

T.C.
FIRAT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

ELAZIĞ İL MERKEZİNDE BİRİNCİ BASAMAK
SAĞLIK KURULUŞLARINA BAŞVURAN
HASTALARDA MEMNUNİYETİN
DEĞERLENDİRİLMESİ

DOKTORA TEZİ
ALİYE BULUT

2014

ONAY SAYFASI

.....
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

Bu tez Doktora Tezi standartlarına uygun bulunmuştur.

.....
..... Anabilim Dalı Başkanı

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

.....
Danışman

Doktora Sınavı Jüri Üyeleri

.....
.....
.....
.....
.....

İTHAF

Çocuklarım Melike Nazlı ile Melis Ayşe BULUT'a...

TEŞEKKÜR

“Elazığ İl Merkezinde Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarına Başvuran Hastalarda Memnuniyetin Değerlendirilmesi” konulu tez çalışmamın her aşamasında önemli bir paya sahip olan, değerli görüşleri ile beni yönlendiren danışman hocam Sayın Doç. Dr. A. Ferdane OĞUZÖNCÜL’e,

Tez çalışmam boyunca bana her türlü konuda emek veren Halk Sağlığı Anabilim Dalında bulunan değerli bölüm hocalarım Prof. Dr. Yasemin AÇIK, Prof. Dr. S. Erhan DEVECİ, Doç Dr. Edibe PİRİNÇCİ ve Yrd. Doç. Dr. Ahmet Tevfik OZAN’a,

Hiçbir zaman yardımlarını ve fedakârlıklarını esirgemeyen, moral kaynağım olan Sevgili eşim Op. Dr. Aziz BULUT’ a, kızlarıma ve tüm aileme
TEŞEKKÜR EDERİM...

İÇİNDEKİLER

BAŞLIK SAYFASI	i
ONAY SAYFASI	ii
İTHAF	iii
TEŞEKKÜR	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLO LİSTESİ	vii
ŞEKİL LİSTESİ	viii
KISALTMALAR LİSTESİ	ix
1. ÖZET	1
2. ABSTRACT	3
3. GİRİŞ	5
3.1. Giriş	5
3.2. Temel Bilgiler ve Tanımlamalar	6
3.2.1. Sağlık, Sağlık Sistemi ve Sağlık Hizmetleri	6
3.2.2. Aile Hekimliği	8
3.2.3. Aile Hekimliği Disiplininin İlkeleri	10
3.2.4. Mesleki Örgütlenme	11
3.2.5. Aile Hekimliği Modelini Uygulayan Ülkelerden Örnekler	12
3.2.6. Türkiye’de Aile Hekimliği	16
3.3. Sağlık Sektöründe Kalite	19
3.3.1. Tanımlar	19
3.3.2. Tarihsel Gelişim	19
3.3.3. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kalite	21
3.3.4. Sağlık Hizmetinde Kalitenin Göstergeleri	22
3.4. Hasta Memnuniyeti	22
3.4.1. Tanımı	22
3.4.2. Hasta Memnuniyeti Ölçme ve Değerlendirme Yöntemleri	27
3.4.3. EUROPEP: Aile Hekimliğini Değerlendirmek İçin Uluslararası Standardize Edilmiş Bir Ölçüt	30
3.4.4. EUROPEP’ in Geçerliliği Ve Güvenilirliği Üzerine Kabuller	31

3.4.5. EUROPEP' in Geçerliliği Ve Güvenilirliği Üzerine Yapılan Çalışmalar	31
3.4.6. Bakımın Değerlendirilmesi İçin EUROPEP Nasıl Kullanılır?	31
4. GEREÇ VE YÖNTEMLER	33
4.1. Araştırmanın Amacı ve Yeri	33
4.2. Araştırmanın Evreni	33
4.3. Araştırmanın Tipi	33
4.4. Araştırmanın Veri Kaynakları	33
4.5. Etik Konular	34
4.6. Araştırmanın Uygulama Şekli	35
4.7. Veri Analizi	36
4.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	36
4.9. Araştırmanın Bütçesi	37
4.10. Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri:	37
5. BULGULAR	38
5.1. Demografik Veriler	38
5.2. Hasta Memnuniyeti İle İlgili Veriler	42
6. TARTIŞMA	70
7. SONUÇ VE ÖNERİLER	85
8. KAYNAKLAR	88
9. EKLER	94
10. ÖZGEÇMİŞ	100

TABLO LİSTESİ

Tablo 1.	Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımları	39
Tablo 2.	Hastaların Sağlık Merkezine Ulaşmada Zorluk Çekme Nedenlerinin Dağılımı	40
Tablo 3.	Hastaların Kronik Hastalık Durumlarına Göre Dağılımları	41
Tablo 4.	EUROPEP-TR Sorularına Verilen Cevapların Ortalama Puanları	43
Tablo 5.	EUROPEP-TR Sorularına Verilen Puanların Yüzdelik Dağılımı	44
Tablo 6.	Hastaların EUROPEP-TR Memnuniyet Anketi Genel Ortalama Puanlarının Bazı Özelliklerine Göre Karşılaştırılması	46
Tablo 7.	Hastaların Cinsiyetlerine Göre Ortalama Memnuniyet Puanlarının Karşılaştırılması	48
Tablo 8.	Hastaların Öğrenim Durumlarına Göre Ortalama Memnuniyet Puanlarının Karşılaştırılması	50
Tablo 9.	Hastaların Çocuğu Olma Durumlarına Göre Ortalama Memnuniyet Puanlarının Karşılaştırılması	53
Tablo 10.	Hastaların mesleğine göre ortalama memnuniyet puanlarının karşılaştırılması	55
Tablo 11.	Hastaların Gelir Durumlarına Göre Ortalama Memnuniyet Puanlarının Karşılaştırılması	59
Tablo 12.	Hastaların Ulaşımında Zorluk Yaşama Derecelerine Göre Ortalama Memnuniyet Puanlarının Karşılaştırılması	61
Tablo 13.	Hastaların Başvuru Nedenlerine Göre Ortalama Memnuniyet Puanlarının Karşılaştırılması	65

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Çalışmaya katılan 1290 hastanın aile sağlığı merkezlerine başvuru sebeplerine göre dağılımları

41

KISALTMALAR LİSTESİ

EUROPEP	: European Patients Evaluate General/Family Practice (Hastalar Hekimlerini Değerlendiriyor)
EQUIP	: European Society for Quality and Safety in Family Practice
WONCA	: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians
TAHUD	: Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği
YÖK	: Yüksek Öğretim Kurumu
WHO	: World Health Organization
Max	: Maksimum
Min	: Minimum
Ort	: Ortalama
SS	: Standart Sapma

1. ÖZET

Sağlık hizmetlerinin hastalar tarafından değerlendirilmesi, sağlık sektöründe kalitenin geliştirilmesine katkıda bulunmaktadır. Bu çalışmanın temel amacı; Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarına başvuran hastalarda memnuniyet düzeyleri ve aralarındaki ilişkinin belirlenmesidir.

Çalışma, Aralık 2013 ile Mart 2014 tarihleri arasında Elazığ il merkezindeki aile sağlığı merkezlerinde gerçekleştirildi. Çalışmanın evrenini Elazığ il merkezinde kayıtlı olan 30 aile hekimliği birimine bağlı 86 aile hekimine başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden, o gün başvuruda bulunan, 18 yaş ve üzeri ilk 15 hasta oluşturdu. 1290 hasta ile yapılmış, kesitsel tipte olan çalışmadaki verilerin toplanmasında, hastalar için kişisel bilgiler formu ile European Patients Evaluate General/Family Practice (EUROPEP) Ölçeği Türkçe Versiyonu kullanıldı.

Çalışmaya katılan hastaların %54,3'ü kadındı. Hastaların medeni durumları incelendiğinde; %64,7 (834) hasta evliydi. Meslek gruplarına bakıldığında ise; %34,5'ünün (445) ev hanımı, %20'sinin (258) memur olduğu saptandı. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde memnuniyetin değerlendirilmesinde ankete katılan kişilerin genel anlamda uygulamadan memnun olduğu görülmektedir. puan Ortalaması 97.90 ± 17.82 (min.33.0 , mak.115.0) bulunmuştur. Hastaların EUROPEP-TR Hasta Memnuniyeti Anketi sorularından aldıkları genel ortalama puanlarına göre; erkek hastaların ortalama puanları kadın hastalarinkinden yüksek bulundu ($p < 0,05$). Evli, bekâr, boşanmış ve dul olan hastaların puanları istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p > 0,05$). Öğrenim durumu ortaokul olan hastaların puan ortalamaları diğer gruplardan,

çocuğu olan hastaların puanları olmayanlardan ve mesleği çiftçi olan hastaların puanları diğer meslek gruplarından yüksek bulundu ($p<0,05$). Gelir durumu 1001-2500 TL arası olan hastaların puanlarının diğer hastalardan yüksek olduğu görüldü ($p<0,05$). Ulaşımında hiçbir zaman sıkıntı yaşamadığını belirten hastaların puanları diğerlerinden yüksekti, ancak istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$). Kronik hastalığı olan hastaların ve fiziksel engeli olduğunu belirten hastaların puan ortalamaları olmayanlardan yüksekti, ancak bu farklılıklar da istatistiksel olarak anlamlı bulunamadı ($p>0,05$).

Hastaların demografik özelliklerine göre bakıldığında; cinsiyet, öğrenim durumu, çocuk sayısı, meslek grubu ve gelir durumu ile memnuniyet düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık varken; yaş, medeni durumu, kronik hastalığa sahip olma durumu ile istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu.

Birinci basamak sağlık hizmeti veren aile hekimliği merkezlerinin hastalar tarafından belirli aralıklarla değerlendirilmesinin sağlık hizmetlerindeki eksikliklerin giderilmesinde ve kalitenin arttırılmasında etkili olacağı düşünölmektedir.

Anahtar kelimeler: Hasta Memnuniyeti, Birinci Basamak, EUROPEP

2. ABSTRACT

EVALUATION OF SATISFACTION IN PATIENTS ATTENDING TO THE PRIMARY HEALTH CARE FACILITIES OF THE ELAZIĞ CITY CENTER

Evaluation of health services by the patients contributes to development of the quality in health care sector. The main purpose of this study is to determine the satisfaction levels of the patients applying to Primary Health Care Facilities and the relationship between them.

The study was conducted between December 2013 and March 2014 at the family health centers in Elazig province center. The study universe consisted of the first 15 patients aged 18 and more who have applied to 86 family physicians affiliated to 30 family medicine units registered in Elazig province center, who have applied on that day, and who have accepted participating in the study. For collecting the data in the cross-sectional study conducted with 1,290 patients, personal data form for patients and the Turkish version of European Patients Evaluate General/Family Practice (EUROPEP) scale was used.

54.3% of the patients who participated in the study were female. When considered marital status of the patients, 64.7% (834) of the patients were married. When considered their group of occupation, it was found that 34.5 (445) were housewives, 20% (258) were civil servants. In evaluation of satisfaction with Primary Health Care Services, the survey participants are observed to be satisfied with the practice in general. Average score was found as 97.90 ± 17.82 (min. 33.0 , max. 115.0). According to the general average scores received by the patients from EUROPEP-TR Patient Satisfaction Survey questions, average scores of male

patients were found to be higher than those of female patients ($p < 0,05$). Scores of the divorced and widow patients were higher compared to other groups, but this was not statistically significant ($p > 0,05$). Average scores of the patients whose educational status is secondary school was higher compared to other groups. Scores of the patients with children were higher compared to those without children. Scores of the patients whose occupation was farmer were higher compared to other groups of occupation. Scores of the patients whose income was TL 1,001 to 2,500 were found to be higher compared to other patients ($p < 0,05$). Scores of the patients who stated that they never had difficulty in access were higher compared to others, but this was not statistically significant. Average scores of the patients who had chronic diseases and patients who stated to have physical handicap were higher compared to those who did not have, but these differences were not found to be statistically significant, either ($p > 0,05$).

When considered demographic characteristics of the patients; there was a statistically significant difference between their gender, educational status, number of children, occupation group, income status and their levels of satisfaction, whereas there was no statistically significant difference between their age, marital status, having a chronic disease and their levels of satisfaction.

Keywords: Patient Satisfaction, Primary Care, EUROPEP

3. GİRİŞ

3.1. Giriş

Sağlık hizmetleri, hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonu yanında, hastalıkların önlenmesi, toplum ve bireyin sağlık düzeyinin geliştirilmesi ile ilgili faaliyetler bütünü anlamına gelir. Sağlık hizmetlerinin hastalar tarafından değerlendirilmesi, sağlık sektöründe kalitenin geliştirilmesine katkıda bulunmaktadır. Kaliteli bir sağlık hizmeti sunabilmek için hastalıkla ilgili ayrıntılar kadar hasta kişinin duygularını ve düşüncelerini de bilmemiz gerekir. Hastaların fikirlerini öğrenmenin en iyi yolu bu amaçla hazırlanmış sistematik değerlendirme araçlarını kullanmaktır (1). EUROPEP (European Patients Evaluate General/Family Practice) ölçeği EQUIP (European Association for Quality in General Practice/ Family Medicine) tarafından hazırlanmış ve çeşitli Avrupa ülkelerinde hekim ve muayenehanesini değerlendirmede kullanılan bir ölçek olup 16 Avrupa ülkesinde geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış, uluslararası kabul görmüş bir ölçektir. Uygulanan ülkelerde hekime geri bildirim sunmakta ve kendisini ulusal ve uluslararası normlarla kıyaslama imkânı vermektedir. Hatta İsviçre ve Fransa'da muayenehanesinde EUROPEP ölçeğini kullanan hekimlere meslek örgütleri tarafından sürekli tıp eğitimi puanı verilmektedir (1).

Hasta memnuniyetine etki eden faktörler ile hasta memnuniyeti arasındaki ilişkinin belirlenmesi, daha iyi ve kaliteli bir birinci basamak sağlık hizmeti sunulabilmesine katkıda bulunmaktadır.

3.2. Temel Bilgiler ve Tanımlamalar

3.2.1. Sağlık, Sağlık Sistemi ve Sağlık Hizmetleri

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre, sağlık; ruhsal, bedensel ve sosyal bakımdan iyi durumda olma halidir. Kişi ve toplumun sağlığı, çevresel, davranışsal ve tıbbi olmak üzere üç ana unsurla ilişkilendirilmektedir. Sağlığın korunup geliştirilmesi ekonomik, sosyal, biyolojik ve fiziksel çevre şartlarının insan sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerinin azaltılması, toplumun üyelerinin davranış ve hayat tarzında gerekli değişikliklerin yapılması ve son olarak gerekli tıbbi yöntemlerin uygulanması ile sağlanabilir. Sağlık hizmetleri, hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonu yanında, hastalıkların önlenmesi, toplum ve bireyin sağlık düzeyinin geliştirilmesi ile ilgili faaliyetler bütünü anlamına gelir (2).

Sağlık Sistemi; sosyal, ekonomik, tıbbi, örgütsel ve teknolojik nitelikleri olan, toplum ve birey sağlığını kabul edilebilir bir düzeye ulaştırmaya yönelik bir bütündür. Sağlık ekonomi, ekoloji, eğitim, ulaşım, haberleşme gibi başka sistemlerle devamlı etkileşim içindedir ve bu etkileşimin sınırları ve özellikleri dinamik olduğu için sağlık sisteminin bir bütün olarak net bir tanımını yapmak imkansız gibidir (3).

Sağlık hizmetlerini koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetler olarak üçe ayırmak mümkündür (4).

1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri: Sağlığın korunması, hastalıkların önlenmesi için verilen hizmetler ile yapılan düzenlemeler bu gruba girer. Üç düzeyde ele alınır;

- a. Primer (birincil) Koruma: Aşılama, dengeli beslenme, çevrenin güvenli hale getirilmesi, fiziksel ve duygusal yönden iyi olmak için gereken önlemlerdir.
- b. Sekonder (ikincil) Koruma: Sağlığın bozulma tehlikesi karşısında erken tanı ve tedavi önlemlerinin kişisel ve toplumsal düzeyde alınmasıdır.
- c. Tersiyer (üçüncül) Koruma: Hastalığa bağlı gelişebilecek kalıcı bozuklukların en aza indirgenmesi, hastanın yeni duruma uyumunun sağlanarak yaşam kalitesinin artırılması için alınması gereken önlemlerdir (4).

2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri: Bu hizmetlerin amacı hastalığa yakalanmış kişileri sağlıklarına kavuşturmaktır. Üç basamakta ele alınır.

- a. Birinci basamak sağlık hizmetleri: Toplum içindeki bireylere ve ailelere bir bütün olarak ulaşabilen, toplumun sağlık sorunlarını çözebilen, sağlığı koruyan, hastalara evde ve ayakta tedavi hizmeti veren sağlık sistemidir (5). Donaldson, 1994'de birinci basamak hizmetlerini aile hekimliği disiplini bakış açısından aile ve toplum bağlamında katılımcı, hastalarla gelişerek süren bir ortaklık kurarak, kişisel sağlık gereksinimlerinin büyük bir çoğunluğundan sorumlu olabilen doktorlar tarafından oluşturulan ulaşılabilir sağlık hizmetlerinin sağlanması şeklinde tanımlamıştır (6). Birinci basamağa ait bütün tanımlardaki ortak nokta, kişilerin hasta olmasını beklemeden hastalıklardan korumak ve ilk başvuru kurumu olmasıdır (5).

- b. İkinci basamak sağlık hizmetleri: Hastalıkların tanı ve yatırılarak tedavisi, için düzenlenen hizmetlerdir. Ülkemizdeki tam teşekküllü devlet hastaneleri, özel hastaneler ve yataklı sağlık merkezleri bu kuruluşlara örnektir (5).
- c. Üçüncü basamak sağlık hizmetleri: İleri tetkik ve özel tedavi gerektiren hastalıklar için düzenlenen sağlık hizmetleridir. Ülkemizdeki ruh ve sinir hastalıkları, kanser, göğüs hastalıkları hastaneleri, üniversite hastaneleri bu gruba örnektir (5).

3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri: Bedence ya da ruha sakat kalmış olanların başkalarına bağımlı olmaksızın yaşayabilmelerini sağlamak için yapılan bütün çalışmaları kapsar (4).

3.2.2. Aile Hekimliği

Diğer tüm uzmanlık dallarında olduğu gibi aile hekimliğinin doğuşu da bir gereksinim sonucu olmuştur. Aile hekimliğine olan gereksinim ilk kez 1923 yılında Francis Peabody tarafından “tıp bilimlerinde oluşan aşırı uzmanlaşma sonucu hastaların ortada kaldığı ve insanları bir bütün olarak ele alacak bir uzmanlık alanının gerekliliği” şeklinde savunulmuştur (7). Davranış bilimlerinin gelişmesi ile bazı sorunlar karşısında yeni yaklaşımlar gündeme gelmiş, sağlığın; “insanın ruhsal, bedensel ve sosyoekonomik yönden tam bir iyilik halinde olması” şeklinde tanımlanmasıyla birlikte insanın sosyal, kültürel, ekonomik, ruhsal ve biyolojik çevresiyle birlikte düşünülmesi kabul edilmiştir. Gerek etkili bir sağlık eğitimi yürütebilmek ve gerekse maliyet etkin olması amacıyla kişiye yönelik koruyucu hekimlik hizmetiyle birinci basamak tedavi hizmetlerinin entegre olarak verilmesi benimsenmiştir. Bu gelişmelerin sonucunda, kişileri ve aileleri, içinde

yaşadığı toplumun bir parçası olarak ele alan, yaş, cinsiyet ve hastalık ayırımı yapmaksızın sürekli ve bütüncül sağlık hizmeti sunabilen bir hekim tipine ihtiyaç duyulmuştur (8).

Francis Peabody'nin 1923 yılındaki görüşünün ilk yansıması 1952 yılında İngiltere'de Royal College of General Practitioners'in kurulması olmuştur. Bunun ardından American Medical Association'ın (Amerikan Tıp Birliği) 1966 yılında Milis ve Willard Raporları'nı yayınlaması sonrasında Amerika Birleşik Devletleri'nde 1969 yılında birincil bakım konusunda çalışan yeni bir uzmanlık dalı olarak "Aile Hekimliği" tanınmış ve Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu (Board of Family Practice) kurulmuştur.

Bu gelişmelerle idari kabul sürecini tamamlayan aile hekimliği uzmanlığının tüm dünyada kabul edilmiş bir tanımı 1974 yılında Hollanda'da "Avrupa Aile Hekimleri Eğitimi" toplantısında birinci basamak hekimliğinin, insanı organ ya da sistemlerini esas alarak inceleyen diğer klinik uzmanlık dallarından farklı bir uzmanlık dalı olduğu vurgulanarak yapılmıştır (7).

Kişisel, bütüncül ve sürekli olarak birinci basamak sağlık hizmeti sunan, bu konuda uzmanlık eğitimi görmüş tıp doktoru, ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nın 1985'te tıp fakültesi eğitimi sonrası en az üç yıl uzmanlık eğitimini benimsediği adla "Aile Hekimi"dir. Bazı ülkelerde ise uluslararası standartlara göre mezuniyet sonrası eğitim almış olan birinci basamak hekimi, "Genel Pratisyen" adını almaktadır. Mezuniyet sonrası eğitimin üç yıl süreyle zorunlu hale gelmesi, değişen sağlık sistemlerinde gittikçe daha büyük bir rol almakta olan aile hekimleri için çok önemlidir. Hastanın sistemle ilk karşılaştığı kişi olan aile hekiminin eğitimi, hastanın birinci basamakta tedavi edilip edilemeyeceğini, diğer

branş uzmanına ve/veya hastaneye sevkinin gerekip gerekmeyeceğini ayırt edebilecek, güncel tarama, korunma, tedavi ve takip protokollerini uygulayabilecek ve birinci basamağın gerektirdiği gibi multidisipliner araştırmalar yapıp yürütebilecek nitelikte olmalıdır (8).

3.2.3. Aile Hekimliği Disiplininin İlkeleri

Aile hekimliği disiplini, bir sisteme, bir organa, bir bölgeye bağlı değil; bireyin fiziksel, ruhsal, sosyal ve çevresel açıdan tümüyle birlikte değerlendirilmesine odaklanır (9).

Aile Hekimliği Disiplininin Özellikleri;

- a. Sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturur, hizmet almak isteyenlere açık ve sınırsız bir giriş sağlar, yaş, cinsiyet ya da kişinin başka herhangi bir özelliğine bakmaksızın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir.
- b. Sağlık kaynaklarının etkili kullanımını sağlar. Bunu bireylere sunulan bakımı koordine ederek, birinci basamakta diğer sağlık çalışanlarıyla birlikte çalışarak ve gerektiğinde hasta adına üstlendiği savunmanlık göreviyle diğer uzmanların sunduğu hizmetlerle teması yöneterek yapar.
- c. Bireye, ailesine ve topluma yönelik kişi merkezli bir yaklaşım geliştirir.
- d. Kendine özgü bir hastayla görüşme süreci vardır. Bu süreç, etkili bir iletişimle doktor ve hasta arasında zaman içinde gelişen bir ilişki kurulmasını sağlar.
- e. Sağlık hizmetlerinin hastanın gereksinimleriyle belirlenen boylamsal (longitudinal) sürekliliğini sağlamaktan sorumludur.
- f. Rahatsızlıkların toplum içindeki prevalans ve insidansının belirleyici olduğu özgün bir karar verme süreci vardır.

- g. Hastaların akut ve kronik sağlık sorunlarını aynı anda yönetir.
- h. Gelişiminin erken evresinde henüz ayrılmamış bir şekilde sunulan ve ivedi girişim gerektirebilen rahatsızlıkları yönetir.
- i. Uygun ve etkili girişimlerle sağlık ve iyilik durumunu geliştirir.
- j. Toplumun sağlığı için özel bir sorumluluk üstlenir.
- k. Sağlık sorunlarını fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluş boyutlarıyla ele alır (10).

İdeal sağlık hizmeti; “içinde bulunduğu sosyoekonomik koşullarda toplumun öncelikli sağlık gereksinimlerini karşılayabilen etkin, kapsamlı, entegre bir sağlık bakımını bireysel düzeyde biçimlendirerek sunan bir hizmet” olarak tanımlanabilir. Bu tür bir hizmet eldeki tüm kaynakların başta birinci basamak olmak üzere her düzeyde etkin, işbirliği içinde ve eşgüdümlü olarak kullanılması ile mümkündür. Bu özellikler aile hekimliği disiplininin ilkeleri ile doğrudan örtüşmektedir (11).

3.2.4. Mesleki Örgütlenme

Genel Pratisyenlik/Aile Hekimliği'nin mesleki, akademik, sosyal alanda tanınması ve gelişmesi için görev yapan ulusal ve uluslararası kuruluşlardan bazıları şunlardır (12);

- **World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA):** Dünya Genel Pratisyenlik/Aile Hekimliği Birliği; Genel Pratisyenlik/Aile Hekimliği ilke ve görevlerini tanımlayarak, standartlarını yükselterek, üye kuruluşlar arası bilgi ve deneyim paylaşımına uygun ortam sağlayarak eğitim, araştırma ve hizmet sunumu aktiviteleri ile toplumun yaşam kalitesini yükseltmeyi amaçlamaktadır.

- **European Society for Quality and Safety in Family Practice (EQUIP):**

Avrupa Genel Pratisyenlik/Aile Hekimliği'nde Kalite Çalışma Grubu, WONCA Avrupa kolunun alt birimlerinden birisidir. Genel Pratisyenlik/Aile Hekimliği'nde hasta bakımının kalitesini arttırmayı amaçlar. Görevi dünyadaki aile hekimlerinin hizmet kalitesini şu ilkelerle geliştirmektir (13):

- Hizmetin kalitesini geliştirmek için hasta değer ve öncelikleri ile uyumlu, mesleki bilgisi ile uyumlu, en uygun ve etkin hizmet ve kolay ulaşılabilir kaynaklarla en iyi yapı, süreç ve getiriler için uğraşır.
- Kalite çabaları sorumluluğu artırılmalı ve hastalarla sağlık görevlileri arasında bu birlikteliği yansıtmalıdır.
- Kalite çabaları açık, sistematik, günlük pratik ile birlikte temel ve sürekli tıp eğitiminin bir parçası olarak aile hekiminin rolü ile uyumlu, cezalandırıcı değil, olumlu bir şekilde uygulanır olmalıdır.

