



**T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM AİLE SAĞLIĞI
MERKEZİNE BAŞVURAN BİREYLERİN HASTA
MERKEZLİLİK ALGILARI VE MEMNUNİYET
DÜZEYLERİ**

Dr. Cansen AYDIN

UZMANLIK TEZİ

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Hatice KURDAK**

ADANA-2020



**T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM AİLE SAĞLIĞI
MERKEZİNE BAŞVURAN BİREYLERİN HASTA
MERKEZLİLİK ALGILARI VE MEMNUNİYET
DÜZEYLERİ**

Dr. Cansen AYDIN

UZMANLIK TEZİ

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Hatice KURDAK**

ADANA-2020

TEŞEKKÜR

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalındaki uzmanlık eğitimim boyunca beni daima destekleyen, bilgi ve tecrübesiyle eğitimime büyük katkı sağlayan ve tezimin her aşamasında bana yol göstererek yardımcı olan değerli danışman hocam Doç.Dr. Hatice Kurdak’a,

Eğitim sürecimde büyük katkı ve emekleri olan değerli hocalarım Prof. Dr. Nafiz Bozdemir’e, Prof.Dr. Sevgi Özcan’a, Prof.Dr. Esra Saatçi’ye, Prof.Dr. Ersin Akpınar’a, Doç.Dr. Çiğdem Gereklioğlu’na ve Uzm.Dr. Zeliha Yelda Özer’e,

Asistanlığımın başından itibaren beni hep destekleyen, tez sürecimde karşılaştığım her zorlukta yanımda olan değerli dostlarım Ezgi Özen, Safiye Karkin ve Bilge Tutlupınar Çinçik’e,

Aile Hekimliği Anabilim Dalında birlikte üç yıl geçirdiğimiz bütün asistan arkadaşlarım ve bölüm personeline,

Hayatımın her anında sevgi ve desteğini hissettiğim değerli annem, babam ve kardeşime, asistanlık sürecimde manevi desteği ile bana güç veren sevgili eşim Muhammedcan Aydın’a,

Teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Cansen Aydın

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	I
İÇİNDEKİLER	II
TABLolar LİSTESİ.....	V
ŞEKİLLER LİSTESİ	VI
KISALTMALAR LİSTESİ	VII
ÖZET	VIII
ABSTRACT.....	IX
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Sağlık ve Sağlığa İlişkin Kavramlar	3
2.1.1. Sağlığın Tanımı.....	3
2.1.2. Sağlık Hizmetleri	3
2.1.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	4
2.1.2.2. Tedavi Hizmetleri	5
2.1.2.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri	5
2.1.2.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri	6
2.2. Aile Hekimliği Disiplini	7
2.2.1. Tanımı ve Tarihçesi	7
2.2.2. Aile Hekimliği Disiplininin İlkeleri.....	8
2.2.3. Çekirdek Yeterlilikler	9
2.2.3.1. Birinci Basamak Yönetimi.....	9
2.2.3.2. Kişi Merkezli Bakım.....	10
2.2.3.3. Özgün Problem Çözme Becerileri	10
2.2.3.4. Kapsamlı Yaklaşım.....	11

2.2.3.5. Toplum Yönelimli Olma.....	11
2.2.3.6. Bütüncül Yaklaşım-Modelleme	11
2.2.4. Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri.....	11
2.3. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti.....	12
2.3.1. Hasta Memnuniyet Boyutları.....	13
2.3.2. Sağlıkta Hasta Memnuniyeti Önemi.....	14
2.3.3. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler.....	15
2.3.4. Beklentilerin Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkileri	16
2.3.5. Hasta Merkezli Bakım	17
2.3.6. Hasta Merkezli Bakım Memnuniyet İlişkisi.....	19
2.3.7. Hasta Memnuniyetini Ölçme Yöntemleri.....	20
2.3.8. Hasta Merkezli Klinik Yaklaşımı Ölçme Yöntemleri	22
3. GEREÇ ve YÖNTEM	24
3.1. Araştırmanın Tipi.....	24
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer	24
3.3. Araştırma Evreni ve Örneklemenin Belirlenmesi	24
3.4. Araştırma için Alınan İzinler	25
3.5. Verilerin Toplanması	25
3.6. Veri Toplama Araçları	25
3.6.1. Sosyodemografik Anket Formu.....	25
3.6.2. EUROPEP.....	25
3.6.3. Hastanın Hasta Merkezlilik Algısı Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu.....	26
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	27
3.8. Araştırmanın Süresi	27
4. BULGULAR.....	28
4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Verileri	28

4.2. Katılımcıların Memnuniyet Düzeyleri	29
4.3. Katılımcıların Memnuniyet Durumlarının Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması	32
4.4. Katılımcıların Hasta Merkezlilik Algıları	33
4.5. Katılımcıların Hasta Merkezlilik Algılarının Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması	34
4.6. Katılımcıların Hasta Merkezlilik Algıları ile Hasta Memnuniyetinin Karşılaştırılması	35
5. TARTIŞMA	36
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	46
7. KAYNAKLAR	48
8. EKLER.....	57
8.1. Ek 1. Etik Kurul Onayı	57
8.2. Ek 2. Aydınlatılmış Onam Formu.....	58
9. ÖZGEÇMİŞ	61

TABLÖLAR LİSTESİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1. Hizmet alanların sosyodemografik özellikleri	28
Tablo 2. Hastaların E-ASM'ye kayıtlı olma durumları, tercihleri ve başvuru sayıları	29
Tablo 3. EUROPEP Boyutlara göre puan dağılımı	29
Tablo 4. Katılımcıların EUROPEP Ölçeği Puanlarının Ortalamaları.....	30
Tablo 5. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre memnuniyet düzeyleri.....	32
Tablo 6. Katılımcıların HHMAÖ-R alt ölçeklerine ilişkin puan ortalamaları	33
Tablo 7. Katılımcıların HHMAÖ-R Puanlarının Ortalamaları	33
Tablo 8. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre hasta merkezilik algıları	34
Tablo 9. Ölçekler arasındaki korelasyona ait bulguların incelenmesi	35

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil No

Sayfa No

Şekil 1. Memnuniyet/memnuniyetsizlik oranlarının genel dağılımı 31



KISALTMALAR LİSTESİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
E-ASM	: Eğitim Aile Sağlığı Merkezi
EUROPEP	: European Patient Evaluate General/Family Ptactise
GGK	: Gaitada Gizli Kan
HbA1c	: Hemoglobin A1c
HHMAÖ	: Hastanın Hasta Merkezlilik Algısı Ölçeği
HHMAÖ-R	: Hastanın Hasta Merkezlilik Algısı Ölçeği-Yeniden gözden geçirilmiş formu
HPV	: Human Papilloma Virus
NHS	: National Health Service (Ulusal Sağlık Merkezi)
SPSS:	: Statistical Package for Social Sciences
VKİ	: Vücut Kitle İndeksi
WONCA	: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (Dünya Aile Hekimleri/Genel Pratisyenler Ulusal Dernek, Akademi ve Akademik Kuruluşlar Birliği)

ÖZET

Çukurova Üniversitesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Bireylerin Hasta Merkezlilik Algıları ve Memnuniyet Düzeyleri

Amaç: Bu çalışmada Çukurova Üniversitesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezinde sunulan hizmetlerin hasta merkezli yaklaşım açısından bireyler tarafından nasıl algılandığının gösterilmesi, hizmet alanların memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi hedeflenmiştir.

Yöntem: Kesitsel tipte yapılan çalışmada veriler Mart 2020’de Çukurova Üniversitesi 047 ve 051 numaralı Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerinde toplanmıştır. Hesaplanan örneklem büyüklüğüne (n=244) ulaşmak için basit tesadüfi örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Yaşanan COVID-19 pandemisi nedeniyle çalışma erken sonlandırılmıştır. Çalışmaya katılanlara Patients Evaluate General/ Family Practice Ölçeği ve Hastanın Hasta Merkezlilik Algısı Ölçeği-Yeniden gözden geçirilmiş formu uygulanmıştır.

Bulgular: Değerlendirmeye alınan 109 katılımcının yaş ortalaması $25,9 \pm 10,07$, % 71,6’sı öğrenci, % 51,4’ü kadın olup (% 16,5) düzenli ilaç kullanımı gerektiren bir hastalığı olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların % 89,9’unun Eğitim Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı olduğu saptanmıştır. Hasta memnuniyetinde “Sağlık Hizmet Organizasyonu” boyutu ($3,93 \pm 1,47$) dışında bütün boyutlarda (Doktor-Hasta İlişkisi, Sağlık Hizmeti Sunumu, Enformasyon ve Destek, Ulaşılabilirlik, Genel Değerlendirme, Memnuniyet Ortalaması) 5 üzerinden 4’ten yüksek bulunmuştur. Yaş, medeni durum ve kronik hastalık olup olmaması durumuna göre memnuniyet düzeyleri arasında anlamlı farklar görülmüştür. Yirmi altı ve üzeri yaşta katılımcıların daha küçük yaşta katılımcılara göre, evli katılımcıların bekarlara göre, kronik hastalığı olan katılımcıların olmayanlara göre sağlık hizmeti açısından daha memnun oldukları görülmüştür ($p=0,001$, $p=0,012$, $p=0,024$).

Çalışmaya katılanların hasta merkezlilik algılarına genel olarak bakıldığında hasta merkezlilik algısı ortalama puanı 4 üzerinden $1,51 \pm 0,528$ olarak bulunmuştur. Personel ve diğer katılımcıların hasta merkezlilik algıları öğrencilere göre anlamlı derecede yüksek olarak bulunmuştur ($p=0,021$). Uygulanan hasta merkezlilik algısı ile memnuniyet ölçeklerinin toplam puanları arasında ise orta düzeyde korelasyon olduğu görülmüştür ($r_s=-0,567$, $p=0,0001$).

Sonuç: Katılımcıların genel olarak Eğitim Aile Sağlığı Merkezinde verilen bakım hizmetinden memnun oldukları ve klinik yaklaşımda hasta merkezlilik deneyimlerinin yüksek olduğu görülmüştür. Hasta memnuniyetinin; yaş, medeni durum ve kronik hastalığa sahip olma durumuna göre, hasta merkezlilik algısının ise; öğrenci olma veya çalışma durumlarına göre hastaların sosyodemografik özellikleriyle ilişkili olduğu belirlenmiştir.

Anahtar kelimeler: Aile hekimliği, Eğitim Aile Sağlığı Merkezi, hasta memnuniyeti, hasta merkezlilik algısı

ABSTRACT

Patient-centeredness Perceptions and Satisfaction Levels of the Individuals who consulted to Çukurova University Training-Family Practice Centre

Purpose: It was aimed in this study to reveal how the services provided by Training-Family Practice Centre in Çukurova University are perceived by the individuals in terms of patient-centered approach and to determine the satisfaction levels of service fields.

Method: This study was designed in a cross-sectional method. The data was collected in Training-Family Practice Centers numbered 047 and 051 in Çukurova University in March 2020. Simple random sampling method was preferred to reach the calculated size of sample (n=244). Due to COVID-19 pandemic, the study was terminated early. Two self-administered questionnaires were used in the study (Patients Evaluate General/ Family Practice Scale and Revised Patient Perception of Patient-Centeredness Questionnaire).

Findings: The average age of 109 participants taken into the assessment was 25.9 ± 10.07 . 71.6% of the participants were students, 51.4% of them were female and 16.5% of them expressed that they had diseases which require regular drug use). It was found out that 89.9% of the participants were registered to Training-Family Practice Centre. Patient satisfaction level was found higher 4 out of 5 in all other dimensions (Doctor-Patient Relationship, Health Service Provider, Information and Support, Availability, General Evaluation, Patient satisfaction average) except from the dimension of “Health Service Organization” (3.93 ± 1.47). Significant differences were observed between the satisfaction levels in terms of age, marital status and the condition of having a chronic disease or not. It was concluded that the patients aged twenty-six or over were more satisfied than younger participants, married participants were more satisfied than single participants, the participants with chronic diseases were more satisfied than the ones without chronic diseases in terms of health service ($p=0.001$, $p=0.012$, $p=0.024$).

When the patient-centeredness perceptions were considered in general, the average score was 1.51 ± 0.528 out of 4. Patient-centeredness perceptions of the staff and other participants were found significantly higher than of the students ($p=0.021$). It was also seen that there was a moderate correlation between the totals scores of patient-centeredness and patient satisfaction scales ($r_s=-0.567$, $p=0.0001$).

Result: It was concluded that the participants in general were satisfied with the care service in the centers and their patient-centeredness experiences were high in clinic approach. It was revealed that patient satisfaction was correlated with the socio-demographic characteristics of the patients according to their age, marital status and the condition of having a chronic disease or not and patient-centeredness perception was

correlated with the socio-demographic characteristics of the patients according to the conditions of being a student or working.

Keywords: Family Practice, Training-Family Practice Centre, patient satisfaction, perception of patient-centeredness



1. GİRİŞ ve AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütüne (DSÖ) göre sağlık sistemi, temel amacı sağlığı iyileştirmek, yenilemek veya sürdürmek olan tüm kuruluşlar, kişiler ve eylemlerden oluşur.¹ Çağdaş sağlık sistemlerinin başlıca hedefleri arasında, birinci basamak sağlık hizmetlerine öncelik verilerek, sağlık hizmetlerine olan ulaşılabilirliği ve bu hizmetlerden toplumun her kesiminin eşit, etkili, maliyet etkin ve ihtiyacı oranında yararlanmasını sağlamak ve kişilerin yaşam kalitelerini ve sağlık standartlarını yükseltmek yer almaktadır.² Birinci basamak sağlık hizmetleri; içinde birçok yapısal elemanı barındıran çok boyutlu bir sistemdir.³ Bu hizmetlerin etkinliklerinin ve kalitesinin değerlendirmesi farklı şekillerde yapılabilir. Düşük doğum ağırlıklı bebek yüzdesi, ana ölüm hızı, bebek ölüm hızı gibi bazı sağlık ölçütleriyle, kişi başına düşen hekim/sağlık çalışanı sayısı ile veya sağlık kuruluşlarının hizmet özelliklerinin kalite düzeyi ile değerlendirilebilir.⁴ Sağlık hizmetlerinin etkinliğini değerlendiren performans ölçümlerinden birisi de hasta memnuniyeti anketidir. Hasta memnuniyeti araştırmalarının birçok potansiyel yararı bulunmaktadır. Bir gösterge olarak kullanılan hasta memnuniyeti sayesinde edinilen bilgiler, sağlık hizmetlerinin tasarım ve yönetiminde çok önemli bir rol oynamaktadır.⁵ Memnuniyet; kişinin yaşam biçimi, deneyimleri, beklentileri ile bireysel ve toplumsal değerlerini içeren birçok faktörle ilişkili karmaşık bir kavram olarak tanımlanabilir. Hasta memnuniyeti ise hastanın değer ve beklentilerinin ne düzeyde karşılandığı ile bakımının sonuçlarının ne şekilde algılandığı hakkında bilgi veren, esas otoritenin hasta olduğu, bakımın kalitesini gösteren temel ölçüt olarak tanımlanmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri sunumunda en önemli role sahip olan aile hekimliğinin hizmet kalitesinin değerlendirilmesinde hastaların memnuniyeti ön planda tutulmaktadır. Bunun nedeni memnuniyet araştırmalarının özellikle hastanın beklentilerinin karşılanıp karşılanmaması konusunda geri bildirim sağlaması, sağlık hizmetinin hem üstünlük hem de zayıflıklarını ortaya koyulmasıyla birlikte sunulan sağlık hizmetinin geliştirilebilmesine olanak sağlamasıdır.

Genel olarak hasta memnuniyetini etkileyen üç temel faktör vardır;

- Hastaya ait faktörler
- Hizmet verenlere ait faktörler

- Çevresel- Kurumsal faktörler

Hasta memnuniyetini etkileyen, hastaya ait faktörler arasında bulunan yaş, cinsiyet, sosyal statü, sağlık durumu gibi temel olgular dışında hastanın zihnindeki kalite tanımı ve hastanın kendisine sunulan hizmeti algılayış şekli de hasta memnuniyeti konusunda belirleyici rol oynamaktadır.⁶

Hasta merkezli bakım ise hastaların kişisel tercihleri, ihtiyaçları ve değerlerine saygı duyarak, alınan klinik kararlarda hastaların da yol gösterici olarak kullanıldığı yaklaşım olarak tanımlanabilir. Sağlık sisteminin daha iyi bir noktaya gelmesi ve kaliteli hizmet sunulabilmesi için hasta merkezli sağlık hizmeti sunulması önerilmektedir.⁷

2018 yılının Nisan ayında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesinde yapılmış olan hasta memnuniyeti çalışmasında; hasta memnuniyeti anketi Mediko-Sosyal Merkezinde uygulanmış olup katılımcılar tarafından sunulan bakım hizmeti genel olarak iyi ancak bekleme süresi, telefonla ulaşılabilme durumu ve koruyucu hizmetlerin uygulanması açısından kısmen olumsuz şekilde değerlendirilmiştir. İlk birimi Ağustos 2018’de açılmış olan Eğitim Aile Sağlı Merkezi (E-ASM) ile birlikte kurumda Aile Hekimliği Çekirdek Yeterliliklerinin klinik uygulaması başlamıştır. Bu durumun hastaların memnuniyet düzeylerini önceki çalışmaya kıyasla ne şekilde etkilediğini göstermek amacıyla Çukurova Üniversitesi kampüsünde bulunan E-ASM’de hasta memnuniyet anketi yapılması planlanmaktadır. Ek olarak aile hekimliği çekirdek yeterlilikleri arasında yer alan hasta merkezli klinik yaklaşımı, hastanın ‘Hasta Merkezlilik Algısı’nı ölçerek, E-ASM’de sunulan hizmeti klinik yöntem açısından da değerlendirmek hedeflenmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık ve Sağlığa İlişkin Kavramlar

2.1.1. Sağlığın Tanımı

DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) sağlık tanımı şu şekilde yapmaktadır; sağlık, sadece hastalık veya sakatlığın bulunmaması değil; fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir. Bu tanım 7 Nisan 1948’de yürürlüğe giren DSÖ Anayasası ile yapılmış ve bu tarihten beri de değişmemiştir. Yine bu anayasada DSÖ’nün amacı, bütün insanların ayırım yapmaksızın, olabilecek en üst düzey sağlık durumuna ulaşmaları şeklinde ifade edilmiştir. Çünkü ırk, din, siyasi inanç, ekonomik ve sosyal durum ayırımı yapmaksızın mümkün olan en iyi sağlık şartlarına ulaşılması her insanın temel hakkıdır.⁸ Sağlığın, tüm dünyada temel insan hakları arasında en üst sıralarda yer almasıyla birlikte çağımızda sağlık hizmetlerinin seviyesi, ülkelerin gelişmişliklerinin önemli bir göstergesi olarak kabul edilmeye başlanmıştır.^{9,10}

Çoğu farklı ülkede olduğu gibi Türkiye’de de genel olarak insan sağlığını koruyacak, teşvik edecek ve üst seviyeye taşıyacak esas çalışmaları devlet yapmaktadır. Türkiye Cumhuriyeti Anayasasının 56. Maddesi’nde sağlık ile ilgili şu hükümler yer almaktadır: “Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi arttırarak işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir”.¹¹

2.1.2. Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetlerinin DSÖ tarafından yapılan tanımı; belli bir takım sağlık kuruluşlarında, farklı tipte sağlık personellerinden faydalanarak, toplumun istek ve gereksinimlerine göre farklılık gösteren hedeflere ulaşmak amacıyla yapılan, kişiye ve topluma yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici bütün etkinliklerin ülke çapında ele alınarak yürütülen planlı çalışmaların tümüdür.¹² Sağlık hizmetleri için genel bir tanım vermek gerekirse şu şekilde açıklanabilir; hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonu

yanında, hastalıkların önlenmesi ve bireyin ve toplumun sağlık düzeyinin geliştirilmesi ile ilgili bütün faaliyetlerdir.¹³ Herhangi bir sağlık sisteminde iyi denilebilecek sağlık hizmetleri; ihtiyacı olanlara minimum israfla etkili, güvenli ve kaliteli şekilde verilen hizmetlerdir. Bu şekilde güvenilir kaliteli ve aynı zamanda erişilebilir sağlık hizmeti sunum sistemleri oluşturmak evrensel sağlık kapsamına geçiş açısından kritik öneme sahiptir.¹ İnsan hayatının sürdürülmesinde ve korunmasında, yaşam kalitesinin artırılmasında sağlık ve sağlık hizmeti sunumu özel bir öneme sahiptir.¹⁴

Sağlık hizmetlerini verilen hizmetin niteliğine göre koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetler olarak dörde ayırmak mümkündür;

1. Koruyucu sağlık hizmetleri
2. Tedavi hizmetleri
3. Rehabilite edici sağlık hizmetleri
4. Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri¹⁵

2.1.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri; kişi ve toplumun sağlığını korumak ve geliştirilmek için kişisel ve çevresel alınması gereken tüm tedbirlerin ifade eder.¹⁶ Olası bir hastalık veya sakatlığın meydana gelmeden önlenmesi ile mevcut durumda hasta olan bir kişide belirtilerin henüz oluşmadığı erken evrede, hastalığın teşhis edilip tedaviye başlanmasını sağlayan sağlık hizmetlerini kapsamaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri; kişiye yönelik ve çevreye yönelik sağlık hizmetleri olmak üzere iki ana başlıkta ele alınmaktadır.

i. Kişiyeye Yönelik Sağlık Hizmetleri: Doğrudan bireylere yönelik olan; kişileri hastalık etkenlerine karşı dirençli kılmayı, hastalık veya yaralanmalara neden olabilecek tehlikelere maruziyeti önlemeyi, sağlıksız ve güvenli olmayan davranışların değiştirmesini ve hastalık durumunda da mümkün olan en erken dönemde tanı ve tedavi işlemlerine ulaşılmasını sağlayan hizmetlerdir. Bu hizmetlerden başlıcaları şunlardır; erken tanı ve tedavi, bağışıklama, ilaçla koruma, beslenmenin iyileştirilmesi, aile planlaması, kişisel hijyen ve sağlık eğitimi.^{17,18}

ii. Çevreye Yönelik Sağlık Hizmetleri: İnsanın çevresinde bulunan ve sağlığını olumsuz etkileyebilecek biyolojik, fizik kimyasal ve sosyal etkenleri yok ederek veya maruziyeti önleyerek çevreyi olumlu hale getirme çabalarının tümüdür. Çevreye yönelik sunulan sağlık hizmetleri olarak; yeterli ve temiz içme suyu sağlanması, atıkların kontrolü, besin hijyeni, konut sağlığı, hava kirliliği, radyasyon ve gürültü ile savaş, vektör kontrolü sayılabilir. Sağlık sektörünün bu konudaki görevi daha çok danışmanlık, denetim ve yol göstericilik üzerinedir.¹⁹

2.1.2.2. Tedavi Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetlerinde amaç, alınacak sağlık önlemlerine rağmen sağlık durumu bozulan kişilerin eski sağlığına kavuşturulabilmesidir.²⁰ Tedavi edici sağlık hizmetleri üçe ayrılır;

1. Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri: Asıl amacı insanları hastalıklardan korumak olan birinci basamak sağlık hizmetleri yaşanacak sağlık problemlerin tanı ve tedavisinde de en önce başvurulacak yerdir.

