

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI VE HASTA
MEMNUNİYETİ
(EDİRNE İL MERKEZİ ÖRNEĞİ)**

(Yüksek Lisans Tezi)

Tezi Hazırlayan
Reyhan CENGİZ

İstanbul, 2014

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI VE HASTA
MEMNUNİYETİ
(EDİRNE İL MERKEZİ ÖRNEĞİ)
(Yüksek Lisans Tezi)**

Tezi Hazırlayan:
Reyhan CENGİZ

Öğrenci No:
110746868

Danışman:
Prof. Dr. Mehmet Fikret GEZGİN

İstanbul, 2014

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum "Aile Hekimliği Uygulaması ve Hasta Memnuniyeti(Edirne İl Merkezi Örneği)" başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım. 21.06.2014



Reyhan CENGİZ

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

21.12.2014

Enstitümüz *İşletme Yönetimi* Anabilim dalı *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi* Programı yüksek lisans öğrencilerinden **110746868** numaralı **Reyhan Cengiz** 'ın "*Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim - Öğretim Yönetmeliği*"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "*Aile Hekimliği Uygulaması ve Hasta Memnuniyeti (Edirne İl Merkezi Örneği)*" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 10.06.2014 tarih ve 2014/14 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin (c) bendi gereğince (5-10) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında ~~oyçokluğu/oybirliği~~ ile ~~Kabul/Red veya Düzeltme~~ kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 4 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.


DANIŞMAN
PROF. DR. MEHMET FİKRET GEZGİN


ÜYE
YRD.DOÇ. DR. ERKUT ALTINDAĞ

ÜYE
YRD. DOÇ. DR. ALİ SAYGILI



Adı ve Soyadı : Reyhan CENGİZ
Danışmanı : Prof. Dr. Mehmet Fikret GEZGİN
Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans/Tez, 2014
Alanı : Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi
Anahtar Kelimeler : Aile Hekimliği, Hasta Memnuniyeti, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri.

ÖZ

AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI ve HASTA MEMNUNİYETİ

Sağlık sistemi son zamanlarda önemli bir değişim içinde bulunmaktadır. Türkiye’de memnuniyetsizlik oluşturmaya başlayan sağlık ocakları uygulaması günün şartlarına cevap veremez hale gelmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetleri sorununun çözülmesi amacıyla yeni bir hizmet modeli olarak aile hekimliği uygulamasına geçiş yapılarak, oluşması mümkün aksaklıkların önüne geçilmesi hedeflenmiştir. Edirne İli 01.12.2006 tarihinde pilot uygulamada dördüncü il olarak sağlık ocağı sisteminden aile hekimliği sistemine geçmiştir. Bu çalışmada, Edirne ilinde uygulanan aile hekimliği sisteminden hizmet alan kişilerin memnuniyet düzeyi ölçülmeye çalışılmıştır. Uygulama olarak Edirne İli Merkez İlçede 152 hasta üzerinde yüz yüze anket çalışması yapılarak Aile Sağlığı Merkezi’ne başvuran hastaların memnuniyet düzeylerinin ölçülmesi, buna bağlı olarak hasta memnuniyetini etkileyen faktörlerin incelenmesi ve öneri geliştirilmesi amaçlanmaktadır.

Anketlerden elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS 15.0 istatistik paket programı aracılığıyla analiz edilmiştir. Bulguların analizinde tanımlayıcı istatistik yöntemleri (ortalama, standart sapma, frekans, yüzde), ikili grup karşılaştırmalarında Fisher’s Exact Testi, Faktör analizi için KMO ve Bartlett Testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi (p), ilgili testlerle birlikte gösterildi ve $p<0,05$ olan değerler istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. Araştırma sonucunda; birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliği hizmetlerinden hastaların yüksek düzeyde memnun oldukları belirlenmiştir.

Name and Surname : Reyhan CENGİZ
Advisor : Prof. Dr. Mehmet Fikret GEZGİN
Type and Date : Graduate / Thesis, 2014
Scope : Hospital & Health Care Management
Keywords : Family Medicine, Patient Satisfaction, Primary Health Care Services.

ABSTRACT

FAMILY MEDICINE PRACTICE AND PATIENT SATISFACTION

Nowadays health system is under important transformations. Health center system, which creates unsatisfied patients, cannot meet today's requirements. In order to solve problems of primary medical service, Family Medicine Centers is established as a new model to eliminate future problems. Edirne province had changes from Health Center to Family Medicine System in 01st of December 2006 as fourth pilot province. With this research, satisfaction of patients, who are clients of Edirne Family Medicine System, is analyzed. Face to face questionnaire method is applied to 152 patients in Family Medicine Centers in Edirne city center. Aim is by measuring satisfaction level of patients, analyzing parameters which affect satisfaction level, providing solutions.

Questionnaire data is analyzed by using SPSS 15.0 program package. Descriptive statistics methods is use to analyze mean, standard deviation, frequency, percentage. Fisher's Exact Test is used to compare pairs; KMO and Barlett Test are used to analyze factors. Statistical level of significance (p) is shown with related tests and values which $p < 0.05$ is assumed statistically significant. As a result of this study, patients who receive service from Family Medicine System have high satisfaction level.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No.
ÖZ	
ABSTRACT	
TABLolar LİSTESİ	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ	xiii
KISALTMALAR	xiv
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

AİLE HEKİMLİĞİ SİSTEMİ

1. AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ ve TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ	4
1.1. Aile Sağlığı Merkezi	4
1.2. Toplum Sağlığı Merkezi.....	4
2. AİLE HEKİMİ ve AİLE SAĞLIĞI ELEMANI	6
2.1. Aile Hekimi.....	6
2.2. Aile Sağlığı Elemanı.....	8
3. GEZİCİ SAĞLIK HİZMETİ, EĞİTİM VE SERTİFİKASYON	8
3.1. Gezici Sağlık Hizmeti.....	8
3.2. Eğitim ve Sertifikasyon.....	10
4. DOKTOR SEÇME, DEĞİŞTİRME ÖZGÜRLÜĞÜ ve PERFORMANS KRİTERLERİ	11
4.1. Doktor Seçme ve Değişirme Özgürlüğü.....	11
4.2. Performans Kriterleri.....	12

İKİNCİ BÖLÜM

HASTA MEMNUNİYETİ

1. HASTA MEMNUNİYETİ KAVRAMI...	14
2. HASTA MEMNUNİYETİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER	16
2.1. Hastaya İlişkin Faktörler	16
2.2. Hizmet Verenlere İlişkin Faktörler.....	17
2.3. Çevresel ya da Kurumsal Faktörler.....	17
3. HASTA MEMNUNİYETİNİN BOYUTLARI ..	18
3.1. Hasta-Doktor İlişkisi	18
3.2. Hasta-Hemşire İlişkisi	19
3.3. Hasta-Diğer ASM Personeli İlişkisi	20
3.4. Bilgilendirme	21
3.5. Fiziksel ve Çevresel Koşullar .	21
3.6. Bürokratik İşlemler	21
3.7. Güven	22
3.8. Ücret	22
4. HASTA MEMNUNİYETİNİ ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME YÖNTEMLERİ.....	23
4.1. Hasta Memnuniyeti Araştırmalarında Kullanılan Alternatif Yöntemler	23
4.2. Hasta Tatmin Araştırmalarında Kullanılan Yöntemlerin Avantaj Ve Dezavantajları	25
4.3. Hasta Memnuniyet Ölçüm Yaklaşımları	28
4.3.1. Niteliksel Yöntemler	28
4.3.1.1. Yöneltil Gözlemler	28
4.3.1.2. Personel Geri Bildirimleri.....	29
4.3.1.3. Çalışma Ekipleri.....	29
4.3.1.4. Odak Grup Görüşmeleri.....	30
4.3.1.5. Yorum Kartları	30
4.3.1.6. İçerik Analizi.....	31
4.3.1.7. Standartlaştırılmış Hasta Yöntemi.....	31
4.3.2. Niceliksel Yöntemler	31
4.3.2.1. Anket Yöntemi	31
4.3.2.2. Posta (Mektup) Araştırmaları.....	32
4.3.2.3. Telefon Araştırmaları	33

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

EDİRNE İL MERKEZİNDE AİLE HEKİMLİĞİ VE AİLE HEKİMLİĞİ HİZMETLERİNDEN MEMNUNİYET

1. EDİRNE İL MERKEZİNDE AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASINA İLİŞKİN TEMEL BİLGİLER.....	35
1.1. Tarihçe ve Gelişme	35
1.2. İnsan Kaynakları Yapısı	35
1.3. Veri Toplamaya İlişkin Başlıca Bilgiler	36
1.3.1. Araştırmanın Yöntemi	36
1.3.2. Uygulama	39
1.3.3. Araştırmanın Güvenilirlik Analizi	39
1.3.4. Araştırmanın Faktör Analizi	39
1.4. Hastaların Demografik Profili	42
1.4.1. Hastaların Sosyal Güvencelerine Göre Dağılımı.....	42
1.4.2. Hastaların Kronik Hastalıklarına Göre Dağılımı.....	42
1.4.3. Hastaların Bu Sağlık Kurumuna Geliş Nedenlerine Göre Dağılımı...43	
1.4.4. Hastaların Bu Sağlık Kuruluşuna Son Altı Ayda Kaçınıcı Gelişine Göre Dağılımı.....	44
1.4.5. Hastaların Hizmet Aldığı Aile Sağlığı Merkezine Göre Dağılımı	45
1.4.6. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Dağılımı	45
1.4.7. Hastaların Yaşlarına Göre Dağılımı	46
1.4.8. Hastaların Medeni Durumlarına Göre Dağılımı	46
1.4.9. Hastaların Öğrenim Durumlarına Göre Dağılımı	47
1.4.10. Hastaların Oturduğu Yere Göre Dağılımı	48
1.4.11. Hastaların Yaptıkları İşe Göre Dağılımı.....	48
1.4.12. Hastaların Sosyo-Ekonomik Durumlarına Göre Dağılımı	49
2. DEMOGRAFİK VERİLERE GÖRE MEMNUNİYET DÜZEYLERİ.....	49
2.1. Hastaların Memnuniyet Sayılarının Sosyal Güvence Açısından Dağılımı...49	
2.2. Hastaların Memnuniyet Sayılarının Kronik Hastalık Açısından Dağılımı...50	
2.3. Hastaların Memnuniyet Sayılarının Sağlık Kurumuna Geliş Nedeni Açısından Dağılımı.....	51
2.4. Hastaların Memnuniyet Sayılarının Sağlık Kurumuna Son Altı Ayda Geliş Sayısına Göre Dağılımı.....	51
2.5. Hastaların Memnuniyet Sayılarının Hizmet Alınan ASM'ne Göre Dağılımı.....	52
2.6. Memnuniyet Sayılarının Cinsiyete Göre Dağılımı.....	53
2.7. Memnuniyet Sayılarının Yaşa Göre Dağılımı.....	53

2.8. Memnuniyet Sayılarının Medeni Duruma Göre Dağılımı.....	54
2.9. Memnuniyet Sayılarının Öğrenim Durumuna Göre Dağılımı.....	55
2.10. Memnuniyet Sayılarının Mesleğe Göre Dağılımı.....	56
2.11. Memnuniyet Sayılarının Sosyo-Ekonomik Duruma Göre Dağılımı.....	56
3. HEKİME İLİŞKİN MEMNUNİYET DEĞERLENDİRMELERİ.....	57
3.1. Hastaların Doktora Ulaşabilme İmkânına Göre Dağılımı.....	57
3.2. Doktorun Hastaları Karşılmasına ve Nezaketine Göre Dağılımı.....	58
3.3. Doktorun Hastaları Muayene Sırasında Dinlemesine ve Soru Sormaya Zaman Ayırmasına Göre Dağılımı.....	58
3.4. Doktorun Hastaları Muayene Sırasında Mahremiyete Verdiği Özene Göre Dağılımı.....	59
3.5. Hastaların Muayene Odasında Hissettikleri Rahatlık Düzeyine Göre Dağılımı.....	60
3.6. Doktorun Muayenesine Göre Dağılımı.....	60
3.7. Sağlık Durumuyla İlgili Olarak Duyulan Kaygılara Doktorun Yaklaşımına Göre Dağılımı.....	61
3.8. Doktorun Hastalığı Doğru Teşhis Ve Tedavi Edebilme Becerisine Göre Dağılımı.....	61
3.9. Aile Hekiminden Mesai Saatleri Dışında Hizmet Alma Durumuna Göre Dağılımı.....	62
3.10. Aile Hekiminin İlaçların Nasıl Kullanılması Gerekliği Ve Yan Etkileri Konusunda Bilgilendirmesine Göre Dağılımı.....	63
3.11. Aile Hekiminin Yapılacak Tetkik Ve Tedavilerin Ayrıntıları Konusunda Bilgilendirmesine Göre Dağılımı.....	63
3.12. Aile Hekiminin Hastalık Konusunda Bilgilendirmesine Göre Dağılımı....	64
3.13. Aile Hekiminin Hastalık İle İlgili Olarak Yaptığı Açıklamaların Anlaşılabilirliğine Göre Dağılımı.....	65
3.14. Aile Hekiminin, Sağlık Bilgi Ve Kayıtlarını İzlemesine Göre Dağılımı....	65
3.15. Aile Hekiminin, Sağlığı Koruyucu Eğitim Vermesine Göre Dağılımı.....	66
3.16. Aile Hekiminin, Reçete Ettiği İlaçların Faydasına Göre Dağılımı.....	66
3.17. Rahatsızlıkla İlgili Olarak Uzman Gerektiğinde, Aile Hekiminin Hastaneden Randevu Alıp Sevk Etmesine Göre Dağılımı.....	67
3.18. Sağlık Kuruluşuna Gelindiğinde Kendi Aile Hekimine Ulaşılabilirliğe Göre Dağılımı.....	68
3.19. Aile Hekiminin, Muayene İçin Ayırdığı Zamana Göre Dağılımı.....	68
3.20. Bu Sağlık Kuruluşunda Tedavi Gören Hastaların Sağlıklarına Kavuşabilme Durumuna Göre Dağılımı.....	69

4. HEKİM DIŞI PERSONELE İLİŞKİN MEMNUNİYET DEĞERLENDİRMELERİ.....	70
4.1. ASM’nde Yapılacak Kayıt ve Tıbbi İşlemler Konusunda Yönlendiren Personelin Davranışlarına Göre Dağılımı.....	70
4.2. Sağlık Personelinin Görüşmeye Alma Süresine Göre Dağılımı.....	70
4.3. Sağlık Kurumunda Hizmet Veren Ebe/Hemşire/Sağlık Memurunun Davranışına Ve Sorunla İlgili Olarak Bilgilendirmesine Göre Dağılımı.....	71
4.4. Sağlık Kurumunda Hizmet Veren Ebe/Hemşire/ Sağlık Memurunun Sorunlar Karşısında Göstermiş Olduğu Duyarlılık Ve İlgiye Göre Dağılımı.....	72
4.5. Sağlık Kurumunda Hizmet Veren Ebe/Hemşire/ Sağlık Memurunun Vermiş Olduğu Tıbbi Hizmete Göre Dağılımı.....	73
4.6. ASM’nde Yapılacak Kayıt İşlemlerinin Hızına Göre Dağılımı.....	73
5. ÇEVRESEL ve KURUMSAL FAKTÖRLERE İLİŞKİN MEMNUNİYET DÜZEYLERİ.....	74
5.1. Hastaların ASM’ne Ulaşım Koşullarına Göre Dağılımı.....	74
5.2. ASM’nin Muayene Saatlerinin Uygunluğuna Göre Dağılımı.....	74
5.3. Hastaların ASM’ndeki Bekleme Salonu (Temizlik, Aydınlatma, Isı Ve Sakinliği, Oturulacak Yerler) Konusundaki Genel Görüşlerine Göre Dağılımı.....	75
5.4. Hastaların ASM’ndeki Tıbbi Cihaz ve Donanımın Yeterliliği Konusundaki Görüşlerine Göre Dağılımı.....	76
5.5. Laboratuvarda Tetkik İçin Örneklerin (Kan, İdrar)Alınma Hızı Ve Sonuçlarının Verilme Hızına Göre Dağılımı.....	76
5.6. Sağlık Kuruluşunda Verilen Hizmetin Genel Değerlendirilmesine Göre Dağılımı.....	77
5.7. Acil Sağlık Problemlerinde Sağlık Kuruluşundan Yardım Alabilme Durumuna Göre Dağılımı.....	78
5.8. İhtiyaç Olan Sağlık Hizmetini Hastaneye Gitmeden Bu Sağlık Kurumundan Alabilme Durumuna Göre Dağılımı.....	78
5.9. Sağlık Kurumu İçinde Gitmek İstenilen Yerin (Aşı, Dr Odası, Kan Alma Odası vb) İşaret Levhaları İle Bulunabilmesine Göre Dağılımı.....	79
5.10. Sağlık Kurumundaki Bekleme Salonunun; Temizlik, Genel Düzeni Ve Aydınlatmasına Göre Dağılımı.....	79
5.11. Sağlık Kurumundaki Bekleme Salonunun; Oturacak Yerlerin Yeterliliği ve Sakinliğine Göre Dağılımı.....	80
5.12. Sağlık Kurumunun Isıtma Ve Havalandırmasına Göre Dağılımı.....	81

5.13. Sağlık Kurumunda Hizmet Veren Laboratuvar Hizmetinin Kapsamına Göre Dağılımı.....	81
5.14. Tahlil Sonuçlarının Belirtilen Zamanda Verilmesine Göre Dağılımı.....	82
5.15. Tahlil Ve Tetkik İşlemlerini (Kan, İdrar Tahlili) Yaptırmak İçin Beklenen Süreye Göre Dağılımı.....	82
SONUÇ	84
KAYNAKÇA	87
EKLER	
EK 1 Aile Hekimliği Hizmetleri Değerlendirme Anket Formu	91
EK 2 T. C. Edirne Valiliği Valilik Makamı Onay Yazısı.....	95

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo No:	Sayfa No.
Tablo 1. Hasta Memnuniyet Araştırmalarında Kullanılan Yöntemlerin Avantaj Ve Dezavantajları	25
Tablo 2. Hastaların Sosyal Güvencelerine Göre Frekans Dağılımı.	42
Tablo 3. Hastaların Kronik Hastalıklarına Göre Frekans Dağılımı	42
Tablo 4. Hastaların Bu Sağlık Kurumuna Geliş Nedenlerine Göre Frekans Dağılımı.	43
Tablo 5. Hastaların Bu Sağlık Kuruluşuna Son Altı Ayda Kaçınıcı Gelişine Göre Frekans Dağılımı.....	44
Tablo 6. Hastaların Hizmet Aldığı Aile Sağlığı Merkezine Göre Frekans Dağılımı.....	45
Tablo 7. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Frekans Dağılımı.....	45
Tablo 8. Hastaların Yaşlarına Göre Frekans Dağılımı.....	46
Tablo 9. Hastaların Medeni Durumlarına Göre Frekans Dağılımı.....	46
Tablo 10. Hastaların Öğrenim Durumlarına Göre Frekans Dağılımı.....	47
Tablo 11. Hastaların Oturduğu Yere Göre Frekans Dağılımı.....	48
Tablo 12. Hastaların Yaptıkları İşe Göre Frekans Dağılımı.....	48
Tablo 13. Hastaların Sosyo-Ekonomik Durumlarına Göre Frekans Dağılımı.....	49
Tablo 14. Hastaların Memnuniyet Sayılarının Sosyal Güvence Açısından Çapraz Frekans Dağılımı.....	49
Tablo 15. Hastaların Memnuniyet Sayılarının Kronik Hastalık Açısından Çapraz Frekans Dağılımı.	50
Tablo 16. Hastaların Memnuniyet Sayılarının Sağlık Kurumuna Geliş Nedeni Açısından Çapraz Frekans Dağılımı	51
Tablo 17. Hastaların Memnuniyet Sayılarının Sağlık Kurumuna Son Altı Ayda Geliş Sayısına Göre Çapraz Frekans Dağılımı	51
Tablo 18. Hastaların Memnuniyet Sayılarının Hizmet Alınan ASM'ne Göre Çapraz Frekans Dağılımı.....	52
Tablo 19. Hastaların Memnuniyet Sayılarının Cinsiyete Göre Çapraz Frekans Dağılımı.....	53
Tablo 20. Hastaların Memnuniyet Sayılarının Yaşa Göre Çapraz Frekans Dağılımı.....	53
Tablo 21. Hastaların Memnuniyet Sayılarının Medeni Duruma Göre Çapraz Frekans Dağılımı.....	54
Tablo 22. Hastaların Memnuniyet Sayılarının Öğrenim Durumuna Göre Çapraz Frekans Dağılımı	55

Tablo 23. Hastaların Memnuniyet Sayılarının Mesleğe Göre Çapraz Frekans Dağılımı.....	56
Tablo 24. Hastaların Memnuniyet Sayılarının Sosyo-Ekonomik Duruma Göre Çapraz Frekans Dağılımı	56
Tablo 25. Hastaların Doktora Ulaşabilme İmkanına Göre Frekans Dağılımı.....	57
Tablo 26. Doktorun Hastaları Karşılmasına ve Nezaketine Göre Frekans Dağılımı.....	58
Tablo 27. Doktorun Hastaları Muayene Sırasında Dinlemesine ve Soru Sormaya Zaman Ayırmasına Göre Frekans Dağılımı.....	58
Tablo 28. Doktorun Hastaları Muayene Sırasında Mahremiyete Verdiği Özene Göre Frekans Dağılımı.....	59
Tablo 29. Hastaların Muayene Odasında Hissettikleri Rahatlık Düzeyine Göre Frekans Dağılımı.....	60
Tablo 30. Doktorun Muayenesine Göre Frekans Dağılımı	60
Tablo 31. Sağlık Durumuyla İlgili Olarak Duyulan Kaygılara Doktorun Yaklaşımına Göre Frekans Dağılımı	61
Tablo 32. Doktorun Hastalığı Doğru Teşhis Ve Tedavi Edebilme Becerisine Göre Frekans Dağılımı.....	61
Tablo 33. Aile Hekiminden Mesai Saatleri Dışında Hizmet Alma Durumuna Göre Frekans Dağılımı.....	62
Tablo 34. Aile Hekiminin İlaçların Nasıl Kullanılması Gerektiği Ve Yan Etkileri Konusunda Bilgilendirmesine Göre Frekans Dağılımı.....	63
Tablo 35. Aile Hekiminin Yapılacak Tetkik Ve Tedavilerin Ayrıntıları Konusunda Bilgilendirmesine Göre Frekans Dağılımı.....	63
Tablo 36. Aile Hekiminin Hastalık Konusunda Bilgilendirmesine Göre Frekans Dağılımı	64
Tablo 37. Aile Hekiminin Hastalık İle İlgili Olarak Yaptığı Açıklamaların Anlaşılabilirliğine Göre Frekans Dağılımı	65
Tablo 38. Aile Hekiminin, Sağlık Bilgi Ve Kayıtlarını İzlemesine Göre Frekans Dağılımı	65
Tablo 39. Aile Hekiminin, Sağlığı Koruyucu Eğitim Vermesine Göre Frekans Dağılımı	66
Tablo 40. Aile Hekiminin, Reçete Ettiği İlaçların Faydasına Göre Frekans Dağılımı	66
Tablo 41. Rahatsızlıkla İlgili Olarak Uzman Gerektiğinde, Aile Hekiminin Hastaneden Randevu Alıp Sevk Etmesine Göre Frekans Dağılımı.....	67
Tablo 42. Sağlık Kuruluşuna Gelindiğinde Kendi Aile Hekimine Ulaşılabilirliğe Göre Frekans Dağılımı.....	68

Tablo 43. Aile Hekiminin, Muayene İçin Ayırdığı Zamana Göre Frekans Dağılımı	68
Tablo 44. Bu Sağlık Kuruluşunda Tedavi Gören Hastaların Sağlıklarına Kavuşabilme Durumuna Göre Frekans Dağılımı	69
Tablo 45. ASM’nde Yapılacak Kayıt ve Tıbbi İşlemler Konusunda Yönlendiren Personelin Davranışlarına Göre Frekans Dağılımı	70
Tablo 46. Sağlık Personelinin Görüşmeye Alma Süresine Göre Frekans Dağılımı ..	70
Tablo 47. Sağlık Kurumunda Hizmet Veren Ebe/Hemşire/Sağlık Memurunun Davranışına Ve Sorunla İlgili Olarak Bilgilendirmesine Göre Frekans Dağılımı	71
Tablo 48. Sağlık Kurumunda Hizmet Veren Ebe/Hemşire/ Sağlık Memurunun Sorunlar Karşısında Göstermiş Olduğu Duyarlılık Ve İlgiye Göre Frekans Dağılımı.....	72
Tablo 49. Sağlık Kurumunda Hizmet Veren Ebe/Hemşire/ Sağlık Memurunun Vermiş Olduğu Tıbbi Hizmete Göre Frekans Dağılımı.....	73
Tablo 50. ASM’nde Yapılacak Kayıt İşlemlerinin Hızına Göre Frekans Dağılımı...	73
Tablo 51. Hastaların ASM’ne Ulaşım Koşullarına Göre Frekans Dağılımı	74
Tablo 52. ASM’nin Muayene Saatlerinin Uygunluğuna Göre Frekans Dağılımı	74
Tablo 53. Hastaların ASM’ndeki Bekleme Salonu; (Temizlik, Aydınlatma, Isı ve Sakinliği, Oturulacak Yerler) Konusundaki Genel Görüşlerine Göre Dağılımı	75
Tablo 54. Hastaların ASM’ndeki Tıbbi Cihaz ve Donanımın Yeterliliği Konusundaki Görüşlerine Göre Frekans Dağılımı	76
Tablo 55. Laboratuvarıda Tetkik İçin Örneklerin (Kan, İdrar)Alınma Hızı Ve Sonuçlarının Verilme Hızına Göre Frekans Dağılımı	76
Tablo 56. Sağlık Kuruluşunda Verilen Hizmetin Genel Değerlendirilmesine Göre Frekans Dağılımı.....	77
Tablo 57. Acil Sağlık Problemlerinde Sağlık Kuruluşundan Yardım Alabilme Durumuna Göre Frekans Dağılımı	78
Tablo 58. İhtiyaç Olan Sağlık Hizmetini Hastaneye Gitmeden Bu Sağlık Kurumundan Alabilme Durumuna Göre Frekans Dağılımı	78
Tablo 59. Sağlık Kurumu İçinde Gitmek İstenilen Yerin (Aşı,Dr Odası, Kan Alma Odası vb) İşaret Levhaları İle Bulunabilmesine Göre Frekans Dağılımı	79
Tablo 60. Sağlık Kurumundaki Bekleme Salonunun; Temizlik, Genel Düzeni ve Aydınlatmasına Göre Frekans Dağılımı	79
Tablo 61. Sağlık Kurumundaki Bekleme Salonunun; Oturacak Yerlerin Yeterliliği Ve Sakinliğine Göre Frekans Dağılımı	80

Tablo 62. Sağlık Kurumunun Isıtma Ve Havalandırmasına Göre Frekans Dağılımı	81
Tablo 63. Sağlık Kurumunda Hizmet Veren Laboratuvar Hizmetinin Kapsamına Göre Frekans Dağılımı.....	81
Tablo 64. Tahlil Sonuçlarının Belirtilen Zamanda Verilmesine Göre Frekans Dağılımı	82
Tablo 65. Tahlil Ve Tetkik İşlemlerini (Kan,İdrar Tahlili) Yaptırmak İçin Beklenen Süreye Göre Frekans Dağılımı	82

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil No:	Sayfa No.
Şekil 1. Hasta Beklentilerini Etkileyen Faktörler.....	16
Şekil 2. Hasta Hekim İletişimi.....	19
Şekil 3. Hasta Memnuniyet Ölçüm Yaklaşımları.....	34

KISALTMALAR

AH	: Aile Hekimi
AHB	: Aile Hekimliği Birimi
AHU	: Aile Hekimliği Uygulaması
ASE	: Aile Sağlığı Elemanı
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
C.	: Cilt
Ed.	: Editör
p	: İstatistiksel Anlamlılık Düzeyi
S.	: Sayı
s.	: Sayfa
SBE	: Sosyal Bilimler Enstitüsü
SPSS	: Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paketi
T.C.	: Türkiye Cumhuriyeti
TSM	: Toplum Sağlığı Merkezi
vd.	: Ve diğerleri
YDT	: Yayınlanmamış Doktora Tezi

GİRİŞ

- **Çalışma Konusunun Seçimi:** Sağlık, sadece hastalık ve sakatlık durumunun olmayışı değildir. Kişinin beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olmasıdır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sağlığı, "sadece hastalıklardan ve mikroplardan korunma değil, bir bütün olarak fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan iyi olma hali" olarak açıklamaktadır. Sağlık hizmetleri, sağlamlık halinin korunmasını, sağlığın geliştirilmesini, sağlığı olumsuz etkileyen unsurların giderilmesini, önlenmesini, yeniden iyilik haline kavuşulması için gereken tanı ve tedavi işlemlerini, kalıcı hastalıklar ortaya çıktığı zaman bu hastalıkların yaşamla bütünleşir hale gelmesi için gereken destek işlemlerini, genel ve özel sağlık eğitimini içermektedir.

