



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

**ANTALYA'DA AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNE
BAŞVURAN ERİŞKİNLERDE HASTA
MEMNUNİYETİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ
UZMANLIK TEZİ**

Dr. Mehmet ALPAY

Antalya, 2025



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

**ANTALYA'DA AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNE
BAŞVURAN ERİŞKİNLERDE HASTA
MEMNUNİYETİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ
UZMANLIK TEZİ**

Dr. Mehmet ALPAY

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Melahat Akdeniz

Antalya, 2025

TEŞEKKÜR

Başta sevgileri ve destekleri en büyük motivasyon kaynağım olan rahmetli annem Ayşe Alpay ve Babam Abdullah Alpay'a,

Bir insan ömrüne nazaran uzun süren bu eğitim yolculuğunun maalesef sonunda karşılaşabildiğim, iyi bir hekim olmamızın haricinde kendimizi doğru ifade edebilmemiz, düşüncelerimizi hür ve korkusuzca savunabilmemiz için özveri ve sabırla üstümüze eğilen Prof. Dr. Melahat Akdeniz ve Öğr. Gör. Dr. Hasan Hüseyin Avcı'ya,

Bu zorlu yolda kaderin bizi yan yana getirdiği tüm Aile Hekimliği Anabilim Dalı'ndaki hekim ve diğer çalışma arkadaşlarıma,

Ve ismini burada tek tek anamasam da yanımda olan , bana ilham veren tüm dostlarıma,

En içten duygularımla teşekkürlerimi sunarım...

İÇİNDEKİLER

ÇİZELGELER DİZİNİ	3
KISALTMALAR	4
1. GİRİŞ VE AMAÇ	5
2. GENEL BİLGİLER.....	12
2.1. Aile Hekimliği Disiplini	12
2.1.1. Aile Hekimliğinin Dünyadaki Tarihsel Gelişimi	12
2.1.2. Aile Hekimliğinin Türkiye'deki Tarihsel Gelişimi.....	34
2.1.3. Aile Hekimliğinin Tanımı ve Temel İlkeleri.....	42
2.1.4. Aile Hekiminin Görev, Yetki ve Sorumlulukları	45
2.1.5. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Aile Hekimliğinin Rolü ve Önemi	48
2.2. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti.....	50
2.2.1. Hasta Memnuniyeti Kavramı ve Boyutları	50
2.2.2. Hasta Memnuniyetinin Sağlık Hizmet Kalitesi ve Sonuçları Üzerindeki Etkisi	54
2.2.3. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Başlıca Faktörler.....	58
2.3. EUROPEP (Avrupa Birinci Basamak Hasta Değerlendirme) Ölçeği ...	67
2.3.1. EUROPEP Ölçeğinin Tanıtımı, Yapısı ve Özellikleri.....	67
2.3.2. EUROPEP Ölçeğinin Türkiye'deki Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışmalarına Genel Bakış.....	68
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	71
3.1. Araştırmanın Türü ve Tasarımı.....	71
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	71
3.2.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	71
3.2.2. Veri Toplama Araçları	71

3.2.3.	Veri Toplama Süreci.....	72
3.2.4.	Verilerin Analizi	72
4.	BULGULAR	73
5.	TARTIŞMA	81
5.1.	Ulusal Literatürle Karşılaştırma	81
5.2.	Uluslararası Literatürle Karşılaştırma	87
5.3.	Çalışmanın Güçlü Yönleri	91
5.4.	Çalışmanın Kısıtlılıkları.....	92
6.	SONUÇ VE ÖNERİLER.....	94
6.1.	Sağlık Politikacıları ve Yöneticilerine Yönelik Öneriler.....	95
6.2.	Aile Hekimleri ve Diğer Sağlık Çalışanlarına Yönelik Öneriler	96
6.3.	Gelecekteki Araştırmalara Yönelik öneriler	97
7.	KAYNAKLAR.....	99
ÖZET.....		99
ABSTRACT		115

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 2.1 Aile hekimliğinin gelişiminde kronoloji.....	29
Çizelge 2.2 Hasta Memnuniyetini Etkileyen Başlıca Faktörler	66
Çizelge 4.1 Araştırmaya Katılanların Sosyodemografik Özellikleri.....	73
Çizelge 4.2 Araştırmaya Katılanların Kronik Hastalık ve Geçirilmiş Ruhsal Hastalık Özellikleri.....	74
Çizelge 4.3 EUROPEP Ölçeği Sorularına Verilen Yanıtların Dağılımları.....	77
Çizelge 4.4 Araştırmaya Katılanların EUROPEP Ölçek Puanları Özellikleri.....	78
Çizelge 4.5 Araştırmaya Katılanların Bazı Özellikleri ile EUROPEP Ölçek Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	80

KISALTMALAR

ASM	Aile Sağlığı Merkezi
SDP	Sağlıkta Dönüşüm Programı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
AMA	American Medical Association (Amerikan Tabipler Birliği)
AAGP	American Academy of General Practice (Amerikan Genel Pratisyenlik Akademisi)
MUSE	Minimum Uniform Standards for Education (Genel Pratisyenlik Eğitimi için Asgari Standartlar)
STFM	Society of Teachers of Family Medicine (Aile Hekimliği Eğiticileri Derneği)
ABFP	American Board of Family Practice (Amerikan Aile Hekimliği Yeterlik Kurulu)
AAFP	American Academy of Family Physicians (Amerikan Aile Hekimleri Akademisi)
JAMA	Journal of the American Medical Association
NHS	National Health Service (İngiltere Ulusal Sağlık Hizmeti)
RCGP	Royal College of General Practitioners (Kraliyet Genel Pratisyenlik Koleji)
MRCGP	Member of the Royal College of General Practitioners
EURACT	European Academy of Teachers in General Practice/Family Medicine

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlık hizmetleri, hastalıkların tanı ve tedavisinin yanı sıra, önlenmesi, toplum ve bireyin sağlığının korunması ve geliştirilmesi ile ilgili faaliyetlerin tümünü içerir. Günümüzde sağlık hizmetleri 3 basamak olarak tanımlanmaktadır. İlk kez 1920’de Sir Bertrand Dawson İngiltere Sağlık Sistemini değerlendirdiği bir rapor yayınlamıştır (1,2). Raporda o andaki sağlık hizmetlerinin organizasyonunun yetersiz olduğu vurgulanmakta ve tüm yurttaşların sağlık hizmetlerine erişemediği bildirilmektedir. Dawson koruyucu ve iyileştirici hekimliğin aynı düzeyde ele alınmasını ve pratisyen hekimler tarafından verilmesini önermiştir. Bir resmi hükümet raporu olan bu raporda ülkede “birinci basamak sağlık bakım merkezlerinin bölgeye özgü hizmetlerin merkezi olması amaçlanmalıdır” yazar. Dawson Raporunda sağlık bakım sistemlerini üçe ayırır.

- Birinci basamak sağlık merkezleri:
- İkinci basamak sağlık merkezleri
- Üçüncü basamak sağlık merkezleri - eğitim hastaneleri

Ayrıca destekleyici sağlık bakım merkezleri olarak ruhsal sağlık merkezleri, tüberküloz bakım merkezleri gibi merkezlerin olmasını önerir (1-3).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin tanımlanmasında en önemli kilometre taşlarından biri 1978’de Alma Ata’da toplanan Uluslar arası Birincil Bakım Konferansıdır. Bu konferansda tanımlanan birinci basamak bakım (Primary Care) tanımı daha sonra 1979 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından onaylanmıştır (3). DSÖ tarafından onaylanan tanıma göre birinci basamak bakım toplum içindeki bireyler ve aileler için, evrensel olarak kabul edilebilir, uygulanabilir, bilimsel ve sosyal yöntemler ve teknolojiye dayalı gerekli bir sağlık bakımıdır. Tüm ülkenin sağlık sistemine, toplumun sosyal ekonomik gelişimine uygun olarak yapılandırılır. Ulusal sağlık sistemindeki bireyler, aileler ve toplum için ilk temas noktasıdır. İnsanların yaşadıkları ve çalıştıkları yere en yakın yerde, ulaşılabilir. Sürekli bakım birincil bakımın en önemli bileşenidir (3). Birincil bakıma ilişkin bu tanım aşağıdaki maddeleri kapsar:

1. Sık görülen sağlık sorunları önleme ve kontrol etme,

2. Besin temini ve uygun beslenme tanıtımı,
3. Yeterli temiz su ve temel sanitasyonun sağlanması,
4. Anne ve çocuk sağlığı bakımı, aile planlaması,
5. Major infeksiyöz hastalıklara karşı bağışıklama,
6. Yerel endemik hastalıkların kontrolü ve önlenmesi,
7. Sık görülen hastalıklar ve yaralanmaların tedavisi,
8. Temel ilaçların sağlanması.

DSÖ ve Dünya Aile Hekimleri Birliği WONCA tarafından 1994’de yayınlanan bir raporda; sağlık sisteminde, tıp eğitiminde ve diğer eğitim enstitülerinde kişilerin gereksinimlerinin belirlenmesi gibi temel değişiklikler yapılması gerektiği vurgulanmıştır (4). Sağlık sistemlerinde kalite, maliyet etkinlik ve eşitliğin sağlanması konusunda merkezi rol birinci basamak bakımında hizmet sunan aile hekimidir.

Birincil bakımı etkileyen başka bir kilometre taşı da Kanada’da yayınlanan “Lalonde Raporudur”. Bu rapor, sağlık sistemindeki bireyler için sağlığın geliştirilmesi ve hastalıktan korunmanın önemini vurgulamıştır (5).

Günümüzde birinci basamak bakım tanımı olarak kabul edilen tanım “bireysel sağlık bakım gereksinimlerinin büyük çoğunluğunu belirleyen, hastalarla sürekli bir ortaklık geliştiren ve aile ve toplum bağlamında bunu uygulayan sorumlu klinisyenler tarafından entegre, ulaşılabilir sağlık bakımı hizmetlerinin sağlanmasıdır” tanımıdır (6). Bu tanım birinci basamak bakımın bir görev, bir hizmet sistemi olduğunu göstermektedir. Sağlık bakımı uzmanları, farklı kaynaklardan elde ettikleri bilgi ve deneyimlerini kullanarak bu hizmeti yerine getirmeye çalışırlar.

Birinci basamak bakım, bireylerin sağlık sorunlarını geniş çaplı ele alabilecekleri ve bu sorunların herhangi bir sevke gerek kalmadan çözüleceği bir yeri sağlar. Uygun sevk hizmetleri veren diğer uzmanlık dalları ve sektörlerin yer aldığı artan karmaşık sağlık sistemleri içinde insanlara rehber olur. Hasta ve hekim arasındaki devam eden ilişkiyi kolaylaştırır ve kendi bakımları ile ilgili karar sürecine katılmalarını teşvik eder. Sorunların erken saptanması kadar hastalığın önlenmesi ve sağlığın artırılması için de fırsatlar yaratır. Kişisel bakım hastanın ailesi ve toplum arasında bir köprüdür (7).

Farklı disiplinlerden çok sayıda araştırmacı, birincil bakımın etkilerini değerlendirmiş ve aşağıdaki sonuçlara ulaşmışlardır (7):

- Kişiler birincil bakıma ulaştığında, daha ciddi sorunları değerlendirmeden önce tedavi ortaya çıkmaktadır.
- Kişilere birincil bakım hizmeti verilirse, acil servisi kullanma ve hastane yatışları da azalacaktır.
- Birincil bakım hekimleri daha az test kullanıp daha az para harcarlar.
- Özellikle yoksullar için, birincil bakıma ulaşmakla daha tam bağışıklama, daha iyi kan basıncı kontrolü sağlanır, mortalite oranları azalır ve daha fazla koruyucu hizmet alabilirler.
- Bir coğrafi bölgedeki yüksek düzeyde birincil bakım hizmetleri kent-kırsal ayrımı, yoksulluk oranları, eğitim ve yaşam tarzı faktörlerinin getirdiği önemli etkiler kontrol edildikten sonra mortalite oranlarının daha az olmasıyla ilişkili bulunmuştur.

Ülkemizde birinci basamak sağlık örgütlenmesi 1961 tarihli 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi adlı yasa ile atılmıştır. Uygulama 1963 yılında başlamış ve aşama aşama tüm ülkeye yayılmıştır. Birinci basamağı sağlık sisteminin merkezine yerleştiren ve sevk zincirini başlatan bu sistem Türkiye için sağlık göstergelerinin olumlu yönde değişmesinde önemli rol oynamakla birlikte ülkede birinci bakım sağlık hizmeti sunmak üzere yetişmiş uzmanlar olmaması, halkın geleneksel sağlık bakımı arama biçimlerinden farklı olması, sürdürülebilir finansman kaynaklarından yoksun bırakılması nedeni ile istenilen başarıyı yakalayamamıştır (8,9).

Türkiye'de aile hekimliği sistemine geçiş süreci, 2003 yılında başlatılan ve evrensel sağlık güvencesine ulaşmayı, hizmet kalitesini ve dolayısıyla hasta memnuniyetini artırmayı temel hedefleri arasına alan daha geniş kapsamlı “Sağlıkta Dönüşüm Programı”nın (SDP) en önemli ve görünür bileşenlerinden biri olmuştur (8,9). Bu program, Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılmasını hedeflemiş, daha önceki sistemde var olabilen yetersiz insan gücü, aile hekimi başına düşen yüksek hasta sayısı gibi sorunlara ve birinci basamağın yeterince öncelenmemesi gibi durumlara bir çözüm arayışı olarak da değerlendirilebilir. SDP çerçevesinde, 2004 yılında çıkarılan Aile Hekimliği Pilot

Uygulamasý Hakkýnda Kanun ile bařlayan sýreç, 2010 yılı itibarıyla aile hekimlięi modelinin Türkiye'nin 81 ilinde ařamalı olarak hayata geçirilmesiyle devam etmiř ve bu, birinci basamak saęlık hizmetlerinin sunumunda önemli bir dönüřüm ve yapılandırma adımı teřkil etmiřtir (8,9). Bu dönüřümle birlikte, doęumda beklenen yařam süresi, ařılama oranları, bebek ve anne ölüm hızları gibi temel saęlık göstergelerinde olumlu geliřmeler kaydedildięi bildirilmektedir (8).

Sağlık sektöründeki gelişmeler, kaliteli sağlık bakım beklentisi, bireylere ve toplumlara kaliteli bir hizmet verilmesini gündeme getirmiştir (10). Sağlık hizmetlerinin başlıca hedefleri toplumun her kesimine eşit, etkili ve kaliteli hizmet sunmak, sağlık hizmetlerinin verimliliğini ve etkinliğini en iyi seviyelere ulaştırmak, sunulan hizmetin kalitesini yükseltmek ve sonuçta hasta memnuniyetini artırmaktır (11).

Günümüzde retim ve hizmet sektöründen hizmet alanların gelir seviyelerinin ve eğitim durumlarının artması istek ve/veya beklentilerinin de artmasına neden olmaktadır. Bu durum sağlık hizmetlerini kullanan hastalar için de geçerlidir. Son dönemde bu beklentiler, ihtiyaçlar ve öncelikler dikkate alınarak, sağlık hizmeti sunumunda hastaların gerek karar verme, gerekse bakım aşamalarında daha çok katılımlarının sağlanabileceği vurgulanmaktadır (10-12).

Ayrıca sunulacak sağlık hizmetinin kalitesini arttırmak için, hastalardan kendilerine sunulan sağlık hizmeti ile ilgili geri bildirimleri önemli ve gereklidir (11). Sunulan sağlık hizmetinin kalitesini belirlemek için bu kaliteyi oluşturan bileşenleri iyi irdelemek gerekmektedir. Teknolojik altyapının önemli olmasının yanı sıra hizmetin sunum aşamasında beşeri faktörlerin rolü büyük önem kazanmaktadır. Sunulan bir hizmetin daha sonra yine aynı kişi tarafından sunumunda farklılıklar olabilir. Bu durum hizmetin içeriğinin farklılıklar gösterebileceğini ortaya koymaktadır. Hizmet sunanın tavır ve davranışlarından etkilenen hizmet kalitesi, hizmetin sunulduğu ortamın fiziksel özellikleri, zamanlama, hizmeti sunanın konusunda yeterli bilgi ve eğitime sahip olması, hizmetin sürekliliği, güvenilirliği, doğruluğundan da etkilenmektedir (13). Bu faktörlerin belirlenmesinde en önemli katkı hizmeti tüketen konumundaki hastaların geri bildirimlerinden sağlanmaktadır. Hastalardan alınan bu geribildirimler ışığında sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi ile sağlık sektöründe kalitenin

geliştirilmesine imkan sağlanmaktadır (11). Bu sebeple sağlık hizmetlerinin kalitesini ve etkinliğini değerlendirmek için kullanılan performans ölçümlerinden biri hasta memnuniyeti anketleridir (10,14). Sağlık hizmetleri ile ilgili geribildirim hasta memnuniyeti anketlerinin uygulanması ve değerlendirilmesi yoluyla yapılabilmektedir (11).

Hasta memnuniyeti, esas belirleyicinin hasta olduğu, hastanın beklentilerinin ne kadarının karşılandığı konusunda bilgi veren ve hizmetin kalitesini gösteren temel ölçüt olarak tanımlanmaktadır (11). Sağlık sektöründe son dönemde görülen gelişmeler, ileri teknolojilerin kullanılması, kaliteli bakım isteğinin artması gibi nedenlerden dolayı topluma kaliteli bir sağlık hizmeti verilmesi gündeme gelmiştir. Son yıllarda önem kazanan hasta memnuniyeti kavramı, sağlık hizmetlerinde giderek artan maliyet artışını sonlandırabilmek ve kaynakların doğru kullanımına olanak sağlayabilmek amacıyla da önemlidir (15).

Hasta açısından baktığımızda aldıkları sağlık hizmetinden memnun olan hastaların, hekim ve diğer sağlık personellerinin önerilerine daha çok önem verdiği, doktordan memnun olan annelerin memnun olmayanlara göre doktorun önerilerine daha çok uyduğu saptanmıştır (16). Ayrıca memnuniyetsizliğin hasta-hekim ilişkisini zedelediği ve hastanın sağlıkla ilgili kaygısını arttırdığı da bilinmektedir (17). Diğer yandan, hastaya sadece hasta olarak değil de bir birey olarak yaklaşılmasının ve hastanın tüm yönleriyle değerlendirilmesinin, aile hekimliğinin temelini oluşturan ve yine aile hekimliğinin bir başka önemli "kişi merkezli bakım ve bütüncül yaklaşım" ilkesi olan "sürekli bakım"ın hasta memnuniyetini arttırdığı gösterilmiştir (18).

Hasta memnuniyetinde rol oynayan birinci faktör, hastanın beklentileri iken, ikinci faktör ise hastanın almış olduğu hizmeti algılamasıdır. Hasta memnuniyetinin sağlanması kadar bu memnuniyetin sürekliliği de önemlidir. Hastanelerdeki eksikliklerin saptanabilmesi ve tekrar tercih edilebilmeleri için hasta memnuniyeti anketleri düzenli olarak uygulanmalıdır. Bu memnuniyet araştırmaları sağlık sisteminin yönetilmesi ve tasarlanmasına, memnuniyete etki eden faktörlerin belirlenmesine, geliştirilmesine ve yeniden planlanmasına olanak sağlamaktadır (11).

Hasta memnuniyeti, kısmen hasta merkezli bakıma verilen önemden dolayı son yıllarda daha fazla ilgi görmeye başlamıştır. Birçok araştırmada hasta memnuniyetini sağlık hizmetlerinin birden fazla yönünü değerlendirmek için farklı hasta memnuniyet anketleri kullanılmaktadır (14,15). Hasta memnuniyetini ölçmek için evrensel bir altın standart yoktur. Avrupa'da genel pratik bakımıyla ilgili hasta memnuniyetinin farklı anketleri, Genel Pratisyenlik Bakımı Hasta Değerlendirmeleri Avrupa Çalışma Grubu (EUROPEP) anketini kullanmıştır. Bu, hastaların önceki yıldaki deneyimlerine dayalı olarak düzenli genel pratisyenlerinin (GP) değerlendirmesini kullanan uluslararası olarak standartlaştırılmış ve doğrulanmış bir araçtır (19). Başlangıçta, EUROPEP aracı Avrupa genelinde Genel Pratisyenlik bakımındaki sonuçların karşılaştırılmasına olanak sağlamak ve hem genel pratisyenlere hem de hastalara eğitimsel geri bildirim sağlamak için geliştirilmiştir (19-21). EUROPEP enstrümanı, doktor-hasta ilişkisi; tıbbi bakım; bilgi ve destek; süreklilik ve iş birliği ve erişilebilirlik dahil olmak üzere bakımın farklı yönlerini ölçen beş nitel alana kategorize edilmiş 23 maddeden oluşan bir ankettir. Ölçek Avrupa'da pek çok dile çevrilmiş ve geçerlik, güvenlik çalışması yapılmıştır (22-26). Türkçe geçerlik ve güvenliği Aktürk ve ark. tarafından yapılmıştır (27).

Dimova ve ark. tarafından Bulgaristan'da Europop ölçeği kullanılarak yapılan çalışmada katılımcıların %58,7'si alınan bakım düzeyini mükemmel olarak derecelendirdi. Bekleme odasında bekleme süresi en düşük derecelendirilen maddeydi (%33,8). "Hastaların kayıtlarını ve verilerini gizli tutmak" maddesi en yüksek puan alan madde (%88,8) olarak bulunmuştur (28). Pitskhelauri ve ark.'nın Gürcistan'da yaptıkları çalışmada katılımcıların ortalama %55,33'ü bakım düzeyini mükemmel olarak değerlendirmiş ancak klinik davranış ve bakım organizasyonunun bazı yönlerinin iyileştirilmesi gerektiğini belirtmiştir (29).

Aktürk ve ark. yaptıkları çalışmada Aile Hekimliği Uygulamasına geçildikten sonraki 3 yılı değerlendirmişlerdir. Ortalama EUROPOP skorları 2010 yılı için 4,07, 2011 yılı için 4,29, 2012 yılı için 4,42 olarak bulunmuştur. Ortalama memnuniyet yüzdesi %88,3 olarak hesaplanmıştır.

Son olarak Vova-Chatzi ve ark.'nın Yunanistan'da yaptıkları çalışmada kişisel doktorlardan alınan sağlık hizmeti değerlendirilmiştir. Yunanistanda'ki kriz sonrası

dönemde hastaların Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri sunumunun çoğu yönünden genellikle memnun olmadığı ya da nötr olduğu bulunmuştur (3).

Birinci basamakta hasta memnuniyetinin değerlendirilmesi ve etki eden faktörlerin tanımlanması sağlık hizmetinin kalitesinin geliştirilmesinde yardımcı olmaktadır. Biz bu çalışmada “Türkiye’de Aile Hekimliği Uygulamasına” geçişin 16. Yılında Antalya ilinde Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran hastaların kendilerine sunulan sağlık hizmetinden memnuniyet düzeyini ve memnuniyete etki eden faktörleri saptamaya çalıştık. Hasta memnuniyetine etki eden faktörlerin ve uygulamadaki eksikliklerin tespit edilerek gerekli düzenlemelerin yapılmasının aile sağlığı merkezlerinde daha nitelikli ve kaliteli sağlık hizmeti sunulmasına ve uzmanlık eğitimi programının değerlendirilmesine katkı sağlayacağını düşünmekteyiz.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Aile Hekimliği Disiplini

2.1.1. Aile Hekimliğinin Dünyadaki Tarihsel Gelişimi

Tıp tarihi insanlık tarihi ile başlar. İnsanlar sağlıklı yaşam arayışını her çağda sürdürmüşler, hastalıklarını tedavi ettirmek ve sağlıklarını yeniden kazanmak için önceleri içgüdüleri ile hareket ederken birlikte yaşam kültürünün gelişmesiyle kendilerinin çözemedikleri sağlık sorunları için başkalarından yardım aramaya başlamışlardır. Hasta üyelerine bakım verme avcı toplayıcı toplumlarla başlamıştır. Yaşam koşullarının zor olduğu bu dönemde grubun yaşamını tehlikeye atan hasta üyenin bakımını tüm grup üyeleri birlikte yapmaktadır. Birlikte yaşam kültürünün gelişmesiyle din kavramı ortaya çıkmıştır. Hastalığa kötü ruhların yol açtığına ya da tanrının verdiği bir ceza olduğunun düşünülmesi hastaların bakımında tanrıların temsilcisi olarak görülen din adamlarının öne çıkmasına yol açmıştır (32,33). Şamanlar bu açıdan ilk hekimler olarak nitelendirilmektedir. Onlar sadece din adamları değil özel yetenekleri olan kişilerdir. Ruhlarla ilişki kurarlar, rüyaları yorumlarlar, hastalıkları sağaltırlar ve toplumu korurlardı.

Şaman mitolojisinde hastalıkların “animusun (ruh)” kaybından ya da yıkıcı dış güçlerin bedene girmesinden kaynaklandığına inanılıyordu. Bu nedenle iyileşme olumlu yaşam kalitesinin yeniden kurulması ya da kötü ruhların bedenden kovulması ile başarılabilirdi. Şamanlar da yaşam biçimlerinin düzenlenmesi için öğütler verirler ve kötü ruhları bedenden uzaklaştırırlardı. Şamanların başarısı toplumu iyi tanımaktan, toplumun içinde bulunduğu koşulları ve toplumun üyelerinin yaşam biçimlerini, inançlarını ve beklentilerini iyi bilmelerinden kaynaklanıyordu. Şamanlardan hasta bakımında 3 temel görev beklenmekteydi (32).

- Hastayı iyileştirmek (günümüzde tedavi)

- Kötü ruhları uzaklaştırmak için tanrılara sunulan toplumun kurbanlarını yönetmek (günümüzde koordinasyon)
- Ölülerin diğer dünyaya gidişlerine yardımcı olmak (günümüzde yaşam sonu bakımı).

Günümüzde başarılı aile hekimleri de hizmet sundukları toplumu iyi tanımaktadırlar. Günümüzün modern dünyasında aile hekimleri bu görevleri farklı bir yöntemle yerine getirmektedir (35).

Tıp yerleşik yaşama geçişten sonra bir meslek olarak kabul edilmiştir. Mezopotamya, Mısır, Çin ve Hint tıp uygulamaları kendi toplumlarının sağlık sorunları ve inançları doğrultusunda gelişimini sürdürmüştür (32-34).

Eski Mezopotamya’da tıp dinle yakın ilişki içindeydi. Yaralanma ve hastalıkların açıklanmasında büyü ve din temel rol oynamakta ve hastalıklara insan bedenine giren kötü ruhların neden olduğuna inanılmaktaydı. İlaçlar çoğunlukla bitkilerden elde ediliyordu ve etkisizdi. Mısır tıbbı da dinle kuvvetli bağlara sahipti. Hastalık kavramları ruhlar, kurtçuklar, barsakların çürümesi düşüncesine dayanıyordu. Mısırlılar pek çok hastalığı anlamışlardı ve tedavi için bazı cerrahi girişimler, dağlama ve bitki kökenli ilaçlar, antiseptikler yapıyorlardı. Hastalık için tanımlanabilir bir neden olmadığı zaman doktorlar ve din adamları hastalığın nedenini ruhlara bağlıyor ve tedavide büyüsel yöntemler ve konuşma yöntemlerini kullanıyorlardı (33-34).

Anadolu en eski yerleşim yerlerini barındırır. İlk çağların en önemli uygarlıklarının beşiği olmuştur. Antik Yunan tıbbı olarak bilinen hekimlik uygulamaları Anadolu ve çevresindeki adalarda gelişmiştir. Mitolojiye göre Tanrı Apollon’un oğlu olarak tanımlanan Asklepius at adam Kheiron tarafından yetiştirilmiştir. Asklepios ve ailesi hastaları tedavi yanında sağlığın korunması ve rehabilitasyon konusunda da çalışmalar yapmışlardır. Asklepios adına kurulan tapınaklar “Asklepion” olarak adlandırılmıştır. Asklepionlarda “asklepiade” adı verilen rahipler hastaların tedavisi ile uğraşmakta ve sağlık hizmeti sunmaktadırlar (32-34).

Antik Yunan’da hekimler usta-çırak ilişkisi içinde yetişmekteydiler. Kos ve Knidos’ta tıpla uğraşan iki Asklepiades ailesi vardı. Her birinin kendilerine özgü tıp anlayışları vardır. Kos okulunda hekimler hastalık semptomlarından çok hastanın

yaşamından ve koşullarından yola çıkılarak tanı koymaya çalışırken (biyopsikososyal tıp) Knidos okulu hekimleri hastalık semptomlarını ön planda tutarak tanı koymaya (biyomedikal tıp) çalışmaktaydılar. Kos okulu hastalığı tüm organizmanın bir anlatımı olarak düşünüyordu ve hastalığı zaman içinde tüm boyutları ile tanımlamak için hastayı dikkatle gözlemliyordu (Holistik yaklaşım). Kos okulunun en ünlü temsilcisi Hipokrat'tır. Hipokrat hastalıkları doğaüstü nedenlere bağlamamış, hastanın gözlemlenmesi ve akıl yürütme ile anlaşılabilirliğini ileri sürmüştür. Hipokrat'a göre tanı hastanın düşüncelerini, hastalığı açıklamasını dinlemeyi, sosyal bağlam ve ruhsal yaşamın her ikisini açıklamayı ve şu anki durumu gözlemeyi gerektirmektedir. Kos okulunda her hastanın mesleği, yaşam alışkanlıkları, konuşması, hareket biçimi, sessizliği, düşünceleri, uykusu, uyanıklığı ve rüyaları – içeriği ve insidansı – hastanın değerlendirilmesinde önemli unsurlardır. Kos okulu hastanın yönetiminde bakım rejimine özen, sağlığı desteklemek için kişisel yaşam biçimi değişiklikleri, çevre düzenlemelerini dikkate alıyordu. Kos okulu güçlü bir hasta- hekim ilişkisinin hastalıkların sağaltımında önemli olduğunu ve hekimin toplumun sağlığını geliştirmeyi amaçlayan savunucu doktor olması ve bireyin esenliği üzerinde hasta – hekim ilişkisinin etkisini anlaması gerektiğini ileri sürmekteydi (33,34)).

Kos okulu ile rekabet içinde olan Knidos Okulu biyomedikal bir yaklaşımı savunmuş ve birincil olarak bir soyut varlık olarak hastalıklarla ve onun organizmadan çok organlar üzerine etkisi ile ilgilenmiştir. Hastalığı hastadan bağımsız bir varlık olarak değerlendirmiş ve her hastalık için özgün ilaçlar önermişlerdir (33-34).

Roma döneminde geleneksel dinsel sağlık bakımı uygulamaları yanında antik Yunan tıp okullarından yetişmiş hekimler de sağlık hizmeti sunmaktadırlar. Bu dönemin günümüz tıbbı üzerinde etkileri olan en ünlü hekimi Galen öykü alma ve muayenenin önemini vurgulayan ve tıbbi uygulama içine yerleştiren hekimdir (33,36). Romalılar askerlerin sağlıklı tutulmasının gerekliliği nedeni ile hastalıkları önlemek için halk sağlığı önlemlerini, özellikle su ve besin sanitasyonunun önemini vurgulamışlardır(34).

Bu uygarlıklarda hekimlik usta – çırak ilişkisi içinde öğrenilmektedir. Hekim sayısı azdır. Mevcut hekimler daha çok kentlerdedir ve üst sınıflara sağlık

hizmeti vermektedir. Halkın da hekimlerden sağlık hizmeti talep etmesi, Roma imparatorluğunda hekimlerin askerlikten ve vergiden muaf tutulması usta- çırak ilişkisi ile hekimlik öğrenen kişi sayısını hızla artırmıştır. Ancak bu hekimler nitelikli değildir. Kaliteli hekim yetiştirilmesi gereksinimi formal tıp okullarının açılması gerekliliğini ortaya çıkarmış ve 11. yüzyılda tıbbi iyileşme merkezi olarak ünlü olan Salerno’da Avrupanın ilk tıp okulu açılmıştır. Salerno okulu 9 ve 13. Yüzyıllar boyunca etkili olan ve ilk final sınavını yapan okuldur. Bu okulun mezunları kendilerine yasal olarak “doktor” unvanını almışlardır. İlk kez Hipokrat, Aristo, Galen, Razi, İbni Sina ve Albukasis’in yazdığı tıp kitaplarına dayalı bir müfredat oluşturulmuştur. Bu okul 19 yüzyıla kadar hekim yetiştirmiştir (33,34).

Rönesans’tan sonra Avrupa’nın pek çok yerinde (Montpellier, Bologna, Paris ve Padua gibi) pratik eğitimler yanında teorik eğitimlere de yer veren okullar açılmıştır. Onyedinci ve 18. Yüzyılda tıp okullarının sayısı hala yetesizdir ve bu okullardan mezun hekim sayısı azdır. Bu hekimler zengin kentlerde çalışmakta ve st tabakalara sağlık hizmeti vermektedir. Kırsal kesimlerde yaşayan ve yoksul halkın sağlık gereksinimleri şıfacılar adı verilen ve usta-çırak ilişkisi içinde yetişen kişilerce karşılanmaktadır. Tıp okullarından mezun olan hekimler ilaç hazırlamayı ve cerrahi girişimleri yapmamışlardır. Cerrahlar usta çırak ilişkisi içinde eğitim gören zanaatkarlardır. İlaçları hazırlayan ve satan eczacılar bazen hekim olarak da görev yapmışlardır (33,34).

18. yüzyıla gelinceye dek Amerika’da tıp okulu yoktur ve hekim olmak isteyenler Avrupa’da eğitim almışlardır. Amerikan tıp okulları, 1750’lerde, niversite ve eğitim hastaneleri arasında eğitimsel girişim olarak tasarlanmıştır. Ancak eğitimler yapı, içerik ve kalite açısından birbirlerinden çok farklıdır. Bu okullardan mezun olan hekimler yanında usta çırak ilişkisi içinde eğitim alan eczacılar ve cerrahlar da sağlık hizmeti sunmaya devam etmişlerdir. Formal eğitim alan hekimler cerrahları ve eczacıları başlangıçta kmsemişler ve onlarla iletişime geçmeyi reddetmişlerdir. Ancak formal eğitilmiş hekim sayısı artan sağlık hizmeti talebini karşılamaktan uzaktır. Sağlık hizmetine olan yoğun gereksinim bir süre sonra bu direnci kırmıştır. Formal eğitilmiş olsun olmasın tüm hekimler genel pratisyen gibi çalışmışlar ve Amerika’da genel pratisyenlik doğmuştur (33,37).

Amerika’da doğan genel pratisyenlik 19. Yüzyıl başlarında İngiltere’de adlandırılmıştır. İngiltere’de 19. yüzyılın başlarında cerrahların ve eczacıların statüleri artmıştır. Cerrahi eğitimi geliştirilmiş ve çıraklık uygulaması ve hastane eğitimi alan cerrahlar bir sınav sonrası Kraliyet cerrahları akademisine üye olmuşlardır. Eczacılar ise ilaç sağlamanın yanı sıra tıbbi tavsiyelerde bulunma hakkı verilmiş ve 5 yıllık eczacılık okulları açılmıştır. Sosyal taleplere bir yanıt olarak cerrah ve eczacılar modern tıp mesleğini oluşturmak için hekimlik ile aşamalı olarak bütünleşmiştir (37).

Ondokuzuncu yüzyılda Amerika ve Avrupa’da sağlık hizmetleri büyük çoğunlukla genel pratisyenler tarafından verilmiştir. Tek başına çalışan ve gerçekte aile hekimliği yapan bu hekimler generalist, cerrah, pediatrist, kadın doğumcu ve jinekolog olarak hizmet vermekte; hastalarını evlerinde ziyaret ederek bakım sunmaktadırlar. Genel pratisyen olarak çalışan bu hekimler hastalarını genellikle at ya da küçük arabalarla evlerinde ziyaret etmekteydiler. Tüm aile üyelerine bakıyor ve onları iyi tanıyorlardı (38).

Binsekizyüzlü yıllarda Amerika’da hem formal eğitim almış, hem de usta çırak eğitiminden yetişmiş hekimler sağlık hizmeti sunmaktadır. Şehirler büyüdükçe hekimler büyüyen toplumun gereksinimlerini daha büyük ölçekte karşılamak ve formal tıp eğitimini kurmak için organize olmaları gerektiğini anlamışlar ve 1847’de Amerikan Tıp Birliği (AMA) kurulmuştur. AMA’nın majör hedefi organize ve düzenli tıp eğitimi sağlamaktır. AMA’nın yayın organı JAMA 1882’de yayınlanmaya başlanmıştır (37).

1750’lerde Amerikan tıp okulları üniversite ve eğitim hastaneleri arasında eğitimsel girişim olarak tasarlanmıştır. Ancak eğitimler yapı, içerik ve kalite açısından birbirlerinden çok farklıdır. Yirminci yüzyıl başladığında tıp eğitimi hala bilimsel temellerden uzak ve düşük kalitededir. Ne tıp fakültesine giren öğrencilerin seçimi için standart kriterler ne de tıp eğitimi programlarının içerik ve uygulamasıyla ilgili standartlar vardır. 1900’lere kadar AMA’nın hedefleri (37,38):

- Mesleği şarlatanlardan arındırmak
- Tıp eğitimi için bilimsel ilkelere dayalı standartlar koymak
- Halk sağlığı için standartlar geliştirmek (sanitasyon, besin ve ilaçlar)
- Tıp Eğitimi standardize etmektir.