- **Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD):** 1990 da Ankara'da kurulan Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği, Türkiye'de Aile Hekimliğinin bir disiplin olarak gelişmesini amaçlayarak çalışmalarını yürütmektedir (12).

3.2.5. Aile Hekimliği Modelini Uygulayan Ülkelerden Örnekler

Hollanda: Acil ve bazı özel durumların dışında hasta, dalında uzman olan hekime gitmeden önce aile hekimine başvurma zorunluluğu vardır. Bu anlamda sağlık sisteminin girişinde yer almakta ve diğer hizmet sunucularına erişimi ve sevk sistemini yönetmektedir. Hastalık fonu sistemine tâbi kişilerin tercih edeceği aile hekiminin fon ile anlaşmalı olması gerekir. (14). Nüfusu Türkiye'nin 23'te biri olan Hollanda' da 8500 aile hekimi görev yapmaktadır. Aile hekimlerinin “kapı kontrol (gate keeper)” sorumlulukları bulunur ve hastalar sadece bir aile

doktoruna kayıtlıdır. Kural olarak aile hekimliği ofisleri otomobille 10-15 dakika içerisinde erişilebilir olmalıdır ki nüfus yoğunluğunun Türkiye'den 22 kat daha fazla olan Hollanda'da bu durum daha kolay olmaktadır (km² başına 385'e 85 kişi düşmektedir). Her bir Aile hekimi, ortalama 2300 hastadan sorumludur. AH'leri kendisine başvuran sağlık sorunlarının %95' ini çözer. Uzmanlara sevk oranı %3 ve diğer birinci basamak çalışanlarına sevk oranı %2'dir (örn. fizyoterapistlere) (15). Kişilerin istedikleri aile hekimini seçme hakkı vardır ancak bir seneden önce hekimlerini değiştiremezler (16).

Amerika Birleşik Devletleri (ABD): Aile Hekimliğinin ilk kez 1960'lı yılların sonlarında bir uzmanlık dalı olarak tanınmasından sonra, özellikle 1990'lı yıllarda tıp alanında belirgin bir entelektüel ve organizasyonel değişim yaşanmıştır. Sağlık hizmetlerinin çoğu özel sektörün elindedir ve toplumun %14 ünün sağlık güvencesi yoktur. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan hekimler tüm hekimlerin %40'ıdır. Aile hekimleri ya kendi muayenehanelerinde veya son yıllarda yaygınlaştığı üzere grup muayenehanelerinde hizmet verirler. Ödemeler kişi ve hizmet başına göre yapılır. Amerikan aile hekimliği kurulu tarafından şekillendirilir ve denetlenir, sınav zorunluluğu vardır (17).

İngiltere: Hastanın ilk başvuru yeri temel sağlık hizmetlerinin verildiği aile hekimleridir. Temel sağlık hizmetleri doğrudan tıbbi hizmetlerin yanında toplum sağlığı hizmetlerini, hastane acil servislerinde verilen hizmetleri, diş ve göz sağlığı hizmetlerini de kapsamaktadır. Aile hekimliği hizmetleri büyük oranda serbest sözleşmeli doktorlar tarafından sağlanmaktadır. Sağlık otoritesinin ödediği miktarın dışında hastalar herhangi bir ödeme yapmamaktadır. Bu yüzden hastaların birinci basamak sağlık hizmetine erişiminde parasal bir engel

bulunmamaktadır. İngiltere’de genel pratisyenlerin ücretlendirilmesi farklı şekillerde olmaktadır. Gelirlerinin yarıdan fazlası listelerinde kayıtlı kişi başına ödeme şeklinde, kalanı ise yaptıkları işe (hizmet başı ödeme) endekslidir. Belirli düzeyde çocuk aşılması ve servikal sitoloji takibi gibi bazı hizmetler ayrıca ücretlendirilmektedir (14). Kişiler ilk olarak kayıtlı oldukları aile hekimine başvurmak zorundadırlar. Aile hekiminden sevk almayanlar, ikinci basamağa acil durumlar dışında başvuramazlar. Aile hekimlerinin ikinci basamağa sevk oranı % 10 dolayındadır (18). Hastanın hekim seçme özgürlüğü olduğu gibi hekimin de hasta seçme özgürlüğü vardır. (16).

Almanya: Almanya’da aile hekimliği hizmetleri genel pratisyenler ve öncelikli ihtiyacı dikkate alınarak seçilen diğer uzman hekimler tarafından yürütülmektedir. Temel sağlık hizmetlerinde öncelik tanımlanmış koruyucu hekimlik programlarıdır. (14). Birinci basamak sağlık hizmetleri aile hekimleri tarafından verilmektedir. Aile hekiminin 3 aylık hasta kapasiteleri ortalama 1079 hastadır. (19). Hastalar dosyalarını teslim ettikleri aile hekimlerine en az 3 ay bağlı kalmakla yükümlüdürler. Aile hekimleri gerekli görürlerse, hastalarını diğer uzmanlara veya hastaneye sevk edebilir. Aile hekimleri acil olgulara mesai saatleri dışında da bakmakla yükümlüdürler (18).

Norveç: Kişilere yönelik koruyucu hizmetler ve birinci basamak tedavi hizmetleri aile hekimleri tarafından verilmektedir. Aile hekimi başına 1500-2500 kişi kayıtlıdır. Hangi bölgede, hangi aile hekiminin veya kaç aile hekiminin çalışacağına yerel sağlık yönetimi karar verir Hastaların aile hekimini seçme hakkı vardır. Basit kan ve idrar tahlilleri muayenehanede yapılmakta, gereken diğer tahliller içinse hastaneye sevk edilmektedir. Hastaneye başvuru ancak aile

hekimlerinin sevki ile olur (16). Sağlık merkezlerinde yerel yönetimlerle sözleşme imzalamış olan aile hekimleri, hemşire, ebe, diş hekimi gibi personel çalışır. Koruyucu ve tedavi edici hizmetler birlikte verilir (18).

Portekiz: Doktorların çoğunluğu ulusal sağlık sistemine bağlıdır ve bu doktorların yarısı aynı zamanda özel hekim olarak da çalışabilmektedirler. Kişilerin doktor seçme hakkı vardır. İkinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanmak aile hekiminin sevkinden sonra mümkündür. Hastalar sevk edilecekleri hastaneyi seçebilirler ancak tedavi edecek uzmanı seçemezler. Genelde sağlık merkezleri laboratuvar, tanı yöntemleri ve röntgen hizmeti vermemektedir. Bunun için hastalar özel kuruluşlara sevk edilir (16). Her kişi bir aile hekimine kayıt olmak zorundadır ve ortalama 1500 kişiye bir aile hekimi düşmektedir (18).

Polonya: Polonya’da uygulanan aile hekimliğinde, doktorun sorumlu olduğu ve yakın bölgede oturan hastaların listesi mevcuttur. Ailelerin doğan çocukları otomatik olarak doktorun listesine eklenmektedir. Ancak aile doktorları kendi listesinde yer alan ailelere mektup göndererek teyit almak zorundadırlar. Temel sağlık hizmetleri, uzmanlık hizmetleri, laboratuvar ve rehabilitasyon hizmetleri dahil kontratta yer alan bütün hizmetler hastalara ücretsiz verilmektedir. Aile doktorunun sevk etmesi halinde şehir içinde yürütülen diğer uzmanlık hizmetleri, hastane hizmetleri ve rehabilitasyon hizmetleri için hastalardan ücret talep edilmemektedir. Aile doktorları haftada 5 gün, saat 8:00 ile 18:00 arasında hizmet vermek zorundadır (14).

3.2.6. Türkiye’de Aile Hekimliği

Ülkemizde Aile Hekimliği Uzmanlığı 5 Temmuz 1983’te Tababet Uzmanlık Tüzüğü’nde yer almıştır. Uzmanlık eğitimine ise ilk olarak 1985’te Ankara, İstanbul ve İzmir’de Sağlık Bakanlığı Eğitim Hastaneleri’nde başlanılmıştır. Yüksek Öğretim Kurumu’nun (YÖK) 1993 yılındaki kararı ile ilk olarak Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde Aile Hekimliği Anabilim Dalı kurulmuş ve asistan eğitimine başlanmıştır. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD), 1998 yılında ülkemizi alanında dünyada temsil etme yetkisini kazanmıştır. Dünya Aile Hekimleri Birliği’ne (WONCA) 2001’de temsilci gönderilmiştir. Yine 2001 yılında ülkemizde ilk kez bir Avrupa Aile Hekimliği Bilimsel Kongresi düzenlenmiştir (20).

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

Aile Hekiminin Görevleri

1. Veri toplama ve kayıt tutma: Aile hekimi kişinin tüm sağlık kayıtlarını tutar. Bireye yakınlığı sayesinde onun kişisel sorunları, aile ilişkileri, içinde yaşadığı ortam ve toplumun sorunları hakkında bilgi sahibidir. Hastayı daha ileri bir merkeze sevk etmesi gerektiğinde, onun en doğru yere, en doğru bilgilerle gitmesini sağlar. Böylece ikinci basamakta yığılma önlenerek, yüksek maliyetli sağlık hizmetlerinin daha etkin biçimde kullanımı sağlanabilir. Sağlık kayıtları, eksiksiz bir koruyucu hekimlik uygulaması için de zorunludur. Aile hekiminin kayıtları sağlık araştırmaları için çok değerli bir veri kaynağıdır. Doğru

ve yeterli verilere sahip olmadan ne kişilerin ne de toplumun sağlık sorunlarına çözüm üretmek olanaksızdır.

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

Koruyucu sağlık hizmetleri üç gruptur:

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

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

4. Sağlık danışmanlığı ve yönlendirme: Aile hekimi sağlık hizmetinin en önünde yer alır ve kişilere sağlıkla ilgili her konuda danışmanlık verir. Yani yalnız hastalıkta değil sağlıklı dönemde de kişilerin yararlanabileceği, hastalıkların önlenmesi yanında sağlığın korunması ve geliştirilmesini, sağlık koşullarının iyileştirilmesini de hedefleyen, devamlılık gösteren birinci basamak sağlık hizmeti sunar.

5. Birinci basamakta tanı ve tedavi hizmeti: Çağdaş sağlık hizmetleri kavramında erken tanı ve tedavi, koruyucu hizmetler içinde değerlendirilmektedir. Hastanın geçmişini, aile ortamını ve hastalığın gelişim sürecini çok yakından izleme olanağına sahip olan aile hekimi erken tanıda avantaj sahibidir. Aile hekimi güvene dayalı yakın ilişki sayesinde aile planlaması, cinsel ve psikiyatrik sorunlar gibi kişilerin dile getirmekte güçlük çektikleri sorunların erken tanısında başarılıdır. Etkin tanı ve tedavi hizmeti olmadan hastaların %90'ının sorunlarının birinci basamakta çözümlenmesi mümkün değildir. İkinci basamağa başvuru gerektiğinde aile hekimi koordinatör olmalıdır; sevk ederken gerekirse bazı basamakları atlayabilir veya aynı anda birkaç noktaya sevk edebilir. Yani aile hekimi disiplinler arası işbirliği ve ekip çalışmasında koordinatördür.

6. Kronik hastalıkların izlenmesi, rehabilitasyon ve yaşlıların sağlığı: Ortalama yaşam süresinin uzamasıyla toplumda yaşlı nüfusun oranı ve kronik hastalıkların sıklığı artmaktadır. Evde bakım kavramı, aile hekimlerinin bilmek zorunda olduğu bir uygulamadır. Böylece, hastaların sık sık hastaneye başvurmaları ya da hastaneye yatış gereksinimi ortadan kaldırılarak hem bireyler hastalıklardan korunmuş hem de kaynak tasarrufu sağlanmış olur.

7. Periyodik sağlık muayenesi: Hastalıkların erken tanısı ve hastalık öncesinde risk faktörleri taşıyanların belirlenmesi koruyucu hekimliğin en önemli işlevlerindedir. Bu anlamda belli cinsiyet ve yaş grubu hedeflenerek etkinliği kabul gören incelemelerle sağlık koruma rehberleri oluşturulması yaklaşımı benimsenmektedir (7).

3.3. Sağlık Sektöründe Kalite

3.3.1. Tanımlar

Kalite, üretilen mal veya hizmetlerin tüketicilerin beklentilerine uygunluğu veya karşılama derecesi olarak tanımlanır (21).

Sağlık hizmetinin kalitesi, sağlık hizmeti sunumu sürecinde kurumu oluşturan birimlerin ortaya koyduğu yarar ve zarar dengelerinin yargısı neticesinde varılan maksimum bir iyileşme beklentisi olarak tanımlanabilir (22).

Yüksek kaliteli sağlık hizmetinin diğer bir tanımı ise, “hastanın mümkün olabilecek en iyi fonksiyonel ve psikososyal iyileşmesini sağlayan teknik veya ilmi olanaklarla, iyi insan ilişkilerinin bir araya konması”dır (23).

Sağlık hizmetleri sunumunda kalite kavramı, “uluslararası geçerliği olan göstergelerdeki standartlara uygun, tanı, tedavi ve bakım hizmetlerinin yanı sıra, tüm hizmet süreçlerinde hastaların beklenti ve ihtiyaçlarının tam olarak karşılanması” olarak tanımlanabilir (24).

3.3.2. Tarihsel Gelişim

Sağlık bakım kalitesi konusunda öne sürülen görüşler, sağlık bakımının kendisi kadar eskidir. Eski Mısır, Asur, Çin, Japonya ve Meksika’da sistematik tıp okulları ve iyi uygulama gelenekleri vardı. Yunan ve Roma dönemlerinde hekimler için yazılı mesleki davranış kurallarına rastlanmakta ve bunların bazıları (Hipokrat yemini gibi) hizmet sağlayıcılar için bugün dahi referans olmayı sürdürmektedir. M.Ö 1700 yılında Mezopotamya kralı Hammurabi, cerrahi yetersizlikler için özel cezalar içeren bir yasayı yürürlüğe koymuştur. 16. yüzyılda İspanyol Juan Cuidad Duarte, zihinsel özürlüler için bakım standartları

oluşturmuştur. 20. yüzyıl başlarında çok sayıda Amerikalı hekim sağlık bakımında kalitenin değerlendirilmesine ilişkin çalışmalar yapmıştır. 1915 yılında Amerikan Cerrahi Birliği (The American College of Surgeons) hastane standardizasyon programı geliştirmek üzere harekete geçmiş ve bu program akredite edilmek isteyen hastanelere kontrol edilmeleri için kayıt sistemlerini birliğe sunmaları sorumluluğunu yüklemiştir. Bu gelişmenin ardından hastanelerin daha fazla hasta çekmek amacıyla bu tür oluşumlara yöneldikleri gözlenmiştir (26). 1952’de aynı birlik, Amerikan Hastaneler Birliği (American Hospitals Association), Amerikan Tıp Birliği (American Medical Association) ve Amerikan Hekimler Birliği (American College of Physicians) ile birleşerek Sağlık Kurumları Akreditasyonu Ortak Komisyonunu’nu (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations- JCAHO) oluşturmuşlardır. Artık ABD kamu fonlarından yararlanmayanları çekebilmek için de akreditasyon, sağlık kurumları için önemli bir rekabet ölçütü olmuştur. Benzer akreditasyon sistemleri Kanada, Yeni Zelanda ve Avustralya’da da uygulanmaktadır (25). 1980’lerin başında sağlık hizmetlerinde kalite güvencesine bir alternatif olarak Toplam Kalite Yönetim (TKY) modeli gündeme gelmiştir. 1990’lı yıllarda ise bir yandan TKY felsefesinin bu alana neler kazandırabileceği tartışmaları sürerken, diğer yandan uygulamalar hızla yaygınlaştırılmıştır (26). WHO’nun Avrupa ofisinde 1984’de belirlediği “Avrupa’da herkes için sağlık” hedefleri 1991 yılında Bölge Komitesi’nce yeniden gözden geçirilerek güncelleştirilmiştir. Buna göre: “2000’li yıllarda tüm ülkeler sağlık hizmetlerinin kalitesinde sürekli bir gelişmeyi ve uygun sağlık teknolojisini kullanmayı sağlayacak yapı ve yöntemleri kurmalıdır.” (26).

3.3.3. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kalite

Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmeti veren poliklinik, dispanser, sağlık evi ve sağlık ocakları halktan beklenen ilgiyi görmemektedir. Her türlü sağlık ihtiyaçları için daha çok hastaneler tercih edilmektedir.

Sağlık hizmetinden faydalanan bireylerin istek ve ihtiyaçlarını anlamak hassas bir diyalogu gerektirir. Değişik birimlerde yürütülen süreçler, sağlık kurumunun verim ve kalitesi hakkında bir bilginin oluşmasını sınırlamaktadır.

Sağlık hizmeti sunan bir organizasyon:

1. Klinik (Hekim, hemşire)
2. Alt yapı (Radyoloji, laboratuvar v.b.)
3. Destek Hizmetleri (Hasta kabul, güvenlik, ulaşım v.b.) birimlerden oluştuğuna göre her birim, sağlık hizmetlerinden faydalanan bireylerle ve birbirleri ile iyi bir iletişim ve kaliteli hizmet sunumu anlayışı ve bütünlüğü içinde olmalıdır (27).

Toplumun sunulan hizmetlerden memnun olması, hizmetlerin kaliteli olarak sunulduğunun başlıca göstergesidir. Ancak hizmetlerin kalitesinin değerlendirilmesinde başka göstergeler de vardır. Birinci basamakta sunulan koruyucu ve tedavi edici (evde ve ayaktan) hizmetler için kalite göstergeleri; toplumdaki bağışıklık oranı, modern aile planlaması yöntemi kullanan çiftlerin oranı, sağlık personeli yardımı ile yaptırılan doğumların oranı, bebek, çocuk ve anne ölüm oranları, bulaşıcı hastalıkların görülme sıklığı, gebe başına doğum öncesi izlem sayıları, hastaların bekleme ve muayene süreleri, reçeteleri doğru

uygulayan hastaların oranı, hekime başvuru oranı, hasta başına yapılan laboratuvar incelemesi sayısı gibi sağlık düzeyi göstergeleridir (28).

3.3.4. Sağlık Hizmetinde Kalitenin Göstergeleri

Sağlık hizmetinde kalite, hizmetin yapısı, süreci ve sonuçlarına uygulanabilir. Yapı; personel, kolaylıklar, ekipman, organizasyon ve kapsam düzenlemelerini içerir. Süreç; hizmetin sağlanması ve alınmasını içeren aktiviteleri, zamanında ve süreklilik gibi özellikleri ile birlikte içine alır. Sonuçlar; yaşam kalitesi ve hasta memnuniyeti ile birlikte mortalite ve morbidite verilerini içerebilir (13).

3.4. Hasta Memnuniyeti

3.4.1. Tanımı

Sağlık hizmeti sunumunda hastaların gerek karar verme, gerekse bakım aşamalarında katılımlarını sağlayan modeller öncelik kazanmaktadır. Bu amaçla hastaların beklentilerini, ihtiyaçlarını ve önceliklerini dikkate almak önemlidir. Ancak, sunulan sağlık hizmetinin kalitesini artırmak için bunların yanında hastaların kendilerine sunulan bakımla ilgili tecrübelerini sorgulamak ve geri bildirim almak da bir o kadar kaçınılmazdır. Çoğu hasta hem hekim, hem de muayenehanesi hakkında fikir belirtebilecek durumdadır. Hastaların bu düşünceleri çok eğitici olabilir. Bu yolla hizmetin iyileştirilmeye ihtiyaç duyulan yönleri saptanabilir ve gerekli girişimler başlatılabilir. Diğer taraftan hasta memnuniyeti tedavinin başarısı, hastalıkla ilgili şikâyetlerin azaltılması gibi sunulan sağlık bakımının sonuçlarını değerlendirme kriterlerinden birisi olarak da algılanabilir (29).

Hasta memnuniyeti, "hastanın değer ve beklentilerinin ne düzeyde karşılındığı konusunda bilgi veren ve esas otoritenin hasta olduğu bakımın kalitesini gösteren temel ölçüt" olarak tanımlanmaktadır (29).

Hasta memnuniyeti, hastaların aldıkları hizmetten bekledikleri yararlar, hastanın katlanmaktan kurtulduğu güçlükler, hizmetten beklediği performansa, hizmetin sunuluşunun sosyokültürel değerlerine (kendi ve aile kültürüne, sosyal sınıf ve statüsüne, kendi zevk ve alışkanlıklarına, yaşam biçimine, önyargılarına) uygunluğuna bağlı bir işlevidir (25). Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetinin bir gösterge olduğu ve sağlık hizmetlerinin tasarım ve yönetiminde hasta memnuniyeti hakkında edinilen bilgilerin çok önemli bir yere sahip olduğu bildirilmektedir (30).

Hasta memnuniyeti çeşitli unsurlardan etkilenen karmaşık bir kavramdır ve kaliteli hasta bakımının da en önemli göstergelerindendir. Hasta memnuniyeti genel anlamda, verilen hizmetin hastanın beklentilerini karşılaması ya da hastaların verilen hizmeti algılamalarına dayanmaktadır. Hizmetin kalitesini temelde hastanın memnuniyet düzeyi belirlemekte ve bu süreçte hastanın başvurusundan, teşhis, tedavi ve bakım sonuçlarının alınmasına kadar geçen tüm faaliyetler önemli rol oynamaktadır (31).

Hasta memnuniyetini etkileyen faktörler:

1.Hastaya Ait Faktörler: Bireyin geçmiş deneyimleri, arkadaşları aracılığı ile edindiği bilgiler, yazılı ve sözlü basın aracılığı ile edindiği beklentileri, yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, sosyal statüsü, sağlık durumu, tanısı, hastanın kendi sağlık durumunu algılayışı psikolojik durumu, zihinlerindeki kalite tanımı hasta memnuniyetini etkileyebilmektedir (32).

2.Hizmet Verenlere Ait Faktörler: Sağlık personelinin kişilik özellikleri, gösterilen nezaket, şefkat, ilgi ve anlayış, profesyonel tutumları, bilgi ve becerilerini sunma biçimleri, özellikle hasta-hekim ilişkisi hasta memnuniyeti üzerinde önemli rol oynayabilir (33). Hastaların aynı sağlık merkezini tekrar seçme eğilimlerinin, merkezin teknik ve klinik faktörlerinden etkilenmediği, hastaların aynı kurumu tercih etmelerinde en etkili faktörün kurum personelinin tutum ve davranışlarından kaynaklanan hasta memnuniyeti olduğu tespit edilmiştir (28).

3.Çevresel ya da Kurumsal Faktörler: Sağlık hizmet biriminin ulaşabilirliği, ortamı (aydınlatma, gürültü, bekleme odaları gibi), çalışma saatleri, otopark, temizlik hizmetlerinin kalitesi gibi çevresel ve kurumsal faktörler hasta memnuniyeti üzerinde önemli rol oynayabilir (33).

Hasta memnuniyeti, sağlık hizmeti kalitesinin ölçülmesinde yer alan önemli göstergelerden biridir. Hizmet sürecinin yapısı bu gösterge sayesinde gözden geçirilir (34).

Sağlık hizmetlerinde kalitenin önemli bir bölümünü oluşturan hasta memnuniyetini sağlamak, bir sağlık kuruluşunun önündeki en zor ve hassas konudur. Çünkü yapılan araştırmalara göre hasta beklentileri ile memnuniyet düzeyleri arasında her zaman doğrusal bir ilişki bulunmamaktadır. Hastaların medikal ihtiyaçlarının yanı sıra estetik, duygusal, kültürel ihtiyaç ve beklentilerine de cevap verilebilmesi hasta memnuniyetinin sağlanmasında önemlidir. Memnun olmayan hasta, tedaviyi yarıda kesebilmekte veya başka bir sağlık kuruluşuna başvurabilmektedir. Bu durumda sağlık işletmesi açısından başarısız hizmet

üretimi söz konusudur. Bu nedenle sağlık hizmeti işletmelerinin başarısı, memnun olmuş hastanın katılımı ile tedaviyi uygulamak ve sonuçlandırmaktır (35).

Sağlık hizmetlerini ölçmek ve değerlendirmek, hizmetin kalitesini arttırabilir. Yapılan araştırmalara göre hasta memnuniyeti, sağlık personelinin iletişime açık, ilgili, destekleyici, hasta beklentilerini göz önüne alan davranış ve tutum sergilemesiyle artmaktadır (36). Bu açıdan sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve iyileştirilmesi için gerekli olan bilgi, teknoloji ve personel gibi stratejik öğelerin kullanılmasında, hasta beklenti ve memnuniyetinin dikkate alınması gerekmektedir (37).

Hasta memnuniyeti araştırmalarının amacı, hastaların aldıkları hizmetin kalitesini nasıl bulduklarının öğrenilmesi, onların memnuniyetini etkileyen faktörlerin öncelik sırasının belirlenmesi, kurumu tercih nedenleri, kurumdan beklentileri, hizmet sunum sürecinde yaşanan uygunsuzluklar ve hizmet sunum tarzının bu beklentileri karşılayacak şekilde tasarlanması şeklinde sınıflanabilir (38,39).