Müşteri memnuniyeti, kaliteli hizmetin önemli bir göstergesidir. Sağlık sektöründe müşteri kavramı, yalnızca hastaları değil, bunun yanında sağlık hizmeti sürecine katılan tüm birey ve kurumları kapsamaktadır. Sağlık sektöründe hasta memnuniyetinin sağlanması için verilen hizmetlerinin kaliteli olması gerekmektedir. Hastaların Aile Sağlığı Merkezi(ASM)'nden aldıkları sağlık hizmetlerinden memnuniyet duymaları, tüm ASM hizmetleri ile ilgili memnuniyet düzeyini etkilemektedir. Bu konunun seçilme nedeni, birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliği sisteminden memnuniyet durumunu öğrenip, sistemdeki eksiklikleri tespit ederek eksikliklerin giderilmesine yardımcı olmaktır.

- **Çalışmanın Amacı:** Sağlık hizmetlerinde hastaların memnuniyet düzeyleri önemlidir. Hizmet sunumunda maddi faktörlere göre hekim, hemşire, diğer sağlık personelleri gibi beşeri faktörler daha önemlidir. Bu çalışmada amaç, EUROPEP ölçeği kullanılarak, Aile Hekimliği Uygulaması(AHU)'nda, hastaların Edirne Merkezde birinci basamak hekimlerini ve aldıkları sağlık hizmetini değerlendirmesi yoluyla hasta memnuniyetini ve bunu etkileyen faktörleri ve hasta memnuniyeti üzerine aile hekimliği uygulamasının etkisini araştırmaktır.

- **Çalışmanın Önemi:** Son yıllarda Aile Hekimliği Sistemine geçiş ile Birinci Basamak Sağlık hizmetlerinde yenilikler meydana gelmektedir. Bu yeniliklerden hastaların memnuniyet durumu önem arz etmektedir. Hasta memnuniyeti, sağlık

hizmetlerinde memnuniyetin ölçülmesinde önemli bir faktördür. Bu çalışmanın sonuçlarına göre Aile Hekimliği sisteminden hastaların memnuniyet durumunun değerlendirmesi yapılabilecektir. Bu sebeple yapılan çalışma hastaların aile hekimliği sisteminden memnuniyetlerini belirlemek için önemli olmaktadır.

- **Çalışmanın Planı:** Çalışma giriş ve sonuç bölümleri dışında üç ana bölüm olarak yapılmaktadır. Çalışmanın birinci bölümünde; aile hekimliği sistemi ile ilgili genel tanımlar yapılacaktır. Çalışmanın ikinci bölümünde; sağlık hizmetlerinde memnuniyet kavramı açıklanacak, hasta memnuniyetinin boyutları, hasta memnuniyetini etkileyen faktörler ve hasta memnuniyetini ölçme ve değerlendirme yöntemleri incelenecektir. Çalışmanın son bölümünde de Edirne il merkezinde aile hekimliğinin tarihçesi açıklanıp, yapılan örnek çalışmanın analizleri belirtilecektir.

Çalışmaya katılmayı kabul etmiş olan ve hekimlere son bir yıl içinde en az bir kez başvuruda bulunmuş olan 18 yaş üstü hastalar çalışmaya alınmış olup, kişiyle iletişimi engelleyecek bir problemi (demans, psikoz, mentalreterdasyon, anlaşılmayı engelleyecek işitme özürü vb.) bulunanlar çalışmaya alınmamıştır.

Bu çalışmada, çalışma konusu ile ilgili yapılan tezler, makaleler, kitaplar ve mesleki deneyimlerden faydalanılarak sonuca varılmaktadır. Çıkan sonuçlar değerlendirilip öneriler getirilerek çalışma tamamlanmıştır.

Çalışmanın evrenini Eylül 2013 ile Aralık 2013 tarihleri arasında Edirne il merkezindeki ASM'ne başvuran, 18 yaş üzerindeki hastalar oluşturmaktadır.

Edirne merkezde 20 tane faal olarak çalışan ASM bulunmaktadır. Edirne merkezdeki tüm ASM'nde bu araştırmayı yürütmek maliyet ve zaman yönünden zor olduğu için merkezdeki 10 ASM seçilmiştir. Bunlar; Saraçhane ASM, Muradiye ASM, Kıyık ASM, Kutlutaş ASM, Ayşekadın ASM, Yıldırım ASM, Esentepe ASM, Şükrüpaşa ASM ve Binevler ASM'dir.

- **Kullanılan Metot ve Teknikler:** Araştırma için yüz yüze anket yönteminden faydalanılmıştır. Aile Hekimliği Hizmetleri Değerlendirme Anket Formundan yararlanılarak veriler değerlendirilmiştir. Örneklem giren hastalara uygulanmak amacıyla, 54 sorudan oluşan anket hazırlanmıştır. Araştırma anket

formunda hastalara ASM’nde almış oldukları hizmetlerle ilgili değerlendirmeleri ve kişisel bilgileri sorulmuştur. Anket formunda ASM’ne gelen hastaların almış oldukları hizmetlerine ilişkin değerlendirmelerini içeren sorularda 5’li Likert tipi ölçekleme kullanılmıştır. (5-Çok iyi, 4-İyi, 3-Orta, 2-Yetersiz, 1-Çok Yetersiz)

İlk bölümde 42 sorudan oluşan EUROPEP Ölçeği Türkçe Versiyonu kullanıldı. İkinci bölümde ise hastaya ait 12 sorudan oluşan kişisel bilgiler formu kullanıldı. Bu formla kişinin sosyal güvencesi, kronik hastalığı, hizmet aldığı aile sağlığı merkezi, yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, öğrenim durumu, mesleği, sosyo-ekonomik durumu, son altı aydaki birinci basamak başvuru sayısı ile şu anki başvuru nedeni öğrenildi. Anketimizin Güvenilirlik analizi için Cronbach’s Alpha değeri kullanıldı.

- **Karşılaşılan Zorluklar:** Hastaların bir kısmının anketi doldurmakta isteksiz oldukları gözlemlenmiştir. Bir an önce ASM’de sağlık hizmetlerini alıp gitmek istediklerini ve anketle ilgili bir zaman kaybı olarak düşündüklerini belirten hastalar olmuştur. Bu gibi hastalarla yapılan anketler değerlendirmeye alınmamıştır.

- **Çalışmanın Varsayımları:** Bu çalışmada aşağıdaki varsayımlar test edilmiştir:

- i. Aile hekiminin hastalara empatik davranışı ile hasta memnuniyeti arasında doğru orantı vardır.
- ii. Aile hekimliğine müracaat edenlerin bekleme süreleri kısaldıkça hasta memnuniyeti yükselir.
- iii. Aile Sağlığı Merkezi’ne ulaşım imkanları kolaylaştıkça aile hekimliğine olan başvuru sayısı da artar.
- iv. Aile hekimlerinin mahremiyete verdiği önem arttıkça hasta memnuniyeti yükselir.
- v. Aile hekimliğinde çalışan aile sağlığı elemanının vatandaşa davranışları ve sorunlarıyla ilgili bilgilendirme yapması ile memnuniyet arasında doğru orantı vardır.

BİRİNCİ BÖLÜM

AİLE HEKİMLİĞİ SİSTEMİ

1. AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ ve TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ

1.1. Aile Sağlığı Merkezi

Mevzuatta ASM şu şekilde tanımlanmaktadır: “Bir veya birden fazla Aile Hekimi (AH) ve Aile Sağlığı Elemanı (ASE) ile aile hekimliği hizmetinin verildiği sağlık kuruluşunu ifade eder.”¹ASM’nde AH ve ASE bir ekip anlayışı içinde görevlerini yapmaktadır. ASM hizmet verilen nüfusun kolay ulaşabileceği merkezi bir yerde planlanmaktadır.

ASM bina büyüklüğü çalışan hekim sayısına göre değişmektedir. Edirne’de 50 ASM, 114 Aile Hekimliği Birimi (AHB) bulunmaktadır.50 ASM’nin 18 tanesi tek hekimli,12 tanesi 2 hekimli,11 tanesi 3 hekimli,5 tanesi 4 hekimli ve 4 tanesi de 5 hekimli olarak hizmet vermektedir. 114 AHB’nden 2 AHB pozisyonu boş olup ASE olarak da 4 pozisyon boş bulunmaktadır.²

1.2. Toplum Sağlığı Merkezi (TSM)

Bölgesinde yaşayan toplumun sağlığını geliştirmeyi ve korumayı ön plana alarak sağlıkla ilgili risk ve sorunları belirleyen, bu sorunları gidermek için planlama yapan ve bu planları uygulayan, uygulatan; birinci basamak koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini müdürlüğün sevk ve idaresinde organize eden, bu hizmetlerin verimli şekilde sunulmasını izleyen, değerlendiren ve destekleyen, bölgesinde bulunan sağlık kuruluşları ile diğer kurum ve kuruluşlar arasındaki koordinasyonu sağlayan sağlık kuruluşudur.³

Edirne ilinde Aile hekimliğine geçiş döneminden bu yana her ilçede birer tane olmak üzere 9 tane TSM ile hizmet verilmeye devam edilmektedir. Bu şekilde

¹Türkiye Cumhuriyeti (T. C.) Sağlık Bakanlığı, “Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ile Sözleşme Usul Ve Esasları Hakkında Yönetmelik”; <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/3.5.20101237.pdf> (15.10.2013)

²Edirne Halk Sağlığı Müdürlüğü Arşiv Kayıtları

³T. C. Sağlık Bakanlığı, “Toplum Sağlığı Merkezlerinin Kurulması Ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge”; <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-72984/h/tsmyonergerge.pdf> (20. 10. 2013)

hizmet veren TSM'leri yıllar içinde yenilenen yönetmeliklerdeki kriterlere uygun planlandığından değişiklik yapılmasına ihtiyaç duyulmamaktadır.

Sağlık Bakanlığı Yönergesine göre Toplum Sağlığı Merkezleri aşağıdaki hizmetleri sunmaktadır:

- “a) İdari ve mali işler
- b) Kayıt ve istatistik
- c) Plan ve program yapma
- d) Üniversitelerle işbirliği
- e) İzleme ve değerlendirme
- f) Bulaşıcı hastalıkların kontrolü
- g) Bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü
- h) Üreme sağlığı hizmetleri
- ı) Ulusal programlar
- i) Adli tıp hizmetleri
- j) Acil sağlık hizmetleri
- k) Kaza ve yaralanmalardan korunma hizmetleri
- l) Görüntüleme ve laboratuvar hizmetleri
- m) Çevre sağlığı hizmetleri
- n) İş sağlığı ve güvenliği hizmetleri
- o) Afet hizmetleri
- ö) Sağlığın geliştirilmesi ve teşviki

- p) Sağlık eğitimi hizmetleri
- r) Toplu yaşam alanları ve okul sağlığı hizmetleri
- s) Sosyal hizmet çalışmaları.”¹

TSM, bölgesindeki sağlık hizmetlerini yürütmektedir. Sağlık hizmetini bir bütün olarak değerlendirmektedir. Sağlık kuruluşları ile koordinasyonu sağlamak, gerektiğinde diğer kuruluşlarla işbirliği yapmak suretiyle toplumun ve bireylerin sağlığını korumak ve sağlık düzeylerini yükseltmekten sorumlu tutulmaktadır.

2. AİLE HEKİMİ ve AİLE SAĞLIĞI ELEMANI

2.1. Aile Hekimi

Kişilerin ikamet yerlerinin yakınlarında ya da kolaylıkla ulaşabilecekleri bir yerde bulunan, öncelikle başvuru yapabilecekleri, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, her kişiye hizmet vermekle yükümlü, gerektiğinde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya zorunlu kılınan eğitimleri alan uzman tabiplerdir. Aile hekimi uzmanı yanı sıra pratisyen hekimler de eğitimlerini tamamladıkları sürece aile hekimliği görevini yürütebilmektedir. Türkiye’de bilindiği üzere yeterli uzman hekim olmadığından genellikle pratisyen hekimler aile hekimliğini yürütmektedir.

Yönetmelik AH’nin görevlerini şu şekilde açıklamaktadır:

“1) Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek,

2) AH, kendisine kayıtlı kişileri bir bütün olarak ele alıp, kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini sunmak,

3) Sağlıkla ilgili olarak kayıtlı kişilere rehberlik yapar, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerini vermek,

¹T. C. Sağlık Bakanlığı, “Toplum Sağlığı Merkezlerinin Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge”; <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-72984/h/tsmyonerge.pdf>, (20. 10. 2013)

4) Kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için altı ay içinde ev ziyaretinde bulunup veya kişiler ile iletişime geçmek,

5) Kayıtlı kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik izlem ve taramaları (kanser, kronik hastalıklar, gebe, loğusa, yenidoğan, bebek, çocuk sağlığı, adölesan, erişkin, yaşlı sağlığı ve benzeri) yapmak,

6) Periyodik sağlık muayenesi yapmak,

7) Tetkik hizmetlerinin verilmesini sağlamak ya da bu hizmetleri vermek,

8) Kendisine kayıtlı kişileri yılda en az bir defa değerlendirerek sağlık kayıtlarını güncellemek.

9) Evde takibi zorunlu olan özürlü, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kendisine kayıtlı kişilere evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek,

10) ASM şartlarında tanı veya tedavisi yapılamayan hastaları sevk etmek, sevk edilen hastaların geri bildirimi yapılan muayene, tetkik, tanı, tedavi ve yatış bilgilerini değerlendirmek, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde bakım hizmetlerinin koordinasyonunu sağlamak,

11) Gerektiğinde hastayı gözlem altına alarak tetkik ve tedavisini yapmak,

12) Entegre sağlık hizmetinin sunulduğu merkezlerde gerektiğinde hastayı gözlem amaçlı yatırarak tetkik ve tedavisini yapar,

13) ASM'ni yönetmek, birlikte çalıştığı ekibi denetlemek ve hizmet içi eğitimlerini sağlamak,

14) İlgili mevzuatta birinci basamak sağlık kuruluşları ve resmi tabiplerce kişiye yönelik düzenlenmesi öngörülen her türlü sağlık raporu, sevk evrakı, reçete ve sair belgeleri düzenlemektir.”¹

AH bütüncül, sürekli ekip anlayışı içinde kendine kayıtlı kişilerin savunucusu olarak, mahremiyeti koruyarak ve ilk başvuru noktası olarak birinci basamak sağlık hizmetini sunmaktadır. AH, kişilerin doğumundan ölümüne kadar sağlığı ile ilgili hizmetleri koruyucu hekimlik uygulamaları yanında ayakta tanı ve tedavi işlemlerinin çoğunluğunu üstlenmektedir.

2.2. Aile Sağlığı Elemanı

AH ile birlikte, sözleşmeli olarak veya Türkiye Halk Sağlığı Kurumu veya eğitim kurumunca görevlendirilerek hemşire, ebe, sağlık memuru (toplum sağlığı) ve acil tıp teknisyenleri ASE olarak çalışmaktadır.² ASE beraber çalıştığı AH ile bir ekip anlayışı içinde hizmet vermektedir. AH’nin gözetiminde tıbbi uygulamaları yapar, sağlık kayıtlarını tutar, tıbbi malzemenin hazır bulundurulmasını sağlar, tetkikler için numune alımını yapar.

3. GEZİCİ SAĞLIK HİZMETİ, EĞİTİM VE SERTİFİKASYON

3.1. Gezici Sağlık Hizmeti

Aile hekimliği hizmetleri arasında gezici sağlık hizmeti de bulunmaktadır. Bunlar; Ev ziyaretleri, Gebe takipleri, Bebek takipleri, Aşılama hizmetleri, AH’nin öngördüğü kronik hastalar için evde takip hizmetleridir.³

Aile Hekimleri gezici ve yerinde sağlık hizmetlerini Bakanlık tarafından belirlenmiş gezici hizmet nüfusuna göre planlanmış saat dilimleri süresinde vermektedir. Gezici ve yerinde sağlık hizmetleri uygulama talimatnamesine göre;

¹T.C. Sağlık Bakanlığı, “Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği”;
http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=51&Itemid=210, (20.08.2013)

²T. C. Sağlık Bakanlığı, “Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği”;
http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=51&Itemid=210, (20.08.2013)

³Z. Öztekin, Türkiye’de Sağlık Hizmetleri, Ankara, 2008, sayfa (s.) 39

“a) Gezici sağlık hizmeti veren AH, b6lgelerindeki mobil hizmet b6lgesi olarak belirlenmiş olan dağınlık yerleşim birimlerine belirli bir plan dâhilinde periyodik olarak ulaşmaları ve bu şekilde hizmet vermeleri esastır. Bunun için aile hekimi, coğrafi durum, iklim koşulları, ulaşım şartları ve kendisine bağlı olan yerleşim birimlerinin sayısını dikkate alarak hizmeti aksatmayacak şekilde ziyaret yapar. AH gezici sağlık hizmeti vermekle y6k6ml6 olduğu her yerleşim birimine ayda en az bir kere gidecektir.

b) AH, ASE ile birlikte ekip anlayışı içinde, mobil sağlık hizmetlerini vermekle y6k6ml6d6rl6r. Gezici Sağlık hizmetleri sırasında AH’nin sorumlu oldukları yerleşim birimlerindeki kişilere koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini vermeleri esastır.

c) T6m Aile hekimleri kendilerine kayıtlı kişileri yaşadıkları mekânda bir kez olsun ziyaret etmelidir. AH, ilk defa uygulamaya geçilen b6lgelerde bu ziyaret ile kayıtlı kişilerinin sağlık durumlarının tespitini yapar. AH’nin bu ziyaretleri 6 ay içerisinde tamamlaması gerekmektedir. Kendisine kayıtlı kişileri yılda en az bir defa değerlendirerek sağlık kayıtlarını g6ncellemektedir.

d) M6lki idare amirinin takdir edeceği m6cbir sebeplerle mobil sağlık hizmetlerinin yapılamaması hariç, mobil sağlık hizmeti yapılmadığı zaman mobil hizmet 6creti 6demesinde kesinti yapılmaktadır.

e) AH, Sağlık M6d6rl6đ6 tarafından gezici sağlık hizmeti belirlenmemiş k6y ve beldelerine de programında g6stermek suretiyle hizmet verebilmektedir. Ancak bu birimlerdeki gezici sağlık hizmetine karşılık mobil hizmet 6creti 6demesi yapılamamaktadır.”¹

İller kendi coğrafi durumlarına g6re gezici hizmet b6lgelerini planlamaktadır. Sadece n6fus ya da mesafe kriter alınmamaktadır, bazı durumlarda d6ř6k n6fuslu olmasına rağmen ulaşım zorluğu olan b6lgeler de gezici hizmet kapsamına

¹Kocaeli Sağlık M6d6rl6đ6, “Gezici Ve Yerinde Sağlık Hizmetleri Uygulama Talimatnamesi”; http://www.kocaelism.gov.tr/ah/document/gezici_mobil/talimat.pdf (20.01.2014)

alınabilmektedir. Türkiye’de coğrafi durum farklılıkları olduğundan gezici hizmet kriteri oluşturulmamıştır.

3.2. Eğitim ve Sertifikasyon

Aile hekimliği eğitimlerinin iki aşama halinde sürdürülmesi öngörülmektedir. Geçiş dönemi eğitimi disiplinin temel özelliklerini içeren bir adaptasyon eğitiminden oluşan 10 günlük birinci aşama eğitimi (ASE için 3 günlük) ve ardından esas olarak görev yerinde eğitim ve koçluk özelliklerinden oluşacak olan 3 yıllık bir eğitimden oluşmaktadır. Birinci aşama eğitimi olarak planlanan ve adaptasyon amaçlı bu 10 günlük eğitim sonunda katılımcıların birinci basamakta AHU temel özelliklerini kavramaları, bu özelliklerine uygun tutum geliştirmeleri, kendi öğrenme gereksinimlerini tanımlayabilmeleri, var olan bilgilerini tazelemeleri ve hekimlik uygulamalarında kullanabilecekleri yeni beceriler kazanmaları amaçlanmaktadır.¹

AHU’nı sürekli yapabilmek için gereken ikinci aşama eğitimlerinin de birinci aşama eğitimlerinden sonra alınması gerekmektedir. İkinci aşama eğitim programının içeriğinin hazırlanması ile ilgili çalışmalar Sağlık Bakanlığı ile Üniversitelerin Anabilim Dallarının yer aldığı komisyonlarda halen devam etmektedir. Buradaki eğitimlerden de Avrupa Birliği ile uyum sürecinde geçiş dönemi eğitimi alanların klinik uygulama yapabilmesinin sağlanması ve geçiş dönemi eğitimlerinin aile hekimliği uzmanlık eğitiminin bir bölümüne sayılması hedeflenmektedir.²

Aile hekimliği uzmanlarının, birinci ve ikinci aşama eğitimlere katılma zorunluluğu yoktur. Sözleşme imzalamış aile hekimliği uzmanları, uzman tabip, tabip ve aile sağlığı elemanları; içeriği, süresi ve standartları Kurum tarafından belirlenen diğer hizmet içi eğitimlere alınabilmektedir. AH ve ASE’nın alınması öngörülen her eğitim süresinin en az % 80’ine devam etme zorunluluğu bulunmaktadır.³

¹O. Göktaş, “Türkiye’de Aile Hekimliği ve Geçiş Dönemi Eğitimlerinde Düzce’deki İlk Uygulamalar”, Hekimce Bakış Dergisi, Ocak-Haziran, Sayı (S.) 62, Bursa, 2005, s.43

²Göktaş, s.44

³T. C. Sağlık Bakanlığı, “ Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği ”;
http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=53&Itemid=212 (26.08.2013)

Türkiye’de mesleğini icra etmeye yetkili, Tıpta Uzmanlık Tüzüğüne göre aile hekimliği uzmanı olanlar ile Bakanlığın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabipler AH olabilmektedir. Sağlık meslek liseleri veya yükseköğrenim kurumlarının ebelik, hemşirelik, sağlık memurluğu (toplum sağlığı) veya acil tıp teknisyenliği bölümünden mezun olanlar ASE olabilmektedir. Sözleşmeli olarak çalışan AH ya da ASE, bilimsel faaliyetler hariç kazanç getirici başka bir iş yapamamaktadır.

Ülkemizde aile hekimliği uzmanlığını almış hekimlerin sayısı yetersizdir. Bu sebeple aile hekimliğine geçiş döneminde mevcut hekimler görev almış bulunmaktadır. Dolayısıyla geçiş dönemindeki eğitim çok önem kazanmaktadır.¹

4. DOKTOR SEÇME, DEĞİŞTİRME ÖZGÜRLÜĞÜ ve PERFORMANS KRİTERLERİ

4.1. Doktor Seçme ve Değiştirme Özgürlüğü

Kişilerin AH’ne ilk kaydı, müdürlük tarafından ikamet ettikleri bölge göz önünde bulundurularak yapılmaktadır. Yeni doğanlar ile henüz nüfusa kayıtlı olmayan bebek ve çocuklar annelerinin kayıtlı olduğu aile hekimine kaydedilmektedir. Kişiler, aile hekimini bölge sınırlaması olmaksızın serbestçe seçebilmektedir. Zorunlu haller dışında AH üç aydan önce değiştirilememektedir. AH değişikliği kişilerin yazılı talebi üzerine hizmet almak istediği aile hekimince veya ilgili TSM tarafından yapılmaktadır. AH tarafından yapılan değişiklik, talep belgesi ile birlikte beş iş günü içerisinde ilgili TSM’ne ulaştırılması gerekmektedir.

Sağlık hizmeti sunumu sırasında meydana gelen şiddet olayının adli veya mülki idare makamlarınca verilen belgeyle belgelendirilmesi durumunda, AH veya ASE’na şiddet uygulayan kişinin müdürlükçe mevcut AH’nden kaydı silinmektedir. Bu şekilde kaydı silinen kişinin, aynı iş günü içerisinde yeni AH seçmemesi durumunda ikamet ettiği bölge göz önünde bulundurulmak suretiyle kayıtlı nüfusu en düşük AH’ne müdürlükçe kaydı yapılmaktadır.²

¹S. Korukluoğlu, ve diğerleri (vd.), “Neden Aile Hekimliği”, T.C. Sağlık Bakanlığı Aile Hekimliği Türkiye Modeli (Ed. S. Görpelioğlu), Ankara, 2004, s.78

²T.C. Sağlık Bakanlığı, “Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği”, T.C. Resmi Gazete, S.28539, Ankara, 25.01.2013, s.1; <http://www.resmigazete.gov.tr> , (01.11.2013)

İkamet ettiği ilden başka bir ile ikamet amacıyla yeni gelen kişiler istedikleri bir AH'ne kayıt yaptırmaktadır. İkamet amacıyla yer değiştiren kişinin talepte bulunmaması halinde, 30 gün içerisinde TSM tarafından kişiye ulaşılarak ve kendisine bilgi verilmek sureti ile yeni adresine yakın AH'nden nüfusu en düşük olanına kayıt edilmektedir. Herhangi bir nedenle bölgedeki AH tarafından kayıt edilemeyen kişi, müdürlük tarafından öncelikle ikamet ettiği yere yakın ve en az kişi kaydı olan AH'nin listesine eklenmektedir.