Bunların sunulduğu tesisler; aile sağlığı merkezleri, ilçe sağlık müdürlükleri, toplum sağlığı merkezleri, verem savaş dispanserleri, entegre ilçe devlet hastaneleri, mediko-sosyal birimleri, kanser erken teşhis, tarama ve eğitim merkezi ve benzer sağlık kurumları

2. İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri: Tanı tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin ayakta veya yatarak verildiği sağlık hizmetleridir.

Bunların sunulduğu tesisler; genel hastane, dal hastanesi, ağız ve diş sağlığı hastanesi, tıp merkezi ve benzer sağlık kurumları

3. Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri: İleri tetkik ve tedavilerin uygulandığı yüksek teknoloji gerektiren sağlık hizmetleridir.

Bunların sunulduğu tesisler; eğitim ve araştırma hastanesi, dal eğitim ve araştırma hastanesi, ağız ve diş sağlığı eğitim ve araştırma hastanesi, üniversite hastanesi, üniversite dal hastanesi ve benzer sağlık kurumları.²¹

2.1.2.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri

Rehabilitasyon, yaşlanma veya kronik hastalık, yaralanma, travma gibi sağlıksal nedenlerle günlük hayatında kısıtlılıklar yaşayan veya yaşaması muhtemel kişilere

uygulanması gereken bir dizi müdahaledir. Bu kısıtlılıklara örnek olarak düşünme, görme, duyma, iletişim kurma, hareket etme, ilişki kurma veya bir işi sürdürme güçlüğü verilebilir.

Rehabilitasyon, her yaştan bireyin günlük yaşam aktivitelerini sürdürmelerine, anlamlı yaşam rollerini yerine getirmelerine ve refahlarını mümkün olan en üst seviyeye çıkarmasına imkan sağlar.

Bazı rehabilitasyon örnekleri şunlardır;

- İnme sonrası etkilenen bir uzvun koordinasyonunu yeniden kazanmak için yapılan egzersizler,
- Evde güvenliği, bağımsız hareket edebilme alanını artıran ve özellikle yaşlı bir kişi için düşme riskini azaltan müdahaleler.
- Egzersiz reçetesi, iyileşme sürecinde kaçınılması gereken kalça hareketleri hakkında eğitim gibi kalça kırığı sonrası cerrahi sonuçları iyileştiren müdahaleler.
- Depresyonlu bir birey için uygulamayı artırmayı amaçlayan bilişsel davranışçı terapi ve müdahaleler.²²

2.1.2.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, insanların kendi sağlıkları üzerine olan kontrollerini yükselme ve sağlık durumunu daha üst düzeye çıkarma sürecidir. Dünya çapında yeni bir halk sağlığı hareketi için artan beklentileri karşılama adına ilk Uluslararası Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Konferansı 1986 yılında Ottawa’da yapıldı. Burada alınan kararlarla 2000 yılına kadar uluslararası kuruluşlar, ulusal hükümetler ve yerel topluluklar arasında “Herkes İçin Sağlık” hedefine ulaşmak için bir dizi eylem başlatıldı. Yayınlanan bildirgede tanımlanan ve hükümetlerin sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin dönüşümsel potansiyelini kullanabilecekleri bir çerçeve sunmak için belirtilen temel stratejiler şunlardır:

- desteklemek (sağlığı teşvik eden faktörleri arttırmak),
- etkinleştirmek (tüm insanların sağlık eşitliğine dayalı hizmet almasını sağlamak)
- tüm sektörlerle işbirliği yaparak aracılık etmek.²³

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ile birinci basamak sağlık hizmetleri diğer adıyla temel sağlık hizmetleri kavramları birbirleri ile iç içedir. Temel sağlık hizmetleri; toplum sağlığı için uygulanması gereken koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık

hizmetleri ile sađlđđın geliştirilmesi faaliyetlerinin bütüncül stratejilerinin bir parçasıdır. Sađlđđı geliştirmenin Ottawa Bildirgesi ile ortaya konan temel konusu “sağlıklı toplum politikası”dır. Bunu sağlayacak en uygun ortam birinci basamaktır. Birinci basamak sağlık hizmetleriyle sunulan sađlđđın geliştirilmesi uygulamalarının başarısı, bugüne dek birçok kez kanıtlanmıştır. Anlaşıldığı üzere sađlđđın geliştirilmesi uygulamaları topluma dayalı sağlık hizmetleri ortamında, ikinci ve üçüncü basamaklardaki sağlık profesyonelleri ile sınırlı ortamlarda yürütölen programlardan çok daha başarılıdır.²⁴

Sađlđđın geliştirilmesiyle esas amaçlanan, kişilere gerekli eğitim ve bilgilendirme yapılarak, kolay erişilebilir sağlık kaynaklarının sağlanması ve bireylerin sađlđđın belirleyicileri üzerindeki denetim gücünü arttırılmasıyla; kişilerin fiziksel ve ruhsal sađlđđının dolayısıyla yaşam kalitesinin ve yaşam süresinin yükseltilmesidir. Bu sayede bireylerin kendi sađlđđı ile ilgili kontrolleri artarak kendi sağlıklarını iyileştirme çaba ve becerileri de artacaktır. Tüm şartların sağlanması koşuluyla bu konuda temel sorumluluğun bireye ait olduğu söylenebilir.²⁵

2.2. Aile Hekimliği Disiplini

2.2.1. Tanımı ve Tarihçesi

Dünya Aile Hekimleri Birliği’nin (WONCA) tanımına göre Aile Hekimliği; “kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin, birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlıktır”.²⁶

Türkiye Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinde geçen tanımıyla Aile hekimi; “Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayırımı 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 öngördüğu eğitimleri alan uzman tabip veya tabipler” olarak tanımlanmıştır.²⁷

Birinci basamak sağlık hizmetleri, farklı ölkelerde çeşitli şekillerde isimlendirilseler de, bugün için çoğunlukla Aile Hekimlerinin merkezde yer aldığı sağlık sistemleri tarafından sağlanmaktadır ve tüm dünyada sağlık hizmetlerinin temelini oluşturmaktadır.²⁸ Bir tıp disiplini olan Aile Hekimliği’nin ilk olarak gündeme gelişi 1923 yılında Francis Peabody tarafından olmuştur. F. Peabody, tıbbın aşırı

uzmanlaşarak bölünmesi sonucu hastaların arada kaldığını bu sebeple bireylere kapsamlı ve aynı zamanda bireysel sağlık hizmeti veren bir uzmanlık dalının gereksiniminin doğduğunu dile getirmiştir.²⁹ Bireye ve aileye yönelik kapsamlı bir sağlık bakımı sunabilecek aile hekimliği fikrinin doğup yaygınlaşması 1950’lerde başlamış ve ilk kez farklı bir uzmanlık dalı olarak 1965 yılında İngiltere’de tanınmıştır. “Aile Hekimliği” uzmanlığının duyulması ise ilk kez 1966 yılında American Medical Association (Amerikan Tıp Birliği) tarafından yayınlanan Milis Raporu ve Willard Raporu ile olmuştur.³⁰ 1978 yılında gerçekleştirilen Alma Ata Konferansı’nda “2000 Yılında Herkese Sağlık” adı altında alınan kararlarda, birinci basamak sağlık hizmet sunumunun bu konuda uzmanlaşmış hekimlerce verilmesi gerektiği hedeflenmiş ve dünya genelinde bu doğrultuda sağlık politikaları üretilmeye başlanmıştır.³¹ 1998 yılına gelindiğinde, DSÖ’nün 51. toplantısında Dünya Sağlık Bildirgesi yayınlanmıştır. Buna göre sağlık sunum sistemlerinin hedefe ulaşması için birinci basamak sağlık hizmetlerinin sağlık sisteminin merkezinde yer alması gerektiği açıklanmış ve böylece Aile Hekimliği tıp disiplininin gelişmesinin önü açılmıştır.³²

2.2.2. Aile Hekimliği Disiplininin İlkeleri

- a) Normal şartlarda sağlık sistemi içindeki ilk tıbbi temas noktasıdır, hizmet alanlara açık, sınırsız bir erişim sağlar ve yaş, cinsiyet veya kişinin başka herhangi bir özelliğinden bağımsız olarak tüm sağlık sorunları ile ilgilenir.
- b) Bakımı koordine ederek, birinci basamaktaki diğer sağlık çalışanlarıyla birlikte çalışarak ve gerektiğinde hasta adına üstlendiği savunmanlık göreviyle diğer uzmanlarla teması yöneterek sağlık kaynaklarının verimli bir şekilde kullanılmasını sağlar.
- c) Bireye, ailesine ve toplumuna yönelik, kişi merkezli bir yaklaşım geliştirir.
- d) Hastanın güçlendirilmesini teşvik eder
- e) Doktor ve hasta arasındaki etkili iletişim yoluyla zaman içinde bir ilişki-bağ? kurulmasını sağlayan benzersiz bir görüşme sürecine sahiptir.
- f) Hastanın ihtiyaçlarına göre belirlenen bakımın boylamsal sürekliliğinin sağlanmasından sorumludur.
- g) Toplumdaki rahatsızlıkların prevalans ve insidansının belirleyici olduğu özel bir karar alma sürecine sahiptir.
- h) Hastaların hem akut hem de kronik sağlık sorunlarını eş zamanlı olarak yönetir.

i) Gelişiminin erken evresinde, ayrılaşmamış bir şekilde ortaya çıkan ve acil müdahale gerektirebilecek rahatsızlıkları yönetir.

j) Uygun ve etkili müdahalelerle ile sağlığı ve iyilik durumunu geliştirir

k) Toplum sağlığı için özel bir sorumluluğu vardır.

l) Sağlık sorunlarının fiziksel, psikolojik, sosyal, kültürel ve varoluşsal boyutlarıyla ilgilenir.³³

İdeal sağlık hizmeti; içinde bulunulan sosyo-ekonomik koşullara göre toplumun öncelikli sağlık ihtiyaçlarını karşılayabilen, etkili, entegre ve kapsamlı bir sağlık bakımı sağlayan aynı zamanda sağlık bakımını birey merkezli olarak sunabilen bir hizmet olarak tanımlayacak olursak bu tür bir hizmetin ancak tüm düzeylerde, özellikle birinci basamakta, mevcut olan kaynakların doğru, etkin ve işbirliği içinde, eşgüdümlü olarak kullanılmasıyla sağlanabileceği görülür. Aile hekimliği disiplinin temel ilkeleri ise ideal sağlık hizmeti sunumu için gereken özellikleri içermektedir.³⁴

2.2.3. Çekirdek Yeterlilikler

Aile hekimliği disiplini tanımlayan 11 temel ilke 6 çekirdek yeterlikte toplanabilir. Burada Çekirdek sözcüğü ile anlatılmak istenen; uygulanan sağlık sisteminden bağımsız bir şekilde disiplin için gerekli olanıdır.

1. Birinci basamak yönetimi
2. Kişi merkezli bakım
3. Özgün problem çözme becerileri
4. Kapsamlı yaklaşım
5. Toplum yönelimli
6. Bütüncül yaklaşım modelleme

Özellikle 1. ve 3. yeterliliklere istinaden kalite iyileştirme temel bir yetenek olarak kabul edilmelidir.³³ Çekirdek yeterlilikler başlıklar altında madde madde özetlenecek olursa;

2.2.3.1. Birinci Basamak Yönetimi

- Seçilmemiş sorunlarla uğraşarak hastaların ilk temas noktası olmak ve hastaların tüm problemlerini ele almak.
- Hastalara kapsamlı bir bakım sağlamak.

- Birinci basamakta çalışan diğer sağlık çalışanları ile diğer branşlardaki uzmanlar tarafından hastalara sunulan sağlık hizmetlerinin koordineli bir şekilde yürütülmesini sağlamak.

- Sağlık kaynaklarının etkin ve amacına uygun kullanımını sağlamak.
- Hastaların ihtiyaç duydukları hizmetlere kolayca erişebilmelerini sağlamak.
- Gerektiğinde hastaların savunmanlığını üstlenebilmek

2.2.3.2. Kişi Merkezli Bakım

- Hastaları ve sorunlarını, hastanın içinde yaşadığı koşullar bağlamında değerlendirip çözmeye çalışan kişi merkezli bir yaklaşım benimsemek.

- Görüşme sürecini, hasta otonomisine saygı göstererek hastayla etkili bir ilişki geliştirip sürekliliğini sağlayacak şekilde yürütmek.

- Hastayla iletişim kurmak, ilk önce ne yapılması gerektiğini belirlemek ve birlikte hareket etmek.

- Hastanın güçlendirilmesini teşvik etmek

- Hastalara verilen bakımın, hastanın gereksinimleriyle şekillenen longitudinal (boylamsal) sürekliliğini sağlamak.

2.2.3.3. Özgün Problem Çözme Becerileri

Klinik uygulamalarda karar verirken rahatsızlıkların toplumdaki prevalans ve insidanslarını göz önünde bulundurma.

Öykü, fizik muayene ve tetkikler vasıtasıyla seçici bir şekilde bilgi toplayıp yorumlamak ve bu bilgiler ışığında hasta ile birlikte işbirliği yaparak bir yönetim planı oluşturmak.

Zamanın bir araç olarak kullanmak veya gereksiz tetkikler istemek yerine araştırmayı aşamalı olarak yapmak gibi hastanın sorunlarına ilişkin uygun çalışma prensiplerini benimsemek.

Gerektiği hallerde acil müdahalede bulunabilmek.

Erken evrede veya henüz ayrılaşmamış bir şekilde ortaya çıkabilecek durumları yönetmek

Teşhis ve tedavi amaçlı müdahalelerin etkin ve yeterli şekilde kullanılmasını sağlamak.

2.2.3.4. Kapsamlı Yaklaşım

Birden fazla şikayet ve patolojisi olan bireyde akut ve kronik sağlık sorunlarını eş zamanlı yönetmek.

Sağlığın geliştirilmesi ile hastalıklardan korunma konusundaki doğru bir şekilde uygulayarak sağlık ve iyilik durumunu geliştirmek.

Sağlığın geliştirilmesi, hastalığın önlenme, tedavi, bakım, rehabilitasyon ve palyasyon işlemlerini yönetmek ve koordine etmek

2.2.3.5. Toplum Yönelimli Olma

Bireysel sağlık gereksinimlerini ve toplumsal sağlık gereksinimlerini mevcut kaynaklar açısından dengede tutarak gözetmek.

2.2.3.6. Bütüncül Yaklaşım-Modelleme

Hastaların kültürel ve varoluşsal boyutlarını da göz önünde bulundurarak biyopsikososyal bir model kullanmak.^{33,35,36}

2.2.4. Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri

Aile hekimi uzmanı; aile hekimliği disiplini prensipleri doğrultusunda en az 3 yıl eğitim almış olan uzman doktordur. Aile hekimliği uzmanlık eğitiminin amacı; asistanın, aile hekimliği tanımı kapsamındaki temel ilkeler ışığında, tanı, tedavi ve takip konularındaki klinik bilgi, beceri, tutum ve davranışlarını geliştirmek ve eğitici, araştırmacı ve yönetici niteliklerini kazanması için uygun olanaklar sağlayarak hastasını bütüncül değerlendirebilen aile hekimliği uzmanları yetiştirmektir.³⁷ Aile hekimliği uzmanlık eğitim süresi Türkiye’de 36 aydır. Bu sürede gerekli tüm klinik becerilerin ve yeterliliğin edinilmesi amacıyla uzmanlık eğitiminin 18 ayı klinik rotasyon, 18 ayı ise saha eğitimi olacak şekilde sürdürülmektedir. 2014 yılına kadar saha eğitiminde aile hekimliği poliklinikleri, evde sağlık hizmetleri, diyabet ve obezite poliklinikleri kullanılırken Sağlık Bakanlığı’nın 2014 yılında çıkardığı mevzuatla Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri” (E-ASM) de bu amaçla faaliyete geçmiş bulunmaktadır.³⁸

2.3. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti

Memnuniyet; yaşam şeklinin, deneyimlerin, beklentilerin, bireysel ve sosyal değerlerin ve bunun gibi birçok faktörün ilişkili olduğu karmaşık bir kavramdır. Genel olarak algılanış şekline bağlı olan sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti kavramı hakkında ise hala literatürler arasında tanımının nasıl yapılacağı konusunda bir fikir birliği yoktur. Sağlık hizmetinin hasta tarafından algılanış şekli ve hastanın beklentileri ile ilgili olan açıklaması zor olan hasta memnuniyeti ayrı kişiler tarafından, hatta farklı zamanlarda aynı kişiler tarafından değişik şekillerde tanımlanabilmiştir.³⁹ Donabedian'ın klasik kalite ölçüm modelinde hasta memnuniyeti, hizmet alanın değer ve beklentilerinin karşılanma düzeyi hakkında bilgi veren ve esas karar verici ögenin hastanın kendisi olduğu bakımın kalitesini gösteren temel ögesi olarak belirtilmiştir.^{40,41} Başka bir araştırmada da hasta memnuniyeti; hizmet alanların beklenti ve taleplerinin karşılanması veya bu talep ve beklentilerden daha üstün hizmet verilmesi olarak tanımlanmıştır.⁴²

Hasta Memnuniyetine dair ilk araştırma 1956 yılında ABD'de hemşirelik hizmetleri ile alakalı olarak yapılmıştır. Türkiye'de yapılan ilk memnuniyet araştırmasının ise ancak 1960'lı yılların son zamanlarında olduğu görülmektedir.⁴³ Hasta memnuniyeti ile ilgili çalışmalar geçmişten günümüze gözden geçirildiğinde amaca yönelik dört farklı yaklaşım olduğu görülür: beklentilere dayalı yaklaşımlar, sağlık hizmeti özelliklerine dayalı yaklaşımlar, ekonomik yaklaşımlar ve bütüncül yaklaşımlar. Bu yaklaşımlar çeşitli yarlardan farklılık gösterir. Örneğin, beklentiye dayalı yaklaşımlarda beklentiler, algılanan deneyimler ve hasta memnuniyeti arasındaki ilişkiye odaklanırken, sağlık hizmeti özelliklerine dayalı yaklaşımlarda farklı sağlık hizmeti faktörleri üzerinden, hasta tarafından bildirilen deneyimlere odaklanmaktadır. Bütüncül yaklaşımlarda hasta memnuniyetinin tüm önemli belirleyicileri dahil edilmeye çalışılır, böylece hastaların değerlendirmelerini etkileyen değişkenler arasındaki etkileşimleri keşfetmek için daha kapsamlı bir çerçeve oluşturulur.⁴⁰

Hasta memnuniyeti, sağlık hizmetlerinin bir çıktısı ve aynı zamanda bakımın kalitesinin önemli bir belirteçidir. Hasta memnuniyetine ilişkin elde edilen veriler, kalitenin değerlendirmesinde olduğu kadar sağlık bakım sistemlerinin şekillenmesi konusunda da oldukça faydalıdır. Bu sebeple hasta memnuniyeti ile ilgili son zamanlarda hem devlet hem de özel sağlık kuruluşlarında giderek daha çok önem

verilmekte, bu konuda yapılan araştırmalar da yaygınlaşmaktadır.^{6,42} Hasta memnuniyeti birçok ülkede kamu politikasını şekillendirmiştir. Örneğin, 1998'den beri Fransa'da hastaneleri değerlendirmek ve sunulan hizmeti geliştirmek için hasta memnuniyetini zorunlu bir endeks olarak kullanmaktadır. İngiltere'de, hizmet sağlayıcıların hasta odaklı hizmetler sunmasını garanti etmek ve sağlık hizmetlerinin kalitesini izleyip geliştirmek amacıyla Ulusal Sağlık Servisi (NHS) tıbbi sözleşmelere hasta memnuniyetini de dahil etti.⁴⁴