Hasta memnuniyeti doğrudan ve dolaylı yöntemlerle ölçülebilir. Doğrudan yöntemler, memnuniyet düzeyinin, önceden belirlenmiş olan parametreler bazında hastaya doğrudan sorulduğu yazılı anket, yüz yüze görüşme, telefon anketi gibi yöntemlerdir. Dolaylı yöntemler ise, memnuniyet düzeyinin hastaya doğrudan sorulmadığı ancak gerek hasta şikayet ve teşekkürleri gibi hastanın kendiliğinden verdiği geribildirimler, gerekse "hasta başına düşen hemşire sayısı" gibi hastayı etkileyen ama hastanın bilmediği değerlerin elde edildiği yöntemlerdir. Doğrudan ve dolaylı yöntemlerin birbirlerine göre çeşitli avantajları saptanmıştır. Doğrudan yöntemlerin avantajları; soru ve yanıtların amaca yönelik olması, sorunların ve

iyileştirmeye açık konuların açıkça ortaya konması ve hastanın duygu ve düşüncelerinin doğrudan öğrenilmesidir. Dolaylı yöntemlerin avantajları; müdahale olmadığı için rahatsız edici olmaması ve spontan, yönlendirilmemiş veri sağlamasıdır (24).

Hastalar, almış oldukları sağlık hizmetinin alternatifleri ve kalitesi konusunda gerekli teknik bilgilere sahip olmadıkları için, bu hususta değerlendirme yaparken karşılaştıkları ortamı, davranışları, ilgiyi ve ortaya çıkan sonuçları kriter olarak kullanırlar ve aldıkları sağlık hizmetlerinden bu kriterlere uygunluğu nispetinde memnun olurlar. Bu açıdan sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve iyileştirilmesi için gerekli olan bilgi, teknoloji ve personel gibi stratejik öğelerin en iyi derecede kullanılmasında, hasta beklenti ve memnuniyetinin de dikkate alınması gerekmektedir.

Hastalar, doğal olarak temiz ve güvenli bir ortam, kaliteli hizmet verilmesi, kişilik haklarına saygı gösterilmesi, iyi iletişim kurulması ve ilgili davranış gibi beklentileri karşılandığında mutlu olurlar. Yapılan araştırmalara göre hastada memnuniyet eğilimi, sağlık personelinin iletişime açık, ilgili, destekleyici, hasta beklentilerini göz önüne alan davranış ve tutum sergilemesiyle artmaktadır (40).

Memnuniyet; yaşam tarzı, geçmiş deneyimler, gelecekte beklenenler ve bireysel ve toplumsal değerleri içeren pek çok faktör ile ilişkili karmaşık bir kavramdır. Bakımın sonuçlarının algılanması ve beklentilerin karşılanması ile ilişkili olan hasta memnuniyeti, farklı kişilerce ve hatta aynı kişiler tarafından farklı zamanlarda farklı şekilde tanımlanabilmektedir. Hastanın geçmiş deneyimleri, arkadaşları aracılığı ile edindiği bilgiler, yazılı ve sözlü basın

aracılığı ile edindiği beklentileri, yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, sosyal statüsü, sağlık durumu, tanısı, hastanın kendi sağlık durumunu algılayışı hasta memnuniyetini etkileyebilmektedir (41).

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 (42). Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetinin saptanması; sağlık kuruluşlarının üstünlük ve zayıflıklarını ortaya çıkarmalarına katkı sağlayabilir, hizmet veren kurumların birbiriyle rekabeti açısından önem olabilir, hizmetlerden memnun olan hastaların hekim ve diğer sağlık personelinin önerilerine uyumunu arttırabilir (33). Aynı zamanda sağlık bakımının değerlendirilmesinde son yıllarda yer alan hasta memnuniyeti, sağlık hizmetlerinde maliyetin giderek artması nedeni ile var olan kaynakların etkin kullanımına karar vermek için gerekli bir kanıt olarak görülmektedir (38).

3.4.2. Hasta Memnuniyeti Ölçme ve Değerlendirme Yöntemleri

Hasta memnuniyeti ölçüm ve değerlendirme yöntemleri kendi başlarına değerlendirilmemeli aksine kuruluşun genel performans ve gelişim ölçümlerine paralel hale getirilmelidir. Dolayısıyla hasta görüş ve önerilerinin incelenme önceliklerine karar verilmeden önce yapılması gereken işlem bu çalışmanın kuruluşun genel durumu hakkında vereceği bilgidir (43). Hasta memnuniyeti ölçümlerinde dikkat edilecek temel kriterler; amaçlara uygun hazırlanmış olması, çalışanları ya da hastaları rencide edici unsurlar bulundurmaması, kolay ve az

maliyetli uygulanabilir olması, sonuçlarının sistematik analiz edilebilir olması şeklinde ifade edilebilir (44).

Zerenler ve Ögüt; sağlık kuruluşlarında hasta tatmininin ölçümü ile ilgili yöntemlerin üstün ve zayıf yönlerini değerlendirmişlerdir. Bu yöntemleri; kalitatif yöntemler ve kantitatif yöntemler olarak iki grupta toplamak mümkündür (direkt ve endirekt diye de adlandırılmaktadır) (45). Odak grup görüşmesi, gözlem, video kayıtları, bay müşteri teknikleri **kalitatif** araştırmalarda kullanılan başlıca ölçme (veri toplama) teknikler olarak belirtilmektedir. Yüz yüze yapılan (evde ve hastanede) anketler, posta ile gönderilen anketler, anket kullanılarak yapılan telefon görüşmeleri ise **kantitatif** araştırmalarda kullanılan temel teknikler olarak belirtilmektedir (46).

Hasta memnuniyeti ölçme yöntemini belirlerken; Ne tür veri toplanacak? Veri toplamasına kimler katılacak? Veri ne zaman, nerede ve nasıl toplanacak? Ne tür veriye ihtiyacımız var? Bu veriye neden ihtiyacımız var? Halihazırda ne tür verimiz var ve ne tür verileri elde etmeliyiz? gibi sorulara cevap olma durumundadır. Yöntem bu sorular ışığında belirlenmelidir. En iyi yöntem veya yöntemleri seçmek kuruluşların stratejik amaçları olmalıdır.

Hasta memnuniyeti araştırmalarında kullanılan alternatif yöntemler; (44).

Odak Grup Çalışması: Küçük bir hasta grubu ile yürütülür ve çalışmayı koordine edenin hastaların belirli konularda görüşlerini alması ile gerçekleşir.

Kritik Olay Değerlendirmesi: Uygulayıcı hastaya belirli bir olay hakkında soru sorar ve kritik gördüğü konuları açıklamasını ister.

Direkt Gözlem: Uygulayıcı hastaları yakından izler ve ihtiyaçları ve memnuniyetlerini yakından gözler. Alternatif olarak uygulayıcı bir hasta gibi de davranabilir.

Mektup ve Önerilerin İçerik Analizi: Hastaların yazdıkları mektuplar içerik açısından incelenir ve analiz edilir.

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

Arşiv Çalışması: Hastaların bazı tutum ve davranışları kaydedilir ve buradan hastaların nelerden hoşlanıp nelerden hoşlanmadıkları arşivlenir (örneğin tepside bırakılan yemek çeşitleri).

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

Yüz Yüze Görüşme: Uygulayıcı hastaya belirli konulardaki görüşlerini yüz yüze görüşerek sorar (46).

Hasta memnuniyetinin ölçümünde en yaygın kullanılan yöntem, anket yöntemidir. Anket uygulamasıyla gerçekleştirilen hasta memnuniyeti araştırmaları, diğer tekniklere göre daha fazla tercih edilen kantitatif (endirekt) araştırmalardır. Anket yöntemi ile çok çeşitli konularla ilgili bilgi toplamak mümkün olmaktadır. Anket yönteminin başarılı sonuç vermesi için geliştirilen anketin geçerli ve güvenilir olması gereklidir. Geçerlilik, ankette yer alan soruların ölçmek istedikleri şeyi Ölçme düzeyidir. Güvenilirlik ise, anketin aynı gruba aynı koşullarda bir kaç uygulanması durumunda aynı sonuçların alınmasıdır. Anket geliştirilmeden önce, hasta tatminini etkileyen temel hizmet boyutları belirlenmelidir. Daha sonra bu boyutları ölçmek için uygun sorular

anlaşılır biçimde hazırlanmalıdır. Anketin çok fazla soru içermemesine ve görüntüsüne dikkat edilmelidir (46).

3.4.3. EUROPEP: Aile Hekimliğini Değerlendirmek İçin Uluslararası Standardize Edilmiş Bir Ölçüt

EUROPEP ölçeği Avrupa'daki Aile Hekimliği bakımının sonuçlarının uluslararası bir karşılaştırmasını yapabilmek için geliştirilmiştir. Farklı sağlık sistemleri olan ülkeler arasındaki böyle bir kıyaslama sağlık politikaları üretenlere Avrupa'daki Birinci Basamak sistemlerinin geliştirilmesinde yardımcı olabilir. Aynı zamanda EUROPEP ölçeği hasta / tüketici örgütleri ve Aile Hekimlerine eğitici geribildirim sağlaması için tasarlanmıştır. Bu geri bildirimler çalışanların, mesleki performansları ve bakım organizasyonlarının gelişimini sağlamaları için uyarıcı bir rol oynayabilir. 1995'te EUROPEP çalışmasının başlangıcında bir sürü onaylı ölçek bulunmasına rağmen uluslararası onaylanmış bir değerlendirme ölçeğinin eksikliği söz konusuydu. EUROPEP ölçeğini geliştirmek ve test etmek amacıyla bir takım çalışmalar ve aktiviteler gerçekleştirdi. 1998 – 1999 yıllarını kapsayan son aşamada yedi farklı ülke daha bu projeye dâhil olmuşlardır. Pek çok uluslar arası kullanımı olan anket bir tek ülkede geliştirilmiş ve diğer dillere daha sonradan tercüme edilmiştir. Bu da kültür ve lisan kaynaklı sorunları doğurmuştur. EUROPEP'i yegâne yapan özelliği bu ölçeğin ilk baştan bu yana uluslararası bir grup tarafından geliştirilmiş olmasıdır (47).

3.4.4. EUROPEP' in Geçerliliği Ve Güvenilirliği Üzerine Kabuller

EUROPEP ölçeği bazı özel kabuller üzerine kurgulanmıştır. Bu kabuller ölçeğin onay ve güvenilirliği üzerinde etki sahibidir. Ve yine bu kabuller EUROPEP projesi içindeki değişik çalışmalara rehberlik etmiştir (47).

- Genel Kavram
- Hasta Popülasyonu
- Bakıma bakış (İçeriğin geçerliliği)
- Güvenilirlik
- Duyarlılık
- Ölçütlerin geçerliliği
- Yapısal geçerlilik

3.4.5. EUROPEP' in Geçerliliği Ve Güvenilirliği Üzerine Yapılan alışmalar

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 evirilerinin yapılmasında, soruların son seçiminde yapılandırılmış prosedürler uygulanmıştır. Böylece EUROPEP, hastaların Avrupa'da Aile Hekimliğini değerlendirmesi için standardize, geçerli bir ölçek olmuştur (48).

3.4.6. Bakımın Değerlendirilmesi İçin EUROPEP Nasıl Kullanılır?

EUROPEP ölçeği Aile Hekimliğinin kalitesini değerlendirmek için ve Aile hekimleri, hastalar ve değişik seviyelerdeki sağlık politikası belirleyenlerin

konuyla ilgili geribildirim sağlaması için oluşturulmuştur. EUROPEP projesi içindeki asıl ağırlık ölçeğin gelişimi ve geçerliliği üzerine olmuştur da projenin katılımcıları, Aile Hekimleri için hastalarının bakımı değerlendirmeleri ile ilgili geribildirim raporları hazırlamışlardır. Bu raporlar; sunulan bakım için geri bildirimler ve hastaların bakımın kalitesi üzerine bakışlarını yansıtmaktadır (47). Bu çalışmaların ışığında, biz de ilimizdeki Birinci Basamak Sağlık kuruluşlarına başvuran hastaların memnuniyet düzeyleri ve aralarındaki ilişki değerlendirmesini EUROPEP-TR kullanarak gerçekleştirmeyi amaçladık.

4. GEREÇ VE YÖNTEMLER

4.1. Araştırmanın Amacı ve Yeri

Bu çalışma, Birinci Basamak Sağlık kuruluşlarına başvuran hastaların memnuniyet düzeyleri ve aralarındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapıldı.

Çalışma; Elazığ il merkezi aile sağlığı merkezlerine (ASM) başvuran hastalar arasında yapıldı. Araştırma yeri olarak kullanılan binalar Aile Sağlığı Merkezidir. Ölçeklerin uygulanması sırasında hastanın/ hasta yakınının bina içinde ayrı bir odada yalnız olması sağlandı.

4.2. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini; Elazığ il merkezinde kayıtlı olan 30 aile hekimliği birimine bağlı 86 aile hekimine başvuran, çalışmaya katılmayı kabul eden, 18 yaş ve üzeri ilk 15 hasta oluşturdu.

4.3. Araştırmanın Tipi

Araştırma kesitsel tipte, tanımlayıcı ve analitik özellikleri olan bir araştırmadır.

4.4. Araştırmanın Veri Kaynakları

Veri toplamada hastalar için, kişisel bilgiler formu ile EUROPEP (European Patients Evaluate General/Family Practice) Ölçeği Türkçe Versiyonu kullanıldı (Ek-1).

İlk bölümde hastaya ait 13 sorudan oluşan kişisel bilgi formu kullanıldı. Bu formla kişinin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, öğrenim durumu, çocuk sayısı, mesleği, aylık hane geliri, sağlık merkezine ulaşımında zorluk çekip çekmediği,

bilinen sürekli hastalık ve fiziksel engel varlığı, son bir yıldaki birinci basamak ve hastane başvuru sayısı ile şu anki başvuru nedeni öğrenildi.

İkinci bölümde 23 sorudan oluşan EUROPEP Ölçeği Türkçe Versiyonu kullanıldı. Uygulanan ülkelerde hekime geri bildirim sunan ve kendisini ulusal ve uluslararası normlarla kıyaslama imkânı veren EUROPEP ölçeği; 16 Avrupa ülkesinde geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış, uluslararası kabul görmüş bir ölçektir. Aynı zamanda bu ölçek; 1- 5 arası (çok kötüden çok iyiye) derecelendirilen 5'li Likert skalası tarzında düzenlenmiş olup ilk 16 soru klinik davranışı, geriye kalan sorular ise hizmet organizasyonunu ölçmektedir. EUROPEP-TR Ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Aktürk ve arkadaşları tarafından 2002'de gerçekleştirilmiştir. Önce 23 sorudan oluşan EUROPEP Ölçeği beş ayrı araştırmacı tarafından Türkçeye çevrilmiştir. Ortaya çıkan metinler üzerinde bir uzlaşma toplantısı yapılmış ve yeni bir metin ortaya çıkarılmıştır. Bu metin, tercüme konusunda tecrübeli bir araştırmacı tarafından İngilizceye geri tercüme edilmiştir. Orijinal metinle tercüme yeniden karşılaştırılmış ve son metin oluşturulmuştur. Ölçeğin iç güvenilirliği için Cronbach's Alpha katsayısı 0,98 olarak hesaplanmıştır. Türkçeleştirilmiş EUROPEP Ölçeği'nin hastaların hekimi değerlendirmesinde uygun bir araç olduğu bulunmuştur (1).

4.5. Etik Konular

Bu çalışmada uluslararası etik kurallara uyuldu. Alınan izin ve belgeler;

1. Fırat Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan yazılı izin alındı (Ek- 2).

2. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı'na bağlı Aile Hekimliği Eğitim ve Geliştirme Daire Başkanlığı'ndan yazılı izin alındı (Ek-3).
3. Elazığ Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden gerekli izinler alındı (Ek-4).
4. Çalışmaya katılacak olan bireyler sözlü olarak bilgilendirildi ve bireylerin sözlü onamları alındı.

4.6. Araştırmanın Uygulama Şekli

Çalışma, Aralık 2013 ile Mart 2014 tarihleri arasında Elazığ il merkezindeki aile sağlığı merkezlerinde gerçekleştirildi. Öncelikle aile sağlığı merkezlerinde çalışan hekimlere araştırmayla ilgili bilgi verildikten sonra hekimlerin sözlü onamları alınarak aile sağlığı merkezlerine aynı gün başvuran, çalışmaya katılmayı kabul eden, 18 yaş ve üzeri ilk 15 hastaya anket uygulandı.

Hastalarda, son bir yılda şu anda başvurduğu hekime en az bir kere başvurmuş olma ve hekimi tanıyor olma şartı arandı. Çalışmaya katılmayı 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 kendilerinin doldurması istendi, ölçeği okumakta ve soruları anlamakta güçlük çeken kişilerde ölçekler araştırmacı tarafından veya yardımla dolduruldu.

Elazığ il merkezinde kayıtlı 30 aile hekimliği birimine bağlı 86 aile hekimi bulunmaktaydı ve toplam 1290 hasta ile çalışma tamamlandı.

4.7. Veri Analizi

Uygulanan anketteki demografik veriler SPSS 19 (Statistical Package for Social Sciences, version 19) istatistik programına aktarıldı. Tanımlayıcı tablolarda niceliksel veriler ortalama ve standart sapma, niteliksel veriler ise sayı ve yüzdeler ile özetlendi. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile kontrol edildi. İki grup sayısal değişkenlerin karşılaştırılmasında Student t testi ve Mann Whitney U testi, Çoklu grup karşılaştırmalarında ANOVA testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi olarak $p < 0,05$ kabul edildi.

4.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma; Birinci Basamak sağlık modeli olarak sunulmakta olan aile hekimliği uygulaması üzerinde gerçekleştirildi. Araştırmayı Elazığ genelinde ve aile hekimliklerinden hizmet alan tüm kişilere uygulamak, zaman ve maliyet açısından güç olmasından dolayı bazı sınırlılıklara gidildi. Bu amaçla araştırma; sadece Elazığ il merkezinde (ilçeler ve beldeler hariç) bulunan ve katılmayı kabul eden kişilerle yapıldı. Okuryazar olmayan ya da soruları anlamakta zorluk çeken kişilerin anketleri, araştırmacı tarafından sorular okunarak dolduruldu. Yanlış ve eksik doldurulan anketler analizlerin güvenilirliğini azaltarak yanlış bulgu ve sonuçlara ulaşılmasına sebep verebileceğinden değerlendirme dışı bırakıldı.

4.9. Araştırmanın Bütçesi

Araştırmanın rapor haline getirilip basılması için harcamalar araştırmacı tarafından yapıldı. Herhangi bir kişi ya da kurumdan destek alınmadı.

4.10. Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri:

Çalışmaya katılmayı kabul etmiş olan hekimlerin hizmet verdiği hastalar içinde araştırmaya katılmayı kabul edenler.

4.11. Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri:

Hastanın ifadesinin güvenilir bulunmaması (demans, psikoz, mental retardasyon, anlaşmayı engelleyecek işitme özürü vb).

5. BULGULAR

5.1. Demografik Veriler

Çalışmaya 1290 hasta katıldı. Çalışmaya katılan hastaların %54,3'ü (701) kadındı.

Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalamaları $36,91 \pm 14,04$ (min:18, max: 84) ortanca yaş 34'tü. Erkeklerin yaş ortalaması $37,71 \pm 14,49$, kadınların yaş ortalaması $36,24 \pm 13,63$ olarak saptandı.

Hastaların medeni durumları incelendiğinde; %64,7 (834) hastanın evli olduğu saptandı. Evli, boşanmış ve dul olan 904 hasta içinde %8,2'sinin (74) çocuğunun olmadığı, %17,8'inin (161) 1, %74'ünün (669) 1'den fazla çocuğunun olduğu görüldü. Çocuğu olan 824 hastanın ortalama çocuk sayısı $2,86 \pm 1,65$ (min:1, max: 12) olarak saptandı.

Çalışmaya katılan hastaların %30,4'ünün (392) lise, %24,2'sinin ise (314) üniversite mezunuydu. Çalışmaya katılan 1290 hastanın %34,5'ünün (445) ev hanımı, %20'sinin (258) memur olduğu saptandı (Tablo 1).

Tablo 1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımları

		n	(%)
Cinsiyet	Erkek	589	45,7
	Kadın	701	54,3
Medeni durum	Evli	834	64,7
	Bekâr	375	29,1
	Diğer (boşanmış, dul)	81	6,2
Yaş grubu	18-44 yaş	950	73,6
	45-64 yaş	275	21,3
	65 yaş ve üzeri	65	5,1
Çocuk sayısı (evli ve bekâr olmayan hastalar arasında)	Çocuk yok	74	8,2
	1 çocuk	161	17,8
	2 çocuk ve üstü	669	74
Öğrenim durumu	Okur-yazar değil	60	4,8
	Okur-yazar	76	5,9
	İlkokul mezunu	247	19,1
	Ortaokul mezunu	201	15,6
	Lise mezunu	392	30,4
	Üniversite mezunu	314	24,2
Meslek	Ev hanımı	445	34,5
	Memur	258	20,0
	İşçi	122	9,5
	Emekli	50	3,9
	Öğrenci	186	14,4
	Çiftçi	57	4,4
	Serbest	172	13,3

Çalışmaya katılan hastaların aylık hane gelirleri ortalaması 1835,94±1152,44 TL olup, gelir aralığı 300 ile 10.000 TL arasında değişmekteydi. Tüm gruptaki bireylerin % 6,6'sının (86) 0–500 TL arasında aylık hane halkı geliri olduğu tespit edildi. % 30,9'unun (398) ise gelirinin 501 ile 1000 TL olduğunu beyan etti. 2500 TL ve üstü geliri olanlar ise, % 16,3'üydü (210).

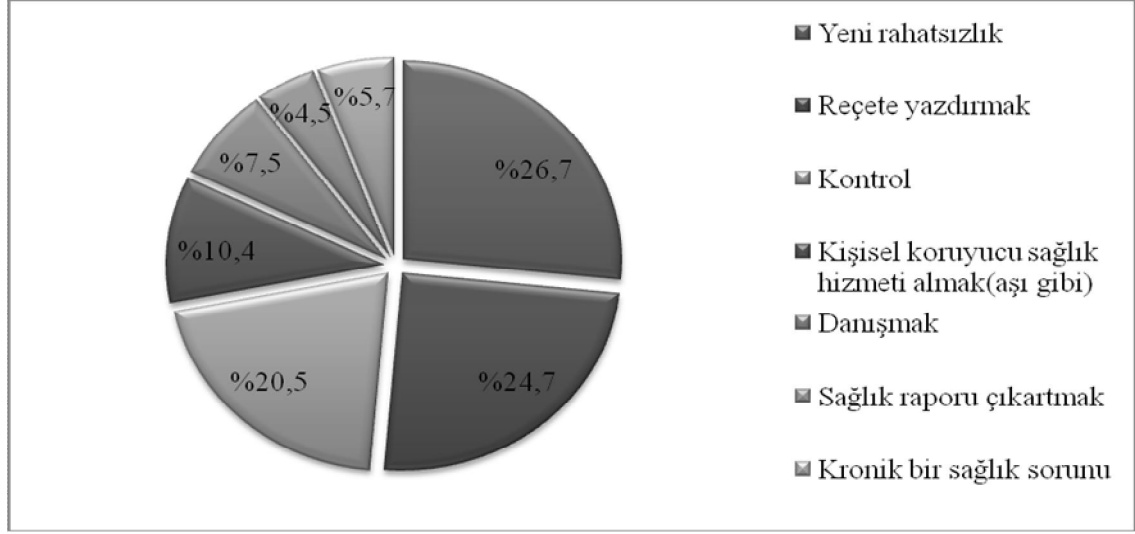
Hastalardan %43,6'sının (562) sağlık merkezine ulaşımda herhangi bir zorluk çekmediği, %18,2'sinin (235) nadiren, %29,2'sinin (377) bazen, %5,5'inin (71) çoğu zaman, %3,5'inin (45) ise her zaman zorluk çektikleri görüldü Sağlık merkezine ulaşımda zorluk çeken 728 hastanın nedenleri incelendiğinde; %47,1'inin (343) çok sıra olması, %16,1'inin (117) randevu almakta zorlanması sebebiyle zorluk çektiği saptandı (Tablo 2).

Tablo 2. Hastaların Sağlık Merkezine Ulaşmada Zorluk Çekme Nedenlerinin Dağılımı

Hastaların Sağlık Merkezine Ulaşmada Zorluk Çekme Nedeni	n	(%)
Çok sıra olması	343	%47,1
Randevu almakta zorlanma	117	%16,1
Yürümekte zorluk çekme	33	%4,5
Maddi nedenlerden ötürü	110	%15,1
Ulaşımda zorluk çekme	111	%15,2
Bedensel engel	14	%2
Toplam	728	100

Çalışmaya katılan hastaların son 1 yılda aile hekimlerine başvuru sayıları 1 ile 40 arasında değişmekteydi (ort. 4,37±4,12). Çalışmaya katılan hastalar arasında son 1 yılda hastanelere başvuruda bulunmayan hastalar %15'tir (193). Hastanelere en az 1 kez başvuruda bulunan 967 hastanın ortalama başvuru sayıları 3,82±3,32 olarak saptandı (max: 30 kez).

Çalışmaya katılan 1290 hastanın aile sağlığı merkezlerine başvuru sebeplerine bakıldığında; hastaların %26,7'sinin (344) yeni rahatsızlık, %24,7'sinin (319) reçete yazdırmak nedeniyle başvurduğu görüldü (Şekil 1).



Şekil 1: Çalışmaya katılan 1290 hastanın aile sağlığı merkezlerine başvuru sebeplerine göre dağılımları (Rengini değiştir dediler)

Sürekli hastalık sıklığına bakıldığında; 1290 hastanın %72'sinin (929) bilinen sürekli bir hastalığı yoktu. Hastaların kronik rahatsızlığı ile ilgili veriler Tablo 3'de verilmiştir.