Gezici sağlık hizmeti verilen yerlerde oturan kişiler, gezici sağlık hizmeti almak üzere başka bir AH'ne kayıt olamamaktadır. Ancak başka bir AH'ne kayıt olmak isterlerse, kayıt oldukları AH'nin AHB'nden hizmet almaktadır. Bu durumda, kayıt olunan yeni AH o kişi veya kişiler için gezici sağlık hizmeti vermekle yükümlü tutulmamaktadır. Sürekli ikamet ettiği bölgeden uzakta kalacak kişi veya geçici süre ile Türkiye'de ikamet edecek olan kişi, kendisine yakın konumdaki bir AH'nden misafir olarak sağlık hizmeti almaktadır. Ancak 5216 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanununa tabi olan ilçeler misafir uygulaması bakımından tek bölge kabul edilmektedir. AH misafir kişiler için herhangi bir ücret talep edememektedir. ¹

4.2. Performans Kriterleri

Aile hekimlerinin performans değerlendirmeleri bireye yönelik olarak vermiş oldukları koruyucu sağlık hizmetleri dikkate alınarak yapılmaktadır. Bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinden hangilerinin ne oranda performans değerlendirmesinde etkili olacağına dair usul ve esaslar Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ile Sözleşme Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelikte belirlenen hükümler çerçevesinde belirlenmektedir.²

Gebe, bebek, çocuk izlemleri performans kriterleri arasında olup izlemlerin yapılmaması durumunda belli oranlarda performans kesintisi yapılmaktadır. Bilindiği üzere gebe izlemi 4,bebek izlemi 9,çocuk izlemi 8 defa olmak üzere yapılmakta,

¹T.C. Sağlık Bakanlığı, "Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği", T.C. Resmi Gazete, S.28539, Ankara, 25.01.2013, s.1; <http://www.resmigazete.gov.tr> , (01.11.2013)

²T. C. Sağlık Bakanlığı, "Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ile Sözleşme Usul Ve Esasları Hakkında Yönetmelik", <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/3.5.20101237.pdf> (15.10.2013)

kişisel sağlık kayıtlarının tutulması gerekmektedir. Bunun yanında performans kriterlerine dahil olmayan obezite, 0-6 yaş çocuğun psikososyal gelişimini değerlendirme, loğusa izlemleri de yapılmaktadır.

İKİNCİ BÖLÜM

HASTA MEMNUNİYETİ

1. HASTA MEMNUNİYETİ KAVRAMI

Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti kavramı, “hastanın beklediği hizmet düzeyi ile algıladığı hizmet düzeyi arasındaki fark ” olarak tanımlanmaktadır.¹ Memnuniyet düzeyinin, üründen beklenen fayda ile elde edilen fayda arasındaki orana bakmak suretiyle belirlenmesinin mümkün olabileceği ileri sürülmektedir. Hizmetin tüketimiyle elde edilen performans mevcut beklentilerin en azını karşılıyorsa ya da aşıyorsa, hastaların tatmin olacağı; buna karşın, beklentilerin altında kalınıyorsa tatminsizlik duyacağı söylenmektedir.²

Sağlık kurumlarında müşteri kavramı, önceki gibi yalnızca hastaları değil hastalarla beraber daha geniş boyutlu olarak sağlık hizmeti sürecine katılan tüm birey ve kurumları kapsamaktadır.³Sağlık hizmetleri sisteminde büyük değişimler yaşanmaktadır.1980’lerden bu yana sağlık politikalarında önemli yenilikler gündeme gelerek, bu değişim önem kazanmaktadır. Kişilerin kamu ve özel sağlık kuruluşlarından sınırsız ve sistematik olarak yararlandırılması, kaliteli sağlık bakımı hizmeti, bilgi teknolojisinin sağlık sistemine uyarlanması, hasta güvenliği, müşteri memnuniyetinin birincil önemde yer alması gibi çalışmalar gittikçe artırılarak sürdürülmektedir. ⁴

Artık sağlık kuruluşları, hastaların ilaç ihtiyaçlarıyla birlikte, estetik duygusal ve kültürel ihtiyaç ve beklentilerine de cevap vermek zorunda kalmaktadır. Çünkü bir sağlık kuruluşunun başarısı hastanın hizmetten memnun olarak tedaviye devam etmesi ve sonuçlandırılmasıdır. Memnun olmayan hasta tedaviyi yarıda kesebilmekte

¹A. Özer-E. Çakıl, “Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler”, Tıp Araştırmaları Dergisi, Cilt (C.) 5, S.3, Van, 2007, s.141

²A. Üzgöl, Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Müşteri Memnuniyeti, Ankara, 2006, s.21

³Ş. Kavuncubaşı, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara, 2000, s.292

⁴D. Aslan, vd., “Spor Merkezine Kayıtlı Olan Kadınların Sağlık-Hastalık Kavramları İle İlgili Görüşleri ve Sağlık Arama Davranışlarını Etkileyen Faktörler”, Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Dergisi, C.13, S.2, Kayseri, 2004, s.23-24

veya başka sağlık kuruluşuna başvuru yapabilmektedir. Bu durumda sağlık kurumu yöneticisi açısından başarısız hizmet vermek söz konusu olmaktadır. Bu sebeple sağlık kurumu yöneticilerinin başarısı, memnun olmuş hastaların katılımı ile tedaviyi uygulamak ve sonuçlandırmaktır. ¹ Hasta memnuniyetini belirleyen birinci faktör, hastaların beklentileridir. Hastaların sağlık kurumlarından alacakları hizmetlerde aradıkları veya görmek istedikleri bilimsel, yönetsel ve davranışsal beklentiler, müşterilerin yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, sosyal kültürel özelliklerine, sağlık hizmetleri ve sağlık kurumları ile ilgili geçmiş deneyimlerine göre farklılık göstermektedir. ²

Hasta memnuniyetini belirleyen ikinci faktör, hastaların aldıkları hizmetlerle ilgili algılamalarıdır. Algılar, bireyin aldıkları hizmetler ve hizmet üretim süreci ile ilgili görüş veya değerlendirmeleri esas alınarak ölçülmektedir. Algılama faktörü, hastaların özelliklerine ve sağlık kurumlarıyla ilgili geçmiş deneyimlerine göre farklılık göstermektedir. ³

Sağlık hizmetlerinden faydalanırken sunulan hizmeti değerlendirir, memnuniyet ya da memnuniyetsizlik yaşar ve bir daha aynı sağlık kurumuna gidip gitmeme kararını da buna göre vermektedir. ⁴ Hasta algıladığı memnuniyet ile beklediği memnuniyet arasında yaptığı kıyaslama sonucunda memnun olup olmadığına karar vermektedir. ⁵ Hasta memnuniyeti sağlık-bakım hizmetlerinin yapısı, süreci ve çıktısı hakkında yararlı bilgiler vermektedir. Sağlık hizmetlerinden memnun olan hastalar hekim ve diğer sağlık personelinin önerilerine uymaktadır ve sağlık hizmetine tekrar gerek duyduklarında yine aynı sağlık kurumunu tercih etmektedir. Sonuç olarak hasta memnuniyeti sağlık kurumlarında hizmet kalitesini değerlendirmede kullanılan temel bir kriter olmaktadır ve kişilerin sosyo-demografik özellikleri, tedavi sürecine ilişkin faktörlerden etkilenmektedir.

¹U. Güllülü, vd., Sağlık Hizmetlerinde Müşteri Memnuniyeti, Ankara, 2008, s. 28

²Kavuncubařı, s.292

³A. Kısa, Sağlık Kurumları Yönetimi, Eskişehir, 2007, s.277

⁴N. Timur, Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, Eskişehir, 2002, s.131

⁵A. Yanık, Sağlık Bakım Hizmetlerinde Hasta Bakım Tatmini ve Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Hasta Tatmini zerine Bir Araştırma, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü (SBE), Yayınlanmamış Doktora Tezi (YDT), İstanbul, 2000, s. 9

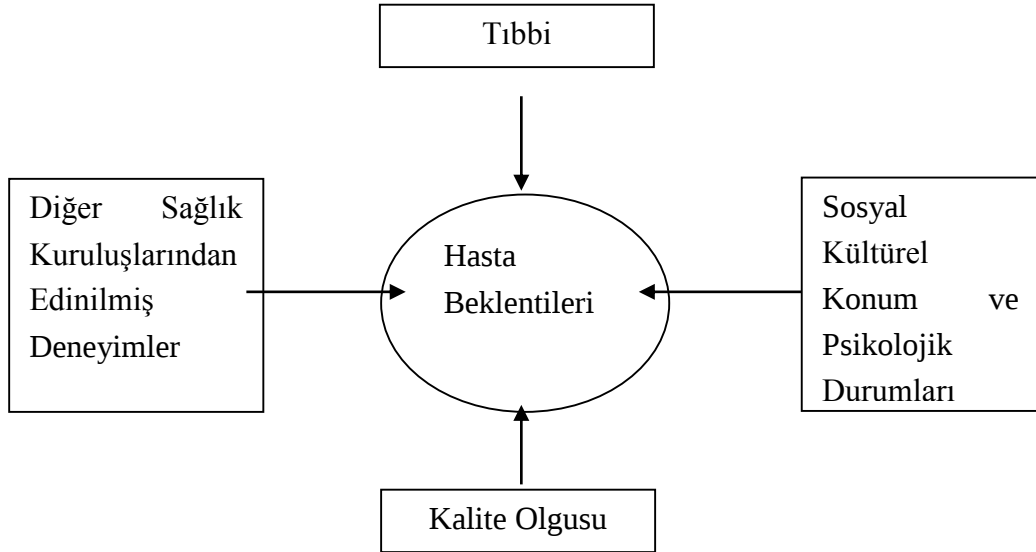
2. HASTA MEMNUNİYETİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Hasta memnuniyeti çok göreceli bir kavramdır ve deneyimlerden, yaşam tarzından, bireysel ve toplumsal değerlerden ve verilen hizmetten, beklentilerden etkilenmektedir.¹Hasta memnuniyetini etkileyen faktörler; hastalara, hizmet verenlere ve çevresel ya da kuruma yönelik faktörler şeklinde gruplandırılmaktadır.

2.1. Hastaya İlişkin Faktörler

Hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, sosyal güvence durumu, gelir durumu, yerleşim yeri, hastalığının tanısı, tedavisi ve yatış süresi hasta memnuniyetini etkilemektedir.²Hastaların beklentileri, aynı ya da benzer durumlardaki geçmiş deneyimlere bağlı olarak değişebilmektedir. Hasta beklentilerini etkileyen faktörler aşağıdaki Şekil 1’de gösterilmektedir:

Şekil 1: Hasta Beklentilerini Etkileyen Faktörler



Kaynak: O. Hayran, vd., Hastane Yöneticiliği, İstanbul,1997, s.75

¹S. Akgün, vd., “Başkent Üniversitesi Hastanesinde Yataklı Tedavi Hizmeti Almış Hastaların Memnuniyet Durumlarının Belirlenmesi”, Toplam Kalite Yönetimi Prensiplerinin Sağlık Hizmetlerinde Uygulamaları Sempozyumu, Ankara, 1999, s.49

²Kavuncubaşı, s.291

2.2. Hizmet Verenlere İlişkin Faktörler

Sağlık personelinin kişilik özellikleri, gösterilen nezaket, şefkat, ilgi ve anlayış, profesyonel tutumları, bilgi ve becerilerini sunma biçimleri, özellikle hasta-hemşire ilişkisi hasta memnuniyeti üzerinde önemli rol oynamaktadır. Literatürde hasta memnuniyetini etkileyen en önemli faktörün iletişim ve hastayı yeterli bilgilendirme olduğu bildirilmektedir.¹Sağlık hizmeti veren personelin mesleki bilgisi, kişisel özellikleri sağlık hizmeti sunulan kişilerin memnuniyetini etkilemektedir.

2.3.Çevresel ya da Kurumsal Faktörler

Devlet İstatistik Enstitüsü tarafından 2012 yılında yapılan Yaşam Memnuniyeti araştırmasında sağlık kurumlarından memnuniyet oranı; ASM’nde %77,7, Özel muayenehanelerde % 77,7, Devlet hastanelerinde % 75,7, Kurum doktorlarında %73,9, Üniversite hastanelerinde % 72,1, Özel hastanelerde %67,1, Özel Poliklinik/Tıp Merkezlerinde %59,6 olarak bulunmuş olmaktadır.²

Sağlık hizmet biriminin ulaşılabilirliği, ortamı(aydınlatma, gürültü, bekleme odaları gibi),çalışma saatleri, otopark, temizlik hizmetlerinin kalitesi gibi çevresel ve kurumsal faktörler hasta memnuniyeti üzerinde önemli rol oynamaktadır.³Yeterince bilgilendirilen, değer verilen ve kendini evindeymiş gibi hisseden hastalar alacakları tedavi ve bakımla birlikte hizmeti veren sağlık personeline de daha çok güven duymaktadır.⁴

İzmir’de yapılan bir araştırmada fiziksel özellikler katılımcılar tarafından en az önemli hizmet kalitesi boyutu olarak değerlendirilmiş bulunmaktadır.⁵Her ne kadar çevresel ve kurumsal etmenler çok az önemli denilse de hizmet aldıktan sonra

¹M. Yılmaz, “Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü Hasta Memnuniyeti”, Cumhuriyet Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, C.5, S.2, Sivas, 2001, s.10

²Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü, Yaşam Memnuniyet Araştırması 2012, Ankara, 2013, s. 30

³Özer-Çakıl, s.142

⁴Z. Taparlı Tekin,-N. Özcanarslan, “Hasta Memnuniyeti”, Clinical Sağlık ve Estetik Dergisi, C.1, S.8, İstanbul, 2011, s.15

⁵N. Devedakan-K. Yağcı, “Sağlık İşletmelerinin Algılanan Hizmet Kalitesi Düzeylerinin Karşılaştırılmasında SERVEQUAL Yöntemi”, Sağlık ve Hastane Yönetimi 2.Ulusal Kongresi Bildiriler Kitabı, Ankara, 2005, s.550

bu etmenlerin önemi anlaşılmaktadır. Hastaların hizmet aldığı ASM ‘ni tekrar tercih etmesi ve memnuniyetleri açısından önem arz etmektedir.

3. HASTA MEMNUNİYETİNİN BOYUTLARI

3.1. Hasta-Doktor İlişkisi

Hasta memnuniyetini etkileyen birincil faktör aile hekimliği hizmetini veren hekimlerin hasta ile olan ilişkileri olmaktadır. Bu ilişki planlı olarak kurulan veya zorunluluk sebebiyle kurulan ilişki türü olmaktadır. Başvuranların sağlık hizmeti alımında hekimler, ilk temasa geçtiği kişiler olarak bulunmaktadır. İlk temas noktası olması nedeniyle hasta hekim arasındaki olumlu iletişim sunulan sağlık hizmetinin etkililiğini yükseltirken hasta memnuniyetini de arttırmaktadır.

Doktor hasta ilişkisinin hasta açısından niteliği tedavi sürecinin etkililiğini de belirlemektedir. Doktorların hastaya verdikleri bilginin, özellikle hastanın doktorun önerilerini kabullenme ve önerilerine uyma üzerinde büyük etkisi olmaktadır. Doktor hasta ilişkisinin doktor açısından önemli olmasının nedeni, bu ilişkinin hastanın doktorunu tekrar tercih etmesinde de önemli rol oynayabilmesinden kaynaklanmaktadır.¹Hastaların, doktorlardan memnuniyetinin sağlanabilmesi için, bilgi-beceri, hastaya ayrılan zaman, anlaşılır açıklamaların yapılması önemli rol oynamaktadır.²

Bazı araştırma sonuçlarına göre, hasta memnuniyetinin aşağıdaki nedenlere bağlandığı görülmektedir:

- “Doktorun, hastaya sıcak, nazik, dostça, destekleyici ve güven verici tarzda davranması,
- Doktorun, hastanın beklenti ve kaygılarını ortaya koyacak biçimde yüreklendirici ve empatik bir yaklaşımla sorgulanması,
- Doktorun, aldığı yanıtları açıklaması, özetlemesi ve hastanın anlayabileceği bir dille ona daha fazla bilgi vermesi,

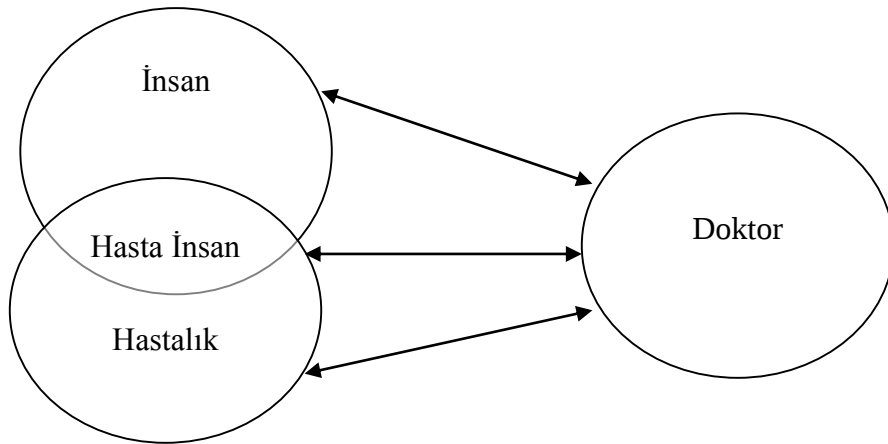
¹C. İşnas-M. Tatar, “Doktor Hasta İlişkisi”, II. Ulusal Sağlık Kuruluşları Sempozyumu, Ankara,1999, s.80

²Ş. Kavuncubaşı, Sağlık Kurumları Yönetimi, Eskişehir, 2004, s. 29

- Hasta odaklı görüşme olması ve doktorların etkileşimde baskın olmaması,
- Hastalara tıbbi karşılaşma sonucu durumları ile ilgili karar vermede daha fazla fırsat tanınması,
- Hasta ihtiyaçlarının ifade edilmesi,
- Görüşmede hastaların psiko-sosyal sorunlarının tartışılması ve kaygılarının giderilmesidir.”¹

AH'nin hastayı karşılama biçimi, hastanın beklenti ve taleplerini dinlemesi, anlaşılabilir dille yaklaşımı, karar verme sürecinde ortak hareket etmesi, hastayı çevresiyle beraber bir bütün içerisinde ele alarak, teşhis ve tedavi sürecinde etkili olacak tüm bu yaklaşımları prensip edinerek hasta odaklı değerlendirmesi memnuniyette etkili olmaktadır.

Şekil 2.Hasta Hekim İletişimi



Kaynak: İ. G. Koptagel, Davranış Bilimleri Tıpsal Psikoloji, İstanbul, 2001, s.299.

3.2. Hasta-Hemşire İlişkisi

Kum'a göre hemşirelik tanımı şu şekilde olmaktadır: “Sağlık sisteminin tamamlayıcı bir parçası olarak, sağlığın yükseltilerek hastalıkların önlenmesi ile bütün toplumsal mekânlarda ve bakım kurumlarında her yaştaki fiziksel ve akılsal

¹T.Gordon-W. E. Sterling, Doktor-Hasta İşbirliği, (Ed. B. Özkan), İstanbul, 1997, s.15

hasta ve engellilerin bakım hizmetlerini planlama, örgütleme, uygulama ve değerlendirmekten sorumlu olan bilim ve sanattan oluşmuş bulunan disiplindir.”¹

Aile hekimliğinde hekim ve hemşire, bir ekip olarak sağlık hizmeti vermektedirler. Hemşire hasta ile hekimden daha fazla zaman geçirerek daha fazla paylaşımlarda bulunan, kurduğu iletişim ile verdiği bakımın niteliğini artıran sağlık personeli. Hemşirelerin, iletişimi, davranış ve insan ilişkilerini, hastanın duygu ve davranışlarını anlamayı, ekip ile işbirliği içinde olmayı, kendi davranışlarının ve tepkilerinin farkında olmayı bilmeleri zorunlu kılınmaktadır.²

Araştırmalar, hastaların duygusal sorunlarını özellikle hemşirelere ilettiklerini ve hemşirelerin yalnızca bilgi vererek bile, hastaların kaygılarını belirgin olarak azalttıklarını göstermektedir. Olumlu hemşire hasta iletişiminin, hasta yararına sonuçlar doğurduğu araştırmalarla desteklenmiş bulunmaktadır. Hastaneden çıkan hastalarda yapılan bir araştırmada aldıkları hizmetten %95 oranında hoşnut olanların, bu doyumları içinde hemşire bakımına büyük oranda yer verdikleri izlenmektedir.³

3.3. Hasta-Diğer ASM Personeli İlişkisi

ASM hizmetlerinin kaliteli olabilmesi çalışan tüm personelin sorumluluğunda olmaktadır. Hizmetin bir bölümünde veya hizmet sunan grubun birinde aksama ya da düzensizlik varsa, hastaların bu aksaklıkları algılamaları diğer alanlara da etki etmektedir. Teknoloji ne kadar gelişirse gelişsin, sahip olunan iş gücü nitelik bakımından yeterli özelliklere sahip değilse, hizmet kalitesi düşük olacaktır. Hizmet sunumunun bazı aşamalarında hastalarla iletişim halinde olan personel, hastaların ASM’ne bakış açısı ve hizmetlerden tatmini üzerinde oldukça etkili olmaktadır.⁴

Personelin kişilik özellikleri hastaya olan davranışı etkilemektedir. Gösterilen, nezaket, şefkat, ilgi ve anlayış, bilgi ve becerilerini sunma biçimleri

¹E. Kum, “Türkiye’de İlk Hemşire Okulu Açılışından Günümüze Hemşirelik Eğitiminde Kurumlaşma”, III. Ulusal Hemşirelik Kongresi (Ed. S. İlker), Sivas, 1992, s.124

²N. Kum, “Türkiye’de Hemşire-Hasta-Hekim İlişkisinde Değişen ve Gelişen Kavramlar ve Uygulamalar”, II. Ulusal Hemşirelik Kongresi (Ed. İ. Erefe), Sivas, 1990, s.138

³N. Üzümlü, Edirne İli Sağlık Ocakları’na Hizmet Almak için Başvuranların Beklentileri Ve Doyumları, Trakya Üniversitesi, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Edirne, 1999, s.43

⁴R. Büber - H. Başer, “Sağlık İşletmelerinde Müşteri Memnuniyeti: Vakıf Üniversitesi Hastanesinde Bir Uygulama”, Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi, C. 4, S.1, Ankara, 2012, s.270

hastanın rahatlamasını ve tedavisinde daha uyumlu, katılımcı olmasını sağlamaktadır.¹

3.4. Bilgilendirme

Hasta ve yakınlarının doktorlar tarafından bilgilendirilmesi, onları hastalık durumunu daha anlayışla karşılayabilmelerini sağlamaktadır. Hasta; durumunu, başından neler geçtiğini, ne kadar süre bu şekilde kalacağını, ne tür tedavi süreçlerinden geçeceğini merak etmektedir. Hastaların; sağlık durumu hakkında bilgilendirilmelerinin, hasta tatminini etkilediği çeşitli araştırmalarla gösterilmektedir.²

Hastaların çoğu tanı-tedavi ve bakıma yönelik yeterli bilgi alamadıklarında verilen tedaviye uyum gösterememektedir. Bu durum hastaların sağlık kuruluşuna tekrar başvurmalarına, tedavilerini yanlış ya da eksik uygulamalarına ve iyileşme zamanının uzamasına sebep olabilmektedir.³

3.5. Fiziksel ve Çevresel Koşullar

Fiziksel ve çevresel koşullar; aydınlatma, ısı, temizlik, havalandırma, gürültü, kolay yer bulma, bekleme odaları, tuvalet, dış görünüm ve benzeri özellikleri kapsamaktadır. ASM'nin fiziksel koşulları bireylerin çok üzerinde durdukları, önem verdikleri memnuniyet boyutlarından birisi olarak ortaya çıkmaktadır. Yetersiz bina koşulları, bakımsız bir görünüm hastaların mutlaka şikayet nedeni, tatminsizlik unsuru olmaktadır. Fiziksel ortam hastanın muayene öncesinde aradığı ipuçlarını vermesi bakımından önemli bir kaynak özelliği taşımaktadır.

3.6. Bürokratik İşlemler

Bürokratik işlemler de hasta memnuniyetini önemli derecede etkilemektedir. ASM'ndeki bürokratik engellerden kaynaklı zaman kayıpları, işlem sırasında uzun süre beklemeler bunlara örnek olmaktadır. Hastaların zaman kaybından kaynaklı

¹Özer-Çakıl, s.141

²Kısa, s.283

³H. Bulut, "Acil Servislerde Hasta ve Yakınlarını Bilgilendirmenin Memnuniyet Üzerine Etkisi", Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Dergisi, C.12, S.4, İstanbul, 2006, s.289

mutsuz ve tatminsiz oldukları kolaylıkla gözlenebilmektedir.¹ Günümüzde elektronik sistem üzerinden e-reçete, e-rapor, ölüm bildirim sistemi gibi işlemler yürütülmeye başladığından ve doğru kullanıldığında bürokratik işlemler için zaman kaybı azalmaktadır.

3.7. Güven

Hasta merkezli ve bireyselleştirilmiş bakım hastaya kendisinin değerli olduğunu hissettirirken, kişiler arasında da bir güven ilişkisinin kurulmasını sağlamaktadır. Hastaların bilgilendirilmesi, emniyetli bir ortam içinde olduklarının hissettirilmesi, tedavi kararlarına katılmalarının sağlanması, onlarda güven duygusunun oluşmasını sağlamaktadır. Değer verilen ve kendini evindeymiş gibi hisseden hastalar hem almış oldukları tedavi ve bakıma, hem de bu hizmeti veren sağlık personeline daha çok güven duymaktadır. Yapılan çalışmalar hasta memnuniyeti arttıkça, sağlık ekibine duyulan güvenin ve tedaviye uyumun arttığını göstermektedir.²

3.8. Ücret

Birinci basamak sağlık hizmetleri ücretsiz sunulmaktadır. Bu nedenle birinci basamak sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti boyutlarında ücret, önemli bir rol oynamamaktadır. Sağlık güvencesi olan kişiler de, sağlık güvencesi olmayan kişiler de aile hekimliği hizmetlerinden ücretsiz olarak faydalanmaktadır.

