



T.C
SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
BURSA YÜKSEK İHTİSAS EğİTİM VE ARAşTIRMA
HASTANESİ
AİLE HEKİMLİğİ KLİNİğİ

BİR EğİTİM AİLE SAğLIğI MERKEZİNE
YENİ KAYIT İÇİN BAşVURAN BİREYLERDE
HEKİM DEğİşTİRME KARARINA
HASTA MEMNUNİYETİ VE YENİLİK ARAYIşININ ETKİSİ

Dr. Nevruz YILDIRIM TOPAK

UZMANLIK TEZİ

BURSA-2017



T.C
SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
BURSA YÜKSEK İHTİSAS EğİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ
AİLE HEKİMLİğİ KLİNİğİ

BİR EğİTİM AİLE SAğLIğI MERKEZİNE
YENİ KAYIT İÇİN BAŞVURAN BİREYLERDE
HEKİM DEğİŞTİRME KARARINA
HASTA MEMNUNİYETİ VE YENİLİK ARAYIŞININ ETKİSİ

Dr. Nevruz YILDIRIM TOPAK

UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Hakan DEMİRCİ

BURSA-2017

TEŞEKKÜRLER

Uzmanlık eğitimim sırasında desteğini ve tecrübesini esirgemeyen değerli hocam, tez danışmanım ve Aile Hekimliği Klinik Şefimiz Doç. Dr. Hakan Demirci'ye,

Tezime olan katkılarından dolayı Yrd. Doç. Dr. Engin Ersin Şimşek'e, Doç. Dr. Okcan Basat'a,

Bağlaraltı Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ndeki çalışma ve tez hazırlama sürecimde bana yardımcı olan hemşirelerimiz Safiye Tosun'a, İsmihan Sarıoğlu'na, Neslihan Özbey'e,

Birlikte çalıştığım tüm çalışma arkadaşlarıma, çok değerli aile hekimliği asistan arkadaşlarıma,

Üzerimde çok emeği olan babaannem Ummahan Yıldırım'a,

Hayatımın her aşamasında büyük emekleri olan, maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen annem Birgül Yıldırım, babam Mehmet Yıldırım ve kardeşlerim Ümran, Saadet, Arife ve Musa'ya, ikinci ailem olan eşimin ailesi Tuna Topak ve Mustafa Topak, diğer kardeşlerim Ahmet, Muhammed Abdullah ve Salih'e,

Desteğini her zaman hissettiğim dostum, yol arkadaşım, değerli eşim Ali Topak'a,

Eğitimimde katkısı olan bütün hocalarıma,

Sonsuz saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Nevruz YILDIRIM TOPAK

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜRLER	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLO LİSTESİ	v
ŞEKİL LİSTESİ.....	vi
ÖZET.....	vii
ABSTRACT	viii
GİRİŞ	1
GENEL BİLGİLER.....	2
1.AİLE HEKİMLİĞİ NEDİR	2
Aile Hekimliği Disiplininin Özellikleri.....	2
2. AİLE HEKİMLİĞİ ÇEKİRDEK YETERLİLİKLER.....	4
2.1. Birinci basamak yönetimi.....	5
2.2. Kişi merkezli bakım	5
2.3. Özgün problem çözme becerileri.....	5
2.4. Kapsamlı yaklaşım	6
2.5. Toplum yönelimli olma	6
2.6. Bütüncül yaklaşım - modelleme	6
3. AİLE HEKİMİNİN GÖREVLERİ.....	8
3.1. Veri toplama ve kayıt tutma:	8
3.2. Koruyucu hekimlik:	8
3.3. Sağlık eğitimi:	8
3.4. Sağlık danışmanlığı ve yönlendirme:	8
3.5. Birinci basamakta tanı ve tedavi hizmeti:.....	9
3.6. Kronik hastalıkların izlenmesi, rehabilitasyon ve yaşlıların sağlığı:	9
3.7. Periyodik sağlık muayenesi:.....	9
4. SAĞLIKTA KALİTE	10
5. HASTA MEMNUNİYETİ	12

5.1. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler	15
5.1.1. Hasta ve Yakınlarına İlişkin Faktörler	16
5.1.2. Hizmet Verenlere İlişkin Faktörler	16
5.1.3. Fiziksel, Çevresel ya da Kurumsal Faktörler	17
6. AİLE HEKİMİ SEÇİMİNDE ETKİLİ OLABİLECEK FAKTÖRLER....	18
7. YENİLİK ARAYIŞI.....	22
GEREÇ VE YÖNTEM.....	24
A. Araştırmanın Tipi ve Evreni	24
B. Katılımcılar	24
C. Kullanılan Anket Formları.....	25
D. Yapılan İşlemler.....	30
E. İstatistiksel Analiz.....	32
BULGULAR.....	33
TARTIŞMA	64
ÇALIŞMANIN SINIRLILIKLARI.....	75
SONUÇ.....	76
KAYNAKLAR	77
EKLER.....	88
EK-1 SOSYO-DEMOGRAFİK VERİ FORMU	88
EK-2 EUROPEP ÖLÇEĞİ.....	89
EK-3 BİREYSEL YENİLİKÇİLİK ÖLÇEĞİ.....	90
EK-4.....	91
EK-5.....	92
EK-6.....	93
EK-7.....	93
EK-8.....	95
SİMGELER VE KISALTMALAR	96
ÖZGEÇMİŞ.....	97

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri	34
Tablo 2. Hastaların Kronik Hastalıklarının Dağılımı Tablosu.....	35
Tablo 3. Tüm Katılımcıların EUROPEP Ölçeği Madde Puanlarının Ortalamaları ...	36
Tablo 4. Katılımcıların EUROPEP Ölçeğine Göre Memnuniyet Durumu	38
Tablo 5. Katılımcıların Memnuniyet Durumu	41
Tablo 6. Bireysel Yenilikçilik Ölçeği Sonuçları	43
Tablo 7. Aile Hekimi Değiştirme Sebeplerinin Dağılımı	45
Tablo 8. Katılımcıların Aile Hekimliği ile İlgili Genel Özellikleri	46
Tablo 9. Hasta Memnuniyeti ve Yenilik Arayışının Hasta Cinsiyetine Göre Dağılımı (Toplam ve Alt Gruplar)	48
Tablo 10. Hasta Memnuniyeti ve Yenilik Arayışı Arasındaki İlişki	50
Tablo 11. Hasta Memnuniyeti ve Yenilik Arayışının Hasta Yaşına Göre Dağılımı (Toplam ve Alt Gruplar)	51
Tablo 12. Hasta Memnuniyetinin Hasta Eğitimine Göre Dağılımı (Toplam ve Alt Gruplar).....	52
Tablo 13. Hasta Memnuniyetinin Gelir Durumuna Göre Dağılımı (Toplam ve Alt Gruplar).....	53
Tablo 14. Genel Hasta Memnuniyetinin Bölgelere Göre Dağılımı	54
Tablo 15. Doktor Hasta İlişkisinden Memnuniyetin Bölgelere Göre Dağılımı	55
Tablo 16. Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyetin Bölgelere Göre Dağılımı	56
Tablo 17. Enformasyon Ve Destek Memnuniyetinin Bölgelere Göre Dağılımı.....	57
Tablo 18. Sağlık Hizmetleri Organizasyonu Memnuniyetinin Bölgelere Göre Dağılımı	58
Tablo 19. Ulaşılabilirlikten Memnuniyetin Bölgelere Göre Dağılımı	59
Tablo 20. Yenilik Arayışı Durumunun Bölgelere Göre Dağılımı.....	59
Tablo 21. Kronik Hastalık Sayısı ile Yenilik Arayışı ve Hasta Memnuniyeti (Toplam ve Alt Gruplar).....	60

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. WONCA Ağacı.....	4
Şekil 2: EUROPEP Ölçeğine Göre Memnuniyet Oranları	40
Şekil 3. EUROPEP Anketinde Cevap Verilmeyen Sorular	61
Şekil 4. Katılımcıların EUROPEP Ölçeğine Göre Memnuniyet Durumu	62
Şekil 5. Hasta Memnuniyeti Aile Hekimi Değişim Sayısı ile İlişkisi Yoktur)	63
Şekil 6.Yenilik Arayışının Aile Hekimi Değişim Sayısı ile İlişkisi Yoktur	63

ÖZET

Bir Eğitim Aile Sağlığı Merkezine Yeni Kayıt İçin Başvuran Bireylerde Hekim Değiştirme Kararına Hasta Memnuniyeti ve Yenilik Arayışının Etkisi

Amaç: Bu çalışmada, yeni açılan bir eğitim aile sağlığı birimine kayıt yaptırmak için başvuran bireylerin önceki aile hekimlerinden memnuniyet durumlarının ve bireysel yenilik arayışlarının hekim değiştirme kararları üzerine etkisini araştırmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Çalışma, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Bağlaraltı Eğitim Aile Sağlığı Merkezi, 16.02.174 numaralı birime aile hekimini değiştirmek için Eylül 2016 – Şubat 2016 döneminde başvuran bireyler arasından rastgele seçilmiş 500 gönüllü ile gerçekleştirildi. Katılımcılara EUROPEP ve Bireysel Yenilikçilik Ölçeği anket formları uygulandı. Bireylerin sosyo-demografik özellikleri kaydedildi. Katılımcıların önceki aile hekimlerini neden değiştirmek istedikleri ile ilgili sorulara cevapları kaydedildi.

Bulgular: Aile hekimini değiştirmek üzere başvuran kişilerde önceki aile hekiminden memnuniyet %69 olarak bulundu. Aile hekimi değiştirme sebepleri arasında sırasıyla uzaklık (%52,7), kurumda uzmanlık eğitimi veriliyor olması (%25,8), hekimin cinsiyeti (%16), evde bakım hastasının varlığı (%3,6) ile ilgili konular belirleyici olmuştu. Bireylerin hekim değiştirme kararlarında önceki hekimlerinden memnuniyetleri ve bireysel yenilik arayışları etkili bulunmadı.

Sonuç: Kişisel yenilik arayışı bireyleri hekim değiştirmeye iten bir etmen değildir. Aile hekimi tercihi konusunda ‘mesafe’ ve ‘eğitim’ ön plandadır. Eğitim veren aile hekimliği merkezleri halk tarafından olumlu karşılanmıştır. Erişilebilirlik hasta memnuniyeti ve hekim seçimi konularında belirleyici bir sebeptir.

Anahtar kelimeler: Aile Hekimi Değiştirme, Eğitim Aile Sağlığı Merkezi, Erişilebilirlik, Hekim Seçimi, Memnuniyet, Yenilikçilik

ABSTRACT

The Effect of Patient Satisfaction and Innovative Behaviour on The Decision of Physician Changing in Individuals Who Applied for a New Registration to an Educational Family Health Center

Aim: In this study, we aimed to investigate the effect of patient satisfaction and innovative behaviour on the decision of physician change in individuals who applied for a new registration to an educational family health center.

Material and Method: The study was conducted on 500 volunteers randomly selected from individuals who were referred during the period of September 2016 - February 2016 to change family physicians in Bursa Yüksek İhtisas Training and Research Hospital Bağlaraltı Education Family Health Center unit 16.02.174. EUROPEP and Innovativeness Scale forms were performed. Individual socio-demographic characteristics were recorded. Participants' responses to questions about why they want to change their previous family doctor were recorded.

Findings: In people who apply to change their family physician, satisfaction from the previous family physician was found to be 69%. The reasons for family physician change were determined as the distance(%52,7), the specialist training in the institution(%25,8), the gender of the physician(%16), and the presence of the home care patient(%3,6). Individuals' satisfaction with previous physicians and their innovative behaviour did not affect on their decisions to change the physician.

Conclusion: Personal innovativeness is not a factor that pushes individuals to change their family physicians. Educational family medicine centers are welcomed by the public. Accessibility is a decisive factor in patient satisfaction and choice of physician.

Key Words: Family physician change, Educational family health center, Accessibility, Physician choice, Satisfaction, Innovativeness

GİRİŞ

Birinci basamak sağlık hizmeti güçlü olan ülkelerde genellikle insanlar daha sağlıklıdır (1). Sağlık politikaları ve uygulamaları dünyada farklılıklar göstermekle birlikte aile hekimliği sağlık hizmetlerinin temel unsurunu oluşturur. Güçlü bir birinci basamak sağlık hizmeti daha kolay erişilebilir ve daha iyi bir memnuniyetle daha ucuz sağlık hizmeti sağlar (2). Araştırmalar, aile hekimlerinin sevk etmeden hastalarının % 90'ından daha fazlasına çözüm üretebildiğini göstermiştir (3).

Türkiye'de pilot çalışmaları takiben, aile hekimliği 2010 yılından beri ülke çapında uygulanmaya başlamıştır. Türkiye'deki sağlık hizmeti kalitesinin belirleyicileri aile hekimliği sisteminden olumlu etkilenmiştir (4). Beş yaşın altındaki çocukların ve annelerin ölüm hızında belirgin bir azalma uygulanan sağlık reformları ile ilişkilendirilen dikkat çekici bulgulardır (5).

Ülkemizde yapılan sağlık reformu ile kişilere hekim seçme hakkı tanınmıştır. Aile hekimlerinden memnun olmayan hastalar mevcut yönetmeliklere göre il içinde üç aylık süre dolunca hekim değiştirme hakkına sahiptirler. İl dışı hastalar veya öncelikli mazereti olan kişiler (65 yaş üzeri, gebe vb.) için üç ay şartı da aranmamaktadır (6).

Daha önceki çalışmalarda, hastaların aile hekimi tercihinde etkili olabilecek faktörler; hekimin board sertifikasının olması, muayenehanenin fiziksel durumu, hekimin fiziksel görünümü, arkadaş ve aile tavsiyesi, hekimin spesifik bir hastalıkla ilgili tecrübesinin olması, sevk için hangi hastaneleri tercih ettiği, bekleme odasında geçirilen zaman, muayene süresi, hekimin eğitim aldığı kurum, doktorun hekimlik tecrübesi, birime uzaklık, mesai saatleri dışında erişilebilirlik ve hizmetin maliyeti olarak gösterilmiştir (7). Ayrıca doktorun yaş, cinsiyet, medeni durum, etnik köken gibi bireysel özellikleri, dini tercihler, kullanılan dil ve kişinin önceden edinmiş olduğu tecrübeler hekim seçiminde etkilidir (7).

Bu çalışmadaki amacımız hastanemize bağlı olarak açılan, işleyiş olarak diğer ASM'ler gibi hizmet veren, Eğitim ASM'de yeni açılan bir birime kayıt yaptıran bireylerde önceki aile hekiminden memnuniyet durumları ve bireysel yenilik arayışı ilişkisinin değerlendirilmesidir.

GENEL BİLGİLER

1.AİLE HEKİMLİĞİ NEDİR

Aile Hekimliği; kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlıktır (8).

WONCA'nın tanımına göre; Aile Hekimliği/Genel Pratisyenlik sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturarak, yaş, cinsiyet ya da kişinin başka herhangi bir özelliğine bakmaksızın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir. Bu bağlamda bütüncül, kapsamlı ve koordineli bir bakım sağlayarak özgün görüşme süreci ve problem çözme becerileri ile bireye, ailesine ve topluma yönelik bir yaklaşım geliştirir (9).

Türkiye'deki tanımıyla Aile hekimi: “Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belirli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya kurumun öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabipler” olarak tanımlanmıştır (10).

Aile Hekimliği Disiplininin Özellikleri

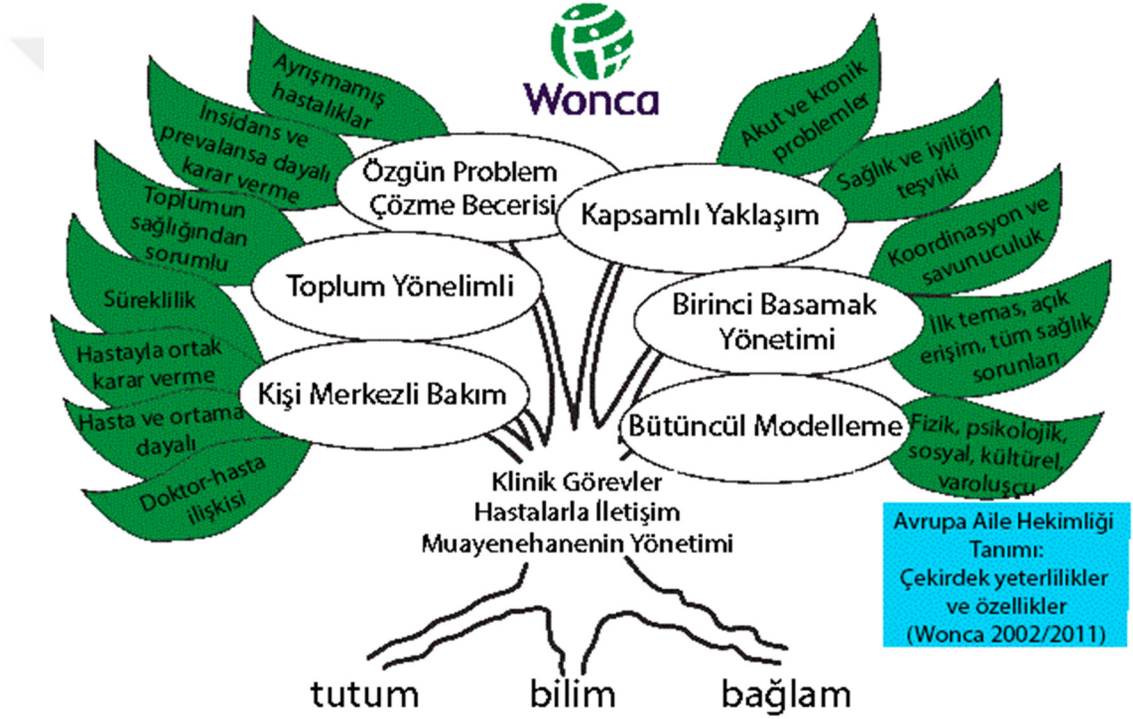
- Sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturur, hizmet almak isteyenlere açık ve sınırsız bir giriş sağlar, yaş, cinsiyet ya da kişinin başka herhangi bir özelliğine bakmaksızın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir.
- Sağlık kaynaklarının etkili kullanımını sağlar. Bunu bireylere sunulan bakımı koordine ederek, birinci basamakta diğer sağlık çalışanlarıyla birlikte çalışarak ve gerektiğinde hasta adına diğer uzmanların sunduğu hizmetlerle teması yöneterek yapar.
- Bireye, ailesine ve topluma yönelik kişi merkezli bir yaklaşım geliştirir.

- Kendine özgü bir hastayla görüşme süreci vardır. Bu süreç, etkili bir iletişimle zaman içinde gelişen doktor hasta ilişkisi kurulmasını sağlar.
- Sağlık hizmetlerinin hastanın gereksinimleriyle belirlenen boylamsal (longitudinal) sürekliliğini sağlamaktan sorumludur.
- Rahatsızlıkların toplum içindeki prevalans ve insidansının belirleyici olduğu özgün bir karar verme süreci vardır.
- Hastaların akut ve kronik sağlık sorunlarını aynı anda yönetir.
- Gelişiminin erken evresinde henüz ayrışmamış bir şekilde sunulan ve ivedi girişim gerektirebilen rahatsızlıkları yönetir.
- Uygun ve etkili girişimlerle sağlık ve iyilik durumunu geliştirir.
- Toplumun sağlığı için özel bir sorumluluk üstlenir.
- Sağlık sorunlarını fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluş boyutlarıyla ele alır (11).

2. AİLE HEKİMLİĞİ ÇEKİRDEK YETERLİLİKLER

Aile hekimliği ve uzman aile hekiminin tanımı doğrudan doğruya aile hekiminin sahip olması gereken çekirdek yeterlikleri belirtmektedir. Çekirdek sözcüğü, uygulandıkları sağlık sistemine bakılmadan disiplin için zorunlu olan anlamını taşır (8).

Şekil 1. WONCA Ağacı



Kaynak: WONCA AVRUPA 2005 Basımı Türkçe Çevirisi Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları

Aile Hekimliği çekirdek yeterlilikleri altı ana başlık altında toplanabilir:

2.1. Birinci basamak yönetimi

- Hastalarla ilk teması yönetme ve ayrışmamış sorunlarla baş etme,
- Tüm sağlık durumlarını kapsayabilme,
- Birinci basamaktaki diğer sağlık çalışanlarının ve diğer disiplin uzmanlarının sunduğu sağlık hizmetini koordine edebilme,
- Etkin ve amacına uygun sağlık bakımı sunumunu ve sağlık hizmeti kullanımını sağlayabilme,
- Hastanın sağlık sistemi içindeki uygun hizmetlerden yararlanmasını sağlama,
- Hastanın savunuculuğunu yapma.

2.2. Kişi merkezli bakım

- Hastalarla ve hastanın yaşadığı ortamda oluşan sorunlarla ilgilenirken kişi merkezli bir yaklaşım benimseme,
- Aile hekimliği uygulamasındaki hasta görüşmesi sürecinde hastanın özerkliğine saygı göstererek etkin bir hekim-hasta ilişkisi oluşturma,
- İletişim kurma, öncelikleri belirleme ve (hasta ile) işbirliği yapma,
- Hastanın gereksinimleriyle belirlenmiş sağlık bakımının zaman içindeki sürekliliğini sağlama; süregiden ve koordine bir sağlık bakımı yönetimi sağlama.

2.3. Özgün problem çözme becerileri

- Özgün karar verme süreçlerini rahatsızlıkların toplum içindeki prevalans ve insidansı ile ilişkilendirme,
- Öykü, fizik bakı ve laboratuvar incelemelerinden bilgi elde etme ve yorumlamada seçici davranma ve bu bilgileri hasta ile işbirliği içinde uygun bir yönetim planı oluşturmada kullanma,
- Laboratuvar incelemelerini basamaklı olarak isteme, güncel kılavuzlara uygun hareket etme,
- Gerektiğinde acil girişimde bulunma,
- Erken dönemde ve ayrımlaşmamış olarak ortaya çıkan durumları yönetme,
- Tanı ve tedavi girişimlerini etkili ve verimli bir şekilde kullanma.

2.4. Kapsamlı yaklaşım

- Bireydeki çok sayıda yakınma ve patolojiyi, hem akut hem kronik sağlık sorunlarını aynı anda yönetme,
- Sağlığı geliştirme ve hastalıkları önleme stratejilerini uygun bir şekilde kullanarak sağlık ve iyilik durumunu geliştirme,
- Sağlığı geliştirme, koruma, tedavi, bakım, palyasyon ve rehabilitasyon hizmetlerini yönetme ve koordine etme.

2.5. Toplum yönelimli olma

- Hastaların sağlık gereksinimleriyle onların içinde yaşadıkları toplumun sağlık gereksinimlerini, var olan kaynakların kullanımı açısından bir denge içinde uzlaştırabilme.

2.6. Bütüncül yaklaşım - modelleme

- Kültürel ve varoluş boyutlarını dikkate alan biyopsikososyal yaklaşım modeli uygulama.

Aile Hekimi bu yeterlikleri şu üç alanda göstermelidir:

a) Klinik görevler:

- Çok geniş yakınma, sorun ve hastalık yelpazesini ortaya çıktıkları şekliyle yönetebilme,
- Uzun süreli bakım ve izlemde uzmanlaşma,
- Tıbbi kanıtları ve kişisel deneyimi etkin bir şekilde dengeleme.

b) Hastalarla iletişim:

- Hasta görüşmesini yapılandırabilme,
- Hastaya kolayca anlaşılabilir bilgi sunma, girişimleri ve bulguları açıklama,
- Hastaların farklı duygu durumları ile uygun şekilde baş etme,

c) Uygulama merkezinin yönetimi:

- Hastalar için uygun bir ulaşılabilirlik sağlama,
- Uygulama birimini etkin bir şekilde düzenleme, donatma, finansal yönetimini sağlama; uygulama birimi ekibiyle işbirliği yapma,

- Diğer birinci basamak çalışanları ve diğer uzmanlarla birlikte çalışma.

Kişi merkezli bir disiplin olarak şu üç özellik temel kabul edilmelidir:

- **Bağlamsal:** Kişi, aile, toplum ve kültürleri arasındaki bağlantısal ilişkileri kullanma.
- **Tutumsal:** Doktorun mesleksel yeteneklerine, değerlerine ve etiğe dayalı olma.
- **Bilimsel:** Tıbbi uygulamaya eleştirel ve araştırmaya dayalı bir yaklaşım gösterme ve sürekli öğrenme ve kalite geliştirme yoluyla bunu sürdürme (8).



3. AİLE HEKİMİNİN GÖREVLERİ

3.1. Veri toplama ve kayıt tutma:

Aile hekimi kişinin tüm sağlık kayıtlarını tutar. Bireyin kişisel sorunları, aile ilişkileri, içinde yaşadığı ortam ve toplumun sorunları hakkında bilgi sahibidir. Hastayı daha ileri bir merkeze sevk etmesi gerektiğinde, en doğru yere, en doğru bilgilerle yönlendirir. Böylece ikinci basamakta yığılma önlenerek, yüksek maliyetli sağlık hizmetlerinin daha etkin biçimde kullanımı sağlanabilir. Sağlık kayıtları, eksiksiz bir koruyucu hekimlik uygulaması için de zorunludur. Aile hekiminin kayıtları sağlık araştırmaları ve toplum sağlığının değerlendirilmesi için çok değerli bir veri kaynağıdır.