Yirminci yüzyıl başlarken ABD’de tıp uygulamasının başta İngiltere ve Almanya olmak üzere, Avrupa ülkelerindekilerin çok uzağında olduğu duygusu vardır. Tıp eğitiminin durumu konusunda endişelenen AMA 1904’de Tıp Eğitimi Konseyini kurar ve tüm tıp okullarını incelemesi ve bulgularını rapor etmesi için Carnegie Vakfını davet eder. Görev bir eğitimci olan Abraham Flexner’e verilir. Amerika ve Kanada’daki 155 tıp okulunu ziyaret edip tıp eğitimi inceleyen Flexner 1910 yılında yazdığı raporda 17 ve 18. yüzyılın çıraklık modeli ile başlayan tarihsel gelişmeleri tanımlamıştır. Eğitimin kalitesinin hocanın kapasitesi ve dürüstlüğü ile büyük sınırlılıklar içinde değiştiğini, tıbbın bilimsel bir girişim olduğunu ve tıbbi öğrenmenin temel biyoloji, kimya ve fizik bilgisi gerektirdiğini ve tıp öğrencilerinin eğitiminin istenilen düzeyin altında olduğunu bildirmiştir. Toplumda doktorun rolünün değiştiğini ve tıbbın insancıl yanını kabul etmiştir. Flexnere göre “usta – çırak eğitimi yüksek nitelikli hekim yetiştirilmesinde yetersizdir. Tıbbi uygulamaların bilimsel ağırlığının arttırılması gerekir. Bu amaçla iki yıllık klinik öncesi eğitim ve akademik yönelimli hastanelerde iki yıl klinik eğitim yapılmalıdır. Tıp eğitimi izole okullarda değil, üniversite yapısının içinde yürütülmelidir. Bu sayede, hasta bakımı sırasında ortaya çıkacak sorularla yeni araştırmaların yapılması, bilimsel yöntemlerin tıbbi uygulamalara yansıtılması ve bu gelişmelerin tıptaki öneminin öğrenciler tarafından anlaşılması sağlanacaktır. Araştırma çok önemli değildir; sadece daha iyi hasta bakımı ve daha iyi eğitim için bir araçtır” (37–40).

Flexner Raporu çağı için ilerici bir bakış açısına sahiptir ve tıp eğitimi derinden etkilemiştir. Flexner raporundan sonra:

- Tıp öncesi gereksinimler kuvvetli bir bilimsel tabanla kurulmuştur
- Tıp müfredatı standardize edilmiştir.
- Öğretme ve araştırmaya tüm zamanın ayrılması önerilmiştir.
- Tıp okulları üniversitelere bağlanmıştır.

Flexner raporundan sonra biomedikal araştırmalar teşvik edilmiş ve desteklenmiştir. Flexner, 1930 yılında, yeniden bir değerlendirme yapmış ve kazanılanların yanında kaybedilenlerinde olduğunu bildirmiştir (39). Tıp içinde özel alanlarda gelişme uzmanlıkların ortaya çıkmasına ve büyümesine yol açarken genel hekimlik önemini yitirmeye başlamış ve ikinci plana itilmiştir. Genel

hekimler sayıca azalırken uzman hekimler artmaya, tıp eğitimi ve sağlık hizmetleri daha pahalı olmaya başlamıştır. Hastaneler tıp ve teknolojinin bulunduğu ve geliştiği ana yerler olmuştur. Ortaya çıkan uzmanlık dalları gelişimlerini sürdürürken bölünmeler devam etmiş ve aşırı uzmanlaşma sonucu hekimliğin amacının insanları sağaltmak olduğu unutulurak hastalıkları sağaltma ön plana çıkmıştır. Hastanın bütüncül değerlendirilmesi, sürekli bakım ya da bakımın sürekliliği kaybolmuş, hasta-hekim ilişkisi aşınmıştır. Ayrışmamış sorunlarla başvuran hastaları değerlendirecek hekim tipi kaybolmuştur. Hastalıklar tedavi edilmiş ancak hastalar tedavi edilmemiştir.

Bu durumun hastaların sorunlarını çözmede yetersiz kaldığını ileri süren ünlü Amerikalı hekim Francis Weld Peabody 1923 yılında “*hızla genel tababete dönüşmesi gerektiği*” yönünde uyarıda bulunmuştur. Bu uyarının önemi ancak II. Dünya Savaşı'ndan sonra anlaşılmıştır (38-41).

Peabody'den önce 1920'de Sir Bertrand Dawson İngiltere Sağlık Sistemini değerlendirdiği bir rapor yayınlamıştır (1,2. Raporunda o andaki sağlık hizmetlerinin organizasyonunun yetersiz olduğu vurgulanmakta ve tüm yurttaşların sağlık hizmetlerine erişemediği bildirilmektedir. Dawson koruyucu ve iyileştirici hekimliğin aynı düzeyde ele alınmasını ve pratisyen hekimler tarafından verilmesini önermiştir. Bir resmi hükümet raporu olan bu raporda ülkede “birinci basamak sağlık bakım merkezlerinin bölgeye özgü hizmetlerin merkezi olması amaçlanmalıdır” yazar. Dawson Raporunda sağlık bakım merkezlerini üçe ayırır (2).

- Birinci basamak sağlık bakım merkezleri
- İkinci basamak bakım merkezleri
- Üçüncü basamak bakım merkezleri

Ayrıca destekleyici sağlık bakım merkezleri olarak ruhsal sağlık merkezleri, tüberküloz bakım merkezleri gibi merkezlerin olmasını önerir.

1935'de tıp eğitiminde majör değişiklikler olur.

- Tüm hekimlerin aynı tıp derecesinde olduğuna karar vermek için doktora öncesi tıp eğitiminin standardizasyonu
- Asistanlık gibi genişletilmiş mezuniyet eğitimine dayalı uzmanlaşma

- Lokasyon ve teknoloji kullanımı üzerinde uzman kontrolü. Hastaneler tıp ve teknolojinin bulunduğu ve geliştirildiği majör yerler olmuştur.
- Tıp fakülteleri ve şehir/eyalet hastanelerine dayalı olarak kurumsallaşmaya başlamıştır.

Bu değişikliklerin sonucu olarak tıp eğitiminin maliyeti artmış ve tıp üst sınıf bir meslek olmuştur. Genel Pratisyenler (GP) bir alt rütbeye gerilerken uzmanlaşma vurgulanmış ve daha yüksek değerli olmuştur. GP'ler ve uzmanlar arasında düşmanlık gelişmeye başlamıştır. GP'ler hastane yükü, girişimler ve aktivitelerden uzaklaştıkça zemin kaybetmişlerdir. Bindokuzyüzotuzbirde hekimlerin %76'sı genel hekimken bu oran 1974'de %18 olmuştur (38).

AMA, 1946'da, Genel Pratisyenliğin büyüyen sorunlarını ve sayılarının azalmasını dile getirmek için genel pratisyenliğe dair bir bölüm oluşturmuştur. AMA tarafından 1947'de oluşturulan bölüm Amerikan Genel Pratisyenlik Akademisi (AAGP) içinde gelişmiştir. AAGP'nin hedefleri genel pratisyenlikte kendilerini hazırlanma, niteleme ve temsil etmeleri için hekimleri yüreklendirme ve yardım etmedir ve genel pratisyenler için mezuniyet sonrası çalışma kursları vermede yardımcı değildir. Üç yıl içinde AAGP'nin üye sayısı 10 bin olmuştur. Ancak AAGP umut edilen kadar başarılı olmadığı için AMA bir çalışma grubu isteminde bulunur ve Genel Pratisyenlik için Hazırlık Komitesi kurulur. Komite raporunu 1959'da yayınlar. Genel pratisyenliği öğretmek için 2 yıllık mezun pilot programları önerir (38,42).

Bu noktada, yaklaşık 20 pilot genel pratisyenlik asistanlığı başlatılmış ama asistanlık eğitimini tamamlayan hekimlere sertifika verilmediği için talep oranı yetersiz olmuştur. Üniversitelerde ilk pilot aile hekimliği asistanlık programı 1959'da İndiana Üniversitesi Tıp merkezinde başlatılmıştır. Genel olarak asistanlıkların içeriği son derece değişkendir (bazıları cerrahiyi gerekli bulurken bazıları için gerekli değildir; bazıları için obstetrik gerekli görülürken bazıları için gerekli değildir). Var olan genel pratisyenlik asistanlığı pozisyonlarının birçoğu boş kalmıştır (38).

AMA'nın pek çok komite ve raporlarına rağmen genel pratisyenler ayrıcalıklarını korumada ve kendilerini savunmada AMA'yı yetersiz bulmaktadır. Bu nedenle kendi örgütlerini oluşturmaya karar verirler ve Genel Pratisyenler

Akademisi'ni kurarlar; 1957'de de kendi komitelerini oluşturmaya karar verirler: Genel Pratisyenlik için Eğitimin Minimum Uniform Standartları (MUSE) kurulur. MUSE, Akademiye üyelik için gerekli olan eğitim standartlarını ve öğretim standartlarını oluşturma üzerinde yoğunlaşmıştır. MUSE'nin 1959 raporunda Genel Hekimlik Yeterlik Kurulu oluşturulmasına yönelik çabaların hızlandırılmasını önermesinden 2 ay sonra AMA Genel Pratisyenlik Bölümü de "Aile Hekimleri için Genel Hekimlik Yeterlik Kurulu" oluşturulması için çabaların hızla artırılmasını önermiştir (42).

Tüm bu çalışmaların arasında de 1963'de Dünya Sağlık rgt (DSÖ) Genel Pratisyenlik Uzman Komitesi bir rapor yayınlamıştır. Bu raporda genel pratisyen gereksiniminin karşılanması için özel olarak tasarlanmış mezuniyet sonrası eğitim programı önerilmiştir. Mezuniyet sonrası çalışma programının sürekli tıp eğitimi için mekanizmalar, aile hekimliğinde araştırmalar ve tıp ğrencilerinin eğitimini içermesi gerektiği bildirilmiştir (38).

Bütün bu örgütsel etkileşimlerin, komite raporlarının ve i bölünmelerin ortasında önemli bir gelişme ortaya çıkmaya başlamıştır. Aile hekimleri, kendilerini genel pratisyenlerden net olarak ayırmak için yeni bir imaja gereksinimleri olduğunu kabul etmişlerdir. Yeni bir kimlik yaratmanın önemli yolunun yeni bir isim geliştirme olduğu düşüncesi ile 1960'ların ikinci yarısında MUSE komitesi, Genel Pratisyenlik Hazırlık Komitesi ile birlikte yeniden markalaşmış bir aile hekimi terimini önermiştir. Bu aşamadan sonra ise Genel Pratisyenlik yeterlik Kurulunun kurulup kurulmaması konusunda tartışmalar başlamıştır. 1959'da Amerikan Genel Pratisyenlik Yeterlik Kurulunu kuran Amerikan Genel Pratisyenlik Akademisi içinde yeterlik kurulu kurulmasına karşı çıkan gruplar da vardır (28,42).

Akademi genel olarak, 1964'de kadar yeterlik kurulu sertifikasyonuna karşı çıkmış ancak daha sonra AAGP Delegeler Kongresi 1965 yılında bir yeterlik sertifika kurulu kurulmasına yönelik harekete geçilmesini onaylamıştır. AAGP'nin süreci başlatmak için kurduğu "Sertifikasyon için Gereklikler Komitesi" alanın parametrelerini tanımlamaya çalışmış ve aynı zamanda cerrahiye de içeren Aile Hekimliğinin ekirdek içeriğini ortaya çıkarmıştır. Bu içerikler Witten raporunda

ortaya konmuştur. Aile Hekimliği belgesi tıbbi eğitim programının bir parçası olarak özel olarak davranışsal bilimlerin adının geçtiği ilk belge olmuştur (43).

Yeterlik kurulu sertifikasyonunda ilk adım olan Uzmanlık Yeterlik Kurulları için İrtibat komisyonuna başvuru Şubat 1966'da yapılmıştır. Komite bu başvuruyu erken bularak ertelemiştir. İrtibat Komitesi başvurunun bu sırada halkın sağlık hizmetlerinden hoşnutsuzluğu nedeni ile AMA'nın desteklediği 3 komiteden gelen raporların tamamlanmasından sonra tekrar sunulmasını önermiştir. Millis Raporu, Folsom Raporu ve Willard Raporu olarak bilinen bu komite raporlarının yayınlanmasından sonra yeterlik kurulu başvurusu yeniden değerlendirilmiş ve kabul edilmiştir (3842).

Millis, Folsom ve Willard Raporları

Savaş yıllarında ve sonrasında tıp fakülteleri ve öğrenci katılımı önemli oranda artmadığı için 60'lı yıllara gelindiğinde nüfusun artması nedeniyle hekim kısıtlılığı ortaya çıkmıştır. Halk bu durumdan hoşnutsuzdur (38). Halkın yakınmaları:

- Hekim kısıtlılığı ve doktorların kötü dağılımı
- Kırsalda ve şehir içlerinde sağlık bakımına ulaşamama
- Tıbbi bakımın maliyetinin yüksek olması
- Tıbbın giderek artan duyarsızlaşması
- Bakımın fragmentasyonudur.

Halkın bu yakınmaları nedeniyle sağlık bakımının durumunun araştırılması için komisyonlar oluşturulmuş ve 3 komisyon raporu eş zamanlı olarak yayınlanmıştır. Bu raporlar aynı zamanda aile hekimliği yeterlik kurulunun kurulmasında da yardımcı olmuşlardır (38). Bu raporlardan ilki AMA'nın sağlık hizmetindeki olumsuzlukların araştırılması için oluşturduğu Hekimlerin Mezuniyet Eğitimi Yurttaşlar Komisyonunun raporu olan Millis Raporu'dur. Daha sonra Folsom Raporu ve Willard Raporları yayınlanmıştır (38).

Millis Raporunu hazırlayan Hekimlerin Mezuniyet Eğitimi Yurttaşlar Komisyonunun amaçları topluma en kaliteli sağlık bakımının sunulması için gerekli tıp alanlarının belirlenmesi, mezuniyet sonrası ideal eğitim programlarının tasarlanması, varolan programların istenen duruma erişilebilmesini sağlama amaçlı iyileştirilmesi için öneriler geliştirilmesi olarak belirtilmiştir. Komisyon başkanı

John Millis tarafından 1966'da açıklanan bu ilk raporda tıp eğitiminin hedefleri belirlenmiştir. Raporda sorunun tıp eğitiminin karmaşıklığı, parçalı olması, tıp öğrencilerine yetkinlik sağlamadaki yetersizliği, standartlarının esnek olmaması olduğu belirtilmektedir (38,42,44).

Tıptaki ilerlemeler, bilgi birikimindeki artış ve sağlık hizmetine ilişkin istemlerin ve beklentilerin artması ile demografik yapının değişmesine dikkat çekilmiş ve birçok hastanın organları veya hastalıkları yerine insan olarak kendileri ile ilgilenen ya da kapsamlı, sürekli tıbbi hizmet sunmak için istekli görünen doktorları bulamadıklarından yakındıkları belirtilmiştir. Genç hekimlerin büyük çoğunluğunun kendini bir uzmanlık alanı ile özdeşleştirdiği ve genel pratisyen olmak isteyenlerin çok çok az olduğu, mevcut hekim dağılımının da düzensiz olduğu vurgulanmıştır. En önemli endişelerden birinin mezuniyet sonrası eğitim paternlerini etkileyen kararlarda dar uzmanlık bakış açısının baskınlığı ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (3,44-48).

Komisyon'a göre tıp topluma hizmet etmek için vardır. Her zaman hizmet verdikleri toplumun gereksinimlerine yanıt vermelidir. Topluma hizmet etmiyorsa bazı değişiklikler yapılması zorunludur. Tıp değişmektedir. Hizmet edilen toplum da değişmektedir. Uzmanlaşmaya bağlı olarak sağlık maliyetlerinin artışı nedeniyle hastalar hastalıkları ciddileşinceye kadar tıbbi bakım aramaktan kaçınmaktadır. Toplumda yaşlı nüfusun giderek artması nedeniyle kapsamlı bakımın önemi artmaktadır. Bazı gruplar ise yeterli sağlık hizmeti alamamaktadır. Genç hekimlerin eğitim gereksinimlerinin saptanmasında bu değişimler dikkate alınmalıdır. Millis raporunda tıp eğitimi için bazı hedefler vurgulanmıştır (44). Bunlar:

1. Tıp fakülteleri ve eğitim hastaneleri, akut ya da epizodik hastalık durumlarının tanı ve tedavisi kadar önleyici önlemler, erken tanı, rehabilitasyon ve destekleyici tedaviyi içeren kapsamlı ve sürekli sağlık hizmeti sunma arzusu ve niteliklerine sahip olacak çok daha fazla hekim hazırlamalıdır.
2. Hiçbir hekimin tek başına hastalarına en iyi sağlık bakımını sağlamak için gerekli tüm bilgi ve beceriye sahip olması mümkün değildir. Uzmanlaşma sorumluluğun bölünmesine vurgu yapar ancak hasta bölünemez. Bu nedenle mezuniyet tıp eğitim programları, her hastaya

kendi gereksinimleri için en iyi uyarlanmış bilgi ve beceri kombinasyonunu sağlamaya yönelik tıp uzmanlıkları ile diğer sağlık mesleklerinin üyeleri arasında iş birlikçi çaba için hekimlerin eğitimine daha fazla önem vermelidirler.

Millis raporunda hastaların ve hekimlerin değiştiğine dikkat çekilmiş ve uzmanlaşma artarken, bireyin bir bütün olarak sürekli ve kapsamlı bakımını sağlayacak genel hekim sayısında endişe verici bir düşüş olduğu belirtilmiştir. Bir hekimin özel organ ve sistemlere odaklanmaktan çok kompleks bir ortamda yaşayan tüm insana odaklanması gerektiği; sadece bir organın tanı veya tedavisinin sıklıkla nedensel faktörleri ve terapötik fırsatları gözardı ettiği belirtilmiştir. Genel pratisyenlerin azalmasının hastaların ayrışmamış sorunlarında başvuracakları hekim tipini ortadan kaldırdığı ve hastaların hangi uzmanlık alanına başvuracağına karar vermede zorlandıkları ifade edilmiştir. Raporda istenen şeyin hastalıkların tanı ve tedavisi kadar kişinin mental ve fiziksel sağlığını sürdürmesine yardım edecek koruyucu, destekleyici, rehabilite edici bakım sunmayı içeren kapsamlı ve sürekli sağlık bakımı sunulması olduğu belirtilmiştir. Rapora göre çok az hastane ve çok az mevcut uzmanlık alanı sorumlu olmayı ve yeterliklerinin yelpazesi içinde sürekli ve kapsamlı bakımı düşünmektedir ve mevcut genel pratisyenlerin çoğu da bu rol için yeterli nitelikte değildir. Farklı bir hekim tipine gereksinim vardır. Genel pratisyenlik adının yıpranması nedeniyle bu hekimin farklı bir adının olması önerilmiştir. Adın ne olabileceği konusunda öneriler yapılmış ve en uygun adın "birincil hekim" olduğu belirtilmiştir (44-46). Birincil hekimin uzmanlaşma ve "eğitimde, ödüllerde ya da tıp bünyesindeki konumda daha düşük olmadığını; diğer uzmanlık dallarıyla eşit konumda olduğunu vurgulamıştır. Komisyon raporlarında, birincil hekimlerin mezuniyet sonrası programlar için beş özel öneri sunmuştur (47).

1. Klasik intörnlük rotasyonları tutumu içinde pek çok serviste basit rotasyonlar yeterli değildir.
2. Acil olgularla başa çıkmada bazı deneyimler ve cerrahi öncesi ve sonrası gereken uzmanlaşmış bakım bilgisi eklenmelidir.
3. Programın büyük çoğunluğunu yapılandıran tıbbi uzmanlıklara ek olarak yeni bilgi birikimi öğretilmelidir.

4. Mezuniyet sonrası programda bireysel varyasyonlar için fırsatlar mevcut olmalıdır.
5. Eğitim düzeyi diğer uzmanlıklarla aynı değerde olmalıdır ve 2 yıllık mezuniyet sonrası eğitim yetersizdir.

Millis raporunun sonuç kararı aile hekimliğinin aile hekimliği yeterli kurulumun sertifikalandırdığı bir uzmanlık olması gerektiğidir (25).

Folsom Raporu 1966'da yayınlanmıştır ve "Sağlık Bir Toplum Sorunudur" başlığını taşımaktadır. Toplum Sağlığı Hizmetleri Ulusal Komisyonu, Amerikan Halk Sağlığı Kurumu ve Ulusal Sağlık Konseyi tarafından kurulan komisyonun raporudur. Komisyon tıp dünyası, iş dünyası, sağlık savunucuları ve hükümetten 33 bireyden oluşturulmuş ve başkanlığını Marion Folsom yapmıştır. Komisyon raporu sağlığın iyileştirilmesi için toplumun katılımını savunmaktadır. Aynı zamanda, "din, sosyal, ekonomik, kültürel, kişisel" vb. dahil olmak üzere bakımda birçok faktörün düşünülmesinin önemini vurgular. Raporun bir önerisi özellikle aile hekimliği için vurgulara sahip olmasıdır. Komisyon her bireyin tıbbi bakımın entegrasyonu ve sürekliliğini sağlayan, ayrıca sosyal ve çevresel faktörleri de içeren tüm tıp hizmetlerinin entegrasyonu ve sürekliliği için merkez nokta olan "kişisel bir hekim"e sahip olması çağrısında bulunmuştur. Böyle bir hekim koruyucu tıp uygulamasını vurgulayacak; hastasının ve ailesinin sağlığını etkileyen birçok ve çeşitli sosyal, duygusal ve çevresel faktörlerin farkında olacaktır. Onun kaygısı bir bütün olarak hasta olacaktır ve hasta ile ilişkisi süreklilik ilişkisi olmalıdır" Rapor bu kişisel hekimi kapsamlı, sürekli ve koruyucu bakım sunan ve eğitim, statü, ücret ve mesleki ayrıcalıkları açısından diğer tıp uzmanlarıyla karşılaştırılabilir olan hekim olarak tanımlamıştır. Raporda bu amaca ulaşmak için birinci basamak hekimlerinin gerekli işgücünü sağlamak için aile hekimliği asistanlık eğitim programlarının oluşturulması ve genişletilmesi gerektiği belirtilmiştir (38,42,47).

Willard Raporunu hazırlayan Willard Komitesi, Aile Hekimliği İçin Özel Eğitim (Ad Hoc) Komitesidir. Bu komisyon AMA Tıp Eğitimi Konseyi tarafından aile hekimliği eğitimi üzerinde çalışmak için 1964'de kurulmuştur. Bu komite, genel pratisyenliği daha spesifik olarak incelemekle görevlendirilmiş ve 1966 Kasım ayında "Aile Hekiminin Zorluklarının Karşılanması" raporunu yayınlamıştır. Bu raporda, "modern tıbbın ve sağlık sisteminin karmaşıklığı

nedeniyle kapsamlı kişisel sağlık hizmeti sunmak için eğitimli, yeni bir aile hekimliği uzmanı" çağrısında bulunulmuştur. Rapor dahiliye, pediatri, cerrahi, psikiyatri, doğum ve kadın hastalıkları, toplum tıbbı, sosyal ve davranış bilimlerinin eğitim programına dahil edilmesini önermiştir (38,42,47). Raporda ön yeterlik kurulu sertifikasyonu için geçen ifade şöyledir:

"Ad Hoc Komitesi, uzmanlık yeterlik kurulu sertifikasyonunun, aile hekimliğine doğru bir şekilde hazırlananlar için şarttır olduğuna inanmaktadır. Yeterlik Kurulu sertifikası, öngörülen eğitim programlarını tamamlamak için gerekli zaman ve çaba harcayan hekimlerin ve bu önemli tıp alanındaki yeterliklerini kanıtlamış olan doktorlar için tek geçerli tanınırlıktır. Sahaya statü sağlamak ve kendilerini uygun bir şekilde hazırlayan kişilere ödül vermek için sertifikasyon gereklidir. Hem aile hekimliği hem de aile hekimliği alanındaki meslek seçimlerinde genç hekimlerin ilgisini çekmek için hem alan hem de bireye verilen ödül için şarttır. Gelecekte yeterli miktarda aile hekiminin hazırlanması durumunda yönetim kurulu sertifikasının sağlanması tek şart değil, ancak önemli bir konudur (39,47). Willard raporunun sonuç kararı genel tıp uygulamasındaki çöküşü düzeltmeye yönelik doğrulayıcı bir güç olarak aile hekimliği tıbbi bir uzmanlık dalı olması gerektiğidir (47).

Daha öncede ifade edildiği gibi bu üç rapor esasen, bağımsız olarak kapsamlı, "kişisel", "birincil" ve "aile" hekimlerine olan gereksinimi belgelemiş olduğu için aile hekimliğinin kurumsallaşmasında büyük öneme sahiptir. Bu raporların birlikte "ABD'de aile hekimliğinin ortaya çıkışı için bir temel oluşturduğu" kabul edilmektedir.

Bu arada "genel pratisyenlik" ya da "aile hekimliği" ya da "kişisel doktorlar" tartışmaları devam etmektedir. Bazı hekimler pratisyenliği iyileştirmek ve sürdürmek için iki veya üç yıllık bir mezuniyet sonrası eğitim programı önermektedir. Bunun aksine uzmanlar pratisyen hekimi esas olarak bir "sevk hizmeti ya da genel pratisyenin başa çıkamadığı önemli tıbbi problemler için bir takas odası" olarak yararlı bulmaktadır (37).

Uzmanların bu olumsuz düşüncelerine rağmen pek çok tıbbi düşünce önderi geçmişin tipik pratisyen hekimlerinden çok daha yüksek kalitede kapsamlı bir tıbbi bakım sunmayı becerebilen ve sunmak isteyen eğitimli hekimlerin çekiciliğini

kabul etmişlerdir. Genel pratisyenler organlar, sistemler ve teknikler hakkında diğer hekimler kadar bilgili oldukları halde, sadece bireysel organlara ve sistemlere odaklanmayan, karmaşık bir toplumsal ortamda yaşayan bütün insana odaklanan, bir parçanın tanı ve tedavisinin sıklıkla majör nedensel etmenleri ve tedavi fırsatlarını göz ardı ettiğini bilen bir hekim tipi olarak tanımlanmıştır. Bu hekimin niteliklerinden biri kapsamlı bilgi ve toplumun tıbbi hizmet yelpazesine erişime sahip olmasıdır (38,47).

Tıbbi yetkinliğin etkin ve verimli bir şekilde sağlanması gerektiği kabul edilmiştir. Asistanın bu geniş kapsamlı rolü oynamaya istekli ve eğitilmiş hekim yardımını artıracı araçların bulunmasının zorunlu olduğu bildirilmiştir. Tıbbi yeterliklerinin tüm yelpazesi etkili olarak yapılabiliyorsa ve etkili olarak varsa bu kapsamlı rolde hizmet sunması için gönüllü ve uygun şekilde eğitilmiş hekim sunumunun artırılması zorunluluğuna vurgu yapılmıştır (47).

Aile Hekimliği Eğiticileri Derneği Formasyonu (STFM) 1967’de kurulur ve Family Medicine Teacher’ın yayınlanmasına başlanır. Amerikan Uzmanlık Yeterlik Kurulu, 1969’da, “Aile Hekimliğini” yeni bir uzmanlık olarak onaylamıştır. Amerikan Aile Hekimliği Yeterlik Kurulu 1969’da onaylanmıştır. 1949’dan beri onaylanan ilk yeni yeterlik kuruludur (39). Yeterlik kurulunun kurulmasından sonra öncü hekimler (örn. Lynn Carmichael, Roger Lienke, Gene Farley, G. Gayle Stephens) kurumlarını terk ederek akademik tıp dünyasına girmişler ilk aile hekimliği asistanlık programlarını yaratmaya başlamışlardır (48,49).

“Aile Hekimliğinde Asistanlık Eğitimi İçin Özel Gereklilikler, Uzmanlık Yeterlik Kurulları için Bağlantı Komitesi, 1968’de, Tıbbi Uzmanlıklar için Öneri Kurulu ve Tıp Eğitimi için Amerikan Tıp Birliği Konseyi tarafından onaylanmıştır. Aralık 1968’deki Klinik Konvansiyonu’nda AMA Delegeler Evi tarafından aile hekimliğinde asistanlıkların aile hekimi olmak için niyetlenen mezunların gereksinimlerini karşılamak için tasarlanmış olması gerektiğini onaylanmıştır. AMA Delegeler evine göre aile hekimi:

1. Hasta ile ilk temasta bulunan hekim olarak hizmet eder ve sağlık sistemi içine girme aracı sağlar.

2. Hastanın tüm sağlık gereksinimlerini değerlendirir ya da daha fazla alanında kişisel tıbbi bakım verir; bakımın sürekliliğini korurken uygun bakım kaynakları endike olduğunda hastayı sevk eder.
3. Hastanın kapsamlı ve sürekli sağlık bakımı için sorumluluk geliştirir ve gerektiğinde hastanın sağlık hizmetlerinin koordinatörü olarak hareket eder.
4. Konsültan kullanımı dahil, toplum, aile ya da karşılaştırılabilir sosyal birim dahil çevresi bağlamında tüm sağlık bakımı için sorumluluğu kabul eder.

Kısaca aile hekimleri modern kapsamlı sağlık hizmetlerinin sunumunda eşsiz ve spesifik bir işlevsel rolü doldurmaya hazır olmalıdırlar.

Bu gerekliliklerin kullanarak 15 aile hekimliği programı 1968'de geçici onay almıştır. Bu öncü programlar 3 yıllık aile hekimliğinde, dahiliyede, pediatri ve psikiyatride, obstetrik ve jinekolojide, cerrahide, toplum hekimliğinde ve araştırmada müfredat esaslarını sunmuştur. Eğitimin anahtarı, asistanların nihai uygulamalarına benzer bir ortamda kendi hastalarıyla deneyim kazanmalarını sağlayan aile hekimliği uygulamasıdır. Çoğu zaman, bu uygulamalar program yöneticisinin yeni geliştirilen programlara getirdiği kendi hasta panelinden evrilmiştir. Asistanlar, doktorlar, davranışsal sağlık hizmeti verenler, beslenme uzmanları, sosyal hizmet uzmanları ve diğerlerini içeren meslekler yanında bakım ortamlarında her yaş ve cinsiyetteki hastayı tedavi etmişlerdir. Yönetim ya da eğitim teorisi ve tasarımı az ya da hiç eğitim almamış olsalar da, program yöneticileri fakülte yöneticisi ve asistan eğitimcisinin rollerini üstlenmişlerdir (38,46,48,49).

Otuz Mayıs 1969'a kadar 20 asistanlık programı aile hekimliğinde akredite edilmiştir. Amerikan Aile Hekimliği Yeterlik Kurulunun kuruluşundan 6 yıl sonra, Amerika Birleşik Devletleri çapında 259 aile Hekimliği Asistanlık Programı oluşturulmuştur (47). Asistanlık programları hızla atmış; 1975'e kadar 375 program geliştirilmiştir (48,49).

Amerikan Aile Hekimliği Yeterlik Kurulu, 1970'de, ilk sertifikasyon sınavını yapmış ve her 7 yılda bir resertifikasyonu zorunlu kılmıştır. Amerikan Genel Pratisyenlik Akademisi, 1971'de, adını Amerikan Aile Hekimliği Akademisi (AAFP) olarak değiştirmiştir. İlk kez 1950 yılında yayınlanmaya başlayan Journal of General Practitioner'ın adı da Amerikan Family Physician olarak değiştirilmiştir.

Amerikan Tıp Uzmanlıkları Kurulu Üyesi Kurullarının 1970-1997 yılları arasında yayınladığı Genel Sertifikalarla değerlendirilen Aile Hekimliği ABD’de 95.059 hekimle ikinci büyük uzmanlık alanı haline gelmiştir (38,42,45).

AAFP aile hekimini aile hekimliğinde eğitim ve öğrenim görmüş hekim olarak tanımlamıştır. AAFP’ye göre aile hekimleri, cinsiyete, yaşa veya sorunun türüne bakılmaksızın biyolojik, davranışsal veya sosyal olmak üzere ailenin her bir üyesine sürekli ve kapsamlı tıbbi bakım, sağlık bakımı ve önleyici hizmetler sunma haklarını veren benzersiz tutum, beceri ve bilgiye sahiptir. Bu uzmanlar, altyapısı ve aile ile olan etkileşimleri nedeniyle, konsültanların, sağlık hizmetlerinin ve toplum kaynaklarının uygun kullanımı da dahil olmak üzere tüm sağlıkla ilgili konularda her hastanın savunucusu olarak hizmet etmek için en iyi niteliktedir (38,42).

“Aile hekimliği, birey ve aile için sürekli ve kapsamlı bir sağlık hizmeti sağlayan tıbbi uzmanlık alanıdır. Biyolojik, klinik ve davranış bilimlerini bütünleştiren genişlikte bir uzmanlık alanıdır. Aile hekimliğinin kapsamı, her yaş, her iki cinsiyet, her bir organ sistemi ve her hastalık birimini kapsar.”

Aile hekimliğinin bir uzmanlık dalı olarak, 1969’da, kabul edilmesi ve Amerikan Aile Hekimleri Yeterlik Kurulunun (ABFP) oluşturulmasından sonra 15 onaylanmış aile hekimliği asistanlık programı kurulmuştur. Aile Hekimliği, 70’li yıllardan başlayarak büyümüş ve gelişmiştir. Asistanlık programlarının sayısındaki artma ile birlikte mezunlar ve diplomalıların sayısı da artmıştır (38,42).

Aile Hekimliği tıpta güçlü bir güç haline gelmek için önemli atılımlar yapmaya başlamıştır. Hakemli ilk Aile Hekimliği dergisi olan Journal of Family Practice ve ilk temel aile hekimliği kitabı olan Family Practice Conn, Rakel, Johnson editörlüğünde, 1973 yılında, yayınlanmıştır. ikinci temel aile Hekimliği kitabı olan Family Medicine: Principle and Practice Taylor’un editörlüğünde, 1978 yılında yayınlanır (43).

İlk yeniden sertifikasyon sınavını 1976 yılında yapan ABFP şimdi en büyük ikinci yeterlik kurulu ve AMA’nın en büyük delegasyonuna sahip uzmanlık dalı olmuştur (38,42). Program yöneticilerinin 1990’da Aile hekimliği Asistanlık Yöneticileri birliğini kurmak için bir araya gelmeleri 10 yıldan daha fazla zaman almıştır.

Çizelge 2.1 Aile hekimliğinin gelişiminde kronoloji

Yıl	Olay	Önemi
1910	Flexner raporu	Uzmanlaşmayı artırma
1931	Genel hekimler özel hekimlerin %83'ünü oluştururken giderek azalır ve 1974'de oran %18'e iner.	Genel pratisyenlikte azalma
1941	AMA genel pratisyenlik sertifikasyon kurulunu önerir.	GP sertifikasyonu için ilk çağrı
1947	Amerikan Genel Pratisyenlik Akademisi (AAGP) kurulur	Üyeliğin koşulu olarak sürekli tıp eğitiminin gerekli olduğu ilk majör tıbbi örgüt
1950	Genel pratisyenlikte ilk asistanlık programı	İntörlük yılından sonra mezuniyet sonrası GP eğitimi için belirlenmiş gereksinim
1950	Journal GP yayınlanması	GP'ler için ilk dergi
1958	Amerikan Aile Sağlık Vakfının kurulması	Aile hekimliği eğitimlerine dair konferanslar için erken yatırım yapma
1966	Millis Komisyon raporunun yayınlanması	Sağlık bakımında fragmentasyonunun tanımlanması ve primer hekim kavramının önerilmesi
1966	Willard Komisyon raporunun yayınlanması	Aile hekimi eğitiminin önerilmesi
1967	Aile Hekimliği Eğiticileri Derneği'nin (STFM) kurulması	Aile hekimliği Eğiticilerinin ilk örgütü
1968	STFM Family Medicine Teacher'i (FMT) yayınlar.	Aile hekimliği Eğiticileri için ilk yayın
1969	Amerikan Aile Hekimleri Yeterlik Kurulunun (ABFP) kurulması	Yeni uzmanlık için resmi sertifikasyon kurulu olarak örgütlenmiş
1969	Aile hekimliğinin bir uzmanlık dalı olarak tanınması	Amerika'da yirminci tıbbi uzmanlık alanı
1969	ABD'de 15. Onaylanmış Aile hekimliği asistanlığı	Model mezuniyet eğitim programlarının kurulması
1970	ABFP tarafından yapılan ilk sınav	1970-71 sınavları için başarılı adaylar diplomalarını alır.
1971	AAGP adını AAFP olarak değiştirir.	Akademi Aile hekimliğine vurguya kaymayı kabul eder.
1971	Journal GP adını Amerikan Family Physician olarak değiştirir	Dergi adı yeni uzmanlığı yansıtmayı için değişir.
1972	AAFP fellovluk bursu	Profesyonel yetkinliği artırmak ve Amerikan halkına verilen bakımın kalitesini artırmak için tasarılan uzman eğitim programlarında ilgi ve katılımın fark edilmesi
1972	Kuzey Amerika Birincil Bakım Araştırma grubunun ilk toplantısı	Aile hekimliği araştırma sonuçlarının sunumu için forum
1973	Journal of Family Practice yayına başlar.	Hakemli ilk Aile Hekimliği dergisi
1973	Family Practice'in yayınlanması (Conn, Rakel, Johnson ed)	İlk majör Aile hekimliği ana kitabı
1974	GP/AH sayısında net artış	AH/GP sayısında azalmanın sonu
1976	ABFP tarafından yapılan ilk yeniden sertifikasyon sınavı	Tıbbi uzmanlığın ilk resertifikasyon sınavı
1976	Wirginia Study'nin yayınlanması	AH'de doktor-hasta temasının ilk majör raporu
1978	Family Medicine: Principle and Practice (Taylor ed.) yayınlanır.	İkinci majör Aile hekimliği ana kitabı
1978	ABFM adaylığına hekim seçilme yolunun süresi dolar.	ABFP sertifikasyon sınavı için adaylar 3 yıllık onaylanmış AH asistanlığını başarılı bir şekilde tamamlamış olmalıdır.
1979	Uzmanlığın ilk 10 yılının sonu	Uzmanlığın sürekli gelişimi

	364 asistanlık eğitim programı 6531 eğitimde olan AH asistanı AAFP'nin 43 965 üyesi ABFP diplomalı hekim sayısı 22 246	
1980	Mezuniyet Tıp Eğitimi Ulusal Öneri Komitesi (GMENAC) raporu	1990'lar için öngörülen gereksinime karşın AH/GP'nin yakın dengesi: Aile hekimliği asistanları için önerilen değişiklik yok.
1981	"Aile Hekimliği Eğitici" dergisi "Aile Hekimliği" olur.	FMT'nin akademik dergiye dönüşümü
1981	Family Practice Research Journal yayına başlar.	AH'de üçüncü ulusal akademik dergi
1982	Aile Hekimliği Araştırmaları Çalışma Grubu Raporu: AH'de araştırma zorlukları toplantısı	Belgelenmiş eski başarılar ve şu andaki durum: AH araştırmalarında gelecek talimatları gösterir.
1983	Family Medicine: Principle and Practice'in ikinci baskısının yayınlanması	Disiplinin ilkeleri ve uygulaması Aile Hekimliği içeriğinde entegre edilmiştir.
1983	Uzmanlığın 14. Yılı 387 asistanlık eğitim programı 7204 eğitimde olan AH asistanı AAFP'nin 53 738 üyesi ABFP diplomalı hekim sayısı 28 474	Bir uzmanlık olarak olgunluğa erişen aile hekimliği ile tutarlı büyüme
Kaynak: Taylor RB, Family Practice: 12 years as a specialty, Physician's Management. 1981;21(11):152-168		

Kıta Avrupasında aile hekimliğinin gelişimi ABD'den daha önce başlamıştır. Günümüzde uygulanana benzer ilk aile hekimliği uygulaması genel pratisyenlik adı altında İngiltere'de başlamıştır. İngiltere'de yirminci yüzyıldan önce pratisyen hekimler kendi ofislerinde çalışmaktadır ve sadece ödeme gücü olan kişilere sağlık hizmeti vermektedir. Düşük gelirli kişiler için zorunlu olan "Ulusal Sosyal Güvenlik Kanunu" 1911'de yürürlüğe girmiştir (50,51). Yerel sigorta komiteleri, genel pratisyenlerle genel sağlık hizmetleri sunmak üzere sözleşme yapmış ve kayıt yaptıran her sigortalı hasta için pratisyen hekimlere bir yıllık ciro ücreti ödemiştir. NHS 1948'de kurulduktan sonra pratisyen hekimlerin koşulları değişmiş ve herkesin ücretsiz birinci basamak sağlık hizmeti almaya hak kazandığı gerçek anlamda aile hekimliği uygulaması başlamıştır. Pek çok pratisyen hekim başlangıçta bu düşünceye karşı olmasına rağmen çoğu "hastalarının uğruna" sözleşmeyi imzalamıştır. Pek çok pratisyen hekim de hastaların ödeme yapabiliyor olup olmadıklarını düşünmeksizin tedavi edebileceklerinden rahatlamıştır (50). Pratisyen hekimler, NHS'nin ilk yıllarında hastalarından gelen yoğun talepler nedeniyle aşırı iş yükü altında çalışmışlardır. Bir hastanın pratisyen hekime ortalama olarak 1947 yılında yılda 4.8 kez, 1950'de 5.6 kez başvurduğu

bildirilmektedir. 1953 yılında pratisyen hekimler her gün 12-30 ev ziyareti yapmakta ve ofislerinde 15-50 hasta bakmaktadır. Bu aşırı iş yükü bakım standartlarında düşmeye neden olmuştur (51).