¹ E.A. Esatoğlu, “Hastanelerde Hasta Tatmininin Hastane Yönetimi Açısından Değerlendirilmesi ve Kullanıma Yönelik Model Önerisi”, Hacettepe Üniversitesi SBE, YDT, Ankara,1997, s.130

²B. Işık-Ö. Tulunoğlu, “Pedodonti Kliniğinde Sedasyon Ünitesi Oluşturulmasında Kalite Çemberleri Yönteminin Etkilerinin Değerlendirilmesi” Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi, C. 24, S.1, Ankara, 2007, s.32

4. HASTA MEMNUNİYETİNİ ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME YÖNTEMLERİ

4.1. Hasta Memnuniyeti Araştırmalarında Kullanılan Alternatif Yöntemler

Engiz'e göre hasta memnuniyeti araştırmalarında kullanılan alternatif yöntemler şunlardır:

“Odak Grup Çalışması: Küçük bir hasta grubu (8 ile 12 kişi) ile yürütülmektedir ve çalışmayı koordine edenin hastaların belirli konularda görüşlerini alması ile gerçekleştirilmektedir.

Kritik Olay Değerlendirmesi: Uygulayıcı hastaya belirli bir olay hakkında soru sorarak ve kritik gördüğü konuları açıklamasını isteyerek gerçekleştirilmektedir.

Direkt Gözlem: Uygulayıcı hastaları yakından izlemektedir ve ihtiyaçları ve memnuniyetlerini yakından gözlemektedir. Alternatif olarak uygulayıcı bir hasta gibi de davranabilmektedir.

Mektup ve Önerilerin İçerik Analizi: Hastaların yazdıkları mektuplar içerik açısından incelenerek ve analiz edilerek gerçekleştirilmektedir.

Yazılı Anketler: Hastaların hastanede kaldıkları belirli bir gün sonunda doldurmaları ya da evde doldurup yollamaları istenmektedir.

Arşiv Çalışması: Hastaların bazı tutum ve davranışları kaydedilmektedir ve buradan hastaların nelerden hoşlanıp nelerden hoşlanmadıkları arşivlenmektedir

Telefon Anketleri: Yazılı anketler gibidir ancak hastalar sorulara telefonda cevap vermektedir.

Yüz Yüze Görüşme: Uygulama yapan kişi hastaya belirli konulardaki görüşlerini yüz yüze görüşerek sormaktadır.”¹

¹O. Engiz, “Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatmini”, <http://www.merih.net/m1/woguzen21.htm> (25.01.2014)

Hasta memnuniyetinin ölçümünde en yaygın kullanılan teknik, araştırmamızda da kullandığımız anket tekniği olmaktadır. Anket uygulamasıyla gerçekleştirilen hasta memnuniyeti araştırmaları, diğer tekniklere göre daha fazla tercih edilen kantitatif araştırmalardan olmaktadır. Anketler, daha çok konuyu daha etkili ve daha az maliyetli kapsaması nedeniyle sağlık sektöründe de en yaygın kullanılan yöntem olmaktadır. Herhangi bir konuda düzenlenecek anketin bazı temel özellikleri taşıması gerekmektedir. Ankette sorulacak soruların düzenlenmesi, cevap seçeneklerinin sayısı ve türleri, öğrenilmek istenen konuların gruplandırılması anket hazırlanırken dikkat edilmesi gereken özelliklerdendir.

Anket yöntemi ile çok çeşitli konularla ilgili bilgi edinmek mümkün olmaktadır. Anket yönteminin başarılı sonuç vermesi için geliştirilen anketin geçerli ve güvenilir olması gerekmektedir. Geçerlilik, ankette yer alan soruların ölçmek istedikleri şeyi ölçme düzeyidir. Güvenilirlik ise, anketin aynı gruba aynı koşullarda uygulanması durumunda aynı sonuçların alınmasıdır. Anket geliştirilmeden önce, hasta tatminini etkileyen temel hizmet boyutlarının belirlenmesi gerekmektedir. Daha sonra bu boyutları ölçmek için uygun sorular anlaşılır biçimde hazırlanmaktadır. Anketin çok fazla soru içermemesine ve görüntüsüne dikkat edilmesi gerekmektedir.¹

Hasta memnuniyetinin ölçümü için tasarlanacak bir anket üç temel alanda ortaya çıkacak kriterleri incelemeyi hedeflemektedir. Engiz'e göre bu temel alanlar şunlardır:

- “a) Kuruluşumuzun fizik, teknolojik ve insan gücü altyapısı,
- b) Kuruluşça gerçekleştirilen hizmetlerin üretim ve sunulmuş süreçleri,
- c) Kuruluşça verilen hizmetlerin nimeti ve külfeti olmaktadır.”²

Ham veri tek başına hiçbir şey ifade etmemektedir. Hastaların ihtiyaçları, beklentileri ve memnuniyeti hakkında toplanan verilerin dikkatlice değerlendirmeye

¹Kısa, s.230

²O. Engiz, “Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatmini”, <http://www.merih.net/m1/woguzen21.htm> (25.01.2014)

tabi tutulmaları gerekmektedir. Bu değerlendirme, mevcut performans hakkında bilgi verirken, gelişim için karşılaşılan fırsatları ve farklı fırsatlar arasından önceliklerin sıralanmasında ve gelişimin sağlanabilmesi için ana problemlerin belirlenmesinde yardımcı olmaktadır.

4.2. Hasta Tatmin Araştırmalarında Kullanılan Yöntemlerin Avantaj ve Dezavantajları

Hasta tatmin araştırmalarında kullanılan yöntemler odak gruplar, yönetim gözlemi, telefon görüşmeleri, posta anketleri, yerinde kişisel görüşmeler şeklindedir. Hasta tatmin araştırmalarında kullanılan yöntemlerin avantaj ve dezavantajları ile ilgili özet bilgiler, Tablo 1’de sunulmaktadır.

Tablo: 1. Hasta Memnuniyet Araştırmalarında Kullanılan Yöntemlerin Avantaj ve Dezavantajları

Teknikler	Avantajları	Dezavantajları
Yerinde Kişisel Görüşmeler	• Detaylı hasta geri bildirimi elde etme fırsatı • Hizmet başarısızlıklarını iyileştirme fırsatı • Hedef hastaları temsil eden ve geçerli örnekleri toplama becerisi • Kurumun hastaların hizmet kalitesi konusundaki görüşleriyle ilgilenmesini önerir	• Hasta popülasyonunu temsil edici örneklem olmayabilir • Belirli hizmet karşılama detaylarının toplanması sağlanamayabilir • Diğer hizmet deneyimlerinin aktarılması zaman farkı nedeniyle önyargılı olabilir • Katılımcılar sosyal olarak arzu edilen cevapları verme eğilimindedir • Huzursuzluk katılım için teşvik gerektirir • Orta-yüksek düzeyde maliyet

Tablo: 1. Hasta Memnuniyet Araştırmalarında Kullanılan Yöntemlerin Avantaj ve Dezavantajları (Devamı)

Teknikler	Avantajları	Dezavantajları
Odak Gruplar	• Detaylı hasta geri bildirimi elde etme fırsatı • Hizmet başarısızlıklarını iyileştirme fırsatı • Kalitatif analiz yöneticilerin problem alanlarına odaklanmasına yardımcı olmaktadır • Tartışmalar esnasında diğer problemler açığa çıkabilmektedir • Kurumun hastaların hizmet kalitesi konusundaki görüşleriyle ilgilenmesini önermektedir	• Sadece semptomları belirleyebilmektedir ve hizmet sunum problemlerini açığa çıkarmayabilmektedir • Küçük müşteri grupları sınırlı geri bildirim sağlamaktadır • Tekrar örnekleme ile bilgi temsili • Belirli hizmet karşılama detaylarının toplanması sağlanamayabilmektedir • Bir grup üyesi tartışmada baskın veya ön yargılı olabilmektedir • Huzursuzluk katılım için teşvik gerektirmektedir • İyi eğitilmiş odak grup liderlerinin yüksek maliyeti • Bilgi diğerlerinin onaylamaması korkusu ile paylaşılmayabilmektedir • Hasta popülasyonunu temsil edici örneklem olmayabilmektedir
Yönetim Gözlemi	• Yönetim işletme, politika ve prosedürleri bilir. • Hastalar için bir rahatsızlık söz konusu değildir. • Hizmet başarısızlıklarını iyileştirme fırsatı • Detaylı hasta geri bildirimi elde etme fırsatı • Hizmet sunum problemlerini belirleme fırsatı • Veri toplama için minimum artan maliyet	• Yönetimin varlığı hizmet sunucuları etkileyebilir • İstatistiksel geçerlilik ve güvenilirlik eksiktir. • Objektif gözlem uzmanlaşmış eğitim gerektirir • Çalışanlar yarattıkları problemleri bildirmeye gönülsüzdür • Yönetim süreçleri ve müşterileri bilmeyebilir

Tablo: 1. Hasta Memnuniyet Araştırmalarında Kullanılan Yöntemlerin Avantaj ve Dezavantajları (Devamı)

Teknikler	Avantajları	Dezavantajları
Telefon Görüşmeleri	• Detaylı hasta geribildirimi elde etme fırsatı olmaktadır • Hedef hastaları temsil eden ve geçerli örnekleri toplama becerisi olmaktadır • Hizmet başarısızlıklarını iyileştirme fırsatı bulunmaktadır • Kurumun hastaların hizmet kalitesi konusundaki görüşleriyle ilgilenmesini önermektedir	• Bireyler telefon aramalarını müdahaleci bulma eğilimindedir • İnsanlarla işyerlerinde bağlantıya geçmek zor, evlerinde uygunsuz olabilmektedir • Yetenekli görüşmecilerin ve geçerli enstrümanların maliyeti yüksektir • Hastaların kesitsel bir temsili toplanamayabilmektedir
Posta Anketleri	• Hedef hastaları temsil eden ve geçerli örnekleri toplama becerisi • Hizmet başarısızlıklarını iyileştirme fırsatı • Hastalar hizmet deneyimlerini yansıtabilmektedir • Kurumun hastaların hizmet kalitesi konusundaki görüşleriyle ilgilenmesini önermektedir • Bölüm ve hasta demografik özelliklerine göre hasta tatmininin karşılaştırılmasını sağlamaktadır	• Belirli hizmet karşılama detaylarının toplanması sağlanamayabilmektedir • Diğer hizmet deneyimlerinin aktarılması zaman farkı nedeniyle önyargılı olabilmektedir • Huzursuzluk katılım için teşvik gerektirmektedir • Temsili örnek toplamanın maliyeti yüksek olabilmektedir • Soruların ifade edilişi ile ilgili olası problemler olabilmektedir

Kaynak: R. C. Ford, v.d., “Methods of Measuring Patient Satisfaction in Health Care Organization”, Health Care Management Review, C.22, S.2, Philadelphia,1997, s.80-82

Hasta memnuniyeti araştırmalarının amaçları, içerikleri, yöntemleri ve analizleri değişiklik göstermektedir. Araştırma sonuçları kalite ölçümlerinde kullanılmakla birlikte kullanımı sınırlayan bazı faktörler bulunmaktadır. Tengilimoğlu’na göre faktörler şu şekildedir:

-“ Hastaların tıbbi personelin becerisini tam olarak değerlendirme konusunda bilgisinin yetersiz oluşu, ayrıca hastaların fiziksel ve psikolojik durumları bu konudaki yargılarını kolaylıkla etkileyebilmektedir.

- Hastalar, sağlık hizmeti sunan örgütlerin kişiler arası ilişkiler gibi tıbbi olmayan faktörlerinden de etkilenebilmektedir. Tıbbi olmayan hizmetler teknik kaliteyi glgeleyebilmektedir.

- Hastalar, doktorlarla olan ilişkilerinde daha önceki olumsuzlukları veya doktora bağlı olma hisleri nedeni ile gerçek düşüncelerini ifade etmekte genellikle isteksiz olmaktadır.

- Hastalar, hizmet sürecinin aşamalarını tam ve doğru bir şekilde hatırlayamayabilmektedir. Hasta anket formları ve yüz yüze görüşmeler bile fazlaca subjektif bir kavramın ölçülmesi için yetersiz araçlar olabilmektedir.”¹

4.3. Hasta Memnuniyet lm Yaklaşımları

4.3.1.Niteliksel Yöntemler

4.3.1.1. Yönetsel Gözlemler

Yönetsel gözlem yöntemi, en sade ve en ekonomik veri toplama yöntemi olmaktadır. Yönetsel gözlem yönteminde yönetici, çalışanlar ile hastalar arasındaki ilişkileri gözlemleyerek, ilişkilerin niteliği hakkında bilgi edinmektedir. Yönetsel gözlem yönteminin en önemli üstünlüğü, yöneticilerin, kurumun yapısı ve işleyişi, kurum amaçları, beklenen hizmet kalitesi konularında yüksek düzeyde bilgi sahibi olmalarıdır.

¹D. Tengilimoğlu, “Ankara’da Bir niversite Hastanesinde Hasta Memnuniyetinin llmesi”, Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans lm Sempozyumu, Ankara, 1997, s.108

Bu yöntemin en önemli sakıncası ise, yöneticilerin gözlem yeteneklerinin bulunmaması veya gözledikleri şeyin gerçekte ne olduğu konusunda bilgi sahibi olmamalarıdır. Diğer yönden yönetimde Hawthorne Etkisi olarak bilinen, gözlemlendiğinin farkına vararak çalışanın davranışlarını değiştirme eğiliminin ortaya çıkmasıdır. Kurumlar yönetsel gözlemlerin sürekliliğini sağlamak için kurum içi kamera sistemleri kurmaktadır.¹

4.3.1.2. Personel Geri Bildirimleri

Hastalarla en yakın grup, sağlık personeli başta olmak üzere tüm ASM çalışanları olmaktadır. Hastalar genellikle kurumun işleyişi veya kaliteli hizmet almalarını engelleyen durumlar ile ilgili görüşlerini ASM çalışanları ile paylaşmaktadır.

Personel geri bildirim sistemleri ile yöneticiler çalışanlardan, hastane politikaları, yönetsel raporlama sistemleri hizmet sunum sistemleri konularında hastaların ne düşündüklerini veya ne beklediklerini öğrenmeye çalışmaktadır. Diğer yönden ASM personeli de hastaların karşılaştıkları olumsuz durumlar hakkında bilgi sahibi olabilmektedir. Yöneticiler, gördükleri aksaklıkları veya potansiyel gelişme alanlarını belirtmeleri için personeli teşvik etmeye çalışmaktadır. Personelden bu konuda rapor düzenlemelerini isteyerek, raporları değerlendirip, alınacak önlemleri operasyonel hale getirmektedir.

4.3.1.3. Çalışma Ekipleri

Çalışma ekipleri yaklaşımı, personel geri bildirim yaklaşımının grup düzeyinde uygulanmasıdır. Çalışma ekipleri yaklaşımının personel geri bildirimlerinden temel farkı, grubun resmi biçimde oluşturulması ve problemlere multidisipliner tarzda yaklaşmasıdır. Bu yaklaşımın en iyi bilinen şekli, kalite çemberleri olarak bilinmektedir. Kalite çemberleri, herhangi bir işyerinin verimlilik, etkenlik, kalite gibi çok çeşitli sorunlarını görüşmek, tartışmak ve çözmek

¹ Ford, s.84

amacı ile tamamen gönüllülük ilkesine dayalı olarak oluşturulan ve düzenli olarak toplanan küçük çalışan grubu olarak tanımlanmaktadır.¹

Kalite çemberlerini oluşturan bireyler, haftada bir veya iki saat toplanarak karşılaşılan sorunları belirleyip bu sorunların çözümü için yapılması gereken veya yapılmakta olan faaliyetleri tartışmaktadır. Kalite çemberleri öncelikle bölümün iç işleyişini ilgilendiren sorunları tespit eder ve sorunlar arasında öncelik sıralaması yaparak ilk önce çözülmesi gereken sorunu belirlemektedir. Daha sonra ekip, sorunların nedenleriyle ilgili verileri toplayarak çözüm için en iyi yaklaşımı belirlemektedir.²

4.3.1.4. Odak Grup Görüşmeleri

Odak Grup Görüşmeleri, hastaların hizmet aldıkları ASM’nden elde ettikleri duygularını, deneyimlerini ve tutumlarını öğrenmek amacıyla kullanılmaktadır. Bir moderatör yönetiminde ve moderatörün belirlediği konu çerçevesinde 6-10 kişinin katıldığı birkaç saat süren bir çalışma olarak adlandırılmaktadır. Sağlık kurumları yöneticilerinin yeniden yapılanmaya gitmeleri için yaratıcı fikirler bu gruplarda üretilmektedir. Hastaların birbirinden etkilenmesi odak grup yönteminin sakıncalarından olmaktadır.³

4.3.1.5. Yorum Kartları

Yorum kartları, en ucuz ve en karmaşık olmayan hizmet değerlendirme teknikleri olmaktadır. Geniş olarak hizmet endüstrisinin değişik formatlarında kullanılan yorum kartları gönüllü kişilerin katılımıyla gerçekleştirilmektedir. Yorumlar ilginç olabilmektedir ve sağlık bakım tecrübesinin tamamını anlamaya yardım edebilmektedir. Kartlar istatistiksel olarak geçerli ve güvenilir veri sağlamamaktadır. Çünkü kartlar hem rastgele hem de yorgun bir temsil edici

¹Ö. Bayazıt, “Toplam Kalite Yönetiminin Yürütülmesinde Önemli Bir Araç Kalite Çemberleri”, Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi, C.53,S.1, Ankara, 1998, s.97

²Ş. Kavuncubaşı–S. Yıldırım, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara, 2010, s.250

³Ford, s.86

örneklemden elde edilmektedir. Kısa ve birkaç örnekleme ile sınırlıdır.¹ Genellikle kartlar, aşırı hasta tatmini ya da tatminsizliğini yansıtmaktadır.

4.3.1.6. İçerik Analizi

İçerik analizinin üç temel özelliği bulunmaktadır. Bunlar nesnellik, sistemlilik ve genelliktir.²Nesnellik, farklı gözlemcilerin ya da çözümleme yapanların aynı doküman üzerinde aynı sonuçları gözlemleyebilmesi ile mümkün olmaktadır. Bunun sağlanabilmesi için de, çözümleme kurallarının çok iyi formüle edilmiş olması gerekmektedir. Sistemlilik, araştırmacının yalnızca kendi araştırmasının amaçlarına uygun olan verileri çözümleyerek, diğer verileri ihmal etmesini önlemektedir. Sistemlilik, belli bir kategoriye girecek ya da girmeyecek olan birimlerin saptanmasında, hep aynı ölçütün kullanılmasını gerektirmektedir. Genellik, bulguların kuramsal bir temele sahip olmasını gerektirmektedir. Bir mesaj hakkında saf betimsel bir bilgi, mesajın alıcısı ya da vericisinin bilinen özellikleri ile karşılaştırılmamış ise, çok az bir bilimsel değere sahip olmaktadır.

4.3.1.7. Standartlaştırılmış Hasta Yöntemi

Standartlaştırılmış hastalar kısmen tıbbi sorunu bulunan, aynı zamanda gerçek hastaların rahatsızlığını taklit konusunda eğitilmiş kişilerdir. Standartlaştırılmış hasta yönteminde, hasta rolü oynayan kişi, doktora başvurmakta ve doktorun muayene ve tedavi süreciyle ilgili yorum ve davranışlarını gözlemektedir.³

4.3.2.Niceliksel Yöntemler

4.3.2.1. Anket Yöntemi

Sağlık Bakanlığında 2010 yılından itibaren sağlık kurumlarında hasta memnuniyetini ölçmek amacıyla hasta memnuniyet anketleri uygulanmaktadır. Sağlık Bakanlığında hastanecilik uygulamaları açısından tek bir memnuniyet

¹ Ford, s.85

²S. Ögülmüş, “İçerik Çözümlemesi”, Ankara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, C.24, S.1, 1991, s.216

³Kavuncubaşı–Yıldırım, s.260

anketinin ihtiyacı karşılamaya yetmeyeceği düşünülerek, , memnuniyet anketlerinin hasta kitlesinin niteliğine göre farklılaşması zorunluluğu bulunmaktadır. Sağlık hizmetleri yatan ve ayaktan hasta grubuna bağlı olarak farklılık göstermektedir. Bu nedenle, anketler de bu gruplara göre oluşturulmaktadır. Bakanlık anketlerden elde edilen veriler ile memnuniyet katsayılarını hesaplamaktadır.¹Anket, hasta tatmini araştırmalarında en sık kullanılan tekniktir. Anket tekniğinin en önemli yararı, kolay uygulanabilmesi, düşük maliyetli olması, geçerlilik ve güvenilirliğinin kolay ölçülmesi ve diğer örnek araştırmalarla karşılaştırılabilir olmasıdır. Anket yöntemi, kalitatif araştırmalara göre daha az eğitilmiş personel gerektirmektedir. Yöntemin başarılı olabilmesi için geliştirilen anketin geçerli ve güvenli olması gerekmektedir. Geçerlilik, ankette yer alan soruların, ölçmek istedikleri şeyi ölçme düzeyidir. Güvenirlilik ise, anketin aynı gruba aynı koşullarda birkaç uygulanması durumunda aynı sonuçların alınmasıdır.²

4.3.2.2. Posta (Mektup) Araştırmaları

Posta araştırmalarında anket, posta yoluyla sağlık kurumundan hizmet almış hastalara gönderilerek hastaların yanıtlamaları beklenmektedir. E-Posta araştırmaları, post araştırmaları gibi, aslında anket yönteminin bir uzantısı veya farklı biçimde uygulanması olarak görülebilmektedir. Posta araştırmaları yönteminin başarılı olması için aşağıdaki hususlara önem verilmesi gerekmektedir:

“a) Anket formu sağlık kurumundan hizmet almış hasta tarafından kabul görecektir tarzda tasarlanarak, anket uygulaması ile ilgili talimatlar açık biçimde belirtilmelidir,

b) Anket formuyla birlikte, üzerinde geri dönüş adresinin ve pulun yer aldığı zarf gönderilmelidir.

c) Anket formu iyi tanımlanmış ve uygun uzunlukta olmalıdır.

d) Anket formu ve zarfı, hastanın adına hitaben yazılmalıdır.

¹T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı, Ankara, 2012, s.84

²Kavuncubaşı, s.303

e) Anket formu, hastalara sağlık hizmetini almalarını izleyen 4-7 gün içinde postalanmalıdır.”¹

Anketler, bazen internet tabanlı da uygulanmaktadır. Sağlık kurumundan hizmet almış olan hastalara internet üzerinden yanıtlamaları için bir web adresi gönderilmekte, hastalar bu adrese girerek anketi yanıtlamaktadır.

4.3.2.3. Telefon Araştırmaları

Telefon araştırmaları, hastaların hizmet aldığı dönemi izleyen bir veya iki hafta içinde hastalara telefon vasıtasıyla ulaşılarak görüşleri alınmaktadır. Telefon araştırmaları cevap verme oranı düşük, maliyeti yüksek olabilecek bir uygulama tekniğidir. Doğru yanıt alma olasılığı düşük olmasının yanı sıra soruların sayıca çok olması halinde yanıtlama sürecinin kesintiye uğraması ihtimali de olan bir uygulama olmaktadır.² Bu yöntemin uygulanmasında aşağıdaki konulara dikkat edilmesi gerekmektedir:

“a. Bu türden bir teknik kurum için maliyetli olabilmektir.

b. Soru sayısından ötürü yanıtların güvenilirliği azalabilmektedir.

c. Hasta veya yakınlarının eğitim durumu görüşmenin seyrini olumlu veya olumsuz etkileyebilmektedir.

d. Telefonu bulunmayan hasta veya yakınları kapsam dışında olmaktadır.

e. Anket rlere ayrıca eğitim verilmesi gerekmektedir.”³

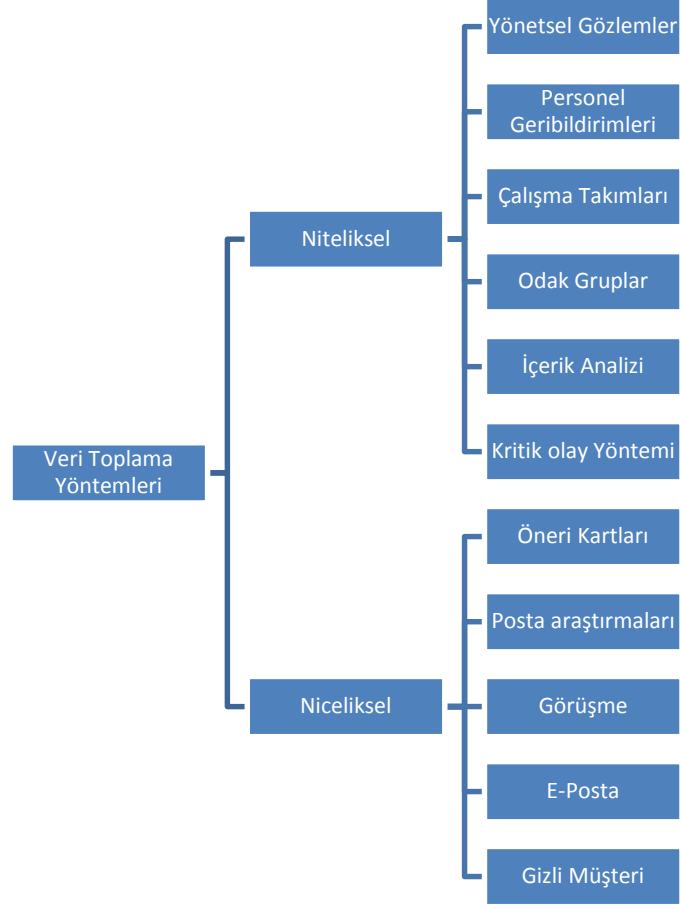
Sonuç olarak hasta memnuniyeti; hizmetin sunumunu, hasta ile hizmeti verenlerin etkileşimini, hizmetin varlığını, sürekliliğini, hizmeti verenlerin yeterliliği ve iletişim özelliklerini içeren çok boyutlu bir kavramdır. Bundan dolayı, hasta memnuniyeti sağlık hizmetlerinin bir sonucu ve genellikle bakım kalitesinin bir göstergesi olarak kabul edilmektedir.

¹M. Aksaraylı–I.  zgen, “Otel İşletmelerinin İnternet Tabanlı Müşteri İlişkilerinde E-Posta Yönetimi ve Türkiye’deki Otel İşletmeleri  zerine Bir Araştırma”, Ege Akademik Bakış Dergisi, C.10, S.2, İzm r, 2010, s.728

²T. C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı, Ankara, 2012, s.84

³Yılmaz s.73

Şekil 3. Hasta Memnuniyet Ölçüm Yaklaşımları



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

EDİRNE İL MERKEZİNDE AİLE HEKİMLİĞİ VE AİLE HEKİMLİĞİ HİZMETLERİNDEN MEMNUNİYET

1. EDİRNE İL MERKEZİNDE AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASINA İLİŞKİN TEMEL BİLGİLER

1.1. Tarihçe ve Gelişme

Edirne ili Aile Hekimliği uygulamasına pilot il olarak geçen ilk dört il arasında yer almaktadır. 2006 yılında Sağlık Bakanlığının oluru ile aile hekimliğinde pilot il olarak ilan edilmiştir. Eskişehir, Düzce, Bolu illeri uygulamada iken 01. 12. 2006 tarihinde sisteme geçmiştir. Birinci Basamakta hizmet veren ve birinci aşama uyum eğitimine gönüllü olarak katılmak isteyen tüm hekimler eğitime alınmış, kamu binalarının tadilatı yapılmış, internet alt yapıları tamamlanmıştır.