3.2. Koruyucu hekimlik:

Amerikan Koruyucu Hekimlik Koleji tanımına göre koruyucu hekimlik; “belli bir topluluğun sağlık ve refahını arttırmak ve korumak, hastalık, sakatlık ve zamansız ölümü önlemek için başlıca uğraşı, toplumun sağlığını göz önünde tutan becerileri kullanmak olan bir hekimlik türünde uzmanlık sahibi olmaktır”. Koruyucu sağlık hizmetleri üç gruptur:

1. Birincil koruyuculuk: Hastalık ya da yaralanmanın oluşumunu önleme.
2. İkincil koruyuculuk: Erken tanı ve tedavi.
3. Üçüncül koruyuculuk: Komplikasyonları önleme, rehabilitasyon.

3.3. Sağlık eğitimi:

Ülkemizde sağlık problemlerinin önemli bir bölümü eğitim yetersizliğinden kaynaklanmaktadır. Sağlıkla ilgili konulardaki genel bilgi eksikliği, özellikle aile planlaması, çocuk sağlığı, beslenme ve bulaşıcı hastalıklardan korunma konularında belirginleşmektedir. Eğitim yetersizliği, var olan sağlık hizmetlerinden bile yeterince yararlanılamamasına yol açmaktadır. Aile hekimleri sağlık eğitiminde etkin rol oynayabilecek bilgiye sahip olmalıdır.

3.4. Sağlık danışmanlığı ve yönlendirme:

Aile hekimi sağlık hizmetinin en önünde yer alır ve kişilere sağlıkla ilgili her konuda danışmanlık verir. Yalnız hastalıkta değil sağlıklı dönemde de kişilerin

yararlanabileceği, hastalıkların önlenmesi yanında sağlğın korunması ve geliştirilmesini, sağlık koşullarının iyileştirilmesini de hedefleyen, devamlılık gösteren birinci basamak sağlık hizmeti sunar.

3.5. Birinci basamakta tanı ve tedavi hizmeti:

Birinci basamakta erken tanı ve tedavi açısından aile hekimliği sağlık sisteminin bütününü etkiler. Hastanın geçmişini, aile ortamını ve hastalğın gelişim sürecini yakından izleyebilen aile hekimi erken tanıda avantajlıdır. Aile hekimi güvene dayalı yakın ilişki sayesinde aile planlaması, cinsel ve psikiyatrik sorunlar gibi kişilerin dile getirmekte güçlük çektikleri sorunların erken tanısında başarılıdır. İkinci basamağa başvuru gerektiğinde aile hekimi koordinatör olarak görev yapar.

3.6. Kronik hastalıkların izlenmesi, rehabilitasyon ve yaşlıların sağlğı:

Ortalama yaşam süresinin uzamasıyla toplumda yaşlı nüfusun oranı ve kronik hastalıkların sıklığı artmaktadır. Evde bakım kavramı, kronik hastalıkları olanların yakın izlemi, gelişebilecek komplikasyonların erken fark edilmesi ve küçük müdahalelerle önlenebilmesini sağlar.

3.7. Periyodik sağlık muayenesi:

Hastalıkların erken tanısı ve hastalık öncesinde risk faktörleri taşıyanların belirlenmesi koruyucu hekimliğin en önemli işlevlerindendir. Belli cinsiyet ve yaş grubu hedeflenerek etkinliği kabul gören incelemelerle sağlık koruma rehberleri oluşturulması benimsenmektedir (12).

4. SAĞLIKTA KALİTE

Sağlık hizmeti, çoğunlukla insanların önceden deneyiminin olmadığı, bu nedenle de bir kıyaslama ve sınama sınırlılığının olduğu, genellikle uzun araştırmaya fırsat olmadan hazırlıksız yakalandığı, ancak alması zorunlu, vazgeçilemez bir hizmettir (13). Aynı zamanda, hasta ile hizmeti sunan kişi veya kurum arasında tıbbi faaliyet olmasının yanı sıra söz konusu kişilerin karşılıklı olarak birbirleri ile diyalog kurmasını gerektiren bir sosyal faaliyeti de kapsayan bir hizmettir (14).

Sağlık hizmeti, insanların, sağlık alanındaki ihtiyaçlarını gidermek amacıyla belirli bir fiyattan satışa sunulan, standartlaştırılabilmesi oldukça zor olan, yarar ve memnuniyet oluşturan soyut faaliyetler bütünü olarak tanımlanabilir. Hizmet sunumu olmadan diğer tüm işletmelerde olduğu gibi sağlık işletmelerinde de kalite değerlendirilemez (15).

Sağlık sektöründe kalite farklı müşteriler için farklı anlama gelmektedir. Kaliteli bir sağlık sisteminin oluşturulabilmesi için sağlık sisteminin tüm kullanıcılarının kalite anlayışları dikkate alınmalıdır. Bunun için hastaların, çalışanların ve tedarikçilerin istek ve görüşleri zaman zaman sorgulanmalı buna yönelik iyileştirmeler yapılmalıdır (16).

Karmaşık bir sosyal örgüt yapısına sahip olan hastanelerin en önemli girdileri hastalar, temel çıktısı ise hasta bakımındır. Temel çıktısı “üretimi” olan hasta bakım hizmetlerini mümkün olan en az maliyetle ve en yüksek kalite düzeyinde sunmayı amaç edinmiş hastanelerde, kalite kontrol olayının temel inceleme alanı hasta bakım hizmetleridir (17). Sağlık hizmetlerinin sonuçlarını izlemek için kullanılan kalite değerlendirmeleri genellikle tıbbi çıktılar, maliyet analizleri ve hasta memnuniyeti üzerinden yapılabilir (18).

Sağlık hizmetlerinde standardizasyon çalışmaları yapılırken hizmet kalitesini belirleyen unsurlar içinde, verilen hizmetin kalitesi kadar algılanan hizmet kalitesinin önemine de değinilmektedir. Algılanan hasta memnuniyeti araştırmalarında hemşirelerden, doktorlardan ve diğer sağlık personelinin memnuniyet, sağlık personeli ile iletişimden memnuniyet, personele güven, hasta mahremiyeti, hastanın

istediği yer ve zamanda hizmet, personelin dürüstlüğü, nezaketi, yeterli bilgiyi sunması gibi birçok boyut ele alınmaktadır (19).

Hastanelerdeki hizmet kalitesini iki boyutta incelemek mümkündür. Bunlar, teknik boyut ve konaklama boyutudur (20). Teknik boyut, hemşire ve doktor hizmetini kapsamaktadır. Konaklama boyutu ise yönetsel boyutu olup; yemek servisi, gürültü, oda sıcaklığı, temizlik ve hastanenin park alanı gibi faktörleri kapsamaktadır (21). Bir diğer yaklaşımda sağlıkta kalite teknik ve fonksiyonel kalite olarak iki başlıkta incelenmektedir. Yapılan araştırmalar fonksiyonel kalitenin hastaların kalite algısını etkileyen birincil değişken olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte hekimlerin mesleki becerileri ve yeterliliği, hizmetlerin yaygınlığı gibi konular hasta bakım kalitesini; hekime güven duygusu, hastaya yeterince zaman ayrılması, ilgi, nezaket, güler yüzlülük, bilgilendirme ve gizliliğe özen gibi davranış özellikleri ise hasta ve doktor ilişkilerini şekillendirmektedir (22).

Sağlık hizmetlerindeki kalite beş unsuru içine alan çok boyutlu bir süreç olarak görülmelidir. Bu unsurlar; hastalar, hizmeti sağlayanlar, hizmet satın alıcıları, profesyoneller ve algılamalardan oluşmaktadır. Sağlık hizmet sunumundan yararlananların hayal ettiğinin üstünde hizmet sunulması kalitenin tüm süreçlerinin yerine getirilmesi ile mümkün olmaktadır (23).

5. HASTA MEMNUNİYETİ

Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetinin bir gösterge olduğu ve sağlık hizmetlerinin tasarım ve yönetiminde hasta memnuniyeti hakkında edinilen bilgilerin çok önemli bir yere sahip olduğu bildirilmektedir (24).

Hasta memnuniyeti tüm sektörlerdeki müşteri memnuniyeti ile aynı düzeyde algılanmalıdır. Hasta memnuniyetini hastanın tatmin düzeyi belirler. Hastaların tatmin düzeyini etkileyen birçok faktör vardır. Personel hasta etkileşimi, hasta bakım kalitesi, bilgilendirme, ulaşılabilirlik ve bulunulabilirlik, beslenme hizmetleri, örgütsel ve fiziksel çevre koşulları, güven, ücret, bürokrasi tatmin düzeyini etkileyen faktörlerdir (25).

“Hasta memnuniyeti, algılanan kalite ile beklenen kalitenin bir fonksiyonudur. Buna göre, hastaların hizmeti almadan önce bazı beklentileri olmakta ve hizmetin sunumundan sonra geçirdiği deneyime yönelik belli algılar edinmektedirler. Hasta, algıladığı kalite ile beklediği kalite arasında yaptığı kıyaslama sonucunda tatmin olup olmadığına karar vermektedir.” (26).

Hastalar tedavi sürecinde en çok hekim ve hemşirelerle etkileşime girerler. Hekim ve hemşire davranışları bu nedenle hasta memnuniyetinin belirlenmesindeki tatmin düzeyini etkileyen en önemli faktörlerdir. Hastalar hekimlerin ve hemşirelerin verdikleri hizmet kalitesini değerlendirirken mesleki bilgi ve uzmanlıklarından çok, dinleme, duyarlı olma, yeterli zaman ayırma, nezaket, güler yüz ve saygılı davranışlarına dikkat etmektedirler. Böylelikle hekim ve hemşirenin davranışı hastanın tatminine ek olarak tedavi sürecini olumlu etkilemekte ve verilen hizmetin etkinliğini arttırmaktadır (27).

Sağlık hizmetlerinden memnun olan kişilerin tıbbi hizmetleri kullanmayı sürdürmede ve tıbbi programlara uyumda daha iyi oldukları bilinmektedir. Hasta memnuniyetsizliği, hekimin verdiği bilgilerin tam olarak anlaşılamamasına, hekim-hasta arasında uyumsuzluğa, dolayısıyla hastanın iyileşme sürecinin uzamasına ve komplikasyon oranlarının artmasına neden olabilir (28, 29).

Sağlık hizmeti veren kurumların sadece iyi bir tedavi prosedürü uygulamaları ve hastalarını şifaya kavuşturmaları yeterli olmamaktadır. Sağlık hizmeti sunumu

sırasında hastanın hastaneye başvurmamasından, şifa ile taburcu olmasına kadar geçen sürede pek çok etken hasta memnuniyetini etkilemektedir.

Bu etkenlerden ilk akla gelenler sıralanırsa;

- Hasta kayıt-kabul, karşılama yönlendirme ve güvenlik elemanlarının işlerini yaparken sahip oldukları bilgi ve yetenekleri ile ortaya koydukları davranışlar
- Hasta bakımına katılan sağlık personelinin bilgi ve yeterliliği
- Sağlık bakımında yer alan diğer personelin işlerine hakimiyeti ve yeterlilikleri
- Sağlık kurumunun genel fiziki yapısı, bekleme alanları gibi sosyal alanları ile klinikler, yataklı üniteler, laboratuvarlar, ameliyathane, görüntüleme merkezleri gibi sağlık hizmeti verilen alanların dizaynı
- Sağlık kurumunun genel hijyen şartları
- Hasta ve yakınlarının insani ihtiyaçlarını karşılayacak imkanların sunulması
- Tüm personelin iletişim becerileri, tavır ve davranışları ile güler yüzlülüğü
- Kurumun idari birimlerinin verilen tüm hizmetlere ulaşılabilirlik açısından yaptıkları düzenlemeler, kriz yönetme becerileri, hasta ve yakınlarına verdikleri değer
- Hasta beklentilerinin düzeyi
- Hastanın demografik özellikleri ile kültür, yaşadığı çevre, eğitim düzeyi ve sosyal statüsü

Sayılan faktörler gibi pek çok neden hizmet alanların memnuniyetini etkilemektedir. Sonuçta beklentileri ile bulunduğu arasında kıyaslama yapan hizmet alan, sağlık hizmetini algılamasına bağlı olarak da bir memnuniyet düzeyine ulaşır. Bu düzey ile kurumun sunduğu teşhis ve tedavi hizmetleri birleştirildiğinde ortaya çıkan kalite algısı, kurumun kitlelerce tercih ve tavsiye edilebilirliği ya da edilmemesine neden olur (30).

Hasta tatminini etkileyen kriterler; hijyen, ilgi, teknolojik altyapı gibi hizmetin fiziksel özelliklerinin yanı sıra, ihtiyaç duyulduğunda ulaşılabilen, uygun fiyatta ve uygun kalitede olma kriterleri de göz önünde bulundurulmaktadır. Ayrıca hastanın sağlık hizmetlerinden beklentisini etkileyen faktörler arasında hastanın tıbbi

ihtiyaçları, önceki tecrübeler, sosyokültürel ve psikolojik durumları da yer almaktadır (31).

Hasta memnuniyeti araştırmalarının üzerinde durdukları boyutların incelenmesi sonucunda hastaların memnuniyetlerini değerlendirmelerinde, genelde dokuz boyutun kullanıldığı ortaya konulmuştur. Bunlar;

- 1) Hasta-doktor ilişkisi,
- 2) Hasta-hemşire ilişkisi,
- 3) Hasta-diğer hastane personeli ilişkisi,
- 4) Bilgilendirme,
- 5) Beslenme hizmetleri,
- 6) Fiziksel ve çevresel koşullar,
- 7) Bürokratik işlemler,
- 8) Güven,
- 9) crettir (32).

Hastaların, doktorlardan memnuniyetinin sağlanabilmesi için;

- Bilgi-beceri,
- Hastaya ayrılan zaman,
- Anlaşılır açıklamaların yapılması önemlidir.

Doktor hasta ilişkisinde, bazı araştırma sonuçlarına göre, hasta memnuniyetinin aşağıdaki nedenlere bağlandığı görülmektedir.

- Doktorun, hastaya sıcak, nazik, dostça, destekleyici ve güven verici tarzda davranması,
- Doktorun, hastanın beklenti ve kaygılarını ortaya koyacak biçimde yüreklendirici ve empatik bir yaklaşımla sorgulanması,
- Doktorun, aldığı yanıtları açıklaması, özetlemesi ve hastanın anlayabileceği bir dille ona daha fazla bilgi vermesi,
- Hasta odaklı görüşme olması ve doktorların etkileşimde baskın olmaması,
- Hastalara tıbbi karşılaşma sonucu durumları ile ilgili karar vermede daha fazla fırsat tanınması,
- Hasta ihtiyaçlarının ifade edilmesi,
- Görüşmede hastaların psiko-sosyal sorunlarının tartışılması ve kaygılarının giderilmesidir (33).

Bazı yazarlar sağlık kurumlarında hasta memnuniyetinin dört nedenden dolayı önem taşıdığını ileri sürmektedir. Bu nedenleri şöyle sıralamak mümkündür:

İnsancıl Nedenler: İyi ve kaliteli hizmeti alma hakkı, hastaların temel haklarının başında gelmektedir. Hastaneye gelen hasta; ağrılı, endişeli, gerilimli olabilir. Hizmetlerin hem teknik ve bilimsel anlamda yeterli olması, hem de hastaların kişiliğine, düşüncelerine, değer ve tutumlarına saygı gösterilerek sunulması gerekmektedir. Ayrıca, hastalara insancıl tarzda hizmet verilmesinin, hukuksal boyutu da bulunmaktadır.

Ekonomik Nedenler: Hastalar hizmetin alıcısıdır. Sağlık, birinci öncelikli olduğu için, hastalar içinde bulundukları koşullar nedeniyle, verilen hizmetle ilgili olarak diğer sektörlerdeki müşterilerden daha dikkatlidir. Tercihini daha ciddi belirler ve ödediği ücretin karşılığını bekler. Müşteri tatmini, sağlık kurumunun müşteri ve kar potansiyelini önemli ölçüde artırmaktadır.

Pazarlama Nedeni: Sağlık kurumları, müşteri potansiyelini artırmak ve dolayısıyla pazar payını yükseltmek için hasta tatminine önem vermek zorundadırlar. Sağlık kurumları, hasta sadakatini sağlamak amacıyla hasta tatmini üzerinde odaklanmalıdır. “Hasta Sadakati”, hastaların gereksinimleri olduğunda, hizmetlerinden yararlandıkları sağlık kurumunu tekrar kullanmaları veya tercih etmeleridir. Hasta sadakati olduğunda, ekonomik nedenler ikinci sırada yer alır. Hastaların hizmetten tatmin düzeyleri arttıkça, hasta sadakati oranı da artmaktadır.

Etkililik Nedeni: Tatmin edilen hastaların tedavi sürecinde daha olumlu davranışlar sergilediği bilinmektedir. Tatmin olan hastalar hekim ve diğer sağlık personelinin önerilerine titizlikle uymaktadırlar. Verilen ilaçları veya tedavi ile ilgili önerileri düzenli olarak yerine getirmektedirler (34).

5.1. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler

Hasta memnuniyetini etkileyen faktörler, hastaya ilişkin faktörler (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, sosyal güvenlik durumu, yerleşim yeri vb.), hizmet verenlere ilişkin faktörler (sağlık personeli) ve kurumsal faktörler (devlet, üniversite, özel hastaneler, aile sağlığı merkezleri) olarak ayrılmaktadır. Ayrıca, sağlık kurumunun uygunluğu, güvenilirliği, güvenliği, fiziki donanımı (aydınlatma, ısı, temizlik,

güvenli su kaynakları, havalandırma, gürültü, otopark, yeterli yatak alanı, bekleme odaları vb.), ulaşılabilirliği, çalışanların ilgisi, sayısı, davranışı ve hastalarla iletişimi de hasta memnuniyetini etkilemektedir. Bunlar dikkate alınarak hastalara belirli bir ücret seviyesinde sağlık hizmeti verildiğinde ve bu hizmet sunulurken oluşması muhtemel yan etki riski minimize edildiğinde, hasta memnuniyeti sürdürülür hale gelmektedir (35).

Hasta memnuniyetini belirleyen başlıca iki faktör bulunmaktadır. Bunlar:

- **Beklentiler:** Hastanın sağlık işletmesinden istediği veya talep ettiği yönetsel, bilimsel ve davranışsal özelliklerdir. Beklentiler, cinsiyet, yaş, sosyokültürel özellikler, cinsiyet, sağlık işletmeleri ve sağlık hizmetleriyle alakalı geçmiş tecrübelerine göre farklılık göstermektedir.
- **Algı:** Hastaların hizmete yönelik algılarıdır. Algılar, hastaların aldıkları hizmetler ve hizmet üretim sürecine yönelik fikir ya da değerlendirmeleri temel kabul ederek ölçmektedir. Algılama faktörü de hasta özelliklerine yönelik olarak ve aynı zamanda sağlık kurumlarına ilişkin tecrübelerle göre farklılık göstermektedir (36).

5.1.1. Hasta ve Yakınlarına İlişkin Faktörler

Kişinin geçmiş tecrübeleri, arkadaşları vasıtasıyla aldığı bilgiler, sözlü ve yazılı basın ile edindiği bilgileri, cinsiyeti, sosyal mevkii, yaşı, eğitim seviyesi, sağlık durumu, sağlık durum algısı ve tanısı hasta memnuniyetinde etkili olabilmektedir (37).

5.1.2. Hizmet Verenlere İlişkin Faktörler

Sağlık çalışanlarının kişilik özellikleri, şefkat, nezaket, ilgi ve alaka, profesyonel tutumları, bilgi ve kabiliyetlerini sunma şekilleri, bilhassa hasta ile hemşire arasındaki bağ hasta memnuniyeti üzerinde etkili olmaktadır. Hasta memnuniyeti üzerine yapılan çalışmalarda, hasta memnuniyetini etkileyen en önemli unsurun iletişim ve hastayı yeterli bilgilendirme olduğu ifade edilmektedir (38). Konuya yönelik yapılan araştırmalarda da sağlık durumu ve uygulanacak işlemler hakkında gerektiği ölçüde bilgi edinen hastaların, sağlık çalışanlarına güvenlerinin ve aynı zamanda memnuniyetlerinin arttığı görülmektedir (39).

5.1.3. Fiziksel, Çevresel ya da Kurumsal Faktörler

Sağlık çalışanlarının erişilebilirliği, çalışma saatleri, ortamı, temizlik, otopark, diyet ve yiyecek hizmetlerinin kalitesi, işletmenin ücretli olması vb. konular hem kurumsal hem de çevresel unsurları kapsamaktadır. Sağlık işletmelerinin gerek sosyal gerekse de fiziksel açıdan yaratacağı rahatlık kişilerin kendilerini evlerinde hissetmelerini sağlamakta ve memnuniyetlerini yükseltebilmektedir. Gerektiği ölçüde bilgi verilen ve kendisini evinde hissetmesi sağlanan hastalar hizmet sunan sağlık çalışanlarından daha fazla güven hissetmektedir (40).



6. AİLE HEKİMİ SEÇİMİNDE ETKİLİ OLABİLECEK FAKTÖRLER

Hastaların birinci basamak doktorlarını seçme kararı üzerine yapılan bazı çalışmalar, kendi doktorlarını seçebilmenin artmış hasta memnuniyeti, doktora güven ve kaliteli sağlık bakımı ile ilişkili olduğunu göstermektedir (41-43).

Daha eğitilmiş ve genç hastalar, gelir düzeyi daha yüksek olan hastalar (44) ve mevcut hekiminden memnun olmayan hastaların (45, 46) hekim değiştirme konusunda daha aktif oldukları gösterilmiştir.

Kişilerin sosyodemografik ve hastalık özelliklerine, bilgi, tutum ve inançlarına bağlı olarak farklı sebeplere önem verdikleri bilinmektedir.

Doktor seçiminde etkili olabilecek sebepler dört bileşene ayrılabilir:

1. Fiziksel ve psikolojik bakım (tüm hastalıkların ilk bakımı, zihinsel sağlık bakımı).
2. Erişilebilirlik (uygun saatler, kliniğin yeri, ucuz ücret, uzun süredir aynı doktora görünme).
3. Hızlı rahatlama (güçlü ilaç, bakımda az gecikme).
4. Aynı doktor tarafından görülen aile üyeleri (diğer aile üyelerinin de aynı doktora muayene olması) (47).

Hekim seçiminde sağlık hizmeti sunucularının erişilebilirliği, hizmetlerin türü ve boyutu, personelin durumu / deneyimi / kalitesi, sağlık bakımının organizasyonu, tedavi masrafı ve aile hekimlerinin sosyodemografik özellikleri etkilidir (6).

Aile hekimi seçimi için: mesleki beceri, işletme yönetimi ve kişisel özellikler olarak üç farklı değişken saptanmıştır. Mesleki beceri faktörünü içeren öğelerin en yüksek etkiye sahip olduğu ve bunu işletme yönetimi faktörünü oluşturan öğelerin izlediği gösterilmiştir. Kişisel özellikler en düşük etkiye sahip değişkendir (7).

Hastaların danışmak için doktor seçiminde özgür olduğu durumlarda, rahat erişilebilirlik tercih için en önemli faktördür (47).

Sosyodemografik faktörlerden en kapsamlı olarak incelenen iki faktör cinsiyet (çoğunlukla doğrudan bakım sağlayıcının hasta ile aynı cinsiyette olup olmadığı) ve hekimin yaşıdır (48, 49). Genellikle doktorun demografik

parametrelerinin seçimi etkilediği ancak diğer faktörlerin daha önemli olduğu düşünülmektedir (48, 49, 50). Hekim seçiminde, aile hekiminin yaşı ve cinsiyeti gibi değişkenlerden ziyade hastaların bilgilendirilmesinin daha önemli olduğu gösterilmiştir (51). İnsanlar aile hekimlerini öncelikle uygunluk (kolaylık) veya arkadaşları ve akrabaları tarafından tavsiye edilmesi nedeniyle seçmektedirler. Ayrıca, ulaşılabilirlik (uygulama saatleri, evden uzaklık ve gecikmeden doktor görme) çoğunluk tarafından önemli görülmektedir. Bununla birlikte güçlü bir doktor-hasta ilişkisinin mesafenin önemini azalttığı gösterilmiştir. Hasta-doktor ilişkisi (güven, psikolojik sorunlar ve dostça etkileşimler üzerine daha fazla tartışma) tıbbi bakımın sürekliliği üzerine kuruludur ve hastanın aile hekiminin yeterliliği ile ilgili kanaati, daha sonraki durumlarda aynı hekime başvurmasında etkili bulunmuştur (47).

Erişilebilirlik: En çok tartışılan konu mesafe ve uygun konumdur. Bir diğer önemli husus, hastaların kendi ulaşım araçlarıyla veya toplu taşıma araçlarıyla ulaşılabilen bir birimi tercih etmesidir (52, 53). Diğer hususlar otopark (52, 53) ve ulaşım ücretidir (44, 54). Çalışmalar, yaş ile ulaşımın kolaylığı ve ulaşım olanaklarının önemi (44, 52, 55) arasında pozitif bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Ayrıca, daha eğitilmiş olmak (44, 52, 55) ve seyahat etmeye istekli olmak (54) mesafeye verilen önemi azaltmaktadır.

Çalışmalar, hekimlerini kendileri seçebilen kişilerde, öngörülen tedaviye uyumun yüksek ve aile hekiminden memnuniyetin daha iyi olduğunu göstermiştir. Böylece kişiler aynı hekime gitmeye devam etmekte ve bu durum da hasta sonuçları üzerinde olumlu bir etki oluşturmaktadır (56-58).

Aile hekimi seçimini etkileyen diğer bir faktör de hekimin eğitimi ve yeterliliğidir (7). Genel olarak, doktorun kişisel özelliklerine (örneğin cinsiyet, din, medeni durum) ilişkin faktörlerin nispeten önemsiz olduğu düşünülürken, doktorun profesyonel uzmanlığına ilişkin değişkenlerin (örneğin board sertifikası, uzmanlık) etkisi yüksek bulunmuştur (7).

