydalanma, EQ-5D Yaşam Kalitesi ve VAS Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Yaş Değişkeni ile Karşılaştırılması

Değişkenler	Ölçekler		
	Hizmetten faydalanma	EQ-5D yaşam kalitesi	VAS yaşam kalitesi
Yaş	$X^2=2.31^{**}$ P=0.889	$X^2=7.346^{**}$ P=0.290	$X^2=15.950^{**}$ P=0.014

**Kruskall Wallis testi

Katılımcıların hizmetten faydalanma, EQ-5D yaşam kalitesi ve VAS yaşam kalitesi Ölçeklerinin yaş değişkeni ile karşılaştırmasını yapmak için Kruskall Wallis testi sonucunda $p>0.05$ değerine göre Hizmetten faydalanma ve EQ-5D yaşam kalitesi indeks skoru ile katılımcıların yaşları arasında anlamlı bir farklılık göstermediği, $p<0.05$ değerine göre VAS yaşam kalitesi skoru ile katılımcıların yaşları arasında anlamlı bir farklılık göstermektedir (Tablo 20) .

Bu sonuç ışığında

d)H₄: “Katılımcıların Hizmetten faydalanma durumları yaşlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir” hipotezi kabul edilir.

e)H₅: “Katılımcıların EQ-5D yaşam kalitesi indeks skorunun yaşlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir” hipotezi kabul edilir.

f)H₆: “Katılımcıların VAS yaşam kalitesi skorunun yaşlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir” hipotezi red edilir.

Tablo 21. Hizmetten Faydalanma, EQ-5D Yaşam Kalitesi ve VAS Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Medeni Durum Değişkeni İle Karşılaştırılması

Değişkenler	Ölçekler		
	Hizmetten faydalanma	EQ-5D yaşam kalitesi	VAS yaşam kalitesi
Medeni Durum	$X^2=1.648^{**}$ P=0.432	$X^2=0.164^{**}$ P=0.921	$X^2=2.481^{**}$ P=0.289

**Kruskall Wallis testi

Katılımcıların hizmetten faydalanma, EQ-5D yaşam kalitesi ve VAS yaşam kalitesi Ölçeklerinin medeni durum değişkeni ile karşılaştırmasını yapmak için Kruskall Wallis testi sonucunda $p>0.05$ değerine göre ölçekler ile katılımcıların medeni durumları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (Tablo 21) .

Bu sonuç ışığında

g)H7: “Katılımcıların Hizmetten faydalanma durumları medeni durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir” hipotezi kabul edilir.

h)H8: “Katılımcıların EQ-5D yaşam kalitesi indeks skorunun medeni durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir” hipotezi kabul edilir.

D)H9: “Katılımcıların VAS yaşam kalitesi skorunun medeni durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir” hipotezi kabul edilir.

Tablo 22. Hizmetten Faydalanma, EQ-5D Yaşam Kalitesi ve VAS Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Yaşanılan Yer Değişkeni İle Karşılaştırılması

Değişkenler	Ölçekler		
	Hizmetten faydalanma	EQ-5D yaşam kalitesi	VAS yaşam kalitesi
Yaşanılan Yer	$X^2=7.059^{**}$ P=0.008	$X^2=3.446^{**}$ P=0.063	$X^2=2.892^{**}$ P=0.089

**Kruskall Wallis testi

Katılımcıların hizmetten faydalanma, EQ-5D yaşam kalitesi ve VAS yaşam kalitesi Ölçeklerinin yaşanılan yer ile karşılaştırmasını yapmak için Kruskall Wallis testi sonucunda $p>0.05$ değerine göre VAS yaşam kalitesi skoru ve EQ-5D yaşam kalitesi indeks skoru ile katılımcıların yaşanılan yer arasında anlamlı bir farklılık göstermediği, $p<0.05$ değerine göre Hizmetten faydalanma ile katılımcıların yaşanılan yer arasında anlamlı bir farklılık göstermektedir (Tablo 22) .

Bu sonuç ışığında

i)H₁₀: “Katılımcıların Hizmetten faydalanma durumları yaşanılan yere göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir” hipotezi red edilir.

j)H₁₁: “Katılımcıların EQ-5D yaşam kalitesi indeks skorunun yaşanılan yere göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir” hipotezi kabul edilir.

k)H₁₂: “Katılımcıların VAS yaşam kalitesi skorunun yaşanılan yere göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir” hipotezi kabul edilir.

Tablo 23. Hizmetten faydalanma, EQ-5D Yaşam Kalitesi ve VAS Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Yaşanılan Yerin Evde Sağlık Hizmetleri Birimine Uzaklığı Değişkeni İle Karşılaştırılması

Değişkenler	Ölçekler		
	Hizmetten faydalanma	EQ-5D yaşam kalitesi	VAS yaşam kalitesi
Yaşanılan Yerin evde sağlık hizmetleri birimine uzaklığı	$X^2=31.191^{**}$ P=0.000	$X^2=6.912^{**}$ P=0.141	$X^2=4.698^{**}$ P=0.320

**Kruskall Wallis testi

Katılımcıların hizmetten faydalanma, EQ-5D yaşam kalitesi ve VAS yaşam kalitesi Ölçeklerinin Yaşanılan Yerin evde sağlık hizmetleri birimine uzaklığı ile karşılaştırmasını yapmak için Kruskall Wallis testi sonucunda $p>0.05$ değerine göre VAS yaşam kalitesi skoru ve EQ-5D yaşam kalitesi indeks skoru ile katılımcıların Yaşanılan Yerin evde sağlık hizmetleri birimine uzaklığı arasında anlamlı bir farklılık göstermediği, $p<0.05$ değerine göre Hizmetten faydalanma ile katılımcıların Yaşanılan Yerin evde sağlık hizmetleri birimine uzaklığı arasında anlamlı bir farklılık göstermektedir (Tablo 23) .

