

**EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ VE HASTA MEMNUNİYETİ**  
**Hamza ÖKSÜZ**

**Yüksek Lisans Tezi**  
**Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı**  
**Danışman: Doç.Dr.Dumrul GÜLEN**

**2018**

**T.C.  
NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİMDALI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**EVDE SAĞLIK HİZMETLERİNDE HASTA MEMNUNİYETİ**

**Hamza ÖKSÜZ**

**SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI  
DANIŞMAN: DOÇ.DR.DUMRUL GÜLEN**

**TEKİRDAĞ-2018**

**Her hakkı saklıdır**

T.C.  
NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
SAĞLIK YÖNETİMİ BÖLÜMÜ  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hamza ÖKSÜZ tarafından hazırlanan Evde Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti konulu YÜKSEK LİSANS Tezinin Sınavı, Namık Kemal Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Öğretim Yönetmeliği uyarınca ..... günü saat .....’da yapılmış olup, tezin\* ..... OYBİRLİĞİ / OYÇOKLUĞU ile karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYELERİ	KANAAT	İMZA

\* Jüri üyelerinin teze ilgili karar açıklaması kısmında “Kabul Edilmesine / Reddine” seçeneklerinden birini tercih etmeleri gerekir.

## ÖNSÖZ

Bu araştırmanın her aşamasında bilimsel katkılarını, yardımlarını, ilgisini ve sabrını esirgemeyen tez danışmanım Doç. Dr.Dumrul GÜLEN'e teşekkürü bir borç bilirim.

Son olarak, bu tezin oluşma sürecinde sabır ve anlayış göstererek maddi ve manevi desteklerini hiç esirgemeyen, üzerimde büyük emekleri olan eşim Neslihan ÖKSÜZ, çocuklarım Toprak Yekta ÖKSÜZ, Elif Yaprak ÖKSÜZ başta olmak üzere SEVGİLİ AİLEME sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Hamza ÖKSÜZ

Haziran, 2018

Tekirdağ

## ÖZET

Tanımlayıcı tipteki bu araştırmam, Tekirdağ Belediyesi sınırları içinde yer alan, Tekirdağ Devlet Hastanesinin Evde Sağlık Hizmeti verdiği kişilerin hasta memnuniyetinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır. Veriler, 2013 yılı şubat-Mart aylarında, 124 hasta veya hasta yakınına uygulanan anketlerden derlenmiştir. Tekirdağ Devlet Hastanesinin Evde Sağlık Hizmetleri kapsamında hizmet alan kişilere, hizmet alanların tamamı gönüllülük esasına göre yüz yüze görüşme yöntemiyle anket formları aracılığıyla toplanmıştır. Çalışmada kullanılan hasta memnuniyeti ve demografik bilgiler anketleri literatürden yararlanılarak oluşturulmuştur. Çalışmada kullanılan hasta memnuniyeti ve demografik bilgiler anketleri literatürden yararlanılarak oluşturulmuştur. Araştırmamızda hasta memnuniyetinin tüm boyutlarda yüksek olduğu görölmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Evde Sağlık, Hasta Memnuniyeti.

## **ABSTRACT**

Identifier type, this research is located within the boundaries of the municipality of Tekirdag State Hospital Home Health Service evaluation of patient satisfaction of people gave. Data, the year 2013 February – March, 124 has been compiled from a survey applied to the patient or patient. Tekirdag State Hospital Home Health Services in the scope of the services to the people, all the service areas based on voluntary face-to-face interviews were collected through questionnaire method. The study used patient satisfaction and demographic information from the literature were created using surveys. The study used patient satisfaction and demographic information from the literature were created using surveys.

**Keywords:** Home Health Care, Patient Satisfaction.

# İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ .....	iii
ÖZ .....	iv
ABSTRACT .....	v
KISALTMALAR .....	viii
TABLolar .....	ix
ŞEKİLLER.....	x
GİRİŞ .....	1
BİRİNCİ BÖLÜM.....	4
SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI.....	4
1.1. SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİ .....	4
1.2. SAĞLIĞIN TANIMI .....	5
1.3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN TEMEL ÖZELLİKLERİ.....	9
1.4. SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖRGÜTLENMESİ.....	10
1.5. SAĞLIK HİZMETLERİ TÜKETİMİNİ BELİRLEYEN FAKTÖRLER.....	11
1.5.1. Nüfus yapısı.....	11
1.5.2. Sanayileşme ve şehirleşme .....	12
1.5.3. Aile yapısı .....	12
1.6 SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI.....	13
1.6.1. Koruyucu sağlık hizmetleri .....	14
1.6.2. Sağlıktaıcı sağlık hizmetleri .....	15
1.6.2.1. Birinci basamak sağlık hizmetleri .....	15
1.6.2.1.1. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin özellikleri .....	15
1.6.2.1.2. Birinci basamak hizmetini sunan sağlık çalışanı.....	17
1.6.2.2. İkinci basamak sağlık hizmetleri.....	18
1.6.2.3. Üçüncü basamak sağlık hizmetleri.....	18
1.6.2.4. Rehabilitate edici sağlık hizmetleri.....	19
1.6.2.4.1. Tıbbi rehabilitasyon .....	19
1.6.2.4.2. Sosyal rehabilitasyon .....	19
İKİNCİ BÖLÜM .....	21
EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ.....	21
2.1. EVDE SAĞLIK HİZMETLERİNİN TANIMI .....	21
2.2. EVDE SAĞLIK HİZMETLERİNİN TARİHÇESİ.....	21
2.3. EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ KAPSAMI .....	24
2.4. EVDE SAĞLIK HİZMETİ GEREKTİREN SAĞLIK SORUNLARI .....	25
2.5. EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ KAPSAMINDA SUNULAN HİZMETLER .....	26
2.5.1. Evde koruyucu sağlık hizmeti.....	26
2.5.2. Evde tedavi edici sağlık hizmeti .....	27
2.5.3. Evde rehabilitate edici sağlık hizmeti .....	27
2.5.4. Evde terminal dönem hasta bakımı .....	27
2.6. EVDE SAĞLIK HİZMETİ SUNAN KURULUŞLAR .....	29
2.6.1. Resmi kuruluşlar .....	30
2.6.2. Gönüllü kuruluşlar.....	30
2.6.3. Özel kuruluşlar .....	31
2.7. TÜRKİYE’DE EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ.....	31
2.7.1. Evde sağlık hizmetlerinde personel standartları.....	32
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM.....	33
HASTA MEMNUNİYETİ KAVRAMI .....	33

3.1. SAĞLIK HİZMETLERİNDE MÜŞTERİ KAVRAMI .....	33
3.2. HASTA MEMNUNİYETİNİN TANIMI .....	33
3.2.1. Hasta memnuniyetini etkileyen hastaya ilişkin faktörler.....	34
3.2.2. Hasta memnuniyetini etkileyen Hizmet verenlere ilişkin faktörler .....	34
3.2.3. Evde sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti.....	35
<b>DÖRDÜNCÜ BÖLÜM.....</b>	<b>35</b>
4.1. ARAŞTIRMA YÖNTEMİ.....	35
4.2. VERİLERİN ANALİZ EDİLMESİNDE KULLANILAN YÖNTEMLER .....	36
4.3. BULGULAR.....	39
4.3.1. Sosyo-demografik yapıya ilişkin bulgular.....	39
4.3.2. Evde sağlık hizmeti alma nedenlerine ilişkin bulgular .....	41
4.3.3. Evde sağlık hizmetlerinden memnun olma durumuna ilişkin bulgular .....	44
<b>SONUÇ .....</b>	<b>61</b>
<b>KAYNAKÇA .....</b>	<b>63</b>
<b>EKLER .....</b>	<b>70</b>



## KISALTMALAR

<b>BM</b>	:Birleşmiş Milletler
<b>DSÖ</b>	:Dünya Sağlık Örgütü
<b>GSMH</b>	:Gayri Safi Milli Hasıla
<b>HIV/AIDS</b> Virüsü	: Human Immunodeficiency Virus / İnsan Bağışıklık Yetmezlik
<b>KOAH</b>	:Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
<b>SGK</b>	:Sosyal Güvenlik Kurumu
<b>SHÇEK</b>	: Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu
<b>T.C</b>	:Türkiye Cumhuriyeti
<b>TTB</b>	:Türk Tabipler Birliği
<b>WHO</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>v.d.</b>	:ve diğerleri

## TABLolar

<b>Tablo 1.1:</b> Birinci Basamak Hizmetlerinin Özellikleri.....	25
<b>Tablo 4.1.</b> KMO Değerleri ve Yorumları .....	47
<b>Tablo 4.2:</b> Katılımcıların Sosyo-Kültürel Özellikleri .....	48
<b>Tablo 4.3:</b> . Evde Sağlık Hizmeti Alan Kişinin Durumuna İlişkin Dağılım .....	50
<b>Tablo 4.4:</b> Evde sağlık hizmeti ihtiyacından önce sağlık hizmeti ihtiyacının karşılanma şekline yönelik dağılım .....	51
<b>Tablo 4.5:</b> Evde Sağlık Hizmetinden Memnun Olma Durumuna İlişkin Dağılım .....	53
<b>Tablo 4.6:</b> Evde Sağlık Hizmeti Hasta Memnuniyet Ölçeği .....	55
<b>Tablo 4.7:</b> Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Memnuniyet Durumlarına İlişkin Yargılar .....	58
<b>Tablo 4.8:</b> Güvenilirlik İstatistikleri .....	59
<b>Tablo 4.9:</b> KMO and Bartlett's Test .....	60
<b>Tablo 4.10:</b> Açıklanan Toplam Varyans .....	61
<b>Tablo 4.11:</b> Döndürülmüş Bileşen Matrisi .....	63
<b>Tablo 4.12:</b> Evde Sağlık Hizmeti Hasta Memnuniyet Ölçeğine ilişkin ortalama ve Standart Sapma .....	67

## ŞEKİLLER

<b>Şekil 1.1:</b> Blum' a Göre Alan Güçleri ve Sağlıklılık Hali .....	15
<b>Şekil 1.2:</b> Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması .....	22
<b>Şekil 4.1:</b> Evde Sağlık Hizmeti ihtiyacını ortaya çıkaran durumun süresine ilişkin dağılım .....	50
<b>Şekil 4.2</b> Hastalanma Durumunda İlgilenecek Kişiye İlişkin Dağılım .....	52
<b>Şekil 4.3:</b> İlk Başvurudan Sonra Geri Dönülerek İlk Randevu Verilme Süresinden Memnun Olanların Oranı .....	53

## GİRİŞ

Kamu hizmetleri içinde önemli bir yere sahip olan sağlık hizmetleri, devletin vatandaşlarına yeterli bir biçimde vermesi gereken başlıca hizmetlerden biridir. Sağlık hizmetlerini yerine getirmekle görevli kamu kuruluşları olarak müşteri ilişkilerinde müşteri memnuniyetine büyük önem vermeleri gerekmektedir. Tüm işletmelerde olduğu gibi sağlık sektöründe de müşteri memnuniyeti süreklilik arz edecek şekilde sağlanmalıdır. Hizmet işletmelerinde tüketicilerin tatmini büyük önem taşımaktadır (Vavra, 1999). Sağlık hizmetlerinde temel amaç, hastalara kaliteli ve tatmin edici hizmetleri sunarak, onları tedavi ve yaşam kalitelerini yükseltmektir.

Dünya nüfusundaki dinamik değişiklikler; beklenen yaşam süresinin artışı ile dünya nüfusunun yaşlanması, kanserler, kardiyovasküler hastalıklar, HIV/AIDS ve Tüberküloz gibi kronik hastalıkların ölüm sebepleri sıralamasında üst sıralarda yer alması sonucu uzun dönem sağlık hizmeti ortaya çıkmıştır (WHO, 2000). Sağlık sisteminin mevcut yapısında, hastaların hastanelere yatırılarak tedavisi öne çıkmaktadır. Sağlık hizmeti talebinin artması, hastalıkların tanı ve tedavisinde yüksek teknolojinin kullanılması birey başına sağlık harcamalarını yükseltmektedir. Maliyetlerdeki artış eğilimi, sağlık politika yapıcılarını alternatif sağlık hizmeti sunma yolları arayışına yöneltmektedir. Özellikle uzun dönem sağlık ihtiyacı olan hastalarda, bu alternatiflerden maliyeti daha düşük olan sağlık hizmetlerinin evde, yani hastanın kendi ortamında sunulması fikrini öne çıkarmıştır.

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

Evde sağlık hizmetleri aslında var olan bir uygulamadır. Çünkü ilk uygulama aile içi bireyin aile büyüklerine bakmakla sorumluluğu şeklindedir. Profesyonel olarak evde sağlık bakımı kavramı ise hemşirelik örgütlerinin yaşlı ve fakir hastalara sunduğu hizmetler şeklinde 19. yüzyıl sonlarına doğru karşımıza çıkmaktadır. 20. yüzyıl da ABD’de, dünyadaki diğer ölkelere göre daha hızlı gelişmiştir. Bu gelişmede büyük ölçüde ekonomik ve finansal nedenler ile evde sağlık hizmeti sunan kuruluşların bu alandaki hakimiyeti rol oynamıştır.

Hizmet sunucuları sağlık hizmetinde süreç kalitesini iyi yöneterek sonuç kalitesini arttırabilirler. Buradaki “sonuç”, hastanın sağlık durumundaki değişikliği ve hasta memnuniyetini ifade etmektedir. Hasta memnuniyeti hakkında elde edilen bilgiler, sağlık hizmetlerinin tasarımında ve yönetiminde de çok önemlidir. Hizmeti “alan” kişi olarak hastanın, hizmet süreci ile ilgili görüşleri önem kazanmakta; hasta memnuniyeti, kaliteli hizmetin ayrılmaz bir parçası olarak değerlendirilmektedir.

Bir hastanın verilen tedaviyi uygulamaması ve ilişkiyi düzenli olarak sürdürmesi memnun olmama olasılığını arttırır. Bu nedenle memnun olan ve memnun olmayan hastalar farklı şekilde davranmaktadırlar. Kaliteli sağlık hizmeti için hasta memnuniyetinin sağlanması ve geliştirilmesi hedeflenmelidir. Geliştirmek için ise memnuniyet düzeylerinin ölçülmesi gerekmektedir. Buna bağlı olarak hasta istek, ihtiyaç ve şikayetlerinin saptanmasına yönelik sistemlerin kurulması sağlanmalıdır. Aynı zamanda bu sistemler doğrultusunda hizmet sunucularının hem problem çözücü hem de önleyici ve iyileştirici yaklaşım uygulamalarını gerçekleştirmeleri gerekmektedir. Hastalardan geri bildirim toplamayı, değerlendirmeyi sürekli hale getiren sağlık kuruluşları; verimliliği, etkililiği ve kaliteyi yakalamaları ile rekabet güçlerini arttırırlar (Taşdemir, 1998).

Evde sağlık hizmetleri ile kronik hastalığı olan, yaşı ve düşük hastaların hastaneye gelip gitmelerinin doğuracağı maddi ve manevi külfetin engellenmesi amaçlanmaktadır. Hastanelerdeki yatak işgallerini azaltarak verimliliğı artırmaktadır. Hasta ve çevresi bu sistemde devletin kendilerine sahip çıktığını fark etmektedir. Evde bakım hastanın doğal ortamında yani evinde, yakınları ile birlikte tedavi edilmesini amaçlanmaktadır. Böylelikle hasta daha fazla psikolojik destek bulacaktır.

Gelişmiş ülkeler sağlık hizmetlerinde evde sağlık hizmetleri kalitesinin geliştirilmesi ve yaşam kalitesinin artırılması konusunda büyük mesafe kaydetmişlerken, Türkiye deki evde sağlık hizmetleri için aynı düşünceye sahip olmak mümkün değildir. Evde sağlık hizmetleri bakımından önemli bir dönüm noktasında bulunan Türkiye'nin Tekirdağ ilinde Tekirdağ Devlet Hastanesi'nin evde sağlık hizmeti verdiği kişilere hasta memnuniyeti konusunda yapılmış olan bu çalışma evde sağlık hizmetleri kalitesinin geliştirilmesi açısından yol gösterici olması beklenmektedir.

Bu çalışma ile Tekirdağ Belediye sınırları içindeki Tekirdağ ilinde Tekirdağ Devlet Hastanesinden evde sağlık hizmeti alan bireylere ulaşarak hasta memnuniyetlerinin değerlendirilmesi yapılmış, memnuniyetlerini etkileyen faktörler tespit edilmeye çalışılmış, bu sonuçların ışığında hasta memnuniyetini arttırmak için neler yapılabileceğı konusunda önerilerde bulunulması amaçlanmıştır.