Tablo 3. Hastaların Kronik Hastalık Durumlarına Göre Dağılımları

Kronik Hastalık Durumu n=1290	n	(%)
Var	361	28.0
Yok	929	72.0
Toplam	1290	100
Kronik Hastalığın Adı*	n	(%)
Hipertansiyon	141	10,9
Diabet	102	7,9
Kalp Hastalıkları	47	3,6
Troid	34	2,6
Kolesterol	7	0,5
Solunum Hastalıkları	45	3,5
Romatizmal Hastalıklar	23	1,8
Nörolojik + Psikiyatrik Hastalıklar	20	1,6
Üriner Sistem Hastalıkları	7	0,5
Mide, Karaciğer Hastalıkları	11	0,9

*Birden fazla kronik hastalığı olan hasta vardır.

Çalışmaya katılan 1290 hastanın ise, %96,5'inin (1245) bilinen fiziksel bir engeli yoktu.

5.2. Hasta Memnuniyeti İle İlgili Veriler

Çalışmamızda değerlendirilen EUROPEP-TR Hasta Memnuniyeti Anketi'ne verilen cevapların en az, en çok ve ortalama puanları Tablo 4'de verilmiştir.

Yaptığımız EUROPEP-TR Hasta Memnuniyeti Anketi sorularına verilen cevapların ortalama puanlarına bakıldığında hastaların en çok memnun oldukları (4 ve 5 puan verdikleri) sorular sırasıyla; “Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması (1145 hasta, %88,8), Sizi muayene etmesi (1107 hasta %85,8), Sizi dinlemesi (1101 hasta, %85,4) açısından ne kadar memnunsunuz?” sorularıydı.

Hastaların, o sorunun kendisiyle ilgili olmadığını düşünmesi sebebiyle en fazla “uygun değil/ilgisiz” olarak cevaplandıkları ve puan vermedikleri sorular; “Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz (19 hasta, %1,5), Sağlık merkezine telefonla ulaşabilmeniz (16 hasta, %1,2), Bekleme odasında harcadığınız zaman (10 hasta, %0,8) açısından ne kadar memnunsunuz?” sorularıydı.

Tablo 4. EUROPEP-TR Sorularına Verilen Cevapların Ortalama Puanları

Hasta Memnuniyet Anketi	n	En az puan	En çok puan	Ortalama ± SS
Görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi	1283	1	5	4,14±1,15
Sizin özel durumunuzla ilgilenmesi	1287	1	5	4,18±1,09
Sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması	1285	1	5	4,28±1,00
Tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması	1280	1	5	4,18±1,09
Sizi dinlemesi	1286	1	5	4,38±0,93
Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması	1288	1	5	4,51±0,87
Şikâyetlerinizi çabuk geçirmesi	1287	1	5	4,18±1,07
Günlük ihtiyaçlarınızı görece kadar iyi hissetmenize yardım etmesi	1285	1	5	4,21±1,03
İşini tam yapması	1288	1	5	4,36±0,97
Sizi muayene etmesi	1286	1	5	4,40±0,96
Hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler (sağlık taraması, sağlık kontrolü, aşı vb)	1287	1	5	4,37±0,96
Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması	1286	1	5	4,31±1,01
Şikâyetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi	1285	1	5	4,36±0,95
Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması	1289	1	5	4,12±1,15
Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması	1283	1	5	4,25±1,02
Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi	1287	1	5	4,13±1,15
Uzmana ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması	1278	1	5	4,21±1,05
Doktor dışı personelin yardımı	1286	1	5	4,27±1,05
Size uygun zamanlara randevu alabilmeniz	1284	1	5	4,20±1,09
Sağlık merkezine telefonla ulaşabilmeniz	1274	1	5	4,19±1,14
Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz	1271	1	5	3,95±1,33
Bekleme odasında harcadığınız zaman	1280	1	5	3,89±1,26
Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması	1283	1	5	4,23±1,06

Hastaların Memnuniyet anketi sorularına verdiği puanların yüzdelerdeki dağılımı Tablo 5’de sunulmuştur.

Tablo 5. EUROPEP-TR Sorularına Verilen Puanların Yüzdelerdeki Dağılımı

Hasta Memnuniyet Anketi	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)	Uygun değil/ ilgisiz
Görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi	60 4,7	86 6,7	154 11,9	298 23,1	685 53,1	7 0,5
Sizin özel durumunuzla ilgilenmesi	46 3,6	84 6,5	140 10,9	334 25,9	683 52,9	3 0,2
Sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması	26 2,0	73 5,7	137 10,6	326 25,3	723 56,0	5 0,4
Tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması	47 3,6	85 6,6	133 10,3	341 26,4	674 52,2	10 0,8
Sizi dinlemesi	27 2,1	58 4,5	100 7,8	291 22,6	810 62,8	4 0,3
Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması	21 1,6	42 3,3	80 6,2	263 20,4	882 68,4	2 0,2
Şikâyetlerinizi çabuk geçirmesi	39 3,0	88 6,8	140 10,9	352 27,3	668 51,8	3 0,2
Günlük ihtiyaçlarınızı görece kadar iyi hissetmenize yardım etmesi	33 2,6	75 5,8	155 12,0	352 27,3	670 51,9	5 0,4
İşini tam yapması	33 2,6	51 4,0	109 8,4	315 24,4	780 60,5	2 0,2
Sizi muayene etmesi	23 1,8	54 4,2	102 7,9	337 26,1	770 59,7	4 0,3
Hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler (sağlık taraması, sağlık kontrolü, aşı	32 2,5	48 3,7	111 8,6	317 24,6	779 60,4	3 0,2
Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması	31 2,4	68 5,3	124 9,6	305 23,6	758 58,8	4 0,3
Şikâyetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi	26 2,0	55 4,3	114 8,8	330 25,6	760 58,9	5 0,4
Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması	66 5,1	83 6,4	148 11,5	330 25,6	662 51,3	1 0,1
Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması	30 2,3	75 5,8	145 11,2	326 25,3	707 54,8	7 0,5
Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi	60 4,7	94 7,3	136 10,5	320 24,8	677 52,5	3 0,2
Uzmana ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması	27 2,1	96 7,4	147 11,4	324 25,1	684 53,0	12 0,9
Doktor dışı personelin yardımı	46 3,6	61 4,7	128 9,9	320 24,8	731 56,7	4 0,3
Size uygun zamanlara randevu alabilmeniz	53 4,1	76 5,9	115 8,9	358 27,8	682 52,9	6 0,5
Sağlık merkezine telefonla ulaşabilmeniz	71 5,5	66 5,1	105 8,1	334 25,9	698 54,1	16 1,2
Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz	134 10,4	72 5,6	129 10,0	323 25,0	613 47,5	19 1,5
Bekleme odasında harcadığınız zaman	108 8,4	84 6,5	197 15,3	342 26,5	549 42,6	10 0,8
Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması	46 3,6	67 5,2	127 9,8	351 27,2	692 53,6	7 0,5

Hastaların bazı özelliklerine EUROPEP-TR Hasta Memnuniyeti Anketi sorularından aldıkları genel ortalama puan dağılımı Tablo 6'da verilmiştir. Buna göre; erkek hastaların ortalama puanları kadın hastalarinkinden yüksek bulundu ($p<0,001$). Medeni durumu boşanmış ve dul olan hastaların puanları diğer gruplardan yüksekti fakat bu yükseklik istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$). Öğrenim durumu ortaokul olan hastaların puan ortalamaları diğer gruplardan yüksekti ($p=0,01$). Çocuğu olan hastaların puanları olmayanlardan yüksekti ($p=0,01$). Mesleği çiftçi olan hastaların puanları diğer meslek gruplarından yüksekti ($p=0,001$). Gelir durumu 1001-2500 TL arası olan hastaların puanları diğer hastalardan yüksekti ($p<0,001$). Ulaşımında hiçbir zaman sıkıntı yaşamadığını belirten hastaların puanları diğerlerinden yüksekti fakat bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0,71$). Kronik hastalığı olan hastaların ve fiziksel engeli olduğunu belirten hastaların puan ortalamaları olmayanlardan yüksekti fakat bu farklılıklar da istatistiksel olarak anlamlı bulunamadı ($p>0,05$). Başvuru nedeni ilaç raporu olan hastaların puan ortalaması da diğer hastalardan yüksekti fakat bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0,44$) (Tablo 6).

Tablo 6. Hastaların EUROPEP-TR Memnuniyet Anketi Genel Ortalama Puanlarının Bazı Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Özellik		Sayı (n)	Ortalama ± SS	F	P
Yaş	18-44 yaş	903	4,26±0,77	1,280	0,278
	45-64 yaş	269	4,20±0,77		
	65 ve üzeri yaş	62	4,37±0,77		
Cinsiyet	Erkek	574	4,35±0,71	-	<0,001
	Kadın	660	4,16±0,81		
Medeni Durum	Evli	803	4,28±0,74	2,487	0,08
	Bekar	352	4,17±0,83		
	Diğer *	79	4,29±0,76		
Öğrenim Durumu	Okur yazar değil	57	4,16±0,76	2,995	0,01
	Okur yazar	72	4,23±0,83		
	İlkokul	232	4,29±0,75		
	Ortaokul	197	4,41±0,64		
	Lise	373	4,25±0,75		
	Üniversite	303	4,15±0,86		
Çocuk	Yok	423	4,18±0,79	-	0,01
	Var	811	4,29±0,76		
Meslek	Memur	248	4,18±0,82	3,797	0,001
	İşçi	119	4,39±0,73		
	Çiftçi	56	4,50±0,54		
	Serbest	166	4,36±0,67		
	Evhanımı	422	4,24±0,75		
	Öğrenci	174	4,09±0,87		
	Emekli	49	4,30±0,80		
Gelir Durumu	0-500	78	3,92±0,95	8,940	<0,001
	501-1000	378	4,26±0,74		
	1001-2500	578	4,34±0,72		
	2501 +	200	4,13±0,83		
Ulaşımda zorluk	Hiçbir zaman	534	4,31±0,74	0,449	0,71
	Nadiren	221	4,17±0,81		
	Bazen	365	4,23±0,79		
	Çoğu zaman	70	4,20±0,69		
	Her zaman	44	4,12±0,87		
Kronik hastalık	Var	349	4,29±0,78	-	0,31
	Yok	885	4,24±0,77		
Fiziksel engel	Var	45	4,34±0,65	-	0,42
	Yok	1189	4,25±0,77		
Başvuru nedeni	Yeni rahatsızlık	333	4,27±0,80	0,966	0,44
	Kronik	72	4,15±0,88		
	Kontrol	248	4,23±0,74		
	Koruyucu	129	4,26±0,71		
	Reçete	302	4,30±0,77		
	İlaç raporu	57	4,31±0,68		
	Diğer	93	4,13±0,81		

*Student t testi ve ANOVA

Hastaların yaş gruplarına göre genel ortalama EUROPEP-TR Hasta Memnuniyeti Anketi puanları değerlendirildiğinde yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı (Anova $F=1,280$, $p=0,27$). EUROPEP-TR Hasta Memnuniyeti Anketi soruları değerlendirildiğinde ise “Doktor dışı personelin yardımı” sorusuna 65 yaş ve üzeri hastaların aldıkları puan diğer yaş gruplarından daha yüksekti ve bu farklılık istatistiksel olarak da anlamlıydı (Anova $F=4,284$, $p=0,01$).

Hastaların cinsiyetlerine göre EUROPEP-TR Hasta Memnuniyeti Anketi sorularından aldıkları ortalama puanlar değerlendirildiğinde; “Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması” ve “Sizi muayene etmesi” soruları dışında kalan tüm sorularda anlamlı bir farklılık mevcuttur. Erkek hastaların ortalama puanları kadın hastalardan daha yüksek bulundu ($p<0,05$) (Tablo 7).

Tablo 7. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Ortalama Memnuniyet Puanlarının Karşılaştırılması

Hasta Memnuniyet Anketi	Cinsiyet (n)	Ortalama \pm SS	P
Görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi	Erkek (586)	4,29 \pm 1,02	<0,001
	Kadın (697)	4,01 \pm 1,23	
Sizin özel durumunuzla ilgilenmesi	Erkek (587)	4,30 \pm 0,99	<0,001
	Kadın (700)	4,09 \pm 1,15	
Sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması	Erkek (588)	4,36 \pm 0,94	0,009
	Kadın (697)	4,22 \pm 1,03	
Tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması	Erkek (584)	4,28 \pm 1,02	0,003
	Kadın (696)	4,10 \pm 1,14	
Sizi dinlemesi	Erkek (586)	4,46 \pm 0,87	0,02
	Kadın (700)	4,34 \pm 1,01	
Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması	Erkek (587)	4,54 \pm 0,86	0,29
	Kadın (701)	4,49 \pm 0,88	
Şikâyetlerinizi çabuk geçirmesi	Erkek (588)	4,30 \pm 0,96	<0,001
	Kadın (699)	4,09 \pm 1,14	
Günlük ihtiyaçlarınızı görece kadar iyi hissetmenize yardım etmesi	Erkek (587)	4,33 \pm 0,92	<0,001
	Kadın (698)	4,10 \pm 1,10	
İşini tam yapması	Erkek (588)	4,45 \pm 0,88	0,003
	Kadın (700)	4,29 \pm 1,03	
Sizi muayene etmesi	Erkek (589)	4,42 \pm 0,87	0,14
	Kadın (697)	4,35 \pm 0,96	
Hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler (sağlık taraması, sağlık kontrolü, aşı vb)	Erkek (589)	4,45 \pm 0,89	0,006
	Kadın (698)	4,30 \pm 1,01	
Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması	Erkek (588)	4,44 \pm 0,91	<0,001
	Kadın (698)	4,21 \pm 1,07	
Şikâyetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi	Erkek (588)	4,46 \pm 0,82	<0,001
	Kadın (797)	4,27 \pm 1,03	
Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması	Erkek (588)	4,27 \pm 1,02	<0,001
	Kadın (701)	3,98 \pm 1,23	
Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması	Erkek (589)	4,37 \pm 0,93	<0,001
	Kadın (694)	4,15 \pm 1,08	
Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi	Erkek (588)	4,29 \pm 1,06	<0,001
	Kadın (699)	4,00 \pm 1,20	
Uzmana ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması	Erkek (584)	4,32 \pm 0,94	<0,001
	Kadın (694)	4,11 \pm 1,11	
Doktor dışı personelin yardımı	Erkek (589)	4,39 \pm 0,96	<0,001
	Kadın (697)	4,16 \pm 1,15	
Size uygun zamanlara randevu alabilmeniz	Erkek (588)	4,31 \pm 1,01	0,001
	Kadın (696)	4,10 \pm 1,14	
Sağlık merkezine telefonla ulaşabilmeniz	Erkek (585)	4,30 \pm 1,00	0,002
	Kadın (689)	4,10 \pm 1,23	
Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz	Erkek (581)	4,09 \pm 1,24	0,001
	Kadın (690)	3,84 \pm 1,38	
Bekleme odasında harcadığınız zaman	Erkek (586)	4,06 \pm 1,16	<0,001
	Kadın (694)	3,75 \pm 1,32	
Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması	Erkek (586)	4,33 \pm 0,95	0,001
	Kadın (697)	4,14 \pm 1,13	

*Student t testi

Hastaların medeni durumlarına göre EUROPEP-TR Hasta Memnuniyeti Anketi sorularından aldıkları ortalama puanlar değerlendirildiğinde medeni duruma göre anlamlı bir farklılık saptanmadı (Anova $F=2,487$, $p=0,08$). EUROPEP-TR Hasta Memnuniyeti Anketi soruları değerlendirildiğinde ise; “Sizi dinlemesi” (Anova $F=3,891$, $p=0,02$), “Sizi muayene etmesi” (Anova $F=3,788$, $p=0,02$) sorularından alınan puan evli hastalarda anlamlı derecede yüksek iken “Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması” (Anova $F=4,483$, $p=0,01$), “Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi” (Anova $F=5,100$, $p=0,006$), “Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz” (Anova $F=3,720$, $p=0,02$) ve “Bekleme odasında harcadığınız zaman” (Anova $F=3,397$, $p=0,03$) sorularından boşanmış ve dul hastaların aldıkları ortalama puanlar anlamlı derecede yüksekti.

Hastaların öğrenim durumlarına göre EUROPEP-TR Hasta Memnuniyeti Anketi sorularından aldıkları ortalama puanlar değerlendirildiğinde; “Sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması”, “Sizi dinlemesi”, “İşini tam yapması”, “Hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler (sağlık taraması, sağlık kontrolü, aşı vb)”, “Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması”, “Şikâyetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi”, “Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması”, “Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi”, “Uzmana ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması”, “Doktor dışı personelin yardımı”, ve “Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması” sorularından öğrenim durumu ortaokul olan hastalar, “Bekleme odasında harcadığınız zaman” sorusundan ise okuryazar olduğunu belirten hastalar daha yüksek puan almışlardı ve bu farklılık istatistiksel olarak da anlamlıydı ($p<0,05$) (Tablo 8).

Tablo 8. Hastaların Öğrenim Durumlarına Göre Ortalama Memnuniyet Puanlarının Karşılaştırılması

Hasta Memnuniyet Anketi	Öğrenim Durumu (n)	Ortalama \pm SS	F	P
Görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi	Okur yazar değil (60)	4,03 \pm 1,39	1,796	0,11
	Okur yazar (76)	4,00 \pm 1,21		
	İlkokul (246)	4,21 \pm 1,15		
	Ortaokul (199)	4,31 \pm 0,96		
	Lise (390)	4,13 \pm 1,12		
	Üniversite (312)	4,05 \pm 1,21		
Sizin özel durumunuzla ilgilenmesi	Okur yazar değil (60)	4,27 \pm 1,02	1,899	0,09
	Okur yazar (75)	4,20 \pm 1,07		
	İlkokul (247)	4,21 \pm 1,09		
	Ortaokul (201)	4,34 \pm 0,94		
	Lise (391)	4,18 \pm 1,07		
	Üniversite (313)	4,05 \pm 1,19		
Sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması	Okur yazar değil (60)	4,27 \pm 1,11	2,544	0,02
	Okur yazar (76)	4,21 \pm 1,05		
	İlkokul (247)	4,30 \pm 1,04		
	Ortaokul (201)	4,50 \pm 0,80		
	Lise (390)	4,24 \pm 1,01		
	Üniversite (311)	4,20 \pm 1,01		
Tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması	Okur yazar değil (60)	4,17 \pm 1,21	1,390	0,22
	Okur yazar (75)	4,20 \pm 1,02		
	İlkokul (245)	4,19 \pm 1,13		
	Ortaokul (201)	4,34 \pm 0,99		
	Lise (388)	4,16 \pm 1,08		
	Üniversite (311)	4,09 \pm 1,11		
Sizi dinlemesi	Okur yazar değil (60)	4,32 \pm 1,12	3,043	0,01
	Okur yazar (76)	4,32 \pm 1,02		
	İlkokul (247)	4,44 \pm 0,94		
	Ortaokul (199)	4,59 \pm 0,80		
	Lise (392)	4,40 \pm 0,91		
	Üniversite (312)	4,27 \pm 1,04		
Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması	Okur yazar değil (60)	4,50 \pm 0,87	0,299	0,91
	Okur yazar (76)	4,45 \pm 0,97		
	İlkokul (247)	4,54 \pm 0,85		
	Ortaokul (201)	4,55 \pm 0,85		
	Lise (390)	4,50 \pm 0,87		
	Üniversite (314)	4,48 \pm 0,88		
Şikâyetlerinizi çabuk geçirmesi	Okur yazar değil (60)	4,02 \pm 1,22	1,387	0,22
	Okur yazar (76)	4,14 \pm 1,14		
	İlkokul (247)	4,18 \pm 1,11		
	Ortaokul (200)	4,33 \pm 0,99		
	Lise (392)	4,20 \pm 1,03		
	Üniversite (312)	4,11 \pm 1,05		
Günlük ihtiyaçlarınızı görece kadar iyi hissetmenize yardım etmesi	Okur yazar değil (60)	4,20 \pm 1,03	0,936	0,45
	Okur yazar (76)	4,21 \pm 1,13		
	İlkokul (245)	4,16 \pm 1,07		
	Ortaokul (201)	4,30 \pm 0,99		
	Lise (390)	4,25 \pm 0,98		
	Üniversite (313)	4,13 \pm 1,04		
İşini tam yapması	Okur yazar değil (60)	4,42 \pm 0,92	2,562	0,02
	Okur yazar (76)	4,20 \pm 1,13		
	İlkokul (246)	4,41 \pm 1,00		
	Ortaokul (201)	4,50 \pm 0,90		
	Lise (392)	4,40 \pm 0,90		
	Üniversite (313)	4,24 \pm 1,02		

Hasta Memnuniyet Anketi	Öğrenim Durumu (n)	Ortalama ± SS	F	P
Sizi muayene etmesi	Okur yazar değil (60)	4,47±0,89	1,777	0,11
	Okur yazar (76)	4,30±0,93		
	İlkokul (244)	4,45±0,96		
	Ortaokul (201)	4,47±0,86		
	Lise (392)	4,39±0,89		
	Üniversite (313)	4,27±0,98		
Hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler (sağlık taraması, sağlık kontrolü, aşı vb)	Okur yazar değil (60)	4,45±0,76	2,399	0,03
	Okur yazar (76)	4,38±0,87		
	İlkokul (245)	4,41±1,00		
	Ortaokul (201)	4,49±0,85		
	Lise (392)	4,39±0,93		
	Üniversite (313)	4,22±1,07		
Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması	Okur yazar değil (60)	4,40±0,80	2,381	0,03
	Okur yazar (76)	4,18±1,16		
	İlkokul (245)	4,31±1,04		
	Ortaokul (201)	4,48±0,89		
	Lise (392)	4,34±0,98		
	Üniversite (312)	4,19±1,06		
Şikâyetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi	Okur yazar değil (60)	4,33±0,87	3,340	0,005
	Okur yazar (76)	4,38±1,00		
	İlkokul (245)	4,42±0,95		
	Ortaokul (198)	4,56±0,75		
	Lise (392)	4,32±0,96		
	Üniversite (314)	4,22±1,020		
Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması	Okur yazar değil (60)	4,12±1,09	1,758	0,11
	Okur yazar (76)	4,22±1,11		
	İlkokul (247)	4,10±1,21		
	Ortaokul (201)	4,31±1,04		
	Lise (391)	4,09±1,18		
	Üniversite (314)	4,02±1,15		
Tavsiyelerine uymamanızın önemini kavramanıza yardımcı olması	Okur yazar değil (60)	4,18±1,08	2,764	0,01
	Okur yazar (76)	4,25±1,10		
	İlkokul (243)	4,25±1,06		
	Ortaokul (200)	4,43±0,97		
	Lise (390)	4,29±0,96		
	Üniversite (314)	4,10±1,04		
Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi	Okur yazar değil (60)	3,97±1,23	4,069	0,001
	Okur yazar (76)	4,12±1,28		
	İlkokul (247)	4,12±1,15		
	Ortaokul (200)	4,44±0,91		
	Lise (390)	4,13±1,14		
	Üniversite (314)	3,99±1,21		
Uzmana ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması	Okur yazar değil (60)	4,05±1,06	3,106	0,009
	Okur yazar (75)	4,19±1,21		
	İlkokul (243)	4,25±1,00		
	Ortaokul (200)	4,44±0,89		
	Lise (387)	4,17±1,07		
	Üniversite (313)	4,10±1,06		
Doktor dışı personelin yardımı	Okur yazar değil (60)	4,28±0,98	3,377	0,005
	Okur yazar (76)	4,38±0,97		
	İlkokul (246)	4,31±0,97		
	Ortaokul (200)	4,46±0,93		
	Lise (390)	4,26±1,07		
	Üniversite (314)	4,09±1,16		

Hasta Memnuniyet Anketi	Öğrenim Durumu (n)	Ortalama ± SS	F	P
Size uygun zamanlara randevu alabilmeniz	Okur yazar değil (59)	4,08±1,20	1,683	0,13
	Okur yazar (76)	4,24±1,08		
	İlkokul (245)	4,26±1,03		
	Ortaokul (201)	4,36±0,99		
	Lise (391)	4,14±1,12		
	Üniversite (312)	4,13±1,11		
Sağlık merkezine telefonla ulaşabilmeniz	Okur yazar değil (58)	3,98±1,35	1,684	0,13
	Okur yazar (75)	4,25±0,98		
	İlkokul (245)	4,20±1,22		
	Ortaokul (200)	4,37±1,02		
	Lise (386)	4,19±1,10		
	Üniversite (310)	4,11±1,16		
Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz	Okur yazar değil (58)	3,81±1,45	1,605	0,15
	Okur yazar (74)	4,07±1,06		
	İlkokul (244)	3,93±1,38		
	Ortaokul (198)	4,17±1,21		
	Lise (386)	3,92±1,32		
	Üniversite (311)	3,86±1,37		
Bekleme odasında harcadığınız zaman	Okur yazar değil (60)	3,60±1,22	4,503	<0,001
	Okur yazar (76)	4,12±1,07		
	İlkokul (244)	4,07±1,15		
	Ortaokul (199)	4,10±1,20		
	Lise (389)	3,77±1,33		
	Üniversite (312)	3,78±1,30		
Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması	Okur yazar değil (60)	4,28±0,99	2,622	0,02
	Okur yazar (75)	4,33±0,84		
	İlkokul (246)	4,29±1,03		
	Ortaokul (200)	4,39±0,98		
	Lise (389)	4,20±1,05		
	Üniversite (313)	4,08±1,15		

*ANOVA

Hastaların çocuğu olma durumlarına göre EUROPEP-TR Hasta Memnuniyeti Anketi sorularından aldıkları ortalama puanlar değerlendirildiğinde; “Görüşmeler sırasında yeterli zamanınız olduğunu hissettirmesi”, “Sizin özel durumunuzla ilgilenmesi”, “Sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması”, “Şikâyetlerinizi çabuk geçirmesi”, “Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması”, “Uzmana ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması”, “Doktor dışı personelin yardımı”, “Size uygun zamanlara randevu alabilmeniz”, “Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz”, “Bekleme odasında harcadığınız zaman” ve “Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması” sorularından çocuğu olduğunu belirten hastaların aldıkları ortalama puan daha yüksektir ve bu farklılık istatistiksel olarak da anlamlıdır (p<0,05) (Tablo 9).