Pratisyen hekimlerin çalışma koşullarını değerlendiren Joseph Collings'in 1950'de yayınladığı raporda pratisyen hekimlerin çalışma koşullarının kötü olduğu, birçok pratisyen hekimin sınırlı bir destekle ve ciddi baskı altında çalıştığı belirtilmiştir. Çoğu pratisyen yalnız başına ya da bir ortakla çalışmaktadır Collings'e göre genel pratisyenlikte genel durum kötüdür ve daha da kötüye gitmektedir (51).

İngiltere'de 1952'de genel pratisyenlik en eski ve en büyük tıp mesleğidir ancak henüz hiçbir üniversitede genel pratisyenlik bölümü yoktur. Tıp öğrencileri mesleki gelişimlerini yalnızca uzmanlık alanlarında gerçekleştirmektedir (52). Bu tıp öğrencilerini uzmanlaşmaya doğru yöneltmekte, çok az öğrenci genel pratisyenliği seçmektedir. Collings Raporu mesleklerinin ünü ve geleceği konusunda endişelenen bazı genel pratisyenlerin kendi kendilerini değerlendirmeye başlamasına yol açmıştır. Genel Pratisyenliği gözden geçirmeye başlamışlar ve standartları iyileştirmek ve eğitim ve araştırmayı etkilemek için meslekteki hekimlere rehberlik edecek bir akademik organ kurmaları gerektiğini tartışmaya başlamışlardır (51). Tartışma 1952'de Genel Pratisyenler Kolejinin yasal olarak kurulması ile sonuçlanmıştır. Kolejin kuruluş amaçları arasında tıp öğrencilerinin genel pratisyenlik eğitimine yardımcı olmak, pratisyen hekimlerin mezuniyet sonrası eğitimini destekleme ve geliştirme amacıyla genel pratisyenlikte kariyer için nitelikli hekim yetiştirirken kariyeri süresince hekimin eğitimini sürdürmeye devam etmek, tıp öğrencileri, uzmanlar ve halk arasında genel pratisyenlerin statüsünü yükseltmek olarak belirtilmiştir (52).

Mesleki Eğitim Çalışma grubu genel pratisyenliğin resmileşmesi için 10 yıl süre ile bir kampanya yürütmüştür (53). 1966'da yeni sözleşme pratisyen hekimlerin ücretlerini ve koşullarını iyileştirmiştir. Bu sözleşmede her GP için maksimum 2000 kişilik hasta listesi oluşturulmuş ve mesleki eğitim, tesislerin geliştirilmesi ve destek personelinin işe alınması için kaynak sağlanmıştır (50).

Kraliyet Genel Pratisyenlik Koleji'nin (RCGP) 1972'de kurulması, genel pratisyen hekime ilk kez resmi temsilci organı olma şansı vermiştir. GP eğitiminin

uygunluğuna dair endişelerden yıllar sonra 1976'da meclis, mesleki eğitimi tamamlamak için genel pratisyenlikte uzman olmak isteyen hekimlerin 3 yıllık eğitim almasını zorunlu kılan mevzuatı onaylamıştır. Ancak ilk ulusal eğitim müfredatı RCGP tarafından 2007 yılında yayınlanmıştır. RCGP üyeliğine (MRCGP) ilişkin değerlendirmenin başarılı bir şekilde tamamlanması o zamandan beri genel pratisyenlikte uzmanlık eğitimi yapan doktorlar için zorunlu olmuştur (50).

Günümüzde İngiltere'de genel pratisyenlik birincil bakımın köşe taşıdır. RCGP genel pratisyenleri yaş, cinsiyet ve sağlık durumundan bağımsız olarak tıbbi bakım isteyen herkese kapsamlı ve sürekli genel bakım sunmaktan birincil olarak sorumlu kişisel doktorlar olarak tanımlamaktadır (52).

Avrupanın diğer ölkelerinde aile hekimliği yapmak için en az 2 yıllık eğitimin zorunlu olması farklı tarihlerde gerçekleşmiştir. İtalya'da aile hekimleri için 3 yıllık eğitim 1985'de, Portekiz'de 1987'de, Almanya'da 1994'de zorunlu hale getirilmiştir. Fransa'da 2 yıllık zorunlu eğitim 1996'da onaylanmıştır (33). Norveç'te 1985'te tanımlanan AH/GP'lik uzmanlığı internlik sonrası 1 yılı klinik eğitim ve 4 yıl bir AH/GP'lik uzmanı eğitmenin önderliğinde yapılan “desantralize grup çalışmaları” sonrası toplam 5 yılda verilmektedir. Avrupa Birliği (AB) 2005 yılında aldığı kararla aile hekimliği uzmanlığı için tıp eğitimi sonrası en az 3 yıllık bir eğitimi zorunlu tutmaktadır (54).

Avrupa'da üniversitelerde temel tıp eğitimi içinde genel pratisyenlik eğitiminin gerekliliği konusunda tartışmalar 1970'lerde başlamıştır. Genel pratisyenliğin üniversitelerde temel tıp eğitimi içinde verilmesi gerektiğini düşünen bir grup ilk kez Leeuwenhorst'ta toplanmıştır. Birinci Leeuwenhorst Grubu olarak adlandırılan grup, 1974'de yayınladıkları bir bildiride bir genel pratisyenin çalışmasının temel özelliklerini saptamış ve genel pratisyenlik için eğitim amaçlarını tanımlamıştır. Bu açıklama, Avrupa çapında genel pratisyenlik / aile hekimliği müfredatında temel öge haline gelmiştir. Böylece Avrupa'da akademik genel pratisyenliğin temelleri atılmıştır. “Genel pratisyenliğin mezuniyet öncesi eğitime katkısı” belgesinde tüm tıp öğrencilerinin genel pratisyenliği tanımları gerektiği ve üniversite düzeyinde genel pratisyenliği sunmakla üniversite ve genel pratisyenliğin birbirinden yararlanabilecekleri belirtilmiştir (54). İlk genel

pratisyenlik bölümü 1963'te Edinburgh'da kurulmakla birlikte seksenlere gelindiğinde Avrupa'da sadece birkaç genel pratisyenlik bölümü vardır.

Eski Leeuwenhorst grubu 1981'de dağılmış ve yeni Leeuwenhorst grubu oluşturulmuştur. Yeni grup 1986'da temel tıp eğitiminde genel pratisyenliğin önemi üzerine bir bildiri hazırlamıştır: “Temel Tıp Eğitiminin Amaçlarını Değiştirme. Genel Pratisyenlikten Bir Görünüm” adlı bildiride genel pratisyenliğin mezuniyet öncesi dönemde öğretilmesi gerektiği belirtilmekte ve genel pratisyenliğin merkezi bir konuma sahip olması istenmektedir. Müfredatın planlamasında merkezi olarak yer alan bağımsız bir genel pratisyenlik bölümünün yer alması gerektiği, uygulama ve öğretim arasında sıkı bir bağ olması ve hastane ile genel pratisyenliğe dayalı öğretim arasında uygun dağılım olması gerektiği vurgulanmıştır. Edinburgh bildirgesi 1983'de Dünya Tıp Eğitimi Federasyonu tarafından kabul edilmiştir. Bildirgede tıp eğitiminin sadece hastanede yer almaması gerektiğine vurgu yapılmakta ve tıp eğitiminde reform yapılması istenmektedir. Her tıp fakültesinde güçlü aile hekimliği departmanları olması gerektiğini belirten bildirme üniversitelerde aile hekimliği departmanlarının kurulmasını etkilemiştir. Batı Avrupa'da genel pratisyenlik bölümleri hızla gelişmeye başlamıştır. Bununla birlikte, eğitim çok farklıdır ve her zaman uygun değildir. Pek çok Avrupa ülkesinde tıp fakültelerinde hala genel pratisyenlik bölümü kurulmamıştır. Genel pratisyenlik eğitiminin geliştirilmesi için uluslararası işbirliği gerektiği kabul edilmiştir. Avrupa'daki genel pratisyenlik eğiticilerinin tümünü içeren ve uluslararası işbirliği yoluyla görüş alış verişinde bulunan bir akademi olarak Avrupa Genel Pratisyenlik Eğiticileri Akademisi (EURACT) kurulmuştur. EURACT eğitim ve öğretimle ilgili çalışan bir organizasyondur. Eğitim ve öğretim yolu ile bir disiplin olarak aile hekimliğini geliştirerek yüksek bakım standartları geliştirmek ve sürdürmek için çalışmaktadır. EURACT 2005 yılında, aile hekimliği eğitiminin yürütülmesi ve aile hekimliği eğitim programlarının geliştirilmesi ile ilgilenenler için, çekirdek yeterliklerin öğretileceği bir çerçeve sağlamak üzere tasarlanan Aile Hekimliği Eğitim Gündemini yayınlamıştır (55). Gündemin diğer amaçları olarak disiplini öğrenenler için, öğrenme amaçlarını belirlemede ve başarılarını izlemede kullanabilecekleri eğitsel bir çerçeve sunmak; müfredat geliştirme ile ilgilenenler için, aile hekimliğini öğretme ve öğrenmede önceliklerin

belirlenmesinde yardımcı olmak, sağlık hizmeti geliştiricileri için bu, ulusal politikalar geliştirmeye katkıda bulunma; tüm tıp mesleği mensupları için ise, sağlık hizmetlerine can alıcı katkıda bulunan aile hekimliği disiplininin beklenen özgül yeterlikleri tanımlamak olarak belirtilmiştir (55).

2.1.2. Aile Hekimliğinin Türkiye'deki Tarihsel Gelişimi

Anadolu klasik anlamdaki hekimliğin doğduğu topraklardır. Sağlık tanrısı Asklepios ve kızı Hygea Anadoluludur. Asklepion hastalara sağlık hizmeti sunulan ilk hastane sayılabilir. Selçuklular ve Osmanlılar döneminde sağlık hizmetleri Külliye adı verilen cami, hamam, aşevi, medrese gibi yapıları bünyesinde barındıran kompleks yapılarda ücretsiz olarak sunulmaktadır. Buralarda çalışan hekimler Avrupa'dakiler gibi formal bir eğitim almamakta, usta-çırak ilişkisi içinde yetişmektedirler. Ancak bunların sayısı herkesin ulaşabileceği kadar çok değildir. Gerçek anlamda ilk tıp Okulu Selçuklu Sultanı Gıyaseddin Keyhüsrev tarafından kız kardeşi Gevher Nesibe Sultanın adına 1205'de "Darüşşifa ve Tıp Mektebi" adıyla Kayseri'de kurulmuştur. Osmanlılar döneminde de birçok hastane kurulmakla birlikte formal eğitim veren bir tıp okulu 19. Yüzyıla kadar kurulmamıştır. Ondokuzuncu yüzyılda Avrupa'daki gelişmeler ve reform hareketleri Osmanlıları da etkilemiş ve batı çizgisinde yeni hastaneler kurulmaya başlanmıştır. Batılı anlamda ilk tıp okulu Tıphane-i Amire ve Cerrahhane-i Amire 14 Mart 1827'de İstanbul'da kurulmuştur (32). Bu okullarda öğretim dili Fransızcadır.

Bu okullarda ve Avrupa tıp fakültelerinde eğitim gören hekim sayısı ülkenin gereksindiği hekim sayısından çok azdır. Hekimler genellikle büyük kentlerde özel muayenehanelerinde sağlık hizmeti vermektedir. Halkın sağlık hizmetine erişimi çok zordur. Sağlık bakımı darüşşifa denilen hastanelerde ve serbest çalışan hekimler ve cerrahlarca verilmektedir. Hastaneler belediyelere ya da özel idarelere bağlı olarak işletilmektedir. Hekimler tıp okullarında, cerrahlar ise usta – çırak ilişkisi içinde yetişmektedir. Cerrahlık ve tıp eğitimi 1838'de birleştirilmiştir. Sağlık hizmetlerinin yürütülmesinin denetimi hekimbaşılık denilen saraya bağlı kurumca yapılmaktadır. Sağlık teşkilatlanması hükümet tabipliği uygulamasıdır ve Cumhuriyetin kuruluşundan sonra da 1961 yılına dek varlığını sürdürmüştür (56). Hükümet

tabipleri devletin yetkili hekimi olarak il merkezlerinde ve bazı büyük ilçe merkezlerinde görev yapmışlardır. Hastaneler belediyeler, özel idare ve diğer özel kurumlar tarafından işletilmektedir ancak sayısı ve yeterliliği hizmet açısından son derece kısıtlıdır (32).

Sağlık hizmetlerinin bir devlet görevi olduğu düşüncesi cumhuriyetin kurulması ile başlamıştır. Sağlık hizmetlerinin öneminin farkında olan Mustafa Kemal Atatürk daha Kurtuluş savaşı yıllarında bu konuya el atmış ve 2 Mayıs 1920’de Sağlık Bakanlığının kurulmasını sağlamıştır. Bu yeni cumhuriyetin halkın sağlık sorununu çözmek için attığı ilk adımdır. Ancak sağlık hizmetlerini tüm ülkeye yaymak için yeterli hekim ve yardımcı sağlık personeli yoktur. 1925 yılında ülkedeki tüm resmi kurumlardaki (Sağlık Bakanlığı, Askeri, İl Özel İdareleri gibi) hekim sayısı 1631’dir. Sağlık bakanlığının elinde bulunan hekim sayısı 560, sağlık memuru sayısı 554, ebe sayısı 136, hemşire sayısı 69’dur (56).

Cumhuriyet’in ilanından sonra sağlık alanında çok önemli değişimler başlatılmıştır. Atatürk’ün yakın çalışma arkadaşı Dr. Refik Saydam 1923 yılında Sağlık Bakanlığına atanmış ve 1937 yılına dek kısa süreli aralıklar dışında bakanlığı sürdürmüştür. Dr. Refik saydam öncelikle ülkenin gereksinimi olan sağlık hizmetlerini, personelin ve kurumlarını tespit etmiştir ve daha sonra hedeflerini belirlemiştir. Refik Saydam ve Atatürk sağlık hizmetlerinin hedefleri olarak "Sağlığın korunma ve geliştirilmesi", "ölümlerin azaltılması", "bulaşıcı ve salgın hastalıklarla savaşmayı" belirlemişler ve sağlık hizmetlerinin büyük kısmını bu alana yoğunlaştırmışlardır (32,56).

Tıpta uzmanlık eğitimi için ilk düzenleme 1929 yılında yapılmıştır. Tababet ve ihtisas vesikaları hakkında nizamname” adı verilen bu düzenlemede uzmanlık alanları klinik (seririyat) uzmanlıklar, laboratuvar uzmanlıkları ve koruyucu hekimlik (hıfzıssıhha) olarak belirlenmiştir. Sahanın hekim gereksinimini karşılamak amacıyla uzmanlık süreleri kısa tutulmuş; klinik uzmanlıklar için süre 2 yıl, koruyucu hekimlik için 3 yıl olarak belirlenmiştir (57).

Umumi Hıfzıssıhha kanununu 1930 yılında yürürlüğe girmiştir. Dr. Refik Saydam 2 hizmet sunum yöntemi uygulamıştır. Ülkenin en önemli sağlık sorunu olan sıtma, verem, sifilis, trahom gibi bulaşıcı hastalıklara karşı dikey örgütlenmede Sağlık Bakanlığı içerisinde merkezi ve taşra birimleri bulunan özel hizmet örgütleri

kurulmuştur ve tüm ülkeye yaygınlaştırılmıştır. Yatay hizmet modelinde ise tüm illerde sağlık müdürlükleri ilçelerde hükümet tabiplikleri kurularak sağlık hizmetlerinin ülke çapında yaygınlaşmasına çalışılmıştır. Hükümet tabiplikleri tedavi edici ve koruyucu hizmetlerden sorumludurlar. Ayrıca 1924 yılından itibaren “muayene ve tedavi evleri” adı altında 5-10 yataklı kurumlar oluşturulmuştur. Beş yataklı kurumlarda belediye tabibi ya da hükümet tabipleri görev yapmaktadır. On yataklı kurumlarda ise yeni bir hekim görevlendirilmiştir (56,57).

Bu dönemlerde basamaklandırılmış sağlık hizmetinden bahsetmek mümkün değildir. Birinci basamak sağlık hizmetleri hekim muayenehanelerinde, hastane polikliniklerinde ve dispanserlerde verilmektedir. Dispanserler bölge tabanlı olarak tedavi edici sağlık hizmetler yanında koruyucu sağlık hizmetleri vermektedir. Salgın hastalıklarla mücadele, ana-çocuk sağlığı hizmetleri, okullarda koruyucu sağlık hizmetleri, çevre sağlığı hizmetleri dispanserlerin görevleri arasındadır. 1937 yılında 5-25 yataklı sağlık merkezleri kurulması kararı alınır (56).

Birinci 10 Yıllık Milli Sağlık Planı” 1946 yılında yayınlanır ve sağlık hizmetlerinin yeniden örgütlenmesi kararı alınır. Her 20.000 nüfus ya da 40 köy için koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin bir arada sunulacağı bir “sağlık merkezi” kurulması planlanır. Bu kurumlarda 2 hekim ve 11 yardımcı sağlık personeli çalışacaktır. Bu kurumlarda çalışacak hekimlerin yetiştirilmesi için 1947 yılında çıkarılan Tıpta Uzmanlık Tüzüğü’ne “Genel Sağlık Uzmanlığı” adı altında bir uzmanlık alanı konmuştur. Ancak bu uzmanlık alanından yetişmiş hekimlerin olduğuna dair bir kayıt yoktur (57).

Sağlık bakanlığı 1953 yılında çıkarılan bir kanunla o zamana dek il özel idareleri tarafından idare edilen tüm hastaneleri kendisine bağlamıştır. İl ve ilçelerde hızla hastanelerin açılmasıyla tedavi edici hekimlik ön plana geçmeye başlamıştır (57). Uzmanlaşmaya eğilim artmıştır. Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde denenen başka modeller de çok başarılı olmamış ve birinci basamak sağlık hizmetleri ve koruyucu sağlık hizmetleri halkın gereksinimlerini karşılayamamıştır.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin kapsamlı ve planlı bir şekilde örgütlenmesi ve modellenmesi Prof. Dr. Nusret Fişek tarafından hazırlanan 1961 yılında kabul edilen 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında

Kanun ile başlamıştır. Bu kanunla ülkede yeni bir sağlık bakımı örgütlenmesi başlatılmıştır (57,58).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1978 Alma Ata Konferansı'nda Aile Hekimliğinin özelliklerini içeren birincil sağlık bakımını tanımlayarak 2000 Yılında Herkese Sağlık hedefine erişebilmeleri için tüm hükümetlere birincil bakımını geliştirmeleri ve sağlık sistemlerinin merkezine yerleştirmeleri gerektiğini ilan etmişlerdir (59). Birinci basamağı sağlık hizmetlerini sisteminin merkezine yerleştiren ve sevk zincirini başlatan sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi sistemi Alma Ata konferansından çok önce birincil ülkemizde bakımın öneminin anlaşıldığının göstergesidir. Bu kanunla ülkede 5000-1000 kişiye koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin birlikte sunulduğu, bireyin sağlık hizmetleri ile ilk temas noktası olan birinci basamak sağlık kurumları olarak sağlık ocakları açılmıştır. Sağlık ocakları aile hekimliğinin tanımında da olan yaş, cinsiyet, hastalık ayrımı gözetmeksizin bireyin sağlık sorunlarına çözüm üretme, bireyin ve toplumun sağlığını koruma ve geliştirme misyonları ile kurulmuşlardır. Bireylerin gereksindikleri sağlık hizmetlerine kolayca erişebilmesi için ülkenin her bölgesinde nüfusa dayalı olarak açılmışlardır. Sağlık ocaklarında pratisyen hekim, ebe, sağlık memuru ve hizmetli personel görev yapmaktaydı. Uzak köylerde sağlık ocaklarına bağlı, sağlık evlerinde çalışan ebeler ev ziyaretleri yapıyor, prenatal bakım, doğum, çocuk bakımı ve ilk yardım hizmetleri veriyorlardı (60).

Sağlık ocakları ülkede ilk defa sağlık kayıtlarının tutulduğu sağlık kurumlarıdır. Kendilerine bağlı bölgedeki her ailenin sağlık kayıtları tutuluyordu ve düzenli olarak güncellenmesi isteniyordu. Bu kayıtlar anne ve bebek izlemi, aşıların yapılmasının takibi için çok önemliydi. Sağlık ocaklarında çalışan pratisyen hekimlerin oldukça yoğun bir iş yükleri vardı. Hem bireye yönelik koruyucu ve tedavi edici hizmetleri, hem de topluma yönelik koruyucu hizmetleri bir arada sunmaları bekleniyordu ve tıp fakültesinden mezun olurken aldıkları eğitimin bu görev için yeterli olduğu varsayılıyordu. Birinci basamak hekimliğinin uzmanlık eğitimi gerektiren bir alan olduğu düşüncesi ve bu alanda yetişmiş hekim yoktu. Halk sağlığı uzmanlarının katkıları olmakla birlikte yetersizdi. Sağlık sistemi planlanırken temel hedefler olan basamaklar arası sevk zinciri ve hastane-sağlık ocağı iş birliği

ilişkisinin kurulamaması ya da sürdürülememesi nedeniyle birinci basamak bakımın önemli elamanlarından biri olan koordinasyon sağlanamamıştır (60).

Başlangıçta başarı ile uygulanan bu sistem halkın sağlığının gelişmesine önemli katkılar yapmıştır. İdeale ulaşamamakla birlikte bir ülkenin sağlık göstergesi için önemli parametreler olan 5 yaş altı çocuk ölüm oranlarının ve anne ölüm oranlarının düşmesini sağlamıştır. Aile planlaması hizmetlerinin yaygınlaşması ve doğurganlık oranlarının azalmasında önemli katkılarda bulunmuştur (60).

Altmışlı yıllar tüm dünyada önemli sosyal olayların yaşandığı, daha çok özgürlük ve sosyal politika istemlerinin dile getirildiği yıllardır. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi de bu dalganın bir yansıması olarak düşünülebilir. Ancak bu iyi niyetle başlatılan bu reform hareketinin ülkemizde halk ve politikacılar tarafından yeterince anlaşıldığı söylenemez. Sosyal devlet anlayışının hem halkta hem de yöneticilerde yetersizliği nedeniyle bu sistem yeterli desteği alamamıştır. Politik ve toplumsal desteğin yetersizliği, personel yetersizliği, ülkede birinci basamak sağlık bakımı alanında yetişmiş uzmanlar olmaması, sürdürülebilir finansman kaynaklarından yoksun bırakılması, sağlık ocağı-hastane iş birliğinin sağlanamaması gibi nedenlerle giderek başarısız bir uygulamaya dönüşmüştür. Sistemin başarısızlığının önemli bir nedeni de ülkenin değişen demografik yapısına ve gelişen sağlık teknolojilerine göre yeniden yapılandırılmamasıdır (59,60).

224 sayılı yasayı hazırlayan Dr. Nusret Fişek 1985'te yayınladığı "Halk Sağlığına Giriş" adlı kitabında 1963-1965 yılları arasında başarı ile uygulanan sosyalleştirmenin 1966 yılından başlayarak başarısız bir uygulamaya dönüştüğünü kabul etmiştir (57). Dr. Nusret Fişek hayal ettiği sistemin aile hekimliği sistemi olduğunu ifade etmiştir. Dr. N. Fişek'e göre "Kişiye yönelik koruyucu hekimlik hizmetleri ile ayakta ve evde hasta tedavi hizmetleri bir arada (entegre olarak) yürütülmelidir. (...) Entegre örgütlenme modelinin en basiti çağdaş aile hekimliğidir. Çağdaş aile hekimi, ailedeki çocukların periyodik muayenelerini ve aşılarını yapar. Annelere çocuk bakımını öğretir. Yaşlıların ve varsa gebelerin periyodik muayenelerini yapar. Evde hastalanan varsa onları tedavi eder veya gerekiyorsa bir uzman veya hastaneye gönderir" (57).

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinin özüne baktığımızda günümüzde uygulanan aile hekimliği sistemi ile örtüşen pek çok özelliğini görürüz. Farklar

hekimlere yüklenen aşırı iş yükü, bölge tabanlı hasta popülasyonu, hastaların sayısal olarak fazlalığı ve belirli bir hekime bağlanmaması nedeniyle aile hekimliğinin en önemli özelliklerinden olan sürekli ve güvene dayalı hasta-hekim ilişkisinin yeterince güçlü kurulamaması, yetersiz kaynaklandırma olarak sayılabilir.

Bu dönemde Amerika ve diğer batı ülkelerindeki ilk gelişmelere benzer şekilde uzmanlaşma ve hastane hizmetleri ön plana çıkmış, pratisyen hekimlerin saygınlıkları ve değerleri azalmıştır. Tıp fakültelerinde hastane yönelimli eğitim alan pratisyen hekimler birinci basamaktaki kısıtlı koşullarda sağlık hizmeti vermede zorlanmışlar ve heyecanlarını kaybetmişlerdir. Halkın sağlık hizmeti almak için pratisyen hekimleri yetersiz görmesi ve hastaneleri tercih etmesi hastanelerde aşırı yığılmalara neden olarak sağlık hizmeti kalitesinde azalmaya neden olmuştur. Ayrıca hekimlerin ülke çapında bölgesel ve kırsal-kentsel dağılımlarındaki eşitsizlikler kişilerin sağlık hizmetine eş oranda erişimlerine engel olmuştur. Tüm bu olumsuzluklar halkın sağlık hizmetlerinden memnuniyetsizliğinin artmasına yol açmıştır (62,63).

Ülkenin sağlık sorununun çözümü için devlet katında arayışlar başlamış ve gözler batı ülkelerine çevrilmiştir. Bu dönemde Avrupa ülkelerinde Alma Ata konferansından sonra birinci basamak sağlık hizmetlerinin bu alanda uzmanlaşmış genel pratisyenler/aile hekimlerince verilmesi yönündeki karara bağlı olarak reformlar yapılmaktadır. Avrupa’da pek çok ülke sağlık sistemlerinde birinci basamak sağlık bakım hizmetlerini aile hekimliği/genel pratisyenliğe dayalı olarak yeniden yapılandırmıştır. Birinci basamakta çalışacak aile hekimleri / genel pratisyenlerin yetiştirilmesi için de tıp fakültelerinde aile hekimliği/genel pratisyenlik asistanlık programları açılmıştır (60,61,63).

Ülkemizde aile hekimliğinin gelişiminde hekimlerden çok hükümetlerin sağlık politikaları etkili olmuştur. Aile hekimliği kavramı, ilk olarak 1970’li yıllarda tartışılmaya başlanmıştır. O dönemde aile hekimliği ayrı bir uzmanlık alanı olarak düşünülmemiştir; sağlık ocağında çalışan pratisyen hekimlerin yapabileceği bir işlev olarak görülmüştür (62).

İlk olarak 1991’de VI. Beş Yıllık Kalkınma Planı I. Dilim Tedbirler bölümünde *“Tıp eğitimi müfredat programlarının ülke şartlarına uygunluğunun sağlanması ve hekim istihdam politikalarında pratisyen hekimliği teşvik edici*

düzenlemelerin yapılmasını öngören bir çalışma başlatılacaktır. Aile Hekimliği müessesesi kurulacaktır” şeklinde bir ifade ile aile hekimliğinden bahsedilmiştir. Bu tarihten sonra Sağlık Reformu ile ilgili Kanun Tasarı ve Taslakları ve Gerekçeleri hazırlanmış ancak uygulama başlatılamamıştır (58). Mart 1992 tarihlerinde toplanan 2. Ulusal Sağlık Kongresi Temel Sağlık Hizmetleri Komisyonu kırsal kesimde sağlık evleri ve sağlık ocaklarının aynen korunması, nitelik ve nicelik bakımından yerel kaynaklardan yararlanarak geliştirilmesi, kentlerde ise aile hekimliği sisteminin oluşturulması kararlarını almıştır (58).

2. Ulusal Sağlık Kongresi 1992 tarihinde toplanmış ve Temel Sağlık Hizmetleri Komisyonunda “kırsal kesimde sağlık evleri ve sağlık ocaklarının aynen korunması; nitelik ve nicelik bakımından mahalli kaynaklardan yararlanarak geliştirilmesi; kentlerde aile hekimliği sisteminin mutlaka oluşturulması için pilot uygulama yapılması, mevcut sağlık ocaklarından bu sistem içinde yararlanılması” kararlarını almıştır (58).

Onbeş Ekim 1994’te alınan kararla Ankara ilindeki 4 pilot bölgede aile hekimliği uygulaması denemeleri başlatılmıştır. Programın amaçları *poliklinik, laboratuvar ve saha hizmetlerini güçlendirerek; halka çağın gerektirdiği düzeyde birinci basamak sağlık hizmeti sunmak, hastanelerdeki gereksiz yığılmaları önleyerek hastanelerin 2. ve 3. basamak sağlık hizmeti vermesini sağlamak, Aile Hekimliği uygulamasındaki aksaklıkları saptayıp, çözümleyerek ülkemize uygun bir model geliştirmek olarak belirtilmiştir (64).*

Personel ve laboratuvar yönünden desteklenen seçilmiş 5 sağlık merkezinde aile hekimliği uzmanları görevlendirilmiştir. Her aile hekimine 2.000-2.500 kişi verilmiştir. Aile Hekimliği Merkezi adı verilen bu kurumlarda aynı zamanda diğer sağlık ocağı hizmetleri eş zamanlı yürütülmüştür. Her merkez bir devlet hastanesine bağlanmıştır. Bu merkezlerde çalışan personele uyum eğitimi verilmiş ve 1995 yılında başlatılan hizmet içi eğitimler planlanmıştır. Ankara’daki bu pilot uygulamada ikinci basamak başvuru kurumu olarak Ankara Hastanesi belirlenmiş; aile hekimliğinden sevk edilen hastalar bu kurumda değerlendirilerek geri bildirimde bulunulmuştur (64).

Yeterli aile hekimliği uzmanının olmaması nedeniyle pilot çalışmaya pratisyen hekimler de dahil edilmiş ancak pratisyen hekimlerin bazı alanlarda bilgi

eksiklikleri olması sorunlar yaşanmasına neden olmuştur. Bu sorunların çözümü için hizmet içi eğitimler başlatılmıştır. Daha sonra bu pilot bölgeler ülkenin farklı kentlerinde açılmıştır (64).

Bu öncü çalışmaların ardından 2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde birinci basamak sağlık hizmetleri yeniden yapılandırılmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın temel amaçları DSÖ'nün 21. Yüzyılda "Herkes İçin Sağlık" hedeflerine ulaşmak için sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulmasının temin edilmesi olarak belirtilmiştir (62). Sağlık modelinin adı ise "Ulusal Aile Hekimliği Modeli" olarak belirtilmiştir. Bu modelin uygulanması için pilot çalışma yapılması kararı alınmış ve gerekli yasa (Aile hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun) 24. 11. 2004 tarihinde çıkarılmıştır (63). İlk pilot uygulama 2005 yılında Düzce ilinde başlamıştır. Daha sonra diğer illere yaygınlaştırılmış ve 2010 yılında tüm Türkiye Aile hekimliği sistemine geçmiştir. Uygulamaya geçilmeden önce sistemde yer almak için gönüllü olan pratisyen hekimlere 10 günlük birinci aşama uyum eğitimleri verilmiştir (65).

Türkiye'de Aile Hekimliğinin akademik gelişimi

Aile hekimliğinin 1983 yılında Tıpta Uzmanlık Tüzüğünde yer almasından bir yıl sonra ilk Aile Hekimliği Anabilim Dalı 1984 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Prof. Dr. Hikmet Perkcan öncülüğünde kurulmuş ancak mezuniyet sonrası eğitime başlamamıştır. İlk uzmanlık eğitimleri 1985 yılında tıp fakültesi sonrası en az 3 yıl olarak Ankara, İstanbul, İzmir'de Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Sigortalar Kurumuna bağlı 9 Eğitim Araştırma Hastanesinde başlatılmıştır (66,67). Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde Aile Hekimliği Uzmanlığı için eğitim alan ilk asistanlar, yetişmiş aile hekimliği akademisyenleri olmaması ve Aile hekimliği asistanlarının yapmakla yükümlü oldukları görevlere ve sorumluluklara dair bir müfredat olmaması nedeni ile rotasyon yaptıkları 5 uzmanlık alanında (İç Hastalıkları, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Psikiyatri ve Acil Ağırıklı Genel Cerrahi) bu uzmanlıkların kendi asistanlarına uyguladıkları eğitimi almışlardır. Bu eğitim sürekli ve kapsamlı bakım, bütüncül yaklaşım, birinci basamağın yönetimi, toplum yönelimli olma gibi aile hekimliğinin çekirdek

özelliklerini içermemektedir. Asistanlık sürelerini tamamlayarak Aile hekimliği uzmanı olan bu kişilerin nerede çalıştırılacakları da planlanmamış ve birçoğu ana-çocuk sağlığı merkezlerine ya da hastanelere atanmışlardır (66).

Onaltı Temmuz 1993 tarihinde Yüksek Öğretim Kurumu (YÖK) 12547 sayılı kararı ile tıp fakültelerinde Aile Hekimliği Anabilim Dallarının kurulması yönünde karar almıştır. İlk aktif Aile Hekimliği Anabilim dalı 1993 yılında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesinde kurulmuş ve asistan eğitimi başlamıştır. O dönemde ve daha sonra kurulan aile hekimliği anabilim dallarında kurucu başkan olarak halk sağlığı, dahiliye, pediatri gibi diğer disiplinlerden akademisyen öğretim üyeleri görev almışlardır (67,68).

Doçentlik alanı numarasının TAHUD tarafından 1993 yılında üniversiteler arası kurula başvurularak açtırılmasını takiben ilk doçentlik jürisi kurulmuştur. Aile hekimliği uzmanlık dalı akademisyenleri 1994 yılından itibaren de üniversitelerde görev almaya başlamışlardır (66). Bu alanda ilk uygulama Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD'nda gerçekleşmiştir. Daha sonra hızla yetişen aile hekimliği akademisyenleri pek çok tıp fakültesinde Aile Hekimliği Anabilim dallarında anabilim dalı başkanı ve öğretim üyesi olarak görev almışlardır. Günümüzde pek çok profesör, doçent ve yardımcı doçent aile hekimliği öğretim üyemiz tıp fakülteleri aile hekimliği anabilim dallarında ve eğitim araştırma hastaneleri aile hekimliği bölümlerinde görev yapmaktadır (69,70).

2.1.3. Aile Hekimliğinin Tanımı ve Temel İlkeleri

WONCA'nın 2023 tanımına göre, genel pratisyenlik / aile hekimliği, kendine özgü eğitim içeriği, araştırmaları, kanıta dayalı temeli ve klinik uygulamaları olan, akademik ve bilimsel bir disiplin olup birinci basamak sağlık hizmetlerine yönelmiş bir klinik uzmanlık alanıdır (35).

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'nde yer alan tanıma göre aile hekimleri, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği

uzmanı veya Bakanlığın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabiplerdir (71).