# **BİRİNCİ BÖLÜM**

## **SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİNİN**

### **SINIFLANDIRILMASI**

#### **1.1. Sağlık ve sağlık hizmetleri**

Sağlık Hizmetleri, dünya sağlık örgütü tarafından (WHO), belirli sağlık kuruluşlarında değişik tip sağlık personelinden yararlanarak, toplumun gereksinim ve isteklerine göre değişen amaçları gerçekleştirmek ve böylece kişilerin ve toplumun sağlık bakımını, her türlü koruyucu ve tedavi edici etkinliklerle sağlamak üzere ülke çapında örgütlenmiş kalıcı bir sistem olarak tanımlanmaktadır. Başka bir ifade ile sağlık hizmetleri, hastalıkların teşhis tedavi ve rehabilitasyonu yanında, hastalıkların önlenmesi ve toplum ve bireyin sağlık düzeyinin geliştirilmesi ile ilgili faaliyetler bütünü anlamına gelmektedir (Kavuncubaşı, 2000: 34).

Sağlık hizmetleriyle ilgili diğer önemli bir kanunda 3359 sayılı “Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’dur. Bu kanunda sağlık kurum ve kuruluşlarının yurt sathında eşit, kaliteli ve verimli hizmet sunacak şekilde planlanması, koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi, sağlık personelinin dengeli dağılımı, gerektiğinde hizmet satın alınarak kaliteli hizmet arzı ve verimliliği esas alınır denilmektedir” (Korukoğlu, Kasım vd. 2004: 10-12).

İnsan Hakları Evrensel Beyannamesinde bir hak olarak tanınan sağlık hizmetlerinden faydalanmanın sosyal adalete uygun bir şekilde ifasını sağlamak amacıyla tababet ve tababetle ilgili hizmetler bu kanun çerçevesinde hazırlanacak bir program dahilinde sosyalleştirilecektir “ olarak ifade edilmiştir.

Dünya sağlık teşkilatının “2000 yılında herkese sağlık “ programı çerçevesinde sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, hastalıkların olumsuz sonuçlarının azaltılması için mümkün gördüğü iyileştirme önerileri dört başlık altında toplanmaktadır. Bunlar (WHO, 2000: 5-6);

- Sağlıkta eşitlik, ülkelerarası ve aynı ülkedeki nüfus grupları arasında sağlık göstergelerindeki farklılıkların ortadan kaldırılması.
- Sağlıklı bir hayat için insanların fiziksel ve zihinsel kapasitelerini tam olarak kullanmalarını sağlayarak yaşama anlam kazandırılması.
- İnsanların önemli hastalık ve sakatlıklar olmadan yaşadıkları yılların sayısını arttırarak “yaşama sağlık kazandırılması”.
- Doğuşta beklenen yaşam süresinin yükseltilerek hayatın uzatılmasıdır.

Ülkemizde 1963 yılında Muş iliyle başlayan ilk uygulama 1981 yılına kadar 45 ile yayılabilmiş ve 1983 yılında diğer illerin de sosyalleştirildiği ilan edilmiştir. Sosyalleştirmeden sonraki yıllarda yayımlanan ”Alma Ata Bildirgesi” (1978), ”2000 Yılı Herkes için Sağlık Hedefleri” (1998) gibi uluslararası düzeyde halk sağlığı politikalarını belirleyen üç belgenin, sosyalleştirmenin temel ilkelerini içermesi de bu sağlık sisteminin doğruluğunun göstergesidir.

## **1.2. Sağlığın tanımı**

Kişi ve toplumun sağlığı çevresel, davranışsal ve tıbbi olmak üzere üç ana unsurla ilişkilendirilmektedir. Sağlığın korunup geliştirilmesi, ekonomik, sosyal, biyolojik ve fiziksel çevre şartlarının insan sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerinin azaltılması, toplumun üyelerinin davranış ve

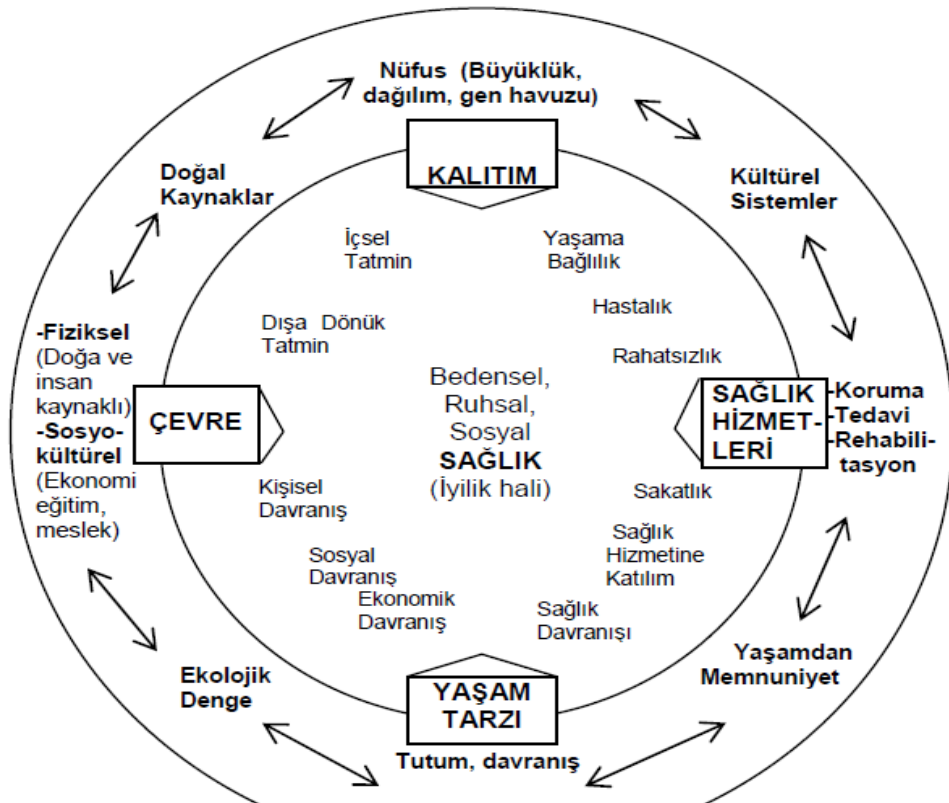


hayat tarzında gerekli değişikliklerin yapılması ve son olarak gerekli tıbbi yöntemlerin uygulanması ile sağlanabilir (WHO, 2000: 5).

Sağlık, 1946 da Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Anayasasında şöyle tanımlanmıştır:

*“Sağlık sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam iyilik halidir.”*

“Başa çıkma” yaklaşımı sağlığı korumak ve geliştirmek için sürekli bir desteğin gerekliliğini ortaya koymaktadır. Sağlık kavramını bir başa çıkma süreci olarak görmek, sağlık alanındaki araştırmaların ölçüm ve değerlendirme yöntemlerini de kökten değiştirecek bir yaklaşımdır (Kesgin ve Topuzoğlu, 2006: 47-49).



Şekil 1.1 Blum' a Göre Alan Güçleri ve Sağlık Hali

Kaynak: Toplum ve Hekim Dergisi (1995) C.9, S.64-65, s.83

Blum'a göre "Alan Güçleri ve Sağlıklılık Hali'ni gösteren şemada sağlığı etkileyen unsurlar gösterilmiştir. Bu şemanın merkezinde yer alan ve "kişinin bedensel, ruhsal ve sosyal sağlıklılık (iyilik) hali" olarak adlandırılan olgulardan;

İç dairede görülen ilk ve yakın ortamda yer alan grup "Bireysel Sağlıklılık" unsurları olarak değerlendirilmiştir. Dış dairede görülen ikinci ve daha uzak ortamda yer alan grup "Alan Güçleri" unsurları (paradigmaları) olarak tanımlanmaktadır (Sargutan, 2005: 411).

Şemada "Sağlıklılık Hali' bireyle başlayan, bireysel faktörlerle devam eden, kalıtım çevre, yaşam tarzı, sağlık hizmetleri koşullarına göre değişkenlik göstererek, dış faktörlerin şekillendirdiği bir sürece dönüşmektedir.

1978 senesinde eylül ayının on ikinci gününde, Alma Ata'da yapılan Temel Sağlık Hizmetleri konulu uluslararası konferans, dünyadaki tüm insanların sağlıklarını korumak ve daha iyi bir duruma getirmek için, tüm hükümetlerin, tüm sağlık ve kalkınmada görevli olanların ve dünya toplumlarının, en kısa bir zamanda, gerekli işlemlerin yapılmasına olan ihtiyacı belirleyen bir bildiri yayınlamıştır. Bu bildiride şu noktalar önemlidir;

Konferans' da yalnızca hastalığın ve sakatlığın olmasından daha çok tüm bir bedensel, ruhsal ve sosyal dirliğin topluca oluşturdukları sağlığın, temel insan haklarından biri olduğu ve bunun da mümkün olan en iyi bir seviyede tutulmasının dünya çapında çok önemli sosyal bir amaç olduğu ve bu amacın gerçekleştirilebilmesi için de, sağlık sektörüne ek olarak diğer birçok sosyal ve ekonomik sektörlerin çabalarını gerektirdiği gerçeği bir defa daha vurgulanmıştır.

Konferans da ayrıca; “Tüm insanların hem bireysel hem de toplum olarak kendi sağlık hizmetlerinin planlama ve yürütülmesi işlerine katılmaları, hakları ve görevleridir” olarak ifade edilmiştir (TTB, 2013).

Alma Ata’ dan otuz yıl önce, Birleşmiş Milletler tarafından 10 aralık 1948’de ilan edilen İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi’nde de (BM, 2013);

“Herkes, ırk, renk, cinsiyet, dil, din, siyasal veya başka bir görüş, ulusal veya sosyal köken, mülkiyet, doğuş veya herhangi başka bir ayırım gözetmeksizin bu Bildirge ile ilan olunan bütün haklardan ve bütün özgürlüklerden yararlanabilir. Ayrıca, ister bağımsız olsun, ister vesayet altında veya özerk olmayan ya da başka bir egemenlik kısıtlamasına bağlı ülke yurttaşı olsun, bir kimse hakkında, uyruğunda bulunduğu devlet veya ülkenin siyasal, hukuksal veya uluslararası statüsü bakımından hiçbir ayırım gözetilmeyecektir.”

Maddesine istinaden, Türkiye Cumhuriyeti Anayasasında da en yüksek düzeyde sağlık hizmetinden yararlanmanın ve bunu sağlamanın bir devlet görevi olduğu vurgulanmıştır.

Sağlık hizmetleri ve çevrenin korunması; Anayasanın 56. maddesinde şu şekilde ifade edilmiştir;

- Herkes Sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşam hakkına sahiptir.
- Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek devletin ve vatandaşların ödevidir.
- Devlet, herkesin hayatını beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak, insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler.

- Devlet bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak onları denetleyerek yerine getirir.

- Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir.”

Yukarıdaki satırlardan da anlaşılacağı üzere, Sağlık sosyal bir hak olarak Anayasa ile devletin teminatı altına alınmıştır.

### **1.3. Sağlık hizmetlerinin temel özellikleri**

Sağlık hizmeti toplumsal bir özelliğe sahiptir ve tüm nüfusu ilgilendirmektedir. Saltık'a göre; Sağlık hizmetleri taşıdığı özellikler nedeniyle ekonomide üretimi yapılan diğer mal ve hizmetlerden farklı bir kategoride ele alınmak zorundadır.

Sağlık Hizmetlerinin temel özelliklerini şu şekilde özetleyebiliriz (Aktan ve Işık, 2013);

- Sağlık Hizmetinin özelliği sağlık alanında verilen hizmetlerin yerine başka bir hizmetin ikame edilememesidir. Örneğin bir kalp kapakçığı ameliyatının daha yüksek maliyetli olması nedeniyle bunun yerine, daha düşük bir maliyete sahip olan çürük dişlerin bakımı konarak ikame edilememektedir. Buna sağlık hizmetlerinde “ikame edilemezlik” özelliği denmektedir.

- Sağlık hizmetlerinin ertelenmemesi gereği de sağlık hizmetinin diğer bir özelliğidir. Sağlık hizmetleri çoğu kez ortaya çıktığı anda karşılanmak durumundadır. Özellikle acil olarak kişiye ağrı ve acı veren ve sağlığını tehlikeye düşüren/düşürecek olan sağlık hizmetinin talebi ertelenemez. Sağlığın ihmali bireyin ölümü ile sonuçlanabilir.

- Sağlık Hizmetlerinde çıktı ölçülememekte, hizmetin soyut olması nedeniyle somut bir çıktı elde edilememektedir. Bu durum, hizmete

ilişkin kalite çalışmalarını zorlaştırmasının yanında maliyet hesaplamaları konusunda da engel oluşturmaktadır (Ateş, 2011: 4).

Sağlık alanına dönük harcamaların çıktıları, ek bir çabaya gereksinim duyulmaksızın ekonomiye geri dönmektedir (Aktan ve Işık 2012).

#### **1.4. Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi**

Sağlık örgütlenmesinin üç ana amacının olması gerekir, bunlar aşağıdaki gibi sıralanabilir;

Toplumda yaşayan bireylerin tümüne,

Gereksindikleri yerde ve ölçüde,

Sağlanabilen en üst düzeyde ve en nitelikli hizmetin götürülmesi.

Bu amaçların gerçekleştirilmesi için sağlık örgütlenme modelinin genel örgütlenme ve tabakalanma ile aynı paralellikte kurulması ve toplumun genel yasalarının bir parçası halinde yürütülmesi gerekir. Genel örgütlenme ve toplumun dinamiği ile bulunan bu uyum ve iç içelik sağlık örgütlenmesinin başarı şansını rastlantılardan uzaklaştırabilmekte, toplumsal yapı ve işleyişin olasılıkları ile özdeşleşebilmektedir (Aksakoğlu, 1978: 23).

Birincil sağlık hizmeti; toplumdaki birey ve ailelere, onların katılımı ve ülke ile toplumun kabullenebileceği değerler ve karşılayabileceği maliyetle, evrensel olarak ulaşılabilirliği sağlanan temel sağlık hizmetidir” Bu tanım hizmetin herkese, onların onayı ve katılımı ile, ülke koşullarına uygun ve temel hizmet olarak verilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır (Aksakoğlu, 1986).

## **1.5. Sağlık hizmetleri tüketimini belirleyen faktörler**

Sağlık hizmetleri ülkelerin uyguladıkları sağlık politikaları çerçevesinde şekillenmektedir. Hizmetlerin yaygınlığı, türleri, nitelikleri büyük ölçüde sağlık sisteminin temel tercihlerine bağlı olarak gelişmektedir. Bu açıdan bir ülkede sağlık hizmetlerine olan talebin tüketim haline dönüştürülmesi sağlık sisteminin ve hükümet politikalarının etkisi altındadır. Ayrıca GSMH içinde sağlık harcamalarına ayrılabilen pay, insanların enflasyonist ortamlarda alım güçlerindeki değişimler gibi ekonomik faktörler, nüfusun yaş ve cinsiyet bakımından konfigürasyonu başta olmak üzere demografik faktörler, hastanın ne tür hizmete ihtiyacı olduğu, bu hizmetin nerede sunulduğu ve hastanın bu imkanlara uzaklığı gibi sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlikle ilgili faktörler, çeşitli uzmanlık düzeylerindeki sağlık personeli bakımından insan kaynakları ile ilgili faktörler, sağlık hizmetleri tüketimini belirleyen ana faktörler olarak belirlenmektedir” (Rountree, 1993: 85-88’den aktaran Kurtulmuş, 1998: 209).

### **1.5.1. Nüfus yapısı**

Sağlık mal ve hizmetlerine olan talebi artıran en önemli faktör nüfus artışı ve demografik yapıdaki değişikliklerdir. Toplam nüfusun yanı sıra, çocuk ve yaşlıların sayısı ve oranlarındaki artış da sağlık hizmetlerine olan talebi etkilemektedir. Gelişmiş ülkelerde ortalama hayat limitindeki artış ve doğum hızındaki düşmeye bağlı olarak genç nüfus oranının azalması nüfusun giderek yaşlanmasına neden olmakta, gelişmekte olan ülkelerde ise bebek ölümlerindeki düşüş genç nüfusu artırmaktadır.

Dünya nüfusu açısından gelecekte beklenen en önemli sorunlardan birisini de genç nüfus bakımından gelişmiş ülkelerle, gelişmekte olan ülkeler arasındaki büyük uçurum oluşturacaktır. Müreffeh toplumlar giderek yaşlanmakta olan nüfusları için daha fazla kaynak tahsis etmeye

çalışırlarken yeryüzünün geri kalan ulusları ise küçük çocuk ve bebek oranlarındaki artışlara paralel olarak ortaya çıkan ihtiyaçlarla ve yoksullukla başa çıkma mücadelesi vereceklerdir (Kennedy, 1995: 40-46).

Sonuç olarak nüfus yapısı, sağlıkta, verilen hizmetin nitelik ve niceliğini belirleyici önemli bir unsurdur.