İlde 43 Aile Sağlığı Merkezinde planlanan 110 Aile Hekimliği Birimi ilk yerleştirme işleminde doldurularak boş pozisyon kalmamıştır. İhtiyaçlar neticesinde 7 tane hizmet binası açılmıştır. 2014 yılı itibarıyla 50 ASM de 114 AH ile hizmet sürdürülmektedir. Her ilçede bir tane olmak üzere kurulmuş olan 9 tane TSM ile koordineli şekilde sağlık hizmet verilmektedir.¹

1.2. İnsan Kaynakları Yapısı

Birinci Basamak sağlık kuruluşları, Halk Sağlığı Müdürlüğü' ne bağlı olarak çalışmakta olup kişilerin ikamet ettikleri bölgeye yakın ve hastanın ilk temasa geçtiği sağlık personelinin bulunduğu sağlık kuruluşu olmaktadır. İl nüfusu nedeniyle 18 konumunda olup ilde Halk Sağlığı Müdürlüğü' nde 1 Müdür, 1 Müdür Yardımcısı, 4 Şube Müdürü görev yapmaktadır.

Edirne ili genelinde Halk Sağlığı Müdürlüğü' ne bağlı Birinci Basamak Sağlık Kuruluşu olarak hizmet veren 9 Toplum Sağlığı Merkezine bağlı 50 Aile Sağlığı Merkezi bulunmaktadır. Merkez ilçede 20 ASM' nde hizmet veren 43 AH, 43 ASE, Havsa ilçesinde 2 ASM' nde hizmet veren 6 AH, 6 ASE, Lalapaşa ilçesinde 1 ASM' nde hizmet veren 2 AH, 2 ASE, Süloğlu ilçesinde 1 ASM' nde hizmet veren 2

¹ Edirne Halk Sağlığı Müdürlüğü Arşiv Kayıtları

AH, 2 ASE, Uzunköprü ilçesinde hizmet veren 8 ASM' nde 21 AH, 20 ASE, Keşan ilçesinde hizmet veren 9 ASM' nde 23 AH, 23 ASE, İpsala ilçesinde 4 ASM' nde 8 AH, 7 ASE, Meriç ilçesinde 3 ASM' nde 5 AH, 5 ASE, Enez ilçesinde 2 ASM'nde 4 AH, 4 ASE bulunmaktadır. 114 Aile Hekimliği Biriminde hizmet veren 114 AH ve iki boş pozisyonla 112 ASE ile hizmet verilmektedir.¹

1.3. Veri Toplamaya İlişkin Başlıca Bilgiler

1.3.1. Araştırmanın Yöntemi

Araştırma için yüz yüze anket yönteminden faydalanılmıştır. Yüz yüze anket yöntemi cevaplama oranının yüksek olması ve soru sorulmasına imkan vermesi yönünden tercih edilmiştir.

Verilerin toplanması için Aile Hekimliği Hizmetleri Değerlendirme Anket Formundan yararlanılmıştır.(Ek:1)Anket sorularının oluşturulmasında EUROPEP ölçeğinden yararlanılmıştır. EUROPEP (Patients Evaluate General/ Family Practice) ölçeği EQuIP (European Working Party on Quality in General Practice) tarafından hazırlanmış ve çeşitli Avrupa ülkelerinde hekim ve muayenesini değerlendirmede kullanılan bir ölçektir. Weaver'a göre EUROPEP'in geçerliliği ve güvenilirliği üzerine yapılan çalışmalar şunlardır:

“1. Hasta öncelikleri ve ölçeğin geliştirilmesi için yapılan çalışmalar,

2. Kalitatif pilot çalışma, hastalar tarafından açık, anlaşılır ve uygun bir dille hazırlanmış soruları saptayabilmek için uygulanmıştır.

3. Kantitatif pilot çalışma, 1996 yılında yapılan EUROPEP grubu toplantısında aşağıdaki sorular ve düşüncelerle taslak üzerinde tartışma sağlamaktadır.

* Anket kaç sorudan oluşmalı, büyüklüğü ne olmalı?

* 5'li Likert skalası uygun mu? Başka bir skalaya ihtiyaç var mı?

¹ Edirne Halk Sağlığı Müdürlüğü Arşiv Kayıtları

* Pozitif ve negatif ögeler arasında denge var mı?

* Kullanılan cümle kalıpları nasıl olmalıdır?

* Ölçek aile hekimliği üzerine mi yoksa AH üzerine mi odaklanmalı?

* Zaman aralığı altı ay mı yoksa bir sene mi olmalı?

* Bakımın kalitesi genelde nasıl değerlendirmeli?

* Çalışan hakkında hangi özellikli sorular sorulmalı?

* Açık uçlu soruların sayısı ve biçimi nasıl olmalı?

* Eğitim, çalışma, hastalılar hakkında uluslararası standardize sorular olabilir mi? Ankete bu sorular nasıl dâhil edilebilir? Sosyo-demografik veriler hakkında hangi sorular dâhil edilebilir?

* Sağlık durumu veya yaşam kalitesi hakkında sorular eklenmeli mi? ve hangileri eklenebilir?

4. Resmi çeviri prosedürü: İngilizcedeki kaynak versiyon önce üç bağımsız kişi tarafından ulusal dile tercüme edildi sonra bir uzlaş toplantısı ile son hali oluşturuldu. Sonra farklı iki tercüman tarafından bu metin yeniden İngilizceye tercüme edilerek, EUROPEP araştırmacıları ve tercümanların uzlaş toplantısı ile ankete son hali verildi.

5. Geçerlilik çalışması, soruların her bir hasta ile ilgisini olduğu kadar çeşitli hastalar üzerindeki duyarlılığını da ölçmek için yapılmış bulunmaktadır. Sekiz ülkeden toplam 1008 kişinin katıldığı çalışma sonucu bazı soruların anket dışında bırakılmasına karar verilmiştir.

6. Ögelerin nihai seçiminin amacı sistematik ve tekrar edilebilir bir şekilde EUROPEP ölçeği içerisinde yer alacak nihai ögelerin seçimini yapabilmektir. Burada “kesin” ve “göreceli” terimleri ile sorular aldıkları puanların ölçeği etkilemesine göre sınıflandırılmış bulunmaktadır. Sonuç olarak nihai ankette 23 sorunun yer almasına karar verilmiştir.

7. Nihai Geçerlilik ve Psikometrik çalışmadaki amaç, son çalışmada yer alan 23 sorunun psikometrik değerlendirmesinin yapılmasıdır. Sorular içeriğin geçerliliği ve güvenilirlik yönünden değerlendirilmiş bulunmaktadır.

Sonuçta; EUROPEP ölçeği, katılan ülkelerde bir seri çalışmalar yapılarak geliştirilmiştir. Sürecin pek çok noktasında EUROPEP grubunca yapılan çalışmalar ve tartışmaların neticesinde sorular değiştirilmiş veya çıkartılmıştır. Ölçeğin psikometrik özelliklerinin değerlendirilmesi, değişik ulusal dillere resmi çevirilerinin yapılmasında, soruların son seçiminde yapılandırılmış prosedürler uygulanmıştır. Böylece EUROPEP, hastaların Avrupa’da Aile Hekimliğini değerlendirmesi için standardize, geçerli bir ölçek olmuştur.”¹

Örnekleme giren hastalara uygulanmak amacıyla, 54 sorudan oluşan anket hazırlanmıştır. Araştırma anket formunda hastalara ASM’nde almış oldukları hizmetlerle ilgili değerlendirmeleri ve kişisel bilgileri sorulmuştur. Anket formunda ASM’ne gelen hastaların almış oldukları hizmetlerine ilişkin değerlendirmelerini içeren sorularda 5’li Likert tipi ölçekleme kullanılmıştır. (5-Çok iyi, 4-İyi, 3-Orta, 2-Yetersiz, 1-Çok Yetersiz)

İlk bölümde 42 sorudan oluşan EUROPEP Ölçeği Türkçe Versiyonu kullanıldı. Güvenilirlik analizi sonucunda anketimizin Cronbach’s Alpha değeri 0,969 olarak hesaplanmıştır. Türkçeleştirilmiş EUROPEP Ölçeği’nin hastaların hekimi değerlendirmesinde uygun bir araç olduğu bilinmektedir.

İkinci bölümde hastaya ait 12 sorudan oluşan kişisel bilgiler formu kullanıldı. Bu formla kişinin sosyal güvencesi, kronik hastalığı, hizmet aldığı aile sağlığı merkezi, yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, öğrenim durumu, mesleği, sosyo-ekonomik durumu, son altı aydaki birinci basamak başvuru sayısı ile şu anki başvuru nedeni öğrenildi.

¹C.N.Weaver, Toplam Kalite Yönetiminin Dört Aşaması, (Çev. T. Birkan-O. Akınay), İstanbul, 2000, s. 275

1.3.2. Uygulama

Çalışma, Mart 2013 - Aralık 2013 tarihleri arasında Edirne il merkezindeki Aile sağlığı merkezlerinde gerçekleştirildi. Hekimlere, hastalarıyla yapılacak olan görüşme hakkında bilgi verildi. Çalışmayı kabul eden hekimlere aynı gün başvuran, çalışmayı kabul eden, 18 yaş ve üzeri ilk 15 hastaya anketleri uygulandı.

Aile sağlığı merkezlerinde haftanın beş günü, mesai saatinden hasta sayısı tamamlanincaya kadar anket çalışmasına devam edildi. Hastalarda, son bir yılda şu anda başvurduğu hekime en az bir kere başvurmuş olma ve hekimi tanıyor olma şartı arandı. Çalışmayı kabul eden hastaların sözlü onamları alınarak, hastaların sağlık çalışanlarıyla görüşme yaptıkları odadan uzak bir yerde soruları yanıtlamaları sağlandı.

Görüşmede kişilere çalışmanın içeriği anlatıldıktan sonra demografik verileri içeren form araştırmacı tarafından bizzat yüz yüze görüşülerek dolduruldu. Kişilerden EUROPEP-TR hasta memnuniyet anketini kendileri doldurması istendi, ölçeği okumakta ve soruları anlamakta güçlük çeken kişilerde ölçekler araştırmacı tarafından veya yardımla dolduruldu. Edirne il merkezinde 20 ASM VE 43 AH bulunmaktadır. Toplam 10 ASM ve 26 AH alınarak toplam 152 hasta ile tamamlandı.

1.3.3. Araştırmanın Güvenilirlik Analizi

Güvenilirlik analizi sonucunda 42 maddelik anketin Cronbach's Alpha değeri 0,969 çıkmıştır. Bu değer 0,70 den büyük olması gerekmektedir.¹ Anketin güvenilirlik değerinin yüksek olduğu anlaşılmaktadır.

1.3.4. Araştırmanın Faktör Analizi

KMO testi: Faktör analizinde örneklem büyüklüğünün uygunluğunu test etmede kullanılır. KMO değerinin 0.50'den düşük çıkması halinde faktör analizine devam edilmez. Bunun KMO değerine bağlı olarak örneklem büyüklüğü hakkında şu yorumlar yapılır: 0.50-0.60 arası "kötü", 0.60-0.70 arası "zayıf", 0.70-0.80 arası

¹A. O. Pektaş, SPSS ile Veri Madenciliği, İstanbul, 2013, s.92

“orta”,0.80-0.90 arası “iyi”,0.90 üzeri “mükemmel”. KMO değerinin 0.50’den düşük çıkması durumunda, daha fazla anketi işleme katmak gerekir.

Bartlett testi: Verilerin çok değişkenli normal dağılımdan gelip gelmediğini belirlemede kullanılır. Bu test, X^2 (ki kare) değerini verir. X^2 testindeki gibi anlamlılık değerine bakılır. Anlamlılık değeri, 0.05’ten küçük ise verilerin çok değişkenli normal dağılımdan geldiği söylenir ve analize devam edilir. Anlamlılık değeri 0.05’ten büyük ise faktör analizi yapılmaz. Örneklem büyüklüğümüz KMO Testine göre yeterlidir ve Bartlett testi sig. değeri 0,000 olduğu için faktör analizi yapabiliriz.

“Toplam Açıklanan Varyans” incelendiğinde özdeğeri 1’in üzerinde olan 7 faktör görülmektedir. Bu 7 faktörün varyansa toplam yaptığı katkı % 79.463’dir. Faktörlerin ayrı ayrı varyansa yaptıkları katkılara bakıldığında; dördüncü faktörden sonra katkının azaldığı ve bunlar arasındaki farkın birbirine çok yakın olduğu görülür. Bu durum dört faktör olabileceğini işaret etmektedir. Faktör analizi 4 faktör için tekrar yapıldığında 4 faktörün toplam varyansın % 69.180’ni açıklamaktadır. Eşik yük değerinin (Component) 0,50’ nin altında kalan (41,42) ve binişik (9-29) değerlere sahip sırayla 9, 29, 42, 41 nolu sorular faktör analizinden çıkarılmıştır.4soru çıkarıldıktan sonra 4 faktör toplam varyansın 70.821’i açıklamaktadır.

Faktör 1: 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40 nolu sorulardan oluşmaktadır. Aile hekimliğinden alınan hizmetlerden oluşmaktadır. Açıklanan varyans19.8’dir. Memnuniyeti etkileyen en büyük faktör aile hekimliğinden alınan hizmetlerden oluşmaktadır. Bu hizmetler; Aile hekiminin hastalıkla ilgili olarak yaptığı açıklamaların anlaşılabilirliği, sağlık bilgi ve kayıtları izlemesi, sağlığı koruyucu eğitim vermesi, reçete ettiği ilaçların faydası, hastaneden randevu alıp sevk etmesi, ASM’ne gelindiğinde aile hekimine ulaşılabilirlik, aile hekiminin muayene için ayırdığı zaman, ASE’nın sorunlar karşısında göstermiş olduğu duyarlılık ve ilgisi, vermiş olduğu tıbbi hizmet, ASM’nde tedavi gören hastaların sağlıklarına kavuşabilme durumu, ASM’ndeki laboratuvar hizmetinin yeterliliğidir.

Faktör 2: 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28 nolu sorulardan oluşmaktadır. Aile hekimliği biriminin fiziksel şartlarından oluşmaktadır. Açıklanan Varyans:18,87 'dir. Memnuniyeti etkileyen ikinci faktörü ASM'de verilen hizmet, acil sağlık probleminde ASM'den yardım alabilme durumu, hastaneye gitmeden ASM'den ihtiyacı olan sağlık hizmetini alabilme, AH'den mesai saatleri dışında hizmet alabilme, ASM'de gitmek istenilen yeri işaret levhaları ile bulabilme, ASM'nin bekleme salonunun yeterliliği, ASM'nin ısıtma ve havalandırması, AH'nin ilaçlar konusunda ve yapılacak tedavi ve tetkikler konusunda bilgilendirmesi oluşturmaktadır.

Faktör 3: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 nolu sorulardan oluşmaktadır. Aile hekimliği hizmetlerine ulaşım kolaylığından oluşmaktadır. Açıklanan Varyans :16,13' tür. Memnuniyeti etkileyen üçüncü faktörü ASM'ne ulaşım koşulları, muayene saatlerinin uygunluğu, yapılacak kayıt ve tıbbi işlemlerle ilgili yönlendiren personelin davranışları, ASM'deki kayıt işlemlerinin hızı, bekleme salonunun genel durumu, lavabo ve tuvaletlerin temizliği, tıbbi cihaz ve donanım yeterliliği, AH ve ASE'nin görüşmeye alma süresi oluşturmaktadır.

Faktör 4:10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 nolu sorulardan oluşmaktadır. Aile hekimliği biriminin çalışanlarının davranışlarından oluşmaktadır. Açıklanan Varyans:15,94'tür.Memnuniyeti etkileyen son faktörü de AH'nin karşılaması, dinlemesi, soru sormaya zaman ayırması, mahremiyete özen göstermesi, muayene odasında hissedilen rahatlık düzeyi, tetkiklerin alınma hızı ve sonuçların verilme hızı, ASE'nin davranışı ve bilgilendirme durumu, sağlık durumuyla ilgili duyulan kaygılara AH'nin yaklaşımı, AH'nin doğru teşhis ve tedavi edebilme becerisi oluşturmaktadır.

1.4. Hastaların Demografik Profili

1.4.1. Hastaların Sosyal Güvencelerine Göre Dağılımı

Tablo 2. Hastaların Sosyal Güvencelerine Göre Frekans Dağılımı

Sosyal Güvenceniz:	Kişi	%(Yüzde)
Emekli Sandığı	140	92,1
Bağ-Kur	2	1,3
SSK	4	2,6
Yeşil kart	6	3,9
Toplam	152	100,0

Katılımcıların tamamına yakını (%92,1) sosyal güvence olarak emekli sandığından faydalanmaktadır. Ankete katılanlar içinde sosyal güvence olarak Bağ-Kur (%1,3) en az kullanılanıdır. Edirne tarihi dokusu olan bir il olup, sanayi alanında yeterli gelişme göstermediğinden kişiler memuriyet ağırlıklı olarak çalışmaktadır. Genel olarak katılımcıların meslek gruplarına da bakıldığında memur katılımcı çoğunluğu oluşturmaktadır. Edirne sanayi alanında gelişme göstermeyen ve üniversitesi olan bir il olduğundan yaşayan kişiler memur ağırlıklıdır.

1.4.2. Hastaların Kronik Hastalıklarına Göre Dağılımı

Tablo 3. Hastaların Kronik Hastalıklarına Göre Frekans Dağılımı

Kronik hastalık durumu	Kişi	%(Yüzde)
Hayır	114	75,0
Evet	38	25,0
Toplam	152	100,0

Araştırma grubundaki her 4 kişiden 3'ünde kronik hastalık bulunmamaktadır. Araştırma grubundaki her 4 kişiden birinde kronik hastalık bulgusuna rastlanılmıştır. Katılımcıların yaş grubunun genç olduğu dikkate alındığında bu bulguyla uyumludur. Katılımcıların % 45'i 35 yaş üzeri olduğu için kronik hastalık bulunma olasılığı diğer gruplara göre daha yüksektir. Her ne kadar son yıllarda koruyucu

sağlık hizmetlerine yönelik çalışmalar iyileştirildiğinden kronik hastalık görülme sıklığı azalmakta ise de yaşlı nüfusun fazla olması sebebiyle kronik hastalıklar yüksek oranda görülmektedir. Ayrıca kronik hastalıklar tedavi süreci yıllarca bazı durumlarda ömür boyu devam eden tam olarak iyileşmeyen hastalıklar olduğundan göreceli olarak yüksektir.

1.4.3. Hastaların Bu Sağlık Kurumuna Geliş Nedenlerine Göre Dağılımı

Tablo 4. Hastaların Bu Sağlık Kurumuna Geliş Nedenlerine Göre Frekans Dağılımı

ASM Başvuru nedeni	Kişi	%(Yüzde)
Muayene--ilaç	41	27,0
Aşı,enjeksiyon, pansuman	75	49,3
Aile planlaması	7	4,6
Rapor almak	7	4,6
Diğer	22	14,5
Toplam	152	100,0

Katılımcıların yarıya yakını(%49,3) aşı, enjeksiyon, pansuman gibi birinci basamak sağlık hizmetlerinden faydalanmak üzere başvurmuşlardır. En az başvuru nedeni aile planlaması hizmetleridir. Bu durum da Edirne'nin temel sağlık hizmetleri göstergeleriyle uyumludur. Bilindiği üzere Trakya Bölgesi özelinde Edirne, ülkemiz geneline göre en az doğurganlık oranına sahip olan illerden biridir.

1.4.4. Hastaların Bu Sağlık Kuruluşuna Son Altı Ayda Kaçınıcı Gelişine Göre Dağılımı

Tablo 5. Hastaların Bu Sağlık Kuruluşuna Son Altı Ayda Kaçınıcı Gelişine Göre Frekans Dağılımı

ASM'ye Başvuru Sıklığı	Kişi	%(Yüzde)
ilk	5	3,3
2-4	63	41,4
5-9	77	50,7
10+	7	4,6
Toplam	152	100,0

Araştırma grubundakilerin yarısından fazlasının başvuru sıklığı 5-9 arasındadır. Bu da Edirne'nin sağlık hizmetlerine erişiminin kolay olduğunu, insanların sağlık bilincinin gelişmiş olduğunu göstermektedir. Bunda Aile hekimliği uygulamasına geçen illerin başında yer alması sağlık hizmetlerine erişimi arttırmıştır. Bilindiği üzere Aile hekimliği uygulamasında performans kriterlerinden dolayı sağlık ocağı uygulamasına göre hekimler kişilere erişimi daha fazla önemsemektedir. Yapılacak izlem dönemleri, aşılama zamanları hassasiyetle takip edilmektedir. Kayıt ettikleri kişilerle sürekli iletişim halinde olan AH ve ASE kişileri ASM' ne başvuru konusunda bilinçlendirmektedir. Bu da kişilerin ASM'ne başvuru yapmasını kolaylaştırmaktadır.

1.4.5. Hastaların Hizmet Aldığı Aile Sağlığı Merkezine Göre Dağılımı

Tablo 6. Hastaların Hizmet Aldığı Aile Sağlığı Merkezine Göre Frekans Dağılımı

Hizmet Alınan ASM	Kişi	%(Yüzde)
Saraçhane ASM	15	9,9
Muradiye ASM	15	9,9
Kıyık ASM	16	10,5
Kutlutaş ASM	16	10,5
Ayşekadın ASM	14	9,2
Yıldırım ASM	15	9,9
Esentepe ASM	15	9,9
Şükrüpaşa ASM	15	9,9
Binevler ASM	17	11,2
Toki ASM	14	9,2
Toplam	152	100,0

Edirne ilinde coğrafi olarak bölgeler arasında ulaşım zorluğu olmadığından sağlık hizmetlerine erişimde bölgeler arası farklılık yoktur. Kutlutaş, Ayşekadın, Esentepe, Şükrüpaşa, Binevler bölgesinde yaşayan hastalar sosyo ekonomik açıdan daha yüksek bir popülasyona sahip olduğundan özel hekimi ya da 2.basamak sağlık hizmetini tercih edeceği düşünülse de ASM’ni tercih etmektedirler. Bu durum da kişilerin ASM’nin verdiği hizmetlerden memnun olduklarını göstermektedir.

1.4.6. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Dağılımı

Tablo 7. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Frekans Dağılımı

Cinsiyet	Kişi	%(Yüzde)
Erkek	61	40,1
Kadın	91	59,9
Toplam	152	100,0

Çalışmaya katılan hastaların 91'i(%59,9)kadın, 61'i (%40,1) erkektir. Edirne il merkezi nüfusu 164.048'dir.Bu nüfus, 82.012 erkek ve 82.036 kadından oluşmaktadır. Yani %49,9 erkek, %50,1 kadındır. Bu çalışmada il merkezinin genel nüfusundaki cinsiyet dağılımı ile çalışmaya katılanların cinsiyet dağılımı arasında anlamlı bir fark yoktur.

1.4.7. Hastaların Yaşlarına Göre Dağılımı

Tablo 8. Hastaların Yaşlarına Göre Frekans Dağılımı

Yaş	Kişi	%(Yüzde)
25 yaş ve altı	8	5,3
26-35	76	50,0
36-45	58	38,2
46-55	5	3,3
56 yaş ve üstü	5	3,3
Toplam	152	100,0

Çalışmaya katılan hastaların yaşları 18 ile 60 arasında değişmektedir. Hastaların %5,3'ü (8 hasta)25 yaş ve altında, %50'si (76hasta) 26-35 yaş arasında,%38,2'si (58 hasta) 36-45 yaş arasında,%3,3'ü (5 hasta) 46-55 yaş arasında,%3,3'ü (5 hasta) 56 yaş ve üstündeydi. Katılımcıların yaş ortalamalarının genç olduğu gözükmemektedir. Bilindiği üzere Edirne Türkiye'nin en yaşlı 2. İlidir. Yaşlı nüfus oranının fazla olduğu düşünüldüğünde yaşlıların başvurusunun yüksek olacağı beklenirken sonuç beklenenin dışındadır.

1.4.8. Hastaların Medeni Durumlarına Göre Dağılımı

Tablo 9. Hastaların Medeni Durumlarına Göre Frekans Dağılımı

Medeni Durum	Kişi	%(Yüzde)
Bekar	25	16,4
Evli	114	75,0
Boşanmış	11	7,2
Eşi vefat etmiş	2	1,3
Toplam	152	100,0

Hastaların medeni durumları incelendiğinde 114(%75) hastanın evli, 25(%16,4)hastanın bekar, 11(%7,2)hastanın boşanmış,2(%1,3)hastanın eşinin vefat etmiş olduğu saptandı. Her 4 katılımcıdan 3'ü evlidir. En az katılımcı eşi vefat eden katılımcıdır. Bu da araştırma grubunun genç olmasından kaynaklanmaktadır. Evlilik kişinin yaşamına sorumluluk kattığından daha düzenli bir yaşam tarzı oluşturmaktadır.

1.4.9. Hastaların Öğrenim Durumlarına Göre Dağılımı

Tablo 10. Hastaların Öğrenim Durumlarına Göre Frekans Dağılımı

Öğrenim Durumu	Kişi	%(Yüzde)
Okur yazar değil	1	0,7
Okur yazar	2	1,3
İlkokul mezunu	3	2,0
Ortaokul mezunu	4	2,6
Lise mezunu	21	13,8
Fakülte veya Yüksekokul	121	79,6
Toplam	152	100,0

Çalışmaya katılan hastaların 1'inin (%0,7) okuryazar olmadığı, 2 (%1,3) hastanın okuryazar olduğu, 3 (%2) hastanın ilkokul, 4 (%2,6) hastanın ortaokul, 21 (%13,8) hastanın lise, 121 (%79,6) hastanın üniversite mezunu olduğu saptandı. Katılımcıların $\frac{3}{4}$ 'ünden fazlası fakülte ve yüksekokul mezunudur. Bu veri de Edirne'nin sosyo demografik bilgileriyle örtüşmektedir. Bilindiği üzere Edirne'de yükseköğrenim gören kişi oranı Türkiye geneline göre yüksektir. Katılımcıların memur olarak çalışan oranı da yüksek olduğundan üniversite mezunu katılımcının da yüksek olması beklenen bir sonuçtur.