Bu sonuç ışığında

l)H₁₃: “Katılımcıların Hizmetten faydalanma durumları Yaşanılan Yerin evde sağlık hizmetleri birimine uzaklığına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir” hipotezi red edilir.

m)H₁₄: “Katılımcıların EQ-5D yaşam kalitesi indeks skorunun Yaşanılan Yerin evde sağlık hizmetleri birimine uzaklığına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir” hipotezi kabul edilir

n)H₁₅: “Katılımcıların VAS yaşam kalitesi skorunun Yaşanılan Yerin evde sağlık hizmetleri birimine uzaklığına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir” hipotezi kabul edilir.

Tablo 24. Hizmetten faydalanma, EQ-5D Yaşam Kalitesi ve VAS Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Aylık Ortalama Gelir Değişkeni İle Karşılaştırılması

Değişkenler	Ölçekler		
	Hizmetten faydalanma	EQ-5D yaşam kalitesi	VAS yaşam kalitesi
Aylık ortalama gelir	$X^2=6.155^{**}$ P=0.188	$X^2=3.753^{**}$ P=0.441	$X^2=7.835^{**}$ P=0.098

**Kruskall Wallis testi

Katılımcıların hizmetten faydalanma, EQ-5D yaşam kalitesi ve VAS yaşam kalitesi Ölçeklerinin Aylık ortalama gelir değişkeni ile karşılaştırmasını yapmak için Kruskall Wallis testi sonucunda $p>0.05$ değerine göre ölçekler ile katılımcıların Aylık ortalama gelir arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (Tablo 24) .

Bu sonuç ışığında

o)H₁₆: “Katılımcıların Hizmetten faydalanma durumları Aylık ortalama gelire göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir” hipotezi kabul edilir.

p)H₁₇: “Katılımcıların EQ-5D yaşam kalitesi indeks skorunun Aylık ortalama gelire göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir” hipotezi kabul edilir.

r)H₁₈: “Katılımcıların VAS yaşam kalitesi skorunun Aylık ortalama gelire göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir” hipotezi kabul edilir

Tablo 25. Hizmetten faydalanma, EQ-5D Yaşam Kalitesi ve VAS Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin İkamet Ve Refakatçi Durum Değişkeni İle Karşılaştırılması

Değişkenler	Ölçekler		
	Hizmetten faydalanma	EQ-5D yaşam kalitesi	VAS yaşam kalitesi
İkamet ve Refakatçi Durum	$X^2=18.362^{**}$ P=0.003	$X^2=7.338^{**}$ P=0.197	$X^2=19.635^{**}$ P=0.001

**Kruskall Wallis testi

Katılımcıların hizmetten faydalanma, EQ-5D yaşam kalitesi ve VAS yaşam kalitesi Ölçeklerinin İkamet ve Refakatçi Durumu ile karşılaştırmasını yapmak için Kruskall Wallis testi sonucunda $p>0.05$ değerine göre EQ-5D yaşam kalitesi indeks skoru ile katılımcıların Yaşanılan Yerin evde sağlık hizmetleri birimine uzaklığı arasında anlamlı bir farklılık göstermediği, $p<0.05$ değerine göre VAS yaşam kalitesi skoru ve Hizmetten faydalanma ile katılımcıların İkamet ve Refakatçi Durumu arasında anlamlı bir farklılık göstermektedir (Tablo 25) .

Bu sonuç ışığında

s)H₁₉: “Katılımcıların Hizmetten faydalanma durumları İkamet ve Refakatçi Durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir” hipotezi red edilir.

t)H₂₀: “Katılımcıların EQ-5D yaşam kalitesi indeks skorunun İkamet ve Refakatçi Durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir” hipotezi kabul edilir.

u)H₂₁: “Katılımcıların VAS yaşam kalitesi skorunun İkamet ve Refakatçi Durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir” hipotezi red edilir.

Tablo 26. Hizmetten Faydalanma ve EQ-5D İndeks Skoru İlişkisi

Ölçekler	Ölçek Puanları	
	Ortalama ± Standart Sapma	Spearman'ın Rho Korelasyon Katsayısı
Hizmetten faydalanma	2.85±0.237	0.101
EQ-5D indeks skoru skor	0.11±0.18	

**p<0.01

Spearman korelasyon testine göre hizmetten faydalanma ile EQ-5D indeks skoru ile arasında anlamlı bir ilişki yoktur (p>0,05).

Bu sonuç ışığında

v)H₂₂: “Hizmetten faydalanma ile EQ-5D yaşam kalitesi indeks skoru arasında anlamlı bir ilişki vardır” hipotezi red edilir.