Tablo 9. Hastaların Çocuğu Olma Durumlarına Göre Ortalama Memnuniyet Puanlarının Karşılaştırılması

Hasta Memnuniyet Anketi	Çocuk (n)	Ortalama ± SS	P
Görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi	Yok (445)	4,03±1,22	0,01
	Var (838)	4,20±1,10	
Sizin özel durumunuzla ilgilenmesi	Yok (446)	4,07±1,18	0,007
	Var (841)	4,25±1,03	
Sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması	Yok (445)	4,18±1,04	0,005
	Var (840)	4,34±0,96	
Tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması	Yok (444)	4,10±1,18	0,05
	Var (836)	4,22±1,07	
Sizi dinlemesi	Yok (446)	4,35±1,02	0,14
	Var (840)	4,43±0,92	
Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması	Yok (445)	4,52±0,84	0,70
	Var (843)	4,50±0,89	
Şikâyetlerinizi çabuk geçirmesi	Yok (447)	4,11±1,08	0,06
	Var (840)	4,22±1,05	
Günlük ihtiyaçlarınızı görece kadar iyi hissetmenize yardım etmesi	Yok (444)	4,15±1,05	0,14
	Var (841)	4,24±1,07	
İşini tam yapması	Yok (447)	4,33±0,97	0,30
	Var (841)	4,39±0,97	
Sizi muayene etmesi	Yok (446)	4,33±0,93	0,14
	Var (840)	4,41±0,92	
Hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler (sağlık taraması, sağlık kontrolü, aşı vb)	Yok (447)	4,31±1,01	0,09
	Var (840)	4,40±0,93	
Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması	Yok (446)	4,26±1,03	0,13
	Var (840)	4,35±0,99	
Şikâyetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi	Yok (444)	4,29±1,01	0,07
	Var (841)	4,39±0,91	
Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması	Yok (446)	4,02±1,21	0,02
	Var (843)	4,17±1,12	
Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması	Yok (447)	4,20±1,05	0,18
	Var (836)	4,28±1,00	
Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi	Yok (445)	4,05±1,17	0,06
	Var (842)	4,18±1,13	
Uzmana ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması	Yok (441)	4,11±1,11	0,02
	Var (837)	4,26±1,01	
Doktor dışı personelin yardımı	Yok (445)	4,12±1,16	0,001
	Var (841)	4,34±0,97	
Size uygun zamanlara randevu alabilmeniz	Yok (445)	4,12±1,16	0,04
	Var (839)	4,24±1,04	
Sağlık merkezine telefonla ulaşabilmeniz	Yok (442)	4,14±1,18	0,19
	Var (832)	4,22±1,11	
Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz	Yok (437)	3,80±1,40	0,003
	Var (834)	4,03±1,27	
Bekleme odasında harcadığınız zaman	Yok (441)	3,73±1,34	0,001
	Var (839)	3,98±1,20	
Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması	Yok (443)	4,14±1,12	0,02
	Var (840)	4,28±1,01	

*Student t testi

Hastaların mesleklerine göre EUROPEP-TR Hasta Memnuniyeti Anketi sorularından aldıkları ortalama puanlar değerlendirildiğinde; “Görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi”, “Tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması”, “İşini tam yapması”, “Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması”, “Şikâyetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi”, “Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması”, “Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması”, “Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi”, “Uzmana ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması”, “Doktor dışı personelin yardımı”, “Size uygun zamanlara randevu alabilmeniz”, “Sağlık merkezine telefonla ulaşabilmeniz”, “Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz”, “Bekleme odasında harcadığınız zaman” ve “Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması” sorularından mesleği çiftçi olan hastaların aldıkları puan ortalamaları daha yüksekti ve bu farklılık istatistiksel olarak da anlamlıydı ($p<0,05$) (Tablo 10).

Tablo 10. Hastaların mesleğine göre ortalama memnuniyet puanlarının karşılaştırılması

Hasta Memnuniyet Anketi	Meslek	Ortalama ± SS	F	P
Görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi	Memur (256)	4,08±1,16	2,377	0,02
	İşçi(121)	4,18±1,17		
	Çiftçi(57)	4,47±0,84		
	Serbest(171)	4,32±1,04		
	Ev hanımı(443)	4,13±1,15		
	Öğrenci(185)	3,96±1,25		
	Emekli (50)	4,08±1,14		
Sizin özel durumunuzla ilgilenmesi	Memur (257)	4,13±1,10	1,276	0,26
	İşçi(122)	4,21±1,06		
	Çiftçi(57)	4,33±0,93		
	Serbest(172)	4,28±1,06		
	Ev hanımı(444)	4,21±1,07		
	Öğrenci(185)	4,02±1,21		
	Emekli (50)	4,22±1,01		
Sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması	Memur (256)	4,21±1,01	1,967	0,06
	İşçi(122)	4,38±0,94		
	Çiftçi(57)	4,51±0,75		
	Serbest(172)	4,38±0,91		
	Ev hanımı(444)	4,30±1,00		
	Öğrenci(184)	4,13±1,12		
	Emekli (50)	4,26±1,00		
Tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması	Memur (256)	4,14±1,04	2,279	0,03
	İşçi(120)	4,40±1,01		
	Çiftçi(57)	4,51±0,68		
	Serbest(171)	4,17±1,13		
	Ev hanımı(442)	4,17±1,09		
	Öğrenci(184)	4,04±1,20		
	Emekli (50)	4,10±1,18		
Sizi dinlemesi	Memur (257)	4,32±0,97	1,687	0,12
	İşçi(122)	4,53±0,95		
	Çiftçi(57)	4,49±0,78		
	Serbest(171)	4,46±0,93		
	Ev hanımı(444)	4,44±0,94		
	Öğrenci(185)	4,26±1,04		
	Emekli (50)	4,32±0,91		
Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması	Memur (258)	4,46±0,86	1,260	0,27
	İşçi(122)	4,59±0,90		
	Çiftçi(57)	4,63±0,58		
	Serbest(171)	4,60±0,84		
	Ev hanımı(445)	4,50±0,86		
	Öğrenci(185)	4,41±0,99		
	Emekli (50)	4,56±0,90		
Şikâyetlerinizi çabuk geçirmesi	Memur (256)	4,16±1,00	2,019	0,06
	İşçi(122)	4,31±1,10		
	Çiftçi(57)	4,49±0,75		
	Serbest(172)	4,27±1,04		
	Ev hanımı(444)	4,13±1,11		
	Öğrenci(186)	4,06±1,12		
	Emekli (50)	4,30±0,88		

Hasta Memnuniyet Anketi	Meslek	Ortalama ± SS	F	P
Günlük ihtiyaçlarınızı görecekt kadar iyi hissetmenize yardım etmesi	Memur (257)	4,19±0,96	1,221	0,29
	İşçi(121)	4,34±0,98		
	Çiftçi(57)	4,35±0,76		
	Serbest(172)	4,30±0,99		
	Ev hanımı(443)	4,17±1,05		
	Öğrenci(185)	4,09±1,16		
	Emekli (50)	4,24±1,13		
İşini tam yapması	Memur (258)	4,25±0,97	2,410	0,02
	İşçi(122)	4,55±0,82		
	Çiftçi(57)	4,54±0,80		
	Serbest(171)	4,43±0,89		
	Ev hanımı(444)	4,38±0,98		
	Öğrenci(185)	4,24±1,10		
	Emekli (50)	4,44±0,99		
Sizi muayene etmesi	Memur (257)	4,29±0,94	2,092	0,05
	İşçi(122)	4,56±0,72		
	Çiftçi(57)	4,53±0,80		
	Serbest(172)	4,35±0,96		
	Ev hanımı(442)	4,43±0,90		
	Öğrenci(186)	4,27±1,01		
	Emekli (50)	4,34±1,09		
Hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler (sağlık taraması, sağlık kontrolü, aşı vb)	Memur (257)	4,24±1,00	2,004	0,06
	İşçi(122)	4,49±0,94		
	Çiftçi(57)	4,56±0,59		
	Serbest(172)	4,45±0,89		
	Ev hanımı(443)	4,37±0,94		
	Öğrenci(186)	4,30±1,08		
	Emekli (50)	4,48±0,95		
Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması	Memur (257)	4,18±1,05	3,091	0,005
	İşçi(122)	4,53±0,87		
	Çiftçi(57)	4,58±0,70		
	Serbest(171)	4,41±0,87		
	Ev hanımı(443)	4,30±1,00		
	Öğrenci(186)	4,22±1,13		
	Emekli (50)	4,40±1,14		
Şikâyetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi	Memur (258)	4,24±0,96	3,393	0,003
	İşçi(122)	4,54±0,80		
	Çiftçi(57)	4,54±0,68		
	Serbest(172)	4,49±0,78		
	Ev hanımı(441)	4,36±0,94		
	Öğrenci(185)	4,19±1,18		
	Emekli (50)	4,42±0,99		
Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması	Memur (258)	4,07±1,10	3,152	0,005
	İşçi(122)	4,25±1,14		
	Çiftçi(57)	4,58±0,59		
	Serbest(171)	4,27±1,02		
	Ev hanımı(445)	4,06±1,19		
	Öğrenci(186)	3,96±1,29		
	Emekli (50)	4,08±1,30		

Hasta Memnuniyet Anketi	Meslek	Ortalama ± SS	F	P
Tavsiyelerine uymamanın önemini kavramanıza yardımcı olması	Memur (258)	4,13±1,00	2,635	0,01
	İşçi(122)	4,39±0,97		
	Çiftçi(57)	4,49±0,75		
	Serbest(172)	4,40±0,91		
	Ev hanımı(438)	4,22±1,05		
	Öğrenci(186)	4,16±1,14		
	Emekli (50)	4,42±0,97		
Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi	Memur (258)	4,03±1,17	3,580	0,002
	İşçi(122)	4,34±1,01		
	Çiftçi(57)	4,53±0,82		
	Serbest(171)	4,31±0,99		
	Ev hanımı(445)	4,09±1,16		
	Öğrenci(184)	3,97±1,27		
	Emekli (50)	4,14±1,35		
Uzmana ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması	Memur (257)	4,07±1,05	2,961	0,007
	İşçi(121)	4,36±0,98		
	Çiftçi(57)	4,40±0,77		
	Serbest(169)	4,36±0,87		
	Ev hanımı(441)	4,22±1,05		
	Öğrenci(184)	4,04±1,23		
	Emekli (49)	4,33±1,08		
Doktor dışı personelin yardımı	Memur (256)	4,14±1,09	3,481	0,002
	İşçi(122)	4,34±1,02		
	Çiftçi(57)	4,53±0,73		
	Serbest(172)	4,34±1,07		
	Ev hanımı(443)	4,29±1,00		
	Öğrenci(186)	4,09±1,20		
	Emekli (50)	4,64±0,69		
Size uygun zamanlara randevu alabilmeniz	Memur (257)	4,13±1,09	2,112	0,49
	İşçi(122)	4,34±1,05		
	Çiftçi(57)	4,47±0,73		
	Serbest(171)	4,25±1,09		
	Ev hanımı(441)	4,19±1,04		
	Öğrenci(186)	4,04±1,24		
	Emekli (50)	4,38±1,14		
Sağlık merkezine telefonla ulaşabilmeniz	Memur (253)	4,16±1,09	3,476	0,002
	İşçi(122)	4,31±1,05		
	Çiftçi(57)	4,54±0,65		
	Serbest(170)	4,36±0,95		
	Ev hanımı(437)	4,17±1,19		
	Öğrenci(186)	3,94±1,33		
	Emekli (49)	4,31±1,19		
Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz	Memur (254)	3,94±1,29	5,158	<0,001
	İşçi(122)	4,12±1,26		
	Çiftçi(56)	4,43±0,91		
	Serbest(169)	4,08±1,20		
	Ev hanımı(438)	3,94±1,32		
	Öğrenci(183)	3,55±1,52		
	Emekli (49)	4,24±1,33		

Hasta Memnuniyet Anketi	Meslek	Ortalama ± SS	F	P
Bekleme odasında harcadığımız zaman	Memur (254)	3,87±1,24	4,989	<0,001
	İşçi(122)	4,02±1,26		
	Çiftçi(57)	4,40±0,79		
	Serbest(172)	3,99±1,16		
	Ev hanımı(442)	3,86±1,25		
	Öğrenci(183)	3,56±1,43		
	Emekli (50)	4,26±1,17		
Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması	Memur (255)	4,11±1,11	3,112	0,005
	İşçi(122)	4,34±1,00		
	Çiftçi(57)	4,58±0,62		
	Serbest(172)	4,37±0,85		
	Ev hanımı(444)	4,22±1,06		
	Öğrenci(183)	4,07±1,22		
	Emekli (50)	4,34±1,02		

*ANOVA

Hastaların gelir durumuna göre EUROPEP-TR Hasta Memnuniyeti Anketi sorularından aldıkları ortalama puanlar değerlendirildiğinde; “Sağlık merkezine telefonla ulaşabilmeniz” sorusu dışında kalan tüm sorularda hastaların ortalama puanları farklıydı. Genel olarak gelir durumu 1001-2500 TL olan hastaların ortalama puanları daha yüksekti ($p<0,05$) (Tablo 11).

Tablo 11. Hastaların Gelir Durumlarına Göre Ortalama Memnuniyet Puanlarının Karşılaştırılması

Hasta Memnuniyet Anketi	Gelir durumu	Sayı	Ortalama ± SS	F	P
Görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi	0-500	85	3,78±1,30	7,249	<0,001
	501-1000	394	4,15±1,18		
	1001-2500	595	4,26±1,03		
	2501 +	209	3,93±1,26		
Sizin özel durumunuzla ilgilenmesi	0-500	86	3,98±1,24	4,626	0,003
	501-1000	397	4,22±1,07		
	1001-2500	595	4,26±1,00		
	2501 +	209	3,98±1,25		
Sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması	0-500	85	3,88±1,24	8,665	<0,001
	501-1000	397	4,35±0,96		
	1001-2500	595	4,36±0,91		
	2501 +	208	4,10±1,12		
Tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması	0-500	84	3,85±1,22	5,975	<0,001
	501-1000	394	4,15±1,11		
	1001-2500	595	4,29±1,02		
	2501 +	207	4,05±1,14		
Sizi dinlemesi	0-500	85	4,16±1,15	8,493	<0,001
	501-1000	397	4,44±0,95		
	1001-2500	596	4,49±0,85		
	2501 +	208	4,15±1,10		
Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması	0-500	85	4,21±1,07	8,338	<0,001
	501-1000	397	4,53±0,85		
	1001-2500	596	4,60±0,74		
	2501 +	210	4,33±0,99		
Şikâyetlerinizi çabuk geçirmesi	0-500	86	3,92±1,21	4,608	0,003
	501-1000	397	4,14±1,12		
	1001-2500	595	4,29±0,98		
	2501 +	209	4,08±1,10		
Günlük ihtiyaçlarınızı görece kadar iyi hissetmenize yardım etmesi	0-500	86	3,97±1,26	4,134	0,006
	501-1000	395	4,19±1,02		
	1001-2500	595	4,30±0,98		
	2501 +	209	4,08±1,05		
İşini tam yapması	0-500	86	4,02±1,30	8,261	<0,001
	501-1000	398	4,40±0,96		
	1001-2500	595	4,46±0,85		
	2501 +	209	4,18±1,10		
Sizi muayene etmesi	0-500	86	4,17±0,97	8,849	<0,001
	501-1000	396	4,40±0,90		
	1001-2500	594	4,48±0,82		
	2501 +	210	4,14±1,16		
Hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler (sağlık taraması, sağlık kontrolü, aşı vb)	0-500	86	4,06±1,25	13,821	<0,001
	501-1000	396	4,41±0,90		
	1001-2500	595	4,49±0,82		
	2501 +	210	4,07±1,18		
Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması	0-500	86	3,91±1,27	9,157	<0,001
	501-1000	396	4,33±1,00		
	1001-2500	595	4,42±0,90		
	2501 +	209	4,14±1,11		

Hasta Memnuniyet Anketi	Gelir durumu	Sayı	Ortalama ± SS	F	P
Şikâyetleriniz veya hastalığımız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi	0-500	85	3,95±1,20	12,448	<0,001
	501-1000	395	4,43±0,89		
	1001-2500	595	4,45±0,86		
	2501 +	210	4,12±1,08		
Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması	0-500	86	3,76±1,42	5,732	0,001
	501-1000	397	4,07±1,18		
	1001-2500	596	4,23±1,07		
	2501 +	210	4,01±1,16		
Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması	0-500	86	3,88±1,17	7,771	<0,001
	501-1000	394	4,29±1,01		
	1001-2500	593	4,34±0,96		
	2501 +	210	4,07±1,08		
Önceki görüşmelerde yaptıklarımı ve söylediklerini bilmesi	0-500	85	3,54±1,37	10,451	<0,001
	501-1000	398	4,17±1,12		
	1001-2500	594	4,24±1,08		
	2501 +	210	4,00±1,20		
Uzmana ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması	0-500	85	3,80±1,26	9,942	<0,001
	501-1000	391	4,19±1,05		
	1001-2500	593	4,34±0,94		
	2501 +	209	4,02±1,15		
Doktor dışı personelin yardımı	0-500	86	3,92±1,35	5,621	0,001
	501-1000	397	4,24±1,08		
	1001-2500	594	4,37±0,96		
	2501 +	209	4,17±1,07		
Size uygun zamanlara randevu alabilmeniz	0-500	86	3,88±1,25	4,366	0,005
	501-1000	397	4,15±1,17		
	1001-2500	593	4,30±1,01		
	2501 +	208	4,14±1,05		
Sağlık merkezine telefonla ulaşabilmeniz	0-500	86	3,91±1,26	2,480	0,06
	501-1000	393	4,18±1,18		
	1001-2500	589	4,26±1,08		
	2501 +	206	4,16±1,15		
Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz	0-500	83	3,57±1,45	3,248	0,02
	501-1000	391	3,92±1,39		
	1001-2500	589	4,04±1,25		
	2501 +	208	3,93±1,31		
Bekleme odasında harcadığımız zaman	0-500	85	3,42±1,49	5,877	0,001
	501-1000	395	3,87±1,29		
	1001-2500	593	4,00±1,15		
	2501 +	207	3,80±1,35		
Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması	0-500	83	3,95±1,25	4,268	0,005
	501-1000	397	4,25±1,04		
	1001-2500	595	4,30±0,98		
	2501 +	208	4,08±1,16		

*ANOVA

Hastaların sağlık kurumuna ulaşmada zorluk çekme durumlarına göre EUROPEP-TR Hasta Memnuniyeti Anketi sorularından aldıkları ortalama puanlar değerlendirildiğinde anlamlı bir farklılık saptanmadı (Anova F=0,449, p=0,71). EUROPEP-TR Hasta Memnuniyeti Anketi soruları değerlendirildiğinde ise; “Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması” sorusundan hastaneye ulaşmada çoğu zaman zorluk çektiğini belirten hastaların aldıkları ortalama puan daha fazladır ve bu farklılık istatistiksel olarak da anlamlıydı (Anova F=2,791, p=0,04) (Tablo 12).

Tablo 12. Hastaların Ulaşımında Zorluk Yaşama Derecelerine Göre Ortalama Memnuniyet Puanlarının Karşılaştırılması

Hasta Memnuniyet Anketi	Ulaşmada zorluk	Sayı	Ortalama ± SS	F	P
Görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi	Hiçbir zaman	559	4,25±1,08	2,157	0,09
	Nadiren	231	4,08±1,21		
	Bazen	377	4,12±1,14		
	Çoğu zaman	71	3,87±1,24		
	Her zaman	45	3,71±1,40		
Sizin özel durumunuzla ilgilenmesi	Hiçbir zaman	560	4,26±1,06	1,795	0,14
	Nadiren	234	4,13±1,12		
	Bazen	377	4,19±1,05		
	Çoğu zaman	71	3,92±1,13		
	Her zaman	45	3,91±1,36		
Sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması	Hiçbir zaman	561	4,33±0,97	0,495	0,68
	Nadiren	234	4,29±1,05		
	Bazen	374	4,25±0,98		
	Çoğu zaman	71	4,15±1,00		
	Her zaman	45	4,13±1,14		
Tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması	Hiçbir zaman	558	4,20±1,09	1,146	0,33
	Nadiren	231	4,09±1,17		
	Bazen	375	4,24±1,02		
	Çoğu zaman	71	4,08±1,07		
	Her zaman	45	4,09±1,24		
Sizi dinlemesi	Hiçbir zaman	561	4,48±0,89	0,768	0,51
	Nadiren	233	4,38±1,00		
	Bazen	376	4,33±0,99		
	Çoğu zaman	71	4,31±0,95		
	Her zaman	45	4,13±1,10		
Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması	Hiçbir zaman	562	4,57±0,80	0,261	0,85
	Nadiren	233	4,49±0,95		
	Bazen	377	4,45±0,90		
	Çoğu zaman	71	4,38±0,96		
	Her zaman	45	4,47±0,86		

Hasta Memnuniyet Anketi	Ulaşmada zorluk	Sayı	Ortalama ± SS	F	P
Şikâyetlerinizi çabuk geçirmesi	Hiçbir zaman	561	4,25±1,03	0,875	0,45
	Nadiren	233	4,08±1,14		
	Bazen	377	4,19±1,02		
	Çoğu zaman	71	4,03±1,12		
	Her zaman	45	4,04±1,29		
Günlük ihtiyaçlarınızı görecekt kadar iyi hissetmenize yardım etmesi	Hiçbir zaman	561	4,30±0,97	1,172	0,32
	Nadiren	234	4,10±1,09		
	Bazen	374	4,20±1,01		
	Çoğu zaman	71	3,99±1,12		
	Her zaman	45	4,04±1,20		
İşini tam yapması	Hiçbir zaman	561	4,47±0,91	1,777	0,15
	Nadiren	235	4,31±1,01		
	Bazen	376	4,33±0,96		
	Çoğu zaman	71	4,08±1,06		
	Her zaman	45	4,09±1,27		
Sizi muayene etmesi	Hiçbir zaman	561	4,47±0,87	1,309	0,27
	Nadiren	234	4,31±0,97		
	Bazen	376	4,35±0,92		
	Çoğu zaman	70	4,24±0,89		
	Her zaman	45	4,07±1,25		
Hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler (sağlık taraması, sağlık kontrolü, aşı vb)	Hiçbir zaman	560	4,44±0,92	1,168	0,32
	Nadiren	234	4,32±0,98		
	Bazen	377	4,27±1,02		
	Çoğu zaman	71	4,49±0,77		
	Her zaman	45	4,40±1,03		
Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması	Hiçbir zaman	561	4,37±0,96	0,711	0,54
	Nadiren	234	4,21±1,07		
	Bazen	375	4,31±0,98		
	Çoğu zaman	71	4,35±0,95		
	Her zaman	45	4,18±1,31		
Şikâyetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi	Hiçbir zaman	559	4,43±0,93	0,908	0,43
	Nadiren	234	4,25±0,97		
	Bazen	376	4,29±0,96		
	Çoğu zaman	71	4,46±0,82		
	Her zaman	45	4,33±1,12		
Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması	Hiçbir zaman	562	4,10±1,19	2,791	0,04
	Nadiren	234	3,97±1,23		
	Bazen	377	4,17±1,07		
	Çoğu zaman	71	4,35±0,98		
	Her zaman	45	4,27±1,05		
Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması	Hiçbir zaman	557	4,31±0,97	0,566	0,63
	Nadiren	233	4,15±1,09		
	Bazen	377	4,21±1,02		
	Çoğu zaman	71	4,32±0,92		
	Her zaman	45	4,27±1,28		
Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi	Hiçbir zaman	561	4,19±1,15	2,097	0,09
	Nadiren	234	3,94±1,24		
	Bazen	376	4,18±1,04		
	Çoğu zaman	71	4,14±1,18		
	Her zaman	45	4,09±1,34		

Hasta Memnuniyet Anketi	Ulaşmada zorluk	Sayı	Ortalama ± SS	F	P
Uzmana ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması	Hiçbir zaman	557	4,25±1,04	0,465	0,70
	Nadiren	230	4,10±1,08		
	Bazen	375	4,20±1,01		
	Çoğu zaman	71	4,23±1,01		
	Her zaman	45	4,18±1,21		
Doktor dışı personelin yardımı	Hiçbir zaman	561	4,38±0,99	0,961	0,41
	Nadiren	235	4,12±1,16		
	Bazen	375	4,22±1,04		
	Çoğu zaman	71	4,25±0,84		
	Her zaman	44	4,00±1,31		
Size uygun zamanlara randevu alabilmeniz	Hiçbir zaman	558	4,27±1,06	0,681	0,56
	Nadiren	233	4,12±1,16		
	Bazen	377	4,16±1,09		
	Çoğu zaman	71	4,24±0,83		
	Her zaman	45	3,96±1,26		
Sağlık merkezine telefonla ulaşabilmeniz	Hiçbir zaman	552	4,26±1,14	0,167	0,91
	Nadiren	231	4,15±1,17		
	Bazen	376	4,14±1,11		
	Çoğu zaman	71	4,20±1,05		
	Her zaman	44	4,05±1,25		
Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz	Hiçbir zaman	553	3,93±1,37	0,914	0,43
	Nadiren	229	3,89±1,38		
	Bazen	374	4,01±1,22		
	Çoğu zaman	71	4,13±1,06		
	Her zaman	44	3,84±1,55		
Bekleme odasında harcadığımız zaman	Hiçbir zaman	559	3,87±1,27	0,821	0,48
	Nadiren	232	3,81±1,36		
	Bazen	374	3,94±1,20		
	Çoğu zaman	71	4,03±1,02		
	Her zaman	44	3,98±1,40		
Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması	Hiçbir zaman	559	4,30±1,04	0,655	0,58
	Nadiren	233	4,18±1,11		
	Bazen	376	4,14±1,07		
	Çoğu zaman	71	4,24±0,81		
	Her zaman	44	4,36±1,08		

ANOVA

Hastaların kronik hastalık mevcudiyeti durumlarına göre EUROPEP-TR Hasta Memnuniyeti Anketi sorularından aldıkları ortalama puanlar değerlendirildiğinde anlamlı bir farklılık saptanmadı ($t=-1,006$, $p=0,31$). EUROPEP-TR Hasta Memnuniyeti Anketi sorularına bakıldığında ise; “Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması” ($t=-2,097$, $p=0,03$), “Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması”

($t=-2,693$, $p=0,007$), “Doktor dışı personelin yardımı” ($t=-2,851$, $p=0,004$) ve “Bekleme odasında harcadığınız zaman” ($t=-2,814$, $p=0,005$) sorularına herhangi bir kronik hastalığa sahip olduğunu belirten hastaların ortalama puanları daha yüksekti ve bu farklılık istatistiksel olarak da anlamlıydı.