Katılımcılar doktorların mesleki yeterliliğine ilişkin değişkenleri en çok önemsediklerini ve bunu ofis yönetimi ile ilgili değişkenlerin izlediğini ifade etmişlerdir. Doktorların kişisel özellikleri nispeten önemsiz olarak bulunmuştur (7).

Bununla birlikte, başka bir çalışmanın sonuçlarına göre aile hekimini değiştirme kararında doktorun mesleki özelliklerinin ön plana çıktığı gösterilmiştir (43).

Yapılan bazı çalışmalarda iyi hasta bakımı ve iletişim, hastaların aile hekimi seçiminde dikkate alabilecekleri en etkili faktörlerden ikisi olarak belirlenmiştir (48, 59-60). Hastalar tarafından düşünülen faktörlerden biri de ödenen ücret olsa da, bu konu diğer faktörlerden daha önemsiz bulunmuştur (47).

Aile Hekimi Seçiminde Etkili Faktörler

1. Board sertifikasının varlığı
2.Doktorun muayenehanesinin fiziksel durumu
3.Doktorun fiziksel görünümü
4.Arkadaş / aile tavsiyesi
5.Hekimin belirli bir hastalık üzerine yoğunlaşmış olması
6.Doktorun sevk için hangi hastaneyi / hastaneleri tercih ettiği
7.Randevu için bekleme süresi
8.Malpraktis
9.Ziyaret sırasında bekleme süresi
10.Hekimin anlaşmalı olduğu sağlık sigortası
11.Hekimin mezun olduğu ve uzmanlık aldığı tıp fakültesi
12.Bakımın maliyeti
13.Doktorun hekimlik tecrübesi
14.Mesafe
15.Mesai saatleri dışında erişilebilirlik
16. Birimdeki doktor sayısı
17. Doktorun yaşı
18. Doktorun cinsiyeti
19. Doktorun hastalarla aynı dili yeterince konuşuyor olması
20. Doktorun etnik kökeni veya ırkı
21. Doktorun dini
22. Doktorun medeni durumu

Bornstein ve arkadaşlarının hekim seçiminde etkili olabilecek faktörleri yukarıdaki şekilde sıralamışlardır (7). Listedeki konular, önceki çalışmaların (41, 58) yanı sıra çeşitli grup üyelerine (psikoloji profesörleri, mezunlar sosyal hizmet öğrencileri, kısa bir ankete yanıt veren gazete okuyucuları) doktor seçiminde önemli olduğunu düşündükleri faktörlerle ilgili açık uçlu soruların sorulduğu çok sayıda pilot çalışmadan elde edilmiştir. Pilot araştırmaya dayalı olarak, 23 maddenin son bir listesi tabloda verilmiştir (7).

Ülkemizde kişilere aile hekimi seçme hakkı tanınmıştır. Aile hekimlerinden memnun olmayan hastalar mevcut yönetmeliklere göre il içinde üç aylık süre dolunca hekim değiştirme hakkına sahip olmaktadır. İl dışı hastalar veya öncelikli mazereti olan kişiler (65 yaş üzeri, gebe vb.) için üç ay şartı da aranmamaktadır. Hastaların yeni aile hekimlerini seçerken yaptığı değerlendirmeler çok yönlüdür (6). Bu değerlendirmeler hizmet sunucunun uygunluğu, erişilebilirlik, Aile Sağlığı Merkezinin özellikleri, Aile Hekiminin kalitesi, uygunluğu ve deneyim durumu ve sosyodemografik özellikleri kapsar. Hizmet sunucusunun uygunluğu konusunda kişinin cinsiyeti ve gelir düzeyinin etkisi olduğu bilinmektedir (61, 62). Aile hekimi seçiminde en çok üzerinde araştırma yapılan başlık ulaşılabilirliktir. Beklendiği gibi hastalar ikametlerine yakın yerleşimdeki aile hekimlerini tercih etmektedir (63, 64). Kişi yürüyerek ulaşabildiği veya park sorunu olmayan merkezleri daha çok tercih etmektedir (64, 65).

7. YENİLİK ARAYIŞI

Hızla değişen dünyada değişime uyum sağlayabilmek, bireysel, örgütsel ve mesleki yaşamı sürdürebilmek için organizasyonların, yöneticilerin, çalışanların ve hatta bireylerin kendilerini sürekli olarak yenilemeleri ve yenilikçiliği bir davranış haline getirmeleri gerekmektedir (66, 67).

Yenilik (inovasyon), yeni ve değerli bir bilgiyi ya da fikri, ürün, süreç veya hizmet olarak doğru zamanda somutlaştırmak ve toplumsal faydaya dönüştürmektir (68, 69). İnsanların ihtiyaçları doğrultusunda ortaya çıkan ve yeni ürün / hizmetlerin sunulmasını içeren inovasyon olgusu, bireylerin ihtiyaçlarının daha hızlı ve daha iyi bir şekilde karşılanmasını sağlar (66).

Rogers tarafından yenilik “birey veya toplum tarafından yeni olarak algılanan fikir, uygulama veya nesne” biçiminde tanımlanmaktadır. Rogers, yeniliğin karakteristik özelliklerini görece yarar, uyumluluk, karmaşıklık, denenebilirlik ve gözlemlenebilirlik olmak üzere beş boyutta ele almaktadır (70). Buna göre bir yeniliğin kabul görmesinde o yeniliğin bireysel ve toplumsal temelde sağlayacağı potansiyel fayda ve yeniliğin kullanım kolaylığı ön plandadır. Bireyler için sadece kolay kullanılabilmesi bir yeniliğin benimsenmesi için yeterli görülmesi de diğer yandan kullanımın kolay olmasının bireyler için yarar algısını arttırdığı belirtilmektedir (71). Yeniliğin benimsenmesi için ayrıca denenebilir özelliğe sahip olması ve ortaya çıkan sonuçların görülebilir veya gözlemlenebilir olması beklenmektedir. Bir yeniliğin, sınırlı bir temelde denenebiliyor olması ve sonuçlarının izlenip gözlenmesi halinde, benimsenmesinin de daha kolay olacağı bilinmektedir. Bireysel ve toplumsal gereksinimler, farklılıklar, geçmiş yaşantılar ve geçmiş deneyimler gibi daha birçok farklı değişken temelinde yenilikçilik kavramına yönelik sınıflamadan bahsetmek mümkündür (72).

Bireysel yenilikçilik risk alma, deneyimlemeye açık olma, yaratıcılık, fikir liderliği gibi kavramların özelliklerini de içerisinde barındıran şemsiye bir kavram olarak değerlendirilmektedir. Bireysel yenilikçilik aynı zamanda bir sosyal sistem içerisindeki bireylerin herhangi bir yeniliği diğerlerine göre daha önce benimseme derecesidir (73).

Toplum içerisindeki bireyler sahip oldukları özelliklere göre yenilikçilik açısından birbirlerinden farklıdır. Bu farklılıklar nedeniyle bireyler herhangi bir yeniliği daha erken veya daha geç benimsemekte, daha fazla veya daha az değişime istekli olmakta ve daha çok veya daha az risk alabilmektedir (72).

Yenilikçilik açısından bireyler sahip oldukları özelliklere göre beş farklı gruba ayrılmaktadır. Bu gruplar, baskın özellikleri bakımından yenilikçiler, öncüler, sorgulayıcılar, kuşkucular ve gelenekçiler olarak isimlendirilmektedir (74).

Yenilikçiler: Sosyal sistem içinde yeniliği ilk benimseyen kişilerdir. Bu ilk grup yeni fikirleri denemeyi ve risk almayı seven ve vizyon sahibi olan kişilerdir. Yenilikçiler yenilikler konusunda diğer bireyleri etkilemeleri nedeniyle yeniliğin yayılma sürecinde önemli rol oynarlar ve özellikle de organizasyon dışında meydana gelen yenilikleri tanıtarak yeni fikirlerin başlatılmasında önemli görev üstlenirler (75).

Öncüler: Yeniliği erken benimseyen bireylerdir. Öncüler grubunda yer alan kişiler toplumdaki diğer bireylere yenilikler hakkında bilgi veren ve yol gösteren kişilerdir. Öncüler, kendilerine kişisel çözümler sunan yenilikleri ve iyi hizmet veren organizasyonları benimseye istekli kişilerdir (74).

Sorgulayıcılar: Toplum içerisinde yeni uygulamaların ortaya çıkmasında fikir sahibi pozisyonunda yer almalarına rağmen yeni fikirleri uygulama konusunda nadiren liderlik eden kişilerdir (76).

Kuşkucular: Yeniliklere karşı şüpheci ve çekingen bir tavır sergilemektedirler. Ayrıca kuşkucular toplumun çoğunluğunun yeniliği benimsemesini beklerler. Yeniliğe ve onun getireceklerine karşı kuşkucu davranmalarına rağmen ekonomik gereklilik ve toplum baskısı onları yeniliğe doğru itmektedir (72).

Gelenekçiler: Bu bireyler değişime karşı önyargıyla bakmakta ve yenilikleri en son benimseme eğilimi sergilemektedirler. Ayrıca gelenekçiler yeniliği benimsemeden önce yeniliğin başkaları tarafından denenmesini ve sonuçlarının gözlenmesini isterler (77).

GEREÇ VE YÖNTEM

A. Araştırmanın Tipi ve Evreni

Araştırmanın evrenini Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Bağlaraltı Eğitim Aile Sağlığı Merkezi, 16.02.174 numaralı birime aile hekimini değiştirmek için başvuran bireyler oluşturmaktaydı.

Katılımcıların önceki aile hekiminden memnuniyet düzeyleri ve bireysel yenilik arayışları arasındaki ilişki araştırıldı.

Bu araştırma Sağlık Bakanlığı Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 12.08.2016 tarih ve 2011-KAEK-25 2016/14-06 numaralı onayı ile gerçekleştirilmiştir.

B. Katılımcılar

Bu araştırma Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Bağlaraltı Eğitim Aile Sağlığı Merkezine aile hekimini değiştirmek için Eylül 2016 – Şubat 2016 döneminde başvuran bireyler arasından rastgele seçilmiş ve araştırmaya gönüllü olarak katılan 18 ile 65 yaş arasındaki 500 kişi ile yapılmıştır. Bireylere anket formları doldurtularak önceki aile hekiminden memnuniyet durumlarının değerlendirilmesi ve bireylerin yenilik arayışlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Kişilerin araştırmaya dahil edilme ve edilmeme kriterleri aşağıda gösterilmiştir:

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri:

1. Bağlaraltı Aile Sağlığı Merkezine kayıt için başvurmuş olmak
2. 18 – 65 yaş arasında olmak
3. Çalışmaya katılmayı kabul etmek
4. Okur – yazar olmak
5. Bilinen kognitif bir rahatsızlığı olmamak

Araştırmadan Dışlanma Kriterleri:

1. Şahsen olur vermeyen kişiler
2. 18 yaş altı kişiler
3. Acil vakalar
4. Çalışmaya katılmak istemeyen kişiler

C. Kullanılan Anket Formları

Bu araştırmada bireylerin sosyo-demografik özelliklerini sorgulayan bir anket formu ile birinci basamak sağlık hizmetlerinden memnuniyeti ölçmek üzeri kullanılan, Türkçe' ye çevirisi ve geçerlilik, güvenilirlik analizleri yapılmış olan EUROPEP ölçeği kullanılmıştır (78).

Sosyo-demografik bilgilerle ilgili anket formunda yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, geliri gibi sosyo-demografik sorular ile son bir yılda kaç defa aile hekimine ve acil servise başvurduğu, önceki aile hekiminin adını bilip bilmediği, önceki kayıtlı bulunduğu ASM' ye yürüyerek kaç dakikada ulaştığı, kaç yıldır en son aile hekimine kayıtlı olduğu, kaç kez aile hekimini değiştirdiği, şu an kayıt yaptırdıkları hekimin kadın olmasının tercihlerinde etkili olup olmadığı, evde bakım hastasının varlığı ile ilgili sorular yer almıştır.

EUROPEP (Patients Evaluate General/Family Practice) ölçeği EQuIP (European Working Party on Quality in General Practice) tarafından hazırlanmış, çeşitli Avrupa ülkelerinde hekimi ve muayenehanesini değerlendirmek için kullanılan bir ölçektir. Türkçeleştirilmiş EUROPEP ölçeğinin hastaların hekimi ve muayenehanesini değerlendirmesinde uygun bir araç olduğu bulunmuştur (79).

EUROPEP ölçeği hastanın aile hekimliğinden memnuniyetini değerlendirmede kullanılmaktadır. Hekim hasta ilişkisinden hekime erişilebilirliğe kadar 5 farklı durumu 23 soruda sorgulayan EUROPEP ölçeği ile yeni kayıt için başvuran bireylerin önceki aile hekimlerinden memnuniyet durumları sorgulanacaktır. Ölçeğin Türkçe geçerliliğini Aktürk ve ark. tarafından sağlanmıştır (79). Araştırmada kullanılan anket formu, 2010 ve 2011 yıllarında kullanılan anketle

aynıdır. Bu çalışmalarda 23 soruluk EUROPEP ölçeğine genel memnuniyet düzeylerini ölçmek üzere 3 soru daha eklenmiş ve sahada 26 soruluk anket formu uygulanmıştır. Araştırmada hasta memnuniyeti, ‘Doktor-hasta ilişkisi’, ‘Sağlık hizmeti’, ‘Enformasyon ve destek’, ‘Sağlık hizmetlerinin organizasyonu’, ‘Ulaşılabilirlik’ ve ‘Genel Değerlendirme’ boyutlarıyla incelenmiştir (79).

EUROPEP ölçeği 5 boyuttan ve 23 sorudan oluşmaktadır:

1. Doktor-Hasta İlişkisi (1-6. sorular)
2. Sağlık Hizmeti (7-11. sorular)
3. Enformasyon ve Destek (12-15. sorular)
4. Sağlık Hizmetinin Organizasyonu (16-17. sorular)
5. Ulaşılabilirlik (18-23. sorular)

EUROPEP ÖLÇEĞİ

1. Görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi
2. Sizin özel durumunuzla ilgilenmesi
3. Sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması
4. Tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması
5. Sizi dinlemesi
6. Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması
7. Şikayetlerinizi çabuk geçirmesi
8. Günlük ihtiyaçlarınızı görecekt kadar iyi hissetmenize yardım etmesi
9. İşini tam yapması
10. Sizi muayene etmesi
11. Hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler
12. Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması
13. Şikayetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi
14. Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması
15. Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması
16. Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi
17. Uzmana ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması
18. Doktor dışı personelin yardımı
19. Size uygun zamanlara randevu alabilmeniz
20. Aile sağlığı merkezine telefonla ulaşabilmeniz
21. Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz
22. Bekleme odasında harcadığınız zaman
23. Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması
24. Aile sağlığı merkezlerinde görevli hekimlerin davranışlarını genel olarak nasıl değerlendiriyorsunuz?
25. Bu kurumda verilen sağlık hizmetlerini genel olarak nasıl buluyorsunuz?
26. ASM'de hizmet verilen yerin fiziki koşullarını (bekleme odası, tuvalet, temizlik, ısıtma, aydınlatma vs.) genel olarak nasıl değerlendiriyorsunuz?

EUROPEP ölçeği puanlanması

- Uygun değil/ilgisiz; 0 puan
- Çok kötü; 1 puan
- Kötü; 2 puan
- Orta; 3 puan
- İyi; 4 puan
- Çok iyi; 5 puan olarak değerlendirilmektedir.

BİREYSEL YENİLİKÇİLİK ÖLÇEĞİ

Bireylerin genel olarak sahip oldukları yenilikçilik düzeylerini ve ait oldukları yenilikçilik kategorisini belirlemek için kullanılan Bireysel Yenilikçilik Ölçeği (BYÖ) – Innovativeness Scale (IS) 1977 yılında H. Thomas Hurt, Katherine Joseph ve Chester. D. Cook tarafından geliştirilmiştir. Ölçek genel anlamda yenilikçiliği ölçmekte ve yenilikçiliği kişisel boyutta “yeni şeyleri denemeye isteklilik” olarak ele almaktadır (73). Buna göre yenilikçilik yeni ve farklı olan şeylere yönelik tepkidir. Değişime karşı olan bu tepkilerin aralığı çok olumlu (pozitif) ile çok olumsuz (negatif) arasındadır. Ayrıca risk alma, deneyime açıklık gibi diğer kişisel özelliklerle ilişkili bir kavram olarak değerlendirilmektedir. Ölçek literatürde genel boyutta yenilikçiliği en iyi ölçen Jackson Kişilik Envanteri (Jackson Personality Inventory), Kirton Yenilik Benimseme Envanteri (Kirton Adaption-Innovation Inventory), NEO Kişilik Envanteri (NEO Personality Inventory) ve Bireysel Yenilikçilik Ölçeği (Innovativeness Scale) olmak üzere dört ölçekten birisi olarak belirtilmektedir (80). Ölçek iletişim alanında geliştirilmesine karşın eğitim, uzaktan eğitim ve pazarlama alanlarında da değerlendirilerek genel düzeydeki yenilikçiliği güvenilir bir şekilde ölçtüğü bulunmuştur. Ölçek bireylerin yenilikçilik düzeylerini ve ait oldukları kategorileri kendi yanıtlarına göre belirleyen (self-report) bir ölçme aracıdır.

Bireylerin genel anlamda yenilikçiliğini değerlendirebilmek amacıyla geliştirilen ve özgün formu “Innovativeness Scale (IS)” olan ölçek 1977 yılında H. Thomas Hurt, Katherine Joseph ve Chester. D. Cook tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin özgün dili İngilizcedir. Ölçeğin özgün formu <http://www.jamescmccroskey.com/measures/innovation.htm> adresinde yayınlanmakta olup herhangi bir izin alınmadan ve ücret ödenmeden kullanılabileceği belirtilmektedir. Ölçeğin özgün formunda yenilikçiden geleneksele doğru beş farklı kategorideki bireyin özelliklerine ilişkin toplam 20 ifade yer almaktadır. Ölçekte yer alan bireysel yenilikle ilgili her ifade geliştirilme sürecinde “Kesinlikle Katılmıyorum” ile “Kesinlikle Katılıyorum” olmak üzere 7’li likert maddesi şeklinde puanlanırken ölçeğin son versiyonunda ifadeler 5’li likert maddesi şeklinde puanlanmaktadır. Ölçek maddelerinin 12’si pozitif (1, 2, 3, 5, 8, 9, 11, 12, 14, 16, 18. ve 19. maddeler), 8’i negatif maddelerden (4, 6, 7, 10, 13, 15, 17. ve 20. maddeler) oluşmaktadır. Ölçek yardımıyla yenilikçilik puanı; pozitif maddelerden

alınan toplam puandan negatif maddelerden alınan toplam puanın çıkarılmasıyla elde edilen puana 42 puan eklenmesiyle hesaplanmaktadır. Ölçek yardımıyla en düşük 14, en yüksek ise 94 puan alınabilmektedir. Ölçek üzerinden hesaplanan puanlara göre bireyler yenilikçilik bağlamında kategorize edilebilmektedir.

Buna göre bireyler; hesaplanan puan

80 puan üstünde ise “Yenilikçi”,

69 ve 80 puan arasında ise “Öncü”,

57 ve 68 puan arasında ise “Sorgulayıcı”,

46 ve 56 puan arasında ise “Kuşkucu”,

46 puan altında ise “Gelenekçi” olarak yorumlanmaktadır. Ayrıca ölçek yardımıyla hesaplanan puana göre genel olarak bireylerin yenilikçilik düzeyleri hakkında da değerlendirmede bulunulabilmektedir. Buna göre; 68 üstü puan alan bireyler oldukça yenilikçi olarak değerlendirilirken, 64 altı puan alan bireyler yenilikçilikte düşük olarak yorumlanmaktadır (73).

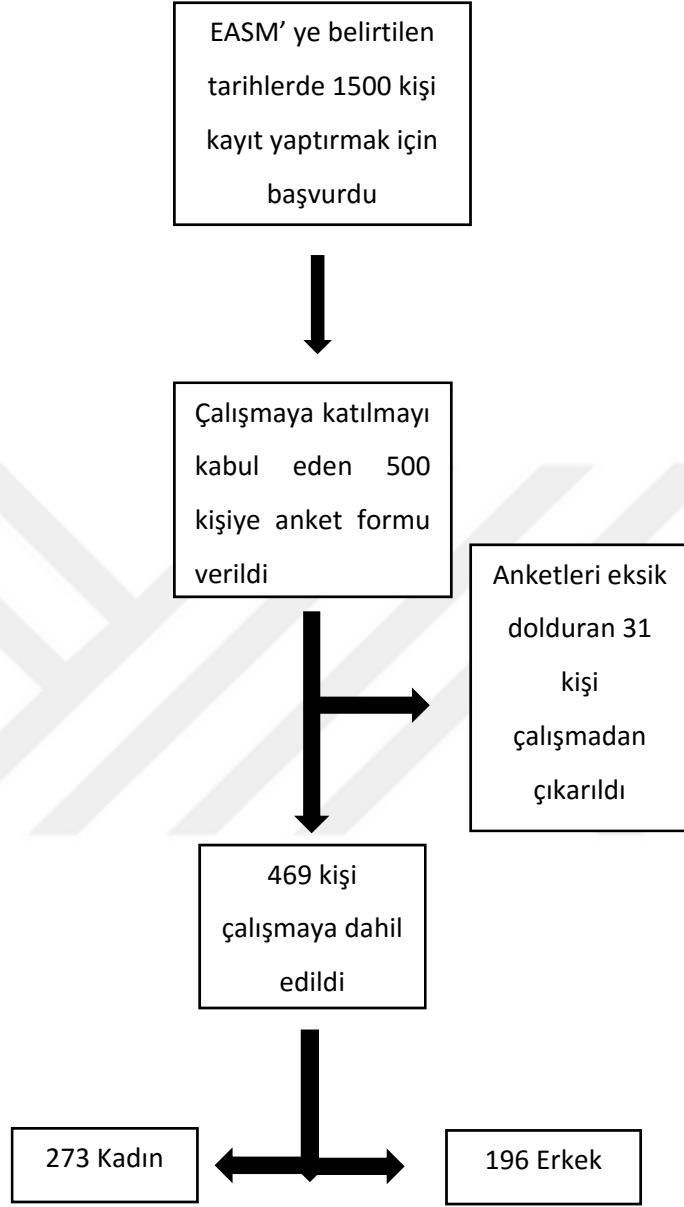
BİREYSEL YENİLİKÇİLİK ÖLÇEĞİ

1. Yenilikleri takip ettiğim için arkadaşlarım sık sık benden bilgi ve öneri alırlar.
2. Yeni şeyleri denemekten hoşlanırım.
3. Bir şey yaparken, yeni yollar olup olmadığını araştırırım.
4. Yeni fikirleri kabul etme konusunda genellikle dikkatli davranırım.
5. Problemleri çözmek için genellikle yeni yöntemler bulurum.
6. Yeni bakış açıları ve yeni buluşlara şüphe ile bakarım.
7. Çevremdeki insanların kabul ettiğini görene kadar yeni fikirleri benimsemem.
8. Yenilikçilik konusunda insanları kolay etkileyen bir kişi olduğumu düşünürüm.
9. Düşünce ve davranışlarımın yaratıcı ve özgün olduğunu düşünürüm.
10. Çevremdeki insanların arasında yeniliği kabul eden en son kişi olduğumu düşünürüm.
11. Yaratıcı bir kişi olduğumu düşünüyorum.
12. Yenilikler konusunda gruba liderlik etmekten hoşlanırım.
13. Çevremdeki insanların işine yaradığını görünceye kadar yenilikleri kabul etmede isteksiz davranırım.
14. Düşünce ve davranışlarımla çevremdekileri özgün olmaya teşvik ettiğimi düşünürüm.
15. Eski yaşam tarzının ve işleri eski yöntemlerle yapmanın en iyi yol olduğunu düşünürüm.
16. Problemlere ve belirsizliklere karşı mücadele ederim.
17. Yenilikleri dikkate almadan önce diğer insanların o yeniliği kullandığını görmek isterim.
18. Yeni fikirlere açık biriyim.
19. Cevaplanmamış sorular beni çözüm bulmaya yöneltir.
20. Yeni fikirlere karşı şüpheli davranırım.

D. Yapılan İşlemler

Katılımcılara kendi kendilerine anket formları doldurtuldu. Formların üzerinde katılımcının kimlik bilgisi yer almamış, hasta gizliliğine özen gösterilmiştir.

Çalışmaya katılmayı kabul eden 500 katılımcının anket formları değerlendirildi ve anketleri tam olarak doldurmayanlar çalışmadan çıkartıldı. 469 anket formu değerlendirildi.



