

## Evde Sağlık Hizmetlerinde Hasta Yakınlarının Memnuniyeti

Aysun YEŞİLTAŞ<sup>1</sup>, Orhan ADIGÜZEL<sup>2</sup>

Geliş Tarihi

04.02.2016

Kabul Tarihi

02.04.2016

### Öz

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin bir kısmı, 2010 yılından itibaren hastalara kendi ev ortamlarında evde sağlık hizmetleri adı altında verilmeye başlanmıştır. Bu çalışmada evde sağlık hizmeti alan hasta yakınlarının aldıkları hizmetten memnuniyet düzeylerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu amaç çerçevesinde 2014 yılında Isparta ili merkez, Yalvaç ve Eğirdir ilçelerinde bu hizmetten faydalanan 160 hasta yakınına anket uygulanmıştır. Anketler yoluyla elde edilen veriler SPSS 21.0 programı ile analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde frekans ve faktör analizlerinden yararlanılmıştır.

Hasta yakınlarına uygulanan anketten elde edilen verilere göre hasta yakınlarının Isparta ili merkez ve ilçelerinde sunulan evde sağlık hizmetlerinden genel olarak memnun oldukları görülmüştür. İl ve ilçelerde bu hizmeti alan hasta yakınlarının memnuniyet düzeylerinin karşılaştırılmasına göre ilçelerde bu hizmet alanlar il merkezinde bu hizmeti alanlara göre daha fazla memnun oldukları tespit edilmiştir. Evde sağlık hizmetini almaya yönelik başvurma sürecine ilişkin ortaya çıkan bulgulara bakıldığında evde sağlık hizmeti ile ilgili tanıtım eksikliği, hizmete başvuru ile hizmetin alınmaya başlaması arasındaki sürenin uzunluğu ve hasta bilgileri takibi için otomasyon sisteminin olmaması gibi olumsuzlukların olduğu görülmektedir.

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

<sup>1</sup>Süleyman Demirel Üniversitesi, Sağlık Yönetimi, Doktora Öğrencisi, Isparta-TÜRKİYE  
E-posta: pelineren78@hotmail.com

<sup>2</sup>Süleyman Demirel Üniversitesi, Sağlık Yönetimi, Isparta-TÜRKİYE  
E-posta: orhanadiguzel@sdu.edu.tr

---

---

## The Patients' Relatives Satisfaction in Home Health Care Services

Aysun YEŞİLTAŞ, Orhan ADIGÜZEL

---

---

Received	04.02.2016	Accepted	02.04.2016
----------	------------	----------	------------

---

---

### Abstract

Some of the health care services have been started to given to the patients in their home environment in Turkey since 2010 as home health care services. In this study, it was aimed that how the patients' relatives are satisfied with given services. To realize this aim, a questionnaire has been applied to 160 patients' relatives in the city of Isparta and its two towns, Yalvaç and Eğirdir in 2014. The data obtained by questionnaires were analyzed by using SPSS 21.0 programme. To evaluate data, frequencies and factor analysis methods were used.

According to data obtained by questionnaires applied to patients' relatives, it was seen that patients' relatives in the city centre of Isparta and its two towns highly satisfied with the given home health care services. The comparison of the satisfaction levels of patients' relatives in the city centre and towns showed that patients' relatives in towns more satisfied than patients' relatives in the city centre. According to the findings about the application process of getting home health care services, it was seen that there are some problems such as lack of publicity about home health care services, length of time between the applications to get services and starting to get services, and the absence of automation systems about tracking patients' information.

**Keywords:** Home health care, patients' satisfaction, Isparta.

## Giriş

Son yıllarda Türkiye'de sağlık sisteminde önemli dönüşümler yaşanmaktadır. Bu dönüşüm sürecinde Sağlık Bakanlığı bir taraftan yeni bir örgütlenme modeli oluşturarak (Kamu Hastane Birlikleri, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu vb.) sağlık hizmetlerinin sunumunda özerk bir sisteme geçmekte, diğer taraftan ise dünyanın gelişmiş birçok ülkesinde uzun zamandır uygulanan ancak ülkemizde pek bilinmeyen bazı uygulamaları devreye sokmaktadır. Bu uygulamalardan biri de evde sağlık hizmetleridir (Yorulmaz vd., 2013:2). Evde sağlık hizmeti; kanser, felç gibi kronik hastalıklara sahip hastalara, muayene, tahlil, rehabilitasyon gibi ev ortamında sunulabilecek hizmetlerle birlikte danışmanlık hizmetlerini de içeren, bireyin evinde yani ailesinin yanında sunulan hizmetlerdir (www.saglik.gov.tr. ). Evde sağlık hizmetleri hemşirelik, evde sağlık yardımcısı, fizik tedavi, uğraşı terapisi, konuşma terapisi ve sosyal çalışma hizmetlerini kapsamaktadır. Çoğu kişi bu hizmeti yanlış anlamakta ve birinin gelip kendileriyle uzun bir süre kalacağını düşünerek hizmete başvurumaktadırlar (Jernigan, 2009). 'Evde sağlık' kavramı farklı ülkelerde farklı kelimelerle ifade edilmektedir. ABD' de (homehealthcare), Hollanda ve Almanya'da (home-based long-term care) , İngiltere'de (hospital at home) ifadeleri kullanılmaktadır (www.brit-thoracic.org.uk; WHO, 2000; Jernigan, 2009).

Sağlık kurumunda hizmet sunmaya aşına olan sağlık personeli açısından hastaya yaşadığı ortamda sağlık hizmeti sunmak daha güç ve sıkıntı vericidir. Hastanın yanında sürekli bulunulmamasından dolayı, yapılan uygulamaların kontrolü ve hastanın veya hasta yakınlarının tedavi düzenine sağladığı uyum takip edilememektedir. Ayrıca hizmet sunucuları ve hizmet talep edenler arasında beklenti ve hedefler farklılık gösterebilir (Tanlı ve Utku, 2008: 58). 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 (Başgöl vd., 2011).

