

T.C.

OKAN ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**KARS MERKEZDE EVDE SAĞLIK BAKIM HİZMETİ ALAN
HASTA YAKINLARININ DEMOGRAFİK YAPI VE SAĞLIK
HİZMETLERİNDEN MEMNUNİYET ORANI**

Neriman GEY

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Onur YARAR

İSTANBUL, 2018

T.C.

OKAN ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**KARS MERKEZDE EVDE SAĞLIK BAKIM HİZMETİ ALAN
HASTA YAKINLARININ DEMOGRAFİK YAPI VE SAĞLIK
HİZMETLERİNDEN MEMNUNİYET ORANI**

Neriman GEY

152009013

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Onur YARAR

İSTANBUL, 2018

T.C
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

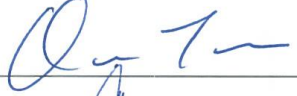

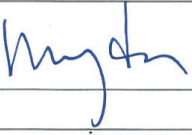
Y Ü K S E K L İ S A N S
T E Z O N A Y I

ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı : Neriman Gey Öğrenci No : 152009013
Anabilim/Bilim Dalı : Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Tez Savunma Tarihi : 28.02.2018
Danışman : Yrd. Doç. Dr. Onur Yarar Tez Savunma Saati : 17:00

Tez Konusu : "Kars Merkezde Evde Sağlık Bakım Hizmeti Alan Hasta Yakınlarının Demografik Yapı ve Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Oranı"

TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin 28.Maddesi uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin KABULU ne OYBİRLİĞİ / OYÇOKLUĞUYLA karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Yrd. Doç. Dr. Onur Yarar	Kabul	
Yrd. Doç. Dr. Yıldırım B. Gülhan	Kabul	
Prof Dr. Haydar Sur (Üsküdar Üniversitesi)	Kabul	

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Yrd. Doç. Dr. Erdinç Ünal		
Yrd. Doç. Dr. Selma Söyük (İstanbul Üniv.)		

ÖZET

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yaşlı nüfustaki artış beraberinde hastalıkları da artırmış ve sağlık hizmetlerinin yalnız belirli sağlık kuruluşlarında değil hastanın ya da yaşlının bulunduğu yerde de sunulması evde sağlık hizmetlerini doğurmuştur. 2010 yılından sonra Türkiye’de bu hizmet vermeye başlanmıştır. Günümüzde evde sağlık hizmeti; hekimlerin önerileri doğrultusunda yaşlı ve hasta kişilere, sağlık ekibi tarafından tıbbi ve psiko-sosyal yönlerden gereksinimlerinin aileleri ile yaşadıkları ortamda karşılanmasını sağlayan sağlık hizmetinin düşük maliyetli alternatif bir sunum şekli olarak tanımlanmaktadır.

Tanımlayıcı tipteki bu çalışmada, Kars İl merkezinde Harakani Devlet Hastanesi’nin Evde Sağlık Hizmetleri Birimi’nden hizmet alan hasta yakınlarının demografik özellikleri ve sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. 2016 yılı Ağustos ve Kasım aylarında 179 hasta yakını ile görüşmeler yapılarak anket uygulanmıştır. Veriler, anket formları aracılığı ile toplanmış; SPSS 21.0 programı ile analiz edilmiştir.

Sonuç olarak, bu araştırmada; yaşam kalitesi üzerinde hasta yakını cinsiyeti, yaşı, yakınlık derecesi ve mesleği hariç, medeni durumu, eğitimi ve hasta ile birlikte kalma süresinin etkili oldukları bulunmuştur. Ayrıca, çalışmaya katılan hasta yakınlarının evde sunulan sağlık hizmetlerinden genelde memnun oldukları ancak, sağlık personelinin hastaya yeteri kadar zaman ayıramamalarından yakındıkları saptanmıştır. Bu nedenle, sağlık hizmetlerinde kalitenin artırılmasına önem verilmeli, hasta yakını memnuniyeti geliştirilmeli ve düzenli memnuniyet ölçümleri yapılmalıdır.

Anahtar kelimeler: Evde sağlık hizmetleri, demografik yapı, hasta yakını memnuniyeti, hasta

ABSTRACT

DEMOGRAPHIC STRUCTURE AND SATISFACTION RATE OF PATIENT' RELATIVES RECEIVING HEALTH CARE SERVICE AT HOME IN KARS CITY CENTER

The increase in the elderly population in developed and developing countries cause increase in the number of illnesses in consequence health services are not only provided at the health institutions but also provided at home and at the place where the patient or the nursing home is located. After the year 2010 Turkey has begun to provide this service. Today, health care at home, is a low-cost alternative ensuring greater connection between physicians the elderly and sick people in the surrounding of their choice increasing the scope of medical services as well as a greater satisfaction between medical staff and the families of the patients from a psycho-social aspect.

In this descriptive study, the aim was to determine the demographic characteristics and satisfaction levels of the patients' relatives from the home health service unit of Kars Harakani Hospital. In August and November of 2016, interviews were conducted and the survey was implemented with 179 patients' relatives. The data were collected using questionnaires. The data obtained by the questionnaires were evaluated with the SPSS 21.0 program.

It has been determined that except for the gender of the patients' close relatives, age, degree of relationship of relatives and occupation; the marital status, the level of education and length of the time spent with patients was found effective on the quality of life. The patients participating in the study show that they are not satisfied with the allocated time which the health care they are receiving, although they are generally satisfied with the home health care. Therefore, increasing the quality of health services should be given importance, satisfaction of patient' relatives should be improved and regular measurements to monitor satisfaction should be made.

Key words: Home health care, demographic structure, patient relatives' satisfaction, patient

ÖNSÖZ

Sağlık insanın en büyük hazinesidir. Bu hazine bireye yaşama umudu veren, yaşama bağlayan ve yaşamaktan zevk almasını sağlayan en önemli kaynaktır. Ancak yaşlılık dönemlerinde özellikle sağlığın bozulması durumunda bireylerin sağlık hizmetlerine olan gereksinimleri artar. Bu nedenle kendini bakamayacak halde yatağa bağımlı, sağlık hizmetlerine sistematik olarak gereksinim duyan hastalara Sağlık Bakanlığı “Evde Sağlık Hizmetleri Yönergesi” çerçevesinde sağlık hizmeti sunmaktadır.

Bu çalışmada Kars İli merkez ilçede evde sağlık hizmeti alan hasta yakınlarının demografik özellikleri ve sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeyleri araştırılmıştır.

Bana bu çalışmayı veren, teşvik ve desteklerini esirgemeyen tez danışmanım hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Onur YARAR’a, çalışmama destek olan, katkıda bulunan eşim Doç. Dr. Hüseyin GEY’e, çalışmam esnasında anketlerde yardımcı olan sağlık elemanlarına ve emeği geçenlere teşekkür ederim.

Neriman GEY

BEYAN

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “Kars Merkezde Evde Sağlık Bakım Hizmeti Alan Hasta Yakınlarının Demografik Yapı Ve Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Oranı” başlıklı bu araştırmanın kendi tez çalışmam olduğunu, bu çalışmada yararlandığım bilgileri etik kurallara uygun olarak elde ettiğimi, yararlandığım yapıtların tamamını kaynaklarda gösterdiğimi, daha önce üretilmiş bilgi, fikir ve yorumları akademik kurallar içinde kullandığımı ve kaynak gösterdiğimi onurumla beyan ederim.

Neriman GEY

İÇİNDEKİLER

SAYFA NO

ÖZET	ii
ÖNSÖZ.....	iv
BEYAN.....	iv
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar LİSTESİ.....	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xi
SEMBOLLER VE KISALTMALAR.....	xii
1.GİRİŞ	
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Sağlık Kavramı ve Tanımı, Hizmet Tanımı ve Sağlık Hizmetleri Tanımı.....	4
2.1.1. Sağlık Kavramı ve Tanımı.....	4
2.1.2. Sağlık Hakkı	5
2.1.3. Hizmet Tanımı.....	5
2.1.4. Hizmetin Bileşenleri	6
2.1.5. Hizmetin Özellikleri	7
2.1.6. Hizmetlerin Sınıflandırılması.....	8
2.2. Kalite Kavramı ve Tanımı.....	9
2.3. Müşteri Memnuniyeti Kavramı	12
2.4. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı	13
2.4.1. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri	14
2.4.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	14
2.5. Sağlıkın Geliştirilmesi Hizmetleri.....	19
2.6. Evde Sağlık Bakımı Hizmetleri.....	20
2.7. Evde Sağlık hizmetlerinin Tarihçesi, Gelişimi ve Mevzuat Yapısı.....	23
2.8. Evde Sağlık Hizmetlerinde Demografik Değişiklikler	26
2.9. Evde Sağlık Hizmetlerinde Harcamalar	27
2.10. Amerika Birleşik Devletleri ve Türkiye’de Evde Sağlık Hizmetleri.....	28
2.11. Evde Sağlık Hizmetlerinin Kapsamı	32
2.12. Evde Sağlık Hizmetleri Gerektiren Sağlık Sorunları	33
2.13. Evde Sağlık Hizmetleri Kapsamında Sunulan Hizmetler	33
2.14. Evde Sağlık Hizmetleri Sunan Kuruluşlar	36
2.15. Evde Sağlık Hizmetlerinde İnsan Kaynağı	37

2.16. Evde Sağlık Hizmetleri Hukuki Durum.....	38
2.17. Evde Sağlık Hizmetlerinin Başlıca Sorunları ve Çözüm Önerileri	39
2.18. Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Finansman Yapısı	40
2.19. Hasta Tatmini	41
2.20. Sağlık Hizmetlerinde Kalite	43
2.21. Hasta/Hasta Yakını Memnuniyeti Kavramı	48
2.21.1. Hasta Yakını Memnuniyetinin Oluşum Süreci	52
2.21.2. Hasta ve Hasta Yakını Memnuniyetinin Önemi.....	53
2.21.3. Hasta Yakını Memnuniyetini Etkileyen Faktörler.....	55
2.21.4. Hasta Yakını Memnuniyetinin Ölçülmesi.....	68
2.21.5. Hasta Yakını Memnuniyeti Ölçüm Yöntemleri.....	69
2.21.6. Hasta Yakını Memnuniyetsizliğinin Sonuç ve Etkileri	70
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	72
3.1. Araştırmanın Yöntemi.....	72
3.2. Veri Toplama Araçları	72
3.5. Araştırmanın Amacı ve Önemi	79
3.6. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	79
3.6.1. Kars İli Hakkında Kısa Bilgi.....	79
3.6.2. Kars Harakani Devlet Hastanesi	80
3.7. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	80
3.8. Araştırmanın Hipotezleri	81
4. BULGULAR.....	83
4.1. Araştırmaya Katılan Hasta ve Hasta Yakınlarının Demografik Özellikleri	83
4.1.1. Hasta Yakınlarının Demografik Özellikleri	83
4.1.2. Hastaların Demografik Özellikleri	84
4.1.3. Evde Sağlık Hizmetine Başvuru Şekli ve Değerlendirme Süreci ile İlgili Bulgular.....	87
4.1.4. Hasta Yakınlarının Evde Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Düzeyleri İle İlgili Bulgular.....	89
5. TARTIŞMA	101
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	107
6.1. Sonuç	107
6.2. Öneriler	110
KAYNAKLAR	112
EKLER.....	124
Ek 1: Araştırmada Kullanılan Anket Formu	124

Ek 2: Araştırmada Kullanılan Hasta Yakını Onam Formu.....	127
Ek 3: Araştırma İzin Formu	128
Ek 4: Araştırma Etik Onayı.....	130
Ek 5: Özgeçmiş.....	132



TABLolar LİSTESİ

SAYFA NO

Tablo 1: Hizmetlerin Sınıflandırılması	9
Tablo 2: Evde Sağlık, Hastane ve Nitelikli Hemşirelik Hizmeti Veren Kurumların Medicare Ücretlerinin Karşılaştırılması.....	28
Tablo 3: Puan Aralığı Tablosu	73
Tablo 4: Faktör Rotasyonu	74
Tablo 5: Faktör Boyut İsimleri.....	75
Tablo 6: Faktör Alt Maddeleri Güvenirlik Analizi	76
Tablo 7: Kaiser-Meyer-Olkin Örnekleme Yeterlilik İstatistiği (KMO) ve Bartlett Testi.....	77
Tablo 8: Boyutların Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk Testi	78
Tablo 9: Araştırmaya Katılan Hasta Yakınlarının Demografik Özellikleri.....	83
Tablo 10: Araştırmaya Katılan Hastaların Demografik Özellikleri.....	85
Tablo 11: Evde Sağlık Hizmetine Başvuru Şekli ve Değerlendirme Süreci ile İlgili Bulgular	87
Tablo 12: Hasta Yakınlarının Evde Sağlık Hizmetinden Memnuniyet Düzeylerine İlişkin Frekans Analizi Verileri	89
Tablo 13: Boyutlar Arası Spearman Korelasyon Değerleri.....	92
Tablo 14: Hastanıza Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinden Genel Memnuniyet Düzeyi.....	92
Tablo 15: Hasta Yakını Cinsiyetine Göre Boyutlar Arası Farklılıklar	93
Tablo 16: Hasta Yakını Medeni Durumuna Göre Boyutlar Arası Farklılıklar (Mann-Whitney-U Testi).....	93
Tablo 17: Hasta Yakını Yaş Gruplarına Göre Boyutlar Arası Farklılıklar (Kruskal Wallis Testi).....	94
Tablo 18: Hasta Yakını Eğitim Durumuna Göre Boyutlar Arası Farklılıklar (Kruskal Wallis Testi)	94
Tablo 19: Hasta Yakını Yakınlık Derecesine Göre Boyutlar Arası Farklılıklar (Kruskal Wallis Testi)	95

Tablo 20: Hasta Yakını Mesleğine Göre Boyutlar Arası Farklılıklar (Kruskal Wallis Testi)..... 96

Tablo 21: Hasta Yakınının Hasta İle Birlikte Kalma Süresine Göre Boyutlar Arası Farklılıklar (Kruskal Wallis Testi) 97



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Tedavi Hizmetleri Veren Kurumlar ve İlişkileri	18
Şekil 2: Türkiye’de Farklı Yaş Gruplarına Göre Nüfus Artış Oranları	27
Şekil 3: Evde Sağlık Hizmetlerinden Yararlanan Hasta Sayısı.....	31
Şekil 4: Kars İl Merkezi Genel Memnuniyet Ortalaması	73



SEMBOLLER VE KISALTMALAR

AOA	: Yaşlanma Yönetimi
ASM	: Aile Sağlığı Merkezleri
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
HHPPS	: Evde Sağlık Muhtemel Ödeme Sistemi
HIV	: (Human Immunodeficiency Virus) İnsan Bağışık Yetmezlik Virusu
JCAHO	: Joint Commission Accreditation For Health Organization
JSI	: Joint Commission International (JSI)
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
CMS	: Medicare ve Medicaid Servis Merkezi
ORT	: Operation Restore Trust
OASİS	: The Outcomes Assessment Information Set
OIG	: Office of Inspector General
PPS	: Muhtemel Ödeme Sistemi (Private pension system)
SHSHK	: Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun
TSM	: Toplum Sağlığı Merkezleri
TDK	: Türk Dil Kurumu
TUİK	: Türkiye İstatistik Kurum
UHK	: Umumi Hıfzıssıhha Kanunu
WHO	: (World Health Organization) Dünya Sağlık Örgütü

1. GİRİŞ

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yaşam standartının yükselmesi, ortalama yaşam süresini uzatmış; yaşlı nüfusu da artırmıştır. Yaşlanan nüfus pek çok sorunu da beraberinde getirmiştir. Bu sorun son zamanlarda Dünya’da ve Türkiye’de sağlık politikalarında geniş yer almaya başlamış ve sağlık hizmeti talebini de artırmıştır. Kökleri tarihe dayanan evde sağlık hizmetlerinde aile her zaman bakım vermiş ve vermeye devam etmektedir. Ancak ailede bakıcılığın yükü aslında, olanakları sınırlı olan kadınların üzerindedir (1).

Oysa, Sanayi Devrimi sonrası kadınların çalışma hayatına girmesi aile yapısında değişikliklere neden olmuştur. Bu değişiklikler sonunda evde çocuk ve yaşlı bakımı gibi gereksinimleri karşılamak kadından beklenen bir durum olmaktan çıkmıştır (2).

Çünkü aileler ve özellikle bakıcılık görevini üstlenen kadınlar tek başlarına ağır olan bu yükü taşıyamamaktadırlar. Üstelik aile kaynakları; yoksulluk, aile üyelerinin yaşlı ve hasta olması, göç, kırsal ve kentsel sosyal çevrelerin değişimi vb. gibi demografik, sosyal, epidemiyolojik ve ekonomik etmenler nedeniyle azalmaktadır. Ayrıca, aile içinde bakıcılık yapanların evde sağlık hizmetlerini yürütebilmek için temel bilgi ve beceriye sahip olmaları gerekir (1). Evde sağlık hizmetlerinin asıl amacı bireyin ve toplumun yaşam kalitesini artırmak ve sağlık hakkının gereklerini tam olarak yerine getirmektir (3).

Mevcut sağlık sisteminde hastaların hastaneye yatırılarak tedavisi öne çıkmaktadır. Bu sistemde sağlık hizmeti talebinin artması özellikle yaşlı nüfusa bağlı kronik hastalıklardaki artış, hastalıkların tanı ve tedavisinde yüksek teknolojinin kullanılması sağlık harcamalarını yükseltmiştir (4).

Maliyetlerdeki artış ülke ekonomileri üzerinde baskı oluşturmaya başlamış, sağlık hizmetlerinde alternatif bakım yöntemlerinin geliştirilmesine neden olmuştur.

Son yıllarda Amerika ve Avrupa’da sağlık harcamalarını düşürmek, hastanelerde hasta yoğunluğunu azaltmak için evde sağlık bakım hizmeti özellikle devlet tarafından desteklenmekte ve sosyal güvenlik sistemleri tarafından da ciddi anlamda önemsenmektedir (1). Hastanedeki tedavi sürecine ek olarak, alternatif evde sağlık

hizmetlerinin yaşı ve hastaların kendi evinde ya da yaşadığı ortamda sunulması hem birey hem de ülke için büyük yararlar sağlamaktadır. Bu hizmetin yararları; sağlık harcamalarının düşmesi, kişiye özel bakım alınması, bakım alan ailede dayanışmayı güçlendirmesi, iyileşmeyi süratlendirmesi, hizmet kalitesini artırması, hasta ve hasta yakınlarını sağlık bakımı konusunda bilgilendirmesi ve yaşam kalitesinin artması olarak sıralanabilir. Evde sağlık hizmetleri başta yaşlılar ve kronik hastalığı olan hastalar olmak üzere toplumdaki farklı yaş gruplarına yaşadığı ortamlarda sunulmaktadır (5).

Evde sağlık hizmetleri; görevlendirilen doktorla beraber, hemşire ağırlıklı olmak üzere diğer sağlık çalışanları ile hasta ve yaşlılara buldukları ortamda sağlanır (1).

Hasta ve hasta yakınlarının memnuniyet sürecini, hastalıkları ile ilgili edindiği önceki deneyimleri, sağlık kurumlarının hizmet sunum şekli, hasta ve hasta yakınlarının sosyo-kültürel durumları, algıları, fiziksel çevre, güven, ücret gibi denetlenmeyen birçok etmen etkilemektedir. Bu memnuniyetin belirlenmesi, hastaya verilen tıbbi ve tıbbi olmayan hizmetlerin kalitesini ortaya koyacağı gibi, ülkelerin gelişmişlik düzeyinin ölçümünde de önemli bir yere sahiptir. Sağlık hizmetlerinde kalitenin artırılması için hasta ve hasta yakınlarının tatmini sağlanmalı ve geliştirilmeli, tatmin oluşması memnuniyet düzeylerinin ölçülmesine bağlıdır (6).

Bu araştırmanın amacı, Kars merkez ilçede evde sağlık hizmeti alan Kars Harakani Hastanesi Tıbbi Sağlık Bakım Hizmetleri'ne kayıtlı hasta yakınlarının almış oldukları sağlık hizmetinden memnuniyet düzeylerinin ölçülmesi ve demografik özelliklerinin belirlenmesidir. Evde sağlık hizmetleri Türkiye'de yeni sayılabilecek bir uygulama olmasına karşın, temelleri Cumhuriyetin ilk dönemlerine dayanmaktadır. Onun için bu uygulamadan hasta yakınlarının ne düzeyde memnun olduklarının belirlenmesi çok önemlidir. Çalışmada, literatür araştırmasına ve çalışmanın sonuçlarına dayanarak evde sağlık hizmeti alan hasta yakınlarının memnuniyetini artırmak için, gerekli önerilerde bulunulmuştur.

Hasta yakınlarının memnuniyet düzeylerinin belirlenmesiyle ortaya çıkan sonuçlar Sağlık Bakanlığı'na önemli geri bildirimler sağlamış olacaktır. Bu bildirimler evde sağlık hizmetlerinin niteliğinin iyileştirilmesi açısından önem arz etmektedir. Ayrıca yapılan literatür çalışmasında, hasta yakını memnuniyeti ile ilgili çalışmalara az sayıda rastlanıldığı gibi, Kars'ta bu alandan başka bir araştırmaya da rastlanılmamıştır.

Bu nedenle, Kars Harakani Hastanesi Tıbbi Sağlık Bakım Hizmetleri'ne kayıtlı hasta yakınlarının memnuniyet düzeyleri ve demografik özelliklerinin belirlenmesi ile ilgili bu çalışma ilktir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Kavramı ve Tanımı, Hizmet Tanımı ve Sağlık Hizmetleri Tanımı

2.1.1. Sağlık Kavramı ve Tanımı

İnsan yaşamında sağlık önemlidir. Çünkü o, yaşamın kaynağıdır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO – World Health Organization) tarafından “Sağlık; bireyin sadece hasta veya engelli olmamak değil aynı zamanda bedensel, ruhsal ve sosyal bakımdan tam bir iyilik hali” olarak tanımlanmaktadır. Daha sonra bu tanıma kişinin “ekonomik olarak üretici bir yaşam sürebilme” (7) durumu da eklenerek şöyle açıklanmıştır: “1. Bedensel açıdan kişinin uzuvlarının tam olması, hastalığının olmaması; 2. Ruhsal bakımdan kişinin duygu, düşünce ve davranışlarını kontrol edebilmesi; 3. Sosyal yönden kişinin aile, meslek, gelir, statü, sosyal destek, yaşadığı sosyal ve kültürel çevre ve yaşam biçiminin sağlıklı bir yaşam için gereken nitelikte olması halleridir.”

Sağlık kavram ve tanımları, sağlığı doğrudan veya dolaylı olarak etkileyen nedenlere ve bakış açısına göre değişkenlik gösterebilmektedir. Bu tanımlamalardan bazıları “sağlığın sadece bir iyilik hali değil, değişim içerisinde olan yaşam koşullarına göre her zaman güncellenen hareketli bir süreç” olduğunu desteklemekte iken, bazıları da “sağlığın; insan biyolojisi, çevre, yaşam biçimi ve sağlık modelleri ile etkileşim içinde olduğunu desteklemektedir” (7). O halde günlük yaşamda sağlık kavramı ile hasta olmama, sağlığını koruma ve iyilik hali ifade edilmektedir.

İnsanlık tarihi boyunca sağlıklı ve uzun bir yaşam sürdürebilmek insanların en önemli amaçlarından biri olmuştur. Bu nedenle sağlık; birey için kaliteli yaşamın temeli, mutlu olabilmenin özü, hayatın anlamı demektir. Bedensel ve ruhsal sağlığı iyi olan bireyler sosyal ve kültürel hayata daha iyi uyum sağlayarak, ülke gelişimine ve ekonomisine katkı sağlayacaktır. Öyleyse, sağlıkta kullanılan elemanlar ne olursa olsun öncelikle bireylerin sağlıklı yaşam kalitesinin artırılması sağlanarak sağlıklı bir toplum oluşturmak temel amaç olmalıdır. Bunu başarabilmek için de bilimsel kuralları olan, kolay erişilebilir, maliyeti etkin ve sürdürülebilir bir sağlık organizasyonu oluşturmak gerekir (8).

2.1.2. Sağlık Hakkı

“İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi” nde “ Herkesin, ırk, renk, cinsiyet, dil, din, siyasi veya başka bir görüş, ulusal veya sosyal köken, mülkiyet, doğuş veya her hangi başka bir ayırım gözetmeksizin bütün haklardan ve bütün özgürlüklerden yararlanabilme hakkına sahip olduğu” ifade edilmiştir (9).

Günümüzde ulusal ve uluslararası hukuk kaynaklarında sağlık hakkı yer alır. Bu hak, insan haklarının hukukla korunmasını amaçlar. Türkiye’de sağlık hakkı, Anayasa’da “sosyal ve ekonomik haklar” arasında düzenlenmiştir. Anayasal hak güvencesi, kaynağını uluslararası insan hakları hukukundan almaktadır. Sağlık hakkı’da güvencesini aynı kaynaktan alır (10).

Sağlık hakkı anayasal bir haktır. Anayasamızın 56. maddesinde sağlık hizmetleri ve çevrenin korunmasına ilişkin olarak şu açıklamalar yapılmıştır:

“1-Herkes sağlıklı ve temiz bir çevrede yasama hakkına sahiptir.

2-Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önleme devletin ve vatandaşların ödevidir.

3-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.

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

5-Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir” (11).

Bu hakkın dünyada acilen teslim edilmesi, en önemli bir görev olması ve bu görevin yerine getirilmesi için sağlık sektörüne ek olarak diğer sektörlerin de örneğin, sosyal ve ekonomik sektörlerin de harekete geçirilmesinde büyük yarar vardır. Bireyin sağlıklı kalabilmesi, bireyin yaşam hakkı ve sağlık hakkının korunabilmesi ancak etkin sağlık hizmetleriyle mümkündür (12).

2.1.3. Hizmet Tanımı

17. yüzyıldan beri gelişerek incelenen hizmet kavramı insanın toplumsal bir varlık olması sonucu yaşantımızın farklı dönemlerinde değişik şekillerde karşımıza gelmektedir. Bu nedenle, öncelikle hizmet kavramının bilimsel tanımının yapılması gerekir. Birçok araştırmacı bu kavramı özünde aynı olmakla birlikte farklı şekillerde tanımlamıştır. Türk Dil Kurumu (TDK) sözlüğünde hizmetin anlamı, “birinin işini

görme veya birine yarayan bir işi yapmak” olarak tanımlanmaktadır. Bu tanımdan hizmetin kişiler arası karşılıklı çıkar ilişkisine dayandığı anlaşılmaktadır.

Hizmetler, “tüketildiğinde herhangi bir somut mala sahip olmakla sonuçlanmayan, bir tarafın diğerine sunduğu mülkiyeti gerekli kılmayan soyut faaliyetlerden meydana gelen ürün çeşidi ya da zaman, yer, biçim ve psikoloji bakımından yarar sağlayan ekonomik faaliyetler” olarak tanımlanabilir. Collier ise hizmeti;

“Üretildiği yerde tüketilen bir iş veya eylem, bir performans, sosyal olay veya çaba” olarak tanımlanmaktadır. Bu anlamda hizmet, insan ve makineler tarafından insan gayretiyle üretilen, tüketicilere doğrudan yarar sağlayan çabalardır. Soyut oldukları için tüketiciler tarafından bir fayda ya da tatmin olarak algılanan hizmetin en bilinen tanımı “bir gruptan diğerine sunulan herhangi bir şeyin sahipliği ile sonuçlanmayan, bir faaliyet ya da faydadır” (13).

Sonuç olarak hizmet, “insanların ya da insan gruplarının, ihtiyaçlarını gidermek amacıyla belirli bir fiyattan satışa sunulan, elle tutulamayan, koklanamayan, kolay heba olabilen, standartlaştırılmayan, yarar ve doyum oluşturan soyut faaliyetler bütünü” olarak tanımlanabilir (14).

2.1.4. Hizmetin Bileşenleri

Hizmet, gözle görülmeyen, elle tutulmayan ve tadılmayan soyut kavramdır. Hizmet Pazarlaması; Kuram, Uygulama ve Örnekler konularına ilişkin olarak Hizmetin bileşenlerini 3 ana başlık altında toplanmasının mümkün olduğunu ifade etmişlerdir. Bunlar: Temel Hizmetler, Kolaylaştırıcı Hizmetler ve Destekleyici Hizmetlerdir (15).

Temel Hizmetler

“Bir işletmenin pazarda bulunmasının asıl nedeni temel hizmettir. Bu hizmet pazardaki müşterilerin ve hedef kitlenin gereksinimlerinin karşılanması için oluşturulan hizmet paketidir. Bu durum, bir hastane için hastaların iyilik haline kavuşturulmasıdır. Çok basit olarak kimin neye ihtiyacı var ise işletmenin onu belirleyip o yönde hizmet sunmasıdır” (17).

Kolaylaştırıcı Hizmetler

“Hizmetin ana elemanını oluşturan eylemi yerine getirmesidir. Bireyler sağlık hizmeti her ne kadar kullanmaya hazırlıklı olsalar da hizmetten yararlanmaları için bazı araçların var olması gerekir. Bireyin gelir düzeyi, sigorta durumu, düzenli bakımı, ulaşım süresi, özel muayene olanağı, ikamet ettiği yer, bölgesi, nüfustaki hizmet kullanım oranı, ekonomik sistemi, kişiyi kolaylaştırıcı faktörleridir” (17).

Destekleyici Hizmetler

“Destekleyici hizmetlerin temel prensibi pazardaki rakiplerinden farklı olup hizmetin değerinin artmasını sağlamaktır. Bunun için farkındalık geliştirip müşterilerin arz ve talepleri karşısında sürekli pazarın nabzı yoklanmalıdır”(17).

2.1.5. Hizmetin Özellikleri

Hizmetleri fiziksel mallardan ayıran temel özellikleri vardır. Örneğin, fiziksel malların; mülkiyetleri devredilir, alınır, satır, depolanır. Halbuki, hizmetlerin böyle özellikleri yoktur. Hizmetleri mallardan ayrılan temel özellikler şunlardır:

- “- Soyut olmaları (dokunulmazlık, fiziksel varlığa sahip olmama),
- Heterojen olmaları (türdeş olmama),
- Üretim ve tüketimlerinin eş zamanlılığı (ayrılmazlık),
- Dayanıksız olmaları (stoklanamama)” (19).

Bu özellikler aşağıda kısaca açıklanmaya çalışılmıştır:

Hizmetlerin Soyut Olması (Dokunulmazlık)

Hizmetler somut olmayıp, soyut oldukları için beş duyu ile algılanamaz, sergilenemez ve bir ölçü birimiyle ifade edilemez. Örneğin, bir piyesi izleyen kişi piyesin sonunda satın alınan maddi, elle tutulur, gözle görünür veya saklanabilecek bir değer sahibi olamaz.

Eş Zamanlı Üretim ve Tüketim (Ayrılmazlık)

Malların üretim aşamasında, üretim ve tüketimin birbirinden farklı olması, malı üretenle tüketen ancak malın satın alınması esnasında karşılaşırlar. "Birçok mal önce üretilmekte, satılincaya kadar stoklanıp daha sonra tüketilmektedir. Hizmet ise, maldan farklı olarak aynı anda üretilmekte ve tüketilmektedir. Örneğin; yeme içme, ulaşım, sağlık hizmetleri vb. gibi” (20).

Heterojenlik (Değişkenlik)

Hizmet insan ürünüdür. Bu nedenle ne zaman, nerede, nasıl ve kim tarafından sağlandığına bağlı olarak hizmet kalitesi geniş ölçüde değişmektedir (20).

Parasuraman ve ark. (1985) hizmetin heterojenliği'ni: “Hizmetler, genel olarak insana bağlı olmalarından dolayı çoğu heterojendir ve hizmetlerin performansı

üreticiden üreticiye, müşteriden müşteriye ve hatta gün gün değişim göstermektedir.” şeklinde tanımlanmışlardır (21). Hizmetlerin temel üretim biçimi insan davranışlarıyla oluşur. Bu sebeple aynı kişinin üretilip sunduğu hizmetlerde bile zaman zaman farklılıklar olabilir. Örnek olarak, bir hasta muayenesi hizmeti hekimden hekime değiştiği gibi hastaya göre de farklılık gösterir (8).

Stoklanamaz Olması (Dayanıksızlık)

"Dayanıksızlık hizmetlerin stoklanamaması, saklanamaması, iade edilmemesi ve yeniden satılamaması anlamına gelmektedir. Belli bir günde veya zamanda kullanılmayan hizmetler, başka bir zamanda kullanılmak üzere biriktirilip saklanamaz; yani depolama veya stoklama yapılamaz. Bu nedenle hizmetler dayanıksızlık anlamı taşır. Hizmetin zamanında sunulmaması maliyet olarak karşımıza çıkar. Bir uçaktaki boş koltuklar, bir oteldeki boş odalar kaybedilmiş kapasite anlamına gelmektedir. Belirli bir zamanda kullanılmayan bu kapasite daha sonra kullanılmak veya satılmak için tutulamamaktadır" (8).

Sahiplik

Mallar satın alınabilir, devredilebilir, satılabilir ya da başka bir malla takas edilebilir. Oysa hizmet sunulduğu an itibariyle tüketilmiş demektir. Dolayısıyla hizmeti alan kişi veya kurum buna sahip olamaz ya da aldığı bu hizmeti başka birine satamaz, devredemez, takas yapamaz veya kıymetli bir değer olarak saklayamaz. Bu nedenle kullanıcılar hizmeti hem satın alırken hem de kullanırken hizmet üreticisine bağımlıdırlar. Örneğin; bir hastanın doktora muayene olması, bir sanatçının canlı performansını dinlemek, bir sinema filmini izlemek gibi (8).

2.1.6. Hizmetlerin Sınıflandırılması

Hizmet ile uğraşan her yazar kendine göre sınıflandırma yapmıştır. Bu sınıflandırmalardan biri de aşağıdaki gibidir.

“Karahan’ın yaptığı sınıflandırma ise;

- İnsan gücünü esas alan hizmetler: Hemşirelik, doktorluk, vb.
- İş makinelerine veya alet edevata dayalı hizmetler: Çamaşır ya da bulaşık makineleri, bilgisayar vb.
- Hizmet alanın hazırda beklemesi gereken hizmetler,
- Hizmet alanın hazırda beklemesi gerekmeyen hizmetler,

- Bireysel ihtiyaçları karşılayan hizmetler,
- Kurum ihtiyaçlarını karşılayan hizmetler,
- Çıkar güdülen ya da güdülmeyen hizmetler” şeklindedir (17).

Hizmetlerin çok çeşitli olması, işletmelerin pazar ortamında hizmet biçimlerinde farklılık göstermesine neden olmaktadır. Uyguç’un 1998’deki yapıtında derlediği farklı araştırmacılara göre hizmet sınıflamaları Tablo 1’de verilmiştir (18).

Tablo 1: Hizmetlerin Sınıflandırılması

“Yazar	•Önerilen Sınıflandırma
Judd (1964)	•Kiralama usulüne uygun hizmetler • Sahip olunabilen hizmetler • Mallara ait olmayan hizmetler (kişisel deneyimler)
Rathmell (1974)	• Satıcının özelliğine göre hizmetler • Alıcının özelliğine göre hizmetler • Satın alma ihtiyacına göre hizmetler • Satın alma şekillerine göre hizmetler • Hizmetlerin önem dereceleri
Shostack (1977)	•Hizmet paketinde ki fiziksel mallar ile soyut etkilerin oranları
Sasser (1978) Hill (1977)	• Hizmetten etkilenen insanlar ya da mallar • Hizmetten etkilenenlerin geçici veya kalıcı etkileri • Etkilerin çift taraflı kullanılabilirliği • Fiziksel ve zihinsel etkileri • Bireysel ya da bütüncül hizmetler
Thomas (1978)	•Hizmetin sunumu sırasında vasıfsız işgücü ile sunulan hizmetler ve vasıflı işgücü ile sunulan hizmetler •Sunulan hizmetler sonucunda ortaya çıkan nitelikli iş ya niteliksiz iş
Chase (1978-1981)	• Hizmetin sunumu sırasında ki etkileşimler - Yüksek etkileşim (sağlık hizmetleri) - Düşük etkileşim (kargo hizmetleri)
Armistead (1987)	• Müşteri odaklı hizmetler • İşletme ortamda alınan hizmetler
Millesve Margulies (1980)	• İşletmeye duyulan güveni artırıcı hizmetler • İşletmenin uzmanlığındaki esas hizmetler • Müşteri memnuniyeti ve huzuru esas alan hizmetler
Lovelock (1983)	• Hizmetin bütünselliği (içerik ve fayda-ları) • İşletmenin hizmet satın alanlar ile ilişkisi • Hizmet sunan personelin duruma yaklaşımı • Hizmetin alıcılara ulaştırılması.”

Tablo 1, 18. kaynaktan alınmıştır.

2.2. Kalite Kavramı ve Tanımı

Kalite sözcüğünün, değişik anlamları bulunmaktadır. Birçok insan kalite sözcüğünü; pahalı, lüks, az bulunur, üstün nitelikte ve benzeri kavramlarla eşanlamlı

olarak kullanılmaktadır. Tüketicilerin gereksinim ve beklentilerine olan ilgisi ve bunların değişkenliğinden dolayı kalite konusunda çalışanlar kendi aralarında kalite tanımını yapmak için uzlaşmamaktadırlar. Kalite anlayışı tüketici odaklı öznel bir kavramdır. Bu anlayış; zamana, tüketicinin karakteristiklerine, sosyal konum ve ekonomik durumuna bağlı olarak değişebilmektedir. Ürün; tüketicinin isteklerine uygun olmalıdır. Tüketicinin beklentileri de zaman içinde değişebilmektedir. Örneğin, sahip olunan ürünün sağlam olması bir zamanlar kaliteyle özdeşti. Şimdi ise, istenen kalite, ürünün, kullanıldığı sürede çokça fayda sağlamasıdır. Kalitenin müşteri tarafından algılanmasında çeşitli faktörlerden örneğin; bunlardan bazıları: gereksinimler, beklentiler, sosyal ve ekonomik çevre, kültürel ve dini yapı, gelenekler, ekonomik düzey gibi, etmenler rol oynamaktadır (22).

“Kalitenin bugüne kadar çeşitli tanımları yapılmıştır. Ancak genel kabul görmüş kalite tanımları şunlardır: Deming adlı araştırmacıya göre “kalite, değişmezliğin ve güvenilirliğin düşük maliyet ile pazarın ihtiyaçlarını karşılayabilecek şekilde tahmin edilebilmesidir.” Bu tanıma ek olarak daha kısa kalite tanımları da yapılmıştır. Örneğin Juran adlı araştırmacı da “kaliteye, kullanıma uygunluk” demiştir. Bir başka tanımda Crosby adlı araştırmacı “kaliteyi, gerekliliklere ve şartnameye uygunluk olarak” tanımlamaktadır. Buradan hareketle kalite, bir ürün ve/veya hizmetin belirlenen veya olabilecek gereksinimleri karşılama yetisine dayanan özelliklerin toplamıdır şeklinde ele alınabilir. Kalite, müşteri isteklerinin tatmini, maliyetlerin düşürülmesi amacı ile kullanılan stratejik bir araçtır” (22).

Günümüzde rekabetin ana hedefi müşteridir. İşletmeler, müşteriyi elinde tutmak için çok çaba sarf etmektedirler. Çünkü kaliteyi yakalayan işletmelerin, rekabetteki başarıları da o denli yüksek olmaktadır. 1980 ve 1990’ ların en hızlı gelişen rekabet araçlarından birisi kalite olmuştur. Rekabet yoğunlaştıkça “yaptığını satan” işletme anlayışı yerini “satabiliri yapan” işletme anlayışına bırakmıştır. Kalite, işletmelerin kardan çok, varlıklarını sürdürebilmeleri için zorunlu hale gelmiştir. Kalite kavramı ile ilgili diğer önemli noktaları da şöyle sıralayabiliriz:

- Kalitenin nesnel ölçütleri bulunmaz.
- Kalitenin doğasında karşılaştırma mevcuttur.
- Kalitenin tüm boyutları ile bir bütünselliği bulunur.

Kalıcı kalite tesadüfen veya kendiliğinden olmayıp, insanın sistematik çabalarının bir sonucu olarak oluşmaktadır. Kalite tanımları incelendiğinde hemen hepsinde kaliteyi belirleyen müşteri merkezli olduğu, müşteri ihtiyaç ve beklentilerinin

tatmininin kalitenin merkezinde olduğu anlaşılmaktadır. Genel anlamda kalite, ölçülebilir özellikleri olmayan, farklı boyutlarda algılanan bir kavram olarak araştırılmaktadır. Günümüzde kaliteyi, tüketici gereksinimleri belirlemektedir (22).

Hizmet Kalitesi

Hizmet kalitesi, verilen hizmetin tüketici beklentilerini karşılama düzeyinin bir ölçüsüdür. Hizmet kalitesinde önemli olan, müşteri tarafından algılanan kalitedir (14).

Tatmin, bir hizmet alımı sırasında müşterinin hizmetten aldığı yarar ile beklentilerinin kıyaslanması sonucu oluşur (23). Müşterilerin tatmini beklentileriyle algıladıkları hizmet kalitesini karşılaştırması sonucu ortaya çıkmaktadır (24).

Müşterilerin tatmini beklentileriyle algıladıkları hizmet kalitesini karşılaştırmak suretiyle oluşmaktadır. Hizmet kalitesi uzun zamanlı bir süreçtir. Hizmet kalitesi yapılan alışverişlerle müşteride meydana gelen genel kalite algısıdır (25).

Algılanan hizmet kalitesi, bir işletmenin genel olarak üstünlük değerlendirilmesidir. Hizmet kalitesi, müşteri beklentilerinin karşılanması olarak da tanımlanabilir (26).

Oliver ve Rust adlı araştırmacılar, hizmet kalitesi algılamalarının oluşmasında hizmetin satın alınmasının gerekmediğini ifade etmişlerdir. Örneğin müşteriler, beş yıldızlı bir otele gitmeden önce otelin kalitesinin yüksek olduğunu, otele verilen yıldız sayısından algırlarlar. Müşteride tatmin ancak hizmet alındıktan sonra ortaya çıkabilir (27). Hizmet sektörüne giriş-çıkış zorluğunun, üretim sektörüne göre daha az olması rekabeti artırıcı bir etkiye sahip olmaktadır. Rekabette avantaj sağlamak için en iyi yol hizmette kalite algısını artırmaktır. Hizmet kalitesinin artması müşteri memnuniyetinin artmasına neden olur. İşletmeler, müşteri memnuniyeti sayesinde devamlılığını sürdürebilir (28).

“Hizmet kalitesi ile;

- Daha az müşteri kaybedilir,
- Müşteri şikâyetlerini çözmek için zamandan ve paradan tasarruf edilir,
- Yeni müşteriler kazanmak için reklam ve diğer pazarlama işlevleri için daha az zaman ve para harcanmak suretiyle giderlerde tasarruf edilmiş olur.

- Müşteri kazanmak için özellikle mevsime bağlı olarak büyük indirimler ve kampanyalar düzenleme organizasyonu azalır. Böylece müşterilere daha iyi hizmet sunmak için zaman kazanılır,
- Memnun edilen müşteriler, şirket ismini birbirlerine söylemek suretiyle işletmenin reklamını bedava yapmış olurlar” (28).

“Bernhard, Donthu ve Kennet’in bir fast-food işletmesinin çalışanları ve müşterileri üzerinde yapmış oldukları çalışmada, müşteri memnuniyeti ile işletme karı arasında pozitif bir ilişki olduğunu bulmuşlardır” (29). “Hizmet kalitesindeki artış, beraberinde verimlilikte ve müşteri memnuniyetinde artışı sağlamaktadır” (28, 30).

2.3. Müşteri Memnuniyeti Kavramı

Bu kavram, anlam bakımından çok geniş olup, müşterilerin istek ve beklentilerinin karşılanması ve bunların ötesine geçilmesini kapsar. Müşteri memnuniyeti kaliteli hizmet için en önemli göstergelerden biridir. Bir kurum, kuruluş ve işletmelerin devamlılığını sağlamak, rekabet gücünü artırmak için hizmet kalitesi en önemli etkenlerin başında gelir. Kurumların hizmet kalitesini müşterilerin memnuniyet düzeyleri belirler. Fiziksel mallar için müşteri memnuniyeti, bu ürünlerin satın almasından sonra alınan ürün veya hizmetin kalite, performans vb. açılardan değerlendirilmesiyle anlaşılmalıdır. Hizmetlerde ise müşteri memnuniyeti hizmet sunumu esnasında müşterinin o hizmetten beklentilerinin karşılanması ile oluşur. Hizmet pazarlamasında bu memnuniyetini etkileyen başlıca olgular olarak; kalite, ürün, iletişim, servis, hız, fiyat ve güven sayılabilir. Bunlara göre; müşterinin memnun olup olmayışı, müşterilerin beklentileri ile algılamalarının bir kıyaslaması olarak meydana çıkmaktadır (31, 32).