Hasta memnuniyetini sağlamak, bir sağlık kurulumundaki hassas konulardan biridir. Hastanın algıladıkları ve olması gerekenler arasındaki, sürekli olarak sağlanması gereken ancak zaman zaman sağlanamayan uyumun gerekliliği durumun hassasiyetini göz önüne serer. Hastaların tıbbi gereksinimlerinden başka talep ve beklentilerinin de olması göz önüne alındığında, sağlık kuruluşlarının sadece medikal anlamda hizmet veren yerler olmasındansa, aynı zamanda hastaların duygusal, psikolojik, kültürel, görsel gibi yönlerden de isteklerine cevap verebilir durumda olmaları gerekmektedir.⁴⁵

2.3.1. Hasta Memnuniyet Boyutları

Hasta memnuniyeti; sunulan sağlık hizmeti içerisinde, hasta ile sağlık personellerinin ilişkisini, bakımın sürekliliğini ve bakım sunanların nitelik, yetkinlik, iletişim kabiliyetlerini dahi içeren çok boyutlu bir kavramdır. Genel anlamda memnuniyetin tek başına değerlendirilmesiyle elde edilmiş olan bilgilerin gerekli iyileştirmeler açısından yeterli görülmemesi nedeniyle memnuniyetin farklı boyutlarla ele alınması gerekmiştir.⁴⁶ Ancak hasta memnuniyetinin yaşam tarzını, tecrübeleri, beklentiler ve değerleri de içine alan birçok faktör ile ilişkili kompleks bir kavram olması, onu etkileyen faktör veya boyutların saptanmasını güçleştirmektedir. Bu nedenle hasta memnuniyetinin boyutlarının neler olduğu konusunda literatürde tartişmalar olduğu görülmektedir. Birçok araştırmacı çeşitli şekillerde hasta memnuniyetini boyutlandırmışlardır. Bu konuyla ilgili yapılan araştırmaların üzerinde durdukları boyutlar incelenecek olursa, çalışmalarda sıklıkla dokuz boyutlu modelin kullanıldığı grlmştir.⁴⁷

- Hasta-doktor ilişkisi,
- Hasta-hemşire arasındaki ilişki,
- Hasta-diğer personel arasındaki ilişki

- Bilgilendirme,
- Beslenme hizmetleri,
- Bürokrasi,
- Fiziksel ve çevresel koşullar,
- Güven,
- Maliyet (ücretlendirme) olduğu görülmektedir.²

Jones ve arkadaşları ise hasta memnuniyetini ilgilendiren bileşenleri dört ana başlıkta toplamıştır. Bunlar;

- Bireyin sağlık özelliklerini, bakım hizmetinden beklentilerini ve yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum, meslek vs gibi ayrıntıları içeren hasta özellikleri,
- Bakımın teknik ve uygulanan yönü ile birlikte personelin niteliklerini de içeren hizmet sunucularının özellikleri,
- Hasta ile hizmeti sunucuları arasındaki iletişim ve sürekliliği de içeren hasta-klinisyen ilişkisi,
- Hizmetin içinde sunulduğu fiziksel koşullar.⁴⁸

2.3.2. Sağlıkta Hasta Memnuniyeti Önemi

Donabedian, memnuniyetin sağlık üzerine olduğu düşünülen pozitif etkisini göz önüne alarak memnuniyeti doğrudan sağlık tanımının bir parçası olarak ele almıştır. Hasta memnuniyeti, sağlık hizmetlerinin bir çıktısı olarak düşünülebilir. Bunun nedeni hizmet alan kişi memnun değilse sağlık hizmetinin kalitesi de tam değildir.⁴⁹ Sağlık kurumunun başarısının bir göstergesi olan hasta memnuniyetinin önemini 4 ana başlıkta toplayabiliriz.

- İnsancıl nedenler: İyi, kaliteli bir sağlık hizmeti almak hastaların en doğal hakkıdır. Sağlık hizmetinin yeterli donanıma sahip sağlık kurumlarında verilmesinin gerekliliği dışında sağlık bakımının hastanın fikir ve tavırlarına saygılı bir şekilde verilmesine ihtiyaç vardır.

- Ekonomik Nedenler: hizmetin satın alıcısı kabul edilen hastalar, bulundukları durum da göz önüne alındığında, sunulan hizmetle alakalı olarak diğer sektörlerden hizmet alan kişilere kıyasla memnun edilmeleri daha zordur. Tercihleri konusunda temkinli olup, yapılan ödemenin karşılığını beklerler. Müşteri memnuniyetinin sağlanması, başvuracak hasta sayısını da kayda değer şekilde arttırmaktadır.

- Pazarlama: Sağlık kurumlarının, sektördeki payını yükseltmek aynı zamanda hasta sadakatini sağlamak için hasta memnuniyeti üzerine odaklanması gerekir.

- Etkililik: Sağlık kurumlarının sunduğu hizmetten memnun bir şekilde ayrılan hastaların tedavi boyunca davranışlarının daha pozitif olduğu ayrıca hekim ve diğer sağlık personelinin önerilerine çok daha fazla uyum gösterdiği görülmüştür.^{2,50}

- Zamanla gelişen ve değişen toplumla birlikte, sağlıkta da önemli değişimler olmaktadır. Klinisyenin hasta için yalnızca tıbbi bilgi deposu olması gerektiğine dair inanışlar değişmektedir. Reçete yazılan tıptan, işbirlikçi tıba geçiş vardır. Sağlık çalışanları ile hastaların sağlığı birlikte yarattıklarına dair fikirler önem kazandıkça sağlık hizmetlerinde, hastanın, deneyimlerinin ve memnuniyetinin önemi de giderek artmaktadır.⁵¹

2.3.3. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler

Hasta memnuniyeti, sağlık hizmetinin sunulduğu bireylerin subjektif, değişken, kişisel algılarını kapsayan bir kavramdır.⁵² İnsanların sağlık ihtiyaçlarının devamlılığı ve karmaşıklığı bu konudaki memnuniyet ile ilgili ölçütlerin, bir restoran veya toplumdaki başka herhangi bir hizmet alanının ölçütlerinden daha farklı ve karmaşık olmasına yol açmaktadır.⁵³ Uygulama esnasında hasta, hizmet veren veya çevre kaynaklı olarak memnuniyet veya memnuniyetsizlik durumları oluşabilir.⁵⁴ Hasta memnuniyetini etkileyen sebepler 3 ana başlıkta toplanabilir;

- Hastaya ait faktörler
- Hizmet verenlere ait faktörler
- Çevresel ve kurumsal faktörler

Hastaya ait faktörler: Bireyin sağlık hizmeti konusundaki tecrübeleri, sosyal çevre ve medya aracılığıyla elde ettiği bilgi ve beklentileri, hastalıkları, ekonomik düzeyi, yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim düzeyi, sağlık durumu ve aynı zamanda kendi sağlık durumunu algılayış şekli, sosyal ve psikolojik değişkenlerin tümü hastanın memnuniyetini etkileyebilmektedir.⁵⁵

Hizmet verenlere ait faktörler: Sağlık hizmeti sunan personelin karakteri, hastaya göstermiş olduğu ilgi, alaka ve şefkat, bilgi düzey ve yetkinlikleri ile bunu sunuş şekilleri, hasta ile hekim arasında oluşan ilişki hasta memnuniyetini ve hatta tekrar yaşanacak bir sağlık sorunu durumunda hastaların aynı sağlık merkezini seçme

eğilimlerini önemli biçimde etkiler.⁵⁶ Hasta ile sağlık personelinin etkileşimi, hastanın memnuniyetini etkileyen önemli faktörlerden biridir. Sağlık personelinin göstermiş olduğu nezaket, anlayış ile hizmet sunumu esnasındaki tutum ve davranışları hastayı rahatlatarak, memnuniyet düzeyini ve tedaviye olan uyumunu artıracaktır.

Çevresel ve kurumsal faktörler: Sağlık kurumunun bekleme odaları, genel dış görünümü, ısıtma, havalandırma, aydınlatma, gürültü, tuvalet ve hijyen gibi fiziksel şartları, ulaşılabilir olması, açık olduğu saatleri, temizliği, otopark hizmetleri, bekleme süresi, ziyaret kabul etme şartları, yemek servisleri gibi faktörler de hasta memnuniyetini etkileyebilir.⁵⁶ Çevresel faktörler özellikle hizmet alımından önce bazı ipuçlarını vermesi açısından önemlidir. Mesela bakımsız bir klinik, düzensiz bekleme odaları, yetersiz temizlik, konforsuz bir ortam, hastaların başlangıçta değerlendirmelerini negatif yönde etkilemektedir.⁵⁷

Sağlık hizmetinin kalitesi ve alternatifleri hakkındaki bilgi eksiklikleri nedeniyle, hastalar kurumun ortamını, çalışanların davranışlarını ve genel anlamda elde ettikleri sonucu göz önünde bulundurarak bir değerlendirme yaparlar.⁵⁸ Hasta memnuniyetine etkili olan faktörlerden hastaya ait özellikleri değiştirmek güçtür. Bu durumda hasta memnuniyetini geliştirmek daha çok geriye kalan iki faktörün iyileştirilmesine bağlıdır. Bu iyileştirmeler de ancak uzun vadeli, istikrarlı çalışmalarla mümkündür.⁵⁷

2.3.4. Beklentilerin Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkileri

Hasta memnuniyeti konusunda çeşitli yaklaşımlar vardır; beklentilere dayalı yaklaşımlar, sağlık hizmeti özelliklerine dayalı yaklaşımlar, ekonomik yaklaşımlar vs. Bunlardan beklenti temelli yaklaşımlar, algılanan deneyimler ve hasta memnuniyeti arasındaki ilişkiye odaklanır.⁴⁰ Sonuçta hastaların sağlık sistemine girişi farklı bireysel özellikleri, sağlığa yönelik tutumları ve deneyimleri ile olmaktadır.⁵⁹

Hasta memnuniyetiyle ilgili Linder-Pelz ‘beklenti modeli’ teorisini öne sürmüştür. Buna göre hastanın sağlık hizmetinden memnuniyetinin muhtemel belirleyicileri arasında, kişinin bu bakımı yaşamadan önceki tutum ve algıları yer alır ve memnuniyeti derecelendirmede 5 temel sosyal ve psikolojik değişken olduğu varsayılmaktadır; hizmet alan kişinin sağlık bakımından beklentisi, sağlık bakımını algılayışı, değerlendirmesi, belirli bir sonucu hak etme algısı ve bu tür deneyimler konusunda yapılan kişiler arası karşılaştırmalar.^{50,60}

Beklenti ile memnuniyet arasındaki ilişkiyi araştıran bazı çalışmalarda, beklenti ve memnuniyeti tanımlama konusunda sıkıntı yaşanabilmektedir. Beklentiyi; herhangi bir şeyin olacağını düşünmek ya da umut etmek şeklinde, hasta memnuniyetini de hastaların sağlık hizmetleri sırasındaki deneyimlerine dair değerlendirmeleri olarak tanımlayacak olursak; hastaların deneyimleri, hastaların sağlık hizmetlerine ilişkin doğrudan ve kişisel gözlemleri olduğu için, hastalar ne kadar büyük bir beklenti içerisinde olurlarsa, hayal kırıklığına uğrayıp memnuniyetsizlik yaşamalarının da o kadar olası bir durum olduğu söylenebilir.^{61,62}

Beklentilerin en az iki unsuru vardır. Bunlardan ilki, ideal koşullarda bekledikleri, diğer bir deyişle zengin, sanayileşmiş yani gelişmiş bir ülkede sağlanabilecek hizmetlerdir, ikincisi, gerçekçi beklentiler olarak adlandırdığımız şeyi yansıtır. Gerçekleşmesini bekledikleri şey, hastaların özelliklerinin yanı sıra, sağlık hizmetleri üzerindeki mali baskılar hakkındaki anlayışlarıyla ve medya ile şekillenecektir. Ancak hastaların özellikleri beklentilerini nasıl etkiler ve beklentileri aldıkları hizmetlerden duydukları memnuniyeti nasıl etkiler? Bu konuda birçok yaygın inanç vardır. Birincisi, birçoğu hayatlarının geri kalan kısmını daha sade koşullarda geçirmesi beklenen yaşlı insanların beklentileri daha düşük olabilir ve aldıkları hizmet için minnettar olabilirler bununla birlikte yaşam deneyimleri tüketici devrimi ve anlık zevklerle şekillendirilen genç insanlar çok daha zorlayıcı olabilir.⁶¹

2.3.5. Hasta Merkezli Bakım

Hasta merkezli bakım, hastanın hastalık deneyiminin, psikososyal bağlamın ve paylaşılan karar verme sürecinin de dahil olduğu model üzerinde gelişir. Hasta merkezli iletişim uzun ziyaretler gerektirir ve birçok uzmanlık dalında klinisyenin bu yaklaşımı pratikte uygulaması zor olabilir. Bu bakım türü esas olarak birinci basamak hekimi tarafından bir tıbbi uygulama modeli olarak benimsenmiştir. Hasta merkezli bakım; aile hekimliğinin, sağlık sisteminden bağımsız olarak, disiplinde olması gereken şeklinde tanımlanan çekirdek yeterliliklerinden biridir ve aile hekimliği için vazgeçilmez bir prensiptir.^{33,63}

Aile hekimliğinde hasta merkezli bakım modelini açıklayan modeller içerisinde sıklıkla Stewart ve ark.'nın geliştirmiş olduğu altı bileşenli model kullanılır.

- Hastayı bütünsel olarak değerlendirmek,
- Hastalık ve rahatsızlık deneyimlerini keşfetmek

- Ortak bir zemin bulmak
- Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi
- Doktor-hasta ilişkisini geliştirmek
- Gerçekçi olmak⁶⁴

- Hastalık ve rahatsızlık deneyimlerini keşfetmek: hastaların problemleri, duyguları, poliklinikten beklentileri hakkındaki düşüncelerini öğrenmek ve sağlık sorununu hekimin ve hastanın perspektifinden ele alabilmek.

- Bütünsel değerlendirme: bireyi; hem kişisel konularda (örneğin, duygusal olarak anlaşılmış hissettirmek) hem de bağlamsal (aile ve sosyal çevresinin nasıl etkilendiğini sorgulamak) olarak ele almak

- Ortak bir zemin bulmak: hastanın, sadece kapalı uçlu sorular sorarak yönlendirilmeden sürece aktif olarak dahil edilerek; sorunlar, öncelikler, tedavi hedefleri ve doktor ile hastanın rolleri konusunda hastayla ortak paydada buluşmak

- Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi: sağlığı geliştirme ile kişilerin sağlıkları üzerindeki kontrollerini arttırarak sağlık düzeylerini yükseltmek

- Doktor-hasta ilişkisini geliştirmek: sevecenlik ve şefkat, gücün paylaşılması, güvenilirlik, iyileşmeye odaklanma ve öz-farkındalığa dayanan bir bağ ile ikili ilişkileri güçlendirmek.

- Gerçekçi olmak: Toplumun tamamını göz önüne alarak ve kaynaklar, ekip ve imkanlar açısından gerçekçi olarak hizmet vermek.^{65,66}

2000li yıllarda ‘Patient Centered Medicine: Transforming the Clinical Method’ kitabının üçüncü baskısında kitabın yazarları sıklıkla kullanılan bu modelin bileşenlerinde bir revizyon ihtiyacı hissetmiş ve daha rafine olarak dört bileşenli hale getirmiştir;

- sağlık, hastalık ve rahatsızlık deneyimini keşfetmek;
- bütüncül yaklaşmak;
- ortak bir zemin bulmak;
- doktor-hasta ilişkisinin geliştirilmesi.

Bir önceki maddelerden farklı olarak ‘gerçekçi olmak’ bir bileşen olarak görülmemekle birlikte ‘sağlığın teşviki ve geliştirilmesi’ diğer bütün bileşenler içindeki sürecin bir parçası olarak kabul edilmiştir.⁶⁷

İlk üç bileşen hasta klinisten arasındaki etkileşimi kapsarken dördüncü komponent bu etkileşimlerin şekillendirdiği devam eden ilişki üzerine yoğunlaşmıştır. Bileşenler öğrenme ve araştırmada kolaylık sağlamak için kullanılsa da esasında hasta merkezli klinik yaklaşım, hasta ve klinisyenin her karşılaşmasında bu bileşenlerin benzersiz bir şekilde etkileşime girdiği ve birleştiği bütünsel bir kavramdır. Stewart hasta merkezli yaklaşımı açıklayan modellerin öğretim ve araştırmaya yardımcı olurken, iyileştirici bir ilişkinin bölünmez bütününe yakalayamadıklarını belirtmiştir. Hasta merkezli klinik yaklaşımda, hastalık ve hastanın sağlık ve rahatsızlık algısını keşfetmek ile bu kavramlarla hastanın bütüncül olarak birleşimi esastır. Hastalık sürecini, öykü ve fizik muayene ile incelemenin yanı sıra, klinisyen hastanın hem sağlık algısını hem de benzersiz hastalık deneyimini (hastanın duygu ve düşünceleri, işlevselliğinin nasıl etkilendiği, klinisyenden beklentisi) anlamak için aktif olarak hastanın dünyasına girmeye çalışır.⁶⁷

2.3.6. Hasta Merkezli Bakım Memnuniyet İlişkisi

1986 yılında Ian R. McWhinney Engel'in ortaya koyduğu biyopsikosozal yaklaşım modelini göz önüne alarak klinik sürecin hekim-merkezli olmasından ziyade hasta-merkezli olmasının daha doğru olduğu sonucuna varmıştır. Hekim merkezli yaklaşımda klinisyen hastayı yalnızca tıbbi olarak ele alırken, hasta merkezli yaklaşımda hasta değerlendirmesini, hastanın içinde bulunduğu aileyi, sosyal çevreyi ve hatta toplumu da göz önünde bulundurarak yapmaktadır.⁶⁸ Balint hasta merkezli bakımı basitçe “Hastayı eşsiz bir insan olarak anlamak” şeklinde tanımlanmıştır. Bütün dünyada artan kronik hastalıklar, demografik değişiklikler, yaşlanan nüfus, gelişen teknoloji gibi faktörlerle sağlık harcamaları artmakta ve bu sebeple giderek sağlık ihtiyaçlarının daha maliyet etkin ve verimli olmasını sağlayacak sağlık sistemlerine ihtiyaç duyulmaktadır.⁶⁹ ABD Tıp Enstitüsü de 2000’li yıllardan önce sağlık sisteminin olması gerekenden çok daha düşük seviyelerde çalıştığını belirterek 21. Yüzyıl için 6 temel noktada iyileştirme önermiştir. Bunlar; etkililik, güvenlik, verimlilik, eşitlik, hizmetin doğru zamanda sunulması ile hasta merkezli klinik yaklaşımdır. ABD Tıp Enstitüsünün önerdiği sağlık kalitesi hedefinden birisidir hasta merkezlilik.^{70,71}

Hasta merkezli bakım etkin iletişimle güvene dayalı bir ilişki kurulmasıyla hastanın da birey olarak kendisine değer verildiğini hissetmesini sağlayacaktır.⁷²

Hastanın yalnızca hastalığına teşhis konulup ilacının yazılmasındansa, bir birey olarak ele alınmasını gerektiren hasta merkezli klinik yaklaşımın, sağlık bakımının sonuçlarını geliştirdiğine dair yapılan çalışmalarla elde edilmiş birçok kanıt vardır.^{73,74} Memnuniyet, hekimlerin hasta isteklerini ne ölçüde yerine getirdiği ile ilişkili olsa da yapılan çalışmalarla gösterilmiştir ki hasta merkezli bakım ile daha yüksek hasta memnuniyeti, daha iyi hasta uyumu, endişe ve rahatsızlığın azaltılması gibi daha iyi hasta sağlığı sonuçları ve daha düşük bakım maliyetleri ilişkilendirilmiştir.⁷⁵ Hekimler, hastaların endişelerini hasta merkezli bir şekilde ele aldığı takdirde, istek yerine getirilmediğinde dahi hasta memnuniyeti sağlanabildiği görülmüştür. Çünkü hasta merkezli bakımın ideal uygulamasında, doktorlar bilgilendirilmiş hastaların tercihlerine uygun olarak kanıta dayalı bakım yapar. Bu sayede sağlık kaynakları verimli bir şekilde kullanılırken memnuniyet ve sağlık sonuçlarını da iyileştirilir. Kişi merkezli yaklaşım hakkında edinilen bilgileri artırmak, insanlar ve toplum için sağlık hizmetlerinin daha da güçlendirilmesini mümkün kılmak için gereklidir.^{76,77}

2.3.7. Hasta Memnuniyetini Ölçme Yöntemleri

Hasta memnuniyeti; sağlığın hizmet bölümlerinde kişisel deneyime dayalı hastaların bilişsel ve duygusal değerlendirmesi olarak tanımlanabilir. Sağlık hizmetlerinde memnuniyet araştırmaları genel olarak; hastanın genel memnuniyet durumunu, sosyo-demografik bilgileri ile klinik süreçle ilgili değişkenlerin hasta memnuniyeti üzerindeki etkisini ayrıca hastanın tavsiye ve geri bildirimlerinin öğrenilerek, bakımın tüm aşamalarında devamlı bir iyileştirilme sağlanması amacıyla yapılmaktadır.^{45,78} Daha önceki çalışmalar göstermiştir ki hastaneler tarafından hasta geri bildirimlerinin sistematik olarak toplanması küçük ve orta dereceli iyileşmeler sağlayabilir. Hasta geri bildirim anketleri giderek sağlık hizmetleri kalite izleme ve iyileştirmede daha çok önem kazanmaktadır.⁵¹ Hasta memnuniyeti her sağlık sisteminin kalite iyileştirme ve yönetim programı için önceliklerden biridir. İyi tasarlanmış ve iyi uygulanmış bir ölçüm sistemi ile hem yöneticiler hem de bakımı sunanlar tarafından sağlık hizmetinin geliştirmek için kullanılabilecek geri bildirim sağlayabilir.⁷⁹ Hasta memnuniyeti çalışmalarında kullanılan araştırma yöntemleri genel olarak 2'ye ayrılabilir;

1. Doğrudan yöntemler: Geçerliliği kanıtlanmış anketlerin kullanılarak, yüz yüze veya telefon gibi iletişim araçlarıyla soruların doğrudan hastaya sorulmasıyla yapılan ölçümler

2. Dolaylı yöntemler: Doğrudan hastaya memnuniyet düzeyinin sorulmadığı teşekkür-şikayet yoluyla alınan geribildirimler ile hastanın memnuniyetini etkileyebilecek ama hastanın bilmediği ‘hasta başına düşen sağlık personeli sayısı’ gibi sayısal verilerle elde edilen ölçümler.