Tablo 27. Hizmetten Faydalanma ve VAS Yaşam Kalitesi Skor

Ölçekler	Ölçek Puanları	
	Ortalama ± Standart Sapma	Spearman'ın Rho Korelasyon Katsayısı
Hizmetten faydalanma	2.85±0.237	0.228**
VAS yaşam kalitesi skor	51.17±18.45	

**p<0.01

Spearman korelasyon testine göre hizmetten faydalanma ile VAS yaşam kalitesi skoru ile arasında 0.228 lik pozitif yönlü anlamlı bir ilişki vardır.

Bu sonuç ışığında

y)H₂₃: “Hizmetten faydalanma ile VAS yaşam kalitesi skoru arasında anlamlı bir ilişki vardır” hipotezi kabul edilir.

5. TARTIŞMA

Ülkemizde evde bakım hizmetlerinin verilmeye başlanması henüz yeni olup, bu alanda yapılan ilk uygulamalar özel sektör önderliğinde olmuştur. Ancak son yıllarda sağlıkta dönüşüm programının ilerlemesine bağı olarak bu alanda ciddi gelişmeler özellikle hizmete erişim ve faydalanma noktasında ciddi iyileşmeler sağlanmıştır. Hizmetin yaygınlaşmasında en önemli rolü ise kamu hastanelerinde ve toplum sağlığı merkezlerinde kurulan evde sağlık birimleri üstlenmiştir.

Günümüzde evde bakım hizmetlerinden faydalanan hastaların yaş grubu aralığı sıklıkla 65yaş ve üzerini işaret etmektedir. Bu hastalar sıklıkla kronik hastalığı olan ve çok yönlü bakıma ihtiyaç duyan hastalar olarak karşımıza çıkmaktadır. Evde bakım hizmetinden faydalanan hastaların, Avusturya'da %83, Almanya'da %83, ABD' de %63'ü 65 yaş ve üzeri bireylerden oluşmaktadır [47]. Türkiye'de Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı 2015 verilerine göre evde bakım hizmeti alan hastaların %34'ü 60 yaş ve üzeri gruptadır [48]. Bu oran ülkemizde evde sağlık hizmetlerinden faydalanan hastaların yaş dağılımının farklılığını göstermektedir.

Bu alanda İncesu ve arkadaşları, Us, Batkın ve Sümer, Kahraman ve arkadaşları, Aksayan ve Çimete'nin çalışmalarda hastaların sıklıkla 65 yaş üstü yaş grubunda oldukları görülmüştür [21,30,49,50,51]. Bu çalışmada yer alan hastaların %86,4'ünün 61 ve üzeri yaş grubunda olması diğer çalışmalardaki hasta yaş grubu ile uyumlu olduğunu göstermektedir.

Günümüzde gelişmekte olan ülkelerin çoğunda evde bakım gereksinimi olan ihtiyaç sahiplerine aileler eşlik etmekte. Bu durum aile bireylerine sorumluluklar ve önemli görevler yüklemektedir.

Bugün ülkemizde ulusal sağlık hizmetleri organizasyonunda evde sağlık hizmetlerine yönelik ciddi adımlar atılmıştır. Ancak hala istenilen düzeye erişilememiştir. Bu durum toplumumuzun sosyo kültürel yapısına bağı olarak özellikle kırsal kesimlerde süregelen ata erkil aile yapısı içinde evde bakım ihtiyacı olanlara destek sürmektedir. Bu alanda yapılan çalışmalarda hastaların sıklıkla aile bireyleri yanında kaldığı görülmüştür [21,51,52]. Bu çalışmada hastaların büyük çoğunluğu kendi evinde 1. Derecede yakını ile beraber yaşamaktadır (Tablo14).

Sağlık hizmetlerine erişim ne kadar kolay olursa hizmetten faydalanma düzeyide o kadar yüksek olacaktır. Bu durum hizmet alıcılarının memnuniyetinide olumlu yönde etkileyecektir. Bizim çalışmamız da hizmet alanların %75.9'u ilçe merkezinde, %24.1'i ise köy de ikamet ettikleri ve buralarda hizmeti aldıkları tespit edilmiştir (Tablo 10). Görüleceği üzere verilen bu hizmet hastaların ikamet adreslerinde, uzaklık sorunu olmadan köylerde dahi verilmekte olduğu anlaşılmıştır. Bu durum hizmete erişimin yaygınlaştığını gösterir niteliktedir.

Evde sağlık hizmeti alanların bu hizmetten faydalanma nedenleri incelendiğinde, hizmet alanların sıklıkla %24.7'si Serebrovasküler Olay (SVO), % 12.9'u Alzheimer, % 10'u Dekübüt Ülser ve % 7'si ise Genel Durum Bozukluğu nedeniyle bu hizmeti aldıkları belirlenmiştir (Tablo 12). İncesu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmasında hizmet alan hastaların sıklıkla %21.3'ünün çeşitli kanser türleri nedeniyle bu hizmeti aldıkları anlaşılmaktadır [21]. Bu çalışmada kanser teşhisi nedeniyle evde sağlık hizmeti alanların oranı ise %5,9 olarak belirlenmiştir.