Verilen hizmet yeterli değilse, bu durumda müşterilerin firmaya duydukları memnuniyetsizlik artabilir. Müşteri memnuniyeti yaratmanın birtakım faydaları vardır. Bunlar; mevcut müşteriyi firmaya çekmekle beraber, firmanın sağladığı hizmet nedeniyle tatmin olan müşterinin çevresine olumlu düşünceleri yayarlar. Müşteriler kendilerine iyi hizmet ve kötü hizmet veren firmaları yaşadıkları deneyimlerin olumlu olanlarını başkalarına övdükleri gibi, olumsuz olanlarını da firmanın adını vererek yermektedirler. Bu durumda firmanın görevi, olumsuzlukları etkin bir şekilde çözerek, memnuniyetin artırılması için gereken girişimlerde bulunmalıdır (33, 34).

2.4. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı

Sağlık hizmeti evrensel bir özelliğe sahiptir. Bireye ve topluma sunulan sağlık hizmetlerinin tamamını ifade eder. 05.01.1961 tarihli ve 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Yasaya göre: “Sağlık hizmetleri, insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların ise alıştırılması (Rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetler sağlık hizmetidir” olarak tanımlamıştır (35, 36).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ise sağlık hizmetlerini; “belirli sağlık kuruluşlarında değişik tip sağlık personelinden yararlanılarak 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 sistemdir.” şeklinde tanımlamaktadır (8).

Sağlık ve sağlık hizmetleri farklı kavramlardır. Sağlık, bireylerin fiziksel, ruhsal ve sosyal bakımdan tam iyilik hali olarak tanımlanırken, sağlık hizmetleri ise bireylerin fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden iyilik halinde olması için yapılması gereken işlemlerin tümünü kapsamaktadır (6).

Sağlık hizmetlerinin temel amacı, tüm insanların sağlıklı, kaliteli, uzun bir ömür sürmeleridir.

Sağlık hizmetlerinin başlıca amaçları şöyle sıralanabilir:

- “-Sağlığa olan talebin oluşmasını sağlamak,
- Nüfusun sağlık standardını artırmak,
- Bireyleri hastalıklardan korumak için önlemler almak,
- Hasta bireyleri kısa zamanda iyilik haline ulaştırmak gayret etmek,
- Hasta ve sakat durumdakilerin iyilik haline kavuştuktan sonra rehabilitasyonunu sağlamaktır” (17).

Sağlık hizmetlerinin temel amacı kişi ve toplumların sağlığını korumak, hastalıklarla mücadele etmek ve bireyi ve toplumu sağlıklı kılmaktır. Gelişmiş ülkelerde kurumsallaşma yaygın olduğu için sağlık hizmetleri, çoğunlukla devlet ve özel kesimin yer aldığı karma bir sistem içinde verilirken, sağlık hizmetlerinin örgütler tarafından verilmesi daha yaygındır (17).

2.4.1. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık hizmetlerinin, diğer hizmetlerin özelliklerinden farklı olarak, kendine özgü özellikleri bulunmaktadır. Bu hizmetlerin başlıca özellikleri şöyle sıralanmaktadır:

- Sağlık hizmetlerinde tüketim tesadüfidir.
- Sağlık hizmetlerinin yerini dolduracak bir hizmet yoktur.
- Sağlık hizmetleri ertelenemez özelliindedir.
- Sağlık hizmetlerinde asıl rol hekime düşmektedir.
- Sağlık hizmetlerin de tüketicilerin davranışları değişkendir.
- Hizmeti alanların memnuniyetini önceden belirlemek güçtür.
- Sağlık hizmetlerinin bir bölümü toplumsal özellik taşımakla beraber bu hizmet kamu ağırlıklı özelliği gösterir.
- Sağlık hizmetlerinin ürünü paraya çevrilemez.

Sağlık hizmetlerinin genel özellikleri; ülkelerin sağlık politikaları, insanların özelliklerine, sosyal ve siyasi yapısına, fiziki ve coğrafi özelliklerine, ekonomik gücüne, örgütsel ve mesleki unsurların durumuna göre değişir. Dolayısıyla sağlık sisteminin örgütsel yapı ve kapsamının oluşumu ile sağlık hizmetlerinin tüm özelliklerine erişebilmenin belirlenmesinde; ülkenin ekonomik durumu, gelir dağılımı, hukuk sistemi, hastalıkların yaygınlığı ve çeşitliliği ile siyasi kararlar çok önemlidir (8).

2.4.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık Hizmetlerinin asıl amacı sağlık sorunlarının çözümlenmesi olduğu kadar (17) bireyin ve toplumun yaşam standartlarını ve kalitesini iyileştirmeyi ve yükseltmeyi hedefleyen temel hizmetlerin başında yer almaktadır (12). Bu nedenle sağlık hizmetleri bir bütündür. Ancak bu hizmetler, daha kolay anlaşılması için dört ana bölüme ayrılarak incelenir:

- “-Koruyucu Sağlık Hizmetleri,
- Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri,
- Esenlendirici Sağlık Hizmetleri (Rehabilitasyon Edici),
- Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleridir” (17).

Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetlerinde öncelikli hedef, hastalıkların önlenmesi; bireyin ve toplumun sağlıklı bir yaşam sürmesidir. Bunun için bireyin ve toplumun sağlık konusunda bilinçlendirilmesi gerekir.

Bu bağlamda koruyucu sağlık hizmetleri son yıllarda Dünya’da ve Türkiye’de büyük bir önem kazanmıştır. Koruyucu sağlık hizmetlerinde hastalıkların önlenmesi, sağlığın korunması için verilen hizmetlerin tümü ifade edilmektedir (3). Bu hizmetlerin etkin ve verimli bir şekilde yerine getirilmesi hastanelerin hasta yükünü azalttığı gibi, iş gücü kaybını da en az düzeye indirmektedir. Sağlık hizmetlerinin sosyal faydası özel faydasından yüksektir. Koruyucu sağlık hizmetleri, verdikleri hizmetler bakımından geniş bir yelpazeye sahiptir (36).

Bu hizmetler, genellikle Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM), Aile Sağlığı Merkezleri (ASM), verem savaş dispanserleri, birinci basamak sağlık kuruluşları aracılığıyla verilmektedir. Bu kuruluşlar; gıda denetimi ve kontrolü, dengeli beslenme koşullarının oluşturulması, gebe ve bebek takibi olan kişilere, en önemlileri hastalanma riski taşıyan grupların aşılmasına ya da toplum hastalığı yakalanmadan veya sakatlık oluşmadan önce verilen sağlık hizmetlerini sunmaktadır (37).

Toplumu hastalıklardan korumak için verilen bu tür hizmetlerin; ileri düzeyde uzmanlık gerektirmediği, daha az sayıda sağlık personeliyle verilebildiği, takip ve kontrolü daha kolay ve yüksek teknolojinin kullanılmadığı için, maliyeti düşük, etkisi yüksek olup, hiç bir karşılık beklemeden kamuya verildiğinden tipik birer kamu malı olarak kabul edildiği ifade edilmiştir (38).

Gelişmekte ve az gelişmiş ülkelerde önemli bir sağlık hizmeti olan koruyucu sağlık hizmetleri, sosyo-ekonomik kalkınma ile insan sağlığının korunması ve güçlendirilmesi yönünde etkin bir rol oynamaktadır (39).

Koruyucu sağlık hizmetleri kişiye ve çevreye yönelik olmak üzere ikiye ayrılır.

Kişiye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Bireylere ve topluma sağlıklı olma ve sağlığı koruma sorumluluğunu yerleştirmek, kişilerin hastalanmaları halinde zaman kaybetmeden sağlık kuruluşlarına başvurmalarının gerektiğini ve uygun tedavi ile iyileşmelerini sağlayan hizmetlerdir. Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, ebe, hemşire, doktor, gibi sağlık elemanları tarafından yürütülmektedir (39).

Bu hizmetlerden başlıcaları:

- Erken tanı ve uygun tedavi,

- Aşılama,
- İlaçla koruma,
- Yeterli ve dengeli beslenme,
- Kişisel hijyen,
- Doğum kontrolü,
- Sağlık Eğitimi,
- Bağışıklama,
- Aile planlaması ve ana-çocuk sağlığı,
- Sağlığa zararlı alışkanlıklarla mücadele ve ruh sağlığı” (17).

Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

“Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin temel amacı ise; insan çevresinde bulunan, onun sağlığını olumsuz etkileyen biyolojik, fiziksel ve kimyasal etkenleri yok etmek veya kişileri etkilemelerini önlemektir. Çevre sağlığı; halk sağlığı laboratuvarları, sağlık ocağı, okul sağlığı, gezici sağlık birimleri ve hastanelerde bu konuda özel eğitim görmüş mühendis, kimyager, veteriner, biyolog, çevre sağlığı teknisyeni vb. meslek mensupları tarafından yürütülen hizmetlerdir. Bu tür çevre sağlığı ile ilgili hizmetlerin bir kısmı şunlardır:

- Su kaynaklarının sağlanması ve denetimi,
- Katı atıkların denetimi,
- Zararlı canlılarla mücadele,
- Besin sanitasyonu,
- Hava kirliliğinin denetimi,
- Gürültü kirliliğinin denetimi,
- Radyolojik zararların denetimi,
- İş sağlığı,
- Gıda kaynakları kontrolü ve güvenliği,
- Çevre risk unsurlarının denetimi” (40).

Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Hastalığın ortaya çıkmasından sonra hastaların muayene ve tedavisini içeren hizmetlere ya da hastalanan kişilerin tekrar iyileşmesinin sağlanması için verilen hizmetlere tedavi edici hizmetler denir. Bu hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetlerinden ayıran karakteristik özellik, hizmetlerin kişileri doğrudan ilgilendirmesi ve hekim sorumluluğunda diğer sağlık çalışanlarının katkılarıyla sağlanmasıdır (41).

Tedavi edici hizmetler bireylere, içsel yararlarla birlikte; topluma da dışsal yararlar sağlamaktadır. Sağlık durumları bozuk olan insanlar örneğin; mali yetersizlik,

cehalet ya da korku gibi etkenlerle tedavi olmadıklarında topluma dışsal hastalıkların yayılmasında önemli rol oynarlar (36).

Buna karşılık dışsal yarar ise kişinin tedavi edilmesi sonucu toplumdaki diğer bireylere hastalık bulaştırma tehlikesinin azaltılması ya da tedavi altına alınması ile topluma verebileceği zararların örneğin; verem, tifo, kolera ve psikiyatrik hastaların engellenmiş olması halinde ortaya çıkar (12).

Tedavi edici sağlık hizmetlerinde koruyucu sağlık hizmetlerine göre, kişisel yarar önde gelmektedir. Fakat bireyin tedavi görmesi sonucunda tüm toplumun da yararı vardır. Bu hizmetlerde sosyal yarar, hastalığın bulaşıcı olma derecesine veya hastanın çevresi için tehlikeli olma derecesine bağlıdır (36). Tedavi edici sağlık hizmetleri kamu ve özel sektör tarafından sunulur (41).

Toplumda sağlık eğitiminin yetersizliği, bireylerin sağlıklı olma ya da sağlığına kavuşma çabalarında önemli engel oluşturmaktadır.

Tedavi hizmetlerinde diğer bir sorun bireylerin tedavi merkezlerine ne derecede ulaşabildikleri ile ilgilidir. Hizmet sunumu, sağlık merkezleri, hastanelere ya da doktor muayenehanelerine ulaşım, uzun mesafeler, kötü ya da pahalı ulaşım türleri ve sağlık hizmetlerinin sunulduğu saatlerin uygun olmaması gibi nedenlerle güç olabilir (39).

Tedavi edici sağlık hizmetleri çok boyutlu bir yapıdır. Ayakta tedavi birimlerinden en modern yataklı tedavi kurumlarına ve evde bakım hizmetlerine kadar uzanan sağlık kuruluşları ile tıbbi ve medikal cihaz ve malzeme sektörüne kadar uzanan geniş bir yelpazede yer almaktadır (41). Tüm gelişmiş ülkelerde harcama ve sermaye yatırımlarının en büyük kısmını yataklı tedavi kurumları harcamalarıdır. (12, 42).

Tedavi edici sağlık hizmetleri hizmet kapsamı ve hizmet yoğunluğu ölçütü esas alınarak sınıflandırılmaktadır. Bu sınıflamaya göre tedavi edici sağlık hizmetleri (43) üç ana gruba ayrılmaktadır (17, 44).

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

“ Bireylerin hastalık halinde evde ya da ayaktan yapılan sağlık hizmetleridir. Aile Sağlığı Merkezleri, Tıp Merkezleri vb” (45).

1.Basamak Sağlık Kurumları

-Aile Sağlığı Merkezleri

-Tıp Merkezleri

İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri

“Bireylerin hastalıkları durumunda yataklı hizmet verilen kuruluşlarda yapılan sağlık hizmetleri bu basamağa girmektedir. Birinci basamakta tedavi edilemeyen ya da direkt başvuruda bulunan hasta bireylerin tedavisinin yapıldığı, yoğun bilgi ve teknoloji gerektirmeyen hastalıkların tedavisiyle ilgili hizmetleri bu basamağın kapsamındadır” (45).

II. Basamak Sağlık Kurumları

“-Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastaneler

-Tıp Merkezleri” (45).

Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri

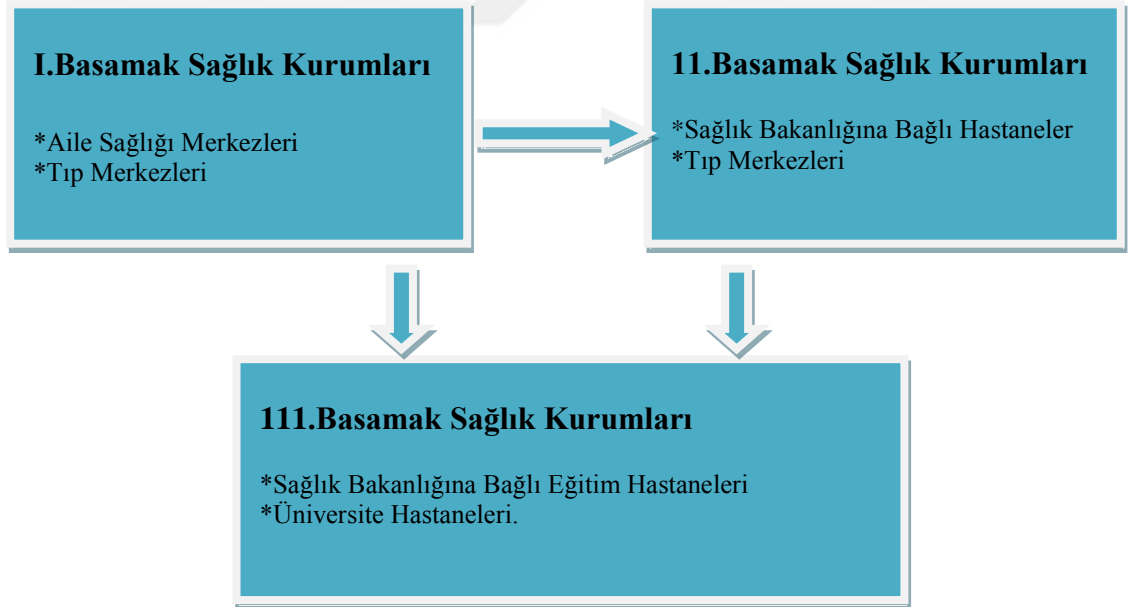
“İkinci basamak sağlık kuruluşları tarafından tedavi edilemeyen hastalıkların tedavisinde Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri devreye girmektedir. Bu basamakta yüksek teknolojinin kullanıldığı ve belirli dallarda uzmanlaşmış hastane hizmetleri sunulmaktadır. Ülkemizdeki ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri, kanser hastaneleri, meslek hastalıkları hastaneleri, üniversite hastaneleri bu tür hizmet veren kuruluşların bazı örnekleridir (45).”

III. Basamak Sağlık Kurumları

“-Sağlık Bakanlığına Bağlı Eğitim Hastaneleri

-Üniversite Hastaneleri” (45).

Şekil 1: Tedavi Hizmetleri Veren Kurumlar ve İlişkileri



Şekil 1. 45. kaynaktan alınmıştır.

Esenlendirici (Rehabilite Edici) Sağlık Hizmetleri

Doğuştan veya sonradan oluşan hastalık ve kazalara bağlı olarak sakatlık, psikolojik bozukluk veya güçsüzlük gibi nedenlerle kişilerde oluşmuş sağlık sorunlarının giderilmesi, bireyin yaşamını etkilememesi veya en aza indirgenmesi, kişinin bedensel ve ruhsal olarak başkalarına bağımlılığını azaltmak, topluma kazandırmak ve işgücünü kaybedenlere verilen sağlık hizmetleridir. Rehabilitasyon hizmetleri ikiye ayrılmaktadır.

Tıbbi Rehabilitasyon

Bu rehabilitasyon, kaybedilen organın yerine protezin takılması veya güçsüzleşen organın, fizik tedavi vb. yöntemlerle yeniden kazandırılmasıdır. Bu kişinin günlük işlerini yapabilme yeteneğine kavuşturulması ve yaşam standartlarının artırılması amacıyla verilen hizmetlerdir.

Sosyal Rehabilitasyon

Fizik ve psikolojik yönden engelli kişilerin, bu durumlarına uygun işe yerleştirilmesi veya bakımlarının sağlanması, başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmesini sağlayan toplumsal boyutlu hizmetlere sosyal rehabilitasyon denir. Rehabilitasyon hizmetlerinden tıbbi rehabilitasyon sağlık sektöründe verilmektedir. Sosyal rehabilitasyon ise, sosyal hizmet kurum ve çalışanları tarafından yürütülür (46).

2.5. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri

Sağlık hizmetlerinden koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetler hastalık veya sakatlık oluşmadan veya oluşuktan sonraki önlem ve tedavileri kapsar. Ancak bireylerin dolayısıyla toplumun mevcut ruhsal ve bedensel sağlıklarında da gelişmelerin olduğu tıp alanındaki ilerlemelerle gösterilmiştir. Böylece sağlığın geliştirilmesi hizmetleri, “bedensel ve mental sağlık durumunun geliştirilmesine yönelik verilen ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin yükseltilmesini hedefleyen hizmetler” (47) olarak tanımlayabiliriz.

Sağlığın geliştirilmesinde iletişim kaynakları, sivil toplum örgütlenmeleri, kamu politikaları ve yasal düzenlemeler çok önemli kullanılabilecek araçlardır. “Bu konuda temel sorumluluk kişiye verilmekte olup, sağlığın geliştirilmesi için yapılan bütün

etkinliklerin sonunda topluma doğru sağlık davranışlarının benimsetilmesi amaçlanmaktadır” (48).

Yeterli ve dengeli beslenme alışkanlıklarının yaygınlaştırılması, ağız ve diş sağlığının önemine yönelik çalışmalar, sigara, alkol ve uyuşturucu gibi zararlı maddelerle savaşım, kan basıncı - kan şekeri kontrolüne yönelik çalışmalar, iş kazalarını azaltıcı önlemler, hijyen bilincinin yerleştirilmesi, sportif etkinliklerin yaygınlaştırılması sağlığın geliştirilmesine katkı sağlayacak bir takım aktivitelerdir.

2.6. Evde Sağlık Bakımı Hizmetleri

“Ev bakımı” ve “evde sağlık bakımı” kavramları benzerliklerinden dolayı günlük hayatta karıştırılsa bile, bilimsel olarak birbirinden farklı anlamı bulunmaktadır (49). Evde sağlık ve evde bakım arasındaki en büyük fark, evde sağlığın bir hekim tarafından tıbben gerekli görülen bakımın yüksek düzeyde olmasıdır (2).

Ev Bakımı, genellikle yalnız yaşayan yada aile ile birlikte olduğu halde aile bireylerinin diğer sorumlulukları nedeniyle belirli zamanlarda yalnız kalan ve günlük yaşam aktivitelerinde çeşitli derecelerde bağımlılık gösteren hasta-yaşlı bireylere yönelik bir hizmet olup, bireyin çevresinin (evinin) düzenlenmesini, yemek, alışveriş, hijyen gibi konularda yardımcı olmak üzere eve eleman gönderilmesini içerir. Bu elemanlar, profesyonel organizasyonlar bünyesinde ve profesyonel (hemşire, sosyal hizmet uzmanı) kişiler denetiminde çalışabilirler.

Evde Sağlık Bakımı, hasta veya gereksinimi olan bireye ve ailesine tıbbi, duygusal ve sosyal hizmetler ağını içeren çok yönlü sağlık bakımının ev ortamında sağlanmasıdır. Bu hizmet genellikle hemşire koordinatörlüğünde, hemşire ya da diğer sağlık ve sosyal hizmet profesyonelleri ya da kurumları tarafından sağlanır.

Evde sağlık hizmetleri kavramının farklı özelliklerinden dolayı farklı tanımları mevcuttur. Bu tanımlardan; evde sağlık hizmetleri “kişinin sağlığını korumak, kişiyi iyileştirmek veya yeniden sağlığına kavuşturmak amacıyla, sağlık ve sosyal bakım hizmetlerinin profesyonel bir ekip tarafından kişinin kendi evinde ya da yaşadığı ortamda sunulmasıdır” olarak açıklanmıştır (50).

Başka bir tanımda da “evde sağlık hizmetleri kavramını, hastayı yaşadığı mekânda iyileştirmek ve sağlığını yükseltmek için gerekli teçhizatın sağlanmasıdır”

şeklinde tanımlanmıştır. Bu tanımlardan da anlaşılacağı gibi, evde sağlık hizmetleri sağlık ve sosyal hizmetleri de içine alan geniş boyutlu; bireyin gereksinimini karşılamayı, yaşam kalitesini yükseltmeyi ve toplumsal saygınlığını korumayı amaçlamaktadır (51).

Bu anlamda evde sağlık hizmetleri çoğunlukla hastanelerin ve benzeri kuruluşlardaki bakım hizmetinin yerini almaktadır. Evde sağlık hizmetleri hastaların bu kuruluşlarda kalış sürelerini azalttığı gibi geciktiren hizmetlerdir (4). Böylece evde sağlık hizmetleri bugün mobil hastanecilik uygulamasının en önemli bir birimi haline gelmiştir (52).

Özellikle evde sağlık hizmetine ihtiyaç duyan hastaların büyük çoğunluğunu oluşturan kronik hastaların tedavilerinin maliyetli olmasının yanı sıra bu hastaların uzun süre hastanede yatarak tedavi görmesi sosyal, psikolojik ve tıbbi pek çok sorunu da beraberinde getirmektedir (53).

Bu sorunların çözümünde evde sağlık hizmetlerinin önemli katkıları; sağlık hizmetleri kişinin ayağına getirilmesi, hastanın yaşam kalitesinin yükseltilmesi, hasta ve ailesini bir arada tutması ve sağlık harcamalarının azalması olarak sayılabilir (5).

Evde sağlık hizmetleri sadece hastayı değil aynı zamanda hastanın yakını, ailesi, bakan ve tedavi uygulayan bireyler ve çevresini de kapsar. Çünkü bu hizmetler bireyin ve ailesinin yaşadığı ortamda verilmektedir. Onun için bu hizmetler, özendirilerek hastanın bağımsızlığının artırılması amaçlanmaktadır. Hastanın kendi başına gündelik işlerini yapabilmesi, yaşam kalitesinin artmasında evde sağlık hizmetleri açısından önemli bir kriterdir (3).

Evde sağlık hizmetlerinin yararları yanında uygulanmasından kaynaklanan bazı sorunlarla karşılaşmaktadır. Bu hizmet yeni bir alandır. Dolayısıyla eğitim ve denetimin yanında başka sorunları da bulunmaktadır (1). Evde sağlık hizmetlerini verecek çalışanların hastane ortamının dışında hizmet vermesi verimi düşürmekte; bazen de sağlık personelinin hasta ve aile arasında iletişim kopukluğuna neden olmaktadır (54, 55).

Ayrıca, evde sağlık hizmetlerinin uygulamasındaki en önemli sorunların başında hastanın yanında sürekli sağlık personelinin bulunamaması ve ev ortamından uzakta

olduğu için acil durumlarda hemen müdahale edecek doktor, hemşire gibi sağlık personelinin olmaması gelmektedir (5, 56).

Evde sağlık hizmetleri dünyanın birçok ülkesinde sunulmaktadır. Bu ülkelerin başında ABD gelmektedir. 1965 yılında bu ülkede evde sağlık bakım hizmetleri yasallaşmış; 1970’li yıllarda ise bu hizmetler daha az masraflı ve sağlık harcamalarının düşüklüğü nedeniyle özel sağlık sigortaları tarafından tercih edilmeye başlanmıştır. ABD’de evde bakım sektörünün büyüklüğünün yaklaşık 170 milyar dolar olduğu ve taburcu olan hastaların %15-20’sinin evde bakım hizmeti aldığı tahmin edilmektedir (57).

Günümüzde ABD’de örneğin; hastaneler, belediyeler, sigorta şirketleri, gönüllü kuruluşlar ve kiliseler gibi, yaklaşık 17.000 kuruluş bu hizmeti başarı ile vermektedir (58).

“Dünyanın diğer ülkelerine örneğin; İspanya’da evde bakım hizmetlerinden yararlanan kişi sayısı yaklaşık 14 milyon, İngiltere’de ise yaşlıların 1/6’sı uzun dönem bakım hizmetlerinden yararlanabildiği, Kanada’da %17, Amerika’da %16, Avustralya’da % 11,7, İsveç’te % 11,2, Almanya’da % 9,6, Fransa’da % 6,1 ve Japonya’da ise % 5’dir. Doğu Avrupa ülkelerinden örneğin; Moldova, Ukrayna ve Belarus’ta olduğu gibi, hastaların uzun süreli bakımı daha çok hastanede yapıldığı için evde bakımı aileler tarafından verilmektedir. Bu ülkelerde ailelere destek amacıyla verilen tek hizmet Kızıl Haç (hemşire grubu ve sağlık merkezleri) tarafından yürütülmektedir” (59).

“Türkiye’de ise evde sağlık hizmetleri sunan kurumlarla ilgili yasal düzenlemeler ilk kez 10 Mart 2005 tarihli 25751 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik ile gerçekleştirilmiştir” (60).

“Bu yönetmeliğe takiben “Sağlık Bakanlığı’nca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” 01.02.2010 tarihinde yürürlüğe konulmuştur. Böylece Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde evde sağlık birimleri kurularak sağlık hizmetleri hastanın ayağına götürülmeye başlanmıştır. Bu yönerge ile Bakanlığa bağlı sağlık kurum ve kuruluşları bünyesinde oluşturulacak evde sağlık hizmet birimlerinin tanımı, bu hizmetleri alacak hastalara ilişkin tıbbi ve sosyal ölçütlerin saptanması, evde sağlık hizmeti verecek sağlık ekibinin ve gerekli ekipmanın standartlarının belirlenmesi, ilgili personelin görev, yetki ve sorumlulukları, randevu, kayıt ve takip sistemlerinin kurulması, çalışma sistemine ilişkin usul ve esaslar ile denetim esaslarına ilişkin mevzuat ve altyapı düzenlemeleri yapılarak evde sağlık hizmetlerinin kamu kuruluşları vasıtasıyla sosyal devlet anlayışı içerisinde verilmesi ve ülke genelinde etkin ve ulaşılabilir bir şekilde uygulamaya konulması hedeflenmiştir” (58).

2.7. Evde Sağlık hizmetlerinin Tarihçesi, Gelişimi ve Mevzuat Yapısı

“Evde bakım hizmetleri uygulamalarının ortaya çıkışı milattan öncesine dayanmaktadır. Sağlık hizmetlerinde M.Ö. 15. ve 16. yüzyıllar arasında mitolojik ve mistik tıp uygulamaları egemen olmuştur. Ege’de pek çok asklepion (Antikçağda sağlık merkezleri) kurulmuş ve buralarda özellikle telkine dayalı bir tedavi yürütülmüştür. Hamilelerin ve ölümcül hastaların kabul edilmediği bu tapınaklarda ayrıca basit ilaçla, güneş ve banyo tedavileri, tiyatro ve müzik uygulamalarının da olduğu kaydedilmektedir” (61, 62).

Evde Sağlık Hizmetlerinin tarihsel kökleri Hitit ve Roma dönemlerine kadar dayandırılmaktadır: “Evde sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi araştırılırken bireye sunulan en ilkel sağlık hizmeti olarak doğumun, evde mi? yoksa ev dışında mı? yapılması konusunun tartışıldığı Hititler ve Romalılar dönemi ile karşılaşılmaktadır. İlkel toplumların çoğunda doğum eylemi sırasında vücuttan kan çıkması, doğumun kadını ve doğumda bulunanları kirlettiğine inanılmıştır. Bu nedenle doğum yapan kadınların diğer insanlardan ayırt edilerek özel doğum yerlerine götürülmesi düşünülmüştür” (1).

Tarihsel kökleri her ne kadar adet ve inanışlara dayansa da günümüzde evde sağlık hizmetleri yalnız bireyin değil toplumun da sağlığının gelişiminde ve yaşam kalitesinin yükseltilmesinde her türlü olanağı yapısında bulundurmaya gayret etmektedir.

Modern anlamda evde sağlık hizmetlerinin uygulanmaya başladığı tarih olarak 18. yüzyıl gösterilmektedir. Modern olarak sağlık hizmetlerinin sunulduğu ülkelerin başında Amerika Birleşik Devletleri (ABD) gelmektedir. Tarihsel açıdan ve modern anlamda ABD’de uygulanmaya başlanan bu sağlık hizmeti alanı, 1800’lü yılların başında örgütlenmiştir (62).

Almanya, Fransa, Avusturya gibi Avrupa Birliği Ülkeleri, Amerika Birleşik Devletleri, Çin gibi ülkelerin sağlık sistemlerinde evde sağlık hizmetleri önemli yer tutmaktadır. Türkiye’de de bu hizmetler kamu ve özel sektör tarafından yürütülmektedir (4).

Amerika’ da evde sağlık hizmetleri 1880’li yıllarda sektör olarak oluşumunu başlatmıştır. ABD’de bu hizmetler genellikle özel sektör tarafından sunulmaktadır. “1990’lı yıllar da ABD’de evde sağlık hizmetinin kapsamının genişlediği ve bu şekilde sayıca pek çok kuruluşların arttığı ve fazla sayıda hastaya ulaşıldığı görülmüştür.

Amerika’da sektör bazında evde sağlık hizmetleri ikinci en hızlı büyüyen sektör olmuştur. Günümüzde ABD’de 22.000 üzerinde evde bakım şirketi bulunmaktadır. Evde sağlık hizmetleri sektörünün büyüklüğü 170 milyar dolar civarındadır. Taburcu olan hastaların %15-20’si de evde sağlık hizmetlerine yönlendirilmektedir (62).

Kanada’da evde sağlık hizmetleri ilk olarak 1970 yılında, Ontorio eyaletinde kamu tarafından finanse edilmiştir. 1988 yılında ülke genelinde hem kısa hem de uzun dönemde 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. 2002-2007 yıllarında evde sağlık sektörünün hızla büyümesi, genişleyen hizmet yelpazesi ve 2004 yılında temel akut ve palyatif bakım hizmetlerini tanımlayan “Sağlık Hizmetlerini Güçlendirme 10 Yıllık Plan” yayınlanmasıyla birlikte daha da ivme kazanmıştır (4).

İngiltere’de evde sağlık hizmetlerinin kurumsallaşma çalışmaları 19. yüzyıl sonlarına doğru başlamıştır. William Rathbone ve Mary Robinson ziyaret hemşireliği hizmetinin sunumu sağlamışlardır. Florence Nightingale, evde sağlık hizmetlerinin en önemli öncülerinden biridir. Nightingale, hastalara bakım için kadınların görevlendirilmesini ve eğitilmesini önermiştir. Bu kadınların, ev ziyaretlerini gerçekleştirecek, özel hemşire olarak görevlendirilmesi konusunda bir plan sunmuştur (63).

Çin’deki sağlık sisteminde evde sağlık hizmetleri, yaşlılara hizmet sunumunda 61 yaş esas alınan bir yöntem uygulanmaktadır. Çin’de evde sağlık hizmetlerinin gelişimindeki en önemli etmen, ekonomik nedenlerden daha çok sosyo-kültürel dinamikler etkili olmuştur. Evde sağlık hizmetlerinde hizmet sunumundaki esas kişiler, aile içerisinde bu hizmeti vermek için eğitilmiş bireyler olup; bu bireyler gayri resmi bakıcılar altında çalıştırılmaktadır (4).

Türkiye’de 1980 yılından önce evde sağlık hizmetleri uygulamaları koruyucu sağlık hizmetlerini içeren, devlet tarafından yürütülen bir hizmet olmuştur. 1980’den sonra evde sağlık hizmetleri, kişiler ve özel sağlık kuruluşları tarafından hastaların hastane sonrası tedavi ve bakımlarının yürütülmesi olarak işlev göstermiştir.

“Türkiye’ de Sağlık Bakanlığı’nın ilk aşamada özel sağlık kuruluşları tarafından evde sağlık hizmetleri verilmesine olanak sağlayan Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik 10.03.2005 tarihli ve 25751 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmiş ve bu şekilde özel sektör tarafından yürütülen uygulamalar disipline edilmiştir. Ayrıca, Sağlık Bakanlığı’na bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarınca evde sağlık hizmetlerinin verilmesine yönelik Sağlık Bakanlığı’nca Sunulan Evde Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” 01.02.2010 tarihinde yürürlüğe konulmuştur” (64).

“İstanbul Büyükşehir Belediyesi Sağlık ve Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı tarafından 2001 yılında Dünya Sağlık Örgütü’nün, “Sağlıklı Kentler Projesinde” fakir ve muhtaç hastalara evlerinde sağlık hizmeti vermek amacıyla kurulmuş bir proje ile sunulmaya başlanmış, 2001 yılından günümüze kadar bireylere hizmet vermeye devam etmektedir” (4, 65).

“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” (4).

Görüldüğü gibi, Dünya’da ve Türkiye’de çağdaş anlamda çok ayrıntılı bir geçmişi olmayan evde sağlık hizmetleri, günümüzde ömrün uzaması ile artan yaşlı nüfusun sağlık hizmetleri konusunda gereksinimlerinin karşılanmasında yeni ve gelişmekte olan bir sektördür.

Evde Sağlık Hizmetlerinin Mevzuat Yapısı

Evde sağlık hizmetlerinin mevzuatında son yıllarda değişiklikler yapılmaktadır. Bu değişiklikler uygulamada görülen sorunların giderilmesini amaçlamaktadır. Mevzuat hükümleri tekrar incelenilerek, geliştirilmektedir. Bu nedenle, Türkiye’de evde sağlık hizmetleri uygulamaları üç aşamada ele alınmaktadır. Bunlar:

- Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (UHK) çerçevesince yürütülen evde sağlık hizmeti uygulamaları,
- Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun (SHSHK) çerçevesinde yürütülen evde sağlık hizmeti uygulamaları,
- 1980 yılı sonrası yürütülen evde sağlık hizmeti uygulamalarıdır.

Evde sağlık bakım hizmetlerinin yasal çerçevesi 10.03.2005 tarihinde ve 25751 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan “Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik” ile yürürlüğe girmiştir (1).

“Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (UHK) kapsamında yürütülen evde sağlık hizmetleri uygulamaları; bulaşıcı ve salgın hastalıklarla savaş için yürütülen hizmetler, tecrit ve muayenelerini esas almaktadır. UHK’de evde sağlık hizmeti uygulamalarının hem tıbbi, hem de sosyal boyutu ele alınmaktadır. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun (SHSHK) gereğince, evde sağlık içinde bir hizmet sunum şekli olarak yer almaktadır. Yapılan işlemler hastaların evlerinde hizmet uygulamasının en belirgin özelliği, koruyucu sağlık hizmetlerini içermesidir. Bu hizmetler; bağışıklama, gebe ve çocuk izlemi çalışmalarıdır. Bu çalışmalar sağlık evi, sağlık ocağında yapıldığı gibi, risk grubunun evinde de gerçekleştirilmektedir. Türkiye’de SHSHK çerçevesinde sunulan evde sağlık hizmeti uygulamalarında referans alınan nokta bağışıklama, gebe ve bebek izlem çalışmalarıdır” (66).

“1980 yılı öncesi dönemde evde sağlık hizmetleri koruyucu sağlık hizmetleri odaklı ve devlet tarafından yürütülen bir hizmet iken; 1980 sonrası hastaların evde bakımı özel sağlık kuruluşları ve kişiler tarafından hastaların hastane sonrası tedavilerinin ve bakımının yürütülmesi olarak işlev görmüştür” (1, 67).

“Sağlık Bakanlığı’nca uzun yıllar Avrupa Sağlık Sistemi’nde önemli bir yer tutan evde bakım hizmetlerinin Türk Sağlık Sistemi ile bütünleştirilmesi çalışmalarına başlanmıştır. Bu kapsamda hazırlanan Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik 10 Mart 2005 tarih ve 25751 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak, yürürlüğe girmiş ve böylece özel sektör tarafından yürütülen uygulamalar disipline edilmiştir. Sağlık Bakanlığı’na bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarınca evde sağlık hizmetlerinin verilmesine yönelik Sağlık Bakanlığı’nca Sunulan “Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” ise 01.02.2010 tarihinde yürürlüğe konulmuştur” (67).

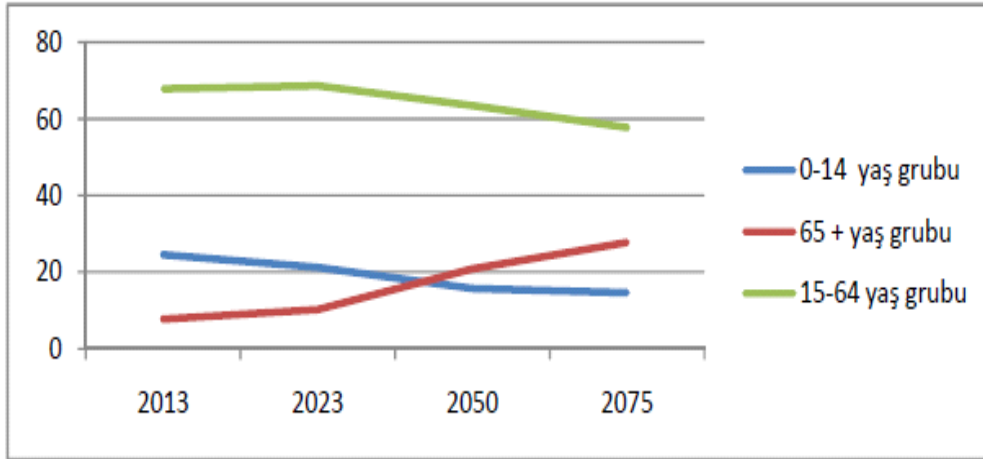
Bu yönetmeliğin dışında son olarak 27.02.2015 tarihinde ve 29280 sayılı resmi gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik” hükümleri son güncel mevzuat maddelerini bünyesinde barındırmaktadır (3).

2.8. Evde Sağlık Hizmetlerinde Demografik Değişiklikler

Dünya nüfusu yaşlanmaktadır. Nüfusun yaşlanması, engelli ve kronik hastalıkların artması nedeniyle birey merkezli evde sağlık hizmetlerine gereksinim artmaktadır (68).

Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK) verilerinin yer aldığı Şekil 1’e bakıldığında; ülkemizde 65 yaş üstü nüfus artış hızının 2013 yılında %7,7; 2050 yılında ise %20,8 olacağı görülmektedir (69). Avrupa ülkeleri incelendiğinde ise 65 yaş nüfus artış hızı, 2010 yılında %16 iken, 2050 yılında %27,8 olacağı öngörülmüştür (70).

Şekil 2: Türkiye’de Farklı Yaş Gruplarına Göre Nüfus Artış Oranları



Şekil 2, 71. kaynaktan alınmıştır.

Oranlar da göstermektedir ki Türkiye, Avrupa ülkelerine göre daha hızlı yaşlanma sürecine girmektedir. Toplam ülke nüfusu içerisindeki yaşlı nüfus oranı da yıllar geçtikçe artmaktadır. Bu öngörüyle ülkemizde ilerleyen yıllarda kronik hastalıkların artması, yaşlanmaya bağlı bakım ve destek gereksinimine ihtiyaç duyulması, teknolojinin gelişmesi ile bireylerin beklentilerinin artması, aile yapısındaki değişiklikler, engellilik oranının artması, vb. nedenlerle evde sağlık hizmetlerine fazlasıyla gereksinim duyulacaktır. Sağlık ve sosyal alanlarda yapılacak ortak gelişmelerle şimdi yürürlükte olan hizmetler bir adım ileriye taşınacaktır.

2.9. Evde Sağlık Hizmetlerinde Harcamalar

Gelişen sağlık sektöründe akılcı sağlık harcamaları yapmak için kaliteli sağlık hizmeti sunmayı hedeflerken hem hastaların alacağı hizmeti hem de ülke ekonomisini düşünerek hareket etmek gerekmektedir. Evde sağlık hizmeti sunumu maliyet ve etkinlik açısından değerlendirildiğinde, 2009 yılında hastane hizmetinin günlük maliyetinin evde sağlık hizmeti ziyaret başına göre kıyaslandığında 6.065 \$ daha fazla maliyetli olduğu görülmektedir (Tablo 2).

Tablo 2: Evde Sağlık, Hastane ve Nitelikli Hemşirelik Hizmeti Veren Kurumların Medicare Ücretlerinin Karşılaştırılması

Yıllar	Hastane (Günlük)	Nitelikli Hemşirelik Hizmeti Veren Kurum (Günlük)	Evde Sağlık (Ziyaret Başına)
2005	4.999\$	504	125
2006	5,475\$	519	129
2007	5,895\$	558	130
2008	6,196\$	590	134
2009	6,200\$	622	135

Tablo 2, 72. kaynaktan alınmıştır

2.10. Amerika Birleşik Devletleri ve Türkiye’de Evde Sağlık Hizmetleri

Evde sağlık hizmeti ilk olarak Roma’da ebenin doğum yaptırmak için gebenin evine gitmesiyle gerçekleşmiştir. Ortaçağ döneminde Avrupa’da ise bulaşıcı hastalıkların yayılmasını önlemek amacıyla evde sağlık hizmetleri uygulanmıştır (63).

Amerika Bileşik Devletlerinde Evde Sağlık Hizmetleri

Evde sağlık hizmetleri 1980’li yılların ortalarından beri Amerika Birleşik Devletleri’nde sağlık hizmetlerinin en hızlı büyüyen bölümlerinden biri olmuştur (73).

Bu dönemde ABD’de evde sağlık hizmetinin önemli bir ilerleme kaydetmesinde hemşire LillianWald etkili olmuştur. Yirminci yüzyılın başlarında ise ziyaretçi hemşirelerin görevlerine koruyucu sağlık hizmetlerini de eklenmiş ve ev ziyaretlerine eğitimciler ve sosyal hizmet uzmanlarına da yer verilmiştir (63). Amerika Birleşik Devletleri’nde Özel Teşebbüs/Serbest Pazar tipi sağlık sistemi ağırlıklıdır. Özel sektör kamu sektörüne baskın konumdadır. Tüm halkı kapsayan bir sağlık hizmet sunum sistemine sahip değildir (74).

Yaşlılar için Medicare ve yoksullar için Medicaid devletin desteklediği sağlık sigorta programlarına örnek olarak gösterilmektedir.

Amerika’da evde sağlık hizmeti bireylerin ihtiyacına göre yarı zamanlı veya aralıklı olarak sunulmaktadır. Medicare’in karşıladığı evde sağlık hizmetleri nitelikli

hemşirelik hizmetleri, fizik tedavi, uğraşı terapisi, konuşma terapisi, yardımcı hizmetler ve sosyal hizmetleri içermektedir (75).

Evde Sağlık, her yıl Medicare'in finansmanını üstlendiği milyonlarca yaşlı hastaya hizmet vermenin yanı sıra önemli akut ve kronik hastalığı olan her yaştaki hastalar için de önemli rol oynar.