Kullanılan yöntemlerin birbirlerinden üstün oldukları bazı yönler vardır. Dolaylı yöntemlerin en büyük avantajı müdahalesiz bir şekilde hastanın kendiliğinden veri sağlaması sayesinde herhangi bir yönlendirme olmaması iken doğrudan yöntemlerin avantajı; hedefe yönelik hazırlanmış soruların aracılığıyla, sorunlar ve düzeltilebilecek konuların açığa çıkarılabilmesi denilebilir.⁸⁰

Bilimsel çalışmalarda en çok anket yöntemi kullanılmaktadır. Sağlık hizmetlerinde özellikle kanıta dayalı bilginin önemli olması anket yönteminin sağlık hizmetlerinde yapılan araştırmalardaki kullanımını artırmıştır.⁸¹ Ancak hasta memnuniyeti ölçümlerinde dikkat edilmesi gereken bazı önemli noktalar vardır. Ölçüm yöntemleri, arzu edilen hedeflere yönelik hazırlanmalı, hasta ile sağlık çalışanlarına yönelik hakaret barındıran veya küçük düşürücü ifadelerle yer verilmemeli, maliyet etkin olmalı ve çıktılar sistematik analiz edilebilmelidir.⁸² Sağlık kuruluşlarının hem güçlü hem de yetersiz olduğu alanların ortaya konması ve bakımın iyileştirilmesi amaçlanarak hastaya sunulan bütün hizmetlerin kalitesini ölçmek için hasta memnuniyet ölçüm yöntemlerine başvurulabilir.⁸³

Memnuniyetin ölçülmesine yönelik çabalar, sadece elde edilen veriler yararlı olduğunda geçerlidir. Esas hedef sağlık kuruluşunun belirli hizmet alanlarında ne kadar iyi performans gösterdiğinin ölçülmesiyle birlikte bakım hizmet sunumunda da bir iyileşme sağlamaktır.⁷⁹ Son yıllarda yapılan memnuniyet çalışmalarında, hasta deneyiminin daha da ayrıntılı bir ölçümüne doğru bir eğilim olmuştur. İngiltere, ABD, Avustralya, Kanada, Yeni Zelanda ve birçok Avrupa ülkesi hasta deneyiminin ulusal düzeyde ölçülmesi ve izlenmesi için sistematik düzenlemeler yapılmıştır ve sağlık bakım kalitesini ölçmek için hasta deneyimi verilerini kullanmaktadır. Hasta tarafından bildirilen deneyimlerin amacına ilişkin ortak özellik ise kalitenin iyileştirilmesidir.⁸⁴

2.3.8. Hasta Merkezli Klinik Yaklaşımı Ölçme Yöntemleri

Hasta merkezli olmanın en güvenilir ölçüsü hastanın algısıdır. Çünkü gözlemlenebilir özellikler hasta merkezli bir etkileşimin varlığına işaret etse de, hastanın algısı bu değilse, klinik yaklaşım gerçekte hasta merkezli değildir. Esasen hasta, hasta merkezli olmanın tek belirleyicisidir.⁸⁵

Hasta hekim arasındaki etkileşimin kalitesini artırmak için hastanın hasta merkezlilik algısını ölçebilecek bir yönteme ihtiyaç duyulmaktadır. Bir klinisyen bazı hastalarda diğerlerinden daha hasta merkezli olabilir veya hasta tarafından bu şekilde algılanmadığı zaman da hareketlerinin hasta merkezli olduğuna inanabilir. Hasta merkezli yaklaşımı değerlendirmek için kullanılan yöntemin basit ve hasta için anlaşılabilir olması gerekir.⁸⁵ Ancak hasta merkezli bakım sürecini ve sonuçlarını ölçmenin optimal yöntemi ile ilgili önemli bir belirsizlik vardır.⁸⁶

Çalışmalarda birçok farklı yöntem kullanılabilir:

Klinik karşılaşmaların doğrudan gözlemlenmesi: Bu şekilde yapılan çalışmalarda kaydedilen veya doğrudan gözlemlenen klinik karşılaşmalardan elde edilen verileri işlemenin dört yolu vardır; kodlama sistemleri, etkileşimsel analizler, kontrol listeleri ve derecelendirme ölçekleri. Brown, Stewart ve Ryan tarafından 2001 yılında geliştirilen karma bir yaklaşım da bulunmaktadır. Ziyaret sırasında herhangi bir noktada hastanın başlattığı endişelere hekimin verdiği yanıtlar kodlanır. Klinik karşılaşmalardan elde edilen gözlemsel verilerin analizi, araştırmacıları katılımcıların ihtiyaçları, beklentileri ve duyguları hakkında bilgilendirebilir.

Standart hastaları kullanarak yapılan doğrudan gözlem: Standart hastalar genellikle habersiz olarak klinik uygulamaya dahil olur ve gizli kayıt ekipmanı taşırlar. Klinisyen ile gerçek hasta arasındaki etkileşimin gözlemlenmesinden farklıdır. Hekimler ve hastalar, gözlemlendiklerini bildiklerinde davranışlarını değiştirebilirler. Her iki katılımcı da onay vermelidir.

Hasta ve hekim tarafından yapılan öz bildirim: Bu yöntem, hasta merkezli yaklaşımı değerlendirmek için doğrulanmış hasta anketlerini kullanmak olarak açıklanabilir. Terminoloji algılarındaki farklılıklar ve yanıtların anlaşılmasındaki sınırlılıklar hasta anketlerinin zayıf yönlerini oluşturur. Bir hasta, klinisyenin kendini dikkatlice dinlediğini işaretleyebilir ancak bu ‘dikkatle dinleme’yi neyin oluşturduğunu tam olarak tanımlayamaz.

Karma yöntem araştırması: Nitel ve nicel yöntemleri birleştirilmesiyle ikisi arasındaki sinerjik etkileşimin kullanması amaçlanır. Bu sayede nicel analizlerde kolayca modellenemeyen karmaşık ve doğrusal olmayan etkileşimlerin bir tanımı sağlanabilir.

Daha az sıklıkla kullanılan bunlar dışında çeşitli yöntemler de vardır. Hastalar farklı iletişim tarzlarının sergilendiği video simülasyonlarını derecelendirebilirler. Ancak hastaların kontrollü durumlardaki izlenimleri, gerçek tercihlerini tam olarak yansıtmayacaktır. Klinik ziyaret sonrası hasta ve hekimlerle yapılan yarı yapılandırılmış görüşmeler de iki tarafın bakış açıları arasındaki farklılıkları ortaya koymak açısından yararlı veriler sağlayabilir. Ek olarak bu konu hakkında meslektaş değerlendirmeleri de kullanılabilir. Ancak lipid seviyeleri, vücut kitle indeksi (VKİ), hemoglobin A1c (HbA1c) seviyeleri ve kan basıncı gibi doğrudan ölçülen sağlık sonuçlarını kullanarak hasta merkezli olmanın etkililiğini ölçmeye yönelik çabalar yetersiz sonuçlar sağlamıştır.^{85,87}

Hasta merkezli yaklaşım tek bir yapı veya boyut değildir. Aksine, aynı zeka gibi çok yönlü bir yapıdır. Her bir bileşen klinik yönetimi daha fazla hasta merkezli yaklaşıma yönlendirir. Bu sebeple Stewart'ın 2001 yılında öne sürdüğü gibi, belki de hasta merkezli yaklaşımı daha küçük bileşenlere ayırarak ölçmek daha uygun bir yaklaşım olabilir.⁸⁷

Sonuç olarak hastaların hasta merkezli yapısını anlamak için hastayı bir nitelikler kümesi olarak değil, bir birey olarak anlamamız gerekir. Hasta merkezli yaklaşımın ölçülmesi ise yalnızca hastaların algılarına bağlı olduğundan bakımın herhangi bir sonucuyla doğrudan ilişkili değildir.⁸⁸ Hastaların ve doktorların klinik bir karşılaşmaya ilişkin algıları farklıdır ve hizmetin hasta merkezli olup olmama durumuna karar veren kişilerin hastaların kendileri olması beklenmektedir. Politika yapıcılar ve klinisyenlere, hasta merkezli bakımın uygulanabilir hale gelmesi için neyin değiştirilmesi gerektiği konusunda eyleme dönüştürülebilir geri bildirimler vermek için daha ayrıntılı araştırmaların, hasta değerlendirmelerinin veya doğrudan gözlemlerin yapılması gereklidir.⁸⁹

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Çalışmamız, Çukurova Üniversitesi E-ASM’de sunulan hizmetlerin hasta memnuniyetini nasıl etkilediğinin gösterilmesi ve hasta memnuniyetini etkileyen hastaya ait faktörlerinden, hastanın ‘hasta merkezlilik algısı’nın değerlendirilmesi hedeflenerek aşağıda belirtilen araştırma sorularına yanıt aramak amacıyla kesitsel analitik tipte yapıldı.

Çukurova Üniversitesi E-ASM’de hizmet alan kişilerin;

- Memnuniyet düzeyleri nasıldır?
- Hasta merkezlilik algıları nasıldır?
- Hastaların hasta merkezlilik algılarıyla memnuniyet düzeyleri arasında ilişki var mıdır?
- Sosyodemografik özellikleriyle memnuniyet düzeyleri ve hasta merkezlilik algıları arasında ilişki var mıdır?
- E-ASM’lere kayıtlı olmayıp misafir hasta olarak hizmet alanların hasta merkezlilik algılarıyla ve memnuniyet düzeyleri, “E-ASM’ye kayıt aldırma isteklilikleri” ile ilişkili midir?

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma verileri, Çukurova Üniversitesi 047 ve 051 numaralı E-ASM’lerinde toplandı.

3.3. Araştırma Evreni ve Örneklemnin Belirlenmesi

Araştırma evrenini 2020 yılı Mart ayı içerisinde Çukurova Üniversitesi Eğitim ASM’de hizmet alanlar oluşturdu. Evreni % 95 güvenirlik ve % 5 hata payı ile temsil eden en az örneklem büyüklüğü 244 olarak hesaplandı. Örneklem büyüklüğüne ulaşmak için basit tesadüfi örnekleme yöntemi kullanıldı.

3.4. Araştırma için Alınan İzinler

- ukurova Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Akademik Kurulu
- ukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu
- ukurova Üniversitesi E-ASM Yönetim Kurulu
- Araştırmaya katılmayı kabul edenlerden aydınlatılmış onam belgesi ile yazılı onay alındı.

3.5. Verilerin Toplanması

Veriler Mart 2020’de 047 ve 051 numaralı E-ASM birimlerinde toplandı. Çalışmaya araştırmaya katılmayı kabul edenler arasından Türkçe okuma yazma bilen, 18 yaş ve üzeri katılımcılar dahil edildi. Bu kriterlere uyan toplamda 116 kişiye anket uygulandı, 7 katılımcının verilerindeki eksiklikler nedeniyle çalışma dışı bırakılmasıyla toplamda 109 katılımcının verileri kullanıldı.

3.6. Veri Toplama Araçları

Çalışmaya katılmayı kabul eden katılımcılardan sosyodemografik bilgilerini sorgulayan 11 soruluk anket formuyla beraber orijinaline üç soru eklenerek T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti (2012) alışmasında kullanılmış olan EUROPEP leğini ve Hastanın Hasta Merkezlilik Algısı leği-Gözden geçirilmiş formunu (HHMA-R) doldurmaları istenmiştir.

3.6.1. Sosyodemografik Anket Formu

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerini sorgulayan anket formunda ğrenci/personel/ diğer seçeneklerinin bulunduğu kişisel statü, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, kronik hastalık varlığı, sağlık durumu algısı ve E-ASM’ye kayıtlı olma durumu sorgulanmıştır.

3.6.2. EUROPEP

European Patients Evaluations of General Practice Care (EUROPEP) leği; Dünya Aile Hekimleri Birliği (WONCA) Avrupa rgtnn bir alt birimi olan

European Working Party on Quality in Family Practice (EQuiP) tarafından 1999 yılında geliştirilen 23 soruluk bir ankettir; 5 boyuttan ve 23 sorudan oluşmaktadır:

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

Ölçeğin Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Aktürk ve ark. tarafından yapılmış olup iç güvenilirliği için Crohnbach alfa değeri 0,98 olarak hesaplanmıştır. Araştırmamızda katılımcılara standart EUROPEP anket formuna, Sağlık Bakanlığı tarafından genel memnuniyet düzeylerini ölçmek üzere 3 soru daha eklenerek oluşturulmuş 26 soruluk anket uygulanacaktır. Eklenen bu üç soru ile hekimlerin davranışına, hizmet organizasyon yapısına ve genel fiziki koşullara ilişkin genel memnuniyetin ölçülmesi hedeflenmiştir. Ölçekte cevap seçenekleri 6’lı likert tipi olarak hazırlanmıştır ve puanlamasında: Uygun değil/ilgisiz ‘0 puan’, Çok kötü ‘1 puan’, Kötü ‘2 puan’, Orta ‘3 puan’, İyi ‘4 puan’, Çok iyi ‘5 puan’ olarak değerlendirilmektedir.⁹⁰

3.6.3. Hastanın Hasta Merkezlilik Algısı Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu

Hastanın Hasta Merkezlilik Algısı Ölçeği, ilk olarak 1986 yılında oluşturulmuştur. Klinisyenin ne derece hasta merkezli bakım sağladığının tanımlanması amaçlanarak, hastaların sağlık hizmeti ile karşılaşmalarını ne ölçüde hasta merkezli bulduklarını ölçen 11 sorudan oluşan HHMAÖ oluşturulmuştur. Yıllar içerisinde değişen hasta merkezli klinik yaklaşım HHMAÖ’de bir revizyon ihtiyacı doğurmuştur. Hasta merkezli yaklaşımın kabul edilen 4 bileşeni vardır; sağlık, hastalık ve rahatsızlık deneyimini keşfetmek, bütüncül yaklaşmak, ortak bir zemin bulmak, doktor-hasta ilişkisinin geliştirilmesi. Tüm bu 4 bileşenini de kapsayıp değerlendirebilecek HHMAÖ’nin genişletilmiş bir versiyonu oluşturulmak istenmiştir. Bu sebeple 2019 yılında revize edilerek 18 soruluk gözden geçirilmiş formu (HHMAÖ-R) oluşturulmuştur. Bu revize edilen ölçekte 4 bileşenin hepsini değerlendirebilen sorular 3 ana başlıkta toplanarak oluşturulabilmiştir;

- Sağlık süreci (1-8 sorular)
- Roller (9-10 sorular)

- İlişki ve bağlam (11-17 sorular)

Ölçekte 4'lü likert tipi cevap seçenekleri kullanılmıştır. 1 'Tamamen', 2 'Büyük ölçüde', 3 'Biraz', 4 'Hiç' olarak anlamlandırılmıştır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışmasında 18 sorunun 17'si uygun bulunmuştur. Orijinal çalışmanın Cronbach alfa değeri: 0,88 olarak hesaplanmış olup hem 18 madde için genel iç tutarlılık güvenirliği hem de her bir bileşen için ayrı ayrı olarak iç tutarlılık güvenirliği güçlüdür. Anketi oluşturanlar tarafından uygulayıcılara 18 maddenin tümünü temel alan ortalama bir puan hesaplaması önerilmiş.⁷⁵

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel analizlerde tanımlayıcı yöntemlerden ortalama, oran ve standart sapma kullanıldı. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin memnuniyet durumları ve hasta merkezlilik algısıyla karşılaştırılmasında gruplar normal dağılım göstermemesi nedeniyle ikili grupları karşılaştırmak için nonparametrik testlerden Mann Whitney U kullanıldı. $P < 0.05$ anlamlı olarak kabul edildi. İstatistik paket program olarak SPSS 26.0.0 kullanıldı.

3.8. Araştırmanın Süresi

Çalışma Aralık 2019'da planlanmaya başlandı. Şubat 2020'de Anabilim Dalında tez proje önerisi olarak sunuldu ve sonrasında etik kurul onayı alındı. Veriler Mart-Nisan 2020 tarihlerinde E-ASM'de toplanırken bu tarihlerde ortaya çıkan Covid-19 pandemisi ile hasta başvurularındaki değişikliğin başlamasının çalışmamızın sonuçlarını etkileme ihtimali ayrıca anket uygularken oluşabilecek bulaşma riski sebebiyle Mart ayının sonlarında anket uygulaması sonlandırıldı.

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Verileri

Çalışmamıza katılmayı kabul eden 116 kişiye anket uygulanmıştır. Eksik veya yanlış dolduran 7 kişinin verileri ihmal edilmiştir. Geriye kalan 109 anket çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmaya katılan kişilere ait sosyodemografik bilgiler Tablo 1’de gösterilmiştir. Katılımcıların yaşları, minimum 18, maksimum 60 olmak üzere ortalama $25,9 \pm 10,07$ olduğu bulunmuş olup, katılımcıları yaş gruplarına göre sınıfladığımızda, 76 hasta (% 69,7) 18-25 yaş arası, 33 hasta (% 30,3) 26 yaş üzerinde olduğu görülmüştür. Ankete katılan hastaların 53’ü (% 48,6) erkek, 56’sı (% 51,4) kadın, 78’i (% 71,6) Çukurova Üniversitesinde öğrenci, 21’i (% 19,3) üniversite personeli olup eğitim düzeylerine göre gruplandırıldığında; 100 katılımcının (% 91,7) eğitim durumunun ön lisans ve üzerinde, 9 hastanın ise (% 8,3) lise ve altında olduğu görülmüştür. Katılımcıların 34’ü (% 31,2) gelirlerinin giderlerine yetmediğini, 4’ü (% 3,7) ise gelirinin giderinden fazla olduğunu belirtmiştir. Sağlık durumlarına yönelik verilen cevaplara göre 18 hastanın (% 16,5) düzenli ilaç kullanımı gerektiren bir hastalığı olduğunu, 3 hastanın (% 2,7) sağlık durumunu çok kötü ve kötü, 77 hastanın (% 70,7) sağlık durumunu iyi ve çok iyi olarak nitelendirdiğini belirlenmiştir.

Tablo 1. Hizmet alanların sosyodemografik özellikleri

		Sayı	Yüzde (%)
Ç.Ü. Kimliği	Ç.Ü. Öğrenci	78	71,6
	Ç.Ü. Personel	21	19,3
	Diğer	10	9,1
Yaş	18-25 yaş	76	69,7
	26 ve üzeri	33	30,3
Cinsiyet	Kadın	56	51,4
	Erkek	53	48,6
Medeni durum	Evli	21	19,3
	Bekâr	88	80,7
Öğrenim durumu	Lise ve altı	9	8,3
	Ön lisans ve üzeri	100	91,7
Belirtilen gelir durumu	Gelirim giderimden fazla	4	3,7
	Gelirim giderimi karşılıyor	71	65,1
	Gelirim giderime yetmiyor	34	31,2
Kronik hastalık durumu	Var	18	16,5
	Yok	91	83,5
Belirtilen sağlık durumu	Kötü	3	2,7
	Orta	29	26,6
	İyi	77	70,7

Çalışma grubundaki hastaların E-ASM'ye kayıtlı olma durumları Tablo 2'de gösterilmiştir. Buna göre katılımcıların % 89,9'u E-ASM'ye kayıtlı olup kayıtlı olmayanların ise % 36,4'ü kayıtlarını E-ASM'ye aldirmek istediklerini belirtmişlerdir. Hastaların son bir yıldaki başvuru sayılarını incelediğimizde, E-ASM'ye ilk kez başvuranların oranı % 31,6 ve daha fazla kez başvuran kişi oranı ise % 9,2 olduğu görülmüştür.