Çalışmamız da hizmet alanların aylık ortalama gelir durumları incelendiğinde %30.6'sının 1000 TL den az, %52.9'unun 1001-1500 TL arasında ortalama aylık gelire sahip oldukları belirlenmiştir (Tablo 13). Bu değerler çalışmaya katılan hastaların büyük oranda (% 83,5) aylık ortalama gelirinin asgari ücretin altında olması dikkat çekici olarak değerlendirilmekte olup, ekonomik sıkıntı içinde olan bu hastaların bu hizmetin evlerinde verilmesi hizmete erişebilirliğin kolaylaştığını göstermektedir. İncesu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmasında hastaların %64,7'sinin aylık ortalama gelirinin asgari ücretin altında olması bu çalışma ile paralellik göstermektedir.

Çalışmamız da; çeşitli sağlık nedenlerinden dolayı evde sağlık hizmeti alan hastaların yaşı ile VAS yaşam kalitesi skoru, yaşanılan yer ile alınan hizmetten faydalanma durumu, yaşanılan yerin evde sağlık hizmetleri birimine uzaklığı ile hizmetten faydalanma durumu, ikamet ve refakatçi durumu ile hizmetten faydalanma ve VAS yaşam kalitesi skoru ve hizmetten faydalanma ile VAS yaşam kalitesi skoru arasında anlamlı bir ilişkinin olduğunu göstermiştir.

Çalışmamız da kullanılan yaşam kalitesi "EQ-5D İndeks Skoru" kullanılarak evde sağlık birimlerinden hizmet alan hastalara yönelik bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Ancak

literatürde yaşam kalitesi “EQ-5D İndeks Skoru” dışında kalan 15D©/Harri Sintonen, Nottingham Sağlık Profili (NSP) ve WHOQOLBREF^{TR} gibi yaşam kalitesini ölçmeyi hedefleyen ölçeklerle ilgili çalışmalar bulunmaktadır (Tablo 28).

Tablo 28. Yaşam Kalitesi Ölçekleri ile Yapılan Diğer Çalışmalar

Çalışmanın İçeriği	Kullanılan Ölçek	İlişki /Anlamlılık	Kaynak
İstanbul’da tüm ilçe merkezlerinde evde sağlık hizmeti alan kişilerin memnuniyeti ve yaşam kalitesini belirlemeye yönelik çalışma	15D©/Harri Sintonen yaşam kalitesi ölçeği	Yaşam kalitesi puanları ile hasta memnuniyeti puanları arasında anlamlı bir ilişki yok, (p>0,05)	(Us, 2014)
Yaşlı bireylerin ev ortamlarında yaşam kalitelerini etkileyen unsurları belirlemeye yönelik çalışma	Nottingham Sağlık Profili (NSP)	Nottingham Sağlık Profili (NSP) ile arasında anlamlı bir ilişki yok, (p>0,05)	(Altuğ vd., 2009)
Tokat huzur evinden hizmet alanların yaşam kalitelerini ve yaşam kalitelerini etkileyen unsurları belirlemeye yönelik çalışma	WHOQOLBREF ^{TR}	WHOQOLBREF ^{TR} ile evde hizmet alanların arasında anlamlı bir ilişki yok, (p>0,05)	(Batkın ve Sümer, 2010)

Bu çalışmada kullanılan yaşam kalitesi ölçeği ile hastaların hizmetten faydalanma durumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Aynı şekilde tablo 28 görüleceği üzere diğer çalışmalarda kullanılan farklı yaşam kalitesi ölçeklerinde algılanan hizmetin memnuniyeti arasında da anlamlı bir ilişki olmaması bu çalışma ile diğer çalışmaların sonuçlarının paralel olduğunu gösterir niteliktedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Tüm dünyada sağlık hizmetleri sunumunun alternatifi olarak gürülen ve sürekli yaygınlaşan evde sağlık hizmetlerinin tercih ve teşvik edilmesinin sebebinde hizmet alanların bu hizmete rahatlıkla ve kolaylıkla erişebilmeleri yatmaktadır.

Evde sağlık hizmetlerinde amaç, hizmet alanın ailesi ve yakınları yanında günlük yaşam sürecini olabildiğince etkilemeden en doğru tedavi yöntemi uygulanarak hastalığın etkilerini minimize etmek ve bunun yanında yaşam kalitesini artırmaktır.

Evde sağlık hizmetlerinin amaçları arasında hakkaniyetli olarak hizmet alıcılarının hizmete kolay erişebilirlikleri ve etkin olarak bu hizmetten faydalanmaları ön plana çıkmaktadır.

Günümüz Türkiye’de uygulanan ulusal sağlık hizmetleri içinde gittikçe kendine yer bulan ve yaygınlaşan evde sağlık hizmetleri kamu hastaneleri, toplum sağlığı merkezleri, aile hekimleri, belediyeler ve özel hastaneler tarafından verilmektedir. Bu hizmetin verilmesini düzenleyen yasal düzenlemeler yapılmış olup, hizmette yaşanan ve yaşanması muhtemel sorunların tespiti ve hizmetin geliştirilmesi amacıyla kamu destekli çeşitli sivil toplum kuruluşları kongre, sempozyum ve eğitim faaliyetleri yürütmektedirler.