### **1.5.2. Sanayileşme ve şehirleşme**

Sanayileşme ile birlikte sağlıksız şehirleşme hızla artmış 1950' li yıllardan bu yana kentlerde yaşayan insan sayısı 3 katına çıkmıştır. Gelişmekte olan ülkeler açısından kentleşme giderek hayati bir hale gelen kitlesel yoksulluğun sebeplerinden biri haline gelmektedir. 1985 yılında nüfuslarının %32'si kentlerde yaşayan gelişmekte olan ülkelerde, bu oranların 2000 yılında % 40'a, 2025'de ise %57 civarına yükselmesi beklenmektedir.

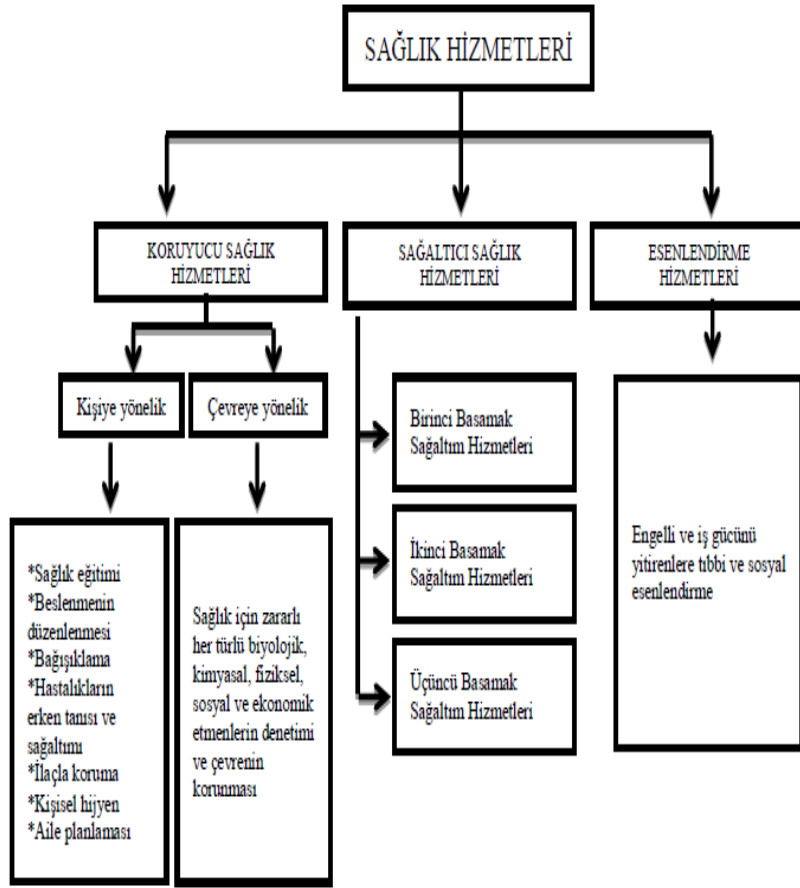
### **1.5.3. Aile yapısı**

Sağlık elemanlarının ve kurumlarının müdahalesine kadar geçen süre içinde insan sağlığının korunmasında ve geliştirilmesinde, hastalıkların erken teşhis ve tedavisinde aile hayatının önemli bir rolü vardır.1995 Yılında ülkemizde yapılan hastane kullanım araştırmasına göre ülkemizde de çekirdek ailelerin sağlık hizmetlerine olan talebinin geniş ailelerin talebinden daha fazla olduğu ortaya konulmuştur (Ministry of Health, 1995: 108 'den aktaran Delican, Çağlar, Esen v.d. 1995:210-211).

Sağlık sektöründe, Aile büyüklüğü ve yapısının, sağlık hizmetleri tüketimini etkileyen ve belirleyen önemli bir etken olduğu açık bir şekilde görülmektedir.

## 1.6 Sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri, temel özellikleri bakımından üçe ayrılmaktadır. Bunlar koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetleri olarak sınıflandırılabilir.



Şekil 1.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Kaynak: Özden, M., Ofset Ü., Sağlık Eğitimi, Ankara, 1988



### **1.6.1. Koruyucu sağlık hizmetleri**

Koruyucu Sağlık Hizmetleri, koruyucu hekimlik sistemine dayanmakta olup, DÜnya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre koruyucu hekimlik;

Günümüzde yapılan araştırmalar tek tek hastaları tedavi etmekle toplumun sağlık düzeyini yükseltmenin mümkün olmadığını göstermektedir. Kişinin yaşadığı ortamla ilişkisi devam ettiği sürece hastalık yinelemektedir. Dolayısıyla hastaların tedavisinin bu sürece katkısı olmamaktadır. Bu nedenle sağlık ve sağlık hizmetlerine bütüncül bir anlayışla yaklaşılması, koruyucu sağlık hizmetlerine önem ve öncelik verilmesi gerekmektedir.

Hastalıklar oluşmadan kişileri ve toplumu korumak için verilen hizmetlerin tamamı bu başlık altında toplanır. Bir toplumda hastalıkları önleme ve toplumun sağlık düzeyini yükseltebilmenin en kestirme ve en etkili yolu bu tür hizmetlerle sağlanır (Akdur, 2006: 13-18).

Koruyucu sağlık hizmetleri, hastalık ortaya çıkmadan alınan her türlü önlem ve mücadeleyi içerir ve tüketimi sonucu ortaya çıkan fayda, onu tüketen dışında toplumun diğer üyelerine de fayda sağlar. Dolayısıyla sosyal faydası özel faydasından yüksek bir sağlık hizmetidir (Aktan ve Işık, 2011).

Sağlık Hizmetlerinin sunumunda koruyucu sağlık hizmetleri diğerlerine göre daha öncelikli bir konumdadır. Çünkü korumak tedavi etmekten çok daha az maliyetlidir. Özellikle ülkenin gelişmişlik seviyesine bağlı olarak bu hizmetlerin etkinliği de artmaktadır (Altay, 2007: 34).

Koruyucu hizmetlerin daha ayrıntılı sınıflandırılması için, Kanada Tıp Birliği şu şemayı önermiştir (Öztürk, 2001):

- Sağlığın geliştirilmesi; danışmanlık ve bilgilendirme
- Risklerden kaçınma; dūřuk riskli bireylerin dūřuk riskli kalmalarını saęlama (Örn; Ařılama,
  - Risklerin azaltılması: hastalıklar için yūkse riskli bireylerin, risklerinin dūřūrülmesinin saęlanabilmesi için belirlenmesi
  - Hastalıkların presemptomatik evrede erken tanısı (ikincil korumaya denktir)
  - Oturmuř hastalıęı olanlarda komplikasyonların azaltılması(ūūncūl korumaya denktir)”

## **1.6.2. Sağaltıcı sağlık hizmetleri**

### **1.6.2.1. Birinci basamak sağlık hizmetleri**

Toplum sağlığına yūnelik hizmetler ile bireysel, koruyucu, tanı koyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetleridir. Ayrıca kişilerin sağlık sisteminden ilk hizmet aliř noktasıdır (Korukoęlu vd. 2004: 43).

#### **1.6.2.1.1. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin**

#### **özellikleri**

Birinci Basamak sağlık hizmetleri, kişilerin çeşitli sağlık sorunlarıyla ilgili başvurusu sonrası, kişiye değerlendirmeye alan ve bu anlamda sağlık hizmeti ūreten ilk sağlık kurumudur.

Birinci basamak saęlık hizmetlerinin ūzellikleri iki bařlık altında toplanır.

- Birinci bařlık ulusal dūzeydeki politika ūncelikleri ile baęlantılı olan ve ūlkenin birinci basamak yūnelimli olmasını

destekleyen sistem özellikleri ya da bir diğer ifade ile yapısal özelliklerdir. Bu başlık altında yer alan özellikler birinci basamağın alt yapı ve insan gücü olanaklarının dağılımı, finansman tipi, hizmetlerin verildiği yer ve birinci basamak sağlık hizmetinden sorumlu olan sağlık çalışanı tipidir.

- İkinci başlık ise birinci basamağın bu sistem özellikleri üzerine kurulu olan işlevlerini tanımlar. Bunlar;

- İlk başvuru, kapsayıcılık, süreklilik ve eşgüdüm olarak ifade edilir.

- İlk başvuru; birinci basamağın, bireylerin sağlık sistemine ilk giriş aşaması olması

- Kapsayıcılık; az rastlanan ve alışılmadık durumlar dışında herkese koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin sunulması

- Süreklilik; hasta ile uzun erimli bir ilişki içinde bulunulması

- Eşgüdüm; sistemin diğer aşamaları ile arasında bilgi aktarımını gerçekleştirilmesi olarak ifade edilir (Starfield, 1998, 2003).

**Tablo 1.1.** Birinci Basamak Hizmetlerinin Özellikleri

<b>Yapısal Özellikler</b>
1. Alt yapı ve insan gücü dağılımı 2. Finansman 3. Birinci basamak hizmetini sunan sağlık çalışanı
<b>Uygulama Özellikleri</b>
1. İlk başvuru 2. Kapsayıcılık 3. Süreklilik 4. Eşgüdüm

**Kaynak:** Öcek, Z.,Soyer, A.,Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Birikimimiz:2000-2004 Türkiye Fotoğrafı, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 2007, Ankara, s.12

### **1.6.2.1.2. Birinci basamak hizmetini sunan sağlık çalışanı**

Birinci Basamak Hizmetlerinin sunumu ile ilgili iki temel model vardır. Birinci modelde, yanında istediği sayı ve nitelikte personel çalıştıran ve bağımsız olarak özel muayenehanesinde çalışan hekimler tarafından hizmet sunulmaktadır. Kamu ve özel sağlık sigortası sistemlerine özgü olan bu model İtalya ve İngiltere’de de uygulanmaktadır. İkinci modelde ise kamu sağlık merkezlerinde maaş karşılığında kamu personeli olarak çalışan hekimler ve sağlık çalışanları tarafından hizmet sunulmaktadır.

İngiltere, İtalya, Hollanda, Finlandiya, İsveç, Norveç, İzlanda ve Yunanistan’ın dahil olduğu bir grup ülkede birinci basamak sağlık

hizmetleri toplum sağlığı ile ilgili özel bir sorumluluk taşıyan, toplumun gereksinimlerine yönelik hizmet sunan, klinik kararlarını hastanın içinde yaşadığı toplum ve çevre ile ilgili bilgileri kullanarak veren, hastalık yönelimli değil bütüncül ve sağlığa odaklı bir bakış açısına sahip olan bir hekim tipi gerektirir. Bu nedenle birinci basamak hekimlerinin eğitimi, birinci basamağa uygun içerikte planlanmalı ve birinci basamakta gerçekleşmelidir (Öcek ve Soyer, 2007: 14-15).

### **1.6.2.2. İkinci basamak sağlık hizmetleri**

Kişilerin birinci basamakta teşhis veya tedavi edilemeyen hastalıkları nedeniyle, birinci basamaktan sevk edilerek sağlık sorunlarına çözüm getirmeyi amaçlayan, belli dallarda uzmanlaşmış hekimlerin görev yaptığı, teknik donanımı yüksek, yataklı veya yataksız sağlık tesislerinde verilen hizmeti ifade eder. 2. Basamak Sağlık Kuruluşları çoğunlukla birden fazla uzmanlık dalına hizmet verir, ancak Doğum Hastaneleri veya Çocuk Hastaneleri gibi hastalık türü, yaş veya cinse göre hizmet veren sağlık kuruluşları da ikinci basamak sağlık kuruluşudur.

### **1.6.2.3.Üçüncü basamak sağlık hizmetleri**

Ana dallar veya Yan dallar konusunda sağlık ve eğitim hizmetinin yürütüldüğü sağlık kuruluşlarında, genellikle ve hedef olarak, ikinci basamaktan sevk ile gelen hasta grubuna verilen hizmeti ifade eder. (Korukluoğlu,S ve diğerleri 2012,s.46)

Üçüncü Basamak Sağlık hizmetleri, sağlık hizmetlerinin, eğitim, araştırma ve bilimsel kıstaslarda hizmet üretimini sağlayan birimlerce sunulmaktadır.

Üniversite, eğitim hastaneleri ile araştırma merkezleri bu kapsamda yer almaktadır. Diğer basamak hizmetler ile karşılaştırıldığında maliyeti en yüksek basamak hizmetlerini oluşturmaktadırlar. Yetişmiş sağlık elemanı, yoğun teknoloji ve fon ihtiyacının en fazla olduğu sağlık hizmeti türüdür.( Altay, A 2007)

#### **1.6.2.4. Rehabilitate edici sağlık hizmetleri**

DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) 'nün tanımına göre rehabilitasyon, bireylerdeki engelliliğin etkilerinin ve engel koşullarının azaltılmasını amaçlayan, bu bireylerin sosyal entegrasyonunu sağlamaya yönelik bütün önlemler, olarak tanımlanmaktadır (Korur, 2010). Rehabilitasyon hizmetleri, tıbbi ve sosyal rehabilitasyon olarak ikiye ayrılmaktadır.

##### **1.6.2.4.1. Tıbbi rehabilitasyon**

Hastanın fiziksel ve bilişsel fonksiyonlarını, bağımsızlığını, en üst düzeye çıkarmak ve restore etmektir.<sup>43</sup> Bu aşamada amaçlanan kişinin yaşam kalitesini olabilecek en üst seviyeye çıkararak refah düzeyinde yükselişi sağlamaktır.( Arasıl,T.2008)

##### **1.6.2.4.2 Sosyal rehabilitasyon**

Hastalık ve sakatlık nedeniyle yapmakta olduğu işi yapamayacak hale gelen kişiye yapabileceği bir iş bulma ve onu bu iş için eğitmektir.<sup>44</sup>Kişinin mevcut durumuna uyum sağlaması adına çeşitli destek programları sunularak ayrıca desteklenmesi de sağlanabilmektedir. Kişinin topluma kazandırılması, mutlu ve üretken bir birey olma sürecinde sosyal rehabilitasyon hizmetleri bir kilometre taşı olma özelliğindedir. Sosyal rehabilitasyonun hedef kitlesi toplumda bu konumdaki bireyler olup bu

bireylerin daha mutlu ve üretken hale gelmesi toplumsal refah düzeyinde ki artışı gözler önüne serebilecektir (Fişek,N.1982).

## İKİNCİ BÖLÜM

### EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ

#### 2.1. Evde sağlık hizmetlerinin tanımı

Evde sağlık hizmetleri genel olarak, bireyin sağlığını korumak, yükseltmek, yeniden sağlığına kavuşturmak amacıyla sağlık ve sosyal hizmetlerin profesyonel düzeyde veya aile bireyleri tarafından, bireyin kendi evinde veya yaşadığı ortamda sunulmasıdır. Sözü edilen bu hizmetler, sağlık ve sosyal hizmetleri içine alan geniş bir yelpazede, bireyin gereksinimi doğrultusunda, yaşam kalitesi ve toplumsal saygınlığının korunmasını amaçlamaktadır. Bu anlamda evde sağlık hizmetleri genel olarak, kurum bakımının yerini alan, kurumlarda kalış gereksinimini azaltan ya da geciktiren hizmetler olarak ifade edilmektedir ( Annual Report, 2004)

Evde sağlık hizmetleri, kişilerin sağlığını korumak, geliştirmek ve gerektiğinde yeniden sağlığına kavuşturmak amacıyla gereksinimi olan kişilerin evde sağlık hizmeti alabilmesini kapsamaktadır. Evde sağlık hizmetinin istenilen düzeyde olabilmesi için hasta, aile ve profesyonellerin işbirliği gerekmektedir (Can ve Ünal, 2008: 6)

#### 2.2. Evde sağlık hizmetlerinin tarihçesi

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



Dinamik bir sürece sahip olan evde sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi Ortaçağ Avrupa' sına dayanmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri, Avrupa Birliği Ülkeleri, Çin ve diğer bazı ülkelerin sağlık sistemlerinde önemli yeri bulunan evde sağlık hizmetleri, Türkiye'de yerel yönetimler ve sağlık kurumları tarafından yürütülmeye başlanmıştır (Çoban ve Esatoğlu, 2004).

Amerika'da evde sağlık hizmetleri 1880'li yıllarda sektör olarak oluşumunu başlatmıştır. Günümüzde 12 milyon hizmet alıcısı ve 33 bin kadar hizmet sunucusu ile güçlenmektedir. Evde sağlık hizmetlerinin bazıları Medicare akreditasyonuna sahiptir ve evde sağlık hizmeti alan hastalar harcamalarını bu sigorta kapsamında geri alabilmektedirler. Amerikan sağlık politikası evde sağlık hizmetlerinin, 1960 yılında yaşlılar için ve 1966'da Medicare ve Medicaid kapsamında, finansmanı üstlenmiştir. Böylece evde sağlık hizmetleri yasal düzenleme ile toplum geneline ulaşılabilir hale getirilmiştir (The National Association for Home Care & Hospice, 2007).