Tablo 2. Hastaların E-ASM'ye kayıtlı olma durumları, tercihleri ve başvuru sayıları

		Sayı	Yüzde (%)
E-ASM'ye kayıtlı olma durumu (n:109)	Evet	98	89,9
	Hayır	11	10,1
E-ASM'ye kaydını almayı düşünme durumu (n:11)	Evet	4	36,4
	Hayır	7	63,6
Son bir yılda kurumdan alınan hizmet sayısı (n:109)	İlk kez	34	31,2
	2-5 kez	65	59,6
	6 kez ve üzeri	10	9,2

4.2. Katılımcıların Memnuniyet Düzeyleri

Anketi yanıtlayanların memnuniyet düzeyine genel olarak bakıldığında EUROPEP ortalama puanı 5 üzerinden 4,38 olarak bulunmuş olup, sağlık hizmet organizasyonu boyutu (3,93) hariç tüm boyutlarda alınan puanların 4'ten büyük olduğu görülmüştür. Hasta memnuniyetinin en yüksek bulunduğu durumlar ise genel değerlendirme (4,57) ile hasta-hekim ilişkisi (4,57) boyutları olmuştur. EUROPEP ölçeğinde en fazla cevapsızlık oranlarına sahip seçenekler sırasıyla 'Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini hatırlaması' (% 13,8), 'Uzman hekime ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması' (% 10,1) ve 'Günlük ihtiyaçlarınızı görecektik kadar iyi hissetmenize yardım etmesi' (% 9,2) olarak saptanmıştır.

Tablo 3. EUROPEP Boyutlara göre puan dağılımı

Memnuniyet Boyutları	Ortalama Puan	SD
Doktor-hasta ilişkisi	4,57	0,626
Sağlık Hizmeti	4,38	0,724
Enformasyon destek	4,41	0,747
Sağlık hizmet organizasyonu	3,93	1,470
Ulaşılabilirlik	4,21	0,853
Genel değerlendirme	4,57	0,572
EUROPEP ortalaması	4,38	0,643

Katılımcıların EUROPEP ölçeğinin her sorusu için verdikleri yanıtların dağılımları ve ortalamaları Tablo 3'te verilmiştir. Buna göre hastaların en memnun oldukları konular; 'doktorunuzun sizi dinlemesi', 'sizi muayene etmesi', 'sağlık hizmetlerini genel olarak değerlendirmesi' iken, en memnuniyetsiz oldukları konuların 'doktora telefonla ulaşabilme', 'önceki görüşmelerde yapılanların hatırlanması' olduğu görülmüştür. Ankette 'doktora telefonla ulaşabilme' (3,88), 'önceki görüşmelerde yapılanların hatırlanması' (3,79) soruları hariç diğer tüm maddelerde ortalama puanların 4'ün üzerinde olduğu görülmüştür.

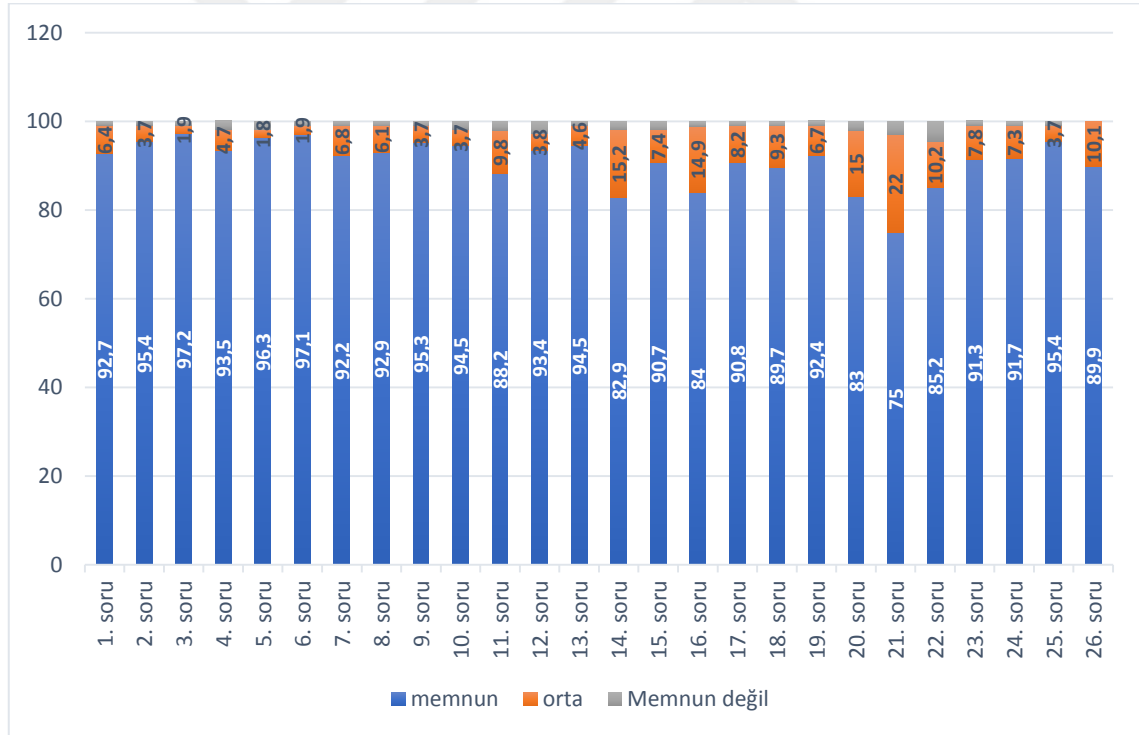
Tablo 4. Katılımcıların EUROPEP Ölçeği Puanlarının Ortalamaları

NO	SORULAR	Çok kötü (%)	Kötü (%)	Orta (%)	İyi (%)	Çok iyi (%)	Ortalama Puan	SD
1	Görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi	0,0	0,9	6,4	22,0	70,6	4,62	0,650
2	Sizin özel durumunuzla ilgilenmesi	0,9	0,0	3,7	29,6	65,7	4,55	0,787
3	Sorunlarınızı söylemenizi kolaylaştırması	0,9	0,0	1,9	30,6	66,7	4,58	0,761
4	Tedavinizle ilgili kararlara sizi de katması	0,9	0,9	4,7	34,6	58,9	4,41	0,935
5	Sizi dinlemesi	0,9	0,9	1,8	19,3	77,1	4,71	0,643
6	Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması	0,0	1,0	1,9	16,3	80,8	4,55	1,126
7	Şikâyetlerinizi çabuk geçirmesi	1,0	0,0	6,8	35,9	56,3	4,22	1,235
8	Günlük ihtiyaçlarınızı görece kadar iyi hissetmenize yardım etmesi	1,0	0,0	6,1	27,3	65,7	4,15	1,483
9	İşini tam yapması	0,0	0,9	3,7	19,6	75,7	4,61	0,860
10	Sizi muayene etmesi	0,0	1,8	3,7	17,4	77,1	4,70	0,631
11	Hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler (sağlık taraması, sağlık kontrolü, aşılama gibi)	0,0	2,0	9,8	21,6	66,7	4,24	1,333
12	Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması	0,9	1,9	3,8	23,6	69,8	4,47	1,050
13	Şikâyetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi	0,9	0,0	4,6	29,4	65,1	4,58	0,671
14	Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması	1,0	1,0	15,2	28,6	54,3	4,18	1,164
15	Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması	0,9	0,9	7,4	33,3	57,4	4,41	0,863
16	Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini hatırlaması	0,0	1,1	14,9	27,7	56,4	3,79	1,684
17	Uzman hekime ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması	0,0	1,0	8,2	28,6	62,2	4,06	1,517
18	Sağlık profesyonelleri dışındaki diğer personelin size yardımcı olması	0,0	0,9	9,3	27,1	62,6	4,43	0,927
19	Size uygun zamanlarda randevu verilmesi	0,0	1,0	6,7	30,5	61,9	4,37	1,077
20	Sağlık merkezine telefonla ulaşabilmeniz	0,0	2,0	15,0	24,0	59,0	4,04	1,446
21	Sağlık profesyonellerine telefonla ulaşabilmeniz	0,0	3,0	22,0	24,0	51,0	3,88	1,451
22	Bekleme odasında harcadığınız zaman	0,0	4,6	10,2	34,3	50,9	4,28	0,932
23	Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunulması	0,0	1,0	7,8	28,2	63,1	4,28	1,233
24	Sağlık merkezinde görevli sağlık profesyonellerinin davranışlarını genel olarak nasıl değerlendiriyorsunuz?	0,0	0,9	7,3	25,7	66,1	4,57	0,672

Tablo 4'ün devamı

25	Bu kurumda verilen sağlık hizmetlerini genel olarak nasıl buluyorsunuz?	0,0	0,9	3,7	24,8	70,6	4,65	0,599
26	Sağlık merkezinde hizmet verilen yerin fiziki koşullarını (bekleme odası, tuvalet, temizlik, ısıtma, aydınlatma vs.) genel olarak nasıl değerlendiriyorsunuz?	0,0	0,0	10,1	29,4	60,6	4,50	0,675

Verilen yanıtlara göre, iyi ve çok iyi işaretleyenleri memnun, kötü ve çok kötü işaretleyenleri ise memnun kalmamış olarak sınıflandırdığımızda, en fazla memnuniyetsizlik oranlarının sırasıyla % 4,6 ve % 3,0 oranlarıyla, 22. soru olan 'bekleme odasında harcadığınız zaman' ile 21. soru olan 'sağlık profesyonellerine telefonla ulaşabilmeniz' olduğu, en fazla memnun kalınan durumların ise % 97,2 % 97,1 ve % 96,5 yüzdeleriyle sırasıyla, 3. soru olan 'sorunlarınızı söylemenizi kolaylaştırması', 6. soru olan 'kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması' ve 5. soru olan 'Sizi dinlemesi' seçeneklerinde belirtilen durumlar olduğu görülmüştür.

**Şekil 1. Memnuniyet/memnuniyetsizlik oranlarının genel dağılımı**

4.3. Katılımcıların Memnuniyet Durumlarının Sosyo-demografik

Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Tablo 5'te görüldüğü üzere memnuniyet düzeylerini gösteren EUROPEP ortalaması öğrencilerde ($4,23 \pm 0,67$) personel ile diğer gruba ($4,76 \pm 0,35$) kıyasla istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde düşük bulunmuştur ($p=0,000$). Yaş, medeni durum ve kronik hastalık olup olmaması durumuna göre de memnuniyet düzeyleri arasında anlamlı farklar görülmüştür. 18-25 yaş arası hastaların EUROPEP ortalaması $4,26 \pm 0,68$ iken 26 ve üzeri yaştakilerde bu ortalamanın $4,66 \pm 0,46$ olduğu görülmüştür ($p=0,001$). Medeni durumuna göre, bekar olanların EUROPEP ortalaması $4,30 \pm 0,67$ iken, evli olanların ortalaması $4,69 \pm 0,39$ bulunmuştur ($p=0,012$). Kronik hastalığı olmayan katılımcıların EUROPEP ortalaması $4,33 \pm 0,64$ olan katılımcıların ise $4,62 \pm 0,61$ olarak saptanmıştır ($p=0,024$). Bunun dışında kalan cinsiyet ($p=0,340$), öğrenim durumu ($p=0,071$), gelir durumu ($p=0,152$), sağlık durumu ($p=0,572$) ile son bir yıldaki başvuru sayısı ($p=0,378$) açısından memnuniyet düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Belirtilen gelir durumu, belirtilen sağlık durumu ile son bir yıldaki E-ASM'ye başvuru sayısına verilen yanıtlara bakıldığında, bir gruba düşen örneklem sayısının çok düşük olduğu görüldüğü için ayrı ayrı istatistiksel analiz yapılmamış ve gruplar Tablo 5'teki gibi birleştirilmiştir.

Tablo 5. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre memnuniyet düzeyleri

		EUROPEP Ortalama $\pm$ SD	p
Ç.Ü. Kimliği	Ç.Ü. Öğrenci	$4,23 \pm 0,67$	0,000
	Ç.Ü. Personel-Diğer	$4,76 \pm 0,35$	
Yaş	18-25 yaş	$4,26 \pm 0,68$	0,001
	26 ve üzeri	$4,66 \pm 0,46$	
Cinsiyet	Kadın	$4,41 \pm 0,68$	0,340
	Erkek	$4,34 \pm 0,60$	
Medeni durum	Evli	$4,69 \pm 0,39$	0,012
	Bekâr	$4,30 \pm 0,67$	
Öğrenim durumu	Lise ve altı	$4,70 \pm 0,45$	0,071
	Ön lisans ve üzeri	$4,35 \pm 0,65$	
Belirtilen gelir durumu	Gelirim giderime denk/fazla	$4,33 \pm 0,65$	0,152
	Gelirim giderime yetmiyor	$4,48 \pm 0,63$	
Kronik hastalık durumu	Var	$4,62 \pm 0,61$	0,024
	Yok	$4,33 \pm 0,64$	
Belirtilen sağlık durumu	Orta/Kötü	$4,40 \pm 0,68$	0,572
	İyi	$4,36 \pm 0,63$	
Son 1 yılda E-ASM'ye başvuru sayısı	İlk kez	$4,25 \pm 0,81$	0,378
	2 veya daha fazla	$4,44 \pm 0,55$	

4.4. Katılımcıların Hasta Merkezlilik Algıları

Uygulanan HHMAÖ-R’de alınan puanların azalmasıyla hasta merkezlilik algısının yükseldiği yorumu yapılmaktadır ve en fazla hasta merkezlilik deneyimini yansıtan puan ‘1’, en düşük puan ise ‘4’ olarak belirlenmiştir. Çalışmaya katılanların hasta merkezlilik algılarına genel olarak bakıldığında HHMAÖ-R ortalama puanı $1,51 \pm 0,528$ olarak bulunmuş olup, en iyi algı puan ortalaması $1,38 \pm 0,503$ ile ‘ilişki bağlam’ alt ölçeğinde görülmüştür.

Tablo 6. Katılımcıların HHMAÖ-R alt ölçeklerine ilişkin puan ortalamaları

HHMAÖ-R	Ortalama Puan	SD
Sağlık süreci	1,56	0,570
Roller	1,79	0,814
İlişki bağlam	1,38	0,503
Toplam	1,51	0,528

Katılımcıların HHMAÖ-R ölçeğinin her bir sorusu için verdikleri yanıtların dağılımları ile ortalamaları Tablo 7’de verilmiştir. Verilen yanıtlara göre $1,27 \pm 0,484$ ortalama puanı ile ‘doktorunuz inanç, değer ve geleneklerinize ne ölçüde saygı gösterir?’ sorusu en yüksek puanı almış olup, ‘hekiminiz ile karşılıklı rollerinizi ne ölçüde tartıştınız? (Karar vermekten kim sorumlu ve tedavinizin/bakımınızın hangi boyutundan kim sorumlu?)’ sorusu $1,88 \pm 0,920$ ortalama puanı ile en düşük puanı almıştır.

Tablo 7. Katılımcıların HHMAÖ-R Puanlarının Ortalamaları

NO	SORULAR	Tamamen	Büyük Ölçüde	Biraz	Hiç	Ortalama Puan	SD
1	Bugün doktora gelme nedeniniz olan problem(ler)iniz ne ölçüde tartışıldı?	50,5	33,9	11,0	4,6	1,70	0,844
2	Sizce doktorunuz bugün sizi ne kadar anladı?	66,1	31,2	1,8	0,9	1,38	0,574
3	Sorununuz ile ilgili konuşmaları ne ölçüde yeterli buldunuz?	56,9	37,6	1,8	0,9	1,44	0,584
4	Doktorunuz bu sorunu size ne kadar açıkladı?	56,9	36,7	5,5	0,9	1,50	0,647
5	Doktorunuzun sorununuz hakkındaki görüşüne ne ölçüde katılıyorsunuz?	56,9	40,4	1,8	0,9	1,47	0,586
6	Doktorunuz sizin tedavi ile ilgili hedeflerinizi ne ölçüde sorguladı?	49,5	39,4	9,2	1,8	1,63	0,729
7	Doktorunuz tedaviyi size ne ölçüde açıkladı?	54,1	37,6	3,7	4,6	1,59	0,772
8	Doktorunuz bu tedaviyi uygulayıp uygulayamayacağınızı ne ölçüde araştırdı?	48,6	33,9	11,9	5,5	1,74	0,876

Tablo 7'nin devamı

9	Hekiminiz ile karşılıklı rollerinizi ne ölçüde tartıştınız? (karar vermekten kim sorumlu ve tedavinizin/bakımınızın hangi boyutundan kim sorumlu?)	42,2	33,9	17,4	6,4	1,88	0,920
10	Doktorunuz kendi tedavinizde üstlenmek istediğiniz rol/görev konusunda sizi ne ölçüde teşvik etti?	48,6	36,7	11,0	3,7	1,70	0,811
11	Sizce bu doktor ne ölçüde size bir birey olarak ilgi gösterdi?	68,8	25,7	3,7	1,8	1,39	0,651
12	Sağlığınızla ilgili kişisel problemlerinizi doktorunuzla ne kadar rahat konuşuyorsunuz?	68,8	25,7	3,7	1,8	1,38	0,635
13	Doktorunuz inanç, değer ve geleneklerinize ne ölçüde saygı gösterir?	75,2	22,9	1,8	0,0	1,27	0,484
14	Doktorunuz düşünce ve duygularınızı ne kadar dikkate alır?	66,1	30,3	2,8	0,9	1,39	0,592
15	Doktorunuz size ne kadar şefkat gösterir?	56,0	37,6	5,5	0,9	1,51	0,647
16	Doktorunuz sizi gerçekten ne kadar dinliyor?	71,6	25,7	1,8	0,9	1,32	0,559
17	Doktorunuza ne kadar güveniyorsunuz?	63,3	33,0	2,8	0,9	1,41	0,596

4.5. Katılımcıların Hasta Merkezlilik Algılarının Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Katılımcılar, öğrenci olup olmama durumlarına göre hasta merkezlilik algısı açısından incelendiğinde personel ve diğer katılımcılarda daha olumlu olacak şekilde anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,021$). Katılımcıların hasta merkezlilik algıları geriye kalan sosyo-demografik özelliklerine göre incelendiğinde; yaş ($p=0,100$), cinsiyet ($p=0,772$), medeni durum ($p=0,578$), öğrenim durumu ($p=0,089$), gelir durumu ($p=0,685$), kronik hastalık durumu ($p=0,739$), belirtilen sağlık durumu ($p=0,435$) ve son bir yıldaki E-ASM başvuru sayısı ($p=0,887$) açısından hiçbirinde çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmamıştır. Belirtilen gelir durumu, sağlık durumu ile son bir yıldaki E-ASM'ye başvuru sayısına yanıt verenlere bakıldığında, bir grupta örneklem sayısı çok düşük olduğu için ayrı ayrı istatistiksel analiz yapılmamıştır.

Tablo 8. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre hasta merkezlilik algıları

		HHMAÖ-R Ortalama±SD	P
Ç.Ü. Kimliği	Ç.Ü. Öğrenci	1,58 ± 0,56	0,021
	Ç.Ü. Personel-Diğer	1,33 ± 0,37	
Yaş	18-25 yaş	1,57 ± 0,58	0,100
	26 ve üzeri	1,37 ± 0,36	
Cinsiyet	Kadın	1,53 ± 0,55	0,772
	Erkek	1,49 ± 0,51	
Medeni durum	Evli	1,41 ± 0,35	0,578
	Bekâr	1,53 ± 0,56	
Öğrenim durumu	Lise ve altı	1,25 ± 0,34	0,089
	Ön lisans ve üzeri	1,53 ± 0,54	

Tablo 8'in devamı

Belirtilen gelir durumu	Gelirim giderime denk/fazla	1,53 ± 0,55	0,685
	Gelirim giderime yetmiyor	1,48 ± 0,63	
Kronik hastalık durumu	Var	1,51 ± 0,62	0,739
	Yok	1,51 ± 0,51	
Belirtilen sağlık durumu	Orta/Kötü	1,54 ± 0,51	0,435
	İyi	1,50 ± 0,54	
Son 1 yılda E-ASM'ye başvuru sayısı	İlk kez	1,56 ± 0,69	0,887
	2 veya daha fazla	1,49 ± 0,44	

4.6. Katılımcıların Hasta Merkezlilik Algıları ile Hasta Memnuniyetinin

Karşılaştırılması

Tablo 9'da belirtildiği üzere, HHMAÖ-R ile EUROPEP ölçeğinin toplam puanları arasında negatif r değeri bulunmuştur. ($r_s = -0,567$, $p = 0,0001$) EUROPEP yükselen puanda, HHMAÖ-R ise azalan puanda olumlu yönde değerlendirildiğinden ölçeklerin orta düzeyde pozitif korelasyon gösterdiği belirlenmiştir.

Tablo 9. Ölçekler arasındaki korelasyona ait bulguların incelenmesi

	Ortalama puan	SD	r	p
EUROPEP	4,38	0,64	-0,567	0,0001
HHMAÖ-R	1,51	0,53		

5. TARTIŞMA

Çağımızda hastaların sağlık bakımı alma sürecinde rol almalarını, sunulan sağlık hizmeti sırasında karar verme süreci dahil olmak üzere aktif olarak katılımlarını teşvik eden sağlık modelleri giderek önem kazanmıştır. Sağlık hizmetinin kaliteli sunulmasında klinisyenin sahip olması gereken kanıta dayalı tıbbi bilgilerin dışında, hasta olan kişinin hissettikleri, düşünceleri, sağlığa olan bakış açısı da bir o kadar önemli olduğu belirlenmiştir. Hastaların düşüncelerini öğrenmenin yollarından biri bu doğrultuda hazırlanmış olan anketleri kullanmaktır.⁹¹ Bu düşünceden yola çıkarak Çukurova Üniversitesi E-ASM’de yaptığımız çalışmamızda; hastaların sosyodemografik bilgileriyle beraber aldıkları hizmet konusundaki memnuniyet durumları ve hasta merkezlilik deneyimlerinin kullandığımız ölçekler aracılığıyla ortaya konularak bu konu hakkında geliştirilebilecek yönlerin açığa çıkarılması, gerekli önlemlerin alınması ve sonuç olarak burada verilen sağlık hizmetlerindeki verim ve kalite düzeyinin yükseltilmesi hedeflenmiştir.