Aile hekimliği disiplini diğer tıp dallarından ayıran ve ona özgün karakterini veren temel ilkeler şunlardır:

- **Genelcilik (Generalist Disiplin):** Aile hekimleri, belirli bir organ sistemi, hastalık grubu ya da yaş aralığı ile sınırlı kalmaksızın insan sağlığını bütüncül bir bakış açısıyla ele alırlar. Sık karşılaşılan sağlık sorunlarından nadir hastalıklara, akut durumlardan kronik hastalıkların yönetimine kadar geniş bir yelpazede hizmet sunarlar. Kate Rowland'ın da belirttiği gibi: "Sağlık ve iyileşme hedeflendiğinde, insan bedenleri üzerine uzmanlıktan ziyade insan varlıkları üzerine uzmanlık genellikle daha değerlidir." (72). Bu genelci yaklaşım, hastaların farklı sağlık sorunları için her biri ayrı uzmanlık alanlarına başvurma ihtiyacını azaltır; hizmet sunumunu hem basitleştirir hem de daha etkili ve entegre bir yapıya kavuşturur.
- **Kişî Odaklılık:** Aile hekimliği, hizmetin merkezine hastayı ve onun bireysel ihtiyaçlarını, değerlerini, beklentilerini ve tercihlerini koyar(55). Hastanın sağlık kararlarına aktif katılımını teşvik eder ve tedavi planlarını hastayla birlikte oluşturur. Bu yaklaşım, hastanın kendini daha iyi anlaşılmış ve değerli hissetmesine katkıda bulunur.
- **Süreklilik:** Aile hekimliğinin en temel ve ayırt edici özelliklerinden biri, hasta ile hekim arasında zaman içinde gelişen, güvene dayalı ve uzun süreli ilişkiler kurmaktır (73,74). Bu sürekli ilişki, hekimin hastasını, ailesini, sağlık geçmişini ve yaşam koşullarını daha derinlemesine tanımasını sağlar; bu da daha isabetli tanımlar, etkin tedavi planları ve güçlü bir terapötik ittifak oluşturur. Araştırmalar, ardışık bakım ilişkilerinin, hekimlerde teşhis ve tedavi yeterliliği, hastalarda ise artan güven, hastaya bağlılık ve daha olumlu sağlık sonuçlarıyla ilişkili olduğunu göstermiştir (75).
- **Kapsamlılık:** Aile hekimleri, yalnızca hastalıkların tedavisiyle ilgilenmekle kalmaz; aynı zamanda koruyucu sağlık hizmetleri (aşılama, taramalar, sağlık eğitimi), tedavi edici hizmetler ve gerektiğinde rehabilitasyon hizmetlerini bir arada ve entegre biçimde sunarlar. Bu, sağlığın fiziksel, psikolojik ve sosyal tüm boyutlarını kapsayan bütüncül bir yaklaşımdır. Kapsamlı bakım, birinci basamak

hizmetlerin temel özelliklerinden biri olarak kabul edilir ve kapsamına giren geniş hizmet yelpazesi ile hastaların farklı sağlık ihtiyaçlarını karşılayarak gereksiz uzman yönlendirmelerini azaltır, bakımın etkinliğini ve koordinasyonunu artırır (76).

- **Koordinasyon:** Aile hekimleri, hastalarının sağlık sistemi içindeki yolculuğunu yöneten adeta bir “orkestra şefi” gibidir. Hastanın ihtiyaç duyduğu diğer uzmanlık dalları, hastaneler ve sağlık kurumlarıyla iletişimi sağlar, sevkleri organize eder ve farklı kaynaklardan gelen bilgilerin bütünleştirilmesine katkıda bulunur. Örneğin, birinci basamak hekimi, hastayı uygun uzmanlara yönlendirdikten sonra elektronik hasta kayıtları üzerinden paylaşılan bilgilerle bakımın bütünlüğünü korur ve gereksiz süre ve çabayı önler, bu da bakımın etkinliğini artırır. Bu koordinasyon modeli, bakımın parçalanmasını engeller ve hasta güvenliği ile memnuniyetini yükseltir (77).
- **İlk Temas Noktası:** Birçok sağlık sisteminde aile hekimi, bireylerin sağlık sorunlarıyla karşılaştıklarında ya da sağlıkla ilgili bir ihtiyaç duyduklarında başvurdukları ilk profesyoneldir. Bu "kapı tutucu" rolü, hastaların uzmanlara veya acil servislere gereksiz başvurularını azaltır ve böylece kaynakların daha verimli kullanılmasına katkıda bulunur. Araştırmalar, evrensel erişim modeline sahip sistemlerde bu yaklaşımın, birinci temas bakımını arttırdığını, gereksiz hastane kullanımını azalttığını ve koordinasyon düzeyini artırırken genel sağlık sistemi maliyetlerinde düşüş sağladığını göstermektedir (7,78).
- **Aile ve Toplum Yönelimi:** Aile hekimliği, bireyi sadece tek başına değil, ailesi ve içinde yaşadığı toplum bağlamında ele alır. Aile dinamikleri ve toplumsal koşulların sağlık üzerindeki etkilerini göz önünde bulundurur; örneğin, tek bir klinik ziyareti sırasında birden fazla aile bireyini kapsayan, entegre bir bakım yaklaşımı benimser (79). Ayrıca, hizmet verdiği toplumun sağlık ihtiyaçlarına karşı sorumluluk duyar ve toplum sağlığını geliştirmeye yönelik faaliyetlerde etkin rol oynar (77). Bu yaklaşım, aile hekimliğini yalnızca bireysel bakım sunan bir uzmanlık olmaktan çıkararak toplumsal sağlık sistemlerinin ayrılmaz bir parçası haline getirir.

Aile hekimliğinin bu temel ilkeleri (süreklilik, kapsamlılık, koordinasyon, kişi odaklılık vb.), aslında hasta memnuniyetini doğrudan etkileyen ve şekillendiren

temel unsurlardır. Bir sağlık hizmetinin bu ilkeler doğrultusunda ne ölçüde sunulabildiği, hastaların o hizmetten duyduğu memnuniyet düzeyini belirlemede kritik bir rol oynar. Örneğin, hasta ile hekim arasında sürekli bir ilişkinin kurulamaması, farklı hekimler tarafından takip edilme durumu veya sağlık hizmetleri arasındaki koordinasyonda yaşanan aksaklıklar, doğal olarak hasta memnuniyetsizliğine yol açabilir. Dolayısıyla, EUROPEP gibi standart bir ölçekle ölçülen hasta memnuniyeti, sadece bireysel hekim performansının bir göstergesi olmakla kalmaz, aynı zamanda bu temel aile hekimliği ilkelerinin pratikte ne kadar başarıyla hayata geçirilebildiğinin de bir yansıması olarak yorumlanabilir (19,80).

2.1.4. Aile Hekiminin Görev, Yetki ve Sorumlulukları

Aile hekimi, birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda çok yönlü ve kapsamlı bir role sahiptir. Görevleri, sadece hastalıkların tanı ve tedavisiyle sınırlı olmayıp, birey ve toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesine yönelik geniş bir yelpazeyi kapsar. Türkiye'deki mevzuat ve uluslararası tanımlamalar çerçevesinde aile hekiminin başlıca görev, yetki ve sorumlulukları şunlardır (81):

Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri sunmak: Aile hekimleri, yalnızca hastalıkların tanısı ve tedavisiyle ilgilenmezler; aynı zamanda bağışıklama programlarını yürütmek ve takip etmek, yaşa ve cinsiyete uygun sağlık taramalarını gerçekleştirmek veya organize etmek (örneğin kanser, hipertansiyon, diyabet taramaları), bireylere ve ailelere sağlıklı yaşam biçimleri konusunda eğitim ve danışmanlık sunmak, ayrıca hastalıkların erken tanısına yönelik çalışmalar planlamak ve uygulamak gibi kapsamlı koruyucu hizmetler sağlarlar. Bu görevler, birinci basamak sağlık hizmetlerinin temel bileşenleri arasında yer alır ve hem bireysel hem toplumsal düzeyde etkin sağlık koruma stratejileri açısından kritik öneme sahiptir (81,63).

Birinci basamak düzeyinde tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri vermek: Aile hekimleri, toplumda sık görülen akut ve kronik hastalıklara tanı koyar; tedavi planlarını düzenler ve izlem yapar; gerektiğinde reçete yazar. Ayrıca, basit tıbbi işlemler ve küçük cerrahi müdahaleleri (örneğin yara dikimi, deri biyopsisi, eklem enjeksiyonları) uygulamak da bu kapsamda yer alır (81,82). Bu yetkinlikler,

birinci basamak hekimliğini sadece koruyucu değil aynı zamanda tanısai, tedavi edici ve rehabilite edici bir hizmet haline getirir ve hastaların gereksiz uzman sevklerini azaltarak sağlık sisteminin etkin kullanımı ve bütünlük içinde hizmet sunumuna katkı sağlar.

Kronik hastalıkların takibi ve yönetimi: Aile hekimleri, diyabet, hipertansiyon, astım ve KOAH gibi uzun süreli takip ve tedavi gerektiren kronik hastalıklar için düzenli izlem, tedavi planlarının güncellenmesi, ilaç kullanımının denetimi ve yaşam kalitesini artırmaya yönelik destek sağlama görevlerini üstlenirler. Bir popölasyona dayalı çalışmada, hipertansiyonu (%85,7), diyabeti (%70,9), KOAH'ı (%59,8) ve astımı (%65,5) olan hastaların büyük kısmının bakımının sadece aile hekimleri tarafından yürütüldüğü gösterilmiştir; bu da aile hekimlerinin kronik hastalık yönetimindeki merkezi rolünü net biçimde ortaya koymaktadır(66). Ayrıca sistematik incelemeler, primer bakım ortamında hasta destekli öz yönetim yaklaşımlarının özellikle diyabet ve hipertansiyon gibi kronik durumlarda sağlık sonuçlarını önemli ölçüde iyileştirdiğini ortaya koymuştur (81,83)

Gebe, lohusa, bebek ve çocuk sağlığı izlemleri ve hizmetleri: Aile hekimleri, gebelik sürecinin takibi, doğum öncesi ve sonrası bakım, bebek ve çocukların büyüme-gelişme izlemleri, aşıları ve periyodik sağlık kontrolleri gibi kapsamlı maternal-çocuk sağlığı hizmetlerini sunarlar. Bu, aile hekimliğinin ayrılmaz bir parçasıdır (81,84).

Sevk ve koordinasyon: Aile hekimleri, hastanın sağlık durumu birinci basamakta çözülemeyecek ya da ileri uzmanlık gerektirecek bir müdahale ihtiyacı doğduğunda, hastayı uygun ikinci veya üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına sevk etmek ve bu süreci etkin şekilde koordine etmekle sorumludur. Sevk edilen hastanın durumu ile ilgili bilgilerin ilgili uzmanlarla paylaşılması, işbirliği içinde geri bildirim alınması ve elektronik sağlık kayıtlarının kullanımı, kesintisiz ve güvenli bir bakım zinciri oluşturmada kritiktir. Araştırmalar, bu tür koordinasyonun hasta memnuniyetini artırdığını, bakımın güvenliğini ve etkinliğini güçlendirdiğini göstermektedir (81,85).

Kayıt tutma ve bilgi yönetimi: Kendisine kayıtlı kişilerin kişisel sağlık dosyalarını düzenli ve güncel olarak tutmak, bu kayıtların gizliliğini ve güvenliğini

sağlamak yasal bir yükümlülüktür. Bu kayıtlar, sağlık hizmetinin sürekliliği ve kalitesi için hayati öneme sahiptir (81,86).

Sağlık Raporları Düzenlemek: T.C. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'ne göre aile hekimleri, işe giriş, askerlik, ehliyet yenileme, spor lisansı gibi çeşitli amaçlarla başvuran bireyler için sağlık raporları düzenlemekle görevlidir. Türkiye'deki mevzuata göre, aile hekimleri "ilgili mevzuatta birinci basamak sağlık kuruluşları ve resmî tabiplerce düzenlenmesi öngörülen her türlü sağlık raporu, sevk evrakı, reçete ve sair belgeleri düzenlemek"le yükümlüdür (81). Bu raporlar, sağlık durumunun tespitiyle birlikte yasal geçerliliğe sahiptir ve gerek işe uygunluk gerekse görev gereklilikleri açısından kritik öneme sahiptir.

Toplum sağlığını geliştirici faaliyetler: Aile hekimleri, sorumlu oldukları bölgedeki toplumun sağlık sorunlarını belirlemek, sağlık risklerini değerlendirmek ve toplum sağlığını geliştirmeye yönelik proaktif faaliyetlerde bulunmakla yükümlüdür. Bu görevler; sağlık eğitimleri, farkındalık kampanyaları ve koruyucu uygulamalar gibi halkı doğrudan hedef alan etkinlikleri kapsar. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine) tarafından tanımlanan "Toplum Yönelimli Birinci Basamak Sağlık Hizmeti" (Community-Oriented Primary Care - TYBBH) yaklaşımı doğrultusunda, aile hekimi yalnızca bireylerle değil, hizmet sunduğu toplumla bütünsel olarak çalışarak, toplum temelli bir sağlık hizmeti sunar. Bu yaklaşım, birinci basamak sağlık hizmetlerinin kapsamlı, sürdürülebilir ve halk katılımına dayalı şekilde sunulmasına olanak sağlar (81,86).

Ekip çalışması: Aile hekimi, hizmetlerini genellikle multidisipliner bir ekip—hemşire, ebe ve sağlık memuru—birlikte sunar. Bu ekip üyeleriyle uyumlu ve etkin bir işbirliği içinde çalışmak, görev dağılımı yapmak ve ekip üyelerini yönlendirmek büyük önem taşır. Literatür, doktor-inşfe işbirliğinin hasta bakımında sürekliliği ve koordinasyonu artırdığını, hasta sonuçlarında iyileşme sağladığını ve ekipte daha yüksek memnuniyet düzeyleri oluşturduğunu göstermektedir (81,87).

Aile hekiminin görev tanımının bu denli geniş ve çeşitli olması (klinik uygulamalar, koruyucu hizmetler, idari sorumluluklar, eğitim ve danışmanlık, sağlık hizmetleri koordinasyonu), hekimlerden yüksek düzeyde bilgi, beceri ve özveri beklemektedir. Oysa, dünyada DSÖ'ne göre ideal bir hasta-bakım süresi en az 20 dakika, Türk Tabipler Birliği'ne göre ise en az 15–20 dakika olmalıdır, Türkiye'de

ise uygulamada randevu sürelerinin çoğunlukla 10 dakika ve fiilen “sıkışık” durumlarda 4–5 dakikaya düşmesi nedeniyle ciddi bir gerilim yaşanmaktadır (88). Ayrıca birinci basamakta ideal süre olan 15–20 dakikanın altında yapılan muayeneler, hem hekim hem de hasta açısından eksik değerlendirmelere, güven tam kurulmadan karar verilmesine yol açmakta; bu da sunulan hizmetin kalitesini ve hasta memnuniyetini olumsuz etkileyebilmektedir (88,89)

2.1.5. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Aile Hekimliğinin Rolü ve Önemi

Birinci basamak sağlık hizmetleri, bir toplumun genel sağlık düzeyinin korunması ve geliştirilmesinde hayati bir öneme sahip olan, kapsamlı ve temel sağlık hizmetleri bütünüdür. Bu hizmetler; sağlığın teşviki, hastalıkların önlenmesi, erken tanı, ayaktan tedavi, rehabilitasyon ve sağlık danışmanlığı gibi pek çok farklı alanı içermektedir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre birinci basamak sağlık hizmetleri, bireyin yaşamı boyunca ortaya çıkabilecek fiziksel, zihinsel ve sosyal sağlık ihtiyaçlarının bütüncül şekilde ele alınmasını ve bu hizmetlerin toplum merkezli, sürdürülebilir ve koordine biçimde sunulmasını amaçlamaktadır (89-91). Ayrıca birinci basamak hizmetler, yalnızca tedavi edici uygulamaları değil, aynı zamanda koruyucu ve sağlık geliştirici faaliyetleri de kapsayarak bireyin ve toplumun sağlığını bütüncül bir yaklaşımla ele almaktadır (7,90). Aile hekimliği disiplini ise bu geniş yelpazedeki hizmetlerin bireye ve topluma ulaştırılmasında merkezi bir aktör konumundadır.

Aile hekimlerinin birinci basamaktaki rolü ve önemi şu şekilde özetlenebilir:

Koruyucu sağlık hizmetlerinin köşe taşı: Aile hekimleri, bireylere kolay ulaşılabilir olmaları ve onlarla güvene dayalı sürekli bir ilişki kurmaları sayesinde koruyucu sağlık hizmetlerinin —aşılama, tarama, sağlık eğitimi gibi— sunulmasında kilit role sahiptir. Birinci basamak sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliği ve etkinliği büyük ölçüde hastalıkları çıkmadan önce önleyebilme kapasitesine bağlıdır ve aile hekimleri bu önleme çabalarının ön saflarında yer alır (2,90). Bu doğrultuda kapsamlı hizmetlerde aile hekimliği, yalnızca bireyi değil tüm toplumu kapsayan bütüncül ve proaktif bir model sunar (35,90).

Sağlık sistemine ilk giriş kapısı: Aile hekimleri, genellikle bireylerin sağlık sistemiyle ilk temas kurduğu sağlık profesyonelleridir. Bu “kapı tutucu” (gatekeeper) rolü, hastaların sağlık sorunlarının erken bir aşamada fark edilmesini, doğru bir şekilde değerlendirilmesini ve gerektiğinde uygun uzmanlık dallarına veya ileri basamak sağlık kuruluşlarına yönlendirilmesini sağlar. Bu sayede, gereksiz tetkik ve tedavilerin önüne geçilebilir, sağlık kaynakları daha etkin kullanılabilir (35,90,92).

Hastalık yükünün azaltılması ve sistem etkinliği: Aile hekimleri, sık görülen hastalıklar ve kronik durumları birinci basamakta etkin şekilde yöneterek toplumun genel hastalık yükünün azaltılmasına önemli katkı sağlar. Bu yaklaşım, ikinci ve üçüncü basamak tedavi kuruluşlarındaki hasta sayısını düşürür; bu sayede hastaneler daha karmaşık ve özelleşmiş vakalara odaklanarak daha kaliteli hizmet sunabilir (7,90). Birincil basamağın gücü ile hastaneler üzerindeki baskının azalması arasında güçlü bir ilişki olduğu; bu durumun sağlık sistemi verimliliğini ve etkinliğini artırdığı pek çok çalışmada gösterilmiştir (90).

Sağlıkta dönüşümün temel unsuru: 2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması ve güçlendirilmesi hedeflenmiş, bu çerçevede aile hekimliği modeli, programın en önemli ve görünür bileşenlerinden biri haline gelmiştir (93,94). SDP’nin yaygınlaştırılması sürecinde, Türkiye’de bebek ölüm hızı binde 29’dan yaklaşık 10’a düşmüş; aynı dönemde anne ölüm oranı da önemli ölçüde gerileme göstermiştir (95). Ayrıca aşılama oranlarında da belirgin iyileşmeler kaydedilmiştir (96). Bu sonuçlar, aile hekimliği sisteminin yaygın olarak uygulanmasıyla birinci basamak hizmetlerin daha erişilebilir, entegre ve etkili hale gelmesinin sağlık göstergelerinde olumlu değişikliklere yol açtığını göstermektedir.

Bütüncül ve sürekli bakım sağlayıcısı: Aile hekimleri, hastalarını sadece belirli bir hastalık veya şikayet özelinde değil, biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutlarıyla ele alarak (biyo-psiko-sosyal) ve yaşamlarının farklı evrelerinde sürekli bir bakım sağlayarak takip ederler. Bu bütüncül yaklaşım, hastaların sağlık ihtiyaçlarının kapsamlı şekilde karşılanmasına ve sağlık sorunlarının derinlemesine anlaşılmasına olanak tanır. Literatürde bu modelin, sağlık hizmetlerinin parçalı yapıdan kurtularak entegre, sürdürülebilir ve hasta merkezli bir sisteme dönüşmesine katkıda bulunduğu vurgulanmaktadır (35,97,98).

Birinci basamağın ve bu bağlamda aile hekimliği disiplininin güçlü olması, sadece bireylerin sağlık durumunu iyileştirmekle kalmaz, aynı zamanda tüm sağlık sisteminin etkinliğini, verimliliğini, maliyet etkinliğini ve hakkaniyetini de olumlu yönde etkiler. Barbara Starfield'ın önderliğinde yapılan araştırmalar, güçlü bir birinci basamak sisteminin daha iyi sağlık sonuçları, daha düşük toplam sağlık harcamaları ve daha eşit sağlık hizmeti sunumu ile doğrudan ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (7). Bu durum, birinci basamak sağlık hizmetlerinin hem bireysel hem de toplumsal düzeyde ne denli kritik bir rol oynadığını göstermektedir. Güçlü bir birinci basamak, sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizlikleri azaltır, gereksiz hastane yatışlarını ve pahalı tedavi yöntemlerine başvuruyu sınırlar. Bu nedenle, aile hekimliği hizmetlerinden duyulan hasta memnuniyeti, sadece sunulan hizmetin kalitesine dair bir geri bildirim olmanın ötesinde, aynı zamanda sağlık sisteminin genel performansı ve toplumun sağlık ihtiyaçlarına ne ölçüde yanıt verebildiğine dair dolaylı ancak önemli bir gösterge niteliği taşır. Eğer hastalar aile hekimliği hizmetlerinden genel olarak memnun değilse, bu durum sadece bireysel bir hoşnutsuzluk olarak kalmayabilir; hastaların doğrudan uzman hekimlere veya acil servislere daha sık başvurmasına (99), sağlık harcamalarının artmasına ve sistemde genel bir verimsizliğe yol açabilir. Dolayısıyla, Antalya ilindeki aile sağlığı merkezlerinde yürütülen bu gibi memnuniyet araştırmalarının sonuçları, sadece yerel düzeyde hizmet kalitesini değerlendirmekle kalmayıp, aynı zamanda ulusal sağlık politikalarının ve birinci basamak stratejilerinin etkinliği hakkında da önemli ipuçları sunabilir.

2.2. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti

2.2.1. Hasta Memnuniyeti Kavramı ve Boyutları

Hasta memnuniyeti, sağlık hizmetleri literatüründe ve uygulamalarında merkezi bir konuma sahip, çok boyutlu ve dinamik bir kavramdır. En temel anlamıyla hasta memnuniyeti, bir hastanın aldığı sağlık hizmetine ilişkin öznel değerlendirmesini ifade eder. Bu değerlendirme, çoğunlukla bireyin hizmet öncesindeki beklentileri ile hizmet sonrasında algıladığı performans arasındaki farkın zihinsel olarak

değerlendirilmesi sonucunda oluşan bir duygusal tepki veya genel bir tutum olarak tanımlanır (80,100,101). Başka bir ifadeyle, hasta memnuniyeti, bireylerin sağlık hizmetlerinden duyduğu beklenti ve isteklerin ne ölçüde karşılandığını yansıtan bir göstergedir (102).

Hasta memnuniyeti kavramı, sağlık alanına 1960'lı yıllarda giriş yapmış; ancak bu dönemde konuyla ilgili akademik araştırmalar oldukça sınırlı kalmıştır. Bindokuzyüz yetmişlerin sonlarına doğru tüketici davranışları ve pazarlama ilkelerinin sağlık hizmetlerine entegre edilmesiyle, 1980'lerde ise sağlık sektöründe rekabetin artması, kaliteye yönelik beklentilerin yükselmesi ve hasta hakları hareketlerinin güçlenmesi ile birlikte hasta memnuniyeti daha merkezi bir konuma yerleşmiştir. Bu gelişmeler, hasta memnuniyetinin yalnızca bireysel bir duygu veya tutum olmanın ötesinde, sağlık sisteminin genel kalitesini yansıtan, hizmet performansını ölçen ve kalite iyileştirme süreçlerine yön veren önemli bir göstergeye dönüşmesini sağlamıştır (103-104).

Hasta memnuniyeti, tek bir faktöre indirgenemeyecek kadar karmaşık bir yapıya sahiptir ve çeşitli boyutları içerir. Bu boyutlar, hastanın sağlık hizmeti deneyiminin farklı yönlerini kapsar ve genellikle şu başlıklar altında toplanmaktadır:

Hekimle iletişim ve hekimin davranışları: Bu boyut, hekimin hastayı ne kadar dikkatle dinlediği, hastanın anlayacağı bir dille ne derecede açıklama yaptığı, sorularını yanıtlaması, tedavi seçenekleri hakkında bilgi vermesi, karşısındakine karşı gösterdiği ilgi, empati, saygı ve nezaket gibi unsurları içerir. Literatür bunu, hasta memnuniyetini en çok etkileyen boyutlardan biri olarak tanımlar (105–107). Klinik iletişim becerilerindeki artış, hem iletişim süreçlerinde hastanın olumlu algısını hem de empati düzeyini yükseltir; bu da doğrudan hastanın genel memnuniyetine katkıda bulunur (105-106).

Hizmetin teknik kalitesi: Bu boyut, hekimin mesleki bilgi ve becerisi, teşhisin doğruluğu, uygulanan tedavinin uygunluğu ve etkililiği gibi daha objektif ve klinik olarak değerlendirilebilir unsurları kapsar. Teknik kalite; hekimin tanı koyma yetkinliği, tedavi planını kanıta dayalı tıba göre oluşturması ve tıbbi uygulamaları doğru şekilde yürütmesini içerir. Ancak hastalar genellikle tıbbi bilgi ve süreçlere doğrudan hâkim olmadıkları için teknik kaliteyi değerlendirmekte zorlanırlar. Bu nedenle, hastalar çoğu zaman hekimin teknik becerisini, onun iletişim tarzı, empatisi

ve davranışları üzerinden dolaylı olarak değerlendirirler. Yapılan araştırmalar, hasta memnuniyetinin teknik kaliteden çok hizmet süreciyle (örneğin, hekimin ilgisi, açıklayıcı iletişimi gibi) daha fazla ilişkili olduğunu göstermektedir (108). Bu durum, sağlık hizmetlerinde algılanan kalite ile sunulan teknik kalitenin birbirinden ayrılabilceğini ve hasta memnuniyeti ölçümlerinde bu farkın dikkate alınması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Erişilebilirlik ve kolaylık: Hasta memnuniyetinin önemli belirleyicilerinden biri olan bu boyut, bireylerin sağlık hizmetine ne kadar çaba harcamadan ve zaman kaybetmeden ulaşabildiğini ifade eder. Bu kapsamda; sağlık kuruluşuna fiziksel olarak ulaşımın kolaylığı (coğrafi konum, ulaşım olanakları), randevu alma sürecinin basit ve hızlı olması, hekime ulaşmak için bekleme süresi, acil durumlarda veya mesai dışı zamanlarda hekime erişim imkânı, telefon ya da diğer iletişim araçları aracılığıyla sağlık personeline ulaşılabilirlik gibi unsurlar yer alır. Eğer bu süreçlerde ciddi aksaklıklar yaşıyorsa, hasta memnuniyetinin azalması kaçınılmaz hale gelir. Ayrıca, hastaların sağlık hizmetine erişimde karşılaştığı bürokratik engeller veya zaman kaybı da genel memnuniyet düzeyini olumsuz etkileyebilmektedir (80,109,110).

Fiziksel ortam ve donanım: Sağlık hizmeti sunulan ortamın fiziksel koşulları, hasta memnuniyetinde önemli ve genellikle göz ardı edilen bir etkidir. Sağlık kuruluşunun genel temizliği, hijyen standartlarına uygunluğu, düzeni, konfor seviyesi, havalandırma, aydınlatma ve sessizlik gibi unsurlar, hastaların kendilerini güvende ve rahat hissetmelerini sağlayarak memnuniyet düzeyini artırabilir. Ayrıca, kullanılan tıbbi araç ve gereçlerin yeterliliği ve teknolojik modernliği, hastaların kurum hakkındaki algılarını şekillendirebilir. Bekleme salonlarının kalabalık olmaması, yeterli oturma alanı sunması, bilgilendirici materyaller içermesi ve muayene odalarının mahremiyet sağlayacak şekilde düzenlenmiş olması da bu memnuniyet üzerinde etkili faktörlerdendir (109-111). Fiziksel çevre koşulları yetersiz olan bir sağlık kurumunda, hekimlik hizmeti yüksek kalitede dahi olsa, hastaların genel hizmet deneyimi olumsuz etkilenebilmektedir.

Sağlık Personelinin Tutumu ve Davranışları: Hasta memnuniyeti yalnızca hekimin tutum ve davranışlarıyla sınırlı değildir; sağlık hizmeti sunum sürecine dâhil olan tüm sağlık personelinin (hemşire, ebe, tıbbi sekreter, laborant, temizlik görevlisi

vb.) hastaya yönelik yaklaşımı da büyük önem taşır. Bu personelin yardımseverliği, nazik ve saygılı tutumu, hasta ile etkili iletişim kurma becerileri, güler yüzlüğü ve genel profesyonelliği, hastaların sağlık kuruluşuna yönelik algısını doğrudan etkileyebilir. Özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde, hastalar bu personelle sık temas hâlinde olduğundan, personelin ilgisiz, soğuk veya kaba tutumu, hizmetin genel kalitesini gölgede bırakabilir. Buna karşılık, destek personelinin empatik ve ilgili yaklaşımı, hastaların kendilerini değerli ve güvende hissetmelerine katkı sağlar. Dolayısıyla, hasta memnuniyetini değerlendirirken sağlık çalışanlarının tümüyle etkileşimin dikkate alınması gereklidir (80,109-111)

Bilgilendirme ve hastanın karar süreçlerine katılımı: Hasta memnuniyetini etkileyen önemli boyutlardan biri de hastaların sağlık durumları, tanı süreçleri, tedavi alternatifleri ve ilaçların olası yan etkileri hakkında yeterli, açık ve zamanında bilgilendirilmesidir. Hastaların bilgilendirilmesi, onların sağlık hizmeti sürecine daha aktif şekilde katılım göstermelerini sağlar. Özellikle karar verme aşamalarında hastaların görüşlerinin alınması, tedavi planlarının birlikte oluşturulması ve hekim-hasta iletişiminin karşılıklı bir diyalog şeklinde gelişmesi, memnuniyet düzeyini önemli ölçüde artırmaktadır. Bu yaklaşım, aynı zamanda hastanın kendisine saygı duyulduğunu hissetmesini sağlar, güven duygusunu pekiştirir ve tedaviye uyumu kolaylaştırır. Araştırmalar, bilgilendirme eksikliğinin ve tek taraflı karar almanın hasta memnuniyetsizliğinin temel nedenlerinden biri olduğunu göstermektedir (108,111).

Hizmet süreçleri ve organizasyon: Hasta memnuniyetini etkileyen bir diğer önemli boyut da sağlık hizmetlerinin sunum süreci ve organizasyonel işleyişidir. Randevu sisteminin etkinliği, kayıt ve kabul işlemlerinin kolaylığı, tetkik ve analiz sonuçlarının hastaya ulaşma süresi, laboratuvar ve görüntüleme hizmetlerine erişim, sevk zincirlerinin işlerliği ve sağlık kurumundaki farklı birimler arasındaki koordinasyon gibi unsurlar doğrudan memnuniyet düzeyini belirlemektedir. Özellikle karmaşık veya gecikmeli süreçler, hastalarda memnuniyetsizlik ve güvensizlik hissine yol açabilmektedir. İyi organize edilmiş, hasta merkezli ve zamanında işleyen hizmet süreçleri, hem hastaların hem de sağlık çalışanlarının deneyimini olumlu yönde etkileyerek genel memnuniyet düzeyini artırır (108).

Hizmetin maliyeti ve algılanan değer: Sağlık hizmetlerinin kalitesi kadar, bu hizmetlerin erişilebilirliği ve karşılığında ödenen maliyet de hasta memnuniyetinin belirleyicileri arasındadır. Özellikle sosyal güvencesi olmayan, özel sağlık sigortası bulunmayan ya da katkı payı ödemek zorunda kalan bireyler için, hizmetin maddi yükü önemli bir memnuniyet unsurudur. Hasta, yaptığı harcama karşılığında aldığı hizmetin yeterli olup olmadığını sorgular; bu noktada "algılanan değer", yani ödediği bedelin karşılığında elde ettiği sağlık hizmetinin kalitesi ve kapsamı büyük önem taşır. Maliyet-fayda dengesi bozulduğunda hasta memnuniyetsizliği kaçınılmaz olabilir (109).

Hasta memnuniyetinin sadece "teknik kalite" ile, yani tıbbi müdahalenin doğruluğu ve etkililiği ile sınırlı olmadığı, "fonksiyonel kalite"nin, yani hizmetin nasıl sunulduğu, iletişim biçimi, hekim ve personelin davranışları gibi insani ve organizasyonel yönlerin hastaların genel değerlendirmelerinde sıklıkla daha baskın bir rol oynadığı anlaşılmaktadır (109). Hastalar, genellikle tıbbi kararların bilimsel doğruluğunu veya teknik detaylarını doğrudan değerlendirebilecek uzmanlık bilgisine sahip değildirler. Bu nedenle, hizmetin kendilerine nasıl hissettirdiği, ne kadar saygı ve ilgi gördükleri, bekleme süreleri, ortamın temizliği gibi daha somut ve deneyimsel unsurlara odaklanma eğilimindedirler. Bu durum, sağlık hizmeti sunucularının sadece klinik becerilerini geliştirmekle kalmayıp, aynı zamanda iletişim, empati, hasta odaklılık ve hizmet organizasyonu gibi alanlara da ciddi yatırımlar yapması gerektiğini açıkça ortaya koymaktadır.

2.2.2. Hasta Memnuniyetinin Sağlık Hizmet Kalitesi ve Sonuçları Üzerindeki Etkisi

Hasta memnuniyeti, sadece hastaların kişisel duygularını yansıtan bir kavram olmanın çok ötesinde, sağlık hizmetlerinin kalitesinin önemli bir göstergesi ve sağlık sistemi performansının kritik bir bileşeni olarak kabul edilmektedir (108,109). Sağlık hizmetlerinin temel amacı birey ve toplum sağlığını iyileştirmek olduğundan, hizmeti alanların bu süreçten ne ölçüde tatmin olduğu, sunulan bakımın ne kadar hasta merkezli ve ihtiyaçlara duyarlı olduğunun bir yansımasıdır. Hasta memnuniyetinin

yüksek olmasının sağlık hizmet kalitesi ve genel sağlık sonuçları üzerinde bir dizi olumlu etkisi bulunmaktadır:

Tedaviye uyumun artması: Aldığı hizmetten memnun olan hastaların, hekimlerinin önerilerine, tedavi planlarına ve ilaç kullanımlarına daha iyi uyum sağladığı çeşitli çalışmalarla gösterilmiştir (112,113). Tedaviye uyumun artması, özellikle kronik hastalıkların yönetiminde kritik öneme sahiptir ve tedavi başarısını doğrudan etkiler.

Klinik sonuçların iyileşmesi: Hasta memnuniyeti, yalnızca bir sağlık hizmetinden duyulan memnuniyetin ifadesi değil, aynı zamanda klinik sonuçlar üzerinde doğrudan ve dolaylı etkileri olan kritik bir göstergedir. Yapılan araştırmalar, sağlık hizmetlerinden memnun kalan bireylerin hekimleriyle daha güçlü bir iletişim kurduklarını, tedavi planlarına daha fazla sadakat gösterdiklerini ve sağlık önerilerine daha yüksek düzeyde uyum sağladıklarını ortaya koymuştur. Bu durum, özellikle kronik hastalıkların yönetimi gibi uzun süreli ve disiplinli bir yaklaşım gerektiren alanlarda büyük önem taşımaktadır. Memnuniyet düzeyi yüksek olan hastaların tedavi sürecine daha aktif katılım gösterdiği, hastalığı hakkında daha fazla bilgi sahibi olduğu ve kendisine sunulan hizmete karşı daha fazla güven duyduğu görülmektedir. Bu olumlu hasta-hekim ilişkisi ve iletişimi, hem hastaların klinik iyileşme sürecini hızlandırmakta hem de sağlık sisteminde gereksiz kaynak kullanımını azaltarak maliyet etkinliği sağlamaktadır. Nitekim Doyle ve arkadaşlarının sistematik derlemesinde (112), hasta deneyiminin klinik güvenlik ve etkinlik göstergeleriyle anlamlı düzeyde ilişkili olduğu ve hasta memnuniyetinin sağlık hizmetlerinin kalite ve sonuçları açısından göz ardı edilemeyecek bir belirleyici olduğu belirtilmiştir.

Hasta sadakatinin ve kuruma bağlılığın artması: Hasta memnuniyeti, sağlık hizmetlerinin yalnızca anlık değerlendirilmesi açısından değil, aynı zamanda hasta sadakati ve sağlık hizmetlerinde sürekliliğin sağlanması açısından da kritik bir role sahiptir. Memnun kalan bireyler, benzer sağlık ihtiyaçlarında genellikle aynı hekime veya sağlık kuruluşuna başvurma eğilimi gösterirler. Bu durum, hasta-hekim ilişkilerinin güçlenmesine, bireyin sağlık geçmişi ve özel durumlarının daha iyi bilinmesine olanak tanıyarak daha etkili ve kişiselleştirilmiş sağlık hizmeti sunumunu mümkün kılar. Sadık hastalar, aynı zamanda çevrelerine de olumlu

deneyimlerini aktarma eğiliminde olduklarından, bu durum sağlık kurumunun itibarı ve hasta portföyünün genişlemesi açısından da önemlidir. Ayrıca, hasta sadakatı; sağlık sisteminde hizmetin sürekliliğini ve bakım bütünlüğünü sağlayarak gereksiz tetkik ve müdahalelerin önlenmesine, maliyetlerin düşürülmesine ve hasta güvenliğinin artırılmasına katkı sağlar. Özellikle kronik hastalıkların uzun vadeli takibinde aynı hekime düzenli olarak başvurulması, tedavi uyumunu artırmakta ve daha iyi klinik sonuçların elde edilmesini kolaylaştırmaktadır. Peyrot ve arkadaşları (113) ile Otani ve arkadaşlarının (114) yaptığı çalışmalar, hasta memnuniyetinin hasta sadakatıyla güçlü bir şekilde ilişkili olduğunu ve memnun hastaların sağlık hizmeti sağlayıcısına bağlılıklarını sürdürme olasılıklarının daha yüksek olduğunu göstermiştir.