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

1950'lerde artan hastane maliyetleri ve hemşire örgütlerinin yürüttükleri kampanyalar sayesinde, evde sağlık hizmetleri kaybettiği prestijini geri kazanmaya başlamıştır.

Kanada'da evde sağlık hizmetleri ilk olarak 1970 yılında, Ontario eyaletinde kamu tarafından finanse edilmiştir. Kanada hükümetleri sağlık hizmetleri sunucuları, evde sağlık hizmetlerinin sistemi için oynadığı kilit rolü fark etmişlerdir. 1988 yılına gelindiğinde ülke genelinde hem akut hem de kronik veya uzun dönem bakım hizmeti sunan kamunun finansmanında, evde sağlık hizmeti programları hayata geçirilmiştir. 1990 yılında hastanelerin yeniden yapılandırılmasıyla başlayan süreç, bakım hizmetlerinin sunumunda 'eve daha yakın' prensibinin taraftar kazanması ve 2002 yılında 'sağlık hizmeti sisteminin en hızlı büyüyen parçası' olarak tanımlanması ile en dikkat çekici politika olarak öne çıkmıştır. Evde sağlık sektörü 2002-2007 yıllarında dikkat çekici hızla büyümesi, genişleyen hizmet yelpazesi ve 2004 yılında temel akut ve palyatif bakım hizmetlerini tanımlayan 'Sağlık Hizmetlerini Güçlendirme 10 Yıllık Plan' yayınlanmasıyla birlikte daha da büyüme kazanmıştır (Canadian Home Care Assosiation, 2008).

Türkiye'de evde sağlık hizmetleri uygulamaları, 1980 yılı öncesi dönemde koruyucu sağlık hizmetleri odaklı ve devlet tarafından yürütülen bir hizmet olmuştur. Fakat 1980 sonrası hastaların evde sağlık hizmeti özel sağlık kuruluşları ve kişiler tarafından hastaların hastane sonrası tedavilerinin ve bakımının yürütülmesi olarak işlev göstermiştir. Türkiye'de bu hizmeti sunan kuruluşların sayısı hakkında sağlıklı bilgiye ulaşılamamıştır. Ancak büyük şehirlerde bu tür kuruluşların tanıtıcı broşürlerine rastlamak mümkündür. Türkiye'de özel sigorta kuruluşlarının sağlık hizmetleri kapsamı incelendiğinde, 2 özel sağlık sigortasında kısmen de olsa evde sağlık hizmetleri yer almaktadır. 9 Şubat 2005 tarihli 'Tedavi Yardımı Bütçe Uygulama Talimatında', hastaların tedavilerini hastanede yapılmasını teşvik eden, buna karşın evde ve ayakta tedaviyi, doğrudan ya

da dolaylı engelleyebilecek maddeler bulunmaktadır. Bu maddeler daha çok tedavi işlemleri sırasında hastalardan katılım payı alması ve çeşitli kısıtlamalar şeklindedir. 12.01.2005 tarih 25698 sayılı ‘Milletvekillerine, Yasama Organı Eski Üyelerine, Dışarıdan Atandıkları Bakanlık Görevi Sona Erenlere; Bunların Eşlerine ve Bakmakla Yükümlü Oldukları Çocukları İle Ana ve Babalarına, Ölenlerin Dul ve Yetimlerine Tedavi Yardımı Yapılmasına Dair Yönetmeliğin’ üçüncü maddesinde evde tedavi kavramı; ‘tabiplerin hastayı bulunduğu yerde (evinde, ikametgahında) tedavi etmeleri’ olarak ifade edilmektedir. Aynı yönetmeliğin 14. maddesinde ‘resmi sağlık kuruluşu tabiplerinin hastayı evde tedavi etmeleri halinde, kendilerine ayrılan bir araç yok ise, gidip döndüğü yer arasındaki ücreti Türkiye Büyük Millet Meclisi’nce ödenir’ hükmü yer almaktadır. Resmi sağlık kuruluşu hekimlerinin evde tedaviyi gerçekleştirdikleri ve bu işlemler sırasındaki hastanın evine gidiş dönüş ulaşım masraflarının da Türkiye Büyük Millet Meclisi tarafından karşılanacağı belirtilmektedir ( Çoban M, Bilgici S, Oğuz Y. 2005).

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

### **2.3. Evde sağlık hizmetleri kapsamı**

Uluslararası düzeyde evde sağlık hizmetlerinde anlaşma varılmış asgari veya temel bir hizmet listesi yoktur. Bu nedenle her ülke kendi olanakları ve sosyokültürel düzeyleri açısından aralıklı olarak

yenileyebildiği bir hizmet listesi oluşturmuştur. Dünya Sağlık Örgütü'nün Ev Temeline Dayanan Uzun Dönem Bakım 2000 raporunun bütününde, uzun süreli bakımın tanımına uygun olarak, uzun süreli sağlık sorunu olan ve günlük yaşa aktiviteleri ile ilgili olarak yardıma ihtiyacı olan bütün yaşlardaki kişilerin yeterli kalitede bir yaşam sürdürmesini sağlayacak bakım hizmeti konusuna önem vermiştir. Evde sağlık hizmetlerinden faydalanacak kitle; kanser ve kalp damar hastalıkları olanlar, tüberküloz gibi bulaşıcı hastalıkları olan kişiler, gelişimsel ve poliomiyelite sekonder özürleri de kapsayacak şekilde, özürlü olan kişiler, HIV/AIDS'liler, kaza sonucu sakat kalanlar, duyuşsal kısıtlığı olanlar, mental hastalığı olanlar ve madde bağımlıdır. Evde sağlık hizmetlerinin yöneldiği yaş grupları, ağırlıklı olarak 65 yaş ve üzerindeki kronik ve uzun süreli bakımı gereken yaşlı hastalar, kronik hastalığı olan her yaş grubu, bebek ve çocuklar da çok yönlü bakım hizmetlerini güvenli ev koşullarında alabilmektedir. Ayrıca terminal dönemdeki kanserli yetişkin ve çocuk hastaların onur ve saygınlığını korumak, yaşamın son günlerini daha sevgi dolu ve şefkatle geçirilmesini sağlamak amacıyla bakım hizmetleri evde verilebilmektedir. (Karahana A, 2002)

#### **2.4. Evde sağlık hizmeti gerektiren sağlık sorunları**

Evde sağlık hizmeti için gereken tıbbi ekipman malzeme ve personelin bulunması durumunda, her türlü sağlık sorununa evde sağlık hizmeti verilebilir. Evde sağlık hizmeti verilebilmesi için sağlık sorununun yanı sıra hasta ve hasta ailesinin, hastanın yaşadığı evin koşullarının, evin bulunduğu çevrenin de uygun olması gerekir. Bugün kronik hastalıklara sahip kişiler ve özürlü kişiler evde sağlık hizmeti için en uygun hasta gruplarıdır. Diyabet, böbrek hastalıkları ve felç gibi sıkı izlem gerektiren kronik sağlık sorunları olan kişilere kanser hastalığı olan, kardiyovasküler sorunları olan ve hipertansif hastalarına evde sağlık hizmeti sunulur. Bunların yanı sıra KOAH hastaları, artiritli hastalar, fiziksel ve zihinsel yetersizliği bulunan hastalar, yaşamsal aktivitelerin de bir başkasına

bağımlılığı söz konusu olduğu yaşlılar, herhangi bir nedenle ameliyat geçiren ve bakım gereksinimi devam eden hastalar, normal ve sezeryan doğum sonrası taburcu edilen ancak bakım gereksinimi süren lohusalar, yeni doğanlar da ishaller ve üst solunum yolu enfeksiyonları gibi bulaşıcı hastalıklar, yakın hemşire bakımı ile günlük yaşamını sürdürebilecek çocuk ve yetişkinler ile tedavi planı hastanede kalmasını gerektirmeyen hastalar evde sağlık hizmeti için uygun görülmektedir (Karahan, 2002).

## **2.5. Evde sağlık hizmetleri kapsamında sunulan**

### **hizmetler**

Evde sağlık hizmetleri bir sağlık hakkı kabul edilerek, sağlık ve sosyal hizmetler birbirleri ile koordineli şekilde yürütülmelidir. Evde sağlık hizmetleri, birbirleri ile koordinasyon içinde sunulması gereken aşağıdaki hizmetleri kapsamalıdır (Evde Bakım Derneği, 2010).

- Sağlık hizmetleri,
- Sosyal Bakım Hizmetleri,
- Sosyal destek hizmetleri,
- Psikolojik danışmanlık hizmetleri,
- Cihaz ekipman hizmetleri,
- Eğitim hizmetleri,
- Tıbbi ve sosyal rehabilitasyon hizmetleri,
- Beslenme takibi,
- Ulaşım desteği hizmetleridir.

Evde sağlık hizmetlerini sağlık hizmet sunumu açısından incelenirse altı başlığa ayırmak mümkündür. Bunlar:

### **2.5.1. Evde koruyucu sağlık hizmeti**

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

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

Bugün artık hastalar hastanelerin yoğun bakım ünitelerinden doğrudan eve gidebilmektedir. Bu durum evde tedavi edici hizmetler kapsamında kullanılan malzeme ve ekipmanları üretilmesinden kaynaklanmaktadır. Bu hizmetlerde temel amaç hastanın ve ailesinin günlük yaşamlarına devam etmelerinde yeterli hale getirilerek sağlanır.

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

Bu hizmet ile hastaneye yatışı takiben dikkati bir biçimde hazırlanmış ev programı yardımıyla aile bireyleri ve hastanın da katılımı sağlanmaktadır. Tedavi edici işlemler sürdürülürken bireyin bağımsızlığının ve en kısa sürede sosyoekonomik yaşama dönmesi ve topluma katılımın yeniden sağlanması amaçlanmaktadır. Örneğin; AIDS hastalarının evde rehabilitasyonu da giderek önem kazanmaktadır.(Çıtıl R. Günay O. Elmalı F. Öztürk Y.2010)

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

Hospice kavramı, terminal dönem hastalar ile ailelerine yoğun bakım olanakları sağlayan bir yaklaşımdır. Hospice hastalarda tedavi edici bakım değil, palyatif bakımı esas almaktadır. Palyatif bakım kişinin hastalığına bağlı ortaya çıkan, hastaya sıkıntı veren sağlık sorunlarının giderilmesini veya azaltılmasını amaçlar. Bu şekilde hastanın günlük yaşam kalitesi yükseltilmeye çalışılır. Hospice hareketinin amaçları; kişilerin tıbbi, duygusal v manevi sorunları ile ilgilenmek, ailenin tümüne destek olmak, mümkün olduğunca uzun süre hastanın kendi evinde kalmasını sağlamak ve kalan yaşamını mümkün olduğu kadar rahat ve anlamlı geçirmesine yardımcı olmak, gönüllülerin de desteğini alan sağlık personeli tarafından sunulan hizmetlerin sağlanarak hastanın ağrı ve diğer sıkıntılarını ortadan kaldırmaktır ( T.C Resmi Gazete, 2005).

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

Kanada’dan Potter’a göre terminal dönemi genellikle yaşamın son altı haftası olarak belirlemekte, hospice bakımını hasta, hasta ailesi ve hekim birlikte yapılacak tedavinin hastalığın gidişatı üzerinde etkisi olmadığına karar vermelerinden sonra olabileceğini düşünmektedir. Hasta ve ailesinin hospice bakımı sırasında kardiyopulmoner resusitasyon gibi acil girişimlerin yapılmayacağını kabul etmesi gerekmektedir. Bu uygulamalar yerine ağrı kontrollü gibi yaşam kalitesini üst düzeyde sürdürmeyi amaçlayan tedaviler kullanılır. Hekim, hemşire, sosyal hizmet uzmanı gibi kişilerden oluşan multidisipliner ekip hospice programını yürütür. Ancak bu sistemde bazı durumlarda hasta ailesi yaşadıkları sürecin yüküne dayanamamakta ve kurumsal bakım istemektedir. Bu hizmetleri karşılayabilecek hospice üniteleri, hastaneler veya diğer yataklı tedavi

kurumları içinde ayrı üniteler olarak kurulmaktadır. Hospice programlarında gönüllülerin hasta evlerine yapacakları düzenli ziyaretlere yer verilmektedir (U.S. Department of Health and Human Services January, 2010).

Gönüllüler rahatlatıcı bakım (respite care) konusunda ailelere destek sağlamaktadır. Terminal dönem hastalığı olan kişilerin eşleri veya diğer yakınları duygusal ve fiziksel yönden tükenmekte olabilirler. Rahatlatıcı bakım hasta bireyin bakımından birincil derecede sorumlu kişilere, bir süre kendi başlarına, yalnız kalabilme olanağını sağlar. Hemşire veya eğitilmiş gönüllü kişiler hastanın evine gelmekte, bakım veren kişi de bu sayede işlerini halledebilme olanağına kavuşmaktadır. Ev sahibi bir süre hastanın sorumluluğunu taşımaktan kurtulmaktadır. Rahatlatıcı bakım, bakım veren kişi ve ailenin diğer üyelerinin bakım işlevini sürdürebilmeleri için önemlidir (Koffman J, Higginson I, Naysmith A, 1996).

Türkiye’de çeşitli dernekler (Kanser Hastalarına Yardım Derneği, Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu vb.) tarafından ileri safhadaki kanser hastalarının misafir edilerek, daha kaliteli hizmet alabilmelerini sağlayacak ‘Hospice’ (misafirhane) yapılması için girişimlerde bulunmuşlardır. Hastalara ve hasta yakınlarına misafirhane hizmeti verecek olan Hospice’ de, hastaların tıbbi tedavilerinin yapılmasının yanında, yemek, temizlik, çamaşır gibi diğer temel ihtiyaçları da karşılanması amaçlanmaktadır. Ülkemizde son dönem bakım merkezleri örgütlenmeleri henüz gerçekleşmemiş olup son zamanlarda bu konuda ivmelenme mevcuttur. Konu ile ilgili olarak yapılacak düzenlemelerde Türkiye’nin bilimsel ve kültürel dinamikleri de dikkate alınarak yapılmalıdır (Çoban, 2008).



## **2.6. Evde sağlık hizmeti sunan kuruluşlar**

Evde sağlık hizmetlerinin sunumunda yapısal ve yönetsel olarak birbirinden farklı özellikleri olan kuruluşlar vardır. Ülkemizde Sağlık Bakanlığımızca ilk aşamada özel sağlık kuruluşları tarafından evde sağlık hizmeti verilmesine imkan sağlayan ‘Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik’ 10.03.200 tarihli ve 25751 sayılı Resmi Gazete ‘ de yayımlanarak yürürlüğe girmiş ve bu şekilde özel sektör tarafından yürütülen uygulamalar disipline edilmiştir. Ayrıca Sağlık Bakanlığı’na bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarınca evde sağlık hizmetlerinin verilmesine yönelik Sağlık Bakanlığınca Sunulan ‘Evde Bakım Hizmetlerinin uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge’ 01.02.2010 tarihinde yürürlüğe konulmuştur. Sağlık Bakanlığımızın yönetmeliğine göre, evde sağlık merkezler özel hukuk tüzel kişiler ve gerçek kişilerce müstakil olarak açılıp işletilebilir. Evde sağlık birimleri ise, 09.03.2000 tarihli ve 23988 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan ‘Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan zel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik’ hükümlerine göre poliklinikler ile özel hastaneler mevzuatı uyarınca ruhsatlandırılan özel hastaneler bünyesinde aılabilmektedir (T.C Resmi Gazete, 2005).

### **2.6.1. Resmi kuruluşlar**

Devlet veya yerel yönetimlerin sağlık idareleri tarafından yönetilirler. Esas olarak vergi fonları ile finanse edilir ve kar amacı gtmezler. Ancak bu kuruluşlar da diğerleri gibi evde sağlık hizmeti için ödeme yapan kuruluşlarla anlaşma yapabilirler. Verdikleri hizmetin karşılığı olarak bu kuruluşlardan ödeme kabul edebilirler. Bu kuruluşlar sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi gibi amaçları da olması ve aynı zamanda bütçelerinin sıklıkla kamu kaynaklarınca karşılanması sebebiyle diğer kuruluşlara göre daha kapsamlı toplum sağlığı hizmeti sunabilirler. Örneğin lkemizde Sağlık Bakanlığı Yerel Yönetimler kapsamında Belediyeler tarafından bu hizmet sunulmaktadır.

### **2.6.2. Gönüllü kuruluşlar**

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

### **2.6.3. Özel kuruluşlar**

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

## **2.7. Türkiye’de evde sağlık hizmetleri**

Evde sağlık; hekimlerin önerileri doğrultusunda hasta kişilere, aileleri ile yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavi de dahil, tıbbi ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sağlık ve bakım ile takip hizmetlerinin sunulmasıdır (T.C Resmi Gazete 2005).