E. İstatistiksel Analiz

Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk testi ile incelenmiş olup, belirtici istatistik olarak medyan (minimum: maksimum) ya da ortalama $\pm$ standart sapma (minimum: maksimum) değerleriyle ifade edilmiştir. Normallik testi sonucuna göre iki grup arasında yapılan karşılaştırmalarda Mann Whitney U testi, grup sayısının ikiden fazla olması durumunda ise Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Kruskal Wallis testi sonrasında gruplar arasında yapılan alt grup analizlerde Dunn-Bonferroni yaklaşımı kullanılarak çoklu karşılaştırma prosedürleri uygulanmıştır. Kategorik değişkenlerin gruplarlar arası karşılaştırmalarında Pearson ki-kare, Fisher'in kesin ki-kare ve Fisher Freeman Halton testleri kullanılmıştır. EUROPEP ve Bireysel Yenilikçilik ölçeğinin iç tutarlılığı Cronbach alfa katsayısı ile incelenmiştir. EUROPEP ölçeğinin güvenilirliğini incelemek için yapılan analizlerde genel ölçek güvenirliliği $\alpha=0,94$ olarak belirlenmiştir. Alt ölçeklerin incelenmesinde ise doktor hasta alt boyutu için $\alpha=0,94$, sağlık hizmetleri alt boyutu için $\alpha=0,86$, enformasyon ve destek alt boyutu için $\alpha=0,88$, sağlık hizmetinin organizasyonu alt boyutu için $\alpha=0,69$ ve ulaşılabilirlik alt boyutu için $\alpha=0,83$ olarak bulunmuştur. Bireysel yenilikçilik ölçeği için ise ölçek güvenirliliği $\alpha=0,85$ olarak bulunmuştur. Sürekli değişkenler arasındaki ilişkiler korelasyon analizi ile incelenmiş olup Spearman korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. İstatistiksel analizler için SPSS (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) programı kullanılmış olup $p<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Çalışmaya katılmayı kabul eden 500 kişiye anket formları verildi. Anket formlarını eksik dolduran katılımcılar çalışmadan çıkarıldı.

Çalışmaya 273 kadın, 196 erkek toplam 469 katılımcı dahil edildi (Tablo 1). Katılımcıların yaş ortalaması 35,91 olarak hesaplandı. Katılımcıların % 79,5' i evli, %17,5' i bekar, %3' ü eşinden ayrılmış veya dul olduklarını beyan ettiler. Katılımcıların % 84,4' ü ekonomik durumlarının orta düzeyde olduğunu belirtti. Katılımcıların eğitim düzeylerine bakıldığında en az katılımcı lisansüstü, en çok katılımcı lise mezunu olarak gruplandırıldı.

Tablo 1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

n=469	
Cinsiyet(Kadın/ Erkek)	273(%58,20) / 196(%41,80)
Yaş (yıl)	35,91±12,11(18:65)
Yaş Grupları	
<20	26(%5,50)
20-29	133(%28,40)
30-39	155(%33)
40-49	82(%17,50)
50-59	43(%9,20)
>60	30(%6,40)
Medeni Durum	
Evli	373(%79,50)
Bekâr	82(%17,50)
Eşinden ayrılmış/dul	14(%3)
Eğitim Düzeyi	
Okuryazar	15(%3,20)
İlkokul	108(%23)
Ortaokul	67(%14,10)
Lise	146(%31,10)
Üniversite	124(%26,40)
Lisansüstü	9(%1,90)

Ekonomik Durum

Çok Düşük	7(%1,50)
Düşük	45(%9,60)
Orta	396(%84,40)
Yüksek	19(%4,10)
Çok Yüksek	2(%0,40)

Veriler n(%), ortalama± standart sapma(minimum: maksimum) olarak verilmiştir

Çalışma grubundaki hastaların kronik hastalıklarının dağılımı tablo 2’de gösterilmiştir. Buna göre hipertansiyon ve diyabet en sık görülen kronik hastalıklardır.

Tablo 2. Hastaların Kronik Hastalıklarının Dağılımı Tablosu

n=469	
Kronik Hastalık	111(%23,70)
<i>Diğer</i>	34(%7,20)
<i>Hipertansiyon</i>	30(%6,40)
<i>Diyabet</i>	26(%5,50)
<i>KVH</i>	15(%3,20)
<i>Astım</i>	15(%3,20)
<i>Psikiyatrik Hastalık</i>	14(%3)
<i>Romatolojik Hastalık</i>	9(%1,90)
<i>Kanser</i>	7(%1,50)
<i>Karaciğer Hastalığı</i>	5(%1,10)
<i>Böbrek Hastalığı</i>	4(%0,90)
<i>Hiperlipidemi</i>	3(%0,60)
<i>KOAH</i>	2(%0,40)
<i>SVH</i>	1(%0,20)

Veriler n(%) olarak verilmiştir

Katılımcıların EUROPEP ölçeği sorularına verdikleri cevapların ortalama puanları ve dağılımları tablo 3-5’te verilmiştir. Buna göre hastaların en memnun oldukları konular; ‘kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması’, ‘doktorunuzun sizi dinlemesi’, ‘sizi muayene etmesi’ iken en memnuniyetsiz oldukları konular ‘doktora telefonla ulaşabilme’, ‘bekleme odasında harcadığınız zaman’ konularıdır. Her soru için hasta memnuniyeti şekil 2’de gösterilmiştir.

Tablo 3. Tüm Katılımcıların EUROPEP Ölçeği Madde Puanlarının Ortalamaları

SORULAR	Memnuniyet düzeyi n(%)						Ortalama	St. Sapma
	Çok kötü	Kötü	Orta	İyi	Çok iyi	İlgisiz		
Soru 1	12(%2,60)	26(%5,50)	102(%21,70)	245(%52,20)	66(%14,10)	18(%3,80)	3,73	0,88
Soru 2	25(%5,30)	30(%6,40)	88(%18,80)	225(%48)	78(%16,60)	23(%4,90)	3,67	1,02
Soru 3	19(%4,10)	26(%5,50)	98(%20,90)	231(%49,30)	84(%17,90)	11(%2,30)	3,73	0,96
Soru 4	15(%3,20)	34(%7,20)	79(%16,80)	251(%53,50)	71(%15,10)	19(%4,10)	3,73	0,93
Soru 5	11(%2,30)	26(%5,50)	71(%15,10)	234(%49,90)	118(%25,20)	9(%1,90)	3,92	0,92
Soru 6	6(%1,30)	17(%3,60)	45(%9,60)	217(%46,30)	107(%22,80)	77(%16,40)	4,03	0,84
Soru 7	12(%2,60)	21(%4,50)	97(%20,70)	246(%52,50)	62(%13,20)	31(%6,60)	3,74	0,86
Soru 8	17(%3,60)	27(%5,80)	106(%22,60)	218(%46,50)	69(%14,70)	32(%6,80)	3,68	0,95
Soru 9	15(%3,20)	20(%4,30)	79(%16,80)	218(%46,50)	123(%26,20)	14(%3)	3,91	0,95
Soru 10	12(%2,60)	19(%4,10)	76(%16,20)	240(%51,20)	116(%24,70)	6(%1,30)	3,93	0,90
Soru 11	16(%3,40)	26(%5,50)	88(%18,80)	207(%44,10)	97(%20,70)	35(%7,50)	3,79	0,98
Soru 12	12(%2,60)	31(%6,60)	96(%20,50)	220(%46,90)	88(%18,80)	22(%4,70)	3,76	0,94
Soru 13	8(%1,70)	36(%7,70)	77(%16,40)	246(%52,50)	90(%19,20)	12(%2,60)	3,82	0,90
Soru 14	10(%2,10)	39(%8,30)	114(%24,30)	183(%39)	64(%13,60)	59(%12,60)	3,61	0,94
Soru 15	9(%1,90)	31(%6,60)	92(%19,60)	236(%50,30)	72(%15,40)	29(%6,20)	3,75	0,88
Soru 16	17(%3,60)	51(%10,90)	101(%21,50)	196(%41,80)	67(%14,30)	37(%7,90)	3,57	1,02
Soru 17	16(%3,40)	32(%6,80)	92(%19,60)	195(%41,60)	56(%11,90)	78(%16,60)	3,62	0,97
Soru 18	9(%1,90)	26(%5,50)	91(%19,40)	249(%53,10)	76(%16,20)	18(%3,80)	3,79	0,86
Soru 19	15(%3,20)	20(%4,30)	86(%18,30)	232(%49,50)	80(%17,10)	36(%7,70)	3,79	0,92
Soru 20	26(%5,50)	18(%3,80)	69(%14,70)	203(%43,30)	73(%15,60)	80(%17,10)	3,72	1,04
Soru 21	38(%8,10)	44(%9,40)	74(%15,80)	155(%33)	45(%9,60)	113(%24,10)	3,35	1,17
Soru 22	24(%5,10)	44(%9,40)	158(%33,70)	176(%37,50)	41(%8,70)	26(%5,50)	3,37	0,97
Soru 23	23(%4,90)	26(%5,50)	105(%22,40)	203(%43,30)	56(%11,90)	56(%11,90)	3,59	0,99
Soru 24	12(%2,60)	17(%3,60)	108(%23)	245(%52,20)	77(%16,40)	10(%2,10)	3,78	0,86
Soru 25	7(%1,50)	12(%2,60)	90(%19,20)	271(%57,80)	73(%15,60)	16(%3,40)	3,86	0,77
Soru 26	11(%2,30)	22(%4,70)	107(%22,80)	234(%49,90)	75(%16)	20(%4,30)	3,76	0,87

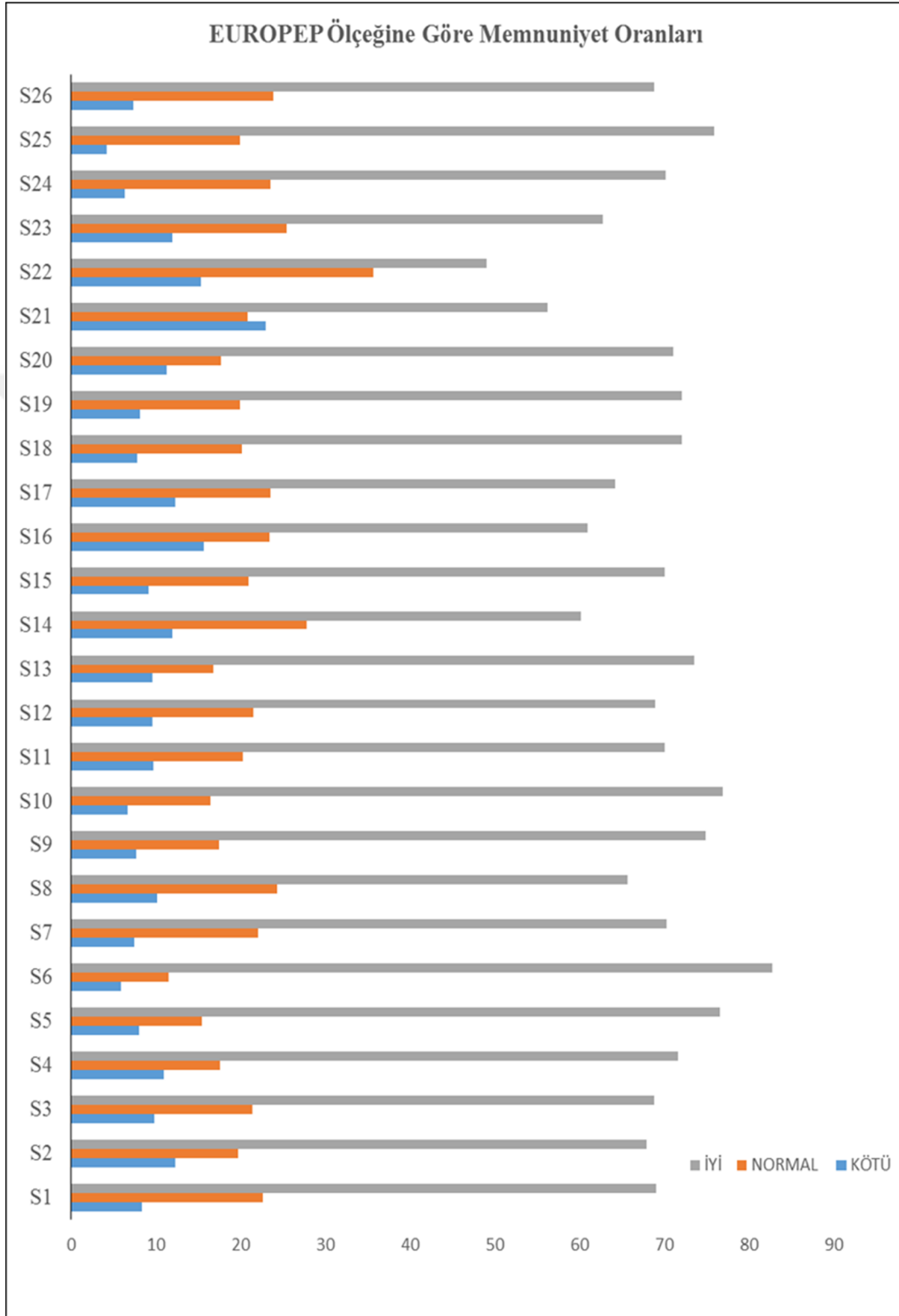
1. Görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi
2. Sizin özel durumunuzla ilgilenmesi
3. Sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması
4. Tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması
5. Sizi dinlemesi
6. Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması
7. Şikayetlerinizi çabuk geçirmesi
8. Günlük ihtiyaçlarınızı görecektar iyi hissetmenize yardım etmesi
9. İşini tam yapması
10. Sizi muayene etmesi
11. Hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler (sağlık taraması, sağlık kontrolü, aşılama gibi)
12. Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması
13. Şikayetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi
14. Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması
15. Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması
16. Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi
17. Uzmanı ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması
18. Doktor dışı personelin yardımı
19. Size uygun zamanlara randevu alabilmeniz
20. Muayenehaneye telefonla ulaşabilmeniz
21. Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz
22. Bekleme odasında harcadığınız zaman
23. Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması
24. Aile sağlığı merkezlerinde görevli hekimlerin davranışlarını genel olarak nasıl değerlendiriyorsunuz?
25. Bu kurumda verilen sağlık hizmetlerini genel olarak nasıl buluyorsunuz?
26. ASM'de hizmet verilen yerin fiziki koşullarını (bekleme odası, tuvalet, temizlik, ısıtma, aydınlatma vs.) genel olarak nasıl değerlendiriyorsunuz?

Tablo 4. Katılımcıların EUROPEP Ölçeğine Göre Memnuniyet Durumu

SORULAR	Kötü % (1,2)	Normal% (3)	İyi% (4,5)
<i>Soru 1</i>	38(%8,40)	102(%22,60)	311(%69)
<i>Soru 2</i>	55(%12,30)	88(%19,70)	303(%67,90)
<i>Soru 3</i>	45(%9,80)	98(%21,40)	315(%68,80)
<i>Soru 4</i>	49(%10,90)	79(%17,60)	322(%71,60)
<i>Soru 5</i>	37(%8)	71(%15,40)	352(%76,50)
<i>Soru 6</i>	23(%5,90)	45(%11,50)	324(%82,70)
<i>Soru 7</i>	33(%7,50)	97(%22,10)	308(%70,30)
<i>Soru 8</i>	44(%10,10)	106(%24,30)	287(%65,70)
<i>Soru 9</i>	35(%7,70)	79(%17,40)	341(%74,90)
<i>Soru 10</i>	31(%6,70)	76(%16,40)	356(%76,90)
<i>Soru 11</i>	42(%9,70)	88(%20,30)	304(%70)
<i>Soru 12</i>	43(%9,60)	96(%21,50)	308(%68,90)
<i>Soru 13</i>	44(%9,60)	77(%16,80)	336(%73,50)
<i>Soru 14</i>	49(%12)	114(%27,80)	247(%60,20)
<i>Soru 15</i>	40(%9,10)	92(%20,90)	308(%70)
<i>Soru 16</i>	68(%15,70)	101(%23,40)	263(%60,90)
<i>Soru 17</i>	48(%12,30)	92(%23,50)	251(%64,20)
<i>Soru 18</i>	35(%7,80)	91(%20,20)	325(%72,10)
<i>Soru 19</i>	35(%8,10)	86(%19,90)	312(%72,10)
<i>Soru 20</i>	44(%11,30)	69(%17,70)	276(%71)
<i>Soru 21</i>	82(%23)	74(%20,80)	200(%56,20)
<i>Soru 22</i>	68(%15,30)	158(%35,70)	217(%49)
<i>Soru 23</i>	49(%11,90)	105(%25,40)	259(%62,70)
<i>Soru 24</i>	29(%6,30)	108(%23,50)	322(%70,20)
<i>Soru 25</i>	19(%4,20)	90(%19,90)	344(%75,90)
<i>Soru 26</i>	33(%7,30)	107(%23,80)	309(%68,80)

1. Görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi
2. Sizin özel durumunuzla ilgilenmesi
3. Sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması
4. Tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması
5. Sizi dinlemesi
6. Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması
7. Şikayetlerinizi çabuk geçirmesi
8. Günlük ihtiyaçlarınızı görecekt kadar iyi hissetmenize yardım etmesi
9. İşini tam yapması
10. Sizi muayene etmesi
11. Hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler (sağlık taraması, sağlık kontrolü, aşılama gibi)
12. Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması
13. Şikayetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi
14. Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması
15. Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması
16. Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi
17. Uzman ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması
18. Doktor dışı personelin yardımı
19. Size uygun zamanlara randevu alabilmeniz
20. Muayenehaneye telefonla ulaşabilmeniz
21. Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz
22. Bekleme odasında harcadığınız zaman
23. Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması
24. Aile sağlığı merkezlerinde görevli hekimlerin davranışlarını genel olarak nasıl değerlendiriyorsunuz?
25. Bu kurumda verilen sağlık hizmetlerini genel olarak nasıl buluyorsunuz?
26. ASM'de hizmet verilen yerin fiziki koşullarını (bekleme odası, tuvalet, temizlik, ısıtma, aydınlatma vs.) genel olarak nasıl değerlendiriyorsunuz?

Şekil 2: EUROPEP Ölçeğine Göre Memnuniyet Oranları



Tablo 5. Katılımcıların Memnuniyet Durumu

SORULAR	Memnun n(%)	Memnun değil n(%)
<i>Soru 1</i>	311(%69)	38(%8,40)
<i>Soru 2</i>	303(%67,90)	55(%12,30)
<i>Soru 3</i>	315(%68,80)	45(%9,80)
<i>Soru 4</i>	322(%71,60)	49(%10,90)
<i>Soru 5</i>	352(%76,50)	37(%8)
<i>Soru 6</i>	324(%82,70)	23(%5,90)
<i>Soru 7</i>	308(%70,30)	33(%7,50)
<i>Soru 8</i>	287(%65,70)	44(%10,10)
<i>Soru 9</i>	341(%74,90)	35(%7,70)
<i>Soru 10</i>	356(%76,90)	31(%6,70)
<i>Soru 11</i>	304(%70)	42(%9,70)
<i>Soru 12</i>	308(%68,90)	43(%9,60)
<i>Soru 13</i>	336(%73,50)	44(%9,60)
<i>Soru 14</i>	247(%60,20)	49(%12)
<i>Soru 15</i>	308(%70)	40(%9,10)
<i>Soru 16</i>	263(%60,90)	68(%15,70)
<i>Soru 17</i>	251(%64,20)	48(%12,30)
<i>Soru 18</i>	325(%72,10)	35(%7,80)
<i>Soru 19</i>	312(%72,10)	35(%8,10)
<i>Soru 20</i>	276(%71)	44(%11,30)
<i>Soru 21</i>	200(%56,20)	82(%23)
<i>Soru 22</i>	217(%49)	68(%15,30)
<i>Soru 23</i>	259(%62,70)	49(%11,90)
<i>Soru 24</i>	322(%70,20)	29(%6,30)
<i>Soru 25</i>	344(%75,90)	19(%4,20)
<i>Soru 26</i>	309(%68,80)	33(%7,30)

1. Görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi
2. Sizin özel durumunuzla ilgilenmesi
3. Sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması
4. Tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması
5. Sizi dinlemesi
6. Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması
7. Şikayetlerinizi çabuk geçirmesi
8. Günlük ihtiyaçlarınızı görecektar iyi hissetmenize yardım etmesi
9. İşini tam yapması
10. Sizi muayene etmesi
11. Hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler (sağlık taraması, sağlık kontrolü, aşılama gibi)
12. Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması
13. Şikayetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi
14. Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması
15. Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması
16. Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi
17. Uzmana ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması
18. Doktor dışı personelin yardımı
19. Size uygun zamanlara randevu alabilmeniz
20. Muayenehaneye telefonla ulaşabilmeniz
21. Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz
22. Bekleme odasında harcadığınız zaman
23. Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması
24. Aile sağlığı merkezlerinde görevli hekimlerin davranışlarını genel olarak nasıl değerlendiriyorsunuz?
25. Bu kurumda verilen sağlık hizmetlerini genel olarak nasıl buluyorsunuz?
26. ASM'de hizmet verilen yerin fiziki koşullarını (bekleme odası, tuvalet, temizlik, ısıtma, aydınlatma vs.) genel olarak nasıl değerlendiriyorsunuz?

Katılımcıların bireysel yenilikçilik ölçeği sorularına verdikleri cevapların dağılımı tablo 6’da verilmiştir.

Tablo 6. Bireysel Yenilikçilik Ölçeği Sonuçları

Bireysel Yenilikçilik Ölçeği (BYÖ)	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
<i>Soru 1</i>	89(%19)	223(%47,50)	99(%21,10)	50(%10,70)	8(%1,70)
<i>Soru 2</i>	119(%25,40)	249(%53,10)	61(%13)	30(%6,40)	10(%2,10)
<i>Soru 3</i>	156(%33,30)	253(%53,90)	35(%7,50)	19(%4,10)	6(%1,30)
<i>Soru 4</i>	142(%30,30)	270(%57,60)	40(%8,50)	10(%2,10)	7(%1,50)
<i>Soru 5</i>	113(%24,10)	250(%53,30)	78(%16,60)	20(%4,30)	8(%1,70)
<i>Soru 6</i>	61(%13)	132(%28,10)	115(%24,50)	134(%28,60)	27(%5,80)
<i>Soru 7</i>	51(%10,90)	117(%24,90)	104(%22,20)	159(%33,90)	38(%8,10)
<i>Soru 8</i>	79(%16,80)	190(%40,50)	134(%28,60)	56(%11,90)	10(%2,10)
<i>Soru 9</i>	94(%20)	235(%50,10)	91(%19,40)	36(%7,70)	13(%2,80)
<i>Soru 10</i>	39(%8,30)	88(%18,80)	68(%14,50)	204(%43,50)	70(%14,90)
<i>Soru 11</i>	91(%19,40)	215(%45,80)	108(%23)	37(%7,90)	18(%3,80)
<i>Soru 12</i>	89(%19)	212(%45,20)	87(%18,60)	68(%14,50)	13(%2,80)
<i>Soru 13</i>	45(%9,60)	131(%27,90)	120(%25,60)	132(%28,10)	41(%8,70)
<i>Soru 14</i>	83(%17,70)	247(%52,70)	98(%20,90)	29(%6,20)	12(%2,60)
<i>Soru 15</i>	43(%9,20)	117(%24,90)	104(%22,20)	157(%33,50)	48(%10,20)
<i>Soru 16</i>	125(%26,70)	273(%58,20)	45(%9,60)	18(%3,80)	8(%1,70)
<i>Soru 17</i>	76(%16,20)	227(%48,40)	81(%17,30)	66(%14,10)	19(%4,10)
<i>Soru 18</i>	160(%34,10)	251(%53,50)	44(%9,40)	8(%1,70)	6(%1,30)
<i>Soru 19</i>	115(%24,50)	248(%52,90)	79(%16,80)	20(%4,30)	7(%1,50)
<i>Soru 20</i>	52(%11,10)	152(%32,40)	95(%20,30)	119(%25,40)	51(%10,90)

Veriler n(%) olarak verilmiştir

Soru 1. Yenilikleri takip ettiğim için arkadaşlarım sık sık benden bilgi ve öneri alırlar.

Soru 2. Yeni şeyleri denemekten hoşlanırım.

Soru 3. Bir şey yaparken, yeni yollar olup olmadığını araştırırım.

Soru 4. Yeni fikirleri kabul etme konusunda genellikle dikkatli davranırım

Soru 5. Problemleri çözmek için genellikle yeni yöntemler bulurum.

Soru 6. Yeni bakış açıları ve yeni buluşlara şüphe ile bakarım.

Soru 7. Çevremdeki insanların kabul ettiğini görene kadar yeni fikirleri benimsemem.

Soru 8. Yenilikçilik konusunda insanları kolay etkileyen bir kişi olduğumu düşünürüm.

Soru 9. Düşünce ve davranışlarımın yaratıcı ve özgün olduğunu düşünürüm.

Soru 10. Çevremdeki insanların arasında yeniliği kabul eden en son kişi olduğumu düşünürüm.

Soru 11. Yaratıcı bir kişi olduğumu düşünüyorum.

Soru 12. Yenilikler konusunda gruba liderlik etmekten hoşlanırım.

Soru 13. Çevremdeki insanların işine yaradığını görünceye kadar yenilikleri kabul etmede isteksiz davranırım.

Soru 14. Düşünce ve davranışlarımla çevremdekileri özgün olmaya teşvik ettiğimi düşünürüm.

Soru 15. Eski yaşam tarzının ve işleri eski yöntemlerle yapmanın en iyi yol olduğunu düşünürüm.

Soru 16. Problemlere ve belirsizliklere karşı mücadele ederim

Soru 17. Yenilikleri dikkate almadan önce diğer insanların o yeniliği kullandığını görmek isterim.

Soru 18. Yeni fikirlere açık biriyim.

Soru 19. Cevaplanmamış sorular beni çözüm bulmaya yöneltir.

Soru 20. Yeni fikirlere karşı şüpheci davranırım.

Katılımcıların aile hekimi değiştirme sebeplerinin dağılımı tablo 7’de verilmiştir. Mesafe, eğitim ASM olması ve cinsiyet en önemli sebepler olarak belirtilmiştir.