Bu çalışmada Evde Sağlık Hizmetleri Birimlerinden hizmet alanların bu hizmete erişilebilirlik düzeylerini, hizmetten faydalanma durumlarını ve yaşam kalitelerini belirlemeye yönelik şu sonuçlara ulaşılmıştır:

Hastaların;

- Sıklıkla kadın, 71 yaş aralığında, bir sosyal güvenceye sahip, kendi evinde 1. derecede yakını ile beraber yaşadığı, bu hizmeti almak için başvuru yaptıktan kısa bir süre sonra bu hizmeti almaya başladığı,

-Hizmetten üst düzeyde faydalandıkları ve hizmete rahatlıkla erişebildikleri,

- Yaşam kalitesi ölçeği ile hastaların hizmetten faydalanma durumları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı,

- Hastaların yaşı ile VAS yaşam kalitesi skoru, yaşanılan yer ile alınan hizmetten faydalanma durumu, yaşanılan yerin evde sağlık hizmetleri birimine uzaklığı ile hizmetten faydalanma durumu, ikamet ve refakatçi durumu ile hizmetten faydalanma ve VAS yaşam

kalitesi skoru ve hizmetten faydalanma ile VAS yaşam kalitesi skoru arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu anlaşılmıştır.

Bu sonuçlar ışığında; İshakoğlu Çayeli ve Rize Devlet Hastaneleri Evde Sağlık Hizmetleri birimlerinden hizmet alan hastaların hizmetten faydalanma ile VAS yaşam kalitesi skoru arasında pozitif yönlü bir ilişkinin olduğu, hastaların bu hizmetten üst düzeyde faydalandıkları ve hizmete rahatlıkla erişebilme imkânı buldukları anlaşılmıştır.



7. KAYNAKÇA

- 1.Büken NÖ, Büken E (2003).Yaşlanma Olgusu ve Tıp Etiği. Turkish Journal of Geriatrics, 6(2),75-79
- 2.Danış MZ (2004). Yaşlıların Evde Bakım Gereksinimleri ve Evde Bakıma İlişkin Düşünceleri. Başarılı Yaşlanma ve Yaşlı Bakım Modelleri). Ankara: Türkiye Güçsüzler ve Kimsesizlere Yardım Vakfı Yayını. Birinci Baskı.
- 3.Akdemir N, Leman B (2005). İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı. Baskı, Vehbi Koç Vakfı Saner, Ankara: Sistem Ofset,(2).
- 4.Arıoğul S (2006). Geriatri ve Gerontoloji. Medikal-Nobel Yayıncılık, Ankara
- 5.Şelimen D, Kaan N, Akyolcu N, Enç N, Bahçecik N, İlhan İ (2010). Geriatrik Hasta ve Hemşirelik Bakımı. Ankara: Alter Yayıncılık
- 6.Kutsal YG (2007) Temel Geriatri. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri
- 7.Bilir N (2006). Türkiye’de ve dünyada yaşlılarda demografik özellikler. İçinde: Arıoğul S, editör. Geriatri ve gerontoloji. Ankara: MN Medikal ve Nobel Yayıncılık; s. 3-9
- 8.Rakıcıoğlu N, Attila S (2003). Yaşlılıkta Beslenme. Teknik Rapor. Halk Sağlığı Kurumu Derneği, 8:7-8
- 9.<https://sgb.saglik.gov.tr>, Erişim; 15.11.2016
- 10.Kurt G (2008). Türkiye’de Yaşlılık Olgusuna Sosyolojik Bir Bakış (Sivas İl Örneği). Yüksek Lisans Tezi. Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler EnstitüsüSosyoloji Anabilim Dalı, Toplumsal Yapı ve Değişme Bilim Dalı, Sivas.
11. Kutsal YG, <http://www.geriatri.org.tr/SempozyumKitap2011/3.pdf>, Yaşlanan Dünyanın Yaşlanan İnsanları, Erişim; 01.11.2016
- 12.Mandıracıoğlu A (2010). Dünyada ve Türkiye’de yaşlıların demografik özellikleri. Ege Tıp Dergisi 49(3),39-45
- 13.Hacettepe Üniversitesi, Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA-2008_ana_Rapor-tr.pdf, 2008, Erişim; 21.10.2016
- 14.<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=15844>, Erişim; 10.11.2016
- 15.Bahar, A Parlar S (2007). Yaşlılık ve Evde Bakım. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt:2, Sayı:4:32-39
- 16.Cindoruk M, Yetkin İ, Şahin M, Ekici E, Görgül A, İleri F, Keskin G, Küçükayıkçı B, İşgenç H, Karakan T (2010). Evde Bakım Hizmetleri, Akademik Geriatri, 2, 121-127.
- 17.Öztop H, Şener A, Güven S (2008). Evde bakımın yaşlı ve aile açısından olumlu ve olumsuz yönleri. Yaşlı sorunları araştırma dergisi, 1.1: 39-49
- 18.Sayan A (2004). Günümüzde Evde Bakım, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 7(3):91