Dünyada gelişen teknolojinin sağlık alanında da yeniliklere yol açmasıyla azalan ölüm ve doğum hızına bağlı olarak dünya nüfusu yaşlanmaktadır. Nüfusun yaşlanması, özür lülük ve kronik hastalıkların artması sebebiyle birey merkezli evde sağlık hizmetlerine ihtiyaç artmaktadır (Oğlak, 2007; Danış ve Danış, 2006). Yaşlanan dünya nüfusu nedeniyle sağlık hizmetine olan ihtiyaç şekli de değişmektedir. Yaşlı bireylerde görülen demans, alzheimer, diyabet gibi sağlık ve bakım temelli bir sağlık hizmetinin gerektiği hastalıklara sahip bireylerin evlerinde, aile bireylerinin katkısı ve sağlık personellerinin desteğiyle sürdürülmesinin daha etkili olacağı, ayrıca

hem ülke ekonomisine hem de bireylerin günlük aktivitelerini bozmadan sağlık hizmetlerinin sürekliliğini sağlayacağını gösterdiği aşikardır.

Evde sağlık hizmetleri 1980'li yılların ortalarından beri Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlık hizmetlerinin en hızlı büyüyen bölümlerinden biri olmuştur (Astarita, vd. 1998: 3). Bu nedenle 2010 tarihinde yürürlüğe giren 27591 sayılı Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin 4. Maddesi'ne göre "Evde takibi zorunlu olan engelli, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kendisine 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 evde sağlık hizmeti sunmaya başlamıştır (www.saglik.gov.tr.). Yine aynı yıl 'Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında 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 altyapı düzenlemeleri yapılarak kamu kurum ve kuruluşları tarafından sunulan evde sağlık hizmetlerinin ülke genelinde etkin bir şekilde uygulanması amaçlanmıştır (www.ailehekimligi.gov.tr.). 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, hastalığının bireyde sebep olduğu sıkıntıların ortadan kaldırılmasına yönelik sosyal ve psikolojik destek verilmesi şeklinde uygulamaktadır (Genç ve Alptekin, 2012:81; Tuna vd., 2012). Yönergeye istinaden evde sağlık hizmetlerinin ülke genelinde yaygınlaştırılması amacıyla özellikle devlet hastaneleri bünyesinde evde sağlık birimler kurulması ve bunun yanında aile hekimleri tarafından da evde hasta ziyareti yapılması sağlanmıştır. Yapılan çalışmalar kısa sürede meyvesini vermiş ve ülke genelinde yaygın bir evde sağlık hizmeti ağı kurulmuştur (Yorulmaz vd., 2013:11). Ayrıca 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 ihtiyacı olan kapsam dahilindeki hastalara evde sağlık hizmetleri sunulmaktadır. (www.saglik.gov.tr.).

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 (Şahin vd., 2005:138). Kısaca memnuniyet araştırmaları sunulan hizmetin hizmet

alanlar tarafından nasıl algılandığını göstermektedir. Bu çalışmada da Sağlık Bakanlığı Evde Sağlık Hizmetleri biriminden evde sağlık hizmeti alan hastaların yakınlarının, sunulan evde sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeylerini belirlemek amaçlanmıştır.

## Yöntem

Kesitsel olarak tasarlanan çalışma, Isparta ilinde 2014 yılı içerisinde Isparta Kamu Hastaneler Birliği'ne bağlı birimlerden evde sağlık hizmetlerinden faydalanan hastaların yakınları oluşturmaktadır. Isparta ili Kamu Hastaneler Birliği (Ocak 2014) verilerine göre; Isparta Devlet Hastane'nden 667, Isparta Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi'nden 36, Isparta Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi'nden 10, Yalvaç Devlet Hastanesi'nden 70, Eğirdir Devlet Hastanesi'nden 97 hasta olmak üzere toplam 890 hasta evde sağlık hizmeti almıştır. Tabakalı örnekleme sistemine göre örneklem sayısı Isparta merkez için 105 (Isparta Devlet Hastanesi:98, Isparta Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi:5, Isparta Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi:2), Eğirdir ilçesi için 14 ve Yalvaç ilçesi için 10 olarak belirlenmiştir. Örneklem sayıları bunlar olmakla beraber daha fazla deneğe ulaşılabilmiş, araştırmada kullanılan örneklem sayıları Isparta merkez için 107, Eğirdir ilçesi için 31 ve Yalvaç ilçesi için 22 olarak gerçekleştirilmiştir. Analizler bu sonuçlara göre yapılmıştır.

Araştırmada veri toplama aracı olarak anket kullanılmıştır. Anket üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde hasta yakınları ve hastaların demografik özelliklerini içeren sorular bulunmaktadır (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, sağlık güvencesi, kronik hastalık, ikamet durumu). İkinci bölümde evde sağlık hizmetlerine başvuru sürecini belirlemeye yönelik sorular sorulmuştur. Üçüncü bölümde ise evde sağlık hizmetlerinden hasta yakınlarının memnuniyetlerini ölçmeye yönelik ifadeleri içeren 18 maddelik likert tipi ölçek kullanılmıştır. Ölçekteki ifadelerin oluşturulmasında ilgili literatürden yararlanılmıştır. Anketin pilot uygulaması Isparta iline bağlı Yalvaç ilçesinde evde sağlık hizmeti alan hasta yakınlarına yapılarak gerçekleştirilmiştir. Pilot uygulamada herhangi bir sorunla karşılaşılmamış, anket pilot uygulamada hazırlandığı şekliyle uygulanmıştır.

Araştırmaya katılan hasta yakınlarından anket yoluyla toplanan verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgular ve araştırmacıların araştırma süresince evde sağlık hizmetlerini sunan kurumlara ilişkin gözlemleri yer almaktadır. Elde edilen bulgulara dayalı olarak açıklama ve yorumlar yapılmıştır.