Hastaların fiziksel engel durumlarına göre EUROPEP-TR Hasta Memnuniyeti Anketi sorularından aldıkları ortalama puanlar değerlendirildiğinde anlamlı bir farklılık saptanmadı ($t=-0,796$, $p=0,42$). EUROPEP-TR Hasta Memnuniyeti Anketi sorularına bakıldığında ise; “Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması” ($t=-2,972$, $p=0,005$), “Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması” ($t=-2,402$, $p=0,02$), “Size uygun zamanlara randevu alabilmeniz” ($t=-2,173$, $p=0,03$), “Sağlık merkezine telefonla ulaşabilmeniz” ($t=-2,173$, $p=0,03$), “Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz” ($t=-3,734$, $p<0,001$), “Bekleme odasında harcadığınız zaman” ($t=-3,743$, $p<0,001$) ve “Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması” ($t=-2,617$, $p=0,01$) sorularından fiziksel engeli olduğunu belirten hastaların aldıkları ortalama puan daha yüksek bulundu ve bu farklılık istatistiksel olarak da anlamlıydı.

Hastaların sağlık kuruluşuna başvuru nedenlerine göre EUROPEP-TR Hasta Memnuniyeti Anketi sorularından aldıkları ortalama puanlar değerlendirildiğinde anlamlı bir farklılık saptanmadı (Anova $F=0,966$, $p=0,44$). EUROPEP-TR Hasta Memnuniyeti Anketi sorularına bakıldığında ise; “Sizi dinlemesi” (Anova $F=2,165$, $p=0,04$) sorusundan ilaç raporu amaçlı başvuran hastaların, “Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz” (Anova $F=0,629$, $p=0,01$) sorusundan reçete yazdırmaya gelen hastaların ve “Bekleme odasında harcadığınız zaman”

(Anova F=2,191, p=0,04) sorusundan ise kronik hastalık nedeni ile başvuran hastaların aldıkları ortalama puanlar diğerlerinden yüksekti (Tablo 13).

Tablo 13. Hastaların Başvuru Nedenlerine Göre Ortalama Memnuniyet Puanlarının Karşılaştırılması

Hasta Memnuniyet Anketi	Başvuru nedeni	Sayı	Ortalama ± SS	F	P
Görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi	Yeni rahatsızlık	342	4,15±1,18	1,657	0,12
	Kronik	73	3,75±1,34		
	Kontrol	261	4,15±1,13		
	Koruyucu	134	4,22±1,07		
	Reçete	317	4,15±1,14		
	İlaç raporu	58	4,29±1,06		
	Diğer	98	4,15±1,08		
Sizin özel durumunuzla ilgilenmesi	Yeni rahatsızlık	342	4,22±1,07	2,118	0,04
	Kronik	73	3,82±1,28		
	Kontrol	263	4,28±1,00		
	Koruyucu	134	4,21±1,03		
	Reçete	319	4,18±1,09		
	İlaç raporu	58	4,26±1,00		
	Diğer	98	4,03±1,27		
Sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması	Yeni rahatsızlık	342	4,35±0,98	2,094	0,05
	Kronik	73	3,95±1,22		
	Kontrol	264	4,35±0,93		
	Koruyucu	134	4,23±0,90		
	Reçete	316	4,25±1,06		
	İlaç raporu	58	4,40±0,83		
	Diğer	98	4,22±1,03		
Tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması	Yeni rahatsızlık	342	4,26±1,04	1,268	0,26
	Kronik	72	3,99±1,18		
	Kontrol	260	4,15±1,07		
	Koruyucu	134	4,23±1,01		
	Reçete	317	4,18±1,12		
	İlaç raporu	57	4,25±0,98		
	Diğer	98	4,00±1,28		
Sizi dinlemesi	Yeni rahatsızlık	342	4,40±0,98	2,165	0,04
	Kronik	73	4,04±1,25		
	Kontrol	263	4,38±0,97		
	Koruyucu	134	4,49±0,78		
	Reçete	318	4,42±0,93		
	İlaç raporu	58	4,52±0,77		
	Diğer	98	4,46±0,93		

Hasta Memnuniyet Anketi	Başvuru nedeni	Sayı	Ortalama ± SS	F	P
Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması	Yeni rahatsızlık	344	4,52±0,85	1,634	0,13
	Kronik	73	4,26±1,20		
	Kontrol	263	4,45±0,93		
	Koruyucu	134	4,54±0,78		
	Reçete	318	4,58±0,78		
	İlaç raporu	58	4,52±0,80		
	Diğer	98	4,51±0,94		
Şikâyetlerinizi çabuk geçirmesi	Yeni rahatsızlık	343	4,27±1,00	1,121	0,34
	Kronik	73	3,93±1,33		
	Kontrol	263	4,15±1,10		
	Koruyucu	134	4,19±1,02		
	Reçete	318	4,15±1,09		
	İlaç raporu	58	4,21±0,95		
	Diğer	98	4,22±0,99		
Günlük ihtiyaçlarınızı görece kadar iyi hissetmenize yardım etmesi	Yeni rahatsızlık	341	4,29±0,98	1,635	0,13
	Kronik	73	4,05±1,25		
	Kontrol	263	4,22±0,99		
	Koruyucu	133	4,19±1,05		
	Reçete	319	4,22±0,98		
	İlaç raporu	58	4,22±1,12		
	Diğer	98	3,96±1,13		
İşini tam yapması	Yeni rahatsızlık	344	4,40±0,92	1,457	0,19
	Kronik	73	4,05±1,25		
	Kontrol	263	4,37±1,00		
	Koruyucu	134	4,43±0,92		
	Reçete	318	4,36±0,96		
	İlaç raporu	58	4,43±0,93		
	Diğer	98	4,38±0,91		
Sizi muayene etmesi	Yeni rahatsızlık	344	4,41±0,87	1,636	0,13
	Kronik	73	4,08±1,22		
	Kontrol	262	4,42±0,90		
	Koruyucu	134	4,38±0,89		
	Reçete	317	4,39±0,90		
	İlaç raporu	58	4,50±0,75		
	Diğer	98	4,32±1,02		
Hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler (sağlık taraması, sağlık kontrolü, aşı vb)	Yeni rahatsızlık	343	4,35±0,97	0,209	0,97
	Kronik	73	4,30±1,10		
	Kontrol	263	4,38±0,91		
	Koruyucu	134	4,43±0,87		
	Reçete	318	4,39±1,02		
	İlaç raporu	58	4,38±0,91		
	Diğer	98	4,34±0,89		

Hasta Memnuniyet Anketi	Başvuru nedeni	Sayı	Ortalama ± SS	F	P
Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması	Yeni rahatsızlık	344	4,31±1,02	0,198	0,97
	Kronik	73	4,29±1,12		
	Kontrol	262	4,29±0,98		
	Koruyucu	134	4,33±0,96		
	Reçete	317	4,32±1,04		
	İlaç raporu	58	4,43±0,79		
	Diğer	98	4,35±0,97		
Şikâyetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi	Yeni rahatsızlık	342	4,39±0,94	0,161	0,98
	Kronik	73	4,34±1,01		
	Kontrol	261	4,34±0,95		
	Koruyucu	134	4,35±0,86		
	Reçete	319	4,37±0,97		
	İlaç raporu	58	4,33±0,88		
	Diğer	98	4,30±1,02		
Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması	Yeni rahatsızlık	344	4,18±1,13	1,396	0,21
	Kronik	73	4,26±1,10		
	Kontrol	264	4,07±1,17		
	Koruyucu	134	4,13±1,03		
	Reçete	318	4,14±1,15		
	İlaç raporu	58	4,05±1,22		
	Diğer	98	3,85±1,29		
Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması	Yeni rahatsızlık	344	4,25±1,05	0,634	0,70
	Kronik	73	4,30±1,07		
	Kontrol	261	4,23±1,02		
	Koruyucu	132	4,23±0,93		
	Reçete	318	4,30±1,00		
	İlaç raporu	58	4,36±0,91		
	Diğer	97	4,10±1,09		
Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi	Yeni rahatsızlık	341	4,18±1,08	0,724	0,63
	Kronik	73	4,10±1,34		
	Kontrol	264	4,10±1,16		
	Koruyucu	134	4,13±1,01		
	Reçete	319	4,18±1,15		
	İlaç raporu	58	4,10±1,22		
	Diğer	98	3,94±1,29		
Uzmana ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması	Yeni rahatsızlık	342	4,20±1,07	0,746	0,61
	Kronik	73	4,23±1,06		
	Kontrol	262	4,16±1,04		
	Koruyucu	133	4,23±0,95		
	Reçete	314	4,27±1,04		
	İlaç raporu	58	4,29±0,99		
	Diğer	96	4,05±1,11		
Doktor dışı personelin yardımı	Yeni rahatsızlık	343	4,18±1,11	0,858	0,52
	Kronik	73	4,40±0,84		
	Kontrol	262	4,26±1,09		
	Koruyucu	134	4,30±1,02		
	Reçete	319	4,34±1,02		
	İlaç raporu	58	4,24±1,06		
	Diğer	97	4,24±0,97		

Hasta Memnuniyet Anketi	Başvuru nedeni	Sayı	Ortalama ± SS	F	P
Size uygun zamanlara randevu alabilmeniz	Yeni rahatsızlık	344	4,17±1,12	0,569	0,75
	Kronik	73	4,26±0,95		
	Kontrol	262	4,12±1,15		
	Koruyucu	133	4,20±1,01		
	Reçete	316	4,27±1,05		
	İlaç raporu	58	4,17±1,09		
	Diğer	98	4,27±1,12		
Sağlık merkezine telefonla ulaşabilmeniz	Yeni rahatsızlık	343	4,18±1,15	1,133	0,34
	Kronik	73	4,21±1,05		
	Kontrol	259	4,21±1,14		
	Koruyucu	132	4,11±1,20		
	Reçete	313	4,26±1,09		
	İlaç raporu	58	4,38±0,87		
	Diğer	96	3,98±1,33		
Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz	Yeni rahatsızlık	342	4,01±1,26	2,629	0,01
	Kronik	73	4,01±1,27		
	Kontrol	257	3,90±1,38		
	Koruyucu	132	3,78±1,40		
	Reçete	314	4,06±1,25		
	İlaç raporu	58	4,19±1,10		
	Diğer	95	3,56±1,57		
Bekleme odasında harcadığınız zaman	Yeni rahatsızlık	342	3,94±1,24	2,191	0,04
	Kronik	73	4,11±1,08		
	Kontrol	259	3,82±1,28		
	Koruyucu	134	3,79±1,24		
	Reçete	317	3,96±1,24		
	İlaç raporu	58	4,05±1,11		
	Diğer	97	3,56±1,50		
Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması	Yeni rahatsızlık	342	4,18±1,09	0,685	0,66
	Kronik	73	4,26±1,00		
	Kontrol	259	4,31±1,02		
	Koruyucu	134	4,17±1,00		
	Reçete	319	4,26±1,05		
	İlaç raporu	58	4,10±1,11		
	Diğer	98	4,17±1,12		

*ANOVA

Hastaların aile hekimlerine başvuru sayıları ve EUROPEP-TR Hasta Memnuniyeti Anketi sorularından aldıkları ortalama puanlar arasında korelasyon saptanmadı (pearson $r=-0,011$, $p=0,70$).

Hastaların hastaneye başvuru sayıları ve EUROPEP-TR Hasta Memnuniyeti Anketi sorularından aldıkları ortalama puanlar arasında negatif yönde düşük bir

korelasyon saptandı (pearson $r=-0,066$, $p=0,02$). Yani hastaneye başvurular arttıkça memnuniyet puanı ortalamaları azalmaktaydı.

6. TARTIŞMA

Genel pratisyenlik/aile hekimliğinin sağlığı iyileştirici, hastalıklardan koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici ve destekleyici sağlık hizmetlerini bir bütün olarak sunmada önemli rolleri bulunmaktadır (49,50). Bu roller sayesinde hastanelerde uzmanlar tarafından sunulan hizmetlerin iş yükünü ve kalitesini olumlu yönde etkileyecek, temel sağlık hizmetlerinin etkili, etkin ve yüksek kaliteyle sunulmasına katkıda bulunacaktır (47).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sağlık sistemi ve toplum sağlığı üzerindeki önemi göz önüne alındığında, kurumlarda bu hizmeti alan hastaların memnuniyet dereceleri de son derece önemlidir.

Hasta memnuniyetiyle ilgili yapılan birçok çalışmada sağlık hizmeti alanların memnuniyet düzeylerini etkileyen faktörler; hastanede yatış gün sayısı, yatılan odadaki kişi sayısı, son bir yılda hekime gidilme sayısı, sosyal güvence türü, yaş, eğitim düzeyi, ailenin aylık geliri ve hastanedeki bir hekimin özel muayenesine gidilme durumu olarak belirtilmiştir (51-55). Hekkert ve arkadaşlarının hasta karakteristiklerinin (cinsiyet, yaş, eğitim, sağlık durumu, anadili) hasta memnuniyetine etkisini araştırdıkları çalışmada, tüm hasta karakteristiklerinin hasta memnuniyeti üzerinde bazı önemli etkilerinin olmasının yanı sıra yaş, sağlık durumu ve eğitimin hasta memnuniyetinde belirleyici role sahip olduğunu belirtmişlerdir (56).

Çalışmamıza katılan hastaların yaşları 18 ile 84 arasında değişmekteydi. Grubumuzun yaş ortalaması 36 iken, EUROPEP ile ilgili yapılan diğer bir çalışmada ise ortanca değer 51'dir (47), Wensing ve arkadaşlarının çalışmasında ise 50'dir (59). Hastaların yaş gruplarına göre genel ortalama EUROPEP-TR

Hasta Memnuniyeti Anketi puanları değerlendirildiğinde yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. EUROPEP-TR Hasta Memnuniyeti Anketi soruları değerlendirildiğinde ise “Doktor dışı personelin yardımı” sorusuna 65 yaş ve üzeri hastaların aldıkları puan diğer yaş gruplarından daha yüksek ve bu farklılık istatistiksel olarak da anlamlıdır. Potiriadis ve arkadaşları Avustralya’da, Haas ve arkadaşları ise, Boston’da birinci basamakta yaptıkları çalışmalarda da yaşlı hastaların aile hekimlerine daha sık başvuruda bulduklarını ve daha yüksek memnuniyette olduklarını saptamışlardır (57, 58). Carr-Hill ve arkadaşlarının çalışmasında yaşlı hastaların genç hastalara göre daha fazla memnun oldukları ifade edilirken (60), Uz ve arkadaşlarının çalışmasında ise yaş ile memnuniyet arasında ilişki bulunamamıştır (61).

Çalışmamıza katılan hastaların %54,3’ü (701) kadındı. Beşparmak ve arkadaşlarının çalışmasında % 95,6’ı kadındır (62). Akıllı ve arkadaşlarının çalışmasında ise % 58’i erkektir (63). Samsun’da yapılan bir çalışmada Samsun il merkezi birinci basamak sağlık merkezlerine başvuran kadınların oranı %59 olarak bulunmuştur (64). Yurt dışındaki çalışmalara bakıldığında da birinci basamağa başvuranlar arasında kadın hastaların oranları benzer olarak yüksek bulunmuştur (65-67). Kadın Hastaların gebe takibi, çocuk takibi, aşılama, aile planlaması gibi diğer koruyucu sağlık hizmetlerini de ağırlıklı olarak kadınlar tarafından kullanılmasının bir sonucu olabilir. Çalışmamızda hastaların cinsiyetlerine göre EUROPEP-TR Hasta Memnuniyeti Anketi sorularından aldıkları ortalama puanlar değerlendirildiğinde; “Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması” ve “Sizi muayene etmesi” soruları dışında kalan tüm sorularda anlamlı bir farklılık mevcuttur. Erkek hastaların ortalama puanları kadın hastalardan daha

yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Ülkemizde ve yurt dışında yapılmış olan bazı çalışmalarda da hasta memnuniyetinin, cinsiyete göre farklılık göstermediği saptanmıştır (30,31,68,69). Bunun yanı sıra erkek hastaların genel memnuniyet derecelerinin daha yüksek olduğunu saptayan çalışmalar da mevcuttur (70).

Bizim çalışmamızdakilerin % %64,7'si evliyken, Deveci ve arkadaşlarının çalışmasında % 76,2'si (71), bir başka çalışmada % 45,7'si evlidir (65). Hastaların medeni durumlarına göre EUROPEP-TR Hasta Memnuniyeti Anketi sorularından aldıkları ortalama puanlar değerlendirildiğinde medeni duruma göre anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. EUROPEP-TR Hasta Memnuniyeti Anketi soruları değerlendirildiğinde ise; “Sizi dinlemesi”, “Sizi muayene etmesi” sorularından alınan puan evli hastalarda anlamlı derecede yüksek iken “Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması”, “Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi”, “Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz” ve “Bekleme odasında harcadığınız zaman” sorularından boşanmış ve dul hastaların aldıkları ortalama puanlar anlamlı derecede yüksektir. Ünalın ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada evli olan hastaların memnuniyet seviyelerinin anlamlı olarak daha yüksek olduğunu saptamışlardır (30). Bekâr olan hastaların, aile bireylerinin birbirine olan desteğinden yoksun olmaları sağlık hizmetlerinden memnuniyet derecelerinin düşük olmasını açıklayabilir. Bu durum, çocuğu olan hastaların memnuniyetlerinin daha yüksek olmasıyla paralellik göstermektedir.

Çalışmamıza katılanların % 29,8'inin ilkokul veya altında (okuryazar, okuryazar değil) eğitim almış olduğu bulunmuş olup, 201 (%15,6) hastanın ortaokul, 392 (%30,4) hastanın lise, 314 (%24,2) hastanın ise üniversite mezunu olduğu saptandı. Pearsman ve arkadaşlarının EUROPEP çalışmasında ise %

21,3'ünün eğitimi ilkokul veya altındadır (72). Edirne ve arkadaşları tarafından Van'da yapılan bir çalışmada ilkokul veya altında (okuryazar, okuryazar değil) eğitim almış olanların oranı %34,7, üniversite mezunu olanların oranı %14,4 olarak saptanmıştır (73). Akıllı ve Genç'in yaptığı başka bir çalışmada da sağlık merkezine başvuranlar arasında en büyük yüzdeyi %37 ile ilkokul mezunları oluşturmuştur (63). Hastaların öğrenim durumlarına göre EUROPEP-TR Hasta Memnuniyeti Anketi sorularından aldıkları ortalama puanlar değerlendirildiğinde; "Sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması", "Sizi dinlemesi", "İşini tam yapması", "Hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler (sağlık taraması, sağlık kontrolü, aşı vb)", "Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması", "Şikâyetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi", "Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması", "Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi", "Uzmanı ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması", "Doktor dışı personelin yardımı", ve "Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması" sorularından öğrenim durumu ortaokul olan hastalar, "Bekleme odasında harcadığınız zaman" sorusundan ise okuryazar olduğunu belirten hastalar daha yüksek puan almışlardır ve bu farklılık istatistiksel olarak da anlamlıdır ($p<0,05$). Ayrıca Öğrenim durumu ortaokul olan hastaların puan ortalamaları diğer gruplardan yüksektir ($p=0,01$). Bu durum; üniversite mezunu kişilerin beklentilerinin daha yüksek, dolayısıyla memnun olmalarının daha zor olmasından, eğitim seviyesi düşük olan kişilerin ise daha kanaatkâr olmalarından veya çoğunluğu yüz yüze görüşme tekniği ile yapılan anket çalışması esnasında eğitim düzeyi düşük olan hastaların çekinmeleri sebebiyle daha yüksek puanlar

vermelerinden kaynaklanmış olabilir. Tükel ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, üniversite mezunlarının, doktorların kendilerine karşı tutum ve davranışları konusunda, ilk ve ortaokul mezunlarına göre anlamlı derecede daha düşük memnuniyette olduklarını saptamışlardır (74). Erdem ve arkadaşları eğitim düzeyi yüksek hastaların benzer şekilde memnuniyetlerinin düşük olduğunu belirtmişlerdir (70).

Çalışmamızda; Evli, boşanmış ve dul 904 hasta içinde %8,2'sinin (74) çocuğunun olmadığı, %17,8'inin (161) 1, %74'ünün (669) 1'den fazla çocuğunun olduğu saptandı. Edirne'de yapılan bir çalışmada ise; evli, boşanmış ve dul hastaların %5,2'sinin çocuğunun olmadığı, %23'ünün 1, %71,8'inin 1'den fazla çocuğunun olduğu saptanmıştır (75). Hastaların çocuk sahibi olmaları ile memnuniyet dereceleri arasındaki ilişki incelendiğinde; “Görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi”, “Sizin özel durumunuzla ilgilenmesi”, “Sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması”, “Şikâyetlerinizi çabuk geçirmesi”, “Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması”, “Uzman ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması”, “Doktor dışı personelin yardımı”, “Size uygun zamanlara randevu alabilmeniz”, “Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz”, “Bekleme odasında harcadığınız zaman” ve “Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması” sorularından çocuğu olduğunu belirten hastaların aldıkları ortalama puan daha yüksektir ve bu farklılık istatistiksel olarak da anlamlıdır ($p<0,05$). Medeni durumu boşanmış ve dul olan hastaların puanları diğer gruplardan yüksektir, fakat bu yükseklik istatistiksel olarak anlamlı değildir. Yine Edirne'de yapılan çalışmada, çocuğu olan hastaların memnuniyet sorularına

verdikleri puan ortalamalarının çocuğu olmayan hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (75).

Araştırmamızda kişilerin % 34,5'ü ev hanımı %20'si memur iken, Pala'nın çalışmasında ise % 91,3'ü ev hanımıydı (76). şenol ve arkadaşlarının 2010 yılında Kayseri'de yaptıkları çalışmada, sağlık hizmetlerini yaşlıların, kadın hastaların ve okuryazar olmayanların anlamlı olarak daha fazla kullandıkları, mesleklere göre bakıldığında ise ev hanımları ve emeklilerin çalışmamıza benzer şekilde sağlık merkezlerine daha sık başvurdukları saptanmıştır (77). Çalışmamızda birinci basamağa başvurularda ev hanımlarının fazla olması, mesai saati içinde erkeklerin işte olması nedeniyle kadınların daha fazla başvuru yapması ve çocukları da annelerin doktora getirmesine bağlı olabilir. Hastaların mesleklerine göre EUROPEP-TR Hasta Memnuniyeti Anketi sorularından aldıkları ortalama puanlar değerlendirildiğinde; “Görüşmeler sırasında yeterli zamanınız olduğunu hissettirmesi”, “Tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması”, “İşini tam yapması”, “Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması”, “şikâyetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi”, “Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması”, “Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması”, “Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi”, “Uzmana ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması”, “Doktor dışı personelin yardımı”, “Size uygun zamanlara randevu alabilmeniz”, “Sağlık merkezine telefonla ulaşabilmeniz”, “Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz”, “Bekleme odasında harcadığınız zaman” ve “Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması” sorularından mesleği ifti

olan hastaların aldıkları puan ortalamaları daha yüksektir ve bu farklılık istatistiksel olarak da anlamlıdır ($p<0,05$).

Çalışmaya katılan 1290 hastanın aylık hane gelirleri ortalaması 1835,94±1152,44 TL idi. Hastaların gelir durumuna göre EUROPEP-TR Hasta Memnuniyeti Anketi sorularından aldıkları ortalama puanlar değerlendirildiğinde; “Sağlık merkezine telefonla ulaşabilmeniz” sorusu dışında kalan tüm sorularda hastaların ortalama puanları farklıdır. Genel olarak gelir durumu 1001-2500 tl olan hastaların ortalama puanları daha yüksektir ($p<0,05$) Ercan ve arkadaşları yaptıkları çalışmada hasta memnuniyetiyle, eğitim ve gelir düzeyi arasında ters yönde anlamlı bir ilişkili olduğunu saptamışken (78), Erdem ve arkadaşları ise yaptıkları çalışmada gelir düzeyiyle hasta memnuniyeti arasında bir ilişki olmadığını belirtmiştir (70). Edirne ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da gelir düzeyi düşük olan hastaların sağlık kuruluşlarına anlamlı derecede daha çok başvurdukları saptanmıştır (73).