Araştırmamız hastaların sosyodemografik bilgileriyle birlikte hasta merkezlilik algılarının ve memnuniyetlerinin beraber değerlendirilmesi şeklinde planlanıp uygulanmıştır. 2009 yılında yapılan ve hasta memnuniyetinin belirleyicilerinin tanımlanması amaçlanan bir araştırmada hastaların cinsiyet, yaş, öğrenim ve sağlık durumu gibi sosyodemografik bilgilerinin hasta memnuniyeti konusunda önemli bir belirleyici unsur oldukları ortaya koyulmuştur.⁹² Bizim çalışmamızda da sosyodemografik değişkenlerin hasta memnuniyeti üzerine etkisi incelenmiştir. Çalışmamıza katılmayı kabul eden 109 kişinin 56’sı kadın olup (% 51,4) az bir farkla erkek sayısından fazla bulunmuştur. Bu oran 2010 yılında Adana birinci basamak sağlık kurumlarına başvuran hastaların memnuniyet düzeyi araştırmasında bulunan (% 69,4) ve 2018 yılında üniversitemiz Medikososyal merkezinde Ateş tarafından yapılan memnuniyet araştırmasında elde edilen orandan (% 71,2) daha düşük bulunmuşsa da yine diğer çalışmalardaki gibi kadın katılımcıların oranı erkek katılımcılardan daha yüksek saptanmıştır.^{93,94} Kadınların araştırmalarda daha yüksek katılım oranlarının bulunması özellikle birinci basamakta 15-49 yaş kadın izlem programı, HPV ve mamografi taramaları, gebe takibi gibi kadın katılımını gerektirecek hizmetlerin fazlalığından kaynaklı olabilir.

Gümüşhane’de yapılan bir çalışmada araştırmaya katılan kişilerin yaş ortalaması 27 ± 38 arasında bulunmuştur. Samsun’da 2008 yılında Çubukçu tarafından yapılan memnuniyet araştırmasında ise yaş ortalaması 31 olarak bulunmuştur.^{95,96} Bizim çalışmamızda yaş ortalaması $25,9 \pm 10,07$ olarak saptanmış olup Ateş’in benzer popülasyonla yapmış olduğu çalışmadaki orana ($25,5 \pm 10$) benzer bulunmuştur.

Katılımcıların eğitim düzeyleri incelendiğinde, çalışmamıza katılanların % 91,7’si önlisans ve üzeri düzeyde öğrenim düzeyine sahip olduğu görülmüştür. Bakanlığın 2016 yılında yapılan memnuniyet araştırmasında % 15,2’si üniversite düzeyinde, Dokuz Eylül Üniversitesi’nde yapılan bir çalışmada hastaların % 36,7’sinin üniversite düzeyinde eğitim almış olduğu, Ankara’da Karadağ tarafından yapılan bir başka çalışmada yalnızca % 7,8’inin üniversite ve üzeri düzeyde bir eğitim almış oldukları, Gümüşhane’de Bostan ve Havvatoğlu tarafından yapılan çalışmada ise % 16,6 oranında üniversite düzeyinde eğitim aldıkları saptanarak bizim çalışmamıza kıyasla çok daha düşük eğitim seviyesine sahip katılımcıların olduğu görülmüştür. Ancak yine Ateş’in Medikososyal Merkezinde yaptığı çalışmada da öğrenim düzeyinin yüksekliği konusunda bizim çalışmamıza benzer sonuçlara ulaşıldığı görülmüştür. (% 95,7) Ateş’in ve bizim çalışmamızda yaş ortalamasının düşük olması ve öğrenim düzeyinin yüksek olmasının nedeni kurumumuzdan hizmet alanların büyük çoğunluğunu üniversite öğrencilerinin oluşturması olabilir.^{50,94,95,97,98}

Bakanlığın 2016 yılında Türkiye genelinde yapmış olduğu genel memnuniyet değerlendirmesinde katılımcıların % 71,1’inin evli olduğu saptanmıştır. Karadağ’ın memnuniyet araştırmasında % 77,5 oranında evli, Yuvaç’ın Aydın’da yapmış olduğu çalışmasında % 54,8 evli olarak saptanmıştır.⁹⁹ Üniversite kampüsü içinde yapılan bir diğer çalışma olan Ateş’in araştırmasında bulunan evli kişi yüzdesi (% 28,8) bizim çalışmamızdaki düzeye (% 19,3) diğer çalışmalardan daha yakın bulunmuş olmakla birlikte bizim çalışmamızda çıkan sonuçtan yüksek olduğu görülmüştür.

2017 yılında Ankara’da yapılan üniversite öğrencilerinin aldığı sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi çalışmasında gelir düzeyini katılımcıların % 63,28’i orta olarak belirtmiştir.¹⁰⁰ Ateş’in çalışmasında gelirim giderimi karşılıyor diyenlerin oranı; % 59,5, bizim çalışmamızda ise bu çalışmalara benzer olarak % 65,1’i gelirlerinin giderlerini karşıladığını belirtmişlerdir.

Çalışmamıza katılanların sürekli ilaç kullanmasını gerektiren bir hastalığa sahip olma oranı % 16,5 olarak bulunmuştur. Bakanlığın 2016 yılındaki memnuniyet sonuç raporunda kronik hastalığı olduğunu belirtenlerin oranı % 31,1, Yuvanc'ın çalışmasında % 23,6, Samsun'da yapılan Çubukçu'nun memnuniyet araştırmasında % 40,5, Ateş'in çalışmasında ise bizim bulduğumuz sonuca en yakın olarak % 22,3 olarak saptanmıştır. Yine bu farklılıklar çalışmamıza katılanların yaş ortalamasının düşüklüğünden kaynaklı olabilir.

Genel sağlık durumunu iyi olarak nitelendiren katılımcıların oranı çalışmamızda % 70,7 olarak oldukça yüksek düzeyde bulunmuştur. 2016 yılında yapılan bakanlığın memnuniyet araştırmasında sağlık durumu algılamasında iyi yanıtı verenlerin oranı % 53,1, Ateş'in çalışmasında ise % 66,0 olarak bizim ulaştığımız sonuca daha yakın olarak bulunmuştur.

Ankara'da Karadağ'ın çalışmasına katılanların % 73,4'ü sağlık kurumuna geliş sıklığını 2'den fazla olarak belirtmişlerdir. Ateş'in çalışmasında göre hizmet alanların son bir yıl içerisinde % 70,3 ü ikiden fazla kez medikososyal merkezine başvurmuş, bizim çalışmamızda da yine bu çalışmalara benzer olarak bir yılda ikiden fazla kez E-ASM'ye başvuranların oranı yüksek (% 68,8) bulunmuştur. Başvuru sayılarının genel olarak bu kadar yüksek olma sebebi Türkiye genelinde bulunan sağlığa olan fazla talep eğilimi olabileceği gibi görece olarak bizim çalışmamızda elde edilmiş daha düşük oranın sebebi polikliniğimizin hala yeni kayıt almaya devam eden, yeni sayılabilecek bir aile hekimliği birimi olmasından dolayı olabilir.

Araştırmamızda hastaların memnuniyetini ölçmek amacıyla kullandığımız EUROPEP ölçeğinde hastaların kendileriyle ilgili olmadığını düşündükleri durumları değerlendirmeleri için "uygun değil" seçeneği bulunmakta olup bu seçenekler cevapsız bırakılan sorular olarak değerlendirilmiştir. Ateş'in çalışmasında 21. soru olan 'Sağlık profesyonellerine telefonla ulaşabilmeniz' ve 20. soru olan 'Sağlık merkezine telefonla ulaşabilmeniz' en fazla cevapsızlık oranına sahip seçenekler olarak bulunmuştur. Ateş'in çalışmasına benzer olarak Sağlık Bakanlığının 2010 yılında yaptığı araştırmasında en fazla cevapsızlık oranlarının sırasıyla, 21. (% 29,6) ve 20. (% 28,6) sorularda olduğu tespit edilmiştir.⁹¹ Bizim çalışmamızda farklı olarak en fazla cevapsızlık oranına sahip sorular; 16. soru olan 'Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerin hatırlaması' (% 13,8) ve 17. soru olan 'Uzman hekime ya da hastaneye

sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması' (% 10,1) olmuştur. 16. sorunun cevapsız bırakılma nedeni olarak; E-ASM polikliniklerinde hizmet veren hekimlerin aylık olarak değişmesi nedeniyle süreklilik konusunda aksama yaşanmış olabilir. Ayrıca ilk kez olan başvuruda bulunan ve birime kayıtlarını yeni alan hastalar daha önce yapılan bir görüşme olmadığı için 16. soruya yanıt vermekten kaçınmış olabilirler. Hasta popülasyonu olarak genç sayılabilecek bir nüfusa sahip olan E-ASM birimlerinde hizmet alan hastaların, daha çok birinci basamakta çözülebilecek tarzda sorunlarla polikliniğe başvurdıklarını varsayarsak, çoğu durumda sevke ihtiyaç duyulmaması sebebiyle 17. soru yanıtsız bırakılmış olabilir.

Çalışmamıza katılanların memnuniyet düzeyine genel olarak bakıldığında EUROPEP ortalama puanı 5 üzerinden 4,38 olarak bulunmuş olup, sağlık hizmet organizasyonu boyutu (3,93) hariç tüm boyutlarda alınan puanların 4'ten büyük olduğu görülmüştür. Doktor-hasta ilişkisi 4,57 puan, sağlık hizmeti sunumu 4,38 puan, enformasyon ve destek 4,41 puan, sağlık hizmetlerinin organizasyonu 3,93 puan, ulaşılabilirlik 4,21 puan, genel değerlendirme 4,57 puan bulunmuştur. Ateş'in çalışmasında genel memnuniyet düzeyini yansıtan EUROPEP ortalaması 4,15 puan olmuştur. Boyutlardaki puanlar ise; Doktor-hasta ilişkisi 4,37 puan, sağlık hizmeti sunumu 4,21 puan, enformasyon ve destek 4,19 puan, sağlık hizmetlerinin organizasyonu 4,01 puan, ulaşılabilirlik 3,89 puan olarak tespit edilmiştir. Aynı bina içerisinde yapılmış olmasına rağmen bizim çalışmamızdaki sağlık hizmet organizasyon boyutu hariç tüm boyutlarda daha yüksek puan elde edilmesinin sebebi Ateş'in yapmış olduğu önceki çalışmadan elde edilen veriler doğrultusunda yapılmış olan geliştirme ve iyileştirmeler ile memnuniyet düzeyinin artmış olması olabilir. Bunu dışında, Ateş'in çalışmasından farklı olarak E-ASM'nin açılmasıyla birlikte özellikle hasta merkezli yaklaşım ve diğer tüm aile hekimliği çekirdek yeterliliklerinin, aile hekimliği klinik ortamında uygulanmasına başlanmış olması da memnuniyeti artırıcı bir faktör olmuş olabilir.

Literatür incelendiğinde memnuniyet konusunda sosyodemografik değişkenlerle ilgili olarak farklı sonuçlara ulaşılmıştır. Çalışmamızda yaşın memnuniyet üzerindeki etkisine baktığımızda 26 ve üzeri yaş olan katılımcıların memnuniyet düzeyinin anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur. Ülkemizdeki bazı çalışmalarda da aynı şekilde yaşlı hastaların sağlık hizmetlerinden daha memnun oldukları görülmüştür.^{94,101,102}

Yurtdışında da bizim yaptığımız çalışmaya benzer sonuçlar alınan çalışmalar olmuştur. Carr-Hill ve ark. ile Hall ve Dornan'ın yaptıkları çalışmalarda da yaşla memnuniyetin arttığı saptanmıştır.^{41,103} Ancak Yuvañ tarafından ve Ercan ve ark. tarafından yapılan çalışmalarda olduğu gibi bazı araştırmalarda yaş ile memnuniyet arasında herhangi bir anlamlı ilişki bulunamamıştır.^{99,104}

Katılımcıların üniversite personeli veya öğrenci olma durumuna göre memnuniyet durumlarını incelediğimizde yine Ateş'in çalışmasında olduğu gibi bizim çalışmamızda da öğrencilerin memnuniyet puanı ortalaması, üniversite çalışanlarına kıyasla anlamlı bir şekilde düşük bulunmuştur. Yaşla beraber memnuniyetin yükseldiği düşünülürse daha düşük yaş ortalamasına sahip öğrencilerde bu sonuç beklendiği gibi çıkmıştır. Yaşın hasta memnuniyeti üzerine olan bu etkisinin sebebi, gençlerin sağlık hizmeti konusunda farklı beklentilere sahip olması ve yaşla birlikte edinilen deneyimle birlikte bu beklentilerin daha gerçekçi bir hal alması olabilir. Çalışmamızda ulaştığımız medeni durum memnuniyet arasındaki evlilerde daha yüksek bulunan anlamlı ilişkiyi de aynı şekilde anketi uyguladığımız popölasyonu göz önüne alarak benzer nedenlerle açıklayabiliriz. Karadağ tarafından ve Ünalın ve ark. tarafından yapılan çalışmalarda da medeni durum memnuniyet ilişkisi açısından bizim çalışmamızla benzer sonuçlara ulaşılmışken Ateş, Çubukçu, Yuvañ ve Tezcan tarafından yapılan araştırmalarda anlamlı bir fark bulunmamıştır.^{5,50,94,96,99,102}

Geçmişte yapılan çalışmalarda, memnuniyet ile öğrenim durumları arasındaki ilişki incelendiğinde Ateş, Karadağ, Cihangiroğlu ve Uzuntarla, Erdem ve ark. tarafından yapılan çalışmalarda, eğitim düzeyinin artmasıyla memnuniyetin azaldığı görölmüştür.^{50,94,105,106} Bizim çalışmamızda da diğer çalışmalara benzer şekilde eğitim düzeyine göre memnuniyet durumları lise ve altı öğrenim düzeyine sahip kişilerde, yüksek öğrenim alanlara kıyasla daha yüksek olmasına karşın anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bunun nedeni Ateş'in iki yıl önce yapmış olduğu memnuniyet araştırması sonrası öğrencilerin sağlık hizmetlerinden duyduğu memnuniyeti artıracak şekilde sağlık hizmetinin geliştirilmiş olması olabilir. Ayrıca çalışmamıza katılan öğrenci sayısının Ateş'in çalışmasına kıyasla oransal olarak daha düşük olması da bu sonucun çıkmasına sebep olmuş olabilir.

Cinsiyet ve memnuniyet ilişkisinde kadınların daha memnun olabileceğini gösteren çalışmalar^{50,96} olmakla birlikte bizim çalışmamızda, Yuvañ'ın ve Ateş'in

alışmasına benzer şekilde cinsiyetle memnuniyet arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bazı çalışmalarda kadın hastaların daha memnun saptanmalarının sebebi birinci basamakta verilen gebelik izlem, bebek aşı ve izlemleri gibi hizmetlerle daha ilgili olan kesimin kadınlar olması olabilir. Bizim alışmamızda ise, popölasyonumuzu daha çok öğrencilerin oluşturması ve gebe sayımızın çok düşük olması nedeniyle bu yönden memnuniyeti anlamlı şekilde etkileyen bir sonuç çıkmamış olabilir.

Gelir düzeyinin artmasıyla birlikte artan yaşam standartları ve buna bağlı artan beklentilerin hastaların daha az memnun olmasına sebebiyet verebilir. Bunu destekler çalışmalar olmakla birlikte^{107,108} Erdem ve ark., Yuvanc, Ateş, Tezcan ile Kırılmaz ve Öztürk tarafından yapılan çalışmalarda bizim çalışmamızda olduğu gibi gelir düzeyi ile memnuniyet arasında bir ilişki saptanmamıştır.^{94,99,102,107,110} çalışmaların farklı tip sağlık kurumlarında uygulanması sebebiyle bu şekilde çeşitli sonuçlar elde edilmiş olabilir. Bizim alışmamızda ulaştığımız bu gelir durumu memnuniyet ilişkisizliğinin sebebi E-ASM'nin sosyal güvencesi olan her kesime ücretsiz hizmet veren bir poliklinik niteliği taşıması olabilir.

Karadağ'ın çalışmasında sağlık kuruluşuna yılda iki defadan az gelenlerin sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik boyutu açısından memnuniyet düzeyi düşük iken, 5 defadan fazla gelenlerin memnuniyet düzeyleri yüksek bulunmuştur. Yine başka bir çalışmada da aile hekimliğine başvuru sıklığının artmasıyla memnuniyetin yükseldiği görölmüşken¹⁰⁸ bizim çalışmamızda ise Yuvan'ın çalışmasında olduğu gibi son bir yıldaki başvuru sayısı açısından memnuniyet düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Kampüs içinde bulunan E-ASM birimlerine bağlı nüfusun genel olarak üniversite öğrenci ve personelinden oluşması sebebiyle ulaşılabilirlik açısından kliniğin bütün hastalar için eşit derecede avantajlı konumda olması, başvuru sayısı açısından kişiler arası memnuniyette belirgin bir fark elde edilmesinin önüne geçmiş olabilir.

Araştırmamızda EUROPEP puanları incelendiğinde kronik hastalığa sahip kişilerin, kronik hastalığı olmayanlara göre memnuniyet düzeyleri anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Ülkemizde de bu durumu destekler çalışmalar vardır.^{111,112} Kronik bir hastalığın olmasının bireylerin yaşamları üzerine genel anlamda zorlayıcı ve sınırlayıcı etkileri olduğu inanişından kaynaklı genel memnuniyet düzeylerinin düşük olduğu düşünölebilir. Ancak bu kişilerin devamlı olarak takip edilmesi, sık sık kontrol

amacıyla muayeneye gelmesi, klinisyen ile hastanın sürekli iletişim halinde olmalarını dolayısıyla aralarındaki ilişkinin gelişmesini sağlayarak hastanın aldığı hizmete karşı duyduğu memnuniyeti artırmış olabilir.

Türkiye’de yapılan, sağlık hizmetlerinde memnuniyet araştırmalarının bazılarında saptanan genel memnuniyet düzeylerine bakılacak olursa; 2010 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan birinci basamak sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti çalışmasında tüm ülke genelinde genel memnuniyet oranı % 81,2, 2011 yılında Çelikalp ve ark. tarafından yapılan çalışmada % 53,6, 2012 yılında Şişe ve Altinel tarafından yapılan çalışmada % 83,4, 2015 yılında Erdem ve ark. tarafından yapılan çalışmada % 62,0, 2016 yılında Cihangiroğlu ve Uzuntarla tarafından yapılan çalışmada ise % 69,5 olarak bulunmuştur.^{91,101,105,106,113} Bizim çalışmamızda ise memnuniyet anketi ortalama puanı 5 üzerinden 4,38 olarak yüksek bulunmuş olup bunun dışında memnuniyete ilişkin veriler Ateş’in çalışmasında olduğu gibi belirli parametrelerde memnuniyet/memnuniyetsizlik oranı olarak hesaplanmıştır. Kullandığımız ölçeğe ilişkin yaptığımız analizde “iyi” ile “çok iyi” işaretlemelerini memnun kabul ederek aldıkları puana göre seçenekleri sıraladığımızda en düşük puan alan sorular sırasıyla % 4,6 ve % 3 oranlarıyla, 22. soru olan ‘bekleme odasında harcadığınız zaman’ ile 21. soru olan ‘sağlık profesyonellerine telefonla ulaşabilmeniz’ olduğu, en yüksek puan alan durumların ise % 97,3 % 97,1 ve % 96,4 yüzdeleriyle sırasıyla, 3. soru olan ‘sorunlarınızı söylemenizi kolaylaştırması’, 6. soru olan ‘kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması’ ve 5. soru olan ‘sizi dinlemesi’ seçeneklerinde belirtilen durumlar olduğu görülmüştür. Memnuniyetsizlik durumlarının yapılan diğer çalışmalarla benzerlik gösterdiği saptanmıştır. Ateş’in çalışmasında da Sağlık Bakanlığının 2010 yılındaki 34,472 kişiyle yapmış olduğu çalışmada da bizim çalışmamızda olduğu gibi en düşük puanların 21. ve 22. sorularda olduğu görülmüş olup ‘sağlık profesyonellerine telefonla ulaşım’ ve ‘bekleme odasında harcanan zaman’ konularının genel olarak sağlık hizmetlerinde geliştirilmesi gereken durumlar olduğu dikkat çekmiştir. Elde edilen sonuçlara göre hastaların klinisyenlere telefonla ulaşma konusunu önemseydiği ancak ulaşamadığı görülmüştür. Bunu mümkün kılmak için binanın giriş kapısına, duvara ya da panoya E-ASM’nin telefon numarası asılabilir ya da hastalar kayıt sırasında bu konu hakkında sözel olarak bilgilendirilebilir. Bekleme zamanı konusundaki memnuniyetsizliği gidermek için ise randevu sistemi daha aktif kullanılabilir.