## Bulgular

**Tablo 1. Hasta Yakınlarının Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı**

Değişkenler	Frekans (f)	Yüzde (%)
<b>Yaş (yıl)</b>		
20-30	8	5
31-40	25	15,7
41-50	51	32,1
51 yaş ve üzeri	75	47,2
Toplam	159	100
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	139	86,9
Erkek	21	13,1
Toplam	160	100
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	138	86,8
Bekar	21	13,2
Toplam	159	100
Cevapsız	1	
<b>Eğitim Durumu</b>		
İlköğretim ve altı	121	76,1
Lise	25	15,7
Üniversite ve üstü	13	8,2
Toplam	159	100
Cevapsız	1	
<b>Kronik Hastalık Durumu</b>		
Olan	64	40
Olmayan	96	60
Toplam	160	100

Araştırmaya katılan hasta yakınlarının ilgilendiği hastaların tanıtıcı bilgileri incelendiğinde; %85'i 51 yaş ve üzeri aralıkta, %63,8'i kadın, %62,9'u evli ve %84,3'ünün SGK güvencesine sahip olduğu görülmüştür. Araştırmaya katılan hastaların %67'si Isparta İl Merkezi, %19'u Eğirdir ilçesi, %14'ü Yalvaç ilçesinde ikamet etmektedir. Bununla birlikte hastaların evde sağlık hizmeti aldıkları süre ay cinsinden açık uçlu olarak sorulmuştur. Alınan cevaplar verilerin yığılmasına göre kategorize edilmiş olup; 1 ile 3 ay arası evde sağlık hizmeti alanların oranı %20,3, 4 ile 10 ay arası evde sağlık hizmeti alanların oranı %24,1, 11 ile 15 ay arası evde sağlık hizmeti alanların oranı %20,9, 16 ile 24 ay arası evde sağlık hizmeti alanların oranı %19,6, 25 ay ve üzeri evde sağlık hizmeti alanların oranı ise %15,2'dir. Bu dağılımdan da anlaşılacağı üzere ulaşılan örneklemin %79,7'si 4 ay ve üzeri

evde sağlık hizmeti almıştır. Dolayısıyla örneklemin evde sağlık hizmetini değerlendirebilecek kadar süre hizmet almış olduğu düşünülebilir. Bununla birlikte araştırmaya katılan hasta yakınlarının “Hastanın Mevcut Rahatsızlık Durumu” sorusuna birden fazla cevap vermeleri istenmiş ve hastaların büyük kısmında kas ve iskelet (%53) ve nöroloji (%42) rahatsızlığına sahip oldukları görülmüştür (Tablo 1).

Tablo 2’ e göre araştırmaya katılan hasta yakınlarının %47,2’si (75 kişi) 51 yaş ve üzeri iken, %86,9’ unu (139 kişi) kadın, %86,8’ ini (138 kişi) evli ve %76,1’ ini (121 kişi) ilköğretim ve altı eğitim düzeyine sahip oldukları görülmüştür.

Hasta yakınlarının %46’sı evde sağlık hizmetini sağlık kurumundan öğrenmiş, aile hekiminden bilgilendirilenlerin oranı ise ancak %17 olarak görülmüştür (Tablo2).

**Tablo 2. Evde Sağlık Hizmetlerini Öğrenme Şekli**

Değişkenler	Frekans (f)	Yüzde (%)
Aile Hekiminden	27	16,8
Hastaneden	74	46,3
Tanıdıklardan	49	30,6
İletişim Araçlarından	10	6,3
Toplam	160	100

Hastaların evde sağlık hizmeti almak için başvurularının ardından ilgili kişilerin incelemeye gelme süresi gün cinsinden açık uçlu olarak sorulmuştur. Alınan cevaplar verilerin yığılmasına göre kategorize edilmiştir. 0 ila 3 gün arası dönüş yapılanların oranı %30,4, 4 ila 8 gün arası dönüş yapılanların oranı %33,1, 9 ila 15 gün arası dönüş yapılanların oranı %25,7, 16 ila 40 gün arası dönüş yapılanların oranı ise %10,8’ dir. Evde sağlık hizmeti almak için yapılan başvurunun ardından, hastaların kaldıkları haneye inceleme için gelinme süresi; %89 oranında ilk iki hafta içerisinde olduğu görülmektedir. Başvuru sonrası ilk inceleme için haneye gelen sağlık personelin arasında %83 oranında doktor, %98 oranında hemşire bulunmaktadır. (Tablo 3).

**Tablo 3. Evde Sağlık Hizmetine Başvuru**

<b>Evde Sağlık Hizmetlerinde Başvuru Sonrası İncelemeye Gelinme Süresi (gün)</b>				
	N:160 Cevapsız:12			
	<i>0-3gün</i>	<i>4-8gün</i>	<i>9-15gün</i>	<i>16-40gün</i>
<b>Frekans</b>	45	49	38	16
<b>Yüzde</b>	%30,4	%33,1	%25,7	%10,8
<b>Evde Sağlık Hizmetlerinde İlk İncelemede Gelen Sağlık Görevlileri</b>				
	N:160 Cevapsız:-			
	<i>Doktor</i>	<i>Hemşire</i>	<i>Psikolog Fizyoterapist</i>	<i>Diğer</i>
<b>Frekans</b>	133	156	3	18
<b>Yüzde</b>	%83,1	%97,5	%1,9	%11,3
<b>İlk başvurudan Sonra İlk Hizmeti Almaya Başlamaya Kadar Geçen Süre (gün)</b>				
	N:160 Cevapsız:10			
	<i>0-3gün</i>	<i>4-7gün</i>	<i>8-15gün</i>	<i>16-60gün</i>
<b>Frekans</b>	34	32	47	37
<b>Yüzde</b>	%22,7	%21,3	%31,3	%24,7