1.4.10. Hastaların Oturduğu Yere Göre Dağılımı

Tablo 11. Hastaların Oturduğu Yere Göre Frekans Dağılımı

İkamet yeri	Kişi	%(Yüzde)
Köy	2	1,3
Belde	1	0,7
İlçe Merkezi	27	17,8
İl Merkezi	119	80,3
Toplam	152	100,0

Katılımcıların çoğunluğu (%80,3) il merkezinde ikamet etmektedir. Edirne’de Aile hekimliği sisteminin kurgusundan dolayı kişiler sağlık hizmeti almak için il merkezine gelmek zorunda kalmamaktadır. Aile hekimleri gezici hizmet kapsamında köylerde de yerinde hizmet vermektedir.

1.4.11. Hastaların Yaptıkları İşe Göre Dağılımı

Tablo 12. Hastaların Yaptıkları İşe Göre Frekans Dağılımı

İşi	Kişi	%(Yüzde)
Memur	129	84,9
İşçi	3	2,0
Esnaf	4	2,6
Çiftçi	3	2,0
Ev hanımı	5	3,3
Çalışmıyor	4	2,6
Emekli	4	2,6
Toplam	152	100,0

Çalışmaya katılan 152 kişinin 5’inin (%3,3) ev hanımı, 4’ünün (%2,6) esnaf, 4’ünün (%2,6) emekli, 3’ünün (%2) çiftçi, 3’ünün (%2) işçi, 129’unun (%84,9) memur meslek gruplarındandı. 4 hasta (%2,6) ise herhangi bir işte çalışmıyordu. Edirne tarihi dokusu olan bir il olup, sanayi alanında yeterli gelişme göstermemiştir. Bu nedenle kişiler memuriyet ağırlıklı olarak çalışmaktadır. Çalışma il merkezinde

yapıldığından dolayı çalışmaya katılan kişilerden memur olanların oranının fazla olması beklenen bir durumdur.

1.4.12. Hastaların Sosyo-Ekonomik Durumlarına Göre Dağılımı

Tablo 13. Hastaların Sosyo-Ekonomik Durumlarına Göre Frekans Dağılımı

Ekonomik durum	Kişi	%(Yüzde)
Çok yetersiz	2	1,3
Yetersiz	7	4,6
Orta	75	49,3
İyi	66	43,4
Çok iyi	2	1,3
Toplam	152	100,0

Çalışmaya katılan 152 kişinin 2'sinin (%1,3) sosyo-ekonomik durumu çok yetersiz, 7'sinin (%4,6) yetersiz, 75'inin (%49,3) orta, 66'sının(%43,4) iyi, 2'sinin (%1,3) çok iyi olduğu görülmektedir. Katılımcılar meslekleri açısından değerlendirildiğinde yüksek bir oranda memur katılımcı olmasından dolayı bu kesimin sosyo-ekonomik durumunun da orta düzeyde olması beklenendir ve bulgularla uyumludur.

2. DEMOGRAFİK VERİLERE GÖRE MEMNUNİYET DÜZEYLERİ

2.1. Hastaların Memnuniyet Sayılarının Sosyal Güvence Açısından Dağılımı

Tablo 14. Hastaların Memnuniyet Sayılarının Sosyal Güvence Açısından Çapraz Frekans Dağılımı

Memnuniyet Derecesi	Emekli Sandığı	Bağ-Kur	SSK	Yeşil kart	Toplam
Yetersiz	2	0	0	0	2
Orta	3	0	0	0	3
İyi	16	2	0	0	18
Çok iyi	121	1	1	6	129
Toplam	142	3	1	6	152

Fisher'in Kesinlik Testine göre P değeri 0,572 olarak bulunmuştur. Katılımcıların tamamı sosyal güvenceye sahip olduklarından Sosyal Güvence ile Memnuniyet düzeyleri arasında bir fark yoktur. Aile hekimliğinde muayene ücretsiz olduğundan sosyal güvence memnuniyet durumunda fark yaratmamaktadır.

2.2. Hastaların Memnuniyet Sayılarının Kronik Hastalık Açısından Dağılımı

Tablo 15. Hastaların Memnuniyet Sayılarının Kronik Hastalık Açısından Çapraz Frekans Dağılımı

Memnuniyet	Hayır	Evet	Toplam
Yetersiz	2	0	2
Orta	2	1	3
İyi	15	2	17
Çok iyi	95	35	130
Toplam	114	38	152

Fisher'in Kesinlik Testine göre P değeri 0,439 olarak bulunmuştur. Kronik Bir Hastalığa Sahip olmak ile memnuniyet düzeyleri arasında bir fark yoktur. Katılımcılar yüksek oranda genç nüfusu oluşturduğundan bu nüfus profilinde akut hastalıklar daha sık görülmekte olup, kronik durumlar ve bulaşıcı olmayan hastalıklar az rastlanmakta olduğundan memnuniyetsizlik yaratmamıştır.

2.3. Hastaların Memnuniyet Sayılarının Sağlık Kurumuna Geliş Nedeni Açısından Dağılımı

Tablo 16. Hastaların Memnuniyet Sayılarının Sağlık Kurumuna Geliş Nedeni Açısından Çapraz Frekans Dağılımı

Memnuniyet Derecesi	Muayene-İlaç	Aşı, enjeksiyon, pansuman	Aile planlama sı	Rapor almak	Diğer	Toplam
Yetersiz	0	0	0	1	1	2
Orta	0	3	0	0	0	3
İyi	6	8	0	0	3	17
Çok iyi	36	64	5	7	18	130
Toplam	42	75	5	8	22	152

Fisher'in Kesinlik Testine göre P değeri 0,372 olarak bulunmuştur. Sağlık kurumuna geliş sebepleriyle memnuniyet düzeyleri arasında bir fark yoktur. Aile hekimleri, birinci basamak sağlık hizmetlerinin koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici hizmetleri vermektedir. Başvuranlar da hizmeti her yönüyle almakta istekli olup herhangi birinde yoğunlaşma görülmemiş ve memnuniyetsizliğe rastlanmamıştır. Birinci basamak hizmetler sağlığın korunması ve gelişmesinde fayda sağlayan hizmetler olduğundan konu hakkında bilinçlendirilmiş olan sağlık alıcıları her yönüyle aile planlamasından bağışıklama hizmetlerine kadar faydalanmaktadır.

2.4. Hastaların Memnuniyet Sayılarının Sağlık Kurumuna Son Altı Ayda Geliş Sayısına Göre Dağılımı

Tablo 17. Hastaların Memnuniyet Sayılarının Sağlık Kurumuna Son Altı Ayda Geliş Sayısına Göre Çapraz Frekans Dağılımı

Memnuniyet Derecesi	İlk	2-4	5-9	10+	Toplam
Yetersiz	0	0	1	1	2
Orta	0	1	2	0	3
İyi	0	7	9	1	17
Çok iyi	3	57	65	5	130
Toplam	3	65	77	7	152

Fisher'in Kesinlik Testine göre P değeri 0,464 olarak bulunmuştur. Son Altı Ayda Sağlık Kuruluşuna Gelme Sayısı ile memnuniyet düzeyleri arasında bir fark yoktur. Aile Hekimliği Sisteminde kişiler hekim seçme hakkına sahiptir. Eğer kişi hekiminden memnun değilse istediği başka bir hekime belirli bir süre geçmesi kaydıyla kayıt olabilmektedir. Bu sebeple de istediği hekime başvurabileceği için kişilerin ASM'ne geliş sayısı ile memnuniyet düzeyi arasında fark görülmemektedir.

2.5. Hastaların Memnuniyet Sayılarının Hizmet Alınan ASM'ne Göre Dağılımı

Tablo 18. Hastaların Memnuniyet Sayılarının Hizmet Alınan ASM'ne Göre Çapraz Frekans Dağılımı

Memnuniyet Derecesi	Saraçhane ASM	Muradiye ASM	Kıyık ASM	Kutlutaş ASM	Ayşekadın ASM	Yıldırım ASM	Esentepe ASM	Şükrüpaşa ASM	Binevler ASM	Toki ASM	Toplam
Yetersiz	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2
Orta	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	3
İyi	2	2	3	0	0	1	2	2	2	3	17
Çok iyi	13	13	13	15	14	13	13	10	15	11	130
Toplam	15	15	16	16	14	15	15	15	17	14	152

Fisher'in Kesinlik Testine göre P değeri 0,469 olarak bulunmuştur. Aile Sağlığı Merkezleri ile memnuniyet düzeyleri arasında bir fark yoktur. Kişiler Aile Hekimliği Sisteminde ikamet bölgelerine yakın olan ASM'ne kayıtlı olduklarından memnuniyetsizlik yaşamamaktadırlar. Aile hekimleri istedikleri takdirde kalite standartlarına uygun olan özel binalarda hizmet verebilmektedir. Kalite kriterlerinin sağlandığı bu binalar hekimlerin kendi seçimleri ile daha özenli hazırlanmış olduğundan daha önce hizmet verilen kamu binalarından daha yüksek standartlara sahiptir. Bu çalışmada 10 ASM'nde 8'i özel binada hizmet vermektedir. Hem ikamet ettikleri yere yakın, hem de özel binalarda hizmet verildiğinden memnuniyet oranı yüksektir.

2.6. Memnuniyet Sayılarının Cinsiyete Göre Dağılımı

Tablo 19. Memnuniyet Sayılarının Cinsiyete Göre Çapraz Frekans Dağılımı

Memnuniyet Derecesi	Erkek	Kadın	Toplam
Yetersiz	1	1	2
Orta	1	2	3
İyi	6	11	17
Çok iyi	52	78	130
Toplam	60	92	152

Fisher'in Kesinlik Testine göre P değeri 0,957 olarak bulunmuştur. Erkeklerin %86'sı,kadınların ise%84'ü memnuniyet derecelerini çok iyi olarak ifade etmişlerdir. İstatistiksel olarak kadın erkek cinsiyetleri arasında memnuniyet dereceleri adına anlamlı bir fark yoktur. 1. Basamak Sağlık Hizmetlerinin içinde bulunan koruyucu sağlık hizmetlerinin verilmesinde cinsiyet ayrımı gözatilmemektedir. Örneğin, Aile Planlaması eğitim hizmetleri hem kadına hem erkeğe verilmektedir. 0-6 yaş çocuğun psikososyal gelişimini destekleme programında hem anneyle hem babayla görüşme yapıp, bilgilendirilmektedir. Verilen tüm hizmetler hem kadını hem erkeği kapsadığından memnuniyette cinsiyete göre fark görülmemektedir.

2.7. Memnuniyet Sayılarının Yaşa Göre Dağılımı

Tablo 20. Memnuniyet Sayılarının Yaşa Göre Çapraz Frekans Dağılımı

Memnuniyet Derecesi	25 Yaş ve Altı	26-35 Yaş	36-45 Yaş	46-55 Yaş	56 Yaş ve Üstü	Toplam
Yetersiz	1	0	1	0	0	2
Orta	0	3	0	0	0	3
İyi	0	9	7	1	0	17
Çok iyi	7	64	50	4	5	130
Toplam	8	76	58	5	5	152

Fisher'in Kesinlik Testine göre P değeri 0,402 olarak bulunmuştur. Yaş Grupları arasında memnuniyet düzeyleri arasında bir fark yoktur. Katılımcılardan 25

yaş ve altı grubunun %87,5'i, 26-35 yaş grubunun %96'sı, 36-45 yaş grubunun %98'i, 46-55 yaş grubunun %100'ü, 56 yaş ve üstü grubunun da %100'ü memnun görülmektedir. Her yaş grubuna hitap eden eğitim, danışmanlık, tedavi edici sağlık hizmeti sunumu bulunmaktadır. AH, doğumdan ölüme kadar devam eden sürekli hizmet olduğu için her yaş grubunda memnuniyet sağlanmaktadır.

2.8. Memnuniyet Sayılarının Medeni Duruma Göre Dağılımı

Tablo 21. Memnuniyet Sayılarının Medeni Duruma Göre Çapraz Frekans Dağılımı

Memnuniyet Derecesi	Bekar	Evli	Boşanmış	Eşi Vefat Etmiş	Toplam
Yetersiz	1	1	0	0	2
Orta	1	2	0	0	3
İyi	1	13	3	0	17
Çok iyi	22	98	8	2	130
Toplam	25	114	11	2	152

Fisher'in Kesinlik Testine göre P değeri 0,355 olarak bulunmuştur. Yani Medeni Durum ile memnuniyet düzeyleri arasında bir fark yoktur. Katılımcılardan bekar olanların %92'si, evlilerin %97'si, boşanmışların ve eşi vefat etmiş olanların %100'ü memnun görülmektedir. Aile hekimliği hizmetlerinde medeni duruma göre ayrıcalıklı bir hizmet verilmediğinden, mahremiyet sağlandığından ve güven ortamı içinde hizmet verildiğinden memnuniyet durumunu medeni durum etkilememektedir.

2.9. Memnuniyet Sayılarının Öğrenim Durumuna Göre Dağılımı

Tablo 22. Memnuniyet Sayılarının Öğrenim Durumuna Göre Çapraz Frekans Dağılımı

Memnuniyet Derecesi	Okur Yazar Değil	Okur Yazar	İlkokul Mezunu	Orta okul Mezu nu	Lise Mezu nu	Fakülte veya Yüksek Okul Mezunu	Toplam
Yetersiz	0	0	0	0	1	1	2
Orta	0	0	0	0	0	3	3
İyi	0	1	1	0	1	14	17
Çok iyi	1	1	2	4	18	104	130
Toplam	1	2	3	4	20	122	152

Fisher'in Kesinlik Testine göre P değeri 0,413 olarak bulunmuştur. Öğrenim Durumu ile memnuniyet düzeyleri arasında bir fark yoktur. Okuryazar değil, okur yazar, ilkokul mezunu ve ortaokul mezunu gruplarının memnuniyetleri %100, lise mezununun %95, fakülte veya yüksekokul mezununun %97 memnuniyet oranı görülmektedir. Bu durum da öğrenim düzeyinin verilen hizmetten memnuniyeti etkilemediğini göstermektedir. Aile hekimliği sisteminde AH kendine kayıtlı olan kişiler hakkında detaylı bilgilere sahip olduklarından kişilere eğitim düzeylerine uygun olarak yaklaşmaktadırlar. Bu da kişilerin memnuniyetini artırmaktadır.

2.10. Memnuniyet Sayılarının Mesleğe Göre Dağılımı

Tablo 23. Memnuniyet Sayılarının Mesleğe Göre Çapraz Frekans Dağılımı

Memnuniyet Derecesi	Memur	İşçi	Esnaf	Çiftçi	Ev Hanımı	Çalışmıyor	Emekli	Toplam
Yetersiz	1	0	0	1	0	0	0	2
Orta	3	0	0	0	0	0	0	3
İyi	13	1	0	1	0	1	1	17
Çok iyi	112	2	4	1	5	3	3	130
Toplam	129	3	4	3	5	4	4	152

Fisher'in Kesinlik Testine göre P değeri 0,174 olarak bulunmuştur. Katılımcılardan memur grubunun %97'si, işçi, esnaf, ev hanımı, çalışmayan ve emekli grubunun %100'ü memnun görülürken çiftçi grubunun %67'si memnun görülmektedir. Katılımcıların geneline bakıldığında çiftçi grubu %2 olarak düşük bir oran oluşturduğundan yetersiz cevabı göreceli olarak yüksek değerlendirilmektedir. AH eğitim durumunda olduğu gibi kişilerin meslekleriyle ilgili bilgi sahibi olduğundan verdikleri koruyucu sağlık hizmetlerinde ihtiyaçları belirleyebilmekte, bu da kişilerin memnuniyetini etkilemekte ve yüksek oranda olmasını sağlamaktadır.

2.11. Memnuniyet Sayılarının Sosyo-Ekonomik Duruma Göre Dağılımı

Tablo 24. Memnuniyet Sayılarının Sosyo-Ekonomik Duruma Göre Çapraz Frekans Dağılımı

Memnuniyet Derecesi	Çok Yetersiz	Yetersiz	Orta	İyi	Çok İyi	Toplam
Yetersiz	0	0	1	1	0	2
Orta	0	0	2	1	0	3
İyi	0	3	7	7	2	17
Çok iyi	2	5	65	56	2	130
Toplam	2	8	75	65	2	152

Fisher'in Kesinlik Testine göre P değeri 0,606 olarak bulunmuştur. Sosyo-ekonomik durum ile memnuniyet düzeyleri arasında bir fark yoktur. Sosyo-ekonomik durumu çok yetersiz, yetersiz ve çok iyi olan grubun memnuniyeti %100, orta olanın %96, iyi olanın da %97 memnuniyeti görülmektedir. ASM'nde muayene ücretsiz olduğundan kişilerin sosyo ekonomik durumu memnuniyeti etkilememektedir. Sosyo ekonomik durumu çok iyi olan kişiye de yetersiz olan kişiye de işlemler aynı şekilde yapılmaktadır.

3. HEKİME İLİŞKİN MEMNUNİYET DEĞERLENDİRMELERİ

3.1. Hastaların Doktora Ulaşabilme İmkânına Göre Dağılımı

Tablo 25. Hastaların Doktora Ulaşabilme İmkânına Göre Frekans Dağılımı

Doktora Ulaşabilme	Kişi	%(Yüzde)
Çok Yetersiz	0	0
Yetersiz	2	1,3
Orta	9	5,9
İyi	55	36,2
Çok İyi	84	55,3
Toplam	152	100,0

Bu çalışma sonucuna göre, hastaların doktora ulaşabilme imkânına göre iyi, çok iyi cevabı verenlerin oranı %91,5 olup memnuniyet oranı yüksek bulunmuştur. Hem coğrafi şartlara göre düzenlenmiş mesafe planlaması, hem de hekimlerin vakit ayırabileceği kadar nüfusa hizmet vermeleri ulaşımı her yönüyle kolaylaştırıp memnuniyet üzerinde olumlu etki yaratmaktadır.

3.2. Doktorun Hastaları Karşılmasına ve Nezaketine Göre Dağılımı

Tablo 26. Doktorun Hastaları Karşılmasına ve Nezaketine Göre Frekans Dağılımı

Doktorun Karşılması	Kişi	%(Yüzde)
Çok Yetersiz	0	0
Yetersiz	1	0,7
Orta	7	4,6
İyi	58	38,2
Çok İyi	86	56,6
Toplam	152	100,0

Bu çalışma sonucuna göre, doktorun hastaları karşılmasına ve nezaketine iyi, çok iyi cevabı verenlerin oranı %94,8 olup memnuniyet oranı yüksek tespit edilmiştir. Aile hekimliği uygulamasında hekimlerin ücret, çalışma ortamı, çalışma arkadaşları seçimi ile iş doyumunun yüksek olduğu düşünüldüğünden işinden mutlu ve keyif alarak çalışan hekimler başvuranlara da alakalı yaklaşarak memnuniyeti artırmaktadırlar.

3.3. Doktorun Hastaları Muayene Sırasında Dinlemesine ve Soru Sormaya Zaman Ayırmasına Göre Dağılımı

Tablo 27. Doktorun Hastaları Muayene Sırasında Dinlemesine ve Soru Sormaya Zaman Ayırmasına Göre Frekans Dağılımı

Doktorun Zaman Ayırması	Kişi	%(Yüzde)
Çok Yetersiz	0	0
Yetersiz	2	1,3
Orta	8	5,3
İyi	68	44,7
Çok İyi	74	48,7
Toplam	152	100,0

Tablo 34’te görüldüğü üzere, hastaların hekimin muayene sırasında dinlemesi ve soru sormaya zaman ayırmasına çok yetersiz, yetersiz cevabı verenlerin oranı %1,3,orta cevabı verenlerin oranı %5,3,iyi, çok iyi cevabı verenlerin oranı 93,4’tür. Bu çalışma sonucuna göre, hastaların hekimin muayene sırasında dinlemesi ve soru sormaya zaman ayırmasına iyi, çok iyi cevabı verenlerin oranı %93,4 olup memnuniyet oranı yüksek tespit edilmiştir. Hekimler çalışma saatlerini planlama yetkisine sahip, kendilerine kayıtlı kişilerle ilgili sağlık özgeçmişi, yaşadığı çevre hakkında bilgi sahibi olduğundan muayene sırasında yaklaşımları daha bilinçli olmaktadır. Kişilere ayıracağı zamanı bilinçli olarak planlayabildiğinden memnuniyet oranını olumlu yönde etkilemektedir.

3.4. Doktorun Hastaları Muayene Sırasında Mahremiyete Verdiği Özene Göre Dağılımı

Tablo 28. Doktorun Hastaları Muayene Sırasında Mahremiyete Verdiği Özene Göre Frekans Dağılımı

Mahremiyete Özen	Kişi	%(Yüzde)
Çok Yetersiz	0	0
Yetersiz	2	1,3
Orta	7	4,6
İyi	66	43,4
Çok İyi	77	50,7
Toplam	152	100,0

Aile hekimliği uygulamasında, Bakanlığın öngördüğü ASM asgari bina şartlarının arasında muayene odasının büyüklüğü belirlenmiş olup, muayene odasında mahremiyet açısından önemli olan paravan bulundurulması zorunludur. Muayene odasının büyüklüğü neticesinde başvuranların rahatlığı sağlanmakta olup, kullanılan paravanla da mahremiyet ortamı oluşturulmaktadır. Bu durum kişilerin memnuniyetini artırmaktadır.

3.5. Hastaların Muayene Odasında Hissettikleri Rahatlık Düzeyine Göre Dağılımı

Tablo 29. Hastaların Muayene Odasında Hissettikleri Rahatlık Düzeyine Göre Frekans Dağılımı

Rahatlık Düzeyi	Kişi	%(Yüzde)
Çok Yetersiz	1	0,7
Yetersiz	1	0,7
Orta	11	7,2
İyi	59	38,8
Çok İyi	80	52,6
Toplam	152	100,0

Kişiler aile hekimlerine başvurdıklarında aile hekimi tarafından tanınıyor olmaları, mahremiyetin sağlanmış olması, kişilerin muayene için başvurdıklarında rahatlığın sağlanması memnuniyet düzeyini olumlu yönde etkilemektedir.

3.6. Doktorun Muayenesine Göre Dağılımı

Tablo 30. Doktorun Muayenesine Göre Frekans Dağılımı

Muayene	Kişi	%(Yüzde)
Çok Yetersiz	0	0
Yetersiz	1	0,7
Orta	11	7,2
İyi	63	41,4
Çok İyi	77	50,7
Toplam	152	100,0

Sağlık hizmeti sunumunda doktor ve hasta birebir, yüz yüze bir ilişki içinde bulunmakta, hizmet süreci boyunca etkileşimleri devam etmektedir. Gerek doktor gerekse hastanın tutum ve davranışları, kurdukları iletişim ve kullanılan dil muayene sürecini etkilemekte olup, hasta memnuniyetine yansımaktadır.

3.7. Sağlık Durumuyla İlgili Olarak Duyulan Kaygılara Doktorun Yaklaşımına Göre Dağılımı

Tablo 31. Sağlık Durumuyla İlgili Olarak Duyulan Kaygılara Doktorun Yaklaşımına Göre Frekans Dağılımı

Doktorun Davranışı	Kişi	%(Yüzde)
Çok Yetersiz	0	0
Yetersiz	2	1,3
Orta	8	5,3
İyi	59	38,8
Çok İyi	83	54,6
Toplam	152	100,0

Hekimlerin kendine kayıtlı kişileri tanıyor ve iletişim halinde olması, kişilerin de hekimlerini tanıyor ve güven duyuyor olmalarından dolayı endişelendikleri konuları hekimlere rahatlıkla, çekinmeden danışmakta, en özel sorularına cevap alabilmekte, bu durum kaygılarını azalmakta ve hasta memnuniyetini olumlu etkilemektedir.

3.8. Doktorun Hastalığı Doğru Teşhis Ve Tedavi Edebilme Becerisine Göre Dağılımı

Tablo 32.Doktorun Hastalığı Doğru Teşhis Ve Tedavi Edebilme Becerisine Göre Frekans Dağılımı

Doğru Teşhis	Kişi	%(Yüzde)
Çok Yetersiz	0	0
Yetersiz	1	0,7
Orta	12	7,9
İyi	45	29,6
Çok İyi	93	61,2
Toplam	152	100,0

Aile hekimliği sisteminde kişiler kayıtlı olduğu hekimini seçme, istediğinde hekim değiştirme hakkına sahiptirler. Tedavisine güvenmedikleri, iletişim

kuramadıkları, muayenesinden başarılı sonuç alamadıkları hekimleri değiştirebilir, istedikleri diğer hekime sağlık hizmeti almak için kayıt yaptırabilirler. Bu hakkı kullandıklarından tedavisinden memnun oldukları hekime kayıtlı olmaktadır. Kişilerin kendi tercihiyle seçtiği hekiminin becerisinden memnuniyeti yüksek olmaktadır. Hekimler de kendine kayıtlı kişileri, özgeçmişi, alerji durumları, kronik hastalıkları, verilecek olan tedaviye uyumları gibi birçok açıdan tanıdığından, teşhis ve tedavide olumlu etki yaratmaktadır. Bu durum kişilerin memnuniyetinin artmasını sağlamaktadır.

3.9. Aile Hekiminden Mesai Saatleri Dışında Hizmet Alma Durumuna Göre Dağılımı

Tablo 33. Aile Hekiminden Mesai Saatleri Dışında Hizmet Alma Durumuna Göre Frekans Dağılımı

Mesai Dışı	Kişi	%(Yüzde)
Çok Yetersiz	4	2,6
Yetersiz	8	5,3
Orta	13	8,6
İyi	41	27,0
Çok İyi	86	55,3
Toplam	152	100,0

Aile Hekimliği uygulamasında AH kayıtlı nüfusunun hizmet ihtiyacına göre halk sağlığı müdürlüğünün onayı ile mesai saatlerini düzenleyebilme hakkına sahiptir. Hekim kayıtlı olan hastalarının başvuru saatlerine göre mesai saatleri dışında da hizmet vermeye devam edebilmektedir. Bu durum kişilerin memnuniyetini olumlu yönde etkilemektedir.

3.10. Aile Hekiminin İlaçların Nasıl Kullanılması Gerektiği ve Yan Etkileri Konusunda Bilgilendirmesine Göre Dağılımı

Tablo 34. Aile Hekiminin İlaçların Nasıl Kullanılması Gerektiği Ve Yan Etkileri Konusunda Bilgilendirmesine Göre Frekans Dağılımı

AH Bilgilendirmesi	Kişi	%(Yüzde)
Çok Yetersiz	0	0
Yetersiz	4	2,6
Orta	9	5,9
İyi	48	31,6
Çok İyi	90	59,2
Toplam	152	100,0

Aile hekimliği sisteminde danışmanlığa ağırlık verildiğinden, kişilerin kendi tedavileri hakkında kararlara katılımı sağlanmaktadır. Danışmanlık verilirken de kişilerin anlayabileceği bir dil kullanılarak ve soru sormaya teşvik edilerek kişilerin tedavi ile ilgili yan etkiler konusunda bilgi sahibi olması sağlanmaktadır. Bu durum memnuniyeti artırmaktadır.