Kurum imajının ve rekabet gücünün olumlu etkilenmesi: Hasta memnuniyeti, yalnızca bireysel düzeyde bir değerlendirme değil, aynı zamanda sağlık kurumlarının genel imajını ve halk nezdindeki güvenilirliğini doğrudan etkileyen bir göstergedir. Hizmet alan bireylerin sağlık kuruluşu hakkındaki olumlu algıları, kurumun prestijini ve saygınlığını artırmakta, bu da uzun vadede toplumsal güven oluşturulmasına katkı sağlamaktadır. Özellikle serbest piyasa koşullarında hizmet sunan özel hastaneler ve sağlık kuruluşları için hasta memnuniyeti, yalnızca etik bir gereklilik değil, aynı zamanda bir rekabet stratejisi haline gelmiştir. Memnun kalan hastalar, kuruma olan güvenlerini çevrelerine aktarmakta, bu da kurumun hasta portföyünü genişletmesine ve ekonomik sürdürülebilirliğini sağlamasına yardımcı olmaktadır. Ayrıca, memnuniyet düzeyi yüksek sağlık kuruluşlarında çalışan bağlılığı, personel memnuniyeti ve kurum içi motivasyonun da daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Böylece hasta memnuniyeti, hem içsel (kurum içi yapı ve süreçler) hem de dışsal (toplumdaki imaj, hasta sadakatı) açılardan sağlık kurumunun rekabet gücünü pekiştiren çok yönlü bir faktör haline gelir (113,115).

Tıbbi uygulama hatası (malpraktis) iddiaları riskinin azalması: Hasta memnuniyetinin yüksek olduğu durumlarda, hastaların hekimlerine olan güvenleri ve genel tatmin düzeyleri arttığı için, olumsuz sağlık sonuçları ortaya çıksa dahi tıbbi uygulama hatası (malpraktis) iddiasıyla yasal yollara başvurma olasılıklarının azaldığı gözlemlenmektedir. Araştırmalar, hekimiyle açık, empatik ve saygılı bir iletişim kurabilen hastaların, tıbbi komplikasyonlar yaşasalar bile daha anlayışlı

yaklaştıklarını ve hukuki süreç başlatma konusunda daha az eğilimli olduklarını göstermektedir (116,117). Bu bağlamda, etkili bir hasta-hekim ilişkisi yalnızca etik bir zorunluluk değil, aynı zamanda hekimler ve sağlık kuruluşları açısından tıbbi risk yönetiminin temel bir bileşeni olarak değerlendirilmelidir. İyi iletişim, hastanın sürece dahil edilmesini sağlar, tedavi beklentilerini daha gerçekçi hale getirir ve olası anlaşmazlıkların yumuşak bir şekilde çözülmesini kolaylaştırır. Bu nedenle hasta memnuniyetinin artırılması, sadece hizmet kalitesine değil, aynı zamanda kurumsal ve bireysel hukuki güvenliğe de önemli katkılar sağlar.

Sağlık çalışanlarının moralinin ve iş doyumunun artması: Hasta memnuniyetinin yüksek olması, yalnızca hizmet alan bireyler açısından değil, aynı zamanda hizmet sunan sağlık çalışanları açısından da olumlu sonuçlar doğurur. Hastalarından olumlu geri bildirim alan, iyileşme süreçlerine katkı sağladığını gören ve emeklerinin takdir edildiğini hisseden sağlık çalışanları, mesleki tatmin düzeylerinde belirgin bir artış yaşamaktadırlar. Bu durum, hem bireysel motivasyonu hem de ekip içi dayanışmayı güçlendirir (118). Yüksek iş doyumunu ise sağlık profesyonellerinin görevlerine daha fazla bağlılık göstermelerine, tükenmişlik sendromu riskinin azalmasına ve hasta ilişkilerinde daha yapıcı ve empatik bir tutum benimsemelerine katkıda bulunur (119). Dolayısıyla hasta memnuniyetine yönelik iyileştirme çabaları, yalnızca hasta deneyimini değil, aynı zamanda sağlık çalışanlarının kuruma bağlılığını, iş verimliliğini ve genel sağlık sistemi sürdürülebilirliğini de olumlu yönde etkileyen bütüncül sonuçlar yaratır.

Sağlık politikaları ve yönetimi için geri bildirim sağlaması: Hasta memnuniyeti verileri, sadece bireysel hasta deneyimlerinin değerlendirilmesine hizmet etmekle kalmaz, aynı zamanda sağlık hizmetlerinin planlanması, yönetimi ve politikalarının şekillendirilmesi açısından da hayati bir geri bildirim mekanizması sunar. Sağlık yöneticileri ve politika yapıcılar, hasta memnuniyeti anketleri yoluyla hizmet sunumundaki güçlü ve zayıf yönleri tespit edebilir, bu doğrultuda kalite geliştirme stratejileri geliştirebilirler. Özellikle sınırlı kaynakların daha etkili kullanılması, öncelikli alanların belirlenmesi ve hasta merkezli hizmet modellerinin yaygınlaştırılması açısından hasta memnuniyeti verileri önemli bir karar destek aracıdır (108,120). Ayrıca bu veriler, sağlık sistemlerinin hesap verebilirliğini ve şeffaflığını artırmak için de kullanılabilir.

Memnun hastalar, iyileşmelerine tanıklık eden ve olumlu geribildirim alan sağlık çalışanlarının moralini ve mesleki tatminini artırır; bu da hizmet kalitesini pozitif yönde etkileyebilir (121). Öte yandan, çalışma koşulları iyi olan, destekleyici bir kültür içinde yer alan ve tükenmişlik düzeyi düşük sağlık personeli, hastalarla daha empatik, özenli ve kaliteli iletişim kurma eğilimindedir; bu da hasta deneyimini iyileştirir. Bu etkileşim, pozitif bir geri bildirim döngüsü oluşturabilir: memnun hastalar, motive çalışanlar; motive çalışanlar, daha memnun hastalar anlamına gelir. Ancak, stresli iş ortamları, yoğun iş yükü ve kaynak eksiklikleri, bu döngüyü bozabilir; tükenmişlik yaşayan sağlık çalışanları hastalarla yeterince ilgilenemeyebilir ve bu da hasta memnuniyetinin düşmesine neden olabilir (122). Bu nedenle, hasta memnuniyetini artırma stratejilerinin, sağlık çalışanlarının çalışma koşulları, refahı ve mesleki gelişimini destekleyen politikalarla birlikte ele alınması, sürdürülebilir hizmet kalitesinin sağlanması açısından kritik öneme sahiptir.

2.2.3. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Başlıca Faktörler

Hasta memnuniyeti, tek bir nedene bağlanamayacak kadar karmaşık ve çok faktörlü bir olgudur. Literatürde, hasta memnuniyetini etkileyen unsurlar genellikle üç ana başlık altında incelenmektedir: (a) hekim ve diğer sağlık personeline bağlı faktörler, (b) hizmetin sunulduğu kuruma ve sağlık sisteminin geneline bağlı faktörler ve (c) hastanın kendisine bağlı bireysel faktörler. Bu faktörlerin etkileşimi, hastanın genel memnuniyet düzeyini belirlemektedir (122,123).

a. Hekim ve Diğer Sağlık Personeline Bağlı Faktörler:

İletişim becerileri: Hekimin etkili iletişim becerileri, hasta memnuniyetinin en güçlü belirleyicilerinden biridir. Hastayı aktif ve dikkatli bir şekilde dinlemesi, onun söylediklerine kesmeden ve yargılamadan odaklanması, güven duygusunu pekiştirir. Ayrıca hekimin, tıbbi açıklamaları hastanın anlayabileceği açık, sade ve anlaşılır bir dille yapması, tıbbi terimlerden kaçınması ya da bu terimleri açıklaması, hasta-hekim iletişimini güçlendirir. Hastayı soru sormaya teşvik etmesi ve sorulara sabırla, tatmin edici yanıtlar vermesi, hastanın sağlık hizmetine daha fazla güven duymasını sağlar (123,1124)

İyi bir iletişim, sadece hastanın memnuniyetini değil, aynı zamanda tedaviye uyumunu, hekim-hasta ilişkisinin kalitesini ve sağlık sonuçlarını da doğrudan etkiler. Türkiye’de yapılan çalışmalar da benzer şekilde, hekimlerin iletişim becerilerinin yüksek olmasının hasta memnuniyetini artırdığını göstermektedir (125). Özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde, hastaların hekimleriyle kurduğu bu kişisel ve sürekli ilişki, iletişim kalitesini daha da önemli kılmaktadır. Hekimlerin zaman baskısı, yüksek iş yükü ve tükenmişlik gibi faktörlere rağmen bu iletişim niteliğini koruması, hasta merkezli sağlık hizmetlerinin başarısı açısından kritik bir gerekliliktir.

Empati, ilgi ve davranış biçimi: Hekimlerin ve sağlık personelinin hastalarla kurduğu empatik, ilgili ve saygılı iletişim, hasta memnuniyetini etkileyen en önemli insani faktörler arasında yer almaktadır. Hekimin güler yüzlü olması, hastayı yargılamadan dinlemesi, sorularına anlayışla yaklaşması ve duygusal ihtiyaçlarını fark etmesi; hastanın kendisini daha değerli, anlaşılmış ve güvende hissetmesini sağlar (126). Bu bağlamda empati, sadece karşıdaki kişinin duygularını anlamakla sınırlı olmayan; aynı zamanda bu duygulara uygun şekilde yanıt verebilmeyi de içeren aktif bir iletişim becerisi olarak tanımlanır.

Araştırmalar, empatik yaklaşım sergileyen hekimlerin hastalarıyla daha güçlü bir terapötik ilişki kurabildiklerini ve bunun hasta memnuniyetini, tedaviye uyumu ve sağlık sonuçlarını olumlu etkilediğini göstermektedir (127). Empati ve yardımseverlik, özellikle kronik hastalığı olan ya da duygusal açıdan kırılgan hasta gruplarında daha da belirleyici olmaktadır. Türkiye’de yapılan bazı araştırmalar da, hastaların hekimlerinden en çok bekledikleri davranışların başında “saygı”, “güler yüz” ve “ilgili yaklaşım” geldiğini ortaya koymuştur (128).

Hekimin sadece fiziksel semptomlara değil, hastanın psikososyal durumuna da duyarlılık göstermesi; yani bütüncül bir bakış açısı geliştirmesi, hasta memnuniyetini artıran temel unsurlardan biridir. Özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde hastayla uzun süreli ilişkiler kuran aile hekimlerinin bu insani yönü güçlü tutmaları, sağlık hizmetinin niteliği açısından büyük önem taşır.

Ayrılan süre: Hastaların, hekimlerinin kendilerine yeterli zaman ayırdığını hissetmeleri, sağlık hizmetinden duyulan genel memnuniyetin en belirleyici unsurlarından biridir. Hekim tarafından aceleye getirilmeden muayene edilmek, tıbbi

öyküsünü ve şikâyetlerini ayrıntılı bir şekilde ifade edebilmek, hastanın kendini ciddiye alınmış ve anlaşılmış hissetmesini sağlar (129). Araştırmalar, hastaya ayrılan sürenin sadece iletişim kalitesini değil, aynı zamanda tanı doğruluğunu, tedaviye uyumu ve hasta-hekim ilişkisini de doğrudan etkilediğini göstermektedir (128). Özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde, zaman yetersizliği hastaların hekime güvenini zedeleyebilir ve tekrar başvuru eğilimlerini azaltabilir.

Dünya Sağlık Örgütü, etkili bir birinci basamak muayenesi için ideal sürenin ortalama 20 dakika olması gerektiğini belirtmektedir (130). Türkiye'de ise Türk Tabipleri Birliği, bu sürenin en az 15 dakika olması gerektiğini savunmaktadır. Ancak sahadaki uygulamalarda, çoğu aile hekiminin hastaya ayırabildiği sürenin bunun oldukça altında kaldığı, genellikle 5–10 dakika aralığında olduğu bildirilmektedir (131). Bu süre kısıtlılığı, özellikle yaşlı, kronik hastalığı olan veya birden fazla şikâyeti bulunan bireylerde sağlık hizmetinin kalitesini olumsuz etkileyebilir.

Mesleki bilgi, beceri ve güven: Hastanın, hekiminin mesleki bilgi düzeyine, klinik karar verme becerilerine ve deneyimine güven duyması, hasta memnuniyetinin en önemli belirleyicilerinden biridir. Hekimin doğru tanı koyma ve etkili tedavi uygulama kapasitesine olan inanç, hastaların kendilerini daha güvende hissetmelerini sağlar ve tedavi sürecine daha yüksek düzeyde katılım göstermelerine olanak tanır (132). Bu güven, sadece klinik sonuçlara değil, aynı zamanda hasta-hekim ilişkisinin kalitesine ve sürdürülebilirliğine de olumlu katkı sağlar. Nitekim, klinik becerileri güçlü olarak algılanan hekimlerle kurulan ilişkilerde, hastaların tedaviye uyum düzeyleri, tekrar başvuru oranları ve genel sağlık göstergeleri daha olumlu yönde gelişmektedir. Türkiye'de yapılan bazı çalışmalarda da, hekime duyulan mesleki güvenin hasta memnuniyetini doğrudan etkilediği ve güven düzeyi arttıkça memnuniyetin de belirgin şekilde yükseldiği ortaya konmuştur (128).

Bilgilendirme ve karara katılım: Hastaların kendi sağlık durumları hakkında yeterli ve açık bilgi alması, hastalığın seyri, uygulanacak tedavi yöntemleri, ilaçların kullanımı ve olası yan etkileri gibi konularda bilgilendirilmesi, hasta memnuniyetinin temel belirleyicileri arasında yer almaktadır. Bu bilgilendirme süreci, sadece bilginin aktarımıyla sınırlı olmayıp, hastaların tedavi sürecine aktif bir şekilde katılmalarını teşvik etmeyi de içermelidir. Literatürde, bilgilendirilmiş ve tedavi kararlarına

katılımı desteklenen hastaların, kendilerini daha değerli ve güvende hissettikleri, tedaviye daha yüksek düzeyde uyum gösterdikleri ve sağlık sonuçlarının daha olumlu seyrettiği birçok çalışmada ortaya konmuştur (133). Türkiye’de yapılan araştırmalar da benzer şekilde, hasta-hekim iletişiminde açıklık ve katılımcı yaklaşımın memnuniyeti artırdığını ve tedavi sürecini kolaylaştırdığını göstermektedir (134).

b. Kurum ve Sisteme Bağlı Faktörler:

Erişilebilirlik: Sağlık hizmetine fiziksel ve zamansal olarak kolay erişim, hasta memnuniyetinin en kritik belirleyicilerinden biridir. Randevu alma sürecinin basitliği, randevu için bekleme süresinin kısa olması, sağlık kuruluşunun coğrafi konumu, ulaşım kolaylığı, hastaların hekime veya sağlık kuruluşuna telefon, e-nabız ya da diğer dijital iletişim kanalları üzerinden ulaşabilmesi gibi faktörler, hastaların sağlık hizmetine zamanında ve ihtiyaç duydukları anda erişebilmesini kolaylaştırmaktadır. Bu erişim kolaylığı, hem hizmetin zamanında alınmasını hem de hastaların kendilerini daha güvende ve desteklenmiş hissetmelerini sağlar. Yapılan araştırmalar, erişilebilirliği yüksek sağlık hizmetlerinin hasta memnuniyet düzeylerini anlamlı şekilde artırdığını göstermektedir (135). Türkiye’de de özellikle aile sağlığı merkezlerinde erişim kolaylığına yönelik olumlu değerlendirmeler, hasta bağlılığını ve hizmet sürekliliğini destekleyici bir unsur olarak öne çıkmaktadır (135).

Bekleme süresi: Poliklinik muayenesi, laboratuvar veya radyolojik tetkikler ve sonuç alma süreçlerinde yaşanan uzun bekleme süreleri, hasta memnuniyetsizliğinin en sık dile getirilen nedenlerinden biridir. Özellikle kamu hastanelerinde ve yoğun nüfuslu bölgelerde bu sürelerin uzaması, hastaların hizmete erişim algısını olumsuz yönde etkilemekte; zaman kaybı, stres, yorgunluk ve bazen de tedaviye uyumsuzluk gibi sonuçlara yol açabilmektedir. Bekleme süresinin hasta memnuniyeti üzerindeki olumsuz etkisi, hem bireyin sağlık sistemine olan güvenini azaltmakta hem de genel hizmet kalitesine dair algısını zedelemektedir (101,115). Bu nedenle, hizmet sunumundaki zaman yönetimi ve hasta akışının etkin planlanması, hasta memnuniyetini artırmada kilit bir unsur olarak değerlendirilmektedir.

Fiziksel ortam ve donanım: Sağlık kuruluşlarının fiziki yapısı ve ortam koşulları, hasta memnuniyeti üzerinde önemli ve çoğu zaman göz ardı edilen bir etkidir. Kurumun genel temizliği ve hijyen düzeyi, hastaların güven duygusunu doğrudan etkileyen ilk izlenimler arasında yer alır. Isıtma, havalandırma ve aydınlatma gibi konfor unsurları, hastaların muayene sürecinde kendilerini rahat ve güvende hissetmelerine katkı sağlar. Bekleme alanlarının yeterliliği ve mahremiyetin korunmasına yönelik düzenlemeler, özellikle hassas sağlık konularında başvuran bireyler için büyük önem taşır. Ayrıca kullanılan tıbbi cihazların güncel, güvenilir ve yeterli sayıda olması, hastaların sağlık hizmetine olan güvenini artırır. Tüm bu unsurlar bir araya geldiğinde, fiziksel çevrenin kalitesi, hastaların hizmete ilişkin genel memnuniyet algısını belirleyen temel faktörlerden biri haline gelmektedir (109).

Hizmet organizasyonu ve koordinasyon: Sağlık hizmetinin sunum süreci boyunca yaşanan her adım, hastaların memnuniyet düzeyini doğrudan etkileyen önemli bir faktördür. Randevu sisteminin işleyişinin etkin ve kullanıcı dostu olması, hastaların hizmete erişimini kolaylaştırmakta ve zaman yönetimini olumlu etkilemektedir. Kayıt ve kabul işlemlerinin hızlı, sade ve bürokratik engellerden arındırılmış olması da hasta deneyimini olumlu yönde şekillendirir. Özellikle poliklinik, laboratuvar, görüntüleme birimleri ve eczane gibi hizmet noktaları arasındaki koordinasyonun güçlü olması, hizmetin bütünselliğini artırmakta ve hastaların sağlık kuruluşu içindeki süreçlerde gereksiz beklemelemlerden kaçınmalarını sağlamaktadır. Bu koordinasyon eksikliği durumunda ise, hastalar çeşitli birimler arasında yönlendirme zorlukları yaşayabilir, bu da memnuniyetin azalmasına neden olabilir. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinin verimliliği, sadece klinik başarıyla değil, aynı zamanda hizmet süreçlerinin ne derece sorunsuz ve uyumlu yürütüldüğüyle de yakından ilişkilidir (136).

Diğer Personelin (hemşire, tıbbi sekreter, laborant vb.) Tutum ve Davranışları: Hasta memnuniyeti yalnızca hekimin tutum ve davranışlarıyla şekillenmez; sağlık kuruluşunda görev yapan hemşireler, tıbbi sekreterler, laborantlar, temizlik personeli gibi tüm destek çalışanlarının tutum ve davranışları da memnuniyet üzerinde doğrudan etkilidir. Bu personelin hastaya karşı sergilediği yardımseverlik, güler yüz, saygı ve empati gibi tutumlar, hastanın kendini değerli

hissetmesini ve sağlık kuruluşuna güven duymasını sağlar. Özellikle hasta ilk karşılamada sekreter ya da kayıt personeliyle temas kurduğundan, ilk izlenim bu etkileşimle oluşur. Benzer şekilde, hemşirelerin nazik, dikkatli ve açıklayıcı yaklaşımları hastaların tedavi sürecine uyumunu artırabilir. İyi iletişim kuramayan veya ilgisiz davranan personel ise memnuniyet düzeyini olumsuz yönde etkileyebilir. Araştırmalar, sağlık personelinin hasta ile olan her etkileşiminin hizmet kalitesi algısını şekillendirdiğini ve bu algının sadakat, güven ve genel memnuniyet gibi çıktılar üzerinde anlamlı etkiler yarattığını ortaya koymaktadır (137).

Mahremiyet ve Kayıtların Gizliliği: Sağlık hizmetlerinde mahremiyetin korunması ve kişisel bilgilerin gizliliğine saygı gösterilmesi, hasta memnuniyetinin temel belirleyicilerinden biridir. Hastalar, muayene, tetkik veya tedavi sırasında hem fiziksel hem de bilgi mahremiyetlerinin ihlal edilmediğini bilmek isterler. Muayene sırasında yeterli görsel ve işitsel gizliliğin sağlanması, yalnızca hasta-hekim arasında geçen bilgilerin kayıt altına alınması ve bu bilgilerin üçüncü kişilerle paylaşılmaması büyük önem taşır. Mahremiyetin korunması, hastanın sağlık kuruluşuna olan güvenini pekiştirir, rahat ifade vermesini sağlar ve tedaviye uyumunu olumlu etkiler. Özellikle toplumsal normların mahremiyet konusunda daha hassas olduğu kültürlerde, bu unsur hasta memnuniyeti üzerinde daha da belirgin bir rol oynar (138). Sağlık kuruluşlarının, hem yasal hem de etik açıdan mahremiyet ve gizlilik ilkelerine titizlikle uyması beklenmektedir. Aksi durumlarda hasta memnuniyetinin azalmasının yanı sıra hukuki sorunlar da ortaya çıkabilir.

c. Hastaya Bağlı Faktörler:

Sosyodemografik Özellikler: Hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, medeni durumu, mesleği, gelir düzeyi ve sosyal güvence durumu gibi sosyo-demografik faktörler, sağlık hizmetlerinden duyulan memnuniyet düzeyini çeşitli şekillerde etkileyebilir. Örneğin, bazı çalışmalar kadınların sağlık hizmetlerinden erkeklere kıyasla daha az memnun olduklarını ortaya koyarken, bazıları ise cinsiyetin anlamlı bir fark yaratmadığını rapor etmiştir (139,140). Benzer şekilde, yaşla birlikte memnuniyetin arttığını bildiren araştırmalar olduğu gibi, genç bireylerin hizmet kalitesine dair daha yüksek beklentiler taşıması nedeniyle daha eleştirel olabildiğini gösteren bulgular da mevcuttur (109). Eğitim ve gelir düzeyi arttıkça hastaların

beklentilerinin de yükseldiği ve bu durumun memnuniyet düzeyini azaltabileceği bildirilmektedir (141). Öte yandan, sosyal güvencesi olmayan bireylerin maliyet ve erişim sorunları nedeniyle sağlık hizmetlerinden daha az memnun olabildiği de bilinmektedir. Ancak bu değişkenlerin hasta memnuniyeti üzerindeki etkisi tutarsız olabilmekte ve araştırmadan araştırmaya değişkenlik gösterebilmektedir. Bu nedenle sosyo-demografik özelliklerin hasta memnuniyetini nasıl etkilediğine dair değerlendirmeler yapılırken, çalışmanın yapıldığı ülke, sağlık sistemi, örneklem özellikleri ve kültürel bağlam dikkate alınmalıdır.

Sağlık Durumu ve Hastalık Tipi: Hastaların kendi sağlık durumlarını nasıl algıladıkları, kronik hastalıklarının varlığı, hastalığın süresi, ciddiyeti ve türü gibi faktörler, sağlık hizmetlerinden duyulan memnuniyet üzerinde doğrudan etkili olabilir. Örneğin, bazı araştırmalar, genel sağlık durumunu iyi olarak algılayan bireylerin sağlık hizmetlerinden daha yüksek düzeyde memnuniyet bildirdiklerini göstermektedir (109). Bunun nedeni, bu bireylerin daha az sağlık hizmeti kullanmaları, daha az komplikasyon yaşamaları veya tedaviden daha olumlu sonuçlar elde etmeleri olabilir. Öte yandan, kronik hastalığı olan bireyler sağlık sistemine daha sık temas ettikleri ve daha fazla beklentiye sahip oldukları için memnuniyet düzeylerinde düşüş gözlemlenebilmektedir (139). Ayrıca, hastalığın ciddiyeti arttıkça hasta, hekimin yaklaşımına, bilgilendirme düzeyine ve tedavi sürecinin yönetimine karşı daha duyarlı hale gelmekte, bu da memnuniyetin dalgalanmasına neden olabilmektedir. Psikiyatrik hastalığı olan bireylerde ise damgalanma korkusu veya iletişim güçlükleri, memnuniyet düzeyini farklı şekilde etkileyebilmektedir. Dolayısıyla, hasta memnuniyetinin değerlendirilmesinde, bireyin tıbbi durumunun ve hastalığa dair öznel deneyimlerinin dikkate alınması büyük önem taşır.

Beklentiler ve Önceki Deneyimler: Hastaların sağlık hizmetlerinden ne bekledikleri ve geçmişte yaşadıkları deneyimler, memnuniyet algılarının oluşmasında belirleyici bir rol oynar. Bir hasta, önceki sağlık hizmeti sürecinde olumlu bir deneyim yaşamışsa, benzer kaliteyi yeniden bekleyecektir; bu beklentilerin karşılanması durumunda memnuniyet düzeyi yüksek olur. Ancak olumsuz geçmiş deneyimler, beklentileri azaltabileceği gibi, düşük beklentilerin aşılmasıyla yüksek memnuniyet oluşturma potansiyeline de sahiptir. Beklentilerin karşılanma düzeyi ile memnuniyet arasında doğrusal bir ilişki söz konusudur; fakat

burada beklentinin gerçekçi olup olmaması da belirleyicidir. Gerçekçi olmayan, aşırı iyimser veya yanlış bilgilendirmeye dayalı beklentiler, en kaliteli sağlık hizmeti sunulduğunda dahi memnuniyetsizliğe neden olabilir (142). Bu nedenle hasta memnuniyetini değerlendirirken, bireylerin geçmiş sağlık sistemi etkileşimleri ve mevcut beklenti düzeyleri birlikte analiz edilmelidir.

Kültürel ve Psikolojik Faktörler: Hasta memnuniyetini etkileyen önemli değişkenlerden biri de bireyin kültürel ve psikolojik özellikleridir. Kişinin ait olduğu kültür, sağlık hizmetlerinden ne beklediğini, hekime ve diğer sağlık çalışanlarına nasıl yaklaştığını ve tedaviye nasıl yanıt verdiğini şekillendirebilir. Örneğin, bazı toplumlarda sağlık profesyonellerine koşulsuz güven duymak yaygınken, bazı bireyler daha sorgulayıcı ve katılımcı bir tutum sergileyebilir. Buna ek olarak, bireyin psikolojik durumu (anksiyete düzeyi, stres, depresyon belirtileri) ve kişilik özellikleri (içe dönüklük, dışa dönüklük, sabırsızlık, aşırı beklenti vb.) de memnuniyet algısını doğrudan etkileyebilir (143). Aynı zamanda sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan bireyler, sunulan hizmetin kapsamını ya da hekim açıklamalarını yeterince anlayamayarak memnuniyetsizlik yaşayabilir. Bu nedenle, sağlık hizmet sunumunda kültürel hassasiyet, iletişim biçiminin uyarlanması ve bireysel farklılıkların dikkate alınması, hasta memnuniyetini artırıcı stratejiler arasında yer almalıdır.

Hasta memnuniyetini etkileyen faktörler arasında özellikle "iletişim" ve "hastaya ayrılan süre" gibi unsurların sıklıkla ön plana çıktığı görülmektedir. Bu durum, sağlık hizmetinde teknik yeterlilik kadar, insani etkileşimin, hastaya değer verildiği ve anlaşıldığı hissinin de memnuniyet için ne kadar kritik olduğunu bir kez daha teyit etmektedir. Özellikle aile hekimliği gibi sürekliliğe ve güvene dayalı bir ilişkinin esas olduğu birinci basamak sağlık hizmetlerinde, bu "insani" faktörler daha da büyük bir önem kazanmaktadır. Bir hekimin tıbbi bilgisi ve becerisi ne kadar üst düzeyde olursa olsun, eğer hastasıyla etkili bir iletişim kuramıyor, onu yeterince dinlemiyor veya muayeneyi aceleye getiriyorsa, hastanın genel memnuniyeti düşük kalabilir.

Diğer yandan, hastaların sosyodemografik özellikleri (yaş, eğitim, gelir vb.) ile memnuniyet düzeyleri arasındaki ilişkilerin farklı çalışmalarda farklı sonuçlar vermesi, hasta memnuniyetinin homojen bir olgu olmadığını ve farklı hasta

gruplarının sağlık hizmetlerini farklı şekillerde deneyimleyip farklı beklentilere sahip olabileceğini göstermektedir. Örneğin, bazı çalışmalarda yaşlı hastaların daha memnun olduğu belirtilirken, bazılarında düşük gelir gruplarının veya belirli etnik kökenlerden gelenlerin daha az memnun olabileceği öne sürülmüştür. Bu çeşitlilik, hasta memnuniyeti verilerini yorumlarken genellemelerden kaçınılması ve altta yatan nedenlerin (farklı beklentiler, farklı iletişim ihtiyaçları, hizmete erişimde yaşanan farklı zorluklar vb.) daha derinlemesine araştırılması gerektiğini işaret etmektedir. Bu nedenle, "herkese uyan tek bir çözüm" yaklaşımının hasta memnuniyetini artırmada yetersiz kalabileceği, bunun yerine farklı hasta gruplarının özel ihtiyaçlarına ve beklentilerine duyarlı, kişiselleştirilmiş hizmet stratejilerinin geliştirilmesinin daha etkili olabileceği düşünülmektedir. Antalya'da yürütülen bu araştırmanın bulguları da, bu genel eğilimler ve çeşitlilikler ışığında değerlendirildiğinde, yerel dinamiklere ve hasta profiline özgü önemli bilgiler sunabilir. Çizelge 2.3. literatürde hasta memnuniyetini etkilediği sıkça belirtilen başlıca faktörleri kategorize ederek sunmaktadır.

Çizelge 2.2 Hasta Memnuniyetini Etkileyen Başlıca Faktörler

Faktör Kategorisi	Spesifik Faktörler	Etki Yönü (Genellikle)
Hekim/Personel	İletişim becerileri, empati, ilgi, saygı, hastaya ayrılan süre, bilgilendirme, karara katılım, mesleki güven	Olumlu
Kurum/Sistem	Erişilebilirlik (randevu, ulaşım), bekleme süresi, fiziksel ortam (temizlik, konfor), hizmet organizasyonu, mahremiyet	Olumlu/Olumsuz
	Diğer personelin tutumu	Olumlu
Hasta	Yaş, eğitim düzeyi, gelir durumu, sağlık durumu, beklentiler, önceki deneyimler, kültürel faktörler	Karmaşık/Değişken
Kaynak: 109,112,113 ve 143'den yararlanılarak oluşturulmuştur.		

2.3. EUROPEP (Avrupa Birinci Basamak Hasta Değerlendirme) Ölçeği

2.3.1. EUROPEP Ölçeğinin Tanıtımı, Yapısı ve Özellikleri

EUROPEP (European Patients Evaluate General/Family Practice) ölçeği, birinci basamak sağlık hizmetlerinde hasta deneyimlerini ve memnuniyetini ölçmek amacıyla uluslararası düzeyde geliştirilmiş ve yaygın olarak kullanılan standart bir araçtır (20-22). Ölçek, Avrupa Birinci Basamakta Kalite Çalışma Grubu (European Working Party on Quality in General Practice - EQuIP) tarafından, farklı Avrupa ülkelerindeki genel pratisyenlik/aile hekimliği hizmetlerinin kalitesini hastaların bakış açısından değerlendirmek ve karşılaştırmak amacıyla geliştirilmiştir (21,22). Temel amacı, sağlık hizmeti sunucularına ve politika yapıcılara, hizmet kalitesini artırmaya yönelik somut geri bildirimler sağlamak ve iyi uygulamaların yaygınlaştırılmasına katkıda bulunmaktır (21,22).

EUROPEP ölçeği, genellikle hastaların son bir yıl veya altı ay içinde en sık başvurdukları aile hekimleri ve muayenehaneleri hakkındaki değerlendirmelerini içerir. Ölçek, çoğunlukla 23 sorudan oluşmakta ve bu sorulara verilen yanıtlar genellikle 5'li Likert tipi bir skala (örneğin; 1=çok kötü, 2=kötü, 3=ne iyi ne kötü, 4=iyi, 5=mükemmel veya benzeri ifadelerle) üzerinden derecelendirilmektedir (20,21,23,27).

Ölçekte yer alan sorular, genellikle iki ana boyutta toplanan hasta deneyiminin farklı yönlerini ölçmeyi hedefler:

Klinik Davranış / Hekim-Hasta İlişkisi Boyutu: Bu boyut, doğrudan hekimin hastayla olan etkileşimini ve klinik yaklaşımını değerlendiren soruları içerir. Örnek olarak; hekimin hastayı dikkatle dinlemesi, hastaya yeterli zaman ayırması, hastanın anlayabileceği şekilde açıklama yapması, tedavi seçenekleri hakkında bilgi vermesi, hastayı tedavi kararlarına dahil etmesi, hastanın endişelerini anlaması ve hastaya saygılı davranması gibi konular bu boyutta yer alır (20-23).

Hizmet Organizasyonu / Muayenehane Yönetimi Boyutu: Bu boyut ise sağlık hizmetinin sunulduğu muayenehanenin veya sağlık merkezinin organizasyonel yönlerini ve erişilebilirliğini değerlendiren soruları kapsar. Örnek olarak; randevu

alma kolaylığı, randevu için bekleme süresi, muayenehanede bekleme süresi, muayenehanenin fiziki koşulları (temizlik, konfor vb.), telefonla hekime veya muayenehaneye ulaşım kolaylığı, acil durumlarda hizmet alabilme hızı gibi konular bu boyutta değerlendirilir (20-24).

EUROPEP ölçeği, geliştirildiği günden bu yana birçok Avrupa ülkesinde ve farklı sağlık sistemlerinde kullanılmış, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır (20-26). Bu uluslararası yaygınlık, farklı ülkelerdeki birinci basamak sağlık hizmetlerinin hasta deneyimleri açısından karşılaştırılmasına ve ülkeler arası öğrenmeye olanak tanımaktadır.

EUROPEP ölçeğinin bu iki ana boyuta (klinik davranış ve hizmet organizasyonu) odaklanması, hasta memnuniyetinin sadece hekimin bireysel performansı ve iletişim becerileriyle sınırlı olmadığını, aynı zamanda sağlık hizmetinin sunulduğu sistemin, altyapının ve organizasyonun etkinliğiyle de ne kadar yakından ilişkili olduğunu bir kez daha teyit etmektedir. Bu durum, birinci basamak sağlık hizmetlerinde kaliteyi ve hasta memnuniyetini artırmaya yönelik çabaların hem bireysel hekim düzeyinde (eğitim, iletişim becerileri geliştirme vb.) hem de sistemsal ve organizasyonel düzeyde (randevu sistemlerinin iyileştirilmesi, bekleme sürelerinin kısaltılması, fiziki koşulların iyileştirilmesi, ekip çalışmasının güçlendirilmesi vb.) olması gerektiğini göstermektedir. Bir aile hekimi, klinik olarak ne kadar yetkin ve hastalarıyla ne kadar empatik bir iletişim kuruyor olursa olsun, eğer hastalar randevu almakta büyük zorluklar yaşıyor, muayene için kabul edilemez sürelerde bekliyor veya muayenehane ortamından rahatsızlık duyuyorlarsa, genel memnuniyet düzeyleri kaçınılmaz olarak düşecektir. Dolayısıyla, hasta memnuniyetini kapsamlı bir şekilde artırmak için sadece hekimlere yönelik müdahaleler yeterli olmayacak; aynı zamanda aile sağlığı merkezlerinin (ASM) işleyişi, kaynak yönetimi, personel politikaları ve fiziksel altyapısı gibi konularda da sürekli iyileştirmeler yapılması gerekecektir.

2.3.2. EUROPEP Ölçeğinin Türkiye’deki Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışmalarına Genel Bakış

EUROPEP ölçeği, uluslararası alanda kazandığı kabulün ardından, Türkiye'deki birinci basamak sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetini ve deneyimlerini ölçmek amacıyla da Türkçe'ye uyarlanmıştır. Bu uyarlama çalışmaları, ölçeğin Türk kültürüne ve sağlık sistemine uygunluğunun değerlendirilmesini ve dilsel eşdeğerliğinin sağlanması hedeflemiştir.

Bu alandaki en önemli çalışmalardan biri, Aktürk ve arkadaşları tarafından yürütölen ve EUROPEP ölçeğinin Türkçe'ye çevrilmesi, geçerlilik ve güvenilirlik analizlerinin yapılmasını içeren araştırmadır (27). Bu çalışmada, ölçeğin orijinal İngilizce formu titiz bir çeviri-geri çeviri (translation-back translation) sürecinden geçirilmiş, dilsel ve kültürel adaptasyonu sağlanarak Türkçe formu (EUROPEP-Tr) oluşturulmuştur. Oluşturulan Türkçe ölçek, Türkiye'nin çeşitli şehirlerindeki birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran geniş bir hasta grubuna uygulanmıştır.

Aktürk ve arkadaşlarının çalışmasında, EUROPEP-Tr ölçeğinin iç tutarlılığını değerlendirmek amacıyla hesaplanan Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı 0.98 gibi oldukça yüksek bir değerde bulunmuştur. Bu değer, ölçeğin Türkçe formunun maddelerinin birbiriyle tutarlı bir şekilde aynı yapıyı ölçtüğünü ve ölçeğin oldukça güvenilir olduğunu göstermektedir. Benzer şekilde, ölçeğin geçerliliğini değerlendirmek için yapılan analizler de, Türkçe EUROPEP ölçeğinin hastaların hekimlerini ve muayenehanelerini değerlendirmede uygun ve geçerli bir araç olduğunu ortaya koymuştur.

Başka çalışmalar da EUROPEP ölçeğinin veya benzer hasta memnuniyeti ölçeklerinin Türkiye'deki birinci basamak sağlık hizmetlerinde kullanılabileceğini ve geçerli-güvenilir sonuçlar verdiğini desteklemektedir. Örneğin, “Birinci Basamak Hekimlerinden Genel Memnuniyet Ölçeği”nin (SPOSPCP) Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında, bu ölçeğin EUROPEP ölçeği sonuçları ile yüksek düzeyde korelasyon gösterdiği saptanmıştır; bu da her iki ölçeğin benzer yapıları ölçtüğüne işaret etmektedir (144). Bu çalışmaların sonuçları bir bütün olarak değerlendirildiğinde, EUROPEP ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanmış formunun Türkiye'deki aile hekimliği uygulamalarında hasta memnuniyetini ve deneyimlerini standart ve karşılaştırılabilir bir şekilde ölçmek için bilimsel olarak sağlam bir temel sunduğu söylenebilir. Ölçeğin yüksek güvenilirlik katsayıları, elde edilecek verilerin tutarlılığına işaret ederken, geçerlilik analizleri de ölçeğin ölçmeyi amaçladığı

kavramı (hasta memnuniyeti ve deneyimi) doğru bir şekilde ölçtüğünü göstermektedir.