**Tablo 4. Hizmette Yönelik Memnuniyet Düzeylerine İlişkin Frekans Analizi Verileri**

İFADELER	Çok Zayıf		Zayıf		Orta		İyi		Çok İyi	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
11. Personelin başvuru sırasında gösterdiği nezaket düzeyi:	1	0,7	-	-	12	7,9	88	57,9	51	33,6
12. Hizmet için gelen sağlık personelinin nezaket düzeyi	1	0,6	-	-	9	5,6	61	38,1	89	55,6
13. Sağlık personelinin tedavi işlemlerinde dikkatli ve titiz davranma düzeyi	-	-	-	-	8	5,0	83	51,9	69	3,9
14. Hastanın hastaneye transferinde personelin dikkatli ve titiz davranma düzeyi	-	-	4	4	7	7	49	49	40	40
15. Sağlık personelinin hastaya ayırdığı sürenin yeterlilik düzeyi	2	1,3	10	6,3	43	27	67	42,1	37	23,3
16. Personelin hastanın mahremiyetine önem verme düzeyi	-	-	1	0,6	9	5,7	71	45,2	76	48,4
17. Girişimsel işlemler için alınan rıza/onam ile ilgili bilgilendirme düzeyi	-	-	6	3,8	19	12,1	86	54,8	46	29,3
18. Personelin önceden belirlenmiş programa uyma düzeyi	2	1,3	8	5	25	15,7	57	35,8	67	42,1
19. Kayıtların tutulmasındaki dikkat düzeyi	-	-	7	4,5	17	10,8	72	45,9	61	38,9
110. Sağlık personelinin isteklilik düzeyi	3	1,9	6	3,8	11	6,9	78	48,8	62	38,8
111. Personelin kıyafet kıyafetinin uygunluğu	-	-	-	-	5	3,2	39	24,7	114	72,2
112. Personelin hastanın bulunduğu fiziksel ortamın nasıl olması gerektiği hususunda bilgilendirme düzeyi	8	5	35	21,9	31	19,4	42	26,3	44	27,5
113. Sağlık personelinin hastanın beslenmesi, yatak yarası, vb. konularla ilgilenme düzeyi	12	7,5	38	23,8	26	16,3	53	33,1	31	19,4
114. Personelinin hasta sorunlarına açıklayıcı ve yeterli cevap verme düzeyi	1	0,6	13	8,1	11	6,9	105	65,6	30	18,8
115. Sağlık personelinin hastanın ilaç ve tıbbi cihazların kullanımını konusunda bilgilendirme düzeyi	4	2,5	23	14,5	39	24,5	68	42,8	25	15,7
116. Sağlık personelinin ilaçların yan etkileri konusunda sizi ve hastanızı bilgilendirme düzeyi	9	5,7	32	20,1	30	18,9	59	37,1	29	18,2
117. Personelinin hastanızın problemi olduğunda problemi gözlemek için samimiyet düzeyi	-	-	5	3,1	18	11,3	77	48,1	60	37,5
118. Hastanıza sunulan evde sağlık hizmetlerinden genel memnuniyet düzeyiniz	2	1,3	7	4,4	15	9,4	56	35	80	50

Hasta yakınlarının evde sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeylerini ölçmeye yönelik 18 maddelik 5'li likert tipi bir ölçek kullanılmıştır. Faktör analizi sonucu "Görevlilerin Hastanın Sağlığı Konusunda İlgisi ve Bilgilendirmesi", "Görevlilerin Davranış Biçimi" ve "Resmi Prosedürler" olmak üzere 3 boyut oluşturulmuştur.

**Tablo 5. İkamet Yerine (İl Merkezi - İlçeler)'e Göre Memnuniyet Farklılıkları (Mann-Whitney-U)**

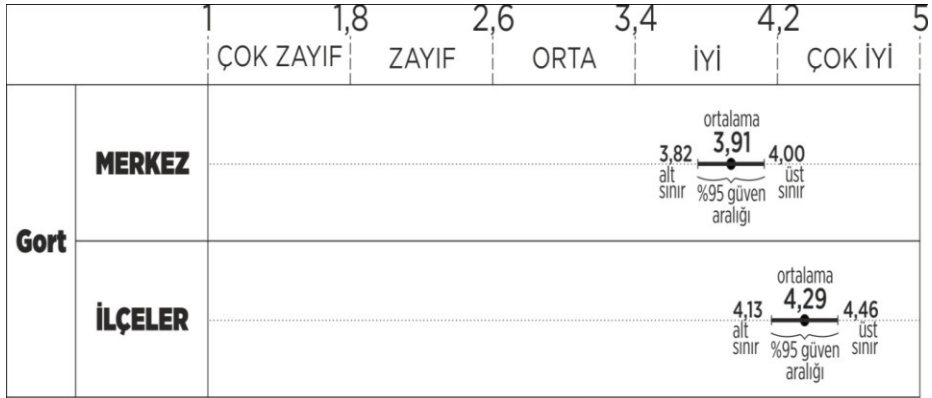
Boyutlar	İkamet	N	Ortalama	Fark Analizi (z değeri)
Görevlilerin Hastanın Sağlığı Konusunda İlgisi ve Bilgilendirmesi	İl Merkezi	107	3,334	-5,320*
	İlçeler	53	4,093	
Görevlilerin Davranış Biçimi	İl Merkezi	107	4,395	0,445
	İlçeler	53	4,404	
Resmi Prosedürler	İl Merkezi	107	4,000	-3,576*
	İlçeler	53	4,384	
Gort(Genel ortalama)	İl Merkezi	107	3,910	-3,917*
	İlçeler	53	4,294	

*İstatistiksel olarak anlamlı olan değerler; %99 güven düzeyinde (\*) ile gösterilmiştir.*