3.11. Aile Hekiminin Yapılacak Tetkik Ve Tedavilerin Ayrıntıları Konusunda Bilgilendirmesine Göre Dağılımı

Tablo 35. Aile Hekiminin Yapılacak Tetkik Ve Tedavilerin Ayrıntıları Konusunda Bilgilendirmesine Göre Frekans Dağılımı

AH Tetkik Bilgilendirmesi	Kişi	%(Yüzde)
Çok Yetersiz	0	0
Yetersiz	1	0,7
Orta	7	4,6
İyi	54	35,5
Çok İyi	88	57,9
54,00	1	0,7
Toplam	152	100,0

Aile hekimi, kişilere yapılacak tetkik ve tedavilerle ilgili, komplikasyon ve yan etkileriyle ilgili kişilerin anlayabileceği bir dil kullanarak ve soru sormaya teşvik ederek bilgilendirme yaptığından memnuniyet artmaktadır.

3.12. Aile Hekiminin Hastalık Konusunda Bilgilendirmesine Göre Dağılımı

Tablo 36. Aile Hekiminin Hastalık Konusunda Bilgilendirmesine Göre Frekans Dağılımı

AH Bilgilendirmesi	Hastalık	Kişi	%(Yüzde)
Çok Yetersiz		0	0
Yetersiz		3	2,0
Orta		8	5,3
İyi		53	34,9
Çok İyi		88	57,9
Toplam		152	100,0

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde danışmanlık, bilgilendirme, eğitim konularına önem verildiğinden kişiler hastalıklarının seyri, komplikasyonları, sekelleri, tedavi şemaları ve ilaç kullanımı konusunda fikir sahibi olmaktadır. Kendi hastalıkları hakkında bilgi sahibi olmak, kişilerin endişelerini gidermekte, güvenini arttırmakta ve tedaviye uyumunu sağlamaktadır. Bu durum kişilerin memnuniyetini olumlu yönde etkilemektedir.

3.13. Aile Hekiminin Hastalık İle İlgili Olarak Yaptığı Açıklamaların Anlaşılabilirliğine Göre Dağılımı

Tablo 37. Aile Hekiminin Hastalık İle İlgili Olarak Yaptığı Açıklamaların Anlaşılabilirliğine Göre Frekans Dağılımı

AH Anlaşılabilirliği	Kişi	%(Yüzde)
Çok Yetersiz	0	0
Yetersiz	3	2,0
Orta	8	5,3
İyi	54	35,5
Çok İyi	87	57,2
Toplam	152	100,0

Aile hekimi kendine kayıtlı kişileri yakından tanıdığından, kişilerin hastalık karşısında sergileyecekleri tutumu tahmin ederek, kişiyi bilgilendirme yapmaktadır ve kişilerin hastalıklarıyla ilgili bilgileri tıbbi terimler kullanmadan halk dili ile anlatmaktadır. Bu durum kişilerin memnuniyetini olumlu yönde etkilemektedir.

3.14. Aile Hekiminin, Sağlık Bilgi Ve Kayıtlarını İzlemesine Göre Dağılımı

Tablo 38. Aile Hekiminin, Sağlık Bilgi Ve Kayıtlarını İzlemesine Göre Frekans Dağılımı

AH İzlemesi	Kişi	%(Yüzde)
Çok Yetersiz	0	0
Yetersiz	2	1,3
Orta	7	4,6
İyi	61	40,1
Çok İyi	82	53,3
Toplam	152	100,0

Aile hekimliği sisteminde sağlık bilgi ve kayıtları elektronik ortamda aile hekimliği bilgi sistemi üzerinde depolanmaktadır. Aile hekimi kendine kayıtlı

kişilerin bilgi ve kayıtlarına bu depolama sayesinde kolayca ulaşmaktadır. Bu durum kişilerin memnuniyetini olumlu yönde etkilemektedir.

3.15. Aile Hekiminin, Sağlığı Koruyucu Eğitim Vermesine Göre Dağılımı

Tablo 39.Aile Hekiminin, Sağlığı Koruyucu Eğitim Vermesine Göre Frekans Dağılımı

AH Eğitim	Kişi	%(Yüzde)
Çok Yetersiz	0	0
Yetersiz	3	2,0
Orta	9	5,9
İyi	56	36,8
Çok İyi	84	55,3
Toplam	152	100,0

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde danışmanlık, bilgilendirme, eğitim ön planda olduğundan kişilere hastalık öncesinde korunma konusunda eğitim verilmektedir. Hastalıklardan korunmakla ilgili önceden bilgi sahibi olarak davranış değişikliği oluşturan kişilerin hastalığa yakalanması azalmakta ve bu durum memnuniyeti olumlu yönde etkilemektedir.

3.16. Aile Hekiminin, Reçete Ettiği İlaçların Faydasına Göre Dağılımı

Tablo 40.Aile Hekiminin, Reçete Ettiği İlaçların Faydasına Göre Frekans Dağılımı

İlaçların Faydası	Kişi	%(Yüzde)
Çok Yetersiz	0	0
Yetersiz	3	2,0
Orta	9	5,9
İyi	55	36,2
Çok İyi	85	55,9
Toplam	152	100,0

Hastalarını yakın tanıyan aile hekimlerinin, tedavi ve uyumu konusunda doğru yönlendireceği bir nüfusa sahip olması, kişinin kullanacağı ilacı uygulama sıklığı, uygulama şekli tercihinde etkili olmaktadır. Bu durum, memnuniyet düzeyini olumlu yönde etkilemektedir.

3.17. Rahatsızlıkla İlgili Olarak Uzman Gerektiğinde, Aile Hekiminin Hastaneden Randevu Alıp Sevk Etmesine Göre Dağılımı

Tablo 41. Rahatsızlıkla İlgili Olarak Uzman Gerektiğinde, Aile Hekiminin Hastaneden Randevu Alıp Sevk Etmesine Göre Frekans Dağılımı

Uzmana Sevk	Kişi	%(Yüzde)
Çok Yetersiz	1	0,7
Yetersiz	4	2,6
Orta	8	5,3
İyi	50	32,9
Çok İyi	89	59,2
Toplam	152	100,0

Aile hekimliği uygulamasında aile hekiminin temel özellikleri arasında yer alan kapı tutuculuk, ilk başvuru yapılan hekim özelliğinde kaynakları kontrol etmesi, karar verici konumunda olması ve kişileri gerektiğinde doğru uzman hekimlere yönlendirmesi kişilerin memnuniyet düzeyini olumlu yönde etkilemektedir.

3.18. Sağlık Kuruluşuna Gelindiğinde Kendi Aile Hekimine Ulaşılabilirliğe Göre Dağılımı

Tablo 42. Sağlık Kuruluşuna Gelindiğinde Kendi Aile Hekimine Ulaşılabilirliğe Göre Frekans Dağılımı

AH Ulaşılabilirlik	Kişi	%(Yüzde)
Çok Yetersiz	0	0
Yetersiz	1	0,7
Orta	7	4,6
İyi	52	34,2
Çok İyi	92	60,5
Toplam	152	100,0

Edirne Merkezde yapılan bu çalışmada kişilerin kendi aile hekimine ulaşımında sıkıntı olmamaktadır. Edirne ilinde aile hekimliği uygulamasında 7 yıllık bir süre geçtiğinden kişiler kayıtlı oldukları aile hekiminin çalışma saatleri konusunda bilgi sahibi olmuş, bu saatlerde başvurmayı alışkanlık haline getirmişlerdir. Bu durum memnuniyet düzeyini olumlu yönde etkilemektedir.

3.19. Aile Hekiminin, Muayene İçin Ayırdığı Zamana Göre Dağılımı

Tablo 43. Aile Hekiminin, Muayene İçin Ayırdığı Zamana Göre Frekans Dağılımı

Muayene Süresi	Kişi	%(Yüzde)
Çok Yetersiz	1	0,7
Yetersiz	1	0,7
Orta	7	4,6
İyi	54	35,5
Çok İyi	89	58,6
Toplam	152	100,0

Aile hekimi kendine kayıtlı kişileri yakından tanıdığından ve özgeçmiş bilgilerine elektronik ortamda sahip olduğundan zamanı etkili kullanmakta ve

muayene için yeterli zaman ayırabilmektedir. Bu durum kişilerin memnuniyetini olumlu yönde etkilemektedir.

3.20. Bu Sağlık Kuruluşunda Tedavi Gören Hastaların Sağlıklarına Kavuşabilme Durumuna Göre Dağılımı

Tablo 44. Bu Sağlık Kuruluşunda Tedavi Gören Hastaların Sağlıklarına Kavuşabilme Durumuna Göre Frekans Dağılımı

Sağlığa Kavuşma	Kişi	%(Yüzde)
Çok Yetersiz	1	0,7
Yetersiz	1	0,7
Orta	11	7,2
İyi	47	30,9
Çok İyi	92	60,5
Toplam	152	100,0

Aile hekimliği sisteminde kişiler kayıtlı olduğu hekimin tedavisinden memnun olmadıklarında hekim değiştirme hakkına sahiptirler. Bu hakkı kullandıklarından tedavisinden memnun oldukları hekime kayıtlı olmaktadır. Bu durum kişilerin memnuniyetini olumlu yönde etkilemektedir.

4. HEKİM DIŞI PERSONELE İLİŞKİN MEMNUNİYET DEĞERLENDİRMELERİ

4.1. ASM’nde Yapılacak Kayıt ve Tıbbi İşlemler Konusunda Yönlendiren Personelin Davranışlarına Göre Dağılımı

Tablo 45. ASM’nde Yapılacak Kayıt ve Tıbbi İşlemler Konusunda Yönlendiren Personelin Davranışlarına Göre Frekans Dağılımı

Personel Davranışı	Kişi	%(Yüzde)
Çok Yetersiz	1	0,7
Yetersiz	2	1,4
Orta	7	4,6
İyi	41	27,0
Çok İyi	101	66,4
Toplam	152	99,3

Bu çalışma sonucuna göre, .ASM’nde Yapılacak Kayıt ve Tıbbi İşlemler Konusunda Yönlendiren Personelin Davranışlarına iyi, çok iyi cevabı verenler %95’e yakın bir oranda memnuniyet düzeyi yüksektir. Aile Hekimliği uygulamasında bir ekip halinde sağlık hizmetinin veriliyor olması, kayıt ve tıbbi işlemlerin bürokratik işlemler gerektirmiyor olması memnuniyeti olumlu yönde etkilemektedir.

4.2. Sağlık Personelinin Görüşmeye Alma Süresine Göre Dağılımı

Tablo 46. Sağlık Personelinin Görüşmeye Alma Süresine Göre Frekans Dağılımı

Görüşmeye Alma Süresi	Kişi	%(Yüzde)
Çok Yetersiz	0	0
Yetersiz	3	2,0
Orta	8	5,3
İyi	59	38,8
Çok İyi	82	53,9
Toplam	152	100,0

Bu çalışma sonucuna göre, sağlık personelinin görüşmeye alma süresine iyi, çok iyi cevabı verenler %90 civarında olup memnuniyet oranı yüksek bulunmuştur. ASE, kişilerin yapılması gereken izlemelerini, belirli bir plan dahilinde randevu vererek ASM'ne davet etmektedir. Plan çerçevesinde yapılan görüşmelerde bir bekleme süresi ortaya çıkmamaktadır. Bu durum memnuniyetin yüksek olmasını sağlamaktadır.

4.3. Sağlık Kurumunda Hizmet Veren Ebe/Hemşire/Sağlık Memurunun Davranışına Ve Sorunla İlgili Olarak Bilgilendirmesine Göre Dağılımı

Tablo 47. Sağlık Kurumunda Hizmet Veren Ebe/Hemşire/Sağlık Memurunun Davranışına Ve Sorunla İlgili Olarak Bilgilendirmesine Göre Frekans Dağılımı

ASE Davranışı	Kişi	%(Yüzde)
Çok Yetersiz	1	0,7
Yetersiz	1	0,7
Orta	10	6,6
İyi	53	34,9
Çok İyi	87	57,2
Toplam	152	100,0

Aile hekimleri yönetmelik çerçevesinde çalışma arkadaşlarını, çalışma koşullarını, fiziksel ortamı seçerek iş doyumuna ulaşmaktadır. İş doyumuna ulaşmış AH ve ASE işinde mutlu ve keyifli olduğundan kişilere karşı davranışları olumlu olmaktadır. Bu durum memnuniyeti artırmaktadır.

4.4. Sağlık Kurumunda Hizmet Veren Ebe/Hemşire/ Sağlık Memurunun Sorunlar Karşısında Göstermiş Olduğu Duyarlılık Ve İlgiye Göre Dağılımı

Tablo 48. Sağlık Kurumunda Hizmet Veren Ebe/Hemşire/ Sağlık Memurunun Sorunlar Karşısında Göstermiş Olduğu Duyarlılık Ve İlgiye Göre Frekans Dağılımı

ASE Duyarlılığı	Kişi	%(Yüzde)
Çok Yetersiz	0	0
Yetersiz	3	2,0
Orta	7	4,6
İyi	53	34,9
Çok İyi	89	58,6
Toplam	152	100,0

Aile hekimleri yönetmelik çerçevesinde çalışma arkadaşlarını, çalışma koşullarını, fiziksel ortamı seçerek iş doyumuna ulaşmaktadır. İş doyumuna ulaşmış AH ve ASE işinde mutlu ve keyifli olduğundan kişilerin sorunlarına karşı duyarlı davranışlar sergilemektedir. Aile hekimliği sisteminde aile sağlığı elemanı aşı, enjeksiyon, kan alma hizmetlerini vermekte olup, bu hizmetleri verirken bilgilendirme ve danışmanlık yaptığından endişelerini gidererek başvuranlara güveni sağladığından memnuniyeti olumlu yönde etkilemektedir.

4.5. Sağlık Kurumunda Hizmet Veren Ebe/Hemşire/ Sağlık Memurunun Vermiş Olduğu Tıbbi Hizmete Göre Dağılımı

Tablo 49. Sağlık Kurumunda Hizmet Veren Ebe/Hemşire/ Sağlık Memurunun Vermiş Olduğu Tıbbi Hizmete Göre Frekans Dağılımı

ASE Tıbbi Hizmet	Kişi	%(Yüzde)
Çok Yetersiz	0	0
Yetersiz	3	2,0
Orta	6	3,9
İyi	47	30,9
Çok İyi	96	63,2
Toplam	152	100,0

Aile hekimliği sisteminde aile sağlığı elemanı aşı, enjeksiyon, kan alma hizmetlerini vermekte olup, başvurulara güveni sağladığından memnuniyeti olumlu yönde etkilemektedir.

4.6. ASM’nde Yapılacak Kayıt İşlemlerinin Hızına Göre Dağılımı

Tablo 50. ASM’nde Yapılacak Kayıt İşlemlerinin Hızına Göre Frekans Dağılımı

Kayıt Hızı	Kişi	%(Yüzde)
Çok Yetersiz	1	0,7
Yetersiz	1	0,7
Orta	7	4,6
İyi	41	27,0
Çok İyi	102	67,1
Toplam	152	100,0

Bu çalışma sonucuna göre, ASM’nde yapılacak kayıt işlemlerinin hızına iyi, çok iyi cevabı verenler % 95 e yakın bir oranda, memnuniyet düzeyi yüksektir. AH uygulamasında yapılacak kayıt işlemleri aile hekimliği bilgi sistemi üzerinden kimlik numarası ile gerçekleştiğinden ve yerinde yapıldığından memnuniyeti olumlu yönde etkilemektedir.

5. ÇEVRESEL VE KURUMSAL FAKTÖRLERE İLİŞKİN MEMNUNİYET DÜZEYLERİ

5.1. Hastaların ASM'ne Ulaşım Koşullarına Göre Dağılımı

Tablo 51. Hastaların ASM'ne Ulaşım Koşullarına Göre Frekans Dağılımı

Ulaşım Koşulları	Kişi	%(Yüzde)
Çok Yetersiz	0	0
Yetersiz	3	2,0
Orta	7	4,6
İyi	33	21,7
Çok İyi	109	71,7
Toplam	152	100,0

İyi ve çok iyi cevabı veren katılımcılar %90'nın üzerinde, yani ASM'ne ulaşımın kolaylığı ve rahatlığını yaşamakta memnuniyet duymaktadır. Aile Hekimliği uygulamasında sağlık hizmetine ulaşım; hem fiziki yönden binanın yakınlığı, kullanılabilir şartlarda yolunun olması, araç yolu üzerinde olması, hem de bürokratik işlemlerin kolaylığı ilk kayıt işleminden sonra aile hekimliği bilgi sistemi üzerinden kimlik numarası ile tüm işlemlerin yapılması yönünden sorunsuzdur. Bu şekilde yapılan planlama sonucu başvuruların memnuniyeti olumlu yönde olmaktadır.

5.2. ASM'nin Muayene Saatlerinin Uygunluğuna Göre Dağılımı

Tablo 52. ASM'nin Muayene Saatlerinin Uygunluğuna Göre Frekans Dağılımı

Muayene Saatleri	Kişi	%(Yüzde)
Çok Yetersiz	0	0
Yetersiz	1	0,7
Orta	11	7,2
İyi	36	23,7
Çok İyi	104	68,4
Toplam	152	100,0

Bu araştırma sonucuna göre ASM'nin muayene saatlerinin uygunluğuna iyi, çok iyi cevabı verenler %90'ın üzerinde olup, memnuniyetin yüksek olduğunu göstermektedir. Aile Hekimliği uygulamasında AH kayıtlı nüfusunun hizmet ihtiyacına göre halk sağlığı müdürlüğünün onayı ile mesai saatlerini düzenleyebilme hakkına sahiptir. Bu nedenle başvuru saatlerinde ASM'de sağlık hizmetinin devam ettiğini gören, ihtiyacını karşılayan başvuranların memnuniyeti olumlu yönde etkilenmektedir.

5.3. Hastaların ASM'ndeki Bekleme Salonu (Temizlik, Aydınlatma, Isı Ve Sakinliği, Oturulacak Yerler) Konusundaki Genel Görüşlerine Göre Dağılımı

Tablo 53. Hastaların ASM'ndeki Bekleme Salonu (Temizlik, Aydınlatma, Isı Ve Sakinliği, Oturulacak Yerler) Konusundaki Genel Görüşlerine Göre Frekans Dağılımı

Bekleme Salonu	Kişi	%(Yüzde)
Çok Yetersiz	0	0
Yetersiz	2	1,3
Orta	6	3,9
İyi	46	30,3
Çok İyi	98	64,5
Toplam	152	100,0

Bu çalışma sonucuna göre, Hastaların ASM'ndeki bekleme salonu(Temizlik, Aydınlatma, Isı Ve Sakinliği, Oturulacak Yerler) konusunda iyi, çok iyi cevabı verenler %95 olup memnuniyet oranı yüksek bulunmuştur. Aile Hekimliği uygulamasında AH, binanın fiziki şartları için ödenen cari giderle bekleme salonu şartları, temizlik personeli çalıştırma, ısınmanın sağlanmasını gerçekleştireceğinden başvuran memnuniyetine olumlu yönde etki etmektedir.

5.4. Hastaların ASM’ndeki Tıbbi Cihaz ve Donanımın Yeterliliği Konusundaki Görüşlerine Göre Dağılımı

**Tablo 54. Hastaların ASM’ndeki Tıbbi Cihaz ve Donanımın Yeterliliği
Konusundaki Görüşlerine Göre Frekans Dağılımı**

Tıbbi Cihaz ve Donanım	Kişi	%(Yüzde)
Çok Yetersiz	0	0
Yetersiz	2	1,3
Orta	10	6,6
İyi	55	36,2
Çok İyi	85	55,9
Toplam	152	100,0

Bu çalışma sonucuna göre, hastaların ASM’ndeki tıbbi cihaz ve donanımın yeterliliği konusunda iyi, çok iyi cevabı verenler %90 olup memnuniyet oranı yüksek bulunmuştur. Aile hekimliği uygulamasında yönetmelikler çerçevesinde bulundurulması zorunlu asgari tıbbi malzemeler, birinci basamak hizmetler verilirken gerekli olacak laboratuvar tetkiklerini karşılayacak düzeyde olduğundan, başvuranların teşhis için yapılacak tetkikleri başka bir kuruma müracaat etmeden yaptırmaları memnuniyet üzerinde olumlu etki yaratmaktadır.

5.5. Laboratuvar da Tetkik İçin Örneklerin (Kan, İdrar) Alınma Hızı Ve Sonuçlarının Verilme Hızına Göre Dağılımı

**Tablo 55. Laboratuvar da Tetkik İçin Örneklerin (Kan, İdrar) Alınma Hızı Ve
Sonuçlarının Verilme Hızına Göre Frekans Dağılımı**

Laboratuvar Hızı	Kişi	%(Yüzde)
Çok Yetersiz	0	0
Yetersiz	2	1,3
Orta	11	7,2
İyi	65	42,8
Çok İyi	74	48,7
Toplam	152	100,0

Aile hekimliği yönetmeliğinde birinci basamak sağlık hizmetlerinde laboratuvar hizmetleri için uygun şartlar belirlendiğinden başvuranlara ASM’nde teşhisi için gerekli tetkikler yapılmakta, teşhisleri kısa sürede konarak tedavileri başlanmaktadır. Bu durum kişilerin laboratuvar hizmetinden memnuniyetini artırmaktadır.

5.6. Sağlık Kuruluşunda Verilen Hizmetin Genel Değerlendirilmesine Göre Dağılımı

Tablo 56. Sağlık Kuruluşunda Verilen Hizmetin Genel Değerlendirilmesine Göre Frekans Dağılımı

Genel Değerlendirme	Kişi	%(Yüzde)
Çok Yetersiz	0	0
Yetersiz	3	2,0
Orta	16	10,5
İyi	48	31,6
Çok İyi	85	55,9
Toplam	152	100,0

Aile sağlığı merkezlerinde koruyucu, teşhis, tedavi, rehabilite edici hizmetler verilmekte olup bu hizmetlerin sürekliliği sağlanmaktadır. Yenidoğan bebeğin aşısının takibi, yatağa bağımlı hastaların evde ziyareti, gebelik dönemi beslenmesinin anlatılması, çocukluk dönemleri izlemleri gibi sağlık hizmetlerinin gerçekleştirilmesi, eğitim, danışmanlık veriliyor olması memnuniyeti olumlu yönde etkilemektedir.

5.7. Acil Sağlık Problemlerinde Sağlık Kuruluşundan Yardım Alabilme Durumuna Göre Dağılımı

Tablo 57. Acil Sağlık Problemlerinde Sağlık Kuruluşundan Yardım Alabilme Durumuna Göre Frekans Dağılımı

Acil Yardım	Kişi	%(Yüzde)
Çok Yetersiz	0	0
Yetersiz	3	2,0
Orta	17	11,2
İyi	47	30,9
Çok İyi	85	55,9
Toplam	152	100,0

Bu çalışma sonucuna göre, acil sağlık problemlerinde ASM’nden yardım alabilme durumundan memnuniyet %86,8 bulunmuştur. Kişilerde genel düşünce, acil sağlık problemlerinde 2.basamak sağlık kuruluşlarına başvurmak daha yaygındır. ASM’nde acil sağlık hizmetlerinin veriliyor olması kişilerin memnuniyetini olumlu yönde etkilemektedir.

5.8. İhtiyaç Olan Sağlık Hizmetini Hastaneye Gitmeden Bu Sağlık Kurumundan Alabilme Durumuna Göre Dağılımı

Tablo 58. İhtiyaç Olan Sağlık Hizmetini Hastaneye Gitmeden Bu Sağlık Kurumundan Alabilme Durumuna Göre Frekans Dağılımı

İhtiyacı Karşılama	Kişi	%(Yüzde)
Çok Yetersiz	0	0
Yetersiz	5	3,3
Orta	14	9,2
İyi	45	29,6
Çok İyi	88	57,9
Toplam	152	100,0

Aile hekimliği kurgusunda aile sağlığı merkezlerinin kişilerin kolay ulaşacağı uzaklıkta planlanması, laboratuvar hizmetlerinin yapılıyor olması, kayıt işlemlerinin

hızlı olması kişilerin ihtiyaç duydukları hizmeti hastaneye gitmeden ASM’nden alması memnuniyeti artırmaktadır.

5.9. Sağlık Kurumu İçinde Gitmek İstenilen Yerin (Aşı, Dr Odası, Kan Alma Odası vb) İşaret Levhaları İle Bulunabilmesine Göre Dağılımı

Tablo 59. Sağlık Kurumu İçinde Gitmek İstenilen Yerin (Aşı, Dr Odası, Kan Alma Odası vb) İşaret Levhaları İle Bulunabilmesine Göre Frekans Dağılımı

İşaret Levhaları	Kişi	%(Yüzde)
Çok Yetersiz	0	0
Yetersiz	3	2,0
Orta	11	7,2
İyi	44	28,9
Çok İyi	94	61,8
Toplam	152	100,0

Kişiler ASM içinde gitmek istedikleri aşı odası, dr odası, kan alma odası, aile planlaması odası, çocuk izlem odası gibi alanlara işaret levhaları sayesinde kolay ulaşmaktadırlar. Bu durum memnuniyeti artırmaktadır.

5.10. Sağlık Kurumundaki Bekleme Salonunun; Temizlik, Genel Düzeni Ve Aydınlatmasına Göre Dağılımı

Tablo 60. Sağlık Kurumundaki Bekleme Salonunun; Temizlik, Genel Düzeni ve Aydınlatmasına Göre Frekans Dağılımı

Bekleme Salonu Temizliği	Kişi	%(Yüzde)
Çok Yetersiz	0	0
Yetersiz	4	2,6
Orta	7	4,6
İyi	45	29,6
Çok İyi	96	62,5
Toplam	152	100,0

Bu çalışma sonucuna göre, Hastaların ASM’ndeki Bekleme Salonu; (Temizlik, Aydınlatma, Genel Düzen) Konusunda iyi, çok iyi cevabı verenler %92,1 olup memnuniyet oranı yüksek bulunmuştur. Aile Hekimliği uygulamasında AH binanın fiziki şartları için ödenen cari gider ile bekleme salonu şartları, temizlik personeli çalıştırma, ısınmanın sağlanması gerçekleştirileceğinden başvuran kişilerin memnuniyetine olumlu yönde etki etmektedir.

5.11. Sağlık Kurumundaki Bekleme Salonunun; Oturacak Yerlerin Yeterliliği Ve Sakinliğine Göre Dağılımı

Tablo 61. Sağlık Kurumundaki Bekleme Salonunun; Oturacak Yerlerin Yeterliliği Ve Sakinliğine Göre Frekans Dağılımı

Bekleme Salonunun Yeterliliği	Kişi	%(Yüzde)
Çok Yetersiz	0	0
Yetersiz	3	2,0
Orta	7	4,6
İyi	46	30,3
Çok İyi	96	63,2
Toplam	152	100,0

ASM’nde bir hekim için bekleme alanında en az 5,daha sonraki her hekim için ilaveten 3 bekleme koltuğu bulundurulma zorunluluğu olduğundan kişiler bekleme salonunda oturacak yer konusunda sıkıntı yaşamamaktadırlar. Bu durum memnuniyeti artırmaktadır.