- 19.<http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.7542&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=evde>, Erişim: 10.10.2016
- 20.Karabağ H (2007). Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliğine İlişkin Hekimlerin Görüşleri ve Kardiyoloji Hastaları için Hastane Destekli Evde Bakım Hizmetleri Model Önerisi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- 21.İncesu E,Tombul C, Arıkan M, Babuçcu H (2014). Evde Sağlık Hizmetlerine Erişilebilirlik: Konya Seydişehir Devlet Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Birimi Örneği, Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi, 12, Sayı:4:18-26
- 22.Aydın D (2005). Evde Bakım Kavram ve Kapsamı, Evde Bakım Hizmetleri. 1. Baskı. Ankara. Sağlıklı Nesiller Derneği, 14-25
- 23.Boyoğlu R (2002). Hastane Destekli Evde Bakım Hizmetleri ve Sunumu, Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 12(49):99-118
- 24.Seyyar A (2005). Dünyada ve Türkiye’de Yaşlılığa Bağlı Bakım Sorununa Karşı Güvence Sistemleri. Özveri Dergisi. 2(1):377-503
- 25.Yılmaz M, Sametoğlu F, Akmeşe G, Tak A, Yağbasan B, Gökçay S, Sağlam M, Doğanılmaz D, Erdem S (2010). Sağlık Hizmetinin Alternatif Bir Sunum Şekli Olarak Evde Hasta Bakımı. İstanbul Tıp Dergisi, 11(3):125-32.
- 26.Onarcan M (2011). Türkiye’de evde bakım hizmetleri ve ülke modeli için öneriler, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi,S.19, <http://www.sdplatform.com/Dergi/519/Turkiyede-evde-bakim-hizmetleri-ve-ulke-modeli-icinoneriler.aspx>, Erişim tarihi: 30.09.2016
- 27.Bilge U, Elçioğlu Ö, Ünalacak M, Ünlüoğlu İ (2014). Türkiye’de Yaşlı Evde Bakım Hizmetleri, Euras J Fam Med., 3(1):1-8
- 28.Başgül ÇKeskin İ, Kara H, Aksoy M (2011). Sağlık Alanında Yeni Bir Hizmet: Evde Sağlık Hizmeti. Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Sağlığın Başkenti Dergisi, 20,s:50-71
- 29.[http://ailehekimligi.gov.tr/ana-cocuk-sal/150-evde-bakim-hizmetlerinden-kimler faydalanabilir. html](http://ailehekimligi.gov.tr/ana-cocuk-sal/150-evde-bakim-hizmetlerinden-kimler-faydalanabilir.html), Erişim; 15.09.2016
- 30.İncesu E, Yorulmaz M (2011). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı Ve Toplam Kalite Yönetimi. 5.sağlık Ve Hastane İdaresi Kongresi. İstanbul: Okan Üniversitesi.
- 31.https://tr.wikipedia.org/wiki/Kalite#Kalite_nedir.3F, Erişim; 15.11.2016
- 32.Küçük, M (2008). Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kaliteleri, Hasta Özellikleri ve Hemşirelik Hizmetleri İle İlgili Doyumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Afyonkarahisar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi

- 33.Hisar KM, Erdoğan H (2014). Evde Sağlık Hizmeti Alanlarda Yaşam Kalitesi Durumu ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, Genel Tıp Dergisi, 24:138-142
- 34.Aslantekin F, Gökteş B, Uluşen M, Erdem R (2007). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi: Dr.Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları Ve Doğum Hastanesi Örneği, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt:2, Sayı:6, s. 55-71.
- 35.Bütüner O (2016). Differences of Outpatient Satisfaction at the Second Stage Public and Private Hospitals: Implementing on Duzce City , Journal of Current Researches on Health Sector, Volume: 6 Issue: 2:1-14
- 36.Aslan D (2012). Yaşam Kalitesi: Yaşlılık Dönemine Dair Öneçikanlar. Ankara Tabip Odası, Türk Geriatri Derneği.
- 37.<http://www.arguden.net/tr/makaleler/yasam-kalitesi-2/>, Erişim; 24.11.2016
- 38.Perim A (2007). Trakya Üniversitesi Eğitim, Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Kaliteli Yaşam Algısının Belirlenmesi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi
- 39.World Health Organization. (1981), Global Strategy for Health for All By The Year 2000, Geneva.
- 40.Öksüz E, Malhan S (2005). Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesi Kalitemetri, Ankara
- 41.Kavuncubaşı Ş, Yıldırım S (2010). Hastane ve sağlık kurumları yönetimi, Ankara
- 42.Enginyurt Ö, Öngel K (2012). Evde bakım hizmeti kapsamındaki hastaların sosyo-demografik özellikleri ve tıbbi durumları, Smyrna Tıp Derg, 2:46-8.
- 43.http://www.euroqol.org/fileadmin/user_upload/Documenten/PDF/Folders_Flyers/EQ5D3L_UserGuide_2015.pdf, Erişim: 22.10.2016
- 44.İslamoğlu AH, Alınacak Ü (2013). Sosyal Bilgiler Araştırma Yöntemleri, Gözden Geçirilmiş Ve Genişletilmiş 3. Baskı, Beta Yayınları, İstanbul.
- 45.Seçer İ (2013). SPSS ve LISREL İle Pratik Veri Analizi, genişletilmiş 2. Baskı
- 46.Karahan A, Güven S (2002). “Yaşlılıkta Evde Bakım”, Turkish Journal of Geriatrics, 5(4):155-159
- 47.Tanlı S. (1999), Evde Bakım Hizmetlerinin Firmalaştırılması. İşletme Planı Örneği. İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul
- 48.https://www.ailevecalisma.gov.tr/Raporlar/ATHGM/Turkiyede_Yasli_Bakim_Hizmetlerinin_proaktif_yonu_mali_yonu_etut_analizi_2016.pdf, Erişim; 29.12.2016
- 49.Batkın D, Sümer H (2010). “Evde ve Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi”, Sağlık ve Toplum Yıl:20 , Sayı: 2:31-39

50.Kahraman S, Zincir H, Kaya Z (2012). Evde Bakımın Kronik Hastaların Yaşam Kalitesine Etkisi. Sağlık ve Toplum, (1):28-34

51.Aksayan S, Çimete G (1998). Kronik hastalıklı bireylerin evde bakım gereksinimleri, olanakları ve tercihleri .I.Ulusal Evde Bakım Kongresi Özet Kitabı, 24-26 Eylül, Hstanbul.