1983 yılında hastanelerde kalış sürelerinin uzaması gibi evde sağlık hizmeti alım sürelerinin artmasına bağlı olarak ödeme sistemi olan Muhtemel Ödeme Sistemi (PPS) kullanımı da artmıştır. Medicare ve Medicaid Servis Merkezi (CMS), Genel Müfettiş (OIG) ve Yaşlanma Yönetimi (AOA), 1988-1996 yılları arasında hizmetin kullanımında yaşanan %30 oranındaki artışın uygunluğu hakkında endişelerini dile getirmişlerdir. 1995 yılında bu üç kurum Operation Restore Trust (ORT) evde sağlık kurumlarında, bakım evlerinde ve tıbbi malzeme temininde, dolandırıcılık ve kötüye kullanımı engellemek için çaba göstermişlerdir. 1996 yılında evde sağlık hizmeti almaya uygun olmayan Medicare kapsamındaki hastalara hizmet veren hekimlere para cezaları uygulanmış ve intravenöz antibiyotik uygulamaları hizmet kapsamından çıkarılmıştır. Ayrıca CMS, yeni açılan evde sağlık kurumlarına altı aylık moratoryum uygulamasına geçmiştir. Bu durum sonrası evde sağlık hizmeti veren kurum sayılarında düşüş görülmüştür (77).

ABD'de 2000 yılında The Outcomes Assessment Information Set (OASIS) tarafından Evde Sağlık Muhtemel Ödeme Sistemi (HHPPS)'nde yenilemeye gidilmiş ve maliyet esaslı 60 günlük hizmet için ücret sistemine geçilmiştir. Ödeme sistemindeki değişiklik neticesinde Medicare, evde sağlık hizmetleri ödemelerini 60 günlük periyotlarda yapmaya başlamıştır (78).

ABD'de 2002-2011 yılları arasında bölüm sayısı azalmakta ancak evde sağlık hizmeti alan hasta başına düşen bölüm sayıları artmaktadır (75).

Türkiye'de Evde Sağlık Hizmetleri

Evde sağlık hizmetlerinin kamu tarafından sunumu ilk olarak Osmanlı padişahı Fatih Sultan Mehmet'in sağlık vasiyetnamesinde yer almıştır. Vasiyetnamede padişahın İstanbul'un her sokağı için ikişer kişi görevlendirdiği, ek olarak on cerrah, on tabip ve üç yara sarıcının ayın belirli günlerinde kapı kapı gezerek buldukları hastaları tedavi

ettikleri yer almıştır. Burada en önemli nokta Fatih Sultan Mehmet'in sağlık hizmetlerinin verilmesinde insanlar arasında ayırım yapılmamasını istemesidir. Yani bu hizmetlerden herkesin yararlanmasıdır. Evlerinde tedavi edilemeyen hastaları ise hiçbir ücret talep etmeden Darülaceze'de tedavi etmeleri gerektiği ifade edilmiştir (79).

“Cumhuriyetin ilk yıllarında ise, ağırlıklı olarak bulaşıcı hastalıklar ve ana çocuk sağlığı sorunları gölgesinde hazırlanan ve 1930 yılında yürürlüğe giren 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu çıkmış ve bu kanuna bulaşıcı hastalıkların evde tanısı ve tedavisi, hekimlerin evde hasta muayenesi, evde ana çocuk sağlığı hizmetlerinin verilmesi gibi hükümler konmuş, hekim ve hemşireler evlere ziyaret yapmıştır” (80).

1954 yılında kabul edilen 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu, mecburi hizmet yükümlülüğü olmayan hemşirelerin “Sağlık Kabini” adı verilen özel işyerleri açarak, evlerde hastaların tedavilerini gerçekleştirmeye olanak sağlamıştır.

“1961 yılında uygulamaya konan 224 sayılı “Sosyalizasyon Yasası” ve bunun yürütülmesini düzenleyen 154 sayılı yönerge ile de kronik hastalıklı bireylerin evde izlenmesi görevini halk sağlığı hemşirelerine vermiştir. Yine gebelerin evde izlemi, uygun koşullarda evde doğum, lohusa izlemi ve 0-6 yaş çocukların izlemi ebelerle verilmiş olup, hizmet denetimleri için halk sağlığı hemşireleri görevlendirilmiştir” (81).

“Evde sağlık bakım hizmetlerinin kanuni çerçevesi 10.03.2005 tarih ve 25751 sayılı “Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik” Resmi Gazete’de yayınlanarak yürürlüğe girmiştir” (82).

“Ülkemizde henüz kamusal düzeyde multidisipliner ekip anlayışı ile evde bakım hizmeti verilmemektedir. Ancak, Sağlık Bakanlığı tarafından, hastanelerdeki evde sağlık birimleri ve aile hekimleri vasıtasıyla evde sağlık hizmetleri sunulmaya başlanmıştır” (83).

2010 tarihinde yürürlüğe giren ve 27591 sayılı “Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin” 4. maddesinde “Evde takibi zorunlu olan engelli, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kayıtlı kişilere evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini verir” ifadesine dayanarak aile hekimleri de evde sağlık hizmeti sunmakla görevlidir (84).

“Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmeliği” takiben Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarınca evde sağlık hizmetlerinin verilmesine yönelik Sağlık Bakanlığı'nca Sunulan “Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve

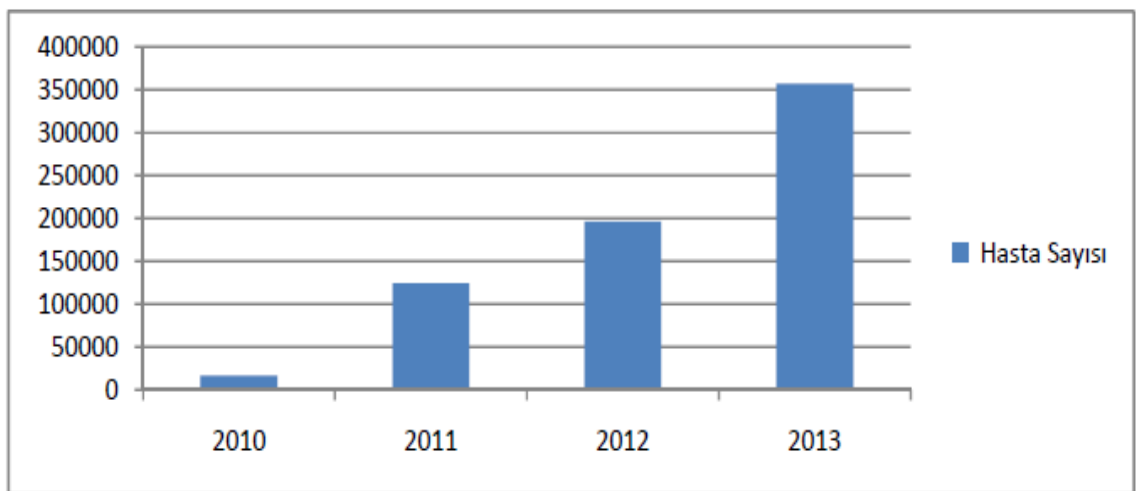
Esasları Hakkında Yönerge” 01.02.2010 tarihinde yürürlüğe konulmuştur. Bu yönerge ile Sağlık Bakanlığı’na bağlı evde sağlık hizmeti sunacak ekiplerin kurulması, hizmet sunacak personelin görev tanımları, çalışma sistemleri, kullanılacak malzeme ve araçların standartları gibi hizmet sunumuna ilişkin usul ve esaslar ile denetim ve alt yapı düzenlemeleri yapılarak kamu kurum ve kuruluşları tarafından sunulan evde sağlık hizmetlerinin ülke genelinde etkin bir şekilde uygulanması amaçlanmıştır (85).

Sağlık Bakanlığı bu yönerge ile evde sağlık hizmetlerini hastanede başlayan tedavilerin devamı ve takibi, hekim önerisi dahilinde istenecek tahlillerin yapılması, ilaç raporlarının yenilenmesi, tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmetleri, hastalığın bireyde sebep olduğu sıkıntıların ortadan kaldırılmasına yönelik sosyal ve psikolojik destek verilmesi şeklinde uygulamaktadır (86).

Bu yönergeye dayanarak evde sağlık hizmetlerinin ülke genelinde yaygınlaştırılması için devlet hastanelerinde evde sağlık birimleri kurulmuştur. Ayrıca aile hekimleri tarafından da evde hasta ziyareti yapılması sağlanmıştır. Yapılan çalışmalar kısa sürede yararlı olmuş ve ülke genelinde yaygın bir evde sağlık hizmeti ağı kurulmuştur (5).

2010 yılından itibaren verilmeye başlanan hizmetten yararlanan hasta sayılarında son bir yılda %181 artış görülmüştür (Şekil 3).

Şekil 3: Evde Sağlık Hizmetlerinden Yararlanan Hasta Sayısı



Şekil 3, 87. kaynaktan alınmıştır.

Sağlık Bakanlığı'nca sunulan evde sağlık hizmetleri 2013 yılı verilerine göre; 81 ilde 502 adet hastanelere bağlı evde sağlık birimleri, Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri'ne bağlı 100 ve Toplum Sağlığı Merkezleri'ne bağlı 105 mobil ekiple verilmektedir (88).

Yine Sağlık Bakanlığı'nın 2012 yılında yayınladığı “Evde Sağlık Hizmetlerinin Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerinden Alınması Hakkında Genelge” ile Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri bünyesinde kurulan birimler vasıtasıyla da ağız ve diş sağlığı ile ilgili hizmete gereksinimi olan hastalara evde sağlık hizmetleri sunulmaktadır (89).

Son olarak ciddi revizyona ihtiyaç duyulan yönerge 27/02/2015 tarih ve 29280 sayılı “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunumuna Dair Yönetmelik” şeklinde yürürlüğe konulmuştur. Evde Sağlık Hizmetleri sunumu şu anda bu yönetmelik çerçevesinde yürütülmektedir.

“Yönetmeliğin amacı; ihtiyacı olan bireylerin muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyonlarını evinde ve aile ortamında yapılması, bu kişilere ve aile bireyelerine sosyal ve psikolojik destek hizmetlerinin bir bütün olarak birlikte verilmesi amacıyla Bakanlık ve bağlı kuruluşları tarafından sunulacak olan evde sağlık hizmetlerinin teşekkül ettirilmesi, sevk ve idaresi ile ilgili kurum ve kuruluşlar arasında koordinasyonun sağlanmasına dair usul ve esasları belirlemek; bu hizmetlerin, sosyal devlet anlayışına uygun olarak, yurt genelinde eşit, ulaşılabilir, kaliteli, etkin ve verimli bir şekilde uygulanmasını sağlamaktır. Ayrıca, Evde Sağlık Hizmet sunumunda kurum olarak Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tanımlanmış, sorumluluk ise İl Sağlık Müdürlüğü'nden Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne geçmiştir” (90).

2.11. Evde Sağlık Hizmetlerinin Kapsamı

Uluslararası alanda evde sağlık hizmetleri için standart bir hizmet listesi bulunmamaktadır. Çünkü ülkelerin teknolojik ve gelişmişlik düzeyleri yanında sosyo-kültürel yapıları ve kurumsal örgütlenme biçimleri, mevzuatları da farklıdır. Ayrıca hizmet anlayışında ve algısında da farklılıklar mevcuttur (91).

“Uzun yıllardır evde bakım hizmetlerini sağlık sistemlerine entegre etmiş ülkelerde hizmeti sunan ve hizmetten yararlanan arasında daha çok işbirliğine dayalı ve danışmanlık şeklinde gelişen bir ilişkinin önemi konusunda görüş birliği olduğu görülmektedir” (1).

“Evde sağlık hizmetlerinin yöneldiği yaş grupları, ağırlıklı olarak 65 yaş ve üzerindeki kronik ve uzun süreli bakımı gereken yaşlı hastalar, kronik hastalığı olan her yaş grubu, bebek ve çocuklar da çok yönlü bakım hizmetlerini güvenli ev koşullarında alabilmektedirler. Ayrıca, terminal dönemdeki kanserli yetişkin ve çocuk hastaların onur ve saygınlığını korumak, yaşamın

son günlerini daha sevgi dolu ve şefkatle geçirilmesini sağlamak amacıyla bakım hizmetleri evde verilebilmektedir” (92).

2.12. Evde Sağlık Hizmetleri Gerektiren Sağlık Sorunları

Evde sağlık hizmetleri için gereken tıbbi ekipman malzeme ve personelin bulunması, her türlü sağlık sorununa evde sağlık hizmeti verilebilme olanağını sağlamaktadır. Bu hizmetlerin sunulabilmesi için sağlık sorununun yanı sıra hasta ve hasta ailesinin, hastanın yaşadığı evin koşullarının, evin bulunduğu çevrenin de uygun olması gerekir. Bu kapsamda evde sağlık hizmetleri, evde bakım hizmetlerinin içerisinde yer alan sağlık hizmetleri olarak düşünülebilir. Sağlık Bakanlığı’na yürütülen bugün evde sağlık hizmetleri kapsamı içine genel olarak (93) kronik hastalıklara sahip olanlar ve engelli (bakıma gereksinimi olan) kişiler evde sağlık hizmeti içine dâhil edilen en uygun hasta gruplarıdır. Diyabet, böbrek hastalıkları veya felç gibi sıkı izlem gerektiren kronik sağlık sorunları olan kişilere, kanser, kardiyovasküler ve hipertansif hastalarına evde sağlık hizmeti sunulur. Bunların yanı sıra, KOAH, ileri derece kas hastaları ile fiziksel ve zihinsel yetersizliği bulunan hastalar, yaşamsal aktivitelerinde bir başkasına bağımlılığı olan yaşlılar, herhangi bir nedenle ameliyat geçiren ve bakım gereksinimi devam eden hastalar, normal veya sezaryen doğum sonrası taburcu edilen ancak bakım gereksinimi süren lohusalar, yeni doğanlar da ishaller ve üst solunum yolu enfeksiyonları gibi bulaşıcı hastalıklar, yakın hemşire bakımı ile günlük yaşamını sürdürebilecek çocuk ve yetişkinler ile tedavi planı hastanede kalmasını gerektirmeyen hastalar evde sağlık hizmeti için uygun görülmektedir (94).

2.13. Evde Sağlık Hizmetleri Kapsamında Sunulan Hizmetler

“Evde sağlık hizmetleri bir sağlık hakkı olarak kabul edilerek, sağlık ve sosyal hizmetler birbirleri ile koordineli şekilde yürütülmelidir. Bu hizmetler:

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

9. Ulaşım desteği hizmetleri ile beraber koordinasyon içinde verilmesi gereken hizmetleri kapsamalıdır” (95).

Sağlık hizmetleri çok yönlü bir alan olduğu için farklı sınıflara ayrılarak incelenmiştir. Amaçlarına göre sağlık hizmetleri; koruyucu sağlık hizmetleri, evde tanı koyucu sağlık hizmeti, tedavi edici sağlık hizmetleri, evde rehabilite edici sağlık hizmeti, evde uzun süreli sağlık hizmeti ve evde terminal dönem hasta bakımı olarak sınıflandırılmıştır (95).

Evde koruyucu sağlık hizmeti

Hastanın sağlığını geri kazanmasından sonra fonksiyonlarının en üst düzeyde tutulmasını, 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 eğitimini; eklemlerinin koruyucu uygulamalar ile yaşamsal aktivitelere yardımcı gereçlerin kullanılmasını; eklem ve kasların güçlenmesinin ve dengenin artırılması amacıyla uygulanacak fizik tedavi programlarını kapsar.

Hasta bakımında yükün büyük kısmının, hasta kişinin kendisine ve aile üyelerine düşmesi nedeniyle aile içi dinamiklerin yakından izlenmesi, davranışsal bazı değişikliklerin yapılması ve hasta eğitimi ve danışmanlık hizmetleri ile tıbbi tedavi planına uyum sağlanması, koruyucu evde sağlık hizmetinin bakımın en önemli parçasını oluşturmaktadır (4).

Evde tanı koyucu sağlık hizmeti

Sağlık hizmeti sunulan hastane, klinik gibi yerlerde mali baskıların artması nedeniyle teknolojinin sağladığı olanaklar ile tanı koydurucu hizmetleri hastanelerden muayenehane ve evlere taşınmıştır. Aynı zamanda bazı hastalar için ev ziyareti uygun bir tanı koyma yolu olabilir. Bu hastalar çok sayıda tıbbi sorunu olan özellikle yürüme güçlüğü çeken kişilerdir. Kronik hastalıkları olan tedaviye cevabı zayıf hastalar, eve bağımlı özürsüz hastalar, evde tanı konulmaya uygun hastalardır (96).

Evde tedavi edici sağlık hizmeti

Bugün artık hastalar hastanelerin yoğun bakım ünitelerinden doğrudan eve gidebilmektedirler. Bu durum evde tedavi edici hizmetler için kullanılan malzeme ve ekipmanları üretilmesinden kaynaklanmaktadır. Bu hizmetlerde temel amaç hasta ve yakınlarının günlük yaşamlarına devam etmelerinde yeterli hale getirilerek sağlanır (4).

Evde rehabilite edici sağlık hizmeti

Bu hizmet ile hastaneye yatışı takiben özenli bir şekilde hazırlanmış ev programı yardımıyla aile bireyleri ve hastanın da katılımı sağlanmaktadır. Tedavi edici işlemler sürdürülürken bireyin bağımsızlığının ve en kısa sürede sosyo-ekonomik yaşama dönmesi ve topluma katılımın yeniden sağlanması amaçlanmaktadır. Örneğin, AIDS hastalarının evde rehabilitasyonu da giderek önem kazanmaktadır (97).

Evde kısa süreli sağlık hizmetleri

“Bu hizmetlerde temel hedef tıbbi bakım ve rehabilitasyon gibi bireyin en kısa sürede kendi kendine yetebilecek duruma gelmesini sağlayacak hizmetlerin bireyin evinde verilmesidir” (98).

“Bu hizmetler birey merkezli olup, yeniden sağlığına kavuşması, eğitim ve danışmanlık hizmetleri ile ailesi ve kendisine sağlık sorunlarıyla baş edebileceği temel becerilerin kazandırılmasını sağlayacak birçok disiplini kapsayan hizmetlerle bir bütünlük içinde verilmektedir” (99).

“Kısa süreli evde sağlık hizmetleri, hekimlik, hemşirelik hizmetleri, meşguliyet tedavisi, ayak bakımı, fizik tedavi, beslenme ve sosyal hizmetlerin verilmesini içermektedir” (98).

Evde uzun süreli sağlık hizmeti

“Uzun süreli evde sağlık hizmetlerinin hedefi, bakım hizmetlerine sürekli olarak gereksinim duyan kronik hastalar, yaşlılar ve özürtlülerin sağlığını korumak amacıyla sunulan hizmettir. Bakıma muhtaçlık derecesinin daha fazla artmasını önlemek, hastalık ve özürtlülüğün ortadan kaldırılamadığı durumlarda olabildiğince bağımsız yaşamayı sağlayacak eğitim ve beceriler kazandırmak için bu bakım hizmeti sunulur. Bakıma muhtaçlık, günlük yaşam aktiviteleri ve yardımcı yaşam aktivitelerinden en az birini yardımsız yerine getirememesi durumu olarak tanımlanmaktadır. Bu sayılan fonksiyonları yerine getirmede zorluk çekme, zorunlu gözetim altında tutulma gereksinimi, bakım hizmetlerinden yararlanma koşulu olarak birçok ülkede kullanılmaktadır. Yaşlılığa bağlı oluşabilecek sağlık ve bakım sorunlarından dolayı bakıma muhtaç olanlar da kapsam içine alınmıştır” (68).

Evde terminal dönem hasta bakımı

Hospice (misafirhane) kavramı, terminal dönem hastalar ile ailelerine yoğun bakım olanakları sağlayan bir yaklaşımdır. Hospice hastalarda tedavi edici bakım değil, geçici bakım esas alınmaktadır. Kişinin hastalığına bağlı olarak görülen hastaya ızdırıp veren sağlık problemlerinin giderilmesini amaçlayan bakım Palyatif (Geçici) bakımdır. Bu şekilde hastanın günlük yaşam kalitesi yükseltilmeye çalışılır. Hospice hareketinin amaçları; kişilerin tıbbi, duygusal ve manevi sorunları ile ilgilenmek, ailenin tümüne destek olmak, mümkün olduğunca uzun süre hastanın kendi evinde kalmasını sağlamak ve kalan yaşamını mümkün olduğu kadar rahat ve anlamlı geçmesine yardımcı olmak, gönüllülerin de desteğini alan sağlık personeli tarafından sunulan hizmetlerin sağlanarak hastanın ağrı ve diğer sıkıntılarını ortadan kaldırmaktır (4).

2.14. Evde Sağlık Hizmetleri Sunan Kuruluşlar

“Evde sağlık hizmetleri veren birbirinden farklı özelliklere sahip kuruluşlar vardır. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı’na ilk aşamada özel sağlık kuruluşları tarafından evde sağlık hizmetleri verilmesine olanak sağlayan “Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik” 10.03.2005 tarihli ve 25751 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmiş ve böylece özel sektör tarafından yürütülen uygulamalar disiplin altına alınmıştır. Ayrıca, Sağlık Bakanlığı’na bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarınca evde sağlık hizmetlerinin verilmesine yönelik Sağlık Bakanlığı’na Sunulan “Evde Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” 01.02.2010 tarihinde yürürlüğe konulmuştur. Sağlık Bakanlığı yönetmeliğine göre, evde sağlık merkezleri; tüzel kişiler ve gerçek kişilerce bağımsız olarak açılıp işletilebilirler. Evde sağlık birimleri ise, 09.03.2000 tarihli ve 23988 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik hükümlerine göre, poliklinikler ile özel hastaneler mevzuatı uyarınca ruhsatlandırılan özel hastaneler bünyesinde açılabilir” (4).

Resmi kuruluşlar

“Devlet veya yerel yönetimlerin sağlık idareleri tarafından yönetilirler. Esas olarak vergi fonları ile finanse edilir ve kâr amacı gütmeyizler. Ancak, bu kuruluşlar da diğerleri gibi evde sağlık hizmeti için ödeme yapan kuruluşlarla anlaşma yapılabilirler. Verdikleri hizmetlerin karşılığı olarak bu kuruluşlardan ödeme kabul edebilirler. Bu kuruluşlar sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi gibi amaçları da olması ve aynı zamanda bütçelerinin sıklıkla kamu kaynaklarınca karşılanması nedeniyle diğer kuruluşlara göre daha kapsamlı toplum sağlığı hizmetleri sunabilirler. Örneğin, Türkiye’de Sağlık Bakanlığı, Yerel yönetimler kapsamında Belediyeler tarafından bu hizmet sunulmaktadır” (4).

Gönüllü kuruluşlar

“Kâr amaçlı olmayan evde sağlık hizmeti kuruluşlarıdır. Bu kuruluşlar hayır kurumları olduğu kadar sigorta kuruluşları, özel sigorta şirketleri ve hastaların yaptıkları ödemelerde finanse edebilmektedir. Bu kuruluşlar genellikle kamuya yararlı kurumlar olarak sınıflandırılmaları nedeniyle vergiden muaf tutulurlar. Gönüllü kuruluşlar çeşitli dernekler aracılığıyla gerçekleştirilirken, henüz Türkiye’de bu tür kuruluşlar bulunmamaktadır” (4).

Özel kuruluşlar

“Kâr amaçlı kuruluşlardır. Hizmetler özel sigorta şirketleri ve hastaların doğrudan yaptıkları ödemeler ile finanse edilirler. Örneğin, ülkemizde evde sağlık hizmetleri konusunda danışmanlık hizmeti veren ABD kuruluşu The Corridor Group ve Eczacıbaşı ortaklığı ile kurularak 2001 yılında faaliyete geçen Eczacıbaşı Sağlık Hizmetleri, Türkiye’nin özel kuruluşlar arasında ilk organize evde sağlık kuruluşudur. Eczacıbaşı Sağlık Hizmetleri, 2005 yılında Sağlık Bakanlığı’ndan ruhsat alan ilk “Evde Sağlık Merkezi” olmuştur” (4).

2.15. Evde Sağlık Hizmetlerinde İnsan Kaynağı

Evde sağlık hizmetleri alanında insan kaynakları açısından rolü olan başlıca çalışanlar şunlardır:

Doktorun Rolü

Doktorun görevi, öncelikle hastanın evde bakıma uygun olup olmadığını belirlemektir. Bu uygulamanın yararlı olabilmesi için doktoun; hasta, hasta yakınları ve diğer sağlık personeli ile devamlı iletişim halinde olması gerekir. Çünkü bu hizmet bir ekip çalışmasıdır. Ayrıca evde sağlık hizmetlerinde çalışanların görevlerini yapıp yapmadıkları doktor tarafından denetlenir. Evde sağlık hizmetlerinde doktorun başlıca görevleri; tıbbi sorunların çözümü, evde bakıma uygun olup olmadığını tayin edilmesi, evde bakım için kısa ve uzun dönem hedeflerinin belirlenmesi, evde bakım personeli arasında iletişimi sağlamak, tıbbi kayıtlar yapmak ve gerektiğinde eve gelerek ziyaret yapmaktır (3).

Hemşire

“Sağlık kuruluşunda kadrolu en az dört hemşire görev yapar. İstenirse bu dört personelden biri ebe olabilir.

Hemşire sorumluluğu ise kısaca şunlardır:

1. Hekimin tedavi için yazılı ve imzalı istemini almak, hemşire formlarına kaydetmek ve uygulamak, uygulama sonuçlarını kaydetmek,

2. Hasta için gerekli özel işlemlerin uygulanmasında hekime ve diğer ekip üyelerine destek sağlamak,
3. Hasta bakım planındaki işleri yapmak, yaşamsal bulgularını değerlendirmek, kaydetmek, değişiklikleri hekime rapor etmek,
4. Tedavi planına göre hastaya oral, parenteral ve haricen verilecek ilaçlarını vermek ve kaydetmek, uygulanan ilaçların etki ve yan etkilerini gözlemek, kaydetmek,
5. Hizmetlerde gerekli olacak araç-gereç, malzemeler için istek yapmak, bunların yeterli ve çalışır şekilde bakımı için görüş bildirmek,
6. Araç-gereçleri kullandıktan sonra temizlemek, dezenfekte etmek ve gerektiğinde sterilizasyon için hazırlamak,
7. Hasta ve ailesine, hastalık ile tedavi ve bakımına ilişkin, sınırları önceden hekimi ile birlikte belirlenmiş olarak bilgi vermek,
8. Hasta ve ailesine, gereksinimlerine göre, hastalığa özel, kendi kendine bakım ya da yardımla bakım teknikleri gibi konularda ve genel sağlık konularında eğitim yapmak,
9. Tüm uygulama ve işlemlerini etik kurallarına uyarak, hasta hakları doğrultusunda uygulamaktır” (100).

Diğer personel

Evde sağlık hizmeti sunan birimin hizmet vereceği alanla alakalı olarak diyetisyen, fizyoterapist, psikolog, sosyal hizmet uzmanı gibi doktordan başka sağlık çalışanı görevli olabilir. Ancak bu çalışanların görev ve sorumlulukları kendi mesleki mevzuatı ile belirlenmiştir. Ayrıca bunlara ek olarak bakım destek personeli de görevlendirilebilir (100).

2. 16. Evde Sağlık Hizmetleri Hukuki Durum

“Sağlık Bakanlığı’nın yayınladığı “Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik” ; 11/4/1928 tarihli ve 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, 5/7/1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun 9 uncu maddesinin (c) bendi ve 13/12/1983 tarihli ve 181 sayılı Sağlık Bakanlığı’nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 43 üncü maddesine dayanılarak hazırlanmıştır. “Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik” 10.03.2005 tarihli ve 25751 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmiş ve bu şekilde özel sektör tarafından yürütülen uygulamalar disipline edilmiştir” (100).

2.17. Evde Sağlık Hizmetlerinin Başlıca Sorunları ve Çözüm Önerileri

Başlıca Sorunlar

Evde sağlık hizmetleri uygulamasında, diğer alternatif hizmetlerde olduğu gibi, bazı sorunlarla karşı karşıya gelinmektedir. Evde sağlık hizmetlerinde riskler ve denetim sorunu bulunmaktadır. Bu hizmetler, ayrıntılı eğitim programı bakımından zorunlu düzenlemelerdir. Evde sağlık hizmetlerini sunan sağlık çalışanlarının her zaman hizmet verdiği ortamın dışında hizmet sunması hizmet verimliliğini azaltmakta ve zorlaştırabilmektedir. Bazı zamanlarda sağlık çalışanı, hasta ve hasta yakını arasında etkili bir iletişim kuramayabilir. Hasta yakınlarının devamlı hasta ile beraber olması gerginlik yaratmakta ve iletişimin kurulmasını da zorlaştırmaktadır. Ayrıca sağlık çalışanlarının devamlı hasta ile beraber olmaması özellikle acil durumlarda müdahale edecek doktor, hemşire gibi sağlık profesyonellerinden birinin olmaması evde sağlık hizmetlerinin bakımı açısından sorunlu bir durumdur (3).

Çözüm Önerileri

Duman vd. (2013) tarafından yapılan bir araştırmada evde sağlık hizmetlerinden yararlanan hastaların memnuniyet düzeyleri saptanmıştır. Hastaların memnuniyetlerini artıran hususlardan ilki özellikle tedavi öncesi aşamaya ilişkindir. Araştırmada, evde sağlık hizmetleri biriminde çalışanların; hastalara ilgili ve nezaketli olması, tedaviye gitmeden önce hastayı bilgilendirmesi, tedaviye belirlenen gün ve saatte gitmeleri ile hastaların memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş olup hizmet alanların memnuniyeti artırdığının göstergesi olabilir (101).

Araştırmada bir başka önemli husus hastanın nakli ile ilgili memnuniyet düzeyine ilişkin olarak saptanmıştır. Hastanın evde sağlık hizmetlerine ilk başvurusu ile hastaneye nakli esnasında sorun yaşanmaması, hastaların memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmiş olup, hizmet alanların memnuniyetini etkilediğinin göstergesi olabilir (3).

Ayrıca evde sağlık hizmetlerinin daha kaliteli hizmet verebilmesi için, özellikle hasta nakli ile ilgili çalışmaların geliştirilmesi, ziyaretlerin niteliği ve süresi ile fizik tedavi almak isteyen bireylerin dikkate alınması gerekmektedir. Elbette unutulmamalıdır ki, yaşı ilerlemiş hastaların çoğunlukta olması bu verilerin neticelerine

etki etmektedir. Sağlık hizmetlerinin bu açıdan eksikliklerinin giderilmesi gerekmektedir. Bu da etkin bir denetim ve kalite uygulamalarına yansımış bir takip sistemi ile mümkündür. Ocak 2013'te İstanbul'da yapılmış olan Evde Sağlık Hizmetleri İstanbul Çalıştayı Sonuç Raporunda, Türkiye'de evde sağlık hizmetleri alanında yapılmakta olan çalışmalar ile ilgili sorunlar ortaya konulmuş ve bunlara ilişkin çözüm önerileri sıralanmıştır (102).

2.18. Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Finansman Yapısı

“Sağlık hizmetlerinin finansmanında dünyada uygulanan temel finansman yöntemleri; devlet gelirleri, sosyal ve özel sigortalar, kullanıcı ücretleri ve toplumsal finansmandır. Ancak çok az ülkede sadece bir yöntem kullanılmaktadır” (103).

“Evde bakım hizmetlerinin finansmanında da ülkeler gelişmişlik düzeylerine göre farklı yöntemler benimsemektedirler. Geri kalmış ülkeler kamu finansmanını arttıracak hemen hemen hiçbir olanağa sahip değildirler. Bu ülkelerde evde uzun süreli bakım tümüyle profesyonel olmayan bakıcılar tarafından sağlanmakta ya da karşılıklı ayarlama takas yöntemiyle ödenmektedir” (91).

“WHO tarafından evde uzun süreli bakımın finansmanı ile ilgili olarak aşağıdaki beş yaklaşım belirtilmektedir:

- Genel vergilendirme,
- Sosyal veya sağlık sigortası,
- Kullanıcı ücretleri, gönüllü veya hükümet tarafından zorlamayla, kapsamı değişebilen değerlendirme oranlarında (peşin veya takasla ödeme),
- Özel sigorta,
- Ücretsiz personel kullanımı,

Bu yaklaşımlar genel ya da spesifik olabilmektedir. Örneğin, uzun süreli bakım genel sağlık sigortasının kapsamında olabilir veya spesifik olarak uzun süreli bakımı sağlayan bir sigorta programı olabilir. Ülkeler ve hatta toplumlar bu yaklaşımların kombinasyonlarını kullanabilirler veya farklı uzun süreli bakım hizmetleri için farklı finansman mekanizmaları geliştirebilirler” (91).

“Birçok ülkede evde bakımın sosyal sigortalar fonundan karşılanmasını sağlamak için birkaç yeni yasal girişim mevcuttur. Bu ülkelerde evde bakım hizmetlerinin finansmanı genel vergilendirme üzerinden sağlanmaktadır. Bu fonlar sağlık sigortasına bağlı olmak yerine, özel hedef gruplar için düzenlenmek ve hizmete uygunluk için birincil kriter olarak sakatlık üzerine odaklanma eğilimindedir. Bunlar aynı zamanda her düzeyde talebin değerlendirildiği hizmet hakkının kapsamı konusunda ciddi bir şekilde tanımlanmış kriterlere sahiptir. Evde bakım hizmetlerinin finansmanının sosyal güvenlik kuruluşları tarafından sağlanmasını, sağlık ve

sosyal sistemlerine diğer ülkeler örnek oluşturabilecek biçimde yerleştirmiş ülkelere Avusturya, Almanya, Hollanda, İspanya ve Japonya verilebilir” (104).

“Bu ülkelerde evde bakım hizmeti kapsamında hizmet sunulan grup uzun dönemli bakım gereksinimi olan kişilerden oluşmaktadır. ABD’de evde bakım hizmetlerinin finansmanı sekiz farklı yöntemle karşılanmaktadır” (1). Bunlar:

- “Medicare,
- Medicaid,
- Çalışanların desteği,
- Çeşitli programlar,
- Diğer devlet ödemeleri,
- Özel sigorta,
- Cepten ödeme,
- Diğer.

Medicare; yaklaşık olarak 40 milyon kişilik 65 yaş ve üstü tüm yaşlı nüfusu ve bedensel engellileri kapsayan bir kamu sigorta programıdır; işveren ve işçilerden kesilen gelir vergisi ve üyelerinin ödediği primlerle finanse edilmektedir. Medicaid ise; yoksul ve yoksulluk sınırında çocuklu aileleri, düşük gelire sahip yaşlı kimseleri ve bedensel engellileri kapsayan kamu sigorta programıdır. Her eyalet kendi programını yürütmekte ve finansmanı da eyalet gelirlerinden sağlanmaktadır” (1).

2.19. Hasta Tatmini

Hasta tatmini sağlık hizmetlerinin verimliliği, kalitesi ve etkiliğini değerlendirmede kullanılan önemli bir kavramdır. Bu kavram kapsamında sağlık hizmeti veren kuruluşlar gereksinimler çerçevesinde hizmet vermektedir. Bu hizmet vermenin sonunda algıladıkları tatmin sonuçlarına göre görev yapmaktadır. Sağlık sektöründe de hasta merkezliğinin artmasıyla birlikte hasta tatminine verilen önem giderek çoğalmaktadır. Hasta tatmini; hastaların aldıkları sağlık hizmeti veya tıbbi bakımla ilgili beklenti, deneyim ve değer yargılarını içeren ve daha çok hastaların algılamalarına dayanan bir kavramdır (105). Tüketici memnuniyeti araştırmalarının önde gelen isimlerinden birisi olan Richard L. Oliver (106) tüketici memnuniyetini “tüketicinin tatmin olma tepkisi”, daha geniş anlamıyla, “tatminkârlık ve tatmin olmama seviyeleri de dâhil olmak üzere, bir mal veya hizmetin bir özelliğinden veya bütün olarak kendisinden, tüketimle ilgili keyif verici tatminkârlık yargısı” olarak tanımlamaktadır.

“Arslan ve arkadaşları (2008) da, hasta tatmininin, uzun dönemli bir performans değerlendirmesi sonucu, ortaya çıkan bir tutum şeklinde tanımlamayı tercih etmektedirler” (107).

“Hasta tatmini; sağlık kurumu seşiminin belirleyicisi, hizmetlerin reorganizasyonunun sağlayıcısı, hasta uyumunun başta gelen koşulu, sağlık hizmetlerinin temel çıktısı ve kalite gostergesi olması bakımından onemlidir” (108, 109, 110).“ Sağlık hizmeti kalitesinin artırılması için hasta tatmini geliştirilmelidir ve geliştirilmesi hasta/hasta yakını memnuniyetinin olulmesine bağlıdır” (111).

“Memnuniyet, algılanan performans/kalite ile umulanlar/beklentiler arasındaki fark olarak açıklanabilmektedir. Bir müşterinin memnuniyet ile ilgili üç durumu soz konusu olabilmektedir. Eğer performans/kalite beklentilerden daha dşkse müşteride memnuniyetsizlik ortaya çıkmaktadır. Eğer performans beklentilerle eşdeğer durumdaysa müşteri memnun olmaktadır. Eğer performans beklentileri aşacak olursa, müşteri yüksek bir memnuniyete sahip olmakta ve hatta haz duymaktadır.

Hasta Tatmini = Algılanan Kalite (a.k) – Beklenen Kalite (b.k)

a) $a.k > b.k = \text{☺}$ Yüksek Memnuniyet

b) $a.k = b.k = \text{☹}$ Memnun

c) $a.k < b.k = \text{☹}$ Memnuniyetsizlik

Müşterilerin ürünle ilgili beklentilerinin şekillenmesine yol açan pek çok faktor bulunmaktadır. Müşterilerin geçmiş satın alma deneyimleri, yakın çevrenin düşünceleri, rakiplerin verdikleri ve vaatleri, satış sonrası hizmet bu faktorlerden sadece birkaçıdır” (112).

Sağlık Kurumlarında Hasta Tatmininin onemi

Hasta tatmini ve memnuniyeti sağlık sektornde hizmet kalitesini değerlendirmede kullanılan ana oltlerden biridir. Sağlık sektornde hasta tatmininde etken olan dort neden şunlardır:

“İnsancıl Nedenler: Hastaların temel haklarının başında, en iyi ve en kaliteli hizmeti almak gelmektedir. Hizmetin, hastaların kişiliklerine, düşüncelerine ve değerlerine saygı gosterilerek sunulması gerekir. Ayrıca hastalara sunulan hizmetin insaniyete uygun olması ile ilgili hukuksal düzenleme yapılmalıdır. Ülkemizde hasta hakları konusunda gerekli yasal düzenlemeler Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi ile başlamıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan Hasta Hakları Yonetmeliği ise 1 Ağustos 1998 tarih ve 23420 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe girmiştir ve daha sonra çıkartılan ynergelerde sağlık tesislerinde yaşanan hasta hakları ihlalleri ile bunlara bağlı ortaya çıkan sorunların onlenmesi, sağlık hizmetlerinin kalitesinin arttırılması, sağlık hizmetlerinin insan onuruna yakışır biçimde sunulması ile hastaların hak ihlallerinden korunabilmesi ve gerektiğinde hukuki korunma yollarını fiilen kullanabilmesi amaçlanmış ve konuya dair esas ve usuller belirlenmiştir. Bugün hastanelerde hasta hakları birimleri mevcuttur” (113).

“Ekonomik Nedenler: Hastalar hizmetin alıcısı konumundadırlar. Hastalar seçici oldukları gibi verdikleri ücretin karşılığını beklerler. Müşteri tatmini, sağlık kurumlarının

müşteri ve kâr potansiyelini önemli ölçüde artırmaktadır. Hastalar en uygun maliyette maksimum fayda ve yarar sağlayacağı hizmetleri almak ister. Yani verdiği ücretin karşılığını almak ister” (113).

“Pazarlama: Sağlık kurumları müşteri potansiyelini artırmak ve dolayısıyla pazar payını yükseltmek için hasta tatminine önem vermek zorundadırlar. Sağlık kurumları, hasta sadakatini sağlamak amacıyla da hasta tatminine odaklanmaktadır. “Hasta sadakati”, hastaların gereksinimleri olduğunda, hizmetlerinden yararlandıkları sağlık kurumunu tekrar kullanmaları veya tercih etmeleridir. Hastaların hizmetten tatmin düzeyleri arttıkça, hasta sadakati oranı da artmaktadır. Çeşitli araştırma sonuçları, hasta sadakatinin en önemli belirleyicisinin hasta tatmini olduğunu ortaya koymaktadır. Tatmin edilen hastalar, birer dış müşteri olarak sağlık kurumu hakkındaki olumlu görüşlerini başkaları ile paylaşarak sağlık kurumunun ağızdan ağıza reklamını gerçekleştirmektedir” (113).

Müşterilerin memnun olmaları yanında memnun olmamaları da söz konusu olabilmektedir. Beklentiler ile karşılaşılan performans arasında dengenin kurulamadığı durumlarda (karşılaşılan performans, beklentilerden daha düşükse), ortaya çıkan durum memnuniyetsizliktir. Memnun olmayan müşteri, ya eylemde bulunmakta ya da bulunmamaktadır. Eylemde bulunan müşterilerin farklı yollara başvurdukları gözlenmektedir.

Bazı müşterilerin kamusal eylemler içerisine girdikleri ve memnuniyetsizliklerini değişik yollara başvurarak dile getirmeye çalıştıkları görülmekte iken, özel eylemlerde bulunan müşterilerin işletmeyi protesto edip rakibe yöneldikleri veya yakın çevrelerine işletmeyi kötüledikleri görülmektedir.

Klinik Etkililik: Hasta tatminini etkileyen unsurlar arasında; hizmet sunumunun yapıldığı ortamın hijyenik olması, yeterli ilginin gösterilmesi, teknolojik altyapının yeterliliği, hizmete ihtiyaç duyulduğunda ulaşılabilmesi, hizmetin uygun fiyatta ve uygun kalitede olması gibi unsurlar bulunmaktadır. Ayrıca, hastanın sağlık kuruluşundan beklentisini etkileyen çeşitli faktörler de bulunmaktadır. Bu faktörler arasında, hastanın medikal ihtiyaçlarının neler olduğu, geçmişte diğer sağlık kuruluşlarından edindikleri tecrübeler, sosyokültürel ve psikolojik durumları ile kendi tanımları da yer almaktadır (113).

2.20. Sağlık Hizmetlerinde Kalite

Son yıllarda sağlık kurumlarının giderek sayısının artması, bu kurumlar arasında yoğun bir rekabeti de beraberinde getirmiştir. Rekabetçi üstünlükler elde etmek isteyen

sağlık kurumları sundukları sağlık hizmetlerinin kalitesini yükseltmek; maliyeti de düşürmenin yöntemlerini aramaktadırlar. Bu bağlamda özellikle üretilen hizmetlerin maliyetleri rekabeti etkilemektedir.

“Geniş anlamda kalite, ürün veya hizmetin bir özelliğidir. Ürün ya da hizmeti değerlendiren kişinin algısı, bu özellik hakkındaki düşüncesini etkiler. Kalitenin evrensel olarak kabul edilen bir tanımı bulunmamakla birlikte, çeşitli tanımların ortak öğeleri vardır:

- Kalite, müşteri beklentilerini karşılamayı veya aşmayı içerir.
- Kalite dinamikdir (yani, bugün kaliteli olarak görülen şey, yarın kaliteli bulunmayabilir).
- Kalite iyileştirilebilir.

Kalite kavramı zaman içinde sürekli gelişmektedir. İş hayatında kalmak ve varlığını sürdürmek için, üretim ve hizmet endüstrileri uzun zamandır müşteri beklentilerini karşılamanın daha iyi yollarını bulmaya uğraşmaktadır” (114).

Uzmanlar yıllardır sağlık hizmetleri kalitesinin kısa, anlamlı ve genel olarak uygulanabilir bir tanımını yapmaya çalışmaktadır. Ancak, yönetim ve pazarlama alanlarında olduğu gibi, sağlık hizmetleri literatüründe de kalite kavramının birçok tanımı bulunmaktadır. Bunlar Donabedian’ın tanımı, ABD Tıp Enstitüsü’nün, Amerikan Tabipler Birliği’nin tanımlarıdır (114).

Donabedian’ın Tanımı

Sağlık hizmetlerinde kalite anlayışını şekillendiren önemli araştırmacılarından Avedis Donabedian sağlık hizmetlerindeki kalite anlayışını: “hizmet sürecinin bütün kısımlarındaki beklenen kazançlar ve kayıplar dengesi hesaba katıldıktan sonra, hastanın iyilik halinin kapsamlı bir ölçüsünü en üst düzeye çıkarması beklenen hizmettir” olarak tanımlamaktadır (114).