Tablo 7. Aile Hekimi Değiştirme Sebeplerinin Dağılımı

Aile hekimi değiştirme sebebi	n=469
Uzaklık	
<i>Evet</i>	247(%52,70)
<i>Hayır</i>	222(%47,30)
Cinsiyet(hekimin kadın olması)	
<i>Evet</i>	75(%16)
<i>Hayır</i>	394(%84)
İnanç	
<i>Evet</i>	11(%2,30)
<i>Hayır</i>	458(%97,70)
Eğitim Asm olması(uzman yetişmesi)	
<i>Evet</i>	121(%25,80)
<i>Hayır</i>	348(%74,20)
Evde bakım hastası olması	
<i>Evet</i>	17(%3,60)
<i>Hayır</i>	452(%96,40)
Ev ziyareti	
<i>Evet</i>	18(%3,80)
<i>Hayır</i>	451(%96,20)

Veriler n(%) olarak verilmiştir

Katılımcıların aile hekimliği ile ilgili genel özellikleri tablo 8’de verilmiştir. Hekim değiştirme kararını katılımcıların %69,5’i kendisi vermiştir.

Tablo 8. Katılımcıların Aile Hekimliği ile İlgili Genel Özellikleri

Aile hekimi değiştirme		n=469
Önceki aile hekiminin adını biliyor		
<i>Evet</i>		341(%72,70)
<i>Hayır</i>		128(%27,30)
Kaç yıldır aynı aile hekimine kayıtlı		5,42±2,92 (1:18)
Kaç kez aile hekimi değiştirmiş		0,61±0,90 (0:5)
Hekim değiştirme kararını kendisi mi vermiş		
<i>Evet</i>		326(%69,50)
<i>Hayır</i>		143(%30,50)
Son 1 yıl içerisinde aile hekimine başvuru sayısı		4,09±4,72(0:30)
Son 1 yıl içerisinde acile başvuru sayısı		2,44±3,87(0:50)

Veriler n(%) ve ortalama± standart sapma (minimum: maksimum) olarak verilmiştir

Yenilik grupları arasında cinsiyet dağılımı bakımından farklılık yoktur (Tablo 9).

Cinsiyet grupları arasında genel hasta memnuniyeti bakımından fark yoktur. Alt grup analizlerde;

- Doktor hasta ilişkisi bakımından değerlendirildiğinde erkeklerde memnuniyet oranı kadınlara göre daha yüksektir.
- Sağlık hizmetleri bakımından değerlendirildiğinde erkeklerde memnuniyet oranı kadınlara göre daha yüksektir.
- Enformasyon ve destek bakımından değerlendirildiğinde erkeklerde memnuniyet oranı kadınlara göre daha yüksektir.
- Sağlık hizmetleri organizasyonu ve ulaşılabilirlik bakımından cinsiyet grupları arasında memnuniyet oranları bakımından fark yoktur.

Tablo 9. Hasta Memnuniyeti ve Yenilik Arayışının Hasta Cinsiyetine Göre Dağılımı (Toplam ve Alt Gruplar)

	Kadın n=273	Erkek n=196	p-değeri
Yenilik Grupları			
Yenilikçi	4(1,50)	7(3,60)	0,128 ^a
Öncü	58(21,20)	38(19,40)	
Sorgulayıcı	158(57,90)	110(56,10)	
Kuşkucu	50(18,30)	36(18,40)	
Gelenekçi	3(1,10)	5(2,60)	
Hasta Memnuniyeti (Genel)			
Memnun	76(%27,80)	68(%34,70)	0,112 ^b
Memnun Değil	197(%72,20)	128(%65,30)	
Hasta Memnuniyeti (Doktor Hasta İlişkisi)			
Memnun	121(%44,30)	110(%56,10)	0,012 ^b
Memnun Değil	152(%55,70)	86(%43,90)	
Hasta Memnuniyeti (Sağlık Hizmetleri)			
Memnun	128(%46,90)	111(%56,60)	0,037 ^b
Memnun Değil	145(%53,10)	85(%43,40)	
Hasta Memnuniyeti (Enformasyon ve Destek)			
Memnun	121(%44,30)	108(%55,10)	0,021 ^b
Memnun Değil	152(%55,70)	88(%44,90)	
Hasta Memnuniyeti (Sağlık Hiz. Organizasyonu)			
Memnun	119(%43,60)	99(%50,50)	0,138 ^b
Memnun Değil	154(%56,40)	97(%49,50)	
Hasta Memnuniyeti (Ulaşılabilirlik)			
Memnun	75(%27,50)	67(%34,20)	0,119 ^b
Memnun Değil	198(%72,50)	129(%65,80)	

Veriler n(%) olarak verilmiştir.

a: Fisher-Freeman-Halton Test

b: Pearson Ki-Kare Testi

Yenilikçilik arayışı alt grupları arasında genel memnuniyet oranları açısından fark yoktur (tablo 10)

Alt grup analizlerinde;

- Yenilikçilik grupları arasında sağlık hizmetleri organizasyonu memnuniyeti bakımından fark bulunmuştur. Gelenekçi gruba göre yenilikçi, öncü, sorgulayıcı ve kuşkucu gruplarının memnuniyet oranlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (sırasıyla $p=0,013$, $p=0,008$, $p=0,008$ ve $p=0,047$). Gruplar arasında yapılan diğer karşılaştırmalarda ise fark bulunmamıştır ($p>0,05$).
- Diğer alt ölçeklere ait memnuniyet oranları bakımından yenilikçi grupları arasında fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 10. Hasta Memnuniyeti ve Yenilik Arayışı Arasındaki İlişki

	Yenilikçi n=11	Öncü n=96	Sorgulayıcı n=268	Kuşkucu n=86	Gelenekçi n=8	p-değeri
Hasta Memnuniyeti (Genel)						
<i>Memnun</i>	7(%63,60)	32(%33,30)	83(%31)	20(%23,30)	2(%25)	0,089 ^a
<i>Memnun Değil</i>	4(%36,40)	64(%66,70)	185(%69)	66(%76,70)	6(%75)	
Hasta Memnuniyeti (Doktor Hasta İlişkisi)						
<i>Memnun</i>	9(%81,80)	46(%47,90)	138(%51,50)	36(%41,90)	2(%25)	0,060 ^a
<i>Memnun Değil</i>	2(%18,20)	50(%52,10)	130(%48,50)	50(%58,10)	6(%75)	
Hasta Memnuniyeti (Sağlık Hizmetleri)						
<i>Memnun</i>	8(%72,70)	45(%46,90)	142(%53)	42(%48,80)	2(%25)	0,257 ^a
<i>Memnun Değil</i>	3(%27,30)	51(%53,10)	126(%47)	44(%51,20)	6(%75)	
Hasta Memnuniyeti (Enformasyon ve Destek)						
<i>Memnun</i>	8(%72,70)	44(%45,80)	140(%52,20)	35(%40,70)	2(%25)	0,087 ^a
<i>Memnun Değil</i>	3(%27,30)	52(%54,20)	128(%47,80)	51(%59,30)	6(%75)	
Hasta Memnuniyeti (Sağlık Hiz. Organizasyonu)						
<i>Memnun</i>	7(%63,60)	47(%49)	130(%48,50)	34(%39,50)	0	0,023 ^a
<i>Memnun Değil</i>	4(%36,40)	49(%51)	138(%51,50)	52(%60,50)	8(%100)	
Hasta Memnuniyeti (Ulaşılabilirlik)						
<i>Memnun</i>	7(%63,60)	29(%30,20)	82(%30,60)	23(%26,70)	1(%12,50)	0,143 ^a
<i>Memnun Değil</i>	4(%36,40)	67(%69,80)	186(%69,40)	63(%73,30)	7(%87,50)	

- Veriler n(%) olarak verilmiştir.
- a:Fisher-Freeman-Halton Test

Yenilikçilik arayışı alt grupları arasında, genel memnuniyet ve memnuniyet alt grupları arasında yaşa göre fark bulunmamaktadır (tablo 11).

Tablo 11. Hasta Memnuniyeti ve Yenilik Arayışının Hasta Yaşına Göre Dağılımı (Toplam ve Alt Gruplar)

	n	Yaş	p-değeri
Yenilik Grupları			
Yenilikçi	11	30(22:52)	0,082 ^c
Öncü	96	31(18:65)	
Sorgulayıcı	268	34(18:65)	
Kuşkucu	86	37(18:65)	
Gelenekçi	8	39(18:65)	
Hasta Memnuniyeti (Genel)			
Memnun	144	32(18:65)	0,086 ^d
Memnun Değil	325	35(18:65)	
Hasta Memnuniyeti (Doktor Hasta İlişkisi)			
Memnun	231	33(18:65)	0,098 ^d
Memnun Değil	238	35(18:65)	
Hasta Memnuniyeti (Sağlık Hizmetleri)			
Memnun	239	34(18:65)	0,602 ^d
Memnun Değil	230	34(18:65)	
Hasta Memnuniyeti (Enformasyon ve Destek)			
Memnun	229	33(18:65)	0,187 ^d
Memnun Değil	240	35(18:65)	
Hasta Memnuniyeti (Sağlık Hiz. Organizasyonu)			
Memnun	218	34(18:65)	0,462 ^d
Memnun Değil	251	35(18:65)	
Hasta Memnuniyeti (Ulaşılabilirlik)			
Memnun	142	33,50(18:65)	0,532 ^d
Memnun Değil	327	34(18:65)	

Veriler medyan(minimum:maksimum) olarak verilmiştir.

c:Kruskal-Wallis Testi d: Mann-Whitney U Testi

Genel memnuniyet ve memnuniyet alt grupları arasında eğitim düzeyine göre fark bulunmamaktadır (Tablo 12).

Hasta eğitim düzeyi ile yenilik arayışı ölçek puanı arasında aynı yönde ilişki bulunmaktadır. Eğitim seviyesi arttıkça yenilik arayışı ölçek puanı da artış göstermektedir($r=0,34$; $p<0,001$).

Tablo 12. Hasta Memnuniyetinin Hasta Eğitimine Göre Dağılımı (Toplam ve Alt Gruplar)

	Okur yazar n=15	İlkokul n=108	Ortaokul n=67	Lise n=146	Üniversite n=124	Lisansüstü n=9	p- değeri
Hasta Memnuniyeti (Genel)							
<i>Memnun</i>	4 (%26,70)	25 (%23,10)	22 (%32,80)	52 (%35,60)	39 (%31,50)	2 (%22,20)	0,398 ^b
<i>Memnun Değil</i>	11 (%73,30)	83 (%76,90)	45 (%67,20)	94 (%64,40)	85 (%68,50)	7 (%77,80)	
Hasta Memnuniyeti (Doktor Hasta İlişkisi)							
<i>Memnun</i>	5(%33,30)	48(%44,40)	32(%47,80)	80(%54,80)	63(%50,80)	3(%33,30)	0,368 ^b
<i>Memnun Değil</i>	10(%66,70)	60(%55,60)	35(%52,20)	66(%45,20)	61(%49,20)	6(%66,70)	
Hasta Memnuniyeti (Sağlık Hizmetleri)							
<i>Memnun</i>	9(%60)	49(%45,40)	36(%53,70)	74(%50,70)	67(%54)	4(%44,40)	0,750 ^b
<i>Memnun Değil</i>	6(%40)	59(%54,60)	31(%46,30)	72(%49,30)	57(%46)	5(%55,60)	
Hasta Memnuniyeti (Enformasyon ve Destek)							
<i>Memnun</i>	6(%40)	48(%44,40)	39(%58,20)	39(%58,20)	54(%43,50)	4(%44,40)	0,274 ^b
<i>Memnun Değil</i>	9(%60)	60(%55,60)	28(%41,80)	28(%41,80)	70(%56,50)	5(%55,60)	
Hasta Memnuniyeti (Sağlık Hiz. Organizasyonu)							
<i>Memnun</i>	9(%60)	43(%39,80)	41(%61,20)	67(%45,90)	55(%44,40)	3(%33,30)	0,083 ^b
<i>Memnun Değil</i>	6(%40)	65(%60,20)	26(%38,80)	79(%54,10)	69(%55,60)	6(%66,70)	
Hasta Memnuniyeti (Ulaşılabilirlik)							
<i>Memnun</i>	8(%53,30)	28(%25,90)	33(%34,30)	43(%29,50)	36(%29)	4(%44,40)	0,282 ^b
<i>Memnun Değil</i>	7(%46,70)	80(%74,10)	44(%65,70)	103(%70,50)	88(%71)	5(%55,60)	

Genel memnuniyet ve memnuniyet alt grupları arasında gelir düzeyine göre fark bulunmamaktadır (Tablo 13).

Gelir düzeyi ile yenilik arayışı ölçek puanı arasında ilişki bulunmamaktadır($r=-0,02$; $p=0,704$).

Tablo 13. Hasta Memnuniyetinin Gelir Durumuna Göre Dağılımı (Toplam ve Alt Gruplar)

	Çok Düşük n=7	Düşük n=45	Orta n=396	Yüksek n=19	Çok Yüksek n=2	p-değeri
Hasta Memnuniyeti (Genel)						
<i>Memnun</i>	1(%14,30)	18(%40)	119(%30,10)	5(%26,30)	1(%50)	0,480 ^a
<i>Memnun Değil</i>	6(%85,70)	27(%60)	277(%69,90)	14(%73,70)	1(%50)	
Hasta Memnuniyeti (Doktor Hasta İlişkisi)						
<i>Memnun</i>	4(%57,10)	24(%53,30)	194(%49)	9(%47,40)	0	0,756 ^a
<i>Memnun Değil</i>	3(%42,90)	21(%46,70)	202(%51)	10(%52,60)	2(%100)	
Hasta Memnuniyeti (Sağlık Hizmetleri)						
<i>Memnun</i>	3(%42,90)	27(%60)	197(%49,70)	11(%57,90)	1(%50)	0,676 ^a
<i>Memnun Değil</i>	4(%57,10)	18(%40)	199(%50,30)	8(%42,10)	1(%50)	
Hasta Memnuniyeti (Enformasyon ve Destek)						
<i>Memnun</i>	3(%42,90)	22(%48,90)	194(%49)	9(%47,40)	1(%50)	1,00 ^a
<i>Memnun Değil</i>	4(%57,10)	33(%51,10)	202(%51)	10(%52,60)	1(%50)	
Hasta Memnuniyeti (Sağlık Hiz. Organizasyonu)						
<i>Memnun</i>	2(%28,60)	22(%48,90)	183(%46,20)	10(%52,60)	1(%50)	0,867 ^a
<i>Memnun Değil</i>	5(%71,40)	23(%51,10)	213(%53,80)	9(%47,40)	1(%50)	
Hasta Memnuniyeti (Ulaşılabilirlik)						
<i>Memnun</i>	1(%14,30)	17(%37,80)	117(%29,50)	6(%31,60)	1(%50)	0,588 ^a
<i>Memnun Değil</i>	6(%85,70)	28(%62,20)	279(%20,50)	13(%68,40)	1(%50)	

a: Fisher-Freeman-Halton Testi

Bölgeler arasında genel memnuniyet oranlarına göre fark bulunmamaktadır (Tablo 14).

Tablo 14. Genel Hasta Memnuniyetinin Bölgelere Göre Dağılımı
(Toplam ve Alt Gruplar)

BÖLGE DAĞILIMI	GENEL		p-değeri
	Memnun n=144	Memnun Değil n=325	
<i>Marmara</i>	52(%36,40)	91(%63,60)	0,208 ^b
<i>Ege</i>	4(%16)	21(%84)	
<i>Karadeniz</i>	19(%24,10)	60(%75,90)	
<i>Akdeniz</i>	6(%40)	9(%60)	
<i>İç Anadolu</i>	14(%40)	21(%60)	
<i>Doğu Anadolu</i>	37(%28,20)	94(%71,80)	
<i>Güneydoğu Anadolu</i>	11(%32,40)	23(%67,60)	
<i>Yurtdışı</i>	1(%14,30)	6(%85,70)	

b:Pearson Ki-kare testi

Bölgeler arasında doktor hasta ilişkisi memnuniyet oranlarına göre fark bulunmamaktadır (Tablo 15)

Tablo 15. Doktor Hasta İlişkisinden Memnuniyetin Bölgelere Göre Dağılımı

BÖLGE DAĞILIMI	Doktor Hasta İlişkisi		p-değeri
	Memnun n=231	Memnun Değil n=238	
<i>Marmara</i>	76(%53,10)	67(%46,90)	0,687 ^b
<i>Ege</i>	9(%36)	16(%64)	
<i>Karadeniz</i>	36(%45,60)	43(%54,40)	
<i>Akdeniz</i>	7(%46,70)	8(%53,30)	
<i>İç Anadolu</i>	19(%54,30)	16(%45,70)	
<i>Doğu Anadolu</i>	66(%50,40)	65(%49,60)	
<i>Güneydoğu Anadolu</i>	16(%47,10)	18(%52,90)	
<i>Yurtdışı</i>	2(%28,60)	5(%71,40)	

b:Pearson Ki-kare testi

Bölgeler arasında sağlık hizmetlerine yönelik memnuniyet oranlarına göre fark bulunmaktadır (Tablo 16). Alt grup analizlerde aşağıdaki bulgulara ulaşılmıştır:

- Marmara bölgesinin memnuniyet oranı Ege bölgesine göre daha yüksektir (p=0,008).
- Akdeniz bölgesinin memnuniyet oranı Ege bölgesine göre daha yüksektir (p=0,042).
- İç Anadolu bölgesinin memnuniyet oranı Ege bölgesine göre daha yüksektir (p=0,008).
- Doğu Anadolu bölgesinin memnuniyet oranı Ege bölgesine göre daha yüksektir (p=0,032).
- Güneydoğu Anadolu bölgesinin memnuniyet oranı Ege bölgesine göre daha yüksektir (p=0,003).
- Güneydoğu Anadolu bölgesinin memnuniyet oranı Karadeniz bölgesine göre daha yüksektir (p=0,024).
- Diğer bölgeler arasında memnuniyet oranları bakımından fark yoktur.

Tablo 16.Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyetin Bölgelere Göre Dağılımı

BÖLGE DAĞILIMI	Sağlık Hizmetleri		p-değeri
	Memnun n=239	Memnun Değil n=230	
<i>Marmara</i>	77(%53,80)	66(%46,20)	0,034^b
<i>Ege</i>	6(%24,00)	19(%76,00)	
<i>Karadeniz</i>	32(%40,50)	47(%59,50)	
<i>Akdeniz</i>	9(%60,00)	6(%40,00)	
<i>İç Anadolu</i>	19(%54,30)	16(%45,70)	
<i>Doğu Anadolu</i>	71(%54,20)	60(%45,80)	
<i>Güneydoğu Anadolu</i>	22(%64,70)	12(%35,30)	
<i>Yurtdışı</i>	3(%42,90)	4(%57,10)	

b:Pearson Ki-kare testi

Bölgeler arasında enformasyon ve destek memnuniyet oranlarına göre fark bulunmaktadır (Tablo 17). Alt grup analizlerde aşağıdaki bulgulara ulaşılmıştır:

- Marmara bölgesinin memnuniyet oranı Ege bölgesine göre daha yüksektir ($p=0,009$).
- Marmara bölgesinin memnuniyet oranı Karadeniz bölgesine göre daha yüksektir ($p=0,003$).
- Doğu Anadolu bölgesinin memnuniyet oranı Ege bölgesine göre daha yüksektir ($p=0,049$).
- Doğu Anadolu bölgesinin memnuniyet oranı Karadeniz bölgesine göre daha yüksektir ($p=0,032$).
- Diğer bölgeler arasında memnuniyet oranları bakımından fark yoktur.

Tablo 17. Enformasyon Ve Destek Memnuniyetinin Bölgelere Göre Dağılımı

BÖLGE DAĞILIMI	Enformasyon ve Destek		p-değeri
	Memnun n=229	Memnun Değil n=240	
<i>Marmara</i>	81(%56,60)	62(%43,40)	0,032^b
<i>Ege</i>	7(%28)	18(%72)	
<i>Karadeniz</i>	28(%35,40)	51(%64,60)	
<i>Akdeniz</i>	9(%60)	6(%40)	
<i>İç Anadolu</i>	19(%54,30)	16(%45,70)	
<i>Doğu Anadolu</i>	67(%51,10)	64(%48,90)	
<i>Güneydoğu Anadolu</i>	15(%44,10)	19(%55,90)	
<i>Yurtdışı</i>	3(%42,90)	4(%57,10)	

b:Pearson Ki-kare testi

Bölgeler arasında sağlık hizmeti organizasyonu oranlarına göre fark bulunmaktadır (Tablo 18). Alt grup analizlerde aşağıdaki bulgulara ulaşılmıştır:

- Marmara bölgesinin memnuniyet oranı Ege bölgesine göre daha yüksektir ($p<0,001$).
- Marmara bölgesinin memnuniyet oranı Karadeniz bölgesine göre daha yüksektir ($p=0,025$).
- Marmara bölgesinin memnuniyet oranı Akdeniz bölgesine göre daha yüksektir ($p=0,015$).
- İç Anadolu bölgesinin memnuniyet oranı Ege bölgesine göre daha yüksektir ($p=0,001$).
- Doğu Anadolu bölgesinin memnuniyet oranı Ege bölgesine göre daha yüksektir ($p<0,001$).
- Güneydoğu Anadolu bölgesinin memnuniyet oranı Ege bölgesine göre daha yüksektir ($p<0,001$).

Tablo 18. Sağlık Hizmetleri Organizasyonu Memnuniyetinin Bölgelere Göre Dağılımı

BÖLGE DAĞILIMI	Sağlık Hiz. Organizasyonu		p-değeri
	Memnun n=218	Memnun Değil n=251	
<i>Marmara</i>	78(%54,50)	65(%45,50)	0,001^b
<i>Ege</i>	3(%12)	22(%88)	
<i>Karadeniz</i>	30(%38)	49(%62)	
<i>Akdeniz</i>	5(%33,30)	10(%66,70)	
<i>İç Anadolu</i>	19(%54,30)	16(%45,70)	
<i>Doğu Anadolu</i>	64(%48,90)	67(%51,10)	
<i>Güneydoğu Anadolu</i>	18(%52,90)	16(%47,10)	
<i>Yurtdışı</i>	1(%14,30)	6(%85,70)	

b:Pearson Ki-kare testi

Bölgeler arasında ulaşılabilirlik memnuniyet oranlarına göre fark bulunmamaktadır (Tablo 19).

Tablo 19. Ulaşılabilirlikten Memnuniyetin Bölgelere Göre Dağılımı

BÖLGE DAĞILIMI	Ulaşılabilirlik		p-değeri
	Memnun n=142	Memnun Değil n=327	
<i>Marmara</i>	45(%31,50)	98(%68,50)	0,152 ^b
<i>Ege</i>	4(%16)	21(%84)	
<i>Karadeniz</i>	19(%24,10)	60(%75,90)	
<i>Akdeniz</i>	6(%40)	9(%60)	
<i>İç Anadolu</i>	15(%42,90)	20(%57,10)	
<i>Doğu Anadolu</i>	43(%32,80)	88(%67,20)	
<i>Güneydoğu Anadolu</i>	10(%29,40)	24(%70,60)	
<i>Yurtdışı</i>	0	7(%100)	

b: Pearson Ki-kare testi

Bölgeler arasında yenilikçilik arayışı ölçek puanlarına göre fark bulunmamaktadır (Tablo 20).

Tablo 20. Yenilik Arayışı Durumunun Bölgelere Göre Dağılımı

BÖLGE DAĞILIMI	n	Yenilik Arayışı Ölçek Puanı	p-değeri
<i>Marmara</i>	143	63(45:84)	0,547 ^d
<i>Ege</i>	25	62(34:83)	
<i>Karadeniz</i>	79	63(44:83)	
<i>Akdeniz</i>	15	57(41:78)	
<i>İç Anadolu</i>	35	61(44:78)	
<i>Doğu Anadolu</i>	131	62(47:88)	
<i>Güneydoğu Anadolu</i>	34	62(48:84)	
<i>Yurtdışı</i>	7	61(44:68)	

d: Kruskal-Wallis Testi

Yenilikçilik arayışı alt grupları arasında, genel memnuniyet ve memnuniyet alt grupları arasında toplam kronik hastalık sayısına göre fark bulunmamaktadır (Tablo 21).