Evde sağlık hizmetlerinin kanuni çerçevesinin oluşturduğu ‘Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik’ te; fertlerin ve toplumun

sağlığını korumak amacıyla, evde sağlık hizmeti veren sağlık kuruluşlarının açılması, çalışması ve denetlenmesi ile bunları işleten kurum ve kuruluşların, özel hukuk tüzel kişilerin ve gerçek kişilerin uyması gereken usul ve esaslar düzenlenmiştir. Yönetmelikte evde sağlık hizmetinin, özel merkezler veya tıp merkezi, poliklinik gibi özel sağlık kuruluşları bünyesinde bulunan birimler tarafından verilebilecek olduğu ifade edilmektedir. Yönetmelik, bağımsız işyerleri şeklinde veya tıp merkezi, dal merkezi, poliklinik ve özel hastane bünyesinde evde sağlık hizmeti sunmak amacıyla açılan sağlık kuruluşları evde sağlık hizmeti faaliyetlerini kapsamaktadır (T.C Resmi Gazete 2005).

Evde sağlık hizmeti veren merkez veya birimler, hizmet sunacağı alanla ilgili olarak psikolog, fizyoterapist, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı gibi hekim dışı sağlık personeli bulundurabilirler. Bunların görev ve sorumlulukları kendi mesleki mevzuatı ile sınırlı olmalıdır. Ayrıca bunlara yardımcı olmak üzere bakım destek personeli de çalıştırabilirler.( T.C Resmi Gazete 2005)

### **2.7.1. Evde sağlık hizmetlerinde personel standartları**

Merkezlerde hekim olan mesul müdür, mesul müdür veya birim sorumlusu haricinde en az iki hekim, kadrolu en az dört hemşire veya sağlık memuru bulundurulmalıdır. Eğer istenirse bu dört personelden biri ebe olabilir. Evde sağlık hizmeti veren merkez veya birimin hizmet sunacağı alanla ilgili olarak psikolog, fizyoterapist, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı gibi hekim dışı sağlık personeli bulunabilir. Ayrıca bunlara yardımcı olmak üzere bakım destek personeli çalıştırılabilir ( T.C Resmi Gazete 2005).

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### HASTA MEMNUNİYETİ KAVRAMI

#### 3.1. Sağlık hizmetlerinde müşteri kavramı

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

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

**Dış Müşteriler:** Sağlık kurumunun temel çıktılarından doğrudan veya dolaylı olarak yararlanan kişi ve kurumları kapsamaktadır. Hastalar, hasta ailesi ve çevresi, refakatçiler, devlet, diğer sağlık kurumları, anlaşmalı kurumlar, eczaneler, dernekler, medya, sigorta şirketleri, tıbbi malzeme ve ilaç işletmeleri dış müşteri grubu olarak çeşitlendirilebilir (Onur, 2007).

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

### **3.2. Hasta memnuniyetinin tanımı**

Hasta memnuniyeti, sağlık hizmetinden yararlananların korunması amacıyla geliştirilmiştir. Hastaların sağlık hizmetinden memnun olup olmadıklarını ifade edebilmelerini ve gerekirse haklarını arayabilmelerini kapsamaktadır. Sağlık sektöründe yöneticiler, hizmet kalitelerini koruyabilmek için hasta memnuniyetini ölçmek, hizmet ettikleri kesimin memnuniyet düzeyini ve beklentilerini saptamaları gerekmektedir. Sunulan hizmetin hastanın beklentisini karşılama derecesi hasta memnuniyetidir. Hastanın memnun olup olmasını sağlık sektörü ile ilgili deneyimleri belirler. Bir başka deyişle, hastaların aldıkları hizmetten standart beklentileri vardır. Memnuniyet ya da hoşnutsuzluk aldıkları sonucun, beklentilerini karşılayıp karşılamamasına bağlıdır. Hasta memnuniyeti ile ilgili olarak genellikle hastaların daha önceden sağlık hizmetleriyle ilgili inanç ve beklentileri rol oynamaktadır. Hasta memnuniyeti kavramı, sağlık bakımının hastanın bakış açısından ölçümü olarak tanımlanabilir. Sağlık hizmetlerinin kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla, hastaların bakış açısının belirlenmesi gerekmektedir (Meral, 2006).

#### **3.2.1. Hasta memnuniyetini etkileyen hastaya ilişkin**

##### **faktörler**

Bireyin geçmiş deneyimleri, arkadaşları aracılığı ile edindiği bilgiler, yazılı ve sözlü basın aracılığı ile edindiği beklentileri, yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, sosyal statüsü, sağlık durumu, hastalığın tanısı ve hastanın kendi sağlık durumunu algılayışı hasta memnuniyetini etkileyebilmektedir. Hastaların beklentilerinin karşılanması, fiziksel ve ruhsal rahatlıklarının sağlanması memnuniyetlerinin artmasında öncelikli unsurlardır (Uçam, 2005).

### **3.2.2. Hasta memnuniyetini etkileyen Hizmet**

#### **verenlere ilişkin faktörler**

Sağlık personelinin kişilik özellikleri, gösterilen nezaket, şefkat, ilgi ve anlayış, profesyonel tutumları, bilgi becerilerini sunma biçimleri, özellikle hasta-hemşire ilişkisi hasta memnuniyeti üzerinde önemli rol oynamaktadır. Literatüründe hasta memnuniyetini etkileyen en önemli faktörün iletişim ve hastayı yeterli bilgilendirme olarak görülmektedir. Çünkü sağlık bakım hizmeti verenlerin hastalar ile iletişim kurma becerileri hastaların kendilerini değerli ya da değersiz hissetmelerinde başlıca rolü oynamaktadır. Hasta merkezli ve bireyselleştirilmiş bakım hastaya kendisinin değerli olduğunu hissettirirken, kişiler arasında da bir güven ilişkisinin kurulmasına neden olmaktadır (Kardağ, 2007).

### **3.2.3. Evde sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti**

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

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

## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

### 4.1. Araştırma Yöntemi

Bu araştırma evde sağlık hizmetinden faydalananların profillerini ve memnuniyetlerini tespit etmek amacıyla yapılmıştır. Bu amaçla araştırma, literatür incelemesi, araştırmanın amacının belirlenmesi, anket sorularının hazırlanması, anket formlarının uygulanması, verilerin kodlanması ve düzenlenmesi ve sonuçların değerlendirilmesinden oluşmaktadır.

Çalışma kapsamında literatürde yer alan çalışmalardan ve bu alanda hazırlanmış olan anketlerden yararlanılarak oluşturulan anket çalışması, Tekirdağ Devlet Hastanesi'nde gerçekleştirilmiştir. Hazırlanan anketler Şubat 2013 tarihinden itibaren yüz yüze görüşme yöntemi ile tamamen tesadüfî bir şekilde toplam 124 kişiye uygulanmıştır. Araştırmada uygulanan anket çalışması toplam 30 soru ve 2 bölümden oluşmaktadır. Anket evde sağlık hizmeti alan kişilerin sosyo-kültürel özelliklerini, evde sağlık hizmeti alma nedenlerini ve bu sağlık hizmetlerinden memnun olma durumlarını belirlemeye yönelik sorulardan oluşmaktadır. Anket sonuçları SPSS paket programı ile değerlendirilmiş ve her soruya cevap veren kişilerin dağılımları yüzdeler şeklinde tespit edilmiştir.

## 4.2. Verilerin Analiz Edilmesinde Kullanılan

### Yöntemler

**Tanımlayıcı İstatistikler:** Analizin bu bölümünde anket yapılan bireylerin tanımlayıcı özellikleri belirlenmeye çalışılmıştır. Bu amaçla ortalamalardan, frekans dağılımlarından, minimum ve maksimum değerlerden yararlanılmıştır.

**Güvenilirlik Analizi:** Kullanılan ölçeklerin güvenilirliğini test etmek için Alfa ( $\alpha$ ) modeli (Cronbach Alpha Coefficient) kullanılmıştır. Bu yöntem ölçekte yer alan k sorununun homojen bir yapı gösteren bir bütünü ifade edip etmeyeceğini araştırmaktadır. Ağırlıklı standart değişim ortalamasıdır ve bir ölçekte k sorunun varyansları toplamının genel varyansa oranlanması ile elde edilir. 0 ile 1 arasında değer alan bu katsayı Cronbach Alfa katsayısı olarak adlandırılmaktadır.

Alpha ( $\alpha$ ) katsayısına bağlı olarak ölçeğin güvenilirliği aşağıdaki gibi yorumlanır:

- $0.00 \leq \alpha < 0.40$  ise ölçek güvenilir değil,
- $0.40 \leq \alpha < 0.60$  ise ölçeğin güvenilirliği düşük,
- $0.60 \leq \alpha < 0.80$  ise ölçek oldukça güvenilir,
- $0.80 \leq \alpha < 1.00$  ise ölçek yüksek derecede güvenilir

bir ölçektir (Kalaycı vd, 2005).

**Faktör Analizi:** Faktör analizi değişkenler arasındaki ilişkileri inceleyen bir analiz yöntemidir. Değişkenler arasındaki ilişkiler belli özellikler gösteren daha az sayıda faktör gruplarına indirgenerek yorumlanmıştır.



Matematiksel olarak faktör analizi çoklu regresyon analizi ile benzerlik göstermektedir. Yargılar arasından belirli özellikte olanlar bir faktöre yüklenerek grup oluşturur ve toplam varyansı dikkate alarak veriler gruplanır.

Veri seti benzer özelliklere verilen cevaplara göre bir araya toplanır. Böylece o grup hakkında benzeşme özellikleri açısından bir yargıda bulunulabilir.

Faktör

$$F_i = W_{i1}X_1 + W_{i2}X_2 + W_{i3}X_3 + \dots + W_{ik}X_k$$

$F_i$ : i'ninci faktörün tahmini

$W_i$ : Faktör değeri katsayısı

k: Değişken katsayısı

$X_i$ : i'ninci satırdaki yargı değeri (her anketteki yargıya dayalı puan) (Malhotra, 1996).

Araştırmada öncelikle Türk Hava Yollarında yaşanan küçülmenin niteliğine ilişkin faktörler belirlenmiştir. Ankete katılan bireylerin bu faktörler konusundaki yargıları 5'li likert ölçeği kullanılarak ölçülmüştür.

Veri setinin faktör analizine uygunluğunu test etmek amacıyla 3 yöntem kullanılmaktadır. Bunlar korelasyon matrisinin oluşturulması, Barlett testi ve Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testleridir (Kalaycı, 2005).

Anket verilerinin faktör analizine uygunluğunun test edilmesinde ilk adım değişkenler arasındaki korelasyon katsayılarının incelenmesidir. Değişkenler arasındaki korelasyon ne kadar yüksek ise, değişkenlerin ortak faktörler oluşturma olasılıkları o kadar yüksek olmaktadır. İkinci adım “Barlett Küresellik Testi” dir. Bu test korelasyon matrisinde değişkenlerin en azından bir kısmı arasından yüksek oranlı korelasyonlar olduğu olasılığını test etmektedir. Analize devam edilebilmesi için “Korelasyon matrisi birim matristir” sıfır hipotezinin reddedilmesi gerekmektedir (Kalaycı vd, 2005: Hair vd. 1998). Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi de gözlenen korelasyon katsayılarının büyüklüğünü karşılaştıran bir indekstir. KMO oranının 0,5’in üzerinde olması gerekmektedir. Oran ne kadar yüksek olursa veri seti faktör analizi yapmak için o kadar iyidir denebilir. KMO değerleri ve yorumları Tablo 4.1.’de gösterilmektedir.

**Tablo 4.1. KMO Değerleri ve Yorumları**

KMO Değeri	Yorum
0,90	Mükemmel
0,80	Çok İyi
0,70	İyi
0,60	Orta
0,50	Zayıf
0,50’nin altı	Kabul edilemez

### **4.3. Bulgular**

Ankete katılan kişilerin % 85,5’i hasta yakınıdır.

### 4.3.1. Sosyo-demografik yapıya ilişkin bulgular

Bu bölümde yer alan bulgular, hastaların yaşı, cinsiyeti, eğitim ve gelir düzeyi, sosyal güvence türü gibi sosyo-demografik özellikleri saptamak amacıyla oluşturulan sonuçları içermektedir. Ankete katılan 124 kişinin % 54'ü bayan, % 46'sı erkek olup, bu bireylerin %57,3'ü 66 yaş ve üzeri iken % 37,1' i 36- 65 yaş aralığında, % 5'6'sı ise 26-35 yaş grubu aralığındadır.

**Tablo 4.2.** Katılımcıların Sosyo-Kültürel Özellikleri

Ankete katılanların Sosyo-kültürel özellikleri		Kişi Sayısı	Yüzde (%)
Yaş	26-35	7	5,6
	36-65	46	37,1
	65 ve üzeri	71	57,3
Cinsiyet	Bayan	67	54,0
	Erkek	57	46,0
Eğitim düzeyi	Okuryazar değil	20	16,1
	Okuryazar	45	36,3
	İlkokul	40	32,3
	Ortaokul	9	7,3
	Lise	8	6,5
	Üniversite	2	1,6
Sosyal güvence	Yok	12	9,7
	Var	112	90,3
Gelir düzeyi	0-500	7	5,6
	501-1000	77	62,1
	1001-1500	31	25,0

	15001-2000	4	3,2
	2001 ve üzeri	5	4,0

Ayrıca katılımcıların büyük bir bölümünün ise eğitim düzeylerinin düşük olduğu görülmüştür. Sosyal güvence ve gelir düzeyi açısından dağılıma bakıldığında ağırlıklı olarak % 90,3'lük oranla sosyal güvenceye sahip olmalarına karşın gelir düzeylerinin %62,1'lik gibi büyük bir oranla 5001 ile 1000 TL arasında olduğu ortaya çıkmıştır (Tablo 4.2.).

### **4.3.2. Evde sağlık hizmeti alma nedenlerine ilişkin**

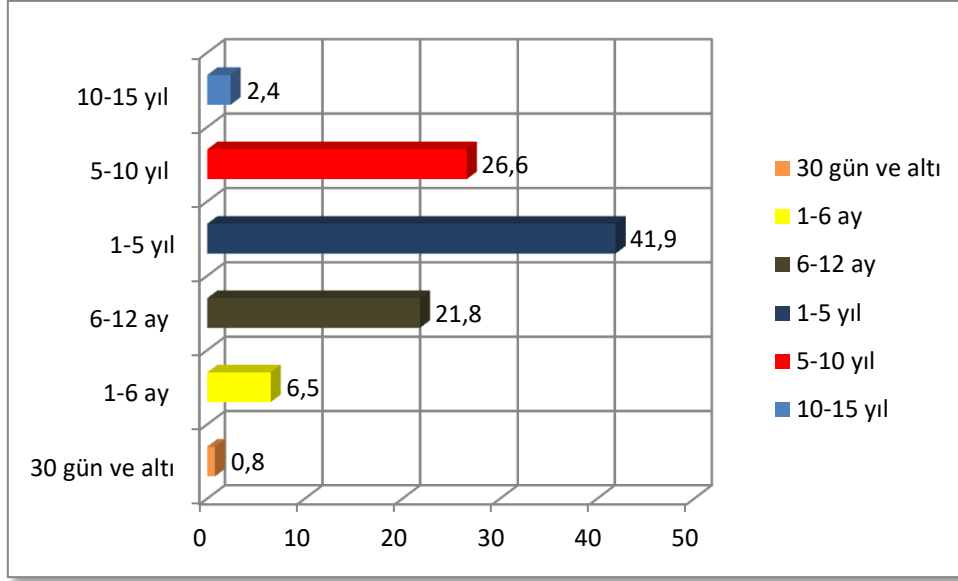
#### **bulgular**

Bu bölümde ise evde sağlık hizmeti alan kişinin hastalık nedeni, ne kadar süredir hasta olduğu ve hastalandığında ilgilenecek yakınına yönelik dağılımlar ortaya konmuştur.

Evde sağlık hizmeti alan kişinin durumu incelendiğinde en fazla oranı % 43,5'lik oranlarla hastanın yatağa bağımlı olması ve alzheimerli olması oluşturmaktadır (Tablo 4.3.).

**Tablo 4.3.** Evde Sağlık Hizmeti Alan Kişinin Durumuna İlişkin Dağılım

<b>Evde sağlık hizmeti alan kişinin hastalığı</b>	<b>Kişi Sayısı</b>	<b>Yüzde (%)</b>
Yatağa bağımlı olması	54	43,5
Operasyon geçirmiş olması	16	12,9
Yaşlı olması	28	22,6
Tetkik takibinin olması	6	4,8
Kronik hastalığı olması	13	10,5
Hastanede sürekli yatarak tedavisi gerekmesi	1	,8
Terminal dönem, kanser (onkoloji) hastası olması	1	,8
KOAH vb. akciğer ve solunum sistemi hastalıkları olması	5	4,0
Alzheimerlı olması	54	43,5
<b>Genel Toplam</b>	<b>124</b>	<b>100</b>



**Şekil 4.1.** Evde Sağlık Hizmeti ihtiyacını ortaya çıkaran durumun süresine ilişkin dağılım

Şekil 4.1.' de evde sağlık hizmeti ihtiyacını ortaya çıkaran durumun süresine ilişkin dağılım incelendiğinde en yüksek oranı % 41,9 ile 1-5 yıl arasındaki süre oluşturmaktadır.