Kalitenin Öğeleri

Donabedian, kalitenin birbiriyle ilgili üç ögesini bulunduğunu ifade etmektedir. Bu öğelerden birincisi, teknik hizmetin kalitesidir. İkinci öge, özellikle hasta ve sağlık hizmeti sunan kişiler arası ilişkinin iyiliğidir. Üçüncüsü ise, hizmetin rahatlık sağlayan yönüdür. Bu üç öge birbiriyle alakalıdır. Özellikle, hasta ve sağlık personeli arasında ilişki iyi değilse, hasta sorunlarını söyleyemeyebilir. Aynı şekilde sağlık çalışanları da hastaya gerekeni iyi bir şekilde yapması için teşvik edemeyebilir. Kişiler arası ilişkideki başarı, teknik hizmetteki başarıya katkı sağlar, bunun tersi de doğrudur (114).

Sağlık hizmetlerinde kalite ise, “hizmetin sunulduğu bireylerin ve toplumun çağdaş bilgiye ve istenilen sağlık koşullarına ulaşılabilecek biçimde hizmetin verilmesi” (115) şeklinde tanımlanabilir. Günümüz sağlık kurumlarının en önemli görevlerinden biri de kalitenin artırılmasıdır (8).

Kalitenin Özellikleri

Donabedian’ın işaret ettiği sağlık hizmetlerinin bazı özellikleri kalite kavramını belirlemekte yol göstericidir. Bu özellikler; etkinlik, etkililik, verimlilik, optimallik, kabul edilebilirlik, meşruluk ve eşitlik (116).

- **Etkinlik:** Sunulan sağlık hizmetlerinin artırılması için verilen çabalar ve çalışmalardır. İşletmenin kuruluş amaçlarına uygun işlevlerini yerine getirme performansıdır.
- **Etkililik:** İşletmenin hizmet sunduğu alanlarda karşılaştığı vakalara çözüm üretme, hastalık veya sakatlık durumunu giderebilme noktasındaki beceri gücüdür.
- **Verimlilik:** En iyi sağlık hizmetini sunarken tedavi sonuçlarını etkilemeden en az insan gücüyle maliyetin düşürülmesi yeteneğidir.
- **Optimallik:** İyileşme ve maliyet arasındaki dengenin sağlanmasıdır.
- **Kabul Edilebilirlik:** Sağlık çalışanları ve hasta arasında iletişim ve hastaların isteklerine uygunluktaki geyretlerdir.
- **Meşruluk:** Yasal ve toplumsal tercihlere uygunluktaki duruştur.
- **Eşitlik:** Sağlık hizmetinin verilmesi ve kullanılmasında ayırım yapılmadan adil hizmet verilmesidir (114).

Amerikan Tabipler Birliğinin Tanımı

Amerikan Tabipler Birliği (American Medical Association) (1984) yüksek kaliteli hizmeti; “Yaşam kalitesini ve/veya süresini iyileştirmeye veya sürdürmeye sürekli olarak katkıda bulunan hizmet” olarak tanımlamıştır.

Birlik, yüksek kaliteli hizmeti belirlemede kullanılabilir birkaç önemli öge bulunduğuna inanır. Bu ögeler şunlardır:

“1. Hastanın psikolojik durumunda, fiziksel fonksiyonunda, ruhsal ve zihinsel performansında ve rahatlığında mümkün olan en kısa sürede optimal iyileşme sağlamalıdır.

2. Sağlık düzeyinin yükseltilmesine, hastalık ya da iş göremezliğin önlenmesine ve bu tür durumların erken teşhisi ve tedavisine önem vermelidir.

3. Hizmetin başlamasında gereksiz gecikme, hizmette uygun olmayan kesilme, süreksizlik (discontinuity) veya gereğinden fazla uzama olmaksızın zamanında sunulmalıdır.

4. Hizmet sürecinde ve bu süreçle ilgili kararlarda, bilgilendirilmiş hastanın işbirliğini ve katılımını sağlamaya çalışmalıdır.

5. Tıp biliminin kabul edilmiş prensiplerine ve uygun teknolojik ve profesyonel kaynakların verimli kullanımına dayanmalıdır.

6. Hastalığın yaratabileceği strese, anksiyeteye ve hastanın tümüyle iyiliğine karşı duyarlı olarak sunulmalıdır.

7. İstenen tedavi amacına ulaşmak için gereken teknoloji ve diğer sağlık bakım sistemi kaynaklarını verimli kullanılmalıdır.

8. Hizmetin sürekliliğini ve aynı meslekten kişilerin değerlendirme yapabilmesini sağlamak için, hastanın tıbbi kayıtlarında yeterince belgelenmiş olmalıdır” (114).

ABD Tıp Enstitüsünün Tanımı

En çok atıfta bulunulan ve kabul gören yeni tanımlardan biri 1990’da ABD’de Tıp Enstitüsü tarafından ifade edilmiştir. Buna göre, sağlık hizmetlerinin kalitesi “bireylere ve topluma sunulan sağlık hizmetlerinin, arzulanan sağlık sonuçlarına ulaşma olasılığını artırma ve şimdiki profesyonel bilgiyle tutarlı olma derecesi”dir. Aşağıda tanımın çeşitli özellikleri üzerinde durulmaktadır.

Tıbbi bakım ya da hasta bakımı ile ilgili olan diğer yaygın tanımların aksine, bu kalite tanımı sağlık hizmetleri ile ilgilidir. Ayrıca tanım, pek çok sağlık bakım hizmeti sunucusu (Örneğin; doktorlar, hemşireler, diğer çeşitli sağlık bakım profesyonelleri) ve hizmet sunulan her yer (hastanelerden doktor muayenehanelerine ve hatta evlere kadar) ile ilgilidir. Tanım hem bireyleri hem de toplumu içererek, ele alınması gereken farklı bakış açılarına dikkat çeker.

Arzulanan sağlık sonuçları terimi, bireysel olarak hastaların ve toplumun tercihlerinin ve değerlerinin önemini belirtir ve bunların sağlık hizmetlerinde karar verme ve politika yapma sürecinde hesaba katılması anlamına gelir. Terim, hem hizmetin nasıl sunulduğu ve bunun sağlık üzerindeki etkileri arasındaki çok önemli bağlantıya hem de hastaların ve ailelerinin alternatif sağlık bakım müdahaleleri ve bunların beklenen sonuçları hakkında iyi bilgilendirilmiş olmasını sağlama ihtiyacına dikkat çeker. Aynı zamanda hizmet sürecinin ve sonuçlarının öğeleri olarak hasta ve hizmet sunucusunun memnuniyetine de önem verir.

Bugün kalite anlayışı veya ölçüleri ne kadar iyi olsa da, sağlık hizmetlerinde neyin yararlı olduğu ve neyin yararlı olmadığı hakkında yeni bilgiler ortaya çıktıkça, hastalar için pozitif sonuçlar üretmek amacıyla bunlar yeniden gözden geçirilmelidir (114).

Akreditasyon

Akreditasyon işlemi, bir özel veya kamu sağlık kuruluşunun belirlenmiş standartlara uyumunun, yetkilendirilmiş bağımsız bir organizasyon tarafından belli periyotlarla değerlendirmeye alınarak belgelendirilmesini içeren süreçtir.

“Akreditasyon, kamu veya özel bir kurumun gönüllü olarak sağlık kurumlarına verdiği yapı, süreç ve çıktılarda sürekli olarak gelişimi gerektiren belli standartları karşılayan tanınma, kabul özelliğini vermesinin gönüllü süreci olarak tanımlanmaktadır” (117).

Sağlık kuruluşunun akreditasyon için geçirdiği süreç, kaliteli sağlık hizmeti verilmesinin yanı sıra kalite geliştirmeye de önemli katkı sağlar. "Akreditasyon, uygunluk değerlendirme kuruluşlarınca gerçekleştirilen çalışmaların ve dolayısıyla bu çalışmalar sonucunda düzenledikleri uygunluk teyit belgelerinin (deney ve muayene raporları, kalibrasyon sertifikaları, yönetim sistemi belgeleri, ürün belgeleri, personel belgeleri vb.) güvenilirliğini ve geçerliliğini desteklemek amacıyla oluşturulmuş bir kalite altyapısıdır" (118).

Dünyada sağlık kuruluşlarını denetleyen akreditasyon belgelerini veren en büyük akreditasyon örgütü, merkezi ABD’de bulunan Joint Commission Accreditation For Health Organization (JCAHO) örgütünün alt yapısı olan Joint Commission International (JSI) kuruluşudur. "Dünyadaki en büyük akreditör 1994 yılı içinde 4264 organizasyonu denetleyen JCAHO’dur. Komisyonun kalite değerlendirme yaklaşımı hastaya odaklı ve performans bazlıdır” (119).

Sağlık hizmetlerinde akreditasyon farklı disiplinlerin bir araya getirilmesi ve bir uyum içinde işleyiş akışının sürekli sağlanması ile mümkündür. Akreditasyonun esas çerçevesini hastaların güvenliği, eğitimi, hakları, bakımı gibi süreçler oluşturur. Tüm bunların sağlanması için gerekli tesis, yönetim, ilaç, cerrahi girişim vb. alanlardaki güvenlik standartları da değerlendirmeye alınmıştır. Sürekli iyileştirme, devamlı emniyet ve tedbirlerin alınması, hasta güvenliğinin sağlanması, uygulamalı olarak kalite

yönetim sisteminin yerleşmesi, değerlendirme ve kontrol mekanizmasının devamlı olması akreditasyonun vazgeçilmezleridir.

“Akreditasyon örgütü kuruluş amacı olarak, sağlık örgütünün daha yüksek kaliteye ulaşması için, sağlık kuruluşlarına sunulan akreditasyon hizmetinin kalitesinin geliştirilip, bu sürecin her geçen gün daha da yükselmesi olarak açıklanmaktadır” (120).

Akreditasyon yüksek düzeyde güvenlik sağlar, personeli motive eder, bireysel ve kurumsal performansın objektif değerlendirilmesinde önem arz eder. Sağlık işletmelerinin misyonu, vizyonu, hedefleri, saygınlığının artması veya korunması temelinde akreditasyon her zaman için yer alır. Akredite olmuş bir hastanenin prestiji sağlık piyasasında oldukça yüksektir. İşletme veya kurumların akredite edilmiş olması gerek bilimsel camiadaki ve gerekse de rekabet alanındaki mevcudiyetlerine önemli katkı sağlar.

Akreditasyonla ilgili ulusal ve uluslararası düzenlemeler, tamamen gönüllülük esasına dayanmakta olup bu konuda bir mecburiyet getirmemektedir. Ancak Sağlık Bakanlığı bünyesindeki hastanelerden şartları akredite olmaya uygun olanlara yönelik teşvik edici düzenlemeleri vardır. Serbest piyasa ekonomisinde kamu otoriteleri bazı alanlarda akreditasyonu zorunlu uygulama haline getirebilmektedir. Bir hastane tüm birimlerini ve hizmet ağının hepsini içerecek şekilde akredite olabileceği gibi, sadece bir veya birkaç bölümün hizmetlerini içerecek şekilde de akredite olabilir. Örneğin, bir hastane sadece laboratuvar hizmetlerinde veya Onkoloji bölümündeki hizmetlerini akredite etmek üzere müracaat edebileceği gibi tüm hizmet ağını kapsayacak şekilde de akreditasyon belgesi almaya başvurabilir (8).

2.21. Hasta/Hasta Yakını Memnuniyeti Kavramı

Genel olarak memnuniyet; yaşam biçimi, geçmiş tecrübeler, gelecekte beklenenler ve bireysel ve toplumsal değerleri içeren birçok etmenler ile ilişkili kompleks bir kavramdır (121). Bu kavram, subjektif bir hasta/hasta yakını algısı olmakla birlikte, sağlık hizmeti kalitesinin en önemli göstergesidir (122).

“Hasta memnuniyeti ise, hizmetin sunumunu, hasta ile hizmeti verenlerin etkileşimini, hizmetin varlığını, hizmetin sürekliliğini, hizmeti verenlerin yeterliliği ve iletişim özelliklerini içeren çok boyutlu bir kavramdır” (123). “Hasta memnuniyeti; tüm basamaklarda hastanın aldığı

hizmetten beklediği fayda, katlanmaktan kurtulduğu külfet, hizmetten beklediği performans ve hizmet sunumunun sosyo-kültürel değerlere uygunluğunu gösterir” (124).

“Hasta bakımı sonuçlarının algılanması ve beklentilerin karşılanması ile ilişkili olan hasta memnuniyeti farklı kişilerce ve hatta aynı kişiler tarafından farklı zamanlarda farklı şekilde tanımlanabilmektedir (121). Bu nedenle hasta memnuniyeti çeşitli tanımlarla ifade edilmeye çalışılmaktadır. Ancak sağlık hizmetleri ile ilgili hasta memnuniyeti ilk kez 1956 yılında Amerika Birleşik Devletlerinde hemşirelik alanında değerlendirilmiştir. Son on yıldır özellikle ABD ve İngiltere gibi gelişmiş ülkelerde hasta memnuniyeti sağlık bakım kalitesinin bir sonuç ölçütü olarak önemli bir yere sahiptir” (125, 126).

“Sağlık kurumlarının temel çıktılarında biri olan hasta memnuniyeti, genel olarak hastaların istek ve beklentilerinin karşılanması veya bu istek ve beklentilerin üstünde hizmet verilmesi’ olarak tanımlanabilir (127). Kısaca hasta memnuniyeti, sağlık hizmeti sunan sağlık kurumları ve sağlık personelleri tarafından hastaların istek ve beklentilerinin en iyi şekilde karşılanmasına dayanmaktadır” (128).

Bu memnuniyeti sağlamak, sağlık hizmeti sunanların karşılaştığı en önemli konulardan biridir. Öyle ki hizmetin algılanışı hastadan hastaya değişmekte ve algılananla hedeflenen hizmetin kalitesi ve memnuniyeti arasında uyum sıkıntısı yaşanmaktadır (129). Bu sıkıntıları azaltmanın en öncelikli yolu da verilen hizmetin hasta ve yakınları tarafından nasıl algılandığının belirlenmesidir.

Çünkü hasta ve hasta yakını memnuniyeti doğrudan insan merkezli olduğu için kendi içinde karmaşık bir kavramdır. Evde sağlık hizmeti alan yalnız hasta ya da yaşının değil aynı zamanda hasta yakınının da memnun kalıp kalmaması ile ilişkili olan bu hizmet çoğu zaman bu kişilerin algısıyla da bağıntılıdır. Hasta, hasta yakını, hekim ve sağlık sistemi ile ilgili bileşenlerden oluşan (130) hasta ve hasta yakını memnuniyeti, sağlık hizmeti kalitesinin ölçülmesinde yer alan önemli göstergelerinden biridir. Bu gösterge sayesinde hizmet sürecinin yapısı gözden geçirilir. Sağlık kurumları bu sayede hasta gözü ile zayıf ve kuvvetli yönlerini görebilecek ve hizmetlerin iyileştirilmesi yolunda gerekli önlemleri alabilecektir (131).

Hasta ve hasta yakını memnuniyetinin belirlenmesinde etken çeşitli faktörlerin yanında yaş faktörü de önemlidir. Çünkü çocuk hastaların özellikle süt çocukları konuşma bilmediklerinden doğrudan doğruya memnuniyetleri ölçülemeyeceği için onların yanında refakat eden yakınları aracılığı ile aldıkları sağlık hizmetinden memnuniyet düzeyleri ölçülmeye çalışılır. Acil servise başvuran hastalar ne

yapacaklarını bilmedikleri için genellikle endişe ve korku yaşamakta ve bu da sağlık personeli ile sıklıkla tartışmalara ve karmaşaya neden olmaktadır (132). Choyce ve Maitra'nın (1996) yaptıkları araştırmada da hastaların sağlık personeli ile rahat iletişime giremedikleri, soru sormadıkları ya da anlayabilecekleri şekilde cevap alamadıkları belirlenmiştir. Bu sonuçlar dikkate alındığında, hastaların yaşadığı sıkıntıları ortadan kaldırmak için hastaları bilgilendirebilecek ve yönlendirebilecek bir hizmetin gerekli olduğu ve bu hizmetin hasta ve yakınlarının memnuniyetini artıracığı düşünülmektedir (133).

Aşılıoğlu vd. (2009) "Çocuk acil servisinde ebeveyn memnuniyeti ve etkileyen etmenlerin araştırılması" (121) adlı çalışmalarında "çocuk acil servisinde tıbbi personel davranışı, bilgilendirme, hastaların takip sıklığı, tıbbi personele ulaşabilme sıklığı ve acil servisin temizlik ve konforu gibi etmenler incelenmiştir. Bu etmenlerle ilgili hizmetin sunumu, hizmeti verenlerin yeterliliği ve iletişim özellikleri çocuk acil servisine başvuran ebeveynlerin memnuniyeti üzerine etkili olduğu bulunmuştur. Çocuk hastalıkları polikliniği gibi çocukların memnuniyet değerlendirmesinin tam olarak ölçülemeyeceği klinikler için hasta yakını ya da ebeveyn memnuniyetinden yararlanılmaktadır." Bu yöntemle çocuk hastaların sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeyleri hakkında bilgi edinilmektedir (121).

Aydın vd. (2016) Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde "Anestezi yoğun bakım ünitesinde hasta yakını memnuniyetinin değerlendirilmesi" adlı araştırmalarında "yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların çoğunluğunun bilinci kapalı olduğundan hastaların memnuniyet değerlendirilmesi yapılamıyacağı için bu konuda hasta yakınlarının görüşlerine başvurulmuştur. Yoğun bakım ünitesinde hasta yakınları; hastanın bakım ve tedavisinde, hasta yakınına ilgide, hasta yakınının bilgilendirilmesi konularında memnuniyetlerinin oldukça iyi olduğunu belirtmelerine karşın bekleme salonu ve lojistik destek konularındaki sorunlarını açıklamışlardır." Hasta yakını memnuniyeti için yakınlarının beklentileri dikkate alınmalıdır (134).

Yeşiltaş ve Adıgüzel'in (2016) "Evde sağlık hizmetlerinde hasta yakınlarının memnuniyeti" adlı araştırmalarında hasta yakınlarının memnuniyet düzeyleri ile ilgili bulgular şöyle ifade edilmiştir. "Isparta İli ve ilçelerinde bu hizmeti alan hasta yakınlarının memnuniyet düzeylerinin karşılaştırılmasından ilçelerde bu hizmeti alanların il merkezinde bu hizmeti alanlara göre daha fazla memnun oldukları

saptanmıştır. Ancak evde sağlık hizmetini almak için başvurma sürecinde bu hizmet ile ilgili tanıtım eksikliği, hizmete başvuru ile hizmetin alınmaya başlaması arasındaki sürenin uzunluğu ve hasta bilgileri takibi için otomasyon sisteminin olmaması gibi olumsuzluklar olduğu görülmüştür.” Hasta ve hasta yakınlarının memnuniyetini oluşturmada sağlık kuruluşları hasta odaklı hizmet sunmada özen göstermelidir (135).

Özer ve Çakıl (2007) “Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetini etkileyen faktörler” adlı çalışmalarında hasta memnuniyeti ile ilgili görüşlerini şöyle açıklamışlardır. “Hasta memnuniyeti sağlık kurumlarında hizmet kalitesini değerlendirmede kullanılan temel bir ölçüttür. Bu memnuniyet bireylerin sosyo-demografik özellikleri ve tedavi sürecine ilişkin faktörlerden etkilenmektedir. Hasta memnuniyeti sağlık bakım hizmetlerinin yapısı, süreci ve çıktısı hakkında yararlı bilgiler verir. Hizmetlerden memnun olan hastalar, hekim ve diğer sağlık personelinin önerilerine titizlikle uyar. Sağlık hizmetinden memnun kalan bir hasta gereksinim duyduğunda yine aynı sağlık kurumunu tercih eder.” Hasta ve yakınlarında memnuniyet oluşmasında çeşitli faktörler rol oynamaktadır. Özellikle hasta ve yakınlarının beklentilerinin karşılanması ve hastanın iyileştiğini fark etmeleri memnuniyet duygularını artırır (136).

Apay ve Arslan (2009) “Bir üniversite hastanesinde yatan hastaların tatmin olma düzeyleri” adlı araştırmalarında hasta memnuniyeti konusuna şu şekilde değinmişlerdir. “Hasta memnuniyeti hastanın istek ve beklentilerinin ne düzeyde karşılandığı konusunda bilgi veren esas otoritenin hasta olduğu ve bakımın kalitesini gösteren temel ölçüt” olarak ifade edilmiştir. Hasta ve yakınlarının memnuniyeti istek ve beklentilerin karşılanması ile oluşmaktadır. Bu yönden hasta ve yakınlarının istek ve beklentileri konusunda duyarlı davranmak gerekir (137).

Hasta ve yakınları sağlık kurumlarından bekledikleri hizmetin sunulması halinde memnun olurlar, bu hizmetin verilmemesi durumunda ise memnun kalmazlar. Bu nedenle sağlık kurumlarında hasta ve yakınlarının memnuniyeti çok önemlidir. Çünkü bu kurumların rekabet ortamında daha çok hasta çekme, büyük bir kitlenin güven duygusunu kazanarak, sadık hastalar oluşturulması zamanımızda sağlık kurumlarının yaşatılmasında sağlık yöneticilerinin en önemli görevlerinin başında gelmektedir.

“Sağlık kuruluşlarında verilen hizmetin teknik özelliği ve kalitesi hakkında çok fazla bilgiye sahip olmayan müşteri (hasta), hizmet kalitesiyle ilgili karar verirken fonksiyonel kalite dediğimiz, rahatsızlığının geçip geçmemesine, aldığı hizmetin sunum şekline ve personelin kendisine karşı tutumuna, hastanenin fiziki görünümüne, hastane personeline ve doktorlara duyduğu güven ve çalışanlarla oluşturulabilen empati dediğimiz hizmet kalitesi boyutlarına göre karar vermektedir. Yani, hizmet alım aşamaları ve bu aşamalarda hastanın yaşamış olduğu olaylar ve maruz kaldığı tutumlar hasta için çok önemli olmaktadır (138). Hastaların, sunulan hizmetlerle ilgili beklentilerini hastanın medikal (tıbbi) ihtiyaçları, diğer sağlık kuruluşlarında edindikleri tecrübeler, sosyo-kültürel konumları ve psikolojik durumları, zihinlerindeki kalite tanımını etkileyen dört temel olgudur” (129).

Hastanın rahatsızlığı veya hastalığı sonucu oluşan durumuna yönelik ilaç, tetkik gibi gereksinimleri medikal ihtiyaçlarını oluşturmaktadır. Tecrübe ise hastaların aynı sağlık kuruluşunda ya da diğer sağlık kuruluşlarında karşılaşmış olduğu durumlarda edindiği görüşlerdir. Bu görüşler hastanın eğitime, yaşına, psikolojik durumuna göre değişiklik gösterebilmektedir (129).

Yılmaz ve Çifçi (2005)’nin yapmış olduğu çalışmada hastalar sağlık çalışanları tarafından danışmanlık hizmeti verilmesinden, ziyaret edilmesinden oldukça memnun olduklarını belirtmişlerdir. Sağlık personelinin kişilik özelliklerinin hastaya olan davranışı etkileyebileceği muhtemeldir (139).

Çünkü sağlık hizmeti sunan sağlık personellerinin hastalarla iletişim kurma yetenekleri hastaların kendilerini değerli veya değersiz zannetmelerinde etkin rol oynamaktadır (140).

Yine iletişim becerileri ekip ilişkilerini olumlu yönde etkilemekte dolayısıyla hizmetin uyum içinde sunulmasını sağlamaktadır (140).

Uzun vd. (2002)’nin çalışmasında hasta yakınlarının, hasta hakkında bilgi alma ve psikolojik destek ihtiyaçlarını kendi kişisel ve fiziksel ihtiyaçlarından daha önemli bulmuşlardır (141).

2.21.1. Hasta Yakını Memnuniyetinin Oluşum Süreci

Sağlık hizmetlerinde hasta ve hasta yakını memnuniyetinin oluşum sürecinde yapılan araştırmalarda tatmin kavramı ve tatmin oluşum sürecinde etkili olan ve en fazla kabul gören beklenti duygusu ya da onaylamama davranışıdır. Bu etmenlere göre hasta ve hasta yakınlarının sağlık hizmetleri ile ilgili tatmini, beklentileri ile algılanan hizmet

kalitesini karşılaştırması sonucu oluşmaktadır. Memnuniyet, beklentiler ile kalite arasındaki farklılık olduğunda ortaya çıkmakta ve bu iki etmen arasındaki fark tatmin ve tatminsizlik duygusuna yol açmaktadır.

Öz ve Sevil (2012) “Pediatri kliniğinde tedavi gören hastaların ebeveynlerinin hemşirelik hizmetlerinden beklentilerinin incelenmesi” üzerine yaptıkları çalışmada ebeveyn memnuniyetinin oluşum sürecini şöyle ifade etmişlerdir: “ Hastaların beklenti ve isteklerinin karşılanması sonucu memnuniyet oluşur. Hasta memnuniyetini sağlamak sağlık kuruluşunun önündeki en zor ve hassas olan konulardan biridir. Konunun önemi algılanan değerler ile olması gereken değerler arasında her zaman yakalanamayan uyumlu olma zorunluluğudur. Sağlık kuruluşları hasta memnuniyetini oluşturabilmek için sağlık hizmet kalitesini iki temel açıdan ön plana çıkartmak zorundadır. Birincisi modern tıbbi bakımın gerektirdiği optimal sağlık hizmetlerinin verilmesi; ikincisi ise hasta hak, ihtiyaç, beklenti ve isteklerinin karşılanmasıdır.” Sağlık kurumları hasta ve hasta yakını memnuniyetini oluşturabilmek için kaliteli tıbbi bakımın yanında hasta ve hasta yakını beklentisine de yanıt verebilir yeterlikte olmalıdır (142).

2.21.2. Hasta ve Hasta Yakını Memnuniyetinin Önemi

“Sağlık hizmetlerinde memnuniyet araştırmaları; müşteri memnuniyetini ölçmek, müşteri beklenti, öneri ve geri bildirimlerini öğrenmek, kalitenin bütün hizmet süreçlerinde sürekli iyileştirilmesini sağlamak, sosyo-demografik ve tedavi sürecine ilişkin değişkenlerin müşteri memnuniyeti üzerindeki etkisini araştırmak amacıyla yapılmaktadır. Müşteri memnuniyeti, sağlık bakım hizmetlerinin yapısı, süreci ve sonucu hakkında yararlı bilgiler verir. Bu nedenle sağlık hizmeti sunan işletmelerin, hastanelerin rekabet üstünlüğü kazanabilmeleri ve sürdürülebilmeleri için müşteri memnuniyet parametrelerinin belirlenmesi, ölçülmesi ve değerlendirilmesi büyük önem taşımaktadır” (114).

Hasta ya da hasta yakını memnuniyetinin belirlenmesi, hastaya verilen tüm hizmet bileşenlerinin kalitesini göstermektedir. Ayrıca, bu değerlendirmeler sağlık hizmeti planlayıcıları ve sunucularına hizmetin niteliği, nasıl olması ya da olmaması gerektiği ile ilgili bilgiler sunmaktadır (122). Kısaca memnuniyet araştırmaları sunulan hizmetin hizmet alanlar tarafından nasıl algılandığını göstermektedir.

Toplumda müşteri merkezli hizmet anlayışı tüm hizmet sektörlerinde olduğu gibi sağlık sektöründe önem kazanmıştır. Hastaların tutumlarının daha aktif rol oynadığı günümüzde kuruluşlar hem hizmet kalitesini artırmak hem de rekabet ortamında var

olabilmek için kalitenin önemli göstergesi kabul edilen hasta memnuniyetini dikkate almaya başlamışlardır (140).

“Hizmet kalitesi; müşterinin algıladıkları hizmet kalitesi beklentilerinde oluşan hizmet ile aldıkları hizmetin uygulamasıyla ortaya çıkmaktadır. Dolayısıyla müşteri kullanım öncesinde hizmetle ilgili işletmenin ne sunması gerektiğine ilişkin beklentiler oluşturmaktadır. Uygulamada hizmet kalitesindeki gelişmelerin, işletmelere daha fazla yeni müşteri kazandırdığı, mevcut müşteriyile iş hacmini ve işletmenin rekabet gücünü artırdığı ve hataların önlenmesi için harcanan emek ve maliyetleri azalttığı görülmektedir. Bu bakımdan hizmet işletmelerinin temel amaçlarından biri hizmet kalitesini geliştirmek olmalıdır” (142, 143). “Bu sebeptir ki hizmet kalitesini değerlendirme de hasta memnuniyetinin ölçümü önemli bir veridir. Hastaların çoğu tanı-tedavi ve bakıma yönelik yeterli bilgi alamadıkları için genellikle verilen tedaviye uyum gösterememekte, bu durum hastaların hastaneye tekrar başvurmalarına, tedavilerini yanlış ya da eksik uygulamalarına ve iyileşme sürecinin uzamasına neden olabilmektedir” (133).

Hasta ve yakınlarının sağlık çalışanları ile iletişim kurma sürecinde daha pasif olmaları yetersiz bilgilendirmeye ilişkin olabilmektedir. Hastanın tedavisi ve bakımında bilgilendirmeye dolayısıyla iletişime bağlı olumsuzlukların da belirlenmesinde memnuniyet araştırmaları önemlidir.

Sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde çoğunlukla hizmete dair, kaynakların yeterliliği ve bu hizmetlerden yararlanan insan sayısı ele alınmaktadır (144). Oysaki hizmetin sağlıkla ilgili olması ve değerlendirmenin gözle görülen verilerle yapılması, hizmetin iyileştirmesine yönelik çabaları sınırlandırmaktadır.

Alban ve arkadaşları (2011) “Poliklinik hastalarında hasta tatmini çalışmasında hasta yakınlarının memnuniyetinin önemi” konusunu farklı açılardan yaklaşmışlardır: “Hasta tatmini günümüzde sağlık hizmetlerinin kalitesi, verimliliği ve etkililiğini (145) değerlendirmede kullanılan önemli bir kavram olmuştur. Artık sağlık hizmeti sunan işletmeler hastaların beklenti ve ihtiyaçları ile bu hizmet sunumundan algıladıkları tatmin sonuçlarına göre hareket etmektedir. Sağlık sektöründe de müşteri veya hasta odaklılığın artması ile birlikte hasta tatminine verilen önem ve hasta tatmini değerlendirme araştırmalarında önemli artış yaşanmıştır.” Son zamanlarda sağlık kurumları hasta ve hasta yakını memnuniyetine önem vermektedir. Sağlık hizmetlerinde hasta ve hasta yakınlarının memnuniyet düzeylerinin ölçülmesi sağlık kurumlarında en uygun sağlık hizmeti ortamının oluşması ve kalitenin devam ettirilmesinde önemli bir araçtır. Sağlık sektöründe hasta ve hasta yakını memnuniyeti ve hizmet kalitesi

düzeşinin yükselmesi ile ilgili bilimsel çalışmalarda hasta yakını memnuniyeti üzerinde önemli durulması gerekmektedir (6).

şahin ve arkadaşları (2005), “Meram Tıp Fakóltesi Çocuk Cerrahisi servisinde yatan hasta yakınlarının memnuniyetinin araştırılması” adlı çalışmalarında hasta ve yakınlarının memnuniyetlerinin önemine şu şekilde yaklaşmışlardır: “Hasta tatmini; sağlık kurumu seiminin belirleryicisi, hizmetlerin reorganizasyonunun sağlayıcı, hasta uyumunun başta gelen koşulu, sağlık hizmetlerinin temel çıktısı ve kalite göstergesi olması bakımından önemlidir. Sağlık hizmeti kalitesinin artırılması için hasta tatmini geliştirilmelidir ve geliştirilmesi hasta ve hasta yakını memnuniyetinin ölçülmesine bağlıdır” (146).

Bireyler hastalandıkları zaman hizmet aldıkları sağlık kurumlarından memnun olurlar ise aynı kurumdan tekrar hizmet almak isterler. Memnun kalmazlar ise kurumdan hizmet almayacakları gibi kurumun lehinde kötü reklam yaparak kurumu zarara uğratırlar (6).

2.21.3. Hasta Yakını Memnuniyetini Etkileyen Faktörler

Hasta yakını memnuniyeti, sağlık kurumlarında hizmet kalitesinin değerlendirilmesinde kullanılan temel ölçütlerden biridir. Hastaların ve yakınlarının memnuniyetleri birçok konuda benzerlik göstermektedir. Sağlık kurumlarında hasta yakınlarını memnun edebilmek için öncelikle bu kurumlarda memnuniyeti etkileyen etmenlerin bilinmesi gerekmektedir. Bu etmenler; hasta ve hasta yakınlarını yeterince bilgilendirme, güven, iletişim, hasta yakını doktor, hemşire, diğer çalışan iletişimleri, tıbbi bakım, hasta hakları ve hasta mahremiyetine duyulan sayęı, teknolojik alt yapı, sağlık kuruluşunun yönetim anlayışı, hizmet kalitesi, otelcilik hizmetleri, sağlık çalışanlarının ilgisi, hasta yakınlarının sosyo-kültürel ve psikolojik özellikleri, ailenin aylık gelir ve sosyal güvence durumları, yatılan odadaki kişi sayısı, hasta yakınlarının geçmiş hastane deneyimleri, hasta yakınlarının beklediği hizmet kalitesi ile algıladığı hizmet kalitesindeki farklılıklar, hasta yakınlarının sağlık hizmetine erişimi ve erişim hızı, yemek ve temizlik hizmetleri, bürokrasi, ücret, fiziksel çevre koşulları ve konfor şeklinde sıralanabilir (6).

“Hasta ve yakını memnuniyeti çeşitli faktörlerden etkilenen karmaşık bir kavram olup kaliteli hasta bakımının en önemli göstergelerindedir. Bu memnuniyet, genel anlamda, verilen

hizmetin hastanın beklentilerini karşılması ya da hastanın verilen hizmeti algılamasına dayanmaktadır” (144).

“ Soy Buğdaycı vd. (2009) tarafından “Ayaktan fizik tedavi uygulanan hastalarda ağrı iyileşmesinin memnuniyet ile ilişkisi” üzerine yapılan bir çalışmada tedaviyi uygulayan hemşirelerin hasta ile kurduğu iletişimin iyileşme sürecini hızlandırdığını saptamışlardır. Çalışmada sağlık personelinin kişilik özellikleri, gösterilen nezaket, şefkat, ilgi ve anlayış, profesyonel tutumları, bilgi ve becerilerini sunma biçimleri, özellikle hasta-hemşire ilişkisi, hasta memnuniyeti ve ağrıda ölçülebilir iyileşme üzerinde önemli rol oynadığı vurgulanmaktadır. Hastaların hastanede tedaviye girdikleri süre içinde verilen hemşirelik hizmetinden duydukları memnuniyet, tüm hastane hizmetleri ile ilgili memnuniyetlerini etkileyen en önemli faktör olduğu belirlenmiştir. Tedaviden duyulan memnuniyet iyileşme sürecini olumlu yönde etkilediği ve hızlandırdığı görülmüştür” (147).

Babadağlı ve arkadaşları (2006) “Hekimlerin ve hemşirelerin hastayla iletişim becerilerinin değerlendirilmesi” ile ilgili çalışmalarında hekim ve hemşirelerin hastayla iletişimini farklı açılardan incelemişlerdir. “Kişilerarası etkileşiminin temelini oluşturan iletişimin her insanın yaşamında önemli bir yeri vardır. Çünkü insanlar duygu ve düşüncelerini iletişim yoluyla paylaşarak mutlu olma ve çevrelerindeki bireylerin mutluluklarına katkıda bulunma olanağı elde ederler. Meslek sahiplerinin başarıları da onların iletişim becerilerine bağlıdır. İletişimin önemi hastalıkta başkalarına bağımlılık durumunun yaşanması nedeniyle hasta açısından artar. Bu durumda hastanın bakım ve tedavisi ile yükümlü olan doktorluk ve hemşirelik mesleği üyeleri ile iletişimde uygun çevrenin oluşturulması ve hasta ile etkili iletişimin kurulmasında önemli sorumluluklar düşmektedir” (148).

Yıldız ve Elish Yıldız’ın (2011) “Hizmet kalitesinin müşteri memnuniyetine etkisi” üzerine araştırmalarında hasta yakınları memnuniyetini etkileyen faktörlere maddeler halinde yer vermişlerdir: “Bireyin geçmişte yaşadığı olumlu ya da olumsuz deneyimleri, arkadaşları ve çevresi vasıtası ile edindiği bilgiler, yazılı ve sözlü medya aracılığı ile edindiği beklentileri, yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, sosyal durumu, sağlık ve hastalık durumu, tıbbi tanısı ve hastanın kendi sağlık durumunu algılayışı hasta memnuniyetini etkilemektedir” (149).

Birey toplum içinde yaşayan sosyal bir varlıktır. Bedensel, ruhsal ve sosyal yönden bir bütündür. Bunların herhangi birinde oluşacak değişiklik ve aksaklıklar kişinin çevreye olan algılamasını değiştirir. Sağlık hizmeti alan kişilerin ve yakınlarının

kişilikleri, olayları algılayış biçimleri, geçmişte yaşadıkları hastane deneyimleri, tutumları, eğitim düzeyleri, ait olduğu sosyal çevre ve çevresi ile kurabildiği sosyal ilişkiler hasta ve hasta yakını memnuniyet düzeyinin oluşumunda önemli rol oynamaktadır. Her bireyin olayları, durumları algılama biçimleri farklılıklar göstermektedir. Bireyin algılama şekilleri memnuniyet derecelerini etkilemektedir (6).

Sağlık hizmetlerinin kalitesinin artması hasta ve hasta yakını memnuniyetinin oluşması için bu hizmetin verildiği kurumlarda çalışan personelin yükümlü oldukları görevlerin önemli bir bölümünü hasta ve hasta yakınlarının beklentileri doğrultusunda iletişim kurma, kişilik haklarına saygılı davranmak ve güvenilir olmak durumundadır. Hastanelerde hasta ve hasta yakınlarına hizmet sunan sağlık çalışanları, hizmet verdikleri kişiler ile etkili iletişim kurabildikleri ölçüde hasta ve hasta yakınlarını memnun edebilirler. Hasta ve hasta yakınlarının sağlık kurumlarından aldıkları sağlık hizmetinin kalitesine değil, daha çok kendileri ile kurulan iletişime göre değerlendirerek memnuniyetlerini ve şikâyetlerini ifade ederler. Çünkü onlar sağlık hizmetlerinin teknik kalitesini çoğu zaman değerlendirebilecek yeterliliğe sahip olmayabilirler (6).

Hasta ve hasta yakınlarını memnun etmek isteyen sağlık kuruluşları öncelikle hizmet verdikleri bireylerin kurumdan ne istediklerini ve beklentilerini iyi saptamalıdır. Hitap ettiği bireylere en üst düzeyde teknik, kalitede sağlık hizmeti sunmalıdır. Kurumlar ayrıca bu bireylerin kurumdan istek ve beklentilerine de uyumlu hizmet sunduğu takdirde, kuruma gelen hastalarını memnun, her hastalandığı zaman kurumu tercih eden ve her gördüğü kişiye kurumu tavsiye eden bireyler olarak kurumuna kazandırmış olurlar. Bu şekilde çalışan kurumlar kendilerini tanıtılabilmek için ayrıca reklam yapmaya ihtiyaç duymazlar (6).

Hasta Yakını Beklentileri

Hasta ve hasta yakınlarının sağlık kurumlarında aradıkları veya görmek istedikleri davranış, bilim ve yönetimle ilgili özellikler hasta ve hasta yakınlarının beklentileri olarak tanımlanabilir. Sağlık çalışanlarının sunduğu hizmetin hasta yakınları tarafından algılanış biçimi ve hasta yakınlarının kişilik özellikleri hasta yakınlarının beklentilerini oluşturan önemli etkenlerdir. Hasta yakınlarının tıbbi gereksinimleri, bireysel kalite anlayışı, yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, sağlık kurumları ile ilgili geçmiş deneyimleri, sosyal ve kültürel özellikleri, psikolojik durumları, kişisel ihtiyaçları, sözlü

iletişim becerileri, reklamlar gibi etmenler hasta yakınlarının beklentilerinin oluşmasında rol oynamaktadır.

Ulus ve Kublay (2012) “Predsqli sağlık bakımı ebeveyn memnuniyet ölçeğinin Türkçe’ye uyarlanması” çalışmalarında hasta yakınlarının beklentilerini şu şekilde ifade etmişlerdir: “Kronik hastalık nedeniyle çocuğu hastaneye yatırılan ebeveynler yoğun stres, suçluluk ve umutsuzluk yaşarlar. Bu duygular içindeki ebeveynler hastanede refakatçi kaldıkları süreçte çocuğuna iyi bakabilme, desteklenme, bilgilendirme, umut etme, gereksinimlerinin karşılanmasını bekler. Bu duygusal, insani ve fiziksel gereksinimlerin karşılanması ebeveyn memnuniyetini etkilemektedir ” (150).

Sağlık çalışanları hasta yakınlarını memnun edebilmek için gerekli sağlık hizmetlerini sunmalıdır. Canural ve arkadaşları (2009), “Sağlık hizmetlerinde hasta mahremiyeti: Hasta sağlık bilgilerinin paylaşımı” adlı araştırmalarında hasta beklentileri kapsamında mahremiyeti incelemişlerdir. “Tüm hastalar mahremiyet hakkına sahiptir ve kişisel bilgilerinin gizliliğinin tüm sağlık çalışanları tarafından titizlikle korunacağına dair beklentileri vardır.” Hasta ve yakınları sağlık hizmeti alırken mahremiyetlerine özen gösterilmesini beklemektedirler. (151)

Devebakan (2005) “Sağlık işletmelerinde algılanan hizmet kalitesi ve ölçümünü” konu alan araştırmasında hasta yakınları beklentilerini dört maddeye ayırarak incelemiştir: “Grup tartışmaları sonucunda elde edilen bilgilerden biri de müşteri beklentilerini etkileyen dört temel faktörün tespit edilmesidir. Araştırmacılara göre sözlü iletişim, kişisel ihtiyaçlar, geçmiş deneyimler ve dışsal iletişimler müşteri beklentilerini etkilemektedir ” (152).

Bu faktörler hasta yakınlarının sağlık kurumundan beklentilerinin oluşum süresinde önemli rol oynamaktadır.

Hasta Yakını Algıları

Algılamalar hasta yakınlarının aldığı sağlık hizmeti ile ilgili düşünceleridir. Algılanan sağlık kalitesi genel olarak hasta yakınlarının aldıkları sağlık hizmeti hakkındaki mükemmellik, üstünlük veya olumsuz düşüncelerine yönelik yargıları olarak tanımlanabilir. Algılamalar kişiye göre farklılık gösterdiği için objektiflikten uzaktır. Hasta yakınları tarafından algılanan sağlık kalitesi, sağlık hizmeti alan hasta

yakınlarının kişilik özellikleri, psikolojik durumları, sahip oldukları ekonomik ve kültürel özelliklerine göre farklılıklar göstermektedir. Hasta yakınları tarafından algılanan kalite, hasta yakınlarının hizmet sunumu sırasındaki algılamaları ile beklentileri sonucu ortaya çıkmaktadır.

Değermen (2005) “Hizmet ürünlerinde kalite, müşteri tatmini ve sadakati” isimli araştırmasında hasta yakını algılarına şu şekilde değinmiştir: “Algılanan kalite kavramı, hizmet kalitesinin değerlendirilmesinde beklenen kalite kadar önemli bir kavramdır. Algılanan kalite kavramının bu derece önemli olmasının nedeni müşterilerin kararlarını gerçeklerden çok, algılarına göre vermeleridir. Bu nedenle algılanan hizmet kalitesi objektif olmaktan çok, duygusal boyutta olmaktadır” (152).

Hasta yakınları tarafından algılanan sağlık hizmeti kalitesi aldıkları gerçek sağlık hizmeti kalitesinden farklıdır. Algılanan sağlık hizmeti kalitesi spesifik niteliklerinden çok, yüksek düzeyde soyutluk içerir. Algılanan sağlık hizmeti kalitesi hasta yakınlarının diğer hastanelerden almış olduğu hizmetler ile veya aynı kurumdan daha önce aldığı hizmetleri karşılaştırması sonucunda ulaştığı bir yargıdır (6).

Sağlık Hizmetlerinde Kalite

Sağlık hizmetlerinde kalite, bu hizmetlerin hasta ve yakınlarının amaç ve isteklerine uygun olmasıdır. Sağlık kuruluşlarından hizmet alan hasta ve hasta yakınlarının aldıkları sağlık hizmeti ile ilgili görüşleri önemlidir. Hasta ve hasta yakını memnuniyeti kaliteli sağlık hizmetinin ayrılmaz bir parçası olarak değerlendirilmektedir. Aynı zamanda hasta ve yakını memnuniyeti sağlık kurumları için önemli bir rekabet ölçütü olmuştur. Kendilerine sadık müşteriler isteyen sağlık kuruluşları, kaliteli sağlık hizmeti ve hasta yakını memnuniyeti oluşturarak bunu sağlayabilirler.