Katılımcıların genel olarak cevaplarına bakıldığında ‘Sağlık profesyonellerine telefonla ulaşabilmeniz’ ve ‘Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini hatırlaması’ soruları hariç puan ortalamalarının 4’ün üzerinde olduğu görülmüştür. 2 yıl önce aynı binada farklı poliklinikte yapılan Ateş’in çalışmasında ise “Şikâyetlerinizi çabuk geçirmesi”, “Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması”, “Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini hatırlaması”, “Sağlık merkezine telefonla ulaşabilmeniz”, “Sağlık profesyonellerine telefonla ulaşabilmeniz”, “Bekleme odasında harcadığınız zaman” ve “Sağlık merkezinde hizmet verilen yerin fiziki koşullarını (bekleme odası, tuvalet, temizlik, ısıtma, aydınlatma vs.) genel olarak nasıl değerlendiriyorsunuz?” soruları dışında 4 puan üstü olduğu belirtilmiştir. Bizim çalışmamızda daha fazla soruda puan ortalamasının yüksek olduğu ve memnuniyet düzeyinin geliştirilmiş olduğu görülüyor bunun sebebi E-ASM’nin açılması ve bu sayede hastalara daha kapsamlı bir bakım sağlama olanağının doğmuş olması olabilir.

Çalışmamızın diğer bir amacı olan aile hekimliğinin temel ilkelerinden hasta merkezli yaklaşımın değerlendirilmesi için yaptığımız anketimizde en fazla hasta merkezlilik deneyimini yansıtan puan ‘1’, en düşük puan ise ‘4’ olarak belirlenmiştir. Çalışmaya katılanların hasta merkezlilik algıları ortalama puanı 1,51 olarak oldukça yüksek bulunmuştur. Bu durum, bakım hizmetinin, klinik yönetiminde hasta merkezli yaklaşımı uygulayabilmek için gerekli niteliklere sahip klinisyenler tarafından verildiği yönünde değerlendirilmiştir.

Literatür incelendiğinde ülkemizde hasta memnuniyeti üzerine yapılmış fazla sayıda mevcut çalışmaya karşın hastanın hasta merkezlilik algısı üzerine yapılmış iki çalışmaya rastlanmıştır.^{114,115} Altuğ tarafından Antalya’da yapılmış olan çalışmanın yalnızca özet kısmı elde edilmiş olup tam metnine ulaşamamış, Uludağ tarafından yapılan çalışma ise hem hekime hem de hastaya anket uygulayarak yöntemsel olarak bizim çalışmamızdan daha farklı şekilde hasta merkezlilik algısını değerlendirmiştir. Bu sebeple farklı çalışmalarla olan karşılaştırmalı yorumlarımız sınırlı şekilde yapılabilmektedir.

Katılımcıların yanıtlarına göre ‘doktorunuz inanç, değer ve geleneklerinize ne ölçüde saygı gösterir?’ sorusu 1,27 ile en yüksek puanı almış olup, ‘hekiminiz ile karşılıklı rollerinizi ne ölçüde tartıştınız? (karar vermekten kim sorumlu ve

tedavinizin/bakımınızın hangi boyutundan kim sorumlu?)’ sorusu 1,88 ile en düşük puanı almıştır. Hastaların kendi istekleriyle ‘karar verme’ aşamasından kaçınması veya bu katılımcıların başvurma nedeni olan sağlık problemlerinin aktif katılım gerektiren kronik hastalıklardan ziyade daha basit problemler olması ve çok tartışılmaya açık olmaması bu düşük puanın sebebi olabilir. Karşılıklı rollerin belirlenmesi sorusuyla elde edilen düşük puanla birlikte, klinik yöntemin merkezinde yer alan ve hasta-klinisyen etkileşiminde bir bağlantı noktası sağlayan ‘ortak bir zemin bulma’ bileşeninin, hasta hekim iletişimde geliştirilmesi gereken durumlardan biri olduğu ortaya çıkmıştır.

Katılımcıların hasta merkezlilik algılarının sosyodemografik özelliklerine göre dağılımına bakılacak olursa, çalışmamızda yalnızca öğrenci olup olmama durumuna göre hasta merkezlilik algılarında anlamlı bir fark görülmüştür. Öğrencilerde daha düşük çıkan hasta merkezlilik algısının sebebi öğrencilerin genelde rapor, aşı gereksinimi olup olmadığını kontrol etme isteği gibi basit ve hasta katılımına çok gereksinim duyulmayan şikayetlerle başvurmaları olabilir. 2000 yılında yapılan bir araştırmada basit şikayetleri olan hastaların daha çok yönlendirme tarzını tercih ettiği ancak birden çok müdahalenin yönetimi ile daha fazla hasta katılımı gerektiren kronik hastalıklara sahip olan hastaların klinik uygulamada paylaşılan karar vermeyi başka bir deyişle hasta merkezli yaklaşımı tercih ettiği görülmüştür.⁸⁶ Bu araştırmada çıkan sonuç da bizim bulgumuzu desteklemektedir. Bunun dışında kalan yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, gelir durumu, kronik hastalık durumu, belirtilen sağlık durumu ve son bir yıldaki E-ASM başvuru sayısı açısından hiçbir parametrede çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmamıştır. Uludağ’ın çalışmasında da yaş, cinsiyet, öğrenim ve gelir durumuna göre aynı şekilde hasta merkezlilik algısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Son olarak araştırmamızda kullanmış olduğumuz memnuniyet ve hasta merkezlilik algısı anketlerinin sonuçları birlikte değerlendirildiğinde ise anketlerin puanları arasında orta düzeyde korelasyon olduğu görülmüştür. Bu durum da literatürdeki birçok araştırmada görüldüğü üzere hasta merkezli yaklaşım ile hasta memnuniyeti arasında pozitif bir ilişki olduğunu göstermektedir.¹¹⁶⁻¹²¹

Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlü Yönleri

Çukurova Üniversitesi E-ASM’de yapılan çalışmanın COVID-19 pandemisi nedeniyle planlanan süreye ulaşmadan erken sonlandırılması çalışmamızın en büyük kısıtlılığıdır. Hasta memnuniyetine ilişkin araştırılan konular ise ölçeklerde sorulan sorularla sınırlıdır. Kullanılan anketlerin belirli bir kesme noktası bulunmadığından hastanın memnuniyet ve hasta merkezlilik algılama durumları ortalama puan üzerinden değerlendirilmiştir.

Çalışmamız ülkemizde E-ASM’deki hasta merkezlilik algısını değerlendiren ilk çalışmadır. Üniversitemiz Mediko-Sosyal Merkezinde 2018 yılında yapılan memnuniyet çalışması sonucu elde edilen verilerle E-ASM açılmasına ihtiyaç olduğu ortaya çıkmış ve bu doğrultuda Çukurova Üniversitesi bünyesinde iki birim olarak açılmıştır. E-ASM’de verilen sağlık hizmetiyle bir önceki çalışmada öngörülen şekilde memnuniyeti artırdığının gösterilmesi değerlidir. Ulaşılabilen literatüre göre, ülkemizde hastanın hasta merkezlilik algısı hakkında yapılmış çok fazla araştırma bulunmamaktadır. Sunulan sağlık hizmetinden duyulan memnuniyetteki artışın, Aile Hekimliği disiplininin hasta merkezlilik yaklaşımının katkısıyla sağlanmış olabileceğinin gösterilmesi ise çalışmamızın diğer önemli yönü olarak yorumlanabilir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Çalışmamız hasta memnuniyetinin sağlık kurumlarında düzenli aralıklarla ölçülmesi hizmette kalitenin artmasını ve hizmet veren kurumun gelişimi açısından önemli olduğu düşüncesiyle Çukurova Üniversitesi E-ASM birimlerinde yapılmıştır. Çalışmamızda katılımcıların memnuniyet düzeyleri ile hasta merkezlilik algıları hastaların sosyodemografik özellikleriyle beraber değerlendirilmiştir. 109 kişni katıldığı çalışmamızdan çıkan sonuçlara göre katılımcıların yaş ortalamaları 25,9 bulunarak genç bir hasta popülasyonuna hizmet verildiği saptanmıştır. Katılımcıların memnuniyet düzeylerinin 2018 yılına göre arttığı ve hasta merkezlilik algılarının genel olarak yüksek olduğu bulunmuştur. Araştırmamıza katılanların memnuniyet durumlarını etkileyen faktörlerin başlıcaları; yaş, medeni durum ve kronik hastalığın olup olmaması olarak bulunmuştur.

Hastaların en çok memnun olduğu konunun hasta hekim ilişkisi olduğu, en geliştirilmesi gereken konunun ise sağlık hizmet organizasyonu olduğu dikkat çekmiştir.

Hasta merkezlilik algısı ise öğrencilerde daha düşük bulunmuş olup geri kalan sosyodemografik değişkenlerle arasında anlamlı bir ilişkisi saptanmamıştır.

Hastaların sosyodemografik verilerine göre sağlık hizmetlerinde memnuniyeti ölçen birçok çalışmada elde edilmiş birbirinden farklı çeşitli sonuçlar olduğu göz önüne alınırsa, sosyodemografik faktörler ile memnuniyet ilişkisi hakkında genellenebilecek bir sonuç çıkarmak pek mümkün görünmese de popülasyonların dağılımına göre belirli sağlık hizmet bölgesi açısından hizmetin geliştirilebilmesi için faydalı bilgiler elde edilebilir. Bizim çalışmamızda çıkan sonuçlara göre önerilerimiz;

- En yüksek hasta memnuniyetinin görüldüğü hasta-hekim ilişkisini değerlendiren durumlar ile en yüksek hasta merkezlilik algısının olduğu konu olan hastanın değerlerine saygılı olma öğelerinin hizmet verenler tarafından korunması ve geliştirilmesi önerilebilir.

- En düşük memnuniyet düzeyi saptanan bekleme odasında harcanan zaman ile sağlık merkezine telefonla ulaşma konularının öncelikle nedenleri saptanabilir sonrasında bu konularda gerekli girişimlerde bulunulup yeni düzenlemelerin yapılması ile buradaki memnuniyet düzeyleri artırabilir.

- Hastaların hasta merkezlilik algısı açısından karşılıklı rollerin tartışılması konusunda elde edilen görece düşük puan göz önüne alınarak, klinisyenin hastayı sağlık bakım sürecine ortak kabul ederek dahil etme konusunda gerekli girişimlerde bulunması aynı zamanda asistan eğitim müfredatında da gerekli tedbirlerin alınması önerilebilir.

- Hasta merkezli bakımın doğru bir şekilde uygulanabilir hale gelmesi için yalnızca hekimin değil hastanın da güçlendirilmesi gerektiğinden, hastanın klinik süreçte katılımını ve sorumluluğunu artıracak sorumluluğunu artıracak uygun hasta görüşmeleri planlanabilir, hastalara yönelik eğitim programı hazırlanabilir.

- E-ASM bulunan farklı fakültelerdeki Aile Hekimliği Anabilim Dallarıyla hasta merkezli yaklaşım becerilerini değerlendirmek ve geliştirmek amaçlı ortak çalışmalar planlanabilir.

- Çalışmanın yapıldığı dönemde yaşanan Covid-19 pandemisi nedeniyle istenen örneklem sayısına ulaşamadığı için gelecekte hasta memnuniyetini daha sağlıklı koşullarda geniş bir popülasyonla daha kapsamlı verilerle değerlendirilebilir.

- Hasta memnuniyetini yüksek tutmak ve yapılacak iyileştirmelerin etkisini ölçmek açısından sağlık kurumunda düzenli aralıklarla değerlendirme yapılabilir. Bu doğrultuda verilen hizmetin istenilen düzeye ulaşma durumunun belirlenmesi ayrıca kalite ve etkinliğinin artırılması konusunda gerekli önlemlerin alınması planlanabilir.

- Elde edilen nicel veriler ileride bir niteliksel çalışmayla güçlendirilebilir.

Sonuç olarak çalışmamıza katılanlar aldıkları hizmetten genel olarak memnun ve klinik yaklaşımda hasta merkezlilik algıları yüksek bulunmuştur. Bu durumun sürdürülebilmesi ve daha da iyiye gitmesi hedefiyle, hastaların daha az memnun kaldığı konular öncelikli olmak üzere, her zaman bütün öğeleriyle sağlık hizmetini geliştirme ve iyileştirme çabası içinde olunmalıdır.

7. KAYNAKLAR

1. **World Health Organization.** Everybody's business--strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. **2007.**
2. **Gümüş S.** Hizmet Pazarlaması (Sağlıkta Güncel Konular, İnceleme ve Deneyimler). Hiperlink eğit. İlet. yay. san. tic. ve İtd. sti., **2017.**
3. **Başer AD, Kahveci R, Koç M, Kasım İ, Şencan İ, Özkara A.** Etkin sağlık sistemleri için güçlü birinci basamak. *Ankara Med J*, **2015;** 15(1):26-31.
4. **Eser E.** Sağlık Bakanlığı Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü'nün "Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti" araştırması hakkında bir. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, **2011;** 9(2):123-126.
5. **Ünalın D, Öztürk A, Tolga Y, Taşdelen C, Yazlak Z, Ögüt E, et al.** Kayseri Devlet Hastanesinden poliklinik hizmeti alan SSK mensubu erişkin hastalarda memnuniyet durumu. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **2008;** 3(8):85-98.
6. **Yılmaz M.** Sağlık bakım kalitesinin bir ölçütü: Hasta memnuniyeti. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2001;** 5(2):69-74.
7. **Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine.** Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington, DC: Institute of Medicine; National Academy Press; **2001.**
8. **World Health Organization.** Constitution of the world health organization. **1995.**
9. **Fişek AG.** Sosyal Barışıklığın Tutkalı: Sağlık. *Yeni Türkiye Dergisi Sağlık*, Özel Sayısı **2001;** 312-320.
10. **Sağlık Bakanlığı Müdürlüğü, Temel Sağlık Hizmetleri Genel.** Türkiye'de bulaşıcı olmayan hastalıklar ve risk faktörleri ile mücadele politikaları. **2011.**
11. 1982 Anayasası, Madde 56.
12. **Dirican R, Bilgen N.** Halk Sağlığı. 2. Baskı, Bursa: Uludağ Üniversitesi Basımevi, **1993;**51-52.
13. **Kavuncubaşı Ş.** Hastaneler ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara: Siyasal Kitabevi, Ankara, **2001.**
14. **Zerenler M, Ögüt A.** Sağlık sektöründe algılanan hizmet kalitesive hastane tercih nedenleriaraştırması: konya örneği. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, **2007;** 18:501-519.

15. **Somunoğlu S.** Sağlık-sağlık hizmetleri ve Türk sağlık sistemi. Sağlık Kurumları Yönetimi-1 Derleyen: Mehtap Tatar, Eskişehir: Açık Öğretim Fakültesi Yayını, **2012**.
16. **Çıraklı ZL, Sayım F.** Hastanelerdeki Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetim Sistemlerinde Maliyet Fayda, Maliyet Etkililik Analizi Göstergelerinin Güncelenmesi. Uluslararası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, **2009:2**.
17. TC. Sağlık Bakanlığı, Koruyucu Sağlık Hizmetleri. Erişim: <https://sekadh.saglik.gov.tr/TR,236309/koruyucu-saglik-hizmetleri.html>.
18. Institute for Work & Health, Toronto, This column updates a previous column describing the same term, originally published in **2006**.
19. **Akdur R.** Türkiye’de sağlık hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile kıyaslanması. AÜ TF Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara, **1999**.
20. **Tengilimoğlu D, Çalık C.** Sağlık Hizmetlerinde Hizmet Sunumunda Görülen Sorunlar ve Çözüm Önerileri. *Modern Hastane Yönetimi Dergisi*, **2000**; 3.
21. Kamu Sağlık Tesisleri Ruhsatlandırma Yönetmeliği <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2019/09/20190920-2.htm> Erişim tarihi: 13.06.2020.
22. WHO fact sheets. Erişim: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>, Erişim Tarihi: 22.05.2020.
23. WHO health promotion. Erişim: https://www.who.int/health-topics/health-promotion#tab=tab_1, Erişim tarihi: 22.05.2020.
24. **Eser E.** Temel sağlık hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi. I. Ulusal Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Kongresi. Muğla-Türkiye, **2006:28**.
25. **Günel M.** Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Hasta Tatmini. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi İstanbul, **2007**.
26. **Wonca.** The European Definition Of General Practise / Family Medicine WONCA Europe ; **2005**.
27. **Sağlık Bakanlığı.** Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği.
28. **Ağdemir H.** Sağlık sektöründe aile hekimliği yeri ve önemi ile hizmetten yararlananların ve hizmet sunanların memnuniyet durumu konusunda bir araştırma. Master’s Thesis. Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, **2012**.
29. **Rakel RE.** Textbook of family practice, ed 6, Philadelphia, **2002**.

30. **Aktürk Z, Dağdeviren N.** Aile hekimliğinin kilometre taşları: Millis ve Willard raporları. Türkiye Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği Yayınları, İstanbul, **2004**:188.
31. **Seçtim H.** Sağlıkta Dönüşüm Programı Üzerine Bir Değerlendirme. *Management and Political Sciences Review*, **2019**; 1(1):117-133.
32. **Yardım N, Mollahliloğlu S, Hülür Ü, Aydın S, Ünüvar N.** TC Sağlık Bakanlığı 21 Hedefte Türkiye Sağlıkta Gelecek. **2007**.
33. **EUROPE, WONCA.** European definition of general practice, 2011 revision. **2011**.
34. **Özçakar N.** Aile hekiminin görev tanımı. Aile doktorları için kurs notları birinci aşama. TC Sağlık Bakanlığı, **2004**:17-22.
35. **Güldal D, Yıldırım E, Kuruoğlu E, Günvar T, Mevsim V.** Aile hekimliği çekirdek yeterlilikleri hastaların beklentileri ile uyumakta mıdır?. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, **2012**; 16(3):107-112.
36. Aile Hekimliği Avrupa. WONCA Avrupa 2005 Basımı Türkçe Çevirisi. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları-4, Nisan, **2011**.
37. **Özer C, Dağdeviren N, Şahin EM, Aktürk Z.** Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminde Bire bir Eğitim. *Tıp Eğitimi Dünyası*, **2003**; 12(12):2-5.
38. **Toprak D, Esen ES, Öztürk GZ, Egici MT, Gökseven Y.** Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminde 'Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri'Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deneyimi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, **2019**; 23(4):165-175.
39. **Zaim H, Tarım M.** Hasta memnuniyeti: Kamu hastaneleri üzerine bir alan araştırması. Sosyal Siyaset Konferansları **2010**; 59:1-24.
40. **Bjertnaes OA, Sjetne IS, Iversen HH.** Overall patient satisfaction with hospitals: effects of patient-reported experiences and fulfilment of expectations. *BMJ Qual Saf*, **2012**; 21(1):39-46.
41. **Carr-Hill AR.** The measurement of patient satisfaction. *J Public Health Med*. **1992**; 14(3):236-49.
42. **Önsüz MF, Topuzoğlu A, Cöbek UC, Ertürk S, Yılmaz F, Birol S.** İstanbul'da bir tıp fakültesi hastanesinde yatan hastaların memnuniyet düzeyi. *Marmara Med J*, **2008**; 21(1):33-49.
43. **Eracar R, Cilasun SM.** Avrupa Birliği Uyum Sürecinde Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastalar Tarafından Değerlendirilmesi: Ankara İli Özel İki Hastane Uygulaması. **2013**.
44. **Pan J, Liu D, Ali S.** Patient dissatisfaction in China: what matters. *Social Science & Medicine*, **2015**; 143:145-153.

45. **İpek P.** Sağlık hizmetlerinde kalite ve hasta memnuniyetinin yeri ve önemi üzerine bir uygulama. PhD Thesis. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, **2010**.
46. **Lewis JR.** Patient views on quality care in general practice: literature review. *Social science & medicine*, **1994**; 39(5):655-670.
47. **Esatoğlu EA.** Hastanelerde Hasta Tatminin Hastane Yönetimi Açısından Değerlendirilmesi ve Kullanıma Yönelik Model Önerisi. Yayınlanmamış Doktora Tezi. H.Ü.Sağlık Bilimleri Enstitüsü, **1997**.
48. **Yanık A.** Sağlık Bakım Hizmetlerinde Hasta tatmini ve Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Hasta Tatmini Üzerine Bir Araştırma. Doktora Tezi. İstanbul, **2000**.
49. **Öztürk MM.** Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetinin Değerlendirmesine Yönelik Pilot Bir Araştırma, İstanbul: İÜ İşletme Fakültesi Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yönetim Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, **2002**.
50. **Karadağ Z.** Aile hekimliği uygulamasının müşteri/hasta memnuniyetine etkisi. Yüksek Lisans tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı, **2007**.
51. **Draper M, Cohen P, Buchan H.** Seeking consumer views: what use are results of hospital patient satisfaction surveys? *Int J Qual Health Care*. **2001**; 13:463-8.
52. **Özen Ü, Çam H, Aslay Yalçın F.** Kalite boyutları ve sağlık hizmeti unsurları açısından hasta memnuniyetine bir bakış: gümüşhane devlet hastanesi'nde örnek uygulama. *Akademik yaklaşımlar dergisi*, **2011**.
53. **Wilkin D, Hallam L, Doggett MA.** Measures of need and outcome for primary health care. Oxford University Press, **1992**.
54. **Çağlayaner H.** Sağlık Sosyolojisi: Türkiye'den Araştırmalar. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, **2007**; 5(1-4):46.
55. **Nesanir N, Dinc G.** Patient satisfaction level of the patients who were hospitalized in Manisa city. *TAF-Preventive Medicine Bulletin*, **2008**; 7(5):419.
56. **Çakıl Ö.** Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetini etkileyen faktörler. *Tıp Araştırmaları Dergisi*, **2007**; 5(3):140-143.
57. **Öztüre A.** Hasta memnuniyeti üzerine istatistiki analiz. PhD Thesis. Selçuk Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, **2010**.