“Görevlilerin Davranış Biçimi” boyutunda il merkezi ile ilçeler arasında anlamlı farklılık gözlenmezken, “Görevlilerin Hastanın Sağlığı Konusunda İlgisi ve Bilgilendirmesi” boyutunda ve “Resmi Prosedürler” boyutunda il merkezi ile ilçeler arasında anlamlı farklılık gözlenmiştir ( $p < 0,01$ ). “Görevlilerin Hastanın Sağlığı Konusunda İlgisi ve Bilgilendirmesi” konusu ilçelerde hizmet alanlarda ilde hizmet alanlara göre daha tatmin edicidir ( $p < 0,01$ ). Yine “Resmi Prosedürler” konusunda ilçelerde hizmet alanlar ilde hizmet alanlara göre daha tatmin edici olduklarını belirtmişlerdir ( $p < 0,01$ ). Ayrıca boyutların ortalamalarından oluşturulan “Ortalama Genel

Memnuniyet Düzeyi” için il merkezi – ilçeler ayrımında genel memnuniyet hususunda anlamlı farklılık mevcuttur. İlçelerde yaşayanlar il merkezinde yaşayanlara göre evde aldıkları sağlık hizmetinden daha fazla memnundur ( $p<0,01$ ).

Şekil 1. İl Merkezi ve İlçelere İlişkin Genel Memnuniyet Ortalamaları



Katılımcılardan alınan cevaplarda çok zayıf seçeneğinin karşılığı 1 ve çok iyi seçeneğinin karşılığı 5 olacak şekilde, alınan cevaplar 1’den 5’e kadar kodlanarak veri girişleri yapılmıştır. Aralık olarak düşünmek gerekirse toplamda iki uç arasındaki mesafe  $5-1=4$  birimdir. 4 birimlik mesafe katılımcılardan alınan 5 cevaba eşit bir biçimde dağıtılacak olursa, her bir cevap için aralık  $4/5=0,8$  birimdir. Aralıklar eşit bir biçimde dağıtıldıktan sonra “çok zayıf” ifadesi 1 ile 1,8 arasına, “zayıf” ifadesi 1,8 ile 2,6 arasına, “orta” ifadesini 2,6 ile 3,4 arasına, “iyi” ifadesi 3,4 ile 4,2 arasına, “çok iyi” ifadesi 4,2 ile 5 arasına karşılık gelmektedir. Hipotez testi, ifadelerin sınırları bu şekilde kabul edilerek gerçekleştirilmiştir (Şekil 1).

### Sonuç ve Öneriler

Evde sağlık hizmetleri ülkemizde yeni uygulanmaya başlanan bir mobil sağlık hizmeti sunumudur. Sağlık hizmetini hastanın evine kadar ulaştırarak bu hizmet; hastanın sağlık kuruluşuna erişim sürecinde yaşayacağı sıkıntıları ortadan kaldırması, aile bütünlüğünün sağlanması gibi hasta odaklı olumlu sonuçların yanı sıra hastane maliyetlerinin azalması gibi ülke ekonomisini de etkileyen kazançlara neden olmaktadır. Hem uluslar arası hem de ulusal literatürde evde sağlık ile evde bakım kavramlarının içi içe geçmiş olarak kullanıldığı görülmektedir. Halbuki her iki kavram da birbirinden farklıdır.

2010 yılında evde sağlık hizmetlerine yönelik yönerge çıkması ile evde sağlık hizmetleri ve evde bakım hizmetleri kavramları netlik kazanmıştır.

Ülkemizde, sağlık hizmetlerinin sağlık kuruluşları dışında hastaların evlerinde sunulmasını sağlayan evde sağlık hizmetleri hem Kamu Hastaneler Birlikleri hem de Halk Sağlığı Müdürlüklerine bağlı birimlerce verilmektedir. Bu hizmetin Sağlık Bakanlığı bünyesinde iki farklı kurum tarafından verilmesi hizmetin sunumunda problemler yaratabilmektedir. Özellikle, hastalara ait bilgiler tek bir merkezde toplanamamaktadır. Bunun en büyük nedeni ortak bir otomasyon sisteminin olmamasıdır. Dolayısıyla daha önce hastaya hangi girişimsel işlemlerin yapıldığı ya da hastaya ait tetkik sonuçları gibi veriler hizmet veren birimde kayıt altına alınmakta, hastanın ikamet değişikliği yapması durumunda bilgilerin paylaşımına gidilememektedir. Ayrıca aynı bölgede aile hekimlerinin ve evde sağlık hizmetlerinin evde sağlık hizmeti sunması hastaya verilecek hizmetin hangi birim tarafından sunulacağı aşamasında sıkıntı oluşturmaktadır.

Bu çalışmada hasta yakınlarının evde sağlık hizmetlerinden aldıkları memnuniyet düzeylerini belirlemeye yönelik yapılan araştırma sonucunda ortaya çıkan bulgulardan yola çıkarak söylenebilecek sonuçlar şunlardır:

- Araştırmaya katılan hasta yakınlarının evde sağlık hizmetlerine ilişkin bilgileri hangi kaynaktan öğrendiğine yönelik en önemli bulgu 74 kişi (%46,6) ile ‘hastaneden’ ifadesidir. “Aile hekimlerinden” öğrenme ifadesinin 27 kişinin (%16,9) görüşü doğrultusunda düşük olması, aile hekimlerinin bu konuda hastalarını yeterince bilgilendirmediğini göstermektedir. Aynı şekilde “iletişim araçlarından” öğrenme 10 kişinin (%6,3) ifadesi ile düşük düzeydedir. Bu sonuçta Sağlık Bakanlığı’nın evde sağlık hizmetleri hakkında kitle iletişim araçları ile halka yeterince ulaşamadığını göstermektedir. Daha önce yapılan benzer bir çalışmada da evde sağlık hizmetlerine ilişkin bilgilerin büyük oranda (%36,8) hastaneden öğrenildiği, daha sonra ise sıklık sırasına göre görsel medya ve aile hekiminden öğrenildiği saptanmıştır (Çayır Y, Avşar Ü. Z, Avşar Ü, Cansever Z, Khan AS. Evde Sağlık Hizmetleri Alan Hastaların Özellikleri ve Bakım Verenlerin Beklentileri, Konuralp Tıp Dergisi. 2013;5(3):9-12.)
- ‘Başvuru sonrası ilk incelemeye gelinme süresi’ ile ilgili görüşler arasında 45 kişi (%30,4) ile ‘0-3 gün’, 87 kişi (%58,8) ile ‘4-15 gün’ yer almaktadır. Bu durum başvuru sonrası ilk incelemeye gelinme süresi konusunda gecikmeler olduğunu göstermektedir. Bu gecikmeler, birimlere ait hasta yoğunluğu ya da evde sağlık hizmeti sunan personeller içerisinde özellikle hekimlerin bu hizmet dışında diğer görevlerine (nöbet tutma, poliklinikte çalışma gibi) bağlı olduğu