Bu durum, Antalya ilinde yürütülen bu tez çalışmasında EUROPEP ölçeğinin kullanılmasının metodolojik olarak uygun bir tercih olduğunu ve elde edilecek bulguların bilimsel değere sahip olacağını desteklemektedir. Ayrıca, ulusal düzeyde bir veri tabanı oluşturulması ve sonuçların düzenli olarak takip edilmesi, birinci basamak sağlık hizmetlerinin kalitesinin sürekli iyileştirilmesi açısından da büyük önem taşımaktadır.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü ve Tasarımı

Bu çalışma, Antalya'daki Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran erişkin hastalarda hasta memnuniyetini değerlendirmeyi amaçlayan tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Antalya il merkezinde bulunan Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran erişkin hastalar üzerinde 2025 yılında gerçekleştirilmiştir.

3.2.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, belirlenen zaman aralığında Antalya il merkezindeki Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran 18 yaş ve üzeri erişkin hastalar oluşturmaktadır. Örneklem seçimi yapılmamış olup çalışmaya katılmayı kabul eden ilk 500 hasta ile tamamlanmıştır. Çalışmaya dahil edilme kriterleri, 18 yaş ve üzeri olmak ve araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul etmek olarak belirlenmiştir.

3.2.2. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak iki bölümden oluşan GOOGLE formlar üzerinden oluşturulmuş bir anket formu kullanılmıştır:

1. **Sosyodemografik Bilgiler Formu:** Bu bölüm, katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, meslek ve Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuru sıklığı gibi demografik ve genel özelliklerini içeren sorulardan oluşmaktadır.
2. **European Patients Evaluate General/Family Practice (EUROPEP) Ölçeği**

3.2.3. Veri Toplama Süreci

Veriler, anket formu yöntemiyle yüz yüze görüşmeler aracılığıyla toplanmıştır. Anketler, araştırmacılar tarafından Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden erişkin hastalara uygulanmıştır. Katılımcılara çalışmanın amacı hakkında bilgi verilmiş ve gönüllülük esasına dayalı olarak katılım sağlanmıştır. Katılımcıların cevaplarının tamamen gizli tutulacağı ve hiçbir kurum veya kişiyle paylaşılmayacağı konusunda güvence verilmiştir. Anket formları, katılımcılar tarafından kendi görüşlerine en uygun düşen cevabı verecek şekilde doldurulmuştur.

3.2.4. Verilerin Analizi

Katılımcılara ait tanımlayıcı istatistikler ortalama, standart sapma, frekans ve yüzde değerleri ile verilmiştir. Sürekli değişkenlerin karşılaştırılması için parametrik koşulların sağlandığı durumlarda iki grup arasında student t testi, parametrik koşulların sağlanamadığı durumlarda mann whitney U testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılması amacıyla ki-kare analizi kullanılmıştır.

İstatistiksel değerlendirme için SPSS (Statistical Package for Social Science, Chicago, II, USA) 25.0 Windows paket programı kullanılmıştır. Kritik kara verme düzeyi 0,05 olarak belirlenmiştir.

4. BULGULAR

Araştırmaya toplam 500 kişi alınmış olup katılımcıların yaş ortalaması $49,7 \pm 15,8$ yıl olarak hesaplandı. Katılımcıların %47,2'si (n=236) erkek, %52,8'i (n=264) kadındı. Katılımcıların %39,4'ü (n=197) köyde, %39,0'ı (n=195) ilçede ve %21,6'sı (n=108) il merkezinde ikamet etmekteydi.

Katılımcıların %63,8'i (n=319) ilköğretim ve altı eğitim, %36,2'si (n=181) lise ve üzeri eğitim almıştı. Mesleki dağılımda ise %17,4'ü (n=87) kamu çalışanı, %22,6'sı (n=113) özel sektör çalışanı, %51,2'si (n=256) çalışmayan bireylerden oluşmakta, %8,8'i (n=44) ise diğer meslek gruplarında yer almaktaydı.

Katılımcıların %64,8'i (n=324) düşük gelir grubunda (<22.500 TL), %23,8'i (n=119) orta gelir grubunda (22.500–45.000 TL), %11,4'ü (n=57) ise yüksek gelir grubunda (>45.000 TL) yer almaktaydı. Ortalama çocuk sayısı $2,6 \pm 1,1$ olarak belirlendi. Katılımcıların %82,0'sinin (n=410) çocuklarının sağlıklı olduğu, %27,4'ünün (n=137) kronik hastalığı olan çocuğa sahip olduğu, %9,0'ının (n=45) ise doğumsal sakatlığı olan çocuğu bulunduğu saptandı. Çizelge 4.1'de katılımcıların sosyodemografik özellikleri verilmiştir.

Çizelge 4.1 Araştırmaya Katılanların Sosyodemografik Özellikleri

		Ort.±SS n (%)
Yaş		49,7 ± 15,8
Cinsiyet		n (%)
	Erkek	236 (47,2%)
Yerleşim	Kadın	264 (52,8%)
	Köy	197 (39,4%)
	İlçe	195 (39,0%)
Eğitim Durumu	İl Merkezi	108 (21,6%)
	İlköğretim ve altı	319 (63,8%)
	Lise ve üstü	181 (36,2%)
Meslek	Kamu Çalışanı	87 (17,4%)
	Özel Sektör Çalışanı	113 (22,6%)
	Çalışmıyor	256 (51,2%)
	Diğer	44 (8,8%)
Gelir Durumu	Düşük (<22500 TL)	324 (64,8%)
	Orta (22500-45000 TL)	119 (23,8%)
	Yüksek (>45000 TL)	57 (11,4%)
Çocuk Sayısı		2,6 ± 1,1
Çocuklar sağlıklı mı? (Evet yanıtı verenler)		410 (82,0%)
Kronik hastalığı olan çocuk var mı? (Evet yanıtı verenler)		137 (27,4%)
Doğumsal sakatlığı olan çocuk var mı? (Evet yanıtı verenler)		45 (9,0%)

Katılımcıların %72,4'ünün (n=362) ilaç kullanımını gerektiren en az bir kronik hastalığı vardır. En sık bildirilen kronik hastalıklar sırasıyla; %38,8 (n=194) ile hipertansiyon, %32,8 (n=164) ile diyabet, %16,6 (n=83) ile hiperlipidemi, %13,0 (n=65) ile kalp-damar hastalıkları ve %3,6 (n=18) ile solunum sistemi hastalıklarıydı. Ayrıca katılımcıların %5,2'si (n=26) diğer hastalıkları olduğunu belirtti.

Ruhsal hastalık öyküsü açısından değerlendirildiğinde, katılımcıların %25,4'ü (n=127) daha önce bir ruhsal hastalık geçirdiğini ifade etti. En sık bildirilen ruhsal hastalıklar arasında %12,6 (n=63) ile depresyon ve %12,0 (n=60) ile anksiyete bozukluğu yer aldı. Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) %0,8 (n=4) oranında bildirilirken, şizofreni bildirimi yoktu (n=0). Çizelge 4.2'de katılımcıların kronik hastalık ve geçirilmiş ruhsal hastalıklara göre dağılımı verilmiştir.

Çizelge 4.2 Araştırmaya Katılanların Kronik Hastalık ve Geçirilmiş Ruhsal Hastalık Özellikleri

	n (%)
İlaç kullanımını gerektiren kronik hastalık	362 (72,4%)
Hipertansiyon	194 (38,8%)
Diyabet	164 (32,8%)
Hiperlipidemi	83 (16,6%)
Kalp Damar Hastalıkları	65 (13,0%)
Solunum Sistemi Hastalıkları	18 (3,6%)
Diğer	26 (5,2%)
Daha Önce Geçirilmiş Ruhsal Hastalık	127 (25,4%)
Depresyon	63 (12,6%)
Anksiyete Bozukluğu	60 (12,0%)
OKB	4 (0,8%)
Şizofreni	0 (0,0%)

Katılımcıların Europep ölçeğine verdikleri yanıtların dağılımı incelendiğinde;

1. **“Görüşmeler sırasında yeterli zaman ayrılması”** maddesine katılımcıların %21,2'si “çok iyi”, %20,8'i “iyi” yanıtını verirken, %8,2'si “çok kötü” değerlendirmesinde bulunmuştur.
2. **“Özel durumla ilgilenilmesi”** konusunda %26,0 “iyi”, %18,4 “çok iyi”, %29,6 “orta” değerlendirme yapılmıştır.
3. **“Sorunlarını ifade etme kolaylığı”** maddesinde katılımcıların %28,6'sı “orta”, %25,8'i “iyi”, %19,8'i ise “çok iyi” yanıtını vermiştir.
4. **“Tıbbi kararlara katılımın sağlanması”** %28,0 “orta”, %24,0 “iyi” ve %19,4 “çok iyi” şeklinde değerlendirilmiştir.

5. **“Hekimin hastayı dinlemesi”** %28,2 oranında “orta”, %25,2 “iyi”, %21,2 “çok iyi” olarak puanlanmıştır.
6. **“Kayıt ve bilgilerin gizliliği”** %27,8 “orta”, %24,6 “iyi”, %23,2 “çok iyi” şeklinde değerlendirilmiştir.
7. **“Şikâyetlerin hızla giderilmesi”** maddesinde %31,6 “orta”, %29,8 “iyi”, %18,2 “çok iyi” yanıtı alınmıştır.
8. **“Hastanın kendini iyi hissetmesine katkı sağlanması”** %28,4 “orta”, %25,4 “iyi”, %20,2 “çok iyi” olarak bildirilmiştir.
9. **“Doktorun işini eksiksiz yapması”** maddesinde %26,4 “orta”, %26,0 “iyi”, %23,2 “çok iyi” olarak değerlendirilmiştir.
10. **“Muayene yapılması”** maddesinde %31,0 “orta”, %22,0 “iyi”, %20,8 “çok iyi” olarak yanıtlanmıştır.
11. **“Koruyucu sağlık hizmetleri sunumu”** %28,0 “orta”, %24,0 “iyi” ve %19,2 “çok iyi” düzeyinde değerlendirilmiştir.
12. **“Test ve tedavi amaçlarının açıklanması”** %31,8 “orta”, %21,6 “iyi”, %20,4 “çok iyi” olarak değerlendirilmiştir.
13. **“İstenen bilgilerin sağlanması”** %28,4 “orta”, %24,8 “iyi”, %18,4 “çok iyi” olarak yanıtlanmıştır.
14. **“Duygusal sorunlarla başa çıkmaya destek”** %28,0 “orta”, %24,0 “iyi”, %17,6 “çok iyi” olarak değerlendirilmiştir.
15. **“Tavsiyelere uyumun önemi”** %29,0 “orta”, %23,2 “iyi”, %20,2 “çok iyi” şeklinde bildirilmiştir.
16. **“Önceki görüşmelerin hatırlanması”** %30,8 “orta”, %23,6 “iyi”, %19,8 “çok iyi” olarak değerlendirilmiştir.
17. **“Uzman sevkine hazırlık”** %27,6 “orta”, %24,6 “iyi”, %17,4 “çok iyi” olarak yanıtlanmıştır.
18. **“Doktor dışı personel yardımı”** %30,8 “orta”, %28,4 “iyi”, %18,6 “çok iyi” değerlendirilmiştir.
19. **“Uygun zamanlarda randevu alma”** %28,4 “orta”, %24,8 “iyi”, %19,0 “çok iyi” olarak yanıtlanmıştır.
20. **“Muayenehaneye telefonla ulaşım”** %34,0 “orta”, %22,2 “iyi”, %15,6 “çok iyi” olarak değerlendirilmiştir.

21. **“Doktora telefonla ulaşım”** %26,8 “orta”, %26,6 “iyi”, %17,8 “çok iyi” olarak belirtilmiştir.

22. **“Bekleme süresi”** %31,6 “orta”, %28,2 “iyi”, %17,0 “çok iyi” olarak değerlendirilmiştir.

23. **“Acil sağlık sorunlarına hızlı müdahale”** %27,2 “orta”, %22,0 “çok iyi”, %21,6 “iyi” olarak yanıtlanmıştır.

Çizelge 4.3’de Europep ölçeği sorularına verilen yanıtların dağılımları verilmiştir.



Çizelge 4.3 EUROPEP Ölçeği Sorularına Verilen Yanıtların Dağılımları

	Çok Kötü	Kötü	Orta	İyi	Çok İyi
1. Görüşmeler sırasında yeterli zamanınız olduğunuz	41(8,2%)	117(23,4%)	132(26,4%)	104(20,8%)	106(21,2%)
2. Sizin özel durumunuzla ilgilenmesi	35(7,0%)	95(19,0%)	148(29,6%)	130(26,0%)	92(18,4%)
3. Sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması	37(7,4%)	92(18,4%)	143(28,6%)	129(25,8%)	99(19,8%)
4. Tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması	32(6,4%)	111(22,2%)	140(28,0%)	120(24,0%)	97(19,4%)
5. Sizi Dinlemesi	35(7,0%)	91(18,2%)	141(28,2%)	126(25,2%)	106(21,2%)
6. Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması	24(4,8%)	98(19,6%)	139(27,8%)	123(24,6%)	116(23,2%)
7. Şikayetlerinizi çabuk geçirmesi	32(6,4%)	70(14,0%)	158(31,6%)	149(29,8%)	91(18,2%)
8. Günlük ihtiyaçlarınız görecekt kadar iyi hissetmenize yardım etmesi	33(6,6%)	97(19,4%)	142(28,4%)	127(25,4%)	101(20,2%)
9. İşini tam yapması	28(5,6%)	94(18,8%)	132(26,4%)	130(26,0%)	116(23,2%)
10. Sizi muayene etmesi	27(5,4%)	104(20,8%)	155(31,0%)	110(22,0%)	104(20,8%)
11. Hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler(Sağlık taraması, sağlık kontrolü, aşılama vb.)	32(6,4%)	112(22,4%)	140(28,0%)	120(24,0%)	96(19,2%)
12. Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması	28(5,6%)	103(20,6%)	159(31,8%)	108(21,6%)	102(20,4%)
13. Şikayetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi	38(7,6%)	104(20,8%)	142(28,4%)	124(24,8%)	92(18,4%)
14. Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması	49(9,8%)	103(20,6%)	140(28,0%)	120(24,0%)	88(17,6%)
15. Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması	34(6,8%)	103(20,6%)	145(29,0%)	116(23,2%)	101(20,2%)
16. Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi	34(6,8%)	94(18,8%)	154(30,8%)	118(23,6%)	99(19,8%)
17. Uzman ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması	41(8,2%)	111(22,2%)	138(27,6%)	123(24,6%)	87(17,4%)
18. Doktor-dışı personelin yardımı	29(5,8%)	81(16,2%)	154(30,8%)	142(28,4%)	93(18,6%)
19. Size uygun zamanlara randevu alabilmeniz	37(7,4%)	102(20,4%)	142(28,4%)	124(24,8%)	95(19,0%)
20. Muayenehaneye telefonla ulaşabilmeniz	43(8,6%)	96(19,2%)	170(34,0%)	111(22,2%)	78(15,6%)
21. Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz	54(10,8%)	89(17,8%)	134(26,8%)	133(26,6%)	89(17,8%)
22. Bekleme odasında harcadığınız zaman	27(5,4%)	89(17,8%)	158(31,6%)	141(28,2%)	85(17,0%)
23. Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması	32(6,4%)	114(22,8%)	136(27,2%)	108(21,6%)	110(22,0%)

Europep ölçeğine ait toplam puanlar incelendiğinde, katılımcıların ortalama memnuniyet puanı ****75,9 ± 18,7**** olarak hesaplanmıştır. Ölçek puanlarının ****ortancası 74****, minimum değeri ****23****, maksimum değeri ise ****115**** bulunmuştur. Bu bulgular, katılımcıların memnuniyet düzeylerinin geniş bir aralıkta değiştiğini, ancak genel eğilimin orta-üst düzey memnuniyete işaret ettiğini göstermektedir. Çizelge 4.4’de katılımcıların EUROPEP ölçek puan özellikleri verilmiştir.

Çizelge 4.4 Araştırmaya Katılanların EUROPEP Ölçek Puanları Özellikleri

	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca	Minimum	Maksimum
EuroPep Ölçek Puanı	75,9	18,7	74	23	115

Katılımcıların EuroPep ölçek puanları cinsiyete göre değerlendirildiğinde, kadınların memnuniyet puanı ortalaması **76,7 ± 18,0**, erkeklerin ise **74,9 ± 19,4** olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (**p=0,295**).

Yerleşim yerine göre yapılan değerlendirmede ise il merkezinde yaşayan bireylerin puan ortalaması **81,3 ± 20,4** ile en yüksek düzeydeyken, köyde yaşayanların memnuniyet düzeyi ortalama **70,4 ± 16,2** ile en düşüktür. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (**p<0,001**).

Eğitim düzeyine göre incelendiğinde, lise ve üzeri eğitim alan katılımcıların memnuniyet puanı ortalaması **82,0 ± 21,6**, ilköğretim ve altı eğitim düzeyindekilerde ise **72,4 ± 15,8** olarak belirlenmiştir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (**p<0,001**).

Gelir getirici bir işte çalışan bireylerin puan ortalaması **78,8 ± 21,7** iken, çalışmayan bireylerde bu ortalama **73,1 ± 14,7** olup, istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (**p<0,001**).

Ailenin gelir düzeyi ile memnuniyet puanları karşılaştırıldığında, orta gelir grubundaki bireylerin puanı **84,1 ± 21,2** ile en yüksek düzeyde bulunurken hem düşük hem de yüksek gelir gruplarında bu ortalama **73,3** düzeyinde kalmıştır. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (**p<0,001**).

İlaç kullanımını gerektiren bir hastalığı olmayan bireylerin memnuniyet puanı anlamlı derecede daha yüksek olup ortalama **85,4 ± 26,4**, hastalığı olanlarda ise **72,2 ± 13,0**’dır. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (**p<0,001**).

Ruhsal hastalık varlığına göre puanlar arasında anlamlı bir fark bulunmamış, her iki grubun ortalamaları birbirine çok yakın olarak sırasıyla $75,8 \pm 18,9$ ve $75,9 \pm 18,0$ olarak hesaplanmıştır ($p=0,954$).

Çocuğu olmayan bireylerin memnuniyet puanı ortalaması $82,4 \pm 25,3$ ile anlamlı şekilde daha yüksekken, çocuğu olanlarda bu değer $74,8 \pm 17,2$ bulunmuştur ($p<0,001$).

Çocukların sağlık durumu açısından değerlendirildiğinde, sağlıklı çocuğu olan bireylerin puanı $74,8 \pm 17,1$, olmayanların ise $74,1 \pm 18,0$ olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,844$).

Kronik hastalığı olan çocuğu bulunan bireylerin ortalama puanı $69,7 \pm 13,4$, olmayanların ise $77,1 \pm 18,2$ olarak belirlenmiş ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$).

Doğumsal sakatlığı olan çocuğa sahip bireylerde ise ortalama puan $72,6 \pm 9,5$, olmayanlarda $75,0 \pm 17,8$ olup, bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,377$).

Çizelge 4.5’de katılımcıların bazı özellikleri ile EUROPEP ölçek puan ortalamaları arasındaki ilişki gösterilmiştir.

Çizelge 4.5 Araştırmaya Katılanların Bazı Özellikleri ile EUROPEP Ölçek Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Ortalama	Standart Sapma	p değeri
Cinsiyet	Erkek	74,9	19,4	0,295
	Kadın	76,7	18,0	
Yerleşim Yeri	Köy	70,4	16,2	<0,001
	İlçe	78,3	18,7	
	İl Merkezi	81,3	20,4	
Eğitim durumu	İlköğretim ve altı	72,4	15,8	<0,001
	Lise ve üstü	82,0	21,6	
Gelir getirici bir işte çalışıyor musunuz?	Hayır	73,1	14,7	<0,001
	Evet	78,8	21,7	
Ailenizin Gelir Durumu	Düşük (22500 TL'den az)	73,3	15,4	<0,001
	Orta (22500-45000 TL arası)	84,1	21,2	
	Yüksek (45000 TL üstü)	73,3	24,6	
İlaç kullanımını gerektirecek hastalık varlığı	Yok	85,4	26,4	<0,001
	Var	72,2	13,0	
Ruhsal Hastalık varlığı	Yok	75,8	18,9	0,954
	Var	75,9	18,0	
Çocuk	Yok	82,4	25,3	<0,001
	Var	74,8	17,2	
Çocuklarınız sağlıklı mı?	Evet	74,8	17,1	0,844
	Hayır	74,1	18,0	
Kronik hastalığı olan çocuğunuz var mı?	Evet	69,7	13,4	<0,001
	Hayır	77,1	18,2	
Doğumsal sakatlığı olan çocuğunuz var mı?	Evet	72,6	9,5	0,377
	Hayır	75,0	17,8	

5. TARTIŞMA

Bu tez çalışmasının temel amacı, bölgesindeki aile hekimlerine başvuran hastaların memnuniyet düzeylerini, uluslararası geçerliliği kanıtlanmış EUROPEP ölçeği kullanarak değerlendirmektir. Çalışmanın bulguları, genel memnuniyet düzeyleri, aile hekimliği hizmetlerinin güçlü yönleri ve iyileştirilmesi gereken alanlar ile sosyo-demografik faktörlerin memnuniyet üzerindeki etkileri hakkında önemli veriler sunmaktadır. Bu tartışma bölümünün amacı, elde edilen bu bulguları, hem Türkiye'deki hem de uluslararası literatürdeki benzer çalışmalarla karşılaştırarak derinlemesine bir bağlam sunmaktır. Bu karşılaştırmalı analiz, gözlemlenen benzerlikleri ve farklılıkları ortaya koyacak, bu örüntülerin altında yatan olası nedenleri irdelleyecek ve çalışmanın sağlık politikaları, uygulama ve gelecekteki araştırmalar açısından taşıdığı teorik ve pratik çıkarımları belirleyecektir.

5.1. Ulusal Literatürle Karşılaştırma

Bu çalışmada elde ettiğimiz sonuçlar, hastaların aile hekimlerinden genel olarak orta-üst düzeyde memnuniyet duyduğunu göstermektedir. EUROPEP ölçeği toplam puan ortalamamız $75,9 \pm 18,7$ (115 üzerinden) olup, bu değer literatürde bildirilen genel memnuniyet oranlarıyla uyumlu görünmektedir. Örneğin, daha önce Türkiye genelinde birinci basamak sağlık hizmetleri için yapılan bir araştırmada hasta memnuniyet düzeyinin %81,2 olduğu rapor edilmiştir (145). Benzer şekilde, Gümüşhane ilinde yapılan bir çalışmada aile hekimliği hizmetlerinden memnuniyet oranı çok yüksek bulunmuş (%87,5) ve özellikle genel memnuniyet düzeyinin oldukça tatmin edici olduğu vurgulanmıştır (146). Bizim bulgularımız, ulusal çapta bildirilen kadar yüksek olmamakla birlikte çoğunluk hastanın aile hekimi hizmetlerinden memnun kaldığına işaret etmektedir. Nitekim Sağlık Bakanlığı'nın 2012-2013 yıllarında 81 ilde 32.667 kişiyle yaptığı kapsamlı ankette, aile hekimliği hizmetlerinden genel memnuniyet oranı %91,5 gibi çok yüksek bir değer olarak saptanmıştır (12). Bu ulusal çalışmada en yüksek memnuniyet oranları Osmaniye,

Kilis ve Yalova gibi illerde %99'a varan düzeylerde bulunurken; en düşük memnuniyet Bayburt (%67,8), Tunceli (%76,8) ve Ankara (%77,9) illerinde gözlenmiştir. Dolayısıyla, bizim çalışmamızın gerçekleştiği bölgedeki sonuçlar bu geniş yelpazenin orta-üst aralığında kalmakta ve aile hekimliği uygulamasının genelde olumlu algılandığını göstermektedir. Bölgesel ve metodolojik farklılıklar memnuniyet yüzdelilerindeki bu değişkenliği açıklayabilir. Örneğin, bazı çalışmalarda memnuniyet “hizmetten tamamen memnun olanların oranı” şeklinde değerlendirilirken, bizim çalışmamızda 115 puanlık ölçek üzerinden bir ortalama alınmıştır. Yine de genel eğilim, bulgularımızın literatürdeki diğer Türkiye verileriyle tutarlı şekilde olumlu bir hasta deneyimine işaret ettiğidir.

Ulusal çalışmalardaki soru bazlı sonuçlar da bizim bulgularımızla büyük ölçüde örtüşmektedir. Araştırmamızda iletişim ve ilgi boyutları en yüksek puanları almıştır. Nitekim katılımcılarımız hekimin “hastayı dinlemesi”, “özel durumuyla ilgilenmesi” ve “işini eksiksiz yapması” gibi maddelerde daha yüksek memnuniyet bildirmiştir. Bu durum, ulusal verilerle tutarlıdır: Sağlık Bakanlığı’nın anketinde Türkiye genelinde en yüksek memnuniyet puanları “sizi dinlemesi”, “sorunlarınızı anlatmanızı kolaylaştırması” ve “kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması” maddelerinde elde edilmiştir (12). İstanbul ilinde yapılan EUROPEP temelli bir çalışmada da benzer şekilde “kayıt ve bilgilerin gizliliği” en yüksek ortalama puanı sahip memnuniyet unsuru olarak saptanmıştır (ort. 4,14 puan)(135). Buna karşılık, bizim çalışmamızda en düşük memnuniyet puanları erişilebilirlik/organizasyon alanındaki maddelere aitti. Özellikle “muayenehaneye telefonla ulaşabilme” ve “doktoruna telefonla ulaşabilme” maddeleri memnuniyetin en zayıf kaldığı alanlar olmuştur (her iki madde için de “çok iyi” diyenler ~%15-18 ile en düşük oranlarda kalmıştır). Bu bulgu da yerli literatürle uyumludur; ulusal araştırmada hastaların en çok memnuniyetsizlik belirttiği konuların başında “doktoruna telefonla ulaşabilme” ve “ASM’ye telefonla ulaşabilme” geldiği rapor edilmiştir (147). İstanbul’daki çalışmada da benzer şekilde en düşük ortalama puan telefonla ulaşılabilirlik sorusunda bulunmuştur (hekime telefonda ulaşma ort. 3,11 puan ile en alt sırada) (147). Keza, bekleme süreleri de hem bizim çalışmamızda hem de diğer çalışmalarda eleştiri alan noktalar arasındadır. Türkiye geneli ankette “bekleme odasında harcanan zaman” yaygın bir memnuniyetsizlik nedeni olarak tespit

edilmiştir. Keza, bekleme süreleri de hem bizim çalışmamızda hem de diğer çalışmalarda eleştiri alan noktalar arasındadır. Türkiye geneli ankette “bekleme odasında harcanan zaman” yaygın bir memnuniyetsizlik nedeni olarak tespit edilmiştir.

Demografik değişkenler açısından bulgularımız, literatür ile kıyaslandığında bazı benzerlikler ve farklılıklar içermektedir. Cinsiyet bakımından, çalışmamızda kadın hastaların memnuniyet puan ortalaması erkeklerden biraz yüksek olsa da fark istatistiksel olarak anlamsızdı (kadın $76,7 \pm 18,0$; erkek $74,9 \pm 19,4$; $p=0,295$). Bu durum, pek çok yerli araştırmayla paraleldir. Örneğin Eskişehir’de yapılan bir memnuniyet araştırmasında da kadın ve erkek hastalar arasında anlamlı memnuniyet farkı bulunmamıştır (147). Benzer şekilde, İstanbul’da aile hekimliği üzerine yapılan bir çalışmada kadınların ortalama memnuniyet puanı erkeklerden yüksek olmakla beraber istatistiksel açıdan önemsiz kabul edilmiştir. Öte yandan, bazı çalışmalar küçük de olsa farklılıklar bildirmiştir. Gümüşhane’deki araştırmada kadın hastaların memnuniyet düzeyi, erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur (148). Genel olarak ise literatür, birinci basamak hasta memnuniyetinde cinsiyet farkının belirgin olmadığını göstermektedir; bizim bulgumuz da bu genel kanıyı desteklemektedir.

Yaş değişkeni, çalışmamızda bulgular kısmında detaylı sunulmamış olsa da, literatürde hasta memnuniyeti ile ilişkili bulunabilmektedir. Birçok yerli araştırma yaş ilerledikçe memnuniyetin arttığını öne sürmektedir. Nitekim Edirne il merkezinde yapılan kapsamlı bir çalışmada, ileri yaştaki hastaların aile hekimliğinden duyduğu memnuniyetin genç yaş gruplarına kıyasla daha yüksek olduğu saptanmıştır (149). Araştırmacılar, Edirne’nin yaşlı nüfus oranının yüksek olmasına dikkat çekerek yaş arttıkça memnuniyetin artmasını beklentilerin düşmesi ve yaşlıların birinci basamak hizmetlere daha sık başvurup hekimleriyle daha uzun süreli ilişkiler kurmasıyla açıklamışlardır. Bizim çalışmamızın ortalama yaşının 49,7 olması, orta yaş grubunun ağırlıkta olduğunu gösteriyor; literatürde orta yaş grubunun (özellikle 40-60 yaş aralığı) memnuniyetinin bazen daha düşük olabildiği belirtilmiştir. Örneğin İstanbul’da yapılan bir çalışmada (147), 45-54 yaş arası hastaların memnuniyet düzeyinin en düşük olduğu, bu yaş grubunda sık görülen kronik hastalıklar ve beklentiler nedeniyle sonucun endişe verici bulunduğu ifade

edilmiştir. Bizim verilerimiz yaş kırılımında sunulmamış olsa da, genel olarak literatürdeki yaş-memnuniyet eğrisinin varlığı göz önüne alındığında, popülasyonun yaş yapısı memnuniyet sonuçlarını etkileyebilen bir faktör olarak düşünülebilir.

Eğitim durumu, çalışmamızda memnuniyetle anlamlı ilişkisi saptanan değişkenlerden biridir. Lise ve üzeri eğitim alan katılımcılarımızın memnuniyet puan ortalaması ($82,0 \pm 21,6$), ilköğretim ve altı eğitim alanlara göre belirgin biçimde daha yüksekti ($72,4 \pm 15,8$) ve fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,001$). Bu bulgu, alanyazında bildirilen yaygın eğilimle karşılaştırıldığında ters bir yönelim göstermektedir. Pek çok araştırma, eğitim düzeyi yükseldikçe hasta memnuniyetinin azaldığını bildirmektedir (45). Örneğin Edirne'deki çalışmada eğitim seviyesi düşük hastaların memnuniyet oranı daha yüksek bulunmuş; üniversite mezunu gibi daha eğitilmiş hastaların ise beklentilerinin daha fazla olması nedeniyle memnuniyet oranlarının göreceli olarak düşük kaldığı belirtilmiştir (149). İstanbul'daki Avrupa ve Anadolu Yakası karşılaştırmasında da benzer bir durum gözlenmiştir: Anadolu Yakası'nda (daha eğitilmiş ve sosyoekonomik seviyesi yüksek bölgeler) memnuniyet puanları, Avrupa Yakası'na göre daha düşük saptanmıştır (147). Araştırmacılar, Anadolu Yakası'ndaki katılımcıların eğitim düzeyinin daha yüksek olduğunu ve buna bağlı olarak beklentilerinin arttığını, dolayısıyla memnuniyet puanlarının düştüğünü rapor etmişlerdir. Bizim çalışmamızda ise daha eğitilmiş grubun daha memnun görünmesi dikkat çekicidir. Bunun olası birkaç nedeni tartışılabilir: Örneğin, çalışmanın yapıldığı bölgedeki aile hekimliği hizmetlerinin kalite düzeyi, eğitilmiş kesimin beklentilerini karşılayacak düzeyde iyileşmiş olabilir. Daha eğitilmiş hastalar, kendi sağlıklarıyla ilgili iletişim kurmada ve hak aramada daha etkin olup, aile hekimiyle ilişkilerinde istediklerini alabilmiş olabilirler. Öte yandan, eğitim seviyesi düşük hastalar bölgemizde belki de sağlık hizmetinden beklentilerini minimum tutmak yerine, çeşitli nedenlerle (ör. iletişim bariyerleri veya sağlık okuryazarlığı eksikliği) bekledikleri ilgiyi tam alamamış olabilirler. Literatürde de vurgulandığı gibi, modernleşme ile birlikte sağlık hizmetlerinden beklentiler artmaktadır ve hizmet sunumu bu beklentileri karşılayamadığında eğitilmiş kişiler memnuniyetsizlik dile getirebilir (147). Bu nedenle, bizim bulgumuz literatürdeki genel kanıdan farklı olsa da, hizmet kalitesi ve hasta beklentilerinin yerel düzeyde değişebileceğini

göstermektedir. İleri eğitilmiş hastaların memnuniyetinin yüksek olması, çalışmamız özelinde olumlu bir gösterge sayılabilir; ancak bu durum daha kapsamlı araştırmalarla teyit edilmeli ve altında yatan nedenler (örneğin, eğitilmiş hastaların aile hekimlerinden daha rasyonel beklentilere sahip olması veya iletişimde daha başarılı olunması gibi) incelenmelidir.

Gelir durumu ve istihdam gibi sosyoekonomik göstergeler de hasta memnuniyetini etkilemektedir. Çalışmamızda *gelir getirici bir işi olan* bireylerin memnuniyet ortalaması, çalışmayanlara göre anlamlı derecede daha yüksekti (78,8'e karşı 73,1 puan; $p<0,001$). Benzer şekilde, *aile geliri* orta düzeyde olan grubun memnuniyet puanı en yüksek bulundu ($84,1 \pm 21,2$); hem düşük gelirli hem de yüksek gelirli gruplarda ise puan ortalamaları daha düşüktü (~ 73 puan). Bu bulgu, gelir-memnuniyet ilişkisine dair literatürdeki karmaşık tabloya ışık tutmaktadır. Genel olarak düşünüldüğünde, çok düşük gelirli hastalar sağlık hizmetine erişimde zorluklar yaşayabileceğinden memnuniyetsizlik artabilir; öte yandan çok yüksek gelirli hastalar ise beklenti düzeyleri yüksek olduğu veya özel sağlık hizmetlerini tercih ettikleri için kamu birinci basamak hizmetlerinden nispeten daha az memnun kalabilirler. Bu konuyla ilgili ulusal bir çalışma olmasa da, Suudi Arabistan'da yapılan bir çalışmada yüksek sosyoekonomik statüye sahip hastaların, sağlık hizmetlerini değerlendirirken daha eleştirel olabildiği belirtilmiştir (150). Araştırmacılar, gelir arttıkça hastaların beklenti ve taleplerinin yükseldiğini, dolayısıyla memnuniyet puanlarının düştüğünü vurgulamışlardır. Bizim çalışmamızda da benzer bir eğilim gözlenmiş, en yüksek memnuniyet "orta gelir" grubunda toplanmıştır. Düşük gelir grubundaki hastaların memnuniyetinin görece düşük kalması, belki de bu grubun sağlık hizmetine erişimde yaşadığı sıkıntılar veya iletişim problemleri ile ilişkili olabilir. Yüksek gelir grubunun memnuniyetinin düşük çıkması ise, bu grubun aile hekimliği dışındaki alternatif hizmetlere yönelmesi veya beklentilerinin karşılanmamasıyla açıklanabilir. Bu bulgular, aile hekimliği hizmetlerinin her gelir grubunun ihtiyacına cevap verecek şekilde iyileştirilmesi gerektiğine işaret etmektedir. Özellikle düşük gelirli kesimin temel sağlık hizmetlerine erişimini ve bu hizmetlerden tatmin olmasını artıracak politikalar, genel memnuniyeti yukarı çekebilir.

Bizim çalışmamızda da benzer bir eğilim gözlenmiş, en yüksek memnuniyet “orta gelir” grubunda toplanmıştır. Düşük gelir grubundaki hastaların memnuniyetinin görece düşük kalması, belki de bu grubun sağlık hizmetine erişimde yaşadığı sıkıntılar veya iletişim problemleri ile ilişkili olabilir. Yüksek gelir grubunun memnuniyetinin düşük çıkması ise, bu grubun aile hekimliği dışındaki alternatif hizmetlere yönelmesi veya beklentilerinin karşılanmamasıyla açıklanabilir. Bu bulgular, aile hekimliği hizmetlerinin her gelir grubunun ihtiyacına cevap verecek şekilde iyileştirilmesi gerektiğine işaret etmektedir. Özellikle düşük gelirli kesimin temel sağlık hizmetlerine erişimini ve bu hizmetlerden tatmin olmasını artıracak politikalar, genel memnuniyeti yukarı çekebilir.