58. **Erdugan F, Yörübulut S, Şahin E, Öncel SY.** Kırıkkale üniversitesi tıp fakültesi hastanesinde hasta ve çalışan memnuniyeti-patient and employee satisfaction in kırıkale university medical faculty hospital. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, **2019**; 9(18):165-177.
59. **Fakhoury WKH.** Satisfaction with palliative care: what should we be aware of?. *International Journal of Nursing Studies*, **1998**; 35(3):171-176.
60. **Linder-Pelz S.** Toward a theory of patient satisfaction. *Social science & medicine*, **1982**; 16(5):577-582.
61. **Bowling A, Rowe G, McKee M.** Patients' experiences of their healthcare in relation to their expectations and satisfaction: a population survey. *Journal of the Royal Society of Medicine*, **2013**; 106(4):143-149.
62. **Özmen D.** Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde yatan hastaların beklentilerinin saptanması. II Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri Kitabı. İzmir, **1999**:532-538.
63. **Heath I.** World Organisation of Family Doctors (Wonca) perspectives on person-centered medicine. *International Journal of Integrated Care*, **2010**; 10(5).
64. **Oates J, Weston WW, Jordan J.** The impact of patient-centered care on outcomes. *Fam Pract*, **2000**; 49(9):796-804.
65. **Şahin G, Artıran İğde FA.** Hasta Merkezli Bakım-Ortak Karar. Süreci ve Kalite. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics*, **2014**; 5(3):38-43.
66. **Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, et al.** Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. *Bmj*, **2001**; 322:7284-468.
67. **Stewart M, Brown JB, Weston W, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman T.** Patient-centered medicine: transforming the clinical method. CRC press, **2013**.
68. **Mcwhinney IR.** Are we on the brink of a major transformation of clinical method?. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, **1986**; 135(8):873.
69. **Erdoğan M, Kırılmaz H.** Hasta Merkezlilik ve Hasta Merkezli Bakım.
70. **Baker A.** Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. *Bmj*, **2001**; 323:7322-1192.
71. **Richards N, Coulter A.** Is the NHS Becoming More PatientCentred? Trends From the National Surveys of NHS Patients in England 2002-07. Oxford, U.K.: Picker Institute Europe, **2007**.

72. **Yılmaz M.** Ameliyat öncesi öğretimin ameliyat sonrası komplikasyonlara ve hasta memnuniyetine etkisi. *Hemşirelik Araştırma Dergisi*, **2002**; 4(1):40-51.
73. **Elwyn G, Edwards A, Kinnersley P, Grol R.** Shared decision making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare choices. *British Journal of General Practice*, **2000**; 50:892-97.
74. **Peck BM, Ubel A, Roter DL, Goold SD, Asch DA, Jeffreys AS, Grambow SC, Tulskey JA.** Do unmet expectations for specific tests, referrals, and new medications reduce patients' satisfaction?. *J Gen Intern Med* **2004**; 19:1080-87.
75. **Ryan BL, Brown JB, Tremblay PF, Stewart M.** Measuring Patients' Perceptions of Health Care Encounters: Examining the Factor Structure of the Revised Patient Perception of Patient-Centeredness (PPPC-R) Questionnaire. *Journal of patient-centered research and reviews*, **2019**; 6(3):192.
76. **Van Weel C.** Person-centred medicine in the context of primary care: a view from the World Organization of Family Doctors (Wonca). *Journal of evaluation in clinical practice*, **2011**; 17(2):337-338.
77. **Fenton JJ, Jerant AF, Bertakis KD, Franks P.** The cost of satisfaction: a national study of patient satisfaction, health care utilization, expenditures, and mortality. *Archives of internal medicine*, **2012**; 172(5):405-411.
78. **Zineldin M.** The quality of health care and patient satisfaction. *International journal of health care quality assurance*, **2006**.
79. **Urden LD.** Patient satisfaction measurement: current issues and implications. *Professional case management*, **2002**; 7(5):194-200.
80. **Aksaraylı M, Kıdak LB.** Yatan hasta memnuniyetinin değerlendirilmesi ve izlenmesi: eğitim ve araştırma hastanesi uygulaması. **2008**.
81. **Rattray J, Jones MC.** Essential elements of questionnaire design and development. *Journal of clinical nursing*, **2007**; 16(2):234-243.
82. **Yurtsever A.** Acil sağlık hizmetlerinde kalite ve hasta memnuniyeti. PhD Thesis. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, **2015**.
83. **Ardahan M, Arabacı Z, Saka MC.** Bir aile sağlığı merkezine başvuran hastaların memnuniyet düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Sosyal politika çalışmaları dergisi*, **2018**; 18(40):53-70.
84. **Kumah E, Osei-kese F, Anaba C.** Understanding and using patient experience feedback to improve health care quality: systematic review and framework development. *Journal of patient-centered research and reviews*, **2017**; 4(1):24.

85. **Robinson JH, Callister LC, Berry JA, Dearing KA.** Patient-centered care and adherence: Definitions and applications to improve outcomes. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, **2008**; 20(12):600-607.
86. **Mead N, Bower P.** Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social science & medicine*, **2000**; 51(7):1087-1110.
87. **Epstein RM, Franks P, Fiscella K, Shields CG, Meldrum SC, Kravitz RL, Duberstein PR.** Measuring patient-centered communication in patient-physician consultations: theoretical and practical issues. *Social science & medicine*, **2005**; 61(7):1516-1528.
88. **Epstein RM.** The science of patient-centered care. *Journal of Family Practice*, **2000**; 49(9):805-810.
89. **Epstein RM, Street RL.** The values and value of patient-centered care. **2011**.
90. **Aktürk Z, Dağdeviren N, Şahin EM, Özer C, Yaman H, Göktaş O, et al.** Hastalar hekimleri değerlendiriyor: EUROPEP ölçeği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, **2002**; 3(16):153-160.
91. **Mollahalıoğlu S, Kosdak M, Sanisoğlu Y, Boz D, Demirok AB.** Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti” içinde.(ed.) Akdağ R. Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Sağlık Bakanlığı. Ankara, Opus Basın Yayın, **2010**.
92. **Hekkert KD, Cihangir S, Kleefstra SM, van den Berg B, Kool RB.** Patient satisfaction revisited: a multilevel approach. *Social science & medicine*, **2009**; 69(1):68-75.
93. **Mutlupoyraz F.** Adana’daki birinci basamak sağlık kurumlarına başvuran hastaların memnuniyet düzeyleri ve bu kurumlarda çalışan hekimlerin iş doyumunun saptanması. Uzmanlık Tezi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Adana, **2010**.
94. **Ateş AT.** Çukurova Üniversitesi Mediko-Sosyal Merkezinde Sunulan Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana, **2018**.
95. **Bostan S, Havvatoğlu K.** EUROPEP aile hekimliği memnuniyeti ölçeğine göre Gümüşhane aile hekimliği memnuniyet araştırması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2014**; 3.4: 1067-1078.
96. **Çubukçu M.** Samsun’da Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarına Başvuran Hastalarda Memnuniyetin Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Samsun, **2008**.
97. **Türkiye’de Vatandaşların Sağlık Hizmetlerine Yönelik Beklenti Ve Memnuniyeti Araştırması Sonuç Raporu.** Erişim: (<https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/552>) Erişim Tarihi: 25.07.2020.

98. **Yavuz S.** DEÜTF Aile Hekimliği Polikliniği'nde Bakılan Hastalara Ait Özellikler, Memnuniyet Durumları İle Poliklinikte Görev Yapan Hekimlerin Hasta Kayıtlarıyla İlgili Görüşleri. Uzmanlık Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir, **2014**.
99. **Yuvañ C.** ADÜ Aile Hekimliği Polikliniği'nde hasta memnuniyeti ve etkileyen faktörler. Uzmanlık Tezi. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aydın, **2017**.
100. **Öztürk Çopur E, Kublay G.** Üniversite öğrencilerinin öğrenci sağlık merkezlerinde sunulan hizmetlere ilişkin görüşleri. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, **2017**; 4(1):15-21.
101. **Şişe Ş.** Satisfaction level of inpatients in a University Hospital. *Selcuk Medical Journal*, **2012**; 28(4):213-218.
102. **Tezcan D, Yücel MH, Ünal UB, Edirne T.** Üçüncü basamak sağlık kuruluşunda hasta memnuniyeti. *Pamukkale Tıp Dergisi*, **2014**; 1:57-62.
103. **Hall JA, Dornan MC.** Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis. *Social science & medicine*, **1990**; 30(7):811-818.
104. **Ercan İ, Ediz B, Kan İ.** Sağlık kurumlarında teknik olmayan boyut için hizmet memnuniyetini ölçebilmek amacıyla geliştirilen ölçek. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, **2004**; 30(3):151-157.
105. **Cihangiroğlu N, Uzuntarla Y.** Müşteri Memnuniyetinin Çeşitli Demografik Özellikler Açısından Analizi: Bir Kamu Hastanesi Örneği/Analysis of Customer Satisfaction According to Various Demographic Characteristics: An Example of Public Hospital.
106. **Erdem M, Öztoprak Y, Ulgen C, Emlik B, Gul K, Yıldız A, Arpacı A, et al.** Bir üniversite hastanesinde ayaktan ve yatarak tedavi alan hastaların memnuniyet düzeyi ve ilişkili faktörler satisfaction levels of in patients and out patients of a university hospital and related factors. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*, 2015; 6(23):12-20.
107. **Ercan İ, Ediz B, Kan İ.** Hastaların sosyo-ekonomik durumlarına göre sağlık hizmetlerinden memnuniyetlerinin incelenmesi. *Journal of Inonu University Medical Faculty*, **2010**; 11(3):161-167.
108. **Çaylan A, Dağdeviren HN, Öztora S, Turgu S.** Birinci basamakta hasta memnuniyeti ve hekim iş doyumunu ile ilişkisi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, **2018**; 22(2):78-91.
109. **Erdem R, Rahman S, Avcı L, Demirel B, Köseoğlu S, Fırat G, et al.** Hasta memnuniyetinin hasta bağlılığı üzerine etkisi. *Erciyes üniversitesi iktisadi ve idari bilimler fakültesi dergisi*, **2008**; 31:95-110.
110. **Kırılmaz H, Öztürk K.** Aile hekimliğinde hasta memnuniyetine yönelik bir araştırma. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, **2018**; 5(1):60-70.

111. **Timur A, Çetinkaya F, Durmuş H, Yıldız S, et al.** Erciyes Üniversitesi hastanesi polikliniklerine başvuran hastaların Aile Hekimliği uygulamasından memnuniyet durumu. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, **2018**; 22(1):2-11.
112. **Hücum H.** Kronik hastalığı olanların hasta odaklı eczacılık hizmetleri ile ilgili memnuniyetlerinin değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, **2015**.
113. **Çelikkalp Ü, Temel M, Saraçoğlu GV, Demir M.** Bir kamu hastanesinde yatan hastaların hizmet memnuniyeti. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **2011**; 6(17):1-14.
114. **Altuğ M.** Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta ve Hekimlerin Hasta Merkezli Bakım İle İlgili Algıları. Uzmanlık Tezi. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Antalya, **2010**.
115. **Uludağ A.** Adana İl Merkezlerinde Aile Hekimleri ve Hastaların Hasta Merkezli Bakım Algıları. Uzmanlık Tezi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana, **2016**.
116. **Henbest RJ, Stewart M.** Patient-centredness in the consultation. 2: Does it really make a difference?. *Family Practice*, **1990**; 7(1):28-33.
117. **Moral RR, Alamo MM, Jurado MA, de Torres LP.** Effectiveness of a learner-centred training programme for primary care physicians in using a patient-centred consultation style. *Family Practice*, **2001**; 18(1):60-63.
118. **Wolf DM, Lehman L, Quinlin R, Zullo T, Hoffman L.** Effect of patient-centered care on patient satisfaction and quality of care. *Journal of nursing care quality*, **2008**; 23(4):316-321.
119. **Deen TL, Fortney JC, Pyne JM.** Relationship between satisfaction, patient-centered care, adherence and outcomes among patients in a collaborative care trial for depression. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, **2011**; 38(5):345-355.
120. **Stewart M, Brown JB, Boon H, Galajda J, Meredith L, Sangster M.** Evidence on patient-doctor communication. *Cancer*, **1999**; 25-30.
121. **Fossum B, Arborelius E.** Patient-centred communication: videotaped consultations. *Patient education and counseling*, **2004**; 54(2):163-169.

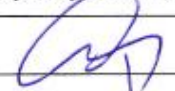
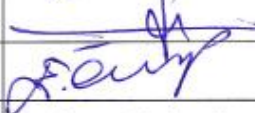
8. EKLER

8.1. Ek 1. Etik Kurul Onayı

T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Sayısı	Tarih
96	14 Şubat 2020

KARAR NO 37- Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda, Doç. Dr. Hatice Kurdak yönetiminde, Araş. Gör. Dr. Cansen Aydın tarafından yürütülmesi öngörülen, "Çukurova Üniversitesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Bireylerin Hasta Merkezlilik Algıları ve Memnuniyet Düzeyleri" başlıklı tıpta uzmanlık tez projesi araştırma etiği yönünden değerlendirildi. Toplantıya katılan üyelerin oybirliğiyle uygun olduğuna karar verildi.

BAŞKAN	Prof Dr Selim Kadioğlu Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	
ÜYELER	Prof Dr Davut Alptekin Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı	
	Prof Dr Dinçer Yıldızdaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	
	Prof Dr Gülşah Seydaoğlu Biyoistatistik Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Prof Dr Gürhan Sakman Genel Cerrahi Anabilim Dalı	
	Prof Dr Murat Gündüz Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı	
	Doç Dr Ezgi Özyılmaz Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	
	Av. Zehra Bulut Hukukçu Üye	Toplantıya Katılmadı
	Dr Neşe Kayrın Kurum Dışı Üye	Toplantıya Katılmadı

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası, Balcalı 01330 Adana
Telefon: 0322 338 60 60 dahili 3465, Faks: 0322 338 67 22

8.2. Ek 2. Aydınlatılmış Onam Formu

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURAN BİREYLERİN HASTA MERKEZLİLİK ALGILARI VE MEMNUNİYET DÜZEYLERİ

Sayın katılımcı;

Çukurova Üniversitesi Mediko-sosyal Merkezinde bulunan Eğitim Aile Sağlığı Merkezinde (E-ASM) sunulan sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi ile ilgili bir anket çalışması planlanmıştır. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır.. Cevaplarınız gizli kalacak ve sonuçlar yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır. Bu çalışmaya katılmama ve katıldıktan sonra çekilme hakkınız bulunmaktadır. Sorularımızı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz şeklinde yorumlanacaktır. Ek bilgi veya talebiniz sözlü olarak karşılanacaktır. Sorulara dürüst olarak doğru cevap vermeniz araştırmanın sağlıklı sonuçlarla tamamlanabilmesi açısından önemlidir. Katılımınız ve ayırdığınız zaman için teşekkür ederiz.

Dr. Cansen AYDIN

Doç. Dr. Hatice KURDAK

Telefon:03223386060-3087

Hizmet Alanlara Yönelik Anketin Sosyodemografik Bilgiler Bölümü

Lütfen size uygun seçeneği işaretleyiniz.	1. Ç.Ü. Öğrencisiyim 2. Ç.Ü. Personeliyim 3. Diğer
Yaşınız	
Cinsiyetiniz	1.Erkek 2.Kadın
Medeni durumunuz	1. Evli 2.Bekâr
Öğrenim durumunuz (Üniversitede aktif olarak öğrenim görüyorsanız 3. seçeneği işaretleyiniz)	1. İlköğretim 2. Lise 3. Ön lisans ve üzeri
Gelir durumunuz	1. Gelirim giderimden fazla 2. Gelirim giderimi karşılıyor 3. Gelirim giderime yetmiyor
Sürekli ilaç kullanımı gerektiren bir hastalığınız var mı?	1.Evet 2. Hayır
Genel olarak sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?	1.Çok kötü 2. Kötü 3. Orta 4.İyi 5.Çok iyi
Son bir yıldır Eğitim ASM'ye ortalama kaç kez başvurduunuz	1. İlk kez 2. 2-5 3. 6 ve üzeri
Eğitim ASM'ye kayıtlı mısınız?	1.Evet 2. Hayır (Cevabınız hayır ise aşağıdaki soruya geçin)
Kaydınızı Eğitim ASM'ye almayı düşünür müsünüz?	1.Evet 2. Hayır

Aşağıda hizmet aldığınız sağlık profesyonelleri ve kurumla ilişkili durumlar verilmiştir. Lütfen her bir ifadeyle ilgili fikrinizi aşağıdaki seçeneklerden sizin için uygun olanı işaretleyerek (x) belirtiniz. Eğer soru sizinle ilgili değilse son sütundaki “Uygun değil/İlgisiz” seçeneğini işaretleyiniz.

1: Çok kötü 2: Kötü 3: Orta 4: İyi 5: Çok iyi 6: Uygun değil/İlgisiz

Hizmet aldığınız sağlık profesyonelleri ve kurumla ilişkili durumlar için fikriniz nedir?	Çok kötü	Kötü	Orta	İyi	Çok iyi	Uygun değil/İlgisiz
1. Görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi						
2. Sizin özel durumunuzla ilgilenmesi						
3. Sorunlarınızı söylemenizi kolaylaştırması						
4. Tedavinizle ilgili kararlara sizi de katması						
5. Sizi dinlemesi						
6. Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması						
7. Şikâyetlerinizi 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. Şikâyetleriniz 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. Sağlık profesyonelleri dışındaki diğer personelin size yardımcı olması						
19. Size uygun zamanlarda randevu verilmesi						
20. Sağlık merkezine telefonla ulaşabilmeniz						
21. Sağlık profesyonellerine telefonla ulaşabilmeniz						
22. Bekleme odasında harcadığınız zaman						
23. Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunulması						
24. Sağlık merkezinde görevli sağlık profesyonellerinin davranışlarını genel olarak nasıl değerlendiriyorsunuz?						
25. Bu kurumda verilen sağlık hizmetlerini genel olarak nasıl buluyorsunuz?						
26. Sağlık merkezinde hizmet verilen yerin fiziki koşullarını (bekleme odası, tuvalet, temizlik, ısıtma, aydınlatma vs.) genel olarak nasıl değerlendiriyorsunuz?						

Hastanın Hasta Merkezilik Algısı Ölçeği

	Tamamen	Büyük Ölçüde	Biraz	Hiç
1. Bugün doktora gelme nedeniniz olan problem(ler)iniz ne ölçüde tartışıldı?				
2. Sizce doktorunuz bugün sizi ne kadar anladı?				
3. Sorunununuz ile ilgili konuşmaları ne ölçüde yeterli buldunuz?				
4. Doktorunuz bu sorunu size ne kadar açıkladı?				
5. Doktorunuzun sorununuz hakkındaki görüşüne ne ölçüde katılıyorsunuz?				
6. Doktorunuz sizin tedavi ile ilgili hedeflerinizi ne ölçüde sorguladı?				
7. Doktorunuz tedaviyi size ne ölçüde açıkladı?				
8. Doktorunuz bu tedaviyi uygulayıp uygulayamayacağınızı ne ölçüde araştırdı?				
9. Hekiminiz ile karşılıklı rollerinizi ne ölçüde tartıştınız? (karar vermekten kim sorumlu ve tedavinizin/bakımınızın hangi boyutundan kim sorumlu?)				
10. Doktorunuz kendi tedavinizde üstlenmek istediğiniz rol/görev konusunda sizi ne ölçüde teşvik etti?				
11. Sizce bu doktor ne ölçüde size bir birey olarak ilgi gösterdi?				
12. Sağlığınızla ilgili kişisel problemlerinizi doktorunuzla ne kadar rahat konuşuyorsunuz?				
13. Doktorunuz inanç, değer ve geleneklerinize ne ölçüde saygı gösterir?				
14. Doktorunuz düşünce ve duygularınızı ne kadar dikkate alır?				
15. Doktorunuz size ne kadar şefkat gösterir?				
16. Doktorunuz sizi gerçekten ne kadar dinliyor?				
17. Doktorunuza ne kadar güveniyorsunuz?				

9. ÖZGEÇMİŞ

Adı ve Soyadı : Cansen AYDIN
Doğum Tarihi ve Yeri : 20.05.1990 / Mersin
Medeni Durumu : Evli
Adres : Gürselpaşa mah. 75322 sok. Nirvanalife sitesi A blok
Kat: 11 Daire: 22
Telefon : 05368846068
E posta : cansenaydinahek@hotmail.com
Mezun Olduğu Tıp Fakültesi : Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Görev Yerleri : 2014 Bitlis Toplum Sağlığı Merkezi
2017 Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği A.D.
Yabancı Diller : İngilizce