Aslantekin ve arkadaşları (2007) “Sağlık hizmetlerinde kalite deyimi” adlı araştırmalarında sağlık hizmetlerinde kalite kavramını şöyle açıklamışlardır: “Sağlık hizmeti kalitesinin daha zor açıklanabilen bir kavram olması sağlık alanının özelliklerinden ileri gelmektedir. Hizmet kalitesinin çok sayıda değişkenden etkilenmesi ve bunların açık bir şekilde tanımlanmayışı, daha subjektif faktörlerin etkilerine açık oluşu, doğrudan doğruya nesnel ölçütler kullanılarak ölçülmesi ve tanımlanmasını güçleştirmekte ve sağlık hizmeti kalitesinin sezgisel olarak algılanmasını gündeme getirmektedir” (153).

Sağlık hizmetlerinin doğrudan insan yaşamını ilgilendirmesi ve yapılacak hataların telafisinin olmaması nedeniyle sağlık kuruluşlarında kaliteli sağlık hizmeti sunulmasını kaçınılmaz kılmaktadır (6).

İçyeroğlu ve Karabulutlu (2011) “Hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi” adlı araştırmalarında sağlık hizmetlerinde kalite konusuna iki başlık halinde değinmişlerdir. Yapılan çalışmada hasta bakımı kalitesi iki alana ayrılarak incelenmiştir. Bunlardan birincisi kişilerarası kalite (fonksiyonel kalite) diğeri ise teknik alandaki kalitedir. Kişilerarası kalite, hasta ve sağlık çalışanı arasındaki etkileşim; teknik alandaki kalite ise bir sağlık sorununun bilimden tıptan ve teknolojiden yararlanılarak çözülmesidir (154).

Sağlık hizmetlerinde teknik kalite, sağlık çalışanlarının rutin olan bilgilerini hasta ve yakınlarına sunmadaki becerileri ile ilgilidir. Örnek olarak; bir doktorun klinik ve ameliyattaki becerisi, hemşirelerin damar yolu açma becerileri sağlık çalışanlarının uzmanlık alanları ile ilgilidir. Teknik kalite objektif olduğu için tanımlanması ve ölçülmesi daha kolaydır. Kişilerarası kalite sübjektiftir. Bu kalite hastadan hastaya değişiklik gösterir.

Sağlık kuruluşlarında sadece teknik kalitenin ölçülmesi ve değerlendirilmesi sağlık kuruluşunun genel performansını yansıtmayacaktır. Hasta ve hasta yakınlarının kalite anlayışını etkileyen birincil değişken kişilerarası kalitedir. Sağlık bakım hizmetlerinde hasta ve hasta yakınlarının gerek hizmet sunumu gerekse hizmeti aldıktan sonra sağlık çalışanlarının teknik becerilerini değerlendirmeleri çok güçtür. Hasta ve hasta yakınları, teknik olarak kendileri için hangi tetkik veya tedavinin uygun, etkin olabileceği konusunda yeterli bilgi ve beceriye sahip olamayabileceği için sağlık çalışanlarının sundukları hizmetin teknik kalitesini objektif değerlendiremezler. Ancak, hasta ve hasta yakınlarının kalite anlayışını en çok etkileyen kişilerarası kalitedir (6).

Hasta Yakını Ve Doktor İlişkisi

Doktorlar, hasta ve hasta yakınlarının sağlık kuruluşundan hizmet aldıkları süreçte ilişki kurdukları tek sağlık çalışanları değildir. Ancak hasta ve hasta yakınlarını önemli ölçüde etkileyen bir sağlık elemanıdır.

Özlü (2012) internette yayınladığı yazısında doktor ile hasta ve hasta yakını iletişimine katılımcı yönü ile değinmiştir. “Bugün için daha doğru bulduğumuz katılımcı yaklaşımdır. ... İşbirliği yaparak ortak amaç, hedef kapsamında bir araya gelmemiz, ortak düşünmemiz, tanı, tedavi sürecini birlikte yönetmemiz, kararları birlikte almamız, birlikte uygulamamız, birlikte denetlememiz gerekiyor. Hekim veya başka sağlık çalışanı, hasta veya hasta yakınlarını her şeyden bilgilendiriyor, sorularını yanıtlıyor, endişelerini gideriyor, olması gerekenler hakkında söz ederek anlatıyor, alternatif tedavileri anlatıyor, tedaviden ortaya çıkabilecek yan etki veya istenmeye tedavinin maliyetinden söz ediyor. Bu tedavi yapılmadığı zaman ortaya çıkabilecek sonuçlara ne yapılacağına hasta ile birlikte karar veriyorlar. ... Bu anlayışı hastaya dönük şu ifademizle resmedebiliriz: Sizi anlıyorum. Size gereken desteği vereceğim. Ama, bu sorunu ancak birlikte çalışarak çözebiliriz ” (155).

Hasta ve yakınları ile hekimler aynı amaç için çalışan bir bütünün parçalarıdır. Hedefe ulaşabilmek için uyumlu çalışmaları gerekiyor. Bu uyum ne derece iyi olursa hasta ve hasta yakınları memnuniyeti de o derece iyi olacaktır.

Bazı durumlarda hasta ve yakınları kendilerini ifade etmekte zorlanabilirler. Bu nedenle doktorların iletişim becerileri çok önemlidir. Doktorların önemli bir görevi de hasta ve yakınlarının söylediklerinin yanında bir de ne demek istediklerini anlamaktır. Doktorların hasta ve yakınlarına karşı olan görevi sadece tıbbi değil aynı zamanda sosyal yönden etkili iletişim kurabilmektir. Hastaya yaklaşırken, hasta ve yakınlarını içinde buldukları ruh halini göz önüne almalıdır. Doktorlar hasta ile konuşurken kelimelerin seçimine özen göstermelidir (6).

Aydoğan (2006) “Aile hekimliğinde hasta memnuniyeti” adlı çalışmasında hasta ile doktor iletişimde iki tarafın davranışlarının da etkili olduğuna yer vererek değinmiştir. “Genel memnuniyet araştırmalarının sonuçlarında da hastalar için hastanenin diğer hizmetlerine göre doktorların kişisel becerileri ve teknik becerilerinin daha önemli olduğu izlenmiştir. Yüzlerce araştırma sonuçlarına göre, doktor davranışlarının hastane çıktılarını, özellikle de hasta memnuniyetini etkilediği bilinmektedir. Hastayla doktor arasındaki ilişki çok farklı faktörlerden etkilenmektedir. İlişkinin şekli ve niteliğini belirleyen bazen doktorlara ait özellikler olduğu gibi, bazen de hastanın özellikleri olmaktadır” (156).

Doktorlar ile hasta ve yakınları arasındaki iletişim hasta yakını memnuniyetini etkilemektedir. Hasta doktor iletişiminin kalitesi, hastaların doktor önerilerine uymalarını yönündeki davranışlarını etkilediği birçok araştırmacı tarafından tespit edilmiştir. Doktorların hasta ve yakınlarına; arkadaşça, samimi bir şekilde yaklaşmalarının, hastaya zaman ayırmalarının, ayrılan zamanın bir kısmını tıp dışı sosyal konuları konuşarak geçirmelerinin, hastaya ilgi göstermelerinin, hastaların kendilerini ifade etmelerine imkân tanımalarının, hasta ve yakınlarının doktor önerilerini yerine getirmede etkili olmaktadır. Hasta ve hasta yakını memnuniyetini önemli ölçüde etkilediği, birçok araştırma tarafından desteklenmektedir. Doktorların kişilerarası iletişim becerileri hasta ve hasta yakını memnuniyetini etkileyen önemli faktördür. Hasta yakınları doktorların verdiği sağlık hizmet kalitesini değerlendirirken, doktorların tıp alanındaki uzmanlık bilgilerinden daha çok, doktorların dinleme becerileri, duyarlı olma durumları, yeterli zaman ayırmaları, nezaket ve saygı gösterme gibi becerilerini göz önünde bulundurmaktadırlar (6).

Hasta Yakını Hemşire İlişkisi

Hasta ve hasta yakınlarının servise kabulünden taburculuk işlemlerine kadar geçen süreçte 24 saat içinde en çok etkileşim içinde olduğu meslek grubu hemşirelerdir. Hasta ve yakınlarının teşhis ve tedavi işlemleri ile bu işlemler sırasında yaşadığı olaylardan nasıl etkilendiğini en yakından gören, gözlemleyebilen sağlık çalışanı hemşirelerdir. Hasta ve yakınları ile bu kadar çok vakit geçiren hemşirelerin hasta ve hasta yakınları ile olan etkileşimleri hasta yakını memnuniyetini doğal olarak etkilemektedir.

Hasta ve yakınlarının servise kabulünden taburcu olana kadar geçen süreçte hasta yakını memnuniyetini oluşturmada ve artırmada hemşirelere büyük sorumluluklar düşmektedir.

Öz ve Sevil (2012) “Pediatri kliniğinde tedavi gören hastaların ebeveynlerinin hemşirelik hizmetlerinden beklentilerinin incelenmesi” adlı araştırmalarında hasta yakını hemşire ilişkisine profesyonellik yönlerine değinerek yer vermişlerdir. “Günümüzde çocuk hemşireliğinde bakım aile merkezli bakıma dönüşmüştür. Profesyonel bir hemşire her birey/hasta için en kaliteli bakımı sağlamaktan sorumludur. Hemşirelerin profesyonel rolleri; bakım verici, eğitici, işbirlikçi, araştırmacı, savunucu ve

bakım rolleri içerir. Hasta ve yakınları ile kurulacak olumlu ilişkiler hemşirelerin işlevlerini yapmalarını kolaylaştıracak dolayısıyla hasta bakımında etkinliği artıracaktır. Hasta ve ailesinin sorunların üstesinden gelebilmelerinde hemşirenin bilgi verici destekleyici yardımına gereksinimleri vardır” (157).

Hasta ve yakınlarının hemşirelerle karşılıklı iletişimde her iki tarafında soyo-demografik ve kültürel özellikleri rol oynamaktadır. Hemşirelerin gülyüzlü, nezaketli ve saygılı davranışları hasta ve hasta yakını memnuniyetinin oluşumunda olumlu katkılar sunmaktadır (6).

Hasta Yakınının Diğer Çalışanlarla İlişkisi

Hastanelerden sağlık hizmeti alan hasta ve hasta yakınları doktor ve hemşire başta olmak üzere birçok meslek grubu ile etkileşim içinde bulunurlar. Hasta ve hasta yakınları sağlık kuruluşuna girişteki güvenlik görevlisi ile başlayan iletişimi, temizlik çalışanı, yemek dağıtan görevli, diyetisyen, laboratuvar teknisyeni gibi meslek grupları ile devam ederler. Hastaneye girişten taburcu oluncaya kadar hastanede karşılaştıkları her görevlinin davranışlarını ve verdiği hizmeti kendi algıları çerçevesinde yorumlayarak memnuniyet derecelerine karar verirler.

Aydoğan (2006) “Aile hekimliğinde hasta memnuniyeti” adlı araştırmasında hasta yakını diğer çalışan ilişkisine ekip yönü ile değinmektedir. “Hastalar her zaman yüksek kalitede hizmet beklentisi içinde oldukları için hastaneye giriş anından itibaren ilişki kurdukları her birimi, çalışanı, verilen hizmeti incelenmektedirler. Hastaların karşılaştıkları herhangi bir olumsuz olaydan etkilendikledikleri kişinin hekim veya hizmetli olması o anda fark etmediği için hastanenin her bireyinin hizmetin birer sunucusu olarak hizmetin içerisindeki yerini alması ve görevini en iyi şekilde yerine getirmesi gerekmektedir” (156).

Hastanelerde verilen sağlık hizmetleri ekip işidir. Ekip çalışanlarından birinin hareketi diğer çalışanların değerlendirilmesinde etkilidir. Hizmetin bir parçasında yaşanan eksiklik veya kusur hasta ve hasta yakınları tarafından hastanenin genel imajını olumsuz olarak algılamalarına neden olabilir. Kaliteli sağlık hizmeti sunumunda ve hasta yakını memnuniyeti oluşumunda hastanelerde görevli tüm çalışanlar sorumludur. Diğer çalışanlar ile hasta yakınları arasındaki etkileşim düzeyinin hasta yakınlarının memnuniyeti üzerinde büyük etkisi vardır (6).

Bilgilendirme

Bireyler hastalandığı zaman en zorlandıkları durum hasta ve hasta yakınlarının şimdiye kadar hiç bilgi sahibi olmadıkları bir süreç ile karşılaşmalarıdır. Hasta ve yakınlarının sağlık hizmeti alma konusunda sağlık çalışanına bağımlık durumu söz konusudur.

Özer (2007) “Şişli Eftal Eğitim Araştırma Hastanesi polikliniklerine başvuran hastalarla yapılan anket çalışması ile hasta-hekim iletişiminin incelenmesi” konulu araştırmasında hasta ve yakınlarını bilgilendirme konusuna şu şekilde değinmiştir: “Doktorun hastasına zaman ayırması hastanın soru sormasına izin vermesi ve hastasını hastalığı konusunda bilgilendirmesi hastayı etkilemekte ve doktoruna duyduğu güveni artırmaktadır” (160).

Hasta ve yakınlarının uygulanacak tedavi ve bakım konusunda bilgilendirerek, yapılacak işlemler hakkında onaylarının alınması memnuniyet kavramının oluşmasında çok etkili bir faktördür. Hekimler hasta ve yakınlarını önce bilgilendirmeli ardından aydınlattıktan sonra onaylarını almalıdır.

Aydoğan (2006) “Aile hekimliğinde hasta memnuniyeti” adlı araştırmasında hasta yakını bilgilendirme konusuna şu şekilde değinmektedir: “ Hasta ve yakınlarının hastalık durumunu daha anlayışla kabullenerek karşılayabilmelerinin en makul yolunun tıbbi personel tarafından bilgilendirmeden geçtiği bilinmektedir. Hasta; durumunu, başından ne geçtiği, ne kadar süre bu durumda kalacağını, ne gibi bir tedavi sürecinden geçeceğini merak etmektedir. Özellikle kronik, uzun süreli kaygı verici hastalıklarla karşılaşan hastalar için bu süreç daha da güçleşmektedir. Hasta ve aileleri, tıbbi personelden merak içinde hastalık ve tedavi sürecine ilişkin bilgi beklemektedir” (156).

Sağlık kurumlarında görevli olarak çalışan tüm sağlık çalışanlarının kendi uzmanlık alanları çerçevesinde hasta ve hasta yakınlarının anlayabileceği bir dil kullanarak, hastalıkları, tedavileri, bakımları, hastanede kalış süreleri, hastanenin fiziki şartları, hastanenin genel kuralları gibi konularda onları bilgilendirmeleri memnuniyet oluşum sürecinde önem taşımaktadır (6).

Beslenme Hizmetleri

Hasta ve hasta yakınlarının kendilerine sunulan sağlık hizmetlerinden memnuniyet derecesini etkileyen önemli etmenlerden bir de beslenme hizmetidir. Özellikle hastaneye ilk kez yatanların hastane yemeklerinde alışkın olduğu tat ve lezzeti bulamaması hastane uyumunda etkili olmaktadır.

Aydoğan (2006) “Aile hekimliğinde hasta memnuniyeti” adlı çalışmasında hasta ve hasta yakınlarına sunulan beslenme hizmetlerinde memnuniyeti etkileyen etmenlere değinmiştir: “Hastaların diyet hizmetlerinden memnuniyetleri ile ilgili en büyük sorun çoğunlukla diyet yapmamış hastaların bu değişikliği kabul etmeyerek, yiyeceklerin çeşit, miktar ve lezzetlerini beğenmemeleridir. Hasta bireyin bu değişikliği anlayabilmesi için hastane diyet uzmanı tarafından bilgilendirilmesi gerekir. Bu bilgilendirme doktor ve hemşirelerin bilgilendirmesi ile desteklenmelidir” (156).

Hasta ve yakınları sağlık hizmetlerini değerlendirme aşamasında kendilerine sunulan yemeklerin kalitesi yanında yemeklerin sunum şekillerini de göz önünde bulundurarak memnuniyet derecelerini ifade etmektedir (6).

Fiziksel Çevre Ve Koşulları

Sağlık kurumlarında hasta ve hasta yakınlarının hastanenin fiziksel koşulları ve hastanede yaşanan odanın fiziksel koşulları önem verdikleri memnuniyet faktörlerinden biridir. Aydınlatma, ısıtma, oda genişliği, çevre temizliği, banyolar, müdahale yapılan ortamların koşulları, hastaneye gelen diğer hastaların fiziksel görünümü gibi hasta ve yakınlarının ilişkide olduğu birimleri koşulları memnuniyeti etkilemektedir.

Çamyemiş (2011) “Saray devlet hastanesinde hasta yakınlarını sağlık hizmetlerinden memnuniyeti” adlı çalışmasında hastanelerde fiziksel çevre ve koşullarına şu şekilde değinmiştir: “ Fiziksel çevre ve koşulları kapsamında hasta ve hasta yakını tatminini etkileyen en önemli unsurlardan biri temizliktir. Hasta ve yakınları bir sağlık kurumunda en çok temizlik konusuna özen göstermelidir. Şikâyet konularının başında temizlik gelmektedir” (161).

Ülkemiz hastanelerinde temizlik konusuna giderek özen gösterilmektedir. Hasta ve yakınlarını memnun edebilmek için genel temizlik ve fiziksel çevre koşullarına da daha duyarlı yaklaşılmaktadır (6).

Bürokratik işlemler

Aydoğan (2006) “Aile hekimliğinde hasta memnuniyeti” adlı çalışmasında hastanelerdeki bürokratik işlemlerin hasta yakını memnuniyeti ilişkisine zaman kaybı yönü ile değinmektedir. “Hasta memnuniyetini etkileyen en önemli boyutlardan biri de hastanedeki bürokratik engellerden kaynaklanan zaman kayıpları ve işlem sırasındaki uzun beklemler olarak belirtilmektedir. Pek çok hastane için hastaların yatış ve taburcu hizmetleri, hasta ve yakınlarının uzun süre beklemlerinden dolayı, sorun haline dönüşebilmektedir. Hasta ve yakınlarının zaman kaybından dolayı mutsuz ve memnuniyetsiz oldukları gözlenmektedir. Hasta memnuniyetinin sağlanmasında zaman faktörünün önemli olduğu zamana ilişkin memnuniyetsizliklerin hastalığın tanısı aşamasından sonra hastaneye yatış ve tedavi sırasında olmak üzere üç şekilde ortaya çıktığı belirtilmektedir. Sağlık hizmetlerinden yararlanmak için bekleme odalarındaki bekleyişlerin uzunluğu, randevu alınmasıyla muayenenin gerçekleşme arasındaki zaman kayıpları da bu memnuniyetsizlik kaynakları arasında gösterilmektedir ” (153).

Hasta ve yakınlarının hastanelerden hizmet alırken karşılaştıkları işlemlerin sayısı ve bu işlemlerin tamamlanması için geçen sürenin uzun veya kısa olması hasta ve hasta yakını memnuniyet durumunu etkileyen faktörlerdendir.

Hasta ve hasta yakınları sağlık kurumuna geldikleri zaman işlerini; muayene, tetkik, tedavi gibi ne yapılması gerekiyorsa bir an önce yapılmasını ve sağlık çalışanlarının onları çok acele iyileştirmelerini beklemektedirler (6).

Güven

Güven dünyadaki bütün canlıların hissetmek istedikleri bir duygudur. Her birey güven duyduğu ortamlarda bulunurlar ve güvendikleri kurumları tercih ederler. Hasta ve hasta yakınları için de durum aynıdır, sağlık hizmeti alacakları kuruma güven duyarlar ise o kurumlardan tekrar hizmet talep ederler. Bireyler hastalandığı zaman özellikle de hastaneye yatma durumlarında hem fiziksel hem de sosyal çevresi değişmekte olduğu için bireylerde yalnızlık önemsenmeme, reddetme, korku, çaresizlik ve güvensizlik gibi duyguları meydana gelmektedir.

Çamyemiş (2011) “Saray devlet hastanesinde hasta yakınlarını sağlık hizmetlerinden memnuniyeti” adlı araştırmasında hastanelerde güven konusuna

aşağıdaki cümlelerle yer vermiştir: “Hastalar ve hasta yakınları aldıkları hizmetin yeterli ve doğru olduğuna inanmak isterler. Hastane yönetimi bunu, hastaların ve hasta yakınlarının hastaneye güven duymasıyla sağlayabilir. Eğer hasta ve hasta yakınları tüm işlemlerden anlayabileceği şekilde bilgilendirilirse ve tedavi kararına katılımları sağlanırsa, hastada ve hasta yakınlarında güven duygusunun oluşması sağlanabilir. Güven duygusunun yaratılmasının en önemli ölçütleri hastanın mahremiyetine dikkat edilmesidir. Mahremiyet, hasta ile ilgili her türlü bilginin gizliliğinin korunmasıdır. Ayrıca mahremiyet, hasta haklarından da biridir. Hasta mahremiyetinin korunması, hastada olduğu kadar hasta yakınlarında da güven duygusunun yaratılmasını sağlamaktır ” (156).

Sağlık kurumları hastaların kendilerine güvenebilecekleri ortamları sağlamaları için gerekli tüm faaliyetleri yapmalıdır (6).

Ücretlendirme Durumu

Hasta ve hasta yakınları sağlık hizmeti aldıkları sağlık kuruluşlarını değerlendirirken sağlık kurumuna ödeyecekleri ücretleri de göz önünde bulundurarak memnuniyetlerinin durumuna karar verirler.

Aydoğan (2006) “Aile hekimliğinde hasta memnuniyeti” adlı araştırmasında hastanelerdeki ücretlendirme işlemleri hasta yakını memnuniyeti ilişkisine şu şekilde değinmektedir: “Yararlandığı sağlık hizmetini ödeme gücü olan hasta, hastaneden ödediklerinin karşılığını hatta sağlığı sosyal bir kavram olarak değerlendirerek daha da fazlasını istemektedir. Ücret konusu hastane seçiminde de önemli bir faktördür. Hastalar ödedikleri ücretin karşılığı olarak yaralandıkları hizmetin kendileri için verimli olmasını istemektedirler. Hastanın hastanede sadece bakımı satın almadığı, iyi hizmet, faydalı bakım beklentisi ve umudu satın aldıkları ifade edilmektedir. Hastalar ödedikleri ücret karşılığında, iyi eğitilmiş personel, bilgilendirme, kaliteli otelcilik hizmetleri, ilgi, nezaket ve sevgi istemektedirler. Hastaların bağlı oldukları sigorta niteliği de hastaların değerlendirme ölçütlerini etkileyebilmektedir. Hizmeti karşılama mali sıkıntısı olmayan sigortalara bağlı hastaların, fiyat ve maliyetlere karşı kayıtsız bir tutum sergiledikleri belirtilmiştir ” (153).

Ekonomik sorunu olmayan hasta ve hasta yakınları hizmet aldıkları sağlık kurumlarını sağlık hizmeti veren kurumların ötesinde sosyal bir tesis gibi görmekte ve

bu yönde hizmet alma beklentisi içine girmekte; ödemelerinin karşıladığını hatta daha fazlasını sağlık kurumlarından beklemektedirler. Bazı hasta yakınları haklarını ve sınırlarını bilemiyor. Sağlık çalışanlarından kaliteli sağlık hizmeti sunmalarından daha fazlasını beklemektedirler. Bazıları fazla ileri giderek kendilerini hastanenin patronu, sağlık çalışanlarını da kendi şahsi hizmetlerini karşılamakla görevli hizmetliler gibi görmektedir. Profesyonel çalışan sağlıkçılar duracakları yeri çok iyi bildikleri için, bu kişilerin sağlık kuruluşundan talep edilmemesi gereken fazla olan beklentilerini kibarca reddetmektedir.

Son zamanlarda yasalarımızda yapılan düzenlemeler ile ekonomik durumu iyi olmayan ailelerin çocukları hiçbir ücret ödmeden tüm sağlık hizmetlerinden faydalanmaktadır. Yapılan yasal düzenlemeler ile 18 yaş altında olan tüm çocukların sağlık giderleri devlet tarafından karşılanmaktadır. Ailenin sağlık güvencesinin olmaması çocuğun sağlık hizmeti almasında bir sorun oluşturmamaktadır, çocuklar her türlü sağlık hizmetlerinden ücretsiz faydalanmaktadır (6).

2.21.4. Hasta Yakını Memnuniyetinin Ölçülmesi

Hasta yakını memnuniyetini ölçmede en önemli faktörler genellikle sosyal, kültürel, ekonomik, psikolojik ve etnik faktörlerdir. Özellikle yaşanan sosyal çevrenin etkileri fazladır. Mega kentlerde yaşayanlarla yaşamayanların memnuniyete bakış açısı farklıdır. Bunda kültürel, ekonomik, psikolojik ve etnik etmenler önemli rol oynamakta ve sağlık alanında çok etkili olmaktadır. Tüm sağlık ekibinin hasta ve hasta yakınları ile olan iletişiminin memnuniyet üzerinde büyük etkisi vardır. Sağlık çalışanının eğitim durumu, deneyimi de hasta bakım kalitesini ve memnuniyetini artırır.

Önsüz ve arkadaşları (2008) “ İstanbul’da bir Tıp Fakültesi Hastanesinde yatan hastaların memnuniyet düzeyi”ni ölçtükleri araştırmalarında ölçme konusu ile ilgili düşüncelerini aşağıdaki cümlelerle ifade etmişlerdir: “Kalite ölçütü olarak hasta ve hasta yakını memnuniyetini ölçmenin önemi tartışılmayacak kadar ortadadır. Memnuniyete ilişkin bilginin kalite değerlendirmesinde olduğu kadar sağlık bakım sistemlerinin şekillenmesinde ve yönetiminde de çok değerli olduğu kaydedilmektedir. Son yıllarda gerek kamusal gerekse özel sağlık kuruluşlarında memnuniyet konusuna giderek daha çok ilgi duyulmakta ve ölçüm çalışmaları yaygınlaşmaktadır ” (157).

Bir konu hakkında bilgi sahibi olabilmekte için onu ölçmemiz gerekmektedir. Her meslekte olduğu gibi, sağlık sektöründe de verilen hizmet ölçümü hizmet kalitesinin daha da artırılmasında çok önemlidir. Memnuniyet ölçümü, karşılaştırmaya olanak sağlar, standardizasyonu geliştirir. Sonuçları birçok konuya yön verebilecek olan hasta yakınlarında memnuniyet durumlarını objektif ölçebilmek çok zordur, bireylerin duyguları, düşünceleri, algıları işe karıştığı için hasta yakınları aldıkları sağlık hizmetini değerlendirirken gerçekleri yansıtan cevapları bildirmeyebilirler. Ölçme konusu ne kadar zor olursa olsun mümkün olduğu kadar objektifliği yakalayarak düzenli olarak hasta/hasta yakını memnuniyeti ölçülerek ulaşılan veriler doğrultusunda gerekli düzenlemeler yaparak, sağlık sektörümüzün kalitesi artırılmalıdır.

Hasta ve hasta yakınları bir hizmeti tekrar alıp almayacağına karar verirken, daha önceki dönemlerde almış oldukları tecrübeler ve bu tecrübelerin karşılığındaki birikimlerinin yönlendirmesine göre hareket ederler. Eğer aldıkları kalite bekledikleri performanstan fazla ise memnun olurlar ve aynı kurumdan tekrar hizmet almak için aynı kurumu tercih ederler (6).

2.21.5. Hasta Yakını Memnuniyeti Ölçüm Yöntemleri

Hasta ve hasta yakını memnuniyet durumlarını ölçmede doğrudan (direkt) veya endirekt (dolaylı) yöntemler kullanılabilir. Direkt olarak kabul edilen ölçme yöntemi: önceden belirlenmiş parametreler doğrultusunda hasta ve hasta yakınlarına; yüz yüze yapılan anket, telefonla yapılan anket veya posta ile yapılan anketler gibi çalışmaları içermektedir. Endirekt ölçme yöntemi ise hasta yakınına doğrudan sorulmayan hasta yakınlarının teşekkür veya şikâyetleri gibi hasta yakınlarının kendiliğinden yaptığı geri bildirimler ile elde edilen dolaylı ölçüm şeklini ifade etmektedir.

İki ölçme şeklinin de kendine göre avantajlı ve dezavantajlı tarafları mevcuttur. Sağlık kurumu için en iyi olan ölçüm şekli kurumdan kuruma değişiklik gösterir. Her kuruluşun stratejik amaçlarına uyan ölçme yöntemi uygulamalıdır. Direkt yöntemde hasta ve yakınlarının duygu ve düşünceleri amaca yönelik soru ve cevaplar ile doğrudan öğrenebileceği için avantajlıdır. Endirekt ölçmenin avantajlı olduğu tarafı ise hasta ve yakınlarına bir müdahale yapılmadığı için onlar rahatsız edilmeden ve yönlendirilmeden içlerinden geldiği gibi doğal verilere ulaşabilmektir.

Hasta ve hasta yakınlarına uygulanan anket formlarında hastanın kişilik bilgilerinin olmaması ankete katılacak kişilerin soruları daha rahat cevaplamasını, daha doğru verilere ulaşılmayı sağlar.

Sağlık kurumları kendi içinde hasta ve hasta yakını memnuniyetini ölçebilmek için sağlık hizmetlerinin hasta ve hasta yakınlarında oluşturduğu memnuniyet ya da memnuniyetsizlik duygularını düzenli aralıklarla hasta ve hasta yakınlarına uygun sorular yönelterek ölçmelidir. Elde edilen veriler istatistiksel yöntemlerle değerlendirilmelidir. Verilerinin değerlendirilmesi aşamasında verilere en uygun olan istatistiksel yöntemler uygulanmalıdır (6).

2.21.6. Hasta Yakını Memnuniyetsizliğinin Sonuç Ve Etkileri

Akçay ve arkadaşları (2011) “Servergazi devlet hastanesinde hasta ve yakınları memnuniyeti yönetim sistemlerinin kurulması ve uygulanması” üzerine yaptıkları çalışmada hasta yakını memnuniyetsizliğinin sonuç ve etkilerine şu şekilde değinmişlerdir:

- “Memnuniyetsiz müşterilerin ancak %3-4’ü şikâyetlerini iletmektedirler.
- Memnuniyetsiz her müşteri bunu ortalama 8-16 müşteriye söylemektedir. %10’u 20’den fazla kişiye anlatmaktadır.
- Memnuniyetsiz müşterinin %90’ı o ürün ve hizmeti satın almamaktadır.
- Yeni müşteri kazanma maliyeti, mevcut müşteriye elde tutma maliyetinin 5 katıdır.
- Sürekli müşteri kaybeden kurumlar için itibarın geri kazanması mümkün olmayabilir.”

Hasta yakınları memnuniyetsizliklerini genellikle yetkili mercilere ifade etmek istemezler. Bazıları hasta yakınları şikâyet olarak gördüğü için bazıları kendilerine ve kuruma olumlu dönüşlerinin olabileceğinin hesabını yapamadıkları için bazıları da önemsemedikleri için aldıkları hizmetler hakkında yetkili makamlara geri bildirimler yapmazlar. Ama memnuniyetsiz bu hasta yakınları; yakın çevrelerine, arkadaşlarına, komşularına, tanıdıklarına sağlık kurumlarında yaşadıkları olumsuz deneyimleri aktararak, sağlık kurumunun imajını olumsuz yönde etkilemektedir. Memnun kalmayan hasta yakınları memnun kalmadığı sağlık kurumundan tekrar hizmet almazlar ve çevresindeki sevdiklerinin de o kurumdan hizmet almaması için çalışır. Sağlık

kurumlarından memnun olmayan hasta ve yakını sayılarının artması ile hastalar zamanla kurumdan ayağını keser. Hasta yakınları mutlu oldukları zaman dilden dile onları mutlu eden kurumları anlatırlar, hasta memnuniyetini sağlayan sağlık kurumlarının reklama ihtiyacı kalmaz, bu kurumların memnun ettiği her hasta ve yakınları sağlık kurumunun reklamını gönüllü olarak yapar. Sağlık kurumları tarafından; hasta ve yakınlarını anlamaya çalışmalı ve önemsenmelidir (6).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yöntemi

Bu araştırmada verileri toplamaya başlamadan önce, T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Kars İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden 14.06.2016 tarih ve 82134845/806.02.02 sayılı yazı ve aynı Sekreterliğe bağlı Kars Harakani Devlet Hastanesi'nden 09.05.2016 tarih ve 42288353/5.280 sayılı yazı ile anket çalışması izinleri alınmıştır (EK 3). Okan Üniversitesi Etik Kurulu, 19.10.2016 tarih ve 77 sayılı toplantıda çalışmamıza Etik Kurul Onay'ı vermiştir (EK 4). Araştırma için Hasta Yakını Onam Formu (EK 2), Anket Formu (EK 1) ve "Memnuniyet Ölçeği" (EK 1) izni alınmıştır.

3.2 Veri Toplama Araçları

Bu çalışmada "Kars merkez İlçede Harakani Devlet Hastanesi, Evde Sağlık Hizmetleri Birimi'nden yararlanan hasta ve hasta yakınlarının sosyodemografik özellikleri ve hasta yakınlarının memnuniyet düzeyini belirlemek için veri toplama aracı olarak anket yöntemi kullanılmıştır. Anket verileri Kars merkez İlçede Harakani Devlet Hastanesi Evde Sağlık Hizmeti Koordinasyon Merkezi'nin hazırladığı hasta takip formları incelenerek toplanmıştır. Evde bakım alacak hastanın birinci derece yakını yada bakımından sorumlu olan kişiden sözel ve yazılı onam alınarak, yüz yüze görüşme ile anket (EK 1) uygulanmıştır.

Anket üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde hasta yakınları ve hastaların sosyodemografik özelliklerini içeren 19 soru bulunmaktadır. İkinci bölümde evde sağlık hizmetlerine başvuru sürecini belirlemeye yönelik toplam 6 soru sorulmuştur. Üçüncü bölümde ise evde sağlık hizmetlerinden hasta yakınlarının memnuniyetlerini ölçmeye yönelik ifadeleri içeren 18 maddelik Likert tipi ölçek kullanılmıştır. Bu ölçek; deneklerin görüşlerini, ilgili öneriye veya ifadeye katılım düzeylerini belirlemeye olanak sağlayan bir tekniktir. Ölçekteki ifadelerin oluşturulmasında ilgili literatürden (2) yararlanılmış; geçerlilik ve güvenilirlik analizi yapılmıştır. Ölçekte maddelere katılım düzeyini ifade etmek için 5'li Likert tipi derecelendirme kullanılmıştır. Bu dereceleme, Kesinlikle katılıyorum (5), Katılıyorum (4), Kararsızım (3), Katılmıyorum (2), Kesinlikle Katılmıyorum (1) şeklinde sıralanmıştır. Ölçekteki puanlar "Kesinlikle Katılıyorum" kategorisinden başlayarak 5,4,3,2,1 şeklinde puanlanmış olup 5'

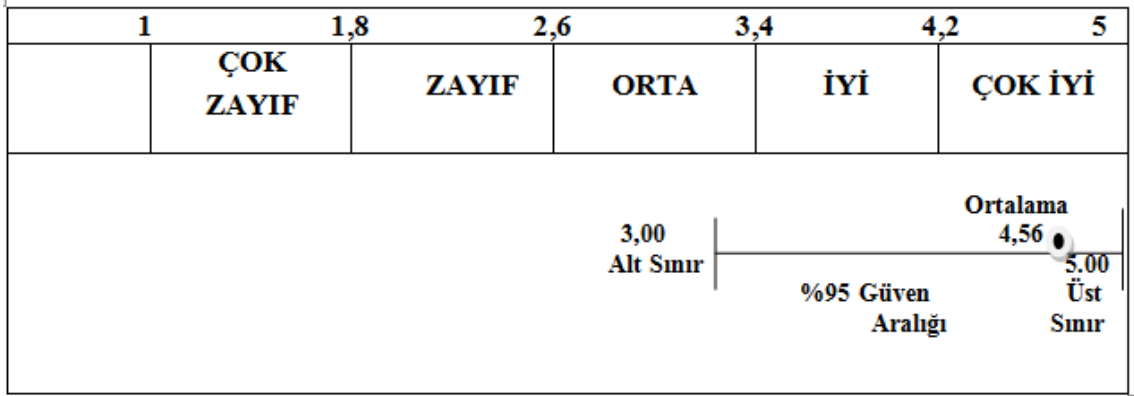
yaklaştıkça önermeye katılım düzeyleri yüksek, 1'e yaklaştıkça düşük olduğu kabul edilmiştir (158, 159).

Ölçekte 1-5 arasında dört aralık bulunmaktadır. Her aralığın puanlanması, aralık sayısının madde sayısına bölünmesiyle elde edilmektedir. Yapılan işlem $4:5=0.80$ şeklinde formüle edilmiş ve elde edilen sonuçtan hareketle her aralığın 0.80 puanı kapsamaları gerekmektedir. Puan aralığı Tablo 3 ve Şekil 4'de gösterilmiştir (166).

Tablo 3: Puan Aralığı Tablosu

Puan Aralığı	Seçenekler
1.00/1.80 Aralığı:	Kesinlikle Katılmıyorum/Çok zayıf
1.81/2.60 Aralığı:	Katılmıyorum/ Zayıf
2.61/3.40 Aralığı:	Kararsızım/ Orta
3.41/4.20 Aralığı:	Katılıyorum/ İyi
4.21/5.00 Aralığı:	Kesinlikle katılıyorum/ Çok iyi

Şekil 4: Kars İl Merkezi Genel Memnuniyet Ortalaması



Araştırmanın Pilot Çalışması

Kars merkezde evde sağlık hizmeti alan hasta yakınlarına öncelikle bu çalışmanın bir benzeri, pilot uygulama olarak yapılmıştır. Bu uygulamada herhangi bir sorunla karşılaşılmamış olup anket, pilot uygulamada hazırlandığı şekliyle gerçekleştirilmiştir.

Faktör Analizi

Memnuniyet ölçeğine Faktör Analizi (FA) uygulanmıştır. Bu analiz, birbiriyle ilişkili çok sayıda değişkeni bir araya getirerek az sayıda kavramsal olarak anlamlı yeni değişkenler (faktörler, boyutlar) bulmayı amaçlayan çok değişkenli bir istatistik olarak tanımlanabilir (159). Faktör Analizi'ne İ18 sorusu dahil edilmemiştir. İ18 sorusu genel memnuniyet sorusu olduğu için faktör analizine alınmamıştır. Geriye kalan 17 soru ile faktör analizi gerçekleştirilmiştir.

Faktör rotasyonu, Faktör Analizi sonucunda yorumlanması güç, çok sayıda ilişkili original değişkenden bağımsız, kavramsal olarak anlamlı az sayıda isimlendirilebilir ve yorumlanabilir faktörün (hipotetik değişken) bulunması işlemidir (160). Faktör rotasyonunda katsayıların 0,5'ten büyük olması ve değişkenler faktörlere yüklenirken birden fazla faktöre yüklenmesi durumunda katsayılar arası farkın 0,1'den büyük olması ölçü olarak kabul edilmiştir (150, 165).

Tablo 4: Faktör Rotasyonu

Bileşenler	F ₁	F ₂	F ₃
İ5	,616		
İ10	,669		
İ12	,794		
İ13	,844		
İ14	,776		
İ15	,820		
İ16	,744		
İ1		,663	
İ2		,736	
İ3		,712	
İ4		,534	
İ6		,667	
İ11		,636	
İ17		,783	
İ7			,847
İ8			,854
İ9			,845

Faktör ayrımları çerçevesinde faktör yükleri yukarıda gösterilmektedir. Faktör rotasyonu sonucu oluşan katsayılar 0,53 ila 0,85 arasında değişmektedir. Faktör analizi sonucu oluşan boyutların altındaki maddeler ve boyutlara (faktörlere) verilen isimler Tablo 4'de sunulmuştur.

Tablo 5: Faktör Boyut İsimleri

Faktörler	Boyut 17 Madde	
Faktör 1 Görevlilerin Hastanın Sağlığı Konusunda İlgisi ve Bilgilendirmesi	İ5	Evde sağlık hizmeti sunan sağlık personelinin hastanıza ayırdığı sürenin yeterlilik düzeyi
	İ10	Evde sağlık hizmeti sunan personelin hizmet sunumuna yönelik isteklilik düzeyi
	İ12	Evde sağlık hizmeti veren sağlık personelinin hastanın bulunduğu fiziksel ortamın nasıl olması gerektiği hususunda (hasta yatağı, oda ısısı vb.) sizi ve hastanızı bilgilendirme düzeyi
	İ13	Evde sağlık hizmeti veren sağlık personelinin hastanın hastalığı dışında beslenmesi, yatak yarısı, vb. konularla ilgilenme düzeyi
	İ14	Evde sağlık hizmeti veren sağlık personelinin hastanızın sağlık durumu ve tedavi işlemleri ile ilgili sorularınıza açıklayıcı ve yeterli cevap verme düzeyi
	İ15	Evde sağlık hizmeti veren sağlık personelinin hastanızın kullanacağı ilaçların ve tıbbi cihazların kullanım şekli konusunda sizi ve hastanızı yeterince bilgilendirme düzeyi.
	İ16	Evde sağlık hizmeti veren sağlık personelinin hastanızın kullanacağı ilaçların yan etkileri konusunda sizi ve hastanızı bilgilendirme düzeyi
Faktör 2 Görevlilerin Davranış Biçimi	İ1	Hastanız için evde sağlık hizmeti başvurmanız sırasında telefonda veya merkezdeki görevlilerin size gösterdiği nezaket düzeyi
	İ2	Evde sağlık hizmetine gelen sağlık personelinin size ve hastanıza karşı nezaket düzeyi
	İ3	Evde sağlık hizmeti veren sağlık personelinin tedavi işlemlerinde dikkatli ve titiz davranma düzeyi
	İ4	Hastanızın çeşitli nedenlerle (Röntgen, vb) hastaneye getirilip götürülme durumu oldu ise, evde sağlık hizmeti veren personelin bu transferde dikkatli ve titiz davranma düzeyi
	İ6	Evde sağlık hizmeti veren sağlık personeli hastanın mahremiyetine önem verme düzeyi
	İ11	Evde sağlık hizmeti sunan personelin hizmet sunumuna yönelik kıyafetinin uygunluğu
	İ17	Evde sağlık hizmeti veren sağlık personelinin hastanızın problemi olduğunda problemi çözmek için samimiyet düzeyi
Faktör 3 Resmi Prosedürler	İ7	Evde sağlık hizmeti sunumunda yapılan girişimsel işlemler için alınan rıza/onam ile ilgili bilgilendirme düzeyi
	İ8	Evde sağlık hizmeti veren personelin önceden belirlenmiş programa uyma
	İ9	Evde sağlık hizmetini sunan personelin hastanız ile ilgili kayıtların tutulmasındaki dikkat düzeyi

Faktör analizi sonucu oluşturulan boyutların altındaki maddeler ve boyutlara verilen isimler Tablo 5’de sunulmuştur.

Tablo 6: Faktör Alt Maddeleri Güvenirlik Analizi

Faktörler	Maddeler	Toplam Korelasyon Değeri	Cronbach Alpha Değeri
Faktör 1 Görevlilerin Hastanın Sağlığı Konusunda İlgisi ve Bilgilendirmesi	İ5	,616	,857
	İ10	,669	
	İ12	,794	
	İ13	,844	
	İ14	,776	
	İ15	,820	
	İ16	,744	
Faktör 2 Görevlilerin Davranış Biçimi	İ1	,663	,759
	İ2	,736	
	İ3	,712	
	İ4	,534	
	İ6	,667	
	İ11	,636	
	İ17	,783	
Faktör 3 Resmi Prosedürler	İ7	,847	,800
	İ8	,854	
	İ9	,845	

Cronbach Alfa Değeri, “Görevlilerin Hastanın Sağlığı Konusunda İlgisi ve Bilgilendirmesi” boyutu için 0,857, “Görevlilerin Davranış Biçimi” boyutu için 0,759, “Resmi Prosedür” boyutu için 0,800 bulunmuştur. Bu değerler ile ölçeğin güvenilir olduğu söylenebilir (165).