52.Baran A, Görgün KV, Aral N, Baran G, Akın G, Özkan Y (2005). Yaşlı ve Aile Hasta ilişkileri: Ankara Örneği. Basbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü Yayınları No:127. Ankara.





EKLER

EK.1. Veri Toplama Formu

Değerli Katılımcı Bu Anket,

İshakoğlu Çayeli ve Rize Devlet Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Biriminden hizmet alanların bu hizmete erişebilirlik düzeylerini, hizmetten faydalanma durumlarını ve yaşam kalitelerini tespit etmek amacıyla yapılmaktadır. Göstermiş olduğunuz ilgi ve yardımlarınızdan dolayı şimdiden teşekkür ederiz.

Derya ERDOĞDU
Yüksek Lisans Öğrencisi

	Lütfen aşağıdaki ifadelerle ilgili görüşlerinizi belirtmek için parantez içine çarpı koyunuz. Örnek: (X)	EVET	BİRAZ/ KISMEN	HAYIR
1	Bu hizmetten faydalanmam kolay oldu	()	()	()
2	Başvurumdan sonraki ilk ziyarette bana verilecek hizmet ile ilgili yeterince bilgi verildi.	()	()	()
3	Evde sağlık hizmetleri birimine telefonla ulaşabiliyorum.	()	()	()
4	Evde sağlık hizmetleri birimi öneri ve şikâyetlerimi değerlendiriyor.	()	()	()
5	Hasta ya da hasta yakını olarak bana hastalık ve bakım süreçlerine ilişkin bilgilendirme yapıldı.	()	()	()
6	Bakım süresince kullanılan ilaç ve ekipmanla ilgili bana ve aileme yeterli eğitim verildi.	()	()	()
7	Önceden belirlenen zamanda ziyaret ediliyorum.	()	()	()
8	Gerektiğinde hastaneye naklim sağlanıyor.	()	()	()
9	Tıbbi cihaz ve malzeme kullanımına ilişkin raporların çıkarılmasına yardım ediliyor.	()	()	()
10	Tedavim için gerekli ilaçlar reçete ediliyor.	()	()	()
11	Tedavilerim zamanında yapılıyor.	()	()	()
12	Bakım ekibi, yeterince nazik ve saygılı.	()	()	()
13	Bu hizmeti veren personele güveniyorum.	()	()	()

Lütfen sizin için uygun olan kutucuğu işaretleyiniz (x)

14	Cinsiyetiniz(hastanın)	<input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> Erkek
15	Yaşınız Yaş
16	Sosyal güvenceniz
17	Medeni durum	<input type="checkbox"/> evli <input type="checkbox"/> Bekâr <input type="checkbox"/> Diğer
18	Yaşadığınız Yer	<input type="checkbox"/> İlçe merkezi <input type="checkbox"/> Kasaba <input type="checkbox"/> Köy
19	Yaşadığınız yerin evde sağlık hizmetleri birimine uzaklığı(km)Km
20	Bu hizmeti almama neden olan asıl hastalığım
21	Aylık ortalama gelirim TLTL
22	İkamet ve Refakatçi Durumum	<input type="checkbox"/> Kendi evimde tek başıma <input type="checkbox"/> Kendi evimde 1. Derecede yakımla beraber <input type="checkbox"/> Kendi evimde bakıcımla <input type="checkbox"/> 1.Derecede yakınımın yanında <input type="checkbox"/> 1.Derecede yakınımın yanında ve bakıcımla beraber <input type="checkbox"/> Diğer
23	Evde Sağlık Hizmeti almak için ilk başvurumu	<input type="checkbox"/> 444 38 33 numaralı telefonu arayarak <input type="checkbox"/> En yakın evde sağlık birimini telefonla arayarak <input type="checkbox"/> En yakın evde sağlık birimine şahsen ve yüz yüze <input type="checkbox"/> İl Sağlık Müdürlüğüne başvurarak <input type="checkbox"/> Aile Hekimin aracılığı ile <input type="checkbox"/> Hastanede ilgili doktorumun bildiriimi ile <input type="checkbox"/> Diğer..... Yaptım
24	İlk başvurudan hizmeti alana kadar geçen süre (gün ya da hafta)

GENEL YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

A- Hareket

- Yürürken, hiç bir güçlük çekmiyorum
- Yürürken bazı güçlüklerim oluyor
- Yatalağım

B- Öz-bakım

- Kendime bakmakta güçlük çekmiyorum
- Kendi kendime yıkanırken veya giyinirken bazı güçlüklerim oluyor
- Kendi kendime yıkanacak veya giyinebilecek durumda değilim