düşünülebilir. Bu durum ilk başvuru ile ilk inceleme arasında zorunlu olarak hastanın alması gereken hizmetleri alamamasına neden olmaktadır.

- Araştırmaya katılan hasta yakınlarının ‘İlk incelemeye gelen sağlık personeli’ ile ilgili verdikleri bilgilere bakıldığında “hekim” ifadesi 133 kişi (%83,1) ile “hemşire” ifadesi ise 156 kişi (%97,5) ile en üst sıralarda yer almaktadır. Bu ifadelerden de yola çıkarak, ilk incelemeye hekim ve hemşirenin birlikte gitmesi evde sağlık hizmetlerinin ilk aşamasında iyi bir başlangıçta olduğunu göstermektedir. Özellikle evde sağlık hizmeti sunma amacıyla hastanın evine hekim ve hemşirenin birlikte gidiyor olması, hastanın kendisini önemli hissetmesini sağlamaktadır. Ayrıca hastanın ve hasta yakınlarının hastanın hastalıklarına yönelik ayrıntılı bilgi edinme, sağlık görevlilerinin ise hastanın yaşadığı ortama ilişkin fikir edinme gibi karşılıklı bilgi alışverişi sayesinde hastaya daha verimli sağlık hizmeti sunulabilecektir.
- Araştırmaya katılan hasta yakınlarının evde sağlık hizmetlerine ilişkin gerek başvuru gerekse hizmet sunumu sırasında sağlık personelinin hasta ve yakınlarına karşı nezaket düzeyinin oldukça iyi olduğunu söylemeleri evde sağlık hizmeti sunan personelin iletişim konusunda yeterli olduğunu işaret etmektedir.
- Evde sağlık hizmeti sunan sağlık personelinin tedavi işlemlerinde dikkatli ve titiz davranma düzeylerine yönelik katılımcıların görüşlerine baktığımızda 152 kişinin (%95) ‘iyi’ ve ‘çok iyi’ ifadelerini kullandıkları görülmektedir. Bu sonuç göstermektedir ki; sağlık hizmetini sağlık kuruluşu dışında evde sunan personelin, tedavi işlemlerine yönelik dikkatli ve titiz davranma düzeyi ortama göre değişiklik göstermemektedir. Yine hastaların röntgen çekilmesi ve bunun gibi nedenlerle hastaneye getirilip götürülme sırasında evde sağlık hizmeti veren personelin bu transferde dikkatli ve titiz davranma düzeyleri de hasta yakınları tarafından oldukça iyi olarak değerlendirilmiştir.
- Araştırmaya katılan hasta yakınlarının evde sağlık hizmeti sunan sağlık personelinin hastalara ayırdıkları süreye yönelik görüşleri arasında 67 kişi (%42,1) ile ‘iyi’ ifadesi ilk sıradadır. Hizmetin hastaya ait bir ortamda sunuluyor olması gereksiz oyalanmaların veya yetersiz sürede hizmet sunulmasının olmadığını düşündürmektedir.
- Araştırmaya katılan hasta yakınlarının ‘Evde sağlık hizmeti veren sağlık personeli hastanın mahremiyetine önem verme düzeyi’ ile ilgili görüşlerine bakıldığında sağlık personelinin hasta mahremiyetine

oldukça önem verdiği görülmektedir. Özellikle mahremiyet gerektiren (sonda takmak gibi) işlemler sırasında sağlık çalışanlarının hasta mahremiyetine dikkat ettikleri belirtilmiştir. Yine hasta haklarına verilen önemin bir göstergesi olarak; evde sağlık hizmeti sunan personelin girişimsel işlemler için rıza/onam alma ile ilgili gerekli bilgilendirmeyi yaptığına yönelik ‘iyi’ ifadesi 86 kişi (%54,8) ile ilk sıradadır.