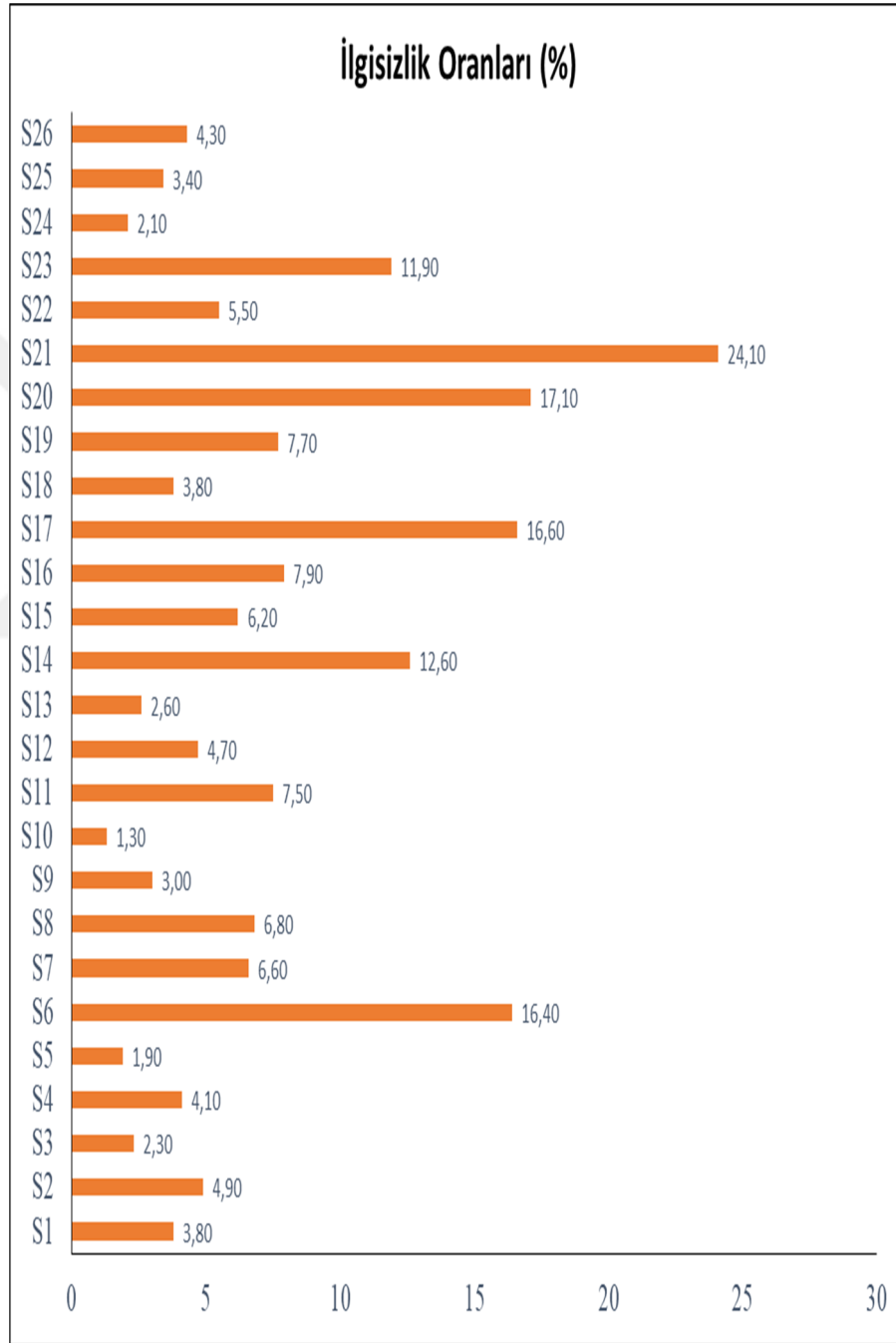
Tablo 21. Kronik Hastalık Sayısı ile Yenilik Arayışı ve Hasta Memnuniyeti (Toplam ve Alt Gruplar)

	n	Kronik Hastalık Sayısı	p-değeri
Yenilik Grupları			
Yenilikçi	11	0(0:2)	0,764 ^c
Öncü	96	0(0:2)	
Sorgulayıcı	268	0(0:4)	
Kuşkucu	86	0(0:4)	
Gelenekçi	8	0(0:1)	
Hasta Memnuniyeti (Genel)			
Memnun	144	0(0:4)	0,613 ^d
Memnun Değil	325	0(0:4)	
Hasta Memnuniyeti (Doktor Hasta İlişkisi)			
Memnun	231	0(0:4)	0,586 ^d
Memnun Değil	238	0(0:4)	
Hasta Memnuniyeti (Sağlık Hizmetleri)			
Memnun	239	0(0:4)	0,387 ^d
Memnun Değil	230	0(0:4)	
Hasta Memnuniyeti (Enformasyon ve Destek)			
Memnun	229	0(0:4)	0,090 ^d
Memnun Değil	240	0(0:4)	
Hasta Memnuniyeti (Sağlık Hiz. Organizasyonu)			
Memnun	218	0(0:4)	0,294 ^d
Memnun Değil	251	0(0:4)	
Hasta Memnuniyeti (Ulaşılabilirlik)			
Memnun	142	0(0:4)	0,508 ^d
Memnun Değil	327	0(0:4)	

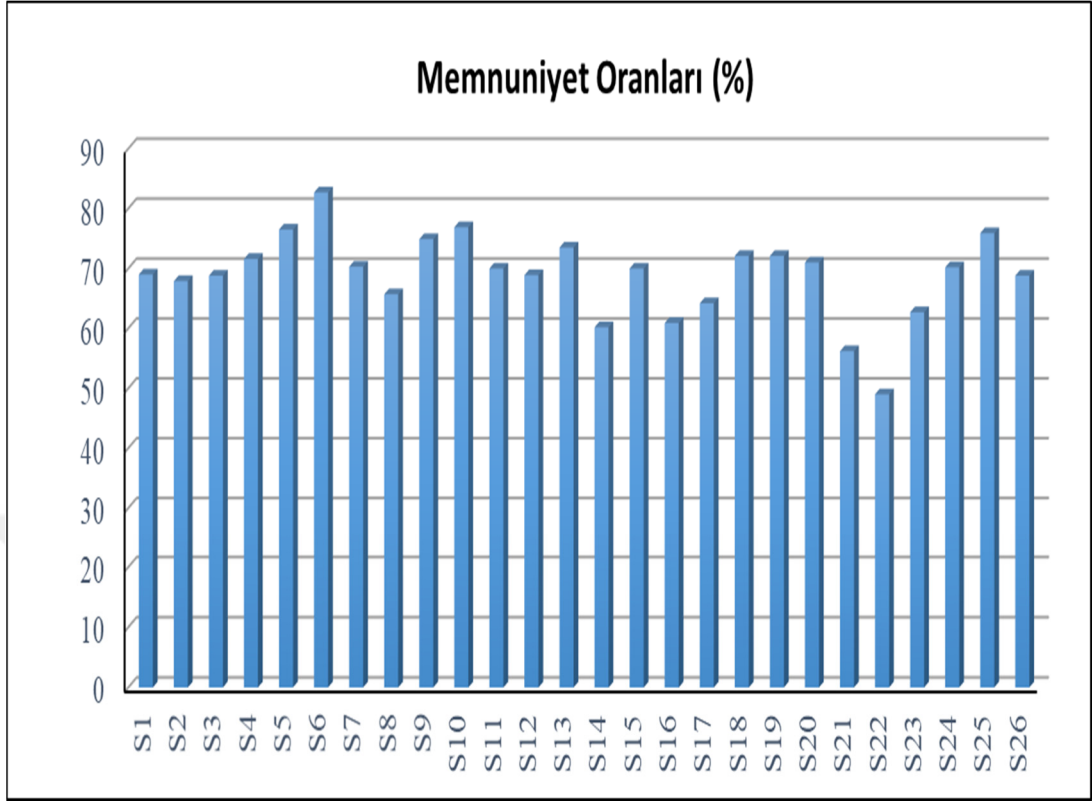
Veriler medyan (minimum:maksimum) olarak verilmiştir. c: Kruskal-Wallis Testi d: Mann-Whitney U Testi

Katılımcıların en çok cevapsız bıraktığı sorular ‘doktorunuza telefonla ulaşabilme’, ‘aile sağlığı merkezine telefonla ulaşabilme’, ‘hekimin uzman hekime ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması’ ve ‘kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması’ sorularıdır (Şekil 3).

Şekil 3. EUROPEP Anketinde Cevap Verilmeyen Sorular



Şekil 4. Katılımcıların EUROPEP Ölçeğine Göre Memnuniyet Durumu



Katılımcıların cevapsız soruları dışlandığında EUROPEP ölçeğine göre toplam memnuniyet %69 olarak belirlendi.

The box plot displays the distribution of family doctor changes for two groups. The Y-axis, labeled 'Aile Hekimi Değişim Sayısı', ranges from 0 to 5. The X-axis, labeled 'Memnuniyet', has two categories: 'Memnun' and 'Memnun değil'.

For the 'Memnun' group, the median is 0, the interquartile range (IQR) is from 0 to 1, and the whiskers extend from 0 to 2. There are 8 data points at 3, 1 outlier at 4, and 1 outlier at 5.

For the 'Memnun değil' group, the median is 0, the IQR is from 0 to 1, and the whiskers extend from 0 to 2. There are 6 data points at 3, 2 outliers at 4, and 1 outlier at 5.

Memnuniyet	Aile Hekimi Değişim Sayısı
Memnun	0
Memnun	0
Memnun	0
Memnun	0
Memnun	0
Memnun	0
Memnun	0
Memnun	3
Memnun	3
Memnun	3
Memnun	3
Memnun	3
Memnun	3
Memnun	3
Memnun	4
Memnun	5
Memnun değil	0
Memnun değil	0
Memnun değil	0
Memnun değil	0
Memnun değil	0
Memnun değil	0
Memnun değil	3
Memnun değil	3
Memnun değil	3
Memnun değil	3
Memnun değil	3
Memnun değil	3
Memnun değil	4
Memnun değil	4
Memnun değil	5

The box plot displays the distribution of family doctor change counts across five satisfaction levels. The y-axis represents the number of changes, ranging from 0 to 4. The x-axis categories are Gelenekçi, Kuşkucu, Öncü, Sorgulayıcı, and Yenilikçi. The plot shows that the number of changes generally increases with higher satisfaction levels, with the 'Sorgulayıcı' group having the highest median and the 'Gelenekçi' group having the lowest. Outliers are present for all groups except 'Gelenekçi'.

Memnuniyet	Min	Q1	Median	Q3	Max	Outliers
Gelenekçi	0	0	0	0.5	1.4	3
Kuşkucu	0	0	0	1	2	3, 3
Öncü	0	0	0.1	1	2	3, 3, 3, 3, 3, 3
Sorgulayıcı	0	0	0	1	2	3, 3, 3, 3, 3, 3, 4, 4
Yenilikçi	0	0	0	1	2	3

TARTIŞMA

Mevcut çalışmada, aile hekimi değiştirme kararında hasta memnuniyeti ve bireysel yenilikçilik arayışının etkili olmadığı tespit edildi. Çalışma grubunda, aile hekimini değiştirmek üzere başvuran kişiler arasında önceki aile hekiminden memnuniyet %69 olarak bulundu. Katılımcılar arasında yenilikçiler %2,3, öncüler %20,4, sorgulayıcılar %57,1, kuşkucu olan grup %18,3 ve gelenekçiler %1,7 olarak tespit edildi. Aile hekimi değiştirme sebepleri arasında sırasıyla uzaklık (%52,7), kurumda uzmanlık eğitimi veriliyor olması (%25,8), hekimin cinsiyeti (%16), evde bakım hastasının varlığı (%3,6) ve inanç (%2,3) ile ilgili konular belirleyici olmuştu. Yenilikçilik arayışı grupları incelendiğinde hasta memnuniyeti konularından sağlık hizmeti organizasyonu memnuniyeti bakımından anlamlı fark bulundu. Katılımcıların memleketleri sorgulandığında bölgeler arasında sağlık hizmetlerine yönelik memnuniyet oranlarına göre fark vardı; memleketi Ege Bölgesi olan katılımcıların memnuniyeti en düşüktü.

Çalışmamızda memnun ve çok memnun cevabı verilen sorular değerlendirildiğinde memnuniyet oranı %69 bulunmuştur. EUROPEP ölçeğinin daha önceden belirlenmiş bir kesme noktası olmadığı için genel memnuniyet ortalama bazında değil cevap bazında değerlendirilmiştir. Türkiye genelini kapsayan bir çalışmada Bursa’da memnuniyet oranı %89,5 olarak bulunmuştur (79). Mete ve ark.’nın Malatya’da yaptığı çalışmada katılımcıların %80,7’si aile hekimliği sisteminden; memnun/ çok memnun olduklarını belirtmişlerdir (81). Bostan ve ark.’nın Gümüşhane’de yaptığı çalışmada genel memnuniyet düzeyi % 87,5 olarak saptanmıştır (82). Katılımcılarımız aile hekimlerini değiştirmek için başvuran kişiler oldukları için memnuniyetin düşük olması beklenen bir durum olarak değerlendirilebilir.

Hastaların memnuniyetlerinin en yüksek olduğu sorular ‘kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması’, ‘doktorunuzun sizi dinlemesi’ ve ‘sizi muayene etmesi’ olarak bulundu. Daha önce yapılan bir çalışmada Bursa’da hastaların memnuniyetinin en yüksek olduğu konu ‘doktorunuzun sizi dinlemesi’ sorusuna

verilen cevaptı (79). Katılımcıların memnuniyetin en düşük olduğu sorular ‘doktora telefonla ulaşabilme’ ve ‘bekleme odasında harcadığınız zaman’ sorularıdır ve bu sorular ulaşılabilirlik alt başlığı altında toplanabilir. Benzer şekilde Düzce’de yapılan bir çalışmada ise hastaların memnuniyetlerinin en düşük olduğu sorular, ‘telefonla aile hekimine ulaşma’ ve ‘randevu hizmetlerinden faydalanma’ idi (83). Ek olarak, Bostan ve ark.’nın çalışmasında hastaların en az memnun olduğu konular aile hekimlerinin verdiği koruyucu hizmetler ve onların sorunları ile başa çıkabilmeleri için sunduğu destek olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada hastalar hekim dışındaki personelden de memnun değillerdi (82). Benzer şekilde, Vedsted ve ark.’nın yaptığı çalışmada da memnuniyet ulaşılabilirlik sorularında en düşük bulunmuştur (84). Bir çalışmada, Türkiye’de 2010-2012 yılları arasında birinci basamak hizmetlerinden en yüksek memnuniyetin hasta-hekim ilişkilerinde olduğu rapor edilmiştir. Aynı çalışmada nispeten düşük memnuniyet değerleri ‘ulaşılabilirlik’ başlığı altında toplanmıştır. Ulaşılabilirlikten kasıt telefonla ulaşım, randevu sistemi ve muayene bekleme süresidir (85).

Avrupa’da yapılan bir çalışmada EUROPEP anketine olumlu cevapların çoğu, ‘hasta kayıtlarının gizli tutulması’, ‘hekimlerin hastaları dinlemesi’, ‘görüşme süreleri’ ve ‘acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunulması’ sorularıdır. Göreceli olarak olumsuz cevaplar, ‘bekleme salonundaki geçirilen zaman’, ‘doktora telefonla ulaşabilme’ ve ‘sunulan koruyucu sağlık hizmetleri’ sorularıdır (86).

Çalışmamızda katılımcıların en çok cevapsız bıraktığı sorular ‘doktorunuza telefonla ulaşabilme’, ‘aile sağlığı merkezine telefonla ulaşabilme’, ‘hekimin uzman hekime ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması’ ve ‘kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması’ sorularıdır. Cevapsız bırakılan sorular hakkında katılımcıların yeterli kanaatlerinin oluşmadığı düşünülebilir. Ek olarak kayıt ve bilgilerin gizli tutulması sorusunun en yüksek memnuniyet oranlarına sahip iken aynı zamanda cevapsızlık oranının da yüksek olması dikkat çekicidir.

Çalışmamızda cinsiyet değişkenine göre genel memnuniyet oranlarında farklılık saptanmadı. Ancak doktor hasta ilişkisi, sağlık hizmetleri, enformasyon ve destek alt gruplarında erkeklerde memnuniyet oranı kadınlara göre daha yüksek bulundu. Sağlık hizmetleri organizasyonu ve ulaşılabilirlik bakımından cinsiyet

grupları arasında memnuniyet oranları bakımından fark bulunmadı. Sağlık Bakanlığı'nın 2012 yılında Türkiye genelinde yapmış olduğu memnuniyet araştırması sonuçlarına göre kadınların ve erkeklerin memnuniyet ortalamaları arasında istatistiksel olarak düşük oranda fark bildirilmiştir. Bu fark bizim çalışmamızda olduğu gibi sadece doktor-hasta ilişkisi boyutunda erkeklerde kadınlara oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti (79). Bostan ve arkadaşlarının Gümüşhane Aile Hekimliği memnuniyet araştırmasına göre aile hekimliği memnuniyetinde kadın ve erkek arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Kadınların genel memnuniyet düzeyi erkeklerden yüksektir (82).

Sağlık Bakanlığı'nın araştırmasına göre incelenen tüm boyutlarda ilköğretim okulu mezunlarının memnuniyet düzeyleri diğer eğitim gruplarına göre yüksektir (79). Benzer şekilde Erdem ve ark. eğitim düzeyi yüksek hastaların memnuniyetlerinin düşük olduğunu belirtmişlerdir (87). Edirne' de yapılan bir başka çalışmada da memnuniyet puanı ortalamalarına bakıldığında; eğitim seviyesi arttıkça memnuniyetin azaldığı saptanmıştır (88). Gümüşhane örneğinde eğitim gruplarının memnuniyet düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (87). Aynı şekilde bizim çalışmamızda da eğitim durumuna göre genel memnuniyet oranları açısından fark saptanmadı.

Hasta memnuniyetinin bölgelere göre dağılımı incelendiğinde Türkiye'de 2010-2012 yılları arasında yapılan çalışmada birinci basamak hizmetlerinden memnuniyet oranı İç Anadolu bölgesinde en düşük düzeyde bulunmuştur. Bu durum bölgenin düşük sosyoekonomik imkanları ile açıklanmaya çalışılmıştır (85). Aynı çalışmada, bazı iller hariç çoğu ilde tüm alanlardaki memnuniyet ortalamaları dört puan ve üzerinde bulunmuştur. Dört puan altında memnuniyet ortalaması olan illerin daha çok Doğu ve Güneydoğu Anadolu'daki iller olduğu dikkati çekmektedir. Batı Karadeniz bölgesi hariç tüm bölgelerde yıllar içerisinde memnuniyet ortalamaları bir artış göstermektedir. Batı Karadeniz bölgesinde ise 2010 yılına göre memnuniyet ortalaması 2011 yılında düşüş göstermiş, 2012 yılında ise tekrar artış göstererek 2010 yılı ortalamalarının üzerine çıkmıştır (85).

Bizim çalışmamızda, bölgeler arasında genel memnuniyet ve doktor hasta ilişkisi, sağlık hizmetleri alt gruplarında da fark bulunamadı. Ancak bölgeler arasında

sağlık hizmetlerine yönelik memnuniyet oranlarına bakıldığında Marmara, Akdeniz, İç Anadolu, Doğu Anadolu, Güneydoğu Anadolu bölgelerinde memnuniyet Ege bölgesine göre daha yüksek bulundu.

Mevcut çalışmada bölgeler arasında enformasyon ve destek alt grubunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır. Marmara ve Doğu Anadolu bölgeleri Ege ve Karadeniz bölgelerine göre memnuniyet daha yüksek olarak değerlendirildi. Diğer bölgeler arasında memnuniyet oranları bakımından fark yoktu. Bu çalışma sonuçları önceki literatür bilgilerine ters düşmektedir. Bu durum katılımcıların göç eden kişiler olması ile açıklanabilir. Göç eden kişilerin yeni yerleştikleri bölgelere adaptasyonu memnuniyet durumunu etkilemiş olabilir. Mevcut yerleşimdeki oturma süresinin bu değişimi etkileyebileceğini düşünüyoruz. Katılımcıların ne kadar zamandır araştırma bölgesinde ikamet ettikleri de sorulabilirdi. Göç ve memnuniyet konusunun ileri çalışmalarda incelenmesi uygun olacaktır.

2012 yılı memnuniyet araştırmasına göre katılımcılar aynı sağlık kuruluşunu son 12 ay içerisinde ortalama 6,3 kez ziyaret ettiklerini belirtmişlerdir (79). Bizim çalışmamızda son 12 ay içinde aile hekimi başvuru sayısı 4,1 olarak saptanmıştır. Avrupa’ da yapılan çalışmada son bir yılda aile hekimine ortalama başvuru sayılarına bakıldığında İsveç 3,7, Norveç 5,5, Hollanda 6,1, Danimarka 6,5, İngiltere 6,8, Slovenya 6,9, İzlanda 7,1, İsviçre 8,7, Belçika 9,7, Almanya 12,3 olarak saptanmıştır. Bu rakamlardaki farklılıklar kültürel ve sağlık sistemindeki farklılıklardan kaynaklanabilir. Avrupa genelini inceleyen bu çalışmada hekime başvuru sayısı arttıkça memnuniyet oranları da artma eğiliminde bulunmuştur (86).

Hastaların hekim seçiminde çoğunlukla önemli gördükleri faktör erişim kolaylığıdır (uygulama saatleri, evden uzaklık ve gecikmeden doktor görme). Yapılan çalışmalarda üzerinde en çok tartışılan konu mesafe veya uygun konumdur. Bir diğer önemli husus, hastaların kendi ulaşım araçlarıyla veya toplu taşıma araçlarıyla ulaşılabilen bir hekimi tercih etmesidir (52, 53). Diğer faktörler otopark (52, 53) ve ulaşım ücretidir (54, 56). Çalışmalarda, yaş ile ulaşımın kolaylığı ve ulaşım olanaklarının önemi (44, 52, 55) arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. Ayrıca, daha eğitilmiş olmak (44, 52, 55) ve seyahat etmeye istekli olmak (54) mesafeye verilen önemi azaltmaktadır (52,54).

Mevcut çalışmada katılımcıların %47,30'u önceki aile sağlığı merkezine yürüyerek 20 dakikadan daha kısa sürede ulaşıyordu. %52,70'i ise 20 dakikadan daha fazla sürede yürüyerek ulaşabiliyordu. Bu durum hastaları aile hekimliği çekirdek yeterliliklerinden olan ulaşılabilirlik ve ilk başvuru noktası olması özelliklerinden uzaklaştırmaktadır. Hastalar aile hekimine ulaşmak için daha uzak mesafe kat etmek zorunda kalıyor, belki de bu sebeple aile hekimine başvurmak yerine hastaneye başvurmayı tercih ediyor olabilir. Ülkemizde aile hekimliği sistemine göre hekim başına düşen ortalama nüfus sayısı Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinin 20. maddesinin birinci fıkrasının ikinci cümlesinde yer alan "3500 kişiye" ibaresi "2000 kişiye" olarak değiştirilmiştir. Ancak genellikle hekimler 3500 den daha fazla hasta sayısına sahiptir. Aile hekimliği birimleri nüfus sayısına göre konumlandırılmaktadır. Bu da bazı hastaların ikamet adreslerinden daha uzakta bir hekime kayıtlı olması anlamına gelmektedir. Hekim başına düşen nüfus sayısının fazla olması aynı zamanda hastanın muayene için bekleme zamanını uzatmakta, muayene sırasında yeterli zamanda hekimle görüşememe gibi ek sorunlar oluşturmaktadır. Bu amaçla hekim başına düşen nüfus sayısının düşürülmesi planlanmıştır. Mevcut birimlerin yetersiz olması nedeniyle yeni birimler açıldıkça bu düşüş kademeli olarak sağlanacaktır.

Kronik hastalıkları olan yaşlı hastaların aile sağlığı birimine ulaşımı zor olabilmektedir. Birimlerin çalışma koşulları (binanın durumu, otopark, binanın uygunluğu) hastalar için önemli bir faktördür. Mevcut yönetmeliğe göre fiziki şartların çoğunlukla hekim tarafından iyileştirilmesi beklenmektedir. Her zaman uygun büyüklükte, yeni, temiz, otoparkı olan, engelli ve yaşlı hastalar için uygun olan asansör ve rampalı binaların bulunması mümkün olamayabilir. Bu durum hastaların hekim tercihinin ve memnuniyetinin etkileyebilmektedir. Bu problem ileriki yıllarda standardize edilmiş uygun binaların inşa edilmesi ile aşılabılır.

Önemsenen diğer sosyodemografik faktörler hekimin cinsiyeti (hekimin hasta ile aynı cinsiyette olup olmadığı) ve yaşıdır (48, 49). Genellikle doktorun demografik parametrelerinin, hastaların hekim seçimini etkilediği ancak diğer faktörlerin daha önemli olduğu düşünülmektedir (48, 49, 50). Ancak genel olarak kişilerin kendi yaş ve cinsiyetindeki hekimi tercih etme eğiliminde olduğu gösterilmiştir (6).

Çalışmamızda ‘hekimin kadın olması hekim değiştirme kararınızı etkiledi mi’ sorusuna çalışmaya katılan kişilerin %16’sı evet yanıtı vermiştir.

Genel olarak, doktorun bireysel özelliklerine (örneğin cinsiyet, din, medeni durum) ilişkin faktörlerin göreceli olarak önemsiz olduğu düşünülürken, doktorun mesleki uzmanlığına (örneğin board sertifikası olması veya uzman hekim olması) ilişkin değişkenler daha çok önemsenmektedir (7). Yurtdışında yapılan araştırmalar kişilerin aile hekimleri ile ilgili kararlarında organizasyon dışı etmenlerden en çok hekimin eğitimi ile ilgilendiklerini ortaya koymuştur (53, 89, 90). Hastaların % 25,8 i aile sağlığı merkezinde aile hekimliği uzmanlık eğitiminin verilmesinin (Eğitim ASM olması) hekim değiştirme kararını etkilediğini belirtmiştir.

Aile hekimliği uzmanlık eğitiminin amacı asistanın ayaktan tanı, tedavi ve takip konularında problem çözme becerilerini ve hasta bakımı konusunda yeterliğini artırmak; toplum kökenli ve kişisel bakıma alışkın, hastasını biyopsikososyal çevresiyle birlikte değerlendirebilen donanımlı uzmanlar yetiştirmektir (91).

Aile hekimliği uzmanlık eğitimi hastane rotasyonları, birinci basamak uygulama eğitimi ve eğitsel etkinliklerden oluşmaktadır. Hastane klinik rotasyonlarının amacı, Aile Hekimliği uygulaması için gereken bazı becerilerin daha sık uygulandığı hastane ortamlarında daha kısa sürede ve çok sayıda yapılabilmesidir (92). Aile Hekimliği birinci basamak sağlık hizmetini üstlenen bir disiplin olduğu için pek çok özgün konu ancak birinci basamak uygulama ortamlarında öğrenilebilir (93). Aile Hekimliği uzmanlık eğitiminin en az üçte birinin birinci basamak sağlık birimlerinde gerçekleştirilmesi gereği Avrupa’daki konuyla ilgili ulusal ve uluslararası birçok örgütlenme tarafından benimsenen bir ilkedir (94).