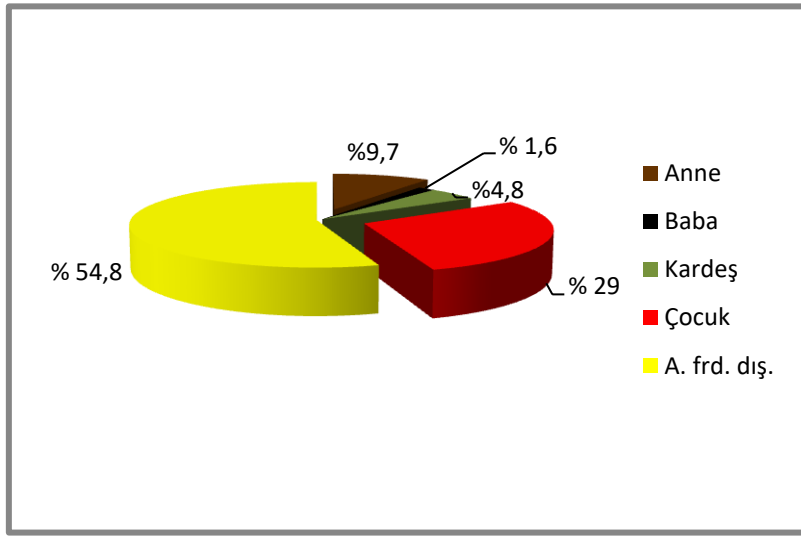
Diğer taraftan hastaların evde sağlık hizmeti almadan önce sağlık hizmeti ihtiyaçlarını nasıl karşıladıkları sorulduğunda; Devlet hastanelerine gittiklerini (% 51,6) belirtmişlerdir (Tablo 4.4.).

**Tablo 4.4** Evde sağlık hizmeti ihtiyacından önce sağlık hizmeti ihtiyacının karşılanma şekline yönelik dağılım

Evde sağlık hizmeti ihtiyacından önce sağlık hizmeti ihtiyacının karşılanma şekli	Kişi Sayısı	Yüzde (%)
Sağlık ocağı, sağlık evi çalışanları aracılığıyla	38	30,6
Devlet Hastanesi'ne götürerek	64	51,6
Özel sağlık hizmeti olarak	12	9,7
Sağlık çalışanından öğrenen bir aile bireyi aracılığıyla	8	6,5

Akraba/Komşu olan sağlık çalışanı aracılığıyla	2	1,6
<b>Genel Toplam</b>	124	100

Hastalanınca aile fertlerinden kim ilgileniyor, sorusuna yönelik dağılıma bakıldığında ise % 54,8'lik bir oranla, aile ferdi dışında birinin ilgilendiği sonucu ortaya çıkmıştır. Yalnızca % 29'luk bir oranla çocuklar ilgilendiği gözlemlenmiştir.



Şekil 4.2. Hastalanma Durumunda İlgilenecek Kişiye İlişkin Dağılım

### 4.3.3. Evde sağlık hizmetlerinden memnun olma

#### durumuna ilişkin bulgular

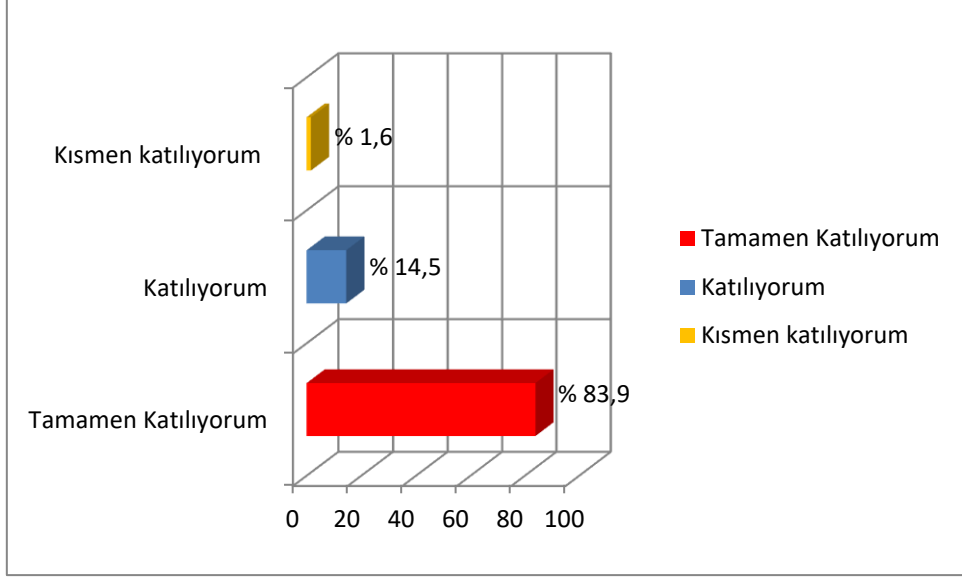
Evde Sağlık Hizmeti alan kişilerin memnuniyet durumlarına ilişkin çeşitli dağılımlar verilmektedir.

**Tablo 4.5.** Evde Sağlık Hizmetinden Memnun Olma Durumuna İlişkin Dağılım

<b>Sağlık Bakanlığı tarafından uygulamaya konulan evde sağlık hizmetinden memnun olma durumu</b>	<b>Kişi Sayısı</b>	<b>Yüzde (%)</b>
Verilen hizmeti başarılı ve memnun edici bulmak	104	83,9
Verilen hizmetin eksikleri olmasına rağmen memnun edici bulmak	18	14,5
Verilen hizmetin beklentilerini karşıladığına inanmak	2	1,6
Verilen hizmeti başarısız bulmak ve memnun kalmamak	-	-
Verilen hizmeti gereksiz bulmak	-	-
<b>Genel Toplam</b>	<b>124</b>	<b>100</b>

Tablo 4.5.'e göre evde sağlık hizmeti alanların büyük bir bölümü (% 83,9) verilen hizmeti başarılı ve memnun edici bulmalarına karşın, beklentilerini karşıladığına inananların oranı sadece % 1,6 olmuştur.





**Şekil 4.3.** İlk Başvurudan Sonra Geri Dönülerek İlk Randevu Verilme Süresinden Memnun Olanların Oranı

Şekil 4.3.'e göre; ilk başvurudan sonra geri dönülerek ilk randevu verilme süresinden memnun olup tamamen katılanların oranı % 83,9'dur. Bu da evde sağlık hizmeti uygulamasının daha ilk aşamasında kişileri mutlu ettiğini göstermektedir.

Tablo 4.6.'da, evde sağlık hizmeti hasta memnuniyet ölçeği yer almaktadır. Burada evde sağlık hizmeti alan kişilerin; sağlık personelinin davranışlarıyla, tedavi ve takip süreci ile ve tedavi süresi boyunca ihtiyaç olduğunda erişilebilirlikle ilgili memnuniyet düzeylerini ölçen sorular ve verdikleri cevapların dağılımları ortaya konmuştur.

**Tablo 4.6.** Evde Sağlık Hizmeti Hasta Memnuniyet Ölçeği

Evde sağlık hizmeti hasta memnuniyet ölçeği	Tamamen katılıyorum	Katılıyorum	Kısmen katılıyorum	Katılmıyorum	Hiç katılmıyorum
	%	%	%	%	%
Gerekli resmi başvuru işlemlerinde engelleyici bir durumla karşılaşılması	83,9	12,9	3,2		
İlk ziyaret esnasında verilecek hizmet ile ilgili yeterli bilgi alınması	87,1	11,3	1,6		
Görevlilerin randevularına tam zamanında gelmesi	93,5	6,5			
İstek ve şikâyetlerin yeterince dinlenmesi	88,7	10,5	0,8		
İlaç tedavisi öncesi alerjinin detaylı bir şekilde olup olmadığının	71,8	26,6	1,6		

sorulması					
Hizmet süresi boyunca kullanılan ilaçlar hakkında kişi ve yakınına bilgi verilmesi	84,7	11,3	3,2	0,8	
Tedavi süresince görevlilerin hastaya yeterince saygılı nazik ve duyarlı olunması	96,8	3,2			
Çalışan personelin dikkatli ve becerili olması	93,5	6,5			
Hizmet süresince kişi ya da yakınına bakımla ilgili yeterli bilgi verilmesi	80,6	17,7	1,6		
Takip ve tedavi süresince uygulanan sağlık hizmetinin mükemmel olması	77,4	19,4	3,2		
Sağlık personelinin detaylı bir şekilde muayene etmesi	66,9	23,4	9,7		
Çalışan personelden yeterli bilgi alınması	77,4	17,7	4,8		
Sağlık personelinin muayene esnasında yeterli zamanı ayırması	87,9	11,3	0,8		
Tedavi süresi boyunca kolaylıkla sağlık kuruluşuna ulaşılabilmesi	54,0	32,3	7,3	4,0	2,4
İhtiyaç olduğunda hastalıkla ilgili uzmanlara kolayca ulaşılabilmesi	53,2	26,6	13,7	6,5	
Tedavi ile ilgili ilaç, tıbbi cihaz ve malzemelerin temini için gerekli raporların çıkarılmasında yardımcı olunması	77,4	17,7	4,8		
Tedavi ile ilgili ilaç, tıbbi cihaz ve malzemelerin temininde yardımcı	66,9	25,8	6,5	0,8	

olunması					
Evde sağlık hizmeti birimini gerektiğinde aileden birine yâda arkadaşlarına tavsiye edilmesi	90,3	9,7			
Genel olarak evde sağlık hizmeti uygulamasında çok memnun kalınması	85,5	13,7	0,8		

Tablo 4.6'ya göre; gerekli resmi başvuru işlemlerinde engelleyici bir durumla karşılaşılmasına tamamen katılanların oranı % 83,9'dur.

Çalışan personelin hastaların beklentileri doğrultusunda iletişim kurabilmesi, kişilik haklarına saygılı davranabilmesi ve güvenilir olması önemlidir. Bu nedenle sağlık personelinin davranışlarıyla ilgili memnuniyet durumları 4.6.da verilmiştir. Buna göre; ilk ziyaret esnasında verilecek hizmet ile ilgili yeterli bilgi alınması, görevlilerin randevularına tam zamanında gelmesi, istek ve şikâyetlerin yeterince dinlenmesi, çalışan personelin dikkatli ve becerili olması, hastaya yeterince saygılı nazik ve duyarlı olunması durumuna tamamen katılanların oranı sırasıyla % 87,1, % 93,5, %88,7, % 93,5 ve 96,8 olmuştur.

Tedavi ve takip süreci ile ilgili memnuniyet durumları incelendiğinde; ilaç tedavisi öncesi alerjinin detaylı bir şekilde olup olmadığının sorulması, hizmet süresi boyunca kullanılan ilaçlar hakkında kişi ve yakınına bilgi verilmesi, hizmet süresince kişi ya da yakınına bakımla ilgili yeterli bilgi verilmesi, takip ve tedavi süresince uygulanan sağlık hizmetinin mükemmel olması, sağlık personelinin detaylı bir şekilde muayene etmesi, tedavi ile ilgili ilaç, tıbbi cihaz ve malzemelerin temini için gerekli raporların çıkarılmasında yardımcı olunması, tedavi ile ilgili ilaç, tıbbi cihaz ve malzemelerin temininde yardımcı olunması durumuna tamamen katılanların oranı ise sırasıyla; % 71,8, % 84,7, % 80,6, % 77,4, % 66,9; % 77,4, % 66,9 olmuştur.

Tedavi süresi boyunca ihtiyaç olduğunda erişilebilirlikle ilgili memnuniyet durumlarına bakıldığında ise; kolaylıkla sağlık kuruluşuna ve hastalıkla ilgili

uzmanlara kolayca ulaşılabilmesi durumuna tamamen katılanların oranı da sırasıyla; % 54,0 ve % 53,2 olmuştur.

Genel olarak evde sağlık hizmeti uygulamasında çok memnun kalma ve evde sağlık hizmeti birimini gerektiğinde aileden birine yâda arkadaşlarına tavsiye etme durumuna tamamen katılanların oranı da %85,5 ve % 90,3 olmuştur.

Evde sağlık hizmetlerinde hastaların memnuniyet tutumlarını ortaya koymak amacıyla 20 faktör belirlenmiştir. Hastaların bu faktörlerle ilgili yargılarını değerlendirmek için 5'li likert ölçeği kullanılmıştır (1: *Tamamen Katılıyorum*, 2: *Katılıyorum* 3: *Kısmen Katılıyorum*, 4: *Katılmıyorum*, 5: *Hiç Katılmıyorum*). Belirlenen bu faktörler ve açıklamaları Tablo 4.7.' da verilmiştir.

**Tablo 4.7.** Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Memnuniyet Durumlarına İlişkin Yargılar

	<b>Evde Sağlık Hizmeti Hasta Memnuniyet Ölçeğine İlişkin Yargılar</b>	<b>Faktör Adı</b>
1	İlk Başvurumdan sonra geri dönülerek ilk ziyaret için randevu verilme süresinden memnun oldum.	V1
2	Hizmet almam için, gerekli resmi başvuru işlemlerinde engelleyici bir durumla karşılaşmadım.	V2
2	İlk ziyaret esnasında bana verilecek hizmet ile ilgili yeterince bilgi aldım.	V3
4	Randevularıma tam zamanında geliniyor.	V4
5	İsteklerim ve sıkıntılarım ile ilgili şikâyetlerim yeterince dinlendi.	V5
6	İlaç tedavisi öncesi alerjim olup olmadığı detaylı bir şekilde soruldu.	V6
7	Hizmet süresince kullanılan ilaç ve ekipmanlarla ilgili bana ve aileme yeterli bilgi verildi.	V7
8	Evde Sağlık Hizmetleri ekibi tedavim süresince davranışlarında yeterince nazik, saygılı ve duyarlıydı.	V8

9	Çalışan personel verdikleri hizmetlerde dikkatli ve becerikliydi.	V9
10	Hizmet süresince aileme ya da yakınlarımdan bir kişiye bakımımıla ilgili yeterli bilgi verildi.	V10
11	Hastalığımın takip ve tedavisinde uygulanan sağlık hizmeti mükemmeldir.	V11
12	Sağlık personeliniz çok detaylı bir şekilde muayene etti.	V12
13	Bilgi almak istediğimde çalışan personelden yeterli bilgi aldım.	V13
14	Sağlık personeliniz muayene esnasında bana yeterince zaman ayırıyor.	V14
15	Rahatsızlığım ile ilgili, ne zaman ihtiyacım olsa bu sağlık kuruluşuna kolayca ulaşabilirim.	V15
16	İhtiyacım olduğu zaman hastalığım ile ilgili uzmanlara kolayca ulaşabiliyorum.	V16
17	Hastalığımla ilgili ilaç, tıbbi cihaz ve malzemelerin temini için gerekli raporlarının çıkarılmasında yardımcı olunuyor.	V17
18	Evde Sağlık Hizmetleri sırasında kullanılacak ilaç, tıbbi cihaz ve malzemelerin temininde yardımcı olunuyor	V18
19	Evde Sağlık Hizmetleri birimini gerektiğinde ailemden birine veya arkadaşlarıma tavsiye ederim.	V19
20	Genel olarak Evde Sağlık Hizmeti uygulamasından çok memnun kaldım.	V20

Tablo 4.8.'de incelenen verilerin içsel tutarlılığını ölçmek için kullanılan güvenilirlik analizinde Cronbach's Alpha değeri 0,834 bulunmuştur. Bu oranının 1'e yakın olması kullanılan verilerin tutarlı olduğu anlamına gelmektedir.

**Tablo 4.8.** Güvenilirlik İstatistikleri

Cronbach's Alpha	N
,834	15

Faktörlerin analize uygunluğu KMO ve Barlett's testi ile test edilmiştir. KMO değeri 0,808 gibi yüksek bir değer bulunmuştur. Bu değer 0,50'den büyük olması verilerin faktör analizine uygun olduğunu göstermektedir. Değişkenler arasında korelasyonun olduğunu gösteren Barlett testi de tabloda görüldüğü gibi anlamlıdır (Sig.) (Tablo 4.9.).