- Araştırmaya katılan hasta yakınları randevu sistemi doğrultusunda hizmet veren evde sağlık hizmetleri personelinin önceden belirlenmiş programa özen gösterdiğini ifade etmektedir. Hastaların ihtiyacı olduğu sağlık hizmetini belirlenmiş programa göre alıyor olması, tedavisinin düzenli yapıldığını hissetmesine dolayısıyla hastaların sağlık personeline karşı güven duymasına neden olmaktadır. Ayrıca evde sağlık hizmeti sunan personelin hasta ile ilgili kayıtların tutulmasında yeterince dikkatli olduğu anlaşılmaktadır. Hastalara kullanılan ilaçlar veya hastanın adresi gibi kişisel bilgilerin sağlık personeli tarafından kayıt edilmesi, hastaların tekrar tekrar aynı sorularla karşı karşıya kalmasını önlemektedir diyebiliriz.
- ‘Evde sağlık hizmeti sunan personelin hizmet sunumuna yönelik isteklilik düzeyi’ ifadesini değerlendirdiğimizde 140 kişinin (%87,6) görüşlerinin ‘iyi’ ve ‘çok iyi’ olduğu görülmektedir. Hizmetin özellikle yaşlı, yatağa bağımlı hastalara sunulması ve hastanın evinde hizmet veriliyor olması gibi özelliklerinin bulunması, hizmeti ayrıcalıklı yapmakta ve bu hizmeti sunan sağlık personelinin de hizmet sunumuna yönelik istekli davranması evde sağlık hizmetlerine yönelik memnuniyet oranını olumlu düzeyde tutmaktadır.
- Araştırmaya katılan hasta yakınlarının ‘Evde sağlık hizmeti sunan personelin hizmet sunumuna yönelik kıyafetinin uygunluğu (tanıtıcı forma)’ ifadesine ilişkin görüşleri alındığında 114 kişinin (%72,2) personelin hizmet sunumuna yönelik kıyafetlerini ‘çok iyi’ olarak nitelendirdiğini görülmektedir.
- Araştırmaya katılan hasta yakınlarına ‘Evde sağlık hizmeti veren sağlık personelinin, hastanın bulunduğu fiziksel ortamın nasıl olması gerektiği hususunda, sizi ve hastanızı bilgilendirme düzeyi’ ifadesine yöneltilen cevaplar değerlendirildiğinde; sağlık personelinin hastanın bulunduğu fiziksel ortamın nasıl olması gerektiği hususunda yeterli özeni göstermedikleri anlaşılmaktadır. Özellikle yataklık durumda hastalara verilen bu hizmette; hastada uzun süre yatağa bağımlı kalma neticesinde oluşabilecek olan yatak yarasının (basınç yarası) oluşumunu engellemede önemli bir faktör hastanın yatağı ve hastanın

yatış pozisyonudur. Yine KOAH gibi solunum yolu ile ilgili hastalıklarda hastanın yatağının pozisyonu hastanın solunum sıkıntısı çekmemesi açısından önemlidir. Ayrıca hastanın bulunduğu odanın ısısı gibi değerlendirmelerde sağlık personelinin özensiz davranması hastanın hastalığa ek sıkıntılar yaşamasına neden olabilir.

- Hasta yakınlarının ‘Evde sağlık hizmeti veren sağlık personelinin hastanın hastalığı dışında beslenmesi, yatak yarası, vb. konularla ilgilenme düzeyi’ ile ilgili görüşlerine bakıldığında memnuniyette bir düşüklük söz konusudur. Evde sağlık hizmeti veren personel hastayı sadece hastanın ifade ettiği şekliyle ele almamalı, hastanın sağlığını etkileyen beslenme, ruhsal durum gibi konulara da dikkat etmelidir. Özellikle dolaşımın bozulduğu durumlarda ortaya çıkan yatak yaralarının oluşmasını önlemek amacıyla hasta ve hasta yakınlarını bilgilendirmelidir.
- 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 görüşlerine bakıldığında; 105 kişinin (%65,6) ‘iyi’ görüşü ilk sırada yer almaktadır.
- Araştırmaya katılan hasta yakınlarının evde sağlık hizmeti sunan sağlık personellerinin hastanın kullanacağı ilaçların ve tıbbi cihazları kullanım şekli konusunda ve hastanın kullanacağı ilaçların yan etkileri konusunda, hasta ve hasta yakınlarını bilgilendirmede yeterince açıklayıcı olmadıkları görülmektedir. Bu sonuçla evde sağlık hizmeti sunmanın bir parçası olan hastayı bilgilendirme yönünde, evde sağlık hizmeti veren personelin daha dikkatli davranması, hizmeti alan ve hizmeti veren açısından memnuniyet düzeyi daha fazla olacaktır.
- Genel olarak ‘Hastanıza sunulan evde sağlık hizmetlerinden genel memnuniyet düzeyiniz’ ifadesine 136 kişinin (%85) ‘iyi’ ve ‘çok iyi’ olarak cevap vermesi nedeniyle hasta yakınlarının bu hizmetten memnun olduklarını söyleyebiliriz.

İl ve ilçeler açısından hasta yakınlarının memnuniyet düzeyleri karşılaştırıldığında ilçelerde hizmet alanların ildekilere göre daha fazla memnun oldukları görülmüştür. Bunun nedeni il merkezinde personel başına düşen hasta sayısının ilçeler de hizmet veren personel sayısına oranla daha fazla olduğu olabilir. İlçelerde bireyler bir üst sağlık kuruluşuna ihtiyaç duyduklarında il merkezine gitmek için ulaşım ile ilgili sıkıntılar yaşayabilirler. Bu durum ilçelerde yaşayan hastaların il merkezinde sunulan bazı sağlık hizmetlerine ulaşmak için, evde sağlık hizmetlerinden

yararlanmasını, dolayısıyla hizmete ilişkin memnuniyet düzeylerinin daha fazla olmasını sağlamış olabilir.

Gelişen sağlık sektörünün yeni bir parçası olan evde sağlık hizmetleri sağlık hizmetinin sürdürülebilirliğinin en önemli göstergesidir. Bu çalışma sonucunda önerilerimiz;