Çalışmamızda, hastaların %43,6’sının rahat bir şekilde aile hekimlerine başvurabildiklerini saptadık. Bu durum; aile hekimliği uygulamasıyla birlikte aile sağlığı merkezlerinin kolay ulaşılabilir olmasından, çalışmamızı il merkezinde yapmış olmamızdan ve Elazığ’ın ulaşım açısından rahat bir il olmasından kaynaklanmış olabilir. İlhan ve arkadaşları Ankara’da 2005 yılında yaptıkları çalışmada, araştırmaya katılan hastaların %87,6’sının oturdukları konutun sağlık kuruluşuna uzaklığını “yakın” ya da “çok yakın” olarak değerlendirdiklerini, ayrıca sağlık hizmeti almak amacıyla ilk başvuru sağlık kuruluşunun tercih edilme nedenleri içinde yaşanılan yere yakın olmasının ilk sırada (%65) bulunduğunu saptamışlardır (79). Bir çalışmada bireylerin sağlık kurumlarına

ulaşımdan % 84,8 oranında memnun olduğu saptanmıştır (80). Ersoy ve arkadaşlarının çalışmasında hastaların % 63'ü oturduğu yere yakın olduğu için birinci basamak sağlık merkezlerine başvurduğunu, %88,5'i birinci basamak sağlık hizmetlerine rahat ulaşabildiğini belirtmiştir (81). Şanlıurfa'da yapılan bir çalışmada memnuniyetsizlik konusunda, "sağlık merkezine ulaşılabilirlik" maddesinin en yüksek memnuniyetsizlik oranına sahip olduğu belirtilmiştir (63). Grol ve arkadaşları tarafından 8 Avrupa ülkesinde (Norveç, İsveç, Danimarka, Birleşik Krallık, Hollanda, Almanya, Portekiz, İsrail) hastaların birinci basamak sağlık hizmetlerindeki önceliklerini araştırdıkları çalışmada 8 farklı ülkede de ortak olan öncelikler "doktor-hasta iletişimi ve hizmet veren birimlerin ulaşılabilirliği" olarak saptanmıştır (82). Heje ve arkadaşlarının çalışmasında hastaların birinci basamak sağlık merkezlerine ulaşım mesafesi ve memnuniyetleri arasında bir istatistiksel ilişki saptanmamış ve bu durum şaşırtıcı olarak tanımlanmıştır. Araştırmada beklenen durum kırsal alanda yaşayanların aldıkları hizmetten daha az memnun oldukları iken, bulguları böyle bir ilişki ortaya koymamıştır (83). Yine ülkemizde yapılmış olan bir çalışmada Baykan ve arkadaşları Ankara'da Ana-Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Merkezi'nde kadınların sağlık birimini tercih etme nedenleri arasında %67,4'lük oranla "ulaşım kolaylığı/yakınlık" maddesinin ilk sırada olduğunu saptamışlardır (84). Sağlık merkezinin kolay ulaşılabilir olmasının, memnuniyeti etkilediği gibi, yapılan çalışmalarda sağlık hizmetini kullanmayı belirleyen temel etmenlerden biri olduğu da belirtilmektedir (67,85-87). Ancak çalışmamızda sağlık merkezine ulaşım zorluk çeken ve çekmeyen hastaların memnuniyet sorularına verdikleri puanların ortalamaları karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir fark olmadığı görüldü. Bu

durum çalışmamızdaki hastaların yarısına yakınının sağlık merkezine ulaşımında zorluk çekmemelerinden kaynaklanmış olabilir.

Sürekli hastalık sıklığına bakıldığında; 1290 hastanın %72,0'sinin (929) bilinen sürekli bir hastalığı yokken, %28'inin (361) 1 ya da 1'den fazla sürekli hastalığa sahipti. Kronik hastalığı olan hastaların ve fiziksel engeli olduğunu belirten hastaların puan ortalamaları olmayanlardan yüksektir fakat bu farklılıklar da istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Hearnshaw ve arkadaşları tarafından 8 Avrupa ülkesinde 200'er hastayla yapılan bir çalışmada, hastaların %66,4'ünün bilinen herhangi bir kronik hastalığa sahip olduğu ve bu hastaların çalışmamıza benzer olarak birinci basamak sağlık hizmetlerinden memnuniyet açısından daha yüksek puanlar verdikleri bildirilmiştir (69). Bizim çalışmamızda da; EUROPEP-TR Hasta Memnuniyeti Anketi sorularına bakıldığında ise; "Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması" "Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması", "Doktor dışı personelin yardımı" ve "Bekleme odasında harcadığınız zaman" sorularına herhangi bir kronik hastalığa sahip olduğunu belirten hastaların ortalama puanları daha yüksektir ve bu farklılık istatistiksel olarak da anlamlıdır. Bu bulgular uygulama sonrasında bilinen bir kronik hastalığı olanların daha memnun olduğunu öne sürebilir, bunun nedeni, artık kronik hastalıklarda aile hekimlerince reçete edilen ilaçların sosyal güvenlik kurumu tarafından ödenmekte olmasına bağlı olarak genel memnuniyet artışına bağlı olabilir. Sürekli bir hastalığa sahip olma, kişinin istediği şeyleri yapabilme gibi özgürlüklerini kısıtlayabilmesi, sürekli kontrol altında olma zorunluluğu, sürekli ilaç kullanımı gibi nedenlerden ötürü genel anlamda memnuniyetsizliği arttıran bir durum olarak düşünülebilir.

Ancak sürekli hastalığa sahip olan kişilerin kontrol, muayene gibi nedenlerden ötürü aile hekimleriyle daha sık iletişime geçerek daha fazla paylaşımda bulunmaları, onların birinci basamak sağlık hizmetlerindeki memnuniyetlerini arttıran bir durum olabilir. Kronik hastalık izleminde gerekli laboratuvar tetkiklerinin aile sağlığı merkezlerinde yapılabilmesi de bu hastaların memnuniyet düzeyini etkilemiş olabilir.

Çalışmaya katılan hastalar arasında son bir yılda hastanelere başvuruda bulunan 1097 hastanın başvuru sayıları 1 ile 30 arasında (ortalama $3,82 \pm 3,32$), 1290 hastanın aile hekimlerine başvuru sayıları ise 1 ile 40 arasında (ortalama $4,37 \pm 4,12$) değişmekteydi. Hastalar aile hekimlerine, hastanelere oranla daha sık başvuruda bulunuyorlardı. Birinci basamağa son bir yıl içinde başvuran kişilerin sıklığını gözden geçirdiğimizde çalışmamızdaki kişilerin hepsinin (%100) son bir yıl içinde birinci basamağa başvurmuş olduğunu saptarken, Pala'nın çalışmasında birinci basamağa son bir yıl içinde en az bir kere başvurmuş olanların oranı % 79'dur (76). Grol ve arkadaşlarının çalışmasında ise % 70- 80'dir (82). Çalışmamızda son bir yılda herhangi bir sağlık kuruluşuna başvuranların oranı % 92,5 iken, Usta ve arkadaşlarının çalışmasında ise son bir yılda herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurduğunu belirtenlerin oranı % 58,5 bulunmuştur (89). Çalışmamızdaki ikinci basamak başvuru sayısının yüksek olması Elazığ'da çok sayıda hastane bulunmasına bağlı olabilir. Hastaların son bir yıl içinde aile hekimliğine başvuru sayılarına göre memnuniyet sorularına verdikleri puanların ortalamaları karşılaştırıldı. Buna göre; Hastaların aile hekimlerine başvuru sayıları ve hastaneye başvuru sayıları ile EUROPEP-TR Hasta Memnuniyeti Anketi sorularından aldıkları ortalama puanlar arasında korelasyon saptanmamıştır. Yani

hastaneye başvurular arttıkça memnuniyet puanı ortalamaları azalmaktadır. Edirne ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada; birden fazla hekime başvuranların, bir hekime başvuranlara göre, hastalıkları ile baş etmek için anlamlı derecede daha az bilgi alabildiklerini düşündükleri, buna bağlı olarak hastalıkları ile baş etmek için yeteri kadar bilgi edinenlerin memnuniyet puanı ortalamalarının, bu konuda yeteri kadar bilgi edinemeyenlere göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır (73).

Aile hekimliği sistemi sayesinde hastaların hep aynı hekime başvuruda bulunmasının; hasta ile hekimin birbirlerini daha iyi tanmasını, hastanın hekim karşısında problemlerini daha rahat bir şekilde anlatabilmesini, hekimiyle daha etkili bir iletişimde bulunabilmelerini sağlaması dolayısıyla hastaların memnuniyetini arttıran bir durum olduğu düşünülebilir. Hastanın sürekli aynı hekime başvurabilmesiyle hasta ve hekim arasında devam eden ilişki sayesinde hasta, hekimine kişisel temelde güven duymaya başlar (88).

Çalışmamıza katılanların %26,7'si (344) yeni rahatsızlık, %24,7'si ise (319) reçete yazdırmak için başvuru yapmıştır. Bor ve arkadaşlarının çalışmasında ise kişilerin % 65,3'ünün yeni rahatsızlıkla başvuru yaptığı bildirilmiştir (90). Topallı'nın yaptığı çalışmada ise başvuruların % 58,1'inin ilaç yazdırma, % 21,6'sının rahatsızlık amaçlı olduğu görülmektedir (91). Bizim çalışmamızda birinci basamağa başvuran hastaların beşte biri ilaç yazdırma amacıyla gelmişti. Ayrıca hastaların yaklaşık yarısının reçete yazdırmak amacıyla birinci basamağa başvurmuş olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (92). Bu durum; hastaların bir ya da birden fazla sürekli hastalığının olması nedeniyle düzenli ilaç kullanmaları gerekliliğinden kaynaklanmış olabilir. Ayrıca hasta ilaç yazdırmak

istediğinde, doğal olarak kendine en yakın ve katkı payının en düşük olduğu birinci basamak sağlık kuruluşunu tercih etmesi beklenen bir durumdur. Çalışmamızda başvuru nedeni ilaç raporu olan hastaların puan ortalaması da diğer hastalardan yüksektir fakat bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,44). Hastaların EUROPEP-TR Hasta Memnuniyeti Anketi sorularına bakıldığında ise; “Sizi dinlemesi” sorusundan ilaç raporu amaçlı başvuran hastaların, “Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz” (Anova sorusundan reçete yazdırmaya gelen hastaların ve “Bekleme odasında harcadığınız zaman” (Anova sorusundan ise kronik hastalık nedeni ile başvuran hastaların aldıkları ortalama puanlar diğerlerinden yüksektir.

Hastaların en çok memnun oldukları (4 ve 5 puan verdikleri) konular sırasıyla; “Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması (1145 hasta, %88,8), Sizi muayene etmesi (1107 hasta %85,8), Sizi dinlemesi (1101 hasta, %85,4) açısından ne kadar memnunsunuz?” sorularıydı. Bu konulardan anlaşıldığı üzere; hastalar kendilerine ait olan bilgilerin sadece hekimleriyle kendi aralarında kalmasından son derece memnundu. Aksi bir durumun olması hiç şüphesiz hasta hekim ilişkisini olumsuz yönde etkileyecektir. Hekimin hastasını muayene etmesi ve dinlemesi ise hastaların en çok memnun oldukları bir diğer konuydu. Dağdeviren ve Aktürk yaptıkları çalışmada en yüksek puan verilen soruların; “Tavsiyelerinize uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olunması, sağlık merkezine telefonla ulaşabilmeniz, acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunulması açısından ne kadar memnunsunuz?” sorularıyla, en düşük puan verilen soruların ise; “Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olunması, bekleme odasında harcadığınız zaman, şikâyetlerinizin çabuk geçirilmesi

açısından ne kadar memnunsunuz?” soruları olduğunu belirtmişlerdir (93). Abu Mourad ve arkadaşlarının 2007 yılında yaptıkları EUROPEP çalışmasında memnuniyetin en yüksek olduğu sorular; “Sizi muayene etmesi, sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması, şikâyetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi açısından ne kadar memnunsunuz?” sorularıydı (94). Yine ülkemizde 2011 yılında Baltacı ve arkadaşlarının birinci basamakta yaptıkları EUROPEP çalışmasında ilk üç sırada yer alan değişkenler, bizim çalışmamızla paralel olarak “hekimlerinin görüşmeler sırasında kendilerini dinlemesi, kayıt ve bilgilerin gizli tutulması ve genel olarak aile hekimlerinden memnuniyet” iken, son üç sırada yer alan değişkenler ise sırasıyla “hastaların hekimlerine telefonla ulaşabilmesi, muayenehaneye telefonla ulaşabilmesi ve uygun zamanda randevu alınabilmesinden” duyulan memnuniyet olarak saptanmıştır (95).

Çalışmamızda bir puan verenlerden en düşük memnuniyet Bekleme odasında harcadığımız zaman (108 hasta, %8,4), Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz (134 hasta, %10,4), sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması (66 hasta, %5,1) açısından ne kadar memnunsunuz?” sorularıydı. Kişilerin bekleme odasında harcadıkları zamandan duydukları rahatsızlık ve görüşmeler sırasında hekimin hastaya yeterince zaman ayıramaması hekimlerin gün içerisinde çok fazla hasta muayene etmelerinden kaynaklanmış olabilir. Hekimlerin hasta merkezli olmaktan ziyade, hastalık merkezli bakıma odaklanmaları kişilerin özel ve duygusal durumlarıyla ilgilenmemelerine yol açmış olabilir. Kersnik’in çalışmasında EUROPEP sorularına bir puan verenlerden en düşük memnuniyet %26 ile bekleme odasında harcadığımız zaman olmuştur (96). Düşük memnuniyet puanları sırasıyla, sizin

özel durumunuzla ilgilenmesi (% 46,5), sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması (% 49,1), görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi (% 51,6) olarak bildirilmiştir. Abu Mourad ve arkadaşlarının 2007 yılında yaptıkları EUROPEP çalışmasında memnuniyetin en düşük olduğu sorular; “Sağlık merkezine telefonla ulaşabilmeniz, doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz, bekleme odasında harcadığınız zaman açısından ne kadar memnunsunuz?” sorularıdır (94). Dağdeviren ve arkadaşlarının çalışmasında en düşük verilen sorular; sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması, bekleme odasında harcadığınız zaman, şikayetlerinizi çabuk geçirmesi olarak bulunmuştur (93). Edirne’de yapılan bir çalışmada ise; Bekleme odasında harcanan zaman en düşük puan ortalamasına sahip konudur (4,50±0,72) ve bu konuda 19 hastanın (%1,6) 1 ve 2 puan verdiği saptanmıştır (75).

Çalışmamıza katılan hastaların, o sorunun kendisiyle ilgili olmadığını düşünmesi sebebiyle en fazla “uygun değil/ilgisiz” olarak cevaplandırdıkları ve puan vermedikleri konular; “Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz (19 hasta %1,5), Sağlık merkezine telefonla ulaşabilmeniz (16 hasta %1,2), Bekleme odasında harcadığınız zaman (10 hasta %0,8) açısından ne kadar memnunsunuz?” konularıydı. Bölgemizdeki hastalar ASM’lere başvuru sırasında randevu almayı, hekime ya da sağlık merkezine telefonla ulaşmayı gerekli görmüyorlardı. Bu durumun, her ne kadar hastaların ASM’lere istedikleri anda rahatlıkla ulaşabilmelerinden kaynaklanabileceği düşünülse de; hastaların en çok memnuniyetsizlik duydukları durumun, “bekleme odasında harcadıkları zaman” olmasının da bu durumla bağlantılı olduğu düşünülebilir. Avrupa’da 9 ülkenin

(Danimarka, Almanya, Hollanda, Norveç, Birleşik Krallık, Belçika, İsviçre, Slovenya, İspanya) karşılaştırıldığı bir çalışmada, “Sağlık merkezine telefonla ulaşabilmeniz açısından ne kadar memnunsunuz?” sorusuna en düşük puan Danimarka, en yüksek puan İsviçre’de, “Hekiminize telefonla ulaşabilmeniz açısından ne kadar memnunsunuz?” sorusuna en düşük puan Birleşik Krallık, en yüksek puan Slovenya’da, “Bekleme odasında harcadığınız zaman açısından ne kadar memnunsunuz?” sorusuna en düşük puan Birleşik Krallık, en yüksek puan İsviçre’de verilmiştir (97). Aile hekimliğinde randevu sisteminin işlediği ülkelerde bir gün sonrasına randevu alabilmek ve 6-10 dakika arasında hekimin yanına girebilmek hastalar tarafından memnun kalmanın koşulu olarak gösterilmiştir (73,98). Aile hekimliği uygulamasının yaygınlaştırılması ile aile hekimine ulaşma imkânı artacağı ve muayene olmak için bekleme süresinin kısılacağı olasıdır. Sağlık Bakanlığına özellikle aile hekimliği modeli uygulanan illerde personel istihdamını sağlamak durumundadır. Yerleşmiş bir randevu sisteminin, ASM’lerde oluşabilecek hasta yoğunluğunu engellemesi ve dolayısıyla bekleme süreleri konusundaki memnuniyeti arttırması öngörülebilir bir durumdur. Randevu sisteminin uygulanması sayesinde hekimler daha az hastaya daha fazla süre ayırabilecek, böylelikle daha etkili bir iletişim ve verimli bir görüşme süreci sağlanmış olacaktır (75,76).

7. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızın sonuçları şu şekilde özetlenebilir:

- Çalışmaya 1290 hasta katılmıştır. Çalışmaya katılan hastaların %54,3'ü (701) kadındı. Hastaların medeni durumları incelendiğinde; %64,7 (834) hastanın evli, olduğu saptandı.
- Hastaların %30,4'ü (392) lise, %24,2'si (314) üniversite mezunuydu. Çalışmaya katılan 1290 hastanın %34,5'ünün (445) ev hanımı, %20'sinin (258) memur olduğu saptandı.
- Çalışmaya katılan hastaların aylık hane gelirleri ortalaması 1835,94±1152,44 TL olup, gelir aralığı 300 ile 10.000 TL arasında değişmekteydi.
- Hastalardan %43,6'sının (562) sağlık merkezine ulaşımında herhangi bir zorluk çekmediği, %29,2'sinin (377) bazen, zorluk çektikleri görüldü.
- Sağlık merkezine ulaşımında zorluk çeken 728 hastanın nedenleri incelendiğinde; 343'ünün (%47,1) çok sıra olması nedeniyle, %16,1'sinin (117) randevu almakta zorlanması sebebiyle zorluk çektiği saptandı.
- Çalışmaya katılan hastaların son 1 yılda aile hekimlerine başvuru sayıları 1 ile 40 arasında değişmekteydi (ort. 4,37±4,12). Çalışmaya katılan hastalar arasında son 1 yılda hastanelere başvuruda bulunmayan hastalar %15'tir (193). Hastanelere en az 1 kez başvuruda bulunan 967 hastanın ortalama başvuru sayıları 3,82±3,32 olarak saptandı (max: 30 kez).
- Çalışmaya katılan 1290 hastanın aile sağlığı merkezlerine başvuru sebeplerine bakıldığında; hastaların %26,7'sinin (344) yeni rahatsızlık, %24,7'sinin (319) reçete yazdırmak nedeniyle başvurduğu görüldü.

- Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde memnuniyetin değerlendirilmesinde ankete katılan kişilerin genel anlamda uygulamadan memnun olduğu görülmektedir. puan Ortalaması 97.90 ± 17.82 (min.33.0 , mak.115.0) bulunmuştur.Hastaların EUROPEP-TR Hasta Memnuniyeti Anketi sorularından aldıkları genel ortalama puan dağılımına göre; erkek hastaların ortalama puanları kadın hastalarinkinden yüksek bulundu. Öğrenim durumu ortaokul olan hastaların puan ortalamaları diğer gruplardan yüksekti.
- Çocuğu olan hastaların puanları olmayanlardan, Mesleği çiftçi olan hastaların puanları diğer meslek gruplarından, Gelir durumu 1001-2500 TL arası olan hastaların puanları diğer hastalardan yüksekti.
- Ulaşımında hiçbir zaman sıkıntı yaşamadığını belirten hastaların puanları diğerlerinden yüksekti fakat bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildi.
- Kronik hastalığı olan hastaların ve fiziksel engeli olduğunu belirten hastaların puan ortalamaları olmayanlardan yüksekti fakat bu farklılıklar da istatistiksel olarak anlamlı bulunamadı.
- Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde memnuniyetin değerlendirilmesinde ankete katılan kişilerin genel anlamda uygulamadan memnun olduğu görülmektedir. Bu anlamda Elazığ ilinde uygulamaya konulan aile hekimliği modeli memnuniyet bazında başarılı olduğu söylenebilir

Araştırmadan elde edilen değerlendirmeler sonucunda aşağıdaki önerilerde bulunabiliriz;

- Birinci basamak sağlık hizmetlerindeki kalitenin arttirilmasinda, hasta memnuniyeti değerlendirmeleri d#zenli araliklarla #l##lmelidir.
- Aile hekimliği uygulamasından memnuniyet d#zeyi d#ř#k olan kriterlerin nedenleri araştırılmalı, araştırma sonucuna g#re stratejiler geliştirilmeli ve uygulamada devamlılık sağlanmalıdır. Bekleme s#resinin uzun olması hasta memnuniyetini yakından etki etmekte ve s#re uzadıkça memnuniyet d#zeyi de o derece d#şmektedir. Aile hekimliği uygulamasının yaygınlaştırılması ile aile hekimine ulaşma imkânı artacağı ve muayene olmak i#in bekleme s#resinin kısılacağı olasıdır. Sağlık Bakanlığı bu bağlamda personel istihdamını sağlamak durumundadır.
- Hasta-hekim ilişkisinde iletişim ve bilgilendirme, g#ven ve duyarlılık #nem taşımaktadır. #zellikle iletişim y#n#nde aile hekimi hastaya empati ile yaklaşımda bulunmalıdır. Aile hekiminin ve aile sağlığı elemanının hastaya karşı olan davranışı, ilgi ve alakası memnuniyet d#zeyine ilişkin #nemli etkenlerdir. Bu ama#la g#ler y#zl# ve hoşg#r#l# olma, ilgi ve yakınlık g#sterilmesi konusunda sağlık hizmet sunucularına başta hasta psikolojisi olmak #zere, iletişim, hasta ilişkileri ve diyaloglar konularında rutin olarak eğitimler d#zenlenmelidir.
- Aile hekiminin hastasına daha fazla s#re tanınması, tahlil ve tedavi hakkında gerekli bilgilendirmeyi yapması ile hastanın aile hekimine olan g#veni arttırmak adına yeni aile hekimliği b#lgeleri planlaması yapılmalıdır.

8. KAYNAKLAR

1. Aktürk Z, Dağdeviren N, Şahin E.M, Özer C, Yaman H, Göktaş O, Filiz T.M, Topsever P, Onganer E, Aydın S, Yarış F, Maraş I. Hastalar Hekimleri Değerlendiriyor EUROPEP ölçeği. DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2002,16 (3), 153-160.
2. Çıraklı ZL, Sayım F. Hastanelerdeki sağlık hizmetlerinde kalite yönetim sistemlerinde maliyet fayda, maliyet etkililik analizi göstergelerinin incelenmesi. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı. Ankara, 2009: 347-65.
3. WHO definition of health. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948. <http://www.who.int/about/definition/en/print.html> (erişim tarihi; 05.11.2013).
4. Çınar Ü, Sağlık Sistemlerinde Yöneylem Araştırması Ankara, Ogun Kardeşler Matbaası, 1982; 22.
5. Eren N, Öztekin Z. Sağlık Ocağı Yönetimi 6.baskı, Palme Yayınları, Ankara 1993.
6. Donaldson M, Yordy K, Vanselow N. Defining Primary Care: an interim report. Washington D.C. National Academy Press; 1994; 20- 21.
7. Dikici MF, Kartal M, Alptekin S, Çubukçu M, Ayanoğlu AS, Yarı F. Aile hekimliğinde kavramlar, görev tanımı ve disiplininin tarihçesi. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2007;27:412-418.
8. Ünal P. Aile hekimliğinin tanımı ve temel ilkeleri. T.C. Sağlık Bakanlığı Aile Doktorları İçin Kurs Notları'nda. 1. Basım Ankara: 2004. s.11-15.
9. Ungan, M. (2004). Aile Hekimliği. Sağlıkta Dönüşüm Programı Çerçevesinde Aile Hekimliği Uygulaması Toplantısı'na sunulan bildiri, Afyon: 23-26 Nisan 2004, s. 7.
10. Evans P, Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I et al. (Çeviri: O. Başak, Saatçi E). Aile Hekimliği Avrupa Tanımı. TAHUD Yayınları-4, İstanbul: 2011. s.13-34.
11. Özçakar N. Aile hekiminin görev tanımı. T.C. Sağlık Bakanlığı Aile Doktorları İçin Kurs Notları'nda. 1.Basım Ankara, 2004. s.17-22.
12. Ungan M., Ceyhan G. Bir Tıp Disiplini Olarak Aile Hekimliği. <http://www.ailehekimligi.com.tr/Default.aspx?Ctrl=HTML&HTMLID=29> (erişim tarihi; 11.07.2012).
13. Boelen C., Haq C., Hunt V., Rivo M., Shahady E. (2002) Improving Health Systems: Contribution of Family Medicine. A Guidebook Collaborative Project of WONCA and WHO. WONCA Publications, Singapur.
14. Aydın B. (2004, Kasım). Sağlıkta Değişim, SB Diyalog Dergisi, T.C. Sağlık Bakanlığı Aylık Yayın Organı, Cilt: 1 Sayı: 7, s.4-35.
15. Wayenburg C.V., Weel C.V., Yaman H. (2007). Hollanda'da Aile Hekimliği, Aile Hekimliği Dergisi, Cilt: 1, Sayı: 4, s. 23-25.