C- Olağan aktiviteler

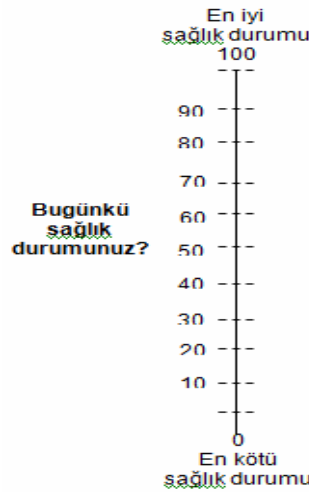
- (örneğin, iş, ders çalışma, ev işleri, aile içi veya boş zaman faaliyetleri)
- Olağan işlerimi yaparken herhangi bir güçlük çekmiyorum
 - Olağan işlerimi yaparken bazı güçlüklerim oluyor
 - Olağan işlerimi yapabilecek durumda değilim

D- Ağrı/rahatsızlık

- Ağrı veya rahatsızlığım yok
- Orta derecede ağrı veya rahatsızlıklarım var
- Aşırı derecede ağrı veya rahatsızlıklarım var

E- Anksiyete/Depresyon

- Endişeli veya moral bozukluğu içinde değilim
- Orta derecede endişeliyim veya moralim bozuk
- Aşırı derecede endişeliyim veya moralim çok bozuk



EQ-5D VAS ölçek

Ek. 2. Soru Seti İzni

Sayın Derya KETENCİ, "Evde Sağlık Hizmetleri Biriminden Hizmet Alanların Hizmetten Faydalanma Durumlarının Yaşam Kalitelerine Etkisi: İshakoğlu Çayeli Ve Rize Devlet Hastanesi Örneği" başlıklı yüksek lisans tezinizde anket setini kullanabilirsiniz. Çalışmanızda başarılar dilerim.

Bio.Emrullah İNCESU

Ek.3. Evde Sağlık Hizmeti Fatura

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Rize İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
RIZE İSHAKOĞLU ÇAYELİ DEVLET HASTANESİ

HİZMET DETAY BELGESİ

Sıra No : 1 **Müracaat Tarihi** : 27.10.2017 12:07:33 **Çıkış Tarihi** :
T.C. Kimlik No : 28706332416 **Has. Adı Soyadı** : İBRAHİM SIRTLI **Kurumu** : SOSYAL SİGORTALAR KURUMU
Protokol No : P 170347063 **Fatura Tarihi** : 06.11.2017
Tam : R32-ÜRİNER İNKONTİNANS, **Fatura No** : 170338817

H. Kodu	H. Tarihi	Hizmet Adı	Adet	Birim	Toplam Tutar
520.020	27.10.2017	Acil poliklinik muayenesi	1	15,50 TL	15,50 □
530.310	27.10.2017	Mesane sonda uygulaması	1	8,90 TL	8,90 □
S2375	27.10.2017	FOLEY SONDA ÜÇ YOLLU LATEKS 20 F (%100 SİLİKON KAPLI)	1	5,04 TL	5,04 □
S2516	27.10.2017	İDRAR TORBASI MUSLUKLU NON STERİL 2000 ML	1	1,68 TL	1,68 □
	27.10.2017	YOL ÜCRETİ (34,00+(2X15))	1	64,00 TL	0,00

Toplam Tutar : **31,12 TL**

Ek.4. Özel Ambulans Hizmeti Ücreti

Karar No :
Karar Tarihi : 01 Şubat 2017
Konusu : Ambulans Ücretleri

RİZE İLİ 2017 YILI AMBULANS ÜCRETLERİ

Rize Ambulans Ücretleri Tespit Komisyonu, Komisyon Başkanı İl Sağlık Müdürü Yardımcısı Zikrullah TÜFEKÇİ başkanlığında aşağıda isimleri yazılı üyelerin katılımıyla 01 Şubat 2017 tarihinde Sağlık Müdürlüğü Toplantı Salonunda toplanmıştır.

1. Hasta Nakil Ambulansı Ücretleri

- Şehir İçi Açılış Ücreti	130.00 TL.
- Şehir İçi KM Başına Birim Fiyatı (10 KM'den sonra)	0 TL.
- Şehir Dışı Açılış Ücreti	130.00 TL.
- Şehir Dışı KM Başına Birim Fiyatı (10 KM'den Sonra)	4.50 TL.

2. Acil Yardım Ambulansı Ücretleri

- Şehir İçi Açılış Ücreti	130.00 TL.
- Şehir İçi KM Başına Birim Fiyatı (10 KM'den sonra)	0 TL.
- Şehir Dışı Açılış Ücreti	130.00 TL.
- Şehir Dışı KM Başına Birim Fiyatı (10 KM'den Sonra)	4.50 TL.

A- Otoban, Feribot, Köprü geçiş ücreti gibi ücretler hesaplanan fiyaza ilave edilir.

B- Gidiş - Dönüş şeklinde hasta transferi yapılacaksa dönüş için belirlenen ücretlerin yüzde ellisi (%50) hesaplanır.

C- Hasta nakil sırasında ambulans içerisinde uygulanan tıbbi müdahaleler ve kullanılan malzemeler fiyata dâhil değildir, bu ücretler nakil ücretinden ayrı olarak 27/06/2016 tarihinde yayımlanan Kamu Sağlık Hizmetleri Sağlık Tarifesinde göre hesaplanır.

3. Bekleme Ücreti: Hastanın istenilen yere nakledilmesinden sonra geri gelmek için ambulans bekletiliyorsa, hasta beklemeye başladıktan sonraki ilk 30 (otuz) dakika ücretsizdir, 30 dakikadan sonra her saat için 75.00 TL. ücret alınır.