Genel pratisyenlik ile aile hekimliği uzmanlığı farklı eğitimler sonucu alınan unvanlardır. Genel pratisyenlik unvanı kısa bir kursla genellikle pratisyen hekimlere verilir. Aile hekimliği uzmanlığı için Tıpta Uzmanlık Sınavı ile girilen, 3 yıl üniversite hastaneleri veya Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde yapılan rotasyonlarla düzenlenen bir asistanlık eğitimi gereklidir (95). Daha önce aile hekimliği asistanları için rotasyonlar 4 büyük klinik rotasyon (dahiliye, çocuk hastalıkları, kadın hastalıkları ve doğum, genel cerrahi) şeklinde iken 2010 yılında uzmanlık müfredat komisyonu tarafından bu durum değiştirilmiştir. 36 aylık

rotasyonların 18 ayı ana rotasyonlarda (5 ay çocuk hastalıkları, 4 ay dahiliye, 1 ay kardiyoloji, 1 ay göğüs hastalıkları, 2 ay psikiyatri, 4 ay kadın hastalıkları ve doğum, 1 ay genel cerrahi) ve 18 ayı aile hekimliği uygulamalarında rotasyon şeklindedir (95).

Ülkemizde birinci basamak uygulama eğitiminin verilebilmesi için Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri açılmıştır. Eğitim Aile Sağlığı Merkezi; eğiticinin gözetim ve koordinasyonunda, bir veya birden fazla asistan ile aile sağlığı elemanlarınca aile hekimliği hizmetinin verildiği ve tamamı eğitim aile hekimliği birimlerinden oluşan sağlık kuruluşu olarak tanımlanır (96). Bu yenilikle birlikte önceden sadece eğitim aldığı eğitim araştırma ve üniversite hastanesinden farklı olarak asistan hekimler asıl görev yerleri olan birinci basamakta sağlık sunumu hakkında daha deneyimli olarak yetiştirilmektedir.

Eğitim aile sağlığı merkezlerinde aile hekimliği asistanlarının çalışıyor olmasının hastaların gözünde olumsuz bir etki bırakabileceği düşünülmekteydi. Nitekim bazı hastalar eğitim aile sağlığı merkezindeki asistanlara öğrenci gözüyle bakarken çalışmamız sonucunda kurumda eğitim veriliyor olmasının aslında pozitif bir etki yarattığını tespit ettik. Hastalar eğitim alan aile hekimliği uzmanlık öğrencilerini bir tercih sebebi olarak görmektedirler. Aynı zamanda bağlı bulunduğumuz eğitim araştırma hastanesinin de birime yakınlığı hastaların tercihinde etkili olmuş olabilir. Konsültasyon gereken vakalarda asistanlar hastalarını hastanede daha önce birlikte çalıştıkları uzman hekimlere daha kolay yönlendirebilmekte ve böylece hasta memnuniyeti yükselmektedir.

Evde sağlık hizmetleri genel olarak, bireyin sağlığını korumak, yükseltmek, yeniden sağlığına kavuşturmak amacıyla sağlık ve sosyal hizmetlerin profesyonel düzeyde veya aile bireyleri tarafından, bireyin kendi evinde veya yaşadığı ortamda sunulmasıdır. Sözü edilen bu hizmetler, sağlık ve sosyal hizmetleri içine alan geniş bir yelpazede, bireyin gereksinimi doğrultusunda, yaşam kalitesi ve toplumsal saygınlığının korunmasını amaçlamaktadır. Bu anlamda evde sağlık hizmetleri genel olarak, kurumsal bakımın yerini alan, kurumlarda kalış gereksinimini azaltan ya da erteleyen hizmetler olarak ifade edilmektedir (97). Evde sağlık hizmetleri, kişilerin sağlığını korumak, geliştirmek ve gerektiğinde yeniden sağlığına kavuşturmak

amacıyla gereksinimi olan kişilerin evde sağlık hizmeti alabilmesini kapsamaktadır. Evde sağlık hizmetinin istenilen düzeyde olabilmesi için hasta, aile ve profesyonellerin işbirliği gerekmektedir (98).

Sağlık hizmetlerinden yararlanmak her vatandaşın hakkıdır. Herkese, her yerde ve her zaman (3 H ilkesi) uygun sağlık hizmeti verilmesi gerekir. Bu hizmetler, hizmeti alması beklenen kişilerce kabul edilebilir ve kullanılabilir olmalıdır ve aynı zamanda sunulan hizmeti alamayanlara da ulaşılarak sunulmasıdır (99).

İstanbul ve Isparta da yapılan çalışmalarda evde bakım hizmeti alan hastalarda memnuniyet yüksek saptanmıştır (100, 101).

Mevcut çalışmaya katılan hastaların % 3,6' sının ailesinde evde bakım hastası vardı. Aile hekimi değiştirme kararı almada evde bakım hastasının bulunması ve hekimin ev ziyaretleri yapıyor olması önemli bulunmuştur.

Bizim çalışmamızda hastaların % 30,5' i aile hekimini değiştirmeye kendiniz mi karar verdiniz sorusuna 'hayır' cevabı vermiştir. Hastalar genelde hekim değişikliği yaptıklarında tüm aile bireyleri birlikte karar almaktadır. Bunda ataerkil bir toplum olmamızın etkisi olabilir. Bununla beraber hastalar hekimlerinden memnun oldukları halde adres değişikliği ya da hekimin birimden ayrılması gibi durumlarda da hekimlerini değiştirebilmektedir.

Kayseri'de sağlık ocaklarında çalışan sağlık personelinin ve aile reislerinin hekim seçimi konusundaki düşüncelerini değerlendirmek amacıyla yapılan bir çalışmada; çalışmaya katılan kişilerin hekimini ne zaman seçmesi gerektiğine dair düşünceleri incelendiğinde sağlık personeli ile aile reisleri arasında fark saptanmamıştır (102). Her iki grup da kişilerin hekimini hastalanmadan önce seçmesi gerektiğini düşünmektedir. Aynı çalışmada ailede biri hastalanırsa gidilecek hekim aile bireylerinden kimin belirlediğine dair düşünceleri incelendiğinde sağlık personelinin (942 kişi) %45,4'ü aile reisi belirler, %26,0'sı yakın akrabalar belirler, %13,8'i hastanın kendisi belirler ve %7,3'ü anne belirler derken; aile reislerinin (1075 kişi) %56,4'ü aile reisi belirler, %17,7'si birlikte belirlenir, %15,2'si anne belirler ve %7,3'ü de hastanın kendisi belirler diye cevap vermiştir.

Türkiye’de yapılan başka bir çalışmada, araştırma gruplarının hastanın hekimini seçiminde hekimin dini inancının önemli olup olmadığı hakkındaki düşünceleri incelendiğinde her iki grubun da yaklaşık %63’ünün hastanın hekim seçiminde hekimin dini inancının önemli olmadığını düşündüğü ve gruplar arasındaki farkın istatistiki olarak anlamlı olmadığı görülmektedir (102). Bizim çalışmamızda hekim değiştirmenizde dini nedenler etkili oldu mu sorusuna katılımcıların %2,3’ü evet cevabı vermiştir.

Hızla değişen dünyada değişime uyum sağlayabilmek, bireysel, örgütsel ve mesleki yaşamı sürdürebilmek için organizasyonların, yöneticilerin, çalışanların ve hatta bireylerin kendilerini sürekli olarak yenilemeleri gerekmektedir (66, 67).

Aile hekimliği uygulamasına Bursa’da 2009 yılında geçilmiştir. Uygulama sağlık hizmetleri organizasyonunda büyük bir değişimi içermektedir. Bu yüzden de adını ‘reform’ denilmiştir. Çalışmamızda sağlık hizmetleri organizasyonundan memnuniyet, yenilikçi veya öncü grupta diğer gruplara kıyasla daha yüksek tespit edilmiştir. Bu durum yenilikçilerin Türkiye’deki sağlık reformundan memnun oldukları şeklinde yorumlanabilir. Hasta memnuniyetinin diğer alt başlıklarında kişisel yenilik arayışı davranışı etkili bulunmadı.

Hemşirelerde yenilik arayışının değerlendirildiği bir çalışmada, Rogers’ın (74) yenilikçilik için belirlediği kategorilere göre hemşirelerin dağılımı %2,9’u Yenilikçi, %10,3’ü Öncü, %39,9’u Sorgulayıcı, %34,8’i Kuşkucu ve %12,1’i Gelenekçi kategorisinde idi. Bu dağılım Rogers (74), Hurt ve ark.’nın (73) ve Odabaşı ve Kılıçer’ in (77) çalışması ile uygunluk göstermektedir (103).

İlköğretim branş öğretmenleri ile yapılan bir çalışmada ise, büyük çoğunluğunun “sorgulayıcılar” (%62,4), “kuşkucular” (%25,2) ve “öncüler” (%10,3) kategorileri içinde; en az ise “gelenekçiler” (%2,1) kategorisinde yer aldığı görülmektedir. “yenilikçiler” kategorisine ise çalışmadaki hiçbir öğretmen dâhil olamamıştır (104). Öğretim görevlilerinin dahil edildiği bir başka çalışmaya göre, öğretmenlerin bireysel yenilikçilik ölçeği puanlarına göre, en yüksek %33,3 oranı ile sorgulayıcı kategorisinde, gelenekçi kategorisinde en az %2,4 oranı bulunmaktadır. Sorgulayıcı kategorisini %26,2 ile yenilikçiler, %23,8 ile öncüler ve %14,3 ile gelenekçiler izlemiştir (105).

Ülkemizde ve yurt dışında yapılan araştırmalarda belirli gruplar incelenmiştir. Toplum genelinde bireysel yenilikçilik arayışının dağılımı konusunda literatürde yeterli kaynak bulunamamıştır. Aile hekimi değiştirmek için başvuran hastalar arasında gerçekleştirdiğimiz mevcut çalışma sonuçlarına göre, katılımcıların %2,3 'ü yenilikçi, %20,4'ü öncü, %57,1'i sorgulayıcı, %18,3'ü kuşkucu, %1,7'si gelenekçi kategorisinde olduğu saptanmıştır. Bizim çalışmamızda öncü ve sorgulayıcı kategorisi diğer çalışmalardan daha yüksek iken gelenekçi grubun daha az oranda olduğu tespit edilmiştir. Buna bakarak gelenekçi gruptaki bireylerin hekimlerini daha az değiştirme eğiliminde oldukları düşünülebilir. Ayrıca çalışmamızda gelenekçi grubun memnuniyeti diğer gruplara göre düşüktü. Memnun olmasalar da gelenekçi grubun hekim değiştirmeye karşı negatif bir tutum sergiledikleri kanaatindeyiz.

2013 yılında Çuhadar ve arkadaşlarının araştırmasında öğretmen adaylarının bireysel yenilikçilik özelliklerinin cinsiyet değişkenine göre değişkenlik gösterip göstermediği incelenmiştir. Bulgulara göre bireysel yenilikçilik ve cinsiyet değişkeni arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (106). Elde edilen bulgu diğer araştırmalar ile de benzerlik göstermektedir (70, 107). Aynı şekilde yapılan bir başka çalışmanın sonuçlarına göre öğretmen adaylarının bireysel yenilikçilik özellikleri ile cinsiyet değişkeni arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (108). Bizim çalışmamızda da bu çalışmaya benzer olarak yenilik grupları arasında cinsiyet dağılımı açısından farklılık saptanmadı.

Öğretmen adayları arasında yapılan çalışmada, katılımcıların bireysel yenilikçilik özellikleri ile öğrenim gördükleri sınıf değişkeni arasındaki farkın anlamlı olduğu gösterilmiştir. Bireysel Yenilikçilik Ölçeği'nin geneline ilişkin değerlendirmede, dördüncü sınıfta öğrenim gören öğretmen adaylarının ortalama puanı birinci sınıfta öğrenim gören öğretmen adaylarının ortalama puanından daha yüksek bulunmuştur (108). Bizim çalışmamızda da hasta eğitim düzeyi ile yenilik arayışı ölçek puanı arasında aynı yönde ilişki bulunmaktadır. Eğitim seviyesi arttıkça yenilik arayışı ölçek puanı da artmıştır.

Bir çalışmada, öğretmen adaylarının eleştirel düşünme eğilimleri ile bireysel yenilikçilikleri arasında pozitif yönde ve orta düzeyde bir ilişki olduğu ortaya konmuştur (108). Çalışmamızda hasta memnuniyeti ve bireysel yenilik arayışının

hekim değiştirme sayısı ile ilişkisini saptamadık. Ancak bireylerin önceki hekiminden memnuniyet durumlarının literatürdeki çalışmalardan daha düşük olduğunu tespit ettik. Memnuniyetin azalması hekim değiştirme kararında tek faktör olmasa da zorlayıcı sebep olmuş olabilir. Toplumun genelini yansıtan bireysel yenilikçilik alanında yapılan çalışma olmaması nedeni ile yeterli bir kıyaslama yapamadık. Ancak mevcut çalışma sonuçları toplumun yenilikçilik oranları hakkında fikir vermektedir.



ÇALIŞMANIN SINIRLILIKLARI

Bu çalışma yeni açılan bir Eğitim ASM' ye kayıt yaptırmak için başvuran bireylerle yapılmıştır. Çalışmaya toplam 500 kişi katılmayı kabul etmiş, 469 kişinin anketleri değerlendirmeye alınmıştır. Çalışma tek merkezde yürütülmüştür. Daha geniş popülasyonda, çok merkezli yapılabilse idi genelleme yapmak mümkün olabilirdi.

Çalışmamızda kontrol grubu yoktur. Bu yüzden aile hekimini değiştirmeyen bireylerin memnuniyet durumları ve bireysel yenilikçilik davranışlarını kıyaslayamadık. İleriki çalışmalarda bu konunun göz önüne alınması uygun olacaktır.

EUROPEP anketinin belirli bir kesme noktası bulunmamaktadır. Kişisel bazda memnuniyet durumları hesaplanamamıştır. Bunun yerine sorulara verilen memnun ve çok memnun cevaplarının ortalaması genel memnuniyet oranı olarak değerlendirilmiştir. Bu durum araştırmamızı kısıtlamaktadır.

SONUÇ

Araştırmamızı, üçüncü basamak bir eğitim ve araştırma hastanesine yakın bir yerleşimde bulunan eğitim aile sağlığı merkezine kayıt yaptırmak için başvuran bireylerde önceki aile hekiminden memnuniyet durumunu ve bireysel yenilikçilik arayışının hastaların değişim kararı üzerinde etkisi olmadığını tespit ettik.

Aile hekimi değiştirme sebepleri arasında sırasıyla aile hekimliği birimine uzaklık, kurumda uzmanlık eğitimi veriliyor olması, hekimin cinsiyeti, evde bakım hastasının olması ve inanç ile ilgili konular belirleyici olmuştur. Aile hekimliği uzmanlık eğitimlerinin 18 aylık bölümü, 2014 yılından itibaren eğitim aile sağlığı merkezlerinde sürdürülmektedir. Mevcut çalışma sonuçlarına göre bu eğitimlerin halk üzerindeki etkisinin anlamlı düzeyde pozitif olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların memleketleri ile sağlık hizmetlerine yönelik memnuniyet oranları daha önceki çalışmalarla çelişmektedir. Bu durumun göç ile ilişkili olduğunu düşünmekteyiz. Ne kadar süre önce göç edildiği memnuniyeti etkileyebilecek bir faktördür. İleri çalışmalarda kişilerin göç ettikleri süre ile sağlık hizmetlerinden memnuniyetleri arasındaki ilişki ortaya konmalıdır.

Sonuç olarak, mevcut araştırma aile hekimi değiştirme kararı üzerine etkili olabilecek faktörleri araştıran ve kişisel yenilik arayışının bu karar ile ilişkisini inceleyen öncü bir çalışmadır. Bölgemizde kişisel yenilik arayışı bireyleri hekim değiştirmeye iten bir etmen değildir. Aile hekimi tercihi konusunda ‘mesafe’ ve ‘eğitim’ ön plandadır.

KAYNAKLAR

1. Starfield B, Shi L, Macinko j. Contribution of primary care to health systems and health. The Milbank Quarterly. 2005;83(3):457-502.
2. Kringos D, Boerma W, Bourgueil Y, et al. The strenght of primary care in Europe: an international comparative study. Br J Gen Pract. 2013;63(616):742-50.
3. Hone T, Gurol-Urganci I, Millett C, Basaran B, Akdag R, Atun R. Effect of primary health care reforms in Turkey on health service utilization and user satisfaction. Health policy and planning. 2017;32(1):57-67.
4. Ustu Y, Ugurlu M. An Analysis: Is Famliy Medicine Effective in Our Country? Ankara Med J, 2015;15(4):244-8.
5. Turkish Ministry of Health, Annual Health Statistics (2012-2014) www.saglık.gov.tr/TR/belge/1-2952/istatistik-yilliklari.html.
Erişim Tarihi :27.11.2017
6. Victoor A, Delnoij MJD, Friele DR, Rademakers JDJM, Determinants of patient choice of healthcare providers: a scoping review, BMC Health Services Research 2012;12:272.
7. Bornstein BH, Marcus D, Cassidy W. Choosing a doctor: an exploratory study of factors influencing patients' choice of a primary care doctor. J Eval Clin Pract. 2000;6:255-62.
8. Wonca World family doctors. Caring for people, Erişim: www.woncaeurope.org/sites/default/documents/WONCA%20definition%20Turkish%20versiyon.pdf Erişim tarihi: 27.11.2017.
9. The European Definition of General Practice/Family Medicine. Short Version. Leuven: European Academy of Teachers in General Practice, EURACT; 2005. p. 6.

10. Sağlık Bakanlığı. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. 25 Ocak 2013 Cuma Sayı: 28539.
11. Evans P, Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I et al. (Çeviri: O. Başak, Saatçi E). Aile Hekimliği Avrupa Tanımı. TAHUD Yayınları-4, İstanbul: 2011. s.13-34.
12. Dikici MF, Kartal M, Alptekin S, Çubukçu M, Ayanoglu AS, Yarı F. Aile hekimliğinde kavramlar, görev tanımı ve disiplininin tarihçesi. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2007;27:412-8.
13. Terakye G, Sağlıkta Kalitede Beklentimiz Nedir? Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, 26 Kasım 2004, Sözlü Sunum.
14. Tarım M, Hizmet Organizasyonlarında (Hastanelerde) Kalite, Prof. Dr. Nusret Ekin'e Armağan, Türk Ağır Sanayii ve Hizmet Sektörü Kamu İşverenleri Sendikası Yayını 2000, No:38, Ankara, s:1025.
15. Sevimli S. Hizmet Sektöründe Kalite ve Hizmet Kalitesi Ölçümü Üzerine Uygulama, DEÜ, SBE, YYLT, İzmir,2006,s.49.
16. Mc Glynn EA. Six Chalenges in Measuring the Quality of Health Care, Health Affairs, May/June 1997;16(3):7-21.
17. Ersoy K. "Hastanelerde Kalite Kontrolü", Toplum Ve Hekim, Nisan 1993, İstanbul.
18. Önsüz, MF, Topuzoğlu A, Cöbek UC, Ertürk S, Yılmaz F, Birol S, İstanbul'da Bir Tıp Fakültesi Hastanesinde Yatan Hastaların Memnuniyet Düzeyi, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2008; 21,(1):33.
19. Top M, Tarcan M, Güler H, Tekingündüz S. Hastane sektöründe yatan hastaların hasta tatmini ve hastane kalitesi algılamalarının değerlendirilmesi: İzmir ili Sağlık Bakanlığı Hastaneleri örneği. Akademik Bakış Derg 2010;22:1-29.
20. Devedakan N, Aksaraylı M, Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçümünde SERVQUAL Skorlarının Kullanımı ve Özel Altınordu Hastanesi

Uygulamasý, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2003;5(1):40.

21. Carman, JM. Patient Perceptions of Service Quality: Combining the Dimensions, Journal of Management of Medicine, 2000;14: 347.

22. İdareyi Geliştirme Başkanlığı, (İGB), T.C. Başbakanlık, Poliklinik Hizmetlerinde Etkinlik, , Ankara, 2004, s: 17.

23. Özen Ü, Çam H, Aslay FY. ''Kalite Boyutları ve Sağlık Hizmeti Unsurları Açısından Hasta Memnuniyetine Bir Bakış: Gümüşhane Devlet Hastanesinde Örnek Uygulama'', Akademik Yaklaşımlar Dergisi, C.2,S.1,Gümüşhane, 2011, s.27

24. Ünalın D, Öztürk A, Tolga Y, Tasdelen C, Yazlak Z, Ögüt E ve ark. Kayseri Devlet Hastanesi'nden poliklinik hizmeti alan SSK mensubu erişkin hastalarda memnuniyet durumu. Fırat Sağlık Hizmetleri Derg 2008;3(8):85-98.

25. Özer A, Çakıl E, ''Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler'', Tıp Araştırma Dergisi, C.5,S.3,Malatya,2007, s.141.

26. Tükel B, Acuner AM, Önder ÖR, Üzgöl A. ''Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesinde Hasta Memnuniyeti (Genel Cerrahi Anabilim Dalı Örneği)' ' Ankara Üniversitesi(AÜ), Tıp Fakóltesi Mecmuası, C.57, S.4, Ankara, 2004, s. 206.

27. Büber R, Başer H. ''Sağlık İşletmelerinde Müşteri Memnuniyeti: Vakıf Üniversitesi Hastanesinde Bir Uygulama''; http://www.sosbilko.net/dergi_SBD/arsiv/2012_1/recep_buber.pdf (21.07.2013).

28. Baykan Z, Özkan S, Maral I. Ana-Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Merkezi'ne başvuran kadınların hizmetten memnuniyet durumları. Erciyes Tıp Derg 2004;26(3):98-104.

29. Zachariae R, Pedersen CG, Jensen AB, Ehrnrooth E, Rossen PB, Von Der Maase H. Association of perceived physician communication style with patient satisfaction, distress, cancer-related self-efficacy and perceived control over the disease. Br J Cancer 2003;88:658-65.

30. Öksüz AS. Hizmet Kalitesi ve Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi ve Bir Uygulama Araştırması, Atılım Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Kurumları İşletmeciliği, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2010. s.67.
31. Tengilimoğlu D. Sağlık Hizmetleri Pazarlaması (3. Baskı). Ankara: Siyasal Kitabevi. 2014.
32. Esatoğlu AE. 1997. “Hastanelerde Hasta Tatmininin Hastane Yönetimi Açısından Değerlendirilmesi ve Kullanıma Yönelik Model Önerisi” ,Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi ,Ankara. GEL, O.C., 2004. Büyük Müşterilerin Yönetimi ,Sistem yayıncılık İstanbul, 198 s. GEYİK, F.,1994.”Toplam Kalite Kontrolü ve ISO 9000 Kalite Güvence Sistemi,yıldız Teknik Ü. Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, s.41.
33. Gordon, Sterling, Making the patient your partner: Communication skills for doctors and other caregivers [KİTAP] 1997:15;
34. Sarp N. “Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi”, <http://www.nilgunsarp.com/?p=19>, Erişim tarihi:27.11.2017.
35. Engiz O. “Müşteri Memnuniyeti”, <http://www.merih.net/m1/woguzen21.htm>, Erişim tarihi:27.11.2017.
36. Kavuncubaşı Ş, Yıldırım S. Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. Siyasal kitapevi. Ankara. 2000:291-304.
37. Marita L. Forbes ve Hazel N. Brown, “Developing a Instrument For Measuring Patient Satisfaction”, AORN Journal, 1995;61(4):737-43.
38. Karadağ Z. Aile Hekimliği Uygulamasının Müşteri -Hasta Memnuniyetine Etkisi, Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2007, s. 59.
39. Yılmaz M. “Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü:Hasta Memnuniyeti”, Cumhuriyet Üniversitesi Yüksekokulu Dergisi, Cilt:5, Sayı:2, Sivas, 2001;5(2):72-3.

40. Dölek M, Turaba F, Akbınar C, ve ark. “Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servis Biriminde Yatan Hastaların Memnuniyet Düzeyinin İncelenmesi” Türkiye Acil Tıp Dergisi, 2005;5(3):123.
41. Wolinsky FD, Steiber SR. Salient issues in choosing a new doctor. Social Science and Medicine, 1982, 16, 759–67.
42. Salisbury CJ. How do people choose their doctor? British Medical Journal, 1989,299, 608–10.
43. Billingham B, Whitfield M. Why do patients change their general practitioner? Apostol questionnaire study of patients in Avon. British Journal of General Practice, 1993,43, 336–8.
44. Burge P, Devlin N, Appleby J, Rohr C, Grant J. Do patients always prefer quicker treatment? A discrete choice analysis of patients' stated preferences in the London Patient Choice Project. Appl Health Econ Health Policy. 2004;3:183–94.
45. Harris KM. How do patients choose physicians? Evidence from a national survey of enrollees in employment-related health plans. BMC Health serv res. 2003;38:711–32.
46. Robertson R, Burge P. The impact of patient choice of provider on equity: analysis of a patient survey. J Health Serv Res Policy. 2011;16:22–8.
47. Wun YT, Lam TP, Lam KF, Goldberg D, Li DK, Yip KC, How do patients choose their doctors for primary care in a free market? J Eval Clin Pract. 2010 Dec;16(6):1215-20.
48. Bernard ME, Sadikman JC, Sadikman CL: Factors influencing patients' choice of primary medical doctors. Minn med. 2006; 89: 46-50.
49. Johnson A, Schnatz P, Kelsey A, Ohannessian C: Do women prefer care from female or male obstetrician-gynecologists? A study of patient gender preference. BMC Med Educ. 2005; 105: 369-79.
50. Chandler P, Chandler C, Dabbs M. Provider gender preference in obstetrics and gynecology: a military population. Mil Med. 2000; 165: 938-40.