Hastalık durumu da memnuniyet üzerinde önemli bir faktör olarak öne çıkmaktadır. Çalışmamızda kronik hastalığı (ve düzenli ilaç kullanımı) olan bireylerin memnuniyet puanları, herhangi bir kronik hastalığı olmayanlara göre anlamlı derecede düşüktü (ortalama 72,2’ye karşı 85,4; $p<0,001$). Birinci basamak hizmetlerinin kronik hasta takibindeki rolü düşünüldüğünde, bu sonuç beklenir bir durumdur; zira kronik rahatsızlığı olan hastalar aile hekimiyle daha sık temas kurar, daha fazla hizmet bekler ve aksaklıkları daha fazla deneyimleyebilirler. Nitekim, Yunanistan’da kırsal bölgelerde yapılan güncel bir çalışma, kronik hastalığı olan hastaların birinci basamak hizmetlerden belirgin biçimde daha az memnun olduğunu ortaya koymuştur (23). Vova-Chatzi ve arkadaşlarının (23) Epir bölgesindeki araştırmasında, kronik rahatsızlığı bulunan hastaların yalnızca %4’ü temel sağlık hizmetlerinin klinik boyutundan memnun olduğunu belirtirken, kronik rahatsızlığı olmayan hastalarda bu oran %27’ye çıkmıştır. Kronik hastalar, hekim ilgisi ve bakım kalitesi konusunda çok daha eleştirel bir bakış açısına sahiptir. Bizim çalışmamızda oranlar bu kadar uç olmasa da yönelim aynıdır: Kronik hastalığı olan bireyler aile hekimliği hizmetlerinden daha az tatmin olmaktadır. Bu bulgu, birinci basamakta kronik hasta takibinin ve yönetiminin güçlendirilmesi gerektiğine işaret ediyor. Hastaların kronik hastalıklarıyla ilgilenilmesi, düzenli izlem, ilaç yönetimi ve uzman sevki gibi konularda beklentileri yüksek olup, bu beklentiler tam karşılanmadığında memnuniyet azalmaktadır. Nitekim bizim verilerimizde de “kronik hastalığı olan çocuğa sahip” olma gibi dolaylı durumlarda

bile genel memnuniyetin düştüğünü saptadık (kronik hastalıklı çocuğu olan ebeveynlerde puan ort. 69,7, olmayanlarda 77,1; $p<0,001$). Literatürde çocukların sağlık durumunun ebeveynlerin memnuniyeti üzerine etkisine dair çok fazla çalışma olmamakla birlikte, bulgumuz mantıksaldır: Sürekli sağlık sorunu olan bir çocuğa sahip ebeveynler, aile hekimliği hizmetleriyle daha yoğun temas kurar ve beklenti düzeyleri artar; aksaklıklar veya yetersizlikler ebeveyn gözüyle daha kritik değerlendirilir. Buna karşın “çocukların sağlıklı olup olmaması” genel popölasyonda memnuniyet farkı yaratmamıştır ($p>0,05$); yani sağlıklı çocuk sahibi olanlar ile hiç çocuğu olmayanlar benzer memnuniyet düzeyleri bildirmiştir. Ancak *hiç çocuğu olmayan* katılımcıların, çocuk sahibi olanlara göre anlamlı düzeyde daha memnun olması (82,4’e karşı 74,8 puan; $p<0,001$), yukarıdaki kronik çocuk etkisiyle de ilişkili olabilir. Çocuğu olmayanlar, aile hekimini daha seyrek ve genellikle kendi bireysel ihtiyaçları için görürken; çocuklu aileler özellikle küçük çocukların aşıları, hastalıkları, izlemleri gibi konularda aile hekimliğiyle sık temas halindedir. Bu temas sıklığı, memnuniyeti hem artırma hem de azaltma potansiyeline sahiptir – iyi yönetilen, güven veren bir izlem anne babaları memnun kılarken; herhangi bir aksaklık veya iletişim sorunu memnuniyetsizliği büyütebilir. Çalışmamızda çocuklu ailelerde memnuniyetin biraz daha düşük çıkması, belki de aile hekimliği hizmetlerinin çocuk sağlığı konusundaki performansının eleştirel bir gözle değerlendirildiğini gösteriyor olabilir. Sonuç olarak, kronik hastalık yükü (hem yetişkin hem çocuk düzeyinde) birinci basamak memnuniyetini düşüren bir etken olarak karşımıza çıkmıştır. Bu durum, aile hekimliği uygulamasında kronik hastalara ve ailelerine yönelik desteğin (ör. düzenli kontroller, psikososyal destek, yönlendirme hizmetleri) güçlendirilmesinin hasta memnuniyetini artırabileceğini düşündürmektedir.

5.2. Uluslararası Literatürle Karşılaştırma

Elde ettiğimiz bulguları uluslararası çalışmalar ışığında değerlendirdiğimizde, Türkiye’de aile hekimliği hastalarının memnuniyet düzeylerinin genel olarak birçok Avrupa ülkesine yakın olduğu, ancak bazı farklılıkların bulunduğu görölmektedir. Avrupa Birliği ülkelerinde EUROPEP ölçeği ile yapılan çalışmalarda, birinci

basamak hekimlerinden memnuniyet genellikle yüksek düzeydedir. Örneğin, EUROPEP'in geliştirilmesine öncülük eden çok merkezli bir araştırmada 16 Avrupa ülkesinde hastaların aile hekimliği hizmetlerini değerlendirmesi incelenmiş ve genel olarak olumlu geri bildirim oranlarının yüksek olduğu bildirilmiştir (28). Slovenya'da yapılan bir çalışmada hastaların aile hekimliği bakımına ilişkin "iyi" veya "çok iyi" değerlendirme oranlarının hemen her alt boyutta %80'in üzerinde olduğu saptanmıştır (151). Bu ülkelerde özellikle hekim-hasta iletişimi ve klinik beceri boyutları tıpkı bizim çalışmamızda olduğu gibi en yüksek puanları almıştır. Sözelimi, Bulgaristan çalışmasında "tıbbi kayıt ve bilgilerin gizliliği" maddesi hastalarca en yüksek oranda olumlu değerlendirilen unsur olmuş (%88,8 "çok iyi"). Keza "doktorun hastayı dinlemesi" de son derece yüksek memnuniyet oranına (%85+ düzeyinde "iyi/çok iyi") ulaşmıştır. Bizim katılımcılarımızın da bu konularda kayda değer memnuniyet bildirmesi, uluslararası düzeyde aile hekimliğinde en güçlü yönün iletişim ve güven ilişkisi olduğunu teyit etmektedir.

Bununla birlikte, uluslararası literatür, erişilebilirlik ve organizasyonel konularda benzer sorunların altını çizmektedir. Birçok Avrupa ülkesinde hastalar, aile hekimine ulaşma ve hizmetlerin düzenlenmesi konularında iletişim becerilerine kıyasla daha eleştirel yaklaşmaktadır. Örneğin, Bulgaristan'daki aynı çalışmada "bekleme odasında geçen süre" en düşük puan alan madde olmuş; sadece %33,8'lik bir kesim bu konuda tam memnuniyet ("mükemmel") bildirmiştir (28). "Kendine uygun bir randevu alabilme" ve "acil bir durumda hızlı hizmet" gibi maddelerde de görece daha düşük memnuniyet oranları (%75-78 aralığında "iyi/çok iyi") saptanmıştır. Bu bulgular, bizim çalışmamızdaki telefonla ulaşma ve bekleme süresi sorunlarıyla büyük ölçüde örtüşmektedir. Yine Birleşik Krallık, Hollanda, Norveç gibi birinci basamağın güçlü olduğu ülkelerde bile telefonda danışma veya randevu bekleme süreleri hastaların zaman zaman memnuniyetsizlik bildirdiği alanlardır. Genel olarak, gelişmiş ülkelerde dahi aile hekimliği hizmetlerinde erişim kolaylığı (örneğin hekime doğrudan telefonla ulaşabilme veya kısa sürede randevu alabilme) en zor sağlanan memnuniyet kriteri olmuştur (152). Bu durum, bizim ülkemizdeki bulgularla bire bir aynıdır. Nitekim Türkiye genelindeki memnuniyet anketinde de yukarıda belirtildiği gibi telefonla ulaşabilme ve bekleme süresi ilk sıralarda şikâyet nedeni olarak yer almıştır. Dolayısıyla, Türkiye'deki aile hekimliği

uygulamasının zayıf yönleri olarak tespit ettiğimiz noktalar, evrensel olarak birinci basamak hizmet sunumunun güçlük yaşadığı alanlar olarak kabul edilebilir.

Öte yandan, uluslararası karşılaştırmalarda hasta beklentileri ve sağlık sistemi farklılıkları da memnuniyet düzeylerini etkilemektedir. Örneğin, çalışmamızda gözlenen kronik hastaların daha az memnun olması durumu, Yunanistan örneğinde çok daha çarpıcı boyuttadır. Yunanistan, son yıllarda birinci basamak reformları yapmadan önce, kırsal bölgelerde hastalar temel sağlık hizmetlerinden oldukça düşük tatmin bildirmişlerdir (23). Öte yandan, uluslararası karşılaştırmalarda hasta beklentileri ve sağlık sistemi farklılıkları da memnuniyet düzeylerini etkilemektedir. Örneğin, çalışmamızda gözlenen kronik hastaların daha az memnun olması durumu, Yunanistan örneğinde çok daha çarpıcı boyuttadır. Yunanistan, son yıllarda birinci basamak reformları yapmadan önce, kırsal bölgelerde hastalar temel sağlık hizmetlerinden oldukça düşük tatmin bildirmişlerdir. Bu, Türkiye’de birinci basamak sisteminin Yunanistan’a kıyasla kronik hastalara daha iyi bir takip sağladığını ima edebilir; zira bizde kronik hastalar memnuniyette düşüş gösterse de yine de ortalama puanları orta düzeye yakındır (72/115 puan, ki bu Yunanistan’daki çok düşük oranlardan hala daha olumlu bir tabloya işaret eder). Benzer şekilde, Güney Kıbrıs’ta 2019’daki sağlık reformundan sonra yapılan ilk hasta memnuniyeti anketinde (153), birinci basamak hizmetlerde genel memnuniyet oranı %80 civarında bulunmuştu. Bu oran, bizim çalışmamızdaki genel memnuniyet düzeyine oldukça yakındır ve Türkiye’nin birinci basamak memnuniyet profilinin uluslararası ölçekte rekabetçi olduğunu göstermektedir. Özellikle iletişim ve hasta-hekim ilişkisi boyutlarında Türkiye, birçok Avrupa ülkesiyle benzer veya daha iyi durumda olabilir; zira sağlık sistemimizin kültürel olarak hastaya yakın ilgi sunma geleneği, memnuniyet anketlerine olumlu yansımaktadır.

Ancak, kültürel faktörlerin de altını çizmek gerekir. Araştırmalar, bazı toplumlarda hastaların memnuniyetsizliklerini dile getirmekte daha çekingen olduğunu, bu nedenle anketlerde olumsuz yanıt oranlarının düşük çıkabildiğini belirtmektedir (28). Örneğin, Doğu Avrupa ülkelerinde hastaların “kötü” yanıt vermekten imtina etmesi, memnuniyet skorlarını yapay olarak yükseltebilir. Türkiye’de de kültürel olarak hekimlere saygı ve minnettarlık duygusu, anket yanıtlarında çok olumsuz ifadelerden kaçınma şeklinde tezahür edebilir. Bu açıdan

bakıldığında, gerek bizim çalışmamız gerek diğer yerli çalışmaların sonuçları değerlendirilirken kültürel yanlılık ihtimali göz önünde bulundurulmalıdır. Yine de karşılaştırmalı literatür, *trendler* açısından tutarlıdır: Hekimin teknik yeterliliği ve iletişimi evrensel olarak hasta memnuniyetini en çok belirleyen unsurlardır ve bu konularda Türkiye'deki aile hekimliği hastalarının deneyimi büyük ölçüde olumlu görünmektedir. Hizmetin erişilebilirliği ve bekleme süresi gibi konular ise pek çok ülkede halen çözüm bekleyen sorunlardır.

Sonuç olarak, çalışmamızın bulgularını hem yerli hem de yabancı literatürle karşılaştırdığımızda, genel memnuniyet düzeylerinin makul ve literatürle uyumlu olduğunu; memnuniyetin alt bileşenlerinde görülen eğilimlerin de (iletişimde yüksek puanlar, erişimde düşük puanlar gibi) hem Türkiye genelinde hem uluslararası alanda ortak bir desen çizdiğini söyleyebiliriz. Ancak bazı demografik gruplar (ör. yüksek eğitimliler, kronik hastalar, çocuklu aileler) açısından dikkat çekici farklılıklar saptadık. Bu gruplara yönelik literatürdeki karışık bulgular, hasta memnuniyetinin tek boyutlu olmadığını, hasta beklentileri, kültürel normlar ve sağlık sisteminin yapısı gibi etmenlerin memnuniyet skorlarını şekillendirdiğini göstermektedir. Aile hekimliği hizmetlerinde memnuniyeti artırmak için, iletişim alanındaki başarılarımızı sürdürüp geliştirmeye devam ederken, organizasyonel eksikleri gidermeye yönelik adımlar atmak kritik olacaktır. Özellikle telefonla erişim, randevu sistemi ve bekleme süreleri konusunda atılacak iyileştirme adımları, hem yerli araştırmaların önerileri hem de uluslararası iyi uygulama örnekleri dikkate alınarak planlanmalıdır. Literatürde belirtildiği üzere, hastaların doktoruna kolay ulaşabilmesi memnuniyeti artıran önemli bir unsurdur. Olayısıyla, teknoloji destekli danışmanlık hatları, online randevu ve tele-tıp uygulamalarının birinci basamakta yaygınlaştırılması, kronik hastaların ve yoğun nüfuslu bölgelerdeki hastaların memnuniyetini yukarı çekebilir. Özetle, çalışmamızdaki bulgular hem mevcut literatürle büyük ölçüde uyum göstermekte hem de aile hekimliği hizmet kalitesini geliştirmeye yönelik bazı ipuçları vermektedir. Bu bulgular, literatürdeki diğer çalışmalarla birlikte ele alındığında, aile hekimliği uygulamasının güçlü ve zayıf yönlerini daha net görmemizi sağlayarak sağlık politikalarına yön verme potansiyeline sahiptir.

5.3. Çalışmanın Güçlü Yönleri

Bu çalışmanın çeşitli güçlü yönleri bulunmaktadır. İlk olarak, araştırmada kullanılan EUROPEP ölçeği, birinci basamak sağlık hizmetlerinde hasta deneyimlerini ve memnuniyetini ölçmek amacıyla uluslararası düzeyde geliştirilmiş, geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış ve Türkiye'ye de uyarlanmış standart bir araçtır. Aktürk ve arkadaşlarının yürüttüğü çalışmalar (27,30), EUROPEP ölçeğinin Türkçe formunun (EUROPEP-Tr) yüksek iç tutarlılığa (Cronbach Alfa 0.98) sahip olduğunu ve Türkiye'deki hastaların hekimlerini ve muayenehanelerini değerlendirmede uygun ve geçerli bir araç olduğunu göstermiştir. Bu durum, çalışmamızda elde edilen verilerin bilimsel değerini ve güvenilirliğini artırmaktadır.

İkinci olarak, çalışmaya Antalya il merkezindeki Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran 500 erişkin hastanın dahil edilmiş olması, il düzeyinde genellenebilirliği olan ve istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar üretebilecek yeterli bir örneklem büyüklüğüne ulaşıldığını göstermektedir. Bu örneklem büyüklüğü, bulguların güvenilirliğini pekiştirmektedir.

Üçüncü olarak, katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, meslek, gelir durumu, Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuru sıklığı, kronik hastalık durumları ve çocuklarının sağlık durumları gibi memnuniyeti etkileyebilecek pek çok değişken hakkında kapsamlı veri toplanmış olması, memnuniyetle ilişkili faktörlerin daha derinlemesine analiz edilmesine ve farklı alt gruplar arasında karşılaştırmalar yapılmasına olanak tanımıştır.

Dördüncü olarak, bu çalışma, Antalya gibi önemli ve büyük bir ildeki mevcut hasta memnuniyet düzeyini bilimsel verilerle saptamakta ve Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın yerel düzeydeki yansımalarına, hasta odaklı bakım hedeflerine ne ölçüde ulaşıldığına dair önemli veriler sunmaktadır. Bu tür yerel düzeydeki veriler, ulusal sağlık politikalarının bölgesel etkinliğinin değerlendirilmesi ve yerel ihtiyaçlara uygun iyileştirme stratejilerinin planlanması için kritik öneme sahiptir.

Son olarak, araştırma, aile hekimliği disiplininin temel ilkeleri olan kişi odaklılık, süreklilik, kapsamlılık, koordinasyon gibi prensiplerin pratikte ne ölçüde hayata geçirilebildiğine dair hasta perspektifinden önemli geri bildirimler sunarak,

disiplinin gelişimine ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılmasına yönelik çabalara katkı sağlama potansiyeli taşımaktadır.

5.4. Çalışmanın Kısıtlılıkları

Her araştırmada olduğu gibi, bu çalışmanın da bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. İlk olarak, araştırmanın tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte olması , neden-sonuç ilişkisi kurulmasına olanak tanımamaktadır. Örneğin, düşük memnuniyetin mi belirli bir sağlık davranışına yol açtığı, yoksa belirli bir sağlık durumunun mu memnuniyeti etkilediği bu tasarımla kesin olarak ayırt edilemez. Sadece ilişkisel çıkarımlar yapılabilmektedir.

İkinci olarak, çalışma sadece Antalya il merkezinde bulunan Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran hastalarla yürütülmüştür. Bu nedenle, elde edilen bulgular Antalya'nın kırsal kesimleri, diğer iller veya farklı sağlık sistemleri için doğrudan genellenemez. Bulguların coğrafi ve demografik kapsamı sınırlıdır.

Üçüncü olarak, çalışmaya sadece ASM'ye başvuran ve araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden hastalar dahil edilmiştir. ASM'ye hiç başvurmayan veya başvurup da çeşitli nedenlerle çalışmaya katılmayı reddeden bireylerin memnuniyet düzeyleri ve özellikleri farklı olabilir. Bu durum, potansiyel bir seçim yanlılığına (selection bias) yol açarak sonuçların örneklemin temsil yeteneğini sınırlandırabilir.

Dördüncü olarak, veriler anket formu yöntemiyle yüz yüze görüşmeler aracılığıyla toplandığından , hastaların sosyal beğeniye uygun cevaplar verme veya hekimlerini/kurumlarını eleştirmekten çekinme olasılığı (sosyal desirability bias) bulunmaktadır. Bu tür bir cevap yanlılığı (response bias), memnuniyet düzeylerinin gerçekte olduğundan daha yüksek görünmesine neden olabilir.

Beşinci olarak, çalışmada, farklı ASM'lerin (örneğin fiziki koşulları, personel sayısı, işleyiş biçimi) veya bireysel aile hekimlerinin (örneğin deneyimi, iletişim becerileri, uzmanlık durumu) memnuniyet düzeyleri üzerindeki spesifik etkileri ayrıntılı olarak incelenmemiştir. Oysaki bu faktörler hasta memnuniyetini önemli ölçüde etkileyebilir. Bu durum, Antalya içindeki memnuniyet heterojenliğinin kaynaklarını tam olarak anlamada bir eksiklik olarak değerlendirilebilir.

Son olarak, hasta memnuniyetinin, hastanın hizmet öncesindeki beklentileri ile hizmeti aldıktan sonra algıladığı performansın karşılaştırılması sonucu ortaya çıkan bir tutum olduğu bilinmektedir. Bu çalışmada hastaların birinci basamak sağlık hizmetlerinden beklentileri spesifik olarak ölçülmemiştir; bu da memnuniyetin tam olarak hangi temelde şekillendiğini ve beklentilerin ne ölçüde karşılandığını anlamayı zorlaştırabilir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Antalya il merkezindeki aile sağığı merkezlerine başvuran hastaların birinci basamak sağıık hizmetlerinden duydukları memnuniyeti EUROPEP ölçeğı ile değerlendiren bu çalışma, önemli bulgular ortaya koymuştur.

Katılımcıların genel memnuniyet puan ortalaması $75,9 \pm 18,7$ olarak bulunmuştur. Bu skor, ölçeğın olası maksimum puanı dikkate alındığında orta-üst düzey bir memnuniyete işaret etmekle birlikte, ulusal ve uluslararası bazı çalışmalarla kıyaslandığında iyileştirmeye açık alanlar olduğunu düşündürmektedir. Ayrıca, memnuniyet puanlarındaki geniş dağılım, hasta deneyimleri arasında önemli bir değişkenlik olduğunu ve bazı hasta gruplarının daha düşük memnuniyete sahip olabileceğini göstermektedir.

EUROPEP ölçeğı maddeleri özelinde yapılan analizler, hastaların memnuniyetini en çok etkileyen ve iyileştirme gerektiren alanları belirlemede yol gösterici olmuştur. Özellikle "görüşmeler sırasında yeterli zaman ayrılması", "muayenehaneye telefonla ulaşım" ve "sağıık durumuna bağılı duygusal sorunlarla başa çıkmaya yardımcı olma" gibi konularda memnuniyetin görece düşük olduğu saptanmıştır. Bu alanlar, hizmet kalitesini artırmaya yönelik müdahaleler için öncelikli hedefler olarak değerlendirilmelidir. Buna karşın, "kayıt ve bilgilerin gizli tutulması" veya "doktor dışı personelin yardımı" gibi bazı maddelerde memnuniyetin daha yüksek olduğu gözlenmiştir.

Hasta memnuniyetinin; yerleşim yeri, eğitim durumu, gelir durumu, çalışma durumu, kronik hastalık varlığı, ocuk sahibi olma ve kronik hastalığı olan çocuğa sahip olma gibi çeşitli sosyodemografik ve sağııkla ilişkili faktörlerden anlamlı düzeyde etkilendiğı belirlenmiştir. Özellikle köyde yaşayanların, eğitim ve gelir düzeyi daha düşük olanların, çalışmayanların, kronik hastalığı olanların ve kronik hastalığı olan çocuklara sahip ebeveynlerin memnuniyet düzeylerinin daha düşük olması, sağıık hizmetlerinde eşitlik ve hakkaniyet ilkeleri açısından dikkate alınması gereken önemli bir bulgudur. Bu gruplara yönelik özel dikkat ve destek stratejileri geliştirilmesinin önemi vurgulanmaktadır.

Netice itibarıyla, bu araştırma bulguları, Antalya'daki birinci basamak sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması, hasta odaklı bakım anlayışının güçlendirilmesi ve tüm bireyler için sağlıkta eşitliğin sağlanması yolunda atılacak adımlar için değerli veriler ve önemli ipuçları sunmaktadır.

Araştırma bulguları ve tartışma sonuçları ışığında, Antalya'daki birinci basamak sağlık hizmetlerinin kalitesini ve hasta memnuniyetini artırmaya yönelik olarak sağlık politikacıları ve yöneticilerine, aile hekimleri ve diğer sağlık çalışanlarına ve gelecekteki araştırmalara yönelik aşağıdaki öneriler sunulabilir:

6.1. Sağlık Politikacıları ve Yöneticilerine Yönelik Öneriler

Kaynak Dağılımı ve Erişimin İyileştirilmesi:

Özellikle memnuniyetin daha düşük olduğu saptanan kırsal bölgelerdeki (köy) Aile Sağlığı Merkezleri'nin fiziki altyapı, tıbbi donanım ve personel (hekim, yardımcı sağlık personeli) sayısı ve niteliği açısından güçlendirilmesi öncelikli olmalıdır. Bu bölgelerde yaşayan hastaların hizmete erişimini kolaylaştıracak ulaşım imkanlarının iyileştirilmesinin de değerlendirilmesi gerekmektedir.

Hastaların önemli bir kısmının sorun yaşadığı ASM'lere telefonla erişimin ve Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS) gibi randevu sistemlerinin etkinliğinin artırılması için gerekli teknolojik altyapı yatırımları yapılmalı, santral ve tıbbi sekreterlik hizmetlerinin nicelik ve nitelik olarak güçlendirilmesi hasta memnuniyetini artırabilir.

Muayene Süreleri ve İş Yükü Yönetimi:

Aile hekimi başına düşen kayıtlı nüfusun ve günlük bakılan hasta sayısının, hekimlerin her hastaya yeterli ve kaliteli zaman ⁶ ayırabilmesine olanak tanıyacak şekilde uluslararası standartlar ve ulusal ihtiyaçlar göz önünde bulundurularak yeniden değerlendirilmesi ve optimize edilmesi sağlanmalıdır. Bu, hem hasta memnuniyetini hem de sunulan bakımın kalitesini artırabilir.

Aile hekimlerinin üzerindeki idari ve bürokratik yüklerin azaltılarak, klinik hizmetlere ve hasta bakımına daha fazla odaklanmaları için gerekli düzenlemelerin

yapılması hem hekim tükenmesini önleyebilir hem de hasta memnuniyetini artırabilir.

Hizmet Kalitesi ve Denetimi:

Hasta memnuniyeti ölçümlerinin (EUROPEP gibi standart ve geçerli araçlarla) düzenli aralıklarla yapılması, sonuçların il ve ilçe sağlık müdürlükleri düzeyinde sistematik olarak takip edilmesi ve iyileştirme gerektiren alanların belirlenerek somut eylem planları oluşturulmasının yüreklendirilmesi gerekir.

Özellikle düşük memnuniyet bildirilen hizmet alanlarında (örneğin, hekimin hastaya yeterli zaman ayırması, duygusal sorunlara destek, telefonla iletişim) kalite geliştirme programları tasarlanması ve uygulanması yararlı olabilir.

Eğitim ve Destek Programları:

Düşük eğitilmiş ve düşük gelirli hasta gruplarının sağlık okuryazarlığını artırmaya yönelik, ASM'lerde kolay anlaşılır, kültürel olarak duyarlı bilgilendirme materyalleri (broşür, afiş, video vb.) ve eğitim programlarının geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması yararlı olabilir.

Kronik hastalığı olan bireyler ve özellikle kronik hastalığı olan çocukların ebeveynleri gibi daha düşük memnuniyete sahip olduğu saptanan gruplar için özel destek programları (hastalık yönetimi eğitimi, danışmanlık, psikososyal destek, akran destek grupları) oluşturulmalı veya mevcut olanlar güçlendirilerek erişilebilirliklerinin artırılması için çalışmalar yapılması gerekir.

6.2. Aile Hekimleri ve Diğer Sağlık Çalışanlarına Yönelik Öneriler

İletişim Becerileri ve Hasta Odaklı Yaklaşım:

Hastayı aktif ve empatik bir şekilde dinleme, hastanın anlayabileceği açık ve net bir dil kullanma, hastanın sorularını yanıtlamaya özen gösterme ve hastayı kendi tedavi süreciyle ilgili kararlara aktif olarak dahil etme gibi iletişim becerilerinin sürekli mesleki gelişim programları ve hizmet içi eğitimlerle desteklenmesi ve pekiştirilmesi önemlidir.

Özellikle hastaların sağlık durumlarına bağlı yaşadıkları duygusal sorunlara karşı daha duyarlı olunması, bu sorunları tanıma ve uygun şekilde yaklaşma becerilerinin geliştirilmesi ve gerektiğinde ruh sağlığı profesyonellerine uygun yönlendirmelerin yapılması sağlanması gerekir.

Zaman Yönetimi ve Muayene Pratikleri:

Kısıtlı muayene süreleri içinde dahi, hastanın öncelikli sorunlarına odaklanarak ve etkin zaman yönetimi teknikleri kullanarak hastaya "dinlenildiği", "anlaşıldığı" ve "değer verildiği" hissinin verilmeye çalışılması hedeflenmesi gerir.

Koruyucu sağlık hizmetleri (tarama, aşılama, sağlık eğitimi) ve kronik hastalık takipleri için kayıtlı nüfusa yönelik proaktif bir yaklaşım benimsenmesi, randevu planlamalarının bu doğrultuda yapılması yararlı olabilir.

Ekip Çalışması:

Aile Sağlığı Merkezi'ndeki tüm sağlık personelinin (hemşire, ebe, tıbbi sekreter, temizlik görevlisi vb.) hasta memnuniyetini artırmada önemli bir role sahip olduğu bilinciyle, ekip içi iletişim, işbirliği ve koordinasyonun güçlendirilmesi, ortak bir hizmet anlayışının benimsenmesi önemlidir.

Geri Bildirime Açıklık:

Hastaların geri bildirimlerini (şikayet, öneri, memnuniyet ifadeleri) bir gelişim ve öğrenme fırsatı olarak görerek, hizmet sunumunda ve klinik yaklaşımlarda gerekli iyileştirmelerin ve düzenlemelerin yapılmasına yönelik bir kültür oluşturulması gerekir.

6.3. Gelecekteki Araştırmalara Yönelik öneriler

Nitel Araştırmalar: Bu çalışmada saptanan memnuniyet farklılıklarının (örneğin kırsal-kentsel alanlar arasında, farklı eğitim düzeylerinde, kronik hastalığı olan ve olmayanlar arasında) altında yatan nedenleri, hastaların deneyimlerini ve beklentilerini daha derinlemesine anlamak için odak grup görüşmeleri veya

derinlemesine mülakatlar gibi nitel araştırma yöntemlerinin kullanılması faydalı olacaktır.

Boylamsal Çalışmalar: Hasta memnuniyetinin zaman içindeki değişimini, sağlık sistemindeki reformların veya yerel düzeyde yapılan müdahalelerin memnuniyet üzerindeki etkilerini değerlendirmek için boylamsal (izlem) çalışmalar planlanmalıdır.

Çok Merkezli ve Ulusal Çalışmalar: Bulguların genellenebilirliğini artırmak ve farklı bölgelerdeki durumu karşılaştırmak için farklı coğrafi bölgelerde ve farklı sosyoekonomik özelliklere sahip popülasyonlarda benzer, çok merkezli çalışmaların yapılması ve ulusal düzeyde periyodik memnuniyet araştırmalarının sürdürülmesi önemlidir.

Müdahale Araştırmaları: Bu çalışmada belirlenen sorun alanlarına (örneğin hekim-hasta iletişimi, bekleme sürelerinin yönetimi, kronik hasta bakım modelleri, telefonla erişim stratejileri) yönelik geliştirilecek müdahale programlarının (eğitim, organizasyonel değişiklikler vb.) etkinliğinin randomize kontrollü çalışmalar gibi güçlü araştırma tasarımlarıyla değerlendirilmesi, kanıta dayalı iyileştirme stratejileri geliştirilmesine katkı sağlayacaktır.

Hekim ve ASM Özelliklerinin Etkisi: Hasta memnuniyeti üzerinde Aile Sağlığı Merkezi'nin fiziki koşulları, personel sayısı ve yapısı, teknolojik donanımı, hekimin deneyimi, uzmanlık durumu (aile hekimliği uzmanı olup olmaması), iletişim tarzı gibi faktörlerin etkisini daha detaylı inceleyen araştırmalar yapılmalıdır.

Beklentilerin İncelenmesi: Hastaların birinci basamak sağlık hizmetlerinden beklentilerini (hizmet kalitesi, erişim, iletişim, katılım vb. açılarından) ve bu beklentilerin memnuniyet düzeyleriyle ilişkisini detaylı olarak inceleyen çalışmaların yapılması, memnuniyetin daha kapsamlı anlaşılmasına yardımcı olacaktır.

7. KAYNAKLAR

1. Sutcliffe J, Duin N. History of Medicine. From prehistory to the year 2020. In history of Medicine . Simon & Schuster, 1992
2. Green LA, Phillips RL, Fryer GE. The nature of primary care. In: Jones, Britten, Culpepper, Gass, Gol, Maint, Silagy, eds. Oxford Textbook of Primary Medical Care. Oxford and New York: Oxford University Press. 2003: pp. 3-10.
3. Primary Health Care, Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Geneva: World Health Organization. 1978.
4. Bernstein RM. Report of the WONCA Classification Committee June 3-8, 1994, Helsinki. Can Fam Physician. 1995;41: 107-108
5. Hancock T. Lalonde and beyond: Looking back at "A New Perspective on the Health of Canadians" . Health Promotion International, 1986;l(1):93-100 Oxford University Press 1986.
6. Haggerty J, Burge F, Levesque J-F, Grass D, Pineault R, Beaulieu M-D, Santor D. Operational Definitions of Attributes of Primary Health Care: Consensus Among Canadian Experts. Annals of Family Medicine, 2007;5(4):336-344
7. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health The Milbank Quarterly, Milbank Memorial Fund. Published by Blackwell Publishing. 2005(3);83:457–502 2005.
8. Öcek Z, Soyer A. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Birikimimiz: 2000-2004. Türkiye Fotoğrafi. 1. Baskı. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları; 2007.
9. Mete M. Türkiye'de aile hekimliği uygulaması ve reorganizasyonu. Kaptanoğlu A, editör. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Evde Bakımın Yönetimi. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2024. p.40-50.
10. Gill L, White L. A critical review of patient Satisfaction. Leadership in Health Services 2009;22(1): 8-19

11. Thiedke CC. What Do We Really Know About Patient Satisfaction? Family Practice Management 2007
12. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara 2010.
13. Nordrum JT, Kennedy DM. Seven principles for Improving Service and Patient Satisfaction. Family Practice Management website at www.aafp.org/fpm. 2016
14. Bachman JW: The Problem With Patient Satisfaction Scores. Family Practice Management 2016.
15. Wensing M, Vedsted P, Kersnik J. Patient satisfaction with availability of general practice: an international comparison. Int J Qual Health Care 2002; 14: 111-118.
16. Çimen M. Sağlık yönetimi ve sağlık yönetim eğitimi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık bilimleri Dergisi 2010; 1(3): 136-139.
17. Kalender A, Uludağ A. Sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde doktor-hasta ilişkisinin rolü. Amme İdaresi Dergisi 2004; 37(4): 117-132.
18. Turhan ES. Aile hekimliği dünya ve Türkiye uygulamaları: aile hekimliğinde hekim-hasta ilişkisinde iletişimin rolü ve tarafların memnuniyeti üzerine etkilerinin incelenmesine yönelik bir alan araştırması, yüksek lisans tezi, Ufuk Üniversitesi, 2014
19. Grol R, Wensing M, Mainz J, Jung HP, Ferreira P, Hearnshaw H, et al. European Task Force on Patient Evaluations of General Practice Care (EUROPEP) Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison. Br J Gen Pract. 2000;50:882-7.
20. Wensing M, Mainz J, Grol R. A standardised instrument for patient evaluations of general practice care in Europe. Eur J Gen Pract. 2000;6:82-7.
21. EUROPEP 2006, Revised Europep instrument and user manual, Center for Quality of Care Research, Michel Weinsing (co-ordinator). Erişim: <https://www.yumpu.com/en/document/view/20032561/europep-2006-topas-europe> Erişim tarihi. 05.12.2024

22. Grol R, Wensing M. *Patients evaluate general/family practice. The EUROPEP Instrument*. Nijmegen: Centre for Quality of Care Research, 2000; 9-70.
23. Vova-Chatzi C, Symvoulakis E, Parpoula C, Sbarouni V, Lionis C. Robustness of the EUROPEP questionnaire as regards data quality, reliability, and construct validity: The Greek experience before and after the economic crisis. *Health Policy* 2020; **124(8)**: 856-864.
24. Kersnik J. An evaluation of patient satisfaction with family practice care in Slovenia. *Int J Qual Health Care*. 2000;12:143-7.
25. Bjertnaes OA, Lyngstad I, Malterud K, Garratt A. The Norwegian EUROPEP questionnaire for patient evaluation of general practice: data quality, reliability and construct validity. *Fam Pract*. 2011;28:342-9. Medline:21078822 doi:10.1093/fampra/cmz098
26. Milano M, Mola E, Collecchia G, Del Carlo A et al. (2007). Validation of the Italian version of the EUROPEP instrument for patient evaluation of general practice care. *European Journal of General Practice*, 2007;13(2), 92–94
27. Aktürk Z, Dağdeviren N, Şahin EM, Özer C ve ark. Hastalar Hekimleri Dreğerlendiriyor: EUROPOP Ölçeği. *DEU Tıp Fakültesi Dergisi* 2002;16(3):153-160
28. Dimova R, Stoyanova R, Keskinova D. The EUROPEP questionnaire for patient's evaluation of general practice care: Bulgarian experience. *Croat Med J*. 2017;58:63-74
29. Pitskhelauri N, Chikhladze N, Pitskhelauri E. Patients' satisfaction with primary health care in Georgia. *Healthmed*, 2012;6(8):2757-2763
30. Aktürk Z, Ateşoğlu D, Çiftçi E. Patient satisfaction with family practice in Turkey: Three-year trend from 2010 to 2012. *European Journal of General Practice*, 2015; : 238–245
31. Vova-Chatzi C, Symvoulakis E, Parpoula C, Lionis CD. Towards the new primary care reform in Greece: a focus on patients' expectations, views and perceptions from rural healthcare centres. *Rural and Remote Health* 2024; 24: 8816. <https://doi.org/10.22605/RRH8816>

32. E. Aydın. Dünya ve Türk Tıp Tarihi. Güneş Kitapevi; 2006.
33. Duin N, Sutcliffe J. A History of Medicine: From Prehistory to the Year 2020. Barnes & Noble Books; 1992. 255 s.
34. Forrester R. The History of Medicine [Internet]. Rochester, NY: Social Science Research Network; 2016 Erişim: <https://papers.ssrn.com/abstract=2867148>
35. WONCA World family doctors. Caring for people. The European Definition Of General Practice / Family Medicine 2023. Erişim: <https://www.woncaeurope.org/page/definition-of-general-practice-family-medicine> Erişim tarihi. 20.06.2025
36. Tunzi M, Ventres W. Family Medicine Ethics: An Integrative Approach. Family Medicine. 2018;50(8):583-8.
37. Burns CR. History in medical education: The development of current trends in the United States. Bull N Y Acad Med. Temmuz 1975;51(7):851-69
38. Gutierrez C, Scheid P. The History of Family Medicine and Its Impact in US Health Care Delivery. Erişim: <https://www.aafpfoundation.org/content/dam/foundation/documents/who-we-are/cfhm/FMImpactGutierrezScheid.pdf> Erişim tarihi. 20.06.2025
39. Cooke M, Irby DM, Sullivan W, Ludmerer KM. American medical education 100 years after the Flexner report. N Engl J Med. 28 Eylül 2006;355(13):1339-44.
40. Flexner A. Medical education in the United States and Canada. Bulletin of the World Health Organization. 2002;80:594-602.
41. Peabody FW. The care of the patient. Journal of the American Medical Association. 1927;88(12):877-82
42. Brooks JV. Valuing Family Medicine: Historical Journey, Institutional Hostility, and Individual Narratives [Internet]. University of Pennsylvania; 2013 Erişim: <https://repository.upenn.edu/handle/20.500.14332/32510>. Erişim tarihi 19.07.2025
43. Witten CL, Johnson AN, Michaelson J, Lotterhos W. The core content of family medicine. A report of the Committee on Requirements for Certification. GP. 01 Kasım 1966;34(5):225-46.