**Tablo 4.9.** KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Uygunluk Ölçüsü.	<b>,808</b>
Bartlett's Test of Sphericity Yaklaşık. Ki-Kare	1645,367
Df	105
Sig.	,000

Ayrıca açıklanan toplam varyansa bakıldığında I. faktör grubu toplam varyansın 31,399' unu, II. faktör grubu % 10,319'unu, III. faktör grubu 7,566'sını, IV. Faktör grubu 6,297'sini olmak üzere dört faktör grubunun toplam varyansın 45,639'unu açıkladığı görülmektedir (Tablo 4.10.).

**Tablo 4.10.** Açıklanan Toplam Varyans

Bileşen	Başlangıç Özdeğerleri			Dönüşüm sonrasında yükleme karelerinin toplamı		
	Toplam	% Varyans	Birikimli Varyans %	Toplam	% Varyans	Birikimli Varyans %
1	6,280	31,399	31,399	5,646	28,229	28,229
2	2,064	10,319	41,718	1,559	7,794	36,024
3	1,513	7,566	49,284	1,199	5,993	42,016
4	1,259	6,297	55,581	,725	3,623	<b>45,639</b>
5	1,195	5,975	61,555			
6	1,021	5,106	66,662			
7	,983	4,914	71,576			
8	,849	4,243	75,819			
9	,714	3,572	79,391			
10	,647	3,237	82,628			



11	,613	3,064	85,692			
12	,601	3,007	88,699			
13	,416	2,078	90,777			
14	,379	1,896	92,673			
15	,350	1,751	94,424			
16	,286	1,432	95,856			
17	,236	1,180	97,036			
18	,221	1,107	98,143			
19	,199	,995	99,137			
20	,173	,863	100,000			

Çıkarma yöntemi: Temel Bileşen Analizi

Tablo 4.11.'de "Döndürülmüş Bileşen Matrisi" (Rotated Component Matrix) görülmektedir. Matriste orijinal değişken ve onun faktörü arasındaki korelasyonlar görülmektedir. Bu tabloya göre bir değişken hangi faktör altında mutlak değer olarak büyük ağırlığa sahipse o değişkenin o faktörle yakın ilişki içinde olduğu anlaşılmaktadır (Hair v.d. 1998).

"Döndürülmüş Bileşen Matrisi"nden de görüleceği gibi araştırma kapsamında incelenen 20 değişken "Tedavi Süresi Boyunca İhtiyaç Olduğunda Yeterli Bilgiye, Sağlık Kuruluşuna ve Uzmanlara Erişilebilirlikle İlgili Memnuniyet Durumu", "Genel Olarak Evde Sağlık Hizmeti Alan Kişinin Memnuniyet Tutumu", "Tedavi ve Takip Süreci İle İlgili Memnuniyet Durumu" ve "Sağlık Personelinin Davranışlarıyla İlgili Memnuniyet Durumu" olmak üzere 4 faktör grubu altında toplanmıştır.

**Tablo 4.11.** Döndürülmüş Bileşen Matrisi

	Evde sağlık hizmeti hasta memnuniyet ölçeği	Bileşen			
		1	2	3	4
Tedavi Süresi Boyunca İhtiyaç Olduğunda Yeterli Bilgiye, Sağlık Kuruluşuna Ve Uzmanlara Erişilebilirlikle İlgili Memnuniyet Durumu	Tedavi süresi boyunca kolaylıkla sağlık kuruluşuna ulaşılabilmesi (V15)	<b>,877</b>	,106	,059	- ,013
	İhtiyaç olduğunda hastalıkla ilgili uzmanlara kolayca ulaşılabilinmesi (V16)	<b>,746</b>	,240	,264	- ,003
	Sağlık personelinin muayene esnasında yeterli zamanı ayırması (V14)	<b>,700</b>	,174	,112	,310
	Tedavi ile ilgili ilaç, tıbbi cihaz ve malzemelerin	<b>,610</b>	,568	,288	- ,210

	temininde yardımcı olunması (V18)				
	Hizmet süresi boyunca kullanılan ilaçlar hakkında kişi ve yakınına bilgi verilmesi	<b>,491</b>	,062	,051	,070
	İstek ve şikâyetlerin yeterince dinlenmesi (V5)	<b>,395</b>	,167	,098	,256
Genel Olarak Evde Sağlık Hizmeti Alan Kişinin Memnuniyet Tutumu	Tedavi ile ilgili ilaç, tıbbi cihaz ve malzemelerin temini için gerekli raporların çıkarılmasında yardımcı olunması (V17)	,250	<b>,633</b>	- ,017	,129
	Genel olarak evde sağlık hizmeti uygulamasında çok memnun kalınması (V20)	,109	<b>,629</b>	,219	,331
	Evde sağlık hizmeti birimini gerektiğinde aileden birine yâda arkadaşlarına tavsiye edilmesi (V19)	,093	<b>,550</b>	,261	,104
	Çalışan personelden yeterli bilgi alınması (V13)	,236	<b>,401</b>	,275	,254
	Gerekli resmi başvuru işlemlerinde engelleyici bir durumla karşılaşılması (V2)	,132	,055	<b>,898</b>	,078

Tedavi ve Takip Süreci İle İlgili Memnuniyet Durumu	İlk başvurudan sonra geri dönülerek ilk ziyaret için randevu verilme süresinden memnun olunması (V1)	,230	,284	<b>,697</b>	,177
	İlk ziyaret esnasında verilecek hizmet ile ilgili yeterli bilgi alınması (V3)	,101	,333	<b>,572</b>	,246
Sağlık Personelinin Davranışlarıyla İlgili Memnuniyet Durumu	Takip ve tedavi süresince uygulanan sağlık hizmetinin mükemmel olması (V11)	,114	,411	,398	<b>,503</b>
	Hizmet süresince kişi ya da yakınına bakımla ilgili yeterli bilgi verilmesi (V10)	,229	,415	,256	<b>,444</b>
	Çalışan personelin dikkatli ve becerili olması (V9)	,032	,043	,006	<b>,427</b>
	Tedavi süresince görevlilerin hastaya yeterince saygılı nazik ve duyarlı olunması (V8)	,116	,083	,181	<b>,394</b>
	İlaç tedavisi öncesi alerjinin detaylı bir şekilde olup olmadığı sorulması (V6)	- ,102	,040	,057	<b>,370</b>
	Sağlık personelinin detaylı bir şekilde	,207	,216	,052	<b>,354</b>

	muayene etmesi (V12)				
	Görevlilerin randevularına tam zamanında gelmesi (V4)	,143	,065	,032	<b>,206</b>

Çıkarma Yöntemi: Temel Bileşen Analizi Döndürme Yöntemi: Varimax

Bu faktör gruplarından ilk öne çıkan 6 değişken içeren “Tedavi Süresi Boyunca İhtiyaç Olduğunda Yeterli Bilgiye, Sağlık Kuruluşuna Ve Uzmanlara Erişilebilirlikle İlgili Memnuniyet Durumu” olarak yeniden adlandırılan faktör grubudur. Tablodan da anlaşılacağı gibi bu faktör grubu, evde sağlık hizmeti alma sürecindeki memnuniyet durumunda en önemli faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Grubu oluşturan 8 değişkenden biri olan tedavi süresi boyunca kolaylıkla sağlık kuruluşuna ulaşılabilmesi” yargısı mutlak değeri en yüksek faktör ağırlığına sahiptir. Ayrıca ihtiyaç olduğunda hastalıkla ilgili uzmanlara kolayca ulaşılabilmesi de dikkat edilen diğer önemli ilkeler arasındadır. Evde sağlık hizmeti alan kişinin üzerinde durduğu bir başka konu da sağlık personelinin muayene esnasında yeterli zamanı ayırması olmuştur.

Bir diğer faktör grubu “Genel Olarak Evde Sağlık Hizmeti Alan Kişinin Memnuniyet Tutumu” olarak adlandırılan 4 değişkenden oluşan ikinci faktör grubudur. Küçülme sürecinin iyi yönetilmesi açısından küçülmenin gerekliliğinin ortaya konulması ve bunun bir zorunluluk olduğunun benimsenmesi gerekmektedir. Bununla ilgili değişkenler (V17, V20, V19, V13) bu faktör grubunun en yüksek faktör ağırlıklarına sahip değişkenleridir.

“Tedavi ve Takip Süreci İle İlgili Memnuniyet Durumu” olarak adlandırılan 3.cü faktör grubu da 3 değişkenden oluşmaktadır. Bununla ilgili değişkenler ise (V2, V1, V3) bu faktör grubunun en yüksek faktör ağırlıklarına sahip değişkenleri olmuştur.

En son faktör grubu olan “Sağlık Personelinin Davranışlarıyla İlgili Memnuniyet Durumu” na ilişkin değişken sayısı ise 4 adettir. Bununla ilgili olarak en yüksek faktör ağırlığına sahip değişkenler sırasıyla; V11, V10, V9, V8, V6, V12, V4 olmuştur.

Ayrıca Tablo 4.12’de Evde Sağlık Hizmeti Hasta Memnuniyet Ölçeğine İlişkin Yargılarına ilişkin minimum, maksimum, ortalama ve standart sapma değerleri verilmiştir. Buna göre ortalama değerlerin birçoğunun 1’e yakın değerler olduğu görülmüştür. Bu da Katılımcıların çok büyük bir çoğunluğunun evde sağlık

hizmetini olumlu buldukları ve fazlasıyla memnun oldukları sonucunu göstermektedir.

**Tablo 4.12.** Evde Sağlık Hizmeti Hasta Memnuniyet Ölçeğine ilişkin ortalama ve Standart Sapma

<b>Evde Sağlık Hizmeti Hasta Memnuniyet Ölçeğine İlişkin Yargılar</b>	<b>N</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maximum</b>	<b>Ort.</b>	<b>Std. Sapma</b>
İlk Başvurudan sonra geri dönülerek ilk ziyaret için randevu verilme süresinden memnun kalmak	124	1,0	3,0	1,177	,4238
Hizmet almam için, gerekli resmi başvuru işlemlerinde engelleyici bir durumla karşılaşmamasından memnun kalmak	124	1	3	1,19	,472
İlk ziyaret esnasında bana verilecek hizmet ile ilgili yeterince bilgi alınmasından memnun kalmak	124	1	3	1,15	,397
Randevularıma tam zamanında gelinmesinden memnun kalmak	124	1	2	1,06	,247
İsteklerim ve sıkıntılarım ile ilgili şikâyetlerim yeterince dinlenmesinden memnun kalmak	124	1	3	1,12	,351
İlaç tedavisi öncesi alerjim olup olmadığı detaylı bir şekilde sorulmasından memnun kalmak	124	1	3	1,30	,494
Hizmet süresince kullanılan ilaç ve ekipmanlarla ilgili bana ve aileme yeterli bilgi verilmesinden	124	1	4	1,20	,525

memnun kalmak					
Evde Sağlık Hizmetleri ekibi tedavim süresince davranışlarında yeterince nazik, saygılı ve duyarlı olunmasından memnun kalmak	124	1	2	1,03	,177
Çalışan personel verdikleri hizmetlerde dikkatli ve becerikli olmasından memnun kalmak	124	1	2	1,06	,247
Hizmet süresince aileme ya da yakınlarımdan bir kişiye bakımıyla ilgili yeterli bilgi verilmesinden memnun kalmak	124	1	3	1,21	,447
Hastalığının takip ve tedavisinde uygulanan sağlık hizmeti mükemmel olmasından memnun kalmak	124	1	3	1,26	,508
Sağlık personeliniz çok detaylı bir şekilde muayene etmesinden memnun kalmak	124	1	3	1,43	,665
Bilgi almak istediğimde çalışan personelden yeterli bilgi alınmasından memnun kalmak	124	1	3	1,27	,546
Sağlık personeliniz muayene esnasında bana yeterince zaman ayırmasından memnun kalmak	124	1	3	1,13	,360
Rahatsızlığım ile ilgili, ne zaman ihtiyacım olsa bu sağlık kuruluşuna kolayca ulaşabilmesinden memnun kalmak	124	1	5	1,69	,949
İhtiyacım olduğu zaman hastalığım ile ilgili uzmanlara kolayca ulaşabilmesinden memnun kalmak	124	1	4	1,73	,929
Hastalığımla ilgili ilaç, tıbbi cihaz ve malzemelerin temini için gerekli raporlarının çıkarılmasında yardımcı olunmasından memnun kalmak	124	1	3	1,27	,546
Evde Sağlık Hizmetleri sırasında kullanılacak ilaç, tıbbi cihaz ve malzemelerin temininde yardımcı olunmasından memnun kalmak	124	1	4	1,41	,650
Evde Sağlık Hizmetleri birimini gerektiğinde ailemden birine veya arkadaşlarıma tavsiye	124	1	2	1,10	,297

edilmesinden memnun kalmak					
Genel olarak Evde Sağlık Hizmeti uygulamasından çok memnun kalmak	124	1	3	1,15	,383

## SONUÇ

Ertem ve arkadaşları (2009)'nın belirttikleri gibi; insanlar artık yaşamın uzunluğu ile değil, kalitesi ile ilgilenmektedirler. Yaşam kalitesi bireysel iyilik halinin bir anlatımıdır ve yaşamın farklı alanlarında öznel bir doyum ifadesidir. Bu anlamda bakım hizmetlerinin yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkisi vardır ve bakım, sağlık düzeyini iyileştirmek ve yükseltmek için hastalara ev ortamında sağlık hizmeti ve hizmet donanımının sağlanması amacıyla yapılan bir hizmet olup, sağlık sistemleri içerisindeki yerini her geçen gün daha da genişletmektedir.

Bu tez kapsamında; evde sağlık hizmeti alan bireylere ulaşılarak hasta memnuniyetlerinin değerlendirilmesi yapılmış, memnuniyetlerini etkileyen faktörler tespit edilmeye çalışılmış, bu sonuçların ışığında hasta memnuniyetini arttırmak için neler yapılabileceği konusunda önerilerde bulunulması amaçlanmıştır. Bu amaçla çalışmada, evde sağlık hizmeti alan bireylerin memnuniyetlerine yönelik yargıları anket yöntemi ile araştırılmış ve faktör analizi uygulanmıştır. Araştırma sonucunda; evde sağlık hizmeti alan bireylerin bu hizmetlere karşı olumlu bir tutum içinde olduğu ortaya konmuştur. Faktör analizi sonucunda da memnuniyetlerini etkileyen dört faktör olduğu tespit edilmiştir.

Bu faktör gruplarından ilk öne çıkanı ise “Tedavi Süresi Boyunca İhtiyaç Olduğunda Yeterli Bilgiye, Sağlık Kuruluşuna Ve Uzmanlara Erişilebilirlikle İlgili Memnuniyet Durumu” olarak yeniden adlandırılan faktör grubu olmuştur. Tablodan da anlaşılacağı gibi bu faktör grubu, evde



sağlık hizmeti alma sürecindeki memnuniyet durumunda en önemli faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu da bize evde sağlık hizmeti alan bireylerin memnuniyet durumlarını etkileyen en önemli faktörün yeterli bilgi, uzman ve sağlık kuruluşuna kolay erişebilmesi olduğunu göstermektedir. Sağlık personelinin davranışıyla ilgili olarak memnuniyet düzeyleri ise diğerlerine göre daha düşük puan almıştır. Bu da bize sağlık personelinin davranışlarının diğer faktörlere göre daha az öncelikli olduğunu göstermiştir.

Evde bakım hizmeti kapsamına alınan 124 hastanın büyük çoğunluğu (%57,3 ) 66 yaş üzerinde olmuş olup, bunların da çoğunluğunu bayanlar ( % 54) oluşturmuştur. Yaş faktörü farklı çalışmalarda da benzerlik göstermektedir; yaş ilerledikçe kişilerin hastalıklarının özellikleri nedeniyle motor defisite sahip olmaları ve buna bağlı fonksiyonlarında kısıtlılık olması beklenen bir bulgudur (Akdemir ve ark., 2011).

Ayrıca çalışmada, Evde Sağlık Hizmeti Hasta Memnuniyet Ölçeğine İlişkin Yargılarına ilişkin minimum, maksimum, ortalama ve standart sapma değerleri saptanmıştır. Bu değerler, katılımcıların çok büyük bir çoğunluğunun evde sağlık hizmetini olumlu buldukları ve fazlasıyla memnun oldukları sonucunu göstermiştir.

## KAYNAKÇA

Akdemir N, Bostanoğlu H, Yurtsever S, Kutlutürkan S, Kapucu S, Özer ZC. (2011).Yatağa bağımlı hastaların evde yaşadıkları sağlık sorunlarına yönelik evde bakım hizmet gereksinimleri. Dicle Tıp Dergisi, 38(1):57-65.

Akdur, R.(2006). Sağlık Sektörü Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliğinde Durum Ve Türkiye'nin Birliğe Uyumunu, Ankara.

Aksakoğlu, G.(1986)."Sağlık Örgütlenmesi ve Tıp Eğitim Modelleri", Toplum ve Hekim Dergisi, Ankara.