5.12. Sağlık Kurumunun Isıtma Ve Havalandırmasına Göre Dağılımı

Tablo 62. Sağlık Kurumunun Isıtma Ve Havalandırmasına Göre Frekans Dağılımı

Isıtma-Havalandırma	Kişi	%(Yüzde)
Çok Yetersiz	1	0,7
Yetersiz	2	1,3
Orta	11	7,2
İyi	48	31,6
Çok İyi	90	58,6
Toplam	152	100,0

Aile hekimliği sisteminde ASM'nin ısınması kalorifer ve klima ile sağlanmakta olup ortam ısısı oda ısısında tutulmaktadır. Sağlık hizmeti almak için başvuranların soğuk ya da sıcak olan ortamlarda bekleme durumu olmadığından rahat etmektedirler. Bu durum memnuniyet oranını olumlu yönde etkilemektedir.

5.13. Sağlık Kurumunda Hizmet Veren Laboratuvar Hizmetinin Kapsamına Göre Dağılımı

Tablo 63. Sağlık Kurumunda Hizmet Veren Laboratuvar Hizmetinin Kapsamına Göre Frekans Dağılımı

Laboratuvar Hiz. Kapsamı	Kişi	%(Yüzde)
Çok Yetersiz	0	0
Yetersiz	1	0,7
Orta	9	5,9
İyi	49	32,2
Çok İyi	93	61,2
Toplam	152	100,0

Aile hekimliği sisteminde, Halk Sağlığı Müdürlüğü tarafından yapılan protokol, yapılabilecek olan tüm tetkikleri kapsamaktadır. Birinci basamakta yapılan tetkiklerin yanında ikinci basamakta yapılabilen tetkiklerin de yapılabilmesine olanak sağladığından kişilerin başka bir sağlık merkezine gitmeden ASM'nde gerekli

tüm tetkiklerini yaptırabilmesini sağlar. Tetkik ve tahlillerle ilgili hizmetlerini kurum kurum dolaşmadan, bürokratik işlemlere takılmadan alabilen kişiler tedavi sürecine de daha kısa sürede başlamaktadır, daha hızlı şifa bulmaktadır. Bu durum kişilerin memnuniyetini olumlu yönde etkilemektedir.

5.14. Tahlil Sonuçlarının Belirtilen Zamanda Verilmesine Göre Dağılımı

Tablo 64. Tahlil Sonuçlarının Belirtilen Zamanda Verilmesine Göre Frekans Dağılımı

Sonuçların Zamanı	Kişi	%(Yüzde)
Çok Yetersiz	0	0
Yetersiz	2	1,3
Orta	6	3,9
İyi	48	31,6
Çok İyi	96	63,2
Toplam	152	100,0

ASM’nde alınan örneklerin çalışması protokol gereği hastanelerde yapılmakta olup, sonuçlar elektronik ortamda aile hekimine iletilmektedir. Bu durum zaman kaybını önlemekte olduğundan kişilerin memnuniyeti artmaktadır.

5.15. Tahlil Ve Tetkik İşlemlerini (Kan, İdrar Tahlili) Yaptırmak İçin Beklenen Süreye Göre Dağılımı

Tablo 65. Tahlil Ve Tetkik İşlemlerini (Kan, İdrar Tahlili) Yaptırmak İçin Beklenen Süreye Göre Frekans Dağılımı

Tetkik Bekleme Süresi	Kişi	%(Yüzde)
Çok Yetersiz	0	0
Yetersiz	1	0,7
Orta	10	6,6
İyi	47	30,9
Çok İyi	94	61,8
Toplam	152	100,0

Kişiler tetkik yaptırmak için başvuru yaptıklarında tüm bilgileri elektronik ortamda kayıtlı olduğundan sadece T.C. kimlik numarasıyla kan ve idrar tetkik işlemlerini yaptırabilmektedirler. Tahlil örneklerinin ASM’ nde görevli personel tarafından alınıyor olması yanında, birinci basamakta yapılacak tetkiklerin kurumda yapılması süreyi kısaltır, bunun yanında ASM’ nde alınan tetkiklerin ikinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlara gönderilerek sonuçlarının elektronik ortamda alınması bu sürecin planlı olması nedeniyle bekleme süresi oluşturmamaktadır. Bu durum bekleme süresini kısalttığından memnuniyet oranını arttırmaktadır.

SONUÇ

Günümüzde sağlık hizmetleri, yalnız hastalığın tedavi edilmesi olarak değil, bununla beraber, koruyucu tedbir alınması, çevre sağlığı ile ilgili çalışmalar ve klinik araştırmalar yapılması, hasta memnuniyeti gibi kavramlar üzerine yoğunlaşması şeklinde değerlendirilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından sağlık; hastalık yâda sakatlık durumunun olmayışının yanında bedensel, ruhsal ve sosyal anlamda tam iyilik hali olarak ifade edilmektedir. Sağlık hizmet sunumu ile sağlıklı birey ve sağlıklı bir çevre amaçlanmaktadır.

Hizmet sektöründe müşteri memnuniyeti ne kadar önem taşıyor ise sağlık sektöründe de hasta memnuniyeti o derece önem taşımaktadır. Birinci basamak sağlık hizmeti sunan aile hekimleri için temel amaç, hastasına hizmet kalitesi yüksek ve beklentilerini karşılayabilecek şekilde sağlık hizmetini sunarak, hastalıklara karşı korumak, hastalık durumunda tedavi etmek, dolayısıyla sağlığı korumak ve geliştirmektir.

Sağlık hizmetlerinin hasta odaklı olması gerekmektedir. Hasta odaklı sağlık hizmeti, hizmetin etkinlik ve verimliliğinin artırılmasını sağlamaktadır. Kendine kayıtlı hastalarını tanıyan ve beklentilerini bilen aile hekimlerinin bu yönü hasta odaklı hizmet vermeyi sağlamaktadır. Hasta memnuniyeti, bireylerin sosyo-demografik özellikleri ve tedavi sürecine ilişkin faktörlerden etkilenen, sağlık kurumlarında hizmet kalitesini değerlendirmede kullanılan temel bir kriterdir. Hasta memnuniyetini artırmak için; hasta beklentilerine yönelik uygulamalar ön planda tutulmalıdır. Personelin kişisel özellikleri, hastaya olan davranışı etkilemektedir. Gösterilen ilgi ve alaka hastanın güven duymasını sağlayarak tedavisinde daha uyumlu olmasını sağlamaktadır. Ayrıca; sağlık kurumunun ulaşılabilirliği, ortamı, çalışma saatleri, temizlik gibi çevresel ve kurumsal faktörler de hasta memnuniyetini etkilemektedir.

Hasta memnuniyeti genel anlamda hasta beklentilerinin karşılanması yâda hastaların aldıkları sağlık hizmetini nasıl algıladıklarıyla yakından ilişkilidir. Çok göreceli bir kavram olup, deneyim, yaşam tarzı, bireysel ve toplumsal değerler ile verilen hizmetten etkilenmektedir.

Yapılan bu çalışma ile aile hekimliği uygulamasından hizmet alan kişilerin memnuniyetinin araştırılması amaçlanmıştır. Edirne ilinde uygulanmakta olan aile hekimliği uygulamasından hizmet alan kişilerin memnuniyet düzeyinin kısmen ölçülmesi başta Edirne olmak üzere aile hekimliği uygulanmakta olan diğer iller açısından da yol gösterici olabilecektir.

Varsayımların değeriendirilmesi şu şekildedir:

-“Aile hekiminin hastalara empatik davranışı ile hasta memnuniyeti arasında doğru orantı vardır.”: Bu varsayım tutarlı bulunmuştur. Doktorun hastaları karşılamasına ve nezaketine iyi, çok iyi cevabı verenlerin oranı yüksek tespit edilmiştir. Aile hekimliği uygulamasında hekimlerin ücret, çalışma ortamı, çalışma arkadaşları seçimi ile iş doyumunun yüksek olduğu düşünöldüğünden işinden mutlu ve keyif alarak çalışan hekimler başvuranlara da alakalı yaklaşarak memnuniyeti artırmaktadırlar.

-“Aile hekimliğinde müracaat edenlerin bekleme süreleri kısaldıkça memnuniyet yükselir.”: Bu varsayım tutarlı bulunmuştur. Aile hekimi kendine kayıtlı kişileri yakından tanıdığından ve özgeçmiş bilgilerine elektronik ortamda sahip olduğundan bürokratik işlemlerle fazla vakit kaybetmeyip, laboratuvar tetkiklerinin de birçoğunu aynı kurum içerisinde yaptığından zamanı etkili kullanmaktadır. Bu durum, kişinin muayene için bekleme süresini azalttığından kişilerin memnuniyetini olumlu yönde etkilemektedir.

-“Aile Sağlığı Merkezine ulaşım imkanları kolaylaştıkça aile hekimliğine başvuru sayısı da artar.”: Bu varsayım tutarlı bulunmuştur. Aile Hekimliği uygulamasında sağlık hizmetine ulaşım; fiziki yönden binanın yakın olması, kullanılabilir şartlarda yolunun olması, araç yolu üzerinde olması gibi şartları sağladığından başvuranların memnuniyeti olumlu yönde olmaktadır.

-“Aile hekimlerinin mahremiyete verdiği önem arttıkça hasta memnuniyeti yükselir.”: Bu varsayım tutarlı bulunmuştur. ASM’nde muayene odasında mahremiyet açısından önemli olan paravan bulundurulduğundan,

başvuranların rahatlığı sağlanmaktadır. Bu durum kişilerin memnuniyetini artırmaktadır.

-“Aile hekimliğinde çalışan aile sağlığı elemanının vatandaşa davranışları ve sorunlarıyla ilgili bilgilendirme yapması ile memnuniyet arasında doğru orantı vardır.”: Bu varsayım tutarlı bulunmuştur. Aile hekimleri yönetmelik çerçevesinde çalışma arkadaşlarını, çalışma koşullarını, fiziksel ortamı seçme imkanına sahip olduğundan iş doyumuna ulaşmaktadır. İş doyumuna ulaşmış AH ve ASE işinde mutlu ve keyifli olduğundan kişilerin sorunlarına karşı duyarlı davranışlar sergilemektedir. Bu durum kişilerin memnuniyetini olumlu yönde etkilemektedir.

KAYNAKÇA

- Akgün, S., vd., “Başkent Üniversitesi Hastanesinde Yataklı Tedavi Hizmeti Almış Hastaların Memnuniyet Durumlarının Belirlenmesi”, Toplam Kalite Yönetimi Prensiplerinin Sağlık Hizmetlerinde Uygulamaları Sempozyumu, Ankara, 1999
- Aksaraylı, M.–Özgen, I. , “Otel İşletmelerinin İnternet Tabanlı Müşteri İlişkilerinde E-Posta Yönetimi Ve Türkiye’deki Otel İşletmeleri Üzerine Bir Araştırma” Ege Akademik Bakış Dergisi, C.10 S.2, İzmir,2010
- Aslan, D., vd., “Spor Merkezine Kayıtlı Olan Kadınların Sağlık-Hastalık Kavramları İle İlgili Görüşleri ve Sağlık Arama Davranışlarını Etkileyen Faktörler” ,Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, C.13,S.2, Kayseri, 2004
- Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü, Yaşam Memnuniyet Araştırması 2012, Ankara, 2013
- Bayazıt, Ö., “Toplam Kalite Yönetiminin Yürütülmesinde Önemli Bir Araç Kalite Çemberleri”, Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi, C.53,S.1, Ankara,1998
- Bulut, H., “Acil Servislerde Hasta ve Yakınlarını Bilgilendirmenin Memnuniyet Üzerine Etkisi” , Ulusal Travma Acil Cerrahi Dergisi, C.12, S.4, İstanbul, 2006
- Büber, R.-Başer, H. “Sağlık İşletmelerinde Müşteri Memnuniyeti: Vakıf Üniversitesi Hastanesinde Bir Uygulama”, Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi, C. 4, S.1,Ankara,2012
- Çakıl, E.-Özer, A., “Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler” Tıp Araştırmaları Dergisi, C.5,S.3, Van,2007
- Devebakan N.-Yağcı K. , “Sağlık İşletmelerinin Algılanan Hizmet Kalitesi Düzeylerinin Karşılaştırılmasında SERVEQUAL Yöntemi” Sağlık ve Hastane Yönetimi 2.Ulusal Kongresi Bildiriler Kitabı, Ankara, 2005

Edirne Halk Sağlığı Müdürlüğü Arşiv Kayıtları

Esatoğlu, E.A. “Hastanelerde Hasta Tatmininin Hastane Yönetimi Açısından Değerlendirilmesi ve Kullanıma Yönelik Model nerisi”, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara,1997

Ford, R.C. vd., “Methods of Measuring Patient Satisfactionin Health Care Organization”, Health Care Management Review. C.22, S.2, Philadelphia, 1997

Gordon, T., Sterling W.E., Doktor-Hasta İşbirliği, (Ed. B. zkan), İstanbul, 1997

Göktaş, O. “Türkiye’de Aile Hekimliği ve Geğiş Dönemi Eğitimlerinde Düzce’deki İlk Uygulamaları” Hekimce Bakış Dergisi, Ocak- Haziran, S.62, Bursa, 2005

Güllülü, U., vd., Sağlık Hizmetlerinde Müşteri Memnuniyeti, Ankara, 2008

Hayran, O., vd., Hastane Yöneticiliği, İstanbul,1997

Işık, B.-Tulunoğlu, ., “Pedodonti Kliniğinde Sedasyon nitesi Oluşturulmasında Kalite emberleri Yönteminin Etkilerinin Değerlendirilmesi” Gazi Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi, C. 24, S.1, Ankara, 2007

İşnas, C.-Tatar M., “Doktor Hasta İlişkisi”, II. Ulusal Sağlık Kuruluşları Sempozyumu, Ankara, 1999

Kavuncubaşı ř., Sağlık Kurumları Yönetimi, Eskişehir,2004

Kavuncubaşı, ř.-Yıldırım, S., Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara, 2010

Kavuncubaşı, ř. Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara, 2000

Kısa, A., Sağlık Kurumları Yönetimi, Eskişehir,2007

Koptağel, İ. G., Davranış Bilimleri Tıpsal Psikoloji, İstanbul, 2001

- Korukluoğlu, S. vd., “Neden Aile Hekimliği”, T.C. Sağlık Bakanlığı Aile Hekimliği Türkiye Modeli (Ed. S. Görpelioğlu), Ankara, 2004
- Kum, E., “Türkiye’de İlk Hemşire Okulu Açılışından Günümüze Hemşirelik Eğitiminde Kurumlaşma” III. Ulusal Hemşirelik Kongresi (Ed. S.İlker), Sivas, 1992
- Kum, N.,“ Türkiye’de Hemşire-Hasta-Hekim İlişkisinde Değişen ve Gelişen Kavramlar ve Uygulamalar”, II. Hemşirelik Kongresi Kitabı, Sivas, 1990
- Öğülmüş S., “İçerik Çözümlemesi” Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, C.24, S.1, Ankara, 1991
- Öztekin, Z., Türkiye’de Sağlık Hizmetleri, Ankara, 2008
- Pektaş, A. O., SPSS ile Veri Madenciliği, İstanbul, 2013
- T. C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı, Ankara, 2012
- Taparlı Tekin, Z.-Özcanarslan, N., “Hasta Memnuniyeti”, Clinical Sağlık ve Estetik Dergisi, C.1, S.8, İstanbul, 2011
- Tengilimlioğlu, D., “Ankara’da Bir Üniversite Hastanesinde Hasta Memnuniyetinin Ölçülmesi”, Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü Sempozyumu, Ankara, 1997
- Timur, N., Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, Eskişehir, 2002
- Üzgöl, A., Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Müşteri Memnuniyeti, Ankara, 2006
- Üzüm, N., Edirne İli Sağlık Ocakları’na Hizmet Almak için Başvuranların Beklentileri ve Doyumları, Trakya Üniversitesi, Uzmanlık Tezi, Edirne,1999
- Weaver, C.N., Toplam Kalite Yönetiminin Dört Aşaması, (Çev. T. Birkan-O. Akınay), İstanbul, 2000

- Yanık, A., Sağlık Bakım Hizmetlerinde Hasta Bakım Tatmini ve Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Hasta Tatmini Üzerine Bir Araştırma, İstanbul Üniversitesi, SBE, YDT, İstanbul, 2000
- Yılmaz, M. “Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü Hasta Memnuniyeti” Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, C.5 S.2,Sivas, 2001
- Engiz, O. “Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatmini”, <http://www.merih.net/m1/woguzen21.htm> (25.01.2014)
- Kocaeli Sağlık Müdürlüğü, “Gezici ve Yerinde Sağlık Hizmetleri Uygulama Talimatnamesi”, http://www.kocaelism.gov.tr/ah/document/gezici_mobil/talimat.pdf (20.01.2014)
- T. C. Sağlık Bakanlığı, “Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği”, http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&view=cate gory&layout=blog&id=51&Itemid=210 (20.08.2013)
- T. C. Sağlık Bakanlığı, “Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ile Sözleşme Usul Ve Esasları Hakkında Yönetmelik”; <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/3.5.20101237.pdf> (15.10.2013)
- T. C. Sağlık Bakanlığı, “Toplum Sağlığı Merkezlerinin Kurulması ve Çalıştırılmasına dair Yönerge”;<http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-72984/h/tsmyonerger.pdf> (20. 10. 2013)
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete, S.28539,Ankara, 25.01.2013, s.1; <http://www.resmigazete.gov.tr> (01.11.2013)

EKLER:**EK: 1****Aile Hekimliği Hizmetleri Değerlendirme Anket Formu****(İlgili olmayan sorular dışında lütfen soruları cevapsız bırakmayınız)****Anket uygulama tarih ve saati:**

	Lütfen; Aşağıda yer alan soruları okuyarak/dinleyerek puanlamaya göre memnuniyetinizi değerlendirip kaç puan verdiğinizi işaretleyiniz. 1(En düşük puan) 5(En yüksek puan)	ÇOK YETERSİZ	YETERSİZ	ORTA	İYİ	ÇOK İYİ
1.	Evinizden veya iş yerinizden bu sağlık kurumuna ulaşım koşullarını değerlendiriniz?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
2.	Sağlık kurumunun muayene saatlerinin size uygunluğunu değerlendiriniz?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
3.	Sağlık kurumunda yapılacak kayıt ve tıbbi işlemler konusunda sizi yönlendiren personelin davranışları hakkındaki görüşünüz;	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
4.	Sağlık kurumunda kayıt işlemlerinin hızı konusundaki görüşünüz;	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
5.	Sağlık kurumundaki bekleme salonunu; (temizlik, aydınlatma,ısı ve sakinliği,oturulacak yerler konusunda) genel olarak değerlendiriniz?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
6.	Sağlık kurumundaki lavabo ve tuvaletlerin temizliği konusundaki görüşünüz;	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
7.	Sağlık kurumundaki tıbbi cihaz ve donanımın yeterliliği konusundaki görüşünüz;	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
8.	Sağlık personelinin (Doktor veya hemşire veya ebe vb) görüşmeye(muayeneye) alma süresi hakkında görüşünüz;	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
9.	Doktorunuza istediğiniz zaman kolay ulaşabilme imkanınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
10.	Doktorunuzun sizi karşılaması, nezaketi ve genel davranışı konusunda görüşünüz;	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
11.	Doktorunuzun muayene sırasında sizi dinlemesini ve soru sormanıza zaman tanımasını nasıl değerlendirirsiniz ;	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

12.	Doktorunuzun muayene sırasında mahremiyetinize göstermiş olduğu özeni nasıl değerlendirirsiniz ?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
13.	Doktorunuzun muayene odasında hissettiğiniz rahatlık düzeyi;	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
14.	Doktorunuzun sizi muayenesini nasıl değerlendirirsiniz?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
15.	Laboratuarda tetkik için örneklerin(kan, idrar) alınma hızı ve sonuçlarının verilme hızı konusunda görüşünüz;	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
16.	Sağlık kurumunda size hizmet veren Ebe/Hemşire/Sağlık Memurunun <u>davranışı</u> ve sorunuzla ilgili olarak sizi <u>bilgilendirmesi</u> konusundaki görüşünüz;	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
17.	Sağlık durumunuzla ilgili olarak duyduğunuz kaygılarınıza doktorunuzun yaklaşımını nasıl buldunuz?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
18.	Doktorunuzun hastalığınızı doğru teşhis ve tedavi edebilme becerisini değerlendiriniz?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
19.	Sağlık kuruluşunda verilen hizmeti genel olarak nasıl değerlendiriyorsunuz?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
20.	Acil sağlık problemlerinizi için bu sağlık kuruluşundan yardım alabilme durumunuzu değerlendiriniz?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
21.	İhtiyacınız olan sağlık hizmetini hastaneye gitmeden bu sağlık kurumundan alabilme durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
22.	Aile hekiminizden mesai saatleri dışında hizmet alma durumunuz;	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
23.	Sağlık kurumu içinde gitmek istenilen yerin (aşı, dr odası, kan alma odası vb) işaret levhaları ile bulunabilmesi konusundaki görüşünüz?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
24.	Sağlık kurumundaki bekleme salonunun; temizlik, genel düzeni ve aydınlatması konusundaki görüşünüz;	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
25.	Sağlık kurumundaki bekleme salonunun; oturacak yerlerin yeterliliği ve sakinliği konusundaki görüşünüz;	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

26.	Sağlık kurumunun ısıtma ve havalandırması konusundaki görüşünüz;	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
27.	Aile hekiminizin ilaçları nasıl kullanmanız gerektiği ve yan etkileri konusunda sizi bilgilendirmesi;	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
28.	Aile hekiminizin yapılacak tetkik ve tedavinin ayrıntıları konusunda sizi bilgilendirmesi;	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
29.	Aile hekiminizin hastalığınız hakkında sizi bilgilendirmesi;	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
30.	Aile hekiminizin hastalığınızla ilgili olarak yaptığı açıklamaların anlaşılabilirliği;	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
31.	Aile hekiminizin, sağlık bilgi ve kayıtlarınızı izlemesini;	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
32.	Aile hekiminizin, sağlığını koruyucu eğitim vermesi;	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
33.	Aile hekiminizin, reçete ettiği ilaçların size faydası;	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
34.	Rahatsızlığınızla ilgili olarak uzman gerektiğinde, Aile hekiminizin hastaneden randevu alıp sevk etmesi;	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
35.	Bu sağlık kuruluşuna geldiğinizde kendi Aile hekiminize ulaşılabilirlik;	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
36.	Aile hekiminizin, muayene için size ayırdığı zaman;	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
37.	Sağlık kurumunda size hizmet veren Ebe/Hemşire/Sağlık Memurunun sorunlarınız karşısında göstermiş olduğu duyarlılık ve ilgi;	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
38.	Sağlık kurumunda size hizmet veren Ebe/Hemşire/Sağlık Memurunun vermiş olduğu tıbbi hizmet;	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
39.	Bu sağlık kuruluşunda tedavi gören hastaların sağlıklarına kavuşabilme durumu;	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
40.	Sağlık kurumunda hizmet veren laboratuvar hizmetinin kapsamı (yeterliliği)	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
41.	Tahlil sonuçlarının belirtilen zamanda verilmesi	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
42.	Tahlil ve tetkik işlemlerini (kan, idrar tahlili) yaptırmak için beklediğiniz süreyi	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

43)Sosyal Güvenceniz:

1)Yok 2) Emekli Sandığı 3) Bağ-Kur 4) SSK 5) Yeşil Kart 6) Özel Sigortalı

44)Bilinen kronik bir hastalığınız var mı?

1.Hayır 2.Evet (Nedir:.....,Kaç yıldır var.....)

45)Bu sağlık kurumuna geliş nedeniniz;

1) Muayene-İlaç 2) Aşı,enjeksiyon,pansuman 3) Aile planlaması 4) Rapor almak

5)Diğer

46)Bu sağlık kuruluşuna son altı ayda kaçınıcı gelişiniz?

1) İlk 2) 2-4 3) 5-9 4) 10+

47) Hizmet aldığınız aile sağlığı merkezi:

48)Cinsiyetiniz:

1)Erkek 2)Kadın

49)Yaşınız:

1) 25 yaş ve altı 2)26-35 3)36-45 4)46-55 5)56 yaş ve üstü

50)Medeni durumunuz:

1)Bekar 2)Evli 3)Boşanmış 4)Eşi vefat etmiş

51)Öğrenim Durumunuz:

1) Okur yazar değil 2) Okur yazar 3) İlkokul Mezunu

4) Ortaokul Mezunu 5) Lise Mezunu 6) Fakülte veya yüksek okul

52)Oturduğunuz yer:

1) Köy 2) Belde 3) İlçe Merkezi 4) İl Merkezi

53)Yaptığınız İş:

1) Memur 2) İşçi 3) Esnaf 4) Çiftçi

5) Ev hanımı 6) Çalışmıyor 7) Emekli

54)Ailece sosyo-ekonomik durumunuz aşağıdakilerden hangisine uymaktadır?

1) Çok Yetersiz 2) Yetersiz 3) Orta 4) İyi 5) Çok İyi

EK 2 T. C. EDİRNE VALİLİĞİ VALİLİK MAKAMI ONAY YAZISI

T.C.
EDİRNE VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü

SAYI : B101HSK4220100/ 4209
KONU: Anket Çalışması

21.09/2012

VALİLİK MAKAMINA

Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi yüksek lisans öğrencisi Reyhan Akbıyık CENGİZ bitirme tezi için hazırladığı anket formunu Edirne'deki tüm Aile Hekimliklerine uygulanabilmesi için gerekli iznin verilmesini olurlarınıza arz ederim.


Uzm.Dr. Hakan GÜL
Halk Sağlığı Müdürü

OLUR
21.09/2012
Abdullah ASLANER
Vali Adına
Vali Yardımcısı

HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ / EDİRNE

İrtibat: 0284 214 90 10 DAHİLİ 152

ÖZGEÇMİŞ

04 Ağustos 1979 tarihi Kırklareli doğumluyum. İlköğrenimimi Erikler Köyünde, Orta öğrenimimi Kırklareli’nde, Lise öğrenimimi Tekirdağ Sağlık Meslek Lisesi’nde tamamladıktan sonra, Trakya Üniversitesi Meslek Yüksek Okulu Gümrük İşletme Bölümünü kazanarak, üniversite öğrenimimi Edirne ilinde tamamladım.1997 yılında Sağlık Meslek Lisesinden mezun olduktan sonra hemşirelik görevime Edirne ilinde başladım ve halen meslek hayatıma devam etmekteyim. 2012 yılında Beykent Üniversitesi, İşletme Yönetimi Bölümünde Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi yüksek lisans eğitimime başladım.

Reyhan CENGİZ