44. Brotherton SE, Etzel SI. Graduate Medical Education, 2009-2010. JAMA. 15 Eylül 2010;304(11):1255.
45. The Promise of Family Medicine: History, Leadership, and the Age of Aquarius | American Board of Family Medicine [İnternet]. [a.yer 19 Temmuz 2025]. Erişim adresi: <https://www.jabfm.org/content/19/2/183.short>
46. The History of Family Practice | SpringerLink [İnternet]. [a.yer 19 Temmuz 2025]. Erişim adresi: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4757-3999-2_2
47. Carek PJ, Anim T, Conry C, Cullison S, Kozakowski S, Ostergaard D, vd. Residency training in family medicine. Fam Med. 2017;49(4):275-81.
48. Remembering 40 Years, Plus or Minus | American Board of Family Medicine [İnternet]. Erişim: <https://www.jabfm.org/content/23/Supplement/S5.short> Erişim tarihi 19.07.2025
49. Clements D, Irwin G. Fifty Years of Family Medicine. Annals of Family Medicine. 2017;15(4):387.
50. Fund K. The evolving role and nature of general practice in England. King's Fund London. 2011;
51. Kmietowicz Z. A century of general practice. BMJ. 2006;332(7532):39-40.
52. Gray DP. History of the Royal College of General Practitioners—the first 40 years. The British Journal of General Practice. 1992;42(354):29.
53. Grol R. Development of guidelines for general practice care. The British Journal of General Practice. 1993;43(369):146.
54. Svab I, Šipr K, Crebolder H. General practice teaching and basic medical education in Europe. European Journal of General Practice. 2001;7(3):112-4
55. European Academy of Teachers in General Practice/Family Medicine (EURACT) Erişim: <https://www.tahud.org.tr/page/euract>. Erişim tarihi 20.07.2025.
56. Aydın E. Türkiye Cumhuriyeti'nin Kuruluş Yıllarında Sağlık Hizmetleri. J Fac Pharm. 2002;31(3):183-92.

57. Ömer C. Tıpta uzmanlık mevzuatında aile hekimliği uzmanlığının evrimi. Turkish Journal of Family Practice. 2015;19(4):165-9
58. Çağlayaner H. Aile hekimliğine zemin hazırlayan koşullar. Turkish Journal of Family Practice. 1997;1(2):105-8
59. Ata A. Declaration of Alma Ata: International conference on primary health care. İçinde: Alma Ata, USSR: International Conference on Primary Health Care. 1978.
60. Başak O. Bir disiplin olarak aile hekimliğinin ülkemizdeki gelişim özellikleri. Turkish Journal of Family Practice. 2013;17(1):29-36.
61. T.C. Sağlık Bakanlığı | E-Kütüphane - Aile Hekimliği Türkiye Modeli [İnternet]. [a.yer 19 Temmuz 2025]. Erişim: <https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Yayin/159>
62. Ünlüoğlu İ, Ayrancı Ü. Turkey in need of family medicine. PrimaryCare 2003;3:988-994.
63. Ünlüoğlu İ. Türkiye’de Aile Hekimliği Uygulaması. Görüşler, Sorunlar ve Öneriler, PRN Aile Hekimliği Dergisi. 2008;3(35):497-501.
64. Akıncı ML, Sönmez CI. Aile Hekimliğinin Tarihçesi Aile Hekimliğinde Güncel Yaklaşımlar içinde. Ed. Akpınar A. Akademi yayınevi, Ankara 2018. Ss.1-9
65. Görpelioğlu S, Gürel FS, Ersoy F. Family medicine transition period training in Turkey. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2009;1(1):2748-53.
66. Akdeniz M, Ungan M, Yaman H. Türkiye’de bir Tıp Disiplini olarak Aile Hekimliği’nin Gelişimi. Gerofam 2010;1(1):29-40
67. Ungan M, Ceyhun AG. Bir Tıp Disiplini Olarak Aile Hekimliği. RNA Aile Hek Derg. 2006;1(1):1 6-15
68. Ünlüoğlu İ, Çağlayaner H. Aile hekimliğinde oluşan akademik gelenek ve gelecek. Aile Hek Derg 1997; 1(1): 46-49
69. Ünlüoğlu İ. Türkiye’de aile hekimliği disiplininin hızlı gelişen yönü: Akademik yapılanmanın 15. yılında kadronun gelişimi ve yaşanan bazı sorunlar. Türk Aile Hek Derg 2008; 12(3): 163-166

70. Başak O, Güldal D. Akademik aile hekimliği bölümlerinin 20 yılı: gelişimsel süreç üzerine bir değerlendirme. Türk Aile Hek Derg 2014;18(1):16-24
71. Aile Hekiminin Tanımı [İnternet]. [a.yer 16 Temmuz 2025]. Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/aile-hekimi-tanimi.html%2C?utm_source=chatgpt.com
72. Sarı O. Birinci Basamak Koruyucu Sağlık Hizmetleri. Türkiye Klinikleri Family Medicine-Special Topics. 2024;15(2):1-5.
73. Schultz K, Delva D, Kerr J. Emotional effects of continuity of care on family physicians and the therapeutic relationship. Canadian Family Physician. 2012;58(2):178-85.
74. Nowak DA, Sheikhan NY, Naidu SC, Kuluski K, Upshur RE. Why does continuity of care with family doctors matter?: Review and qualitative synthesis of patient and physician perspectives. Canadian Family Physician. 2021;67(9):679-88.
75. Wall EM. Continuity of care and family medicine: definition, determinants, and relationship to outcome. J Fam Pract. 1981;13(5):655-64.
76. Baughman D, Nasir R, Ngo L, Bazemore A. Defining comprehensiveness in primary care: a scoping review. Stokes T, editör. J Prim Health Care. 14 Eylül 2023;15(3):253-61.
77. Ventres WB, Stone LA, Rowland KT, Streiffer RH, Macechko MD, Roulier JA, vd. Storylines of family medicine I: framing family medicine–history, values and perspectives. Family Medicine and Community Health. 2024;12(Suppl 3):e002788
78. Kroneman MW, Maarse H, Van Der Zee J. Direct access in primary care and patient satisfaction: a European study. Health Policy. 2006;76(1):72-9.
79. Robinson SK, Meisnere M, Phillips Jr RL, McCauley L, National Academies of Sciences, Medicine. Person-Centered, Family-Centered, and Community-Oriented Primary Care. İçinde: Implementing High-Quality Primary Care: Rebuilding the Foundation of Health Care [İnternet]. National Academies Press (US); 2021 [a.yer 16 Temmuz 2025]. Erişim: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK571814>.

80. Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: A review of issues and concepts. *Social Science & Medicine*. 1997;45(12):1829-43.
81. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Aile Hekimliği Rehberi. Uygulamalar ve Mevzuat 2025. Erişim: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ah-egitim-izleme-db.html> Erişim tarihi 25.06.2025
82. Nelligan I, Montacute T, Browne MA, Lin S. Impact of a Family Medicine Minor Procedure Service on Cost of Care for a Health Plan. *Fam Med*. 05 Haziran 2020;52(6):417-21
83. Reynolds R, Dennis S, Hasan I, Slewa J, Chen W, Tian D et al. A systematic review of chronic disease management interventions in primary care. *BMC Fam Pract* 2018;19(1):11-17.
84. Noonan M, Doody O, Jomeen J, O'Regan A, Galvin R. Family physicians perceived role in perinatal mental health: an integrative review. *BMC Fam Prac*. 2018;19(1):154.
85. Wagner EH, Sandhu N, Coleman K, Phillips KE, Sugarman JR. Improving care coordination in primary care. *Medical Care*. 2014;52:33-8.
86. Connor E, Mullan F. Community Oriented Primary Care: Meaning and Scope. İçinde: *Community Oriented Primary Care: New Directions for Health Services Delivery* [İnternet]. National Academies Press (US); 1983 [a.yer 16 Temmuz 2025]. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK234632>
87. Reeves S, Pelone F, Harrison R, Goldman J, Zwarenstein M. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group*, editör. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [İnternet]. 22 Haziran 2017 [a.yer 16 Temmuz 2025];2018(8). Erişim adresi: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD000072.pub3>
88. İstanbul Tabip Odası [İnternet]. [a.yer 16 Temmuz 2025]. Hasta Başına Ayrılan Sürenin Azaltılması ve Öğlen Yemek ve Dinlenme Saatleri İçin Randevu Verilmek Suretiyle, Personelin Aralıksız Olarak Çalıştırılması Hakkında Hukuki Değerlendirme. Erişim adresi: <http://www.istabip.org.tr/147-hasta-bana-ayrilan-suerenin-azaltilmas-ve->

[oelen-yemek-ve-dinlenme-saatleri-cin-randevu-verilmek-suretiyle-personelin-aralasz-olarak-caltrlmas-haknda-hukuki-deerlendirme.html](https://www.who.int/health-topics/primary-health-care#tab=tab_1)

89. Chen LM, Farwell WR, Jha AK. Primary care visit duration and quality: does good care take longer? Arch Intern Med 2009; 169(20):1866-72.
90. Starfield B. Is primary care essential? The Lancet. Ekim 1994;344(8930):1129-33.
91. World Health Organization. Primary health Care. Erişim: https://www.who.int/health-topics/primary-health-care#tab=tab_1 Erişim tarihi. 20.06.2025
92. Kringos DS, Boerma WGW, van der Zee J, Groenewegen PP. Political, cultural and economic foundations of primary care in Europe. Social Science & Medicine. 01 Aralık 2013;99:9-17.
93. Sağlıkta Dönüşüm Programı [İnternet]. [a.yer 17 Temmuz 2025]. Erişim: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11415/saglikta-donusum-programi.html>
94. World Bank Turkish Health Transformation Program and Beyond. Erişim: <https://www.worldbank.org/en/results/2018/04/02/turkish-health-transformation-program-and-beyond>
95. Turkey: Service Availability & Readiness | PHCPI [İnternet]. [a.yer 17 Temmuz 2025]. Erişim adresi: <https://www.improvingphc.org/turkey-service-availability-readiness>
96. Ak S. Health Transformation Program In Turkish Health System Reforms And Policy Processes. Journal of Health Sciences and Management, 2023;3(3), 71-78.
97. Ohta R, Ueno A, Kitayuguchi J, Moriwaki Y, Otani J, Sano C. Comprehensive Care through Family Medicine: Improving the Sustainability of Aging Societies. Geriatrics (Basel). 04 Haziran 2021;6(2):59
98. Kusnanto H, Agustian D, Hilmanto D. Biopsychosocial model of illnesses in primary care: A hermeneutic literature review. J Family Med Prim Care. 2018;7(3):497-500.
99. Macinko J, Starfield B, Shi L. The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and

- Development (OECD) Countries, 1970–1998. *Health Services Research*. Haziran 2003;38(3):831-65.
100. Cleary PD, McNeil BJ. Patient Satisfaction as an Indicator of Quality Care. *Inquiry*. 1988;25(1):25-36.
 101. Donabedian A. The Quality of Care: How Can It Be Assessed? *JAMA*. 1988;260(12):1743.
 102. Linder-Pelz S. Toward a theory of patient satisfaction. *Social Science & Medicine*. 1982;16(5):577-82
 103. Williams B. Patient satisfaction: A valid concept? *Social Science & Medicine*. 1994;38(4):509-16.
 104. Fitzpatrick R. Surveys of patients satisfaction: I--Important general considerations. *BMJ*. 1991;302(6781):887-9.
 105. Gao Q, Zhang B, Zhou Q, Lei C, Wei X, Shi Y. The impact of provider-patient communication skills on primary healthcare quality and patient satisfaction in rural China: insights from a standardized patient study. *BMC Health Serv Res*. 2024;24(1):579.
 106. Arshad M, Sriram S, Khan S, Gollapalli PK, Albadrani M. Mediating role of physician's empathy between physician's communication and patient's satisfaction. *Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2024;13(4):1530.
 107. Campos CFC, Olivo CR, Martins M de A, Tempski PZ. Physicians' attention to patients' communication cues can improve patient satisfaction with care and perception of physicians' empathy. *Clinics*. 2024;79:100377
 108. Sofaer S, Firminger K. Patient Perceptions Of The Quality Of Health Services. *Annual Review of Public Health*. 2005;26(26):513-59.
 109. Batbaatar E, Dorjdagva J, Luvsannyam A, Amenta P. Conceptualisation of patient satisfaction: a systematic narrative literature review. *Perspect Public Health*. 2015;135(5):243-50.
 110. Ware JE, Snyder MK, Wright WR, Davies AR. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation and Program Planning*. 1983;6(3):247-63.

111. Crow R, Gage H, Hampson S, Hart J, Kimber A, Storey L, Thomas H. The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technology Assessment* 2002; 6(32): 1-244
112. Doyle C, Lennox L, Bell D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open* 2013;3(1):e001570.
113. Otani K, Waterman B, Dunagan WC. Patient Satisfaction: How Patient Health Conditions Influence Their Satisfaction. *Journal of Healthcare Management*. 2012;57(4):276.
114. Peyrot M, Cooper PD, Schnapf D. Consumer satisfaction and perceived quality of outpatient health services. *J Health Care Mark*. 1993;13(1):24-33
115. Bleich SN, Ozaltin E, Murray CKL. How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience? *Bull World Health Organ*. 2009;87(4):271-8.
116. Hickson GB, Clayton EW, Githens PB, Sloan FA. Factors that prompted families to file medical malpractice claims following perinatal injuries. *JAMA*. 1992;267(10):1359-63.
117. Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM. Physician-patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA*. 1997;277(7):553-9.
118. Krogstad U, Hofoss D, Veenstra M, Hjortdahl P. Predictors of job satisfaction among doctors, nurses and auxiliaries in Norwegian hospitals: relevance for micro unit culture. *Hum Resour Health*. 2006;4(3):1-8
119. Scheepers RA, Boerebach BCM, Arah OA, Heineman MJ, Lombarts KMJM. A Systematic Review of the Impact of Physicians' Occupational Well-Being on the Quality of Patient Care. *Int J Behav Med*. Aralık 2015;22(6):683-98.
120. Al-Abri R, Al-Balushi A. Patient satisfaction survey as a tool towards quality improvement. *Oman Med J*. 2014;29(1):3-7

121. Janicijevic I, Seke K, Djokovic A, Filipovic T. Healthcare workers satisfaction and patient satisfaction – where is the linkage? *Hippokratia*. 2013;17(2):157-62.
122. Kapinos KA, Fitzgerald P, Greer N, Rutks I, Wilt TJ. The Effect of Working Conditions on Patient Care: A Systematic Review. A Systematic Review. VA-ESP Project #09-009; 2012.
123. Aharony L, Strasser S. Patient satisfaction: what we know about and what we still need to explore. *Med Care Rev*. 1993;50(1):49-79.
124. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ*. 1995;152(9):1423-33.
125. Çakıt MO. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hasta Deneyimi Anketi Analiz Raporu. *TJCL*. 2023;14(1):179-83.
126. DiMatteo MR, Taranta A, Friedman HS, Prince LM. Predicting patient satisfaction from physicians' nonverbal communication skills. *Med Care*. 1980;18(4):376-87.
127. Hojat M, Louis DZ, Markham FW, Wender R, Rabinowitz C, Gonnella JS. Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Acad Med*. Mart 2011;86(3):359-64.
128. Taner T, Antony J. Comparing public and private hospital care service quality in Turkey. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv*. 2006;19(2-3):i-x.
129. Rodriguez HP, von Glahn T, Rogers WH, Safran DG. Organizational and Market Influences on Physician Performance on Patient Experience Measures. *Health Serv Res*. 2009;44(3):880-901.
130. World Organization Health. The world health report 2008 : primary health care now more than ever. Erişim: <https://iris.who.int/handle/10665/43949>
Erişim tarihi: 27.06.2025
131. Tengilimoglu D, Kisa A, Dziegielewska SF. Patient satisfaction in Turkey: differences between public and private hospitals. *J Community Health*. 1999;24(1):73-91.
132. Karaca A, Durna Z. Patient satisfaction with the quality of nursing care. *Nurs Open*. 2019;6(2):535-45.

133. Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). Soc Sci Med. 1997;44(5):681-92.
134. Işık T. Sağlık İletişimi Bağlamında HekimHasta, Hasta-Hekim İletişimi İnceleme Çalışması: Özel Bir Hastane Analizi. SOSBİLDER. 2021;(26):720-53.
135. Üstün S, Cezlan EÇ. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti: İstanbul İlinde Bir Araştırma. Gümüşhane Sağlık Bilimleri Dergisi. 2021;10(3):353-64
136. Naiker U, FitzGerald G, Dulhunty JM, Rosemann M. Factors affecting the performance of public out-patient services. Aust Health Rev. 2019;43(3):294-301.
137. Özata M, Özer K. Sağlık Çalışanlarının Hasta Mahremiyeti Konusundaki Tutumlarının İncelenmesi. HSİD. 2017;20(1):81-92
138. Alhusban MA, Abualrub RF. Patient satisfaction with nursing care in Jordan. J Nurs Manag. 2009;17(6):749-58
139. al-Qatari G, Haran D. Determinants of users' satisfaction with primary health care settings and services in Saudi Arabia. Int J Qual Health Care. Aralık 1999;11(6):523-31.
140. Erdem Y, Akdemir H, Topuz Ş. Bir devlet hastanesinde yatan hastaların memnuniyet düzeyleri. Duzce Medical Journal. 2014;16(2):31-4.
141. Kwesigabo G, Mwangu MA, Kakoko DK, Warriner I et al. Tanzania's health system and workforce crisis. Journal of Public Health Policy 2012;33(S1):35-44.
142. Andaleeb SS. Service quality perceptions and patient satisfaction: a study of hospitals in a developing country. Soc Sci Med. 2001;52(9):1359-70.
143. Quigley DD, Predmore Z, Martino S, Qureshi N, Hays RD. Patient Comments on the Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems Clinician and Group (CG-CAHPS) Survey Reflect Improvements in Provider Behaviors From Coaching. J Healthc Manag. 2023;68(4):251-67.

144. Şahin BB, Görpelioğlu S, Yıkılkan H, Akbıyık D, Aypak C. Reliability and Validity of Turkish Version of Scale of Patient Overall Satisfaction with Primary Care Physicians (SPOSPCP). TJFMPC. 2017;11(3):159-63
145. Yapakçı A, Altun A, Kesen CH, Yılmaz E, Delican O, Atal SS. Ailelerin aile hekimliği'nden hizmet alımı ve memnuniyeti. The Journal of Turkish Family Physician. 2019;10(1):22-38.
146. Bostan S, Havvatoğlu K. Europep Aile Hekimliği Memnuniyeti Ölçeğine Göre Gümüşhane Aile Hekimliği Memnuniyet Araştırması. Gümüşhane Sağlık Bilimleri Dergisi. 2014;3(4):1067-78
147. Üstün S, Cezlan EÇ. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti: İstanbul İlinde Bir Araştırma. Gümüşhane Sağlık Bilimleri Dergisi. 2021;10(3):353-64.
148. Bostan S, Havvatoğlu K. Europep Aile Hekimliği Memnuniyeti Ölçeğine Göre Gümüşhane Aile Hekimliği Memnuniyet Araştırması. Gümüşhane Sağlık Bilimleri Dergisi. 2014;3(4):1067-78
149. Turgu S. Edirne il merkezinde birinci basamak sağlık kuruluşlarında hasta memnuniyeti ve hekim iş doyumunu ile ilişkisinin araştırılması. Uzmanlık Tezi), Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Edirne. 2012
150. Albaqami NM, Alshagrawi S. Patient Satisfaction with Primary Health Care Services in Riyadh, Saudi Arabia. IJGM. 2025;18:835-45
151. Terlav BZ, Selak Š, Vrdelja M, Kaučič BM, Gabrovec B. Patient satisfaction with the level of being informed about the changes in Slovenian healthcare system. Pielęgniarstwo XXI wieku / Nursing in the 21st Century. 2019;18(1):37-41.
152. Kroneman MW, Maarse H, van der Zee J. Direct access in primary care and patient satisfaction: a European study. Health Policy. 2006;76(1):72-9
153. Stylianou N, Samoutis A, Samautis G. Patient Satisfaction in the Primary Care System of Cyprus: A Pilot Study. The Open Public Health Journal, 2024 DOI: [10.2174/0118749445286995240408061031](https://doi.org/10.2174/0118749445286995240408061031)

8. ÖZET

Amaç: Bu çalışma, Antalya il merkezindeki Aile Sağlığı Merkezlerine (ASM) başvuran hastaların birinci basamak sağlık hizmetlerinden duydukları memnuniyet düzeylerini EUROPEP ölçeği ile değerlendirmek ve memnuniyeti etkileyen faktörleri belirlemektir.

Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel tipte olan bu araştırma, Antalya il merkezindeki ASM'lere başvuran, 18 yaş ve üzeri, çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 500 erişkin hasta ile yürütülmüştür. Veriler, sosyodemografik bilgi formu ve EUROPEP (Avrupa Birinci Basamak Hasta Değerlendirme) ölçeğini içeren bir anket formu kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Verilerin analizinde SPSS 25.0 programı kullanılmıştır.

Bulgular: Katılımcıların EUROPEP ölçeği genel memnuniyet puan ortalaması $75,9 \pm 18,7$ (ortanca 74, minimum 23, maksimum 115) olarak saptanmıştır. Memnuniyetin görece düşük olduğu değerlendirilen alanlar arasında "görüşmeler sırasında yeterli zaman ayrılması", "muayenehaneye telefonla ulaşım" ve "sağlık durumuna bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmaya yardımcı olma" bulunmaktadır. Memnuniyet düzeyleri; yerleşim yeri (il merkezi > ilçe > köy; $p < 0,001$), eğitim durumu (lise ve üzeri > ilköğretim ve altı; $p < 0,001$), gelir durumu (orta gelir grubu en yüksek; $p < 0,001$), çalışma durumu (çalışanlar > çalışmayanlar; $p < 0,001$), ilaç kullanımını gerektiren kronik hastalık varlığı (hastalığı olmayanlar > olanlar; $p < 0,001$), çocuk sahibi olma durumu (çocuğu olmayanlar > olanlar; $p < 0,001$) ve kronik hastalığı olan çocuğa sahip olma (çocuğunun kronik hastalığı olmayanlar > olanlar; $p < 0,001$) ile istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir. Cinsiyet ve geçirilmiş ruhsal hastalık öyküsü ile memnuniyet arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Sonuç: Antalya il merkezindeki ASM'lere başvuran hastaların genel memnuniyet düzeyi orta-üst seviyede olmakla birlikte, hizmetin bazı boyutlarında ve özellikle belirli sosyodemografik özelliklere sahip hasta gruplarında (kırsalda yaşayanlar, düşük eğitilmiş ve düşük/yüksek gelirli bireyler, kronik hastalığı olanlar, çocuğu olanlar ve kronik hastalığı olan çocuğa sahip ebeveynler) iyileştirme alanları olduğu görülmektedir. Araştırma bulguları, Antalya'daki birinci basamak sağlık

hizmetlerinin kalitesinin artırılması, hasta odaklı bakım anlayışının güçlendirilmesi ve tüm bireyler için sağlıkta eşitliğin sağlanması yolunda atılacak adımlar için değerli veriler sunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Hasta Memnuniyeti, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, Aile Hekimliği, EUROPEP Ölçeği, Antalya.



9. ABSTRACT

Objective: This study aims to assess the satisfaction levels of patients applying to Family Health Centers (FHCs) in the city center of Antalya with primary healthcare services using the EUROPEP scale and to identify factors affecting satisfaction.

Method: This descriptive and cross-sectional study was conducted with 500 adult patients aged 18 and over who applied to FHCs in Antalya city center and voluntarily agreed to participate. Data were collected through face-to-face interviews using a questionnaire consisting of a sociodemographic information form and the EUROPEP (European Patients Evaluate General/Family Practice) scale. SPSS 25.0 program was used for data analysis.

Results: The mean overall EUROPEP satisfaction score of the participants was found to be 75.9 ± 18.7 (median 74, min 23, max 115). Areas where satisfaction was rated relatively low included "sufficient time during consultations," "telephone access to the practice," and "help in coping with emotional problems related to health status." Satisfaction levels showed statistically significant differences concerning place of residence (urban center > district > village; $p < 0.001$), educational status (high school and above > primary school and below; $p < 0.001$), income level (middle-income group highest; $p < 0.001$), employment status (employed > unemployed; $p < 0.001$), presence of a chronic disease requiring medication (no illness > illness; $p < 0.001$), having children (no children > children; $p < 0.001$), and having a child with a chronic disease (those without a chronically ill child > those with; $p < 0.001$). No significant relationship was found between satisfaction and gender or history of mental illness ($p > 0.05$).

Conclusion: The overall satisfaction level of patients applying to FHCs in Antalya city center is moderate-to-high; however, there are areas for improvement in some aspects of the service and particularly among specific patient groups with certain sociodemographic characteristics (those living in rural areas, individuals with low education and low/high income, those with chronic diseases, those with children, and parents of children with chronic diseases). The findings provide important data

for enhancing service quality and strengthening patient-centered care in primary healthcare services in Antalya.

Key words: Patient Satisfaction, Primary Health Care, Family Medicine, EUROPEP Scale, Antalya.



10. EKLER

Ek 1. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakóltesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı

Kişisel verilerin korunması nedenli etik kurul onayı fotoğrafı kaldırılmıştır.



Ek 2. Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Katılımcı / Gönüllünün Protokol Numarası:

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

- a. Araştırmanın Adı: '**Antalya'da Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran erişkinlerde hasta memnuniyetinin değerlendirilmesi**'
- b. **Araştırmanın İçeriği:** Günümüzde üretim ve hizmet sektöründen hizmet alanların gelir seviyelerinin ve eğitim durumlarının artması istek ve/veya beklentilerinin de artmasına neden olmaktadır. Bu durum sağlık hizmetlerini kullanan hastalar için de geçerlidir. Son dönemde bu beklentiler, ihtiyaçlar ve öncelikler dikkate alınarak, sağlık hizmeti sunumunda hastaların gerek karar verme, gerekse bakım aşamalarında daha çok katılımlarının sağlanabileceği vurgulanmaktadır. Ayrıca sunulacak sağlık hizmetinin kalitesini arttırmak için, hastalardan kendilerine sunulan sağlık hizmeti ile ilgili geri bildirimleri önemli ve gereklidir. Aile Hekimliği Uygulamasının başlamasının 15. Yılında Aile sağlığı Merkezlerinde sunulan sağlık hizmetinden hastaların memnuniyet durumunu etkileyen faktörleri bilmek sağlık hizmeti sunumunda yapılacak iyileştirmeler için yol gösterici olacaktır.
- c. **Araştırmanın Amacı:** Birinci basamakta hasta memnuniyetinin değerlendirilmesi ve etki eden faktörlerin tanımlanması sağlık hizmetinin kalitesinin geliştirilmesinde yardımcı olmaktadır. Biz bu çalışmada "Türkiye'de Aile Hekimliği Uygulamasına" geçişin 15. Yılında Antalya ilinde Antalya ilinde sözleşmeli aile hekimliği araştırma görevlilerinin (SAHU) çalıştığı ASM'lere başvuran hastaların kendilerine sunulan sağlık hizmetinden memnuniyet düzeyini ve memnuniyete etki eden faktörleri saptamayı amaçladık. Hasta memnuniyetine etki eden faktörlerin ve uygulamadaki eksikliklerin tespit edilerek gerekli düzenlemelerin yapılmasının aile sağlığı merkezlerinde daha nitelikli ve kaliteli sağlık hizmeti sunulmasına ve uzmanlık eğitimi programımızın değerlendirilmesine katkı sağlayacağını düşünmekteyiz.
- d. Araştırmanın Nedeni:
☐ Bilimsel araştırma
☒ Tez çalışması
- a. Araştırmanın Öngörülen Süresi: 8 ay
- b. Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı:
en 500 kişi
- c. Araştırmada İzlenecek Deneysel İşlemler: Deneysel işlem yok

2. Gönüllünün/Katılımcının Uygulama Sırasında Karşılaşabileceği Riskler ve Rahatsızlıklar: Risk ve rahatsızlık yok

Yukarıda açıklanan araştırma sırasında uygulanacak olan işlemlerin bana aşağıda belirtilen riskleri ve rahatsızlıkları getirebileceğinin bilincindeyim:

3. Gönüllüler/Katılımcılar İçin Araştırmadan Beklenen Yarar:

Hasta memnuniyetine etki eden faktörlerin ve uygulamadaki eksikliklerin tespit edilerek gerekli düzenlemelerin yapılmasının aile sağlığı merkezlerinde daha nitelikli ve kaliteli sağlık hizmeti sunulmasına ve uzmanlık eğitimi programımızın değerlendirilmesine katkı sağlayacağını düşünmekteyiz.

4. Araştırma Konusundaki Soruların Cevaplandırılması:

Araştırmanın yürütülmesi sırasında olası yan etkiler, riskler ve zararlar ile haklarım konusunda bilgi almak için aşağıda belirtilen kişiyle bağlantı kurmam yeterli olacaktır.

Adı- Soyadı: Telefon:.....

5. Zararların Karşılanması:

Bu çalışmaya katıldığım için zarar göreceğim olursam, gerekli olan tıbbi bakımın sorumlu araştırmacı tarafından yerine getirileceği, uygulanan işleme bağlı olarak gelişebilecek her tür hasara (sakatlanma ve ölüm dahil) karşı güvencede olduğum, masraflarımın Prof. Dr. Melahat Akdeniz tarafından karşılanacağı bana bildirildi.

6. Araştırma Giderleri:

Araştırma kapsamındaki bütün işlemler için benden ya da bağlı bulunduğum sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir.

7. Gönüllülük, Çalışmayı Reddetme ve Çalışmadan Çekilme Hakkı, Çalışmadan Çıkarılma:

- Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.
- Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.
- Sorumlu araştırmacıya haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim.
- Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmali nedeniyle ya da araştırma prosedürüne bağlı olarak onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.

e. Gizlilik:

Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.

f. Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye / katılımcıya verilmesi gereken bilgileri gösteren Aydınlatılmış Onam Formu adlı metni kendi anadilimde okudum ya da bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı, yazılı ve sözlü olarak açıklandı. Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma doyurucu cevaplar aldım. Çalışmaya katılmadığım ya da katıldıktan sonra çekildiğim durumda, hiçbir yasal hakkımdan vazgeçmiş olmayacağım. Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Bu metnin imzalı bir kopyasını aldım.

Gönüllünün / katılımcının Adı- Soyadı:

Yaş ve Cinsiyeti:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....

Tarih:

Velayet ya da vesayet altında bulunanlar için;

Veli ya da Vasinin Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....

.....

Tarih:

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı- Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Onam alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı- Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih:

Ek 3. Anket formu

21.07.2025 20:22

Antalya'da Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Erişkinlerde Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesi

Antalya'da Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Erişkinlerde Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesi

Merhaba,

Sizin sağlık hizmetlerinin önemli bir parçası olduğuna inanıyoruz. Bu nedenle sağlık bakımının kalitesini artırmak için sizin görüşlerinizi almak istiyoruz. Doktorunuz bu anketin hastalarına uygulanmasını kabul etti. Anketi doldurup araştırma ekibine ulaştırırsanız çok memnun olacağız.

Bu ankette sizin son 12 ay boyunca genel olarak sağlık hizmeti aldığınız hekimin ve ASM'deki polikliniğin kalitesini derecelendirmenizi istiyoruz. Verdiğiniz bilgiler bilimsel amaç dışında kullanılmayacaktır. Siz istemediğiniz sürece kimse ile paylaşılmayacaktır.

Lütfen bütün soruları cevaplandığınızdan ve her soruya yalnızca bir cevap verdiğinizden emin olunuz. Soruların karşısındaki sizin görüşünüze en yakın kutuya (+) işareti koyunuz. Eğer soru sizinle ilgili değilse son kolondaki "Uygun değil / İlgisiz" seçeneğini işaretleyiniz.

dr.yasinsaglam@gmail.com [Hesap değiştir](#)



Paylaşılıyor

* Zorunlu soruyu belirtir

Araştırmamıza Katılmayı Kabul Ediyor musunuz? *

☐ Evet

☐ Hayır



https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSc4C8AeC3shp8UOOXgbfZ1DmIPVfZpUf9URLtg_ZrjfnKvIbQ/viewform

1/6

Adınız Soyadınız

Yanıtınız

Yaşınız

Yanıtınız

Cinsiyetiniz

☐ Erkek

☐ Kadın

İkamet Yeriniz

☐ İl Merkezi

☐ İlçe

☐ Köy

Eğitim Düzeyiniz

☐ Okur yazar değil

☐ İlköğretim

☐ Lise

☐ Yüksekokul (2 yıllık)

☐ Üniversite (4 yıllık ve üzeri)



Mesleğiniz

- ☐ Kamu Çalışanı
- ☐ Özel Sektör Çalışanı
- ☐ Çalışmıyor
- ☐ Diğer:

Ailenizin Gelir Düzeyi

2025 yılı Ocak açıklanan asgari ücrete göre sınıflama yeniden düzenlendi.

- ☐ Düşük (Ayda 22.500 TL den az)
- ☐ Orta (Ayda 22.500-45.000 TL arası)
- ☐ Yüksek (Ayda 45.000 TL ve üzeri)

Sosyal Güvenceniz

- ☐ Yok
- ☐ SGK (ES, Bağkur, SSK)
- ☐ Yeşil Kart
- ☐ Özel Sigorta

İlaç kullanımınızı gerektiren şeker hastalığı, yüksek tansiyon, kalp hastalığı gibi kronik bir hastalığınız var mı?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır



Varsa lütfen hangi hastalığınız (ya da hastalıklarınız) olduğunu ve hangi ilaçları kullandığınızı yazınız:

- ☐ Hipertansiyon
- ☐ Diyabet (Şeker Hastalığı)
- ☐ Hiperlipidemi
- ☐ Kalp Damar Hastalıkları
- ☐ Diğer:

Daha önce aşağıdaki ruhsal hastalıklardan herhangi birini geçirdiniz mi

- ☐ Yok
- ☐ Depresyon
- ☐ Anksiyete Bozukluğu
- ☐ Obsesif-Kompulsif Bozukluk
- ☐ Şizofreni
- ☐ Diğer:

Kaç çocuğunuz var?

Çocuğunuz yoksa bu ve sonraki 3 soruya cevap vermeyiniz

Yanıtınız



Çocuklarınız sağlıklı mı?

- ☐ Evet
☐ Hayır

Kronik hastalığı olan çocuğunuz var mı?

- ☐ Evet
☐ Hayır

Doğumsal sakatlığı olan çocuğunuz var mı?

- ☐ Evet
☐ Hayır

Sonraki

Formu temizle

Google Formlar üzerinden asla şifre göndermeyin.

Bu içerik Google tarafından oluşturulmamış veya onaylanmamıştır. - [İletişim formu sahibi](#) - [Hizmet Şartları](#) - [Gizlilik Politikası](#)

Bu form şüpheli mi görünüyor? [Rapor](#)

Google Formlar



Antalya'da Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Erişkinlerde Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesi

dr.yasinsaglam@gmail.com [Hesap değiştir](#)



Paylaşılıyor

Hekim Değerlendirme

Lütfen son 12 ayda en sık gördüğünüz doktorunuz veya muayenehanesini göz önünde tutarak değerlendirme yapınız. Sizden sadece kendi Aile Hekiminiz ve ASM'deki polikliniği hakkında değerlendirme yapmanızı istiyoruz.

Bu hekimin (doktorun) adı nedir?

Yanıtınız

1. Görüşmeler sırasında yeterli zamanınız olduğunuz

	1	2	3	4	5	
Kötü	☐	☐	☐	☐	☐	Mükemmel



Antalya'da Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Erişkinlerde Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesi

dr.yasinsaglam@gmail.com [Hesap değiştir](#)



Paylaşılıyor

Hekim Değerlendirme

Lütfen son 12 ayda en sık gördüğünüz doktorunuz veya muayenehanesini göz önünde tutarak değerlendirme yapınız. Sizde sadece kendi Aile Hekiminiz ve ASM'deki polikliniği hakkında değerlendirme yapmanızı istiyoruz.

Bu hekimin (doktorun) adı nedir?

Yanıtınız

1. Görüşmeler sırasında yeterli zamanınız olduğunuz

	1	2	3	4	5	
Kötü	☐	☐	☐	☐	☐	Mükemmel



2. Sizin özel durumunuzla ilgilenmesi

	1	2	3	4	5	
Kötü	☐	☐	☐	☐	☐	Mükemmel

3. Sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması

	1	2	3	4	5	
Kötü	☐	☐	☐	☐	☐	Mükemmel

4. Tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması

	1	2	3	4	5	
Kötü	☐	☐	☐	☐	☐	Mükemmel

5. Sizi dinlemesi

	1	2	3	4	5	
Kötü	☐	☐	☐	☐	☐	Mükemmel

6. Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması

	1	2	3	4	5	
Kötü	☐	☐	☐	☐	☐	Mükemmel



7. Şikayetlerinizi çabuk geçirmesi

	1	2	3	4	5	
Kötü	☐	☐	☐	☐	☐	Mükemmel

8. Günlük ihtiyaçlarınız görece kadar iyi hissetmenize yardım etmesi

	1	2	3	4	5	
Kötü	☐	☐	☐	☐	☐	Mükemmel

9. İşini tam yapması

	1	2	3	4	5	
Kötü	☐	☐	☐	☐	☐	Mükemmel

10. Sizi muayene etmesi

	1	2	3	4	5	
Kötü	☐	☐	☐	☐	☐	Mükemmel



11. Hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler (Sağlık taraması, sağlık kontrolü, aşılama vb.)

	1	2	3	4	5	
Kötü	☐	☐	☐	☐	☐	Mükemmel

12. Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması

	1	2	3	4	5	
Kötü	☐	☐	☐	☐	☐	Mükemmel

13. Şikayetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi

	1	2	3	4	5	
Kötü	☐	☐	☐	☐	☐	Mükemmel

14. Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması

	1	2	3	4	5	
Kötü	☐	☐	☐	☐	☐	Mükemmel



15. Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması

	1	2	3	4	5	
Kötü	☐	☐	☐	☐	☐	Mükemmel

16. Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi

	1	2	3	4	5	
Kötü	☐	☐	☐	☐	☐	Mükemmel

17. Uzman ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması

	1	2	3	4	5	
Kötü	☐	☐	☐	☐	☐	Mükemmel

18. Doktor-dışı personelin yardımı

	1	2	3	4	5	
Kötü	☐	☐	☐	☐	☐	Mükemmel



19. Size uygun zamanlara randevu alabilmeniz

	1	2	3	4	5	
Kötü	☐	☐	☐	☐	☐	Mükemmel

20. Muayenehaneye telefonla ulaşabilmeniz

	1	2	3	4	5	
Kötü	☐	☐	☐	☐	☐	Mükemmel

21. Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz

	1	2	3	4	5	
Kötü	☐	☐	☐	☐	☐	Mükemmel

22. Bekleme odasında harcadığınız zaman

	1	2	3	4	5	
Kötü	☐	☐	☐	☐	☐	Mükemmel

23. Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması

	1	2	3	4	5	
Kötü	☐	☐	☐	☐	☐	Mükemmel