Faktör Analizi ve güvenilirlik testi sonucu 17 değişken, gruplanarak 3 değişkene dönüştürülmüştür. Dönüştürme işleminde her bir faktörün altındaki değişkenlerin ortalaması alınmış ve yeni değişkenler oluşturulmuştur. Ortalama alma işleminde grup içerisinde her bir katılımcı için cevap verilmeyen soru olduğu durumlarda, grup içerisinde cevapladığı diğer soruların ortalaması baz alınmıştır. Oluşturulan boyutların tanımlayıcı istatistikleri Tablo 6’da gösterilmektedir. “Görevlilerin Hastanın Sağlığı Konusunda İlgisi Ve Bilgilendirmesi” boyutu, “Görevlilerin Davranış Biçimi” ve “Resmi Prosedürler” boyutlarından yüksek bulunmuştur.

3.7. Ölçeğin Geçerlik ve Güvenirlik Analizi

Geçerlilik Analizi

Ölçeğin geçerliğine ilişkin bilgi toplamak amacıyla temel bileşenler analizi kullanılmıştır. Verilerin temel bileşenler analizine uygunluğu Kaiser-Meyer Olkin (KMO) katsayısı ve Barlett Küresellik testi ile incelenmiştir. KMO katsayısı verilerin ve örneklem büyüklüğünün seçilen analize uygun ve yeterli olduğunu belirlemede kullanılmaktadır. Değerlerin sıfır ya da sıfıra yakın çıkması durumunda, korelasyon dağılımında, bir dağınıklık olduğu için bu değerlere dayalı olarak yorum yapılamaz. Kaiser-Meyer-Olkin testi sonucunda, değer 0.50'den düşük olması halinde Faktör Analizi'ne devam edilemeyeceği yorumu yapılır (166).

Tablo 7: Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Yeterliliği İstatistiği (KMO) ve Bartlett Testi

Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Yeterliliği İstatistiği		,853
Bartlett Küresellik Testi	Ki-Kare Test İstatistiği	1410,651

($p < 0,01$).

KMO, testinde bulunan değer 0,50'nin altında ise kabul edilemez, 0,50 zayıf, 0,60 orta, 0,70 iyi, 0,80 çok iyi, 0,90 mükemmeldir (167).

KMO değerinin 1'e yakın bir değer olması (0,853) faktör değişkenlerinin birbirlerini yüksek derecede tahmin edebileceğini göstermektedir. Bartlett Küresellik Testi sonucuna göre Ki-Kare değeri 1410,651 saptanması, faktör analizi yapılabilmesi için değişkenler arasında istenen ilişkinin bulunduğunu göstermektedir ($p < 0,01$). KMO değeri 0,5'ten büyük ve Barlett testi sonucu anlamlı olduğu bu değerlerle veri seti faktör analizine uygun kabul edilir. KMO ve Bartlett Testlerinin sonuçları Tablo 7'de gösterilmiştir (151, 168).

Güvenirlik Analizi

Likert tipi ölçeğin güvenilirlik düzeyini saptamak için iç tutarlılığın bir ölçütü olan "Cronbach Alpha" katsayısı kullanılır. Bu katsayısı 1'e yaklaştıkça güvenilirlik artmakta; 0'a yaklaştıkça azalmaktadır.

Bu nedenle, “Görevlilerin Hastanın Sağlığı Konusunda İlgisi ve Bilgilendirmesi, Görevlilerin Davranış Biçimi ve Resmi Prosedürler”ine yönelik 18 maddeden oluşan Tutum Ölçeği’nin güvenilirliği için Cronbach Alpha katsayısı hesaplanmış ve 0,922 olarak bulunmuştur. Ayrıca, ölçme aracının her alt boyutu için iç tutarlılık katsayılarının her bir alt boyutu için Cronbach Alpha güvenirlik katsayıları “Görevlilerin Hastanın Sağlığı Konusunda İlgisi ve Bilgilendirmesi” boyutu $\alpha=0,857$; “Görevlilerin Davranış Biçimi” boyutu $\alpha=0,759$ ve “Resmi Prosedürler” boyutu $\alpha=0,800$ saptanmıştır.

Tablo 8: Boyutların Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk Testi

Boyutlar	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	İstatistik	N	Anlamlılık	İstatistik	N	Anlamlılık
Total	,186	179	,000	,862	179	,000
Faktör1	,150	179	,000	,848	179	,000
Faktör2	,215	179	,000	,786	179	,000
Faktör3	,145	179	,000	,812	179	,000

Boyutlar normal dağılıma uygun olup olmadıkları Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testi kullanılarak analiz edilmiştir. Yapılan analizlerde Tablo 8’de boyutların normal dağılım göstermedikleri sonucuna ulaşılmıştır ($p<0,01$).

3.6. Verilerin İstatistiksel Analizi

Anketlerle toplanan verilerin istatistiksel yöntemlerle analizi sonucu bulgular elde edilmiştir. Veriler, SPSS 21.0 (Statistical Packet For Social Sciences) paket programı ile analiz edilmiştir. Genel görünüm için ankette hasta ve hasta yakınlarına yöneltilen tüm sorulara ilişkin frekans analizleri yapılmıştır. Gerekli kısımlarda normal dağılıma uygunluk Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk Testi yapılmıştır. Normal dağılıma uygunluğun sağlanmaması nedeniyle tüm istatistiksel analizler parametrik olmayan testler kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

Memnuniyet Ölçeği sorularına Faktör Analizi uygulanmış ve sorular 3 boyuta indirgenmiştir. Kaiser-Meyer-Olkin Örnekleme Yeterlilik İstatistiği (KMO) ve Bartlett Küresellik Testi, gruplar arası karşılaştırmalarda ise iki grup için Mann-Whitney U Testi, ikiden fazla grup için Kruskal Wallis Varyans Analizi, Boyutlar Arası Spearman Korelasyon Değerleri uygulanmıştır. Analizler %95 güven düzeyleri dikkate alınarak gerçekleştirilmiştir. Test sonuçları $p<0,05$ anlamlılık düzeyinde yorumlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Sağlık sistemi içinde evde sağlık bakım hizmetlerinin önemi her geçen gün artmaktadır. Bu araştırma, “Kars merkez ilçede Harakani Devlet Hastanesi’nde Evde Sağlık Hizmetleri Birimi’nden yararlanan hasta ve hasta yakınlarının sosyodemografik yapılarının ve hasta yakınlarının evde sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi” amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Tanımlayıcı araştırma tipi, incelenecek olayın değişkenlerini (parametrelerini) ve bu değişkenler arasındaki ilişkileri açıklamaya çalışır.

Evde sağlık hizmetleri uygulaması, Türkiye’de yeni bir uygulama olması ve hasta yakınlarının ne düzeyde memnun olduklarının belirlenmesi önemlidir. Bu alanda da yeni çalışmalar yapılmaktadır. Yapılan bu çalışmalarda hasta yakınlarının memnuniyet düzeylerinin belirlenmesiyle ortaya çıkan sonuçlarla Sağlık Bakanlığı’na önemli veriler sağlanmış olacaktır. Bu geri bildirimler evde sağlık hizmetlerinin niteliğinin iyileştirilmesinde önem arz etmektedir.

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer Ve Zaman

3.3.1. Kars İli Hakkında Kısa Bilgi

Coğrafi yapısı bakımından Doğu Anadolu Bölgesi’nin kuzeydoğusunda yer alan Kars; doğudan Ermenistan Cumhuriyeti, batıdan Erzurum, kuzeyden Ardahan, güneyden ise Iğdır ve Ağrı illeri ile çevrilidir. İlin yüzölçümü 9.939 km² olup, nüfusu 2016 yılına göre 289.786’dır. İklimi karasaldır (146, 162).

Tarihsel olarak, Kars adının kaynağı Karsaklardan gelmektedir. Karsaklar, M.Ö. 130-127 yıllarında Kafkaslardan gelerek Kars çevresine yerleşmiş olan Karsaklar İl’e bu adı vermişlerdir. Böylece Kars Türkiye’deki en eski Türkçe İl adı ününü kazanmıştır. Divan-ı Lügat İt Türk adlı sözlükte Kars deve veya koyun yününden yapılan elbise, şal, kuşak dokuma anlamındadır. Kars tarihi birikimi ve doğası ile dikkat çeken bir şehirdir.

Yapılan araştırmalardan Kars’ın tarihi çağlardan beri yerleşim yeri olarak kullanıldığı anlaşılmaktadır. Kura ve Aras nehirleri boylarında yapılan kazılardan Kars’ın tarihi hakkında izlere raslanılmakta ve bilgi edinilmektedir. İran üzerinden gelen Doğubayazıt, Iğdır, Erzurum ve Erzincan üzerinden geçerek İç Anadolu’ya uzanan İpek Yolu da Kars’tan geçmektedir. Tarihte Kars, değişik zamanlarda birçok beylikler tarafından istila edilmiş; ancak, 30 Ekim 1920’de Kazım Karabekir

komutasındaki Türk Ordusu Kars'ı Ermeni işgalinden kurtararak Türk topraklarına katmıştır (147, 163, 164).

3.3.2. Kars Harakani Devlet Hastanesi

Kars'ta 2005 yılında inşa edilen Kars Devlet Hastanesi ve 1992 yılında yapılan Kadın Hastalıkları, Doğum ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi (Ek Hizmet Binası), yakın zamana kadar ana hizmet binalarında hizmet veriyordu. Bu iki hastane 01.01.2015 tarihinde 65.700 m² açık alana kurulan 37.000 m²'lik kapalı alana sahip Kars Harakani Devlet Hastanesi adı altında bir araya getirilmiştir. Bu hastanede 328 servis ve yoğun bakım yatağı bulunmakta olup hizmet vermeye başlamıştır (149, 162).

Kars İli'nde Evde Sağlık Bakım Hizmetinden sosyal güvencesi olan herkes ücret ödemediği yaralanabilmektedir. Bu hizmet, hastanın evinde, aile ortamından ayrılmadan verilmektedir.

Evde sağlık bakım hizmeti'nden yararlanmak için Sağlık Bakanlığı'na yürütülen ve tüm Türkiye genelinde kullanılan '444 EVDE' yani 444 38 33 No'lu telefonla mesai saatleri içinde ekiple iletişim kurulabilir. Hizmet talebinde bulunan kişinin bu hizmeti alması uygun görülmesi halinde hekim veya hemşire hizmet alacak kimsenin durumu hakkında bilgi almakta ve bu bilgi kapsamında evde bakım hizmeti verilmeye başlanmaktadır. Evde Sağlık Bakım Hizmeti, Kasım 2010 tarihinden beri verilmektedir (149). Araştırmanın verileri, Ağustos 2016 ve Kasım 2016 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Kars merkez ilçede evde sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı'na bağlı Kamu Hastaneler Birliği'ne ait birimler tarafından verilmektedir. Kars İli Kamu Hastaneler kurumundan çalışmamız için yazılı izin (EK 3) alarak, 2016 yılında yapılan bu araştırma, Harakani Devlet Hastanesi evde sağlık hizmetleri biriminden faydalanan hastaların yakınları ile yapılmıştır. Veriler Evde Sağlık Hizmeti Koordinasyon Merkezi'nin hazırladığı hasta takip formları incelenerek toplanmıştır. Kars İli Kamu Hastaneler Birliği 2016 Mayıs ayı verilerine göre; Kars Devlet Hastanesi'ne kayıtlı 332 hasta evde sağlık hizmeti almıştır. Araştırmanın evreni kayıtlı 332 hasta olup, %95 güven aralığı ve %5 hata oranı ile örneklem büyüklüğü (N) 179 olarak belirlenmiştir (170).

3.7. Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmanın amacını gerçekleştirmek için belirlenen hipotezler şunlardır:

H1₀: Kars İl merkezinde evde sağlık hizmeti alan hasta yakınlarının cinsiyetine göre boyutlar arasında anlamlı bir fark yoktur.

H1₁: Kars İl merkezinde evde sağlık hizmeti alan hasta yakınlarının cinsiyetine göre boyutlar arasında anlamlı bir fark vardır.

H2₀: Kars İl merkezinde evde sağlık hizmeti alan hasta yakınlarının medeni (evli-bekar) durumuna göre boyutlar arasında anlamlı bir fark yoktur.

H2₁: Kars İl merkezinde evde sağlık hizmeti alan hasta yakınlarının medeni (evli-bekar) durumuna göre boyutlar arasında anlamlı bir fark vardır.

H3₀: Kars İl merkezinde evde sağlık hizmeti alan hasta yakınlarının yaş gruplarına göre boyutlar arasında anlamlı bir fark yoktur.

H3₁: Kars İl merkezinde evde sağlık hizmeti alan hasta yakınlarının yaş gruplarına göre boyutlar arasında anlamlı bir fark vardır.

H4₀: Kars İl merkezinde evde sağlık hizmeti alan hasta yakınlarının eğitim durumuna göre boyutlar arasında anlamlı bir fark yoktur.

H4₁: Kars İl merkezinde evde sağlık hizmeti alan hasta yakınlarının eğitim durumuna göre boyutlar arasında anlamlı bir fark vardır.

H5₀: Kars İl merkezinde evde sağlık hizmeti alan hasta yakınlarının yakınlık derecesine göre boyutlar arasında anlamlı bir fark yoktur.

H5₁: Kars İl merkezinde evde sağlık hizmeti alan hasta yakınlarının yakınlık derecesine göre boyutlar arasında anlamlı bir fark vardır.

H6₀: Kars İl merkezinde evde sağlık hizmeti alan hasta yakınlarının mesleğine göre boyutlar arasında anlamlı bir fark yoktur.

H6₁: Kars İl merkezinde evde sağlık hizmeti alan hasta yakınlarının mesleğine göre boyutlar arasında anlamlı bir fark vardır.

H7₀: Kars İl merkezinde evde sağlık hizmeti alan hasta yakınlarının hasta ile birlikte kalma süresine göre boyutlar arasında anlamlı bir fark yoktur.

H7₁: Kars İl merkezinde evde sağlık hizmeti alan hasta yakınlarının hasta ile birlikte kalma süresine göre boyutlar arasında anlamlı bir fark vardır.

H8₀: Kars İl merkezinde evde sağlık hizmeti alan hasta yakınları aldıkları hizmetten memnun değillerdir

H8₁: Kars İl merkezinde evde sağlık hizmeti alan hasta yakınları aldıkları hizmetten memnundurlar.



4. BULGULAR

Evde sağlık hizmeti ile ilgili araştırma probleminin çözümü için, çalışmaya katılan 179 hasta yakınından anket yoluyla toplanan verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgular Tablo 9 ile 21 arasında gösterilmiştir.

4.1. Araştırmaya Katılan Hasta ve Hasta Yakınlarının Demografik Özellikleri

Kars Harakani Devlet Hastanesi Tıbbi Sağlık Bakım Hizmetleri birimine kayıtlı evde sağlık hizmetlerinden yararlanan ve araştırmaya katılan 179 hasta yakını ve hastalara ait demografik özellikler Tablo 9 ve 10’da gösterilmiştir.

4.1.1. Hasta Yakınlarının Demografik Özellikleri

Hasta yakınlarının demografik özellikleri, frekans ve yüzde dağılımları Tablo 9’da gösterilmiştir.

Tablo 9: Araştırmaya Katılan Hasta Yakınlarının Demografik Özellikleri

Yaş Grupları		
Demografik Özellikler	Frekans (N)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	78	43,6
Erkek	101	56,4
Toplam	179	100,0
20-30	28	15,6
31-40	49	27,4
41-50	34	19,0
51 +	68	38,0
Toplam	179	100,0
Medeni Durum		
Evli	150	83,8
Bekar	29	16,2
Toplam	179	100,0
Eğitim Durumu		
Okur yazar değil	33	9,3
Okur yazar	17	8,5
İlkokul	38	21,2
İlköğretim	20	11,2
Lise ve dengi okul	70	39,1
Üniversite ve üzeri	1	0,6
Toplam	179	100,0

Yakınlık Derecesi		
Kız	38	21,2
Oğlu/Gelini	84	46,9
Kardeşi	6	3,4
Annesi	12	1,1
Bakıcısı, Tanıdığı	12	1,1
Eşi	47	26,3
Toplam	179	100,0
Meslek Grupları		
Memur	25	14,0
İşi	28	15,6
Çiftçi	42	23,5
Ev Hanımı	46	25,7
Emekli	12	6,7
Çalışmıyor	23	12,8
Esnaf	3	1,7
Toplam	179	100,0
Hasta Yakınının Hasta İle Birlikte Olduğu Süre		
Sürekli Yanında Kalıyorum	149	63,2
1-30 gün	2	1,1
1-12 ay	9	5,0
1 -3 yıl	8	4,5
4 -5 yıl	11	6,1
Toplam	179	100,0

Tablo 9’da araştırmaya katılan hasta yakınlarının %43,6’sı (78 kişi) kadın, %56,4’ü (101 kişi) erkek; %15,6’sı (28 kişi) 20-30 yaş grubunda, %38,0’i (68 kişi) 51 yaş ve üzeri; %16,2’si (29 kişi) bekâr, %83,8’i (150 kişi) evli; %0,6’sının (1 kişi) eğitim düzeyi üniversite ve üzeri, %21,2’si (38 kişi) ilkokul, %39,1’i (70 kişi) lise ve dengi okul mezunu olduğu görölmektedir. Bununla birlikte katılımcı hasta yakınlarının “Hastaya Yakınlık Derecesi” ile ilgili soruya alınan yanıtların çoğunun; %46,9’nun (84 kişi) oğlu veya gelini, %26,3’ünün (47 kişi) eşi, %21,2’sinin (38 kişi) kızı olduğu görölmüştür. Hasta yakınlarının ankette belirtilen meslek gruplarına göre dağılım oranları ise, %1,7’si (3 kişi) esnaf, %23,5’i (42 kişi) çiftçi, %25,7’si (46 kişi) ev hanımı bulunmuştur. “Hasta Yakınının Hasta İle Birlikte Olduğu Süre” ile ilgili soruya alınan yanıtların dağılım oranları; %1,1’i (2 kişi) 1-30 gün arasında, %63,2’si (149 kişi) sürekli olarak hastanın yanında kaldıkları şeklinde değişmektedir.

4.1.2. Hastaların Demografik Özellikleri

Evde sağlık hizmeti alan hastaların demografik özellikleri, frekans ve yüzde dağılımları Tablo 10’da gösterilmiştir.

Tablo 10: Araştırmaya Katılan Hastaların Demografik Özellikleri

Demografik Özellikler	Frekans	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	102	57,0
Erkek	77	43,0
Toplam	179	100,0
Yaş Grupları		
20 altı	2	1,1
20-30	3	1,7
31-40	3	1,7
41-50	14	7,8
51 ve üstü	157	87,7
Toplam	179	100,0
Medeni Durum		
Evli	129	72,1
Bekar	50	27,9
Toplam	179	100,0
Eğitim Durumu		
Okur/Yazar Değil	108	60,3
Okur/ Yazar	29	16,2
İlkokul	18	10,1
İlköğretim	16	8,9
Lise ve Dengi Okul	8	4,5
Toplam	179	100,0
Meslek Grupları		
Memur	2	1,1
Çiftçi	19	10,6
Serbest Meslek	8	4,5
Ev Hanımı	60	33,5
Emekli	19	10,6
Çalışmıyor	71	39,7
Toplam	179	100,0
Sağlık güvencesi		
SGK Çalışan	9	5,0
SGK Emeklisi	75	41,9
Özel Sağlık Sigortası	9	5,0
Sosyal Güvencesi Yok	9	5,0
SGK-Yeşilkart	77	43,0
Toplam	179	100,0
Evde Sağlık Hizmeti Aldığı Süre		
1-4 ay	41	22,9
5-8 ay	17	9,5
9-12 ay	31	17,3
13 ay ve üzeri	90	50,3
Toplam	179	100,0
Yılda Evde Sağlık Hizmeti Alma Sıklığı		
1	9	5,1
2	23	12,8
3	27	15,1
4 ve üstü	120	67,0
Toplam	179	100,0

Kronik Hastalık Durumu		
Var	134	74,9
Yok	45	25,1
Toplam	179	100,0
Hastanın Rahatsızlığı		
Doğumsal Rahatsızlıklar	4	2,2
Solunum Sistemi Rahatsızlıkları	57	31,8
Noroloji	34	19,0
Kanser	22	12,3
Kas ve iskelet	27	15,1
Prostat	33	18,4
Diğer	2	1,1
Toplam	179	100,0
Hastanın Oturduğu Evde Oda Sayısı		
1+1 odalı	21	11,7
2+1 odalı	76	42,5
3 +1 odalı	72	40,2
4+1 odalı	4	3,4
5 odalı +	6	2,2
Toplam	179	100,0
Birlikte Kaldığı Kişiler		
Yalnız	10	5,6
Eşiyle	70	39,1
Çocuklarıyla	82	45,8
Yaşlı Bakım Evi Sakinleriyle	2	1,1
Diğer	15	8,4
Toplam	179	100,0

Tablo 10’da araştırmaya katılan hasta yakınlarının ilgilendiği hastaların %43,0’ü (77 kişi) erkek, %57,0’si (102 kişi) kadın; %1,1’i (2 kişi) 20 yaş ve altı, %87,7’si (157 kişi) 51 yaş ve üzeri; %27,9’u (50 kişi) bekâr, % 72,1’i (129 kişi) evli; %4,5’i (8 kişi) lise ve dengi okul mezunu, %60,3’ü (108 kişi) okur/yazar olmadığı; %1,1’i (2 kişi) memur, %33,5’i (60 kişi) ev hanımı, %39,7’si (71 kişi) çalışmıyor; %5,0’i (9 kişi) SGK çalışanı, %5,0’i (9 kişi) özel sağlık sigortalı, %5,0’i (9 kişi) sosyal güvencesi olmayanlar, %41,9’u (75 kişi) SGK emeklisi, %43,0’ü (77 kişi) SGK-Yeşilkart’lı olduğu görülmektedir. Bununla beraber ankette “Hastaların Evde Sağlık Hizmeti Aldıkları Süre” hafta ve ay olarak sorulmuştur. Alınan yanıtlardan; 5-8 ay arasında %9,5’i (17 kişi), 9-12 hafta arasında %17,3’ü (31 kişi), 1-4 ay arasında %22,9’u (41 kişi), 13 ay ve üzerinde % 50,3’ü (90 kişi) evde sağlık hizmeti alma süreleri bulunmuştur. “Yılda Evde sağlık Hizmeti Alma Sıklığı” sorusuna verilen yanıtlardan hastaların %5,1’i (9 kişi) yılda bir defa, %12,8’i (23 kişi) yılda 2 defa, %15,1’i (27 kişi) yılda 3 defa, %67,0’si (120 kişi) yılda 4 defadan fazla evde sağlık hizmeti aldıkları

saptanmıştır. Hastaların “Kronik Hastalık Durumu” ile ilgili soruya alınan yanıtlardan ise hastaların %25,1’inin (45 kişi) kronik hastalığı olmadığı, %74,9’unun (134 kişi) kronik hastalığı olduğu ortaya çıkmıştır. Araştırmaya katılan hasta yakınlarının “Hastanın Rahatsızlığı” sorusuna alınan yanıtlar içinde hastaların çoğunda solunum sistemi rahatsızlığı %31,8’i (57 kişi), nöroloji %19,0’u (34 kişi), prostat %18,4’ü (33 kişi), %15,1’inin (27 kişi) kas ve iskelet, %12,3’ü (22 kişi) kanser hastalığı olduğu görülmüştür. Hastanın %11,7’si (21 kişi) 1+1 odalı, %42,5’i (76 kişi) 2+1 odalı evde, %40,2’si (72 kişi) 3+1 odalı, %2,2’si (6 kişi) 5 oda ve üzeri evlerde oturdukları; %1,1 (2 kişi) yaşlı bakım evi sakinleriyle, %39,1 (70 kişi) eşiyile, %45,8’i (82 kişi) çocuklarıyla birlikte kaldığı saptanmıştır.

4.1.3. Evde Sağlık Hizmetine Başvuru Şekli ve Değerlendirme Süreci ile İlgili Bulgular

Hasta yakınlarının evde sağlık hizmetlerini öğrenme şeklinin, hizmete başvurma süreci ile ilgili bilgilerinin, hastaneye başvuru sonrası alınan hizmetin zamanı, ilk incelemede gelen sağlık çalışanlarının görevlilerine yönelik bilgilerin edinildiği bulgular Tablo 11’de gösterilmiştir.

Tablo 11: Evde Sağlık Hizmetine Başvuru Şekli ve Değerlendirme Süreci ile İlgili Bulgular

Evde Sağlık Hizmetlerini Öğrenme Şekli	Frekans	Yüzde (%)
İletişim Araçlarından	12	6,7
Hastaneden	62	34,6
Aile Hekiminden	47	26,3
Tanıdıklardan	58	32,4
Toplam	179	100,0
Başvuru Yöntemi		
Evde Sağlık Hizmeti Merkezine Giderek	84	47,0
Evde Sağlık Hizmeti Merkezini Telefonla Arayarak	23	12,8
Aile Hekimliğine Başvurarak	72	40,2
Toplam	179	100,0
Hastaneye İlk Başvurunuz mu?		
Evet	82	45,8
Hayır	97	54,2
Toplam	179	100,0

Evde Sağlık Hizmetinde İlk İncelemede Gelen Sağlık Görevlileri	Frekans	Yüzde (%)
Doktor	1	2,0
Hemşire	175	95,3
Psikolog	0	0
Diyetisyen	0	0
Fizyoterapist	3	2,7
İlk Başvuru Sonrası İlk Hizmet Almaya Başlamaya Kadar Geçen Süresi (Gün)	Frekans	Yüzde (%)
0-3 gün	109	60,9
4-7 gün	43	24,0
8-11 gün	4	2,2
12-15 gün	7	3,9
16 ve üzeri	16	8,9
Toplam	179	100,0
Hasta Yakını Önerileri	Frekans	Yüzde (%)
Hizmetten memnunum önerim yok	113	63,1
Personel Sayısı artsın	23	12,8
Daha kaliteli hizmet verilsin	16	8,9
Ziyaretler daha sık yapılsın	27	15,1
Toplam	179	100,0

Tablo 11’de hasta yakınlarının %6,7’si (12 kişi) iletişim araçlarından, %26,3’ü (47 kişi) aile hekiminden, %32,4’ü (58 kişi) tanıdıklardan, %34,6’sı (62 kişi) hastaneden evde sağlık hizmetlerini öğrendikleri; hasta yakınlarının hastalarına sağlık hizmeti almak için; %12,8’i (23 kişi) evde sağlık hizmetini telefonla arayarak, %40,2’si (72 kişi) aile hekimliğine başvurarak, %47,0’si (84 kişi) evde sağlık hizmeti merkezine giderek başvuru yaptıkları görülmektedir. Hasta yakınlarının %45,8’inin (82 kişi) hastaneye ilk başvurularının olduğu, %54,2’sinin (97 kişi) hastaneye ilk başvurularının olmadığı anket analizinden saptanmıştır. Evde sağlık hizmetlerine başvuru sonrası “ İlk İncelemede Gelen Sağlık Görevlileri” arasında %95,3’ünün (175 kişi) hemşire, %2,7’sinin (3 kişi) fizyoterapist, %2’sinin (1 kişi) doktor olduğu, psikolog ve diyetisyen’in olmadığı görülmüştür. Ankette hastaların evde sağlık hizmeti almak için “İlk Başvuru Yaptıktan Sonra Görevlilerin İlk İncelemeye Gelme Süresi” gün olarak sorulmuştur. Alınan yanıtlardan hasta yakınlarının %60,9’unun (109 kişi) başvuru tarihinden itibaren 0-3 gün içinde, %24’ünün (43 kişi) başvuru tarihinden 4-7 gün arasında, %2,2’sinin (4 kişi) başvuru tarihinden 8-11 gün sonra sağlık hizmeti aldıkları saptanmıştır. Araştırmada “Hasta Yakını Önerileri” sorusuna alınan yanıtlardan da hasta yakınlarının aldıkları sağlık hizmetinden %63,1’inin (113 kişi), “Memnun olduklarını ve önerilerinin olmadığını”, %15,1’i (27 kişi) “Ziyaretler daha sık yapılsın”, % 12,8’i

(23 kişi) “Personel sayısı artsın”, %8,9’u (16 kişi) “Daha kaliteli hizmet verilsin” şeklinde önerilerde bulunmuşlardır.

4.1.4. Hasta Yakınlarının Evde Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Düzeyleri İle İlgili Bulgular

Frekans Analizi

Evde sağlık hizmetlerinden hasta yakınlarının memnuniyet düzeylerini belirlemek için 18 maddelik 5’li likert tipi bir ölçek kullanılmıştır. Bu ölçekteki ifadelerle ilişkin hasta yakınlarının yapmış olduğu değerlendirmelerin frekans analizi bulguları Tablo 6’da gösterilmiştir.

Tablo 12: Hasta Yakınlarının Evde Sağlık Hizmetinden Memnuniyet Düzeylerine İlişkin Frekans Analizi Verileri

İfadeler	Çok Zayıf		Zayıf		Orta		İyi		Çok İyi		T o p l a m
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	
İ1-Hastanız için evde sağlık hizmeti başvurunuz sırasında telefondaki veya merkezdeki görevlilerin size gösterdiği nezaket düzeyi	3	1,7	3	1,7	14	7,8	45	25,1	114	63,7	179
İ2-Evde sağlık hizmetine gelen sağlık personelinin size ve hastanıza karşı nezaket düzeyi	-	-	-	-	14	7,8	38	21,2	127	70,9	179
İ3-Evde sağlık hizmeti veren sağlık personelinin tedavi işlemlerinde dikkatli ve titiz davranma düzeyi	-	-	2	3,9	7	3,9	46	25,7	124	69,3	179
İ4-Hastanızın çeşitli nedenlerle (Röntgen, vb) hastaneye getirilip götürülme durumu oldu ise, evde sağlık hizmeti veren personelin bu transferde dikkatli ve titiz davranma düzeyi	4	2,2	4	2,2	37	20,7	45	25,1	89	49,7	179
İ5-Evde sağlık hizmeti sunan sağlık personelinin hastanıza ayırdığı sürenin yeterlilik düzeyi	13	7,3	12	6,7	36	20,1	50	27,9	68	38,0	179
İ6-Evde sağlık hizmeti veren sağlık personeli hastanın mahremiyetine önem verme düzeyi	-	-	1	,6	7	3,9	46	25,7	125	69,8	179

İ7-Evde sağlık hizmeti sunumunda yapılan girişimsel işlemler için alınan rıza/onam ile ilgili bilgilendirme düzeyi.	2	1,1	2	1,1	23	12,8	53	29,6	99	55,3	179
İ8-Evde sağlık hizmeti veren personelin önceden belirlenmiş programa uyma düzeyi	2	1,1	2	1,1	11	6,1	57	31,8	107	59,8	179
İ9-Evde sağlık hizmetini sunan personelin hastanız ile ilgili kayıtların tutulmasındaki dikkat düzeyi	-	-	-	-	16	8,9	44	24,6	119	66,5	179
İ10-Evde sağlık hizmeti sunan personelin hizmet sunumuna yönelik isteklilik düzeyi	-	-	2	1,1	19	10,6	47	26,3	111	62,0	179
İ11- Evde sağlık hizmeti sunan personelin hizmet sunumuna yönelik kıyafetinin uygunluğu					10	5,6	45	25,1	124	69,3	179
İ12-Evde sağlık hizmeti veren sağlık personelinin hastanın bulunduğu fiziksel ortamın nasıl olması gerektiği hususunda (hasta yatağı, oda ısısı vb.) sizi ve hastanızı bilgilendirme düzeyi	5	2,8	4	2,2	9	5,0	47	26,3	114	63,7	179
İ13-Evde sağlık hizmeti veren sağlık personelinin hastanın hastalığı dışında beslenmesi, yatak yarası, vb. konularla ilgilenme düzeyi	3	1,7	6	3,4	9	5,0	45	25,1	116	64,8	179
İ14-Evde sağlık hizmeti veren sağlık personelinin hastanızın sağlık durumu ve tedavi işlemleri ile ilgili sorularınıza açıklayıcı ve yeterli cevap verme düzeyi	1	,6	-	-	16	8,9	42	23,5	120	67,0	179
İ15- Evde sağlık hizmeti veren sağlık personelinin hastanızın kullanacağı ilaçların ve tıbbi cihazların kullanım şekli konusunda sizi ve hastanızı yeterince bilgilendirme düzeyi	2	1,1	2	1,1	7	3,9	55	30,7	113	63,1	179
İ16-Evde sağlık hizmeti veren sağlık personelinin hastanızın kullanacağı ilaçların yan etkileri konusunda sizi ve hastanızı bilgilendirme düzeyi	-	-	2	1,1	14	7,8	52	29,1	111	62,0	179
İ17-Evde sağlık hizmeti veren sağlık personelinin hastanızın problemi olduğunda problemi çözmek için samimiyet düzeyi	-	-	-	-	8	4,5	44	26,8	127	70,9	179
İ18-Hastanıza sunulan evde sağlık hizmetlerinden genel memnuniyet düzeyiniz	-	-	-	-	13	7,3	48	25,8	118	65,9	179

Tablo 12'e göre araştırmaya katılan hasta yakınlarının evde sağlık personelinin hasta ve yakınlarına gösterdikleri nezaket düzeyi ile ilgili İ2 ifadesine olumsuz yanıt alınmamışken, %7,8'i (14 kişi) "orta", %21,2'si (38 kişi) "iyi", %70,9'u (127 kişi) "çok iyi" yanıtını vermiştir. Hasta yakınları sağlık personelinin hastanın çeşitli nedenlerle hastaneye getirilip götürülmesinde dikkatli ve titiz davranma düzeyi ile ilgili İ4 ifadesine %2,2'si (4 kişi) "çok zayıf", %20,7'si (37 kişi) "orta", %25,1'i (45 kişi) "iyi", %49,7'si (89 kişi) "çok iyi" yanıtını verirken, benzer şekilde; sağlık personelinin hastanıza ayırdığı hizmet süresinin yeterliliğine yönelik hazırlanmış olan İ5 ifadesine de %7,3'ü (13 kişi) "çok zayıf", %20,1'i (36 kişi) "orta", %27,9'u (50 kişi) "iyi" ve %38,0'i (68 kişi) "çok iyi" yanıtını vermiştir. Evde sağlık hizmeti veren sağlık personelinin hastanın mahremiyetine önem verme düzeyi ile ilgili hazırlanmış olan İ6 ifadesine %0,6'sı (1 kişi) "zayıf", %3,9'u (7 kişi) "orta", %25,7'si (46 kişi) "iyi", %69,8'i (125 kişi) "çok iyi" yanıtını vermiştir. Hizmet sunan personelin isteklilik düzeyini belirlemeye yönelik İ10 ifadesine ise %1,1'i (2 kişi) "zayıf", %10,6'sı (19 kişi) "orta", %26,3'ü (47 kişi) "iyi", %62,0'si (111 kişi) "çok iyi"; evde sağlık hizmeti personelinin kıyafetine ilişkin İ11 ifadesine olumsuz yanıt alınmazken,%5,6'si (10 kişi) "orta", %25,1'i (45 kişi) "iyi", %69,3 (124 kişi) "çok iyi"; hastanın bulunduğu fiziksel ortamla ilgili İ12 ifadesine %2,8'i (5 kişi) "çok zayıf", %5,0'i (9 kişi) "orta", %26,3'ü (47 kişi) "iyi", %63,7'si (114 kişi) "çok iyi" ifadesi ile yanıt vermişlerdir. Hastanın hastalığı dışında beslenmesi, yatak yarası vb. konularla ilgili hazırlanmış olan İ13 ifadesine %1,7'si (3 kişi) "çok zayıf", %5,0'i (9 kişi) "orta", %25,1'i (45 kişi) "iyi", %64,8'i (116 kişi) "çok iyi"; evde sağlık hizmeti veren sağlık personelinin hastanın kullanacağı ilaçların ve tıbbi cihazların kullanım şekli konusunda bilgilendirme düzeyi ile ilgili İ15 ifadesine %1,1'i (2 kişi) "çok zayıf", %3,9'u (7 kişi) "orta", %30,7'si (55 kişi) "iyi", %63,1'i (113 kişi) "çok iyi" ifadesi ile yanıt vermiştir. Evde sağlık personelinin hastanın sorununu çözmeye yönelik samimiyet düzeyine ilişkin İ17 ifadesine olumsuz yanıt verilmezken, %4,5'i (8 kişi) "orta", %26,8'i (44 kişi) "iyi", %70,9'u (127 kişi) "çok iyi" yanıtını vermiştir. Genel memnuniyet düzeyine yönelik İ18 ifadesine de olumsuz yanıt verilmezken, %7,3'ü (13 kişi) "orta", %91,7'si (166 kişi) 'iyi' ve 'çok iyi' yanıtıyla görüşlerini açıklamışlardır.

Tablo 13: Boyutlar Arası Spearman Korelasyon Değerleri

	Görevlilerin Hastanın Sağlığı Konusunda İlgisi ve Bilgilendirmesi	Görevlilerin Davranış Biçimi	Resmi Prosedürler
Görevlilerin Hastanın Sağlığı Konusunda İlgisi ve Bilgilendirmesi	–	,747**	,707**
Görevlilerin Davranış Biçimi	–	–	,655**
Resmi Prosedürler	–	–	–

Korelasyon $p < 0,01$ düzeyinde önemlidir.

Hasta yakınlarının memnuniyeti ile ilgili hazırlanan ölçekte belirlenen 3 boyut aynı zamanda birbirleri ile ilişkilidir. Boyutların arasındaki korelasyon katsayısı 0,655 ile 0,747 arasında değişmektedir ($p < 0,01$). Bu ilişki boyutlara ilişkin sonuç vermenin yanı sıra, ölçeğin genelinden yola çıkarak bir genel memnuniyet sonucu verebilmek için, boyutların bir arada değerlendirilebileceğini göstermektedir.

Boyutlar arasındaki ilişkinin araştırılması için Faktör Analizi sonrası oluşturulan Spearman Korelasyon Testi kullanılmış ve Korelasyon katsayıları Tablo 13'te gösterilmiştir.

Tablo 14: Hastanıza Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinden Genel Memnuniyet Düzeyi

İ18	Frekans(f)	Yüzde(%)	Ortalama	Std Sapma
Orta	13	7,3	4,586	0,624
İyi	48	26,8		
Çok İyi	118	65,9		
Toplam	179	100,0		

Genel Memnuniyet Sorusu (İ18) sonucunda “çok iyi” 118 kişi %65,9'luk oran ile, ortalama 4,586 ve Standart Sapma 0,624 olarak bulunmuştur. Tablo 14'te gösterilmiştir.

Boyutlarla Grupların Karşılaştırılması

Tablo 15: Hasta Yakını Cinsiyetine Göre Boyutlar Arası Farklılıklar (Mann-Whitney-U Testi)

Boyutlar	Hasta Yakını Cinsiyeti	N	Z Değeri	(P)
Görevlilerin Hastanın Sağlığı Konusunda İlgisi ve Bilgilendirmesi	Kadın	78	-,912	,362
	Erkek	101		
	Toplam	179		
Görevlilerin Davranış Biçimi	Kadın	78	-1,188	,235
	Erkek	101		
	Toplam	179		
Resmi Prosedürler	Kadın	78	-,677	,498
	Erkek	101		
	Toplam	179		

“Görevlilerin Hastanın Sağlığı Konusunda İlgisi ve Bilgilendirmesi”, ”Görevlilerin Davranış Biçimi” ve “Resmi Prosedürler” boyutlarının hasta yakını cinsiyetine göre anlamlı farklar göstermediği bulunmuştur ($p>0,05$).

Tablo 16: Hasta Yakını Medeni Durumuna Göre Boyutlar Arası Farklılıklar (Mann-Whitney-U Testi)

Boyutlar	Hasta Yakını Medeni Durumu	N	Z Değeri	(P)
Görevlilerin Hastanın Sağlığı Konusunda İlgisi ve Bilgilendirmesi	Evli	150	-3,616	,000
	Bekar	29		
	Toplam	179		
Görevlilerin Davranış Biçimi	Evli	150	-2,642	,008
	Bekar	29		
	Toplam	179		
Resmi Prosedürler	Evli	150	-2,482	,013
	Bekar	29		
	Toplam	179		

“Görevlilerin Hastanın Sağlığı Konusunda İlgisi ve Bilgilendirmesi”, ”Görevlilerin Davranış Biçimi” ve “Resmi Prosedürler” boyutlarında hasta yakınlarının medeni durumuna göre **anlamlı farklar saptanmıştır** ($p<0,05$).

Tablo 17: Hasta Yakını Yaş Gruplarına Göre Boyutlar Arası Farklılıklar (Kruskal Wallis Testi)

Boyutlar	Hasta Yakını Yaş Grupları	N	P	Ki-Kare Test İstatistiği
Görevlilerin Hastanın Sağlığı Konusunda İlgisi ve Bilgilendirmesi	20-altı	2	,111	7,517
	20-30	3		
	31-40	3		
	41-50	14		
	51 +	157		
	Toplam	179		
Görevlilerin Davranış Biçimi	20-altı	2	,223	5,697
	20-30	3		
	31-40	3		
	41-50	14		
	51 +	157		
	Toplam	179		
Resmi Prosedürler	20-altı	2	,453	3,666
	20-30	3		
	31-40	3		
	41-50	14		
	51 +	157		
	Toplam	179		

“Görevlilerin Hastanın Sağlığı Konusunda İlgisi ve Bilgilendirmesi”, “Görevlilerin Davranış Biçimi ” ve “Resmi Prosedürler” boyut ortalamalarında hasta yakınlarının yaş grupları arasında **anlamli farklar bulunmamıştır** ($p>0,05$).

Tablo 18: Hasta Yakını Eğitim Durumuna Göre Boyutlar Arası Farklılıklar (Kruskal Wallis Testi)

Boyutlar	Hasta Yakını Eğitim Durumu	N	P	Ki-Kare Test İstatistiği
Görevlilerin Hastanın Sağlığı Konusunda İlgisi ve Bilgilendirmesi	Okur Yazar Değil	23	,011	14,944
	Okur Yazar	10		
	İlkokul	21		
	İlköğretim	14		
	Lise ve Dengi Okul	43		
	Üniversite ve Üzeri	1		
	Toplam	179		

Görevlilerin Davranış Biçimi	Okur Yazar Değil	23	,014	14,255
	Okur Yazar	10		
	İlkokul	21		
	İlköğretim	14		
	Lise ve Dengi Okul	43		
	Üniversite ve Üzeri	1		
	Toplam	179		
Resmi Prosedürler	Okur Yazar Değil	23	,001	20,477
	Okur Yazar	10		
	İlkokul	21		
	İlköğretim	14		
	Lise ve Dengi Okul	43		
	Üniversite ve Üzeri	1		
	Toplam	179		

“Görevlilerin Hastanın Sağlığı Konusunda İlgisi ve Bilgilendirmesi”, ”Görevlilerin Davranış Biçimi” ve “Resmi Prosedürler” boyutlarında hasta yakınlarının eğitim durumuna göre **anlamli farklar saptanmıştır** ($p<0,05$).