51. Kolstad JT, Chernew ME. Quality and consumer decision making in the market for health insurance and health care services. *Med Care Res Rev.* 2009; 66: 28-52.
52. Dijs-c Kolstad J, Otten W, Versluijs M, Smeets H, Kievit J, Vree R, et al: Choosing a hospital for surgery: the importance of information on quality of care. *Med Decis Making.* 2010; 30: 544.
53. Shah J, Dickinson CL. Establishing which factors patients value when selecting urology outpatient care. *British Journal of Medical and Surgical Urology.* 2010; 3: 25-9.
54. Exworthy M, Peckham S. Access, choice and travel: implications for health policy. *Social Policy & Administration.* 2010; 40: 267-87.
55. Tai W, Porell F, Adams E. Hospital choice of rural Medicare beneficiaries: patient, hospital attributes, and the patient-physician relationship. *BMC Health Serv Res.* 2004; 39: 1903-22.
56. Krupat E, Stein T, Selby JV, Yeager CM, Schmittdiel J. Choice of a primary care physician and its relationship to adherence among patients with diabetes. *Am J Manag Care.* 2002;8:777-84.
57. Krupat E, Hsu J, Irish J, Schmittdiel JA, Selby J. Matching patients and practitioners based on beliefs about care: results of a randomized controlled trial. *Am J Manag Care.* 2004;10:814-22.
58. Hoerger TJ, Howard LZ. Search behavior and choice of physician in the market for prenatal care. *Med Care.* 1995;33: 332-49.
59. Razzouk N, Seitz V, Webb JM. What's important in choosing a primary care physician: an analysis of consumer response. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv.* 2004;17:205-11.
60. Stewart DW, Hickson GB, Pechmann C, Koslow S, Altemeier WA. Information search and decision making in the selection of family health care. *J Health Care Mark.* 1989;9: 29-39.

61. Boonen LHHM, Schut F, Koolman X. Consumer channeling by health insurers: natural experiments with preferred providers in the Dutch pharmacy market. In Consumer channeling in health care: (im)possible? Consumentensturing in de zorg: (on)mogelijk? Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam; 2008;17:299–316.
62. Rosenthal M, Li Z, Milstein A. Do patients continue to see physicians who are removed from a PPO network? Am J Manag Care 2009;15:713–9.
63. Combier E, Zeitlin J, de Courcel N, Vasseur S, Lalouf A, Amat-Roze J. Choosing where to deliver: decision criteria among women with low-risk pregnancies in France. Soc Sci Med 2004;58:2279–89.
64. Dijs-Elsinga J, Otten W, Versluijs M, Smeets H, Kievit J, Vree R. Choosing a hospital for surgery: the importance of information on quality of care. Med Decis Making 2010;30:544.
65. Haynes R, Lovett A, Sünnenberg G. Potential accessibility, travel time and consumer choice: geographical variations in general medical practice registrations in Eastern England. Environmet and Planning A 2003;35:1733–50.
66. Güngör G, Göksu A. Kamu inovasyon uygulaması: Türkiye örneği. <http://docplayer.biz.tr/5389102-Kamu-inovasyon-uygulamasi-turkiye-ornegi.html> Erişim tarihi:27.11.2017.
67. Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü, Avrupa Birliği İstatistik Ofisi. Oslo Kılavuzu: Yenilik Verilerinin Toplanması ve Yorumlanması İçin İlkeler, 3.Baskı, 2005: 93-107.
68. Ottenbacher M, Gnoth J. How to develop successful hospitality innovation. Cornell Hotel and Restaurant Administration Quarterly, 2005, 46: 205-22.
69. Luecke R. Managing Creativity and Innovation. Çeviri: Parlak T. İş Dünyasında Yenilik ve Yaratıcılık. 1. Baskı. İstanbul, Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları 2008: 3-9.
70. Rogers, EM. Diffusion of Innovations 5th ed. New York: The Free Press. 2003.

71. Usluel YK, Mazman SG. Eğitimde yeniliklerin yayılımı, kabulü ve benimsenmesi sürecinde yer alan öğeler: bir içerik analizi çalışması, Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 2010;39 (3): 60-74.
72. Kılıçer K. Teknolojik yeniliklerin yayılmasını ve benimsenmesini arttıran etmenler. Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 2008; 8: 209–22.
73. Hurt HT, Joseph K, Cook CD. Scales for the measurement of innovativeness. Human Communication Research, 1977; 4: 58-65.
74. Rogers EM. Diffusion of Innovations, 4th ed. New York, Simon & Schuster Press, 2003: 12-23.
75. Steele J, Murray M. Creating, supporting and sustaining a culture of innovation, Engineering, Construction and Architectural Management, 2004; 11: 316-22.
76. Köse B. Tüketici Yenilikçiliği ve Yeniliklerin Benimsenmesi: Bir Yenilik Olarak Mobil. Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Doktora tezi, Afyon-Karhisar: Afyon Kocatepe Üniversitesi, 2012.
77. Kılıçer K, Odabaşı HF. Bireysel yenilikçilik ölçeği (BYÖ): türkçeye uyarlama, geçerlik ve güvenilirlik çalışması, Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 2010; 38: 150-64.
78. Aktürk Z. Hastalar Hekimlerini Değerlendiriyor, EUROPEP Ölçeği, DEU Tıp Fakültesi Dergisi 2002;153-60.
79. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti; 2012: 2-3.
- <http://www.sagem.gov.tr/europeprapor.03032014.pdf>
- Erişim tarihi:08.12.2017
80. Goldsmith RE, Foxall GR. The measurement of innovativeness the international handbook on innovation ed by L. V. Shavinina, 2003; .321-9.
81. Mete B, Pehlivan E, Tekin Ç, Nacar E, Unver E, Baran A. ,Satisfaction levels of the adults who benefit from the family medicine care in Malatya city center and the factors that affect it, Medicine Science, 2015;4(4):2721-31.

82. Bostan S, Havvatoğlu K. Europep aile hekimliği memnuniyet ölçeğine göre Gümüşhane aile hekimliği memnuniyet araştırması, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2014;3(4):1067-78.
83. Baltacı D, Kara Hİ, Bahçebaşı T, Sayın S, Yılmaz A, Çeler A. Düzce ilinde birinci basamakta sağlık hizmeti alan hastaların aile hekimi ve muayenehanesi hakkındaki görüşlerinin belirlenmesi: Pilot çalışma, Konuralp Tıp Dergisi, 2011;3(2):9-15.
84. Vedsted P, Heje NH. Association between patients' recommendation of their GP and their evaluation of the GP, Scand J Prim Health Care. 2008; 26(4): 228–34.
85. Aktürk Z, Ateşoğlu D, Çiftçi E. Patient satisfaction with family practice in Turkey: Three-year trend from 2010 to 2012. European Journal of General Practice, 2015;21: 238-45.
86. Grol R, Wensing M, Mainz J, Jung HP, Ferreira P, Hearnshaw H, et al; European Task Force on Patient Evaluations of General Practice Care (EUROPEP). Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison. Br J Gen Pract. 2000; 50(460):882-7.
87. Erdem R, Rahman S, Avcı L, Demirel B, Köseoğlu S, Fırat G ve ark. Hasta memnuniyetinin hasta bağlılığı üzerine etkisi. Erciyes Üniv İktisadi ve İdari Bilimler Fak Derg 2008;31:95-110.
88. Turgu S. Edirne il merkezinde birinci basamak sağlık kuruluşlarında hasta memnuniyeti ve hekim iş doyumunu ile ilişkisinin araştırılması. Uzmanlık tezi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı. 2012.
89. Howell E, Gardiner B, Concato J. Do women prefer female obstetricians? Obstetrics & Gynecology 2002;99:1031-5.
90. Schnatz PF, Murphy JL, O'Sullivan DM, Sorosky JI. Patient choice: comparing criteria for selecting an obstetrician-gynecologist based on image, gender, and professional attributes. Am J Obstet Gynecol 2007;197:548.
91. Özer C, Dağdeviren N, Şahin EM, Aktürk Z. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminde Birebir Eğitim. Tıp Eğitimi Dünyası 2003; 12: 2-5.

92. Tekin O, Üstü Y, Uğurlu M. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminde Saha Eğitimi. Ankara Medical Journal 2012; 12: 16-21.
93. Foley EC, D'Amico F, Merenstein JH. Clinical practice arrangements of physician faculty in family practice residency programs. Fam Med 1996; 28: 640-4.
94. Şensoy N, Başak O, Gemalmaz A. Umurlu Aile Hekimliği Merkezi'nde Aile Hekimliği Uygulaması ve Hasta Profili: Aile Hekimliği Alan Eğitimi Gereksinimini Ne Ölçüde Karşılıyor? Kocatepe Tıp Dergisi 2009; 10: 49-56.
95. Başak O, Ünlüoğlu İ. Aile Hekimlerinin Eğitimi. Aile Hekimliği Dergisi 1997;1(4):237-41.
96. Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/09/20140926-3.htm>
Erişim tarihi:08.12.2017.
97. Boling PA, Care transitions and home health care.
Clin Geriatr Med. 2009;25(1):135-48, viii.
98. Can ÖS, Ünal N. Evde Bakım ve Tedavi. Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi, 2008, 6(4): 6-13.
99. Doğanay P. Kaizen Sürekli İyileştirme İle Hastanelerde İnsan Kaynaklarının Geliştirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara. 2008.
100. Coşkun Us N, Evde Sağlık Hizmeti Alan Kişilerde Yaşam Kalitesi ve Hasta Memnuniyeti Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2014;17(1):59-73.
101. Yeşiltaş A, Adıgüzel O, Evde Sağlık Hizmetlerinde Hasta Yakınlarının Memnuniyeti. Çankırı Karatekin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2016;7(1): 863-80.
102. Kılıç E. Kayseri ili sağlık ocaklarında çalışan sağlık personelinin ve aile reislerinin hekim seçimi konusundaki düşüncelerinin değerlendirilmesi. Doktora Tezi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 2009.

103. Sarıoğlu A. Bireysel yenilikçilik ölçeğinin hemşirelikte geçerlik ve güvenirliği. Yüksek Lisans Tezi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı. 2014.
104. Kılıç H, Ayvaz Tuncel Z, İlköğretim Branş Öğretmenlerinin Bireysel Yenilikçilik Düzeyleri ve Yaşam Boyu Öğrenme Eğilimleri. Uluslararası Eğitim Programları ve Öğretim Çalışmaları Dergisi, 2014;4(7).
105. Mutlu Bayraktar D, Öğretim elemanlarının bireysel yenilikçilik düzeyleri ve web 2.0 araçlarını benimsemeleri. Hasan Ali Yücel Eğitim Fakültesi Dergisi, 2013; 9 (2): 35-47.
106. Çuhadar C, Bülbül T, Ilgaz G. Öğretmen Adaylarının Bireysel Yenilikçilik Özellikleri ile Teknopedagojik Eğitim Yeterlikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Elementary Education Online, 2013;12(3): 797-807.
107. Rogers RK, Wallace JD. Predictors of technology integration in education:a study of anxiety and innovativeness in teacher preparation, Journal of Literacy and Technology, 2011;12(2): 28-61.
108. Özgür H, Bilişim Teknolojileri Öğretmen Adaylarının Eleştirel Düşünme Eğilimleri ile Bireysel Yenilikçilik Özellikleri Arasındaki İlişkinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi. Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 2013;9(2):409-20.

EKLER

EK-1 SOSYO-DEMOGRAFIK VERİ FORMU

Aile Hekimi Değişimi İçin Başvuran Hastaların Önceki Aile Hekiminden Memnuniyet Durumlarının Değerlendirilmesi
Protokol No:
Cinsiyetiniz: ()Kadın ()Erkek
Yaşınız:
Medeni Durumunuz: Evli() Bekar() Dul()
Sizce aşağıdaki seçeneklerden hangisi ekonomik düzeyinizi en iyi ifade etmektedir? Çok Düşük() Düşük() Orta() Yüksek() Çok Yüksek()
Eğitim durumunuzu belirtiniz. ()Okuryazar değil ()Okuryazar ()İlkokul ()Ortaokul () Lise ()Üniversite ()Yüksek Lisans ()Doktora
Son bir yılda acil servise kaç kez başvurduunuz?(kendiniz veya çocuklarınız için)
Son bir yılda aile hekiminize kaç kez başvurduunuz? (kendiniz veya çocuklarınız için)
Son beş yılda yaptırdığınız aşılar? (kendiniz veya çocuklarınız için)
Sigara kullanıyor musunuz? Evet() Hayır()
Kronik hastalıklar Kalp-damar hastalığı() Hiperlipidemi() Diyabet() Hipertansiyon() KOAH() Astım() Böbrek Hastalığı() Karaciğer Hastalığı() İnme/Felç() Romatolojik Hastalık() Kanser() Demans() Psikiyatrik Hastalık() Yok() Diğer
Önceki aile sağlığı merkezine yürüyerek kaç dakikada ulaşıyordunuz?
Önceki aile hekiminiz kimdi?
Kaç yıldır aynı aile hekimine kayıtlısınız?
Daha önce aile hekiminizi kaç kez değiştirdiniz?
Aile hekiminiz size hiç ev ziyaretinde bulundu mu?
Kurumumuzda uzman yetişmesi aile hekiminizi değiştirme kararınızı etkiledi mi? Evet() Hayır()
Aile hekiminizi değiştirme kararını sen mi verdin?
Önceki Aile hekiminiz düğünlere ve cenazelere katılıyor muydu? Evet() Hayır()
Memleketiniz?:
Aile hekiminizi değiştirmenizde dini sebepler etkili oldu mu?
Aile Hekiminizi değiştirmenizde doktorun bayan olması etkili oldu mu?
Hanenizde evde bakım hastası var mı?

EK-2 EUROPEP ÖLÇEĞİ

Son 12 ayda doktorunuz ve/veya muayenehanesi hakkında aşağıdaki durumlar için fikriniz nedir?	Çok Kötü	Kötü	Orta	İyi	Mükemmel	Fikrim Yok
1 Görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi						
2 Sizin özel durumunuzla ilgilenmesi						
3 Sorunlarınızı ona (hekime) söylemenizi kolaylaştırması						
4 Tedavinizle ilgili kararlara sizi de katması						
5 Sizi dinlemesi						
6 Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması						
7 Şikayetlerinizi çabuk geçirmesi						
8 Günlük ihtiyaçlarınızı görece kadar iyi hissetmenize yardım etmesi						
9 İşini tam yapması						
10 Sizi muayene etmesi						
11 Hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler (sağlık taraması, sağlık kontrolü, aşılama gibi)						
12 Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması						
13 Şikayetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi						
14 Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması						
15 Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması						
16 Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini hatırlaması						
17 Uzman hekime ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması						
18 Hekim dışındaki diğer personelin size yardımcı olması						
19 Size uygun zamanlarda randevu verilmesi						
20 Aile sağlığı merkezine telefonla ulaşabilmeniz						
21 Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz						
22 Bekleme odasında harcadığınız zaman						
23 Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunulması						
24 Aile sağlığı merkezlerinde görevli hekimlerin davranışlarını genel olarak nasıl değerlendiriyorsunuz?						
25 Bu kurumda verilen sağlık hizmetlerini genel olarak nasıl buluyorsunuz?						
26 ASM'de hizmet verilen yerin fiziki koşullarını (bekleme odası, tuvalet, temizlik, ısıtma, aydınlatma vs.) genel olarak nasıl değerlendiriyorsunuz?						

EK-3 BİREYSEL YENİLİKÇİLİK ÖLÇEĞİ

Bireysel Yenilikçilik Ölçeği (BYÖ)	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1 Yenilikleri takip ettiğim için arkadaşlarım sık sık benden bilgi ve öneri alırlar.					
2 Yeni şeyleri denemekten hoşlanırım.					
3 Bir şey yaparken, yeni yollar olup olmadığını araştırırım.					
4 Yeni fikirleri kabul etme konusunda genellikle dikkatli davranırım					
5 Problemleri çözmek için genellikle yeni yöntemler bulurum.					
6 Yeni bakış açıları ve yeni buluşlara şüphe ile bakarım.					
7 Çevremdeki insanların kabul ettiğini görene kadar yeni fikirleri benimsemem.					
8 Yenilikçilik konusunda insanları kolay etkileyen bir kişi olduğumu düşünürüm.					
9 Düşünce ve davranışlarımın yaratıcı ve özgün olduğunu düşünürüm.					
10 Çevremdeki insanların arasında yeniliği kabul eden en son kişi olduğumu düşünürüm.					
11 Yaratıcı bir kişi olduğumu düşünüyorum.					
12 Yenilikler konusunda gruba liderlik etmekten hoşlanırım.					
13 Çevremdeki insanların işine yaradığını görünceye kadar yenilikleri kabul etmede isteksiz davranırım.					
14 Düşünce ve davranışlarımla çevremdekileri özgün olmaya teşvik ettiğimi düşünürüm.					
15 Eski yaşam tarzının ve işleri eski yöntemlerle yapmanın en iyi yol olduğunu düşünürüm.					
16 Problemlere ve belirsizliklere karşı mücadele ederim.					
17 Yenilikleri dikkate almadan önce diğer insanların o yeniliği kullandığını görmek isterim.					
18 Yeni fikirlere açık biriyim.					
19 Cevaplanmamış sorular beni çözüm bulmaya yöneltir					
20 Yeni fikirlere karşı şüpheli davranırım					

EK-4

Evrak Tarih ve Sayısı: 06/10/2017-E.14283



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı



Sayı : 48865165-020
Konu : Dr. Nevruz YILDIRIM TOPAK'ın Tez
Onayı Hk.

BURSA YÜKSEK İHTİSAS S.U.A.M.

Hastanenizde Aile Hekimliği Kliniğinde uzmanlık öğrencisi olan Dr. Nevruz YILDIRIM TOPAK'ın tez konusu uygun bulunmuştur, onay formu ve 2 (iki) adet hakem değerlendirme formu ektedir.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır

Prof. Dr. Yunus KARAKOÇ
Dekan a.
Dekan Yardımcısı

10.05.2017
Op. Dr.
Beyazıt YILMAZ
Aras Hast.
LİK

2 (iki) adet hakem değerlendirme formu

Dekan a.
Dekan Yardımcısı

SAGLIK BILIMLERI UNIVERSITESI BURSA YUKSEK
IHHTISAS EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ - SAĞLIK
BİLİMLERİ UNIVERSİTESİ BURSA YÜKSEK İHTİSAS
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
12082016.11.45 - 31234050 - 514.10 - E.13343


T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu
Bursa İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sayı : 31234050/514.10
Konu : Etik Kurul Başvurunuz Hk.

Sayın: Doç. Dr. Hakan DEMİRCİ
Aile Hekimliği Kliniği Eğitim Sorumlusu

Hastanemiz Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna sunmuş olduğunuz dosyanız 10.08.2016 tarihinde Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulunda incelenmiş olup, **2011-KAEK-25 2016/14-06** protokol numarasıyla Karar Formu yazımız ekindedir.

Bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Serdar KAHVECİOĞLU
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

EKLER:
Etik Kurul Karar Formu

BELGENİN ASLI ELEKTRONİK İMZALIDIR
İrfan İNAN
V.H.K.İ.
...../...../20.....
12 Ağustos 2016

Mimar Sinan Mh. Emniyet Cd. Yıldırım/BURSA
Faks No:0224 295 5282
e-Posta:nilufer.akturk@saglik.gov.tr İnt.Adresi:
www.bursa.yuksekihtisaseah.saglik.gov.tr
Evrakin elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 5a8be5a1-1a58-41ed-9e3e-3b88af8b2438 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Nilüfer AKTÜRK
Unvan:Veri Hazırlama ve Kontrol İşlt.
Telefon No:0224 295 50 00 / 1808

EK-6

		BURSA YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ			
		KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU			
Doküman Kodu: EY. FR. 19		Yayın Tarihi: 23.11.2011		Revizyon Tarihi: 05.11.2015	Revizyon No: 02
				Sayfa No: 1 / 3	
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		"Aile Hekimi Değişimi İçin Başvuran Hastaların Ön eki Aile Hekiminden Memnuniyet Durumlarının Değerlendirilmesi"			
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU		2011-KAEK-25 2016/14-06			
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	YÜKSEK İHTİSAS EAH KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU			
	AÇIK ADRESİ	MIMARSINAN MH. EMNİYET CD. YILDIRIM/BURSA			
	TELEFON	0224 295 50 00 / 1808			
	FAKS	0224 295 52 82			
	E-POSTA	e.sekreterligi@gmail.com			
BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNÖR ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Hakan DEMİRCİ			
	KOORDİNÖR ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Aile Hekimliği			
	KOORDİNÖR ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi			
	YARDIMCI ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Nevruz YILDIRIM TOPAK			
	YARDIMCI ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Aile Hekimliği			
	YARDIMCI ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi			
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
		FAZ 4	☐		
		Gözlemsel ilaç çalışması	☐		
Tıbbi cihaz klinik araştırması		☐			
In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		☐			
İlaç dışı klinik araştırma		☒			
Diğer ise belirtiniz: Akademik Amaçlı					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ	ÇOK MERKEZLİ	ULUSAL	ULUSLARARASI	
	☒	☐	☒	☐	
Etik Kurul Başkanının					
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç. Dr. S. L. K. YILDIRIM					

EK-7

	BURSA YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ			
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU				
Doküman Kodu: EY. FR. 19		Yayın Tarihi: 23.11.2011	Revizyon Tarihi: 05.11.2015	Revizyon No: 02
		Sayfa No: 2 / 3		

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"Aile Hekimi Değişimi İçin Başvuran Hastaların Ön eki Aile Hekiminden Memnuniyet Durumlarının Değerlendirilmesi"
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	2011-KAEK-25 2016/14-06

DİĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
		BAŞVURU DİLEKÇESİ	25/07/2016	-	Türkçe ☒	İngilizce ☐
	İLAÇ DIŞI KLİNİK ARAŞTIRMALARI BAŞVURU FORMU	04/08/2016	-	Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	ANABİLİM DALI BAŞKANI VEYA EĞİTİM SORUMLUSU TARAFINDAN ONAYLANAN BELGE	03/08/2016	-	Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	03/08/2016	-	Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU		-	Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BÜTÇE FORMU	03/08/2016	-	Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU		-	Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	İKU VE HELKİNGİ BİLDİRGESİNİN OKUNDUĞUNA DAİR TAAHHÜTNAME	30/06/2016	-	Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OZGEÇMİŞ 2 Adet		-	Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	LİTERATÜR 5Adet		-	Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
DİĞER 1 adet CD, Akış Şeması						

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2011-KAEK-25 2016/14-06	Tarih: 10.08.2016
Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına,		
Çalışmanın sonlanım raporunun Etik Kurul Başkanlığı 'na iletilmesine toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.		
(İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.)		

Etik Kurul Başkanının
 İmzası/Adı/Soyadı Doç. Dr. Serdar KALINBERK

EK-8

	BURSA YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ		
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU			
Doküman Kodu: EY. FR. 19	Yayın Tarihi: 23.11.2011	Revizyon Tarihi: 05.11.2015	Revizyon No: 02
Sayfa No: 3 / 3			

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"Aile Hekimi Değişimi İçin Başvuran Hastaların Ön eki Aile Hekiminden Memnuniyet Durumlarının Değerlendirilmesi"
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	2011-KAEK-25 2016/14-06

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Hac ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Doç. Dr. Serdar KAHVEÇİOĞLU

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile İlişki	Katılım *	İmza
Doç. Dr. Serdar KAHVEÇİOĞLU	Nefroloji Eğitim Görevlisi	Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	Katılmadı
Uzm. Dr. Ayşe ERDOĞAN	Farmakoloji Uzmanı	Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Uzm. Ec. Tubanur USTAÖMER DERE	Klinik Eczacılık Uzmanı	Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Emin ÖSTÜNYURT	Kadın Hastalıkları ve Doğum Eğitim Görevlisi	Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Mehmet DEMİR	Kardiyoloji Eğitim Görevlisi	Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Şenol YAVUZ	Kalp Damar Cerrahisi Eğitim Görevlisi	Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Yasemin ÖSTÜNDAĞ	Biyokimya Uzmanı	Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Uzm. Dr. Mehmet GÜLAY	Halk Sağlığı Uzmanı	Bursa Halk Sağlığı Müdürlüğü	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	Katılmadı
Ahmed Sefa KARASU	Biyomedikal Mühendisi	Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	Eğitim Gereği Katılmadı
Av. Cem SATIŞ	Avukat	Bursa Kamu Hast. Birliği	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Gürcan OLUÇ	Güvenlik Amiri	-	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	

*: Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının

SİMGELER VE KISALTMALAR

EUROPEP: Patients Evaluate General/Family Practice

BYÖ: Bireysel Yenilikçilik Ölçeği

IS: Innovativeness Scale

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

EASM: Eğitim Aile Sağlığı Merkezi

WONCA: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

EQuIP: European Working Party on Quality in General Practice

KVH: Kardiyovasküler Hastalık

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

SVH: Serebrovasküler Hastalık

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Nevruz YILDIRIM TOPAK

Doğum Tarihi ve Yeri: 1991, Simav/Kütahya

Medeni Durumu: Evli

Adres: Bağlaraltı Mahallesi 3. Cadde Konat 4 Sitesi B Blok Kat 4 Yıldırım /Bursa

Telefon: 05415135128

E-posta: nevrüz0605@hotmail.com

Mezun Olduğu Tıp Fakültesi: Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi

Görev Yerleri: Eylül 2014- Doç. Dr. Mustafa Kalemli Tavşanlı Devlet Hastanesi

Aralık 2014-Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Ocak 2015-Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Dernek Üyelikleri: TAHUD

Yabancı Dil: İngilizce