Aksakoğlu, G. (1978)."Sosyalist Ülkelerde Sağlık Örgütlenmesi", Toplum ve Hekim Dergisi, Ankara, s. 7'den Ateş, M.,Sağlık Sistemleri, İstanbul.

Aktan,C.C, Işık,A.K.(2013)."Sağlık Hizmetleri Sunumu ve Alternatif Yöntemler", <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/sunum-alternatif.pdf>

Aktan, C. C, Işık A. K.(2013). "Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Alternatif Yöntemler".

Altay,A.(2007). Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar Ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi, Sayıştay Dergisi, Ankara.

Annual Report. (2004) Medical Management of the Home Care Patient. American Association American Academy of Home Care Physicians, America.

Arasıl,T.(2008). "Türkiye'de ve Dünyada Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyonun Durumu", Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi, C.54, Özel S.1, s. 1, 3, İstanbul.

Ateş, M.(2011). Sağlık Sistemleri, İstanbul.

Bahar G, Bahar A, Savaş HA. (2009). Yaşlılık ve Yaşlılara Sunulan Sosyal Hizmetler, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 12(4).

BM, İnsan Hakları Komisyonu,“İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi”  
<http://www.tbmm.gov.tr/komisyon/insanhaklari/pdf01/203-208.pdf> (11. 01. 2013)

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

Canadian Home Care Assosiation. (2008). Potraits of Home Care in Canada, Canada.

Council on Scientific Affairs. (1990). Home Care in the 1990s, The Journal of the American Medical Assosiation, 263, s 1241-1244.

Çıtıl, R. Günay, O. Elmalı, F.Öztürk Y.(2010) Diyabetik Hastalarda Tıbbi ve Sosyal Faktörlerin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Erciyes Tıp Dergisi, 32(4), s 253-264.

Çoban, M. Bilgici, S. Oğuz, Y. (28-30 September 2005). Home Care Services in Turkey and Potential Ethical Problems. Health and Hospital Management Congress (Internationally participation).

Çoban, M. Esatoğlu, AE. (2004). Home Care: An Overview, Türkiye Klinikleri Journal of Medaical Ethics, Law and History 12 (2), s 109-120.

Çoban M.(2008). Son Dönem Bakım Merkezlerinde (Hospice) Verilen Hizmetler, Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi Uluslararası Katılımlı, Antalya. Delican. M,Çağlar. Ü, Esen. A. v.d,(2012).s. 210-211, 2012.

Deppe, H.U.(2005). ZurSozialen Anatomiedes Gesundheit systems. Neoliberalismusund Gesundheitspolitik in Deutschland. 3. Aktualisierte Aufla.g.e. Verlagfür Akademische Schriften. Frankfurt ‘den Öcek, Z. , Soyer, A. , Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Birikimimiz:2000-2004 Türkiye Fotoğrafi, Türk Tabibleri Birliği Yayınları, 2007, Ankara, s. 13-15.

Ertem G, Kaklım A, Bulut S, Sevil Ü. (2009). Radyoterapi alan hastaların evde bakım gereksinimleri ve yaşam kaliteleri. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi; 2(2):3-12.

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

Fişek,N.(1982).”Sağlık Hizmetleri ve İşçi Sağlığı Ailelerinin Sağlık Sorunları”,Modern Yönetim Semineri,No.144,1982,Ankara.

George,D Rountree.(1998). ”Özel Sağlık Kuruluşlarının Gelişmiş Ülkelerdeki Genel Görünümü”, Ülkemizdeki Sağlık Sorunlarının Çözümünde Özel Sağlık Kuruluşlarının Yeri ve önemi, İTO, yayın no. 1993-9, 1993, ss. 85-88. ‘den Kurtulmuş S. , ”Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Sistemleri Bakımından Hesaplama Birimi Olarak Aile”, T. C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı Yayınları, Ankara.

Hair, Joseph. Anderson, Rolph. Tatham, Ronald. Black,William. (1998). Multivariate Data Analysis with Readings, Fifth Edition, Prentice-Hall International Inc.

Kalaycı, Ş. (2005) Spss Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri, Asil Yayınevi, Ankara.

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

Karadağ, Z. (2007). Aile Hekimliği Uygulamasını Müşteri/Hasta Memnuniyetine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı, Ankara.

Karahan, A. (2002) Yaşlılıkta Evde Bakım, Turkish Journal of Geriatrics, 155-9.

Kavuncubaşı, Ş. (2000) Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. Siyasal Kitabevi, Ankara.

Kavuncubaşı, Ş. Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara, 2000.

Kennedy, P.21. Yüzyıla Hazırlanırken, (çev: Fikret Üçcan), Ankara, T. İş Bankası, Yayın No:340, 1995, ss. 40-46.

Kesgin,C. Topuzoğlu,A.(2006). ”Sağlığın Tanımı:Başa Çıkma”, Journal of İstanbul Kültür University,C.3,İstanbul,2006, ss. 47-49.

Koçak,S.(2009).Sağlık Sektöründe Müşteri Memnuniyetinin Önemi: Niğde Devlet Hastanesinde Bir araştırma. Yüksek Lisans Tezi, Niğde Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Niğde.

Koffman, J. Higginson, I. Naysmith.(1996). AHospice at Home-Service for Patients With Advanced HIV/AIDS: A Pilot Evulation of Refferrals and outcomes, British Journal of General Practice, 46, s 539-540.

Korukluoğlu, S. Üstü, Y. Kasım, İ. Doğusan, R. Hacıımamoğlu, A.v.d.(2004).”Aile Hekimliği Türkiye Modeli”,(Ed: Aydın, S.) , Ankara, 2004, S. 10-12

Korur, Pan A.(2010). Adana İl Merkezinde Yaşayan Farklı Sosyokültürel Grupların Sağlık Hizmetlerini Kullanma Davranışlarının Değerlendirilmesi, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Adana.

Kurtulmuş, S.(1998).”Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Sistemleri Bakımından Hesaplama Birimi Olarak Aile”, T. C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı Yayınları, Ankara.

Laroque, P. 21. Yüzyıla Doğru Sosyal Güvenlik, ILO, (çev:Yusuf Alper), Yayınlanmış Rapor,

Malhotra, Naresh. (1996) Marketing Research An Applied Orientation, Second Edition, Prentice Hall, Upper Saddle River, New Jersey.

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

Ofset, Ü. Özden, M.(1988). Sağlık Eğitimi, Ankara.

Oğlak, S. (2007). Uzun Süreli Evde Bakım Hizmetleri ve Bakım Sigortası. Turkish Journal of Geriatrics, 10, s 100-8

Onur, T. (2007). Ayaktan Sağlık Hizmeti Veren Sağlık Kuruluşu Olan Özel Hastanelerde Uygulanan Rekabet Stratejilerinin Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, İstanbul.

Özden, M. Ofset, Ü. (1988).Sağlık Eğitimi, Ankara.

Özkara,Y.(2006). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetinin Sağlık Ekonomisindeki Yeri ve Önemi: Bir Uygulama. Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Antalya.

Öztürk, Şahin.(2001).Edirne Şehir Merkezinde Halkın Sağlık Hizmeti Tercihlerine Etki Eden Faktörler Ve Kişiyeye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Edirne.

Sargutan, A. E. (2005).”Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı” Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, C.8, S.3, Ankara.

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

Seyyar, A.(1997). Almanya’ da Bakıma Muhtaç Kişilerin Sosyal Güvenliği, Yayınlanmış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Strafield,B.(1998). Primary care:Balancing Health Needs Services and Technology New York:Oxford University press’den Öcek, Z. , Soyer, A. , Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Birikimimiz:2002000-2004 Türkiye Fotoğrafı, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 2007, Ankara.

Şaşmaz,T. ve Kurt,A.(2013).”Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi:1961-2003”,

<http://lokmanhekim.mersin.edu.tr/index.php/lokmanHekim/article/view/115>.

T. C. Resmi Gazete (1961)“Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında 224 Numaralı Kanun” Sayı:10705, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-463/sayisi224-rg-tarihi12011961--rg-sayisi10705-saglik-hiz-.html>(15.03.2016).

T.B.M.M.,“Türkiye Cumhuriyeti Anayasası”,  
[http://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa\\_2011](http://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa_2011).

T.C Resmi Gazete. Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik. 10.03.2005,25751

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

Taşdemir, M. (1998). Ayaktan Bakım Hizmeti Veren Çeşitli Sağlık Kuruluşlarında Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesi, M.Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. O. Hayran)

The National Association for Home Care & Hospice. (2007). Basic Statistics About Home Care, Washington, DC

Türk Tabipler Birliği.(2013). ”Temel Sağlık Hizmetleri uluslararası Konferansı Bildirisi(Alma Ata)”

U.S. Deperment of Health and Human Services. (January 2010). Medaicare Hospice Benefits.

Uçan,Ö.(2005). Üst Gastrointestinal Endoskopi İşleminde Dinletilen Müziğin, Hastanın Nabzına Kan Basıncına, Oksijen Saturasyonuna, Memnuniyetine ve İşlemin Başarısına Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep, (Danışman: Yrd. Doç.Dr. N. Ovayolu, Doç. Dr. MC. Savaş).

Vavra,T.G.(1999).Müşteri Tatmini Ölçümlerinizi Geliştirmenin Yolları. Kalde Yayınları.

WHO publications. (2000). Home-Based and Long Term Care, Geneva.

WHO, HealthForAll 2000 Geneva.

WHO, Regional Office for Europe (1975) Health Services in Europe, 2nd edn. Copenhagen:06. 01. 2011. test cp. euro. who. int/Document/E89814\_Ch2. pdf. 'den Ateş, M. , a.g.e.; s. 23, 24

Yılmaz, M. Sametoğlu, F. Akmeşe, G. ve ark. (2010). Sağlık Hizmetinin Alternatifi Bir Sunum Şekli Olarak Evde Hasta Bakımı, İstanbul Med J. 11(3) s 125-132, İstanbul.

KALAYCI Ş. (2005) Spss Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri, Asil Yayınevi, Ankara

Malhotra, Naresh, (1996) Marketing Research An Applied Orientation, Second Edition, Prentice Hall, Upper Saddle River, New Jersey.

Hair, Joseph, Anderson, Rolph, Tatham, Ronald, Black, William, (1998) Multivariate Data Analysis with Readings, Fifth Edition, Prentice-Hall International Inc.



## **EKLER**

### **EK-1 Evde sağlık hizmeti hasta memnuniyeti anketi**

#### **“Sağlığın Evinizdeki Eli”**

Bu anket Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Yüksek Lisans Programı gereğince “ Evde Sağlık Hizmetinden faydalananların profillerini ve memnuniyetlerinin tespiti” amacıyla hazırlanmıştır. Anketten elde edilen veriler toplu olarak değerlendirilecek ve sadece çalışmanın amacına uygun olarak kullanılacaktır. İsim yazmanıza gerek yoktur. Ankete içtenlikle vereceğiniz cevaplar araştırmanın amacına ulaşmasına katkı sağlayacaktır.

İlgi ve katkılarınız için teşekkür eder, saygılar sunarım.

#### **A) GENEL BİLGİLER**

Anketi dolduran kişi:      **a)** Hasta                      **b)** Hasta yakını

##### **1. Hastanın yaşı**

**a)**0-6 yaş arası    **b)**7-16 yaş arası    **c)**17-25 yaş arası    **d)**26-35 yaş arası  
**e)**36-65 yaş arası    **f)**65 ve üstü

##### **2. Cinsiyet**

**a)** Kadın                      **b)**Erkek

##### **3. Hastanın sosyal güvencesi**

**a)** Yok                      **b)** Var      :

.....

##### **4.Hastanın Eğitim düzeyi**

**a)** yok    **b)** okuryazar    **c)** ilkokul    **d)** ortaokul    **e)** lise    **f)** üniversite

**5.Evde Sağlık Hizmeti alan kişinin hastalıkları.**

- a)Yatağa bağımlı olması nedeniyle
- b)Operasyon geçirmiş olması nedeniyle
- c)Yaşlılığı nedeniyle
- d)Tetkik takip nedeniyle
- e)Kronik hastalığı nedeniyle
- f)Hastanede sürekli yatarak tedavisi gerekmesi nedeniyle
- g)Terminal dönem, kanser (onkoloji) hastası olması nedeniyle
- h)KOAH vb. akciğer ve solunum sistemi hastalıkları olması nedeniyle
- ı)Alzheimer lı olması nedeniyle
- j) .....nedeniyle

**6.Hastanızın Evde Sağlık Hizmeti ihtiyacını ortaya çıkaran durum ne kadar süredir mevcut?**

- a) 30 gün ve altı b) 1-6 ay c) 6-12 ay d) 1-5 yıl e) 5-10 yıl f) 10-15 yıl g) 15 yıl ve üzeri

**7. Evde Sağlık Hizmeti uygulamasından önce hastanızın sağlık hizmeti ihtiyacını ne şekilde sağlıyordunuz ?**

- a) Sağlık ocağı, sağlık evi çalışanları aracılığıyla
- b) Devlet Hastanesi'ne götürerek
- c) Özel sağlık hizmeti alarak
- d) Sağlık çalışanından öğrenen bir aile bireyi aracılığıyla
- e) Akraba/Komşu olan sağlık çalışanı aracılığıyla

**8. Hastamızla en çok aile fertlerinden kim ilgileniyor?**

- a) Anne b) Baba c) Kardeş d) Çocuk e) Diğer

**9. . Ailenizin aylık gelir durumu yaklaşık olarak kaç Türk Lirasıdır?**

- a) 0 – 500    b) 501 – 1000    c) 1001 – 1500    d) 1501 – 2000    e)  
2001 ve üzeri

**10 Sağlık Bakanlığı tarafından uygulamaya konulan Evde Sağlık Hizmetini ne şekilde değerlendiriyorsunuz?**

- a) Verilen hizmeti başarılı ve memnun edici buluyorum.  
b) Verilen hizmetin eksikleri olmasına rağmen memnun edici buluyorum.  
c) Verilen hizmet beklentilerimi karşıladı  
d) Verilen hizmet başarısız ve memnun kalmadım.  
e) Verilen hizmeti gereksiz buluyorum

**EK-2 Evde sağlık hizmeti hasta memnuniyet 6lceği**

<b>B) EVDE SAĞLIK HİZMETİ HASTA MEMNUNİYET 6LÇEĞİ</b>		<b>TAMAMEN KATILYORUM</b>	<b>KATILYORUM</b>	<b>KISMEN KATILYORUM</b>	<b>KATILMIYORUM</b>	<b>HİÇ KATILMIYORUM</b>
1	İlk Başvurumdan sonra geri dönölerek ilk ziyaret için randevu verilme süresinden memnun oldum.					
2	Hizmet almam için, gerekli resmi başvuru işlemlerinde engelleyici bir durumla karşılaşmadım.					
3	İlk ziyaret esnasında bana verilecek hizmet ile ilgili yeterince bilgi aldım.					
4	Randevularıma tam zamanında geliniyor.					
5	İsteklerim ve sıkıntılarım ile ilgili şikayetlerim yeterince dinlendi.					
6	İlaç tedavisi öncesi allerjim olup olmadığı detaylı bir şekilde soruldu.					
7	Hizmet süresince kullanılan ilaç ve ekipmanlarla ilgili bana ve aileme yeterli bilgi verildi.					
8	Evde Sağlık Hizmetleri ekibi tedavim süresince davranışlarında yeterince nazik, saygılı ve duyarlıydı.					
9	Çalışan personel verdikleri hizmetlerde dikkatli ve becerikliydi.					
10	Hizmet süresince aileme yada yakınlarımdan bir kişiye bakımım ile ilgili yeterli bilgi verildi.					
11	Hastalığımın takip ve tedavisinde uygulanan sağlık hizmeti mükemmeldir.					
12	Sağlık personeliniz çok detaylı bir şekilde muayene etti.					
13	Bilgi almak istediğimde çalışan personelden yeterli bilgi aldım.					
14	Sağlık personeliniz muayene esnasında bana yeterince zaman ayırıyor.					
15	Rahatsızlığım ile ilgili, ne zaman ihtiyacım olsa bu sağlık kuruluşuna kolayca ulaşabilirim.					
16	İhtiyacım olduğu zaman hastalığım ile ilgili uzmanlara kolayca ulaşabiliyorum.					
17	Hastalığım ile ilgili ilaç, tıbbi cihaz ve malzemelerin temini için gerekli raporlarının çıkarılmasında yardımcı olunuyor.					
18	Evde Sağlık Hizmetleri sırasında kullanılacak ilaç, tıbbi cihaz ve malzemelerin temininde yardımcı olunuyor					

19	Evde Sağlık Hizmetleri birimini gerektiğinde ailemden birine veya arkadaşlarıma tavsiye ederim.				
20	Genel olarak Evde Sağlık Hizmeti uygulamasından çok memnun kaldım.				