Tablo 19: Hasta Yakını Yakınlık Derecesine Göre Boyutlar Arası Farklılıklar (Kruskal Wallis Testi)

Boyutlar	Hasta Yakını Yakınlık Derecesi	N	P	Ki-Kare Test İstatistiği
Görevlilerin Hastanın Sağlığı Konusunda İlgisi ve Bilgilendirmesi	Kızı	38	,129	8,535
	Oğlu/Gelini	84		
	Kardeşi	6		
	Annesi	12		
	Bakıcısı, Tanıdığı	12		
	Eşi	47		
	Toplam	179		
Görevlilerin Davranış Biçimi	Kızı	38	,403	5,108
	Oğlu/Gelini	84		
	Kardeşi	6		
	Annesi	12		
	Bakıcısı, Tanıdığı	12		
	Eşi	47		
	Toplam	179		
Resmi Prosedürler	Kızı	38	,362	5,464
	Oğlu/Gelini	84		
	Kardeşi	6		
	Annesi	12		
	Bakıcısı, Tanıdığı	12		
	Eşi	47		
	Toplam	179		

“Görevlilerin Hastanın Sağlığı Konusunda İlgisi ve Bilgilendirmesi”, “Görevlilerin Davranış Biçimi ” ve “Resmi Prosedürler” boyut ortalamalarına göre hasta yakınlarının yakınlık dereceleri arasında anlamlı farklar bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 20: Hasta Yakını Mesleğine Göre Boyutlar Arası Farklılıklar (Kruskal Wallis Testi)

Boyutlar	Hasta Yakını Mesleği	N	P	Ki-Kare Test İstatistiği
Görevlilerin Hastanın Sağlığı Konusunda İlgisi ve Bilgilendirmesi	Memur	25	,243	7,932
	İşçi	28		
	Çiftçi	42		
	Ev Hanımı	46		
	Emekli	12		
	Çalışmıyor	23		
	Esnaf	3		
	Toplam	179		
Görevlilerin Davranış Biçimi	Memur	25	,218	8,290
	İşçi	28		
	Çiftçi	42		
	Ev Hanımı	46		
	Emekli	12		
	Çalışmıyor	23		
	Esnaf	3		
	Toplam	179		
Resmi Prosedürler	Memur	25	,491	5,421
	İşçi	28		
	Çiftçi	42		
	Ev Hanımı	46		
	Emekli	12		
	Çalışmıyor	23		
	Esnaf	3		
	Toplam	179		

“Görevlilerin Hastanın Sağlığı Konusunda İlgisi ve Bilgilendirmesi”, “Görevlilerin Davranış Biçimi” ve “Resmi Prosedürler” boyutlarının hasta yakını mesleğine göre anlamlı farklar göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 21: Hasta Yakınının Hasta İle Birlikte Kalma Süresine Göre Boyutlar Arası Farklılıklar (Kruskal Wallis Testi)

Boyutlar	Hasta Yakınının Hasta İle Birlikte Kalma Süresi	N	P	Ki-Kare Test İstatistiği
Görevlilerin Hastanın Sağlığı Konusunda İlgisi ve Bilgilendirmesi	Sürekli Yanında Kalıyorum	149	,002	16,743
	1-30 gün	2		
	1-12 ay	9		
	1 -3 yıl	8		
	4 -5 yıl	11		
	Toplam	179		
Görevlilerin Davranış Biçimi	Sürekli Yanında Kalıyorum	149	,036	10,251
	1-30 gün	2		
	1-12 ay	9		
	1 -3 yıl	8		
	4 -5 yıl	11		
	Toplam	179		
Resmi Prosedürler	Sürekli Yanında Kalıyorum	149	,015	12,315
	1-30 gün	2		
	1-12 ay	9		
	1 -3 yıl	8		
	4 -5 yıl	11		
	Toplam	179		

“Görevlilerin Hastanın Sağlığı Konusunda İlgisi ve Bilgilendirmesi”, ”Görevlilerin Davranış Biçimi” ve “Resmi Prosedürler” boyutlarında hasta yakınlarının hasta ile birlikte kalma süresi bakımından **anlamli farklar bulunmuştur** ($p < 0,05$).

Araştırma Hipotezleri Sonuçları

Tablo 15’da görüldüğü üzere, araştırmaya katılan hasta yakınlarının; “Cinsiyet” değişkeni açısından anlamlı bir fark gösterip göstermediğini belirlemek için yapılan Mann-Whitney-U testi sonucuna göre “Görevlilerin Hastanın Sağlığı Konusunda Bilgilendirmesi”boyutun p değeri 0,362 ” Görevlilerin Davranış Biçimi” boyutun p değeri 0,235 ve “Resmi Prosedürler” boyutlarının p değeri 0,498 bulunmuştur. Katılımcıların cinsiyet gruplarına göre boyut puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

“Cinsiyet” değişkeninde araştırmaya katılan hasta yakınlarının her bir boyut için algılamalarının değişmediğini göstermektedir.

Çıkan sonuçlar doğrultusunda; **H1₀ kabul edilirken H1₁ red edilmiştir.**

Tablo 16’da görüldüğü gibi, çalışmaya katılan hasta yakınlarının “Medeni Durumu” için yapılan Mann-Whitney-U testi sonucunda “Görevlilerin Hastanın Sağlığı Konusunda Bilgilendirmesi” boyutunda p değeri 0,000, “Görevlilerin Davranış Biçimi” boyutu bakımından p değeri 0,008 ve ” Resmi Prosedürler ” boyutunda p değeri 0,013 bulunduğundan dolayı hasta yakınlarının “Medeni Durumu”na göre istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,05$).

“Medeni Durum“ yönünden çalışmaya katılan hasta yakınlarının incelenen boyutlar için algılamalarının farklı olduğu görülmüştür.

Çıkan sonuçlar doğrultusunda; “Görevlilerin Hastanın Sağlığı Konusunda Bilgilendirmesi”, “Görevlilerin Davranış Biçimi” ve “Resmi Prosedürler” boyutları için **H2₀ red edilirken H2₁ kabul edilmiştir.**

Tablo 17’de görüldüğü üzere, araştırmaya katılan hasta yakınlarının, “Yaş Grupları” değişkeni açısından anlamlı bir fark gösterip göstermediğini belirlemek için yapılan Kruskal-Wallis testi sonucuna göre “Görevlilerin Hastanın Sağlığı Konusunda Bilgilendirmesi” boyutunda p değeri 0,111, “Görevlilerin Davranış Biçimi” boyutunda p değeri 0,223 ve “Resmi Prosedürler” boyutunda ise p değeri 0,453 bulunduğu için istatistiksel bakımdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Çıkan sonuçlar doğrultusunda; “Görevlilerin Hastanın Sağlığı Konusunda İlgisi ve Bilgilendirmesi”, “Görevlilerin Davranış Biçimi” ve “Resmi Prosedürler” boyutları için **H3₀ kabul edilirken H3₁ red edilmiştir.**

Araştırmaya katılan hasta yakınlarının “Eğitimi Durumu” değişkeni açısından boyutlar arasında anlamlı bir fark gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal-Wallis testi sonucuna (Tablo 18) göre, “Görevlilerin Hastanın Sağlığı Konusunda Bilgilendirmesi” boyutunda p değeri 0,011 ve “Görevlilerin Davranış Biçimi” boyutunda p değeri 0,014 ve “Resmi Prosedürler” boyutunda p değeri 0,001 saptandığı için istatistiksel bakımdan anlamlı farklar bulunmuştur ($p < 0,05$).

Buna göre; “Eğitimi Durumu” yönünden “Görevlilerin Hastanın Sağlığı Konusunda Bilgilendirmesi”, “Görevlilerin Davranış Biçimi” ve “Resmi Prosedürler” boyutlarında çalışmaya katılan hasta yakınlarının algılamalarının farklı olduğu görülmüştür.

Çıkan sonuçlar doğrultusunda; “Görevlilerin Hastanın Sağlığı Konusunda Bilgilendirmesi” ve “Görevlilerin Davranış Biçimi” ve “Resmi Prosedürler” boyutları için **H4₀ red edilirken H4₁ kabul edilmiştir.**

Tablo 19’da görüldüğu üzere, araştırmaya katılan hasta yakınlarının; “Yakınlık Derecesi” değişkeni açısından anlamlı bir fark gösterip göstermediğini belirlemek için yapılan Kruskal Wallis testi sonucuna göre “Görevlilerin Hastanın Sağlığı Konusunda Bilgilendirmesi” boyutun p değeri 0,129 ” Görevlilerin Davranış Biçimi” boyutun p değeri 0,403 ve “Resmi Prosedürler” boyutunun p değeri 0,362 bulunmuştur. Katılımcıların “Yakınlık Derecesi”ne göre boyut puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

“Yakınlık Derecesi ” değişkeninde araştırmaya katılan hasta yakınlarının her bir boyut için algılamalarının değişmediğini göstermektedir.

Çıkan sonuçlar doğrultusunda; **H5₀ kabul edilirken H5₁ red edilmiştir.**

Tablo 20’de görüldüğu üzere, araştırmaya katılan hasta yakınlarının; “meslek ” değişkeni açısından anlamlı bir fark gösterip göstermediğini belirlemek için yapılan Kruskal Wallis testi sonucuna göre “Görevlilerin Hastanın Sağlığı Konusunda Bilgilendirmesi” boyutun p değeri 0,243 ” Görevlilerin Davranış Biçimi” boyutun p değeri 0,218 ve “Resmi Prosedürler” boyutlarının p değeri 0,491 bulunmuştur. Katılımcıların mesleğine göre boyut puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

“Meslek ” değişkeninde araştırmaya katılan hasta yakınlarının her bir boyut için algılamalarının değişmediğini göstermektedir.

Çıkan sonuçlar doğrultusunda; **H6₀ kabul edilirken H6₁ red edilmiştir.**

Tablo 21’de görüldüğü üzere, araştırmaya katılan hasta yakınlarının “Hasta ile Birlikte Kalma Süresi” değişkeni açısından anlamlı bir fark gösterip göstermediğini belirlemek için yapılan Mann-Whitney-U testi sonucuna göre “Görevlilerin Hastanın Sağlığı Konusunda Bilgilendirmesi” boyutun p değeri 0,002 ” Görevlilerin Davranış Biçimi” boyutun p değeri 0,036 ve “Resmi Prosedürler” boyutunun da p değeri 0,015 bulunmuştur. Katılımcıların hasta ile birlikte kalma süresine göre boyut puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$).

“Hasta ile Birlikte Kalma Süresi” değişkeninde araştırmaya katılan hasta yakınlarının her bir boyut için algılamalarının değiştiğini göstermektedir.

Çıkan sonuçlar doğrultusunda; **H7₀ red edilirken H7₁ kabul edilmiştir.**

Çalışma sonucunda oluşan Tablo 14’de görüldüğü üzere, hasta yakınlarının hastasına sunulan evde sağlık hizmetlerinden genel olarak memnun görülmektedir. Araştırmamızda Kars İl merkezinde evde sağlık hizmeti alanların genel memnuniyet ortalaması 4,58 olarak saptanmıştır. N=179 için %95 güven aralığında alt sınır 3,00 ve üst sınır 5,00’dir (Şekil 4). Yani İl merkezinde evde sağlık hizmeti alanların genel memnuniyet ortalaması “çok iyi” ifadesinin sınırlarında yer almaktadır.

Buna göre; H8₁ hipotezi tanımlayıcı istatistiklere göre desteklenmektedir. Kars İl merkezinde evde sağlık hizmeti alan hasta yakınları aldıkları hizmetten memnundur.

Çıkan sonuç doğrultusunda; **H8₀ red edilirken H8₁ kabul edilmiştir.**

5. TARTIŞMA

Araştırmamızda Kars Harakani Devlet Hastanesi Tıbbi Sağlık Bakım Hizmetleri birimine kayıtlı evde sağlık hizmeti sunulan hasta yakınlarının aldıkları hizmetten memnuniyet oranlarını belirlemek için uygulanan anketler değerlendirildi. Anketi yanıtlama oranı %53,9 olarak bulunmuştur. Anket yanıtlama oranları Schwarzkopf ve ark. (171) anketinde %28,0 Erdal ve ark. (157) anketinde %52,6, Heyland ve ark.(172) anketinde %66,0 Aydın ve ark. (134) anketinde %80,2 olarak bulunmuştur. Bu sonuç diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında %50'den fazla bir katılımın olduğunu göstermektedir.

Araştırmaya katılan 179 hasta yakını ve hastalara ait demografik veriler ve dağılım oranları Tablo 9 ve 10'da gösterilmiştir.

Çalışmamızda hasta yakınlarının cinsiyete göre dağılımları arasında kadın ve erkek hasta yakınları arasında önemli bir fark bulunmamasına (Tablo 9) karşın, Yazar Kuzubaş (2014) ve Yeşiltaş (2014) çalışmalarında hasta yakınlarının cinsiyete göre dağılımlarında çoğunluğu kadınların oluşturduğunu; yaş dağılımında %38,0'zi (68 kişi) 51 yaş ve üzeri bulunmasına karşın, Yazar Kuzubaş (2014) bu dağılımı %0,5'si (1 kişi), Yeşiltaş (2014) %47,2 (75 kişi) olduğunu; medeni durumlarının %83,8'inin (150 kişi) evli bulunması ile Yazar Kuzubaş (2014) %97,0'si (197 kişi) ve Yeşiltaş'ın (2014) %86,8'inin (138 kişi) gibi yüksek oranlarda benzer sonuçları saptamaları evlilik ile toplumumuzda aile kavramının yerleştiğini; eğitim durumu %39,1'i (70 kişi) lise ve dengi okul mezunu bulunurken, Yazar Kuzubaş (2014) hasta yakınlarının çoğunun ilkokul mezunu, Yeşiltaş (2014) %76,1'nin (121 kişi) ilköğretim ve altı eğitime sahip olduklarını; yakınlık derecesi olarak %21,2'si (38 kişi) kızı, %26,3'ü (47 kişi) eşi ve %46,9'u (84 kişi) gibi oğlu/gelini'nin yüksek oranda bulunması, geleneksel aile yapısından kaynaklandığı düşünülmekle beraber, Yazar Kuzubaş (2014) hasta yakını bakımından çalışmamızdan farklı olarak %87,2'lik bir oranda (177 kişi) ile anne olduğunu; meslek grupları bakımından %23,5'i (42 kişi) çiftçi ve %25,7'si (46 kişi) ev hanımı bulunurken, Yazar Kuzubaş (2014) de %74,4'ünün (151 kişi) ev hanımı olarak benzer sonuçlar saptamalarını; hasta yakını hasta ile birlikte olduğu süre ile ilgili dağılım oranları %1,1'i (2 kişi) 1-30 gün arasında, %63,2'si (149) kişi sürekli olarak hastanın yanında kaldıkları bulunması aile bağının halen güçlü olduğunu; Yazar Kuzubaş (2014) yaptığı çalışmada da benzer sonucu rapor etmişlerdir.

Tablo 10'a göre araştırmaya katılan hastalara ait cinsiyet dağılımında %57,0'si (102 kişi) ile çoğunluğu kadınlar oluştururken, Coşkun (2011) %53,7'sinin (94 kişi) ile tam aksine çoğunluğun erkeklerde olduğunu; yaş dağılımında %87,7'si (157 kişi) 51 yaş ve üzeri bulunmasına karşın, Coşkun (2011) bu dağılımın %62,3'ü (109 kişi) 61 yaş üzerinde, Yeşiltaş (2014) %85,0'i (136 kişi) 51 yaş ve üzeri olduğunu; medeni durumlarının %72,1'i (129 kişi) evli bulunması ile Coşkun (2011) %52,6'sı (92 kişi) ve Yeşiltaş (2014) %62,9'unun (100 kişi) gibi yüksek oranlarda benzer sonuçları saptanmaları; eğitim durumu bakımından %60,3'nün (108 kişi) okur/yazar olmadığı bulunurken, Coşkun (2011) evde sağlık hizmeti alan hastaların %39,4'ü (69 kişi) ilkokul mezunu, Işık vd. (2016) %43,9'unun (94 kişi) ilkokul eğitimine sahip olduklarını; meslek grupları açısından %39,7'si (71 kişi) çalışmıyor, %33,5'i (60 kişi) de ev hanımı bulunurken, Işık vd. (2016) meslek grupları içinde %53,7'sinin (115 kişi) ev hanımı olduğunu; sağlık güvencesinden %43,0'ü (77 kişi) Yeşil Kart'a ve %41,9'u (75 kişi) Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) emeklisi oldukları bulunurken, Yeşiltaş (2014) %84,3'ünün (134 kişi) SGK güvencesine sahip olduğu; evde sağlık hizmeti aldığı süre ay cinsinden %22,9'u (41 kişi) 1-4 ay arasında ve %50,3'ü (90 kişi) 13 ay ve üzeri bulunurken, Yeşiltaş (2014) bu süreyi %24,1'i (38 kişi) 4-10 arasında saptandığını; evde sağlık hizmeti alma sıklığında en yüksek oran %67,0'si (120 kişi) ile yılda 4 ve üzeri sayıda bulunurken, Işık vd. (2016) bu sıklığı hastaların %40,4'ünün (86 kişi) 4 kez ve daha fazla evde sağlık hizmeti aldıklarını; rahatsızlıklar arasında en yüksek oranda %31,8'i (57 kişi) solunum sistemi rahatsızlıkları bulunması, çevresel faktörlerden özellikle çevre kirliliğinden; %19,0'u (34 kişi) ile nörolojik hastalıklar bulunması, sosyokültürel ve ekonomik nedenlerden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Oysa, Işık vd. (2016) bu hastalıklar arasında en yüksek oranda %27,4'ü (58 kişi) kol, bacak ve kalça kırıklarını; Yeşiltaş (2014) da en yüksek oranda %52,5'i (84 kişi) ile kas ve iskelet ve %41,9'u (67 kişi) nörolojik rahatsızlıkları olduklarını; birlikte kaldığı kişilerden %45,8'i (82 kişi) çocuklarıyla %39,1'i (70 kişi) ise eşiyile kaldığı saptanırken, Taşdelen (2012) %63,3'ünün (179 kişi) çocukları ile %32,8'inin (58 kişi) eşi ile kaldığını rapor etmişlerdir.

Tablolardaki (9 ve 10) veriler ve dağılım oranları, daha önce yapılan çalışmaların (Coşkun, 2011; Taşdelen, 2012; Yazar Kuzubaş, 2014; Yeşiltaş, 2014 ve Işık vd., 2016) sonuçları ile benzer veya farklı bulunmuştur. Farklılıkların; özellikle farklı bölge ve illerin sosyo-demografik yapısı, eğitim düzeyi, ekonomik koşullar, sağlık

hizmetlerinin kalitesi ve sunum şekli, gelenek ve görenek gibi birçok faktörlerden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Evde sağlık hizmetine başvuru şekli ve değerlendirme süreci ile ilgili Tablo 11'deki bulgularımızın karşılaştırıldığı Yeşiltaş'ın (2014) yaptığı çalışmanın sonuçlarında; hasta yakınlarının evde sağlık hizmetlerinin en yüksek oranda öğrenme şeklinin "Hastane" (%46,3) olduğunu, hizmete başvurma yöntemlerinden "Evde sağlık hizmeti birimine giderek" hizmet alımı yapıldığını (%72,5), başvuru sonrası ilk hizmet almaya kadar geçen 4-8 günlük süredeki oranın %33,1 bulunduğunu ve ilk incelemede gelen sağlık görevlileri içinde %97,5 oran ile "Hemşire" olduğunu belirtmiştir. Yeşiltaş'ın (2014) bu çalışmasında en yüksek oranda başvuru sonrası ilk hizmet almaya kadar geçen 4-8 günlük süredeki oranın %33,1 olarak bulunurken, çalışmamızda bu süre 0-3 gün arasında en yüksek oran %60,9 olarak saptanmıştır. Bu sonucun yörede bu alanda çalışanların konuya olan duyarlıklarının yüksek olması yönünden önemli olduğu kanısındayız. Bu farklılığın dışında Yeşiltaş'ın (2014) diğer verileri ile çalışmamızda bulduğumuz yüksek oranlar benzerlik göstermektedir (Tablo, 11).

Çalışmamızda hasta yakınlarının evde sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeylerini ölçmek için 18 maddelik 5'li likert tipi bir ölçek kullanılmıştır. Bu ölçekteki (Tablo 12) maddelere göre; araştırmaya katılan hasta yakınlarının evde sağlık personelinin hasta ve yakınlarına gösterdikleri nezaket düzeyi ile ilgili İ2 ifadesine %7,8 (14 kişi) "orta", %70,9 (127 kişi) "çok iyi" yanıtını vermiştir. Hizmet süresinin yeterliliği ile ilgili İ5 ifadesine %7,3 (13 kişi) "çok zayıf", %38,0'ı (68 kişi) "çok iyi"; sağlık personelinin hastanın mahremiyetine önem verme düzeyi ile ilgili İ6 ifadesine %0,6'sı (1 kişi) "zayıf", %69,8'i (125 kişi) "çok iyi"; hizmet sunan personelin isteklilik düzeyini belirlemeye yönelik İ10 ifadesine ise %1,1'i (2 kişi) "zayıf", %62,02'si (111 kişi) "çok iyi" ifadesi ile yanıt vermiştir. Evde sağlık hizmeti personelinin kıyafetine ilişkin İ11 ifadesine %5,6'sı (10 kişi) "orta", %69,3'ü (124 kişi) "çok iyi" ifadesi ile yanıt vermiştir. Hastanın bulunduğu fiziksel ortamla ilgili İ12 ifadesine %2,8'i (5 kişi) "çok zayıf", %63,7'si (114 kişi) "çok iyi"; hastanın hastalığı dışında beslenmesi, yatak yarası vb. konularla ilgili hazırlanmış olan İ13 ifadesine ise %1,7'si (3 kişi) "çok zayıf", %64,8'i (116 kişi) "çok iyi" yanıtını vermiştir. Evde sağlık hizmeti veren sağlık personelinin hastanın kullanacağı ilaçların ve tıbbi cihazların kullanım şekli konusunda bilgilendirme düzeyi ile ilgili İ15 ifadesine %1,1'i (2 kişi) "çok zayıf", %63,1'i (113

kişi) “çok iyi”; evde sağlık personelinin hastanın sorununu çözmeye yönelik samimiyet düzeyine ilişkin İ17 ifadesine ise %4,5’i (8 kişi) “orta”, %70,9’u (127 kişi) “çok iyi” yanıtını vermiştir. Genel memnuniyet düzeyine yönelik İ18 ifadesine ise %7,3’ü (13 kişi) “orta”, %91,7’si (166 kişi) “iyi” ve “çok iyi” yanıtıyla görüşlerini açıklamışlardır. Araştırmamızda hasta yakınlarının evde sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeylerini ölçmek için 18 maddelik 5’li likert tipi ölçek ile belirlenen bulgular, Yeşiltaş’ın (2014) çalışma sonuçları ile benzerlik arz etmektedir.

Çalışmamızda 18 soruluk faktör analizine İ18 sorusu dahil edilmemiştir. Çünkü İ18 sorusu genel memnuniyet sorusu olduğu için faktör analizine alınmamıştır. Bu soruların dışında geriye kalan 17 soruyla faktör analizi yapılmıştır (Tablo 12). Analiz sonuçlarımız Yeşiltaş’ın (2014) çalışmasındaki faktör analizi bulgularından farklı bulunmuştur. Bu fark, faktörlerin kapsadığı maddelere verilen yanıtların frekanslarının farklı olmasından kaynaklandığı kanısındayız.

Çalışmamızda Kaiser-Meyer-Olkin Yeterlilik İstatistik (KMO) değeri 0,853 ve Barlett Küresellik testi sonucuna göre Ki-Kare değeri de 1410,651 olarak saptanması, bu değerlerin anlamlı ve veri seti faktör analizine uygun olduğu bulunmuştur. Yeşiltaş (2014) araştırmasında KMO değerini 0,848, Ki Kare değerini de 947,02 olarak rapor etmiştir. Yeşiltaş’ın (2014) bu sonuçlarından KMO değeri, bizim bulgularımızla benzerlik göstermesine karşın, Ki Kare değeri farklı bulunmuştur. Bu fark, çalışmalardaki örneklem sayılarının farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Çünkü Ki Kare analiz yönteminde “analizde yer alan gözlem sayısı arttıkça Ki Kare değeri de artar” ifadesi rapor edilmiştir (173).

Araştırmamızda hasta yakınlarına yöneltilen evde sağlık hizmetleri konusundaki memnuniyet ölçeği kapsamında ” Görevlilerin Hastanın Sağlığı Konusunda Bilgilendirmesi”, “Görevlilerin Davranış Biçimi” ve “Resmi Prosedürler” olarak 3 boyuta (faktöre) ayrılmıştır. Faktör ayrımları çerçevesinde , faktör rotasyonu sonucu oluşan katsayılar 0,53 – 0,85 arasında değiştiği Tablo 4’de görüldüğü gibi bulunmuştur. Yeşiltaş (2014) faktör rotasyonu sonucu oluşan katsayıları 0,56 – 0,84 arasında değiştiğini saptamıştır. Verilerimizle Yeşiltaş’ın (2014) verileri arasında önemli fark olmadığı görülmüştür.

Çalışmamızda oluşturulan faktörlerin alt maddelerine göre Cronbach Alfa Değeri (Tablo 6) “Görevlilerin Hastanın Sağlığı Konusunda Bilgilendirmesi” için 0,857, “Görevlilerin Davranış Biçimi” için 0,759, “Resmi Prosedürler ” için de 0,800 bulunmuştur. Bu değerler ile ölçeğin güvenilir olduğu Yeşiltaş’ın (2014) bulguları ile de benzerlik gösterdiği söylenebilir.

Çalışmamızda boyutların (Faktörlerin 1,2,3) normal dağılıma uygun olup olmadıkları Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro Wilk testi kullanılarak analiz edilmiştir. Yapılan analizlerde boyutların (Tablo 8) normal dağılım göstermedikleri bulunmuştur ($p<0,01$). Bu bulgu, Yeşiltaş’ın (2014) sonucu ile örtüşmektedir.

Araştırmamızda hasta yakınlarının memnuniyeti ile ilgili hazırlanan ölçekte belirlenen 3 boyutun (faktörün) (Tablo 13) aynı zamanda birbirleri ile ilişkili olduğu ve boyutlar (faktörler) arasında korelasyon katsayısının 0,66 ile 0,75 arasında değiştiği bulunmuştur ($p<0,01$). Bu sonuç, boyutların bir arada değerlendirilebileceğini ve genel memnuniyeti göstereceği için önemli olduğu kanısındayız. Yeşiltaş (2014) çalışmasında boyutlar arasındaki korelasyon katsayısını 0.51 ile 0.59 arasında değiştiğini ($p<0,01$) rapor etmiştir. Bu sonuçlar bulgularımızla benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda hasta yakını cinsiyetine (Tablo 15) göre boyutlar arası farklılıklar için Mann-Whitney-U testi kullanılmış ve anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu bulgu Yeşiltaş’ın (2014) bulgusu ile örtüşmektedir. Ancak hasta yakını medeni durumu (Tablo 16) için boyutlar arasında uygulanan Mann-Whitney-U testine göre; yaş grubu (Tablo 17) hariç, eğitim durumu (Tablo 18) için boyutlar arasında uygulanan Kruskal-Wallis testine göre anlamlı farklar ($p<0,01$) bulunmasına karşın, Yeşiltaş (2014) çalışmasında böyle farkların saptanmadığını rapor etmiştir. Bulgularımızdaki bu farkların; ilimizde medeni durumdan yani evlilik ile toplumumuzda aile kavramının yerleşmesinden ve eğitim düzeyinin artmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Araştırmamızda hasta yakını yakınlık derecesine (Tablo 19) ve hasta yakını mesleğine (Tablo 20) göre boyutlar arası farklılıklar için Kruskal Wallis testi uygulanmış ve anlamlı farklar bulunmamıştır. Ancak hasta ile birlikte kalma süresi (Tablo 21) için boyutlar arasında uygulanan Kruskal-Wallis testine göre anlamlı farklar ($p<0,01$) saptanmıştır. Bu farkın; aile bağının bölgede halen güçlü olmasından ileri geldiği düşünülmektedir.

Sonuç olarak, Kars İl merkezinde yapılan bu araştırmada hastaya sunulan evde sağlık hizmetlerinin hasta yakınlarının %25,8 oranında 48 kişi “iyi”, %65,9 oranında 118 kişi “çok iyi” toplam %91,7 oranında 166 kişi bu hizmetin “iyi ve çok iyi” olduğunu ifade etmesi ile genel memnuniyet düzeyi saptanmıştır. Oysa, Yeşiltaş (2014) yaptığı çalışmada hasta yakınlarının %55,8’inin genel memnuniyet düzeyinin “iyi” olduğunu rapor etmiştir. Bu farkın, evde sağlık hizmetlerinin yıllar içinde ülkemizin değişik bölgelerinde giderek yaygınlaştığı ve hizmet kalitesindeki artıştan kaynaklandığı kanısındayız.

Ayrıca, bu araştırmada ve bu alanda yapılan diğer çalışmalarda memnuniyet düzeyi için belirli bir kriter olmamasına karşın, literatürde (111) %70 ve üzerindeki memnuniyet oranının sunulan hizmetlerden memnun kalındığı, bunun da hizmetlerin nitelik ve nicelik bakımından yeterli kalitede olduğu genel ifadelerle belirtilmiştir. Çalışmamızda da bu oranın üzerinde bir orana ulaşılması sunulan hizmetlerin giderek kalite bakımından artış gösterdiği, hasta yakını ve hastaların çoğunun da sunulan hizmetten memnun kaldıkları grlmştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu başlık altında araştırmamızdan elde edilen bulgular kapsamında çıkarılan sonuçlar ve getirilen öneriler açıklanmıştır.

6.1. Sonuç

Hasta yakınlarının evde aldıkları sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeylerini belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen bulgulara göre bazı eksiklik ve aksaklıkların yanı sıra hizmet kalitesinde de giderek artış olduğu görülmüştür.

Çalışmadan çıkarılan sonuçlar şunlardır:

Araştırmaya katılan hasta yakınlarının evde sağlık hizmetlerine ilişkin bilgilerin çoğunu “Hastaneden” ve “Tanıdıklarından”, Aile hekimlerinden “ öğrenme oranının düşük bulunması, aile hekimlerinin bu konuda hastalarını yeterince bilgilendirmesi gerektiğini göstermektedir. “İletişim Araçlarından” öğrenme düzeyi ise çok düşük olarak belirlenmiştir. Bu bulguda Sağlık Bakanlığı’nın evde sağlık hizmetleri biriminin “Kitle İletişim Araçları” ile halka ulaşmada sorunları olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda “Başvuru Sonrası İlk İncelemeye Gelinme Süresi”nin büyük bir çoğunlukla 0-3 gün olarak bulunması konuya gösterilen önemi açıkça ortaya koymaktadır. Bunun da ilk başvuru ile ilk inceleme arasında zorunlu olarak hastanın alması gereken hizmetlerin hızla sunulması ile hasta ve hasta yakınlarının memnun oldukları saptanmıştır.

Bulgularımızda araştırmaya katılan hasta yakınlarının “İlk İncelemeye Gelen Sağlık Personeli”den “Hemşire”nin en üst sırada” bulunduğu; “Doktor”, “Fizyoterapist”in de en alt sıralarda yer aldığı; “Psikolog”, “Diyetisyen” ve “Sosyal Hizmet Uzmanı”nın da yer almadığı görülmüştür. Oysa, ilk incelemeye doktor ve hemşire ve diğer çalışanlarla birlikte ekip halinde gidilmesi evde sağlık hizmetlerinin ilk aşamasında hastanın ve hasta yakınları üzerinde sosyal ve psikolojik yönden özellikle kendilerine verilen önemi hissetmeleri kadar hizmetin bütünlüğünün sağlanması açısından da önem arz etmektedir. Ayrıca, hastanın ve hasta yakınlarının hastanın hastalıkları ile ilgili ayrıntılı bilgi edinme, karşılıklı bilgi alışverişinde bulunulması, hastaya daha verimli sağlık hizmeti sunulmuş olur. Ancak, çalışmamızda sağlık personelinin “Doktor”, “Psikolog”, “Diyetisyen” ve “Sosyal Hizmet Uzmanı”nın evde

sağlık hizmetleri verilmesine katılmaması; yalnızca hemşirelik hizmetleri ile yetinilmesi hizmetteki eksikliği ortaya koymaktadır.

Araştırmaya katılan hasta yakınlarının evde sağlık hizmetleri sunan sağlık personelinin hasta ve yakınlarına karşı nezaket düzeyinin “çok iyi” olduğu görülmektedir. Bu durum evde sağlık hizmeti sunan personelin iletişim konusunda yeterli olduğunu göstermektedir.

Evde sağlık hizmeti sunan sağlık personelinin tedavi işlemlerinde dikkatli ve titiz davranma düzeyleri ile ilgili katılımcıların görüşleri %69,3 oranla “çok iyi” olduğu görülmektedir. Bu sonuç; sağlık hizmetini sağlık kuruluşu dışında evde sunan sağlık personelin, tedavi işlemlerine yönelik dikkatli ve titiz davranma düzeyinin, fiziksel ortama göre değişmediğini göstermektedir.

Çalışmamızda hastaların röntgen çekilmesi vb. nedenlerle hastaneye getirilip götürülme sırasında evde sağlık hizmeti veren personelin bu nakillerde daha dikkatli ve titiz davranması gerektiği gözlenmiştir.

Araştırmaya katılan hasta yakınları evde sağlık hizmeti sunan sağlık personelinin hastalara ayırdıkları sürenin %38,6’lık bir oranda bulunmasıyla yeterli olmadığı görülmüştür. Bu oran çalışmamızda bulduğumuz en düşük düzeydir. Bu sonuç, sağlık personelinin hastaya yeterli zaman ayıramaması, hastanın sorunlar yaşamasına neden olacağını göstermesi bakımından çok önemlidir.

Evde sağlık hizmeti veren sağlık personelinin hastanın mahremiyetine önem verme düzeyi araştırmamızda %69,8’lik bir oranda bulunmuştur. Bu oran, araştırmaya katılan hasta yakınları sağlık personelinin hasta mahremiyetine oldukça önem verdiğini göstermektedir. Özellikle mahremiyet gerektiren sonda takmak gibi hastaya uygulanan girişimsel işlemlerin, yatalak durumdaki hastaların çoğunluğuna uygulandığı bu bölgede hastaların mahremiyetle ilgili olumlu ifadeleri, hasta mahremiyetine personelin dikkat ettiğini göstermektedir. Bilindiği gibi, mahremiyet toplumumuzun en duyarlı konularından biridir. Hasta ve yakınları sağlık hizmeti alırken mahremiyetlerine özen gösterilmesini bekler. Bu da tüm insanların mahremiyet hakkına sahip olmalarından kaynaklanır.

Araştırmaya katılan hasta yakınları randevu sistemi doğrultusunda hizmet veren evde sağlık hizmetleri personelinin önceden belirlenmiş programa uymak için gayret sarfettiklerini ifade etmişlerdir. Bu da hastaların program doğrultusunda tedavisinin düzenli yapıldığını hissetmesine dolayısıyla sağlık personeline karşı güven duymasına

neden olmaktadır. Ayrıca, evde sağlık hizmeti sunan personelin hasta ile ilgili kayıtların tutulmasında yeterince dikkatli olduğu gözlenmiştir.

Araştırmaya katılan hasta yakınlarının “Evde sağlık hizmetinin özellikle yaşlı, yatalak hastalara bu hizmeti sunan sağlık personelinin de hizmet sunumuna yönelik istekli davranması” ile ilgili görüşleri alındığında çoğunun, personelin hizmet sunumundan memnun olduklarını ifade etmişlerdir.

Araştırmaya katılan hasta yakınlarının “Evde sağlık hizmeti sunan personelin hizmet sunumuna yönelik kıyafetinin uygunluğu” ile ilgili görüşleri alındığında büyük bir çoğunluğun, personelin hizmet sunumunda kıyafetlerinin “çok iyi” olduğunu ifade etmişlerdir.

Araştırmaya katılan hasta yakınlarına “Evde sağlık hizmeti veren sağlık personelinin, hastanın bulunduğu fiziksel ortamın nasıl olması gerektiği hususunda, sizi ve hastanızı bilgilendirme düzeyi” ifadesine verilen yanıtlar; sağlık personelinin hastanın bulunduğu fiziksel ortam hakkında hasta veya hasta yakınlarını yeterince bilgi sunduğu görülmüştür. Özellikle yatalak durumda olan hastalara verilen bu hizmette; hastada uzun süre yatağa bağımlı kalma sonucunda oluşabilecek yatak yarasını engellemede önemli bir etmen olarak hastanın yatağı ve yatış pozisyonu ve hastalığı ile ilgili diğer konularda bilgi verildiği anlaşılmıştır.

Araştırmaya katılan hasta yakınlarına yöneltilen”Evde sağlık hizmeti veren sağlık personelinin hastanızın sağlık durumu ve tedavi işlemleri ile ilgili sorularınıza açıklayıcı ve yeterli cevap verme düzeyi” ile ilgili ifadelerine bakıldığında; “çok iyi” değerlendirmelerinde buldukları görülmüştür.

Araştırmaya katılan hasta yakınlarının “Evde sağlık hizmeti sunan sağlık personellerinin hastanın kullanacağı ilaçların ve tıbbi cihazları kullanım şekli ve hastanın kullanacağı ilaçların yan etkileri” konusunda, hasta ve hasta yakınlarını bilgilendirmede oldukça yeterli bilgi ve açıklamalarda buldukları görülmektedir.

“Evde sağlık hizmeti veren sağlık personelinin hastanızın problemi olduğunda problemi çözmek için samimiyet düzeyi” ile ilgili değerlendirmede evde sağlık hizmeti personelinin samimi davranışı “çok iyi” düzeyde bulunmuştur.

Genel olarak Kars İli merkez ilçede evde sağlık hizmeti alan hasta yakınlarının bu hizmetten memnun oldukları görülmektedir.

Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar Türkiye'nin Doğu Anadolu Bölgesinde Kars İli merkez ilçede evde sağlık hizmetleri açısından planlanan hedeflere büyük oranda ulaşıldığını göstermektedir.

6.2. Öneriler

Her geçen gün gelişen sağlık sektörünün yeni bir dalı olan evde sağlık hizmetleri alanında yapılan bu çalışmada elde edilen bulgular çerçevesinde şu öneriler geliştirilebilir:

- Evde sağlık hizmetleri ile ilgili projeler diğer kurumlarla koordineli bir şekilde çalışarak geliştirmek suretiyle, bu sistemin daha yüksek bir düzeye getirilmesi sağlanmalıdır.
- Ortalama yaşam süresinin uzaması ile yaşlı nüfusunun artması, evde sağlık hizmetlerinin önemli bir yere sahip olacağı düşünülmektedir.
- Türkiye'de evde sağlık hizmetlerinin daha kaliteli olarak verilebilmesi için gerekli önlemler alınmalıdır.
- Evde sağlık hizmetlerinin mesai saati dışında verilmemesi, hasta ve yakınlarının mağdur olmasına sebep olmaktadır. Hastanın mesai dışında yapılması gereken tedavileri aksamaktadır ve bundan dolayı verilen hizmet eksik kalmakta, amacına tam olarak ulaşmamaktadır, mesai saati dışında da verilmelidir.
- Başvurularda ilk ziyaretin ekiple gerçekleşmesi, ailenin ve ev ortamının bu yönde değerlendirilmesi yapılmalıdır.
- Evde sağlık hizmetleri uygulaması, hastanelerdeki yığılmaları önleyerek, hasta yatış süresini kısaltacak ve tedavi masraflarını düşürerek ülke ekonomisine katkıda bulunacaktır.
- Evde sağlık hizmetleri hastalara verdiği bakım ve tedavi ile ilgili önerilerin hasta ve yakınları tarafından yerine getirilmemesi durumunda ailelere yazılı bilgilendirme yapılması, ailenin ihmali söz konusu ise hasta ihmali yönünden sosyal hizmet uzmanı tarafından "Durum Tespit Raporu" hazırlanarak gerekli işlemler başlatılmalıdır. .
- Evde sağlık hizmeti sunan sağlık personelinin hastaya ayırdığı süre yeterli olmalıdır.

- Evde sağlık hizmeti sunumunda hasta ve yaşlılar yalnız sağlık ve bakım hizmetleri yönünden değil sosyal ve psikolojik bakımdan da desteklenmelidir.
- Çalışma ile ilgili olarak; bu tip hizmetlerin hastaneye olan gereksinimi azaltma, hastane ortamının olumsuz etkilerinden hasta ve hasta yakınlarını koruma, aile bireylerini bir arada tutma, yaşam kalitesini artırma ve hasta bakım maliyetlerinde düşme gibi olumlu etkilerinden dolayı ülke geneline yaygınlaştırılması sağlanmalıdır.
- Çalışmadan elde edilen bulguları genellemek olanaksızdır. Ancak aynı ve benzer çalışmaların tüm Türkiye'yi temsil edecek katılımcı sayısı ve uzun bir zaman diliminde yapılması ülkemiz geneli hakkında kabul edilebilir sonuçların elde edilmesine olanak sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

1. Karabağ H. *Evde sağlık bakım hizmetlerinin türkiye’de uygulanabilirliğine ilişkin hekimlerin görüşleri ve kardiyoloji hastaları için hastane destekli evde bakım hizmetleri model önerisi*. Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2007.
2. Yeşiltaş A. *Evde sağlık hizmetlerinin sunumunda hasta yakınlarının memnuniyeti: Isparta örneği*. Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2014.
3. Alpak M. *Evde sağlık hizmetlerinin Türkiye’deki yeri (Antalya örneği)*. Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi; 2015.
4. Coşkun N. *Evde sağlık hizmetlerinde yaşam kalitesi ve hasta memnuniyeti*. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hastane İşletmeciliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2011.
5. Yorulmaz M, Özata M, Küçükkendirci H, Demirkıran M. “Sağlık Bakanlığı evde sağlık hizmetleri uygulaması: Konya İli ile İç Anadolu Bölgesi ve Türkiye geneli verilerinin karşılaştırılması”, *Vizyoner Dergisi*, 2013, 4 (8): 1-13.
6. Kuzubaş H Y. *Hasta yakınlarında demografik yapı- memnuniyet ilişkileri (Antalya Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Süt Çocuğu Servisi örneği)*. Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi; 2014.
7. Kesgin C, Topuzoğlu A. “ Sağlıkın tanımı: Başaçıkma”, *Journal of İstanbul Kültür University*, 2006: 47-49.
8. Polat A. *Memnuniyet ve yatan hastaların memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi: Tavas Devlet Hastanesi örneği*. Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2016.
9. <http://www.danistay.gov.tr/upload/insanhaklarievrenselbeyannamesi.pdf> Erişim tarihi: 02.Haziran.2017.
10. Temiz Ö. “Türk hukukunda bir temel hak olarak sağlık hakkı”, *Ankara Üniversitesi Sbf Dergisi*, 2014, 69 (1): 165 – 188.
11. <http://www.turkhukuksitesi.com/mevzuat.php?mid=5544>, Erişim tarihi: 15.07.2017.
12. Taşdelen P. *Evde bakım hizmetlerine olan ihtiyacın belirlenmesi konusunda bir araştırma*. Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2012.
13. Sayım F, Aydın V. “ Hizmet sektörü özellikleri ve sistematik olmayan risklerin sektör menkul kıymetleri ile etkileşimine dair teorik bir çalışma” *Dumlupınar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Dergisi*.

<http://dergipark.gov.tr/download/article-file/55689>. Erişim tarihi: 12.Ağustos.2017.

14. Zengin E. “Hizmet Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi”, *Journal of Qafqaz Üniversitesi Dergisi*, 2000, 3 (1): 43-56.

15. Öztürk SA. *Hizmet Pazarlaması*, Ekin Basın Yayın Dağıtım, Bursa, 2013.

16. Grönroos C. *Service Management and Marketing: Managing the Moments of Truth in Service Competition*, Lexington Books, 1990.

17. Harput S. *Yeditepe Üniversitesi hastanesinde yatan hastalarda beklenen ve algılanan hizmet kalitesinin Servqual Ölçeği ile değerlendirilmesi*. Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2014.

18. Uyguç N. *Hizmet Sektöründe Kalite Yönetimi*, Dokuz Eylül Yayınları, İzmir, 1998.

19. “Hizmet Pazarlaması”, <http://yunus.hacettepe.edu.tr/~umutal/lesson/bby401-2010-5.pdf>. Erişim tarihi: 12.Mayıs.2017.

20. Bozkurt R, Odaman A. “Iso 9000 Kalite Güvence Sistemleri”, 3. Basım, Mpm Yayınları, 1997.

21. Parasuman A, Zeithaml V, Berry LL.”A conceptual model of service quality and it’s implications for future”, *Journal Of Marketing*, 1985, 49: 41-50.

22. <https://cndmr.wordpress.com/teknik/kalite/>, Erişim tarihi: 23.Temmuz.2017

23. Rust R T, Oliver RL. *Service Quality. New Directions in Theory and Practice*, Sage Publications, California, 1994.

24. Bitner M J. “Evaluating service encounters: the effects of physical surroundings and employee responses”, *Journal of Marketing*, 1990, 54: 69-82.

25. Parasuraman A, Zeithaml A V, Berry L L. “Reassessment of expectations as a comparison standart in measuring service quality: implications for further research”, *Journal of Marketing*, 1994, 58: 111-124.

26. Aytar G, Yeşildal N. “Yatan hasta memnuniyeti”, *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi*, 2004, 6 (3): 10-14.

27. Roland R T, Oliver R. *Service Quality: New Directions in Theory and Practice*, Sage Publications, California, 1994.

28. Hacıfendioğlu Ş, Koç Ü. “Hizmet kalitesi algılamalarının müşteri bağlılığına etkisi ve fast-food sektöründe bir araştırma”, *Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2009, 18 (2): 146 – 167.

29. Kenneth B, Donthu N, Kennet PA “Longitudinal analysis of satisfaction and profitability”, *Journal of Business Research*, 2000, 47: 161-171.