16. Ünlüoğlu İ., Paycı S.Ö. Dünyada Ve Türkiye’de Aile Hekimliği, Aile Doktorları İçin Kurs Notları (PDF), T.C. Sağlık Bakanlığı, 2004: 23-29.
17. Hekimoğlu L., (2007). Amerika Birleşik Devletlerinde Aile Hekimliği. <http://www.ailehekimligi.com.tr/?Ctrl=Cevap&TopicID=218> (erişim tarihi; 21.07.2012).
18. Uludağ Üniversitesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı web sayfası. <http://aile-hekimligi.uludag.edu.tr/ah.html> (erişim tarihi;25.08.2012).
19. Sandholzer H., Yaman H. (2006, Kasım/Aralık). Almanya'daki Aile Hekimliği Uygulamaları, Aile Hekimliği Dergisi, Cilt: 1, Sayı: 2, s. 32-33.
20. Ak M. Akademik Bir Disiplin Olarak Aile Hekimliği. İnönü Üniv Tıp Fak Derg 2010;17(4):403-5.
21. Morgil M, Küçükçirkin M. TOBB“nin Sağlıkta Toplam Kalite Yönetimine Bakışı. Çoruh M. I.Basamak Sağlık Hizmetleri“nde Toplam Kalite Yönetimi Sempozyumu, Ankara-Türkiye, Yeni Fersa Matbaacılık, 24-25 Kasım 1995;29-35.
22. Donabedian A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. The Definition of Quality and Approaches to its Assessment. Ann Arbor, Mick: Health Administration Pres, 1980.
23. Sonazura PJ. Quality Assessment and Quality Assurance in Medical Care. Annu Rev Public Health, 1980;1:37-68.
24. Kızılcın F. Bayındır Hastanesi Toplam Kalite Yönetimi Uygulamaları. Erişim: www.tse.org.tr/Turkish/DuyuruYayin/bayindir.doc. (erişim tarihi; 14.12.2013).
25. Roberts JS, Coale JG, Redman RR. A history of the Joint Commission on Accreditation of Hospitals. JAMA 1987; 258(7): 936- 940.
26. Ersoy K, Özgen H.Sağlık Bakımında, Hizmetlerinde Kalitenin Gelişimine Kısa Bir Bakış, Önce Kalite. Sağlık Bakanlığı, 1995; 13: 5- 9.
27. Serinkan C. Bardakçı A. Pamukkale Üniversitesi Öğretim Elemanlarının İş Tatminlerine ilişkin Bir Araştırma. Karaman İİBF Dergisi, 2007; (12).
28. Öztekin Z. 1.Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı. Çoruh M. I.Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Sempozyumu, Ankara-Türkiye, Yeni Fersa Matbaacılık, 24-25 Kasım 1995,37-40.
29. Carr-Hill AR. The measurement of patient satisfaction. J Public Health Med. 1992;14(3):236-49.
30. Ünalın D, Öztürk A, Tolga Y, Tasdelen C, Yazlak Z, Ögüt E ve ark. Kayseri Devlet Hastanesi’nden Poliklinik Hizmeti Alan SSK Mensubu Erişkin Hastalarda Memnuniyet Durumu. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2008;3(8):85-98.
31. Kıdak LB, Aksaraylı B. Yatan hasta memnuniyetinin değerlendirilmesi ve izlenmesi: eğitim ve araştırma hastanesi uygulaması. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2008; 10:(3):87-119.
32. Nesanır N, Dinç G. Patient satisfaction level of the patients who were hospitalized in Manisa city. TAF Prev Med Bull, 2008; 7(5):419-428.
33. Özer A, Çakıl E. Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetini etkileyen faktörler. Tıp Araştırma Dergisi. 2007; 5(3):140-143.

34. Top M, Tarcan M, Güler H, Tekingündüz S. Hastane sektöründe yatan hastaların hasta tatmini ve hastane kalitesi algulamalarının değerlendirilmesi: İzmir ili Sağlık Bakanlığı Hastaneleri örneği. Akademik Bakış Derg 2010;22:1-29.
35. Emhan A, Bez Y, Dülek Ö. Bir üniversite hastanesine başvuran hastaların memnuniyet düzeyleri. Dicle Tıp Derg 2010;37(3):241-247.
36. Proctor E, Morrow-Howell N, Albaz R, Weir C. Patient and family satisfaction with discharge. Plans. Med Care, 1992;30(3):262-75.
37. Ersoy K, Kavucubaşı. Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi, 1. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, Dokuz Eylül Üniversitesi, 4-7 Mayıs 1994: 349-353.
38. Yılmaz M. Sağlık bakım kalitesinin bir ölçütü: hasta memnuniyeti. C Ü Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2001; 5(2):69-74.
39. Apay S.E. Arslan S. Bir üniversite hastanesinde yatan hastaların tatmin olma düzeyleri. TAF Prev Med Bull 2009; 8(3):239-244.
40. Ataç A, Azal Ö, Uçar M, Açikel CH, Göçgeldi E. TSK Sağlık Kurumları'ndan yararlanan personelin hasta hakları ve sağlık personeli-hasta ilişkisi konusundaki memnuniyetlerinin internet üzerinden araştırılması. Gülhane Tıp Derg 2003;45(4):309-315.
41. Zaim H, Tarım M. Hasta memnuniyeti: Kamu hastaneleri üzerine bir alan araştırması. Sosyal Siyaset Konferansları 2010;59:1-24.
42. Özer M, Şahin B, Çetin M, Demir C. Ankara ilinde bulunan üç askeri hastanede çalışan askeri hekimlerin iş doyum düzeylerini etkileyen faktörlerin incelenmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi 2005;8(1):31-49.
43. Sandıkçı M. (2007). Müşteri Memnuniyeti Ölçülmesi Ve Sandıklı Hüdaî Kaplıcası'nda Bir Alan Araştırması, Afyon Kocatepe Üniversitesi, İ.İ.B.F. Dergisi, Cilt: 9, Sayı:2, s.39-52.
44. Engiz O. (2013). Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatmini, <http://www.merih.net/ml/woguzen21.htm> (erişim tarihi;25.08.2013).
45. Zerenler M., Öğüt A. (2007). Sağlık Sektöründe Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hastane Tercih Nedenleri Araştırması: Konya Örneği, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Yıl:1, Sayı: 18, s.501-519.
46. Kısa A. (2002). Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi, Sağlık Kurumları Yönetimi, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir 2002, s.224-240.
47. Grol R, Wensing M. Patients Evaluate General/Family Practice: The EUROPEP Instrument. Center for Quality of Care Research, Nijmegen,2000.
48. Weaver CN. TKY'nin kuruluşlar üzerindeki etkileri. Toplam Kalite Yönetiminin Dört Aşaması'nda, 2. baskı. İstanbul Sistem Yayıncılık, 2000;273- 293.
49. Ergüder T. Esin S. Kutlu L. Kanyılmaz D. Birinci Basamak Sağlık Hizmet Sunumunda Aile Hekimliği/Genel Pratisyenlik, www.todaie.gov.tr/OZETSY/874.doc (erişim tarihi; 10.05.2012).
50. Ustu Y, Uğurlu M, Ornek M, Sanisoğlu SY. 2002-2008 yılları arasında Erzurum bölgesinde birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi. Balkan Med J 2011;28:55-61.
51. Bahramoour A, Zolala F. Patient satisfaction and related factors in kerman hospitals. East Mediterr Health J, 2005; 11(5-6): 905-12.

52. Şahin M, Eğri M. Malatya Yeşilyurt ilçesinde hastane hizmetlerinin kullanımı ve etkileyen faktörler. *Toplum ve Hekim Dergisi*, 1999; 14:332-337.
53. Kaya S. Ankara metropolitan alanda sağlık bakım hizmetlerinin potansiyel ve gerçekleşen kullanılabilirliği. *Toplum ve Hekim Dergisi*, 1996; 11:71:2-14.
54. Ökem ZD. Sağlık Hizmetlerinde Hakkaniyet Analizi. *Toplum ve Hekim Dergisi*, 1996; 11:72:67-72.
55. Şahin B, Yılmaz F, Lee K-H. Factors Affecting Inpatient Satisfaction: structural equation modeling. *J Med Syst*, 2007; 31:9-16.
56. Hekkert KD, Cihangir S, Kleefstra SM, van den Berg B, Kool RB. Patient satisfaction revisited: a multilevel approach. *Soc Sci Med* 2009; 69(1):68-75.
57. Potiriadis M, Chondros P, Gilchrist G, Hegarty K, Blashki G, Gunn JM. How do Australian patients rate their general practitioner? A descriptive study using the general practice assessment questionnaire. *Med J Aust* 2008;189(4):215-219.
58. Haas JS, Cook EF, Puapolo AL, Burstin HR, Cleary PD, Brennan TA. Is the professional satisfaction of general internists associated with patient satisfaction? *J Gen Intern Med* 2000;15:122-128.
59. Wensing M, Jung HP, Mainz J, Olesen F, Grol R. A Systematic review of the literature on patient priorities for general practice care. Part 1: Description of the research domain. *Soc. Sci.Med* 1998 ;47 (10): 1573-1588.
60. Carr -Hill RA. The measurement of patient satisfaction. *J Public Health Med*. 1992; 14 (3): 236- 249.
61. Uz HM, Özbakır Dİ, Ergin C. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti: Bir Saha Çalışması. *Haberal Eğitim Vakfı Yayını Ankara* 1997; 113- 118.
62. Beşparmak A, Seviğ Ü. Kayseri İl Merkezi Argıcık Sağlık Ocağı Bölgesinde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı ve Kullanımını Etkileyen Faktörler. *Sağlık Bilimleri Dergisi* 2005; 14: 1- 6.
63. Akıllı A, Genç M. Şanlıurfa İli Bozova İlçesi Merkez Sağlık Ocağına Başvuran Hastaların Sağlık Hizmetini Kullanma Durumu ve Etkileyen Faktörler. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2007; 14: 95-99.
64. Sünter AT, Dabak Ş, Canbaz S, Pekşen Y. Samsun il merkezinde birinci basamak sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti. *OMÜ Tıp Derg* 2003;20(3):135-139.
65. Ramsay J, Camphell JL, Schroter S, Green J, Roland M. The General Practice Assessment Survey (GPAS): Tests of data quality and measurement properties. *Fam Pract* 2000;17: 372-379.
66. Bertakis KD, Azari R, Helms LJ, Callahan EJ, Robbins JA. Gender differences in the utilization of health care services. *J Fam Prac* 2000;49(2):147-152.
67. Arcury TA, Gesler WM, Preisser JS, Sherman J, Spencer J, Perin J. The effects of geography and spatial behavior on health care utilization among the residents of a rural region. *Health Serv Res* 2005;40(1):135-155.
68. Milano M, Mola E, Coliechio G. Validation of the Italian version of European instrument for patient evaluation of General Practice Care. *Eur J Gen Pract* 2007;13(2):92-94.
69. Hearnshaw H, Wensing M, Grol R, Ferreira P, Salmivaara HA, Hjortdahl P, et al. The effects of interactions between patient characteristics on patients' opinions of

general practice care in eight European countries. *Prim Health Care Res Dev* 2002;3:231- 237.

70. Erdem R, Rahman S, Avcı L, Demirel B, Köseoğlu S, Fırat G ve ark. Hasta memnuniyetinin hasta bağlılığı üzerine etkisi. *Erciyes Üniv İktisadi ve İdari Bilimler Fak Derg* 2008;31:95-110.
71. Deveci E. S, Öğetürk A, Ozan Tefvik A, Tokdem M, Açık Y. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuranların Hasta Haklarının Farkında Olma Durumları. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics* 2005; 13: 174–178.
72. Pearsman W, Jacobs N, De Maeseneer J, Seuntjens L. The Flemish version of a new European standardised outcome instrument for measuring patients'assessment of the quality of care in general practice. *Arch Public Health* 2002; 60: 39- 58.
73. Edirne T, Avcı DK, Atmaca B. Van ilinde birinci basamakta hasta memnuniyeti: Ankete dayalı kesitsel çalışma. *Türk Aile Hek Derg* 2009;13(3):137-147.
74. Tükel B, Acuner AM, Önder ÖR, Üzgül A. Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi'nde yatan hasta memnuniyeti. *Ankara Üniv Tıp Fak Mecmuası* 2004;57(4):205-214.
75. Turgu S. Edirne İl Merkezinde Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Hasta Memnuniyeti ve Hekim İş Doyumu İle İlişkisinin Araştırılması (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2012.
76. Pala T. İnönü Sağlık Ocağı Bölge halkı ve Narlidere sağlık grup başkanları çalışanları tarafından sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi. 1997 İzmir <http://tez2.yok.gov.tr/> erişim tarihi; 08.11.2013.
77. Şenol V, Çetinkaya F, Balcı E. Factors associated with health services utilization by the general population in the Center of Kayseri, Turkey. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2010;30(2):721-30.
78. Ercan İ, Ediz B, Kan İ. Hastaların sosyoekonomik durumlarına göre sağlık hizmetlerinden memnuniyetlerinin incelenmesi. *İNÖNÜ Üniv Tıp Fak Derg* 2004;11(3):161-167.
79. İlhan MN, Tüzün H, Aycan S, Aksakal FN, Özkan S. Birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuranların sağlık hizmeti kullanma özellikleri ve bazı sosyoekonomik belirteçlerle değişimi: Sağlık reformu öncesi son saptamalar. *Toplum Hekimliği Bülteni* 2006;25(3):33-41.
80. Ankara ili Birinci basamak sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti, Ankara Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü Bilgi İşlem ve İstatistik Müdürlüğü, <http://www.asm.gov.tr/UserFiles/hastamemnuniyetanketi.doc> (erişim tarihi; 10.03.2012).
81. Ersoy F, Edirne T, Yıldırım C. Birinci basamakta hasta memnuniyeti. IV. Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, İstanbul, 27- 28 Eylül 2001; 366-370.
82. Grol R, Wensing M, Mainza J, Ferreirab P, Hearnshawc H, Hjortdahl P, et al. Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. *Fam Pract* 1999;16(1):4-11.
83. Heje HN, Vedsted P, Sokolowski I, Olesen F. Doctor and practice characteristics associated with differences in patient evaluations of general practice. *BMC Health Serv Res* 2007; 3: 7: 46.

84. Baykan Z, Özkan S, Maral I. Ana-Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Merkezi'ne başvuran kadınların hizmetten memnuniyet durumları. *Erciyes Tıp Derg* 2004;26(3):98-104.
85. Yanagisawa S, Mevy V, Wakai S. Comparison of healthseeking behaviour between poor and better-off people after health sector reform in Cambodia. *Public Health* 2004;118(1):21-30.
86. Knox SA, Britt H. The contribution of demographic and morbidity factors to self-reported visit frequency of patients: a cross-sectional study of general practice patients in Australia. *BMC Fam Pract* 2004;20:5-17.
87. Sans-Corrales M, Pujol-Ribera E, Gene´-Badia J, Pasarın-Rua MI, Iglesias-Perez B, Casajuana-Brunet J. Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs. *Fam Pract* 2006;23:308-316.
88. Sezer T, Özcan S, Bozdemir N. Bakımda süreklilik. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Arşiv 2006;15: 311-320.
89. Usta İ, Çetinkaya F. Seçilmiş ilçe merkezinde sağlık hizmetlerinin kullanımı, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 1999; 8 (1- 2): 6- 15.
90. Bor S, Öztürk Y. Kayseri Servet Sağlık Ocağı'na başvuran yetişkinlerin başvuru nedenleri ve sağlık ocağı'ndan beklentileri. VIII. Halk Sağlığı Günleri Özet Kitabı, 23- 25 Haziran Sivas, 2003; 161.
91. Topallı R. İlaç yazdırma amaçlı başvuruların sağlık ocaklarındaki poliklinik yükü üzerine etkisi: Piraziz Örneği http://www.saglik.gov.tr/extras/birimler/temel/d4_ilac_makale.pdf (erişim tarihi; 05.03.2013).
92. Topallı R, Topsever P, Filiz TM, Ciğerli Ö, Görpelioğlu S. Hereke aile hekimliği merkezi 2001 yılı başvuru nedenleri ve yapılan sevklerin değerlendirilmesi. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 2003;7(1):18-22.
93. Dağdeviren N, Akturk Z. An evaluation of patient satisfaction in Turkey with the EUROPEP Instrument. *Yonsei Med J* 2004;45(1):23-28.
94. Abu Mourad T, Shashaa S, Markaki A, Alegakis A, Lionis C, Philalithis A. An evaluation of patients' opinions of primary care physicians: the Use of EUROPEP in Gaza Strip-Palestine. *J Med Syst* 2007; 31: 497-503.
95. Baltacı D, Kara İH, Bahçebaşı T, Sayın S, Yılmaz A, Çeler A. Düzce ilinde birinci basamakta sağlık hizmeti alan hastaların aile hekimi ve muayenehanesi hakkındaki görüşlerinin belirlenmesi: Pilot çalışma. *Konuralp Tıp Dergisi*, 2011;3(2):9-15.
96. Kersnik J. An evaluation of patient satisfaction with family practice care in Slovenia. *Int J Qual Health Care*. 2000; 12 (2): 143- 147.
97. Wensing M, Vedsted P, Kersnik J, Peersman W, Klingenberg A, Hearnshaw H et al. Patient satisfaction with availability of general practice: An international comparison. *Int J Qual Health Care* 2002;14(2):111-118.
98. Bower P, Roland M, Campbell J, Mead N. Primary care: Setting standards based on patients' views on access and continuity: secondary analysis of data from the general practice assessment survey. *BMJ* 2003;326:258.

9. EKLER

EK-1. HASTA ANKET FORMU

"Bu çalışmada Elazığ il merkezindeki aile sağlığı merkezlerine başvuran hastaların memnuniyet düzeyleri ile bu durumu etkileyen faktörler ve sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Değerli Katılımcılar, anketlere ad ve soyadınızı kesinlikle yazılmayacak ve bu araştırma bilimsel amaç dışında kullanılmayacaktır. Bu araştırma için siz herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorsunuz ve size de bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırmaya katıldığınız için teşekkür ederiz."

1- Doğum yılınız:

2- Cinsiyetiniz: 1) Erkek 2) Kadın

3- Medeni durumunuz: 1) Evli 2) Bekâr 3) Diğer

4- Öğrenim durumunuz: 1) Okur-yazar değil

2) Okur-yazar

3) İlkokul mezunu

4) Ortaokul mezunu

5) Lise mezunu

6) Üniversite mezunu

5- Çocuğunuz var mı? 1) Hayır 2) Evet (Sayısı:.....)

6- Mesleğiniz nedir?

1) Memur 2) İşçi 3) Çiftçi 4) Serbest 5) Ev hanımı 6) Diğer

.....

7- Aylık hane geliriniz ne kadar?

8- Sağlık merkezine ulaşımında zorluk çekiyor musunuz?

1) Hiçbir zaman 2) Nadiren 3) Bazen 4) Çoğu zaman 5) Her zaman

9- Sağlık merkezine ulaşımında zorluk çekiyorsanız nedeni nedir?

1) Randevu almakta zorluk çekiyorum 2) Maddi nedenlerden ötürü

3) Çok sıra oluyor 4) Bedensel engelimden dolayı

5) Ulaşımında zorluk çekiyorum 6) Diğer

.....

10- Bilinen sürekli bir hastalığınız var mı?

1) Hayır 2) Evet..... Kaç

yıldır?.....

11- Bilinen fiziksel bir engeliniz var mı?

1)Hayır 2)Evet..... Kaç yıldır?.....

12- Son bir yıl içinde kaç kez doktora başvurduunuz?

..... kez aile hekimime, kez hastaneye başvurudum.

13- Şu anki başvuru nedeniniz nedir?

- 1)Yeni rahatsızlık 2) Kronik (müzmin) bir sağlık sorunu
3) Kontrol 4) Kişisel koruyucu sağlık hizmetleri (Aşı vb)
5) Reçete yazdırmak 6) İlaç raporu çıkartmak 7)
Diğer.....

Aşağıdaki bölümde lütfen bütün soruları cevaplandığınızdan ve her soruya yalnızca bir cevap verdiğinizden emin olunuz. Eğer soru sizinle ilgili değilse son kolondaki “Uygun değil/İlgisiz” seçeneğini işaretleyiniz. Soruların karşısındaki sizin görüşünüze en yakın kutuya işaret (√) koyunuz.

Son 12 ayda doktorunuz ve/veya muayenehanesi hakkında aşağıdaki durumlar için fikriniz nedir?	1 Kötü	2	3	4	5 Mükemmel	Uygun değil/ilgisiz
1) Görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi						
2) Sizin özel durumunuzla ilgilenmesi						
3) Sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması						
4) Tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması						
5) Sizi dinlemesi						
6) Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması						
7) Şikâyetlerinizi çabuk geçirmesi						
8) Günlük ihtiyaçlarınızı görece kadar iyi hissetmenize yardım etmesi						
9) İşini tam yapması						
10) Sizi muayene etmesi						
11) Hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler (sağlık taraması, sağlık kontrolü, aşılama...)						
12) Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması						
13) Şikâyetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi						
14) Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması						
15) Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması						
16) Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi						
17) Uzmana ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması						
18) Doktor dışı personelin yardımı						
19) Size uygun zamanlara randevu alabilmeniz						
20) Sağlık merkezine telefonla ulaşabilmeniz						
21) Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz						
22) Bekleme odasında harcadığınız zaman						
23) Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması						

EK-2.

T.C.
FIRAT ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

Sayı : 97521439- 132
Konu: Etik Kurul Kararı

05/09/2013

Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanlığına

İlgi: 13.06.2013 tarih ve 92 sayılı yazınız.

Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Ferdane OĞUZÖNCÜL yönetiminde, Doktora Öğrencisi Aliye BULUT'a ait "Elazığ İl Merkezinde Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarına Başvuran Hastalarda Memnuniyetin Değerlendirilmesi" konulu çalışma ile ilgili Etik Kurul Kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Prof. Dr. Mustafa KAPLAN
Etik Kurul Başkanı

EKİ:
Etik Kurul Kararı 1 (bir) sayfa

EK-3.



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI - TÜRKİYE HALK
SAĞLIĞI KURUMU - T.HSK AİLE HEKİMLİĞİ
EĞİTİM VE GELİŞTİRME DAİRE BAŞKANLIĞI
14.11.2013 11:12 - 2013.5679.124718



08000929806

Sayı: 67350377
Konu: Araştırma İzin Talebi

ELAZIĞ VALİLİĞİNE
(Halk Sağlığı Müdürlüğü)

İlgi: 01.11.2013 tarihli ve 13113291/100/8698 sayılı yazınız.

İliniz Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Ferdane OĞUZÖNCÜL sorumluluğunda, Halk sağlığı Anabilim Dalı Doktora öğrencisi Aliye BULUT tarafından yapılması planlanan “Elazığ İl Merkezinde Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarına Başvuran Hastalarda Memnuniyetin Değerlendirilmesi” konulu ilgede kayıtlı araştırma izin talebi hususunda Kurumumuzun görüşünün istendiği anlaşılmaktadır. Bu kapsamda Kurumumuz Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonu ilgede kayıtlı izin talebini değerlendirmiştir.

Birinci basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyulması gerekmektedir. Aile sağlığı merkezinde gerçekleştirilecek olan araştırmalarda da ayrıca bu merkezde çalışan personelden gönüllü olduklarına dair belge alınması, aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili verileri şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılmaması, yapılacak çalışmalar da aile sağlığı merkezinin işleyişi ve güvenilirliğine zarar verilmemesi ve aile hekimleri ile aile sağlığı elemanlarının onayı çerçevesinde çalışma mesaisi ve hizmeti aksatmadan bizzat araştırma sahibi tarafından çalışmanın yürütülmesi gerekmektedir.

Söz konusu araştırmanın komisyonumuz tarafından yapılan değerlendirilmesinde; araştırmada kullanılması düşünülen EUROPEP hasta memnuniyet ölçeğinin Bakanlığımız Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü tarafından periyodik olarak yapıldığı ve sonuçlarının kamuoyuyla paylaşıldığı değerlendirilmekle birlikte anketteki medeni durumla ilgili soruya ait şıkların evli, bekâr ve açıklama olmaksızın diğer şekilde değiştirilmesi gerektiği kararına varılmıştır.

Yukarıda yer alan ilkelere uyulması şartıyla araştırma izin talebi uygun görülmüştür. Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Kurumumuza gönderilmesi gerekmektedir. Talep sahibine durumun bildirilmesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

59647
İ.H. Sağ. Md.ne
27.11.2013
Vali Y.

Dr. Halil EKİNCİ
Bakan a.
Kurum Başkan Yardımcısı

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Başkan Yardımcılığı
Aile Hekimliği Eğitim Ve Geliştirme Daire Başkanlığı
Prof Dr Nusret Fişek Caddesi NO:41 Giriş Kat No:14 Yenşehir/Ankara/Türkiye

Ayrıntılı Bilgi İçin Lütfen M. BATGA Telex: (12) 1554 582	
Geldiği Tarih	27.11.2013
Sayfa No	13312
İlgili Şube	Perinatal Sağ. Şb.
Havale Eden	

[Metni yazın]

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrakin elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 6838b58b-f519-4017-8510-7d7520d9ea1e kodu ile erişebilirsiniz.

EK-4.



**T.C.
ELAZIĞ VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü**

11.12.2013 9772

**Sayı : 13113291
Konu : Araştırma İzin Talebi**

Sayın Aliye BULUT (Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Doçtora Öğrencisi)

“Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarına Başvuran Hastalarda Memnuniyetin Değerlendirilmesi” konulu araştırma talebiniz ; THSK Aile Hekimliği Eğitim ve Geliştirme Daire Başkanlığınca değerlendirilmiş olup ; Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı'nın söz konusu araştırma talebi hakkındaki 14.11.2013 tarih ve 124718 sayılı yazısında bahsi geçen değişikliğin yapılması koşulu ile araştırma izin talebiniz uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

[Signature]
Kızıl Dr. Hatil AKKUŞ
Halk Sağlığı Müdür Yrd.

Ek: 1 d. yazı

10. ÖZGEÇMİŞ

1980 Elazığ doğumluyum. 2003 yılında Fırat Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'ndan mezun oldum. 2006 yılında Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı'nda yüksek lisansımı tamamladım.

2006 - 2011 yılları arasında T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü'nde çalıştım. Bu dönemde ; "21 Hedefte Türkiye Sağlıkta Gelecek (2007) , Halk Sağlığı Sürveyansı Araç Kiti (2009), Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2008 (2010) ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti (2010)" kitaplarının yazım aşamasında görev aldım.

2011 yılında Fırat Üniversitesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı'nda Doktora Programına başladım. Evli ve 2 çocuk annesiyim.