- Evde Sağlık Hizmetlerinin uygulamasına yönelik yönergede hizmet alacak hastalara yönelik daha belirgin bilgilerin yer alması, hizmette daha çok ihtiyacı olan bireylere ulaşılmasında etkili olacaktır.
- Hizmetin tek bir kurum aracılığıyla verilmeli ve ortak bir otomasyon sisteminin kurulmalıdır. Bu durum hastalara ait geçmiş verilerin paylaşılmasını sağlayacak ve daha verimli hizmetin sunulmasına imkan verecektir.
- Evde sağlık hizmeti sunan personelin hizmeti hastanın evinde sunması personel güvenliğini sağlama konusunda sıkıntı yaratabilmektedir. Bu nedenle personelin güvenliğini sağlayacak, merkezle irtibat halinde olmasına imkan verecek bir iletişim sisteminin oluşturulması gerekmektedir.
- Evde sağlık hizmetlerini alan hastaların belirli bir yaşa sahip olması ve bakımlarını sağlayacak yakınlarının olmamasından dolayı bazı hastalar yemek yapmak, ev temizliği yapmak gibi elzem ihtiyaçlarını kendileri zor karşılayabilmektedir. Bu sebeple Evde Sağlık Hizmeti veren birimlerin belediyeler ve Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığına bağlı birimlerle daha sıkı işbirliği içinde olmasını gerektirmektedir.
- Bireylerin evde sağlık hizmetlerine ilişkin yeterli düzeyde bilgi sahibi olabilmeleri için Sağlık Bakanlığının evde sağlık hizmetlerine ilişkin tanıtıcı faaliyetlere ağırlık vermesi gerekmektedir. Bu durum bu hizmetten haberdar olmayan ve bu hizmete ihtiyacı olan insanların bu hizmetten yararlanmasına imkan sağlayacaktır.
- Evde sağlık hizmetinin aksamaması ve sürdürülebilirliği açısından evde sağlık hizmeti sunan personelin nöbet tutmak, poliklinikte çalışmak gibi başka görevlerinin olmaması gerekmektedir.
- Evde sağlık hizmeti sunan personelin sertifikalandırılması hizmetin kalitesini artırmaya ve memnuniyete yönelik önemli bir katkı sağlayacaktır.



### ***Gelecekteki çalışmalar için öneriler***

Bu çalışmada ülkemizde uygulanmakta olan evde sağlık hizmetlerinden hasta yakınlarının memnuniyet düzeyleri Isparta ili ölçeğinde belirlenmeye çalışılmıştır. Bu çalışmanın sonuçlarını tüm Türkiye'ye genellemek mümkün değildir. Bu nedenle bu çalışmanın benzerinin tüm Türkiye'yi temsil edecek bir örneklem kitlesiyle yapılması Türkiye geneli açısından kabul edilebilir sonuçlar üretmesine imkan sağlayacaktır. Yine bu alanda bu hizmeti sunan sağlık personeline yönelik araştırmalar yapılmalı. Bu araştırmalar iş tatmini ve bu hizmeti sunan personelin hizmet sunumu sırasında karşı karşıya kaldığı problemleri tespit etmeye yönelik olabilir.

*Not: Bu çalışma 10-12 Eylül 2014 tarihinde 8. Sağlık ve Hastane Kongresi'nde bildiri olarak sunulmuştur.*

### **KAYNAKÇA**

- Astarita, T., Materna, G. ve Blevins, C. (1998), Competency in homecare, Jones & Bartlett Learning,
- Başgöl, Ç., Keskin, İ., Kara, H., Yalçın, S. ve Aksoy, M. (2011), 'Sağlık Alanında Yeni Bir Hizmet: Evde Sağlık Hizmeti', Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Sağlıkın Başkenti Dergisi, 20:50-56.
- Danış, Z. M. ve Danış, Y. (2006), 'Küreselleşme Sürecinde Toplum Temelli Bakım Anlayışı Ve Sosyal Hizmet: Türkiye Örneğinde Bir Model Önerisi', Küreselleşen Dünyada; Sosyal Hizmetlerin Konumu, Hedefleri ve Geleceği Sempozyum Sunum Kitabı, Antalya.
- Genç, Y. ve Alptekin, K. (2012), 'Korunmaya Muhtaç Yaşlılara Evde Sağlık Ve Bakım Hizmeti Sunulması' Adlı Proje Üzerine Bir Araştırma', Yalova Sosyal Bilimler Dergisi, 5: 76-92.
- Intermediate Care-Hospital-At-Home İn Chronic Obstructive Pulmonary Disease: British Thoracic Society Guideline, <http://www.britthoracic.org.uk/Portals/0/Guidelines/Intermediate%20Care%20Hospital%20at%20Home/intermediatecarehospitalathomecopd%20feb07.pdf>
- Jernigan, J. K. (2009), 'What is the Difference Between Home Care and Home Health <http://voices.yahoo.com/what-difference-between-home-care-home-3447178.html?cat=5Care>', Erişim Tarihi: 02.01.2014.
- Oğlak, S. (2007), 'Uzun Süreli Evde Bakım Hizmetleri Ve Bakım Sigortası', Turkish Journal of Geriatrics, 10 (2): 100-108.

- Şahin, T. K., Bakıcı, H., Bilban, S., Dinçer, Ş., Yurtçu, M. ve Günel, E. (2005), 'Meram Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Servisinde Yatan Hasta Yakınlarının Memnuniyetinin Araştırılması', Genel Tıp Dergisi,15 (4): 137-142.
- Tanlı, S. ve Utku, T. (2008), 'Evde Bakımda Organizasyon ve Etik Sorunlar', Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi, 6 (4):58-63.
- Tuna, Y. R., Özdemir, Ü., Güden, E., Demirel, İ., Öksüzkaya, A. (2012), 'Evde Sağlık Hizmetleri Kayseri Örneği', 15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Bursa.
- Yorulmaz, M., Özata, M., Küçükkendir, H. ve Demirkıran, M. (2013), 'Sağlık Bakanlığı Evde Sağlık Hizmetleri Uygulaması: Konya İli İle İç Anadolu Bölgesi Ve Türkiye Geneli Verilerinin Karşılaştırılması', Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi, 4 (8):1-13.
- Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, Resmi Gazete, Tarih: 25.01.2013  
Resmi Gazete Sayısı:28539,  
[http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com\\_content&view=article&id=72:aile-hekimlii-uygulama-yoenetmelii&catid=102:gorusler](http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=72:aile-hekimlii-uygulama-yoenetmelii&catid=102:gorusler),  
ErişimTarihi: 24.12.2013.
- Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-339/yonergeler.html> Erişim tarihi: 17.11.2013.
- WHO, Long Term Care Laws in Five Developed Countries: A Review.[http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO\\_NMH\\_CCL\\_00.2.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_NMH_CCL_00.2.pdf).