30. Grönroos C, *Service Management and Marketing: A Customer Relationship Management Approach*, 2nd ed., UK: John Wiley & Sons Ltd, 2000.
31. Türk, M. “Perakendeci işletmelerde personelin davranışsal özellikleri ile müşteri memnuniyeti arasındaki ilişki”, Süleyman Demirel Üniversitesi, *İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2005, 10: 195-219.
32. Çıtak E. *Hizmet pazarlamasının müşteri bağlılığı üzerine etkisi ve örnek bir uygulama*. Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2014.
33. Goldmann H. *Müşteri Kazanmak*, İlgı Yayıncılık, İstanbul, 1997.
34. Özgüven N. “Hizmet pazarlamasında müşteri memnuniyeti ve ulaştırma sektörü üzerinde bir uygulama”. Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, İşletme Bölümü, *Ege Akademik Bakış*, 2008, 8 (2): 651-682.
35. <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.4.224.pdf>. Erişim tarihi: 25.Eylül.2017.
36. Kahraman EK. *Türk sağlık sisteminde evde bakım hizmetlerinin yeri ve İstanbul İli Beşiktaş İlçesindeki Alzheimer hastalarına evde bakım hizmetlerine yönelik bir araştırma*. Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi; 2013.
37. Aktan C C, Işık A K, “Sağlık hizmetlerinin sunumu ve alternatif yöntemler”, 2004, <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf>. Erişim tarihi: 25.Eylül.2017.
38. Yıldırım S. *Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi*, DPT Yayınları, Ankara, 1994.
39. Çalışkan Z. *Ulusal sağlık sisteminin finansal kaynakları yönünden Türkiye’de uygulanabilirliği*. Akdeniz Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi; 1999.
40. Günaydın A. *Aile hekimlerinin 5510 sayılı genel sağlık sigortası kanununu değerlendirmeleri*. İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimleri Enstitüsü, İşletme Ana Bilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi; 2007.
41. Tokalaş S. *Kamu sağlık hizmetlerinin satın alınması*. Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi; 2006.
42. Smith GT. *Public Health in Europa, I. Health Planning and Organization of Medical Care*, WHO, Copenhagen, 1994: 34-35.
43. Kavuncubaşı Ş. *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, Ankara, Siyasal Kitapevi, 2000.
44. Ateş M. *Sağlık Sistemleri*, Beta Yayıncılık, İstanbul, 2011.
45. Şahin Ü, Demircan N. “Ülkemizde Sağlık Sisteminin Reorganizasyonu İçin Bir

Araç Olarak ISO 9001:2000”, VI. Ulusal Sağlık Kuruluşları Yönetimi Kongresi Bildirileri, 2008.

46. Akdur R. *Türkiye’de sağlık hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri İle kıyaslanması*, Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara, 2000.

47. Duran ED. *Yönetim, hemşirelik hizmetleri ve etik*. Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2015.

48. Somunoğlu S. *Sağlık- Sağlık Hizmetleri ve Türk Sağlık Sistemi*. Tatar M.ed., Sağlık Kurumları Yönetimi-1, T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını, Eskişehir, 2012.

49. Ulker S, Oktay S, Erdogan S. “Evde sağlık bakım hizmetlerinin sunumuna ilişkin temel ilkeler toplantısının grup raporu”, *Şişli Etfal Hastanesi Hemşirelik Dergisi*, 1995.

50. Oğlak, S. “Uzun süreli evde bakım hizmetleri ve bakım sigortası”, *Turkish Journal of Geriatrics*, 2007, 10 (2): 100-108.

51. Yurtsever N. *İzmir’de çalışan evde bakım hemşirelerinin iş doyumu ve tükenmişlik düzeylerinin incelenmesi*. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2015.

52. Erol İ, Kalaycıoğlu Y. “Evde Bakım Sürecinde Hasta Güvenliği”, 3.Uluslararası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi Sözel Bildiriler Kitabı, Ankara, 2011.

53. Başgül Ç, Keskin İ, Kara H, Yalçın S, Aksoy M. “Sağlık alanında yeni bir hizmet: evde sağlık hizmeti”, *Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Sağlıkın Başkenti Dergisi*, 2011, 20: 50-56.

54. Çoban M. *Evde bakım hizmetleri konusunda görüş belirleme: Sosyal Sigortalar Kurumu Ankara Eğitim Hastanesi Doktorları ve Hemşireleri üzerinde bir uygulama*. Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi; 2003.

55. Tanlı, S. *Evde bakım hizmetlerinin firmalaştırılması: bir işletme planı önerisi*. İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek lisans Tezi; 1996.

56. Marks I M, Connolly J M, Muijen B, Audini G, McNamee, and R. E. “Lawrence. home-based versus hospital-based care for people with serious mental illnesses”, *British Journal of Psychiatry* 1994, 165 (2): 179–194.

57. Tuna Y R, Özdemir Ü, Güden E, Demirel İ, Öksüzkaya A. “Evde sağlık hizmetleri Kayseri örneği”, 15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Bursa. 2012.

58. Sağlıklı Nesiller Derneği, *Evde Sağlık Hizmetleri*, Eğitim Yayınları-1, Ankara, 2005.

59. Seyyar A. “Dünyada Ve Türkiye’de Yaşlılığa Bağlı Bakım Sorununa Karşı Güvence Sistemleri”, *Özveri Dergisi*, 2005, 2(1): 377-503.

60. Akpınar S, Karabay D.”Sağlık kurumlarında birim maliyet hesaplama: fizik tedavi ve rehabilitasyon poliklinik uygulaması”, *Journal of Business Science (JOBS)*, 2017, 5(2): 199-215.
61. Arda B, Oğuz Y, Pelin ŞS. *Tıp Tarihi Konularına Genel Giriş*, A.Ü. Tıp Fakültesi, Antıp Aş. Yayınları, Ankara. 1998: 94.
62. Sargutan E. *Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri - Kavram, Metot ve Uygulamalar, Ülkelerin Sağlık Sektörlerinin Genel Sistem ve Mali Yapıları, Sağlık Sistemi Tipleri ve Belirgin Özellikleriyle Ülke Örnekleri, Türkiye Sağlık Sektörünün Sistem ve Mali Yapıları*, Hacettepe Üniversitesi Yayını, Ankara, 2006.
63. Yılmaz M, Sametoğlu F, Akmeşe G, Tak A, Yağbasan B, Gökçay S, Sağlam M, Doğanyılmaz S. “Sağlık hizmetinin alternatif bir sunum şekli olarak evde hasta bakımı”, *İstanbul Tıp Dergisi*, 2010, 11(3): 125-132.
64. <http://www.tkhk.gov.tr/Dosyalar/63df317e06a248d7bbd1a74fe876b332.pdf>. Erişim tarihi: 27. Eylül.2017.
65. <http://www.ibb.gov.tr/sites/SaglikVeSosyalHizmetler/evdesaglik/Pages/AnaSayfa.aspx>. Erişim tarihi: 27.Ağustos.2017.
66. Karadağ M. *Türk Silahlı Kuvvetlerinde görevli Hekim öğretim üyelerinin evde bakım hizmetleri konusundaki görüşleri*, Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Eğitimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2006.
67. Özer Ö, Fatih F. “Kamunun sunduğu evde bakım hizmetleri ve finansmanı” Hacettepe Üniversitesi, İibf Sağlık İdaresi Bölümü, *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2012, 3: 96-103.
68. Oğlak, S. “Uzun süreli evde bakım hizmetleri ve bakım sigortası”, *Turkish Journal of Geriatrics*, 2007, 10 (2): 100-108.
69. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16057>. Erişim tarihi: 27.Ağustos.2017.
70. <http://ec.europa.eu/eurostat/> Erişim tarihi: 22.Ağustos.2017.
71. <http://www.tuik.gov.tr/> Erişim tarihi: 02.Temmuz.2017.
72. <http://www.nahc.org/> Erişim tarihi: 12. Temmuz. 2017.
73. Astarita T, Materna G. Veblevins C. *Competencyin Home Care*, Jones&Bartlett Learning, 1998.
74. <http://www.sargutan.com/Amerika%20birlesik%20devletleri%20saglik%20sistemi.pdf>. Erişim tarihi: 01.Temmuz.2017.
75. A Data Book, “Health care spending and the medicare program”, 2013.

- http://c.ymcdn.com/sites/www.michbio.org/resource/resmgr/Policy__MedicareB/MedPac_A_Data_Book_Health_Ca.pdf. Erişim tarihi: 29.Eylül.2017
76. Murkofsky, R., Alston, K., “The Past, present, and future of skilled home health agency care”, *Clinics in Geriatric Medicine*, 2009, 25(1): 1-17.
77. McCall N, Petersons A, Moore S. ve Korb J. “Utilization of home health services before and after the balanced budget act of 1997: What were the initial effects?”, *Health Serv. Res.*, 2003, 38(1): 85–106.
78. Komisar HL.“Rolling back medicare home health care”, *Health Care Financ Rev*, 2002, 24: 33-55.
79. www.vgm.gov.tr. Fatih Sultan Mehmet’in sağlık vasiyetnamesi, Erişim tarihi: 29.Ağustos.2017.
80. Turan SÖ. *Evde izlemi yapılan kronik kardiyopulmoner hastaların evde bakım sürecinde tıbbi gereksinim düzeylerinin saptanması*. Başkent Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi; 2008.
81. Aydın D. *Evde Bakım Hizmetleri*, Sağlıklı Nesiller Derneği, Sağlık Ve Eğitim Yayınları 1, Ankara. 2005.
- 82.<http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Asp?MevzuatKod=7.5.7542&sourceXmlSearch=&MevzuatIliski=0>. Erişim tarihi: 29.Ağustos.2017.
83. Kılınç AS, Çatak, B, Badıllıoğlu O, Sütü S, Sofuoğlu AE, Aslan D, “Burdur’da evde sağlık hizmeti alan yaşlı hastaların profili ve evde verilen sağlık hizmetleri”, *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 2012, 10 (1): 13-21.
84. <https://www.saglik.gov.tr/TR,11186/yonergeler.html>. Erişim tarihi: 29.Temmuz.2017
85. <http://ailehekimligi.gov.tr/> Erişim tarihi: 22.Temmuz.2017.
86. Genç Y, Alptekin K. “Korunmaya muhtaç yaşlılara evde sağlık ve bakım hizmeti sunulması”, Adli Proje Üzerine Bir Araştırma’, *Yalova Sosyal Bilimler Dergisi*, 2012, 81 (5): 76-92.
87. Bayraktar G. “Evde sağlık hizmeti uygulamaları”, 3. Uluslararası Evde Sağlık Hizmetleri Kongresi, 2013./2015/02/20150227-14.htm. Erişim tarihi: 24.Ağustos.2017.
88. <https://www.tkhk.gov.tr/Dosyalar/63df317e06a248d7bbd1a74fe876b332.pdf> Erişim tarihi: 29.Ağustos.2017.
- 89.<https://www.saglik.gov.tr/TR,17971/Saglik-Bakanliginca-sunulan-evde-saglik-hizmetlerinin-uygulama-usul-ve-esaslari-hakkında-yönerge.html>.Erişim tarihi: 14.Ağustos.2017
90. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler>. Erişim tarihi: 29.Ağustos.2017

91. World Health Organization (WHO). Report Of A Who Study Group. “*Home-Based Long-Term Care*” .WHO Technical Report Series 898, Geneva, 2000.
92. Karahan A. “Yaşlılıkta evde bakım”, *Turkish Journal of Geriatrics*, 2002, 5 (4): 155-159.
93. http://www.thsk.gov.tr/tr/dosya/TSBS/hsbs_rehber_son.pdf Erişim tarihi: 29.Ağustos.2017
94. Altuntaş M, Yılmaz T T, Güçlü Y A, Öngel K. “Evde sağlık hizmeti ve günümüzdeki uygulama şekilleri” *Tepecik Eğitim Hast Derg*, 2010, 20 (3): 153-158.
95. Evde Bakım Derneği. “Ülkemiz için evde bakım modeli oluşturma çalıştay: Çalıştay sonuç raporu”, Ankara, 2010.
96. Council on Scientific Affairs. Home Care in the 1990s, *The Journal of the American Medical Association*, 1990, 263, 1241-1244.
97. Akdemir N, Akkuş Y. “Rehabiliton and Nursing”. *Hacettepe Üniversitesi Yüksekokulu Dergisi*, 2006, 82-91.
98. Eevli E, *Evde bakım hizmetlerine olan ihtiyacın tespit edilmesi konusunda bir araştırma*, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi; 2012.
99. Çobanoğlu A E “Çoban M. Evde bakım hizmetlerine genel bir bakış”. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku Tarihi Dergisi*, 2004, 1-12.
100. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2005/03/20050310-5.htm>, Erişim tarihi: 27.Eylül.2017.
101. Duman R, Tosun A N, Nacarküçük S. “Bursa Halk Sağlığı Müdürlüğü Evde Sağlık Hizmetleri Hasta Memnuniyet Durumlarının Değerlendirmesi”, http://www.bsm.gov.tr/e_dergi/dergi_11/FLASH/data/15.html.Erişim tarihi: 30.Eylül.2017.
102. Evde Sağlık Hizmetleri İstanbul Çalıştay Sonuç Raporu -İstanbul , 31 Ocak 2013. http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/tekd/belge/Evde_Sag_%C4%B0stanbul_Calistay_Sonuc_Rapor.pdf, Erişim tarihi: 30.Ağustos.2017.
103. Hsiao, William. “Gelişmekte olan ülkelerde sağlık finansmanı, sağlık bakım ve koruma finansmanın arka plan belgesi”, *Dünya Bankası*, 2000, 97 (6): 982-987.
104. WHO. “Long Term Care Laws in Five Developed Countries” A Review. Available from: 2000b:39-75. http://www.who.int/chp/knowledge/publications/ltc_laws_5developed_countries.pdf. Erişim tarihi: 09.Mayıs.2017.

105. Top M, Tarcan M, Tekingündüz S, Güler H. “65 yaş ve üzeri yaşlı yatan hastaların hasta tatmininin değerlendirilmesi: İzmir İli örneği”. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, İİBF dergisi*, 2011, 6 (1): 103-138.
106. Yalçın İ, Koçak S.”Niğde Devlet Hastanesinde müşteri memnuniyeti üzerine bir araştırma”, *Niğde Üniversitesi İİBF Dergisi*, 2009, 2 (2): 19-41.
107. Aslan Ş, Sezgin M, Hacıoğlu SB. “Özel sağlık kuruluşlarında müşteri memnuniyeti ve memnuniyeti oluşturan unsurların araştırılması”, *Muğla Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2008, 20: 24-40.
108. Eser C, Ateş M, Bektaş G. “Gemlik Devlet Hastanesi Dahiliye Poliservisi’nde hasta memnuniyetinin ölçülmesi konusunda bir araştırma”. 3. Ulusal sağlık ve hastane yönetimi sempozyumu (uluslararası katılımlı) bildiriler kitabı, Ankara, 28-29 Eylül 2000: 445-52.
109. Demir H, Karavuş M, Özver H, Gürbüz Y, Akdaş A. “Üniversite hastanesi poliservislerine başvuran hastaların tatmin düzeyleri”. 3. Ulusal sağlık ve hastane yönetimi sempozyumu (uluslararası katılımlı) bildiriler kitabı, Ankara, 28-29 Eylül 2000: 346-57.
110. Tengilimoğlu D. “Ankara’da Bir üniversite hastanesinde hasta memnuniyetinin ölçülmesi”. İçinde: Çoruh M, editör. Sağlık hizmetlerinde toplam kalite yönetimi ve performans ölçümü. Ankara: Haberal Eğitim Vakfı: 1997: 103-11.
111. Şahin T K, Bakıcı H, Bilban S, Dinçer Ş, Yurtçu M, Günel E “Meram Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Servisinde yatan hasta yakınlarının memnuniyetinin araştırılması”. *Genel Tıp Derg.*, 2005,15(4): 137-142.
112. Işık O, Tengilimoğlu D, Akbolat M. “ *Sağlık işletmeleri Yönetimi*”. Nobel Yayın Dağıtım. ISBN: 6051331843, 2012.
113. Haberal EB. *Hasta ve refakatçi tatmini: bir eğitim araştırma hastanesinde uygulama*. Başkent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2012.
114. Kaya S, Tengilimoğlu D, Işık O, Akbolat M, Yılmaz A. “*Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi*” Anadolu Üniversitesi Yayını, Açıköğretim Fakültesi, Eskişehir, Ocak 2013.
115. Küçükaksu C, Ünlü S, Yarıcı T, Mahmutoğlu L. “Sağlık hizmetlerinden kalite deneyimi”, *Hastane Yaşam Dergisi*, 2004, 1(1): 26.
116. Sevimli S. “*Hizmet sektöründe kalite ve hizmet kalitesi ölçümü üzerine bir uygulama*”, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi; 2006.
117. Özdil N, JCI “Akreditasyonu olan özel hastanelerde personel temini ve uygulaması, Marmara Üniversitesi SBE, YYLT, İstanbul, 2010.

118. <http://www.turkak.org.tr/turkaksite/akreditasyonakreditasyonnedir.aspx>. Erişim tarihi: 30.Eylül.2017.

119. İnceboz T. “Sağlıkta kalite uygulamaları ve iso 15189:2007 akreditasyon uygulamalarının öncesi ve sonrası karşılaştırılması”, DEÜ, SBE, YYLT, İzmir, 2009.

120. Akyurt N. *Hastanelerde akreditasyon standartları: istanbul'daki özel hastanelerin radyoloji yöneticilerinin standartları ne ölçüde yerine getirildiği konusundaki görüşlerine ilişkin bir araştırma*. İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi; 2007.

121. Aşılıoğlu N, Akkuş T, Baysal .“Çocuk acil servisinde ebeveyn memnuniyeti ve etkileyen etmenlerin araştırılması” *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, 2009, (2) 9: 65-72.

122. Çavuş FÖ. *Yaşlılara yönelik evde bakım hizmetlerinin değerlendirilmesi*. Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi; 2013.

123. Karaman D, Kara D, Atar N. “Evde bakım hizmeti verilen bireylerin hastalık durumlarının ve bakım ihtiyaçlarının değerlendirilmesi, Zonguldak örneği”, *Gümüşhane Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2015, 24(3): 347-360.

124. Işık O, Kandemir A, Eriş M, Fidan C.”Evde sağlık Hizmeti alan hastaların profilleri ve sunulan hizmetin değerlendirilmesi”, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 2016: 171-186.

125. Merkouris A, Lanara V, Lemonidou C. “Patient satisfaction: a key concept for evaluating and improving nursing services”, *Journal of Nursing Management*, 1999, 7: 19-28.

126. Yılmaz M.“Sağlık bakım kalitesinin bir ölçütü: hasta memnuniyeti” *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2001, 5 (2): 69-74.

127. Önsüz MF, Topuzoğlu A, Cöbek UC, Ertürk, , Yılmaz F, Birol S.“ İstanbul’da bir Tıp Fakültesi Hastanesinde yatan hastaların memnuniyet düzeyi”. *Marmara Medical Journal* 2008, 21(1): 33-49.

128. Yaş S. *Toplam kalite yönetimi anlayışının sağlık sektöründe uygulanması: Trakya Üniversitesi sağlık araştırma ve uygulama merkezi ile edirne devlet hastanesi'nin karşılaştırılması*. Trakya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi; 2009.

129. Engiz O. “Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatmini” <http://www.Merih.Net/M1/Woguzen21.Htm>, Erişim tarihi: 30.Eylül.2017.

130. Dinç D, Ünalın P C, Topsever P, Özyavaş S. ‘Hasta memnuniyeti ve yönetim sistemi: çözüm ortağı hekim’, *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 2009, 13(2): 93-98.

131. Söyleyici T. *Aile Hekimliği uygulamasında hasta memnuniyet düzeyi: Denizli uygulaması*, Pamukkale Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi; 2010.

132. Choyce MQ, Maitra AK. "Satisfaction with the accident and emergency department-a postal survey of general practitioners' views", *J Accid Emerg Med.* 1996, 13: 280-282.
133. Bulut H, "Acil servislerde hasta ve yakınlarını bilgilendirmenin memnuniyet üzerine etkisi", *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.* 2006,12(4): 288-298.
134. Aydın K, Tokur M, Daş T , Esmen D , Arslanoğlu E , Yaldırak E , Büyükkayalı E, Demir B , Yelli R , Gökmen N , Koca U."Anestezi Yoğun Bakım Ünitesinde Hasta Yakını Memnuniyetinin Değerlendirilmesi" *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 2016, 30 (2): 61-70.
135. Yeşiltaş A, Adıgüzel O "Evde sağlık hizmetlerinde hasta yakınlarının memnuniyeti" *Çankırı Karatekin Üniversitesi SBE Dergisi*, 2016,7(1): 863-880.
136. Özer A, Çakıl E. "Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler" *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 2007, 5(3): 140-143.
137. Apay ES, Arslan S. "Bir üniversite hastanesinde yatan hastaların tatmin olma düzeyleri", *TAF Preventi ve Medicine Bulletin*, 2009, 8(3): 239-244.
138. Tengilimoğlu D, Belgin Sezgin B. "Hastanelerde pazarlama faaliyetlerinin müşteri bağlılığına etkisi: Bir alan çalışması", Sağlık Ve Hastane Yönetimi 2. Ulusal Kongresi (Uluslararası Katılımlı) Bildiriler Kitabı, 2005:154-165.
139. Yılmaz M, Çifçi ES. "Açık kalp ameliyatı geçirmiş bireylerin evde bakım gereksinimlerinin belirlenmesinde bir model: Fonksiyonel sağlık örüntüleri", *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 2005, 18(3): 183-189.
140. Vural F, Aydın A, Fil Ş, Torun S, Vural B, "Bir devlet hastanesinde yatan hastalarda memnuniyete etki eden iki önemli faktör: iletişim ve hasta güvenlik kültürü", *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2015, 4: 335-346.
141. Uzun Ö, Özer N, Çevik A R. "Bazı cerrahi kliniklerde ve cerrahi yoğun bakım ünitelerinde yatan hastaların ailelerinin gereksinimleri", *AÜTD*, 2002, 34: 39-45.
142. Öz N Sevil Ü. "Pediatri Kliniğinde Tedavi Gören Hastaların Ebeveynlerinin Hemşirelik Hizmetlerinden Beklentilerinin İncelenmesi", EÜ, Hemşirelik Yüksekokulu, 2012.
143. Zerenler M, Öğüt A, "Sağlık sektöründe algılanan hizmet kalitesi ve hastane tercih nedenleri araştırması: Konya örneği", *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2007, 18: 501-519.
144. Ataç A, Azal Ö, Uçar M, Açikel CH, Göçgeldi E."TSK sağlık kurumlarından yararlanan personelin hasta hakları ve sağlık personeli-hasta ilişkisi konusundaki memnuniyetlerinin intranet üzerinden araştırılması", *Gülhane Tıp Dergisi*, 2003, 45(4): 309-315.

145. Ablan E, Tekingündüz S, Top M. “Poliklinik hastalarında hasta tatmini incelemesi”.III.Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi.Ankara, 2011.
146. Şahin TK. “Meram Tıp Fakültesi çocuk cerrahisi servisinde yatan hasta yakınlarının memnuniyetinin araştırılması” *Genel Tıp Dergisi*, 2005, 15(4): 137-142.
147. Soy B D, Çınar F, Tüzer B, Öneş K.“Ayaktan fizik tedavi uygulanan hastalarda ağrı iyileşmesinin memnuniyet ile ilişkisi ”, Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı. Cilt 2, Antalya, 2009.
148. Babadağlı B. Ekiz E S. “Erdoğan S. ”Hekimlerin ve hemşirelerin hastayla iletişim becerilerinin değerlendirilmesi”, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2006, 1: 58-68.
149. Yıldız S, Sevda E, Yıldız S E. “Hizmet kalitesinin müşteri memnuniyetine etkisi: Kars’taki devlet ve üniversite hastaneleri’nde bir araştırma” *Bilgi Ekonomisi ve Yönetimi Dergisi*, 2011: 6 (2): 125-140.
150. Ulusal B, Kubulay G. “Pedsqı sağlık bakım ebeveyn memnuniyet ölçeğinin Türkçe’ye uyarlanması”, *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2012: 3 (1):44-50.
151. Canural R. “Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti: hasta sağlık bilgilerinin paylaşımı”.Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, Ankara, 2009.
152. Devebakan N. “Sağlık işletmelerinde algılanan hizmet kalitesi ve ölçümü”. İzmir, 2005.http://www.kalder.org.tr/Genel/download/saglik_isletmelerinde_ahk_ve_olcumu.pdf. Erişim tarihi: 20.Nisan.2017.
153. Aslantekin F. “Sağlık hizmetlerinde kalite deneyimi: dr ekrem Hayri Üstündağ kadın hastalıkları ve doğum hastanesi örneği” *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2007, 2 (6): 55-71.
154. İçyeroğlu G, Karabulutlu E. “Hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyinin belirlenmesi” *Fırat Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2011, 6 (17): 67-81.
155. Özlü T. “Hasta hakları”,
<http://Sbu.saglik.gov.tr/Hastahaklari/Elektronikkitap/calisaniliski.htm>. Erişim tarihi: 24.Eylül.2017.
156. Aydoğan Ü. “Aile hekimliğinde hasta memnuniyeti”, Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA), Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi; 2006.
157. Erdal Ç, Tunalı Y, Dilmen Ö, Akçıl F, Yentür E. “Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların yakınlarının memnuniyetinin değerlendirilmesi”. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 2013, 11: 64-71.
158. Büyüköztürk S. “Faktör Analizi: Temel kavramlar ve ölçek geliştirmede kullanımı”, *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi*, 2002, 32: 470-480.
159. <http://www.istatistik.gen.tr/?p=94>. Erişim tarihi: 08.Nisan.2017.

160. Özer O. “Şişli Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi polikliniklerine başvuran hastalarla yapılan anket çalışması ile hasta- hekim iletişiminin incelenmesi”, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Koordinatörlüğü Uzmanlık Tezi; 2007.
161. Çamyemiş İ. *Saray Devlet Hastanesinde hasta yakınlarının sağlık hizmetlerinden memnuniyeti*. Beykent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi; 2011.
162. <http://www.nufusu.com/il/kars-nufusu>. Erişim tarihi: 28.Eylül.2017.
163. Kocaman S. “Kars İli’nin idari coğrafya analizi” *International Journal of Social Science*, 2014, 29: 271-292.
164. www.karsdh.saglik.gov.tr/ . Erişim tarihi: 30.09.2017.
165. Can A. “SPSS ile Bilimsel Araştırma Sürecinde Nicel Veri Analizi”, Pegem Akademi, Ankara, 2014.
166. Çokluk Ö, Şekercioğlu G, Büyüköztürk Ş. “Sosyal Bilimler İçin Çok Değişkenli İstatistik: SPSS ve Lisrel Uygulamaları”, Pegem Akademi Yayıncılık, Ankara, 2012.
167. Field A “*Discovering Statistics Using SPSS*”, Sage Publications, London, 2006.
168. Büyüköztürk Ş. “*Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı*”, Pegem Akademi, Ankara, 2008.
169. Sungur O. “*Güvenilirlik Analizi*”, SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri, Asil Yayın Dağıtım, Ankara, 2006.
170. <http://www.cozumaraştırma.com.tr/örneklemhesaplama>. Erişimtarihi: 23.Şubat.2017
171. Schwarzkopf D, Behrend S, Skupin H, Westermann I, Riedemann N C.” Family satisfaction in the intensive care unit: a quantitative and qualitative analysis”. *Intensive Care Med.* 2013, 39: 1071–1079.
172. Heyland D K, Tranmer J E. “Mesuring family satisfaction with care in the intensive care unit: The development of aquestionnaire and preliminary results”. *Journal of Critical Care*, 2001, 16:142-149.
173. www.istatistikanaliz.com/ki-kare_analiz_testi.asp. Erişim tarihi: 17.Kasım.2017.

EKLER

Ek 1: Araştırmada Kullanılan Anket Formu

“Kars Merkezde Evde Sağlık Hizmeti Alan Hasta Yakınlarının Demografik Yapısı ve Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Oranı” konulu tez çalışmamın anket uygulaması akademik nitelikli olup, bu anketten elde edilecek bilgiler bilimsel amaca yönelik olarak kullanılacak ve alınan cevaplar kesinlikle gizli tutulacaktır. Çalışmaya yapacağınız değerli katkılarınızdan dolayı şimdiden teşekkür eder, saygılarımı sunarım.

Danışman
Yrd. Doç. Dr. Onur YARAR

Neriman GEY
Okan Üniversitesi
Yüksek Lisans Öğrencisi

I- BÖLÜM

Lütfen aşağıda yer alan kişisel bilgileriniz ile ilgili soruların sizce uygun olan cevap seçeneği yanındaki parantezin içini (X) ile işaretleyiniz.

HASTA YAKINI BİLGİLERİ

1-Cinsiyetiniz?

1-() Kadın 2-() Erkek

2-Yaş Grubunuz?

1-() 20-30 2-() 31-40
3-() 41-50 4-() 51 ve üzeri

3-Medeni Durumunuz?

1-() Evli 2-() Bekâr

4-Eğitim Durumunuz?

1-() Okuryazar değil 2-() Okuryazar 3-() İlkokul
4-() İlköğretim 5-() Lise ve dengi okul 6-() Üniversite ve Üstü

5-Yakınlık Derecesi

6-Mesleğiniz

1-() Memur 2-() İşçi 3-() Çiftçi
4-() Ev hanımı 5-() Emekli 6-() Çalışmıyor

7-Hasta ile ne kadar süredir birliktesiniz?

1-() Sürekli yanında kalıyorum 2-() gün
3-() ay 4-()sene

HASTANIN BİLGİLERİ

8-Cinsiyeti?

1-() Kadın 2-() Erkek

9-Yaş Grubu?

1-() 20 ve altı 2-() 20-30 3-() 31-40
4-() 41-50 5-() 51 ve üzeri

10-Medeni Durumu?

1-() Evli 2-() Bekâr

11-Eğitim Durumu?

1-() Okuryazar değil 2-() Okuryazar 3-() İlkokul
4-() İlköğretim 5-() Lise ve dengi okul 6-() Üniversite ve Üstü

12- Mesleği

- 1-() Memur 2-() İşçi 3-() Çiftçi 4-() Serbest Meslek
5-() Ev hanımı 6-() Emekli 7-() öğrenci 8-() Çalışmıyor

13-Hastanın Sağlık Güvencesi?

- 1-()SGK çalışan 2-() SGK emekli 3-() Özel sağlık sigortası
4-()Sosya güvencesi yok 5-() Diğer-...

14-Evde sağlık hizmetini ne kadar zamandan beri alıyor?

.....

15-Son bir yılda evde bakım hizmeti alma sayısı

- 1-() 1 2-() 2 3-() 3 4-() 4 den fazla

16-Hastanın kronik hastalığı var mı?

- 1-()Var 2-()Yok

17-Rahatsızlığı nedir?

- 1-() Doğumsal Rahatsızlık 2-() Solunum Sistemi Rahatsızlık 4-() Nöroloji
3-() Kas ve İskelet 5-() Kanser 6-() Diğer ...

18- Hastanın oturduğu evdeki oda sayısı:

- 1-() 1+1 odalı 2-() 2+1 odalı 3-() 3+1 odalı
4-() 4+1 odalı 5-() 5 oda ve üstü

19- Hastanın oturduğu evde kim ya da kiminle birlikte kalıyor?

- 1-()Yalnız 2-() Eşyle 3-()Çocuklarıyla
4-()Yaşlı Bakım Evi Sakinleriyle 5-() Diğer

II. BÖLÜM: BAŞVURU ŞEKLİ VE DEĞERLENDİRİLME SÜRECİ

Aşağıdaki soruları okuyarak, size uygun olan seçeneği (X) ile işaretleyiniz

20-Evde sağlık hizmetini nereden öğrendiniz?

- 1-() İletişim araçlarından (Tv, internet, vb.) 2-() Hastaneden
3-() Aile hekiminden 4-() Tanıdıklardan

21-Evde sağlık hizmetini hastanız için başvurusunu hangi yöntemle yaptınız?

- 1-() Evde sağlık hizmeti merkezine giderek
2-() Evde sağlık hizmeti merkezini telefonla arayarak
3-() Aile hekimliğine başvurarak

22-Hastaneye ilk başvurunuz mu?

- 1-() Evet 2-()Hayır

23- Evde sağlık hizmetini ilgili olarak ilk incelemede evinize aşağıdaki sağlık görevlilerden hangisi veya hangileri geldi?(Birden çok seçenek işaretlenebilir).

- 1-() Doktor 2-() Hemşire 3-() Psikolog
4-() Diyetisyen 5-() Fizyoterapist 6-() Diğer.....

24-İlk başvurunuzdan kaç gün sonra evde sağlık hizmeti almaya başladınız.

.....gün.

25-Hasta yakını önerileri

- 1-() Hizmetten memnunum önerim yok 2-() Personel Sayısı ve sayısı artsın
3-() Daha kaliteli hizmet verilsin 4-() Ziyaretler daha sık yapılsın

İkamet Adresi.....

III. BÖLÜM: MEMNUNİYET ÖLÇEĞİ

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

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

S.N	SORULAR	1	2	3	4	5
1	Hastanız için evde sağlık hizmeti başvurunuz sırasında telefondaki veya merkezdeki görevlilerin size gösterdiği nezaket düzeyi					
2	Evde sağlık hizmetine gelen sağlık personelinin size ve hastanıza karşı nezaket düzeyi					
3	Evde sağlık hizmeti veren sağlık personelinin tedavi işlemlerinde dikkatli ve titiz davranma düzeyi					
4	Hastanızın çeşitli nedenlerle (Röntgen, vb) hastaneye getirilip götürülme durumu oldu ise , evde sağlık hizmeti veren personelin bu transferde dikkatli ve titiz davranma düzeyi .					
5	Evde sağlık hizmeti sunan sağlık personelinin hastanıza ayırdığı sürenin yeterlilik düzeyi					
6	Evde sağlık hizmeti veren sağlık personeli hastanın mahremiyetine önem verme düzeyi					
7	Evde sağlık hizmeti sunumunda yapılan girişimsel işlemler için alınan rıza/onam ile ilgili bilgilendirme düzeyi .					
8	Evde sağlık hizmeti veren personelin önceden belirlenmiş programa uyma düzeyi					
9	Evde sağlık hizmetini sunan personelin hastanız ile ilgili kayıtların tutulmasındaki dikkat düzeyi					
10	Evde sağlık hizmeti sunan personelin hizmet sunumuna yönelik isteklilik düzeyi					
11	Evde sağlık hizmeti sunan personelin hizmet sunumuna yönelik kıyafetinin uygunluğu					
12	Evde sağlık hizmeti veren sağlık personelinin hastanın bulunduğu fiziksel ortamın nasıl olması gerektiği hususunda (hasta yatağı, oda ısısı vb.) sizi ve hastanızı bilgilendirme düzeyi					
13	Evde sağlık hizmeti veren sağlık personelinin hastanın hastalığı dışında beslenmesi, yatak yarası, vb. konularla ilgilenme düzeyi					
14	Evde sağlık hizmeti veren sağlık personelinin hastanızın sağlık durumu ve tedavi işlemleri ile ilgili sorularınıza açıklayıcı ve yeterli cevap verme düzeyi					
15	Evde sağlık hizmeti veren sağlık personelinin hastanızın kullanacağı ilaçların ve tıbbi cihazların kullanım şekli konusunda sizi ve hastanızı yeterince bilgilendirme düzeyi .					
16	Evde sağlık hizmeti veren sağlık personelinin hastanızın kullanacağı ilaçların yan etkileri konusunda sizi ve hastanızı bilgilendirme düzeyi					
17	Evde sağlık hizmeti veren sağlık personelinin hastanızın problemi olduğunda problemi çözmek için samimiyet düzeyi					
18	Hastanıza sunulan evde sağlık hizmetlerinden genel memnuniyet düzeyiniz					

Ek-2: Araştırmada Kullanılan Hasta Yakını Onam Formu

HASTANIN YAKINI/BAKIMINDAN SORUMLU OLAN KİŞİ İÇİN

ONAM FORMU

Sayın Katılımcı Yakını;

“**Kars Merkezde Evde Sağlık Bakım Hizmeti Alan Hasta Yakınlarının Demografik Yapısı Ve Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Oranı**” isimli çalışmaya ait uygulanacak anket, Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı’nda yapılacak olan Yüksek Lisans Tez alışması ile alakalıdır. Bu anket, evde sağlık bakım hizmeti alan hasta yakınlarının demografik yapısı ve sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranını belirlemek için planlanmıştır. Çalışmadan elde edilen bulguların, evde bakım hizmetlerinin etkinliğinin geliştirilmesine, sağlık sistemine ve literatüre katkı yapması amaçlanmaktadır.

Araştırmada uygulanacak anket ile hasta adına yakını olarak yönetilen sorulara vereceğiniz cevaplarla kendiniz ve hastanız hakkındaki sosyo-demografik özellikleriniz ve evde alınan bakım hizmetleri konusunda memnuniyet oranınız belirlenecektir. Alınan bilgiler araştırma amaçlı olup, gizli tutulacaktır. Vereceğiniz cevapların doğru ve eksiksiz olması hasta ve yakınlarının şimdiye kadar alınan sağlık hizmetlerinde varsa eksikliklerinin giderilmesi yanında daha iyi hizmetin sunulmasını sağlayacak ayrıca, bu araştırmayla varılmak istenen amaca hizmet ederek, bilimin gelişmesine katkı yapacaktır. Araştırma sonucunda elde edilen veriler doğrultusunda hastaların evde bakım hizmetinden memnuniyet oranları belirlenecektir. Neriman Gey tarafından yürütölen “**Kars Merkezde Evde Sağlık Bakım Hizmeti Alan Hasta Yakınlarının Demografik Yapısı Ve Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Oranı**” konulu Yüksek Lisans tez çalışması için yapılacak bu anket, araştırıcı tarafından hasta yakını bilgilendirildikten sonra katılmayı gönüllü olarak kabul ettiğinizi beyan ettiğiniz takdirde uygulanacaktır. Ayırdığınız zaman ve katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

Anketi Uygulayan:

Neriman GEY

Katılımcı Yakınının Adı Soyadı:

Adresi:

Tarih ve İmzası:

Ek 3: Araştırma İzin Formu



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Kars İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 82134845/806.02.02
Konu : Araştırma İzin Talebi

KARS KAFKAS ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
(Sağlık Bilimleri Fakültesi)

Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Öğretim Elemanı Neriman GEY'in vermiş olduğu dilekçesine istinaden, Kurumunuzda evde bakım hizmetleri için başvuran hasta yakınlarına yapacağı anket çalışmasını, Kurumunuzda yapması uygun görülmüştür. Bu hususta;

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Op.Dr. Serdar RODOPLU
Genel Sekreter

BELGENİN ASLI
ELEKTRONİK İMZALIDIR
14.06.2016

EKLER:
Araştırma İzin Talebi

Serhat ATMAÇA
Karak GAYRİVİTA

Kars Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Yenişehir Mah. AGO Bulvarı,
No.75.-KARS Wep Adresi :<http://karskib.saglik.gov.tr>
Faks No:04742136167
e-Posta:nurten.kircicek@saglik.gov.tr İnt.Adresi:

Bilgi için:NURTEN KIRÇIÇEK
Unvan:HEMŞİRE
Telefon No:04742136255

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 18f6b2b2-4f60-47c8-863d-10ddd623874 koda ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

KARS İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ - KARS İLİ KAMU HASTANELER
BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ EVRAK BİRİMİ
13/06/2016 16:13 / 48657142-000-5184



00025280569

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Kars İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Kars Harakani Devlet Hastanesi

Sayı : 42288353 / 5.280
Konu : Araştırma İzin Talebi Hk.

09.05.2016

KARS İLİ KAMU HASTANELER BİRLİĞİ
GENEL SEKRETERLİĞİ

İlgi:07.06.2016 tarih ve E:712 sayılı yazıya;

İlgi tarih ve sayılı yazınıza istinaden Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Öğretim Elemanı Neriman GEY' in hastanemizde yapacağı anket çalışması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi arz ederim.

Uz. Dr. Nilhan ERYEĞEN
Hastane Yöneticisi

Kars Harakani Devlet Hastanesi
karsdhs3@saglik.gov.tr
Tel : 04742125668-70
Fax : 0474 212 2367

Ayrıntılı Bilgi için:N.PARLAK
Yenişehir Mah.İsmail Aytemiz Bul.
No:55

Ek 4: Araştırma Etik Onayı

Toplantı Sayısı:77

Okan Üniversitesi
Etik Kurulu
“Kurul Kararları”

Toplantı Tarihi: 19.10.2016

Toplantıya Katılanlar:


Prof. Dr. Mithat Kıyak	(Başkan)
Prof. Dr. Mazhar Semih Başkan	(Üye)
Prof. Dr. Dilek Öztürk	(Üye)
Prof. Dr. Ali Tayfun Atay	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Nermin Bölükbaşı	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Nihat Özyayın	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Gökçe Akyol Şahin	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Didem Torun Özkan	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Erdiñ Ünal	(Üye)


Okan Üniversitesi Etik Kurulu 19.10.2016 tarihinde Prof. Dr. Mithat Kıyak'ın Başkanlığında toplandı ve çoğunluk mevcut olduğundan gündeme geçildi.


18- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Sağlık Yönetimi Bölümü öğrencilerinden **Neriman GEY'in “Kars Merkezde Evde Sağlık Hizmeti Alan Hasta Yakınlarının Demografik Yapısı ve Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Oranı”** başlıklı çalışması için başvurusunun görüşülmesi,

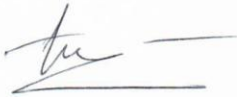
Yapılan görüşmeler sonucunda;

Karar 18- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Sağlık Yönetimi Bölümü öğrencilerinden **Neriman GEY'in “Kars Merkezde Evde Sağlık Hizmeti Alan Hasta Yakınlarının Demografik Yapısı ve Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Oranı”** başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.


Prof. Dr. Mithat Kıyak
(Başkan)

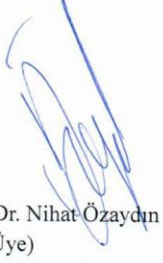
Prof. Dr. Mazhar Semih Baskan
(Üye)


Prof. Dr. Dilek Öztürk
(Üye)



Prof. Dr. Ali Tayfun Atay
(Üye)


Yrd. Doç. Dr. Nermin Bölükbaşı
(Üye)




Yrd. Doç. Dr. Nihat Özaydın
(Üye)

Yrd. Doç. Dr. Gökçe Akyol Şahin
(Üye)




Yrd. Doç. Dr. Didem Torun Özkan
(Üye)

Yrd. Doç. Dr. Erdiñ Ünal
(Üye)



Ek 5: Özgeçmiş

1958 yılında Aydın'ın Söke ilçesine bağlı Güllübahçe'de doğdum. Ortaokulu Söke'de, Lise öğrenimini Aydın Sağlık Meslek Lisesi'nde tamamladım. 1977 yılında Elazığ Sağlık Meslek Lisesi'nde "Eğitim Hemşiresi" olarak göreve başladım. 1987 yılında Gevher Nesibe Sağlık Eğitim Enstitüsü'nü bitirdim. Aynı yıl Sivas Sağlık Meslek Lisesi'ne "Öğretmen" olarak atandım. 1990 yılında Sivas'ta Cumhuriyet Üniversitesi, Fen-Edebiyat Fakültesi Biyoloji bölümünü bitirdim. 1992-1999 yılları arasında Sivas Halk Sağlığı Laboratuvarı ve 1999-2001 yılları arasında ise Kars Devlet hastanesi'nde "Biyolog" olarak çalıştım. 2001 yılında Kars'ta Kafkas Üniversitesi, Kars Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik bölümüne "Öğretim Görevlisi" olarak atandım. 2016 yılında Kafkas Üniversitesi, Fen-Edebiyat Fakültesi Biyoloji bölümü, Zooloji Anabilim Dalı'nda "Çıldır gölünde avlanan havuz balığı (Carassius gibelio) üzerine deltamethrin pestisitinin etkilerinin histopatolojik, genotoksik, elektroforetik ve biyokimyasal yöntemlerle araştırılması" adlı Yüksek Lisans tezimi tamamladım. Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü/Sağlık Yönetimi'nde 2. tezli "Yüksek Lisans" tamamladım. Halen Kafkas Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde "Öğretim Görevlisi" olarak çalışmakta olup, evli iki çocuk annesiyim.

Ulusal ve Uluslararası Dergilerde Yayımlanan Yayınlarım

1. Aslantas H, Adana F, Gey N, Bicer N, Kiransal N. "Domestic Violence During Pregnancy In An Eastern City Of Turkey:A Field Study". Journal of Interpersonal Violence, 2012; 27, 71293-1313., Doi: 10.1177/0886 (Yayın No: 399709).
2. Kıvrak Y, Gey N, Kıvrak H A , Kokaçya M H, Çöpoğlu S Ü, Arı M. "Kadına yönelik eş şiddeti, çocukluk travmaları, depresyon ve yaşam kalitesi: Toplum temelli çalışma" Anadolu Psikiyatri Derg 2015; 16(5):314-322.